

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**VYBRANÉ OSOBNOSTNÉ  
CHARAKTERISTIKY, MIERA ÚZKOSTNOSTI  
A DEPRESIVITY U DETÍ S ASTMOU  
BRONCHIALE**

SPECIFIC PERSONAL CHARACTERISTICS, THE DEGREE  
OF ANXIETY AND DEPRESSIVITY IN CHILDREN WITH  
BRONCHIAL ASTHMA



Bakalárska diplomová práca

Autor: **Katarína Trošoková**  
Vedúci práce: **doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.**

Olomouc

2018

## **Pod'akovanie**

Na tomto mieste by som rada pod'akovala vedúcej bakalárskej diplomovej práce doc. PhDr. Irene Sobotkovej, CSc. za jej odborné a ústretové vedenie, ochotu, čas a podnetné rady. Ďalej patrí moje pod'akovanie Mgr. Alexandre Trošokovej za inšpiráciu k výskumu, pomoc a cenné rady, ako aj jazykovú korektúru práce. Veľká vďaka patrí Národnému ústavu detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. v Dolnom Smokovci, za umožnenie uskutočnenia výskumu a ústretový prístup, konkrétne riaditeľke Ing. Miroslave Mištúnovej, prednostovi MUDr. Jaroslavovi Fábrymu a námestníčke pre ošetrovatel'stvo Mgr. Zuzane Hrabovskej. V neposlednom rade ďakujem všetkým ochotným respondentom, bez ktorých by uskutočnenie výskumu nebolo možné.

## **Vyhlásenie**

Čestne vyhlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu na tému: „*Vybrané osobnostné charakteristiky, miera úzkostnosti a depresivity u detí s astmou bronchiale*“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V ..... dňa .....

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČASŤ</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Asthma bronchiale ako psychosomatické ochorenie</b> .....	<b>7</b>
1.1	Asthma bronchiale z medicínskeho hľadiska .....	7
1.1.1	Definícia a výskyt.....	7
1.1.2	Príznaky a faktory vzniku.....	8
1.1.3	Diagnostika a liečba .....	11
1.1.4	Možné vedľajšie účinky liekov .....	14
1.2	Psychosomatika .....	15
1.3	Asthma bronchiale z psychologického hľadiska .....	17
1.3.1	Astmatický záchvat a jeho možné psychogénne spúšťáče.....	20
<b>2</b>	<b>Vybrané osobnostné charakteristiky, úzkosť a depresia</b> .....	<b>22</b>
2.1.	Osobnostné charakteristiky .....	22
2.2.	Úzkosť .....	25
2.2.1	Úzkosť a strach u detí.....	27
2.3.	Depresia .....	29
2.3.1	Depresia u detí.....	30
<b>3</b>	<b>Psychologické výskumy súvisiace s asthmou bronchiale</b> .....	<b>31</b>
	<b>VÝSKUMNÁ ČASŤ</b> .....	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>Výskumný problém, ciele výskumu a hypotézy</b> .....	<b>35</b>
4.1	Formulácia hypotéz .....	35
<b>5</b>	<b>Aplikovaný metodologický rámec a použité metódy</b> .....	<b>37</b>
5.1	Škála zjavnej anxiety pre deti CMAS .....	37
5.2	Sebaposudzovacia škála depresivity pre deti CDI.....	38
5.3	Osobnostný dotazník pre deti B-J.E.P.I.....	39
<b>6</b>	<b>Zber dát a výskumný súbor</b> .....	<b>41</b>
6.1	Etické hľadisko .....	43
<b>7</b>	<b>Práca s dátami a jej výsledky</b> .....	<b>45</b>
7.1	Výsledky overenia platnosti štatistických hypotéz.....	45
7.2	Ďalšie výsledky .....	48

<b>8</b>	<b>Diskusia .....</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>Závery.....</b>	<b>53</b>
	<b>Súhrn .....</b>	<b>54</b>
	<b>ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY .....</b>	<b>57</b>
	<b>ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE</b>	
	<b>ABSTRACT OF THESIS</b>	
	<b>PRÍLOHY</b>	

# ÚVOD

Hoci je astma bronchiale považovaná už dlhé roky za psychosomatické ochorenie, v dnešnej dobe nenájdeme dostatok aktuálnych výskumov, ktoré by to dokazovali. Vzhľadom k neustále narastajúcemu počtu astmatikov, považujeme túto problematiku za veľmi dôležitú. Nenašli sme výskum na Slovensku ani v Českej republike, ktorý by skúmal detskú populáciu astmatikov z psychologického hľadiska, čo bolo pre nás ďalším motívom venovať sa práve tejto téme.

Objasnenie emocionálneho prežívania a osobnostnej štruktúry jedincov s diagnostikovanou astmou môže pomôcť k efektívnejšej liečbe. Ak by sa podarilo dokázať úzkostné či depresívne naladenie pacientov, bolo by vhodné do liečby zahrnúť aj psychoterapiu, ktorá by mohla mať pozitívny vplyv na príznaky ochorenia.

V našej práci približujeme príznaky, príčiny vzniku, diagnostiku a liečbu astmy. Následne sa zameriavame na objasnenie psychologického a psychosomatického pohľadu na toto ochorenie. Naše predpoklady opierame ako o teoretický rámec, tak aj obdobné výskumy.

Cieľom našej práce je zistiť, či existuje rozdiel v miere úzkostnosti, depresivity, neuroticizmu a extroverzie u detí vo veku 9 až 14 rokov v porovnaní s normou. Tieto dimenzie sme zvolili na základe súvislosti s psychosomatickým a psychologickým pohľadom na astmu a overujeme ich dotazníkovým šetrením. Výskum je uskutočnený vďaka Národnému ústavu detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. v Dolnom Smokovci.

Na úvod by sme ešte radi upozornili, že priame citácie v tejto práci, ktoré sú prevzaté z českých zdrojov, boli doslova preložené do slovenského jazyka. Urobili sme tak kvôli zachovaniu plynulosti textu a jedného jazyka, v ktorom je práca napísaná. Predpokladáme pochopenie textu, aj keď sa nejedná o pôvodný jazyk citovaného textu.

# TEORETICKÁ ČASŤ

# 1 ASTHMA BRONCHIALE AKO PSYCHOSOMATICKÉ OCHORENIE

V tejto kapitole si priblížime astmu brochiale najprv z medicínskeho hľadiska, pričom okrem definície sa pozrieme aj na konkrétne príznaky, diagnostiku či možnosti liečby. V ďalších podkapitolách vysvetlíme pojem psychosomatika a zoznámime sa s psychologickým pohľadom na astmu.

## 1.1 Asthma bronchiale z medicínskeho hľadiska

### 1.1.1 Definícia a výskyt

Astma je najčastejším chronickým ochorením v detskom veku (Janíčková, 2003). V dospelosti však taktiež patrí medzi najčastejšie chronické diagnózy (Teřl & Rybníček, 2008). Susa (2003, s. 17) definuje astmu ako „*chronické zápalové ochorenie dýchacích ciest.*“

Ak by sme hľadali podrobnejší popis tohto ochorenia, podľa Kašáka, Pohunka, & Seberovej (2003, s. 11) je astma „*chronické zápalové ochorenie dýchacích ciest, kde hrajú rolu mnohé bunky a bunkové častice. Chronický zápal je spojený s prieduškovou hyperreaktivitou a vedie k opakujúcim sa epizódam piskotov, dušnosti, tiaže na hrudi a kašľa, obzvlášť v noci alebo skoro ráno. Tieto epizódy sú obvykle spojené s variabilnou obštrukciou, ktorá je často reverzibilná buď spontánne alebo vplyvom liečby.*“

Aj keď úmrtnosť na astmu stále klesá, prevalencia narastá, v roku 2003 bola 0,4-0,6 os./100 000 obyvateľov vo vyspelých krajinách (Kašák et al., 2003). Podľa Kašáka (2005) na svete nájdeme asi 300 miliónov astmatikov, pričom prevalencia v Európe a USA je 5-10 % a u detí 10-15 %. Taktiež uvádza, že sa toto ochorenie vyskytuje viac v ekonomicky rozvinutejších krajinách, čo môže zrejme súvisieť napr. s rozvinutou dopravou a teda znečistenejším vzduchom. Tieto údaje sa zhodujú s tými, ktoré uvádza Pohunek na webových stránkach Českej iniciatívy pro astma (nedat.) ako najnovšie štatistiky. Staršie údaje uvádzajú, že nezáleží na veku ani na vyspelosti krajiny (Susa, 2003). S týmto

súhlasia aj Kašák et al. (2003), ktorí ale dodávajú, že sa častejšie objavuje v ekonomicky rozvinutých krajinách, čo bolo v minulosti vysvetľované vyšším výskytom alergénov. V súčasnosti tento jav vysvetľujeme zníženým výskytom vírusových infekcií, s ktorými sa deti stretávajú, čo vedie k nerovnováhe reaktivity ich imunitného systému, ktorý sa neskôr prejaví ako alergia. Ako ďalšiu príčinu môžeme vnímať nárast atopikov medzi deťmi, nezdravý životný štýl, ako aj nevhodné životné prostredie (Susa, 2003). Podľa Guptu, Crawforda a Mitchella (2006) vzrástla prevalencia astmy u detí za posledné dve desaťročia (teda približne v rokoch 1986-2006) až o 160 %.

Údaje, týkajúce sa Českej republiky, hovoria o približne 5–10 % detí a 2-5 % dospelých astmatikov vyžadujúcich liečbu, pričom celkový počet chorých je podľa epidemiologických štúdií až 800 000 ľudí (Teřl & Rybníček, 2008). Pohunek opäť na webových stránkach ČIPA (nedat.) uvádza číslo 500 000 a k tomu 250 000 nediagnostikovaných astmatikov. Teřl & Rybníček (2008) sa taktiež zamýšľajú nad tým, u koľkých astmatikov nebolo ochorenie diagnostikované. Rovnako otázne je, koľko pacientov má astmu diagnostikovanú, hoci sa u nich o astmu nejedná. Príčinou je náročné objektívne zachytenie všetkých príznakov a veľká variabilita tohto ochorenia (Vernerová, 2012). Incidencia, ktorá hovorí o novo vzniknutých ochoreniach v priebehu jedného roku, sa pohybuje v priemere v celej českej populácii okolo 0,33 %. V rôznych vekových kategóriách sa však líši, pričom najvyššia je v detstve (Teřl & Rybníček, 2008). V prípade detí štatistiky hovoria až o 10-15 % všetkých detí trpiacich astmou bronchiale (Pohunek, nedat.).

Slovenské národné centrum zdravotníckych informácií (2015) uvádza vyše 96 000 evidovaných pacientov s astmou, pričom za posledných 15 rokov pribudlo viac ako 63 000 astmatikov.

### **1.1.2 Príznaky a faktory vzniku**

„Asthma“ je slovo gréckeho pôvodu a znamená „ťažké dýchanie“. Už samotný názov poukazuje na príznaky tohto ochorenia, ktorými sú „*náhla dychová nedostatočnosť s pocitom úzkosti v hrudi, niekedy v spojení s dráždivým kašľom*“ (Morschitzsky & Sator, 2007, s. 52). Hoci má človek trpiaci týmto ochorením pocit, že lapá po vzduchu, v skutočnosti nemôže poriadne vydýchnuť a pľúca má preplnené (Morschitzsky & Sator, 2007).



Typickým prejavom astmy bronchiale je záchvatovitá dušnosť s pískavým výdychom. Taktiež sa môže vyskytnúť kašeľ a pocity tiaže na srdci (Susa, 2003). S telesnými prejavmi astmatického záchvatu, ako je napr. dušnosť, neschopnosť vydýchnuť, pocit nedostatku vzduchu, sa spája úzkosť, nepokoj alebo aj nemohúca zlosť. Môže dôjsť až k panickej úzkosti a hyperventilácii (Poněšický, 2014).

Astma sa radí medzi polygénne multifaktoriálne dedičné ochorenia a ak trpia astmou obaja rodičia alebo jeden rodič a súrodenec, je pravdepodobnosť 50 %, že sa vyskytne aj u daného jedinca (Kašák, 2005). Výskumy na dvojčikách preukázali, že výskyt astmy u monozygotných dvojčiek je vyšší než u dvojčiek dizygotných (Hruškovič, 2004).

Rizikové faktory môžeme rozdeliť na vnútorné a vonkajšie, pričom k vnútorným radíme genetickú predispozíciu, atopiu, bronchiálnu hyperreaktivitu a pohlavie, keďže do veku 10 rokov trpia týmto ochorením častejšie chlapci a po puberte sa týka viac žien (Susa, 2003). To, že je u chlapcov do 10 rokov astma častejšia než u dievčat, je podľa Janíčkovvej (2003) spôsobené užšími prieduškami. Za vonkajšie rizikové faktory môžeme považovať domáce (napr. roztoče) a vonkajšie (napr. peľ) alergény, ďalej profesionálne látky a dráždivé látky prostredia, ako napr. dym z tabaku (Susa, 2003). V prípade alergickej reakcie na lieky, astmu môže vyvolať aspirín (Kašák et al., 2003). Rizikové sú aj nedonosené predčasne narodené deti, ktoré sa narodili s nedostatočne vyvinutými dýchacími cestami (Janíčková, 2003). Výskumy preukázali, že existuje vzťah medzi vznikom astmy a počtom súrodencov. Vyššie riziko je u detí, ktoré súrodencia nemajú alebo majú len jedného. Pravdepodobným vysvetlením je lepší vývin imunitného systému u detí, ktoré vďaka súrodencom prišli do styku s rôznymi typmi infekcií (Hruškovič, 2004).

*Výsledkom interakcie genetických vlôh a okolitého prostredia je proces senzibilizácie, ktorý môže začať už intrauterinne, ale aj v dospelosti. Bez ohľadu na atopický alebo neatopický pôvod astmy je priebeh zápalového procesu rovnaký. Pretrváva aj u bezpríznakových astmatikov a pri kontakte so spúšťačom vedie k akútnym prejavom.* (Krištůfek a kol., 2000, s. 113).

Atopiu definuje Kašák (2005, s.13) ako „genetickú predispozíciu k alergickej reakcii na bežné podnety sprostredkované protilátkami triedy imunoglobulínu E (IgE), je prítomná zhruba u polovice jedincov trpiacich astmou, s prevahou tam, kde astma začala

*pred pubertou*“. Pravdepodobnosť, že bude dieťa atopik, ak má oboch rodičov atopikov, je až 70 %. V rodinách, kde rodičia atopici nie sú, je riziko 12-15 % (Kašák et al., 2003).

Priedušky astmatika sú precitlivené na rôzne podnety, čo je spôsobené dlhodobým zápalom prieduškových slizníc. Nejedná sa však o zápal, ktorý by sa dal liečiť antibiotikami. Precitlivenosť priedušiek zvyšuje napríklad znečistené ovzdušie, ktoré majú na svedomí výfukové plyny z automobilov. Pri stretnutí astmatika s alergénom či rizikovým faktorom sliznica dýchacích ciest opuchne, čo vedie k zúženiu priedušiek až dôjde k bronchospazmu (Janíčková, 2003). Ak sa astma prejavuje aj v noci, nejde o samostatné ochorenie, ale jedná sa o prejav zhoršenia choroby či nedostatočnej liečby (Kašák, 2005).

Akútnym prejavom astmy bronchiale je astmatický záchvat. Susa (2003) vymenováva niekoľko podnetov, ktoré ho môžu vyvolať, a to: alergény, fyzikálne a chemické vplyvy, námaha, hormonálne či psychogénne vplyvy alebo napr. aj zápaly v dýchacích cestách. Medzi faktory vyvolávajúce astmatický záchvat patrí aj hyperventilácia, ktorá vzniká pri veľkej telesnej námahe alebo silných emóciách, ako sú panické a hysterické reakcie, ale aj smiech, plač alebo strach (Kašák, 2005). Rovnako aj Krištúfek (2000) radí medzi spúšťače okrem alergénov, chemických dráždivých látok, vírusových infekcií, telesnej námahy či chladného vzduchu aj extrémne emocionálne napätie. Morschitzky a Sator (2007) definujú 5 druhov spúšťačov, ktoré sa podieľajú na vzniku astmatického záchvatu a môžeme sem zaradiť alergény, telesné aspekty, nešpecifické podnety, psychické faktory, sociálne a rodinné podmienky.

Aj napriek faktu, že niektoré astmatické záchvaty prichádzajú úplne nečakane, v niektorých prípadoch môže pacient spozorovať varovné signály, ako je tlak na hrudi, hvízdanie pri dýchaní, kašeľ bez nachladnutia, zvýšená potreba bronchodilatačných liekov, problémy počas spánku a ďalšie (Kašák, 2005). Status astmaticus je životu nebezpečný stav, ktorý nastáva v prípade, že astmatický záchvat sám neprejde, krče nepovolí a môže dôjsť k poškodeniu srdca v dôsledku zúženia dýchacích ciest (Morschitzsky & Sator, 2007).

Až u polovice detských pacientov prestávajú astmatické záchvaty po puberte, avšak astmatici bývajú aj naďalej zaťaženi strachom z udusenía, sú viac zameraní na svoje telo, pričom u niektorých sa môžu záchvaty objaviť aj dávno po puberte (Morschitzsky & Sator, 2007).

### 1.1.3 Diagnostika a liečba

Čo sa týka histórie diagnostiky a liečby astmy, je dôležité spomenúť mená ako John Floyer, William Cullen alebo napríklad Henry Hyde Salter, ktorý popísal typické spúšťáče astmatického záchvatu (Kašák, 2005).

Astmu delíme na alergickú a nealergickú, pričom alergická má väčší výskyt a trpia ňou zväčša deti. Jedná sa teda o alergickú reakciu na určité látky, tzv. alergény. Toto ochorenie patrí k atopickým chorobám a máme k nim určitú vrodenú predispozíciu. Bohužiaľ sa však zatiaľ nezistilo, prečo niektorí alergici astmu majú, a iní nie, alebo prečo môžu záchvaty sami prestať, aj keď je človek naďalej vystavený alergénu. Nealergická astma vzniká často následkom zápalu dýchacích ciest, príp. po ústupe alergickej astmy (Morschitzsky & Sator, 2007).

Pri stanovovaní diagnózy sú potrebné tri kroky, a to konkrétne anamnéza príznakov, zistenie typického priebehu a funkčné vyšetrenie pľúc (Kašák, 2005). Keď sa zameriame na anamnézu pacienta s astmou, podstatnou otázkou lekára by malo byť, či pacient pozoruje nejakú súvislosť s prostredím, ročným obdobím, kontaktom s alergénom atď., a vznikom problémov. Ďalším dôležitým údajom je chronická nádcha či častý prieduškový kašeľ. V rodinnej anamnéze je nevyhnutné zistiť, či niekto z rodiny trpí astmou alebo alergiami (Susa, 2003).

Pri podozrení na astmu lekár vykoná ventilačné vyšetrenie, a to pomocou spirometru. V prípade, že spirometria astmu nepotvrdí, avšak anamnéza naň jasne poukazuje, ďalším vyšetrením môže byť bronchoprovokačný test, ktorý je však mnohými odsudzovaný, preto sa častejšie pristupuje k domácemu monitorovaniu PEF, čo je vrcholová výdychová rýchlosť pri usilovnom výdychu. Medzi ďalšie vyšetrenia v súvislosti s astmou patrí alergologické vyšetrenie, vyšetrenie hyperinflácie, respiračné vyšetrenie, vyšetrenie pľúcnej hemodynamiky alebo napríklad aj röntgenové vyšetrenie (Susa, 2003). Medzi ďalšie vyšetrenia radíme ORL vyšetrenie, vyšetrenie eozinofilov, celotelovú pletysmografiu, impulzívnu oscilometriu a CT hrudníka. Hoci sa astma môže prejaviť v akomkoľvek veku, teda napríklad aj u novorodenca, funkčné vyšetrenie pľúc je možné až od 3-4 rokov (Kašák, 2005).

U malých detí rozlišujeme medzi astmou a bronchitídou, vývojovou anomáliou, aspiráciou cudzieho telesa, gastroezofageálnym refluxom, srdечnou vadou, cystickou fibrózou atď. (Kašák, 2005). Susa (2003) taktiež upozorňuje na tzv. psychogénnu dušnosť,

ktorú je dôležité v praxi odlíšiť od astmy bronchiale. Ak sa jedná o rozvinutý hyperventilačný syndróm, nie je ťažké ho diagnostikovať, s psychogénnou dušnosťou je to zložitejšie. Že sa jedná o psychogénny problém, napovie normálny nález objektívneho aj funkčného vyšetrenia. Lekár by mal dbať na dostatočné vysvetlenie problému pacientovi.

Za posledných 20 rokov sa výrazne zmenil pohľad na astmu, jej vznik a rizikové faktory, pričom tieto zmeny sa ukázali aj v liečbe samotného ochorenia. Napríklad ešte donedávna sa na liečbu využíval aj efedrin, ktorého účinky boli popísané už v starej Číne okolo roku 1000 pnl. (Kašák et al., 2003). V súčasnosti sa lekári snažia naučiť pacientov, aby priebeh svojej choroby sami sledovali, k čomu im pomáha domáce meranie PEF. Astmatikov teda delíme do týchto 4 skupín (Susa, 2003, s. 47):

1. *„Intermitentná astma – ťažkosti menej než 1x týždenne*
2. *Lahká perzistujúca astma – ťažkosti viac ako 1x týždenne*
3. *Stredne ťažká perzistujúca astma – ťažkosti denne*
4. *Ťažká perzistujúca astma – trvalé ťažkosti“*

Lieky, ktoré astmatici užívajú, môžeme rozdeliť na tie, ktoré sú potrebné pri dušnosti a poskytujú úľavu, sú to bronchodilatačné lieky, teda skupina úľavových (záchranných) liekov, ktoré by mal mať pacient stále pri sebe, a potom sú lieky, ktoré majú preventívny účinok a je nutné ich užívať dlhodobo (Janíčková, 2003). Kašák (2005) označuje rozdelenie liekov na úľavové a preventívne ako zásadnú zmenu v liečbe astmy. Keďže ide o ochorenie dýchacích ciest, pri farmakoterapii by mala mať prednosť inhalačná liečba, ktorej aplikácia má rýchlejší efekt (Krištúfek a kol., 2000).

Liečbou sa snažia lekári dosiahnuť tzv. plne kontrolovanú astmu, kedy pacient nemá takmer žiadne príznaky a obmedzenia v živote, a zároveň potrebuje čo najmenej liekov, pričom pociťuje minimálne alebo žiadne vedľajšie účinky (Janíčková, 2003). V prípade, že je astma správne diagnostikovaná a liečená, zápal a ním spôsobené zmeny sú takmer plne reverzibilné, čo je „výhodou“ tohto ochorenia v porovnaní s chronickým obštrukčným pľúcnym ochorením (Teřl & Rybníček, 2008).

Ciele liečby astmy (Kašák et al., 2003, s. 102):

1. *„dosiahnutie kontroly príznakov a udržanie choroby v bezpríznakovej forme*
2. *zabránenie stavom náhleho zhoršenia s prejavmi rozvinutej prieduškovvej obštrukcie*
3. *dosiahnutie normálnej funkcie pľúc*
4. *umožnenie plnohodnotného života vrátane možnosti plnej telesnej aktivity*

5. *zabránenie vzniku nevratných prieduškových zmien s rozvojom pľúcneho rozdutia a nebezpečím dlhotrvajúcej dychovej nedostačivosti*
6. *prevencia vzniku invalidity a úmrtia na astmu*
7. *prevencia nežiadúcich účinkov liečby“*

V liečbe detských a dospelých astmatikov existujú zásadné rozdiely. U detí sa častejšie využívajú pomocné liečebné metódy, akými sú napríklad liečebné pobyty či dychové cvičenia (Teřl & Rybníček, 2008). V súvislosti s kúpeľnou liečbou astmatikov hovorí Janíčková (2003) o významnej úlohe psychiky v priebehu ochorenia. Keďže odlúčenie od rodiny je pre malé deti veľkou psychickou záťažou, odporúča zvážiť, či je kúpeľná liečba astmatikov do veku 6 rokov vhodná. Lekári musia pri voľbe lieku myslieť aj na to, že malé dieťa nespolupracuje pri liečbe tak ako dospelý pacient, čomu by mala zodpovedať najmä forma inhalačnej liečby (Teřl & Rybníček, 2008). Čo sa týka farmakoterapie, musíme rozlišovať deti mladšie ako 5 rokov, staršie ako 5 rokov a dospelých (Kašák, 2005). U detí, ktoré sa na bronchiálnu astmu liečia, existuje určitá nádej, že sa toto ochorenie počas dospievania stratí, zatiaľ čo u dospelých pacientov takáto možnosť nie je, astma im zostáva do konca života (Susa, 2003).

V dôsledku nedostatočnej a neskorej diagnostiky a liečby astmy vo svete vznikla v roku 1991 Globálna iniciatíva pre astmu (GINA), ktorá funguje pod WHO (Kašák, 2005). V Českej republike existuje Česká iniciatíva pro astma – ČIPA, Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem a Sdružení pro alergické a astmatické děti. Ide o organizácie, ktorých hlavnou úlohou je šírenie informácií medzi pacientmi (Janíčková, 2003).

Medzi pacientmi, ktorí sú ohrození viac ako ostatní, uvádza Janíčková (2003) okrem iného aj pacientov s psychickými problémami. Podľa Kašáka (2005) astmu môžu sprevádzať psychické komplikácie ako je emočná dysbalancia, úzkosť či depresie alebo napríklad aj sexuálne problémy. Dochádza k nim v prípade, že astma nie je dostatočne pod kontrolou. V tomto ohľade zohráva významnú úlohu reziliencia daného pacienta, prístup k ochoreniu a rodinné prostredie (Vinson, 2002). Ak by sme sa zamerali na deti, problémom je horšie zaradenie sa do kolektívu, čo môže spôsobiť izoláciu a väčšiu závislosť na rodičoch. Všeobecne by sme mohli povedať, že majú títo pacienti zhoršenú kvalitu života (Kašák, 2005). Podľa niektorých údajov je astma jednou z najčastejších príčin absencie v škole a v práci (Hruškovič, 2004). Čo sa týka psychiatrických ochorení, Kašák (2005) hovorí, že môžu byť zhoršené či dokonca vyvolané systémovými kortikosteroidmi, ktoré môžu vyvolať depresiu, a preto je liečba astmy u psychiatrických

pacientov problémová. V prípade, že by sa ale astma neliečila, vedie to taktiež k zhoršeniu psychického stavu, ako sme už spomínali.

#### **1.1.4 Možné vedľajšie účinky liekov**

Medzi vedľajšie účinky dlhodobej terapie radí Susa (2003) atrofické zmeny na koži a osteoporózu, ktoré môžu byť následkom užívania kortikosteroidov, tie sú však podávané až v najzávažnejšom štádiu ochorenia.

Ak by sme sa zamerali na vedľajšie účinky súvisiace s psychikou, po preskúmaní príbalových letákov zistíme, že mnohé lieky, ktoré užívajú deti s astmou, majú uvedené medzi vedľajšími účinkami napríklad aj depresiu, úzkosť či suicidálne tendencie. Ako príklad môžeme uviesť lieky s účinnou látkou levocetirizin a cetirizin, či inhalačné lieky Ecobec, Seretide, Fullhale a Flixotide. V prípade uvedených liekov sú depresia a úzkosť radené k zriedkavým vedľajším účinkom, teda postihujú menej ako 1 človeka z 1000, prípadne sú uvedené ako vedľajšie účinky bez známej početnosti (ADC, nedat.).

Často predpisovaný liek je Montelukast, či iný liek s touto účinnou látkou (Moncasta, Singulair, Astmasan atď.). Patrí do skupiny antileukotrienov, o ktorých Susa (2003) písal ako o relatívne nových liekoch, ktoré obohatili skupinu antiastmatík. Nepopisuje žiadne závažné vedľajšie účinky. Iba zriedkavo bolesť hlavy či tráviace ťažkosti. Zaujímavé je, že Ayres (2001) hovorí v súvislosti s leukotrienmi o nespočetných vedľajších účinkoch. Keď sa v súčasnosti pozrieme na príbalový leták (ADC, nedat.), zistíme, že depresia a úzkosť sú menej časté vedľajšie účinky, teda postihujú 1 až 10 ľudí z 1000 a samovražedné myšlienky patria k veľmi zriedkavým (menej ako 1 z 10 000 užívateľov). K tomu, aby sme vedeli posúdiť, nakoľko závažný tento problém je, by sme však potrebovali vedieť, koľko užívateľov Montelukastu vlastne v populácii existuje. V Českej republike je možné tento liek predpisovať už deťom od troch rokov, vo svete od rokov dvoch. Predpisuje sa pacientom s ľahkou alebo stredne ťažkou formou astmy (Petrů, 2007).

Vedľajším účinkom rôznych liekov sa vo svojej knihe venuje Stolzeová (2016), ktorá uvádza medzi liekmi, ktoré môžu vyvolávať samovražedné myšlienky aj účinnú látku Montelukast (Singulair) a medzi liekmi, ktoré môžu spustiť prejavy demencie radí účinnú látku Desloratadin (Aerius) a Cetirizin (Zyrtec), čo sú taktiež lieky určené na liečbu astmy.

## 1.2 Psychosomatika

„Slovo „psychosomatika“ je zložené z dvoch gréckych slov – *psyché* (duša) a *soma* (telo) – a označuje súhrn telesných a duševných procesov“ (Morschitzsky & Sator, 2007, s. 12).

Podľa Morschitzkeho a Satora (2007) môžeme pojem psychosomatika chápať dvojakým spôsobom. V prvom prípade ide o interdisciplinárny koncept, ktorý berie do úvahy rovnako telesné aj duševné faktory. V druhom prípade vnímajú psychosomatiku ako samostatnú disciplínu, ktorej základom je pohľad na určité ochorenia ako psychosomatické, a je teda potrebné brať do úvahy vzájomné pôsobenie telesnej a duševnej stránky. Dôležité je však poznamenať, že nejde o príčinu a následok, ale hovoríme o vzájomnom pôsobení psychických procesov na fyzické a naopak.

To, ako sa staviame k určitým situáciám, ako na nich reagujeme, vplýva aj na naše telo. Ak potláčame určité emócie alebo sa dokonca v detstve nenaučíme tieto pocity prežívať, začne sa to odrážať na našom tele a fyzickom prežívaní. Môže nastať situácia, kedy už telo nevydrží námahu a záťaž problémov, a ochorie. Jedná sa o rozdelenie telesnej a duševnej stránky, pričom pacient pociťuje fyzické ťažkosti a nepripustí si, že by jeho problémy mohli prameniť z psychiky (Poněšický, 2014).

Psychosomatické ochorenie je také, kedy sa na fyzickom stave podieľajú psychické faktory, pričom podiel psychických a fyzických faktorov závisí na konkrétnom ochorení (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000). Vždy však ide o to, ako človek svoje problémy vníma. To, že má psychosomatické ochorenie, ešte neznamená, že jeho problémy sú nezvládnuteľné či neriešiteľné. On sám ich ale za také môže považovať (Poněšický, 2014).

„*Psychosomaticky liečiť znamená, s náhľadom na celistvosť liečenej bytosti, rehabilitovať a revitalizovať jej mentálne vzorce vzťahovania sa k sebe a k svetu vo vzájomnej súhre, podpore a rešpektovaní ozdravných procesov somato-bunkových funkcií organizmu*“ (Klímová & Fialová, 2015, s. 24).

Začiatky modernej psychosomatiky môžeme hľadať v diele S. Freuda a jeho žiakov, avšak konkrétna psychoanalytická koncepcia psychosomatických porúch pochádza od Franza Alexandra. Vo svojej práci hovorí o siedmich psychosomatických ochoreniach, pričom medzi nich radí aj asthmu bronchiale. Jeho teória špecifčnosti hovorí o nevedomom psychickom konflikte, ktorého následkom sú práve psychosomatické

ochorenia. Aj napriek tomu, že je táto teória v súčasnosti už prekonaná, mala veľký vplyv na vyčlenenie psychosomatiky ako samostatnej disciplíny (Morschitzsky & Sator, 2007).

Psychosomatická starostlivosť bola do lekárskej starostlivosti zahrnutá v Nemecku už v roku 1984, česká medicína však v tomto ohľade výrazne zaostáva, a to hlavne pri napĺňaní bio-psycho-sociálneho modelu ochorenia (Tress, Kruse, & Ott, 2008). V nemeckých ordináciách zazmluvnených poisťovňami je 30 až 40 % pacientov, ktorí majú psychogénne či sekundárne psychosomatické symptómy. Avšak len polovica z nich bola pri vyšetrení označená za pacientov s psychosomatickými problémami (Kruse a kol., 1998).

Psychogénne ochorenie definujeme ako (Tress et al., 2008, s. 26) *„odchýlky od normy v rámci vnútorného a vonkajšieho správania a/alebo telesných funkcií a štruktúr, ktoré etiologicky vyrastajú z minulých a aktuálnych psychosociálnych životných okolností určitej osoby a sú sprostredkované psychickými procesmi a ich telesnými korelátmi (medzmozgom a hippocampom).*

*Ide o odchýlky od normy v dimenziách*

- *telesného stavu a prežívania*
- *duševného stavu a prežívania (obzvlášť depresívne nálady, úzkosti a nutkavé stavy)*
- *medziľudského správania.*”

Psychosomatickú starostlivosť zaraďujeme k holistickým, teda celostným prístupom v psychosomatickej medicíne, pričom takáto starostlivosť zahŕňa duševnú liečbu ochorenia a snaží sa ako o odstránenie symptómov, tak aj napr. o zmenu spôsobu života pacienta (Tress et al., 2008). *„Psychosomatická medicína nahliada na pacienta z hľadiska jeho kontaktov k svojmu okoliu, obzvlášť v jeho vzťahu k blíznym. Psychosomatická medicína je medicínou interpersonálnou“* (Tress et al., 2008, s. 43).

Orel a kol. (2016, s. 53) uprednostňujú práve pojem celostný alebo komplexný, keďže psychosomatika hovorí len o psychickej a telesnej stránke, avšak do tohto prístupu zahrňame aj ďalšie, ideálne by sme ho teda mali nazývať *„bio-psycho-sociálne-spirituálne-časopriestorový prístup.“*

Podľa Poněšického (2014) spadajú na psychosomatické problémy určité predsudky, niektorí lekári dokonca označujú takýchto pacientov za simulantov, pričom chorý jedinec sa za svoje psychosomatické príznaky môže hanbiť, keďže ich nedokáže vysvetliť svojmu okoliu.



Psychoterapeutický prístup považuje pri psychosomatických ochoreniach za najdôležitejšie úrovne orgánovú, organismickú, osobnostnú a sociálnu (Langmeier et al., 2000). Už dlhšiu dobu sa psychoterapeuti snažia zistiť, či existuje určitá súvislosť medzi psychosomatickými ochoreniami a osobnostnou štruktúrou jedinca, či konkrétnou záťažovou situáciou. Na základe minulých štúdií môžeme povedať, že najvýznamnejšou je jedincova osobná história. Až na druhom mieste môžeme hovoriť o všeobecných zákonitostiach. Stretávame sa s názormi, že konkrétne orgány reagujú na určité konflikty, napríklad koža a dýchací systém súvisia so schopnosťou sa vyhraniť a snahou vybalancovať blízkosť a dištanciu voči okoliu (Poněšický, 2014).

Poněšický (2014) uvádza bronchiálnu astmu ako jedno z psychosomatických ochorení, pri ktorom majú okrem vrodenej predispozície k alergiám veľký význam práve psychické príčiny. Ako ďalšie vymenováva problémy so srdcom, žalúdkom, vredy v hrubom čreve, vysoký krvný tlak či napríklad aj kožné ochorenia. Pri týchto ochoreniach zohráva nemalú úlohu rodina a prostredie, z ktorého jedinec pochádza. Rovnako podstatné sú predchádzajúce skúsenosti s rôznymi chorobami a reakciami rodiny či okolia.

*Astma nie je psychická porucha s organickou symptomatikou. V zmysle biopsychosociálneho poňatia choroby je astma chronické telesné ochorenie so zápalom a zúžením dýchacích ciest ako následkom zápalu. Psychické faktory (úzkosť, zlosť, stres) môžu však astmu vyvolať alebo posilniť a psychosociálne faktory ju dokážu udržiavať“* (Morschitzsky & Sator, 2007, s. 56).

Aj u psychosomatických ochorení môžeme pozorovať primárny a sekundárny zisk z choroby. V prípade primárneho zisku za nás telo rieši psychické problémy, pričom sekundárny zisk znamená, že sa o nás okolie viac zaujíma, sme práceneschopní a máme čas na oddych, čas sami na seba (Poněšický, 2014).

### **1.3 Asthma bronchiale z psychologického hľadiska**

V minulosti boli na vznik astmy rôzne názory, medzi ktoré môžeme zaradiť napr. aj hypotézu Alexandra, ktorý hovoril o astmatikoch ako o ľuďoch trpiacich konfliktom ambivalencie. Základným problémom je to, že sa astmatik neodpútal od matky a teraz túži po starostlivosti, ale zároveň sa záchvatmi snaží od matky či inej blízkej osoby odpútať. Dnes už vieme, že prehnaná starostlivosť rodičov je u astmatikov následkom choroby a nie spúšťačom (Morschitzsky & Sator, 2007). Astma bronchiale sa u detí prejaví v 40 %

prípadoch do 5 rokov a u zvyšných 60 % do 15. roku. U týchto detí sa prejavuje nadmerná potreba starostlivosti a nápadne zvýšená závislosť na vzťahovej osobe, teda obvykle na matke (Florinová, 1980 in Langmeier et al., 2000).

S liečbou bronchiálnej astmy boli kedysi spájané hlavne mená Thomayer a Maixner. Hoci ich odporúčania (napr. konzumácia kávy) sú dávno prekonané, je dôležité spomenúť, že astmatikom pomáhali. Susa (2003) sa zamýšľa nad tým, ako je možné, že formy liečby, ktoré by sme dnes mohli nazvať až iracionálne, fungovali. V súvislosti s liečbou astmy by sa nemalo zabúdať na placebo efekt, ktorý poukazuje na spolupôsobenie psychiky. Zároveň je však faktom, že o tomto sa v dnešných učebniciach píše buď málo, alebo vôbec. Susa (2003, s. 92) taktiež popisuje zaujímavé zistenie: „*Sám som sledoval skupinu astmatikov, ktorí súčasne s mojou liečbou absolvovali intenzívnu psychoterapiu spojenú s autogénnym tréningom. Astmatici v skupine s psychoterapiou potrebovali menej liekov, boli menej dní práceneschopní, nemuseli byť tak často hospitalizovaní.*“

Môžeme povedať, že pri liečbe astmy zohrávajú dôležitú úlohu klinickí psychológovia a psychoterapeuti, pretože môžu pacientov naučiť dychové a relaxačné cvičenia a taktiež im ponúknuť psychoterapiu, ktorá môže mať významný účinok najmä u panických, depresívnych či úzkostných klientoch. Mnohí taktiež ocenia podpornú terapiu, či vzdelávanie o svojom ochorení, pričom psychológ má možnosť motivovať pacienta k spolupráci s lekármi a dodržiavaniu liečebných postupov (Morschitzsky & Sator, 2007).

Astmu bronchiale uvádzajú Morschitzsky & Sator (2007) ako typický príklad psychosomatickej poruchy v užšom zmysle, čo znamená, že síce ide o organickú poruchu, no na jej vzniku či zhoršovaní sa veľkou mierou podieľajú psychické alebo sociálne aspekty. Pri takýchto ochoreniach je dôležité, aby pacient poznal ako organickú, tak aj psychosociálnu stránku ochorenia, a aby aktívne snažil o zmenu, ktorá by priniesla zlepšenie. Rovnako aj Tress et al. (2008) uvádzajú astmu ako klasické psychosomatické ochorenie v užšom zmysle.

V prvom rade je pre týchto pacientov najdôležitejšie správne dávkovanie liekov, zaškolenie ohľadom ich choroby, a ak má lekár podozrenie na psychogénne spúšťače, je potrebné pacienta informovať o možnostiach psychoterapie (Tress et al., 2008). Morschitzsky a Sator (2007) spomínajú psychogénnu astmu, ktorá bola kedysi považovaná

za tretí druh astmy, zapríčinený psychickými faktormi. V súčasnosti však vylučujú, že by astma mohla byť vyvolaná len psychickými a psychosociálnymi faktormi.

Podstatné sú však psychologické faktory, ktoré sa podieľajú na udržiavaní astmy, či na zhoršení astmatických prejavov. Najvýznamnejšia je úzkosť, ktorá má na pacienta a priebeh choroby negatívny vplyv, určitou nezanedbateľnou mierou však prispieva aj pacientovo okolie, keďže v ostatných vyvoláva starosť a záujem, a zároveň môže byť zvyhodňovaný a na jeho ochorenie sa berie ohľad v rôznych situáciách (Poněšický, 2014).

Susa (2003) hovorí o tom, že astmatici by sa nemali svojej choroby báť. Svojím strachom si totiž môžu problémy privodiť. Zaujímavé je, že mnohí pacienti nemajú príznaky, kým sú si istí, že pri sebe majú svoje lieky alebo inhalátor, pričom záchvat im môže spôsobiť zistenie, že si lieky zabudli zobrať so sebou.

Ak sa podľa určitých teórií zamyslíme nad dýchacím systémom, tak ako môžeme zažívať pocit slobody pri hlbokom dýchaní na čerstvom vzduchu, a naopak nepríjemné pocity pri kašli či v zafajčenej miestnosti, tak aj problémy s dýchacím systémom môžu súvisieť s pocitmi slobody či neslobody, hlavne v súvislosti s medziľudskými vzťahmi (Poněšický, 2014).

Psychoanalytici skúmali tzv. psychické spúšťacie faktory, ktoré astmu nie vyvolávajú, ale udržujú a vedú k psychosociálnym následkom tohto ochorenia. Negatívne emócie ako úzkosť a zlosť spôsobujú ťažkosti s dýchaním, čo bolo podľa Morschitzskeho a Satora (2007) potvrdené aj experimentálne. Taktiež je podľa psychoanalytikov príčinou konflikt, ktorého počiatky nájdeme v detstve, kedy dieťa krikom vyjadruje strach z odlúčenia od matky a zároveň aj strach z hyperprotektívnej matky, kvôli ktorej sa nemôže osamostatniť. Na druhú stranu jedinec požaduje blízkosť, no zároveň sa snaží o vymámenie sa z lásky, ktorá ho „dusí“ (Poněšický, 2014).

*„Prieskum medzi deťmi a mladistvými preukázal nasledujúce psychické a psychosociálne faktory, ktoré prehľbujú ochorenie a môžu zvyšovať úmrtnosť:*

- *Zlé zvládanie choroby.*
- *Nedostatočná podpora v rodine, rodinné konflikty.*
- *Psychický špecifický obraz astmatického dieťaťa. Úzkosti, sociálna neistota, pasivita, vyhýbavé správanie, depresia a beznádej sú prognosticky nepriaznivé faktory“ (Morschitzsky & Sator, 2007, s. 56).*

Hoci podľa Tressa et al. (2008) neexistuje osobnosť astmatika, až v polovici prípadov môžeme zistiť konflikty, ktoré súvisia s autonómiou jedinca. Rozlišujú otvorene závislých pacientov, ktorí zažívajú pri záchvatoch prílišnú úzkosť a pseudonezávislých pacientov, ktorí vytesňujú potrebu závislosti a prejavujú sa sklonom k popieraniam svojich problémov voči osobám, s ktorými sú v určitom vzťahu. Pramení to z detstva, kedy boli títo ľudia odmietaní a nedostávalo sa im takej starostlivosti, ako by si priali. V dôsledku toho sa im nerozvinula zrelá autonómia, a teda sa ako pacienti správajú otvorene závislo alebo pseudozávislo. Keď sa na túto problematiku pozrieme z opačnej strany, Křivohlavý (2002) uvádza, že u chronicky chorých ľudí boli pozorované zmeny v správaní a prežívaní, keďže takéto ochorenie pôsobí na človeka ako stresor. Ak ide o deti, môže to výrazne ovplyvniť ich identitu. Bola u nich taktiež zaznamenaná vyššia miera stresu a depresivity, u niektorých aj zvýšená agresivita.

### **1.3.1 Astmatický záchvat a jeho možné psychogénne spúšťáče**

Hoci bola astma v minulosti považovaná za neurotický stav, dnes vieme, že silné emócie sú len spúšťáčom, a nie príčinou ochorenia. Stav ako vzrušenie, smútok alebo stres môžu spustiť astmatický záchvat, preto by si pacienti mali dávať pozor na rôzne stresové situácie, ako sú napríklad pohreby alebo aj rôzne významné oslavy (Ayres, 2001).

Astmatický záchvat môžu vyvolať alergény, infekcie a iné fyzikálne podnety, avšak podieľajú sa na tom aj predstavy, fantázie a negatívne emócie. Medzi spúšťacie faktory astmatického záchvatu môžeme zaradiť pocity zúfalstva, beznádeje, bezmocnosti a hnevu. K zhoršeniu môže prispievať aj odlúčenie od blízkych osôb (Tress et al., 2008). Ďalším faktorom, ktorý môže vyvolať astmatický záchvat, či zhoršiť ochorenie, sú napríklad stres, rodinné alebo pracovné problémy (Morschitzsky & Sator, 2007). V prípade detských pacientov, ktorí sa liečia na astmu nevyvolanú alergénom, až 50 % z nich môže dostať astmatický záchvat v dôsledku silného negatívneho zážitku (Florinová, 1980 in Langmeier et al., 2000).

Teřl a Rybníček (2008) uvádzajú, že astmatický záchvat môže byť vyvolaný stresovou alebo hysterickou hyperventiláciou, ktoré môžu byť zásadným mechanizmom psychogénnej astmy. Aj napriek tomu však podľa nich astma nepatrí medzi klasické psychosomatické ochorenia. Zároveň je však dokázané, že náhle a silné emócie môžu astmu akútne zhoršovať. Môže to byť napríklad plač, strach, úzkosť, panický záchvat alebo aj smiech. Ako zdroj týchto emócií uvádzajú napríklad možnú depresiu či psychosociálny

stres. Tieto faktory síce stav zhoršujú, avšak nemôžu vyvolať samotný zápal bronchiálnych stien. Astmatický záchvat je sprevádzaný emocionálnymi symptómami, ako je úzkosť, bezmocnosť, príp. aj agresivita a podráždenosť (Tress et al., 2008).

Jednotlivé psychologické smery majú na túto problematiku rôzne názory. Z psychodynamického hľadiska je takýto záchvat prejavom hnevu, ktorý je vyvolaný strachom o stratu blízkej osoby. Hnevom by dieťa mohlo túto osobu od seba odohnať, záchvatom si naopak zaistiť starostlivosť (Langmeier et al., 2000). Pozitívna psychoterapia vysvetľuje záchvaty ako snahu na seba upozorniť, vyjadriť agresívne tendencie, ktoré sú potlačené v dôsledku výchovy zameranej na výkon a sebaovládanie. Snaží sa poukázať na to, že je na neho vyvíjaný nátlak, ktorý nedokáže zvládnuť a je preťažené (Peseschkian, 1999).

## 2 VYBRANÉ OSOBNOSTNÉ CHARAKTERISTIKY, ÚZKOSŤ A DEPRESIA

Táto kapitola zahŕňa tri oblasti, ktoré súvisia s pohľadom na astmu ako na psychosomatické ochorenie. Zároveň budeme tieto oblasti skúmať aj vo výskumnej časti tejto práce. Vysvetlíme si pojem osobnosť a jednotlivé osobnostné charakteristiky. Ďalej sa budeme venovať úzkosti, čo ju spôsobuje, a ako je to s úzkosťou v detskom veku. V neposlednom rade definujeme depresiu, jej príznaky či výskyt a opäť sa zameriame aj na výskyt u detí.

### 2.1. Osobnostné charakteristiky

Existuje mnoho definícií pojmu osobnosť, čo však majú podľa Cakirpaloglu (2012, s. 16) spoločné, je poukázanie na to, že „*osobnosť predstavuje súhrn, súvislosť či prepojenie charakteru, temperamentu, schopností a tiež konštitučných vlastností človeka*“.

Pre lepší prehľad si predstavme niekoľko základných klasických definícií. Eysenck (1947, s. 25 in Cakirpaloglu, 2012, s. 17) považuje osobnosť za „*súhrn skutočných a potenciálnych vzorcov správania organizmu, ktoré determinujú dedičnosť a prostredie*.“ Podľa Cattella (1967 in Cakirpaloglu, 2012) osobnosť hovorí o tom, ako sa človek bude správať v konkrétnych situáciách, a nakoniec Allportova definícia (1961, s. 28 in Cakirpaloglu, 2012, s. 17) ktorá hovorí, že „*osobnosť predstavuje dynamickú organizáciu tých psychofyzických systémov v jedincovi, ktoré určujú jeho charakteristické myslenie a aktivitu*.“

Ak sa na utváranie osobnosti človeka dívame z pohľadu interakcionizmu, povedali by sme, že ide o interakciu viacerých premenných, kam môžeme zaradiť predispozície, vlastnosti, okolité prejavy a pod. Medzi najpodstatnejšie faktory patrí interakcia s inými ľuďmi. Sociologizujúce poňatie hovorí o formovaní ľudskej psychiky vďaka sociálnym a kultúrnym skúsenostiam. Inak sa na túto problematiku díva hlbinná psychológia, teda

psychoanalýza, individuálna psychológia či analytická psychológia C. G. Junga. V prípade humanistickej psychológie je dôraz kladený na prežívanie a sebapoňatie. Môžeme teda vidieť, že rôzne psychologické smery vnímajú formovanie osobnosti človeka odlišne (Šimíčková-Čížková, 2012).

Diagnostické metódy, vďaka ktorým poznávame osobnosť človeka, rozdeľujeme na subjektívne (napríklad introspekcia a dotazník) a objektívne (napr. pozorovanie) a nakoniec projektívne metódy. Medzi všeobecne použiteľné metódy skúmania, ktoré nie sú špecifické, a nie je k nim potrebné špeciálne zaškolenie, patrí pozorovanie, hodnotenie, rozhovor a didaktické testy (Kohoutek, 2001). Podľa Šimíčkovvej-Čížkovvej (2012) k metódam poznávania duševného života človeka radíme popri pozorovaní, rozhovore či experimente aj dotazník. Osobnostný dotazník zisťuje viac vlastností naraz, najčastejšie sa využívajú otázky s možnou odpoveďou áno – nie.

Vzhľadom k zameraniu tejto bakalárskej práce a jej výskumnej časti, si ďalej priblížime Eysenckovu teóriu osobnosti, ktorá je založená na dvoch základných osobnostných rysoch (Michalčáková, 2007). Eysenck vydelil dva základné temperamentové faktory, všeobecnú emocionalitu a faktor extroverzia – introverzia. Pre základný popis vlastností osobnosti použil dva pojmy, extroverzia a neuroticizmus. Pôvod hľadá až z 80 % v dedičnosti, konkrétne v spôsobe fungovania nervového systému (Šimíčková-Čížková, 2012). Hoci Eysenck nepatrí k zástancam päťfaktorového modelu osobnosti, spája ho s ním rysový prístup, využívanie faktorovej analýzy a podobný obsah dimenzií osobnosti, hoci prívetivosť a svedomitosť spojil do rysu psychoticizmus, ktorý k pôvodným dvom pridal neskôr (Eysenck, 1992 in Hřebíčková, 2011).

Pojmy extroverzia a introverzia zaviedol Jung a hovoria o tom, či našu energiu orientujeme von alebo dovnútra. Extrovertov priťahuje vonkajší svet a všimajú si okolité dianie. Introverti sa zameriavajú na predstavy a myšlienky, tie im pomáhajú vysvetliť vonkajší svet. Čo sa týka energie, extroverti ju z vonkajšieho sveta získavajú, zatiaľ čo introvertov čas strávený vo vonkajšom svete unavuje a energiu dočerpávajú vo svete vnútornom (Miková & Stang, 2010).

Extrovert je zameraný navonok, má rád spoločnosť, je otvorený a aktívny, nebojí sa zmeny a je neustále v pohybe. Medzi negatívne vlastnosti extroverta radíme agresivitu, netrpezlivosť a náladovosť (Šimíčková-Čížková, 2012). Extrovertné deti sú aktívne,

komunikatívne, nemajú problémy s nadväzovaním kontaktov a k hrám potrebujú ďalšie osoby. Čas strávený osamote ich vyčerpáva (Miková & Stang, 2010).

Naopak, introvert sa zameriava na svoje vnútro a prežívanie. Môže byť nedôverčivý, uzavretý pred svetom. Ale jeho vnútorný život a prežívanie citov je hlboké. Veľa premýšľa a život berie vážne (Šimíčková-Čížková, 2012). Introvertné deti vopred zvažujú všetko, čo chcú povedať a k okoliu sú skôr odmerané. Každú činnosť starostlivo vyberajú a neradi sú stredobodom pozornosti (Miková & Stang, 2010).

Neuroticizmus je ovplyvnený labilitou alebo stabilitou prežívania. Vlastnosti sú prevzaté z príznakov duševnej poruchy neurózy. Miera neuroticizmu je ovplyvnená individuálnymi vlastnosťami nervovej sústavy. Prehnaná reakcia autonómneho nervového systému spôsobuje intenzívnejšie telesné aj psychické reakcie na životné udalosti. Vysoká miera neuroticizmu sa prejavuje nepokojom, úzkosťou, nedostatkom sebadôvery, podráždenosťou a pocitmi menejcennosti (Šimíčková-Čížková, 2012). Neuroticizmus však nemôžeme chápať ako psychiatrickú diagnózu, zisťuje rozdiely v emocionálnej stabilite a labilitate. K nestabilite pôvodne Eysenck radil aj agresivitu a hostilitu, ktoré neskôr pridal k dimenzii psychoticizmu. Neuroticizmus vymedzil týmito prívlastkami: „*depresívny, nervózny, úzkostný, s pocitmi menejcennosti, nízkou sebaúctou, prežívajúci napätie, náladový*“ (Hřebíčková, 2011, s. 99).

Extroverzia a emočná stabilita sú štatisticky nezávislé dimenzie, vďaka čomu je možné z nich vytvoriť dve na seba kolmé súradnice. Vzniknú tak 4 kvadranty, ktoré reprezentujú známe temperamentové typy, a to sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik (Řičan, 2007). Jednotlivými temperamentovými typmi sa však v tejto práci nebudeme bližšie zaoberať.

Rovnako nezávislá je aj tretia zložka osobnosti, teda psychoticizmus. Túto dimenziu chápe Eysenck ako náchylnosť k psychóze, a keďže ju vyjadruje unipolárne, poukazuje na neprítomnosť poruchových vlastností na jednej strane a ich prítomnosť na strane druhej (Blatný a kol., 2010). Psychoticizmus nazývame aj tvrdosť a jeho vysoké skóre sa môže prejavovať ako: „*lahostajnosť k ľuďom, neprispôsobivosť, agresivita, výstrednosť, krutosť, vyhľadávanie vzrušenia*“ (Michalčáková, 2007, s. 54).



## 2.2. Úzkosť

Aj keď si mnohí z nás úzkosť nepripúšťajú, poznáme ju všetci. Niektorí sa za ňu hanbia, iní tento pocit nedokážu správne pomenovať. Nahrádzame ho slovami stres, nervozita či napätie (Kast, 2012).

Slovo úzkosť má indogermánsky koreň a znamená stiesnenosť, zúženie, záťaž. Subjektívne pri úzkosti pociťujeme tieseň v hrdle a na hrudi. Úzkosť vyvoláva plytké a zrýchlené dýchanie, ktoré si však často uvedomíme, až keď nepríjemný stav pomíne (Kast, 2012). Úzkosť sa prejavuje aj formou telesných príznakov, ktoré sú spôsobené zmenami v krvnom obehú a produkcii hormónov. Prekrvuje sa srdce a svalstvo končatín, pričom žalúdok, koža či niektoré časti mozgu sú následne prekrvené menej. Telo sa pripravuje na reakciu v dôsledku nebezpečenstva, a to aj napriek tomu, že nám žiadne reálne fyzické nebezpečenstvo pravdepodobne nehrozí. Keďže na dnešné nebezpečenstvo nereagujeme tak, ako je naše telo evolučne nastavené, pociťujeme nervozitu a nepokoj, ktoré sú príznakmi úzkosti (Cohen, 2015). V prípade, že sa úzkosť stupňuje, hrozí panický záchvat. Jedinec má v tej chvíli pocit, že mu ide o život a môže zomrieť. Desivé predstavy o budúcnosti nedokáže sám zastaviť a potrebuje pomoc. Ak niekto zažije panickú úzkosť po prvýkrát, ľahko sa môže stať, že si neuvedomí, čo sa s ním v skutočnosti deje, a obáva sa napríklad infarktu. Dôvodom sú práve somatické príznaky, ktoré panický záchvat sprevádzajú. Ide o búšenie srdca, hyperventiláciu, potenie a závrate. V mnohých prípadoch si jedinici zavolajú rýchlu záchrannú službu (Kast, 2012).

Strach radíme medzi afekty a vzniká pri „*nečakanom narušení vzťahu medzi človekom a jeho prostredím*“ (Ulč a kol., 1999, s. 59). Organizmus na tento stav reaguje poplachovou reakciou. Strach z konkrétnych vecí, ako je napr. oheň, získavame počas života na základe osobnej skúsenosti. Ak je však strach neurčitý, nevidíme objektívne ohrozenie a nejde o strach z konkrétnej veci, ide o úzkosť. Obvykle sú podnetom situácie a javy, ktoré by teoreticky mohli nastať. Rozdiel je aj v intenzite a trvaní. Kým strach je intenzívnejší, úzkosť môže trvať dlho, prípadne sa môže stať chronickou záležitosťou. Ak sa zamyslíme nad tým, čo úzkosť spôsobuje, môže to byť dlhodobé nenaplnenie niektorej základnej potreby, neistota z budúcnosti, kedy nevieme, čo nás presne čaká alebo aj opakované prežívanie nebezpečenstva (Šimíčková-Čížková, 2012). Úzkosť však, žiaľ, patrí k tým poruchám, ktoré sú aj napriek svojej závažnosti neustále podceňované (Ulč a kol., 1999).

Strach je reakciou na poznané nebezpečenstvo. S úzkosťou sa spája pocit bezmocnosti, príp. až panika, čo je zapríčinené nejasným pôvodom úzkosti, kedy nevieme presne povedať, z čoho máme strach. Môžeme vidieť, že pojmy strach a úzkosť nie je ľahké presne vymedziť, v mnohých ohľadoch sa prekrývajú. Úzkosť je prežívaná nepríjemnejšie ako strach, a to preto, že v prípade strachu vieme definovať, čoho sa bojíme, zatiaľ čo v prípade úzkosti sú obavy z nejakej potenciálnej udalosti horšie než udalosť samotná. Strach sa môže zmeniť na úzkosť a naopak. Oba tieto emocionálne stavy sa prejavujú nielen v psychike, ale aj po fyzickej stránke, a sú podmienené biologicky a životnými skúsenosťami (Vymětal, 2004).

Úzkosť a strach sú adaptívne emócie. Hoci môžeme úzkosť považovať za bežnú reakciu organizmu na nebezpečenstvo, v prípade, že je neprimeraná či trvá príliš dlho, spôsobuje problémy. Mierna úzkosť nás vyburcuje k lepšiemu výkonu, tá silná spôsobí, že nie sme schopní zvládnuť ani jednoduché činnosti (Praško, Vyskočilová, & Prašková, 2008). Nesmieme zabúdať, že stres a s ním spojená úzkosť je vnímaná veľmi individuálne. To, čo je pre niekoho motivujúce, môže na iného pôsobiť negatívne (Plummer, 2013). Kým strach obvykle vnímame ako bežnú reakciu, úzkosť sa často radí k patologickým javom. Hranica je ale veľmi nejasná a relatívna, keďže ide o vysoko subjektívne prežívanie (Ulč a kol., 1999).

Úzkosť prichádza, keď sa necítíme bezpečne. Nemusí však ísť o viditeľné nebezpečenstvo, ktoré rozpozna aj naše okolie. Nebezpečenstvo často pochádza z nášho vnútra. Bojíme sa o niečo, čo je pre nás veľmi dôležité. Aj keď sa okoliu môžu zdať naše obavy neopodstatnené, dôležité je naše prežívanie. Hoci je úzkosť obvykle spôsobená aktuálnou situáciou, u niektorých ľudí sa jedná o takmer nepretržitý stav. Na takomto človeku môžeme pozorovať zmenené správanie, ale aj dýchanie či postoj tela. Môže sa už jednať o generalizovanú úzkosť, pri ktorej sa človek nedokáže uvoľniť a je neustále v napätí. Hoci považujeme generalizovanú úzkosť za poruchu, v niektorých obdobiach života ju môžeme zažiť všetci. Napríklad v čase životných kríz, či v priebehu dôležitého rozhodovania. V tomto prípade však stav nie je trvalý (Kast, 2012). Podiel na vzniku generalizovanej úzkostnej poruchy majú viaceré faktory, ako napr. vrodená zraniteľnosť, výchova, osobnosť daného jedinca, konflikty, bežné stresory a závažné životné udalosti. Prejavuje sa obavami, strachom z budúcnosti, katastrofickými myšlienkami, nervozitou a vyčerpanosťou, bolesťami svalov, problémami so spánkom, sústredením a pod.

Typickým príznakom je „*nadmerné a takmer neustále zaoberanie sa obavami, starosťami a stresujúcimi myšlienkami*“ (Praško et al., 2008, s. 19).

Kast (2012) rozlišuje základnú úzkosť a aktuálne úzkostné prežívanie. Jedinci s vysokou základnou úzkosťou vnímajú podnety pre aktuálne úzkostné prežívanie oveľa nebezpečnejšie ako tí, ktorí majú nízku úroveň základnej úzkosti. Základnú úzkosť môžeme považovať za určitú vlastnosť, ktorá ovplyvňuje to, ako vnímame úzkostné situácie.

### 2.2.1 Úzkosť a strach u detí

Podľa Vymětala (2004) sa v prvých mesiacoch života nedá hovoriť o strachu či úzkosti, reakcie dieťaťa totiž nie sú ešte dostatočne diferencované. Čo však neznamená, že by dieťa nevnímalo stresové situácie, či neprežívalo neprijemné pocity. Práve naopak, takéto faktory môžu významne ovplyvniť ďalší vývin dieťaťa. Do troch rokov pociťuje dieťa reálny strach z konkrétnych, napríklad neznámych vecí. Až po treťom roku sa dieťa začne báť neurčitých vecí, ktoré pochádzajú z jeho fantázie či pocitov viny. Vtedy môžeme začať uvažovať o úzkosti. S týmto súhlasí aj Šimíčková-Čížková (2012), ktorá hovorí, že prejavy úzkosti pozorujeme u detí už medzi tretím a piatym rokom života. Je však dôležité spomenúť tzv. separačnú úzkosť, ktorá sa podľa Matějčka (2005) objavuje po prvýkrát už v siedmich mesiacoch života. Ide o úzkosť z opustenia, ktorú dieťa prežíva voči najbližšej osobe, obvykle matke.

Podľa Roggeho (1999) strach u detí nesúvisí len so stupňom citového či rozumového vývinu, no veľký vplyv má výchovný štýl rodičov. Ako môže negatívne vplyvať odmietanie dieťaťa, tak aj výchova, ktorá nedovolí dieťaťu samostatne sa prejavovať a ktorá ním príliš manipuluje. Ako strach, tak aj úzkosť môže súvisieť s výchovou. V takom prípade sa úzkosť stáva vlastnosťou a ďalej pretrváva. Spôsobujú to prehnané nároky rodičov, ktoré dieťa nie je schopné splniť, a následne pociťuje neistotu a nedostatok lásky a prijatia, alebo nadmerná starostlivosť, ktorá dieťa obmedzuje a zapríčiňuje nízke sebavedomie. Rovnaký problém vzniká aj u rodičov, ktorí neposkytnú svojmu dieťaťu žiadnu oporu a u ktorých dieťa necíti bezpečie a istotu. Bezpečie a istota sú taktiež základnou podmienkou k tomu, aby sme mohli s deťmi pracovať na zmiernení strachu či úzkosti (Vymětal, 2004).

Aby sa deti naučili zvládať stres a regulovať svoje emócie, potrebujú mať dobre vyvinutú amygdalu a prefrontálny kortex. Tieto dve oblasti mozgu sú veľmi citlivé na

vonkajšie vplyvy, a to najmä prvé štyri roky života. Opäť sa dostávame k rodičom, ktorí zohrávajú významnú úlohu a je veľmi dôležitá ich schopnosť či neschopnosť naladiť sa na emócie dieťaťa. Nevyhnutný je, ako už bolo spomenuté, pocit bezpečia a blízkosti, inak hrozí oneskorený vývoj tejto oblasti mozgu, ktorý môže zapríčiniť nedostatočnú sebakontrolu, ale aj neschopnosť pochopiť emócie iných ľudí (Plummer, 2013).

Medzi stratégie zvládania stresu u detí radíme relaxačné techniky, hry, pozitívny dotyk, predstavy a kontrolu dychu. Keď sa zameriame na poslednú techniku, musíme spomenúť to, že hoci dýchanie vnímame ako automatickú činnosť a obvykle sa nad ním nezamýšľame, pri dlhodobom strese môžeme pozorovať určité zmeny. Človek v úzkosti dýcha plytko a zrýchlene, a aj keď si to možno neuvedomuje, vplýva to ako na jeho fyzickú, tak aj psychickú stránku. Ak deti naučíme správne dýchať, môže im to pomôcť v stresových situáciách, keď si uvedomia, že majú svoje telo pod kontrolou a zvládnuť sa upokojiť (Plummer, 2013).

U detí môžeme hovoriť o týchto základných stresoroch: obava zo straty, problémy v komunikácii, škola, prehnané požiadavky na správanie, kamarátstva, kolektív a šikana, choroby a postihnutia, dlhodobý nedostatok podnetov (Plummer, 2013).

Ak sa zamyslíme nad prevenciou strachu a úzkosti, dieťa by podľa Vymětala (2004) malo vyrastať v rodine s harmonickými vzťahmi, kde naň nie je vyvíjaný nátlak, a rodičia nepoužívajú tresty či manipuláciu. Veľmi dôležité je, aby si dieťa vybudovalo pozitívne sebapoňatie. Zvýšenou úzkosťou môžu trpieť deti s poruchami učenia, ale napríklad aj deti s chronickým ochorením, za ktoré považujeme aj astmu bronchiálnu.

Predispozíciu k úzkosti môžeme očakávať v emočnej labilitate a introverzii, čo podľa Michalčákovskej (2007) dokazujú mnohé výskumy, ktoré zistili pozitívnu koreláciu úzkosti s neuroticizmom a introverziou.

Čoraz častejšie sa už v mladšom školskom veku stretávame s psychosomatickými ochoreniami, pričom Vymětal (2004) popisuje ich súvislosť s úzkosťou a agresivitou. Ako typický príklad uvádza astmu či vredové ochorenia žalúdka. Práve v tomto veku sú deti najviac vystavené stresu a úzkosti, čo sa môže postupne stať ich trvalou osobnostnou charakteristikou. Ak dieťa zažíva príliš veľa úzkosti už v predškolskom či mladšom školskom veku, je veľká pravdepodobnosť, že bude úzkosť zažívať aj neskôr v dospelosti.

V prípade, že v dospelosti úzkosť prerastie do poruchy, rozlišujeme fóbické úzkostné poruchy a iné úzkostné poruchy, kam patrí už vyššie spomínaná panická porucha,

generalizovaná úzkostná porucha a zmiešaná úzkostná a depresívna porucha (Orel a kol., 2016).

## 2.3. Depresia

Depresia postihuje emócie, prežívanie radosti a psychomotorické tempo (Honzák, 1999). Medzi základné prejavy depresívnej poruchy radíme smútok, stratu energie, znížené sebavedomie, zhoršenú výkonnosť či neschopnosť sa sústrediť a spomalené psychomotorické tempo (Praško, Kyrálová, Minaříková, & Prašková, 1997). Objavujú sa pocity viny, bezcennosti a príp. samovražedné myšlienky (Honzák, 1999). S týmito ťažkosťami taktiež súvisí fakt, že „v myslení postihnutých sa objavujú kognitívne omyly, ktoré dezinterpretujú skutočnosť“ (Honzák, 1999, s. 25). Depresia zapríčiňuje aj problémy so spánkom, schopnosťou aktivizovať sa k činnosti, a je spojená s prežívaním úzkosti. Okrem psychických problémov sa s depresiou spájajú aj fyzické príznaky, ako sú bolesti hlavy či brucha, búšenie srdca, triaška a potenie, nechutenstvo a pod. (Praško et al., 1997).

Je dôležité odlíšiť poruchu od bežného smútku, rozdiel je najmä v intenzite a dobe prežívaného smútku, a taktiež aj v tom, že depresia na rozdiel od smútku negatívne vplyva na výkonnosť jedinca (Praško et al., 1997). Honzák (1999) uvádza ako rozdiel medzi depresiou a smútkom fakt, že smútok má pre okolie pochopiteľný dôvod a jedinca zblízuje s ostatnými, zatiaľ čo depresia sa zdá pre okolie ako nedostatočne odôvodniteľná, a daného človeka naopak izoluje.

„U každého piateho človeka sa aspoň jedenkrát za život objaví klinicky významná depresia“ (Praško et al., 1997, s. 13). U niektorých ľudí odznie sama po určitej dobe, u niektorých pretrváva, či v prípade neliečenia dochádza k relapsu (Praško et al., 1997). Depresia je u väčšiny ľudí liečiteľná, musíme však myslieť na to, že ide o ochorenie celého organizmu (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

K príčinám vzniku depresie určite patrí genetická predispozícia, podstatný vplyv však má prostredie, v ktorom žijeme, náš pohľad na svet a závažné životné udalosti či traumy, ktoré sme zažili (Praško et al., 1997). Ženy ňou trpia častejšie než muži (Praško et al., 2003).

Depresiu radíme medzi poruchy nálady, teda afektívne poruchy. Ak sa vyskytne len raz, hovoríme o depresívnej epizóde, v prípade, že sa po určitej dobe vráti či opakovane vracia, ide o periodickú depresiu (Orel a kol., 2016).

### 2.3.1 Depresia u detí

Prevalencia depresie u detí je 2-4 %, s vekom bližším k adolescencii rastie na 4-8 %. U mladších detí nenájdeme rozdiel medzi pohlaviami, v adolescencii trpia dievčatá dvakrát častejšie než chlapci. Niektoré štúdie však poukazujú na oveľa vyšší výskyt klinickej depresívnej nálady u detí. Ohrozené sú najmä chronicky choré deti (Goetz, 2005). Depresia sa teda objavuje už v detstve, avšak podľa niektorých odborníkov môže byť depresívna porucha jednoznačne stanovená až po 14. roku života, kedy rovnako prudko stúpa počet suicidálnych pokusov. Je potrebné myslieť na to, že prejavy u detí môžu byť odlišné, než ako ich poznáme u dospelých. Okrem straty záujmu sa môžu prejavovať rôzne poruchy správania a hyperaktivita. Viditeľný je u týchto detí zhoršený školský prospech (Honzák, 1999).

Goetz (2005) však uvádza, že už u detí od 8. roku života môžeme hľadať hlavné symptómy depresie rovnaké ako u dospelých pacientov. U školských detí pozorujeme premenlivosť nálad, podráždenosť, stratu záujmu o obľúbené aktivity, zhoršené výsledky v škole, pocity viny. Niektoré sú presvedčené, že ich nikto nemá rád, že sú len na príťaž, a rizikom už v tomto veku sú suicidálne myšlienky. Ďalším rizikom najmä v adolescentnom veku je zneužívanie návykových látok. Vyskytuje sa však vysoká komorbidita s inými poruchami, ktoré nám komplikujú rozpoznanie príznakov depresie. Medzi najčastejšie komorbidity patrí úzkostná porucha (30-80 %) a poruchy správania (10-80 %).

### 3 PSYCHOLOGICKÉ VÝSKUMY SÚVISIACE S ASTHMOU BRONCHIALE

V tejto kapitole sa zameriame na doterajšie výskumy týkajúce sa astmy bronchiale u detí a psychické faktory, ktoré môžu toto ochorenie ovplyvňovať, či už ide o osobnostné charakteristiky, emocionalitu, stres alebo copingové stratégie.

Hoci nemôžeme povedať, že by existovala typická osobnosť astmatika, takýto pacient má spoločné osobnostné rysy s ostatnými pacientmi s chronickými ochoreniami. Astmatické dieťa môže byť emocionálne labilnejšie, závislejšie na rodičoch a môžu sa u neho vyskytovať neurotické prejavy. Astmatici môžu byť úzkostnejší a depresívnejší, čo je spôsobené pocitom ohrozenia života a bezmocnosti, ktorý pacienti zažívajú po prekonaní astmatického záchvatu (Kašák, 2005).

Sandberg s kolegami vo svojej štúdií sledovali 18 mesiacov detí vo veku 6 až 13 rokov, ktoré trpeli astmou. Výsledky štúdie ukazujú, že závažné negatívne životné udalosti majú výrazný vplyv na výskyt astmatických záchvatov u týchto detí. Za najzávažnejšie životné udalosti, ktoré môžu astmatický záchvat vyvolať, považujú separáciu od rodiča, úmrtie rodinného príslušníka, či stratu priateľa. Riziko záchvatu je ešte vyššie v prípade, že dieťa žije v chronicky stresových podmienkach (Sandberg s kol., 2000).

Lahaye so spolupracovníkmi mali vo výskume 90 detí (priemerný vek 11,73), liečených na astmu bronchiale. Snažili sa zistiť, akú úlohu zohráva emocionálna kompetencia a osobnosť v očakávanej kvalite života u týchto detí. Zatiaľ čo deti dostali na vyplnenie dotazníky týkajúce sa kvality života a emocionálnej kompetencie, ich rodičia vyplňali dotazník o osobnosti ich dieťaťa. Výsledky tohto výskumu poukazujú na to, že vysoké skóre v dvoch dimenziách emocionálnej kompetencie, konkrétne ide o telesné vedomie a verbálne zdieľanie emócií, súvisia s lepšou kvalitou života. Spomínajú štúdie, ktoré zistili, že deti schopné dobre vyjadrovať svoje emócie, skórovali nižšie v sebaopisovaní úzkosti, depresie a telesných ťažkostí. Rovnaké výsledky ukazujú aj

výskumy robené na dospelých jedincoch. Keď sa vrátíme k výskumu Lahayeho a jeho kolegov, ďalším podstatným zistením bolo, že z osobnostných charakteristík jedna súvisí s kvalitou života astmatických detí, a to zhovievavosť. Zaujímavé je, že prediktívna hodnota troch spomínaných dimenzií zostáva nezmenená aj naprieč rozdielnymi socio-demografickými charakteristikami (Lahaye, Broeck, Bodart, & Luminet, 2012).

Šebestová a Kaščáková skúmali na dospeljej vzorke astmatických pacientov osobnostné charakteristiky, vzťahovú väzbu a úzkosť v porovnaní s normálnou populáciou. Výsledky poukazujú na neistú vzťahovú väzbu až u dvoch tretín astmatických pacientov, pričom v kontrolnej skupine boli dve tretiny respondentov s bezpečným pripútaním. Najvýznamnejšie zistenie sa týka osobnostnej štruktúry, kde bola zistená vysoká miera alexitímie, čo dávajú autorky do súvislosti so vzťahovou väzbou u astmatikov. Hoci mnohé výskumy dokazujú zvýšenú úzkosť u astmatických pacientov, táto štúdia ju nepotvrdila. Vysvetlením by mohlo byť potláčanie a somatizovanie negatívnych pocitov u psychosomatických pacientov (Šebestová & Kaščáková, 2013).

Ďalší autori (Hampel, Rudolph, Stachow, Lab-Lentzsch, & Petermann, 2005), ktorí sa vo svojej štúdií venovali astmatickým deťom a deťom s iným chronickým ochorením (atopický ekzém a rakovina), zisťovali rozdiely medzi zvládaním každodenných stresorov u chronicky chorých detí vo veku 8 až 13 rokov a u detí zdravých, s prihliadnutím na pohlavie a vek. Medzi zistenia patrí napríklad aj fakt, že chronicky choré deti využívajú menej pasívneho vyhýbania, než ich zdraví rovesníci. Ďalším zistením bolo, že deti s atopickým ekzémom a rakovinou majú lepšie copingové stratégie v porovnaní s astmatickými deťmi, čo by však malo byť ešte preskúmané na väčšom počte respondentov v ďalších výskumoch.

Súvislosť depresie a astmy u detí je vysvetľovaná fyzickými prekážkami, ktoré astma spôsobuje v bežnom živote, a následne depresia spôsobuje zhoršenie astmatických príznakov. Avšak nie všetky výskumy potvrdzujú zvýšený výskyt depresie u detí s astmou. Výskum z Kórei poukazuje na dĺžku ochorenia ako dôležitý faktor. Deti, ktoré astmou trpeli dlhšiu dobu, vykazovali vyššiu mieru depresivity. Významnejšie však depresivitu u detí s astmou ovplyvňuje rodičovský prístup a reziliencia samotného dieťaťa. Štatisticky významná je najmä korelácia depresivity a reziliencie u týchto detí (Kim & Yoo, 2007).



Podľa systemickej teórie chorý jedinec v psychosomatických rodinách je ten, kto reguluje rodinné konflikty. V prípade astmy popri rešpektovaní genetických faktorov, kladú dôraz na psychologický a sociálny aspekt, ktoré vplývajú najmä na samotné prejavy a udržiavanie astmy (Müller-Fábián, 2013). Müller-Fábián (2013) upozorňuje aj na názory, ktoré popierajú typickú astmatickú osobnosť alebo špecifické charakteristiky rodín astmatikov.

Wong so spolupracovníkmi sa rozhodli preskúmať osobnosť a pľúcnu funkčnosť detí s tzv. výdychovou dušnosťou (sighing dyspnoea), ktorá môže byť u detí mylne diagnostikovaná ako astma a v minulosti bola označovaná aj ako psychogénne ochorenie. Výsledky ukazujú, že psychologické testy aj spirometria sú v norme. Je však dôležité spomenúť, že testy boli robené na malej vzorke detí, preto by sme ich nemali zovšeobecňovať, kým nebudú overené ďalšími výskumami (Wong, Huang, Huang, & Chiu, 2007).

# VÝSKUMNÁ ČASŤ

## 4 VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIELE VÝSKUMU A HYPOTÉZY

V tejto kapitole si priblížime výskumnú oblasť, ako aj problém a ciele nášho výskumu. Taktiež sa zameriame na konkrétne hypotézy, s ktorými sme pracovali.

Našou výskumnou oblasťou je astma bronchiálne ako psychosomatické ochorenie, teda jeho súvislosť s osobnostnými charakteristikami a emočným prežívaním, pričom jednotlivé aspekty a doterajšie výskumy venované tejto oblasti sme si priblížili v teoretickej časti tejto práce.

Výskumným problémom rozumieme súvislosť medzi astmou v detskom veku a mierou depresivity, úzkosti a niektorými osobnostnými charakteristikami, konkrétne neuroticizmom a extroverziou. Výskumný problém sme skúmali na základe dát, ktoré sme získali pomocou dotazníkov B-J.E.P.I., CMAS a CDI. Taktiež sme sa rozhodli vziať do úvahy lieky určené na liečbu astmy, a to z dôvodu ich vedľajších účinkov, ktoré môžu mať vplyv na emočné prežívanie detí.

Stanovili sme si nasledujúce výskumné ciele:

1. Zistiť, či existuje rozdiel v miere úzkostnosti zisťovanej dotazníkom CMAS u detí s diagnostikovanou astmou v porovnaní s normou.
2. Zistiť, či existuje rozdiel v miere depresivity zisťovanej sebaodhadovacou škálou CDI u detí s diagnostikovanou astmou v porovnaní s normou.
3. Zistiť, či existuje rozdiel v miere neuroticizmu zisťovaného osobnostným dotazníkom B-J.E.P.I. u detí s diagnostikovanou astmou v porovnaní s normou.
4. Zistiť, či existuje rozdiel v miere extroverzie zisťovanej osobnostným dotazníkom B-J.E.P.I. u detí s diagnostikovanou astmou v porovnaní s normou.

### 4.1 Formulácia hypotéz

V rámci výskumu sme sa rozhodli overiť nasledujúce hypotézy:

**H1:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v škále zjavnej anxiety CMAS štatisticky vyššie v porovnaní s normou.

**H2:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v sebaopisovacej škále depresivity CDI štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.

**H3:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v dimenzii neuroticizmu v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.

**H4:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v dimenzii extroverzie v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky nižšie v porovnaní s uvedenou normou.

# 5 APLIKOVANÝ METODOLOGICKÝ RÁMEC A POUŽITÉ METÓDY

Vzhľadom k výskumnému problému sme na realizáciu výskumu zvolili kvantitatívny design. Keďže sme merali určité charakteristiky a výskum nebol vykonávaný formou experimentu, využili sme štandardizované metódy, ktoré sú bežne využívané, a ku ktorým sú vytvorené normy. Ide teda o dotazníkový prieskum.

Použili sme testovú batériu, ktorá obsahovala Škálu zjavnej anxiety pre deti (CMAS), Osobnostný dotazník pre deti B-J.E.P.I. a Sebapozudzovaciu škálu depresivity pre deti CDI. Okrem toho probandi odpovedali v úvode na otázky k socio-demografickým údajom, konkrétne udávali pohlavie, vek, mesto alebo obec bydliska. Vzhľadom k vedľajším nežiadúcim účinkom liekov, podávaných astmatikom, o ktorých sme pojednávali v prvej kapitole teoretickej časti tejto práci, sme do dotazníka pridali aj otázku, aké lieky respondenti užívajú, pozri Príloha 3. Medzi dotazníkmi boli zaradené 4 otázky, týkajúce sa vzťahov v rodine respondenta, pozri Príloha 4.

Čas, potrebný na vyplnenie tejto testovej batérie, bol vysoko individuálny a odvíjal sa najmä od veku respondenta. Starším deťom vo veku 12 až 14 rokov trvalo vyplnenie obvykle menej ako pol hodinu, pričom mladšie deti vo veku 9 až 11 rokov vyplňali dotazníky do hodiny. Najkratší čas vyplnenia testovej batérie počas celého zberu dát bol 15 minút, najdlhší 60 minút.

## 5.1 Škála zjavnej anxiety pre deti CMAS

Anxietu môžeme zaradiť k jedným z najčastejších fenoménov, s ktorými sa dnešná psychologická prax stretáva. Z teoretických prístupov je významný dvojdimenziálny, ktorý rozlišuje A-state a A-trait, teda úzkosť ako aktuálny stav a úzkosť ako črtu osobnosti (Levitt, 1968 in Castaneda, McCandless, & Palermo, 1976).

Prvá škála na zisťovanie anxiety bola škála Taylorovej z roku 1953, ktorá vznikla výberom 50 položiek z MMPI. Úpravou vznikla 20 položková skrátaná verzia MAS,

z ktorej vychádza aj nami použitá Škála zjavnej anxiety pre deti CMAS (Castaneda et al., 1976).

CMAS je tvorená 42 položkami zisťujúcimi anxiety, ku ktorým bolo pridaných ďalších 11 položiek zisťujúcich lži skóre. Pôvodne bola táto metóda určená pre deti 9 až 11 ročné, čo zodpovedá 4. až 6. triede základnej školy. Hoci je slovenská verzia škály určená pre deti vo veku od 9 do 14 rokov, normy boli vytvorené na výbere žiakov 5. až 8. triedy ZŠ, teda deťoch vo veku 10 až 14 rokov. Normy boli získané od 1666 detí z troch slovenských krajov, z ktorých 824 bolo chlapcov a 842 dievčat. Štandardizáciu na Slovensku uskutočnili Ruisel a Snopková (Castaneda et al., 1976).

Čas administrácie je podľa autorov 12 minút a čas vyhodnocovania 3 minúty. Jednotlivé položky sú Lickertovho typu s dvoma možnosťami ÁNO alebo NIE, podľa toho, či dieťa s uvedeným výrokom súhlasí alebo nesúhlasí (Castaneda et al., 1976).

**Tab. 1:** Dimenzie Škály zjavnej anxiety pre deti CMAS

dimenzia	popis dimenzie	$r_{tt}$	$r_{1,2}$
anxieta	Anxietu môžeme chápať buď ako aktuálny stav, alebo charakteristiku. V prípade, že ide o črtu osobnosti, takýto človek má sklon vnímať mnohé situácie ako možné ohrozenie, aj keď nejde o zjavné nebezpečenstvo, pričom v týchto situáciách reaguje úzkostne.	0,81	0,70
lži skóre	Lži škála slúži na overenie hodnovernosti odpovedí respondenta, pochybovať by sme mali v prípade, že hrubé skóre prekročí 9, no prihliadať by sme mali aj na extrémne nízke skóre, akým je HS rovné 0 až 1.		

Pozn.: V stĺpci  $r_{tt}$  je uvedená hodnota stability testu (retest) a v stĺpci  $r_{1,2}$  je uvedená hodnota homogenity testu, obe tieto hodnoty sú uvedené v príručke k metóde (Castaneda et al., 1976).

## 5.2 Sebaposudzovacia škála depresivity pre deti CDI

CDI, teda Children's Depression Inventory, je považovaná za prvú sebaposudzovaciu psychodiagnostickú metódu depresie určenú pre deti, pričom je vhodná najmä pre klinických psychológov a psychiatrov. Inšpiráciou pre vznik bola Beckova sebaposudzovacia škála depresivity pre dospelých. Autorkou CDI je M. Kovacs, ktorá udáva rok vzniku tejto sebaposudzovacej škály 1977. Slovenskú verziu štandardizoval M. Preiss (Kovacs, 1998).

CDI je určená pre deti a adolescentov od 7 do 17 rokov a skladá sa z 27 položiek, ktoré sú rozdelené do 5 subškál (Kovacs, 1998), konkrétne:

- A Zlá nálada
- B Interpersonálne ťažkosti
- C Nevýkonnosť
- D Anhedónia
- E Znížené sebahodnotenie

Dieťa hodnotí každú položku na trojbodovej škále, pričom hodnotí svoje pocity za posledné dva mesiace. Skóre položky rovné nule značí absenciu symptómu, skóre 1 poukazuje na mierne prejavy a skóre 2 hovorí o výrazných prejavoch. Maximálne celkové skóre je 54. Hoci čas vyplnenia nie je obmedzený a nehrá rolu pri vyhodnocovaní, autori uvádzajú dobu administrácie 15 minút, pričom vyhodnocovanie trvá menej ako 10 minút a je pri ňom dôležité klinické vyhodnotenie, kedy psychológ zhodnotí odpovede na jednotlivé položky, a berie do úvahy aj životný kontext dieťaťa. Pri klinickom vyhodnocovaní sa kladie veľký dôraz na položku č. 9, ktorá je zameraná na suicidálne tendencie (Kovacs, 1998).

**Tab. 2:** Dimenzia Sebahodnotovacej škály depresivity pre deti CDI

dimenzia	popis dimenzie	$\alpha$
depresivita	U depresívnych detí môžeme pozorovať smútok, zmenu správania, zmeny v sociálnych vzťahoch, depresia sa môže prejaviť aj v zhoršení školských výsledkov. Medzi ďalšie možné symptómy radíme poruchy spánku, zníženú aktivitu či stratu energie.	0,71 – 0,89

Pozn.: V stĺpci  $\alpha$  je uvedená hodnota koeficientu vyjadrujúceho vnútornú konzistenciu metódy, ktorá sa v rôznych výskumoch pohybuje od 0,71 do 0,89. Tento údaj nájdeme v príručke k metóde (Kovacs, 1998).

### 5.3 Osobnostný dotazník pre deti B-J.E.P.I.

B-J.E.P.I. vznikol úpravou dotazníka E.P.Q. (Junior) z roku 1987 od Eysencka a Eysenckovej na slovenské a české a pomery. 78 % položiek je zhodných, ostatné boli prerobené s ohľadom na spoločensko-kultúrne podmienky, tieto dotazníky však spolu vysoko korelujú,  $r=0,91$  (Eysenck & Eysenck, 1994).

Dimenzionálny pohľad Eysencka na štruktúru osobnosti je v psychológii všeobecne známy. Sledované dimenzie sú psychotizmus, extroverzia, neurotizmus a lži skóre. Bližšie popisujeme tieto parametre v tabuľke č. 3. Dimenzia psychotizmus bola pridaná k prvým dvom až neskôr a vysoké skóre naznačuje predispozíciu k možnému rozvinutiu psychiatrických abnormalít (Eysenck & Eysenck, 1994).

B-J.E.P.I. je štandardizovaný na vzorke detí vo veku 9 až 14 rokov. Normatívna vzorka má 1228 detí zo všetkých slovenských krajov. Autorom slovenskej úpravy metódy je Ján Senka. Dotazník má 78 položiek, môže byť administrovaný jednotlivo aj skupinovo, pričom administrácia zaberie priemerne okolo 20 minút (Eysenck & Eysenck, 1994).

Hoci by mali byť jednotlivé položky nezávislé, ukazuje sa, že u detí môže významne korelovať psychotizmus, neurotizmus a lži skóre (Eysenck & Eysenck, 1994).

**Tab. 3:** Dimenzie osobnostného dotazníku B-J.E.P.I.

dimenzia	popis dimenzie	$\alpha$
psychotizmus	Človek vysoko skórujúci v psychotizme je samotársky a ľahostajný. Nevie sa prispôbiť a spôsobuje problémy. Typická je hostilita a agresivita. V prípade dieťaťa ide o zvláštneho, izolovaného a problémového jedinca, ktorému chýbajú city a empatia. Vyhľadáva vzrušujúce zážitky.	0,81
extroverzia	Typický extrovert je spoločenský, zhovorčivý, rád riskuje, je bezstarostný, vtipkuje a obľubuje zmeny. Má sklony k agresivite. Naopak introvert je kludný a utiahnutý do seba, udržiava si odstup. Veci plánuje a nemá rád vzrušenie. Je spoľahlivý a svoje city kontroluje.	0,70
neurotizmus	Veľmi labilný človek je úzkostlivý, náladový, plný obáv. Trpí psychosomatickými poruchami. Je citlivý a reaguje intenzívne. Stabilný jedinec reaguje emóciami len mierne, nemá sklon trápiť sa a kontroluje svoje city.	0,77
lži skóre	Vysoké skóre lži poukazuje na disimilácie, tendenciu prezentovať sa „v lepšom svetle“.	0,83

Pozn.: V stĺpci  $\alpha$  sú uvedené hodnoty koeficientu reliability uvedené v príručke k metóde (Eysenck & Eysenck, 1994).



## 6 ZBER DÁT A VÝSKUMNÝ SÚBOR

Na výber výskumnej vzorky bola zvolená nepravdepodobnostná metóda, konkrétne zámerný výber cez inštitúciu. Výskum sa uskutočnil v Národnom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. v Dolnom Smokovci (pred 1.8.2017 Šrobárov ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, pozri Príloha 5), ktorý bol zriadený v roku 1920. Ide o vysokošpecializovaný odborný ústav, kde sa okrem iného liečia aj deti s alergiami a astmou bronchiale. Priemerná doba liečenia je 21 dní (Šrobárov ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, nedat.).

Výskumný súbor tvorili pacienti hospitalizovaní v Národnom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb vo veku 9 až 14 rokov, ktorým bola diagnostikovaná astma bronchiale. Celkom bolo zhromaždených 50 detí s touto diagnózou. Z výskumného súboru bol vyradený jeden respondent, a to z dôvodu nezvládnutia a nepochopenia použitých psychodiagnostických metód. Zber dát prebiehal v období medzi 8.8.2017 a 2.2.2018.

Zber dát sa uskutočňoval buď od 10. hodiny ráno alebo 14. hodiny poobede, a to tak, aby nenarušoval liečebný program respondentov. Deti boli vopred informované, a bolo im stručne vysvetlené, o aký výskum ide. Taktiež bola zdôraznená dobrovoľná účasť, o čom bližšie informujeme v nasledujúcej podkapitole. Následne boli deti z oddelenia odvedené do prostredia lekárskej knižnice, kde dostali bližšie informácie. Bolo im vysvetlené, že budú vyplňať dotazníky v rámci výskumu, ktorý sa snaží zistiť, ako ich prežívanie, emócie, nálady a rôzne situácie vplývajú na priebeh ich ochorenia. Každé dieťa dostalo batériu dotazníkov, a to v tomto poradí: otázky na socio-demografické údaje a lieky, CMAS, otázky zamerané na rodinu, B-J.E.P.I. a CDI. Pokyny boli zadané slovne a obsahovali vysvetlenie, že nejde o testy, ktoré by boli známkové, že neexistujú správne alebo nesprávne odpovede, a každý má vyplňať dotazníky sám podľa seba. Tiež boli oboznámení so skutočnosťou, že na vyplnenie nemajú obmedzený čas, no ich odpovede by mali byť spontánne, nemusia nad nimi dlho premýšľať. Opäť bola zdôraznená dobrovoľnosť a až po súhlase každého dieťaťa sme pristúpili k pokynom pre jednotlivé

metódy. Respondentom bola vysvetlená potreba získania socio-demografických údajov a opakovane prízvukovaná anonymita (viď. nasledujúca podkapitola).

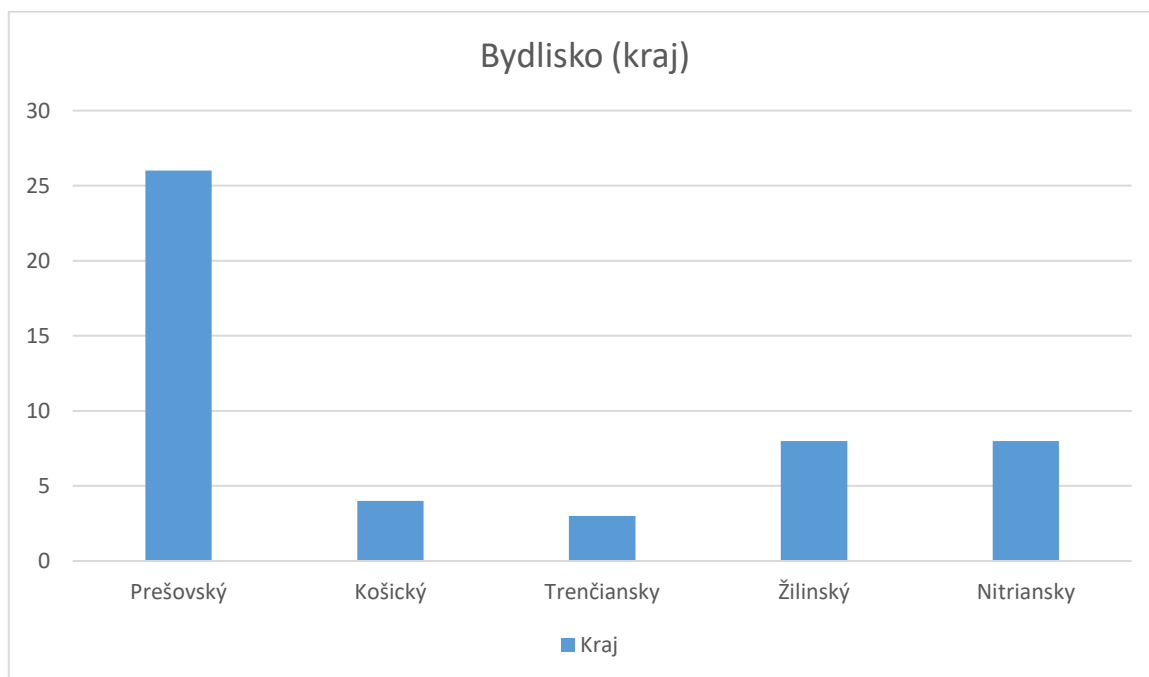
Výskumný súbor obsahuje 28 chlapcov a 21 dievčat. Priemerný vek súboru je 11,27 rokov, najmladšie deti mali 9 a najstaršie 14 rokov. Výskumný súbor z hľadiska veku je popísaný v tabuľke č. 4.

**Tab. 4:** Deskriptívne charakteristiky súboru chlapcov a dievčat z hľadiska veku

skupina	počet	priemer	sm. odch.	minimum	maximum
chlapci	28	11,29	1,72	9	14
dievčatá	21	11,24	1,81	9	14
celý súbor	49	11,27	1,74	9	14

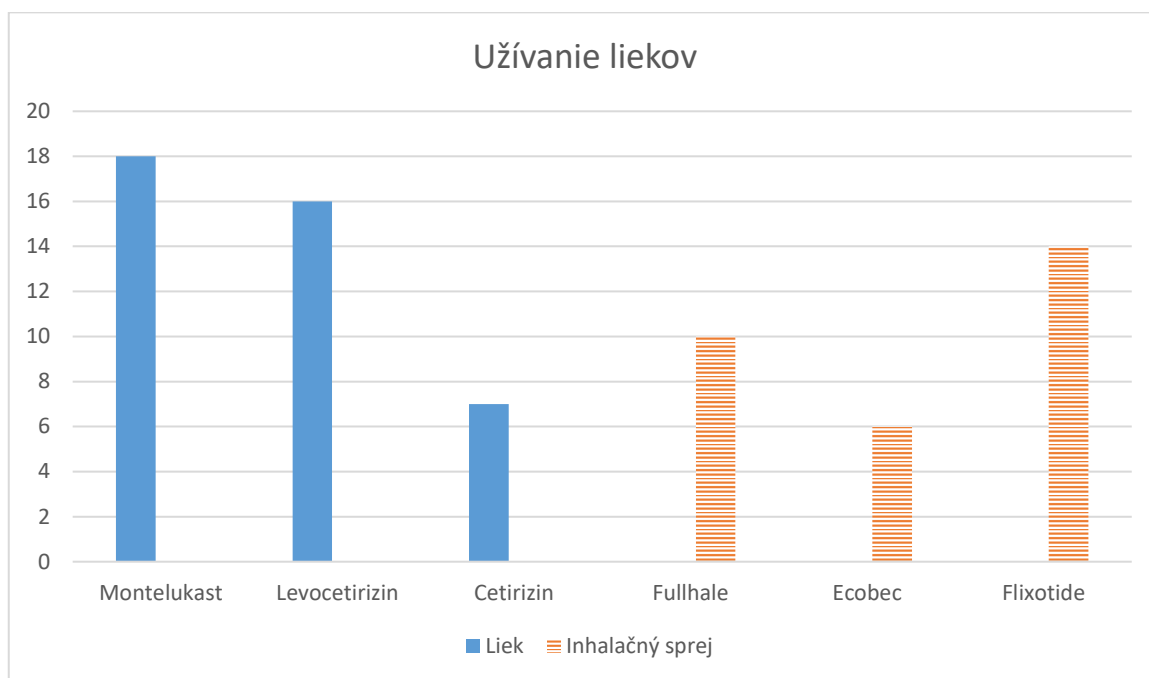
Respondenti pochádzali z rôznych krajov Slovenskej republiky. Najviac respondentov bolo z Prešovského kraja, a to 25 detí. Súbor z hľadiska bydliska je znázornený v grafe č. 1.

**Graf 1:** Deskriptívna charakteristika súboru z hľadiska bydliska (kraja)



S ohľadom na vedľajšie účinky niektorých liekov, určených na liečbu astmy, ktorým sme už venovali podkapitulu v teoretickej časti tejto práce, sme zisťovali, aké lieky respondenti užívajú. Zo 49 respondentov 2 neužívali žiadne lieky. V grafe č. 2 sú zobrazené počty detí užívajúce lieky (uvádzame konkrétnu účinnú látku, nie názov lieku) a inhalačné spreje, ktoré majú najzávažnejšie vedľajšie účinky týkajúce sa psychiky, ako napríklad úzkosť, depresia či suicidálne tendencie.

**Graf 2:** Počet respondentov užívajúcich vybrané lieky alebo inhalačné spreje



## 6.1 Etické hľadisko

Vyriešenie etického hľadiska výskumu pred zahájením samotného zberu dát bolo nevyhnutnou podmienkou. Dôvodom je fakt, že respondenti boli neplnoletí a výskum prebiehal v zdravotníckom zariadení.

V júni 2017 bola zaslaná žiadosť o schválenie výskumu Etickej komisii Národného ústavu detskej tuberkulózy a respiračných chorôb v Dolnom Smokovci (v tom čase ešte Šrobárov ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb), ktorá je súčasťou Prílohy 6.

Potvrdenie o schválení žiadosti Etickou komisiou je súčasťou Prílohy 7. Po vyriešení podstatnej časti etického hľadiska výskumu, začal samotný výskum, kde sme však naďalej brali do úvahy problematiku etiky výskumu, a to konkrétne anonymitu a dobrovoľnú účasť na výskume.

O dobrovoľnosti boli respondenti informovaní opakovane a mali možnosť z výskumu kedykoľvek odstúpiť.

Za citlivé údaje považujeme meno a priezvisko, ktoré mali respondenti uviesť na začiatku otázok k socio-demografickým údajom. Dôvodom uvedenia týchto informácií bola otázka na lieky, ktorú respondenti, vzhľadom k svojmu veku, nie vždy vedeli vyplniť. Po vyplnení dotazníkov sme v spolupráci s pracovníkmi ústavu dopísali lieky, ktoré dané deti užívajú, a meno aj priezvisko bolo následne začiernené. Máme teda za to, že bolo

dodržané hľadisko anonymity. Deti boli o tomto postupe informované a mali možnosť sa po ukončení zberu dát v daný deň sami presvedčiť, že údaje boli anonymizované. K vyplneným anonymizovaným dotazníkom už nemal okrem autorky práce nikto prístup.

Sporné by mohlo byť uvedenie bydliska, kde sme však nepožadovali konkrétnu adresu, ale len mesto alebo obec, kde dieťa býva, ktoré sme nakoniec previedli na kraje, pozri Graf č. 1. Neuvádzanie konkrétnej adresy bolo zahrnuté v pokynoch pre respondentov.

Vo výskume boli okrem otázok k socio-demografickým údajom a otázok zameraných na rodinu použité štandardizované psychodiagnostické metódy, s ktorými sme pracovali v súlade s príslušnými príručkami.

Na záver teda môžeme konštatovať, že po ošetrení všetkých rizikových faktorov neboli porušené žiadne etické pravidlá súvisiace s výskumom, či už ide o prácu s použitými psychodiagnostickými metódami, získanými dátami alebo v kontakte so samotnými respondentmi.

## 7 PRÁCA S DÁTAMI A JEJ VÝSLEDKY

V tejto kapitole popíšeme presné kroky, ktoré sme podstúpili pri práci s dátami. Najprv sa zameriame na overenie našich hypotéz a následne si priblížime niektoré ďalšie zaujímavé výsledky.

Vyplnené dotazníky, ktoré sme získali v našom výskume, sme vyhodnotili podľa príručiek a výsledné hrubé skóre všetkých respondentov previedli do programu MS Office Excel 2016. Vzhľadom k tomu, že všetci respondenti vyplnili všetky položky dotazníkov, a teda sme nemali žiadne chýbajúce hodnoty, nebola potrebná imputácia a nevyskytol sa problém s výpočtom hrubého skóre. Socio-demografické údaje sme vyhodnotili v samotnom Exceli a výsledky uviedli v kapitole č. 6 pri popise výskumného súboru.

K hrubým skóre získaným zo štandardizovaných metód (CMAS, CDI, B-J.E.P.I.) sme priradili zodpovedajúce vážené skóre, konkrétne percentily (CDI) a steny (CMAS). V prípade B-J.E.P.I. sme využili uvedené priemerné HS pre dané pohlavie a vek. Tieto dáta sme následne štatisticky analyzovali v programe Statistica 13.

V prvom rade sme overovali, či môžeme použiť parametrické štatistické metódy, zisťovali sme teda, či je splnená podmienka normálneho rozloženia dát. V prípade získaných stenov z dotazníku CMAS bolo normálne rozloženie potvrdené. Ostatné dáta túto podmienku nespĺňali, z toho dôvodu sme použili neparametrické štatistické metódy. Konkrétne štatistické metódy uvedieme pri jednotlivých hypotézach. Všetky hypotézy boli overované na hladine významnosti  $\alpha=0,05$ .

### 7.1 Výsledky overenia platnosti štatistických hypotéz

**H1:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v škále zjavnej anxiety CMAS štatisticky vyššie v porovnaní s normou.

Vzhľadom k tomu, že bola splnená podmienka normálneho rozloženia dát, použili sme na overenie prvej hypotézy parametrickú metódu, a to T-test pre jeden výber. Ako konštantu sme zadali priemernú hodnotu, teda sten 5,5.

Danou štatistickou metódou sme získali p-hodnotu 0,22 a z toho vyplýva, že nemôžeme zamietnuť nulovú hypotézu, ktorá hovorí, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v skórovaní na škále zjavnej anxiety CMAS medzi deťmi s diagnostikovanou astmou bronchiale a normou. Alternatívnu hypotézu neprijímame. Hodnota T-štatistiky je 0,78 pri N-1 stupňoch voľnosti.

**Hypotézu H1 zamietame.**

**Tab. 5:** Výsledky T-testu pre jeden výber na overenie hypotézy H1

	počet	priemer	sm. odchýlka	T	stupne voľnosti	p
CMAS	49	5,71	1,91	0,78	N-1	0,22

**H2:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v sebaopisovacej škále depresivity CDI štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.

Po prevedení hrubých skóre na percentily sme overili podmienky normálneho rozdelenia dát a keďže ju nami získané dáta nespĺňali, zvolili sme neparametrickú metódu. Vzhľadom k porovnávaniu našej skupiny s konštantou, sme na overenie hypotézy H2 využili Znamienkový test.

Znamienkovým testom sme získali p-hodnotu 0,44, ktorú nemôžeme označiť za signifikantnú. Nulovú hypotézu o tom, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v skórovaní na sebaopisovacej škále depresivity CDI medzi deťmi s diagnostikovanou astmou bronchiale a normou, teda nemôžeme zamietnuť. Alternatívnu hypotézu neprijímame. Hodnota testovej štatistiky Z je -0,14.

**Hypotézu H2 zamietame.**

**Tab. 6:** Výsledky Wilcoxonovho testu na overenie hypotézy H2

	počet	priemer	medián	sm. odchýlka	Z	p
CDI	49	0,55	0,50	0,36	-0,14	0,44

**H3:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v dimenzii neuroticizmu v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.

Pri overovaní hypotézy H3 sme boli opäť nútení využiť neparametrickú metódu, a to Wilcoxonov test. Dáta nespĺňali podmienku normálneho rozdelenia a podľa príručky k metóde vieme odvodiť priemerné skóre v populácii pre každého nášho respondenta, preto sme zvolili túto štatistickú metódu.

Získali sme p-hodnotu 0,09, ktorú síce nemôžeme označiť za signifikantnú, no keďže sa jedná o hodnotu nižšiu ako 0,10, môžeme konštatovať, že v tomto prípade pozorujeme určitý trend. Nulovú hypotézu, ktorá hovorí o tom, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v skórovaní v dimenzii neuroticizmus v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. medzi deťmi s diagnostikovanou astmou bronchiale a normou, však nemôžeme zamietnuť, keďže všetky naše hypotézy testujeme na hladine významnosti  $\alpha=0,05$ . Alternatívnu hypotézu neprijímame. Testová štatistika Z má hodnotu 1,34.

### Hypotézu H3 zamietame.

**Tab. 7:** Výsledky Wilcoxonovho testu na overenie hypotézy H3

	počet	medián1	medián2	sm. odch.1	sm. odch.2	Z	p
B-J.E.P.I. N	49	12,00	10,50	4,55	0,94	1,34	0,09

Pozn. „medián1“ ~ medián výskumného súboru, „medián2“ ~ medián normatívneho súboru, „sm. odch.1“ ~ smerodatná odchýlka výskumného súboru, „sm. odch.2“ ~ smerodatná odchýlka normatívneho súboru

**H4:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v dimenzii extroverzia v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky nižšie v porovnaní s uvedenou normou.

Dáta štatisticky analyzované pre túto hypotézu, nespĺňali podmienku normálneho rozdelenia, preto sme postupovali rovnako ako pri predošlých dvoch hypotézach, zvolili sme neparametrickú metódu. Vzhľadom k tomu, že poznáme priemerné skóre v populácii pre daný vek a pohlavie, použili sme pre overenie hypotézy H4 Wilcoxonov test.

Pomocou Wilcoxonovho testu sme získali signifikantnú p-hodnotu 0,01, čo znamená, že môžeme zamietnuť nulovú hypotézu o tom, že neexistuje štatistický rozdiel v skórovaní v dimenzii extroverzia v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. medzi deťmi s diagnostikovanou astmou bronchiale a bežnou populáciou a prijímame alternatívnu hypotézu H4. Hodnota testovej štatistiky Z je 2,27.

### Hypotézu H4 prijímame.

**Tab. 8:** Výsledky Wilcoxonovho testu na overenie hypotézy H4

	počet	medián1	medián2	sm. odch.1	sm. odch.2	Z	p
B-J.E.P.I. E	49	13,00	14,40	4,39	1,03	2,27	0,01*

Pozn. „medián1“ ~ medián výskumného súboru, „medián2“ ~ medián normatívneho súboru, „sm. odch.1“ ~ smerodatná odchýlka výskumného súboru, „sm. odch.2“ ~ smerodatná odchýlka normatívneho súboru

## 7.2 Ďalšie výsledky

V tejto podkapitole sme sa rozhodli prezentovať ďalšie zaujímavé výsledky nášho výskumu, ktoré vhodným spôsobom dopĺňajú výsledky overenia uvedených štatistických hypotéz. Zisťovali sme koreláciu medzi jednotlivými dimenziami, okrem vyššie uvedených, sme použili aj výsledky nášho výskumného súboru v dimenzii psychotizmu v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I.

Pri overovaní normálneho rozloženia dát, konkrétne získaného hrubého skóre v jednotlivých dimenziách, sme došli k záveru, že dáta nespĺňajú túto podmienku, a preto sme použili neparametrickú metódu, teda Spearmanov korelačný test. Výsledky sú uvedené v tabuľke č. 5.

**Tab. 9:** Korelácia jednotlivých dimenzií za použitia Spearmanovho testu

Testované dimenzie	Veľkosť súboru	r	t(47)	p-hodnota
CMAS Anxieta & B-JEPI Psychotizmus	49	<b>0,38</b>	2,85	0,01
CMAS Anxieta & B-JEPI Extroverzia	49	<b>-0,23</b>	-1,62	0,11
CMAS Anxieta & B-JEPI Neuroticizmus	49	<b>0,77</b>	8,24	0,00
CMAS Anxieta & CDI Depresivita	49	<b>0,77</b>	8,32	0,00
B-JEPI Psychotizmus & B-JEPI Extroverzia	49	0,01	0,08	0,94
B-JEPI Psychotizmus & B-JEPI Neuroticizmus	49	<b>0,34</b>	2,46	0,02
B-JEPI Psychotizmus & CDI Depresivita	49	<b>0,47</b>	3,66	0,00
B-JEPI Extroverzia & B-JEPI Neuroticizmus	49	<b>-0,26</b>	-1,83	0,07
B-JEPI Extroverzia & CDI Depresivita	49	<b>-0,33</b>	-2,42	0,02
B-JEPI Neuroticizmus & CDI Depresivita	49	<b>0,71</b>	6,84	0,00

Pozn. „r“ ~ Spearmanov korelačný koeficient, „t(47)“ ~ testová štatistika t s (N-2) stupňami voľnosti

Z tabuľky č. 5 môžeme vyčítať silný ( $|r| \geq 0,5$ ) pozitívny vzťah medzi dimenziami anxieta a neuroticizmus, anxieta a depresivita, neuroticizmus a depresivita. Ďalej môžeme vidieť, že existuje stredne silný ( $|r| < 0,5$ ) pozitívny vzťah medzi dimenziami anxieta a psychotizmus, psychotizmus a neuroticizmus, psychotizmus a depresivita, pričom stredne silný negatívny vzťah pozorujeme pri extroverzii a depresivite. Slabý ( $|r| < 0,3$ ) negatívny vzťah pozorujeme v prípade anxiety a extroverzie, extroverzie a neuroticizmu. Zanedbateľný ( $|r| < 0,1$ ) pozitívny vzťah nachádzame medzi dimenziami psychotizmus a extroverzia.



## 8 DISKUSIA

V tejto kapitole sa zameriame na uvedené získané výsledky a ich možnú interpretáciu, zhodnotíme limity našej práce a taktiež sa zamyslíme nad odporúčaním, čomu sa venovať v ďalších prácach skúmajúcich asthmou bronchiálne z psychologického či psychosomatického hľadiska.

Cieľom tejto práce bolo zistiť, či existujú rozdiely v miere úzkosti, depresivity, neuroticizmu a extroverzie u detí s diagnostikovanou astmou v porovnaní s normou.

Výsledky nášho výskumu ukazujú, že neexistuje rozdiel v miere úzkosti podľa Škály zjavnej anxiety pre deti CMAS medzi astmatickými deťmi a uvedenou normou. Toto zistenie korešponduje so závermi výskumu Šebestovej a Kaščákovej (2013), ktoré nepotvrdili zvýšenú úzkosť u dospelých astmatikov. Možným vysvetlením je podľa autoriek potlačanie a somatizovanie negatívnych pacientov u psychosomatických pacientov. Ako však uvádzame aj nižšie v tomto texte, normy vytvorené pre túto metódu sú už značne zastaralé a neuvádzajú priemerné skóre pre jednotlivé vekové skupiny, čo mohlo výsledky značne ovplyvniť.

Rovnako sa nepotvrdil náš predpoklad, že deti s astmou sú depresívnejšie než normatívna vzorka. Hoci sme štatisticky nezistili vyššie skórovanie v Sebaposudzovacej škále depresivity pre deti CDI, dovoľme si upozorniť na fakt, že až 18 respondentov z nášho 49-členného výskumného súboru dosiahlo v tejto metóde 80. alebo vyšší percentil, pričom 11 detí dosiahlo alebo prekročilo hranicu hrubého skóre 19, kedy autori príručky odporúčajú po týždni opakované vyšetrenie a v prípade, že by sa hrubé skóre neznížilo, sú tieto deti považované za rizikové a je nevyhnutný diagnostický rozhovor (Kovacs, 1998). Naše zistenie súhlasí s informáciou, ktorú uvádzajú Kim a Yoo (2007), ktorí hovoria, že nie všetky výskumy potvrdzujú vyššiu mieru depresivity u astmatických detí a udávajú, že vyššiu mieru depresivity vykazujú deti, ktoré astmou trpia dlhšie. Dĺžku ochorenia sme v našom výskume nezisťovali.

Hoci sme nemohli prijať hypotézu o tom, že deti s astmou vykazujú vyššie skóre v dimenzii neuroticizmus v rámci osobnostného dotazníka B-J.E.P.I., zistili sme určitý trend, ktorý však nemôžeme označiť ako signifikantný. Kašák (2005) uvádza, že astmatické deti môžu byť emocionálne labilnejšie a môžu sa u nich objaviť neurotické prejavy, nie je to však pravidlom. Vzhľadom k tomu, že dáta vykazovali určitý trend, určite by sme odporúčali uskutočniť výskum s väčším počtom respondentov. Podobne ako v prípade depresivity, v našom výskumnom súbore nájdeme 14 respondentov, ktorí dosiahli 80. a vyšší percentil.

Potvrdila sa naša hypotéza, že deti s astmou budú skórovať nižšie v dimenzii extroverzia, čo znamená, že tieto deti sú introvertnejšie než bežná populácia. Eysenck popisuje introverta ako utiahnutého a nenápadného, ktorý si drží ľudí skôr od tela a nemá rád vzrušenie. Introvert kontroluje svoje city a môže byť trochu pesimistický (Eysenck & Eysenck, 1998). Hoci svoje emócie introverti navonok neprejavujú, vo vnútri ich hlboko prežívajú (Šimíčková-Čížková, 2012). Výskum, ktorý sme uvádzali už v teoretickej časti tejto práce (Lahaye et al., 2012), zistil, že na kvalitu života astmatických detí má vplyv schopnosť verbálneho zdieľania emócií. Deti, ktoré majú túto schopnosť oslabenú, môžu vyššie skórovať v úzkosti a depresivite.

Keď sa pozrieme na ďalšie výsledky nášho výskumu, zistíme, že extroverzia negatívne koreluje s depresivitou, úzkosťou aj neuroticizmom. V prípade úzkosti a depresivity by sme nemohli zhodnotiť, či psychika ovplyvňuje ochorenie alebo naopak astma spôsobuje takéto prežívanie, no introverziu považujeme za relatívne trvalý osobnostný rys, preto by sme sa mohli zamyslieť nad tým, či práve tento rys, s ktorým súvisí aj vyššie zmienená schopnosť verbálneho zdieľania emócií, prispieva k priebehu či udržaniu ochorenia. Nesmieme zabudnúť na to, že výskumný súbor tvorili deti, ktoré sa na astmu bronchiale už určitý čas liečia a mnohé deti boli v Národnom ústave detskej tuberkulózy a respiračných ochorení hospitalizované už po niekoľkokrát. Preto by sme mohli povedať, že v ich prípade príznaky pretrvávajú.

V ďalších výsledkoch sme tiež overili predpoklad uvedený už v teoretickej časti tejto práce, ktorý hovorí o tom, že mnohé výskumy zistili pozitívnu koreláciu úzkostnosti s neuroticizmom a introverziou (Michalčáková, 2007). Podľa príručky k metóde CMAS skóre anxiety pozitívne korelovalo s dimenziou neuroticizmus,  $r=0,70$  (Castaneda et al., 1976). Eysenck a Eysenck (1998) hovoria o tom, že pri niektorých špecifických súboroch môže signifikantne korelovať psychoticizmus, neuroticizmus a lži skóre. Uvedené

informácie sa podarilo overiť aj v našom výskume, pričom sme zistili silný pozitívny vzťah medzi úzkosťou, neuroticizmom a depresivitou. Korelujú spolu všetky tri dimenzie. Depresia býva spojená s prežívaním úzkosti (Praško et al., 1997) a aj u depresívnych detí patrí medzi najčastejšie komorbidity depresie práve úzkostná porucha (Goetz, 2005).

Zaujímavý je fakt, že sa nám podarilo dokázať štatisticky významne nižšie skórovanie astmatických detí v škále extroverzia a táto dimenzia negatívne koreluje s neuroticizmom, úzkosťou a depresivitou, pri ktorých sa naše hypotézy nepotvrdili. Vysvetlením by mohlo byť, že na zistenie vzťahu medzi dimenziami sme využili hrubé skóre, zatiaľ čo k overeniu našich hypotéz sme používali normy uvedené v príručkách. V prípade CMAS a CDI sme z príručiek nezistili priemerné hrubé skóre a museli pracovať so stenmi alebo percentilmi. Vhodnejšie by bolo koncipovať výskum ako experiment, kedy by sme porovnávali výsledky s kontrolnou skupinou.

Za limity našej práce považujeme malý výskumný súbor, v ktorom sa ukázali u niektorých respondentov extrémne hodnoty, tie však neboli bližšie preskúmané. Vzhľadom k využitiu troch štandardizovaných dotazníkov a ďalších nami doplnených položiek, ktoré sa týkali socio-demografických údajov a vzťahov v rodine, dostali respondenti na vyplnenie veľké množstvo položiek. V prípade starších detí sme nepozorovali počas výskumu žiaden problém, avšak 9 až 10 ročným deťom po určitej dobe začala kolísať pozornosť a ku koncu vyplňania pociťovali únavu, čo mohlo ovplyvniť výsledky najmä posledného dotazníku, teda CDI.

Nedostatky vo vyhodnocovaní výskumu mohol spôsobiť fakt, že aj keď je CMAS určený pre deti vo veku 9 až 14 rokov, teda presne pre náš výskumný súbor, slovenské normy boli vytvorené na vzorke detí vo veku 10 až 14 rokov. Záznamové hárky deväťročných detí by sa mali podľa príručky vyhodnocovať individuálne s prihliadnutím na jednotlivé položky, to však v našom výskume nebolo možné (Castaneda et al., 1976). Nezvolili sme vylúčenie týchto respondentov z výskumu, a to z dôvodu zmenšenia súboru, ktoré by pre ďalšie spracovanie dát nebolo vhodné. Z dôvodu vyššie uvedeného a taktiež preto, že príručka s normami je z roku 1976 odporúčame vytvorenie nových noriem, a to nielen pre CMAS, ale aj CDI a B-J.E.P.I, ktoré majú normy z roku 1998 a 1994 (Eysenck & Eysenck, 1994, Kovacs, 1998). Za odôvodnenie považujeme efekt kohorty, ktorý môže v prípade zastaralých noriem ovplyvniť aktuálne vyhodnocovanie výskumu, ale aj používanie týchto metód v praxi psychológov.

Hoci sme zisťovali lieky, ktoré respondenti užívajú, náš súbor nebol dostatočne veľký na to, aby sme mohli skúmať koreláciu určitých liekov s konkrétnymi dimenziami, preto sme tieto údaje využili pri popise súboru v 6. kapitole. Avšak s ohľadom na možné vedľajšie účinky by sme odporúčali tieto súvislosti v budúcnosti bližšie preskúmať na väčšom výskumnom súbore, alebo sa zamerať na konkrétny liek, ktorý spôsobuje najväčšie problémy.

Naša testová batéria obsahovala otázky týkajúce sa vzťahov v rodine (Príloha 4), ktoré by mali byť vyhodnotené kvalitatívne. Tieto údaje by mohli priniesť zaujímavý pohľad na rodiny detských astmatikov, prípadne byť inšpiráciou pre ďalší výskum. Ich vyhodnotenie je však nad rámec tejto práce, preto sme s nimi ďalej nepracovali. Sú ale k dispozícii pre prípadný ďalší výskum.

Taktiež sme neskúmali rozdiely medzi pohlaviami, keďže by nám vznikli dve skupiny obsahujúce 28 (chlapci) a 21 (dievčatá) respondentov, čo nepovažujeme za dostatočne veľké skupiny na samostatné vyhodnotenie získaných dát. Ako pozitívum však vnímame dobré rozloženie veku a pohlaví v našom výskumnom súbore.

Zistili sme, že astmatické deti sú introvertnejšie než normatívny súbor, v prípade neuroticizmu pozorujeme určitý trend, ale nepotvrdil sa náš predpoklad, že budú skórovať štatisticky významnejšie v dimenzii úzkosť a depresivita. S ohľadom na ďalšie výsledky, ktoré poukazujú na súvislosť anxiety, neuroticizmu a depresivity a stredne silný alebo slabý vzťah týchto dimenzií s extroverziou, si myslíme, že by bolo vhodné preskúmať tieto charakteristiky na väčšom súbore, a ešte podrobnejšie. Ako sme už uviedli, vhodnejší by bol experimentálny design.

Vzhľadom k tomu, že sme nenašli obdobnú štúdiu uskutočnenú na detskej populácii astmatikov na Slovensku ani v Českej republike, výsledky tejto práce považujeme za prínosné. Zastávame však názor, že by táto problematika mala byť naďalej skúmaná, a to z viacerých vyššie uvedených dôvodov.

## 9 ZÁVERY

Cieľom tejto bakalárskej práce bolo overiť niekoľko predpokladov súvisiacich s astmou bronchiale ako psychosomatickým ochorením. V tejto kapitole oboznamujeme so základnými zisteniami a výsledkami.

Z našich štyroch hypotéz sme mohli prijať hypotézu H4, ktorá predpokladá, že deti s diagnostikovanou astmou bronchiale budú skórovať v dimenzii extroverzia v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky nižšie v porovnaní s uvedenou normou. Túto hypotézu sme prijali so štatisticky významným výsledkom  $p=0,01$  na stanovenej hladine významnosti  $\alpha=0,05$ . Zistili sme teda, že astmatické deti z nášho výskumného súboru sú introvertnejšie než normatívna vzorka.

Hypotéza H3 mala nasledovné znenie: *Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v dimenzii neuroticizmus v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.* Síce sme ju nemohli prijať, výsledok  $p=0,09$  však poukazuje na určitý trend v získaných dátach.

Hypotézu H1 (*Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v škále zjavnej anxiety CMAS štatisticky vyššie v porovnaní s normou.*) a H2 (*Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v sebaopisovacej škále depresivity CDI štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.*) sme neprijali.

K ďalším výsledkom tejto práce patrí zistenie, že existuje silná pozitívna korelácia medzi dimenziami anxieta, depresivita a neuroticizmus. Taktiež koreluje dimenzia psychotizmus s dimenziami anxieta, neuroticizmus a depresivita. Stredne silný negatívny vzťah pozorujeme pri extroverzii a depresivite, slabý negatívny vzťah medzi extroverziou a dimenziami anxieta a neuroticizmus.

# SÚHRN

Táto bakalárska práca sa zaoberá problematikou astmy bronchiale a jej súvislosťou s úzkosťou, depresivitou, neuroticizmom a extroverziou. Cieľom bolo overiť predpoklad, že deti s diagnostikovanou astmou bronchiale sú úzkostnejšie, depresívnejšie a skórujú vyššie v dimenzii neuroticizmus, a naopak nižšie v dimenzii extroverzia, než bežná populácia.

Astmu definujeme ako chronické zápalové ochorenie dýchacích ciest, ktoré má na Slovensku diagnostikovaných 96 000 ľudí a v Českej republike sa odhaduje počet chorých až na 800 000. Ďalej v teoretickej časti definujeme jednotlivé príznaky a možné faktory vzniku astmy z medicínskeho hľadiska, venujeme sa diagnostike a liečbe astmy, pričom upozorňujeme na možné vedľajšie účinky predpisovaných liečiv. Venujeme sa taktiež psychosomatike ako disciplíne, ktorá nahliada na určité ochorenia ako psychosomatické, teda berie do úvahy vzájomné pôsobenie telesnej a duševnej stránky. Následne približujeme psychologický pohľad na astmu, kde spomíname prežitú názory z minulosti v porovnaní s novšími zisteniami. Tie definujú určité psychické faktory, ktoré sa môžu podieľať na udržiavaní ochorenia či zhoršení príznakov. Patrí sem strach, úzkosť, sociálne vzťahy, stres, silné emócie, hysterická hyperventilácia a pod.

Ďalej sa venujeme osobnostným charakteristikám, konkrétne definíciám pojmu osobnosť a konceptu osobnosti podľa Eysencka. Zameriavame sa na extroverziu, neuroticizmus a psychotizmus, ktoré Eysenck považuje za 4 hlavné osobnostné rysy. Pojem úzkosť vymedzujeme ako stiesnenosť, zúženie, záťaž, pričom pri úzkosti na rozdiel od strachu sú naše obavy neurčité, nevidíme objektívne ohrozenie ani konkrétnu príčinu. Úzkosť je obvykle menej intenzívna než strach, no môže trvať podstatne dlhšie a stať sa tak chronickou. Pri vystupňovaní úzkosti hrozí panický záchvat. Ďalej objasňujeme depresiu, približujeme jej definície a príznaky. Samostatnú časť venujeme popisu úzkosti a depresie u detí.

Na záver teoretickej časti tejto práce poukazujeme na doterajšie výskumy, uskutočnené hlavne v posledných rokoch, ktoré sa venovali tejto tématike. Spomíname

výskumy zisťujúce súvislosť astmy a úzkosti, depresie, vzťahovej väzby, osobnostnej štruktúry, zvládania stresu a ďalších charakteristík, ktoré priamo súvisia s našim výskumom alebo vhodne dopĺňajú teoretické zázemie tejto práce.

Vo výskumnej časti bakalárskej práce najprv definujeme výskumný problém, ktorým bola súvislosť medzi astmou v detskom veku a mierou depresivity, úzkosti a niektorými osobnostnými charakteristikami, konkrétne neuroticizmom a extroverziou. Ďalej popisujeme výskumné ciele a konkrétne hypotézy, ktoré sme následne štatisticky overovali.

Hypotézy:

**H1:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v škále zjavnej anxiety CMAS štatisticky vyššie v porovnaní s normou.

**H2:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v sebaopisovacej škále depresivity CDI štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.

**H3:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v dimenzii neuroticizmus v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky vyššie v porovnaní s uvedenou normou.

**H4:** Deti s diagnostikovanou astmou bronchiale skórujú v dimenzii extroverzia v osobnostnom dotazníku B-J.E.P.I. štatisticky nižšie v porovnaní s uvedenou normou.

Pre výskum sme zvolili kvantitatívny design. Zber dát prebiehal formou dotazníkového prieskumu, na ktorý sme použili Škálu zjavnej anxiety CMAS, Osobnostný dotazník pre deti B-J.E.P.I. a Sebaopisovaciu škálu depresivity pre deti CDI. Naša testová batéria obsahovala aj otázky zisťujúce socio-demografické údaje, lieky, ktoré respondenti užívajú a 4 otázky zamerané na vzťahy v rodine.

Výskum prebiehal od augusta 2017 do februára 2018 v Národnom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb v Dolnom Smokovci. Na uskutočnenie výskumu sme získali súhlas Etickej komisie tohto zdravotníckeho zariadenia. Respondentmi boli hospitalizované deti vo veku 9 až 14 rokov s diagnostikovanou astmou bronchiale. Výskumný súbor tvorilo 49 detí, z toho 28 chlapcov a 21 dievčat.

Získané dáta sme spracovali pomocou programu MS Office Excel 2016 a následne overovali hypotézy v programe Statistica 13. V prípade prvej hypotézy sme použili parametrickú metódu t-test pre jeden výber, na overenie ďalších hypotéz sme potrebovali neparametrické metódy, a to Znamienkový a Wilcoxonov test.

Zistili sme, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v skórovaní v dotazníkoch CMAS a CDI u detí s astmou v porovnaní s normou. Tretiu hypotézu sme nemohli prijať, v našich dátach však pozorujeme určitý trend. Hypotézu H4 sme prijali. Môžeme teda povedať, že astmatické deti sú introvertnejšie než normatívna vzorka.

Medzi ďalšie zistenia patrí nájdenie korelácií medzi jednotlivými dimenziami. Hoci bolo nájdených viacero súvislostí, spomeňme aspoň silný pozitívny vzťah medzi dimenziami anxieta, depresivita a neuroticizmus.

S ohľadom na to, že sme nenašli obdobnú štúdiu na Slovensku a v Českej republike uskutočnenú na detskej vzorke, považujeme výsledky našej práce za prínosné. Do budúca však odporúčame uskutočniť výskum na väčšom výskumnom súbore a zamerať sa najmä na deti, ktoré skórujú v jednotlivých skúmaných dimenziách vysoko nad normu a na príčiny ich problémov. Otvorená zostáva otázka vedľajších účinkov liekov, ktoré sme kvôli malému súboru nemohli štatisticky overiť, a tiež vplyv rodinného prostredia. Medzi ďalšie odporúčania patrí aktualizácia noriem k jednotlivým použitým metódam, keďže sú viac ako 20 rokov staré a môže na nich mať negatívny vplyv efekt kohorty. Vhodné by bolo doplnenie noriem pre deväťročných v CMAS.



# ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY

- ADC. (nedat.). *Montelukast MSD 5mg*. Získané 24.2.2018 z:  
<https://www.adc.sk/databazy/produkty/pil/montelukast-msd-5-mg-102378.html>
- Ayres, J. (2001). *Astma: Informace a rady lékaře*. Praha: Grada Publishing.
- Blatný, M., a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Castaneda, A., McCandless, B. R., & Palermo, D. S. (1976). *Škála zjavné anxiety pre deti. Príručka*. Bratislava: Psychodiagnostika, s.r.o.
- Cohen, L. (2015). *Jak zacházet s dětským strachem*. Praha: Argo.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. (1994). B-J.E.P.I. *Osobnostný dotazník pre deti. Príručka*. Bratislava: Psychodiagnostika, spol. s.r.o.
- Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 271-274.
- Gupta, S., Crawford, S. G., & Mitchell, I. (2006). Screening Children with Asthma for Psychosocial Adjustment Problems: A Tool for Health Care Professionals. *Journal of Asthma*, 543-548.
- Hampel, P., Rudolph, H., Stachow, R., Lab-Lentzsch, A., & Petermann, F. (2005). Coping among children and adolescents with chronic illness. *Anxiety, Stress, and Coping*, 145-155.
- Honzák, R. (1999). *Deprese: Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.
- Hruškovič, B. (2004). Alergia a astma v Európe. *Via Practica*, 78-80.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada Publishing.
- Janíčková, H. (2003). *Povídání o astmatu I*. Praha: Triton.
- Kast, V. (2012). *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál.
- Kašák, V. (2005). *Asthma bronchiale*. Praha: Maxdorf.

- Kašák, V., Pohunek, P., & Seberová, E. (2003). *Překonejte své astma*. Praha: Maxdorf.
- Kim, D. H., & Yoo, I. Y. (2007). Factors Associated with Depression and Resilience in Asthmatic Children. *Journal of Asthma*, 423-427.
- Klímová, J., & Fialová, M. (2015). *Proč (a jak) psychosomatika funguje? : nemoc začíná v hlavě? : každý příběh má své řešení*. Praha: Progressive consulting, v.o.s.
- Kohoutek, R. (2001). *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o.
- Kovacs, M. (1998). *CDI. Sebaopisová škála depresivity pre deti. Príručka*. Bratislava: Psychodiagnostika, a.s.
- Krištúfek, P., a kol. (2000). *Praktická respirológia a ftizeológia*. Martin: Osveta.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Lahaye, M., Broeck, N. V., Bodart, E., & Luminet, O. (15. May 2012). Predicting quality of life in pediatric asthma: the role of emotional competence and personality. *Quality of Life Research*, 907-916.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2005). *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada Publishing.
- Michalčáková, R. (2007). *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal.
- Miková, Š., & Stang, J. (2010). *Typologie osobnosti u dětí: využití ve výchově*. Praha: Portál.
- Morschitzsky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.
- Müller-Fábián, A. (2003). Some considerations regarding the Family System of the Children with Bronchial Asthma. *Acta Universitatis Sapientiae*, 207-213.
- Národné centrum zdravotníckych informácií. (4.5.2015). Svetový deň astmy. Získané 25.2.2018 z <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Svetovy-den-astmy1.aspx>
- Orel, M., a kol. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.
- Peseschkian, N. (1999). *Příběhy jako klíč k dětské duši*. Praha: Portál.

- Petrů, V. (2007). Moderní diagnostika a léčba bronchiálního astmatu u dětí. *Ambulantná terapie*, 111-114.
- Plummer, D. M. (2013). *Učíme děti zvládat úzkost, obavy a stres: cvičení pro mladší školní věk*. Praha: Portál.
- Pohunek, P. (nedat.). *Průduškové astma -1. díl*. Získané 25.2.2018 z Česká iniciativa pro astma website: <http://www.cipa.cz/informace-o-astmatu/pruduskove-astma-1-dil-50>
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapy i laiky: Souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. Praha: Triton.
- Praško, J., Kyralová, I., Minaříková, V., & Prašková, H. (1997). *Co je to deprese a jak se léčí?* Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: příručka pro postižené, jejich blízké a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2008). *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál.
- Rogge, J.-U. (1999). *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing.
- Sandberg, S., Paton, J. Y., Ahola, S., McCann, D. C., McGuinness, D., Hillary, C. R., & Oja, H. (16. September 2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet*, s. 982-987.
- Stolzeová, C. (2016). *Nemocní z léků: Když antibiotika vyvolávají deprese, hypnotika demenci a antihypertenziva impotenci*. Praha: Ikar.
- Susa, Z. (2003). *Astma bronchiale*. Praha: Triton.
- Šebestová, D., & Kaščáková, N. (2013). Astma bronchiale ako psychosomatické ochorenie v kontexte osobnostnej štruktúry. *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*, 29-35.
- Šimíčková-Čížková, J. (2012). *Poznávání duševního života člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šrobárov ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb. (nedat.). *Úvod*. Získané 27.2.2018 z <http://www.srobarovustav.sk/sk/>

- Teřl, M., & Rybníček, O. (2008). *Asthma bronchiale v příčinách a klinických obrazech*. Semily: Geum.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Ulč, I., a kol. (1999). *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada Publishing.
- Vernerová, E. (2012). Alergie a astma, současný stav poznání a léčby. *Interní medicína pro praxi*, 55-58.
- Vinson, J. A. (2002). Children with asthma: Initial Development of the Child Resilience Model. *Pediatric Nursing*, 149-158.
- Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. Praha: Portál.
- Wong, K.-S., Huang, Y.-S., Huang, Y.-H., & Chiu, C.-Y. (2007). Personality profiles and pulmonary function of children with sighing dyspnoea. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 280-283.

# ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

**Názov práce:** Vybrané osobnostné charakteristiky, miera úzkostnosti a depresivity u detí s astmou bronchiale

**Autor práce:** Katarína Trošoková

**Vedúci práce:** doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

**Počet strán a znakov:** 60 strán, 101 403 znakov

**Počet príloh:** 5

**Počet titulov použitej literatúry:** 55

## **Abstrakt:**

Bakalárska práca sa zaoberá ochorením astma bronchiale u detí a jeho súvislosťou s úzkosťou, depresivitou, neuroticizmom a extroverziou. Výskumný súbor tvorilo 49 detí vo veku 9 až 14 rokov s diagnostikovanou astmou, ktoré boli hospitalizované v Národnom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. v Dolnom Smokovci, kde sa výskum uskutočnil. Ako metódy získavania dát boli použité štandardizované dotazníky CMAS, CDI, B-J.E.P.I. Získané dáta boli porovnávané s normami uvedenými v príručkách použitých psychodiagnostických metód. Hypotézy hovoriace o zvýšenej miere úzkostnosti a depresivity neboli potvrdené. Bol zistený určitý trend v prípade neuroticizmu a potvrdená hypotéza o zníženej miere extroverzie u astmatických detí. Taktiež bola zistená silná pozitívna korelácia medzi dimenziami anxieta, depresivita a neuroticizmus. Negatívny vzťah bol nájdený medzi extroverziou a dimenziami depresivita, anxieta, neuroticizmus.

**Kľúčové slová:** asthma bronchiale, psychosomatika, úzkosť, depresivita, osobnostné charakteristiky

# ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Specific personal characteristics, the degree of anxiety and depressivity in children with bronchial asthma

**Author:** Katarína Trošoková

**Supervisor:** doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

**Number of pages and characters:** 60 pages, 101 403 characters

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 55

**Abstract:**

Bachelor thesis concerns bronchial asthma in children and its relation to anxiety, depressivity, neuroticism and extroversion. The study consisted of 49 children aged 9-14 years with diagnosed asthma who were hospitalized in Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. in Dolný Smokovec, where the research took place. Standardized questionnaires CMAS, CDI, B-J.E.P.I. were used as data acquisition methods. The obtained data were compared with the standards stated in the manuals of the used psychodiagnostic methods. Hypotheses about increased rate of anxiety and depressivity have not been confirmed. A certain trend has been identified for neuroticism and a hypothesis about reduced rate of extroversion in asthmatic children were confirmed. Also, a strong positive correlation between the dimensions of anxiety, depression and neuroticism was found. A negative relationship was found between extroversion and the dimensions of the depressivity, anxiety, neuroticism.

**Key words:** asthma bronchiale, psychosomatics, anxiety, depressivity, personal characteristics

# PRÍLOHY

## **Zoznam príloh:**

Príloha 1: Otázky na socio-demografické údaje a užívanie liekov

Príloha 2: Otázky týkajúce sa vzťahov v rodine

Príloha 3: Oznámenie o zmene názvu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Príloha 4: Žiadosť o schválenie výskumu v rámci bakalárskej práce v Šrobárovom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec

Príloha 5: Rozhodnutie zo zasadnutia etickej komisie pri NÚ DTaRCH, n.o. Dolný Smokovec

## **Príloha 1: Otázky na socio-demografické údaje a užívanie liekov**

Meno a priezvisko:

.....

Pohlavie:     dievča         chlapec

Vek: .....

Bydlisko (len mesto alebo obec):

.....

Aké lieky užívaš?

.....

.....



## Príloha 2: Otázky týkajúce sa vzťahov v rodine

1. Každý z nás, ak by mohol, tak by chcel niečo vo svojej rodine zmeniť. Ak by si mal/a túto možnosť, čo by si chcel/a, aby bolo iné?

.....  
.....  
.....  
.....

2. Ako vychádzaš s rodičmi? Skús váš vzťah popísať.

.....  
.....  
.....  
.....

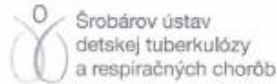
3. Mávaš niekedy pocit, že je vo vašej rodine príliš veľa hádok a konfliktov? Čo v takej situácii robíš?

.....  
.....  
.....  
.....

4. Ak ťa niečo trápi, komu o tom povieš?

.....  
.....  
.....  
.....

## Príloha 3: Oznámenie o zmene názvu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti



Univerzita Palackého Olomouc  
Filozofická fakulta UP  
Katedra psychologie  
Křížkovského 10  
771 80 Olomouc

Váš list číslo/zo dňa	Naše číslo	Vybavuje/linka	DOLNÝ SMOKOVEC
	SUDTARCH-2017/30	Hrabovská/0911907921	27.7.2017

VEC

### Oznámenie o zmene názvu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Správna rada Šrobárovho ústavu DTaRCH, n.o. Dolný Smokovec na svojom riadnom zasadnutí konanom dňa 4.7.2017 uznesením č. 02/39/2017 schválila zmenu názvu zdravotníckeho zariadenia Šrobárov ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. Dolný Smokovec na:

**„Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. Dolný Smokovec“  
s účinnosťou od 1.8.2017.**

Druh zdravotníckeho zariadenia, právna forma, pridelené IČO, DIČ, aj dojednané zmluvné vzťahy ostávajú nezmenené.

S pozdravom

Ing. Miroslava Kolcúnová, MPH  
riaditeľka ŠÚ DTaRCH, n.o.,  
Dolný Smokovec

# Príloha 4: Žiadosť o schválenie výskumu v rámci bakalárskej práce v Šrobárovom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec



## Žiadosť o schválenie výskumu v rámci bakalárskej práce v Šrobárovom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec

**Žiadosť podáva:** Katarína Trošoková

**Vedúci práce:** doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

**Univerzita:** Univerzita Palackého Olomouc

**Predpokladaný termín výskumu:** júl – september 2017

**Téma výskumu:** Vybrané osobnostné charakteristiky a miera úzkostnosti u detí s astmou bronchiale

### **Metodológia výskumu:**

Kvantitatívny výskum s využitím týchto psychodiagnostických metód:

- Škála zjavnej anxiety pre deti CMAS
- Osobnostný dotazník pre deti B-JEPI
- Sebaposisudzovacia škála depresivity pre deti CDI

Predpokladaný počet respondentov je 50, a to vo veku od 9 do 14 rokov.

Predpokladaný čas, potrebný na vyplnenie dotazníkov, je 60 minút.

### **Etika výskumu:**

Vzhľadom k tomu, že ide o výskum s detskými pacientmi, som si plne vedomá dôležitosti etických otázok. Detskí pacienti budú podrobne poučení o tom, že všetky informácie sú dôverné a nikto ďalší k nim nebude mať prístup. Dáta budú ihneď po vyzbieraní dotazníkov anonymizované. Deti budú taktiež informované o možnosti kedykoľvek odstúpiť z výskumu. Budem sa snažiť odpovedať im na všetky otázky a nejasnosti, a urobím všetko pre to, aby ich výskum nijako nerozrušil.



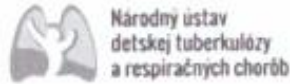
Výskum prebehne v súlade s časovým harmonogramom Šrobárovho ústavu, aby nebol narušený chod jednotlivých oddelení a priebeh liečby.

V ..... dňa .....

.....  
podpis žiadateľa



# Príloha 5: Rozhodnutie zo zasadnutia etickej komisie pri NÚ DTaRCH, n.o. Dolný Smokovec



## Rozhodnutie

zo zasadnutia etickej komisie pri NÚ DTaRCH, n.o. Dolný Smokovec

dňa: 2. augusta 2017

Etická komisia pri NÚ DTaRCH, n.o., Dolný Smokovec na svojom zasadnutí prerokovala žiadosť Kataríny Troškovej a **udeľuje jej súhlas** s vykonaním praktickej časti bakalárskej práce, ktorá pozostáva z anonymného dotazníka, téma výskumu je „Vybrané osobnostné charakteristiky a miera úzkosti u detí s astmou bronchiale. Dotazník je súčasťou žiadosti.

Národný ústav detskej  
tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o.  
059 81 DOLNÝ SMOKOVEC - VYSOKÉ TATRY

.....  
**MUDr. Peter Ferenc**  
predseda etickej komisie

V Dolnom Smokovci, 2. augusta 2017