

PhD existence II

česko-slovenská

psychologická konference (nejen)
pro doktorandy a o doktorandech

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

PhD existence II

česko-slovenská
psychologická konference (nejen)
pro doktorandy a o doktorandech

MARTIN DOLEJŠ
MIROSLAV CHARVÁT
ALEŠ NEUSAR
KLÁRA BENDOVÁ
EVA MAIEROVÁ
(Eds.)

Sborník příspěvků z PhD existence II:
česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech.
Konference se konala 30.–31. ledna 2012 v Olomouci.

Olomouc 2012

Oponenti:
PhDr. Matuš Šucha, Ph.D.
doc. PhDr. Vladimír Řehan

Konference se konala pod záštitou
děkana Filozofické Fakulty Univerzity Palackého v Olomouci doc. Jiřího Lacha
a rektora Univerzity Palackého v Olomouci prof. Miroslava Mašláně

společně organizovaly
Katedra psychologie Filozofické fakulty UP v Olomouci
Klinika adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze
Českomoravská psychologická společnost

Na vydání této publikace se finančně podílí:
Evropský sociální fond,
Státní rozpočet České republiky



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Číslo a název projektu: CZ.1.07/2.3.00/09.0206, Vzdělávání a zvyšování kompetencí pro konkurenceschopnost
akademických pracovníků a postgraduálních studentů

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat
občanskoprávní, správněprávní popř. trestněprávní odpovědnost

Autorka obálky Kateřina Manková
Autorky kresby Markéta Večerková a Karolína Veldová
Editors © Martin Dolejš, Miroslav Charvát, Aleš Neusar, Klára Bendová, Eva Maierová, 2012
Cover © Kateřina Manková, 2012
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2012

Ediční řada – Sborníky
1. vydání

ISBN 978-80-244-3037-9

OBSAH

Doctoral Training in Psychology: A Comparison of Approaches in North America, Europe, and Japan Małgorzata SZARZYŃSKA, Paul A. TORO, Małgorzata GOCMAN, Toshi SASAO	12
Diagnostika agresivity dětí Lucie MOUDRÁ, Veronika KAVKOVÁ, Milan ČIŽMÁR, Hana VÁLKOVÁ	19
Diagnostika exekutívnych funkcií Vengerovým subtestom kreslenia vzorky podľa diktátu Martina ZUBÁKOVÁ, Marína MIKULAJOVÁ, Miroslava SCHÖFFELOVÁ	23
Disociace u lidí závislých na alkoholu Roman PROCHÁZKA, Vladimír ŘEHAN	37
Kognitívne predpoklady aritmetických zručností u předškoláků: korelačná štúdia skorých numerických ukazovateľov Jana ANTALÍKOVÁ, Marína MIKULAJOVÁ	48
Kvalita života partnerů (blízkých) onkologických pacientů Veronika KOUTNÁ, Marie NOSÁLKOVÁ	60
Mental health of youths leaving the foster care system in Poland: preliminary results Małgorzata GOCMAN, Małgorzata SZARZYŃSKA, Paul A. TORO	70
Mentalizácia a verbálne uvažovanie v kategóriách vzťahovej väzby dieťaťa Eva REICHELOVÁ	75
Možnosti korekcie sebaobrazu v logoterapii Marta GAŠPARÍKOVÁ	87
Nebezpečné pronásledování mezi mladistvými Jan BARTONĚK, Kamil KOPECKÝ	95
Paměť příliš podceňovaná Anna PÁCHOVÁ, Ondřej ŠTUMPF	100
Pět dimenzí postojů ke smrti Klára MACHŮ, Olga PECHOVÁ, Daniel DOSTÁL	110
Pohled školních psychologů na některé aspekty jejich práce Veronika KAVENSKÁ, Eleonora SMÉKALOVÁ, Jan ŠMAHAJ	117
Prevalence užívání alkoholu a tabákových výrobků u českých adolescentů – rešerše dosavadních výzkumů Ondřej SKOPAL, Martin DOLEJŠ	124
Postoje k psychologům a lékařům Lucie KRÁČMAROVÁ, Karel FLAŠKA, Panajotis CAKIRPALOGLU, Jan ŠMAHAJ	137
Posttraumatický rozvoj, distress a vnímanie ochorenia u pacientov s onkologickým ochorením Gabriel BANÍK	152
Raná rodičovská self-efficacy a sociálně-psychologické aspekty porodního zážitku Eliška KODYŠOVÁ, Simona HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ	167

Sociodemografické rozdiely v ťažkostiach pri voľbe povolania Miroslava BRUNCKOVÁ, Štefan VENDEL	177
Súkromné a verejné sebauvedomovanie z hľadiska pohlavia a odboru štúdia Gabriela ŠEBOKOVÁ.....	189
Terapeutické a rústové možnosti sociálnej izolácie v kontextu existenciálnej analýzy Martin KUPKA, Marek MALŮŠ.....	199

CONTENT

Doctoral Training in Psychology: A Comparison of Approaches in North America, Europe, and Japan Małgorzata SZARZYŃSKA, Paul A. TORO, Małgorzata GOCMAN, Toshi SASAO	12
Measures of aggressiveness in children Lucie MOUDRÁ, Veronika KAVKOVÁ, Milan ČIŽMÁR, Hana VÁLKOVÁ	19
The assessment of executive functions by Venger's subtest of pattern drawing by dictation Martina ZUBÁKOVÁ, Marína MIKULAJOVÁ, Miroslava SCHÖFFELOVÁ	23
Dissociation in people dependent on alcohol Roman PROCHÁZKA, Vladimír ŘEHAN	37
Cognitive precursors of arithmetic skills at preschool age: correlations study of early numeracy indicators Jana ANTALÍKOVÁ, Marína MIKULAJOVÁ	48
Quality of life of partners (closest people) of oncology patients Veronika KOUTNÁ, Marie NOSÁLKOVÁ	60
Mental health of youths leaving the foster care system in Poland: preliminary results Małgorzata GOCMAN, Małgorzata SZARZYŃSKA, Paul A. TORO	70
Theory of mind and verbal reasoning in child attachment classifications Eva REICHELOVÁ	75
The possibilities of a therapeutical change (correction) of self-concept in a framework of logotherapy Marta GAŠPARÍKOVÁ	87
Stalking among juveniles Jan BARTONĚK, Kamil KOPECKÝ	95
Memory too much underestimated Anna PÁCHOVÁ, Ondřej ŠTUMPF	100
Five dimensions of attitudes towards death Klára MACHŮ, Olga PECHOVÁ, Daniel DOSTÁL	110
School psychologists view on some aspects of their work Veronika KAVENSKÁ, Eleonora SMĚKALOVÁ, Jan ŠMAHAJ	117
Prevalence of alcohol and tobacco use at Czech adolescents – research of existing studies Ondřej SKOPAL, Martin DOLEJŠ	124
Attitudes toward psychologists and physicians Lucie KRÁČMAROVÁ, Karel FLAŠKA, Panajotis CAKIRPALOGLU, Jan ŠMAHAJ	137
Posttraumatic growth, distress and perception of disease in patients with cancer Gabriel BANÍK	152
Early parental self-efficacy and social-psychological aspects of childbirth experience Eliška KODYŠOVÁ, Simona HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ	167

Sociodemographic differences in career decision difficulties Miroslava BRUNCKOVÁ, Štefan VENDEL	177
Private and public self-consciousness from the perspective of gender and field of study Gabriela ŠEBOKOVÁ.....	189
The therapeutic and growth possibilities of social isolation in context of existential analysis Martin KUPKA, Marek MALŮŠ.....	199

Předmluva nejen o pár tipech, jak zvládnout PhD existenci

Setkal jsem se v životě jen s několika postgraduálními studenty, u kterých se mi zdálo, že prošli celým procesem hladce, bez závažnějších ztrát. Zdání může samozřejmě klamat, ale délka studia, obhájená disertace a nezničený osobní život či zdraví mi přijdou jako dostatečně dobré ukazatele.

Moji PhD existenci bych neoznačil za „hladkou“ a už vůbec ne za „bezztrátovou“. Bezztrátový proces by měl dovolovat úplnou zpětnou rekonvalescenci a studium by navíc mělo člověka ještě obohatit. Na konci PhD existence by tedy člověk měl zůstat bez závažnějších ztrát a v ideálním případě i se ziskem.

Zisky mé PhD existence byly velké. Ztráty ovšem taky. Právě osobní důvody mě vlastně na začátku vedly k tomu, abych se o PhD proces začal více zajímat. Tento zájem byl později shodou okolností propojen i s prací pro projekt VZKAS na Katedře psychologie FF UP. Jsem za to velmi rád, neboť jsem tak měl možnost sdílet svou PhD existenci s existencí jiných lidí.

PhD proces je obvykle náročný, ale nemusí být podle mého názoru v některých chvílích tak strastiplný, bolavý, extrémně dlouhý, končící vyčerpáním, depresí, zdravotními komplikacemi, rozvody či ztrátou smyslu. Právě proto jsme si s kolegy řekli, že naše doktorandská konference s názvem *PhD existence* nebude jen příležitostí ke zhodnocení výsledků vědecké práce doktorandů, ale současně se bude věnovat i samotné PhD existenci, jak ji co nejlépe zvládat a užívat si jí.

Na minulém ročníku jsme slyšeli například poutavou přednášku Miroslavy Schöffelové a Heleny Franke „Udělej si PhD na evropském projektu“, která poukazovala nejen na skvělou příležitost, ale také na různé problémy, pokud se například předem nepočítá s tím, že data z projektu budou zároveň i data pro disertaci. Letos jsme měli podobnou přednášku Martina Loučky, který od počátku pracuje v projektu Marie Curie na své disertaci, jelikož jde z velké části o stejnou práci, kterou potřebuje pro projekt, což je samozřejmě ideální spojení.

Letošní ročník byl tematicky zaměřen na studium doktorátu v jiných zemích (například v Holandsku, Velké Británii, Japonsku či USA) a výuku doktorandů. Měli jsme radost, že se nám podařilo pozvat české i zahraniční odborníky zapálené pro věc (například W. van der Vaarta, M. Gocmanovou, E. Szarzynskou, S. Ježka či J. Mareše). Také mezi doktorandskými příspěvky bylo mnoho zajímavých. Rádi bychom upozornili například na dobře zpracovanou výzkumnou práci věnující se sociodemografickým rozdílům v těžkostech při volbě povolání a dalším výsledkům z procesu adaptace dotazníku od slovenských kolegů Miroslavy Brunckové a Štefana Vendela. Tento příspěvek je tištěnou verzí posteru, který na konferenci vyhrál první cenu, doporučujeme i příspěvek polských kolegů porovnávající doktorské studium v Evropě, USA a Japonsku.

Jelikož se nám v průběhu projektu VZKAS podařilo sesbírat mnoho literárních zdrojů o PhD, doktorandských příbězích a dotazníkových dat, řekli jsme si, že by byla škoda se o tyto zkušenosti nepodělit. Někdy koncem léta 2012 se proto můžete těšit na monografii věnovanou doktorandům v České republice a na Slovensku. Kniha by měla být užitečnou především pro samotné doktorandy. Provází celým procesem doktorátu od přihlášky po zakončení disertace a „post“ PhD existenci a věříme, že bude působit preventivně alespoň proti některým zbytečným potížím spojených s doktorátem.

Na závěr předmluvy bych rád uvedl několik mýtů o PhD existenci, které mi přijdou časté a škodlivé.

Mýtus 1: Délka disertačního procesu je dána její kvalitou a kvantitou. Ačkoliv delší disertační proces může vést k vyšší kvalitě, často jde také o nepřímou úměru. Podobně je to i s kvantitou. Více stránek může znamenat důkladnější probádání oblasti, ale mnohem častěji je znakem toho, že autor nebyl schopný se zaměřit a soustředit na to důležité. Osobně se domnívám, že délka disertačního procesu je nejvíce ovlivněna osobností doktorandů. Některým lidem jednoduše téměř cokoli trvá dlouho. Pokud mezi ně patříte, má smysl se zamyslet nad tím, co tím ztrácíte. Určitě se dá alespoň něco zvládnout rychle (či nedělat vůbec), aby zbyl čas na to podstatné.

Mýtus 2: Zvládnou to všechno sám/sama. Disertační proces a zejména disertace samotná je velkou prací, která se nejenže nedá zvládnout bez pomoci druhých, ale není to ani vhodné. Pokud nemáte školitele, který je opravdu nápomocný, najdete si ještě konzultanta, kterého vaše téma baví. Nabídněte mu/jí spolupráci. Najděte si studenty, se kterými budete spolupracovat. Více hlav více ví. V některých zemích je běžné, že má student i tři konzultanty. Najděte si někoho, kdo je schopen se vás zeptat: „Rád už bych něco viděl na papíře.“

Mýtus 3: Musím načíst vše, co se k tématu vztahuje. Rozhodně má smysl hodně číst a získat přehled o základní i doplňkové literatuře. To by ale nemělo bránit tomu začít psát. Pro optimální výsledek disertace není obvykle stěžejní citovat naprosto všechny autory (u mnoha oblastí to ani není možné), mnohem důležitější je mít jasný „příběh“, poselství, co chce disertace sdělit. Toto poselství se od určité chvíle, kdy má doktorand již

slušný přehled, moc nemění. I v průběhu načítání teorií má smysl čtení přerušovat obdobím psaní. Čím více se blížíte do fáze sepisování disertace, tím více má smysl zkracovat období čtení a více psát.

Mýtus 4: *Nemám čas psát.* Každý má čas psát. Zpočátku stačí i jeden půlden v týdnu. Mnozí doktorandi ovšem nepiší vůbec a začínou psát až úplně ke konci PhD existence. Lépe je se o schopnostech svého psaní dozvědět o něco dříve. Navíc (téměř) nikdo není schopen napsat vše napoprvé ve finální podobě. (Pozn.: nemá moc smysl psát si poznámky, ale přímo „hotový“ text.)

Mýtus 5: *Než někomu ukážu první verzi kapitoly, musí být dobře napsaná.* Toto je jeden z bodů, který mi dělal největší problémy. Pořád jsem měl pocit, že to, co jsem napsal, není dostatečně dobré. Jednalo se o velké nepochopení. Dřívější prezentace výsledků by mi ušetřila mnoho slepých cest, které by druzí lidé viděli mnohem dříve než já. A taky bych disertaci nepsal určitě tak dlouho.

Mýtus 6: *Potřebuji více času. Je to téměř hotové.* Tento mýtus souvisí s předchozím. Více času je potřeba vždycky. Žádný text není hotov jednou provždy. Opět mi přijde lepší text odeslat školiteli, kolegům, přátelům ještě předtím, než je úplně hotový. Mnoha lidem trvá i déle jak rok, než z „téměř hotového“ textu udělají finální. Někteří téměř hotový text nikdy nedopíší. Jeden můj kamarád mi řekl, že zhodnotit, zdali je něco hotové, můžeme nechat na druhých lidech. Naším úkolem je psát co nejlépe, jak to v daném okamžiku jde, a na ostatních je říci, jestli je to hotové. Byl jsem v šoku, když jsem od holandského oponenta obdržel posudek na svou disertaci, který byl pochvalný, a já jsem přitom měl pocit, že mi tam ještě nějaké „velmi důležité části“ chyběly. (Pozn.: Jde zase o osobnost. Někteřím lidem bude „něco“ chybět vždy.)

Mýtus 7: *Nejlepší práce je v noci.* Ačkoliv to mnoho lidí opravdu tvrdí, myslím si, že problém je někde jinde. Výkonnost téměř všech lidí je nejlepší během dopoledne, případně někdy po třetí hodině odpoledne. Pravým důvodem noční práce tak zpravidla bývá spíše chybějící prostor k nerušené práci. V noci nás neruší děti, kolegové, auta apod. Pokud si ovšem najdete „oázu klidu“, zjistíte nejspíše, stejně jako většina ostatních lidí, že pracujete mnohem efektivněji a ještě se dobře vyspíte, což se opět projeví v kvalitě odvedení práce i kvalitě samotného života.

Mýtus 8: *Disertace je jiná než článek.* V České republice (podobně jako v mnoha jiných evropských státech) stále panuje většinový názor, že disertace je velká monografie a je jiná než článek. Ačkoliv tomu její objem odpovídá, domnívám se, že je lepší o disertaci přemýšlet jako o článku, který má několik součástí. Má úvod, kde je třeba nastínit problém a způsoby, jak byl doposud řešen. Má sekci metoda, kde nastíníme, jak jsme problém řešili my atd.

Vnímat disertaci jako článek má několik výhod. Disertace bude mít jasnou strukturu, bude se snadněji psát a následně i číst a nejspíše také nebude zbytečně dlouhá. A navíc bude jednodušší ji později či v průběhu publikovat. (Na některých katedrách je možné disertaci odevzdat jako soubor komentovaných článků. I v takových případech bývá úvodní část velmi strukturovaná.)

Mýtus 9: *Psaní v „návalech“ je pro mě lepší než pravidelné psaní.* Ačkoliv se to tak může zdát, lidé, kteří tvoří pouze v návalech tvůrčích chviliek, obvykle píší méně kvalitně, méně kreativně a psaní jim celkově trvá déle než lidem, kteří píší pravidelně. To ale není v protikladu s tím, že je někdy třeba využít tvůrčích inspirativních chviliek. Ty jsou opravdu jen dočasné. Nicméně u většiny textu není třeba na žádné takové chvilky čekat.

Mýtus 10: *Všechny „deadliny“ se dají posunout.* Ano, z určitého pohledu často dají. Ale cena někdy bývá příliš velká. Není špatné si zjistit, jak na tom s termíny jste. Moje kolegyně mi nedávno napsala, že musí všechny mé odhady vynásobit dvěma. Pokud jí řeknu, že něco potrvá zhruba den, tak to potrvá minimálně dva dny, pokud týden, tak dva týdny, apod. Vtipné na této příhodě mi přijde, že odhady, které jí dávám, už sám násobím dvěma, oproti tomu, co mě přirozeně napadne. Čili recept na mě je násobit čtyřikrát. Autoři v knize Restart (s. 136–137) podávají následující návod: „V odhadování jsme nemožní. Myslíme si, jak dobře odhadneme dobu trvání nějaké činnosti, a přitom o ní ve skutečnosti nemáme ani páru. Na všechno se díváme z úhlu nejlepšího možného průběhu a nepočítáme se zpožděním, ke kterým nevyhnutelně dochází... při odhadu délky trvání nějaké činnosti se nemýlíme jen tak trošku – mýlíme se hrozně moc... Veškeré časové plány proto rozděluje na menší úseky. Namísto jednoho projektu v délce dvanácti týdnů vytvořte raději strukturu dvanácti jednotýdenních. Namísto hádání, pardon odhadování délky úkolu na třicet a více hodin jej rozdělte na několik realističtějších bloků třeba od šesti do deseti hodin. A potom dělejte jeden krok za druhým.“ Autoři také doporučují pravidlo dvou týdnů. Pokud někomu jeden úkol trvá déle jak dva týdny, tak se všichni kolegové sejdou a probírají spolu, jestli se úkol nedá řešit nějak efektivněji.

Mýtus 11: *Doženu to v neděli.* Pokušení vyplnit neděli prací bývá obrovské. Když si čtu rozhovory s různými úspěšnými akademiky, málokdy se téma nestočí k tomu, že vlastně pracují neustále. Nemyslím si, že by bylo nutné mít jasně rozvrženou práci od pondělí do pátku od 8.00 do 17.00 odpoledne. Svoboda v práci

má také něco do sebe. Když jsem pracoval v Mannheimu, tak jsme si s rodinou dělali výlet každý den kolem poledne, kdy bylo venku pěkně, a pracoval jsem předtím i potom. Všichni jsme byli rádi a práce jsem udělal možná ještě více, než kdybych seděl v práci bez přerušení celý den. Nicméně mít svobodnou práci spousta lidí nezvládne a začnou zapomínat na chvíle oddychu. Proto mi přijde vhodné dodržet alespoň neděli a opravdu nepracovat vůbec.

Mýtus 12: *Musím doktorát dodělat, když jsem mu věnoval/a tolik roků.* Nemusíte. Pokud se nebudete dál chtít věnovat akademické kariéře, doktorát vás z nějakého jiného důvodu nenaplnuje, doktorát vážně narušuje vaše osobní vztahy, je opravdu mnoho jiných a často veselejších věcí na světě, které se dají dělat místo toho. A i když máte zkoušky za sebou, samotné napsání disertace může být velmi vyčerpávající proces, zejména pokud mu nevěříte a nebaví vás.

Vážení čtenáři, přeji vám inspirativní čtení. Vážení doktorandi, přeji vám „životu prospěšnou“ PhD existenci.

Za programový výbor i organizační tým konference
Aleš Neusar

Doporučené zdroje

American Psychological Association (2010). *Publication Manual* (6 ed.). Washington, DC: APA.

Poznámka: Kniha, kterou mám neustále na stole, pokud něco píše. Stručné a návodné přehledy, co nesmí v článku chybět, jak psát úvod, diskusi apod. Náramně se hodí zejména v situaci, kdy člověk nemá moc času a nechce na nic důležitého zapomenout. Nutnost pro ty, kteří publikují v angličtině.

Fried, J., & Heinemeier, D. (2010). *Restart [Rework]* (D. Krásenský, Trans.). Brno: Jan Melvil.

Poznámka: Stručná provokativní kniha o minimalismu v podnikání i životě. Většinu doporučení lze lehce přenést i do PhD existence, a učinit ji tak snazší a kupodivu zároveň bez nutnosti snižovat kvalitu.

Rugg, G., & Petre, M. (2010). *The unwritten rules of PhD research* (2 ed.). Maidenhead: Open University Press.

Poznámka: Praktická kniha popisující mnoho nepsaných pravidel PhD existence, které nemusí být zejména nastupujícím doktorandům jasné. Kniha se hodně zabývá i strategiemi přežití celého procesu.

Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2010). *The psychologist's companion: A guide to writing scientific papers for students and researchers* (5 ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Poznámka: Skvělá kniha provázející akademika tím, jak psát články, dělat prezentace, žádat o grant apod. Mnoho užitečných tipů a rad od předního psychologa.

Tallo, K. (2010). *201 Ways to Arouse Your Creativity*.

Staženo z <http://writetodone.com/2010/06/28/201-ways-to-arouse-your-creativity/>.

Poznámka: Sbíрка různých a často protichůdných doporučení jak psát. Každý si zde najde něco, co mu/jí bude rezonovat.

DOCTORAL TRAINING IN PSYCHOLOGY: A COMPARISON OF APPROACHES IN NORTH AMERICA, EUROPE, AND JAPAN

Małgorzata Szarzyńska¹, Paul A. Toro², Małgorzata Gocman³, Toshi Sasao⁴

Department of Psychology, Opole University, Opole, Poland^{1,3}

Department of Psychology, Opole University, Opole, Poland, and Department of Psychology,
Wayne State University, Detroit, USA²

Department of Psychology, Opole University, Opole, Poland, and Graduate School of Arts and Sciences,
International Christian University, Tokyo, Japan⁴

Abstract:

This paper describes and compares the different models of doctoral training in psychology in North America, Europe and Japan. The authors have spent considerable time visiting various doctoral training programs around the world and will highlight some of the differences they have observed. Starting with the first years of university training after high school, the most common models of training in North America, Europe, and Japan differ considerably. Training models at the master's and doctoral levels also vary. First, we will describe in detail the typical training models in psychology across the 2 continents and Japan, then discuss the relative advantages and disadvantages of these training models. We will discuss the variations in doctoral training within each of these 3 areas of the world, how applied and clinical training is organized in the 3 areas, and various changes in the common models of training that are developing in these different areas of the world.

Key words:

Doctoral training, North America, Europe, Japan

Doctoral training in psychology has long traditions in North America, Europe, and Japan. We, the authors, have spent considerable time visiting various doctoral training programs in these and other areas of the world and will highlight some of the differences (and similarities) we have observed. The opinions expressed in this paper are those of the authors, based on our own international experiences over the past 30 years. Not all of these opinions can necessarily be verified objectively, given the lack of cross-national research (Clark, 1983; Hasan, Fouad, & Williams-Nickelson, 2008).

Doctoral Training in North America

In North America (Canada and the USA), basic university education follows high school at around age 18 and leads students to first obtain a bachelor's degree (typically in 4 years' time). Students usually pay themselves (through assistance from their parents, their own employment, and/or student loans) for a substantial portion of the costs for this first 4 years of university education. Various state universities are generally less expensive to attend, as they charge "in state" tuition for state residents and receive some funding from their state for general operations. More exclusive "private universities," such as Harvard, Yale, and Stanford, are more expensive and students attending these elite universities often have wealthy parents or receive substantial financial aid from the university or other sources to attend these universities. Many, if not most, students and their parents also take out student loans to pay for their bachelor's education. Some of these loans are "guaranteed" by the US government (in case the student defaults on the loan when it's time to begin repaying it after graduation). The government-guaranteed loans also have very low interest rates. Those who take out student loans must begin to repay the loan, with interest, 6–9 months after they finish all university training. If the student continues into graduate training (at the Master's or doctoral level), the loan repayment is deferred until 6–9 months after their final degree is obtained.

For those interested in psychology, the bachelor's level of training often (but not always) includes "majoring" in psychology (Puente, Matthews, & Brewer, 1992). The "major" typically includes only about 25% of the courses taken towards the bachelor's degree. Many students take most of their psychology courses after age 20 in the last 2 years of bachelor's level training. Many students who major in psychology engage in volunteer activities with some clinical relevance (such as working on a telephone hotline or at a homeless shelter) and they often gain some research experience with university faculty. After completing the bachelor's degree and

taking a national exam (the Graduate Record Exam; GRE) assessing general aptitude in verbal and quantitative areas (plus a subtest on knowledge in psychology), interested students then apply directly either to a “terminal master’s” program in psychology or to a doctoral program in psychology.

Most major research universities have doctoral-level training in several areas of psychology. The largest number offer training in clinical psychology, with smaller numbers in other “professional areas” such as counseling and school psychology (Norcross, 2012). Non-professional, science-based training can be obtained in cognitive, social, developmental, biological, industrial/organizational, community, and other areas of psychology. Those from such training programs cannot be certified (licensed) as psychologists.

The competition for entry into the PhD programs, especially those in clinical psychology accredited by the American Psychological Association (APA), is fierce (Kracen & Wallace, 2008): A typical program might admit only 10 students from a pool of over 300 applicants per year. Applications for most programs are due around the first of the year in January, with the 5-year program beginning the following fall. Once admitted, students will spend 5–7 years in a full-time program that provides nearly full funding for their PhD program. This funding comes through teaching, research, and applied/clinical positions directly relevant to the student’s training. Due to the heavy competition, most students apply to many different programs (in North America, there are over 300 graduate programs in clinical and counseling psychology; APA, 1992; Norcross, 2012), in the hopes of gaining entry into at least one of them. The best students are ones who obtained very good grades during their bachelor’s degree program (usually better than 3.5 on a 4.0 scale), good scores on the GRE exam (typically well above the 50th percentile among those taking the exam), extensive research experience (often resulting in a presentation at a professional conference or even a publication in a journal), solid letters of recommendation from 3–4 faculty who know the students well, and acceptable performance in an on-site interview by clinical program faculty. Such students often gain admission to many of the programs to which they apply and have a choice of programs. Students with weak credentials may not obtain entry into any of these high-quality APA-approved programs. Such students can apply to one or more of the growing number of non-APA-approved “professional schools” of psychology or to a “terminal master’s” program (described in more detail below). They can also wait a year and re-apply to the APA-approved programs (perhaps after retaking the GRE exam to get better scores and obtaining more research experience).

On the way to completing the PhD, students in most programs complete research that leads to obtaining a Master’s degree. They also take “qualifying exams” that require them to demonstrate their knowledge of all major areas of clinical psychology. Once they complete their Master’s research and pass the qualifying exams, they are ready to complete their doctoral dissertation research project and apply for a year-long clinical internship. Both the Master’s and doctoral research projects are typically supervised by a committee consisting of the major advisor plus 2–3 other faculty in psychology and/or related fields (usually chosen by the student and his/her advisor). The APA-approved programs in clinical psychology generally function based on a “scientist-practitioner” model of training. This model gives equal weight to training in clinical science and to training in professional aspects of clinical psychology (assessment and intervention). After completion of a PhD in clinical psychology at such programs, the student is expected to be competent to work both as a scientist and a practitioner.

In most PhD programs, formal clinical training begins after the first year in the 5-year program. Most PhD programs in clinical psychology operate their own Psychology Clinic, which offers services to university students and, often, the community at large. Doctoral students in most programs (especially those in or near large cities) obtain additional experience through clinical “placements” in local hospitals, clinics, and other human service organizations. These placements often pay the students for their work (typically on a half-time basis, 20 hours per week). Most PhD programs in clinical psychology require their students to take a full-time internship near the end of their program (usually in the fifth or a later year). Though most PhD programs are designed to be completed in 5 years of full-time study, the average student in North America takes 6–7 years (including the year-long internship). Students who take longer than the basic 5 years are considered to be “slow” to complete their master’s and/or doctoral theses. Such students often get heavily involved in clinical or other work in the local community which “distracts” them from their research and academic work at the university.

Once the PhD is completed (including a year-long internship in the case of clinical psychology), the psychologist seeks full-time employment. For PhD-level psychologists, especially those in applied areas such as clinical psychology, the job market continues to be excellent and very few with the PhD are not fully employed as psychologists (APA, 2011). Those interested in a clinical career typically work initially in a setting where they can be supervised by a licensed clinical psychologist because such supervision is required for at least one

full year after the PhD in order to become licensed in most states. Though each state has its own specific rules and one's license is valid only in the state where the psychologist had met that state's specific requirements, the basic licensing procedure is nonetheless quite similar across states. That procedure includes a national exam developed by the APA and a review of course work toward the PhD and all supervised clinical experience obtained before applying for a license. Note that, technically speaking, one doesn't actually get "licensed" to practice psychology (as a physician is) in the US, though people commonly use this terminology. Rather, the US state offers "certification" as a psychologist. Without certification, someone providing psychological services cannot call oneself a "psychologist." However, one can engage in any of the normal activities of a psychologist and call oneself something else, such as a "psychotherapist" or "counselor." The license for a physician not only protects the title but also denies anyone not licensed from practicing medicine (e. g., doing surgery, prescribing controlled medications).

For those with the PhD who wish to pursue a university career, there is considerable competition for limited "tenure-track" positions (especially in non-clinical areas). Such positions usually provide a 7-year appointment. In the sixth year, the "Assistant" Professor's record of research and teaching is reviewed to determine if he/she has made a "significant contribution" to the field. The most prestigious institutions (such as Harvard, Yale, and top state universities such as the University of Michigan), standards for tenure are very high and it is extremely difficult to obtain tenure. Less prestigious universities have lower standards. Once tenure is granted, the title of "Associate Professor" is typically granted and the psychologist has strong protections against being fired. The tenure system was designed to strongly protect academic freedom. If tenure is not granted, the "Assistant Professor" has a full-year (the seventh) to look for another job. Tenure is granted by the individual university and is not "transferable" to another university (though, if someone with tenure applies to another university, that university will independently evaluate the candidate and may also offer tenure at the time of hiring).

Doctoral Training in Europe

In this section, we will focus on the situation in "continental Europe," generally excluding the United Kingdom and Ireland (which have an educational system more like what was described above for North America; see Clark, 1983). In most nations of continental Europe (including Poland where all 4 authors currently teach), students completing high school apply directly to 5-year Master's degree programs. As for doctoral programs in North America, the competition is rather fierce, with typical programs admitting only 60–100 students per year to their master's program (from an applicant pool of 400–800). Entry is typically based on broad national exams given to high school students that determine whether they "pass" high school and that provide a score that ranks the students relative to all other graduating high school students. Many universities also give their own entrance exams, typically during the summer just after the completion of high school. Scores on the national exam and the local entrance exam are used to determine who is admitted to the state-funded university master's degree program.

Once admitted in most programs in continental Europe, students have the opportunity to complete, tuition-free, their master's degree (students do, however, typically have to pay for their own housing, books, and other living expenses during their 5-year programs). This master's degree typically includes about 90% of courses taken in psychology. In some nations, especially in Western Europe, new guidelines based on the European Union's "Bologna agreement" have students completing a 3–4 year bachelor's degree program (as in North America), followed by a 2-year master's degree program. In any event, whether they initially enter a master's or a bachelor's program, in continental Europe students are expected at age 18 to immediately specialize in psychology (or some other field), while in North America students typically don't specialize until around age 20 (the last 2 years of the bachelor's degree) or 22 or later (when entering a PhD or Master's program). In continental Europe, students interested in the PhD, must first complete the Master's degree in psychology. They then submit a separate application for a PhD program. Often these applicants are working as contractual teaching assistants of psychology at the university after they obtain their Master's degree and are applying for the PhD in the same university. In such cases, tuition is free for the students, as it was for their Master's degree. However, at the PhD level, students will often be working for reasonable pay at the university, which covers their living expenses in addition to tuition. This "program-related work experience" is similar to what is seen in North American PhD programs. Student financial aid and student loans, beyond the free tuition, is much less available in most European nations, as compared to North America.

Formal clinical training often doesn't begin until after the full 5-year Master's program is completed, though many master's programs suggest or require some informal practice-related experiences. Few if any Master's or PhD programs in clinical psychology operate their own Psychology Clinics, as in North America and, in general, the clinical training obtained is not coordinated by the university program. Rather, in Europe, clinical training is usually overseen by state or federal licensing boards of various kinds and persons with a Master's degree take on paid positions in various clinical settings (e. g., psychiatric hospitals) under the supervision of licensed psychologists. Most nations in Europe have some form of licensure for psychologists and there have been some recent attempts to develop consistency of licensure requirements across nations (e. g., through a "European Certificate in Psychology").

For PhD level psychologists in most nations of continental Europe who wish to advance their career in a university setting, there is the option of applying for "habilitation." Like the tenure process in North America, the applicant submits his/her credentials to a review committee which determines if the applicant has demonstrated significant impact on their field of psychology. Unlike in North America, where the tenure process is completely based at the applicant's own university, in continental Europe the review process is highly centralized as a state-sanctioned activity. Very few professors receive habilitation and there is a "shortage" of such professors at many universities in continental Europe (e. g., Germany, Poland). Once approved for habilitation, the professor can easily move to another university within the same nation, taking the title with him/her. Some nations also recognize the title if received in another nation (e. g., Poland and the Czech Republic each recognize the habilitation title granted in the other nation).

Doctoral Training in Japan

Doctoral training in Japan shows some similarities to the North American system and some to the continental European system. For example, as in North America, students in Japan typically first obtain a general bachelor's degree (perhaps with a major in psychology) before specializing in psychology through graduate training.

Unlike in North America, where students enter a doctoral program immediately after their bachelor's degree, a typical psychology PhD training program in Japan's graduate schools assumes successful completion of master's level course work and defense of a thesis based on empirical research, as is the case in continental Europe. A master's degree in psychology often requires two years in residence with a full course load, but at the Ph.D. level, most students are not required to take courses. Instead they usually work on their program advisors' projects and/or closely related projects. For their doctoral dissertation, they work with their program advisors on a tutorial basis, reminiscent of pre-war influence from European systems with very little in-class course work.

The admission to a Ph.D. program typically consists of a written exam in the applicant's area of psychology, a detailed description on a program of research, a language exam (usually English), and a face-to-face interview. There are many cases in which students leave their PhD program before completing their dissertation, especially if they find some job opportunities. Since the academic year in Japan begins in April, an admission process begins in early fall (late August through October) and/or in early winter (January and February). No standardized test exists in graduate admissions in Japan's universities, except for some graduate schools requiring TOEFL (Test of English as a Foreign Language) and/or GRE scores as part of an initial screening.

As in North American doctoral programs in psychology, many specialties in psychology are available, but most formal programs are represented by clinical, developmental, social, educational, or cognitive (often labeled as experimental) psychology. Within some of these programs, such as those in social and clinical areas, other related sub-specialties also exist, including community, cross-cultural, and industrial-organizational psychology (similar to what's seen in North America and Europe). In the past few years, many psychology programs are housed within the fields of social welfare or social work practice. This has to do with Japan's aging population and reflects the government's emphasis on providing mental health as well as medical care to the elderly now being found more in group or nursing homes (this care was traditionally handled by family members or relatives up until the 1970s).

The licensure system for Ph.D.-level psychologists does not exist in Japan. Upon successful completion of a master's degree in clinical psychology through one of the graduate programs (as certified by the Japanese Certification Board for Clinical Psychologists), a clinical license would be given to those who complete one or two years of clinical internship and a license examination. This certification system began in 1988, and as of 2011, there are approximately 20,000 "clinical psychologists" in Japan. Some of these clinical psychologists

continue their doctoral training in clinical psychology or a related field while employed as part-time clinical psychologists in hospital settings, industries, or schools. Unlike in North American doctoral training programs adopting the scientist-practitioner framework, doctoral candidates in clinical psychology engage in clinical, social or developmental psychology programs since a Ph.D. degree is not required for being a clinical psychologist in Japan.

Immediately after completing their doctoral degrees, other non-clinical psychologists often find themselves working as adjunct instructors teaching in not only psychology, but other college-level subjects (e.g., language courses). After completing a Ph.D. in psychology, still others remain as non-paid post-doctoral fellows through research institutes attached to universities, or privately-owned research firms. Opportunities for fulltime teaching or research jobs for new doctoral-level psychologists are scarce in Japan. Still, other Ph.D.-trained psychologists go overseas (usually the U.S.) for short-term research experiences in their own fields.

University faculty positions are usually tenured upon hiring. However, these jobs are hard to come by, especially the ones at well-established institutions of higher education. Also, many teaching jobs require a heavy teaching load in typical Japanese universities. Lighter teaching loads are found in the most prestigious national universities, such as the University of Tokyo.

Advantages and Disadvantages of the Training Models

The cost of university education, at the undergraduate (bachelor's) and graduate levels, can be extremely expensive in North America. In continental Europe, this cost is greatly reduced due to the common practice of providing free tuition, at least for the best students. In North America, the wide availability of student loans is both a positive and negative feature. On the one hand, this allows a larger percentage of the population to be able to attend university. On the other hand, many, if not most students, graduate with substantial debt that must be paid off soon after completing university studies. This can be a significant burden for the student in the early years of their career.

In the traditional graduate training model in Europe, high school students at the young age of 18 must make a major career choice. The undergraduate training model in North America and in Japan, on the other hand, allows students at least a few more years to settle on their ultimate career direction. This difference not only applies to training in psychology, but to training in most other areas seen in universities (including medicine, business, and science). Perhaps European universities will continue to move toward the sort of undergraduate training model seen in North America and Japan.

The close coordination of clinical and academic training seen in North American doctoral programs may be a model that European and Japanese universities would like to consider. The fact that most students completing a master's degree in Europe have little or no clinical training seems less than desirable. Those working toward the PhD in Europe may also not be getting extensive clinical training (depending on their own initiative and job situation). In Japan, the Japanese Certification Board for Clinical Psychologists mandates some extensive clinical internship in the second year of any master's program in clinical psychology, and as such, the master's level "clinical psychologist" would have some clinical experience by the time they obtain their license.

The highly centralized system of habilitation in continental Europe, as compared to the university-based tenure system of North America, has some disadvantages. For one thing, "political views," rather than solely scholarship merit, can more easily become part of the review process. In Eastern European nations prior to the fall of communism two decades ago, for example, politics was often involved in the process (openly or covertly). The onerous habilitation process also may discourage many for submitting for the review, thus creating "shortages" of professors with habilitation. The North American tenure system may seem, on its face, to be rather confusing, with different standards at each university. However, in fact, the standards are usually well-documented at each university and the review process generally involves a minimum of bias and "politics." There is no formal system of tenure for most Japanese universities, although there are a few universities that adopt a tenure system similar to what is seen in North America. However, "politics" may often be in operation for granting tenure and promotion to professors in Japan (as may be the case in Eastern European nations).

Recent Developments in Training Models

In North America, one major recent trend is the large numbers of students who attend "community colleges" (typically subsidized by local county and state governments) after high school, rather than seeking admittance to the more traditional (and more competitive and costly) 4-year universities. In community college, such

students take some of the same introductory psychology courses that they would have taken had they attended a traditional 4-year university and obtain an “Associate’s” degree after 2 years of full-time study. Many such students take longer than 2 years to complete the Associate’s degree because they are working to support themselves (typically in work unrelated to psychology). The cost of community college is much less than most universities, even the “state universities” that provide an “in-state” tuition rate, and students can also take out student loans like students attending traditional 4-year colleges or universities. Increasing numbers of students initially attending community colleges “transfer” to 4-year colleges or universities. Such transfers both save the student some of the expense of university training (because most of the lower priced community college courses “transfer” to the 4-year institution) and they help the student to prepare for the more demanding (and costly) 4-year degree.

Another major trend in North America is the rapid development of “virtual universities.” Some new universities, like the University of Phoenix, have developed almost exclusively along these lines. Many “traditional” universities have also entered the “virtual market” by offering at least some of their courses in online formats. Given the rapid growth of such online education, some have suggested that traditional universities will eventually go “out of business.”

Another major trend in North America is the growing number of “professional schools” of psychology. These schools typically are not associated with a major research university, as are the more traditional PhD programs described earlier. Many of the professional schools operate on a “for profit” basis. They typically admit much larger groups of students, have lower standards for admission, provide little or no financial support for graduate training, and provide clinically-focused training rather than producing “scientist-practitioners.” Such programs sometimes grant a PsyD (Doctor of Psychology) degree rather than a PhD. Some of the oldest of such programs, such as the California Schools of Professional Psychology (CSPP; now renamed as Alliant International University) have sought and obtained APA accreditation (this particular university now has a satellite program in Japan, though students need to spend some time at one of the U.S campuses before they receive their PhD). Most of the professional schools in North America, however, are not APA approved.

Terminal master’s programs have also proliferated in North America to some extent. These programs vary widely in their focus and size, with some providing a degree in “general psychology” and others in clinical or another applied area. In any event, admission to them is much less competitive than the traditional PhD programs or even the doctoral programs in professional schools. Generally, throughout the US and Canada, a PhD or PsyD is required to receive state certification as a psychologist and the job market for someone with only a bachelor’s or master’s degree in psychology is limited.

In Europe, we are also seeing some trends similar to those outlined above for North America. For example, there is growth in “virtual universities” and professional schools of psychology, some operating on a for-profit basis. Another important trend is the development of bachelor’s degree programs in psychology which, as in North America, students enter after completing high school (rather than entering directly into the more traditional master’s degree programs). Another trend is for the traditional universities to admit two “classes” of students: Those with the best national exam and local entrance exam scores are admitted to the normal master’s program (with free tuition). Other “good” students can be admitted as “night students” who must pay tuition, as most students in North America do for their 4-year bachelor’s program.

In Japan, several trends in higher education are noted, all affecting graduate training in psychology (see RIHE, 2010). First, the overall number of college-age youth has been decreasing steadily for the past decade, thereby forcing some smaller universities in Japan to close down. Stricken with financial difficulties, some of the graduate training programs also suffer due to fewer applications to graduate schools in any field. Second, paying for tuition for graduate training has been a major challenge to many families in Japan, especially given the high cost of living and scarcity of available student loans. Third, job opportunities for trained Ph.D. psychologists are few and far between; in fact, a certified “master’s level clinical psychologist” would fare better for part-time work than a doctoral level psychologist. Reflecting on the reality of job prospects for PhDs in psychology, many prefer to obtain their clinical license after their master’s program, and find a full-time position in business sectors (where they are often hired in personnel or human resources units), hospital settings, or schools. Fourth, in the late 1980s, when clinical psychology became one of the most popular occupations among younger students, many graduate training programs were looking for qualified professors who could teach college-level courses in psychology, but since many opted for not going into PhD programs, there has been a shortage of well-trained psychologists, especially for PhD training at Japanese universities.

References

- APA (American Psychological Association). (1992). *Graduate study in psychology*. Washington DC: Author.
- APA (American Psychological Association). (2011). *Careers in psychology*. Washington DC: Author.
- Clark, B. R. (1983). *The higher education system: Academic organization in cross-national perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Hasan, N. T., Fouad, N. A., & Williams-Nickelson, C. (Eds.) (2008). *Studying psychology in the United States: Expert guidance for international students*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kracen, A. C., & Wallace, I. J. (Eds.) (2008). *Applying to graduate school in psychology: Advice from successful students and prominent psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. (2012). *Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology* [electronic resource]. New York: Guilford Press.
- Puente, A. E., Matthews, J. R., & Brewer, C. L. (Eds.) (1992). *Teaching psychology in America: A history*. Washington DC: American Psychological Association.
- RIHE (Research Institute for Higher Education, Hiroshima University). (2010). *Producing qualified graduates and assuring education quality in the knowledge-based 21st century society: A special report on roles and issues in graduate education*. Hiroshima, Japan: Author.

DIAGNOSTIKA AGRESIVITY DĚTÍ

MEASURES OF AGGRESSIVENESS IN CHILDREN

Lucie Moudrá, Veronika Kavková, Milan Čižmár, Hana Válková

Katedra aplikovaných pohybových studií, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého

Abstrakt:

Agrese je komplexní fenomén, zasazený do konkrétního sociálního kontextu, Tento fenomén je zkoumán v našem grantovém projektu. Velká část projektu zkoumá agresivitu u dětí ve věku 11–12 let v různém sportovním prostředí. Měření agrese a agresivity je složité, zvláště u dětí. Jak tedy můžeme měřit agresi? Existují jak projektivní techniky jako Hand test, tak osobnostní dotazníky, které zkoumají celou osobnost nebo jen část. K hodnocení agresivity v našem projektu byl použit jeden z Achenbachových dotazníků problémového chování dítěte – Youth Self-Report (YSR), jež je součástí Achenbachova systému hodnocení schopností, adaptivního fungování a problémů. Tento dotazník byl vybrán z důvodu rychlé a snadné administrace, a také srozumitelnosti.

Abstract:

Aggression is a complex phenomenon set in specific social context. This phenomenon is researched by our grant project. Major part of project explores aggressiveness in children in the age of 11–12 in various sportsetting. Measurement aggression and aggressiveness is difficult, especially in children. How we can measure aggression? There is both projective methods as Hand test, and personality tests, assessing whole personality or just part. For aggressiveness assessment in our project was used one of child's Achenbach forms of problem behavior – Youth Self-Report (YSR), that is component of Achenbach systém for assessing competencies, adaptive functioning and problems. This form was choosed for his fast and easy administration, and comprehensibility.

Klíčová slova:

agresivita, projektivní metody, osobnostní dotazník, YSR.

Key words:

aggressiveness, projective methods, personality tests, YSR.

Úvod

Agrese představuje velký společenský problém, setkáváme se s ní každý den ve škole, na pracovišti, na sportovních utkáních i v médiích. Stále více se projevuje již v mladším věku. Je mnoho různých úrovní agrese a lidé projevují své pocity několika způsoby. Existují tedy i metody hodnocení agrese, které měří tyto úrovně, často v závislosti na teoretickém podkladu vzniku agrese. Projektivní metody a kresebné techniky nebývají považovány za příliš spolehlivý ukazatel, ale mohou nám pomoci doplnit obraz o vyšetřované osobě. K tomu též slouží pozorování, které bývá součástí některých testových baterií.

1 Projektivní metody

1.1 Hand Test

Test ruky je jednoduchá projektivní metoda diagnostiky a predikce agresivního chování, kdy nám pomáhá rozpoznat agresivní tendence, jež mohou být vyjádřeny ve zjevném chování. Test je možno použít od šesti let a výše, avšak odpovědi osob mladších 18 let je třeba interpretovat zdrženlivě (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2009). Testový materiál je tvořen devíti kartami, na nichž je zobrazena ruka v různých polohách, a jedné prázdné karty. Administrace testu je velice krátká a trvá asi 5–10 minut.

Každá odpověď se jednoduše hodnotí dle těchto typů odpovědí: INT – interpersonální (afekce, dependence, komunikace, exhibice, direkce, agresivita), ENV – enviromentální (akvizice, aktivita, pasivita), MAL – maladjustace (tenze, crippled, strach) a WITH – stažení se (deskripce, bizarnost, selhání) (Svoboda, 2005). Kvantitativní skóry odrážejí zjevné chování jedince a kvalitativní skóry zase pocity a motivace podložené objektivními

akčními tendencemi. Test poskytuje šest souhrnných skóre včetně acting out ratio, který se užívá k predikci agresivního chování.

1.2 Rosenzweigův obrázkový frustrační test (Picture-Frustration Study)

Tato verbálně projektivní metoda vyvolává skryté agresivní tendence jako odpověď na frustraci, u dětí (4–13 let), adolescentů (12–18 let) i dospělých (Rosenzweig, 1976, Graybill, 1993). Dětská forma obsahuje 24 kreslených obrázků, zobrazujících každodenní, interpersonálně frustrující situace. Osoby na obrázku jsou schématické, aby nebylo možné odhadnout z výrazu obličeje nebo držení těla, jak na situaci reagují. Rosenzweig tedy předpokládá vědomé i nevědomé ztotožnění zkoumané osoby s osobou na obrázku.

Na obrázcích nastávají dva druhy situací: buď je frustrovaná osoba je postavena před překážku, nebo je v situaci, která jedince jakýmkoliv způsobem ochuzuje, anebo v druhém případě je jedinec obviňován či napadán někým druhým. Každá odpověď je přidělena do dvou hlavních kategorií: *Směr agrese*, kam patří extrapunivita, intropunitivita, impunitivita, a *Typ agrese*, která zahrnuje převaha překážky, obrana ega, trvání potřeby.

2 Kresebné techniky

2.1 Kreslení jako sebehodnocení

Kreslení můžeme využít jako zdroj informací, s jeho pomocí může dítě hodnotit svůj vlastní proces změny, například před a po intervenci (Hamama & Ronen, 2009). Při hodnocení dětského chování se většinou klade důraz na tvrzení učitelů a rodičů, sebehodnocení dětí se nepovažuje za platnou metodu měření. Kreslení je bezesporu jedním z nejdůležitějších způsobů vyjádření, je to přirozená aktivita, kterou děti milují. Může být použito jako projektivní nástroj pro psychodiagnostiku dětí, kdy je dobré doplnit ho nějakým vhodným dotazníkem.

2.2 Kresba lidské postavy

Kresba postavy je projektivní vyjádření představy o vlastní osobnosti. Pomocí 73 položek se hodnotí zachycení jednotlivých částí těla, oblečení a proporcí (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2009). Test je určen pro děti od 3 a půl roku do 11 let. Hodnotí se obsahová forma a způsob provedení.

3 Dotazníky a sebezposuzovací škály

3.1 Škála sebehodnocení dítěte (PAQ)

Vychází z teoretického zaměření Rohnera, kterou do České republiky převedli Matějček a Vágnerová, a je součástí Rohnerovy metody rodinné diagnostiky. Dotazník zaznamenává výpovědi zkoumaného dítěte v oblasti jeho vlastností a chování, obsahuje 42 položek, rozdělených do 7 oblastí (subškál): Hostilita a agresivita; Závislost; Negativní sebeocenení; Negativní hodnocení vlastních schopností; Inhibice citových projevů; Emocionální labilita a Pesimismus (Rohner, Khaleque, & Cournoyer, 2005, Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2009).

První subškála je zaměřena na agresivitu a hostilitu dítěte. Hostilita se může projevit v chování dítěte ve formě agrese. Její míra je závislá na věku a pohlaví. Bývá vyšší u chlapců, se stoupající tendencí v pubertě a adolescenci. Sklon k agresivnímu a hostilnímu chování v některých případech souvisí se sklonem k negativnímu sebehodnocení. Bývá vysoká u dětí, kdy alespoň jeden z rodičů je ve vztahu k dítěti značně hostilní a agresivní.

Dítě odpovídá na 4-bodové stupnici od *téměř vždy* (4b) přes *někdy* (3b), *málokdy* (2b) po *téměř nikdy* (1b). Některé položky vyjadřující opačné chování, než jaké sleduje subškála, se skórují obráceně. Dotazník není časově limitován a administrace trvá asi 10 až 15 minut. Je určen pro děti od 10 do 15 let.

3.2 Caprarovy testy agresivity

Caprara a jeho tým se zabývá nejen otázkami agrese, ale i dalších vnějších projevů (Svoboda, 2005). Caprara a kolektiv dalších vědců vyvinuli set dotazníků s celkovým počtem 170 položek. Ty jsou například zaměřeny na strach z trestu, iritabilitu nebo sklon k emocionálním reakcím. Děti mohou být hodnoceny matkami, vrstevníky i sami dětmi (Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, Cermak, & Rosza, 2001, Pastorelli, Barbaranelli, Cermak, Rosza, & Caprara, 1997).

Jedním z dotazníků je Fyzická a verbální škála agrese. Obsahuje 20 položek, z nichž 5 jich je kontrolních. Odpovědi jsou na 3bodové stupnici: *často* (3b), *někdy* (2b), *nikdy* (1b). Různé položky popisují chování s cílem

fyzicky nebo verbálně zranit ostatní. Validita byla testována v Itálii, Maďarsku a České republice. I když se na výzkumu podílel prof. Čermák, tato metoda není u nás běžně dostupná.

4 Komplexní testové baterie

4.1 Behavior Assessment System for Children (BASC)

Od roku 1985 do roku 1992 vyvíjeli Reynolds a Kamphaus vícesystémový a mnohorozměrný hodnotící systém, který je rozšířen hlavně ve Spojených státech amerických a Kanadě. Hodnotí děti od dvou a půl roku do 18 let, u kterých je podezření na emocionální problémy, problémy s učním nebo chováním. Je to soubor, obsahující sebehodnotící škály, škály hodnocené rodiči a učiteli, průběh vývoje a protokol pro pozorování (Sandoval & Echandia, 1994). Je zaměřen na adaptivní i maladaptivní chování.

Popis metody:

BASC hodnotí pozitivní nebo adaptivní vlastnosti dítěte a problémy včetně vnitřních (deprese) a vnějších (agrese). Jejich systém má i samotnou ADHD škálu. Vyšetřované děti mohou hodnotit učitelé (Teacher Rating Scale), rodiče (Parent Rating Scale) anebo sami děti, již od osmi let (Self-Report of Personality). Existuje verze pro děti a verze pro adolescenty podle věku. Pro úplnější obraz fungování dítěte připravili Reynolds a Kamphaus Student Observation System, systematickou metodu pro vedení přímého pozorování chování dítěte ve třídě, a Structured Developmental Inventory, podklad pro strukturovaný rozhovor s rodiči. Škála pro učitele i pro rodiče má 14 subškál. Pro odpovědi užívá 4bodovou škálu: *nikdy* (1b), *někdy* (2b), *často* (3b), *téměř vždy* (4b). Vyplnění dotazníku učiteli trvá 10 až 20 minut, což zvyšuje návratnost dotazníků.

Klinické škály u Teacher a Parent Rating Scale obsahují Agresi, Úzkost, Problémy s pozorností, „Atypicality“ (psychoticismus), Depresi, Hyperaktivitu, Problémy s učním, Problémy s chováním, Somatizaci a Stažení se. Adaptivní škály jsou Adaptabilita, Vůdcovství, Sociální dovednosti, a u Teacher Rating Scale ještě navíc Studijní dovednosti. Klinické škály Self-Report of Personality jsou Úzkost, Postoj ke škole, Postoj k učitelům, Deprese, Místo kontroly, „Atypicality“, Pocit hledání, Pocit nedostatečnosti, Společenský stres a Somatizace. K adaptivním škálám patří Mezilidské vztahy, Vztahy s rodiči, Sebeocenění a Sebedůvěra.

BASC-2

Testová baterie BASC-2 je revizí BASC z roku 1992. Má hodnotit různé pozitivní i negativní stránky chování a osobnosti dětí, adolescentů až do rané dospělosti ve věku 2 až 25 let. Dotazovanými osobami jsou rodiče, učitelé a děti. Baterie se skládá z pěti částí: Teacher Rating Scale (TRS), Parent Rating Scale (PRS), Self-Report of Personality (SRP), formulář Structured Developmental History (SDH) Student Observation System (SOS). PRS a TRS mají tři verze, předškolní, pro děti a pro adolescenty. TRS a PRS používá čtyřbodovou škálu odpovědí (*N – nikdy*, *S – někdy*, *O – často*, *A – téměř vždy*), a SRP používá pouze dvě odpovědi (*T – pravda*, *F – lež*).

4.2 ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) – School – Age

Tento systém tvoří soubor formulářů, které hodnotí schopnosti, adaptivní fungování a problémové chování dítěte. (Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A., 2001). Mohou je vyplňovat učitelé, rodiče i sami děti od 11 let a mohou být doplněny formulářem Direct Observation Form pro pozorování dětí od 5 do 14 let.

Dotazník se skládá ze dvou částí, které mohou být vyplněny i odděleně při nedostatku času. První dvě strany dotazníku hodnotí schopnosti a adaptivní fungování, třetí a čtvrtá strana se ptá na specifické problémy. Administrace celého dotazníku trvá asi 15 až 20 minut. Odpovědi jsou na 3bodové škále: *nikdy* (0b), *někdy* (1b), *často* (2b). Abychom získali ucelený obraz o fungování dítěte, je dobré mít vyplněné dotazníky od několika informantů. Na skórovacím profilu je pak možné porovnávat jejich odpovědi mezi sebou.

CBCL (Child Behavior Checklist)

Tento dotazník je určen pro hodnocení osob od 6 do 18 let. Mohou ho vyplňovat nejen rodiče, ale i lidmi, kteří vidí zkoumané osoby v rodinném kontextu. Na začátku jsou vyplněny demografické údaje, jaký má dotazovaný vztah k dítěti, jaké je zaměstnání rodičů. Pak se vyplňují schopnosti dítěte, jeho nemoci či postižení, klady i zápory. Poslední strany dotazníku se věnují hodnocení specifických problémů s chováním, emočním a sociálním problémům. Poslední položka dotazníků dává možnost volné odpovědi, kam respondent může napsat jakékoliv problémy, které nebyly uvedeny. Do profilu schopností patří škála Aktivita, která zahrnuje

participaci na sportovní činnosti, rekreační činnosti, brigádách a domácích pracích, plus navíc hodnocení jejich kvality. Dalšími škálami je sociální a školní. Z těchto tří škál se počítá Skór celkové sociální kompetence. Profil syndromů obsahuje stejné subškály jako Youth Self-Report popsány níže.

YSR (Youth Self-Report)

Je určen dětem a dospívajícím ve věku 11–18 let. Do české verze byl převeden Čermákem. (Čermák, Klimusová, & Vízdalová, 2005, Čermák & Urbánek, 1998) Má dvě hlavní části: Škály sociální kompetence a Škály problémového chování. Škály sociální kompetence tvoří Škála aktivit a Škála sociální. Škály problémového chování se skládají z osmi subškál: *Úzkostný/depresivní, Stažený/depresivní, Somatické potíže, Sociální problémy, Problémy v myšlení, Problémy s pozorností, Chování porušující pravidla a Agresivní chování*. Dotazník může být skórován v rámci dvou širokých seskupení syndromů. Jedno seskupení se označuje jako Internalizované tendence, druhé jako Externalizované tendence.

CBCL, YSR i TRF byly převedeny Čermákem do českého jazyka (Čermák & Urbánek, 1998). Dotazník byl součástí mezinárodního výzkumu, byl předložen dětem ve věku od 10 do 15 let, jejich rodičům a učitelům. Zjistili, že agrese měřená Caprarovými dotazníky významně koreluje s agresí měřenou CBCL (Čermák & Urbánek, Výzkumné a diagnostické možnosti Achenbachova a Edelbrockova testu poruch chování dítěte, 1998, p. 36).

Závěr

Výše vyjmenované metody jsou pouhým stručným přehledem testů a dotazníků, které měří agresi. V literatuře se vyskytuje mnoho dalších dotazníků. Ty často bývají vytvořeny pro určitý výzkum a nejsou standardizovány na žádnou populaci nebo jen na velmi malém vzorku. My jsme se zde zaměřili spíše na ty, jež jsou dostupné u nás. Přesto některé z nich nejsou standardizovány na naší populaci.

Přehled literatury

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Bushman, B. J., & Anderson, C. A. (1998). Methodology in the Study of Aggression: Integrating Experimental and Nonexperimental Findings. In R. G. Geen, *Human Aggression: Theories, Research, and Implications for Social Policy* (pp. 23–48). Academic Press.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Cermak, I., & Rosza, S. (2001). Facing Guilt: Role of Negative Affectivity, Need for Reparation, and Fear of Punishment in Leading to Prosocial Behaviour and Aggression. *European Journal of Personality*, 15, pp. 219–237.
- Čermák, I., & Urbánek, T. (1998). Výzkumné a diagnostické možnosti Achenbachova a Edelbrockova testu poruch chování dítěte. In M. Svoboda, & M. Blatný (Ed.), *Sociální procesy a osobnost* (pp. 32–37). Brno: Masarykova Univerzita.
- Čermák, I., Klimusová, H., & Vízdalová, H. (2005). Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie*, XLIX(3), pp. 223–236.
- Graybill, D. (1993). A Longitudinal Study of Changes in Children's Thought Content in Response to Frustration on the Children's Picture. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), pp. 531–535.
- Hamama, L., & Ronen, T. (2009). Children's drawing as a self report measurement. *Child and Family Social Work*, 14, pp. 90–102.
- Pastorelli, C., Barbaranelli, C., Cermak, I., Rozsa, S., & Caprara, G. V. (1997). Measuring emotional instability, prosocial behavior and aggression in pre-adolescents: a cross-national study. *Personality and Individual Differences*, 23, pp. 697–702.
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005). *Ethos*. 33(3), pp. 299–334.
- Rosenzweig, S. (1976, October). Aggressive Behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study. *Journal of Clinical Psychology*, 32(4), pp. 885–891.
- Sandoval, J., & Echandia, A. (1994). Behavior Assessment System for Children. *Journal of School Psychology*, 32(4), pp. 419–425.
- Svoboda, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2009). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

DIAGNOSTIKA EXEKUTÍVNYCH FUNKCIÍ VENGEROVÝM SUBTESTOM KRESLENIA VZORKY PODĽA DIKTÁTU

THE ASSESSMENT OF EXECUTIVE FUNCTIONS BY VENGER'S SUBTEST OF PATTERN DRAWING BY DICTATION

Martina Zubáková, Marína Mikulajová, Miroslava Schöffelová

Katedra logopédie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave,
Račianska 59, 813 34 Bratislava, Slovensko

Abstrakt:

Príspevok sa zameriava na jeden zo subtestov komplexnej diagnostickej metodiky, ktorú v 70. rokoch minulého storočia zostavil kolektív ruských psychológov pod vedením L. A. Vengera na hodnotenie celkového psychického vývinu detí v predškolskom veku. Vengerov subtest kreslenia vzorky podľa diktátu, ktorý bol pôvodne vytvorený na zisťovanie niektorých predpokladov podmieňujúcich pripravenosť na školu, možno v súčasnosti považovať za jeden z diagnostických nástrojov exekutívnych funkcií, ktoré zohrávajú kľúčový význam pri nadobúdaní gramotnosti. Predkladaná metodika bola overená na vzorke 176 po slovensky hovoriacich 6-ročných detí z bratislavských materských škôl. Získané výsledky porovnáva s validizačnými údajmi českých autoriek, ktoré sa v 80. rokoch pokúsili z danej metodiky vytvoriť skriningový nástroj na posudzovanie školskej zrelosti.

Abstract:

The article focuses on one of the subtests taken from a complex diagnostic battery which was compiled in the 1970s by a team of psychologists led by Russian L. A. Venger, with the purpose of evaluating the overall psychological development of preschool children. Venger's subtest of drawing patterns in response to dictation, which was originally created to test some assumptions that affect readiness for school, can now be considered as one of the diagnostic tools for identifying difficulties with executive functions which play a key role in literacy acquisition. The presented methodology has been validated on a sample of 176 Slovak-speaking 6-year-old children in Bratislava kindergartens. The results obtained are compared with the validation data from Czech authors, who, in the 1980s, tried to develop the methodology for a screening tool for diagnosing school readiness.

Klíčová slova:

exekutívne funkcie, diagnostika exekutívnych funkcií, Vengerov subtest kreslenia vzorky podľa diktátu, pripravenosť na školu, gramotnosť.

Key words:

executive functions, assessment of executive function, Venger's subtest of pattern drawing by dictation, school readiness, literacy.

Úvod

Pripravenosť na školu zahŕňa množstvo faktorov ako telesnú, kognitívnu, emočnú, motivačnú a sociálnu zrelosť. To znamená, že na to, aby dieťa bolo pri nadobúdaní gramotnosti úspešné, potrebuje celý rad predpokladov, ktoré mu umožnia sa bezproblémovo vzdelávať. Pripravenosť na školu môžeme prirovnať k pevným základom pri stavbe domu. Ak základy nie sú dostatočne hlboké a pevné, zrúti sa časť domu alebo dokonca celá stavba. Teda ak dieťa nie je dostatočne pripravené v jednej alebo viacerých oblastiach, môže to narušiť plynulý proces vzdelávania a negatívne ovplyvniť celú jeho školskú kariéru. Výskumy v posledných dekádach (Felton, Wood, Campbell & Harter, 1987; Pennington, Groisser & Welsh, 1993; Willcutt et al., 2001 in Bental & Tirosh, 2007) ukazujú, že jadrom školskej neúspešnosti v súvislosti s nedostatočnou reguláciou vlastného správania (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD*) sú deficitné exekutívne funkcie (EF). Vzhľadom k súčasnému trendu posúvať odhaľovanie a prípadnú intervenciu problémov v škole už pred zahájením školskej dochádzky, by sa meranie regulácie vlastného správania malo stať súčasťou diagnostických batérií pre deti už v predškolskom

veku (Schöffelová, Mikulajová & Zubáková, in press). Cieľom príspevku je teda poukázať na jednu z možností diagnostiky EF v predškolskom veku, ktoré zohrávajú dôležitú úlohu pri nadobúdaní gramotnosti.

1 Čo sú exekutívne funkcie?

Exekutívne funkcie (EF) sa čoraz viac stávajú predmetom mnohých štúdií, pretože sú kľúčové pre kogníciu, ľudské správanie a vzájomne interakcie jednotlivých kognitívnych funkcií. V súčasnosti sú EF považované za súbor vyšších kognitívnych procesov, ktoré organizujú a regulujú ľudské správanie. Tieto exekutívne komponenty môžu fungovať len vďaka podpore ďalších subprocesov, ako je pozornosť, plánovanie, iniciácia a inhibícia procesov, kognitívna flexibilita, monitorovanie viacerých úloh, pracovná pamäť a kontrola verbálnej fluencie. Všetky tieto procesy sú zamerané na riešenie problémov a priamo sa vzťahujú k mysleniu a regulácii správania. EF sa začínajú objavovať v prvých rokoch života, naplno sa rozvíjajú v období dospievania a klesajú s prirodzeným procesom starnutia. Za najcitlivejšie obdobia vo vývine EF možno považovať obdobie medzi 5–8 a 11–12 rokom života (Siqueira, Scherer, Reppold, & Fonseca, 2010).

Z neuropsychologického hľadiska ako prvý opísal koncept EF prof. A. R. Lurija v šesťdesiatych rokoch minulého storočia (slovenské vydanie 1975), keď odhalil dovtedy málo známe funkcie frontálnych lalokov a prefrontálnej kôry v regulácii správania. Súčasné poznatky o neuroanatomickom substráte EF v norme a patológii v zásade zodpovedajú Lurijovmu opisu. Termín „exekutíva“ použil prvýkrát vo svojej práci *Executive functions of frontal lobes* K. Pribram (1976, p. 509 in Barkley, 2000, p. 1065), keď uviedol, že „...frontálna kôra sa rozhodujúco podieľa na realizácii exekutívnych programov, ktoré sú nevyhnutné na udržanie mozgovej organizácie...“. V súčasnosti neexistuje univerzálna definícia EF. V roku 1994 na konferencii venovanej problematike EF spozorovanej *National Institute of Child Health and Human Development* bola zostavená pracovná skupina, ktorá vymedzila šesť oblastí EF zahŕňajúc: 1) sebareguláciu, 2) sekvencovanie správania, 3) flexibilitu, 4) inhibíciu, 5) plánovanie a 6) organizáciu správania (Eslinger, 2005).

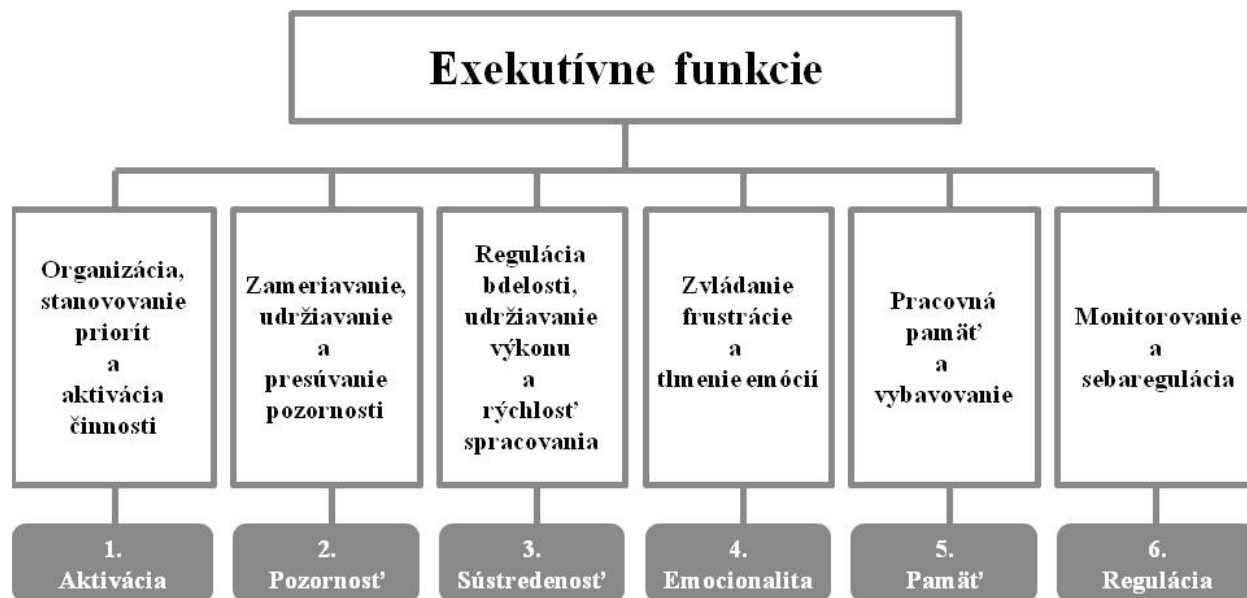
M. B. Denckla (2005) predstavuje EF ako „centrálny riadiaci a integračný systém“, „vyššie nadradené procesy“ alebo ako „ústrednú rozličných kognitívnych operácií.“ T. E. Brown (2000) metaforicky prirovnáva EF k dirigentovi orchestra, či funkcii manažmentu v obchodnej spoločnosti. Tak napríklad dirigent orchestra, ktorý síce nehrá na žiaden hudobný nástroj, má v orchestri nenahraditeľnú úlohu, pretože podľa jeho pokynov sa riadi každý hudobník a vďaka nemu orchester vytvára harmonický akustický celok. Takisto aj manažérsky tím prosperujúcej obchodnej spoločnosti nemôže zabezpečovať obrat a produkovať zisk bez podpory jednotlivých divízií, ako nákup, ľudské zdroje, výroba, marketing a distribúcia. Podobne ako dirigent orchestra, či vrcholový manažment, aj EF organizujú, aktivizujú, usmerňujú, integrujú a riadia jednotlivé subprocesy, čo umožňuje mozgu vykonávať rutinnú i tvorivú prácu. Uvedené metafory však nemôžu vystihnúť celú zložitost EF, ale môžu napomôcť ilustrovať dôležitosť rozmanitých funkcií podieľajúcich sa na komplexnom riadení aktivít človeka. EF sa teda vzťahujú na širokú škálu riadiacich funkcií v mozgu, ktoré spravujú ďalšie mozgové funkcie, čo umožňuje jednotlivcovi účinne fungovať.

EF teda môžeme chápať ako strešný termín pre súbor kognitívnych procesov, ktoré tvoria základ pre reguláciu správania v nových alebo náročných situáciách. Konkrétnejšie, EF sú nevyhnutné v situáciách zahŕňajúcich: i) plánovanie a robenie rozhodnutí, ii) oprava chýb alebo odstraňovanie porúch, iii) iniciácia nových úkonov, iv) nebezpečenstvo alebo technické problémy, v) potreba prekonať silnú návykovú reakciu (Hughes & Graham, 2002). EF sú vo všeobecnosti spájané s prefrontálnou kôrou. Kognitívna dôležitosť prefrontálnej kôry bola po prvýkrát odhalená prostredníctvom výskumov na vojenských veteránoch z prvej svetovej vojny, ktorých výsledky preukázali, že vojaci s poškodením prefrontálnej kôry nemajú problém s plnením rutinných úloh, ale majú ťažkosti zvládnuť nové úlohy alebo pochopiť ich celkovú zložitost. To viedlo k názoru, že EF sú kľúčové pre abstraktné alebo vysoko-štruktúrované myslenie, a že tieto schopnosti sa manifestujú iba v dospelosti, čo následne viedlo k systematickému opomínaniu EF v detskom veku (Hughes & Graham, 2002; Hughes, 2005).

1.1 Úloha exekutívnych funkcií pri vstupe do školy

Vstup do školy znamená pre väčšinu detí značnú záťaž. Mnohé nároky, ktoré sa kladú na deti v prvom ročníku si vyžadujú bezpodmienečné plnenie. Preto nie je prekvapujúce, že istý počet detí vykazuje dlhšiu alebo kratšiu dobu po vstupe do školy rôzne intenzívne a rozlične sa prejavujúce známky neprispôsobivosti. Učitelia to popisujú ako problematické podriaďovanie sa kolektívnemu vedeniu, problémy s pozornosťou na vyučovaní, neustálu manipuláciu s predmetmi, neschopnosť pokojne sedieť a sústredene vnímať výklad učiva, nerozprávať počas vyučovania a pod. (Langmeier & Krejčířová, 1998). Všetky zmienené problematické oblasti v procese

zaškolenia spadajú do oblasti EF, ktoré J. G. Borkowski a J. E. Burke (2005) považujú za kľúčové pri dosahovaní školskej úspešnosti. Podľa nich (2005, p. 246–247) EF „umožňujú dieťaťu pristupovať k riešeniu úloh skôr systematickým ako chaotickým spôsobom.“ Nakoľko EF predstavujú veľmi rozmanitú škálu metakognitívnych funkcií, asi najjednoduchšie pochopíme podstatu jednotlivých oblastí EF na Brownovom (2001 in Brown, 2008) modeli narušených exekutívnych funkcií pri ADD (*Attention Deficit Disorder*) syndróme (obrázok 1).



Obrázok 1 Model narušených exekutívnych funkcií pri ADD syndróme podľa T. E. Browna (2008)

- Aktivácia** zahŕňa organizovanie úloh a materiálov, odhad času, určovanie priorit a začatie plnenia pracovných úloh (Brown, 2009). V prvom ročníku sa od dieťaťa očakáva, že bude schopné plniť si povinnosti, ktoré škola naňho kladie. S tým súvisí udržiavanie poriadku a prehľad v školskej taške, školskej lavici, skrinke s osobnými vecami. Dieťa musí vykonávať predpísané činnosti spoločne s ostatnými deťmi bez sústavnej priamej kontroly. J. Langmeier a D. Krejčířová (1998) používajú termín „dialkové vedenie“, ktoré charakterizuje prácu učiteľa stojaceho čelom ku kolektívu na rozdiel od bezprostredného kontaktu a individuálneho povzbudzovania k činnosti. Napriek tomu, že učiteľ priebežne kontroluje plnenie úloh, dáva dieťaťu spätnú väzbu, podáva rodičom informácie o domácich úlohách, prospechu, predsa sa od dieťaťa očakáva veku primeraná zodpovednosť za plnenie školských úloh.
- Pozornosť** znamená schopnosť sústrediť sa, udržať pozornosť a upriamiť pozornosť na plnenie úlohy (Brown, 2009). Od prvkov sa vyžaduje, že v priebehu celej vyučovacej hodiny budú primerane sústredení, budú celý čas sedieť v lavici a dodržiavať vopred stanovené pravidlá. I keď má učiteľ preberať náročné učivo v prvom ročníku predovšetkým na začiatku vyučovacej hodiny (po prestávke, pri počiatočnom sústredení), predsa len je celá hodina pre šesťročné dieťa dlhá a kladie značné nároky na aktívnu pozornosť, schopnosť inhibície spontánnej pohyblivosti a hravej činnosti, ktorá v predškolskom veku u detí dominovala (Langmeier & Krejčířová, 1998).
- Sústredenosť** predstavuje úsilie, ktoré je nutné vynaložiť na reguláciu bdelosti, udržiavanie výkonu a pohotovosť (Brown, 2009). Školské vyučovanie vyžaduje od prvkov primeranú sústredenosť počas celého dňa. To znamená, že dieťa musí byť sústredené v priebehu celého vyučovania, nielen na prvej vyučovacej hodine, či vyučovacej hodine s individuálnou preferenciou. J. Langmeier a D. Krejčířová (1998) uvádzajú, že v prvom ročníku sa pomerne rýchlo začína priamo s výučbou, ktorá kladie značné nároky na rozumovú vyspelosť, ale i na primeranú pracovnú motiváciu, záujem, dostatočnú koncentráciu a na ďalšie osobnostné vlastnosti. „Latka“ nárokov stúpa, pretože kopíruje stúpajúci trend nárokov na vzdelanie a pracovnú výkonnosť a je rovnako nastavená pre všetky deti, s veľmi malým ohľadom na individuálne schopnosti, osobnostné vlastnosti, či podmienky rodinného prostredia.
- Emocionalita** zahŕňa zvládanie frustrácie a tlmenie emócií (Brown, 2009). J. Langmeier a D. Krejčířová (1998) v súvislosti s pripravenosťou na školu zdôrazňujú emočnú, motivačnú a sociálnu zrelosť. Pod emočnou pripravenosťou rozumejú schopnosť dieťaťa primerane kontrolovať svoje city a tmiť situačne nevhodné

impulzy. Dieťa musí byť schopné odložiť splnenie svojich momentálnych prianí, pokiaľ je to nevyhnutné k dosiahnutiu vytýčeného cieľa. Taktiež je dôležité, že dieťa je schopné kooperovať v skupine spolužiakov a že sa dokáže na istý čas vzdať svojich osobných potrieb v prospech kolektívneho cieľa školskej triedy. S citovou a motivačnou pripravenosťou úzko súvisí i sociálna pripravenosť. Dieťa má byť schopné byť menej závislé na rodine, tak aby sa dokázalo od nej na čas odlúčiť a byť činné i bez jej opory. Musí byť schopné podriaďiť sa cudzej autorite a prijať novú rolu – rolu žiaka, teda riadiť sa pravidlami školskej triedy. Takisto si dieťa musí nájsť svoje miesto v skupine detí, v ktorej má nielen pracovať, ale i vo vymedzenom čase sa hrať a nadväzovať kamarátske vzťahy.

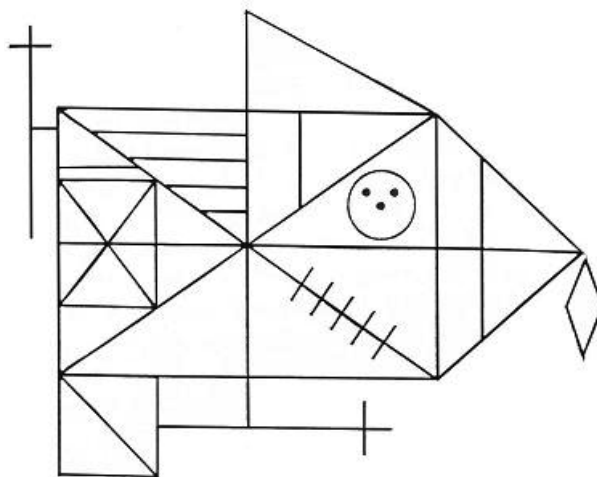
5. **Pamäť** špecifikuje konkrétne pracovná pamäť a vybavovanie (Brown, 2009). H. L. St Clair-Thompson a S. E. Gathercole (2006) uvádzajú, že pracovná pamäť má výrazný podiel na dosahovaní školskej úspešnosti. Medzi 7 a 14 rokom života, deti, ktoré skórujú nízko v testoch pracovnej pamäti dosahujú slabé výsledky v materinskom jazyku, matematike a prírodovede (Gathercole, Brown, & Pickering, 2003; Gathercole & Pickering, 2000; Gathercole, Pickering, Knight, & Stegmann, 2004; Jarvis & Gathercole, 2003 in St Clair-Thompson & Gathercole, 2006). Pracovná pamäť je súčasťou krátkodobej pamäte, ktorá drží a manipuluje s aktuálne spracovávanými informáciami. Pracovná pamäť sa sústreďuje na okamžitý kontext aktuálne udržiavanej pozornosti a odkazuje na „online“ mozgové kapacity, ktoré aktivizujú momentálne potrebné informácie a zároveň regulujú ďalšie funkcie. Súčasne chápanie pracovnej pamäte sa odlišuje od predchádzajúcich predstáv o krátkodobej pamäti tým, že pracovná pamäť nie je len dočasný úložný systém, ale predstavuje aktívny systém spracovania, ktorý kooperuje s pamäťou ako celkom a napomáha jej s aktuálnymi potrebami, či už v nových alebo rutinných situáciách, vybavovať si informácie z bezprostrednej a/alebo vzdialenej minulosti. S. M. Kosslyn a O. Koenig (1995 in Brown, 2000) popísali pracovnú pamäť tak, že aktivizuje informácie z dlhodobej a krátkodobej pamäte a rozhoduje o tom, ktoré informácie budú aktivizované v dlhodobej pamäti a ktoré uchované v krátkodobej pamäti. Pracovná pamäť teda nie je štrukturálne vyčlenená z dlhodobej pamäte, ale predstavuje aktuálne aktívnu súčasť dlhodobej pamäte. Pracovná pamäť má obmedzenú funkčnú kapacitu, to znamená, že má limitovaný počet simultánnych aktivizácií, a tieto kapacity sa medzi jednotlivcami výrazne líšia (Richardson, 1996 in Brown, 2000).
6. **Reguláciu** možno chápať ako monitorovanie vlastnej činnosti a sebareguláciu (Brown, 2009). Sebaregulácia je termín, ktorý je niekedy chápaný samostatne a inokedy zahrňaný pod pojem exekutívne funkcie. Rozdiel medzi týmito dvoma termínmi často nie je jednoznačný. V našom ponímaní ide o prispôsobovanie, monitorovanie a usmerňovanie správania, ktoré je nevyhnutné v školskom prostredí s cieľom byť úspešný. Sebaregulácia sa rodí v sociálnych interakciách a je ovplyvňovaná postojmi a správaním iných v rozličných situáciách (Paris & Byrnes, 1989 in Singer & Bashir, 1999). Sebaregulačné správanie sa uplatňuje v špecifických situáciách, kedy sa žiak zaoberá plnením úlohy. Sebaregulácia je teda výsledkom recipročných vplyvov individuálnych procesov (napr. schopnosti vnímania, vlastnej motivácie), vonkajšieho prostredia (náročnosť úlohy, učiteľovo povzbudzovanie) a vlastného správania (prejav správania navonok). Sebaregulácia u žiakov závisí od miery aktívnej zaangažovanosti metakognície, motivácie a vlastného správania vo vyučovacom procese. Sebaregulácia zahrňa tri recipročné subprocessy: sebaopozorovanie (alebo sebamonitorovanie), sebaoposudzovanie (alebo sebahodnotenie) a sebakontrolu (alebo regulovanie správania). Každý z týchto subprocessov sa podieľa na sebareflexii pri plnení úloh. Reflexia umožňuje žiakom využívať ich metakognitívne znalosti o úlohe, sebe a stratégiách v každej etape sebaregulácie: plánovanie, monitorovanie a hodnotenie (Ertmer & Newby, 1996 in Singer & Bashir, 1999). Od žiakov sa vyžaduje sebaregulácia počas celého vyučovania. Sebareguláciu žiakov možno vidieť v príprave žiakov na vyučovanie, v miere zaangažovanosti pri plnení úloh a v zmene postupov pri riešení problémov. EF a sebaregulácia sú teda základné znaky metakognície. Tieto procesy sa objavujú a ďalej rozvíjajú v priebehu vývinu. Spoločne, exekutívne a sebaregulačné procesy sú kľúčové pre kognitívny, jazykový, behaviorálny a emocionálny vývin, z ktorých všetky majú zásadný význam pri vzdelávaní a dosahovaní úspechu v škole (Singer & Bashir, 1999).

1.2 Metódy hodnotenia exekutívnych funkcií

Výskum EF u detí je pomerne neskoro rozvíjajúcim sa fenoménom a pre väčšinu existujúcich výskumov sú charakteristické dva metodologické nedostatky: nízka konštrukčná validita testov na meranie EF a chyby založené na teoretických východiskách výskumu v rámci vývinového aspektu. Prvý problém týkajúci sa nízkej konštrukčnej validity testov hovorí o tom, že úlohy na meranie EF mapujú množstvo kognitívnych procesov, rovnako exekutívnych i neexekutívnych, čo sťažuje pochopenie vývinu jednotlivých subprocessov EF. Navyše

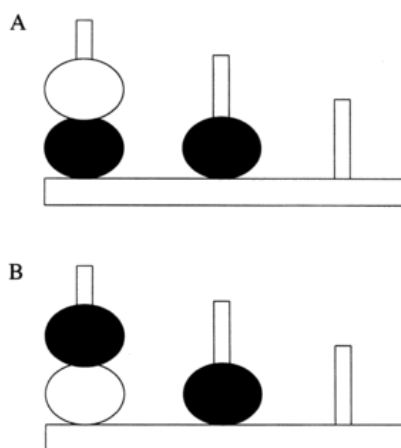
neexistuje pri používaní jednotný test alebo skupina testov, na každú exekutívnu doménu, čo znamená že poznatky o vývinových zmenách v detskom veku sú založené iba na špecifických úlohách reprezentujúcich odlišné aspekty určitých exekutívnych domén. Druhý problém sa týka skutočnosti, že výskum vývinu EF sa riadil skôr princípmi fungovania frontálneho laloku u dospelých, ako vychádzal z vývinového modelu EF v detskom veku (Brocki & Bohlin, 2004).

Na tomto mieste si ponúkneme iba stručný prehľad najčastejšie používaných nástrojov na meranie EF. C. Hughes (2005) zaraďuje medzi najčastejšie používané úlohy v detskom veku nasledujúce, a to „Go/No Go Test“, v ktorom dieťa musí reagovať odpoveďou na stimul A (napr. stlačením tlačidla, keď vidí na obrazovke zelenú loď), ale nereagovať na stimul B (tzn. nestlačiť tlačidlo, keď uvidí tú istú loď v červenom prevedení), test „Deň a Noc“ (v ktorom dieťa má pomenovávať predkladané obrázky: obrázok mesiaca pomenovávať slovom „Deň“ a obrázok slnka slovom „Noc“), „Rytmická hra“ (v ktorej má dieťa klopnúť raz, keď administrátor klopane dvakrát a naopak reagovať dvojklopnutím na jedno klopnutie) a Lurijova Hra s rukami (v ktorej má dieťa ukázať päť, keď administrátor ukáže prst a naopak). V. Anderson (2001) delí frekventovane používané testy do jednotlivých kategórií (plánovanie, riešenie problému, abstraktné/koncepčné formovanie a mentálna flexibilita) podľa toho, na ktorú oblasť EF sa test zameriava. Z priestorových dôvodov si na ilustráciu uvedieme z každej kategórie jeden príklad štandardizovaného testu s existujúcimi normami pre detský vek. Schopnosť plánovania reprezentuje Reyov test komplexnej figúry (*The Complex Figure of Rey*), v ktorom sa vyžaduje od dieťaťa, aby odkreslilo podľa predlohy komplex geometrických tvarov (Obrázok 2), a potom to znovu nakreslilo z pamäti s 3-minútovým oneskorením. Tento test je vo všeobecnosti považovaný za test plánovania a organizovania schopností, hoci aj ďalšie jednoduchšie schopnosti tu zohrávajú dôležitú úlohu. Medzi tieto schopnosti patria: zrakové vnímanie, vizuomotorická koordinácia, jemná motorika a vizuálna pamäť. Všetky vymenované aspekty sa podieľajú na celkovom výsledku.



Obrázok 2 Reyov test komplexnej figúry

Aspekt riešenia problému zahŕňa test Londýnska veža (*Tower of London*), ktorá obsahuje 12 položiek. V každej z nich má dieťa podľa obrázkovej predlohy premiestniť 3 farebné guľôčky do požadovaného zoskupenia s dodržaním predpísaného počtu premiestnení (Obrázok 3). Ak dieťa nedokončí úlohu správne, má možnosť opätovného pokusu. Výsledné skóre zahŕňa počet úspešne vykonaných položiek, počet neúspešných pokusov, čas plánovania a čas potrebný na dokončenie každej položky.



Obrázok 3 Londýnska veža

Abstraktné/koncepčné formovanie obsahuje slovný asociačný test COWAT (*Controlled Oral Word Association Test*). Ide o nástroj na meranie verbálnej fluencie a schopnosti vytvárať slová s použitím arbitrárnych pravidiel. Úlohou dieťaťa je hovoriť čo najrýchlejšie slová na určenú hlásku v priebehu jednej minúty, pričom musí dodržiavať dve pravidlá: (1) Nesmú to byť vlastné mená (osôb, miest...) a (2) každé slovo môže byť použité len raz. Skóre zahŕňa celkový počet vytvorených slov na tri zadané hlásky, počet opakovaných slov a počet porušených pravidiel. Mentálnu flexibilitu mapuje Wisconsinský test triedenia kariet – WCST (*Wisconsin Card Sorting Test*), ktorý začína tým, že dieťaťu predkladáme sériu štyroch stimulačných kartičiek: prvá znázorňuje červený trojuholník, druhá dve zelené hviezdičky, tretia tri žlté krížiky a štvrtá štyri modré kruhy. Dieťaťu sa následne predkladá 128 kartičiek s podobným vzťahom ako na stimulačných kartičkách, ale obmieňa sa farba, počet a geometrické tvary. Úlohou dieťaťa je priradiť predkladanú kartičku k jednej zo stimulačných kariet. Skóre zahŕňa počet zrealizovaných kategórií, celkový počet chýb a percento perseveračných chýb.

Naša štúdia sa zameriava na diagnostiku exekutívnych funkcií Vengerovým subtestom kreslenia vzorky podľa diktátu, ktorý možno zaradiť do oblasti diagnostiky schopnosti plánovania u dieťaťa predškolského veku, a to v období pred vstupom do školy. Okrem tejto funkcie, tu zohrávajú dôležitú úlohu aj ďalšie oblasti exekutívneho systému (aktivácia činnosti, pozornosť, sústredenosť, emocionálnosť, pracovná pamäť, sebaregulácia a monitorovanie vlastnej činnosti), rovnako ako aj neexekutívneho (porozumenie verbálne zadávaným inštrukciám, vizuomotorická koordinácia, jemná motorika, zrakové vnímanie a pod.) Čiže také komponenty, ktorých vzájomná súčinnosť je nevyhnutná pre samotný proces učenia.

1.3 Vengerov subtest kreslenia vzorky podľa diktátu

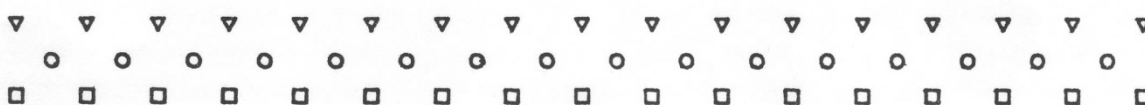
Vengerov subtest kreslenia vzorky podľa diktátu bol pôvodne vytvorený pred viac ako tridsiatimi rokmi, ako súčasť komplexnej diagnostickej metodiky pre deti predškolského veku, kolektívom ruských psychológov pod vedením L. A. Vengera (1984). Diagnostická batéria obsahovala päť metodík zvlášť pre 3-ročné (mladšia skupina MŠ), zvlášť pre 4- a 5-ročné (stredná a staršia skupina MŠ) a osobitne pre 6-ročné deti (prípravná skupina MŠ). Komplexná diagnostická metodika sa zameriavala na hodnotenie celkovej úrovne psychického vývinu detí predškolského veku. Podľa slov L. A. Vengera (tamtiež) výnimkou bola len jedna metodika určená pre 6-ročné deti pripravujúce sa na vstup do školy, ktorá prihliadala na zisťovanie úrovne pripravenosti niektorých špeciálnych schopností súvisiacich s predpokladmi zvládnuť učebnú činnosť, a to metodika kreslenia vzorky podľa diktátu.

Prechod z predškolského veku na systematické učenie v škole mení od základu život a činnosť dieťaťa. Učenie ako hlavná činnosť v školskom veku kladie na dieťa nové úlohy v zmysle osvojovania si zovšeobecnených a systematizovaných vedomostí, čo vyžaduje inú štruktúru poznávacej činnosti ako v predškolskom veku. Už L. I. Božovičová (1968 in Venger, 1984) uviedla, že vyučovanie v škole vyžaduje od dieťaťa okrem vlastného intelektového vývinu aj uvedomené vyčlenenie učebnej látky, t. j. predmetu, ktorý si osvojuje. Proces osvojovania dostáva pritom novú štruktúru, pretože sa mení na zámernú, špeciálne organizovanú činnosť, pričom podľa N. N. Poddjakova (1970 in Venger, 1984) ústredným momentom formovania učebnej činnosti detí predškolského veku je preorientovanie sa dieťaťa z konečného výsledku, ktorý treba dosiahnuť počas danej úlohy na spôsob realizácie tejto úlohy. Preorientovanie sa dieťaťa z výsledku na spôsob samotnej realizácie

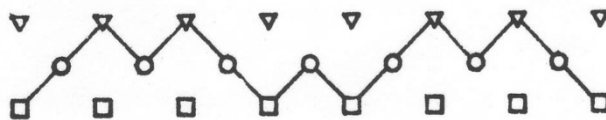
úkonu pripravuje dieťa na uvedomovanie si svojich úkonov, čo vedie k rozvoju uvedomovania a kontroly svojej činnosti, čo je podstatou vyššie analyzovaných EF. Ruskí psychológovia už vtedy veľmi exaktne zadefinovali dôležitosť sebaregulácie v procese osvojovania si gramotnosti, pričom vtedy ešte netušili, že ide o oblasť vymedzovanú ako EF.

Vengerov subtest kreslenia vzorky bol špeciálne zostavenou metodikou zameranou na charakteristiku činnosti dieťaťa v procese učenia. Pre dieťa v predškolskom veku nie je typické stanovenie učebných cieľov, v jeho úkonoch spravidla ešte spôsob splýva s výsledkom a osvojuje sa v priebehu dosahovania tohto výsledku (získania daného produktu). A. P. Usovová (1970 in Venger, 1984) vo svojich prácach osobitne zdôrazňuje vývin schopnosti dieťaťa vypočítať a vykonať inštrukcie dospelého ako základného ukazovateľa osvojenia si základných foriem učebnej činnosti v predškolskom veku. Túto schopnosť autorka priamo spája s formovaním sebakontroly (oblasť EF), ktorá dieťaťu umožňuje uvedomene vykonávať uloženú činnosť. Deti v predškolskom veku ešte nie sú schopné vedome uchopiť moment pochopenia učebného cieľa. Uvedená metodika bola zostavená na detailnejšie preskúmanie formovania predpokladov pre učebnú činnosť, teda ako deti plnia inštrukcie, ktoré súvisia so samotným plnením úlohy – spôsobom úkonu dosahovania cieľa. Cieľ osvojiť si spôsob úkonu môže vzniknúť až po predchádzajúcom odčlenení tohto spôsobu od výsledku a po vedomom spracovaní tohto spôsobu. Jednoducho povedané, pre dieťa nemá byť dôležitý len výsledok, ale aj samotný spôsob ako sa k nemu dopracovať. A. P. Usovová (1970 in Venger, 1984) ďalej uvádza, že inštrukcie dospelého týkajúce sa spôsobu úkonu („ako to urobiť“) začínajú deti vykonávať neskôr a s väčšími ťažkosťami ako inštrukcie týkajúce sa výsledku („čo urobiť“). Avšak spôsob úkonu sa môže dieťaťu oznámiť v rôznej forme: buď vo forme priamych inštrukcií týkajúcich sa postupne každého prvku úkonu alebo vo forme pravidla, na ktoré dieťa musí prihliadať počas celého úkonu. A. N. Leontiev (1965, s. 493 in Venger, 1982, s. 136) uvádza: „Ovládnuť pravidlo znamená ovládnuť svoje správanie, naučiť sa ho riadiť, naučiť sa ho podriaďovať určitej role.“ Ovládnutie pravidla znamená, že sa konanie dieťaťa podriadi učebnej úlohe. Na tomto teoretickom základe vyčlenil tím ruských psychológov základný predpoklad učebnej činnosti, ktorá sa utvára v predškolskom veku a domnievali sa, že by mohol byť spoľahlivým ukazovateľom úrovne pripravenosti dieťaťa na jej osvojenie. To znamená schopnosť vedome podriaďovať svoje konanie pravidlu, ktoré vo všeobecnosti určuje spôsob úkonu a zároveň schopnosť uskutočňovať postupné priame inštrukcie týkajúce sa každého prvku úkonu. S týmto zreteľom zostavili diagnostickú metodiku kreslenia vzorky podľa diktátu, pričom dieťa pri kreslení vzoru má uplatňovať: (1) vopred osvojené pravidlá a (2) súčasne uskutočňovať postupne diktované slovné inštrukcie dospelého, ktoré určujú obsah každej časti kresby.

Úlohou dieťaťa je teda podľa slovnej inštrukcie – diktátu examinátora spájať čiarou geometrické tvary: trojuholníky a štvorčeky, ktoré sú umiestnené nad sebou vo vodorovných riadkoch a medzi nimi je riadok krúžkov s posunom o pol medzery (Obrázok 4), tak aby vytvárali diktovaný vzor. Dieťa pri spájaní geometrických tvarov podľa diktátu musí dodržiavať tri pravidlá: (1) geometrické tvary (dva štvorčeky, dva trojuholníky alebo štvorček a trojuholník) môžu byť spájané len cez krúžok, (2) čiara vzoru môže ísť len dopredu (spájanie tvarov smerom dozadu je neprípustné), (3) čiara musí nadväzovať (nesmie sa prerušiť, musí pokračovať vždy tam, kde bola ukončená, aby vo vzore neboli medzery). S dieťaťom sa pracuje individuálne. Pred dieťa sa položí obrázok vzoru (Obrázok 5) a povie inštrukcia: „Budeme sa učiť kresliť vzor.“ V zácvičnej úlohe sa spolu s dieťaťom urobí spoločná analýza hotového vzoru a následne cvičný tréning so spätnou väzbou a opravami. Potom nasleduje testovacia séria troch úloh, pri ktorých sa dieťa neopravuje a neposkytuje sa mu žiadna spätná väzba o správnosti riešenia. Pred každou úlohou sa dieťaťu stručne zopakujú všetky pravidlá a až potom sa začínajú diktovať spoje. Začína sa s inštrukciou: „Spoj... (napr. trojuholník so štvorcom)“ a ďalšie spoje sú diktované slovom „pripoj... (napr. trojuholník).“ V každej sérii úloh je dieťaťu diktovaných 12 spojov. Spoj sa diktuje iba raz. Rýchlosť diktovania sa prispôsobuje individuálnemu tempu dieťaťa.



Obrázok 4 Usporiadanie geometrických figúr



Obrázok 5 Príklad hotového vzoru v zácvičnej úlohe

2 Výskumná vzorka

Našu výskumnú vzorku tvorilo 176 po slovensky hovoriacich monolingválnych detí v prípravnom ročníku z 12 bežných bratislavských materských škôl, ktoré boli oslovené náhodným výberom podľa abecedného zoznamu predškolských zariadení až do naplnenia požadovaného počtu detí. Z celkového počtu bolo 89 chlapcov a 87 dievčat s priemerným vekom 6 rokov a 2 mesiace (74,9 mesiacov, $SD = 3,8$). U žiadneho dieťaťa neboli diagnostikované vývinové poruchy. Deti boli testované Vengerovým subtestom kreslenia vzorky podľa diktátu v rámci približne tridsaťminútového sedenia, v ktorom im boli zadávané ešte iné úlohy. Metodika bola administrovaná v prvej polovici sedenia. S deťmi sme pracovali individuálne väčšinou v dopoludňajších hodinách. Testovanie sa realizovalo v mesiacoch máj/jún v roku 2009.

3 Hodnotiaci systém použitej metodiky

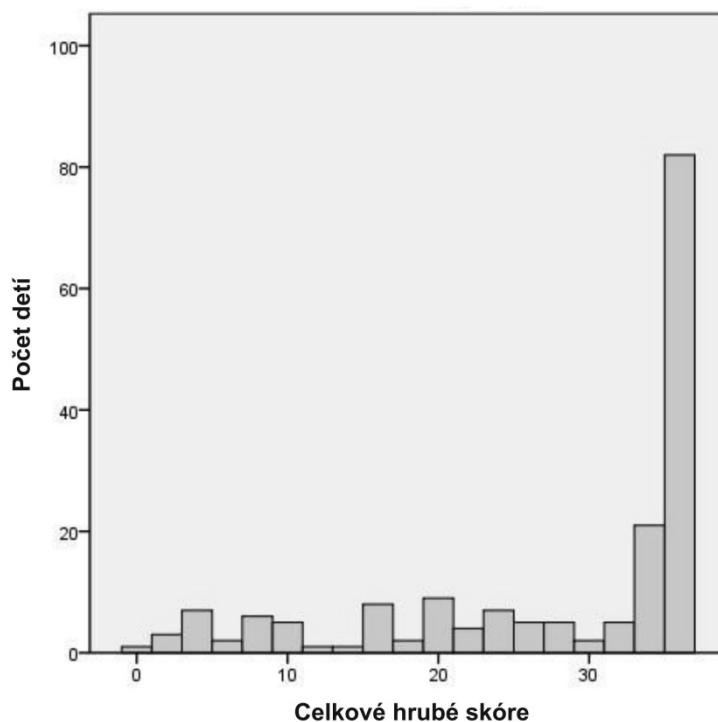
Hodnotiaci systém použitej metodiky nevychádza z pôvodnej ruskej verzie, ale sčasti je ovplyvnený prepracovanými pravidlami hodnotenia českých psychologičiek (Nováčková, Milotová, Honzíkova, & Průchová, 1989), ktoré sa predbežným overením pokúsili z danej metodiky vytvoriť skríningový nástroj na určovanie školskej zrelosti. Pôvodný skórovací systém ruskej verzie bol dosť komplikovaný: za každé správne spojenie sa dávali 2 body, za nesprávny spoj 0 bodov, t. j. za iný spoj ako diktoval examinátor alebo za priame spojenie diktovaných tvarov, teda bez prechodu cez krúžok (porušenie 1. pravidla). Za každé prerušenie čiary (porušenie 3. pravidla) a nadbytočné spojenia, ktoré nie sú v diktáte sa 1 bod odpočítaval. Súhlasíme s českými autorkami, že skórovací postup ruských psychologov je pre prax príliš zložitý a hlavne nejednoznačný s istým podielom subjektivity. Preto sme na základe ich úvah vytvorili vlastný hodnotiaci systém a od spomínaných autoriek sme prebrali systém kvalitatívneho skórovania, založený na štvorbodovom hodnotení úrovne zvládnutia, pričom dieťa získava 1 bod ak všetky tri diktáty sú úplne bez chyby; 2 body ak úplne správne sú akékoľvek dva diktáty z troch; 3 body: (a) ak chyby sú v dvoch z troch diktátov alebo (b) chyby sú vo všetkých troch diktátoch, ale žiadna nie je typu P (viď ďalej) alebo (c) chyby sú vo všetkých troch diktátoch, ale druhý a tretí diktát neobsahuje chybu typu P; 4 body ak chyby typu P sú (a) v druhom a treťom diktáte alebo (b) vo všetkých troch diktátoch.

Nami vytvorený hodnotiaci systém prostredníctvom bodovania výkonov je pomerne jednoduchý: každý jeden správny spoj hodnotíme 1 bodom. Maximálne hrubé skóre za každú sériu úloh je 12 bodov, za celý test 36 bodov. Okrem veľmi jednoduchého skórovania správnych spojov sme navrhli aj kvalitatívnu analýzu spojov, ktorá nám umožní zistiť, aké typy chýb testované dieťa robí. Na základe kvalitatívneho hodnotenia výkonov rozlišujeme dva typy chýb: chyby typu CH (dieťa sa dopúšťa chýb vo vzťahu k diktovaným spojom, tzn. spojí nesprávne geometrické tvary) a chyby typu P (chyby dieťaťa vyplývajú z porušenia pravidiel, pričom dieťa môže porušovať jedno, dve alebo aj všetky tri pravidlá naraz, a to konštantne v celej úlohe alebo len sporadicky).

4 Výsledky

Na štatistické spracovanie výsledkov sme použili štatistický program SPSS 19. Použitím nami navrhnutého systému skórovania sme dospeli k nasledujúcim výsledkom. Ako môžeme vidieť na histograme (Graf 1) výkony detí nezodpovedajú Gaussovej krivke normálneho rozdelenia. Zo štatistických údajov vyplýva, že väčšia časť detí (54 %) skóruje výborne (medián = 34 bodov), pričom 32 % detí dosahuje stopercentný výkon (36 bodov). Naopak výkony druhej, slabšej časti detí (46 %) sú roztrúsené od 33 bodov až po 0-bodovú hodnotu. To znamená, že väčšia časť detí predškolského veku je schopná sebaregulácie a monitorovania vlastnej činnosti: v prvom rade dieťa dokáže komplexne pochopiť úlohu, podržať v pracovnej pamäti zadané pravidlá, zároveň pozorne počúvať a plniť verbálne zadávané čiastkové úlohy a súčasne riadiť sa tromi pravidlami počas plnenia úloh. Prakticky to znamená, že exekutívny systém dieťaťa musí pri plnení jednej úlohy koordinovať minimálne päť kognitívnych subprocesov, ktoré sú nevyhnutné na dosiahnutie bezchybného výkonu. Z tohto je evidentné, že slabšia časť detí zlyháva v jednej, viacerých alebo všetkých zapájaných exekutívnych subpro-

cesoch, ktorých vzájomná súčinnosť umožňuje dieťaťu správne skórovať. Pozrime sa na chybné výkony slabšej časti detí detailnejšie.



Graf 1 Rozloženie výkonov detí v celkovom hrubom skóre

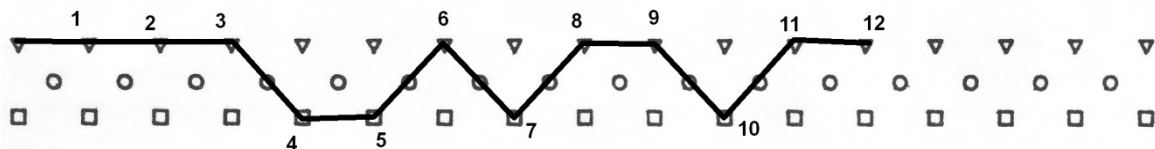
Najväčšie problémy robilo týmto deťom dodržiavanie pravidiel. Polovica detí urobila chybu typu P (porušila pravidlo) minimálne 1-krát, pričom štvrtina detí porušovala pravidlá v teste minimálne 16-krát a viac (extrémna hodnota chyby typu P bola 90-krát). Naopak chyby typu CH neboli už také frekventované, tu už iba štvrtina detí urobila tento typ chyby 1-krát a viac (maximálna hodnota bola 19-krát). To znamená, že deťom robí najväčší problém osvojiť si pravidlá, držať ich v pracovnej pamäti a uplatňovať ich v priebehu realizácie celej úlohy. Oveľa menší problém im robí sústrediť sa na správne spájanie geometrických tvarov, pretože tie sú postupne zadávané examinátorom v priebehu diktátu. Dieťaťu sa v úvodzovkách stačí sústrediť na vyslovovanú položku a tú bezprostredne zakresliť. Avšak vidíme, že aj tento typ chýb, napriek zdanlivej jednoduchosti, sa vo výkonoch detí vyskytoval, a to pravdepodobne z nasledujúcich dôvodov: (1) dieťa je v okamžiku diktovania geometrického tvaru nesústredené, rozptýlené a nestihne vyslovenú položku zaregistrovať; (2) dieťa sa sústreďuje na správne uplatňovanie pravidiel, nemá ich zvnútornené ako celok a „neustále si ich v duchu opakuje“ a preto sa dopúšťa tvarových zámen; (3) pozornosť dieťaťa má svoje limity, dieťa je unavené, robí chyby z nepozornosti alebo dokonca i preto, že (4) geometrické tvary nemá dieťa ešte pevne osvojené. Toto zistenie uvádzajú aj ruskí psychológovia: „U niektorých detí sa vyskytujú len chyby, ktoré súvisia s porušením pravidiel. U iných detí sa nevyskytujú chyby súvisiace s porušením pravidiel, ale vyskytujú sa spojenia, ktoré neboli v diktáte (nesprávne sa vyberajú prvky spojenia, niektoré spojenia sa opakujú, vyskytuje sa vynechávanie niektorých spojov). Avšak podobných „čistých“ prípadov je relatívne málo. Pri väčšine detí sa oba druhy chýb vyskytujú v rôznom pomere“ (Venger, 1982, p. 143).

V nasledujúcich riadkoch ponúkame typológiu analyzovaných chýb, pričom každú z nich budeme ilustrovať na „čistom“ reálnom príklade našich detí. Z chýb typu P, čiže z porušovania pravidiel, najväčší problém robilo deťom dodržiavanie pravidla č. 3: „Čiaru nesmieš prerušiť. Budeš pokračovať vždy tam, kde si skončil, aby vo vzore neboli medzery“ (Obrázok 6). Desať percent detí porušilo tretie pravidlo 17-krát a viac (maximálna hodnota porušenia pravidla sa vyskytla 33-krát). Zdôvodňujeme si to nasledovnými úvahami: (1) Dĺžka pravidla – znenie pravidla bolo zo všetkých najdlhšie (15 slov, pričom prvé pravidlo obsahovalo 14 slov a druhé iba 7 slov); (2) Poradie pravidla – pravidlo bolo zadávané ako posledné, tretie v poradí, pričom dieťa už muselo držať v pracovnej pamäti predchádzajúce dve pravidlá; (3) Znenie pravidla – pravidlo je formulované zo sémanticko-syntaktického hľadiska najnáročnejšie: skladá sa z dvoch viet, pričom druhá veta je zložená z dvoch podradovacích súvetí.



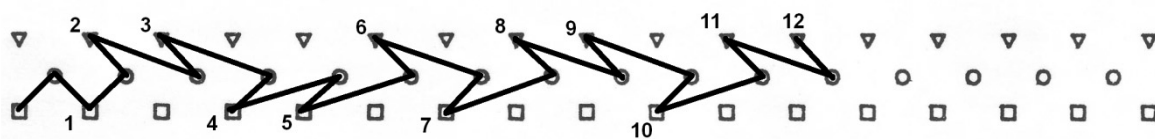
Obrázok 6 „Čistý“ príklad systematického porušovania pravidla č. 3 (chlapec M. N., 6 rokov a 1 mesiac)

Ako druhé najčastejšie porušované pravidlo bolo pravidlo č. 1: „Dva štvorčeky, dva trojuholníky alebo štvorček a trojuholník môžeš spojiť len cez krúžok“ (Obrázok 7). V tomto prípade desať percent detí porušovalo pravidlo 12-krát a viac (maximálna hodnota porušenia pravidla sa vyskytla 36-krát). Keďže zo zázviku vieme vylúčiť to, že príčinou neboli ťažkosti s rozlišovaním geometrických tvarov, v tomto prípade predpokladáme, že tu zohrali úlohu nasledujúce faktory: (1) Syntaktická náročnosť vety; (2) intonácia administrátora a (3) sémantická náročnosť predložky „cez“. (1) Faktor syntaktickej náročnosti nám hovorí o tom, že pravidlo má syntakticky neobvyklú stavbu (podmet nevyjadrený, štyri predmety na začiatku vety), čo zaťažuje pracovnú pamäť dieťaťa. Z takejto formulácie pravidla totiž nie je evidentné, nakoľko sa tam hovorí o konkrétnych geometrických tvaroch, že dieťaťu stačí, ak si zapamätá, že geometrické tvary môže spojiť „len cez krúžok“. Vymenovávanie konkrétnych geometrických tvarov v prvej časti pravidla, môže vzbudzovať u dieťaťa dojem, že je dôležité, aby si zapamätalo, ktoré geometrické tvary je možné spájať navzájom (dva štvorčeky, dva trojuholníky alebo štvorček a trojuholník). Z kapacitných dôvodov pracovnej pamäti sa teda dieťa môže prestať sústrediť na poslednú, významovo kľúčovú časť vety. (2) Intonácia administrátora zohráva pri predstavovaní tohto pravidla dôležitú úlohu. Pokiaľ administrátor zdôraznil hlasom časť „len cez krúžok“, akusticky napomohol deťom identifikovať kľúčovú časť pravidla. Pokiaľ to neurobil, dieťa sa muselo zorientovať v tejto syntakticky náročnej vete samé, čo mohlo byť jednou z príčin zlyhávania v tomto pravidle. (3) Sémantická náročnosť predložky „cez“: J. Kesselová (2003) uvádza, že predložka „cez“ patrí v spontánnom ústnom dialógu dieťaťa k periférnej funkčno-sémantickej skupine predložiek, čo znamená, že táto predložka sa osvojuje vo vývine reči medzi poslednými. Navyše spojiť „niečo (dva geometrické tvary) cez niečo“ je sémanticky náročné, pretože dieťa sa okrem podržania samotných pravidiel musí sústrediť na práve diktované geometrické tvary.



Obrázok 7 „Čistý“ príklad systematického porušovania pravidla č. 1 (chlapec A. T., 6 rokov a 9 mesiacov)

Ako najmenej porušované bolo pravidlo č. 2: „Čiara nášho vzoru môže ísť len dopredu“ (Obrázok 8). Desať percent detí porušilo toto pravidlo 11-krát a viac (maximálna hodnota porušenia pravidla sa vyskytla 34-krát). Myslíme si, že toto pravidlo je pre deti „najjednoduchšie“ preto, lebo pre deti je prirodzené postupovať zľava doprava a nevracať sa späť. Princíp tohto pravidla je v predškolských zariadeniach systematicky trénovaný pri rôznych aktivitách ako grafomotorické cvičenia, maľované čítanie, vymenovávanie poradia a pod. To znamená, že toto pravidlo je u detí najviac znútornené vďaka predškolskej stimulácii (na rozdiel od umelého pravidla, kde dieťa musí pochopiť nový princíp spájania geometrických tvarov „cez krúžok“), a tým najmenej zaťažuje pracovnú pamäť.



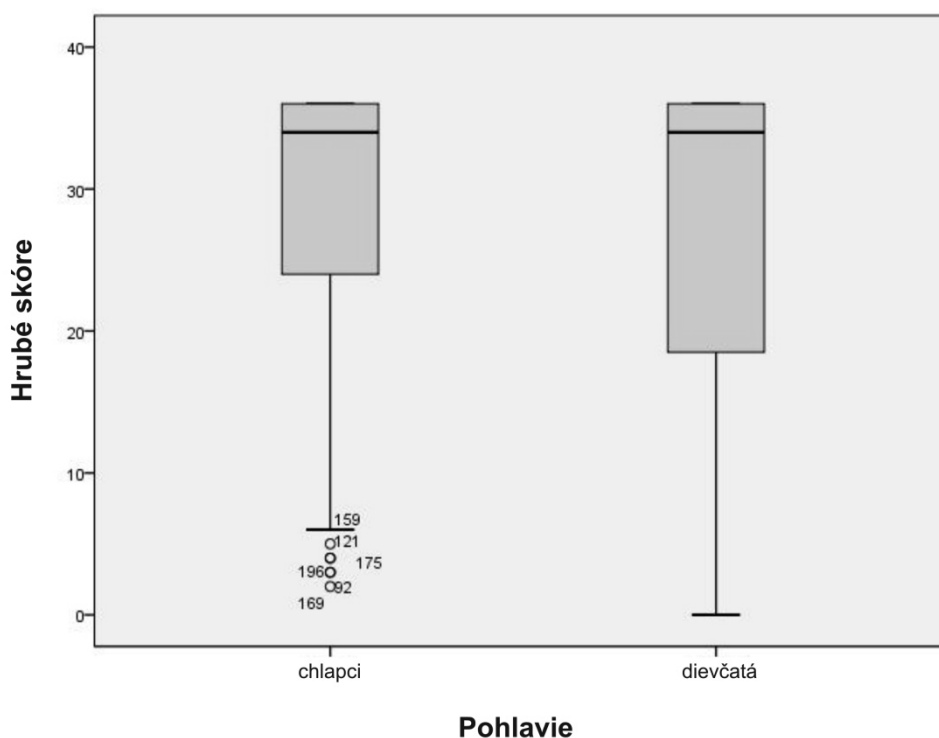
Obrázok 8 „Čistý“ príklad systematického porušovania pravidla č. 2 (dievča S. S., 6 rokov a 3 mesiace)

V tejto časti sme poskytli len niekoľko úvah k porušovaniu jednotlivých pravidiel. Sme si vedomí, že problematika kvalitatívnej analýzy chýb je omnoho širšia a vstupujú do nej aj ďalšie faktory. Dôvody porušovania

pravidiel nevyčerpáme asi nikdy, pretože príčiny sú vysoko individuálne a môžu líšiť od jedného prípadu k druhému.

Reliabilita Vengerovho subtestu kreslenia vzorky podľa diktátu bola vypočítaná Spearmanovým korelačným koeficientom medzi dosiahnutým hrubým skóre v prvej, druhej a tretej sérii úloh. Korelačné hodnoty sú pomerne vysoké: medzi 1. a 3. sériou ($r = 0,75^{**}$), medzi 2. a 3. sériou ($r = 0,82^{**}$) a medzi 1. a 2. sériou ($r = 0,72^{**}$), čo poukazuje na uspokojivú spoľahlivosť metodiky. Aj pôvodná ruská metodika, ktorá bola štandardizovaná na počte 100 detí z moskovských materských škôl mala podobne vysoký koeficient spoľahlivosti ($r = 0,81$). Reliabilita pôvodnej metodiky bola vypočítaná koreláciou medzi hrubým skóre za riešenie úlohy prvej a tretej série.

Čo sa týka rozdielov medzi výkonmi detí podľa pohlavia české autorky (Nováčková et al., 1989) uvádzajú, že chlapci boli v metodike úspešnejší, avšak rozdiel nebol štatisticky významný. Ani nám sa rozdiely vo výkonoch detí podľa pohlavia (89 chlapcov a 87 dievčat) nepotvrdili ako štatisticky významné, avšak môžeme potvrdiť zistenie českých autoriek, že chlapci boli úspešnejší (Mann-Whitney U test = 3616,5, $p = 0,442$). Na škatuľovom grafe (Graf 2) vidieť rozdiely vo výkonoch dievčat a chlapcov, pričom hrubá čierna čiara pri hodnote 34 bodov určuje medián.



Graf 2 Rozdiely vo výkonoch detí podľa pohlavia

5 Diskusia

V tejto časti sa chceme venovať porovnaniu nami dosiahnutých výsledkov s údajmi získanými kolektívom ruských (výskum realizovaný v roku 1975) a českých autorov (výskum z roku 1986). Pôvodne vytváraná metodika pod vedením L. A. Vengera bola overovaná a prepracovávaná dvakrát a až po druhej úprave prešla procesom štandardizácie. O jedenásť rokov neskôr sa kolektív českých psychologičiek pokúsil na základe predbežného overenia metodiky vytvoriť skrínigový nástroj na posudzovanie pripravenosti na školu. „Do predbežného overenia tejto metodiky sme sa púšťali s predstavou, že by kreslenie vzorky podľa diktátu mohlo byť testom vhodným k masovej aplikácii v materských školách (časovo i obsahovo ide o test rovnako nenáročný, ako je Kernov-Jiráskov orientačný test školskej zrelosti), ktorý by bol schopný diferencovať nerizikové deti od rizikových“ (Nováčková et al., 1989, p. 261). České autorky, vychádzajúc z pôvodnej ruskej metodológie výskumu, sa rozhodli na základe vyššie spomínaného zjednodušeného skórovania korelovať dosiahnuté výkony v predškolskom veku v danej metodike s celkovým prospechom detí na konci prvého ročníka ZŠ. Kolektív ruských autorov použil ako validizačné kritérium priemer známok, ktoré dieťa dostalo v priebehu prvého polroka prvého ročníka na ZŠ v predmetoch ruský jazyk a matematika. Českým autorkám sa zdalo presnejšie použiť súčet

všetkých výsledných známok na konci 1. triedy ZŠ (okrem známky zo správania). Musíme však pripomenúť, že české a slovenské deti boli testované ako 6-ročné, pričom sovietsky model školstva mal posunutý vstup do školy o jeden rok neskôr, čiže tieto deti boli testované až ako 7-ročné. Lineárnou koreláciou (podľa Pearsona) medzi priemerom známok a výsledkami v metodike dosiahli ruskí psychológovia koeficient 0,6 ($p = 0,01$) a české autorky koeficient 0,36 ($p = 0,01$) pre chlapcov a 0,42 ($p = 0,005$) pre dievčatá. Z údajov ruských autorov teda vyplýva, že dosiahnuté hodnoty poukazujú na existujúci vzťah medzi výkonom v danej metodike a v prospechu dvoch predmetov. Českým autorkám vyšli korelačné koeficienty nižšie, čo v nich vyvolalo podozrenie, že metodika pravdepodobne nepredikuje úspešnosť v učení. Ďalšie upevnenie predpokladu, že metodika meria skôr kognitívne schopnosti, im poskytli výsledky hodnotenia triednych učiteľiek, ktoré zadefinovali 12 možných príčin školskej neúspešnosti, pričom výkony v metodike sa najviac vzťahovali k exekutívnym funkciám, a to k pamäti, sústredenosti a citovej labilite. Toto zistenie českých autoriek nás len utvrdzuje v tom, že predkladaná metodika meria exekutívne funkcie u detí predškolského veku, a to v celej jej šírke, ako sme si to zadefinovali podľa Brownovho modelu (Brown, 2008). Metodika kreslenia vzorky podľa diktátu teda zahŕňa: (1) aktiváciu činnosti dieťaťa (realizácia úkonu v presne vymedzenom čase na základe inštrukcie dospelého), (2) pozornosť (zameriavanie a udržiavanie pozornosti na konkrétne diktovanú položku), (3) sústredenosť (sústredenie sa na realizovanú úlohu od začiatku až po ukončenie činnosti dospelým), (4) emocionálnosť (schopnosť zvládať frustráciu a tmiť emócie pri neúspechu spojenom s riešením úlohy), (5) pracovnú pamäť (podržanie vopred zadefinovaných pravidiel dospelým v pracovnej pamäti a ich aktívne využívanie v priebehu realizácie úlohy) a (6) reguláciu (sebaregulácia a monitorovanie vlastnej činnosti zahŕňa aktívne uplatňovanie osvojených pravidiel a podriaďovanie sa slovným inštrukciám dospelého, vrátane sebakontroly).

Zmieňované české autorky vymedzujú pojem pripravenosti na školu ako dosiahnutie takého stupňa vývinu, aby dieťa bez problémov zvládalo nároky, ktoré naňho škola kladie. To znamená, že školská úspešnosť sa nedá predikovať na základe diagnostiky izolovaných psychických procesov. Z toho vyplýva, že na spoľahlivé vyslovenie predikcie rizikovosti, nestačí zrealizovať jeden alebo dva testy, ktoré merajú úroveň izolovaných schopností. Na vyvodenie komplexného záveru v zmysle nepripravenosti dieťaťa na školu je nutné použiť celú batériu testov, ktoré postupne zmapujú všetky stránky psychických funkcií.

Aj M. Mikulajová (2008) zdôrazňuje, že súčasné používané testy pripravenosti dieťaťa na školu sa zameriavajú len na niektoré aspekty (najmä na vizuomotorické schopnosti) a opomínajú dôležitosť mapovania jazykových schopností, ktorých deficit sa v súčasnosti považujú za jadro špecifických porúch učenia (Snowling & Hulme, 2009) a vo veľkej časti sa prekrývajú s ADD/ADHD (Bental & Tirosh, 2007). Preto komplexná diagnostika mapujúca pripravenosť dieťaťa na školu musí hodnotiť všetky oblasti vývinu vrátane exekutívnych funkcií. A na to sa nám predkladaná metodika kreslenia vzorky podľa diktátu javí ako veľmi vhodná, predovšetkým svojou dostupnosťou, jednoduchosťou administrácie a vyhodnocovania. Limity metodiky vidíme v nedostatočnej schopnosti diferencovať tie najvyspelejšie deti: 32 % detí dosiahlo maximálny počet bodov, čo nezodpovedá, ako sme už konštatovali, krivke normálneho rozdelenia. Tieto zistenia však uvádzajú aj ruskí psychológovia a argumentujú: „Rozhodli sme sa, že pre túto metodiku to nebudeme považovať za podstatný nedostatok, pretože sa nezameriava na zisťovanie stupňa osvojenia si nejakého druhu rozumových úkonov, ktoré majú širokú škálu rozvoja a vrchol dosahujú za hranicou predškolského veku, ale na konštatovanie niektorých konkrétnych schopností, ktoré sú predpokladom pre učebnú činnosť a pri vhodných podmienkach sú plne dostupné pre všetky deti...“ (Venger et al., 1984, p. 142). Inými slovami môžeme konštatovať, že predstavená metodika slúži na kritériálne orientovanú diagnostiku EF.

M. C. Welsh, B. F. Pennington & D. B. Groisser (1991 in Anderson, 2001) výskumom EF na norme zistili tri jednoznačné vývinové štádiá, pričom prvé sa objavuje okolo 6 roku, druhé okolo 10 roku a k poslednému nárastu dochádza v skorej adolescencii. Uvádzajú, že prvá schopnosť odolávať rozptýleniu dozrieva okolo 6 roku, pričom dozrievanie jednotlivých oblastí EF nemá rovnaké vývinové tempo. Tieto myšlienky nás len utvrdzujú v tom, že meranie EF má vývinový charakter, čo potvrdzujú aj ruskí autori: „Pokroky detí v osvojení si učebnej činnosti meranej jej predpokladmi, sa neprejavujú prechodom na nejakú kvalitatívne novú úroveň riešenia úlohy, ale postupným zdokonaľovaním príslušných schopností“ (Venger et al., 1984, p. 143).

Už pri interpretácii výsledkov sme uviedli, že v predkladanej metodike na meranie EF sme nezistili štatisticky významné rozdiely medzi výkonmi chlapcov a dievčat, a to podobne ako u českých autoriek (Nováčková et al., 2008), pričom v obidvoch výskumoch práve chlapci podávali v metodike lepšie výkony. Preto si myslíme, že by bolo načase prehodnotiť všeobecne panujúce tvrdenie, že „ontogenéza chlapcov a dievčat neprebíha v predškolskom veku rovnako rýchlo“, že „chlapci majú na viac, než v škole produkujú“ a že z tohto dôvodu, by mala byť „veková hranica vstupu do školy pre chlapcov zvýšená“ (Nováčková et al., 2008, p. 261–262).

V nasledujúcom období by bolo vhodné teda porovnať výkony chlapcov a dievčat aj v iných oblastiach hodnotenia pripravenosti na školu, a to nielen vo vizuomotorických, ktoré dominujú v tradičnom prístupe hodnotenia, ale napr. aj jazykových, pretože tie sa ukazujú ako kľúčové pri osvojovaní čítania a písania (Mikulajová, 2008).

V budúcnosti je naším cieľom porovnať získané výsledky z Vengerovho subtestu kreslenia vzorky podľa diktátu s gramotnostnými výkonmi našich, longitudinálne sledovaných detí, a to konkrétne s ich výkonmi v čítaní a písaní v 2. ročníku ZŠ. Zaujíma nás to rovnako ako pred dvadsiatimi rokmi kolektív českých psychologičiek, ktoré sa domnievali, že „skrining lepšie predikuje problémy vo vyšších ročníkoch než v 1. triede“ (Nováčková et al., 1989, p. 260). Ďalším aspektom nášho záujmu je porovnať výkony detí predškolského veku v popisovanej metodike s údajmi z dotazníkov, ktoré vyplňali v 2. ročníku učitelia a rodičia, a ktoré sa týkali oblasti pozornosti a impulzivity sledovaných detí. Tento ďalší výskum nám umožní vyjadriť sa k prediktívnej validite predkladanej metodiky. Zatiaľ môžeme konštatovať, že ide o spoľahlivý nástroj na odhaľovanie exekutívnych deficitov v predškolskom veku.

6 Záver

V tejto štúdii sme sa pokúsili čitateľa oboznámiť s metodikou na meranie exekutívnych funkcií, ktorá bola prvotne zostavená ruskými psychológmi pod vedením L. A. Vengera na zisťovanie úrovne sformovanosti niektorých predpokladov zvládať učebnú činnosť. Napriek tomu, že ruskí psychológovia nepoznali termín EF, už vtedy veľmi presne zadefinovali vývinový aspekt exekutívneho systému ako „formovanie sebakontroly, ktorá dieťaťu umožňuje uvedomene vykonávať uloženú činnosť“ (Venger, et al., 1982, p. 135) a zdôrazňovali jeho funkčnú potrebu pre školskú úspešnosť. Predkladaná metodika primárne patrí do oblasti diagnostiky schopnosti plánovania, avšak sekundárne zahŕňa aj meranie viacerých oblastí EF (ako aktivácia činnosti, pozornosť, sústredenosť, emocionalita, pracovná pamäť, sebakontrola a monitorovanie vlastnej činnosti), ktorých súčasnosť je nevyhnutná na dosahovanie bezchybného výkonu. Koefficient reliability nám potvrdil spoľahlivosť danej metodiky. Budúca realizácia načrtnutého smeru výskumu nám umožní odpovedať na otázku, či Vengerov subtest kreslenia vzorky podľa diktátu je aj prediktívnym nástrojom na meranie gramotnostných schopností detí a právom mu patrí miesto v diagnostickej batérii na určovanie pripravenosti dieťaťa na školu. Prípadné potvrdenie našich úvah, nám umožní obohatiť súčasný repertoár psychológmi a logopédmi používaných metód na posudzovanie pripravenosti dieťaťa na školu, a to konkrétne v oblasti diagnostiky exekutívnych funkcií.

Literatúra

- Anderson, V. (2001). Assessing executive functions in children: biological, psychological, and developmental considerations. *Pediatric Rehabilitation*, 4, 119–136.
- Barkley, R. A. (2000). Genetics of Childhood Disorders: XVII. ADHD, Part 1: The Executive Functions and ADHD. *Development and Neurobiology*, 39, 1064–1068
- Bental, B., & Tirosh, E. (2007). The relationship between attention, executive functions and reading domain abilities in attention deficit hyperactivity disorder and reading disorder: a comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 455–463.
- Borkowski, J. G., & Burke, J. E. (2005). Theories, models, and measurements of executive functioning: An information processing perspective. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function* (pp. 235–261). Baltimore: P. H. Brookes.
- Brown, T. E. (2000). Emerging understandings of attention deficit disorders and comorbidities. In T. Brown (Ed.), *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults* (pp. 3–55). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brown, T. E. (2008). Executive functions: Describing six aspects of a complex syndrome, *Attention*, 15, 12–17.
- Brown, T. E. (2009). ADD/ADHD and impaired executive function in clinical practice. *Current Attention Disorder Reports*, 1, 37–41.
- Brocki, K. C., & Bohlin, G. (2004). Executive functions in children aged 6 to 13: A dimensional and developmental study. *Developmental neuropsychology*, 26, 571–593.
- Denckla, M. B. (2005). A theory and model of executive function: A neuropsychological perspective. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function* (pp. 263–278). Baltimore: P. H. Brookes.

- Eslinger, P. J. (2005). Conceptualizing, describing, and measuring components of executive function: A summary. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function* (pp. 367–395). Baltimore: P. H. Brookes.
- Hughes, C. (2005). Executive functions and development. In B. Hopkins (Ed.), *Cambridge Encyclopedia of Child Development* (pp. 313–316). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hughes, C., & Graham, A. (2002). Measuring Executive functions in childhood: Problems and Solutions? *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 131–142.
- Kesselová, J. (2003). *Morfológia v komunikácii dieťaťa*. Prešov: Vydavateľstvo Anna Nagyová.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lurija, A. R. (1975). *Ludský mozog a psychické procesy*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Mikulajová, M. (2008). Možnosti ranej predikcie vývinových porúch písanej reči. *Československá psychologie*, 52, 59–69.
- Nováčková, J., Milotová, D., Honzíkova, M., & Průchová, B. (1989). Předbežné ověření metodiky „Kreslení vzorky podle diktátu“ jako screeningového nástroje u předškolních prohlídek. *Psychologie a patopsychologie dieťaťa*, 24, 253–264.
- Schöffelová, M., Mikulajová, M., & Zubáková, M. (in press). Diagnostika exekutívnych funkcií orientačným testom dynamickej praxie. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*.
- Siqueira, L. S., Scherer, L. C., Reppold, C. T., & Fonseca, R. P. (2010). Hayling Test – adult version: applicability in the assessment of executive functions in children. *Psychology & Neuroscience*, 3, 189–194. DOI: 10.3922/j.psns.2010.2.008
- Singer, B. D., & Bashir, A. S. (1999). What are executive functions and self-regulation and what do they have to do with language-learning disorders? *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 30, 265–273.
- Snowling, M. J., & Hulme, Ch. (Eds.) (2009). *The science of reading: A handbook*. Oxford: Blackwell.
- St Clair-Thompson, H. L., & Gathercole, S. E. (2006). Executive functions and achievements in school: Shifting, updating, inhibition, and working memory. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 59, 745–759. DOI:10.1080/17470210500162854
- Venger, L. A. (Ed, 1984). *Diagnostika psychického vývinu dieťaťa v predškolskom veku*. Bratislava, Slovakia: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.

DISOCIACE U LIDÍ ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

DISSOCIATION IN PEOPLE DEPENDEND ON ALCOHOL

Roman Procházka, Vladimír Řehan

Katedra psychologie FF UP v Olomouci, Vodární 6, Česká republika

Abstrakt:

Disociace představuje komplexní neurobiologický fenomén představující oddělení informace či obsahu od proudu vědomí. V našem příspěvku si přiblížíme segment našeho mapující korelační výzkumu, který se zaměřoval na studium přítomnosti disociace, somatoformní disociace u lidí závislých alkoholu a jejich vztahu. Při výzkumu jsme provedli měření disociativních fenoménů u celkového souboru $N = 95$. Pro statistickou analýzu dat jsme použili faktorovou analýzu a Spearmanovu korelaci. Z výsledků vyplývá, že psychická disociace je přítomna u lidí závislých na alkoholu v 38 % a somatoformní disociace v 45 %. Tyto formy disociace souvisí s negativním sebepojetím u lidí závislých na alkoholu. Z faktorové analýzy lze teoreticky vyvodit klinickou typologii s ohledem na závislost na alkoholu.

Abstract:

Dissociation is a complex of neurobiological phenomenon representing the disconnection of information or content from the stream of consciousness. In our article we shown of a segment of our mapping correlation research, which was focused on the relationship of dissociation, somatoform dissociation to self in people dependent on alcohol. In research we conducted measurements of the total set of dissociative phenomena $N = 95$. For statistical data analysis, we used Factor analysis and Spearman correlation. The results have indicated that psychological dissociation is present in people addicted to alcohol in 38%, and somatoform dissociation in 45%. These forms of dissociation is negative related to self concept in people who are dependent on alcohol. From factor analysis can be theoretically deduced of clinical typology with relationship to dependence on alcohol.

Klíčová slova:

disociace; somatoformní disociace; self-koncept; závislost na alkoholu.

Key words:

dissociation; somatoform dissociation; self koncept; dependend on alcohol.

1 Uvedení do problematiky disociace

Koncept disociace zavedl Pierre Janet roku 1889. Tímto konceptem popisoval u hysterických pacientů zjevný rozvrat v normálních integrovaných funkcích paměti, identity, vnímání a vědomí (Bowers & Meichenbaum, 1984). Z hlediska historie se před Janetem zabývali problematikou disociace např. Moreau De Tour, který užíval pojmu psychologický rozklad (psychological dissolution), dále Jackson Hughlings, který také užíval pojmu psychologický rozklad a dále termínu snivý stav (dreamy state). Snivý stav znamenal rozštěpení vědomí vedoucí k amnézii a dalším symptomům jako jsou derealizace, depersonalizace, halucinace nebo poruchy vnímání (Bob, 2005, s. 12). Nyní se vraťme ještě k Janetovi. Ten ve své knize Psychologický automatismus z roku 1889 popsal koncepci disociace, kterou často pozoroval u hysterie, hypnózy, ve stavu sugesce či ve stavu posedlosti. Jeho myšlenky byly ovlivněny také spoluprací s J. M. Charcotem v Paříži (Howel, 2005). Složitost Janetových teorií vyjadřuje přítomnost děje, který nazývá totální psychologický automatismus, v němž dominuje ve vědomí poslední zkušenost. V případě částečného psychologického automatismu a částečného uvědomování je dominantní poslední zkušenost, která může být uvědomována, ale sekundárně. Například během hypnotické anestézie v níž si jedinec neuvědomuje, že drží nějaký předmět, může dojít k jeho uvědomění si právě pomocí sekundárního uvědomění, které později Hilgard nazval skryté pozorování (Bob, 2005). Předpokládá se, že během automatických psychologických procesů systém nevědomí fixuje myšlenky, které jsou potlačovány vědomou kontrolou, jež představuje důležitou roli v percepci. Fixované myšlenky však mohou existovat v izolovaném stavu či mohou vytvářet kreativně komplexní struktury. Tyto komplexní struktury byly později

Jungem nazvány komplexy, které vznikají na základě traumatu, či emočního šoku. Komplexy jsou definovány jako odštěpené části psyché a jsou obrazem psychické situace, která je neslučitelná s vědomým postojem a jako takové se komplexy projevují nevědomě, jako velmi naléhavé pohnutky chování (Plháková, 2004).

Z hlediska historie na problematiku disociace a hysterie poukazyval Breuer a Sigmund Freud, který v roce 1947 vydal studii o hysterii. Breuer zastával názor, že určité osoby mohou být náchylnější ke změnám stavů vědomí, čili ke stavům mimo sebe, čímž mají větší sklon k hysterii. S. Freud zastával názor, že patogenní vzpomínky a pocity jsou disociovány nikoli na základě změněného stavu vědomí, ale proto, že vlastní obsah patogenních vzpomínek je zneklidňující, nepřijatelný a je v rozporu s ostatními pacientovými představami a pocity (Mitchell & Blacková, 1999). P. Janet považoval za hysterii defekt v psychické celistvosti.

V současné době je disociace popisována v širokém poli normálních a abnormálních projevů od denního snění, amnézie, hypnotické odpovědi, derealizace a depersonalizace (in Brunet et al, 2001). D. Spiegel, E. Cardena (1991) uvádí, že základní charakteristikou disociativních procesů je jejich oddělení od vzájemných mentálních procesů, které jsou obvykle integrované a mají přístup do vědomí. V následujících kapitolách si blíže přiblížíme problematiku disociace.

1.1 Teorie struktury disociace u osobnosti

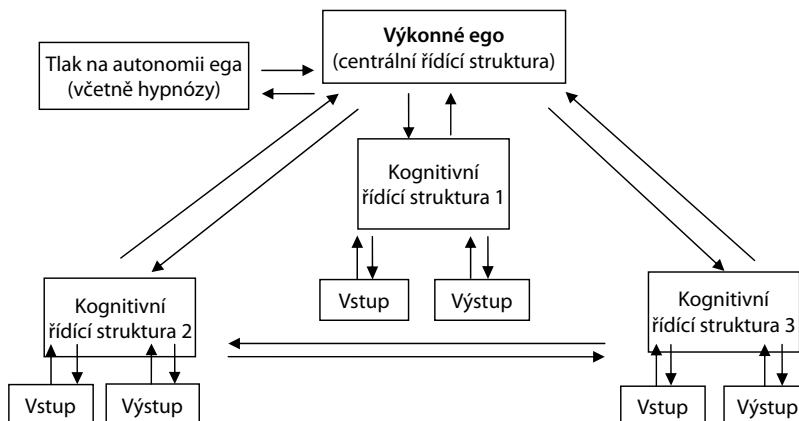
Teorie struktury disociace u osobnosti byla formulována a zavedena do literatury E. R. S. Nijenhieem a Van der Hartem (1998). Tito autoři syntetizují klasické přístupy k disociaci, tj. vychází z teorie traumatu a jeho vztahu k disociaci a neurobiologického podkladu disociace. Disociací se primárně rozumí strukturální rozdělení osobnosti dané nedostatkem integrity mezi biologickými systémy, které osobnost konstituují (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004). Teorie struktury disociace je založena na základním strukturálním rozdělení osobnosti, tj. emoční část osobnosti (EO) a zřejmě normální část osobnosti (ZNO). Deficity v integraci těchto částí souvisejí s existencí disociovaných obsahů osobnosti. Na výše uvedené rozdělení osobnosti navazuje další teorie, která zahrnuje akční psychobiologický systém, který je vrozený a self-organizující behaviorální systém. Obě základní struktury zahrnují dva akční systémy, z nichž první systém se věnuje denní péči a problémům každodenního života. Druhý systém se nazývá defenzivní akční systém, který se zaměřuje na individuální přežití v podmínkách či situaci hrozby. Tento systém zahrnuje jako reakci na hrozbu: hypervigilanci, útok, útěk, zmrznutí a totální submisivitu. Reakce totální submisivita je doprovázená anestézií, zmrznutím a analgezií.

Při působení chronického traumatu dochází mezi zmíněnými systémy k oddělení od sebe navzájem, čímž vzniká tzv. základní a primární forma traumatu. Ohrožení tělesné integrity a ohrožení života vede k základní a primární formě traumatu a vede k disociaci osobnosti způsobenou nedostatečnou integritou prvního a druhého systému (Howell, 2005). Tyto dva systémy pozoruhodně korespondují s částmi osobnosti, které popsal ve vztahu k disociaci C. Myers (in Van der Hart, 2004). Defenzivní systém odpovídá emoční části osobnosti a systém věnující se dennímu fungování odpovídá zřejmě normální části osobnosti. C. Myers (1940) (in Howell, 2005) vycházel ze zkušenosti z léčby traumatizovaných vojáků 1. Světové války a zavedl termín shell shock. Tento termín lze přeložit jako šok z výbuchů granátů. Jeho teorie dvou částí osobnosti byla zachována, ale v současném stavu poznání se tyto části přisuzují k self. Z hlediska struktury disociace emoční část obsahuje zakořeněné zbytky či pozůstatky traumatu, které se často znovu aktivují a projevují se v úzkém rozpětí projevů, které jsou relevantně vztaženy k prožitému traumatu. Část zřejmě normální osobnosti, která se věnuje dennímu žití a prožitkům vznikajících během dne, může ve své podobě interferovat s traumatickými vzpomínkami uloženými v emoční části (Howell, 2005). Tímto bylo poukázáno na to, že emoční část je důležitá pro vznik traumatu svou segregací od systému zřejmě normální osobnosti. Tímto mechanismem lze objasnit vyhýbavé chování, tj. jedinec své afekty a informace drží v emoční části. Právě emoční část podporuje vyhýbavé chování. Jedinec se vyhýbá denním situacím zpracovaných v ZNO, která je EO periodicky rušena a ovlivňována. Disociace emoční části se projevuje nočními můrami, somnambulismem, intruzivními myšlenkami, flashbacky či echo-fenomény a symptomy somatoformní disociace.

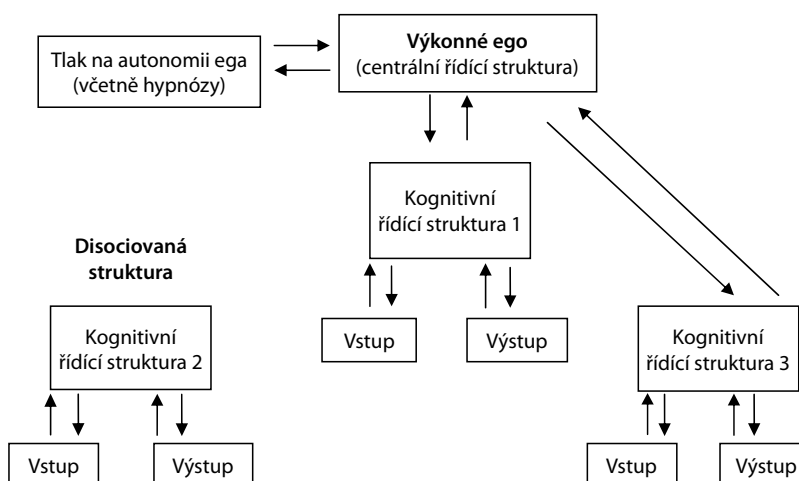
1.2 Kognitivní teorie disociace

Mezi kognitivními teoretickými modely, které se snaží vysvětlit disociaci, se zaměříme na Hilgardovu neodissociální teorii. Tato teorie vysvětluje normální čili nepatologickou disociaci. Základem této teorie je, že podvědomí tvoří podřízený kognitivní subsystém způsobu kontroly v exekutivním monitorovacím systému. V určitých podmínkách však může být exekutivní kontrolní systém vypnut a mohou do něj z podvědomí vcházet skrze amnestickou bariéru disociované obsahy. Tak se tomu děje například v hypnóze. Tyto disociované

obsahy vycházející z podvědomí, mohou být vnímány ego-dystonně nebo ego-syntonně. E. W. Hilgard (in Ptáček & Bob, 2009) uvažoval nad sekundárně disociovaným podvědomím, jako nad skrytým pozorovatelem, který běží pod hlavním centrálním proudem vědomí a sbírá informace z mnoha dalších sekundárních proudů nebo sekundárních charakteristik různých objektů. Tento fenomén byl pozorován u lidí s poruchami osobnosti v podobě obranných mechanismů (Gabel, 1989). Hilgardův model ilustruje obr. 2 viz níže.



Obr. 1: Hierarchické uspořádání kognitivních řídicích struktur dle Hilgarda (1994) (in Ptáček & Bob, 2009, s. 184–192)



Obr. 2: Princip disociace dle Hilgarda (1994) (in Ptáček & Bob, 2009, s. 184–192)

Na základě výše uvedeného schématu měla Hilgardova teorie tři předpoklady existence disociace. Za prvé existují podřízené kognitivní systémy, které jsou jednotné, perzistentní a autonomní. Ačkoli tyto podřízené kognitivní systémy jsou mezi sebou v interakci, mohou se stát v určitém čase či okamžiku od sebe izolované. Druhý předpoklad vychází z hierarchické kontroly, která řídí interakci mezi podřízenými kognitivními systémy. Třetí předpoklad vychází z existence centrální řídicí struktury (centrální ego), která monitoruje a kontroluje a spravuje podřízené struktury. Každý podřízený systém má své vstupy a výstupy, které jsou relativně nezávislé na ostatních. Z toho plyne hypotetický pohled, že každá z podřízených struktur má svůj exekutivní monitorovací systém a každý z těchto podřízených systémů se může projevat skrytě nebo aktuálně.

1.3 Vymezení somatoformní disociace

Somatoformní disociace vychází z dissociativních symptomů, které jsou prožívány somaticky a vedou k selhání prožívání aspektů somatické integrity (Howell, 2005). Dle E. R. S. Nijenhuis (1998) představují somatoformní disociace nedostačující integraci somatoformního prožívání somatoformních reakcí a somatoformních funkcí. Dále uvádí, že ačkoli mezi psychoformními a somatoformními disociacemi je úzký vztah, tak je mezi nimi důležitá konceptuální odlišnost. Somatoformní disociace nejsou zahrnuty v diagnostických kategoriích

dissociativních poruch. V konceptech, které měří disociaci, se pracuje více s disociacemi psychoformními, což je patrně založeno na předpokladu našeho nedostatečného či zavádějícího chápání disociace (Nijenhuis, et al., 1996). Tento předpoklad vedl k závěrům, že integrace traumatických vzpomínek je zažívána somatoformně, a proto somatoformní disociace je nedílnou součástí znovuprožívání traumatu a může se projevovat různými sensorimotorickými fenomény (Van de Hart, et al., 2004). Somatoformní disociace mají vysokou pozitivní korelaci s hlášeným prožitím traumatu, obzvláště pokud je trauma založené na psychickém či sexuálním zneužití (Nijenhuis & Van de Hart, 1998). Somatoformní disociace jsou také významným prediktorem prožitého ohrožení vlastního těla či ohrožení života. Somatoformní disociace byly také nalezeny při výzkumu posttraumatické stresové poruchy s udávaným výskytem 94% (Nijenhuis & Van de Hart, 1998) Její projevy v clusterech odpovídaly: zmrznutí, analgezi, totální submisi a urogenitální bolesti. Z toho vyplývá, že události, které ohrožují naši tělesnou integritu či náš život, pravděpodobně aktivují psychobiologický defenzivní systém, který se manifestuje v podobě somatoformní disociace. Tyto závěry jsou podpořeny i neuroimaginativními studiemi, které ilustrují s ohledem na emoční části osobnosti (EO), že u pacientů s dissociativní poruchou je zvýšený průtok krve v insule a parietálním operculu a snížený průtok v oblasti mediální prefrontální kůry, parietální a okcipitální kůry (Van de Hart & Nijenhuis, et al., 2004). Závěrem podotýkáme, že v široké oblasti různých typů traumat mají somatoformní disociace těsný vztah k tělesnému ohrožení osobnosti, intenzivní bolesti a emočnímu opomíjení, které začalo v raném věku (Howell, 2005). Somatoformní symptomy můžeme obecně zažívat v podobě analgezie, anestézie, motorické inhibice, zvýšení krevního tlaku a zrychlení srdeční činnosti.

1.4 Vztah self-konceptu k závislosti na alkoholu

Ve vzniku alkoholové závislosti hraje roli mnoho faktorů tj. faktory genetické, biologické (zahrnují odpověď metabolismu na přítomnost alkoholu v těle), neurovědní, psychosociální a enviromentální. V této části se zaměříme na faktor psychosociální, do něhož se zahrnuje self-koncept, který je v tomto směru považován za determinující faktor ve vztahu k vzniku závislosti na alkoholu, stejně jako faktor modifikující proces úzdravy (Colleen, 2007). Podle C. Colleena (2007), který se ve své studii věnuje vztahu self-konceptu a závislosti na alkoholu, není o této problematice mnoho informací. Spíše se vyskytují izolované studie namísto přímé linie výzkumů této problematiky.

Otázku sebehodnocení u lidí, kteří jsou závislí na alkoholu, výzkumně zkoumal E. M. Trucco, H. S. Hilary Smith Connery, M. L. Griffin, S. F. Greenfield (2007). V jeho studii založené na 101 probandech závislých na alkoholu se výzkumníci zaměřovali na sebehodnocení měřené Rosenbergovou škálou sebehodnocení. Zkoumali, zda je sebehodnocení spojeno s klinickými a demografickými charakteristikami, vnímáním vlastní zdatnosti (self-efficacy) a procesem změny v léčbě vedoucí k abstinenci. Výsledky vykazovaly, že u probandů bylo nízké sebehodnocení spojené s depresivními projevy a dalšími psychiatrickými poruchami. Po jednom roce léčby výzkumníci provedli srovnání s prvními měřeními a neprokázali signifikantní rozdíly v sebehodnocení a jeho vztahu k pohlaví, pití a vnímání vlastní zdatnosti.

Závěry výzkumů jsou interpretovány tak, že věk a psychiatrické poruchy jsou výrazné prediktory narušení vnímání vlastní sebeúcty se závěrem, že v rámci alkoholové závislosti a její léčby je důležité pracovat na vnímání sebe sama, jakožto jednoho z klíčových mechanismů, který je potřeba zpracovat, aby mohl pacient lépe směřovat k uzdravě. Tato studie reagovala na závěry vzniklé ze srovnávání výzkumných souborů pacientů se závislostí a bez závislosti. Srovnáváním těchto souborů se došlo k závěru, že lidé závislí na alkoholu mají oproti kontrolní skupině nízkou úroveň sebehodnocení (Schlesinger, Susman & Koenigsberg, 1990.; Charalampous, Ford & Skinner, 1976). Další studie se zabývala porovnáním vnímané vlastní zdatnosti souboru normální populace a klinického souboru (závislí na alkoholu) a zaměřovala se na rozlišení vztahu obecného vnímání vlastní zdatnosti a specifického vnímání vlastní zdatnosti k abúzu alkoholu a možné predikci abúzu (Oei, Hasking & Phillips, 2007). Autoři vycházeli z kontrolního souboru normální populace $N = 298$ a klinického souboru (jedinci s alkoholovou závislostí) $N = 296$. Z výsledků této studie vyplynul rozdíl mezi zkoumanými soubory. V klinickém vzorku bylo snížení vnímání vlastní zdatnosti uzavřeno jako významný prediktor k užívání alkoholu. Tato studie poukázala na potřebu terapeuticky pracovat na změně vnímání vlastní zdatnosti v průběhu léčby. Na základě výsledků této studie se ukazuje, že vnímání vlastní zdatnosti hraje důležitou roli ve vývoji problémů s alkoholem. Tento závěr je založen na studiu konkrétních situací aktivujících vnímání vlastní zdatnosti založené na specifickém zhodnocení jak situace samotné, tak vlastním sebehodnocení (Bandura, 1982). Obecné vnímání vlastní zdatnosti (čili rozšíření pojmu specifického vnímání vlastní zdatnosti) je založeno na celkovém sebehodnocení vlastních schopností k určitému chování (Shelton, 1990).

S ohledem na problémy s alkoholem je úkol specifické vnímané vlastní zdatnosti založen na odmítnutí alkoholu s doprovázející sebedůvěrou jedince, že je schopen zvládat specifické situace, které jsou provokativní či zatěžující a mohou vést k lapsu či relapsu (Lee, Oei & Greelye, 1999.; Hasking & Oei, 2002).

Studium specifických situací (např. nabízení alkoholu) v závislosti na specifickém vnímání vlastní zdatnosti (odmítnutí alkoholu) je propracováno ve větší míře a méně opomíjeno, než studium obecného vnímání vlastní zdatnosti (Kim, 2001.; Lopez-Torrecillas et al., 2000). Diferenciálně lze odlišit specifické vnímání vlastní zdatnosti od obecného vnímání vlastní zdatnosti tak, že u specifické vnímání vlastní zdatnosti je jedinec seznámen s možnými specifickými situacemi např. v rámci kognitivně behaviorální terapie nebo na základě vlastní zkušenosti, kdežto obecná vnímání vlastní zdatnosti je založena na chování jedince při situaci pro něho nové.

Z hlediska vývojové psychologie se obecné vnímání vlastní zdatnosti vyskytuje převážně u mladých jedinců, což je dáno tím, že nemají dostatek specifických zkušeností s užíváním alkoholu. Další studii mapující vztah self-konceptu u závislých na alkoholu a vztah k době hospitalizace provedli W. F. White a T. L. Thomas (1996). Tato studie přinesla zajímavý závěr, že čím déle byl jedinec závislý na alkoholu hospitalizován a dodržoval abstinenci, tím více u tohoto jedince klesala škála pozitivního sebepojetí, objevovaly se pocity viny a oslabené ego. Autoři se vyrovnávali s otázkou, jak je možné, že jedinec, který abstinguje déle než 90 dní, se namísto stabilizace spíše fragmentuje. Tento jev se snažili vysvětlit pomocí pozitivní disintegrace dle K. Dabrowského (1964). Jeho teorie osobnosti je vývojově založena na působení vrozených instinktů, které se v určitých situacích projevují nespokojeností, až fragmentací dosavadní psychické struktury. K. Dabrowski (1964) dále zdůrazňuje, že bez rozpadu se nemůže konat růst, a že úzkost či přítomnost psychopatologického procesu, je často *conditio sine qua non* pro další růst osobnosti. V léčbě závislých na alkoholu jsou často přítomny projevy pozitivní disintegrace vznikající jako reakce na chráněné prostředí, abstinenci a mohou se projevovat ve sníženém sebevědomí i po 11měsíční abstinenci (White & Gayer, 1965).

2 Design výzkumu

Jako metodologie našeho výzkumu jsme zvolili kvantitativní přístup. Z hlediska typu výzkumu jsme zvolili tzv. korelační mapující výzkumný projekt, protože není zatím v ČR jednoznačně známo, zda se námi měřené konstrukty vyskytují u cílové skupiny jedinců závislých na alkoholu. Předností korelačního výzkumného projektu je nalézání směru a uvažování pro další výzkumy či podobně orientované studie (Kerlinger & Lee, 2000). Dále mimo hlavní záměr výzkumu jsme se zaměřili na zjištění rozdílů ve strategiích zvládání stresu u jedinců závislých na alkoholu s alexithymií a bez alexithymie. Nástrojem ke zjištění přítomnosti zkoumaných jevů byly dotazníkové metody.

Výzkumná otázka č. 1: *Existují statisticky prokazatelné vztahy disociace k self konceptu?*

Výzkumná otázka č. 2: *Existují statisticky prokazatelné vztahy somatoformní disociace k self konceptu?*

2.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen jedinci závislými na alkoholu. Celkový soubor obsahoval $N = 95$. Z toho se zúčastnilo 23 žen a 72 mužů. Sběr dat probíhal v Psychiatrické léčebně Šternberk, Psychiatrické léčebně Kosmonosy, Fakultní nemocnici Olomouc a P-centru v Olomouci. Podmínkou pro účast ve výzkumu byla následující kritéria:

- minimálně jeden měsíc abstinence resp. protialkoholní léčba,
- primární užívanou návykovou látkou byl alkohol,
- do výzkumu nebyli zařazeni probandi trpící vážnými tělesnými onemocněními.

Průměrný věk celého výběrového souboru výzkumné skupiny byl 40,33. Podle vzdělání jsme získali toto rozvrstvení ZŠ ($N = 9$), SOU ($N = 45$), SŠ s maturitou ($N = 28$), VŠ ($N = 13$). Pro stanovení potřebné velikosti souboru pro výzkum jsme použili Power Analýzu a pomocí populační korelace jsme získali tyto výsledky. Pro výzkum s uspokojivou generalizací bylo potřeba $N = 65$ probandů. My jsme však, ve výzkumu disponovali počtem $N = 95$, čímž jsme zvýšili určitou zobecnitelnost získaných výsledků. Pro statistické hodnocení dat jsme použili neparametrické statistické metody tj. Spearmanovu korelační analýzu a faktorovou analýzu.

2.2 Použité metody

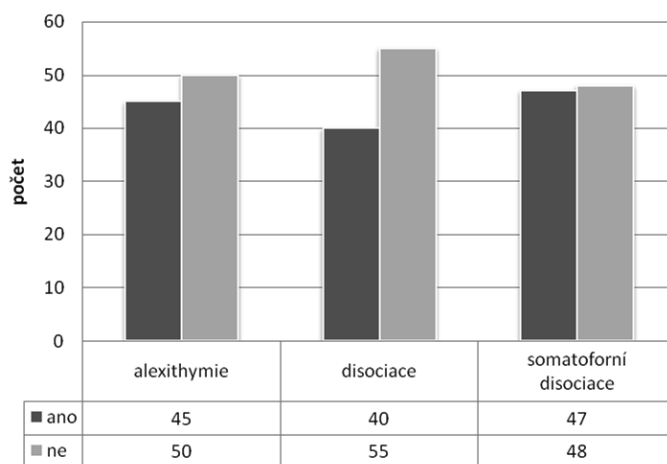
Dissociation Experiences Scale (DES): neboli škála disociativních zkušeností patří mezi sebeposuzovací dotazník zaměřený na kvantifikaci a zjišťování míry těchto zkušeností v běžném životě dospělých lidí. Byl vytvořen J. Nemiahem v roce 1981. Dotazník DES obsahuje celkem 28 otázek. Proband na tyto otázky odpovídá označením (čárkou) na 100 mm úsečce (0–100 %) času tj. jak se daný symptom nebo zkušenost vztahuje právě k němu. Odpovědi se zaokrouhlují na 5mm. Celkový součet získaných dat je poté dělen počtem otázek (28), čímž získáme skóre disociativních zkušeností. Celkový čas vyplnění dotazníku se pohybuje mezi 5–10 minutami. Obecně udávané rozmezí svědčící pro disociativní zkušenosti je celkové skóre větší než 20. U klinické populace je udávané rozmezí přítomnosti disociace celkové skóre větší než 25, ale protože pracujeme s cílovou skupinou, u které si nejsme na základě dostupných studií jisti přítomností disociace, použili jsme kritérium nižší tj. 20 bodů.

Somatoform Dissociation Questionnaire: představuje sebeposuzovací dotazník zaměřený na zjišťování míry somatoformní disociace vytvořený E. R. S. Nijenhielem et al. roku 1996. SDQ-20 posuzuje tedy míru somatoformní disociace na základě pozorovaných somatoformních symptomů, které byly vysledovány u některých poruch osobnosti bez přítomnosti somatických souvislostí (Nijenhuis et al. 1996). Dotazník obsahuje celkem 20 otázek, na které proband odpovídá pomocí 5-ti bodové Likertovy škály. Doba vyplnění dotazníku se pohybuje okolo 5–7 minut. Otázky v dotazníku jsou také děleny na pozitivní a negativní disociativní jevy. Pozitivní jevy představují např. analgézi a negativní disociativní jevy jsou dány prožíváním bolesti v určitých místech. Celkový skóre dotazníku je dán součtem všech položek a činí rozmezí 20–100 bodů. Z psychometrických vlastností se uvádí vnitřní konzistence cronbachovo alfa 0,95 s přijatelnou test-retestovou reliabilitou (Nijenhuis et al. 1996). Bodové rozmezí pro stanovení výskytu či míry somatoformní disociace je celkové skóre 30 a více bodů.

Tennessee Self Concept Scale II (TSCS-II): test TSCS-II slouží k mapování struktury self konceptu a vytvořili jej W. H. Fitts a W. L. Warren v roce 1996. Jeho předchůdce TSCS byl vytvářen od roku 1960 a TSCS-II je jeho znovu přepracovaná a revidovaná forma. TSCS-II má dvě varianty tj. pro děti a pro dospělé. Pro výzkum jsme používali formu pro dospělé, která má 82 otázek. Na otázky se odpovídá pomocí 5-ti bodové Likertovy škály. Součet hrubého skóre se pak převádí na T-skóry. TSCS-II se nám podařilo získat v originální podobě zakoupením z USA přímo u společnosti Western Psychological Servis. Otázky v testu jsme přeložili do českého jazyka. Celková doba vyplnění dotazníku se pohybuje mezi 15–25 minutami. Test není standardizován na ČR. Tím si uvědomujeme rizika a omezení jeho interpretace v našem výzkumu. Proto budeme oblast vztahů self konceptu s jinými proměnnými interpretovat opatrněji a volněji. TSCS-II měří následující kategorie: Celkové skóre self konceptu, fyzické (tělesné) self, morální self, personální self, rodinné self, sociální self, pracovní (akademické) self a doplňkové kategorie skóre identity, skóre satisfakce, skóre chování.

3 Hlavní výsledky

Nejprve se zaměříme na statistickou analýzu základních sledovaných parametrů tj. psychické disociace (DES), alexithymie (TAS-20) a somatoformní disociace (SDQ-20). Při analýze výskytů sledovaných proměnných jsme došli k závěru, že u výzkumného souboru (N = 95) se **alexithymie vyskytuje v 43 %**. Psychická disociace **je přítomna u 38 % jedinců**. Somatoformní disociace **je přítomná u 45 % jedinců**. Získané výsledky si pro přehlednost znázorníme v grafu.



Graf 1: Přítomnost zkoumaných proměnných ve zkoumaném souboru

Shrnutí hlavních výsledků: Při analýze výskytů sledovaných proměnných jsme došli k závěru, že u výzkumného souboru se **alexithymie vyskytuje v 43 %**. Psychická disociace **je přítomna u 38 % jedinců**. Somatoformní disociace **je přítomná u 45 % jedinců**. Výše uvedené výsledky uzavíráme tím, že alexithymie, disociace a alexithymie jsou důležitou součástí psychiky lidí závislých na alkoholu. Z výsledků testů normality neprokazujeme předpoklad normálního rozložení v populaci. Předpoklad normálního rozložení lze sledovat pouze u alexithymie.

Dotazník TSCS-II

V této kapitole poukážeme na analýzu jednotlivých složek self konceptu v TSCS-II. Popisná statistika přináší výsledky znázorněné v tab. 1.

Proměnná	Průměr	Median	Mode	Frkv. modu	Min	Max	Std.odch	Šikmost
TOT-skore	35,60	34,000	33,00000	12	20,00	62,00	9,177	0,376
FYZ	41,96	42,000	43,00000	11	20,00	66,00	10,196	0,033
MOR	35,54	34,000	34,00000	13	20,00	80,00	9,967	1,305
PER	37,71	35,000	32,00000	9	20,00	75,00	9,456	1,114
FAM	35,08	36,000	20,00000	15	20,00	64,00	9,353	0,187
SOC	40,00	41,000	Multiple	8	20,00	67,00	10,259	-0,084
ACA	41,27	41,000	39,00000	9	20,00	74,00	10,254	0,042
IDN	36,37	36,000	25,00000	11	20,00	58,00	8,715	0,391
SAT	42,37	42,000	44,00000	11	26,00	71,00	9,300	0,633
BHV	40,77	41,000	41,00000	8	20,00	80,00	10,864	0,659

Tab. 1: Popisná statistika dotazníku TSTC-II a jeho subtestů

Pozn. k tab. 1: TOT-skóre – celková hodnota self-konceptu, FYZ – fyzické Já (tělesné Já), MOR – morální Já, PER – personální Já, FAM – rodinné Já, SOC – sociální Já, ACA – akademické Já, IDN – identita, SAT – satisfakce, BHV – chování.

Na základě popisné statistiky lze v průměru našeho souboru sledovat nižší hodnotu než 40 u **celkového skóru self konceptu, morálního Já, personálního Já, rodinného Já a doplňkového skóru Identita**. Toto interpretujeme tak, že se u lidí závislých na alkoholu častěji projevuje snížení sebehodnocení, prožívání úzkosti při nedostatečné kontrole svého chování se zvýšenou sebekritikou. Dále lze předpokládat častější projevy určité sebenávisti či self destruktivního chování s pocity odcizení od rodiny a zaujímáním negativního postoje k sobě samému.

Faktorová analýza DES, TAS, SDQ-20

V této části se zaměříme na výsledky získané pomocí faktorové analýzy. Tuto metodu užíváme pro ověření relativní závislosti či nezávislosti měřených konstruktů tj. alexithymie, psychické disociace a somatoformní

disociace. Pokud jednotlivé dotazníky měří nezávislé jevy, tak by toto faktorová analýza měla identifikovat a označit výsledné faktory, jako nezávislé. Pokud dotazníky měří to samé, nebude faktorová analýza schopná rozlišit faktory mezi jednotlivými skóry. Faktorová analýza byla provedena metodou extrakce hlavních komponent s prostou varimax rotací. Jednotlivé výsledky faktorové analýzy si znázorníme v následující tabulce.

	Faktor - 1	Faktor - 2
DES tot	0,911988	0,265719
TAS -tot	0,660112	0,542186
SDQ-20	0,274398	0,937959
Výkl. roz	1,342764	1,244340
Prp. celk	0,447588	0,414780

Tab. 2: Faktor. zátěže (Varimax pr.), Extrakce: Hlavní komponenty (Označené zátěže jsou > ,700000)

Komentář k tab. 2: Z uvedeného vyplývá, že mezi sledovanými testy se nalézají dva silné faktory. První faktor je zastoupen a nejsilněji sycen psychickou disociací. Druhý faktor je nejsilněji sycen somatoformní disociací. Alexithymie stojí na pomezí těchto dvou faktorů a sytí je mírou 0,66 pro faktor 1 a 0,54 pro faktor 2. Tyto výsledky interpretujeme tak, že testy měří relativně nezávislé konstrukty a také tyto konstrukty dále rozvíjejí. Psychická disociace a somatoformní disociace představují tedy relativně nezávislé konstrukty. Alexithymie vychází také, jako samostatný jev, ale z výsledků je patrné, že významně sytí předchozí dva konstrukty.

3.1 Výsledky korelační analýzy somatoformní disociace a self konceptu

V této části se shrneme získané výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 2.

Výzkumné otázka č. 2: *existují statisticky prokazatelné vztahy somatoformní disociace k self konceptu?*

Na základě korelační analýzy jsme dospěli k těmto výsledkům. U celkového souboru nalézáme negativní korelaci **somatoformní disociace s fyzickým Já** ($r = -0,35$).

Tento závěr je zcela v souladu s teoretickými podklady somatoformní disociace. Přítomnost somatoformní disociace negativně ovlivňuje vnímání svého tělesného schématu a tělesné image.

U mužů se somatoformní disociací nenalézáme prokazatelné statistické korelační koeficienty. **U žen se somatoformní disociací** nalézáme negativní korelace s **tělesným Já** ($r = -0,35$). Což koresponduje s předpokladem negativního působení somatoformní disociace na vnímání tělesného schématu, vlastní přitažlivosti a image. U žen je příklon k tělesnému sebehodnocení a přitažlivosti větší, než u většiny mužů, čímž je somatoformní disociace vnímána negativněji.

3.2 Výsledky korelační analýzy psychické disociace a self konceptu

V této části si shrneme získané výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 1.

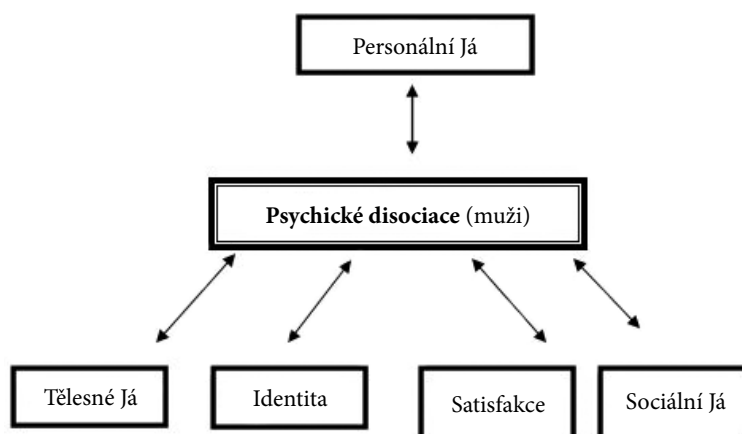
Výzkumné otázka č. 1: *existují statisticky prokazatelné vztahy disociace k self konceptu?*

Na základě korelační analýzy jsme dospěli k těmto výsledkům. U celkového souboru nalézáme negativní korelaci mezi **psychickou disociací a tělesným Já** ($r = -0,37$), **sociálním Já** ($r = -0,39$), **satisfakcí** ($r = -0,37$) a **identitou** ($r = -0,34$). Přítomnost psychické disociace tedy negativně souvisí se sebehodnocením v sociálních situacích a v interakci s ostatními lidmi v sociálním prostředí. Psychická disociace dále negativně ovlivňuje vnímání vlastního těla a vidění sebe sama a uvědomování si vlastní identity spojené s uspokojením se svými individuálními pocity. **U mužů s psychickou disociací** nalézáme zajímavou slabší pozitivní korelaci s **personálním Já** ($r = 0,30$). Tento výsledek přináší zajímavou otázku proč? Jakoby psychická disociace u mužů vedla k lepšímu vnímání svého osobního Já a cítění se, jako adekvátní osobnost. Toto, lze patrně vysvětlit mechanismem pozitivní disintegrace nebo neuvědomění si disociovaných obsahů, které by tento pozitivní vztah k personálnímu Já mohly narušit.

U žen s psychickou disociací nalézáme negativní korelace se **satisfakcí** ($r = -0,54$), **chováním** ($r = -0,58$), **pracovním Já** ($r = -0,43$), **fyzickým Já** ($r = -0,41$) a **rodinným Já** ($r = -0,40$). Psychická disociace zde negativně ovlivňuje vnímání funkčnosti vlastního chování společně s uspokojením se svými vlastními pocity a hodnocením svých pracovních zkušeností. Objevuje se také negativní působení psychické disociace na sebehodnocení a individuální pocity ve vztahu k rodinně a jejím členům.

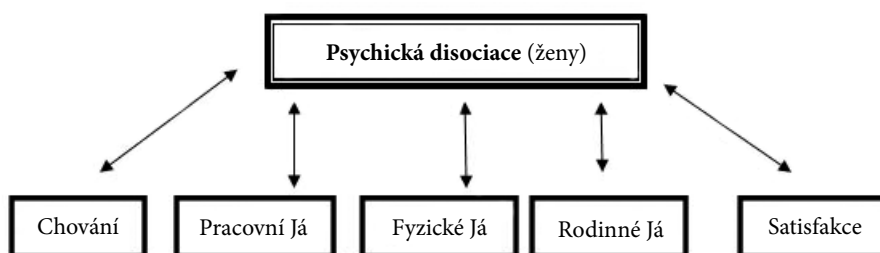
3.3 Profil u závislosti na alkoholu dle disociace

V této kapitole znázorníme faktorový profil závislosti na alkoholu na základě přítomnosti psychické disociace a somatoformní disociace. Na základě faktorové analýzy jsme prokázali, že psychická disociace a somatoformní disociace představují relativně samostatné konstrukty. Vztah těchto konstruktů k self konceptu si znázorníme níže v obrázcích.



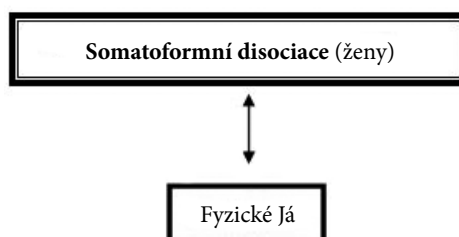
Obr. 3: Profil dle přítomnosti psychické disociace u mužů

Komentář k obr. 3: Psychická disociace je v negativním vztahu s tělesným Já, identitou, satisfakcí a sociálním Já. Z tohoto, lze opatrně vyvozovat, že pokud je u mužů závislých na alkoholu přítomna psychická disociace, tak se určité potíže mohou projevovat v daných oblastech self konceptu, což lze terapeuticky využít. Pozitivní vztah je překvapivě nalezen u psychické disociace k personálnímu já.



Obr. 4: Profil dle přítomnosti psychické disociace u žen

Komentář k obr. 4: U žen závislých na alkoholu s přítomností disociace se manifestuje oboustranný negativní vztah k částem self konceptu tj. chování, pracovní já, fyzické já, rodinné já a satisfakce.



Obr. 5: Profil dle přítomnosti somatoformní disociace u žen

Komentář k obr. 5: Přítomnost somatoformní disociace u žen závislých na alkoholu je v negativním vztahu, tj. somatoformní disociace negativně ovlivňuje pohled na fyzické já tj. vnímání svého těla.

4 Závěr

Z uvedených zjištění vyplývá, že přítomnost psychické a somatoformní disociace u lidí závislých na alkoholu představuje nezanedbatelný problém. Psychická a somatoformní disociace negativně ovlivňuje složky self konceptu. Výsledky poukazují na možnosti diagnostického a terapeutického zaměření se na konkrétní složky self konceptu, vázané k psychické a somatoformní disociaci

5 Diskuze

Ze získaných výsledků poukazujeme na vztahy psychické a somatoformní disociace k self konceptu u lidí závislých na alkoholu. Výsledky nasvědčují, že psychická a somatoformní disociace je přítomna u necele poloviny v našem výzkumném souboru. Z tohoto hlediska lze uvažovat nad tím, že tyto projevy mohou ovlivňovat efektivitu léčby závislosti, pokud s nimi není terapeuticky pracováno. Diskutabilní v ohledu zobecnění získaných výsledků je nižší počet probandů ve výběrovém souboru, kterým jsme disponovali. Tento problém jsme se snažili eliminovat tím, že jsme se pomocí Power Analýzy a populační korelace, snažili odhadnout takovou velikost vzorku, aby výsledky bylo možné opatrně generalizovat.

Uvědomujeme si zkreslení a rizika přijetí námi referovaných závěrů a interpretujeme je tedy spíše volněji. Také nutno připomenout, že dotazník měřící sebepojetí (TSCS-II) nemá normy v ČR, čímž je tedy na místě, volnější interpretace vztahů a volnější míra, jejich zobecnění. Domníváme se však, že i přesto výsledky otevírají zajímavé poznání, které lze dále v terapeutické praxi či výzkumu ověřovat. Z povahy zaměření výzkumu, volněji disociace ve své patologické formě, představuje problém, který nevědomě ovlivňuje prožívání a chování jedince. S ohledem na self koncept se projevují významné vztahy k disociativním fenoménům, čímž sledujeme jejich provázanost se strukturou sebepojetí. Nelze však jasně určit, v jakém směru se ovlivňují, ale opatrně prokazujeme existenci vztahu mezi nimi.

Na základě faktorové analýzy jsme z výzkumných dat získali dva nezávislé faktory, tj. psychická disociace a somatoformní disociace, k nimž jsme přiřadili složky sebepojetí, s nimiž korelovaly a byly prokázány pouze u lidí závislých na alkoholu s přítomností těchto typů disociace. Faktorová typologie takto pojaté závislosti poukazuje na určité rozdíly mezi muži a ženami. U mužů s přítomností psychické disociace se projevuje vztah k tělesnému já, identitě, sociálnímu já a satisfakci. Což znamená, že psychická disociace ovlivňuje hodnocení svého těla a tělesného image, hodnocení sebe v sociální interakci a dále hodnocení vlastní identity a funkčnosti vlastního chování. Z hlediska přítomnosti somatoformní disociace se u mužů neprojevují rozdíly v základním souboru tj. oproti mužům bez přítomnosti somatoformní disociace. U žen s přítomností psychické disociace se projevuje vztah k složkám sebepojetí tj. k chování, pracovnímu já, fyzickému já, satisfakci, rodinnému já.

U žen s přítomností somatoformní disociace se projevuje vztah k fyzickému já. Zajímavý vztah jsme našli u mužů s psychickou disociací, jež pozitivně koreluje s personálním já. Toto si vysvětlujeme tak, že psychická disociace může být také pojímána zpočátku, jako strategie vědomá, i když v podstatě maladaptivní, vedoucí k zlepšení svého personálního Já, tj. vnímání se jako adekvátnější osobnost a zvyšování svého sebehodnocení. Prakticky v rámci vědomé disociace, jde o potlačování obsahů, které jsou neslučitelné s vnímáním sebe, což může vést, až k úplnému oddělení obsahu od proudu vědomí a tím k jeho pozdějšímu neuvědomění.

Výsledky poukazují na provázanost disociace s self konceptem a poukazují na možnosti uvažování, nad jejich vztahy v diagnostické a terapeutické práci. Výzkum byl svou povahou mapující s cílem sledovat a zjistit, zda existují prokazatelné statistické vztahy u zkoumaných proměnných. Domníváme se, že prokázané vztahy poskytují základní obraz pro terapeutickou práci se závislými na alkoholu, a také otevírají další možnosti následného výzkumu např. vztahu disociace a alexithymie k bažení, limbické iritabilitě apod.

Literatura

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 37: 122–14.
- Bowers, K. S., Meichenbaum, D. (1984). *The unconscious reconsidered*. New York: John Wiley, 9–48.
- Bob, P. (2005). *Psychobiology of dissociation and relationships between epilepsy and mental illness*. Praha: UK.
- Brunet, A., Holowka, D. W., & Laurence, J. R. (2001). *Dissociation*. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. San Diego: Academic Press.

- Colleen, C. (2007). Schema Model of the Self-Concept to examine role of the Self-Concept in Alcohol Dependence and Recovery. American Psychiatric Nurses Association.
- Dabrowski, K. (1964). Positive disintegration. London: J. & A Churchill Ltd
- Gabel, S. (1989). Dreams as a Possible Reflection of Dissociated Self-Monitoring systém. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 177, 560–568.
- Gross, W. F. (1971). Self-concepts of Alcoholics before and after Treatment. *Journal of Clinical Psychology.* 27, 539–541.
- Howel, E. F. *Dissociative mind.* Taylor & Francis group: Routledge.
- Kerlinger, F. N., Lee, H. B. (2000). *Foundations of Behavioral Research.* Hart Court, College Publishers.
- Kim, Y. H. (2001). Korean adolescents' health risk behaviors and their relationships with the selected psychological constructs. *J Adolesc Health*, 29: 298–306.
- Lee, N. K., Oei, T. P. S., Greeley, J. D. (1999). The interaction of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in high and low risk drinkers. *Addict Res* 7: 91–102.
- Lopez-Torrecillas, F., Garcia, J. F., Garcia, M. P., Izquierdo, D. G., Sanchez-Barrera, M. B. (2000). Variables modulating stress and coping that discriminate drug consumers from low or nondrug consumers. *Addict Behav.* 25: 161–165.
- Mitchel, S. A., Blacková, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi.* Praha: Triton.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (1998). Forgetting and reexperiencing trauma. In: *Splintered reflections: Images of the Body in Trauma.* New York: Basic Books, 39–65.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, Ph., Van Dyck, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1996). The development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J. Nerv. Ment. Dis.* 184, 11, 688–694.
- Oei, T. P. S., Hasking, P., Phillips, L. (2007). A Comparison of General Self-Efficacy and Drinking Refusal Self-Efficacy in Predicting Drinking Behavior. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 833–841.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie.* Praha: Academia
- Ptáček, R., Bob, P. (2009). Disociace v dějinách historického myšlení. *Československá psychologie*, III/2, 89.
- Spiegel, D., Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Shelton, S. H. (1990). Developing the construct of general self-efficacy. *Psychol Rep.* 66: 987–994.
- Schlesinger, S., Susman, M., Koenigsberg, J. (1990). Self-esteem and purpose in life: a comparative study of women alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education.* 36, 127–141.
- Trucco, E. M., Hilary Smith Connery, H. S., Griffin, M. L., Greenfield, S. F. (2007). The Relationship of Self-Esteem and Self-Efficacy to Treatment Outcomes of Alcohol-Dependent Men and Women. *The American Journal on Addictions*, 16: 85–92, 2007
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. & Brown, D. (2004), Trauma-related dissociation: Conceptual clarity, lost and found. *Austral. & New Zeal. J. Psychiat.*, 38, 678–689.
- White, W. F., Gayer, T. L. (1965). Self Concepts reports among Hospitalized Alcoholics during Early Periods of Sobriety. *Journal of Counseling Psychology.* Vol. 13, No 3, 352–355.

KOGNITÍVNE PREDPOKLADY ARITMETICKÝCH ZRUČNOSTÍ U PREDŠKOLÁKOV: KORELAČNÁ ŠTÚDIA SKORÝCH NUMERICKÝCH UKAZOVATEĽOV

COGNITIVE PRECURSORS OF ARITHMETIC SKILLS AT PRESCHOOL AGE: CORRELATIONS STUDY OF EARLY NUMERACY INDICATORS

Jana Antalíková¹, Marína Mikulajová²

SCŠPP Inštitút detskej reči, Štefánikova 16, 811 04 Bratislava, Slovensko¹
Pedagogická fakulta, Katedra logopédie Univerzity Komenského v Bratislave,
Račianska ul. 59, 813 34 Bratislava, Slovensko²

Abstrakt

Štúdia prináša parciálne výsledky z prebiehajúceho longitudinálneho výskumného projektu zameraného na skúmanie prediktorov aritmetických zručností u predškolákov. 125 detí predškolského veku bolo otestovaných batériou testov, ktoré mapovali ich schopnosť sčítať a odčítať, všeobecné kognitívne schopnosti, špecifické schopnosti a zručnosti detí majúce vzťah k matematike. Výsledky ukázali, že so skúmaných všeobecných kognitívnych schopností má najsilnejší vzťah k schopnosti sčítať a odčítať v predškolskom veku neverbálny intelekt a verbálna krátkodobá pamäť. Zo špecifických skúšok najsilnejší vzťah k sčítaniu a odčítaniu preukázala navrhnutá skriningová batéria. V našej vzorke sa nepotvrdili signifikantné rodové rozdiely vo výkonoch v numerických úlohách. Vek zohrával úlohu s malou vecnou významnosťou len v skúške mapujúcej rýchlosť počítania.

Abstract

Study presents partial results from an ongoing longitudinal research project which is focused on investigation of predictors of arithmetic skills among preschoolers. 125 children at preschool age were examined by test battery which measured their addition and subtraction ability, general cognitive abilities, specific abilities and skills related to math. According to the results, the strongest correlation appeared between addition/subtraction abilities and nonverbal intellect and verbal short-term memory at preschool age from general cognitive abilities. The designed screening battery showed strongest relation to addition/subtraction ability from specific measures. Gender differences were not found among participants. Age differences were significant with small effect size just in Oral counting fluency measure.

Klíčová slova

matematika, skoré numerické ukazovatele, aritmetické schopnosti, predškoláci.

Key words

mathematic, early numeracy indicators, arithmetic ability, preschoolers.

Úvod

V súčasnom období sa stále viac výskumu orientuje na skúmanie vývinových porúch učenia, pričom predmetom záujmu sa stávajú stále mladšie deti a záujem sa obracia k prevencii pred intervenciou. I keď sa dominantná časť výskumov vývinových porúch učenia sústreďuje na popisovanie mechanizmov osvojovania si čítania, čoraz viac sa záujem obracia i k poruchám matematických schopností.

Výskum porúch matematických schopností má v bývalom Československu, ktorá sa spája s menom priekopníka na tomto výskumnom poli prof. Ladislavovi Koščovi. Napriek dlhej tradícii a vytvorenému odbornému zázemiu na území Slovenska výskum porúch matematických schopností stagnuje. Jedným s cieľov prinášaného výskumu je renesancia výskumu matematických schopností na Slovensku.

Súčasná štúdia prináša parciálne výsledky z prebiehajúceho longitudinálneho projektu zameraného na výskum kognitívnych predpokladov aritmetických zručností. Cieľom príspevku je analýza vzťahov medzi skúmanými premennými ako i popisovanie rodových rozdielov a vplyv veku na výkony v použitých numerických úlohách.

Teoretické východiská

V súvislosti s matematickými schopnosťami respektíve ich poruchami môžeme aktuálny výskum rozdeliť na dva prúdy. Jeden prúd predpokladá, že poruchy matematických schopností vyplývajú z deficitov vo všeobecných kognitívnych schopnostiach, pod ktorými rozumieme schopnosti, ktoré majú preukázateľný vzťah k matematickým schopnostiam, priamo sa však nevzťahujú k matematickým schopnostiam. Druhý prúd výskumov sa zameriava na skúmanie tzv. špecifických matematických schopností. Špecifickými matematickými schopnosťami sa označujú rôzne komponenty chápania pojmu číslo, pričom tento koncept zahŕňa množstvo čiastkových schopností (Berch, 2005). Gersten a Chard (1999) o chápaní pojmu číslo uvažujú ako o konštrukte, ktorý je pri osvojovaní matematických zákonitostí rovnako dôležitý ako fonologické uvedomovanie pri osvojovaní si čítania.

Ak uvažujeme o všeobecných kognitívnych schopnostiach, najviac diskutovanou oblasťou je práve miera zaangažovania vizuo-priestorových schopností a pracovnej pamäti.

O úzkej súvislosti medzi vizuo-priestorovými a matematickými schopnosťami uvažoval už Košč (1972). Napriek silnej pozitívnej závislosti medzi vizuo-priestorovými schopnosťami a školskou úspešnosťou v matematike sa novodobému výskumu nedarí ujasniť povahu vzťahu medzi týmito premennými (Hegarty, Kozhevnikov, 1999). Friedmanová (1995) na základe meta-analýzy výskumu vzájomných vzťahov medzi matematickými a priestorovými faktormi zistila, že tieto spolu vysoko nekorelujú a že silnejšia závislosť existuje medzi matematickými a verbálnymi schopnosťami ako priestorovými. Geary, Hamson a Hoard (2000) vo svojej komparatívnej štúdií skúmali rozdiely medzi deťmi s poruchami čítania, poruchami počítania a deťmi, u ktorých boli obe poruchy v komorbidite. Ich výsledky neukázali signifikantné medziskupinové rozdiely v priestorových schopnostiach v situácii, keď bol kontrolovaný intelekt. V niektorých výskumoch sa potvrdil čiastočný vzťah medzi vizuo-priestorovými a matematickými schopnosťami (Mazzocco, Myers, 2003), pričom však autori pripúšťajú, že pozitívny vzťah závislosti by mohol byť rovnako výsledkom aj exekutívnych nielen vizuo-priestorových schopností. V iných výskumoch sa závislosť nepotvrdila (Landerl, Fussenger et al., 2009, Wilson, Swanson, 2001). Napriek tomu, že na poli kognitívneho výskumu je postoj výskumníkov nejednoznačný, v oblasti neuropsychológie zostávajú pojmy vývinová dyskalkúlia a ťažkosti s vizuo-priestorovým vnímaním naďalej úzko späté (pozri napr. Ardila, Rosselli, 2002). Hulme, Snowling (2009) uzatvárajú, že vizuo-priestorové schopnosti zvyčajne pozitívne korelujú s neverbálnym intelektom, a teda sekundárne aj s aritmetickými schopnosťami, preto je v komparatívnych štúdiách potrebné kontrolovať aj túto premennú.

V rámci skúmania všeobecných kognitívnych schopností je často diskutovaná pracovná pamäť ako jeden z činiteľov, dôležitých pri etiopatogenéze poruchy matematických schopností. Pracovná pamäť je chápaná ako mozgový systém slúžiaci na dočasné uskladnenie informácií a manipuláciu s nimi, ktorá je nevyhnutná pri riešení komplexných kognitívnych úloh (Baddeley, 1992). V Baddeleyho chápaní (tamže, s. 556) ju možno rozčleniť do troch nie celkom rovnocenných subkomponentov, na 1. centrálnu exekutívu, ktorá je nadradená ďalším dvom subsystémom a to 2. fonologickej slučke a 3. vizuo-priestorovému náčrtníku. Treba poznamenať, že štúdie stále neprinášajú jednoznačné výsledky v otázke vplyvu jednotlivých subkomponentov pracovnej pamäti na schopnosť detí počítat.

Asi najjednoznačnejšie výsledky prinášajú výskumy v oblasti centrálnej exekutívy, kde sa ukazujú pomerne konzistentné a významné rozdiely medzi deťmi s ťažkosťami v matematike a intaktnými deťmi (Passolunghi, 2011, Swanson, 2004, Kaufmann, 2002, Passolunghi, Siegler, 2001, Fürst, Hitch, 2000, McLean, Hitch, 1999, Bull, Johnson, Roy, 1999). Napriek tomu sa v niektorých výskumoch jednoznačne deficit centrálnej exekutívy u detí s poruchou matematických schopností nepreukázal (Maehler, Schuchard, 2011).

Podobne štúdie skúmajúce podiel fonologickej pamäti pri vzniku a vývine ťažkostí v matematike prinášajú nejednoznačné výsledky, deficity vo fonologickej pamäti však typicky nenachádzame v obraze porúch matematických schopností (Hulme, Snowling, 2009). Skutočne v prevažnej väčšine štúdií sa nepreukázal deficit v jednoduchej verbálno-akustickej krátkodobej pamäti alebo fonologickej slučke u detí s ťažkosťami v matematike (Maehler, Schuchard, 2011, Passolunghi, 2011, Landerl, Fussenger et al., 2009, Swanson, 2004, Passolunghi, Siegler, 2004).

Ďalšou premennou, o ktorej sa uvažuje v súvislosti s kognitívnou výbavou detí s poruchou matematickej schopnosti, je rýchlosť vybavovania lexikálnych reprezentácií z pamäti, zisťovaná rýchlym automatickým pomenovaním (RAN). Dôkazy o tom, že schopnosť rýchleho automatického pomenovania (RAN) má signifikantný vzťah k poruchám čítania a vyskytuje sa teda aj pri komorbidite dyslexie a dyskalkúlie priniesli výsledky viacerých štúdií (Geary, Hamson, Hoard, 2000, Landerl, Fussenger et al., 2009). Niektorí autori (napr. Lago,

DiPerna, 2010) však zdôrazňujú význam sledovania schopnosti rýchleho automatického pomenovania pri výskume matematických schopností. Vzťah vzájomnej závislosti sa dokázal medzi rýchlosťou fonologického spracovania a rýchlosťou počítania aritmetických príkladov (Hecht, Torgensen et al., 2001). Podobne popísali vzťah vzájomnej závislosti medzi matematickými schopnosťami a rýchlym pomenovaním najmä v predškolskom veku Mazzocco, Myers, (2003).

Zo špecifických matematických schopností sa výskum sústreďuje v predškolskom veku na skúmanie tzv. skorých numerických indikátorov (Seethaler, Fuchs 2010, Clarke, Baker, 2008, Lembke, Foegen, 2005, Clarke, Shinn, 2004). Jedná sa zväčša o krátke jednodimenzionálne skúšky merajúce rozličné aspekty chápania pojmu čísla, pričom je predmetom záujmu predovšetkým súbežná a prediktívna validita týchto skúšok. Medzi tieto skúšky patria aj skúšky prevzaté či adaptované v našom výskume a ide o skúšku rýchleho počítania (Seethaler, Fuchs 2010, Clarke, Baker, 2008), porovnávanie množstva bodov (VanDerHeydena et al., 2011, Stock, Desoete, Royers, 2010, Floyd et al., 2006), porovnávanie veľkosti čísel (Landerl, Fussengger et al., 2009, Iuculano, Tang et al., 2008, Lembke, Foegen, 2005, Landerl et al., 2004) a dopĺňovanie číselného radu (Clark, Shinn, 2004, Lembke, Foegen, 2005, Clarke, Baker et al., 2008).

Pri hodnotení matematických schopností v predškolskom veku treba zohľadniť rovnako ich vývinový aspekt. Keď hovoríme o vývine matematických schopností musíme pripustiť, že ide o komplexnú oblasť kognície, ktorá doposiaľ nie je spoľahlivo teoreticky ukotvená v databáze aktuálneho ľudského poznania. Ako jeden z prvých, kto vytvoril ucelenú teóriu vývinu, v rámci ktorej rozpracoval aj vývin pojmu číslo, bol psychológ Jean Piaget. Podľa Piageta (1999) v každej oblasti rozvinutého myslenia, činnostné a názorné predstavy získavajú povahu tzv. „operácií“. Operačný pojem číslo sa vytvára, keď si dieťa abstrahuje logické operácie, ktoré sú v Piagetovom ponímaní prekursorom chápania pojmu číslo. Medzi tieto logické operácie zaraďuje schopnosť detí triediť, zoradovať, vytvárať jednoduché korešpondencie a nakoniec najdôležitejšie je porozumenie princípu zachovania množstva alebo počtu bez ohľadu na priestorové usporiadanie (Piaget, 1999, Piaget, Inhelderová, 2000). Logické operácie stále zostávajú v 6. roku veku dieťaťa silným prediktorom matematických schopností v neskoršom veku (Stock, Desoete, Royers, 2010, Seethaler, Fuchs, 2010, Pasnak, Green et al., 2005).

Okrem nevyhnutnej logiky a schopnosti adekvátne usudzovať je podľa iných autorov potrebné chápať zákonitosti počítania objektov v súbore na to, aby sa vyvinulo zrelé chápanie pojmu čísla. Gelman a Gallistel (1978) sformulovali niekoľko pravidiel tzv. „konceptuálnych vedomostí“, ktoré upravujú priebeh počítania objektov a ktoré je nevyhnutné rešpektovať, ak chceme dospieť k relevantnému záveru. Gelman a Gallistel (tamže) definujú 3 bazálne a 2 doplnkové princípy: princíp korešpondencie jedna k jednej, princíp stabilného poradia, princíp kardinality, princíp abstrakcie a princíp irelevantnosti poradia. Rozlišujeme ďalej „procedurálne vedomosti respektíve zručnosti“ počítania, ktoré rovnako súvisia s osvojovaním si aritmetických zákonitostí. Tieto definujeme ako schopnosť detí realizovať alebo vykonávať matematické úlohy, napríklad spočítať objekty, kým „konceptuálne vedomosti“ sa vzťahujú k porozumeniu dieťaťa, prečo použitá procedúra funguje (LeFevre et al., 2006). Značná časť výskumu sa zameriava na konceptuálne a procedurálne zručnosti predškolákov a ich vzťah k budúcim aritmetickým zručnostiam, pričom sa opäť preukazuje pozitívna závislosť medzi týmito dvoma premennými (napr. Seethaler, Fuchs, 2010, Floyd et al. 2006, Methe et al. 2008, Locuniak et al., 2008, Clarke, Shinn, 2004, Howel, Kemp, 2010, Stock, Desoete, Royers, 2010).

Výskumná vzorka a výskumná procedúra

Do výskumu sa zapojilo sedem predškolských zariadení v Bratislave. Všetci rodičia, ktorých deti participovali na výskume, podpísali informovaný súhlas so zaradením svojho dieťaťa do výskumného projektu.

Výskumnú vzorku tvorí 125 slovensky hovoriacich detí predškolského veku, z toho 71 chlapcov (56,8 %) a 54 dievčat (43,2 %). Všetky deti z výskumnej vzorky boli v poslednom ročníku materskej školy (apríl až jún 2011, priemerný vek detí 74 mesiacov). 8 detí z výskumnej vzorky má odloženú povinnú školskú dochádzku v tomto školskom roku, 7 detí už malo odloženú školskú dochádzku v minulom školskom roku. Deti boli testované v priebehu dvoch 30–45minútových individuálnych sedení. Všetky údaje zbieral a spracovával jeden výskumník, čím sa pre všetky deti zabezpečili rovnaké podmienky pri administrácii, skórovaní ako i vyhodnocovaní dát.

Výskumné metódy

Metódy merajúce všeobecné kognitívne schopnosti

Pojmom všeobecnej schopnosti sme zastrešili vybrané kognitívne schopnosti, ktoré majú experimentálne podložený vzťah k matematickým schopnostiam, nie sú však priamo zložkou konštruktu označovaného ako chápanie pojmu číslo.

Neverbálny intelekt (IQ)

Meráme subtestom Kocky z WPPSI – III. (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 3rd Edition) (Wechsler, 2002). Ide o štandardizovaný nástroj bežne používaný na meranie neverbálnej inteligencie u detí v predškolskom veku. Celkovo obsahuje 20 položiek. Pri analýzach sme operovali s hrubým skóre testu, ktoré zodpovedá počtu správne vyriešených položiek.

Krátkodobá verbálno-akustická pamäť (KVP)

Bola meraná subtestom Opakovanie čísel odpredu z WISC III. – sk. (Wechslerova intelligenčná škála pre deti) v slovenskej úprave (Wechsler, Dočkal et al., 2006). Pri administrácii skúšky postupujeme štandardným spôsobom. Skúška meria rozsah krátkodobej fonologickej pamäti.

Pracovná pamäť (PP)

Meráme subtestom Opakovanie čísel odzadu z WISC III. – sk. (Wechslerova intelligenčná škála pre deti) v slovenskej úprave (Wechsler, Dočkal et al., 2006). Pri administrácii skúšky sme postupovali štandardným spôsobom.

Vizuo-priestorové schopnosti (VPS) a vizuo-priestorová pamäť (VPP)

Boli merané Tzuriel-Eiboshitzovou modifikáciou Rey-Osterriethovho testu komplexnej figúry pre deti predškolského veku (Tzuriel, 2000). V modifikovanej verzii je figúra zjednodušená, obsahuje 10 elementov. Každý element sme posudzovali podľa 2 kritérií – správne umiestnenie elementu v rámci figúry a správne prevedenie (proporcionálne) samotného elementu. Za každý element dieťa mohlo získať 2 body, maximálny počet možných získaných bodov bol 20 pri kópii (VPS) aj pri reprodukcii spamäti (VPP). Medzi Kópiu a Reprodukciiu spamäti bola zaradená fáza interferencie. Tzuriel (2000) uvádza vysoké hodnoty subjektivej reliability testu – pre kópiu 0,99 a pre reprodukciiu 0,98. Analýza reliability s využitím našich dát naznačuje dobrú vnútornú konzistenciu skúšky pri Kópii $N(124)$, $\alpha = 0,78$ ako i pri Reprodukciiu spamäti $N(123)$, $\alpha = 0,79$.

Rýchle automatické pomenovanie farieb (RAN – farby)

Skúška RAN meria schopnosť rýchlej aktualizácie fonologickej reprezentácie z dlhodobej pamäti. Keďže ide o časovanú skúšku (meráme čas, za ktorý dieťa vymenuje všetky farby na podnetovom liste), reliability skúšky sme v našom súbore overovali testom-retestom $N(20)$ $\rho = 0,71$.

Špecifické matematické schopnosti a zručnosti

Ide o schopnosti a zručnosti, ktoré majú preukázateľný vzťah k matematickým schopnostiam a tvoria zložku konceptu súhrnne označovaného ako chápanie pojmu číslo.

Skríning matematických schopností a zručností pre predškolákov (S)

Logické operácie (LO) – v subteste sme sledovali vybrané logické operácie, pričom sme použili niektoré položky z testu TEKO (Winkelmann, Váryová, Mikulajová, 1996), niektoré položky sme adaptovali a niektoré sme vytvorili. V tejto časti testu pracujeme s predčíselnými predstavami dieťaťa, ani jedna úloha nie je priamo závislá od ovládania číselných pojmov, počítania či spočítavania. Pôvodná verzia subtestu zameraného na mapovanie stupňa vývinu logických operácií obsahovala 20 položiek. Celkový počet položiek sme na základe položkovej analýzy redukovali na 15. Testom mapujeme operácie: triedenie, zoraďovanie a zachovanie množstva/počtu. 3 položky skórujeme v rozsahu 0 až 2 body, 1 položku v intervale 0 až 3 body, ostatné položky skórujeme na hladine 0–1. Celkovo môže dieťa v teste získať maximálne 20 bodov.

Analýza reliability naznačuje dobrú vnútornú konzistenciu skúšky $N(120)$, $\alpha = 0,80$.

Konceptuálne a procedurálne vedomosti o počítaní (KPV) – do subtestu sme zaradili konceptuálne vedomosti i procedurálne zručnosti týkajúce sa počítania. Výkon v úlohách je podmienený orientáciou v číselných pojmoch, keďže všetky úlohy vyžadujú manipuláciu s číslami a ich reprezentáciami, či už s číslkami (jeden, dva, tri) alebo arabskými číslicami (1, 2, 3). Pri koncipovaní sme použili niektoré položky z testu TEDI-Math (Grégoire et al. 2004 podľa: Desoete, Grégoire, 2006, Stock, Desoete, Royers, 2010), niektoré položky sme adaptovali a niektoré sme vytvorili. Pôvodná verzia subtestu obsahovala 14 položiek, na základe položkovej analýzy sme počet položiek redukovali na 12. Každú položku testu skórujeme na hladine 0–1. Subtest obsahuje úlohy na menovanie číselného radu vzostupne, úlohy na menovanie radu zostupne, úlohy na spočítavanie objektov a úlohy mapujúcich porozumenie princípu korešpondencie, kardinality, abstrakcie a princípu irelevantnosti poradia. Analýza reliability naznačuje primeranú vnútornú konzistenciu skúšky $N(120)$, $\alpha = 0,78$.

Celkovo batéria obsahuje 27 položiek. Maximálne možné HS zodpovedá 32 bodom. Analýza reliability celej skúšky naznačuje dobrú vnútornú konzistenciu $N(120)$, $\alpha = 0,87$.

Porovnávanie množstva bodov (MB čas) [Magnitude Comparison]. Skúška v modifikácii Stock, Desoete, Royers, (2010). Úlohou dieťaťa je identifikovať, v ktorej z dvoch množín je viac bodov. Skúška pozostáva z 2 zácvičných úloh a zo 6 položiek. V skúške meriame čas riešenia, keďže sa ukazuje, že práve časový faktor je v tomto type úloh najspoľahlivejším indikátorom matematických schopností (Landerl et al., 2004). Reliabilitu časového údaju sme overovali metódou test-retest $N(20)$ $\rho = 0,82$. Nezohľadňovali sme získané hrubé skóre testu v zmysle počtu správne riešených úloh, keďže deti z výskumnej vzorky dosahovali stropové hodnoty, čo negatívne ovplyvnilo reliabilitu tohto údaju ako i schopnosť diskriminovať deti vo výskumnom súbore.

Porovnávanie veľkosti čísel (VČ) [Quantity Discrimination]. V pôvodnej verzii skúšky je úlohou dieťaťa pomenovať väčšie číslo z dvojice čísel v časovo limitovanej situácii 1 minúty (Clark, Shinn, 2004). V našej modifikácii bolo úlohou dieťaťa ukázať na väčšie číslo z dvojice čísel. Dieťa malo pracovať čo najrýchlejšie a nerobiť chyby, počas časového limitu 1 minúty. Zvolili sme neverbálnu odpoveď jednak kvôli špecifikám výskumnej vzorky (predškolské deti), jednak aby do výkonu detí neinterferovala schopnosť rýchleho pomenovania, ktorú v našej batérii meriame zvlášť skúškou RAN – farby. Čísla v skúške variovali od 1 do 25, celkovo test obsahoval 36 položiek. Ak dieťa vyriešilo všetky položky pred ukončením časového limitu, pripočítali sa mu k hrubému skóre zostávajúce sekundy. Pri analýzach sme v tejto skúške zohľadňovali jednak pracovné tempo respektíve počet položiek, ktoré sa dieťa pokúsilo riešiť v limite 1 minúty (VČ PT), jednak počet správne vyriešených položiek zo všetkých riešených položiek, vyjadrených hrubým skóre (VČ HS). Keďže ide o časovo limitovanú skúšku v našom súbore sme merali test-retest reliabilitu pre počet riešených položiek VČ PT – $N(20)$ $\rho = 0,86$, ako i pre počet správne vyriešených položiek VČ HS – $N(20)$ $\rho = 0,91$. Z týchto dvoch sledovaných údajov dokážeme odvodiť presnosť pri práci, ktorú vyjadrujeme percentom správnych odpovedí.

Rýchlosť počítania (RP) [Oral Counting]. V tejto skúške dieťa inštruujeme, aby počítalo nahlas od 1 čo najrýchlejšie v časovom limite 1 minúty (Clark, Shinn, 2005, Seethaler, Fuchs, 2010, Floyd et al. 2006, Methe et al. 2008, Locuniak et al., 2008). Výkon je vyjadrený počtom menovaných čísel v správnom poradí po dobu jednej minúty. Napríklad ak dieťa počíta správne od 1 do 11 a potom preskočí číslo 12, jeho hrubé skóre zodpovedá 11 bodom. Autori skúšky Clark, Shinn (2004) uvádzajú vysoké hodnoty subjektivej (0,99) ako aj test-retest reliability skúšky po 13 týždňoch (0,80).

Doplňovanie číselného radu (DR) [Missing Number Measure] (Clark, Shinn, 2004, Lembke, Foegen, 2005, Clarke, Baker et al., 2008). V pôvodnej verzii dieťa dopĺňa chýbajúce číslo do radu 3 čísel, pričom 4. číslo môže chýbať na 1., 2., 3. alebo 4. mieste. Skúška pracuje s číslicami od 1 do 20. Dieťa má na riešenie 1 minútu. V našej modifikácii obsahuje skúška 2 zácvičné úlohy a 6 položiek. Hrubé skóre (DR HS) zodpovedá počtu správne doplnených čísel s maximálnou hodnotou 6. Meriame rovnako čas, za ktorý dieťa úlohu vyrieši čiže pracovné tempo (DR PT). Analýza reliability s využitím našich dát naznačuje primeranú vnútornú konzistenciu skúšky $N(119)$, $\alpha = 0,80$. Keďže zohľadňujeme aj čas riešenia úlohy, reliabilitu tohto údaju sme overovali test-retestom a zodpovedá $N(20)$ $\rho = 0,81$.

Sčítanie a odčítanie u predškolákov – keďže na Slovensku nie je štandardizovaný nástroj merajúci implicitnú schopnosť predškolských detí realizovať základné aritmetické operácie, vytvorili sme krátku skúšku merajúcu schopnosť detí uplatňovať operácie sčítania a odčítania. Skúška pozostáva z 8 položiek pričom úlohy na sčítanie a odčítanie sú rovnomerne zastúpené (4/4). Obťažnosť položiek variuje, 4 úlohy narábajú s konkrétnou reprezentáciou početových operácií, 4 úlohy pracujú len s abstraktnými symbolmi (čísllice, operačné znamienka). Analýza reliability naznačuje akceptovateľnú vnútornú konzistenciu skúšky $N(120)$, $\alpha = 0,71$. Vzhľadom na charakter skúšky ju považujeme za obsahovo validnú – skúška meria schopnosť predškolských detí sčítať a odčítať.

Výsledky

Pre všetky použité neštandardizované metódy, pri ktorých neboli dostupné údaje o reliabilite, sme zisťovali ich spoľahlivosť. Údaje o reliabilite uvádzame v časti Výskumné metódy. Štatistické parametre použitých metód uvádzame v Tab. 1. Údaje sme spracovávali v štatistickom programe SPSS.

	<i>N</i>	<i>M/Md</i>	<i>SD</i>	<i>Rozsah</i>	<i>Šikmosť</i>	<i>Strmosť</i>
Všeobecné schopnosti						
Kocky WPPSI (IQ)	124	29,28/30	3,42	18–40	0,419	1,608
Opakovanie čísel (KVP)	125	9,18/10	2,24	4–16	–0,099	0,039
Opakovanie čísel odpredu (KP)	125	6,70/7	1,78	2–12	–0,032	0,180
Opakovanie čísel odzadu (PP)	125	2,48/2	1,03	0–5	–0,171	0,492
TKF pre predškolské deti K (VPS)	124	12,34/13	3,94	3–19	–0,557	–0,307
TKF pre predškolské deti RS (VPP)	123	9,83/10	4,63	0–20	–,146	–,480
Rýchle pomenovanie (RAN)	120	53,99/50	14,97	29–110	1,187	1,768
Špecifické schopnosti						
Skríning mat. schopností a zručností (S)	120	19,9/21	6,31	4–31	–,513	–,508
Logické operácie (LO)	120	11,19/12	4,29	1–19	–,333	–,637
Koncept. a proced. vedomosti (KPV)	120	8,71/9	2,53	1–12	–,680	–,045
Porovnávanie množstva bodov (MB čas)	125	18,67/17,5	8,31	8–63	1,913	6,057
Porovnávanie veľkosti čísel (VČ PT)	125	25,35/24	7,12	0–41	–,281	–,300
Porovnávanie veľkosti čísel (VČ HS)	125	24,01/24	7,72	0–39	–,324	–,144
Rýchlosť počítania (RP)	120	42,48/29	23,6	6–85	,284	–1,437
Doplňovanie číselného radu (DR HS)	119	4,29/5	1,86	0–6	–1,124	,256
Doplňovanie číselného radu (DR PT)	119	32,03/32	11,86	11–67	,741	,189
Aritmetické schopnosti						
Sčítanie a odčítanie (SO)	120	4,24/4	1,97	0–8	,065	–,587

Tab. 1 Deskriptívna štatistika výsledkov použitých metód

Normalitu distribúcií sme testovali Kolmogorov-Smirnovým testom. Keďže sa prevažne nepotvrdila hypotéza o normálnej distribúcii údajov, ďalej sme dáta vyhodnocovali Spearmanovou neparametrickou koreláciou. Vplyv respektíve efekt premennej neverbálnej inteligencie (IQ) sme kontrolovali pri výpočte parciálnej korelácie medzi schopnosťou sčítať a odčítať a jednotlivými kognitívnymi schopnosťami. Obe korelácie uvádzame v Tab. 2.

	Všeobecné kognitívne schopnosti						
	IQ	KVP	KP	PP	VPS	VPP	RAN – farby
Spearmanova korelácia s výkonom v Sčítaní a odčítaní (SO)	0,394**	0,395**	0,272**	0,365**	0,235**	0,176*	–0,293**
Parciálna korelácia so SO ak kontrolovaný vplyv IQ	–	0,331**	0,244**	0,286**	0,106	0,044	–0,231**

Tab. 2 Korelácie medzi vybranými kognitívnymi schopnosťami a schopnosťou sčítať a odčítať

** korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0,01$ (1-smerná),

* korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0,05$ (1-smerná)

Výsledky v Tab. 2 naznačujú, že v predškolskom veku, čiže pred začiatkom formálnej výučby, má krátkodobá sluchová pamäť ($\rho = 0,395$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,156$) aspoň taký silný vzťah k schopnosti sčítať a odčítať ako neverbálna inteligencia ($\rho = 0,394$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,155$). Rovnako vidíme, že pracovná pamäť má k schopnosti sčítať a odčítať o niečo silnejší vzťah ako jednoduchá krátkodobá pamäť. V druhom riadku Tab. 2 sú uvedené výsledky z parciálnej korelácie medzi premennými pričom sme kontrolovali vplyv neverbálneho intelektu. Vidíme že v situácii, kde kontrolujeme vplyv inteligencie sa pozitívny vzťah závislosti medzi vizuo-priestorovými schopnosťami (VPS) a pamäťou (VPP) a schopnosťami sčítať a odčítať stráca ($VPS\ r = 0,106$, $p = 0,127$, $R^2 = 0,011$, $VPP\ r = 0,044$, $p = 0,321$, $R^2 = 0,002$) a možno nimi vysvetliť len zhruba 1–2 % variability vo výkone v aritmetickej úlohe. Z výsledkov možno usudzovať, že zhruba 15,5 % variability vo výkone v úlohe zameranej

na sčítanie a odčítanie možno vysvetliť vplyvom neverbálnej inteligencie a 15,6 % variability možno vysvetliť vplyvom krátkodobej verbálno-akustickej pamäti. Schopnosť rýchleho automatického pomenovania (RAN) koreluje záporne so schopnosťou sčítať a odčítať, teda čím rýchlejšie dieťa menovalo farby (čím menej sekúnd), tým lepší výkon podalo v aritmetickej úlohe. Zdá sa, že absolútna hodnota sily tohto vzťahu ($\rho = -0,293^{**}$, $p < 0,001$) je porovnateľná so silou vzťahu existujúcou medzi sčítaním a odčítaním (SO) a jednoduchou krátkodobou pamäťou ($\rho = 0,272^{**}$, $p < 0,001$).

Ďalej bola predmetom nášho záujmu vzťahová analýza medzi schopnosťou predškolákov sčítať a odčítať a jednotlivými špecifickými skúškami. Spearmanove korelačné koeficienty uvádzame v Tab. 3.

	Špecifické schopnosti								
	S	LO	KPV	MB čas	VČ HS	VČ PT	RP	DR HS	DR PT
Sčítanie a odčítanie (SO)	0,728**	0,676**	0,667**	-0,002	0,599**	0,555**	0,617**	0,496**	-0,333**

Tab. 3 Korelácie medzi zložkami chápania pojmu číslo a schopnosťou sčítať a odčítať

** korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0,001$ (1-smerná)

Výsledky naznačujú, že takmer všetky použité skúšky zamerané na meranie rôznych aspektov chápania pojmu číslo sú vo vzťahu silnej pozitívnej závislosti so schopnosťou sčítať a odčítať v predškolskom veku. Ako jediná skúška, pri ktorej sa v našej výskumnej vzorke nepreukázal vzťah závislosti, je skúška merajúca rýchlosť práce pri porovnávaní množstva bodov v nami použitej modifikácii (MB čas $\rho = -0,006$, $p = 0,493$). Z použitých jednodimenzionálnych skúšok zameraných na mapovanie len jednej schopnosti respektíve zručnosti (porovnávanie veľkosti čísel VČ, rýchlosť počítania RP, dopĺňovanie číselného radu DR) má najsilnejší vzťah k aritmetickým schopnostiam procedurálna zručnosť rýchleho menovania číselného radu ($\rho = 0,617$, $p < 0,001$). Podobne však schopnosť rýchlo porovnať veľkosť čísel a doplniť číselný rad je silným indikátorom schopnosti sčítať a odčítať v predškolskom veku. Najsilnejší vzťah závislosti vidíme medzi sčítaním a odčítaním a navrhnutou skriningovou metódou (S) ($\rho = 0,728$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,53$), obzvlášť ak berieme do úvahy výslednú sumu skóre oboch častí testu – logické operácie LO aj konceptuálne a procedurálne vedomosti KPV. Celkovo výkon v takto navrhnuté skúške dokáže vysvetliť zhruba 53 % variability vo výkone v úlohe zameranej na mapovanie implicitnej schopnosti sčítať a odčítať v predškolskom veku.

Ďalej nás zaujímalo, či sa do výkonu v použitých skúškach premietnu nezávislé premenné pohlavie a vek detí. Deti z výskumnej vzorky sme rozdelili podľa veku na mladšie deti (od 67 do 77 mesiacov) a staršie deti (od 78 do 87 mesiacov), a zisťovali sme, či sa staršie deti signifikantne líšia vo výkonoch v skúškach numerických schopností od mladších detí. V oboch prípadoch (rodové, vekové rozdiely) sme testovali štatistickú hypotézu o rovnosti mediánov, pričom sme si stanovili hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Dáta sme vyhodnocovali neparametrickým Mann-Whitney U testom pre dva nezávislé výbery. Výsledky ako i hodnoty vecnej signifikancie pre jednotlivé skúšky uvádzame v Tab. 4.

	pohlavie			vek		
	U	Asymp. Sig. (2-smerná)	r	U	Asymp. Sig. (2-smerná)	r
Skrining (S)	1513,50	0,191	-0,119	1386,50	0,332	-0,088
Logické operácie (LO)	1394,00	0,052	-0,178	1483,00	0,671	-0,039
Konceptuálne a procedur. vedomosti (KPV)	1719,00	0,828	-0,02	1349,00	0,234	-0,109
Por. množstva bodov (MB čas)	1571,00	0,084	-0,154	1513,00	0,381	-0,078
Por. veľkosti čísel (VČ PT)	1751,00	0,407	-0,074	1414,50	0,161	-0,125
Por. veľkosti čísel (VČ HS)	1648,00	0,222	-0,092	1382,50	0,172	-0,140
Rýchlosť počítania (RP)	1634,50	0,509	-0,061	1169,50	0,028	-0,200
Doplň. číselného radu (DR HS)	1420,50	0,083	-0,104	1431,00	0,526	-0,058
Doplň. číselného radu (DR PT)	1731,00	0,987	-0,001	1475,00	0,715	-0,033
Sčítanie a odčítanie (SO)	1746,50	0,944	-0,006	1554,00	0,982	-0,002

Tab. 4 Hodnoty testovacieho kritéria U, asymp. signifikancia (2-smerná) a vecnej signifikancie r pre premenné pohlavie a vek

Tučné: Korelácia je signifikantná na hladine významnosti $p < 0,05$ (2-smerná).

Z výsledkov vyplýva, že z hľadiska premennej pohlavie, hodnoty testovacích kritérií nie sú z kritickej oblasti zamietnutia nulovej hypotézy. Možno uzavrieť, že medzi chlapcami a dievčatami v predškolskom veku nie je významný rozdiel vo výkonoch v skúškach mapujúcich numerické schopnosti. Korelačnú mieru vecnej významnosti pre všetky použité skúšky hodnotíme ako nesignifikantnú.

Z hľadiska premennej vek podobne vidíme, že hodnoty testovacích kritérií zväčša nie sú z kritickej oblasti zamietnutia nulovej hypotézy. Jedine v skúške rýchlosti počítania (RP) je hodnota testovacieho kritéria z kritickej oblasti. Môžeme predpokladať, že medzi staršími a mladšími deťmi je významný rozdiel v procedurálnej zručnosti rýchlo počítať. Staršie deti počítajú signifikantne rýchlejšie respektíve správnejšie ako mladšie deti ($U = 1169,50$, $p = 0,028$, $r = -0,200$), pričom mieru vecnej významnosti hodnotíme ako malú.

Diskusia

Spracované výsledky priniesli niekoľko čiastkových záverov a niekoľko dodatočných otázok. V súlade s aktuálnymi experimentálnymi zisteniami sa v našom výskume potvrdilo, že pracovná pamäť má silnejší pozitívny vzťah závislosti k matematickým schopnostiam ako jednoduchá sluchová krátkodobá pamäť (Passolunghi, Siegler, 2001, Maehler, Schuchard, 2011) i keď pripúšťame, že malý rozptyl údajov v skúške pracovnej pamäti znižuje reliabilitu skúšky a tým aj reliabilitu získaných výsledkov.

Mazzocco, Myers, (2003) vo svojom výskume uvádzajú silu korelácie medzi štandardizovaným nástrojom matematických schopností TEMA-2 a skúškou RAN – farby v predškolskom veku $-0,458$. V našom výskume sa preukázala o niečo nižšia korelácia zodpovedajúca hodnote $-0,293$, $p < 0,001$, čo zodpovedá malej veľkosti účinku.

Podobne ako vo výskume Friedmanovej (1995) sa ukázalo, že v situácii keď kontrolujeme intelekt sa stráca vzťah pozitívnej závislosti medzi vizuo-priestorovými schopnosťami a schopnosťou sčítať a odčítať v predškolskom veku. Skúmali sme však len vzťah medzi úzko špecifikovanou schopnosťou predškolákov realizovať operácie sčítania a odčítania, ktorá zďaleka nemapuje ich kompletné matematické či aritmetické schopnosti. Podobne sa ukázalo, že konkrétne implicitná schopnosť sčítať a odčítať v predškolskom veku je v tesnejšom vzťahu závislosti s verbálnou ako s neverbálnou pamäťou. Validnejšie a obsahovo bohatšie informácie o existujúcich vzťahoch medzi premennými však získame v longitudinálnom sledovaní, keď deti z výskumnej vzorky opakovane vyhladáme a otestujeme štandardizovanou skúškou matematických schopností ako i rozsiahlejšou skúškou mapujúcou aritmetické zručnosti v druhom ročníku.

Ďalej nás zaujímali vzťahy medzi schopnosťou detí sčítať a odčítať a skorými numerickými indikátormi. Súbežná validita skúšky porovnávanie veľkosti čísel v literatúre variuje od 0,45 (Lembke, Foegen, 2005), 0,62 (Clarke, Baker et al., 2008) po 0,80 (Clarke, Shinn, 2004). V našom výskume dosiahla hodnota korelácie medzi skúškami hodnotu 0,599, $p < 0,001$, čo korešponduje so strednou hodnotou uvádzanou v aktuálnej literatúre a naznačuje vysokú veľkosť účinku. Ďalej sa v našom výskume potvrdilo, že silnejší vzťah so sčítaním a odčítaním má schopnosť odpovedať rýchlo a zároveň správne (VČ HS), ako len odpovedať rýchlo (VČ PT). Hodnoty súbežnej validity skúšky rýchleho počítania (RP) (menovania číselného radu) zodpovedajú hodnotám od 0,59 (Clarke, Baker et al., 2008) po 0,70 (Clarke, Shinn, 2004). V našom výskume korelácia medzi vybranými skúškami zodpovedá hodnote 0,617, $p < 0,001$ a korelácia vypovedá o vysokom efekte účinku. Zdá sa, že táto skúška má k schopnosti sčítať a odčítať u predškolákov silnejší vzťah ako schopnosť porovnať veľkosť čísel. Údaje o súbežnej validite skúšky doplnovanie číselného radu s vybraným kritériom u predškolákov sa v literatúre pohybujú od 0,48 (Lembke, Foegen, 2005), 0,58 (Clarke, Baker et al., 2008) po 0,68 (Clarke, Shinn, 2004). V našom výskume sa ukázala o niečo nižšia korelácia medzi skúškami a zodpovedá hodnote 0,496, $p < 0,001$, čiže veľkosť účinku dosahuje strednú hodnotu. Opäť sa ukázalo, že lepším indikátorom je počet správnych odpovedí ako pracovné tempo pri skúške, pracovné tempo je však tiež so schopnosťou sčítať a odčítať vo vzťahu stredne silnej závislosti. V našom výskume sa na rozdiel od literatúry neukázala závislosť či už pozitívna alebo negatívna medzi schopnosťou sčítať a odčítať a schopnosťou rýchlo porovnať množstvo bodov (0,29 Lembke, Foegen, 2005). Pripisujeme to tomu, že deti v našej výskumnej vzorke dosahovali v skúške stropové hodnoty, čím sa negatívne ovplyvnila reliabilita skúšky. Podobne časový údaj je málo vypovedajúci, keďže skúška v použitej modifikácii obsahuje len 6 úloh a teda aj tento údaj slabo diskriminuje deti vo výskumnej vzorke. V budúcnosti by sme odporúčali u našich predškolákov modifikáciu skúšky, čím by sa rozšírila jej použiteľnosť v tomto type výskumov (napr. viacnásobný počet položiek v časovo limitovanej situácii napr. 1 minúty). Najsilnejšie vzťahy sme získali pre nami vytvorenú skriningovú metódu (0,728, $p < 0,001$), je však ďalej potrebné skúmať jej prediktívnu validitu s použitím štandardizovaného nástroja matematických schopností a zručností.

V našej výskumnej vzorke sa neukázali významné rodové rozdiely vo výkonoch v numerických skúškach medzi chlapcami a dievčatami. Z tohto dôvodu budeme v ďalších analýzach v longitúde o deťoch vo výskumnej vzorke uvažovať ako o relatívne homogénnej skupine. Podobne čo sa týka veku (staršie – mladšie deti) sa neukázali vo väčšine skúšok signifikantné rozdiely vo výkonoch v numerických skúškach. To je do istej miery pravdepodobne možné vysvetliť faktom, že starších detí bolo celkovo menej a ich pomernú časť tvorili deti, ktorým bol indikovaný odklad plnenia povinnej školskej dochádzky a teda možno predpokladať ich menšiu pripravenosť na školu prípadne inú príčinu, prečo podávali výkony porovnateľné s mladšími deťmi. Obmedzením výskumu je pomerne malá výskumná vzorka (125 detí) s obmedzenou reprezentatívnosťou (deti z Bratislavy).

Deti z výskumnej vzorky opakovane vyhľadáme v 2. ročníku pričom nás bude zaujímať prediktívna validita použitých skúšok, ich schopnosť identifikovať riziko vzniku poruchy učenia v matematike v predškolskom veku ako i vzťahy medzi dyslexiou a dyskalkúliou.

Záver

Zo získaných výsledkov môžeme vyvodiť niekoľko záverov:

1. Zo všeobecných schopností má neverbálny intelekt k implicitným schopnostiam sčítať a odčítať v predškolskom veku aspoň taký silný vzťah pozitívnej závislosti ako krátkodobá pamäť, pričom existujúci vzťah možno v oboch prípadoch definovať jednosmerne:
 - Čím má dieťa vyššie neverbálne IQ, tým má lepšie rozvinutú schopnosť realizovať operácie sčítania a odčítania v predškolskom veku.
 - Čím má dieťa väčší rozsah krátkodobej sluchovej pamäti, tým má lepšie rozvinutú schopnosť realizovať operácie sčítania a odčítania v predškolskom veku.
2. Existujúci vzájomný vzťah pozitívnej závislosti medzi vizuo-priestorovými schopnosťami a pamäťou a schopnosťami sčítať a odčítať v predškolskom veku sa v situácii, keď kontrolujeme intelektové schopnosti detí, stráca.
3. Spomedzi zvolených skúšok mapujúcich zložky chápania pojmu číslo sa najsilnejší vzťah pozitívnej závislosti preukázal medzi navrhnutou skriningovou batériou a schopnosťami sčítať a odčítať v predškolskom veku, pričom vzťah možno formulovať jednosmerne:
 - Čím vyšší dosiahnutý výkon v navrhnutej skriningovej metóde, tým lepšie rozvinuté schopnosti realizovať operácie sčítania a odčítania v predškolskom veku.
4. V našej výskumnej vzorke sme nezaznamenali rozdiely medzi chlapcami a dievčatami vo výkonoch v numerických úlohách v predškolskom veku.
5. Podobne sme zväčša nezaznamenali rozdiely vo výkonoch medzi staršími a mladšími deťmi vo výkonoch v numerických úlohách v predškolskom veku. Rozdiel medzi skupinami sa preukázal len v skúške rýchleho počítania, pričom môžeme konštatovať, že staršie deti počítajú (menujú číselný rad) signifikantne rýchlejšie a správnejšie ako mladšie deti, pričom miera závažnosti je nízka.

Literatúra

- ARDILA, A., ROSSELLI, M. 2002. Acalculia and Dyscalculia. In *Neuropsychology Review* [online]. New York: 2002. Vol. 12, Iss. 4 [cit. 2011-10-15], p. 179–231. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 220174719. ISSN 10407308.
- BADDELEY, A. 1992. Working Memory. In *Science* [online]. Washington: Jan 1992. Vol. 255, Iss. 5044 [cit. 2011-12-30], p. 556–600, 4 pp. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 213552179. ISSN 00368075.
- BERCH, D. B. 2005. Making Sense of Number Sense: Implications for Children With Mathematical Disabilities. In *Journal of Learning Disabilities* [online]. Austin: Jul/Aug 2005. Vol. 38, Iss. 4 [cit. 2011-08-17], p. 333–339, 7 pp. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 873032591. ISSN 00222194.
- BULL, R., JOHNSTON, R. S., ROY, J. A. 1999. Exploring the Roles of the Visual-Spatial Sketch Pad and Central Executive in Children's Arithmetical Skills: Views from Cognition and Developmental Neuropsychology. In *Developmental Neuropsychology* [online]. 1999. Vol. 15, Iss. 3 [cit. 2011-08-17], p. 421–442, 22 pp. Dostupné na internete: <http://www.abdn.ac.uk/~psy303/dept/bull%20et%20al%201999.pdf>. ISSN 1532-6942.
- CLARKE, B., BAKER, S. et al. 2008. An Analysis of Early Numeracy Curriculum-Based measurement: Examining the Role of Growth in Student Outcomes. In *Remedial and Special Education* [online]. Jan/Feb

- 2008, Vol. 29, No. 1 [cit. 2011-11-17], p. 46–57, 11pp. Dostupné na internete: <http://rse.sagepub.com/content/29/1/46.short>.
- CLARKE, B., SHINN, M. R. 2004. A Preliminary Investigation Into the the Identification and Development of Early Mathematics Curriculum-Based Measurement. In *School Psychology Review* [online]. Bethesda: 2004. Vol. 33, Iss. 2 [cit. 2011-10-15], p. 234–248, 15 pp. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 219654703. ISSN 02796015.
- DESOETE, A., GRÉGOIRE, L. 2006. Numerical Competence in Young Children and in Children with Mathematics Learning Disabilities. In *Learning and Individual Differences* [online]. 2006, Vol. 16, Iss. 4 [cit. 2011-11-17], p. 351–367, 17pp. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1041608007000088>.
- FLOYD, R. G. et al. 2006. Preliminary Evidence of the Technical Adequacy of the Preschool Numeracy Indicators. In *School Psychology Review* [online]. Winter: 2006, vol. 35, No. 4 [cit. 2012-01-02], pp. 627–644, 18 pg. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 219655159. ISSN 02796015.
- FRIEDMAN, L. 1995. The Space Factor in Mathematics: Gender Differences. In *Review in Educational Research* [online]. Washington: Spring 1995, vol. 65, iss. 1 [cit. 2012-01-02], pp. 22–50, 50 pg. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 214112194. ISSN 00346543.
- FÜRST, A. J., HITCH, G. J. 2000. Separate Roles for Executive and Phonological Components of Working Memory in Mental Arithmetic. In *Memory & Cognition* [online]. Austin: Jul 2000, Vol. 28, Issue 5 [cit. 2011-12-30], p. 774–782 (28 p). Dostupné na internete: <http://www.york.ac.uk/res/wml/Furst%26Hitch00.pdf>, ISSN 0090502X.
- GEARY, D. C., HAMSON, C. O., HOARD, M. K. 2000. Numerical and Arithmetical Cognition: A Longitudinal Study of Process and Concepts Deficits in Children With Learning Disability. In *Journal of Experimental Child Psychology* [online]. Nov 2000, Vol. 77, iss. 3 [cit. 2011-09-17], pp. 236–263. Dostupné na internete: <http://www.idealibrary.com>, doi:10.1006/jecp.2000.2561. ISSN 00220965.
- GELMAN, R., GALLISTEL, C., R. 1978. *The child's understanding of number*. Cambridge: MA Harvard University Press, 1978. 280 s. ISBN-13: 978-0674116375.
- GERSTEN, R., CHARD, D. 1999. Number Sense: Rethinking Arithmetic Instruction for Students with Mathematical Disabilities. In *Journal of Special Education* [online]. Spring 1999, Vol. 33, Iss. 1 [cit. 2011-09-17], p. 18–28, (10 pp). Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 194714640. ISSN 00224669.
- HECHT, S. A., TORGESEN, J. K. 2001. The Relations between Phonological Processing Abilities and Emerging Individual Differences in Mathematical Computation Skills: A Longitudinal Study from Second to Fifth Grade. In *Journal of Experimental Child Psychology* [online]. June 2001, Vol. 79, Issue 2 [cit. 2011-12-27], p192–227, 35pp. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022096500925864>. ISSN 00220965.
- HEGARTY, M., KOZHEVNIKOV, M. 1999. Types of Visual-Spatial Representations and Mathematical Problem Solving. In *Journal of Educational Psychology* [online]. Dec 1999, Vol. 91, Iss. 4 [cit. 2012-01-02], pg684–689. Dostupné na internete: http://nmr.mgh.harvard.edu/mkozhevnlab/wp-content/uploads/pdfs/types_visual1999.pdf. ISSN 00220663.
- HOWEL, S. C., KEMP, C. R. 2010. Assessing preschool number sense: Skills demonstrated by children prior to school entry. In *Educational Psychology* [online]. Jul/Aug 2010, Vol. 30, No. 4 [cit. 2011-04-27] pg411–429. Dostupné na internete: DocID: 10.1080/01443411003695410. ISSN 1469-5820.
- HULME, CH., SNOWLING, J., M. 2009. *Developmental Disorders of Language Learning and Cognition*. Chichester: Wiley – Blackwell, 2009. 448 s. ISBN-13: 978-0631206125.
- IUCULANO, T., TANG, J. et al. 2008. Core Information Processing Deficits in Developmetal Dyscalculia and Low Numeracy. In *Developmental Science* [online]. Sept 2008, Vol. 11, Iss. 6 [cit. 2011-11-17], p669–680, 11pp. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-7687.2008.00716.x/pdf>.
- KAUFMANN, L. 2002. More Evidence for the Role of the Central Executive in Retrieving Arithmetic Facts – A Case Study of Severe Developmental Dyscalculia. In *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* [online]. 2002, Vol. 24, No. 3 [cit. 2011-06-10], pp302–310, 8pp. Dostupné na internete: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/jcen.24.3.302.976>. ISSN 1744-411X.
- KOŠČ, L. 1972. *Psychológia matematických schopností*. Prvé vydanie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1972. 280 s. 67-233-72.

- LAGO, R. M., DIPERNA, J. C. 2010. Number Sense in Kindergarten: A Factor-Analytic Study of the Construct. In *School Psychology Review* [online]. Bethesda: Jun 2010. Vol. 39, Iss. 2 [cit. 2011-08-17], pg. 164, 17 pgs. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 2079020961. ISSN 02796015.
- LANDERL et al. 2004. Developmental Dyscalculia and Basic Numerical Capacities: A study of 8-9-years old students. In *Cognition* [online]. 2004, Vol. 93 [cit. 2011-11-17], p 99–125. Dostupné na internete: Databáza: Elsevier, DocID: 10.1016/j.cognition.2003.11.004.
- LANDERL, K., FUSSENEGER, B. et al. 2009. Dyslexia and Dyscalculia: Two learning disorders with different cognitive profile. In *Journal of Experimental Child Psychology* [online]. Jul 2009, Vol. 103, Iss. 3 [cit. 2011-11-16], p 309–324. Dostupné na internete: Databáza: Elsevier, DocID: 10.1016/j.jecp.2009.03.006. ISSN 00220965.
- LEFEVRE, J.-A. et al. 2006. What Counts as Knowing? The Development of Conceptual and Procedural Knowledge of Counting from Kindergarten through Grade 2. In *Journal of Experimental Child Psychology* [online]. Apr: 2006, Vol. 93, Iss. 4 [cit. 2011-12-27], p 285–303, 18pp. Dostupné na internete: Databáza: Elsevier, DocID: 10.1016/j.jecp.2005.11.002. ISSN 00220965.
- LEMBKE, E., FOEGEN, A. 2009. Identifying Early Numeracy Indicators for Kindergarten and First-Grade Students. In *Learning Disabilities Research and Practice* [online]. 2009, Vol. 24, Iss 1 [cit. 2011-11-17], p12–20. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-5826.2008.01273.x/pdf>.
- LOCUNIAK, M. N. et al. 2008. Using Kindergarten Number Sense to Predict Calculation Fluency in Second Grade. In *Journal of Learning Disabilities* [online]. Austin: Sep/Oct 2008, Vol. 41, Iss. 5 [cit. 2011-08-17], pg451–459. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 194229399. ISSN 00222194.
- MAEHLER, C., SCHUCHARDT, K. 2011. Working Memory in Children With Learning Disabilities: Rethinking the Criterion of Discrepancy. In *International Journal of Learning of Disability, Development and Education* [online]. Mar 2011, Vol. 58, No. 1 [cit. 2011-04-27], p 5–17, 18pp. Dostupné na internete: DocID: 10.1080/1034912X.2011.547335. ISSN 1465-346X.
- MAZZOCCO, M. M., MYERS, G. F. 2003. Complexities In Identifying and Defining Mathematics Learning Disability in the Primary School-Age Years. In *Annals of Dyslexia* [online]. Baltimore: 2003. Vol. 53 [cit. 2011-08-17], pg. 218. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 504502151. ISSN 07369387.
- METHE, S. A. et al. 2008. Validation and Decision Accuracy of Early Numeracy Skill Indicators. In *School Psychology Review* [online]. Fall: 2008, vol. 37, No. 3 [cit. 2012-01-02], pp. 359-373, 14pg. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 219657143. ISSN 02796015.
- MCLEAN, F. J., HITCH, G. J. 1999. Working Memory Impairments in Children with Specific Arithmetic Learning Difficulties. In *Journal of Experimental Child Psychology* [online]. Nov 1999, Vol. 74, Iss. 3 [cit. 2011-12-27], pg240–260, 21pp. Dostupné na internete: <http://www.idealibrary.com>, DocID: jecp.1999.2516. ISSN 00220965.
- PASNAK, R., GREENE, M. S. et al. 2006. Applying Principles of Development to Help At-Risk Preschoolers Develop Numeracy. In *The Journal of Psychology* [online]. Mar 2006, 140, iss 2 [cit. 2011-08-17], pg155–173. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 213828800. ISSN 00223980.
- PASSOLUNGHI, M. CH. 2011. Cognitive and Emotional Factors in Children with Mathematical Learning Disabilities. In *International Journal of Learning of Disability, Development and Education* [online]. Mar 2011, Vol. 58, No. 1 [cit. 2011-04-27], p 61–73, 18pp. Dostupné na internete: DocID: 10.1080/1034912X.2011.547351. ISSN 1465-346X.
- PASSOLUNGHI, M. CH., SIEGLER, L. S. 2004. Working memory and access to numerical information in children with disability in mathematics. In *Journal of Experimental Child Psychology* [online]. 2004, Vol. 88, No. 1 [cit. 2011-12-27], p 348–367, 18pp. Dostupné na internete: Databáza: Elsevier, DocID: 10.1016/j.jecp.2004.04.002. ISSN 00220965.
- PIAGET, J. 1999. *Psychologie intelligence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 1999. 168 s. ISBN 80-7178-309-9.
- PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. 2001. *Psychologie dítěte*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2001. 143 s. ISBN 80-7178-608-X.
- SEETHALER, P., FUCHS, L. S. 2010. The Predictive Utility of Kindergarten Screening for Math Difficulty. In *Exceptional Children* [online]. Reston: Fall 2010, vol. 77, iss. 1 [cit. 2011-09-27], pp. 37–59. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 749499588. ISSN 00144029.
- STOCK, P., DESOETE, A., ROEYERS, H. 2010. Detecting Children With Arithmetic Disabilities From Kindergarten: Evidence From a 3 - Year Longitudinal Study on the Role of Preparatory Arithmetic Abilities.

- In *Journal of Learning Disabilities* [online]. Austin: May/June 2010. 43 (3) [cit. 2011-08-17], pg250–268. Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 89186689. ISSN 00222194.
- SWANSON, H. L. 2004. Working Memory and Phonological Processing as Predictors of Children Mathematical Problem Solving at Different Ages. In *Memory & Cognition* [online]. Austin: Jun 2004, Vol. 32, Issue 4 [cit.2011-10-28], p648-661 (13p). Dostupné na internete: <http://www.springerlink.com/content/e68216g670713w26/fulltext.pdf>. ISSN 0090502X.
- TZURIEL, D. 2000. Dynamic Assessment of Young Children: Educational and Intervention Perspectives. In *Educational Psychology Review* [online]. Dec2000, Vol. 12, Issue 4 [cit.2006-12-16], p385–435 (51p). Dostupné na internete: Databáza Academic Search Premier/EBSCO, Accession number: 3648796. ISSN 1040-726X.
- VANDERHEYDEN et al. 2011. Measurment of Kindergartners' Understanding of Early Mathematical Concepts. In *School Psychology Review* [online]. Bethesda: Jun2011, Vol. 40, Issue 2 [cit. 2011-08-17], p296–306 (10p). Dostupné na internete: Databáza ProQuest, document ID: 878153407. ISSN 02796015.
- WECHSLER, D. 2002. Wechsler Preschool and Primary Scale of Inteligence, 3rd Ed. The Psychological Corporation, 2002.
- WECHSLER, D., DOČKAL et al. 2006. Wechslerova inteligenčná škála pre deti. Praha: Testcentrum Hogrefe, 2006.
- WILSON, K. M., SWANSON, H. L. 2001. Are Mathematics Disabilities Due to a Domain-general or a Domain-specific Working Memory Deficits? In *Journal of Learning Disabilities* [online]. Austin: May/Jun2001, Vol. 34, Iss. 3 [cit. 2011-07-13], pg237, 12pgs. Dostupné na internete: Databáza Proquest, document ID: 73089110, ISSN 00222194.
- WINKELMANN, W., VÁRYOVÁ, B., MIKULAJOVÁ, M. 1996. *TEKO – Piagetove testy kognitivnych operací*. Bratislava: Psychdiagnostika a. s., 1996. T-77.

KVALITA ŽIVOTA PARTNERŮ (BLÍZKÝCH) ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

QUALITY OF LIFE OF PARTNERS (CLOSEST PEOPLE) OF ONCOLOGY PATIENTS

Veronika Koutná, Marie Nosálková

Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

Abstrakt

Kvalita života v psychoonkologii hojně diskutovaným tématem, ale jen málo je známo o dopadu onkologického onemocnění a jeho léčby na blízké pacientů. Dotazníkovým šetřením složeným z dotazníků SQUALA a Dotazníku životní spokojenosti byla zjišťována kvalita života blízkých onkologických pacientů. Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi kvalitou života blízkých onkologických pacientů a respondentů, kteří se ve svém životě aktuálně nepotýkají s podobně zátěžovou situací. Z výsledků také vyplynulo, že ženy poskytují sociální oporu statisticky významně častěji než muži. Aktuální zahraniční výzkumy se zaměřují jen na zkoumání kvality života partnerů pacientů v kontextu manželství či nesezdaného soužití. Předkládaná studie nebyla omezena typem vztahu mezi pacientem a jeho blízkým, proto v současné době nejsou dostupná relevantní data ke srovnání. Studie ukazuje, že manželský/partnerský typ vztahu mezi nemocným a pečující osobou je relevantní pouze pro méně než polovinu respondentů.

Abstract

Although the quality of life is a frequently discussed theme in the field of psychooncology, a little is known about the impact of cancer to the closest people of the oncology patients. To analyze the quality of life we used quantitative questionnaire methods SQUALA and Life Satisfaction Questionnaire. The difference between the quality of life and the life satisfaction of the closest people of oncology patients and the respondents, who actually do not battle with a similarly stressful event in their lives, was not statistically significant. Women provided social support to the oncology patients statistically significant more often than men. Since the current foreign researches are concerned only with spousal relationship between the partners of patients, we do not have any relevant data to compare our results with. Our study shows this type of the relationship between patient and caregiver is relevant only for less than half of respondents.

Klíčová slova

kvalita života, životní spokojenost, psychoonkologie, sociální opora, partneři (blízcí) pacientů.

Key words

quality of life, life satisfaction, psychooncology, social support, partners (the closest people) of patients.

Úvod

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (www.uzis.cz) bylo v České republice za rok 2007 nově ohlášeno 76 176 zhoubných novotvarů, přičemž z těchto statistik také vyplývá, že toto číslo se každým rokem neustále zvyšuje. Uvádí se také, že rakovina je druhou nejčastější příčinou úmrtí ve všech průmyslově vyspělých zemích. Spolu s počtem nově hlášených novotvarů však také roste počet pacientů, kteří rakovinu přežijí, a nemoc se pro ně stane chronickou, a v některých případech se rakovina může stát dokonce vyléčitelnou. Pacienti se proto musí naučit žít jak s rakovinou samotnou, tak se změnami, které do jejich životů přináší. Onkologické onemocnění nepochybně představuje významný zátěžový faktor v první řadě pro pacienta samotného, v druhé řadě pak i pro jeho blízké, kteří jej v boji s nemocí podporují a provázejí jej procesem náročné léčby. Partner (v této práci vesměs jakéhokoliv blízkého člověka) onkologického pacienta se stejně jako pacient sám musí vyrovnat s diagnózou rakoviny u blízkého člověka a často se také musí přizpůsobit změnám, které s sebou tato diagnóza a s ní spojená hospitalizace do pacientova života přináší.

Kvalita života pacientů obecně je v medicíně poměrně novým tématem. V rámci onkologie pak existuje relativně velký počet prací zabývajících se kvalitou života pacientů s různými onkologickými diagnózami,

problematika kvality života partnerů onkologických pacientů je však novou oblastí vědeckého zájmu. Partneri onkologických pacientů ve smyslu sociální opory představují významný faktor ovlivňující průběh léčby a proces uzdravení pacienta. Kvalita života partnerů pacientů a jejich životní spokojenost je důležitým aspektem poskytování této opory.

Hlavním cílem této práce je porovnat kvalitu života partnerů (blízkých) onkologických pacientů a kvalitu života lidí, kteří se aktuálně s podobně zátěžovou situací ve svém životě nepotýkají, případně identifikovat její nejproblematictější oblasti. Dalším cílem práce je ověřit předpoklad, že sociální oporu poskytují častěji ženy než muži.

Kvalita života

Pojem kvality života nemá svou jednoznačnou a obecně platnou definici. Jedná se o rozsáhlý koncept, jehož vymezení vždy závisí na konkrétním zvoleném přístupu, teoretickém východisku a také na účelu měření kvality života. Kvalita života bývá vymezována mnoha různými způsoby od velmi obecných definic typu „kvalita života je schopnost vést normální život“ až po definice velmi komplexní, které se zaměřují jen na určitý aspekt kvality života (Vaďurová, 2006). Irští psychologové zabývající se problematikou kvality života, O'Boyle, McGee a Joyce (1994, in Křivohlavý, 2002 str. 171) dokonce zastávají názor, že „definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec.“ Zajímavý je i názor T. Halečky (2002, in Vaďurová, 2006), který tvrdí, že kvalita života jako taková neexistuje, význam nabývá jedině tehdy, je-li vymezeno konkrétní prostředí, ve kterém je měřena. Kvalita života má být podle něj vždy spojena s řešením otázky „Jaká kvalita a pro koho?“

WHO (www.who.int) definuje kvalitu života jako „jedincovu percepci své pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jde o velice rozsáhlý koncept komplexně propojující jedincův fyzický a psychický stav, úroveň nezávislosti, sociální vztahy a osobní přesvědčení ve vztahu k významným faktorům prostředí.“ Tato definice mimo jiné zdůrazňuje kulturní kontext konceptu kvality života. WHO však vymezuje šest oblastí kvality života platných pro všechny kultury: oblast fyzická (např. energie, únava), oblast psychologická (např. pozitivní pocity), úroveň nezávislosti (např. možnosti mobility), sociální vztahy (např. sociální opora), životní prostředí (např. dostupnost zdravotní péče) a osobní přesvědčení/spiritualita (např. význam života). WHO ke kvalitě života dále uvádí, že se jedná o „jedincovu percepci toho, zda jsou jeho potřeby uspokojovány a zda mu nejsou odepírány příležitosti dosahovat štěstí a naplnění nezávisle na jeho fyzickém zdravotním stavu nebo sociálních a ekonomických podmínkách.“

S kvalitou života pak úzce souvisí i koncept životní spokojenosti. Dle Fahrenberga (Fahrenberg et al. 2001, str. 6) se jedná o spokojenost danou plněním vytožených životních cílů. Takto obecně definovaná životní spokojenost je s pojmem kvality života často zaměňována.

Podobně jako u definice kvality života existuje v závislosti na zvoleném hledisku mnoho různých členění kvality života na jednotlivé dimenze či stránky. Přesné názvy a počty jednotlivých dimenzí se u různých autorů liší v rozmezí od tří do šesti. Obsahy jednotlivých dimenzí jsou však podobné. Hlavní dimenze kvality života můžeme rozlišit do čtyř obecných kategorií (Schipper, Clinch, & Powell, 1990; Spilker, 1990):

- fyzický stav a praktické schopnosti;
- psychologický stav a duševní pohoda (well-being);
- sociální interakce;
- vnímání tělesných obtíží (somatic sensation).

Fyzický stav a praktické schopnosti autoři definují jako sílu, energii a schopnost zvládat očekávané normální aktivity. Z psychologických parametrů, které mají největší vliv na kvalitu života, autoři uvádějí zejména míru úzkosti, deprese a strachu. Sociální interakce pak znamená schopnost jedince udržovat hierarchické osobní vztahy, od rodiny, blízkých přátel, až po spolupracovníky a širší společnost. Do dimenze vnímání tělesných obtíží spadají nepříjemné tělesné pocity jako například bolest a nevolnost. Eventuální pátou dimenzí, kterou autoři tohoto modelu připouštějí, ale blíže nespecifikují, je finanční (ekonomický) stav. Zásah do kterékoli z uvedených oblastí může ovlivnit celkovou kvalitu života jedince.

Onkologické onemocnění a jeho vliv na blízké (pečovatele)

Onkologické onemocnění, rakovina, je charakterizováno především výskytem nádoru (tumoru, novotvaru). Nádor může být obecně definován jako „*místně neregulovaný růst tkáně o autonomní povaze*“. Podstatou této definice je růst, který se v určitém místě vymkl z regulačních mechanismů, děje se nezávisle nebo přímo bez ohledu na nositele a je teoreticky neomezený. Tato obecná definice je však v praxi nahrazována přesnějšími, protože v závislosti na určité lokalizaci má nádor svůj typický vzhled a chování. V nejzákladnějším dělení rozlišujeme nádory benigní, které se nerozšiřují na jiná místa, a maligní, které se rozšiřují formou metastáz (Miřejovský & Bednář, 1997, str. 56).

Příčiny vzniku rakoviny nejsou dodnes přesně známy a není pravděpodobné, že by za její vznik byl odpovědný pouze jeden faktor. Hovoří se tedy o multifaktorovém vzniku onemocnění, kde hlavní role hrají genetika, faktory imunitního a endokrinního systému, životní prostředí (záření, viry, karcinogeny) a psychosociální faktory. Na posledním místě zmiňovaných, psychosociálních faktorů, dávaných ve výzkumech do souvislosti se vznikem nádorových onemocnění existuje celá řada, mezi nejčastěji zkoumané však patří deprese, stres a potlačování pocitů, především zlosti. Ve skutečnosti však bylo nalezeno jen velmi málo důkazů podporujících vztah mezi depresí, stresem a vznikem nádorového onemocnění. Naopak jako pravděpodobný se na základě těchto výzkumů jeví vztah mezi typem osobnosti charakterizovaným potlačováním emocí, především zlosti, rezervovaností a konformním osobnostním stylem (Tschuschke, 2004).

Diagnostikování rakoviny pro pacienta zpravidla nepředstavuje jednu nebo několik málo návštěv lékaře. Často se jedná o zdoluhavý proces nejrůznějších vyšetření, jenž doprovází čekání na jejich výsledky a s ním spojená nejistota, která již před samotným diagnostikováním rakoviny zhoršuje pacientův psychický stav a vyvolává v něm „obavy z nejhorsího“. Ačkoli se představy ideálního průběhu sdělení závažné diagnózy mohou u různých autorů lišit, panuje obecné přesvědčení, že pro blaho pacienta je lepší, dozví-li se krutou, avšak pravdivou diagnózu. Sdělení diagnózy tak ukončí období nejistoty, ale nenavrátil pacienta do původního stavu psychické pohody. Navzdory pokrokům medicíny a faktu, že onkologické onemocnění je v dnešní době pro některé pacienty vyléčitelné a považuje se tak spíše za chronické než smrtelné, vyvolává diagnóza rakoviny v pacientech často představu pomalého a bolestného chřadnutí až smrti. Proces adaptace a vyrovnávání se s diagnózou závažného onemocnění popsala Elisabeth Kübler-Rossová (1992).

Pečování o onkologicky nemocného blízkého člověka může pro pečovatele představovat podobnou zátěž jako onemocnění pro pacienta samotného. Péče v závislosti na své intenzitě může nabývat mnoha podob – od péče při návštěvách pacienta hospitalizovaného v nemocnici až po neustálou péči v domácím prostředí. Ačkoli z objektivního hlediska ve smyslu množství a obtížnosti úkonů potřebných pro kvalitní péči o nemocného spolu s časem těmto úkonům věnovaným bychom teoreticky mohli nepřetržitou domácí péči bez váhání označit za náročnější, ze subjektivního hlediska, tedy tak, jak ji prožívá pečovatel sám, může být i péče při návštěvách vnímána jako stejně i více náročná. Poskytování péče se nemusí týkat jen úkonů nutných k zabezpečení základních potřeb nemocného. Často se jedná i o zastoupení role, kterou dříve nemocný zastával zejména v kontextu rodiny. V neposlední řadě péče o nemocného blízkého člověka neovlivňuje jen pečovatele samotného, ale také ostatní osoby, jejichž životů je pečovatel součástí.

Na zvládnutí poskytování péče pro pacienta blízkým člověkem a potažmo i pečovatelem v obecnějším smyslu mají dle aktuálních výzkumů vliv tři základní faktory. První proměnná s názvem *nároky péče (caregiving demand)* se týká chování při poskytování péče. Je vymezena jako čas strávený pečováním a množství úkolů spojených s pečováním. Dalším důležitým aspektem zvládnutí poskytování péče je *vzájemnost (mutuality)* odpovídající v laické řeči kvalitě vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem péče, v našem případě jde tedy o vzájemný vztah pacienta a jemu blízkého člověka. Třetíci základních faktorů doplňuje *přípravenost (preparedness)* pečovatele poskytovat péči (Schumacher, et al., 2008). Spolupůsobením těchto tří faktorů pak odborníci vysvětlují různé dopady poskytování péče na pečovatele. Tak například může kombinace vysoké vzájemnosti ve vztahu a připravenosti pečovat přebít i vysoké nároky péče a zmírnit riziko negativních důsledků pečování. Vztah mezi těmito třemi proměnnými ovšem platí i obráceně. Vysoké nároky péče spolu s nízkou vzájemností ve vztahu a nízkou připraveností lze považovat za velmi rizikové jak pro pečovatele či blízkého člověka, tak pro pacienta samotného.

V závislosti na výše zmiňovaných faktorech může mít poskytování péče na pečovatele pozitivní i negativní dopady. Existence negativních důsledků zpravidla nebývá překvapením, avšak badatelé v oblasti psychologie na základě výpovědí blízkých onkologických pacientů již identifikovali i několik přínosů pečování o nemocného člověka. Pečovatelé z řad blízkých či rodiny pacienta jako přínos poskytování péče nejčastěji

uvádějí pocit uspokojení z toho, že mohou určitým způsobem vrátit péči člověku, který dříve pečoval o ně, zejména v případě, je-li pečujícím již dospělý potomek a nemocným člověkem rodič. Přínosem může být také vědomí, že pečovatel pro blízkého v tíživé životní situaci dělá vše, co je v jeho silách, a uklidňující účinek jistoty, že je o blízkého dobře postaráno. V neposlední řadě pečovatelé jako příznivý vliv pečování o nemocného člena rodiny zmiňují obrazně řečeno „výchovní efekt“ ve smyslu předávání tradice pečování o nemocné z rodičů na děti a případně i další členy rodiny (Haley, et al., 2003).

Výzkumy problematiky vlivů poskytování péče naznačují, že dalším z pozitivních důsledků může být zvýšení sebehodnocení pečovatele plynoucí z úspěšného zvládnutí pečování. Vyšší sebehodnocení pečovatele pak působí jako projektivní faktor vzniku a rozvoje depresivity. Ukazuje se však, že s rostoucí dobou trvání poskytování péče vliv zvyšování sebehodnocení pečovatele stagnuje či klesá. Pečováním o nemocného člověka pečovatel také získává nové schopnosti a dovednosti, které může využít ve svém životě, a učí se zvládat zátěžové situace (Hunt, 2003).

Kvalita života partnerů onkologických pacientů

Podobně jako onkologické onemocnění představuje významný zátěžový faktor pro pacienta, ovlivňuje život i jeho blízkých, kteří mu v boji s nemocí pomáhají. Mimo to mohou partneři pociťovat stres z v budoucnu možného, případně aktuálně reálného poskytování péče, obavy z různých omezení nebo změn ve svém životě a strach ze ztráty blízkého člověka. V závislosti na osobnostních charakteristikách partnera se tyto faktory promítají do různých oblastí jeho života. Mezi nejčastější problémy partnerů onkologických pacientů patří obavy z budoucnosti, deprese a úzkost, zhoršování partnerských vztahů, obavy z utrpení nemocného, únava či spánková deprivace, narušení sociální oblasti a finanční problémy (Rees, O'Boyle & MacDonagh, 2001).

Bylo prokázáno (Hagedoorn et al., 2000), že vliv poskytování péče onkologicky nemocnému partnerovi se mezi muži a ženami liší. Psychická pohoda (*well-being*) žen je více ovlivňována fyzickým a psychickým stavem jejich intimního partnera; psychická pohoda mužů je primárně ovlivňována stavem jich samotných. Hagedoorn ve své studii za partnery pacientů považuje pouze manžele/manželky pacientů a dospěl k závěru, že ženy v pozici partnerek pacientů mají nižší kvalitu života než muži. Dle závěrů studie Millera a Caffosa, ze které Hagedoorn ve své práci vycházel, se muži méně často angažují v osobní péči, méně často přebírají domácí povinnosti nemocného partnera a pociťují menší zátěž než ženy. Tento rozdíl si autoři studie vysvětlují tím, že ženy jsou tradičně chápány jako pečovatelky o rodinu, pečování se od nich očekává, a proto pro sebe jako pečovatelky mají nastaveny vyšší standardy. Muži se při poskytování péče cítí lépe, protože plní roli, která se od nich neočekávala. Jiným zdůvodněním výsledných rozdílů mezi muži a ženami však může být také fakt, že ve skutečnosti muži prožívají stejnou míru psychologického distresu jako ženy, ale neuvědomují si jej tolik jako ženy.

K obdobným výsledkům co se týče rozdílů mezi muži a ženami dospěla i novější studie (Berglet, Koch, & Petersen, 2008). V této studii byl také prokázán statisticky významný rozdíl mezi kvalitou života partnerů pacientů a normou pro použitý nástroj měření kvality života (dotazník SF-36 QOL). Za partnery jsou však i v této studii považovány pouze osoby žijící s pacientem v manželském vztahu nebo nesezdaném soužití. Použitá metoda měření umožnila rozdělit kvalitu života na fyzickou a mentální složku. Ve výsledcích pak byla zjištěna významně snížená mentální kvalita života, kdežto fyzická kvalita života byla stejná jako u normativní populace. Pro kvalitu života partnerů onkologických pacientů se naopak jako nevýznamné ukázaly sociodemografické údaje. V tomto výzkumu se dále prokázalo, že neexistuje lineární vztah mezi závažností onemocnění a jeho dopadem na pohodu (*well-being*) pacienta.

Ve výzkumu kvality života pacientů s rakovinou dutiny ústní a jejich partnerek (Jenewein et al., 2008) se však oproti předchozím závěrům ukázalo, že kvalita života pacientů i jejich partnerek je významně vyšší než kvalita života věkově odpovídající normativní populace, přičemž vyšší kvalita života byla úzce spojena se subjektivně vnímanou kvalitou manželského/partnerského vztahu. Jako vysvětlení autoři nabízejí teorii *response shift*. Definujeme-li kvalitu života jako vztah mezi očekávaným a reálným zdravotním stavem člověka, pak podle této teorie může člověk, který přizpůsobil svá očekávání svému v důsledku závažného onemocnění změněnému zdravotnímu stavu, pociťovat zlepšení kvality života a dosahovat stejné nebo vyšší kvality života než před propuknutím onemocnění. *Response shift* tak představuje určitý posun v hodnocení kvality života v důsledku změny vnitřních standardů a osobních hodnot.

Výsledky aktuálních výzkumů nejsou jednoznačné. Ačkoli se ve většině prací prokázala nižší kvalita života partnerů onkologických pacientů ve srovnání s normativní populací, objevují se i výzkumy, které tyto

výsledky popírají. Ve všech citovaných výzkumech jsou za partnery pacientů považovány pouze osoby žijící s nimi v manželském vztahu či v nesezdaném soužití. Opravdovým partnerem pacienta v boji s nemocí ale nemusí být pouze manžel/manželka či partner/partnerka. Často jsou těmito partnery i jiné blízké osoby jako například dospělé děti.

Na kvalitu života dospělých dcer pečujících o své onkologicky nemocné matky se zaměřila studie Kima, Wellische a Spillersové (2008). Ukázalo se, že na kvalitu života pečujících dcer má významný vliv míra distresu prožívaného jejich matkami. Čím více distresu matky prožívaly, tím lepší bylo duševní zdraví jejich dcer. Tento závěr je vysvětlován tím, že dcery matek prožívajících více distresu jsou aktivnější při vyhledávání podpory, případně se snaží přehodnotit situaci a soustředit se na její pozitivní stránky. Celková míra distresu sledovaného u nemocných matek a jejich dcer se však příliš nelišila od míry distresu normativní populace.

Hypotézy

H1: Poskytovateli sociální opory (v kontextu této práce pak partnery pacientů) budou statisticky významně častěji ženy než muži.

H2: Kvalita života měřená dotazníkem SQUALA bude u partnerů onkologických pacientů statisticky významně nižší než u respondentů, kteří se aktuálně s podobně zátěžovou situací ve svém životě nepotýkají.

H3: Životní spokojenost měřená Dotazníkem životní spokojenosti bude u partnerů onkologických pacientů statisticky významně nižší než u respondentů, kteří se aktuálně s podobně zátěžovou situací ve svém životě nepotýkají.

Popis zkoumaného souboru

Partneři onkologických pacientů

Respondenti souboru „partnerů onkologických pacientů“ byli získáváni prostřednictvím hospitalizovaných pacientů Onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně. Partnerem pacienta se v kontextu této práce rozumí jakýkoli pacientovi blízký člověk, který mu poskytuje sociální oporu ve smyslu podpory v boji s nemocí. Účast ve výzkumném projektu proto nebyla omezena na manželský vztah či nesezdané soužití pacienta a jeho partnera. Anonymní dotazníkový soubor byl s písemným poučením o cílech a metodách výzkumu předán hospitalizovaným pacientům, kteří sami s instrukcí „Vyberte ze svých blízkých jednoho člověka, který Vás v boji s nemocí nejvíce podporuje, a předejte mu, prosím, tuto obálku s dotazníky.“ vybrali svého partnera. Pacienti i partneři byli také poučeni o možnosti se výzkumného projektu nezúčastnit bez jakéhokoli dopadu tohoto faktu na průběh pacientovy léčby. Dotazníky byly distribuovány s poštovní známkou a obálkou s předtištěnou adresou Sekretariátu Onkologického centra, kde probíhal jejich sběr. Rozdáno bylo celkem 50 dotazníků, vráceno 26, 1 vrácený dotazník nebyl z důvodu neúplného vyplnění do vyhodnocení zařazen. Základní parametry (průměrný věk a vzdělání) souboru partnerů onkologických pacientů jsou uvedeny v Tabulce 1.

Věk (průměr)	Ženy (n = 21)	Muži (n = 4)
	47,4	65,6
ZŠ	3 (14,3 %)	1 (25 %)
SŠ	15 (71,4 %)	2 (50 %)
VŠ	3 (14,3 %)	1 (25 %)

Tabulka 1: Partneři onkologických pacientů dle věku a vzdělání

U partnerů pacientů byly dále sledovány tyto proměnné: vztah k pacientovi a konkrétní typ onkologického onemocnění. Zastoupení těchto proměnných je uvedeno v Tabulkách 2 a 3.

	Ženy (n = 21)	Muži (n = 4)
Manžel/manželka	9 (42,9 %)	2 (50 %)
Přítel/přítelkyně	2 (9,5 %)	
Syn/dcera	7 (33,3 %)	2 (50 %)
Vnuk/vnučka	3 (14,3 %)	

Tabulka 2: Vztah partnera k pacientovi

Rakovina tlustého střeva	7 (28 %)
Rakovina prsu	4 (16 %)
Rakovina prostaty	2 (8 %)
Rakovina varlete	1 (4 %)
Rakovina jícnu	1 (4 %)
Rakovina hrtanu	1 (4 %)
Rakovina kostí	1 (4 %)
Rakovina plic	1 (4 %)
Leukemie	1 (4 %)
Smíšené	2 (8 %)
Neuvedeno	4 (16 %)

Tabulka 3: Typ onemocnění pacienta

Z předcházejících tabulek vyplývá, že nejčastějším typem vzájemného vztahu mezi pacientem a jeho partnerem byl vztah manželský (44 %) a na druhém místě pak vztah syn/dcera pacienta (36 %). Analýza souboru respondentů dle charakteru (závažnosti) onemocnění ukázala rovnoměrné zastoupení pacientů s maligním nádorem bez metastáz a maligním nádorem s metastázami, přičemž nejfrekventovanějším typem onkologického onemocnění byla rakovina tlustého střeva (28 %).

Respondenti bez zátěžové situace

Druhý soubor zahrnující respondenty, kteří se aktuálně ve svém životě s podobně zátěžovou situací nepotýkají, byl vybrán metodou sněhové koule (*snow-ball*). Tento způsob byl zvolen z důvodu snahy o co největší eliminaci respondentů aktuálně se potýkajících s podobně zátěžovou situací. Ze stejného důvodu byla v písemné podobě součástí dotazníkového souboru otázka „*Procházíte nyní ve svém životě výrazně zátěžovým obdobím? (např. vážné onemocnění Vaše či nejbližších, úmrtí v rodině, rozvod, závažné finanční či existenční problémy, ztráta práce)?*“ V případě kladné odpovědi na tuto otázku bylo požadováno i zdůvodnění. Dotazníky respondentů odpovídajících na tuto otázku kladně nebyly zahrnuty do vyhodnocení. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků, vráceno 38; 4 dotazníky nebyly z důvodu uvedení zátěžové situace do vyhodnocování zahrnuty. Základní parametry (průměrný věk a vzdělání) tohoto souboru jsou uvedeny v Tabulce 4.

Věk (průměr)	Ženy (n = 18)	Muži (n = 16)
		45,9
SŠ	12 (66,7 %)	9 (56,3 %)
VŠ	6 (33,3 %)	7 (43,7 %)

Tabulka 4: Respondenti bez zátěžové situace dle věku a vzdělání

Aplikovaná metodika

Dotazník SQUALA

Dotazník subjektivní kvality života SQUALA (*Subjective Quality of Life Analysis*) vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb a měření kvality života pojímá jako zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním jedince a jeho reálnou situací. Původní verze dotazníku zahrnuje 23 položek pokrývajících různé aspekty života. Úkolem respondenta je označit na pětibodové škále důležitost jednotlivých oblastí pro jeho život a následně také spokojenost s každou oblastí. Respondent má také v případě potřeby možnosti vyjádření, pokud v předloženém seznamu oblastí některou důležitou oblast postrádá. Jednotlivé oblasti dotazníku zahrnují zdraví, fyzickou soběstačnost, psychickou pohodu, prostředí a domov, spánek, rodinu, mezilidské vztahy, děti, péči o sebe, lásku, sex, politiku, víru, odpočinek, záliby, bezpečí, práci, spravedlnost, svobodu, krásu a umění, pravdu, peníze a jídlo. Původní verze byla zredukována na dotazník o 21 položkách, s vynecháním položek politika a víra. Jednotlivé oblasti můžeme seskupit do 5 domén: abstraktní hodnoty, zdraví, blízké vztahy, volný čas a základní potřeby. Dotazník je určen k samostatnému vyplnění a může být předkládán individuálně nebo skupinově. Jeho vyplnění trvá přibližně 15 minut (Dragomirecká et al., 2006).

Dotazník životní spokojenosti

Dotazník životní spokojenosti sloužící k individuálnímu zachycení celkové životní spokojenosti vznikl v Německu, kde byl také standardizován. Je určen pro dospělé a děti od 14 let. Skládá se z 10 škál (zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní, bydlení). Jeho vyplnění trvá přibližně 10 minut (Fahrenberg et al., 2001).

Použité statistické metody

Pro statistické zpracování získaných výsledků byly z důvodu rovnoměrného-parametrického rozložení výsledků použity parametrické metody. Porovnání kvality života partnerů pacientů a respondentů, kteří se ve svém životě aktuálně s podobně zátěžovou situací nepotýkají, bylo provedeno pomocí Studentova t-testu. Porovnání statistické významnosti rozdílu ve výskytu žen a mužů byl použit test χ^2 . Výpočty byly prováděny v programu Microsoft Office Excel 2007.

Výsledky

Výsledky dotazníku SQUALA

Průměrná hodnota celkového skóru dotazníku SQUALA v reprezentativním souboru ve věku 18–59 let je 213,76 při standardní odchylce 42,69 (Dragomirecká et al., 2006). Použitím t-testu s rovností rozptylů bylo zjištěno, že mezi kvalitou života měřenou pomocí dotazníku SQUALA u partnerek onkologických pacientů a žen, které se aktuálně ve svém životě s podobně zátěžovou situací nepotýkají, není statisticky významný rozdíl ($t = 0,21 < t_{\{0,05\}} = 2,026$). Porovnávání mužů nebylo vzhledem k nereprezentativnosti vzorku partnerů onkologických pacientů prováděno (v souladu s Hypotézou 1). Podrobnější výsledky dotazníku SQUALA jsou uvedeny v Tabulce 5.

Respondent	Bez zátěžové situace		Partneři pacientů	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
1	289	190	163	217
2	246	236	408	174
3	204	263	225	112
4	162	204	207	264
5	159	171	176	
6	192	181	285	
7	190	200	192	
8	192	193	153	
9	177	200	171	
10	238	191	258	
11	194	156	182	
12	187	218	167	
13	183	333	224	
14	176	224	211	
15	242	201	201	
16	216	192	167	
17	202		201	
18	210		251	
19			192	
20			171	
21			133	
Průměr	203,28	209,56	206,51	191,75

Tabulka 5: Výsledky dotazníku SQUALA

Výsledky dotazníku životní spokojenosti

Průměrná hodnota celkové sumy Dotazníku životní spokojenosti pro muže je 257,57 při standardní odchylce 34,47 a pro ženy 255,79 při standardní odchylce 34,07. Použitím Studentova t-testu s rovností rozptylů bylo zjištěno, že mezi životní spokojeností měřenou pomocí Dotazníku životní spokojenosti u partnerek onkologických pacientů a žen, které se aktuálně ve svém životě s podobně zátěžovou situací nepotýkají, není statisticky významný rozdíl $t = 0,68 < t_{\{0,05\}} = 2,03$. Porovnávání mužů nebylo vzhledem k nereprezentativnosti vzorku partnerů onkologických pacientů prováděno (v souladu s Hypotézou 1). Výsledky v Tabulce 6 jsou uváděny po převodu z hrubých skóre na staniny.

Respondent	Bez zátěžové situace		Partneři pacientů	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
1	6	5	3	4
2	7	5	8	5
3	4	8	4	3
4	2	4	5	5
5	3	1	2	
6	3	1	7	
7	4	4	4	
8	4	2	2	
9	5	5	3	
10	3	5	9	
11	3	3	1	
12	4	8	3	
13	6	6	1	
14	2	5	5	
15	6	5	5	
16	6	3	3	
17	6		4	
18	3		5	
19			2	
20			4	
21			1	

Tabulka 6: Výsledky Dotazníku životní spokojenosti po převodu na staniny

Podrobnější analýza výsledků jednotlivých škál Dotazníku životní spokojenosti partnerek onkologických pacientů ve srovnání s normami ukázala největší snížení životní spokojenosti partnerek onkologických pacientů v oblastech „Zdraví“, „Finanční situace“, „Vlastní osoba“ a „Přátelé a známí“. Žádná z těchto hodnot však nepřekročila hranici jedné standardní odchylky.

K platnosti hypotéz

H1: Poskytovateli sociální opory (v kontextu této práce pak partnery pacientů) budou statisticky významně častěji ženy než muži.

Na základě porovnání počtu vrácených kompletně vyplněných dotazníkových souborů od žen-partnerek pacientů ($n = 21$) a mužů-partnerů pacientů ($n = 4$) pomocí testu χ^2 ($\chi^2 = 17$; $\chi^2_{0,01}(1) = 6,63$) hypotézu č. 1 *přijímáme*: poskytovateli sociální opory (partnery pacientů) jsou častěji ženy než muži.

H2: Kvalita života měřená dotazníkem SQUALA bude u partnerů onkologických pacientů statisticky významně nižší než u respondentů, kteří se aktuálně s podobně zátěžovou situací ve svém životě nepotýkají.

Porovnáním kvality života měřené dotazníkem SQUALA prostřednictvím Studentova t-testu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi kvalitou života partnerů onkologických pacientů a respondentů, kteří se aktuálně ve svém životě s podobně zátěžovou situací nepotýkají ($t = 0,21 < t_{0,05} = 2,026$). Hypotézu č. 2 proto *zamítáme*.

H3: Životní spokojenost měřená Dotazníkem životní spokojenosti bude u partnerů onkologických pacientů statisticky významně nižší než u respondentů, kteří se aktuálně s podobně zátěžovou situací ve svém životě nepotýkají.

Porovnáním životní spokojenosti měřené Dotazníkem životní spokojenosti prostřednictvím Studentova t-testu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi životní spokojeností partnerů onkologických pacientů a respondentů, kteří se aktuálně ve svém životě s podobně zátěžovou situací nepotýkají $t = 0,68 < t_{0,05} = 2,03$). Hypotézu č. 3 proto *zamítáme*.

Závěry

V kvalitě života a životní spokojenosti partnerů (blízkých) onkologických pacientů a respondentů, kteří se aktuálně s podobně zátěžovou situací nepotýkají, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Partnery onkologických pacientů jsou častěji ženy než muži. V zahraničních studiích často předpokládaný typ manželského vztahu mezi pacientem a jeho partnerem (blízkým) je relevantní pro méně než polovinu respondentů.

Diskuse

Ve výzkumné části této práce byla zjišťována a následně porovnávána kvalita života a životní spokojenost partnerů (blízkých) onkologických pacientů a respondentů, kteří se aktuálně ve svém životě s podobně zátěžovou situací nepotýkají. Ve vzorku partnerů onkologických pacientů dle předpokladu výrazně dominují ženy (celkem respondentů 26, z toho 21 žen a 5 mužů). Toto rozložení odpovídá závěrům americké organizace *National Alliance for Caregiving* ve zprávě *Caregiving in the U. S.* (2004), kde je uvedeno, že pečovateli jsou častěji ženy (61 %) než muži (39 %), přičemž ženy zároveň tráví pečováním více času a poskytují péči na vyšší úrovni než muži. Studie Millera a Caffosa, ze které ve své práci vychází Hagedoorn (Hagedoorn et al., 2000) dospěla k podobným závěrům. Miller a Caffoso ve své analýze 14 studií popisujících genderové rozdíly v péči zjistili, že muži se ve srovnání s ženami méně často angažují v osobní péči o nemocného a méně často přebírají povinnosti nemocného. Jak ve své knize uvádí Křivohlavý (2002), ženy intenzivněji vyhledávají úzké mezilidské vztahy, jsou v nich vřelejší a důvěrnější a celkově jsou k sociální opoře vnímavější a citlivější než muži. Je však potřeba vzít v úvahu i možnost, že muži i ženy byly pacienty za partnery označováni stejně často, avšak muži byli méně ochotní se zúčastnit výzkumu a vyplnit dotazníkový soubor.

Výběr partnerů byl ponechán na pacientech samotných bez omezení konkrétním typem vzájemného vztahu. V aktuálních zahraničních výzkumech je za partnera pacienta často považován pouze manžel/manželka či přítel/přítelkyně. Tabulka 2 analyzující vztah partnera k pacientovi však naznačuje, že partnerem pacienta může být i osoba, která je s pacientem v jiném vzájemném vztahu (mimo manželský vztah se relativně často objevuje i vztah syn/dcera). Toto zjištění opět potvrzuje závěry zprávy *Caregiving in the U. S.* (2004). V této zprávě se uvádí, že pečovateli o osoby starší padesáti let jsou v 47% dcery a v 21% synové. Z důvodu nereprezentativního zastoupení mužů ve vzorku partnerů onkologických pacientů byla porovnávána pouze kvalita života a životní spokojenost žen-partnerek pacientů a žen-respondentek, které se aktuálně ve svém životě s podobně zátěžovou situací nepotýkají.

Dále bylo zjištěno, že mezi kvalitou života a životní spokojeností partnerek onkologických pacientů a žen, které se ve svém životě aktuálně s podobně zátěžovou situací nepotýkají, není statisticky významný rozdíl. Tento výsledek je v rozporu se závěry Bergletovy (Berglet, Koch, & Petersen, 2008) studie, kde se prokázal statisticky významný rozdíl mezi mentální kvalitou života partnerů onkologických pacientů a normativní populací. Citované studie se zúčastnilo celkem 373 partnerů pacientů s různými typy onkologického onemocnění, avšak za partnera je v této studii považována pouze osoba žijící s pacientem v manželském/partnerském vztahu. V předkládané studii se však ukázalo, že sociální oporu mohou pro pacienta představovat také jeho děti. Rozdíly mezi předkládanou a citovanou studií pak mohou být do značné míry ovlivněny právě tímto typem vzájemného vztahu. Závažné onemocnění, v jehož důsledku je pacient nucen na určitou dobu omezit, případně úplně přerušit, své pracovní aktivity, může například představovat významnější finanční zátěž pro jeho manžele/manželku, než pro jeho syna/dceru. V důsledku této finanční zátěže pak také může být více ovlivněna kvalita života a životní spokojenost manžele/manželky než syna/dcery pacienta.

V rozporu se závěry Bergleta jsou i výsledky výzkumu kvality života pacientů s rakovinou dutiny ústní a jejich partnerek (Jenewein et al., 2008) Těto studie se zúčastnilo celkem 31 párů a bylo zjištěno, že kvalita života pacientů samotných i jejich partnerek je značně vysoká, přičemž významným moderujícím faktorem kvality života partnerek pacientů je kvalita vzájemného vztahu. V manželství/partnerském vztahu je

ženy-partnerky vykazovaly statisticky významně vyšší kvalitu života než ženy pociťující v tomto vztahu určitý nesoulad. V předkládaném výzkumu pacienti sami vybírali svého partnera tak, aby tento člověk byl někdo jim blízký, kdo jim v boji s nemocí poskytuje největší oporu. Toto kritérium by pak z určitého hlediska mohlo být spojováno s kvalitou vzájemného vztahu. Pro potvrzení platnosti vlivu kvality vzájemného vztahu mezi pacienty a jejich partnery na kvalitu života partnerů pacientů na obecné, nejen manželské, rovině jsou však potřeba další výzkumy.

Další vysvětlení výsledků předkládaného výzkumu nabízí teorie *response shift* jako posun v hodnocení kvality života v důsledku změny vnitřních standardů a osobních hodnot. Podle této teorie může člověk, který přizpůsobil svá očekávání svému v důsledku závažného onemocnění změněnému zdravotnímu stavu, pociťovat zlepšení kvality života a dosahovat stejné nebo vyšší kvality života než před propuknutím onemocnění. Vzhledem k malému souboru respondentů nejsou však výsledky této studie zobecnitelné.

Literatura

- Berglet, C., Koch, U., & Petersen, C. (2008). Quality of life in partners of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 17(5), 653–663.
- Caregiving in U. S. (2004). Dostupná na <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf> (staženo dne 3. 4. 2010)
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, L., Papežová, H., Kožnarová, R., & Šrámková, T. (2006). *Squala subjective quality of life analysis*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Test-centrum.
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychosocial distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9(3), 232–242.
- Haley, W. E., et al. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 215–224.
- Hunt, C. K. (2003). Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 27–32.
- Jenewein, J., Zwahlen, R. A., Zwahlen, D., Drabe, N., Moergeli, H., & Büchi, S. (2008). Quality of life and dyadic adjustment in oral cancer patients and their family partners. *European Journal of Cancer Care*, 17(2), 127–135.
- Kim, Y., Wellisch, D. K., & Spillers, R. L. (2008). Effects of psychological distress on quality of life of adult daughters and their mothers with cancer. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1129–1136.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Portál.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Rozhovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis.
- Miřejovský, P., Bednář, B. (1997). *Obecná patologie*. Praha: Karolinum.
- Rees, J., O'Boyle, C., & MacDonagh, R. (2001). Quality of life: Impact of chronic illness on the partner. *Royal Society of Medicine*, 94, 563–566.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49–56.
- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Praha: Portál.
- Vaňurová, H. (2006). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD.
- www.uzis.cz (2007). Dostupné na <http://www.uzis.cz> (staženo dne 14. 1. 2010)
- www.who.int (n. d.). Dostupné na <http://www.who.int> (staženo dne 6. 2. 2010)

MENTAL HEALTH OF YOUTHS LEAVING THE FOSTER CARE SYSTEM IN POLAND: PRELIMINARY RESULTS

Małgorzata Gocman¹, Małgorzata Szarzyńska², Paul A. Toro³

Department of Psychology, Opole University, Opole, Poland¹

Department of Psychology, Opole University, Opole, Poland²

Department of Psychology, Opole University, Opole, Poland, and Department of Psychology,
Wayne State University, Detroit, USA³

Abstract

This study provided a psychosocial assessment of youth who aged out of the foster care system in Poland. The research was carried out on a group of 152 respondents from southern Poland. The survey instrument used was adapted to Polish conditions by researchers from Opole University. Respondents were contacted through a telephone interview. The results showed that the youth who aged out of foster care experienced a large number of problems in various domains, including housing, employment, education, mental health, substance abuse, and victimization.

Key words

Foster Care; orphanages; mental health.

1 Introduction and theoretical anchoring of the research

Every year, thousands of youth (19000 youth per year in the USA and over 5000 youth per year in Poland) age out of the foster care system (It is a form of care provided for a child whose biological parents are not known or deprived of parental custody or whose parental custody has been limited.) and begin independent life. (Fowler, & Toro, 2006; Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 2011). Leaving an orphanage or other foster care placement typically involves a sudden change of life situation and the necessity of coping with independent living. This transition is often very difficult and generates a large number of problems for the youth aging (Barth, 1990; Cook, Fleishman, & Grimes, 1991, Courtney, Dworsky, Lee, & Raap, 2010; Courtney, Piliavin, Grogan-Kaylor, & Nesmith, 2001; Cusick, & Courtney, 2007; Dworsky, 2005; Fowler, Toro, & Miles, 2009; Fowler, & Toro, 2006, 2006a; Jones, & Moses, 1984; Zimmerman, 1982).

Detailed research on youth who have aged out of the foster care system and began independent life was carried out in the USA (see Fowler, & Toro, 2006). The research was conducted in 2002 and 2003 on a sample of 264 youth from Southeast Michigan. Overall, findings suggest that foster youth experience a number of negative outcomes that jeopardize their successful transition into adulthood. Problems were seen in many different areas of life: they had difficulties with education, jobs, and housing and they displayed a number of emotional and behavioral problems, including mental health symptoms, alcohol and drug use, and criminal activity.

Research on youth who aged out of the foster care system was also carried out in Poland in 2006–2008 by a research group from the Department of Psychology at Opole University. The methods used were adapted from the US study.

2 Description of the sample

The research was carried out on a group of 152 respondents who aged out of the foster care system in Poland (from Opolskie and Dolnośląskie Province). The group included 56 young men and 96 women aged 18–35 ($M = 23,33$, $SD = 3,05$). 39,5% of respondents (60 people) came from an orphanage, 53,9% of respondents were in a foster family and 6,6% of the respondents spent time in both an orphanage and a foster family. The average number of institutions where the respondents stayed amounts to above 1 ($M = 1,61$, $SD = 0,854$): 57,9% of respondents (88 people) stayed in 1 institution, 28,3% (43 people) stayed in 2 institutions, 8,6% (13 people) stayed in 3 institutions, 5,3% (8 people) stayed in 4 institutions. The average period of time in foster care was 9,5 years ($M = 9,68$, $SD = 4,81$). At the time of the telephone interview, the average period of time since leaving foster care was almost 4 years ($M = 3,79$, $SD = 4,36$).

3 Methodology

The Survey consisted of the following parts:

(1) Foster care history, including questions concerning age when the youth was first placed in foster care and the number of different places he/she stayed at.

(2) The Housing, education and income timeline (HEIT) used the Life Event Calendar technique (Freedman, Thorton, Camburn, Alwin & Young-DeMarco, 1988) and consists of 6 parts: housing, respondent's family, education, work, criminal record, and services received. HEIT analysis provides a possibility to evaluate changing living conditions of respondents within the above mentioned areas.

(3) The Victimization scale consists of 9 statements describing negative events experienced by a respondent. They regard physical violence (e. g., having been beaten up, assaulted, robbed, threatened with gun) and sexual violence (e. g., being forced to engage in sexual acts, molested, raped; Stewart et al., 2004). The answers were coded on a 4 point scale from 1 (never) to 4 (many times). The age of the respondent at the time of an incident was also registered.

(4) The Diagnostic Interview Schedule (DIS) assesses the intensity of psychiatric symptoms demonstrated by a respondent on the basis of criteria used in DSM-III-R (Regier et al., 1988). Using the DIS, the degree of alcohol and drug abuse and dependence may be estimated.

(5) A list of criminal activity consists of 33 questions describing events that may lead to legal problems (e. g. threatening with a gun, theft, destruction of property). A respondent gives yes or no answers and defines when the events took place: before entering the foster care system, during foster care placement, and after aging out.

(6) The Brief Symptom Inventory (BSI) consists of 52 statements evaluating the frequency of psychological problems experienced by the respondent. It is a short version of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1977, 1993; Derogatis, & Melisaratos, 1983). The BSI includes 9 subscales: Somatization, Obsessive Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, and Psychoticism. Additionally, there is an overall Global Severity Index, that assesses the intensity of all symptoms. The respondent gives an answer by using a 5 point scale from 0 (never) to 5 (very often).

(7) The Behavior Checklist consists of 50 questions concerning risky sexual behaviors such as: number of sexual partners, contraception methods, prior exposure to STDs or HIV.

4 Procedure

The research was carried out in the form of a telephone interview conducted by qualified interviewers. The respondents were drawn out from a list of people who left the foster care system made accessible by Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (City Social Care Center) in Opole and Wrocław. Before the research commenced, the interviewer presented the goal of research (evaluating the situation and problems of people who age of the foster care system) and informed the youth that the survey was anonymous. After obtaining the respondent's agreement, the interviewer started the research. The whole procedure took about 1,5 hours.

5 Results

The overall results of research on the youth who aged out of the foster care system in Poland are presented in Table 1.

Area of performance	Problems experienced by youth who aged out
Housing	23% of respondents experienced literal homelessness
Education	30,3% of respondents did not finish high school
Employment and salary	11% of respondents did not obtain any form of employment 78% of respondents obtained only casual jobs 16,4% of respondents did not have any income
Antisocial behaviour	13,6% of respondents demonstrated criminal activities (theft, fights, arson) 5,3% of respondents were accused and convicted
Substance abuse	67,8% of respondents demonstrated symptoms of alcohol abuse or dependence 22,5% of respondents demonstrated symptoms of marihuana abuse or dependence 13,9% of respondents demonstrated symptoms of other drug abuse or dependence
Risky sexual behavior	42,1% of respondents demonstrated risky sexual behavior (casual partners, not using condoms) associated with HIV infection 21,1% of respondents got pregnant (or got his partner pregnant), including 1% who had an abortion. 19,1% had their own children.
Victimization	27,6% of respondents experience physical or sexual violence (e. g., having been beaten up, robbed, or raped)

Table 1: Problems experienced by youth who aged out of foster care in Poland

As in the US study, Table 1 shows that the youth aging out of the foster care system in Poland experienced a number of problems that hinder the beginning of their independent adult life. As in the US, the respondents in Poland had difficulties with housing, education, and well-paid and satisfactory employment. They also demonstrated antisocial and risky sexual behavior, abused substances and were prone to experience violence.

There was also an analysis of respondent mental health conducted. The results from the BSI were normalized on a 10 point scale, then the results were divided into three groups: low intensity (1 to 3), average intensity (4 to 6) and high intensity (7 to 10). None of the respondents fell in the low intensity group. Most demonstrated an average intensity of symptoms, however about 10% scored in the high intensity range on the BSI scales. Detailed analysis is presented in Table 2.

BSI scale	Low intensity of symptoms	Average intensity of symptoms	High intensity of symptoms
Somatization	0%	91,9%	8,1%
Obsessive Compulsive	0%	90%	10%
Interpersonal Sensitivity	0%	89,5%	10,5%
Depression	0%	91,3%	8,7%
Anxiety	0%	89,3%	10,7%
Hostility	0%	89,4%	10,6%
Phobic Anxiety	0%	90,1%	9,9%
Paranoid Ideation	0%	91,4%	8,6%
Psychoticism	0%	89,4%	10,6%
Global Severity Index	0%	90,3%	9,7%

Table 2: Distribution of mental disorder symptoms experienced by 152 youth who aged out of foster care in Poland based on the BSI

6 Discussion

The research results show clearly that the youth who aged out of foster care suffered from a number of psychosocial problems. Both Polish and American youth after aging out (23% in Poland, 17% in the USA) experienced literal homelessness. In both countries the youth have education problems. The lack of adequate qualifications results in an inability to find a satisfactory and well-paid job (11% of respondents in Poland, 14% of respondents in the USA never started any job). Both populations suffered from mental health problems. All respondents from the Polish population experienced at least symptoms of mental health problems (average or high level of intensity). Some of the respondents demonstrated antisocial behavior that resulted in imprisonment

(5,3% respondents in Poland, 27% in the USA). Most of the respondents in both countries abused alcohol (68% in Poland, 33% in the USA) and marijuana (22,5% in Poland, 42% in the USA). Respondents in both countries showed risky sexual behaviors that may lead to unplanned and premature pregnancy and/or STDs (including HIV). Many respondents in Poland (28% of respondents) had been victims of physical or sexual violence (having been beaten up, robbed, raped, etc).

In summary, it is clear that youth who age out of the foster care are subject to a number of problems and, as a result, require professional help that would fit their needs. The results also suggest that the form of assistance provided so far by governmental institutions in the USA and Poland is inadequate to the needs of the youth.

Taking into account the situation of the youth aging out of foster care in the US, the Research Group on Homelessness and Poverty at Wayne State University designed a prevention program for these youth (Toro, Fowler, Miles, Jozefowicz-Simbeni, & Hobden, 2007). The program is called Bridging Resilience through Intervention, Guidance, and Empowerment (BRIGE). Each youth is assigned a case manager (about one year before leaving the orphanage) who works with the youth throughout the period of his/her stay in the institution and after leaving it, as long as the youth needs assistance. Case managers will need to work with the youth to identify their individual needs and goals. Specific plans to address these needs would be created to fit the individual circumstances of each youth.

Case managers will ensure that youth receive all services needed to promote immediate and long-term stability and achieve personal goals. Case managers will work to connect youth to services that already exist in the community, such as housing, education, training, employment, physical and mental health, transportation, child care, clothes, food, legal advocacy, and public assistance. Case managers will creatively develop solutions to difficulties in obtaining necessary services. Needed services that are not currently available in the community will be provided through novel approaches. Case managers will visit youth in their homes or another agreed-upon locations to ensure that contact is maintained and services will be provided consistently. The case manager will need to be proactive, not simply waiting in their offices for the youth to come in for appointments.

The intervention will include financial resources that may be directly allocated to youth for unexpected expenses, such as occasional assistance with rent and utilities, clothes, food, educational materials, gas money, bus fare, car repairs, and furniture. These funds will appropriately provide necessary support in the same way parents do for their young adult children. Case managers will mentor youth to develop life skills necessary to live on their own. This includes handling everyday problems as they arise. Case managers will model and encourage prosocial behavior, including forming and maintaining positive relationships, assertive communication, dealing with anger, patience, managing negative feelings such as loneliness and guilt. In addition, case managers will relate to youth in a positive, nonjudgmental manner to facilitate conversations regarding the advantages and disadvantages of risky behavior, such as alcohol and drug use, criminal activity, and sexual behaviors. Case managers will use therapeutic techniques, in particular motivational interviewing, to encourage youth to plan for the future and create change to continually improve their lives (Toro et al., 2007).

The BRIGE program was implemented in Poland by a research group from the Department of Psychology at Opole University in December 2009 and is still in development. Currently, there are over 20 youth taking part in it. Each year, new youth preparing to leave foster care join the program. The final evaluation will be carried out in a couple of years.

References

- Barth, R. (1990). On their own: The experiences of youth after foster care. *Child and Adolescent Social Work*, 7, 419–440.
- Bates, D., & Toro, P. A. (1999). Developing measures to assess social support among homeless and poor people. *Journal of Community Psychology*, 27, 137–156.
- Cook, R., Fleishman, E., & Grimes, V. (1991). A National Evaluation of Title IV-E Foster Care Independent Living Programs for Youth: Phase 2, Final report, Volume 1. Rockville, MD: Westat.
- Courtney, M., Dworsky, A., Lee, J., & Raap, M. (2010). Midwest Evaluation of the Adult Functioning of Former Foster Youth: Outcomes at Age 23 and 24. Chicago: Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago. http://www.chapinhall.org/sites/default/files/Midwest_Study_Age_23_24.pdf
- Courtney, M., Piliavin, I., Grogan-Taylor, A., & Nesmith, A. (2001). Foster youth transitions to adulthood: A longitudinal view of youth leaving care. *Child Welfare*, 80, 685–717.

- Cusick, G., & Courtney, M. (2007). *Offending During Late Adolescence: How do Youth Aging Out of Care Compare with Their Peers?* Chicago: Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago. http://www.chapinhall.org/sites/default/files/publications/ChapinHallDocument_0.pdf
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R (revised version) Manual I*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief symptom inventory: Administration, scoring, and procedures manual*, fourth edition. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Dworsky, A. (2005). The economic self-sufficiency of Wisconsin's former foster youth. *Children and Youth Services Review*, 27, 1085–1118.
- Fowler, P., Toro, P., & Miles, B. (2009). Pathways to and from Homelessness and associated psychosocial outcomes among adolescents leaving the foster care system. *American Journal of Public Health*, 99, 1453–1458.
- Fowler, P., & Toro, P. (2006). *Youth Aging Out of Foster Care in Southeast Michigan: A Follow-up Study (Final Report)*. Unpublished manuscript, Wayne State University Department of Psychology, USA.
- Fowler, P., & Toro, P. (2006a). Foster care: Problems with proposed changes in federal funding. *The Community Psychologist*, 39, 15–16.
- Jones, M., & Moses, B. (1984). *West Virginia's former foster children: Their experiences in care and their lives as young adults*. New York: Child Welfare League of America.
- Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (2011). <http://www.mopr.swinoujscie.pl/uploads/assets/Info%20o%20mieszkanium%20chronionym.pdf>
- Toro P. A., Fowler P. J., Miles B. W., Jozefowicz-Simbeni D. M., & Hobden K. (2007). *Bridging Resilience through Intervention, Guidance, and Empowerment (BRIGE): An Intervention for Aging Out Foster Youth in Southeast Michigan*. Unpublished manuscript, Wayne State University, Department of Psychology.
- Zimmerman, R. (1982). *Foster care in retrospect*. New Orleans: School of Social Work, Tulane University.

MENTALIZÁCIA A VERBÁLNE UVAŽOVANIE V KATEGÓRIÁCH VZŤAHOVEJ VÄZBY DIEŤAŤA

THEORY OF MIND AND VERBAL REASONING IN CHILD ATTACHMENT CLASSIFICATIONS

Eva Reichelová

Prešovská univerzita v Prešove, Prešov, Filozofická fakulta. Inštitút psychológie,
Ul. 17. novembra 1, Prešov, 080 01, Slovenská republika

Abstrakt

Cieľom práce bol výskum vnímania vzťahovej väzby ako spolupôsobiacej pri rozvíjaní schopnosti mentalizácie dieťaťa, diferenciacia neistých kategórií vzťahovej väzby na neistú – vyhýbavú a neistú – ambivalentnú v súvislosti s ne/prítomnosťou mentalizácie u 4-ročného dieťaťa. Meraná bola rozdielnosť v nameranom skóre verbálneho uvažovania v kontexte rôznych kategórií vzťahovej väzby 4-ročného dieťaťa. Zameraním práce bolo i vzťahovanie sa prítomnosti mentalizácie v súvislosti s rodom a výškou nameraného skóre verbálneho uvažovania dieťaťa. Na vzorke 57 detí bola nameraná štatisticky významná súvislosť (Kramerov koeficient = .518, $p = .000$) medzi vzťahovou väzbou a mentalizáciou. Vzťah medzi prítomnosťou mentalizácie a skóre verbálneho uvažovania, meraného subtestmi Stanford-Binetovej škály je stredne silný a štatisticky významný ($R = .399^{**}$) a významne sa preukázala i súvislosť medzi rodom a prítomnosťou mentalizácie.

Abstract

The aim of research was to take notice on child attachment as a cooperative in developing children's theory of mind, specifying attachment classifications, and its relation to theory of mind (mentalization). Research found secure attachment base as a predictor of theory of mind in four year old child. Intention was particularize insecure attachment: insecure avoidant attachment, insecure resistant attachment in compliance with 4-year old child's theory of mind. Research has interested in differences between attachment classes in verbal reasoning of 4-year child and also focused on relation between gender and theory of mind. Research sample framed 57 children, there was significant relation (Cramer's $V = .518$, $p = .000$) between attachment and mentalization. The relation between theory of mind and verbal reasoning is significant ($R = .399^{**}$) and there was also significant relation between gender and theory of mind.

Kľúčová slova

mentalizácia; vzťahová väzba; verbálne uvažovanie.

Key words

theory of mind (mentalization); attachment; verbal reasoning.

Úvod

Schopnosť vytvárať mentálne reprezentácie emočných stavov iných osôb závisí na schopnosti reflektovať svoje vlastné emócie a kognitívne procesy. Dieťa sa učí o sebe uvažovať ako o bytosti, ktorej pocity a prania dávajú zmysel, a to v kontexte matkiných odpovedí na jeho správanie. Pravdepodobnosť toho, že dieťa dosiahne schopnosť mentalizácie, je najvyššia v prípade, že so svojou primárnou vzťahovou osobou zdieľa bezpečnú vzťahovú väzbu. Matka pre dieťa predstavuje „bezpečné zázemie“, ktoré mu poskytuje ochranu a pocit bezpečia, vďaka ktorému získava odvahu preskúmať okolitý svet a kde sa môže v prípade potreby navrátiť. Odborníci sa všeobecne zhodujú, že harmonickosť, jemnosť vzťahu medzi matkou a dieťaťom zvyšuje istotu vzťahovej väzby dieťaťa a taktiež prispieva k objaveniu symbolického myslenia, rozvíjaniu rozumových schopností, stratégiám a postupom k riešeniu nových problémov. V našej práci sa pokúsime nahliadnuť na rozdielnosť detí konkrétnej kategórie vzťahovej väzby v úrovni verbálneho uvažovania. Na základe interakcií dieťaťa a primárnej vzťahovej osoby sa utvára tzv. vnútorný pracovný model, ktorý zahŕňa pocity, názory, očakávania, stratégie správania a spôsoby interpretácie informácií, ktoré sú viazané na vzťahovú väzbu s citovo významnou osobou.

Ak by kategória bezpečnej vzťahovej väzby znamenala zvýšenie pravdepodobnosti pre objavenie sa mentalizácie v štvrtom roku dieťaťa, zaujímalo nás, ako sú na tom deti, ktoré spadajú do kategórií neistej – vyhýbavej a neistej – ambivalentnej vzťahovej väzby. Práca sa zaoberá súvislosťou kategórie vzťahovej väzby detí zdravých, bez psychopatológie a prítomnosťou mentalizácie, s nahliadnutím na prepojenie s dosiahnutou úrovňou verbálneho uvažovania v štvrtom roku života dieťaťa. V neposlednom rade budeme prítomnosť mentalizácie ponímať aj v spojitosti s rodom dieťaťa. V práci sa snažíme nevnímať neisté kategórie vzťahovej väzby, resp. prípadnú neprítomnosť mentalizácie s pretrvávajúcim determinizmom, naopak ponúkame možné implikácie, ktoré dokážu korigujúco posilňovať vzťahové objekty.

1 Problém

Mentalizácia je schopnosť pripísať vnútorné stavy mysle, a to svojej vlastnej, ako aj mysle druhých a porozumenie vplyvu vnútorných stavov mysle na správanie ľudí (Wellman et al., 2000). Schopnosť vytvárať mentálne reprezentácie emočných stavov iných osôb závisí na schopnosti reflektovať svoje vlastné emócie a kognitívne procesy. Dieťa sa učí o sebe uvažovať ako o bytosti, ktorej pocity a priania dávajú zmysel, a to v kontexte matkiných odpovedí na jeho správanie. Pravdepodobnosť toho, že dieťa dosiahne schopnosti mentalizácie je najvyššia v prípade, že so svojou primárnou vzťahovou osobou zdieľa bezpečnú vzťahovú väzbu. Matka pre dieťa predstavuje „bezpečné zázemie“, ktoré mu poskytuje ochranu a pocit bezpečia, vďaka ktorému získava odvahu preskúmať okolitý svet a kde sa môže v prípade potreby navrátiť (Hašto, 2010). Interakcia medzi matkou a dieťaťom vyžaduje neustálu autoreguláciu a naladenie matky na duševný stav dieťaťa (Stern, 1985). Jemnocitné (senzitivné) správanie matky voči dieťaťu koreluje s matkinou bezpečnou vzťahovou väzbou a koreluje aj s rozvinutou mentalizačnou schopnosťou (Fonagy, 2009). Istá bezpečná vzťahová väzba výrazne súvisí so schopnosťou mentalizácie (Fonagy et al., 1991), u rodiča s pochopením kojencovho správania z hľadiska pocitov a zámerov (Meins, 2001) a so schopnosťou reprezentovať tieto duševné stavy. Bowlby rozpoznal význam vývojového kroku, kedy sa objaví „schopnosť dieťaťa uvažovať o svojej matke tak, že má vlastné, oddelené ciele a záujmy a schopnosť brať ich v úvahu.“ (Bowlby, 1969, str. 368). Kvalita väzby hrá významnú rolu i v prípade rozvoja sociálne – maladaptívneho a násilného správania jedinca. Jednou z ciest, ktorou sa raná skúsenosť dieťaťa s jeho dominantnými starostlivými osobami uplatňuje, je vznik tzv. morálneho cítenia (Fonagy et al., 1997), ktorého podstatou je schopnosť cítiť a uvedomovať si duševné stavy iných ľudí (Hoffman, 1984). Podľa teórie mysle u dieťaťa približne 75 % detí vo veku 4 rokov dosiahne schopnosti mentalizácie a schopnosti rozpoznávať úmysly druhého človeka (Frith, 1996). Diskutovalo sa i o tom, že intuitívne mentalizovanie sa nikdy neobjaví u autistov, ale mentalizovanie postavené na explicitných pravidlách sa dokážu naučiť (Frith, 2008). V teste „Sally-Anne“, i v ďalších mentalizačných testoch si signifikantne lepšie viedli deti, ktoré s matkou zdieľali bezpečnú väzbu, naopak nesprávne si v ňom počínali deti s vyhýbavou a ambivalentnou vzťahovou väzbou (Fonagy et al., 1997). Systém, ktorého činnosť je predpokladom pre mentalizáciu, je organicky v mozgu prítomný už od narodenia, ale do plnej činnosti vyzrieva až okolo štvrtého roku života, a to vo všetkých doposiaľ skúmaných kultúrnych okruhoch (Koukolík, 2007).

Na základe skúsenosti s druhými, so sebou vo vzťahu a z interakcií s matkou sa vyvíjajú „vnútorné pracovné modely“, ktoré zahŕňajú pocity, názory, očakávania, stratégie správania a spôsoby interpretácie informácií, ktoré sú viazané na vzťahovú väzbu s citovo významnou osobou (Bowlby, 1995, in Hašto, 2006). Bowlby (1980, 1988) opakovane zdôrazňoval, že pretrvávajúca bezpečná vzťahová väzba vyžaduje, aby základné (jadrové) pracovné modely seba a vzťahovej figúry boli aktualizované s komunikačnými, sociálnymi a kognitívnymi kompetenciami, ktoré sa rozvíjajú v detstve. Ak je naplnená potreba bezpečného vzťahu, aktivuje sa exploračné správanie, facilituje zvedavé skúmanie seba, druhých, experimentovanie, hravé správanie, nové formy a spôsoby riešenia problémov (Hašto, 2010).

Istota vzťahovej väzby dieťaťa a matky je podľa Mossa, Parenta a Gosselina (1995) dobrým súběžným prediktorom metakognitívnej schopnosti dieťaťa v oblasti pamäti, porozumenia a komunikácie (Fonagy et al., 1997). Rozvoj verbálnych schopností dieťaťa je predpokladom transformácie vzťahu s matkou, pretože umožňuje udržať kontakt aj na distančnej úrovni. Schopnosť verbálneho vyjadrovania a umožňuje dieťaťu opustiť doposiaľ prevažne pasívne-receptívnu rolu a stať sa aktívnejším, samostatne komunikujúcim subjektom. To je možné dosiahnuť v bezpečnom prostredí vzájomného vzťahu s matkou, dieťa, ktoré je schopné vyjadriť svoje priania a názory, sa dokáže aktívnejšie presadiť, vo výskume sme sa zaujímali práve o verbálne komponenty špecifických mentálnych schopností. Ako mentalizácia, alebo „viem, že vieš, že viem“ a „viem, čo sa vo mne deje“, tak empatia, alebo „viem, ako sa cítiš, cítim sa podobne“, by neboli dosť dobre možné bez

tretej, rozvinutej podobne výlučne ľudskej schopnosti – sebauvedomovaniu a jástvu a štvrtou, v rozvinutej podobe výlučne ľudskou schopnosťou, je jazyk. Prostredníctvom jazyka vysvetľujeme i skresľujeme výsledky mentalizácie, empatie a sebauvedomovania (Koukolík, 2007).

Ainsworthová vyvinula na základe systému vzťahovej väzby, a teda dieťaťa vyhľadávajúceho blízkosť s osobou (slúžiacou ako „bezpečná základňa“), s ktorou má vzťahovú väzbu, test Strange Situation (Ainsworth, et al., 1978), kategorizujúci istotu pripútania dieťaťa, rozlišujúc následné typy vzťahových väzieb: bezpečná – deti s bezpečnou vzťahovou väzbou sa počas odlúčenia v testovej situácii Strange Situation niekedy správajú priateľsky k cudzej priateľskej osobe, sú ale znepokojené matkinou neprítomnosťou. Pri matkinom návrate sa deti tešia, vyhľadávajú jej blízkosť a nadväzujú kontakt s ňou, chcú ísť na ruky (Atkinson, 2003). Niektorým deťom stačí vedieť, že sa matka vrátila a onedlho sa vrátia k hrovým aktivitám a exploračnému správaniu (Hašto, 2005). Do tejto kategórie spadá približne 60–65 % detí. Neistá vzťahová väzba: Ainsworthová delí túto kategóriu na: a) neistú – vyhýbavú vzťahovú väzbu: je nápadné, že deti sa vyhýbajú kontaktu s matkou, v ich správaní sa nedá zaznamenať žiadny zvláštny distress, hnev alebo úzkosť v neprítomnosti matky, naopak pokračujú v skúmaní laboratórnej miestnosti a hračiek. Po návrate matky ju ignorujú, vyhýbajú sa kontaktu s ňou. Tieto deti venujú matke malú pozornosť, ak sú aj úzkostné, tak sa ľahko nechajú utíšiť cudzou osobou (Atkinson et al., 2003). Do tejto kategórie spadá približne 20 % detí. Deti vedia, že od svojich rodičov môžu očakávať len odmietanie, zriekajú sa teda pomoci a náklonnosti (Hašto, 2005), b) neistá – ambivalentná vzťahová väzba (10 % detí): deti sú často úzkostné, závislé na matke, sú skleslé už pred prvým odlúčením od matky a boja sa osoby, hrajúcej priateľskú cudziu osobu. Počas neprítomnosti matky sú mimoriadne znepokojené, chvíľami zlostné, nedokážu mať úžitok z prítomnosti cudzieho. Pri návrate matky kolíšu deti medzi tendenciou ku kontaktu a odporom. Deti vyhľadávajú kontakt a súčasne sa mu bránia. Plačú, aby ich matka vzala do náruče, potom sa hnevľivo krútia, aby ich matka položila na zem. Iné deti sa správajú pasívne, no ak sa matka vráti, nesnažia sa k matke priblížiť a po jej priblížení sa vzdorujú, sú v neistote, či sa môžu na matku spoľahnúť, vyvíja sa u nich strach z odlúčenia, „lepia sa“ na matku, neexplorujú.

Všeobecne sa odborníci zhodujú, že harmonickosť, jemnosť vzťahu medzi matkou a dieťaťom zvyšuje istotu vzťahovej väzby dieťaťa, prispieva k objaveniu symbolického myslenia, rozvíjaniu rozumových schopností, stratégiám a postupom k riešeniu nových problémov (Vygotskij, 1978). Marie Legerstee v spolupráci s odborníkmi pracovala s množstvom detí, ktorým benefity bezpečnej vzťahovej väzby neboli dané a ktorých mentalizácia bola nerozvinutá a deformovaná (Legerstee, 2005). Pravdepodobnosť toho, že dieťa dosiahne schopnosti mentalizácie, je naopak najvyššia v prípade, že so svojim opatrojúcou osobou (aspoň jednou z nich), zdieľa bezpečnú väzbu.

1.1 Výskumné premenné

1. mentalizácia – schopnosť predpovedať a pripísať stavy mysle: presvedčenia, túžby, nápady, myšlienky, pohnutky, vedomosti, a to svoje vlastné, ako aj iných a pochopenie, že aj druhí majú vlastné túžby a presvedčenia, ktoré sú od tých našich odlišné (Premack, Woodruff, 1978).
2. vzťahová väzba – trvalé emočné puto, charakterizované potrebou vyhľadávať a udržiavať blízkosť s určitou osobou, najmä v podmienkach stresu, inštinktívne hľadanie bezpečia na strane dieťaťa a recipročné poskytovanie ochrany zo strany jeho primárnej vzťahovej osoby, najčastejšie matky (Bowlby, 1969).
kategórie vzťahovej väzby – istá – bezpečná, neistá – vyhýbavá, neistá – ambivalentná (Ainsworth, 1978).
3. verbálne uvažovanie – Stanford-Binetova inteligenčná škála, subtesty Obrázkový slovník, Chápanie, Absurdnosti
4. rod

1.2 Výskumné ciele

Cieľom práce je zistiť súvislosť kategórie vzťahovej väzby detí zdravých, bez psychopatológie a prítomnosťou mentalizácie, s prepojením s dosiahnutou úrovňou verbálneho uvažovania v 4. roku, v súvislosti s rodom dieťaťa. V práci sa snažíme nevnímať neisté kategórie vzťahovej väzby resp. prípadnú neprítomnosť mentalizácie s pretrvávajúcim determinizmom, naopak ponúkame možné implikácie, ktoré dokážu korigujúco posilňovať vzťahové objekty.

Formulovali sme nasledovné hypotézy: 1a) Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi vzťahovou väzbou a prítomnosťou mentalizácie. 1b) Predpokladáme pozitívny vzťah medzi nameraným skóre verbálneho uvažovania a prítomnosťou mentalizácie u dieťaťa. 1c) Predpokladáme štatisticky významný

pozitívny vzťah medzi rodom a prítomnosťou mentalizácie. 2) Predpokladáme prítomnosť mentalizácie u detí s nameranou vzťahovou väzbou bezpečnou – istou. 3) Predpokladáme neprítomnosť mentalizácie u detí s nameranou vzťahovou väzbou neistou – vyhýbavou, neistou – ambivalentnou.

2 Výskumný súbor

Do výskumu sme v prvej fáze výskumu vyberali deti do troch rokov veku, i keď pripútavacie správanie sa u väčšiny detí za priaznivých podmienok vyvinie v prvých 9. mesiacoch života, avšak postup Strange Situation Test (v preklade: Testu neznámej situácie, popis v Realizácii výskumu, 1. etapa zberu dát), vyvinutého Mary Ainsworthovou, je určený pre deti od 12 mesiacov veku, pričom pozorovanie pripútavacieho správania touto metodikou je možné maximálne do troch rokov veku dieťaťa, pretože po 3. roku klesá aktivovateľnosť pripútavacieho správania a tým je nižšia možnosť sledovania ho metódou Testu neznámej situácie. Náhodne bolo vybraných (spôsobom losovania z krabice) 5 materských škôlok v oblasti Košice a okolie. Po vzájomnej dohode s danou inštitúciou materskej školy, oboznámení s postupom testovania a požiadavkou umožnenia pokračovania výskumnej práce v rozmedzí ďalšieho roka (kedy deti dosiahnu vek štyroch rokov), bolo náhodne z krabice vylosovaných riaditeľkou danej inštitúcie trinásť detí vo veku troch rokov. Pre dyádu matka–dieťa (resp. otec–dieťa) bola nevyhnutná podmienka aktuálneho psychického stavu nezaťaženého psychopatológiou a zdravotného stavu umožňujúceho testovanie dyády opatrujúca osoba–dieťa. Počas výskumu sa vyskytli štyri deti, ktoré nebolo možné zaradiť do troch kategórií pripútania, ktoré sme pre výskum vybrali, prejavy detí boli nejednoznačné a zrejme spadali do kategórie pripútania typu D – dezorganizovaná väzba/dezorientovaná. Z pôvodného súboru 65 detí teda po vylúčení detí s dezorganizovanou vzťahovou väzbou ostáva 61 detí v roku 2008. Pri pokračovaní zberu údajov v roku 2009/ 2010 sa zo zdravotných, rodinných, resp. iných dôvodov nezúčastnili výskumného zberu údajov verbálneho uvažovania a mentalizácie 4 deti. Konečný súbor pozostával z 57 4-ročných detí.

		mentalizácia		Spolu
		neprítomná mentalizácia	prítomná mentalizácia	
Rod	chlapec	23	8	31
	dievča	9	17	26
Spolu		32	25	57

Tab. 1: Výskumný súbor detí testovaných v decembri 2009 – január 2010

3 Metodológia

3.1 Nástroje zberu dát

I. Posudzovacia škála na meranie vzťahovej väzby

Nami vytvorená škála sa používa pri posúdení dieťaťa počas priebehu trvania Strange Situation Test (Ainsworth et al., 1978). Jednotlivé položky boli formulované na základe konkrétnych prejavov správania sa detí počas Strange Situation testu. Škála pozostáva z 30 položiek s možnými odpoveďami Áno (1), V nízkej miere (2), Nie (3). Príklad položky: Otáčanie sa dieťaťa smerom od matky, odvracanie pohľadu, celkový pohyb opačným smerom, než sa vyskytuje matka. Na výskumnom súbore sme zistili Cronbachovu α 0.90. Prepólované skórovanie majú položky 6, 10, 12, 27, 28, 29, 30. Deti, ktoré dosiahli hrubé skóre 30–37 bodov boli zaradené do kategórie vzťahová väzba bezpečná – istá, deti s HS 57–69 bodov patria do kategórie nejistej – vyhýbavej a deti s HS 84–90 boli zaradené do kategórie detí s neistou – ambivalentnou vzťahovou väzbou.

II. Stanford-Binetova inteligenčná škála (Thorndike et al., 1972), IV. Revízia

S-B škálu sme použili na zisťovanie verbálneho uvažovania. Konkrétne, použili sme subtesty Slovník, Chápanie, Absurdnosti, primerané pre vek (4 rokov dieťaťa). Vo výskumnom súbore 57 detí v subteste Obrázkový slovník bola zistená Cronbachova α .62, v subteste Absurdnosti .69 a v subteste Chápanie .68.

III. Mentalizácia

Mentalizáciu sme testovali nami modifikovanou verziou testu „Sloník Ellie“. Pri teste „Sloník Ellie“ je rozprávaný 4-ročnému dieťaťu príbeh o nezbednej opičke Mickey a slonícati Ellie. Príbeh začína tým, že opička Mickey si rada robí srandu z ostatných zvieratiek. Ellie má zas veľmi rád Colu. Preto mu mamka slonica nachystala na stôl pohár s Colou. Ellie však ešte nemal smäd, preto sa šiel prejsť okolo domu. Zatiaľ,

čo bol Ellie von, opička Mickey mu z pohára vyliala Colu, naliala do pohára mlieko a položila na rovnaké miesto. Po návrate z prechádzky bol Ellie veľmi smädný. Na stole uvidel pohár od Coly a s chuťou sa z neho napil. Po tomto príbehu dostane dieťa päť otázok: Čo si Ellie myslí, že má v pohári naliate? Aký má Ellie pocit, keď najprv uvidí pohár na stole? Prečo má taký pocit? Ako sa bude Ellie cítiť, keď sa z pohára napije? Prečo sa Ellie cíti smutný/šťastný? (podľa predchádzajúcej odpovede). Správne odpovede na tieto otázky predpokladajú, že dieťa je schopné previesť niekoľko mentalizačných úloh: predstaviť si Elliho prianie a s tým spojenú emóciu, predstaviť si emócie po napití, porovnať ich s pôvodným prianím a s spojenou emóciou. V súvislosti s hodnotením výsledku testu pojednávame o kvantifikácii 0/1, pretože predpokladáme jednoznačnú prítomnosť/neprítomnosť mentalizácie v danom veku, nie spektrum kvality. Reliabilita nástroja „Sloník Ellie“ bola retestom overená na výskumnom súbore 20 detí, s koreláciou .90 pri signifikancii 0.001.

3.2 Realizácia výskumu

1. etapa zberu dát (november–december 2008): Dyády rodiča a dieťaťa boli pozývané po ich vybraní do výskumnej vzorky do ambulancie klinického psychológa, presnejšie v dňoch, kedy v ambulancii nie sú prítomní pacienti (spravidla víkend), aby bola zabezpečená jednotnosť podmienok pre všetkých probandov výskumu. Matka (resp. iná primárne vzťahová osoba pre dieťa, no v našich sociokultúrnych podmienkach je ňou prevažne matka) prichádza s dieťaťom do ambulancie v presne stanovený, vopred dohodnutý čas, aby priebeh výskumu nebol rušený inými probandmi, účastníkmi sa výskumu a každý rodič mal priestor aj na následnú spätnú väzbu, informácie, výsledky merania vzťahovej väzby. Ak bol rodičom podpísaný súhlas o poskytnutí videozáznamu pre výskumné a študijné účely, videonahrávanie bolo spustené (videozáznam pomôže priblížiť využitie podstatnej charakteristiky posudzovacej škály – retrospektívnosti, zároveň prináša kvalitnejšie posúdenie a možnosť prehrania jednotlivých sekvencií fáz neznámej situácie a drobných nuancií prejavov dieťaťa, ktoré môžu byť viacznačné, napr. sa zdá, že dieťa sa naťahuje za matkinou náručou, no pritom sa tiahne smerom k hračke, ktorá ho zaujíma). Pre zníženie miery subjektivity pri hodnotení rôznej intenzity a kvality aspektov správania dieťaťa hodnotia Posudzovaciú škálu tri osoby, odborníci sa striedajú pri vystupovaní „cudzej osoby“. Považujeme za podstatné uviesť priebeh Testu neznámej situácie, vyvinutého M. Ainsworthovou, proces, ako sme postupovali v našom výskume. Postup priebehu Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Watters, Wall, 1978):
 1. Matka a dieťa sú uvedené do laboratórnej miestnosti (k dispozícii sú hračky).
 2. Matka je s dieťaťom sama a nezasahuje do jeho hrových a exploračných aktivít, skúmania, bádania po miestnosti.
 3. Do miestnosti vstupuje cudzí človek (musí vystupovať, pôsobiť priateľsky, ale nevnucovať sa dieťaťu), rozpráva sa s matkou, približuje sa k dieťaťu, následne matka nenápadne opúšťa miestnosť.
 4. Prvá epizóda separácie: správanie osoby je prispôbené dieťaťu. (First separation episode)
 5. Prvá epizóda opätovného stretnutia: Rodič privíta a pozdraví dieťa, utíši a upokojí ho, potom znova odchádza. (First reunion episode)
 6. Druhá epizóda separácie: dieťa je samotné v miestnosti. (Second separation episode)
 7. Pokračovanie druhej epizódy separácie: opätovne vstupuje cudzia osoba a prispôbuje sa správaním dieťaťu.
 8. Druhá epizóda opätovného stretnutia: prichádza matka, privíta a pozdraví dieťa, utíši a zodvihne ho do náručia, cudzia osoba nenápadne opúšťa miestnosť. (Second reunion episode).

Jednotlivé epizódy trvajú cca 3 minúty (s výnimkou 1. epizódy, trvajúcej 30 sek.), celkovo experiment v okruhu 20 minút. Dajte inštrukciu matke: „zaujmite dieťa hračkami, sadnite si na stoličku, nezačínajte vy hru,“ odborník sleduje, či dieťa samé začína hru. Dĺžky epizód adaptívne prispôbujte, pokiaľ dieťa plače viac ako 1minútu a zdá sa, že ho nie je možné upokojiť a utíšiť, prejdite na ďalšiu epizódu. Sledujeme interakčné správanie dieťaťa konkrétne v prejavoch: správanie „približovania“, (proximity) a kontaktu vyhľadávajúce správanie, kontakt/styk udržiavajúce správanie dieťaťa, odporujúce správanie, vyhýbavé správanie. Pozn.: pri otváraní dverí v epizódach separácie by dieťa nemalo zazrieť vonku napr. otca, iné deti, zaujímavé podnety. Po ukončení testu neznámej situácie a zodpovedaní požiadaviek zo strany rodičov, ich otázok a poskytnutí spätnej väzby, je rodič dieťaťa poprosený o spoluprácu pri výskumnej činnosti približne o rok, kedy dieťa dosiahne vek štyroch rokov a je možné u dieťaťa merať prítomnosť mentalizácie, dohadujeme sa na spoločnom termíne stretnutia, vopred je rodič informovaný o podrobnostiach výskumu.

2. etapa zberu dát (december 2009 – január 2010): Rodič s dieťaťom po roku opätovne prichádzajú do ambulancie klinického psychológa, kde výskumný zber dát pokračuje. Administrácia Stanford-Binetovej škály vyžaduje jednak správne oboznámenie sa s nástrojom testovania a citlivé reagovanie na potreby skúšaného. Pre zabezpečenie správnych testových výsledkov je potrebné zachovávať štandardné postupy, vytvorenie adekvátneho raportu medzi skúšaným a skúšajúcim a správne skórovanie odpovede skúšaného. Naším fokusom bolo nezaťaženie testovaného dieťaťa, vybrali sme oblasť verbálneho uvažovania, konkrétne s prihliadnutím na vek štyroch rokov boli administrované subtesty: Obrázkový slovník, Chápanie a Absurdnosti. Nejasné odpovede spolu s dopĺňujúcimi otázkami boli v rozšírených skórovacích inštrukciách a prílohách Príručky podrobne preštudované a starostlivo následne skórované (Adamovič, 1995). Zvláštna pozornosť bola venovaná nadviazaniu kontaktu a vytvoreniu a udržaniu pozornosti predškolského dieťaťa. Pri vyšetrowaní schopností predškolského dieťaťa je nutné prihliadať k niektorým zvláštnostiam tohto obdobia: pretrvávajúci vysoký vplyv emočných faktorov na výkony dieťaťa, je nutné brať viac v úvahu sociálne skúsenosti dieťaťa do tejto doby, kognitívny egocentrizmus, dieťa berie v úvahu len jedno hľadisko, neberie ohľad na to, či mu druhí rozumejú, ten by ale po štvrtom roku mal ustupovať. Okolo 4–6 roku majú už deti vyvinuté určité stratégie k dosiahnutiu žiadúcich výsledkov, tým je pre dieťa avšak ocenenie a pochvala dospelého, nie správna odpoveď (Řičan, Krejčířová, 1995).

Ako prvý administrujeme Slovníkový subtest, ktorý poskytuje údaj o bazálnej úrovni dieťaťa, nami testované deti dosahovali hornú najvyššiu úroveň F, ktorú by podľa noriem mali zvládať deti až vo veku piatich rokov a viac. S-B subtesty zadávame v poradí: Obrázkový slovník, Chápanie a Absurdnosti. Po krátkom oddýchnutí dieťaťa dostatočnom ocenení a vycítení zvládnutia pokračovania testovania dieťaťa (subtesty S-B škály sú ale pre dieťa zaujímavé, po dokončení ich administrovania boli deti prevažne motivované pracovať ďalej, s udržanou pozornosťou), administrujeme test prítomnosti mentalizácie „Sloník Ellie“. Testový materiál tvorili dve postavičky cca 30 cm, hygienicky ošetrené, mäkké, bez nebezpečných častí: sloník Ellie a opička Mickey, ďalej pohár Coca-Coly a krabica, odkiaľ bolo naliate mlieko. Testová situácia bola predvádzaná dieťaťu na ploche stolíka priamo pred dieťaťom, sediacim na jemu určenej malej stoličke. Pri inštruujúcej osobe je zátarasa, za ktorú sa sloník Ellie „odoberie von, kým nie je smädny“. Časové trvanie tejto testovej situácie je do piatich minút, rodičia čakajú na dieťa v miestnosti čakárne, dieťa je ubezpečené o ich prítomnosti vo vedľajšej miestnosti, dieťa je v testovacej miestnosti bez prítomnosti rodičov, pričom sme vychádzali z predpokladu, že deti sú rozptyľované prítomnosťou iných osôb, deti sú ovplyvnené „silovým poľom“, ktoré dospelí vytvárajú, i keby nedávali žiadne známky súhlasu–nesúhlasu s odpoveďami dieťaťa, samotná ich prítomnosť pribrzdzuje spontánnosť a má rušivý vplyv, ktorý interferuje s vytvorením kontaktu medzi dieťaťom a skúšajúcim (Adamovič, 1995). V piatich prípadoch počas zberu údajov bolo dieťa natoľko bojzlivé, vystrašené, že bola prítomná v miestnosti testovania s dieťaťom matka, ktorá bola vopred inštruovaná, aby ostala v miernom úzadí miestnosti, nevravela čokoľvek, čo by mohlo dieťaťu naznačiť odpoveď a umožňovala nám tak zvládať situáciu spôsobom, akým sme potrebovali. Na záver rodičom dieťaťa poskytujeme spätnú väzbu a prípadné odpovede na ich otázky.

3.3 Použité štatistické postupy

Na opísanie vzťahu medzi dvoma kategorickými premennými bol použitý Kramerov kontingenčný koeficient. Pre určenie prítomnosti/nepřítomnosti mentalizácie v rôznych kategóriách vzťahovej väzby dieťaťa boli použité štatistické kalkulátory pre testovanie hypotéz (One Sample Proportion Test). Pearsonov korelačný koeficient sme použili pri vyjadrení lineárneho vzťahu verbálneho uvažovania a mentalizácie dieťaťa, tiež v reteste testu „Sloník Ellie“. Výskumné údaje nadobúdajú normálne rozloženie, koeficient zošíkmenia sa pohybuje v stredových hodnotách, výnimkou je premenná vzťahová väzba, kde koeficient asymetrie sa rovná .98.

4 Výsledky

Overovanie hypotézy 1a): Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi vzťahovou väzbou a prítomnosťou mentalizácie.

Súvislosť medzi vzťahovou väzbou a mentalizáciou je štatisticky významná (Kramerov kontingenčný koeficient $V = .52$, $p = .00$), kategórie iste – bezpečnej vzťahovej väzby sa preukazujú vyššou mierou prítomnosti mentalizácie, než kategórie neistých vzťahových väzieb v prítomnosti mentalizácie.

Overovanie hypotézy 1b): Predpokladáme pozitívny vzťah medzi nameraným skóre verbálneho uvažovania a prítomnosťou mentalizácie u dieťaťa.

	Mentalizácia	Verbálne uvažovanie
Mentalizácia		.01
Verbálne uvažovanie	.40**	

Tab. 2: Testovanie vzťahu premenných mentalizácia a verbálne uvažovanie, (N = 57). Pearsonov korelačný koeficient.

Pozn.: * $p < .05$; ** $p < .01$

Vzťah medzi sledovanými premennými je stredne silný a štatisticky významný ($R = .40$; $p = .01$) s prítomnosťou mentalizácie súvisí vyššie skóre v subtestoch verbálneho uvažovania a s jej neprítomnosťou nižšie skóre verbálneho uvažovania (tab. 2).

Overovanie hypotézy 1c): Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi rodom a prítomnosťou mentalizácie.

	Hodnota	p
Kontingenčný koeficient (Cramer's V)	.37	.00
N	57	

Tab. 3: Testovanie vzťahu koeficientu pre premenné mentalizácia a rod.

Pozn.: $p < .05$

Súvislosť medzi rodom dieťaťa a prítomnosťou mentalizácie nadobudla štatistickú významnosť (Kramerov kontingenčný koeficient $V = .37$, $p = .00$), súvislosť medzi rodom a prítomnosťou mentalizácie je stredne silná a štatisticky významná ($p < .05$) (tab. 3).

Overovanie hypotézy 2: Predpokladáme prítomnosť mentalizácie u detí s nameranou vzťahovou väzbou bezpečnou – istou.

Proporcía vzorky	.66
Veľkosť vzorky	36
Predpokladaná hodnota populačnej proporcie	.75
Hladina významnosti	.05

Tab. 4: Výsledky porovnania prítomnosti mentalizácie u detí s bezpečnou vzťahovou väzbou s očakávaným populačným ukazovateľom prítomnosti mentalizácie u 4-ročných detí.

Pokiaľ $p = .66$ (proporcía vzorky: 24 detí z 36 s bezpečnou vzťahovou väzbou) a $n = 36$ (počet detí s bezpečnou vzťahovou väzbou) a predpokladaná hodnota populačnej proporcie je .75, potom rozdiel medzi .66 a .75 nie je signifikantný na hladine významnosti $p < .05$, a teda u detí s bezpečnou vzťahovou väzbou pravdepodobne schopnosť mentalizácie bude prítomná. 24 detí z celkového počtu 36 detí s bezpečnou vzťahovou väzbou malo prítomnú mentalizáciu, kde rozdiel oproti populačnej proporcii je nevýznamný (tab. 4).

Overovanie hypotézy 3: Predpokladáme neprítomnosť mentalizácie u detí s nameranou vzťahovou väzbou neistou – vyhýbavou, neistou – ambivalentnou.

Proporcía vzorky	.10
Veľkosť vzorky	10
Predpokladaná hodnota populačnej proporcie	.75
Hladina významnosti	.05

Tab. 5: Výsledky porovnania prítomnosti mentalizácie u detí s neistou – vyhýbavou vzťahovou väzbou s očakávaným populačným ukazovateľom.

Pokiaľ $p = .10$ (proporcía vzorky: 1 dieťa z 10 detí s neistou – vyhýbavou väzbou má schopnosť mentalizácie), $n = 10$ a predpokladaná hodnota populačnej proporcie je .75, potom rozdiel medzi .1 a .75 je signifikantný na hladine významnosti $p < .05$. Výskum porovnával prítomnosť mentalizácie u detí súboru s očakávanou

75% populačnou proporciou prítomnosti mentalizácie u detí. Len 1 dieťa z celkového počtu 10 detí s neistou – vyhýbavou vzťahovou väzbou malo prítomnú mentalizáciu, kedy je rozdiel oproti populačnej proporcii významný, a teda bola výrazná neprítomnosť mentalizácie u detí s neistou – vyhýbavou vzťahovou väzbou výskumného súboru (tab. 5).

Proporcia vzorky	.09
Veľkosť vzorky	11
Predpokladaná hodnota populačnej proporcie	.75
Hladina významnosti	.05

Tab. 6: Výsledky porovnania prítomnosti mentalizácie u detí s neistou – ambivalentnou vzťahovou väzbou s očakávaným populačným ukazovateľom.

Pokiaľ $p = .09$, $n = 11$ a predpokladaná hodnota populačnej proporcie je $.75$, potom rozdiel medzi $.01$ a $.75$ je signifikantný na hladine významnosti $p < .05$. Ak by 1 dieťa z celkového počtu 11 detí s neistou – ambivalentnou vzťahovou väzbou malo prítomnú mentalizáciu, čo zodpovedá proporcii $p = .09$ pri veľkosti vzorky $n = 11$, je rozdiel oproti populačnej proporcii významný, vo výskumnom súbore detí s neistou – ambivalentnou väzbou sa nevyskytlo ani jedno dieťa, ktoré by schopnosť mentalizácie v štvrtom roku dosiahlo (tab. 6).

5 Diskusia

Bezpečná kategória vzťahovej väzby je nepochybným protektívnym faktorom pre duševné zdravie, dobrý a stabilný vzťah zvyšuje odolnosť, resilienciu, správanie sa jedinca s bezpečnou väzbou má tie črty, ktoré sa považujú za významné pre salutogézu. Navyiac bezpečná vzťahová väzba otvára kvalitnú živnú pôdu pre vývin schopnosti mentalizácie, dieťa dokáže reflektovať vnútorné stavy druhých ľudí, v spojení s tým rozvíjať správanie, ktoré inhibuje násilné správanie, dnes už objavujúce sa v čoraz nižšom detskom veku.

5.1 Vzťahová väzba a prítomnosť mentalizácie

Dosiahnutie schopnosti mentalizácie je dôležitým vývojovým medzníkom, ktorý deti dosahujú v závislosti na kvalite svojich raných vzťahových väzieb, s čím sú kongruentné aj výsledky výskumu štatisticky významným vzťahom. Oproti očakávaným početnostiam prítomnosti mentalizácie, bolo v súbore detí s bezpečnou vzťahovou väzbou viac detí so schopnosťou mentalizácie a menej detí s neprítomnou schopnosťou mentalizácie v 4. roku života dieťaťa. V kategórii vzťahovej väzby neistá – vyhýbavá, dosiahlo z 10 detí schopnosť mentalizácie len 1 dieťa, v kategórii neistá – ambivalentná vzťahová väzba nemalo schopnosť mentalizácie ani jedno dieťa z 11. Externá validita je ohrozená ohraničenou reprezentatívnosťou vzorky, deti sú síce náhodne losované, avšak len z materských škôlok krajského mesta a okolia, napriek tomu „správanie sa detí v Teste neznámej situácie je približne rovnaké v krajinách a kultúrach Európy, Afriky a Ázie“ (Ettrich, 2008, str. 5). Obmedzenia vnímame v ekologickej validite, môžeme Posudzovacou škálou na meranie vzťahovej väzby, posúdenou 3 odborníkmi, kategorizovať vzťahovú väzbu a preniesť do platnosti mimo „laboratórnych podmienok“? Validitu determinuje latencia testovania po roku života dieťaťa. S pozitívnymi životnými skúsenosťami sa pravdepodobnejšie stretávajú deti s istou vzťahovou väzbou, ukladajúc zážitok skúsenosti do pamäte (Grawe, 2007). Longitudinálne perspektívne sledovania vzťahovej väzby detí a jej stability v čase sa realizovali v Mineapolise, pod vedením Stroufeho a Engelanda a v Regensburgu (Grossmann et al., 2004). Konvergentnú konštruktívnu validitu vo výskume ovplyvňovalo formovanie a výber výskumných nástrojov.

5.2 Korelovanie meraného skóre verbálneho uvažovania a prítomnosti mentalizácie

S prítomnosťou mentalizácie súvisí vyššie skóre v subtestoch verbálneho uvažovania a s jej neprítomnosťou nižšie skóre verbálneho uvažovania. Túto súvislosť výskum interpretuje so zreteľom na možné ďalšie premenné, ako motivácia dieťaťa, schopnosť udržať pozornosť, zaujatosť úlohami, skúsenosti s podobným typom úloh a uvažovania v nich, abstraktne-vizuálne uvažovanie dieťaťa a mnohé iné intervenujúce. Deti s mentalizáciou vynikali okrem subtestu obrázkový Slovník, ktorý zvládali všetky deti podobne úspešne, aj v subtestoch Chápanie a Absurdnosti v otázkach s rastúcou náročnosťou. Kritériová validita bola zvyšovaná výberom meraného nástroja testovania inteligencie dieťaťa, ktorého porovnania boli vykonané s rôznymi ďalšími testmi, vrátane Stanford-Binet: Formulár LM, WISC-R, WPPSI, WAIS-R a K-ABC, s vysokou zhodou, pre bežné aj výnimočné populácie. Výskumy ukazujú, že deti sa môžu líšiť v spôsobe používania reči, v dôraze na rôzne

jazykové funkcie, špecifickosť tohto vývoja závisí na kvalite verbálnej stimulácie, ktorú deťom poskytujú ich matky. Rozvoj verbálnych schopností dieťaťa je predpokladom transformácie vzťahu s matkou, pretože umožňuje udržať kontakt aj na distančnej úrovni (Vágnerová, 2000), harmonickosť vzťahu medzi matkou a dieťaťom prispieva k objaveniu symbolického myslenia a taktiež zvyšuje istotu vzťahovej väzby dieťaťa (Vygotsky, 1978). Ako prípustné ohrozenie internej validity sú považované nevýhody S-B škál, presnejšie nevyrovnaná náročnosť subtestov určených pre jednotlivé vekové kategórie, napr. pre predškolské deti je súbor úloh príliš jednoduchý a diferencuje len v oblasti podpriemeru, a preto výsledky subtestov majú neraz zníženú diagnostickú hodnotu, S-B škála výrazne nadhodnocuje (Řičan et al., 1997).

5.3 Súvislosť medzi rodom a prítomnosťou mentalizácie

V skupine 26 dievčat v 4 roku života bolo 17, u ktorých sa mentalizácia vyskytla, bez prítomnosti mentalizácie bolo 9 dievčat. Zo skupiny 31 chlapcov malo schopnosť mentalizácie podľa testu „Sloník Ellie“ 8 chlapcov, schopnosť mentalizácie doposiaľ nenadobudlo 23 chlapcov vo veku 4 rokov. Súvislosť medzi rodom dieťaťa a prítomnosťou mentalizácie nadobudla štatistickú významnosť. Gilligan poukázala na feminímny spôsob uvažovania, založený na starostlivosti o druhých a zistenie, že mravný vývoj žien je založený na hodnote starostlivosti (Gilligan, 1982). Výskum neopomína vplyv výchovy, rodinného a socio-ekonomického prostredia, odlišnému pristupovaniu k dievčatám, inému k chlapcom, mnohé rodové diskurzy vo výchove pretrvávajúce, ktoré mohli mať vplyv na validitu výskumu. Dievčenská rola je typická vlastnosťami ako závislosť, empatia, citovosť, láskavosť, jemnosť a bezmocnosť. Tieto vlastnosti vedú k správaniu, v ktorom prevažuje empatia k ostatným. Chlapčenská rola je tradične charakterizovaná vlastnosťami ako súťaživosť, nezávislosť, sebavedomie, sila, dominancia, vlastnosti, ktoré vedú k aktívnemu, nezávislému správaniu (Vágnerová, 2000), čo mohlo ovplyvniť odpovedanie chlapcov pri teste rýchlo, presvedčene o zapamätanom objeme pohára. V 4–6 roku majú už deti vyvinuté isté stratégie k dosiahnutiu žiadúcich výsledkov, žiadúcim výsledkom je pre dieťa ocenenie a pochvala dospelého, nie správna odpoveď sama o sebe. Deti preto často perseverujú na určitom type odpovede, či spôsobe riešenia, kde zažili úspech a niekedy je obtiažne prejsť k inému typu úloh (Řičan et al., 1997). Dieťa predškolského veku chápe často stereotypne a rigidne, neberie ohľad na rôzne aspekty hodnotenej situácie, zároveň egocentrizmus v predškolskom veku je stále prítomný. Dieťa má tendencie interpretovať individuálne špecifickým spôsobom, podľa toho, ako mu to aktuálne vyhovuje (Vágnerová, 2000).

5.4 Prítomnosť mentalizácie u detí s nameranou vzťahovou väzbou bezpečnou – istou

Jemnocitné (senzitivné) správanie matky voči dieťaťu koreluje s matkinou bezpečnou vzťahovou väzbou a koreluje aj s rozvinutou mentalizačnou schopnosťou (Fonagy, 2009). Je pritom pravdepodobné, že takáto matka aj od svojej matky v detstve zažívala štýl správania v zmysle jemnocitnej matky. Výskum vychádzal z paradigmy testovania detí ohľadom ich schopnosti rozpoznávať úmysly druhého človeka s poukazaním na teóriu mysle u dieťaťa, podľa ktorej približne 75 % detí vo veku 4 rokov dosiahne schopnosti mentalizácie (Frith, 1996). Projektívny test predpovedajúci schopnosť odôvodniť presvedčenia a priania u 4–5ročných detí, v ktorom bol kontrolovaný vek, verbálne schopnosti a sociálna zrelosť (Fonagy et al., 1997) poukázal na to, čo je možné stanoviť podľa istoty pripútania v detskom veku: 75 % kojencov, u ktorých bolo v 12 mesiacoch rozpoznané isté pripútanie k matke, zvládlo v 4–5 rokoch úlohu odôvodnenia presvedčenia a priania (Fonagy et al., 1997). Do kategórie bezpečnej vzťahovej väzby spadá podľa výskumných záverov približne 60–65 % detí (Hašto, 2005), čo sa priblížilo aj vo výskumnom súbore, kde počet detí s bezpečnou väzbou tvorilo 63 % (N = 57, n = 36). Rozvinutie bezpečnej vzťahovej väzby, ak matka poskytuje bezpečnú základňu, má najlepšiu živnú pôdu pre vytvorenie mentalizácie u dieťaťa (Hašto, 2010). Interná validita bola kontrolovaná výberom dyád matka – dieťa náhodným losovaním, nutnosťou osoby matky v dyáde ako tej, ktorá bola v prvých rokoch prítomná pri dieťati. Je ale možné, že „kvalitne“ geneticky vybavený jedinec by mohol utilizovať aj z minima priaznivých zážitkových možností maximum alebo aktívne vyhľadávať nadväzovanie takých vzťahov a s takými náhradnými osobami, ktoré by mohli pôsobiť korektívne alebo by mohli usmerňovať vnútorný pracovný model.

5.5 Nepřítomnosť mentalizácie u detí s nameranou vzťahovou väzbou neistou – vyhýbavou

Do tejto kategórie väzby spadá približne 20 % detí (Atkinson et al., 2003), vo výskumnom súbore zodpovedal podiel detí s neistou – vyhýbavou vzťahovou väzbou 17,5 %, 10 detí bolo kategorizovaných s neistou väzbou, len 1 z nich malo v 4 rokoch prítomnú mentalizáciu podľa mentalizačného testu „Sloník Ellie“. V projektívnom teste predpovedajúcom schopnosť odôvodniť presvedčenia a priania u 4–5ročných detí, pri ktorom v úlohách

dieťa dostane otázku, ako by sa cítila nejaká postava na základe znalosti dieťaťa o jeho názoroch, nezvládlo úlohu 46 % detí, ktoré boli klasifikované s neistou vzťahovou väzbou (Fonagy et al., 1997). Je súčasne ale prípustné, súčasne internú validitu výskumu ohrozujúce, že dôvodom schopnosti mentalizácie je proces selektívnej inhibície, ktorý umožní deťom presunúť pozornosť k ďalšiemu možnému druhu presvedčenia. Deti, ktoré strávili viac než 20 hodín týždenne v predškolskom zariadení alebo v starostlivosti inej osoby, než materskej, vykazovali viac známkov neistého pripútania k matke, než deti len v starostlivosti matky (Belsky et al., 1990). Tieto výsledky sa týkajú iba chlapcov obtiažne zvládnuteľných, s nedostatočne citlivými a vnímavými matkami. Rovnako výskum zistil, že 3-ročné deti, ktoré viac než 20 hodín týždenne strávili v predškolskom zariadení alebo v starostlivosti inej osoby, než materskej, vykazovali menej známkov istej vzťahovej väzby (47 %), než deti v starostlivosti matky (53 %). Iný výskum naopak dospel k záveru, že kvalitná starostlivosť v materskej škole či inou osobou, než matkou, nemá na vývoj dieťaťa žiadny negatívny dopad (Phillips, 1987). Deti dochádzajúce do kvalitného predškolského zariadenia disponovali na základnej škole vyššími sociálnymi kompetenciami (Andersson, 1992) a vyššou asertivitou, než deti, ktoré začali do predškolského zariadenia dochádzať neskôr (Garett, 1997).

5.6 Neprítomnosť mentalizácie u detí neistou – ambivalentnou vzťahovou väzbou

Vo výskumnom súbore bolo 11 detí kategorizovaných s ambivalentnou väzbou, v štvrtom roku nemalo ani jedno dieťa prítomnú schopnosť mentalizácie. Obmedzením validity môže byť aj pravdepodobný rozdiel medzi prvorodenými a druhorodenými vzhľadom k utváraniu vzťahovej väzby. Faktom naďalej ostáva, že približne jedna tretina rodičov nie je schopná poskytnúť dieťaťu podmienky bezpečnej základne. Legerstee pracovala s deťmi, ktorým benefity bezpečnej vzťahovej väzby neboli dané a ktorých mentalizácia bola nerozvinutá a deformovaná (Legerstee, 2005). Jedinec, ktorý schopnosť mentalizácie postráda, nie je schopný svoju úzkosť odstrániť na reprezentatívnej či symbolickej úrovni. Psychické konflikty sú preto riešené na fyzickej úrovni (Fonagy et al., 1995), konflikty riešia pomocou telesného napadnutia (Pilařová et al., 2001). Výskum berie v úvahu ohrozenie internej validity ako model raného vzťahu v rámci psychoanalýzy či psychoanalytickej psychoterapie dieťaťa, ktorú dieťa podstúpi, ale i iné vzťahy v podmienkach bezpečnej vzťahovej väzby medzi dieťaťom a dospelou autoritou, ktorá by bola schopná kontajnovať a zrkadliť emočné procesy dieťaťa.

Bezpečne pripútané dieťa sa dokáže neskôr ľahšie prispôbiť, tolerovať požiadavky okolitého sociálneho sveta, pravdepodobne je emočne zrelým spôsobom odseparované od objektových vzťahov, disponuje efektívnejším spôsobom využívania intelektových potencialít, má prirodzene spontánne, tvorivé a zvedavé exploračné správanie, asimiluje kontext podnetových situácií, vytvára nové pracovné modely a kognitívne štruktúry, ktoré ho celkovo vo vývine posúvajú. Bolo by pre nás potešením, ak by prínos nášho výskumu spočíval nielen v pokračujúcom skúmaní odbornej verejnosti, týkajúcom sa bázy bezpečnej vzťahovej väzby v súvislosti s pokračujúcim vývinom dieťaťa, ale aj v prevencii venovanej rodičom už počas tehotenstva, najmä pre rodičov s anamnézou vlastnej neistej kategórie vzťahovej väzby vyhýbavej a ambivalentnej k svojim rodičom. Rodičom rizikových detí (napr. aj predčasne narodených detí) by mohla byť venovaná psychoterapia orientovaná na vzťahovú väzbu, individuálna terapia, premyslený tréning zvyšovania kompetencie matky a otca v jemnocitnom správaní, filiálna terapia vzťahovej dyády, smerujúc nielen k regulácii emócií (neadekvátna regulácia emócií je často spájaná s mnohými duševnými ochoreniami), ale aj prevencii násilného správania sa dieťaťa v nízkom veku. Navyiac neurobiologické dôkazy podporujú vplyv vzťahových skúseností na expresiu génov, aj genetické riziko sa dá vykompenzovať bezpečnou vzťahovou väzbou a vyhnúť sa manifestácii psychickej poruchy. Pre rodičov môže byť motiváciou k takémuto venovaniu sa sebe i dieťaťu: obľúbenosť dieťaťa v sociálnom okolí, učiteľnosťou dieťaťa, pozornosťou, sebavedomím, vnímavosťou, jeho radostnosťou a schopnosťou vytvárať si kvalitné vzťahy s pokračovaním v dospelosti, ktoré môžu uľahčiť presadenie autosanačných mechanizmov.

6 Závery

Výskumné výsledky poukázali na vyššiu prítomnosť mentalizácie u detí s bezpečnou vzťahovou väzbou a významne nižšiu prítomnosť schopnosti mentalizácie v neistých kategóriách vzťahovej väzby, pričom najmenej prítomnú mentalizáciu v štyroch rokoch dieťaťa mali deti s kategóriou vzťahovej väzby neistou – ambivalentnou. V práci sme zaznamenali štatisticky významnú pozitívnu súvislosť medzi rodcom a prítomnosťou mentalizácie, s väčším počtom dievčat so schopnosťou mentalizácie v 4. roku, ako aj pozitívnu súvislosť mentalizácie s úrovňou verbálneho uvažovania.

Použitá literatúra

- Adamovič, K. (1995). *Príručka pre administrovanie a skórovanie Stanford-Binetova inteligenčná škála*. IV. Revízia, (7–143) Bratislava: Psychodiagnostika.
- Ainsworth, M. D. S. (Ed) (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale. New York: Lawrence Erlbaum.
- Andersson, B. E. (1992). Effects of day-care on cognitive and socioemotional competence of Swedish school-children. *Child Development*, 63, 20–36.
- Atkinson, R. L. (Ed) (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Belsky, J. (Ed) (1990). Nonmaternal care in the first year of life and security of infant- parent attachment. *Child Development*, 59.
- Bowlby J (1980). Loss: Sadness & Depression. *Attachment and Loss (vol. 3); (International psycho-analytical library no.109)*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1982/1969). *Attachment and loss: Vol. 1. 1. Attachment (2 nd ed.)*. New York: Basic Books. (Original edition, 1969).
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Ettrich, W. (Ed) (2008). *Entwicklungspsychologische Aspekte beim Übergang von den frühen Kinderheit ins Kindergartenalter*, (2–77). München: Staatsinstitut für Frühpädagogik, Elternverein.
- Fonagy, P. (Ed) (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in child and in parent and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200–217.
- Fonagy, P. (Ed) (1995). Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the father. *Int. J. Psycho-Anal.* 76, 487–502.
- Fonagy, P. (Ed) (1997). *Morality, Disruptive Behaviour, Borderline Personality Disorder, Crime, and Their Relationships to Security of Attachment*, (223–277). In L. Atkinson, K. J. Zucker: *Attachment and Psychopathology*, (Eds.). New York: The Guilford Press.
- Fonagy, P. (Ed) (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha, Portál.
- Fonagy, P. (2009). *Soziale Entwicklung unter dem Blickwinkel der Mentalisierung*. In: Allen, J. G. / Fonagy, P. (Hrsg.): *Mentalisierungsgestützte Therapie*, (89–154). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frith, C. D. (1996). Brain mechanisms for having a theory of mind. *Journal of Psychopharmacology*, 10, 9–15.
- Frith, C. D. (Ed) (2008). *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika* 15, 3, 204–206.
- Garett, M. (1997). The effects of infant child care on infant- mother attachment security. *Child Development*, 68, 860–879.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie (192–229)*. Praha: Portál.
- Grossmann, K. E. (Ed) (2004). *Bindungen. Die Gefüge psychischer Sicherkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hašto, J. (2005). *Vzťahová väzba*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hašto, J. (2010). Staré skvosty a nové trendy na príklade mentalizácie. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, 17, č. 10. (<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2010/PSY1-2010-cla2.pdf>)
- Hoffman M. L. (1984). *Empathy, its limitations and its role in a comprehensive moral theory*, (283–302). New York: Wiley.
- Koukolík, F. (2007). *Proč se Dostojevskij mylil?* (25–66). Praha: Galén.
- Legerstee, M. (2005). *Infants' Sense of People: Precursors to a Theory of Mind*, (230). New York: Cambridge University Press.
- Meins, E. (2001). Rethinking maternal sensitivity: mothers comments on infants mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 637–648.
- Nakonečný, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodňář.
- Pilařová, M. (Ed) (2001). Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence, Sborník Obč.sdružení Futurum. (http://www.drpothe.com/index.php?option=com_content&view=article&catid=49%3Apublikovane-clanky&id=135%3Avnitni-hranice-dtskych-zloinc&Itemid=75)
- Phillips, D. A. (1987). Child care quality and children's social development. *Developmental Psychology*, 23, 537–543.
- Premack, D., Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Science*, 4, 515–526.
- Říčan, J. (Ed) (1997). *Detská klinická psychológia*. Praha: Grada publishing.

- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Terman, L. M. (Ed) (1972). *Stanford Binetova inteligenčná škála*. Preklad a úprava K. Adamovič, (25–26). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society*. Cambridge: MA, Harvard University Press.
- Wellman, H. M. (Ed) (2000). Young children's understanding of perception, desire, and emotion. *Child Development*, 71, 895–912.

MOŽNOSTI KOREKCIE SEBAOBRAZU V LOGOTERAPII

THE POSSIBILITIES OF A THERAPEUTICAL CHANGE (CORRECTION) OF SELF-CONCEPT IN A FRAMEWORK OF LOGOTHERAPY

Marta Gašparíková

Katedra psychológie FF TU, Trnava, Slovenská republika

Grantová afiliace

Štúdiá je súčasťou grantu VEGA 1/0250/12

Abstrakt

Reálny obraz o sebe má podstatný význam pre kvalitu života človeka, jeho zrelosť, celkovú spokojnosť i schopnosť zvládania náročných životných situácií. Odráža sa v interpersonálnych vzťahoch a v neposlednom rade súvisí aj so správaním a konaním osoby. Pozitívny obraz o sebe súvisí s prežívaním kvalitnejších vzájomných vzťahov a pozitívnejším vnímaním iných ľudí. Sebaobraz má teda významný vplyv na správanie a prežívanie človeka. Časté negatívne vnímanie seba, nereálne presvedčenia o sebe a neprímerané obrazy o sebe, môžu viesť k oslabeniu psychického zdravia človeka a narušeniu jeho interakcií v sociálnom prostredí. Zmena sebaobrazu resp. jeho korekcie si v takýchto prípadoch vyžadujú dlhodobé psychologické pôsobenie alebo psychoterapeutickú intervenciu. V príspevku sa venujeme problematike sebaobrazu z hľadiska jednotlivých psychologických škôl a psychoterapeutických prístupov. Osobitnú pozornosť zameriavame na obraz o človeku v logoterapii. Logoterapeutický prístup podľa V. E. Frankla kladie dôraz na obnovovanie psychického zdravia najmä cez obnovu a pritakanie životu, dôveru a pripravenosť zmysluplne konať. V závere príspevku opisujeme jednak obrazy o sebe, ktoré vedú k strate duševnej vyrovnanosti a vzniku ochorenia a jednak možnosti logoterapeutickej korekcie obrazu o sebe, ktoré zmierňujú negatívne dopady narušeného sebaobrazu na vzťahy, podporujú vyššiu kvalitu života a zrelé spôsoby zvládania krízových udalostí.

Abstract

A realistic self-concept has a crucial meaning for a quality of life for a person, for her maturity, wholistic wellbeing and ability to cope difficult and challenging life events. It is reflected in interpersonal relationships and related to a behaviour of a person. Positive self-concept is related with experiencing of better interpersonal relationships and more positive perception of the other people. Frequent experienced of negative self-concept, nonrealistic opinions about self and unrealistic self-images can weaken psychic health of a person and interfere with her interactions in a social context. A change of self-concept, resp. Correction of it regards in this cases longterm psychotherapeutical. In this article we deal about the self-concept according the whole variety of psychological theories and psychotherapeutical approaches. Special interest we pay to the antropology of logotherapy. Logoterapeutical approach of V. E. Frankl emphasizes the recovery of psychological health through the renewing of saying yes to life, trust and readiness to act meaningfully. In the last part of article we describe self-images which lead to an loss of psychological balance and create an psychological illness. In opposit to this we list possibilities of a changes of self-concept in logoterapeutical way, which reduce negative impact of distorted self-concept on relationships, supportst higher quality of life and more mature ways of coping difficult and challenging life events.

Klíčová slova

sebaobraz, logoterapia, logoterapeutická intervencia.

Key words

self-concept, logotherapy, logoterapeutical intervention.

„Človek je bytie, ktoré sa neustále rozhoduje o tom, kým je a kým bude“.
V. E. Frankl

Vnútrotným svetom človeka, jeho sebaovnímaním a sebaobrazom, sa v psychológii zaoberajú viaceré psychologické a psychoterapeutické smery. V našej práci načrtávame problematiku sebaobrazu (self-image) v prieniku psychológie osobnosti, sociálnej psychológie a psychoterapie. V tomto kontexte možno uvažovať o reálnom sebaobrazu a ideálnom sebaobrazu. K týmto dvom konceptom sa vzťahujú pojmy ako sebapoňatie (self-concept), sebapoznanie (self-knowledge), sebaoporozumenie (self-understanding), sebahodnotenie (self-esteem), sebahodnota (self-worth), prejavovanie sa navonok (self-presentation), sebaovychova (self-education). V našom príspevku sa osobitne zameriame predovšetkým na chápanie sebaobrazu v logoterapii.

Problematika sebaobrazu v psychológii

Vedomie, ako životná kvalita, je psychicky zakotvené dvojakým vzťahom. Má svoj *predmet* (vedomie čoho) a svoj *podmet* (čie vedomie) (porovnaj Balcar, 1983). „Ja“ sa označuje v psychológii ako *ego* (angl. I, nem. Ich) a *self* (angl. Me, nem. Selbst). Vyjadruje obraz seba a sebaovnímanie, t. z. predstavy, ktoré si jedinec o sebe vytvára a pocity, ktoré s tým súvisia. Podľa Nákonečného (1997) ho možno definovať ako zvláštny psychický „aparát“, ktorý vyjadruje najvyššiu úroveň integrácie osobnosti a je činiteľom špecificky ľudskej organizácie duševného života človeka a jeho dynamiky. Obraz seba samého sa rozvíja po celý život jednotlivca a s tým súvisí problém stability ega, či zmien v obraze vlastného ja. Výrazným je to najmä v kritických etapách života (dospievanie, starnutie) a v krízových životných situáciách (psychická trauma, katastrofy, existenciálne krízy a pod.).

Obraz o sebe teda zahŕňa obraz vlastného tela – jeho autonómiu (silu, vzhľad, odolnosť, zdravotný stav); obraz vlastných duševných vlastností (inteligenciu, vytrvalosť, sklony, záujmy); predstavu o vlastných možnostiach slobodného rozhodovania; o vlastnom myslení; prípadne o vlastnej duši a jej vzťahu k Bohu. Wiliam James (1890) rozlíšil v obraze vlastného ja tri základné elementy (a) *Ja materiálne* (fyzické), zahŕňajúce predstavu vlastného tela a materiálne vlastníctvo (majetok, osobné veci); (b) *Ja sociálne*, t. z. obraz, ktorý si človek vytvára o svojej spoločenskej pozícii, o svojej sociálnej hodnote, t. z. obraz ktorý je formovaný prostredníctvom spätnej väzby druhých osôb; (c) *Ja duchovné*, t. j. obraz, ktorý si človek vytvára o svojich duševných vlastnostiach a ktorý je z časového hľadiska tvorený najtrvalejšími aspektmi vlastnej osoby (napr. vlastnosti, dispozície, hodnoty a morálne sudy) (porovnaj James, 1890; Řičan, 1970; Blatný, Plháková, 2003).

Podľa Řičana (1982, s. 178) obraz seba je súčasťou osobnej mapy sveta, je súčasne obrazom sveta (napr. hovoríme „môžem si myslieť“). Na túto časť mapy zaostrujeme svoju pozornosť, keď ide o niečo dôležité, keď sa rozhodujeme na križovatke svojho života, keď koncentrujeme svoju vôľu či keď sa usilujeme o najhlbšie filozofické poznanie. Najlepšou cestou ako poznať nejakého človeka je teda poznať jeho osobné univerzum, jeho mapu – pozrieť sa na svet jeho očami.

Sebaobraz vzniká a vyvíja sa v interakcii človeka so svetom na základe skúseností. Práve vznikom vedomia sociálneho ja sa dieťa mení na ľudskú spoločenskú bytosť. Napriek tomu, že novorodenec ešte nemá sformované Ja, vnímanie seba začína už v prenatalnom období. Dieťa v maternici cíti a vníma signály, ktoré k nemu zvonku prichádzajú. Tieto skúsenosti môžu ovplyvňovať schému, ako sa bude jednotliviec v budúcnosti vnímať. Táto primárna schéma vnímania seba samého významne závisí od postoja matky k tehotenstvu a k samotnému dieťaťu a tiež od vzťahu otca k nim. Řičan (1982) spája počiatok Ja (seba) s činnosťou a sebakontrolou. V duševnom vývine dieťaťa dochádza medzi 12. až 18. mesiacom ku „koperníkovskej revolúcii“. Do tohto obdobia vývinu sa dieťa domnieva, že je centrom, stredobodom vesmíru. Postupne však začína chápať, že sa samo premiestňuje v priestore. Takýmto spôsobom dochádza k prekonaniu primitívneho egocentrizmu, k decentracii. Prvý sociálno-psychologický vzťah do ktorého dieťa vstupuje je vzťah medzi ním a matkou. Pojmové Ja – individualita – vzniká na základe tohto reálneho vzťahu. Toto detské „ja“ by bolo nemožné bez predchádzajúceho matkinho „ty“. Dieťa sa naučí odlišovať osoby od predmetov, vstupuje ako aktívny činiteľ do sociálneho prostredia, stáva sa osobou a dospieva k magickému slovu „ja“. Najskôr počuje svoje meno, začne sa ním označovať, potom hovorí „chcem“, „moje“.

U dieťaťa sa najskôr vyvíja *vedomie telesného ja*, t. j. vedomie fyzickej odlišnosti od vonkajšieho sveta. Vedomie telesného ja vzniká z vnímania vlastného tela, ktoré sa postupne vydeľuje ako celok odlišný od vonkajšieho prostredia. Svoje telo vníma dieťa nielen očami, sluchom hmatom, čuchom, ale aj vnútrotnými receptormi, reaguje na fyziologické zmeny. Obraz vlastného ja, tzv. telová schéma, je v dospelosti významným aspektom osobnosti. Zahŕňa predstavu o vlastnom tele (je pekné alebo menej pekné), o jeho častiach tela (mám silné

ruky) a určité vitálne pocity (pocit sily, sviežosti). Ako uvádza Nákonečný (1997), súčasťou sebaučínania sa stáva aj oblečenie, ktoré ako prostriedok neverbálnej komunikácie môže vyjadrovať mnoho zo vzťahu jednotlivca k sebe samému.

Človek existuje v interpersonálnych vzťahoch, je sociálne orientovanou spoločenskou bytosťou. Dieťa si v procese svojho vývinu osvojuje a rozvíja vzťahotvorné kvality a vyvíja sa u neho *vedomie sociálneho ja*. Toto vedomie jedinečnosti (som iný ako ostatní) je dôležitou základňou duševného života a formuje sa okolo 30. mesiaca života dieťaťa. Dieťa hovorí „ja chcem“, „ja som“. Vníma seba samého ako sociálnu bytosť (sebareflexia), k čomu prispieva nielen vlastné meno, ale aj súťaživé detské hry, kde sa konfrontuje s inými. Súťaživá detská hra reprezentuje v živote dieťaťa prechod od hrového prevzatia role druhých k organizovanej roli (dieťa musí vedieť, čo urobia ostatní, aby mohlo úspešne hrať svoju hru, musí prevziať zovšeobecnené role ostatných).

Ako uvádza Nákonečný (1997, 2009), ďalším dôležitým aspektom rozvíjania sociability dieťaťa a dôležitým predpokladom formovania „ja“ a sebaučínania, je tiež *transformácia hodnotového systému*. Dieťa v ranom období vývinu prijíma hodnoty od svojich rodičov. Správanie rodičov je pre dieťa zdrojom istoty, ich nesúhlas sa môže stať pre dieťa zdrojom neistoty. Dieťa sa preto začne správať v súlade s tým, čo sa od neho vyžaduje. Neskôr sa prijímanie hodnôt rozširuje na iné osoby, vrstovníkov či skupinu, ktorej členom sa jednotlivec stane. V dospelosti sú to rôzne náboženské, politické a iné ideológie, s ktorými sa osoba stotožňuje, resp. ktoré môžu viesť k rozporom a pôsobia ako zdroj úzkosti. Rozhodujúcim zdrojom pri utváraní sebaobrazu je teda primárna rodina, rodinné prostredie, z ktorého dieťa získava prvé skúsenosti, zažíva vzťah dôvery, bezpečia a istoty. Dieťa sa vníma tak, ako ho vidia jeho rodičia, a neskôr aj iní ľudia. Ľudia, ktorých človek počas svojho života stretne, mu hovoria, za čo ho pokladajú a čo od neho očakávajú. Postoj k sebe odráža do značnej miery to, ako nás hodnotia iní. Je to najmä školské a rovesnícke prostredie, ale aj širšie, napr. mediálne, kultúrne. Životné situácie a skúsenosti, s ktorými sa človek stretne, menia do určitej miery obraz o sebe. Je dôležité, aby človek na základe svojej skúsenosti prijal aj záväzok, čo ho vedie k zrelej identite. Každý človek sa túži zmeniť, byť lepší, šťastnejší, dokonalejší. Snaží sa o to, pracuje na sebe, chce minimalizovať svoje zlé vlastnosti, vypestovať si lepšie, dáva si predsavzatia. Ciele, predsavzatia, hodnoty by mali človeka ťahať dopredu.

Obraz človeka v psychoterapeutických školách

Cieľom každej psychoterapie je osobnostná zmena (sebaopoznanie, sebauprijatie, sebaakceptácia, riešenie problémov, korekcia postojov a pod.); zmiernenie prípadne odstránenie psychofyziologických stavov (napätie, tréma, úzkosť, ap.); pomoc v krízovej situácii a pri záťaži; zmena správania; pomoc v sociálnych kontaktoch a vzťahoch. Psychiku človeka nie je možné jednoznačne uchopiť, pozorujeme ju v jeho prejavochoch. Preto aj jednotlivé psychologické a psychoterapeutické školy popisujú psychiku človeka pomocou rôznych konštruktov, čo sa týka hlavne štruktúry a dynamiky osobnosti a tiež ich porúch (Hanušová, 2004; Vymětal, 2004). Psychoterapeutické prístupy možno rozdeliť podľa princípov z ktorých vychádzajú alebo podľa účinných faktorov, na ktorých stavajú (Kratochvíl, 2006).

Psychoanalýza chápe psychický vývin ako výsledok interakcie biologických a sociálnych vplyvov. Pozera sa na človeka ako na biologického tvora, ktorý sa vyrovnáva s požiadavkami pudov, potrieb, materiálnej reality a ľudskej spoločnosti prostredníctvom psychického aparátu, ktorý sa vyvíja z biologickej matrice prostredníctvom interakcie s okolím. Osobnosť v psychoanalýze sa chápe ako štruktúra a ako skúsenosť. Kľúčovou koncepciou je nevedomá časť psychiky a koncept psychickej reality (porovnaj Vybíral, Roubal, 2010; Norcross, Procháska, 1999). Psychoanalýza predkladá teóriu o fungovaní a vývine ľudskej psychiky s dôrazom na vnútornú, subjektívnu realitu. Vavrda (2004) zdôrazňuje, že nie je vo všetkých bodoch konzistentná, ale medzi najčastejšie modely patrí princíp slasti a vyhnutie sa bolesti, psychický determinizmus (t. z. že popri biologickej alebo telesnej kauzalite je významné pôsobenie nevedomých síl, ktoré určujú priebeh a povahu individuálnej ľudskej skúsenosti).

Behaviorálna terapia sa zameriava na správanie človeka, teda to, čo človek koná, jeho fyziologické, afektívne, kognitívne a motorické prejavy. Toto správanie je zákonité (reflexy, homeostáza), funkčné a zamerané na dosiahnutie určitého cieľa (interakcia s prostredím, podmieňovanie). Analýzou prostredia jednotlivca a preskúmaním kognitívnych procesov môžeme porozumieť tomu, prečo a ako sa správa. Potom lepšie predvídame správanie a účinnejšie dosahujeme požadovanú zmenu. Narušené, maladaptívne správanie je podľa behaviorizmu získané a vyvíja sa podľa princípov učenia. Ďalšími faktormi, ktoré sa podieľajú na jeho vzniku, sú genetické, biochemické a organické, rola prostredia a sprostredkujúce kognitívne procesy (dysfunkčné pre-

svedčenie, očakávanie a hodnotenie pri vývine maladaptívneho správania) (porovnaj Durecová, 2004; Vybíral, Roubal, 2010; Norcross, Procháska, 1999).

Základným východiskom v chápaní obrazu človeka pre *rogersovský prístup* je tendencia k rastu, rozvoju, napĺňanie pozitívnych možností a sociálnosť. Medzi základné teoretické konštrukty patrí aktualizácia tendencie a organizmické hodnotenie. Sebaaktualizačná tendencia je základom motivácie človeka. Táto tendencia je podľa C. Rogersa (1995) vrodená, osoba rozvíja svoje kapacity, smeruje k rastu, zreniu a obohacovaniu života, rozvíja svoje vzťahy. Organizmické hodnotenie je proces vnútorného hodnotenia a orientácia v sebe a vo svete, ktoré vedie k rozhodovaniu a konaniu. C. Rogers vychádza z homeocentrického chápania, v ktorom je človek východiskom a zároveň mierou všetkých vecí. Svet považuje za svet našej subjektívnej reality, ktorý je jedinečný a zároveň premenlivý – preto je jedinečný a premenlivý aj každý človek. Pre formovanie a rozvoj osobnosti sú dôležité vzťahy k ostatným ľuďom, najmä bezvýhradné prijatie, akceptácia druhými vedie k pocitu bezpečia, vedomia vlastnej hodnoty, dôvera vo svet. (porovnaj Junková, 2004; Kratochvíl, 2006).

Obraz o človeku v logoterapii

V. E. Frankl (1994) obohacuje ostatné psychoterapeutické smery a postupy tým, že dopĺňa obraz človeka o duchovný rozmer. Prispieva tak k celostnému pohľadu na človeka a vidí ho v troch dimenziách – biologickej, psychologickú a noetickej. *Biologickú* (somatickú) dimenziu reprezentuje telo, t. j. biologické kvality. Táto dimenzia je nielen u človeka, ale aj u zvierat a rastlín. Dimenziu *psychologickú* (psycho-sociálnu) reprezentuje duša (emócie, pudy, inštinkty) a nachádza sa u človeka aj u zvierat. *Duchovná* (noetická) dimenzia je reprezentovaná duchovnosťou (myslenie, chcenie, rozhodovanie, postoje, prežívanie zmyslu) a je špecifická len pre človeka.

V logoteórii je osoba charakterizovaná v kontexte existenciálnej analýzy. Frankl (1994, 1996, 2009) ju opisuje v desiatich tézach, ktoré zdôrazňujú, že: osoba je individuum, je jednotou ktorá sa nedá ďalej deliť; je nezlučiteľná a nedeliteľná; je nielen jednotou, ale aj celkom. Každá jednotlivá osoba podľa V. E. Frankla je absolútne nóvum, lebo duchovná existencia je neprenosná, nerozmnožuje sa z rodičov na dieťa. Každá osoba je duchovná, ale potrebuje svoj organizmus, aby mohla konať a vyjadrovať sa. Organizmus je prostriedkom k účelu a ako taký má úžitkovú hodnotu. Opačným pojmom úžitkovej hodnoty je dôstojnosť, ktorá prislúcha len osobe. Dôstojnosť osobe prináleží len na základe hodnôt, ktoré už uskutočnil a preto ju nemôže stratiť. Osoba je existenciálna – existuje ako svoja vlastná možnosť, pre ktorú alebo proti ktorej sa môže rozhodnúť. Človek sa vždy rozhoduje, čím bude v najbližšom okamihu. „Byť človekom“ je v podstate „byť zodpovedným“. Osoba je spojená s „Ja“, nie s pudovosťou (Ono). Týka sa to tiež života religiózneho človeka a jeho osobného vzťahu s „Absolútnom“.

Osoba predstavuje telesno-duševno-duchovnú *jednotu a celok*, ktorý tvorí podstatu človeka. Vnútri tejto jednoty a celku sa duchovno v človeku pretkáva s telesným a duševným. To vedie k noo-psychickému antagonizmu, ktorý je fakultatívny, kým psychofyzický paralelizmus je obligatórny. V súvislosti s tým môžeme povedať, že noo-psychický antagonizmus určuje základ tomu osobnému potenciálu, kde sa môže apelovať a vyburcovať „silu vzdoru ducha“, proti zdanlivo silnému psychofyzickému (porovnaj Frankl 1994, 1996).

Osoba je *dynamická* práve tým, že sa duchovno dokáže dištancovať od psychického a fyzického. Frankl (1994, s. 82) píše, že „...ex-sistovať znamená vystupovať zo seba samého a proti sebe samému. Proti sebe samému vystupuje človek vtedy, ak vystupuje ako duchovná osoba proti sebe samému ako psychofyzickému organizmu. Keď sa človek vysporiada sám so sebou, oddeľuje sa duchovno a telesno-duševno.“ Osoba môže pochopiť samu seba len vtedy, ak vychádza z transcendentie. „Človek je tiež človekom len v takej miere, pokiaľ sa chápe ako vychádzajúci z transcendentna, a je tiež osobou len v takej miere, v ktorej je ako vychádzajúci z nej personalizovaný: teda preniknutý volaním transcendentie“ (Frankl, 1994, s. 82). Toto volanie transcendentie môže počúvať vo svojom svedomí.

Zatiaľ čo psychoanalýza sa pozerá na ľudskú existenciu ako na existenciu ovládanú „vôľou po slasti“ a individuálna psychológia ako na existenciu ovládanú „vôľou po moci“ – Franklova existenciálna analýza vidí ľudskú existenciu ako ovládanú „vôľou po zmysle“. Teda v logoterapii sa jedná o existenciálnu prestavbu, zápas o zmysel existencie a o vzájomnú pomoc v tomto zápase. Na základe týchto úvah môžeme povedať, že logoterapia predstavuje človeka ako slobodného, zodpovedného, otvoreného, intencionálne nastaveného k niečomu alebo k niekomu, schopného sebatranscendencie, orientovaného k hodnotám a realizujúceho zmysel života.

Korekcia obrazu človeka v logoterapii

Pomocou svojich obrazov chápeme a vysvetľujeme si všetko to, s čím sa v živote stretávame. V obrazoch sa odráža význam, ktorý zo svojho subjektívneho hľadiska prisudzujeme svetu a skutočnostiam v ňom. Je dôležité rozlišovať medzi obrazmi, ktoré vedú k ochoreniu a stoja životu v ceste a medzi obrazmi, ktoré pomáhajú človeku k naplnenému životu. Logoterapia Viktora E. Frankla ponúka pre zdravých i chorých skutočné korekcie sebaobrazu, obrazu o človeku, o svete a nepriamo aj obrazu o Bohu. Tým smeruje k obnove a upevnení „áno“ životu, základnej dôvery a pripravenosti zmysluplne konať. Logoterapeutická intervencia ponúka takú filozofiu a antropológiu, ktorá človeka berie vážne v jeho existencialite. Uzdravuje už tým, že ľuďom umožňuje si nanovo vymedziť seba aj druhých.

Ludia riadia svoj život podľa hlboko uložených predstáv – čo sa smie, má alebo musí urobiť s ohľadom na hodnotu vecí a osôb okolo seba. Negatívne hodnotenie sa spája s negatívnym správaním, povýšenectvom a pohrdaním. E. Lukasová píše (1997), že ak máme sami o sebe zlú mienku, platí to rovnako aj pre naše životné rozhodnutia, ktoré sa často obracajú proti nám. Ak hodnotíme človeka ako úbohú a problémovú bytosť, ktorá je len pre zlosť, postupne sa staneme nepriateľmi ľudí. Lukasová opisuje štyri obrazy, ktoré úzko súvisia s duševnou stabilitou či labilitou človeka. Uvedené obrazy sa na poruchách nepodieľajú kauzálne. K tomu, aby boli označené ako problematické, postačujú ich účinky – napr. vyhraňovanie nesprávnych postojov a zosilňovanie chorobného správania. Ku strate duševnej vyrovnanosti a vzniku ochorenia vedú tieto obrazy (pozri v Tab. 1 až Tab. 3).

a) Korekcia znevažujúcich a podceňujúcich obrazov

Spoločnou črtou obrazov v Tab. 1 sú *znevažujúce a podceňujúce obrazy*, ktoré znižujú zábrany voči ničeniu a podieľajú sa na *psychopatiách*. Protikladným obrazom sú obrazy potvrdzujúce hodnoty, otvárajúce a poskytujúce zmysel.

Sebaobraz	Negatívny sebaobraz	sebaodmietanie, podceňovanie vlastných možností a schopností až po nenávisť k sebe samému
Obraz o človeku	Negatívny obraz o človeku	cynizmus, ľahostajnosť, pesimizmus až po pohrdanie ľuďmi
Obraz o svete	Negatívny obraz o svete	svet je nezdravý a nevyliciteľný, omyl evolúcie, náhodný chaos
Obraz o Bohu	Negatívny obraz o Bohu	odmietanie Boha, ktorý dopúšťa utrpenie, necháva človeka bez pomoci, svár s Bohom až po ateizmus.

Tab. 1: Znevažujúce a podceňujúce obrazy

Logoterapeutický prístup podľa E. Lukasovej spočíva na základnom predpoklade, že „... život má ničím nepodmienený zmysel a nestráca ho za žiadnych okolností. Tento zmysel sa „tu a teraz“ konkretizuje podľa osôb a situácií prostredníctvom troch možností uskutočňovania hodnôt: v tvorivom konaní, v milujúcom prežívaní a v statočnom a dôstojnom znášaní nemeniteľného utrpenia.“ (Lukasová, 1997, s. 202). Jedna z týchto možností uskutočňovania hodnôt je prítomná v každom okamihu života, je nerozlučne spojená s našim životom a robí ho pozitívne zvládnuteľným. Je to vlastne obraz potvrdzujúci hodnoty a otvárajúci zmysel v celom spektre obrazov – od sebaobrazu až po obraz o svete.

Kráľovskou cestou logoterapie sú hodnoty. Podľa logoteórie človek nie je bytosť tlačaná pudmi, ale ťahaná hodnotami. Pre uskutočnenie hodnôt sa každý rozhoduje slobodne, s pocitom zodpovednosti, a tak sa sám otvára svetu hodnôt. V. E. Frankl (1994) rozlišuje tri druhy hodnôt, v ktorých človek môže nájsť svoj životný zmysel.

Patria tu *Tvorivé hodnoty*, ktorých uskutočňovanie spočíva v tom, čo človek sám vytvára a dáva svetu. Život sa môže stať zmysluplný tým, že človek vykonáva čin, alebo vytvorí dielo. Príležitosťou k takýmto hodnotám je predovšetkým práca. Uskutočňovanie *Zážitkových hodnôt* spočíva v tom, čo človek získava od sveta v podobe vzťahov a zážitkov (prežívanie lásky, dobra, pravdy, priateľstva, vnímanie umenia, poznávanie...). Život sa môže stať zmysluplný tým, že človek niečo alebo niekoho skutočne zažije. Podľa Balcara (1995, s. 134) „... prežiť niekoho v jeho plnej jedinečnosti a jednorázovosti znamená milovať ho...“. Tým sa pripisuje zvláštny význam láske, ktorá je vrcholnou príležitosťou na objavovanie a uskutočňovanie zážitkových hodnôt. Realizácia *Postojových hodnôt* spočíva v tom, ako sa človek dokáže postaviť k ťažkému osudu, ktorý nemôže zmeniť (k utrpeniu a smrti). Život môže byť zmysluplný aj tam, kde je človek vydaný osudu ako objektívne beznádejnej situácii. Aj tam môže svoj život zmysluplne utvárať a meniť tak, že sa on sám zmení v postoji k vlastnému

životu a prijme ho ako svoju úlohu. Aktívne, zodpovedné a slobodné zaujatie statočného postoja i k nezvratným dôvodom vlastného utrpenia, dáva takejto ľudskej situácii nezastupiteľný životný zmysel, mení ju na víťazstvo a prirodzene znižuje samotné utrpenie, či už telesné, alebo duševné (porovnaj Balcar, 1995; Frankl, 1994).

Podstatný prínos logoterapie spočíva práve v tejto tretej možnosti naplňania životného zmyslu. Tam, kde iné psychoterapeutické smery podporujú u človeka schopnosti dobrého výkonu alebo intenzívneho citového prežívania, existenciálna analýza a logoterapia má človeka disponovať k tomu, aby bol schopný zmysluplného utrpenia (porovnaj Frankl, 1994, 2007, Balcar, 1995). Logoterapia je v podstate výchovou k zodpovednosti, vedie človeka k uvedomeniu si zodpovednosti za realizáciu hodnôt. Pomáha človeku objasňovať svoje hodnoty, vedie ho aby naplnil zmysluplne svoj život.

(b) Korekcia neprimeraných a neadekvátnych obrazov

Neprimerané, nerealistické a neadekvátne obrazy (Tab. 2) prispievajú k poruche poznávania reality a podieľajú sa tak na *psychózach*. Protikladným obrazom sú obrazy primerané povahe bytia a blížiac sa k pravde.

Sebaobraz	Nerealistický sebaobraz	preceňovanie alebo podceňovanie vlastných možností a schopností až po bludné predstavy
Obraz o človeku	Obraz o človeku ako úplne závislom alebo úplne nezávislom	obraz o človeku ako úplne determinovanom a nezodpovednom, alebo viera v jeho všemohúcnosť
Obraz o svete	Skreslený obraz o svete	groteskné, iluzórne obrazy o svete, „vzdušné zámky“, snový, zdanlivý svet
Obraz o Bohu	Antropomorfný obraz o Bohu	projekcia vlastných citov a myšlienok do nadprirodzena, výklady a výroky o tom, čo je slovami nepostihnuteľné

Tab. 2: Neprimerané a neadekvátne obrazy

Logoterapeutický prístup hovorí o tom, čo je špecificky ľudské, o spôsobe bytia, ktorý je vlastný práve človeku. Berie do úvahy biologické, psychologické a sociologické poznatky o človeku, ako aj zákonitosti jeho vývinu a správania. Usiluje sa popísať existenciálnu dimenziu, ktorá je špecificum humanum, teda jedinečná, robí človeka naozaj človekom. Práve tu je schopnosť človeka k sebadištancovaniu a sebatranscendencii, jeho duchovná sloboda a zodpovednosť, najvnútornejší hlas jeho osobného svedomia a otázka po poslednom a najvyššom zmysle. Je to obraz, ktorý sa snaží priblížiť celej pravde o človeku ako telesnej, duševnej a duchovnej jednote.

Podľa V. E. Frankla (1996) k podstate človeka patrí to, že je otvorený svetu. Byť človekom znamená presahovať seba samého. Podstata ľudskej existencie spočíva v sebatranscendencii, teda byť zameraný na niečo alebo na niekoho – byť oddaný povolaniu, ktorému sa venuje; človeku ktorého miluje; Bohu, ktorému slúži. Ako hovorí V. E. Frankl (1996, s. 37), „... také sebahovnanie prekračuje rámec všetkých tých obrazov človeka, ktoré v zmysle monadológie chápu človeka ako bytosť nesiahajúcu nad a mimo seba po zmysle a hodnotách a takto je orientovaná k svetu. Ale je natolko zaujatá sama sebou, že jej ide o zachovanie, poprípade obnovenie homeostázy“.

Duchovno teda predstavuje špecifický ľudský fenomén. Myslí sa ním napr. snaha po zmysle človeka, jeho sebatranscendencia, jeho sloboda a zodpovednosť. Logoterapia, ale aj existenciálna analýza sú psychoterapie „orientované na duchovno“. Logoterapia je terapia vychádzajúca z toho, čo je duchovné a existenciálna analýza sa zameriava na to, čo je duchovné. Logoterapia vychádza z duchovného, existenciálna analýza k nemu vedie. Logoterapia predpokladá existenciu toho, čo je duchovné, objektívneho sveta zmyslu a hodnôt, ktorý začleňuje do psychoterapeutického procesu. V existenciálnej analýze ide o výzvy k existencii ako tej, ktorá má vždy možnosť. Podstata človeka je duchovná, človek je duchovná bytosť. Somatické a psychické človeka tvorí jednotu, ale to neznamená, že sa v nej vyčerpáva celosť človeka, patrí k nej jeho duchovnosť, duchovná osoba zabezpečuje jednotu človeka. To, že hovoríme o telesnom a duševnom ešte neznamená, že táto tretia možnosť neexistuje.

Nerealistické obrazy sú späté s poruchou vnímania reality. V tejto súvislosti Frankl (2007) zdôrazňuje tézu, že pre každú psychoterapiu je dôležité vytvoriť taký vzťah s pacientom, pre ktorý platí „Neopustím Ťa, kým sa nestaneš sám sebou“. Ide o to, aby sme klienta nielen vyviedli z jeho choroby, ale aby sme ho priviedli k jeho pravde. Je to vždy konkrétna pravda, pravda videná vo vlastnej perspektíve osoby.

(c) Korekcie zúzkostňujúcich a ohrozujúcich obrazov

Zúzkostňujúce a ohrozujúce obrazy podryvajú nádej a dôveru, a podieľajú sa tak na *neurózach*. Namiesto zúzkostňovania je potrebné a uzdravujúce poskytnúť obraz bezpečia.

Sebaobraz	Obraz o zničiteľnom ja	sklon k sebazaistovaniu a sebaobrane z neustáleho strachu o seba
Obraz o človeku	Zúzkostňujúci obraz o človeku	vnímanie druhých ľudí ako zlých, so zlou vôľou až po chronickú nedôveru
Obraz o sebe	Hrozivý obraz o svete	fantázie o zániku sveta, svet v troskách, katastrofické očakávania
Obraz o Bohu	Obraz trestajúceho Boha	prehnané pocity viny, strach z moci pekla, z opustenosti, z pomstychtivého Boha

Tab. 3: Zúzkostňujúce a ohrozujúce obrazy

Malé deti potrebujú dôverne známe osoby, veci, známe miesto. To je usporiadaný svet, do ktorého vrastajú. Má svoj pravidelný denný rytmus, jasné hranice medzi dobrým a zlým a jednoznačné signály od dospelých. V takomto usporiadanom svete cíti mladý človek s istotou, že aj on má svoje miesto. Správne miesto, na ktorom je a na ktorom má byť. Miesto, kde je vítaný, kde je správne, že je, miesto, ktoré je práve jeho. Vedomie týchto skutočností mu pomáha pokojne sa rozvíjať.

Lukasová (1997) zdôrazňuje, že domov je prostredie bezpečia a dôvery, v ktorom môže vospievanie človeka prebiehať nerušene a bez prekážok, je to živná pôda krajiny, ktorá ho obklopuje, chráni ho svojou ustálenosťou práve tak, ako predtým materské lono. Kto nikdy nikam nepatril, k žiadnej rodine, miestu, svetonázorovému prúdu s jeho rituálmi a symbolmi, ten neskôr niekedy blúdi, aby našiel niečo svoje, nejaký predmet a obsah, ktorému by sa mohol s radosťou zaviazat'. Túžbu po stratenom domove často vyjadruje kríza svedomia a životnej orientácie. Napriek tomu aj človek, ku ktorému boli okolnosti od samého začiatku menej priaznivé, môže nájsť svoje miesto, kde je očakávaný a vítaný, možno nie svojimi najbližšími, ale vyššou inšinciou. Aj pre neho je pripravené zákutie, do ktorého všetko správne zapadne – jeho schopnosti, nadanie, sila a čas jeho života. Pripútať sa k takémuto miestu môže byť pre neho ťažšie, ale domov nie je tam, odkiaľ pochádzame, ale tam kam patríme.

V logoterapii nachádzame svet plný zmyslu a možností uskutočňovania hodnôt, ktorý sa ponúka duchovnej osobe, v nej je každý človek otvorený zmyslu a hodnotám. Psychiatrické krédo hovorí, že telesná a duševná choroba môže osobu narušiť, nie však zničiť. Osoba je takto povolaná k existencii, je povolaná k tomu, aby sa chopila ponúknutých možností zmyslu vo svete, premenila ich na skutok a tak naplnila svoj život. Je to obraz nekonečnej útechy, vyžarujúcej bezpečie, ktoré nedokáže človeku zabezpečiť žiadna sociálna sieť. Môžeme teda povedať, že logoterapeutický prístup je účinný vďaka svojim obrazom, ktoré vedú k životu s hodnotami, k životu v existenciálnej vernosti podstate bytia a k životu v základnej dôvere bez úzkosti.

Záverom

Každý človek so svojim životným príbehom vytvára spolu s ostatnými svojím jedinečným spôsobom nepopierateľnú pravdu o dejinách sveta. Dostatočné poznanie seba samého nikdy nemôže zostať konečným cieľom, ale oveľa viac je prechodným štádiom na ceste, ktorá má smerovať nad seba samého. (porovnaj Lukasová, 2009). Sebapoznanie odkrýva to, čo v samej osobnosti už existuje – nevedomé pudové potreby, danosti získané výchovou a vôľové prísady z predchádzajúcich období. Pri zaobchádzaní so sebou samým buduje človek svoju osobnosť, realizuje duchovne vedomé aj nevedomé (náboženskú vieru, lásku v najširšom zmysle a umeleckú inšpiráciu). Obraz človeka, ktorý ho vystihuje v jeho dôstojnosti a jedinečnosti, nám môže pomôcť aby sme úspešne zvládli aj neľahké medziľudské kontakty. Pomáha i k prijímaniu seba samých a k láske k druhému človeku v jeho odlišnosti. Všetko to, o čom sa práve ‚teraz‘ rozhodujeme, sa ‚neskôr‘ stane večnou pravdou o nás samých. Máme len jeden život, v ktorom túto pravdu spoluvytvárame. Závazky v našom živote sa stávajú našou existenciálnou väzbou aj za hranice nášho pozemského bytia. Stávajú sa tak našou väzbou a identitou našej osoby.

Zaobchádzanie so sebou sa rovná neskoršej seba výchove k dosiahnutiu vnútornej kontroly a vnútorného rastu. Predpokladom na zmiernenie početných duševných porúch, ako sú závislosť, delikvencia a iné, je minimum vnútornej kontroly. Môže sa uskutočniť len z pohybu ducha, ktorý sa dištancuje od ‚ja‘ a z tohto odstupu pôsobí spätne na ‚ja‘. Minimum vnútorného rastu je zasa predpokladom na udržanie zdravia vo všetkých životných situáciách, ktoré si vyžadujú schopnosť podávať výkony, milovať i trpieť. Môže sa uskutočniť len z pohybu ducha, ktorý transcenduje ‚ja‘ tým, že počúva na výzvu k zmyslu. Podľa Frankla (2007, s. 24) „...psychoterapeutické uvedomenie si logosu znamená uvedomiť si zmysel a hodnoty. Psychoterapeutické

sprítomnenie si existencie znamená sprítomnenie si slobody a zodpovednosti. Uvedomiť si zmysel a hodnoty znamená uvedomiť si bytie ako povinnosť (Sein – sollen), sprítomnenie si slobody a zodpovednosti znamená sprítomniť si bytie ako možnosť (Sein – können)“. Osoba má dôstojnosť a táto dôstojnosť je hodnota sama o sebe.

Sebaobraz má vplyv na správanie a prežívanie, preto práve časté negatívne vnímanie seba, nereálne presvedčenia o sebe a iné neprimerané obrazy o sebe, ich zmena, môže viesť k posilneniu psychického zdravia človeka. Zmena obrazu si často vyžaduje dlhodobé psychologické pôsobenie. Pozitívny sebaobraz napomáha človeku prijímať iných ľudí okolo seba a prežívať kvalitnejšie vzťahy. Tým môže znižovať riziko rôznych závislostí, rôznych porúch (ako napr. poruchy príjmu potravy), až po riziko sebapoškodenia, samovraždy. Duševne zdravý a zrelý človek si uvedomuje vnútornú súvislosť, kontinuitu svojho života i to, že o túto kontinuitu treba zápasíť. Konkrétnejšie, jasnejšie a pozitívnejšie ciele, pre ktoré sa človek rozhoduje a ku ktorým smeruje s dlhodobejšou perspektívou vo svojom konaní, prispievajú k pevnejšej kontinuite a zdravšiemu obrazu o sebe i o svete.

Literatúra

- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. (1st ed.). Praha: SPN.
- Balcar, K. (1995). Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. *Československá Psychologie*, 39, 127–141.
- Blatný, M. & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí*. (1st ed.). Brno: Scan.
- Durecová, K. (2004). Behaviorální terapie. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, (2th ed., pp.183–205). Praha: Grada.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Vol. I. New York: Dover Publicationes.
- Junková, V. (2004). Rogersovská psychoterapie. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, (2th ed., pp. 207–229). Praha: Grada.
- Frankl, V. E. (1996). *Lékařská péče o duši*. (1st ed.). Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (2009). *Psychoterapia pre laika*. (1st ed.). Bratislava: Lúč.
- Frankl, V. E. (2007). *Trpiaci človek*. (1st ed.). Bratislava: Lúč.
- Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu*. (1st ed.). Brno: Cesta.
- Hanušová, I. (2004). Indikace a cíle psychoterapie. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, (2th ed., pp. 39–46). Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. (1st ed.). Praha: Portál.
- Lukasová, E. (1997). *Logoterapie ve výchově*. (1st ed.). Praha: Portál.
- Lukasová, E. (2009). *Základy logoterapie*. (1st ed.). Bratislava: Lúč.
- Nákonečný, M. (1997). *Psychologie osobnosti*. (1st ed.). Praha: Academia.
- Nákonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. (2th ed.). Praha: Academia.
- Norcross, J. C. & Procháska, J. O. (1999). *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. (1st ed.). Praha: Grada.
- Rogers, C. R. (1995). *Ako byť sám sebou*. (1st ed.). Bratislava: Iris.
- Říčan, P. (1970). Pojmy já v psychologii osobnosti. *Československá psychologie*. 14, s. 209–229.
- Říčan, P. (1982). *Psychologie osobnosti*. (1st ed.). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Vavřda, V. (2004). Psychoanalytická psychoterapie. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, (2th ed., pp. 231–253). Praha: Grada.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.) (2010). *Současná psychoterapie*. (1st ed.). Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2004). Vymezení oboru psychoterapie. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, (2th ed., pp. 19–37). Praha: Grada.

NEBEZPEČNÉ PRONÁSLEDOVÁNÍ MEZI MLADISTVÝMI

STALKING AMONG JUVENILES

Jan Bartoněk, Kamil Kopecký

Projekt E-Bezpečí, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Abstrakt

Príspevek se věnuje tématu, které je kontroverzní, a to minimálně ze dvou důvodů. Prvním z nich je skutečnost, že se v českém prostředí s přijetím legislativních opatření v roce 2010 sice začalo více o problematice stalkingu hovořit v odborných kruzích, ale oblast pronásledování týkající se dospívajících dětí zůstává více méně neprobádaná. Druhou spornou otázkou přináší zahraniční výzkumy, na jejichž poli se odehrává diskuze na téma, zda je vůbec nutné se problémem nebezpečného pronásledování mladistvých zabývat. Cílem je podpořit závěry zahraničních výzkumů, které upozorňují na nutnost řešení stalkingu mezi mladistvými, a to prezentací výsledků vlastního průzkumu. Ten proběhl na několika olomouckých středních školách v minulém roce. Téma je v příspěvku rozebráno z pohledu legislativního ukotvení. Dále se zabývá kontextem školního prostředí, kde rozebírá otázku, zda jsou například metodici prevence připraveni poskytnout základní pomoc obětem nebezpečného pronásledování.

Abstract

The paper concerns rather controversial theme, at least for two reasons. Even though stalking among juveniles has become more discussed by the scientists after passing the legislation processes in 2010, it still has just a few results. The second contradictory issue is related to foreign research, which bring an answer how important is to deal with stalking and if it is actually necessary to take it so seriously. The point of this article is to support final conclusions of foreign studies which acknowledge the existence of stalking among juveniles. We present our own exploration which was made during this year in high schools in Olomouc. The problem is analysed from the point of view of the legislation aspect. Further, it occupies with the question how prepared are the school social workers and if they are able to help victims of this dangerous behaviour.

Klíčová slova

nebezpečné pronásledování mezi mladistvými; znaky pronásledování; školní prostředí; prevence; průzkum.

Key words

stalking among juveniles; characteristic of stalking; school environment; prevention; exploration.

Záměr

K průzkumu v oblasti pronásledování mezi mladistvými nás mimo jiné přivedlo uznání nebezpečného pronásledování (stalkingu) za trestný čin podle § 354 trestního zákoníku. Spojení trestní zodpovědnosti mladistvých s tímto chováním tak otevírá v kontextu školního prostředí velké množství otázek. Druhým důvodem, proč jsme se rozhodli zkoumat přítomnost stalkingu mezi žáky středních škol, je diskuze v zahraničních výzkumech o tom, zda je třeba se stalkingem mezi mladistvými zabývat. Jak dokazují zahraniční výzkumy (Purcellová, 2009; Evans, 2011), je to nezbytné.

Teoretické zakotvení výzkumu

Vyskytuje se stalking mezi mladistvými nebo jde o problém, který se týká výhradně dospělých? Před vlastním rozborem je na místě zamyslet se nad otázkami, které položila forenzní psychologka Čírtková na pražské konferenci o stalkingu pořádané Ministerstvem vnitra ČR v roce 2011. Čírtková vychází z vlastní praxe a upozorňuje na problém v rozlišení mezi stalkingem a tzv. „nezvládnutým rozchodem“. Stejně tak je důležité ptát se, jaká míra obtěžujícího chování je nutná (tedy kolik „kontaktů“ musí proběhnout, aby se jednalo o pronásledování) a do třetice – jaké chování považovat za důvodnou obavu – termín, který se označuje jako znak stalkingu dle § 354 TrZ.

K definici jsme použili analýzu podle Johna Meloye (1998). Ten udělal souhrn nejčastějších prvků společných všem definicím, přičemž bral v potaz: vzor obtěžujícího chování, který se blíží pronásledování, implicitní nebo explicitní hrozby vycházející ze vzorů obtěžujícího chování a důsledky pronásledování, které se projevují na oběti. Důležitým závěrem jsou následující prvky společné pro stalking, které byly na základě uvedeného vybrány: opakování, neodbytnost, touha po přiblížení, prostředky online a off-line komunikace. Definice, kterou podle nás nejlépe charakterizuje problém, zní:

„Stalking je označení pro opakované, neodbytné a nevítané pokusy o komunikaci nebo kontakt, které v oběti vzbuzují obavu. Stalker k tomuto může využívat různé prostředky jako jsou telefonní hovory, dopisy, emaily, nápisy na zdech nebo oznámení v médiích. Stalker může obět pronásledovat nebo pozorovat její bydliště. Stalking je často spojen s dalšími formami obtěžování jako je objednávání zboží na jméno oběti, zaslání nevyžádaných materiálů a falešné obviňování.“ (Mullen, 2001, s. 1)

Brali jsme přitom na vědomí, že toto vymezení má spíše formu, která poukazuje na vnější projevy stalkerova chování. Definice je tím pádem použitelná při identifikaci vlastní zkušenosti se zmíněným chováním z pohledu oběti. Tento aspekt rozebíráme dále v části věnované metodologii. Zbývá se vypořádat s položenými otázkami zaměřenými na délku pronásledování a intenzitu útoků a rozebrat, jakým způsobem postupuje policie a soudy při posuzování těchto nejednoznačných prvků obsažených v zákoníku.

Dlouhodobost ve vzoru obtěžujícího chování byla stanovena při projednávání prvních případů se zástupci Ministerstva vnitra a Ministerstva spravedlnosti, kteří stanovili dobu trvání na 4 až 6 týdnů (stanovisko odboru bezpečnostní politiky Ministerstva vnitra ČR ze dne 02. 03. 2010). Přičemž je nutné, aby byla identifikována důvodná obava z uvedeného chování ze strany oběti a po stránce subjektivní i úmysl pachatele zmíněným chováním druhého ohrozit (Válková, 2009).

Stalking mezi mladistvými

Rozsáhlejšímu zkoumání specifické oblasti pronásledování mezi mladistvými se v České republice mimo námi prezentovaný výzkum a průzkum projektu E-Bezpečí (Krejčí, 2010–2011) věnují výzkumy zaměřené na partnerské vztahy mladých lidí. Přínosnou informací jsou závěry, které prezentuje ve své disertační práci PhDr. Šárka Soudková (2011). Uvádí, že více než polovina mladých lidí (53 %) ve věku 15–29 let se domnívá, že snaha mít druhého pod kontrolou a občasná žárlivé scény jsou projevem lásky. Dále to, že 63 % respondentů uvedlo, že žárlivost je přirozenou součástí láskyplného vztahu. Alarmující se nám jeví závěr, že 58 % respondentů vypovědělo, že podrobně a systematicky kontrolují to, s kým se jejich partner stýká (Soudková, 2011). Shodně s doktorkou Soudkovou připouštíme, že se propojení těchto osobnostních nastavení a masové využívání moderních komunikačních technologií stává předpokladem k rozvoji stalkingu a kyberstalkingu mezi mladistvými.

V zahraničních výzkumech, které se zabývají nebezpečným pronásledováním mezi mladistvými, se často opakuje otázka, zda se nejedná o chování, které můžeme charakterizovat spíše jako šikanu. Rosemary Purcellová (2009) vyhodnotila z 906 případů zaznamenaných soudem pro mladistvé v Melbourne mezi lety 2004 až 2006 celkem 33,1 % z nich jako případy vykazující znaky nebezpečného pronásledování mezi mladistvými. Na položenou otázku odpovídá Purcellová ve svém výzkumu při rozlišování mezi stalkingem a šikanou tak, že stalking je zaměřený na jednotlivce, je v něm patrná touha po přiblížení se ke druhému se silnými emocemi a odehrává se v soukromém životě člověka. Zatímco forma šikany i kybershikany se odehrává převážně v prostředí školy nebo v souvislosti se školním prostředím (Purcellová, 2009).

Leitzová a Theriot (2005) rozlišují při srovnávání chování mladistvých a dospělých v oblasti projevů stalkingu, že mladiství jsou častěji ovlivňováni silnými emocemi, více se uchylují k fyzickému přiblížování a stává se, že se pachatel nefixuje na jeden objekt, ale své oběti střídá.

Prostředí školy

Zaměstnanec školy podléhá ve své pozici § 167 TrZ a § 168 TrZ, které mu ukládají povinnost oznámit nebo zabránit trestnému činu. V případě, že se o pronásledování dozví, musí nahlásit tuto skutečnost orgánům činným v trestní řízení a orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Oběti se dle výpovědí setkávají při podání trestního oznámení na policii často s neznalostí uvedené problematiky u orgánů činných v trestním řízení, ale podobně u zaměstnanců školy. Složitý a nebezpečný problém se tak bagatelizuje už při prvním kroku, kterým se obět pokouší aktivně bránit. Nedostává se jí základní pomoc (například doporučení dalšího postupu). Vzhledem k značné komplikovanosti celého problému (rozdíl v trestní zodpovědnosti dětí a mladistvých, vyhodnocení

rizik hrozících oběti, možnosti obrany oběti, spolupráce s rodiči) je patrné, že by škola měla co nejdříve vyhledat pomoc a kontaktovat poradenské centrum nebo policii. Časté doporučení je obrátit se na Bílý kruh bezpečí, který se zaměřuje na cílovou skupinu obětí trestných činů. Další možnostmi jsou intervenční centra a střediska sociální prevence. Stejně tak by se měl pracovník školy obrátit na policii, případně může využít možnost kontaktovat přímo státního zástupce.

Prevence

Oblast prevence nebezpečného pronásledování komplikuje zásadně absence tohoto tématu v českém školním prostředí. Na rozdíl od šikany, která je zahrnuta na základě metodického pokynu k prevenci a řešení šikanování (MŠMT, 2009) do krizového plánu škol, se jedná o nový fenomén, a cíle primární prevence tak nejsou dosud jasně stanoveny. To neznamená, že nebyly dosud podniknuty kroky k tomu, aby bylo zabráněno nejčastějším prohrěškům, jakými jsou například zlehčování situace oběti nebo přímý kontakt s pachatelem a snaha o nápravu situace. K této problematice vydal Odbor prevence MVČR metodický pokyn, leták pro učitele a brožuru pro policisty. Jsme však oproti některým zemím (Anglie, USA, Německo) stále na začátku. Nebezpečné pronásledování se pojí s oblastí vztahového násilí v období adolescence (Theriot, 2008). Na základě tohoto argumentu vznikají v zahraničí preventivní programy zaměřené na problematiku vztahů v období dospívání (např. seminář s názvem Safe Dates), jehož součástí je i prevence v oblasti nebezpečného pronásledování. V České republice se tomuto tématu na školách věnují především projekty E-Bezpečí a Safer internet.

Metodologie

Na začátku plánovaného výzkumu jsme si položili otázku: vyskytuje se mezi mladistvými nebezpečné pronásledování s takovými znaky, jaké jsou pozorované u dospělých? Máme tím na mysli například podobnou intenzitu, charakteristický průběh střídajících se výbuchů vášní, promyšlené poškozování oběti a vypočítavou snahou se k ní přiblížit.

Při našem průzkumu jsme náhodným výběrem vybrali tři střední školy v Olomouci. Za základní soubor jsme považovali mladistvé ve věku 15 až 18 let. Ve výběrovém souboru jsme na těchto třech středních školách oslovili celkem 192 respondentů cílové skupiny, z toho validních dotazníků bylo celkem 180. Pro získání dat jsme použili formu elektronického dotazníku. Jednotlivé otázky reflektovaly chování, které jsme vyhodnotili jako znaky vyhrožování, vyhledávání blízkosti, sledování, vytrvalého písemného a elektronického kontaktování, omezování v obvyklém způsobu života a zneužití osobních údajů za účelem kontaktu s obětí. Vycházeli jsme přitom ze znění § 354 o nebezpečném pronásledování.

Metoda pro získání dat je založená na srovnání zkušenosti respondenta s výpovědí lidí, kteří se považují za oběť nebezpečného pronásledování. Záměrně uvádíme, že se tito lidé považují za oběti pronásledování, jedná se tedy o jejich subjektivní obavu z pronásledování. Zároveň jsme zvolili ty případy, kdy buď došlo k jednorázovému silnému emočnímu prožitku hodnocenému jako vyhrožování („Nakonec mi napsal/a, že se kvůli mně jde zabít“) nebo dlouhodobě působícímu stresu („Už několikrát jsem si změnil/a číslo, ale pokaždé ho zase získal/a“).

Při následném vyplňování dotazníku na školách, které jsme doplnili stručným úvodem do problematiky stalkingu, srovnávali respondenti svoje zkušenosti. V případě, že se respondent ztotožnil s modelovou situací, byl dále dotazován na:

- pohlaví pachatele;
- předchozí nebo stávající vzájemný vztah (partneři, kamarádi, spolužáci, anonym);
- opakování (jednou, více než jednou);
- délku trvání;
- subjektivní obavy o život nebo zdraví respondenta nebo jeho blízkých, které daná situace navozovala (škálování mezi 1 až 5);
- vlastní komentář situace.

Výsledky

Na základě zpracování odpovědí respondentů jsme vyhodnotili 11 případů, kdy se oslovení setkali s chováním, které se dá dle vymezení trestního zákoníku považovat za chování naplňující znaky nebezpečného pronásledování. Z celkového množství oslovených respondentů šlo o 6 % případů. Jako kritérium jsme zvolili trvání obtěžujícího chování delší než 4 týdny, věk oběti nižší než 18 let a přítomnost subjektivní obavy o vlastní život

nebo zdraví někoho z lidí blízkých respondentovi. K poslední zmíněnému hodnocení jsme použili škálování na stupnici 0 až 5 a brali jsme v potaz stupeň 3 až 5 (3 – zvýšená obava, 4 – vážná obava, 5 – úzkost, strach). Dále jsme se zaměřili na souběh projevů souvisejících s případy pronásledování a do dotazníku jsme zařadili kontrolní položky. Vyloučili jsme ty situace, které sice splňovaly kritéria dlouhodobosti a zvýšených subjektivních obav, ale blížily se víc k jiným projevům, než je pronásledování (tedy především šikanu a vyhrožování). Při vyhodnocení byl například vyřazen respondent, který se ztotožnil s tím, že jeho spolužák dlouhodobě manipuluje s jeho okolím a posílá mu výhrůžné SMS zprávy a e-maily, ale chyběl zde motiv touhy po přiblížení se k oběti, který je jedním z fakultativních znaků stalkingu (Purcell, 2009b). Tento případ jsme vyhodnotili jako znak šikany a kybernetické šikany.

Věk obtěžující osoby byl v 6 případech více než 18 let a ve 4 případech byl věk nižší. Jednou se jednalo o anonymního pachatele, který svoji oběť obtěžoval prostřednictvím mobilního telefonu a internetu, ale k osobnímu kontaktu nedošlo. Nejčastěji se oběti setkali s vyhrožováním (32 %) a s omezováním v obvyklém způsobu života (31 %). Ve všech 11 případech byly oběti dívky.

Pro ilustraci získaných výsledků uvádíme přepis výpovědi dotazované (16 let), která využila možnost popsat na konci dotazníku svoji zkušenost: „Už od ZŠ jsem byla šikanovaná romskými spolužáky, na to jsem si celkem zvykla, naštěstí to skončilo už po mém odchodu ze ZŠ. Čím si ale nevím rady je, že jeden z mých bývalých spolužáků se do mě údajně bezhlavě zamiloval a začal mi dělat nepříjemnosti. Když jsem ho mile odmítla a vysvětlila, že mezi námi může být vztah jen kamarádský, začal mi kupovat a nosit různé dárky, posílat sms, psát emaily, volat atd... Později když už mi to lezlo na nervy, začala jsem být na něj přísná a používat i vulgární výrazy, aby pochopil, jak mě to štve. NEPOCHOPIL! Tohle trvá už celých 7 let od doby co k nám nastoupil na ZŠ, po té co jsem ze ZŠ odešla, jsem doufala, že ho to přejde. Teď jsem ve 2. ročníku a stále ho to nepřešlo, i když už se vůbec nevidáme. Neustále mi i teď píše, žádá mě o přátelství na různých internetových stránkách a na Silvestra mi dokonce i volal, samozřejmě z cizího čísla, že jde skočit z mostu. Je to celkem nepříjemná věc, nijak mi nikdy neublížil fyzicky, ale psychicky mě to celkem deptá. Nevím kdy to konečně přejde a jak to řešit. (sic!).“ (Bartoněk, 2011, s. 62)

Závěry

Uvedené výsledky upozorňují na potřebu zabývat se pronásledováním mezi mladistvými se stejnou pozorností, jaká se v současnosti věnuje tomuto fenoménu mezi dospělými. Mladiství se podle výsledků setkávají s obtěžujícím chováním, které má charakter dlouhodobosti a intenzivního, a jsou tak vystaveni stejným vzorcům obtěžujícího chování, jako dospělí jedinci.

Diskuze

Analýzu záměrně neoznačujeme výrazem výzkum, ale průzkum. Jsme si totiž vědomi sporných stránek, které se při zpětném vyhodnocování projevily. Jedná se například o to, že nemůžeme jasně identifikovat uvedené chování, se kterým se respondenti ztotožňují, jako nebezpečné pronásledování. Důvodem k tomu je absence hlubší analýzy případů, tedy jejich podrobná kazuistika. Jak se potvrzuje v praxi, tak se často vzorce chování útočnicků mění v momentě, kdy dojde k intervenci ze strany policie (Čírtková, 2008). Tento aspekt jsme do výzkumu nezahrnuli. Svou roli při zhodnocování pozice oběti dále hraje i pohlaví (McEwan, 2009) nebo zvýšená citlivost respondentů k tomu, jak vnímají jednotlivé projevy chování. Bude potřeba zahrnout do výzkumu i charakteristické proměny v období dospívání mladistvých. Přínos tak vidíme především v položení základu pro navazující výzkum, který se zaměří na hloubkovou analýzu celé problematiky v této oblasti. Tím vytvoříme prakticky použitelné informace pro metodiky prevence a policisty, aby dokázali na nebezpečné situace adekvátně reagovat.

Přehled použité literatury

- Bartoněk, J. (2010) *Stalking a kyberstalking jako sociálně patologické fenomény* (diplomová práce).
 Dostupné z <http://theses.cz/id/m35nhh/?lang=en;furl=%2Fid%2Fm35nhh%2F>
 Bartoš, F., & Soudková, Š. (2011). Přítomnost násilí v partnerských vztazích mladých Čechů. *Sociologický časopis*. 2011. ISSN 0038-0288.
 Čírtková, L. (2008). *Moderní psychologie pro právníky* (1. vydání). Praha: Grada.
 Evans, T., & Meloy R. (2011). Identifying and Classifying Juvenile Stalking Behavior. *Journal of Forensic Sciences*, 56, s. 266–270.

- Kopecký, K. (2010). *Stalking a kyberstalking: Nebezpečné pronásledování*.
Dostupné z: <http://www.e-nebezpeci.cz/index.php/ke-stazeni>
- Krejčí, V., & Kopecký, K., (2010–2011). *Nebezpečí elektronické komunikace: zpráva z výzkumného šetření*. Dostupné z: http://cms.e-bezpeci.cz/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,7/Itemid,2/lang,czech/
- Leitz, M., & Theriot, M. T. (2005). Adolescent Stalking A Review. *Journal Of Evidence-Based Social Work*, 2(3/4), s. 97–111.
- McEwan, T., (2009). A Study of the Predictors of Persistence in Stalking Situations. *Law and human behaviour*. 2009, 33, s. 149–158.
- Meloy, J., R. (1998) *The psychology of stalking: clinical and forensic perspectives (1. vydání)*. San Diego, California: Academic Press.
- Mullen, P., & Pathé, M. (2001) Stalkers and their victims. *Psychiatric Times*, 23, s. 1–5.
- Purcell, R. (2009). Adolescent stalking: offence characteristics and effectiveness of intervention orders. *Trends & issues in crime and criminal Justice*, 369, s. 1–6.
- Purcell, R., (2009b) et al. Stalking among juveniles. *The British Journal of Psychiatry*, 194, s. 451–455.
- Soudková, Š. (2011). *Partnerské násilí ve vztazích mladých Čechů* [disertační práce].
http://is.cuni.cz/studium/dipl_st/index.php?do=main&doo=detail&did=102334
- Theriot, M., T., (2008) Conceptual and Methodological Considerations for Assessment and Prevention of Adolescent Dating Violence and Stalking at School. *Children & school*, 30, s. 223–233.
- Válková, H., (2009). Česká podoba stalkingu podle § 354 TrZ v širších než jen trestněprávních souvislostech. *Trestněprávní revue*, 09, č. 9.

Citované vyhlášky

- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení (č. j. 24 246/2008-6)
- Stanovisko odboru bezpečnostní politiky Ministerstva vnitra ČR ze dne 02. 03. 2010, č. j. MV-22662-2/OBP-2010.

PAMĚŤ PŘÍLIŠ PODCEŇOVANÁ

MEMORY TOO MUCH UNDERESTIMATED

Anna Páchová, Ondřej Štumpf

Pedagogická fakulta UK, Rettigová 1, Praha, Česká Republika

Abstrakt

Současné neuropsychologické studie poukazují na možnosti rozvoje rozumových schopností pomocí tréninku dílčích kognitivních funkcí. Ukazuje se, že největší vliv na rozumové schopnosti má pracovní paměť (WM). Tato zjištění jsou v souladu s výzkumy prováděnými pomocí zobrazovacích technik, které poukazují na překrývající se oblasti mozku odpovídající jak za WM, tak za schopnost řešit problémy. Jednotlivé programy se liší v různých oblastech (např. adaptabilita, intenzita, délka sezení, typy úkolů či transfer do oblasti inteligence). Další odlišností je sledování transferu u různých cílových skupin, především u dětí s ADHD či s nízkou kapacitou WM. Nebyly však nalezeny žádné výzkumy s dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, u nichž je zjištění možnosti kognitivního rozvoje zvláště důležité. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli vytvořit PC program určený k tréninku WM u těchto dětí a následně ověřit efektivitu rozvoje pracovní paměti u této specifické skupiny.

Abstract

Contemporary neuropsychological researches have shown the possibilities of cognitive enrichment by training basal cognitive function. It has been shown connection between working memory and fluid intelligence. These findings are consistent with imaging researches. The brain area connected with working memory and fluid intelligence are overlap. There are several programs with differences in some areas – adaptability, training duration, tasks types, influence on fluid intelligence etc. The other difference is direction to target group. Many studies investigate children with ADHD or children with lower capacity of working memory. It was not found any studies with children from lower level of sociocultural background. By this reason we decided to design working memory training program directed to training of these children and consequently to verify the efficacy of training working memory in this group.

Klíčová slova

pracovní paměť, inteligence, kognitivní rozvoj, n-back task.

Key words:

working memory, intelligence, cognitive enrichment, n-back task.

Ukazuje se, že některé PC programy zaměřené na rozvoj pracovní paměti působí na oblast vyšších poznávacích procesů. V následujícím textu se nejprve pokusím objasnit proč právě pracovní paměť. Následně budou shrnuty nejvýznamnější současné studie zabývající se rozvojem pracovní paměti. Na konci pak bude představen náš program pro rozvoj pracovní paměti.

Proč právě paměť

Neuropsychologicky orientovaní autoři odmítají koncept IQ vzhledem k přílišné obecnosti a malé vypovídající hodnotě v oblasti rozlišování jednotlivých kognitivních poruch. Již v roce 1988 naznačila neuropsycholožka Muriel Lezak svou nespokojenost s takovýmto pojetím v článku IQ: R. I. P. (Lezak, 1988). Podobně Das (1989) naznačil, že IQ je nikoli chybný, nýbrž archaický koncept. Neuropsychologové namísto o inteligenci hovoří spíše o jednotlivých kognitivních funkcích. Naproti tomu někteří psychologové (např. Lezak, 1988, 2000), ať již působí na poli teoretickém či praktickém, nedají na IQ dopustit (např. Lynn & Meisenberg, 2010). Problémem je nedostatečná komunikace mezi různě orientovanými autory. Obecně lze říci, že zjištění neurofyziologie jsou na jiné úrovni, než jaká by mohla být k užítku kognitivním psychologům a že ani psychologické teorie účinně nepomáhají s usměrněním neurofyziologických výsledků (Eysenck a Keane, 2008). Samozřejmě je nutné brát

v potaz vhodnost jednotlivých přístupů vzhledem k cílům výzkumníka, tím se však nyní zabývat nebudeme. Naším zájmem bude v tuto chvíli nalézt souvislosti mezi oběma koncepty.

Kognitivní funkce jsou nejčastěji definovány jako souhrn procesů a operací, jimiž si člověk uvědomuje svět a sebe. Mezi kognitivní funkce bývají řazeny tempo, pozornost, učení, paměť a exekutivní funkce (Kopeček, 2005). Pojem inteligence má definici bezpočet, omezíme se tedy na definování inteligence jakožto schopnosti řešit problémy.

Zatímco u kognitivních funkcí je mnohem častěji známá jejich mozková lokalizace, s inteligencí je to složitější. Je to způsobeno tím, že inteligence je tvořena větším počtem funkcí, které ale v jednotlivých skórech IQ testů povětšinou nebývají správně zdůrazněny. Přesto se neurobiologickým základem inteligence zabývá mnoho autorů (Gray et al., 2004). Pro nás jsou v tuto chvíli nejsignifikantnější studie řešící vztah kognitivních funkcí a inteligence (Blair, 2006, García-Molina et al., 2010, Unsworth et al., 2009). Obecně lze hovořit o třech typech takto orientovaných výzkumů. Jedná se především o studie opírající se o funkční zobrazovací metody, dále o korelační studie usuzující na vnitřní souvislosti z vnějších výkonů (většinou výkonů v testových úlohách) a studie opírající se o práci s jedinci s mozkovými změnami. Mezi nejčastěji zmiňované kognitivní funkce, u nichž bývá nalezena souvislost s inteligencí či s řešením školních i mimoškolních problémů patří paměť, především paměť pracovní. Pracovní paměť je míněna schopnost udržet v mysli informaci a operovat s ní, a to bez ovlivnění potenciálním rušením, kterým může být operace komplikována (Jarrold a Towse, 2006).

Vzhledem k pověsti paměti jakožto entity stojící někde na chvostu potřebných funkcí pro zvládnání školních nároků, je toto zjištění překvapující. Vždyť paměťové učení v současné době mizí ze školního prostředí jakožto nedostatečně intelektuálně podněcující.

Ukazuje se tedy, že paměť je jednou z nejpodceňovanějších kognitivních funkcí. Způsobeno je to do jisté míry i tím, že mezi jednotlivými druhy paměti bývá jen málo rozlišováno. Vždyť i ve Wechslerových škálách inteligence je při opakování čísel do jednoho skóre zahrnut jak výsledek vyšetření krátkodobé, tak i pracovní paměti!

Z tohoto důvodu jsme se rozhodli problematiku možností rozvoje pracovní paměti prozkoumat a pokusit se navrhnout takový program, který by byl volně dostupný i pro skupiny obyvatel, které si nemohou nějaký drahý program dovolit.

Programy zaměřené na trénink pracovní paměti

Důležitost pracovní paměti byla osvětlena. Nyní vyvstává otázka týkající se možností rozvoje pracovní paměti a možností případného transferu paměťových zisků do dalších kognitivních oblastí. Zaměříme se především na počítačové programy a na jejich využitelnost u zdravé populace.

Kapacita pracovní paměti byla po mnohá dlouhá léta považována za konstantní veličinu. Statický pohled na pracovní paměť formuloval Miller (1956) ve svém článku „The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information“. V následujícím půl století se touto problematikou zabývalo mnoho autorů. Objevily se dokonce studie, které se pokoušely kapacitu pracovní paměti zvýšit (Kristofferson, 1972; Phillips & Nettelbeck, 1984), jejich snahy však nebyly úspěšné.

Nejnovější studie (Klingberg et al., 2002, 2005, Thorell et al., 2009, Olesen et al., 2004, Holmes, 2009, Holmes et al., 2010, Jeaggi et al., 2008, Nutley et al., 2011) tento pohled dokázaly změnit tím, že ukázaly možnost zvýšení kapacity pracovní paměti pomocí speciálně navrženého tréninkového PC programu. Kromě toho bylo dokázáno, že tréninkem pracovní paměti lze rozvíjet i další kognitivní funkce.

Tématika možností rozvoje pracovní paměti pomocí specifického počítačového tréninku je tedy v literatuře poměrně nová. Jedním z prvních výzkumů orientovaných tímto směrem je výzkum Klingberga a kolegů (2002).

Klingberg vycházel z předpokladu důležitosti pracovní paměti jakožto základu pro vyšší myšlenkové operace. Zabýval se skupinou dětí s ADHD, u nichž je často pracovní paměť oslabená. Vytvořil nový intenzivní tréninkový program na PC, jehož velice důležitou vlastností byla schopnost adaptovat se na výkonnostní úroveň konkrétního dítěte. Tzn., pokud se dětem dařilo, byly jim zadávány stále těžší úkoly, pokud se jim nedařilo, obtížnost úkolů klesala. V tomto bodě se Klingbergův experiment lišil od experimentů dřívějších, které nepřinášely kýžené výsledky (Kristofferson, 1972; Phillips & Nettelbeck, 1984).

Výzkumný vzorek byl tvořen 14 dětmi (7–15 let) s diagnostikovaným ADHD. 7 dětí tvořilo tréninkovou a 7 kontrolní skupinu. Tréninkový počítačový program zahrnoval čtyři typy úkolů.

Visual span task: matice 4 × 4, ve které se postupně objevují kruhy na různých pozicích. Úkolem je zapamatovat si a označit dané pozice ve správném pořadí.

Digit span task: úkolem je zopakovat mluvenou sérii čísel.

Letter span task: úkolem je určit, jaké písmeno bylo prezentováno na dané pozici.

Go/no go task: úkolem je reagovat ihned, když jeden ze dvou prezentovaných kruhů změní barvu (to vše pouze v případě, že výsledná barva nebude červená).

Trénování probíhalo po dobu 5 týdnů cca 25 min denně 5–6 dní v týdnu.

Díky tréninkovému programu došlo k signifikantnímu zlepšení dětí v trénovaných úkolech. Zároveň však došlo ke zlepšení netrénovaných úkolů (výkon v úlohách testujících zrakově prostorovou pracovní paměť a celkový výkon v neverbálním inteligenčním testu – Ravenovy progresivní matice – RPM). Zlepšení výkonu v úlohách testujících zrakově prostorovou pracovní paměť je považováno za příklad blízkého transferu, kdežto zlepšení v RPM je považováno za příklad vzdáleného transferu (Perrig et al., 2009).

Toto zlepšení autoři přiřítají závislosti vyšších poznávacích procesů na pracovní paměti. Autoři hovoří o tom, že úkoly měřící pracovní paměť a vyšší poznávací procesy jsou ovlivňovány stejnou mozkovou oblastí.

Rovněž došlo ke snížení motorického neklidu u trénovaných dětí (oproti kontrolní skupině). Později bylo zjištěno, že efekt tréninku pracovní paměti dokonce převyšuje efekt medikace. Ukázalo se, že zatímco medikace zlepšila dětský výkon v oblasti zrakově-prostorové paměti, tréninkový program zlepšil dětský výkon ve všech měřených oblastech pracovní a krátkodobé paměti (Holmes et al., 2010).

Stejný design výzkumu byl zopakován se čtyřmi zdravými dospělými jedinci ve věku 20–29 let (Klingberg et al., 2002). I v tomto případě bylo nalezeno signifikantní zlepšení v obou netrénovaných úlohách. Malý vzorek nám nedovoluje výsledky zobecnit, přesto tento experiment naznačuje, že zlepšení pracovní paměti a potažmo i inteligence je možné i u dospělých lidí bez ADHD.

Na zmiňovaný výzkum navázal brzy další (Klingberg et al., 2005), do kterého bylo zahrnuto 44 dětí (7–12 let) s ADHD. Autoři vycházeli především z neuropsychologických výzkumů, které dokazují, že oblasti mozku, ve kterých dochází ke zvyšování aktivity následně po tréninku pracovní paměti (dorsolaterální prefrontální a parietální kortex) (Olesen et al., 2004), se překrývají s oblastmi mozku spojované s patologií ADHD (Kieling, 2008).

Trénování probíhalo po dobu cca 25 dnů 40 min denně pomocí speciálně navrženého počítačového programu (RoboMemo, Cogmed Cognitive Medical Systems AB, Stockholm, Sweden), přičemž obsažené úlohy byly velice podobné těm z předchozího výzkumu. Jednalo se o úlohy zaměřené na zrakově prostorovou pracovní paměť (zapamatování pozice objektu v matici 4 × 4) a na verbální pracovní paměť (zapamatování fonémů, písmen nebo číslic).

Zlepšení, včetně zlepšení v netrénovaných úlohách, bylo opět potvrzeno. Zároveň byla u některých úloh potvrzena trvalost zlepšení po třech měsících. Autoři se zamýšlejí především nad transferem do oblasti neverbální inteligence. Poukazují na výzkumy, ve kterých je dokazována důležitost pracovní paměti v oblasti rozumových schopností (Engle et al., 1999). Vysoká míra transferu z oblasti pracovní paměti do oblasti rozumových schopností je vysvětlována pravděpodobnými překrývajícími se oblastmi v mozku, které zodpovídají za zmiňované funkce.

V jiném výzkumu (Thorell et al., 2009) byly sledovány předškolní děti. Po dobu 5 týdnů (15 minut denně) hrály děti PC hry, které byly navrženy speciálně ke zlepšování pracovní paměti. Kontrolní skupina dětí hrála po stejný čas komerčně dostupné hry, které byly vybrány s ohledem na jejich nízký vliv na testované funkce.

Program na rozvoj pracovní paměti vycházel z předchozího tréninkového programu (Klingberg et al., 2005), ale byl zaměřen pouze na rozvoj zrakově prostorové pracovní paměti. Úkolem dětí bylo zapamatovat si umístění a pořadí zrakových stimulů prezentovaných postupně na obrazovce počítače.

Signifikantní zlepšení bylo zjištěno u všech trénovaných úloh a i u netrénovaných položek zaměřených na verbální pracovní paměť. V tomto bodě tato zjištění převyšují předchozí závěry (Klingberg et al., 2002, 2005), kde byla verbální pracovní paměť zahrnuta v trénovaných úlohách a nemohlo být tedy poukázáno na tento typ transferu. Tato zjištění potvrzují i výsledky neuropsychologických studií (Curtis & D'Esposito, 2003; Hautzel et al., 2002; Klingberg, 1998), které poukazují na aktivaci stejných mozkových struktur při úlohách zaměstnávajících pracovní paměť bez ohledu na typ zapamatovávaného materiálu.

Na rozdíl od dvou předchozích výzkumů však v tomto výzkumu nedošlo k významnému zlepšení v oblasti řešení problémů (subtest kostky z WPPSI-R).

Možná právě proto byl v roce 2011 uskutečněn další výzkum na témže pracovišti (Nutley et al., 2011). Tentokrát byl cíl výzkumu zaměřen primárně na možnosti transferu zisku z tréninkového programu do oblasti fluidní inteligence (Gf). Snahou autorů bylo přehodnotit pohled na inteligenci jakožto neměnitelnou a silně dědičně ovlivnitelnou vlastnost (Horn et al., 1966, Herrnstein & Murray, 1994, Gray & Thompson, 2004).

Cílovou skupinou této studie byly děti předškolního věku (4letí). Snahou autorů bylo přispět k pochopení možností předcházení školního selhávání.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 101 dětí, které absolvovaly počítačový tréninkový program 15 minut denně po dobu 25 dní v domácím prostředí. Rodiče byli zaškoleni ve způsobech motivace dětí a i v tom, kdy a jak je vhodné podávat zpětnou vazbu (pokud se dětem nepodaří vyřešit daný úkol, PC program ukáže správné řešení – v tomto bodě je vhodné dětem vysvětlit, jak je možné ke správnému řešení dojít).

Děti byly rozděleny do 4 skupin. První skupina (WM) absolvovala trénink zrakově prostorové pracovní paměti tak, jak byl uveden v předchozím výzkumu (Thorell et al., 2009). Druhá skupina dětí prošla tréninkem neverbálního uvažování (NVR). Tento PC program byl speciálně navržen pro tento výzkum. Jednalo se o úlohy typu logické řady, úkolem bylo doplňovat jejich logický vývoj. Třetí skupina (CB) absolvovala kombinovaný trénink složený jak z úloh zaměřených na rozvoj pracovní paměti, tak z úloh zaměřených na rozvoj neverbálního uvažování. Konečně poslední skupina byla aktivní kontrolní skupinou.

Retestová, respektive pretestová baterie zahrnovala testy zaměřené na schopnost řešit problémy a testy zaměřené na paměťové schopnosti.

Ve srovnání s kontrolní skupinou došlo u experimentálních skupin WM a CB ke statisticky významnému zlepšení v trénovaných paměťových úlohách. WM skupina se statisticky významně zlepšila i v některých netrénovaných paměťových testech, zlepšení dětí ze skupiny CB bylo na hranici statistické významnosti. Tyto výsledky potvrzují závěry učiněné Jaeggi et al. (2008) – intenzita zlepšení dané kognitivní funkce je přímo úměrná tréninku této funkce. Ukazuje se tedy, že nikoli diverzita, ale především intenzita tréninku je důležitá pro dosažení významného tréninkového efektu. V testu zapamatování slov nedošlo ke zlepšení v žádné ze skupin.

V oblasti transferu do oblasti Gf došlo ke statisticky významnému zlepšení u skupin NVR v jednom ze setů Ravenových matic a v subtestu Kostky z WPPSI (Wechsler, 2004), Zlepšení v netrénovaných úlohách autoři považují za důkaz toho, že v NVR nedocházelo jen k učení strategií řešení, ale že byla podpořena generalizace naučeného.

V ostatních experimentálních skupinách ke zlepšení v oblasti Gf nedošlo. Jedním z možných vysvětlení, které autoři navrhuje, je fakt, že pracovní paměť u testů pro takto malé děti není tak zatížená a tudíž není při řešení limitujícím faktorem. Jiným možným vysvětlením, na které však autoři nepoukazují, je téměř poloviční celková doba tréninku ve srovnání s výzkumem školáků a dospělých.

Jiné pracoviště, které se zabývá tematikou rozvoje vyšších poznávacích funkcí pomocí tréninku pracovní paměti, je skupina kolem již zmíněné Susanne M. Jaeggi.

Jaeggi s kolegy (2008) vychází rovněž z předpokladu, že pracovní paměť a inteligence sdílejí společný neuroanatomický základ. Z neuropsychologických výzkumů totiž vyplývá, že neuronové sítě aktivované při úlohách zaměřených na pracovní paměť a na inteligenci se do jisté míry překrývají. Nejčastěji se hovoří o prefrontálním a parietálním kortexu (Ackerman, 2005, Conway, 2003). Z těchto důvodů bylo předpokládáno, že se zlepšením pracovní paměti může rovněž dojít ke zlepšení výkonu v IQ testu.

Cílem studie bylo tedy vyšetřit efekt trénování paměti na vyšší poznávací procesy. Za tímto účelem bylo vybráno 70 zdravých vysokoškolských studentů. 35 z nich absolvovalo trénink pracovní paměti (v různém časovém rozsahu – 8, 12, 17 a 19 dní – 25 min denně) a 35 z nich tvořilo pasivní kontrolní skupinu. Kromě tréninkového programu obě skupiny absolvovaly pretest a retest. Retest následoval vždy po skončení tréninkového programu (1–2 dny), tzn. byl pro každou ze čtyř podskupin různý podle toho, jak dlouhý byl její tréninkový program (stejně tak byla i kontrolní skupina rozdělena do čtyř podskupin).

Tréninkový program byl tvořen úlohami dual n-back task. Obrazovka počítače byla rozdělena na devět polí, přičemž každé 3 sekundy se v jednom z polí objevil čtverec. Simultánně s prezentovanými čtverci dostávali studenti sluchový signál v podobě jedné z devíti vybraných souhlásek. Úkolem bylo reagovat v případě, pokud se jeden, případně oba z prezentovaných stimulů objevily přesně před n prezentovanými stimuly (student stisknul „A“ na klávesnici pro zrakový signál a „L“ pro sluchový signál). Tzn., pokud bylo např. $n = 2$ a řada souhlásek byla BCB, student musel reagovat. N bylo vždy pro obě modalit shodné. Zvyšování prezentované obtížnosti probíhalo zvyšováním n . Obtížnost úkolu odvisela od schopností studenta. Pokud v daném kole student udělal méně než 3 chyby, následující kolo bylo voleno podle klíče $n + 1$. Pokud student udělal víc než 5 chyb, následující kolo bylo voleno podle klíče $n - 1$. V ostatních případech zůstávalo n shodné. Studenti trénovali denně, zhruba 25 min.

V pretestovém a následně retestovém testování byly zadávány Ravenovy matice pro pokročilé (RAMP, Raven, 1990), respektive Bocumer Matrizen test (BOMAT, Hossiep, 1999) u studentů, jejichž trénink byl delší. Kromě těchto testů, považovaných za testy měřící Gf, byly rovněž zadávány testy měřící pracovní paměť.

Díky tréninkové fázi došlo u všech čtyř experimentálních skupin k signifikantnímu zlepšení v testech měřících pracovní paměť. Zároveň se dramaticky zvýšil jejich výkon v inteligenčním testu. Ukázalo se, že zlepšení v této oblasti je funkcí délky tréninkové fáze. Tzn. čím delší trénink, tím vyšší zlepšení. Autoři upozorňují na to, že zlepšení v paměťových testech a v položkách IQ testu nikterak nesouvisí s předtréninkovou výší IQ či s předtréninkovou kapacitou pracovní paměti. Toto zjištění, které je v souladu s výsledky Klingberga a kolegů (2011), je pozitivní pro autory, kteří se snaží o kognitivní rozvoj u jedinců s mentálním postižením (např. Perrig et al., 2009). Pokud je zde možné najít nějakou souvislost, spíše se ukazuje, že lidé s nižší vstupní Gf z tréninku vytěžili více, než lidé s vyšší vstupní Gf. Tato tendence by mohla odpovídat nerealizované zóně nejbližšího vývoje, která může být u jedinců s nižším vstupním Gf vyšší (Páchová, 2010).

Dále se autoři (Jaeggi et al. 2008) zamýšlejí nad tím, jakými mechanismy mohlo dojít k tak signifikantnímu transferu mezi pracovní pamětí a Gf. Jedním z důvodů, který autoři zvažují, je spojitost obou procesů s pozorností. Není pochyb o tom, že zvolený tréninkový program rozvíjí rovněž pozornostní složku. Zároveň někteří autoři hovoří o důležitosti pozornosti při řešení úloh měřících Gf (Carpenter et al., 1990). Tuto hypotézu ale vzápětí autoři rozebíraného článku do jisté míry popírají. Dodatečnou analýzou bylo totiž zjištěno, že zvýšení Gf bylo vyšší, než by bylo možno předpokládat na základě zlepšení pracovní paměti a pozornosti. Vysvětlení k této diskrepanci autoři vidí v tom, že jimi navržený tréninkový program zahrnoval simultánní trénink pracovní zrakové i sluchové paměti, zatímco v testových úlohách tato přítomnost dvojí modality nebyla zachována. Právě v tomto typu tréninku autoři vidí hlavní přínos pro zvýšení Gf.

Zmiňované studie se zabývaly možnostmi rozvoje pracovní paměti u dětí, respektive u mladších dospělých. Existují však i studie zabývající se tréninkem i u zdravé starší populace. Někteří autoři poukazují na nemožnost, případně na omezenou možnost rozvoje kognitivních funkcí u lidí staršího věku, ba i dokonce u dětí starších 4 let (Rueda et al, 2005). Jiné studie však ukazují opak. Takovou studií je např. výzkum Li et al. (2008). Výzkumu se zúčastnily dvě věkové skupiny – lidé staří 20–30 let a lidé staří 70–80 let. Trénink probíhal po dobu 45 dní 15 minut denně. Tréninkový program byl tvořen prostorovými 2-back task (matice 3 × 3, přičemž prostřední pozice nebyla využívána). V jednodušší verzi bylo úkolem odpovědět ano, pokud se černé kolečko objevilo na stejné pozici, na jaké se objevilo o dva snímky dříve, respektive odpovědět ne, pokud tomu tak nebylo. Ve složitější verzi byl trénován rovněž shifting – mentální posunování. Po prezentování daného umístění černého kolečka bylo úkolem participanta kolečko pomyslně přesunout o jednu pozici ve směru hodinových ručiček a následně si tuto pozici zapamatovat. Participant odpovídal ano, pokud se nově prezentované kolečko objevilo na shodné pozici, jakou byla zapamatovaná pozice o dva snímky dříve.

U obou skupin bylo ukázáno statisticky významné zlepšení v trénovaných úlohách, blízký transfer na prostorové 3-back task a číselné n-back task. Blízký transfer byl u obou skupin srovnatelný, nepotvrdilo se tedy očekávání autorů vyplývající ze studia literatury, že schopnost transferu je u starší populace snižena (Dahlin et al., 2008, nověji Zinke et al., 2011). Tuto diskrepanci autoři vysvětlují tím, že jejich trénink byl rozložen do kratších úseků v delším časovém rozmezí. Ukazuje se, že tato varianta je pro podporu mozkové plasticity u starších lidí výhodnější (Spreng et al., 2002). Vzdálený transfer do odlišných úloh měřící pracovní paměť nebyl nalezen ani u jedné z obou skupin. Dále bylo sledováno uchování nabytých schopností 3 měsíce po tréninku. Výkon obou skupin byl lepší než výkon v původním pretestu, tzn. část nově nabytých schopností byla uchována (u skupiny mladších dospělých ve vyšší míře než u skupiny starších dospělých). Naproti tomu Buschkuohl a kolegové (2008) našel po podobném typu tréninku pracovní paměti u 80 letých lidí i vzdálený transfer na zrakovou epizodickou paměť. Výzkum probíhal 2krát týdně po dobu 13 týdnů 15 minut denně (celkem tedy 26 sezení). Časový rozsah tréninku byl sice kratší, ale oproti předchozímu tréninkovému programu se lišil v jednom zásadním bodě – byl adaptativní, tzn. složitost úkolu se přizpůsobovala možnostem participantů.

Z předchozího textu je patrné, že mnoho studií se snažilo dokázat blízký transfer na příbuzné paměťové úlohy, případně na úlohy měřící Gf, ale zatím nebyla zmíněna žádná studie, která by ověřovala transfer do oblasti školních dovedností. Takovýchto studií není mnoho. Vzhledem k tomu, že spojitost pracovní paměti se školní úspěšností je celkem všeobecně přijímána (Alloway & Alloway, 2010), je toto zjištění pozoruhodné. Výjimkou potvrzující pravidlo je studie zaměřená na transfer do oblasti matematických dovedností pomocí tréninkového programu Cogmed (Holmes, 2009). Studie se zúčastnily děti s nižší kapacitou pracovní paměti. Kapacita pracovní paměti byla zvýšena, ale transfer do oblasti matematických dovedností potvrzen nebyl. Jiné výsledky přinesla studie provedená Loosli et al. (2011). V této studii bylo využito analogických úkolů jako ve výzkumu

Buschkuehl et al. (2008). Dětem byly prezentovány obrázky zvířat, které byly buď ve správné pozici, nebo byly otočené o 180 stupňů. Po každé prezentaci obrázku dítě muselo rozhodnout, zda je obrázek ve správné, nebo v otočené pozici. Po prezentaci určitého počtu obrázků bylo úkolem dítěte vytvořit řadu obrázků ve správném pořadí. Dítě dostávalo zpětnou vazbu o tom, zda úkol splnilo správně či nikoli. Při chybě se počet prezentovaných obrázků o jeden snížil, při správném vyřešení úkolu se o jeden zvýšil. Výzkumu se zúčastnilo celkem 66 dětí ve věku 9–11 let. 24 dětí tvořilo experimentální skupinu, zbytek neaktivní kontrolní skupinu. Trénink trval celkem 10 dní, 12 minut denně. Pretestová, respektive retestová baterie zahrnovala test čtení (čtení textu, slov a pseudoslov) a test neverbální inteligence. Signifikantní zlepšení u experimentální skupiny bylo nalezeno ve dvou částech testu čtení (text, slova), ale nikoli v testu neverbální inteligence. Nepřítomnost vzdáleného transferu autoři vysvětlují dobou tréninku, která byla mnohem kratší, než je dle jejich názoru doba potřebná k transferu z oblasti pracovní paměti do oblasti Gf.

Studie	Trénink		Experimentální skupina	Hypotéza – jak dojde ke transferu	Transfer	d	p
Klingberg et al., 2002	Předchůdce Cogmedu (Zrakově prostorová i verbální WM)	cca 27 × 25 (675 min)	7 dětí s ADHD (7–15 let)	Závislost IQ na WM, společná mozková oblast	Gf		0,001
					Zrakově prostorová WM		0,007
Klingberg et al., 2002	Předchůdce Cogmedu (Zrakově prostorová i verbální WM)	cca 27 × 25 (675 min)	4 zdraví dospělí (20–29 let)	Závislost IQ na WM, společná mozková oblast	Gf		0,01
					Zrakově prostorová WM		0,03
Klingberg et al., 2005	Cogmed (Zrakově prostorová WM)	cca 25 × 40 (1000 min)	22 dětí s ADHD (7–12)	Překrývající se oblasti v mozku	Gf	0,48	
					verbální WM	0,73	
Thorell et al., 2009	Cogmed pro předškoláky (Zrakově prostorová WM)	cca 25 × 15 (375 min)	17 zdravých dětí (4–5 let)	Překrývající se oblasti mozku pro zrakově prostorovou a verbální WM	Gf	0,31	
					WM	0,89–1,15	
Nutley et al., 2011	Cogmed pro předškoláky (Zrakově prostorová WM)	cca 25 × 15 (375 min)	24 zdravých dětí (4 roky)	Neuro souvislost konceptu WM a Gf	Gf	0,19–0,54	
					STM/WM	0,13–0,26	
Holmes et al., 2010	Cogmed (Zrakově prostorová i verbální WM)	cca 23 × 40 (920 min)	25 dětí s ADHD (8–11 let)	Neuronová plasticita, Ovlivnění pozornosti	Gf		0,38
					STM/WM		0,01
Holmes, 2009	Cogmed (Zrakově prostorová i verbální WM)	Cca 20 × 35 (700 min)	22 dětí s nižší kapacitou WM (8–11)	Děti, které mají nízkou kapacitu WM dosahují horších školních výsledků z důvodu nezrvinutých bazálních funkcí	Gf	0,2	
					Matematické Dovednosti	0,11	
					STM	0,62–1,2	
					WM	1,55	
Jaeggi et al., 2008	Dual n-back task (prostorový a verbální signál)	8–19 × 25 min (4 skup.) (200–475 min)	35 VŠ studentů	Překrývající se oblasti v mozku	Gf	0,65	
Li et al., 2008	2-back task (prostorový) – neadaptivní	45 × 15 min (675 min)	19 mladších dospělých (20–30 let)		Zrakově prostorová WM		< 0,05
					Verbální WM		
					Zraková WM		
Li et al., 2008	2-back task (prostorový) – neadaptivní	45 × 15 min (675 min)	21 starších dospělých (70–80 let)		Zrakově prostorová WM		< 0,05
					Verbální WM		
					Zraková WM		
Buschkuehl et al., (2008)	Animal span task (zraková WM)	26 × 15 min	80 let		Zraková epizodická paměť		
Loosli et al., (2011)	Animal span task (zraková WM)	10 × 12 min (120 min)	9–10 let		Čtenářské dovednosti	0,04–0,73	
					Gf	0,32	

Použité zkratky: WM (pracovní paměť), STM (krátkodobá paměť), Gf (fluidní, obecná inteligence), d (effect size, Cohenovo d)

Tabulka ukazuje srovnání studií uvedených v předchozím textu podle typu a délky tréninku a podle počtu a věku trénovaných osob. V třetím sloupci zprava je uveden typ transferu. Přeskrtnutým písmem je uvedena ta oblast, která byla sice sledována, ale transfer v ní nalezen nebyl. Předposlední sloupec udává hodnotu effect size (Cohenovo d). V případě, že z původního zdroje nebylo možné tuto hodnotu vyčíst, je v posledním sloupci uvedena hladina významnosti, na které byl transfer sledován. Z tabulky lze vysledovat několik oblastí, ve kterých se zmiňované výzkumy liší. První oblastí jsou zvolené tréninkové programy určené k rozvoji dílčích kognitivních funkcí. Až na jednu výjimku (Li et al., 2008) jsou všechny tyto kognitivní programy adaptabilní – tzn. tréninková úroveň se přizpůsobuje aktuálním možnostem řešitele. Většina prezentovaných programů je primárně zaměřena na trénování pracovní paměti. Z těchto programů jsou některé zaměřeny pouze na trénink zrakově prostorové pracovní paměti (Klingberg et al., 2005, Thorell et al. 2009, Bergman, 2011 – jedna ze skupin, Li et al., 2008, Loosli et al. 2011), jiné na rozvoj zrakově prostorové i verbální pracovní paměti (Klingberg et al., 2002, Holmes, 2009, Holmes et al., 2010, Jaeggi et al., 2008). Využívány jsou zejména tři typy úkolů. Prvním typem jsou úkoly založené na principu zrakově prostorových matic (Cogmed). Druhým typem jsou úkoly opírající se o princip n -back task, respektive dual n -back task. Konečně třetím typem je princip obrázkových řad s nutností dalšího zaměstnávání pracovní paměti, na kterém funguje výše uvedený Animal span task. Další oblastí, ve které lze sledovat shody a rozdíly mezi jednotlivými studii, je volba pretestového a retestového materiálu. Většina studií volí 1) úkoly shodné s trénovanými úkoly, 2) úkoly principiálně shodné (blízký transfer), ale pracující s jiným typem materiálu, případně i s jinou modalitou, 3) úkoly zdánlivě odlišné – nejčastěji IQ (vzdálený transfer). Všechny z prezentovaných studií dokazují blízký transfer na podobný typ úkolu. S transferem vzdáleným je situace komplikovanější – v některých studiích je potvrzen, v jiných nikoli. Co se týče konkrétně transferu do oblasti inteligence na základě tréninku bazálních kognitivních funkcí, je situace obdobná – některé studie transfer potvrzují (Klingberg et al., 2002, 2005, Olesen et al., 2004, Jaeggi et al., 2008), jiné naopak (Thorell et al., 2009, Bergman Nutely, 2011, Holmes, 2009, Holmes et al., 2010, Loosli et al. 2011). Autoři tento transfer předpokládají, respektive vysvětlují zejména pomocí výsledků neuropsychologických studií, které ukazují, že mozkové oblasti zodpovídající za pracovní paměť se překrývají s oblastmi aktivovanými při řešení IQ testů (Ackerman et al., 2005, Conway et al., 2003, Olesen et al., 2004).

Délka tréninku se pohybovala v součtu od 120 do 1000 min, při počtu sezení od 8 do 45. Někteří autoři zastávají názor, že rozsah transferu je přímo úměrný době tréninku. Z tabulky je však patrné, že to neplatí stoprocentně (samozřejmě je nutné přihlídnout k tomu, že se jednotlivé studie od sebe lišily a tudíž není možné bezvýhradně srovnání).

Z dostupných údajů je vidět, že hodnoty effect size se pro transfer do oblasti Gf pohybují v případě paměťových matic od 0,19 do 0,54. V případě n -back task máme k dispozici pouze údaj 0,65. Efektivita n -back task je z tohoto pohledu sice o něco vyšší, ale srovnávaných studií je málo. K porovnání efektivit obou typů úkolů by bylo potřeba kvalitnější metaanalýzy zahrnující srovnání více studií.

Některé studie se zaměřují nejen na to, zda lze pracovní paměť trénovat a zda je prokazatelný transfer do dalších oblastí, ale také na charakteristiky skupin, u kterých je trénink možný. Mnoho studií se zaměřuje na děti s ADHD (Klingberg et al., 2002, 2005, Holmes et al., 2010, Shalev et al., 2007), případně na děti s nižší kapacitou pracovní paměti (Holmes, 2009). Pro praxi velice důležité jsou studie směřující k možnostem rozvoje u starších osob (Li et al., 2008, Buschkuhl et al. (2008), případně u lidí s mentálním postižením (Perrig et al., 2009). Nepodařilo se nám však nalézt žádnou studii, která by se zabývala možnostmi rozvoje pracovní paměti a potažmo inteligence u dětí se sociokulturním handicapem. Tuto problematiku by tedy bylo užitečné prozkoumat. Zatím se zdá, že rozvoj paměti není výrazně limitován ani věkem a ani mentálním postižením. Dá se tedy předpokládat, že z podobného typu výzkumu by mohly vytknout i děti sociokulturně handicapované, u kterých se ukazuje vyšší míra nerealizovaného potenciálu zóny nejbližšího vývoje (Páchová, 2010).

Náš program rozvoje pracovní paměti

Z výše uvedených důvodů jsme se rozhodli pokusit se o srovnání možností kognitivního rozvoje (pomocí PC tréninku pracovní paměti) u skupin dětí pocházejících z různého sociokulturního prostředí.

Z předchozí analýzy vyplynulo, že nejvhodnějším schématem pro trénování pracovní paměti je n -back task, respektive dual n -back task a princip zrakově prostorových matic. Především tento typ her jsme následně sledovali ve freewarových i komerčně dostupných hrách. S nabývajícím zkušenostmi s těmito hrami se postupně začalo ukazovat, že žádná hra nám nevyhovuje dostatečně (nízká možnost vlastní modifikovatelnosti hry, nemožnost záznamu hry a ukládání důležitých dat, nedostatečná adaptabilita her, přílišné finanční

náklady atd.). Z těchto důvodů jsme se rozhodli o vlastní návrh softwaru, který vycházel zejména z naší osobní zkušenosti s programy zaměřenými na pracovní paměť.

Rozhodli jsme se navrhnout 6 her – 3 založené na principu n-back task a 3 na principu zrakově prostorové matice. Pro hry n-back task jsme zvolili obrázkovou formu z důvodu větší atraktivity pro děti mladšího školního věku. Princip n-back task obsahuje tři formy, přičemž každá z forem může začínat na $n = 1$. Tento jednoduchý back, který většina dostupných programů nenabízí, jsme zvolili z důvodu dostupnosti hry pro děti s nízkou kapacitou pracovní paměti a také jako možnost lepšího zácviku a seznámení se s obecným principem hry. Výhodou všech typů našich n-backů je možnost téměř stoprocentní kontroly nad průběhem hry. U každého levelu je možnost nastavení všech důležitých vlastností – hodnota n, počet kol, doba zobrazení, počet n událostí, minimální počet správných řešení, při kterých dojde k postupu do vyššího levelu, velikost matice (u prostorových backů). Takovýto design hry se nám zdá výhodný zejména proto, že lze hru přizpůsobit možnostem a potřebám konkrétního dítěte. Tím, že se hra přizpůsobí dítěti, je sníženo riziko věčného selhávání či naopak stálého postupu, od čehož si slibujeme nižší úbytek motivace v průběhu tréninku. Dalším motivačním prvkem obsaženým v naší modifikaci n-back task hry je možnost multiplayer (možnost hraní dvou hráčů na jednom PC proti sobě). Na základě vlastních zkušeností s hrami tohoto typu jsme se rozhodli pro stoprocentní nutnost reakce po každém kole. Dítě musí reagovat vždy – tedy jak v případě n události, tak i v opačném případě. Domníváme se, že tento způsob ovládání hry povede k vyšší koncentraci dětí. Při naší vlastní zkušenosti s hrami jsme považovali za užitečné, pokud hra umožňovala okamžitou zpětnou vazbu o správnosti odpovědi. Z toho důvodu jsme se rozhodli tuto funkci zabudovat i do našeho vlastního programu. V levé části obrazovky je umístěn semafor – v případě správné odpovědi se jeho světla rozsvítí zeleně, v případě chyby červeně. Za další důležitý motivační prvek rovněž považujeme zpětnou vazbu po každém kole – tzn. dítě dostává informaci o tom, jak si během daného levelu vedlo a co tento výsledek znamená (opakování levelu, vzestup do dalšího levelu). Tři formy n-back her se od sebe liší zejména v zaměstnání typu pracovní paměti (zraková, zrakově prostorová a sluchová WM).

- a) Obrázkový n-back – trénink zrakové pracovní paměti. Úkolem je reagovat stisknutím určeného tlačítka, pokud se před n obrázky objevil daný obrázek, respektive reagovat stisknutím jiného tlačítka v případě, že se tomu tak nestalo. Výhodou naší verze hry je možnost nahrát do databáze obrázků jakékoli obrázky v běžně dostupných formátech, které si dítě bude přát. Zároveň je tím umožněno vytvářet různé varianty této hry. Od této možnosti opět očekáváme vyšší zájem dětí, než by byl zájem v případě stále týchž obrázků.
- b) Červí prostorový n-back – trénink zrakově prostorové pracovní paměti. Princip hry je stejný, jako v předchozím případě. Úkolem je reagovat v případě, že se červík objeví na stejném místě jablíčka, jako tomu bylo před n zobrazeními (v opačném případě je nutná reakce pomocí jiného tlačítka).
- c) Automobilový prostorově auditivní n back – trénink zrakově prostorové a auditivní pracovní paměti. Úkolem je reagovat tehdy, když a) zabliká autíčko, které zablikalo před n-zobrazeními, b) když se ozve stejný zvuk jako před n zobrazeními (prezentace v obou modalitách probíhá simultánně, na každou modalitu je třeba reagovat stisknutím jiného tlačítka).

Princip zrakově prostorových matic je obsažen ve třech identických variantách. Obecným principem hry je zapamatovat si políčka matice, ve kterých se objevil předmět A a ve kterých se objevil předmět B (objevování předmětů probíhá v různém pořadí např. AABAB...). Úkolem je nejprve kliknutím myši nalézt všechny předměty A a následně všechny předměty B. Zvyšování obtížnosti probíhá přidáváním předmětů a zvyšováním počtu políček v matici. Při kliknutí na předmět B v době, kdy je nutné hledat předmět A, dítě ztrácí život. Je tedy nutné správně si zapamatovat jak políčka, ve kterých se něco objevilo, tak i identitu objeveného. Jinými slovy je nutné udržet v paměti informaci o předmětech B za současného hledání předmětů A. Od tohoto očekáváme vyšší zaměstnanost pracovní paměti.

Variety zrakově prostorových matic jsou následující:

- hříbkový les – úkolem je nalézt nejprve všechny hříbky a pak ukázat všechny muchomůrky
- zámková dlažba – úkolem je nalézt všechny mince, následně všechny lebky
- krtci v zahradě – úkolem je nalézt nejprve všechny krtky a následně všechny žížaly

Závěr

V předchozím textu bylo ukázáno, že pracovní paměť je možné efektivně trénovat. Zároveň bylo poukázáno na to, za jakých podmínek je možné počítat se vzdáleným transferem do oblasti inteligence. Zjištění možnosti

tréninku pracovní paměti i u starších osob či osob mentálně postižených přináší vlnu naděje do další práce. Například do neprozkoumaných vod možností tréninku u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Literatura

- Ackerman, P. L., Beier, M. E. & Boyle, M. O. (2005). Working memory and intelligence: The Same or different constructs? *Psychol Bull*, 131, 30–60.
- Alloway, T. P., Gathercole, S. E., Kirkwood, H. & Elliott, J. (2009). The cognitive and behavioral characteristics of children with low working memory. *Child Development*, 80 (2), 606–621.
- Alloway T. & Alloway R. (2010). Investigating the predictive roles of working memory and IQ in academic attainment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 106(1), 20–29.
- Blair, C. (2006). How similar are fluid cognition and general intelligence? A developmental neuroscience perspective on fluid cognition as an aspect of human cognitive ability. *Behavioral and Brain Science*, 29(2), 109–160.
- Buschkuehl, M., Jaeggi, S. M., Hutchison, S., Perrig-Ghiello, P., Däpp, G. & Müller, M. (2008). Impact of working memory training on memory performance in old adults. *Psychology and Aging*, 23 (4), 743–753.
- Kieling, Ch., Goncalves, R. F., Tannock, & R. Castellanos, F. X. (2008) Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 285–307.
- Conway, A. R., Kane, M. J. & Ejhle, R. W. (2003). Working memory capacity and its relation to general intelligence. *Trends in Cognitive Science*, 7, 547–552.
- Curtis, C. E. & D'Esposito, M. (2003) Persistent activity in the prefrontal cortex during working memory. *Trends in Cognitive Science*. 7 (9), 415–423.
- Dahlin, E., Neely, A. S., Larsson, A., Backman, L. & Nyberg, L. (2008). Transfer of learning after updating training mediated by the striatum. *Science*, 320, 1510–1512.
- Das, J. P. (1989). A system of cognitive assessment and its advantage over I. Q. In D. Vickers & P. L. Smith (Eds.), *Human information processing: Measures, mechanisms, and models*. Amsterdam: Elsevier.
- Engle, R. W., Kane, J. M. & Tuholski, S. W. (1999). Individual differences in working memory capacity and what they tell us about controlled attention, general fluid intelligence, and functions of the prefrontal cortex. In A. Myake, P. Shah (Eds.), *Models of Working Memory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eysenck, M. W & Keane, M. (2008). Kognitivní psychologie. Praha: Academia.
- García-Molina, A., Luna-Lario, P., Tirapu-Ustárroz, J. & Duque, P. (2010). Are intelligence and executive functions the same thing? *Rev Neurol.*, 50 (12), 738–46.
- Gray J. C. & Braver T. (2003). Neural mechanisms of general fluid intelligence. *Nature Neuroscience*, 6 (3), 316–322.
- Gray, J. R. & Thompson, P. M. (2004). Neurobiology of intelligence: science and ethics. *Nature Reviews. Neuroscience*, 5(6), 471–482.
- Hautzel, H., Mottaghy, F. M., Schmidt, D., Zemb, M., Shah, N. J., Müller-Gärtner, H. W. & Krause, B. J. (2002). Topographic segregation and convergence of verbal, object, shape and spatial working memory in humans. *Neuroscience Letters*, 323 (2), 156–160.
- Herrnstein, R. J. & Murray, C. A. (1994). *The bell curve: Intelligence and class structure in American life*. New York: Free Press.
- Holmes, J. (2009). Adaptive training leads to sustained enhancement of poor working memory in children. *Dev. Sci.* 12, 9–15.
- Holmes, J., Gathercole, S. E., Place, M., Dunning, D. L., Histon, K. A. & Elliott, J. G. (2010). Working Memory Deficits can be Overcome: Impacts of Training and Medication on Working Memory in Children with ADHD. *Appl. Cognit. Psychol.* 24, 827–836.
- Horn, J. L. & Cattell, R. B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. *Journal of Educational Psychology*, 57 (5), 253–270.
- Hossiep, R., Turck, D. & Hasella, M. (1999). Bochumer Matrizen-test: BOMAT-Advanced Short Version. Göttingen: Hogrefe.
- Jaeggi, S. M., Buschkuehl, M., Jonides, J. & Perrig, W.J. (2008). Improving fluid intelligence with training on working memory. *Proc Natl Acad Sci*, 105 (19), 6829–33.
- Jarrold, C., Towse, J. (2006). Individual differences in working memory. *Neuroscience*, 139, 1 (28), 39–50.

- Kirby, J. R. & Das, J. P. (1990). A cognitive approach to intelligence: Attention, coding and planning. *Canadian Psychology*, 31(4), 320–333.
- Klingberg, T. (1998). Concurrent performance of two working memory tasks: potential mechanisms of interference. *Cerebral Cortex*, 8, 593–601.
- Klingberg, T., Forssberg, H. & Westerberg, H. (2002) Training of working memory in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(6), 781–791.
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P. J., Johnson, M., Gustafsson, P. & Dahlstrom, K. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD – a randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(2), 177–86.
- Kopeček, M. (2005). Mapování funkcí lidského mozku včera a dnes. *Sanquis*, 38, 26–29.
- Kristofferson, M. W. (1972). Effects of practice on character-classification performance. *Canadian Journal of Psychology*, 26, 54–60.
- Lezak, M. D. (1988). IQ: R. I. P. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10 (3), 351–361.
- Lezak, M. D. (2000). Nature, applications and limitations of neuropsychological assessment following traumatic brain injury. In A. Christensen & B. P. Uzzell (eds). *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Kluwer Academic/Plenum. 67–80.
- Li, S., Schmiedek, F., Huxhold, O., Röcke, C., Smith, J. & Lindenberger, U. (2008). Working memory plasticity in old age: Practice gain, transfer, and maintenance. *Psychology and Aging*, 23(4), 731–742.
- Loosli, S. V., Buschkuhl, M., Perrig, W. J. & Jaeggi, S. M. (2011). Working memory training improves reading processes in typically developing children. *Child Neuropsychology*, 1, 1–17.
- Lynn, R. & Meisenberg, G. (2010) National IQs calculated and validated for 108 nations. *Intelligence*, 38 (4), 353–360.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63(2), 81–97.
- Nutley, B., Soderqvist, S., Bryde, S., Thorell, L. B., Humphreys K. & Klingberg, T. (2011). Gains in fluid intelligence after training non-verbal reasoning in 4-year-old children: a controlled, randomized study. *Developmental Science*, 14(3), 591–601.
- Olesen, P. J., Westerberg, H. & Klingberg, T. (2004). Increased prefrontal and parietal Aktivität after training of working memory. *Nat Neurosci*, 7, 75–79.
- Páchová, A. (2010). Učitelnost progresivních matic: srovnání českých a romských žáků. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Karlova, Česká Republika.
- Perrig, W., Hollenstein, M. & Oelhafen, S. (2009) Can we improve fluid intelligence with training on working memory in persons with intellectual disabilities? *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 8(2), 148–164.
- Phillips, C. J., & Nettelbeck, T. (1984). Effects of practice on recognition memory of mildly mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 678–687.
- Pickering, S. (2006). Working memory and education. Oxford: Elsevier Press.
- Raven, J. C. (1990). Advanced Progressive Matrices: Sets I, II. Oxford: Univ Press.
- Rueda, M. R., Rothbart, M. K., McCandliss, B. D., Saccomanno, L. & Posner, M. I. (2005). Training, maturation, and genetic influences on the development of executive attention. *Proc Natl Acad Sci. USA*, 102(41), 14931–6.
- Shalev, L., Tsal, Y. & Mevorach, C. (2007). Computerized progressive attentional training program: Effective direct intervention for children with ADHD. *Child Neuropsychology*, 13(4), 382–388.
- Spreng, M., Rossier, J., & Schenk, F. (2002). Spaced training facilitates long-term retention of place navigation in adult but not in adolescent rats. *Behavioural Brain Research*, 128, 103–108.
- Thorell, L., Lindqvist, S., Nutley, S., Bohlin, G. & Klingberg, T. (2009). Training and transfer effects of executive functions in preschool children. *Developmental Science*, 12(1), 106–113.
- Unsworth, N., Miller, J. & Lakey, C. (2009). Exploring the relations among executive functions, fluid intelligence, and personality. *Journal of Individual Differences*, 30(4), 194–200.
- Wechsler, D. (2004). Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – third edition (WPPSI-III). New York: Psycho-logical Corporation.
- Zinke, K., Zeintl, M., Eschen, A., Herzog, C., & Kliegel M. (2011). Potentials and Limits of Plasticity induced by Working Memory Training in Old-Old Age. *Gerontology*, in press.

PĚT DIMENZÍ POSTOJŮ KE SMRTI

FIVE DIMENSIONS OF ATTITUDES TOWARDS DEATH

Klára Machů, Olga Pechová, Daniel Dostál

Katedra psychologie FF UP, Křížkovského 10, 771 47 Olomouc, Czech Republic

Grantová afilice

Zpracování výzkumu bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené roku 2011 Univerzitě Palackého v Olomouci Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

Abstrakt

Revidovaný profil postojů ke smrti (*The Death Attitude Profile-Revised*) je dotazníková metoda, která měří pět dimenzí postojů ke smrti. Dvě škály zjišťují negativní postoje ke smrti, dvě škály měří pozitivní postoje ke smrti a jedna škála měří neutrální přijetí faktu smrti. Šetření realizované na skupině 240 respondentů (128 žen, 112 mužů) ve věku 18 až 82 let prokázalo reliabilitu české verze této metody. Regresní analýza získaných dat prokázala vliv náboženského přesvědčení u tří z pěti sledovaných dimenzí (strach ze smrti, vyhýbání se smrti a přátelské přijetí smrti). U škály „přátelské přijetí smrti“ byl zjištěn také rozdíl mezi křesťany a respondenty hlásícími se k jiným náboženstvím. U škály „strach ze smrti“ byla prokázána negativní korelace s věkem. U škály „vyhýbání se smrti“ bylo zjištěno vyšší skóre u žen než u mužů.

Abstract

The Death Attitude Profile-Revised is the inventory created in 1994 which measures five dimensions of attitudes towards death. Two of them are negative: the fear of death and the death avoidance; two dimensions represent positive attitudes towards death: the attitude of approach acceptance and escape acceptance of death; and one dimension is the neutral acceptance of death. We collected a data of 240 respondents (128 women and 112 men) aged 18 to 82 years. The reliability of the Czech version of this method has been successfully proved. The regression analysis of the data showed effect of religion on three of the reporting dimensions (the fear of death, the death avoidance and the approach acceptance of death). Negative correlation with age has been demonstrated in the dimension of fear of death. Higher scores in women than in men in the dimension of avoidance of death were also found.

Klíčová slova

smrt; postoje; náboženské přesvědčení; věk; pohlaví.

Key words

death; attitudes; religion; age; gender.

1 Úvod

V našem výzkumu se zabýváme tím, jak se lidé staví ke skutečnosti vlastní smrtelnosti. Hledáme odpověď především na otázku, jak se odlišují postoje ke smrti u lidí různého věku. Z výzkumů, které se zabývají tímto, nebo podobným tématem většinou vyplývá, že okolo dvaceti let vrcholí úzkost ze smrti a s přibývajícím věkem postupně klesá. Cílem výzkumu je také testovat ze zahraničních výzkumů vycházející domněnku, že ženy prožívají vyšší míru úzkosti ze smrti než muži. Dále předpokládáme souvislost mezi postoji ke smrti a náboženským přesvědčením. Lze očekávat, že lidé, kteří se hlásí k nějaké víře, ať už se jedná o víru v Boha, nebo jen v smysluplnost života, budou zastávat spíše pozitivnější postoje ke smrti než ti, kteří nezastávají žádné náboženské přesvědčení. Víra v něco, co člověka přesahuje, může fungovat jako obranný mechanismus vůči chaotickému světu, dodává řád a smysl životu, a tím zajišťuje i jistý pocit bezpečí, což je jedna ze základních lidských potřeb. Víra může člověku pomoci zakomponovat smrt do řádu života. Nicméně ateisté mohou také nalézt způsob, jak integrovat smrt do vlastní existence, třeba již jen tím, že ji budou považovat za přirozenou součást života, která se projevuje v celé přírodní říši, do které člověk bezpochyby patří.

2 Teoretické zakotvení

Smrt je jedním z ústředních témat nejrůznějších filosofických a náboženských systémů. Myšlenky na ni vyvolávají rozporuplné pocity, které se individuálně liší. Když už vůbec mluvíme o smrti, jsme často obezřetní a volíme pokud možno neutrální výrazy, což potvrzuje existence mnoha taktních synonym jako věčný spánek, odchod na onen svět, cesta na druhou stranu, atd. Smrt je velkým životním tématem, člověk k ní může zaujímat nejrůznější postoje, které pak sekundárně do značné míry ovlivňují způsob a kvalitu jeho života. Měření postojů ke smrti tedy souvisí s tématy, jako jsou smysluplnost života, náboženské přesvědčení, hodnoty apod.

Smrt je, podobně jako narození, ústředním tématem v podstatě všech světových náboženství. Každé náboženství v sobě obsahuje také nauku o smrti a pokyny pro pohřbení mrtvého. „*Život je v judaismu posvátný, pro jeho záchranu je možné přestoupit i většinu přikázání. Znamená to také, že smrt není vítaná, je chápána jako něco negativního; nejen proto, že člověka vytrhává ze středu jeho bližních a maří všechny jeho životní plány, ale zbavuje ho i povinností dodržovat Boží přikázání, tedy sloužit Bohu, což je v rabínském pojetí poslední smysl lidské existence a největší radost člověka. Na druhé straně smrt neznamená nějaký trest za nedokonalý lidský život, ale je svrchovaným výrazem nepochopitelné Boží spravedlnosti; proto každý, kdo se dozví o něčem úmrtí, má pronést požehnání baruch dajan ha-emet – budíž požehnan spravedlivý soudce.*“ (Lyčka, 2010, str. 84)

Křesťané věří v existenci nesmrtelné duše, která v okamžiku smrti opouští tělo. Velký význam má v křesťanské víře odpuštění hříchů. Panuje představa, že po smrti člověk vidí svůj vlastní život a všechny důsledky svého jednání. V případě, že upřímně lituje svých chyb, jsou mu odpuštěny hříchy. V opačném případě může očekávat věčné zatracení. Smrt je tedy spojena s pozitivními očekáváními pro lidi zbožné a s vidinou trestu pro lidi hříšné. Podobné myšlenky nacházím i ve dvou dalších monoteistických náboženstvích, kterými jsou judaismus a islám. „*Islám chápe smrt jako odloučení duše od těla. Vyjímá ji mocný anděl smrti Azrá'íl a duše pak upadá do bezesného spánku, dokud se znovu nespojí s tělem při vzkříšení. Jiná tradice hovoří o stezce sirát, úzké jako vlas, klenoucí se nad pekelným ohněm; spravedliví po ní lehce přeběhnou, zatímco zlí z ní budou svrženi. Umírající má obrátit hlavu k Mekce a pronést formuli ‚Není Boha kromě Boha‘, která ho připraví na výslech andělů, jež ho čeká v hrobce.*“ (Halík, 2006, s. 98–99)

Na rozdíl od náboženství abrahámovské tradice věří hinduisté a buddhisté v reinkarnaci – převtělování duší. Vše, co člověk v tomto životě vykoná, ať už dobré, či zlé, se mu vrátí v rámci životního koloběhu. Pokud ne v tomto životě, tak v jiném. Cílem každé živé bytosti je vysvobození z koloběhu životů. „*O duše předků se musejí živí potomci starat, pronášet mantry, obětovat jim jídlo a pít; pak zas zemřelí prospívají žijícím. Jsou-li však duchové zemřelých zanedbávání, mohou se mstít a škodit.*“ (Halík, 2006, s. 100–101) Buddhisté vidí konečný cíl života v nirváně – vyvanutí, oproštění od vášní a žádostí. Utrpení je hluboce spjato s životem, neboť neustále po něčem toužíme. Konec utrpení je tedy roven konci tužeb. Pohřeb není tvořen žádným obřadem, není to nijak významná událost, nejčastěji se jedná o pohřeb žehem, avšak v některých oblastech (Nepál) lamové tělo nebožtíka rozkrájí a předhodí dravým ptákům. Většina dosavadních výzkumů potvrzuje pozitivní vliv náboženských tradic na zvládání smrti, jakkoliv v tomto směru existují i značné odlišnosti. (Dezutter et al., 2009).

Téma postojů ke smrti se v psychologii dostalo do popředí zájmu v pozdních padesátých letech 20. století díky Feifelově výzkumu na populaci s geriatrickými a mentálními onemocněními, přestože se mnoho pionýrských studií k tomuto tématu objevilo již dříve. Tyto rané studie se metodicky opíraly o projektivní metody a jednoduché validní dotazníky. V polovině šedesátých let začalo množství výzkumů narůstat ve shodě se stoupajícím zájmem o téma smrti. Nicméně „publikační exploze“ týkající se tohoto tématu se objevila až v polovině sedmdesátých let, uvedena vyvinutím prvních široce využitelných nástrojů vytvořených speciálně pro přímé měření strachu ze smrti (Collett & Lester, 1969; Lester, 1967b), hrozby (Krieger, Epting, & Leitner, 1974), a úzkosti ze smrti (Templer, 1970). V té době nabyla také velké popularity „Teorie zvládání hrůzy“ (Terror management theory), která předpokládá, že základní motivací lidského chování je zvládání strachu ze smrti. Zájem o výzkum úzkosti ze smrti pokračoval v osmdesátých letech, následován další vlnou nárůstu, který trvá až do dnešních dnů, což dokazuje rozvoj literatury a výsledky výzkumů nejen v USA, ale i v Evropě, na Blízkém východě a v asijských zemích. (Moser, Neimeyer, Wittkowski, 2004)

Většina výzkumů zjistila vliv věku na úzkost ze smrti. Z výzkumů vyplývá pro mnohé možná překvapivé zjištění, že adolescenti prožívají intenzivnější úzkost ze smrti než starší dospělí. Russac, Gatliff, Reece & Spottswood (2007) zkoumali úzkost ze smrti v průběhu dospělosti. První studie se účastnilo 304 žen a mužů mezi 18 a 87 lety, přičemž vyplňovali revidovanou škálu Colletta-Lestera měřící strach ze smrti (CL-R). Úzkost ze smrti vyvrcholila jak u žen, tak u mužů v jejich dvacátých letech, a poté se výrazně snížila. Nicméně ženy, na rozdíl od mužů dosahovaly druhého vrcholu úzkosti ve svých padesátých letech. V rámci druhé studie

113 žen mezi 18 a 85 lety vyplňovaly Templerovu škálu úzkosti ze smrti. Výsledky studie prokázaly stejné bimodální rozložení úzkosti ze smrti a výrazné snížení s věkem stejně jako první studie. (Russac, Gatliff, Reece & Spottswood, 2007)

Abengózar et al. porovnávali postoje ke smrti u tří věkových skupin – mladých dospělých (18–34 let), dospělých středního věku (35–59 let) a starých (60–75 let). Z výsledků jejich studie vyplývá, že třetí skupina probandů (nejstarší respondenti) dosahovala ve srovnání s ostatními vyšších skóre v kategoriích beznaděje (signifikantní rozdíly mezi skupinami 1–3, 2–3), děsu (signifikantní rozdíly mezi skupinami 2 a 3) a deprese (signifikantní rozdíly mezi skupinami 1 a 3, a 2 a 3) spojených s otázkou smrti. (Abengózar, Bueno & Vega, 1999)

Universita v Sussexu vytvořila skupinu lidí sestávající z britské veřejnosti, která se vyjadřuje k nejrůznějším společenským otázkám. V roce 1994 dostali tito lidé instrukci, aby popsali své osobní zkušenosti se smrtí, bolestnou ztrátou a měli též odpovědět na otázku o vztahu smrti a společnosti. K detailní analýze byl vybrán vzorek 54 korespondentů v rozmezí od 65 do 80 let (28 mužů a 26 žen). Ukázalo se, že zkušenosti z 2. světové války hrají významnou roli v utváření postojů k umírání a smrti. Stejně tak náboženské přesvědčení mělo svůj vliv, a to u obou skupin, jak věřících, tak nevěřících. Co se týče postojů společnosti ke smrti, někteří uvítali nové postoje a způsoby chování, jiní je viděli jako celkově špatné, či souhlasili s některými změnami a odmítali jiné. Korespondenti obecně nepopisovali žádný velký osobní strach ze smrti, ačkoliv se objevovaly obavy o přirozenost jejich umírání. Nicméně nikdo z nich nebyl připraven zemřít, dokonce i ti, kteří přijímali blízkost své vlastní smrti, vyjadřovali touhu žít tak dlouho, jak jen to bude možné. (Field, 2000)

Vzpomínky na situace, kdy jsme se setkali se smrtí, ovlivňují utváření našich postojů vůči ní. Ve své studii Susan Blucková et al. zkoumali vliv zkušeností se smrtí na postoje ke smrti a užívání autobiografických vzpomínek. 52 účastníků vyplnilo standardní škály postojů ke smrti a napsali vyprávění o autobiografické vzpomínce na smrt. Pro srovnání pak napsali vyprávění i o vzpomínce malého významu. Výsledky ukázaly, že větší zkušenosti se smrtí souvisely s nižší hladinou úzkosti ze smrti a menší snahou vyhýbat se tématu smrti. Tito lidé také častěji užívali své se smrtí spojené vzpomínky k vytváření adaptivních funkcí. (Bluck, Dirk, Mackay & Hux, 2008)

Většina výzkumů, které zkoumaly rozdíl mezi pohlavími, zjistila zvýšený strach ze smrti u žen. Rose a O'Sullivan (2002) potvrzují tento efekt v rámci svého výzkumu, kde vysokoškolské studentky skórovaly výše na škále úzkosti ze smrti (DAS) než vysokoškoláci. Keller a kol. (1984) zaznamenávají, že ženy prožívají vyšší úzkost ze smrti vztahující se k jáství než muži. Na druhou stranu Fortner a Neimeyer (1999) ve svém kvantitativním posudku zjistili, že ženy zaznamenávají vyšší úzkost ze smrti než muži v mladších věkových kategoriích, ale tyto jevy se nepodařilo generalizovat na starší populaci. Davis, Bremer, Anderson a Tramill (1983) také zjistili, že ženy mají vyšší skóre úzkosti ze smrti než muži, ale též zaznamenali, že muži mají vyšší sebeúctu a sílu ega, což jsou dvě negativní korelace úzkosti ze smrti, z toho podle autorů výzkumu vyplývá, že vztah mezi sebeúctou a úzkostí ze smrti je význačnější než vztah mezi pohlavím a úzkostí ze smrti. (Jackson, 2008)

3 Metoda

V rámci tohoto výzkumu byl k měření postojů ke smrti použit Revidovaný profil postoje ke smrti (The Death Attitude Profile – DAP-R, 1994), jehož autory jsou Wong, Reker a Gesser. Revidovaný profil postoje ke smrti se skládá z 32 položek ve formě tvrzení. Tato tvrzení jsou rozdělena do pěti dílčích škál, z nichž dvě měří pozitivní postoje ke smrti (přátelské přijetí smrti, únikové přijetí smrti), dvě se zaměřují na negativní postoje ke smrti (strach ze smrti, vyhýbavý postoj ke smrti) a poslední škála zkoumá neutrální postoje. Ve škále měřící strach ze smrti („Smrt je bezpochyby hroživá zkušenost.“) mají vyšší hodnoty ti respondenti, kteří zažívají intenzivní strach ze smrti. Vyhýbavý postoj ke smrti („Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.“) zastávají jedinci, kteří se vyhýbají myšlenkám na smrt kvůli úzkosti, kterou myšlenky na toto téma vyvolávají. Neutrální postoj ke smrti („Smrt není ani dobrá, ani špatná.“) vymezuje pohled na smrt jako na přirozenou součást života. Pozitivní pohled na smrt je v dotazníku reprezentován škálou přátelského přijetí smrti („Věřím, že po smrti budu v nebi.“) Tento postoj má základ ve víře v šťastný posmrtný život. Poslední škála měří postoj únikového přijetí smrti („Smrt ukončí všechna moje trápení.“). Smrt je zde chápána jako vítaná alternativa k životu, který je plný utrpení a bolesti. Je třeba zdůraznit, že i tento postoj ke smrti se řadí mezi pozitivní, jelikož smrt není vnímaná jako negativní zkušenost. Respondenti zaznamenávají své odpovědi na sedmibodové Likertově škále v rozmezí od zcela souhlasím (7) po zcela nesouhlasím (1). Skóre pro každou subškálu se sčítají a rozdělují

podle počtu položek tak, aby dávaly průměrné skóre subškál pro každého respondenta. Vyšší skóre ukazují na větší přijetí, strach nebo vyhýbání se smrti.

Clements a Rooda (1999–2000) ve své nezávislé studii faktorové struktury Revidovaného profilu postoje ke smrti (DAPR) došli k závěru, že se subškála neutrálního postoje ke smrti projevuje ve dvou rozdílných faktorech. Zbývající čtyři subškály mají adekvátní hladinu vnitřní konzistence. (Reimer, 2007) Přestože se subškála měřící neutrální postoj ke smrti podle výsledků výše uvedené studie může jevit nepřesná, v rámci tohoto výzkumu byla v dotazníku zachována. V průběhu administrace se nevyskytly žádné problémy s jeho srozumitelností.

4 Soubor

Šetření realizované na skupině 240 respondentů (128 žen, 112 mužů) ve věku 18 až 82 let. Průměrný věk byl 32,2 let (SD = 11,59). Mezi respondenty bylo 123 osob, které se považovaly za ateisty, nevěřící, bez vyznání a agnostiky, dále se 83 respondentů hlásilo k různým směrům křesťanství, většinou pak k římskokatolické církvi. Celkem 34 respondentů se hlásilo ke směsici jiných náboženství, zejména asijského původu. 26 respondentů mělo základní vzdělání, 123 středoškolské a 91 vysokoškolské vzdělání. Cílem bylo získat soubor respondentů, který by byl co nejvíce vyrovnaný, co se týče pohlaví a věku. Z tohoto důvodu jsme se mimo jiné vyhýbali rekrutování respondentů mezi vysokoškolskými studenty. V případě věku se nám bohužel nepodařilo úplně dostatečně pokrýt vyšší věkové kategorie a v souboru je rovněž převaha žen. Vzhledem k předpokládanému vlivu náboženského přesvědčení jsme se cíleně snažili získat dostatečný soubor křesťanských věřících. Respondenty jsme rekrutovali zejména v čajovnách a na dalších veřejných místech, a také za podpory jednoho katolického kněze v jeho farnosti.

5 Výsledky

Výsledky testu reliability (Tab. 1) ukazují vysokou vnitřní konzistenci čtyř škál. Velmi vysokou vnitřní konzistenci mají škály přátelské přijetí (0,93) a vyhýbání se smrti (0,91). O něco nižší avšak uspokojivé údaje jsme zjistili u škál strach ze smrti (0,86) a únikové přijetí (0,81). Podobně jako v zahraničních studiích se ukázala nižší reliability u škály neutrálního přijetí (0,68).

Škála	Cronbachovo alfa
Strach ze smrti	0,86
Vyhýbání se smrti	0,91
Neutrální přijetí	0,68
Přátelské přijetí	0,93
Únikové přijetí	0,81

Tab. 1: Test reliability

Provedli jsme regresní analýzu u všech pěti škál a sledovali jsme při ní vliv pohlaví, věku, náboženského přesvědčení a vzdělání. Při testování vlivu náboženského přesvědčení jsme zvolili jako základní skupinu jedince bez vyznání, s nimiž jsme porovnávali ostatní skupiny. Vliv vzdělání byl u všech škál statisticky zanedbatelný, z výpočtu jsme jej proto vyřadili. Vliv pohlaví byl zjištěn u škály vyhýbání smrti, kde ženy skórují v průměru výše o 0,5 směrodatné odchylky, což je v souladu s dosavadními zjištěními ze zahraničních studií. Ženy také skórují v průměru o 0,23 směrodatné odchylky výše na škále strach ze smrti, avšak výsledek se pohybuje těsně pod hranicí statistické významnosti.

Vliv věku se potvrdil pouze u škály strach ze smrti, kde dochází poklesu s věkem průměrně o 0,2 směrodatné odchylky za deset let, což je rovněž v souladu se zahraničními zjištěními. U ostatních škál však věk nehraje statisticky významnou roli, takže například míra vyhýbání se smrti se s věkem nemění.

Proměnná	B	SE	β	t	p
(abs. člen)	30,49	1,75		17,40	< 0,001
Pohlaví	2,09	1,10	0,12	1,90	0,06
Věk	-0,19	0,05	-0,25	-3,97	< 0,001
Křesťan	-2,95	1,24	-0,16	-2,37	< 0,05
Jiné vyznání	-4,13	1,64	-0,16	-2,51	< 0,05

Pozn.: $R^2 = 0,14$

Tab. 2: Regresní analýza – strach ze smrti

Zdaleka největší vliv mělo na postoje ke smrti náboženské přesvědčení, jehož vliv se projevil na výsledcích hned tří škál. Náboženské přesvědčení negativně koreluje se strachem ze smrti. Rozdíl je patrný především u příslušníků jiných než křesťanských vyznání.

Proměnná	B	SE	β	t	p
(abs. člen)	16,32	1,45		11,23	< 0,001
Pohlaví	3,83	0,91	0,26	4,19	< 0,001
Věk	-0,04	0,04	-0,06	-0,96	0,34
Křesťan	-2,18	1,03	-0,14	-2,12	< 0,05
Jiné vyznání	-4,86	1,36	-0,23	-3,57	< 0,001

Pozn.: $R^2 = 0,14$

Tab. 3: Regresní analýza – vyhýbání se smrti

U škály vyhýbání se smrti skórovali věřící jedinci statisticky významně níže v porovnání s ateisty, přičemž u křesťanů se jednalo o míru účinku $-0,29$ směrodatné odchylky a u osob hlásících se k jiným náboženstvím, šlo o míru účinku $-0,69$ směrodatné odchylky. Další analýza t-testem ovšem ukázala, že rozdíl mezi skupinou křesťanů a jedinců jiného vyznání není statisticky významný. Vzhledem k tomu, že ve výzkumu byla zastoupena poměrně malá skupina respondentů hlásících se k jiným náboženstvím, tak tyto výsledky vybízejí k dalšímu přezkoumání.

Statisticky nejsilnější byl vliv náboženského přesvědčení u škály únikového přijetí, kde u křesťanů je rozdíl od základní skupiny $1,69$ směrodatné odchylky, zatímco u osob jiného vyznání to bylo $0,68$ směrodatné odchylky.

Proměnná	B	SE	β	t	p
(abs. člen)	28,42	2,25		12,63	< 0,001
Pohlaví	1,88	1,41	0,07	1,33	0,18
Věk	-0,04	0,06	-0,03	-0,62	0,53
Křesťan	21,43	1,60	0,71	13,41	< 0,001
Jiné vyznání	8,62	2,11	0,21	4,08	< 0,001

Pozn.: $R^2 = 0,45$

Tab. 4: Regresní analýza – přátelské přijetí

Zde je vyšší skóre u křesťanů dobře pochopitelné, neboť škála přátelského přijetí odráží pozitivní představu posmrtného života, která je blízká monoteistickým náboženstvím, uvážit heterogenní charakter religiozity a spirituality v českých zemích. Zdá se, že představy o smrti jsou u nás do značné míry nezávislé na náboženské afilii.

Zajímavá je také analýza korelací mezi jednotlivými škálami. Pozitivní korelace je mezi škálami strach ze smrti a vyhýbání se smrti ($r = 0,55$). Škála strach ze smrti statisticky významně koreluje také se všemi ostatními škálami. Statisticky významná pozitivní korelace se objevuje ve vztahu ke škále únikové přijetí ($r = 0,16$). Naopak negativní korelace je ve vztahu ke škálám neutrální přijetí ($r = 0,21$) a přátelské přijetí ($r = 0,16$). Škála únikového přijetí také pozitivně koreluje se škálou přátelského přijetí ($r = 0,17$). Zde je poněkud paradoxní skutečnost, že jedna z těchto pozitivních škál snižuje strach ze smrti a druhá jej naopak zvyšuje.

	Strach ze smrti	Vyhýbání se smrti	Neutrální přijetí	Přátelské přijetí	Únikové přijetí
Strach ze smrti		0,55***	-0,21**	-0,16*	0,16*
Vyhýbání se smrti	0,55***		-0,11	-0,13	0,16*
Neutrální přijetí	-0,21**	-0,11		0,00	0,03
Přátelské přijetí	-0,16*	-0,13	0,00		0,17**
Únikové přijetí	0,16*	0,16*	0,03	0,17**	

Tab. 5: Korelace mezi škálami

6 Diskuse

Zjištění týkající se vlivu věku na postoje ke smrti jsou v souladu se zahraničními výzkumy. Pokles strachu ze smrti s přibývajícím věkem patrně souvisí s vyšší mírou zkušeností se smrtí. Smrt tedy přestává být něčím neznámým, přičemž věci neznámých se obvykle bojíme nejvíce. Namísto je připomenout také skutečnost, že míra neuroticismu se s vyšším věkem obecně snižuje.

Statisticky významně vyšší míra vyhýbání se smrti u žen je v souladu se zahraničními zjištěními. Také strach ze smrti byl u žen silnější než u mužů, i když výsledek nedosahoval statistické významnosti. Tuto skutečnost lze vysvětlit genderovými rozdíly. Muži obecně méně projevují strach a mají větší tendenci k riskantnímu chování, takže častěji páchají sebevraždu, umírají na úrazy a následky užívání návykových látek. Tyto projevy lze podle teoretické orientace interpretů přisuzovat spíše evolučním vlivům či naopak výchově.

Jako nejsilnější faktor ovlivňující postoje ke smrti se ukázalo náboženské přesvědčení. Byly prokázány rozdíly nejen mezi lidmi věřícími a nevěřícími, ale také mezi křesťany a osobami hlásícími se k jiným náboženstvím. Zde je ovšem namísto poukázat na specifika religiozity v České republice. Míra individualizace náboženství je zde značná a výzkumy prokazují, že mnoho českých obyvatel zastává odlišné věroučné pohledy, než by odpovídalo jejich deklarovanému náboženskému přesvědčení. Myšlenka převtělování je například značně rozšířená, jak mezi křesťany, tak mezi lidmi deklarujícími se jako nevěřící. Mnoho osob také věří v existenci Boha, ačkoliv neuvádějí žádnou náboženskou afiliaci. Nabízí se tedy otázka, zda by nebylo vhodnější dotazovat se nejen na náboženskou afiliaci, ale také přímo na konkrétní přesvědčení týkající se smrti a posmrtného života.

Proměnnými, které sledovali autoři výzkumu, se podařilo vysvětlit 45 procent variance u škály přátelského přijetí avšak jen necelých 15 procent variance u škál strach ze smrti a vyhýbání se smrti. V případě škály neutrálního přijetí a škály únikového přijetí se nám podařilo vysvětlit méně než 4 procenta variance. Tyto výsledky mohou souviset s nižší konzistencí těchto škál, avšak i tak je zřejmé, že většina faktorů, která je ovlivňuje, nám zůstává utajena. Přitom škála neutrálního přijetí smrti je zajímavá svou vysoce negativní korelací se strachem ze smrti, která je mnohem významnější, než u obou tzv. pozitivních škál. Je tedy třeba dále hledat faktory ovlivňující postoje ke smrti. Vedle konkrétních spirituálních představ připadají v úvahu například osobní zkušenosti se smrtí, které mohou mít podle dosavadních výzkumů na postoje ke smrti značný vliv. Svůj efekt však mohou mít také sebevědomí, sense of coherence a další osobnostní dimenze.

7 Použitá literatura

- Abengózar, C., Bueno, B., & Vega, J., L. (1999). Intervention on attitudes toward death along the life span [electronic form]. *Educational Gerontology*, 25: 435–447.
- Bluck, S., Dirk, J., Mackay, M., & Hux, A. (2008). Life experience with death relation to death attitudes and to the use of death-related memories [electronic form]. *Death Studies*, 32: 524–549.
- Dezutter et al. (2009). The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents [electronic form]. *Death Studies*, 33, 73–92.
- Field, D. (2000). Older people's attitudes towards death in England [electronic form]. *Mortality*, Vol. 5, No. 3, 277–297.
- Frankl, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu – vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta.
- Halík, T. (2006). *Prolínání světů – ze života světových náboženství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Hamplová, D. (2000). *Náboženství a nadpřirozeno ve společnosti*. Praha: Sociologický ústav AV.
- Hamplová, D. & Řeháková, B. (2009). *Česká religiozita na počátku 3. tisíciletí*. Praha: Sociologický ústav AV.
- Jackson, B. (2008). How gender and self-esteem impact death anxiety across adulthood [electronic form]. *PSI CHI Journal of Undergraduate Research*, Vol. 13, No. 2, 96–101.
- Moser, R. P. Neimeyer, R. A., & Wittkowski, J. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation [electronic form]. *Death Studies*, 28, 309–340.

- Ondračka, L., Kropáček, L., Halík, T., Lyčka, M., & Zemánek, M. (2010). *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Praha: Cesta domů.
- Reimer, S. (2007). *A test of a model of positive and negative death attitudes among family caregivers of the elderly* [electronic form]. Dissertation: The Ohio State University.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects [electronic form]. *Death Studies*, 31, 549–561.

POHLED ŠKOLNÍCH PSYCHOLOGŮ NA NĚKTERÉ ASPEKTY JEJICH PRÁCE

SCHOOL PSYCHOLOGISTS VIEW ON SOME ASPECTS OF THEIR WORK

Veronika Kavenská, Eleonora Smékalová, Jan Šmahaj

Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, Křížkovského 10,
771 80 Olomouc, Česká republika

Grantová afiliace

Projekt „Podmínky práce školních psychologů v Olomouckém a Moravskoslezském kraji“ byl realizován díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené roku 2011 Univerzitě Palackého v Olomouci Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Číslo projektu SGS FF_2011_039.

Abstrakt

Počet školních psychologů v ČR se v posledních letech zvyšuje, jejich práce je náročná a v mnohém zůstává laické i odborné veřejnosti obtížně uchopitelná. Jak se vlastně školní psychologie u nás vyvíjela, jak můžeme tuto disciplínu definovat, jak souvisí s prací školních psychologů v praxi, jaké jsou podmínky jejich práce apod., to jsou otázky, které si klade projekt Katedry psychologie, jehož dílčí výsledky přináší tento příspěvek. Výzkum se zaměřuje na souvislosti mezi přijetím školního psychologa ze strany některých subjektů školy a jeho pracovní spokojeností, hledá odpovědi na otázky, komu školní psycholog věnuje nejvíce času a jaké jsou konkrétně činnosti, které vykonává.

Abstract

The number of school psychologists in the Czech Republic in recent years increases, their work is challenging and in many ways it is difficult to understand for the lay and professional public. How did the school psychology develop in our countries, how can we define this discipline, how is it related to the profession of school psychologist in practice, what are the conditions of his work etc., these are the questions, which wants to answer the project of the Department of psychology, the partial results of which presents this contribution. Research focuses on the connection between the adoption of the school psychologist by certain bodies of the school and his working satisfaction, looks for the answers, to whom the school psychologist devote the most time and what are his specific activities.

Klíčová slova

školní psycholog, školní psychologie, pracovní spokojenost, náplň práce, pocit přijetí.

Key words

school psychologist, school psychology, job satisfaction, job content, feeling of acceptance.

1 Úvod

Příspěvek přináší dílčí výsledky výzkumu zaměřeného na podmínky práce školních psychologů v Olomouckém a Moravskoslezském kraji, který vznikl díky účelové podpoře projektu IGA na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum se týká práce školních psychologů, kteří ve své práci vycházejí z širokého zdroje poznatků získaných při studiu psychologie, především však z oboru školní psychologie. Důležitou součástí školní psychologie je vytváření vědeckého zázemí pro práci psychologů poskytujících školní psychologické poradenství přímo na školách. Počet těchto školních psychologů v poslední době stoupá, úměrně se zájmem o jejich zapojení do řešení problémů ve škole a s možnostmi financování těchto školních specialistů díky různým projektům. S tím také narůstá zájem o tuto profesi, která má dosud svá kritická místa (Zapletalová 2001). Náš příspěvek přináší dílčí výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na některé otázky práce školních psychologů, vnímané z jejich pohledu.

2 Teoretické zakotvení výzkumu

Již ve 20. letech minulého století se u nás objevil pojem školní psychologie v souvislosti se zajímavými projekty ve školách (Stejskal 1930 in Lazarová 2008), nicméně historický a kulturní vývoj v našich zemích dalšímu rozvoji tohoto oboru nepřál. Znovu se zájem o školní psychologii objevil až v 60.–70. letech na Slovensku, kde byla prosazována hlavně J. Hvozdíkem (např. 1986) a L. Ďuričem (např. 1974). Ani na Slovensku se však školní psychologii za minulého režimu příliš nedařilo, chyběla byt' minimální podpora státu. O tom, že se nadšení pro školní psychologii za doby minulého režimu udrželo, svědčí, že ihned po změně režimu, v roce 1990, byla ustavena Asociace školní psychologie ČSFR, v jejímž čele stál Anton Furman (ten v pozdějších letech vedl také celosvětovou organizaci ISPA). Od roku 1997 pracuje také česká sekce Asociace školní psychologie. Tato asociace, která se od svého vzniku stará o vytváření platformy pro společnou diskusi a sdílení názorů zájemců o školní psychologii, kam patří také snaha o legislativní zakotvení práce školních psychologů, pořádá každoročně akce věnované novinkám ve školní psychologii (konají se střídavě v Čechách a na Slovensku), nepravidelně také vydává časopis *Školní psycholog*, kam přispívají praktici i teoretici školní a pedagogické psychologie u nás. Po rozdělení republiky vznikla AŠP SR a ČR, sekce obou států spolu úzce spolupracují. Již v 90. letech, i bez legislativní podpory, pracovalo na školách v ČR menší množství školních psychologů. V roce 1996 byl jejich počet odhadován na 50, v roce 2001 na 100 až 120. Vzhledem k neexistenci legislativy fungovali školní psychologové často formálně jako učitelé nebo vychovatelé, takže bylo pro výzkumníky obtížné se jich dopátrat. O zásadním zlomu, který přinesl zrychlení rozvoje školní psychologie u nás, lze hovořit od vydání Vyhlášky 72/2005 Sb., která vešla v platnost v roce 2006 a obsahuje standardní činnosti psychologa pracujícího na škole. V roce 2007 fungovalo v ČR zhruba 200 školních psychologů (Smékalová 2009). Dnes se jejich počet odhaduje na 300–350.

Jak poukazuje B. Lazarová (2008, s. 490), „školní psychologii se zatím nedostává výzkumné infrastruktury, která by studovala její vlastní kritické výzkumné problémy“, což je závažnou překážkou rozvoje profesionality školních psychologů. Materiálů věnujících se práci školních psychologů a problémům vyplývajícím ze stávající praxe nalezneme relativně málo, chybí zejména ve výzkumné oblasti. K vymezení a koncepčním otázkám školní psychologie přispěli dosud například Gajdošová (2010), Mareš (1998, 2010), Mertin (1997), Lazarová (2008), Vágnerová (2005), Zapletalová (2001), Štech (2009). Témata výzkumů v oblasti školní psychologie v ČR můžeme rozdělit do třech větších kategorií: profesní identita školního psychologa (Štech 1998, 2001), jeho náplň práce (např. Lazarová, Ondruš 2001 nebo Kariková, Valihorová 1998) a spolupráce školního psychologa s dalšími subjekty školy (Štech 2001, Zapletalová, 2001; Lazarová, Čapková, 2006). Jedná se o časopisecky publikované statě či studie, mnohé z nich byly publikovány jako součást sborníků z konferencí pořádaných AŠP SR a ČR, odborná monografie věnovaná školní psychologii u nás dosud chybí.

Školní psychologové ve své práci vycházejí z širokého zdroje poznatků získaných při studiu psychologie, především však z oboru školní psychologie. Na školní psychologii nahlížíme jako na mladou, perspektivní, specializovanou psychologickou vědu zaměřenou na psychologické aspekty procesů a jevů, které se vyskytují ve škole a subjektů, které se na fungování školy podílejí. V tomto kontextu se objevují také výzkumné práce studentů, o nichž jsme referovali na jiném místě (Kavenská, Smékalová, Šmahaj, 2011).

3 Popis výzkumného souboru, metodologie

V souvislosti s tématy, která se aktuálně zaměřují na práci školních psychologů v terénu, jsme se rozhodli prozkoumat podmínky, v nichž školní psychologové v současnosti pracují. Naše cíle se týkaly podmínek práce školních psychologů, z nichž jsme pro tento přehled dílčích výsledků vybrali následující:

- zmapovat pracovní podmínky školních psychologů, jejich vztahy s vedením a učitelským sborem
- vytvořit přehled konkrétních činností školních psychologů na různých školách
- najít souvislosti mezi konkrétními faktory, které se ukáží pro práci školních psychologů jako relevantní

Cílovou skupinou výzkumu byli psychologové pracující na školách v Olomouckém a Moravskoslezském kraji. Sběr dat byl realizován prostřednictvím internetu, odkaz na dotazník s prosbou o jeho vyplnění byl v emailovém dopise zaslán ředitelům škol, na kterých pracují školní psychologové, v druhé vlně byla prosba o vyplnění dotazníku poslána dalším školním psychologům, na které jsme získali kontakt.

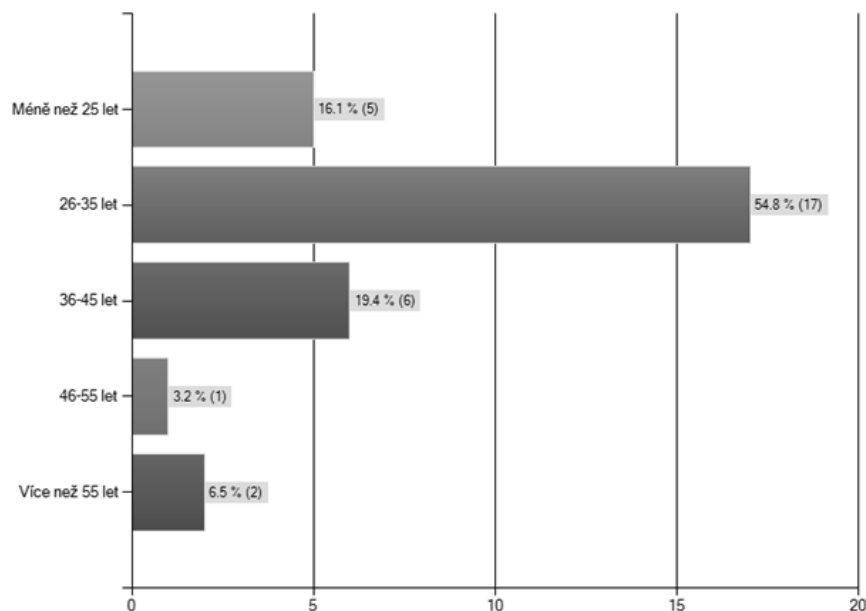
Jako hlavní výzkumný nástroj jsme zvolili elektronický dotazník vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval 71 položek (58 otázek kvantitativních, 13 otázek kvalitativních) z devíti okruhů, které byly definovány na základě výsledků předchozí pilotní studie. Šlo o následující okruhy: 1. organizace práce, 2. praxe a vzdělání,

3. právní povědomí, 4. pracovní činnosti, 5. distribuce času, 6. spolupráce a vztahy, 7. podpora a supervize, 8. pracovní podmínky, 9. bilance a poselství. Dílčí výsledky uvedené v tomto příspěvku se týkají bodů 2, 4, 5 a 6.

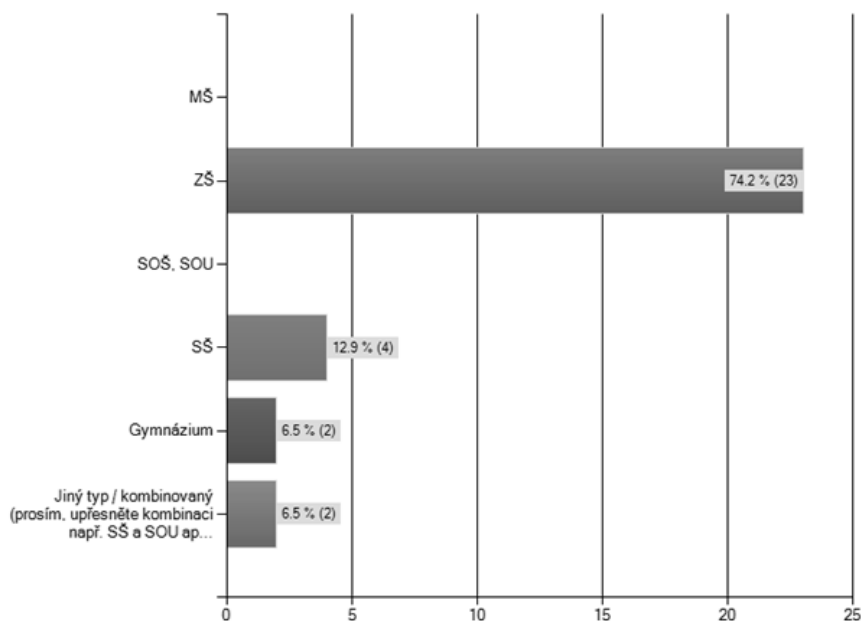
V období před zpracováním příspěvku jsme získali 50 navrácených dotazníků. Po logické a formální kontrole bylo k další analýze postoupen soubor 31 (N) validních dotazníků, který tvořilo 25 (80,6 %) žen a 6 (19,4 %) mužů. 16 (51,6 %) respondentů bylo z Olomouckého a 15 (48,4 %) respondentů z Moravskoslezského kraje (viz tab. 1). Z pohledu věkového rozložení souboru uvedlo 17 (54,8 %) respondentů věkovou kategorii 26–35 let (více informací obsahuje graf č. 1). 23 (74,2 %) školních psychologů z našeho výzkumného vzorku pracuje na základních školách, 4 (12,9 %) pracuje na středních školách, 2 (6,5 %) na gymnáziích a 2 (6,5 %) na jiných středních školách (viz graf č. 2).

Kraj		Četnost	%
Moravskoslezský	muži	2	6,4
	ženy	13	42
Olomoucký	muži	4	13
	ženy	12	38,6
CELKEM		31	100

Tab. č. 1: Charakteristika výzkumného vzorku dle pohlaví a kraje

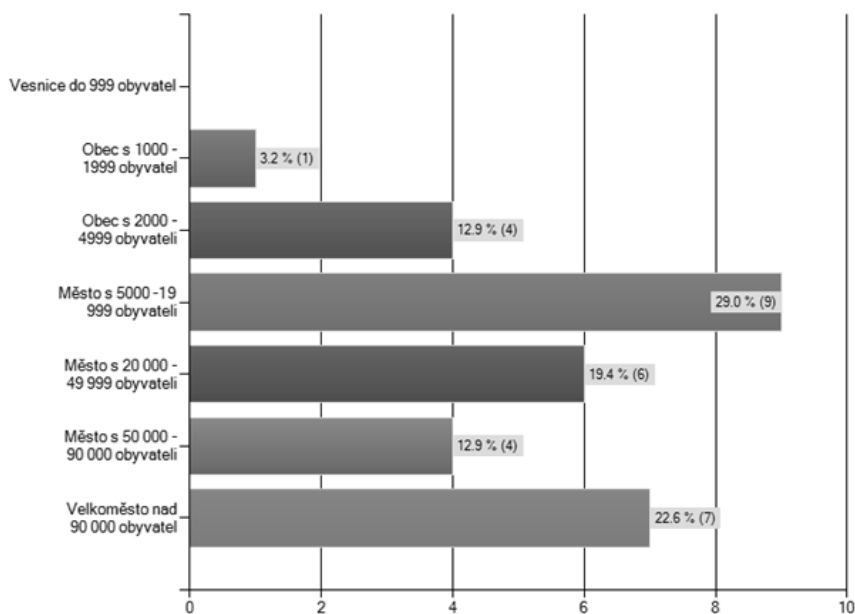


Graf č. 1: Věkové kategorie



Graf č. 2: Rozdělení vzorku podle typu školy

Následující graf uvádí, že 9 (29 %) ŠP působilo na školách ve městech mezi 5000–19999 obyvateli, 7 (22,6%) působilo na školách ve velkoměstech nad 90000 obyvatel, 6 (19,4%) ve městech s 20000–49999 obyvateli. Shodný počet ŠP 4 (12,9%) uvedlo zastoupení měst s 50000–90000 obyvatel a obcemi s 2000–4999 obyvatel. Obec v rozmezí 1000–1999 obyvatel uvedl pouze jeden ŠP.



Graf č. 3: Velikost obce v souvislosti se školou, kde ŠP působí

Pro tuto dílčí část našeho výzkumu jsme formulovali následující předpoklady:

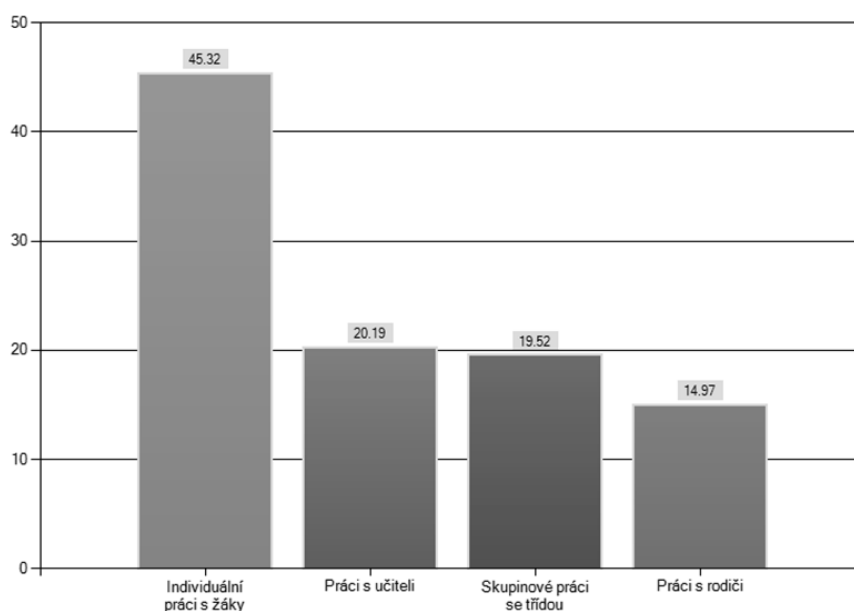
1. Existuje statisticky významná souvislost mezi pracovní spokojeností školních psychologů a jejich přijetím ze strany pedagogů.
2. Existuje statisticky významná souvislost mezi pracovní spokojeností školních psychologů a jejich přijetím ze strany vedení školy.
3. Existuje statisticky významná souvislost mezi přijetím školního psychologa ze strany pedagogů s mírou jeho činností zaměřených na tyto subjekty.

Pro zpracování dat bylo využito Pearsonova korelačního koeficientu ($\alpha = 0,05$).

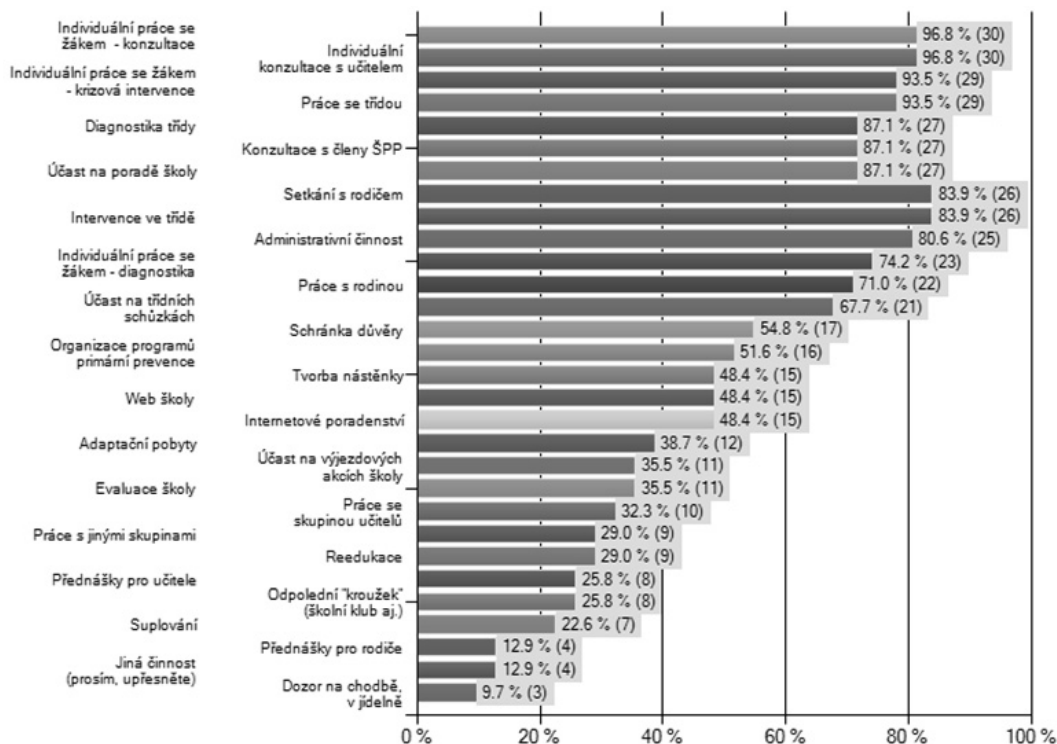
4 Výsledky

Pomocí statistického zpracování dat byla u prvního předpokladu potvrzena statisticky významná souvislost mezi pracovní spokojeností školních psychologů a jejich přijetím ze strany pedagogů ($r = 0,423$). Potvrzen byl také druhý předpoklad – ukázalo se, že pracovní spokojenost školních psychologů a jejich přijetí ze strany vedení školy spolu statisticky významně souvisí ($r = 0,432$). Třetím ověřovaným předpokladem byla souvislost přijetí školního psychologa ze strany pedagogů s mírou jeho činností zaměřených na tyto subjekty. Abychom mohli tuto souvislost prověřit, vytvořili jsme v rámci analýzy položek dotazníku trs činností psychologů zaměřených na pedagogy, do něhož jsme zahrnuli následující činnosti psychologa: práce se skupinou učitelů, přednášky pro učitele, individuální konzultace s učitelem, účast na poradě školy. Statisticky významná souvislost mezi vytvořeným trsem činností a přijetím psychologů ze strany učitelů nebyla prokázána ($r = -0,115$).

Distribuce času, který je věnován jednotlivým subjektům v rámci školy, ukazuje jednoznačnou převahu činností zaměřených na žáky školy, na druhém místě je to srovnatelný čas věnovaný práci s učiteli a se třídními kolektivy, na posledním místě je práce s rodiči (procentuálně uvedeno v grafu č. 4). Z otázek dotazníku zaměřených na činnosti vykonávané školními psychology lze usoudit na velmi širokou škálu činností, od předpokládaných konzultací se žáky, učiteli, práce se třídou a konzultací s kolegy ve školním poradenském pracovišti, kromě toho se však objevují i méně očekávané činnosti jako účast na výjezdových akcích školy, přednášky pro rodiče, suplování nebo dozor na chodbě (viz graf č. 5).



Graf č. 4: Distribuce času věnovaného subjektům školy



Graf č. 5: Přehled činností prováděných v praxi školními psychology

5 Diskuse

Autoři jsou si vědomi limitů realizovaného výzkumu, pokud jde o celou populaci školních psychologů u nás. Jde především o nízký počet respondentů a sběr dat realizovaný pouze ve dvou krajích ČR, který neumožňuje zobecnit výsledky na celou populaci školních psychologů v ČR. Dalším limitem je sběr dat pomocí internetu a nestandardizovaný dotazník, ve kterém školní psychologové nahlíželi na podmínky své práce ve školách. Výsledky tedy nelze zobecnit na všechny školní psychology, s jistou opatrností však můžeme odvodit následující: náplň práce školních psychologů je velice různorodá rozhodně mnohem širší, než si představuje laická i odborná veřejnost. Školní psychologové se cítí na školách převážně spokojeni a přijímání pedagogů i vedením škol. Mezi pracovní spokojeností školních psychologů a jejich přijetím pedagogů i vedením se prokázala přepokládaná pozitivní statisticky významná souvislost. Naopak za zajímavou lze považovat naznačenou negativní korelaci mezi přijetím ze strany pedagogů a časem, který školní psycholog pedagogům věnuje. S jistou opatrností bychom mohli usuzovat na menší přijetí ze strany učitelů v případech, že jim školní psycholog věnuje více času (větší zájem může znamenat více možností pro střet dvou způsobů na nahlížení školních otázek, a to psychologického a pedagogického).

Dalším omezením našeho výzkumu je, že veškeré údaje byly získány od školních psychologů, což je pouze jeden z úhlů pohledu vnímání práce školních psychologů. Do budoucna bude vhodné zaměřit se na vnímání práce školních psychologů ze strany dalších subjektů – v první řadě učitelů a žáků.

6 Závěr

Na výzkumném vzorku 31 školních psychologů bylo prokázáno, že jejich pracovní spokojenost souvisí s tím, jak jsou přijímáni ze strany pedagogů, stejně tak byla prokázána souvislost s přijetím ze strany vedení školy. Neprokázala se souvislost mezi přijetím ze strany pedagogů a mírou činností věnované pedagogům. V rámci tohoto výzkumu bude pokračovat vyhodnocování výsledků po obdržení dalších dotazníků, získaných z dalších krajů ČR. Po ukončení tohoto projektu se autoři hodlají zaměřit na posuzování práce školního psychologa ze strany dalších subjektů školy a zkoumáním osobnosti školních psychologů.

7 Přehled použité literatury

- Žurič, L. a kol. (1974). *Psychológia a škola III*. Bratislava: SPN.
- Gajdošová, E., Herényiová, G., Valihorová, M. (2010). *Školská psychológia*. Bratislava: Stimul.
- Hvozdík, J. (1986). *Základy školskej psychológie*. Bratislava: SPN.
- Kavenská, V., Smékalová, E., Šmahaj, J. (2011). Výzkum v oblasti školní psychologie v ČR. *E-psychologie [online]*, 5 (4), 55–67 [cit. 20. 1. 2011].
Dostupný z WWW <<http://e-psycholog.eu/pdf/kavenska-et al.pdf>>. ISSN 1802–8853.
- Lazarová, B., Čapková, M. (2006). Klima školy: k otázkám spolupráce učitelů a školních psychologů. *Sborník z 2. konference škola a zdraví 21*, Brno.
- Lazarová, B. (2008). Školní psychologie v České republice po roce 1989. *Československá psychologie*, 52, 480–492.
- Lazarová, B., Ondruš, D. (2000). Dva pohledy na náplň práce školního psychologa. *Školský psychológ*, 10, 2–10.
- Mareš, J. (2010). Kvalita života školy. *Školský psychológ*, 1–2, 17–24.
- Mareš, M. (1998). Situace školní psychologie v ČR. *Školský psychológ*, 1, 7–14.
- Mertin, V. (1997). K pojetí školní psychologie. *Školský psychológ*, 7 (1/2), 21–23.
- Smékalová, E. (2009). Do Schools Need Psychology or Psychologists? (Looking for a good model of psychological consulting for school practice). In: *XXVI. Psychologické dny 2008: Já & my a oni*. CD ROM s plnými texty, vydán ve spolupráci ČMPS a FSS MU Brno.
Dostupné na WWW: <<http://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/smekalova.pdf>>.
- Štech, S. (2001). Sonda do profese školního psychologa v ČR. *Pedagogika*, 51, 47–55.
- Štech, S. (2009). Školní psychologie. In Baštecká, B. (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*, 397–400. Praha: Portál.
- Štech, S. (1998). Profesní identita školního psychologa. *Školský psychológ*, 8, 26–32.
- Štech, S., Zapletalová, J. (2001). Kvalitativní analýza přístupu školních psychologů k profesi – srovnání kauzistických studií. In: *Metodika práce školních psychologů na ZŠ a SŠ*. Projekt MŠMT. Praha: IPPP, 37–47.
- Oakland, T., Cunningham, J. (1997). Návrh koncepce školní psychologie. *Školský psychológ*, 7(1/2), 5.-10.
- Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum.
- Zapletalová, J. (2001). Co dělá školní psycholog? Kritická místa profese. *Pedagogika, mimořádné číslo*, 36–41.

PREVALENCE UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A TABÁKOVÝCH VÝROBKŮ U ČESKÝCH ADOLESCENTŮ – REŠERŠE DOSAVADNÍCH VÝZKUMŮ

PREVALENCE OF ALCOHOL AND TOBACCO USE AT CZECH ADOLESCENTS – RESEARCH OF EXISTING STUDIES

Ondřej Skopal, Martin Dolejš

Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, Křížkovského 10,
771 80 Olomouc, Česká republika

Abstrakt

Hlavním cílem příspěvku je podat aktuální poznatky týkající se rozsahu kouření a pití alkoholu v populaci dospívající mládeže a prezentovat výsledky rozsáhlé studie (836 respondentů) zaměřené na rizikové chování u adolescentů (Skopal, Dolejš, 2011). První zkušenosti s tabákovými výrobky a alkoholickými nápoji mají lidé v období adolescence především v rámci vrstevnických skupin, které často posilují toto chování. V rámci příspěvku budou také prezentovány a srovnávány další výsledky z různých výzkumných projektů týkajících se dané problematiky. Jde především o tyto výzkumy: Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách (Vacek, 2008) – 803 respondentů; Školní dotazníková studie o návykových látkách a dalších formách rizikového chování a pilotní studie o těkavých látkách na základních školách praktických (Lepík, Dolejš, Miovský, Vacek, 2010) – 2252 respondentů a Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách (Vacek, Šejvl, Miovský, 2008) – 1401 respondentů. Příspěvek se bude tedy věnovat porovnání dat z těchto výzkumných šetření se zaměřením i na vývoj prevalence užívání alkoholu a tabákových výrobků.

Abstract

The main aim of this paper is to present current knowledge regarding the extent of smoking and drinking alcohol in the population of adolescents and to present the results of extensive study (836 respondents) aimed at risk-taking behavior at adolescents (Skopal, Dolejš, 2011). People have their first experiences with tobacco products and alcoholic beverages in adolescence especially within peer groups, which often reinforce this behavior. The contribution will also be to present and compare other results from different research projects on this issue. These are mainly the following studies: School Questionnaire Study of Addictive Substances, Risk-taking Behavior, and Leisure Activities (Vacek, 2008) – 803 respondents; School Questionnaire Study on Addictive Substances and Other Forms of Risk-taking Behavior and Pilot Study on Volatile Substances in Practical Elementary Schools (Lepík, Dolejš, Miovský, Vacek, 2010) – 2262 respondents; and School Questionnaire Study on Addictive Substances, Risk-taking Behavior, and Leisure Activities (Vacek, Šejvl, Miovský, 2008) – 1401 respondents. This paper will be devoted to comparing the data from these research studies focused on the development of prevalence of the use of alcohol and tobacco products.

Klíčová slova

rizikové chování; adolescence; prevalence; alkohol; tabák.

Key words

risk-taking behavior; adolescence; prevalence; alcohol; tobacco.

1 Úvod

Vývoj člověka je složitým procesem, který je specifický pro každého jedince. Probíhá individuálně a souběžně na několika úrovních – biologické, fyziologické, psychologické a duchovní. Zpočátku se tento proces vyznačuje velice rychlou evoluční akcelerací a prudkými změnami. Není proto překvapením, že mnozí odborníci soustředí svou pozornost právě na období adolescence, které je charakterizováno řadou změn ve všech oblastech a na všech úrovních organismu i osobnosti jedince. Životní styl v moderní společnosti je zejména ovlivněn během dětství a dospívání, s čímž souvisí značné množství rizikových faktorů. Zaměříme-li se na rizikové

chování v širším kontextu, je třeba chápat preventivní snahy jako cestu k ovlivňování a optimalizaci veřejného zdraví, které je značně umocňováno aktuální socioekonomickou situací každého jedince.

Pod pojmem rizikové chování rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Vzorce rizikového chování přitom považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi. Rizikové chování lze identifikovat v následujících oblastech, a to v užívání legálních a nelegálních drog, sexuality, promiskuitního chování, šikany, rasismu ale i v dalších formách škodlivého chování. Studie, jež byly realizovány v souvislosti se zmapováním rizikového chování, naznačují, že existuje značná spojitost mezi experimentální fází s psychoaktivními látkami, včetně alkoholu a tabáku, v raném věku, se zvýšeným rizikem vzniku problémového chování, chápaného jako predikci užívání či zneužívání omamných a psychotropních látek v pozdějším životě. Současná situace na školách v oblasti prevence rizikového chování je značně diferencovaná, a to jak na úrovni jednotlivých regionů, měst, obcí, ale je možné výrazné rozdíly sledovat i s ohledem na typ školy, dokonce i s ohledem na znalosti pedagogů v tomto směru. Mezi jedny z nejrozšířenějších forem rizikového chování patří především užívání alkoholu a tabákových výrobků. V rámci studie o rizikovém chování u adolescentů jsme se zaměřili (mimo jiné formy rizikového chování) také na tyto dvě oblasti. V minulých letech vznikly v České republice rozsáhlé studie, které také zmapovaly právě míru kouření a pití alkoholu u české mládeže. Tato skutečnost nám umožňuje podrobněji prozkoumat a porovnat data týkající se prevalence těchto dvou jevů.

2 Teoretické zakotvení výzkumů

2.1 Pojem rizikové chování

Jak uvádí ve své publikaci Dolejš (2010, s. 9): „*pojmem rizikové chování definujeme takové chování jedince nebo skupiny, které zapříčiňuje prokazatelný nárůst sociálních, psychologických, zdravotních, vývojových, fyziologických a dalších rizik pro jedince, pro jeho okolí a/nebo pro společnost. Samotný termín je v úzkém spojení s jinými pojmy – delikventní, kriminální, asociální, návykové, antisociální a další chování – přičemž jejich vztahy jsou často velice úzké s rozsáhlými obsahovými překryvy.*“

Základní definici rizikového chování uvádějí také Mioviský a Zapletalová (2006, www.adiktologie.com, 2010): „*vzorce rizikového chování považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi. Nejčastěji do konceptu rizikového chování řadíme: šikanu a násilí ve školách, vč. dalších forem extrémně agresivního jednání, dále záškoláctví, užívání návykových látek, nelátkové závislosti (gambling, problémy spojené s nezvládnutým využíváním PC atd.), užívání anabolik a steroidů, obecně kriminální jednání, sexuálně-rizikové chování, vandalismus, xenofobii, rasismus, intoleranci a antisemitismus, komerční zneužívání dětí, týrání a zneužívání dětí atd.*“ Rizikové chování v sobě skrývá možné negativní důsledky pro jedince, který je vyvažuje vnímanými zisky z tohoto chování. Širůčková (2009, s. 7) uvádí, že „*rizikové chování je pojem odkazující ke komplexní kategorii ustanovené v sociálních a medicínských vědních oborech ke klasifikaci takových aktivit, které přímo nebo nepřímo potenciálně vyúsťují v psychosociální nebo zdravotní poškození aktéra, jiných osob, majetku nebo prostředí v širším smyslu.*“

2.2 Tabák a jeho deriváty

Mezi největší problémy z oblasti legálních drog u adolescentů patří tabákové výrobky (Csémy, Sovinová, Rážová, Provazníková, 2008) a alkoholické nápoje (Lepík, Dolejš a kolektiv, 2010). Kouření tabáku je celosvětovým společenským problémem, který se postupně dostává do popředí zájmu, protože odstraňování následků (především léčba rakoviny) tohoto sebepoškozujícího chování a prevence stojí světovou ekonomiku ročně miliony dolarů. Americká společnost proti rakovině se Světovou plicní nadací odhadují ve své zprávě z roku 2009, že kouření si ročně vezme 6 milionů lidských životů a výdaje světových ekonomik spojené s tabákem dosahují 9 bilionů korun ročně. v české populaci je 24,5 % denních kuřáků (30 % mužů a 19 % žen), 7,8 % příležitostných kuřáků, 16,5 % bývalých kuřáků a 51,1 % osob, které nikdy nekouřily. Od r. 2002 se podíl kuřáků v populaci zvýšil. Průměrný počet vykouřených cigaret u denních kuřáků je 16 ks u mužů a 12 ks u žen (ÚZIS, 2011).

Každý rok je registrováno asi 20 tisíc úmrtí v souvislosti s kouřením tabákových výrobků. Nejčastěji zneužívaným tabákovým výrobkem jsou cigarety, které má v oblibě více než 82 % aktivních kuřáků. (Eurozprávy, 2010). Z psychologického hlediska je kuřácký návyk vysvětlován hlavně teorií sociálního učení. První zkušenosti s tabákovými výrobky mají lidé v období rané adolescence a v rámci vrstevnických skupin, které často

posilují toto chování. Postupně si kuřák fixuje kuřácké situace (čekání na dopravní prostředek atd.) a repertoár podnětů, aktivujících kuřácký návyk. (Koženy, Csémy, Tišanská, 2008).

2.3 Alkohol a jeho deriváty

Podle výsledků Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2011) vypili Češi v roce 2010 „jen“ 96,3 procenta toho, co předloni. Oproti roku 2009 klesla o dvě procenta také spotřeba cigaret. Občan České republiky v roce 2011 vypil v průměru 171 litrů alkoholických nápojů, tedy asi o šest a půl litru méně než předloni. Statistice vévodí pivo, kterého se vypilo na hlavu 144,4 litru (oproti 150,7 litrům v roce 2009). Spotřeba piva přesto řadí Čechy stále na přední příčky v pití alkoholu v Evropě potažmo ve světě. Obecně se nejvíce alkoholu zkonsumuje v průmyslových zemích severní polokoule. Konzumace „tvrdého“ alkoholu poklesla v Česku procentuálně nejvíce (na 85,8 procenta hodnot z roku 2009), na hlavu se vypilo sedm litrů destilátů. V roce 2009 to bylo 8,2 litru. Naopak mírně vzrostla spotřeba vína – na 19,4 litru z předloňských 18,7. Během posledních 20 let se průměrná spotřeba alkoholických nápojů pohybuje okolo 170 až 188 litrů, přičemž spotřeba v roce 2007 byla čtvrtá nejvyšší ve sledovaném 20letém období (ZpravyE15, 2011).

V České republice se v roce 2010 léčilo na „poruchy vyvolané alkoholem (F10)“ celkem 24 182 osob. Při porovnání jednotlivých psychoaktivních látek bylo nejvíce pacientů léčených na poruchy způsobené zneužíváním alkoholu (více než 60 %, tj. 24 182 pacientů). Proti roku 2009 došlo ke zvýšení podílu těchto pacientů o 2 % – více ženy, kterých se v roce 2010 léčilo s problémy s alkoholem téměř o 4 % více (o 312 žen), počet léčených mužů se výrazně nezměnil. Více než 50 % pacientů ve věku od 40–64 let a téměř 36 % ve věkové skupině 20–39 let. Počet mladistvých od 15–19 let představoval 2 % z celkového počtu pacientů a počty dětí do 15 let se pohybovaly těsně nad 0 % (12 pacientů). (ÚZIS, 2011).

Již v roce 1951 Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlašuje alkoholismus za medicínský problém a začíná brojit proti tomuto společensky nežádoucímu jevu. Tato forma rizikového chování má podle dosavadních zjištění různé příčiny svého vzniku u jedince, jedná se hlavně o genetické, biologické, psychické a sociální proměnné. V odborné literatuře se setkáme s různými výkladovými teoriemi alkoholové závislosti, přičemž nejvýznamnějšími jsou teorie z oblasti sociologie (sociokulturní model, výkladový model opírající se o teorii deviance, integrační model a další).

Rizika spojená s konzumací alkoholu se dají rozdělit na krátkodobá a dlouhodobá. Mezi krátkodobá rizika patří – objevení se dalších forem rizikového chování (řízení motorových vozidel, vandalismus, rizikové sexuální aktivity, agresivita a další); oslabení psychických funkcí (pozornosti, paměti, vnímání a dalších; oslabení sociálních dovedností (agresivita, netolerance, ztráta schopnosti komunikovat a další); zdravotní problémy (zvracení, žaludeční problémy, alkoholové otravy, ztráta vědomí a další). Mezi dlouhodobá rizika lze zařadit primárně vznik závislosti na alkoholu. Tato závislost je často doprovázena nevratným somatickým poškozením jater, žaludku, tenkého střeva a dalších orgánů. U závislého člověka se objevují těžká psychická postižení (amnésie, alkoholické halucinace a další duševní poruchy vyvolané nadměrnou a dlouhodobou konzumací alkoholu), sociální problémy (rozpad rodiny, ztráta zaměstnání a bydlení) a neřešitelné ekonomické nesnáze (půjčky, dluhy). Při léčbě tohoto druhu závislosti (i ostatních) se využívá multidisciplinární přístup, který spojuje farmakoterapie s psychoterapiemi individuální, skupinovou a rodinnou (Dolejš, 2010).

První zkušenosti s alkoholem se v českém prostředí objevují ve velmi nízkém věku. První zkušenost s pivem nejčastěji přichází ve věku 9 let nebo dříve téměř celá třetina českých adolescentů pila pivo poprvé ve věku méně než 11 let (průměr je 10,7 roku). Nejčastější věk první zkušenosti s vínem je 10 let, s destiláty 12 let a věk první opilosti je 13 let (Vacek, 2008).

3 Popis základního a výběrového souboru

Z důvodu rozdílného složení výběrových souborů jednotlivých studií jsou jednotlivé popisy uvedeny odděleně. Rozdíly výběrů jsou dány především věkovými hranicemi jednotlivých cílových skupin. Avšak souhrnné srovnání výsledků je zaměřeno pouze na společný průnik všech studií, čímž je skupina žáků 8. a 9. tříd základních škol a studentů tercie a kvarty víceletých gymnázií.

3.1 Školní dotazníková studie – vztah osobnostních charakteristik adolescentů s různými formami rizikového chování – Skopal, Dolejš, 2011

Výzkumný tým se zaměřil na žáky a žákyně 8. a 9. ročníků základních škol a na tercii a kvartu víceletých gymnázií působících v Olomouckém, Zlínském, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji. V České republice dochází do sledovaných školních ročníků 168 tisíc chlapců a dívek, přičemž ve sledovaných krajích 58 tisíc (34,5%). V základním souboru žáků a žákyně (58 tisíc) je 36 % z Moravskoslezského, 30 % z Jihomoravského, 17 % z Olomouckého a 17 % ze Zlínského kraje. Administrace testové baterie proběhla v 15 základních školách a v 5 víceletých gymnáziích a celkem bylo otestováno 836 respondentů (421 chlapců a 415 dívek). Ze sledované populace se jedná o 1,4 % dívek a chlapců. Školní zařízení v Moravskoslezském kraji navštěvuje 39 %, v Jihomoravském 16%, v Olomouckém 32 % a ve Zlínském 13 %. Věkový průměr respondentů je 14,53 roků.

3.2 Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těkavých látek na základních školách praktických – Lepík, Dolejš, Miovský, Vacek, 2010

Studie byla realizována na základních a středních školách zřizovaných obcemi nebo krajem na území Karlovarského kraje. Na území kraje se nachází celkem 90 základních škol s druhým stupněm (včetně víceletých gymnázií a základních škol praktických), 43 středních škol. Výběr byl uskutečněn poměrně tak, aby byli ve studii zastoupeni žáci všech typů škol v kraji, tedy žáci ZŠ, ZUŠ, ZŠP, SOU, SŠ a víceletých gymnázií. Součástí dotazníku byly i základní demografické údaje, umožňují popsat výběrový soubor i po této stránce. Ve studii je možné, na základě tohoto vyhodnocení, charakterizovat skupinu ve věku od 11 let až do 23 let. Celkem bylo tedy otestováno 2256 respondentů (1157 chlapců a 1099 dívek). Vzhledem k procentuálnímu počtu zastoupených věkových kohort je třeba zdůraznit, že relevantní skupinou pro následnou interpretaci dat je skupina žáků 8. a 9. tříd základních škol a studentů tercie a kvarty víceletých gymnázií. V rámci této skupiny bylo otestováno 723 respondentů (361 chlapců a 362 dívek). Průměrný věk respondentů byl 14,27 roků.

3.3 Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách – Vacek, Šejvl, Miovský, 2008

Cílovou populací studie byli žáci a studenti od 15 let, tedy žáci 9. ročníku základních škol a studenti středních škol, v případě osmiletých gymnázií studenti od 4. ročníku, na území statutárního města Plzně. Základní soubor tvoří všechny třídy 9. ročníků základních škol a všechny třídy středních a vyšších odborných škol, tedy celkem 578 tříd, které reprezentují 14 867 studentů z 67 škol. Výběr byl uskutečněn na úrovni tříd na základě zakázky, v každé škole byly v souladu s požadavky zadavatele náhodně vybrány maximálně dvě třídy. Celkem bylo otestováno 1401 respondentů (z toho 106 žáků 9. tříd ZŠ a studentů kvarty víceletých gymnázií) Počet respondentů v reálném výběrovém souboru představuje celkově 9,4% všech žáků. Věkový rozsah celého souboru je 14–33 let, celkový průměr 17,17 roků. Věk chlapců je ve všech ročnících (s výjimkou nástaveb) i celkově mírně vyšší než věk dívek.

3.4 Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách – Vacek, 2008

Výzkumný soubor studie tvořili žáci 5.–9. ročníků základních škol zřizovaných Městkou částí Praha 2. Základní soubor tvoří všechny třídy 5.–9. ročníků škol zřizovaných MČ Praha 2, tedy 75 tříd v 10 školách. Výběr byl uskutečněn na úrovni tříd na základě zakázky. V každé škole byla v souladu s požadavky zadavatele náhodně vybrána jedna třída. Celkově bylo otestováno 803 respondentů (z toho 340 žáků 8. a 9. tříd) Věkový rozsah celého souboru je 10–16 let, celkový průměr 12,68 roků. Věk chlapců je ve všech ročnících i celkově mírně vyšší než věk dívek.

4 Metodologie – hlavní metody sběru dat

Námi vytvořený dotazník (Skopal, Dolejš, 2011), zaměřující se na některé formy rizikového chování vychází právě z dotazníkových studií Vacek (2008), Vacek, Šejvl, Miovský (2008), Lepík, Dolejš a kolektiv (2009) a ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Csémy a kolektiv). Otázky týkající se rizikového chování jsou tedy ve své podstatě téměř totožné s otázkami těchto dřívějších studií. Dotazník obsahoval 29 otázek, ze kterých velká část obsahuje podotázky k určité proměnné respektive k tématu – školní

problémy, kapesné, redukce váhy, prevalence (celoživotní, roční a měsíční) užívání tabáku, alkoholických nápojů a nealkoholických drog, trestně-právní znalost, šikanování, hostilní chování, delikvence.

Metodika sběru dat v rámci předešlých, (výše uvedených) studií vycházela tedy z dotazníků, které byly vytvořeny pro tento typ výzkumu realizátory studií. Určité podněty byly čerpány z dotazníku ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) a SAHA (The Social And Health Assessment, Weissberg a kolektiv, 1991), které se tak staly určitým ideovým námětem, ovšem pouze pro určité položky. Dotazník ESPAD, sleduje zejména tři oblasti: zkušenosti s legálními i ilegálními drogami a rozsah jejich užívání, postoje k užívání drog a vědomosti žáků o „drogové problematice“. Dotazník SAHA inspiroval výzkumné týmy v oblastech sociálního vývoje školní mládeže se zaměřením na rizikové protektivní faktory.

Vytvořený dotazník musel splňovat několik základních kritérií. Především musel být pro žáky srozumitelný a z logistického hlediska bylo výhodné, když jeho vyplňování včetně instruktáže a sběru nezabralo více než jednu vyučovací hodinu. Dotazníky byly vytvářeny podobnou metodikou a v mnoha otázkách se překrývají, proto jejich sloučením nedošlo k přílišnému zúžení záběru a ochuzení sledovaných oblastí. Výsledný dotazník byl ale v porovnání s původními zjednodušený a zkrácený tak, aby byl vhodný pro cílovou skupinu respondentů. Při administraci dotazníků byla vždy dodržena požadovaná etická pravidla a normy (anonymita, možnost odmítnutí vyplnění dotazníku atd.). Před samotnou realizací administrace dotazníků byl v případě všech těchto studií proveden pilotní test na skupině žáků dvou tříd ZŠ, a to za účelem sledování chování respondentů, typů dotazů k jednotlivým položkám, času potřebného k administraci a standardizaci zadávání dotazníku. Na základě těchto pilotáží byla upravena formulace některých otázek a uskutečněna instruktáž s výzkumnými asistenty.

Míra reliability získaných dat se dá odhadnout např. na základě konzistence odpovědí na dvě obdobné otázky v rámci téhož měření. Ve vytvořeném dotazníku bylo možné spárovat otázky mezi sebou. Dalším způsobem, jak zjistit spolehlivost odpovědí, jsou tzv. „chytáky“. Otázka, zda respondent někdy v životě vyzkoušel fiktivní drogu netalin, byla ve všech případech, zodpovězena negativně. Základním předpokladem k získání pravdivých a platných údajů je vzhledem k citlivé povaze sledovaných dat především získání si důvěry žáků. Proto byla data sbírána anonymně a bez přímé účasti učitele ve třídě. Etickým předpokladem při získávání informací od žáků základních škol byl také informovaný souhlas zákonných zástupců a respondentů samotných, aby nedošlo k jakémukoli poškození v důsledku účasti na výzkumu.

5 Výsledky

5.1 Skopal, Dolejš, 2011 – Olomoucký, Jihomoravský, Zlínský, Severomoravský kraj

5.1.1 Tabák

Z vyhodnocených dat týkajících se celoživotní prevalence kouření tabáku vyplývá, že více než 62,0 % 13–16letých respondentů má zkušenost s tabákovými výrobky (ne 313; ano 523). Mezi 8. a 9. ročníkem lze sledovat zhruba 10 % nárůst týkající se zkušenosti s kouřením. Také s narůstajícím věkem respondentů strmě stoupá celoživotní prevalence kouření tabáku.

Pohlaví	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>Chlapci</i>	38,2	22,6	10,0	5,7	5,5	1,7	16,4
<i>Dívky</i>	36,6	20,5	9,2	5,1	6,0	4,1	18,6
Věk	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>13 let</i>	51,1	20,0	13,3	4,4	6,7	0,0	4,4
<i>14 let</i>	41,5	23,8	8,9	5,1	5,7	3,3	11,1
<i>15 let</i>	34,2	19,6	9,6	5,0	6,1	3,0	22,6
<i>16 let</i>	20,0	20,0	10,0	10,0	3,3	1,7	35,0
Ročník	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>8. ročník</i>	42,8	23,5	8,8	4,4	5,1	2,8	12,6
<i>9. ročník</i>	31,8	19,5	10,3	6,4	6,4	3,0	22,7
Celkem	37,4	21,5	9,6	5,4	5,7	2,9	17,5

Tab. 1: Celoživotní prevalence kouření tabáku, dle pohlaví a věku (v procentech)

Tabulka 2 ukazuje, že celkově 13,0 % chlapců a dívek je pravidelnými kuřáky (min. 5 cigaret denně vykouří 112 dotázaných respondentů; ne 723). V rámci skupiny kuřáků lze sledovat, že na denní průměr chlapci – kuřáci toho vykouří více než dívky.

Pohlaví	Nekouřil	< 1 cig. týdně	ne denně	< 5 cig. den	< 10 cig. den	< 20 cig. den	> 20 cig. den
<i>Chlapci</i>	75,8	4,5	4,5	7,8	2,9	1,9	2,4
<i>Dívky</i>	74,2	4,8	9,2	6,0	3,1	1,2	1,4
Věk	Nekouřil	< 1 cig. týdně	ne denně	< 5 cig. den	< 10 cig. den	< 20 cig. den	> 20 cig. den
<i>13 let</i>	80,0	8,9	8,9	2,2	0,0	0,0	0,0
<i>14 let</i>	75,8	3,0	5,5	8,3	4,5	1,3	1,8
<i>15 let</i>	70,9	5,6	7,3	5,0	6,1	3,1	2,0
<i>16 let</i>	55,0	5,0	8,3	16,7	5,0	6,7	3,3
Ročník	Nekouřil	< 1 cig. týdně	ne denně	< 5 cig. den	< 10 cig. den	< 20 cig. den	> 20 cig. den
<i>8. ročník</i>	80,5	3,5	6,0	5,8	1,2	1,4	1,6
<i>9. ročník</i>	69,4	5,9	7,7	8,1	4,9	1,7	2,2
Celkem	75,0	4,7	6,8	6,9	3,0	1,6	1,9

Tab. 2: Měsíční prevalence kouření tabáku, dle pohlaví a věku (v procentech)

5.1.2 Alkohol

Z vyplněných dotazníků vyplývá, že žádnou zkušenost s alkoholem nemá pouze 67 respondentů a 769 respondentů už někdy alkohol užilo. Respondenti byli tedy rozděleni do dvou skupin, dle celoživotního užití alkoholu (min. 1 alkoholický nápoj); jen 8,0 % žáků a žákyně neuzili během dosavadního života žádný alkoholický nápoj. Tabulka 3 ukazuje celoživotní zkušenosti všech respondentů podle pohlaví a podle věku.

Pohlaví	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>Chlapci</i>	7,8	14,0	18,1	12,1	16,6	10,7	20,7
<i>Dívky</i>	8,2	18,8	18,6	16,9	14,0	12,0	11,6
Věk	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>13 let</i>	11,1	28,9	20,0	11,1	17,8	4,4	6,7
<i>14 let</i>	10,6	19,3	16,6	16,3	14,2	10,1	12,8
<i>15 let</i>	5,5	12,1	20,7	12,4	15,4	12,9	20,9
<i>16 let</i>	3,3	15,0	13,3	18,3	20,0	15,0	15,0
Ročník	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>8. ročník</i>	10,9	20,2	17,7	14,9	13,3	9,8	13,3
<i>9. ročník</i>	4,9	12,3	19,0	14,0	17,5	13,1	19,2
Celkem	8,0	16,4	18,3	14,5	15,3	11,4	16,1

Tab. 3: Celoživotní prevalence užívání alkoholu, dle pohlaví a věku (v procentech)

Tabulka 4 ukazuje, že v měřítku roční prevalence chlapci užili alkohol vícekrát než dívky (40krát a více – 5,2 % chlapců a 2,2 % dívek). Pouze 19,5 % všech respondentů v uplynulém roce nepilo alkohol vůbec.

Pohlaví	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>Chlapci</i>	18,1	27,6	19,2	13,5	10,7	5,7	5,2
<i>Dívky</i>	21,0	28,2	18,6	11,1	13,5	5,1	2,2
Věk	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>13 let</i>	28,9	35,6	24,4	6,7	0,0	2,2	2,2
<i>14 let</i>	25,3	27,8	18,5	12,3	10,9	3,0	2,2
<i>15 let</i>	12,4	28,5	18,8	11,9	15,7	7,5	5,2
<i>16 let</i>	18,6	20,3	18,6	20,3	6,8	10,2	5,1
Celkem	19,5	27,9	18,9	12,3	12,1	5,4	3,7

Tab. 4: Roční prevalence užívání alkoholu, dle pohlaví a věku (v procentech)

Za posledních 30 dní užilo alkoholické nápoje 56 % 13–16letých chlapců a dívek (496 respondentů). 364 respondentů v tomto období alkohol nepožilo. Opět u chlapců můžeme sledovat větší míru pití alkoholu než u dívek (Tabulka 5). 43,5 % ze všech respondentů v posledních 30 dnech nepilo alkohol vůbec.

Pohlaví	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>Chlapci</i>	42,8	31,4	12,8	7,4	4,5	1,0	0,0
<i>Dívky</i>	44,3	32,5	14,7	4,6	2,7	0,7	0,0
Věk	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>13 let</i>	60,9	30,4	6,5	0,0	0,0	0,0	2,2
<i>14 let</i>	48,4	31,3	11,0	4,3	2,4	0,5	2,1
<i>15 let</i>	33,9	31,5	15,5	8,4	5,0	0,8	5,0
<i>16 let</i>	40,3	25,8	19,4	3,2	3,2	3,2	4,8
Celkem	43,5	31,9	13,8	6,0	3,6	0,8	0,0

Tab. 5: Měsíční prevalence užívání alkoholu, dle pohlaví a věku (v procentech)

5.2 Lepík, Dolejš, Miovský, Vacek, 2010 – Karlovarský kraj

5.2.1 Tabák

Při celkovém pohledu můžeme interpretovat, že ve věkové kohortě 11letých cigarety vyzkoušelo průměrně z výběrového souboru 24,6 % respondentů, ve věkové kohortě 12letých má tuto zkušenost průměrně 37,0 % respondentů, ve věkové kohortě 13letých průměrně 56,3 % respondentů, ve věkové kohortě 14letých disponuje těmito zkušenostmi průměrně 69,1 % respondentů, v kohortě 15letých kouřilo průměrně 75,3 % probandů, v kohortě 16letých kouřilo průměrně 79,9 % respondentů. Zřetelné je, že od věkové kohorty 13letých v kategorii „40krát a více“, je silně vzrůstající tendence v závislosti na věku. S ohledem na interpretaci zastoupených věkových kohort je nejvyšší nárůst mezi 14. a 15. rokem. Zároveň uvádíme, že se může jednat jen o pouhou krátkodobou zkušenost, není ale zdaleka vyloučeno, že určitá skupina respondentů kouří i nadále.

Věk	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>13 let</i>	43,7	24,2	7,7	4,0	3,4	4,0	13,2
<i>14 let</i>	30,9	17,6	10,6	5,0	6,4	5,0	24,5
<i>15 let</i>	24,8	18,7	6,3	5,1	4,3	6,8	34,1
<i>16 let</i>	20,1	15,5	10,2	3,4	6,1	4,4	40,4

Tab. 6: Zkušenosti s kouřením tabáku za celý život, dle věku (v procentech)

Tabulka 7 prezentuje, kolikrát v životě respondenti kouřili cigaretové výrobky. Z vyhodnocení lze deklarovat, že průměrně z výběrového souboru vyzkoušelo cigarety v kategorii maximálně 2krát 19,3 % chlapců a 15,7 % dívek. Z výsledků je patrné, že pravidelně (odhadujeme u kategorie „40krát a více“) kouří cigarety průměrně z celého výběrového souboru 26,1 %, přičemž dívky kouří ve 29,5 % a chlapci ve 23,0 %. Při pohledu na vyhodnocenou tabulku je zřetelné, že v kategoriích „Max 9krát“ a kategoriích dalších mají dívky četnější prevalenci užívání tabákových výrobků než chlapci.

Pohlaví	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>Chlapci</i>	38,8	19,3	7,9	3,2	4,1	3,8	23,0
<i>Dívky</i>	32,8	15,7	7,7	4,3	5,1	4,9	29,5
Průměr	35,9	17,5	7,8	3,8	4,6	4,3	26,1

Tab. 7: Zkušenosti s kouřením tabáku za celý život, dle pohlaví (v procentech)

Tabulka 8 prezentuje procentuální podíl respondentů se životními zkušenostmi s kouřením tabáku, podle druhů škol. Ze zjištění je patrné, že v kategorii „40krát a více“ má průměrně z výběrového souboru, jenž byl tvořen žáky příslušných druhů škol, celoživotní zkušenost 27,5 % respondentů ze základních škol praktických, dále respondenti ze sledovaných škol středních, a to průměrně v 45,9 % a následně škol základních v 18,0 %.

Typ školy	Nikdy	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
<i>GI</i>	67,6	15,5	6,4	1,8	2,7	0,9	5,0
<i>ZŠ</i>	41,2	20,1	7,3	4,6	4,2	4,5	18,0

Tab. 8: Zkušenosti s kouřením tabáku za celý život, dle typů škol (v procentech)

Tabulka 9 prezentuje, kolik cigaret denně respondenti vykouřili za posledních 30 dní. Pravidelných kuřáků (min. 5 cigaret denně) je 18,2 % respondentů. Počet respondentů, kteří v posledních 30 dnech vůbec nekouřili, je něco málo přes 63,0 %.

Kategorie	Nekouřil	Méně než 1	Kouřil ne denně	Do 5 cigaret denně	Do 10 cigaret denně	Do 20 cigaret denně	Více než 20 cigaret denně
<i>Průměr VS</i>	63,2	5,4	6,6	6,7	9,4	5,1	3,7

Tab. 9: Denní prevalence v počtu vykouřených cigaret (v procentech)

5.2.2 Alkohol

Dotazník se svou tematikou zaměřil i na oblast konzumace alkoholických nápojů. Z vyhodnocených položek v tabulce 10 lze usoudit, že alespoň jednu zkušenost s pitím alkoholických nápojů mají téměř dvě třetiny (56,0 %) dotázaných respondentů, a to již ve věku 11 let. S rostoucím věkem respondentů vzrůstají i procentuální hodnoty celoživotní prevalence užívání alkoholu, přičemž můžeme tvrdit, že po 16. roce jde jen o několik málo procent jedinců nemajících zkušenost s alkoholickým nápojem.

Věk	Neužil	Užil
<i>13letí</i>	23,3	76,7
<i>14letí</i>	10,3	89,7
<i>15letí</i>	5,4	94,6
<i>16letí</i>	2,7	97,3

Tab. 10: Zkušenost s alkoholem, dle věku (v procentech)

Tabulka 11 prezentuje celoživotní prevalenci užívání alkoholu s ohledem na pohlaví. Z vyhodnocení je patrné, že výběrový soubor dívek užil průměrně v 82,9 % alkohol, zatímco výběrový soubor chlapců užil alkohol v 85,5 %. Rozdíl mezi chlapci a děvčaty činí 2,6 %. Z vyhodnocení je tedy možné usuzovat, že chlapci mají celoživotní prevalenci v užívání alkoholu vyšší než dívky. Srovnáme-li diferenci rizikivosti vzhledem k pohlaví mezi tabákovými výrobky a alkoholickými výrobky, tak zatímco dívky oproti chlapcům více kouří, situace u alkoholu je opačná, chlapci mají v tomto vyšší podíl rizikivosti.

Pohlaví	Neužil	Užil
<i>Chlapci</i>	14,5	85,6
<i>Dívky</i>	17,0	83,0
<i>Průměr VS</i>	15,7	84,3

Tab. 11: Celoživotní prevalence užívání alkoholu, dle pohlaví (v procentech)

V Karlovarské studii se dále prezentuje, v jakém věku vypili respondenti první skleničku alkoholu. Ve věkové kohortě od 9 do 11 let vypilo svou první skleničku alkoholu průměrně 10,9 % respondentů. Zatímco v kohortách 9 a 10 let to byla většina chlapců, v kohortě 11 dosahují vyšší hodnoty dívky výběrového souboru. Ve věkových kohortách 12 až 15 let vypilo svou první skleničku alkoholu průměrně 12,3 % respondentů a ve větší míře výběrový soubor dívek než chlapců. Za nejběžnější věk s ohledem na první vypitou skleničku lze považovat vzhledem k vyhodnocení tohoto souboru věk mezi 12–14 roky.

5.3 Vacek, Šejvl, Miovský, 2008 – Plzeň

5.3.1 Tabák

Alespoň jednu zkušenost s kouřením tabáku za celý život má 80,3 % respondentů z celého souboru. Během posledních 30 dnů kouřilo 45,0 % respondentů, ti se dají označit jako aktuální kuřáci. Tabulka 12 ukazuje prevalenci kouření tabáku a to celoživotně a za posledních 30 dní. Aktuální denní kouření je ukazatel, který odpovídá alespoň jedné vykouřené cigaretě každý den v posledních 30 dnech. Rozdíly v celoživotní prevalenci nejsou příliš výrazné, pouze relativně menší podíl respondentů z gymnázií a konzervatorií cigarety vyzkoušel (necelých 69,0 % oproti průměrným 80,0 %). Prevalence kouření za posledních 30 dnů a aktuálního denního kouření významně klesá se zvyšující se náročností školy. Celoživotní prevalence kouření je v tomto souboru mezipohlavně vzácně vyrovnaná, shodně tabák vyzkoušelo 80,3 % chlapců i dívek, rozdíly jsou patrné až při pohledu na výskyt kouření v posledních 30 dnech, kde „vedou“ dívky (48,5 % vs. 41,7 % chlapců).

Kategorie	za celý život	za posledních 30 dní	aktuální denní kouření
Chlapci	80,3	41,7	29,3
Dívky	80,3	48,5	31,9
Průměr (chlapci, dívky)	80,3	45,0	30,6
9. ročník	76,0	42,9	26,7

Tab. 12: Prevalence kouření tabáku (v procentech)

Tabulka 13 ukazuje, že v 9. ročníku mají daleko větší zkušenost s tabákovými výrobky dívky oproti chlapcům. V rámci celoživotní prevalence kouřily dívky častěji.

Kategorie	1–9krát	10–39krát	40× nebo víckrát
Chlapci	31,8	11,4	31,8
Dívky	13,5	24,3	54,1

Tab. 13: Frekvence kouření za celý život – 9. ročník ZŠ (v procentech)

Tabulka 14 detailně ukazuje prevalenci kouření v posledních 30 dnech podle pohlaví. Zatímco dívky kouřily za poslední měsíc častěji, a to i při pohledu na denní kouření, chlapci toho „vykouřili“ více, protože podíl chlapců, kteří kouřili 20 a více cigaret denně, je výrazně vyšší (6,8 % chlapců vs. 2,6 % dívek na ZŠ).

Kategorie	kouřil/a, ale ne denně	1–20 cigaret denně	více než 20 cig. denně
Chlapci	9,1	20,5	6,8
Dívky	31,6	28,9	2,6

Tab. 14: Prevalence kouření v posledních 30 dnech podle pohlaví – 9. ročník ZŠ (v procentech)

5.3.2 Alkohol

Alespoň jednu zkušenost s pitím alkoholu za celý život mají téměř všichni respondenti (97,8 %). Během posledního roku alkohol neokusila pouze jedna dvacatina souboru (5,1 %) a za posledních 30 dnů jen osmina (12,6 %) respondentů. Na základní škole má drtivá většina respondentů s alkoholem zkušenost. Rozdíly opět nejsou příliš výrazné, i přes obecně velmi vysoké hodnoty lze konstatovat, že nejmenší zkušenost mají chlapci ze základních škol (i tak to ale znamená, že více než tři čtvrtiny z nich v posledním měsíci alkohol pili).

Pohlaví	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
Chlapci	4,7	4,7	11,6	16,3	14,0	46,3
Dívky	5,3	0,0	7,9	23,7	15,8	44,7

Tab. 15: Četnost zkušeností s alkoholem za celý život – 9. ročník ZŠ (v procentech)

Nejoblíbenějším typem alkoholu je mezi chlapci i dívkami pivo, na druhém místě stojí destiláty, až poté následuje víno. U piva a destilátů jsou častějšími konzumenty chlapci, u vína dívky. Chlapci začínají s alkoholem nepatrně dříve než dívky, a že první alkoholický nápoj, který většina respondentů vyzkouší, je pivo. Průměrný

věk první opilosti je přibližně 14 let. Dotazníkem byla také sledována prevalence subjektivní opilosti – celoživotní, za poslední rok a za poslední měsíc. Někdy v životě zažily opilost více než tři čtvrtiny respondentů (76,4 %), v posledním roce tři pětiny (60,0 %) a za poslední měsíc více než čtvrtina (27,8 %). Výskyt opilosti se snižuje se stoupající náročností školy, a z celoživotního hlediska stoupá spolu se zvyšujícím se věkem. Poměrně výrazný rozdíl je i mezi chlapci a dívkami, prvně jmenovaní mají s opilostí více zkušeností jak celoživotně, tak aktuálně.

5.4 Vacek, 2008 – Praha 2

5.4.1 Tabák

Alespoň jednu zkušenost s kouřením tabáku za celý život má 48,9 % respondentů z celého souboru. Během posledních 30 dnů kouřilo 17,6 % respondentů, ti se dají označit jako aktuální kuřáci. Tabulka 16 ukazuje prevalenci kouření tabáku a to celoživotně a za posledních 30 dní podle ročníků. Aktuální denní kouření je ukazatel, který odpovídá alespoň jedné vykouřené cigaretě každý den v posledních 30 dnech. V 9. ročníku jsou to již více než dvě třetiny respondentů (67,7 %), kteří alespoň „okusili“ cigaretu. Téměř třetina (30,8 %) respondentů z 9. ročníku kouřila v posledních 30 dnech alespoň 1 cigaretu denně.

Kategorie	za celý život	za posledních 30 dní	aktuální denní kouření
8. ročník	62,8	26,2	11,5
9. ročník	67,7	30,8	17,3

Tab. 16: Prevalence kouření tabáku podle ročníků (v procentech)

Tabulka 17 ukazuje celkový počet zkušeností s kouřením tabáku za život zvláště u chlapců a dívek. V celoživotní prevalenci kouření tabáku nejsou mezi pohlavími výrazné rozdíly (tuto zkušenost má již 48,0% chlapců vs. 49,8% dívek, naopak jsou z grafu patrné značné rozdíly v počtu těchto zkušeností. Dívky za celý život kouřily výrazně víckrát než chlapci. Zatímco 6,6% z těch chlapců, kteří mají nějakou zkušenost s kouřením tabáku, kouřilo 40 a vícekrát, u dívek je to 13,8 %, tedy více než čtvrtina těch, které někdy cigaretu vyzkoušely.

Pohlaví	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
Chlapci	20,8	7,9	5,8	4,0	2,9	6,6
Dívky	17,1	6,4	4,1	6,0	2,4	13,8

Tab. 17: Počet zkušeností s kouřením tabáku za celý život podle pohlaví (v procentech)

Podobné rozdíly lze pozorovat v proporcích počtu zkušeností s tabákem u jednotlivých ročníků (Tabulka 18). V kategorii 3–39krát jsou výsledky u 8. i 9. ročníků velmi podobné, ale v kategorii 40krát a více je již značný rozdíl (strmý nárůst zhruba o 13,0 %)

Kategorie	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
8. ročník	24,0	6,0	7,7	7,7	3,3	14,2
9. ročník	18,7	7,1	6,5	5,2	3,2	27,1

Tab. 18: Počet zkušeností s kouřením tabáku za celý život podle ročníků (v procentech)

Tabulka 19 ukazuje rozdíly mezi chlapci a dívkami v kouření za posledních 30 dnů. Na tři aktuálně kouřící dívky připadají pouze dva aktuálně kouřící chlapci (21,1 % dívek vs. 13,6 % chlapců kouřilo v posledních 30 dnech, za celý soubor je to 17,6 %). Když sečteme hodnoty u respondentů, kteří kouří denně, tak můžeme konstatovat, že zhruba 15,0 % respondentů je problémových – na 100 adolescentů to je 15 jedinců, tzn., že to je 15 tisíc problémových jedinců na populaci 100 tisíc adolescentů.

Pohlaví	více než 20 cigaret denně	1–20 cigaret denně	kouřil/a, ale ne denně
Chlapci	0,6	5,3	7,7
Dívky	1,2	8,3	11,6

Tab. 19: Míra kouření v posledních 30 dnech podle pohlaví (v procentech)

Stejně jako s ročníkem stoupá počet zkušeností za celý život, stoupá i frekvence kouření za posledních 30 dní (tabulka 20). Do 9. ročníku jde o růst denního kouření. Více než 20 cigaret denně kouří něco mezi 1–2% respondentů z 8. a 9. ročníku.

Kategorie	více než 20 cigaret denně	1–20 cigaret denně	kouřil/a, ale ne denně
8. ročník	0,6	10,9	14,8
9. ročník	1,9	15,4	13,5

Tab. 20: Míra kouření v posledních 30 dnech podle ročníků (v procentech)

5.4.2 Alkohol

Alespoň jednu zkušenost s pitím alkoholu za celý život mají téměř čtyři pětiny celého souboru (79,9% respondentů). Během posledního roku alkohol okusily přibližně tři pětiny (61,7%) a za posledních 30 dnů více než třetina (36,6%) respondentů. Rozdíly v prevalenci užívání alkoholu mezi jednotlivými ročníky dokumentuje tabulka 21. Rovnoměrný a relativně prudký nárůst všech tří ukazatelů se mírně zpomaluje mezi 7. a 8. ročníkem, ovšem mezi 8. a 9. ročníkem prevalence opět strmě stoupá (a to zejména užití v posledních 30 dnech: ze 44,0% na 60,9%).

Kategorie	celý život	12 měsíců	30 dnů
8. ročník	90,1	73,5	44,0
9. ročník	98,7	86,8	60,9

Tab. 21: Prevalence užívání alkoholu podle ročníků (v procentech)

Na rozdíl od kouření, kde dominují dívky, mají více zkušeností s pitím alkoholu chlapci. Tabulka 22 srovnává jednotlivá pohlaví podle počtu zkušeností s alkoholem za celý život. Rozdíly v celoživotní prevalenci užití jsou nevýrazné: zatímco 81,8% chlapců někdy v životě alkohol okusilo, u dívek je to 78,2%. Chlapci však mají častěji 20 a více zkušeností: 20,6% chlapců vs. 16,7% dívek.

Pohlaví	1–2krát	3–5krát	6–9krát	10–19krát	20–39krát	40× a více
Chlapci	16,9	16,1	13,7	14,5	9,1	11,5
Dívky	22,3	14,8	14,8	9,7	7,8	9,0

Tab. 22: Počet zkušeností s užitím alkoholu za celý život podle pohlaví (v procentech)

Co se týče množství vypitého alkoholu při poslední příležitosti, s ročníkem stoupá počet zkonsumovaných nápojů. Za celkem pozitivní zjištění můžeme považovat, že jak celkově tak v jednotlivých ročnících je nejčastější množství vypitého alkoholu při poslední příležitosti pouze méně než 1 standardní nápoj. Více než 1 alkoholický nápoj při poslední příležitosti vypila přibližně třetina (32,9%) respondentů z těch, kteří alkohol pili, více než 4 nápoje 3,6% respondentů.

6 Závěr

Díky porovnání výsledků všech těchto studií můžeme obecně konstatovat, že s narůstajícím věkem respondentů stoupá i užívání tabákových výrobků i alkoholu. Kouření tabáku je více rozšířeno u dívek, avšak množství vykouřených cigaret u chlapců-kuřáků je vyšší než u dívek-kuřaček. Výsledky týkající se alkoholu ukazují, že naopak u chlapců je pití alkoholických nápojů častější než u dívek. Zároveň opět s narůstajícím věkem roste i prevalence užívání alkoholu.

7 Diskuse

Srovnání výsledků obdobných studií je poměrně snadné z důvodů použité velmi podobné metodologie (dotazníky s totožnými otázkami). Situace ve sledované oblasti podléhá vývoji a velmi rychle se mění, což se nejvíce projevuje u nejmladší populace. Výzkumy, s nimiž je možné výsledky srovnávat, probíhaly ve více či méně vzdálené minulosti, což nám umožňuje sledovat určitý trend v dané problematice.

Ze studie Skopal, Dolejš 2011 je patrné, že celoživotní prevalence kouření tabáku je takováto: více než 62,0% 13–16letých respondentů má zkušenost s tabákovými výrobky. Celkově 13,0% chlapců a dívek je pravidelnými

kuřáky. Karlovarská studie (2010) uvádí, že zhruba 70,1 % 13–16letých má zkušenost s tabákovými výrobky a celkově 18,2 % chlapců a dívek je pravidelnými kuřáky. Plzeňská studie (2008): 76,0 % žáků 9. tříd má zkušenosti s tabákem. Aktuálními denními kuřáky bylo 26,7 % respondentů. Praha 2008: okolo 65,3 % respondentů má zkušenosti s tabákem. Celkem 14,4 % chlapců a dívek je pravidelnými kuřáky.

Souhrnné výsledky týkající se užívání alkoholu:

1. Skopal, Dolejš (2011) – žádnou zkušenost s alkoholem nemá pouze 8,0 % respondentů a 92,0 % respondentů už někdy alkohol užilo. Za posledních 30 dní užilo alkoholické nápoje 56,0 % 13–16letých chlapců a dívek.
2. Karlovarský kraj (2010): dívky užily průměrně v 83,0 % alkohol, zatímco chlapci užili alk. v 85,6 %. Rozdíl mezi chlapci a děvčaty činí 2,6 %, tzn., že chlapci mají celoživotní prevalenci v užití alkoholu vyšší než dívky.
3. Plzeň (2008): zkušenost s alkoholem za celý život mají téměř všichni respondenti (97,8 %). Během posledního roku alkohol neokusilo pouze 5,1 % a za posledních 30 dnů jen 12,6 % respondentů.
4. Praha (2008): zkušenost s pitím alkoholu za celý život má 79,9 % respondentů. Během posledního roku alkohol okusilo 61,7 % a za posledních 30 dnů 36,6 % respondentů. Mezi 8. a 9. ročníkem prevalence strmě stoupá (zejm. užití v posledních 30 dnech: ze 44,0 % na 60,9 %). Co se týče množství vypitého alkoholu při poslední příležitosti, s ročníkem stoupá počet zkonsumovaných nápojů.

Míra spolehlivosti a platnost výsledků je u dotazníkových šetření vždy do jisté míry sporná. Výsledky musíme zohlednit vzhledem k územní specifičnosti – v České republice existují velké rozdíly mezi různými regiony. Účast ve výzkumu je dobrovolná, navíc je třeba souhlasu zákonných zástupců, respondenti nemusí také všem otázkám rozumět nebo mohou odpovídat jen na ty otázky, na které odpovídat chtějí. Pokud se respondenti rozhodnou odpovědět nepravdivě, neexistuje zaručený způsob, jak nepravdivou odpověď odhalit. Sledování nedokončených dotazníků, nekonzistence odpovědí, odpovědi na tzv. „chytáky“ nebo otázky po upřímnosti odpovědí, jsou pouze pomůckou, jak míru spolehlivosti odhadnout, nicméně v těchto studiích bylo dosaženo vysoké reliability (a tím i validity). Také zkušenosti tazatelů z realizace dotazníkového šetření a informace z protokolů o průběhu šetření ve třídách ukazují, že respondenti v drtivé většině případů přistupovali k vyplňování dotazníků odpovědně a se zájmem. Pokud pomineme rozdíly mezi jednotlivými školami, které nemohou být z etických důvodů zveřejněny (hrozí neopodstatněné odsouzení jednotlivých škol a/nebo jejich zástupců, a následně možná identifikace jednotlivců vykazujících nízkoprevalenční rizikové chování, např. užívání pervitinu a další), lze ve výsledcích pozorovat některá zajímavá (neočekávaná) zjištění (Lepík, Dolejš, Miovský, Vacek, 2010).

Překvapivá jsou zejména ta zjištění, která se týkají právě užívání tabákových výrobků a alkoholu. Pokud se nám toto zjištění zdá nevěrohodné, lze hledat jeho zdůvodnění např. v určité „chvátavosti“ respondentů. Co se týče srovnání zjištění těchto výzkumů s výsledky obdobných studií, aktuální užívání legálních drog deklarují žáci a studenti škol. Výsledky školních dotazníkových studií mohou tvořit základ pro tvorbu koncepce programů cílené primární prevence. Prevalence zkušeností s návykovými látkami ukazuje na potřebu podpory rozvoje zdravého životního stylu (zejm. nabídku pozitivních alternativ pro trávení volného času). Průřezový design studií umožňuje odhadnout vývojové tendence a do určité míry predikovat počátek rizikového chování v oblasti kouření tabákových výrobků a užívání alkoholu.

8 Přehled použité literatury

- Csémy, L., Sovinová, H., Rážová, J., Provazníková, H. (2008). *Trendy v kuřáctví dětí a dospívajících v České republice v období 1994 až 2006 a vybrané souvislosti kouření mezi adolescenty*. Hygiena, 53 (2), 48–52.
- Český statistický úřad – ČSÚ (2011). *Česká republika v mezinárodním srovnání za rok 2010 – vybrané údaje*. Retrived January 27, 2012 from http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/kapitola/1607-10-za_rok_2010_%28vybrane_udaje%29-3
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- E15 WWW user survey. (n. d.). Retrived January 27, 2012 from <http://zpravy.e15.cz/domaci/ekonomika/cesi-loni-mene-pili-kourili-i-jedli-722043>
- Eurozpravy WWW user survey. (n. d.). Retrived January 20, 2010 from <http://zahranicni.eurozpravy.cz/amerika/3785-koureni-stoji-rocne-sestmilionu-zivotu-a-8-9-bilionu-koron/>.
- Kožený, J., Csémy, L., Tišanská, L. (2008). *Atributy sklonu ke kouření u patnáctiletých adolescentů v roce 2006: explorační analýza*. Československá psychologie, XLII (3), 209–22

- Lepík, F., Dolejš, M., Miovský, M., Vacek, J. (2010). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těkavých látek na základních školách praktických*: Karlovarský kraj. Tišnov: SCAN.
- Širůčková, M. (2009). *Psychosociální souvislosti rizikového chování v adolescenci: role vrstevnických a rodinných vztahů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2011). *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. Praha: ÚZIS ČR.
- Vacek, J. (2008). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách*: Praha 2, 2007. Závěrečná zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Vacek, J., Šejvl, J., Miovský, M. (2008). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách*: Plzeň, 2008. Závěrečná zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.

POSTOJE K PSYCHOLOGŮM A LÉKAŘŮM

ATTITUDES TOWARD PSYCHOLOGISTS AND PHYSICIANS

Lucie Kráčmarová, Karel Flaška, Panajotis Cakirpaloglu, Jan Šmahaj

Katedra psychologie FF UP, Vodární 6, 779 00, Czech Republic

Abstrakt

Príspevek prináša výsledky empirického šetření studentů Katedry psychologie FF UP v Olomouci. Názory a postoje veřejnosti k profesi psychologů a lékařů jsou i přes všeobecnou povědomost (patřičnou popularizaci činnosti) či osobní zkušenosti zcela rozdílné. Cílem studie bylo poukázat prostřednictvím internetového výzkumu na specifické rozdíly v názorech a postojích vůči dvěma zmiňovaným profesím. Ke sběru dat byl sestaven vlastní dotazník, který obsahoval 23 otázek. V rámci analýzy dat bylo využito 400 validních dotazníků. Nejčteněji byla zastoupena věková kategorie 18–25 let, z toho 69 % žen. V rámci sociálního postavení tvořili převahu ve výzkumném souboru studenti (62,8 %) a zaměstnanci (26,7 %). Výsledky studie obecně poukazují, že profese lékaře je vnímána jako prestižnější, zatímco mezi muži a ženami, a taktéž studenty a zaměstnanci nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v percepci prestižnosti zmíněných profesí.

Abstract

The article brings results of the empirical survey made by students from the Department of Psychology, Palacky University in Olomouc. Public opinions and attitudes toward the profession of psychologists and physicians are, despite the general awareness (due popularization activities) or personal experience completely different. The aim of this study was to point out through Internet research on the specific differences in opinions and attitudes to the two mentioned professions. The data collection was compiled by their own questionnaire, which contained 23 questions. The data analysis used 400 valid questionnaires. The most frequently represented age category was 18–25 years, of which 69% were women. The social positions of dominance in the research were set of students (62.8%) and employees (26.7%). The study results generally indicate that the profession of doctor is perceived as more prestigious, while among men and women, and also students and staff has not been demonstrated statistically significant difference in the perception of prestige of these professions.

Klíčová slova

lékař; psycholog; vnímání profese; veřejné mínění.

Key words

physician; psychologist; perception of professions; public opinion.

1 Úvod

Tématu postojů veřejnosti k psychologům a lékařům se v minulosti věnovalo několik různých výzkumů. V této části zmíníme některé z nich, jejich výsledky a to, co z dosavadních zjištění vyplývá. Většina těchto šetření byla provedena v zahraničí, zmiňujeme výzkumy z Evropy, USA i Austrálie. Jsou východiskem a inspirací našeho vlastního šetření. Náš záměr bylo pomocí informačních komunikačních technologií realizovat dotazníkové empirické šetření, které by orientačně zmapovalo postoje k psychologům a lékařům v České republice.

2 Teoretické zakotvení výzkumu

2.1 Informace a tvorba postoje

Aby si psychologové zachovali respekt v očích svých pacientů a zároveň jim dokázali poskytnout adekvátní pomoc, musí vědět, jaké poznatky o nich lidé mají, jaké k nim mají postoje a kde získávají informace potřebné pro tvorbu tohoto postoje. Z několika zahraničních výzkumů vyplývá, že právě to, jak je člověk obeznámen s profesí psychologa ovlivňuje jeho postoj k němu. Zdá se, že laická veřejnost se příliš neorientuje v jednotlivých oborech, které mají za úkol pečovat o duševní zdraví. Janda a kol. (1998) uvádí, že vysokoškolská i obecná

veřejnost favorizuje více s přírodními vědami, protože si snadněji dokáže představit, co jejich práce obnáší. U psychologa tuto představu nemají. Obecně mají lidé větší povědomí o klinické psychologii, o dalších odvětvích, do kterých psychologie zasahuje, lidé příliš nevědí (forenzní, pracovní oblast) (Guest, 1948; Murstein & Fontaine, 1993; Hartwig, 2002). Jeden z výsledků studie Hartwiga a Delinové (2003) ukazuje, že lidé, kteří mají osobní zkušenost s psychologem, se na tuto profesi dívají pozitivněji, než ti, kteří tuto zkušenost postrádají. Díky vlastní zkušenosti si tito lidé dokážou lépe představit, co psycholog v rámci svého povolání dělá a to může být podle autorů jedním z faktorů, který stojí za vznikem tohoto kladného postoje.

Podobně má veřejnost problém s rozlišením profese psychologa a psychiatra. V různých šetřeních lidé uváděli, že psycholog se zabývá jednoduššími problémy, jako je ztráta někoho blízkého, rodinné problémy, problémy s chováním ve škole. Psychiatr se pak zabývá jen nejtěžšími duševními nemocemi a léčí je pomocí farmakoterapie (Pacific Visions Communication, 1995 in Faberman, 1997). Právě nadměrná medikace je důvodem, proč mají respondenti negativní postoj k psychiatrům (Pacific Visions Communication, 1995).

Nedostatečná orientace v oboru se také promítá do konativní a kognitivní stránky postoje. Ačkoli tedy lidé vnímají vliv vlastního psychického prožívání na své zdraví, nejsou ochotni si za psychologickou pomoc připlácet (v podobě dražšího pojištění – USA) a nevědí, jak a za jakých okolností jsou psychologické služby dostupné (Pacific Visions Communication, 1995 in Faberman, 1997). V této souvislosti 75% respondentů telefonického šetření, které bylo realizováno v USA, silně souhlasilo s tvrzením: „Přál bych si vědět, kdy je vhodné navštívit odborníka na duševní zdraví.“ (Porter Novelli, 1995 in Faberman, 1997)

Jedním z kroků ke změně je informování veřejnosti o psychologii, ne však pouze klinické, se kterou je poměrně dobře seznámena, a představa o ní je mnohem jasnější. Základem by mělo být budování silnější vědecké základny, která by psychologii vytvořila lepší image mezi veřejností (Janda a kol, 1998). Veřejnost by měla být obeznámena s tím, jak hodnotní psychologové jsou. Pokud si lidé uvědomí, že jsou psychologové ve společnosti potřební, vzroste jejich ochota navštěvovat je a konzultovat s nimi své problémy (Hartwig, Delin, 2003).

Na základě výše zmíněných poznatků pořádá Americká psychologická asociace (APA) vzdělávací programy směřované na veřejnost. Jeden z nich na příklad realizovala v roce 1995. Jeho cílem bylo objasnit veřejnosti oblast klinické psychologie, psychologického výzkumu, roli psychologie ve veřejné, soukromé a institucionální péči o zdraví, hodnotu psychologických intervencí a vzdělání psychologů (APA Council of Representatives, 1995 in Faberman, 1997). Za snahou o informování veřejnosti o psychologii se nemusíme ohlížet daleko. V České republice vznikají podobné, i když kratší edukační programy zacílené na laickou veřejnost. Za zmínku stojí snaha České asociace studentů psychologie, kteří realizovali v roce 2010 „Psychodny“, jejichž cílem bylo seznámit veřejnost s psychologií pomocí workshopů, přednášek a aktivit jak pro děti, tak dospělé (ČASP, o. s., 2010).

2.2 Postoje k psychologům a lékařům

V následujících odstavcích se budeme věnovat postojům k psychologům a lékařům, které vyplývají z dosavadně provedených studií v Čechách i zahraničí.

V české společnosti je tradičně vysoká důvěra v lékaře. Alespoň jednou za rok jej navštíví 87 % obyvatel, dokonce 20 % minimálně jednou měsíčně (Faktum Inveo, 2011). Společnost GfK provedla v roce 2007 výzkum (Trust Index 2007, který organizace GfK Custom Research uskutečnila v 18 různých zemích, dotazovalo celkem 16 481 respondentů v 17 evropských zemích a v USA a to v období březen–květen 2007), ve kterém porovnávala důvěru veřejnosti v různé profese. Byli mezi nimi lékaři, učitelé, novináři, politici, policisté, armáda a právníci. Lékaři se umístili na prvním místě, důvěřuje jim v ČR 89 % a v Evropě 83 % dotázaných (GfK, 2007). Základem důvěry k lékaři je vybudovaný osobní vztah, který si za delší dobu spolupráce jedinec se zdravotníkem vytvoří. Z výzkumu provedeného v USA vyplývá, že lidé jsou spokojeni se svým osobním lékařem a neradi jsou posíláni na jiná pracoviště, kde jsou viděni jako čísla a s ošetřujícím lékařem nemají žádný vztah. Před příchodem na nové pracoviště ani nevědí, zda jim bude osobnost zdravotníka vyhovovat, bude sympatický a zda jim porozumí. Důvěra je v takové situaci nižší (Pacific Visions Communications, 1995 in Faberman, 1997). Stejně tak je důvěra prvořadá při výběru psychologa. Ukázalo se, že je mnohem důležitější, než doktorské vzdělání. Rozhodující je také psychoterapeutický výcvik (Porter, Novelli, 1995 in Faberman, 1997).

Několik výzkumů se zaměřilo na rozdílnost postojů k psychologům a lékařům. Murstein a Fontaine (1993) se ve svém šetření ptali, jak dobře by se respondenti cítili, pokud by měli navštívit jednoho z 9 různých odborníků na duševní zdraví. Nejvíce by preferovali lékaře a následně psychologa. V Austrálii jsou psychologové vnímáni jako méně užiteční či cenění profesionálové, nežli lékaři a to i ve spojitosti s duševními problémy

(Hopson & Cunningham, 1995 in Hartwig & Delin, 2003). To potvrzuje další australský výzkum porovnávající potřebnost učitelů, právníků, psychiatrů, praktických lékařů, zdravotních sester a psychologů. Mezi nimi jsou psychologové hodnoceni jako nejméně potřebná profese (Hartwig & Delin, 2003).

2.3 Vývoj postojů k psychologům, psychoterapii a poradenství a jejich měření

S rozvojem osvěty týkající se psychologie a změnami ve společnosti se také postupně vyvíjí postoje k psychologům. Podle výzkumu BACP – Brithis Association for conselling and Psychoterapy (2010), který se zabýval postoji vůči psychoterapii a poradenství se zdá, že konečně mizí stigma, které psychologii obklopovalo. Přibližně jeden respondent z pěti uvedl, že v minulosti navštívil poradce či terapeuta a více než polovina lidí zná někoho, kdo udělal to samé. Lidé začínají být více ochotní otevřeně sdělovat svoje emoce. 91 % lidí uvedlo, že je nyní přijatelnější mluvit o emocionálních problémech, než tomu bylo v minulosti. 95 % lidí uvedlo, že je dobré vyhledat pomoc terapeuta či poradce před tím, než se problém vymkne z rukou. 88 % respondentů uvedlo, že si myslí, že by lidé mohli být šťastnější, pokud by sami vyhledali pomoc poradce či terapeuta. 83 % si myslí, že je lepší s někým mluvit, než brát zbytečně léky. 84 % by navštívilo odborníka, který by měl požadovanou kvalifikaci. V Británii došlo k posunu, jak v otevřenosti ve vyjadřování emocí, tak k vyšší sociální přijatelnosti využívání služeb psychoterapeuta, či poradenského psychologa (BACP, 2004). V porovnání s šetřením provedeném v roce 2004 dochází k nárůstu přístupnosti k psychoterapeutickým či poradenským službám. Například v roce 2010 by vyhledalo poradce nebo psychoterapeuta kvůli problémům s depresí a úzkostí 94 %, v roce 2004 pouze 67 %. V souvislosti s rozvodem nebo rozchodem by pomoc odborníka vyhledalo 85 % lidí, což je o 33 % více, než tomu bylo v roce 2004.

Podle australského výzkumu se však pohled na osobnost psychologa nezměnil od dob Freuda. Hartwig (2002) využil ve svém šetření netradiční přístup. Nechal návštěvníky psychologa (v anglickém jazyce není pojem psycholog genderově zatížen; „Psychologist“ se užívá pro obě pohlaví) nakreslit. Získal 119 obrázků a provedl obsahovou analýzu formálních prvků (věk, pohlaví apod.). Nejtypičtějším obrazem psychologa je podle kreseb muž (57,1 %) středního věku či starší. Často se vyskytovaly i určité atributy, jako brýle (45,4 %), u mužů oblek nebo kravata (57 %). V současné době je však realita v Austrálii jiná, více, než dvě třetiny psychologů jsou ženy a více jak 40 % psychologů jsou lidé do 40 let.

Zdá se tedy, že se veřejnost více otvírá a je přístupnější terapii a dalším psychologickým službám, než tomu bylo dříve. Zároveň obraz typického psychologa zůstává stejný.

Pro měření postojů veřejnosti k psychologům a lékařům se používají klasické dotazníky, sestavené na míru konkrétního šetření, telefonní i osobní dotazování. Bývají realizovány i skupinové diskuze. Méně konvenčním přístupem může být výše zmiňovaná kresba psychologa. Samozřejmě existuje nespočet dalších metod, zde jsme uvedli jen základní přehled a možnosti výzkumu.

2.4 Přenos jako konstituční faktor postoje k psychologovi nebo lékaři

Rozsáhlé pasáže o postojích pacienta vůči lékaři můžeme v psychologické literatuře najít především v díle Sigmunda Freuda, který se tomuto tématu intenzivně věnoval v souvislosti s tzv. přenosem. Ten chápal dvojím způsobem: (1) nejprve v souvislosti s výkladem snů ve smyslu obecné psychického zákona „přenositelnosti“ afektu z představy původně s ním spojené na představu jinou (Freud, Výklad snů, 1998); (2) později pak v souvislosti s terapeutickým vztahem (jakožto alfou a omegou psychoanalýzy) jako přenos citů, které původně patřily (a nevědomě stále patří) nějakému infantilnímu objektu (například některému z rodičů), na určitý přítomný objekt – v našem případě lékaře nebo psychologa (například Freud, 2000a; Freud, 2000b; Freud, 1997a; Freud, 1997b; nebo Freud, 1996). Snadno vidíme, že druhé pojetí je speciálním případem prvního.

Připomeňme Freudovo obecnou dichotomii přenosu na (Freud, 1997a, str. 307):

1. Pozitivní (přátelský) přenos
 - a) Přenos vědomých přátelských a něžných citů
 - b) Přenos jejich pokračování do sféry nevědomí (vycházejí geneticky ze sexuálních zdrojů)
2. Negativní (nepřátelský) přenos

Freud (1996) zdůrazňoval, že přenos je ze své povahy nutně ambivalentní, neboť reprodukuje infantilní vztahy jako celky, to znamená s jejich kladnými i zápornými stránkami. Pozitivní přenos se tudíž nutně musí jednoho dne převrátit v nepřátelský, neboť nevědomá infantilní (sexuální) přání skrytá pod rouškou pozitivního přenosu (žádající si své uspokojení) dříve, či později narazí na odmítnutí ze strany analytika. A pak jsou to

právě negativní přenos (ad 2) a přenos vytěsněných erotických hnutí (ad 1b), které se nejlépe hodí k odporu při léčbě (Freud, 1997a).

Včasné odhalení a interpretace přenosu je žádoucí a často také nezbytná pro prevenci náhlých a neodolatelných odporů, které nezdědka vyústí v opuštění léčby. Pokud se pacientka pro nějaké X, kterým terapeut připomíná pana Z, terapeutovi mstí tak, jako se kdysi mstila panu Z, a opustí terapeuta tak, jak se domnívala být opuštěna a oklamána panem Z, pak podle Freuda (2000a) došlo k pouhému odehrávání (přenosu) vzpomínek a fantazií (bez terapeutického efektu), namísto toho, aby byly žádoucím způsobem reprodukovány v léčbě (s terapeutickým efektem). Vyústění boje (normálního, tedy nepatologického konfliktu) s odhalenými odpory neurčuje intelektuální náhled pacienta, nýbrž jedině jeho vztah k lékaři (Freud, 1997b).

Z toho, co zde bylo o přenosu napsáno, bychom mohli říci, že zvládnutí přenosu znamená terapeutickou změnu právě postoje pacienta/klienta k lékaři (a vice versa), kde již lékař není vnímán ani jako všemocný spásonosný profesionál, ani jako ohrožující objekt kterému je třeba se stavět na odpor, nýbrž jako jedinečná osobnost s rozmanitými, často protikladnými aspekty, hodná komplexního poznání.

Freud (1997b, str. 371) sám také správně rozpoznal, že příčina přenosu netkví v analytické metodě, nýbrž že se jedná o „jev, který zcela vnitřně souvisí se samou podstatou nemoci.“ Na jiném místě shrnuje: „Přenos vzniká ve všech lidských vztazích právě tak jako ve vztahu pacienta k lékaři samovolně, je všude vlastním nositelem terapeutického vlivu a působí tím silněji, čím menší tušení člověk o jeho existenci má.“ (Freud, 1997b, str. 45).

Již Freudův postoj k problematice přenosu byl vskutku velmi komplexní – integroval v sobě rozličné, často protikladné aspekty tohoto jevu, podrobněji viz Flaška (2012). Přesto si další vývoj psychoanalytické teorie a praxe (a přenosových fenoménů samotných) žádal, a stále žádá, jeho revizi.

Tak například Alfred Adler považoval za hlavní dynamismus vedoucí k neurotickému onemocnění selhání ve vztazích v důsledku nedostatečně rozvinuté schopnosti navázat kontakt. V souladu s tím chápal přenos jako „snahu o vytvoření vztahu vyřešením nevědomých konfliktů, které stály v cestě vytvoření kontaktu.“ V takovémto rámci je pak hlavním úkolem terapeuta přijmout mateřskou roli a pomoci pacientovi vybudovat kontakty s okolím (Ansenbacher & Ansenbacher, 1956; in Schwartz, 2003, str. 137).

Další Freudův žák, Carl Gustav Jung, zaujímal k přenosu poměrně uvolněný postoj: „Já osobně jsem vždycky rád, když se vytvoří pouze mírný přenos nebo když jej prakticky nelze pozorovat.“ Úspěch léčby podle něj není tolik závislý na proměnách přenosu, jak tvrdil Freud, viz výše (Jung, 1946, str. 9; in Schwartz, 2003, str. 141). O to větší důraz však kladl na práci s protipřenosem (přenosem citů lékaře na pacienta). Požadoval od lékaře maximální soucit s pacientem a maximální možnou otevřenost lékaře pacientovu utrpení, vyplývajícímu z pacientových nevědomých procesů (Jung, 1946, str. 35; in Schwartz, 2003, str. 141): „Upřímná účast, která přesahuje meze profesionální rutiny, je naprosto nutná, pokud ovšem lékař nechce ohrozit celý proces tím, že se bude vyhýbat svým vlastním problémům, jež jsou stále naléhavější. Lékař musí jít až na hranice svých subjektivních možností, jinak nebude jeho pacient schopen následovat jeho příkladu.“

Významnou zkušenost v praktickém nakládání s přenosem v terapii pacientů s narcistickou poruchou osobnosti udělal Heinz Kohut (1991), když zjistil, že mnohem efektivnější než zpochybňování reality nebo adekvátnosti citů objevujících se v rámci přenosu (viz Freud 1996; Freud, 2000b) je naopak v takovémto případě dosycení potřeby ocenění a uznání – na první pohled nežádoucí a paradoxní podpora již beztak grandiózního Self.

O svěbytné integrativní uchopení problematiky přenosu se pokusil také český psychoanalytik Vladimír Vavřda (2005). Na tomto místě rozlišuje následující tři druhy přenosu: (1) Objektivní přenos – tzv. attachmentová forma přenosu, která zahrnuje přijetí implicitních (neuvědomovaných) pravidel „hry“ a strategií nakládání s druhými ve vztazích s cílem získat a udržet si jejich přízeň, což je samo osobě adaptivní. Problém však nastává tehdy, pokud se tyto strategie vytvoří jako adaptace na patologické situace, kde pak dominuje jejich ochranná funkce; (2) Přenos funkce – vyplývá ze selhání procesu vytváření mentálních reprezentací pečujících osob, které jedinci poskytovali svou zralejší psychiku ke zvládnutí jeho vlastních psychických stavů, a ve svém důsledku vede k závislosti na osobách, které těmito funkcemi disponují, a často také k manipulaci s nimi; (3) Přenos vetřeleckého Self – při této formě přenosu člověk využívá druhé jako úložiště netolerovatelných aspektů vlastního Self, avšak na rozdíl od předchozího případu zde není nic ke zpracování. Podle Vavřdy je terapeutické uchopení této podoby přenosu extrémně obtížné. Jako příklad uvádí člověka, který přichází k lékaři, nikoliv k psychoterapeutovi, s žádostí o odstranění určitého tělesného defektu, za kterou je však skrytá zakázka na změnu kvality života. Tu ale chirurg svým zásahem změnit nedokáže. V případě neúspěchu takový člověk odmítne výsledek zákroku a/nebo přeneše vetřelecké Self z těla na osobu lékaře, který se tak stává objektem nenávisti. Interpretativní přístup je na tomto místě kontraproduktivní, neboť vrácení

externalizovaného větreleckého aspektu se právě jedinec urputně brání. Jako jediné východisko doporučuje rozpoznávat a uznávat konstitucionální Self klienta a současně reflektovat povahu větreleckého aspektu Self.

Přehlédneme-li celou historii psychoanalytického hnutí od Freuda až do současnosti, zjistíme shodně s Vavrdou (2005), že zájem o problematiku přenosu je pravděpodobně společný všem psychoanalytikům. To, v čem se vzájemně liší, je způsob chápání, interpretace a vůbec nakládání s touto otázkou.

Všechny terapeutické postupy, které mají vyvolat žádanou změnu a zároveň zahrnují intenzivní péči o nemocného, s sebou přináší nesnáze v podobě vystupňované intenzity osobního vztahu k lékaři, jinými slovy v podobě přenosu (Freud, 2000b): „V ústavech, v nichž pacienti trpící neurózami nejsou léčeni analytickými metodami, pozorujeme nejvyšší intenzitu a nejméně důstojné formy přenosu přecházející až v chorobnou závislost, také s jejich nejednoznačnějším erotickým zabarvením.“ (Freud, 1997, str. 304).

V posledně citovaném výroku Freud poukazuje mimo jiné na důležitý problém závislého postavení pacienta vůči lékaři (i psychologovi). Pacient se často vydává lékaři/psychologovi „všanc“ a vkládá do něj své naděje a důvěru, za což na oplátku očekává vyléčení nebo alespoň zmírnění potíží. Tím, že pacient klade lékaře/psychologa na místo svých rodičů (z analytické perspektivy), mu totiž postupuje rovněž moc, kterou nad jeho Egem vykonává jeho Superego, neboť to byli právě pacientovi rodiče, kteří stáli u zrodu jeho Superega. Lékař/psycholog by měl tuto moc vhodně využívat a nikoliv zneužívat – opakovat chyby rodičů. Legitimní míra ovlivňování pacienta je podle Freuda taková, která odpovídá stupni regrese nebo fixace vývoje na straně pacienta: „Mnozí neurotikové zůstali tak infantilní, že se s nimi také při analýze dá zacházet jen jako s dětmi.“ (Freud, 1996, str. 104).

2.5 Ekonomický faktor postoje vůči psychologovi nebo lékaři

Postoj lidí vůči psychologům a lékařům v různé míře ovlivňuje zcela nepochybně také ekonomický faktor. Záměrně nehovoříme o finančním faktoru (užší pojetí), ale o ekonomickém faktoru (širší pojetí) ve smyslu celkové duševní ekonomiky, kterou ovšem zase nechápeme úzce jako snahu dosahovat co nejvyšších zisků při minimálních investicích, nýbrž v širším smyslu – prostě jako hospodárnost, která je opět výsledkem souhry mezi kognitivními, emočními a motivačními faktory, a proto se vnějšmu pozorovateli může někdy absurdně jevit jako vysloveně „neekonomická“ (nehospodárná), chápe-li duševní ekonomiku ve výše zmiňovaném užším smyslu.

Domníváme se, že tento faktor působí napříč všemi složkami postoje – ovlivňuje jednak kognitivní přesvědčení vztahující se k lékaři, dále emocionální hodnocení lékaře a nakonec také (de)motivuje jednotlivce k tomu, aby lékařskou či psychologickou péči jednak vyhledal, jednak aby spolupracoval, a nakonec aby v této péči také potřebnou dobu setrval.

Takový faktor může působit jednak skrze relativní finanční dostupnost lékařské péče, dále skrze hodnotovou orientaci jednotlivce (relativní pozice hodnot zdraví a sebepoznání vzhledem k ostatním), skrze výchovu v rodině a ve společnosti (hlavně stereotypy a předsudky), sekundární zisky z nemoci, dokonce i skrze „na ruby převrácené“ tržní mechanismy – všimněme si, že ačkoliv se v deklarované hodnotové hierarchii lidí obvykle zdraví jako hodnota vyskytuje na jednom z prvních třech míst, tržní cena této hodnoty (suma peněz, kterou musím lékaři nebo psychologovi zaplatit za pomoc při jejím uchování nebo znovunabytí) je ve srovnání s jinými hodnotami – konkrétně například dopravní prostředky (auto), pohonné hmoty, energie, nemovitosti, vybavení domácnosti, právní a jiné služby, alkohol nebo cigarety (v případě abúzu) – na pólu téměř opačném.

Freud (1997a, str. 385) moudře rozlišoval mezi lidmi chudými a lidmi žijícími v bídě, kteří nemají ani jídlo (často se proto snižují třeba ke krádežím), natož na terapii. V posledně jmenovaných případech považoval za pravděpodobně jediné účinný způsob pomoci přímý zásah „vyšší moci“ (dříve feudála či šlechtice, dnes pravděpodobně státu nebo charity), ať už ve formě poskytnutí finančních prostředků nebo ve formě naturalíí. Léčbu zdarma shledával v každém případě neefektivní: „Mnohé z neurotikových odporů se při léčbě zdarma v ohromné míře zvětšují, tak například u mladé ženy pokušení, které je obsaženo ve vztahu přenosu, a u mladého muže vzpouzení se proti závazku vděčnosti pocházející z komplexu otce, které patří k nejnepříjemnějším nesnázím ztěžujícím poskytování lékařské pomoci.“

Nepřekvapí, že u Freuda (1997a, str. 385) najdeme také zmínku o významu sekundárních zisků z nemoci a jejich negativním vlivu na motivaci ke změně: „Snad má pravdu velmi rozšířené tvrzení, že neuróze propadá méně snadno ten, kdo je životní tísni donucen k tvrdé práci. Ale zcela nesporně je zde i jiná zkušenost, podle níž se chudý člověk, u něhož neuróza jednou vznikla, jen velmi těžko nechá této neurózy zbavit. Prokazuje mu příliš dobré služby v boji o sebeprosazení; druhotný zisk plynoucí z nemoci, který mu přináší, je příliš významný.“

Samozřejmě je třeba reflektovat stav věci také ve vlastních řadách. Někteří autoři hovoří v tomto ohledu o psychologických službách jako o tzv. „psychologickém průmyslu“, kterému nejde vůbec o to někomu pomoci, nýbrž jen získat peníze. Klade si málo otázek a má hodně odpovědí, protože za odpovědi se platí. Tito autoři mimo jiné považují psychologii za produkt, který se prodává lidem, přičemž nejoblíbenějším a nejvýnosnějším odvětvím je psychoterapie, podle hesla: „Psychotherapy works! Long-term therapy works better!“ (Dineen, 1998, s. 59).

3 Popis výzkumného souboru

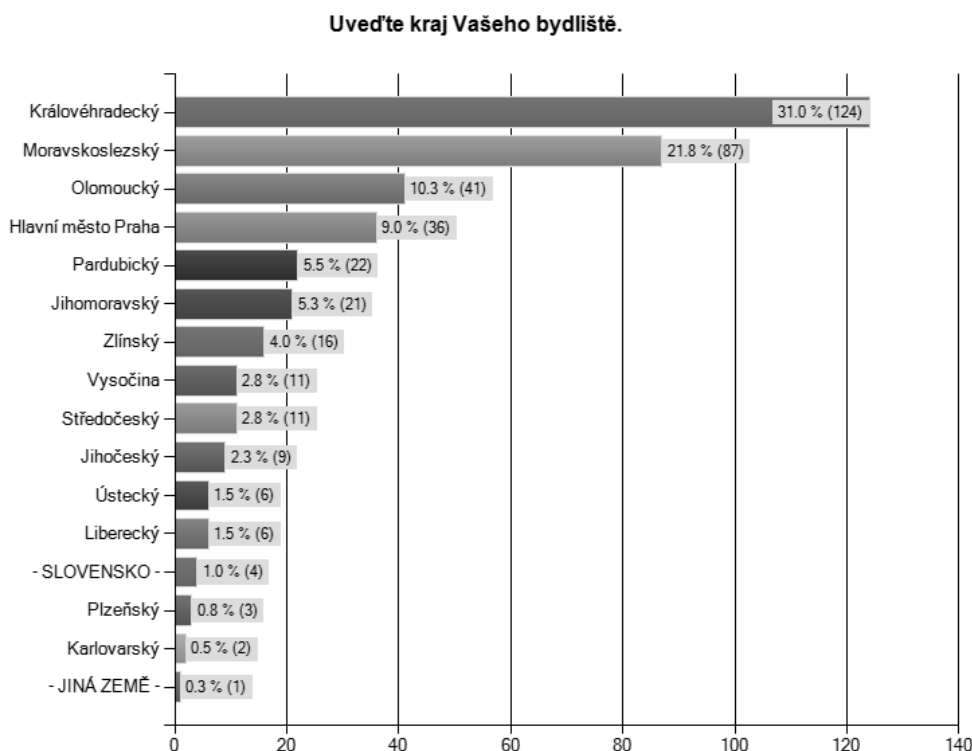
Výzkumný soubor tvořilo 454 respondentů, kteří reagovali na výzvu webového serveru Veřejné mínění online (www.vmonline.cz). Po logické a formální kontrole bylo k dalšímu statistickému zpracování postoupeno 400 dotazníků. Sběr dat byl realizován od 28. 11. – 9. 12. 2011.

Soubor respondentů (N = 400) tvořilo 137 (34,3 %) mužů a 263 (65,8 %) žen. Věkové rozmezí se pohybovalo od 15 do 56 let. Nejvíce byla zastoupena věková kategorie 18–25 let (71,8 %). Z pohledu sociálního postavení byla skupina nezaměstnaných zastoupena 4 %, respondenti v domácnosti (či na mateřské dovolené) 2 %, kategorie studentů byla zastoupena nejvíce a to 62,3 %, zaměstnanci tvořili 27 %, živnostníci a podnikatelé 4,3 %, a invalidní důchodci 0,5 %. U nejvíce zastoupené kategorie student 62,3 % (N = 249) přikládáme v tabulce č. 1, upřesňující deskriptivně statistické informace.

Studenti - upřesňující informace			
	Uveďte prosím Vaše pohlaví:		CELKEM
	Muž	Žena	
Jsem studentem lékařské fakulty	11.4% (8)	4.5% (8)	6.4% (16)
Jsem studentem katedry psychologie	18.6% (13)	30.7% (55)	27.3% (68)
Jsem studentem jiného oboru	70.0% (49)	64.8% (116)	66.3% (165)
odpovědělo na otázku		70	179
		počet filtrovaných odpovědí 151	

Tab. 1: Studenti – upřesňující informace

V tomto dotazníkovém šetření se respondenti zapojili ze všech krajů České republiky. Graf níže poukazuje na nerovnoměrné rozložení souboru z hlediska jednotlivých krajů. Nejvíce byl zastoupen Královéhradecký kraj (31 %) a nejméně Karlovarský kraj (0,5 %). Tohoto šetření se zúčastnili i respondenti žijící na Slovensku (1 %).



Graf 1: Kraj bydliště respondenta

4 Metody

Cílem studie bylo poukázat prostřednictvím internetového výzkumu na specifika a možné rozdíly v názorech a postojích vůči dvěma zmiňovaným profesím. K měření postojů vůči psychologům a lékařům jsme zkonstruovali vlastní dotazník, který pokrýval stanovená kritéria dotazníkového šetření. Při jeho tvorbě bylo využito skupinové diskuze, brainstormingu a techniky třídění jednotlivých otázek do logických celků. Zainteresovaná skupina vyšetřujících studentů Katedry psychologie FF UP se opírala o teoretické a výzkumné poznatky, které uvádíme níže. Zároveň byly vyhledány nejaktuálnější výzkumy na toto téma v rámci České republiky.

Fischer a Turner (1970) v rámci svého výzkumu vytvořili škálu zjišťující postoje dotazovaných vůči vyhledání profesionální pomoci v případě psychických problémů „Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale“. Škála obsahovala 29 tvrzení, se kterými jedinec vyjadřoval vlastní souhlas či nesouhlas. Tento nástroj byl později upraven dalšími badateli (např. Fischer, Farina, 1995). Mezi další metody patří na příklad TAPS (Thoughts About Psychotherapy Survey), který zjišťuje, jak se mění postoje k psychoterapii a vyhledání pomoci, zejména se zaměřuje na strach a očekávání vztahující se k terapii (Fende Guajardo, Anderson, 2007). Australští psychologové ve svém výzkumu používali nástroj PISI (Public Image Survey Instrument), který zkoumá pohled veřejnosti na psychology a v porovnání s jinými profesemi (Hartwig & Delin, 2003).

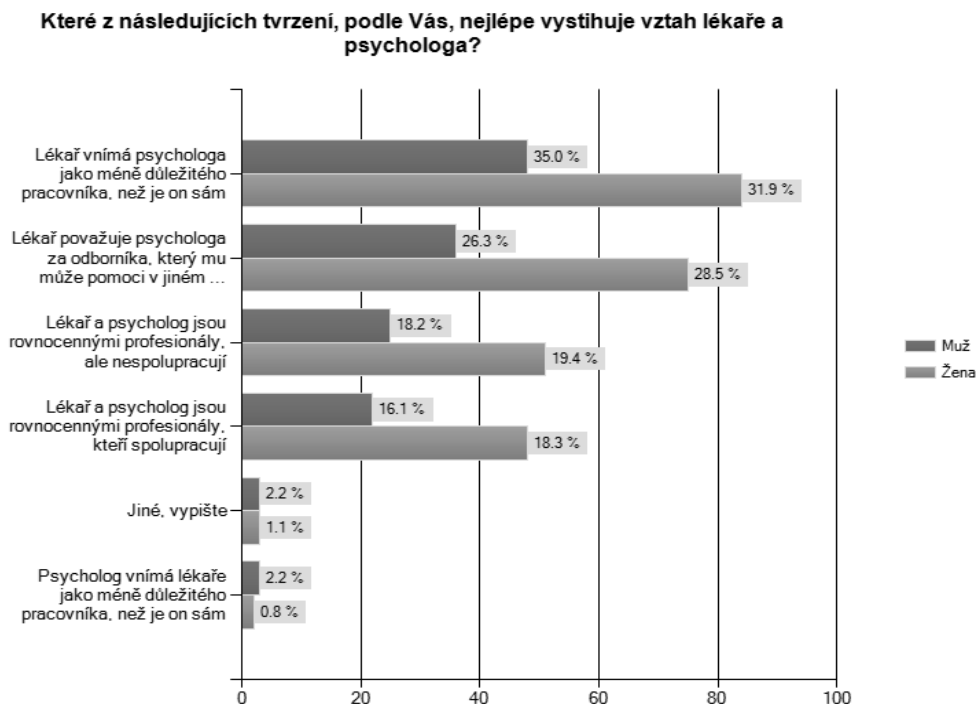
Sběr dat byl realizován prostřednictvím internetu. Při přípravě dotazníku jsme využili výhody jeho interaktivitu (obsah dotazníku se ve virtuálním prostředí mění ze statistického nástroje na dynamické prostředí, které respondenty aktivně zapojuje do procesu vyplňování). Byly využity filtrovací otázky pro subjekty, kterých se daná oblast otázek netýkala. Během vyplňování byl respondent informován o průběhu šetření prostřednictvím procentuálního ukazatele. Při sestavování dotazníku bylo využito následujících typů otázek: uzavřené (multiple choice – only one answers), otevřené (comment/easy text box), maticový výběr (matrix of choices – only one answer per row), vícenásobná možnost výběru (multiple choice – multiple answers). Před samotným sběrem dat bylo provedeno beta-testování dotazníku, zejména jeho funkčnost a taktéž filtrační otázky, zabezpečení dotazníku, stabilita rozhraní v internetových prohlížečích v různých operačních systémech a posléze zapnutí kontrolních mechanismů (zápis IP adresy, korektnost zápisu dat a jejich vyhodnocení v reálném čase, zabezpečený přístup pro kontrolu průběhu šetření, nepovolení respondentům vracet se v dotazníku zpět apod.)

5 Výsledky

Data byla zpracována pomocí deskriptivní statistiky a Pearsonova korelačního koeficientu prostřednictvím programu Statistika CZ ver. 10.

5.1 Vztah mezi lékařem a psychologem

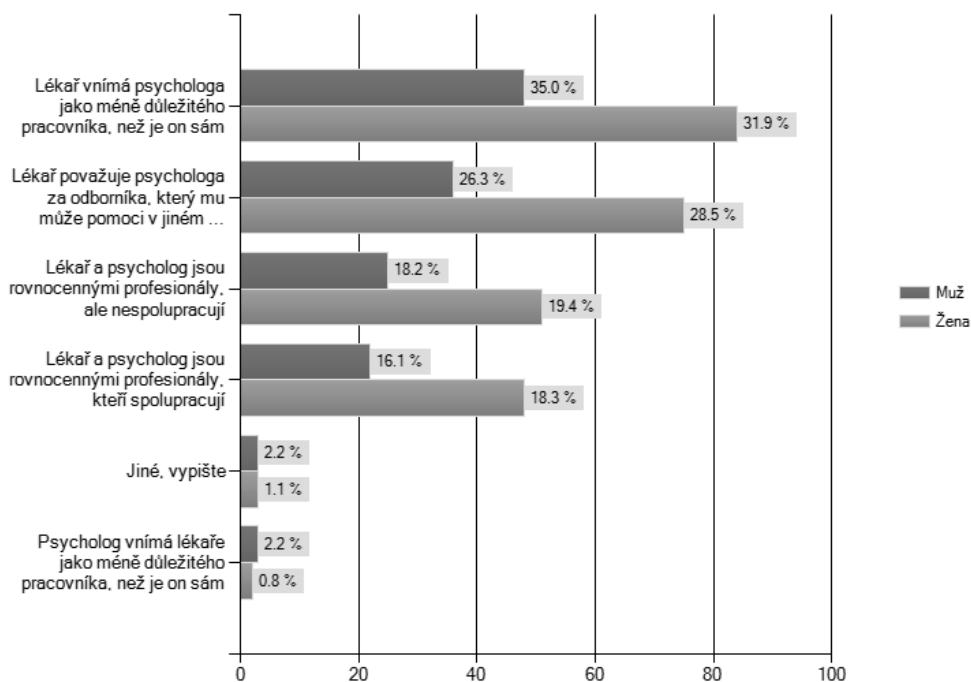
Výsledky šetření poukazují, že 55,9 % studentů psychologie souhlasí s tvrzením, že lékař vnímá psychologa jako méně důležitého pracovníka, než je on sám, 37,5 % studentů lékařské fakulty společně s 31,5 % studentů ostatních oborů souhlasí s názorem, že lékař vnímá psychologa jako odborníka, který poskytuje jiný druh pomoci, než lékař. S tvrzení, že lékař a psycholog jsou rovnocennými profesionály, kteří spolupracují, nejvíce souhlasilo 38 % studentů jiných oborů. Studenti psychologie s tímto tvrzením souhlasili v 8,8 % a studenti lékařské fakulty ve 25 %.



Graf 2: Vztah lékaře a psychologa z pohledu pohlaví

Z pohledu pohlaví 35,4 % mužů a 31,9 % žen nejvíce souhlasí tvrzením, že lékař vnímá psychologa jako méně důležitého pracovníka, než je on sám. Pouze 16,1 % mužů a 18,3 % žen souhlasí s tvrzením, že lékař a psycholog jsou rovnocennými profesionály, kteří spolupracují. Další údaje jsou uvedeny níže v grafu 3.

Které z následujících tvrzení, podle Vás, nejlépe vystihuje vztah lékaře a psychologa?

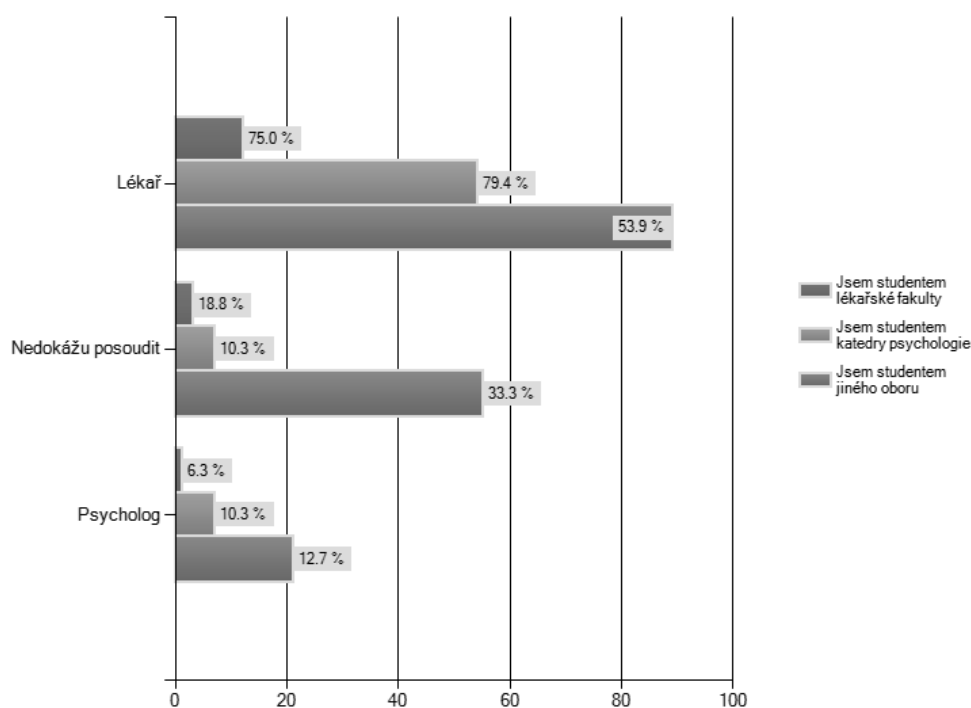


Graf 3: Vztah mezi lékařem a psychologem z pohledu pohlaví

5.2 Prestiž profese

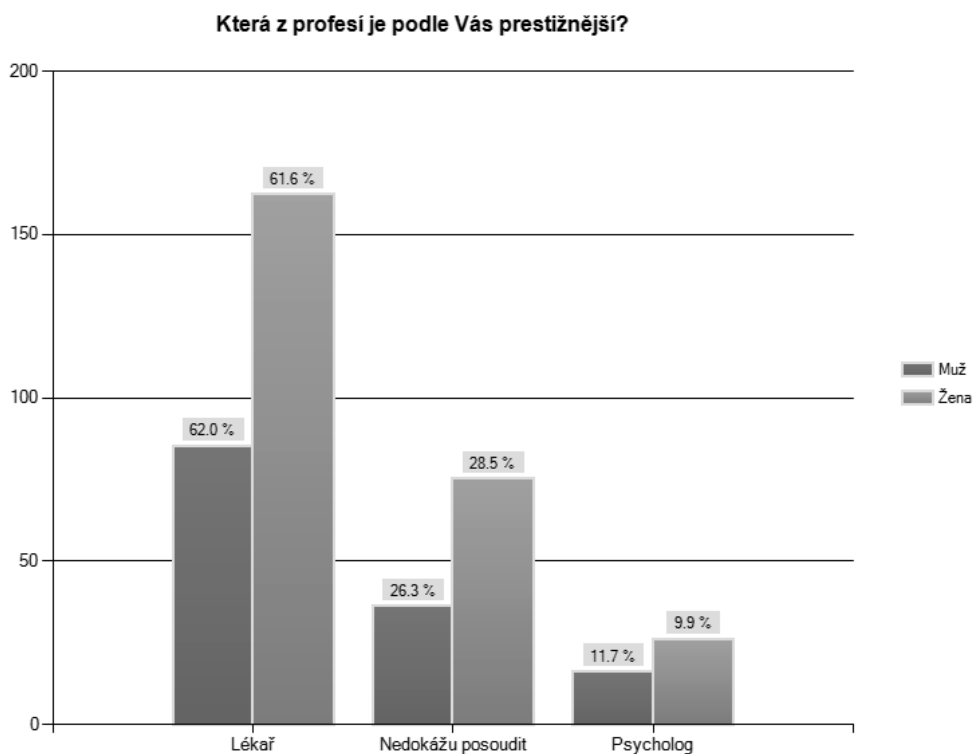
Následná procentuální zastoupení indikují, že studenti všech oborů vnímají profesi lékaře jako prestižnější. Zatímco třetina (33,3 %) studentů z jiných oborů nedokáže posoudit prestiž zkoumaných profesí.

Která z profesí je podle Vás prestižnější?



Graf 4: Prestiž profese z pohledu studentů

Názor, že profese lékaře je prestižnější, než profese psychologa sdílí 62 % mužů a 61,3 % žen všech věkových kategorií, zatímco odpověď „nedokážu posoudit“ zvolilo 28,5 % žen a 26,3 % mužů.

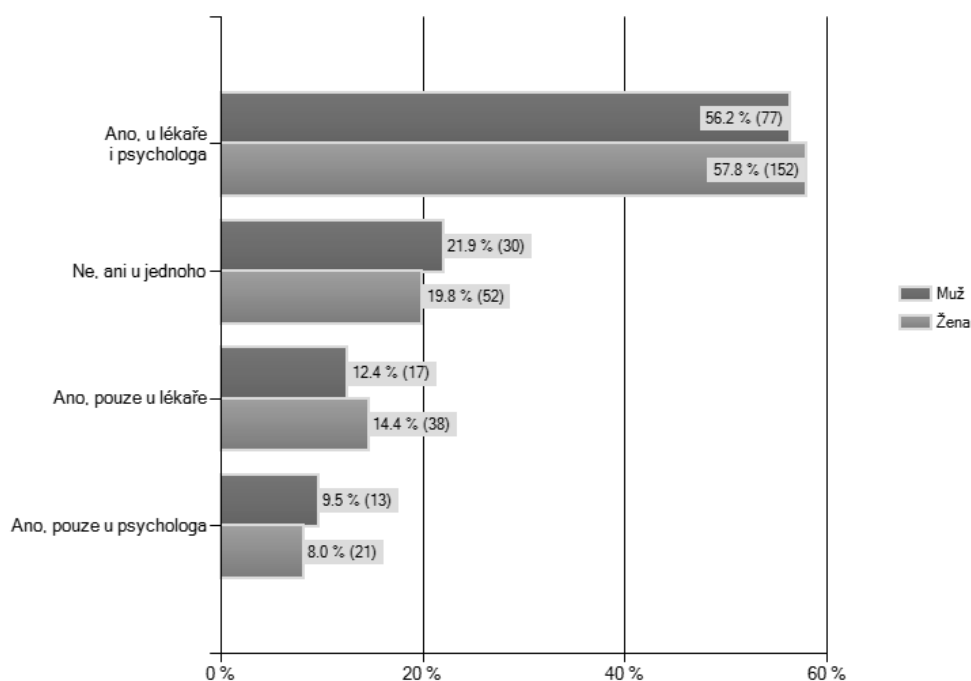


Graf 5: Prestiž profese z pohledu pohlaví

5.3 Zkušenost dotázaných a ochota připlácet za nadstandardní péči

Výsledky korelačního výpočtu (Pearson) neprokázaly statistickou významnost mezi dřívější zkušeností s psychologem či lékařem a ochotou finančně participovat za nadstandardní péči. Přesto 56,2 % mužů a 57,8 % žen souhlasí s možností připlatit za nadstandardní péči u lékaře i psychologa. Variantu připlatit pouze u lékaře zvolilo 12,4 % mužů a 14,4 % žen, zatímco variantu připlatit pouze u psychologa zvolilo 9,5 % mužů a 8 % žen. Posléze 21,9 % mužů a 19,8 % žen nesouhlasí s možností finanční participace jak u lékaře, tak u psychologa. Zjištěné údaje uvádíme přehledně v grafu 6.

Byl/a byste ochotný/ochotná se za nadstandardní péči lékaře či psychologa finančně spolupodílet?



Graf 6: Ochota připlácet za nadstandardní služby

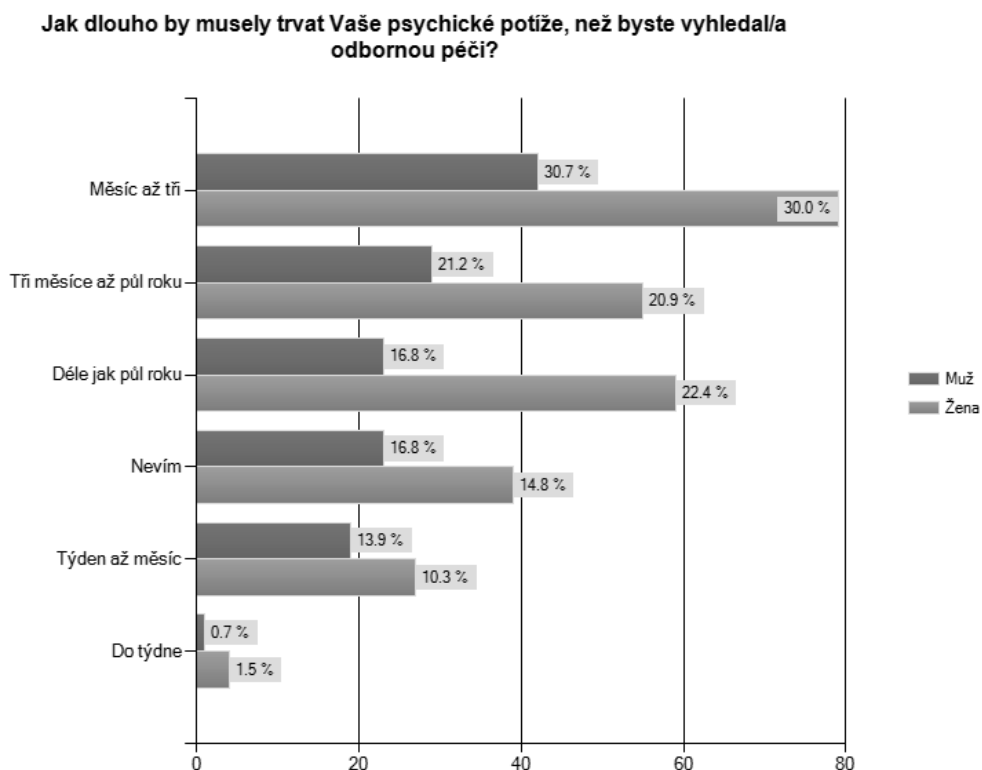
5.4 Ochota svěřit se do péče psychologa a lékaře

Tabulka níže uvádí, že 93,5 % žen a 84,7 % mužů by se v případě psychických potíží bylo ochotní svěřit do péče lékaře či psychologa (viz tab. 2). Na dotaz „komu nejdříve by se svěřili s psychickými problémy“, polovina mužů by volila lékaře a druhá psychology. Na druhé straně 55,7 % žen projevily nepatrně vyšší otevřenost vůči psychologům, zatímco 44,3 % žen by dalo přednost lékařům.

V případě psychických potíží, byl/a byste ochotný/ochotná svěřit se do péče lékaře či psychologa?			
	Uveďte prosím Vaše pohlaví:		CELKEM
	Muž	Žena	
Ano	84.7% (116)	93.5% (246)	90.5% (362)
Ne	15.3% (21)	6.5% (17)	9.5% (38)
odpovědělo na otázku		137	263

Tab. 2: Ochota svěřit se do péče lékaře či psychologa

Graf 7 znázorňuje, jak dlouho by musely psychické problémy trvat, než by se respondenti rozhodli svěřit do péče odborníků.



Graf 7: Délka psychických problémů do vyhledání odborné pomoci

5.5 Pohled společnosti na nemocného

Další dvě otázky mapují názor respondentů na projevy veřejnosti vůči člověku, který navštěvuje lékaře nebo psychologa. Pokud jde o lékaře 68,4 % žen a 67,9 % mužů předpokládá, že člověk, který navštěvuje lékaře, veřejnost vnímá jako někoho s aktuální potíží, zatímco 28,5 % si myslí, že společnost takového člověka vnímá soucitně (je to někdo, kdo potřebuje pomoc). Stejný názor sdílí 26,2%. Na druhé straně 2,9 procent mužů a 3,4 % žen si myslí, že se společnost distancuje od člověka, který navštěvuje lékaře (tzn. vnímá jej jako člověka, který není v pořádku). Jde-li o názor respondentů na projevy veřejnosti vůči člověku, který navštěvuje psychologa, situace je odlišná (tab. 3).

Jak se podle Vašeho názoru dívá společnost na člověka, který navštěvuje PSYCHOLOGA?			
	Uveďte prosím Vaše pohlaví:		
	Muž	Žena	CELKEM
Je to člověk, který potřebuje pomoc (vnímá jej soucitně)	27.0% (37)	36.9% (97)	33.5% (134)
Je to člověk, který není v pořádku (raději se od něj distancuje)	38.7% (53)	46.0% (121)	43.5% (174)
Je to člověk, který má nějaké aktuální potíže (nehodnotí jej)	27.0% (37)	13.3% (35)	18.0% (72)
Nevím	7.3% (10)	3.8% (10)	5.0% (20)
odpovědělo na otázku	137	263	400

Tab. 3: Jak podle respondentů vnímá společnost klient psychologa

6 Diskuse

Uváděné výzkumné šetření, realizované prostřednictvím internetu, mělo za cíl zmonitorovat postoje veřejnosti k psychologům a lékařům. Přes 60 procent mužů a žen uvedlo, že vnímají profesi lékaře jako prestižnější. Dle našeho názoru je tento postoj spojen s oborem jako celkem. Tomu nasvědčují i výsledky výzkumu společnosti Faktum Inveo z roku 2011, kdy byla v české společnosti je tradičně vysoká důvěra v lékaře. Alespoň jednou za rok jej navštíví 87 % obyvatel, dokonce 20 % tak učiní minimálně jednou měsíčně. Naše šetření podporuje potřebu veřejnost informovat o náplni práce a činnosti psychologů. Z několika zahraničních výzkumů vyplývá, že právě to, jak je člověk obeznámen s profesí psychologa ovlivňuje jeho postoj k němu (Guest, 1948; Murstein & Fontaine, 1993; Hartwig, 2002). To potvrzuje další australský výzkum porovnávající potřebnost učitelů, právníků, psychiatrů, praktických lékařů, zdravotních sester a psychologů. Mezi nimi jsou psychologové hodnoceni jako nejméně potřebná profese (Hartwig & Delin, 2003).

Za zajímavé zjištění považujeme skutečnost, že poměrně vysoké procento studentů z jiných oborů 33,3 % nedokáže prestiž oboru psychologie či lékařství posoudit. To může být způsobeno nedostatečnou zkušeností s tímto odborníkem. Na obdobné výsledky upozorňuje Janda a kol. (1998), kteří je interpretují jistou nákloností laické i vysokoškolské veřejnosti spíše směrem k přírodním vědám.

V rozporu s výsledky zahraniční studie (Pacific Visions Communication, 1995 in Faberman, 1997) bylo prokázáno, že respondenti by si ve více jak 55 % byli ochotni připlácet za nadstandardní péči, a to jak u lékaře, tak psychologa. Signifikantní rozdíl, v rámci pohlaví a ochoty finančně participovat za nadstandardní péči, nebyl prokázán. Výsledky korelačního výpočtu (Pearson) taktéž neprokázaly statistickou významnost mezi dřívější zkušeností s psychologem či lékařem a ochotou finančně participovat za nadstandardní péči. Předpokládáme, že toto zjištění naráží na použitou terminologii. Dle našeho názoru respondenti vnímají zcela odlišně nadstandardní péči oproti ochotě finančně participovat za poskytované služby. V rámci našeho šetření jsme spokojeni s výsledky u otázky, kdy jsme se dotazovali respondentů, zda by se byli ochotni, v případě psychických potíží svěřit do péče psychologa či lékaře. Souhlasně se vyjádřilo 93,5 % žen a 84,7 % mužů. Na dotaz „komu nejdříve by se svěřili s psychickými problémy“, polovina mužů by volila lékaře a druhá psychology. Výsledky potvrzují i několik výzkumů, které se zaměřily na rozdílnost postojů k psychologům a lékařům. Například Murstein a Fontaine (1993) se ve svém šetření zjistili, že by respondenti (jenž vybírali z 9 profesí) taktéž nejvíce preferovali lékaře a následně psychologa.

Limitem naší výzkumné studie je nízký počet zkoumaných osob a jejich nerovnoměrné zastoupení v rámci jednotlivých krajů České republiky. Taktéž musíme upozornit na nízké zastoupení studentů lékařské fakulty, což neumožňuje zobecnování získaných výsledků. Dalším limitem je otázka terminologie, zejména heterogenní konotace pojmů lékař a psycholog. Tudíž odborná i laická veřejnost může mít problémy s jasným vymezením v rámci kategorií psycholog – lékař. Z důvodu anonymity respondentů jsme upřednostnili sběr dat prostřednictvím internetové rozhraní, které i přes své výhody (ekonomickou a časovou úsporu) má své limity (přístup respondenta k internetu, nalezení výzvy, záměrná záměna identity). Posléze limitem je i omezené uplatnění studie pouze v českém kulturním kontextu

7 Závěr

Realizované dotazníkové šetření potvrdilo, že profese lékaře je respondenty vnímána jako prestižnější. V rozporu s výsledky zahraniční studií (Pacific Visions Communication, 1995 in Faberman, 1997) bylo prokázáno, že respondenti by si ve více jak 55 %, byli ochotni připlácet za nadstandardní péči, a to jak u lékaře, tak psychologa. Vliv dřívější zkušenosti s lékařem či psychologem ve vztahu s ochotou respondenta se finančně podílet na nadstandardní péči, nebyl v realizovaném šetření statisticky významný. Hlavním přínosem tohoto monitorujícího výzkumu je aktuálnost zkoumané problematiky. Veřejnost by měla být obeznámena s tím, jak hodnotní psychologové jsou (včetně ostatní profesí) což dosvědčují zahraniční studie, a proto spatřujeme další navazující výzkumy jako potřebné. V dalším výzkumu by bylo přínosné realizovat replikační šetření podle vzoru relevantních zahraničních studií. Navazující výzkum by se mohl také zabývat jednotlivými kategoriemi hodnocení a ty současně porovnat v komparativním šetření v jiných zemích EU (např. Polsko, Slovensko).

8 Přehled použité literatury

- American Psychological Association Council of Representatives (1995, February). Resolution on public information and education. (Available from Maureen O'Brien, Governance Affairs, American Psychological Association, 750 First Street, N. E., Washington, DC 20002-4242).
- American Psychological Association public education campaign. *Professional Psychology Research and Practice*, 28(2), 128–136. doi: 10.1037/0735-7028.28.2.128.
- Ansenbacher, H., & Ansenbacher, R. R. (eds) (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Harper & Row.
- Attitudes to counselling and psychotherapy survey 2010. (2010). *Therapy Today*, 21(7), 38.
- Cakirpaloglu, P., Šmahaj, J., Flaška, K., Herodková T., Hosáková, K., Janů, A., Kráčmarová, L., Kubešová, L., Neuwirthová, M., Vančáková, J., Zydlová, M. (2011): *Postoje k psychologům a lékařům (výsledky průzkumu)*. Dostupné online na <http://www.vmonline.cz/postoje-k-psychologum-a-lekarum/>.
- Dineen, T. (1998). Psychotherapy: Snake oil of the 90's. *Skeptic Magazine* 6(3), 54–63.
- Faktum Inveo. (2011). *Tisková zpráva: Postoje k lékařům, lékárníkům a generické preskripce*. Retrieved from Faktum Inveo's website: http://www.factum.cz/453_genericka-preskripce.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal Of College Student Development*, 36(4), 368–373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 35(11), 79–90. doi: 10.1037/h0029636
- Farberman, R. K. (1997). Public attitudes about psychologists and mental health care: Research to guide the American Psychological Association public education campaign. *Professional Psychology Research and Practice*, 28(2), 128–136. doi: 10.1037/0735-7028.28.2.128.
- Freud, S. (2000a). *Spisy z let 1904–1905*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (2000b). *Spisy z let 1892–1899*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (1998). *Výklad snů*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (1997a). *Spisy z let 1909–1913*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (1997b). *Přednášky k úvodu do psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (1996). *Spisy z pozůstalosti 1892–1938*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- GfK Trust Index (2007). *Lidé nejvíce věří lékařům a učitelům*. Retrieved from Marketingové noviny website: http://www.marketingovenoviny.cz/index.php?Action=View&ARTICLE_ID=5518&Print_Able=Yes
- Fende Guajardo, J. M., & Anderson, T. (2007). An investigation of psychoeducational interventions about therapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 120–127. doi: 10.1080/10503300600590637
- Guest, L. (1948). The public's attitudes toward psychologists. *American Psychologist*, 3(4), 135–139. doi: 10.1037/h0057512
- Flaška, K. (2012). *Psychologie přenosu v díle Sigmunda Freuda*. (Nepublikovaná seminární práce). Olomouc: Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého.
- Hartwig, S. G. (2002). Surveying psychologists's public image with drawings of a typical psychologist. *South Pacific Journal of Psychology*, 14, 69–75.
- Hartwig, S. G. & Delin, C. (2003). How unpopular are we? Reassessing psychologists' public image with different measures of favourability. *Australian Psychologist*, 38(1), 68–72.
- Hartwig, S. G. & Delin, C. (2003). How unpopular are we? Reassessing psychologists' public image with different measures of favourability. *Australian Psychologist*, 38(1), 68–72.
- Hopson, K., & Cunningham, J. D. (1995). Community perceptions of psychologists and other health professionals. *Australian Psychologist*, 30, 213–217.
- Janda, L. H., England, K., Lovenou, D., Drury, K. (1998). Attitudes toward psychology relative to other disciplines. *Professional Psychology, Research and Practice*, 29(2), 140–143.
- Jung, C. G. (1946). *The Psychology of the Transference*. Translated by R. F. C. Hull, 1954. Ark Edition, 1983. London: Routledge & Kegan Paul.
- Kohut, H. (1991). *Obnova Self*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek.
- Murstein, B. I. & Fontaine, P. A. (1993). The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals. *American Psychologist*, 48, 839–845.
- Pacific Visions Communications. (1995). Focus groups report to support national public education campaign planning efforts. Los Angeles, CA: Author.

-
- Porter Novelli. (1995). Public perceptions of psychology and psychologists. Chicago, IL: Author. Wood, W., Jones, M, & Benjamin,)
- Schwartz, J. (2003). *Dějiny psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- StatSoft, Inc. (2011). STATISTICA (data analysis software system), version 10. www.statsoft.com.
- Vavřda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Lidové noviny.

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ, DISTRES A VNÍMANIE OCHORENIA U PACIENTOV S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM

POSTTRAUMATIC GROWTH, DISTRESS AND PERCEPTION OF DISEASE IN PATIENTS WITH CANCER

Gabriel Baník

Inštitút psychológie, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Slovenská republika

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá výskumom zameraným na výskyt posttraumatického rozvoja ako špecifickej reakcie na prežitú traumatu u pacientov s onkologickým ochorením. Prezentuje výskumné zistenia, či existuje vzťah medzi toleranciou distresu, vnímaním ochorenia a posttraumatickým rozvojom a zistenia, či u pacientov existujú rozdiely v úrovni posttraumatického rozvoja z hľadiska demografických ukazovateľov, doby od uplynutia ochorenia, typu onkohematologického ochorenia, typu liečby a stavu ochorenia. Teoreticky je opísané zaradenie onkologického ochorenia medzi traumatické ochorenia, psychologický dopad prežitej traumy na človeka a priebeh a výsledok posttraumatického rozvoja.

Abstract

The article deals with research, which focuses on the incidence of posttraumatic growth like specific reaction on survival of trauma in patients with cancer. Presents research findings, whether exists a relation between distress tolerance, perception of disease and posttraumatic growth and findings, whether in patients exist difference in level of posttraumatic growth from view of demographic indicators, time period from the date of disease, type of oncohematologic disease, type of cure and disease status. Theoretically is described inclusion of cancer into traumatic events, psychological impact of traumatic event on people and the process and outcome of posttraumatic growth.

Klíčová slova

posttraumatický rozvoj, tolerancia distresu, vnímanie ochorenia, onkologické ochorenie.

Key words

posttraumatic growth, distress tolerance, perception of disease, cancer.

Úvod

V psychológii a psychiatrii majú negatívne dopady traumatických udalostí dlhú históriu. V čase ich výskytu a niektorých prípadoch aj určitú dobu po ich ukončení, človek prežíva rôzne ťažkosti a negatívne pocity. Významnou emóciou, ktorú človek často pri výskyte traumatickej udalosti zažíva je úzkosť, ktorá môže spôsobiť rôzne stavy disociácie a vyvolať niektoré psychické poruchy. Za posledných 15 rokov sa vedci z rôznych humanitných, sociálnych a lekárskejších odborov začali zaujímať o oblasť pozitívnych dôsledkov silne negatívnych udalostí na človeka. Začalo sa skúmať obdobie po odoznení traumatickej udalosti, keď je už človek úplne alebo aspoň čiastočne zotavený. Zistilo sa, že u jedinca, ktorý prežil traumatickú udalosť sa môžu objaviť aj pozitívne zmeny. Cieľom tejto štúdie je zistiť výskyt vnímania pozitívnych zmien u pacientov s onkologickým ochorením a vychádzajúc z modelu posttraumatického rozvoja preskúmať to, či existuje vzťah medzi ním, vnímaním ochorenia a toleranciou distresu. Potvrdenie výskytu a preskúmanie súvislosti posttraumatického rozvoja by mohlo otvoriť priestor pre hľadanie vhodnej intervencie, ktorá by umožnila nielen pomôcť zvládnuť náročnú situáciu ale aj pôsobiť na to človeka tak, aby podporila jeho rozvoj.

1 Teoretické východiská

1.1 Traumatické udalosti a onkologické ochorenie

Existujú rôzne pohľady na to, čo znamená trauma. Lekársky slovník definuje traumou ako fyzické alebo psychické rany, resp. zranenia (Cohen, 2004). Psychológia zase definuje psychotraumu ako silný, negatívne emočne nabitý zážitok, ktorý sa týka významnej oblasti života človeka (Heretik, 2007). Ševčíková (2007) zase zdôrazňuje, že pojem psychická trauma neoznačuje len samotnú traumatizujúcu udalosť ale aj dopad, ktorý táto udalosť má na psychický a fyzický stav, a zároveň zahŕňa aj celý proces jedincovho reagovania na takúto náročnú situáciu. Grawe (2007) uvádza, že z neuropsychologického a neurologického hľadiska traumatická udalosť predstavuje vždy veľmi intenzívny strachový podnet, ktorý vedie k bezprostredne silnej reakcii amygdaly. V nej dochádza ku klasickému podmieňovaniu zrakových, sluchových a iných zmyslových podnetov spojených s udalosťou, pričom takéto podmienenie je veľmi silné a len ťažko odznieva. Helus (2007) opisuje tzv. traumatickú krízu, ktorá je vyvolaná nejakou náhlou, neprijemnou udalosťou, vrhajúcou do psychiky jedinca zážitkovo nezvládnuteľný šok. Dochádza k narušenému vnímaniu reality, ktorá sa javí ako nespoľahlivá, ohrozujúca, či nepriateľská a bez vyhladky na nejaké východisko.

Ševčíková (2007) uvádza špecifické charakteristiky traumatickej udalosti: 1) ohromujúce ohrozenie integrity organizmu (života, zdravia); 2) neočakávanosť; 3) pocity bezmocnosti. Ďalšie dôležité charakteristické vlastnosti traumy dopĺňajú Calhoun a Tedeschi (1999): 1) neovplyvniteľnosť – možnosť kontrolovať a riadiť udalosť je mimo jedinca; 2) jedinec spravidla nemôže za to, čo sa stalo – väčšinou nenesie vinu za priebeh udalosti; 3) ohrozenie alebo spôsobenie fyzického alebo psychického zranenia; 4) okolnosti, ktoré sa objavili s danou situáciou nie sú bežné, sú pre jedinca nezvyčajné, mimoriadne a výnimočné; 5) udalosť často spôsobuje jedincovi dlhodobé a niekedy aj nezvratné problémy; 6) zraniteľnosť – jedinec zažitím traumy prechádza do ďalšej etapy života, v ktorej je omnoho zraniteľnejší.

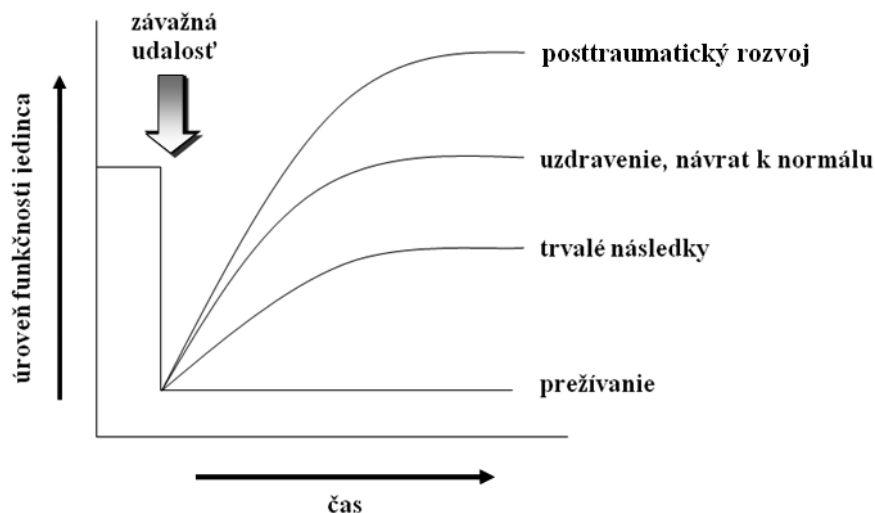
Medzi traumatické udalosti patria prírodné alebo človekom zapríčinené katastrofy, boje, ťažký úraz, situácie, v ktorých sa jedinec stal obeťou znásilnenia, mučenia, väznenia, terorizmu alebo iného zločinu, ale taktiež situácie, keď bol jedinec svedkom násilného trestného činu alebo násilnej smrti (Ševčíková, 2007). V roku 1994 v rámci štvrtej edície DSM-IV bolo aj onkologické ochorenie zaradené medzi stresory, ktoré môžu vyvolať posttraumatickú stresovú poruchu (PTSD) (Summalla et al., 2009).

Onkologické ochorenia zaujímajú osobitné postavenie medzi chorobami. Patria medzi najobávanejšie a najtraumatickejšie ochorenia, ktoré na pacienta pôsobia z telesnej, duševnej i duchovnej stránky (Gulášová, 2009). Ochorenie je pre väčšinu ľudí náročnou životnou situáciou, ktorá je často vnímaná ako ťažko zvládnuteľná až nezvládnuteľná. Narušuje obvyklý spôsob života, po kratšiu alebo dlhšiu dobu obmedzuje človeka v jeho bežných zvyklostiach a dochádza k neuspokojovaniu množstva potrieb. Chorý jedinec sa musí adaptovať na novú situáciu, vyrovnáť sa s nepriaznivými, často bolestivými prejavmi ochorenia (Zacharová, 2007). Popri fyzických ťažkostiach môžu súčasne prebiehať aj zmeny emocionálne – najmä hyperarousal, časté výkyvy nálady a zvýšený výskyt záporných emócií (Gulášová, 2009). Náročné sú obzvlášť situácie, keď chorý jedinec musí podstúpiť rôzne, nie bežné diagnostické vyšetrenia, s ktorými sa ešte nestretol (Zacharová, 2007), alebo je hospitalizovaný, teda je „vytrhnutý“ zo svojho bežného prostredia a „vsadený“ do prostredia neznámeho, medzi neznámych ľudí, vtedy je väčšinou jedinec plný očakávaní a predstáv, ktoré sú sprevádzané zvýšenou úzkosťou (Gulášová, 2009).

1.2 Psychologické dôsledky prežitej traumy

Pre fungovanie v bežnom živote potrebujeme disponovať určitou základnou dôverou v bezpečie, potrebujeme byť schopní predvídať a plánovať svoje správanie. Normálni a zdraví jedinci veria, že sú v bezpečí, že môžu kontrolovať, riadiť svoj život a že môžu predvídať, čo sa asi stane, veria v spravodlivosť, zmysluplnosť, nezraniteľnosť. Tieto predpoklady o živote, o svete a o sebe sú nevyhnutné ochranné ilúzie. Následkom neočakávanej traumatickej udalosti sa však všetko mení, človek zažíva pocity bezmocnosti a spomínané predpoklady sa narušia (Ševčíková, 2007). Nakonečný (1995) tvrdí, že traumatické skúsenosti a vysoko afektogénne zážitky sú silné, stabilné a dokážu meniť rásne a radikálne postoje jedinca a zároveň môžu ovplyvňovať jeho správanie po celý život. Mareš (2008) uvádza rozdielne dôsledky prežitej traumy (Obr. 1). Na začiatku pôsobenia traumatickej udalosti jedinec prežíva negatívne emócie, je zaskočený, zmätený a znižuje sa jeho funkčná úroveň. V procese vyrovnávania sa s touto udalosťou môže toto zhoršené prežívanie a znížená funkčná úroveň jedinca vyústiť do psychopatologických reakcií. Silne stresujúce a traumatické udalosti môžu dokonca vyvolať

dočasné alebo aj trvalé psychické poruchy, ktoré môžeme identifikovať podľa typickej symptomatológie, charakteristického priebehu a špecifickej etiopatogenézy. V rámci MKCH-10 môžeme ísť o psychické poruchy zo skupiny stresom podmienených porúch (F43): *akútnu reakciu na stres* (F43.0), *posttraumatickú stresovú poruchu* (F43.1) a *poruchu prispôsobenia* (F43.2). Vo všetkých troch prípadoch ide o poruchy, pri ktorých sú vyvolávajúcou príčinnou mimoriadne stresujúce udalosti alebo významné životné zmeny (Raboch, Zvolský et al., 2001). Pri týchto troch psychických poruchách časom dochádza ku stabilizácii a návratu na pôvodnú funkčnú úroveň jedinca. Na normálnu úroveň sa môže jedinec vrátiť aj bez toho, aby tomu predchádzalo prežitie niektorej zo spomínaných porúch. Na druhej strane môže nastať aj taká situácia, že funkčná úroveň jedinca zostane natrvalo znížená a to sa môže prejavovať ako *pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickej udalosti* (F62.0). O takýchto zmenách hovoríme v prípade, že sa u jedinca bez predchádzajúcej poruchy osobnosti vyvinuli povahové zmeny v dôsledku katastrofickeho zážitku alebo nadmerného stresu (Raboch, Zvolský et al., 2001). Hefferon et al. (2009) uvádza, že traumatická udalosť ako vojna, nehoda, teroristický útok alebo niekoho úmrtie, môže vytvoriť úzkosť navodzujúce prostredie, v ktorom ľudia čelia stresorom, ktoré sú mimo ich kontrolu. Pre niektorých môže táto anxieta vyvolať dlhotrvajúce psychické poruchy a potlačiť ich návrat do normálneho fungovania. U iných môže zase podstúpenie významnej traumy alebo utrpenia spôsobiť to, že sa dostanú nad funkčnú úroveň, ktorú mali predtým. Na to, že pri výskyte rozvoja ako výsledku zvládania traumatickej situácie sa zvyšuje predchádzajúca úroveň psychosociálneho fungovania jedinca poukazujú tiež Barskova a Osterreich (2009). Jedinec, ktorý sa dostáva nad svoju predchádzajúcu funkčnú úroveň, má pocit vývoja, je otvorený novým skúsenostiam a je schopný oceniť svoje osobné zlepšenie (Vázquez, Hervás a Ho, 2007). Tento jav pomenovali Tedeschi a Calhoun (1996) ako *posttraumatický rozvoj* (posttraumatic growth).



Obr. 1 Rozdielne dôsledky prežitej traumy (podľa Mareš, 2008)

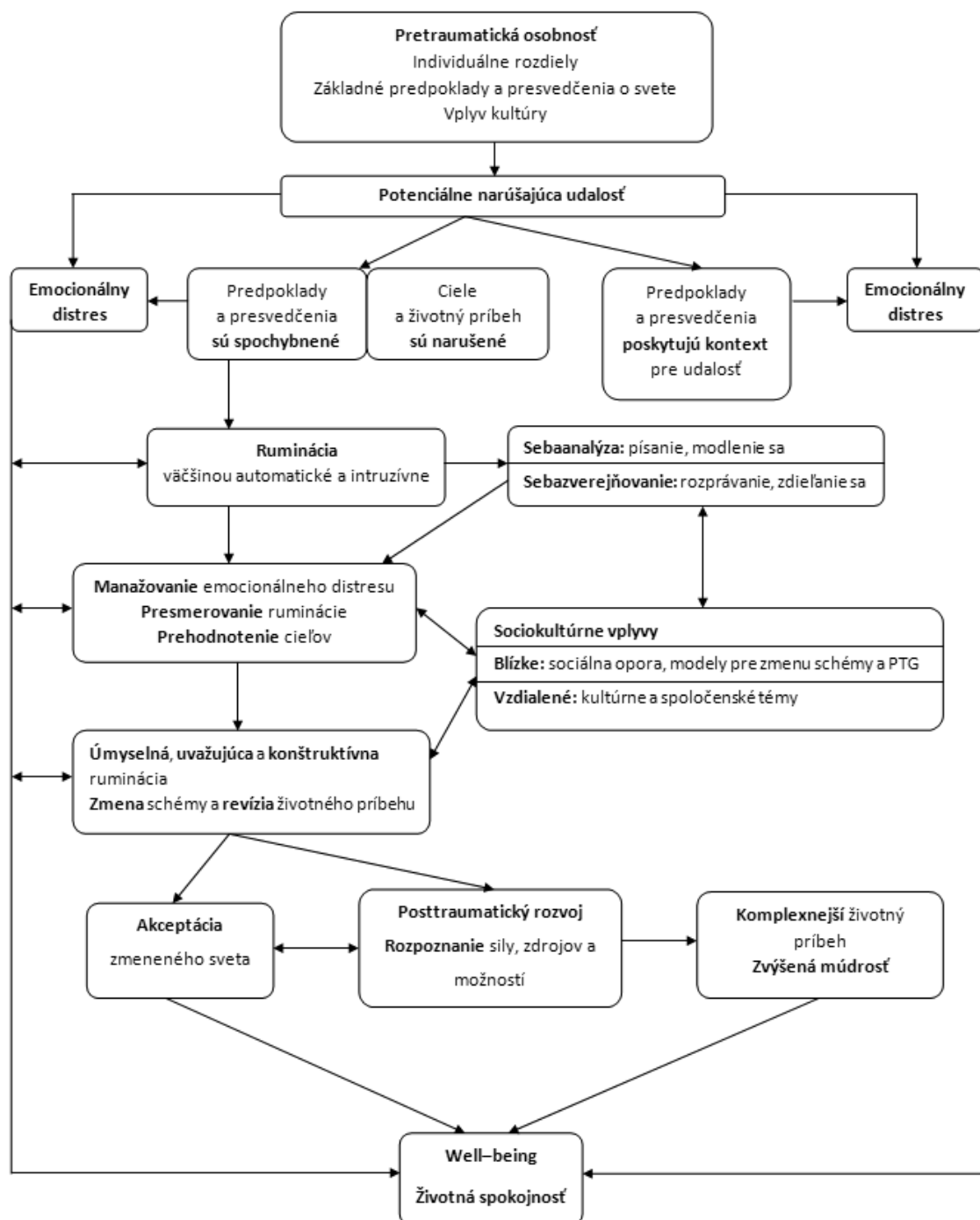
1.3 Posttraumatický rozvoj

Tedeschi a Calhoun (2007) uvádzajú, že súčasný pohľad na posttraumatický rozvoj je postavený na teóriách zmeny, napr. od Janoff-Bulmanovej (1992), podľa ktorej je hlavnou úlohou copingu obnoviť, opraviť alebo prebudovať základné presvedčenia otrásené traumou (napr. viera v benevolenciu sveta, v ktorom jedinec žije, zmysluplnosťtohto sveta a viera v sebahodnotu). Tedeschi, Parková a Calhoun (1998, in Mareš, 2008) uvádzajú, že termín posttraumatický rozvoj reprezentuje to, že osoby zažívajúce tento jav sa rozvíjajú nad svoju predchádzajúcu adaptačnú úroveň, nad svoje doterajšie psychologické fungovanie až menia svoj pohľad na svet, ktorý mali do traumatickej udalosti. Termín je zámerným protikladom k termínu „posttraumatická stresová porucha“ a zdôrazňuje to, že ide o zmenu k lepšiemu, pričom reálne dochádza k transformácii danej osoby. Tedeschi a Calhoun (2004) zdôrazňujú, že rozvoj sa nevyskytuje ako priamy výsledok traumy. Uvádzajú, že ide o pozitívne zmeny rezultujúce z „boja“ s traumatickou udalosťou. Preiss (2009) opisuje, že zážitok pozitívnej zmeny vyvstávajúci zo zápasu jedinca s veľmi náročnými životnými okolnosťami, pre niektoré osoby znamená radikálny osobný vývoj. Koncept posttraumatického rozvoja pozostáva zo zvýšeného úsilia o väčšiu spokojnosť vo vzťahoch, väčšieho súcitu, zmeny životnej filozofie, zo žitia viac „tu a teraz“, z ochoty skúsiť nové veci, z väčšej kapacity zvládacích stratégií a nárastu sebadôvery (De Groot, 2008).

Calhoun a Tedeschi (1996) uvádzajú, že zmeny nastávajú v týchto piatich oblastiach:

- Vzťahy s druhými* – menia sa jedincove vzťahy k iným ľuďom; jedinec je ústretivejší,
- Nové možnosti* – pred jedincom sa otvárajú nové možnosti, o ktorých doteraz neuvažoval,
- Osobný rozvoj* – jedinec objavuje také stránky osobnosti, o ktorých doposiaľ nevedel; mení sa jedincovo vnímanie „ja“,
- Spirituálna zmena* – dochádza k zmene v duchovnej oblasti; u niektorých jedincov nastáva príklon k viere,
- Ocenenie života* – mení sa jedincovo chápanie života, preskupujú sa jeho hodnoty, nastupuje hlbšie porozumenie svetu.

Calhoun, Cann a Tedeschi (2010) rozšírením a doplnením pôvodného revidovaného všeobecného modelu posttraumatického rozvoja (Calhoun a Tedeschi, 2004) vytvorili komplexný model vysvetľujúci proces vzniku posttraumatického rozvoja (Obr. 2).



Obr. 2 Komplexný model posttraumatického rozvoja (podľa Calhoun, Cann a Tedeschi, 2010)

Na začiatku procesu je *pretraumatická osobnosť*, ktorá sa prejavuje charakteristickými vlastnosťami, má vlastné základné predpoklady a presvedčenia o svete, o živote, o sebe, má svoje sny a ciele a je ovplyvnená kultúrou, v ktorej sa nachádza. Keď sa v živote jedinca vyskytne *potenciálne narušajúca* („seizmická“) *udalosť*, tak vzniká emocionálny distres. Rozhodujúce je, či jedincove *základné predpoklady a presvedčenie* poskytujú *kontext pre udalosť*, ktorá sa vyskytla, ak áno tak sa jedinec postupným zvládaním distresu opäť vráti k normálnemu fungovaniu, resp. životnej spokojnosti. V prípade, že sú jeho *predpoklady a presvedčenia spochybnené* a jeho ciele *narušené* tak existujúci distres spúšťa *ruminácie* – automatické, intruzívne nepríjemné myšlienky. Tieto myšlienky pomáha spracovávať *sebaanalýza* v rôznych podobách napr. prostredníctvom písania alebo modlitby a *sebazverejňovanie* (*slef-disclosure*) a to buď formou rozprávania o udalosti, o pocitoch alebo myšlienkach, ktoré súvisia s udalosťou, alebo formou zdieľania sa v rôznych svojpomocných skupinách. Napríklad Jaarsma et al. (2006) uvádza, že vyjadrovanie pocitov spojených so skúsenosťou onkologického ochorenia môžeme vnímať ako determinant zážitku posttraumatického rozvoja. *Ruminácia* informuje o kognitívnom procese, ktorý sa snaží rekonštruovať základnú schému zmenenú traumou. Z počiatku je *neúmyselná, automatická a intruzívna* ale časom sa stáva dobrovoľnou, *úmyselnou a progresívnou*. Je založená na pýtaní sa po význame, ktorý môže dať zmysel nepriaznivej udalosti. V tomto smere jedinec manažuje rozvoj nových štruktúr koherencie presvedčení medzi jeho self a traumatickou udalosťou, môže napredovať cez vyššiu úroveň adaptácie a prijať pozitívny spôsob v chápaní seba, sveta a ľudí okolo seba (Sumalla et al., 2009). Vytvára sa *zmenená schéma* pozostávajúca zo *základných predpokladov a presvedčení*. Jedinec *akceptuje zmeny*, ktoré spôsobila traumatická udalosť a objavuje sa *posttraumatický rozvoj*. V závere procesu sa cíti jedinec múdrejší a viac rozumie svetu. V procese je dôležité aj pôsobenie *sociokultúrnych vplyvov*, či už blízkych v podobe sociálnej opory a rôznych modelov a vzorov zvládania a posttraumatického rozvoja. Schroevers et al. (2010) uvádza, že podpora druhých ľudí môže pomôcť ľuďom nájsť pozitívny význam a vnímať posttraumatický rozvoj. Taktiež je dôležité pôsobenie vzdialených sociokultúrnych vplyvov, napr. vlastností samotnej kultúry.

Thornton (2002, in Sumalla, Ochoa, Blanco, 2009) opisuje ďalšie dva dôležité koncepty vo vzťahu k posttraumatickému rozvoju:

- a) *Vytváranie zmyslu* – je to proces, ktorý je spustený traumatickou udalosťou (napr. diagnostikovaním onkologického ochorenia), ktorá je inkohorentná s jedincovými základnými presvedčeniami. Preskúmaním týchto presvedčení alebo predpokladov o svete, by jedinec mohol odvodiť pozitívne vysvetlenie pre to, čo sa stalo. To mu dovoľí vytvoriť zmysel pre fenomén straty a hrozby spojený s ochorením a to môže prispieť k zmene základných presvedčení, čo je považované za súčasť osobného rozvoja. Prítomnosť nového významu vytvára novú víziu o seba, o iných a o svete. Kľúčové v tomto procese sú vlastnosti traumatických udalostí, pretože oni spôsobujú kolaps jedincových základných presvedčení.
- b) *Nájdenie prínosu* – je to proces, pri ktorom jedinec priraduje pozitívnu hodnotu udalosti na základe benefitov, ktoré identifikoval. Tento proces pomáha obnoviť jedincov koncept self, ktorý sa dostal pod hrozbu kvôli traumatickej udalosti. Táto udalosť môže byť potom vnímaná ako príležitosť k sebazlepšeniu a osobnému rozvoju, ktorý napráva poškodenú sebaúctu. Tento proces nie je až tak závislý na vlastnostiach traumatických udalostí, ktoré nás nútia prehodnotiť naše základné presvedčenia, ale skôr sú dôležité osobnostné charakteristiky jedinca, ktorý je konfrontovaný s traumatickou udalosťou. Zahŕňa to také aspekty ako napríklad dispozičný optimizmus.

Mareš (2008) uvádza, že prevalencia posttraumatického rozvoja má pravdepodobne dva vrcholy: vyskytuje sa jednak u 30–40 % a jednak u 60–80 %, pričom záleží okrem typu traumatickej udalosti, osobnostných charakteristík a charakteristík sociálneho prostredia, aj od použitej diagnostickej metódy. Bolo zistené, že posttraumatický rozvoj je najviac evidentný 2 alebo viac rokov po traumatickej udalosti (De Groot, 2008). Dôležitá je taktiež istá minimálna úroveň vystavenia distresu, pretože ak jepodnet málo silný nespustí proces posttraumatického rozvoja, na druhej strane ak je podnet príliš silný tiež nedochádza k rozvoju, pretože naruší o.i. kognitívne mechanizmy dôležité pre spracovanie udalosti. Ak osoba hodnotí negatívnu udalosť na niečo, čo rozdelilo jej život na „predtým a potom“, tak to znakom toho, že udalosť bola dostatočne traumatizujúca a spustilo sa kognitívne zapojenie, ktoré produkuje posttraumatický rozvoj (Calhoun a Tedeschi, 2006). Keďže posttraumatický rozvoj je s najväčšou pravdepodobnosťou dôsledkom pokusu jedinca o psychologické prežitie, tak môže koexistovať aj s reziduálnym distresom pochádzajúcim z traumy. Prítomnosť posttraumatického rozvoja nie je preto nevyhnutným signálom ukončenia pôsobenia bolesti alebo distresu. Obvykle sa nemení ani jedincov pohľad na krízu, stratu alebo traumy. Udalosť sama o sebe nie je považovaná za niečo žiaduce, želané. Pozitívnu, teda žiaducu podobu má len určité dobro, ktoré sa objaví ako výsledok z toho, že

jedinec musel tejto udalosti čeliť. Posttraumatický rozvoj sa vyskytuje súčasne s pokusmi o adaptáciu na veľmi negatívny súbor okolností, ktoré môžu zvyšovať úroveň psychologického distresu. Preto posttraumatický rozvoj a pokračujúci osobný distres spolu často koexistujú. Distres je dokonca nevyhnutný na to, aby začalo konštruktívne kognitívne spracovávanie produkujúce zmenené schémy. Následne distres udržuje kognitívne spracovávanie aktívne. Dôležité ja je ho zvládanie, ktoré v skutočnosti môže byť „palivom“ pre posttraumatický rozvoj (Tedeschi a Calhoun, 2004).

1.4 Onkologické ochorenie a posttraumatický rozvoj

Barskova a Oesterreich (2009) vo svojej systematickej prehľadovej práci zhrnuli 68 empirických štúdií, ktoré skúmali posttraumatický rozvoj po niekoľkých mesiacoch alebo rokoch od diagnostikovania ochorenia. Najväčší počet (36) štúdií, v ktorých pacienti referovali PTG bol u onkologických pacientoch, nasledovali pacienti s HIV/AIDS (8) a tak nasledovali ďalšie ochorenia. Onkologické ochorenie môže spôsobiť to, že jedinec sa snaží vo väčšej miere pochopiť svoju osobu pred ochorením v porovnaní s osobou po ochorení. Mení svoj systém presvedčení a postojov v snahe o integráciu svojho „nového normálneho ja“. Pre pacientov alebo opatrovateľov to môže byť nesmierne máťúce, ale pozitívne obdobie rastu (Waltson, 2002). V klinickej praxi môžeme nájsť pacientov, ktorí prežili rakovinu a ktorí tvrdia, že zlepšili svoje osobné vzťahy, vedia viac oceniť maličkosti v živote, majú väčšiu kapacitu a silu čeliť náročným situáciám, optimalizovali si svoj hodnotový systém a cítia sa spirituálne viac zrelí (Sumall et al., 2009). Hefferon et al. (2009) uvádza, že niektorí pacienti hovorili o „transformatívnej sile ochorenia“, pričom ochorenie slúžilo ako katalyzátor pre zmenu, ktorá bola plánovaná ale nebola ešte uskutočnená.

Onkologické ochorenie a jeho liečba má prítomné jedinečné vlastnosti, ktoré ho odlišujú od iných tráum (De Groot, 2008). Špecifiká onkologického ochorenia ako traumatickej udalosti vo vzťahu k posttraumatickému rozvoju:

1. *skupina stresorov* – spolupôsobí tu súbor stresorov (napr. samotné diagnostikovanie, závažnosť a prognóza ochorenia, agresívna povaha liečby, zmena fyzického výzoru, zníženie funkčnej autonómie alebo zmena rolí), ktoré môžu traumatizovať jedinca a spôsobiť „otrasenie“ jeho základných presvedčení a predpokladov o svete, čo je nevyhnutnou podmienkou pre začiatok procesu posttraumatického rozvoja;
- 2) *interná povaha* – nie je možné odstrániť to, čo sa spája s traumou (napr. návštevy nemocníc, opakované kontroly a testy, a pod.). Samotné onkologické ochorenie má internú povahu a genézu, narozdiel od väčšiny ostatných typov traumatických udalostí, pri ktorých je zdroj stresora externý a je možné realizovať vyhýbavé správanie. Možno práve interná povaha stresora má kľúčovú rolu v oblasti zmien predpokladov o sebe;
- 3) *intruzívne myšlienky a pocit skrátenej budúcnosti* – „sense of foreshortened future“ – jedinec stráca očakávania do budúca (napr. mať rodinu, kariéru, a pod.) (Cansler, 2010) a aj po jeho úspešnej liečbe ostáva neistota, že sa ochorenie môže opakovať (Jaarsma et al., 2006), Tieto pocity narúšajú jedincove ciele, čo je ďalšou podmienkou pre posttraumatický rozvoj. Napríklad pacienti s onkologickým ochorením alebo HIV/AIDS sa stretávajú s obavami, že ich ochorenie sa môže opäť rozvinúť, postupovať a skrátiť ich život, tieto obavy môžu viesť k zmene priorit a hodnôt a k odlišnému oceňovaniu a prístupu ku každodennému životu (Sawyer et al., 2010);
- 4) *chronicita* – nie je jednoduché určiť presný začiatok a koniec pôsobenia traumatickej udalosti, pri onkologických ochoreniach je to skôr ako „dlhý beh cez prekážky“ (Sumalla et al., 2009). Onkologické ochorenie môžeme v mnohých prípadoch, vďaka rastúcej efektívnosti liečby, zaradiť medzi chronické ochorenia (De Groot, 2008). Pre chronické ochorenia je typické, že trvajú dlho, mnohé z nich sú úplne nevyliciteľné, je ich možné len spomaliť alebo len zmierniť príznaky (Mareš, Hodačová, Býma, 2005). Gulášová (2009) uvádza, že pre chronické ochorenia sú typické osobnostné zmeny, ktoré často prebiehajú v negatívnej rovine v zmysle maladaptácie na zmenenú a obmedzujúcu situáciu. Ďalej uvádza, že je však známe aj to, že telesný defekt sa môže stať za osobitne priaznivých okolností aj zdrojom energie a impulzom na dosiahnutie nezvyčajného úspechu. Ochorenie je neraz príležitosťou na spätné prehodnotenie doterajšieho života a možnú zmenu záujmov a postojov.

2 Metódy

2.1 Cieľ výskumu

Cieľom výskumu je zmerať posttraumatický rozvoj u pacientov s onkologickým ochorením. Na meranie rozvoja boli použité dve metodiky, jedna (SRGS-SF) meria jeden faktor – faktor rastu spojeného so stresom, a druhá (PTGI) meria päť oblastí rozvoja. Zámerom bolo zistiť, či existuje rozdiel medzi skupinami z demografického hľadiska, z hľadiska ochorenia a liečby, a či je tento rozdiel štatisticky významný. Zároveň sme chceli zistiť, či existuje vzťah medzi posttraumatickým rozvojom, toleranciou distresu a vnímaním ochorenia.

2.2 Výskumné hypotézy

H1: Predpokladáme výskyt posttraumatického rozvoja u pacientov s onkologickým ochorením.

H2: Predpokladáme vyšší posttraumatický rozvoj u žien ako u mužov.

H4: Predpokladáme, že výskyt posttraumatického rozvoja súvisí s úrovňou tolerancie distresu.

H3: Predpokladáme, že výskyt posttraumatického rozvoja súvisí s vnímaním prínosu ochorenia.

H5: Predpokladáme, že výskyt posttraumatického rozvoja súvisí s akceptáciou ochorenia.

2.3 Výskumná vzorka

Z dôvodu, že existuje mnoho typov onkologických sme sa najmä kvôli vnútornej konzistencii výberovej skupiny rozhodli pre konkrétnu oblasť onkologických ochorení. Výberovým kritériom bolo hematologické onkologické ochorenie, konkrétne Hodginov a NonHodginov lymfóm, myelóm a leukémia. Ďalším výberovým kritériom bol čas od stanovenia diagnózy, ktorý musel byť minimálne pol roka od okamihu, keď sa pacient dozvedel diagnózu. Celkový počet pacientov bol 72, z toho bolo 35 mužov (48,6 %) a 37 žien (51,4 %), s priemerným vekom 48,32 (SD = 14,6; rozsah = 18–77). Väčšina boli ženatí muži a vydaté ženy. Väčšiu časť vzorky tvorili pacienti s ukončeným stredoškolským vzdelaním s maturitou alebo vysokoškolským vzdelaním v približne v rovnakom pomere. Z hľadiska typu ochorenia bolo najviac pacientov s NonHodginovým lymfómom (36,1 %), približne rovnaký počet pacientov s Hodginovým lymfómom (30,6 %), potom nasledovala leukémia (22,6 %) a myelóm (9,6 %). V rámci leukémie bolo najviac pacientov s chronickou lymfatickou leukémiou (66,7 %). Čo sa týka aktuálneho stavu ochorenia, tak najviac pacientov bolo po liečbe (43,1 %), potom v 1. línii liečby (38,9 %), a u ostatných nastal relaps ochorenia (18,1 %). Väčšina pacientov absolvovala chemoterapiu (77,8 %). Transplantáciu krvotvorných buniek podstúpilo (20,8 %) pacientov. Približne rovnaký počet pacientov v čase výskumu aktívne chodil v danom čase na chemoterapiu (47,2 %) a zvyšok (52,8 %) bol po ukončení liečby. Z hľadiska doby od uplynutia diagnostikovania ochorenia bolo najviac (38,9 %) pacientov 5 a viac rokov od stanovenia diagnózy.

2.4 Metódy urania

PTGI (*posttraumatic growth inventory*) sa považuje za hlavnú metodiku na meranie posttraumatického rozvoja. Autormi tohto dotazníka sú Tedeschi a Calhoun (1996). Vychádzali z troch dimenzií zmien, ktoré boli identifikované pri podobných výskumoch: zmeny v sebapecpcii, zmeny v interpersonálnych vzťahoch a zmeny v životnej filozofii. Z pôvodného počtu 34 položiek bol vytvorený sebaovývedový 21 položkový dotazník. Zistili, že týchto 21 položiek meria 5 faktorov – oblastí: Vzťahy s druhými (7 položiek, napr. „*mám teraz väčší pocit spolupatričnosti s druhými*“), Nové možnosti (5 položiek, napr. „*mám teraz nové záujmy a rozvíjam ich*“), Osobný rozvoj (4 položky, napr. „*viac si teraz dôverujem, verím si*“), Spirituálna zmena (2 položky, napr. „*lepšie rozumiem tomu, že človek má taktiež duchovné potreby*“), Ocenenie života (3 položky, napr. „*zmenil som svoj názor na to, čo je v živote dôležité, zmenil som svoje priority*“). Na začiatku dotazníka, jedinec si proband vyberie z rôznych traumatických udalostí. My sme tento úvod prispôbili tak, že nebola možnosť vybrať si nejaký typ traumatickej udalosti, ale všetci probandi sa vyjadrovali k položkám vo vzťahu k ich ochoreniu. Podľa českého prekladu PTGI (preložili Preiss, Kurtiš a Mareš, 2008), sme vrámci tejto metodiky zisťovali aj dobu od uplynutia diagnostikovania ochorenia, čo bolo aj jedným z kritérií výberu probandov (najmenšia doba bola 6 mesiacov od diagnostikovania). Probandi sa vyjadrujú k 21 položkám a na 6 stupňovej Likertovej škále uvádzajú v akej miere zažili uvedenú zmenu v dôsledku svojho ochorenia (od 0 = nezažil som takúto zmenu, až po 5 = takúto zmenu som zažil vo veľkej miere). Výsledné skóre môže byť od 0–105, pričom vyššie skóre znamená o väčší posttraumatický rozvoj (PTG). Vnútoraná konzistencia v našom výskume bola Cronbachova $\alpha = 0,937$.

SRGS-SF (Stress related growth scale – short form) je 15položková krátka verziu dotazníka SRGS. Jej autorami sú Park, Cohen et al. (1996). Vychádza z pôvodnej 50položkovej metodiky, ktorá meria 5 faktorov. Krátka forma meria jeden všeobecný faktor – stresom indukovaný rozvoj (SRG). Probandove odpovede sa vždy viažu k prežitej traumatickej, náročnej udalosti. Mali sme k dispozícii americkú, originálnu verziu dotazníka. Na preklad dotazníka do slovenského jazyka sme použili metódu dvojitého prekladu. Každá položka sa viaže s úvodnou vetou: „*vďaka tejto udalosti...*“ – tu si má proband dosadiť nejakú preňho náročnú, traumatickú udalosť – v našom prípade všetci probandi odpovedali vo vzťahu k svojmu ochoreniu. Úvod proband spája s položkami, napr. „*vďaka tejto udalosti...som sa naučil úprimnejšie komunikovať s inými.*“ Proband si vyberá jednu z troch možností podľa trojstupňovej škály (0 = vôbec nie, 1 = trochu, 2 = vo veľkej miere). Výsledné skóre môže byť od 0–30, pričom vyššie skóre reprezentuje väčší rozvoj. Vnútoraná konzistencia v našom výskume bola Cronbachova $\alpha = 0,911$.

BFCS-CZ (Benefit finding scale for children – česká verzia) vychádza z dotazníka pre chronických pacientov od Eversovej et al. (2001, in Mareš, 2007). Vytvorili dotazník, ktorý meria všetky tri reakcie pacienta na ochorenie – bezmocnosť, akceptovanie a vnímaný prínos. Z pôvodných 45 položiek boli faktorovou analýzou identifikované 3 faktory, ktoré zodpovedajú spomínaným 3 typom reakcií pacienta na ochorenie. Tieto tri faktory sú reprezentované 18 položkami. Nepodarilo sa nám získať spomínanú metodiku, tak sme na meranie vnímaného prínosu použili metodiku od Phippsa et al. (2007), ktorá bola skrátaná na 10 položiek. Autori tento dotazník overovali u detských onkologických pacientoch ($n = 199$). My sme vychádzali z českého prekladu podľa Mareša (2007), ktorý taktiež vytvoril definitívnu podobu tohto dotazníka. Celý dotazník obsahuje položky, ktoré sa vzťahujú k ochoreniu. Napr. „*Moje ochorenie...mi pomohlo stať sa silnejším, odolnejším človek, niečo vydržím.*“ Napriek tomu, že dotazník bol pôvodne vyvinutý a overený u detských onkologických pacientov, skúsenosti naznačujú, jeho uplatnenie je širšie. Bol aj úspešne overený u dospelých pacientov so skoliózou (Mareš, 2007). Dotazník meria jeden faktor – prínos ochorenia. Pacienti môžu skórovať od 10–50, pričom vyššie skóre znamená o vyššiu úroveň vnímaného prínosu ochorenia. Vnútoraná konzistencia v našom výskume bola Cronbachova $\alpha = 0,881$.

DTS (Distress Tolerance Scale) je škála, ktorá meria schopnosť tolerovať psychický distress, resp. odolávať negatívnym skúsenostiam a negatívnym psychickým stavom (Simons a Gaher, 2005). Škála tolerancie úzkosti má 15 položiek, ktoré tvoria 4 faktory. Prvým faktorom je vnímaná schopnosť *tolerovať*, znášať úzkosť (napr. „*pocit úzkosti alebo rozrušenia je pre mňa neznesiteľný*“). Ľudia s nízkou úrovňou tolerancie vnímajú úzkosť ako neznesiteľnú. Druhým faktorom je subjektívne *hodnotenie* prijateľnosti distressu (napr. „*keď sa ma zmocní úzkosť alebo rozrušenie hanbím sa za seba*“). Jedinci s nízkou úrovňou sa za svoje pocity úzkosti hanbia a sú presvedčení, že pocity úzkosti zvládajú horšie ako iní ľudia. Tretím faktorom je *absorpcia*, pohltenie úzkosťou (napr. „*moje pocity úzkosti sú také intenzívne, že ma úplne ovládajú*“). Pri nízkej úrovni absorpcie distressu jedinci nie sú schopní zamerať svoju pozornosť na nič iné ako prežívanie distressu. Posledný štvrtý faktor je *regulácia* pocitov úzkosti (napr. „*urobím čokoľvek, aby som necítil úzkosť alebo rozrušenie*“). Ľudia s nízkou úrovňou regulácie distressu sa vedú lepšie vyrovnávať alebo sa vyhnúť negatívnym pocitom. Probandi vyjadrujú svoj súhlas podľa škály od 1 = silne súhlasím až po 5 = silne nesúhlasím. Môžu dosiahnuť od 15–75 bodov, pričom vyššie skóre znamená lepšiu schopnosť tolerovať vyššiu úroveň distressu. Vnútoraná konzistencia v našom výskume bola Cronbachova $\alpha = 0,834$.

Akceptáciu ochorenia sme zisťovali tak, že probandi mali vyjadriť svoj súhlas, resp. nesúhlas k nasledujúcim výrokom: 1) akceptujem to, že som chorý; 2) prijímam ochorenie ako súčasť môjho života. Probandi mohli odpovedať buď 1 – súhlasím, 2 – ani súhlasím, ani nesúhlasím, 3 – nesúhlasím. Týmto spôsobom sme chceli získať verbálne vyjadrenie pacientov, či prijímajú status „chorého“ (prvý výrok) a či prijali ochorenie ako súčasť svojho života – teda, či prijali zmeny, ktoré ochorenie prinieslo do ich života (druhý výrok).

3 Výsledky

V Tabuľke 1 uvádzame výsledné skóre probandov z našej vzorky ($N = 72$) v škálach merajúcich posttraumatický rozvoj. U pacientov s onkologickým ochorením bol zistený posttraumatický rozvoj, preto našu prvú hypotézu nezamietame.

	N	min.	max.	M	SD
PTGI oblasti (možné skóre)					
Celkový posttraumatický rozvoj (0–105)	72	1	103	69,06	22,60
Vzťahy s druhými (0–35)	72	0	34	23	8,62
Nové možnosti (0–25)	72	0	25	14,82	6,46
Osobný rozvoj (0–20)	72	0	20	13,39	5,13
Spirituálna zmena (0–10)	72	0	10	6,49	3,36
Ocenenie života (0–15)	72	0	15	11,36	3,54
So stresom spojený rast (SRGS-SF) (0–30)	72	0	30	19,99	7,18

PTGI = Posttraumatic growth inventory, SRGS-SF = Stress-related growth scale – short form, M = priemer, SD = štandardná odchýlka

Tabuľka 1 Výsledné skóre pacientov v škále Posttraumatického rozvoja a jeho oblastí, a škále Rozvoja indukovaného stresom

V Tabuľke 2 uvádzame zistené rozdiely medzi mužmi a ženami v úrovni posttraumatického rozvoja. Rozdiely sme zisťovali prostredníctvom t-testu. Keďže neboli zistené žiadne štatisticky významné rozdiely, tak našu druhú hypotézu zamietame.

	Total M (SD) n = 72	Muži M (SD) n = 35	Ženy M (SD) n = 37	t-test
PTGI oblasti (možné skóre)				
Celkové skóre PTGI (0–105)	69,06 (22,6)	68,57 (24,9)	69,51 (20,71)	-0,175
Vzťahy s druhými (0–35)	23 (8,62)	23,71 (8,66)	22,32 (8,64)	0,682
Nové možnosti (0–25)	14,82 (6,46)	14,06 (7,11)	15,54 (5,78)	-0,974
Osobný rozvoj (0–20)	13,39 (5,13)	13,71 (5,27)	13,08 (5,05)	0,52
Spirituálna zmena (0–10)	6,49 (3,36)	6,31 (3,45)	6,65 (3,31)	-0,42
Ocenenie života (0–15)	11,36 (3,54)	10,77 (3,83)	11,92 (3,19)	-1,383
So stresom spojený rast (SRG) (0–30)	19,99 (7,18)	19,97 (8,18)	20 (6,19)	-0,017

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

Tabuľka 2 Porovnanie výsledného skóre medzi mužmi a ženami v škále Posttraumatického rozvoja (v jeho oblastiach) a v škále Rozvoja indukovaného stresom

V Tabuľke 3 uvádzame rozdiely v úrovni posttraumatického rozvoja z hľadiska typu ochorenia. Pre zistenie rozdielov sme použili neparametrický Kruskal-Wallisov test. Bolo zistené, že pacienti s leukémiou skórovali štatisticky významne vyššie v troch oblastiach posttraumatického rozvoja, konkrétne v oblasti nové možnosti, osobný rozvoj a ocenenie života.

	(A) Mean Rank (n = 26)	(B) Mean Rank (n = 22)	(C) Mean Rank (n = 7)	(D) Mean Rank (n = 17)	Kruskal-Wallis (χ^2)
PTGI oblasti					
Celkové skóre PTGI	35,63	29,20	37,57	46,82	6,878
Vzťahy s druhými	36,56	32,25	34	42,94	2,626
Nové možnosti	34,52	29,89	35,64	48,44	8,009*
Osobný rozvoj	31,69	30,07	47,00	47,85	10,283*
Spirituálna zmena	36,65	32,95	29,64	43,68	3,455
Ocenenie života	38,40	26,75	45,86	42,35	7,906*
So stresom spojený rast (SRG)	33,83	32,55	35,50	46,12	4,836

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

pozn. A = NonHodgkinov lymfóm; B = Hodgkinov lymfóm; C = myelóm; D = leukémia

Tabuľka 3 Porovnanie výsledného skóre podľa typu ochorenia v škále Posttraumatického rozvoja (v jeho oblastiach) a v škále Rozvoja indukovaného stresom

Podobne pri porovnávaní z hľadiska ďalších demografických charakteristík vzorky, aj pri porovnaní z hľadiska liečby a stavu a ochorenie neboli zistené štatisticky významné rozdiely. Pacienti, ktorí absolvovali transplantáciu krvotvorných buniek skórovali vyššie vo všetkých oblastiach ako zvyšok pacientov, ale tieto rozdiely neboli signifikantné.

Tabuľka 4 prezentuje korelácie medzi posttraumatickým rozvojom a vybranými konceptmi. Bol zistený štatisticky významný vzťah medzi posttraumatickým rozvojom a prínosom ochorenia, ďalej medzi posttraumatickým rozvojom a reguláciou distresu a medzi dobou od stanovenia diagnózy a novými možnosťami. Zistili sme, že neexistuje štatisticky významný vzťah medzi úrovňou tolerancie distresu a úrovňou posttraumatického rozvoja, takže našu tretiu hypotézu zamietame. Zistili sme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi reguláciou distresu a celkovým posttraumatickým rozvojom, osobným rozvojom a ocenením života. Keďže bol zistený štatisticky významný vzťah medzi posttraumatickým rozvojom a vnímaným prínos, tak našu štvrtú hypotézu nezamietame. Nebol zistený žiaden štatisticky významný vzťah medzi akceptáciou ochorenia a posttraumatickým rozvojom, takže našu poslednú piatu hypotézu zamietame. Bol taktiež zistený štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou od stanovenia diagnózy a novými možnosťami.

		PTG	VsD	NM	OR	SZ	OŽ	SRG
Vek probanda	Pearsonov korelačný koeficient	0,102	0,174	0,07	0,064	-0,035	0,041	0,203
Vnímaný prínos	Pearsonov korelačný koeficient	0,787***	0,740***	0,660***	0,645***	0,517***	0,610***	0,684***
Distres (D)	Pearsonov korelačný koeficient	-0,204	-0,222	-0,143	-0,142	-0,198	-0,11	-0,039
Tolerancia D		-0,127	-0,148	-0,116	0,021	-0,158	-0,122	0,032
Ocenenie D		-0,095	-0,139	-0,063	-0,057	-0,091	0,014	-0,009
Absorpcia D		-0,082	-0,127	-0,059	0,015	-0,134	0,000	0,019
Regulácia D		-0,288*	-0,22	-0,181	-0,382**	-0,197	-0,239*	-0,152
Prijímam ochorenie ako súčasť môjho života	Pearsonov korelačný koeficient	-0,002	0,000	0,036	-0,032	-0,006	-0,024	0,038
Akceptujem to, že som chorý		-0,010	0,044	-0,033	-0,010	-0,032	-0,069	0,077
Doba od uplynutia ochorenia	Pearsonov korelačný koeficient	0,201	0,140	0,279*	0,055	0,169	0,197	0,162

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

PTG = posttraumatický rozvoj; VsD = vzťahy s druhými; NM = nové možnosti; OR = osobný rozvoj; SZ = spirituálna zmena; OŽ = ocenenie života.; SRG = so stresom spojený rast

Tabuľka 4 Korelácie medzi Posttraumatickým rozvojom (jeho oblasťami), Rozvojom indukovaným stresom a ďalšími výskumnými meraniami

Skúmaním korelácií medzi položkami, ktoré boli zahrnuté medzi do zisťovania vzťahov s posttraumatickým rozvojom, sme zistili, že existuje štatisticky významný vzťah medzi prijatím ochorenia ako súčasťou života a celkovou úrovňou distresu, toleranciou distresu, absorpciou distresu a hodnotením distresu (Tabuľka 5).

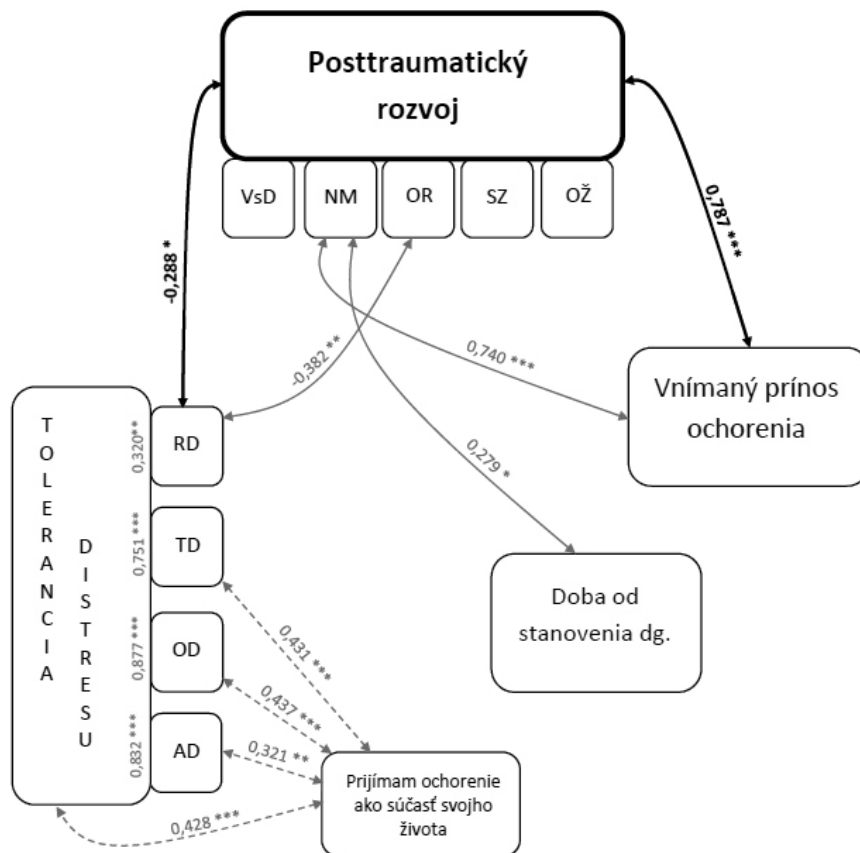
		Vnímaný prínos	Distres	TD	OD	AD	RD	Prijatie ochorenia	Akceptácia ochorenia	Doba od ochorenia
Vnímaný prínos	Pearsonov korelačný koeficient	1	-0,050	-0,002	-0,038	-0,019	-0,076	-0,036	-0,066	0,121
Distres	Pearsonov korelačný koeficient	-0,050	1	0,751***	0,877***	0,832***	0,320**	0,428***	-0,008	0,050
TD		-0,002	0,751***	1	0,569***	0,607***	-0,007	0,321**	0,062	-0,031
OD		-0,038	0,877***	0,569***	1	0,758***	0,020	0,437***	0,011	0,026
AD		-0,019	0,832***	0,607***	0,758***	1	-0,063	0,431***	-0,004	-0,033
RD		-0,076	0,320**	-0,007	0,020	-0,063	1	-0,022	-0,090	0,176
Prijíam ochorenia	Pearsonov korelačný koeficient	-0,036	0,428***	0,321**	0,437***	0,431***	-0,022	1	0,223	0,125
Akceptácia ochorenia		-0,066	-0,008	0,062	0,011	-0,004	-0,090	0,223	1	-0,071
Doba od uplynutia ochorenia	Pearsonov korelačný koeficient	0,121	0,050	-0,031	0,026	-0,033	0,176	0,125	-0,071	1

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

TD = tolerancia distresu; OD = ocenenie distresu; AD = absorpcia distresu; RD = regulácia distresu.

Tabuľka 5 Vzájomné korelácie medzi meraniami, u ktorých sme zisťovali, či sú vo vzťahu k posttraumatickému rozvoju

Korelačný model (Obr. 3) prezentuje zistené vzťahy medzi posttraumatickým rozvojom, jeho oblasťami a vybranými premennými. Model poukazuje na to, že to keď jedinec prijíma ochorenie ako súčasť svojho života, môže pôsobiť ako moderujúca, alebo mediujúca premenná určitým smerom vplývať na posttraumatický rozvoj a to prostredníctvom vzťahu k premennej tolerancia distresu, resp. jej oblastiam.



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

VsD = vzťahy s druhými, NM = nové možnosti, OR = osobný rozvoj, SZ = spirituálna zmena, OŽ = ocenenie života, RD = regulácia distresu, TD = tolerancia distresu, OD = ohodnotenie distresu, AD = absorpcia distresu

Obr. 3 Korelačný model (vlastné spracovanie)

4 Diskusia

Niektorí pacienti, ktorí sa zúčastnili nášho výskumu uvádzali, že sa v dôsledku ochorenia vôbec nezmenili a v dotazníkoch merajúcich posttraumatický rozvoj a stresom indukovaný rozvoj mali skóre (0–1). Pri väčšine pacientov sa nám podarilo zistiť výskyt posttraumatického rozvoja, prostredníctvom obidvoch dotazníkov zisťujúcich prítomnosť posttraumatického rozvoja uvádzali, že sa v dôsledku prežitia ochorenia zmenili. Na základe výskumných zistení môžeme tvrdiť, že u onkologických pacientov sa vyskytuje posttraumatický rozvoj (PTGI $M = 69,06$ a SRGS $M = 19,99$). Výsledky sú porovnateľné s výsledkami Schroevers a Teo (2008), ktorí skúmali PTG u 113 onkologických pacientov (rôzne druhy onkologických ochorení, uvádzajú PTGI ($M = 73,12$)). Calhoun a Tedeschi (2006) uvádzajú prehľad 29 nezávislých štúdií, ktoré skúmali PTG u onkologických pacientov, priemerné skóre sa pohybovalo od $M = 42,9$ – $64,1$. Taktiež vo výskume realizovanom na Slovensku, v ktorom Žiaková a Maštencová (2004) administrovali dotazník PTGI v rámci skúmania kvality života u 44 onkologických pacientok (väčšina s rakovinou prsníka), bolo skóre PTGI ($M = 71,41$). Pri skúmaní rozdielov v skórovaní PTG, jeho oblastí a SRG sme prišli na to, že muži a ženy skórovali približne rovnako, celkovo aj vo všetkých oblastiach. Väčšina štúdií, napr. Bates et al. (2004) vo výskume PTG u 129 dospelých uvádza, že ženy dosahujú vyšší PTG ($M = 48,4$) ako muži ($38,4$). Tedeschi a Calhoun (1996) uvádzajú, že v rámci 117 účastníkov výskumu, u ktorých bola zistená závažná trauma, skórovali vyššie ženy ($M = 81,6$) ako muži ($70,25$). To, že ženy uvádzajú vyšší PTG zistili aj Vishnevská et al. (2010) v meta-analýze 70 štúdií, ktoré použili PTGI alebo SRGS. Mystakidou et al. (2008) uvádzajú skórovanie u žien aj z hľadiska veku, pričom mladšie ženy skórovali vyššie vo všetkých oblastiach PTG. V našom výskume síce tiež ženy skórovali vyššie, ale rozdiel nebol štatisticky významný. Taktiež sme nezistili štatisticky významný vzťah PTG a veku pacienta. To, že neboli zistené signifikantné rozdiely mohlo byť ovplyvnené veľkosťou vzorky. V rámci charakteristík z pohľadu ochorenia môžeme povedať, že pacienti s leukémiou skórovali vyššie v porovnaní s ďalšími skupinami pacientov a taktiež pacienti, ktorí absolvovali transplantáciu krvotvorných buniek skórovali vyššie v porovnaní s ostatnými pacientmi. Vzhľadom k veľkosti porovnávaných skupín sme uviedli tieto zistenie len pre zaujímavosť a neprikladáme týmto zisteniam veľký význam. Niektorí autori napríklad De Groot (2008) – posttraumatický rozvoj je najviac evidentný 2 alebo viac rokov po traumatickej udalosti, alebo Jaarsma et al. (2006) zase uvádzajú, že zážitok posttraumatického rozvoja je možný až po 1 roku od diagnostikovania ochorenia, pretože v 1 roku je pacient príliš zaujatý prvým šokom z diagnózy a jej liečby. V našom výskume uplynutý čas od stanovenia diagnózy nebol vo vzťahu k celkovému PTG ale bol v pozitívnom vzťahu k oblasti nové možnosti. Môže to byť preto, že pacienti pravdepodobne potrebujú najdlhší čas na to, aby objavili, že ochorenie im nielen spôsobilo obmedzenia a problémy, ale im aj otvorilo nejaké nové možnosti.

Zistili sme, že vnímaný prínos ochorenia je v štatisticky významnom pozitívnom vzťahu s posttraumatickým rozvojom. V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s názormi, že vnímaný prínos ochoreniav podstate opisuje posttraumatický rozvoj, my sme ale vychádzali z výskumných zistení Searsa et al. (2003), ktorý skúmal vzťah vnímaného prínosu, pozitívneho prehodnotenia a posttraumatického rozvoja a došiel k zisteniu, že tieto premenné sú spolu úzko prepojené ale reprezentujú odlišné konštrukty. Vnímaný prínos ako samostatný konštrukt uvádza taktiež Sumalla et al. (2009). Thornton (2002, in Sumalla, Ochoa, Blanco, 2009) ho vníma zase ako proces dopomáhajúci k obnoveniu konceptu self a De Groot (2008) uvádza, že nájdenie benefitov dovoľuje pozitívne prehodnotenie traumatickej udalosti. Pozitívny vzťah vnímaného prínosu a posttraumatického rozvoja zistil aj Molset al. (2009). Calhoun a Tedeschi (2006) tvrdia, že ak má dôjsť k posttraumatickému rozvoju musí jedinec zažiť výraznejší distress, distress a PTG spolu koexistujú a distress je nevyhnutný pre udržiavane kognitívneho spracovania počas procesu PTG (Tedeschi a Calhoun, 2004). Tedeschi a Calhoun (2004) dokonca tvrdia, že dĺžka trvania distressu je rozhodujúca pre maximálny PTG. Mystakidou et al. (2008) uvádzajú, že vyššia úroveň vnímaného ohrozenia a zranenia je asociovaná s vyššou úrovňou posttraumatického rozvoja. Keďže distress je dôležitou súčasťou v procese PTG, tak sme predpokladali, že úroveň PTG by mohla súvisieť s jedincovou schopnosťou tolerovať distress. Zistili sme negatívny vzťah regulácie distressu a celkového PTG. Calhoun a Tedeschi (2006) uvádzajú, že keď je úroveň distressu príliš vysoká tak nedochádza k rozvoju lebo sú o. i. narušené kognitívne mechanizmy dôležité pre spracovanie udalosti. Takže môžeme tvrdiť, že je v procese PTG je dôležité aby jedinec vedel zvládať negatívne pocity spojené s traumou.

Posledným štádiom vyrovnávania sa s ochorením podľa Kübler-Rossovej (Andrášiová, 2005) je akceptácia pravdy v zmysle uznania choroby ako novej životnej situácie, ku ktorej musí pacient zaujať nový životný postoj. Calhoun, Cann a Tedeschi (2010) v najnovšom modeli PTG uvádzajú, že v procese PTG je tiež dôležité akceptovať zmeny súvisiace s traumou. My sme zistili, že vo vzťahu k PTG nie je dôležité to, či pacient akceptuje to,

že je chorý ale určitý význam má to, či jedinec prijíma ochorenie ako súčasť svojho života. Prijatie ochorenia pozitívne koreluje s celkovou úrovňou tolerancie distresu, konkrétne jeho tromi oblastami – toleranciou, hodnotením a absorpciou. Prostredníctvom tohto vzťahu je prijatie ochorenia v nepriamom vzťahu s posttraumatickým rozvojom a ako moderujúca alebo mediujúca premenná ho môže určitým spôsobom ovplyvňovať.

Ide pomerne o mladú výskumnú oblasť a stále sa nájdu ešte pochybnosti, či skúmaní jedinci hovoria o skutočných zmenách alebo ide len o akúsi ochrannú ilúziu (Maercker a Zoellner, 2004). Naše výskumné zistenia môžu byť limitované počtom probandov a aby bol výskum viac prínosný, tak mohol byť obohatený o viaceré premenné, ktoré sú zahrnuté v modeli posttraumatického rozvoja. Výskumné zistenia by mohli byť prínosné pre prácu s onkologickými pacientmi, tým že poskytnú nový pohľad na výskyt tejto traumatickej udalosti. Zistenia, ktoré naznačujú PTG by mohli byť užitočným cieľom pre terapeutické intervencie v zdravotnej starostlivosti a klinickej praxi. Doteraz sa intervencia zameriavala len na negatívne efekty traumy. S využitím poznatkov o PTG by mohli terapeuti uznať pacientovu snahu pochopiť dopad choroby nielen ako posttraumatickú odpoveď ale aj ako potenciálny prekursor rozvoja (Zoellner a Maercker, 2006, in Sawyer, Ayers, Field, 2010). Terapeut musí vedieť citlivo správne načasovať diskusiu o posttraumatickom rozvoji (Sawyer et al., 2010). Musí čakať až pokiaľ klient sám začne rozprávať o zážitku zmeny, o skúsenosti s niektorým aspektom posttraumatického rozvoja, potom môže terapeut túto zmenu explicitne pomenovať a začať s ňou pracovať. Je to kľúčový moment, takže terapeut musí postupovať veľmi citlivo a taktne. Veľmi dôležité je obozretne voliť slová a rozlišovať: posttraumatický rozvoj nie je vyprodukovaný samotnou traumatickou udalosťou ale klientovou snahou vyrovnať sa s touto udalosťou, nájsť zmysel a žiť ďalej. V pozícii terapeuta by sa vo vzťahu k rozvoju nemal ponáhľať, mal by počkať na vhodný okamžik, povzbudzovať klienta, facilitovať podmienky rozvoja a poskytovať výzvy (Mareš, 2009), pretože hoci je povzbudzujúce vedieť, že pozitívny rozvoj a benefity je možné získať v reakcii na veľké utrpenie, je taktiež dôležité byť citlivý na fakt, že očakávanie, že človek by mal nájsť pozitívny význam môže byť pridanou záťažou pre ľudí s onkologickým ochorením (Mitchell, 2007). Terapeut by nemal zabúdať na to, že z počiatkuje pacient zaplavený negatívnymi pocitmi, distresom, a hoci distres pôsobí ako „hnací motor“ procesu posttraumatického rozvoja – naštartuje kognitívne procesy, tak zrejme je veľmi dôležité vedieť ho regulovať a manažovať. V tomto smere môže byť terapeut opäť nápomocný. Mal by pomôcť pacientovi zvládnuť počiatočné zahltenie a neskôr počas procesu vyrovnávania sa s náročnou udalosťou a jej následkami, by mal byť prítomný aby pomohol pacientovi so zvládaním distresu. Z teoretických poznatkov je zřejmé, že v procese PTG je dôležitá taktiež sociálna opora. V praxi by mohli odborníci z oblasti starostlivosti o zdravie učiť pacientov ako si majú vyžiadať podporné správanie od iných. Taktiež by mohli preskúmať pacientovu podpornú sieť, potrebu emocionálnej podpory a to, či je pacient schopný hľadať podporu, či vie o ňu požiadať a či ju vie prijímať. Pacienti so slabými sociálnymi zdrojmi, by ju mohli získať od psychosociálnej intervenčnej skupiny, ktorej cieľom je poskytovať podporu a príležitosť rozprávať o svojich starostiach a myšlienkach spojených s onkologickým ochorením (Schroevvers et al., 2010). Aby sociálna opora zohrávala významnú úlohu pri rozvoji PTG je dôležité aby bola stabilná a konzistentná v čase (Tedeschi a Calhoun, 2004), takže je dôležité pravidelná kontrola jej dostupnosti a funkcie. Profesionálni zamestnanci, ktorí pracujú v oblasti zdravotnej starostlivosti, by si mali byť vedomí toho, že pacienti s onkologickým ochorením môžu zažiť aj pozitívne zmeny ako výsledok vyrovnávania sa s týmto ochorením. A skôr než oznamovať pacientom aby to videli optimisticky, tak by mali uznať negatívne dôsledky tohto ochorenia a mali by pomôcť pacientom vidieť situáciu z inej perspektívy, stimulovať ich, aby našli vlastný zmysel, význam situácie a takto im pomôcť integrovať túto skúsenosť do ich života (Schroevvers a Teo, 2008).

Záver

Výskum posttraumatického rozvoja je len v začiatkoch a môžeme predpokladať, že aj model posttraumatického rozvoja nie je finálny a určite sa bude meniť. Súčasný model procesu PTG však poskytuje mnoho oblastí, na ktorých je možné v rámci starostlivosti o pacienta pracovať. Skúmanie úrovne prežívania pacienta v náročnej situácii, starostlivosť o to ako pacient zvláda náročnú situáciu, zisťovanie toho, či sa má na koho obrátiť, v prípade, že potrebuje pomoc, záujem o to ako pacient vníma novú situáciu, v ktorej sa ocitol, ako sa mu ju darí spracovať, by malo byť samozrejmosťou v starostlivosti o pacienta, ktorý prežil nejakú traumatickú udalosť. Výskumné zistenia toho, že pacient je schopný v procese vyrovnávania sa s náročnou situáciou, vybudovať novú životnú schému, ktorá je lepšia ako tá pred traumou, by mohlo podporiť hľadanie a vytváranie vhodných intervenčných stratégií, ktoré by pomáhali facilitovať pozitívne zmeny pacienta.

Literatúra

- Andrášiová, M. (2008). Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 1, (2), 77–79.
- Barskova, T., Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31, (21), 1709–1733.
- Bates, G. W., Trajstman, S. E. A., & Jackson, C. A. (2004). Internal consistency, test-retest reliability and sex differences on the posttraumatic growth inventory in an australian sample with trauma. *Psychological Reports*, 94, 793–794.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In T. Weiss, R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice* (pp. 1–15). Hoboken, NJ: John Wiley & Son, Inc.
- Cansler, L. (2010). PTSD and sense of foreshortened future. Dostupné na internetedňa 2011-03-21 <<http://www.suite101.com/content/ptsd-and-a-sense-of-a-foreshortened-future-a225852>>.
- Cohen, B. J. (2004). *Medical terminology an illustrated guide*. Lippincott Williams & Wilkins.
- De Groot, J. (2008). Cancer, trauma and personal growth, addressing subjective response to cancer. *Continuing Care*, 7, (1), 28–33.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál.
- Gulášová, I. (2009). *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta.
- Hefferon, K., Grealy, M., Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*, 14, 343–378.
- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada.
- Heretik, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., Ranchor, V. A. (2006). Psychometric properties of the dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 911–920.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus Face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychology Inquiry*, 15, (1), 41–48.
- Mareš, J., Hodačová, L., Býma, S. (2005). *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. Praha: Karolinum.
- Mareš, J. et al. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD.
- Mareš, J. 2008. Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 52, (6), 567–583.
- Mareš, J. 2009. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 53, (3), 271–290.
- Mitchell, J. (2007). Finding positive meaning in the experience of breast cancer. CSW update, Newsletter of the UCLA center for the study of women, Los Angeles, 7–9.
- Mols F, Vingerhoets A. J., Coebergh, J. W., Van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24, (5), 583–595.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*, 17, 382–386.
- Nakonečný, M. (1995). *Lexikón psychologie*. Praha: Vodnář.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of personality*, 64, (1), 72–105.
- Phipps, S., Long, A. M., & Ogden, J. (2007). Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, (10), 1264–1271.
- Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*, 10, (1), 12–18.
- Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Sawyer, A., Ayers, S., Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436–447.

- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology, 22*, 487–497.
- Schroevers, M. J., Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology, 17*, (12), 1239–1246.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*, 46–53.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*, (2), 83–102.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review, 29*, 24–33.
- Ševčíková, A. (2007). Psychotraumatológia – základné poznatky. *Psychiatrie, 11*, (3), 176–181.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, G. L. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, (3), 455–471.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, (1), 1–18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding post-traumatic growth. *Applied psychology: An International Review, 56*, (3), 396–406.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 14*, (3), 401–432.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly, 34*, 110–120.
- Waltson, J. (2002). Growing through cancer. *Cure Magazine, Survivors Issue*.
- Zacharová, E. (2007). *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada.
- Žiaková, E., Maštenová, Z. (2004). Kvalita života onkologických pacientiek. In J. Džuka (Ed.), *Psychologické dimenzie kvality života* (pp. 508–519). Prešov: Prešovská univerzita.

RANÁ RODIČOVSKÁ SELF-EFFICACY A SOCIÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PORODNÍHO ZÁŽITKU

EARLY PARENTAL SELF-EFFICACY AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHILDBIRTH EXPERIENCE

Eliška Kodyšová, Simona Horáková Hoskovicová

Katedra psychologie FF UK Praha, Česká republika

Abstrakt

Období vstupu do rodičovství je významnou změnou v životě ženy. Důležitým faktorem předvídajícím rodičovské kompetence a emoční pohodu je rodičovská self-efficacy (vnímaná rodičovská účinnost). Nedávné studie ukazují, že rodičovskou self-efficacy matky mohou ovlivnit i sociálně-psychologické determinanty porodního zážitku (interakce s partnerem a zdravotníky, pocit úspěšného zvládnutí). V longitudinálním dvoufázovém výzkumu jsme proto sledovali faktory ovlivňující rodičovskou self-efficacy v období kolem narození prvního dítěte a jednotlivé determinanty porodního zážitku. Ačkoli je rodičovská self-efficacy z velké míry založena už před porodem, opora ze strany zdravotníků a stálá přítomnost doprovodu během porodu ji mohou pozitivně ovlivnit, především u žen, jež rodí vaginálně. Růst rodičovské self-efficacy po císařském řezu ovlivňují spíše charakteristiky poporodní péče.

Abstract

Transition to parenthood is a significant change in a woman's life. An important predictor of parenting abilities and well-being is parental self-efficacy. Recent studies give rise to a hypothesis that mothers' parental self-efficacy can be influenced by social-psychological determinants of birth experience (interactions with partner and caregivers, successful mastery experience). In a longitudinal 2-phase research, we have followed parental self-efficacy determinants working around 1st childbirth as well as birth experience determinants. Although parental self-efficacy is mainly prenatally determined, caregivers' support and continuous presence of birth partner can impact it positively, especially at women having vaginal birth. Growth of parental self-efficacy after cesarean section is influenced rather by postpartum care characteristics.

Klíčová slova

sociální psychologie zdraví; porodní zážitek; rodičovská self-efficacy; sociální opora.

Key words

social psychology of health; birth experience; parental self-efficacy; social support.

Úvod

Vstup do rodičovství je především pro ženu náročným životním obdobím. Porod a události kolem něj mohou ovlivnit ženino emoční vyladění. Cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem působí porodní zážitek na rodičovskou self-efficacy prvorodiček a jak interaguje s ostatními faktory vývoje rodičovské self-efficacy.

Teoretická východiska

Rodičovská self-efficacy (někdy překládaná jako sebeuplatnění nebo vnímaná osobní účinnost) je v období vstupu do rodičovství důležitou dimenzí psychické odolnosti. Označuje „názory nebo hodnocení, které má rodič o svých schopnostech zorganizovat a provést sérii úkolů vztahujících se k rodičovské péči o dítě“ (Montigny & Lacharité, 2005) a je hlavní základnou rodičovských praktik (Bandura, 1997). Vysoká rodičovská self-efficacy koreluje s adekvátnějšími rodičovskými praktikami, které jsou charakterizovány více responzivním, stimulačním a netrestajícím přístupem (Stifter & Bono, 1998) a s větší mateřskou citlivostí a vřelostí (Teti & Gelfland, 1991); u matek je spojována s nižším výskytem deprese v prvních měsících po porodu (Cutrona & Troutman, 1986) a psychosociálního stresu (Halpern & McLean, 1997), a naopak s lepší vazbou s dítětem, spokojeností v manželství i s lepší adaptací na rodičovství (Williams, et al., 1987). Self-efficacy také zmírňuje

dopady nízkého socioekonomického statutu na rodičovské chování u rizikových skupin, jako jsou chudé rodiny (Raikes & Thompson, 2005; Raver & Leadbeater, 1999) nebo svobodné matky (Jackson & Huang, 2000).

Rodičovská self-eficacy se vytváří již předtím, než se jedinec stane rodičem. Předporodní faktory rodičovské self-eficacy lze podle Bandurovy (1997) teorie zdrojů self-eficacy klasifikovat následovně:

1. Osobní zkušenosti s pečováním o malé děti, např. o mladší sourozence či jiné svěřence (Montigny & Lacharité, 2005).
2. Pozorování ostatních (především osob, se kterými se jedinec srovnává) v rodičovské roli či při péči o malé děti, např. na předporodních kurzech (Feinberg, Jones, Kan, & Goslin, 2010) nebo pozitivní zkušenost s péčí vlastních rodičů (Leerkes & Crockenberg, 2002).

Po porodu zvyšuje rodičovskou self-eficacy informační opora získaná v nemocnici od zdravotníků (Salonen, Kaunonen, Astedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho, & Tarkka, 2009) a temperament dítěte: nejvyšší self-eficacy mají matky malých dětí, které se snadno rozruší, ale i snadno utiší (Leerkes & Crockenberg, 2002). Příčinu lze hledat mj. i v tom, že self-eficacy se zvyšuje postupným a každodenním nácvikem činností spojených s péčí o dítě (Froman & Owen, 1989). Jedním ze zdrojů rodičovské self-eficacy ale může být i porodní zážitek.

Porod dítěte je jedním z nejintenzivnějších vývojových přechodů. Dopady porodního zážitku jsou proto v centru řady výzkumů. Souvislost porodního zážitku či péče při porodu a pozdějšího rodičovství zmiňují už klasici vývojové psychologie. Winnicot se zajímal o vliv porodní zkušenosti nejen na dítě, ale i na jeho matku, a o interakce mezi dyádou matka-dítě a jejím okolím, včetně lékařských autorit (Winnicot, 1987). Bowlby dokonce uvádí: „Důkazy z výzkumů naznačují, že ženy, které mají kvůli svým předchozím zkušenostem výraznější sklony k rozvoji nepříznivých rodičovských postojů, jsou více než obvykle citlivé vůči tomu, co se s nimi děje při porodu a po narození jejich dětí. Pro tyto ženy mohou negativní zkušenosti v této době, zdá se, znamenat poslední kapku.“ (Bowlby, 1984)

Nedávné výzkumy zaměřené na vývoj rodičovské self-eficacy také určily spokojenost s porodním zážitkem jako významnou, ačkoli jen mírně působící proměnnou (Bryanton, Gagnon, Hatem, & Johnston, 2008; Salonen et al, 2009); nezaměřovaly se však přitom na konkrétní determinanty spokojenosti s porodním zážitkem. Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham, & Fitzmaurice (2003) ale uvádějí, že měření samotné spokojenosti s porodním zážitkem, bez sledování jeho jednotlivých proměnných, může být silně závislé na rozličných faktorech souvisejících nejen s kvalitou péče, ale i s typem péče poskytovaným v daném zdravotnickém zařízení, s charakteristikami respondentky (věk, účast na předporodní přípravě), ale i s metodologickými charakteristikami výzkumu (jeho načasování či způsob položení otázky). Samotná vzpomínka na porod je obvykle velmi intenzivní a trvalá a nemění se ani po 15–20 letech. Nejsilnější přitom jsou vzpomínky na emočně či fyzicky silné zážitky (velmi silná bolest či úzkost, samotné narození dítěte), ale i vzpomínky na péči, která byla ženě poskytnuta (Simkin, 1991). V souladu s Teijlingenem uvádí Waldenström, že vzpomínka na porod se může měnit v průběhu prvního roku po porodu; kritickým faktorem změny k lepšímu či k horšímu je přitom spokojenost, respektive nespokojenost s přístupem zdravotníků při porodu (Waldenström, 2004). To potvrdila i další studie trvalosti porodního zážitku (Stadlmayr et al, 2006).

Hlavní determinanty kvality porodního zážitku tedy podle současného stavu poznání jsou:

1. **Determinanty na straně ženy:** ačkoli se vliv konkrétních osobnostních charakteristik na spokojenost s porodem neprokázal, strach z porodu jednoznačně ovlivňuje fyziologii i následné hodnocení porodu: úzkost před a při porodu vede totiž ke zvýšené produkci katecholaminů (stresových hormonů), díky níž se první doba porodní prodlužuje (Alehagen, Wijma, & Wijma, 2006) a která zintenzivňuje bolest v oblasti pánve a zvyšuje percepce bolesti na kortikální úrovni (Lowe N., 2002). Také výzkum žen se sklonem ke katastrofizování bolesti potvrdil, že tyto ženy prožívají kontrakce a porod jako celek negativněji (Bussche, Crombez, Eccleston, & Sullivan, 2007). Na druhou stranu důvěra ve vlastní schopnost porod zvládnout a celková vyšší self-eficacy hodnocení porodu zlepšuje (Bandura, 1997; Christiaens & Bracke, 2007). Je také pravděpodobné, že určité osobnostní charakteristiky, především některé kognitivní strategie zvládnutí (vyhýbavá strategie zvládnutí, domněnka „jsem lepší než ostatní“ spojená s nízkou frustrační tolerancí) zvyšují riziko posttraumatické stresové poruchy (PTSD) po porodu (Edworthy, Chasey, & Williams, 2008; Sawyer & Ayers, 2009).
2. **Determinanty týkající se porodního procesu:** velmi silná bolest při porodu, především v druhé době porodní, může porodní prožitek negativně ovlivnit a vést až k PTSD, a to i navzdory jiným ochranným vlivům (Soet, Brack, & Dilorio, 2003); přesto její vliv není tak přímý jako vliv charakteristik péče (Hodnett, 2002). Řada studií také zmiňuje způsob vedení porodu (porod kleštěmi či císařským řezem) jako zdroj

nespokojenosti s porodním zážitkem, především pokud byl v rozporu s očekáváními ženy (Schytt, Green, Baston, & Waldenström, 2008).

- Determinanty týkající se psychosociálních charakteristik porodní péče:** interakce se zdravotníky patří ke klíčovým proměnným porodního zážitku, a jak bylo uvedeno výše, má konečný vliv na dlouhodobý porodní prožitek a působí i na vznik PTSD (Sawyer & Ayers, 2009). Ve studiích se nejčastěji objevují dvě zásadní proměnné – sociální opora ze strany zdravotníků či doprovázející osoby a osobní kontrola, kterou žena při porodu zažívá (Fowles, 1998; Takács & Kodyšová, 2011). Ukazuje se také, že opora a kontrola jsou vzájemně provázány: cítí-li žena oporu pro zvládnutí náročných fází porodu, zvyšuje se u ní zároveň pocit kontroly (Fair & Morrison, 2012; Ford & Ayers, 2009). Ve výzkumech se obvykle rozlišuje osobní kontrola interní – nad příliš intenzivními vjemy či pocity – a externí – tedy nad tím, co se děje kolem ní (Green & Baston, 2003).

Interakce mezi rodící ženou a zdravotníky tedy hraje klíčovou roli pro pozdější hodnocení porodu. Důležitou podpůrnou charakteristikou pozitivní interakce je vzájemná důvěra, o které mluvil už Donald Winnicot. Ve své přednášce pro porodní asistentky vyslovil názor, že právě proto, že zdravá matka je vyvráslou a dospělou osobností, není schopna předat při porodu kontrolu porodní asistentce či lékaři, které nezná. Pokud nemá možnost zdravotníky poznat a vybudovat si k nim důvěru, snaží se pak držet kontrolu ve vlastních rukou, případně obviňuje zdravotníky z problémů, jež nastaly, ať už to je jejich chyba či nikoli (Winnicot, 1987). Významný vliv na průběh interakce mezi ženou a zdravotníky tedy leží v rukou zdravotníků a systému zdravotní péče při porodu, který poskytuje pro tuto interakci kontext, a tím nastavuje i její formy a hranice.

Vyslovili jsme proto hypotézu, že sociálně-psychologické charakteristiky porodního zážitku ovlivňují rodičovskou self-efficacy.

Popis výzkumného souboru

Sběr dat probíhá od února 2011 ve dvou fázích. První fáze průzkumu se do nynějška zúčastnilo celkem 200 žen. 49 z nich přitom reagovalo na výzvu umístěnou na webových serverech pro nastávající rodiče, 151 bylo osloveno v čekárně prenatální ambulance jedné ze 4 porodnic: velkého perinatologického centra v Praze, centra intermediární péče ve Středočeském kraji a 2 menších porodnic v Jihočeském a Královéhradeckém kraji. Všechny ženy zařazené do výzkumu byly s to dobře porozumět dotazníku v češtině, čekal je jejich první porod a v době vyplnění dotazníku byly mezi 32. a 42. týdnem těhotenství. Prvorodičky byly do výzkumu zařazené z toho důvodu, že jejich zkušenost s péčí o malé děti byla významně nižší než u vícerodíček, a tak jejich rodičovská self-efficacy mohla být porodním zážitkem více ovlivněna. Závěr těhotenství jako dobu vyplňování dotazníku jsme zvolili proto, že v tomto období už ženy prožívají blízkost porodu a narození dítěte (Gloger-Tippelt, 1988); navíc vědí, že pokud by se dítě narodilo, je už životaschopné. Po uplynutí 2 měsíců od očekávaného termínu porodu jim je zaslán druhý dotazník, a to formou webového linku odkazujícího na server SurveyMonkey.com, nebo jako vytištěný formulář v obálce poštou. V současnosti obdrželo druhý dotazník 152 žen a úplný jej vyplnilo celkem 99 z nich. Dva měsíce po porodu jako okamžik druhé fáze výzkumu jsme zvolili proto, že v té době už skončilo rané novorozenecké období a zároveň období šestinedělí, a ženy se už obvykle naladily na potřeby svého dítěte. Přesto jsme některé dotazníky – vzhledem k prodlevě ve vyplnění – získali až asi 3 měsíce po porodu. Dobu vyplnění dotazníku jsme tedy zařadili mezi nezávislé proměnné; v pozdější analýze se ukázalo, že na změny rodičovské self-efficacy nemá žádný vliv.

Charakteristiky žen, které vyplnily oba dotazníky a tvoří tedy výzkumný soubor, jsou uvedeny v tab. 1.

	<i>průměr</i>	<i>st. odch.</i>	<i>medián</i>			<i>n</i>	<i>%</i>
Věk (roky)	29.00	3.94	29.00	Socioekon. status	<i>spokojená</i>	46	46.46
Délka vztahu (roky)	5.22	3.31	4.00		<i>mohlo by být lepší</i>	45	45.45
Týden těhotenství	37.32	2.10	38.00		<i>menší obtíže</i>	8	8.08
		<i>n</i>	<i>%</i>		<i>vážnější finanční obtíže</i>	0	0.00
Vzdělání	<i>základní</i>	2	2.02				
	<i>vyučená</i>	8	8.08	Těhotenství	<i>plánované</i>	83	83.84
	<i>SŠ s mat.</i>	40	40.40		<i>IVF</i>	7	7.07
	<i>VŠ</i>	49	49.49		<i>nečekané</i>	8	8.08
					<i>nechtěné</i>	1	1.01
Stav	<i>svobodná</i>	44	44.44				
	<i>vdaná</i>	52	52.53		<i>rizikové</i>	23	23.23
	<i>rozvedená</i>	3	3.03		<i>fyzilogické</i>	76	76.77

Tab. 1 Deskriptivní statistika výzkumného souboru

Metodologie

V **první fázi výzkumu** ženy vyplňovaly dotazník s běžnými sociodemografickými položkami a položkami zaměřenými na obecný průběh stávající gravidity a termín porodu. Dále byla zjišťována úroveň *sociální opory* z hlavních zdrojů (rodiče, přátelé, partner, partnerovi rodiče) na pětistupňové škále („Ohodnoťte prosím míru podpory, kterou v současnosti cítíte ze strany několika důležitých osob ve vašem životě“).

Očekávané zvládnutí porodu (porodní self-efficacy) bylo zjištěno dotazníkem Childbirth Self-efficacy Scale (Lowe, 1993), přesněji jeho krátkou verzí. Původní verze dotazníku sestává totiž ze čtyř dimenzí tvořených 16 stejnými položkami, které žena hodnotí na škále 1–10 jednak podle toho, zda očekává, že dané chování (např. „Využít při kontrakcích dýchání“, „Vnímat povzbuzení ostatních“) jí pomůže porod zvládnout, a za druhé podle toho, do jaké míry je přesvědčená o své schopnosti dané chování při porodu využít; celý proces hodnocení probíhá zvlášť pro nejintenzivnější kontrakce při první době porodní a pro druhou dobu porodní (tedy tlačení a samotné porození dítěte). Následné validační studie (Ip, Chung, & Tang, 2008) ukázaly, že reliabilita dotazníku pro následnou spokojenost s porodem zůstává obdobně vysoká (Cronbachovo alfa = 0.92), hodnotí-li žena dotazník pouze jednou; proto byla využita tato úvodní instrukce: „Nyní myslíte na to, jaký si představujete, že porod bude, až budete mít časté a silné kontrakce a když budete tláčit, abyste dítě porodila. Pro každé níže uvedené tvrzení uveďte, jak jistá si jste svou schopností dané chování využít tak, aby vám pomohlo s porodním procesem, a to tak, že zakroužkujete jedno číslo mezi 1 (vůbec ne jistá) a 10 (naprosto jistá).“ Stejně jako všechny ostatní dotazníky převzaté z angličtiny byl i tento přeložen nejprve do češtiny, pak zpět do angličtiny a po kontrole shody významu znovu do češtiny. Reliabilita je uváděna pro původní jazykové verze.

Předporodní úroveň *rodičovské self-efficacy* byla zjištěna dotazníkem Parental Expectations Survey (Reece, 1992), určeným pro rodiče dětí ve stáří 1–3 měsíců. Dotazník je unidimenzionální, má 25 položek a Cronbachovo alfa = 0.86–0.91; byla testována i jeho prediktivní validita vzhledem k adekvátním rodičovským praktikám a rodičovské spokojenosti. Obsahuje položky popisující jednotlivé oblasti péče o dítě (např. „Poznám, kdy je mé dítě nemocné“, „Dokážu své dítě navyknout na dobrý režim při večerním ukládání“, či „Dokážu projevit lásku ke svému dítěti“). Ve shodě s teorií self-efficacy je možné zjišťování očekávané self-efficacy právě v případě, že osoba zatím nemá možnost sledované chování nijak uplatnit, ale očekává jeho uplatnění v blízké budoucnosti (Bandura, 1997). Původní instrukce byla proto přeformulována takto: „Následující tvrzení popisují přesvědčení některých novopečených rodičů o svých schopnostech starat se o své dítě. Představte si, že se vaše dítě už narodilo, je s vámi doma a vy o něj pečujete. Po přečtení každého tvrzení prosím označte jedno číslo mezi 1 (vůbec nezvládnou) a 10 (jistá, že zvládnou), které podle vás nejpřesněji popisuje to, co vy sama/sám očekáváte ve vztahu k rodičovství.“

V druhé fázi výzkumu ženy opět odpovídaly na otázky týkající se průběhu porodu a poporodního období a zdravotního stavu jejich a dítěte po porodu a v době vyplňování dotazníku, včetně kojení. Dále hodnotily na škále 0–10 *spokojenost s porodem*, a to spokojenost celkovou, spokojenost se sebou a spokojenost se zdravotníky; *bolest*, kterou cítily v průběhu porodu (celkově a ve chvíli, kdy byla nejsilnější); *spokojenost s oporou osoby*, která ji doprovázela při porodu; a *temperament dítěte* (iritabilita a obtížná utišitelnost).

Sociální opora je opět zjišťována u čtyř hlavních zdrojů (rodiče, přátelé, partner, jeho rodiče), ale tentokrát podrobněji. Ženy měly na pětistupňové škále ohodnotit zájem dané osoby či osob o dítě, zájem o její pocity,

její pomoc s péčí o dítě a pomoc s péčí o domácnost. Cílem bylo odlišit vliv emocionální a instrumentální opory v poporodním období.

Percipované *sociálně psychologické charakteristiky interakce se zdravotníky* v průběhu porodu jsme sledovali dotazníkem Support and Control in Birth (SCIB) (Ford, Ayers, & Wright, Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB), 2009). Jedná se o trojdimenzionální nástroj, který je určen výslovně pro výzkum porodního zážitku a jeho dopadů, s Cronbachovým alfa = 0.86–0.93. Obsahuje celkem 12 položek sledujících na pětistupňové škále *oporu* ze strany zdravotníků (např. „Zdravotníci mě povzbuzovali, abych vyzkoušela nové způsoby, jak to zvládnout“ či „Zdravotníci ignorovali to, co jsem jim říkala“); 10 položek sledujících *interní kontrolu* ženy v průběhu porodu (např. „Bolest byla příliš velká, než abych ji mohla mít pod kontrolou“ či „Získala jsem kontrolu tím, že jsem pracovala ve shodě se svým tělem“); a 11 položek sledujících *externí kontrolu* ženy v průběhu porodu (např. „Mohla jsem vstát a pohybovat se, jak jen jsem chtěla“ nebo „Neměla jsem kontrolu nad tím, kdo přicházel a odcházel z místnosti“). Při plánovaném císařském řezu měly ženy zaškrtnávat střední možnost.

Sledovali jsme i charakter *opory po porodu ze strany zdravotníků*, a to 3 položkami, které na pětistupňové škále zjišťovaly percepci dostupnosti základních typů sociální opory (instrumentální/informační, emoční, hodnotící), a 7 položkami zjišťujícími rovněž na pětistupňové škále charakter rad, které se nedělkám dostávaly v souvislosti s péčí o dítě (přiměřenost, užitečnost, srozumitelnost, povzbuzující, relevance, shoda s předchozí znalostí, shoda s informacemi od ostatních zdravotníků na oddělení).

Znovu jsme zjišťovali zvládnání porodu dotazníkem CBSEI, ve stejném znění, ale s mírně upravenou instrukcí: „Vzpomeňte si na to, jaký porod byl, když jste měla časté a silné kontrakce a když jste tlačila, abyste dítě porodila. Pro každé níže uvedené tvrzení uveďte, jak jste dokázala dané chování využít tak, aby vám pomohlo s porodním procesem, a to tak, že vyberete jedno číslo mezi 1 (vůbec ne jistá) a 10 (naprosto jistá). Při plánovaném císařském řezu zaškrtněte pro chování, které jste nemohla využít (např. zvládnání kontrakcí), 5.“

Poslední metodou byl opět dotazník PES zjišťující poporodní rodičovskou self-efficacy. Instrukce tentokrát vynechávala větu začínající slovy „Představte si...“ a vztahovala se k přesvědčením o schopnostech aktuálně o dítě pečovat.

Výsledky

Cílem bylo stanovit proměnné, které pozitivně ovlivňují změny v rodičovské self-efficacy v období mezi oběma fázemi výzkumu. Proto jsme použili metodu vícenásobné regresní analýzy dat a jako závislou proměnnou zvolili rozdíl mezi zjištěnou předporodní (RSE1) a poporodní rodičovskou self-efficacy (RSE2), který jsme sledovali jako spojitou proměnnou, jež mohla nabývat kladných i záporných hodnot. Získaná data byla zpracována pomocí funkce Regresní analýza doplňku Analýza dat v programu Microsoft Excel 2007, kdy cílem bylo najít ty nezávislé proměnné, které závislou proměnnou nejlépe predikují. Do rovnice jsme přitom vložili všechny získané proměnné, které odpovídaly hypotetickému modelu, a postupně vylučovali ty s nízkou hodnotou β a bez statistické významnosti, s cílem získat co nejkvalitnější model. Získali jsme tak funkční model, kde celková hodnota R^2 byla významně vyšší než 0; $F(4,94) = 15.63$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.38$. Výsledky pro celý výzkumný soubor jsou prezentovány v tabulce 2.

	RSE2–RSE1	RSE1	Opora zdrav.	Obtížně utižitelné dítě	Stálá přít. doprov.	β	p
RSE1	-0.471***	1				-0.381	0.000
Opora zdrav.	0.102	0.304**	1			0.480	0.008
Obtížně utižitelné dítě	-0.268**	-0.144	-0.204*	1		-2.955	0.000
Stálá přítomnost doprovodu	0.208*	-0.141	-0.124	-0.004	1	7.695	0.057
					<i>průsečík:</i>	64.003	
<i>průměr</i>	14.55	194.53	43.97	2.15	1.30		
<i>st. odchylka</i>	22.54	33.26	10.85	2.30	0.46		

β = standardizovaný regresní koeficient; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tab. 2 Výsledky regresní analýzy pro celý soubor

Ukázalo se, že funkční model vyžaduje jako jednu z proměnných předporodní rodičovskou self-eficacy (RSE1), která s rozdílem mezi RSE1 a RSE2 poměrně výrazně negativně korelovala ($r^2 = -0.471$, $\beta = -0.381$, $p < 0.001$). Příčinou byla nejen skutečnost, že předporodní a poporodní RSE významně korelovaly, ale i to, že většina žen v první fázi výzkumu skórovala v RSE poměrně vysoko, a zjištění změny RSE tedy naráželo na limity zvolené metody: čím vyšší tedy byla předporodní RSE, o to méně mohla poporodní RSE stoupnout. Další proměnnou v modelu byl podle předpokladu temperament dítěte ($r^2 = -0.268$, $\beta = -2.955$, $p < 0.001$), přesněji jeho neutišitelnost. Důležitá byla i neustálá přítomnost doprovázející osoby v průběhu porodu, jejíž statistická významnost byla však vzhledem k ostatním nízká ($r^2 = 0.208$, $\beta = 7.695$, $p < 0.1$). Poslední statisticky významnou proměnnou byla opora ze strany zdravotníků při porodu ($r^2 = 0.102$, $p < 0.05$), která s RSE1 ale korelovala ještě výrazněji ($r^2 = 0.304$).

Můžeme tedy říci, že se potvrdil vliv temperamentu dítěte na rodičovskou self-eficacy. Potvrdila se i hypotéza o vlivu porodního zážitku, konkrétně opory zdravotníků a zčásti i významu doprovodu na podporu rodičovské self-eficacy, které do modelu vstupují jako jediné dvě proměnné z porodního období, na rozdíl od vlastních zdrojů zvládnání porodu či osobní kontroly při porodu. Zároveň nelze pominout souvislost opory zdravotníků s výchozí úrovní rodičovské self-eficacy: ženy s vyšší RSE1 zároveň udávají více opory ze strany zdravotníků při porodu. Teorie podpůrných vztahů postulují, že kladné, přijímající vztahy v primární rodině souvisí s vyšší percepcí sociální opory (Sarason, Pierce, Bannerman, & Sarason, 1993); pozitivní vzpomínka na mateřskou péči zároveň zvyšuje předporodní rodičovskou self-eficacy. Překvapivým zjištěním je, že do modelu nevstupovala významně žádná proměnná související se sociální oporou po narození dítěte.

	RSE2-RSE1	RSE1	Opora zdrav.	Obtížně utišitelné dítě	Stálá přítomnost doprovodu	β	p
RSE1	-0.412***	1	0	0	0	-0.34	0.000
Opora zdrav.	0.151	0.287**	1	0	0	0.48	0.014
Obtížně utišitelné dítě	-0.265**	-0.155	-0.245*	1	0	-2.76	0.003
Stálá přítomnost doprovodu	0.200*	-0.093	-0.100	0.047	1	9.34	0.041
					<i>průsečík:</i>	52.75	
<i>průměr</i>	13.67	195.12	44.20	2.20	1.26		
<i>st. odchylka</i>	21.53	32.54	11.06	2.29	0.44		

β = standardizovaný regresní koeficient; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tab. 3 Výsledky regresní analýzy pro ženy, které rodily vaginálně

Pro kontrolu vlivu porodnických událostí na porodní prožitek jsme vytvořili další model, který zahrnoval pouze ženy, jež neporodily císařským řezem, tedy rodily vaginálně ($n = 82$). Pro tuto skupinu platil stejný model s podobnými statistickými vlastnostmi: $F(4,77) = 10.86$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.33$, jen s jinými hodnotami korelačních a regresních koeficientů (viz tab. 3). Zatímco RSE1 korelovala s rozdílem mezi RSE1 a RSE2 slaběji než v předchozím modelu ($r^2 = -0.412$, $\beta = -0.34$, $p < 0.001$) a neutišitelnost dítěte také ($r^2 = -0.237$, $\beta = -2.76$, $p < 0.01$), vliv opory ze strany zdravotníků při porodu mírně vzrostl ($r^2 = 0.151$, $\beta = 0.48$, $p < 0.05$). Stálá přítomnost doprovodu měla podobný vliv a o něco lepší statistickou významnost jako v původním modelu ($r^2 = 0.200$, $\beta = 9.34$, $p < 0.05$). Vztah mezi RSE1 a neutišitelností dítěte zůstal podobný jako u původního souboru ($r^2 = -0.245$), stejně jako vztah mezi RSE1 a oporou ze strany zdravotníků ($r^2 = 0.287$). Lze tedy říci, že při vaginálním porodu vliv opory ze strany zdravotníků na změny rodičovské self-eficacy oproti vlivu ostatních proměnných stoupá, přičemž vzájemný vztah ostatních proměnných se příliš nemění.

	RSE2-RSE1	Informační opora šestinedělí	Spokojenost se zdrav.	RSE1	Celková opora šestinedělí	β	p
Informační opora šestinedělí	0.501***	1	0	0	0	3.37	0.002
Spokojenost se zdrav.	-0.332***	0.401	1	0	0	-6.34	0.012
RSE1	-0.670***	-0.039	0.373	1	0	-0.35	0.005
Celková opora šestinedělí	0.427***	0.692	-0.026	-0.134	1	-1.72	0.252
					<i>průsečík:</i>	64.24	
<i>průměr</i>	18.76	28.35	8.24	191.71	12.59		
<i>st. odchylka</i>	27.19	6.82	2.14	37.44	3.73		

β = standardizovaný regresní koeficient; * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Tab. 4 Výsledky regresní analýzy pro ženy, které rodily císařským řezem

K porovnání jsme vytvořili regresní analýzou model pro zbývající skupinu žen, jež porodily císařským řezem ($n = 17$). Vzhledem k malému vzorku lze tyto výsledky brát pouze s rezervou, přesto je však model velmi odlišný od toho předešlého (viz tab. 4) a navíc jeho celkové R^2 je významně vyšší než 0, a dokonce ještě vyšší než u celkového souboru: $F(4,12) = 12.96$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.74$. RSE1 korelovala záporně s rozdílem RSE1 a RSE2 ještě silněji než u celkového souboru ($r^2 = -0.670$, $p < 0.001$), zatímco proměnné, které významně přispívaly k předchozím rovnicím, se v tomto modelu vůbec neukázaly. Spokojenost se zdravotníky v průběhu porodu s rozdílem RSE1 a RSE2 korelovala také negativně ($r^2 = -0.332$, $p < 0.01$). Pozitivní dopad naopak měla kvalita informační opory ze strany zdravotníků na oddělení šestinedělí ($r^2 = 0.501$, $p < 0.001$) a zřejmě i celková opora na oddělení šestinedělí, která však nedosahovala hladiny významnosti ($r^2 = 0.427$, $p = 0.25$). Zajímavá je i kladná korelace mezi RSE1 a spokojeností se zdravotníky v průběhu porodu ($r^2 = 0.373$). Je možné vyslovit domněnku, že po císařském řezu je pro podporu rodičovské self-efficacy obzvláště důležitá opora, především relevantní a spolehlivé rady, ze strany zdravotníků působících na oddělení šestinedělí. Je to přirozené, protože po císařském řezu jsou ženy běžně déle upoutány na lůžko a nemají možnost o dítě od počátku pečovat; i kojení je kvůli separaci matky a dítěte obvykle ztíženo. Pokud rodičovskou self-efficacy podporuje nespokojenost se zdravotníky pečujícími o ženu v průběhu porodu, lze to interpretovat jako přenesení zodpovědnosti za neočekávaný a snad i neuspokojivý výsledek porodu na zdravotníky jako funkční protektivní reakci.

Závěry

Sociálně psychologické charakteristiky zdravotní péče, především sociální opora při porodu a v šestinedělí, mají mírný, ale významný dopad na změny rodičovské self-efficacy v tomto období. Význam sociální opory při porodu a v šestinedělí se liší podle způsobu porodu.

Diskuse

Za limit výzkumu lze považovat velikost výzkumného souboru, která je na hranici reprezentativnosti; především to platí o výsledcích pro skupinu žen, které porodily císařským řezem. Zjištěný vliv sociální opory je navíc sice statisticky významný, ale přesto poměrně slabý – i ve skupině žen, jež porodily vaginálně, je $r^2 = 0.151$. Ne zcela jasný je navíc výrazný vztah RSE1 a percipované opory ze strany zdravotníků, který je možné implicitně vysvětlit teorií podpurných vztahů, explicitní spojení však chybí. Při větším výzkumném souboru by bylo pravděpodobně možné prokázat další vztahy rozdělením výzkumného souboru na další podsoubory podle druhu porodu, percepce sociální opory či osobní kontroly, nebo zdrojů pro zvládnání porodu; vzhledem k tomu, že sběr dat stále probíhá, věříme, že to bude alespoň zčásti možné.

Je třeba také znovu připomenout, že velikost rozdílu mezi RSE1 a RSE2 je také zčásti limitována použitou metodou. Vzhledem k tomu, že PES je jediný nástroj určený pro rodiče takto malých dětí, nebylo v průběhu první fáze výzkumu možné uvažovat o jeho náhradě. Dosažení téměř maximálního skórování v PES v druhé fázi sběru dat také mohlo způsobit vyšší nárůst RSE u skupiny žen po císařském řezu oproti skupině žen po vaginálním porodu. Na tento rozdíl se chceme po zvýšení velikosti výzkumné skupiny v našich dalších pracích zaměřit.

Přínosem výzkumu je jednoznačně zjištění o významu sociální opory při porodu ze strany zdravotníků, především při vaginálním porodu, kdy mírně, ale významně podporuje rodičovskou self-efficacy žen. Podobné

zjištění přinesla už studie významu dul (ženy, která provází ženu k porodu a poskytuje jí emocionální, hodnotící i instrumentální oporu, ale nikoli zdravotní péči). Ženy, které využily služeb dudy, jež je provázela celým porodem, vnímaly necelé dva měsíce po porodu své dítě pozitivněji a lépe hodnotily i samy sebe (Campbell, Scott, Klaus, & Falk, 2007; Stein, Kennell, & Fulcher, 2004). V našem výzkumu tomu odpovídá i zjištění o významu stále přítomnosti osoby doprovázející ženu při porodu.

Ukázala se navíc další skutečnost, která není téměř nikdy ve výzkumech porodního zážitku diskutována. Ačkoli nevíme přesně proč, v percepci opory při porodu jsou mezi ženami rozdíly, které nelze pravděpodobně vysvětlit pouze charakteristikami zdravotníků a jejich přístupem k ženě, a je pravděpodobné, že tyto rozdíly jsou ovlivněny předchozí zkušeností s přijímáním opory (a snad i péče) v primární rodině. Vzhledem k tomu, že ženy přijímají při porodu snáze péči a oporu ženy, lékařky či porodní asistentky (Takács & Kodyšová, 2011), a sám porod je těsně spjat s mateřskou rolí, je možné, že osoba matky a její péče v této chvíli nabývá obzvláštního významu. Přijímání péče je však dovednost, která nemusí být na osobě matky závislá, jak ukazuje studie Spagnuolo Lobb (1990). Ta vyvinula koncept předporodní přípravy založený na gestalt terapii, v jehož rámci se ženy mj. učily přijímat oporu. Ve srovnání s kontrolní skupinou, která se účastnila běžné předporodní přípravy, měla experimentální skupina výrazně kratší porod a méně porodnických intervencí, a udávala větší sebedůvěru v mateřské roli. Přijímání opory při porodu se tedy může stát jedním z témat předporodní přípravy. Je také velmi pravděpodobné, že porodnický systém umožňující kontinuitu zdravotní péče v průběhu těhotenství a porodu a lepší psychosociální dovednosti zdravotníků zlepší připravenost žen oporu při porodu přijímat, jak naznačují výzkumy zabývající se přínosem péče dudy. Pozitivní zážitek s přijímáním opory od zdravotníků při porodu, zvláště pokud by byl zpracován a integrován, by se tak mohl stát korektivní zkušeností pro ženy, které mají s přijímáním sociální opory obtíže. Sledování změn percepcie sociální opory a porodního zážitku by tak mohlo být tématem dalších prací v této oblasti.

Citovaná literatura

- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 56–62.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bowlby, J. (1984). Caring for the Young: Influences on Development. V R. C. Cohen, *Parenthood* (stránky 269–284). New York: The Guildford Press.
- Bryanton, J., Gagnon, A., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Nursing Research*, 57 (4), 252–9.
- Bussche, E., Crombez, G., Eccleston, C., & Sullivan, M. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11, 275–282.
- Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H., & Falk, M. (2007). Female relatives or friends trained as labor doulas: Outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. *BIRTH*, 34 (3), 220–227.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7 (26).
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57 (6), 1507–1518.
- Edworthy, Z., Chasey, R., & Williams, H. (2008). The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 123–138.
- Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28 (1), 39–44.
- Feinberg, M., Jones, D., Kan, M., & Goslin, M. (2010). Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *Journal of Family Psychology*, 24 (5), 532–542.
- Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 260–268.
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. P. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18 (2), 245–252.
- Fowles, E. R. (1998). Labor concerns of women two months after delivery. *BIRTH*, 25 (4), 235–240.
- Froman, R., & Owen, S. (1989). Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal*, 3 (3), 199–210.

- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Green, J., & Baston, H. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *BIRTH*, 20 (4), 235–247.
- Halpern, L., & McLean, W. J. (1997). Hey mom, look at me! *Infant Behavior and Development*, 20 (4), 515–529.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 160–172.
- Ip, W.-Y., Chung, T. K., & Tang, C. S. (2008). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: the development of a short form. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 333–340.
- Jackson, A. P., & Huang, C. C. (2000). Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers: the mediating role of self-efficacy. *Journal of Social Service Research*, 26 (4), 29–42.
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, 3 (2), 227–247.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing and Health*, 16, 141–149.
- Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), 16–24.
- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4), 387–396.
- Raikes, H., & Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26 (3), 177–190.
- Raver, C., & Leadbeater, B. J. (1999). Mothering under pressure: Environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology*, 13 (4), 523–534.
- Reece, S. (1992). The parent expectations survey. *Clinical Nursing Research*, 1 (4), 336–346.
- Salonen, A., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A., Isoaho, H., & Tarkka, M. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (11), 2324–2336.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A., & Sarason, I. G. (1993). Investigating the antecedents of perceived social support: Parents' views of and behavior toward their children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (5), 1071–108.
- Sawyer, A., & Ayers, S. (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health*, 24 (4), 457–471.
- Schytt, E., Green, J. M., Baston, H. A., & Waldenström, U. (2008). A comparison of Swedish and English primiparae's experiences of birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (4), 277–294.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *BIRTH*, 18 (4), 203–210.
- Soet, J., Brack, G., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *BIRTH*, 30 (1), 36–46.
- Spagnuolo Lobb, M. (1990). Childbirth as re-birth of the mother: A psychological model of training for childbirth by Gestalt therapy approach. *The Gestalt Journal*, 15 (1), 7–38.
- Stadlmayr, W., Amsler, S., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., & další. (2006). Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (4), 211–224.
- Stein, M. T., Kennell, J. H., & Fulcher, A. (2004). Benefits of a Doula Present at the Birth of a Child. *Pediatrics*, 114 (Supplement Part 3 of 3), 1488–1491.
- Stifter, C., & Bono, M. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother-infant attachment. *Child: Care, Health & Development*, 24 (5), 339–351.
- Takács, L., & Kodyšová, E. (2011). Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*, 76 (3), 199–204.
- Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A.-M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *BIRTH*, 30(2), 75–82.
- Teti, D. M., & Gelfland, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918–929.
- Waldenström, U. (2004). Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time?, 31(2), *BIRTH*, 31 (2), 102–107.

- Williams, T. M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., Aiken, L. S., a další. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8, 251–265.
- Winnicott, D. (1987). *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley.

SOCIODEMOGRAFICKÉ ROZDIELY V ŤAŽKOSTIACH PRI VOĽBE POVOLANIA

SOCIODEMOGRAPHIC DIFFERENCES IN CAREER DECISION DIFFICULTIES

Miroslava Bruncková, Štefan Vendel

Inštitút psychológie, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, 17. novembra 1, 080 01 Prešov

Abstrakt:

Predkladaný príspevok prezentuje výstupy z procesu adaptácie dotazníka na diagnostiku ťažkostí pri voľbe povolania a zo získaných dát porovnáva rodové a vekové rozdiely v ťažkostiach pri voľbe povolania. Výskumu sa zúčastnilo 657 respondentov, z toho bolo 329 chlapcov a 328 dievčat vo veku 15–19 rokov, s priemerným vekom 17,35 rokov. Výsledky preukázali, že chlapci prezentujú vyššiu mieru nedostatku motivácie a vonkajších konfliktov ako dievčatá a dievčatá zas vyššiu mieru všeobecnej nerozhodnosti ako chlapci. Preukázal sa aj štatisticky významný záporný vzťah medzi vekom a nedostatkom informácií o školách, nedostatkom informácií o trhu práce, nedostatkom informácií o sebe, nedostatkom informácií o tom, ako spraviť kariérové rozhodnutie a celkovým skóre prezentovaných ťažkostí pri voľbe povolania.

Abstract

The article presents the outputs of the process of adapting the questionnaire for the diagnosis of difficulties in career choices and compares the data in differences of gender and age in the difficulties in choosing a profession. Research participated 657 respondents, of which were 329 boys and 328 girls aged 15–19 years with a mean age of 17.35 years. Results showed that boys presented greater lack of motivation and external conflicts than girls and girls presented higher score in general indecision than boys. Research showed statistically significant negative relationship between age and lack of information about schools, lack of labor market information, lack of information about themselves, the lack of information about how to make the career decision and the total score presented difficulties in career choices.

Klíčová slova

kariérové poradenstvo; kariérová nerozhodnosť; ťažkosti pri voľbe povolania; Dotazník ťažkostí v rozhodovaní o voľbe povolania.

Key words:

career guidance; career indecision; difficulties in career choices; Questionnaire of difficulties in choosing the profession.

1 Úvod

Rozvoj kariérového poradenstva a zefektívnenie jeho služieb je jednou z hlavných rámcových aktivít opatrení 1.1 „Premena tradičnej školy na modernú“ a 1.2 „Vysoké školy a vývoj a výskum ako motory rozvoja vedomostnej spoločnosti“ operačného programu „Vzdelávanie“ v programovom období na rok 2007–2013 a je aj zadefinovaný v druhej prioritnej osi „Ďalšie vzdelávanie ako nástroj rozvoja ľudských zdrojov“ v horizontálnej prioritnej osi „Rovnosť príležitostí“. Naplnením rámcovej aktivity viažucej sa na rozvoj inovatívnych foriem vzdelávania, racionalizáciu a skvalitnenie študijných programov vysokých škôl vrátane podpory kariérového poradenstva a na podporu výchovného a kariérového poradenstva na základných a stredných školách sa dosiahne niekoľko špecifických cieľov operačného programu a to inovácia obsahu a metódy, skvalitnenie výstupov vzdelávania pre potreby trhu práce vo vedomostnej spoločnosti a prispôbenie vysokoškolského vzdelávania potrebám vedomostnej spoločnosti (Príručka pre žiadateľa o nenávratný finančný príspevok z Európskeho sociálneho fondu, Operačný program vzdelávanie, 2010).

Kariérové poradenstvo ako súčasť celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva sa stalo za posledné obdobie jednou z najvhodnejších ciest pomôcť človeku prispôbiť svoju profesionálnu dráhu náhlým ekonomickým a hospodárskym zmenám. Aj napriek tomu, že nutnosť kariérového poradenstva bola zadefinovaná už v Lisabonskej zmluve, Programové vyhlásenie vlády na roky 2010–2014 konštatuje, že priority

celoživotného vzdelávania neboli naplnené a oblasť ďalšieho vzdelávania a kariérového poradenstva dosiahla na Slovensku jeden z najmenších pokrokov v rámci všetkých rezortov vlády Slovenskej republiky (Rozpracovanie úloh vyplývajúcich pre Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR z Programového vyhlásenia vlády SR na roky 2010–2014, 2010).

Jednou z možných alternatív riešenia neuspokojivého stavu kariérového poradenstva na Slovensku je aj vytvorenie batérie diagnostických nástrojov pre lepšiu špecifikáciu potrieb klientov v službách profesionálne orientácie, ktoré zabezpečí efektívne a na problém zamerané kariérové poradenstvo vrátane individuálneho prístupu k jedincovi a vhodnej intervencie. Súčasťou tejto batérie testov by mal byť aj Dotazník na meranie ťažkostí pri voľbe povolania, ktorý by jasne identifikoval bariéry v rozhodovaní sa o budúcom štúdiu či povolani a v plánovaní vlastnej kariéry.

Predkladaný príspevok prezentuje výstupy z procesu adaptácie dotazníka na diagnostiku ťažkostí pri voľbe povolania a svojím obsahom nadväzuje na príspevok prezentovaný na konferencii „PhD Existence I“ s názvom Ťažkosti pri voľbe povolania (Bruncková, Vendel, 2011). Obsahom práce je priblíženie problematiky ťažkostí pri voľbe povolania a zmapovanie rodových a vekových rozdielov v ťažkostiach pri voľbe povolania.

2 Kariérové poradenstvo

Vznik a rozvoj kariérového poradenstva úzko súvisí s poradenskou činnosťou či so samotným poradenstvom. To, čo je nevyhnutnosťou pre efektívnu poradenskú činnosť, platí rovnako aj pre kariérové poradenstvo. Poradenstvo „je založené na vzťahu pomoci, pričom poradca má snahu podporiť rast, rozvoj, zrelosť a lepšie uplatnenie klienta, aby sa efektívnejšie orientoval vo svete a vyrovnával so životom“ (Gabura, Pružinská, 1995, s. 13). Vo svojom rozvoji a činnosti malo poradenstvo za úlohu zjednocovať teóriu a prax (Koščo, 1987).

Ako je aj v samotnom poradenstve dôležitá biodromálna koncepcia, ktorá skúma osobnosť v priestore životnej cesty a procesy jej vývinových zmien, tak by sa mala využiť aj v procese kariérového poradenstva. Pod pojmom vývin rozumie biodromálna psychológia proces neustálych zmien s potenciálmi pre rast, obohacovanie a zmenu aj v dospelosti a starobe (Koščo, 1987). Poradenská psychológia a tým pádom aj kariérové poradenstvo by tak mali byť súčasťou celého životného cyklu človeka a facilitovať jeho rast a potenciál (Palmer, McMahon, 1997; Woolfe et al., 2010).

Koncept biodromálneho kariérového poradenstva sa presadil aj v Memorande o celoživotnom vzdelávaní schváleným Komisiou európskych spoločností. Poradenstvo sa má stať neustále dostupnou službou pre všetkých občanov, prekonávať rozlišovanie medzi výchovným, profesijným a personálnym poradenstvom, zasahovať aj netradičných užívateľov a má dodržiavať zásady celoživotného vzdelávania a holistického prístupu. Pre efektívne poradenstvo je nevyhnutný posun od prístupu založenom na ponuke na prístup založený na dopyte. Popri tom musí poradenstvo pokladať za svoju hlavnú starosť uspokojovanie potrieb a požiadaviek užívateľov. Spoločnosť založená na vedomostiach vyžaduje aktívnych občanov, ktorí budú vnútorne motivovaní k starostlivosti o svoj vlastný osobný a profesionálny rozvoj. Úlohou kariérového poradenstva je sprevádzať jednotlivcov na ich jedinečnej ceste životom, motivovať ich, poskytovať dôležité informácie a uľahčovať rozhodovanie. Zahrňuje to aj dôraz na proaktívny prístup, t. j. vyhľadávanie vhodnej klientely. Takisto to zahrňuje pozitívne akcie na prevenciu a nápravu zlyhania pri učení a vypadnutia zo vzdelávacích programov alebo odbornej prípravy (Memorandum o celoživotnom vzdelávaní sa, 2000).

Poradenstvo stavia na dôvere v poradenskom vzťahu a na špecifickej forme komunikácie zameranej na optimalizáciu a stimuláciu osobnostného rozvoja. Dôraz sa kladie na aktívny prístup klienta k vlastnému životu a na preberaní zodpovednosti za seba pri rozhodovaní a riešení problémov. Poradenstvo zabezpečuje aj poskytovanie informácií pri ujasňovaní si životných plánov, cieľov, hodnotovej orientácie či smerovania. Obsahom a formou ide o personalizované a socializované učenie vrátane vzdelávania, výchovy a výcvikov (Zvaríková, 2009).

Kariérové poradenstvo je charakteristické svojím multidisciplinárnym obsahom a vychádza z takých oblastí ako je psychológia, pedagogika, sociológia či ekonomika práce. Bola to však psychológia, ktorá vznik a rozvoj kariérového poradenstva ovplyvnila najviac a to už pri jeho vzniku (Sweet, Watts, 2004). Najpresnejšie vymedzenie kariérového poradenstva ponúka príručka kariérového poradenstva vydaná Európskou komisiou a Organizáciou pre spoločenský rozvoj a spoluprácu, ktorá definuje kariérové poradenstvo ako „služby a aktivity zamerané na pomoc jednotlivcom každého veku a v ktorejkoľvek fáze ich života pri voľbe vzdelávania, odbornej prípravy a povolania a pri riadení svojej kariéry. Tieto služby sa môžu vykonávať na školách, inštitúciách poskytujúcich odbornú prípravu, univerzitách a vysokých školách, vo verejných službách zamestnanosti,

na pracoviskách, v treťom sektore alebo na komunálnej úrovni a v súkromnom sektore. Môžu sa vykonávať individuálne alebo skupinovo, osobne alebo dištančnou formou (vrátane telefonického poradenstva a služieb na internetových stránkach). Služby zahŕňajú poskytovanie kariérových informácií (v tlačenej, elektronickej alebo inej forme), hodnotiace a samohodnotiace nástroje, poradenské rozhovory, programy kariérového vzdelávania (zamerané na podporu rozvoja vedomia seba samého, vnímania možností a zručností pre riadenie kariéry), skúšobné programy (prehľad možností pred voľbou), programy pre vyhľadávanie práce, či služby pre tranzitné obdobia“ (Career guidance – A handbook for policy makers, 2004).

3 Voľba povolania

Služby poskytované kariérovým poradenstvom sa v súčasnosti najviac dotýkajú voľby povolania. Voľba povolania je dlhodobý a komplexný proces zameraný nielen na výber a prípravu na konkrétne povolanie, ale aj na profesijnú kariéru, ktorá sa začína v ranom detstve a v priebehu socializácie jedinca je ovplyvňovaná mnohými faktormi (Vendel et al., 2007). Voľba povolania je definovaná ako „proces zahrňujúci rozhodovanie o voľbe štúdia alebo prípravy na povolanie, o voľbe konkrétneho povolania a o celej profesijnej dráhe človeka. Voľba povolania je súčasťou celého osobnostného vývinu, v ktorej dôležitú rolu hrajú rozhodovacie procesy“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 274). Vyznačuje sa častou prítomnosťou konfliktov a sporov (Peterson, Seligman, 2004, in Křivohlavý, 2009). Voľba povolania tak zahrňuje rozhodovanie o konkrétnom povolaní, ktoré by chcel daný jedinec v budúcnosti vykonávať, výchovu k voľbe povolania, výber strednej či vysokej školy, hľadanie konkrétneho zamestnania u konkrétneho zamestnávateľa a rekvalifikáciu na iné povolanie (Hlado, 2008).

Výber budúceho povolania je považovaný za centrálny pojem sociálnej integrácie a sociálnej mobility človeka v spoločnosti. Je vymedzený ako voľba „určitej roly, či pozície s cieľom integrácie do sociálneho systému“ (Ries, 1970, in Koščo, 1987, s. 231). Okrem toho, že správna voľba povolania súvisí s následnou spokojnosťou počas vysokoškolského štúdia, pracovnou spokojnosťou, s vysokou pracovnou výkonnosťou a nízkou pracovnou fluktuáciou (Vendel, 2008), predurčuje aj budúci štýl, spoločenský status, uspokojenie a seberealizáciu, ako aj osobnostný a kvalifikačný rast a rozvoj (Gajdošová, Herényiová, 2006). Pokiaľ výsledná voľba povolania nie je z rôznych dôvodov subjektívne pozitívne akceptovaná, znamená obmedzenie potreby seberealizácie aj s výhľadom do budúcnosti (Vágnerová, 2000) a negatívne vplýva aj na psychickú pohodu, zdravie a sociálnu akceptáciu jedinca (Gati, Saka, 2001). Správne umiestnený jedinec má predpoklady byť vyrovnanou osobnosťou s pocitom samostatnosti a spoločenskej hodnoty, má pocit sociálnej istoty, ktorý bráni negatívne depresívne prežívanie, neurotizáciu a porušenie stability osobnosti (Mojžíšek, 1981).

Hoci začiatky voľby povolania sú badateľné už v predpubescentom období, výber povolania sa týka hlavne adolescencie. Do tohto obdobia je voľba povolania skôr predmetom fantázie, ktorá sa neviaže na vlastné schopnosti či požiadavky práce. Až v období adolescencie je človek schopný porovnávať svoje prania so skutočnosťou (Krejčířová, 2004). Aj keď výber povolania prebieha hlavne v období adolescencie, len málokto adolescent má jasnú predstavu o svojom budúcom povolaní (Leifer, 2004).

Voľba povolania súvisí s dvoma aspektmi – s hľadiskom jedinca a s hľadiskom spoločnosti. Hľadisko jedinca určuje taký výber povolania, ktoré by daného človeka čo najviac uspokojovalo, v ktorom by čo najlepšie uplatnil svoje špecifické schopnosti i osobnostné sklony a záujmy. Hľadisko spoločnosti určuje získanie takého jedinca, ktorý by ako pracovník čo najlepšie prispieval k plneniu spoločenských úloh. Zladenie individuálnych a spoločenských záujmov by malo byť cieľom dobrej voľby povolania (Krejčířová, 2004). Zhoda štruktúry povolania a jeho nárokov na človeka so štruktúrou osobnosti daného človeka je pre správnu voľbu povolania nevyhnutná (Koščo, 1987). Voľba budúceho povolania sa vyznačuje tým, že má pri nej jedinec na výber veľký počet alternatív (škôl, špecializácii, odborov...). Ku každej možnosti existuje množstvo dostupných a veľakrát aj v čase meniacich sa informácií. Dostupnosť týchto informácií je pre jedinca relatívna. Každá alternatíva sa dá porovnávať podľa mnohých aspektov (ako napr. dĺžka štúdia, uplatnenie v odbore, spoločenský status, prestíž školy,...). Pri voľbe povolania sa musí jedinec vyrovnávať aj s veľkou neistotou, ktorá sa týka budúcnosti daného povolania a budúcnosti jeho záujmov a hodnôt (Gajdošová, Herényiová, 2006). Výber povolania sa tak stáva rozhodnutím medzi navzájom zreteľne konfliktnými možnosťami riešenia s neistým výsledkom do budúcnosti aj napriek poctivo pripravenému procesu rozhodovania (Damasio, 2004).

Ako bolo spomenuté už vyššie, voľba povolania je podmienená mnohými faktormi. Gajdošová a Herényiová (2006) delia tieto faktory do dvoch skupín – na externé činitele a interné činitele. Medzi vonkajšie (externé) činitele zaraďujú sociálno – ekonomické a kultúrne postavenie rodiny, povolanie a vzdelanie rodičov, postoje

rodičov k vzdelaniu a k práci, aspirácie rodičov týkajúce sa budúceho povolania detí, voľbu povolania rovesníkov, postoj spoločnosti k preferovanej pozícii atď. Medzi vnútorné (interné) činitele zaraďujú osobnostné vlastnosti jedinca, jeho všeobecné a špecifické schopnosti, záujmy, nadanie, talent, potreby, získané vedomosti a pod.

Počas voľby povolania môžu konflikty vznikáť medzi vnútornými a vonkajšími činiteľmi ale aj v rámci jedného činiteľa (napr. konflikt medzi osobnostnými vlastnosťami jedinca a jeho talentom) (Gajdošová a Herényová, 2006).

4 Ťažkosti pri voľbe povolania

S voľbou povolania úzko súvisí pojem kariérovej nerozhodnosti, ktorá je pojmovým predchodcom ťažkostí pri voľbe povolania a ktorá je definovaná ako „neschopnosť špecifikovať voľbu týkajúcu sa vzdelania alebo povolania“ (Kelly, Lee, 2002, s. 322). Kariérová nerozhodnosť však nevysvetľuje celé spektrum príčin, prečo jedinec nemôže završiť voľbu svojho budúceho povolania. Málokedy to totiž súvisí so samotnou nerozhodnosťou ako osobnostnou vlastnosťou. Veľakrát do celého procesu kariérového rozhodovania vstupujú aj iné faktory ako nedostatočná informovanosť jedinca, nedostatok motivácie či vnútorné konflikty jedinca. Samotná nerozhodnosť tak podľa nášho názoru tvorí len jednu z mnohých príčin, pre ktoré jedinec nedokáže vykonať uspokojivé kariérové rozhodnutie. Množina všetkých možných príčin neschopnosti vykonať toto rozhodnutie sa nazýva „ťažkosti pri voľbe povolania“ a javí sa byť širšou, presnejšou a smerodatnejšou kategorizáciou ako pôvodná kariérová nerozhodnosť.

Existuje niekoľko prístupov k voľbe povolania, ku kariérovému rozhodovaniu a tým zároveň aj ku kategorizácii ťažkostí pri voľbe povolania. Pitz a Harren (1980, in Germeijs, De Boeck, 2003) vzťahujú taxonómiu ťažkostí pri voľbe povolania k utilitaristickej teórii voľby povolania. Ťažkosti pri voľbe povolania vymedzujú vzhľadom na jednotlivé kroky kariérového rozhodnutia a to ako celkovú množinu alternatív – jedinec by si mal byť vedomý dostupných alternatív a ich charakteristík; celkovú množinu cieľov, ktoré chce jedinec dosiahnuť – jedinec by mal mať vytýčený cieľ, ku ktorému bude vzťahovať jednotlivé kategórie; celkovú množinu výsledkov – jedinec by mal vedieť predpokladať výsledky jednotlivých alternatív; atribúty výsledkov – jedinec by mal byť schopný porovnať predpokladané výsledky alternatív s vlastnými očakávaniami.

Pri kategorizácii ťažkostí pri voľbe povolania vychádzajú Gati, Krauzs a Osipow (1996) z normatívnej teórie kariérového rozhodovania, kedy sa za ťažkosť považuje akékoľvek odchýlka od „osoby ideálne sa rozhodujúcej o voľbe povolania“. Osoba s ťažkosťou pri voľbe povolania tak nie je schopná vykonať optimálne kariérové rozhodnutie, alebo jej táto ťažkosť bráni vo vykonaní rozhodnutia. Osoba ideálne sa rozhodujúca o voľbe povolania si uvedomuje potrebu vykonať rozhodnutie o voľbe povolania, je motivovaná k tomuto rozhodnutiu (chce ho vykonať) a je schopná vykonať rozhodnutie, ktoré bude v súlade s jej potrebami a cieľmi a je založené na vhodnom rozhodovacom procese. Tento rozhodovací proces môže byť neprimeraný z niekoľkých dôvodov, ktoré vyvstávajú pred rozhodovacím procesom alebo počas neho. Podobne ako Pitz a Haren, tak aj títo autori predpokladali, že ťažkosti môžu vzniknúť v každej etape kariérového rozhodnutia, ktoré autori rozdelili podľa štyroch kritérií: rovnaké štádium procesu rozhodovania, rovnaký predpokladaný zdroj ťažkostí, podobný dopad na jedinca a podobná intervencia na prekonanie ťažkostí.

Autori rozdelili tieto dôvody do troch hlavných kategórií, ktoré sa spolu delia do desiatich podkategórií a do 44 špecifických problémov (Gati, Saka, 2001; Wei-Cheng, 2004): nedostatočná pripravenosť – táto kategória sa vyskytuje pred samotným začiatkom kariérového rozhodnutia a zaraďujeme do nej podkategórie nedostatok motivácie zapojiť sa do procesu voľby povolania, všeobecná nerozhodnosť prejavujúca sa vo všetkých typoch rozhodovania, dysfunkčné presvedčenia zahŕňajúce aj iracionálne presvedčenia; nedostatok informácií – táto kategória sa vyskytuje počas kariérového rozhodovania a zaraďujeme do nej nedostatok informácií o krokoch, ktoré je potrebné vykonať počas kariérového rozhodnutia, nedostatok informácií o sebe samom, nedostatok informácií o jednotlivých alternatívach voľby povolania a nedostatok vedomostí o zdrojoch a postupoch získavania ďalších doplňujúcich informácií potrebných pre kariérové rozhodnutie; nekonzistentné informácie – táto kategória sa vyskytuje tiež počas kariérového rozhodovania a zaraďujeme do nej podkategórie nespoľahlivé alebo navzájom si odporujúce informácie, vnútorné konflikty (v prežívaní jedinca – napr. protichodné tendencie) a vonkajšie konflikty (vznikajúce vplyvom dôležitých osôb).

Larson et al. (1994) vymedzil tri kategórie blokov, pre ktoré nemôže jedinec uskutočniť kariérové rozhodnutie: afektívny blok – do tejto kategórie sa zaraďuje úzkosť z rozhodovania, ktorá môže spočívať v nerealistických očakávaniach, v strachu zo zlyhania resp. vo výskyte protichodných črt vzhľadom k výberu povolania;

kognitívny blok – do tejto skupiny patrí nepoznanie vlastných cieľov či slabé sebazpoznanie z dôvodu difúznej identity; behaviorálny blok – je charakterizovaným externým miestom kontroly – napr. spoliehanie sa na autority, osud či šťastie. Jedinca s týmto druhom psychického bloku majú poväčšine slabé sebavedomie, nízku sebaúctu a vyhýbajú sa zodpovednosti.

U jedného jedinca sa môže vyskytovať aj kombinácia viacerých psychických blokov. Napríklad sekundárna motivácia je dôsledkom kombinácie kognitívneho a behaviorálneho bloku, kedy jedinec so silnou úzkosťou sa spolieha pri rozhodnutí o budúcom povolání na svojich rodičov.

Harris a Dewdney (1994) rovnako kategorizovali ťažkosti v rozhodovaní o voľbe povolania, no vo svojej taxonómii ich nazvali bariérami. Daná kategorizácia bola dokázaná aj vedeckou štúdiou (Julien, 1999). Autori rozlíšili desať bariér vo vykonávaní kariérového rozhodnutia: jedinec sa ocitne v situácii, kedy nevie, aké informácie potrebuje; jedinec nepozná spôsob získania dôležitých informácií; jedinec nepozná existujúce zdroje potrebných informácií; neexistencia pre jedinca potrebných informácií; odradenie samotnými získanými informáciami; neskoré získanie potrebných informácií; slabé komunikačné schopnosti jedinca; nízke sebavedomie jedinca; nevhodné spracovanie informácií jedincom (možnosť prijatia a pod.) a jedinec získava informácie z rôznych zdrojov resp. protichodné informácie.

Ďalšiu kategorizáciu bariér v procese kariérového rozhodovania predstavil Dervin (1980, in Julien, 1999), ktorá je oproti predošlej kategorizácii bariér viac všeobecná a obsah jednotlivých bariér nie je presne charakterizovaný. Dervin vytvoril päť kategórií bariér: inštitucionálne bariéry – patria medzi externé bariéry, kedy inštitucionalizované zložky (napr. konkrétni poradcovia) nemôžu alebo nechcú poskytnúť dôležité informácie; fyziologické bariéry – zaraďuje sa medzi externé bariéry; týkajú sa telesného alebo psychického handicapu, ktorý bráni vykonávať určité povolania; psychologické bariéry – patria k interným bariéram, viažu sa na slabú motiváciu jedinca resp. jeho neschopnosti uvedomiť si potrebu informácií; intelektuálne bariéry – zaraďujú sa k interným bariéram, kedy jedinec pre nedostatočné vedomosti či zručnosti nemôže získať potrebné informácie a sociálne bariéry – nepôsobia na jedinca priamo ale pôsobia cez vyššie spomenuté bariéry.

Iný prístup pre kategorizáciu ťažkostí pri voľbe povolania zvolili Germejis a De Boeck (2003). Autori rozlíšili jednotlivé kategórie ťažkostí pri voľbe povolania na základe škál merajúcich profesijnú a celkovú nerozhodnosť. Vytvorili tak taxonómiu jedenástich ťažkostí pri voľbe povolania: rozhodovanie je časovo náročné; jedinec poníma rozhodovanie ako náročné; jedinec nevie, akým spôsobom sa dá vykonať správne rozhodnutie; jedinec sa cíti neistý počas rozhodovania; jedinec odkladá rozhodovanie; jedinec sa vyhýba rozhodovaniu; jedinec prenecháva rozhodovanie na inú osobu; jedinec vykoná nestabilné rozhodnutie; jedinec je nespokojný z vykonaného rozhodnutia; jedinec ľutuje svoje rozhodnutie a jedinec sám seba poníma ako nerozhodného.

Hoci vyššie citované taxonómie ťažkostí pri voľbe povolania predstavujú neúplný zoznam všetkých kategorizácií na túto tému, je zjavné, že väčšina autorov sa vo svojich deleniach líši. Možnými dôvodmi sú rozdielne teoretické východiská či použitá metodológia. Brown a Rector (2008) sa snažili vyriešiť tieto nezrovnalosti a pokúsili sa na základe metaanalýzy vytvoriť jednotnú taxonómiu ťažkostí pri voľbe povolania. Táto kategorizácia pozostávala z deviatich zdrojov ťažkostí: nedostatok informácií o sebe samom, nedostatok informácií o povolaniach, úzkosť z voľby povolania, nedostatok motivácie, nedôveryhodné informácie z rozličných zdrojov, iracionálne myslenie a presvedčenia v oblasti profesijného života, interné a externé bariéry, konflikt medzi reálnymi alternatívami a chronická nerozhodnosť. Autori rozdelili jednotlivé kategórie zdrojov ťažkostí pri voľbe povolania do štyroch faktorov: chronická nerozhodnosť – definovaná vysokou mierou úzkosti, nízkym sebavedomím, nízkou odolnosťou pri zvládaní záťaže (napr. aj pri rozhodnutiach), strachom z rozhodnutia či zo zodpovednosti, závislosťou na iných osobách, externým miestom kontroly a pod.; nedostatok informácií – o sebe samom, o pracovnom trhu, o jednotlivých alternatívach voľby povolania, o procese rozhodovania; do tohto faktoru sa zaraďujú aj neúplné informácie a aj interné konflikty (nerozhodnutosť); interpersonálne konflikty (vonkajšie bariéry) – informácie z nespoľahlivých zdrojov, situačné bariéry a pod. a difúzia identity – definovaná kariérovou nezrelosťou, iracionálnymi a nestabilnými postojmi, nedostatkom motivácie, svedomitosti, slabým sebazpoznaním a pod.

Napriek snahe zahraničných odborníkov sa na Slovensku a rovnako aj v strednej Európe neujala ani jedna z vyššie spomenutých taxonómii. Taktiež sa naďalej pri opise ťažkostí pri voľbe povolania využíva skôr pojem kariérová nerozhodnosť.

4.1 Rodové a vekové rozdiely v miere ťažkostí pri voľbe povolania

Ťažkosti pri voľbe povolania sú modifikované mnohými premennými, ktoré súvisia so socio-demografickými, kognitívnymi, afektívnymi či osobnostnými charakteristikami jedinca, či sa vzťahujú na sociálny kontext, z ktorého klient pochádza. V predkladanom príspevku sa venujeme len sociodemografickým faktorom, konkrétne pohlaviu a veku jedinca. Smerovanie výskumných hypotéz sme prispôbili výsledkom zahraničných štúdií s témou rodových a vekových rozdielov pri voľbe povolania, preto na tomto mieste spomenieme len tieto štúdie.

Rod je jedným z najvýraznejším socio-demografickým determinantom ťažkostí pri voľbe povolania. Mnohé výskumy potvrdili tú skutočnosť, že kariéroví poradcovia by vo svojej práci mali dbať na rodové rozdiely klientov (napr. Gadassi, Gati, 2009; Lee, 2005; Patton, Creed, 2001). Patton a Creed (2001) vo svojej štúdií preukázali, že hoci mali dievčatá vo všetkých vekových kategóriách vyššiu informovanosť ako chlapci, prejavovali vyššiu mieru ťažkostí pri voľbe povolania. Autori si túto skutočnosť vysvetľujú rozdielnou výchovou chlapcov a dievčat. Kým chlapci sú od začiatku vedení k budovaniu kariéry, dievčatá musia riešiť konflikt medzi budúcou profesiou a materstvom. Chlapci tak majú možnosť jednoznačného rozhodnutia, pričom dievčatá sa musia najprv rozhodnúť medzi kariérou či rodinou (Corder, Stephan, 1984, in Lee, 2005). Rovnako aj Lee (2005) potvrdil, že dievčatá pri voľbe povolania pociťujú vyššiu mieru distresu ako chlapci. Dievčatá sa prejavovali pri riešení kariérnych konfliktov oproti chlapcom menej aktívne a dosahovali nižšie kariérové uplatnenie.

Štúdia konaná na Slovensku na vzorke 1.488 študentov stredných škôl nepreukázala rozdiely medzi chlapcami a dievčatami v miere ťažkostí pri voľbe povolania (Vendel, 2007). Výskum sa realizoval vo februári 2006 a zúčastnilo sa ho 56 stredných škôl zo všetkých regiónov Slovenska. Rozdielne výsledky priniesla štúdia Wallaca a Brosiusa (1994, in Vendel, 2008), kedy vyššie skóre v ťažkostiach pri voľbe povolania prejavovali chlapci.

Iný pohľad na vzťah rodu a ťažkostí pri voľbe povolania poskytli Gati a Saka (2001). Podľa nich sa v miere celkových ťažkostí pri voľbe povolania medzi chlapcami a dievčatami nevyskytujú štatisticky významné rozdiely. Odlišnosti nastanú až pri porovnávaní konkrétnych ťažkostí. Dievčatá skórujú vyššie v škálach úzkosti, chlapci zas prejavili vyššiu mieru vonkajších konfliktov.

Jednoznačnejší záver k problematike nekonzistentných výsledkov štúdií vzťahu rodu a ťažkostí pri voľbe povolania sa snažia poskytnúť Patton a Creed (2001). Podľa autorov je vhodnejšie zamerať sa skôr na širšie kontextuálne premenné (rovnosť príležitostí, možnosti zamestnania,...) ako len na faktor rodu.

Súvis veku a ťažkostí pri voľbe povolania sa zdá byť jednoznačný, ak zohľadňujeme prvok kariérovej zrelosti, ktorá úzko súvisí s vekom. Samotné ťažkosti pri voľbe povolania sa vzhľadom na vek prejavujú skôr nerovnomerne. Okolo 15. roku veku klesá u chlapcov a aj u dievčat istota v kariérovom rozhodovaní, ktorá u chlapcov vo veku 16 až 17 rokov postupne narastá a naopak u dievčat klesá (Patton, Creed, 2001).

K tomuto názoru sa prikláňa aj Katz (1992), ktorý tvrdí, že chronologický vek len málo korešponduje s kompetenciami vykonať kariérové rozhodnutie. Z výskumov vyplynuli variácie vzhľadom na vek v mnohých ťažkostiach pri voľbe povolania a to napríklad v slabom sebahodnotení, v nedostatku informácii ako spraviť kariérové rozhodnutie, v nedostatku informácii pre správne sebaopoznanie apod.

Z vyššie spomenutých štúdií vyplýva, že podobne ako pri rode, tak ani pri veku nebude jednoduché opísať jeho súvis s ťažkosťami pri voľbe povolania. Schodnejšou cestou môže byť porovnávanie kognitívnych či emočných charakteristík jedincov s ťažkosťami pri voľbe povolania.

5 Cieľ výskumu

V teoretických východiskách predkladanej práce sme prezentovali nevyhnutnosť silných diagnostických nástrojov v kariérovom poradenstve pre zlepšenie jeho efektivity. Možným riešením je aj vytvorenie dotazníka na identifikáciu ťažkostí pri voľbe povolania, ktorý zabezpečí na problém zamerané poradenstvo, individuálny prístup ku klientovi a lepšiu špecifikáciu jeho problémov v kariérovom rozhodovaní. Teoretické východiská sa týkali aj nejednoznačných záverov štúdií zaoberajúcich sa rozdielmi v ťažkostiach pri voľbe povolania vzhľadom na pohlavie a vek jedinca. Predkladaný výstup prezentuje štruktúru dotazníka zameraného na identifikáciu ťažkostí pri voľbe povolania a mapuje aktuálny výskyt rodových a vekových rozdielov v ťažkostiach pri voľbe povolania.

6 Výskumné hypotézy

Na základe nami určených výskumných cieľov sme si stanovili nasledujúce výskumné hypotézy:

1. Predpokladáme, že dievčatá budú prezentovať nižšiu mieru nedostatku informácií a vyššiu mieru všeobecnej nerozhodnosti a celkovej miery ťažkostí pri voľbe povolania ako chlapci.
2. Predpokladáme, že vek bude mať štatisticky významný a záporný vzťah s jednotlivými ťažkosťami pri voľbe povolania ako aj s ich celkovou úrovňou.

7 Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 657 respondentov, ktorí sa do výskumu zapojili na základe vyplnenia dotazníka v tlačenej podobe. Výskumu sa celkovo zúčastnilo 329 chlapcov a 328 dievčat vo veku 15–19 rokov, s priemer- ným vekom 17,35 rokov. Všetci probanti výskumu navštevovali strednú školu a to buď 4-ročné alebo 8-ročné gymnázium alebo strednú odbornú školu s odbornými končiacimi maturitnými skúškami. Školy sa nachádzali v Prešovskom, Košickom, Žilinskom alebo v Bratislavskom kraji. Výber respondentov a tried do výskumnej vzorky prebiehal na základe príležitostného výberu a na základe predošlého dohovoru s vedením školy alebo s triednym učiteľom.

	N	Priemer	Štandardná odchýlka	Minimum	Maximum	Variancia
vek	657	17,35	0,942	15	19	0,887

Tab. 1: Priemer, štandardná odchýlka, minimum a maximum a variancia vo veku výskumnej vzorky

Pohlavie	Počet	Percentá
Chlapci	329	50,1
Dievčatá	328	49,9
Spolu	657	100

Tab. 2: Rozloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia respondentov

8 Výskumný nástroj, organizácia výskumu a štatistické spracovanie dát

Pri konštrukcii nástroja pre meranie ťažkostí pri voľbe povolania vychádzame z Dotazníka ťažkostí v rozhodovaní o voľbe povolania – CCDQ (Vendel, 2007). Jeho prvá verzia bola vytvorená na základe autorových skúseností z praxe. Bola tvorená 30 položkami a päť – stupňovou odpoveďovou stupnicou. Respondenti sa mali vyjadriť ku každej položke dotazníka, podľa toho, či ich daný výrok vystihuje (1 = „vôbec ma nevystihuje“ a 5 = „dobře ma vystihuje“). Jednotlivé položky dotazníka predstavovali konkrétne ťažkosti pri voľbe povolania, ktoré sa najčastejšie vyskytovali v praxi kariérového poradcu v pedagogicko-psychologickej poradni. Každý problém bol zastúpený len jednou položkou – spolu ich bolo 28. Zvyšné dve položky prevzal autor z dotazníka Career Decision Difficulties Questionnaire (CDDQ) (Gati, Krauzs, Osipow, 1996). Test – retestová reliabilita dotazníka predstavovala hodnotu .81 a vnútorná konzistencia dotazníka .83 (Vendel, 2007). Overenie faktorovej štruktúry dotazníka prebiehalo na vzorke 1.697 študentov 59 stredných škôl z celej Slovenskej republiky. Zber dát sa konal vo februári 2006. Výskum preukázal sedem faktorov dotazníka: nedostatok motivácie, nedostatok informácií o školách, nedostatok informácií o tom, ako spraviť kariérové rozhodnutie, nedostatok informácií o povolaniach a o sebe, všeobecná nerozhodnosť, interné konflikty, externé konflikty. Celková variancia všetkých faktorov je 54, 2%. Druhá verzia dotazníka spočívala v prehodnotení položiek, vo vylúčení šiestich položiek pôvodného dotazníka, ktoré dosahovali nedostatočné psychometrické vlastnosti. Do dotazníka bola doplnená jedna položka, ktorá bola formulovaná na základe dotazníka CDDQ. Konečná verzia tak obsahovala 25 položiek. Zmena nastala aj pri odpoveďovej stupnici, kedy päťbodová škála bola nahradená sedembodovou (1 = „vôbec ma nevystihuje“ a 7 = „dobře ma vystihuje“). Dotazník je doplnený aj o otázky, v ktorých respondent hodnotí mieru svojho rozhodnutia, mieru presvedčenia o správnosti svojej voľby a stupeň ťažkostí pri voľbe povolania. Reliabilita dotazníka na základe vnútornej konzistencie predstavovala hodnotu .888 pri vzorke 121 študentov stredných škôl (Senderáková, 2008) a hodnotu .889 na vzorke 164 študentov (Badaničová, 2009). Faktorová analýza na vzorke 121 študentov preukázala päťfaktorovú štruktúru dotazníka (Senderáková, 2008): nedostatok informácií o tom ako urobiť kariérové rozhodnutie, nedostatok informácií o konkrétnych alternatívach štúdia, všeobecná nerozhodnosť, nedostatok informácií o trhu práce v súčasnosti a v budúcnosti, multipotencialita.

Obe verzie dotazníka preukázali nedostatočné hodnoty zošikmenia či reliability v niektorých položkách a rovnako nedostatočné reliability aj v niektorých faktoroch (napr. faktor 5 druhej verzie dotazníka). Preto je nevyhnutné revidovať dotazník prehodnotením či vylúčením určitých položiek a doplnením nových položiek. Z tohto dôvodu boli položky druhej verzie dotazníka prehodnotené a doplnené o ďalšie výroky na základe teórie ťažkostí pri voľbe povolania, pomocou focusovej skupiny (zameranej na diskusiu o položkách vybraných do jednotlivých kategórií meracieho nástroja na diagnostikovanie ťažkostí pri voľbe povolania), pilotážnymi hĺbkovými rozhovormi s expertmi kariérového poradenstva, brainstormingom v rámci vyučovacích hodín kariérového poradenstva a následným posúdením položiek odborníkmi. Vznikla tak 43 položková verzia dotazníka so sedembodovou odpoveďovou stupnicou, ktorej psychometrické vlastnosti boli overené v predvýskume na súbore 30 študentov gymnázia v Košiciach. Keďže reliability meraná pomocou koeficientu vnútornej konzistencie Cronbachovej alfy bola .845, mohli sme dotazník použiť aj v hlavnom zbere dát.

Hlavný zber údajov prebiehal v mesiacoch január až máj 2011 v mestách Ružomberok, Bratislava, Košice a Prešov. Reliability dotazníka zisťovaná na celej výskumnej vzorke predstavovala hodnotu .768. Bola meraná opäť pomocou koeficientu vnútornej konzistencie – pomocou Cronbachovej alfy.

Pred samotnými štatistickými výpočtami sme si overili prítomnosť chýbajúcich dát („missing values“), ktoré sme po skontrolovaní celého registra údajov nenašli (pomocou klávesov „ctrl“ + F a vyznačeného stĺpca). Taktiež sme overili „zošikmenie“ dát, aby sme mohli určiť parametrické resp. neparametrické postupy vyhodnocovania dát. Keďže ani pri jednej zo skúmaných premenných neprekročilo zošikmenie kritickú hranicu ± 1 , rozhodli sme sa využiť parametrické postupy štatistického vyhodnocovania dát.

Priebehom faktorovej analýzy, ktorá bola vykonaná na prezentovanej výskumnej vzorke, sa nám z pôvodného dotazníka z dôvodu „nenormálneho rozloženia“ a z dôvodu nízkej reliability vylúčilo niekoľko položiek. Po úprave faktorovej matice rotáciou Varimax sa vytvorilo osem faktorov – nedostatok motivácie, nedostatok informácií o školách, nedostatok informácií o trhu práce, nedostatok informácií o sebe, nedostatok informácií o tom ako urobiť kariérne rozhodnutie, celková nerozhodnosť, vnútorné konflikty a vonkajšie konflikty. Reliability jednotlivých škál je nasledovná: nedostatok motivácie (.695), nedostatok informácií o školách (.931), nedostatok informácií o trhu práce (.850), nedostatok informácií o sebe (.879), nedostatok informácií o tom ako urobiť kariérne rozhodnutie (.838), všeobecná nerozhodnosť (.865), vnútorné konflikty (.670) a vonkajšie konflikty (.580). Faktorová analýza nepotvrdila existenciu rovnakých faktorov ako pri vzorke 463 respondentov z dát zbieraných v mesiacoch február až marec 2010 (Bruncková, Vendel, 2010) – vtedy sa priebehom faktorovej analýzy nepotvrdil faktor vonkajších konfliktov.

9 Výsledky výskumu

Jednotlivé výsledky budeme prezentovať postupne, podľa nami určených výskumných hypotéz. Keďže v prvej hypotéze sme sa zaoberali otázkou rodových rozdielov v miere jednotlivých ťažkostí pri voľbe povolania ako aj v celkovej miere ťažkostí pri voľbe povolania. Predpokladali sme, že dievčatá budú prezentovať nižšiu mieru nedostatku informácií a vyššiu mieru všeobecnej nerozhodnosti a celkovej miery ťažkostí pri voľbe povolania ako chlapci. Výsledky prezentujeme v tabuľke 3 a 4.

subškály dotazníka	t	df	Sig.
nedostatok motivácie	4,659	655	.000
nedostatok informácií o školách	0,218	655	.828
nedostatok informácií o trhu práce	0,478	655	.633
nedostatok informácií o sebe	-0,931	655	.352
nedostatok informácií o tom ako urobiť kariérne rozhodnutie	-0,955	655	.340
všeobecná nerozhodnosť	-5,131	655	.000
vnútorné konflikty	-1,739	655	.083
vonkajšie konflikty	3,688	655	.000
celkové skóre ťažkostí pri voľbe povolania	-0,596	655	.551

Tab. 3: Rodové rozdiely v miere jednotlivých ťažkostí pri voľbe povolania ako aj v celkovej miere ťažkostí pri voľbe povolania.

subškály	pohlavie	N	priemer	štandardná odchýlka
nedostatok motivácie	chlapci	329	15,972	6,514
	dievčatá	328	13,704	5,942
nedostatok informácií o školách	chlapci	329	23,993	10,262
	dievčatá	328	23,817	10,571
nedostatok informácií o trhu práce	chlapci	329	17,052	7,097
	dievčatá	328	16,781	7,35
nedostatok informácií o sebe	chlapci	329	12,355	6,643
	dievčatá	328	12,847	6,895
nedostatok informácií o tom ako urobiť kariérne rozhodnutie	chlapci	329	15,697	6,83
	dievčatá	328	16,22	7,17
všeobecná nerozhodnosť	chlapci	329	23,347	9,481
	dievčatá	328	27,236	9,896
vnútorné konflikty	chlapci	329	16,704	6,192
	dievčatá	328	17,604	7,021
vonkajšie konflikty	chlapci	329	10,841	4,544
	dievčatá	328	9,563	4,319
celkové skóre ťažkostí pri voľbe povolania	chlapci	329	136,034	40,362
	dievčatá	328	137,977	42,058

Tab. 4: Priemerné skóre a jeho štandardné odchýlky v jednotlivých subškálach a v celkovom skóre dotazníka ťažkostí pri voľbe povolania

Výsledky prvej hypotézy preukázali, že existujú štatisticky významné rodové rozdiely v troch konkrétnych ťažkostiach pri voľbe povolania, ale už nie v celkovom skóre ťažkostí pri voľbe povolania. Chlapci prezentovali vyššiu mieru nedostatku motivácie a vonkajších konfliktov ako dievčatá a dievčatá prezentovali vyššiu mieru všeobecnej nerozhodnosti ako chlapci. Predpoklad formulovaný v prvej hypotéze sa nám tak potvrdil len čiastočne.

V druhej hypotéze sme predpokladali, že vek jedincov bude nepriamo súvisieť s mierou jednotlivých ťažkostí pri voľbe povolania ako aj s celkovým skóre ťažkostí. Výsledky prezentujeme v tabuľke 5.

subškály	r	vek
nedostatok motivácie	r	-0,05
	Sig.	.193
nedostatok informácií o školách	r	-0,22
	Sig.	.004
nedostatok informácií o trhu práce	r	-0,14
	Sig.	.003
nedostatok informácií o sebe	r	-0,14
	Sig.	.008
nedostatok informácií o tom ako urobiť kariérne rozhodnutie	r	-0,19
	Sig.	.003
všeobecná nerozhodnosť	r	0,01
	Sig.	.858
vnútorné konflikty	r	-0,08
	Sig.	.033
vonkajšie konflikty	r	-0,08
	Sig.	.035
celkové skóre ťažkostí pri voľbe povolania	r	-0,16
	Sig.	.003

Tab. 5: Korelácie veku a jednotlivých ťažkostí pri voľbe povolania a celkového skóre ťažkostí pri voľbe povolania.

Výsledky druhej hypotézy preukázali štatisticky významný záporný vzťah (na hladine významnosti $p < 0.01$) medzi vekom a nedostatkom informácií o školách, nedostatkom informácií o trhu práce, nedostatkom informácií o sebe, nedostatkom informácií o tom, ako spraviť kariérové rozhodnutie a celkovým skóre prezentovaných ťažkostí pri voľbe povolania. Preukázaná signifikantná korelácia však naznačuje len veľmi slabý záporný vzťah medzi jednotlivými ťažkosťami pri voľbe povolania a vekom jedinca.

10 Diskusia

Aby sme naplnili cieľ našej práce, ktorá sa zaoberala rodovými a vekovými rozdielmi v ťažkostiach pri voľbe povolania, je nevyhnutné vysvetliť výsledky výskumu a porovnať ich so štúdiami konanými v tejto oblasti, ako aj s našimi úsudkami, z ktorých sme stanovovali výskumné hypotézy.

Prvá hypotéza sa zaoberala rodovými rozdielmi v jednotlivých ťažkostiach pri voľbe povolania ako aj v celkovom skóre prezentovaných ťažkostí. Predpokladali sme, že dievčatá budú prezentovať nižšiu mieru nedostatku informácií a vyššiu mieru všeobecnej nerozhodnosti a celkovej miery ťažkostí pri voľbe povolania ako chlapci. Pri formulácii hypotézy sme vychádzali z výskumu Pattona a Creeda (2001), ktorí preukázali, že hoci mali dievčatá vo všetkých vekových kategóriách vyššiu informovanosť ako chlapci, prejavovali vyššiu mieru ťažkostí pri voľbe povolania. Pri prvej hypotéze sme sa riadili aj štúdiou Gatiho a Saku (2001), podľa ktorých sa v miere celkových ťažkostí pri voľbe povolania medzi chlapcami a dievčatami nevyskytujú štatisticky významné rozdiely. Odlišnosti nastanú až pri porovnávaní konkrétnych ťažkostí. Dievčatá skórujú vyššie v škálach úzkosti, chlapci zas prejavili vyššiu mieru vonkajších konfliktov.

Výsledky prvej hypotézy preukázali, že chlapci prezentovali vyššiu mieru nedostatku motivácie a vonkajších konfliktov ako dievčatá a dievčatá prezentovali vyššiu mieru všeobecnej nerozhodnosti ako chlapci. To, že dievčatá skórujú vyššie v škále všeobecnej nerozhodnosti, potvrdilo záver štúdiu Gatiho a Saku (2001). Výsledky výskumu Pattona a Creeda (2001) sa nám však nepodarilo potvrdiť, keďže v našej štúdiu sa nepotvrdili rozdiely v miere informovanosti medzi chlapcami a dievčatami. To, že chlapci skórujú vyššie v škále nedostatku motivácie a vonkajších konfliktov, si vysvetľujeme nižšou úrovňou kariérovej zrelosti, do ktorej zaraďujeme aj nedostatok motivácie a konflikty v rozhodovaní. Kariérová zrelosť súvisí podľa výskumov s pohlavím jedinca. Štúdie potvrdili vyššiu kariérovú zrelosť u dievčat ako u chlapcov (Luzzo, 1995, in Vendel, 2008).

Druhá hypotéza sa zaoberala vzťahom veku a mierou prezentovaných ťažkostí pri voľbe povolania. Predpokladali sme, že vek jedinca bude nepriamo súvisieť s mierou jednotlivých ťažkostí pri voľbe povolania ako aj s celkovým skóre ťažkostí. Výsledky druhej hypotézy preukázali štatisticky významný záporný vzťah medzi celkovou informovanosťou jedinca a celkovým skóre prezentovaných ťažkostí pri voľbe povolania. Preukázaná signifikantná korelácia však naznačuje len veľmi slabý záporný vzťah medzi jednotlivými ťažkosťami pri voľbe povolania a vekom jedinca. Potvrdili sa tak závery štúdiu, ktoré preukazujú silnú variabilitu veku a ťažkostí pri voľbe povolania a odporúčajú zamerať sa skôr na porovnávanie kognitívnych či emočných charakteristík jedinca v rámci ťažkostí pri voľbe povolania.

Výsledky práce majú za úlohu zmapovať aktuálny výskyt ťažkostí pri voľbe povolania a priblížiť ich rozdiely vzhľadom na rod a vek. Prikláňame sa však k názoru, že pri skúmaní ťažkostí pri voľbe povolania nemôžeme brať premenné vek a rod jedinca izolovane, ale musíme ich začleniť do radu ostatných faktorov, ktoré modulujú mieru pociťovaných problémov počas kariéroveho rozhodovania. Týmito faktormi sú kognitívne, afektívne či osobnostné charakteristiky jedinca, či sociálny kontext, z ktorého jedinec pochádza.

Pri aplikácii výskumu do praxe je nevyhnutné brať na zreteľ aj obmedzenia realizovanej štúdie. Výskumnú vzorku tvorilo 657 respondentov, ktorí boli do výskumu vyberaní na základe príležitostného výberu. Pri vyššom počte účastníkov ako aj pri náhodnom výbere by sa mohli vyskytnúť odlišné výsledky. Respondenti pochádzali len zo štyroch regiónov Slovenska. Pre nasledujúce výskumy odporúčame rozšíriť výskumnú vzorku aj o ostatné regióny. Napriek vyššie spomenutým obmedzeniam výskumu sa nám podarilo zmapovať aktuálny stav v problematike ťažkostí pri voľbe povolania a doplniť ďalšie dôležité dáta pre adaptáciu dotazníka na identifikáciu ťažkostí pri voľbe povolania.

Použitá literatúra

- Badaničová, K. (2009). Overovanie Dotazníka ťažkostí v rozhodovaní o voľbe povolania (diplomová práca). Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, Inštitút psychológie, p. 80.
- Brown, S. D., Rector, C. C. (2008). Conceptualizing and diagnosing problems in vocational decision-making. In Brown, S. D., Lent, R. W. (2008). Handbook of Counseling Psychology, 4, 392–407.

- Bruncková, M.; Vendel, Š. (2010). Rozdiely v ťažkostiach pri voľbe povolania medzi chlapcami a dievčatami a medzi študentmi gymnázií a stredných odborných škôl. In: Popelková, M.; Juhásová, A.; Pohánka, M. (Eds.): Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie doktorandov odborov Psychológia a Sociálna práca. Nitra: FZaSV UKF Nitra.
- Bruncková, M.; Vendel, Š. (2011). Ťažkosti pri voľbe povolania. In: Dolejš, M.; Charvát, M.; Neusar, A.; Bendová, K. (Eds.): PhD existence I. česko-slovenská psychologická konferencie (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Sborník odborných příspěvků. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Career guidance – A handbook for policy makers. (2004) [online]. [Cit. 2011-01-03].
Dostupné na: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/53/34060761.pdf>
- Damasio, A. R. (2004). Hľadání Spinozy: radost, stras a citový mozek. Praha: Dybbuk.
- Gabura, J., Pružinská, J. (1995). Poradenský proces. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Gadassi, R., Gati, I. (2009). The Effect of Gender Stereotypes on Explicit and Implicit Career Preferences. *The Counseling Psychologist*, 37 (6), 902–922.
- Gajdošová, E., Herényiová, G. (2006). Rozvíjení emoční inteligence žáku. Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími. Praha, Portál.
- Gati, I., Krausz, M., Osipow, S. H. (1996). A taxonomy of difficulties in career decision making. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (4), 510–526.
- Gati, I., Saka, N. (2001). High school students' career-related decision-making difficulties. *Journal of Counseling and Development*, 79, 331–340.
- Germeijs, V., De Boeck, P. (2003). Career indecision: Three factors from decision theory. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 11–25.
- Harris, R. M., Dewney, P. (1994). Barriers to information: How formal help system fail battered woman. Westport: Greenwood Press.
- Hlado, P. (2008). Svět práce a volba povolání. Studijní text pro učitele. Brno: Masarykova univerzita.
- Julien, H. E. (1999). Barriers to adolescents' information seeking for career decision making. *Journal of the American Society for Information Science*, 50 (1), 38–48.
- Katz, M. R. (1992). Computer-Assisted Career Decision Making: The Guide in the Machine. New Jersey: Routledge.
- Kelly, K. R., Lee, W. (2002). Mapping the domain of career decision problems. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 302–326.
- Koščo, J. (1987). Poradenská psychológia. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). Psychologie moudrosti a dobrého života. Praha: Grada.
- Larson, J. H., Butler, M., Wilson, S., Medora, N., Allgood, S. (1994). The effects on gender on career decision problems in young adults. *Journal of Counseling and Development*, 73, 79–88.
- Lee, K. H. (2005). Coping with career indecision: differences between four career choice types. *Journal of Career Development*, 31 (4), 279–289.
- Leifer, G. (2004). Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada.
- Memorandum o celoživotnom vzdelávaní sa. Pracovný materiál Európskej komisie (2000). [online]. [Cit. 2011-01-03]. Dostupné na: http://www.minedu.sk/data/USERDATA/DalsieVzdel/VDOC/2000_memo-randum_o_celozivotnom_vzdelavani.pdf
- Mojžíšek, L. (1981). Pracovní výchova, polytechnické vzdělání a profesionální orientace: Systém a subsystémy pracovní výchovy. Brno: UJEP.
- Palmer, S., McMahon, G. (1997). Handbook of counselling psychology. Second edition. London: Routledge.
- Patton, W., Creed, P. A. (2001). Developmental issues in career maturity and career decision status. *The Career Development Quarterly*, 49, 336–362.
- Príručka pre žiadateľa o nenávratný finančný príspevok z Európskeho sociálneho fondu. Operačný program Vzdelávanie. Verzia 8.0. (2010). Bratislava: Európsky sociálny fond, Operačný program Vzdelávanie. [online]. [Cit. 2011-01-03]. Dostupné na: http://www.minedu.sk/data/USERDATA/StrukturalneFondy/ESF/PO200713/MPUP/20100427_Prirucka_pre_ziadatela_NFP_OPV_verzia%208-0.pdf
- Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. (2003). Pedagogický slovník. Praha: Portál.
- Rozpracovanie úloh vyplývajúcich pre Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR z Programového vyhlásenia vlády SR na roky 2010–2014. (2010). [online]. [Cit. 2011-01-03]. Dostupné na: http://www.minedu.sk/data/USERDATA/ATEMY/2010/Rozpracovanie_PVV_2010_pre_vybor_NRSR_final.pdf

- Senderáková, A. (2008). Nerozhodnosť pri voľbe povolania (bakalárska práca). Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, Inštitút psychológie, p. 59.
- Sweet, R., Watts, G. A. (2004). Career guidance and public policy: bridging the gap. Paris: OECD Publishing.
- Vágnerová, M. (2000). Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. Praha, Portál.
- Vendel, Š. (2007): Grammar school pupils' career-related decision-making difficulties. *Czechoslovak Psychology*, 51, 119–128
- Vendel, Š., Kurajová-Stopková, J., Sedlák-Vendelová, N., Kuraj, J., Mesárošová, A., Sklenárová, I. (2007). Výskum školskej zrelosti a profesijnej orientácie žiakov. Bratislava: Štátny pedagogický ústav.
- Vendel, Š. (2008). Kariérni poradenství. Praha, Grada.
- Wei-Cheng, J. M. (2004). Cultural dimensions of career decision – making difficulties. *The Career Development Quarterly*, 53, 67–77.
- Woolfe, R., Strawbridge, S., Douglas, B., Dryden, W. (2010). Handbook of counselling psychology. Third edition. London: Sage Publications.
- Zvariková, M. (2009). Ty a Tvá kariéra – Skupinový program kariérového poradenství. Skupinové poradenství. In: Hargašová, M. (2009). Skupinové poradenství. Praha: Grada.

SÚKROMNÉ A VEREJNÉ SEBAUVEDOMOVANIE Z HĽADISKA POHLAVIA A ODBORU ŠTÚDIA

PRIVATE AND PUBLIC SELF-CONSCIOUSNESS FROM THE PERSPECTIVE OF GENDER AND FIELD OF STUDY

Gabriela Šeboková

Katedra psychologických vied, FSVaZ UKF, Kraskova ul. 1, 949 74 Nitra, Slovensko

Abstrakt

V centre záujmu predkladanej štúdie stojí koncept súkromného a verejného sebauvedomovania. Poskytuje stručný pohľad na vývoj teórie a prehľad významných empirických zistení. Štúdia tiež prezentuje výsledky prvotného výskumu sebauvedomovania v slovenskej populácii, s použitím slovenského prekladu dotazníka Self-consciousness scale (SCS) autorov Fenigstein, Scheier, Buss na zachytenie dispozičného sebauvedomovania. Na vzorke 131 vysokoškolských študentov boli skúmané priemerné hodnoty a rozdiely v miere a spôsobe sebauvedomovania vzhľadom na pohlavie a odbor štúdia. Výsledky naznačili, že ženy sa vo väčšej miere než muži zaoberajú verejnými aspektmi self- vzhľadom a fyzickou atraktivitou. Študenti umeleckých smerov v porovnaní s ostatnými odbormi dosahujú najvyššie skóre maladaptívnej formy súkromného sebauvedomovania, študenti psychológie skórujú najvyššie v jeho adaptívnej forme.

Abstract

The central focus of this study is the concept of private and public self-consciousness. It provides brief look at evolution of the theory and a review of important research findings. This study also presents results of initial research of self-consciousness in Slovak sample, using a Slovak translation of Fenigstein, Scheier, Buss's Self-consciousness scale measuring stable disposition of self-focused attention. In a sample of 131 undergraduate students, means and differences in self-consciousness from the perspective of gender and field of study were examined. Results suggest that female concern more on public aspects of self- their appearance and attractiveness, than male. Undergraduate students of creative field of study scored significantly higher than other students on maladaptive form of private self-consciousness, psychology students scored significantly higher on it's adaptive form.

Kľúčová slova

súkromné sebauvedomovanie verejné sebauvedomovanie Self-consciousness scale pohlavie odbor studia.

Key words

private self-consciousness public self-consciousness Self-consciousness scale gender field of study.

1 Úvod

Pojem sebauvedomovanie je centrálnym konceptom vo viacerých psychologických oblastiach, prístupoch a teóriách. V rámci psychoterapeutických smerov je zvýšená schopnosť zamerania sa na svoje self rovnako nástrojom ako aj cieľom terapie. Z pohľadu sociálnej psychológie je dôležitý vplyv sebauvedomovania na sociálne interakcie a na rôzne prejavy správania (Silvia & Duval, 2001). Iní autori sa zas zameriavajú na sebauvedomovanie ako stabilnú osobnostnú črtu, zaoberajú sa individuálnymi odlišnosťami v miere a spôsobe sebauvedomovania a jeho vzťahom s inými osobnostnými charakteristikami (Fenigstein, 1987; Fenigstein, Scheier & Buss, 1975).

V posledných 40-tich rokoch vzrástol v zahraničí výskumný záujem o problematiku sebauvedomovania, najmä vďaka vytvoreniu dotazníka na zachytenie miery dispozičného sebauvedomovania- Self-consciousness scale (SCS) autormi Fenigstein, Scheier, Buss (1975).

Aj napriek tomu, že konštrukt sebauvedomovania je v zahraničnej literatúre podrobne rozpracovaný a je mu venovanej veľa výskumnej pozornosti, na Slovensku zostáva stále na okraji záujmu.

Z tohto dôvodu sme sa rozhodli realizovať pilotný výskum sebauvedomovania v slovenských podmienkach, pomocou dotazníka Self-consciousness scale. V predkladanej štúdií sme sa zamerali na zistenie priemerných

hodnôt sebauvedomovania v slovenskej populácii vzhľadom na pohlavie a odbor štúdia, a objasnenie, či existujú rozdiely v miere a spôsobe sebauvedomovania v rámci vybraných demografických charakteristík. Prezentované výsledky sú tak časťou väčšieho výskumu sebauvedomovania a jeho vzťahu s osobnostnými črtami.

Nakoľko koncept u nás nie je známy, považujeme za dôležité uviesť aj jeho definície, vývoj a stav jeho súčasného empirického poznania vo svete.

1.1 Vymedzenie konceptu súkromného a verejného sebauvedomovania

Koncept self a s ním spojené konštrukty sú v psychológii vnímané veľmi nejednoznačne, preto hneď na začiatok uvádzame naše chápanie použitých pojmov.

Pojem sebauvedomovanie je používaný na zdôraznenie aspektu prežívania, zameriavania sa a analyzovania seba – svojho self. Pojem self je definovaný ako organizujúci, dynamický, motivačný systém, centrum osobnosti (Výrost & Slaměnik, 1997). V súčasnosti sa zdôrazňuje najmä multidimenzionálna podstata self. Skúmané sú jednotlivé aspekty self, pričom najväčšia pozornosť je venovaná jeho interpersonálnym (sociálnym) a intrapersonálnym (individuálnym) aspektom, ich vzájomným rozdielom a interakcii.

Práve zdôraznená dichotómia je reflektovaná v teórii súkromného a verejného sebauvedomovania. Vychádza z predpokladu, že rozdielne aspekty self formujú základ pre individuálne odlišnosti v spôsobe sebauvedomovania, t. j. v spôsobe, akým sa jedinci zameriavajú na svoje self.

Fenigstein, Scheier a Buss (1975) považujú súkromné a verejné sebauvedomovanie za stabilné osobnostné črty, formované procesom sledovania vnútorných alebo verejných aspektov self. V práci tak pojmy sebauvedomovanie a self používame ako synonymá.

1.2 Vznik a vývoj teórie súkromného a verejného sebauvedomovania (self)

Výskum na poli sebauvedomovania odštartovali autori Duval a Wicklund (in: Silvia & Duval, 2001). Sebauvedomovanie chápali ako prechodný, situačný stav ľudskej psychiky a vo svojich experimentoch ho vyvolávali a následne skúmali prostredníctvom prítomnosti druhých, kedy si človek uvedomí, že je objektom ich pozornosti, čo dosahovali tiež prítomnosťou zrkadla či kamery. Vo svojich experimentoch potvrdili vplyv rôznej úrovne sebauvedomovania na širokú škálu správania spojenej s emóciami, agresiou, atribúciami a sebahodnotením.

Na Duvala a Wicklunda nadviazali autori Fenigstein, Scheier a Buss (1975), ktorí vnímali spôsob sebauvedomovania už ako stabilnú osobnostnú charakteristiku. Sebauvedomovanie definovali ako (1975, s. 522), „zameriavanie sa na vlastné myšlienky, správanie alebo svoj výzor, reflektovanie, fantazírovanie, snívanie o sebe, robenie rozhodnutí a plánov, ktoré zahŕňajú naše self.“

Na rozdiel od Duvala a Wicklunda tiež predpokladali, že sebauvedomovanie nie je jednodimenzionálny konštrukt a identifikovali dve jeho nezávislé dimenzie: súkromné a verejné sebauvedomovanie. Autori argumentovali, že ľudia sa líšia v spôsobe zameriavania sa na svoje self: niektorí venujú pozornosť skôr svojim pocitom a myšlienkam, iní tomu, ako na druhých pôsobí ich správanie a výzor.

Verejné sebauvedomovanie tak autori definovali ako vnímanie seba ako sociálny objekt, zameranie na to, ako ostatní vidia moje self a aký na nich robím dojem. Naopak súkromné sebauvedomovanie charakterizovali ako zameranie na vlastné pocity, myšlienky a motiváciu, ktoré nie sú zdieľané s ostatnými ľuďmi, a tendenciou vymedzovať svoje self skôr autonómne, nezávisle od ostatných (Scandell, 1998, Výrost & Slaměnik, 1997).

K problematike súkromného a verejného sebauvedomovania prispeli aj autori Carver a Scheier (in: Blatný, 2010) s kontrolným modelom sebaregulácie, v rámci ktorého sa zamerali na vplyv sebauvedomovania na súlad medzi postojmi a správaním. Konštatovali, že zameranosť na jednotlivé stránky self môže byť ovplyvnená aj situačne, rozdiel je však v obvyklom ohnisku našej pozornosti, ktoré je centrované buď na súkromné alebo verejné self (Blatný, 2010).

Následne sa veľké množstvo autorov zameralo na empirické overenie konceptu súkromného a verejného self, pričom skúmali najmä ich vzťah s rôznymi prejavmi a aspektmi správania a osobnostnými črtami. Ukázalo sa, že význam rozlíšenia medzi súkromným a verejným self je najmä v procese tvorby self-schém (Scandell, 1998). Jednotlivci s vysokými hodnotami súkromného self majú totiž prepracovanejšie self-schémy a vyššiu úroveň sebaopoznania (Carver & Scheier, 1978), sú senzitívnejší voči svojmu vnútru a majú sklon intenzívnejšie prežívať svoje pocity (Scandell, 1998), majú väčšiu motiváciu na poznanie seba (Franzoi, Davis & Markwiese, 1990), prejavuje sa u nich väčšia zhoda medzi postojmi a správaním (Kemmelmeyer, 2001) a regulujú svoje správanie podľa vnútorných štandardov (Nasby, 1996). Jedinci s vysokými hodnotami verejného self prispôsobujú svoje správanie konformným požiadavkám druhých a verejným, spoločenským štandardom, aby zvýšili sociálnu

akceptáciu a minimalizovali negatívne hodnotenia druhými (Scandell, 1998; Nasby, 1996), prejavuje sa u nich nižšia zhoda medzi postojmi a správaním (Kemmelmeyer, 2001) a prevládajú u nich interné atribúcie, seba vnímajú ako príčinu odmietnutia (Fenigstein, 1987).

Aj napriek tomu, že sa vo viacerých výskumoch zistil pozitívny efekt zvýšeného súkromného sebauvedomovania, viacerí autori upozornili aj na jeho negatíva a jeho vzťah s rôznymi prejavmi psychopatológie (Cramer, 2000; Creed & Funder, 1998; Nystedt & Ljungberg, 2002). Autori Burnkrant a Page už v roku 1984 navrhli rozlíšenie dvoch faktorov súkromného self, ktoré mali reprezentovať rôznu mieru adaptácie rep. maladaptácie. Maladaptívny faktor nazvali *self-reflectiveness* (naš preklad: akcentované súkromné self), ktorý sa prejavoval neustálym premýšľaním, fantazírovaním o sebe a denným snením. Adaptívny faktor pomenovali *internal state awareness* (naš preklad: súkromné self v norme), ktorý naopak popisali ako neutrálnejšie a pozitívnejšie uvedomovanie si svojich emócií, spojených s pocitom vnútornej pohody a povznesenej nálady.

Význam rozdelenia bol potvrdený v celom rade štúdií (Cramer, 2000; Creed & Funder, 1998; Ghorbani, Watson, Krauss, Davison & Bing, 2004; Nystedt & Ljungberg, 2002; Scandell, 2001).

V roku 1987 bolo autormi Mittal a Balasubramanian obdobne navrhnuté rozdelenie aj verejného self na dve samostatné dimenzie: *style consciousness* (naš preklad: verejné self-správanie) a *appearance consciousness* (verejné self – vzhľad). *Style consciousness* definovali ako zvýšené uvedomovanie si svojho správania a citlivosť na názory a mienku druhých, a *appearance consciousness* ako uvedomovanie si svojho výzoru a záujem o to, ako náš vzhľad vnímajú druhí (Anderson, Bohon & Berrigan, 1996). Výskumy dvojfaktorového modelu verejného self zatiaľ nepriniesli jednoznačné potvrdenie tohto rozdelenia.

V predkladanej štúdií vychádzame zo spomenutého štvorfaktorového modelu súkromného a verejného self, nakoľko bol všeobecne prijatý vedeckou komunitou a predstavuje významné zlepšenie pôvodného konceptu, čo bolo empiricky potvrdené vo viacerých štúdiách (Nystedt & Ljungberg, 2002).

1.3 Súkromné a verejné sebauvedomovanie z hľadiska pohlaví

Štúdie zaoberajúce sa medzipohlavnými rozdielmi v hodnotách súkromného a verejného self nepriniesli jednoznačné výsledky. Fenigstein, Scheier a Buss (1975) vo svojej pilotnej štúdií na vzorke amerických vysokoškolských študentov zistili mierne vyššie hodnoty súkromného aj verejného self u žien, medzipohlavné rozdiely však neboli významné. K podobným výsledkom dospeli aj autori v Nemecku (Heineman, 1979) a vo Francúzsku (Rimé & Le Bon, 1984). V holandskej verzii dotazníka autorov Vleeming a Engelse (1981) sa ukázali mierne vyššie hodnoty súkromného self a naopak nižšia miera verejného self u mužov. Zistené rozdiely však neboli významné. Štatisticky významné medzipohlavné rozdiely zistili autori u stredoškolských študentov vo Švédsku (Nystedt & Smari, 1989), kde ženy dosahovali vyššie hodnoty vo verejnom self, a v Saudskej Arábii (Alanazi, 2001), kde ženy skórovali vyššie než muži v oboch faktoroch sebauvedomovania.

Autori v spomenutých štúdiách vychádzali z pôvodného dvojdimenzionálneho modelu sebauvedomovania. Keďže v našom výskume sme použili štvorfaktorový model súkromného a verejného self, porovnanie našich zistení so zahraničnými je do značnej miery problematické. Informácie o medzipohlavných rozdieloch v rámci štvorfaktorového modelu súkromného a verejného self sa nám však v odbornej literatúre nepodarilo nájsť.

Súhrn zistených priemerných hodnôt súkromného a verejného self u mužov a žien v jednotlivých krajinách pre ilustráciu uvádzame v tabuľke 1.

Krajina	Pohlavie	Počet	Súkromné self		Verejné self		Vzorka
			M	SD	M	SD	
USA	muž	179	25,9	5,0	18,9	4,0	vysokoškolskí študenti
	žena	253	26,6	5,1	19,3	4,0	
Nemecko	muž	165	24,5	5,7	15,3	4,0	študenti psychológie a pedagogiky
	žena	152	24,7	6,1	15,9	4,2	
Holandsko	muž	23	22,6	5,9	14,4	4,1	externí študenti sociálnej práce
	žena	89	20,3	6,2	15,0	4,9	
Švédsko	muž	173	19,3	5,6	17,1	5,3	stredoškolskí študenti
	žena	217	19,4	6,0	18,4	5,1	
Francúzsko	muž	48	20,0	4,7	13,1	5,4	vysokoškolskí študenti
	žena	100	20,03	4,8	13,7	5,0	
Saudská Arábia	muž	267	22,36	5,43	19,54	4,19	vysokoškolskí študenti
	žena	319	24,51	5,47	20,20	4,51	

Tab. 1: Priemerné hodnoty súkromného a verejného self u mužov a žien (maximálne hrubé skóre pre súkromné a verejné self je 40 resp. 28 b.)

1.4 Súkromné a verejné self z hľadiska odboru štúdia

Veľké množstvo výskumov súkromného a verejného sebauvedomovania bolo realizovaných na vzorke vysokoškolských študentov (Burnkrant & Page, 1984; Cramer, 2000; Fenigstein, Scheier & Buss, 1975; Ghorbani et al., 2004; Kemmelmeier, 2001; Mittal & Balasubramanian, 1987; Scandell, 2001), z toho niektoré len na študentoch psychológie (Anderson et al., 1996; Heineman, 1979; Nystedt & Smari, 1989). Žiadna zo štúdií sa však nezamerala na porovnanie jednotlivých odborov v miere a spôsobe sebauvedomovania.

Morin (2000) predpokladá, že typ povolania môže ovplyvňovať mieru aj spôsob sebauvedomovania jednotlivcov. Argumentuje, že u tých jedincov, ktorí sú neustále vystavení podnetom alebo situáciám podnecujúcim k sebarefektovaniu, sa vyvinie vysoká a stabilná tendencia k sebauvedomovaniu. Situácie ako sú kontakt s kamerami, zrkadlom, fotoaparátom, s ľuďmi, či s väčším publikom môžu viesť k tendencii vnímať seba ako sociálny objekt. K takýmto povolaniam Morin (2000) zaraďuje herectvo, učiteľstvo a pod.

Domnievame sa, že nielen povolanie, ale aj samotný odbor štúdia (napr. štúdium herectva, výtvarného umenia...) môže poskytovať množstvo sebarefektujúcich podnetov. Študijné zameranie výrazne ovplyvňuje spôsob jedincovho premýšľania, správania a tiež toho, ako nazerá a vníma seba, svoje self. Je preto logické predpokladať, že odbor štúdia bude korelovať so sebauvedomovaním a jedinci v rôznych odboroch štúdia sa budú líšiť v miere aj spôsobe sebauvedomovania.

Pokiaľ vieme, na Slovensku zatiaľ nebol realizovaný výskum súkromného a verejného sebauvedomovania. Z tohto dôvodu sme sa rozhodli realizovať úvodnú sondu do problematiky so zameraním sa na vybrané základné demografické charakteristiky - pohlavie a, nakoľko našu vzorku tvorili len vysokoškolskí študenti, aj odbor štúdia. Výsledky zahraničných štúdií naznačujú medzipohlavné rozdiely a rozdiely v študijnom a profesijnom zameraní v miere a spôsobe sebauvedomovania. Naším zámerom bolo preto zistiť, či zahraničné zistenia sú porovnateľné s výsledkami v slovenskej populácii.

Na základe zahraničných teoretických a výskumných zistení, spomenutých vyššie, sme si položili nasledujúce výskumné otázky:

- VO1: Aké sú priemerné hodnoty faktorov súkromného self a verejného self vzhľadom na pohlavie (muži, ženy) a odbor štúdia (umelecký, psychológia, prekladateľstvo, technický, právo)?
- VO2: Dosahujú ženy vyššie hodnoty vo faktoroch verejného sebauvedomovania než muži?
- VO3: Existujú rozdiely v miere a spôsobe sebauvedomovania medzi študentmi jednotlivých odborov?
- VO4: Dosahujú študenti umeleckých odborov vyššie hodnoty verejného sebauvedomovania než študenti ostatných odborov?

2 Metóda

2.1 Výskumná vzorka a procedura

Výskumnú vzorku tvorilo 131 vysokoškolských študentov vo veku od 20 do 29 rokov. Mužov bolo 42, žien 89. Z celkového počtu respondentov bolo 47 študentov umeleckých odborov (najmä herectva, bábkoherectva, réžie a scenáristiky, umeleckej kritiky a animovanej tvorby) a 84 študentov iných odborov (37 študentov psychológie, 19 technických odborov, 19 prekladateľov a 9 právnikov).

Vzorku sme rozdelili do dvoch skupín- umelecké a iné odbory- z dôvodu, že sme sa chceli primárne zamerať na porovnanie hodnôt verejného sebauvedomovania medzi umeleckými a ostatnými študijnými zameraniami, bez ich špecifikácie. Pri analýze dát sme však zistili rozdiely aj medzi ostatnými odbormi, preto uvádzame priemerné hodnoty všetkých skúmaných študijných zameraní a ich vzájomné porovnanie, aj napriek tomu, že v niektorých skupinách je pomerne malý počet probandov.

Respondentov sme získali výhodným výberom. Distribuovaná bola papierová verzia dotazníka a tiež jeho internetová verzia.

2.2 Dotazník *Self-consciousness scale*

Na zistenie hodnôt súkromného a verejného self v slovenskej populácii sme použili diagnostickú metódu autorov Fenigsteina, Scheiera a Bussa *Self-consciousness scale* (SCS).

Pôvodná verzia dotazníka obsahuje 23 položiek a meria celkovo tri faktory: súkromné sebauvedomovanie, verejné sebauvedomovanie a sociálnu anxiету. Nakoľko sme sa primárne zamerali na súkromné a verejné self, škálu na meranie sociálnej anxiety sme nepoužili.

V predkladanej štúdií bola použitá 15 položková verzia dotazníka so štyrmi samostatnými subškálami:

1. **Akcentované súkromné self** (orig. *Self-reflectiveness*) – meria tendenciu človeka neustále premýšľať a fantazírovať o sebe.
2. **Súkromné self v norme** (orig. *Internal state awareness*) – meria neutrálnejšie a pozitívnejšie uvedomovanie si svojho emocionálneho stavu, myšlienok a motívov.
3. **Verejné self-správanie** (orig. *Style consciousness*) – predstavuje tendenciu človeka zaoberať sa spôsobom svojho konania a tým, ako pôsobí navonok.
4. **Verejné self-vzhľad** (orig. *Appearance consciousness*) – zachytáva jednotlivcovo zaujatie svojím výzorom a fyzickou atraktivnosťou.

Subškála akcentované súkromné self obsahuje 4 položky (napr. „Často si o sebe vytváram fantazijné predstavy“), subškála súkromné self v norme 4 položky („Vo všeobecnosti načúvam svojim vnútorným pocitom“), subškála verejné self-správanie rovnako 4 položky („Zvyčajne si robím starosti, či urobím na druhých dobrý dojem“) a subškála verejné self-vzhľad 3 položky („Zvyčajne som si vedomý/á toho, ako vyzerám“).

Položky hodnotili respondenti na päťbodovej stupnici, od 0 „vôbec ma to nevystihuje“ po 4 „úplne ma to vystihuje“.

2.3 Štatistické spracovanie

Získané údaje sme spracovávali prostredníctvom štatistického programu SPSS. V rámci deskripcie premenných (pohlavie, odbor štúdia) sme vypočítali priemery a štandardné odchýlky dosiahnuté v jednotlivých subškálach SCS. Na zistenie normality rozloženia skóre v subškálach SCS v našej vzorke sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality. Následne na odhalenie medzipohlavných a medziodborových rozdielov v subškálach sme využili Mann-Whitneyho U-test (nenormálne rozloženie) resp. Studentov t-test (normálne rozloženie). Na zistenie rozdielov medzi jednotlivými odbormi sme použili metódu analýzy rozptylu ANOVA a post hoc test.

3 Výsledky

3.1 Súkromné a verejné self vzhľadom na pohlaví

Zistené priemerné hodnoty faktorov súkromného a verejného self u mužov a žien spolu so štandardnými odchýlkami uvádzame v tabuľke 2 a hodnoty signifikancie medzipohlavných rozdielov v tabuľke 3. Ukázalo sa, že ženy majú mierne vyššie hodnoty vo všetkých dimenziách sebauvedomovania. Signifikantný rozdiel sa

však potvrdil len vo faktore verejné self-vzhľad. Výsledky naznačili, že ženy sa väčšmi než muži zameriavajú na pozorovateľné aspekty self, najmä na svoj výzor a fyzickú atraktivitu.

	Pohlavie	Priemer	SD
Akcentované súkromné self	žena	9,44	2,82
	muž	9,12	3,68
Súkromné self v norme	žena	9,88	2,69
	muž	9,43	3,31
Verejné self-správanie	žena	10,09	3,35
	muž	9,5	3,45
Verejné self-vzhľad	žena	7,9	2,15
	muž	6,45	2,42

Tab. 2: Priemerné skóre faktorov súkromného a verejného self u mužov a žien

	Mann-Whitneyho U-test	Studentov t-test	p
Akcentované súkromné self	1762,5	–	0,589
Súkromné self v norme	1735,5	–	0,508
Verejné self-správanie	–	0,038	0,360
Verejné self-vzhľad	1177	–	0,001

Tab. 3: Porovnanie faktorov súkromného self a verejného self-vzhľad (Mann-Whitneyho testom) a verejného self-správanie (t-testom) vzhľadom na pohlavie

3.2 Súkromné a verejné self vzhľadom na odbor štúdia

Ako už bolo spomenuté vyššie, prvotným zámerom bolo porovnanie umeleckých odborov štúdia (herectva, bábkoherectva, réžie a scenáristiky, umeleckej kritiky a animovanej tvorby) so skupinou iných, nešpecifikovaných študijných zameraní v hodnotách verejného self. V tabuľke 4 uvádzame zistené priemerné hodnoty a štandardné odchýlky dvoch skupín odborov (umelecké a „iné“). Spracované výsledky signifikancie rozdielov faktorov súkromného a verejného self vzhľadom na odbor štúdia sú v tabuľke 5.

	Odbor štúdia	Priemer	SD
Verejné self-správanie	umelecký	9,47	3,99
	iný	10,14	2,99
Verejné self-vzhľad	umelecký	7,17	2,63
	iný	7,58	2,15

Tab. 4: Priemerné skóre faktorov verejného self umeleckých a iných odborov

	Mann-Whitneyho U-test	Studentov t-test	p
Verejné self-správanie	–	4,8	0,316
Verejné self-vzhľad	1752,5	–	0,283

Tab. 5: Porovnanie faktorov verejné self-správanie (t-testom) a verejné self-vzhľad (Mann-Whitneyho testom) vzhľadom na odbor štúdia

Výsledky štatistickej inferencie neukázali signifikantné rozdiely medzi umeleckými a inými odbormi vo faktoroch verejného sebauvedomovania.

Keďže sa nám podarilo získať respondentov z viacerých odlišných študijných smerov, rozhodli sme sa pre deskripciu všetkých skúmaných odborov. V tabuľke 6 poskytujeme prehľad priemerov a štandardných odchylok faktorov súkromného a verejného self u študentov umeleckých odborov, psychológie, technických odborov, tlmočníctva – prekladateľstva a práva. Spracované výsledky signifikancie rozdielov uvádzame v tabuľke 7.

Výsledky ukázali, že študenti vybraných odborov sa štatisticky významne líšia v dosiahnutých hodnotách akcentovaného súkromného self a súkromného self v norme. Rozdiely vo faktoroch verejného self neboli signifikantné. Aby sme mohli identifikovať odbory, ktorých priemery sa od seba líšia, využili sme ďalej Post hoc test. V tabuľke 8 uvádzame len výsledky zistených signifikantných rozdielov.

	Odbor štúdia	Priemer	SD
Súkromné self v norme	<i>technický</i>	8,63	3,00
	<i>prekladateľstvo</i>	9,00	2,26
	<i>právo</i>	8,44	2,69
	<i>psychológia</i>	10,62	2,65
	<i>umelecký</i>	10,02	3,12
Akcentované súkromné self	<i>technický</i>	8,21	3,66
	<i>prekladateľstvo</i>	8,68	1,82
	<i>právo</i>	7,44	2,56
	<i>psychológia</i>	9,16	2,72
	<i>umelecký</i>	10,55	3,31
Verejné self-správanie	<i>technický</i>	10,00	2,77
	<i>prekladateľstvo</i>	10,84	2,52
	<i>právo</i>	8,78	2,77
	<i>psychológia</i>	10,19	3,33
	<i>umelecký</i>	9,47	3,99
Verejné self-vzhlád	<i>technický</i>	6,53	2,55
	<i>prekladateľstvo</i>	7,74	2,05
	<i>právo</i>	7,56	2,24
	<i>psychológia</i>	8,05	1,82
	<i>umelecký</i>	7,17	2,63

Tab. 6: Priemerné skóre faktorov súkromného a verejného self študijných odborov

		df	F-test	p
Akcentované súkromné self	<i>medzi skupinami</i>	4	3,786	0,006
	<i>v rámci skupín</i>	126		
Súkromné self v norme	<i>medzi skupinami</i>	4	2,526	0,044
	<i>v rámci skupín</i>	126		
Verejné self-správanie	<i>medzi skupinami</i>	4	0,875	0,481
	<i>v rámci skupín</i>	126		
Verejné self-vzhlád	<i>medzi skupinami</i>	4	1,644	0,167
	<i>v rámci skupín</i>	126		

Tab. 7: Porovnanie faktorov súkromného a verejného self medzi jednotlivými odbormi štúdia pomocou metódy ANOVA

		Odbory štúdia	p
Akcentované súkromné self	<i>umelecký</i>	<i>technický</i>	0,005
		<i>prekladateľstvo</i>	0,023
		<i>právo</i>	0,005
		<i>psychológia</i>	0,036
Súkromné self v norme	<i>psychológia</i>	<i>technický</i>	0,014
		<i>prekladateľstvo</i>	0,045
		<i>právo</i>	0,041
		<i>umelecký</i>	0,338

Tab. 8: Rozdiely priemerných hodnôt faktorov súkromného self medzi študijnými odbormi

Na základe získaných výsledkov možno konštatovať, že študenti umeleckých odborov sa štatisticky významne líšia od študentov všetkých ostatných skúmaných odborov v hodnotách akcentovaného súkromného self. V tomto faktore majú najvyššie priemerné skóre. Významný rozdiel sa tiež ukázal v dimenzii súkromné self v norme. Psychológovia dosahujú v tomto faktore signifikantne vyššie hodnoty v porovnaní so študentmi ostatných skúmaných odborov, okrem umeleckého smeru.

Rozdiely v priemerných hodnotách súkromného self medzi ostatnými odbormi sme nezistili. Z tohto dôvodu a tiež kvôli obmedzenému rozsahu štúdie neuvádzame tabuľky porovnania všetkých odborov.

4 Diskusia

Cieľom predkladanej štúdie bolo zistiť priemerné hodnoty sebauvedomovania v slovenskej populácii vysokoškolských študentov s použitím dotazníka Self-consciousness scale. Zamerali sme sa pritom na deskripciu a inferenciu vybraných demografických charakteristík - pohlavie a odbor štúdia.

4.1 Súkromné a verejné sebauvedomovanie z hľadiska pohlaví

Na otázku, či sa muži a ženy líšia v miere a spôsobe sebauvedomovania, nie je možné odpovedať jednoznačne. Výsledky síce naznačili mierne rozdiely, v zmysle vyšších hodnôt faktorov sebauvedomovania u žien, no nedosiahli potrebnú hladinu štatistickej významnosti. Signifikantný sa ukázal iba rozdiel vo faktore verejný self-vzťah.

Na základe výsledkov možno konštatovať, že ženy sa vo vyššej miere zaoberajú svojím výzorom a vnímajú seba, svoje self cez fyzickú atraktivitu. Domnievame sa, že do určitej miery to môže byť ovplyvnené vekom našich probandov, ktorí sa nachádzajú vo vývinovej fáze ranej dospelosti. V tomto období sú najmä ženy pod tlakom spoločnosti, aby sa vo väčšej miere starali o svoj zovňajšok, vyzerali atraktívne a príťažlivo, aj vzhľadom na výber potenciálneho partnera. Rovnako môže vplývať výchova v rodine, kde dievčatá sú vo väčšej miere než chlapci vedené k starostlivosti a záujmu o svoj zovňajšok, čo môže viesť k zvýšenému verejnému sebauvedomovaniu najmä v adolescencii a ranej dospelosti.

Keďže výskumy medzipohlavných rozdielov v rámci štvorfaktorového modelu absentujú, naše zistenia môžeme porovnávať len s výsledkami na základe pôvodných homogénnych škál. Nystedt a Smari (1989), Alanazi (2001) a Morin (2000) odhalili rovnako signifikantne vyššie skóre v škále verejného sebauvedomovania u žien. Nystedt a Smari (1989) konštatujú, že sa tým potvrdzuje stereotyp, že ženy vnímajú seba väčšmi ako sociálny objekt než muži. Vo väčšej miere sa zaoberajú tým, čo si o nich myslia a ako sú prijímané druhými.

Pre jednoznačné zodpovedanie tejto otázky by však bolo potrebné realizovať ďalšie výskumy na slovenskej vzorke s väčším počtom probandov, aby bolo možné jednotlivé výsledky porovnať aj s domácimi štúdiami a s ekvivalentným počtom mužov a žien.

Prezentované výsledky sú normy vysokoškolských študentov. Do budúca by preto bolo vhodné realizovať výskum a zistiť normy aj na širšej populácii – adolescentov, jedincov v strednom veku, a rovnako na klinickej vzorke.

4.2 Súkromné a verejné sebauvedomovanie z hľadiska odboru štúdia

Cieľom štúdie bolo tiež zistiť mieru a spôsob sebauvedomovania vzhľadom na odbor štúdia. Chceli sme zistiť, či odbory, v rámci ktorých sa študenti stretávajú s množstvom sebareflektujúcich situácií (kontakt s ľuďmi, väčším publikom, kamerami...) podnecujúcich k vnímaniu seba ako sociálneho objektu, budú dosahovať aj vyššie hodnoty verejného sebauvedomovania. Porovnávali sme preto odbory umeleckého zamerania, kde sa študenti pravidelne stretávajú s publikom, poprípade kamerami, s ostatnými študijnými odbormi.

Výsledky štatistickej analýzy však neodhalili žiadne rozdiely. Vo faktoroch verejného self sa signifikantné rozdiely medzi umeleckými a inými odbormi nezistili. Domnievame sa, že to mohlo do určitej miery byť ovplyvnené veľmi rôznorodou vzorkou študentov umeleckých odborov, ktorú tvorili nielen herci, bábkoherci, ale aj scenáristi, režiséri, študenti animovanej tvorby a umeleckej kritiky.

Signifikantné rozdiely sa však ukázali pri porovnávaní všetkých odborov. Umelecky zameraní študenti dosahovali signifikantne vyššie skóre v škále akcentované súkromné self v porovnaní so všetkými ostatnými odbormi.

Naše zistenia možno porovnať s výsledkami výskumu Morina (2000), ktorý zistil signifikantnú koreláciu medzi povoláním hercov a vysokoškolských profesorov a súkromným sebauvedomovaním, naopak s verejným sebauvedomovaním sa korelácia nepotvrdila.

Faktor akcentované súkromné self bol viacerým autormi popísaný ako maladaptívna forma sebauvedomovania spojená s prežívaním negatívnych pocitov a emócií (Nystedt & Ljungberg, 2002, Ghorbani et al., 2004). Zvýšený výskyt tejto formy sebauvedomovania v rámci umeleckého zamerania by sme mohli vysvetliť tým, že umelci svojou tvorbou, prejavom vyjadrujú svoje emócie a vnútorné pocity. Inšpiráciu častokrát hľadajú vo svojom vnútri a fantázii. Bez ponorenia sa do seba, uvedomenia si všetkých svojich pocitov, motívov a túžob by nemohli svoju rolu alebo celkovo svoju prácu tak precítiť. Takéto intenzívne prežívanie a uvedomovanie si súkromných aspektov self však vedie k pocitom psychického diskomfortu.

Viacero autorov uvádza, že tvoriví, umelecky založení ľudia často trpia viacerými psychickými poruchami, pocitmi úzkosti a smútku. Vo výskume Götza (in: Szobiová, 2004) skupina umelcov v porovnaní s neumelcami dosahovala vyššie skóre v škále psychotizmu, neurotizmu a u mužov aj v škále introverzie. Spomenuté osobnostné črty vo viacerých výskumoch pozitívne korelovali práve s akcentovaným súkromným self (Nystedt & Ljungberg, 2002; Scandell, 2001).

V rámci porovnávania jednotlivých odborov sme odhalili rozdiely aj medzi študentmi psychológie. Tí, na rozdiel od „umelcov“, dosahovali najvyššie skóre v zdravej, adaptívnej forme sebauvedomovania – súkromného self v norme. Vysvetľujeme si to tým, že aj keď pre psychológov je podobne dôležité zameranie na jedincovo vnútro, na jeho myšlienky, pocity a motiváciu konania a schopnosť sebareflexie je v podstate nevyhnutná, dôležité je, aby si zachovali potrebný odstup. Ich myslenie musí byť konkrétne, zamerané na prítomnosť spolu s udržiavaním si pocitu vnútornej pohody. Prílišné zaoberanie sa svojím vnútrom by totiž mohlo byť prekážkou v ich práci, teda pomoci pri problémoch druhých. Rovnako si signifikantne vyššie skóre v súkromnom self psychológov vysvetľujú autori Nystedt a Smari (1989), ktorí konštatujú, že štúdium psychológie môže zvyšovať tendenciu človeka k sebareflexii a kladeniu väčšieho dôrazu na vlastnú autonómiu skôr než na názory druhých.

Uvedomujeme si, že výsledky v rámci študijného zamerania mohli byť do určitej miery skreslené a ovplyvnené pomerne malým počtom respondentov v rámci jednotlivých odborov (v rámci práva len 9 probandov) a tiež heterogénnou vzorkou študentov umeleckých odborov. Do budúca by bolo potrebné pracovať s homogénnejšou vzorkou a s väčším počtom študentov a množstvom rôznorodých študijných zameraní.

4.3 Záver

Výsledky štúdie naznačili, že ženy, v porovnaní s mužmi, sa vo vyššej miere zameriavajú na verejné aspekty svojho self, najmä na svoj vzhľad a fyzickú atraktivitu.

Študenti umeleckých odborov v porovnaní s ostatnými študijnými odbormi (psychológia, technický, prekladateľstvo, právo) dosahujú najvyššie hodnoty maladaptívnej formy súkromného sebauvedomovania-akcentované súkromné self. Študenti psychológie skórujú najvyššie v zdravej, adaptívnej forme sebauvedomovania- súkromné self v norme.

Podakovanie

Na záver by som sa rada poďakovala svojej konzultantke doc. PhDr. Milici Schraggeovej, PhD., za odborné rady a pripomienky pri realizovaní výskumu.

Zoznam použitej literatúry

- ALANAZI, F.H. (2001). The revised self-consciousness scale: an assessment of factor structure, reliability and gender differences in Saudi Arabia. *Social Behaviour and Personality*, 29 (8), 763–776. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- ANDERSON, E. M., BOHON, L. M. & BERRIGAN, L. P. (1996). Factor Structure of the Private Self-Consciousness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 66 (1), 144–152. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- BLATNÝ, M. (2010). Sebepojetí z pohľadu sociálno-kognitívnej psychológie. In BLATNÝ, M. & KOLEKTIV (Eds.), *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy* 2010. (pp. 105–136). Praha, Czech Republic: Grada Publishing.
- BURNKRANT, R. E. & PAGE, T. (1984). A modification of the Fenigstein, Schreier and Buss Self-consciousness scales. *Journal of personality assessment*, 48 (6), 629–638. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- CARVER, CH. S. & SCHEIER, M. (1978). Self-focusing effects of dispositional self-consciousness, mirror presence, and audience presence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36 (3), 324–332. Retrieved from: EBSCO Host, PsycARTICLES.
- CRAMER, K. M. (2000). Comparing the Relative Fit of Various Factor Models of the Self-Consciousness Scale in Two Independent Samples. *Journal of personality assessment*, 75 (2), 295–307. Retrieved from: EBSCO Host, PsycINFO.
- CREED, A. & FUNDER, D. (1998). The two faces of private self-consciousness: self report, peer-report, and behavioral correlates. *European Journal of Personality*, 12 (6), 411–431. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.

- FENIGSTEIN, A. (1987). On the Nature of Public and Private Self-Consciousness. *Journal of personality*, 55 (3), 543–554. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- FENIGSTEIN, A., SCHEIER, M. F. & BUSS, A. H. (1975). Private and public self-consciousness: assessment and theory. *Journal of consulting and clinical psychology* 43 (4), 522–527. Retrieved from: EBSCO Host, PsycARTICLES.
- FRANZOI, S. L., DAVIS, M. H. & MARKWIESE, B. (1990). A motivational explanation for existence of private self-consciousness differences. *Journal of personality*, 58 (4), 641–659. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- GHORBANI, N., WATSON, P. J., KRAUSS, S. W., DAVISON, H. K. & BING, M. N. (2004). Private Self-Consciousness Factors: Relationships With Need for Cognition, Locus of Control, and Obsessive Thinking in Iran and the United States. *Journal of Social Psychology*, 144 (4), 359–372. Retrieved from: EBSCO Host, Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- HEINEMANN, W. (1979). The assessment of private and public self-consciousness: A German replication. *European journal of social psychology*, 9, 331–337. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- KEMMELMEIER, M. (2001). Private self-consciousness as a moderator of the relationship between value orientations and attitudes. *The journal of social psychology* 141 (1), 61–74. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- MITTAL, B. & BALASUBRAMANIAN, S. K. (1987). Testing the dimensionality of the self-consciousness scales. *Journal of personality assessment* 1, 51 (1), 53–68. Retrieved from: EBSCO Host, PsycINFO.
- MORRIN, A. (2000). History of exposure to audiences as a developmental antecedent of public self-consciousness. *Current research in social psychology*, 5 (3), 33–46. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- NASBY, W. (1996). Private and public self-consciousness and articulation of the ought self from private and public vantages. *Journal of personality* 1, 64 (1), 131–156. Retrieved from: EBSCO Host, PsycINFO.
- NYSTEDT, L. & LJUNGBERG, A. (2002). Facets of private and public self consciousness: construct and discriminant validity. *European Journal of Personality*, 16 (2), 143–159. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- NYSTEDT, L. & SMARI, J. (1989). Assessment of Fenigstein, Scheier, and Buss self-consciousness scale: A Swedish translation. *Journal of personality assessment*, 53 (2), 342–352. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- RIMÉ, B. & LE BON, C. (1984). The concept of self-consciousness and its operationalization. *L'année psychologique*, 84, 535–553. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- SCANDELL, D. J. (1998). The Personality Correlates of Public and Private Self-Consciousness from a Five-Factor Perspective. *Journal of Social Behavior & Personality*, 13 (4), 579–592. Retrieved from: EBSCO Host, Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- SCANDELL, D. J. (2001). Is Self-Reflectiveness an Unhealthy Aspect of Private Self-Consciousness? *Journal of Psychology*, 135 (4), 451–462. Retrieved from: EBSCO Host, Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- SILVIA, P. J. & DUVAL, T. S. (2001). Objective self-awareness theory: Recent progress and enduring problems. *Personality and Social Psychology Review*, 5 (3), 230–241. Retrieved from: EBSCO Host, PsycINFO.
- SZOBIOVÁ, E. (2004). *Tvorivosť, od záhady k poznaniu: Chápanie, zisťovanie a rozvíjanie tvorivosti* (2nd ed.). Bratislava, Slovakia: Stimul.
- VLEEMING, R. G. & ENGELSE, J. A. (1981). Assessment of private and public self-consciousness: A Dutch replication. *Journal of personality assessment*, 45 (4), 385–389. Retrieved from: EBSCO Host, Academic Search Complete.
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (1997). *Sociální psychologie – Sociálna psychológia*. Praha, Czech Republic: ISV-nakladatelství.

TERAPEUTICKÉ A RŮSTOVÉ MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ IZOLACE V KONTEXTU EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZY

THE THERAPEUTIC AND GROWTH POSSIBILITIES OF SOCIAL ISOLATION IN CONTEXT OF EXISTENTIAL ANALYSIS

Martin Kupka, Marek Malůš

Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra Psychologie, Vodární 6, 779 00, ČR

Grantová afiliace

FF_2012_027 (*Terapeutické možnosti metody Restricted environmental technique*)

Abstrakt

Proces hluboké introspekce i každodenní běžná zkušenost nás vede k poznání, že jsme smrtelní, svobodní – odpovědní a smysl hledající lidé. Každý jedinec je schopen ve větší či menší míře sebeodstupu a tudíž sebepoznání. V průběhu života se člověk různým způsobem vyrovnává s výše uvedenými základními charakteristikami existence. V průběhu života se člověk rovněž stává soběstačným, nezávislým a tudíž odděleným. Cenou za oddělení a růst je osamělost. Být člověkem znamená být sám. A nadále se stávat člověkem, znamená, hledat způsoby, jak spočinout v osamělosti. Příspěvek definuje osamělost v existenciálním kontextu a poukazuje na terapeutické či osobní růstové možnosti konfrontace s osamělostí pomocí metody Restricted Environmental Stimulation Technique.

Abstract

The process of in – depth introspection leads us to knowing that we are mortal, free, responsible, and meaning – seeking people. Every individual is to a large or smaller extent capable of self – detachment and thus self – knowledge. Throughout the course of one's life man becomes self – sufficient, independent and thus detached. The price for detachment and growth is loneliness. Being a human means being alone. And becoming a human means searching for ways how to remain in loneliness. The presentation seeks to define loneliness in the existential context and point out to therapeutic and personal growth possibilities of confrontation with loneliness through the method of Restricted Environmental Stimulation Technique.

Klíčová slova

samota, osamělost, senzorická deprivace, sociální izolace, všímavost, REST.

Key words

loneliness, solitude, sensory deprivation, social isolation, mindfulness, REST.

Úvod

Smyslem tohoto příspěvku je poukázat na osobní růstové a terapeutické možnosti sociální izolace (samoty), která je navozena cíleně za použití metody Restricted Environmental Stimulation Technique (dále bude v textu používána zkratka REST). Jako explanační model možného pozitivního účinku nám poslouží základní východiska existenciální analýzy, která vnímá konfrontaci s osamělostí jako bolestnou, přesto růstovou zkušenost, která posléze zásadním způsobem může změnit pohled člověka na život.

Tento názor je explicitně vyjádřen v díle Irvinga Yaloma (2006, 2007, 2008), Paula Tillich (2004), Silvie Längle (2007), Alfrieda Längleho (2002) či Ericha Fromma (2010, 2001, 2000, 1994). Nepřímo, přesto zřetelně k podobnému východisku směřují myšlenky Viktora Frankla (1996, 1997, 1999) či Elisabeth Lukasové (1998, 2009). Existenciálně-analytický pohled na situaci člověka v životě je zaměřen na klíčová témata smrti, svobody, odpovědnosti, smyslu a právě osamělosti. Tato témata bývají pro didaktické účely zpravidla pojednávána samostatně, přesto z hlediska dynamiky vytvářejí nedělitelný celek.

Osamělost

Yalom (2006) klasifikuje osamělost v existenciálním kontextu následovně:

1. **Interpersonální osamělost:** všeobecně prožívaná jako samota, týká se izolace od druhých lidí a závisí na mnoha okolnostech – geografická izolace, nedostatek vhodných sociálních dovedností, silně konfliktní pocity ohledně intimity, určitý osobnostní styl (schizoidní, narcistní). To vše a mnoho dalšího může zabraňovat uspokojivé sociální interakci. Významnou roli sehrávají také kulturní specifika. Hovoří se o proměně či úpadku rodiny, nedostatečných komunitních sousedských vztazích, převažující ateizaci společnosti. To vše alespoň v euroamerické kultuře od 19. století zvyšuje mezilidské odcizení (Genep, 1997; Ariés, 2000; Soukup, 2000, 2004; Sobotková, 2007; Haškovcová, 2010).
2. **Intrapersonální osamělost:** nastává v okamžiku, kdy člověk potlačuje dlouhodobě své vlastní pocity nebo touhy, nedůvěřuje svému úsudku nebo nerealizuje vlastní možnosti. Člověk se tak odcizuje sobě samému. Intrapersonální osamělost je široce používané paradigma a setkáme se s ním v dílech Maslowa (1954), Horneyové (2000), Fromma (1994), Rogerse (1998) či Asperové (2009).
3. **Existenciální osamělost:** znamená zásadní propast mezi člověkem a kýmkoli druhým, mezi člověkem a světem. Jedná se o osamělost, která přetrvává navzdory uspokojivým vztahům s druhými a navzdory dokonalému sebepoznání a integraci (Yalom, 2006). K prožitku existenciální osamělosti zásadně přispívá konfrontace se smrtí a svobodnou volbou. Rovněž tak situace, ve kterých jsme fakticky sami, na neznámých místech a kdy doslova ztratíme „klíče k realitě“, které nám poskytuje kultura, ve které jsme zabydleni („bytující ve světě“). Kulturní antropologové často hovoří o tzv. kulturním šoku, který prožije v podstatě každý začínající antropolog, který se vydá na terénní výzkum do cizí kultury, kde je naplno konfrontován s oním cizím – jiným (Soukup, 2000, 2004). Hovoříme zde o prožitku odcizení – anomie (Asperová, 2009).

Yalom (2006) je toho názoru, že interpersonální a intrapersonální osamělost jsou s existenciální osamělostí úzce propojené. Existenciální osamělost se často drží ve zvladatelných mezích právě pomocí interpersonální náklonnosti. Především interpersonální osamělost s existenciální sdílí společnou hranici. **Tento postřeh považujeme pro další pojednání za klíčový!**

Existenciální osamělost

Heidegger (2002) hovoří o tom, že člověk si za určitých okolností (většinou se jedná o zlomové, kritické zážitky) může intenzivně uvědomit, že je smrtelný, že je nucen se rozhodovat (je svobodný), a že je na světě sám, protože ať se k lidem přiblíží sebevíc, musí přesto čelit životu „na vlastní kůži“.

Takovéto uvědomění dle Heideggera nutně vede k úzkosti, kterou mírníme únikem od sebe k někomu či něčemu. Jakýkoli přímý návrat k sobě samému nás vede k výše popsanému úzkostnému prožívání, kterého se můžeme buď zbavit únikem, nebo ho můžeme tvořivě využít a dát svému životu smysl skrze osobní rozhodnutí, skrze osobní závazek. Přístup k životu nabývá charakteru svobodné volby s vlastní odpovědností.

Heidegger (2002) velmi dovedně rozpracovává základní východisko existenciální analýzy. Smrt, osamělost, svoboda, odpovědnost a smysl jsou takto propojeny. Yalom (2006, 2008) se domnívá, že výše popsaná reflexe činí člověka pozorným k bytí. Být pozorný k bytí jako celku, znamená být pozorný k otázkám, které člověku klade každodennost. To znamená být odpovědným – schopným odpovídat (Frankl, 1996, 1997).

Heidegger (2002) rozlišuje dva základní způsoby bytí člověka ve světě:

1. **Každodenní způsob bytí – stav zapomnětlivosti bytí:** člověk žije ve světě věcí a vrhá se do každodenních životních zábah. Člověk se vydává všanc každodennímu světu a podléhá starostem o způsob existence věcí. Je pohroužen ve svém okolí a vnímá či obdivuje, jaké co na tom světě je. Většinový člověk žije převážně v tomto stavu. Jedná se o všední způsob existence. Heidegger ho označuje jako neautentický. Člověk si neuvědomuje, že je tvůrcem svého života a světa.
2. **Ontologický způsob bytí – stav uvědomování si bytí:** člověk se nepodivuje nad způsobem existence věcí, ale tomu, že věci jsou. Člověk se pozastavuje a oceňuje zázrak bytí, obdivuje, že něco vůbec je, že něco vůbec existuje, že existuje on sám. Člověk si je vědom svého bytí, je si vědom jeho křehkosti i síly, a je si zároveň vědom jedinečnosti (osamělosti) vlastní bytí. V tomto stavu existuje autenticky, uvědomuje si sebe jako konstituujícího i konstituovaného. Přijímá své možnosti i omezení a zažívá úzkost, která je pro něj výzvou k existenci. Člověk je tak lépe připraven uskutečnit ve vlastním životě změny. Jeho život je postaven na zapojování, propojenosti, odpovědnosti, svobodě a osamělosti.

Yalom (2006, 2008) k tomu dodává, že krizové (probouzející) zážitky, jak bylo uvedeno výše, nás mohou změnit právě v tom smyslu, že se změní náš postoj k sobě i ke světu. Dostaneme se tak z prvního stavu bytí (stav zapomnětlivosti) do stavu druhého (stav uvědomování si). Jaspers (2000) hovoří o limitních, hraničních situacích. V tomto případě jsou smrt a osamělost prvními v pořadí. Vědomí smrti a osamělosti nám umožňuje žít svůj život autenticky a odpovědně.

Osamělost a vztah

Problém vztahu je problémem splynutí – osamělosti. Na jedné straně se člověk musí naučit komunikovat s druhým člověkem, aniž by podlehl touze stát se součástí druhého, zároveň nesmí druhého člověka redukovat na nástroj proti vlastní osamělosti. Takto velmi často v interpersonálních vztazích vznikají dva extrémy, které způsobují výrazné mezilidské potíže. Člověk se sebou nechá manipulovat či s druhými manipuluje sám. Je na lidech závislý či se snaží o přehnanou nezávislost.

Problematika narušených mezilidských vztahů bývá v popředí mnoha terapeutických zakázek (Yalom, 2006; Sobotková, 2007; Kratochvíl, 2009; Fromm, 2010). Dle našeho názoru nemusí v případě úzkosti z osamělosti být atakována oblast mezilidských vztahů primárně, myslíme si, že problém se může objevit v oblasti závislého chování jako takového. Základní úzkost, kterou Yalom (2006) dává do souvislosti se smrtí a Fromm (2010) s osamělostí, může být redukována i jinými typy závislostí, než je závislost interpersonální – jídlo, psychoaktivní látky, internet, atd.

Uniknout od sebe k někomu či něčemu, znamená vyhnout se základnímu atributu naší existence. Jakýkoli přímý návrat k sobě vede, jak bylo naznačeno výše, k prožitkovému uchopení vlastního bytí ve světě. Slovo existence („ex – ist“) vyjadřuje diferenciaci, proces oddělování, stávání se oddělenou bytostí. Neoddělit se, znamená nevyrůst, ovšem cenou za oddělení, růst a individuaci je osamělost (Fromm, 1993).

Problematika osamělosti nás nutně vede do oblasti mezilidských vztahů, člověk v průběhu svého života hledá různé způsoby, jak ve své osamělosti spočinou. Od ostatních jsme odděleni, každá zkušenost je naše vlastní, nikdo jiný za nás žít nemůže. Žádný vztah nemůže základní (existenciální) osamělost odstranit, může ji pouze mírnit. Každý z nás je v bytí sám.

Paradoxní je, že vědomí odloučenosti nás s druhými lidmi spojuje, protože skrze vědomí vlastní oddělenosti si mohou uvědomit, že ostatní, jsou na tom stejně. V okamžiku takového prožitku mohou mít k ostatním blíže, než tomu bylo před tím. Pokud svou osamělost dokážeme přijmout, dokážeme se také s láskou obracet k druhým lidem. Pokud to nedokážeme, riskujeme, že naše vztahy s druhými budou pouze karikaturami toho, co by mohlo být. Setkání se samotou člověku nakonec umožní navázat hluboký a smysluplný kontakt s druhým člověkem (Yalom, 2006). **Pro naše pojednání toto považujeme za druhý klíčový poznatek!**

Osamělost a smrt

Poznání vlastní smrti přivádí člověka k pochopení, že nikdo jiný za něj nezemře a nikdo od něj nemůže smrt odejmout. Stejně tak je to s každou zkušeností, kterou v životě učiníme (Yalom, 2006). Umírání je v základní rovině velmi osamělou zkušeností, která nás odděluje od ostatních zdravých, neumírajících lidí. Zdravotníci se snaží tuto osamělost mírnit dostupnými prostředky (Kübler-Ross, 1975, 1992; Hytych, 2002; Kupka, Řehan, 2008; Novák, 2009).

Yalom (2006, 2008) je toho názoru, že smrtelnost je primárním zdrojem úzkosti v životě. Fromm (2010) takto chápal osamělost. Zdůrazňoval pocit bezmoci skrytý v základní odloučenosti člověka. Začátek života každého z nás je velmi dramatickým aktem. Člověk je vyčleněn z jednoty (sounáležitost s matkou) – stává se osamělým (stává se jedincem) a je vystaven zkušenosti vlastní zranitelnosti a tudíž i smrtelnosti (Winnicott, 1991; Grof, 2009). Yalom (2006) se domnívá, že konec života – konec bytí (absolutní konec vědomí) je centrálním strachem ze smrti. Člověk se děsí, že sám sebe ztratí a stane se ničím. Ztratit se sám sobě – zde vidíme zajímavou paralelu k intrapersonální samotě, která byla popsána výše.

Svoboda a osamělost

Frankl (1996) tvrdí, že většina lidí je schopna uvažovat o svobodě ve smyslu „být svobodou od něčeho“, člověk většinou chce, aby od něj bylo něco odejmuto, což se nezdá skrývá v začátku věty: „kdybych neměl, kdybych nebyl, kdybych nemusel...“ Výše jmenovaný autor tvrdí, že svoboda je jakýsi potenciál, možnost, kterou můžeme či musíme investovat. Zde jde tedy o Franklovu úvahu, ne být svobodou od něčeho, ale být

svoboden k něčemu. Proto se také často traduje jeho bonmot z návštěvy USA – konkrétně New Yorku. Když uviděl Sochu svobody, měl se údajně zeptat, kde mají Američané sochu odpovědnosti.

Svoboda a odpovědnost jsou spolu nerozlučně propojeny dvojím způsobem. Jednak v rozhodnutí a tudíž závazku pro něco a také ve schopnosti odpovědět na otázku či otázky, které nám život každý den pokládá, což je opět Franklovo velké téma – život jako rozhovor (Längle, 2002; Lukasová, 2009). Yalom (2006) je toho názoru, že odpovědnost znamená autorství (minimálně spoluautorství) vlastního života. Poznání vlastní odpovědnosti, je zároveň poznáním vlastní svobody a poznání vlastní svobody je poznáním vlastní odpovědnosti.

Člověk je tedy na světě natolik sám, nakolik je odpovědný za svůj život. Znamená to, být sám sobě rodičem, znamená to opustit víru, že existuje někdo jiný, kdo nás vytváří, ochraňuje a za nás rozhoduje. Citelně tuto zkušenost zažije člověk, pokud mu (a to i v pozdějším věku) zemře otec či matka. Můžeme snad říci, že vztah k rodičům nás po jistou dosti dlouhou dobu (v tom lepším případě) chrání před tímto zneklidňujícím, zúzkostňujícím poznáním. Znamená to, že svůj život si utváříme sami.

Restricted Environmental Stimulation Technique – REST

Metoda REST vzniká na konci 70. let 20. století a rozvíjí se především v 80. a 90. letech (Suedfeld, 1974, 1980, 1983; Norlander, Kjellgren, Archer, 2003). Další alternativní názvy jsou: Dark therapy (Phelps, 2008) nebo Dunkeltherapie (Kalwait, 2006). V tuzemské literatuře se vžil název Terapie tmou, Léčba tmou (Brodská, 2008; Krumlová, Hrdličková, 2009). Podstatou metody je účinnost dvou faktorů: sociální izolace a maximální snížení vnější stimulace.

REST se v současnosti používá ve dvou základních modifikacích:

1. Chamber REST: člověk přebývá v malé místnosti, která je zařízena velmi jednoduše. K dispozici je postel, křeslo. Dotyčný se nachází v prostředí snížené stimulace (tma a ticho). Jídlo a pití jsou člověku poskytovány dle jeho potřeb. V místnosti je rovněž toaleta. Jedinec zůstává v tomto prostoru zpravidla 24 h či déle. Suedfeld (1980) uvádí, že méně než 10 % jedinců přeruší pobyt na základě nepříjemného prožívání před uplynutím základní doby – tedy 24 h.
2. Flotation (Flotation) REST: je realizována ponořením do nádrže s vodou (flotační tank), která má tělesnou teplotu, obsahuje určitou koncentraci látky zvané magnesium sulfát, což umožňuje, aby ponořený člověk mohl ležet bez obav na zádech – je nadnášen. Osoba má v uších ucpávky, které eliminují zvuk. Flotační tank je uzavřený, což vytváří prostředí totálního zatemnění. V tomto prostoru setrvává jedinec obvykle 1 h.

Výzkum metody REST probíhá především v USA, Kanadě a Švédsku. Ukazuje se, že není potřeba se výrazněji obávat možného psychického poškození a to ani v případech, kdy osoby v takovéto izolaci (experimentální) setrvaly několik dní či týdnů (Chamber REST). Ve skutečnosti pobyt v takovémto prostředí snížené stimulace může být zdravý prospěšný v mnoha oblastech. Jedná se především o redukci stresu, podporu procesu elaborace, tvořivosti, redukci návykového – závislostního chování, snižování hypertenze a chronické bolesti (Zubek, 1969; Suedfeld, 1980, 1983, 1999; Granqvist, Larsson, 2006; Bood, Kjellgren, Norlander, 2009; Maluš et al, 2011).

Suedfeld (1999) je toho názoru, že varianta Chamber REST v kombinaci s dalším terapeutickým působením může příznivě ovlivňovat změny postojů a návyků, které jsou pro dotyčného problematické. Jedná se především o změnu návykového chování: přejídání, konzumace alkoholu a jiných návykových látek včetně tabáku. Modifikovaným způsobem jsou klauzury používány i v ČR v některých terapeutických komunitách, příkladem může být Komunita Fides v Psychiatrické léčebně Bílá Voda (Kalina, 2008). Pozitivní vliv varianty Chamber REST v kombinaci s kognitivně-behaviorální terapií je dokladován také na pacientech s obsedantně kompulzivní poruchou či jinými úzkostnými poruchami (Walker, Freeman, Christensen, 1994).

Jedinec se díky této zkušenosti stává méně zatížený obrannými mechanismy, je více vnímavý k vlastnímu tělu a prožívání. Člověk je schopen si plněji uvědomit vlastní emocionální a myšlenkové vzorce, což je východisko možného přerušování návykového jednání (Borrie, 1990). Tímto způsobem může docházet rovněž ke kultivaci dovednosti, která je v odborné literatuře nazývána všímavostí (Benda, 2007).

Jednou z klinických aplikací všímavosti je právě léčba závislosti na návykových látkách. Všímavost byla využita v terapii závislosti na alkoholu (Ostafin, Marlatt, 2008), nikotinu (Davis et al, 2007), hazardních hrách (Toneatto, Vettese, Nguyen, 2007; Lakey et al., 2007) a u zneužívání návykových látek (Bowen et al., 2006). Všímavost je také součástí komplexního programu prevence relapsu návykového chování, v němž se klienti učí reagovat adaptivně na impulzy a nutkání k užití návykových látek (Marlatt, Gordon, 1985). Také empi-

rické výzkumy potvrzují úspěšnost léčby založené na rozvíjení všímavosti u závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách (Bowen et al., 2006; Davis et al., 2007).

V existenciálním kontextu právě zde nacházíme možnou oblast pozitivního účinku. Jak bylo uvedeno výše, interpersonální osamělost s existenciální sdílí společnou hranici. Osamělost interpersonální nám umožní setkat se s osamělostí existenciální. Konfrontovat osamělost, nejprve vyvolá úzkost a posléze může zprostředkovat růst či léčbu (Yalom, 2006). Podobně i Fromm (2010) konstatuje, že schopnost být sám (vydržet sám se sebou) je nutnou podmínkou pro vytváření vztahů s ostatními. Tedy pokud se těžiště problému dotýká mezilidských vztahů (což je v terapii velmi časté), může REST nabídnout vhodné podmínky k emoční korektivní zkušenosti, kterou lze v následující terapii využít.

Yalom (2006) dále tvrdí, že v procesu terapie může být vhodné doporučit klientovi období dobrovolné osamělosti. Výhodu spatřuje v tom, že se může objevit důležitý materiál, který by se v terapii neobjevil. Zde se dostáváme k postřehu Suedfelda (1999), který konstatuje, že pokud se člověk nachází v prostředí snížené vnější stimulace (REST), začne čerpat podněty z vnitřních zdrojů. Další výhodou dle Yaloma (2006) je objevení skrytých osobních zdrojů a odvahy, které vzniknou vždy, když člověk překoná něco pro něj obtížného, což pobyt ve tmě, tichu a samotě bezesporu je.

Shrnutí

Metoda REST se jeví jako účinná při péči o zdraví člověka. Nevnímáme ji jako náhradu tradičních metod psychoterapie, myslíme si, že především Chamber REST je kompatibilní s řadou terapeutických škol a přístupů, které mají alespoň minimální analytický akcent. Rovněž je podstatné, že při aplikaci REST dochází v řadě případů k úlevě bez použití chemických substancí (Suedfeld, 1980).

Obě varianty REST (Flotation i Chamber) umožňují vznik prostoru pro zklidnění a ztišení, které je v naší kultuře (v běžné každodennosti) pouze obtížně realizovatelné. Člověk je dnes denně zahlcen spoustou podnětů, většina lidí běžně rozděluje pozornost mezi několik aktivit najednou, každý den řešíme různé denní těžkosti a starosti. Jsme intenzivně vystaveni intermitentnímu stresu, který je z dlouhodobé perspektivy zdraví škodlivý, což běžně dokládají studie řady autorů (Šolcová, Kebza, 1998, 1999; Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005).

Myslíme si, že díky zkušenosti s metodou REST, byť jednorázovou, může člověk objevit cestu k sobě samému, což mu umožní být všímavější k ostatním. Pokud přijmeme konfrontaci se samotou, může to výrazně změnit náš život k lepšímu. Jedná se především o možnost navazování autentičtějších mezilidských vztahů a redukci závislého chování. Tato zkušenost rovněž může otevřít cestu k hlubšímu uchopení základních atributů lidské existence. Frankl (1997) hovoří o odvaze k samotě, tvůrčím potenciálu samoty a o tvůrčím vytváření prostoru pro samotou, kterou chápe jako příležitost k meditaci či kontemplaci.

Krátkodobá aplikace Chamber REST dle našeho názoru zlepšuje schopnost učit se. Podobně jako krátkodobý půst vede k větší radosti z jídla a větší chuti k jídlu, tak informační, sociální a senzorický půst aktivuje „hlad“ po informacích a chuť učit se.

Rovněž si myslíme, že pobyt v prostoru snížené vnější stimulace a sociální izolace alespoň krátkodobě zvyšuje schopnost všímavosti (mindfulness), která je definována dle Carmodyho (2009) jako nekonceptuální a jasné uvědomování si a pozorování proudu intrapsychických a senzorických podnětů, odehrávající se v přítomném okamžiku s postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti. Všímavé jednání je potom výsledkem kultivace této dovednosti. Vyznačuje se plným věnováním pozornosti a ponořením se do jedné činnosti bez rozptylování nesouvisejícími myšlenkami či představami a zároveň psychickou flexibilitou a otevřeností vůči různým aspektům této činnosti. Jedná se o zaměření na činnost spíše než na její výsledky.

Jsme rovněž toho názoru, že Chamber REST zvyšuje (pokud je to terapeuticky podporováno) schopnosti sebeodstupu a sebezpřesahu. Sebeodstup je definován jako schopnost podstoupit od sebe samého (od svých citů, přání, představ) a otevřít se tak nezkraslenému vnímání situace. Zde lze najít zajímavou spojnici s výše jmenovanou všímavostí. Sebezpřesah je potom vymezen jako schopnost vyjít za hranice sebe sama a vstoupit do vztahu k něčemu či někomu jinému. Tyto dvě jmenované schopnosti jsou v rámci existenciální analýzy řazeny do duchovní oblasti zdraví (Frankl, 1996; Längle, 2002). V současnosti jsou oba výše uvedené předpoklady podrobovány systematickému ověřování.

Sebeodstup a sebezpřesah umožňují to, co bylo vymezeno v textu již dříve: rozhodovat se (svoboda) a aktivně jednat – odpovídat a nést důsledky (odpovědnost). Zdravým – uspokojivým výsledkem života je potom prožívaná životní smysluplnost, která je odpovědí na základní úzkost pramenící z vědomí smrtelnosti a osamělosti (Yalom, 2006; Fromm, 2010).

Metoda REST (především Chamber REST) umožní setkat se s existenciální osamělostí. Pokud člověk toto setkání unese a nezůstane v něm sám, je terapeuticky veden, může potom v životě dále vlastní osamělost nést s odvahou. Může pochopit, že je potřeba vytvářet vztahy k lidem, které nebudou poskytovat nějaké produkty, jako je moc, splynutí, ochrana, velikost nebo obdiv.

Použitá literatura

- Ariés, P. (2000). *Dějiny smrti I. Doba ležících*. Praha: Argo.
- Asper, K. (2009). *Opuštěnost a sebeodcizení*. Praha: Portál.
- Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkum a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51, 2, 129–140.
- Bood, S., Kjellgren, A., Norlander, T. (2009). Treating stress-related pain with the flotation restricted environmental stimulation technique: Are there differences between women and men? *Pain Research & Management. The Journal of the Canadian Pain Society*, 14, 4, 293–296.
- Borrie, R. A. (1990). The use of restricted environmental stimulation therapy in treating addictive behaviors. *International Journal of the Addictions*, 25, 8, 995–1015.
- Brodská, T. (2008). Tma jako nástroj sebepoznání. *Psychologie dnes*, 14, 1, 36 – 39.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T., Chawla, N., Simpson, T., Ostafin, B., Larimer, M., Blume, A., Parks, G., Marlatt, G. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 3, 343–347.
- Carmody, J. (2009). Evolving Conceptions of Mindfulness in Clinical Settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 3, 270 – 280.
- Davis, L., W., Strasburger, A., M., Brown, L., F. (2007). Mindfulness: An intervention for anxiety in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 45, 11, 23–29.
- Frankl, V., E. (1996). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Frankl, V., E. (1997). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- Frankl, V., E. (1999). *Teorie a terapie neuróz*. Praha: Grada Publishing.
- Fromm, E. (1993). *Strach ze svobody*. Praha: Naše vojsko.
- Fromm, E. (1994). *Umění být*. Praha: Naše vojsko.
- Fromm, E. (2000). *Umění naslouchat*. Praha, Aurora.
- Fromm, E. (2001). *Mít, nebo být?* Praha: Aurora.
- Fromm, E. (2010). *Umění milovat*. Praha: Český klub.
- Gennep, A. (1997). *Přechodové rituály*. Praha: Lidové noviny.
- Granqvist, P., Larsson, M. (2006). Contribution of Religiousness in the Prediction and Interpretation of Mystical Experiences in a Sensory Deprivation, Context: Activation of Religious Schemas. *The Journal of Psychology*, 140, 4, 319–327.
- Grof, S. (2009). *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Heidegger, M. (2002). *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh.
- Horney, K. (2000). *Neuróza a lidský růst: zápas o seberealizaci*. Praha: Triton.
- Hytych, R. (2002). Sociální reprezentace smrti u populace pracovníků onkologie. *Československá psychologie*, 5, 462–471.
- Jaspers, K. (2000). *Šifry transcendence*. Praha: Vyšehrad.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.
- Kalweit, H. (2006). *Léčba tmou*. Praha: Eminent.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál.
- Krumlová, D., Hrdličková, L. (2009). Tma je měkká jako matčina náruč. *Psychologie dnes*, 15, 5, 35–36.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kupka, M., Řehan, V. (2008). Salutoprotektivní činitelé u zaměstnankyň hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných. *Československá psychologie*, 52, 6, 555–566.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Death: The Final Stage of Growth*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.

- Längle, S. (2007). Úzkost – královská cesta k existenci, In: Längle Sulz, M. (Ed.), *Žít svůj vlastní život, úvod do existenciální analýzy*. Praha: Portál, 85–95.
- Lakey, Ch., E., Campbell, W., K., Brown, K., W., Goodie, A. S. (2007). Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences*, 43, 7, 1698–1710.
- Lukasová, E., S. (1998). *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Herder.
- Lukasová, E., S. (2009). *Základy logoterapie*. Bratislava: Lúč.
- Malůš, M., Kupka, M., Kavková, V., Řehan, V. (2011). Restricted environmental stimulation therapy. In M. Do-
lejš, M. Charvát (Eds.), *PhD existence I (197 – 211)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Norlander, T., Kjellgren, A., Archer, T. (2003). Effect of flotation versus chamber restricted environmental stimulation technique (REST) on creativity and realism under stress and non – stress conditions. *Imagination, Cognition and Personality*, 22, 4, 343–359.
- Novák, P. (2009). Teorie sociálních reprezentací. *E-psychologie*, 3, 1, 22–29.
- Ostafin, B. D., Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 27, 4, 404–418.
- Phelps, J. (2008). Dark therapy for bipolar disorder using amber lenses for blue light blockade. *Medical Hypotheses*, 70, 224–229.
- Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Soukup, V. (2000). *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha: Portál.
- Soukup, V. (2004). *Dějiny antropologie*. Praha: Karolinum.
- Suedfeld, P. (1974). Psychological research on the effects of social isolation. *Canadian Psychologist*, 15, 1, 1–15.
- Suedfeld, P. (1980). *Restricted Environmental Stimulation: Research and Clinical Applications*. New York: John Wiley and Sons.
- Suedfeld, P., Roy, C., Landon, B. (1982). Restricted environmental stimulation therapy in the treatment of essential hypertension. *Behavioral research therapy*, 20, 553–559.
- Suedfeld, P., Ballard, E., Murphy, M. (1983). Water immersion and flotation: From stress experiment to stress treatment. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 147–155.
- Suedfeld, P. (1989). Perceptual isolation, sensory deprivation, and REST: Moving introductory psychology texts out of the 1950's. *Canadian Psychology* 30, 1, 17–29.
- Suedfeld, P. (1999). Health and therapeutic applications of chamber and flotation restricted environmental stimulation therapy (REST). *The International Journal of the Addictions* 14, 861–888.
- Šolcová, I., Kebza, V. (1998). Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*, 42, 1, 32–41.
- Šolcová, I., Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 43, 1, 1999, 19–36.
- Tillich, P. (2004). *Odvaha být*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Toneatto, T., Vettese, L., Nguyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioural treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 19, 1, 91–100.
- Walker, R., W., Freeman, F., R., Christensen, D., K. (1994). Restricting environmental stimulation (REST) to enhance cognitive behavioral treatment for obsessive compulsive disorder with schizotypal personality disorder. *Behavior therapy*, 25, 709–719.
- Winnicott, D., W. (1991). *Lidská přirozenost*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Yalom, I., D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I., D. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I., D. (2008). *Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.
- Zubek, J., P. (Ed). (1969). *Sensory Deprivation: Fifteen Years of Research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

JMENNÝ REJSTŘÍK

- Antalíková, J. 48
Baník, G. 152
Bartoněk, J. 95
Bruncková, M. 177
Cakirpaloglu, P. 137
Čižmár, M. 19
Dolejš, M. 124
Dostál, D. 110
Fláška, K. 137
Gašparíková, M. 87
Gocman, M. 12, 70
Horáková Hoskovcová, S. 167
Kavenská, V. 117
Kavková, V. 19
Kodyšová, E. 167
Kopecký, K. 95
Koutná, V. 60
Kráčmarová, L. 137
Kupka, M. 199
Machů, K. 110
Malůš, M. 199
Mikulajová, M. 23, 48
Moudrá, L. 19
Nosálková, M. 60
Páchová, A. 100
Pechová, O. 110
Procházka, R. 37
Reichelová, E. 75
Řehan, V. 37
Sasao, T. 12
Schöffelová, M. 23
Skopal, O. 124
Smékalová, E. 117
Szarzyńska, M. 12, 70
Šeboková, G. 189
Šmahaj, J. 117
Štumpf, O. 100
Toro, P. A. 12, 70
Válková, H. 19
Vendel, Š. 177
Zubáková, M. 23

VĚCNÝ REJSTŘÍK

- Adolescenti 111
Analýza 29, 43, 44, 51, 65, 114
– Existencionální 91
Diagnostika 19, 23
– Agresivita 19, 20
– Děti 10, 14, 23, 48
– Exekutivních funkcí 23, 24, 26
– Předškoláků 48, 52
Disociace 37
Distres 152
Dítě 101, 105, 167
Izolace 199
– Sociální 199
Léčba 41, 125, 202
– Systém 14, 19, 70
– Lékaři 138
Logoterapie 91
Mentalizace 77
Mladiství 96
Paměť 100
Postoje 110, 137
Povolání 138, 177
Prevalence 124
Pronásledování 95
– Nebezpečné 95
Předpoklady 121, 153
– Kognitivní 38, 100
Psychologie 118, 124
– Školní 95, 117
Psychologové 61, 118, 138
Pacienti 60, 79, 149
– Onkologičtí 60
Rozdíly 40, 68, 106
– Sociodemografické 177
Sebeobraz 203
– Korekce 87
Sebeuvědomování 189
– Soukromé 96, 138
– Veřejné 125, 189
Self-efficacy 167
Smrt 110, 199
Studium 9, 37
– Doktorandské 9, 187
Vnímání 40, 89
Závislost 93, 125, 203
– Na alkoholu 37
– Na tabáku 124
Zdraví 64, 82
Zážitek 167
– Porodní 167
Život 24, 60
– Kvalita 60

PhD existence II
česko-slovenská
psychologická konference (nejen)
pro doktorandy a o doktorandech

Editoři:

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Mgr. Aleš Neusar

PhDr. Klára Bendová

PhDr. Eva Maierová

Výkonný redaktor doc. PhDr. Jiří Lach, Ph.D., M.A.
Odpovědná redaktorka Mgr. Jana Kreiselová
Technická redaktorka Jitka Bednaříková
Grafická úprava obálky Kateřina Manková
Autorky kresby Markéta Večerková, Karolína Veldová
Publikace je určena pro konferenční a projektové účely
Publikace neprošla redakční jazykovou úpravou

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
vydavatelstvi.upol.cz, e-mail: vup@upol.cz

1. vydání
Olomouc 2012

Neprodejné

ISBN 978-80-244-3037-9