

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálnopedagogických štúdií

MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCA

Jarmila Adamove

Subjektívne zdravie a životná spokojnosť

Olomouc 2016

Vedúci práce: Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.

Prehlásenie

Prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému „Subjektívne zdravie a životná spokojnosť“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom mojho vedúceho práce a s použitím prameňov, ktoré som riadne citovala a uviedla v závere práce.

V Olomouci dňa.....

.....

Jarmila Adamove

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som chcela poďakovať Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za jeho odborný a vecný prístup, užitočné pripomienky a cenné podnety počas písania diplomovej práce, ako aj za pomoc pri získaní respondentov do výskumu. Moje poďakovanie patrí takisto aj všetkým respondentom, ktorí sa zúčastnili výskumu a s dôverou mi poskytli svoje osobné dáta a vlastné postoje ku skúmaným otázkam.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČASŤ	
1. SUBJEKTÍVNE ZDRAVIE	7
1.1. Rôzne koncepty zdravia.....	7
1.2. Subjektívne a objektívne zdravie.....	10
1.3. Faktory subjektívneho zdravia a prístupu k nemoci.....	12
2. ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ.....	15
2.1. Rôzne koncepty životnej spokojnosti.....	15
2.2. Hlavné komponenty životnej spokojnosti.....	19
2.3. Vybrané faktory životnej spokojnosti.....	21
3. ŠPECIFIKÁ U ĽUDÍ S TELESNÝM POSTIHNUTÍM.....	24
3.1. Charakteristika telesného postihnutia.....	24
3.2. Špecifiká a potreby osôb s telesným postihnutím.....	27
3.3. Psychosociálne aspekty života s telesným postihnutím.....	31
EMPIRICKÁ ČASŤ	
4. VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIELE A HYPOTÉZY.....	34
5. ORGANIZÁCIA A METÓDY VÝSKUMU.....	37
5.1. Základný a výberový súbor.....	37
5.2. Metódy.....	38
5.3. Priebeh výskumu a etické aspekty.....	42
6. VÝSLEDKY VÝSKUMU.....	44
6.1. Výsledky deskriptívnej štatistiky.....	44
6.2. Výsledky konfirmačnej štatistiky.....	47
6.3. Subjektívne zdravie – výskumné zistenia.....	49
6.4. Životná spokojnosť – výskumné zistenia.....	52
6.5. Porovnanie subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti.....	54
7. DISKUSIA.....	57
8. ZÁVER.....	62
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY.....	64
ZOZNAM TABULIEK, SCHÉM A GRAFOV	
ZOZNAM PRÍLOH	
PRÍLOHY	
ANOTÁCIA	

ÚVOD

„Kto vie sám seba presvedčiť o tom, že mu je dobre, bude sa mať dobre.“

Ovídius

Zdravie je večná téma, od nepamäti chceli byť ľudia nielen zdraví, ale aj šťastní a spokojní. Predpokladalo sa, že zdravie je podmienkou šťastného života. Vari len téma lásky odpradáva priťahovala takú pozornosť laikov, umelcov i výskumníkov ako témy zdravia a šťastia. Večná trojica zdravie – šťastie – láska je spojená s neprestávajúcou ľudskou túžbou po ich hľadaní a naplnení bez ohľadu na vek, spoločenské postavenie, kontext doby či životné okolnosti. Ich výskumné uchopenie je náročné. A ako to už vo svete vedy väčšinou býva, aj na tieto otázky existujú rôzne názory, rôzne teoretické koncepcie a alternatívne vysvetlenia, ale žiadna „absolútna pravda“.

Dôvodom pre výber tejto témy diplomovej práce je vysoká aktuálnosť tém subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti v dnešnej „technickej“ dobe. I keď medicína v posledných desaťročiach nepochybne pokročila, niekedy sa zdá, že sa chytila do vlastnej pasce. Napriek tomu, že dokáže mnohé onemocnenia, ich etiopatogenézu vysoko odborne pomenovať a vzhľadom na rozvoj zobrazovacích a diagnostických metód štatisticky odhadnúť prognózu, u väčšiny neurologických (ale aj iných, napr. psychiatrických) ochorení je príčina stále nejasná a liečba len symptomatická. Práve preto sú otázky subjektívneho vnímania vlastného zdravia, vnímania príčiny vlastnej choroby a subjektívnej životnej perspektívy naliehavé a vysoko aktuálne. Ovplyvňujú vnútorné prežívanie a následne sa na ne „nabaľuje“ postoj k celému svojmu životu a životná spokojnosť. Vzniká otázka, do akej miery môže človek sám ovplyvniť svoje objektívne a subjektívne zdravie i životnú spokojnosť a do akej miery sú dané faktormi „zvonku“. Pri ľuďoch s telesným postihnutím sa vďaka silnému rozvoju techniky výrazne rozrástli možnosti kompenzačných pomôcok, ktoré sú nepochybne obrovskou pomocou. Priniesli zásadný pokrok a predpoklady pre lepšiu kvalitu ich života. Nesmie sa však zabúdať, že samotné nestačia. To najhlavnejšie, o čo ide koniec koncov vo všetkých pomáhajúcich profesiách je jednoducho povedané to, aby sa ľudia (pacienti, klienti) cítili dobre, aby sa mali dobre. Z tohto dôvodu som sa rozhodla ísť v tejto práci „netechnickou“ cestou a zaujímať sa o tieto subjektívne fenomény, na ktoré sa niekedy zabúda. Či už to nazveme zdravie, šťastie, osobná pohoda, kvalita života alebo akýmkoľvek iným odborným termínom, ich spojovacím článkom je blaho človeka.

Cieľom práce je preskúmať súvislosti objektívneho a subjektívneho zdravia, ako aj subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti, a to aj porovnaním na výberových vzorkách mladých dospelých osôb bez telesného postihnutia a dospelých s telesným postihnutím. Keďže je to rozsiahla problematika, v rámci tejto práce nemôže byť vyčerpávajúco pokrytá aj vzhľadom na jej obmedzený rozsah. V žiadnom prípade si nerobíme nároky na úplnosť. Hĺbkový ponor do vzťahov a súvislostí by mal nasledovať v závislosti od smeru, ktorý ukážu výskumné závery práce. V použitých metódach sme sa rozhodli ísť neštandardnou cestou a preložiť medzinárodne používaný dotazník Whodas 2.0, ktorý v našich podmienkach nie je používaný. Vzhľadom na jeho jednoduchosť a psychometrickú kvalitu by sa mohol rozšíriť do praxe.

V teoretickej časti práce sme sa snažili o stručné zhrnutie doterajšieho poznania na základe odbornej literatúry, takisto sme sa opreli o výsledky doterajších výskumov v daných oblastiach. *Prvá kapitola* sa zaoberá subjektívnym zdravím, jeho vzťahovými rovnicami k objektívnemu zdraviu a faktormi, ktoré určujú subjektívny prístup k zdraviu a k nemoci. *V druhej kapitole* sme sa zamerali na životnú spokojnosť, uvádzame jej koncepty podľa rôznych autorov, jej dimenzie resp. „zložky“ a faktory, ktoré sú pre ňu určujúce. *Tretia kapitola* pojednáva o špecifikách a potrebách osôb s telesným postihnutím. V nadväznosti na našu tému a kritériá výberu výberovej vzorky osôb s telesným postihnutím vo výskume sme v nej akcentovali špecifiká uspokojovania potrieb a psychosociálne aspekty. *Vo výskumnej časti* sme v súlade s vedeckými metódami postupovali od stanovenia výskumného problému, cieľa výskumu a hypotéz. Rozoberáme priebeh výskumu a použité metódy, neopomenuli sme etické aspekty. Najväčšiu časť sme venovali samotným výsledkom výskumu od deskripcie výskumnej vzorky, cez konfirmačnú štatistiku a uvedenie výsledkov výskumu podľa našich dvoch kľúčových tém. *V diskusii* sa zamýšľame nad výsledkami práce, možnými súvislosťami a interpretáciami. Uvádzame prínosy práce, ako aj jej limity, podnety do ďalších výskumov. *Záver* stručne a výstižne sumarizuje všetky hlavné výskumné zistenia.

TEORETICKÁ ČASŤ

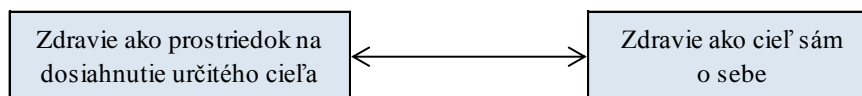
1. SUBJEKTÍVNE ZDRAVIE

V tejto kapitole sa pozrieme na rôzne aspekty subjektívneho zdravia. Na úvod treba hneď povedať, že odborníci nenašli spoločnú reč v ponímaní toho, čo vlastne zdravie je. Uvedieme hlavné koncepcie zdravia odrážajúce rôzne uhly pohľadu na zdravie. Ďalej sa pozrieme na vzťahy subjektívneho a objektívneho zdravia z pohľadu súčasných výskumov. Rozoberieme podstatné určujúce faktory subjektívneho zdravia a prístupu k nemoci.

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 norma*, normálne fungovanie, „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 seberealizácii“. Je to premenlivý jav, ktorý sa naplňuje 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). Názory sa líšia od zvoleného uhlu pohľadu autora a jeho preferencií.

Schéma č. 1 Dimenzie zdravia



Zdroj: Křivohlavý (2009)

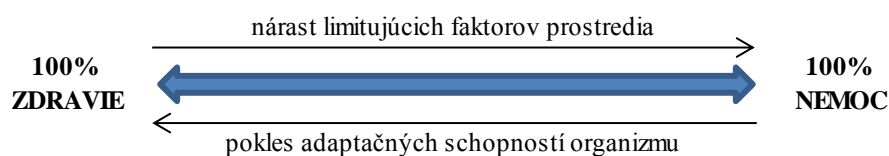
Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization) (ďalej len „WHO“) v roku 1946 definovala zdravie ako „stav úplnej telesnej, mentálnej a sociálnej pohody, nielen neexistencia choroby“ (Křivohlavý, 2009). Išlo o ideálny stav, ktorý je v skutočnosti nedosiahnuteľný. Neskôr preto definíciu upravila nasledovne: „*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 adaptovanie sa na prostredie, v ktorom človek žije). Křivohlavý (2009) uvádza svoju definíciu, podľa ktorej 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. Autor teda vidí zdravie ako podmienku naplneného spokojného života.

Väčšinou sa rôzne definície zdravia zhodujú v tom, že ide o 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 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).

Repková (1999) uvádzajú dva protipólne modely zdravia. **Kvantitatívne poňatie zdravia** vidí dimenzie zdravia a choroby na kontinuálnej škále s plynulými prechodmi.

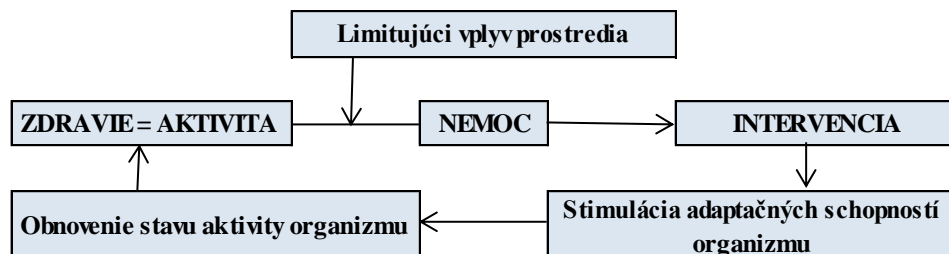
Schéma č. 2 Kontinuálna škála zdravie - nemoc



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

Kvalitatívny model je protipólom ku kvantitatívnemu modelu. 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).

Schéma č. 3 Veličiny určujúce zdravie a nemoc



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. Poznamenávame, že „spirituálna zložka“ modelu ešte nebola všeobecne prijatá. WHO vychádza z bio-psycho-sociálneho modelu. Tento model sa díva na človeka v rovinách, ktoré sú neoddeliteľne previazané vo vzájomných väzbách a interakciách (Orel et al., 2012). Zahŕňa *oblasť telesnú* (somatickú – teda náš hmotný organizmus), *psychickú* (duševnú obsahujúcu naše prežívanie, cítenie, 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 (Orel et al., 2012). V tomto modeli „všetko so všetkým súvisí“, neplatí lineárna kauzalita. V širšom slova zmysle môžeme hovoriť o *integratívnej psychosomatike* (Danzer, 2001). Zdravie je vždy individuálna subjektívna záležitosť konkrétneho jedinca. Neliečime chorobu, ale celého človeka (Danzer, 2001). 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.

Dôležitým východiskom nazerania celostného modelu je *ekologická systémová teória*, ktorú predstavil v r. 1979 Bronfenbrenner v diele *The Ecology of Human Development* (Sobotková, 2012). Neskôr ju aplikoval najmä na sociálne systémy Ludwig von Bertalanffy. Teória vidí vývin človeka ako súhrn sociálnych a biologických interakcií. Ekológia ľudského vývoja zahŕňa štúdium toho, akým spôsobom sa vzájomne prispôbujú život človeka a meniace sa podmienky, v ktorých sa vyvíja a ako je tento proces ovplyvňovaný aj širším rámcom okolia (Bronfenbrenner, 1979 in Lemme, 1995).

Tab. č. 1 Bronfenbrennerov systém sociálnych úrovní jedinca

4. Makrosystém	širší spoločensko-kultúrny, ideologicko-hodnotový, náboženský, politický kontext
3. Exosystém	nepriame väzby na jedinca (napr. vzťahy v zamestnaní otca ovplyvňujú rodinné vzťahy)
2. Mezosystém	komunita, sociálna trieda, väzby rodina - škola, rodina - práca
1. Mikrosystém	rodina, priatelia, rovesníci, ľúbostní partneri

Zdroj: Lemme (1995)

Systemová teória má dôležité implikácie pre prax. Neustále nám pripomína, že *človek je systém v systémoch*. Systémy sú pritom hierarchicky usporiadané. Interakcie s okolím udržiavajú celý systém v dynamickej premenlivosti. Najväčší prínos teórie ekologických systémov spočíva v jej snahe porozumieť jedincovi. „Systémovo orientované myslenie“ nám dáva možnosť uvažovania v širších súvislostiach jeho okolia a zohľadňovať množstvo súvisiach a navzájom sa ovplyvňujúcich faktorov. Súčasne spôsobuje aj obrovskú zložitosť poznávania.

1.2. Subjektívne a objektívne zdravie

Podľa Křivohlavého (2009) má zdravie zložku subjektívnu (pocitová zložka jedinca) i objektívnu (stanovená „zvonku“). **Subjektívne zdravie**, sebahodnotené zdravie, sebahodnotené zdravie, subjektívna predstava zdravotného stavu či vnímané zdravie sú synonymá vlastného vyjadrenia zdravotného stavu. Je to jedincov *vlastný pohľad na svoje zdravie* (fyzické i duševné / mentálne). Proces hodnotenia vlastného zdravia je komplexný, nie je to len spontánne 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), napr. „bol som dlho v strese, preto mám žalúdočné vredy“. (iii) subjektívne vnímanie časovej dimenzie (vnímaná dočasnosť / trvalosť nemoci, možnosti liečenia), napr., „do mesiaca bude dobre“ (iv) subjektívne vnímanie následkov zmeny stavu zdravia (dopadov liečby a trvania stavu), (v) subjektívne hodnotenie liečiteľnosti zmeneného zdravotného stavu, napr. „nedá sa to vyliečiť, nemá to cenu.“ Kreidl (2008) zistil, takto poňaté subjektívne zdravie (postoje k zdraviu, porozumenie zdravotnému stavu, ochota spolupracovať s lekármi) sa líši od laického vnímania, ktoré je *spájané s osobnými skúsenosťami*. Má širší záber, okrem vnímania symptómov a ich dôsledkov zahŕňa pozitívne aspekty zdravia: správanie podporujúce zdravie a osobnú pohodu (Šolcová, Kebza, 2006).

Objektívne zdravie je užšie hodnotenie zdravotného stavu potvrdené výsledkami medicínskej diagnostiky. Hodnotí kauzálne príčiny, ktoré sa snaží odstrániť, nezaoberá sa vnímaním a prežívaním jedinca v celej jeho šírke. Vyplýva z potreby medicínskej praxe oddeliť normu od abnormity, patológie (Orel et al., 2012). Neexistuje však len jedna jediná norma. Môžeme hovoriť o *norme štatistickej*, ktorá je definovaná „väčšinou“ populácie. Zdravie sa vtedy posudzuje podľa väčšinovej populácie. *Veková norma* zodpovedá

priemeru v určitej vekovej kategórii. Normalita sa v tomto prípade odvíja od porovnania s rovesníckou skupinou. Normy *sociokultúrne a morálne* podliehajú vplyvu doby, kultúry a spoločnosti. Menia sa s vývinom spoločnosti. *Norma mediálna* je vymedzovaná a menená v médiach, dá sa ovplyvniť (i zneužiť) zámerným ovplyvňovaním. Príkladom je ideál krásy, štíhlosti, zdravia, mladosti v súčasnom západnom svete. *Právna norma* je stanovená v zákonoch, vyjadruje vôľu vládnucej vrstvy v danej dobe. Mení sa teda so zmenou politickej garnitúry. *Norma odborníkov* (vedcov) je vytýčená poznatkami súčasnej vedy v postupe *lege artis*. Príkladom medicínsky odborného prístupu je *medzinárodná klasifikácia chorôb*. Predstavuje dohodu odborníkov, ktorá sa s rozvojom poznatkov medicíny postupne mení a upravuje (Orel et al., 2012). *Skupinová norma* je vymedzená poňatím danej skupiny (ktorou môže byť rodina, spoločenstvo ľudí), *norma individuálna* (osobná) je určovaná postojmi konkrétneho jedinca, spadá pod poňatie subjektívnej normy.

Zo svojej podstaty, **každá norma je relatívna**, odvíja sa od zvoleného kritéria. Navyše hranica medzi normou a abnormitou je skôr plynulá, nie vždy celkom jasná. Z hľadiska času sa vyvíja a mení spoločne s vývojom a zmenami spoločnosti (Orel et al., 2012). **Vzťah medzi objektívnym a subjektívnym zdravím nie je priamočiary** (Hnilica, 2006). 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 diskrepancie medzi subjektívnym a objektívnym zdravím je *hypochondria*. Ide o neodôvodnené subjektívne presvedčenie o zdravotných problémoch (Křivohlavý, 2002). Na opačnom póle sú niektoré psychiatrické diagnózy (napr. bipolárna efektívna porucha), ktoré sú pre ich nositeľov subjektívne veľmi príjemné, necítia potrebu liečiť sa, sú však náročné až nebezpečné pre okolie (Orel et al., 2012). Pri všetkých chorobách, kde chýba náhľad chorobnosti nemocného sa roztvárajú nožnice medzi subjektívnym a objektívnym zdravím. 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). Placebo efekt je podmienený psychickými faktormi, najmä presvedčením o predpokladanom účinku.

Zdá sa, že subjektívne a „objektívne“ zdravie sa rôzne prelínajú a navzájom ovplyvňujú, niekedy sa k sebe viac približujú, no niekedy sa čiastočne (či úplne) rozchádzajú. Subjektívne zdravie môže ovplyvniť samotný proces liečby, adaptácie na nemoc a zvládanie života s ňou. Subjektívne zdravie má potenciál ovplyvniť objektívne

zdravie a objektívne zdravie (individuálne v rôznej miere) ovplyvňuje subjektívne zdravie. Džambazovič a Gerbery (2014) 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 v rôznych spoločensko-kultúrnych kontextoch (napr. Wu et al., 2013 in Džambazovič, Gerbery, 2014).

1.3. Faktory subjektívneho zdravia a prístupu k nemoci

Činitele, ktoré môžu mať dopad na subjektívne zdravie a subjektívne prístupy k nemoci 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, kultúrne, situačné) (Šolcová, Kebza, 2006). Budeme sa najprv zaoberať faktormi subjektívneho zdravia a následne rozvineme otázku subjektívnych prístupov k nemoci či boja s nemocou.

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 výskumov o subjektívnom zdraví Pinquarta (2001) na vzorke starších dospelých (60+) potvrdila **zhoršovanie s rastúcim vekom (60+)**. Vo vyššom veku 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 subjektívne vnímaný vek). Wolff et al. (2012) zistili vyššiu stabilitu subjektívneho zdravia u starších dospelých (65–80 rokov) ako u mladších (20-31 rokov).

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 hlavným indikátorom patrí vzdelanie, príjem, status v zamestnaní a triedna príslušnosť, ktoré spolu silno korelujú. Štúdia Džambazoviča a Gerberyho (2014) ukázala, že vzdelanie a príjem sú silným prediktorom zdravia. *Nižší socio-ekonomický status sa spája s horším subjektívnym zdravím.* Čím sú hlbšie nerovnosti v spoločnosti, tým je nižšia kvalita spoločenských vzťahov a táto sa „transformuje“ do subjektívneho prežívania (i do hodnotenia zdravia). Zistenia Šolcovej a Kebzu (2002) potvrdzujú rozdiely v subjektívnom zdraví v závislosti od vzdelania.

Osobnostné črty. Ide o relatívne trvalé osobnostné charakteristiky, ktoré sú počas života viac-menej stabilné. Štúdia Löckenhoffa, Dubersteina, Friedmana a Costu (2011) na vzorke 536 jedincov zistila *významnú súvislosť medzi BIG5¹ a subjektívnym zdravím.* Subjektívne zdravie bolo negatívne korelované s neuroticizmom a pozitívne korelované s extravertiou, svedomitosťou, prívetivosťou a otvorenosťou. Subjektívne zdravie majú vyššie ľudia citovo stabilnejší, svedomití, prívetiví a otvorení novým skúsenostiam.

Situačné faktory. Mnohí autori skúmali vplyv tzv. životných udalostí („life events“) na subjektívne zdravie a životnú pohodu. Ide o udalosti typu rozvod, úmrtie blízkeho, nezamestnanosť, stresy v práci / v rodine a podobne. Headey a Wearing (1989) na vzorke pôvodných 942 respondentov sledovaných počas 6 rokov zistili, že *negatívne životné udalosti znižujú subjektívne zdravie a pohodu.* Ako uvádza Křivohlavý (2009), výskumy dokázali priamy vplyv chronického i akútneho stresu, osamelosti, rozvodu, negatívneho emočného ladenia na imunitný systém a celkové prežívanie človeka.

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 pohybová aktivita, sexuálna aktivita, duševná hygiena, vzťahy s blízkymi, priateľmi, kolegami, návykové látky (fajčenie, požívanie alkoholu a iných drog), stravovacie návyky, 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

¹ Päťfaktorový model osobnosti Eysencka BIG5 pozostáva z osobnostných črt (z angl. OCEAN): otvorenosť skúsenosti (Openness to experience), svedomitosť (Conscientiousness), extravertizácia (Extraversion), prívetivosť (Agreeableness) a neuroticizmus / emocionálna nestabilita (Neuroticism) (Cakirpaloglu, 2012).

ako **protektívne faktory subjektívneho zdravia a spokojnosti** (Křivohlavý, 2009). Z hľadiska *formy sociálnej opory* v mladšom veku je dôraz na získanie informácií, v starobe naopak rastie význam emočnej podpory. Sociálnu oporu predikujú osobnostné dimenzie, pohlavie, vek, socioekonomický status a iné (Šolcová, Kebza, 2003). Bolo zistené, že ľudia žijúci v sociálnej izolácii majú vyššiu úmrtnosť (Křivohlavý, 2002).

Spiritualita / Religiozita je spájaná s lepším fyzickým i mentálnym zdravím, so zodpovedným zdravotným správaním, s adaptívnym prístupom k nemoci aj s rýchlejšou rekonvalescenciou resp. s dlhšími štádiami remisie (Koenig, 2012). Je to zrejme dané tým, že spiritualita poskytuje zdroje na zvládanie stresu, ale aj tým, že väčšina náboženstiev dáva pravidlá a regulácie ako žiť a ako sa správať k druhým, čo býva v prospech zdravia.

Subjektívne prístupy k nemoci závisia od osobnostných dispozícií, situačných faktorov, ako aj od typu nemoci (akútna, chronická / trvalá, cyklická). Výsledkom je tzv. **autoplastický obraz nemoci** („sebou vytvorený“), ktorý tvorí stránka emocionálna (ako nemoc prežíva), racionálna (získané informácie o nemoci) a volná (ako reaguje a koná) (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. Človek si vytvára tzv. **zdravotné presvedčenia** (Becker, 1974 in Křivohlavý, 2002): vnímanie vlastnej sily na vyliečenie či zvládnutie života so symptómami. Každá nemoc nesie **intrapsychické implikácie**: človek sa dostáva do podradnej „roly pacienta“, jeho možnosti aktívneho života sa zužujú. To má vplyv na identitu, vznik pocitov menejcennosti a sklamaní. Nemoc prináša i **sociálne súvislosti** (reakcie okolia, obmedzenia sociálnych vzťahov), diagnostické „nálepkovanie“. Významné sú aj **kultúrne vplyvy**: kult krásy a zdravia predstavuje „nepísanú normu“ spoločnosti. Naproti tomu nemoc prináša aj isté „výhody“, **zisky z nemoci**: (i) *primárny zisk* (vyjadrenie problému telesnou symbolickou formou), (ii) *sekundárny zisk* (napr. pritiahnutie pozornosti blízkych, vyhnutie sa náročnej situácii) a (iii) *terciárny zisk* (zmena v životnej orientácii, v systéme hodnôt, postraumatický rast osobnosti) (Baštecká et al., 2013).

Stratégie boja s nemocou alebo stratégie zvládania (coping strategies) sú u ľudí individuálne variabilné. Podľa cieľa delíme stratégie na (i) **zamerané na emócie** (na psychické zvládnutie, zmenu v prežívaní) a (ii) **zamerané na problém** (na reálne kroky smerujúce k liečbe, terapia, rehabilitácia a pod.) (Křivohlavý, 2009). V prípade chronickej nemoci býva najúčinnější tzv. **dvojkoľajný prístup**: jednak získavanie informácií o nemoci, zapojenie spektra odborníkov z rôznych odborov, ako aj získanie sociálnej opory, vytváranie svojpomocných skupín, uvoľnenie a zdieľanie emócií.

2. ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ

Životná spokojnosť predstavujú druhú kľúčovú oblasť nášho záujmu. Najprv uvádzame rôzne koncepty životnej spokojnosti. Rôzni autori používajú rôzne označenia, ale aj rôzne obsahové vymedzenie. Líšia sa v tom, čo určuje životnú spokojnosť a ako ju merať. Celkovú životnú spokojnosť „rozmieňame na drobné“ v čiastkových spokojnostiach s rôznymi oblasťami života. Neplatí tu však jednoduchá súčtová matematika, ale pôsobia vzájomné synergické efekty. V poslednej podkapitole tejto kapitoly stručne sumarizujeme výsledky výskumov bádajúcich po faktoroch, ktoré sú určujúce pre životnú spokojnosť. Čitateľ si určite pri nich všimne paralelu s faktormi subjektívneho zdravia, ktorými sme sa zaoberali v podkapitole 1.3. 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, často je zamieňaná za subjektívne dobré zdravie, kvalitu života a osobnú pohodu (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001). Otázkou voľby bývajú: (i) vzťahový systém (porovnávanie intraindividuálne alebo interindividuálne, sebahodnotenie alebo „objektívne“ hodnotenie iným človekom), (ii) rozsah (globálna životná spokojnosť alebo diferencovanie podľa dielčích oblastí života), (iii) časová 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** (Colvin, Sandvik, 1991 in Fahrenberg et al., 2001): 1. životná spokojnosť (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 (aktuálny pozitívny afektívny komponent) a 4. negatívny afekt ako prechodný pocit strachu, depresie (aktuálny negatívny afektívny komponent). Uvedené dimenzie vzájomne korelujú. Treba spomenúť, že pojem **šťastie** je 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). Ako sa z výskumov zistilo, spokojný človek má pozitívny postoj k životu (optimizmus), pričom je spokojný aj sám so

sebou (sebaúcta) a je dostatočne autonómny v rozhodovaní. Ďalej seba vníma ako kompetentného viesť svoj život, dosahovať vlastné ciele, pričom sociálne vzťahy prežíva s pocitom ľudskej blízkosti a celkovej zmysluplnosti vlastného života.

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, v ktorej 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 **(subjektívna) osobná pohoda**, ktorý implicitne zahŕňa dimenziu telesnú, duševnú, sociálnu (eventuálne i spirituálnu). Treba pri nej zohľadňovať **vývinový kontext**: 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) radia osobnú pohodu na pomedzí medzi afektovou (prežitkovou) rovinou a osobnostným rysom. Chápu ju ako súčasť kvality života, nerozlišujú medzi týmito pojmami. Uvádzajú **dve základné dimenzie** osobnej pohody (kvality života): (i) *subjektívnu osobnú pohodu* (psychická osobná pohoda, sebaúcta, sebauplatnenie, osobné zvládanie). (ii) *objektívnu osobnú pohodu* (objektívny zdravotný stav, socioekonomický status a iné). Obe zložky spolu tesne súvisia. Lašek (2004) popisuje dimenzie: (i) *kognitívna skúsenosť* – porovnanie aktuálneho stavu s ideálnou situáciou. Zistený rozdiel stanovuje index subjektívnej osobnej pohody. Pokiaľ je nulový, jedinec je maximálne spokojný. (ii) *emocionálna dimenzia* – všetky aktuálne každodenné skúsenosti, ktoré daný jedinec vyhodnocuje ako emocionálne pozitívne alebo negatívne. Spokojnosť je hodnotená ako výslednica jednotlivých pozitív a negatív.

Koncepty osobnej pohody zoradili Henriques, Kleinman a Asselin (2014) do dvoch veľkých skupín. Prvý prístup je hedonistický, zdôrazňuje zážitok šťastia a vnímanú životnú spokojnosť. Druhý prístup 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 jeho osobnými skúsenosťami (Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985). Mottom je „*cítit sa dobre*“.

Upozorňuje na „pohľad hodnotiteľa“. Určujúce je teda to, ako sa daný človek cíti (pohľad zvnútra), nie to, čo si myslí jeho okolie a tzv. „objektívni hodnotitelia“ (pohľad zvonku).

Schéma č. 4 Dienerovo poňatie subjektívnej osobnej pohody

SUBJEKTÍVNA OSOBNÁ POHODA			
Emocionálne komponenty (prežitková rovina)		Kognitívne komponenty (hodnotiaca rovina)	
pozitívne emócie	negatívne emócie	globálna životná spokojnosť	životná spokojnosť v čiastkových oblastiach
Časový rozmer: Tu a teraz (here and now)		Časový rozmer: reflexia až doteraz (across time)	

spracované podľa Diener et al. (1985)

Eudaimonistický prístup sa zameriava na otázky zmyslu, optimálneho fungovania, mentálneho zdravia a seberealizácie (Waterman, 2013 in Henriques, Kleinman, Asselin, 2014). Jeho mottom je „*dobře žít*“ resp. „*žiť dobrý život*“. Koncept eudaimonickej osobnej pohody (eudaimonic well-being) navrhli Ryff, Singer a Burton (2008). Je tvorený seba prijatím, pozitívnymi vzťahmi, kontrolou prostredia, zmyslom života a osobným rastom. Autori čerpajú z existenciálnej filozofie i z humanistickej psychológie. Kritizujú „pôžitkárstvo“ hedonistického modelu, keď človek sa môže cítiť dobre aj po použití omamnej látky. Kladú do popredia tri jadrové potreby človeka: potrebu vzťahovať sa k druhým, potrebu autonómie a potrebu vlastnej kompetencie. Zdôrazňujú seba prijatie, pozitívne vzťahy k druhým, angažovanosť a životný zmysel.

Kvalita života je ďalším príbuzným pojmom užívaným v tejto súvislosti. Hartl a Hartlová (2010) uvádzajú, že kvalitu života môžeme formulovať ako mieru seberealizácie 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*. Veenhovenová (2000 in Dragomirecká, Bartoňová, 2006) konceptualizuje vo svojej teórii **štyri kvality života**: 1. životné šance alebo predpoklady, 2. životné výsledky, 3. vonkajšie kvality alebo charakteristiky prostredia vrátane spoločnosti a 4. vnútorné kvality alebo charakteristiky individua. Koncept dobrého života alebo kvalita života sa chápal pôvodne ako objektívne kritérium, ktoré môže byť hodnotené zvonku. Postupne sa presúval **dôraz na subjektívnu stránku**. Pojem sa najprv sformuloval v medicínskej sfére, kde vznikla potreba oproti kvantite (dĺžke života) hodnotiť akosť, prežívaný stav nemocných. V súčasnosti WHO kladie pri kvalite života dôraz na:

- *komplexnosť*: pokrytie širokého spektra života, nielen hodnotenie fyzického zdravia,
- *subjektívnosť*: hodnotenie na základe vnútornej normy, preferuje sa sebauposudzovanie,
- *individuálnosť*: relatívna dôležitosť rôznych oblastí života jedinca, ktorý si sám vyberie váhu / dôležitosť jednotlivých aspektov života,
- *kultúrnu relevanciu*: použiteľnosť merania v rôznych jazykových a kultúrnych prostrediach, čo reaguje na potrebu medzinárodného výskumu.

Calman (1984 in Křivohlavý, 2014) definoval kvalitu života ako „rozdiel medzi 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“. 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 sféry kvality života**:

- *makro-rovina*: ide o otázky kvality života veľkých spoločenských celkov, napr. danej krajiny. Ide o zmysel života chápaný ako absolútna morálna hodnota.
- *mezo-rovina*: kvalita života v malých sociálnych skupinách, napr. v škole, v podniku, v rodine. Tu sa jedná navyše o otázky vzťahov medzi ľuďmi a uspokojovanie základných potrieb každého člena skupiny.
- *osobná (personálna) rovina*: ide o život jednotlivca, jeho subjektívne hodnotenie zdravotného stavu, spokojnosti, nádeje, do hry vstupujú aj hodnoty jednotlivca.

Džuka (2004) rozlišuje *tri konštrukty kvality života*: objektívnu kvalitu života, subjektívnu kvalitu života a subjektívnu pohodu. Pojem kvalita života u neho zastrešuje aj pojem osobná pohoda. Kvalita života je u neho nadradený pojem. Súčasne uvádza, že ku kvalite života možno pristupovať **z dvoch aspektov**:

- *subjektívny*: všeobecná spokojnosť so životom z pohľadu osobnostných cieľov, očakávaní, záujmov, hodnôt a životného štýlu jedinca. Predstavuje individuálny rozmer kvality života.
- *objektívny*: kvalita života ako naplnenie materiálnych a sociálnych podmienok života. Je výslednicou sociálnych, zdravotných, ekonomických a environmentálnych vplyvov.

Možno evidovať štyri prúdy, ktoré sa týkajú **vzťahu kvality života a subjektívnej 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 sú volné prechody, je obtiažne vyznať sa v jemným významových nuansoch jednotlivých autorov².

2.2. Hlavné komponenty životnej spokojnosti

V štrukturovanom prístupe k hodnoteniu životnej spokojnosti sa posudzuje spokojnosť v čiastkových oblastiach života. Získa sa tak detailnejší prehľad a rozširujú sa možnosti porovnania medzi viacerými subjektami. Nevýhodou je, že sa stráca subjektívna povaha hodnotenia. Výber oblastí je jednotný pre všetkých, nie je ponechaný na subjektívnu voľbu daného subjektu. Napríklad Knobloch (in Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013) zvolil nasledovné oblasti: zdravotný stav duševný a telesný, povahové vlastnosti, telesný vzhlad, manželstvo, druh práce, deti, vzťah s ľuďmi na pracovisku, finančné otázky, byt, mimopracovné záujmy. Fahrenberg et al. (2001) meria nasledovné dimenzie životnej spokojnosti: zdravie, práca a zamestnanie, finančná situácia, voľný čas, manželstvo a partnerstvo, vzťah k vlastným deťom, vlastná osoba, sexualita, priatelia, známi, príbuzní a bývanie. Pozrieme sa bližšie na tri najpodstatnejšie dimenzie.

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. Osoby s objektívnym telesným postihnutím či funkčnými obmedzeniami bývajú v porovnaní s osobami zdravými menej spokojné (Fahrenberg et al., 2001). Nespokojní ľudia častejšie vyhľadávajú lekára a podrobujú sa psychoterapeutickej liečbe. Gana et al. (2013) uskutočnil rozsiahly longitudinálny 8-ročný výskum na vzorke 899 participantov vo veku od 64 do 97 rokov. Výsledkom bolo zistenie, že slabé zdravie bolo signifikantným prediktorom úrovne životnej nespokojnosti. Počítame s vysokou koreláciou subjektívneho a objektívneho zdravia. Na druhej strane životná spokojnosť nebola spoľahlivým indikátorom úrovne zdravia. Možno uzavrieť, že *subjektívne zdravie je nutným, nie však postačujúcim predpokladom životnej spokojnosti*. Subjektívna spokojnosť so zdravím nie je úplne „oddeliteľná“ od objektívneho zdravia, avšak výraznou mierou ju ovplyvňujú faktory v samotnom človeku (trvalé rysy či premenlivé psychické charakteristiky).

Pracovná spokojnosť determinuje všeobecnú kvalitu života, odráža sa i v zdraví. Má *psychologický obsah*, uspokojuje celý rad potrieb jednotlivca. Predstavuje súčasne i *sociálny jav*, odráža vzťah k rôznym aspektom pôsobenia v organizácii (Kollárik et al.,

² Pre účely tejto práce nebudeme medzi pojmami rozlišovať (Pozn. autorky).

2011). Širšie poňatie spokojnosti v práci zahŕňa zložky osobnosti pracovníka, ako i všeobecné a špecifické podmienky práce (Kollárik et al., 2011).³ 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 situácie a podmienky práce. Štikar et al. (2003) rozlišuje nasledovné **faktory spokojnosti v práci**: (i) *vonkajšie faktory* (nezávislé na pracovníkovi), patrí k nim 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, no vysoká mzda nemá dlhodobjší motivačný účinok, pracovník ju rýchlo berie ako štandard. Uspokojenie v práci všeobecne poskytuje práca, ktorá je zaujímavá, poskytuje žiaduci sociálny status, je rozmanitá, relatívne autonómna a pracovník dostáva spätnú väzbu. Podľa Armstronga (1999 in Štikar et al., 2003) spokojnosť v práci ovplyvňuje najmä objektívne hodnotenie, spoluúčasť na rozhodovaní, príležitosti pre rozvoj a vzdelávanie. (ii) *vnútorné, osobnostné faktory*, ku ktorým zaraďujeme vek, pohlavie, vzdelanie, rodinný stav, skúsenosť, profesionálnu úroveň, intelekt a súbor schopností. Pracovná spokojnosť je skôr **osobnostným rysom** ako rysom danej práce (Arnold et al., 2007). Fahrenberg et 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 a s vlastnou osobou. **Finančná spokojnosť s vyšším vekom zreteľne rastie**. Pri nízkej spokojnosti s prácou sa častejšie objavujú sťažnosti na aktuálne zlý zdravotný stav.

Manželská / partnerská spokojnosť sa dá chápať ako výsledok emocionálno-kognitívneho bilancovania. V súčasnosti prechádza rodina zásadnými funkčnými i štrukturálnymi zmenami, ku ktorým patrí demokratizácia a individualizácia rodinných vzťahov, dynamizácia rodiny a pluralizácia rodinných štruktúr (Guráň, Filadelfiová, Ritomský, 1997 in Mátel et al., 2010). Sobotková (2012) popisuje procesúlny model rodinného fungovania, v ktorom hlavným predpokladom fungovania rodiny je kvalitná komunikácia a pozitívne emočné prežívanie jej členov. Podľa Vágnerovej (2008) manželská rola sa stáva dôležitou súčasťou identity a manželstvo *uspokojuje rôzne*

³ Podľa Golembiewskeho (2000) pracovná spokojnosť je „prijemný alebo pozitívny emocionálny stav vyplývajúci z hodnotenia svojej práce alebo pracovných skúseností“. Arnold et al. (2007) uvádza, že pracovná spokojnosť je funkciou (i) osobnostných dispozícií jedinca, (ii) názorov iných ľudí na pracovisku na daného jednotlivca a (iii) konkrétnych rysov práce.

psychické potreby. Spokojnosť v manželstve je daná mierou súladu vzájomných očakávaní a plánov oboch partnerov (Vágnerová, 2000). Manželská spokojnosť sa počas vývoja rodinného cyklu mení a reaguje na vývinový cyklus rodiny. Podľa Husovskej (2012) najvyššia spokojnosť s manželstvom je na začiatku partnerstva ešte bez detí, paradoxne najnižšia spokojnosť je po odchode detí z domu, kedy nastáva „syndróm prázdneho hniezda“. Všeobecne sa rodinná spokojnosť značne **premieta do celkovej životnej spokojnosti**. Bolo preukázané, že životná spokojnosť je vyššia u osôb v partnerskom / manželskom vzťahu 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 **interkorelácie so spokojnosťou so sexualitou**, ako aj s vlastnou osobou. Výskumy potvrdzujú silnú asociáciu sexuálnej spokojnosti s globálnou životnou spokojnosťou (napr. Stephenson, Meston, 2015). Pri nižšej spokojnosti s manželstvom a partnerským životom je udávaných viac telesných potiaží, skôr depresívne ladenie a viac interpersonálnych problémov (Fahrenberg et al., 2001).

2.3. Vybrané faktory životnej spokojnosti

Životná spokojnosť a subjektívna pohoda bola ohniskom početných výskumov, ktoré sa pokúšali postihnúť podiel determinácie jednotlivých faktorov. V zásade sú hlavnými skupinami *faktory 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 oblasti.

Pohlavie a vek. Vo väčšine výskumov sa nepreukázal jednoznačný vplyv rozdielov medzi pohlaviami v globálnej životnej spokojnosti (Fahrenberg et al., 2001). Novšie výskumy však tento výsledok nabúravajú. Rozsiahly sociologický prieskum v krajinách Európskej únie (ďalej „EÚ“) jednoznačne potvrdil, že vo všetkých krajinách EÚ **muži majú signifikantne väčšiu mieru životnej spokojnosti** (Výrost et al., 2008). Na vzorke starších dospelých (65+) v Taliansku Meggiolaro a Ongaro (2015) zistili, že existujú **rozdiely medzi determinantmi životnej spokojnosti medzi mužmi a ženami**. Inak povedané, muži a ženy majú rozdielne kritériá na posudzovanie svojej životnej spokojnosti a rozdielne zdroje spokojnosti. 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).

Na základe longitudinálnej štúdie sa však životná spokojnosť vo veľmi vysokom veku prudko znižuje podľa odhadu blížiacej sa terminálnej fázy života (Gerstorf et al., 2008).

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). Najväčšia súvislosť medzi socioekonomickým statusom a životnou spokojnosťou bola vtedy, pokiaľ bol socioekonomický status definovaný ako stavová veličina (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 hesla „čo je doma, s tým sa počíta.“ Výška príjmu je pritom 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 relatívnym porovnaním s okolím. Pre spokojnosť je teda podstatné sociálne porovnanie, citlivo je vnímaná príjmová nerovnosť, ktorá znižuje životnú spokojnosť.

Kultúrne a osobnostné rozdiely. Kultúra predstavuje v najširšom slova zmysle systém zdieľaných hodnôt, presvedčení, nepísaných pravidiel správania sa, ktoré sú spoločné pre skupinu ľudí spravidla zdieľajúcich spoločnú historickú skúsenosť. Vplyv osobnosti na emočný komponent životnej spokojnosti je transkultúrny, zatiaľ čo vplyv osobnosti na kognitívny komponent životnej spokojnosti je sprostredkovaný kultúrnymi vplyvmi (Schimmack et al., 2002). Tov a Diener (2009) dospeli k názoru, že *životná spokojnosť je do istej miery univerzálna vo všetkých kultúrach*, ale musí byť chápaná v rámci každej kultúry. Niektoré komponenty životnej spokojnosti sú kultúrne konzistentné, ale niektoré špecifické vzorce spokojnosti nie sú porovnateľné medzi jednotlivými kultúrami. Všetky výskumy v rôznych kultúrach dokladajú *súvislosť medzi extraverziou a životnou spokojnosťou* a súčasne podstatnú spojitosť medzi neuroticizmom a životnou nespokojnosťou (Fahrenberg et al., 2001).

Religiozita / Spiritualita – môže byť chápaná ako „duchovná dimenzia“ zdravia. Religiozita v našich podmienkach obvykle označuje náboženské prežívanie a náboženskú aktivitu vrátane afiliácie k nejakej náboženskej skupine alebo cirkvi. V poslednej dobe je viac rozšírený pojem spiritualita, ktorý kladie dôraz na duchovný prežitok (Pechová, 2011). Empirické štúdie identifikovali významnú spojitosť medzi religiozitou (náboženstvom), spiritualitou a zdravím. Podľa Halamu (2007) existuje obojstranný vzťah medzi životnou spokojnosťou a zmysluplnosťou života. Štúdia Hilla a Pargamenta (2008)

potvrdila *spojitosť spirituality a religiozity s lepším fyzickým i duševným zdravím*. Kim et al. (2013) skúmali súvislosť medzi religiozitou a životnou spokojnosťou. Na vzorke 174 jedincov sa preukázalo, že všetky *pozitívne aspekty religiozity sa spájali s vyššou životnou spokojnosťou*, pričom negatívne aspekty boli nevýznamné. Tieto závery potvrdzujú početné výskumy, ako sa uvádza v rozsiahlej prehľadovej štúdii Koeniga (2012).

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. Podľa Lukasovej (1997) vnútorná hodnotová orientácia človeka rozhodujúcou mierou *koreluje s duševným zdravím*. Individuálne hodnoty vykazujú kladný vzťah so životnou spokojnosťou. Materialistické hodnoty definované pojmami úspech, moc, hedonizmus majú negatívny vzťah k životnej spokojnosti. Platí aj v protipóle, *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 et al., 2014).

Sebahodnotenie. Používajú sa aj alternatívne / podobné pojmy sebapoňatie, sebaoceňovanie, sebaúcta resp. identita (Nakonečný, 2009). Sebahodnotenie vyjadruje postoj človeka k sebe samému, vytvára sa v procese socializácie zvnútornením (internalizáciou) postojov blízkych ľudí najmä v ranom detstve (Vágnerová, 2012). Počas života prechádza vývojom, adolescencia je senzitívnym obdobím pre nachádzanie osobnej identity. Sebapoňatie / identita má viac zložiek: telo ako súčasť identity, pohlavná identita, identita vo vzťahoch, ktoré sú našou „súčasťou“, kompetencia ako súčasť identity, spirituálna identita (Řičan, 2006). Blatný (2001) uvádza, že z výskumov vyplýva poznatok, že sebahodnotenie tvorí podstatnú zložku životnej spokojnosti a je to pozitívna hodnota vlastnej osoby. *Životná spokojnosť je najčastejšia spojená s vysokým sebahodnotením*, pričom vek ani pohlavie nie sú určujúcimi faktormi (Blatný, 2001).

Ak by sme mali na základe výsledkov výskumov vytvoriť „prototyp“ človeka spokojného so svojím životom, bol by to zdravý vysoko sebavedomý muž (max. do veku okolo 50-60 rokov), emočne stabilný, extrovert s bohatou sociálnou sieťou, otvorený novým skúsenostiam, žijúci v spokojnom partnerskom vzťahu, s vysokým pracovným statusom a vysokým príjmom, ktorý súčasne žije v súlade s duchovnými hodnotami. Stručne povedané, výskumníci sa zhodujú s ľudovou múdrosťou obsiahnutou v porekadle: „Lepšie je byť mladý, bohatý a zdravý ako starý, chudobný a chorý“.

3. ŠPECIFIKÁ U ĽUDÍ S TELESNÝM POSTIHNUTÍM

Cieľom tejto kapitoly je poukázať na niektoré podstatné faktory života osôb s telesným postihnutím. Odvíjame sa na začiatku od základnej používanej terminológie spojenej s postihnutím (nielen telesným). Medicínske hľadisko sme nezvolili za určujúce a neuvádzame charakteristiky jednotlivých druhov telesných postihnutí resp. diagnostických jednotiek. Je to z toho dôvodu, že v empirickej časti tejto práce sme sa pri výbere výskumnej výberovej vzorky odvíjali od funkčných dôsledkov telesného postihnutia, kritériom bola sťažená lokomócia. V tejto kapitole sme preto kládli dôraz na dôsledky telesného postihnutia na bežný život ľudí a najmä psychosociálne aspekty.

3.1. Charakteristika telesného postihnutia

Definícia. V súčasnej dobe sa za zdravotné postihnutie považuje *dlhodobý alebo trvalý* stav, ktorý je charakterizovaný 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 telesnom postihnutí narušený žiaduci stav integrity ľudského bytia. Novosad (2011) uvádza, že historické posuny v chápaní postihnutia sa premietali aj do definícií a používanej terminológie. Základné pojmy súvisiace s postihnutím v anglickom jazyku sú nasledovné (Novosad, 2011):

- **impairment:** narušenie, zhoršenie výkonu či poškodenie funkcie,
- **disability:** obmedzenie schopnosti v nejakej oblasti (opak: „to be able“ – byť schopný),
- **handicap:** znevýhodnenie v určitej oblasti osobných i sociálnych aktivít. Vyvíja sa *sekundárne*, v nadväznosti na rôzne bariéry (postoje okolia, absenciu kompenzujúcich opatrení) (Michalík et al., 2011).
- **disorder:** porucha, dysfunkcia, to znamená niečo, čo nie je funkčne v poriadku (opak: „in order“ – v poriadku).

Michalík et al. (2011) uvádza, že **disabilizmus** vo svojom doslovnom význame „neschopnosť, znížená schopnosť“ podporuje paušálne predpojatý postoj voči ľuďom s postihnutím, „nálepkovanie“, stigmatizáciu, predpokladá ich nedostatočnosť, automaticky ich zneschopňuje. **Stigmatizácia** je dôsledok reakcie okolia (spoločnosti) na odchýlku od všeobecne uznávanej normy v oblasti fungovania, výtvaru, schopností atď. (Michalík et al., 2011). Vzniká pripisovaním (atribúciou) negatívnych osobných i spoločenských znakov (Novosad, 2011).

Pojmy *disability* a *impairment* sa v medzinárodnej terminológii v súčasnosti používajú (Tab. č. 2). Vychádza sa z nich aj v Medzinárodnej klasifikácii funkčných schopností, *disability* a zdravia (International Classification of Functioning, Disability and Health) (ďalej „ICF“). Táto klasifikácia sa v súčasnosti zameriava na to, čo znamená postihnutie pre život jedinca, aké obmedzenia mu prináša, aký má vplyv na jeho sebestačnosť, práceschopnosť a kvalitu života. *Disability* v novom ponímaní zastrešuje všetky tri dimenzie: telesnú, osobnú a spoločenskú. V roku 2006 bola v Prahe prijatá definícia *disability*: „*Disability 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). Nepochybne termíny odzrkadľujú posun v chápaní a v prístupe k ľuďom s postihnutím. Niekedy termín „zostáva“ kvôli jeho zaužívanosti, i keď sa jeho význam posunul. Okrem terminológie je nemenej dôležitá realita samotná, teda to, čo robia ľudia s postihnutím a aj ich okolie (bližšie sociálne i „širšie“ spoločenské) pre ich začlenenie do spoločnosti na princípe rovnosti.

Tab. č. 2 Úrovně funkčnosti a disability podľa ICF

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

Zdroj: Ůstün et al. (2010)

Modely telesného postihnutia. Z pohľadu postojov spoločnosti a odbornej verejnosti vo vzťahu k ľuďom s telesným postihnutím existujú v súčasnosti štyri modely (Krhutová, 2008 in Novosad, 2011). **1. 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“. **2. Model osobnej tragédie** je ochraniteľský. 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 schopnosti. **3. Sociálny model** je zameraný na spoločenské aspekty postihnutia, podporuje maximálnu možnú mieru samostatnosti, presadzovanie rovných práv a príležitostí vrátane odstraňovania rôznych

bariér (psychosociálnych, edukačných, architektonických, informačných a pod.). Posúva pozornosť k hendikepu, ktorý je dôsledkom postojov spoločnosti (disabling society). Forsíruje partnerský prístup a adresnú podporu. Tento model je aktuálne preferovaným, zabúda však na osobné aspekty (kvalitu života človeka s postihnutím a jeho individuálny životný „príbeh“). **4. 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. Na tomto mieste treba opätovne spomenúť **bio-psycho-sociálny model** postihnutia, ktorého „záber“ je oveľa širší. Zachytáva celé spektrum pohľadu na zdravie, nemoc, aj na postihnutie. Odzrkadľuje systémový pohľad na ľudskú existenciu ako takú.

Telesné postihnutie zahŕňa dve podskupiny (Michalík et al., 2011):

- postihnutia nosného a pohybového ústrojenstva: ide o **primárne** telesné (resp. lokomočné, pohybové) postihnutie spojené s obmedzením / stratou hybnosti, znemožnením pohybu a s dysfunkciou motorickej koordinácie. Tieto dysfunkcie sú spravidla viditeľné na prvý pohľad.
- chronické ochorenie resp. dlhodobý nepriaznivý zdravotný stav z dôvodu oslabení fyziologických funkcií organizmu a z dôvodu rôznych ochorení vnútorných orgánov a orgánových sústav. Následne **sekundárne** môže viesť k obmedzeniu pohybu a zmenám v nosnom a motorickom aparáte človeka. Významne znižujú kvalitu života.

Klasifikácia motoriky je z hľadiska cieľa našej práce účelná, keďže často sa „spája“ viac typov narušenia motoriky a dobré je vedieť medzi nimi rozlišovať. Kantor et al. (2013) klasifikuje motoriku z hľadiska jej úlohy takto: (i) *psychomotorika*: spojitosť motoriky s psychickými procesmi, najmä s exekutívnymi funkciami ako je účelné plánovanie pohybov, (ii) *neuromotorika*: sleduje súvislosť neurofyziických mechanizmov a motorickej aktivity, (iii) *senzomotorika*: súčinnosť systémov motorických, sensorických a senzomotorických, (iv) *ideomotorika*: myšlienky, predstavy o pohybe, ktoré predchádzajú cielené pohyby, (v) *sociomotorika*: sociálny kontext pohybových aktivít, pohyb ako prostriedok ku vzťahom, (vi) *motilita*: pohyblivosť vnútorných orgánov, je súčasťou vegetatívnej sústavy neovplyvniteľnej ľudskou vôľou. Motorika je **komplexná funkcia** úzko previazaná s ostatnými funkciami: kognitívnymi (pamäť, pozornosť, myslenie, predstavy), sensorickými (zrak, sluch), senzitivnými (taktilné, propiocepcia), psychickými (emócie, temperament) a sociálnymi (komunikácia). Motorika je primárne riadená z motorických oblastí šedej kôry mozgovej (Kantor et al., 2013). Homburger (in Kantor et al., 2013) rozlišuje tieto **zložky motoriky**: (i) *reflexná* (pohyb ako automatická

vrodená reakcia na určitý podnet), (ii) *spontánna* (uskutočňovaná z vlastných nevedomých popudov), (iii) *zámerná* (volná, cielená) a (iv) *expresívna* (prejavy psychického stavu, pohyb ako nositeľ významu). Rozšíreným členením je delenie motoriky na *hrubú* (pohyblivosť končatín a celého tela) a *jemnú* (pohyblivosť rúk a orofaciálnej oblasti).

Vrodené versus získané postihnutie. Pri narodení dieťaťa s telesným postihnutím majú nesmiernu úlohu rodičia, ktorí vytvárajú podmienky pre jeho ďalší fyzický i psychický život (Řičan, Krejčířová et al., 2006). Rodičia potrebujú čas a pomoc, aby sa s touto situáciou vyrovnali a mohli byť pre dieťa „emočne dostupní“. 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 (trvalými) telesnými problémami nebývajú napĺňané základné psychické potreby. Je u nich výrazne *väčšia prevalencia závažných psychických porúch*, ktoré majú tendenciu pretrvávajúť až do dospelosti (uvádza sa v rozsahu 10-30%) (Langmeier, Balcar, Špitz, 2010). V prípade získaného telesného postihnutia (napr. v dôsledku úrazu) utrpí jedinec traumou, zažíva krízovú situáciu, život sa mu mení naruby. **Adaptačný proces** predstavuje duševné a sociálne prispôsobenie sa jedinca zmeneným podmienkam. Spôsob vyrovnania sa s chorobou závisí od získaných osobnostných „základov“ a zázemia jedinca (Michalík et al., 2011). Dobre adaptovaný jedinec má adekvátne realistické ašpirácie, je motivovaný, splnomocnený k riadeniu svojho života v miere, v akej mu to jeho zdravotný stav umožňuje. Nejde však o trvalý stav, nastávajú výkyvy, krízy, hlásia sa neuspokojené potreby. O stav adaptácie treba dennodenne „bojovať“ (Michalík et al., 2011).

3.2. Špecifiká a potreby osôb s telesným postihnutím

Počet ľudí so zdravotným postihnutím stúpa. Jednak kvôli starnutiu populácie a jednak kvôli celosvetovému zvyšovaniu chronických ochorení spojených s postihnutím. Predpokladá sa, že v krajinách s nízkymi a strednými príjmami sprevádzajú chronické ochorenia 66,5% rokov života (Repková, Sedláková, 2012). Novosad (2011) sumarizuje *hlavné špecifiká*, ktoré majú v rôznej miere osoby so zdravotným postihnutím: sťaženie alebo strata schopnosti pohybu a problematická koordinácia pohybov, rôzne stupne narušenia hrubej alebo jemnej motoriky, pohybové stereotypy, zvýšená závislosť na technických pomôckach, ohrozenie citovou, podnetovou, výkonovou (činnostnou) depriváciou, možné poruchy sebapoňatia, komunikačné bariéry, menšia skúsenosť

v medziľudských vzťahoch, oslabená vôľa a motivácia k sebarozvoju, neadekvátne hodnotenie okolím. Základným limitujúcim faktorom sú rôzne **dôsledky zníženej lokomócie** (Michalík et al., 2011). Z týchto špecifik vyplývajú **nevýhody**, ku ktorým okrem zhoršeného zdravotného stavu patria nižšie vzdelanie, nižšia ekonomická účasť (nezamestnanosť), vyšší výskyt chudoby, zvýšená odkázanosť na pomoc, bariéry v prostredí (budovy, legislatíva), v zdravotníctve, vzdelávaní, v zamestnaní, v rehabilitácií, v podpore a asistenčných službách (Repková, Sedláková, 2012).

ICF presadzuje centrálny pojem **funkčný stav** na troch úrovniach: 1. **úroveň tela** (body dimension): funkcie telesných systémov a telesné štruktúry, 2. **úroveň individuálna** (individual level): dimenzia aktivít, rozsah činnosti jedinca, 3. **úroveň sociálna** (dimension participation): klasifikuje oblasti života, v ktorých sa jednotliviec aktivizuje, participuje na spoločenskom dianí. Každá dimenzia je viazaná na kontextuálne faktory: environmentálne i osobné (Repková, 1999). K najväčším **bariéram vedúcich k vylúčeniu** patria nedostatočné politiky a štandardy, negatívne postoje, nedostatočne poskytované služby, poddimenzované financovanie, nedostatok dostupnosti (budovy, dopravné systémy, informácie, komunikačné formáty) a nedostatok participácie (nemožnosť výberu, vylúčenie z rozhodovania) (Repková, Sedláková, 2012).

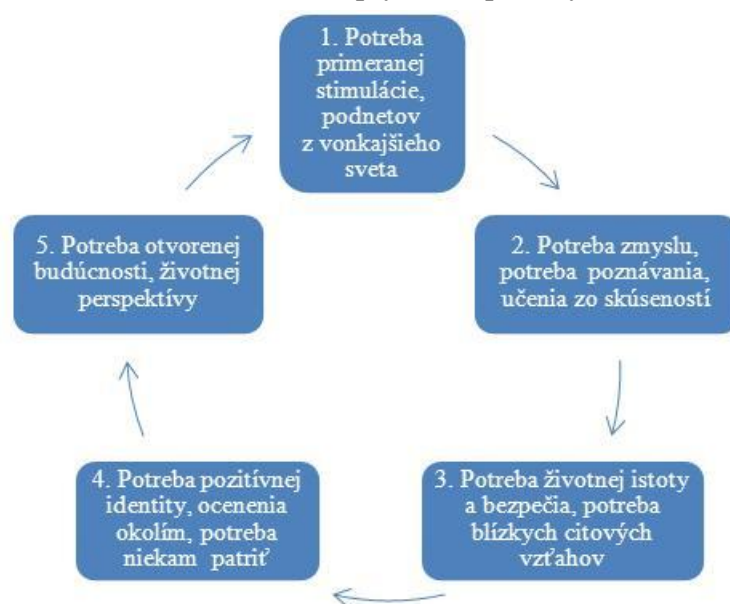
Život s telesným postihnutím má rozmer **výzvy a konfrontácie** (Novosad, 2011). Človek s telesným postihnutím žije v každodennej konfrontácii v troch základných rovinách: 1. v konfrontácii medzi možnosťami danými obmedzenými funkciami vlastného tela a ambíciami jedinca (primerané jeho nadaniu, intelektu, vzdelaniu, veku, sociokultúrnemu statusu), 2. v stálej reflexii seba samého v postojoch a správaní druhých ľudí a v porovnávaní samého seba s inými obdobne postihnutými, 3. v konfrontácii so spoločenskou normou (tým, čo by mal v súčasnej spoločnosti dosiahnuť) a tým, čo reálne dosiahnuť môže. Prijatie životnej výzvy znamená *snahu, cielenú a zmysluplnú aktivitu zameranú na svoje uplatnenie (bez ohľadu na výsledok)* (Novosad, 2011). Človek s telesným postihnutím, ktorý prijal svoju životnú výzvu, je súčasne výzvou pre intaktných ľudí, aby zhodnotili svoje ciele a posunuli svoju existenciu na kvalitatívne vyšší stupeň.

Podľa Novosada (2011) **telo plní viacero funkcií**: (i) telo zakoreňuje človeka v priestore, (ii) telo ako bytosť cíti, vníma, myslí a koná, (iii) telo spája človeka s inými ľuďmi, (iv) telo reflektuje okolitý svet i seba, (v) telo transformuje myšlienky na úsilie a činy, (vi) telo zabezpečuje poznávanie sveta a vykonáva škálu pohybov. Osobitnú zmienku si zaslúži pohyb, ktorý má význam pre život človeka v dvoch rovinách: (i) v rovine nevyhnutných pohybov, ktorých účelom je zabezpečenie ľudskej existencie

z hľadiska základných potrieb, (ii) v rovine ostatných pohybov smerujúcich k ovplyvneniu najmä telesnej, duševnej a sociálnej stránky života. **Pohyb je základným prostriedkom**, ktorý človeku zabezpečuje sociálnu integráciu, reflexiu seba samého, sebautváranie a konfrontáciu svojej reálnej a imaginatívnej telesnej schémy, existenčné zabezpečenie vrátane pracovného uplatnenia, výkon občianskych práv a slobôd, podmienky pre autonómiu v rozhodovaní o svojom živote, prísun podnetov, informácií a poznatkov, pôsobenie sociokultúrnych činiteľov, príležitosť k seba prezentácii a k nadviazaniu sociálnych kontaktov, podporu zdravia, sebaobsluhu a zábavu (Novosad, 2011).

Z pohľadu základných psychických potrieb (Matějček, 1987, 1989; Langmeier, Matějček, 2011) telesne postihnutí majú celý rad obmedzení a znevýhodnení: potreba stimulov z prostredia, potreba poznávania sú limitované možnosťami pohybu. Potreba životnej istoty pokrívajú na nízkej sebakontrolu (self-determination). Potreba pozitívnej identity a ocenenia okolím býva nenaplnená z dôvodov faktického nedostatku príležitostí, ale aj postojov a predsudkov spoločnosti. Potreba otvorenej budúcnosti býva narušená, perspektíva býva vzhľadom na zdravotné postihnutie neistá. Životné plány sú dramaticky zmenené, ohrozená je samotná integrita života (Langmeier, Balzar, Špitz, 2010). Vzniká **riziko psychickej deprivácie**, ktorá podľa Langmeiera a Matějčeka (2011) predstavuje stav, keď človeku nie je daná príležitosť k uspokojeniu niektorej základnej psychickej potreby v postačujúcej miere a po dost' dlhú dobu. Na druhej strane každý prípad je individuálny a súhrou rôznych vplyvov pôsobiacich na jedinca (Matějček, 1987).

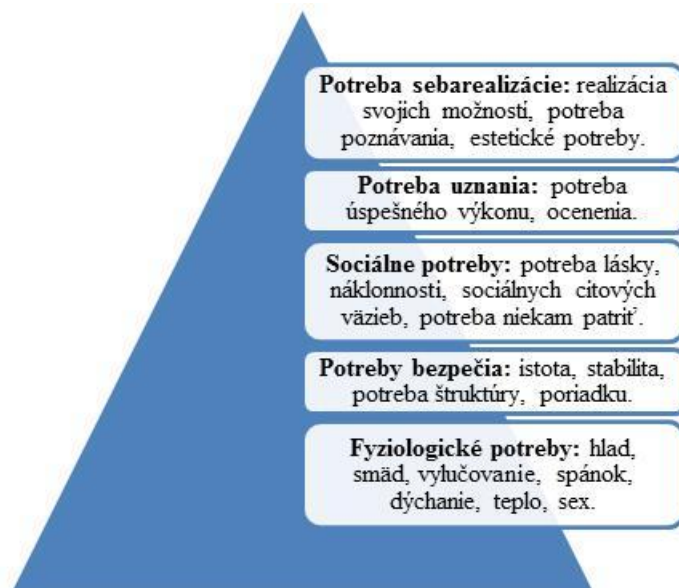
Schéma č. 5 Základné psychické potreby človeka



graficky spracované podľa Matějček (1987, 1989); Langmeier, Matějček (2011)

Z pohľadu Maslowovej hierarchie potrieb môže byť ohrozené uspokojovanie všetkých potrieb človeka: (i) na úrovni fyziologických potrieb v oblasti sebestačnosti (stravovanie, vylučovanie, hygiena a pod.), (ii) na úrovni potreby bezpečia (nestabilita prostredia, ktoré často nie je bezbariérové, časté návštevy lekárov), (iii) na úrovni sociálnych potrieb (nedostatok sociálnych príležitostí a sociálnych zručností, izolovanosť), (iv) na úrovni potreby uznania (predsudky verejnosti, negatívne postoje spoločnosti) (v) na úrovni potreby seberealizácie (absencia možností výkonu a prostredia umožňujúceho realizáciu možností jedinca) (Plháková, 2010).

Schéma č. 6 Maslowova hierarchia potrieb



graficky spracované podľa Plháková (2010)

Často sa zabúda, že ľudia s telesným postihnutím majú rovnaké základné ľudské potreby ako všetci ostatní ľudia. Ľudské potreby sú motorom vnútorného motivačného systému, ktorý usmerňuje konanie a životné snahy. Sú zdrojom spokojnosti. Človek musí mať najprv uspokojené potreby na nižšej úrovni (vždy víťazia), aby mohol uspokojovať potreby na vyššej úrovni (Plháková, 2010).

Schéma č. 7 Proces uspokojovania potrieb osôb s telesným postihnutím

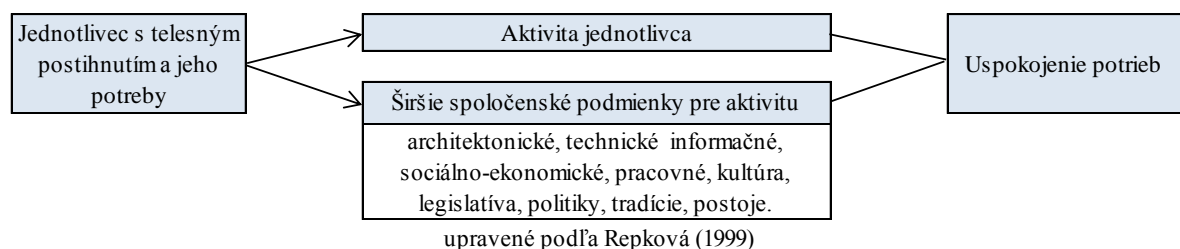


Schéma č. 7 predstavuje v súčasnosti presadzovaný model uspokojovania potrieb osôb postihnutím, ktorý je založený na *spoločnom úsilí jednotlivca a spoločnosti*, ktorá mu vytvára rovnocenné podmienky na uspokojenie potrieb (na rôznych úrovniach) (Repková, 1999). U ľudí s telesným postihnutím vznikajú aj **špecifické potreby** (termín špeciálne potreby vyvoláva protektívny dojem), ktoré sú *sekundárnym dôsledkom postihnutia*. Týkajú sa najmä prístupnosti prostredia, komunikácie, informácií, príležitostí, postojov, predsudkov. V súčasnosti sa neorientujeme na postihnutie, ale prekážky, ktoré z neho vyplývajú vo vzťahu k životným aktivitám. Novosad (2011) zdôrazňuje **individuálny prístup k potrebám**, každý človek s postihnutím (i v rámci jedného typu postihnutia) má zachované iné schopnosti, adaptabilitu, vôľu, motiváciu, rodinné zázemie, možnosti, iné potreby, životné túžby a teda aj iné potreby.

3.3. Psychosociálne aspekty života s telesným postihnutím

Spoločnosť. Normy a ideály spoločnosti sú určitým *kultúrnym pozadím*, na ktorom sa každý prípad človeka s telesným postihnutím špecifickým spôsobom odráža (Matějček, 1987). Dnešná spoločnosť je výrazne hodnotovo orientovaná na výkon (práca, šport), image (fyzická príťažlivosť, zdravie, oblečenie, komunikácia, životný štýl) a úspešnosť jedinca (profesné a sociálne postavenie, majetok). Kto má nejakú odlišnosť, je odsunutý mimo hlavný prúd diania → **marginalizácia**. Svoju úlohu hrajú **predsudky verejnosti**, ktoré sú najčastejšie: (i) *paternalisticko-podceňujúce*: prejavy ľútosti a súcitu spojené s charitatívnym prístupom, stavajú ich do role bezmocných, závislých, čakajúcich na pomoc druhých, (ii) *odmietavé*: považujú ich za neužitočných, neproduktívnych, záťaž pre spoločnosť, inakosť je nežiadúca, patologická, (iii) *protektívno-paušalizujúce*: poskytovanie „výhod“ vo forme kompenzačných sociálnych dávok je spojené s nedôstojným byrokratickým jednaním, (iv) *idealizujúce (heroizujúce)*: život s postihnutím chápu ako morálne hrdinstvo zasluhujúce obdiv (Michalík et al., 2011). Všetky typy predsudkov majú spoločné to, že hádžu ľudí s telesným postihnutím do jedného vreca. Napriek istým posunom v spoločnosti stále pretrvávajú **diskriminácia** postihnutých, ktorá má „súčasnú“ podobu v diskriminačných tradíciách, vzdelanostných a pracovných bariérach, ale i v individuálnych postojoch (Michalík et al., 2011).

Identita a sebapoňatie býva u ľudí s telesným postihnutím narušená. Vyplýva to z narušeného utvárania *subjektívnej „telesnej schémy“*. Zmena sebapoňatia je najťaživejšia pri mutilujúcich a invalidizujúcich následkoch. Obzvlášť v období dospievania je ťažké dosiahnuť *sexuálnu identitu*, hrozia depresie i samovražedné sklony (Langmeier, Balzar,

Špitz, 2010). Ďalším „príspevkom“ k vytváraniu identity sú postoje okolia, „vzhľadová norma“ (Novosad, 2011). **Obraz odlišného tela** sa utvára v rovine: (i) *sociálnej*: reakcie okolia na človeka s telesnou inakosťou, s odchýlkou od funkčnej a vzhľadovej normy, ľudia s telesným postihnutím sú „viditeľní“ (ii) *profesionálneho pomáhaní*: v zdravotníctve alebo v sociálnych službách dochádza v prístupe pracovníkov ku zvecneniu, k depersonalizácii ľudského tela. Zabúdajú, že telo je súčasťou ľudskej bytosti, ktorá cíti, vníma, má právo na ľudskú dôstojnosť, (iii) *osobnej*: vzťah k vlastnému telu, identifikácia s ním. Vzťah k vlastnému telu sa v mnohých ohľadoch líši u osôb s vrodenným postihnutím a u osôb so získaným postihnutím (Novosad, 2011).

Sociálne vzťahy a komunikácia. Znížená príležitosť na vytváranie prirodzených sociálnych vzťahov z dôvodu zníženej mobility (nielen s ľuďmi s podobným postihnutím) znamená nedostatok sociálnych skúseností, príležitostí na sociálne učenie. Ľudia sú často vo vzťahoch neistí, neskúsení, ich sociabilita je znížená (Michalík et al., 2011). Prispieva k tomu i typ výchovy a prístup najbližšieho okolia, (opakované) negatívne zážitky. To následne spôsobuje určitú sociálnu uzavretosť a stiahnutosť. Do toho vstupujú reálne komunikačné bariéry v prípade narušenej motoriky hovoriacich a pridružené rečové vady, poruchy jemnej motoriky (napr. grimasovanie). Nápomocné môžu byť rôzne formy alternatívnej a augmentatívnej komunikácie (Kantor et al., 2013). Ako je zrejmé, ide o bludný kruh, kde sa preplietajú príčina s následkom. Ľudia s telesným postihnutím majú aj menej príležitostí a skúseností s nadväzovaním partnerských vzťahov (Michalík et al., 2011). Často sa ich sociálna sieť obmedzuje na rodinu a úzky okruh priateľov s podobným postihom. V prípade získaného postihnutia môže dôjsť aj ku strate pôvodných priateľov.

Pracovná činnosť. Význam práce pre človeka je mnohoraký: zabezpečenie materiálnej existencie, rozvoj duševných a telesných schopností, realizácia potenciálu človeka, sociálne efekty (nadväzovanie vzťahov, rešpekt k druhým, kooperácia, komunikácia, relaxácia (odváža od psychického napätia), potešenie z činnosti samotnej (Novosad, 2011). Napriek rôznym formám štátnej podpory zamestnávania osôb s postihnutím stále predstavujú **rizikovú skupinu na trhu práce** (Michalík et al., 2011). Spoločnosť je orientovaná na vysokú produktivitu práce, čo osoby s postihnutím objektívne nemôžu naplniť. S otázkami vzdelania a práce súvisí i slabšia finančná situácia. Sociálny podporný systém je nepostačujúci, odvíja sa od ekonomických možností krajiny.

Rodiny s členom s postihnutím. Často ide o jednopříjmové rodiny, genderovo nevyrovnané (prevažujú ženy), majú nízku verejnú podporu, čo sa odráža i v kvalite bývania (Michalík et al., 2011). Najčastejšie **odchýlky od primeranej adaptácie rodiny** na

život s jej členom s telesným postihnutím sú: (i) *hyperprotektivita*: v dôsledku pretrvávajúcich pocitov viny, rodičia nekladú na dieťa dostatočné nároky. Jeho motivácia k sebarozvoju je tak oslabená (Michalík et al., 2011). Dieťa preberá na seba pohľad rodičov, má nízke sebavedomie. (ii) *odmietanie dieťaťa*: dieťa je „ukrývané“ u starých rodičov alebo v ústavnej starostlivosti, je často ohrozené psychickým a telesným týraním či zanedbávaním (Řičan, Krejčířová et al., 2006). Prijatie faktu nemoci v rodine závisí najmä od typu postihnutia, vnímanej etiológie, individuálnych charakteristík členov rodiny, štruktúry rodinného systému (kvalita vzťahov, vývojová fáza rodiny) a podpory prostredia.

Vzdelávanie a voľnočasové aktivity. Tieto činnosti naplňujú psychickú potrebu stimulácie, ako i sebarealizácie. V ČR sa doposiaľ uplatňuje zmiešaný systém vzdelávania ľudí s telesným postihnutím, teda špeciálne školstvo a integrácia do hlavného vzdelávacieho prúdu (Michalík et al., 2011). Možnosti vzdelávania sú dané dostupnosťou vhodných škôl s podporou telesne postihnutých, rozsahom postihnutia a finančnými možnosťami rodiny. Stále je malý počet osôb s telesným postihnutím s vysokoškolským vzdelaním, čo následne limituje možnosti zamestnania. Prístup ľudí s postihnutím k rôznym spoločenským podujatiam, možnosti realizácie záľub a športov sú takisto obmedzené. Dôsledky sa prejavujú v rovine psychickej i sociálnej.

Vývinové aspekty. Vznik telesného postihnutia prináša v každom veku inú skúsenosť. Ľudia s vrozeným i získaným postihnutím takisto prechádzajú vývojovými obdobiami. Eriksonova teória psychosociálneho vývoja opisuje vývinové úkoly v tzv. ôsmich vekoch človeka (Erikson, 2002). V každom období musí človek riešiť vývinový konflikt, ktorý môže mať pozitívny alebo negatívny výsledok. Ľudia s telesným postihnutím majú vývinové úkoly ťažko dosiahnuteľné, navyše ich rodičia často infantilizujú. Rodičia by mali byť informovaní o vývinových potrebách ich detí, aby vedeli poskytovať priestor pre vývin v najväčšom možnom rozsahu.

Tab. č. 3 Psychosociálny vývin podľa Eriksona

Fáza	Obdobie	Vek	Významné vzťahy	Vývinový konflikt
1.	Dojča	0-1	Matka	Základná dôvera - Základná nedôvera
2.	Batoľa	1-3	Rodičia	Autonómia - Stud a pochybnosti
3.	Predškolač	3-6	Rodina	Iniciatíva - Vina
4.	Školač	6-12	Škola, susedia	Snaživosť - Menejcennosť
5.	Adolescent	12-19	Rovesníci, vzory	Identita - Zmätenie rolí
6.	Raná dospelosť	19-25	Partneri, priatelia	Intimita - Izolácia
7.	Stredný vek	25-50	Domácnosť, kolegovia	Generativita (tvorivosť) - Stagnácia
8.	Staroba	50+	Všetci alebo ja	Integrita - Zúfalstvo (strach zo smrti)

Zdroj: Erikson (2002); <http://dictionary.sensagent.com/eriksonove+veky+cloveka/sk-sk/>

EMPIRICKÁ ČASŤ

4. VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIELE A HYPOTÉZY

V nadväznosti na teoretickú časť považujeme za výskumnú oblasť tejto práce empirický výskum ľudí bez telesného postihnutia a ľudí s telesným postihnutím. Aby bolo možné túto problematiku výskumne uchopiť, definujeme v tejto kapitole výskumný problém, výskumné otázky a konkrétne hypotézy.

Výskum subjektívneho zdravia (subjektívneho vnímania zdravia) a životnej spokojnosti (kvality života, subjektívnej osobnej pohody) je do súčasnej doby rozsiahly. Vyplýva to z povahy témy, ktoré predstavujú ústredný cieľ snaženia ľudského života i cieľ pomoci ľuďom s akýmkoľvek postihnutím. Blaho, šťastie, zdravie a spokojnosť človeka sú najvyššími hodnotami. Oba fenomény sú multifaktoriálne podmienené a podľa doterajších výsledkov výskumných štúdií je medzi nimi pozitívny a robustný vzťah (napr. Šolcová, Kebza, 2006). Na druhej strane nie sú dostatočne zmapované tieto väzby na rozličných výskumných vzorkách. Dalo by sa povedať, že ľudia s telesným postihnutím 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 subjektívneho zdravia, životnej spokojnosti u ľudí s telesným postihnutím pri porovnaní s ľuďmi bez zdravotného postihnutia. Ďalším očakávaným prínosom je prispieť k objasneniu vzťahu tzv. objektívneho a subjektívneho zdravia a ich vplyvu na životnú spokojnosť. Sprievodným (vedľajším) metodologickým cieľom je prispieť k neskoršej validácii medzinárodne používaného dotazníka subjektívneho zdravia WHODAS 2.0 v našich podmienkach. Táto práca je však len prvou výskumnou štúdiou, na ktorú by mali nadväzovať ďalšie a rozsiahlejšie. Napriek tomu, že bol tento dotazník použitý v tisíckach výskumov a existujú jeho verzie v 11 jazykoch (Federici, Meloni, Lo Presti, 2009), v českých a slovenských výskumoch zatiaľ nebol aplikovaný.

Výskumný problém možno teda definovať nasledovne: *Vzťah medzi subjektívne vnímaným zdravím a životnou spokojnosťou*. Keďže skúmané premenné sa navzájom ovplyvňujú, pre kauzalitu nie sú splnené podmienky (Ferjenčík, 2010). Základom bude v tomto prípade korelačná analýza, rovnako ako v prípade zisťovania súvislostí s vekom pri oboch fenoménoch. Okrem zistenia sily tohto vzťahu na celej výberovej vzorke, zameriame sa aj na *komparáciu – zistenie* potenciálnych signifikantných *rozdielov v subjektívnom zdraví a v životnej spokojnosti* medzi dospelými respondentmi s telesným postihnutím a bez telesného postihnutia („zdraví“). Budeme zisťovať aj medzipohlavné

rozdiely. Niektoré výskumy naznačujú, že ženy posudzujú svoj zdravotný stav mierne horšie ako muži (napr. Šolcová, 1996). V oblasti životnej spokojnosti sú zistenie o medzipohlavných rozdieloch zmiešané. Sociologické prieskumy v krajinách EÚ však potvrdzujú vyššiu životnú spokojnosť mužov ako žien vo všetkých krajinách (Výrost et al., 2008). Budeme skúmať aj vplyvy ďalších demografických faktorov, ako napríklad prostredie (život na vidieku alebo život v meste), život v partnerskom vzťahu alebo bez partnerského vzťahu atď.

Výskumné ciele tejto práce sú nasledovné:

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. *Porovnať subjektívne vnímanie zdravia zdravých dospelých jedincov a dospelých jedincov s telesným postihnutím.* Ako sme už uviedli v teoretickej časti, vzťah objektívneho a subjektívneho zdravia nie je jednoduchý a môže sa vyvíjať rôznym smerom v závislosti od množstva objektívnych i subjektívnych faktorov. Naš cieľ je v rámci tejto práce skromnejší, porovnaním subjektívneho zdravia ľudí bez / s telesným postihnutím a zistením súvislostí s niektorými faktormi (napr. pohlavie, život v meste / na vidieku atď.) môžeme načrtnúť možné ďalšie smery výskumu činiteľov, ktoré subjektívne zdravie ovplyvňujú.
3. *Porovnať životnú spokojnosť zdravých dospelých a dospelých s telesným postihnutím.* Životná spokojnosť je veličina „všeobsažná“. Ako vyplýva z doterajších poznatkov uvedených v teoretickej časti, existuje na ňu množstvo názorov a množstvo prístupov bez zhody výskumníkov. Porovnanie životnej spokojnosti ľudí bez telesného postihnutia a s telesným postihnutím môže napovedať o vplyve objektívneho zdravia na životnú spokojnosť. Pôjde však určite len o jeden z mnohých spolupôsobiacich činiteľov životnej spokojnosti a overenie tohto vzťahu si vyžiada ďalšie bádanie.
4. *Zistiť, či existujú medzipohlavné rozdiely v subjektívnom zdraví a v životnej spokojnosti.* Výskumy sa v tejto oblasti rôznia, i keď sa v nich skôr ukazujú ako spokojnejší muži (v závislosti od veku, spoločenského postavenia, vzťahovej siete atď.). Na druhej strane z evolučného pohľadu vždy boli a sú ženy nositeľkami života, ktoré sú evolučne vybavené arzenálom schopností na udržanie rodu. Zistíme, či sa subjektívne vnímanie zdravia rôzni alebo približuje u žien a u mužov. Do úvahy treba brať aj fakt postupnej symetrizácie mužsko-ženských rolí v súčasnej modernej spoločnosti, čo môže mať istý nemalý vplyv aj na tento emočno-kognitívny fenomén.

5. *Prispieť k širšej aplikácii dotazníka Whodas 2.0 v českej praxi.* Ide o dotazník využívaný v medzinárodnom meradle, čo by zvýšilo porovnateľnosť našich výskumov s výskumami uskutočnenými v iných krajinách. I keď existujú medzinárodné normy (aj na základe výskumu v Českej republike), vytvorenie *českých noriem osobitne pre ľudí s jednotlivými druhmi postihnutí* by podporilo aspoň orientačnú porovnateľnosť, keďže prevažná väčšina testových diagnostických metód používaných v špeciálnej pedagogike nemá normy pre osoby s rôznymi druhmi postihnutí. Naša štúdia by mohla podnietiť ďalšie výskumy a rozsiahlejší zber dát na rôznych vekových kategóriach. Dobrým odrazovým mostíkom je fakt, že dotazník má výborné psychometrické vlastnosti a je už na medzinárodnej úrovni dobre overený.

Voľba hypotéz sa opiera o výsledky doterajších výskumov, ktoré sme aplikovali na naše výskumné vzorky. V prípade vzťahu subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti sme volili obojstrannú hypotézu o súvislosti, pri porovnávaní vzoriek respondentov s / bez telesného postihnutia jednostranné hypotézy o rozdiel. Pri hypotézach o rozdiel sme sa vyhýbali hodnotiacim formuláciám typu „horší“, „lepší“. Vzhľadom na predikovatelný smer vývoja sme zvolili nasledovné **hypotézy**:

H1: Na vzorke respondentov celkového výberového súboru existuje štatisticky významná *korelácia* medzi ich subjektívne vnímaným zdravím a životnou spokojnosťou.

H2: Respondenti výberového súboru s telesným postihnutím majú štatisticky významne *nižšiu mieru* subjektívne vnímaného zdravia ako respondenti výberového súboru bez telesného postihnutia.

H3: Respondenti výberového súboru s telesným postihnutím majú štatisticky významne *nižšiu mieru* životnej spokojnosti ako respondenti výberového súboru bez telesného postihnutia.

H4: Respondentky celkového výberového súboru – ženy majú štatisticky významne *nižšiu mieru* životnej spokojnosti ako respondenti celkového výberového súboru – muži.

H5: Respondentky celkového výberového súboru – ženy majú štatisticky významne *nižšiu mieru* subjektívne vnímaného zdravia ako respondenti celkového výberového súboru – muži.

5. ORGANIZÁCIA A METÓDY VÝSKUMU

V tejto kapitole uvádzame ideové a metodologické východiská výskumu, ktoré tvorili dôležitú prípravnú fázu samotnej realizácie výskumu. Charakterizujeme základný a výberový súbor, použité metódy a formu ich aplikácie, popíšeme priebeh výskumu a zberu dát vrátane etických aspektov.

5.1. Základný a výberový súbor

Výskum bol uskutočnený na dvoch odlišných výskumných vzorkách. Celkový základný súbor je tvorený základným súborom 1 a základným súborom 2. Celkový výberový súbor je tvorený výberovým súborom 1 a výberovým súborom 2. Vzhľadom na skutočnosť, že vek je dôležitým činiteľom pri vývoji oboch skúmaných parametrov (životnej spokojnosti a subjektívneho zdravia), *v záujme porovnateľnosti* sme sa rozhodli vekovo ohraničiť základný a výberový súbor na **vekovú kategóriu 18-25 rokov**. Z pohľadu vývinovej psychológie je to obdobie prechodu do dospelosti, obdobie zvýšenej zodpovednosti za vlastný život a obdobie budovania partnerských vzťahov (Vágnerová, 2008). Keďže všetky osoby s telesným postihnutím mali vrodené postihnutia, vytvára to predpoklad (nie istotu) na dostatočný čas adaptácie na život s postihnutím. Každé vývinové obdobie však prináša nové úlohy a nové vývinové konflikty (Erikson, 2002). Naším cieľom boli získať *čo najviac homogénne výskumné vzorky*, aby bola možná komparácia.

Základný súbor 1 tvoria všetci dospelí *s telesným postihnutím* v oblasti narušenej mobility dolných končatín na území ČR bez ohľadu na konkrétny typ diagnostikovaného ochorenia a bez ohľadu na etiológiu *vo veku 18-25 rokov*. Prvoradým bolo funkčné hľadisko. Na tomto mieste musíme zdôrazniť, že sme sa neodvíjali od medicínskeho pohľadu, a teda od stanovenej diagnostickej jednotky. Spoločným menovateľom je **zníženie schopnosti lokomócie** z dôvodu postihnutia dolných končatín (sťažený presun z miesta na miesto resp. presun na rehabilitačnom vozíku).

Základný súbor 2 tvoria všetci dospelí *bez telesného postihnutia* v oblasti narušenej mobility dolných končatín na území ČR (pre účely tejto práce „zdraví“) *vo veku 18-25 rokov*. Vzhľadom na rôzne definície zdravia a efektívnu nemožnosť jeho „objektívneho“ stanovenia v rámci nášho výskumu sme za podstatné považovali vylučujúce kritérium „s“ alebo „bez“ narušenia mobility dolných končatín (sťažená lokomócia), a to v rozpätí od miernych stavov až po osoby pohybujúce sa prostredníctvom vozíka.

Výberový súbor 1 tvorilo **55 respondentov** bez telesného postihnutia vo veku 18-25 rokov – prevažne študenti vysokých škôl v ČR. V zásade sa jednalo o tzv. zdravých mladých ľudí, bežnú populáciu bez nejakých iných závažných ochorení akéhokoľvek druhu.

Výberový súbor 2 tvorilo **55 respondentov** s telesným postihnutím v oblasti dolných končatín (minimálne) vo veku 18-25 rokov – prevažne 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 „prídavné“ postihnutia by činili vzorku jednotne neuchopiteľnou z hľadiska štatistického skúmania.

Zvolili sme cielene rovnaký počet respondentov u oboch výberových súborov. Primárne bolo získanie respondentov s telesným postihnutím, čo bolo náročnejšie. Následne boli naberaní do výskumu respondenti bez telesného postihnutia do „naplnenia“ kapacity. Ako už bolo povedané, pri výbere respondentov s telesným postihnutím, sme sa neopierali o medicínske hľadisko (diagnózu), ale o *funkčné narušenie resp. sťaženie lokomóciu*.

5.2. Metódy

Výskumný design je **kvantitatívny**, založený na dotazníkovom šetrení prostredníctvom dvoch sebahodnotiacich dotazníkov. Uskutočnili sme **(i) korelačný výskum** s použitím Pearsonovho korelačného koeficienta a **(ii) kauzálnoporovnávací výskum** (rozdielová štatistika) s použitím t-testu. V oboch prípadoch ide o *parametrické metódy*. Respondenti boli súčasne dopytovaní na tieto *základné údaje*:

- pohlavie,
- vek,
- vzdelanie,
- 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).

Respondentom boli predložené nasledovné **dva sebahodnotiace dotazníky**:

- Dotazník subjektívneho zdravia v skrátenej 12-položkovej verzii WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule),
- Dotazník životnej spokojnosti SWLS (Satisfaction with Life Scale).

Dotazník WHODAS 2.0

Dotazník WHODAS vyvinutý WHO zisťuje subjektívne vnímanie handikepu *nezávislé na medicínskej diagnóze*. Dotazník je koncepčne 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 psychiatriu, všeobecnú medicínu a rehabilitáciu (Federici, Meloni, Lo Presti, 2009). Bol použitý (v rôznych verziách) vo vyše tisícke výskumov. Verzia WHODAS 2.0 je skrátená 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 však 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.

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 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.
3. *hodnotenie za posledných 30 dní*,
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*),

6. 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.

Pri jednoduchom spôsobe skórovania sa jednoducho sčítajú pridelené hodnoty, výsledné číslo hovorí o *subjektívnej miere vnímanej disability*. WHO poskytuje na základe rozsiahlej multikultúrnej štúdie z r 2000-2001 i **populačné normy** vo forme percentilov, a to pre plnú 36-položkovú verziu dotazníka pri polytomickom posudzovaní miery disability a pre skrátenú 12-položkovú verziu rovnako pri polytomickom hodnotení.

Dotazník má nasledovné *verzie pre administráciu*:

- vo forme interview (osobne alebo cez telefón),
- pre písomné sebahodnotenie (self-administered) a
- pre objektívne hodnotenie treťou osobou (proxy-administered).

WHODAS 2.0 *zahrňa šesť domén*:

1. kognície (cognition): chápanie a komunikácia
2. mobilita (mobility): pohybanie 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.

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 štatistiky ČR. Reprezentatívnu vzorku z ČR predstavovalo 5 700 osôb z rôznych regiónov narodených v rokoch 1922 až 1982 (Üstün et al., 2001). Bližšie informácie o štruktúre českej výberovej vzorky sa nám zatiaľ nepodarilo zistiť.

Výhody dotazníka WHODAS 2.0 (Üstün et al., 2010):

- je vhodný na hodnotenie zdravia aj disability,

- aplikovateľnosť na všetky druhy chorôb: telesné, mentálne, neurologické i rôzne druhy závislostí,
- vysoká výťažnosť a efektívnosť, jednoduchá administrácia,
- k dispozícii sú viaceré rovnocenné alternatívne formy administrácie (subjektívne / objektívne; interview telefonické, osobné / písomný dotazník / kombinácia oboch),
- jednoduché a rýchle vyhodnotenie,
- použiteľnosť na klinickú i všeobecnú populáciu, umožňuje teda porovnávanie,
- výstup vo forme štandardizovanej hodnoty disability a v plnej verzii aj profilu podľa jednotlivých domén,
- 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.
- je aplikovateľný v rôznych kultúrach na celú dospelú populáciu,
- priama spojitosť s ICF.

Škála spokojnosti so životom SWLS (Satisfaction with life scale)

Diener et al. (1985) vyvinul dotazník, 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 blízky môjmu ideálu života“. Respondent odpovedá *na 7-stupňovej škále* od 1 = minimum (rozhodne nesúhlasím) po 7 = maximum (rozhodne súhlasím). Súčet bodov predstavuje spokojnosť jedinca so životom:

- 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 prispôsobení 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). 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 rôznych mierach. Tieto informácie už dotazník nepodáva, čo je istým obmedzením. Dotazník je však široko používaný a veľmi obľúbený pre svoju jednoduchosť a priamočiarosť.

5.3. Priebeh výskumu a etické aspekty

Zber dát. Spôsoby zberu dát neboli náhodné, formy boli zvolené vzhľadom na praktickú dostupnosť respondentov.

Výberový súbor 1 respondentov bez telesného postihnutia vznikol kombináciou *príležitostného výberu a výberu metódou snehovej gule*. Tieto nepatria medzi náhodné výbery (Ferjenčík, 2000). Zber sa uskutočnil priebežne od 12.3.2015 do 20.2.2016. Oslovovaní boli známi, známi známym, ktorí na seba „nabaľovali“ svojich príbuzných a známym. Forma zberu dát bola *elektronická* prostredníctvom webovej stránky survio.com, ako aj *metódou ceruzka – papier* prostredníctvom vytlačených dotazníkov.

Výberový súbor 2 respondentov s telesným postihnutím vznikol *prostredníctvom inštitúcií, metódou príležitostného výberu*. Na základe kontaktov vedúceho práce so školskými zariadeniami a s povolením vedenia príslušných škôl boli oslovení dospelí klienti denného stacionára Kociánka v Brne, ďalej študenti stredných škôl Jedličkovho

ústavu v Prahe, Strednej školy F. D. Roosevelta pre telesne postihnutých v Brne. Zber dát sa v tomto prípade uskutočnil metódou *ceruzka – papier*, ale aj elektronickým zberom dotazníkov cez survio.com (minorita). Kontaktovaní boli aj študenti – klienti Centra podpory študentov so špecifickými potrebami Pedagogickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Adaptácia WHODAS 2.0 z anglického originálu. Dotazník je všeobecne dostupný na webovej stránke WHO, pričom pred použitím bola elektronicky vyplnená Zmluva o používaní (*User Agreement*) s poskytnutím informácií o účele použitia (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. Potom sa dotazník v rámci ***predvýskumu*** predložený siedmim skúšobným respondentom s českým materským jazykom, ktorí sa vyjadrili k jeho jasnosti a zrozumiteľnosti položiek pre respondentov. V tomto procese boli formulačne upravené niektoré položky, neboli pritom zistené žiadne závažné nedostatky. Získané dáta z výskumu budú môcť byť použité na zistenie vnútornej konzistencie dotazníka (Cronbachova alfa) a následne upravený dotazník použitý v ďalšom výskume.

Etické aspekty. Výskum bol uskutočnený na základe dobrovolnej účasti respondentov. Výskum bol plne anonymný, bez možnosti identifikácie respondentov. Respondenti boli poučení o základnom zámere výskumu, oboznámení s osobou realizátora výskumu (autorka práce) a s odborným garantom výskumu (vedúci práce). V prípade dodatočných otázok týkajúcich sa výskumu, im boli tieto autorkou práce zodpovedané. Dotazníky obsahujú osobne citlivé dáta a základné demografické údaje ako napríklad vek, pohlavie, vzdelanie, rodinný stav. Súčasťou vyplnenia bol *súhlas s poskytnutím údajov na vedecké účely* v súlade so Z. č. 101/2000 Zb. o ochrane osobných údajov v znení platných zmien platných od 1. 1. 2015. Po zadaní údajov z dotazníkov v papierovej podobe do sumárnej elektronickej podoby, boli následne všetky dotazníky v súlade so zásadami ochrany dát osobne zoskartované autorkou práce.

Štatistické spracovanie. Na štatistické spracovanie dát a grafické výstupy boli použité programy Microsoft Office EXCEL 2010 a STATISTIKA 12.

6. VÝSLEDKY VÝSKUMU

Táto kapitola predstavuje výsledky nášho výskumu, od charakteristík výskumnej vzorky v deskriptívnej štatistike, cez konfirmačnú štatistiku a overovanie stanovených hypotéz doplnené tematicky o ďalšie výskumné zistenia v subjektívnom zdraví a v životnej spokojnosti. Rozsiahlejšie grafické výstupy sme umiestnili do príloh.

6.1. Výsledky deskriptívnej štatistiky

V nasledujúcich tabuľkách uvádzame štruktúru výberových vzoriek. Výberová vzorka osôb s telesným postihnutím je relatívne pohlavne vyvážená na rozdiel od vzorky osôb bez telesného postihnutia, kde prevažujú ženy (78%). Tento fakt môže súvisieť so štruktúrou osôb s telesným postihnutím, keďže ju tvorili z **55% osoby s detskou mozgovou obrnou** (DMO). Je známe, že výskyt DMO je vyšší u mužskej populácie (napr. Kraus et al., 2004). Zvyšnú časť výberovej vzorky 2 tvorili pravdepodobne iné typy postihnutí, ktoré respondenti buď neuviedli resp. niektorí uviedli len symptomaticky (napr. vozíčkar), iní etiologicky (napr. úrazy chrbtice) bez špecifikácie funkčných dôsledkov. Výsledky teda nie je možné štatistiky spracovať. **Všetky postihnutia však boli vrodené.**

Vzorku osôb s telesným postihnutím tvorili hlavne stredoškoláci oproti prevahe vysokoškolákov vo vzorke osôb bez telesného postihnutia. Uvedené kopíruje jednak možnosti získania respondentov, no súčasne sa javí byť odrazom reality, keď početnosť osôb s postihnutím s vysokoškolským vzdelaním je stále malá v porovnaní s osobami bez postihnutia (napr. Michalík et al., 2011). Rozdiel nemožno vysvetliť vekom.

Tab. č. 4 Demografické charakteristiky celej výberovej vzorky

Pohlavie	Počet	%
Ženy	69	63%
Muži	41	37%
Spolu	110	100%

Vzdelanie	Počet	%
Stredoškolské*	61	55%
Vysokoškolské*	49	45%
Spolu	110	100%

* prebiehajúce resp. ukončené

Bývanie	Počet	%
V meste	83	75%
Na vidieku	27	25%
Spolu	110	100%

Partnerský vzťah	Počet	%
S partnerom / partnerkou	49	45%
Bez partnera / partnerky	61	55%
Spolu	110	100%

Na vzorke osôb s telesným postihnutím bola výrazná prevaha osôb bez partnerského vzťahu (69%). Opačná situácia bola u osôb bez telesného postihnutia, kde prevažovali (i keď len mierne) ľudia s partnerským vzťahom (58%). Tento fakt môže vyplývať

z objektívne nižších možností (príležitostí) nadviazania vzťahu, čo opäť len potvrdzuje prax (napr. Michalík et al., 2011). Určitú úlohu mohol pravdepodobne zohrať aj vek. Vekový priemer osôb s telesným postihnutím činil 20,4 roka, pri osobách bez telesného postihnutia 22 rokov. Na celej výberovej vzorke je **vekový priemer 21 rokov**.

Tab. č. 5 Demografické charakteristiky výberovej vzorky 1

Pohlavie	Počet	%	Vzdelanie	Počet	%
Ženy	43	78%	Stredoškolské*	15	27%
Muži	12	22%	Vysokoškolské*	40	73%
Spolu	55	100%	Spolu	55	100%

* prebiehajúce resp. ukončené

Bývanie	Počet	%	Partnerský vzťah	Počet	%
V meste	46	84%	S partnerom / partnerkou	32	58%
Na vidieku	9	16%	Bez partnera / partnerky	23	42%
Spolu	55	100%	Spolu	55	100%

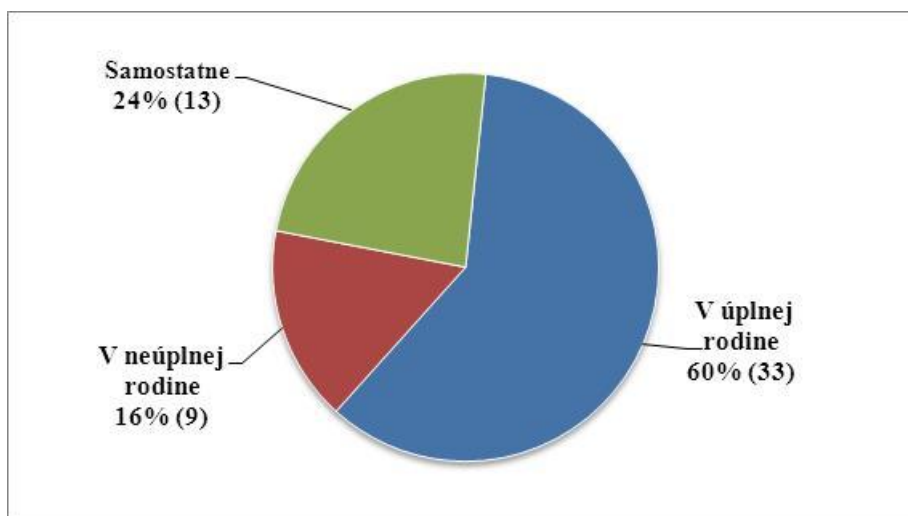
Tab. č. 6 Demografické charakteristiky výberovej vzorky 2

Pohlavie	Počet	%	Vzdelanie	Počet	%
Ženy	26	47%	Stredoškolské*	46	84%
Muži	29	53%	Vysokoškolské*	9	16%
Spolu	55	100%	Spolu	55	100%

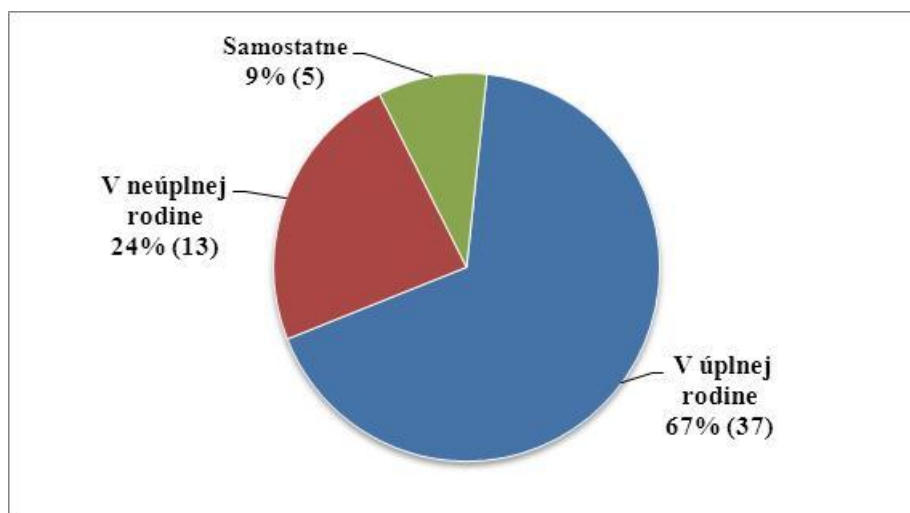
* prebiehajúce resp. ukončené

Bývanie	Počet	%	Partnerský vzťah	Počet	%
V meste	37	67%	S partnerom / partnerkou	17	31%
Na vidieku	18	33%	Bez partnera / partnerky	38	69%
Spolu	55	100%	Spolu	55	100%

Graf č. 1 Bývanie osôb bez telesného postihnutia



Graf č. 2 Bývanie osôb s telesným postihnutím



Pri porovnaní výberových vzoriek 1 a 2 (Grafy č. 1 a 2) vidieť u osôb s telesným postihnutím vyšší podiel žijúcich v úplnej rodine oproti neúplnej rodine. Uvedené nepotvrďuje skutočnosť, že rodiny s osobou s postihnutím bývajú neúplné. Vyšší podiel osôb žijúcich samostatne zrejme odráža vyšší vek výberovej vzorky 1. Predpokladáme, že v kategórii „samostatne“ žijúcich sú vzhľadom na študentov stredných či vysokých škôl najmä osoby bývajúce na internátoch. Cenou za získanie tejto informácie bolo, že sa tým pádom „stratil“ údaj o pôvodnej rodine (úplna / neúplna).

Tab. č. 7 Porovnanie výberových vzoriek 1 a 2 v základných údajoch

Výberová vzorka	Pohlavie		Vzdelanie	
	Ženy	Muži	Stredoškolské*	Vysokoškolské*
1 - Osoby bez TP	78%	22%	27%	73%
2 - Osoby s TP	47%	53%	84%	16%

* prebiehajúce resp. ukončené

Výberová vzorka	Bývanie		Partnerský vzťah	
	V meste	Na vidieku	S partnerom / partnerkou	BEZ partnera / partnerky
1 - Osoby bez TP	84%	16%	58%	42%
2 - Osoby s TP	67%	33%	31%	69%

Poznámka: TP = telesné postihnutie

Charakteristiky celej výberovej vzorky. O celej výberovej vzorke (1 + 2) možno povedať, že ide z hľadiska veku o relatívne homogénnu skupinu dospelých osôb. Ide väčšinou o študentov či už stredných alebo vysokých škôl. Z vývinového hľadiska je to obdobie postupného *prechodu do samostatného dospelého života*, obdobie nadväzovania trvalejších vzťahov. Naša celková výberová vytvorila predpoklady pre zachytenie osôb s podobnými problémami a úlohami, pred ktorými stoja. Zdá sa, že odzrkadľuje socio-ekonomický vývin našej spoločnosti, náročnosť ekonomického osamostatnenia sa

a kultúrny kontext, keď v našich podmienkach vo všeobecnosti trvá obdobie závislosti na rodičoch oveľa dlhšie ako napríklad v USA. Samozrejme osoby s telesným postihnutím majú sťažené podmienky. Celá výberová vzorka obsiahla **najmä mestskú populáciu**, čo odráža súčasný štýl života a lepšiu dostupnosť rôznych služieb v meste.

6.2. Výsledky konfirmačnej štatistiky

Overovali sme stanovené hypotézy. Pri štatistických prepočtoch sme používali parametrické metódy opierajúc sa o centrálnu limitnú teorému, nakoľko početnosť skúmaných výberových vzoriek vo všetkých prípadoch presiahla 30 respondentov.

H1: Na vzorke respondentov celkového výberového súboru existuje štatisticky významná **korelácia medzi ich subjektívne vnímaným zdravím a životnou spokojnosťou**.

Korelačná matica	Priemery	Štand.odchýlka	Subjektívne zdravie	Životná spokojnosť
Subjektívne zdravie	50,35455	8,071454	1	0,481502
Životná spokojnosť	23,18182	6,630734	0,481502	1

Subjektívne vnímané zdravie reprezentovali výsledky z dotazníka Whodas 2.0, ktoré sme rekódovali na zostupnú stupnicu (pôvodne: čím nižšia miera výsledku whodas 2.0 → tým nižšia miera disability → tým vyššia miera subjektívne vnímaného zdravia). Životnú spokojnosť reprezentovali výsledky dotazníka SWLS (čím vyššia hodnota → tým vyššia miera vnímanej životnej spokojnosti). Na overenie hypotézy sme použili Pearsonov korelačný koeficient. Na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,05$; $r = 0,481502$, čo poukazuje na **stredne silnú pozitívnu koreláciu** medzi subjektívne vnímaným zdravím a životnou spokojnosťou. Inými slovami: keď rastie životná spokojnosť, zvyšuje sa aj subjektívne zdravie a naopak. Obe premenné sa „pohybujú“ rovnakým smerom a sila tohto vzťahu je dosť významná.

=► **Prijímame hypotézu H1.**

H2: Respondenti výberového súboru s telesným postihnutím majú štatisticky významne **nižšiu mieru subjektívne vnímaného zdravia** ako respondenti výberového súboru bez telesného postihnutia.

t-test	Priemer bez TP N=55	Priemer s TP N=55	Št. odchýlka bez TP	Št. odchýlka s TP	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	18,25455	25,03636	3,70794	9,712466	4,837859	108	0,000004

Na overenie hypotézy sme použili t-test pre nezávislé premenné. Výberová vzorka 2 (osoby s telesným postihnutím) má priemerne vyššiu mieru disability, t.j. nižšiu mieru subjektívne vnímaného zdravia. Na základe porovnania testového kritéria a kritickej hodnoty je tento rozdiel medzi oboma výberovými vzorkami štatisticky významný, a to na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,05$, ako aj $\alpha = 0,01$.

⇒ **Prijímame hypotézu H2.**

H3: Respondenti výberového súboru s telesným postihnutím majú štatisticky významne nižšiu mieru *životnej spokojnosti* ako respondenti výberového súboru bez telesného postihnutia.

t-test	Priemer bez TP N=55	Priemer s TP N=55	Št. odchýlka bez TP	Št. odchýlka s TP	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	25,38182	20,98182	6,156872	6,401652	3,673905	108	0,000374

Na overenie hypotézy sme použili t-test pre nezávislé premenné. Vnímaná životná spokojnosť operacionalizovaná na základe výsledku dotazníka SWLT ukazuje, že výberová vzorka 2 (osoby s telesným postihnutím) má nižšiu priemernú mieru životnej spokojnosti ako výberová vzorka 1 (osoby bez telesného postihnutia). Na základe porovnania testového kritéria a kritickej hodnoty je tento rozdiel štatisticky významný, a to na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,05$, ako aj $\alpha = 0,01$. Výsledok naznačuje vplyv „objektívneho“ zdravia na vnímanú životnú spokojnosť.

⇒ **Prijímame hypotézu H3.**

H4: Respondentky celkového výberového súboru – *ženy* majú štatisticky významne nižšiu mieru *životnej spokojnosti* ako respondenti celkového výberového súboru – *muži*.

t-test	Priemer Ženy N=69	Priemer Muži N=41	Št. odchýlka Ženy	Št. odchýlka Muži	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	23,23188	23,09756	6,771795	6,468404	0,102265	108	0,918736

Na overenie hypotézy sme použili t-test pre nezávislé premenné. Vnímaná miera životnej spokojnosti operacionalizovaná na základe výsledku dotazníka SWLT ukazuje na celej výberovej vzorke (osoby „s“ aj „bez“ telesného postihnutia), že ženy reportujú vyššiu priemernú mieru životnej spokojnosti ako muži. Na základe porovnania testového kritéria

a kritickej hodnoty rozdiel medzi mužmi a ženami však **nie je štatisticky významný**, a to na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,01$, ako aj na menej prísnej $\alpha = 0,05$.

=► **Zamietame hypotézu H4.**

H5: Respondentky celkového výberového súboru – **ženy** majú štatisticky významne **nižšiu mieru subjektívne vnímaného zdravia** ako respondenti celkového výberového súboru – **muži**.

t-test	Priemer Ženy N=69	Priemer Muži N=41	Št. odchýlka Ženy	Št. odchýlka Muži	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	21,56522	21,63415	8,619107	7,158059	-0,042464	108	0,966207

Na overenie hypotézy sme použili t-test pre nezávislé premenné. Miera subjektívne vnímaného zdravia operacionalizovaná na základe výsledku dotazníka SWLT ukazuje na celej výberovej vzorke (osoby „s“ aj „bez“ telesného postihnutia), že muži reportujú vyššiu priemernú mieru subjektívneho zdravia ako ženy. Na základe porovnania testového kritéria a kritickej hodnoty rozdiel medzi mužmi a ženami však **nie je štatisticky významný**, a to na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,01$, ako aj na menej prísnej $\alpha = 0,05$.

=► **Zamietame hypotézu H5.**

6.3. Subjektívne zdravie – výskumné zistenia

V tejto podkapitole uvádzame niektoré súhrnné a čiastkové súvislosti subjektívneho zdravia s ostatnými skúmanými premennými, najmä demografickými údajmi. Ďalšie grafické výstupy uvádzame v Prílohách č. 5 a 7. Z grafu č. 3 vidieť u ľudí bez telesného postihnutia jednak celkovo vyššiu, ako aj stabilnejšiu úroveň subjektívneho zdravia. Ľudia s telesným postihnutím reportovali v globále nižšie subjektívne zdravie, ktoré bolo navyše značne variabilné (značné výkyvy medzi jednotlivými subjektami), čo vidieť aj v ďalších štatistických ukazovateľoch (pozri Tab. č. 8). Rozpätie výberovej vzorky 2 (osôb s telesným postihnutím) bolo o 81% väčšie ako pri výberovej vzorke 1 (osôb bez telesného postihnutia) a štandardná odchýlka (priemerná odchýlka jednotlivých hodnôt od priemeru) vyše 2,6krát vyššia. To nám hovorí, že pre celkové vyjadrenie „reprezentatívnej“ hodnoty výberovej vzorky 2 osôb s telesným postihnutím bude vhodnejšie ako priemer použiť napr. modus (najčastejšie sa vyskytujúca hodnota). Pozoruhodná je relatívna blízkosť modulusov oboch skupín. **Vysoká variabilita výsledkov u osôb s telesným postihnutím** môže odrážať

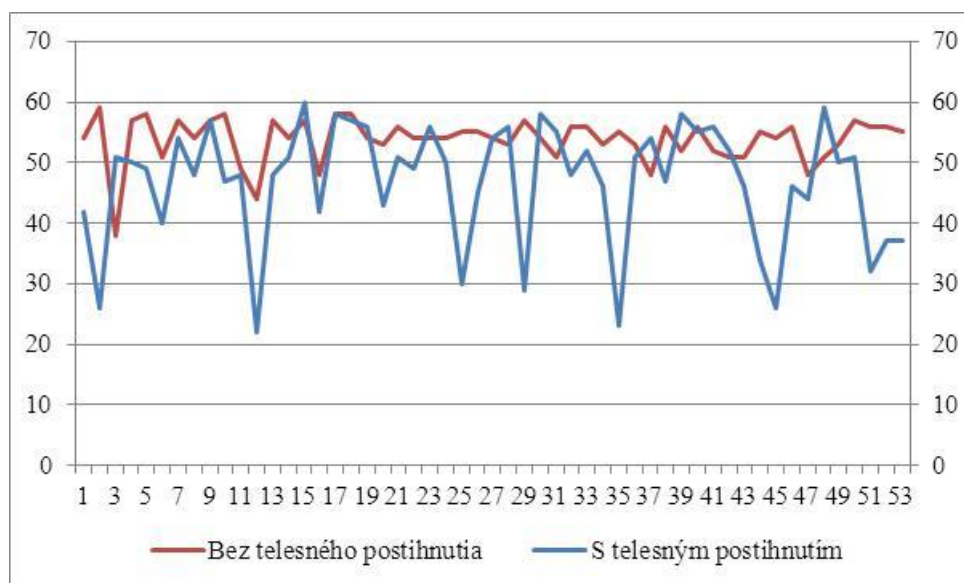
jednak individuálnosť závažnosti každého telesného postihnutia (objektívna stránka), ako aj jedinečnosť v postojoch a v citovom prežívaní postihnutia (subjektívna stránka).

Tab. č. 8 Porovnanie subjektívneho zdravia podľa dotazníka Whodas 2.0

	Priemer	Štandardná odchýlka	Modus	Medián	Minimum	Maximum	Rozpätie
Výberová vzorka 1 (bez TP)	18,25	3,71	18	18	13	34	21
Výberová vzorka 2 (s TP)	25,04	9,71	21	23	12	50	38

Minimálna hodnota: 12 = žiadna disabilita; maximálna hodnota 60 = najvyššia miera disability

Graf č. 3 Porovnanie subjektívneho zdravia výberových vzoriek 1 a 2



Pri komparácii absolútnych výsledkov rozdiel medzi výberovými vzorkami nie je až taký veľký (i keď štatisticky signifikantný), ako by sa mohlo predpokladať. U ľudí bez telesného postihnutia by sme očakávali nižšie hodnoty (vyššie subjektívne zdravie) a u ľudí s telesným postihnutím vyššie hodnoty (nižšie subjektívne zdravie). Z maximálne možného rozpätia merania dotazníkom Whodas 2.0 ($48 = 60 - 12$), sa v priemere ľudia s postihnutím pohybovali v 27%-ách, teda vyše štvrtiny „hlbky“ subjektívne vnímaného disability. Z toho vyplýva, že ich vnímanie zdravia je v skutočnosti relatívne dobré. Rozdelenie početnosti kvantitatívneho vyjadrenia subjektívneho zdravia (Príloha č. 5) pri oboch výberových vzorkách je kladne zošikmené, t. j. prevažujú podpriemerné hodnoty (nízka hodnota výsledku Whodas 2.0 → vyššia miera subjektívneho zdravia). Znamená to, že väčšina respondentov mala vyššie subjektívne zdravie ako priemer danej vzorky.

Pri porovnaní s WHO normami (Üstün et al., 2001) uvedených v Prílohe č. 3 sa výsledok celkovej výberovej vzorky (priemer = 21,65) nachádza medzi percentilmi 92,4 a 93. Znamená to, že priemerný výsledok celej našej výberovej vzorky dosiahol hodnoty,

ktoré dosiahlo zhruba 93% všetkých respondentov normatívnej vzorky. Výsledky na jednotlivých výberových vzorkách: (i) osoby s telesným postihnutím dosiahli celkové priemerné skóre 25,04, čo je na 93,8 percentile. (ii) výsledné skóre u osôb bez telesného postihnutia sa nachádza medzi 89,6 a 92,4 percentilom. Oba výsledky sú do značnej miery v súlade s normami. To poukazuje na vysokú kultúrnu porovnateľnosť a svedčí pre **medzikultúrnu aplikovateľnosť dotazníka Whodas 2.0.**

Subjektívne zdravie a život v meste / na vidieku

t-test	Priemer Osoby žijúce v meste N=83	Priemer Osoby žijúce na vidieku N=27	Štandard. odchýlka Osoby žijúce v meste	Štandard. odchýlka Osoby žijúce na vidieku	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	21,37349	22,48148	7,604092	9,476166	-0,617835	108	0,537985

Na celej výberovej vzorke sme zistili vyššie subjektívne zdravie u osôb žijúcich v meste (nižšia priemerná miera vnímanej disability) ako u osôb žijúcich na vidieku. Porovnaním testovej hodnoty a kritickej hodnoty však konštatujeme, že **neexistuje štatisticky významný rozdiel** v subjektívnom vnímaní zdravia medzi osobami žijúcimi na vidieku a osobami žijúcimi v meste na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,01$, ako aj na $\alpha = 0,05$.

Subjektívne zdravie a partnerský život

t-test	Priemer Osoby s partnerom N=49	Priemer Osoby bez partnera N=61	Štandard. odchýlka Osoby s partnerom	Štandard. Odchýlka Osoby bez partnera	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	18,83673	23,90164	5,165377	9,24068	-3,42863	108	0,00086

Porovnaním testovej hodnoty a kritickej hodnoty sme zistili, že na celej výberovej vzorke **existuje štatisticky významný rozdiel** v subjektívnom vnímaní zdravia medzi osobami v partnerskom vzťahu a osobami bez partnera na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,05$, ako aj na $\alpha = 0,01$). **Osoby s partnerom reportujú signifikantne vyššiu mieru subjektívneho zdravia**, ktorá bola **relatívne stabilnejšia** v porovnaní s volatílnym subjektívnym zdravím osôb bez partnera.

Subjektívne zdravie a život v úplnej rodine

	V úplnej rodine N=70	V neúplnej rodine N=22	Samostatne žijúci N=18
Priemer	21,94286	20,86364	21,44444
Št.odchýlka	8,324724	6,656865	8,971997

Na celkovej výberovej vzorke sme na základe t-testu vzájomným porovnávaním zistili, že **neexistuje štatisticky významný rozdiel** v subjektívnom zdraví u osôb žijúcich v úplnej rodine, osôb žijúcich v neúplnej rodine a osôb žijúcich samostatne.

Korelácia subjektívneho zdravia a veku

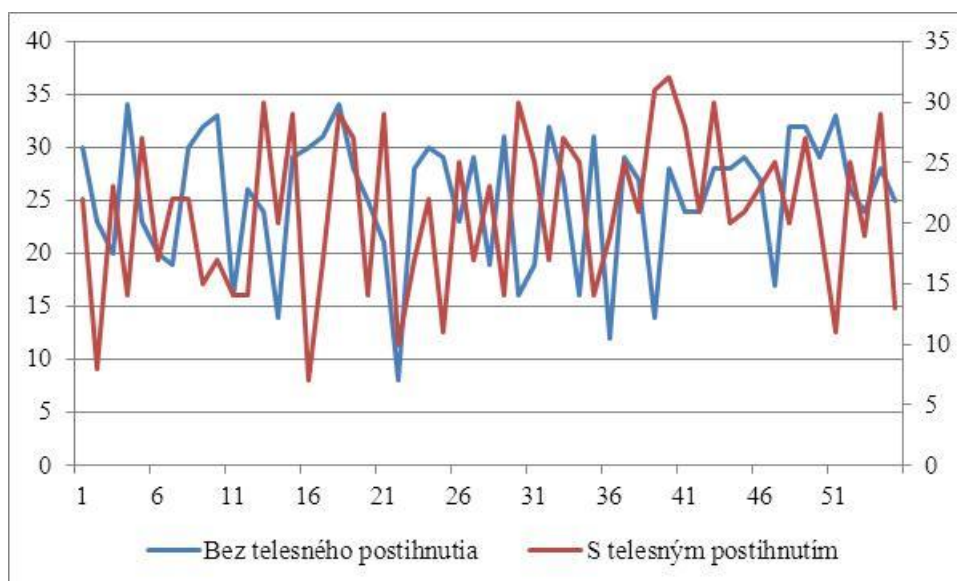
Korelačná matica	Priemery	Štand.odchýlka	Vek	Subjektívne zdravie
Vek	21,24	2,318364	1	0,094026
Subjektívne zdravie	50,35	8,071454	0,094026	1

Subjektívne vnímané zdravie reprezentovali výsledky z dotazníka whodas 2.0, ktoré sme rekódovali na vzostupnú stupnicu, t.j. čím vyššie hodnoty, tým vyššie subjektívne zdravie. Použili sme Pearsonov korelačný koeficient. Na celej výberovej vzorke na $\alpha = 0,05$ (aj na $0,01$) **neexistuje významná korelácia** medzi vekom a subjektívnym zdravím. Upozorňujeme, že k týmto výsledkom sa treba stavať nanajvýš opatrne resp. s veľkou rezervou vzhľadom na malé vekové rozpätie našej výberovej vzorky (7 rokov). Na serióznu štúdiu by sme potrebovali rozsiahlejšie „vekové spektrum“ výskumnej vzorky.

6.4. Životná spokojnosť – výskumné zistenia

V tejto podkapitole uvedieme hlavné zistenia týkajúce sa životnej spokojnosti a jej súvislostí s inými (najmä demografickými) premennými. Tieto dopĺňajú výstupy, ktoré už boli čiastočne uvedené v konfirmačnej štatistike v podkapitole 6.2. Plastickejší obraz poskytujú ďalšie grafické výstupy týkajúce sa našich prepočtov, ktoré sme kvôli väčšej prehľadnosti umiestnili do Príloh č. 6 a 8.

Graf č. 4 Porovnanie životnej spokojnosti výberových vzoriek 1 a 2



Tab. č. 9 Porovnanie životnej spokojnosti podľa dotazníka SWLS

	Priemer	Št.odchýlka	Modus	Medián	Minimum	Maximum	Rozpätie
Výberová vzorka 1 (bez TP)	25,38	6,16	28 / 29	27	8	34	26
Výberová vzorka 2 (s TP)	20,98	6,41	14 / 17 / 25	21	7	32	25

Minimálna hodnota: 5 (najnižšia životná spokojnosť); Maximálna hodnota: 35 (najvyššia životná spokojnosť)

Na oboch výberových vzorkách zaujme pomerne vysoké rozpätie, teda *vysoká variabilita* životnej spokojnosti medzi jednotlivými osobami. Tým sú priemery na oboch vzorkách skreslené. Obe výberové vzorky multimodálne (majú viac modusov. Rozdelenie početnosti na vzorke osôb bez telesného postihnutia je záporne zošikmené (Príloha č. 6). Znamená to, že väčšina respondentov dosiahla v životnej spokojnosti nadpriemerné hodnoty. Zložitejšia je situácia u osôb s telesným postihnutím, modusy sa pohybujú pod aj nad priemerom (Príloha č. 6). Pri porovnaní oboch výberových vzoriek vidieť, že napriek signifikantnosti rozdielu v životnej spokojnosti, výsledky sú v absolútnom vyjadrení relatívne „blízko seba“ (pozri Graf č. 4). Rozdiely v životnej spokojnosti síce sú a sú signifikantné, ale nie sú také markantné, ako by sa mohlo očakávať.

Hodnotenie životnej spokojnosti podľa Manuálu dotazníka SWLS je porovnaním s normovanou populáciou. Pri posudzovaní *na základe priemerov* (po zaokrúhlení) sa obe výberové vzorky zhodujú a dosahujú *miernu spokojnosť* so životom (rozpätie 21 – 25 bodov). Osoby bez telesného postihnutia atakujú hornú hranicu tohto rozpätia a osoby s telesným postihnutím sú na hrane dolnej hranice daného posudzovaného pásma.

Vzhľadom na charakter rozloženia premenných sa javí posudzovanie podľa aritmetického priemeru skreslené. Rozhodli sme sa preto použiť ako strednú hodnotu výberových vzoriek, ich „reprezentanta“ – *medián*. Medián nie je tak ovplyvnený extrémnymi hodnotami ako priemer a jeho aplikácia je vhodná pre šikmé rozdelenia (Kollárik, Sollárová et al., 2004). Pri tomto postupe vychádza životná spokojnosť u osôb *bez telesného postihnutia* hodnote 27 bodov, čo zodpovedá *spokojnosti so životom*. Osoby *s telesným postihnutím* dosiahli hodnotu 21 bodov, čo vypovedá o *miernej spokojnosti* so životom. Zmena použitej metodiky poukázala na väčší rozdiel medzi výberovými vzorkami – rozdiel sa prehĺbil v neprospech osôb s telesným postihnutím.

Životná spokojnosť a život v meste / na vidieku

t-test	Priemer Osoby žijúce v meste N=83	Priemer Osoby žijúce na vidieku N=27	Štandard. odchýlka Osoby žijúce v meste	Štandard. odchýlka Osoby žijúce na vidieku	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	23,6506	21,74074	6,247797	7,638932	1,304238	108	0,194925

Porovnaním testovej hodnoty a kritickej hodnoty konštatujeme, že na celej výberovej vzorke *neexistuje štatisticky významný rozdiel* v životnej spokojnosti medzi osobami žijúcimi v meste a na vidieku, a to na $\alpha = 0,01$, ako aj 0,05.

Životná spokojnosť a partnerský život

t-test	Priemer Osoby s partnerom N=49	Priemer Osoby bez partnera N=61	Štandard. odchýlka Osoby s partnerom	Štandard. Odchýlka Osoby bez partnera	hodnota t	stupne volnosti	p-hodnota
Hodnoty	24,79592	21,88525	4,84708	6,590646	2,334462	108	0,021421

Na celej výberovej vzorke reportujú *osoby v partnerskom vzťahu vyššiu mieru životnej spokojnosti* ako osoby bez partnera. Rozdiel medzi oboma skupinami v životnej spokojnosti je štatisticky významný na hladine spoľahlivosti $\alpha = 0,05$.

Životná spokojnosť a život v úplnej rodine

	V úplnej rodine N=70	V neúplnej rodine N=22	Samostatne žijúci N=18
Priemer	23,71429	22,81818	21,55556
Št.odchýlka	6,827359	5,491434	7,163816

V priemere najvyššiu životnú spokojnosť reportovali osôby žijúce v úplnej rodine a najnižšiu osoby žijúce samostatne. Výsledky rozdielovej štatistiky však ukázali, že tieto rozdiely nie sú signifikantné. Môže teda tvrdiť, že na celkovej výberovej vzorke sme na základe t-testu zistili, že *neexistuje štatisticky významný rozdiel* v životnej spokojnosti osôb žijúcich v úplnej rodine, v neúplnej rodine a osôb žijúcich samostatne.

6.5. Porovnanie subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti

V záujme detailnejšej analýzy a štrukturovanejšieho pohľadu uvádzame koreláciu životnej spokojnosti a subjektívneho zdravia a porovnania osobitne na výberovej vzorke osôb bez telesného postihnutia a na výberovej vzorke osôb s telesným postihnutím. Dopĺňajú empirické výsledky predchádzajúcich podkapitol o nové súvislosti.

Korelácia medzi životnou spokojnosťou a subjektívnym zdravím

a) na výberovej vzorke 1 (osoby bez telesného postihnutia)

S použitím Personovho korelačného koeficientu sme zistili, že existuje *slabá pozitívna korelácia* medzi subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou ($r = 0,29$).

b) na výberovej vzorke 2 (osoby s telesným postihnutím)

S použitím Pearsonovho korelačného koeficientu sme zistili, že existuje **stredne silná pozitívna korelácia** medzi subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou ($r = 0,49$).

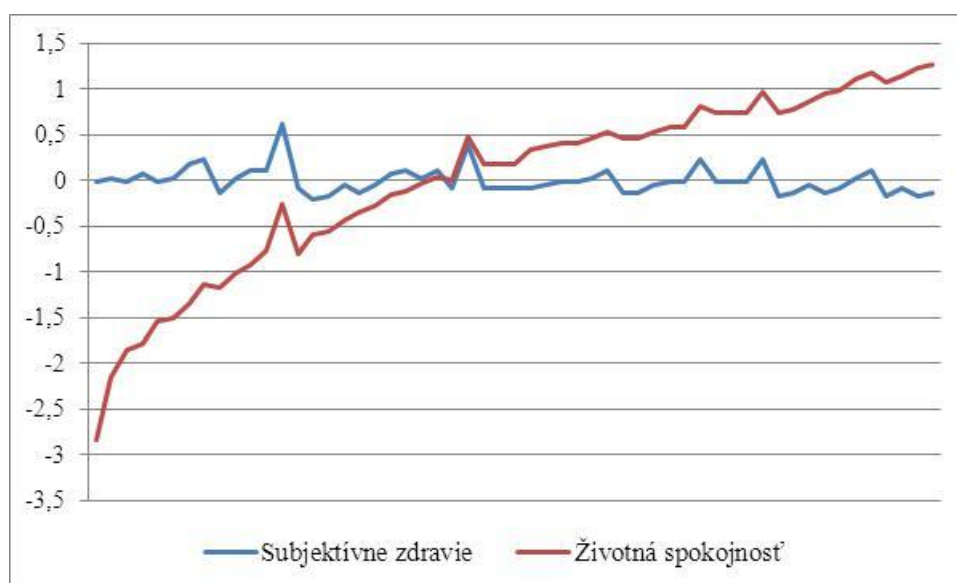
Korelačná analýza udáva že životná spokojnosť a subjektívne vnímanie zdravia sa vyvíjajú ruka v ruke rovnakým smerom. Intenzita vzťahu medzi subjektívnym zdravím a vnímanou životnou spokojnosťou je však silnejšia u osôb s telesným postihnutím. Z toho možno usudzovať, že životná spokojnosť u ľudí bez telesného postihnutia súvisí vo väčšej miere aj s inými faktormi. Naopak **u ľudí s telesným postihnutím** možno usudzovať **silnejšiu spätosť životnej spokojnosti so subjektívnym zdravím**.

Porovnanie subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti

a) na výberovej vzorke 1 (osoby bez telesného postihnutia)

V nadväznosti na výsledky korelačnej analýzy sme považovali za účelné porovnať subjektívne zdravie a životnú spokojnosť *osobitne* na oboch výberových vzorkách. Keďže obe premenné majú odlišné kvantitatívne vymedzenie v rôznych dotazníkoch, aby sme porovnávali „porovnateľné“, ich výsledky sme museli previesť na štandardný skór. Zvolili sme *z-skór*, ktorého základnou jednotkou je štandardná (smerodatná) odchýlka a priemer má v hodnote nula. Výsledky sú graficky znázornené v Grafoch č. 5 a 6.

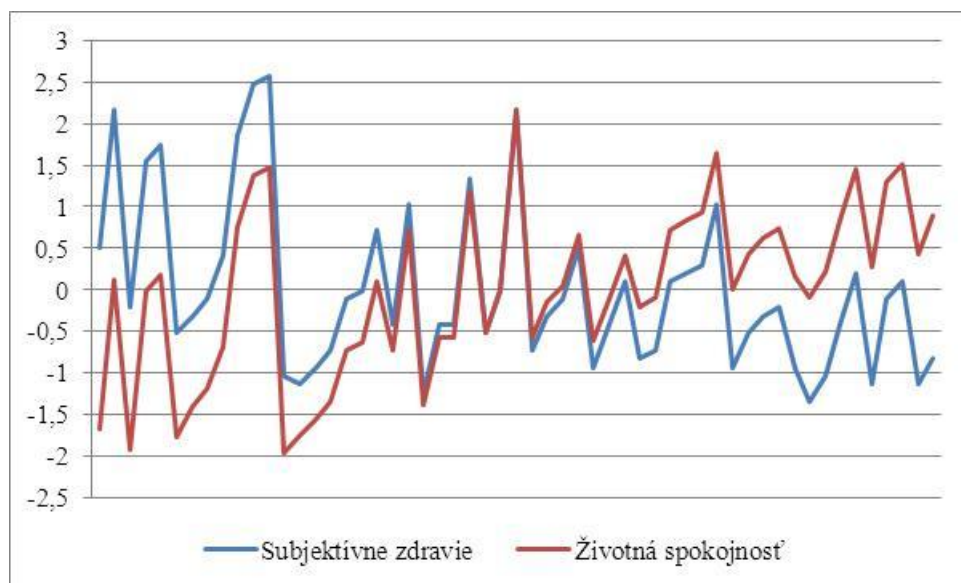
Graf č. 5 Subjektívne zdravie a životná spokojnosť osôb bez telesného postihnutia



Z Grafu č. 5 je zreteľné, že subjektívne zdravie respondentov je relatívne stabilné, rozpätie minimálnej a maximálnej hodnoty vo vertikálnej rovine je pomerne malé. Na druhej strane životná spokojnosť sa „uberá svojím vlastným smerom“ akoby nezávisle od subjektívneho zdravia. Jej hodnoty boli usporiadané od najmenej po najväčšiu v záujme prezentácie veľkosti rozpätia medzi minimálnou a maximálnou hodnotou. Zhruba polovica respondentov sa pohybovala pod priemerom a druhá polovica nad priemerom.

b) na výberovej vzorke 2 (osoby s telesným postihnutím)

Graf č. 6 Subjektívne zdravie a životná spokojnosť osôb s telesným postihnutím



Graf č. 6 jasne prezentuje zistenia z korelačnej analýzy, hodnoty subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti osôb s telesným postihnutím sú „blízko seba“ resp. miestami sa kopírujú. Jednoznačne ich vývin prebieha rovnakým smerom. Značná odlišnosť výsledkov potvrdzuje oprávnenosť skúmania vzťahov subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti *osobitne* na vzorkách ľudí bez telesného postihnutia a ľudí s telesným postihnutím. Lakonicky povedané: keď človek nemá zdravie, je pre neho vyššou prioritou ako ostatné hodnoty. Ak ho má, orientuje sa na ďalšie „zdroje“ životnej spokojnosti. Inými slovami: zdravie je nutnou, nie však postačujúcou podmienkou životnej spokojnosti.

7. DISKUSIA

V diskusii sa pozastavíme nad výskumnými zisteniami, ich možnými interpretačnými súvislosťami. Poukážeme na prínosy práce a inšpirácie do ďalších výskumov. Nemôžeme opomenúť ani limity diplomovej práce.

Hlavné výsledky. Základné zistenia nášho výskumu sú principiálne v súlade s doterajšími výsledkami našich a zahraničných výskumov. Osoby s telesným postihnutím hodnotili štatisticky významne nižšiu mieru subjektívneho zdravia a nižšiu mieru životnej spokojnosti oproti osobám bez telesného postihnutia. V tomto zmysle výsledky nie sú prekvapením. Zjednodušene povedané platí, že existuje faktický vplyv objektívneho zdravia na jeho subjektívne vnímanie, no súčasne tiež platí, že vzťah medzi nimi vskutku nie je priamočiary. Navyše „odraz“ objektívneho zdravia resp. veľkosť jeho vplyvu na životnú spokojnosť je stále otvorený. Náš výskum potvrdil opodstatnenosť skúmania subjektívneho vnímania zdravia a životnej spokojnosti spoločne (nakoľko spolu úzko súvisia), ako aj osobitne u osôb s postihnutím a u osôb bez postihnutia (nakoľko vplyvy, ktoré vstupujú do ich subjektívnych hodnotení sa líšia a sú „ŕahané“ inými faktormi).

Subjektívne zdravie. Zistili sme, že pri ľuďoch s telesným postihnutím je vyššia variabilita subjektívneho zdravia oproti ľuďom bez telesného postihnutia. Obe skupiny boli *relatívne* homogénne z hľadiska veku, ale najmä z hľadiska „objektívneho“ zdravia resp. jeho funkčného dopadu. Osoby bez telesného postihnutia si boli v subjektívnom zdraví viac podobní a hodnotili ho vyššie (čo dáva v istom zmysle vzhľadom na „podobnosť“ objektívneho zdravia logiku). Prekvapivým výsledkom je ale fakt, že *ľudia s telesným postihnutím sa väčšmi rozchádzali v subjektívnom vnímaní svojho zdravia* (napriek porovnateľnosti ich „objektívneho“ zdravia resp. jeho funkčných dopadov). Treba povedať, že sa líšili *v oboch smeroch (!)*, boli vysoko podpriemerné i vysoko nadpriemerné. Tento fenomén otvára pomyselné nožnice medzi objektívnym zdravotným stavom s jeho funkčnými dôsledkami a jeho subjektívnym vnímaním. Do našich úvah o možných súvislostiach vchádza *otázka subjektívnej komparatívnej základne osôb s telesným postihnutím*. Otázkou je, s kým sa porovnávali resp. kto tvorí *ich prirodzené prostredie*. Keďže išlo o osoby, ktoré sa vzdelávajú v špeciálnych školách (nie individuálne integrovaní), možno predpokladať, že vo svojom vzdelávacom prostredí sú adaptovaní. Toto však nie je jediné prostredie, i keď v ňom trávajú relatívne najviac času. Osoby s nízkym subjektívnym zdravím sa mohli porovnávať s intaktnou populáciou resp. s

tzv. mediálnou normou. Toto všetko sú však len interpretačné úvahy, ktoré predstavujú námety na ďalšie bádanie.

Životná spokojnosť. Pozrieme sa na hodnotenie životnej spokojnosti na základe manuálu dotazníka SWLS. Kľúčovým faktorom bol výber štatistickej veličiny, ktorá by reprezentovala strednú hodnotu danej výberovej vzorky. Pri použití klasického aritmetického priemeru sa obe výberové vzorky nelíšili v životnej spokojnosti, obe dosiahli miernu životnú spokojnosť (i keď sa pohybovali na odlišných hraničných póloch daného pásma hodnotenia). Dôvodom, prečo sme sa rozhodli použiť ako strednú hodnotu výberových vzoriek medián, bola šikmosť ich rozdelení. Výsledky vyznievajú trochu inak, posunuli osoby bez telesného postihnutia do vyššej spokojnosti so životom, osoby s telesným postihnutím zostali v pôvodnom pásme. Summa summarum, osoby bez telesného postihnutia boli na základe mediánového hodnotenia spokojní so svojím životom a osoby s telesným postihnutím mierne spokojní. Týmto sme chceli len poukázať na dôležitosť metodologickej procesnej ostražitosti, nakoľko použitá metóda determinuje výsledok, a tým aj tenký ľah jeho interpretácie.

Napriek funkčnému dopadu objektívneho zdravia môžeme pri osobách s telesným postihnutím povedať, že ich životná spokojnosť dosahuje „slušnú“ mieru. Nie sú nespokojní, sú mierne spokojní. Tento fakt treba vidieť vo svetle ich telesného postihnutia, ako aj pri komparácii so zdravými rovesníkmi (vzhľadom na značný rozdiel v objektívnom zdraví, rozdiel v životnej spokojnosti sa nezdá byť až taký výrazný). Môže to súvisieť s tým, že sa jednalo hlavne o študentov stredných či vysokých škôl. „Zlaté študentské časy“, keď je o všetko postarané ešte nepredstavujú skutočný vstup do dospelého sveta a zrejme ovplyvňujú celkovú životnú spokojnosť u ľudí s postihnutím i bez postihnutia. Napriek dospelému veku všetkých respondentov bude vhodné skúmať subjektívne zdravie i životnú spokojnosť aj po vstupe respondentov do sveta práce, t. j. do „skutočnej“ reality a sveta dospelých. Úvahu si zasluhuje aj *vysoká variabilita životnej spokojnosti na oboch (!) výskumných vzorkách*, čo v preklade znamená, že ľudia sa významne líšia v životnej spokojnosti bez ohľadu na objektívne zdravie. Keďže objektívne zdravie je tesnejšie spojené so subjektívnym zdravím u osôb s telesným postihnutím, bude potrebné skúmať ktoré ďalšie činitele ovplyvňujú ich životnú spokojnosť.

Partnerský vzťah. Zistenie, že na celkovej výberovej vzorke, teda aj u ľudí s telesným postihnutím aj u ľudí bez telesného postihnutia má *partnerský vzťah* pozitívny efekt na subjektívne zdravie, ako aj na celkovú životnú spokojnosť nasmerováva na sociálne faktory. Je to súčasne v súlade s mnohopočetnými doterajšími výskumami, ktoré

zistili vo všeobecnosti priaznivý vplyv partnerstva na život. Tento výsledok sa ukázal ako pozitívny, a to aj keď sme neskúmali „kvalitu“ *blízkeho citového vzťahu*. Takže v našom výskume efekt partnerstva je zreteľne pozitívny už tým, že partnerský vzťah vôbec je. Dajú sa ďalej skúmať vplyvy iných blízkych citových vzťahov (k rodičom, ku starým rodičom, k súrodencom, k priateľom, k autoritám v škole alebo v záujmovej činnosti atď.).

Život v meste / na vidieku. Na celkovej výberovej vzorke sa nepreukázali významné rozdiely medzi v subjektívnom zdraví a v životnej spokojnosti medzi osobami žijúcimi v meste a osobami žijúcimi na vidieku. Do hry tu teoreticky mohli vchádzať faktory v prospech vidieka ako lepšie životné prostredie (ovzdušie, zeleň, pokoj), v prospech mesta zase lepšia infraštruktúra a dostupnosť služieb, väčšie možnosti rozvoja záujmov a kultúrneho vyžitia a iné. Vo výberovej vzorke osôb s telesným postihnutím bol vyšší podiel osôb žijúcich na vidieku v porovnaní s výberovou vzorkou osôb bez telesného postihnutia. Tu mohla negatívne pôsobiť logistika resp. nutnosť dochádzať do mesta do školy, a to najmä pri využití verejnej dopravy. Z výsledkov možno usudzovať, že tieto faktory respondenti nehodnotili ako významné a rozdiely sa neprejavili. Mestský štýl života a prevaha mestskej populácie v oboch výberových vzorkách zodpovedá súčasnému prevažujúcemu trendu, keď väčšina populácie je koncentrovaná v mestách.

Úplna rodina / neúplna rodina / samostatné bývanie. Keďže sa neprejavili štatisticky významné rozdiely v životnej spokojnosti a v subjektívnom zdraví v závislosti od pôvodnej rodiny resp. bývania v úplnej / neúplnej rodine či samostatne v danej skúmanej vekovej kategórii, nemožno z toho usudzovať, že tieto rozdiely nie sú významné v každom veku. V ranom detskom veku resp. v seniorskom veku je väzba na najbližšie sociálne prostredie osobitne dôležitá. Vo výberovej vzorke osôb s telesným postihnutím sa jednalo o vrodené postihnutia, a dá sa teda očakávať, že rodinná situácia mala dostatok času na stabilizovanie (či už v úplnej alebo v neúplnej rodine). Kategória „samostatné bývanie“ vystihovala fakt, že sa jednalo o oboch výberových vzorkách prevažne o študentov, ktorí sú minimálne počas týždňa odlúčení od rodiny a žijú v študentských internátoch. Teoreticky by tento fakt mohol pôsobiť skôr pozitívne vzhľadom na potrebu rovnocenných rovesníckych vzťahov. Odlúčenie od rodiny a nutnosť dochádzať do školy zrejme nezohrali významnú úlohu. Vzhľadom na vekovú kategóriu oboch výberových vzoriek je postupné znižovanie vplyvu primárnej rodiny prirodzené (bez ohľadu na to, či bola úplna alebo neúplna). Výsledky nabádajú na skúmanie širšieho sociálneho zázemia a foriem sociálnej opory, najmä v priateľských a partnerských vzťahoch.

Prínos pre prax a odporúčania do ďalších výskumov. Práca priniesla odpovede na stanovené výskumné otázky. Potvrdila spojitosť subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti, u ľudí s telesným postihnutím načrtla silnejšiu spojitosť ich subjektívneho a objektívneho zdravia a relatívne uspokojivú životnú spokojnosť (vzhľadom na okolnosti). Praktickým prínosom je poznanie, že životná spokojnosť sa do istej miery dokáže „odpútať“ od objektívneho zdravia. Má teda zmysel snažiť sa o subjektívnu pohodu aj napriek sťažujúcim objektívnym okolnostiam. Práca súčasne priniesla podnety do ďalších výskumov. Vzhľadom na kvantitatívny charakter nášho výskumu nám výsledky hovoria jasné kvantifikovateľné fakty, umožňujú interindividuálnu porovnateľnosť, avšak nehovoria nám o tom, *čo je za týmito faktami*. Z týchto dôvodov je uvážlivá interpretácia na mieste. Dáta je potrebné „zasadiť“ do individuálnych životných príbehov, do súvislostí a zohľadniť aktuálny kontext. To podporí vyššiu predikovateľnosť zistení do budúcnosti.

V nadväznosti na výsledky nášho výskumu sa javí ako prospešné, skúmať „*hybné sily*“ ovplyvňujúce subjektívne vnímanie zdravia a životnú spokojnosť jednotlivcov. Ako opodstatnené sa javí naďalej skúmať faktory *veku, pohlavia, osobnostné črty, aktuálne situačné faktory, životný štýl, sociálnu oporu* a mnohé iné činitele. Z podstaty veci vychádza, že tieto otázky nebude možné uchopiť len kvantitatívnymi metódami. Užitočným sa javí *zmiešaný design výskumu*, ktorý využíva výhody kvalitatívneho a kvantitatívneho prístupu a zmierňuje ich nedostatky (napr. dotazníkové šetrenie v kombinácii s fenomenologickým rozhovorom). Opodstatnenými sa ukazujú aj *longitudinálne výskumy* zachytávajúce vývoj týchto premenných v čase u tých istých jedincov v závislosti od viacerých skúmaných činiteľov vo vnútri človeka samotného, ako aj činiteľov odvíjajúcich sa od prostredia, v ktorom sa nachádza.

Metodologickým prínosom práce je použitie medzinárodne uznávaného dotazníka Whodas 2.0. Považujeme za užitočné v ďalších výskumoch použiť jeho 36-položkovú verziu, ktorá umožňuje individuálne hodnotenie a porovnávanie *jednotlivých domén* (kognície, mobilita, sebaobsluha, vzťahy, bežné aktivity, domácnosť, participácia) medzi jednotlivými respondentami, ako aj u každého respondenta. Poskytuje ďalšie možnosti na zisťovanie Cronbachovej alfy jednotlivých domén a následne celého dotazníka, čo je dôležitým krokom k postupnej validizácii českej verzie s použitím metodiky test – retest. *Vytvorenie noriem podľa vekových kategórií v bežnej populácii, ako aj podľa jednotlivých typov zdravotných postihnutí* by poskytlo cennú porovnávaciu bázu (osobitne vzhľadom na zúfalý nedostatok normovaných testov na populácii osôb so zdravotným postihnutím). Nejde o to „porovnávať neporovnateľné“, ako by možno namietali kritici. Vytváraním

noriami nepopierame jedinečnosť každého človeka a nutnosť individuálneho prístupu k nemu. Zámerom je „len“ porovnať výsledky s podobnou „normovanou“ populáciou. Nič viac a nič menej. Výsledky bude aj tak vždy nutné interpretovať v súvislostiach (anamnestické dáta, aktuálny životný kontext, vývinové špecifiká atď.).

Limity práce. Uvedomujeme si isté obmedzenia našej práce. Snažili sme sa ich zohľadniť pri interpretácii výsledkov. V prvom rade, platnosť výsledkov výskumu je limitovaná vzhľadom na *nenáhodný výber vzorky*, ktorý bol určovaný reálnymi možnosťami získania respondentov. Aj vzhľadom na celkovú veľkosť výberovej vzorky je *ekologická validita* obmedzená, teda výsledky nemožno širšie zovšeobecňovať. Nepochybne silnejší vplyv na subjektívne zdravie a životnú spokojnosť možno očakávať pri nemociach, kde je ich súčasťou *bolesť* (rôzna miera) alebo ktoré majú *progredujúci charakter*. Treba uviesť aj známe *nevýhody sebahodnotiacich dotazníkov*, najmä snahu prezentovať sa v sociálne žiadanom smere, ako aj závislosť na schopnosti introspekcie. Nemožno vylúčiť (nevedomú) snahu „naplniť“ očakávania výskumníka. Cenou za zachytenie väčšieho množstva porovnateľných dát u rôznych jedincov je neuchopenie celostného pohľadu na osobnosť každého respondenta. Zámerne vytvorené vekovo homogénne výberové vzorky neumožnili skúmať vplyv faktoru vek na subjektívne zdravie a životnú spokojnosť.

Na záver zopár všeobecných poznámok. Domnievame sa, že v základoch existujú dve hlavné cesty k zlepšeniu subjektívneho zdravia. Tá prvá, „objektívna“ k nemu smeruje cestou zlepšenia objektívneho zdravia, teda pomocou medicínskych, rehabilitačných metód, kompenzačných pomôcok a iných sofistikovaných prostriedkov. Druhá cesta, „subjektívna“ sa zameriava na človeka v jeho celostnosti, snaží sa na neho pozitívne pôsobiť psychosociálnymi prostriedkami s cieľom zlepšenia jeho vnímania seba, druhých, života vôbec (vrátane jeho zdravia). To samozrejme nevyklučuje obe cesty, ktoré potenciálne smerujú k tomu istému cieľu. Objektívne metódy sa s rozvojom ľudského poznania neustále zlepšujú. V určitom časovom okamihu však majú svoj strop. Na druhej strane subjektívne metódy sú takpovediac „bezhraničné“, mobilizujú vlastné vnútorné zdroje človeka. Čo je podstatné a pozitívne, patria do kategórie ovplyvniteľných, teda otvorených pre zmenu. Uplatňujú sa zrejme ešte vo väčšej miere pri životnej spokojnosti, kde si jedinci volia svoj vlastný subjektívny vzťahový rámec posudzovania, svoje vlastné kritériá hodnotenia svojho života. Domnievame sa, že všetci máme pri tom slobodu voľby a práve v tom je skrytý obrovský potenciál „subjektívneho“ nazerania na svoje zdravie i svoj život. Subjektívne neznamená nevedecké.

8. ZÁVER

Najdôležitejšie závery práce možno zhrnúť nasledovne:

- Na celej výberovej vzorke sme zistili signifikantnú *stredne silnú pozitívnu koreláciu* medzi subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou. Obe premenné sa teda hýbu rovnakým smerom a ich vzájomná súvislosť je značne silná. U osôb s telesným postihnutím je však sila tohto vzťahu podstatne významnejšia ($r = 0,49 \rightarrow$ stredne silná korelácia) ako u osôb bez telesného postihnutia ($r = 0,29 \rightarrow$ slabá korelácia). Z toho možno usudzovať, že osoby s telesným postihnutím majú svoju životnú spokojnosť silnejšie zviazanú so subjektívnym zdravím na rozdiel od osôb bez telesného postihnutia, u ktorých je životná spokojnosť okrem subjektívneho zdravia pravdepodobne sýtená významnejšie aj inými faktormi.
- Preukázali sme štatisticky významný rozdiel v *subjektívnom zdraví* medzi dospelými osobami bez telesného postihnutia a dospelými s telesným postihnutím. Jediní bez telesného postihnutia reportovali štatisticky významne nižšiu mieru subjektívneho zdravia a vysokú interindividuálnu variabilitu. V absolútnej výške rozdiely medzi oboma výberovými skupinami neboli až také výrazné, ako by bolo možné očakávať vzhľadom na rozdiel v objektívnom zdraví. Obe výberové vzorky prekročili 90.-ty percentil (podľa populačnej normy WHO). Výsledok potvrdzuje medzikultúrnu porovnateľnosť dotazníka Whodas 2.0 a opodstatnenosť jeho zavedenia do českej praxe. Ďalšie výskumy by mohli prispieť k jeho validácii a k vytvoreniu českých noriem pre ľudí s rôznymi druhmi postihnutí a pre rôzne vekové kategórie.
- Zistili sme signifikantný rozdiel v miere vnímanej *životnej spokojnosti* medzi dospelými osobami bez telesného postihnutia a dospelými s telesným postihnutím. Osoby s telesným postihnutím boli so svojím životom mierne spokojní, osoby bez telesného postihnutia spokojní. Na celej výberovej (bez ohľadu na prítomnosť telesného postihnutia) bola zaznamenaná *vysoká variabilita* medzi respondentami. Respondenti sa veľmi výrazne líšia v miere vnímanej životnej spokojnosti, ktorá je zrejme daná množstvom rôznorodých subjektívne dôležitých faktorov.
- *Variabilita medzi výberovými vzorkami*: V absolútnom vyjadrení boli medzi osobami s telesným postihnutím a osobami bez telesného postihnutia *väčšie rozdiely v subjektívnom zdraví ako v životnej spokojnosti*. V subjektívnom zdraví bola medzi nimi hlbšia priepasť v prospech osôb bez telesného postihnutia. V porovnaní s týmto rozdielom neboli rozdiely v životnej spokojnosti až také markantné.

- *Variabilita vo vnútri výberových vzoriek:* Medzi osobami bez telesného postihnutia bola vysoká podobnosť (nízka variabilita) v subjektívnom zdraví, avšak veľké rozdiely (vysoká variabilita) v životnej spokojnosti. Vo vnútri výberovej vzorky osôb s telesným postihnutím sme identifikovali vysokú variabilitu (veľké interindividuálne rozdiely) tak v subjektívnom zdraví, ako aj vo vnímanej životnej spokojnosti. Tieto zistenia sú osobitne užitočné a poukazujú na potrebu zistenia „kľúčových faktorov“ subjektívneho vnímania kvalitatívnymi metódami.
- Dokázali sme signifikantný rozdiel v subjektívnom zdraví a v životnej spokojnosti medzi ľuďmi, ktorí sú v partnerskom vzťahu a ľuďmi bez partnera (partnerky). Ľudia v partnerstve reportovali štatisticky významne väčšiu mieru subjektívneho zdravia, ako aj vyššiu mieru životnej spokojnosti.
- Nepotvrdili sme interpohlavné rozdiely v životnej spokojnosti ani v subjektívnom vnímaní zdravia.
- Nepreukázali sme rozdiely medzi ľuďmi žijúcimi na vidieku a ľuďmi žijúcimi v meste v subjektívnom zdraví ani v životnej spokojnosti.
- Nezistili sme signifikantné rozdiely v subjektívnom zdraví ani v životnej spokojnosti medzi ľuďmi, ktorí žijú v úplnej rodine, neúplnej rodine resp. samostatne.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY

1. ARNOLD, J.; SILVESTER, J.; PATTERSON, F.; ROBERTSON, I.; COOPER, C.; BURNES, B. *Psychologie práce pro manažery a personalisty*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 629 s. 2007. ISBN: 978-80-251-1518-3.
2. ÁROCHOVÁ, O.: Psychologické a biologické determinanty kvality života. *Psychológia na rázcestí. Zborník príspevkov z X. zjazdu slovenských psychológov 17. - 18. 10. 2002*. Bratislava: Stimul. s. 412-418. 2002. ISBN 80-85697-88-2.
3. BAŠTECKÁ, B. ET AL. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. 416 s. 2003. ISBN 80-7178-735-3.
4. BLATNÝ, M. Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenost. Mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*, č. 6, roč. 45, s. 385-392. 2001. ISSN 0009-062X.
5. CAKIRPALOGLU, P. *Úvod do psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 287 s. 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.
6. CHEUNG, F.; LUCAS, R. E. 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. ISSN 0022-3514.
7. DANZER, G. *Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. vyd. Praha: Portál. 244 s. 2001. ISBN 80-7178-456-7.
8. DIENER, E.; EMMONS, R. A.; LARSEN, R. J.; GRIFFIN, S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, č. 1, roč. 49, s. 71-75. 1985. ISSN 0022-3891.
9. DITTMAR, H.; BOND, R.; HURST, M.; KASSER, T. The relationship between materialism and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, č. 5, roč. 107, s. 879-924. 2014. ISSN 0022-3514.
10. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment. Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 92 s. 2006. ISBN 80-85121-82-4.
11. DŽAMBAZOVIČ, R.; GERBERY, D. Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia. *Sociológia*, č. 2, roč. 46, s. 194-219. 2014. ISSN 0049-1225.

12. DŽUKA, J. (Ed.). *Psychologické dimenzie kvality života*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita. 125s. 2004. ISBN 80-8068-282-8.
13. ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo. 387 s. 2002. ISBN 80-7203-380-8.
14. FAHRENBERG, J.; MYRTEK, M., SCHUMACHER, J., BRÄHLER, E. *Dotazník životní spokojenosti*. 1. vyd. Praha: Testcentrum. 84 s. 2001. ISBN 80-86471-16-0.
15. FEDERICI, S.; MELONI, F. WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. 2010. In: STONE, J. H., BLOUIN, M. (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Dostupné z WWW: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/>. Prevzaté 15. 1. 2016.
16. FEDERICI, S.; MELONI, F.; LO PRESTI, A. International Literature Review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Life Span and Disability*. č. 1, roč. 12, s. 83-110. 2009. ISSN 2035-5963.
17. FEDOR-FREYBERGH, P. G. *Psychosomatické charakteristiky perinatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 36 s. 2008. ISBN 978-80-89271-32-0.
18. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál. 256 s. 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.
19. GANA, K.; BAILLY, N.; SAADA, Y.; JOULAIN, M.; TROUILLET, R.; HERVE, C.; ALAPHILIPPE, D. Relationship Between Life Satisfaction and Physical Health in Older Adults: A Longitudinal Test of Cross-Lagged and Simultaneous Effects. *Health Psychology*, č. 8, roč. 32, s. 896-904. 2013. ISSN 0278-6133.
20. GERSTORF, D.; RAM, N.; RÖCKE, CH.; LINDENBERGER, U.; SMITH, J. Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging*, č. 1, roč. 23, s. 154-168. 2008. ISSN 0882-7974.
21. GOLEMBIEWSKI, R. T. (ed.). *Handbook of Organizational Behavior*. 2. vyd. New York / Basel: Marcel Dekker. 828 s. 2000. ISBN 0-8247-0393-6.
22. HALAMA, P. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. 1. vyd. Bratislava: Bratislava. 222 s. 2007. ISBN 9788080950231.
23. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 797 s. 2010. ISBN 9788073676865.
24. HAŠTO, J. Psychotraumatológia – Attachment – Psychoterapia, bio-psycho-sociálne aspekty. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, č. 1, roč. 20, s. 8. 2013. ISSN 1338-7030.

25. HEADEY, B.; WEARING, A. Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, č. 4, roč. 57, s. 731-739. 1989. ISSN 0022-3514.
26. HENRIQUES, G.; KLEINMAN, K.; ASSELIN, C. The Nested Model of well-being: A unified approach. *Review of General Psychology*, č. 1, roč. 18, s. 7-18. 2014. ISSN 1089-2680.
27. HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, č. 1, roč. 5, s. 3-17. 2008. ISSN 1941-1022.
28. HNILICA, K. Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, č. 1, roč. 50, s. 16-35. 2006. ISSN 0009-062X.
29. HNILICA, K.; RENDLOVÁ, M.; BARIKZAHYOVÁ, T.; HNILICA, M. Životní standard, individualistické hodnoty a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, č. 3, roč. 50, s. 201-217. 2006. ISSN 0009-062X.
30. HOWELL, R. T.; HOWELL, C. J. The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, č. 4, roč. 134, s. 536-560. 2008. ISSN 0033-2909.
31. HRDLIČKA, M.; KURIC, J.; BLATNÝ, M. *Krize středního věku – úskalí a šance*. 1. vyd. Praha: Portál. 167 s. 2006. ISBN 8073671689.
32. HUSOVSKÁ, D. The family life cycle and satisfaction. *Individual and Society*, č. 1, roč. 15. [online]. [cit. 2015-08-26]. 2012. ISSN 1335-3608. Dostupné z 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%8CASP.pdf
33. KANTOR, J. ET AL. *Terapeutické přístupy u osob s omezením hybnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 133 s. 2013. ISBN 978-80-244-3706-4.
34. KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, č. 4, roč. 47, s. 333-345. 2003. ISSN 0009-062X.
35. KIM, S.; MILES-MASON, E.; KIM, CH. Y.; ESQUIVEL, G. B. Religiosity/spirituality and life satisfaction in Korean American adolescents. *Psychology of Religion and Spirituality*, č. 1, roč. 5, s. 33-40. 2013. ISSN 1941-1022.

36. KLČOVANSKÁ, E. Hodnotová orientácia súčasnej mládeže a jej význam v pedagogickom procese. *Radost' a nádej*, č. 1, roč. 7, s. 15-25. 2004. ISSN 1335-3543.
37. KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. Review Article. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, Article ID 278730, s. 1-33. 2012. ISSN 2090-7966.
38. KOLLÁRIK, T.; LETOVANCOVÁ, E.; VÝROST, J. ET AL. *Psychológia práce a organizácie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 404 s. 2011. ISBN 80-223-3078-7.
39. KOLLÁRIK, T.; SOLLÁROVÁ, E. ET AL. *Metódy sociálnopsychologickej praxe*. 1. vyd. Bratislava: IKAR. 264 s. 2004. ISBN 8055107653.
40. KREIDL, M. Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami? *Sociologický časopis*, roč. 44, s. 55-85. 2008. ISSN 0038-0288.
41. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 200 s. 2002. ISBN 80-247-0179-0.
42. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 280 s. 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
43. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a z a způsoby zjišťování kvality života*. [online]. [cit. 2015-08-17]. 2014. Dostupné z WWW: http://mujweb.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html
44. LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum. 399 s. 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
45. LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál. 431 s. 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.
46. LAŠEK, J. Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, č. 3, roč. 48, s. 215-224. 2004. ISSN 0009-062X.
47. LEMME, B. H. *Development in Adulthood*. 2. vyd. Needham Heights: Allyn & Bacon. 536 s. 1995. ISBN 0-205-14165-X.
48. LÖCKENHOFF, C. E.; DUBERSTEIN, P. R.; FRIEDMAN, B.; COSTA, P. T. Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: the role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychology and Aging*, č. 3, roč. 26, s. 592-604. 2011. ISSN 0882-7974.
49. LUKASOVÁ, E. S. *Logoterapie ve výchově*. 1. vyd. Praha: Portál. 205 s. 1997. ISBN 8071781800.

50. MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada. 296 s. 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
51. MAREŠ, J. Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Československá psychologie*, č. 15, roč. 49, s. 19-33. 2005. ISSN 0009-062X.
52. MATĚJČEK, Z. *Rodičovství a zdravotně postižené dítě*. 1. vyd. Praha: Horizont. 52 s. 1987. ISBN 40-011-87.
53. MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 2. vyd. Praha: Avicenum. 335 s. 1989. ISBN 08-056-89.
54. MÁTEL, A.; SCHAVEL, M.; MÜHLPACHR, P.; ROMAN, T. Problémy a zmeny v súčasnej rodine. *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 413 s. 2010. ISBN 978-80-89271-89-4.
55. MCCULLOUGH, M. E.; LAURENCEAU, J-P. Gender and the Natural History of Self-Rated Health: A 59-Year Longitudinal Study. *Health Psychology*, č. 6, roč. 23, s. 651-655. 2004. ISSN 0278-6133.
56. MEGGIOLARO, S.; ONGARO, F. Life satisfaction among older people in Italy in a gender approach. *Ageing and Society*, č. 7, roč. 35, s. 1481-1504. 2015. ISSN 0144-686X.
57. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ. (WHO). 280 s. Praha: Grada. 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.
58. MICHALÍK, J. ET AL. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. 512 s. 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
59. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia. 498 s. 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
60. NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál. 168 s. 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
61. OREL, M. ET AL. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 264 s. 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
62. PAVOT, W.; DIENER. E. Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, č. 2, roč. 5, s. 164-172. 1993. ISSN 1040-3590.
63. PECHOVÁ, O. *Psychologie náboženství*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 117 s. 2011. ISBN 978-80-244-2927-4.
64. PINQUART, M. Correlates of Subjective Healths in Older Adults: Metaanalysis. *Psychology and Aging*, č. 3, roč. 16, s. 414-426. 2001. ISSN 0882-7974.

65. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia. 472 s. 2010. ISBN 978-80-200-1499-3.
66. REPKOVÁ, K. *Zdravotné postihnutie. Obraz galérie nášho poznania*. 1. vyd. Bratislava: EPOS. 240 s. 1999. ISBN 80-8057-178-3.
67. REPKOVÁ, K.; SEDLÁKOVÁ, D. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. 1. vyd. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. 74 s. 2012. ISBN 978-80-970993-9-8.
68. RYFF, C. D.; SINGER, H.; BURTON, H. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach To Psychological Well-being. *Journal of Happiness Studies*, č. 9, s. 13-39. 2008. 1389-4978.
69. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál. 390 s. 2006. ISBN 80-7367-124-7.
70. ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. ET AL. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada. 603 s. 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
71. SCHIMMACK, U.; RADHAKRISHNAN, P.; OISHI, S.; DZOKOTO, V.; AHADI, S. Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, č. 4, roč. 82, s. 582-593. 2002. ISSN 0022-3514.
72. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál. 224 s. 2012. ISBN 978-80-262-0217-2.
73. STEPHAN, Y.; DEMULIER, V.; TERRACCIANO, A. Personality, Self-Rated Health, and Subjective Age in a Life-Span Sample: The Moderating Role of Chronological Age. *Psychology and Aging*, č. 4, roč. 27, s. 875-880. 2012. ISSN 0882-7974.
74. STEPHENSON, K. R.; MESTON, C. M. The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, č. 1, roč. 41, s. 25-38. 2015. ISSN 0092-623X.
75. SVOBODA, M.; HUMPOLÍČEK, P.; ŠNOREK, V. (ed.) *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál. 487 s. 2013. ISBN 978-80-262-0363-6.
76. ŠOLCOVÁ, I. Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků. *Československá psychologie*, č. 3, roč. 40, s. 237-247. 1996. ISSN 0009-062X.
77. ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Sociálně založené nerovnosti ve zdraví: Současný vývoj ve světě a stav u nás. *Československá psychologie*, č. 3, roč. 46, s. 219-224. 2002. ISSN 0009-062X.

78. ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, č. 3, roč. 47, s. 220-229. 2003. ISSN 0009-062X.
79. ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Subjektivní zdraví: Současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*, č. 1, roč. 50, s. 1-15. 2006. ISSN 0009-062X.
80. ŠTIKAR, J.; RYMEŠ, M.; RIEGEL, K.; HOSKOVEC, J. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 269 s. 2003. ISBN 80-246-0448-5.
81. TÓTHOVÁ, J. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny. Transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. 1. vyd. Praha: Portál. 256 s. 2011. ISBN 978-80-7367-856-2.
82. TOV, W.; DIENER, E. (ed.). *Culture and subjective well-being*. 1. vyd. New York: Springer Science + Business Media. Abstract. 289 s. 2009. ISBN 978-90-481-2351-3.
83. ŮSTŮN, T. B. ET AL. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001*. 146 s. 2001. Dostupné z WWW: <http://www.who.int/responsiveness/papers/gpediscpaper37.pdf> 15.1.2016.
84. ŮSTŮN, T. B.; KOSTANJSEK, N.; CHATTERJI, S.; REHM, J. (ed.). *Measuring Health And Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. 1. vyd. Geneva: World Health Organization. 90 s. 2010. ISBN 978-92-4-154759-8.
85. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál. 522 s. 2000. ISBN 807-17-830-80.
86. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 461 s. 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.
87. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 531 s. 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
88. VÝROST, J. ET AL. *Európska sociálna sonda (ESS). 3. kolo na Slovensku*. 1. vyd. Prešov: UNIVERSUM. 195 s. 2008. ISBN 978-80-89046-55-3.
89. WOLFF, J. K.; BROSE, A.; LÖVDÉN, M.; TESCH-RÖMER, C.; LINDENBERGER, U.; SCHMIEDEK, F. 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*, č. 4, roč. 27, s. 881-891. 2012. ISSN 0882-7974.
90. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada. 229 s. 2007. ISBN 8024720685.

ZOZNAM TABULIEK, SCHÉM A GRAFOV

Tabuľky

<i>Tabuľka č. 1</i>	Bronfenbrennerov systém sociálnych úrovní jedinca.....	9
<i>Tabuľka č. 2</i>	Úrovne funkčnosti a disability podľa ICF.....	25
<i>Tabuľka č. 3</i>	Psychosociálny vývin podľa Eriksona.....	33
<i>Tabuľka č. 4</i>	Demografické charakteristiky celej výberovej vzorky.....	44
<i>Tabuľka č. 5</i>	Demografické charakteristiky výberovej vzorky 1.....	45
<i>Tabuľka č. 6</i>	Demografické charakteristiky výberovej vzorky 2.....	45
<i>Tabuľka č. 7</i>	Porovnanie výberových vzoriek 1 a 2 v základných údajoch.....	46
<i>Tabuľka č. 8</i>	Porovnanie subjektívneho zdravia podľa dotazníka Whodas 2.0.....	50
<i>Tabuľka č. 9</i>	Porovnanie životnej spokojnosti podľa dotazníka SWLS.....	53

Schémy

<i>Schéma č. 1</i>	Dimenzie zdravia.....	7
<i>Schéma č. 2</i>	Kontinuálna škála zdravie – nemoc.....	8
<i>Schéma č. 3</i>	Veličiny určujúce zdravie a nemoc.....	8
<i>Schéma č. 4</i>	Dienerovo poňatie subjektívnej osobnej pohody.....	17
<i>Schéma č. 5</i>	Základné psychické potreby človeka.....	29
<i>Schéma č. 6</i>	Maslowova hierarchia potrieb.....	30
<i>Schéma č. 7</i>	Proces uspokojovania potrieb osôb s telesným postihnutím.....	30

Grafy

<i>Graf č. 1</i>	Bývanie osôb bez telesného postihnutia.....	45
<i>Graf č. 2</i>	Bývanie osôb s telesným postihnutím.....	46
<i>Graf č. 3</i>	Porovnanie subjektívneho zdravia výberových vzoriek 1 a 2.....	50
<i>Graf č. 4</i>	Porovnanie životnej spokojnosti výberových vzoriek 1 a 2.....	52
<i>Graf č. 5</i>	Subjektívne zdravie a životná spokojnosť osôb bez telesného postihnutia.....	55
<i>Graf č. 6</i>	Subjektívne zdravie a životná spokojnosť osôb s telesným postihnutím.....	56

ZOZNAM PRÍLOH

- Príloha 1: Originálna verzia skráteného dotazníka Whodas 2.0
- Príloha 2: Dotazník Whodas 2.0 (skrátená verzia) v českom preklade
- Príloha 3: Populačné normy skrátej verzie dotazníka Whodas 2.0
- Príloha 4: Dotazník SWLS – česká verzia
- Príloha 5: Subjektívne zdravie - histogramy
- Príloha 6: Životná spokojnosť – histogramy
- Príloha 7: Porovnania subjektívneho zdravia – krabicové grafy
- Príloha 8: Porovnania životnej spokojnosti – krabicové grafy
- Príloha 9: Korelácia – bodový graf na celej výberovej vzorke
- Príloha 10: Korelácie – bodové grafy na oboch výberových vzorkách

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

Zdroj: WHODAS (2010)

Príloha 2: Dotazník Whodas 2.0 (skrátená verzia) v českom preklade

	Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě:
1.	Stát delší dobu jako ku příkladu 30 minut?
2.	Dělat běžné práce v domácnosti?
3.	Naučit se novou úlohu, například naučit se, jak se dostat na nějaké nové místo?
4.	Zoučastnit se společenských akcí (například svátků, náboženských aktivit a jiných) podobně jako mohou ostatní lidé?
5.	Do jaké míry Vás citově zasáhly Vaše zdravotní problémy?
6.	Koncentrovat se na něco deset minut?
7.	Jít pěšky delší vzdálenost jako ku příkladu jeden kilometr?
8.	Umýt si celé tělo?
9.	Obléknout se?
10.	Jednat s lidmi, které neznáte?
11.	Udržovat přátelství?
12.	Dělat každodenní činnosti?

"Preložené s povolením WHO, na základe Meranie zdravia a disability: Manuál WHO - Hodnotiaca schéma disability (WHODAS 2.0). Ženeva, WHO, 2010 (WHODAS 2.0 12-položková verzia, sebahodnotiaca) www.who.int/classifications/icf/whodasii/en , 7.11.2014."

Príloha 3: Populačné normy skrátenej verzie dotazníka Whodas 2.0

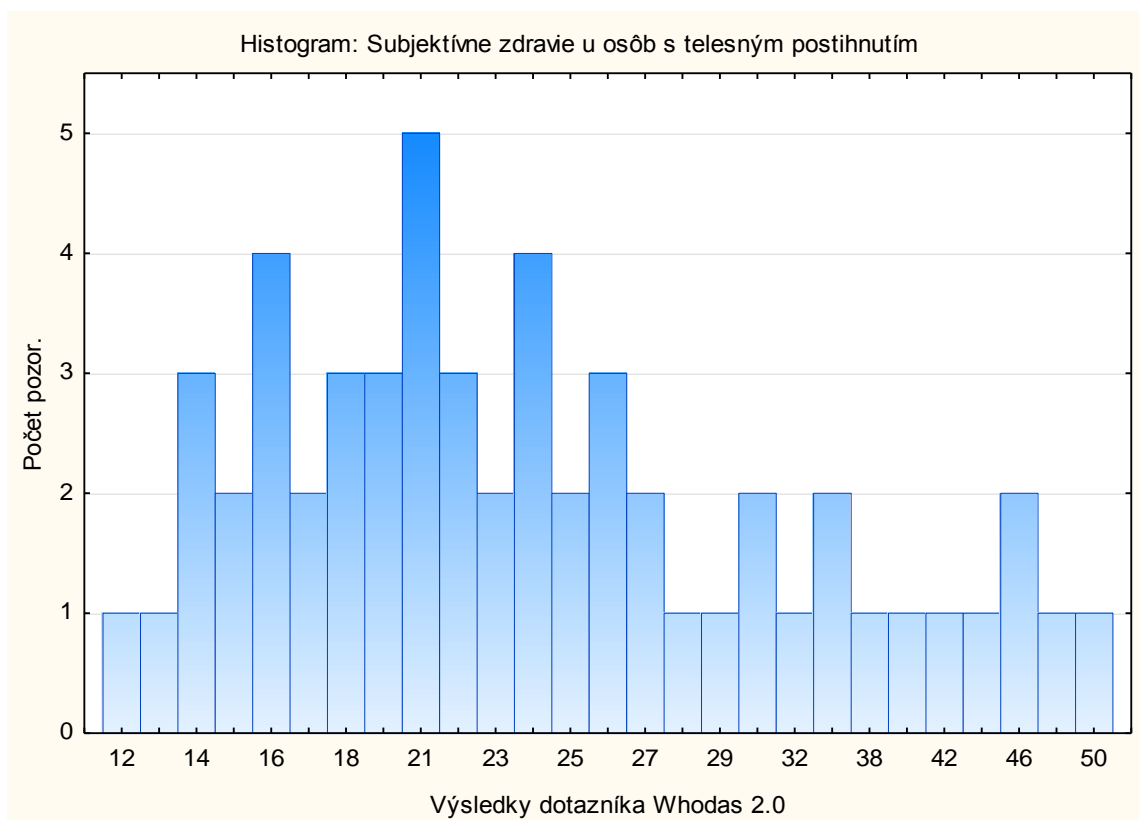
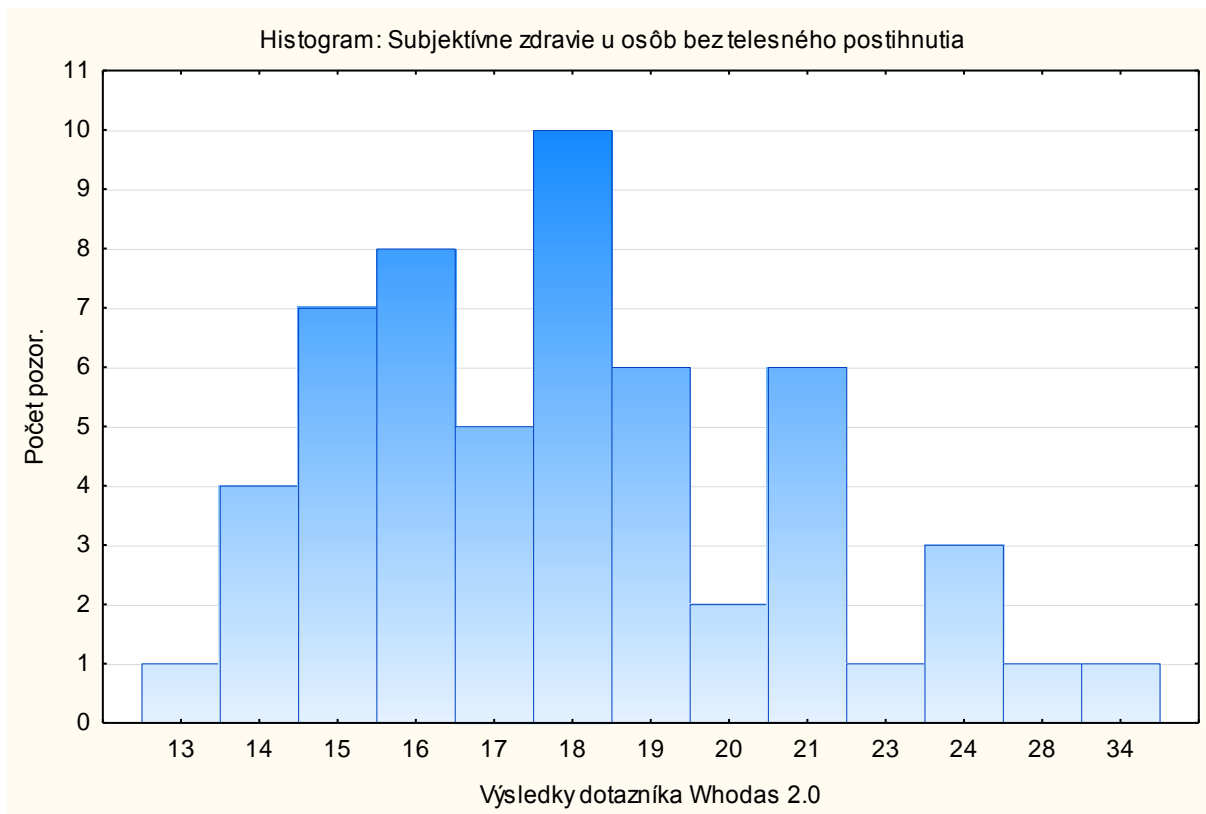
Sumárne skóre	Populačný percentil
0.0	50.0
2.8	63.2
5.6	73.3
8.3	78.1
11.1	82.0
13.9	86.5
16.7	89.6
19.4	92.4
22.2	93.0
25.0	93.8
27.8	94.7
30.6	94.9
41.7	97.2
58.3	99.7
100.0	100.0

Zdroj: WHO (2010)

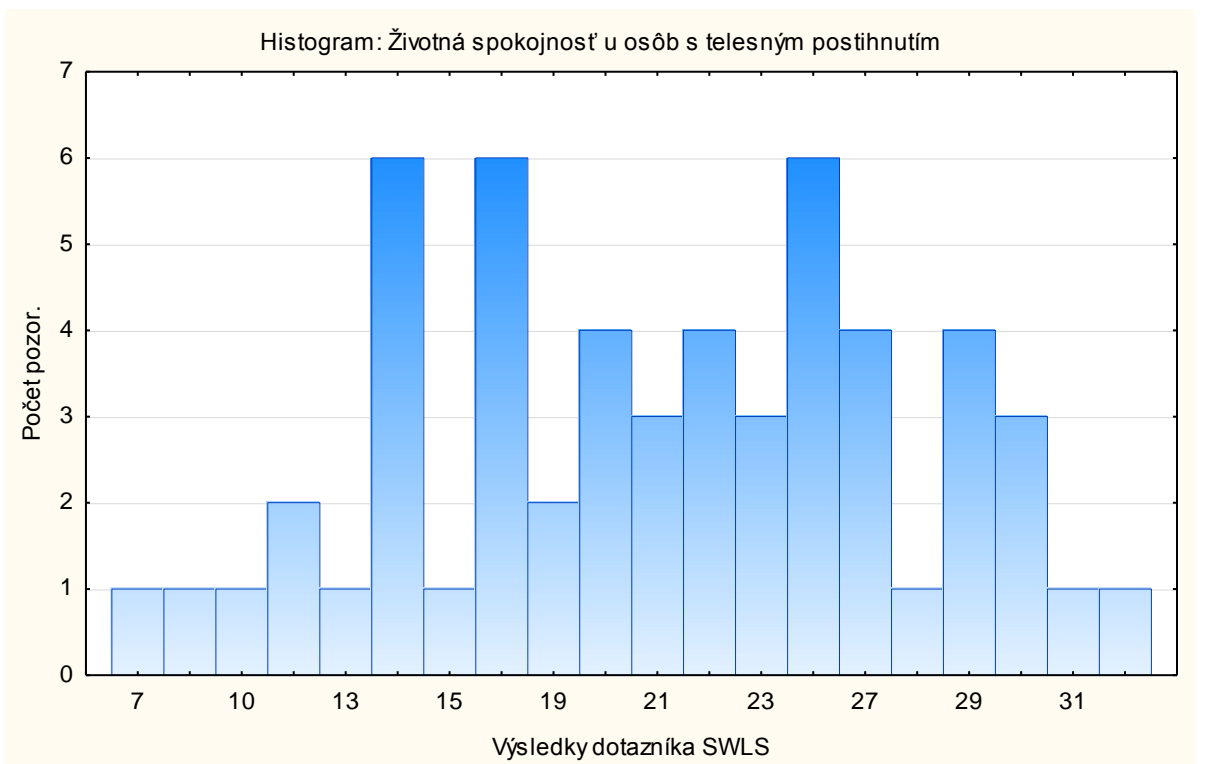
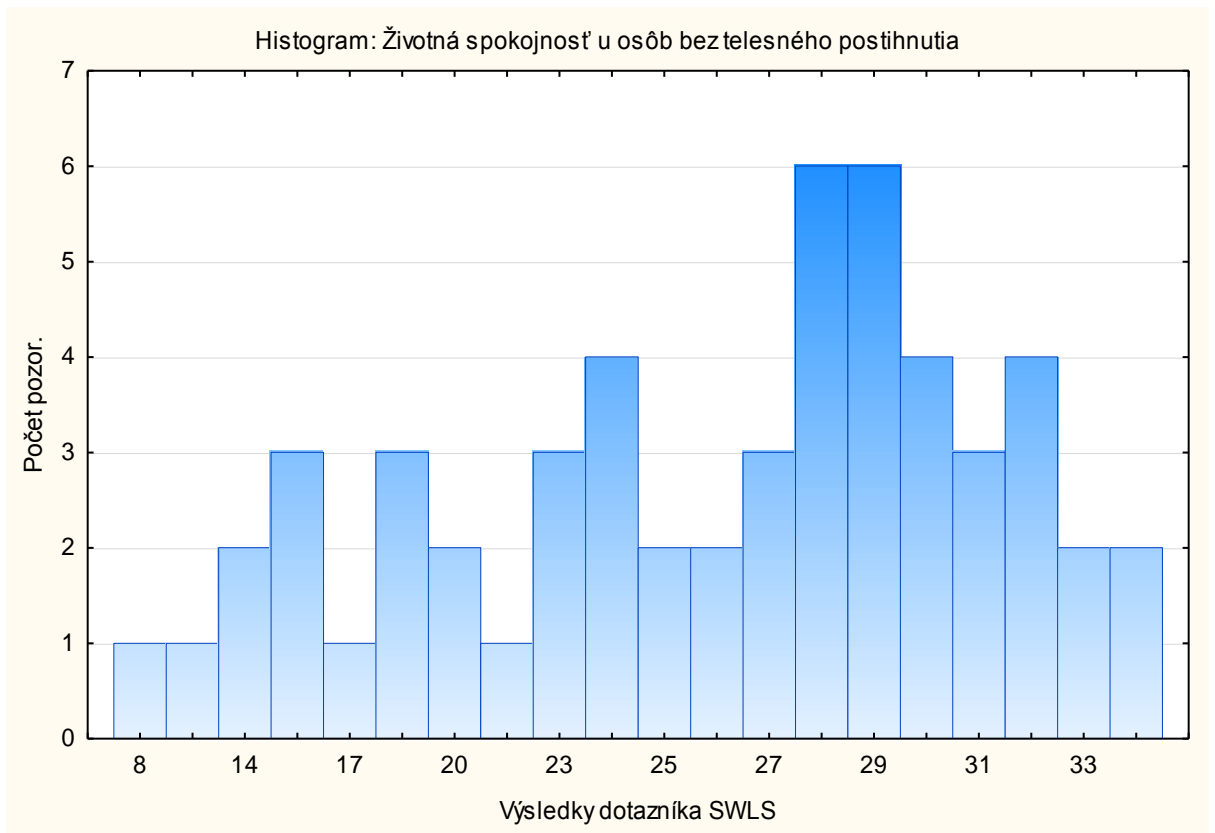
Príloha 4: Dotazník SWLS – česká verzia

SWLS - spokojenost v životě
<p>Předkládáme vám několik výpovědí se žádostí, abyste k nim vyjádřili svůj vlastní postoj. Prosíme, buďte otevření, pravdiví a upřímní.</p> <p>Způsob vyjádření vašeho osobního postoje k těmto výpovědím:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Výrazně s tím nesouhlasím2. Nesouhlasím s tím3. Spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím4. Ani s tím nesouhlasím, ani souhlasím5. Spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím6. Souhlasím s tím7. Výrazně s tím souhlasím
Výpovědi:
1. Můj život je v mnoha směrech blízký ideálu mého života.
2. Podmínky mého života jsou výtečné.
3. Jsem spokojen(a) se svým životem.
4. Doposud dostávám od života to podstatné, co od něho očekávám.
5. Kdybych mohl(a) žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil(a).

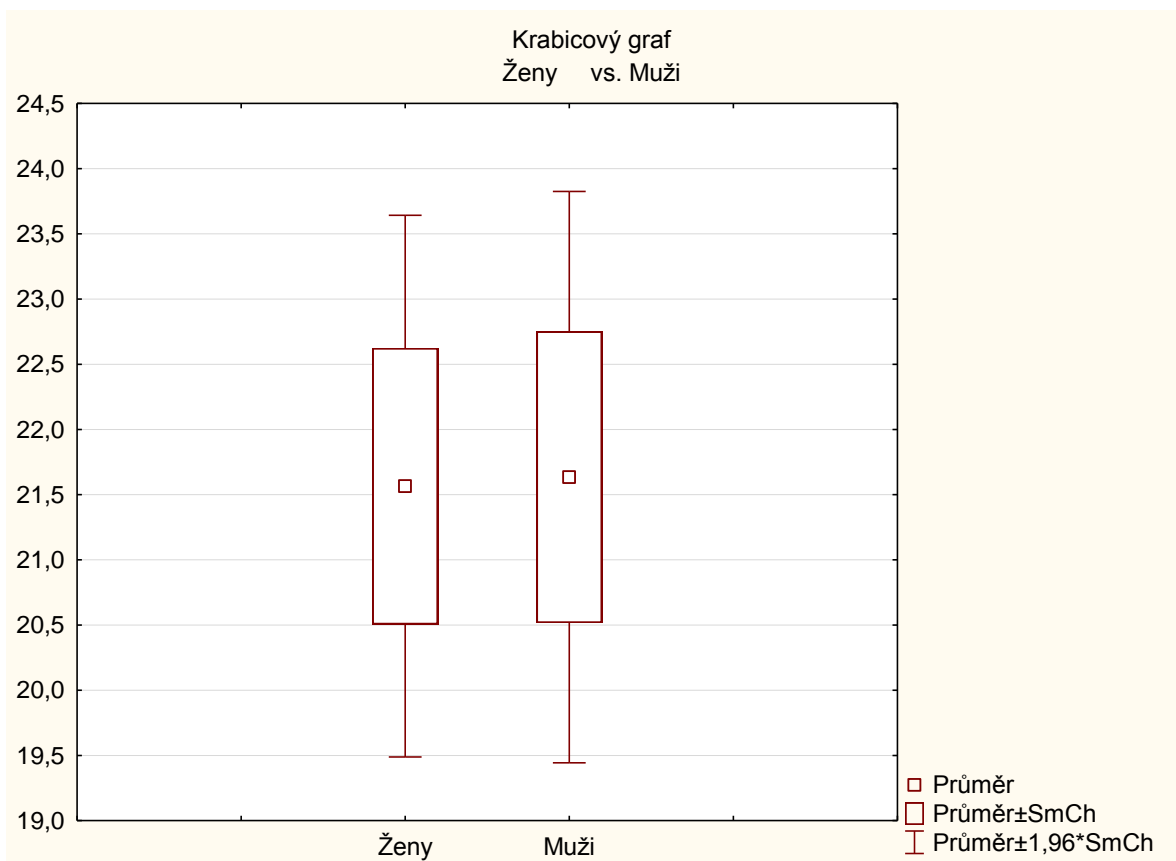
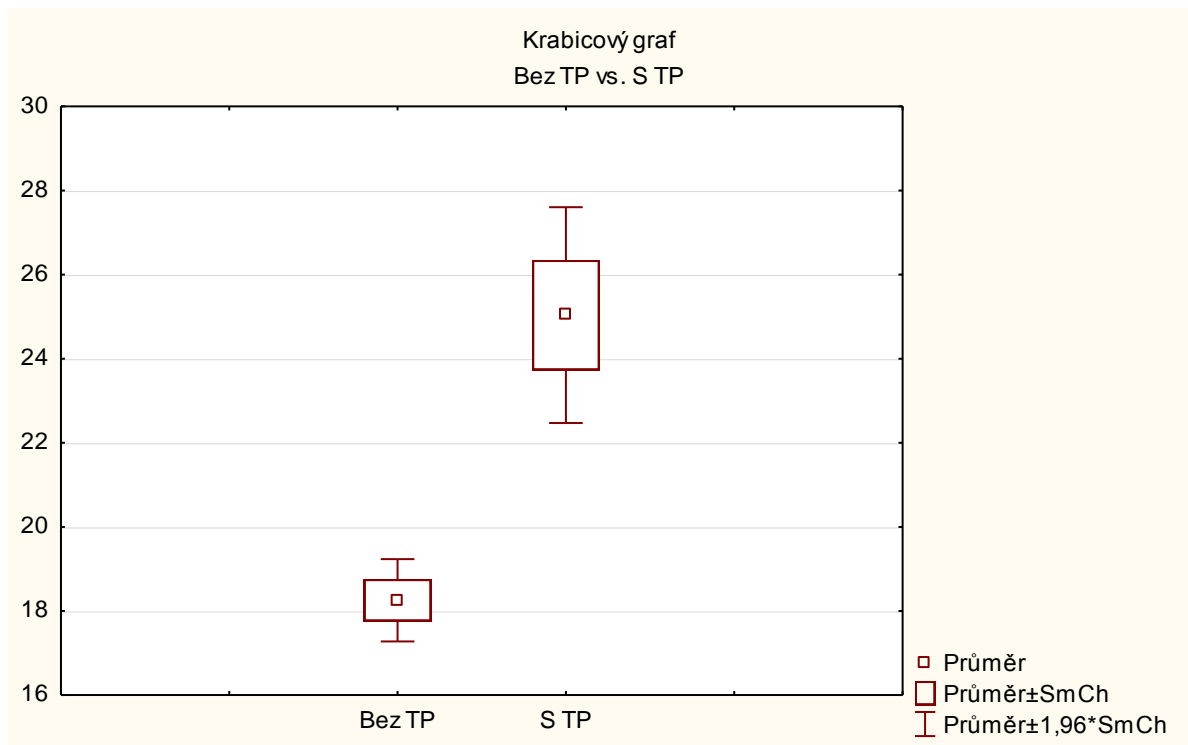
Príloha 5: Subjektívne zdravie – histogramy



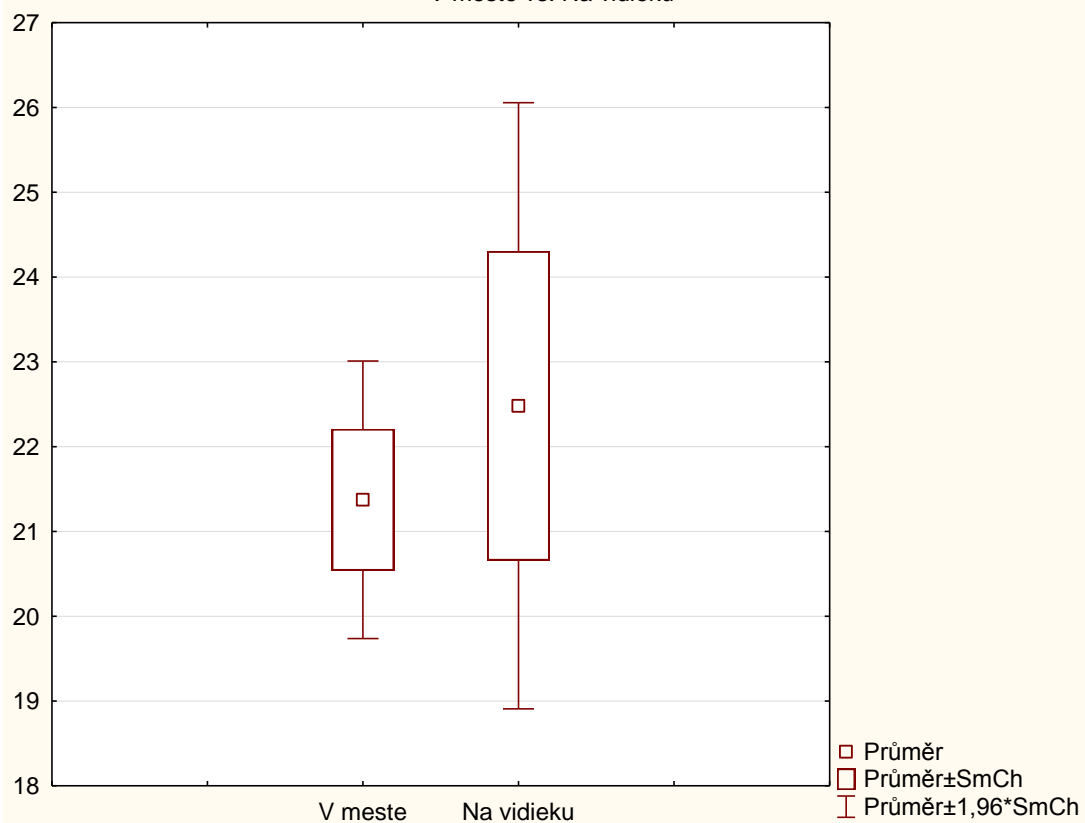
Príloha 6: Životná spokojnosť – histogramy



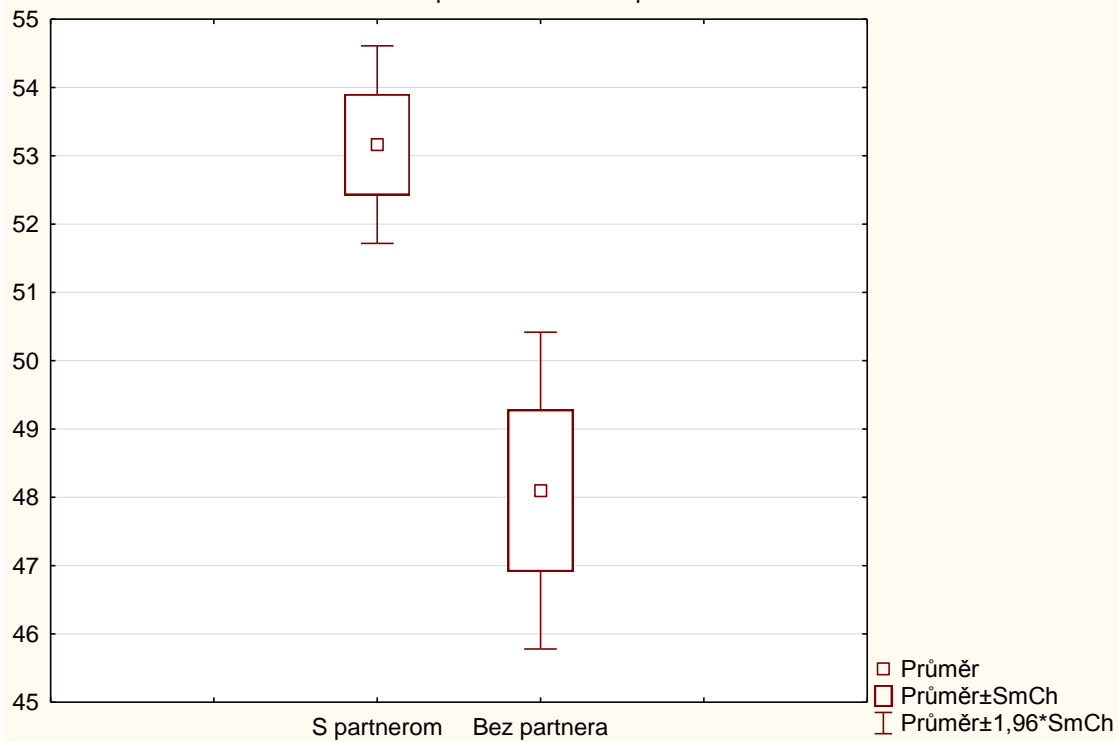
Príloha 7: Porovnanie subjektívneho zdravia – krabicové grafy



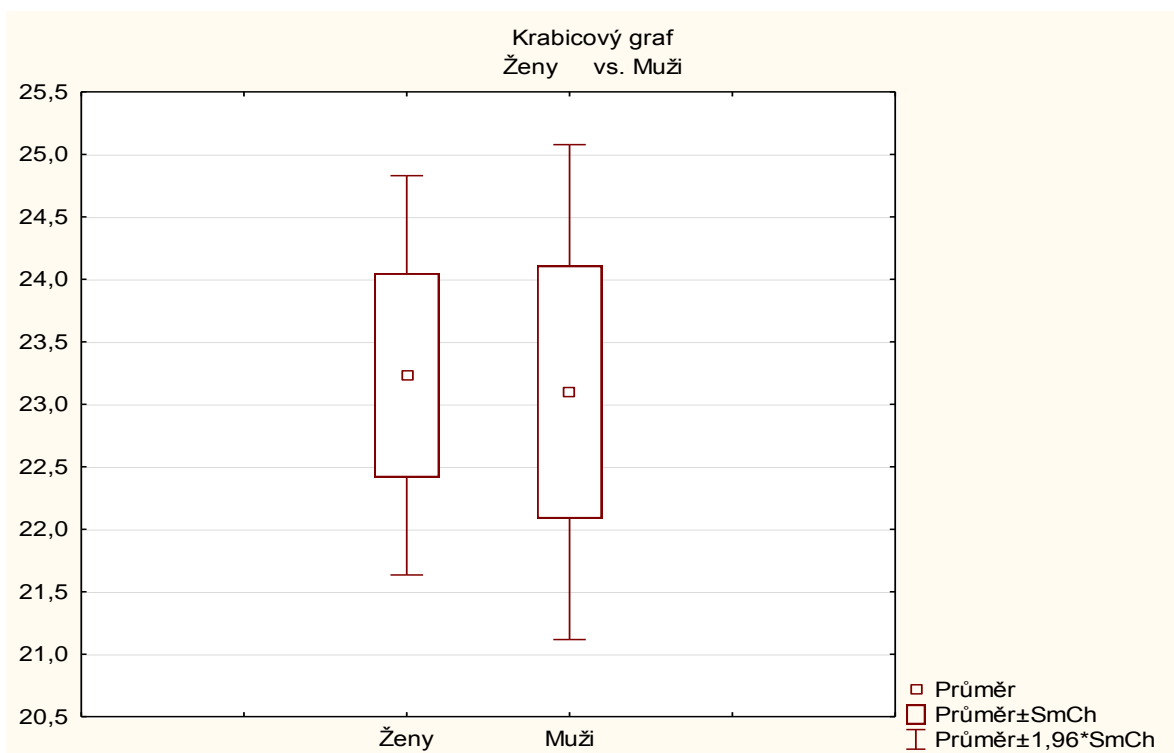
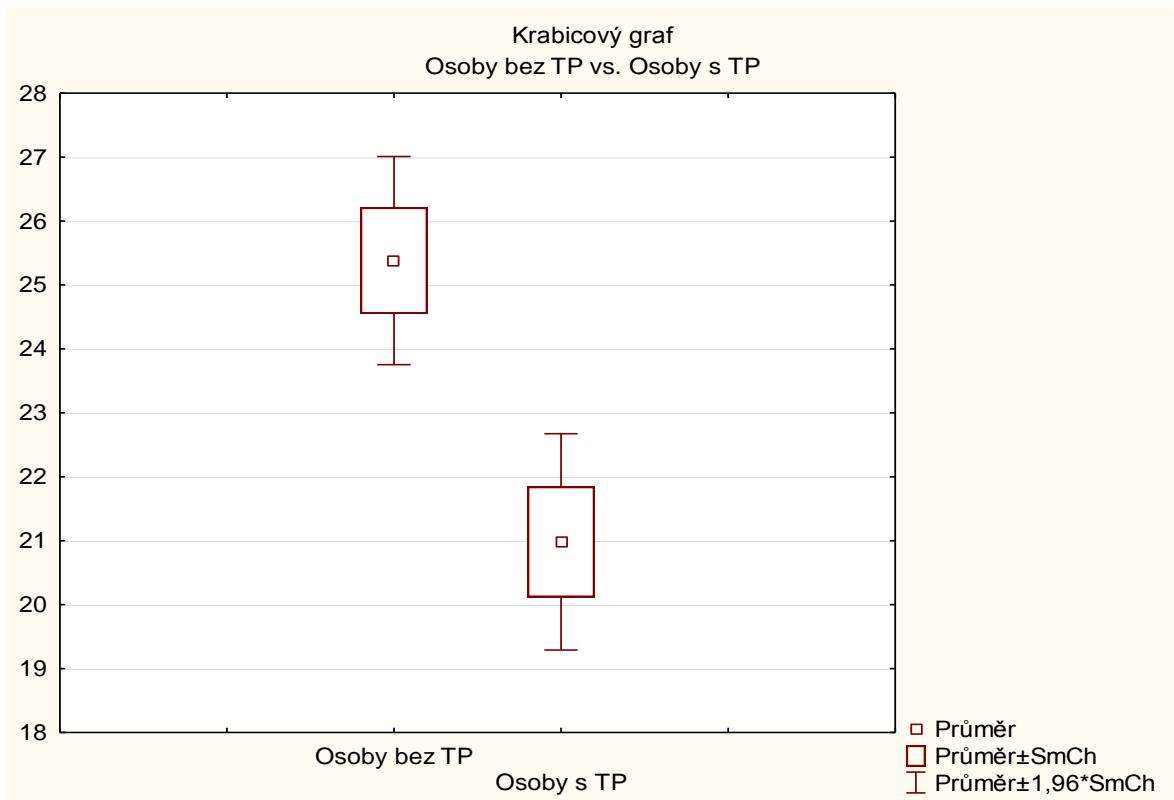
Subjektívne zdravie na celej výberovej vzorke
V meste vs. Na vidieku

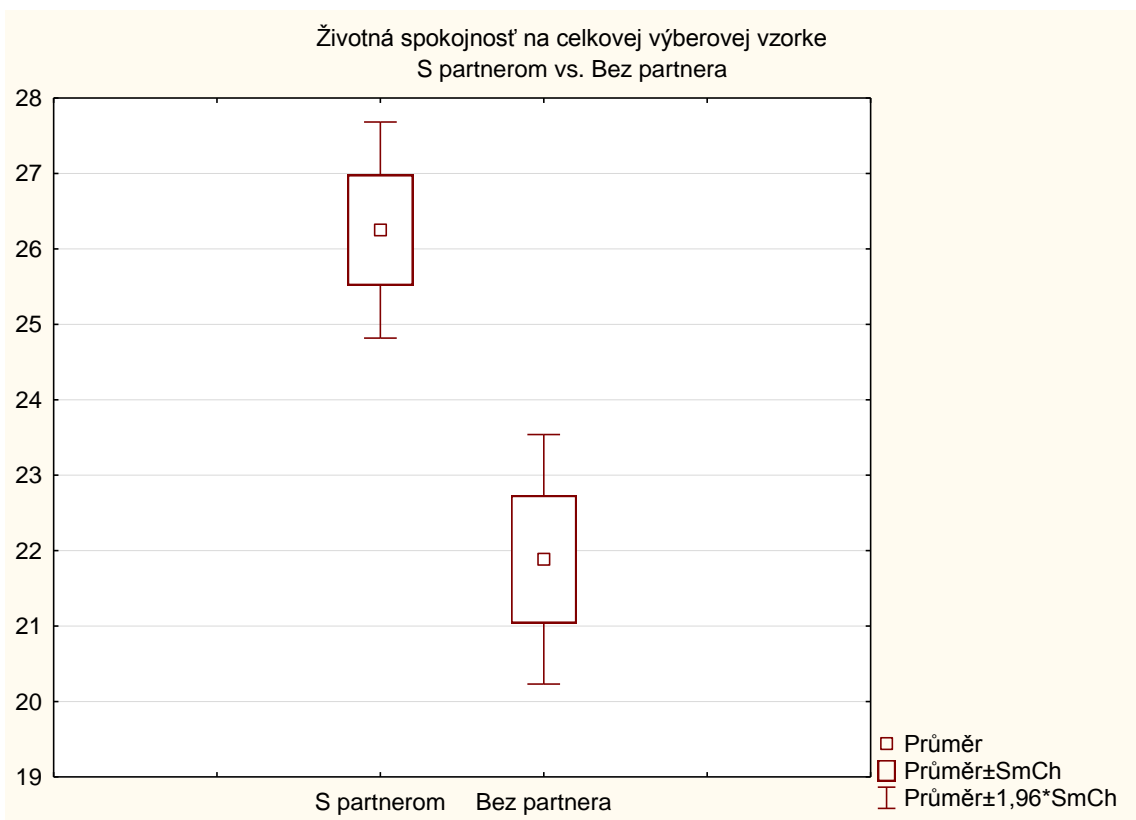
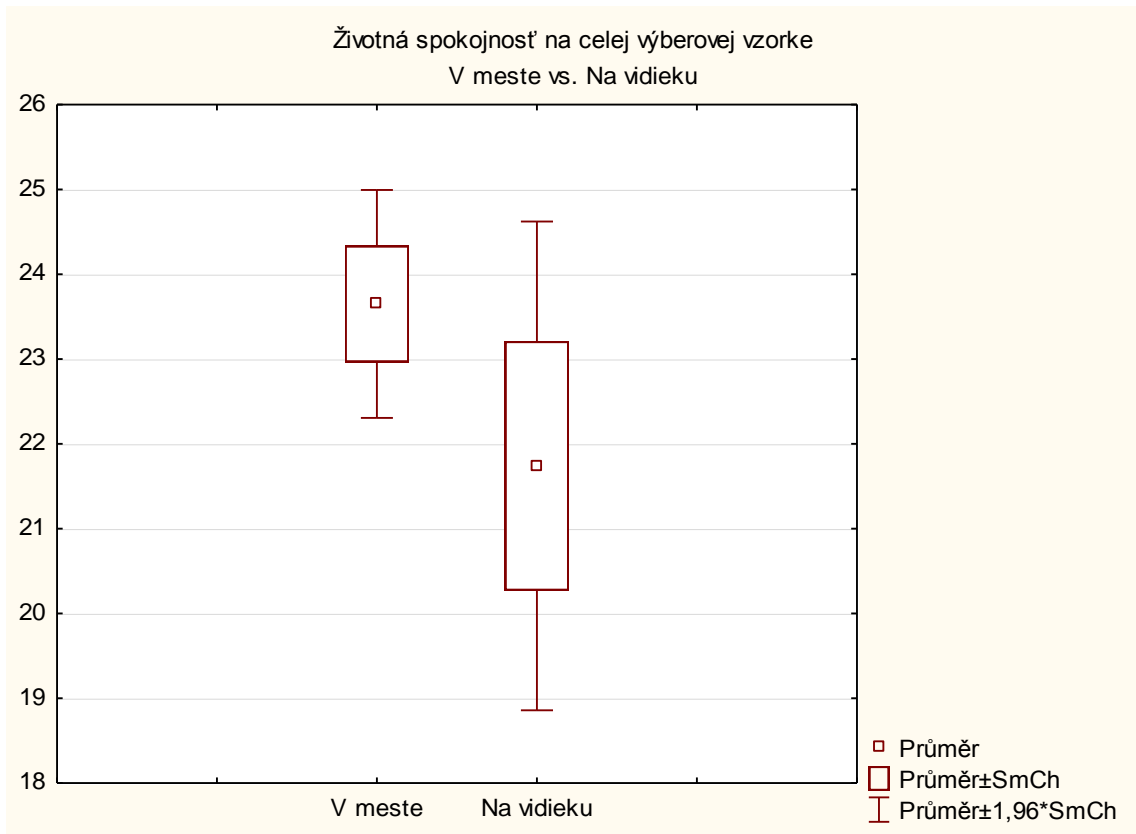


Subjektívne zdravie na celej výberovej vzorke
S partnerom vs. Bez partnera

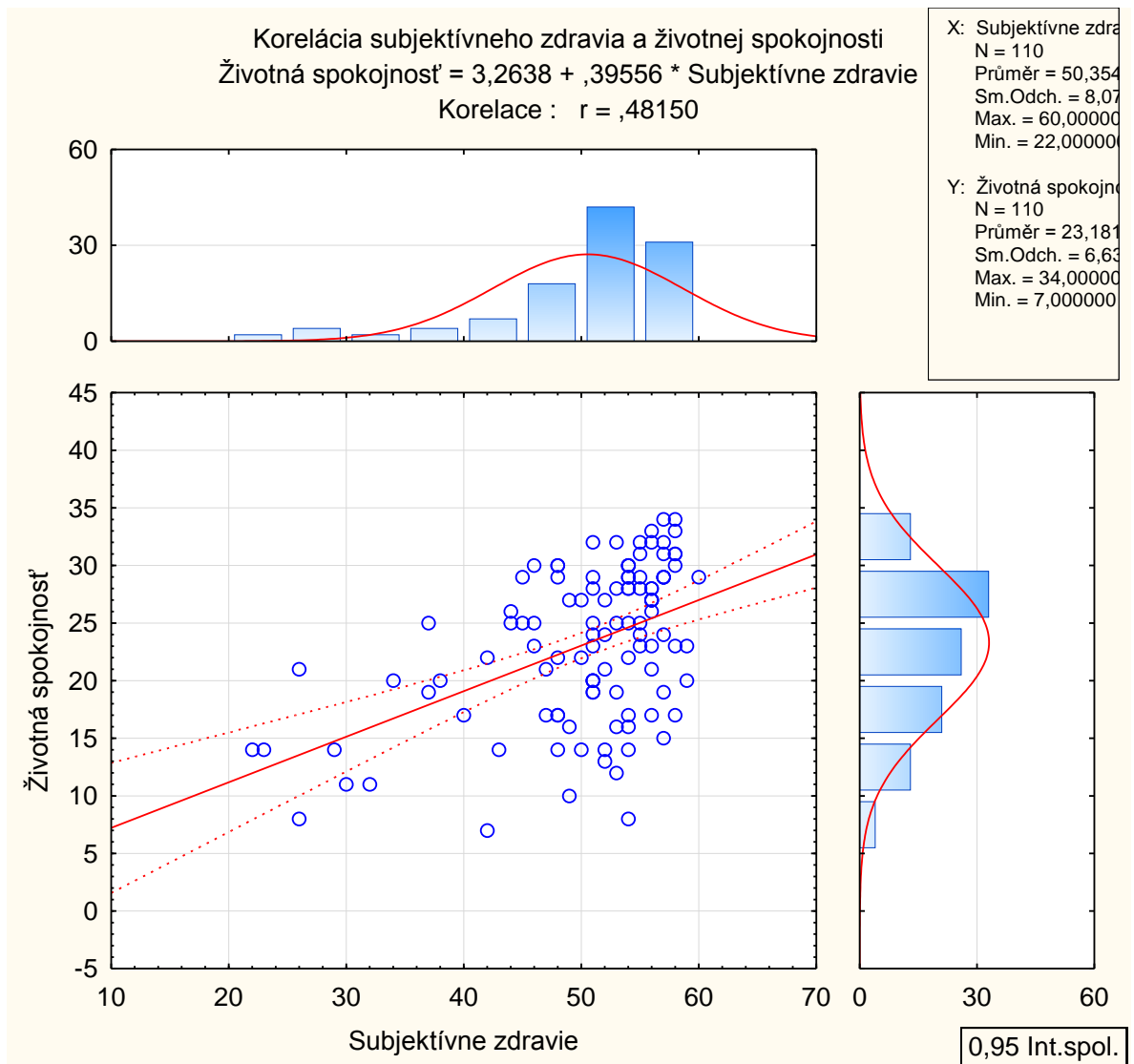


Príloha 8: Porovnanie životnej spokojnosti – krabicové grafy



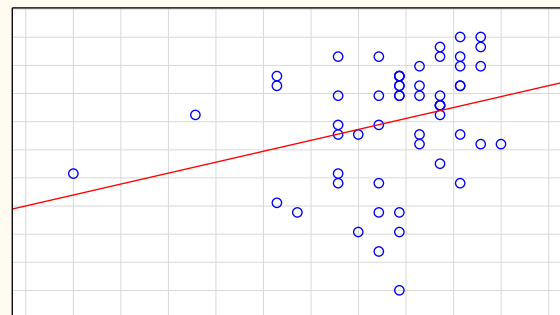
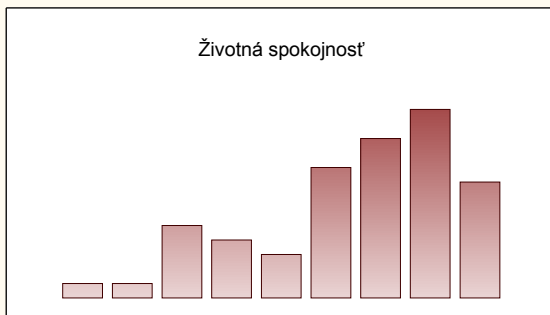
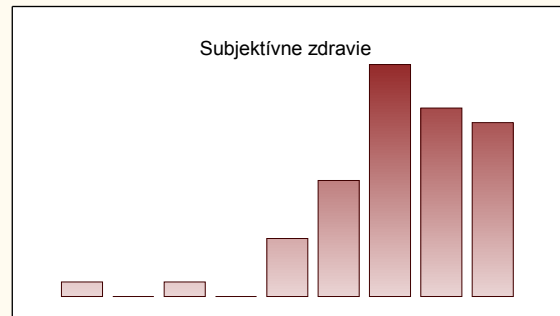


Príloha 9: Korelácia – bodový graf na celej výberovej vzorke

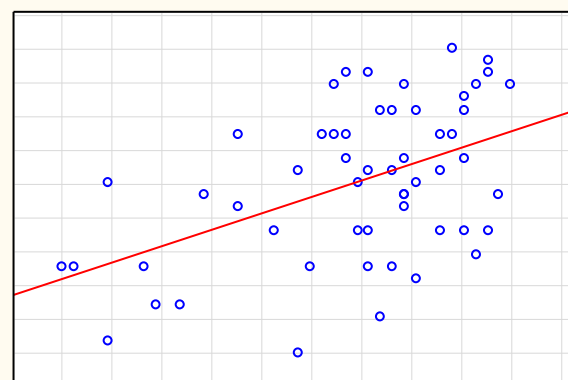
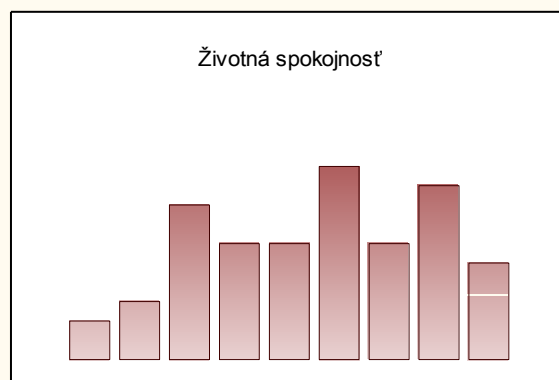
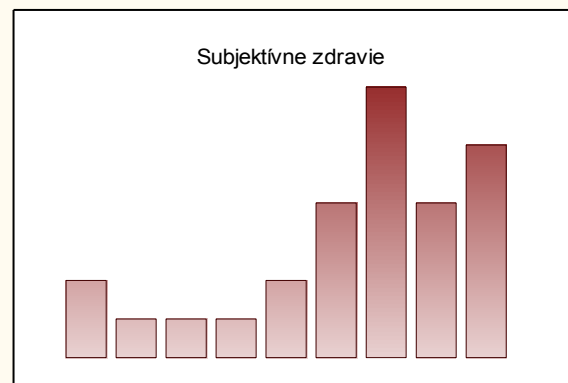


Príloha 10: Korelácie – bodové grafy na oboch výberových vzorkách

Subjektívne zdravie a životná spokojnosť u osôb bez telesného postihnutia



Subjektívne zdravie a životná spokojnosť na vzorke osôb s telesným postihnutím



ANOTÁCIA

Meno a priezvisko:	Jarmila Adamove
Katedra:	Ústav špeciálnopedagogických štúdií
Vedúci práce:	Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Názov práce:	Subjektívne zdravie a životná spokojnosť
Názov v angličtine:	Subjective Health and Life Satisfaction
Anotácia práce:	Diplomová práca sa zaoberá súvislosťami subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti. Teoretická časť sa zameriava najmä na činitele, ktoré ich ovplyvňujú. Výskumná časť porovnáva subjektívne zdravie a životnú spokojnosť osôb s telesným postihnutím a intaktnej populácie.
Kľúčové slová:	subjektívne zdravie, životná spokojnosť, telesné postihnutie
Anotácia v angličtine:	The thesis deals with connections of subjective health and life satisfaction. Theoretical part focuses mainly on the factors influencing both phenomenons. The empiric part compares subjective health and life satisfaction of people with somatic disability and intact population.
Kľúčové slová v angličtine:	Subjective Health, Life Satisfaction, Somatic Disability
Prílohy viazané k práci:	CD disketa
Rozsah práce:	70 strán, 147 935 znakov
Jazyk práce:	Slovenský