

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Subjektívne zdravie, životná spokojnosť a vzťahová väzba  
u mladých dospelých ľudí s telesným postihnutím  
a v bežnej populácii**

*Subjective Health, Life Satisfaction and Attachment  
in Young Adults with Physical Disability  
and in General Population*



**RIGORÓZNA DIPLOMOVÁ PRÁCA**

Mgr. et Mgr. Ing. Jarmila Adamove

Olomouc

2016

## **Prehlásenie**

Prehlasujem, že som rigoróznou diplomovú prácu na tému „Subjektívne zdravie, životná spokojnosť a vzťahová väzba u mladých dospelých ľudí s telesným postihnutím a v bežnej populácii“ vypracovala samostatne s použitím prameňov, ktoré som riadne citovala a uviedla v závere práce.

V Olomouci dňa.....

.....

Jarmila Adamove

# OBSAH

ÚVOD.....	5
<b>TEORETICKÁ ČASŤ</b>	
1. SUBJEKTÍVNE ZDRAVIE.....	7
1.1. Rôzne koncepty zdravia.....	7
1.2. Subjektívne versus objektívne zdravie.....	10
1.3. Subjektívne prístupy ku zdraviu a k nemoci.....	11
1.4. Vybrané faktory subjektívneho zdravia.....	16
2. ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ.....	20
2.1. Rôzne koncepty životnej spokojnosti.....	20
2.2. Hlavné zložky životnej spokojnosti.....	27
2.3. Vybrané faktory životnej spokojnosti.....	30
3. VZŤAHOVÁ VÄZBA.....	34
3.1. Základné pojmy a teoretické východiská.....	34
3.2. Vzťahová väzba v detstve.....	36
3.3. Vzťahová väzba v dospelosti.....	40
3.4. Vzťahová väzba v kontexte zdravia a životnej spokojnosti.....	45
4. ĽUDIA S TELESNÝM POSTIHNUTÍM.....	48
4.1. Základné vymedzenie telesného postihnutia.....	48
4.2. Špecifiká u ľudí s telesným postihnutím.....	52
4.3. Telesné postihnutie v rodine a vývin vzťahovej väzby.....	54
4.4. Relevantné výskumy ľudí s telesným postihnutím.....	58
<b>EMPIRICKÁ ČASŤ</b>	
5. VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIELE A HYPOTÉZY.....	62
6. METODOLOGICKÝ RÁMEC.....	66
6.1. Výskumný súbor a metódy jeho získania.....	68
6.2. Metódy zberu dát.....	68
6.2.1. Dotazník WHODAS 2.0.....	69
6.2.2. Škála spokojnosti so životom SWLS.....	72
6.2.3. Škála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti.....	73
6.2.4. Dotazník ECR.....	74
6.3. Metódy spracovania a analýzy dát.....	75
6.4. Etické aspekty.....	76

7. VÝSLEDKY VÝSKUMU.....	77
7.1. Reliabilita použitých dotazníkov.....	77
7.2. Výsledky deskriptívnej štatistiky.....	79
7.3. Výsledky inferenčnej štatistiky.....	82
7.4. Sumárne výsledky korelačnej analýzy.....	89
7.5. Doplnkové zistenia rozdielovej štatistiky.....	90
8. DISKUSIA.....	97
9. ZÁVER.....	104
10. ZHRNUTIE.....	106
ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK.....	110
ZOZNAM TABULIEK.....	111
ZOZNAM SCHÉM A OBRÁZKOV.....	112
ZOZNAM GRAFOV.....	113
ZOZNAM PRÍLOH.....	114
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY.....	115
PRÍLOHY	

## ÚVOD

*„Šťastie človeka spočíva v tom, že prijme svoju úlohu v živote“.*

*Antoine de Saint-Exupéry*

Hovorí sa, že zdravie je predpokladom šťastného života. U nemocných sa stáva cieľom ich snaženia. Zrejme každý hľadá to, čo nemá. Nemoc, jej dôsledky, jej vnímanie nemocným a jeho okolím sú témy pre odborníkov a ľudí nemocných. Zdá sa, že menej trápia zdravých. Či už zdravý alebo nemocný, mladý alebo starý: každý chce byť šťastný a milovaný. „Svätá trojica“ zdravie – šťastie – láska sa už dávno dostala aj do hľadáča záujmu odborníkov rôznych oblastí a výskumníkov, pravdaže s použitím odborných termínov. Sú to však témy ťažko vedecky „uchopiteľné“, existujú na ne rôzne názory, rôzne koncepcie a teórie. Stále nie sú dostatočne preskúmané na ľuďoch s postihnutím, ktorí boli v minulosti na okraji záujmu spoločnosti. Najprv z nej boli úplne vylučovaní, neskôr „ochraniteľsky“ separovaní, v súčasnosti je trend ich prirodzenej integrácie do spoločnosti. Vývoj priniesol zlepšenie ich možností vďaka rozvoju techniky a medicíny. Pre ľudí s telesným postihnutím sa zvýšila dostupnosť a kvalita rôznych kompenzačných pomôcok pre bežný život a pracovné uplatnenie vďaka rozvoju ortopedickej protetiky a rehabilitačného inžinierstva. Aj medicína v posledných desaťročiach výrazne pokročila. To všetko ale neznamená automatické zlepšenie subjektívneho prežívania zdravia a zlepšenie kvality života ľudí s telesným postihnutím. Protipólne k boomeru medicíny a techniky v tejto práci sme sa rozhodli ísť „netechnickou a nemedicínskou“ cestou a zamerať sa na subjektívne prežitky ľudí s telesným postihnutím a tzv. „zdravých“. Objektívne zdravie nemáme vždy vo svojich rukách, ale to subjektívne vnímanie zdravia môžeme aspoň sčasti ovplyvniť. Domnievame sa, že sú to témy aktuálne resp. „večne aktuálne“ vďaka neustále sa meniacemu kontextu prostredia fyzického i sociálneho.

Práca nadväzuje na záverečnú prácu autorky (Adamove, 2016a), v ktorej skúmala súvislosti subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti u mladých ľudí s telesným postihnutím. Teoretická časť práce bola rozšírená o kapitolu *Vzťahová väzba*. Ostatné kapitoly boli prepracované, doplnené a rozšírené o nové podkapitoly, ako aj tabuľkové a grafické výstupy. Výskum bol rozšírený o získanie dát dvoma ďalšími mernými nástrojmi (jeden na subjektívne zdravie, druhý na vzťahovú väzbu), a to na temer dvojnásobnom počte respondentov oproti pôvodnému výskumu. Cieľom práce je získať hlbší ponor do vzťahov a súvislostí medzi subjektívnym a objektívnym zdravím. Skúmanie vzťahovej väzby by mohlo prispieť k pochopeniu „vnútorného prostredia“ ľudí s telesným

postihnutím aj ľudí bez telesného postihnutia. To sa pravdepodobne určitým spôsobom odráža aj do ich subjektívneho vnímania zdravia a celkovej životnej spokojnosti.

*V teoretickej časti práce sme sa snažili o stručný úvod k výskumu, zhrnutie doterajších poznatkov z praxe, ako aj z výsledkov výskumov v daných oblastiach. Prvá kapitola pojednáva o subjektívnom zdraví a subjektívnych prístupoch k nemoci, uvádza rôzne koncepty zdravia, rôzne vzťahové rovnice medzi subjektívnym a objektívnym zdravím a vybrané faktory subjektívneho zdravia. Druhá kapitola sa zaoberá rôznymi koncepciami životnej spokojnosti. Rôznosť prístupu autorov vnáša do tejto problematiky značnú neprehľadnosť. Uviedli sme hlavné komponenty životnej spokojnosti a vybrané faktory, ktoré sú pre ňu určujúce. V tretej kapitole sme sa zamerali na predstavenie teórie vzťahovej väzby, charakteristík fungovania vzťahovej väzby v detstve a v dospelosti. Tematiku vzťahovej väzby sme prepojili s témami zdravia a životnej spokojnosti. Štvrtá kapitola je venovaná ľuďom s telesným postihnutím, vymedzujeme telesné postihnutie, charakterizujeme špecifiká u ľudí s telesným postihnutím. I keď sa v práci zameriavame na skúmanie výskumného súboru v období dospelosti, rozhodli sme sa stručne zmapovať špecifiká vývoja vzťahovej väzby v rodinách s dieťaťom s postihnutím. Predstavujú totiž podstatnú časť, z ktorej vychádza neskorší psychosociálny vývin. V závere kapitoly udávame niektoré výskumy vzťahovej väzby uskutočnené na vzorke ľudí s telesným postihnutím vo vzťahu ku zdraviu a životnej spokojnosti. Vo výskumnej časti sme v súlade s vedeckými metódami postupovali od stanovenia výskumného problému, cieľov výskumu, výskumných otázok a hypotéz. Rozoberáme priebeh výskumu a použité metódy zberu dát, neopomenuli sme ani etické aspekty. Nasledujú výsledky výskumu, posúdenie homogenity dotazníkov, deskriptívna a inferenčná štatistika, ako aj sumárne zistenia korelačnej analýzy a doplnková rozdielová štatistika. V diskusii sa zamýšľame nad výsledkami práce, možnými súvislosťami a interpretáciami, ale aj limitmi práce a námetmi do ďalších výskumov. Záver stručne a výstižne sumarizuje všetky hlavné výskumné zistenia práce.*

# TEORETICKÁ ČASŤ

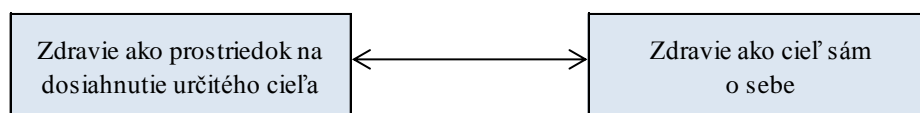
## 1. SUBJEKTÍVNE ZDRAVIE

V tejto kapitole sa pozrieme na rôzne aspekty subjektívneho zdravia, hlavné koncepcie zdravia, vzťahy medzi subjektívnym a objektívnym zdravím a podstatné určujúce faktory subjektívneho zdravia a prístupu k nemoci. Odborníci nenašli spoločnú reč v ponímaní zdravia. Rozličné prístupy a definície odrážajú odlišné východiská autorov.

### 1.1. Rôzne koncepty zdravia

Existujú rôzne poňatia zdravia, ktoré sa navyše vyvíjali v čase. Seedhouse (1995 in Křivohlavý, 2009) uvádza: (i) zdravie ako *ideálny stav* človeka, ktorému je dobre (wellness), (ii) zdravie ako *normu*, „fitness“ vzhľadom k efektívnemu plneniu úloh a k socializácii, (iii) zdravie ako *tovar*, ktorý sa dá kúpiť – toto poňatie preceňuje možnosti medicíny a zbavuje človeka vlastnej zodpovednosti za zdravie. (iv) zdravie ako *určitý druh „sily“*, vďaka ktorej človek chápe životné úlohy ako výzvy. Fedor-Freybergh (1974 in Fedor-Freybergh, 2008) je zástancom *dynamického prístupu* k zdraviu. Chápe zdravie ako dynamický proces na tvorivej ceste k sebarealizácii. Je to premenlivý jav, ktorý sa napĺňa v celoživotnej perspektíve človeka. Psychologické poňatia zdôrazňujú vnútorné zdroje utvárania subjektívneho zdravia, sociálny prístup zdôrazňuje zaradenie človeka do štruktúry sociálnych vzťahov a význam sociálnej opory (Šolcová & Kebza, 2002 in Adamove, 2016a). Názory sa líšia od zvoleného uhlu pohľadu autora a jeho preferencií.

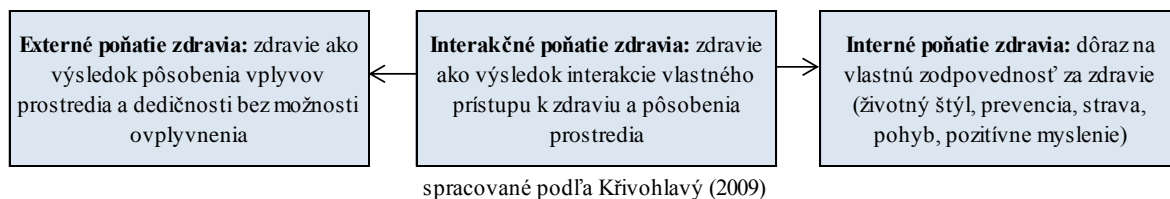
Schéma 1 Dimenzie zdravia



Zdroj: Křivohlavý (2009)

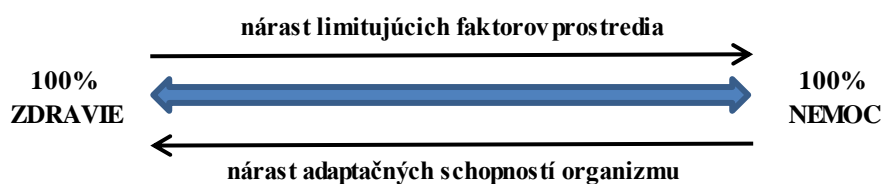
Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization, WHO) v roku 1946 definovala zdravie ako „stav *úplnej* telesnej, mentálnej a sociálnej pohody, nielen neexistencia choroby“ (Křivohlavý, 2009). Ide o ideálny stav, ktorý je v skutočnosti nedosiahnuteľný. Neskôr definíciu upravila: „zdravie je *relatívne optimálny* stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní všetkých životných funkcií, spoločenských rolí a schopností organizmu prispôbiť sa meniacim sa podmienkam prostredia“ (dôraz na adaptáciu na prostredie). Podľa Křivohlavého (2009 in Adamove, 2016a) je zdravie celkový (telesný, psychický, sociálny a duchovný) stav človeka, ktorý mu umožňuje dosahovať *optimálnu kvalitu života* a nie je prekážkou obdobného snaženia druhých ľudí.

**Schéma 2 Variabilita ponímania zdravia**



Väčšinou sa rôzne definície zdravia zhodujú v tom, že ide o dôležitú vysokú životnú hodnotu s ohľadom na uskutočňovanie životných cieľov. Vidia ho ako dynamický jav, ktorý sa pohybuje od kladného pólu (dobré zdravie) po záporný pól (nemoc). Preferujú širšie poňatie zdravia ako len zdravé fungovanie tela (do úvahy berú i psychické, sociálne a duchovné dimenzie). Vidia *úzky vzťah zdravia a kvality života*, kladú (v rôznej miere) dôraz na osobnú zodpovednosť človeka za svoje zdravie a zameriavajú pozornosť aj na podmienenosť prostredím (ekologické, politické, komunitné faktory) (Křivohlavý, 2009 in Adamove, 2016a). Repková (1999) uvádza dva protipólne modely zdravia. **Kvantitatívne poňatie zdravia** vidí dimenzie zdravia a choroby v kontinuite, s plynulými prechodmi.

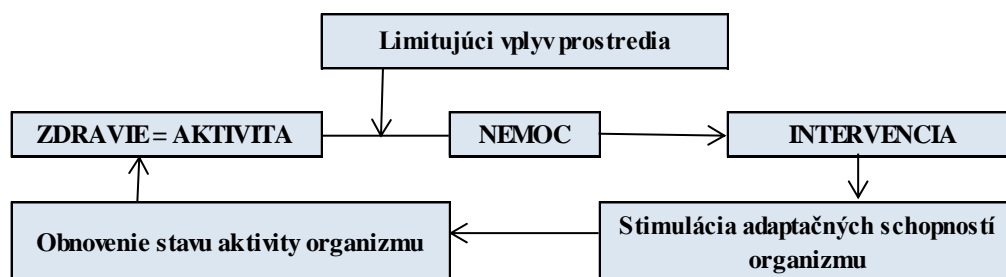
**Schéma 3 Kontinuita zdravia a nemoci**



Zdroj: Jarolímek et al. (1987 in Repková, 1999)

Protipólom ku kvantitatívnemu modeluje **kvalitatívny model**, ktorý chápe zdravie a nemoc ako dve rozličné životné kvality s rozdielnymi morfológickými a funkčnými prejavmi a rozdielnou schopnosťou *interakcie organizmu s prostredím* (Zikmund, 1992 in Repková, 1999). *Zdravie* v tomto modeli predstavuje formu života, pri ktorej organizmus dosahuje optimálne predpoklady (morfológické a funkčné) pre svoju existenciu. *Nemoc* je labilná forma života, ktorá narušuje a poškodzuje optimálny priebeh životných funkcií a interakcie organizmu s prostredím (Zikmund, 1992 in Repková, 1999). Vid' Schému 4.

**Schéma 4 Faktory zdravia a nemoci**



Zdroj: Repková (1999)



V posledných desaťročiach sa presadzuje tzv. **bio-psycho-socio-spirituálny model** alebo bio-psycho-socio-filozofický model zdravia a nemoci. Používajú sa aj pojmy celostný, holistický, komplexný. Tento pohľad na ľudskú bytosť prvýkrát predstavil Engel v roku 1977, spirituálnu zložku do neho doplnil Glasser v roku 1993. Poznávame, že „spirituálna zložka“ modelu ešte nebola všeobecne prijatá. WHO vychádza z bio-psycho-sociálneho modelu. Dôležitým východiskom nazerania celostného modelu je **ekologická systémová teória**, ktorú predstavil v roku 1979 Bronfenbrenner v diele *The Ecology of Human Development* (Sobotková, 2012 in Adamove, 2016a). Neskôr ju aplikoval najmä na sociálne systémy Ludwig von Bertalanffy. Teória vidí vývin človeka ako súhrn sociálnych a biologických interakcií, *človek je systém v systémoch*. Interakcie s okolím udržiavajú celý systém v dynamickej premenlivosti, súčasne spôsobujú obrovskú zložitosť poznávania.

**Schéma 5 Bio-psycho-socio-spirituálny model zdravia a nemoci**



Zdroj: Orel et al. (2012)

Celostný model sa díva na človeka v rovinách, ktoré sú neoddeliteľne previazané. Zahŕňa *oblasť telesnú* (naš hmotný organizmus), *psychickú* (duševnú obsahujúcu naše prežívanie, emócie, myslenie, predstavy), *vzťahovú* (sociálnu – oblasť vzťahov, do ktorých sme zapojení alebo ktorými sme žili v minulosti) a *presahovú* (transcendentálnu / duchovnú / spirituálnu, ktorá sa venuje otázkam zmyslu existencie). Ľudská bytosť predstavuje jednotný celok, ktorý je „ponorený“ do časopriestorového rámca a v ktorom „všetko so všetkým súvisí“ (Orel et al., 2012 in Adamove, 2016a). Systémy sú pritom hierarchicky usporiadané. To znamená, že napriek ich vzájomnej prepojenosti niektoré sú predsa len dôležitejšie ako iné. Väčší vplyv majú na človeka tie systémy, ktoré sú mu najbližšie a pôsobia na neho priamo oproti nepriamemu pôsobeniu vzdialenejších systémov (to platí na všetkých rovinách systému). Ďalším „rozširovaním“ celostného modelu je zohľadnenie *transgeneračného aspektu* (Hašto, 2013). Najmä pri ťažkých psychických a

telesných chorobách možno hovoriť o transgeneračnom prenose záťaží cez emočnú a sociálnu dynamiku fungovania rodiny (Tóthová, 2011). Celostný prístup má významné implikácie pre pochopenie príčiny nemocí, ako aj pre terapiu a liečbu.

## 1.2. Subjektívne versus objektívne zdravie

Zdravie má zložku subjektívnu (pocitová zložka jedinca) i objektívnu (stanovená zvonku) (Křivohlavý, 2009). Pozrieme sa na to, čo ich tvorí a aké sú medzi nimi vzťahy.

**Subjektívne zdravie**, sebauposúdené zdravie, sebahodnotené zdravie, subjektívna predstava zdravotného stavu či vnímané zdravie sú synonymá vlastného vyjadrenia zdravotného stavu, je to jedinca *vlastný pohľad na svoje zdravie* (fyzické i duševné / mentálne). Proces hodnotenia vlastného zdravia je komplexný, nie je to len zhodnotenie vlastného zdravotného stavu. Zahŕňa aj *aspekt sebapoňatia*, stáva sa súčasťou identity človeka, preto je typická istá stabilita subjektívneho zdravia v čase (Šolcová & Kebza, 2006). Subjektívne zdravie podľa Křivohlavého (2009) vyjadruje *pocitovú zložku*, podľa Leventhala a Nerenza (1985 in Křivohlavý, 2002) má *kognitívne dimenzie*: (i) identifikácia – pomenovanie stavu zdravia alebo choroby, (ii) subjektívna príčina nemoci (môže byť logická i iracionálna), (iii) subjektívne vnímanie časovej dimenzie (dočasnosť / trvalosť nemoci, možnosti liečenia), (iv) subjektívne vnímanie následkov zmeny zdravotného stavu (dopadov liečby a trvania stavu), (v) subjektívne hodnotenie liečiteľnosti zmeneného zdravotného stavu. Kreidl (2008) zistil, takto poňaté subjektívne zdravie je predovšetkým *spájané s osobnými skúsenosťami*. Má širší záber, zahŕňa okrem vnímania symptómov a ich funkčných dôsledkov pozitívne aspekty zdravia, kondíciu, správanie podporujúce zdravie a osobnú pohodu (Šolcová & Kebza, 2006 in Adamove, 2016a).

**Objektívne zdravie** je užšie hodnotenie zdravotného stavu potvrdené výsledkami medicínskej diagnostiky. Hodnotí kauzálne príčiny, ktoré sa snaží odstrániť, nezaobrá sa vnímaním a prežívaním jedinca v celej jeho šírke. Vyplýva z *potreby oddeliť normu od abnormality / patológie* (Orel et al., 2012). Normu je treba vnímať v celej šírke, pretože neexistuje len jedna jediná norma. Môžeme hovoriť o norme štatistickej, ktorú určuje väčšina populácie. Veková norma sa odvíja od priemeru v určitej vekovej kategórii. Príkladom „objektívneho“ normatívneho prístupu je *medzinárodná klasifikácia chorôb*. Predstavuje dohodu odborníkov, je istou oporou a zároveň limitom. Každá norma je zo svojej podstaty relatívna, závisí od zvoleného kritéria, má vždy (aspoň sčasti) subjektívny charakter. Navyše hranica medzi normou a abnormitou nemusí byť ostrá, je skôr plynulá, nie vždy celkom jasná. Z hľadiska času sa vyvíja a mení spoločne s vývojom a zmenami spoločnosti a s progresom vedy (Orel et al., 2012 in Adamove, 2016a).

**Vzťah medzi objektívnym a subjektívnym zdravím** nie je priamočiary (Hnilica, 2006). Napríklad ľudia sa môžu cítiť subjektívne zdraví aj napriek vážnej diagnóze, ku zmene ich subjektívneho zdravia dôjde až na základe stanovenej diagnózy a následnej terapie, nie vplyvom nemoci. Opačný je prípad, keď jedinec uvádza zhoršujúce sa subjektívne zdravie, avšak lekárske vyšetrenia nepotvrdili žiadne zhoršenie. Extrémnym prípadom, keď sa subjektívne a objektívne zdravie rozchádzajú je **hypochondria**. Ide o neodôvodnené subjektívne presvedčenie o zdravotných problémoch (Křivohlavý, 2002). Na opačnom póle sú napríklad niektoré psychiatrické diagnózy, ktoré sú pre ich nositeľov subjektívne veľmi príjemné, nemajú sebareflexiu, necítia potrebu liečiť sa, sú však náročné až nebezpečné pre okolie, napr. mánia (Orel et al., 2012). Hodno spomenúť aj **placebo efekt**, ktorý predstavuje „pôsobenie“ neutrálnej substancie (ktorá nemá liečivé ani škodlivé účinky). Môže sa prejavovať tak *pozitívne* (pomáha a lieči), ako aj *negatívne* (nepomáha a škodí), a to spravidla účinnejšie a rýchlejšie ako tradičná liečba (Orel et al., 2012 in Adamove, 2016a). Placebo efekt je podmienený psychickými faktormi, najmä silným presvedčením o predpokladanom účinku danej látky.

Zdá sa, že subjektívne a „objektívne“ zdravie sa rôzne prelínajú a ovplyvňujú, niekedy sa k sebe približujú, inokedy sa rozchádzajú (úplne alebo čiastočne). Subjektívne zdravie môže ovplyvniť samotný proces liečby a adaptácie na nemoc (pozitívne či negatívne). Džambazovič a Gerbery (2014 in Adamove, 2016a) uvádzajú, že subjektívne hodnotenie vlastného zdravia je vo väčšine kultúrnych kontextov vhodným proxy indikátorom zdravia. Mnohé štúdie preukázali **silnú koreláciu medzi subjektívnym zdravím a objektívnymi zdravotnými dôsledkami** (úmrtnosť, chorobnosť, invalidita, funkčné obmedzenia) naprieč dlhými časovými obdobiami a rôznymi spoločensko-kultúrnymi kontextami (napr. Wu et al., 2013 in Džambazovič & Gerbery, 2014).

### **1.3. Subjektívne prístupy ku zdraviu a k nemoci**

Medzi ľuďmi existujú významné rozdiely v tom, ako pristupujú k svojmu zdraviu a ako vnímajú jeho dôležitosť. Hovoríme o salutoprotektívnych činiteľoch, ktoré pomáhajú zdolať záťaž. Procesy vedúce k podpore a rozvíjaniu zdraviu boli označené ako **salutogenéza** (Hartl & Hartlová, 2010). Salutogenéza sa zaoberá individuálnymi zdrojmi zdravia, vychádza z celostného prístupu. Skúma osobnostné črty zdravých ľudí a ich spôsoby zvládania záťaže. V popredí záujmu sú najmä **vnútorné činitele** pôsobiace jednak proti vzniku nemoci a jednak činitele pomáhajúce aktívne a adaptívne zvládanie nemoci. V Tab. 1 uvádzame najznámejšie koncepcie salutogenézy. Možno k nim pridať *sebadôveru, pozitívne emočné ladenie a zmysel pre humor*. K technikám, ktoré

napomáhajú lepšie zvládanie nemoci a bolesti patria relaxácia, meditácia, imaginácia, biologická spätná väzba (biofeedback) a náboženská viera (Křivohlavý, 2009). Početné štúdie preukázali vplyv salutogénnych činiteľov na subjektívne a objektívne zdravie (Křivohlavý, 2009). Napr. Roth, Wiebe, Fillingim a Shay (1989) zistili na vzorke 373 jedincov negatívnu koreláciu hardiness s výskytom nemoci. Množstvo štúdií skúmalo salutoprotektívne faktory na ľuďoch zasiahnutých traumou, pohromou či chorobou. Potvrdili lepšie vyrovnávanie sa s ich následkami a lepšie zvládanie života. Napr. longitudinálny, temer 40-ročný výskum Segovia, Mooreho, Linnvilleho a Hoyta (2015) na vzorke 128 amerických vojnových zajatcov z vietnamskej vojny preukázal silnú pozitívnu koreláciu medzi ich optimizmom a lepším fyzickým i duševným zdravím.

**Tab. 1** Konceptie salutogenézy

Koncepcia	Charakteristika	Kladný pól	Negatívny pól
<b>Miesto riadenia (kontroly)</b> (Locus of control) Rotter (1966)	Očakávania a presvedčenia o determinantoch svojho správania a jeho dôsledkoch.	Vnútorne miesto kontroly: sú presvedčení, že majú vlastný život pevne v rukách, zdoľajú všetky ťažkosti a problémy.	Vonkajšie miesto kontroly: sú presvedčení, že ich život je určený hlavne vonkajšími okolnosťami.
<b>Vnímaná osobná zdatnosť</b> (Self-efficacy) Bandura (1977)	Dôvera vo vlastné schopnosti, ktorá ovplyvňuje myšlienkové vzorce a emocionálnu.	Vyššia kvalita života, dobré zvládanie stresu a nemoci, aktívne zdravotné správanie.	Neúčinné stratégie zvládania nemoci spojené s negatívnymi emóciami a presvedčeniami.
<b>Zmysluplnosť</b> (Sense of coherence) Antonovsky (1979)	Tri základné dimenzie: Zrozumiteľnosť (Comprehensibility) Zmysluplnosť (Meaningfulness) Zvládnuteľnosť (Manageability).	Vyššia spokojnosť so zdravím, menšie negatívne dôsledky nemoci a lepšie vyrovnávanie sa s ňou.	Časté depresie, úzkosti, obavy zo zlyhaní, nespokojnosť, pocity máramosti, chaosu, nezmyselnosti problémov.
<b>Tvrdosť</b> (Hardiness) Kobasová (1979)	Oddanosť sebe (commitment), Ťažkosti ako výzvy (challenge), Pociť kontroly (control), Rázný postoj k životu (vigorousness).	Pevné presvedčenie o zmysluplnosti svojej existencie, snaha adaptovať sa na nemoc, jasná hodnotová orientácia.	Bezmocnosť, pesimizmus, beznádej, nerozhodnosť, nedôvera v seba a druhým, odcudzenie, nespokojnosť.
<b>Nezdolnosť</b> (Resilience) Wernerová (1989)	Schopnosť rýchlo sa spamätať z negatívnych udalostí, úspešne sa adaptovať na nepriaznivé podmienky.	Rýchle zotavenie sa, nájdenie kompenzačných mechanizmov, sociálnej opory, sebadôvera.	Podliehanie stresovým a náročným udalostiam, malá sebadôvera, zotrúvanie v nemoci, sebaľútosť.
<b>Optimizmus</b> Seligman (1975)	Postoj k videniu sveta a svojho miesta vo svete, vnímanie vlastnej sily a vlastných schopností.	Naučený optimizmus: pociť vlastnej sily meniť veci, zvládať ťažkosti, viera v pozitívne riešenia.	Naučený pesimizmus: Príčiny chýb vidia v sebe, chýba im nádej, horší zdravotný stav, zhoršená imunita organizmu.

spracované podľa Křivohlavý (2009)

Pôvodne sa predpokladalo, že osobnostné charakteristiky spojené so salutogenézou sú viac-menej vrodene (napr. Matějček & Dytrych, 2002). Vznikali teórie o určitých osobnostných typoch zraniteľných na konkrétne nemoci (Křivohlavý, 2009). Posledné výskumy naznačujú, že *novým prístupom k zdraviu a nemoci sa možno naučiť*. Ide o schopnosť, ktorá sa mení na základe skúseností. Gerber et al. (2014) skúmali deti zasiahnuté vojnou v Kosove, ktoré trpeli posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP),

poruchami pozornosti a správania. Vytvorili pre ne 1-ročný intervenčný program na podporu resilience. Deti, ktoré sa programu zúčastnili vykazovali rok po jeho ukončení signifikantne menej príznakov PTSP v porovnaní s kontrolnou skupinou.

**Psychologické modely zdravia** sa snažia vysvetliť faktory, ktoré určujú, prečo sa niektorí starajú o svoje zdravie a iní nie (individuálne rozdiely v zdravotnom správaní). Najskôr objasníme pojem *zdravotné správanie*, pod ktorým Kasl a Cobb (1966 in Alder, 1999) chápu akúkoľvek aktivitu, ktorú vykonáva individuum na základe svojho presvedčenia, že je prevenciou proti chorobe. Patrí sem dostatok spánku, vyvážená strava, vyhýbanie sa alkoholu a fajčeniu, pravidelný pohyb atď. Uvádzame vybrané psychologické modely zdravia postavené na sociálno-kognitívnych základoch podľa Aldera (1999):

- **Model zdravotného presvedčenia** (health belief model, HBM) tvrdí, že zdravotné správanie závisí *od presvedčeni*: (i) o vlastnej náchylnosti na nemoc (susceptibility) (ii) o závažnosti určitého správania pre vznik nemoci (severity) (iii) o prínosoch určitého správania pre zdravie (benefits) a (iv) od podnetu, ktorý človeka motivuje k akcii (trigger). Napr. výskyt nemoci v rodine podnieti ostatných členov rodiny k prevencii.
- **Teória odôvodnenej akcie** (theory of reasoned action, TRA) Fishbeina a Ajzena (1975 in Alder, 1999) predpokladá, že zdravotné správanie určujú presvedčenia o efektoch určitého správania, postoje druhých ľudí a snaha prispôbiť sa druhým.
- **Teória plánovaného správania** (theory of planned behaviour) Ajzena (1991 in Alder, 1999) zdôrazňuje význam zámerov, ktoré predstavujú plány budúceho správania. Podľa tejto teórie môže vnímaná kontrola nad svojím správaním (súčasť sebaurčenia) priamo zmeniť zdravotné správanie.
- **Transteoretický model zmeny zdravotného správania** je aplikáciou transteoretického modelu zmeny Prochásku a DiClementa (1983 in Alder, 1999) na zdravotné správanie. Podľa neho má každá zmena postupné fázy: (i) prekontemplácia (predbežné zvažovanie zmeny), (ii) kontemplácia (seriózne úvahy o zmene), (iii) príprava, (iv) akcia a (v) udržiavanie zmeny. Model bol úspešne aplikovaný na rôzne druhy zdravotného správania ako odvykanie fajčeniu, kontrola príjmu potravy - zníženie hmotnosti a pod. (Alder, 1999).

Na nemoc sa možno pozerat' z rôznych uhlov pohľadu. Vokurka a Hugo (1998 in Baštecká et al., 2003) ju vymedzujú ako „stav organizmu vznikajúci pôsobením vnútorných a vonkajších okolností narušujúcich jeho fungovanie a rovnováhu“. Celostný prístup sa pozerá na nemoc ako *na pokus o nastolenie rovnováhy v systéme človek* (Danzer, 2001). Pozri rôzne pohľady na nemoc v Tab. 2.

**Tab. 2 Tri pohľady na nemoc**

Úroveň	Proces	Stav
<b>I. Organický stav</b> (pohľad patofyziológie)	<b>Choroba</b> (disease)	poškodenie, oslabenie aktivity fyziologickej činnosti (impairment)
<b>II. Funkčný stav</b> (subjektívne spoznanie pacienta, že "niečo nie je v poriadku")	<b>Nemoc</b> (illness)	neschopnosť pracovať, nespôsobilosť (disability)
<b>III. Sociálny stav</b> (pohľad druhých ľudí na daného človeka)	<b>Nezdravý</b> (sickness)	zdravotne postihnutý, invalidita, znevýhodnenie, handicap

Zdroj: Křivohlavý (2002)

**Tab. 3 Porovnanie psychickej situácie zdravého a telesne nemocného**

V stave zdravia	Pri telesnej nemoci
<b>Aktivita:</b> Zdravý človek je hlavným aktérom svojho života, má mnohé možnosti byť aktívny a činorodý.	<b>Pasivita:</b> Možnosti aktivity (najmä cez pohyb) sú obmedzené (pracovné možnosti, voľnočasové aktivity).
<b>Relatívna nezávislosť:</b> Zdravý si môže robiť, čo chce, nie je na druhých príliš závislý.	<b>Závislosť na druhých:</b> Čiastočná / úplná odkázanosť na pomoc druhých (zdravotníkov, príbuzných, okolia).
<b>Životný rytmus:</b> Zdravý si určuje do značnej miery sám, je naň zvyknutý, cíti sa v ňom dobre.	<b>Životný rytmus:</b> Je zmenený, musí si naň zvykať, je mu neprirodzený, "určuje" ho nemoc / handicap.
<b>Sebadôvera:</b> Zdravý podáva dobrý výkon, čo vytvára predpoklady pre dobrú sebadôveru a sebahodnotenie.	<b>Sebadôvera:</b> Nutnosť vzdať sa výkonov a plánov, sebahodnotenie je znížené, nižší spoločenský status.
<b>Sociálne interakcie:</b> Zdravý môže žiť v sociálnej sieti svojej rodiny, priateľov, kolegov, známych.	<b>Sociálne interakcie:</b> Menšie možnosti na sociálne kontakty a nadviazanie vzťahu, negatívne reakcie okolia.
<b>Zvládanie problémov:</b> Zdravý má širší manévrovací repertoár na zvládanie životných problémov a situácií.	<b>Zvládanie problémov:</b> Obmedzené možnosťami lokomócie / fyzického stavu, stráca nad ním vládu, nevie si poradiť.
<b>Emócie:</b> Prevládajú radosť a šťastie zo zmysluplného života, životná istota a otvorená budúcnosť.	<b>Emócie:</b> Prevládajú negatívne pocity, strach, obavy, bolesť, neistota o budúcnosti a naplnení životných snov.

upravené podľa Křivohlavý (2002)

Každá nemoc nesie **intrapsychické implikácie**: človek sa dostáva do podradnej „roly pacienta“, jeho možnosti aktívneho života sa zužujú. To má vplyv na jeho identitu, typické sú pocity menejcennosti, bezmocnosti a sklamaní. Nemoc prináša i **sociálne súvislosti** (cez reakcie okolia, obmedzenia sociálnych vzťahov), diagnostické „nálepkovanie“. Nemenej významné sú **kultúrne vplyvy**. Kult krásy a zdravia predstavuje v súčasnosti „nepísanú normu“ spoločnosti. Nemocný sa dostáva na okraj spoločnosti. Na druhej strane nemoc prináša aj isté „výhody“ – **zisky z nemoci**. Známy je **primárny zisk z nemoci** (vyjadrenie problému telesnou symbolickou formou, nastolenie rovnováhy), **sekundárny zisk** (napr. prítiahnutie pozornosti a starostlivosti blízkych, vyhnutie sa náročnej situácii) a **terciárny zisk** (zmena v životnej orientácii, zmena v systéme hodnôt, posttraumatický rast osobnosti) (Baštecká et al., 2003). Dôležité je podotknúť, že tieto mechanizmy pôsobia

z veľkej časti alebo úplne *na nevedomej úrovni*. Samotný nemocný si ich teda nevedomuje a neriadi vedome vôľou. Zdá sa, že porovnanie situácie zdravého a telesne nemocného v Tab. č. 3 je postavené na kontrastoch, zdôrazňovaní „výhod“ zdravých a „nevýhod“ nemocných.

**Subjektívne prístupy k nemoci.** Ľudia sa líšia aj prístupom ku svojej nemoci alebo postihnutiu. Boj s nemocou má vo všeobecnosti isté „normatívne“ etapy. Proces prijatia nemoci postupuje od šoku cez obavy, strach, pocity bezmocnosti a smútku k popieraniam nemoci alebo jej závažnosti až po akceptovanie a vyrovnanie sa s nemocou a hľadanie zvládacích stratégií (Shontz, 1975 in Křivohlavý, 2002). Človek si vytvára tzv. **autoplastický obraz nemoci** („sebou vytvorený“), ktorý tvorí stránka emocionálna (ako nemoc prežíva), racionálna (získané informácie o nemoci, čo si o nich myslí) a volná (ako reaguje, ako sa správa) (Baštecká et al., 2003 in Adamove, 2016a; Zacharová, Hermanová & Šrámková, 2007). Ani jedna zložka nepôsobí oddelene, navzájom sa prelínajú. Hovoríme o tzv. **dvojitej diagnóze**. Objektívnu stanoví lekár, subjektívnu si vytvára pacient sám. Veľkú úlohu hrá subjektívne vnímanie vlastnej sily na vyliečenie / zvládnutie života so symptómami a vnímanie závažnosti symptómov (Becker, 1974 in Křivohlavý, 2002). Závažnosť reakcií a adaptácia závisia aj od typu nemoci (akútna, chronická, cyklická). Najťažšia je situácia pri chronických nemociach s negatívnou prognózou.

**Stratégie boja s nemocou alebo stratégie zvládania** (coping strategies) možno z hľadiska formy reagovania pacienta deliť na: (i) *aktívne stratégie* (approach strategies), kedy pacient sám z vlastnej iniciatívy pristupuje k riešeniu, aktívne hľadá rôzne možné spôsoby riešenia, má vlastnú predstavu a silnú motiváciu a (ii) *únikové stratégie* (avoidance strategies), kedy pacient „nevidí a nepočuje“, nepriznáva si ani samotnú nemoc a nemá záujem o liečenie (Křivohlavý, 2002). Podľa cieľa delíme stratégie na: (i) *zamerané na emócie* (na psychické zvládnutie, zmenu v prežívaní nemoci a v prežívaní procesu liečby) a (ii) *zamerané na problém* (na reálne kroky smerujúce k liečbe / uzdraveniu, ku zlepšeniu fyzického stavu, rôzne druhy terapií, rehabilitácia) (Křivohlavý, 2009). Pokiaľ je nemoc nevyliciteľná, aktívnou stratégiou môže byť aj zmena pohľadu na nemoc a na seba ako nemocného, zmena prežívania nemoci. Nemožno tvrdiť, že jeden konkrétny spôsob zvládania je univerzálne „lepší“ v každej situácii a u každého pacienta. V prípade chronickej nemoci býva obvykle najúčinnnejší tzv. **dvojkoľajný prístup**: jednak získanie informácií o nemoci a možnostiach liečby, zapojenie spektra odborníkov, ako aj získanie sociálnej opory, uvoľnenie a zdieľanie emócií. Väčšina štúdií konštatuje protektívny vplyv sociálnej opory ako faktora, ktorý moderuje vplyv ťaživej nemoci na psychickú pohodu človeka (Kebza, 2005). V súčasnosti v celosvetovom merítku naberajú

na význame *svojpomocné skupiny pacientov* s konkrétnym ochorením. Vytvárajú potenciál pre poskytnutie komplexnej pomoci: emocionálnej (zdieľanie podobných prežitkov), informačnej (sprostredkovanie informácií, poradenstvo) a inštrumentálnej (praktická pomoc materiálna, rôzne druhy služieb a pod.) (Kebza, 2005).

**Meranie subjektívneho zdravia** sa deje cez sebahodnotiace dotazníky, ale existujú aj objektívne (externé) prístupy. Pôvodne sa merania zameriavali na život starých, chronicky nemocných ľudí (Křivohlavý, 2014). Dotazník *QoL of the patient* (Spitzer et al., 1981 in Křivohlavý, 2014) patrí k najčastejšie používaným v celosvetovom merítku. Medzi jeho kritériá patria: pracovná schopnosť pacienta, fyzická nezávislosť na druhých (na cudzej pomoci), finančná situácia, nálada, vedomie o následkoch nemoci, komunikácia s okolím a vzťahy pacienta s primárnou sociálnou skupinou (Křivohlavý, 2014). Ku subjektívnym prístupom postaveným na vnútornom referenčnom rámci patrí dotazník *Health Related Quality of Life (HRQoL)* (Patrick & Erickson, 1993 in Křivohlavý, 2014), ktorý meria zdravotné kvality života. Ku ďalším patria *Sickness Impact Profile (SIP)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Distress and Disability Rating Scale (DDRS)*. **Dotazník SF-36** (The short form Health Survey) zisťuje dimenzie fyzického i mentálneho zdravia. Často používaný je jednodimenzionálny dotazník *SRH* (Self-rated Health), vhodný aj pre normálnu populáciu. Zisťuje psychosociálne aspekty zdravia, reflektuje životný štýl (Eriksson, Undéna, & Elofssonb, 2001). Dotazník *ADL* (Dependence in Activities of Daily Living) sa zameriava na funkčné aspekty zdravia. Dotazníky subjektívneho zdravia sa používajú najčastejšie v praxi pri hodnotení zdravotného stavu pacientov, vo výskumoch efektívnosti liečby, pri monitorovaní záťaže nemoci, pri rehabilitačných programoch a v epidemiologických výskumoch (Eriksson, Undéna, & Elofssonb, 2001). V klinickej oblasti existuje rad dotazníkov pri konkrétnych nemociah resp. symptómoch.

#### **1.4. Vybrané faktory subjektívneho zdravia**

Činitele, ktoré určujú subjektívne zdravie môžu byť *neovplyvniteľné* človekom (napr. vek, pohlavie) - vyplývajú z individuálnych špecifik každého jedinca. Druhú skupinu tvoria faktory *ovplyvniteľné*, najmä postoje, presvedčenia, životný štýl a pod. (Šolcová & Kebza, 2002). Iná klasifikácia uvádza: (i) *vnútorné determinanty*, najmä osobnostné charakteristiky a (ii) *vonkajšie determinanty* (sociálne, environmentálne, ekonomické, politické a kultúrne premenné, situačné faktory) (Šolcová & Kebza, 2006 in Adamove, 2016a). Uvedieme vybrané faktory, ktoré boli predmetom početných výskumov.



**Vek.** Mareš (2005) vo svojej prehľadovej štúdií uvádza, že subjektívne zdravie je relatívne *stabilné asi do 50 rokov veku*, potom akcelerujúco klesá až po zvyšok života. Starí ľudia vychádzajú pri svojom hodnotení zdravia väčšinou z tzv. funkčného zdravia v zmysle sebaobsluhy (zrak, sluch, kognície, bolesť, motorika). Metaanalýza Pinquarta (2001) na vzorke starších dospelých (60+) potvrdila **zhoršovanie subjektívneho zdravia s rastúcim vekom (60+)**. S vekom narastá spojitosť subjektívneho zdravia s mentálnym zdravím oproti fyzickému a funkčnému zdraviu. Stephan, Demulier a Terracciano (2012) zistili asociáciu medzi subjektívnym zdravím a subjektívne vnímaným vekom (lepšie subjektívne zdravie → nižší subjektívny vek). Wolff et al. (2012) zistili *vyššiu stabilitu* subjektívneho zdravia *u starších dospelých (65–80 rokov)* ako u mladších (20-31 rokov). Môže to súvisieť s odlišnou subjektívne vnímanou časovou perspektívou. Vnímanie subjektívneho zdravia v súvislosti s vekom treba vidieť vo väzbe na zdravie objektívne. Objektívne zistenia potvrdzujú, že s rastúcim vekom (osobitne v období staroby) je vyšší výskyt mnohých onemocnení (napr. Vágnerová, 2008) a častá je komorbidita rôznych nemocí (napr. Orel et al., 2012).

**Pohlavie.** Podľa Šolcovej (1996) ženy posudzujú svoj zdravotný stav mierne horšie ako muži. Na základe rozsiahlej 59-ročnej longitudinálnej štúdie 1,411 mužov a žien (počas rokov 1940-1999) McCullough a Laurenceau (2004) na základe sebahodnotiacich metód zistili, že **muži majú mierne vyššie subjektívne zdravie** ako ženy počas väčšiny života (čo môže súvisieť s celkovým vyšším sebavedomím). Na druhej strane od veku okolo 80 rokov majú strmší pokles subjektívneho zdravia ako ženy. Z pohľadu celej životnej dráhy sa tak medzipohlavné rozdiely v subjektívnom zdraví vyrovnávajú.

**Socio-ekonomický status.** K jeho najčastejším indikátorom patrí vzdelanie, príjem a zamestnanecký status a triedna príslušnosť, ktoré spolu silno korelujú. Štúdia Džambazoviča a Gerberyho (2014) ukázala, že vzdelanie a príjem diferencujú pravdepodobnosť horšieho zdravotného stavu, sú jeho silným prediktorom. **Nižší socio-ekonomický status sa spája s horším subjektívnym zdravím.** Autori uvádzajú možnú explanačnú schému: čím hlbšie sú nerovnosti v spoločnosti, tým je nižšia kvalita spoločenských vzťahov a tieto vonkajšie okolnosti sa „transformujú“ do subjektívneho prežívania. Ovplyvňujú aj subjektívne hodnotenie zdravia. Zistenia Šolcovej a Kebzu (2002 in Adamove, 2016a) podobne potvrdzujú rozdiely v subjektívnom zdraví v závislosti od dosiahnutej úrovne vzdelania.

**Osobnostné črty** – ide o relatívne trvalé osobnostné charakteristiky. Štúdia Löckenhoffa, Dubersteina, Friedmana a Costa (2011) na vzorke 536 jedincov zistila štatisticky **významnú súvislosť medzi BIG5** (tzv. veľká päťka: svedomitosť, extravertzia,

otvorenosť skúsenosti, neuroticizmus, prívetivosť) a subjektívnym zdravím. Subjektívne zdravie bolo negatívne korelované s neuroticizmom a pozitívne korelované s extravertiou, svedomitosťou, prívetivosťou a otvorenosťou. Subjektívne zdravie majú teda vyššie ľudia citovo stabilnejší, svedomitejší, prívetivejší, otvorenejší ľudom i novým skúsenostiam.

**Situačné faktory.** Mnohí autori skúmali vplyv tzv. „life events“ (životných udalostí) na subjektívne zdravie a životnú pohodu. Ide o udalosti / situácie typu rozvod, úmrtie blízkeho, nezamestnanosť, stresy v práci / v rodine a podobne. Headey a Wearing (1989) na vzorke 942 respondentov sledovaných počas 6 rokov zistili, že **negatívne životné udalosti znižujú subjektívne zdravie a pohodu**. Ako uvádza Křivohlavý (2009 in Adamove, 2016a), výskumy dokázali priamy vplyv chronického i akútneho stresu, osamelosti, rozvodu, negatívneho emočného ladenia na imunitný systém a celkové prežívanie človeka. Výskumy potvrdili deštruktívny vplyv nezamestnanosti na psychické i fyzické zdravie (Kebza, 2005). Ženy sa s nezamestnanosťou vyrovnávajú lepšie ako muži. Nezamestnaní muži udávajú oproti zamestnaným o 30% častejšie, že trpia chronickými chorobami. Počas nezamestnanosti sa zvyšuje aj riziko samovražedného správania (Preti, 2003).

**Životný štýl.** Určitý typ správania označované ako **aktívne zdravotné správanie podnecuje optimálne zdravie** (fyzické i psychické) a sprostredkováva kognitívne hodnotenie vlastného zdravia. Machová a Kubátová (2009) radia životný štýl medzi vonkajšie determinanty zdravia. Patrí sem pravidelná pohybová aktivita, sexuálna aktivita, duševná hygiena, vzťahy s blízkymi priateľmi, s kolegami, návykové látky (fajčenie, požívanie alkoholu a iných drog), stravovacie návyky – vyvážená strava, preventívne zdravotné prehliadky a pod.

**Sociálna opora** – predstavuje kvantitu a frekvenciu sociálnych vzťahov. Rozlišuje sa *anticipovaná* sociálna opora (očakávanie jedinca založené na jeho presvedčení) a *získaná* (reálna, založená na skúsenosti). Sociálne siete a vzťahy k druhým sú najčastejšie chápané ako **protektívne faktory subjektívneho zdravia a spokojnosti** (Křivohlavý, 2009). Z hľadiska formy sociálnej opory v mladšom veku je dôraz na získanie informácií, v starobe rastie význam emočnej podpory. K prediktorom sociálnej opory patria osobnostné dimenzie, pohlavie, vek, socioekonomický status a iné (Šolcová & Kebza, 2003). Bolo zistené, že ľudia, ktorí žili v sociálnej izolácii mali úmrtnosť dvojnásobne vyššiu ako tí, u ktorých bola sociálna oporná sieť dostatočne rozvetvená (Křivohlavý, 2002 in Adamove, 2016a). Kebza (2005) upozornil aj na „odvrátenú stranu“ sociálnej opory. Môže

u nemocného narušiť pocit vlastnej autonómie, vyvolať pocit bezmocnosti, ohroziť jeho sebaúctu a sebadôveru, osobitne pokiaľ forma pomoci nezodpovedá potrebám jedinca.

**Religiozita / Spiritualita.** Koenig (2012) vo svojej metaanalýze 50 štúdií uvádza, že prevažná väčšina výskumov zistila spojitosť religiozity / spirituality s vyšším subjektívnym zdravím. Môže byť za tým optimizmus a nádej spirituálnych ľudí. Spiritualita mala tesnejší vzťah k subjektívnemu zdraviu ako k fyzickému funkčnému stavu (functioning). Spájala sa aj s lepším zdravotným správaním, napr. bola zistená negatívna korelácia s fajčením (90% zo 137 štúdií), pozitívna korelácia s cvičením (68% z 37 štúdií). Spiritualita sa spájala so signifikantne nižším výskytom psychických i telesných nemocí (Koenig, 2012). Napr. štúdia Hilla a Pargamenta (2008) potvrdila lepšie fyzické a duševné zdravie u spirituálnych ľudí, pričom spiritualita bola zisťovaná na rôznych úrovniach (napr. pociťovaná blízkosť k Bohu, náboženská motivácia, náboženská podpora, spirituálne snaženie). Spiritualita má súvislosť s hodnotami človeka. Podľa Lukasovej (1997) vnútorná hodnotová orientácia človeka rozhodujúcou mierou koreluje s duševným zdravím.

Na základe uvedených výskumných zistení sa dá odhadovať, že subjektívne zdravie je vytvárané mixom vplyvov ovplyvniteľných a neovplyvniteľných namiešaných v rôznom pomere individuálne u každého jedinca. Z pohľadu možností jeho zmeny k pozitívnejšiemu videniu je dobré zamerať sa na to, že je možné zmeniť a zmieriť sa s tým, čo zmeniť nemožno. Domnievame sa, že samotné závery niektorých výskumov môžu pôsobiť *edukatívne* a môžu spoluvytvárať tzv. *mediálnu normu* (pravdaže za predpokladu ich dostatočnej a primeranej prezentácie laickej verejnosti). Sme toho názoru, že približovanie výskumu praxi v duchu hesla „výskumy pre praktické využitie“ je dôležité poslanie, osobitne v otázkach zdravia. Spolupráca výskumníkov v medicíne a výskumníkov v psychológii môže byť vhodným spojenectvom.

## 2. ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ

Životná spokojnosť, kvalita života, well-being, welfare, wellness, šťastie sú pojmy, ktoré za posledné desaťročia obsadili aj odbornú literatúru. V terminológii i v jej obsahovom vymedzení panuje veľká nejednotnosť. Mnohí autori nerozlišujú medzi *zdrojmi* životnej spokojnosti, *procesmi*, ktoré ju sprostredkovávajú a jej *výstupmi*. Rozdiely sú aj v posudzovaní významnosti objektívnych a subjektívnych faktorov, v spôsobe ich merania a vo význame endogénnych a exogénnych zdrojov životnej spokojnosti. V tejto kapitole uvádzame prehľad rôznych konceptov. Celkovú životnú spokojnosť „rozmieňame na drobné“ na spokojnosť vo vybraných oblastiach posudzovania. Uvádzame aj faktory, ktoré ju obvykle určujú. Neplatí tu jednoduchá súčtová matematika, ale pôsobia vzájomné synergické efekty. Aj menej pozorný čitateľ si všimne paralely medzi faktormi subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti. Podobnosť určite nie je náhodná a naznačuje blízkosť tém subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti.

### 2.1. Rôzne koncepty životnej spokojnosti

**Životná spokojnosť** je vágne definovaný pojem (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001). Otázkou voľby býva *(i) vzťahový systém* (porovnávanie intraindividuálne alebo interindividuálne, sebahodnotenie alebo „objektívne“ hodnotenie iným človekom), *(ii) rozsah* (globálna životná spokojnosť alebo diferencovanie podľa dielčích rôznych oblastí života), *(iii) perspektíva* (bilancujúci pohľad späť alebo perspektíva vo vzťahu k súčasnosti), *(iv) cieľ zisťovania* (za účelom individuálneho poradenstva či terapie resp. výskum sociálnych indikátorov na širšej populácii) a *(v) metóda zisťovania* (voľná, neštrukturovaná alebo normované štandardné dotazníky). V anglosaskej oblasti sa životná spokojnosť kladie na rovnakú úroveň ako *subjektívny zdravotný stav*. Často sú rozlišované **štyri dimenzie životnej spokojnosti** (Colvin & Sandvik, 1991 in Fahrenberg et al., 2001): 1. životná spokojnosť ako kongruencia daná plnením vytúžených životných cieľov (kognitívny komponent), 2. šťastie ako dlhodobý pozitívny afektívny stav (trvalejší afektívny komponent), 3. pozitívny afekt ako prechodný pocit radosti (pozitívny afektívny komponent) a 4. negatívny afekt ako prechodný pocit strachu, depresie, starosti (negatívny afektívny komponent). Uvedené dimenzie vzájomne korelujú (Adamove, 2016a).

**Šťastie.** Pojem šťastie bol centrálnym konštruktom pozitívnej psychológie (Seligman, 2002 in Henriques, Kleinman, Asselin, 2014). Kľúčmi k šťastiu boli láska, múdrosť, peniaze, mladosť, spojenie s Bohom a východné poňatie odpútania od túžieb (non-attachment). Křivohlavý (2013) uvádza, že termín šťastie nie je bežný v odborných

psychologických pojednaniach. Šťastie v užšom slova zmysle – *horizontálne poňatie* – sa orientuje na zmyslové zážitky, emócie silnej intenzity. Používa sa preň výraz *psychické blaho* (psychological well-being). Šťastie v širšom slova zmysle – *vertikálne poňatie* – obsahuje rozsiahlejšie podnety, kvalitu celého života. Má svoju hĺbku, ktorá ide pod hladinu ku koreňom aj svoju výšku, ktorá presahuje šťastie jedinca (transcendentálny aspekt) (Křivohlavý, 2013). Vo vymedzení ako *autentické šťastie* (authentic happiness) ho použil Seligman (2011 in Křivohlavý, 2013). Vytvoril trojrozmerné poňatie šťastia založené na dimenziách: *zmysluplnosť, angažovanosť a pozitívne emócie*. V jeho ponímaní je cieľom ľudského života *rozkvitnúť* (flourish), čo predstavuje vrchol zrenia osobnosti (Seligman, 2011 in Křivohlavý, 2013). Csikszentmihalyi (1990 in Křivohlavý, 2013) použil výraz *flow* (plynutie) pre proces totálneho zaujatia vykonávanou činnosťou, kedy je duša zaplavovaná radosťou a napĺňaná šťastím. Ku klasickému poňatiu silného šťastia patria aj Maslowove vrcholné životné zážitky (peak experiences). Šťastie má viac rozmerov (Křivohlavý, 2013): (i) *rozsah šťastia*: šťastie individua, dvojice ľudí (napr. manželského páru), určitej skupiny ľudí (rodina, trieda, podnik), rôznych veľkých celkov (národy, štáty),<sup>1</sup> (ii) *doba trvania*: krátkodobý zážitok alebo dlhodobá nálada či celoživotné ladenie, (iii) *intenzita*: veľká intenzita (napr. pri výhre peňazí, pri narodení vlastného dieťaťa) alebo tzv. tiché šťastie (napr. pokojná radosť z pozorovania krásy prírody). (iv) *kvalita*: reflektuje kvalitu života, napr. inú kvalitu má šťastie „úspešného“ zlodēja versus šťastie z pomáhania druhým. Křivohlavý (2013) považoval za dôležité dve dimenzie šťastia: subjektivita / objektivita a miera emočného vzrušenia. Pozri Tab. 4.

**Tab. 4 Štyri druhy šťastia**

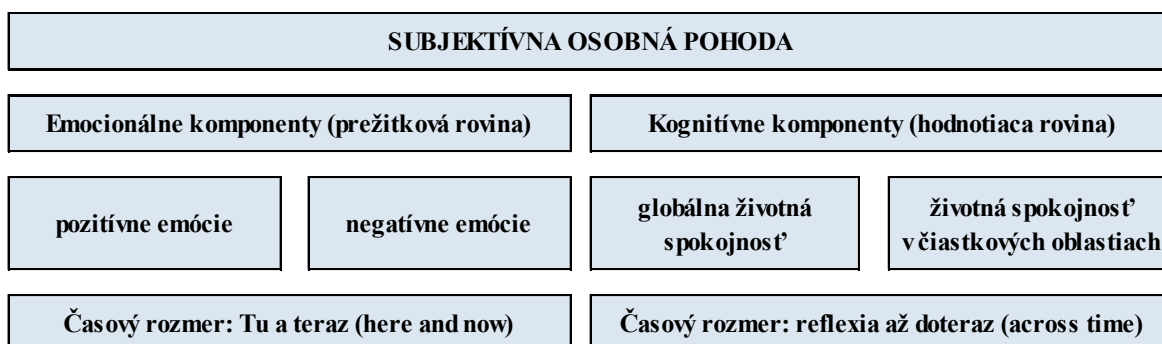
	Subjektívny zážitok dobrého pocitu	Objektívny prejav (aktivita typu dobrej práce)
Vysoká miera vzrušenia	radosť	eudaimonia - dobrý výkon pri zmyslupnej činnosti
Nízka miera vzrušenia	spokojnosť - pokoj mysle a vnútorná pohoda	pokoj vnútornej rovnováhy, navonok sa neprejavujúci

Zdroj: Křivohlavý (2013)

<sup>1</sup> Na národnej úrovni sa zisťuje tzv. *hrubé národné šťastie* (angl. Gross National Happiness, GNH). Pojem vznikol pôvodne v Butáne pre označenie ekonomiky založenej na budhistických spirituálnych hodnotách butánskej kultúry ako protiváha západného materialistického označenia hrubý domáci produkt (angl. Gross Domestic Product, GDP). Neskôr sa rozšíril do iných krajín. *Index hrubého národného šťastia* (GNH Index) pozostáva zo siedmych dimenzií: ekonomická, environmentálna, fyzická, mentálna, pracovná, sociálna a politická. Hodnotenú sú súčasne subjektívne (prieskumy) aj objektívne (na základe zistených dát). Zdroj: [https://en.wikipedia.org/wiki/Gross\\_National\\_Happiness](https://en.wikipedia.org/wiki/Gross_National_Happiness)

**Koncept well-being.** Autori mnohých výskumov uvádzajú, že ide o „výsostne psychologický pojem vyjadrujúci subjektívny stav, pretože i napriek objektívne zisteným nepriaznivým životným podmienkam, pocit životnej pohody nemusí byť narušený“ (Árochová, 2002). Ku spopularizovaniu tohto pojmu prispela WHO, ktorá zakotvila tento pojem do svojej (pôvodnej) definície zdravia. Podľa nej je zdravie stav, kedy je človeku úplne dobre, a to fyzicky, psychicky i sociálne. Nie je to len neprítomnosť nemoci a telesného neudu (Křivohlavý, 2009). V našich podmienkach sa ustálil pojem **osobná pohoda**, ktorý implicitne zahŕňa dimenziu telesnú, duševnú, sociálnu (eventuálne i spirituálnu). Treba pri nej zohľadňovať **vývinový kontext**, keďže zdroje osobnej pohody sa počas života menia. V mladšom veku má osobná pohoda skôr expresívnu podobu a je založená na intenzite emočných prežitkov, v starobe dominuje rozumové, globálne hodnotenie života (Hrdlička, Kuric & Blatný, 2006). Kebza a Šolcová (2003) vidia osobnú pohodu ako komplexnejší pojem ako životná spokojnosť. Radia ju na pomedzí medzi afektovou (prežitkovou) rovinou a osobnostným rysom. Nerozlišujú medzi oboma pojmami resp. chápu osobnú pohodu ako súčasť kvality života. Uvádzajú **dve základné dimenzie** osobnej pohody / kvality života: **(i) subjektívna** osobná pohoda (subjective well-being, SWB) (psychická osobná pohoda, sebaúcta, sebauplatnenie, osobné zvládanie). **(ii) objektívna** osobná pohoda (objektívny zdravotný stav, socioekonomický status). Obe zložky spolu tesne súvisia. Lašek (2004) popisuje jej dimenzie: **(i) kognitívna: rozdiel súčasného stavu v porovnaní s ideálom** (index subjektívnej osobnej pohody). Pokiaľ je nulový, jedinec je spokojný. **(ii) emocionálna:** všetky aktuálne každodenné skúsenosti, ktoré daný jedinec vyhodnocuje ako emocionálne pozitívne alebo negatívne. Spokojnosť je hodnotená ako výslednica pozitív a negatív. Diener, Emmons, Larsen a Griffin (1985) podobne tvrdia, že osobná pohoda je tvorená emočnou zložkou (prežitková stránka) a kognitívnou zložkou (vedomé hodnotenie vlastného života). Pozri schému 6.

**Schéma 6 Dienerovo poňatie subjektívnej osobnej pohody**



spracované podľa Diener et al. (1985 in Adamove, 2016a)

Henriques, Kleinman a Asselin (2014) zoradili koncepty osobnej pohody do dvoch veľkých skupín. Prvý prístup je hedonistický: zdôrazňuje zážitok šťastia a vnímanú životnú spokojnosť. Druhý je eudaimonistický: zdôrazňuje (i) celostný prístup a (ii) psychologické fungovanie. Oba sú postavené na subjektívnych doménach. Hlavným predstaviteľom **hedonistického prístupu** je Diener, ktorý poníma šťastie v širokom poňatí subjektívnej osobnej pohody z pohľadu hodnotiteľa, ktoré je ovplyvnené osobnými skúsenosťami (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Mottom je „*cítiť sa dobre*“.

Koncepciu **eudaimonickej osobnej pohody** (eudaimonic well-being) tvorí seba prijatie, pozitívne vzťahy, kontrola prostredia, zmysel života a osobný rast (sebarealizácia) (Ryff, Burton & Singer, 2008). Mottom je „*dobre žiť*“ resp. „*žiť dobrý život*“. Kritizuje „pôžitkárstvo“ predchádzajúceho modelu, keď človek sa môže cítiť dobre aj po použití omamnej látky. Stojí na troch pilieroch: 1. *Sebariadenie* (self-determination): forsírúje tri jadrové potreby človeka: potreba vzťahovať sa k druhým, potreba sebaurčenia (autonómie) a potreba kompetencie. 2. *Psychologická osobná pohoda*: zahŕňa domény optimálneho mentálneho zdravia: seba prijatie (self-acceptance), pozitívne vzťahy k druhým, autonómia, ovládanie prostredia, životný zmysel a osobný rast (Ryff, Burton & Singer, 2008). 3. *Prospievanie* obsahujúce päť prvkov, z angl. PERMA: pozitívne emócie (Positive emotions), angažovanosť (Engagement), vzťahy (Relationships), zmysel (Meaning), a dosiahnuté splnenie diela (Accomplishment).

**Dynamika procesu vytvárania osobnej pohody.** Z hľadiska procesov „ako vzniká pohoda“ Diener (1984) rozdelil existujúce teórie nasledovne:

- **Účelové teórie:** podľa nich človek zažíva stav šťastia a pohody *pri dosahovaní cieľov*. Ciele bývajú formované individuálnymi *potrebami a hodnotami* jednotlivca. Postup k cieľom vyvoláva viac pozitívnych emócií, pričom spokojní ľudia si volia stredne obtiažne ciele, ktoré im prinášajú viac potešenia.
- **Teórie aktivity:** chápu šťastie ako „*vedľajší produkt*“ ľudskej činnosti, ľudia by sa mali zamerať na svoje ciele a aktivity. Stručne povedané, o šťastie a pohodu sa netreba vedome snažiť, príde sama pri aktivitách človeka.<sup>2</sup>
- **Teórie potešenia a bolesti** (pleasure and pain): tvrdia, že čím je väčšia deprivácia z neuspokojených potrieb, tým väčšie šťastie prichádza pri ich naplnení. Neustále napĺňanie všetkých potrieb nevedie k veľkému šťastiu. Tieto teórie sú založené *na princípe kontrastu* a vytvárania „porovnávacej základne“.

---

<sup>2</sup> Podľa Frankla (in Tavel, 2007) je šťastie vedľajším produktom cesty ku zmysluplnému cieľu. Je nazaslužnou odmenou pri voľbe vyššieho cieľa ako sú vlastné záujmy. Šťastie má vzťah ku cieľom, snahám, nádejam a očakávaniam človeka, ktoré ústia do jeho osobných hodnôt a cieľov.

- **Hodnotiace teórie:** pohoda je výsledkom vnútorného procesu hodnotenia, keď človek porovnáva svoju aktuálne prežívanú úroveň so svojou „štandardnou“ úrovňou pohody. Svoju vlastnú vnútornú normu si tvorí človek *na základe predošlých skúseností*.
- **Asocianistické teórie:** vychádzajú z behavioriálnych teórií učenia. Postulujú, že jedinec môže pocítiť pohodu a šťastie sám zámerne „vytvárať“ tým, že si vytvára emočné asociácie (spojenia) s niečím príjemným (objekty, subjekty, aktivity). Inými slovami, „byť v pohode sa dá naučiť“ asociatívnym učením.
- **Prístupy zhora nadol (top-down) a zdola nahor (bottom-up):** Prístup *zhora nadol* predpokladá, že osobná pohoda vychádza z hodnotenia a interpretácie životných skúseností a zážitkov, ide teda viac-menej o *relatívne stabilnú osobnostnú črtu*. Medzi „top-down“ faktory patria osobnostné rysy, adaptácia, copingové stratégie, potreby, hodnoty a ciele. Prístup *zdola nahor* je analytický. Postuluje, že šťastie je sumou mnohých drobných radostí. Pri posudzovaní spokojnosti sa robí „matematický rozdiel“ pozitívnych a negatívnych vecí v živote človeka. Celková pohoda je zložená z pohody v jednotlivých životných oblastiach ako zdravie, práca, manželstvo atď. Skúma sa vplyv veku, pohlavia, vzdelania, zdravotného stavu a (Diener, 1984).

**Kvalita života.** Hartl a Hartlová (2010) uvádzajú, že kvalitu života môžeme formulovať ako mieru sebarealizácie a duševnej harmónie. WHO definuje kvalitu života ako „*vnímanie pozície jedinca v živote v súvislosti s danou kultúrou a hodnotovým systémom a vo vzťahu k individuálnym cieľom, očakávaniam, štandardom a obavám*“ (Szabo, 1996 in Fahrenberg et al., 2001). Kvalita života sa pritom vzťahuje na oblasť telesnú, psychickú, sociálnu, finančnú, sexuálnu, funkčnú a spirituálnu. Koncept dobrého života alebo kvalita života sa v počiatkoch chápal ako objektívne kritérium, ktoré môže byť hodnotené zvonku. Postupne sa presúval dôraz na subjektívnu stránku. Pojem vzišiel pôvodne z medicínskej sféry, kde vznikla potreba oproti kvantite (dĺžke života) hodnotiť akosť, prežívaný stav nemocných a postihnutých. V súčasnosti WHO kladie pri kvalite života dôraz na: (i) *komplexnosť*: má pokrývať široké spektrum života nielen hodnotenie fyzického zdravia, (ii) *subjektívnosť*: hodnotenie na základe vnútornej normy, preferuje sa sebaodsudzovanie, (iii) *relatívna dôležitosť* rôznych oblastí života jedinca, ktorý si sám vyberie váhu / dôležitosť jednotlivých aspektov života a (iv) *kultúrnu relevanciu*: použiteľnosť merania v rôznych jazykových a kultúrnych prostrediach, čo reaguje na potrebu medzinárodného výskumu. V súčasnosti sa pojem kvalita života vyskytuje hlavne v súvislosti so zdravím (Health Related Quality of Life). Veenhovenová (2000 in Dragomirecká & Bartoňová, 2006) konceptualizuje vo svojej teórii „**štyri kvality života**“: 1. životné šance, 2. životné výsledky, 3. vonkajšie kvality prostredia 4. vnútorné kvality



individua. Calman (1984 in Křivohlavý, 2014) definoval kvalitu života ako „rozdiel medzi nádejami a očakávaniami človeka a súčasným stavom jeho života“. U Echtela (1999 in Křivohlavý, 2014) sa kvalita života prelína so životnou spokojnosťou: „kvalitne žije ten, kto je so svojím životom spokojný“. Křivohlavý (2014) definoval kvalitu života s ohľadom na spokojnosť človeka s dosahovaním cieľov určujúcich smerovanie jeho života. Rummans et al. (2000 in Urbánková, 2008) určujú kvalitu života ako telesné, psychické, sociálne a spirituálne oblasti zdravia, ktoré sú ovplyvnené jedincovými skúsenosťami, presvedčeniami, očakávaniami a vnímaním. Bergsma a Engel (1988 in Křivohlavý, 2014) definujú kvalitu života ako hodnotu samu o sebe, zážitkový vzťah, reflexiu nad vlastnou existenciou. Hierarchicky pritom rozlišujú **tri roviny kvality života**: (i) **makro-rovina**: otázky kvality života veľkých spoločenských celkov, napr. danej krajiny. Ide o absolútny zmysel života chápaný ako absolútna morálna hodnota. (ii) **mezo-rovina**: kvalita života v malých sociálnych skupinách, napr. v škole, nemocnici, podniku, v rodine. Tu ide navyše o otázky sociálnej klímy, vzájomných vzťahov medzi ľuďmi a uspokojovanie základných potrieb každého člena skupiny. (iii) **osobná rovina**: život jednotlivca, jeho subjektívne hodnotenie zdravia, spokojnosti, nádeje, jeho hodnoty. Bobzien (2011) považuje za dva kľúčové faktory kvality života *sebaurčenie a šťastie*.

Džuka (2004) rozlišuje **tri konštrukty kvality života**: objektívnu kvalitu života, subjektívnu kvalitu života a subjektívnu pohodu. Pojem kvalita života u neho zastrešuje aj pojem subjektívna osobná pohoda (subjective well-being). Hrozenská (2008) usporiadala existujúce **modely kvality života** takto:

- **Kolcabov model** komfortu je viazaný na *zdravotnícky kontext* a kritérium ošetrovateľskej starostlivosti. Komfort je uspokojovanie základných ľudských potrieb, úľava, pohodlie, poznanie zmyslu v konkrétnej zdravotníckej situácii.
- **Testov model** určuje kvalitu života ako rozhodovacie *kritérium pri voľbe terapeutického postupu a zdravotníckej starostlivosti*. Pokrýva oblasti zdravia fyzického, psychického, sociálneho a funkčnú oblasť. Tieto dva modely sa viažu k počiatočným významom pojmu kvalita života, keď bol „zavedený“ ako protipól dĺžky života v zdravotníctve.
- **Lenhartov model** pokrýva osobnú spokojnosť, oblasť fungovania v každodennom živote (*funkčný stav*), ale zahŕňa taktiež zdroje a možnosti jedinca.
- **Bigelow model** dopĺňa psychické schopnosti (*prežívanie a hodnotenie kvality života*) schopnosťou odpovedať na výzvy okolia, adaptovať sa na meniace podmienky.

Možno evidovať štyri prúdy, ktoré sa týkajú **vzťahu kvality života a osobnej pohody**: 1. prvý prúd sa nezaobera vzťahom oboch konštruktov, 2. výskumy oboch sfér sú realizované paralelne a nezávisle 3. stotožňovanie oboch pojmov a 4. štvrtý prúd považuje

subjektívnu pohodu za indikátor kvality života (Džuka, 2004). Ako vidieť, medzi pojmami životná spokojnosť, osobná pohoda, kvalita života, šťastie sú volné prechody. Je obtiažne vyznať sa vo významových nuansoch jednotlivých autorov<sup>3</sup>. Snahou o zjednotenie prístupov k životnej spokojnosti je **integratívny viacúrovňový model osobnej pohody** (*Nested model of Well-Being*) predstavený Henriquesom, Kleinmanom a Asselinom (2014). Vznikol ako reakcia na terminologické, obsahové, procesuálne rozdiely v prístupoch mnohých autorov. Jeho zámerom je *integrácia viacerých prístupov*. Model je postavený na štyroch navzájom prepojených doménach (pozri Obr. 1).

**Obr. 1 Integratívny viacúrovňový model osobnej pohody**



Zdroj: Henriques, Kleinman a Asselin (2014)

*Doména 1: Subjektívna doména* sa vzťahuje k ľudskému zážitku bytia, ku skúsenosti „tu a teraz“. Ide o perspektívu danej osoby (first person perspective). Subjektívne uvedomovanie je centrálny konštrukt osobnej pohody (Henriques, Kleinman, & Asselin, 2014). Súčasťou tejto domény sú **emócie** (pozitívne i negatívne), ako **i kognície** (vedomá hodnotiacia rovina). *Doména 2: Zdravie a fungovanie*. Pod fungovaním resp. funkčnosťou (functioning) sa tu chápe stav organizmu človeka umožňujúci plniť životné ciele. V sumáre ide o fyzické a psychické zdravie. Inými slovami dve široké oblasti, ktoré sa prelínajú: (i) biologická (gény, bunky, orgány a orgánové sústavy, organizmus ako celok) a (ii) psychologická (temperament a osobnostné črty, adaptačné mechanizmy a identita). *Doména 3: Ekologická (environmentálna) doména*. Zakladá sa na tom, že správanie, myslenie a cítenie človeka je vždy výsledkom interakcie osoby a prostredia. Prostredie zahŕňa: (i) materiálnu oblasť (prírodné zdroje, technológie, finančné zdroje) a (ii) sociálnu

<sup>3</sup> Pre účely tejto práce tieto pojmy významovo nerozlišujeme a uprednostňujeme pojem životná spokojnosť.

oblasť (sieť vzťahov a sociálnych inštitúcií, v ktorých je jedinec zapojený). *Doména 4: Hodnoty a ideológia*. Dopĺňa model o religiozitu a spiritualitu. Týmto oblastiam sa doteraz venovala najmenšia pozornosť. Forsujú jej naviazanosť na individuálny hodnotový systém jedinca. Odráža sa v ňom (v rôznej miere) súčasne aj „dych doby“, dobový kontext a spoločensko-kultúrne hodnoty. Henriques, Kleinman a Asselin (2014) vo svojom modeli rozvíjali aj vzťah životnej spokojnosti (osobnej pohody) a nemoci. Chápu **nemoc ako protiklad osobnej pohody** (pozri Schému 7).

**Schéma 7 Kontinuálna škála nemoci a osobnej pohody**



Zdroj: Henriques, Kleinman a Asselin (2014)

Na záver možno povedať, že integratívny model Henriqua, Kleinmana a Asselina (2014) poskytuje dobrú základňu pre pochopenie úrovni, faktorov životnej spokojnosti, zjednocuje doterajšie prístupy, zachytáva viaceré roviny (vonkajšie i hĺbkové). Autori vo svojom poňatí nepriamo **stotožňujú zdravie s osobnou pohodou**. Na druhej strane, podobne ako predchádzajúce modely opomína otázku rozboru dynamiky procesov vedúcich k osobnej pohode a rozbor faktorov, ktoré tento proces ovplyvňujú.

## 2.2. Hlavné zložky životnej spokojnosti

V analytickom prístupe k hodnoteniu životnej spokojnosti sa posudzuje spokojnosť v čiastkových oblastiach života. Získa sa tak detailnejší prehľad, avšak stráca sa subjektívna povaha hodnotenia. Výber oblastí je jednotný pre všetkých, pričom v realite má každý vlastný referenčný rámec hodnotenia. Výhodou tohto prístupu je, že umožňuje štrukturovanejšiu interindividuálnu porovnateľnosť. Knobloch (in Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013) vo svojom **Dotazníku životnej spokojnosti ŽIS** zvolil oblasti: zdravotný stav duševný a telesný, povahové vlastnosti, telesný vzhlľad, manželstvo, druh práce, deti, vzťahy s ľuďmi na pracovisku, finančné otázky, byt, mimopracovné záujmy. V nasledujúcom texte rozoberieme najčastejšie hodnotené dimenzie životnej spokojnosti.

**Spokojnosť so zdravím** (subjektívne zdravie) je **najdôležitejším faktorom** všeobecnej (globálnej) životnej spokojnosti. Na mnohých štúdiách sa preukázala úzka súvislosť medzi životnou spokojnosťou a subjektívnym zdravím. Aj osoby s objektívnym telesným postihnutím či funkčnými obmedzeniami sú v porovnaní s osobami zdravými menej spokojné (Fahrenberg et al., 2001). Nespokojní ľudia častejšie vyhľadávajú lekára a podrobujú sa psychoterapeutickej terapii. Štúdia Willitsa a Cridera (1988) na vzorke

1650 osôb preukázala *najsilnejší vplyv subjektívneho zdravia na celkovú životnú spokojnosť*. Spokojné osoby sa cítili zdravšie. V ďalšej štúdií na vzorke 733 osôb potvrdili, že ich nižšie subjektívne zdravie sa spájalo s objektívnymi charakteristikami zdravia (vyšší počet hospitalizácií v nemocnici, vyšší počet operácií počas života, vyšší počet lekárskeho vyšetrení počas posledného roka, vyšší počet užívaných liekov atď.) Svedčí to pre *spätosť objektívneho a subjektívneho zdravia*. Gana et al. (2013) uskutočnil rozsiahly longitudinálny 8-ročný výskum životnej spokojnosti na vzorke 899 participantov. Výsledkom bolo zistenie, že slabé zdravie bolo signifikantným prediktorom úrovne životnej nespokojnosti. Na druhej strane životná spokojnosť nebola spoľahlivým indikátorom úrovne zdravia. Subjektívna spokojnosť s vlastným zdravím zrejme nie je úplne „oddeliteľná“ od objektívneho zdravia, avšak výraznou mierou ju ovplyvňujú faktory v samotnom človeku. Diener a Chan (2011) zistili, že spokojnejší ľudia (životná spokojnosť, optimizmus, pozitívne emócie) žijú dlhšie. Platí to na vzorke bežnej populácie, avšak u ľudí s určitou nemocou ako rakovina je táto spojitosť kontroverzná.

**Pracovná spokojnosť** determinuje všeobecnú kvalitu života, odráža sa i v zdraví. Má *psychologický obsah*: uspokojuje celý rad potrieb jednotlivca, ale je i *sociálny obsah*: odráža vzťah k rôznym aspektom pôsobenia v organizácii (Kollárik et al., 2011). Širšie poňatie spokojnosti v práci zahŕňa zložky osobnosti pracovníka, ako i všeobecné a špecifické podmienky práce (Kollárik et al., 2011).<sup>4</sup> Podľa Štikara et al. (2003) je pracovná spokojnosť *značne premenlivá a situačne podmienená*, odráža meniace sa pracovné podmienky, no súčasne sa javí ako určitá *osobnostná dispozícia*. Výskumy potvrdzujú, že časť respondentov vykazuje dlhodobu stabilnú pracovnú spokojnosť bez ohľadu na meniace sa pracovné podmienky. Štikar et al. (2003 in Adamove, 2014) rozlišuje nasledovné *faktory spokojnosti v práci*: (i) **vonkajšie faktory**: druh a charakter práce, finančné ohodnotenie, kariérny postup, štýl riadenia a vzťahy s kolegami vytvárajúce „emocionálne zázemie“, fyzikálne podmienky, ale aj status a istota zamestnania. Nízka mzda je zdrojom nespokojnosti, ale vysoká mzda nemá dlhodobější motivačný účinok. Uspokojenie v práci všeobecne poskytuje práca rozmanitá, relatívne autonómna, so žiaducim sociálnym statusom a so spätnou väzbou. Podľa Armstronga (1999 in Štikar et al., 2003) spokojnosť v práci ovplyvňuje najmä objektívne hodnotenie, spolúúčasť na rozhodovaní, informovanosť o významných záležitostiach, príležitosti pre rozvoj a vzdelávanie. (ii) **vnútorné, osobnostné faktory**: vek, pohlavie, vzdelanie, rodinný stav, pracovná skúsenosť, profesionálna úroveň, intelekt a súbor schopností. Fahrenberg et

---

<sup>4</sup> Podľa Lockeho (2009) pracovná spokojnosť je „*prijemný emocionálny stav vyplývajúci z hodnotenia svojej práce alebo pracovných skúseností*“. Arnold et al. (2007) uvádza, že pracovná spokojnosť je funkciou (i) osobnostných dispozícií, (ii) názorov iných ľudí na pracovisku a (iii) konkrétnych rysov práce.

al. (2001) uvádza, že spokojnosť s prácou je *relatívne vyššia u mladších osôb, u mužov a u skupín s vyššími príjmami*. Najvyššia pozitívna korelácia je so spokojnosťou s finančnou situáciou, ktorá s vyšším vekom rastie. Pri nízkej spokojnosti s prácou sa častejšie objavujú sťažnosti na telesné problémy a aktuálne zlý zdravotný stav.

**Manželská / partnerská spokojnosť** sa dá chápať ako výsledok emocionálno-kognitívneho bilancovania. Manželská rola je dôležitou súčasťou osobnej identity a manželstvo uspokojuje rôzne psychické potreby (Vágnerová, 2008). Spokojnosť v manželstve je daná mierou rozdielu medzi očakávaniami a reálnou možnosťou ich naplnenia. Dôležitú rolu hrá osobnosť partnera a miera súladu vzájomných očakávaní a plánov oboch partnerov. Manželská spokojnosť sa počas vývoja rodinného cyklu mení a reaguje na vývinový cyklus rodiny. Husovská (2012) zistila, že manželská spokojnosť je **najvyššia na začiatku manželstva**. Fáza budovania hniezda je spojená s narodením detí a zmenami rolí manželov: vtedy sa rodinná spokojnosť výrazne nemení, ale spokojnosť jednotlivcov je najnižšia. Po odchode detí z domu bola zistená *najnižšia spokojnosť s manželstvom*. Všeobecne platí, že rodinná spokojnosť sa značnou mierou premieta do celkovej životnej spokojnosti. Kratochvíl (2000) udáva, že k funkčnému manželstvu patria tzv. rodinné zdroje, ku ktorým patrí najmä vzájomná náklonnosť medzi členmi rodiny, komunikácia, partnerská náklonnosť a sexualita. Plaňava, Rajmicová a Blažková (2003) uvádzajú ako faktory manželskej spokojnosti interpersonálne stránky vzťahu - záujem, citová náklonnosť, sexuálna spokojnosť. Spokojnosť v partnerstve nemá priamu súvislosť s množstvom spoločne stráveného času. Na základe početných výskumov bolo preukázané, že životná spokojnosť je vyššia u osôb v partnerskom / manželskom zväzku ako u osôb osamelých, rozvedených či ovdovelých (Fahrenberg et al., 2001). Spokojnosť s manželstvom a partnerstvom je **výraznejšia u mužov** ako u žien. Zistili sa najvyššie pozitívne korelácie partnerskej spokojnosti **so spokojnosťou so sexualitou** (sexual wellbeing) korelujúce súčasne s globálnou životnou spokojnosťou (napr. Stephenson & Meston, 2015). Pri nižšej spokojnosti s partnerským životom je udávaných viac telesných potiaží, skôr depresívne emočné ladenie a celkovo viac interpersonálnych problémov (Fahrenberg et al., 2001 in Adamove, 2016a).

**Spokojnosť so sociálnymi vzťahmi.** Okrem vzťahov v partnerstve a na pracovisku sú významným zdrojom pocitov šťastia a radosti *priateľské vzťahy* (Křivohlavý, 2013). Nadobúdajú na väčšom význame u populácie tzv. singles (Sobotková, 2012). Vágnerová (2008) uvádza, že priateľstvo pomáha človeku niekam sa zaradiť, posiluje ho a prispieva k pocitu väčšej istoty v sociálnom svete, obmedzuje pocity osamelosti a izolácie. Křivohlavý (2013) upozorňuje na opačný efekt na životnú spokojnosť v prípade absencie

zdarných priateľských vzťahov alebo pri nevydarených medziľudských vzťahoch. Pri medziľudských vzťahoch vstupujú do hry mediátory (sprostredkujúce faktory), ku ktorým patrí napr. temperament, povaha, vonkajšie okolnosti a situačné faktory (napr. spoločné záujmy). Vytvárajú rámec pre existujúce i budúce vzťahy. Froh et al. (2007) skúmali súvislosti interpersonálnych vzťahov a životnej spokojnosti na vzorke 29 klinických pacientov v psychoterapii a 207 vysokoškolských študentov. Výsledky preukázali zhodne na oboch vzorkách, že medziľudské vzťahy boli prediktorom ich životnej spokojnosti.

### 2.3. Vybrané faktory životnej spokojnosti

Životná spokojnosť / osobná pohoda bola ohniskom početných výskumov, ktoré sa pokúšali zistiť podiel determinácie jednotlivých jej faktorov. Medzi hlavné koreláty životnej spokojnosti patria osobnostné, sociálne a demografické (Kebza & Šolcová, 2003). Možno ich rozdeliť na faktory fyzické, psychologické, sociálne, environmentálne a ekonomické. Môžu byť endogénne (zakotvené v človeku) a exogénne (v prostredí). Diener et al. (1985) predpokladali, že ide o pomerne stabilnú osobnostnú dispozíciu *relatívne* nezávislú na okolnostiach a prostredí. Uvedieme najskúmanejšie činitele.

**Pohlavie a vek.** Vo väčšine výskumov sa nepreukázal vplyv rozdielov medzi pohlavím a globálnou životnou spokojnosťou (Fahrenberg et al., 2001). Výskumy vykazujú zmiešané výsledky. Rozsiahly sociologický prieskum v krajinách Európskej únie (EÚ) jednoznačne potvrdil, že vo všetkých krajinách mali *muži* *signifikantne väčšiu mieru životnej spokojnosti* (Výrost et al., 2008). Matud, Bethencourt a Ibáñez (2014) na vzorke 1233 žien a 1233 mužov z netriedenej španielskej populácie vo veku 20 až 60 rokov zistili naopak *vyššiu životnú spokojnosť u žien*. Hlavné prediktory životnej spokojnosti boli pritom rovnaké u oboch pohlaví: sebaúcta a sociálna opora. Na vzorke starších dospelých (65+) v Taliansku Meggiolaro a Ongaro (2015) vyskúmali, že existujú *rozdiely medzi determinantmi životnej spokojnosti medzi mužmi a ženami*. Inak povedané, muži a ženy majú rozdielne kritériá na posudzovanie životnej spokojnosti a robia ich šťastnými sčasti iné veci. To naznačuje vplyv sociálneho a kultúrneho prostredia. Čo sa týka veku, zistenia sú zmiešané. Celkovo sa ale zdá, že existuje *trend k vyššej životnej spokojnosti s rastúcim vekom* (Fahrenberg et al., 2001 in Adamove, 2016a). Na základe longitudinálnej štúdie, vo vysokom veku sa životná spokojnosť prudko znižuje podľa odhadu blížiacej sa terminálnej fázy života (Gerstorf, Ram, Röcke, Lindenberger & Smith, 2008). Niektoré novšie štúdie nezistili vekové rozdiely, ale rozdiely boli v očakávaniach životnej spokojnosti. Kým v mladší predpokladajú v budúcnosti zlepšenie, v staršej dospelosti sú očakávania pesimistické (Lang, Weiss, Gerstorf & Wagner 2013). Pri skúmaní po piatich a desiatich

rokoch sa paradoxne zistilo, že pesimizmus v očakávaniach bol nakoniec spojený s lepším objektívnym zdravím (nižší výskyt telesných potiaží a funkčných obmedzení, nižšia úmrtnosť).

**Socioekonomický status.** Vysoký socioekonomický status (definovaný príjmom, vzdelaním a povoláním) má zreteľne *pozitívny vplyv na životnú spokojnosť*, pričom obzvlášť tesná je súvislosť medzi príjmom a pracovnou spokojnosťou. Táto súvislosť bola zistená temer vo všetkých výskumoch (Fahrenberg et al., 2001). Metaanalýza 111 nezávislých štúdií vzťahu medzi socioekonomickým statusom a subjektívnou osobnou pohodou došla k záveru, že vzťah medzi socioekonomickým statusom a životnou spokojnosťou bol *najsilnejší v nízkopríjmových skupinách* na vzorkách ľudí s najnižším vzdelaním a naopak najslabšia korelácia bola vo vysokopríjmových skupinách ľudí s najvyšším vzdelaním. Najväčšia korelácia bola v prípade definovania statusu ako stavovej veličiny (aktuálny stav bohatstva) namiesto tokovej veličiny (výška príjmu) (Howell & Howell, 2008). Dalo by sa povedať, že životná spokojnosť je tým vyššia, čím ľudia majú doma viac (trvalé hmotné statky, úspory) v duchu porekadla „čo je doma, s tým sa počíta.“ Na druhej strane výška príjmu je neistá a premenlivá veličina. Cheung a Lucas (2015) na rozsiahlej vzorke 1,7 mil. ľudí v USA zistili, že životná spokojnosť vo vzťahu k príjmu nie je daná jeho absolútnou výškou, ale relatívnou výškou na základe porovnania s okolím. Veľmi citlivo je vnímaná príjmová nerovnosť, ktorá znižuje životnú spokojnosť (Adamove, 2016a).

**Kultúrne a osobnostné rozdiely.** Podľa Tova a Dienera (2009) je životná spokojnosť *do istej miery univerzálna vo všetkých kultúrach*, ale musí byť chápaná v rámci danej konkrétnej kultúry. Niektoré komponenty životnej spokojnosti sú kultúrne konzistentné, ale niektoré špecifické vzorce spokojnosti nie sú porovnateľné medzi jednotlivými kultúrami. Výskum dvoch individualistických kultúr (USA, Nemecko) a troch kolektivistických kultúr (Japonsko, Mexiko, Ghana) zisťoval vzájomné pôsobenie medzi osobnosťou, kultúrnymi faktormi a životnou spokojnosťou (subjektívnou osobnou pohodou) definovanou jednak emočným komponentom (hedonická rovnováha), ako aj kognitívnym komponentom (životná spokojnosť). *Extraverzia a neuroticizmus* ovplyvňujú emočnú zložku životnej spokojnosti (hedonickú rovnováhu) rovnako vo všetkých kultúrach, avšak *v individualistických kultúrach boli silnejším prediktorom životnej spokojnosti*. Výsledky dokazujú, že vplyv osobnosti na emočný komponent životnej spokojnosti je transkultúrny, zatiaľ čo vplyv osobnosti na kognitívny komponent životnej spokojnosti je sprostredkovaný kultúrnymi vplyvmi (Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto, & Ahadi, 2002). Metaanalýza 148 štúdií (N = 42 171) De Neveho

a Coopera (1998) doložila pozitívnu koreláciu *extraverzie, prívetivosti a svedomitosti* so životnou spokojnosťou a súčasne pozitívnu súvislosť medzi *neuroticizmom* a životnou nespokojnosťou. V štúdií Newsoma a Schulza (1996) na vzorke 4734 pacientov vyšla negatívna korelácia *depresivity* a životnej spokojnosti.

**Religiozita / Spiritualita.** Religiozita v našich podmienkach obvykle označuje náboženskú aktivitu (angažovanosť v cirkvi, účasť na obradoch a pod.). V poslednej dobe je viac rozšírený pojem spiritualita, ktorý kladie dôraz na duchovný prežitok a zmysel života (Pechová, 2011). Spiritualita a náboženstvo sa môžu, ale nemusia prekrývať (Belzen, 2009). Duchovná dimenzia zdravia sa týka otázok zmyslu a transcencie. Podľa Halamu (2007) existuje *obojstranný vzťah* medzi životnou spokojnosťou a zmysluplnosťou života. Kim, Miles-Mason, Kim a Esquivel (2013) na vzorke 174 jedincov preukázali, že všetky *pozitívne aspekty religiozity sa spájali s vyššou životnou spokojnosťou*, pričom tie negatívne boli nevýznamné. Religiozita bola meraná v subškálach: denné spirituálne skúsenosti (napr. pocit prítomnosti Boha), schopnosť odpúšťať, osobné religiózne praktiky, pozitívne religiózne zvládanie (napr. vnímanie človeka ako súčasť väčšieho spirituálneho celku), negatívne religiózne zvládanie (napr. pocity trestu od Boha), podpora cirkevného zboru, problémy v cirkevnom zbore a organizovaná religiozita (obrady).

**Hodnotová orientácia.** Hodnoty predstavujú dôležitú stránku osobnosti, sú primárny zdroj motivácie človeka a dávajú životu človeka význam (Klčovanská, 2004). Hodnotový systém predstavuje hierarchicky usporiadaný systém ideálov, zásad, ktoré vyjadrujú potreby a záujmy jedinca či skupiny. Individuálne hodnoty vykazujú kladný vzťah so životnou spokojnosťou. Materialistické hodnoty definované pojmi úspech, moc, hedonizmus majú negatívny vzťah k životnej spokojnosti. Naopak *duchovné hodnoty korešpondujú so životnou spokojnosťou* (Hnilica et al., 2006). Metaanalýza 259 nezávislých výskumov potvrdila, že individualistický *materializmus je spojený s výrazne nižšou životnou spokojnosťou* (osobnou pohodou) (Dittmar, Bond, Hurst, & Kasser, 2014). Nízka životná spokojnosť sa odráža v rizikovitom zdravotnom správaní a v konzumnom spôsobe života (Dittmar et al., 2014 in Adamove, 2016a).

**Sebahodnotenie.** Podľa Blatného (2001) z výskumov vyplýva poznatok, že sebahodnotenie tvorí podstatnú zložku životnej spokojnosti. Predstavuje pozitívnu hodnotu vlastnej osoby. Súvislosť sebapoňatia a životnej spokojnosti je jednoznačná najmä v individualistických kultúrach, ktoré kladú dôraz na vlastnú autonómiu, sebariadenie (self-determination), sebaupresadzovanie a vysokú hodnotu dosahovania úspechov. *Životná spokojnosť je najčastejšie spojená s vysokým sebahodnotením*, pričom vek ani pohlavie nie sú určujúcimi faktormi (Blatný, 2001; Dittmar et al., 2014).



Ak by sme mali na základe výskumov vytvoriť „prototyp“ šťastného človeka spokojného so svojím životom, bola by to sebavedomá osoba (muž alebo žena) skôr v zrelom, vyššom veku, emočne stabilná, extrovertná, žijúca v spokojnom partnerstve, majúca bohatú sociálnu sieť priateľov, kolegov a susedov, ktorá má vysoký sociálny status, dobrý príjem a navyše žije aj v súlade s duchovnými hodnotami. Vyzerá to, že výsledky výskumov by neprekvapili ani žiadneho laika. Závěry väčšiny výskumov v oblasti skúmania faktorov subjektívneho zdravia a faktorov životnej spokojnosti sú si blízke (napr. pri socioekonomickom statuse, pri spiritualite – ich vyššie hodnoty sa spájajú s vyšším subjektívnym zdravím aj s vyššou životnou spokojnosťou). Zaujímavý je rozdiel pri veku. S vyšším vekom sa síce znižuje subjektívne zdravie, ale zvyšuje životná spokojnosť. Pri zdraví by to mohlo súvisieť s tým, že s vekom je fakticky nižšie objektívne zdravie, ktoré pravdepodobne (a pochopiteľne) ťahá dolu aj subjektívne zdravie. Na druhej strane pri životnej spokojnosti sa s rastúcim vekom zrejme znižujú vnútorné kritériá jej posudzovania a človeku skrátka pre šťastie stačí menej ako v mladosti.

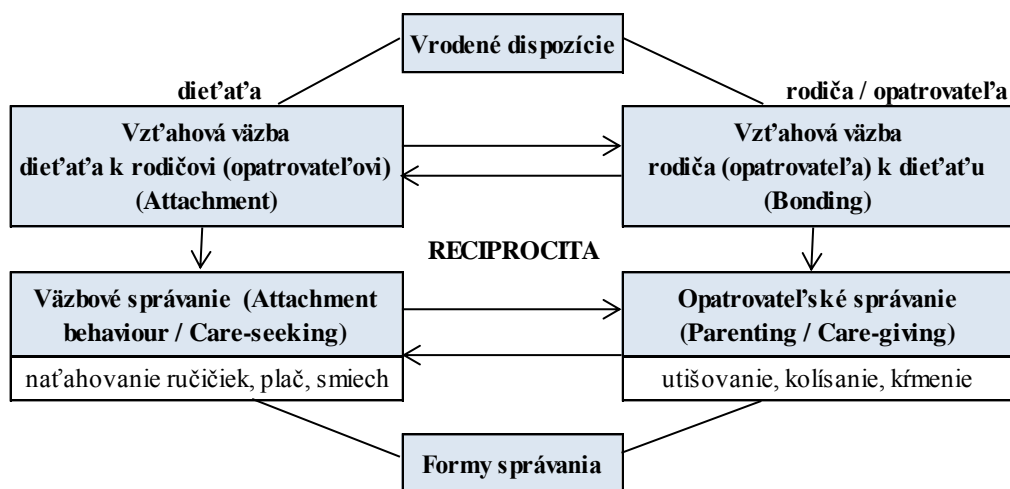
### 3. VZŤAHOVÁ VÄZBA

Táto kapitola predstavuje teóriu vzťahovej väzby, charakteristiky fungovania vzťahovej väzby v detstve aj v dospelosti s ohľadom na aktuálne poznatky vedy. Uvedieme aj súvislosti vzťahovej väzby k témam zdravia a životnej spokojnosti.

#### 3.1. Základné pojmy a teoretické východiská

Pojem attachment býva používaný v českej a slovenskej odbornej literatúre rôzne. Brisch (2011b) uvádza vzťahovú väzbu, Hašto (2005) používa pojem pripútanie, Kulíšek (2000) príľnutie, Pöthe (2001) citové príľnutie, no objavujú sa aj pojmy primknutie alebo sa termín z angličtiny neprekladá. Teóriu vzťahovej väzby predstavil v roku 1958 britský psychoanalytik John Bowlby, pričom za spoluzakladateľku sa považuje jeho najbližšia spolupracovníčka Mary Ainsworthová (Hašto, 2005). Bowlby (2010) charakterizoval **attachment** ako *trvalé emočné puto* spojené so silnou potrebou vyhľadávať a udržiavať *blízkosť* s určitou konkrétnou osobou v určitých situáciách, *najmä* v strese. Vrodená predispozícia na vytvorenie vzťahu má podľa Bowlbyho *inštinktívny charakter*. Vyvinula sa počas evolúcie a jej hlavnou biologickou funkciou je *prežitie jedinca*. Psychologickým cieľom je *pocit istoty a bezpečia* (felt security) (Sroufe & Watters, 1977). Koncept teórie vzťahovej väzby vznikol na základe pozorovaní detí postihnutých stratou materskej postavy, opiera sa o poznatky psychoanalýzy, etológie, Darwinovej evolučnej teórie, ako aj systémovej teórie a teórie riadenia (Kulíšek, 2000). Dieťa si na základe interakcií s opatrovateľom buduje vlastné sebapoňatie, schopnosť regulovať emócie a základ pre blízke vzťahy v budúcnosti (Bowlby, 2010). Systém vzťahovej väzby je recipročný k tzv. bondingu, teda ku vrodenej tendencii rodičov k opatrovateľskému správaniu voči dieťaťu. V optimálnom prípade zapadajú do seba ako kľúč a zámok (Brisch, 2011a).

Schéma 8 Reciprocita väzbového a opatrovateľského systému



graficky spracované a upravené podľa Brisch (2011b in Adamove, 2016b)

Vzťahovou osobou môže byť prakticky ktokoľvek, kto reaguje senzitívne na potreby dieťaťa a na jeho signály stresu (Hazan & Shaver, 1994). Podľa Bowlbyho (2010) má dieťa *vrodenú tendenciu vytvárať vzťah* k primárnej osobe, je predisponované na sociálne interakcie (Bowlby, 2010). Vzťahová väzba nie je viazaná na biologické rodičovstvo, buduje sa na základe emocionálnych skúseností (Brisch, 2011a). Mikulincer, Shaver a Pereg (2003) uvádzajú **tri základné funkcie vzťahovej osoby**:

- *je cieľom vyhľadávania blízkosti (proximity seeking)* dieťaťa. Dieťa u nej predpokladá lepšie schopnosti, predstavuje osobu silnejšiu a múdrejšiu (stronger & wiser) (Shaver & Mikulincer, 2007). Vo vzťahu nachádzajú obaja uspokojenie a radosť (Bowlby, 2010).
- *poskytuje dieťaťu bezpečný prístav (safe haven)* – ochranu, podporu, zmiernenie úzkosti pri aktivácii väzbového systému, ku ktorému dochádza v situáciách, ktoré sú subjektívne prežívané ako ohrozujúce a stresové (Sroufe & Waters, 1977). Pri silnom strese je potreba väzby najlepšie uspokojená cez telesný kontakt (Brisch, 2011a).
- *zabezpečuje pre dieťa bezpečnú základňu (secure base)* pri napĺňaní cieľov nevzťahujúcich sa ku vzťahovej väzbe, a to najmä pri exploračnom správaní. Exploračný systém (vrodená potreba poznávať) nastupuje až vtedy, keď sú potreby vzťahovej väzby naplnené (Shaver & Mikulincer, 2007).

**Hierarchia vzťahových osôb.** Dieťa si od samého začiatku buduje vzťahovú väzbu k viacerým osobám (multiple attachment), a to nezávisle na sebe. Existuje medzi nimi určitá hierarchia. Brisch (2012) používa pojem pyramída vzťahovej väzby. Existujú hlavné a vedľajšie vzťahové osoby. Pokiaľ je väzbový systém dieťaťa silne aktivovaný (napr. pri únave, chorobe, bolesti alebo hlade), dieťa vyhľadáva tzv. primárnu vzťahovú osobu, ktorou je obvykle matka (Shaver & Mikulincer, 2007). Pri jej nedostupnosti nastupujú sekundárne vzťahové osoby (napr. otec, stará mama) alebo aj neživé predmety „prechodné objekty“ (transitional objects), ktoré zastupujú hlavnú vzťahovú osobu (Winnicott, 1953 in Bowlby, 2010). Čím je vyšší počet vzťahových osôb dieťaťa, tým je jeho vzťahová väzba k primárnej vzťahovej osobe silnejšia (Bowlby, 2010). Druhou najvýznamnejšou vzťahovou osobou býva otec (Brisch, 2011b). Výskumy potvrdili, že istá vzťahová väzba k otcovi a najmä jeho senzitivita počas hry je asociovaná s aktívnejším správaním u batoliat, s vyššou sociabilitou u školákov a s lepšou adaptáciou v záťažových situáciách u adolescentov (Zimmeroff & Hartman, 2002). Podľa Brischa (2011b) matka a otec pôsobia zrejme na iné oblasti vzťahovej väzby a explorácie, a tým sa vhodne dopĺňajú.

**Vnútorne pracovné modely** (inner working models) reprezentujú kľúčový princíp teórie vzťahovej väzby. Predstavujú názory, očakávania, presvedčenia, pocity, spôsoby myslenia, stratégie správania, interpretácie informácií a odhadovanie budúcnosti (Bowlby,

2012). Vytvárajú sa na základe internalizovaných skúseností z interakcií so vzťahovými osobami (Brisch, 2011b). Fungujú *prevažne na nevedomej úrovni* a odrážajú celú doterajšiu históriu vzťahov so vzťahovými osobami (attachment history). Vo svojej podstate ide o modely seba vo vzťahu k druhým (Pietromonaco & Barrett, 2000). Typická je pre ne vysoká zotrvačnosť. Obvykle sa rozlišuje: (i) *model seba*: mentálna reprezentácia seba, očakávanie o vlastnej schopnosti pritiahnúť pozornosť vzťahovej osoby, (ii) *model druhých*: internalizované očakávania o emocionálnej dostupnosti vzťahovej osoby a (iii) *model vzájomného vzťahu*: predstavuje očakávania o vzájomnej interakcii (Hazan & Shaver, 1994). Človek si vytvára viac modelov súčasne (multiple working models), ktoré môžu byť aj navzájom protikladné (Bowlby, 2012). Majú hierarchickú štruktúru. Rozlišuje sa všeobecný model (aplikovaný na základnú stratégiu vzťahovania sa k druhým) a špecifické modely (odlišné podľa situačného kontextu) (Shaver & Mikulincer, 2007).

### 3.2. Vzťahová väzba v detstve

**Vývoj vzťahovej väzby** je určovaný v rámci recipročnej interakcie medzi dieťaťom a opatrovateľom, pričom potreba väzby je počas vývoja premenlivá a závislá aj na stupni perцепčných, kognitívnych, motorických schopností a emocionálneho vývoja dieťaťa (Kulíšek, 2000). Súčasní autori sa zhodujú, že vzťahová väzba sa utvára už v prenatálnom období (napr. Fedor-Freybergh, 2008). Základom sú psychofyziologické procesy odohrávajúce sa v matke (nebezpečný je najmä stres), všetky jej emócie a myšlienky, predstavy a fantázie (Ruppert, 2011). Pre vývin vzťahovej väzby má význam prirodzený vaginálny pôrod a podpora nerušeného kontaktu „koža na kožu“ hneď po pôrode (Hašto, 2014). Ainsworthová (1972 in Kulíšek, 2000) vymedzila **štyri fázy formovania vzťahovej väzby**. V *prvej fáze* (približne do 3 mesiacov dieťaťa) dieťa ešte nerozlišuje konkrétne postavy v okolí, interakcie s matkou sú viazané predovšetkým na reflexy a signály, ktoré dieťa vysiela. Významnú úlohu hrá zmyslová, osobitne taktilná stimulácia, ktorá je najlepšie uspokojená pri kojení (Brisch, 2012). V *druhej fáze* (do zhruba 7. mesiaca) začína dieťa rozlišovať známe tváre od cudzích, rastie intenzita úsmevov pri známych tvárach. V *tretej fáze* (asi od 7. mesiaca) začína obdobie strachu z cudzích ľudí, separácia od matky v tomto období má zrejme najťaživejšie následky (Kulíšek, 2000). Vo *štvrtnej fáze* získava vzťah novú podobu, má kvalitu partnerstva, v ktorom existuje dynamická rovnováha. Do *prvého roku* života si každá dvojica matka – dieťa vypracuje svoj *typický interakčný štýl*, v ktorom každý formuje toho druhého (Bowlby, 2010). Postupne ustupuje úplná závislosť dieťaťa na matke, dochádza k väčšej autonómii a nezávislosti dieťaťa. Tento proces nastáva približne vo veku 4 rokov a separácia postupuje ďalej (Bowlby, 2010).

**Typy vzťahovej väzby v detstve.** Prvú metodiku na stanovenie kvality vzťahovej väzby v detstve vypracovala Mary Ainsworthová (1978 in Zimberoff & Hartman, 2002). Ide o **test neznámej situácie** (strange situation test, SST). Predstavuje 24-minútovú testovú situáciu určenú pre deti od 12 do 20 mesiacov. Pozostáva z ôsmich 3-minútových epizód odlúčenia matky od dieťaťa a jej opätovného vrátenia sa k dieťaťu za stálej prítomnosti priateľského cudzieho človeka. Na základe typického správania sa detí boli identifikované dva základné typy väzby: istá/bezpečná (secure) a neistá (insecure, anxious), ktorá bola rozdelená na úzkostne-vyhýbavú (avoidant) a úzkostne-odmietavú (ambivalent). Neskôr Mainová (1997 in Kulišek, 2000) pridala typ dezorganizovaný (disorganised). Autori sa v ich pomenovaní líšia. Uvádzame ich základné charakteristiky:

- **Istý typ vzťahovej väzby (secure) – kategória B.** Deti sú po odlúčení od matky znepokojené, prerušia hru a hľadajú ju. Po jej návrate sa tešia, vyhľadávajú jej blízkosť a telesný kontakt, chcú ísť na ruky. Potom sa v bezpečí vrátia ku hre a ku explorácii. (Hašto, 2005). Matky týchto detí sú empatické, konzistentne reagujú na potreby dieťaťa, majú s ním častý telesný kontakt a tolerujú aj ich negatívne emócie (Pöthe, 2001).
- **Vyhýbavý typ vzťahovej väzby (anxious/avoidant) – kategória A.** Deti po odchode matky pokračujú v hre a v aktívnej explorácii. Nevidno na nich žiadne známky hnevu alebo úzkosti. Testami však boli u nich zistené známky stresu (zvýšené hladiny kortizolu). Po návrate matku ignorujú alebo sa aktívne vyhýbajú jej blízkosti (Hašto, 2005). Matky týchto detí k nim bývajú odmietavé, majú nechúť k telesnému kontaktu, komunikujú s nimi nejasne, pričom v pozadí je skrytá agresia (Pöthe, 2001).
- **Ambivalentný typ vzťahovej väzby (anxious/resistant) – kategória C.** Deti sú často úzkostné už pred prvým odlúčením, boja sa cudzej osoby. Pri odchode matky sú extrémne znepokojené a pri jej návrate kolíšu medzi snahou o kontakt a odporom k telesnému zblíženiu (Hašto, 2005). Typická matka týchto detí je uzavretá, emočne stiahnutá, jej reakcie na podnety dieťaťa sú nekonzistentné, nepredvídateľné, je pre dieťa emočne nečitateľná (Pöthe, 2001).
- **Dezorganizovaný typ vzťahovej väzby (anxious/disorganised)– kategória D.** Deti v prítomnosti matky ustrnú v pohyboch, v tvári majú výraz ako pri tranze, stereotypne kolíšu rukami alebo sa kníšu v kolenách. Pri odlúčení pozerajú na dvere a kričia za matkou. Po jej návrate sa v tichosti odvrátia alebo sa vzpriamia na pozdrav, potom sa ale „zosypú“ na podlahu (Hašto, 2005). U matiek týchto detí bol v 50% identifikovaný abuzus alkoholu, depresia, u 80% zneužívanie detí, týranie a celkové zanedbanie starostlivosti. Časté je obrátenie rolí, keď sa dieťa stará o rodiča, čím sa snaží získať aspoň určitú kontrolu nad neúnosnou situáciou (Pöthe, 2001).

V súčasnosti už existuje celý rad ďalších metód na zisťovanie vzťahovej väzby v detstve, napr. *Attachment Q-set* (založený na pozorovaní interakcií matka – dieťa v domácom prostredí), *Separation Anxiety Test*, *Preschool Assessment of Attachment* a iné. Vzťahová väzba tvorí emocionálnu základňu po celý život až do staroby (Parkes et al., 1991 in Brisch, 2011b). Bowlby (2010) sa domnieval, že prvotný vzťah k matke resp. k inému opatrovateľovi je prototypom všetkých ostatných vzťahov. V podstatnej miere rozhoduje o tom, či vidíme svet ako bezpečné miesto alebo miesto plné hrozieb. Na základe interakcií s matkou si dieťa vytvára svoj model reality – vnútorný pracovný model. V optimálnom prípade si vytvára budúce očakávania o tom, že nebude opustené, že bude vypočuté, dostane v prípade potreby pomoc a je na tomto svete vítané a prijímané. S týmito presvedčeniami vstupuje do ďalších vzťahov (Křivohlavý, 2013). Bowlby (2010) bol v otázke vzniku vzťahovej väzby zástancom **konceptu imprintingu**. Neskorší autori spojitost' s imprintingom (v poňatí „vpečatenia“, nezvratného učenia na základe jedinej skúsenosti) spochybnili ako príliš zjednodušujúcu (Stratton, 1983 in Kulíšek, 2000). Na druhej strane sa všeobecne uznáva, že v procese vývoja sa objavujú **senzitívne obdobia**, počas ktorých je jedinec zvýšene vnímavý na podnety určitého druhu (Vágnerová, 2012). Neznamená to „fatálnosť“ stavu. Zmena možná je, no je to oveľa ťažšie a náročnejšie, vyžaduje to veľa energie a podpory okolia.

Istá vzťahová väzba predstavuje pre dieťa **protektívny faktor**, ktorý ho robí „odolnejším“ voči vonkajším záťažiam a stresovým faktorom (Grossmann, 2003 in Brisch, 2011b). Neisté typy väzby nie sú patologické, v detstve sú adaptívnou reakciou na správanie vzťahových osôb (Kulíšek, 2000). Predstavujú však **rizikový faktor** vzniku rôznych psychických i somatických onemocnení (Hašto, 2014). *Deti s istou vzťahovou väzbou* sú veselé, kooperatívne, kreatívne, obľúbené, schopné prispôbiť sa, pri hre sú koncentrované, v škôlke kompetentné pri riešení konfliktov (Hašto, 2005). Bývajú sociálne zdatnejšie, empatické a mávajú trvalejšie vzťahy (Fonagy, 1999). Bowlby (in Pöthe, 2001) považoval istú väzbu za podmienku maximálnej realizácie potenciálu dieťaťa. *Deti s neistou väzbou* prežívajú silnú úzkosť (felt anxiety), chýba im pocit, že sú milované, ktorý má hlbokú prežitkovú hodnotu. *Deti s úzkostne ambivalentnou vzťahovou väzbou* spravidla málo preskúmajú okolie, prispôbili sa matkiným strachom (Brisch, 2011a). Konflikty riešia častejšie agresiou, v škole mávajú problémy s adaptáciou, ich pamäťové schopnosti, školské výkony a tímové schopnosti sú slabšie ako u detí s istou väzbou (Zimberoff & Hartman, 2002). *Deti s úzkostne vyhýbavou vzťahovou väzbou* sa naučili potláčať svoju potrebu vzťahu a potláčať emócie, čím sa vyladili na komunikačný štýl matky (Brisch, 2011a). Častejšie sa u nich vzťahové potreby obracajú na telesné

symptómy. Ich kompenzačnú stratégiu tvoria dobré intelektuálne výkony a prispôsobivosť (Zimberoff & Hartman, 2002). Výsledkom je perfekcionizmus a zdanlivá adaptácia. *Deti s úzkostne dezorganizovanou vzťahovou väzbou* prežívajú silný konflikt medzi potrebou istoty a potrebou ochrany pred ublížením (Pöthe, 2001). Bývajú sociálne inhibované, pasívne alebo naopak s hostilným agresívnym správaním a závažnými poruchami správania (Kulíšek, 2000). **Početnosť typov vzťahovej väzby u detí** bola podľa rôznych výskumov zistená takto: asi 50-60% detí s istou väzbou, asi 30-40% s úzkostne vyhybavou a asi 10-20% s úzkostne ambivalentnou väzbou (Grossmann et al., 1997 in Brisch, 2011b).

**Faktory vzťahovej väzby.** Medzi faktory vývinu vzťahovej väzby patria počiatkové dispozície dieťaťa a matky, ktoré si do partnerstva prinášajú a fenomén ich vzájomnej interakcie (Bowlby, 2010). Najvýznamnejší vplyv má v ranom detstve *materská citlivosť, vnímavosť a reflektívna schopnosť* (sensitive responsiveness) (Shaver & Mikulincer, 2007). Boli zistené stredne silné súvislosti medzi citlivou starostlivosťou vzťahových osôb a istotou vzťahovej väzby u detí (Brisch, 2011b). **Koncept materskej citlivosti** vykladá Ainsworthová (2003 in Brisch, 2011a) cez nasledujúce spôsoby správania matky: (i) schopnosť vnímať *veľmi pozorne* signály dieťaťa. Táto býva inhibovaná starosťami matky a jej vlastnými potrebami. (ii) *správne chápanie* signálov dieťaťa z jeho perspektívy. Existuje nebezpečie dezinterpretácie alebo projekcie vlastných potrieb na dieťa. (iii) *primerané* reagovanie na signály dieťaťa: prílišná aj slabá stimulácia sú pre dieťa zaťažujúce. (iv) *okamžitá* reakcia matky na signály dieťaťa v rámci tolerovanej frustrácie (s vekom sa postupne zvyšuje). Možno tušiť, že naplnenie týchto požiadaviek by vyžadovalo „dokonalú“ matku, ktorá v realite neexistuje. Winnicot (1976 in Brisch, 2011b) považoval za postačujúcu „len“ **dost' dobrú matku** („good enough mother“), ktorá vytvára pre dieťa bezpečné podporné prostredie („holding environment“), v ktorom prevláda citlivá emočná atmosféra. Mama s chybami je dokonca potrebná a prospešná (Lacinová & Škrdlíková, 2008). Podľa výskumov je optimálna *stredná miera synchronicity a reciprocity* v interakciách matky a dieťaťa. Pri nadmernej synchronicite alebo naopak asynchronicite bolo zistené častejšie neisté pripútanie dieťaťa (Brisch, 2011b). Okrem senzitivnej matky patrí ku **protektívnym faktorom vývinu** vzťahovej väzby dobrý, stabilný, blízky trvalý vzťah aspoň s jednou osobou, dobré súrodenecké vzťahy, veľká rodina umožňujúca kompenzačné vzťahy a aktívny temperament dieťaťa (Hašto, 2005). Medzi **rizikové faktory vývinu** neistej vzťahovej väzby patria najmä: (i) *na strane rodičov*: dieťa je nechcené, stres počas tehotenstva, rizikový pôrod, depresia matky, iné psychické a somatické ochorenia rodičov, závislosti v rodine, neistá vzťahová väzba rodičov, nevyriešené traumy rodičov, neuspokojivý vzťah rodičov, osamelý rodič (ii) *na*

*strane dieťaťa*: dieťa s postihnutím, predčasne narodené dieťa, inak choré dieťa, dráždivé dieťa, spomalený vývin dieťaťa a iné (iii) *rizikové situácie / externé faktory*: odlišný temperament matka – dieťa, dlhšie odlúčenie od primárnej vzťahovej osoby v prvom roku života, narodenie súrodenca v prvých dvoch rokoch, súrodenci s postihnutím, strata zamestnania rodičov, presťahovanie, dieťa v ústavnej starostlivosti, zlá sociálna a materiálna situácia rodiny (Hašto, 2005; McConnell & Moss, 2011).

V kvalite vzťahovej väzby boli identifikované aj **medzikultúrne rozdiely**. Vyhybavé vzorce vzťahovej väzby sa častejšie vyskytujú v západnej Európe (Hašto, 2005). Doterajšie štúdie však potvrdzujú univerzálnu platnosť teórie vzťahovej väzby a jej medzikultúrnu aplikovateľnosť (Lečbých & Pospíšiliková, 2012). Celý rad štúdií preukázal, že typ vzťahovej väzby dieťaťa zodpovedá typu vzťahovej väzby matky s jej matkou v 75 až 80% (napr. Fonagy & Target, 2005). Vypovedá to o **transgeneračnom prenose** vzťahovej väzby medzi jednotlivými generáciami. Podmienkou je konzistentnosť pôsobiacich faktorov. Posledné štúdie zistili **68-75%-nú stabilitu väzby z detstva do dospelosti**, pričom diskontinuita v dospelosti je odpoveďou na meniace sa životné okolnosti (napr. Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2009). Pinqart, Feußner a Ahnert (2013) zistili v meta-analýze vyššiu stabilitu istej vzťahovej väzby ako neistej.

### **3.3. Vzťahová väzba v dospelosti**

**Špecifiká fungovania vzťahovej väzby v dospelosti.** Vzťahovú väzbu treba vnímať v úzkej spätosti s celkovým vývinom a vývinovými osobitosťami jednotlivých období, keďže vývin neznamena viac, ale inú kvalitu (Vágnerová, 2012 in Adamove, 2014). Podľa Bowlbyho (2010) väzbové správanie pretrváva po celý život „**od kolísky až po hrob**“. Jeho výsledky zostávajú v podstate rovnaké (ide o pocit istoty), no prostriedky na jeho dosiahnutie sú stále rozmanitejšie. Postupne dochádza ku zmenám (Adamove, 2016b): (i) *potreby väzby*: v ranom období je najsilnejšia, vývoj postupne smeruje k autonómii (Ruppert, 2011), (ii) *okolností*, „*spúšťačov*“ aktivujúcich väzbový systém: mení sa počet a druh situácií, ktoré sú subjektívne vnímané ako ohrozujúce, (iii) *foriem dosahovania blízkosti a pocitu istoty*: zvyšuje sa ich pestrosť, dospelý človek si vie vyvolať pocit istoty z blízkosti vzťahovej osoby symbolicky v mentálnej reprezentácii ako „*security-based self-representation*“ (Shaver & Mikulincer, 2007) a (iv) *vzťahových osôb*: dochádza k postupnému odpútavaniu sa od rodičov a zameraniu sa na rovesníkov, partnera a iné blízke osoby. Zástupne môže byť vzťahovou osobou i Boh a iné symbolické persóny (Kirkpatrick, 2005), zamestnávateľská organizácia, nadriadený, kolegovia (Clair, 2000), rôzne skupiny a inštitúcie (Mikulincer & Shaver, 2007). V dospelosti môže funkciu



bezpečnej základne plniť aj domáce zvierá (pet attachment), obľúbená kniha alebo horúca vaňa (Holmes, 2001). Na rozdiel od detstva ide viac o *výberové, symetrické vzťahy založené na dynamickej reciprocite* starostlivosti o druhého. Hľadanie podpory u konkrétnej vzťahovej osoby býva *viazané na špecifický kontext*. Dospelí majú skrátka viac možností na dosiahnutie istoty a väzbové vzťahy sú komplexnejšie a variabilnejšie (Adamov, 2014).

**Zisťovanie vzťahovej väzby v dospelosti.** V súčasnosti existujú dva základné prístupy k zisťovaniu vzťahovej väzby v dospelosti a k jej výskumu (pozri Prílohu 9). Prvý smer zisťuje zážitky vo vzťahovej väzbe z detstva, opiera sa o nevedomé procesy a je bližšie pôvodnému psychodynamickému konštruktovi vzťahovej väzby. Patria sem rôzne naratívne metódy (napr. Adult Attachment Interview) a projektívne techniky (napr. Adult Attachment Projective). Druhý smer predpokladá prenos vzťahovej väzby z detstva so vzťahovou osobu na súčasné blízke vzťahy (Bieščad & Hašto, 2010). Radia sa sem rôzne sebahodnotiace dotazníkové metódy zamerané na vedomé procesy. Typickým príkladom je najčastejšie používaný dotazník Experiences in Close Relationships (ECR) (pozri viac v podkapitole 6.2.4). Tieto dve línie nemožno zamieňať, ide tu o dva odlišné pohľady.

Výskum vzťahovej väzby v dospelosti sa pôvodne začal na základe záujmu o efekty kvality vzťahovej väzby vybudovanej v detstve k primárnej vzťahovej osobe v dospelosti. Prvú metodiku na určenie vzťahovej väzby v dospelosti vypracovala Mainová v 80-tych rokoch 20. storočia. Išlo o **Adult Attachment Interview (AAI)**<sup>5</sup>. Je to semištrukturované interview dospelých o ich spomienkach na vzťahovú väzbu k ich rodičom (Bieščad & Hašto, 2010). Predstavuje „zlatý štandard“ vo výskumoch (Hašto, 2005). Vychádza z predpokladu transgeneračného prenosu vzťahovej väzby. Dospelý dostane postupne 13 otázok a má na ne odpovedať pokiaľ možno s uvádzaním príkladov. Názvy jednotlivých typov vzťahovej väzby podľa AAI sa líšia od kategórií v detstve podľa SST. Platnosť klasifikácie v AAI bola potvrdená na základe správania sa voči vlastnému dieťaťu a tiež pri klinických výskumoch (Grossmann, 2004 in Hašto, 2005). Uvádzame typy vzťahovej väzby podľa AAI (Main, 1991 in Brisch, 2011b):

- ***Istý autonómny (free autonomous) – kategória F.*** Vyjadrujú svoje spomienky na detstvo koherentne a jasne. Negatívne zážitky s rodičmi dokážu integrovať do súvislostí. Prijímajú nedokonalosť rodičov, prejavujú súcit a vedia odpúšťať.

---

<sup>5</sup> George (1999 in Hašto, 2005) vyvinula projektívny test vzťahovej väzby v dospelosti **Adult Attachment Projective (AAP)**, ktorý je viac ekonomický ako AAI. Vyšetrovanej osobe je predstavených 8 tabulí, ktoré vyjadrujú situácie oslovujúce vzťahovú väzbu. Jedinec má za úkol ku každej tabuli povedať príbeh. Obrázky sú maľované bez detailov kvôli zvýšeniu projekcie (George & West, 2012). Podľa Grossmanna (2004 in Hašto, 2005) je spoľahlivou metódou, ktorá vysoko koreluje so zisteniami pomocou AAI.

- **Neistý vyhýbavý (*dismissing avoidant*) – kategória DS.** Idealizujú svoje detstvo a vzťahy s rodičmi, ale nevedia uviesť žiadnu konkrétnu spomienku a príklady. Bagatelizujú negatívne zážitky s rodičmi, prezentujú ich bez emócií a hodnotia ich ako „normálne“. Popierajú negatívne vplyvy rodičovského správania.
- **Zaujatý / neistý ambivalentný (*enmeshed, preoccupied*) – kategória E.** Rozhovory s nimi sú „nekonečné“. Vyznačujú sa množstvom detailov, obsahových zápletiiek a rozporných výpovedí. Zdajú sa byť pohltení svojimi emóciami, nedokážu ich reflektovať. Opakujú doslovne dialógy s rodičmi, prežívajú pritom hnev a frustráciu.
- **Nerozriešený (*unresolved trauma of loss*) – kategória D.** Majú nespracovanú traumu, ich výpovede sú dezorganizované, objavujú sa v nich zlomy. Počas rozprávania sa prejavuje smútok v reči, nelogickosti výpovedí. Môžu vzniknúť pocity viny. Postoje k detstvu sú poznačené nevedomým nedokončeným trúchlením (Brisch, 2011b).

V druhom prístupe ku zisťovaniu vzťahovej väzby rozlišujeme kategoriálny a dimenzionálny prístup. Bartholomew (1990) vypracoval **4-kategoriálny model** spájajúci dve dimenzie: model seba (model of self) a model druhých (model of others). Ich kombináciou vznikli štyri kategórie vzťahovej väzby: (i) *bezpečný* (secure): má pozitívny pohľad na seba aj na druhých, (ii) *odmietajúci* (dismissing avoidant): pozitívne hodnotenie seba, ale negatívne hodnotenie druhých, (iii) *príliš sa zaoberajúci* (preoccupied): pozitívny pohľad na druhých, ale negatívny na seba a (iv) *ustrášený* (fearful avoidant): negatívny pohľad na seba aj na druhých (Bieščad & Hašto, 2010).

**Schéma 9 Dvojdímenzionálny model vzťahovej väzby**

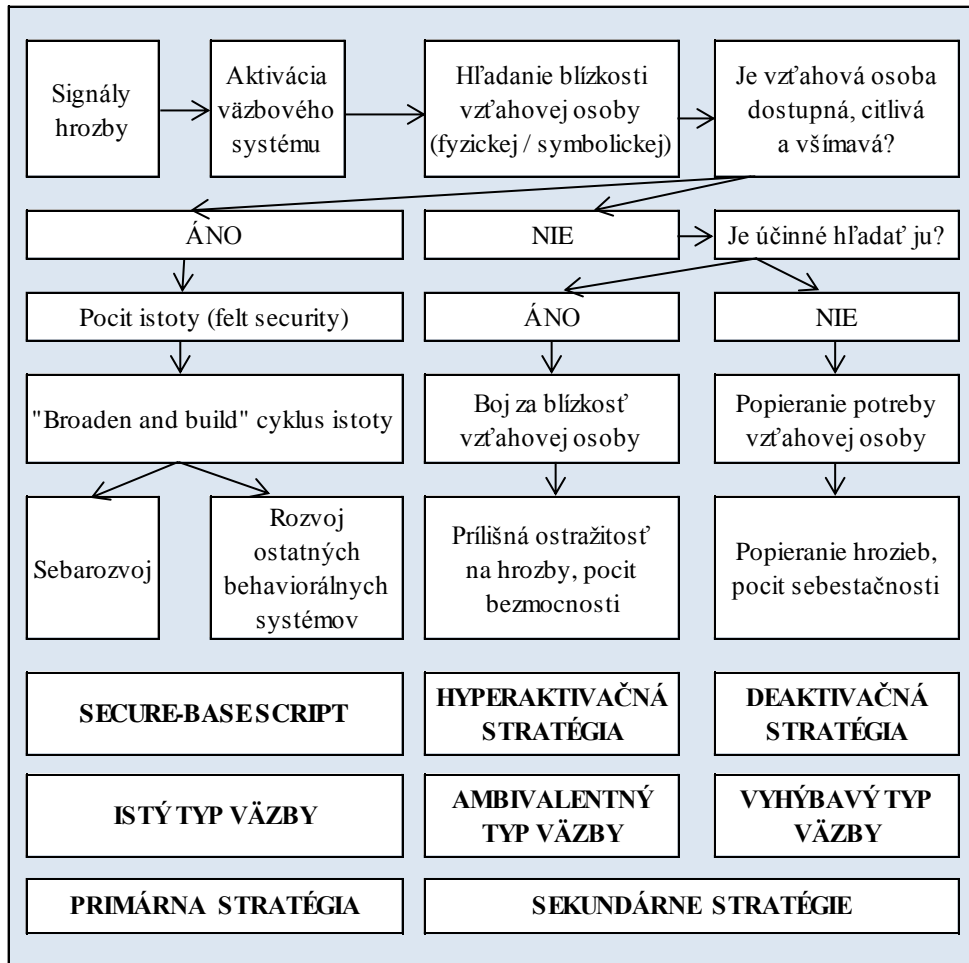


Zdroj: Bartholomew (1990 in Mikulincer & Shaver, 2007)

Brennan, Clark a Shaver (1998) vyvinuli **dvojdímenzionálny model** dospelých vzťahovej väzby založený na dimenziách vyhýbavosti a úzkosti. Úzkosť sa vzťahuje k obavám o vzťah, k pochybnostiam o ňom a ku silnej túžbe po blízkosti.

*Vyhýbavosť* sa naopak spája s citovým odstupom, nezávislosťou a s ťažkosťami pri vytváraní blízkosti s druhými. V súčasnosti panuje zhoda, že dimenzie vyhýbavosť a úzkosť sú podstatné pri zisťovaní vzťahovej väzby a **dimenzionálny prístup** je presnejší ako kategoriálny (Shaver & Mikulincer, 2007). Mikulincer a Shaver (2002 in Shaver & Mikulincer, 2007) popísali *dynamiku fungovania vzťahovej väzby v dospelosti*, ktorá funguje prevažne na nevedomej úrovni (pozri Schému 10).

**Schéma 10** Dynamika fungovania vzťahovej väzby v dospelosti



upravené podľa Mikulincera a Shavera (2007 in Adamove, 2016b)

Model vymedzuje základné stratégie vo vzťahovej väzbe. Individuálne rozdiely v ich uplatňovaní súvisia s vnútornými pracovnými modelmi a sú vyjadrené v tzv. **štýle vzťahovej väzby** (attachment style / attachment orientation), ktorý predstavuje obvyklý vzorec správania sa v medziľudských vzťahoch (Fraley, 2010 in Adamove, 2016b). **Primárna stratégia** istej vzťahovej väzby vedie k pocitu istoty, pozitívnemu obrazu seba aj druhých, k pozitívnemu emočnému ladeniu, sociálnym zručnostiam, empatii a lepšiemu zvládaniu stresu. **Sekundárne stratégie** sa vyvíjajú vtedy, ak nedošlo v detstve k napĺňaniu väzbových potrieb alebo len čiastočne. **Hyperaktivačná stratégia** ambivalentnej vzťahovej

väzby sa spája s túžbou po blízkosti vzťahových osôb, so strachom z autonómie a s neschopnosťou regulovať emócie. **Deaktivačná stratégia** vyhýbavej vzťahovej väzby smeruje k deaktivácii väzbového systému, popiera vonkajšie hrozby a potrebu vzťahovej väzby z dôvodu strachu z intimity. **Kombinácie** oboch stratégií sa vyskytujú pri dezorganizovanej vzťahovej väzbe (Mikulincer & Shaver, 2007).

**Rozdelenie početnosti typov vzťahovej väzby v dospelosti** sa odhaduje nasledovne: istá vzťahová väzba 55-65%, vyhýbavá vzťahová väzba 22-30% a ambivalentná vzťahová väzba 15-20% (Magal, 2008 in Adamove, 2016b). Vyššia vyhýbavosť sa zistila vo vyššom veku (Magal, 2008). Viaceré štúdie potvrdili v dospelosti *prevahu ambivalentnej väzby u žien a vyhýbavej väzby u mužov* (Berant, 2013). Fungovanie vzťahovej väzby v dospelosti sa potvrdilo aj na ľúbostných vzťahoch (napr. Hazan & Shaver, 1987), ako aj na pracovných vzťahoch (napr. Hazan & Shaver, 1990; Richards & Schat, 2011).

Vzťahová väzba je prirodzene spojená s celým spektrom emócií, žiadnu inú formu správania nesprevádzajú silnejšie emócie. Prítomnosť vzťahovej osoby a neohrozené trvanie citového puta je zdrojom radosti, šťastia a spokojnosti, odlúčenie od nej sprevádza hnev, smútok, úzkosť a strata vzťahovej osoby vyvoláva bolesť, žiaľ a trúchlenie (Bowlby, 2010). Rozdiely medzi štýlmi vzťahovej väzby sa prejavujú najmä *v troch oblastiach fungovania*: sebapoňatie, emocionálna regulácia a interpersonálne vzťahy (Štefánková, 2011). Tab. 5 sumarizuje hlavné špecifiká jednotlivých typov vzťahovej väzby.

**Tab. 5 Porovnanie jednotlivých štýlov vzťahovej väzby v dospelosti**

Stratégia	Primárna "secure-base script"	Sekundárna hyperaktivačná	Sekundárna deaktivačná
Typ vzťahovej väzby	Istý	Neistý ambivalentný	Neistý vyhýbavý
Emocionálna regulácia	Primeraná, emocionálna flexibilita, dynamická rovnováha inter- a intrapsychickej regulácie	Nízka, prílišná expresivnosť (under-regulated affects), sociálna (interpsychická)	Vysoká, potláčanie emócií (over-regulated affects), sebaregulácia (intrapsychická)
Prejavy	flexibilná adaptácia schém myslenia a konania	spontánnosť, impulzivita	rigidita v emóciách, v myslení a v správaní
Emočné ladenie	pozitívne	negatívne	negatívne
Stratégie zvládania (coping strategies)	Konstruktívne, zamerané na problém aj emócie (effective distress management)	Emocionálne (emotion-focused coping)	Vyhýbanie sa (distancing coping)
Sebapoňatie	Pozitívne, reálne ja (real self)	Negatívne/podhodnotené, nízka sebaúcta a sebahodnota	Pozitívne/nadhodnotené, pocit nadradenosti a dokonalosti
Interpersonálne vzťahy	Uspokojivé, rovnováha intimity a autonómie, empatia	Prílišná závislosť na druhých, nestabilné vzťahy, konflikty	Prílišná nezávislosť, osamelosť, odstup, problém vytvoriť vzťah

spracované podľa Shaver a Mikulincer (2007), Štefánková (2005), Zimberoff a Hartman (2002 in Adamove, 2016b)

### 3.4. Vzťahová väzba v kontexte zdravia a životnej spokojnosti

V tejto časti uvedieme súvislosti vzťahovej väzby so zdravím (objektívnym / subjektívnym) a so životnou spokojnosťou. Výskumné línie sa uberajú najmä týmito smermi (Adamove, 2016b): 1. *zdravotné správanie* jednotlivých typov vzťahovej väzby založené na ich postojoch ku svojmu zdraviu (a teda aj k sebe), 2. skúmanie rozdielov medzi typmi vzťahovej väzby v *spôsobe zvládania nemoci* na vzorkách ľudí s rôznymi druhmi psychických i fyzických nemocí, 3. typ vzťahovej väzby ako *predispozičný činiteľ vývoja nemoci* (vo všeobecnosti alebo na špecifické typy nemocí). Prvé dve oblasti sa týkajú skôr subjektívneho zdravia, tretia oblasť je viazaná na objektívne, medicínsky preukázané nemoci. Subjektívne i objektívne činitele sa vzájomne prelínajú.

**Vzťahová väzba a zdravotné správanie.** Ľudia s istou väzbou sú v prístupe k svojmu zdraviu viac zodpovední ako neistí, dodržiavajú preventívne zdravotné prehliadky, majú zdravší životný štýl a lepší prístup k svojmu zdraviu (Huntsinger & Luecken, 2004). Ľudia s vyhýbavou väzbou málo navštevujú lekára a podceňujú svoje zdravotné problémy, obvykle nedodržiavajú termíny stretnutí s lekárom a liečebné postupy (Morris et al., 2009). Mávajú častejšie somatické symptómy a nemoci, cez ktoré sa dostávajú von ich potlačené emócie, napätie a stres (Shaver & Mikulincer, 2007). Ľudia s ambivalentnou väzbou mávajú vysokú citlivosť na svoje zdravie, často navštevujú lekára a sťažujú sa aj na drobné symptómy. Cítia sa viac náchylní k nemociam a vydávajú na svoje zdravie najviac prostriedkov (Ciechanowski, Walder, Katon, & Russo, 2002).

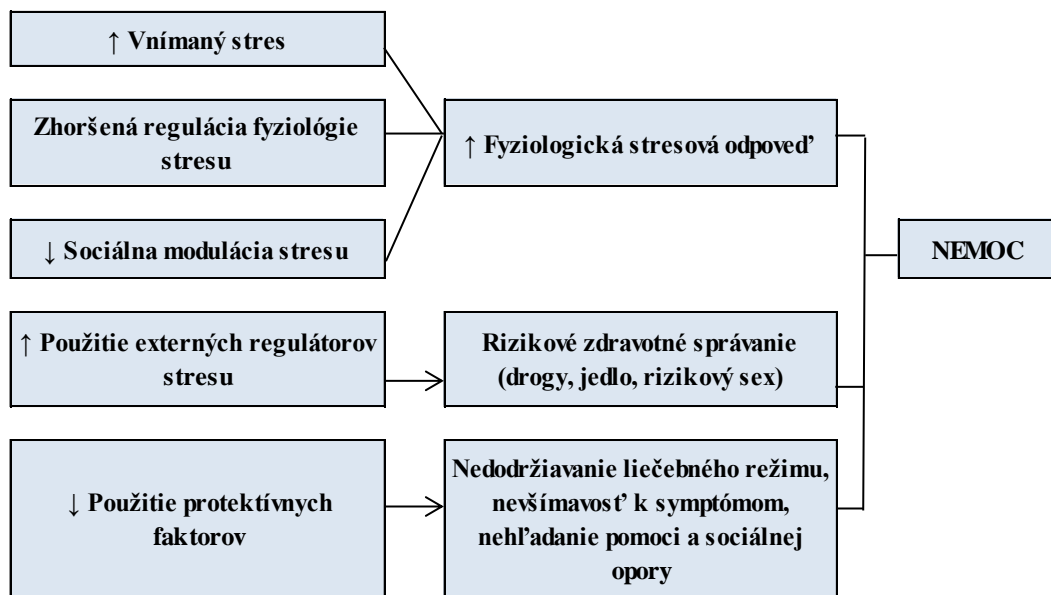
**Vzťahová väzba a zvládanie nemoci.** Výskum Kirchmanna et al. (2013) na vzorke dospelých pacientov s rôznorodými nemocami zistil lepšie zvládanie medicínskej záťaže a vyššiu životnú spokojnosť u pacientov s istou vzťahovou väzbou v porovnaní s neistými. Bazzazian a Besharat (2012) zistili lepšie vnímanie nemoci u ľudí s istou väzbou. Vyhýbaví svoju nemoc emočne neprežívali a orientovali sa na racionálne riešenia (aktívne hľadanie možností liečby). Pri chronických nemociah preukazujú istí lepšiu emocionálnu adaptáciu na nemoc, zatiaľ čo neisté typy väzby sa spájajú s menej flexibilným a menej adaptívnym zvládaním nemoci (Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone a Strauss, 2002).

**Vzťahová väzba a výskyt nemocí.** Mnohé štúdie preukázali spojitosť neistej vzťahovej väzby s úzkosťami, depresiou, poruchami príjmu potravy, so závislosťami a poruchami osobnosti (Shaver & Mikulincer, 2009). Podľa Rupperta (2011) jedinci s neistou väzbou majú vyššiu pravdepodobnosť aj na všetky typy somatických nemocí (reuma, alergie, kardiovaskulárne a autoimunitné ochorenie, rakovina, nemoci štítnej žľazy atď.). Telo sa stáva skladiskom nespracovaných životných zážitkov. Empirické štúdie

dokladajú zvýšenú zraniteľnosť na postraumatickú stresovú poruchu pri dezorganizovanej vzťahovej väzbe (Yehuda, Halligan, & Grossman, 2001).

Keďže ľudia s neistou väzbou prežívajú úzkosť, majú narušený systém riadenia stresu (napr. Schubert, 2015). Stres je pritom rizikovým faktorom mnohých psychických i fyzických nemocí (napr. Joshi, 2007). Na základe spojivosti stresu a neistej väzby vznikol *model dynamiky vzniku choroby pri neistej vzťahovej väzbe* sprostredkovaný týmito procesmi: zvýšená náchylnosť na stres, zvýšená externá regulácia emócií a zmenené správanie súvisiace s vyhľadáním pomoci (Mauder & Hunter, 2001). Pozri Schému 11.

**Schéma 11 Model mechanizmov, ktorými môže neistá väzba prispieť k nemoci**



upravené podľa Mauder a Hunter (2001 in Adamove, 2016b)

Zdá sa, že výskumy súvislosti vzťahovej väzby so zdravím sa prevažne zhodujú a vyznievajú v prospech osôb s istou vzťahovou väzbou. Možno predpokladať, že vzťahová väzba a nemoc sa ovplyvňujú vzájomne: nemoc je prirodzeným „spúšťačom“ väzbového správania (Mauder & Hunter, 2001) a súčasne pri neistej vzťahovej väzbe je vyššia pravdepodobnosť nemoci (napr. Hašto, 2005). Tento obojsmerný vzťah môže pôsobiť ako začarovaný druh.

**Vzťahová väzba a životná spokojnosť.** Spojivkom medzi týmito dvoma fenoménmi môžu byť emócie. Ako sme už spomenuli, vo vzťahovej väzbe sú emócie dôležitou súčasťou. Pri životnej spokojnosti sa mnohí autori zhodujú jej v emočnej zložke (napr. Křivohlavý, 2013). Pozitívne emócie sú spájasné so životnou spokojnosťou a naopak. Súčasný výskumy sa orientujú na súvislosti vzťahovej väzby s celkovou životnou spokojnosťou, ako aj s jej čiastkovými oblasťami. Nemenej významný faktor je vek, každé vývinové obdobie má svoje zdroje spokojnosti. Vzhľadom na vekovú štruktúru

našej výskumnej vzorky (pozri podkapitolu 7.2.), sme sa fokusovali na výskumy na vzorkách osôb v neskorej adolescencii resp. v mladej dospelosti.

**Štúdie celkovej životnej spokojnosti.** Štúdia Koohsara a Bonab (2011) na vzorke 88 vysokoškolských študentov v Iráne potvrdila, že istá vzťahová väzba sa spájala s vyššou životnou spokojnosťou. Vzhľadom na širší okruh vzťahových osôb v dospelosti má význam skúmať ich vplyv špecificky. Guarnieri, Smorti a Tani, (2015) na vzorke 385 talianskych mladých ľudí vo veku 18-25 rokov (emerging adulthood) zistili, že istá vzťahová väzba k rodičom, ako aj k rovesníkom bola pozitívne asociovaná so životnou spokojnosťou. Životnú spokojnosť však najsilnejšie predikovala vzťahová väzba k ľúbostnému partnerovi. Ma a Huebner (2008) na vzorke 587 amerických adolescentov zistili, že kvalita ich vzťahovej väzby k rovesníkom predikovala ich životnú spokojnosť. Výskum Dienera, Dienera a McGavrana (2002 in Křivohlavý, 2013) potvrdil vplyv vzťahovej väzby k rodičom na celkovú spokojnosť adolescentov. Najväčší vplyv mala vzťahová väzba k otcovi, ktorej význam v adolescencii podľa autorov rastie.

**Štúdie spokojnosti v čiastkových oblastiach.** Viaceré výskumy potvrdili, že v partnerskom vzťahu osoby s istou vzťahovou väzbou prežívajú vyššiu spokojnosť ako osoby s neistou vzťahovou väzbou (napr. Treboux, Crowell, & Waters, 2004). Partnerstvá istých sú častejšie dlhotrvajúce, stabilné, s vysokou intimitou, vzájomnosťou a dôverou (Mikulincer & Florian, 1999). Osoby s vyhýbavou vzťahovou väzbou bývajú všeobecne nespokojné vo vzťahu, majú pocit, že im znižuje možnosti seberealizácie v práci a vo voľnom čase (Tianyuan & Darius, 2012). Butzer a Campbell (2008) na vzorke 116 manželských párov zistili, že osoby s vyššou vyhýbavosťou a s vyššou úzkosťou vo vzťahovej väzbe mali nižšiu spokojnosť s manželstvom aj nižšiu sexuálnu spokojnosť. V oblasti pracovných vzťahov sa istá vzťahová väzba sa spája s vyššou spokojnosťou v práci v porovnaní s neistými typmi väzby (napr. Hazan & Shaver, 1990). Tziner, Ben-David, Oren a Sharoni (2014) na vzorke 125 zamestnancov zistili vyššiu pracovnú spokojnosť u osôb s istou vzťahovou väzbou k organizácii ako u neistej vzťahovej väzby. Táto spokojnosť sa odrazila v ich vyššej pracovnej stabilite, zatiaľ čo pracovníci s neistou väzbou k organizácii mali vyššie tendencie k pracovnej fluktuácii. *Vnímanú sociálnu oporu ako súčasť sociálnych vzťahov* a mediátor životnej spokojnosti skúmali Shahyad et al. (2011) na vzorke 293 vysokoškolských študentov. Zistili pozitívnu súvislosť medzi vnímanou sociálnou oporou, kvalitou vzťahovej väzby a životnou spokojnosťou.

Výskumy pomerne zhodne naznačujú spojitosť istej vzťahovej väzby s vyššou životnou spokojnosťou, čo je v súlade s teoretickými predpokladmi. Vzťahová väzba sa javí byť vnútorným jadrom životnej spokojnosti.

## 4. ĽUDIA S TELESNÝM POSTIHNUTÍM

Cieľom tejto kapitoly je uviesť základnú charakteristiku telesného postihnutia (ďalej „TP“), obmedzenia hybnosti, ako aj teoretické modely TP. Uvedieme špecifiká života ľudí s TP. Poukážeme na činitele vytvárania vzťahovej väzby v rodine s dieťaťom s TP. V poslednej podkapitole predstavujeme niektoré výskumy uskutočnené na ľuďoch s TP vo väzbe na naše základné témy: subjektívne zdravie, životná spokojnosť a vzťahová väzba.

### 4.1. Základné vymedzenie telesného postihnutia

**Definícia.** V súčasnej dobe sa za zdravotné postihnutie považuje *dlhodobý alebo trvalý stav*, ktorý je charakteristický orgánovou alebo funkčnou poruchou, ktorú už *nemožno* napriek liečebnej starostlivosti celkom odstrániť alebo aspoň významne zmierniť (Michalík et al., 2011). Z hľadiska celostného prístupu je pri TP narušený stav integrity ľudského bytia. Posuny v chápaní postihnutia sa premietali aj do definícií a terminológie.<sup>6</sup> Základné pojmy súvisiace s postihnutím v anglickom jazyku sú nasledovné (Novosad, 2011): *(i) impairment*: narušenie, zhoršenie výkonu či poškodenie funkcie, *(ii) disability*: obmedzenie schopnosti prípadne neschopnosť v nejakej oblasti (opak: „to be able“ – byť schopný), *(iii) handicap*: znevýhodnenie v určitej oblasti osobných i sociálnych aktivít, *(iv) disorder*: porucha, dysfunkcia, čo znamená, že niečo, čo nie je funkčne v poriadku (opak: „in order“ – v poriadku). Používa sa tiež nejednoznačný pojem *znevýhodnenie*, obvykle ako synonymum handicapu (Fischer & Škoda, 2008). The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), Medzinárodná klasifikácia funkčných schopností, disability a zdravia sa v súčasnosti zameriava na to, čo postihnutie znamená pre život jedinca, aké obmedzenia mu prináša, znevýhodnenia, aký vplyv má na jeho sebestačnosť, práceschopnosť a kvalitu života. Prekračuje pojmy impairment, disability i handicap a nahrádza ich novými kategóriami (pozri Tab. 6). Presadzuje sa centrálny pojem *funkčný stav* (fungovanie, funkčnosť) na troch úrovniach: telesnej, individuálnej (osobnej) a sociálnej. Každá dimenzia je viazaná na kontextuálne faktory – *environmentálne a osobné* (Repková, 1999). Impairment je zakomponovaný do kategórie telesných funkcií. Disability v novom ponímaní zastrešuje všetky tri dimenzie: telesnú, osobnú a sociálnu (spoločenskú). Handicap vzniká až sekundárne, v dôsledku bariér fyzických (napr. úprava prostredia) i psychologických (napr. predsudky spoločnosti) (Michalík et al., 2011). *Stigmatizácia* je dôsledkom reakcie spoločnosti na odchýlku od

<sup>6</sup> V minulosti sa používali pejoratívne termíny, napr. defektní, mrzáci (Jeřábková, Krušínský, & Martinková, 2013). Dnes sme svedkami opačného trendu až úzkostného vyhýbania sa označeniu ľudí s postihnutím. Oproti termínom je dôležitá realita samotná (faktická pomoc, rovné príležitosti a možnosti). (Pozn. autorky).



všeobecne uznávanej normy v oblasti fungovania, výzoru, schopností atď. (Michalík et al., 2011). V roku 2006 bola v Prahe prijatá definícia disability: „*Disabilita je zníženie funkčných schopností na úrovni tela, jedinca alebo spoločnosti, ktorá vzniká, keď sa občan so zdravotným stavom (zdravotnou kondíciou) stretáva s bariérami prostredia.*“ (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2001).

**Tab. 6 Úrovně funkčnosti a disability podľa ICF**

<b>Úroveň funkčnosti</b>	<b>Paralelná úroveň disability</b>
<i>Level of functioning</i>	<i>Parallel level of disability</i>
<b>Telesné funkcie a štruktúry</b>	<b>Poškodenia</b>
<i>Body functions and structures</i>	<i>Impairments</i>
<b>Aktivity</b>	<b>Obmedzenia aktivity</b>
<i>Activities</i>	<i>Activity limitations</i>
<b>Participácia</b>	<b>Prekážky participácie</b>
<i>Participation</i>	<i>Participation restrictions</i>

Zdroj: Ůstün et al. (2010 in Adamove, 2016a)

**Telesné postihnutie** zahŕňa dve podskupiny (Michalík et al., 2011): *(i) primárne:* postihnutia nosného a pohybového ústrojenstva spojené s obmedzením hybnosti, znemožnením pohybu a s dysfunkciou motorickej koordinácie. Tieto dysfunkcie sú spravidla zjavné na prvý pohľad, majú charakter čiastočného alebo trvalého zníženia funkčnej výkonnosti i straty schopnosti v niektorej oblasti lokomócie. *(ii) sekundárne:* chronické ochorenie resp. dlhodobó nepriaznivý zdravotný stav z dôvodu oslabení fyziologických funkcií organizmu a z dôvodu rôznych ochorení vnútorných orgánov a orgánových sústav, ktoré môžu následne viesť k obmedzeniu pohybu a ku zmenám v nosnom a motorickom aparáte človeka. Podľa doby vzniku môže byť postihnutie **vrodené alebo získané** (vek získania je dôležitý pre vyrovnanie sa s ním). V zásade jedinec s vrodeným postihnutím máva k dispozícii časový priestor a škálu podporných opatrení k tomu, aby sa adaptoval na svoju reálnu situáciu (Michalík et al., 2011). Tento „poskytnutý čas“ je teoretickou príležitosťou a ako ho daný jedinec využije závisí v silnej miere od jeho najbližšieho okolia. Prax však hovorí o tom, že u detí s chronickými telesnými problémami je výrazne *väčšia prevalencia závažných psychických porúch*, ktoré majú tendenciu pretrvávajúť až do dospelosti (uvádza sa v rozsahu 10-30%) (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2010). Michalík et al. (2011) varujú pred zjednodušujúcim porovnávaním „horšej“ a „lepšej“ situácie pri vrodených či získaných postihnutiach. Podľa neho sú podobné komparácie irelevantným pokusom porovnávať objektívne neporovnateľné.

**Pohybové postihnutie** je príčinou obmedzenia samostatnosti, nezávislosti a zábranou pri získavaní niektorých skúseností (Vágnerová, 2014). Významným faktorom je jeho *rozsah a závažnosť*. Rozlišuje sa: (i) *hybnosť dolných končatín*: dôležitá pre lokomóciu, umožňuje *odpútanie sa zo závislosti* na druhých ľuďoch. Je prostriedkom k získaniu mnohých skúseností. (ii) *hybnosť horných končatín*: významná pre sebaobsluhu a pre aktívny kontakt s okolím (aj na vyjadrenie blízkeho vzťahu). Manuálna zručnosť je potrebná pre akúkoľvek pracovnú aktivitu. (iii) *hybnosť hovoridiel a mimická hybnosť*: dôležitá pre komunikáciu (verbálnu i neverbálnu), ovplyvňuje sociálnu pozíciu jedinca, jeho akceptáciu druhými a následne i jeho sebahodnotenie (Vágnerová, 2014).

Telesné postihnutie obvykle znamená obmedzenie hybnosti, motoriky, ktorá plní v živote človek dôležité úlohy. **Motorika** je primárne riadená z motorických oblastí mozgovej kôry (Orel & Facová, 2009). Predstavuje komplexnú funkciu úzko previazanú s ostatnými: (i) kognitívnymi (pamäť, pozornosť, myslenie, predstavy), (ii) senzoričnými (zrak, sluch), (iii) senzitivnými (taktilné, propiocepcia), (iv) psychickými (emócie, temperament) a (v) sociálnymi (komunikácia) (Kantor et al., 2013). Pohyb zabezpečuje človeku sociálnu integráciu, sebauváranie a konfrontáciu svojej reálnej a imaginatívnej telesnej schémy, existenčné zabezpečenie vrátane pracovného uplatnenia, výkon práv a slobôd, podmienky pre autonómiu v rozhodovaní o svojom živote, prísun podnetov a informácií, zabezpečenie predpokladov na sebaobsluhu a zábavu (Novosad, 2011).

Nebudeme uvádzať prehľad jednotlivých TP, uvedieme len charakteristiky detskej mozgovej obrny (ďalej „DMO“) vzhľadom na častý výskyt v rámci vrodených TP (napr. Kantor et al., 2013), ako aj vo väzbe na našu výskumnú vzorku (pozri podkapitolu 7.2.).

**DMO** je porucha mozgu vedúca k poruche hybnosti. Jednotlivci s DMO väčšinou majú celkom individuálnu zmes hybných porúch. Možno ich deliť na dve kategórie: *pozitívne* (absencia inhibície) a *negatívne* (absencia senzomotorickej kontroly vedúca ku zlej koordinácii pohybov) (Kraus et al., 2004). DMO predstavuje často viacnásobné postihnutie (Harčariková, 2014). Spája s mentálnou retardáciou (asi u tretiny ľudí s DMO) a s poruchami reči (u 75% ľudí s DMO) (Řičan, Krejčířová et al., 2006), časté sú epileptické záchvaty (42%) (Harčariková, 2014). **Štyri základné formy DMO** tvoria (Kantor et al., 2013): (i) *hypertonická* (spastická): je najčastejšia, môže byť diparetická (postihnuté sú dolné končatiny, obvykle sa nespája s mentálnym postihom), hemiparetická (postihuje polovicu tela, inteligencia je ľahko subnormálna) a kvadraparetická (postihnuté sú dolné aj horné končatiny, obvykle spojená s ťažkým mentálnym postihnutím), (ii) *hypotonická* s oslabeným svalovým tonusom, postihnuté sú mozočkové funkcie. Často je spojená s ťažkým stupňom mentálnej retardácie. (iii) *ataktická (mozočková)*: relatívne vzácna, narušená je najmä rovnováha a pohybová koordinácia, častý je hrubý tras rúk, je spojená s veľmi ťažkým postihnutím intelektu a (iv) *dyskinetická (atetoidná, extrapyramídová)*: hypotonicko-hyperkinetický syndróm, mimovoľné pohyby, veľmi ťažké pohybové postihnutie, narušená je i motorika hovoridiel. Intelekt je najmenej postihnutý.

**Príčiny a výskyt.** TP je veľmi častým problémom starších ľudí. Vo veku nad 60 rokov trpí nemocami pohybového ústrojenstva viac ako 40% osôb, pričom v detstve je výskyt menej ako 1% detí (Vágnerová, 2014). Z hľadiska závažnosti postihnutia je

najčastejšie stredne ťažké postihnutie. Počet ľudí s TP stúpa jednak kvôli starnutiu populácie a jednak kvôli celosvetovému zvyšovaniu chronických ochorení spojených s obmedzením hybnosti (Repková & Sedláková, 2012). Príčiny TP môžu byť rôzne, najmä: (i) *dôsledok narušenia mozgových funkcií* (geneticky podmienené alebo v dôsledku perinatálneho a postnatálneho poškodenia). Typickým príkladom je detská mozgová obrna (ďalej „DMO“). Bývajú spojené s narušením psychických funkcií. (ii) *dôsledok poruchy kostí a kĺbov*: rôzne zápalové ochorenia, mechanické poškodenie kĺbov, poruchy metabolizmu kostí, amputácie atď. (iii) *dôsledok poruchy svalstva*: narušenie svalových funkcií pri prenose dostredivých a odstredivých informácií, ako aj úbytok svalstva.

**Modely TP.** Z pohľadu postojov spoločnosti a odbornej verejnosti vo vzťahu k ľuďom s TP Krhutová (2008 in Novosad, 2011) uvádza nasledovné modely:

- **Medicínsky / zdravotnícky model** je primárne založený na telesnej patológii, skúma odlišnosti, snaží sa postihnúť, čo je normálne a čo už abnormálne. Predstavuje negativizujúci pohľad na človeka s postihnutím, zdravotníci sú v pozícii „expertov“.
- **Model osobnej tragédie** je ochraniteľský, emotívne ladený. Zdravotné postihnutie chápe ako ľudské nešťastie, jeho nositelia sú hodní súcitu a charity. Z tohto modelu vychádza tzv. *disabilizmus* – paušalizujúci predpoklad, že ľudia s postihnutím sú neschopní a závislí na pomoci druhých. Popiera ich možnosti a schopnosti.
- **Sociálny model** je zameraný na spoločenské aspekty postihnutia, podporuje maximálnu možnú mieru ich nezávislosti, rovné práva a príležitosti, odstraňovanie rôznych bariér (psychosociálnych, edukačných, architektonických, informačných). Posúva pozornosť ku handicapu, teda k dôsledkom postihnutia, ako aj k postojom spoločnosti (*disabling society*). Forsíruje partnerský prístup oproti expertnému prístupu a adresnú podporu. Model však zabúda na osobné aspekty (kvalitu života človeka s postihnutím a jeho individuálny životný „príbeh“).
- **Kultúrny model** je širší ako sociálny, orientuje sa na morálku, postoje, zvyky, spoločenskú klímu, otvorené, nepredpojaté a nediskriminujúce vzťahy k ľuďom s postihnutím, prirodzený rešpekt k individuálnym hodnotám a špecifikám.
- **Bio-psycho-sociálny model**, ktorého „záber“ je oveľa širší. Zachytáva celé spektrum pohľadu na zdravie, nemoc, aj na postihnutie. Odzrkadľuje systémový pohľad na ľudskú existenciu ako takú. Vychádza z neho aj WHO a ICF. Na tomto mieste spomenieme ešte *spirituálny model* Filipovičovej (in Valenta, Michalík, Lečbych et al., 2012), ktorý sa viaže k mentálnej retardácii. Domnievame sa však, že jeho podstata môže byť aplikovaná na akýkoľvek druh postihnutia. Model sa opiera o antropozofické poňatie. Vníma každú bytosť komplexne v jej psychickej, telesnej a duchovnej

dimenzii. Duchovná stránka na rozdiel od somatickej a psychickej nepodlieha nemociam a ľudia sú si v nej rovnocenní partneri. Výhodiskom modelu je predpoklad, že existencia každého človeka plní určitý duchovný účel. Všetci ľudia sa od seba navzájom učia a obohacujú. Ľudia s postihnutím učia okolie trpezlivosti, schopnosti zvládať frustráciu, odlíšiť podstatné od nepodstatného a radovať sa z maličkostí.

## 4.2. Špecifiká u ľudí s telesným postihnutím

Ľudia s TP majú v živote špecifické podmienky z pohľadu možností seberealizácie a naplnenia svojich potrieb. Ide o zmes faktorov fyzických i psychosociálnych.

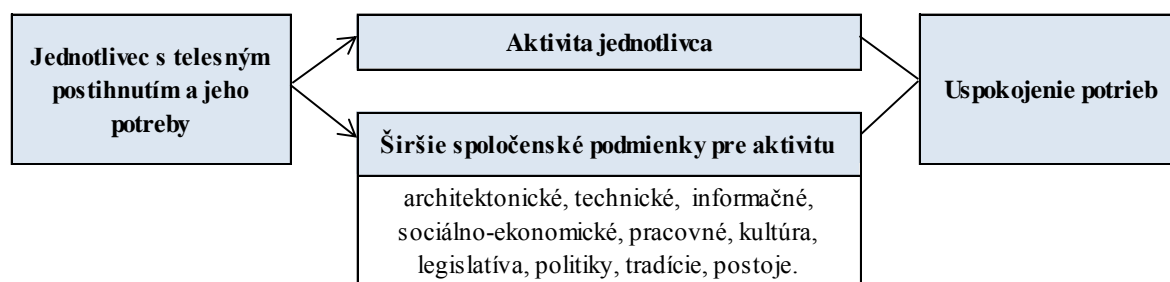
**Limity a výzvy TP.** Základným limitujúcim faktorom pri TP sú rôzne dôsledky zníženej lokomócie (Michalík et al., 2011). Vyplývajú z nich *nevýhody*, ku ktorým okrem zhoršeného zdravotného stavu patria nižšie vzdelanie, nižšia ekonomická účasť, vyšší výskyt chudoby, zvýšená odkázanosť na pomoc, **bariéry v prostredí** (dostupnosť budov, dopravných systémov, dostupnosť informácií, legislatíva), v zdravotníctve, vo vzdelávaní, v zamestnaní, v rehabilitácií, v podpore a v nedostupnosti podporných služieb (Repková & Sedláková, 2012). V pozadí mnohých stojí nedostatok financií. Citlivo sú vnímané obmedzenia pri zapojení do spoločenského diania (nemožnosť výberu a kontroly, vylúčenie z rozhodovania o otázkach, ktoré sa týkajú ľudí s postihnutím) (Repková & Sedláková, 2012). Ich paradox je v tom, že nevyžadujú viac peňazí. Život s TP má **charakter výzvy a konfrontácie** (Novosad, 2011). Človek s TP žije v každodennej konfrontácii medzi obmedzenými funkciami svojho tela na jednej strane a vlastnými ambíciami i spoločenskou normou na strane druhej. Prijatie životnej výzvy znamená aktívnu snahu zameranú na svoje uplatnenie bez ohľadu na jeho úspešnosť (Novosad, 2011). Človek s TP, ktorý prijal svoju životnú výzvu, je súčasne výzvou pre intaktných ľudí, aby zhodnotili svoje ciele a posunuli svoju existenciu na kvalitatívne vyšší stupeň.

**Spoločnosť.** Normy a ideály spoločnosti tvoria určité kultúrne pozadie, na ktorom sa odráža každý príbeh človeka s TP špecifickým spôsobom (Matějček, 1987). Vzhľadom na orientáciu súčasnej spoločnosti nášho kultúrneho okruhu na výkon, vonkajší imidž a úspech, „inakosť“ sa často spája s **marginalizáciou**, odsunutím na okraj spoločenského diania (Michalík et al., 2011). V pozadí stoja obavy, neinformovanosť a **predsudky verejnosti**, ktoré môžu mať charakter: paternalisticko-podceňujúci, odmietavý, paušálne protektívny alebo idealizujúci (Michalík et al., 2011). Majú spoločné to, že hádzu ľudí s TP do jedného vreca. Napriek historickým posunom stále pretrváva v spoločnosti **diskriminácia** ľudí s TP, vo svojej „modernej“ podobe vzdelanostných a pracovných bariér, ale i vo forme skreslených individuálnych postojov (Michalík et al., 2011).

**Vzdelanie a voľný čas.** Naplňajú psychickú potrebu stimulácie, poznávania a sebarealizácie. Právo na vzdelanie, prácu, na zmysluplné trávenie voľného času, sloboda pohybu sú základnými právami. V Českej republike sa doposiaľ uplatňuje zmiešaný systém vzdelávania ľudí s TP: (i) špeciálne školstvo a (ii) integrácia do hlavného vzdelávacieho prúdu (Michalík et al., 2011). Možnosti vzdelávania sú limitované *nížšou dostupnosťou škôl s dostatočnou podporou ľudí s TP*. Slabšie možnosti limitujú následne možnosti zamestnania. Prístup ľudí s postihnutím k rôznym spoločenským podujatiam, možnosti realizácie záľub a športov sú takisto obmedzené (Michalík et al., 2011).

**Pracovná činnosť a dostupnosť služieb.** Práca plní v živote človeka viac funkcií, okrem materiálneho zabezpečenia ide aj o prínos tvorivý, rozvoj a realizáciu potenciálu človeka. Človek v práci nadväzuje vzťahy s druhými, učí sa komunikácii a kooperácii (socializačný efekt). Relaxačný prínos práce spočíva v odvádzaní od psychického napätia, dáva človeku príležitosť k prežitkom radosti (Novosad, 2011). Napriek rôznym formám verejnej podpory zamestnávania osôb s TP stále predstavujú *rizikóvu skupinu na trhu práce* (Michalík et al., 2011). Spoločnosť je orientovaná na vysokú produktivitu práce, čo osoby s TP z objektívnych dôvodov nemôžu vždy naplňať. Ponuka práce sa obmedzuje na vybraný okruh činností (napr. v administratíve). S otázkami vzdelania a práce súvisí i slabšia finančná situácia. Sociálny podporný systém a dostupnosť sociálnych služieb je nepostačujúca, odvíja sa od ekonomických možností krajiny (Novosad, 2011).

**Schéma 12 Model uspokojovania potrieb osôb s telesným postihnutím**



graficky spracované a upravené podľa Repková (1999 in Adamov, 2016a)

**Potreby osôb s TP.** Kvôli dôsledkom TP je u ľudí s TP väčšmi ohrozené uspokojovanie všetkých základných psychických potrieb (potreba stimulov z okolia, potreba poznávať, potreba životnej istoty a blízkych citových vzťahov, potreba pozitívnej identity a ocenenia okolím, potreba otvorenej budúcnosti) (Matějček, 1987). Ľudia s TP majú rovnaké potreby ako ostatní ľudia, ich spôsob uspokojovania má však špecifiká a limity. Okrem toho u nich vznikajú *špecifické potreby* (termín špeciálne potreby vyvoláva protektívny dojem), ktoré sú *sekundárnym dôsledkom postihnutia*. Týkajú sa najmä prístupnosti prostredia, komunikácie, informácií, príležitostí, postojov, predsudkov.

Schéma 12 predstavuje v súčasnosti presadzovaný model uspokojovania potrieb osôb s TP. Je založený na *spoločnom úsilí jednotlivca a spoločnosti*, ktorá mu vytvára rovnocenné podmienky na uspokojenie potrieb (Repková, 1999). Novosad (2011) zdôrazňuje **individuálny prístup k potrebám**, každý človek s TP má zachované iné schopnosti, inú vôľu, motiváciu, rodinné zázemie, životné túžby a teda aj iné potreby.

**Psychosociálne aspekty života s TP.** TP predstavuje **sociálne znevýhodnenie**. Ľudia s TP bývajú častejšie podceňovaní, na druhej strane sú ich prejavy viac tolerované. Skôr vzbudzujú extrémne postoje, môžu byť v spoločnosti izolovaní, terčom posmechu, ale aj častejšie ochraňovaní. Ľudia s TP majú menej skúseností v sociálnych situáciách, preto môžu reagovať neadekvátne alebo sa vyhýbať kontaktu s ľuďmi (aj v dôsledku predchádzajúcich skúseností) (Vágnerová, 2014). Nedostatok sociálnych skúseností spôsobuje, že môžu byť vo vzťahoch neistí, uzavretí, nedôverčiví. Vyskytuje sa u nich **znížená sociabilita**. To platí aj pri nadväzovaní partnerských vzťahov (Michalík et al., 2011). Gambrell, Florian a Splaver (1986) porovnaním vzorky 48 študentov s TP a 72 študentov bez TP zistili signifikantne vyšší diskomfort, vyššiu vnímanú osamelosť a vnímanú zníženú kontrolu nad sociálnym životom u študentov s TP. Často sa ich sociálna sieť obmedzuje na rodinu a úzky okruh priateľov s podobným postihnutím. Špecifické znaky má *komunikácia s ľuďmi s TP*. Pri narušenej mimike a hybnosti hovoridiel môže dôjsť k interpretačným omylom (vo verbálnej i neverbálnej komunikácii). Pri sťaženej lokomócii u vozíčkarov je narušené symetrické postavenie komunikujúcich. Intaktní ľudia majú tendenciu jednať s ľuďmi s TP protektívne a manipulujúco, avšak môže byť deformovaný aj postoj ľudí s TP k intaktným (zvýšená citlivosť na ich prejavy, sklon k dezinterpretácii) (Vágnerová, 2014). Funkčné a estetické obmedzenia vyplývajúce z TP narúšajú subjektívnu telesnú schému, ústia často do **zníženého sebavedomia a sebahodnotenia**. Vyplýva to z internalizácie reakcií okolia, najmä v rámci blízkych vzťahov. Niektorí si hľadajú *kompenzačné činitele* snahou dosiahnuť úspech v iných oblastiach, napr. intelektuálny úspech, orientácia na spoločensky užitočné aktivity, no niekedy i nadmerná konzumácia alkoholu (Vágnerová, 2014).

### **4.3. Telesné postihnutie v rodine a vývin vzťahovej väzby**

Ak sa narodí dieťa s postihnutím, rodina sa zo dňa na deň ocitne v situácii, ktorú neočakávala, ktorú nepozná, ktorú nezavinila a ktorú si nezaslúžila. Pre vývin dieťaťa s postihnutím je kľúčový prístup rodiny. Medzi spoločný prvok v týchto rodinách obvykle patrí, že je **zasiahnutá rodičovská identita** (Matějček, 2011). Prirodzene predstava zdravého dieťaťa je súčasťou rodičovskej identity a identita je jednou zo základných

dimenzií osobnosti. Rodičia zažívajú pocity straty (zomrela predstava zdravého dieťaťa, normálnej rodiny), časté sú *pocity zlyhania*. Neprijímajú predstavu „nenormálnosti“ svojho dieťaťa. Bez ohľadu na konkrétny druh postihnutia dieťaťa, predstavuje **trvalú záťaž rodinného systému** (psychickú, fyzickú, finančnú – zvýšené výdavky na lieky, kompenzačné pomôcky, terapie). Sprevádza ju stála úzkosť ohľadom budúcnosti dieťaťa, môže ochromiť rodičovskú rolu a viesť k izolácii rodiny alebo k jej rozpadu (Leonard, Dwyer Brust, & Nelson, 1993). Typické sú *zvýšené nároky na opatrovateľov*. Pôsobia tu silne aj kultúrne vplyvy, nepísané normy spoločnosti. Rodičia sú zasiahnutí viacnásobne, musia sa jednak vyrovnávať s novou situáciou psychicky aj prakticky, ale aj s postojmi okolia, ktoré im pridávajú „ďalšiu ranu“ (Michalík et al., 2011). To všetko ovplyvňuje ich „mentálne nastavenie“ voči dieťaťu, a teda aj vzťahovú väzbu. Pri dieťati s TP zažívajú **kumulatívne straty** a žijú v dlhodobej neistote (opakované zdravotnícke procedúry, proces vývoja a zmien diagnózy, neistota zdravotného stavu, časté hospitalizácie atď.). Napr. pri DMO je prvý záchyt vo veku od 6 mesiacov, avšak konkrétny typ DMO sa ustáli do veku jedného roka. Viac ako obvykle sú pre vytváranie vzťahovej väzby k dieťaťu dôležité **rodičovské postoje**. Rodičovské postoje sú „produktom“ celého doterajšieho života rodičov a spoluurčujú rodičovstvo dávno pred narodením dieťaťa a dávno pred nadviazaním partnerského vzťahu. Sú hlboko zabudované do štruktúry osobnosti rodičov (Matějček & Langmeier, 1986). Nepochybne sú súčasťou vnútorných pracovných modelov rodičov.

**Proces vyrovnávania sa s „iným“ dieťaťom.** Každá rodina sa vyrovnáva s faktom TP dieťaťa svojím vlastným spôsobom a individuálne rôznym tempom. Řičan, Krejčířová et al. (2006) uvádzajú **obvyklé štádiá vyrovnávania sa s dieťaťom s postihnutím / nemocou:**<sup>7</sup> 1/ šok: pocity zmätku, iracionálne myslenie a cítenie, 2/ popretie: útek zo situácie, postoj: „nie je to pravda“, viera v zázračný liek, 3/ smútok, zlosť, úzkosť, pocity viny, hľadanie viny u druhých (u partnera, u zdravotníkov), sebaľútosť, 4/ rovnováha: narastá prijatie dieťaťa (obvykle niekoľko týždňov a mesiacov), 5/ reorganizácia: prijatie dieťaťa s postihnutím, hľadanie optimálnych ciest do budúcnosti, spolupráca rodičov (niekedy vzájomný rozchod), zmena životného štýlu rodiny, zvládanie nových interakčných schopností vo vzťahu k okoliu, dochádza ku zmene hodnotovej orientácie. Tieto štádiá treba ponímať voľne, môžu sa rôzne prelínať, niektoré nemusí nastať. Základný problém pre vytváranie vzťahovej väzby k dieťaťu spočíva v tom, že zmienené emočné stavy môžu rodičom brániť pri potrebnej senzitivite voči reakciám ich dieťaťa. Druhou stránkou veci je, že reakcie dieťaťa bývajú z dôvodu jeho postihnutia „objektívne“

---

<sup>7</sup> Autori ich uvádzajú na základe analógie štádií vyrovnávania sa človeka s faktom vlastného letálneho onemocnenia podľa Kübler-Rossovej (1969 in Řičan, Krejčířová et al., 2006).

ťažko zrozumiteľné a práve naopak sa vyžaduje zvýšená senzitivita a trpezlivosť rodičov. Sú to sťažené podmienky na oboch stranách. Deti s postihnutím obvykle nie sú schopné vysielat' zrozumiteľné signály alebo odpovedať rodičom zrozumiteľne (Osofsky, 1976 in Nedelisky, 2004). Na druhej strane Cox a Lambrenos (1992) zistili, že aj rodičia majú problémy zachytiť signály dieťaťa, porozumieť ich význam a správne ich interpretovať, čím sú menej schopní znížiť distres dieťaťa. Vytvorenie vzťahovej väzby rodičov a dieťaťa s postihnutím je častejšie opozdené (Blacher & Meyers, 1983). Dieťa môže následne zlyhávať resp. oneskorovať sa v expresii a regulácii svojich emócií. Vytvorenie vzťahovej väzby potrebuje určite viac času ako „normatívne“ a obvykle väčšiu pomoc „zvonku“.<sup>8</sup>

**Faktory prijatia dieťaťa s postihnutím** (nielen TP) a spôsoby zvládania v rodine sú nasledovné (Říčan, Krejčířová et al., 2006): (i) typ nemoci alebo postihnutia dieťaťa. Podľa výskumov najťažšie prijímajú rodičia mentálne postihnutie dieťaťa a TP, ktoré sú „viditeľné“. (ii) etiológia nemoci / postihnutia: rodičia potrebujú porozumieť príčinám, ktoré z nich snímú pocity viny. Najobtiažnejšie je, ak je príčina neznáma. Rodinou vytvorený zdieľaný význam nemoci tvorí základ, na ktorom je postavený vzťah k dieťaťu (Matějček, 1987). (iii) individuálne charakteristiky dieťaťa s postihnutím: temperament, sociálna reaktivita, schopnosť získať dostatok pozornosti, vitálna energia, (iv) individuálne charakteristiky rodičov: celková sila a odolnosť voči záťaži, osobnostná zrelosť, doterajšie skúsenosti, ich vlastné sebavedomie a sebahodnotenie, (v) štruktúra a organizácia rodinného systému, kvalita vzťahov v rodine, vývojová fáza rodiny: väčší stres predstavuje pre slobodné a rozvedené matky, význam má počet detí v rodine (pokiaľ je v rodine aspoň jedno ďalšie zdravé dieťa, býva sebahodnotenie rodičov menej ovplyvnené). (vi) štýly zvládania: najadaptívnejšie sú aktívne stratégie zamerané na riešenie problému a využitie sociálnej opory. Vzťahujú sa k rodinnej resilience, ktorá zahŕňa okrem zvládnutia záťaže aj potenciál pre rast a zmenu vzťahov v rodine (Sobotková, 2012).

**Odchýlky v rodinnej adaptácii** narúšajú zdravú vzťahovú väzbu medzi rodičmi a dieťaťom, ako aj vývin dieťaťa. Medzi najčastejšie v praxi patria (Michalík et al., 2011): (i) **hyperprotektivita**: prílišné sústredenie na choré / postihnuté dieťa, „obetovanie sa“ častejšie zo strany matky, mnohokrát z dôvodu pocitov viny. „Sprievodnými“ problémami

---

<sup>8</sup> V USA bol vyvinutý pre ranú starostlivosť v rodinách s deťmi s postihnutím štrukturovaný **program Portage** (názov nesie podľa mesta v USA, v ktorom pôvodne vznikol). Jeho adaptácia funguje aj v Čechách a na Slovensku. Ide o služby včasnej starostlivosti (pozri [www.ranapece.cz](http://www.ranapece.cz); [www.ranastarostlivost.sk](http://www.ranastarostlivost.sk)), ktoré poskytujú dané organizácie bezplatne rodine s dieťaťom s postihnutím (akýmkoľvek) ihneď po narodení až do veku 7 rokov dieťaťa prevažne vo forme návštev v rodinách. Ku základným službám patrí včasná diagnostika, poradenstvo rodičom (informácie o nemoci, o kompenzačných pomôckach), psychická podpora fungovania rodiny, nácvik stimulácie, interakcií s dieťaťom, komplexná rehabilitácia, zapožičiavanie pomôcok a odbornej literatúry. Terénnu prácu dopĺňajú ambulantly edukácie a rodičovské skupiny. Intervencia je vždy starostlivo plánovaná a ušitá na mieru potrieb danej rodiny. Multidisciplinárny tím je zložený z lekárov, zdravotných sestier, špeciálnych pedagógov, psychológov a sociálnych pracovníkov.



bývajú „odstavenie“ otca od starostlivosti o dieťa, narušenie manželského vzťahu, zanedbávanie súrodencov. Ak rodičia v dôsledku ochraniteľstva nepodporujú vývinové úlohy dieťaťa, ktoré by bolo schopné zvládnuť (v oblasti pohybového, intelektuálneho, emočného a sociálneho vývoja), dieťa nezažíva zážitky úspechu. Jeho sebaidentita je znížená, vytvára sa živná pôda pre vznik menejcennosti a apatie. **(ii) odmietanie dieťaťa:** opäť častejšie zo strany jedného z rodičov. Nie je ojedinelé „ukrývanie“ dieťaťa u starých rodičov. Cox a Lambrenos (1992) zistili obvyklú neochotu rodičov vytvoriť si vzťahovú väzbu s dieťaťom s TP. Dieťa s postihnutím býva častejšie ohrozené psychickým a telesným zanedbávaním a týraním (Nedelisky, 2004). Rodičia sa môžu kompenzačne sústrediť na zdravé dieťa v rodine, do ktorého „vkladajú svoje nádeje“ (Vágnerová, 2014).

**Vývoj dieťaťa s TP a vzťahová väzba.** TP býva príčinou podnetovej i citovej deprivácie. Telesný vývoj ovplyvňuje vývoj všetkých psychických funkcií. **V kojeneckom veku** je rozvoj poznávacích procesov úzko spojený s pohybovým vývojom, môže dôjsť ku generalizovanému oneskoreniu vývoja vrátane kognitívnych funkcií i sociálnych interakcií. Pre vývoj vzťahovej väzby medzi dieťaťom s TP a jeho matkou sú kľúčové *mimika a horné končatiny*. Pokiaľ sú narušené, správanie dieťaťa je interpretované ako prejav nezáujmu a dochádza k útlmu aktivity a stimulácie zo strany matky, znižuje sa frekvencia zrakových, verbálnych kontaktov a aj celkové množstvo času, počas ktorého sa matka venuje dieťaťu (Vágnerová, 2014). Brooks-Gunn a Lewis (1982 in Nedelisky, 2004) zistili nižšiu vokalizáciu matiek k ich deťom s TP vo veku 1 roka v porovnaní s kontrolnou skupinou. Môže dôjsť k obmedzeniu kontaktu na „funkčnú“ starostlivosť. Obmedzené je maznanie a celkový telesný kontakt, ktorý je pre vývin vzťahovej väzby v ranom období zrejme najdôležitejší (Brisch, 2011). Postihnutie dolných končatín tak predstavuje teoreticky menšie riziko narušenia citového a sociálneho vývoja. Wasserman, Lennon, Allen a Shilansky (1987) na vzorke 36 detí s vrodenným TP a 46 detí bez TP zistil, že vo veku 9 mesiacov medzi nimi nebol rozdiel v kvalite vzťahovej väzby a matky u oboch vzoriek boli rovnako senzitivne. Matky detí s vrodenným TP používali na vytvorenie vzťahovej väzby odlišnú stratégiu a využívali kompenzačné metódy. Postupom času sa snaha matiek detí s TP vyčerpala, prechádzali vyhorením (burn out), čo viedlo k väčšiemu dištancovaniu sa od dieťaťa, ktoré bolo evidentné vo veku 2 rokov dieťaťa (Wasserman & Allen, 1985). Capuzzi (1989 in Nedelisky, 2004) zistil, že sociálna opora znižuje negatívne činitele pri vytváraní vzťahovej väzby rodičov a dieťaťa s postihnutím. **Vek batolaťa** je citlivým pre samostatnú lokomóciu. Pokiaľ sa dieťa nemôže samostatne pohybovať, je závislé na podnetoch z najbližšieho okolia. Môže sa javiť ako málo zvedavé, apatické. Ak nie je narušená jemná motorika, manipuláciou s predmetmi dieťa získava nové poznatky

stimulujúce jeho vývoj. V tomto veku by malo dochádzať k postupnému odpútavaniu väzby na matku. Separácia je však obtiažna, z pohľadu vzťahovej väzby často pretrváva **zvýšená závislosť na matke**, ktorá je v mnohých prípadoch „technicky“ opodstatnená (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Socializačný vývoj a vývoj vlastnej identity tak býva oneskorený. Wassermann a Allen (1985) zistili, že deti s TP vo veku 2 rokov v porovnaní s kontrolnou skupinou boli menej zamerané na hru, menej iniciovali sociálne interakcie, boli pasívnejšie pri explorácii a prejavovali menej pozitívnych emócií. **V predškolskom veku** dochádza k postupnej stabilizácii poznávacích funkcií, nedostatok skúseností môže byť kompenzovaný iným typom stimulácie a deficit sociálnych skúseností možno vhodným výchovným vedením aspoň zmierniť (Vágnerová, 2014). Napriek tomu mnohé deti zostávajú v kontaktoch úzkostnejšie, a bázlivejšie, viac závislé na podpore rodičov. V konfrontácii s rovesníkmi sú nútené vyrovnávať sa s vlastnou „inakosťou“. Dieťa s TP sa môže stať v škole objektom šikany. Obzvlášť citlivým je **obdobie dospievania**, kedy dochádza až k narcistickému zameraniu na telo (Vágnerová, 2000). Telesná schéma je dôležitou súčasťou identity a zovňajšok je v tomto období prostriedkom k dosiahnutiu sociálnej akceptácie (Vágnerová, 2012). U dospievajúcich s TP býva náročné dosiahnuť sexuálnu identitu, hrozia ťažké depresie i samovražedné sklony (Langmeier, Balcar & Špitz, 2010). Je to rizikové obdobie pre vzťahovú väzbu.

Ako vidieť, rodinné faktory u detí s TP zrejme vytvárajú rizikový faktor pre zdravý vývin vzťahovej väzby a pre neskoršie postupné rozširovanie okruhu vzťahových osôb na priateľov, kolegov a ľúbostných partnerov. Teoreticky možno odhadovať lepšiu východiskovú pozíciu ľudí s narušenou lokomóciou ako pri iných formách narušenia hybnosti obzvlášť v ranom období vývoja, ktoré je citlivejšie pre vývin vzťahovej väzby.

#### **4.4. Relevantné výskumy ľudí s telesným postihnutím**

V tejto podkapitole sa pozrieme na niektoré výskumné štúdie zamerané na subjektívne zdravie, životnú spokojnosť a vzťahovú väzbu osôb s TP.

**Subjektívne zdravie.** Cappeliez, Sévre-Rousseau, Landreville a Préville (2004) skúmali na vzorke dospelých osôb vzťah medzi fyzickým zdravím (objektívne hodnotenie) a subjektívnym zdravím (sebahodnotenie) a psychologickým distresom (merané depresívne symptómy a hladina úzkosti). Psychologický distres predikoval signifikantne nezávisle súčasne aj budúce negatívne vnímané subjektívne zdravie *bez ohľadu na objektívne zdravie*. S rastom depresívnych komponentov vzrastal negatívny pohľad na život pochopiteľne vrátane pohľadu na vlastné zdravie. Aj naopak, negatívne subjektívne zdravie predikovalo nezávisle depresívne symptómy a mieru úzkosti opäť bez ohľadu na

objektívne zdravie (!). Podľa autorov zistenia vytvárajú obraz začarovaného kruhu negatívneho subjektívneho zdravia vedúceho k depresii a úzkosti, ktoré následne vedú k prehĺbovaniu negatívneho subjektívneho zdravia. Sprievodným zistením je **určitá nezávislosť subjektívneho a objektívneho zdravia** a posun k psychickým zdrojom subjektívneho zdravia. K opačným zisteniam došli Rienstra et al. (2013) pri skúmaní funkčného stavu pri TP (objektívne hodnotenie na základe Rosow-Breslau Funcional Health Scale), subjektívneho zdravia (sebahodnotenie) a výskytu náhodnej srdcovej poruchy na celkovej vzorke 3609 dospelých respondentov (z toho 24% malo TP, zvyšok bez TP) počas 6 rokov. Autori zistili, že TP a nízke subjektívne zdravie mali vzťah k výskytu srdcovej poruchy, ale aj naopak výskyt srdcovej poruchy bol prediktorom následného TP a reportovania nízkeho subjektívneho zdravia. Z výsledku tejto štúdie vychádza **recipročný vzťah medzi subjektívnym a objektívnym zdravím**. Súčasne nabáda na psychosomatické uvažovanie. Eunsil a Soongyu (2015) zistili, že medzi významné faktory subjektívneho zdravia u ľudí s TP patria: úroveň príjmov, socioekonomický status, subjektívne vnímaná sociálna diskriminácia a environmentálne faktory (fyzické bariéry prostredia). Van Campen a Iedema (2007) zisťovali vplyv objektívnej integrácie do spoločnosti osôb s TP na celkovej vzorke 5 826 osôb v dánskej populácii (z toho 642 s TP). Autori nezistili koreláciu medzi spoločenskou *participáciou ľudí s TP* a ich subjektívne vnímaným zdravím a šťastím. Upozorňujú, že nemusí existovať priama úmera medzi sociálnym začlenením, subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou.

**Životná spokojnosť.** Hernandez, Elliott, Berry, Underhill, Fine a Lai (2014) uskutočnili jedinečnú štúdiu súvislosti medzi životnou spokojnosťou, rodinnou spokojnosťou a funkčným TP získaným traumatickou nehodou počas piatich rokov po nehode (po 12, 24, 48 a 60 mesiacoch) na vzorke 662 jedincov. Výsledkom bolo, že **čím bolo ťažšie funkčné postihnutie, tým bola nižšia životná spokojnosť** (bez ohľadu na typ zranenia). Na druhej strane, pokiaľ zahrnuli do modelu faktor manželského stavu a rodinnej spokojnosti, zistili, že manželský stav a vyššia rodinná spokojnosť predikovali vyššiu životnú spokojnosť počas celého obdobia. Výsledky boli stabilné pre všetky skupiny poranení. Hlavný záver štúdie znie: *žiť v manželstve so spokojnosťou v rodine podporuje celkovú životnú spokojnosť pri traumaticky získaných TP*. Tieto prospešné efekty sú pravdepodobne významnejšie ako stupeň funkčného postihnutia. Addabbo, Sarti a Sciulli (2014) obdobne zistili, že *funkčný zdravotný stav v každodenných aktivitách (daily activities) u ľudí s TP je významným prediktorom ich životnej spokojnosti*. Naopak k rizikovým faktorom patria narušené oblasti blízkych vzťahov, priateľských vzťahov, slabé ekonomické podmienky a obmedzené možnosti trávenia voľného času. Ďalej zistili,

že v priemere sú **starší ľudia s TP spokojnejší ako mladí**, pričom pohlavie nehralo žiadnu rolu. Nosek, Fuhrer a Potter (1995) zistili signifikantne *nižšiu spokojnosť so životom u ľudí s chronickým TP* oproti ľuďom bez TP. Podľa autorov však nejde len o to, že životná spokojnosť u ľudí s TP je podľa mnohých výskumov nižšia v porovnaní s ľuďmi bez TP. Dôležité je zistiť, ktoré faktory ju určujú. V ich výskume bola životná spokojnosť ľudí s trvalým TP *pozitívne asociovaná s ich zamestnanosťou a sociálnou integráciou a naopak negatívne asociovaná s environmentálnymi a sociálnymi bariérami*, a to bez ohľadu na závažnosť TP (!). Štúdia potvrdzuje nutnosť skúmať mediátory životnej (ne)spokojnosti u osôb s TP a poukazuje na dôležitosť ich integrácie do užších i širších sociálnych vzťahov. Resch, Villarreal, Johnson, Elliott, Kwork, Berry a Underhill (2009) zisťovali prostredníctvom sebahodnotiacich dotazníkov životnú spokojnosť na vzorke 609 jedincov počas piatich rokov po traumatickom poškodení mozgu (po 1., 2., 4. a 5. roku). Participanti s vyššou mierou funkčnej nezávislosti po roku reportovali vyššiu životnú spokojnosť. U všetkých jedincov sa životná spokojnosť počas piatich rokov znižovala, avšak participanti s nižšou mierou funkčnej sebestačnosti počas piatich rokov reportovali výrazne rýchlejšie sa znižujúcu životnú spokojnosť ako jedinci s vyššou funkčnou nezávislosťou. *Znižovanie motorických a funkčných schopností bolo spojené so signifikantne väčším poklesom životnej spokojnosti*. Rozdiely vo veku a v pohlaví neboli zistené. Zdá sa, že aj výskumy dokazujú opodstatnenosť konceptu funkčných schopností ICF.

**Subjektívne zdravie a životná spokojnosť: genetické a ekologické faktory.** Røysamb, Tamb, Reichborn-Kjennerud, Neale a Harris (2003) porovnávali „príspevky“ ekologických a genetických faktorov na vzťah medzi subjektívnou osobnou pohodou, subjektívnym zdravím a TP na vzorke 6576 nórskych dvojčiat vo veku 18-31 rokov. Autori sa domnievali, že musí existovať nejaký spoločný faktor, ktorý ovplyvňuje silu tohto vzťahu. Ich analýza odhalila **stredne silnú koreláciu medzi životnou spokojnosťou a subjektívnym zdravím**. Spoločne genetické faktory predstavovali asociáciu 45-60% so životnou spokojnosťou a subjektívnym zdravím (vo veľkej miere ovplyvnené rovnakými génami pre obe pohlavia). Ekologické faktory zdieľané dvojčatami neovplyvnili silu kovariancie medzi životnou spokojnosťou a subjektívnym zdravím. Štúdie výsledky implikujú, že *oba faktory, genetické i environmentálne hrajú dôležitú úlohu pri vzťahu životnej spokojnosti a subjektívneho zdravia*.

**Vzťahová väzba v detstve a TP.** Doplníme ďalšie poznatky z výskumov, ktoré sme už sčasti uviedli v kapitole 3. Je známe, že najväčší vplyv na kvalitu vzťahovej väzby, obzvlášť v ranom veku má empatická senzitivita rodiča (Hašto, 2005). Na strane dieťaťa majú silný vplyv jeho temperament a zdravotné postihnutie (Howe, 2006). Nejde

o postihnutie ako také, najpodstatnejšie sú dva faktory: (i) interakcie medzi dieťaťom s postihnutím a jeho rodičom, ktoré sú *väčšinou spájané s neistou vzťahovou väzbou* a (ii) mentálne nastavenie (state of mind) rodiča na vzťah k dieťaťu (Howe, 2006). Výskumy ukázali, že deti so všetkými druhmi postihnutí sú schopné vytvoriť si vzťahovú väzbu k opatrovateľovi (Böttcher & Dammeyer, 2016). Na druhej strane, mnoho štúdií preukázalo, že opatrovateľský systém môže byť ovplyvnený postihnutím dieťaťa. *Deti s postihnutím sú pravdepodobnejšie neisto pripútané* v porovnaní s deťmi bez postihnutia (napr. Rutgers et al., 2007 in Böttcher & Dammeyer, 2016).

**Vzťahová väzba v dospelosti a TP.** Huebner, Thomas a Berven (1999) skúmali vzťahovú väzbu a interpersonálne charakteristiky 178 vysokoškolských študentov rozdelených do troch skupín (s vrodenným TP alebo získaným TP v ranom veku, so získaným TP v neskoršom veku a osoby bez TP). Autori *nezistili medzi nimi významné rozdiely vo vzťahovej väzbe*. Študenti, ktorí využívali odborné psychologické služby, reportovali viac negatívnych spomienok z detstva spojených s neistotou vo vzťahovej väzbe a mali vyššie očakávania hostility od okolia. Vyhľadanie odbornej pomoci môže svedčiť v prospech ich aktívnej stratégie zvládania. Menšia expresivita emócií a nižšia túžba po začlenení sa do sociálnych vzťahov bola detekovaná u mužov, ktorí využívali služby osobnej asistencie. Podľa autorov štúdie zistenia výskumu podčiarkujú resilientné faktory na skúmaných vzorkách. Hwang, Johnston a Smith (2009) porovnávali 100 dospelých osôb s chronickým neprogresívnym TP s intaktnou populáciou. *Nezistili medzi nimi rozdiely v miere istoty vo vzťahovej väzbe*. Životná spokojnosť osôb s TP bola spätá s ich istotou vo vzťahovej väzbe, ako aj s ich fyzickou nezávislosťou (funkčné zdravie). Hwang, Johnston a Smith (2007) skúmali vzťah medzi dospelou vzťahovou väzbou a TP v partnerských (ľúbostných) vzťahoch na vzorke dospelých osôb (dobrovoľníkov) so získaným TP úrazom, s vrodenným TP a na intaktnej populácii (v každej vzorke bolo po 50 osôb). Autori *nezistili rozdiely vo vzťahovej väzbe* medzi týmito skupinami. Mobilita osôb s TP (funkčný stav zdravia) bola pritom pozitívne asociovaná so spokojnosťou v partnerstve. Osoby so získaným TP reportovali vyššie vzájomné vyladenie s partnerom.

Zistenia z uvedených výskumov subjektívneho zdravia potvrdzujú neľahkosť témy a zložitosť vzťahu medzi objektívnym a subjektívnym zdravím. Vo vzťahu k životnej spokojnosti u ľudí s TP existuje zrejme súvislosť s funkčným zdravím. Pri vzťahovej väzbe sa na základe doterajších poznatkov a výsledkov zo spomenutých posledných výskumov zdá, že i keď v detstve u detí s TP je vyššia pravdepodobnosť nejistej vzťahovej väzby, v dospelosti sa ľudia s TP nelíšia v kvalite vzťahovej väzby od bežnej populácie. Tento fakt nabáda na skúmanie sprostredkujúcich činiteľov a širšieho kontextu.

# EMPIRICKÁ ČASŤ

## 5. VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIELE A HYPOTÉZY

V nadväznosti na teoretickú časť považujeme za výskumnú oblasť tejto práce empirický výskum vzťahovej väzby, subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti ľudí bez TP a ľudí s TP. Aby bolo možné túto problematiku výskumne uchopiť, definujeme v tejto kapitole výskumný problém, výskumné ciele, konkrétne hypotézy, ako aj ďalšie javy a súvislosti medzi premennými, ktoré sledujeme. Výskum vzťahovej väzby, subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti je do súčasnej doby rozsiahly (napr. Mikulincer & Shaver, 2007; Šolcová & Kebza, 2006; Fahrenberg et al., 2001 v danom poradí). Na druhej strane vzťahy medzi týmito veľkými fenoménmi stále ešte nie sú dostatočne zmapované na rozličných výskumných vzorkách. Dalo by sa povedať, že ľudia s TP nie sú v stredobode záujmu výskumníkov v porovnaní s ľuďmi s ostatnými druhmi zdravotných postihnutí. Radi by sme aspoň čiastočne vyplnili túto medzeru a prispeli k objasneniu súvislostí vzťahovej väzby, subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti *u ľudí s TP pri porovnaní s ľuďmi bez TP*.

Výskumný projekt nadväzuje na dáta získané v rámci predchádzajúceho kvantitatívneho výskumu (Adamove, 2016a). V tejto práci bol na vzorke 100 respondentov (s TP a bez TP v pomere 1:1) preukázaný štatisticky významný rozdiel medzi dospelými osobami vo vekovom rozpätí 18-25 rokov s TP a bez TP v subjektívnom zdraví zistenom dotazníkom WHODAS 2.0, ako aj v životnej spokojnosti podľa SWLS. Osoby bez TP udávali v oboch prípadoch vyššie hodnoty. Preukázali sa aj medziľahlé rozdiely. Osoby v partnerskom vzťahu (na vzorke osôb bez TP aj s TP) v porovnaní s osobami bez vzťahu reportovali signifikantne vyššie subjektívne zdravie, ako aj signifikantne vyššiu životnú spokojnosť (Adamove, 2016a). Aktuálny výskum rozširuje skúmané premenné o subjektívne zdravie merané škálou Zdravie DŽS, ako aj o vzťahovú väzbu dotazníka ECR, a to na temer dvojnásobnom počte respondentov.

### Výskumný problém

S ohľadom na vyššie uvedené sme si stanovili za výskumný problém tejto práce: *vzťah medzi tzv. objektívnym a subjektívnym zdravím vo väzbe na životnú spokojnosť a dimenzie vzťahovej väzby*. Očakávaným prínosom je prispieť k objasneniu tohto vzťahu. Na základe existujúcich výskumov existuje odôvodnený predpoklad, že vzťahová väzba ako hlboko vnútorne zakorenený spôsob vzťahovania sa k sebe, k svetu a k vonkajším okolnostiam môže byť významným determinantom prežívania dôsledkov TP,

vyrovnávania sa s ním a v konečnom dôsledkom ústiace do celkovej životnej spokojnosti a vnímaného subjektívneho zdravia. V praktickej rovine by mohli výsledky napomôcť pochopeniu týchto väzieb, otvoriť priestor pre ďalšie, kvalitatívne výskumy, ale aj pre možné smery terapeutického pôsobenia v úzkej spolupráci s interdisciplinárnym tímom ďalších odborníkov (špeciálni pedagógovia, sociálni pracovníci, lekári, zdravotné sestry atď.). Špecificky nás bude zaujímať: (i) vzťah medzi subjektívne vnímaným zdravím a životnou spokojnosťou, (ii) súvislosť medzi mierou istoty vo vzťahovej väzbe (osobitne na dimenziách vzťahovej vyhýbavosti a vzťahovej úzkostnosti) a subjektívnym zdravím, (iii) súvislosť medzi mierou istoty vo vzťahovej väzbe a životnou spokojnosťou. Keďže skúmané premenné sa navzájom ovplyvňujú, pre kauzalitu nie sú splnené podmienky (Ferjenčík, 2010). Základom bude v tomto prípade korelačná analýza. Okrem zistenia týchto vzťahov na celej výberovej vzorke sa zameriame aj na *zistenie rozdielov medzi dospelými respondentmi s TP a bez TP*. Medzi ďalšie oblasti nášho záujmu vo vedľajšej línii budú patriť medzipohlavné rozdiely, rozdiely medzi ľuďmi žijúcimi na vidieku a v meste, medzi ľuďmi v partnerskom vzťahu a bez vzťahu.

### **Výskumné ciele**

Výskumné ciele boli stanovené v nadväznosti na identifikovaný výskumný problém s ohľadom na aktuálny stav poznania skúmaných premenných. Špecifikovali sme nasledovné výskumné ciele tejto práce:

1. *Preskúmať vzťahy medzi subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou*. Teoretické výskumy, ktoré boli doteraz realizované dávajú isté vodítka. Zistíme, nakoľko sú platné aj na našej výskumnej vzorke, nakoľko sú v zhode s doterajším poznaním vedy.
2. *Analyzovať súvislosti vyhýbavosti a úzkostnosti vo vzťahovej väzbe*: (i) so životnou spokojnosťou a (ii) so subjektívnym zdravím.
3. *Porovnať dospelé osoby bez TP a s TP*: (i) v miere subjektívneho zdravia, (ii) v miere životnej spokojnosti, (iii) v miere vyhýbavosti vo vzťahovej väzbe, (iv) v miere úzkostnosti vo vzťahovej väzbe. Doterajšie výskumy v oblasti subjektívneho zdravia nevykazujú jednoznačne zhodné závery a hľadajú sprostredkujúce činitele vzťahu medzi objektívnym a subjektívnym zdravím (napr. Van Campen a Iedema, 2007). V oblasti životnej spokojnosti sa štúdie prevažne zhodujú vo vyššej životnej spokojnosti osôb bez TP v porovnaní s osobami s TP (napr. Nosek, Fuhrer, & Potter, 1995). Doterajšie výskumy vzťahovej väzby nepreukázali signifikantné rozdiely medzi ľuďmi s TP a ľuďmi bez TP (napr. Hwang, Johnston, & Smith, 2007). Na základe našich zistení by sme mohli načrtnúť ďalšie smery výskumu činiteľov, ktoré ovplyvňujú

subjektívne zdravie a životnú spokojnosť. Budeme venovať priestor tomu, aké psychologické procesy mohli stáť za výsledkami a čo na to hovoria iné výskumy. Výsledky by mohli azda vniesť trochu viac svetla do súvislostí objektívneho a subjektívneho zdravia. Ako sme už uviedli v teoretickej časti, vzťah medzi nimi nie je vôbec jednoduchý a môže sa vyvíjať rôznym smerom v závislosti od množstva objektívnych i subjektívnych faktorov.

4. Zistiť, či existujú *medzipohlavné rozdiely*: (i) v subjektívnom zdraví, (ii) v životnej spokojnosti, (iii) v miere vyhýbavosti vo vzťahovej väzbe a (iv) v miere úzkostnosti vo vzťahovej väzbe, a to na výberovej vzorke osôb s TP aj bez TP. Výsledky výskumov týchto oblastí na bežnej populácii nie sú jednoznačné, i keď metaanalýzy došli k istým záverom, ktoré sme uviedli v teoretickej časti (pozri kapitoly 1 a 2). Téma genderu je v súčasnosti všeobecne „in“, otázky diskriminácie či vyrovnávania príležitostí sa niekedy preberajú až v extrémnej podobe. Na tomto mieste zdôrazňujeme, že vo výskume (všeobecne vo výskumoch) nejde o porovnávanie v zmysle „lepší – horší“. Etické pravidlá musia byť dodržané.
5. *Prispieť k širšej aplikácii dotazníka WHODAS 2.0 v českej praxi*. Naša štúdia by mohla podnietiť ďalšie výskumy a rozsiahlejší zber dát na rôznych vekových kategóriách a na ľuďoch s rôznymi druhmi postihnutia. Ide o dotazník s dobrými psychometrickými vlastnosťami využívaný v medzinárodnom meradle (porovnateľnosť vo výskumoch). Bol použitý v tisíckach výskumov a existujú jeho verzie v 11 jazykoch (Federici, Meloni, & Lo Presti, 2009). Napriek tomu sa zatiaľ v českých výskumoch neobjavuje. Na jeho prípadnú neskoršiu českú validáciu budú potrebné ďalšie a rozsiahlejšie štúdie s použitím plnej verzie dotazníka WHODAS 2.0.

### **Výskumné otázky**

Vzhľadom na rozsiahlosť témy a možnosti získania širokého spektra informácií boli stanovené nasledovné hlavné výskumné otázky:

- Existuje súvislosť medzi subjektívnym vnímaním zdravia a životnou spokojnosťou bez ohľadu na TP? Ak áno, je previazanosť týchto dvoch premenných väčšia u osôb s TP alebo u osôb bez TP?
- Odlišujú sa ľudia bez TP a ľudia s TP v subjektívnom vnímaní svojho zdravia?
- Existuje rozdiel medzi ľuďmi bez TP a ľuďmi s TP v miere vnímanej životnej spokojnosti?
- Majú ľudia s TP nižšiu alebo vyššiu mieru istoty vo vzťahovej väzbe pri komparácii s ľuďmi bez TP?



## Hypotézy

Voľba hypotéz týkajúcich sa subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti sa opiera o výsledky doterajších výskumov. Pri hypotézach o vzťahovej väzbe u osôb s TP a bez TP sme vychádzali z publikovaných poznatkov z praxe ohľadom vnútorného prežívania a vzťahovania sa ľudí s TP (napr. Novosad, 2011; Michalík et al., 2011). Doterajšie výskumy síce nepreukázali signifikantné rozdiely medzi týmito skupinami, no na druhej strane počet výskumov vzťahovej väzby na vzorke osôb s TP je stále relatívne malý.

V prípade vzťahu subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti sme preferovali hypotézu *o súvislosti*, pri porovnávaní osôb s TP a bez TP *jednostranné hypotézy o rozdiely*. Pre zistenie subjektívneho zdravia sme zvolili dotazník WHODAS 2.0, ale aj Škálu Zdravie DŽS. Každopádne, ostatné doplňujúce zistenia uvádzame v podkapitolách 7.4. a 7.5.

**H1:** Bez ohľadu na TP existuje štatisticky významná *súvislosť* medzi subjektívne vnímaným zdravím podľa dotazníka WHODAS 2.0 a životnou spokojnosťou SWLS.

**H2:** Bez ohľadu na TP existuje štatisticky významná *negatívna súvislosť* medzi mierou *vyhýbavosti* vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR a mierou životnej spokojnosti SWLS.

**H3:** Bez ohľadu na TP existuje štatisticky významná *negatívna súvislosť* medzi mierou *úzkostnosti* vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR a subjektívnym zdravím Škály Zdravie dotazníka DŽS.

**H4:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne nižšiu mieru *subjektívne vnímaného zdravia* dotazníka WHODAS 2.0 ako osoby bez telesného postihnutia.

**H5:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne nižšiu mieru *životnej spokojnosti* dotazníka SWLS ako osoby bez telesného postihnutia.

**H6:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne vyššiu mieru *vyhýbavosti* vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR ako osoby bez telesného postihnutia.

**H7:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne vyššiu mieru *úzkostnosti* vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR ako osoby bez telesného postihnutia.

## 6. METODOLOGICKÝ RÁMEC

V tejto kapitole uvádzame metodologické východiská výskumu, ktoré tvorili dôležitú fázu realizácie výskumu. Charakterizujeme základný a výberový súbor, použité metódy, popíšeme priebeh výskumu, zber, analýzu a spracovanie dát vrátane etických aspektov.

### 6.1. Výskumný súbor a metódy jeho získania

Výskum bol uskutočnený na dvoch odlišných výskumných vzorkách. Celkový základný súbor je tvorený základným súborom 1 a základným súborom 2. Celková výberová vzorka pozostáva z výberovej vzorky 1 osôb s TP a z výberovej vzorky 2 osôb bez TP. Naším cieľom boli získať *čo najviac podobné výskumné vzorky*, aby bola možná komparácia (pokiaľ možno z hľadiska veku, vzdelania). Vzhľadom na častú komorbiditu rôznych druhov postihnutí sme sa snažili o čo najviac podobnú výberovú vzorku osôb s TP z pohľadu funkčných dôsledkov zdravotného stavu.

**Základný súbor 1** tvoria dospelí občania Českej republiky vo veku od 18 rokov s TP v oblasti narušenej mobility dolných končatín bez ohľadu na konkrétny typ diagnostikovaného ochorenia a bez ohľadu na etiológiu. Prvoradým bolo funkčné hľadisko bez rozlišovania vrodeného alebo získaného postihnutia. Zdôrazňujeme, že sme sa neodvíjali od medicínskeho hľadiska, a teda od stanovenej diagnostickej jednotky. Spoločným menovateľom je funkčné narušenie - *zníženie schopnosti lokomócie* z dôvodu postihnutia dolných končatín (sťažený presun z miesta na miesto resp. presun na rehabilitačnom vozíku). Vylučujúcim kritériom bola komorbidita s mentálnou retardáciou alebo s iným ťažkým zmyslovým postihnutím. Vzhľadom na častú kombináciu viacerých druhov postihnutí, nevylučujeme mierne zmyslové postihnutia resp. iné narušenie hybných schopností. Narušenie lokomócie však musí byť dominantné.

Nie sú k dispozícii príslušné štatistické údaje o našom základnom súbore. Uvádzame pre orientáciu dáta na základe posledných údajov Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky ČR (ďalej „ÚZIS“) za rok 2013 (Zdravotnícká ročenka České republiky 2013), podľa ktorých predstavuje celkový počet ľudí so zdravotným postihnutím 1 077 673 milióna, čo činí 10,2% na celkovej populácii. Z toho 29,2% činia osoby s telesným postihnutím (314 680 osôb). Obmedzenie mobility sa týkalo 23,5% všetkých osôb so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na typ postihnutia (253 253 osôb). Podiel vrodených postihnutí činil 13,7%. Z týchto údajov pre naše účely však nemožno vychádzať vzhľadom na to, že náš základný súbor vylučoval komorbiditu s inými druhmi ťažkých zdravotných postihnutí a zahŕňal vrodené i získané druhy postihnutí.

**Základný súbor 2** tvoria všetci dospelí občania Českej republiky vo veku od 18 rokov bez TP v oblasti narušenej mobility dolných končatín. Používajú sa alternatívne označenia – bežná resp. intaktná populácia. Pojem „zdraví“ nepoužívame vzhľadom na relativitu zdravia.

**Výberová vzorka 1** bola tvorená **105 respondentami** s TP v oblasti dolných končatín – prevažne (nie výlučne) študenti stredných škôl pre telesne postihnutých v Českej republike. Pochopiteľne, že mohla byť narušená aj jemná motorika, avšak ostatné faktory nebolo možné individuálne sledovať a mierne pridružené zmyslové postihnutia by činili vzorku jednotne neuchopiteľnou z hľadiska štatistického skúmania. Mentálne schopnosti však umožňovali vyplnenie dotazníka. Osoby zaradené do tejto výberovej vzorky nemali komorbiditu s mentálnou retardáciou. Túto výberovú vzorku označujeme v práci ako výberová vzorka osôb s TP alebo *osoby s TP*.

Výberová vzorka 1 respondentov s TP vznikla *príležitostným výberom prostredníctvom inštitúcií* (kombinácia oboch metód). Tieto nepatria medzi náhodné výbery (Ferjenčík, 2000). Prevládla forma zberu ceruzka – papier (79 respondentov, t. j. 75,2% z počtu výberovej vzorky 1). Na základe kontaktov s príslušnými organizáciami a so súhlasom ich vedenia boli oslovení dospelí klienti / študenti nasledovných inštitúcií:

- Denní stacionár Kociánka, Brno – dospelé osoby s TP (zber na mieste metódou ceruzka - papier),
- Jedličkův ústav a školy (JÚŠ), Praha (na mieste metódou ceruzka-papier). Nasledovné stredné školy JÚŠ: Gymnázium všeobecné, Obchodní akademie,
- Střední škola F. D. Roosevelta pro tělesně postižené, Brno (na mieste ceruzka - papier),
- Střední škola pro tělesně postižené Gemini Brno (na mieste ceruzka – papier, ako aj elektronicky cez survio.com),
- Obchodní akademie a odborná škola Olgy Havlové, Janské Lázně (elektronický zber cez survio.com), link na dotazník bol so súhlasom vedenia školy umiestnený na webovú stránku školy,
- Centrum podpory studentům se specifickými potřebami Univerzity Palackého v Olomouci (elektronický zber cez survio.com).

Pri zbere dát boli oslovené aj mnohé ďalšie inštitúcie: Centrum podpory studentům se specifickými potřebami pri Masarykovej univerzite v Brne, pri Karlovej univerzite v Prahe, iné stredné školy pre študentov s TP v ČR, ako aj rôzne zväzy ako napríklad Liga vozíčkářů, Svaz tělesně postižených v České republice, Unie Roska atď. Viaceré však buď nereagovali vôbec alebo sa ospravedlnili s tým, že sú „zaplavení dotazníky“ z rôznych výskumov.

**Výberová vzorka 2** bola zložená zo **105 respondentov** bez TP – prevažne (nie výlučne) študenti vysokých škôl v ČR. V zásade sa jednalo o tzv. zdravých mladých ľudí, bežnú populáciu bez nejakých iných závažných ochorení akéhokoľvek druhu. Zvolili sme cielene rovnaký počet respondentov u oboch výberových súborov. Túto výberovú vzorku označujeme v práci ako výberová vzorka osôb bez TP alebo *osoby bez TP*.

Výberová vzorka 2 respondentov bez TP vznikla *prostredníctvom metódy príležitostného výberu v kombinácii s metódou snehovej gule*. Táto výberová vzorka bola určovaná predchádzajúcou v tom zmysle, že na základe rozsahu a vekovej štruktúry výberovej vzorky osôb s telesným postihnutím boli „naberaní“ respondenti bez TP tak, aby sa dosiahol rovnaký počet respondentov v oboch vzorkách a čo možno najväčšia veková porovnateľnosť. Oslovovaní boli známi, ich rodinní príslušníci (zväčša ich deti vo veku od 18 rokov), známi známych, ktorí na seba „nabaľovali“ príbuzných a známych. V tejto výberovej vzorke naopak prevažovala *elektronická* forma zberu dát prostredníctvom webovej stránky survio.com (93,3% respondentov). Minoritná časť, len 6,7% respondentov vyplnilo dotazníkovú batériu *metódou ceruzka – papier*.

Spôsoby získavania respondentov pri oboch výberových vzorkách **neboli náhodné** a výberové vzorky nepredstavujú reprezentatívny výber. Formy výberu boli určované realitou, teda možnosťami praktickej dostupnosti respondentov. Zber sa uskutočnil v prvej fáze od 1.9.2015 do 20.2.2016 a v druhej fáze od 1.4.2016 do 31.7.2016.

## **6.2. Metódy zberu dát**

Respondentom boli predložené nasledovné **štyri sebahodnotiace merné nástroje**:

- Dotazník WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) – skrátená verzia,
- Dotazník životnej spokojnosti SWLS (Satisfaction with Life Scale),
- Subškála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti (DŽS),
- Dotazník ECR (Experiences in Close Relationships).

Respondenti boli súčasne dopytovaní na tieto **základné sociodemografické údaje**:

- pohlavie,
- vek,
- vzdelanie (základné, stredoškolské, vysokoškolské: prebiehajúce / ukončené),
- bydlisko (obec / mesto),
- forma rodiny (úplna, neúplna, samostatný život),
- partnerský vzťah (áno / nie),
- deti v opatere (áno / nie),
- telesné postihnutie (áno / nie, vrodené / získané, aké – otvorená otázka).

Forma zberu dát bola dvojaká: a/ dištančná, *elektronická* prostredníctvom webovej stránky survio.com, b/ *metóda ceruzka – papier* prostredníctvom vytlačených dotazníkov a zberu „na mieste“. Výhodou zberu dát na mieste bola možnosť zodpovedania dodatočných otázok respondentov k jednotlivým otázkam, čím sa dalo vyhnúť ich nepochopeniu resp. nesprávnemu pochopeniu. Možnosť zodpovedania akýchkoľvek otázok k výskumu vrátane polozenia dodatočných otázok bola poskytnutá aj respondentom pri elektronickom zbere dát, keď dostali e-mailový kontakt na realizátorku výskumu. Túto možnosť však nevyužil žiadny z respondentov. Celkovo vyplnilo papierovú verziu dotazníkovej batérie metódou „ceruzka - papier“ 86 respondentov (z toho 79 osôb s TP, 7 osôb bez TP), zvyšní elektronicky. Pri zbere dát výberovej vzorky osôb s TP prevažovala forma „ceruzka – papier“ na mieste, naopak pri zbere dát výberovej vzorky osôb bez TP prevažovala elektronická forma zberu.

Zisťovali sme *subjektívne zdravie respondentov dvoma odlišnými mernými nástrojmi*, čo by mohlo prispieť nielen k pochopeniu vzťahov medzi nimi, ale najmä k lepšiemu pochopeniu objektívnych a subjektívnych aspektov vnímania zdravia respondentami. Napriek tomu, že oba dotazníky sú sebahodnotiace, zamerané na subjektívne zdravie, badať medzi nimi isté špecifiká. WHODAS 2.0 pristupuje k subjektívnemu zdraviu z opačnej strany. Zisťuje subjektívnu mieru vnímanej disability, jeho otázky majú skôr „objektívny ráz“ smerovaný ku funkčným aspektom zdravia, zatiaľ čo Škála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti (ďalej „DŽS“) má skôr „subjektívny ráz“ zameraný na prežitkovú rovinu vnímania zdravia bez ohľadu na nemoc a jej funkčné obmedzenia. Voľba dotazníka WHODAS 2.0 bola motivovaná jednak výberovou vzorkou osôb s TP, kde môžu hrať významnejšiu rolu „objektívne stránky subjektívneho zdravia“. Mohlo by byť prospešné ich porovnanie s výlučnou subjektivitou Škály Zdravie DŽS. Potenciálne by sa tak dal získať ucelenejší pohľad na subjektívne zdravie, osobitne pri porovnaní osôb s TP a bez TP. Oba dotazníky by sa mohli teoreticky vhodne dopĺňať.

### **6.2.1. Dotazník WHODAS 2.0**

Dotazník WHODAS vyvinutý WHO zisťuje subjektívne vnímanie disability *nezávislé na medicínskej diagnóze*. Dotazník je koncepcne v súlade s ICF, a teda tiež s bio-psycho-sociálnym prístupom. Federici a Meloni (2010) udávajú, že problematickosť hodnotenia funkčnosti a disability vyplýva z faktu, že vlastné chápanie osobnej pohody a zdravia nemusí byť v súlade s hodnotením medicínskych expertov a ďalších profesionálov. Kontrast medzi objektívnym pozorovaním a subjektívnym vnímaním zdravia zmierňujú práve sebahodnotiace dotazníky. Dotazník WHODAS sa používa

prevažne v oblasti medicíny s dôrazom na všeobecnú medicínu, rehabilitáciu a psychiatriu (Federici, Meloni, & Lo Presti, 2009). Bol použitý (v rôznych verziách) vo vyše tisícke výskumov. Verzia WHODAS 2.0 je skrátaná verzia, **obsahuje 12 položiek** (pôvodná úplná verzia má 36 položiek). Výsledky skrátenej verzie vysoko korelujú s pôvodným dotazníkom v plnej verzii. WHODAS 2.0 vysvetľuje 81% variancie pôvodného dotazníka. Respondent hodnotí položky **na 5-stupňovej škále** charakterizujúcej mieru ťažkostí, ktoré mal s plnením daných aktivít (1: žiadne, 2: mierne, 3: stredne veľké, 4: závažné, 5: extrémne / nemožnosť vykonať). Vo všeobecnosti sú možné dva základné spôsoby hodnotenia subjektívnej miery disability: (i) *dichotomický* (áno / nie) – respondent označí, či má v danej doméne ťažkosti alebo nie, (ii) *polytomický* (viacúrovňový stupeň) – respondent hodnotí mieru ťažkostí s naplnením danej úlohy na zvolenej škále. V našom výskume sme zvolili polytomický spôsob hodnotenia. Skrátaná verzia dotazníka bola vybraná z ekonomických dôvodov s ohľadom na časové možnosti respondentov.

Dotazník je postavený na **šiestich referenčných rámcoch** (Üstün et al., 2010):

1. *miera ťažkostí* s vykonaním aktivity v zmysle zvýšenej námahy, diskomfortu alebo bolesti, pomalosti, zmeny v spôsobe výkonu aktivity, 2. *zdravotné dôvody* (choroby, zranenia): (i) fyzické / telesné onemocnenia, (ii) mentálne a emocionálne choroby, (iii) závislosti, súvisiace problémy s alkoholom a inými drogami. Upozorňujeme, že ide nielen o fyzické dôvody, ale aj dôvody psychického rázu, ktoré nemusia priamo súvisieť s fyzickými potiažami a môžu „pôsobiť“ samostatne alebo spoločne. 3. *hodnotenie za posledných 30 dní*: stav zažitý v období viac ako posledných 30 dní sa nehodnotí. Išlo o to vytvoriť jednotný rámec, jednotné kritérium posudzovania, keďže pri potiažach môže byť veľká intraindividuálna variabilita v čase. 4. *priemerné dobré a zlé dni*: keďže stav sa môže každý deň meniť, respondenti hodnotia stav „priemerný“, 5. *obvyklý spôsob vykonávania aktivity*: respondent porovnáva stav oproti svojmu bežnému spôsobu výkonu (môže byť individuálne odlišné, ponecháva sa *subjektívny rámec*).

Pri jednoduchom spôsobe skórovania sa sčítajú pridelené hodnoty, výsledné číslo hovorí o **subjektívnej miere vnímanej disability**. Dotazník má nasledovné *verzie pre administráciu*: (i) vo forme interview (osobne alebo cez telefón), (ii) pre písomné sebahodnotenie (self-administered) a (iii) pre objektívne hodnotenie treťou osobou (proxy-administered). WHO poskytuje **populačné normy** vo forme percentilov, a to pre plnú 36-položkovú verziu dotazníka pri polytomickom posudzovaní miery disability a pre skrátanú 12-položkovú verziu rovnako pri polytomickom hodnotení. WHO vytvorila populačné normy dotazníka Whodas 2.0 na základe rozsiahleho medzinárodného výskumu realizovaného v rokoch 2000-2001 v 61 krajinách na celkovej vzorke 200 000 osôb vo

veku 18 rokov a viac. Boli do neho zapojené krajiny Európy, Ázie, Afriky, severnej i južnej Ameriky, Austrália. Išlo o reprezentatívne *náhodné výbery* osôb. Koordináciu pre WHO za Českú republiku poskytoval Ústav zdravotníckych informácií a statistiky ČR. Reprezentatívnu vzorku z ČR predstavovalo 5 700 osôb z rôznych regiónov narodených v rokoch 1922 až 1982 (Ústün et al., 2001). Bližšie informácie o štruktúre českej výberovej vzorky sa nám žiaľ po kontaktovaní ÚZISu nepodarilo zistiť.

WHODAS 2.0 *zahŕňa šesť domén (škál)*: 1. kognície (cognition): chápanie a komunikácia; 2. mobilita (mobility): pohybovanie sa a cestovanie; 3. sebaobsluha (self-care): hygiena, obliekanie, jedenie a samostatnosť (schopný byť sám); 4. vzťahy (getting along) – interakcie s druhými ľuďmi; 5. životné aktivity (life activities) – domáce práce, voľný čas, práca / škola; 6. participácia (participation) na komunitných / spoločenských aktivitách. Treba povedať, že v skrátenej verzii sa nevyhodnocujú osobitne jednotlivé domény, čo je jedinou nevýhodou. Každú doménu pokrývajú v tejto verzii dve položky, v plnej verzii je v každej doméne šesť položiek.

Zhrnieme *výhody dotazníka WHODAS 2.0* (Ústün et al., 2010): (i) je vhodný na hodnotenie zdravia aj disability, (ii) aplikovateľnosť na všetky druhy chorôb: telesné, mentálne, neurologické i rôzne druhy závislostí, (iii) vysoká výťažnosť a efektívnosť, jednoduchá administrácia, (iv) k dispozícii sú viaceré rovnocenné alternatívne formy administrácie (subjektívne / objektívne; interview telefonické, osobné / písomný dotazník / kombinácia oboch), (v) jednoduché a rýchle vyhodnotenie, (vi) použiteľnosť na klinickú i všeobecnú populáciu, umožňuje teda porovnávanie, (vii) výstup vo forme štandardizovanej hodnoty disability a v plnej verzii aj profilu podľa jednotlivých domén, (viii) vynikajúce psychometrické vlastnosti: test-retest reliabilita 0,98, obsahová validita 64% (pri expertnom hodnotení), konštruktová validita meraná koreláciou s nástrojmi ako Health Survey *SF-36*, *SF-12*, *FIM* (Functional Independence Measure), *WHOQOL-100* (WHO Quality of Life) dosiahla hodnoty do 0,65. (ix) je aplikovateľný v rôznych kultúrach na celú dospelú populáciu (18+), (x) priama spojitosť s ICF.

### **Adaptácia WHODAS 2.0 z anglického originálu**

Dotazník je dostupný na webovej stránke WHO. Pred jeho použitím bola elektronicky vyplnená Zmluva o používaní (*User Agreement*) s poskytnutím informácií o účele (výskumna vzorka – typ, veľkosť, metodologické inštrumenty a pod.). Súčasne si WHO kladie podmienky na aplikáciu. Ide najmä o postupnosť krokov adaptácie dotazníka pre použitie v českom jazyku (pravidlá prekladu): **preklad, protipreklad a posúdenie zhody**. V zmysle týchto pokynov sme zrealizovali preklad nezávislým prekladateľom

z prekladateľskej agentúry z angličtiny do češtiny, následne českú verziu preložil späť do anglického jazyka iný nezávislý prekladateľ. Tretí nezávislý prekladateľ posúdil zhodu oboch verzií. Na základe vyjasňovania a dohody boli niektoré položky finálne upravené. Finálna česká verzia dotazníka WHODAS 2.0 bola v rámci *predvýskumu* predložená siedmim skúšobným respondentom s českým materským jazykom, ktorí sa vyjadrili k jasnosti a zrozumiteľnosti položiek pre respondentov. V tomto procese boli uskutočnené minimálne drobné úpravy, neboli pritom zistené žiadne závažné nedostatky. Respondenti hodnotili položky ako jasné, zrozumiteľné, nemali pripomienky týkajúce sa ich nepochopenia.

### 6.2.2. Škála spokojnosti so životom SWLS

Diener et al. (1985) vyvinul dotazník SWLS (Satisfaction with life scale), v ktorom ide o „spokojnosť so životom ako jednoliatym celkom“. Je to *veľmi široké a zároveň flexibilné poňatie*, nakoľko ponecháva na vôli respondenta, ktorú oblasť života si zvolí pre hodnotenie svojej životnej spokojnosti. Meria teda „kvantitu“ všeobecnej životnej spokojnosti, nepodáva informácie o štruktúre jednotlivých faktorov, ktoré sa na nej podieľajú. K diagnostikovaniu používa dotazník *5 jednoduchých otázok*, napr. „*Môj život je v mnoha smeroch blízky ideálu mého života*“. Respondent odpovedá *na 7-stupňovej škále* od 1 = minimum (rozhodne nesúhlasím) po 7 = maximum (rozhodne súhlasím). Vyšší počet bodov značí vyššiu mieru životnej spokojnosti. Súčet bodov predstavuje spokojnosť jedinca so životom nasledovne:

- 5-9 bodov → extrémna nespokojnosť,
- 10-14 bodov → predstavuje nespokojnosť,
- 15-19 bodov → mierna nespokojnosť,
- 20 bodov → neutrálny počet bodov,
- 21-25 bodov → mierna spokojnosť,
- 26-30 bodov → spokojnosť,
- 31+ bodov → vysoká spokojnosť.

Výskumy ukázali vysokú pozitívnu koreláciu dotazníka s testami sebahodnotenia a vysokú negatívnu koreláciu s neuroticizmom. Ľudia s vysokými hodnotami v tomto teste sú dobre prispôbení životu a nemajú psychopatologické charakteristiky. Test vykazuje dobrú vnútornú konzistenciu ( $\alpha = 0,79 - 0,89$ ), dobrú testovú-retestovú reliabilitu ( $r = 0,50 - 0,84$ ) a zároveň dobrú citlivosť na zmeny v priebehu času (napríklad v priebehu terapie). Dotazník bol použitý v mnohých výskumoch pri hodnotení efektu terapie, napr. Chodkiewicz (2012). Validitu dotazníka preukazuje jeho konvergencia s nástrojmi



merajúcimi subjektívnu psychickú pohodu a jeho diskriminácia s nástrojmi na meranie psychopatológie (Pavot & Diener, 1993). Pôvodná validácia bola uskutočnená na vzorke 176 vysokoškolských študentov, retest bol daný po dvoch mesiacoch. Priemerné skóre v SWLS činilo 23,5 so štandardnou odchýlkou 6,43. Nasledujúca štúdia (Diener et al., 1985) na vzorke 53 respondentov z geriatrickej populácie (priemerný vek 75 rokov, 60% žien a 40% mužov) vysoko korelovala s pôvodnou štúdiou (0,73). Priemerné skóre v SWLS bolo 25,8 (teda vyššie ako pri študentoch). Celkovo možno povedať, že dotazník SWLS má **dobré psychometrické vlastnosti** a môže byť užitočný i v klinických podmienkach (Diener et al., 1985). Ešte jedno upozornenie. Vzhľadom na to, že SWLS nezisťuje spokojnosť v čiastkových oblastiach, dvaja jedinci môžu dosiahnuť rovnaký výsledok, avšak ich životná spokojnosť môže byť sýtená odlišnými faktormi a v rôznej miere. Tieto informácie už dotazník nepodáva, čo je istým obmedzením. Dotazník je napriek tomu široko používaný a veľmi obľúbený pre svoju jednoduchosť a priamočiarosť. Lewis, Shevlin, Smékal a Dorahy (1999) skúmali faktorovú štruktúru SWLS na vzorke 109 českých univerzitných študentov. Potvrdili, že škála je jednodimenzionálna, má vysokú vnútornú konzistenciu a autori doporučili jej použitie na výskumoch na českej populácii. V praxi sa aplikuje v českých výskumoch, napr. Ďurašková, Sobotková, Hampl a Viktorová (2016).

### 6.2.3. Škála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti

Dotazník životnej spokojnosti vytvorili Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler v roku 2000, už v roku 2001 vyšla jeho česká verzia (Fahrenberg et al., 2001). Hodnotí celkovú životnú spokojnosť v desiatich škálach: (i) zdravie, (ii) práca a zamestnanie, (iii) finančná situácia, (iv) voľný čas, (v) manželstvo a partnerstvo, (vi) deti, (vii) vlastná osoba, (viii) sexualita, (ix) priatelia, známi a príbuzní a (x) bývanie. Podľa Fahrenberga et al. (2001) je škála zdravie zrejme najdôležitejší faktor všeobecnej životnej spokojnosti. Uvádza, že osoby s objektívnym telesným obmedzením alebo s funkčnými obmedzeniami sú v porovnaní s osobami zdravými menej spokojné (Fahrenberg et al., 2001).

Normalizačnú vzorku tvorilo 2 870 osôb z Nemecka (1292 mužov a 1578 žien), súbor bol vyvážený podľa mnohých kritérií ako vek, vzdelanie, pohlavie, povolanie, príjem, partnerský vzťah a iné. Dotazník má dobrú reliabilitu, vnútorná konzistencia škál (Cronbachova  $\alpha$ ) leží v rozmedzí 0,82 – 0,95. Dotazník je **starostlivo psychometricky prepracovaný**. Hrubé skóre dotazníka možno previesť na štandardné skóre – staniny rozdelené podľa pohlavia do siedmych vekových skupín (14-25, 26-35, 46-55, 56-65, 66-75, 75+). Staniny ako hrubé normy zodpovedajú empirickému rozloženiu a pre praktické

účely postačujú, avšak pri väčších štatistických šetreniach treba dať prednosť hrubým skórom za podmienky vekovej a pohlavnej homogenity (Fahrenberg et al., 2001). V našom výskume sme pre vyhodnocovanie použili hrubé skóry. I keď existuje česká verzia dotazníka, *chýbajú české normy*.

Škálu Zdravie DŽS sme zvolili ako vhodný doplnok a aj pre porovnanie s dotazníkom WHODAS 2.0 - skrátená verzia. Pri oboch týchto merných nástrojoch sme vzhľadom na časovú náročnosť vyplňovania dotazníkovej batérie a možnosti respondentov (časové – vyplňanie v rámci vyučovacích hodín u stredoškolákov s TP, faktor únavy atď.) volili čo možno najvýťažnejšie, najefektívnejšie metódy z hľadiska pomeru náklady – získaný efekt. Brali sme pritom do úvahy aj náročnosť (psychickú, časovú) dotazníka ECR, hodnotenú prevažnou väčšinou respondentov z predchádzajúceho výskumu autorky (Adamová, 2014).

#### **6.2.4. Dotazník ECR**

Ide o sebahodnotiaci dotazník, ktorý zisťuje kvalitu vzťahovej väzby (spôsob prežívania) v blízkych dospelých vzťahoch na základe dvoch dimenzií. Dotazník vytvorili Brennan, Clark a Shaver (1998) na základe faktorovej analýzy s použitím výskumnej vzorky vyše 900 univerzitných študentov. Autori zistili, že *dve dimenzie*: úzkosť a vyhýbavosť sú spoločné pri väčšine meraní vzťahovej väzby. *Úzkosť* vymedzuje strach z opustenia, ako aj hnev zo separácie, súvisí s obavami o svoju hodnotu a so silnou túžbou po blízkosti a ochrane spojenou s pochybnosťami o dostupnosti partnera. *Vyhýbavosť* sa viaže k nedostatku vzťahovej blízkosti a potláčaniu emócií, súvisí s ťažkosťami s blízkosťou a s preferenciou citového odstupu, spoliehaním sa na seba (Shaver & Mikulincer, 2007). ECR pozostáva z 36 položiek, z toho 18 sa vzťahuje k úzkosti a 18 k vyhýbavosti. Obsahuje *7-bodovú stupnicu* Likertovej škály od 1 – rozhodne nesúhlasím po 7 – rozhodne súhlasím. Čím vyšší skóre je zistený, tým je vyššia miera vyhýbavosti / úzkosti. ECR bol použitý v stovkách štúdií, napr. Bernardon, Babb, Hakim-Larson a Gragg (2011), Huntsinger a Luecken (2004). Jeho obľúbenosť je daná ekonomickosťou a jednoduchou administráciou. Reliabilita dotazníka v početných štúdiách bola vysoká: Cohenova  $\alpha$  sa pohybuje okolo 0,90, koeficienty test-retestovej reliability sa nachádzajú v rozpätí 0,50 – 0,75 v závislosti od časového rámca a výberovej vzorky (Mikulincer & Shaver, 2007). V našom výskume sme použili českú verziu ECR (Lečbych & Pospíšilíková, 2012), ktorá dosiahla dobrú vnútornú konzistenciu, pri škále vzťahovej úzkosti 0,842, pri škále vzťahovej vyhýbavosti 0,838. Autori porovnávali dimenzie vzťahovej väzby na vzorke 108 českých študentov a vzorke 51 amerických

študentov, pričom medzi nimi nezistili štatisticky významné rozdiely. Táto česká verzia dotazníka ECR bola použitá vo viacerých českých výskumoch, napr. Medalová a Procházka (2014). Z dôvodu ekonomickosti sme zvažovali použitie skrátenej verzie dotazníka ECR, avšak česká skrátená verzia zatiaľ neexistuje.

### 6.3. Metódy spracovania a analýzy dát

Výskumný design je *kvantitatívny*, založený na dotazníkovom šetrení prostredníctvom sebahodnotiacich dotazníkov. Uskutočnili sme (i) *korelačný výskum* a (ii) *kauzálnno-porovnávací výskum* (ex post facto). Stanovili sme sedem hypotéz, ktoré by mali zachytiť hlavné ciele nášho výskumu. Ostatné doplnkové a detailnejšie výsledky korelačnej analýzy a rozdielovej štatistiky uvádzame v podkapitolách 7.4. a 7.5.

Pri analyzovaní dát sme najprv uskutočnili *overenie normality* ich rozloženia vo všetkých skupinách pomocou Shapiro-Wilkovho W - testu. Normálne rozdelenie dát bolo *jedine vo výberovej vzorke osôb s TP* v subjektívnom zdraví DŽS, v životnej spokojnosti SWLS a v subškálach vyhýbavosti a úzkostnosti ECR. Vo všetkých ostatných prípadoch na celkovej výberovej vzorke a na výberovej vzorke osôb bez TP rozdelenie dát nemalo normálne rozdelenie. Rozdelenie dát subjektívneho zdravia dotazníka WHODAS 2.0 nebolo normálne ani na výberovej vzorke osôb s TP, ani na výberovej vzorke osôb bez TP, ani na celkovej výberovej vzorke. Z týchto dôvodov sme zvolili pre analýzu *neparametrické metódy*:

- pri korelačnej analýze (hypotézy H1 – H3) Spearmanov korelačný koeficient, ktorý je viac odolný voči extrémnym hodnotám (súčasne vyjadruje mieru účinku vplyvu).
- pri rozdielovej štatistike (hypotézy H4 – H7) Mann-Whitneyho U-test pre dva nezávislé výbery, ktorý je vhodný aj pre skupiny s odlišným počtom meraní.

Pri výpočtoch na základe Mann-Whitneyho U-testu sme analyzovali mieru účinku vplyvu (effect size) na základe jednoduchého vzorca<sup>9</sup>  $r = z / \sqrt{N}$ . Podľa Cohena miera účinku vplyvu (effect size) vo výške 0,5 je vysoká; 0,3 je stredná a 0,1 malá miera (Coolican, 2009 in Fritz, Morris & Richler, 2011). Hladina spoľahlivosti (významnosti) bola vo všetkých prípadoch stanovená na  $\alpha = 0,05$ . Pri analyzovaní dát z dotazníka ECR na zisťovanie vzťahovej väzby sme uprednostnili v súčasnosti preferovaný *dimenzionálny prístup* založený na hodnotení subškál vzťahovej vyhýbavosti a vzťahovej úzkostnosti. Získané dáta z dotazníkov boli spracované v programe Microsoft Office Excel. Uskutočnili sme čistenie dát, nasledovali popisné štatistiky a analýza dát v programe Statistika 12.

---

<sup>9</sup> Podľa Fritza, Morrisa a Richlera (2011) prevzaté z: <http://stats.stackexchange.com/questions/124501/mann-whitney-u-test-confidence-interval-for-effect-size> 7.8.2016.

## 6.4. Etické aspekty

Výskum bol plne *anonymný*, bez možnosti identifikácie respondentov. Dotazníky obsahujú osobne citlivé dáta a základné sociodemografické údaje ako napríklad vek, pohlavie, vzdelanie, rodinný stav. Neboli však zisťované osobné údaje, ktoré by mohli viesť k následnému rozpoznaní účastníkov výskumu ako meno, bydlisko, dátum narodenia. Výskum bol uskutočnený na základe *dobrovolnej účasti* respondentov. Súčasťou vyplnenia dotazníkovej batérie bol *súhlas s poskytnutím údajov na vedecké účely* v súlade so Zákonom č. 101/2000 Sb. o ochrane osobných údajov v znení platných zmien platných od 1. 1. 2015. Pri zbere dát prostredníctvom inštitúcií na výberovej vzorke osôb s TP boli s účelom a priebehom výskumu vopred oboznámení štatutárni zástupcovia organizácií (školy a denný stacionár) a priami pracovníci (učitelia, sociálni pracovníci) pracujúci s respondentmi. V tomto prípade súhlas s účasťou nebol vyžadovaný písomne, prebehol len ústnym súhlasom. Keďže sa jednalo o anonymný výskum, ktorého výsledky budú publikované výhradne súhrnne, ohrozenie účastníkov nie je reálne možné. Pri elektronickom zbere dát absentuje aj teoretická možnosť identifikovať respondentov. Originály vyplnených papierových dotazníkov sú uschované výhradne pre účely tohto šetrenia na bezpečnom, uzamknutom mieste u autorky výskumu. V prípade úspešnej obhajoby práce budú v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov následne riadne zoskartované autorkou práce.

## 7. VÝSLEDKY VÝSKUMU

Táto kapitola predstavuje výsledky nášho výskumu, od zistenia reliability (spoľahlivosti) použitých dotazníkov, charakteristík výskumnej vzorky v deskriptívnej (opísnej) štatistike, cez inferenčnú štatistiku (testovanie stanovených hypotéz) až po ďalšie výskumné zistenia korelačnej analýzy a rozdielovej štatistiky. Pre lepšiu čitateľnosť výsledkov sme ich pretavili aj do grafických výstupov.

### 7.1. Reliabilita použitých dotazníkov

Zisťovali sme reliabilitu (spoľahlivosť) použitých výskumných nástrojov získaných jednotlivými dotazníkmi prostredníctvom položkovej analýzy Cronbachovej  $\alpha$  za účelom poznania ich kvality a najmä interpretačných možností a limitov. U jednodimenzionálnych diagnostických nástrojov sledujúcich rovnaké kritérium (SWLS, škála Zdravie DŽS) sme tak učinili priamo sumárne za položky celého dotazníka, pri ECR sme sledovali osobitne subškálu vzťahovej vyhýbavosti a subškálu vzťahovej úzkostnosti. Dotazník WHODAS 2.0 má šesť domén, ale vzhľadom na to, že sme použili jeho skrátenú verziu (dve otázky v každej doméne), nie je možné relevantne posúdiť vnútornú konzistenciu jednotlivých domén. Keďže celý dotazník vychádza z konceptu funkčných schopností ICD, rozhodli sme sa zistiť vnútornú konzistenciu otázok dotazníka. Jeho informačnú hodnotu nijako nepreceňujeme, keďže ide o „zmiešavanie“ odlišných domén. Napriek tomu, ako vidieť v Tab. č. 7, vnútorná konzistencia merných nástrojov presiahla minimálnu požadovanú hodnotu 0,7 (Halama, 2005) s výnimkou škály vzťahovej vyhýbavosti dotazníka ECR.

**Tab. 7 Vnútorná konzistencia dotazníkov na celkovej výberovej vzorke**

	WHODAS 2.0	SWLS	Vyhýbavosť ECR	Úzkosť ECR	Škála Zdravie DŽS
<b>Cronbachova <math>\alpha</math></b>	0,820	0,848	0,652	0,854	0,835

V dvoch prípadoch sme robili detailnejšiu analýzu homogenity dotazníkov na výberových vzorkách osôb s TP a bez TP, a to pri WHODAS 2.0 a pri ECR. U dotazníka WHODAS 2.0 je táto snaha pochopiteľná, ide u nás o nový nástroj a porovnanie oboch skupín má svoje opodstatnenie. U dotazníka ECR ide ešte stále v našich podmienkach o nástroj, ktorý je vo vývoji, i keď bol už i v tejto verzii použitý vo viacerých výskumoch (napr. Kasalová, 2015). Naproti tomu dotazníky SWLS a DŽS sú dlhodobo overené a používané aj v českých výskumoch.

**Tab. 8 Cronbachova  $\alpha$  pri WHODAS 2.0 a ECR na výberových vzorkách**

	WHODAS 2.0	Vyhýbavosť ECR	Úzkosť ECR
Osoby bez TP	0,606	0,535	0,843
Osoby s TP	0,811	0,715	0,854

TP = telesné postihnutie

Z Tab. č. 8 vyplýva, že výberová vzorka osôb s TP „vylepšovala“ vnútornú konzistenciu dotazníka WHODAS 2.0, ako aj subškály vyhýbavosti ECR a presiahla v nich kritickú hodnotu. Nedostatočná reliabilita tak vyvstáva na výberovej vzorke osôb bez TP u dotazníka WHODAS 2.0 a pri subškále vyhýbavosti ECR. Pri dotazníku WHODAS 2.0 znižovala jeho vnútornú konzistenciu na oboch výberových vzorkách otázka č. 5 z domény Participácia: *Do jaké míry Vás citově zasáhly Vaše zdravotní problémy?*. Podrobnejšie pozri Prílohu 4. Základné výsledky zisťovania vnútornej konzistencie pri subškále vzťahovej vyhýbavosti dotazníka ECR pozri v Prílohe 5). Na oboch výberových vzorkách (osoby s TP, osoby bez TP) boli vo vyhýbavosti zhodne problematické tieto otázky, ktoré znižovali vnútornú konzistenciu subškály: 19. *Je pro mne poměrně snadné sblížit se s druhými.* 29. *Cítím se dobře, když jsem závislý/á na druhých.* Vrátime sa k nim v diskusii. V prílohe 6 uvádzame pre úplnosť aj položkovú analýzu vnútornej konzistencie pri subškále vzťahovej úzkosti dotazníka ECR.

### Korelácia dotazníkov subjektívneho zdravia

Keďže sme vo výskume zisťovali subjektívne zdravie dvoma odlišnými sebahodnotiacimi dotazníkmi, zaujímala nás ich korelácia (pozri Tab. 9). Konvergentnú (kongruentnú) validitu dotazníka je možné potvrdiť vtedy, ak sa pri ňom dosiahnu rovnaké resp. podobné výsledky ako pri inom dotazníku, ktorý meria danú charakteristiku (Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013). V našom prípade ale o nej nemožno hovoriť. Východiskový koncept dotazníka WHODAS 2.0 a škály Zdravie DŽS sa plne nezhodujú, i keď sledujú oba v zásade rovnaký cieľ (ako sme už uviedli). Tieto predpoklady potvrdzujú výsledky korelačnej analýzy (pozri Tab x). Svedčí to pre fakt, že nesledujú úplne zhodné vonkajšie kritérium. Napriek tomu na celkovej výberovej vzorke sme zistili **stredne silnú koreláciu**. Pri výpočte boli hodnoty z dotazníka WHODAS 2.0 rekódované tak, že vyššia absolútna hodnota znamená vyššie subjektívne zdravie.

**Tab. 9 Korelácia dotazníkov WHODAS 2.0 a Škály Zdravie DŽS**

	Vzorka osôb s TP	Vzorka osôb bez TP	Celková vzorka
<b>Spearman r</b>	0,152	0,311	0,452

TP = telesné postihnutie

## 7.2. Výsledky deskriptívnej štatistiky

V nasledujúcej tabuľke a v grafoch uvádzame základnú štruktúru výberových vzoriek z hľadiska socio-demografických charakteristík. Ako vidieť v Tab. 10, celková výberová vzorka sa javí až vzácne vyrovnaná z hľadiska pohlavnej štruktúry, vzdelania (stredná škola / vysoká škola), ako aj z pohľadu osôb v partnerskom vzťahu a bez vzťahu.

**Tab. 10 Demografické charakteristiky celkovej výberovej vzorky**

Pohlavie	Počet	%
Ženy	122	58%
Muži	88	42%
Spolu	210	100%

Vzdelanie	Počet	%
Stredoškolské*	109	52%
Vysokoškolské*	101	48%
Spolu	210	100%

\* prebiehajúce resp. ukončené

Bývanie	Počet	%
V meste	160	76%
Na vidieku	50	24%
Spolu	210	100%

Partnerský vzťah	Počet	%
Vo vzťahu	101	48%
Bez vzťahu	109	52%
Spolu	210	100%

Keď sa však pozrieme na granulovanejšie výsledky v jednotlivých výberových vzorkách (pozri Grafy 1-4), odkryjú sa nám značné rozdiely medzi nimi, ktoré sa na celkovej vzorke vzájomne neutralizovali. Vo vzorke osôb s TP prevažujú muži (59%). Môže to byť dané tým, že 56,2% respondentov (59) uviedlo diagnózu DMO. Je známe, že výskyt DMO je vyšší u mužskej populácie (napr. Kraus et al., 2004). Zvyšnú časť výberovej vzorky tvorili pravdepodobne osoby s inými typmi postihnutí, ktoré respondenti buď neuviedli resp. niektorí uviedli len symptomaticky, iní etiologicky bez špecifikácie funkčných dôsledkov. Výsledky teda nie je možné štatistiky spracovať. Celkovo **76% TP bolo vrodených** (80 respondentov). Zvyšné TP (24% z celkového počtu) boli *získané do veku 10 rokov*, čo by mohlo naznačovať, že respondenti mali teoreticky „dostatočný čas“ na prispôsobenie sa novej situácii života s TP.

Pri zisťovaní vzdelanostnej štruktúry sme zaradili do rovnakej kategórie prípady, keď respondent danú školu už ukončil alebo ju ešte navštevuje. Vzorku osôb s TP tvorili hlavne stredoškoláci (83%) študujúci na špeciálnych školách. Naopak, vo vzorke osôb bez TP mali prevahu vysokoškoláci (79%). Nevyrovnanosť výberových vzoriek môže súvisieť jednak s dostupnosťou získania respondentov, na druhej strane sa zdá, že odráža realitu. Michalík et al. (2011) uvádzajú, že početnosť osôb s postihnutím s vysokoškolským vzdelaním je stále malá v porovnaní s osobami bez postihnutia. Vplýva na to nedostatočne

riešená bezbariérovosť prístupu do univerzitných budov, ale aj obmedzený okruh profesných odborov vhodných pre osoby s postihnutím z hľadiska ich uplatnenia v praxi.

**Tab. 11 Veková štruktúra výberových vzoriek**

Výberová vzorka	Priemer	Medián	Modus	Min	Max	Rozpätie
Osoby bez TP	25,0	23	23	18	39	21
Osoby s TP	22,0	20	18	18	45	27
Celková vzorka	23,5	22	Viacnás.	18	45	27

TP = telesné postihnutie

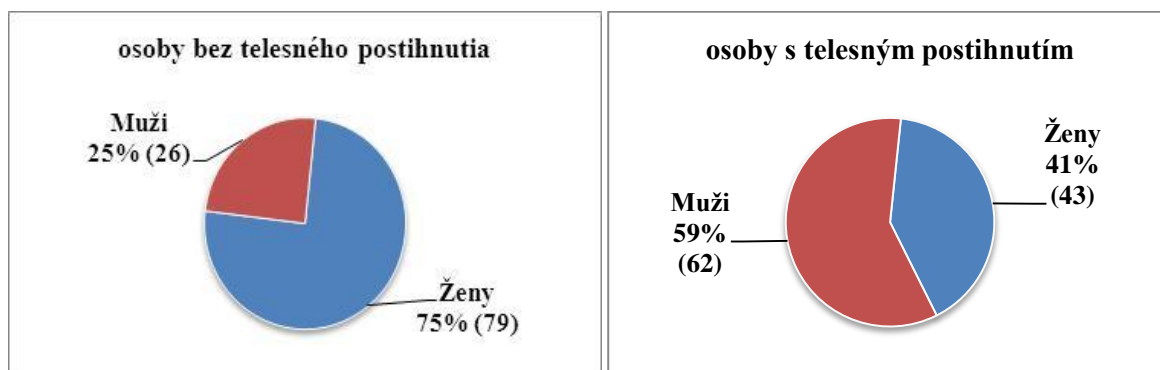
Veková štruktúra výberových vzoriek je porovnateľná, zachytáva obdobie konca adolescencie (18 – 20 rokov) a mladej dospelosti (20 – 45 rokov) (Vágnerová, 2008). Treba uviesť, že vek respondentov s TP na stredných špeciálnych školách je všeobecne vyšší oproti stredoškólakom bez TP na bežných stredných školách (práve preto sme mohli vo výskume zachytiť vek 18+). Odráža to neskorší nástup školskej dochádzky resp. prerušenie štúdia kvôli zdravotným problémom a pod. Výberové vzorky sa javia porovnateľné aj z hľadiska socializačných faktorov. Na základe spojenia faktorov veku a uvedeného vzdelania sa jednalo o *prevažne študujúcu populáciu* (či už prevažne na strednej škole v prípade osôb s TP alebo na vysokej škole v prípade osôb bez TP). Znamená to, že len vstúpia resp. sú na hranici vstupu do profesného života a samostatného dospelého života, ktorý je významným míľnikom vo vývoji osobnosti. Výberové vzorky z tohto pohľadu vytvárajú predpoklady pre zachytenie osôb s podobnými problémami a vývinovými úlohami, pred ktorými stoja.

Na vzorke osôb s TP bola výrazná prevaha osôb bez partnerského vzťahu (68%). Opačná situácia bola u osôb bez TP, kde prevažovali ľudia s partnerským vzťahom (64%). Tento fakt môže vyplývať z objektívne nižších možností (príležitostí) nadviazania partnerského vzťahu, čo opäť len potvrdzuje prax (napr. Michalík et al., 2011). Možnosť nadviazania partnerského vzťahu u študujúcich osôb s TP je do značnej miery obmedzená na komunitu ich rovesníkov s TP, ktorá zväčša nie je pohlavne vyvážená. Kontakty s bežnou populáciou, teda s intaktnými rovesníkmi sú limitované už samotnými časovými možnosťami, keďže väčšinu dňa strávia v špeciálnej strednej škole. Na stredných školách pre ľudí s TP, ktoré autorka navštívila za účelom zberu dát jednoznačne prevažovali muži (aj faktor už spomínanej prevahy diagnózy DMO).

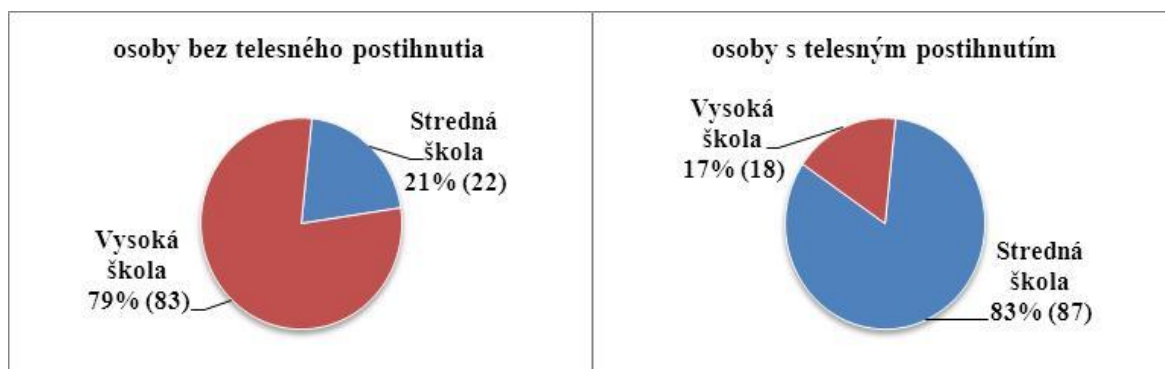
Celá výberová vzorka obsiahla *najmä mestskú populáciu*, i keď podiel osôb žijúcich v meste je vyšší na vzorke osôb bez TP (83%) oproti 70% na vzorke osôb s TP. Prevaha „mestských ľudí“ pravdepodobne odráža súčasný životný štýl.



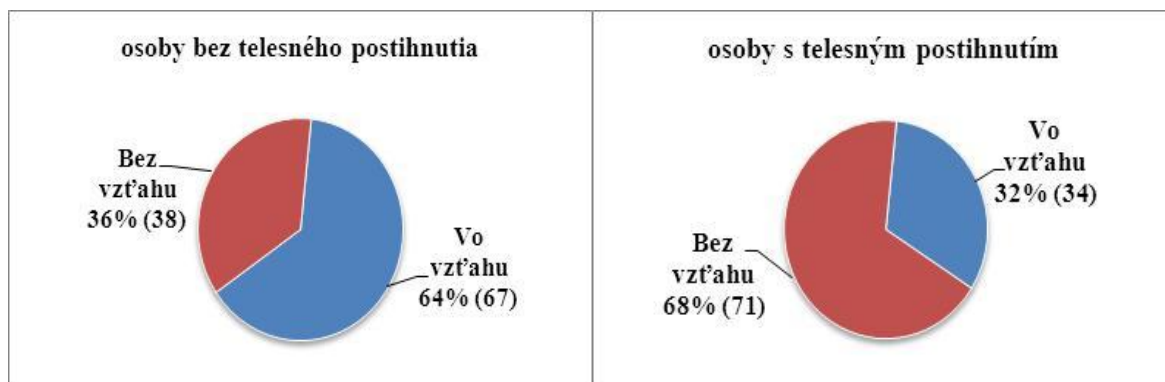
**Graf 1 Pohlavné zloženie výberových vzoriek**



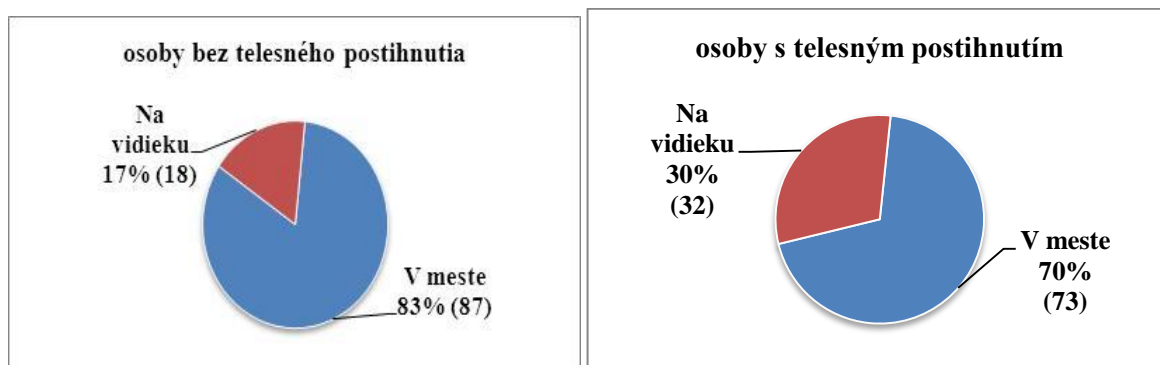
**Graf 2 Vzdelanostné zloženie výberových vzoriek**



**Graf 3 Partnerské vzťahy výberových vzoriek**



**Graf 4 Bývanie výberových vzoriek**



## Homogenita výberových vzoriek

Výberové vzorky osôb s TP a bez TP sú homogénne z hľadiska rozsahu (rovnaký počet respondentov v každej skupine). Pri skúmaní vekovej homogenity sme uskutočnili najprv F-test pre porovnanie rozptylov a následne príslušný t-test pre porovnanie priemerov. Zistili sme **vekovú homogenitu** výberových vzoriek na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$  (pri priemeroch:  $t = -1,484$ ,  $p$  hodnota =  $0,149$ ; pri rozptyle  $F = 0,001$ ,  $p$  hodnota =  $1,0$ ). Výsledky svedčia pre neexistenciu štatisticky významného rozdielu.

Pri zisťovaní pohlavnej homogenity sme použili chí-kvadrát test vzhľadom na to, že pohlavie je nominálna premenná. Zistili sme, že vypočítaná hodnota je štatisticky významná:  $\chi^2 = 25,35$  pri sv. =  $1$ ;  $p = 0,001$ . Konštatujeme **pohlavnú nehomogenitu** výberových vzoriek osôb s TP a osôb bez TP. Znamená to, že porovnania žien (mužov) s TP so ženami (mužmi) bez TP by nemali štatistickú silu.

**Tab. 12 Kontingenčná tabuľka Pohlavie x Telesné postihnutie**

Pohlavie	s TP	bez TP	Riadkové súčty
Ženy	43	79	122
Muži	62	26	88
Spolu	105	105	210

## 7.3. Výsledky inferenčnej štatistiky

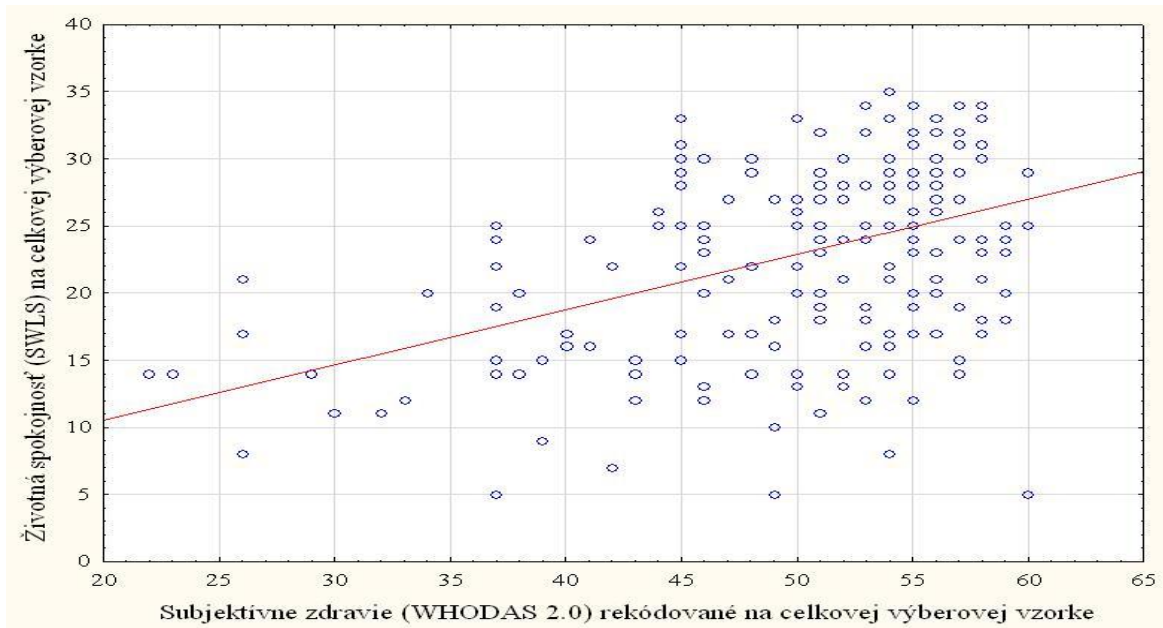
Overovali sme stanovené hypotézy. Pri štatistických prepočtoch sme používali neparametrické metódy vzhľadom na typ rozloženia premenných v skúmaných skupinách. Na účely výpočtu sme výsledky z dotazníka WHODAS 2.0 (hrubý skór) rekódovali za účelom lepšej porovnateľnosti s výsledkami dotazníka SWLS tak, aby pri oboch platilo, že vyššia absolútna hodnota výsledku znamená vyššiu hodnotu premennej.

**H1:** Bez ohľadu na TP existuje štatisticky významná *súvislosť* medzi subjektívne vnímaným zdravím podľa dotazníka WHODAS 2.0 a životnou spokojnosťou SWLS.

Na overenie hypotézy sme použili Spearmanov korelačný koeficient. Našli sme **stredne silnú pozitívnu koreláciu** medzi subjektívne vnímaným zdravím a životnou spokojnosťou ( $r = 0,407$ ;  $p < 0,05$ ). Inými slovami: na danej vzorke s rastom životnej spokojnosti sa zvyšuje aj subjektívne zdravie a naopak. Obe premenné sa „pohybujú“ rovnakým smerom a sila tohto vzťahu je celkom významná (pozri Graf 5).

=► **Prijímame hypotézu H1.**

**Graf 5** Korelácia subjektívneho zdravia (WHODAS 2.0) a životnej spokojnosti (SWLS) na celkovej vzorke

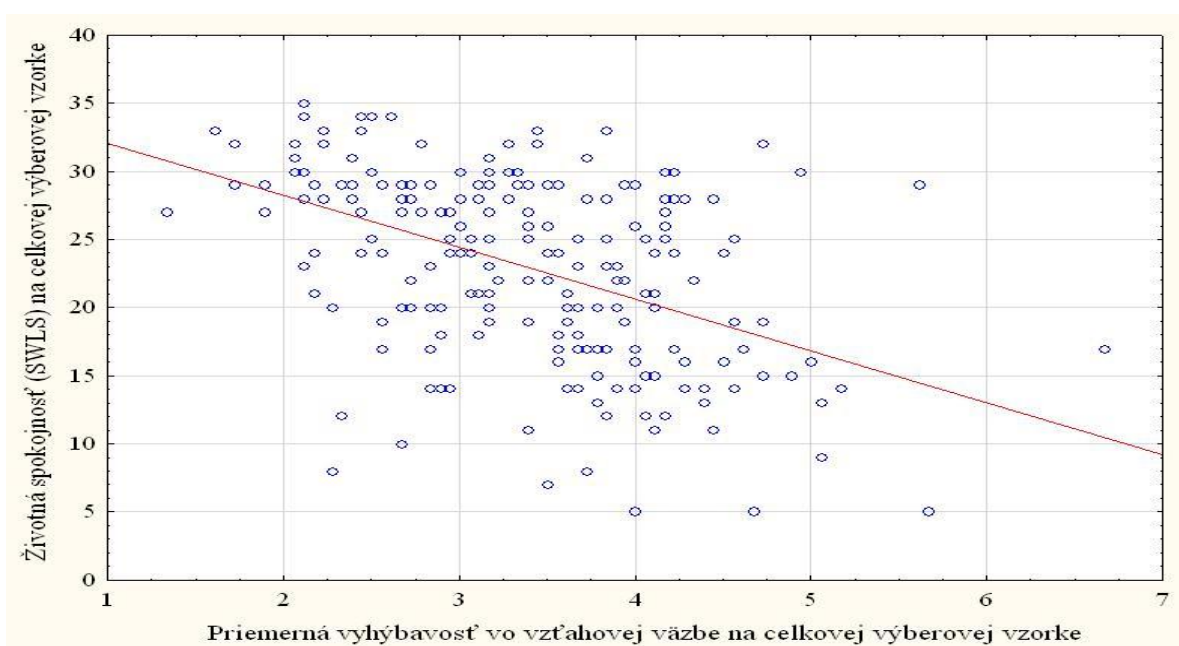


**H2:** Bez ohľadu na TP existuje štatisticky významná *negatívna súvislosť* medzi mierou vyhýbavosti vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR a mierou životnej spokojnosti SWLS.

Na základe Spearmanovho korelačného koeficienta  $r = -0,481$  ( $p < 0,05$ ) sme zistili *stredne silnú negatívnu koreláciu* medzi vyhýbavosťou dotazníka ECR a mierou životnej spokojnosti dotazníka SWLS na celkovej výberovej vzorke. Pozri Graf 6.

=► **Prijímame hypotézu H2.**

**Graf 6** Korelácia vyhýbavosti (ECR) a životnej spokojnosti (SWLS) na celkovej vzorke

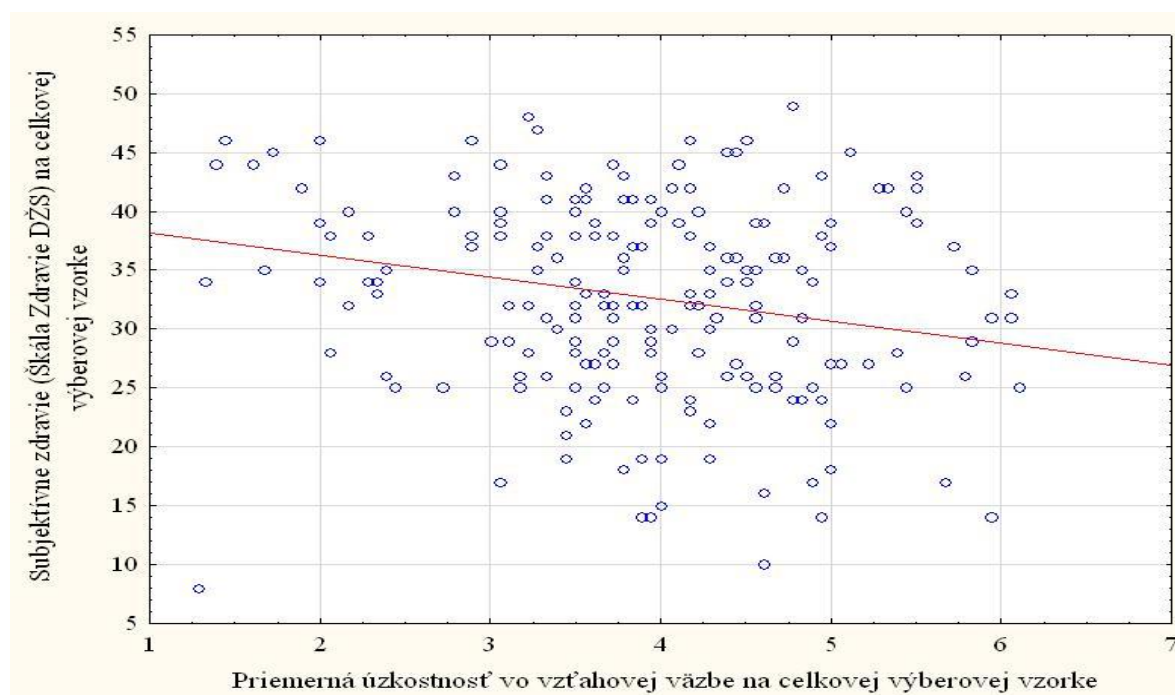


**H3:** Bez ohľadu na TP existuje štatisticky významná *negatívna súvislosť* medzi mierou úzkostnosti vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR a subjektívnym zdravím Škály Zdravie dotazníka DŽS.

Na základe Spearmanovho korelačného koeficienta  $r = -0,232$  ( $p < 0,05$ ) sme zistili *slabú negatívnu koreláciu* medzi priemernou mierou úzkostnosti dotazníka ECR a mierou subjektívneho zdravia Škály Zdravie DŽS na celkovej výberovej vzorke na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$ . Pozri Graf 7.

=► Prijímame hypotézu H3.

**Graf 7** Korelácia úzkostnosti (ECR) a subjektívneho zdravia (DŽS) na celkovej vzorke



**H4:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne nižšiu mieru *subjektívne vnímaného zdravia* dotazníka WHODAS 2.0 ako osoby bez telesného postihnutia.

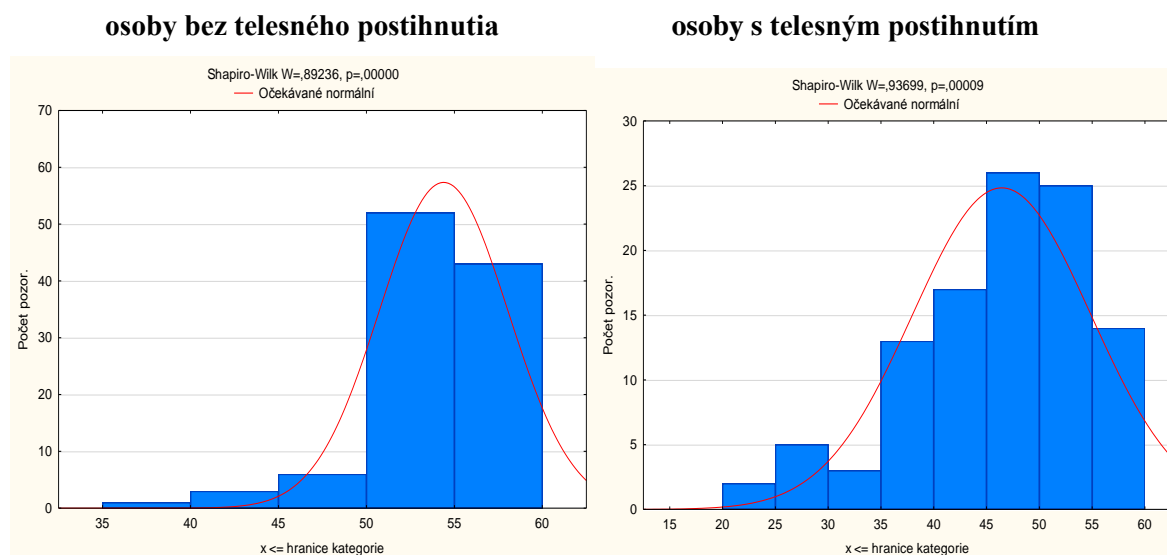
Premenná	Súčt. por. osoby s TP	Súčt. por. osoby bez TP	U	Z	p-hodnota
Subjektívne zdravie podľa WHODAS 2.0	7 594	14 562	2 029	-7,912	0,001

S použitím Mann-Whitneyho U-testu sme na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$  pre jednostrannú hypotézu preukázali štatisticky významne nižšiu mieru subjektívneho zdravia dotazníka WHODAS 2.0 u osôb s TP ako u osôb bez TP. Medián poradi na vzorke osôb s TP činil 72,32 a na vzorke bez TP 138,68. Pripomíname, že reportované hodnoty v dotazníku WHODAS 2.0 boli rekódované, teda vyššie dosiahnuté skóre znamená vyššiu

hodnotu subjektívneho zdravia resp. nižšiu mieru subjektívne vnímanej disability. Koeficient miery účinku vplyvu<sup>10</sup> r dosiahol -0,545 (vysoká praktická účinnosť).

=► Prijímame hypotézu H4.

**Graf 8** Histogramy: Subjektívne zdravie (WHODAS 2.0 rekód.) na výberových vzorkách



**Tab. 13** Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Subjektívne zdravie (WHODAS 2.0 rekód.)

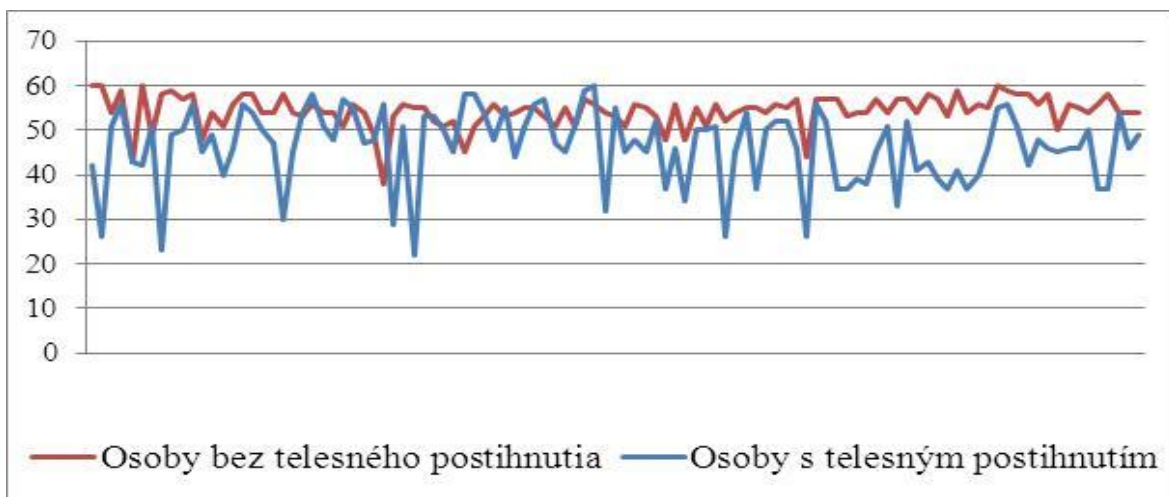
Výberová vzorka	Priemer	Medián	Modus (početnosť)	Min	Max	Rozpätie	Smer. odchýlka
Osoby bez TP	54,39	55	54 (20)	38	60	22	3,65
Osoby s TP	46,44	48	Viacnás.	22	60	38	8,43

TP = telesné postihnutie

Ako vidieť, rozdelenia premenných subjektívneho zdravia podľa WHODAS 2.0 v oboch výberových vzorkách sú negatívne zošikmené, i keď oveľa viac na vzorke osôb bez TP. Rozdelenie početnosti je u nich posunuté doprava, k prevažujúcim vyšším hodnotám subjektívneho zdravia. Znamená to, že vyššiu početnosť osôb, ktoré reportovali vyššiu mieru subjektívne vnímaného zdravia. Tab. 13 udáva miery centrálnej tendencie na oboch výberových vzorkách. Na prvý pohľad zaujme rozdiel v smerodajnej odchýlke a v rozpätí pri porovnaní výberových vzoriek. Osoby s TP sa medzi sebou výrazne odlišovali v subjektívnom posudzovaní svojho funkčného zdravia napriek tomu, že ich objektívne charakteristiky zdravia boli podobné. V záujme lepšej ilustratívnosti Graf 9 na nasledujúcej strane porovnáva hodnotenie subjektívneho zdravia dotazníka WHODAS 2.0 na výberových vzorkách osôb s TP a osôb bez TP (os x zachytáva jednotlivých respondentov, na osi y sú nanesené rekódované hodnoty dotazníka WHODAS 2.0).

<sup>10</sup> Metodiku výpočtu koeficientu miery účinku vplyvu r sme popísali na strane 76.

**Graf 9** Porovnanie subjektívneho zdravia (WHODAS 2.0 rekód.) na výberových vzorkách



**H5:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne nižšiu mieru životnej spokojnosti dotazníka SWLS ako osoby bez telesného postihnutia.

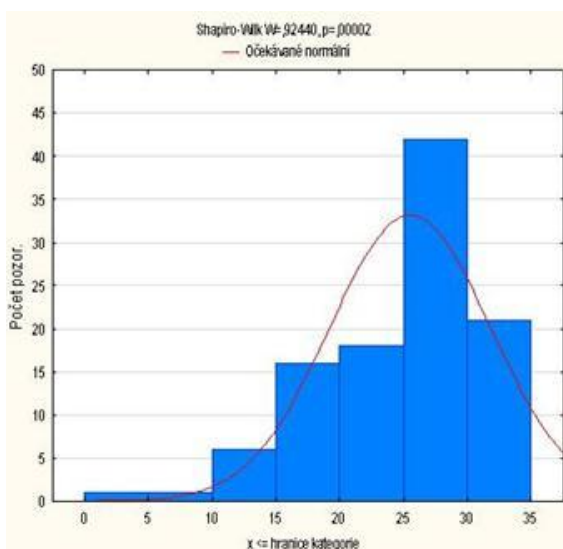
Premenná	Súčet. por. osoby s TP	Súčet. por. osoby bez TP	U	Z	p-hodnota
Životná spokojnosť SWLS	8 762	13 393	3 197	-5,258	0,001

S použitím Mann-Whitneyho U-testu sme na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$  pre jednostrannú hypotézu zistili signifikantne nižšiu mieru životnej spokojnosti podľa SWLS u osôb s TP ako u osôb bez TP. Medián na vzorke osôb s TP dosiahol 83,45; na vzorke osôb bez TP 127,55. Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  činil -0,363 (stredná účinnosť).

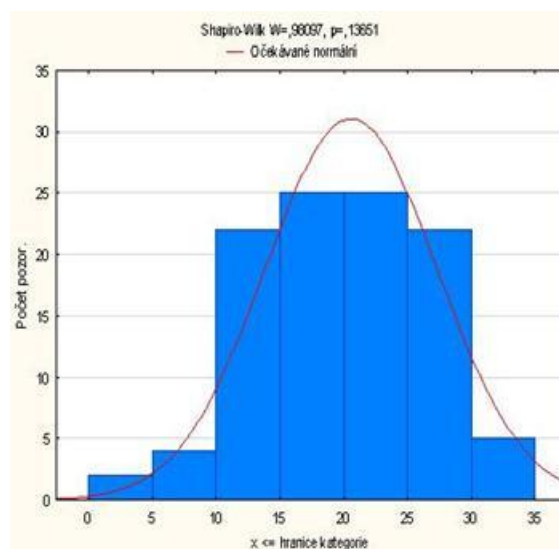
=► Prijímame hypotézu H5.

**Graf 10** Histogramy: Životná spokojnosť SWLS na výberových vzorkách

osoby bez telesného postihnutia



osoby s telesným postihnutím



**Tab. 14** Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Životná spokojnosť (SWLS)

Výberová vzorka	Priemer	Medián	Modus (početnosť)	Min	Max	Rozpätie	Smer. odchýlka
Osoby bez TP	25,53	27	29 (12)	5	34	29	6,32
Osoby s TP	20,58	20	17 (11)	5	35	30	6,75

TP = telesné postihnutie

Z Grafu 10 na predchádzajúcej strane vidieť, že rozdelenie životnej spokojnosti v SWLS u osôb bez TP je negatívne zošikmené (koef. šikmosti  $-0,93$ ), t. j. prevažujú vyššie, nadpriemerné hodnoty. Rozdelenie životnej spokojnosti u osôb s TP je normálne. U oboch vzoriek je vysoká, variabilita posudzovania životnej spokojnosti (pozri Tab. 14). Osoby s TP využili celé spektrum, ktoré im dotazník SWLS ponúka (min. = 5, max. = 35).

**H6:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne vyššiu mieru vyhýbavosti vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR ako osoby bez telesného postihnutia.

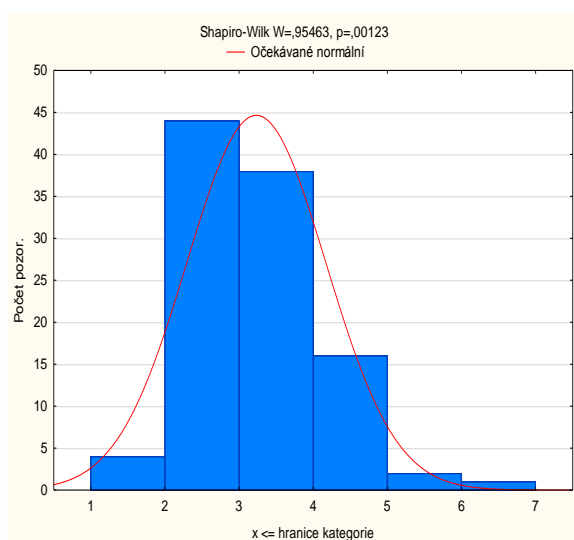
Premenná	Súčt. por. osoby s TP	Súčt. por. osoby bez TP	U	Z	p-hodnota
Vyhýbavosť ECR	39 174	37 072	18 157	0,768	0,221

Na overenie hypotézy sme použili Mann-Whitneyho U-test pre dva nezávislé výbery. Na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$  pri jednostrannej hypotéze konštatujeme, že medzi výberovými vzorkami sme nezistili signifikantný rozdiel vo vzťahovej vyhýbavosti podľa dotazníka ECR. Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol  $0,053$ .

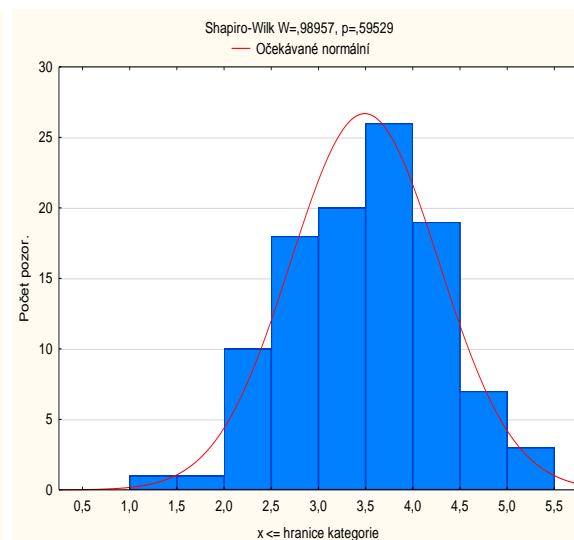
⇒ **Zamietame hypotézu H6.**

**Graf 11** Histogramy: Priemerná vyhýbavosť ECR na výberových vzorkách

osoby bez telesného postihnutia



osoby s telesným postihnutím



Graf 11 na predchádzajúcej strane ukazuje, že rozdelenie vyhýbavosti ECR u osôb bez TP je negatívne zošikmené (koef. šikmosti  $-0,74$ ), teda mierne prevažujú nižšie skóre vyhýbavosti. Rozpätie hodnôt je však vyššie u osôb bez TP (pozri Tab. 15). Musíme mať na pamäti nižšiu vnútornú konzistenciu subskály vyhýbavosti na vzorke osôb bez TP (Cronbachova  $\alpha = 0,53$ ), na výsledky sa možno pozerat' preto s istou rezervou. U osôb s TP je rozdelenie hodnôt vyhýbavosti normálne, s nižšou smerodajnou odchýlkou.

**Tab. 15** Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Priemerná vyhýbavosť (ECR)

Výberová vzorka	Priemer	Medián	Modus (početnosť)	Min	Max	Rozpätie	Smer. odchýlka
Osoby bez TP	3,23	3,17	2,11 (7)	1,72	6,67	4,95	0,94
Osoby s TP	3,49	3,56	Viacnás.	1,33	5,17	3,84	0,78

TP = telesné postihnutie

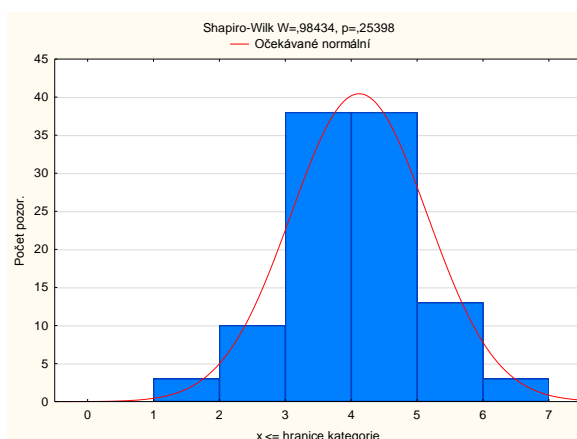
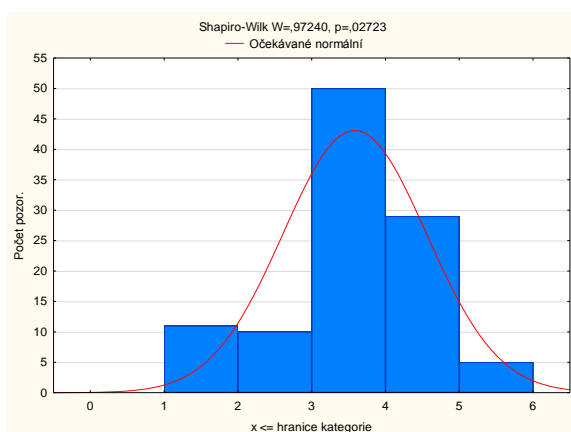
**H7:** Osoby s telesným postihnutím majú štatisticky významne vyššiu mieru *úzkostnosti* vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR ako osoby bez telesného postihnutia.

Premenná	Súčt. por. osoby s TP	Súčt. por. osoby bez TP	U	Z	p-hodnota
Úzkostnosť ECR	39 018	37 228	17 922	-0,979	0,164

Pomocou Man-Whitneyho U-testu sme nenašli dostatok dôkazov na prijatie hypotézy na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$  pri jednostrannej hypotéze. V skóre úzkostnosti nebol nájdený signifikantný rozdiel medzi osobami s TP a bez TP. Koeficient miery účinku  $r$  dosiahol hodnotu  $-0,068$ .

=► **Zamietame hypotézu H7.**

**Graf 12** Histogramy: Priemerná úzkostnosť ECR na výberových vzorkách osôb bez telesného postihnutia osôb s telesným postihnutím





**Tab. 16** Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Priemerná úzkosť (ECR)

Výberová vzorka	Priemer	Medián	Modus (početnosť)	Min	Max	Rozpätie	Smer. odchýlka
Osoby bez TP	3,58	3,67	3,06 (7)	1,39	5,83	4,44	0,97
Osoby s TP	4,12	4,11	Viacnás.	1,28	6,11	4,83	1,04

TP = telesné postihnutie

Rozdelenie priemernej úzkosti na vzorke osôb s TP je normálne a na vzorke osôb bez TP negatívne zošikmené, aj keď len veľmi mierne (koef. šikmosti -0,37). U osôb bez TP teda prevažujú nižšie skóre vzťahovej vyhýbavosti. Obe výberové vzorky dosiahli značné rozpätie hodnôt a vysokú variabilitu od priemeru (smerodatná odchýlka).

#### 7.4. Sumárne výsledky korelačnej analýzy

Pre posúdenie korelačných asociácií sme použili Spearmanov korelačný koeficient. Uvádzame výsledky za celkovú výberovú vzorku, ako aj za jednotlivé výberové súbory osôb bez TP a s TP. Pre účely prepočtov boli hrubé skóry dotazníka WHODAS 2.0 rekódované vzostupne tak, aby vyššia absolútna hodnota vyjadrovala vyššie subjektívne zdravie. Pri subškálach vyhýbavosti a úzkosti vo vzťahovej väzbe dotazníka ECR sme vychádzali z priemerných hodnôt za každého respondenta.

**Tab. 17** Korelačná matica: súvislosti na celkovej výberovej vzorke

	Subjektívne zdravie WHODAS 2.0	Životná spokojnosť	Vyhýbavosť ECR	Úzkosť ECR	Subjektívne zdravie DŽS
Subjektívne zdravie WHODAS 2.0	1	0,407	-0,258	-0,208	0,452
Životná spokojnosť		1	-0,481	-0,208	0,568
Vyhýbavosť ECR			1	0,115	-0,284
Úzkosť ECR				1	-0,232
Subjektívne zdravie DŽS					1

Výsledky korelačnej analýzy na celkovej vzorke ukazujú, že „všetko so všetkým súvisí“ (s výnimkou asociácie vyhýbavosti a úzkosti vo vzťahovej väzbe, ktoré

predstavujú dve odlišné dimenzie vo vzťahovej väzbe). Smery zistených vzťahov sú v zhode s predpokladanými výsledkami podľa doterajšieho poznania z výskumov. Najtesnejšia späťnosť sa prejavila medzi životnou spokojnosťou dotazníka SWLS a subjektívnym zdravím dotazníka DŽS, ktorých vzájomná pozitívna korelácia bola overovaná už vyššie. Naopak úzkostnosť len slabo negatívne, i keď štatisticky významne koreluje so subjektívnym zdravím zisteným oboma metódami (WHODAS 2.0, DŽS) a so životnou spokojnosťou. V subškálach ECR bola zistená najväčšia, a to stredne silná negatívna korelácia len medzi vyhýbavosťou a životnou spokojnosťou. **Najkonzistentnejšími zisteniami** celej korelačnej analýzy sú nasledujúce dve:

- *negatívna korelácia medzi vyhýbavosťou vo vzťahovej väzbe a životnou spokojnosťou,*
- *pozitívna korelácia medzi životnou spokojnosťou a subjektívnym zdravím DŽS.*

Potvrdili sa jednak na celkovej výberovej vzorke, ako aj na oboch výberových vzorkách osôb s TP a bez TP a vo všetkých prípadoch išlo o stredne silné korelácie.

**Tab. 18 Korelačná matica: súvislosti na vzorke osôb s telesným postihnutím**

	Subjektívne zdravie WHODAS 2.0	Životná spokojnosť	Vyhýbavosť ECR	Úzkostnosť ECR	Subjektívne zdravie DŽS
Subjektívne zdravie WHODAS 2.0	1	0,415	-0,289	-0,036	0,152
Životná spokojnosť		1	-0,480	0,034	0,479
Vyhýbavosť ECR			1	-0,162	-0,189
Úzkostnosť ECR				1	-0,063
Subjektívne zdravie DŽS					1

Na vzorke osôb s TP sa potvrdilo najmenej korelácií (pozri Tab. 18), akoby ostávali súvislosti viac otvorené, volnejšie alebo možno pri inej interpretačnej úvahe: chýba pevnejšie ukotvenie. Súčasne to naznačuje, že výsledky u osôb s TP „rozried’ovali“ celkové výsledky. Z hľadiska subškál ECR sa ukázala korelácia medzi vyhýbavosťou a úzkostnosťou na vzorke osôb bez TP (slabá pozitívna korelácia  $r = 0,33$ ). Skóre subškály

úzkostnosti na vzorke osôb s TP nekorelovali so žiadnou inou premennou, zatiaľ čo naopak na vzorke osôb bez TP korelovali so všetkými, i keď išlo o slabé korelácie.

**Tab. 19 Korelačná matica: súvislosti na vzorke osôb bez telesného postihnutia**

	Subjektívne zdravie WHODAS 2.0	Životná spokojnosť	Vyhýbavosť ECR	Úzkosť ECR	Subjektívne zdravie DŽS
Subjektívne zdravie WHODAS 2.0	1	0,109	-0,135	-0,207	0,311
Životná spokojnosť		1	-0,464	-0,320	0,474
Vyhýbavosť ECR			1	0,332	-0,286
Úzkosť ECR				1	-0,226
Subjektívne zdravie DŽS					1

## 7.5. Doplnkové zistenia rozdielovej štatistiky

V tejto podkapitole uvedieme doplnujúce zistenia rozdielovej štatistiky ku výsledkom v podkapitole 7.3. Na prepočty sme použili Mann-Whitneyho U-test. Neskúmali sme rozdiely podľa rodinnej situácie (život v úplnej rodine / v neúplnej rodine / samostatne) z dôvodu slabšej jednoznačnosti otázky. V priebehu výskumu si autorka uvedomila, že značná časť respondentov s TP žije na internáte (teda „prakticky“ samostatne), ale súčasne žijú s rodičmi v úplnej alebo neúplnej rodine. Z dôvodu možnosti rôzneho pochopenia otázky respondentami by mohli byť výsledky skreslené. Podrobné výsledky rozdielovej štatistiky na celkovej výberovej vzorke pozri v Prílohe 10, na výberovej vzorke osôb s TP v Prílohe 11 a na výberovej vzorke osôb bez TP v Prílohe 12.

### Medzipohlavné rozdiely

Na celkovej výberovej vzorke bez ohľadu na TP (podiel ženy 58%, muži 42%) sme zistili na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$  signifikantný rozdiel v hodnotení *subjektívneho zdravia podľa WHODAS 2.0* medzi mužmi a ženami ( $Z = 1,971$ ;  $U = 4511$ ;  $p = 0,049$ ). Ženy reportovali signifikantne vyššie subjektívne zdravie. Koeficient  $r$  dosiahol však len malú hodnotu (0,136).

Na výberovej vzorke osôb bez TP (podiel ženy 75%, muži 25%) sme zistili signifikantný rozdiel v subjektívnom zdraví škály Zdravie DŽS medzi mužmi a ženami ( $Z = -2,713$ ;  $U = 661$ ;  $p = 0,007$ ). Muži hodnotili svoje zdravie štatisticky významne vyššie ako ženy. Koeficient  $r$  činil  $0,275$  – s ohľadom na tento fakt, ako aj na výraznú diskrepanciu početnosti mužov a žien vo výberovej vzorke osôb bez TP interpretácia výsledku ostáva skôr opatrná. Vo všetkých ostatných prípadoch neboli zistené medzipohlavné rozdiely.

### **Rozdiely medzi osobami v meste a na vidieku**

Signifikantný rozdiel medzi osobami žijúcimi v meste a na vidieku bol zistený jedine na celkovej výberovej vzorke, a to v životnej spokojnosti dotazníka SWLS ( $Z = 2,305$ ;  $U = 3135$ ;  $p = 0,021$ ). Osoby žijúce v meste hodnotili svoju životnú spokojnosť štatisticky významne vyššie ako osoby žijúce na vidieku. Koeficient  $r$  dosiahol  $0,159$  (nízka hodnota). Výsledok možno opäť hodnotiť s istou rezervou aj vzhľadom na to, že počet ľudí žijúcich v meste mal na celkovej vzorke podiel 76%.

### **Rozdiely podľa partnerského vzťahu**

Na celkovej výberovej vzorke (pomer ženy 122/58%, muži 88/42%) sme zistili signifikantné rozdiely medzi osobami v partnerskom vzťahu a osobami bez vzťahu:

- v životnej spokojnosti dotazníka SWLS ( $Z = -3,809$ ;  $U = 3823$ ;  $p = 0,001$ ). Osoby vo vzťahu reportovali signifikantne vyššiu životnú spokojnosť. Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol strednú hodnotu ( $0,263$ ).
- v subjektívnom zdraví dotazníka WHODAS 2.0 ( $Z = -4,062$ ;  $U = 3713$ ;  $p = 0,001$ ). Osoby v partnerskom vzťahu hodnotili svoje zdravie signifikantne vyššie. Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  činil  $-0,280$  (stredná hodnota).
- v subjektívnom zdraví škály Zdravie DŽS ( $Z = -2,347$ ;  $U = 4472$ ;  $p = 0,019$ ). Osoby vo vzťahu posúdili svoje zdravie vyššie ako osoby bez partnera / partnerky. Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol však malú hodnotu ( $-0,163$ ).

Na výberovej vzorke osôb bez TP sme zistili štatisticky významný rozdiel v životnej spokojnosti SWLS medzi ľuďmi bez partnerského vzťahu a vo vzťahu ( $Z = 2,057$ ;  $U = 964$ ;  $p = 0,039$ ). Osoby vo vzťahu reportovali signifikantne vyššiu životnú spokojnosť. Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol nízku hodnotu ( $0,201$ ). Upozorňujeme, že výberová vzorka osôb bez TP bola podľa skúmaného kritéria nevyvážená (67/64% v partnerskom vzťahu, 38/36% bez vzťahu). Jednako výsledky potvrdzujú pozitívny vplyv partnerstva na subjektívne zdravie a životnú spokojnosť a sú v zhode s doterajšími výskumami, napr. Hernandez et al. (2014), Fahrenberg et al. (2001) v danom poradí.

## Rozdiely podľa vzdelania

Na celkovej výberovej vzorke bez ohľadu na TP sme zistili štatisticky významné rozdiely medzi osobami so stredoškolským a vysokoškolským vzdelaním, pričom osoby s vysokoškolským vzdelaním reportovali *signifikantne vyššie hodnoty*:

- v životnej spokojnosti dotazníka SWLS ( $Z = -3,871$ ;  $U = 3801$ ;  $p = 0,001$ ). Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol strednú hodnotu  $(-0,263)$ .
- v subjektívnom zdraví dotazníka WHODAS 2.0 ( $Z = -4,348$ ;  $U = 3591$ ;  $p = 0,001$ ). Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol strednú hodnotu  $(0,318)$ .
- v subjektívnom zdraví škály Zdravie DŽS ( $Z = -3,204$ ;  $U = 4095$ ;  $p = 0,001$ ). Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol hodnotu  $-0,221$ .

Na výberovej vzorke osôb s TP, ako aj na výberovej vzorke osôb bez TP neboli zistené žiadne *signifikantné rozdiely* v skúmaných parametroch podľa typu vzdelania. Treba poznamenať, že pri väčšine zistených výsledkov dosiahol koeficient miery účinku vplyvu nízku hodnotu.

*Na vzorke osôb s TP* neboli zistené *žiadne signifikantné rozdiely* v subjektívnom zdraví podľa WHODAS 2.0, podľa škály Zdravie DŽS, v životnej spokojnosti SWLS, ani v subškálach vzťahovej vyhýbavosti a vzťahovej úzkosti ECR (i) podľa pohlavia: ženy / muži, (ii) podľa bývania: v meste / na vidieku, (iii) podľa vzťahu: v partnerskom vzťahu / bez vzťahu a (iv) podľa vzdelania: stredoškolské / vysokoškolské. Pozri Prílohu 11. Výberová vzorka osôb s TP sa javí byť v skúmaných parametroch vnútorne konzistentná, pôsobí ako „jednoliaty celok“.

*V subškálach vyhýbavosti a úzkosti* dotazníka ECR neboli zistené *žiadne signifikantné rozdiely* v skúmaných parametroch, a to ani na celkovej výberovej vzorke, ani osobitne na výberových vzorkách osôb s TP a bez TP.

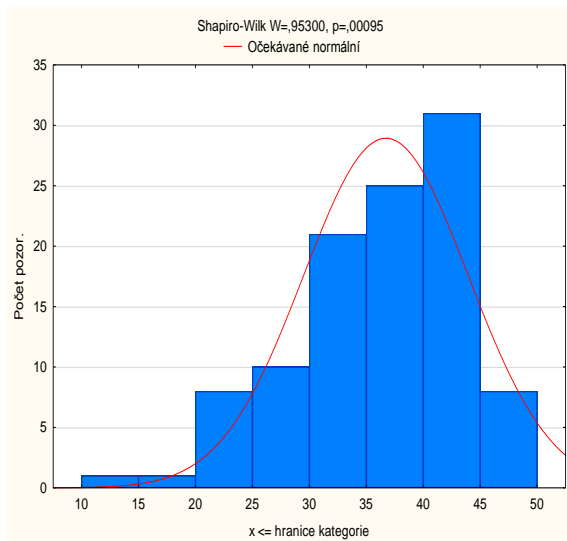
## Rozdiely v subjektívnom zdraví podľa škály Zdravie DŽS na výberových vzorkách

Pre úplnosť sme zisťovali rozdiel v subjektívnom zdraví podľa škály Zdravie DŽS medzi výberovou vzorkou osôb s TP a bez TP prostredníctvom Mann-Whitneyho U-testu. Na hladine spoľahlivosti  $\alpha = 0,05$  sme medzi nimi preukázali *signifikantný rozdiel*. Osoby bez TP reportovali *signifikantne vyššiu mieru subjektívneho zdravia Škály Zdravie DŽS*. Koeficient miery účinku vplyvu  $r$  dosiahol hodnotu  $-0,462$  (vysoká hodnota).

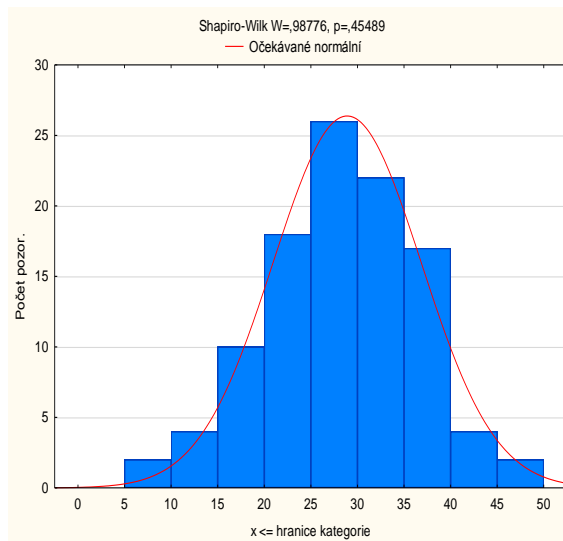
Premenná	Súčet. por. osoby s TP	Súčet. por. osoby bez TP	U	Z	p-hodnota
Škála Zdravie DŽS	8 129	14 026	2 564	-6,696	0,001

**Graf 13 Histogramy: Subjektívne zdravie (DŽS) na výberových vzorkách**

**osoby bez telesného postihnutia**



**osoby s telesným postihnutím**

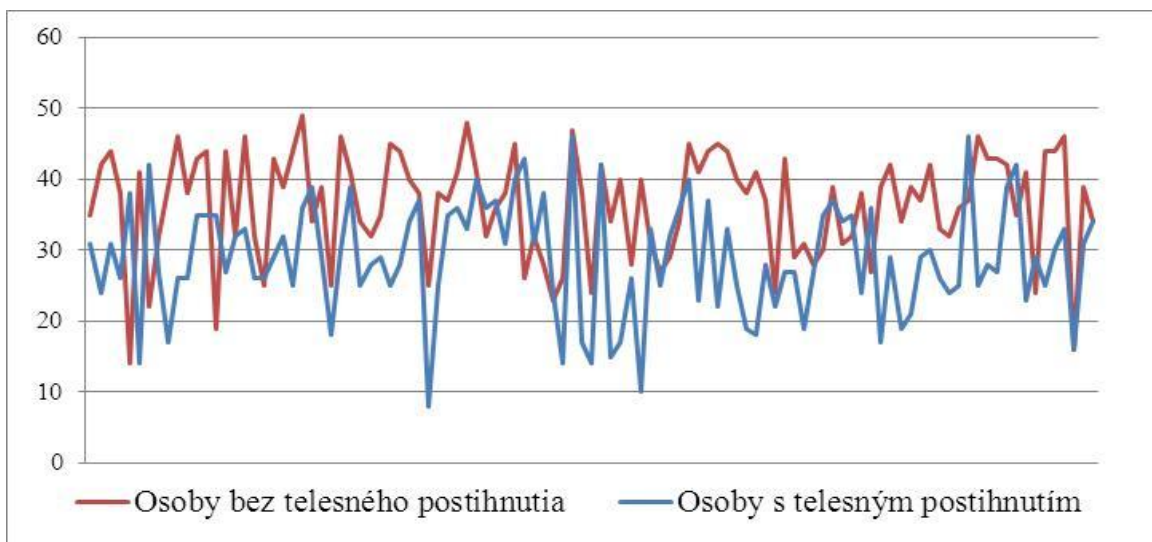


**Tab. 20 Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Subjektívne zdravie (DŽS)**

Výberová vzorka	Priemer	Medián	Modus (početnosť)	Min	Max	Rozpätie	Smer. odchýlka
Osoby bez TP	36,72	38	44 (9)	14	49	35	7,24
Osoby s TP	28,90	29	25 (9)	8	46	38	7,94

TP = telesné postihnutie

**Graf 14 Porovnanie subjektívneho zdravia (DŽS) na výberových vzorkách**



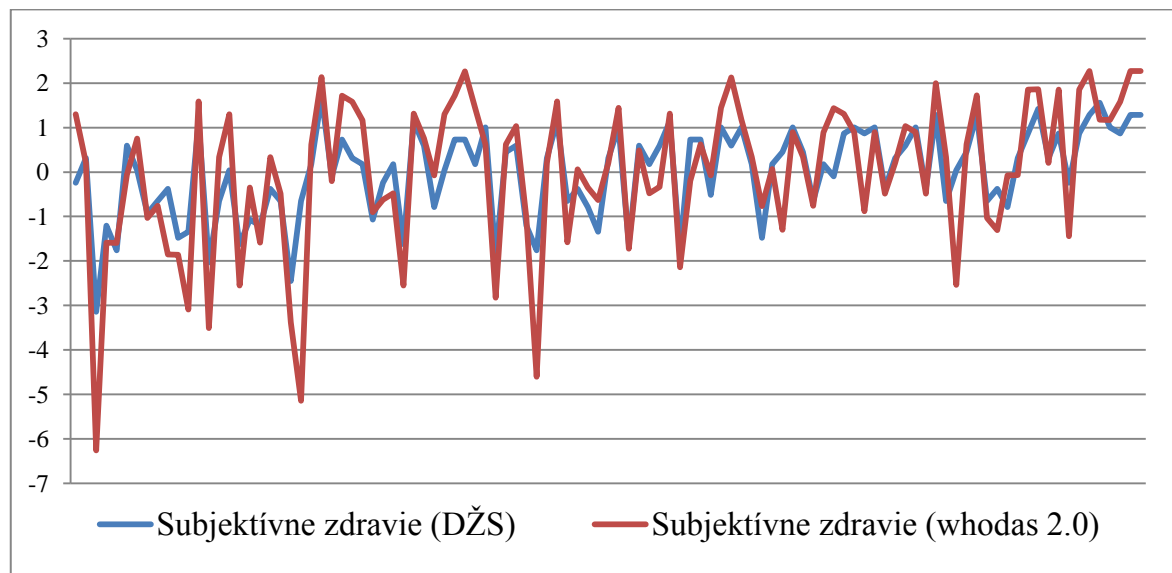
Graf 13 na histogramoch ukazuje rozdelenie hodnôt subjektívneho zdravia škály Zdravie DŽS na oboch výberových vzorkách. Rozdelenie je u vzorky osôb s TP normálne, u vzorky osôb bez TP je negatívne zošikmené (koef. šikmosti -0,67), teda väčšiu početnosť majú vyššie hodnoty subjektívneho zdravia. Matematické vyjadrenie v mierach centrálnej

tendencie oboch skupín (Tab. 20), ako aj vizuálne zobrazenie (Graf 14) hovorí zreteľne v prospech vyššej spokojnosti so zdravím osôb bez TP. Variabilita (rozpätie) hodnôt je u oboch vzoriek značne veľká, i keď vyššia na výberovej vzorke osôb s TP.

### Subjektívne zdravie - porovnanie WHODAS 2.0 a škály Zdravie DŽS

Považovali sme za zmysluplné porovnať subjektívne zdravie merané dvoma odlišnými mernými nástrojmi, a to osobitne na oboch výberových vzorkách. Keďže premenné majú odlišné kvantitatívne vymedzenie v rôznych dotazníkoch, aby sme porovnávali „porovnateľné“, ich hrubé skóre sme za týmto účelom previedli na štandardný skór. Zvolili sme *z-skór*, ktorého základnou jednotkou je smerodatná odchýlka a priemer má v hodnote nula (Kollárik, Sollárová et al., 2004). Hrubý skór Whodas 2.0 bol kvôli porovnateľnosti za týmto účelom rekódovaný, aby pri oboch premenných platilo, že vyššia absolútna hodnota výsledku znamená vyššiu hodnotu subjektívneho zdravia. Výstupy sme spracovali graficky, pričom os x zachytáva jednotlivých respondentov, na osi y sú nanesené výstupy z dotazníkov WHODAS 2.0 a zo škály Zdravie DŽS za každého respondenta. Pre lepšiu viditeľnosť prípadných rozdielov boli výstupy respondentov z dotazníka WHODAS 2.0 usporiadané *vzostupne*.

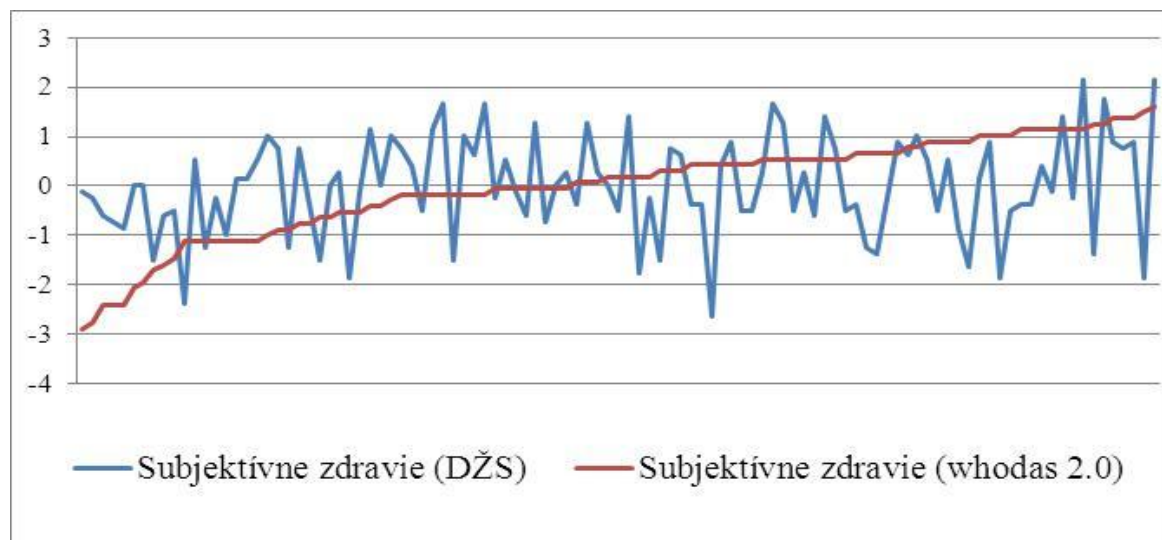
**Graf 15** Subjektívne zdravie: WHODAS 2.0 a DŽS na vzorke osôb bez telesného postihnutia



Graf 15 na vzorke osôb bez TP naznačuje vyššiu stabilitu (nižšie rozpätie) posudzovania v DŽS, pričom hodnotenie vo WHODAS 2.0 väčšinou prevyšuje hodnotenie v DŽS. To znamená, že osoby bez TP posudzovali svoje funkčné zdravie (WHODAS 2.0) o niečo vyššie v porovnaní so subjektívnym vnímaním celkového zdravia v DŽS. Napriek tomu je zreteľné, že väčšinou sa oba konštrukty vyvíjajú zhodne (zistená slabá korelácia

$r = 0,31$ ). Navyše v posudzovaní podľa WHODAS 2.0 sa vyskytujú väčšie výkyvy do extrémnych, najmä nižších hodnôt. Na vzorke osôb bez TP sa to môže zdať prekvapivé. Vrátime sa k možným súvislostiam v diskusii.

**Graf 16** Subjektívne zdravie: WHODAS 2.0 a DŽS na vzorke osôb s telesným postihnutím



Na vzorke osôb s TP nebola zistená korelácia medzi subjektívnym zdravím DŽS a WHODAS 2.0. Graf 16 dokumentuje značnú variabilitu a značnú nezávislosť vývoja oboch premenných. Subjektívne vnímanie zdravia podľa DŽS si žije akoby vlastným životom nezávisle na hodnotení funkčného zdravia podľa WHODAS 2.0. Dalo by sa z toho dedukovať, že funkčné aspekty zdravia nemajú priamočiary dopad na subjektívne prežívanie a hodnotenie zdravia. Nemožno uviesť jednoznačný záver o tom, či respondenti ako celok hodnotili vyššie svoje zdravie v dotazníku WHODAS 2.0 alebo v DŽS.

### Hodnotenie životnej spokojnosti podľa noriem dotazníka SWLS

**Tab. 21** Životná spokojnosť podľa noriem dotazníka SWLS

Výberová vzorka	Priemer	Hodnotenie podľa manuálu SWLS	Medián	Hodnotenie podľa manuálu SWLS
Osoby bez TP	25,5	spokojnosť	27	spokojnosť
Osoby s TP	20,6	mierna spokojnosť	20	neutrálny počet bodov

TP = telesné postihnutie

Pri hodnotení je prvotnou otázkou voľba reprezentanta premennej vo výberových vzorkách. Keďže rozloženie premenných v SWLS bolo na vzorke osôb s TP normálne, na vzorke osôb bez TP išlo o negatívne zošikmené rozdelenie (koef. šikmosti  $-0,93$ ), zvolili sme *medián*. Medián nie je tak ovplyvnený extrémnymi hodnotami ako priemer a jeho



aplikácia je vhodná pre šikmé rozdelenia (Kollárik, Sollárová et al., 2004). V Tab. 21 uvádzame len pre porovnanie hodnotenie aj podľa priemeru aj podľa mediánu. Výsledok u osôb bez TP prekročil priemerné hodnoty normované autorom testu Dienerom na vzorke študentov (priemer 23,5), ako aj na vzorke starších dospelých (25,3). U osôb s TP tomu tak síce nebolo, ale posunuli sa len o jednu kategóriu nižšie oproti osobám bez TP (pri použití mediánu). Možno na to nazerať ako na veľmi dobrý výsledok vzhľadom na objektívne charakteristiky ich zdravia resp. objektívne znížené funkčné

### **Hodnotenie subjektívneho zdravia podľa noriem dotazníka WHODAS 2.0**

**Tab. 22 Subjektívne zdravie podľa noriem dotazníka WHODAS 2.0**

Výberová vzorka	Priemer	Hodnotenie podľa manuálu WHODAS 2.0	Medián	Hodnotenie podľa manuálu WHODAS 2.0
Osoby bez TP	17,6	89,6 - 92,4 percentil	17	89,6 - 92,4 percentil
Osoby s TP	25,6	93,8 - 94,7 percentil	24	93,8 - 94,7 percentil

TP = telesné postihnutie

Pri hodnotení sme vychádzal z pôvodných výsledkoch, t. j. nižšia hodnota znamená nižšiu subjektívne vnímanú mieru disability, teda vyššie subjektívne zdravie. Pri posudzovaní sme stáli pred rovnakou otázkou voľby „reprezentanta“ vo výberových vzorkách. Rozdelenie hodnôt bolo pri vzorke osôb s TP normálne a pri vzorke osôb bez TP pozitívne zošikmené (pri pôvodných hrubých skóroch), t.j. prevažovali nízke hodnoty disability (vyššie subjektívne vnímanie zdravia). V Tab. 22 uvádzame výsledok hodnotenia pri voľbe priemeru aj pri posudzovaní podľa mediánu schopnosti ich zdravia. Interpretácia sa môže líšiť vzhľadom na voľbu komparatívnej základne.. Ako vidieť, nie je medzi nimi rozdiel. Osoby s TP dosiahli vyššiu mieru zhody s výsledkami osôb normovaného súboru dotazníka WHODAS 2.0.

## 8. DISKUSIA

V tejto časti sa pokúsime o interpretáciu výsledkov výskumu, uvedieme jeho obmedzenia, prínosy a námety do ďalších výskumov.

**K interpretácii výsledkov.** Ku hlavným *výsledkom korelačnej analýzy* patrí stredne silná súvislosť medzi subjektívnym zdravím škály Zdravie DŽS a životnou spokojnosťou, ktorá sa potvrdila na oboch výberových vzorkách aj na celkovej vzorke. Táto súvislosť sa potvrdila aj pri meraní na základe WHODAS 2.0 s výnimkou vzorky osôb bez TP. Možno usudzovať, že funkčné aspekty zdravia vnímajú osoby bez TP ako samozrejmosť a nie sú faktorom ich životnej spokojnosti. Na druhej strane na vzorke osôb s TP sa dá odhadovať, že subjektívne zdravie sýti významnejšie celkovú životnú spokojnosť. Keďže autorka práce uskutočnila zber na mieste hlavne u osôb s TP, mala možnosť vnímať ich spontánne reakcie k dotazníkovým otázkam. Napr. pri vyplňovaní SWLS sa viacerí vyjadrovali, že vo svojom živote by nič nemeli „len to, aby boli zdraví“.

**Rozdiely medzi osobami s TP a bez TP** v subjektívnom zdraví a v životnej spokojnosti nie sú až tak prekvapujúce a sú v zásade v zhode s doterajšími výskumami (hoci aj tie nie sú v oblasti subjektívneho zdravia úplne jednoznačné). Vyššie subjektívne zdravie a vyššia životná spokojnosť u osôb bez TP naznačuje, že objektívne zdravie zrejme „zasahuje“ prežitkovú rovinu osôb s TP. Ide ale o porovnanie nezohľadňujúce odlišné podmienky a kontext osôb s TP a osôb bez TP. Na vzorke osôb bez TP, ako aj na celkovej výberovej vzorke sa v podstate potvrdili teoretické predpoklady negatívnej súvislosti miery vyhýbavosti a miery úzkostnosti vo vzťahovej väzbe so životnou spokojnosťou a so subjektívnym zdravím, aj keď sila týchto vzťahov bola skôr slabá. Na druhej strane výsledky porovnania *v oblasti vzťahovej väzby* sú viac prekvapivé. Keďže sa nepotvrdili rozdiely vo vzťahovej väzby u osôb s TP a osôb bez TP, vzťahová väzba zrejme nie je v pozadí preukázaných rozdielov v subjektívnom zdraví a v životnej spokojnosti medzi oboma výberovými vzorkami. Pri rozšírení výskumu o zisťovanie vzťahovej väzby sme odhadovali, že by to prinieslo pridanú hodnotu k objasneniu skúmaných vzťahov. Keďže vzťahová väzba predstavuje vnútornú, „hlbkovú“ podstatu vnímania seba, okolia a vzťahovania sa k sebe a k druhým, mohla by teoreticky pomôcť objasniť „vonkajšie“, výsledné faktory subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti, ktoré ústia v hlbších rovinách osobnosti. Otázkou zostáva reliabilita našej diagnostiky na základe ECR (aj vzhľadom na limity výskumu – pozri ďalej). Za predpokladu spoľahlivosti určenia vyhýbavosti a úzkostnosti vo vzťahovej väzbe v našom výskume možno usudzovať, že *spomedzi ostatných druhov TP* sme mali vo výberovej vzorke *osoby s teoreticky nižším*

*rizikom vývoja neistej väzby.* To platí zrejme v detstve, keďže ich schopnosti potrebné pre nadväzovanie vzťahov (jemná motorika, komunikačné schopnosti – motorika hovoridiel) neboli významne narušené. Avšak nemenej významným činiteľom je rodinná adaptácia na život s dieťaťom s TP, ktorá ovplyvňuje významne vývoj vzťahovej väzby dieťaťa s TP. Vývoj vzťahovej väzby dospelosti odráža vývoj z detstva (akým spôsobom je už druhá vec). Z vonkajšieho, „objektívneho“ hľadiska sú ľudia s TP stále v nevýhode v porovnaní s ľuďmi bez TP z pohľadu príležitosti nadväzovať sociálne vzťahy, aj keď v porovnaní s minulosťou je výrazne lepšia dostupnosť rôznych kompenzačných pomôcok a rozšírejšia bezbariérovosť prístupu do budov a dopravných prostriedkov. Ľudia s TP sa tak ako ostatní konfrontujú so svojim sociálnym okolím, ako aj s mediálnou normou. Dá sa povedať, že síce pomaly, ale predsa len sa mení verejná mienka aj vďaka mnohým združeniam osôb s TP alebo verejne známym osobám, ktoré ich podporujú. To všetko sú však „len“ vonkajšie podmienky pre vývin vzťahovej väzby, i keď nemenej dôležité.

***Pri subjektívnom zdraví podľa dotazníka WHODAS 2.0*** prekvapuje na vzorke osôb bez TP nízka homogenita odpovedí. Aj keď jeho homogenitu nemožno hodnotiť pri použitej skrátenej verzii, jednako na vzorke „zdravých“ ľudí z bežnej populácie by sa dala očakávať väčšia zhoda odpovedí o funkčnom zdraví. Zdá sa, že za tým môže byť fakt, že pri odpovediach zohľadňovali osoby aj *iné ako zdravotné dôvody* neschopnosti vykonať určitú činnosť (napr. schopnosť koncentrovať sa). Na vzorke osôb s TP prekvapuje vysoká variabilita ich odpovedí v dotazníku WHODAS 2.0 (rozpätie, smerodatná odchýlka). Vzhľadom na podobnosť funkčných aspektov „objektívneho“ zdravia (obmedzenie mobility) by sa pritom dala očakávať väčšia zhoda odpovedí. Nabádal by k tomu aj fakt, že osoby s TP mali prevažne vrodené postihnutia resp. získané v detstve, čím mali dostatok času na naučenie sa zvládaniu funkčných obmedzení.

***Pri porovnaní hodnotenia subjektívneho zdravia podľa WHODAS 2.0 a podľa škály Zdravie DŽS*** na vzorke osôb bez TP sa medzi nimi zistila slabá pozitívna korelácia, aj keď hodnotenie podľa DŽS prevyšovalo hodnotenie podľa WHODAS 2.0, čo môže svedčiť pre nastavené prísnejšie vnútorné kritériá posudzovania. Ich vnímané funkčné zdravie sa však vyvíja do istej miery ruka v ruke so subjektívnym vnímaním celkového zdravia. Hodnotenia subjektívneho zdravia osôb s TP podľa odlišných merných nástrojov boli na sebe prekvapivo nezávislé (nezistená korelácia). Otvárajú sa tým nožnice medzi vnímaným funkčným zdravím a subjektívnym hodnotením zdravia ako takého. Na celkovej vzorke osôb s TP sa nedá unisono povedať, ktoré prevyšovalo (či podľa WHODAS 2.0 alebo podľa škály Zdravie DŽS). U osôb s vyšším hodnotením podľa DŽS možno príčinne uvažovať o láskavejších, benevolentnejších vnútorných kritériách

posudzovania (eventuálne o kompenzačnej snahe vidieť veci lepšie ako sú – vedomo či nevedomo). U osôb s vyšším hodnotením podľa WHODAS 2.0 by to znamenalo, že aj napriek tomu, že sú s funkčným zdravím spokojní, subjektívne vnímajú svoje zdravie ako celok horšie. Jedným z možných vysvetlení by mohlo byť, že ešte nie sú vyrovnaní so svojím postihnutím ako takým.

Snáď ešte jeden postreh autorky pri zbere dát od respondentov s TP. Na základe osobného dojmu autorky sa respondenti v mnohých prípadoch pýtali na význam rôznych otázok viac z dôvodu potreby komunikovania o téme a nadviazania kontaktu. Bolo cítiť ich potrebu s niekým sa porozprávať. Ich reakcie priam volali po „terapeutickom pôsobení“. Zdá sa, že súčasný prirodzený trend prepájania diagnostiky a terapie má dobrý potenciál. Prakticky akákoľvek diagnostická metóda môže byť použitá ako nástroj na komunikáciu a priblíženie sa k osobným témam klienta jeho vlastným spôsobom. Tento trend možno rozšíriť o *prepájanie výskumu a terapie (resp. skôr poradenstva)*, čím sa tieto vo všeobecnosti vnímané protipólne oblasti môžu k sebe priblížiť. Ako sa zdá, potenciál ich vzťahu je možné využiť pri výskumoch, pochopiteľne najmä pri použití kvalitatívnych metód.

**Limity práce.** Metodologické obmedzenia sa týkajú metód získania respondentov, špecifik výberových vzoriek, metód zberu dát (použitých merných nástrojov) a analýzy dát pri štatistickom spracovaní. Vzhľadom na *nenáhodný výber respondentov*, nepredstavujú reprezentatívny „výsek reality“ a výsledky výskumu nie je možné zovšeobecniť na celú populáciu. *Rôzne formy zberu* (na mieste „ceruzka – papier“ a elektronickou formou) mohli spôsobiť nerovnakú pozíciu respondentov (ako sme už načrtli v empirickej časti). Pri anonymnom elektronickom zbere možno predpokladať vyššiu otvorenosť respondentov a ľubovoľný čas na vyplnenie, vzniká ale vyššie riziko nesprávneho pochopenia otázok. Pri zbere na mieste respondenti využívali možnosť dopytovania sa na význam jednotlivých otázok, na druhej strane mohli mať teoreticky vyššie obavy z dodržania anonymity, čo mohlo ovplyvniť ich odpovede.

Výsledky výskumu sú dozaista ovplyvnené *špecifikami výberových vzoriek*, ku ktorým patrí *vek respondentov*. Napriek vekovej homogenite výberových vzoriek, z psychosociálneho hľadiska možno na základe poznania špecifik u ľudí s TP odhadovať ich vyššiu mieru závislosti na rodičoch. Na oboch vzorkách išlo o dospelých ľudí z právneho hľadiska. Jednalo sa *prevažne o študujúcich ľudí*, nachádzajú sa v špecifickom *období prechodu do dospelosti*. Obvykle sú ešte pod ochrannými krídlami rodičov a skutočný vstup do dospelosti príde až pri nástupe do zamestnania a osamostatnení sa od rodičov. Z vývinového hľadiska naša výberová vzorka zachytila koniec adolescencie

a mladú dospelosť napr. podľa Vágnerovej (2012), no presnejší by bol názov používaný v zahraničí „emerging adulthood“ (vychádzajúca dospelosť). Toto „sladké študentské obdobie“ zrejme mohlo mať dopad na ich subjektívne videnie seba a sveta, a teda sa mohlo podpísať pod ich hodnotenia v dotazníkoch. Efekt týchto činiteľov vnímame z pohľadu interpretácie výsledkov, ako aj obmedzenej generalizácie výsledkov na celú dospelosť.

Vo vzorke osôb s TP navyše prevažovali ľudia študujúci *na špeciálnych stredných školách*, ktorí žijú väčšmi v „skleníkovom prostredí“ ľudí s podobnými problémami. Zatiaľ teda zrejme neprišli ešte v plnej miere do kontaktu s „vonkajšou realitou“. Ich porovnávacou sociálnou základňou je zrejme ich najbližšie okolie. Bolo by vhodnejšie získať dáta aj od ľudí s TP integrovaných do spoločnosti (napr. študujúcich na bežných školách resp. pracujúcich na voľnom trhu práce), to sa však nepodarilo (otázka reálnych možností prístupu k respondentom a ich ochoty zúčastniť sa výskumu).

Pri použitých *merných nástrojoch* musíme spomenúť dobre známe *nevýhody sebahodnotiacich dotazníkov*, najmä fakt, že ľudia sami seba poznajú málo, ako aj snahu vidieť seba lepšie (napr. Říčan, 1977). Pozastavíme sa najmä pri *vnútornej konzistencii dimenzie vyhýbavosti dotazníka ECR*, ktorá bola nedostatočná (Cronbachova  $\alpha$  na celkovej vzorke 0,652; na vzorke osôb bez TP 0,535). Domnievame sa, že formulácie typu „byť na niekom závislý“ môžu mať v našej kultúre svoj negatívny nádych. Oceňuje sa nezávislosť, samostatnosť, racionálnosť, neprejavovanie emócií. Ďalšou rovinou je spájanie významu so závislosťami na alkohole alebo iných drogách, čo tiež nevyznieva pozitívne. Inými slovami, *kultúrne vplyvy* sa mohli sčasti podpísať pod odpovede z dimenzie vyhýbavosti ECR na vzorke osôb bez TP (aj osôb s TP). To však ešte nevysvetľuje nízku vnútornú konzistenciu. Do úvahy pripadá otázka formulácie jednotlivých otázok, ich nesprávneho pochopenia a pod. *Na vzorke osôb s TP* bola homogenita vyhýbavosti ECR síce dostatočná (Cronbachova  $\alpha$  0,715), otázky s uvedením slova „závislosť“ znižovali jej vnútornú konzistenciu (pozri Prílohu 5). Základný neutrálny význam slova „dependence“ sa prekladá ako závislosť aj ako spoľahlivosť a obsahuje obe polarities významu. Podľa Machača, Macháčovej a Hoskovca (1985) emočný vzťah vyjadruje závislosť subjektu na objektoch či javoch vonkajšieho sveta, ktoré sú pre neho *subjektívne dôležité v kladnom či zápornom zmysle*. Pre ľudí s TP s obmedzenou hybnosťou má slovo závislosť prevažne negatívny konotatívny význam v zmysle straty sebaobsluhy, spája sa skôr so stratou funkčnej nezávislosti a odkázanosťou na pomoc druhých. Táto skutočnosť mohla skresľovať ich odpovede v dimenzii vyhýbavosti ECR, aj keď boli homogénne. Ak to celé zhrnieme, medzi osobami s TP a bez TP sme nezistili signifikantné rozdiely vo vyhýbavosti, odpovede však mohli byť aspoň sčasti skreslené rovnakým smerom na oboch

vzorkách (aj keď sčasti z iných dôvodov). Možnou alternatívou by bolo použitie naratívnych alebo projektívnych metód zisťovania vzťahovej väzby. Reliabilitu odpovedí v ECR *na oboch vzorkách* mohla znížiť skutočnosť, že dotazník ECR bol umiestnený na konci dotazníkovej batérie. Zámerom autorky bolo ponechať citlivejšie, intímne otázky na koniec, no druhou stránkou veci bolo možné pôsobenie faktora únavy, a tým nižšej vnímavosti otázok. Dotazník ECR bol navyše najdlhší z celej batérie, pričom je zrejme najnáročnejší na introspekciu. *Pri dotazníku WHODAS 2.0* bola problematická otázka *o citovom dopade zdravotných problémov* (na oboch výberových vzorkách, i na celkovej vzorke), ktorá sa javí byť akoby „z iného súdka“ a od funkčného vnímania zdravia sa posúva skôr k prežitkovej rovine.

**K metódam spracovania dát.** Výsledky výskumu treba vnímať aj s ohľadom na fakt, že pri väčšine signifikantných výsledkoch bola zistená *nízka miera účinku vplyvu* (effect size), čo znižuje možnosti predikcie. Dalo by sa tiež namietat, že dáta bolo možné spracovať s použitím sofistikovanejších štatistických metód, napr. pri použití regresného modelu. Mohlo by sa uvažovať o vyhýbavosti (úzkostnosti) ako prediktore subjektívneho zdravia / životnej spokojnosti. Uvažovanie týmto smerom sme nepovažovali za najsprávnejšie vzhľadom na to, že zistené výsledky nepôsobili presvedčivo na oboch vzorkách, ako aj s ohľadom na metodologické obmedzenia. Autorka sa nakoniec priklonila ku korelačnej analýze. Skúmané premenné sa totiž navzájom ovplyvňujú, ako naznačujú aj doterajšie výskumy. Otvorenosť korelácií sa zdá byť bližšia k reálnemu životu. Ak zistíme, že jedna premenná súvisí s inou, môžeme pri výskyte jednej predvídať druhú. Korelácie poskytujú aj vodítka pre terapeutické pôsobenie: možno ovplyvniť jednu premennú a zároveň sa posunie aj druhá s ňou súvisiaca. Z tohto pohľadu sa javí byť úzkostnosť osôb s TP „ťažko ovplyvniteľná“, nakoľko nesúvisí so žiadnou našou skúmanou premennou a treba pátrať iným smerom.

**Prínos pre prax a odporúčania do ďalších výskumov.** Výsledky výskumu na základe porovnania osôb s TP a osôb bez TP potvrdili, že „objektívne zdravie“ zrejme ovplyvňuje subjektívne zdravie. Použitý dotazník WHODAS 2.0 sa javí byť vhodným doplnkom merných nástrojov zachycujúcich skôr prežitkovú rovinu subjektívneho zdravia. Koncept funkčných schopností dotazníka WHODAS 2.0 má zrejme svoje opodstatnenie, prekračuje medicínsko-diagnostický pohľad, zameriava sa na subjektívne vnímanie schopnosti praktického fungovania v živote. Závety výskumu otvorili priestor pre nové štúdie. Domnievame sa, že veľmi cenným zistením je *nezávislosť hodnotenia funkčného zdravia (podľa WHODAS 2.0) a subjektívneho zdravia ako takého (podľa škály Zdravie DŽS) práve u osôb s TP*. Jednak to potvrdzuje správnosť cesty zisťovania subjektívneho

zdravia rozličnými metódami, jednak to nabáda na skúmanie možných príčinných faktorov a súvislostí a do tretice otvára priestor na tému v psychoterapii. Výsledok výskumu súčasne odporuje predpokladu, že vyššie funkčné zdravie sa automaticky spája s vyšším subjektívnym vnímaním zdravia. Na druhej strane výskumy ukazujú, že vyššie funkčné zdravie sa spája s vyššou životnou spokojnosťou (napr. Hernandez et al., 2014). Toto sa potvrdilo aj v našom výskume s výnimkou práve vzorky osôb s TP (nezistená signifikantná korelácia dát z WHODAS 2.0 a SWLS). Dôvody môžu byť rôznorodé, napr. v prípade relatívnej spokojnosti s funkčným zdravím môžu respondenti hľadať zdroje spokojnosti inde – v oblastiach, ktoré im chýbajú v duchu poznatku „každý túži po tom, čo nemá“. To je však len jedna potenciálna alternatívna vysvetlenia. Obmedzením kvantitatívnych metód je práve to, že hodnotenie záverov z výskumu je postavené viac-menej na hypotézach alebo úvahach o možných interpretačných schémach. Z tohto dôvodu je namieste zistenie pozadia toho, čo stojí za výsledkami aj s použitím kvalitatívnych metód.

*Relatívne vysoká variabilita medzi ľuďmi s TP, aj bez TP vo vnímaní subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti* ponecháva miesto na výskumy subjektívnych faktorov, ktoré ich vyživujú. Keďže ide o „všeobsažné témy“, v záujme priblíženia sa k jadrú veci opätovne zdôrazňujeme, že by bolo vhodné kvantitatívny desing doplniť o **kvalitatívne štúdie**, napr. s použitím pološtruktúrovaného rozhovoru.

V širšom ponímaní treba spomenúť, že psychológia tak trochu zabúda na ľudí s TP (resp. na ľudí s postihnutím všeobecne) a problematike ich vnútorného prežívania sa stále nevenuje dostatočná pozornosť. Psychológia handicapu (v zahraničí *Psychology of Disability*) je na okraji záujmu v rámci psychologických aplikovaných odborov. Napríklad výskumov vzťahovej väzby u osôb s TP nie je mnoho. Doterajšie výskumy ukazujú, že u detí s TP je vyššia pravdepodobnosť neistej väzby, avšak vo výskumoch na dospeljej populácii osôb s TP neboli zistené rozdiely vo vzťahovej väzbe v porovnaní s osobami bez TP. Nie je doposiaľ preskúmaná dynamika tohto posunu ku väčšej istote vo vzťahovej väzbe a faktory, ktoré ju ovplyvnili (vnútorné aj vonkajšie protektívne faktory: terapia, osobnostné faktory, nezdolnosť, vonkajšie životné činitele ako sociálna opora, uspokojivý partnerský vzťah atď.). Pravdou je, že je otázná samotná porovnateľnosť výskumov na osobách s TP. TP predstavuje širokú paletu rôznych postihnutí primárnych a sekundárnych so špecifickými funkčnými dôsledkami. Pri výskumoch treba brať do úvahy druh TP a fakt, či ide o vrodené alebo získané postihnutie a vek získania. Nie je totiž TP ako TP. Nové štúdie by mohli vnieť viac svetla do faktorov vývoja vzťahovej väzby od detstva po dospelosť u osôb s TP. Z pohľadu diagnostiky vzťahovej väzby v dospelosti stojí za zváženie použitie merných nástrojov aktivujúcich nevedomie so zameraním na väzbové

vzťahy v detstve v *kombinácii* s nástrojmi na zistenie vzťahovej väzby v aktuálnych blízkyh vzťahoch. Retrospektívnym uvažovaním by bolo teoreticky možné dospieť k dynamike vývoja vzťahovej väzby od detstva do dospelosti. Inou, náročnejšou, ale zrejme výpovednejšou cestou sú **longitudinálne výskumy** na vzorkách osôb s TP od detstva do dospelosti so zameraním na faktory vývoja vzťahovej väzby, ale samozrejme aj faktory subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti. Odporúčame pri zisťovaní životnej spokojnosti použiť aj „analytické“ diagnostické metódy zisťujúce životnú spokojnosť v rôznych oblastiach života (napr. Dotazník životnej spokojnosti Knoblocha alebo Fahrenberga v plnej verzii), pričom *pri modifikovanej adiministrácii* ponechať priestor na určenie subjektívnej váhy jednotlivých oblastí respondentom. Bolo by tak možné získať podrobnejšie dáta, aj keď za cenu náročnejšieho spracovania výsledkov.

Témy subjektívneho zdravia, životnej spokojnosti a vzťahovej väzby zostávajú naďalej otvorené skúmaniu. Zistenia z tohto výskumu priniesli určité cenné poznatky, no zdá sa, že súčasne ešte viac podnetov na skúmanie nezodpovedaných, otvorených otázok. V ďalších výskumoch by bolo vhodné výberovú vzorku rozšíriť o širšie vekové spektrum, ďalšie druhy TP a najmä zahrnúť do nej aj osoby integrované v bežných podmienkach. Cenné by boli následne porovnania s osobami s TP žijúcimi „v chránenom prostredí“. Vytvárajú predpoklad pre spoznanie podstatných faktorov (objektívnych aj subjektívnych), ktoré určujú naše tri oblasti záujmu.



## 9. ZÁVER

Zosumarizujeme najdôležitejšie závery práce na základe inferenčnej štatistiky, korelačnej analýzy, ako aj ďalších doplnkových prepočtov rozdielovej štatistiky.

*Na celkovej výberovej vzorke bez ohľadu na TP* sme zistili **signifikantné súvislosti**:

- *stredne silnú pozitívnu koreláciu medzi subjektívnym zdravím* (podľa dotazníka WHODAS 2.0, ako aj podľa škály Zdravie DŽS) *a životnou spokojnosťou*.
- *slabú negatívnu koreláciu medzi subjektívnym zdravím* (podľa dotazníka WHODAS 2.0, ako aj podľa škály Zdravie DŽS) *a mierou neistoty vo vzťahovej väzbe* (na základe vzťahovej vyhábanosti, ako aj vzťahovej úzkostnosti).
- *negatívnu koreláciu medzi životnou spokojnosťou a mierou neistoty vo vzťahovej väzbe* (pri vyhábanosti išlo o stredne silnú koreláciu, pri úzkostnosti o slabú koreláciu).

*Medzi osobami s TP a osobami bez TP* boli preukázali tieto **signifikantné rozdiely**:

- *v subjektívnom vnímaní zdravia*, a to podľa dotazníka WHODAS 2.0, ako aj podľa škály Zdravie DŽS: *osoby bez TP* reportovali v oboch prípadoch vyššie subjektívne zdravie,
- *v životnej spokojnosti*: *osoby bez TP* reportovali vyššiu životnú spokojnosť.
- *nepreukázali* sme rozdiely medzi osobami s TP a bez TP *vo vzťahovej väzbe* (na základe vzťahovej úzkostnosti a vzťahovej vyhábanosti).

*Na celkovej výberovej vzorke bez ohľadu na TP* sme zistili **signifikantné rozdiely**:

- *ženy* reportovali vyššie subjektívne zdravie podľa dotazníka WHODAS 2.0 ako *muži*,
- *osoby žijúce v meste* vykázali vyššiu životnú spokojnosť ako *osoby žijúce na vidieku*,
- *osoby v partnerskom vzťahu* reportovali vyššie subjektívne vnímanie zdravia (podľa dotazníka WHODAS 2.0, ako aj podľa škály Zdravie DŽS), ako aj vyššiu životnú spokojnosť ako *osoby bez partnerského vzťahu*,
- *osoby s vysokoškolským vzdelaním* posúdili vyššie svoje subjektívne zdravie (podľa dotazníka WHODAS 2.0, aj podľa škály Zdravie DŽS), ako aj svoju životnú spokojnosť ako *osoby so stredoškolským vzdelaním*.

*Na výberovej vzorke osôb s TP* sme zistili tieto **štatisticky významné výsledky**:

- *stredne silnú pozitívnu koreláciu medzi subjektívnym zdravím* (podľa dotazníka WHODAS 2.0, ako aj škály Zdravie DŽS) *a životnou spokojnosťou*,
- *negatívnu súvislosť medzi vzťahovou vyhábanosťou* a:
  - *subjektívnym zdravím* podľa dotazníka WHODAS 2.0 (slabá korelácia),
  - *životnou spokojnosťou* (stredne silná korelácia),

- nezistili sme žiadne súvislosti vzťahovej úzkostnosti so subjektívnym zdravím (podľa WHODAS 2.0 a škály Zdravie DŽS) alebo životnou spokojnosťou,
- nepreukázali sme rozdiely v subjektívnom zdraví, v životnej spokojnosti, ani vo vzťahovej väzbe na základe pohlavia, vzdelania, ne/existencie partnerského vzťahu a bývania (v meste / na vidieku).

*Na výberovej vzorke osôb bez TP* sme zistili tieto **štatisticky významné výsledky**:

- stredne silnú pozitívnu *koreláciu životnej spokojnosti so subjektívnym zdravím* podľa škály Zdravie DŽS (avšak pri meraní subjektívneho zdravia na základe dotazníka WHODAS 2.0 korelácia nebola zistená),
- *stredne silnú negatívnu koreláciu medzi vzťahovou vyhýbavosťou a životnou spokojnosťou*,
- *slabú negatívnu koreláciu medzi vzťahovou úzkostnosťou a*:
  - subjektívnym zdravím (podľa WHODAS 2.0, aj podľa škály Zdravie DŽS),
  - životnou spokojnosťou.
- muži reportovali vyššie subjektívne zdravie podľa škály Zdravie DŽS ako ženy,
- osoby v partnerskom vzťahu udávali vyššiu životnú spokojnosť ako osoby bez vzťahu.

Na základe preukázaných signifikantných rozdielov medzi osobami s TP a osobami bez TP môžeme nepriamo usudzovať na existenciu vzťahu medzi objektívnym a subjektívnym zdravím. Výsledky komparácie osôb s TP a bez TP v subjektívnom zdraví, v životnej spokojnosti a vo vzťahovej väzbe sú v podstate v súlade so závermi väčšiny doterajších výskumov. Zistenia, že partnerský vzťah, ako aj vyššie vzdelanie (ako súčasť socio-ekonomického statusu) sa spájajú s vyšším subjektívnym zdravím a vyššou životnou spokojnosťou rovnako potvrdzujú závery doterajších výskumov. Zistené rozdiely v posudzovaní subjektívneho zdravia na základe dotazníka WHODAS 2.0 (funkčný koncept zdravia) a na základe škály Zdravie DŽS (dôraz na prežitkovú rovinu), osobitne na vzorke osôb s TP potvrdzujú opodstatnenosť jeho skúmania s použitím rôznych metód a súčasne otvárajú priestor pre hľadanie sprostredkujúcich činiteľov. Relatívne vysoká diverzita v subjektívnom hodnotení zdravia aj životnej spokojnosti, a to na vzorkách osôb s TP aj bez TP volá po hľadaní ďalších súvislostí.

## 10. ZHRNUTIE

Diplomová práca sa zaoberá vzťahom medzi subjektívnym a objektívnym zdravím vo väzbe na životnú spokojnosť a vzťahovú väzbu. V empirickej časti sme porovnávali subjektívne zdravie (merané dvoma odlišnými sebahodnotiacimi dotazníkmi), životnú spokojnosť a vzťahovú väzbu na vzorke osôb s TP a osôb bez TP.

*Zdravie* možno chápať ako cieľ alebo prostriedok k dosiahnutiu určitého cieľa. Rozpätie ponímania zdravia sa pohybuje na kontinuite od externého poňatia, ktoré ho vidí ako výsledok pôsobenia dedičnosti a prostredia až po interné poňatie zdôrazňujúce vlastnú zodpovednosť za svoje zdravie. Niektorí autori sa prikláňajú ku kontinuálnemu chápaniu s dvoma pólmi: zdravie – nemoc. V súčasnosti je preferovaný *bio-psycho-sociálny model* zdravia a nemoci, ktorý chápe človeka v jeho celistvosti so zohľadnením vplyvov prostredia. Subjektívne a objektívne zdravie sa môžu prekrývať, no niekedy sa rozchádzajú. Takým príkladom je hypochondria alebo placebo efekt. Vysvetlenia rôznych prístupov ľudí ku svojmu zdraviu a ku zvládaniu nemoci ponúkajú *konceptie salutogenézy*: miesto riadenia (locus of control), osobná zdatnosť (self-efficacy), zmysluplnosť (sense of coherence), tvrdosť (hardiness), nezdolnosť (resilience) a optimizmus. Podľa posledných štúdií sa nové prístupe v zdravotnom správaní a nové stratégie zvládania nemoci možno naučiť. *K faktorom subjektívneho zdravia* patria: vek, pohlavie, socio-ekonomický status, osobnostné črty, situačné faktory, životný štýl, sociálna opora, spiritualita a iné. Výskumy naznačujú, že subjektívne zdravie sa s rastúcim vekom zhoršuje a muži majú mierne vyššie subjektívne zdravie ako ženy.

*Životná spokojnosť* je pojem vágne definovaný. Existujú jej rôzne konceptie a rôzne termíny. Prístupy sa líšia v spôsobe jej zisťovania (objektívne versus subjektívne), v zdrojoch životnej spokojnosti a v procesoch, ktoré ich sprostredkujú. Niektorí kladú dôraz na emočnú zložku životnej spokojnosti (prežitková rovina), iní na kognitívnu (vedomé hodnotenie). *Šťastie* v horizontálnom poňatí sa orientuje na zmyslové zážitky a emócie, vo vertikálnom ponímaní sa rozpína na kvalitu celého života. Pozitívna psychológia vymedzuje tzv. autentické šťastie, vidí cieľ ľudského života v zrení osobnosti. *Koncept well-being* sa zameriava na subjektívne prežitky. V rámci neho existuje hedonistický prístup (mottom je cítiť sa dobre) a eudaimonický prístup (mottom je žiť dobrý život). *Kvalita života* sa vzťahuje na oblasť telesnú, psychickú, sociálnu, finančnú, sexuálnu, funkčnú a spirituálnu. Snahou o integráciu rôznych prístupov je *viacúrovňový model osobnej pohody*, ktorý zahŕňa subjektívnu doménu jednotlivca, zdravie a funkčnosť, ekologickú doménu a hodnoty a ideológiu. *Pri analytickom posudzovaní* životnej

spokojnosti sa hodnotí spokojnosť v jednotlivých oblastiach života ako zdravie, práca, partnerstvo, sociálne vzťahy. *Ku faktorom životnej spokojnosti patria pohlavie, vek, socio-ekonomický status, kultúra, osobnosť, religiozita, sebahodnotenie a mnohé ďalšie.*

*Teóriu vzťahovej väzby predstavil John Bowlby, ktorý definoval attachment ako trvalé emočné puto spojené so silnou potrebou vyhľadávať a udržiavať blízkosť s určitou konkrétnou osobou v určitých situáciach, najmä v strese. Jej hlavnou funkciou je prežitie jedinca. Dieťa si na základe interakcií s primárnou vzťahovou osobou vytvára svoj tzv. vnútorný pracovný model, podľa ktorého vníma seba a druhých. Prvú metodiku na zistenie vzťahovej väzby v detstve vypracoval Ainsworthová – test neznámej situácie. Identifikovala tri typy vzťahovej väzby: istý, neistý vyhýbavý a neistý ambivalentný. Neskôr bol doplnený neistý dezorganizovaný typ. Istá vzťahová väzba predstavuje protektívny faktor pri zvládaní životných záťaží. Štúdie zistili zhruba 70%-nú stabilitu vzťahovej väzby z detstva do dospelosti. Pri zisťovaní vzťahovej väzby v dospelosti existujú dva prístupy: (i) na základe spomienok na vzťahy s rodičmi v detstve (naratívne a projektívne metódy), (ii) sebahodnotenie súčasných blízkych vzťahov v dotazníkoch. Oproti určeniu kategórií vzťahovej väzby v súčasnosti prevláda *dimenzionálny prístup* postavený na dimenziách vyhýbavosť a úzkosť. Výskumy sa zhodujú v tom, že ľudia s istou vzťahovou väzbou majú vyššiu životnú spokojnosť, aktívnejšie zdravotné správanie a adaptívnejšie sa vyrovnávajú s nemocou. Neistá väzba je častejšie spájaná s výskytom fyzických a psychických nemocí a s nižšou životnou spokojnosťou.*

*Telesné postihnutie predstavuje dlhodobý alebo trvalý stav orgánovej alebo funkčnej poruchy, ktorú už nemožno celkom odstrániť alebo aspoň významne zmierniť. V súčasnosti sa presadzuje centrálny pojem *funkčný stav* na úrovniach: telesná, osobná a sociálna. Obmedzenie hybnosti narúša samostatnosť jedinca a je zábranou pri získavaní skúseností. Existujú rôzne *modely telesného postihnutia*: medicínsky, model osobnej tragédie, sociálny, kultúrny a bio-psycho-sociálny model. Môžeme nim pridať aj spirituálny model Filipovičovej. Ku špecifikám TP patria mnohé znevýhodnenia: nižšie možnosti vzdelávania a získania práce, slabšia ekonomická situácia, marginalizácia zo strany spoločnosti, nedostatok poskytovaných služieb a možnosti trávenia voľného času. U ľudí s TP je častejšie *znižovaná sociabilita a znížené sebavedomie*. Pre vývin vzťahovej väzby dieťaťa s postihnutím je kľúčová rodinná adaptácia. Telesné postihnutie predstavuje *rizikový faktor vývinu vzťahovej väzby*. Všeobecne je menej výskumov ľudí s TP s obmedzenou hybnosťou. Niektoré výskumy zdravia u ľudí s TP naznačujú recipročný vzťah medzi subjektívnym a objektívnym zdravím, iné ich určitú nezávislosť. Ľudia s vyšším funkčným zdravím reportujú obvykle vyššiu životnú spokojnosť. Deti s TP sú*

pravdepodobnejšie pripútané neistou vzťahovou väzbou. V dospelosti výskumy väčšinou nezistili rozdiely vo vzťahovej väzbe medzi osobami s TP a bežnou populáciou.

*Výskumný problém* nášho výskumu bol vzťah medzi tzv. objektívnym a subjektívnym zdravím vo väzbe na životnú spokojnosť a dimenzie vzťahovej väzby. Medzi základné *výskumné ciele* patrili: (i) preskúmať vzťah medzi subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou, (ii) analyzovať súvislosti vyhýbavosti a úzkostnosti vo vzťahovej väzbe so životnou spokojnosťou a subjektívnym zdravím, (iii) porovnať osoby s TP a osoby bez TP v subjektívnom zdraví, v životnej spokojnosti a v kvalite vzťahovej väzby, (iv) preskúmať medzipohlavné rozdiely a (v) prispieť k širšej aplikácii dotazníka WHODAS 2.0 v českej praxi.

*Základný súbor 1* tvorili dospelí občania Českej republiky vo veku od 18 rokov s TP v oblasti narušenej mobility dolných končatín (zníženie schopnosti lokomócie) bez komorbidity s mentálnou retardáciou alebo iným ťažkým zmyslovým postihnutím. *Základný súbor 2* tvorili všetci dospelí občania Českej republiky vo veku od 18 rokov bez TP. *Výberová vzorka 1* vznikla príležitostným výberom prostredníctvom inštitúcií najmä formou zberu „ceruzka-papier“ a bola tvorená 105 respondentami s TP v oblasti dolných končatín – prevažne študenti stredných špeciálnych škôl pre TP. *Výberová vzorka 2* vznikla metódou príležitostného výberu v kombinácii s metódou snehovej gule najmä elektronickou formou zberu a bola tvorená 105 respondentami bez TP. Uskutočnili sme šetrenie prostredníctvom štyroch sebahodnotiacich merných nástrojov: (i) *Dotazník WHODAS 2.0* (skrátená verzia), ktorý zisťuje subjektívnu mieru vnímanej disability a je postavený na koncepte funkčného zdravia. Originálny dotazník bol preložený z anglického do českého jazyka metódou prekladu, protiprekladu a posúdenia zhody troma nezávislými prekladateľmi. V rámci predvýskumu bol predložený siedmym skúšobným respondentom, ktorí zhodnotili zrozumiteľnosť otázok. (ii) *Dotazník životnej spokojnosti SWLS*, (iii) *Škála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti (DŽS)* a (iv) *Dotazník ECR* na zistenie kvality vzťahovej väzby. Výskumný design bol kvantitatívny. Uskutočnili sme korelačný a porovnávací výskum. Na základe výsledku overenia normality rozloženia dát boli použité neparametrické metódy: Spearmanov korelačný koeficient a Mann-Whitneyho U-test.

*Výsledky výskumu a ich interpretácia.* Výberové vzorky boli vekovo homogénne: priemerný vek osôb s TP činil 22 rokov, osôb bez TP 25 rokov. Vo vzorke osôb s TP bolo 76% postihnutí vrodenej. Vo vzorke osôb s TP prevažovali muži (59%) a osoby so stredoškolským vzdelaním (83%). Vo vzorke osôb bez TP boli početnosti odlišné: ženy 75%, vysokoškolsky vzdelaní 79%. Na celkovej výberovej vzorke bez ohľadu na TP bola zistená: (i) stredne silná pozitívna korelácia medzi subjektívnym zdravím (podľa

WHODAS 2.0, aj podľa škály Zdravie DŽS) a životnou spokojnosťou, (ii) slabá negatívna korelácia medzi subjektívnym zdravím (podľa WHODAS 2.0 aj podľa škály Zdravie DŽS) a mierou neistoty vo vzťahovej väzbe (na základe dimenzií vyhýbavosti aj úzkostnosti), (iii) negatívna korelácia medzi životnou spokojnosťou a mierou neistoty vo vzťahovej väzbe (v dimenziách vyhýbavosti aj úzkostnosti). Tieto výsledky sú v súlade s teoretickými predpokladmi, ako aj s výsledkami doterajších výskumov. Osoby bez TP reportovali signifikantne vyššiu mieru subjektívneho zdravia (podľa WHODAS 2.0, aj podľa škály Zdravie DŽS) a životnej spokojnosti. Nepreukázali sme rozdiely medzi osobami s TP a bez TP vo vzťahovej väzbe, čo sa zhoduje s doterajšími výskumami, avšak už menej s poznatkami z praxe. Bez ohľadu na TP bolo preukázané, že osoby v partnerskom vzťahu, ako aj osoby s vyšším vzdelaním vykázali vyššie subjektívne zdravie aj vyššiu životnú spokojnosť.

*Prínosy práce.* Keďže výskumov ľudí s TP s obmedzenou hybnosťou je v našich podmienkach málo, samotné výsledky prispievajú k objasneniu ich prežitkovej roviny v skúmaných oblastiach. Preukázaním rozdielov medzi osobami s TP a bez TP môžeme usudzovať o vplyve objektívneho zdravia na jeho subjektívne vnímanie a na životnú spokojnosť. Dotazník WHODAS 2.0 sa ukázal byť vhodným doplnkom škály Zdravie DŽS, zachytáva iné aspekty subjektívneho zdravia. Na vzorke osôb s TP sa hodnotenia subjektívneho zdravia podľa týchto dvoch merných nástrojov rozchádzali (na rozdiel od ich tesného vzťahu u osôb bez TP). Nabáda to na skúmanie vnútorného referenčného rámca osôb s TP a na zisťovanie ďalších sprostredkujúcich činiteľov.

*Limity práce.* Možnosti zovšeobecnenia výsledkov obmedzuje nenáhodný výber respondentov a rôzne formy zberu dát (elektronicky, ceruzka-papier). Interpretáciu limituje zistená nízka vnútorná konzistencia škály vyhýbavosti dotazníka ECR na celkovej vzorke a na vzorke osôb bez TP. K opatrnému hodnoteniu prispievajú aj nízke hodnoty koeficientov miery účinku vplyvu pri väčšine výsledkov, čo limituje možnosti predikcie.

*Námety do ďalších výskumov.* V ďalších výskumoch by bolo vhodné použiť plnú verziu dotazníka WHODAS 2.0, ktorá umožňuje hodnotenie jednotlivých dimenzií. Pre štrukturovanejší pohľad je možné použiť Dotazník životnej spokojnosti v plnej verzii, pri modifikovanej administrácii s otvorenou možnosťou určenia subjektívnych váh jednotlivým hodnoteným oblastiam respondentami. Užitočné by bolo rozšíriť výberovú vzorku o iné druhy TP a zachytiť aj ľudí s TP integrovaných do spoločnosti. Pre zachytenie vnútornej podstaty zistení by bolo prospešné rozšíriť kvantitatívny design o kvalitatívny výskum. Osobitne prospešné by boli longitudinálne výskumy subjektívneho zdravia, životnej spokojnosti a vzťahovej väzby u osôb s TP od detstva do dospelosti.

## ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

AAI	Adult Attachment Interview – Interview vzťahovej väzby v dospelosti
AAP	Adult Attachment Projective – Projektívny test vzťahovej väzby v dospelosti
ADL	Dependence in Activities of Daily Living – Závislosť v bežných aktivitách
a pod.	a podobne
atď.	a tak ďalej
DDRS	Distress and Disability Rating Scale – Škála distresu a disability
DMO	Detská mozgová obrna
DŽS	Dotazník životnej spokojnosti
ECR	Experiences in Close Relationships – Škála prežívania blízkych vzťahov
FIM	Functional Independence Measure – Dotazník funkčnej nezávislosti
GNH	Gross National Happiness – Hrubé národné šťastie
HBM	Health belief model – Model zdravotného presvedčenia
HRQoL	Health Related Quality of Life – Kvalita života vo väzbe na zdravie
ICF	The International Classification of Functioning Disability and Health Medzinárodná klasifikácia funkčných schopností, disability a zdravia
napr.	napríklad
NHP	Nottingham Health Profile – Nottinghamský profil zdravia
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
QoL	Quality of Life - Kvalita života
resp.	respektívne
SIP	Sickness Impact Profile – Profil dopadu nemoci
SRH	Self-rated Health – Sebahodnotené zdravie
SST	Strange Situation Test – Test neznámej situácie
SWB	Subjective well-being – Subjektívna osobná pohoda
SWLS	Satisfaction with Life Scale – Škála spokojnosti so životom
TP	Telesné postihnutie
TRA	Theory of reasoned action – Teória odôvodnenej akcie
ÚZIS	Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky
WHO	World Health Organization – Svetová zdravotnícka organizácia
WHODAS	World Health Organisation Disability Assessment Schedule Hodnotiaca škála disability Svetovej zdravotníckej organizácie

## ZOZNAM TABULIEK

1	Koncepcie salutogenézy.....	13
2	Tri pohľady na nemoc.....	15
3	Porovnanie psychickej situácie zdravého a telesne nemocného.....	15
4	Štyri druhy šťastia.....	22
5	Porovnanie jednotlivých štýlov vzťahovej väzby v dospelosti.....	45
6	Úrovnne funkčnosti a disability podľa ICF.....	50
7	Vnútoraná konzistencia dotazníkov na celkovej výberovej vzorke.....	78
8	Cronbachova $\alpha$ pri WHODAS 2.0 a ECR na výberových vzorkách.....	79
9	Korelácia dotazníkov WHODAS 2.0 a Škály Zdravie DŽS.....	79
10	Demografické charakteristiky celkovej výberovej vzorky.....	80
11	Veková štruktúra výberových vzoriek.....	81
12	Kontingenčná tabuľka Pohlavie x Telesné postihnutie.....	83
13	Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Subjektívne zdravie (WHODAS 2.0 rekód.)....	86
14	Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Životná spokojnosť (SWLS).....	88
15	Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Priemerná vyhýbavosť (ECR).....	89
16	Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Priemerná úzkosťnosť (ECR).....	90
17	Korelačná matica: súvislosti na celkovej výberovej vzorke.....	90
18	Korelačná matica: súvislosti na vzorke osôb s telesným postihnutím.....	91
19	Korelačná matica: súvislosti na vzorke osôb bez telesného postihnutia.....	92
20	Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Subjektívne zdravie (DŽS).....	95
21	Životná spokojnosť podľa noriem dotazníka SWLS.....	97
22	Subjektívne zdravie podľa noriem dotazníka WHODAS 2.0.....	98



# ZOZNAM SCHÉM A OBRÁZKOV

## Schémy

1	Dimenzie zdravia.....	8
2	Variabilita ponímania zdravia.....	9
3	Kontinuita zdravia a nemoci.....	9
4	Faktory zdravia a nemoci.....	9
5	Bio-psycho-socio-spirituálny model zdravia a nemoci.....	10
6	Dienerovo poňatie subjektívnej osobnej pohody.....	23
7	Kontinuálna škála nemoci a osobnej pohody.....	28
8	Reciprocita väzbového a opatrovateľského systému.....	35
9	Dvojdimenzionálny model vzťahovej väzby.....	43
10	Dynamika fungovania vzťahovej väzby v dospelosti.....	44
11	Model mechanizmov, ktorými môže neistá väzba prispieť k nemoci.....	47
12	Model uspokojovania potrieb osôb s telesným postihnutím.....	54

## Obrázky

1	Integratívny viacúrovňový model osobnej pohody.....	27
---	-----------------------------------------------------	----

## ZOZNAM GRAFOV

1 Pohlavné zloženie výberových vzoriek.....	82
2 Vzdelanostné zloženie výberových vzoriek.....	82
3 Partnerské vzťahy výberových vzoriek.....	82
4 Bývanie výberových vzoriek.....	82
5 Korelácia subjektívneho zdravia (WHODAS 2.0) a životnej spokojnosti (SWLS) na celkovej vzorke.....	84
6 Korelácia vyhýbavosti (ECR) a životnej spokojnosti (SWLS) na celkovej vzorke.....	84
7 Korelácia úzkostnosti (ECR) a subjektívneho zdravi (DŽS) na celkovej vzorke.....	85
8 Histogramy: Subjektívne zdravie (WHODAS 2.0 rekód.) na výberových vzorkách.....	86
9 Porovnanie subjektívneho zdravia (WHODAS 2.0 rekód.) na výberových vzorkách.....	87
10 Histogramy: Životná spokojnosť SWLS na výberových vzorkách.....	87
11 Histogramy: Priemerná vyhýbavosť ECR na výberových vzorkách.....	88
12 Histogramy: Priemerná úzkosť ECR na výberových vzorkách.....	89
13 Histogramy: Subjektívne zdravie (DŽS) na výberových vzorkách.....	95
14 Porovnanie subjektívneho zdravia (DŽS) na výberových vzorkách.....	95
15 Subjektívne zdravie: WHODAS 2.0 a DŽS na vzorke osôb bez telesného postihnutia.....	96
16 Subjektívne zdravie: WHODAS 2.0 a DŽS na vzorke osôb s telesným postihnutím.....	97

## **ZOZNAM PRÍLOH**

- 1 Abstrakt v slovenskom jazyku
- 2 Abstrakt v anglickom jazyku
- 3 Dotazníková batéria
- 4 Vnútoraná konzistencia dotazníka WHODAS 2.0
- 5 Vnútoraná konzistencia subškály vyhýbavosti dotazníka ECR
- 6 Vnútoraná konzistencia subškály úzkostnosti dotazníka ECR
- 7 Originálna verzia skráteného dotazníka WHODAS 2.0
- 8 Populačné normy skrátenej verzie dotazníka WHODAS 2.0
- 9 Porovnanie dvoch prístupov ku vzťahovej väzbe v dospelosti
- 10 Rozdielová štatistika na celkovej výberovej vzorke
- 11 Rozdielová štatistika na vzorke osôb s telesným postihnutím
- 12 Rozdielová štatistika na vzorke osôb bez telesného postihnutia

## ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY

1. Addabbo, T., Sarti, E., & Sciulli, D. (2014). *Disability and life satisfaction in Italy*. Geneve: Université de Geneve.
2. Adamove, J. (2014). *Citová vzťahová väzba a pracovné prostredie*. Bakalárska diplomová práca. Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
3. Adamove, J. (2016a). *Subjektívne zdravie a životná spokojnosť*. Magisterská diplomová práca. Olomouc: Ústav špeciálnopedagogických štúdií Pedagogickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.
4. Adamove, J. (2016b). *Teória vzťahovej väzby – vývoj rôznych koncepcií*. Magisterská diplomová práca. Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
5. Alder, B. (1999). *Psychology of Health. Applications of Psychology for Health Professionals*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
6. Arnold, J., Silvester, J., Patterson, F., Robertson, I., Cooper, C., & Burnes, B. (2007). *Psychologie práce pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press.
7. Árochová, O. (2002). Psychologické a biologické determinanty kvality života. *Psychológia na rázcestí. Zborník príspevkov z X. zjazdu slovenských psychológov 17. - 18. 10. 2002*. Bratislava: Stimul.
8. Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11, 223-263.
9. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
10. Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
11. Bazzazian, S., & Besharat, M. A. (2012). An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychology, Health & Medicine*, 17(1), 47-58.
12. Belzen, J. A. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. *Československá psychologie*, 53(4), 396-407.
13. Berant, E. (2013, Apríl). Attachment Theory – From Theory to Clinical Utility. Prezentované na workshope *Attachment Theory in Psychotherapy & Personality Assessment* organizovanom Katedrou psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Olomouc, Česká Republika.

14. Bernardon, S., Babb, K. A., Hakim-Larson, J., & Gragg, M. (2011). Loneliness, Attachment, and the Perception and Use of Social Support in University Students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 40-51.
15. Bieščad, M., & Hašto, J. (2010). Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby (Attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. *Psychiatrie*, 14(2), 68-74.
16. Blacher, J., & Meyers, C. E. (1983). A review of attachment formation and disorder of disabled children. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 359-371.
17. Blatný, M. (2001). Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenost. Mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*, 6(45), 385-392.
18. Bobzien, J. L. (2011). A review of curricular approaches and quality of life indicators in the United States for individuals displaying profound multiple disability. *Social Welfare Interdisciplinary Approach*, 1(2), 9-22.
19. Bøttcher, L., & Dammeyer, J. (2016). *Development and Learning of Young Children with Disabilities. A Vygotskian Perspective*. Cham: Springer.
20. Bowlby, J. (2010). *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
21. Bowlby, J. (2012). *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
22. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, W. S. Rholes (Eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
23. Brisch, K. H. (2011a). *Bezpečná vztahová väzba*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
24. Brisch, K. H. (2011b). *Poruchy vztahové väzby. Od teorie k terapii*. Praha: Portál.
25. Brisch, K. H. (2012). *Bezpečná výchova*. Praha: Portál.
26. Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15(1), 141-154.
27. Cappeliez, P., Sèvre-Rousseau, S., Landreville, P., & Prévile, M. (2004). Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: Reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International*, 29(3), 247-266.
28. Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.

29. Clair, L. S. (2000). Organizational Attachment: Exploring the Psychodynamics of the Employment Relationship. *Bryant College Faculty Working Paper Series*. Dostupné na WWW: [http://digitalcommons.bryant.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=manage\\_work](http://digitalcommons.bryant.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=manage_work) 3.6.2016.
30. Cox, A. D., & Lambrenos, K. (1992). Childhood physical disability and attachment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 1037-1046.
31. Cheung, F., & Lukas, R. E. (2015). Income Inequality Is Associated With Stronger Social Comparison Effects: The Effect of Relative Income on Life Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20. júl 2015.
32. Danzer, G. (2001). *Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
33. DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
34. Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
35. Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Journal of Applied Psychology: Health and Well-being*, 3(1), 1-43.
36. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1(49), 71-75.
37. Dittmar, H., Bond, R., Hurst, M., & Kasser, T. (2014). The relationship between materialism and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(107), 879-924.
38. Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment. Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
39. Ďurašková, G., Sobotková, I., Hampl, R., & Viktorová, L. (2016). Životní spokojenost a copingové strategie žen, které podstupují své první umělé oplodnění (IVF). *E-psychologie* (online), 10(1), 47-62. Dostupný na WWW: [http://e-psycholog.eu/pdf/duraskova\\_etal.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/duraskova_etal.pdf) 31.7.2016.
40. Džambazovič, R., & Gerbery, D. (2014). Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia. *Sociológia*, 2(46), 194-219.
41. Džuka, J. (2004). *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita.

42. Eriksson, I., Undéna, A., & Elofsson, S. (2001). Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 30(2), 326-333.
43. Eunsil, Y., & Soongyu, K. (2015). Factors Affecting the Health of Disabled People. *Advanced Science Letters*, 119, 53-58.
44. Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
45. Federici, S., & Meloni, F. (2010). WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. In: STONE, J. H., BLOUIN, M. (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Dostupné na WWW: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/>. 15. 5. 2016.
46. Federici, S., Meloni, F., & Lo Presti, A. (2009). International Literature Review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Life Span and Disability*, 1(12), 83-110.
47. Fedor-Freybergh, P. G. (2008). *Psychosomatické charakteristiky perinatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.
48. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
49. Fischer, S. & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton.
50. Fonagy, P. (1999). Transgenerational Consistencies of Attachment: A New Theory. *Paper to the Developmental and Psychoanalytic Discussion Group*, American Psychoanalytic Association Meeting, Washington DC, 13.5.1999. Dostupné na WWW: <http://www.dspp.com/papers/fonagy2.htm> 13.7.2016.
51. Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie. Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
52. Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2-18.
53. Froh, J. J., Fives, Ch. J., Fuller, J. R., Jacofsky, M. D., Terjesen, M. D., & Yurkewicz, Ch. (2007). Interpersonal relationships and irrationality as predictors of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(1), 29-39.
54. Gambrill, E., Florian, V., & Splaver, G. (1986). Assertion, loneliness, and perceived control among students with and without physical disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 30, 4-12.

55. Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M., Trouillet, R., Herve, C., & Alaphilippe, D. (2013). Relationship Between Life Satisfaction and Physical Health in Older Adults: A Longitudinal Test of Cross-Lagged and Simultaneous Effects. *Health Psychology, 8*(32), 896-904.
56. George, C., & West, M. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture. Attachment Theory and Assessment in Adults*. New York: The Guilford Press.
57. Gerber, M. M., Hogan, L. R., Maxwell, K., Callahan, J. L., Ruggero, C. J., & Sundberg, T. (2014). Children after war: A novel approach to promoting resilience through music. *Traumatology, 2*(20), 112-118.
58. Gerstorf, D., Ram, N., Röcke, Ch., Lindenberger, U., & Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging, 1*(23), 154-168.
59. Guarnieri, S., Smorti, M., & Tani, F. (2015). Attachment Relationships and Life Satisfaction During Emerging Adulthood. *Social Indicators Research, 121*(3), 833-847.
60. Halama, P. (2005). *Princípy psychologickéj diagnostiky*. Trnava: Trnavská Univerzita v Trnave.
61. Harčariková, T. (2014). *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených v kontextoch edukácie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
62. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
63. Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
64. Hašto, J. (2013). Psychotraumatológia – Attachment – Psychoterapia, bio-psycho-sociálne aspekty. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 20*(1), 8.
65. Hašto, J. (2014). Diskusia o význame popôrodného kontaktu matky a dieťaťa. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 21*(2), 39-41.
66. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524.
67. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and Work: An Attachment-Theoretical Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(2), 270-280.
68. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry, 5*(1), 1-22.
69. Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology, 4*(57), 731-739.



70. Henriques, G., Kleinman, K., & Asselin, C. (2014). The Nested Model of well-being: A unified approach. *Review of General Psychology*, 1(18), 7-18.
71. Hernandez, C. L., Elliott, T. R., Berry, J. W., Underhill, A. T., Fine, P. R., & Lai, M. H. C. (2014). Trajectories of life satisfaction five years after medical discharge for traumatically acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 2(59), 183-192.
72. Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, S, 3-17.
73. Hnilica, K. (2006). Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 1(50), 16-35.
74. Hnilica, K., Rendlová, M., Bakiekhahyová, T., & Hnilica, M. (2006). Životní standard, individualistické hodnoty a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 3(50), 201-217.
75. Holmes, J. (2001). *The search for the secure base. Attachment theory and psychotherapy*. New York / London: Routledge.
76. Howe, D. (2006). Disabled children, parent – child interaction and attachment. Abstract. *Child & Family Social Work*, 11(2), 95-106.
77. Howell, R. T., & Howell, C. J. (2008). The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 4(34), 536-560.
78. Hrdlička, M., Kuric, J., & Blatný, M. (2006). *Krize středního věku – úskalí a šance*. Praha: Portál.
79. Hrozenská, M. et al. (2008). *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Bratislava: Osveta.
80. Huebner, R. A., Thomas, K. R., & Berven, N. L. (1999). Attachment and interpersonal characteristics of college students with and without disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 44(1), 85-103.
81. Huntsinger, E. T., & Luecken, L. J. (2004). Attachment Relationships and Health Behavior: The Mediatonal role of Self-esteem. *Psychology and Health*, 19(4), 515-526.
82. Husovská, D. (2012). The family life cycle and satisfaction. *Individual and Society*, 15(1), 1-11. Dostupné na WWW: [http://www.saske.sk/cas/public/media/5968/Husovska\\_Rodinn%C3%BD%20cyklus%20a%20spokojnos%C5%A5%20jednotlivca%20-%20pr%C3%ADspevok%20%C4%8CAS.pdf](http://www.saske.sk/cas/public/media/5968/Husovska_Rodinn%C3%BD%20cyklus%20a%20spokojnos%C5%A5%20jednotlivca%20-%20pr%C3%ADspevok%20%C4%8CAS.pdf) 3.7.2016.

83. Hwang, K., Johnston, M. V., & Smith, J. K. (2007). Romantic attachment in individuals with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 184-195.
84. Hwang, K., Johnston, M. V., & Smith, J. K. (2009). Adult Attachment Styles and Life Satisfaction in Individuals with Physical Disabilities. Abstract. *Applied Research in Quality of Life*, 4(3), 295-310.
85. Chodkiewicz, J. (2012). Quality of Life and Therapy Effects among Alcoholics. *Polish Journal of Applied Psychology*, 10(2), 49-65.
86. Jeřábková, K., Krušínský, R., & Martinková, E. (2013). *Lidé se zdravotním postižením – historické aspekty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
87. Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.
88. Kantor et al. (2013). *Medicínské aspekty omezení hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
89. Kasalová, B. (2015). *Preference pracovního prostředí u generace Y v souvislosti s teorií attachmentu*. Bakalářská práce. Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
90. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
91. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 4(47), 333-345.
92. Kim, S., Miles-Mason, E., Kim, Ch. Y., & Esquivel, G. B. (2013). Religiosity/spirituality and life satisfaction in Korean American adolescents. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(5), 33-40.
93. Kirchmann, H., Nolte, T., Runkewitz, K., Bayerle, L., Becker, S., Blasczyk, V., Lindloh, J., & Bernhard, S. (2013). Associations Between Adult Attachment Characteristics, Medical Burden, and Life Satisfaction Among Older Primary Care Patients. *Psychology and Aging*, 28(4), 1108-1114.
94. Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion*. New York / London: Guilford Press.
95. Klčovanská, E. (2004). Hodnotová orientácia súčasnej mládeže a jej význam v pedagogickom procese. *Radost' a nádej*, 1(7), 15-25.
96. Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. Review Article. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 12, 1-33.
97. Kollárik, T., Letovancová, E., Výrost, J. et al. (2011). *Psychológia práce a organizácie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.

98. Kollárik, T., Sollárová, E. et al. (2004). *Metódy sociálnopsychologickej praxe*. Bratislava: IKAR.
99. Koohsara, A. A. H., Bonab, B. G. (2011). Relation between quality of attachment and life satisfaction in high school administrators. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 954-958.
100. Kratochvíl, S. (2000). *Manželská terapie*. Praha: Portál.
101. Kraus, J. et al. (2004). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada.
102. Kreidl, M. (2008). Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami? *Sociologický časopis*, 44, 55-85.
103. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
104. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
105. Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí. Současný stav poznání*. Praha: Grada.
106. Křivohlavý, J. (2014). *Psychologická pojetí a z a způsoby zjišťování kvality života*. Dostupné na WWW: [http://mujweb.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kvalita.html](http://mujweb.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html) 13.8.2016.
107. Kulíšek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*, 45(5), 404-423.
108. Lacinová, L., & Škrdlíková, P. (2008). *Dost dobří rodiče aneb Drobné chyby ve výchově dovoleny*. Praha: Portál.
109. Lang, F. R., Weiss, D., Gerstorf, D., & Wagner, G. G. (2013). Forecasting life satisfaction across adulthood: benefits of seeing a dark future? *Psychology and Aging*, 28(1), 249-261.
110. Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
111. Lašek, J. (2004). J. Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, 3(48), 215-224.
112. Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR): pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie* (online), 6(3), 1-11. Dostupné na WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf> 29.6.2016.
113. Leonard, B. J., Dwyer Brust, J., & Nelson, R. P. (1993). Parental distress: Caring for medically fragile children at home. *Journal of Pediatric Nursing*, 8, 22-30.
114. Lewis, Ch. A., Shevlin, M. E., Smékal, V., & Dorahy, M. J. (1999). Factor structure and reliability of a Czech translation of the Satisfaction With Life Scale among

- Czech university students. Abstract. *Studia psychologica: časopis pre základný výskum v psychologických vedách*, 41(3), 239-244.
115. Locke, E. A. (2009). *Handbook of Principles of Organizational Behavior. Indispensable Knowledge for Evidence-Based Management*. West Sussex: John Wiley & Sons.
  116. Löckenhoff, C. E., Duberstein, P. R., Friedman, B., & Costa, P. (2011). Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: the role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychology and Aging*, 3(26), 592-604.
  117. Lukasová, E. S. (1997). *Logoterapie ve výchově*. Praha: Portál.
  118. Ma, C. Q., & Huebner, E. S. (2008). Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: Some relationships matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 45(2), 177-190.
  119. Magal, C. (2008). Attachment in middle and later life. In Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York / London: Guilford Press.
  120. Machač, M., Macháčová, H., & Hoskovec, J. (1985). *Emoce a výkonnost*. Praha: SPN.
  121. Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
  122. Mareš, J. (2005). Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Československá psychologie*, 15(49), 19-33.
  123. Matějček, Z. (1987). *Rodičovství a zdravotně postižené dítě*. Praha: Horizont.
  124. Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál.
  125. Matějček, Z., & Dytrych, Z. (2002). *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada.
  126. Matějček, Z., & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
  127. Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 560-568.
  128. Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contribution to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
  129. McConnell, M., & Moss, E. (2011). Attachment across the life span: Factors that contribute to stability and change. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 11, 60-77.

130. McCullough, M. E., & Laurenceau, J-P. (2004). Gender and the Natural History of Self-Rated Health: A 59-Year Longitudinal Study. *Health Psychology*, 6(23), 651-655.
131. Medalová, K., & Procházka, R. (2014). Rané maladaptívne schémy, attachment a stratégie zvládania stresu u klinickej a neklinickej populácie. *E-psychologie (online)*, 8(4), 11-22. Dostupný na WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/medalova-prochazka.pdf> 3.8.2016.
132. Meggiolaro, S., & Ongaro, F. (2015). Life satisfaction among older people in Italy in a gender approach. *Ageing and Society*, 7(35), 1481-1504.
133. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO* (2001). Praha: Grada.
134. Michalík, J. et al. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
135. Mikulincer, M. & Florian, V. (1999). The association between spouses self-reports of attachment styles and representations of family dynamics. *Family Process*, 38, 69-83.
136. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. New York: Guilford Press.
137. Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-101.
138. Morris, L., Berry, K., Wearden, A. J., Jackson, N., Dornan, T., & Davies, R. (2009). Attachment style and alliance in patients with diabetes and healthcare professionals. *Psychology, Health & Medicine*, 14(5), 585-590.
139. Nedelisky, A. (2004). Attachment relationships between Children with Physical Disabilities and Their Caregivers. *Graduate Students Journal of Psychology*, 6, 5-12.
140. Newsom, J. T. & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.
141. Nosek, M. A., Fuhrer, M. J., & Potter, C. G. (1995). Life Satisfaction of People with Physical Disabilities: Relationship to Personal Assistance, Disability Status, and Handicap. *Rehabilitation Psychology*, 40(3), 191-202.
142. Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.
143. Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
144. Orel, M. & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing.
145. Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 2(5), 164-172.

146. Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
147. Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The Internal Working Models Concept: What Do We Really Know About the Self in Relation to Others? *Review of General Psychology*, 4(2), 155-175.
148. Pinguart, M. (2001). Correlates of Subjective Healths in Older Adults: Metaanalysis. *Psychology and Aging*, 3(16), 414-426.
149. Pinguart, M., Feußner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development*, 15(2), 189-218.
150. Plaňava, I., Rajmicová, K., & Blažková, P. (2003). Manželská spokojenost a partnerské interakcie. *Československá psychologie*, 47(5), 385-391.
151. Pöthe, P. (2001). *Teorie vazby a prevence týrání a zanedbávání dětí*. Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii. Vyšlo v Zborníku (2001): Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence. Praha: Futurum. Dostupné na <http://www.cspap.cz/sources/Articles/Pothe2001Teorie.asp> 27. 7. 2016.
152. Preti, A. (2003). Unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 557-558.
153. Repková, K. (1999). *Zdravotné postihnutie. Obraz galérie nášho poznania*. Bratislava: EPOS.
154. Repková, K., & Sedláková, D. (2012). *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku.
155. Resch, J. A., Villarreal, V., Johnson, C. L., Elliott, T. R., Kwok, O., Berry, J. W., & Underhill, A. T. (2009). Trajectories of life satisfaction in the first 5 years following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 1(54), 51-59.
156. Rienstra, M., Lyass, A., Murabito, J. M., Magnani, J. W., Lubitz, S. A., Massaro, J. M., Ellinor, P. T., & Benjamin, E. J. (2013). Reciprocal Relations between Physical Disability, Subjective Health, and Atrial Fibrillation: The Framingham Heart Study. *American Heart Journal*, 166(1), 171-178.
157. Richards, D. A., & Schat, A. C. H. (2011). Attachment at (Not to) Work: Applying Attachment Theory to Explain Individual Behavior in Organizations. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 169-182.

158. Roth, D. L., Wiebe, D. J., Fillingim, R. B., & Shay, K. A. (1989). Life events, fitness, hardiness, and health: a simultaneous analysis of proposed stress-resistance effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(1), 136-142.
159. Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and Health: Environmental and Genetic Contributions to the Relationship Between Subjective Well-Being, Perceived Health, and Somatic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(85), 1136-1146.
160. Ruppert, F. (2011). *Symbióza a autonomie*. Praha: Portál.
161. Ryff, C. D., Singer, H., & Burton, H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach To Psychological Well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
162. Říčan, P. (1977). *Úvod do psychometrie*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
163. Říčan, P., & Krejčířová, D. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
164. Segovia, F., Moore, J. L., Linnville, S. E., & Hoyt, R. E. (2015). Optimism predicts positive health in repatriated prisoners of war. *Journal of Psychological Trauma*, 7(3), 222-228.
165. Shahyad, S., Besharat, M. A., Asadi, M., Alipour, A. S., Miri, M. (2011). The Relation of Attachment and perceived social support with Life Satisfaction: Structural Equation Model. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 15, 952-956.
166. Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2007). Attachment Theory and Research. Core Concepts, Basic Principles, Conceptual Bridges. In Kruglanski, A. W., & Higgins, E. T. (Eds.). *Social Psychology. Handbook of Basic Principles*, 650-677. New York: Guilford Press.
167. Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2009). An Overview of Adult Attachment Theory. In Obegi, J. H. & Berant, E. (Eds.). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. New York / London: Guilford Press.
168. Schmidt, S., Nachtigall, Ch., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 763-773.
169. Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(82), 582-593.
170. Schubert, Ch. (2015). Psychoneuroimmunologie über die Lebensspanne. In Brisch, K. H. (Ed.). *Bindung und Psychosomatik*. Stuttgart: Klett-Cotta.

171. Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
172. Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an Organizational Construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
173. Stephan, Y., Demulier, V., & Terracciano, A. (2012). Personality, Self-Rated Health, and Subjective Age in a Life-Span Sample: The Moderating Role of Chronological Age. *Psychology and Aging*, 4(27), 875-880.
174. Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2015). The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1(41), 25-38.
175. Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (Eds.) (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
176. Šolcová, I. (1996). Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků. *Československá psychologie*, 3(40), 237-247.
177. Šolcová, I., & Kebza, V. (2002). Sociálně založené nerovnosti ve zdraví: Současný vývoj ve světě a stav u nás. *Československá psychologie*, 3(46), 219-224.
178. Šolcová, I., & Kebza, V. (2003). Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, 3(47), 220-229.
179. Šolcová, I., & Kebza, V. (2006). Subjektivní zdraví: Současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*, 1(50), 1-15.
180. Štefánková, Z. (2011). *Citová vazba a sociální adaptace v rané adolescenci*. Disertační práce. Brno: Katedra psychologie Fakulty sociálních studií, Masarykova univerzita.
181. Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K., & Hoskovec, J. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.
182. Tavel, P. (2007). *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: Triton.
183. Tianyuan, L., & Darius, K-S., Ch. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42, 406-419.
184. Tóthová, J. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny. Transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál.
185. Tov, W., & Diener, E. (2009). *Culture and subjective well-being*. Abstract. New York: Springer Science + Business Media.
186. Treboux, D., Crowell, J. A., & Waters, E. (2004). When „New“ Meets „Old“: Configurations of Adult Attachment Representations and Their Implications for Marital Functioning. *Developmental Psychology*, 40(2), 295-314.



187. Tziner, A., Ben-David, A., Oren, L., Sharoni, G. (2014). Attachment to work, job satisfaction and work centrality. *Leadership & Organization Development Journal*, 35(6), 555-565.
188. Urbánková, O. (2008). *Kvalita života a životní spokojenost osob žijících s HIV/AIDS v České republice*. Dizertační práce. Praha: Filozofická fakulta Karlovy Univerzity v Praze.
189. Üstün, T. B. et al. (2001). *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001*. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/responsiveness/papers/gpediscpaper37.pdf> 16.7.2016.
190. Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). (Eds). *Measuring Health And Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.
191. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
192. Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
193. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
194. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
195. Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. et al. (2012). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.
196. Van Campen, C., & Iedema, J. (2007). Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modelling of objective participation and subjective well-being. *Quality of Life Research*, 16(4), 635-645.
197. Výrost, J. et al. (2008). *Európska sociálna sonda (ESS). 3. kolo na Slovensku*. Prešov: UNIVERSUM.
198. Wasserman, G. A., & Allen, R. (1985). Maternal withdrawal from handicapped toddlers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 381-387.
199. Wasserman, G. A., Lennon, M. C., Allen, R., & Shilansky, M. (1987). Contributors to attachment in normal and physically disabled infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(1), 9-15.
200. Willits, F. K., & Crider, D. M. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology*, 43(5), 172-176.

201. Wolff, J. K., Brose, A., Lövdén, M., Tesch-Römer, C., Lindenberger, U., & Schmiedek, F. (2012). Health is health is health? Age differences in intraindividual variability and in within-person versus between-person factor structures of self-reported health complaints. *Psychology and Aging*, 4(27), 881-891.
202. Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13, 733-753.
203. Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.
204. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* (2014). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné na WWW: [file:///D:/Downloads/zdroccz2013%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/zdroccz2013%20(1).pdf). 1.8.2016.
205. Zimberoff, D., & Hartman, D. (2002). Attachment, Detachment, Nonattachment: Achieving Synthesis. *Journal of Heart-Centered Therapies*, 5(1), 3-94.

## **Príloha 1: Abstrakt v slovenskom jazyku**

### **ABSTRAKT**

**Názov práce:** Subjektívne zdravie, životná spokojnosť a vzťahová väzba u mladých dospelých ľudí s telesným postihnutím a v bežnej populácii

**Autor práce:** Mgr. et Mgr. Ing. Jarmila Adamove

**Počet strán a znakov:** 129 strán, 287 785 znakov

**Počet príloh:** 12

**Počet použitých zdrojov:** 205

**Abstrakt:** Diplomová práca sa zaoberá vzťahom medzi subjektívnym a objektívnym zdravím vo väzbe na životnú spokojnosť a vzťahovú väzbu. Použili sme štyri sebahodnotiace dotazníky: WHODAS 2.0, škála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti, SWLS a ECR. Výskumnú vzorku tvorilo 210 osôb s telesným postihnutím a bežná populácia v pomere 1 : 1. Priemerný vek na celkovej vzorke činil 23,5 roka. Bez ohľadu na telesné postihnutie sme zistili pozitívnu koreláciu medzi subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou, ako aj negatívnu koreláciu medzi mierou neistoty vo vzťahovej väzbe a subjektívnym zdravím (životnou spokojnosťou). Osoby s telesným postihnutím reportovali signifikantne nižšiu mieru subjektívneho zdravia, ako aj nižšiu mieru životnej spokojnosti v porovnaní s bežnou populáciou. Neboli zistené rozdiely vo vzťahovej väzbe medzi osobami s telesným postihnutím a osobami bez telesného postihnutia.

### **Kľúčové slová:**

Psychológia handicapu. Subjektívne zdravie. Životná spokojnosť. Vzťahová väzba. WHODAS 2.0. Škála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti (Fahrenberg). SWLS. ECR.

## **Príloha 2: Abstrakt v anglickom jazyku**

### **ABSTRACT**

**Title:** Subjective Health, Life Satisfaction and Attachment in Young Adults with Physical Disability and in General Population

**Author:** Mgr. et Mgr. Ing. Jarmila Adamove

**Number of pages and characters:** 129 pages, 287 785 characters

**Number of appendices:** 12

**Number of references:** 205

**Abstract:** The thesis's topic is relation between subjective health and objective health in relation to life satisfaction and attachment. There were used four self-rated questionnaires: WHODAS 2.0, subscale Health of Life Satisfaction Questionnaire (Fahrenberg), SWLS and ECR. Research sample consisted of 210 individuals with physical disability and general population in relation 1 : 1. Average age on the total sample reached 23,5 years. Regardless physical disability we found positive correlation between subjective health and life satisfaction, as well as negative correlation between insecurity in attachment and subjective health (life satisfaction). Individuals with physical disability reported significantly lower subjective health and lower life satisfaction in comparison to general population. There were not found differences in attachment between people with physical disability and general population.

#### **Key words:**

Psychology of Disability. Subjective Health. Life Satisfaction. Attachment. WHODAS 2.0. Scale Health of Life Satisfaction Questionnaire (Fahrenberg). SWLS. ECR.

## Príloha 3: Dotazníková batéria

Vážené respondentky, vážení respondenti,  
tento dotazník zjišťuje subjektivně vnímané zdraví, životní spokojenost a typ vztahové vazby.

Tento výzkum se skládá ze tří částí - **A) Sociodemografické údaje, B) Subjektivně vnímané zdraví a životní spokojenost C) Dotazník stylu vztahové vazby.** Vyplnění Vám zabere **max. 15 minut.**

Vaše rozhodnutí o účasti ve výzkumu a vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné. Jeho vyplněním dáváte souhlas s použitím údajů k výzkumným účelům. Celý průzkum je **zcela anonymní**. Výzkumný tým zajistí ochranu před zneužitím získaných dat třetím subjektem. Vybraná souhrnná data budou využita v závěrečné práci studentky Univerzity Palackého v Olomouci Jarmily Adamové. Pokud máte jakékoli dotazy k výzkumu směřujte je prosím na mail: [jarmila.adamove@gmail.com](mailto:jarmila.adamove@gmail.com)

Děkujeme za Váš čas a ochotu vyplnit dotazník. Prosíme Vás o **co největší otevřenost a upřímnost.**

### **A) Sociodemografické údaje (Označte jednu z uvedených možností/doplňte údaje)**

#### **1. Pohlaví**

- Muž  
 Žena

#### **2. Věk .....**

#### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání / aktuální studium (vyberte jednu možnost)**

- základní  
 středoškolské  
 vysokoškolské  
 momentálně studuji na střední škole  
 momentálně studuji na své první vysoké škole

#### **4. Žiji (vyberte jednu možnost)**

- v úplné rodině  
 v neúplné rodině  
 samostatně

#### **5. Bydlím (vyberte jednu možnost)**

- ve městě  
 na vesnici

#### **6. Mám partnerský vztah (vyberte jednu možnost)**

- ano  
 ne

**7. Mám v péči dítě / děti** (vlastní biologické, adoptované, v pěstounské péči a pod.)

ano

ne

**8. Mám somatický /jiný zdravotní handicap**, který se obvykle považuje za závažnější (vyberte jednu možnost)

ano

ne

**9. Pokud jste v otázce 8 odpověděli ANO, napište o jaký handicap / onemocnění se jedná:**

.....

**10. Pokud jste v otázce 8 odpověděli ANO, je Vaše postižení / onemocnění VROZENÉ?** (Ostatní neodpovídejte)

ano

ne

**11. Pokud je Vaše postižení / onemocnění ZÍSKANÉ** v průběhu života, v jakém věku jste ho získali (vypište). (Ti, kterých se to netýká, neodpovídejte)

.....let

## **B) Subjektivně vnímané zdraví a životní spokojenost:**

**dotazník WHODAS 2.0, škála Zdraví z dotazníka DŽS a dotazník SWLS.**

**1. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě:**  
**STÁT DELŠÍ DOBU JAKO JE KU PŘÍKLADU 30 MINUT**

žádné

mírné

středně velké

závažné

extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**2. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě:**  
**DĚLAT BĚŽNÉ PRÁCE V DOMÁCNOSTI**

žádné

mírné

středně velké

závažné

extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**3. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě: NAUČIT SE NOVOU ÚLOHU, NAPŘÍKLAD NAUČIT SE, JAK SE DOSTAT NA NĚJAKÉ NOVÉ MÍSTO**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**4. Jak velké problémy jste měl(a) při účasti na společenských akcích (například svátků, náboženských aktivit a jiných)?**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**5. Do jaké míry Vás citově zasáhly Vaše zdravotní problémy?**

- vůbec  
 mírně  
 středně  
 závažně  
 extrémně

**6. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: KONCENTROVAT SE NA NĚCO 10 MINUT**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**7. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: JÍT PĚŠKY DELŠÍ VZDÁLENOST NAD JEDEEN KILOMETR**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**8. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: UMYT SI CELÉ TĚLO**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**9. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: OBLÉKNOUT SI OBLEČENÍ**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**10. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: JEDNAT S LIDI, KTERÉ NEZNÁTE**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat

**12. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě: UDRŽOVAT PŘÁTELSTVÍ**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem realizovat

**13. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: DĚLAT KAŽDODENNÍ ČINNOSTI**

- žádné  
 mírné  
 středně velké  
 závažné  
 extrémní / nemohl(a) jsem udělat



## Škála Zdraví DŽS:

U každého z následujících tvrzení vyznačte, jak odpovídá Vaší spokojenosti.

### 1. Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...

- velmi nespokojen(a)
- nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spokojen(a)
- velmi spokojen(a)

### 2. Se svou duševní kondicí jsem...

- velmi nespokojen(a)
- nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spokojen(a)
- velmi spokojen(a)

### 6. Se svou tělesnou kondicí jsem...

- velmi nespokojen(a)
- nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spokojen(a)
- velmi spokojen(a)

### 3. Se svou duševní výkonností jsem...

- velmi nespokojen(a)
- nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spokojen(a)
- velmi spokojen(a)

#### 4. Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...

- velmi nespokojen(a)
- nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spokojen(a)
- velmi spokojen(a)

#### 5. Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...

- velmi nespokojen(a)
- nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spokojen(a)
- velmi spokojen(a)

#### 6. Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem...

- velmi nespokojen(a)
- nespokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spokojen(a)
- velmi spokojen(a)

### SWLS: Prosím o vyjádření Vašeho osobního postoje k těmto výpovědím:

#### 1. Můj život je v mnoha směrech blízky ideálu mého života.

- výrazně s tím NESOUHLASÍM
- nesouhlasím s tím
- spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím
- ANI s tím nesouhlasím, ANI souhlasím
- spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím
- souhlasím s tím
- výrazně s tím SOUHLASÍM

**2. Podmínky mého života jsou výtečné.**

- výrazně s tím NESOUHLASÍM
- nesouhlasím s tím
- spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím
- ANI s tím nesouhlasím, ANI souhlasím
- spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím
- souhlasím s tím
- výrazně s tím SOUHLASÍM

**3. Jsem spokojen(a) se svým životem.**

- výrazně s tím NESOUHLASÍM
- nesouhlasím s tím
- spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím
- ANI s tím nesouhlasím, ANI souhlasím
- spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím
- souhlasím s tím
- výrazně s tím SOUHLASÍM

**4. Doposud dostávám od života to podstatné, co od něho očekávám.**

- výrazně s tím NESOUHLASÍM
- nesouhlasím s tím
- spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím
- ANI s tím nesouhlasím, ANI souhlasím
- spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím
- souhlasím s tím
- výrazně s tím SOUHLASÍM

**5. Kdybych mohl(a) žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil(a).**

- výrazně s tím NESOUHLASÍM
- nesouhlasím s tím
- spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím
- ANI s tím nesouhlasím, ANI souhlasím
- spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím
- souhlasím s tím
- výrazně s tím SOUHLASÍM

**C) V následující části prosíme o vyplnění Dotazníku ECR, který zjišťuje styl vztahové vazby v mezilidských vztazích.**

**Instrukce pro vyplnění:**

Následující tvrzení se týkají toho, **jak se OBECNĚ cítíte ve vztazích** (romantických, přátelských, s rodinnými příslušníky,...). Ke každému tvrzení zvolte míru Vašeho souhlasu či nesouhlasu.

**1. Raději neukazuji druhým lidem, jak se opravdu cítím.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**2. Dělá mi starosti, že bych mohl(a) být odmítnut(a) nebo opuštěn(a).**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**3. Jsem velmi spokojený(á), když jsem blízko druhým lidem.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**4. Dělán si starosti o své vztahy.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**5. Jakmile se někdo začne se mnou sblížovat, přistihnu se, jak se odtahuji pryč.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**6. Trápí mě, že druhým na mně nezáleží tolik, jako mně na nich.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**7. Začnu se cítit nepříjemně, když se se mnou chce někdo těsněji sblížit.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**8. Velmi mnoho mě trápí, že ztratím své blízké přátele.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**9. Je mi nepříjemné, mám-li se otevřít druhým.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**10. Často si přeji, aby moji blízcí přátelé ke mně cítili stejně silné city, jako já k nim.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**11. Chci se sblížit s druhými, ale stejně si udržuji odstup.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**12. Chci se s druhými velmi těsně sblížit, a to je někdy odežene pryč.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**13. Jsem nervózní, když se se mnou chce někdo více sblížit.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**14. Trápí mě být sám / sama.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**15. Cítím se dobře, když sdílím své soukromé myšlenky a pocity s druhými.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**16. Má touha být druhým lidem velmi blízko je někdy odhání pryč.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**17. Snažím se vyhnout příliš blízkému kontaktu s druhými.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**18. Potřebuji hodně ujišťování, že mým blízkým na mně opravdu záleží.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**19. Je pro mě poměrně snadné sblížit se s druhými.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**20. Někdy cítím, že se snažím přimět druhé, aby ukázali více citu, více oddanosti v našich vztazích, než obvykle dávají najevo.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**21. Je pro mě obtížné dovolit si být závislý(á) na blízké osobě.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**22. Netrápím se často nad tím, že bych mohl(a) být opuštěn(a).**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**23. Upřednostňuji nebýt příliš blízko druhým.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**24. Nedaří-li se mi přimět blízkou osobu, aby o mě projevila zájem, začnu být naštvaný(á) nebo rozzlobený(á).**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM



**25. Říkám svým blízkým osobám skoro o všem.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**26. Myslím si, že se mi blízcí se mnou nechtějí sblížit tak, jak bych já chtěl(a).**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**27. Obvykle probírám své problémy a obavy s blízkými lidmi.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**28. Když kolem sebe nemám blízké osoby, cítím se poněkud úzkostný(á) a nejistý(á).**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**29. Cítím se dobře, když jsem závislý(á) na druhých.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**30. Jsem zklamaný(á), když mé blízké osoby nejsou poblíž v takové míře, jak bych rád(a).**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**31. Nevadí mi požádat blízké osoby o útěchu, radu nebo pomoc.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**32. Jsem zklamaný(á), pokud můj partner(ka) není dostupný(á), když jej/ji potřebuji.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**33. Pomáhá mi obrátit se na blízké osoby v těžkých chvílích.**

- rozhodně NESOUHLASÍM
- nesouhlasím
- spíše nesouhlasím
- nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím
- spíše souhlasím
- souhlasím
- rozhodně SOUHLASÍM

**34. Když mě druzí lidé zavrhnou, cítím se hodně špatně.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**35. Obracím se na blízké osoby ohledně řady věcí, včetně toho, abych získal(a) útěchu a ujištění.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

**36. Vadí mi, když můj partner(ka) tráví čas beze mě.**

- rozhodně NESOUHLASÍM  
 nesouhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 nevím / ANI souhlasím, ANI nesouhlasím  
 spíše souhlasím  
 souhlasím  
 rozhodně SOUHLASÍM

## Príloha 4: Vnútrotná konzistencia dotazníka WHODAS 2.0

### a) na celkovej výberovej vzorke

proměnná CV = celková vzorka	Souhrn pro měř.: Prům=21,5857 SmOdch =7,61042 Plat. N:210 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,819641</b> Standardiz. alfa: --,836009 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
1_whodas 2.0 CV	19,44286	44,96102	6,705298	0,578634	0,796355
2_whodas 2.0 CV	19,74286	45,04816	6,711793	0,714218	0,783466
3_whodas 2.0 CV	19,73333	49,09079	7,006482	0,525618	0,802128
4_whodas 2.0 CV	20,11905	51,20963	7,156091	0,480263	0,807072
5_whodas 2.0 CV	18,62857	57,20490	7,563392	-0,070914	0,861428
6_whodas 2.0 CV	20,00000	53,94286	7,344580	0,230272	0,823147
7_whodas 2.0 CV	19,44286	43,08483	6,563903	0,604734	0,794317
8_whodas 2.0 CV	20,10000	47,16619	6,867764	0,697057	0,788645
9_whodas 2.0 CV	20,19524	47,47141	6,889950	0,725357	0,787946
10_whodas 2.0 CV	19,90952	49,50134	7,035719	0,507534	0,803705
11_whodas 2.0 CV	20,10476	53,19855	7,293734	0,310512	0,817842
12_whodas 2.0 CV	20,02381	48,88038	6,991451	0,676515	0,793695

Otázka znižujúca vnútornú konzistenciu dotazníka WHODAS 2.0:

5. Do jaké míry Vás citově zasáhly Vaše zdravotní problémy?

### b) na výberovej vzorke osôb s TP:

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=25,5619 SmOdch =8,43405 Plat. N:105 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,811443</b> Standardiz. alfa: --,812265 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
1 whodas 2.0 s TP	22,73333	57,20508	7,563404	0,461813	0,799249
2 whodas 2.0 s TP	23,19048	55,29705	7,436199	0,666106	0,777049
3 whodas 2.0 s TP	23,36190	61,31664	7,830494	0,456168	0,798210
4 whodas 2.0 s TP	23,85714	62,31293	7,893854	0,434355	0,800185
5 whodas 2.0 s TP	22,97143	65,70394	8,105797	0,174310	0,821326
6 whodas 2.0 s TP	23,80000	67,47429	8,214273	0,122887	0,821753
7 whodas 2.0 s TP	22,52381	56,80182	7,536698	0,446547	0,802081
8 whodas 2.0 s TP	23,65714	56,54911	7,519915	0,659163	0,779112
9 whodas 2.0 s TP	23,83809	55,86902	7,474558	0,727610	0,773320
10 whodas 2.0 s TP	23,59048	60,14658	7,755423	0,468876	0,796888
11 whodas 2.0 s TP	23,95238	65,20725	8,075101	0,270640	0,811749
12 whodas 2.0 s TP	23,70476	58,72236	7,663052	0,685457	0,781320

Otázky znižujúce vnútornú konzistenciu dotazníka WHODAS 2.0:

5. Do jaké míry Vás citově zasáhly Vaše zdravotní problémy?

6. Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnu při této aktivitě: koncentrovat se na něco deset minut?

c) na výberovej vzorke osôb bez TP:

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=17,6095 SmOdch =3,65191 Plat. N:105 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,605748</b> Standardiz. alfa: --,733135 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
1 whodas 2.0 bez TP	16,15238	11,06249	3,326033	0,352522	0,565152
2 whodas 2.0 bez TP	16,29524	11,02712	3,320711	0,450420	0,550679
3 whodas 2.0 bez TP	16,10476	10,53188	3,245286	0,406859	0,550332
4 whodas 2.0 bez TP	16,38095	12,15964	3,487067	0,258676	0,587958
5 whodas 2.0 bez TP	14,28571	10,98503	3,314368	0,004448	0,730118
6 whodas 2.0 bez Tp	16,20000	11,53143	3,395796	0,259258	0,584479
7 whodas 2.0 bez TP	16,36190	10,38331	3,222315	0,547133	0,525632
8 whodas 2.0 bez Tp	16,54286	12,47673	3,532242	0,380479	0,587553
9 whodas 2.0 bez TP	16,55238	12,53297	3,540194	0,378824	0,589120
10 whodas 2.0 bez TP	16,22857	11,75728	3,428889	0,271588	0,583130
11 whodas 2.0 bez TP	16,25714	11,58150	3,403160	0,297062	0,578179
12 whodas 2.0 bez TP	16,34286	11,93959	3,455371	0,310193	0,580292

*Otázka znižujúca vnútornú konzistenciu dotazníka WHODAS 2.0:*

*5. Do jaké míry Vás citově zasáhly Vaše zdravotní problémy?*

## Príloha 5: Vnútoraná konzistencia subškály vyhýbavosti dotazníka ECR

a) na celkovej výberovej vzorke:

proměnná CV = celková vzorka	Souhrn pro měř.: Prům=72,8714 SmOdch =11,5148 Plat. N:210 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,652052</b> Standardiz. alfa: --,647882 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
ECR_Vyhýb_1 CV	69,05238	117,6496	10,84664	0,296987	0,632239
ECR_Vyhýb_3 CV	67,47619	126,4113	11,24328	0,110401	0,653379
ECR_Vyhýb_5 CV	69,76190	114,4005	10,69582	0,388382	0,619991
ECR_Vyhýb_7 CV	69,62857	113,9573	10,67508	0,379232	0,620584
ECR_Vyhýb_9 CV	69,42381	115,4537	10,74494	0,338676	0,626282
ECR_Vyhýb_11 CV	69,10953	115,8309	10,76248	0,341805	0,626137
ECR_Vyhýb_13 CV	69,47619	111,6780	10,56778	0,431395	0,612724
ECR_Vyhýb_15 CV	68,13333	124,5060	11,15823	0,116821	0,655180
ECR_Vyhýb_17 CV	69,94762	115,9544	10,76821	0,391607	0,621309
ECR_Vyhýb_19 CV	68,34286	134,2825	11,58803	-0,132348	0,684373
ECR_Vyhýb_21 CV	69,09524	124,8576	11,17397	0,108812	0,656079
ECR_Vyhýb_23 CV	69,68571	121,6155	11,02794	0,215190	0,642635
ECR_Vyhýb_25 CV	68,47143	117,3063	10,83080	0,272980	0,635348
ECR_Vyhýb_27 CV	67,74286	121,3529	11,01603	0,228989	0,640967
ECR_Vyhýb_29 CV	70,36191	128,2595	11,32517	0,041217	0,661494
ECR_Vyhýb_31 CV	67,69524	120,6309	10,98321	0,242008	0,639407
ECR_Vyhýb_33 CV	67,24762	121,0244	11,00111	0,276974	0,635882
ECR_Vyhýb_35 CV	68,16190	116,8785	10,81104	0,388522	0,622654

*Otázky znižujúce vnútornú konzistenciu subškály vyhýbavosti dotazníka ECR:*

*19. Je pro mne poměrně snadné sblížit se s druhými.*

*29. Cítim se dobře, když jsem závislý/á na druhých.*

**b) na výberovej vzorke osôb s TP:**

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=73,2095 SmOdch =13,4219 Plat. N:105 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,714996</b> Standardiz. alfa: --,715865 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
ECR Vyhýb 1 s TP	69,21905	156,8949	12,52577	0,397243	0,692754
ECR Vyhýb 3 s TP	67,83810	164,6690	12,83234	0,268662	0,705511
ECR Vyhýb 5 s TP	70,05714	162,3586	12,74200	0,282672	0,704235
ECR Vyhýb 7 s TP	69,74286	158,4196	12,58648	0,330919	0,699324
ECR Vyhýb 9 s TP	69,59048	154,7942	12,44163	0,413448	0,690467
ECR Vyhýb 11 s TP	69,20000	159,2076	12,61775	0,348451	0,697744
ECR Vyhýb 13 s TP	69,64762	158,0568	12,57206	0,364106	0,696039
ECR Vyhýb 15 s TP	68,68571	162,7298	12,75656	0,268974	0,705589
ECR Vyhýb 17 s TP	70,15238	161,2720	12,69929	0,318531	0,700823
ECR Vyhýb 19 s TP	68,79047	171,4228	13,09285	0,071621	0,725068
ECR Vyhýb 21 s TP	69,52381	170,7066	13,06547	0,095222	0,722056
ECR Vyhýb 23 s TP	69,80000	168,9981	12,99993	0,137577	0,717821
ECR Vyhýb 25 s TP	69,06667	156,1765	12,49706	0,367177	0,695321
ECR Vyhýb 27 s TP	68,25714	161,0863	12,69198	0,350072	0,698214
ECR Vyhýb 29 s TP	70,40952	171,9371	13,11248	0,075697	0,723207
ECR Vyhýb 31 s TP	68,29523	156,8367	12,52344	0,410381	0,691664
ECR Vyhýb 33 s TP	67,79047	158,5085	12,59002	0,422096	0,691830
ECR Vyhýb 35 s TP	68,49524	158,7833	12,60093	0,400060	0,693483

*Otázky znižujúce vnútornú konzistenciu subškály vyhýbavosti dotazníka ECR:*

*19. Je pro mně poměrně snadné sblížit se s druhými.*

*21. Je pro mě obtížné dovolit si být závislý/á na blízké osobě.*

*23. Upřednostňuji nebýt příliš blízko druhým.*

*29. Cítím se dobře, když jsem závislý/á na druhých.*

c) na výberovej vzorke osôb bez TP:

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=72,5333 SmOdch =9,27783 Plat. N:105 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,534788</b> Standardiz. alfa: --,499516 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
ECR Vyhýb 1 bez TP	68,88571	78,34884	8,851488	0,144445	0,526945
ECR Vyhýb 3 bez TP	67,11429	87,89170	9,375057	-0,181326	0,569619
ECR Vyhýb 5 bez TP	69,46667	66,26794	8,140512	0,580304	0,432452
ECR Vyhýb 7 bez TP	69,51428	69,46884	8,334797	0,477330	0,458486
ECR Vyhýb 9 bez TP	69,25714	76,05769	8,721106	0,220013	0,512013
ECR Vyhýb 11 bez TP	69,01905	72,43773	8,511036	0,347901	0,485235
ECR Vyhýb 13 bez TP	69,30476	65,24045	8,077156	0,562873	0,429972
ECR Vyhýb 15 bez TP	67,58096	85,67201	9,255918	-0,100390	0,570928
ECR Vyhýb 17 bez TP	69,74286	70,55293	8,399579	0,532480	0,457359
ECR Vyhýb 19 bez TP	67,89524	96,74141	9,835721	-0,462803	0,624193
ECR Vyhýb 21 bez TP	68,66666	78,64127	8,867991	0,139800	0,527672
ECR Vyhýb 23 bez TP	69,57143	74,20680	8,614337	0,364179	0,487763
ECR Vyhýb 25 bez TP	67,87619	77,72752	8,816321	0,150198	0,526269
ECR Vyhýb 27 bez TP	67,22857	81,09061	9,005033	0,067045	0,540097
ECR Vyhýb 29 bez TP	70,31429	84,57742	9,196598	-0,032041	0,549635
ECR Vyhýb 31 bez TP	67,09524	83,70522	9,149055	-0,016559	0,552014
ECR Vyhýb 33 bez TP	66,70477	82,95094	9,107740	0,037609	0,540915
ECR Vyhýb 35 bez TP	67,82858	74,75156	8,645899	0,371349	0,488703

*Otázky znižujúce vnútornú konzistenciu subškály vyhýbavosti dotazníka ECR:*

*3. Jsem velmi spokojený/á, když jsem blízko druhým lidem.*

*15. Cítím se dobře, když sdílím své soukromé myšlenky a pocity s druhými.*

*19. Je pro mě poměrně snadné sblížit se s druhými.*

*27. Obvykle probírám své problémy a obavy s blízkými lidmi.*

*29. Cítím se dobře, když jsem závislý/á na druhých.*

*31. Nevadí mi požádat blízké osoby o útěchu, radu nebo pomoc.*

*33. Pomáhá mi obrátit se na blízké osoby v těžkých chvílích.*



## Príloha 6: Vnútoraná konzistencia subškály úzkostnosti dotazníka ECR

a) na celkovej výberovej vzorke:

proměnná CV = celková vzorka	Souhrn pro měř.: Prům=69,3381 SmOdch =17,2217 Plat. N:210 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,854184</b> Standardiz. alfa: --,855450 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
ECR Úzkost 2 CV	65,48095	259,4020	16,10596	0,536126	0,843141
ECR Úzkost 4 CV	64,91428	264,0784	16,25049	0,490058	0,845407
ECR Úzkost 6 CV	65,90952	257,0061	16,03141	0,600521	0,840224
ECR Úzkost 8 CV	65,12381	257,0513	16,03282	0,527710	0,843450
ECR Úzkost 10 CV	65,09524	252,1528	15,87932	0,676287	0,836451
ECR Úzkost 12 CV	66,21429	259,1112	16,09693	0,577471	0,841431
ECR Úzkost 14 CV	65,27619	254,8571	15,96424	0,593866	0,840191
ECR Úzkost 16 CV	66,27619	263,6285	16,23664	0,560002	0,842828
ECR Úzkost 18 CV	65,53333	256,6489	16,02027	0,568647	0,841483
ECR Úzkost 20 CV	65,49048	264,1071	16,25137	0,501924	0,844930
ECR Úzkost 22 CV	65,29047	319,4918	17,87433	-0,412472	0,884680
ECR Úzkost 24 CV	66,27143	274,4739	16,56726	0,325404	0,852372
ECR Úzkost 26 CV	66,30952	272,6804	16,51304	0,362817	0,850819
ECR Úzkost 28 CV	65,52381	258,1161	16,06599	0,564436	0,841813
ECR Úzkost 30 CV	65,23810	262,8671	16,21318	0,553456	0,842898
ECR Úzkost 32 CV	64,67619	269,3618	16,41225	0,407420	0,849022
ECR Úzkost 34 CV	64,35238	270,4282	16,44470	0,417178	0,848591
ECR Úzkost 36 CV	65,77143	264,4049	16,26053	0,500008	0,845030

*Otázka znižujúca vnútornú konzistenciu subškály úzkostnosti dotazníka ECR:*

*22. Netrápim se často nad tím, že bych mohl/a být opuštěn/a.*

**b) na výberovej vzorke osôb s TP:**

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=73,3524 SmOdch =18,0980 Plat. N:105 (Tabulka1) <b>Cronbach. alfa: ,854616</b> Standardiz. alfa: --,854309 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po ods.	SmOdch po ods.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
ECR Úzkost 2 s TP	69,49524	286,4595	16,92511	0,517785	0,844519
ECR Úzkost 4 s TP	68,88571	288,9202	16,99765	0,534805	0,844039
ECR Úzkost 6 s TP	69,62857	286,0811	16,91393	0,549141	0,843175
ECR Úzkost 8 s TP	68,81905	284,6244	16,87082	0,516819	0,844510
ECR Úzkost 10 s TP	68,58096	281,7292	16,78479	0,633159	0,839410
ECR Úzkost 12 s TP	69,73333	282,4051	16,80491	0,583466	0,841387
ECR Úzkost 14 s TP	68,87619	283,2133	16,82894	0,549374	0,842926
ECR Úzkost 16 s TP	69,79047	289,3275	17,00963	0,554218	0,843427
ECR Úzkost 18 s TP	69,24762	288,2054	16,97661	0,489082	0,845875
ECR Úzkost 20 s TP	69,30476	292,4214	17,10033	0,464989	0,847023
ECR Úzkost 22 s TP	69,68571	335,2250	18,30915	-0,210348	0,874976
ECR Úzkost 24 s TP	70,18095	304,0911	17,43821	0,263268	0,855763
ECR Úzkost 26 s TP	69,99048	301,5904	17,36636	0,317010	0,853288
ECR Úzkost 28 s TP	69,14286	286,2558	16,91910	0,535435	0,843747
ECR Úzkost 30 s TP	69,08572	287,2022	16,94704	0,579031	0,842253
ECR Úzkost 32 s TP	68,84762	290,4149	17,04156	0,474623	0,846561
ECR Úzkost 34 s TP	68,33334	290,9841	17,05826	0,495443	0,845722
ECR Úzkost 36 s TP	69,36191	294,1167	17,14983	0,434539	0,848341

*Otázky znižujúce vnútornú konzistenciu subskály úzkostnosti dotazníka ECR:*

*22. Netrápim se často nad tím, že bych mohl/a být opuštěn/a.*

*24. Nedaří-li se mi přimět blízkou osobu, aby o mě projevila zájem, začnu být naštvaný/á nebo rozzlobený/á.*

## Príloha 7: Originálna verzia skráteného dotazníka WHODAS 2.0

	In the past 30 days, how much difficulty did you have in:
1.	Standing for long periods such as 30 minutes?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
2.	Taking care of your household responsibilities?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
3.	Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
4.	Joining in community activities (for example, festivities, religious, or other activities) in the same way as anyone else can?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
5.	How much have you been emotionally affected by your health problems?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
6.	Concentrating on doing something for ten minutes?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
7.	Walking a long distance such as a kilometre (or equivalent)?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
8.	Washing your whole body?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
9.	Getting dressed?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
10.	Dealing with people you do not know?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
11.	Maintaining a friendship?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>
12.	Your day-to-day work/school?
	<i>mild</i> <i>moderate</i> <i>severe</i> <i>extreme</i>

Zdroj: Üstün, Kostanjsek, Chatterji a Rehm (2010)

## Príloha 8: Populačné normy skrátenej verzie dotazníka WHODAS 2.0

Sumárne skóre	Populačný percentil
0.0	50.0
2.8	63.2
5.6	73.3
8.3	78.1
11.1	82.0
13.9	86.5
16.7	89.6
19.4	92.4
22.2	93.0
25.0	93.8
27.8	94.7
30.6	94.9
41.7	97.2
58.3	99.7
100.0	100.0

Zdroj: Üstün, Kostanjsek, Chatterji a Rehm (2010)

## Príloha 9: Porovnanie dvoch prístupov ku vzťahovej väzbe v dospelosti

<b>Východisko</b>	transgeneračný prenos väzby (pokračovanie väzby k rodičom v správaní a prežívaní dospelých)	prenos typu väzby do ostatných vzťahov s dôležitými vzťahovými osobami
<b>Metodika</b>	implicitné metódy (štrukturované interview, naratívny prístup, projektívne metódy)	explicitné metódy (sebahodnotiace dotazníky)
<b>Metodologický akcent</b>	aktivácia nevedomia	vedomé procesy
<b>Štýl vzťahovej väzby</b>	vzťahovo špecifický (relationship specific) prežívanie a správanie v konkrétnom blízkom vzťahu	všeobecný (general) všeobecné prežívanie a správanie v blízkyh vzťahoch
<b>Vzťahové osoby</b>	rodičia: osobitne matka a otec, asymetrický vzťah dieťa - rodič	partner - partner (symetrické vzťahy ľúbostné, manželské, priateľské a podobne)
<b>Časový aspekt</b>	orientácia na minulosť (reflexia raných skúseností z detstva)	orientácia na súčasnosť (prežívanie aktuálnych vzťahov)
<b>Prevažujúci model posudzovania</b>	kategoriálny	dimenzionálny
<b>Typický diagnostický nástroj</b>	Adult Attachment Interview (AAI)	Dotazník Experiences in close relationships (ECR)
<b>Prevažujúca aplikácia</b>	klinická prax (klinickí a vývinoví psychológovia)	výskumy, experimenty (sociálni psychológovia)
<b>Praktické výhody / nevýhody</b>	vyššia časová a technická náročnosť a nároky na posudzovateľa/výskumníka	časová nenáročnosť, jednoduchá administrácia

spracované podľa Mikulincer a Shaver (2002), Pietromonaco a Barrett (2000 in Adamove, 2016b)

## Príloha 10: Rozdielová štatistika na celkovej výberovej vzorke

### Mann-Whitney U-test ( $\alpha = 0,05$ ; obojstranné testovanie)

Premenné	Životná spokojnosť SWLS			Subjektívne zdravie WHODAS 2.0			Subjektívne zdravie Škála DŽS			Vyhýbavosť ECR			Úzkosť ECR		
	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota
$\alpha = 0,05$ N = 210	Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1	
Skupina 1 / Skupina 2	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)
Ženy / Muži	4 974	0,901	0,363	4 511	1,971	0,049	5 155	0,490	0,624	20 429	-0,177	0,857	20 192	0,188	0,849
	13 266	108,700		13 728	112,500		13 085	107,300		49 349	205,620		48 602	205,940	
	8 890	101,200	0,062	8 427	95,800	0,136	9 071	103,100	0,034	35 729	207,730	-0,012	35 243	203,720	0,013
Bývanie v meste / na vidieku	3 135	2,305	0,021	3 534	1,243	0,215	3 573	1,137	0,254	15 144	-0,130	0,897	14 916	0,212	0,834
	17 745	110,910		17 347	108,420		17 307	108,170		64 914	206,070		64 177	205,690	
	4 410	88,200	0,159	4 809	96,170	0,086	4 848	96,960	0,078	20 165	207,880	-0,009	19 669	202,770	0,015
Vo vzťahu / bez vzťahu	3 823	-3,809	0,001	3 717	-4,062	0,001	4 472	-2,347	0,019	19 592	1,313	0,190	19 937	0,784	0,435
	12 332	122,100		12 443	123,200		11 689	115,730		39 095	198,450		39 243	200,220	
	9 823	90,120	-0,263	9 712	89,100	-0,280	10 467	96,020	-0,163	45 984	213,880	0,091	44 602	209,400	0,054
Vzdelanie SŠ / VŠ	3 801	-3,871	0,001	3 591	-4,348	0,001	4 095	-3,204	0,001	20 341	0,706	0,478	19 046	1,523	0,129
	9 796	89,870		9 586	87,940		10 090	92,560		44 838	210,500		45 689	213,500	
	12 359	122,370	-0,263	12 569	124,450	-0,318	12 066	119,460	-0,221	40 241	202,210	0,049	38 156	195,670	0,105

SŠ = stredoškolské; VŠ = vysokoškolské

## Príloha 11: Rozdielová štatistika na vzorke osôb s telesným postihnutím

### Mann-Whitney U-test ( $\alpha = 0,05$ ; obojstranné testovanie)

Premenné	Životná spokojnosť SWLS			Subjektívne zdravie WHODAS 2.0			Subjektívne zdravie Škála DŽS			Vyhýbavosť ECR			Úzkosť ECR		
	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota
$\alpha = 0,05$ N = 105	Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1	
Skupina 1 / Skupina 2	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)
Ženy / Muži	1244	0,577	0,562	1186	0,955	0,342	1205	0,834	0,407	5 243	0,006	0,992	4 830	-0,462	0,646
	2190	50,930		2132	49,580		2151	50,010		8 984	104,470		8 700	104,810	
	3375	54,440	0,056	3433	55,370	0,093	3415	55,070	0,081	12 752	104,520	0,001	12 211	100,910	-0,045
Bývanie v meste / na vidieku	923	1,702	0,089	1102	0,460	0,646	1157	0,073	0,944	4 495	0,181	0,857	4 346	0,245	0,803
	4114	56,360		3936	53,910		3880	53,150		15 225	105,000		14 549	103,180	
	1451	45,340	0,166	1630	50,910	0,045	1685	52,660	0,007	6 511	103,350	0,018	6 362	100,980	0,024
Vo vzťahu / bez vzťahu	1020	-1,281	0,201	895	-2,133	0,033	1123	0,575	0,562	4 430	0,722	0,472	4 401	0,202	0,841
	1990	58,510		2114	62,180		1718	50,510		6 708	100,120		6 481	101,260	
	3576	50,360	-0,125	3451	48,610	-0,208	3848	54,190	0,056	15 028	106,580	0,070	14 430	103,070	0,020
Vzdelanie SŠ / VŠ	690	-0,791	0,430	584	1,692	0,091	682	0,859	0,390	2 814	0,657	0,509	2 719	0,543	0,589
	4518	51,930		4811	55,290		4713	54,170		18 293	105,740		17 596	103,510	
	1048	58,990	-0,077	755	41,920	0,165	853	47,360	0,084	3 444	98,390	0,064	3 314	97,470	0,053

SŠ = stredoškolské; VŠ = vysokoškolské

## Príloha 12: Rozdielová štatistika na vzorke osôb bez telesného postihnutia

### Mann-Whitney U-test ( $\alpha = 0,05$ ; obojstranné testovanie)

Premenné	Životná spokojnosť SWLS			Subjektívne zdravie WHODAS 2.0			Subjektívne zdravie Škála DŽS			Vyhýbavosť ECR			Úzkosť ECR		
	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota	U	Z	p - hodnota
$\alpha = 0,05$ N = 105	Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1		Súčet. por. skup. 1	Medián por. skup. 1	
Skupina 1 / Skupina 2	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)	Súčet. por. skup. 2	Medián por. skup. 2	r (effect size)
Ženy / Muži	824	-1,507	0,131	898	-0,958	0,337	661	-2,713	0,007	3 792	0,159	0,873	3 785	0,521	0,603
	3 984	50,420		4 058	51,360		3 821	48,370		15 843	102,880		15 952	104,260	
	1 582	60,830	-0,147	1 508	57,980	-0,108	1 744	67,080	-0,275	5 067	101,340	0,016	5 163	99,290	0,051
Bývanie v meste / na vidieku	732	0,434	0,667	731	-0,442	0,660	724	0,502	0,617	2 807	-0,264	0,795	2 806	0,320	0,749
	4 663	53,590		4 359	52,400		4 671	53,680		17 342	102,010		17 715	103,590	
	903	50,140	0,042	1 007	55,920	-0,039	895	49,690	0,049	3 569	104,960	-0,026	3 401	100,010	0,031
Vo vzťahu / bez vzťahu	964	2,057	0,039	1 139	0,890	0,373	1 157	0,774	0,441	4 463	-0,855	0,395	4 655	-0,400	0,689
	3 860	57,610		3 685	55,000		3 668	54,740		12 978	99,830		13 433	101,770	
	1 705	44,870	0,201	1 880	49,470	0,087	1 898	49,930	0,076	7 932	107,190	-0,083	7 682	105,230	-0,047
Vzdelanie SŠ / VŠ	889	0,189	0,849	877	0,280	0,779	813	-0,783	0,435	3 210	0,208	0,834	3 265	-0,793	0,430
	1 142	51,890		1 130	51,360		1 266	57,550		4 030	100,750		4 809	109,300	
	4 424	53,300	0,018	4 435	53,430	0,027	4 299	51,800	-0,074	16 880	102,930	0,020	16 306	101,280	-0,075

SŠ = stredoškolské; VŠ = vysokoškolské