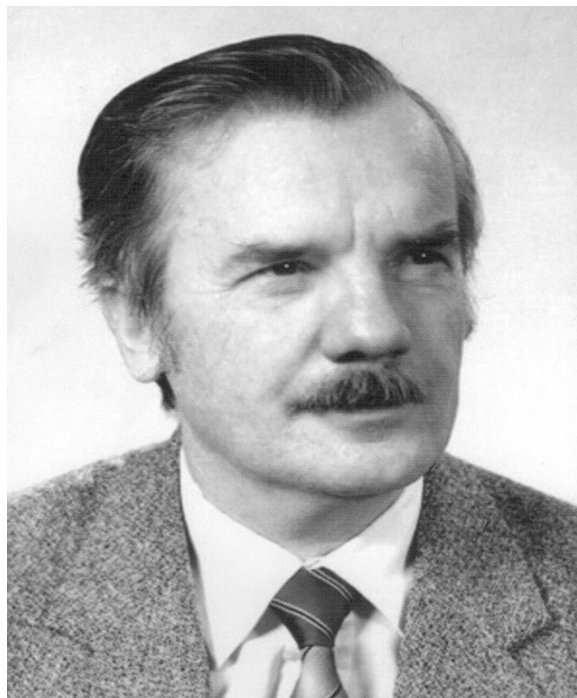


ŮCM

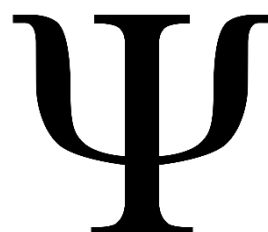
FILOZOFICKÁ
FAKULTA



KOPDÁŠOVE DŇI 2024

**Zborník vedeckých recenzovaných
príspevkov z konferencie**

UNIVERZITA SV. CYRILA A METODA V TRNAVE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLÓGIE



KONDÁŠOVE DNI 2024

Zborník vedeckých recenzovaných príspevkov z konferencie

Príspevky publikované v zborníku boli prezentované na konferencii „**Kondášove dni 2024**“, ktorá sa konala dňa 28.10.2024 v Dolnej Krupej

Trnava 2024

KONDÁŠOVE DŇI 2024

Zborník vedeckých recenzovaných príspevkov z konferencie

Vedecký výbor konferencie:

MUDr. Juraj Štofko, PhD., MBA, MPH, univ. doc.
prof. Mgr. et Mgr. Andrej Démuth, PhD.
doc. PhDr. Slávka Démuthová, PhD., univ. prof.

Organizačný výbor konferencie:

Mgr. et Bc. Zuzana Rojková, PhD., univ. doc.
Mgr. Daniela Jakubková
Mgr. Petra Zbínová

Eds.: Zuzana Rojková – Daniela Jakubková

GRAFICKÁ ÚPRAVA: Daniela Jakubková

Zborník neprešiel jazykovou apretáciou.
Za jazykovú úpravu zodpovedajú autori príspevkov.

Vydanie zborníka bolo schválené Edičnou radou Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave a vedením Filozofickej fakulty Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave.

© Zuzana Rojková, Daniela Jakubková
© Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, 2024

Vydavateľ: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave

1. vydanie, 2024, elektronické: /files/sk/ine-pracoviska/centrum-informacnych-zdrojov-ucm-trnave/referat-informacnych-sluzieb/e-zdroje/ucebne-texty-k-stiahnutiu/kd-2024_final.pdf

ISBN 978-80-572-0484-8

OBSAH

Predhovor	5
ΑΚΟ ΡΟΧΪΝΑΠΙΕ ΑΓΡΕΣΪΝΠΥΧΗ ΗΥΔΟΒΠΪΥΧΗ ΖΪΑΠΡΟΝ ΟΝΡΛΥΝΪΠΥΕ ΑΓΡΕΣΪΝΠΕ SPRÁNAΠΙΕ U DEΤΪ.....	6
Ján Višňovský - Lenka Selecká	
ΥΥΒΡΑΠΈ ΡΪΪΧΟΜΕΤΡΙΚΈ VΛΑΣΤΠΟΤΪ ΣΚΡΑΤΕΠΕΥ ΪΚΑΛΥ ΤΑΖΚΟΤΪ V REGULÁCIU ΕΠΌCΪΪ DERS-18	20
Jakub Ladecký - Alexandra Mačudová	
ΑΠΑΛΪΖΑ ΖΪΥΟΤΠΕΥ ΣΡΟΚΟΥΠΟΤΪ Α ΣΕΒΑΗΟΔΠΟΤΥ ΡΟΔΙΧΟΝ V ΡΡΥΪΧΗ ΡΟΚΟΧ ΡΟΔΙΧΟΝΣΥΑ	27
Mária Giertlová - Miroslava Nováková	
ΖΪΣΪΘΝΑΠΙΕ ΣΪΥΝΪΣΛΟΤΪ Α ΡΟΖΔΙΕΛΟΝ V ΡΑΪΠCΪ ΔΪΖΚΥ ΠΡΑΧΕ Α ΡΟΗΛΑΥΙΑ ΠΕΔΖΪ ΡΟΣΤΡΑΥΜΑΤΪΚΪΠΪ ΡΑΣΟΠΪ Α ΕΠΟCΪΟΠÁΛΠΟΥ ΙΠΤΕΛΙΓΕΠCΪΟΥ U ΖΔΡΑΥΟΤΠΪCΚΥΧΗ ΠΡΑϪΟΝΠΪΚΟΝ	41
Dominika Doktorová - Jana Hubinská - Ema Benka	
ΠΡΕΥΑΛΕΠCΪΑ Α ΥΠΪΜΑΠΙΕ ΪΚΟΔΛΥΟΤΪ ΠΟΝΪΥΧΗ ΠΙΚΟΤΪΠΟΝΪΥΧΗ ΥΪΡΟΒΚΟΝ V ΡΑΠΕΥ ΑΔΟΛΕCΕΠCΪU	54
Zuzana Rojková - Daniela Jakubková	
ΠΡΕΚΛΑΔ ΔΟΤΑΖΠΪΚΑ ΣΕΧΥÁΛΠΕ ΡΪΖΙΚΟΝΈΗΟ ΣΡΡÁΝΑΠΙΑ ΔΟ ΣΛΟΥΕΠCΚΈΗΟ ΖΑΥΥΚΑ Α ΟΥΕΡΕΠΙΕ ΗΕΗΟ ΡΪΪΧΟΜΕΤΡΙΚΪΥΧΗ VΛΑΣΤΠΟΤΪ.....	66
Alexandra Majorová - Marta Górna - Sabína Chylová - Kristína Marcinekóvá - Laura Krivá	
ΥΪΣΚΥΤ ΡΪΪΧΟΡΑΤΟΛΌΓΙΕ ΠΡΪ ΣΕΒΑΡΟΪΚΟΔΖΟΝΑΠΪ - ΠΡΕΗΛΑΔΟΝÁ ΪΤΪΔΪΑ	75
Slávka Démuthová - Andrej Démuth	
ΖΔΡΑΥΈ ΣΤΡΑΥΟΝΑΠΙΕ ΑΚΟ ΥΚΑΖΟΝΑΤΕΪ ΖΠΕΡΪΕΠΙΑ ΚΥΑΛΪΤΥ ΣΡÁΠΚΥ Α ΡΕΑΚΪΠΈΗΟ ΧΑΣΥ	90
Kristína Marcinekóvá	
ΥΛΙΥ ΟΠΕΖΕΠΈ ΖΕΥΠΪ ΣΤΪΜΥΛΑϪΕ ΠΑ ΟΒCΑΗ, ΔΥΠΑΠΙΚΥ Α ΠΡΟΖΪΥÁΠΪ ΔΥΑΔΪΚΈ ΚΟΜΥΠΙΚΑϪΕ	101
Magdalena Žejdlová - Marek Malůš - Veronika Kavková	
ΡΟΔΙΠΠΈ ΠΡΟCΤΡΕΔΙΕ Α ΣΟϪΪÁΛΠΕ ΣΙΕΤΕ ΑΚΟ ΠΟΖΠΈ ΦΑΚΤΟΡΥ ΡΕΖΪΛΙΕΠCΪΕ Α ΕΠΟCΪΟΠÁΛΠΕΥ ΡΕΓΥΛÁϪΙΕ.....	111
Jana Hubinská - Dominika Doktorová - Iveta Šefarová - Silvia Kallová	

ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΏΝ ΖΉΤΙΚΩΝ Ζ ΔΕΤΣΤΒΑ V ΚΟΠΤΕΧΤΕ ΒΖΉΑΗΟΒΕJ VÄZBY	128
---	-----

Lenka Selecká – Ivana Václaviková

ΚΒΑΛΙΤΑ ΖΙΒΟΤΑ ΛΥΔΪ Σ ΔΙΑΓΠΏΖΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΈΠΙΑ	139
---	-----

Ivana Mirdalíková – Claudia Misofová – Natália Danková

Predhovor

Konferencia Kondášove dni je neodmysliteľnou súčasťou diania na Katedre psychológie Filozofickej fakulty Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave už takmer 20 rokov. V úcte k tradícii sme sa aj tento rok opäť zišli, aby sme vzdali hold zakladateľovi katedry a významnej osobnosti slovenskej psychológie, prof. PhDr. Ondrejovi Kondášovi.

Konferencia, ktorá sa konala v krásnom prostredí Dolnej Krupej sa stala platformou pre hlboké diskusie, výmenu názorov a rozvoj nových myšlienok. Prostredníctvom spomienok na profesora ako na významného človeka, ktorému vďačíme za sformovanie psychologickéj obce v Trnave, sme prepojili túto tému s prezentáciou našich vedeckých aktivít, ktorými sa snažíme prispieť k ďalšiemu rozvoju psychologickéj vedy. V súčasnosti, keď čelíme mnohým výzvam, ako sú problémy duševného zdravia, problematické sociálne vzťahy, inklinácia k sebapoškodzovaniu a iným výzvam modernej doby, je dôležité, aby sme sa ako odborníci spojili, zdieľali naše skúsenosti a usilovali sa o spoločný cieľ - zlepšiť psychologické porozumenie a podporiť blahobyt jednotlivcov a spoločnosti.

Veríme, že príspevky obsiahnuté v tomto zborníku prispjú k hľadaniu riešení na súčasné problémy a podnietia k ďalšiemu výskumu a diskusiám v oblasti psychológie. Vedecké skúmanie je to, čo nám umožňuje v rámci spoločnosti napredovať a prispievať tiež k pokroku a lepšiemu pochopeniu prežívaniu jedincov. Realizácia týchto výskumných štúdií je pritom možná predovšetkým vďaka vedeckým grantovým schémam, ako aj odhodlaniu, ochote a neoceniteľnej práci členov Katedry psychológie.

Dúfame, že tento zborník inšpiruje taktiež novú generáciu psychológov a odborníkov a prispeje k rozvoju nášho nesmierne dôležitého odboru.

Za organizačný výbor konferencie

Mgr. Marta Górna, PhD.

vedúca Katedry psychológie FF UCM

ΑΚΟ ΡΟΧΪΝΑΠΙΕ ΑΓΡΕΣΪΝΠΥΧΗ ΗΥΔΟΒΠΪΧΗ ΞΆΠΡΟΒ ΟΝΠΛΥΝΪΠΙΕ ΑΓΡΕΣΪΝΠΕ ΣΠΡΆΝΑΠΙΕ ΙΝ ΔΕΤΪ

HOW LISTENING TO AGGRESSIVE MUSIC GENRES
AFFECTS AGGRESSIVE BEHAVIOUR IN CHILDREN

Ján Višňovský¹ – Lenka Selecká²

Abstrakt: Štúdiá sa zaoberá vplyvom počúvania hudby na reguláciu emócií a správania u školopovinných detí, s dôrazom na súvislosť medzi hudbou a agresívnym správaním. Experiment ukázal štatisticky významný vplyv hudby na agresívne správanie v kontrolnej ($t = 5,169$; $p = 0,00$) aj experimentálnej skupine ($t = -2,607$; $p = 0,013$). Bolo tiež overené použitie testovej metódy 6-DST na hodnotenie agresivity ($C\alpha = 0,723$; $N = 94$). Boli získané nové poznatky v oblasti kauzálneho vzťahu medzi počúvaním preferovanej hudby a úrovňami agresívneho správania v jednotlivých oblastiach každodenného fungovania a to zvlášť u detí vo veku 10–16 rokov ($N = 53$) a 17–18 rokov ($N = 41$), pričom v oboch vzorkách bola zistená kauzalita, avšak nie vo všetkých subškálach štatisticky významná.

Kľúčové slová: hudba, agresia, správanie, proxemika

Abstract: The study addresses the issue of listening to music as a key regulator of emotions and behaviour in school-age individuals. The primary aim was to verify the relationship between music and aggressive behaviour in children. Our experimental research showed a statistically significant effect of music on aggressive behaviour in both the control group ($t = 5.169$; $p = 0.00$) and the experimental group ($t = -2.607$; $p = 0.013$). A significant part of the study also involved verifying the psychometric properties of the 6-DST test for analysing and quantifying aggressive behaviour in a normalization sample ($N = 101$). The expert analysis ($C\alpha = 0.723$; $N = 94$) confirmed the test's applicability. Additionally, the study explored the causal relationship between preferred music and aggressive behaviour in children aged 10–16 ($N = 53$) and individuals aged 17–18 ($N = 41$). The data analysis revealed causality in both samples, though it was not statistically significant in certain subscales.

Keywords: music, aggression, behaviour, proxemics

1. Úvod

Súčasná spoločnosť je čoraz viac vystavená médiám zobrazujúcim násilie a agresiu. Kým väčšina výskumov sa zameriava na filmy a videohry, táto práca sa sústreďí na menej preskúmaný aspekt – počúvanie agresívnej hudby a jej vplyv na správanie detí a adolescentov. Hudobné žánre ako rap, heavy metal, techno a ďalšie môžu podľa odborníkov prispievať k zvyšovaniu agresívnych prejavov, a to najmä pri dlhodobom vystavení. Niekoľko štúdií (Franěk, 2007; Kusý, 2015; Olsen et al., 2022) už naznačuje, že hudba môže významne ovplyvňovať správanie a postoje mladých ľudí.

Podľa Knoblocha (1999) počúvanie agresívnych hudobných žánrov môže vyvolávať u jedincov pocity hnevu a nepriateľstva. Ak sú deti dlhodobo vystavené týmto hudobným podnetom, môže dochádzať k zvnútorneniu týchto agresívnych tendencií a k oslabeniu vnímania rizík súvisiacich s agresívnym správaním (Took & Weiss, 1994). Výsledkom je vytváranie vzorcov správania, ktoré môžu vyústiť do delikventných činov a ďalších negatívnych dôsledkov.

Hudobný vkus u detí je často ovplyvnený ich emocionálnym a kognitívnym vývojom. Ako uvádza Kusý (2015), mladí poslucháči ešte nemajú plne rozvinutú hudobnú gramotnosť, čo môže viesť k tomu, že hudba, ktorú počúvajú, má na nich väčší emocionálny vplyv, než by mala na dospelých. Hudba môže slúžiť nielen ako prostriedok na vyjadrenie individuálnej identity, ale aj ako silný interpersonálny činiteľ, ktorý zasahuje do vzťahov a správania detí v ich každodennom živote (Kusý, 2015; 2016).

Podľa Baníka a Gajdošovej (2014) hudba, najmä s výrazným rytmom a hlasitosťou, môže byť pre adolescentov príťažlivá, pretože im poskytuje pocit slobody a odlišnosti. Hudba však neovplyvňuje len emocionálnu stránku, ale pôsobí aj na fyziologickú úroveň – môže spomaliť mozgové vlny, meniť dýchacie a srdcové frekvencie a zvyšovať hladinu endorfínov, čím prispieva k tomu, že sa poslucháči cítia príjemne (Franěk, 2007). Tento vplyv na centrálny nervový systém je jedným z dôvodov, prečo je hudba tak silným nástrojom na formovanie nálady a správania.

Napriek pozitívnym aspektom hudby však niektoré štúdie naznačujú jej rizikové účinky. Rentfrow et al. (2012, in Kusý, 2015) zistili, že počúvanie žánrov ako rap, hip-hop či techno môže viesť k zníženiu schopnosti spolupracovať s inými ľuďmi, ku konfliktom s autoritami a k nárastu individuálnych prejavov rizikového správania. Prostredníctvom novovytvorenej testovej metódy 6-DST (Višňovský, 2024), sme objavili významný negatívny vplyv hudobnej preferencie žánrov (rock n roll, rap, Pop music, Dubstep, heavy metal) na správanie jednotlivcov v podobe vyhrážania sa zabitím, fyzickým napadnutím a krádežami drahých predmetov alebo v podobe vulgárneho vyjadrovania k osobám, ktoré jednotlivci poznajú. Podobne, Schwartz a Fouts (2003, in Kusý, 2015) tiež potvrdili, že poslucháči impulzívnych hudobných žánrov môžu odmietať autoritu, byť neprispôsobiví a vykazovať vyššiu úroveň hostility a negativizmu.

Dlhodobé počúvanie agresívnych žánrov môže prispieť k delikventnému správaniu detí a adolescentov (McNamara & Ballard, 1999; Olsen et al., 2022; Took & Weiss, 1994). Tieto deti často vykazujú zvýšenú agresivitu, emocionálnu nestabilitu a tendenciu k asociálnym prejavom. Niektoré štúdie tiež spájajú hudbu tanečnej scény s vyššou pravdepodobnosťou depresie a úzkosti, čo môže byť dôsledkom užívania drog ako extáza, ktoré sú s touto subkultúrou úzko spojené (Sigg, 2009). Sulkers (2021) naznačuje, že hudba z rôznych žánrov, najmä hip-hop a heavy metal, vyvoláva viac negatívnych emócií než popová hudba. Preferencia agresívnych žánrov počas dospievania môže byť dokonca indikátorom zraniteľnosti voči samovražedným myšlienkam a činom, čo naznačuje, že vplyv hudby na emocionálnu stabilitu môže byť veľmi silný.

Na základe uvedených poznatkov je potrebné venovať zvýšenú pozornosť vplyvu agresívnej hudby na správanie detí a adolescentov. Dlhodobé vystavenie takýmto hudobným podnetom môže prispievať k negatívnym interpersonálnym vzorcom a k zvýšeniu rizikového správania. Výskum v tejto oblasti je však stále nedostatočný, a preto je nevyhnutné pokračovať v skúmaní tejto problematiky, aby sa lepšie pochopili mechanizmy, ktorými hudba ovplyvňuje mladých poslucháčov, a aby sa našli efektívne spôsoby, ako minimalizovať jej negatívne dopady.

1.1. Výskumný problém a výskumné ciele

Výskumný problém, ktorý sme sa rozhodli skúmať, vychádza z nedostatku vedeckých prác zaoberajúcich sa vzťahom medzi interpersonálnymi vzťahmi, správaním detí a ich

hudobnými preferenciami. Ako uvádza Kusý (2015, 2016, 2018), tento vzťah môže zasahovať do rôznych aspektov každodenného fungovania detí v interpersonálnych aj intrapersonálnych prostrediach. Dalo by sa povedať, že v súčasnej dobe je hudba pre deti v mladom školskom veku a v adolescencii niečo ako symbolický model formovania správania. Hudba hrá dôležitú úlohu pri formovaní správania detí a adolescentov, čo potvrdzujú aj Baník a Gajdošová (2014), keď tvrdia, že hudba ovplyvňuje identitu mladých jedincov.

Naším výskumom sme sa zamerali na skúmanie toho, ako hudba ovplyvňuje správanie detí a v akých interpersonálnych prostrediach dochádza k zmenám správania. Predpokladali sme, že deti vyjadrujú svoju agresiu intenzívnejšie v prostrediach, kde trávajú najviac času (rodina, škola). Tento predpoklad vychádza z diel Kusého (2018) a Franěka (2007), ktorí skúmali hudobné preferencie detí v závislosti od agresivity hudobných žánrov.

Použili sme dotazníkovú metódu na získanie údajov o hudobných preferenciách detí a vytvorili sme poradie hudobných žánrov podľa agresivity. Sociometrický prieskum školských tried bol realizovaný s cieľom využiť kvóťový výber škôl s pozitívnymi interakciami medzi žiakmi. Pomocou nového „6-dimenzionálneho situačného testu“ (6-DST, Višňovský, 2024) sme porovnali výsledky pred a po experimente a zistili rozdiely v agresívnom správaní medzi deťmi a adolescentmi, ktorí preferujú danú hudbu krátkodobo a tými, ktorí ju preferujú dlhodobo.

Kváziiexperimentálna fáza výskumu sa sústredila na manipuláciu nezávislej premennej (agresívne hudobné žánre) a sledovanie jej vplyvu na závislú premennú (agresívne správanie v piatich interpersonálnych prostrediach). Kvóťový výber nám umožnil rozdelenie respondentov do experimentálnych a kontrolných skupín. Počas experimentu sme administrovali dotazníky PANAS-SF a PANAS-C (Watson, Clark, & Tellegen, 1988; Watson & Clark, 1999), ktoré merali aktuálny emocionálny stav respondentov.

Výskumné ciele:

1. Prvým cieľom je zoradenie najpočúvanejších hudobných žánrov od najagresívnejších až po menej agresívne hudobné žánre pomocou Dotazníka hudobnej biografie,
2. Druhým cieľom je komparácia miery celkového navýšenia úrovne agresívneho správania pred a po vypočutí agresívnych hudobných žánrov u detí v období mladého školského veku a u adolescentov. Daný cieľ sa opiera o interpersonálnu teóriu hudby podľa Kusého, Knoblocha a Knoblochovej (1999, 2014, 2015 2016, 2018).
3. Tretím overenie kauzálneho vzťahu medzi počúvaním preferovanej hudby a agresívnym správaním detí v ich jednotlivých oblastiach každodenného fungovania.

Výskumné otázky a hypotézy:

1. Aké hudobné žánre sú v súčasnej dobe považované za najagresívnejšie u mladej populácii ľudí?
2. Existuje kauzálny vzťah medzi počúvaním agresívnych hudobných žánrov a úrovňami agresie v jednotlivých proxemických oblastiach jedinca?
3. Na základe Interpersonálnej teórie hudby (Kusý, 2018) predpokladáme existenciu kauzálneho vzťahu medzi počúvaním hudby a úrovňou agresívneho správania u detí.
4. Predpokladáme, že u všetkých respondentov bude najviac dominovať agresia v blízkych proxemických zónach jedincov (sebaobraz, rodina, kamaráti) než v ostatných proxemických zónach (autorita, cudzí ľudia, nepriatelia). Táto

alternatívna hypotéza vychádza z Interpersonálnej teórie hudby (Kusý, 2018) a monografie „Hudební psychologie“ (Franěk, 2007).

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Výskumná vzorka je tvorená 195 participantmi z piatich slovenských základných a stredných škôl z Trenčianskeho a Trnavského kraja.

Zo 195 respondentov sa 101 respondentov zapojilo do predvýskumov na overenie psychometrických vlastností a skonštruovanie jednotlivých testových položiek novovytvorenej testovej metódy a na overenie psychometrických vlastností zadaptovaných dotazníkových metód do slovenského jazyka. V rámci výskumu, do ktorého sa zapojilo 94 respondentov, sme sa konkrétne zamerali na dve vekové obdobia:

1. Výskumná skupina A (N = 53) – veková kategória od 10 do 16 rokov - u detí od mladšieho školského veku dochádza k významnému vývinu sluchového pociťovania a dochádza aj k nárastu sústreďovania sa, prenášania pozornosti a taktiež sa v danom období zvyšuje rozsah pozornosti jedinca na určité detaily podnetov, ako aj napríklad na zvukové podnety (Štefanovič, 1986). Zároveň je vzorka špecifická aj tým, že jedinci často vstupujú do rôznych kolektívov, kde dochádza k vzniku, rozvoja a hľadania identity v danej skupine. Kolektív sa môže v tomto prípade vyznačovať rôznymi špecifickými aspektmi, ktoré sa spájajú so spoločnými záujmami členov danej skupiny (Oravcová, 2005). Medzi dané aspekty zaraďujeme aj hudobnú preferenciu, ktorá môže u jedinca krátkodobo pretrvávať alebo môže ísť dokonca aj o permanentnú záležitosť (Hall a kol., 1997, in Kusý, 2015).
2. Výskumná skupina B (N = 41) – veková kategória od 17 až do 18 rokov - Výskumná vzorka B je významná hlavne v oblasti akcelerácie vývinu frontálnych lalokov mozgu, vďaka čomu dochádza k zvyšovaniu úrovne sebaregulačných schopností. Taktiež, úroveň samotného vnímania adolescentov je omnoho vyššia ako v predošlých ontogenetických obdobiach. Percepcia sa stáva presnejšou, bohatšou na detaily podnetov, multidimenzionálnejšou v obsahu a zacielenejšou (Štefanovič, 1986).

Do nášho výskumu sme s využitím sociometrických údajov zaradili školy s dominujúcimi pozitívnymi vzťahmi v školských triedach, v ktorých sa výskum realizoval. Z dôvodu zákona o ochrane osobných údajov výsledky sociogramov nezverejňujeme. Posledná metóda výberu bol kvóťový výber na základe hudobno-preferenčného rámca respondenta. V prípade, ak respondent preferoval hudbu, ktorá bola zaradená medzi neagresívne hudobné žánre, respondent bol zaradený do kontrolnej skupiny. V opačnom prípade bol respondent zaradený do experimentálnej skupiny. Vo výskumnej vzorke A, tvorilo (N = 33) respondentov kontrolnú skupinu a (N = 20) respondentov experimentálnu skupinu. Vo výskumnej vzorke B tvorilo kontrolnú skupinu (N = 24) respondentov a (N = 17) respondentov experimentálnu skupinu.

2.2. Organizácia práce

Výskum prebiehal v troch hlavných fázach:

1. Predrealizačná fáza: Prebehli rozhovory s riaditeľmi škôl a školskými psychológmi, kde sme predstavili výskum a získali povolenie. Zbierali sme informované súhlasy od

- žiakov a ich rodičov. Účastníci vyplnili online dotazník na základe identifikačného kódu, ktorý vytvoril ich hudobno-biografický profil.
2. Sociometrická fáza: Psychológovia alebo špeciálni pedagógovia realizovali sociometriu v triedach. V triedach s prevahou negatívnych interakcií sa výskum nekonal.
 3. Experimentálna fáza (trvala približne 85–90 minút, je rozdelená na tri časti):
 - a. Predexperimentálna podfáza: Účastníci vyplnili dotazníky PANAS-SF/C na meranie emočného stavu a 6-DST test.
 - b. Experimentálna podfáza: Účastníci počúvali hudbu. Kontrolná skupina počúvala menej agresívnu hudbu, experimentálna skupina agresívnejšie žánre. Hudbu počúvali tú, ktorú bežne preferujú.
 - c. Postexperimentálna podfáza: Účastníci znovu vyplnili test, ktorý obsahoval otázky o ich emóciách a názvoch počúvaných piesní.

2.3. Zber dát

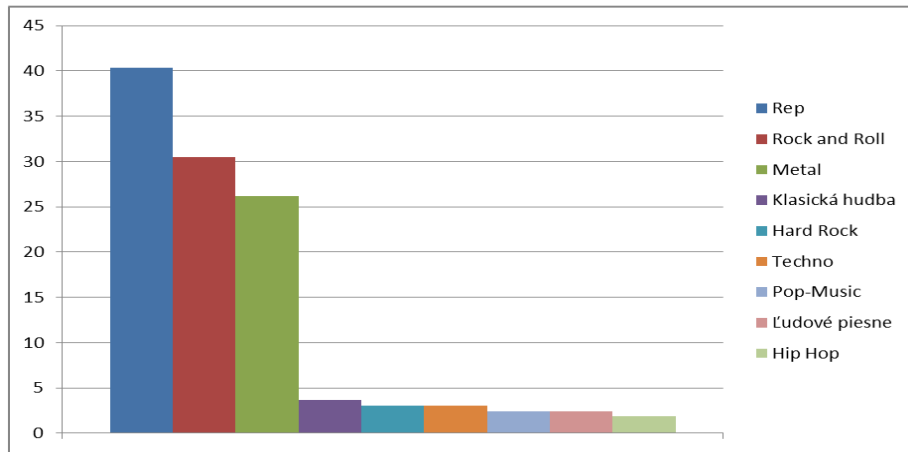
V tomto výskume sme využili 6 vedecký metód zberu kvantitatívnych a kvalitatívnych dát pre štatistickú, komparačnú analýzu dát a rozbor idiografických údajov. Okrem uvedených spôsobov zberu dát sme metódy, použité v tomto výskume využili na redukovanie rizika intervenujúcich premenných. Dáta sme zbierali prostredníctvom:

- Idiografického dotazníka hudobnej biografie
- Sociometrického dotazníka na zistenie sociálnej klímy v triede
- Dotazníkových metód: PANAS-SF a PANAS-C
- Testovej metódy „6-Dimenzionálny situačný test“
- Kváziexperimentu
- Pozorovania

3. Výsledky

VO1: Aké hudobné žánre sú v súčasnej dobe považované za najagresívnejšie u mladej populácii ľudí?

Na grafe č. 1 môžeme vidieť 9 zvolených hudobných žánrov, ktoré 195 respondentov označilo za agresívnych. Približne 40% respondentov označilo rep za najagresívnejší hudobný žánre, 30% označilo Rock and Roll za najagresívnejší hudobný žánre, 26% Heavy Metal a ostatné hudobné žánre sa pohybovali v percentuálnych hodnotách od 4% do 2%. Pri kvalitatívnom rozbere, v rámci ktorého sme sa zameriavali na najčastejšie dôvody, prečo ich uvedené hudobné žánre sme najčastejšie dostávali odpovede ako napríklad: nevhodné vystupovanie a vulgárne vyjadrovanie sa interpreta danej pesničky, vysoká hlučnosť a rýchlosť pesničiek, častá prítomnosť hudby v mojom okolí, nevhodné oblečenie interpreta vo videoklipech, správanie sa poslucháčov daných hudobných žánrov.



Graf 1 Najagresívnejšie hudobné žánre

VO2: Existuje kauzálny vzťah medzi počúvaním agresívnych hudobných žánrov a úrovňami agresie v jednotlivých proxemických oblastiach jedinca?

Pri testovaní výskumnej otázky sme využili výpočet rozdielov jednotlivých agresívnych hrubých skóre vo všetkých subškálach merania 6-DST. Pri výpočte testov normálneho rozloženia sa ukázalo, že sa vo väčšine prípadov nejedná o normálne rozložené premenné, z toho dôvodu sme využili pre výpočet kauzality v oboch prípadoch Wilcoxonov test.

Na nasledujúcej tabuľke môžeme vidieť v kontrolnej skupine dominujúce množstvo negatívneho ranku, čo znamená, že väčšina odpovedí v predexperimentálnej podfáze boli agresívnejšie ako odpovede v poexperimentálnej podfáze. V opačnom prípade to môžeme vidieť aj v experimentálnej skupine kde takmer vo všetkých subškálach dominuje pozitívny rank. Podobne to môžeme vnímať aj vo výskumnej vzorke B.

Tabuľka 1 Štatistická deskripcia dominancie agresívnych hrubých skóre u kontrolnej a experimentálnej skupiny vo výskumnej vzorke A

Subškály	Kontrolná skupina		Experimentálna skupina	
	Rank	N	Rank	N
Sebaobraz	Negatívny rank	19	Negatívny rank	7
	Pozitívny rank	8	Pozitívny rank	7
	Neutrálny rank	6	Neutrálny rank	6
	Spolu	33	Spolu	20
Rodina	Negatívny rank	18	Negatívny rank	12
	Pozitívny rank	11	Pozitívny rank	7
	Neutrálny rank	4	Neutrálny rank	1
	Spolu	33	Spolu	20
Kamaráti	Negatívny rank	13	Negatívny rank	4
	Pozitívny rank	13	Pozitívny rank	9
	Neutrálny rank	7	Neutrálny rank	7
	Spolu	33	Spolu	20
Authority	Negatívny rank	22	Negatívny rank	6
	Pozitívny rank	9	Pozitívny rank	10
	Neutrálny rank	2	Neutrálny rank	4
	Spolu	33	Spolu	20

Subškály	Kontrolná skupina		Experimentálna skupina	
	Rank	N	Rank	N
Cudzí ľudia	Negatívny rank	12	Negatívny rank	10
	Pozitívny rank	13	Pozitívny rank	6
	Neutrálny rank	8	Neutrálny rank	4
	Spolu	33	Spolu	20
Nepriatelia	Negatívny rank	15	Negatívny rank	7
	Pozitívny rank	12	Pozitívny rank	11
	Neutrálny rank	6	Neutrálny rank	2
	Spolu	33	Spolu	20

Tabuľka 2 Štatistická deskripcia dominancie agresívnych hrubých skóre u kontrolnej a experimentálnej skupiny vo výskumnej vzorke B

Subškály	Kontrolná skupina		Experimentálna skupina	
	Rank	N	Rank	N
Sebaobraz	Negatívny rank	17	Negatívny rank	9
	Pozitívny rank	6	Pozitívny rank	4
	Neutrálny rank	1	Neutrálny rank	4
	Spolu	24	Spolu	17
Rodina	Negatívny rank	14	Negatívny rank	4
	Pozitívny rank	8	Pozitívny rank	9
	Neutrálny rank	2	Neutrálny rank	4
	Spolu	24	Spolu	17
Kamaráti	Negatívny rank	12	Negatívny rank	4
	Pozitívny rank	6	Pozitívny rank	11
	Neutrálny rank	6	Neutrálny rank	2
	Spolu	24	Spolu	17
Autority	Negatívny rank	15	Negatívny rank	5
	Pozitívny rank	6	Pozitívny rank	5
	Neutrálny rank	3	Neutrálny rank	7
	Spolu	24	Spolu	17
Cudzí ľudia	Negatívny rank	10	Negatívny rank	2
	Pozitívny rank	9	Pozitívny rank	14
	Neutrálny rank	5	Neutrálny rank	1
	Spolu	24	Spolu	17
Nepriatelia	Negatívny rank	10	Negatívny rank	7
	Pozitívny rank	12	Pozitívny rank	5
	Neutrálny rank	2	Neutrálny rank	5
	Spolu	24	Spolu	17

Štatistická významnosť sa nepotvrdila vo všetkých subškálach merania. Štatistická signifikancia bola prítomná vo výskumnej vzorke A v kontrolnej skupine iba v subškále sebaobraz ($Z = -2,652$; $p = 0,08$) a v subškále JA a autority ($Z = -2,684$; $p = 0,07$). V experimentálnej skupine vo výskumnej vzorke A to bola iba subškála JA a kamaráti ($Z = -2,039$; $p = 0,041$). Vo výskumnej vzorke B, v kontrolnej skupine bola prítomná štatistická signifikancia vo viacerých subškálach Sebaobraz ($Z = -2,478$; $p = 0,013$), JA a rodina ($Z = -$

2,264; $p = 0,024$), JA a kamaráti ($Z = -2,230$; $p = 0,026$) a JA a autority ($Z = -2,149$; $p = 0,032$). V experimentálnej skupine subškála JA a cudzí ľudia ($Z = -2,471$; $p = 0,013$).

H1: Na základe Interpersonálnej teórie hudby (Kusý, 2018) predpokladáme existenciu kauzálneho vzťahu medzi počúvaním hudby a úrovňou agresívneho správania u detí.

Pri testovaní hypotézy sme uskutočnili výpočet rozdielu medzi agresívnym hrubým skóre z predexperimentálnej podfázy a z postexperimentálnej podfázou všetkých respondentov ($N = 94$). Pri celkových počtoch respondentov ($N = 57$) v kontrolných skupinách a ($N = 37$) v experimentálnych skupín sa v testoch normality preukázalo normálne rozloženie, z toho dôvodu sme využili T-test pre 2 závislé výbery.

Tabuľka 3 Štatistická deskripcia priemerných hodnôt agresívnych hrubých skóre

Skupiny	Fázy	Priemer	N	Štandardná chyba merania
Kontrolné skupiny	Predexperimentálna	12.53	57	1.08594
	Postexperimentálna	10.25	57	1.04182
Experimentálne skupiny	Predexperimentálna	13.59	37	1.04799
	Postexperimentálna	15.68	37	1.51323

Na prvý pohľad môžeme vidieť, že u respondentov z kontrolných skupín došlo k redukcii priemernej hodnoty agresívneho hrubého skóre a u respondentov z experimentálnych skupín došlo k zvýšeniu priemernej úrovne agresívneho hrubého skóre z predexperimentálnej podfázy na postexperimentálnu. Tento rozdiel bol v oboch prípadoch významný - kontrolná skupina ($t = 5,169$; $p = 0$), experimentálna skupina ($t = -2,607$; $p = 0,013$).

H2: Predpokladáme, že u všetkých respondentov bude najviac dominovať agresia v blízkych proxemických zónach jedincov (sebaobraz, rodina, kamaráti) než v ostatných proxemických zónach (autorita, cudzí ľudia, nepriatelia).

Pri tejto stanovenej hypotéze sme vytvorili výpočet aritmetických priemerov agresívnych hrubých skóre z postexperimentálnej podfázy u všetkých respondentov v rámci jednotlivých subškál merania.

Tabuľka 4 Priemerné hodnoty agresívnych hrubých skóre z postexperimentálnej podfázy

Subškály	N	Minimum	Maximum	Priemer	Štandardná odchýlka
Sebaobraz	94	0	6	2.03	1.76
Rodina	94	0	10	1.39	2.25
Kamaráti	94	0	9	2.29	2.14
Autority	94	0	9	2.37	2.31
Cudzí ľudia	94	0	7	1.83	1.81
Nepriatelia	94	0	8	2.61	2.45

Na tejto tabuľke môžeme vidieť, že vysoké hodnoty agresívnych hrubých skóre dosiahli subškály: sebaobraz, JA a kamaráti, JA a autority a JA a nepriateľ.

4. Diskusia

Pri prvej výskumnej otázke sme pomocou nazbieraných dát z Dotazníka hudobnej biografie, ktoré sme zbierali od roku 2022, vytvorili poradie 9 najagresívnejších hudobných žánrov súčasnej doby, pričom najviac rezonovali 3 hudobné žánre: Rep, Rock and Roll a

Heavy Metal. Uvedené výsledky korešponujú s výsledkami mnohých iných štúdií, ktoré potvrdzujú, že Heavy Metal, Rock and Roll a Rep sú u mladej populácii ľudí považované ako hudobné žánre s vysokou mierou expresivity (McNamara & Ballard, 1999; Miranda & Claes, 2004; Olsen a kol., 2022; Took & Weiss, 1994). Podobné výsledky sa ukázali aj v holandskom prieskume (Sulkers, 2021), ktorý poukázal na fakt, že žánre Heavy Metal vyvoláva vyššie množstvo negatívnych emócií než Pop-music, ktorý nebol v rámci nášho prieskumu zaradený medzi najagresívnejšie žánre. Kusý (2015, 2016) vo svojich experimentálnych výskumoch poukázal na fakt, že nami uvedené najagresívnejšie hudobné žánre, môžu do významnej miery korelovať s agresívnym a hostilným interpersonálnym nastavením jedinca v rámci jeho správania a konania. Zaujímavý objav sme získali pri kvalitatívnej analýze dát, kde sme sa zameriavali na hlavné dôvody zakategorizovania hudobných žánrov medzi tie najagresívnejšie. Zo zistení vyplýva, že agresia pri niektorých hudobných žánroch nevyplýva priamo z hudby, ale z percipienta alebo zo sociálnej skupiny ľudí, ktorí sa identifikujú so životným štýlom interpretov daných hudobných žánrov, ktorý je podľa slov mnohých respondentov „neadekvátny a expresívny“. Druhým aspektom agresie, ktorý nevyplýva priamo z hudby, ale z percipienta je neustála prítomnosť hudby v okolí jedinca, ktorý sa často v danom prostredí zdržiava, čo zvyšuje úroveň iritability a agresívnych impulzov voči percipientom.

Poslednú výskumnú otázku, ktorú sme riešili a čím sa naša vedecká práca líši od ostatných vedeckých prác, je overenie kauzálneho vzťahu medzi jednotlivými proxemickými zónami jedinca v rámci agresívneho správania sa detí vo vzťahu k počúvaniu preferovanej hudby. Vo výskumnej vzorke A boli viditeľné pri kontrolnej skupine vyššie hodnoty agresívnych reakcií pred vypočutím hudby. V prípade experimentálnej skupiny to bolo opačne, kde viac dominovali hodnoty agresívnych reakcií po vypočutí hudby. K významným rozdielom, v prípade kontrolnej skupiny, boli interpersonálne vzťahy medzi jedincom a jeho rodinou a autoritami mimo rodiny. Výskumnú vzorku A tvorí veľké množstvo adolescentov, ktorí sa vyznačujú častým odporom a hostilitou voči svojim autoritám. V prípade vysokej miery agresivity dochádza u jedincov k redukovaniu agresivity a tenzie hudbou často po verbálnych konfliktoch so svojimi autoritami, čo sme zistili z kvalitatívneho rozboru výsledkov z Dotazníka hudobnej biografie. Pri experimentálnej skupine došlo k významnej miery navýšenia agresivity v interakčnej oblasti s kamarátmi, čo je pochopiteľné z dôvodu vyhľadávania budovania vlastnej identity pri identifikácii so svojimi kamarátmi. V tomto období sú vzťahy medzi adolescentmi úprimnejšie a emocionálnejšie ako v predošlých obdobiach. V prípade výskumnej vzorky B sme získali takmer rovnaké výsledky avšak s vysokou neurčitou dominujúciach hodnôt agresívnych reakcií pred a po vypočutí hudby. Je to z dôvodu vysokej úrovne sebaregulačných schopností jedincov v porovnaní s výskumnou vzorkou A. V kontrolnej skupine bolo mnoho štatisticky významných rozdielov (sebaobraz, ja a rodina, ja a kamaráti, ja a authority). Tieto signifikantné hodnoty by sme vedeli vysvetliť tým, že starší jedinci majú viac vyvinuté kognitívne procesy a sebaregulačné schopnosti, čo vedie k tomu, že jedinci pri bežných situačných podnetoch, ktoré vychádzajú z bežných podnetných zdrojov, vedia po vytvorení vlastnej hudobnej komfortnej zóny, ktoré zasahujú určité proxemické zóny, reagovať menej agresívnym spôsobom ako pred vytvorením/rozšírením komfortnej zóny. V experimentálnej skupine došlo k významnému nárastu agresívnych reakcií vo vzťahu jedinec a cudzia osoba. Je to očakávané z dôvodu vysokej agresie vyplývajúce z neznámych situácií, ktoré vyvolávajú v človeku pocity neistoty. Pri kvalitatívnom rozbere sa pri výskumnej vzorke A, pred vypočutím hudby najčastejšie formy agresie vyskytovali: hostilita a negativizmus (odpor voči požiadavkám) a po vypočutí hudby sociálna agresia (motivácia kamarátov k

zámerným konaniam proti jedincovi), verbálna agresia (vulgarizmy) a negativizmus. Prejavy sa najčastejšie vyskytovali v subškále JA a osobný nepriateľ. Vo výskumnej vzorke B pred vypočutím hudby dominovali formy agresie: negativizmus a verbálna agresia voči vonkajším autoritám a po vypočutí hudby: fyzická agresia, verbálna agresia a negativizmus voči kamarátom.

Pri verifikácii alternatívnej hypotézy došlo k jej potvrdeniu a to aj z hľadiska inferenčnej štatistiky, kde sa štatistická významnosť potvrdila aj pri redukcii, aj pri kumulovaní agresívnych reakcií k bežným podnetom. Tým sa potvrdzuje aj predpoklad o tom, že hudba a celkové hudobné žánre sú jedným z významných regulátorov našich emócií a to v závislosti od interpersonálneho náboja hudobného žánra ako uvádzajú niektorí autori vo svojich vedeckých koncepciách a monografiách (Franěk, 2007; Knobloch, 1999; Kusý, 2018).

Pri poslednej alternatívnej hypotéze sme sa zameriavali iba na aritmetické priemery agresívnych hrubých skóre v jednotlivých proxemických zónach u všetkých respondentov. Táto deskriptívna štatistika poukázala na fakt, že najvyššie hodnoty dosiahli subškály: sebaobraz, kde pri kvalitatívnom rozboře dát sa najčastejšie vyskytovala verbálna agresia v podobe expresívneho označovania sa a zhadzovania sa – „Som škaredá a veľmi zo seba sklamaná.“ alebo „Nerád sa na seba pozerám pri zrkadle.“; JA a kamaráti, pri tejto subškále sa najčastejšie vyskytovala verbálna agresia v podobe expresívneho označovania, hostilita ako posmech voči osobnosti daným jedincom, ktorí podľa slov respondentov, nedosiahnu to čo by v živote chceli. Taktiež sa tu najčastejšie vyskytovala aj fyzická agresia, ale iba v prípadoch tzv. pozitívnej agresie. Pozitívna agresia v našom ponímaní, predstavuje hravú, intuitívnu agresiu, ktorá by nemala prekročiť hranice spôsobenia ťažkého zranenia jedinca – „Ak by mi toto urobil, tak by som mu dal čapáka.“ alebo „Taký preplesk by dostal, že by uvidel.“. Mnohí respondenti uviedli do otvorených položiek fyzickú agresiu, ale do likertových, posudzovacích škálach uviedli nízku mieru uskutočnenia daného činu. Vysoká miera agresie sa prejavila aj v subškále JA a autority mimo mojej rodiny. Pri tejto subškále sa najčastejšie vyskytovali formy agresie: verbálna agresia (výsmechy, zvýšená hladina tónu reči respondentov, expresívne označovanie), negativizmus (zámerné nerešpektovanie zavedených pravidiel poslušnosti a zámerné ignorovanie učiteľov) a iritabilita. Posledná subškála, pri ktorej sa ukázal najvyššia priemerná hodnota agresívnych reakcií je JA a nepriateľ. Pri tejto subškále sa prejavili prvky okrem všetkých vyššie uvedených foriem agresie aj sociálna agresia a to v podobe: zámerného vyhodenia osôb, ktorého respondent „nemusi“ zo sociálnej skupiny kamarátov, v ktorej sa respondent a pomyselný jedinec nachádzajú, motivovanie skupiny jedincov k verbálnym útokom voči osobnému nepriateľovi daného respondenta, zámerné ignorovanie jedinca a odmietanie akejkoľvek spolupráci s jedincom. Hypotéza bola zamietnutá z dôvodu namerania najvyšších hodnôt agresívnych prejavov v proxemických zónach (JA a osobný nepriateľ & JA a autority mimo mojej rodiny). Výskyt abnormálneho množstva agresívnych prejavov v uvedených zónach je možné vysvetliť tým, že jedinci prejavujú vysokú úroveň agresívneho správania sa v situáciách, ktoré sú pre nich podnecujúce k vyvolaniu priamej, ale aj nepriamej agresívnej reakcie (verbálna agresia v podobe ohovárania za chrbtom osobných nepriateľov jedinca). V prípade zóny „JA a autority mimo rodiny“, v súčasnej dobe u jedincov vyvolávajú do vysokej miery agresívne prejavy aj jedinci, ktorí sú spájaný s vytváraním školských/pracovných povinností, v skúmanej výskumnej vzorke B hovoríme skôr o brigádnických pracoviskách a s vedením správania a regulovania konania a názorov žiakov, mladých športovcov a brigádnikov.

Štúdia má niekoľko obmedzení. Aj keď príprava a spracovanie štúdie trvala 2 roky, našim najväčším faktorom bol čas. Vzhľadom ku komplexnosti výskumného plánu bolo náročné konštruovať a revalidizovať novovytvorenú testovú metódu na zachytenie agresívnych reakcií. Cesta konštruovania testu obsahovala mnoho validizačných rozhovorov a mnohé predvýskumy, ktoré pozdvihli metódu na úroveň exaktnosti. Okrem testu sme museli správne preložiť a zadaptovať dotazníky PANAS na úroveň slovenskej, cieľovej populácie. Pri riešení danej problematiky sme museli vytvoriť spoluprácu s vysokoškolskými a skúsenými odborníkmi v oblasti prekladateľstva z anglického jazyka. Pri overovaní psychometrických vlastností sme sa zameriavali na spoľahlivosť merania premenných daného dotazníka. Overovali sme aj validitu nášho experimentálneho plánu, z hľadiska celkového fungovania kváziexperimentu, prijatia bezpečnostných opatrení na zamedzenie akýchkoľvek rizík, ktoré by mohli ohroziť respondentov (pri bližšej analýze tohto výskumu našou školiteľkou a konzultantom, neboli prítomné žiadne faktory, ktoré by mali negatívny a dlhodobý vplyv na participantov). Vysoký dôraz sme kládli na bezpečnosť ochrany osobných údajov (všetky použité metódy boli anonymné, informované súhlasy sa nebudú nikde zverejňovať a budú uschované do 2 rokov od realizácie tohto výskumu, po uplynutí doby budú odstránené). V prípade sociometrie, kde sa jedinci museli podpisovať, si údaje ponechala škola, v rámci ktorej sa sociometrický prieskum realizoval. Ďalšou nevýhodou tohto výskumu bol nízky počet respondentov vo výskume. Tento faktor bol zapríčinený dvomi aspektmi - vysoká redukcia počtu respondentov a problematickosť realizácie nášho výskumu na základných a stredných školách. Nízke množstvo respondentov zapríčinilo skreslenosť niektorých štatistických dát.

Štúdia je dokonalým podnetom pre viaceré výskumy. Napríklad metódu 6-DST je možné využiť na meranie a skúmanie kauzality u mnohých premenných. Daná testová metóda sa dá taktiež napojiť k akémukoľvek inému testu, napríklad ak by sme prostredníctvom osobnostného dotazníka NEO-FFI alebo HEXACA chceli zistiť, ako jednotlivci, u ktorých dominujú určité osobnostné dimenzie, reagujú na jednotlivé situácie v jednotlivých interpersonálnych priestoroch, tak pomocou týchto výsledných dát by sme boli schopný vytvoriť určitú predikciu, ako sa daný človek so svojou pevnou osobnostnou štruktúrou bude približne správať k svojmu okoliu. Ďalej, musíme podotknúť aj na fakt, že týmto výskumom by sme chceli motivovať a inšpirovať viacerých výskumníkov k tomu, aby riešili súčasnú problematiku, ako hudba ovplyvňuje agresívne správanie nie len u detí, ale všeobecne u ľudí vo všetkých vývinových obdobiach. V súčasnej dobe sa takmer na každej internetovej platforme stretávame s pesničkami, ktoré môžu ovplyvniť našu hudobnú preferenciu a tá do vysokej miery môže pozmeniť individuálnu a aj sociálnu identitu človeka. Prínosné by bolo, keby sa výskum na podobnej úrovni zopakoval aj v ostatných vývinových obdobiach.

Budúcnosť skúmania danej problematiky v hudobnej psychológii týmto výskumom nekončí. Práve naopak, našim cieľom bude prehĺbovať poznanie kauzality medzi jednotlivými interpersonálnymi a intrapersonálnymi prostrediami jednotlivca a jeho agresívnym prejavmi správania. Našou motiváciou do budúca je aj vytvorenie rozšírenej verzie 6-DST, ktorá by sa okrem agresie zameriavala aj na iné emočné dimenzie z koncepcie „Interpersonálneho hudobného cirkumplexu“ (Kusý, 2016). Okrem uvedených dimenzií by sa nová testová metóda zameriavala aj na dominanciu typu reakcií (kognitívne, afektívne a behaviorálne). Radi by sme chceli do výskumu zahrnúť aj elaboračnú analýzu dát z Dotazníka hudobnej biografie. Uvedenú dotazníkovú metódu by sme radi tiež chceli viac zaktualizovať, aby zachytávala čo najpresnejšie manifestné premenné z hľadiska lepšej charakteristiky hudobného statusu jedinca.

Nebezpečenstvá v tomto výskume podľa slov odborníkov v oblasti konštruovania psychologických a pedagogických odborníkov konštruovania záverečných prác, odborníkov v oblasti hudobnej psychológie a pedagogiky, školských psychológov, špeciálnych pedagógov a členov etickej komisie, neboli prítomné. Premenné, s ktorými sme pracovali sa týkali činností (počúvania neagresívnych a agresívnych hudobných žánrov), ktoré sú, podľa slov respondentov, ich každodennou rutinou. Žiadnemu respondentovi nebola, pustená hudba, ktorá by vyvolával nežiaduci, psychosociálny faktor a ktorá by sa netýkala uvedeného rámca. Hudba, ktorú si dobrovoľne respondenti púšťali počas experimentu nemala významný vplyv na správanie jedinca. Pri všetkých experimentálnych výskumoch bol prítomný školský psychológ alebo špeciálny pedagóg danej školy.

Literatúra

Anderson, C. A., Carnagey, N. L., & Eubanks, J. (2003). Exposure to violent media: The effects of songs with violent lyrics on aggressive thoughts and feelings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 960–971. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.5.960>.

Baník, G., & Gajdošová, B. (2014) Rizikové správanie, hudobná preferencia, osobnosť a afektivita adolescentov. In *Česko-slovenská psychologická konferencie (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (s. 191-203). Olomouc, Česká republika: Univerzita Palackého v Olomouci.

Buss A., H. (1961). *The psychology of aggression*. Pittsburgh, New York: Department of Psychology, University of Pittsburgh.

Chamorro-Premuzic, T. & Furnham, A. (2010, December). Personality and music: Can traits explain how people use music in everyday life? *British Journal of Psychology*, 98(2), 175-185. Dostupné z: <https://doi.org/10.1348/000712606X111177>.

Franěk, M. (2007). *Hudební psychologie*. Praha, Česká republika: Karolinum.

Greitemeyer, T. (2011). Exposure to music with prosocial lyrics reduces aggression: First evidence and test of the underlying mechanism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(1), 28-36. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.08.005>.

Hanslick, E. (2010). *O hudobnom krásne*. Bratislava, Slovensko: Hudobné centrum.

Ilari, B., Perez, P., Wood, A. & Habibi, A. (2019). The role of community-based music and sports programmes in parental views of children's social skills and personality. *International Journal of Community Music*, 12(1), 35-56. Dostupné z: https://doi.org/10.1386/ijcm.12.1.35_1.

Kantor, J., Lipský, M., Weber, J., Procházka, T. & Grochalová, K. (2009). *Základy muzikoterapie*. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a.s.

Knobloch, F. & Knoblochová, J. (1999). *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a.s.

Končeková, L. (2005). *Patopsychológia*. Prešov, Slovensko: Lana.

Kovářová, M. & Verešová M. (2021). Vzťah k hudbe, dôsledky počúvaného žánru hudby na prežívanie a školská úspešnosť adolescentov. In *Konvergencie vedeckej činnosti študentov*

- a učiteľov II. (s.85-97). Nitra, Slovensko: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Pedagogická fakulta.
- Krahé, B. & Bieneck, S. (2012). The Effect of Music-Induced Mood on Aggressive Affect, Cognition, and Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(2), 271-290. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00887.x>.
- Kusý, P. (2015). Interpersonálna teória hudby a hudobná mediácia u detí. In *Dimenzia muzikoterapie v praxi, výskume a edukácii* (s. 166-172). Bratislava, Slovensko: Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Ústav špeciálnopedagogických štúdií, Katedra špeciálnej pedagogiky.
- Kusý, P. (2016). Človek vo vzťahu k hudbe a hudba vo vzťahu k duši. In *ALUMNI Conference of Graduates* (s. 99-109). Ružomberok, Slovensko: VERBUM.
- Kusý, P. (2016). *Interpersonálne vzorce správania sa a možnosti ich ovplyvňovania hudbou*. (Dizertačná práca). Trnavská univerzita v Trnave, Pedagogická fakulta.
- Kusý, P. (2017). *Genéza hudobného vkusu u detí v interpersonálnych súvislostiach*. (Rigorózna práca). Katolícka univerzita v Ružomberku, Filozofická fakulta.
- Kusý, P. (2018). *Interpersonálna teória hudby – teoretické východiská, výskumné výsledky a možnosti aplikácie*. Trnava, Slovensko: Nakladateľství VEGA-L.
- Kusý, P. & Vozařová, L. (2014). Možnosti merania hudobnej preferencie u detí a dospelých v slovenských podmienkach. In *Sapere Aude 2014* (s. 556-563). Hradec Králové, Česká republika: Magnanimitas.
- Kuzmová, L. (2011). Životný štýl mládeže zhoršuje sluch. In *Výchova ke zdravotní gramotnosti* (s. 143-150). Brno, Česká republika: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- Litman, C., S. (1996). *Effects of rap music on verbal and nonverbal aggressive and disruptive behavior in boys' social interactions*. (Dizertačná práca). Hofstra University. Dostupné z: <https://www.proquest.com/openview/3b71254a0ec28de0f6ed36e631065ba6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y&fbclid=IwAR2qws6gK-J59acZs3N-xgde3ZK7IF6yVFf2DGzLDEZjF7bWXzz87mc1TpY>.
- Margini, M. (2017). *Cervello. Manuale dell'utente*. Miláno, Taliansko: Giunti Editore S.p.A.
- McNamara, L. & Ballard, M., E. (1999). Resting Arousal, Sensation Seeking and Music Preference. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125(3), 229-250. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/231470962?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>.
- Meyer, K. (2021). *Group Music Therapy for Promoting Learners' Development of Emotion-Related Self-Regulation in a Context of Community Violence*. (Dizertačná práca). University of Pretoria. Dostupné z: <https://www.proquest.com/openview/2019ca7d83e7d7b49b5ebe7f45542cf2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>.
- Miranda, D. & Claes, M. (2004). Rap Music Genres and Deviant Behaviors in French-Canadian Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(2), 113-122. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:JOYO.0000013423.34021.45>.
- Nakonečný, M. (2013). *Lexikon psychologie*. Praha, Česko: Vodnář.

- Nance, M., E. (2014). *The effect of Background Music on the Social Behaviors of Preschoolers*. Detroit, Michigan: ProQuest LLC. Dostupné z: <https://www.proquest.com/openview/23775bed1998e8c6ed52c2c4d8ba9377/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>.
- Olsen, K., N., Terry, J. & Thompson, W., F. (2022). Psychosocial risks and benefits of exposure to heavy metal music with aggressive themes: Current theory and evidence. Sydney, Austrália: Macquarie University. Dostupné z doi: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03108-9>.
- Oravec, T. (2011). *Multikultúrna výchova a hudba ako metóda a prostriedok rozvoja kultivovanej osobnosti*. Prešov, Slovensko: Prešovská univerzita v Prešove.
- Sigg, N. (2009). *An investigation into the relationship between music preference, personality and psychological wellbeing*. (Dizertačná práca). Auckland University of Technology. Dostupné z: <https://openrepository.aut.ac.nz/bitstream/handle/10292/955/SiggN.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
- Sulkers, N. (2021). *Music, the Great Communicator. A Cross-sectional Study on the Association between Music Preference and Life Satisfaction among High School Students*. (Diplomová práca). Utrecht University. Dostupné z: <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/414>.
- Štefanovič, J. (1986). *Psychológia pre gymnázia*. Bratislava, Slovensko: Slovenské pedagogické nakladateľstvo v Bratislave.
- Tellegen, A., Watson, D. & Clark, L., A. (1999). On the Dimensional and Hierarchical Structure of Affect. *Journal indexing and metrics*, 10(4), 297-303. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00157>.
- Took, K. J., & Weiss, D. S. (1994). The relationship between heavy metal and rap music and adolescent turmoil: Real or artifact? *Adolescence*, 29(115), 613-621. Dostupné z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/relationship-between-heavy-metal-rap-music/docview/195926392/se-2>.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha, Česká republika: Karolinum.
- Van de Vijver, F. & Hambleton, K., R. (1996). Translating Tests: Some Practical Guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/232562063_Translating_Tests_Some_Practical_Guidelines.
- Vrbjárová, S. (2009, 04. marec). Dotazník na zistenie sociálnej klímy v triede. Zborovna.sk [vid. 2023-11-10]. Dostupné z: https://www.zborovna.sk/kniznica.php?action=show_version&id=4778.
- Watson, D., Clark, L., A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>.

Kontaktné údaje:

¹ Katedra psychológie, Univerzita Sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu 2, Trnava, 917 01, visnovsky1@ucm.sk

² Katedra psychológie, Univerzita Sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu 2, Trnava, 917 01, lenka.selecka@ucm.sk

VYBRANÉ PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI SKRÁTENEJ ŠKÁLY ŤAŽKOSTÍ V REGULÁCII EMÓCIÍ DERS-18

SELECTED PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SHORT SCALE OF EMOTION REGULATION DIFFICULTIES DERS-18

Jakub Ladecký¹ – Alexandra Mačudová²

Abstrakt: Predmetom skúmania predkladanej štúdie bolo overiť psychometrické vlastnosti skrátenej škály ťažkosti v regulácii emócií (DERS-18) na vzorke slovenských vysokoškolských študentov. Emočná regulácia, kľúčový psychologický proces, umožňuje jednotlivcom zvládať emocionálne zážitky, pričom dysregulácia je spojená s rôznymi duševnými poruchami. Škála DERS-18, ktorú vyvinuli Victor a Klonsky (2016), meria šesť faktorov súvisiacich s ťažkosťami emočnej regulácie. Predošlé štúdie však naznačujú, že v niektorých kultúrnych kontextoch môže byť vhodnejší model s piatimi faktormi. Štúdia, ktorá zahŕňa vzorku 520 študentov, využila exploračnú a konfirmačnú faktorovú analýzu na overenie štruktúry DERS-18, pričom podporila model s piatimi faktormi. Napriek výborným hodnotám modelovej zhody bola vnútorná konzistencia subskály „Uvedomovanie“ nízka, čo naznačuje potrebu ďalších úprav. Zistenia poukazujú na využiteľnosť DERS-18 v klinickej a výskumnej praxi na hodnotenie ťažkosti v emočnej regulácii s praktickými dôsledkami pre zlepšenie psychologických intervencií na Slovensku.

Kľúčové slová: Ťažkosti v emočnej regulácii, Psychometria, Faktorová analýza

Abstract: This study investigates the psychometric properties of the shortened Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) among Slovak university students. Emotion regulation, a critical psychological process, enables individuals to manage emotional experiences, with dysregulation linked to various mental health issues. Originally developed by Victor and Klonsky (2016), the DERS-18 measures six factors related to emotion regulation challenges. However, previous studies suggest that a five-factor model may better suit some cultural contexts. This study, using a sample of 520 students, employed exploratory and confirmatory factor analyses to assess the DERS-18 structure, finding support for the five-factor model. Despite strong model fit indices, internal consistency for the "Awareness" subscale was low, indicating a need for further refinement. The findings underscore the DERS-18's utility in clinical and research settings for assessing emotion regulation difficulties, with practical implications for enhancing psychological interventions in Slovak populations.

Keywords: Emotion regulation difficulties, Psychometrics, Factor analysis

1. Úvod

Emočná regulácia predstavuje proces, v ktorom jednotlivci cielene ovplyvňujú svoje emočné stavy a spôsob, akým sú tieto emócie subjektívne prežívané a vonkajšie vyjadrené (Gross, John, 2003). Efektívna regulácia emócií vedie k zníženiu intenzity negatívnych emocionálnych zážitkov a ich nahradeniu pozitívnejšími stavmi. Najvýznamnejšiu a najkomplexnejšiu teóriu emočnej regulácie vypracoval Gross (1998), ktorý predstavil procesný model emočnej regulácie. Tento model rozlišuje päť kľúčových stratégií (Gross, 2015): 1. Výber situácie (napr. návšteva rodiny), 2. Modifikácia situácie (napr. konzumácia alkoholu na zníženie úzkosti počas návštevy), 3. Zameranie pozornosti (napr. sústredenie sa na čas po ukončení návštevy), 4. Kognitívna zmena (napr. prehodnotenie úzkosti

prostredníctvom pripomenutia si, že návšteva nepredstavuje skutočnú hrozbu), 5. Modulácia odpovede (napr. potlačenie výrazov tváre na skrytie úzkosti).

Podľa Grossovho modelu (2014) sa stratégie emočnej regulácie delia na dve skupiny. Prvá skupina zahŕňa stratégie zamerané na predchádzanie plnej aktivácii emočnej reakcie (antecedent-focused), do ktorých Druhá skupina zahŕňa stratégie, ktoré sú využívané až po vzniku emočnej odpovede, teda keď sú emócie už plne prežívané (response-focused), a sem je zaradená piata stratégia regulácie emócií.

Gratzová a Roemerová (2004) identifikovali niekoľko kľúčových aspektov emočnej regulácie (ER), medzi ktoré patria schopnosť uvedomovať si a rozumieť vlastným emóciám, akceptovať ich, kontrolovať impulzívne správanie a konať v súlade s dosahovaním stanovených cieľov. Dôležitou súčasťou je aj schopnosť používať vhodné stratégie ER, ktoré pomáhajú tlmiť emocionálne reakcie a umožňujú jednotlivcovi dosiahnuť svoje osobné ciele. (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS – Gratz, & Roemer, 2004). Tento nástroj slúži na hodnotenie subjektívnych ťažkostí v rámci schopností ER, ktoré sú zahrnuté v ich teoretickom modeli. Model zahŕňa tieto oblasti: 1. **Nedostatočné emočné uvedomovanie** (lack of emotional awareness): vyjadruje nedostatok pozornosti venovanej emocionálnym odpovediam; 2. **Nedostatočné porozumenie vlastným emóciám** (lack of emotional clarity): opisuje mieru nejasnosti v prežívaných emóciách; 3. **Obmedzený prístup k stratégiám emočnej regulácie** (limited access to emotion regulation strategies): hodnotí neschopnosť primerane regulovať emócie v stresujúcich situáciách; 4. **Neakceptovanie vlastných emočných reakcií** (nonacceptance of emotional responses): odráža tendenciu reagovať negatívne na vlastné negatívne emócie, ako je popieranie distresu; 5. **Ťažkosti s kontrolou impulzov** (impulse control difficulties): zdôrazňuje problém kontroly správania pri emocionálnom rozrušení; 6. **Ťažkosti pri dosahovaní cieľov** (difficulty engaging in goal-directed behavior): predstavuje problémy so sústredeníím sa na úlohy v situáciách, kedy jednotlivec prežíva negatívne emócie.

Cieľ

Victor a Klonsky (2016) vytvorili skrátenú verziu škály ťažkostí v emočnej regulácii DERS-18, pričom v pôvodnej validizačnej štúdii sa ukázalo ako vhodné využívať 6-faktorový model. 6-faktorový model bol podporený rôznymi validizačnými štúdiami vo svete (Charak et al., 2019; Nooripour et al., 2023) avšak objavili sa aj štúdie, v ktorých bolo zistené, že 5-faktorový model má vhodnejšie psychometrické vlastnosti, pričom konkrétny problém je vo vnútornej konzistencii subškály nedostatočného uvedomovania si vlastných pocitov (Hallion et al., 2018; Charak et al., 2019; Rosharudin et al., 2023). Predmetom predkladanej štúdie je overenie faktorovej štruktúry meracieho nástroja DERS-18 na slovenskej vzorke študentov v období vynárajúcej sa dospelosti.

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Výber respondentov vo výskumnom súbore bol realizovaný dostupným zámerným výberom. Vzorku tvorili respondenti v období vynárajúcej sa dospelosti, teda predovšetkým študenti vysokých škôl a rôznych odborov. Výskumnú vzorku tvorilo N=520 respondentov z toho n=324 žien a n=196 mužov. Respondenti boli pomerne stratifikovaní podľa krajov Slovenskej Republiky. Zber dát prebiehal formou ceruzka-papier počas mesiacov február, marec a apríl 2024.

2.2. Výskumné metódy

K identifikácii ťažkostí v emočnej regulácii bol použitý skrátený dotazník ťažkostí emočnej regulácie DERS-18 (Victor, Klonsky, 2016). Pôvodný dotazník bol preložený z angličtiny metódou spätného prekladu a následne posúdený tímom troch expertov v oblasti psychológie. Ďalej dotazník prešiel prekladom späť do anglického jazyka. Finálna verzia bola administrovaná pilotne 10 študentom s cieľom potvrdiť zrozumiteľnosť položiek dotazníka. Dotazník je určený na meranie kľúčových aspektov emočnej regulácie a ťažkostí s jej zvládaním. Exploračná faktorová analýza (EFA) v pôvodnej validizačnej štúdiu validácie naznačila štruktúru so šiestimi alebo siedmimi faktormi. Štruktúra so šiestimi faktormi bola považovaná za interpretovateľnejšiu a bola preložená do šiestich subškál: (a) nedostatok emočného uvedomenia (Uvedomenie; „Som pozorný voči svojim pocitom,“ skórované opačne); (b) nedostatočné porozumenie vlastným emóciám (Jasnosť; „Mám problém pochopiť svoje pocity“); (c) ťažkosti s kontrolou impulzov (Impulz; „Keď som rozrušený, strácam kontrolu“); (d) ťažkosti pri dosahovaní cieľov (Ciele; „Keď som rozrušený, mám problém dokončiť prácu“); (e) neakceptovanie vlastných emočných reakcií (Neakceptácia; „Keď som rozrušený, hnevám sa na seba za to, ako sa cítim“); a (f) obmedzený prístup k stratégiám emočnej regulácie (Stratégie; „Keď som rozrušený, verím, že neexistuje nič, čo by mi pomohlo cítiť sa lepšie“). Položky v prvej subškále sú reverzne kódované. Respondenti vyjadrujú ako často sa stretávajú s rôznymi ťažkosťami na likertovej škále od 1-5 (1 – skoro nikdy, 2 – niekedy, 3 – polovicu času, 4 – väčšinou, 5 – skoro vždy). Súčtom všetkých položiek je možné dosiahnuť celkové skóre ťažkostí v emočnej regulácii.

2.3. Procedúra

Pri štatistickom spracovaní štúdia využíva programy JASP 0. 14. 1 (Jeffrey's Amazing Statistics Program ver. 14) a IBM SPSS 25 (Statistical Package For The Social Sciences, ver. 25). Na overenie reliability boli použité testy vnútornej konzistencie Cronbachovej alfy a Mcdonaldovej omegy. Na overenie faktorovej štruktúry bola použitá exploračná faktorová analýza s rotáciou promax a konfirmačná faktorová analýza s metódou most likelyhood.

Inteligencia je teda charakteristikou, ktorá významným spôsobom zlepšuje úspešnú adaptáciu organizmu na prostredie, v ktorom sa nachádza; umožňuje jedincovi prosperovať a dosahovať úspech; spája sa s mnohými zdravotnými benefitmi a zvyšuje u jedincov šance na prežitie. Navyše, je do istej miery dedičná. Všetky tieto charakteristiky vytvárajú predpoklad, že inteligencia bude evolučne preferovanou charakteristikou. Ukazuje sa totiž, že ak je nejaká charakteristika/znak/schopnosť pre prežitie dôležitá, stáva sa dôležitým aspektom medziludských interakcií – jedinci, ktorý týmito charakteristikami/znakmi/schopnosťami disponujú, sú považovaní za atraktívnejších, a to často aj bez toho, aby si jedinec takúto ich príťažlivosť pri interakciách s nimi uvedomoval (Hung et al. 2016). Spojenie príťažlivosti (atraktivity) a prítomnosti rôznych evolučne dôležitých znakov (napr. symetrie, maskulinity, femininity,... a pod.) signalizujúcich genetickú zdatnosť organizmu potvrdilo množstvo štúdií (Vera Cruz 2018; Harun et al. 2023; Foo et al. 2017; Bannister et al. 2022; Ekrami et al. 2021).

V súvislosti s premennou inteligencie existujú viaceré štúdie, ktoré poukazujú na to, že aj inteligencia a atraktivita jedinca tesne korelujú (pozri napr. Jackson et al. 1995; Miller 2000; Kazanawa 2011). Na druhú stranu, Perrett uvádza, že mužov pri hodnotení atraktivity žien

inteligencia vôbec nezaujíma a ak ju aj vnímajú, pôsobí na posudzovanú atraktivitu skôr negatívne – črty inteligencie totiž zvyšujú dojem maskulinity, ktorá nie je u žien hodnotená ako atraktívna (Perrett 2010). Je zrejme, že korelácia inteligencie a atraktivity nie je tak jednoznačná a vstupujú do nej viaceré faktory (napr. už spomenuté pohlavie hodnotiteľa a hodnotenej tváre – Perrett 2010; Démuth & Démuthová 2018). V tejto súvislosti sa však vynára ešte fundamentálnejšia otázka – a to, či pri posudzovaní atraktivity inteligencie jedinci sú skutočne schopní reálne inteligenciu zo vzhladu druhej osoby odčítať. Hodnotenie druhej osoby na základe jeho vzhladu (najmä tváre) totiž prebieha okamžite a v časovom horizonte milisekúnd (Niimi et al. 2005), pričom úsudky o druhej osobe (vrátane odhadu jej inteligencie) si vytvárame už pri prvom stretnutí. Často práve na základe prvého dojmu potom iniciujeme (alebo – naopak – zamietame) ďalšie interakcie. Navyše, hodnotenie druhého človeka je sprevádzané aj emocionálnymi reakciami a špecifickou aktivitou v mozgových centrách odmiern – ak detekujeme u jedinca žiadúce charakteristiky (napr. inteligenciu), prežívame príjemné emócie spojené so zážitkom atraktivity. Na to, aby však bolo možné skúmať to, či je inteligencia atraktívna, je najprv nevyhnutné realizovať analýzu toho, či je možné inteligenciu spoľahlivo z tvárových črt odčítať.

3. Výsledky

V úvode bola vykonaná exploračná faktorová analýza, ktorá odhalila 5 - faktorové riešenie modelu, pričom výsledky naznačujú výborné prispôbenie modelu dátam s tým, že položky 1,4 a 6 ktoré tvoria subškálu uvedomovanie nesýtia dostatočne samostatný faktor. Hodnota RMSEA (0.047) a jeho 90% interval spoľahlivosti (0.036 - 0.058) sú v rozmedzí dobrého fitu, pričom SRMR (0.021) je taktiež veľmi nízky. Indexy TLI (0.953) a CFI (0.978) presahujú prah 0.90, čo naznačuje výborné prispôbenie, a BIC (-299.278) potvrdzuje priaznivú kvalitu modelu.

Následne bola vykonaná konfirmačná faktorová analýza, ktorej výsledky fitových indexov sú zaznačené v Tabuľke 1. Tabuľka prezentuje indexy zhody medzi navrhovaným faktorovým modelom a dátami. Hodnota chí-kvadrátu ($\chi^2 = 197.833$; $df = 80$; $p < .001$) naznačuje štatisticky významný rozdiel medzi modelom a empirickými dátami, avšak vzhľadom na známe obmedzenia testu chí-kvadrátu, ktorý je citlivý na veľkosť vzorky, môže aj menší nesúlad viesť k štatistickej významnosti. Indexy zhody CFI (0.963) a TLI (0.951), majú hodnoty blízke 1, čo naznačuje veľmi dobrú zhodu modelu s dátami. Hodnota RMSEA (0.057) poukazuje na celkovo dobrú zhodu modelu. Spodná hranica 90% intervalu spoľahlivosti pre RMSEA (0.047) a horná hranica (0.067) potvrdzujú, že model primerane odráža štruktúru dát. Hodnota SRMR (0.043) je nižšia ako odporúčaná prahová hodnota 0.08, čo naznačuje vysokú mieru zhody medzi modelom a pozorovanými dátami.

Tabuľka 1 Fitové hodnoty konfirmačnej faktorovej analýzy

χ^2	(df)	(p)	(CFI)	(TLI)	(RMSEA)	RMSEA 90%	RMSEA p	(SRMR)
197.833	80	< .001	0.963	0.951	0.057	0.047 - 0.067	0.130	0.043

Legenda: χ^2 – hodnota chí-kvadrátu; df – stupne voľnosti; p – hladina štatistickej významnosti;

CFI – Comparative Fit Index; TLI – Tucker-Lewis Index; RMSEA – Root Mean Square

Error of Approximation; SRMR – Standardized Root Mean Square Residual.

V Tabuľke 2 sú prezentované faktorové náboje jednotlivých položiek DERS-18, ktoré sú usporiadané podľa piatich hlavných faktorov identifikovaných v analýze. Všetky faktorové náboje sú výrazne nad prahom 0,4; čo naznačuje veľmi dobrú konvergenciu položiek k

príslušným faktorom. Konfirmačná faktorová analýza ukazuje, že faktorová štruktúra modelu je silná a stabilná.

Tabuľka 2 Faktorové náboje meracieho nástroja DERS-18

Faktor	Indikátor	Odhad	Štandardná chyba	Hodnota Z	p-hodnota
Faktor 1	DERS10	0.850	0.051	16.547	< .001
	DERS11	0.833	0.048	17.202	< .001
	DERS17	0.731	0.047	15.642	< .001
Faktor 2	DERS7	0.683	0.058	11.838	< .001
	DERS13	0.892	0.053	16.874	< .001
	DERS14	0.854	0.052	16.310	< .001
Faktor 3	DERS9	0.828	0.046	18.146	< .001
	DERS16	0.934	0.042	22.290	< .001
	DERS18	0.930	0.043	21.641	< .001
Faktor 4	DERS8	0.873	0.050	17.455	< .001
	DERS12	0.965	0.045	21.346	< .001
	DERS15	0.991	0.046	21.734	< .001
Faktor 5	DERS2	0.646	0.049	13.221	< .001
	DERS3	0.742	0.048	15.425	< .001
	DERS5	0.836	0.050	16.712	< .001

V Tabuľke 3 sú uvedené modifikačné indexy pre reziduálne kovariancie a krížové záťaž v rámci modelu meracieho nástroja DERS. Najvýznamnejšia reziduálna kovariancia bola pozorovaná medzi položkami DERS7 a DERS13 (Mod. Ind. = 31.179, EPC = 0.272), čo naznačuje, že dané položky majú spoločné štrukturálne alebo obsahové prvky, ktoré nie sú plne vysvetlené existujúcim modelom. Ďalšie významné kovariancie boli identifikované medzi položkami DERS2 a DERS3 (Mod. Ind. = 13.602, EPC = 0.172) a medzi DERS9 a DERS8 (Mod. Ind. = 10.492, EPC = 0.102).

Z pohľadu krížových záťaží bola najvyššia hodnota modifikačného indexu pozorovaná pre faktor 1 na položku DERS14 (Mod. Ind. = 34.284, EPC = 1.437). To naznačuje, že DERS14 je byť čiastočne sýtená aj faktorom 1, aj keď bola pôvodne priradená k inému faktorom. Ďalšie významné krížové záťaž sa pozorovali medzi faktorom 3 a DERS14 (Mod. Ind. = 17.840, EPC = 0.315) a faktorom 2 na položku DERS5 (Mod. Ind. = 16.358, EPC = 0.309). Hodnoty nepovažujeme za príliš vysoké a preto neodporúčame vykonať zmeny.

Tabuľka 3 Reziduálne kovariancie a krížové záťaž položiek DERS-18

Reziduálne kovariancie	Mod. Ind.	EPC	Krížové záťaž	Mod. Ind.	EPC
DERS7 ↔ DERS13	31.179	0.272	Faktor 1 → DERS14	34.284	1.437
DERS2 ↔ DERS3	13.602	0.172	Faktor 3 → DERS14	17.840	0.315
DERS9 ↔ DERS8	10.492	0.102	Faktor 2 → DERS5	16.358	0.309
DERS7 ↔ DERS16	8.276	-0.140	Faktor 1 → DERS5	14.793	0.265

Legenda: Mod. Ind. – modifikačný index, EPC – neštandardizovaná očakávaná hodnota zmeny parametra

V Tabuľke 4 interpretujeme hodnoty koeficientov vnútornej konzistencie McDonaldovu ω a Cronbachovu α pre jednotlivé premenné v rámci meracieho nástroja. Premenná "Stratégia" vykazuje prijateľné hodnoty vnútornej konzistencie ($\omega = 0.759$ a $\alpha = 0.758$), rovnako ako premenná "Neakceptovanie" ($\omega = 0.736$ a $\alpha = 0.722$). Premenná "Impulzy" dosahuje vysoké hodnoty vnútornej konzistencie ($\omega = 0.866$ a $\alpha = 0.864$). Podobne, "Jasnosť" má tiež vysoké hodnoty ($\omega = 0.856$ a $\alpha = 0.854$), čo podporuje jej vnútornú

konzistenciu. Premenná "Ciele" vykazuje mierne nižšie hodnoty ($\omega = 0.763$ a $\alpha = 0.762$), ale stále sú považované za prijateľné.

V tabuľke interpretujeme aj premennú "Uvedomovanie", ktorá bola odstránená, pretože dosiahla najnižšie hodnoty vnútornej konzistencie ($\omega = 0.618$ a $\alpha = 0.593$), čo naznačuje, že položky tejto premennej nie sú dostatočne konzistentné, aby prispievali k celkovému skóre meracieho nástroja.

Tabuľka 4 Reliabilita ako vnútorná konzistencia subškál DERS-18

Premenná	McDonald's ω	Cronbach's α
Stratégie	0.759	0.758
Neakceptovanie	0.736	0.722
Impulzy	0.866	0.864
Jasnosť	0.856	0.854
Ciele	0.763	0.762
Uvedomovanie (odstránená)	0.618	0.593

Legenda: Koeficient ω (McDonaldova omega) a koeficient α (Cronbachova alfa)

4. Diskusia

Predložený článok sa zameriava na psychometrické vlastnosti skrátenej škály ťažkostí v regulácii emócií DERS-18 v slovenskej populácii študentov. Cieľom štúdie bolo overiť faktorovú štruktúru daného meracieho nástroja, ktorý sa ukázal ako užitočný pre hodnotenie ťažkostí spojených s reguláciou emócií. Výsledky naznačujú, že faktorová štruktúra DERS-18 je v slovenskej vzorke podporená, avšak s obmedzeniami.

Na základe exploračnej faktorovej analýzy bol potvrdený 5-faktorový model, ktorý naznačuje, že položky DERS1, DERS4 a DERS6, neudržiavajú dostatočnú samostatnosť ako faktor "Uvedomenie". Tým boli podporené zistenie iných štúdií, ktoré ukázali na problémy s vnútornou konzistenciou a štruktúrnou stabilitou danej subškály (Hallion et al., 2018; Charak et al., 2019; Rosharudin et al., 2023).

Konfirmačná faktorová analýza ďalej potvrdila silnú a stabilnú faktorovú štruktúru modelu a zistenia sú povzbudzujúce a podporujú použiteľnosť DERS-18 ako nástroja na hodnotenie ťažkostí v regulácii emócií v slovenskej populácii.

Hodnotenie vnútornej konzistencie, merané pomocou McDonaldovej omegy a Cronbachovej alfy, ukázalo, že väčšina subškál dosahuje prijateľné až vysoké hodnoty. Taktiež bolo podporené tvrdenie, že subškála "Uvedomovanie" a jej položky neboli dostatočne homogénne na to, aby prispievali k celkovému hodnoteniu ťažkostí v regulácii emócií. Naše zistenia poukazujú na potrebu ďalších výskumov a potenciálnych revízií spomínaného aspektu nástroja.

Z praktického hľadiska by výsledky predkladaného výskumu mohli byť využité v oblasti klinickej psychológie a psychoterapie, kde efektívne hodnotenie emočnej regulácie môže viesť k lepšiemu pochopeniu psychických problémov a navrhovaniu vhodných intervencií.

4.1. Limity

Počas realizácie výskumu bolo zaznamenaných niekoľko limitov a mohli ovplyvniť nadobudnuté zistenia.

Výskum bol založený na dostupnom zámernom výbere, čo obmedzuje možnosť generalizácie výsledkov na širšiu populáciu.

Okrem toho, sebapokusovacie škály majú svoje vlastné obmedzenia. Respondentov mohli viesť k sociálne žiaducim odpovediam, kde respondenti upravujú svoje odpovede na základe toho, čo považujú za akceptovateľné alebo žiaduce, čo môže skresliť skutočnú mieru ťažkostí v regulácii emócií. Motivácia respondentov vyplňať dotazník a ich aktuálne emočné rozpoloženie neboli kontrolované, čo mohlo mať dopad na presnosť a pravdivosť odpovedí. Ako limit vnímame fakt, že vzorka nebola kontrolovaná z hľadiska prítomnosti psychopatológie, pričom predošlé zistenia naznačujú, že osoby s psychopatológiou majú tendenciu mať zhoršenú schopnosť regulovať svoje emócie, čo môže viesť k skresleniu výsledkov.

Nekonzistentnosť subškály „Uvedomovanie“ naznačuje potrebu revízie položiek a faktorov a z daných dôvodov považujeme za vhodné interpretovať výsledky štúdie s opatrnosťou a zväžiť možnosť realizácie ďalších výskumov, ktoré by mohli poskytnúť komplexnejší pohľad na ťažkosti v regulácii emócií v rôznych demografických a psychologických kontextoch, rovnako odporúčame overenie validity meracieho nástroja.

Literatúra

Charak, R., Unger, A., Lane, C., Breidenstein, M., & Whitfield, K. (2019). Psychometric properties of the shortened version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in a sample of adolescents and adults. *Journal of Affective Disorders*, 243, 261–269.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.

Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Psychological Assessment*, 30(9), 1255–1265.

Nooripour, R., Abolghasemi, A., & Asadi, S. (2023). Cultural adaptation and validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-18 (DERS-18) for Persian-speaking populations. *International Journal of Psychology*, 58(2), 238–247.

Rosharudin, Z., Baharudin, S. S., & Omar, F. (2023). Validation of the Malay version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 77, 103278.

Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2016). Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in five samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 582–589.

ΑΠΑΛΥΣΑ ΖΗΩΤΠΕJ ΣΠΟΚΟJΠΟΣΤI Α ΣΕΒΑΗΟΔΠΟΤY ΡΟΔIČΟV V ΠΡVÝČΗ ΡΟΚΟΗ ΡΟΔIČΟVΣΤVΑ

ΑΠΑΛYΣIΣ ΟF LIFΕ ΣΑΤIΣFΑCTIΟΠ ΑΠΙΔ ΣΕΛF-EΣΤΕΕΠ ΟF PΑΡΕΠΤΣ ΙΠ ΤΗΕ FΙRΣΤ YΕΑΡΣ ΟF PΑΡΕΠΤΗΟΟΔ

Mária Giertlová¹ - Miroslava Nováková

Abstrakt: Štúdiá sa zaoberá zisťovaním súvislosti medzi celkovou životnou spokojnosťou a sebahodnotou v kontexte prvých rokov rodičovstva. Cieľom práce je ozrejmi teoretické východiská o vyššie uvedených konštruktoch a ich vzájomných súvislostiach. Zber dát sa realizoval od špecifickej výskumnej vzorky, a to od 117 rodičov, ktorí majú aspoň jedno dieťa do veku 6 rokov. Na diagnostikovanie postojov a prežívania rodiča vo vzťahu k základným životným kontextom a celkovej životnej spokojnosti bol použitý dotazník DUSIN a na zisťovanie sebahodnoty bola použitá Rosenbergova škála sebahodnotenia. Štatistická analýza získaných dát preukázala, že najdôležitejšou oblasťou z pohľadu respondentov je zdravie a rodina, matky pociťujú v prvých rokoch rodičovstva viac frustrácie ako muži, čím viac detí respondenti majú, tým sú spokojnejší, čím je nižšie sebahodnotenie, tým je vyššia frustrácia v jednotlivých oblastiach života a čím je vyššia spokojnosť v oblastiach života, tým je vyššie sebahodnotenie respondentov.

Kľúčové slová: životná spokojnosť, sebahodnota, rodičovstvo

Abstract: The study investigates the association between overall life satisfaction and self-esteem in the context of the early years of parenthood. The aim of the study is to clarify the theoretical background about the above constructs and their interrelationships. Data collection was conducted from a specific research sample, namely 117 parents who have at least one child under the age of 6 years. The DUSIN questionnaire was used to diagnose parent's attitudes and experiences in relation to basic life contexts and overall life satisfaction, and the Rosenberg Self-Evaluation Scale was used to measure self-esteem. Statistical analysis of the data obtained showed that the most important area from the perspective of the respondents is health and family, mothers experience more frustration than men in the early years of parenthood, the more children the respondents have, the more satisfied they are, the lower the self-evaluation, the higher the frustration in the different areas of life, and the higher the satisfaction in the areas of life, the higher the self-evaluation of the respondents.

Keywords: life satisfaction, self-esteem, parenting

1. Úvod

Na Slovensku za posledné roky došlo k poklesu počtu obyvateľov kvôli prirodzenému úbytku obyvateľstva (obete pandémie), ale veľmi nízke hodnoty dosiahla aj pôrodnosť. Pokles počtu narodených detí je trendom posledných šesť rokov a počet narodených v rokoch 2022 a 2023 dosiahol historické minimum (Pravda, 2024). Rodičovstvo mení život podstatným spôsobom. Príchod dieťaťa predstavuje finančnú záťaž, časový stres a je mentálne vyčerpávajúci (Fawcett, 1988). Deti môžu uspokojiť mnoho emocionálnych potrieb rodičov, pretože v dôsledku narodenia dieťaťa sa menia sociálne vzťahy (škôlka, škola, kontakt s inými rodičmi). Deti môžu pomôcť aj verejnému obrazu a lepšiemu sociálnemu statusu napr. v rámci verejných funkcií, pretože navodzujú dojem stability, dôveryhodnosti a schopnosti plniť si záväzky (Fawcett, 1988). Príchod dieťaťa a následná výchova dieťaťa je náročným obdobím, ktoré vyžaduje zvýšenú snahu a kompromisy zo

strany oboch rodičov.

Niektorí autori uvádzajú, že rodičovstvo môže by zároveň obohacujúce aj zaťažujúce („cost-of-children hypothesis“), a že pozitívne a negatívne účinky detí sa navzájom vyvažujú („demand-reward hypothesis“, Hansen, 2012). V odborných článkoch sa stretávame aj s pojmom „child penalty“ alebo „motherhood penalty“, kde child znamená dieťa, motherhood materstvo a penalty trest alebo pokutu – z toho vyplýva, že v odborných kruhoch sa diskutuje o negatívnych dopadoch príchodu dieťaťa na život rodičov (Kleven, 2023). Závermi zahraničných výskumov je napr. to, že rodičovstvo je spojené so zvýšeným počtom konfliktov (Nomaguchi, 2003), depresiou (Evenson, Simon 2005), znížením manželskej spokojnosti (Keizer, Dykstra, Poortman, 2010) a menšou spokojnosťou s vlastnou finančnou situáciou (Stanca, 2012).

Rôzne životné situácie a okolnosti môžu súvisieť so zmenami v rámci sebahodnotenia. Novorodenec mení denný a nočný režim u rodičov, obvykle matky, ktorá trpí bolesťami, spánkovým deficitom a neustálou pozornosťou upriamenou na nový prírastok. Dlhodobu vykonáva opakujúce sa činnosti za účelom naplňania potrieb bábätko, bojuje s novými neznámymi situáciami, často bezmocnosťou, ak je dieťa ťažké upokojiť. Do úzadia ustupujú aj základné úkony ako osobná hygiena a sú prítomné stravovacie obmedzenia. Zodpovednosť za inú ľudskú bytosť je obrovským bremenom a vyčerpanie robí bežné denné úkony ešte náročnejšími. Mení sa aj úloha otca, ktorý v ideálnom prípade podporuje a pomáha, ak je práve doma a od ktorého závisí budúcnosť rodiny, o ktorú by sa mal postarať. Stáva sa osobou poskytujúcou emocionálnu podporu matke vo veľmi vypätých chvíľach, pričom sám dostáva podpory len veľmi málo. V uplynulých rokoch sú tendencie stierať rozdiely v kompetenciách matiek a otcov, ale štatistiky tomu nenasvedčujú, a preto na účely tejto práce – zohľadňujúc očakávania väčšiny slovenskej spoločnosti – pracujeme stále s tradičným rozdelením rolí.

Jedným z aspektov sebahodnotenia je aj schopnosť sám sa o seba postarať, resp. by schopný sám sa živiť. V nadväznosti na vyššie uvedené platí, že rodič na RD stráca príjem, na ktorý bol zvyknutý a zostáva odkázaný na podporu iných. Ľudia, ktorí stratia pre ochorenie príjem alebo sú nedobrovoľne odkázaní na finančnú pomoc iných, často trpia depresiou. Podľa štúdie Choia a kol. (2023) o súvislostiach finančného strádania, depresie a sebahodnoty existuje významná súvislosť medzi finančnými ťažkosťami a depresiou: osoby, ktoré zažívajú vážne finančné ťažkosti počas dvoch po sebe nasledujúcich rokov alebo zvýšené finančné ťažkosti počas predchádzajúceho roka, častejšie pociťujú depresiu. Znížená sebahodnota je symptómom klinickej depresie a iných psychických ochorení (Heretik, 2016, Končeková, 2010) a aj v tejto štúdiu autori konštatujú, že pretrvávajúce finančné ťažkosti sú spojené s nižším sebavedomím, ktoré následne vyúsťuje do depresie (Choi a kol. 2023).

Rodičovstvo sa spája aj s pocitom spokojnosti, jedinec sa cíti hrdo keď dochádza k uspokojeniu potreby stať sa rodičom splniť si povinnosť pokračovania rodu tak, ako opisuje Sobotková (2007). Becker (1991 in Šolcová, 2004). hovorí, že celkový pocit životnej spokojnosti je výrazom nálady, pričom nálada je vecou postoje jednotlivca a jeho životného nastavenia. Niektorí sú schopní udržiavať si dobrú náladu aj v ťažkých chvíľach, iní naopak. Túto tendenciu interpretuje prostredníctvom modelu dynamického ekvilibria (Headey, 1989; Abele, 1991 in Šolcová, 2004). Podľa tohto modelu je celkové afektívne prežívanie napokon determinované osobnostnými charakteristikami, pričom jednotlivé zážitky dočasne náladu menia, ale v priebehu času dochádza k postupnému návratu k pôvodným

charakteristikám (Becker, 1991 in Šolcová, 2004).

Podľa vyššie uvedenej teórie platí, že ak má jednotlivec vyššiu mienku o sebe samom, cíti sa by vo svojich schopnostiach porovnateľný alebo aj lepší než ostatní, ergo má vysokú sebahodnotu, nemusí vnímať životné prekážky ako silné frustrátory. Naopak, spokojnosť so životom nemusí súvisieť s naplnením potrieb v jednotlivých oblastiach života a môže byť nezávislá od hodnotenia miery dôležitosti oblasti života (napr. tak, ako ich rozoznáva DUSIN). Keď je človek spokojný – môže ísť o postoj k životu ako takému. Jediniec subjektívne pociťuje, že jeho potreby sú dostatočne naplnené a miera ich naplnenia postačuje, nepociťuje potrebu meniť veci okolo seba. Je teda možné, že jedinec, ktorý je spokojný sám so sebou, je spokojný aj so svojim životom. Keď on je dobrý, jeho život je tiež dobrý.

Keďže rodičovstvo zásadným spôsobom mení každodennú rutinu a životné priority, o môže súvisieť so zmenou celkovej životnej spokojnosti jedinca. Popis okolností, hodnôt a oblastí, ktoré považujú respondenti v tomto závažovom období za dôležité, nedôležité, naplnené a frustrované, nám pomôže identifikovať zdroje záťaží kladených na rodičov. Ak ich popíšeme, dokážeme ich následne analyzovať a navrhnúť, ako rodičov podporiť v našej spoločnosti a uľahčiť im náročné obdobie. Na základe takýchto zistení je možné nadviazať implementáciou návrhov a ideálne aj prispieť k zvýšeniu pôrodnosti na Slovensku.

Celosvetovým trendom je stieranie genderových rozdielov medzi mužmi a ženami. Je prirodzené, že sa o deti stará primárne matka, ktorá dieťa porodí a má predpoklady ho vyživiť (dojči) a zmyslom predkladanej práce teda nie je analýza stereotypizovaných úloh matiek alebo otcov. Tradícia a zvyklosť však má v kontexte sociálnej politiky na Slovensku dopad na to, ako sú ženy – matky vnímané spoločnosťou a spätná väzba spoločnosti na rozhodovanie matiek môže ovplyvňovať ich sebahodnotu. Slovenské legislatívne prostredie súvisiace so starostlivosťou o deti je v porovnaní s inými krajinami výnimočné pretože podporuje osobnú starostlivosť o deti počas troch rokov a je bežné, že matky zostávajú doma s deťmi po celý čas; takmer všetky členské štáty EÚ majú podstatne kratšie MD/RD (Kern, 2023). Na strane druhej, viac než dve tretiny tohto obdobia na Slovensku sú kompenzované príspevkom, ktorého výška zďaleka nepokrýva skutočné náklady na starostlivosť o dieťa. Zohľadňujúc najnovšie štúdie súvisiace s negatívnymi dopadmi na ženy – matky („motherhood penalty“ a „child penalty“) sa javí by užitočným skúmať celkovú životnú spokojnosť ako aj jej jednotlivé oblasti v kontexte sociodemografických údajov ako MD, RD a zamestnania a podľa zistení zvažiť, či je slovenská sociálna politika osožná v kontexte celkovej životnej spokojnosti, sebahodnoty a rodičovstva, alebo či sa na danú problematiku dá nazrieť aj inak a prípadne navrhnúť jej úpravy.

Nové sociálne role prispievajú k zmenám identity, o môže prispievať k zmene náhľadu na samého seba. Informácie o sebahodnotení v nadväznosti na vyššie uvedené a v súvislosti so sociodemografickými údajmi ako psychická podpora partnera i spôsob spolužitia by mohlo ozrejmiť, čo rodičia počas záťažovej situácie potrebujú, aby sa cítili lepšie. Tieto zistenia by mohli ďalší výskum v oblasti rodinného života a výchovy detí, a tiež by mohli byť využité v edukačných programoch pre budúcich rodičov.

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku sme získali nepravdepodobnostným zámerným výberom, pričom sme oslovili rodičov, ktorí majú aspoň jedno dieťa do 6 rokov, z tohto dôvodu považujeme výber výskumnej vzorky za kritériálny. Celkový počet respondentov bol 117, z toho 72,5% žien a 27,5 % mužov. Najpočetnejšou kategóriou bola veková kategória od 31-45 rokov, ktorá tvorila 80,5%. Druhou bola veková kategória od 18-30 s počtom 21 (14,1%) a poslednou od 46-60 (5,4%). Vo výskumnej vzorke sme zisťovali aj vzdelanie, aktuálny pracovný status, počet detí, vek najmladšieho dieťaťa a spolužitie s partnerom.

2.2. Výskumné metódy

Na zber dát bol použitý dotazník DUSIN orientovaný na diagnostikovanie postojov a prežívania respondenta vo vzťahu k základným životným kontextom.

Respondent vyjadruje svoj prístup k širokému súboru 24 životných okolností, teda za aké dôležité ich považuje a ako je spokojný s úrovňou ich dosahovania alebo naopak, nedosahovania – teda frustrogénnosti v kategóriách: MA = základné životné podmienky a materiálne zabezpečenie, KU = miera spokojnosti a tenzie s možnosťou naplňovať svoje potreby kultúrneho vyžitia, PR = pracovné uspokojenie a jeho kontexty, RO = oblasť rodiny, ZD = oblasť zdravia a jeho širších kontextov, VZ = oblasť sociálnych vzťahov vo všetkých interakčných kontextoch, SE = základné existenčné momenty.

Druhou použitou metódou bola škála RSES (škála sebahodnotenia), obsahuje 10 výrokov, päť negatívnych a päť pozitívnych. Respondent označuje políčka na štvorbodovej Likertovej stupnici od „úplne súhlasím“ po „rozhodne nesúhlasím“.

3. Výsledky

VO1: Ktorá oblasť je pre respondentov najdôležitejšia, ktorá najfrustrujúcejšia a s ktorou oblasťou sú najspokojnejší?

Tabuľka 1 Priemer dôležitosti jednotlivých životných oblastí

	Priemer Materiálnej dôležitosti	Priemer Kulturálnej Dôležitosti	Priemer Pracovnej Dôležitosti	Priemer Rodinnej Dôležitosti	Priemer Zdravotnej dôležitosti	Priemer Vzťahovej Dôležitosti	Priemer Sebareali- začnej Dôležitosti
N	120	120	120	120	120	120	120
Priemer	4,24	3,73	4,25	4,65	4,68	4,44	4,29
Medián	4,4	3,75	4,33	4,75	5	4,5	4,25
Modus	4,4	4	4,33	5	5	5,	4
SD	0,52	0,71	0,51	0,47	0,44	0,48	0,57
Rozptyl	0,275	0,504	0,264	0,222	0,195	0,226	0,321
Rozpätie	3	3	2,5	2,25	2,33	2,17	2,25
Minimum	2	2	2,5	2,75	2,67	2,83	2,75
Maximum	5	5	5	5	5	5	5

V Tabuľke 1 sa nachádzajú výsledky k VO1. Pre odpoveď na výskumnú otázku sme vypočítali priemery jednotlivých škál, aby sme mohli jednotlivé oblasti života porovnávať medzi sebou. Výsledky v Tabuľke 1 zobrazujú všetkých respondentov - rodičov detí do 6 rokov. Za najdôležitejšiu životnú oblasť považujú zdravotnú (M=4,67) a rodinnú (M=4,65). Následne v poradí podľa priemeru vzťahovú (M=4,44), sebarealizačnú (M=4,28), pracovnú (M=4,33), materiálnu (M=4,23) a za najmenej dôležitú považujú kultúrnu oblasť (M=3,72).

Tabuľka 2 Priemer spokojnosti jednotlivých životných oblastí

	Priemer Materiálnej Dôležitosťi	Priemer Kulturálnej Dôležitosťi	Priemer Pracovnej Dôležitosťi	Priemer Rodinnej Dôležitosťi	Priemer Zdravotnej Dôležitosťi	Priemer Vzťahovej Dôležitosťi	Priemer Sebareali- Začnej Dôležitosťi
N	120	120	120	120	120	120	120
Priemer	3,68	3,11	3,56	3,98	3,57	3,82	3,45
Medián	3,8	3,25	3,67	4	3,67	3,83	3,5
Modus	3,6	3,50	3,67	4,25	4	3,67	3,25
SD	0,66	1	0,81	0,9	0,85	0,65	0,85
Rozptyl	0,441	0,992	0,648	0,804	0,723	0,425	0,723
Rozpätie	3,2	5	4	4	4	3,33	4,5
Minimum	1,8	0	1	1	1	1,67	0,5
Maximum	5	5	5	5	5	5	5

Tabuľka 2 obsahuje výsledky priemerov spokojnosti respondentov v životných oblastiach. Najvyšší priemer spokojnosti je v oblasti rodina (M=3,90) a vzťahy (M=3,81). Ďalšou oblasťou je materiálna spokojnosť (M=3,67), zdravotná oblasť (M=3,56), pracovná oblasť (M=3,55), M=3,44 pre sebarealizačnú oblasť a najmenej sú spokojní s kultúrnou oblasťou (M=3,1).

Tabuľka 3 Priemer frustrácie jednotlivých životných oblastí

	Priemer Materiálnej dôležitosťi	Priemer Kulturálnej dôležitosťi	Priemer Pracovnej dôležitosťi	Priemer Rodinnej Dôležitosťi	Priemer Zdravotnej dôležitosťi	Priemer Vzťahovej dôležitosťi	Priemer Sebareali- začnej Dôležitosťi
N	120	120	120	120	120	120	120
Priemer	0,56	0,62	0,69	0,75	1,11	0,63	0,84
Medián	0,5	0,5	0,5	0,63	1	0,58	0,75
Modus	0	0	0	0	1	0	0
SD	0,84	1,27	0,89	0,92	0,93	0,62	0,94
Rozptyl	0,711	1,604	0,783	0,853	0,868	0,385	0,879
Rozpätie	6,2	7,5	5,33	5,25	4,67	3,67	5,5
Minimum	-3	-3	-2	-1,25	-0,67	-0,83	-1
Maximum	3,2	4,50	3,33	4	4	2,83	4,5

Výsledky priemerov frustrácie v životných oblastiach sa nachádzajú v Tabuľke 3. Za najfrustrujúcejšiu oblasť respondenti považujú zdravie (M=1,10), následne sebarealizačná

oblasť (0,84), potom rodinná oblasť (0,74), pracovná (M= 0,69), vzťahová (M=0,62), kultúrna (M=0,61), ktorá má aj najväčšiu štandardnú odchýlku (SD=1,26). Za najmenej frustrujúcu oblasť považujú respondenti materiálnu (M=0,55).

VO2: Aké je sebahodnotenie výskumnej vzorky vzhľadom na sociodemografické údaje?

Na výskumnú otázku odpovedáme použitím porovnávacích testov, pričom pre voľbu sociodemografických údajov bola kľúčová deskripcia, aby sme videli rozdiely medzi skupinami. Z tohto dôvodu budeme sebahodnotenie porovnávať v tých skupinách, ktoré sa v deskripcii javili rozdielne.

Tabuľka 4 ANOVA - Sebahodnotenie* vek najmladšieho dieťaťa

		Súčet štvorcov	df	Priemerný štvorec	F	Sig.
Sebahodnotenie * vek najmladšieho dieťaťa	Medziskupinovo	121,271	3	40,42	1,219	0,306
	Vnútroskupinovo	3846,195	116	33,16		
	Spolu	3967,467	119			

V deskriptívnej Tabuľke 4 uvádzame priemery sebahodnotenia vzhľadom na vek najmladšieho dieťaťa. Najvyšší priemer je pri dieťati do pol roka a postupne priemerovo klesá. Rozdiel medzi skupinami sme znovu explorovali ANOVA testom, s výsledkom $F=1,219$ a znovu štatistickou významnosťou viac ako 0,05 ($\text{sig.}=0,306$) o znamená, že medzi skupinami nie je štatisticky významný rozdiel v sebahodnotení.

VO3: Aká je dôležitosť, spokojnosť a frustrácia životných oblastí respondentov vzhľadom na sociodemografické údaje?

Tabuľka 5 Studentov t-test rozdiel v dôležitosti vzhľadom na pohlavie

Fyziologické pohlavie	N	Priemer	SD
Celková dôležitosť	Muž	31	126,45
	Žena	87	132,06

Levenov test		t-test rovnosti priemerov				
Homogenita rozptylov	F	Sig.	T	df	Sig.	Priemerný rozdiel
Predpokladaná	0,223	0,635	-2,351	50,57	0,026	-5,61

Na výskumnú otázku odpovedáme prostredníctvom Studentovho t-testu, ktorí porovnáva mužov a ženy v celkovej dôležitosti životných oblastí. Podľa Levenovho testu je homogenita potvrdená ($\text{sig.}=0,635$) preto interpretujeme riadok predpokladanej homogenity. Výsledok t-testu má $df=50,571$ s $t=-2,351$ a štatisticky významným rozdielom $\text{sig.}=0,026$. Priemerný rozdiel je $-5,605$, s vyšším priemerom dôležitosti u žien ako u mužov. Ženy hodnotili jednotlivé životné oblasti ako dôležitejšie ako muži. Uvádzame aj Tabuľku 6, kde na základe signifikancie nebol pozorovaný rozdiel medzi mužmi a ženami v celkovej spokojnosti životných oblastí.

Tabuľka 6 Studentov t-test rozdiel vo frustrácii vzhľadom na pohlavie

Fyziologické pohlavie		N	Priemer	SD		
Celková frustrácia	Muž	31	16,32	19,34		
	Žena	87	23,61	20,40		
		Levenov test		t-test rovnosti priemerov		
Homogenita rozptylov	F	Sig.	t	df	Sig.	Priemerný rozdiel
Predpokladaná	0,223	0,637	-1,730	116	0,086	-7,29

Tabuľka 7 Deskripcia celkových skóre dotazníkov vzhľadom na počet detí

Počet detí		Celkové sebahodnotenie	Celková dôležitosť	Celková spokojnosť	Celková frustrácia
1 dieťa	N	51	51	51	51
	Priemer	30,29	130,98	106	24,98
	Medián	31	132	109	24
	Modus	27	123	105	2
	SD	5,618	9,758	18,29	20,913
	Rozptyl	31,572	95,220	334,56	437,38
	Rozpätie	20	45	93	107
	Minimum	19	103	43	-3
	Maximum	39	148	136	104
2 deti	N	52	52	52	52
	Priemer	30,40	130,13	108,326	21,80
	Medián	31	132	109,5	23,5
	Modus	35	130	116	-2,
	SD	6,155	13,464	18,19	20,842
	Rozptyl	37,893	181,295	330,891	434,39
	Rozpätie	30	70	79	103
	Minimum	10	80	70	-35
	Maximum	40	150	149	68
3 deti	N	14	14	14	14
	Priemer	30,78	130,5	117,357	13,14
	Medián	30	128,5	113	13,5
	Modus	23	128	99	13
	SD	4,94	10,639	14,20	9,054
	Rozptyl	24,48	113,19	201,786	81,978

Počet detí		Celkové sebahodnotenie	Celková dôležitosť	Celková spokojnosť	Celková frustrácia
	Rozpätie	14	38	51	31
	Minimum	23	112	99	-1
	Maximum	37	150	150	30
4 deti	N	3	3	3	3
	Priemer	37	132	131,66	0,33

Tabuľka 8 Deskripcia celkových skóre dotazníkov vzhľadom na vek najmladšieho dieťaťa

Deti do 6 rokov		Celkové sebahodnotenie	Celková dôležitosť	Celková spokojnosť	Celková frustrácia
	N	17	17	17	17
	Priemer	31,76	128,29	108	20,29
	Medián	33	132	109	20
Mám aspoň jedno dieťa do pol roka	Modus	35	132	105	17
	SD	5,71	15,21	10,93	14,99
	Rozptyl	32,566	231,34	119,37	224,846
	Rozpätie	21	47	38	49
	Minimum	19	103	87	-3
	Maximum	40	150	125	46
	N	30	30	30	30
	Priemer	31,33	131,46	111,7	19,76
	Medián	33	133,5	116	13,5
Mám aspoň jedno dieťa do 1 roka	Modus	35	128	116	-2
	SD	5,90	13,5	21,61	23,49
	Rozptyl	34,851	182,12	466,97	551,90
	Rozpätie	21	69	101	117
	Minimum	19	80	43	-13
	Maximum	40	149	144	104
	N	40	40	40	40
	Priemer	30,75	132,82	110,15	22,68
	Medián	32	132	111,5	21,5
Mám aspoň 1 dieťa do 3 rokov	Modus	36	139	99	2
	SD	5,39	9,12	20,079	21,48
	Rozptyl	29,013	83,22	402,33	461,661
	Rozpätie	18	38	80	103
	Minimum	22	112	70	-35

Deti do 6 rokov		Celkové sebahodnotenie	Celková dôležitosť	Celková spokojnosť	Celková frustrácia
	Maximum	40	150	150	68
	N	33	33	33	33
	Priemer	29,03	128,24	105,58	22,66
	Medián	28	130	107	23
	Modus	27	126	105	3
Mám aspoň 1 dieťa do 6 rokov	SD	6,08	10,02	15,63	18,10
	Rozptyl	36,968	100,56	244,314	327,667
	Rozpätie	29	49	59	67
	Minimum	10	95	72	-2
	Maximum	39	144	131	65

Tabuľka 9 Deskripcia celkových skóre dotazníkov vzhľadom na aktuálny pracovný status

Aktuálny pracovný status		Celkové sebahodnotenie	Celková dôležitosť	Celková spokojnosť	Celková frustrácia
	N	17	17	17	17
	Priemer	31,82	133,94	116,23	17,70
	Medián	33	137	121	17
	Modus	33	142	121	0
MD	SD	5,75	12,14	14,16	16,06
	Rozptyl	33,154	147,434	200,44	257,97
	Rozpätie	20	36,	54	49
	Minimum	19	114	90	-3
	Maximum	39	150	144	46
	N	33	33	33	33
	Priemer	29,82	133,66	105,88	27,79
	Medián	30	135	105	24
	Modus	35	128	87	16
RD	SD	5,88	10,10	22,61	24,02
	Rozptyl	34,528	102,104	511,11	577,04
	Rozpätie	21	46	107	117
	Minimum	19	104	43	-13
	Maximum	40	150	150	104
	N	68	68	68	68
	Priemer	30,68	128,25	108,51	19,74
Zamestnanie/ podnikanie	Medián	31	130,5	110	18,
	Modus	27	126	116	30
	SD	5,75	11,78	16,73	18,88
	Rozptyl	33,088	138,728	279,806	356,406

Aktuálny pracovný status	Celkové sebahodnotenie	Celková dôležitosť	Celková spokojnosť	Celková frustrácia
Rozpätie	30	67	77	100
Minimum	10	80	72	-35
Maximum	40	147	149	65
Nezamestnaný/á				
N	2	2	2	2
Priemer	28,5	130,5	114	16,5

V Tabuľkách 7, 8 a 9 sa nachádzajú deskriptívne údaje sledovaných premenných vzhľadom na počet detí, vek najmladšieho dieťaťa a aktuálny pracovný status. V Tabuľke 7 si môžeme všimnúť, že tých čo majú 4 deti je nízky počet $N=3$. Z tohto dôvodu nemá pre deskripciu a následnú analýzu význam túto kategóriu interpretovať a neskôr analyzovať. Celkový priemer sebahodnotenia je 30 so zanedbaním desatinných miest vo všetkých skupinách okrem skupiny 4 deti ($M=37$). To isté platí pre dôležitosť jednotlivých oblastí života, kde je priemer bez desatinných miest 130. Zaujímavé stúpanie priemeru môžeme sledovať v celkovej spokojnosti s jednotlivými životnými oblasťami, ktoré stúpa s potom detí. $M=106$ pre rodičov s 1 dieťaťom, pri 2 deťoch je $M=108,32$, pri 3 je $M=117,35$ a pri 4 sa $M=131,66$. Na druhej strane je to naopak s frustráciou tá ma najvyšší priemer pri 1 dieťati ($M=24,98$), potom pri 2 $M=21,80$, pri 3 je $M=13,14$ a pri 4 je hodnota $M=0,33$. S počtom detí narastá spokojnosť v jednotlivých oblastiach života a klesá frustrácia.

Deskripcia premenných vzhľadom na vek najmladšieho dieťaťa je zobrazená v Tabuľke 8. Znovu zobrazujeme základné deskriptívne charakteristiky pre rozdelený výskumný súbor. Premenná celkové sebahodnotenie je najvyššia pri najmladšom dieťati do pol roka ($M=31,76$) a následne s vekom najmladšieho dieťaťa mierne klesá. Priemer pre dieťa do 1 roka $=31,33$, pre dieťa do 3 rokov je $30,75$ a pri dieťati do 6 je $M=29,03$. V nasledujúcich premenných už nie je žiadna klesajúca ani stúpajúca tendencia podľa dieťaťa.

Celková dôležitosť jednotlivých životných oblastí je $M=128,29$ pre najmladšie dieťa do pol roka s najväčším rozptylom $231,34$, následne $M=131,46$ pre dieťa do roka, $M=132,83$ pre dieťa do 3 rokov, a $M=128,24$ pre dieťa do 6 rokov. Celková spokojnosť v jednotlivých oblastiach je $M=108$ pre dieťa do pol roka, $M=111,7$ pre dieťa do roka s najväčším rozptylom $466,97$, $M=110,15$ pre dieťa do 3 rokov tiež s veľkým rozptylom $402,33$ a $M=105,57$ pre dieťa do 6 rokov. V premennej celková frustrácia sa priemery nelíšia od seba o veľký počet. Priemer pre dieťa do pol roka je $20,29$, pričom SD je $14,99$ a rozptyl $224,84$. U rodičov s najmladším dieťaťom do roka je priemer $19,76$, SD s najvyššou hodnotou $23,49$ a rozptyl znovu s najvyššou hodnotou $551,90$. Tí, čo majú dieťa do 3 rokov dosahujú priemer vo frustráciách $22,50$ ($SD=21,48$, rozptyl= $461,66$). U tých s dieťaťom do 6 rokov je priemer $22,66$ ($SD=18,10$, rozptyl= $327,66$).

Rozdelenie výskumného súboru vzhľadom na pracovný status môžeme vidieť v Tabuľke 9. Najmenej početnou skupinou sú nezamestnaní s počtom 2. Z tohto dôvodu nebudú zahrnutí do analýz štatistickej inferencie. Celkové sebahodnotenie je najvyššie v skupine na materskej dovolenke ($M=31,85$), následne u pracujúcich ($M=30,67$) a najnižšie u tých na rodičovskej dovolenke ($M=29,81$). Celková dôležitosť životných oblastí je najnižšia u pracujúcich ($M=128,25$) a pri MD a RD sú priemery 133 . Z pohľadu spokojnosti v životných oblastiach majú najnižší priemer rodičia na RD ($M=105,87$), následne pracujúci ($M=108,51$) a najvyšší priemer spokojnosti je u tých na MD ($M=116,25$). Tí na RD mali najnižšiu spokojnosť a zároveň majú najvyššiu frustráciu, s priemerom $M=27,78$ a rozptylom $577,04$.

Podobne nízku frustráciu dosahujú zamestnaní a na MD. Pre zamestnaných je $M=19,73$ a $M=17,70$ pre MD.

VO4: Aká je súvislosť sebahodnotenia respondentov vo vzťahu ku spokojnosti, dôležitosti životných oblastí a frustráciou?

V Tabuľke 10 sú zobrazené výsledky testovania vzťahu medzi sebahodnotením a jednotlivými škálami dotazníka DUSIN- dôležitosť životných okolností, spokojnosť a frustrácia. Výskumná otázka bola explorovaná prostredníctvom Pearsonovej korelácie, nakoľko sa potvrdilo normálne rozloženie výskumného súboru. V tabuľke môžeme vidieť 2 signifikantné vzťahy. Pozitívny ť slabej sily sa potvrdil medzi sebahodnotením a spokojnosťou so životnými oblasťami. $\text{Sig.}=0,014$, Pearsonov korelačný koeficient je $0,226$. Čím je vyššia spokojnosť v oblastiach života, tým je vyššie sebahodnotenie respondentov. Druhý štatisticky významný vzťah ($\text{sig.}=0,042$) sa potvrdil medzi sebahodnotením a frustráciou v jednotlivých životných oblastiach. Vzťah je slabý ($r=0,188$) so záporným koeficientom. čím je nižšie sebahodnotenie, tým je vyššia frustrácia v jednotlivých oblastiach života.

Tabuľka 10 Korelácia sebahodnotenia a jednotlivých škál dotazníka DUSIN

		Dôležitosť	Spokojnosť	Frustrácia
	R (Pearson)	0,025	,226*	-,188*
Sebahodnotenie	Sig.	0,786	0,014	0,042
	N	117	117	117

4. Diskusia

Cieľom výskumu bolo popísať súvislosti medzi sebahodnotou a celkovou životnou spokojnosťou v kontexte prvých rokov rodičovstva. Výskumné otázky sa zameriavali na uvedené oblasti s prihliadnutím na vybrané sociodemografické údaje, ktoré sú typické pre špecifickú vzorku respondentov.

Pri deskripcii životnej spokojnosti jednotlivých životných oblastí sme zistili stúpanie priemeru u respondentov, ktorí majú viac detí. Výsledky naznačujú, že čím viac detí respondenti majú, tým sú spokojnejší, a že so zvyšujúcim potom detí narastá spokojnosť v jednotlivých oblastiach života a klesá frustrácia. Frustrácia mala zasa najvyšší priemer pri jednom dieťati. Uvedené môže súvisieť s očakávaniami rodičov pri prvom dieťati, ktoré nemusia zodpovedať realite. Rodičovstvo si obvykle idealizujú a aj tí, ktorí sa snažia pripraviť na najhoršie psychicky, sa nedokážu pripraviť na fyzické vyčerpanie. Podľa Sobotkovej (2007) zvládanie záťažovej situácie sa zlepšuje, ak už existuje predchádzajúca skúsenosť. Je preto veľmi pravdepodobné, že rodičia, najmä ak sa dobrovoľne rozhodnú mať druhé, tretie či štvrté dieťa, už nereagujú tak úzkostne, vedia, čo ich čaká, dokážu zvládnuť plač, ochorenia dieťaťa, komplikácie pri kŕmení apod. Výsledok podporuje aj teóriu obsiahnutú v štúdiách, podľa ktorých sú rodičia spokojnejší počas tehotenstva a v prvých dvoch rokoch života dieťaťa a potom sa vracajú k pôvodnému nastaveniu (Myrskylä, 2012). Avšak na potvrdenie teórie by sme potrebovali podstatne väčší počet respondentov.

Ďalším hlavným konštruktom bolo sebahodnotenie, ktoré je z hľadiska veku dieťaťa najvyššie pri najmladšom dieťati do pol roka. Pomerne krátko po narodení a veľkej záťaže môže jedinec cítiť hrdosť a uspokojenie potreby stať sa rodičom splniť si povinnosť pokračovania rodu tak, ako opisuje Sobotková (2007).

Celkové sebahodnotenie bolo z hľadiska aktuálneho pracovného, resp. iného statusu najvyššie v skupine na MD, následne u pracujúcich a najnižšie u tých na RD. Počas MD štátny príspevok de facto zodpovedá predchádzajúcemu platu a rodiča – v našom výskume väčšinou žena – matka, zrejme nepocituje zmeny v príjme v porovnaní s predchádzajúcim obdobím. Pokiaľ však ide o RD, príspevok je podstatne nižší a rodič je odkázaný na finančnú a/alebo materiálnu podporu iných. Pociť neschopnosti živiť sa sám môže znižovať sebahodnotenie, pretože sa jedná o obdobie finančnej závislosti. S dlhodobým pociťovaním nedostatku financií súvisí depresívne prežívanie (Choi a kol. 2023). Domnievame sa, že ak by bol príspevok štátu podstatne vyšší, rodič by zrejme nemal dôvod cítiť sa menejcenne. V tejto súvislosti je na mieste pripomenúť, že Slovenská republika ako jedna z mála krajín kompenzuje čas strávený starostlivosťou o dieťa v trvaní až do troch rokov, a zvýšenie príspevku je vzhľadom na stav verejných financií nereálny. Bolo by však možné zvážiť vyšší rodičovský príspevok pri skrátení celkovej RD.

V rámci odpovedí na VO1 konštatujeme, že výsledkami štatistického testovania bol vysoký priemer oblasti zdravotnej dôležitosti a vysoký priemer dôležitosti rodinnej oblasti. Pre rodičov s aspoň jedným dieťaťom vo veku do 6 rokov je najdôležitejšia oblasť zdravia a rodinného zázemia. Tieto výsledky môžu odrážať obavy rodičov v prvých rokoch fyzického a psychického vývinu detí a podmienok na výchovu a starostlivosť.

Najmenej dôležitou bola pre rodičov kultúrna oblasť, teda možnosti kultúrneho vyžitia v okolí, ale táto oblasť je zároveň najfrustrujúcejšia. Oblasťou, v ktorej respondenti pociťujú najväčší deficit, je okrem oblasti kultúry a aj oblasť zdravia. Ak zvážime, že oblasť kultúry je zároveň najmenej dôležitá a oblasť zdravia naopak, najviac dôležitá, respondenti sa cítia frustrované z hľadiska zdravia. Tuček (2000 in Vágnerová) uvádza, že narastá význam práce a rodiny a klesá hodnota voľného času, čo sa čiastočne potvrdilo.

Dovolíme si upozorniť na fakt, že najvyššia odchýlka merania bola práve v kultúrnej oblasti (KU – miera spokojnosti a tenzií s možnosťami naplňovať svoje potreby kultúrneho vyžitia, resp. realizovať svoje záujmy a koníčky), čo môže naznačovať prítomnosť iného faktoru, ktorý rozdeľuje respondentov na tých, ktorí sú s kultúrnou oblasťou nespokojní a sú frustrovaní a tých, ktorým na tejto oblasti v podstate nezáleží. Zber dát sa realizoval v čase po parlamentných voľbách a pred prezidentskými voľbami, teda v čase až extrémne politicky a kultúrne polarizovanej spoločnosti. Napokon, odpovede respondentov mohli ovplyvniť aj ich aktuálne prežívanie a pocity, ktoré DUSIN a ani RSES neskúmajú.

Respondenti boli najspokojnejší v oblasti rodiny a vzťahov. Značná časť respondentov bola v čase zberu dát na RD, a napriek tomu je oblasť, s ktorou vyjadrili tretiu najväčšiu spokojnosť, oblasť materiálneho zabezpečenia. Po vyhodnotení zozbieraných dát sme zistili, že väčšina respondentov ochotných vyplniť dotazníkovú batériu mala vysokoškolské vzdelanie a spadá do vekovej skupiny 31 – 45 rokov. Táto veková a vzdelanostná skupina môže mať vyšší príjem a byť lepšie materiálne zabezpečená. Spokojnosť respondentov mala najvyšší priemer v rámci oblasti rodiny a ďalej v oblasti vzťahov. Tento výsledok môže byť čiastočne skreslený tým, že cca 89% respondentov žije v partnerskom zväzku.

V rámci otázky VO2 sebahodnotenia výskumnej vzorky mali podľa priemerov najnižšie sebahodnotenie respondenti na RD, vyššie zamestnaní a najvyššie na MD a v rámci otázky VO3 o dôležitosti, spokojnosti a frustrácii životných oblastí respondentov vzhľadom na sociodemografické údaje prikladali väčšiu dôležitosť jednotlivým oblastiam ženy, ale výsledky štatistického testovania v rámci otázok VO2 a VO3 nepoukazujú na súvislosti, ktoré by boli významné. Príčinou môže byť počet respondentov a skladba výskumnej vzorky popísanej vyššie. Ak by sme mali rozmanitejšiu sociodemografickú vzorku, pravdepodobne by boli rozdiely medzi skupinami významnejšie. Jednotlivé sociálne vrstvy rodičov môžu mať iné priority; taktiež samoživiteľky a samoživitelia snímajú jednotlivé oblasti inak ako tí, ktorí vytvorili kompletnú rodinu.

Výsledky k VO4 preukazujú, že čím je nižšie sebahodnotenie, tým je vyššia frustrácia v jednotlivých oblastiach života a čím je vyššia spokojnosť v oblastiach života, tým je vyššie sebahodnotenie respondentov. Ak zväžíme teoretické východiská ako determinanty sebahodnotenia a jeho dva extrémny – veľmi nízke sebahodnotenie, často spájané s depresiou a psychickými ochoreniami alebo neprimerane vysoké sebahodnotenie, často spájané s problémami vo vzťahoch s ľuďmi, napr. pri narcistickej štruktúre osobnosti (Končeková, 2010), výsledky potvrdzujú dôležitosť sebahodnotenia a jeho súvislosť s celkovou životnou spokojnosťou. Zjednodušene povedané, jedinec s vyššou sebahodnotou je spokojnejší a jedinec so sebahodnotou nižšou je v živote spokojný menej. Na základe tohto zistenia považujeme sebahodnotu za najdôležitejšiu hodnotenú premennú pre túto prácu a jej výsledky.

Rodičovstvo prináša mnoho pozitív a negatív. Zistenia naznačujú, že najdôležitejšími premennými v tom, ako zvládame záťaž v podobe rodičovstva, je sebahodnota. Sebahodnota je založená na subjektívnom vnímaní, ktoré dokážeme ovplyvniť a je preto možné odporučiť budúcim a čerstvým rodičom, aby sami k sebe pristupovali tolerantne, citlivo, s rešpektom a uvedomili si, že ich hodnota neklesá, keď sa venujú svojim deťom za cenu nenaplnenia potrieb v iných životných oblastiach než je rodina a zdravie.

Literatúra

- Evenson, R. W., & Simon, R. L. (2005). Clarifying the relationship between parenthood and depression [Journal article]. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 341-358
- Fawcett, J. (1988). Conceptual models and theory development [Abstract]. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 17(6), 400-403.
- Hansen, T. (2012). Parenthood and Happiness: A Review of Folk Theories Versus Empirical Evidence. *Social Indicators Research* 108(1):29-64.
- Choi, M., Lee, E. H., Sempungu, J. K., & Lee, Y. H. (2023). Financial hardship, depression, and self-esteem: Temporal analysis using a Korean panel study. *Psychiatry Investigation*, 20(1), 35-42. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0157>
- Keizer, R., Dykstra, P. A., & Poortman, A.-R. (2010). The transition to parenthood and well-being: The impact of partner status and work hour transitions. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 429-438. <https://doi.org/10.1037/a0020414>
- Kern, V., & Lecerf, M. (2023). *Maternity and paternity leave in the EU* [Infographic]. European Parliamentary Research Service. PE 739.346. [online]. Dostupné z: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/739346/EPRS_ATA\(2023\)739346_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/739346/EPRS_ATA(2023)739346_EN.pdf)

Kleven, H., Landais, C., & Leite-Mariante, G. (2023). *The Child Penalty Atlas*. Princeton University and London School of Economics. [online]. Dostupné z: https://www.henrikkleven.com/uploads/3/7/3/1/37310663/child_penalty_atlas_aug2023.pdf

Končeková, . (2010). *Vývinová psychológia*. Vydavateľstvo Michala Vaška. 295s.

Myrskylä, M. & Fenelon, A. (2012). Maternal age and offspring adult health: evidence from the health and retirement study. *Demography*, 49(4), 1231-57. doi: 10.1007/s13524-012-0132-x.

Mišík, O. (2004). *Dotazník DUSIN - Príručka*. Psychodiagnostika s.r.o.

Pravda.sk. (2024, 11. apríla). Počet obyvateľov SR opäť klesol. Rozhodla kriticky nízka pôrodnosť. Správy Pravda. [online]. Dostupné z: <https://spravy.pravda.sk/domace/clanok/706230-pocet-obyvatelov-sr-opat-klesolrozhodla-kriticky-nizka-porodnost/>

Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8

Stanca, L. (2012). Suffer the little children: Measuring the effects of parenthood on well-being worldwide. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 81(3), 742-750. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2010.12.019>

Škodová, Z. (2018). *Psychológiav pôrodnej asistencii (vysokoškolské skriptá)*. Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine. [online]. Dostupné z: <https://portal.jfmed.uniba.sk/download.php?fid=843>

Šolcová, I. & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychológii: Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života: Sborník příspěvku z konference, konané dne 25.10.2004 v Teboni* (pp. 21-29). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. [online]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznamsouboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf>

Vágnerová, M. (2008): *Vývojová psychologie Dětství a dospívání*, Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

Kontaktné údaje:

¹Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Nám. J. Herdu 2, 917 01, Trnava, Slovensko, e-mail: giertlova1@ucm.sk

ZISŤOVANIE SÚVISLOSTÍ A ROZDIELOV V RÁMCI DĹŽKY PRAXE A POHLAVIA MEDZI POSTTRAUMATICKÝM RASTOM A EMOCIOPIÁLPOU IΠTEΛIGEΠCIIOU U ZDRAVOΠÍCKYCH PRACOVΠÍKOV

INVESTIGATING RELATIONSHIPS AND DIFFERENCES WITHIN THE LENGTH
OF PRACTICE AND GENDER BETWEEN POST-TRAUMATIC GROWTH AND
EMOTIONAL INTELLIGENCE AMONG HEALTHCARE WORKERS

Dominika Doktorová¹ – Jana Hubinská² – Ema Benka³

Abstrakt: Štúdia sa zaoberá vzťahmi medzi úrovňou posttraumatického rastu a emočnou inteligenciou. Výskumu sa zúčastnilo 148 medicínskych pracovníkov vo veku 23 až 65 rokov. Vo výskume boli použité nasledujúce metódy: Inventár posttraumatického rastu (Posttraumatic Growth Inventory – PTGI; Tedeschi, Calhoun, 1996) a Dotazník črtovej emocionálnej inteligencie (TEIQue-SF; Petrides 2009). Dáta boli spracované deskriptívnou, korelačnou a komparačnou analýzou. Na podklade uvedených výsledkov môžeme konštatovať, že existuje signifikantne pozitívny vzťah iba medzi úrovňou emocionality ako jedného z faktorov emocionálnej inteligencie a posttraumatickým rastom. Výsledky Mann-Whitneyho testu ukázali, že medzi mužmi a ženami sú štatisticky signifikantné rozdiely v celkovej úrovni posttraumatického rozvoja, ako aj v jeho jednotlivých faktoroch. Ženy majú celkovú úroveň vnímaného posttraumatického rastu signifikantne vyššiu ako muži ($p = <1$), ako aj hladinu v jednotlivých subškálach ($p = <1$). Zdravotníci, ktorí majú odpracovaných viac ako 6 rokov dosahujú signifikantne vyššie skóre v dimenzii spiritualita ($p = 0,017$) a nové možnosti ($p = 04$) a tí, ktorí majú odpracovaných viac ako 20 rokov dosahujú signifikantne vyššie celkové skóre vnímaného posttraumatického rozvoja ($p = 0,046$) a skóre v dimenzii spiritualita ($p = 0,039$) a silné stránky ($p = 0,050$).

Kľúčové slová: Posttraumatický rast. Emocionálna inteligencia. Pohlavie. Dĺžka praxe. Zdravotnícky pracovník.

Abstract: The study deals with the relationship between the level of post-traumatic growth and emotional intelligence. 148 medical workers between the ages of 23 and 65 participated in the research. The following methods were used in the research: Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi, Calhoun, 1996) and Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue-SF; Petrides 2009). The data were processed by descriptive, correlational and comparative analysis. Based on the above results, we can conclude that there is a significant positive relationship only between the level of emotionality as one of the factors of emotional intelligence and post-traumatic growth. The results of the Mann-Whitney test showed that there are statistically significant differences between men and women in the overall level of post-traumatic development, as well as in its individual factors. Women have a significantly higher overall level of perceived posttraumatic growth than men ($p = <.001$), as well as the level in individual subscales ($p = <.001$). Health workers who have worked for more than 6 years achieve significantly higher scores in the dimensions of spirituality ($p = 0.017$) and new possibilities ($p = 0.004$), and those who have worked for more than 20 years achieve significantly higher total scores of perceived post-traumatic development ($p = 0.046$) and scores in the dimensions of spirituality ($p = 0.039$) and strengths ($p = 0.050$).

Key words: Posttraumatic growth. Emotional intelligence. Gender. Length of practice. Health worker

1. Úvod

V štúdiu sa zameriavame na fenomén - posttraumatický rast alebo rozvoj, resp. stress-related growth - rast spojený so stresom. Hoci posttraumatický rast v našej spoločnosti existuje, odborná obec sa ho rozhodla intenzívnejšie skúmať až v posledných 20-30 rokoch. Ak sa však na traumatickú skúsenosť či krízu pokúsime pozrieť z pozitívnej stránky, pripísať jej určitý zmysel, tak nielen, že môže byť pre človeka ľahšie zvládnuteľná, ale môže uňho navodiť zmenu v pozitívnom zmysle. PTG sa zvyčajne označuje ako proces, tak aj výsledok, pri ktorom jednotlivci podstúpia zmenu vo fungovaní, ktorá prevyšuje efektívne zvládanie po prežívaní stresujúcej udalosti (Tedeschi & Calhoun, 2004). Pojem emocionálna inteligencia v sebe zahŕňa dva komponenty - emócie a inteligenciu, a teda reflektuje vzájomnú interakciu kognitívneho a afektívneho komponentu osobnosti (Mayer, Salovey, 1990). Emočná inteligencia je určitým súborom schopností, kam patrila empatia, schopnosť riešiť problémy, optimizmus a sebauvedomovanie (Cherry, Fletcher, O'Sullivan, & Doman, 2014, Goleman, 2012, Ciarrochi & Godsell, 2006, Gignac, 2010). Doterajšie výskumy nevenovali príliš veľkú pozornosť úlohe emócií pri formovaní zdravotníkov. Aj napriek tomu, výsledky mnohých štúdií poukazujú na to, že emócie hrajú dôležitú úlohu v pomáhajúcich profesiách (Augusto-Landa & López-Zafra, 2010, Hederson, 2001). V poslednej dobe sa však čoraz častejšie hovorí o úlohe emócií a emocionálnej inteligencie vo vzdelávaní, keďže tieto aspekty majú okrem iného vplyv aj na zlepšenie pracovného výkonu (Augusto-Landa, López-Zafra, Aguilar-Luzón, & De Ugarte, 2009; Evans & Allen, 2002, Montes-Berges & Augusto, 2007, 2014, Suna et al., 2020). Tieto predpoklady potvrdzuje aj výskum Cejuda et al. (2018), ktorý ukazuje, že emocionálna inteligencia (EI) je ochranným faktorom pre jednotlivcov pred úzkosťou, stresom a depresiou. Ďalšie štúdie poukazujú na vzťah medzi emocionálnou inteligenciou a dĺžkou praxe. Napríklad, u zdravotných sestier s dlhšou praxou bola nameraná vyššia miera emocionálnej inteligencie (Humpel & Caputi, 2001, McQueen, 2004). Taktiež sa zistilo, že emócie a emocionálna inteligencia sú dôležité pre vytváranie a udržanie lepšieho prostredia a podmienok starostlivosti o pacientov (Evans & Allen, 2002, Limonero et al., 2015). Burns, Bastian a Nettelbeck (2007) sa domnievali, že emocionálna inteligencia je samostatný konštrukt, ktorý zlepšuje naše zručnosti, a to ovplyvňuje náš život. Viaceré štúdie poukazujú na pozitívny vzťah medzi emocionálnou inteligenciou a posttraumatickým rastom (Li, Cao, Cao, & Liu, 2015; Nozaki, 2012; Linley, Felus, Gillett, & Joseph, 2011; Salsman, 2006; Sadeghpoura et al., 2018, Milerová, 2015, Lia et al., 2012). Tieto zistenia naznačujú, že schopnosť regulovať emócie, ktorá je základom emocionálnej inteligencie, súvisí s posttraumatickým rastom. Vyššie úrovne EI zvyšujú schopnosť človeka vyrovnáť sa s traumatickými stresormi (Brackett et al., 2011) a zvýšená schopnosť riadiť emocionálne informácie podporuje emocionálny, intelektuálny a osobný rast (Morrill et al., 2008). Výskum Kobylarczykovej a Ogińska-Bulikovej (2011) prisudzuje emocionálnej inteligencii rolu sprostredkovateľa. V štúdiu sa zameriavajú na posudzovanie reziliencie a posttraumatického rastu. Podobné zistenia potvrdzujú aj ďalšie výskumy (Schutte, Malouff, & 2011; Alegre & Benson, 2010; Johnson, Batley, & Holdworth, 2009; Keaten & Kelly 2008, Tang et al., 2022, Tuck & Patlamazoglou, 2019). Výsledky štúdie sa zhodovali aj s prierezovou štúdiou, ktorá zistila, že vyššia úroveň EI korelovala s vyšším posttraumatickým rastom u pacientov po potvrdení závažného ochorenia (Rider Munday et al., 2019). Na základe zistení zameraných na vzájomné konexie medzi premennými a výskumy týkajúce sa demografických faktorov na úroveň posttraumatického rozvoja sme rozhodli zistiť, či existujú rozdiely v posttraumatickou raste vzhľadom k pohlaviu a dĺžky praxe a vzhľadom na vyvodili hypotézy a výskumné otázky:

H1: Medzi emocionálnou inteligenciou a úrovňou posttraumatického rastu existuje štatisticky významný vzťah v pozitívnom smere.

H2: Medzi zdravotníkmi a zdravotníčkami zaznamenáme štatisticky významné rozdiely v postraumatickom raste

VO1 : Zaznamenáme signifikatne významné rozdiely v postraumatickom rozvoji na základe dĺžky praxe?

VO2: Existujú štatisticky významné rozdiely v jednotlivých položkách u EI na základe dĺžky praxe?

2. Metódy

2.1. Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 148 zdravotníckych pracovníkov vo veku od 23 do 65 rokov a ich priemerný vek bol 38,08 roka. Rozdelenie do vekových skupín možno spolu s ostatnými charakteristikami súboru vidieť v Tabuľka č. 1 (Tabuľka 1) Výskumu sa zúčastnilo 64 mužov a 84 žien zastupujúcich rôzne pracovné pozície v rámci zdravotníckej praxe (Tabuľka 2). Keďže náš výskum sa orientuje na špecifickú vzorku, ide o nenáhodný výber. Z hľadiska rodinného stavu bola väčšina respondentov (45) ženatých/vydatých(60,8%). V súbore bolo ďalej 14 slobodných zdravotníkov (18,9%), 4 rozvedených (5,4%) a 11 vdovcov/vdov (14,9%) V tabuľke rovnako uvádzame rozdelenie zdravotníckych pracovníkov do skupín podľa dĺžky praxe. Výskum bol realizovaný v období apríl až júl 2024.

Tabuľka 1 Popis výskumného súboru na základe vybraných demografických premenných

Demografické údaje o súbore		N	%
Dĺžka praxe	1- 5 rokov	62	41,9
	6 -10 rokov	38	25,7
	20 a viac rokov	48	32,4

Tabuľka 2 Prehľad pracovných pozícií

Pracovná Pozícia	Počet respondentov	Percentá
Lekár bez atestácie	32	21,6
Lekár s jednou atestáciou	12	8,1
Lekár s 2 a viac atestáciami	18	12,2
Zdravotná sestra/brat	44	29,7
Členovia posádky RZP	42	28,4
Spolu	148	100,0

2.2. Materiály a aparatury

Na zisťovanie úrovne posttraumatického rastu sme použili Inventár posttraumatického rastu - Posttraumatic Growth Inventory - PTGI (Tedeschi, Calhoun, 1996). ide o 21 položkový dotazník, kde respondent odpovedá na 6 stupňovej škále Likertovho typu.

Hodnota Cronbachovej alfy bola rovnako vysoká ($\alpha = 0,96$). Položky sa vzťahujú k piatim faktorom posttraumatického rastu, každý faktor je sýtený rôznym počtom položiek PTGI - vzťahy k druhým, nové možnosti, osobný rozvoj, úcta k životu, spiritualita

Na meranie črtovej emocionálnej inteligencie u zdravotníckych pracovníkov sme použili slovenský preklad krátkej formy TEIQue-SF - *Trait Emotional Intelligence Questionnaire - Short Form*. Poskytuje možnosť posúdenia globálnej emocionálnej inteligencie a orientačne aj jej faktorov (well-beingu, emocionality, sebakontroly a sociability). Dotazník pozostáva z 30-tich položiek opatrených 7-stupňovou škálou súhlasu nesúhlasu. Jednotlivé položky sa vzťahujú k štyrom faktorom emocionálnej inteligencie, každý faktor je sýtený rôznym počtom položiek: faktor well-beingu, sebakontroly, emocionality, sociability.

2.3. Metódy analýzy

Pre spracovanie získaných dát sme použili štatistické testy pomocou programu *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* pre Windows.

Najskôr sme realizovali deskriptívnu analýzu získaných dát a následne sme previedli korelačnú analýzu (Spearman) na zistenie vzťahov medzi jednotlivými úrovňou posttraumatického rastu a úrovňou emocionálnej inteligencie.

Na testovanie výskumných otázok týkajúcich sa závislosti miery posttraumatického rozvoja na demografických faktoroch u zdravotníkov sme použili Mann-Whitneyho U test a Kruskal Wallisov test. Neparametrické štatistické metódy sme použili vzhľadom k normalite.

3. Výsledky

Zo zozbieraných dát sme vypočítali priemerné hodnoty, štandardnú odchýlku, minimálnu a maximálnu hodnotu hrubého skóre dosiahnutého z odpovedí respondentov v jednotlivých dotazníkoch (Tabuľka 3).

Tabuľka 3 Deskriptívna analýza

	N = 148	Priemer	SD	Min	Max
TEIQue-SF - Globálna EI		4,90	0,87	2,20	6,33
TEIQue-SF - Sebakontrola		4,66	1,04	2,00	6,83
TEIQue-SF - Well-being		5,29	1,11	1,83	6,83
TEIQue-SF - Emocionalita		4,93	0,97	3,00	6,50
TEIQue-SF - Sociabilita		4,56	0,89	1,83	6,17
PTGI - celkové skóre		57,70	23,66	2	87
PTGI - vzťahy k ostatným ľuďom		19,73	8,60	0	33
PTGI - nové možnosti		11,26	5,28	0	19
PTGI - osobnostné silné stránky		11,92	5,46	0	19
PTGI - porozumenie životu		4,99	3,04	0	9
PTGI - zmeny v duchovnej oblasti		9,81	4,10	0	15

Frekvenciu traumatických udalostí, ktoré respondenti uvádzali v dotazníku posttraumatického rastu PTGI a čas, ktorý od traumatickej udalosti uplynul uvádzame v Tabuľkách 4 a 5.

Tabuľka 4 Prehľad udalostí u respondentov týkajúcich sa ich pracovného prostredia

Udalosť	N = 148	Výskyt	Výskyt v %
Smrť pacienta		44	59,5%
Nevyliečiteľné ochorenie pacienta		21	28,4%
Komplikácie pri liečbe pacienta		9	12,2%

Tabuľka 5 Čas uplynulý od udalosti

	N = 148	Výskyt	Výskyt v %
1-4 mesiace		33	44,6%
5-8 mesiacov		24	32,4%
9-12 mesiacov		17	23,0%

Hypotéza H1 vychádzala z predpokladu, že vyššia úroveň *emocionálnej inteligencie* má pozitívny vzťah s úrovňou *posttraumatického rastu*.

Výsledky korelačných vzťahov medzi úrovňou *emocionálnej inteligencie* a *posttraumatickým rastom* uvádzame v Tabuľke 6.

Tabuľka 6 Koeficienty korelačnej analýzy - hypotéza H4 (Spearman; N = 148)

Emocionálna inteligencia	Posttraumatický rast
Globálna emocionálna inteligencia	0,03
Well-being	- 0,07
Sebakontrola	- 0,04
Sociabilita	- 0,05
Emocionalita	0.30*

* $p \leq 0,05$ (two-tailed)

Na podklade uvedených výsledkov môžeme konštatovať, že existuje signifikantne pozitívny vzťah iba medzi úrovňou *emocionality* ako jedného z faktorov *emocionálnej inteligencie* a *posttraumatickým rastom* ($r = 0,30$). Stredne silný vzťah sa nám potvrdil v prípade faktora *emocionality* vo vzťahu k *posttraumatickému rastu* ($r = 0,30$). Vzťah sa nám nepotvrdil vo všetkých ostatných faktoroch EI vo vzťahu k *posttraumatickému rastu* ($r = 0,03 / -0,07 / -0,04 / -0,05$), teda H1 neprijímame.

H2 Medzi zdravotníkmi a zdravotníčkami zaznamenáme štatisticky významné rozdiely v *posttraumatickom raste*

Hypotézu sme testovali pomocou Mann-Whitneyho U- testu. Výsledky uvádzame v Tabuľke 7.

Tabuľka 7 Priemerné skóre v celkovej škále dotazníka PTGI a jeho subškálach vzhľadom na pohlavie

Pohlavie	Muži		Ženy		Mann-Whitneyho U test	
	Priemerné poradie	N	Priemerné poradie	N	U	p
Celkové skóre PTGI	24,28	64	47,57	84	249,000	<,001
Spiritualita	25,80		46,42		297,500	<,001
Porozumenie životu	26,55		45,85		321,500	<,001
Nové možnosti	25,45		46,68		286,500	<,001
Silné stránky	27,95		44,77		366,500	<,001
Vzťahy s druhými	26,48		45,89		319,500	<,001

Výsledky Mann-Whitneyho testu ukázali, že medzi mužmi a ženami sú štatisticky významné rozdiely v celkovej úrovni posttraumatického rozvoja, ako aj v jeho jednotlivých faktoroch. Ženy majú celkovú úroveň vnímaného posttraumatického rastu významne vyššiu ako muži ($p = <1$), ako aj hladinu v jednotlivých subškálach ($p = <1$). Hypotézu H2 prijímame.

VO1: Zaznamenáme významné rozdiely v posttraumatikom rozvoji na základe dĺžky praxe?

Tabuľka 8 Posttraumatický rast vzhľadom na počet odpracovaných rokov

Dĺžka praxe	N	Priemer	SD	SE	95% CI		Min.	Max.
					Dolná hranica	Dolná hranica		
1-5 rokov	31	54,32	16,57	2,98	48,24	60,40	22	75
6-10 rokov	19	59,58	32,34	7,42	43,99	75,17	12	87
20 a viac rokov	24	60,58	23,93	4,89	50,48	70,69	2	87

Následne bol realizovaný Kruskal-Wallisov test, keďže normalita súboru nebola potvrdená ani v jednej skupine. Výsledky Kruskal-Wallisovho testu pre celkovú úroveň posttraumatického rastu, aj pre jednotlivé faktory uvádzame v Tabuľke 9.

Rozdiely medzi skupinami sa potvrdili vo faktore spiritualita a nové možnosti. Pre zistenie, medzi ktorými skupinami je rozdiel, sme následne previedli Mann-Whitneyho U-test medzi jednotlivými párami kategórií. Bol zistený významný rozdiel medzi skupinou s dĺžkou praxe 1-5 rokov a skupinou s dĺžkou praxe 6-10 rokov vo faktore spiritualita ($p = 0,017$) a nové možnosti ($p = 0,004$) (Tabuľka 10).

Taktiež bol zistený významný rozdiel medzi skupinou s dĺžkou praxe 1-5 rokov a skupinou s dĺžkou praxe 20 a viac rokov v celkovej úrovni posttraumatického rozvoja ($p = 0,046$) a vo faktore spiritualita ($p = 0,039$) a silné stránky jedinca ($p = 0,050$) (Tabuľka 9).

Tabuľka 9 Výsledky Kruskal-Wallisovho testu

	Celková úroveň PTG	Spiritualita	Porozumenie životu	Nové možnosti	Silné stránky	Vzťah s druhými
Kruskal-Wallis	4,173	7,606	0,891	7,251	3,927	1,292
df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,124	,022	,640	,027	,140	,524

Tabuľka 10 Testovanie vzťahu medzi celkovou škálou PTGI a jej subškálami vzhľadom na dĺžku praxe (dĺžka praxe 1-5 rokov a 6-10 rokov)

	Celková úroveň		Porozumenie	Nové	Silné	Vzťahy s
	PTG	Spiritualita	životu	možnosť	stránky	druhými
Mann-Whitneyho U	220,000	176,500	290,000	152,500	281,000	254,000
Wilcoxon W	716,000	672,500	480,000	648,500	777,000	750,000
Z	-1,495	-2,386	-0,091	-2,867	-0,272	-0,813
Asymp. Sig. (2-tailed)	,135	,017	,927	,004	,786	,416

Tabuľka 11 Testovanie rozdielov medzi celkovou škálou PTGI a jej subškálami vzhľadom na dĺžku praxe (dĺžka praxe 1-5 rokov a 20 a viac rokov)

	Celková úroveň PTG	Spiritualita	Porozumenie životu	Nové možnosti	Silné stránky	Vzťahy s druhými
Mann-Whitney U	264,000	252,500	333,000	307,000	258,000	312,000
Wilcoxon W	760,000	748,500	829,000	803,000	754,000	808,000
Z	-1,839	-2,059	-0,671	-1,115	-1,953	-1,022
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046	,039	,502	,265	,050	,307

Na základe štatistickej analýzy sme zistili: Zdravotníci, ktorí majú odpracovaných viac ako 6 rokov dosahujú signifikantne vyššie skóre v dimenzii spiritualita ($p = 0,017$) a nové možnosti ($p = 0,04$) a tí, ktorí majú odpracovaných viac ako 20 rokov dosahujú signifikantne vyššie celkové skóre vnímaného posttraumatického rozvoja ($p = 0,046$) a skóre v dimenzii spiritualita ($p = 0,039$) a silné stránky ($p = 0,050$).

VO2: Existujú štatisticky významné rozdiely v jednotlivých položkách u EI na základe dĺžky praxe?

Zisťovali sme rozdiely medzi skupinami zdravotníkov s rozdielnou dĺžkou praxe v úrovni emocionálnej inteligencie. Urobili sme tak vzhľadom na vysokú mieru rozdielu v úrovni EI vzhľadom na dĺžku praxe, na ktoré poukazujú viaceré štúdie (Humpel, Caputi, 2001, Evans, Allen, 2002) a vzhľadom na určitú mieru korelácie jednotlivých faktorov EI s faktormi posttraumatického rozvoja (Tabuľka 11). V Tabuľkách 12, 13, 14 môžeme vidieť, že rozdiel medzi priemerami je výrazný a to na veľmi vysokej úrovni štatistickej významnosti ($p < 0,05$).

Tabuľka 12 Koeficienty korelačnej analýzy medzi faktormi EI a faktormi PTGI (Pearson; $N=74$)

	Celkové skóre PTGI	Spiritualita	Porozumenie životu	Silné stránky	Nové možnosti	Vzťahy s druhými
Celková EI	,026	,103	-,246*	,057	,113	,003
Sociabilita	-,052	-,049	-,248*	,001	,061	-,071
Emocionalita	,277*	,341**	,061	,147	,349**	,341*
Sebakontrola	-,041	,037	-,301**	,050	,019	-,067
Well-being	-,073	-,007	-,287*	-,017	-,009	-,080

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$ (two-tailed)

Tabuľka 13 Priemerné skóre v celkovej EI a jej faktoroch vzhľadom na dĺžku praxe I

Dĺžka praxe	1 - 5 rokov		6-10 rokov		Mann-Whitneyho U test	
	Priemerné poradie	N	Priemerné poradie	N	U	p
Well-being	17,10	62	39,21	38	34,000	<,001
Sociabilita	20,71		33,32		146,000	,003
Emocionalita	16,68		39,89		21,000	<,001
Sebakontrola	18,29		37,26		71,000	<,001
Celková EI	16,97		39,42		30,000	<,001

Tabuľka 14 Priemerné skóre v celkovej EI a jej faktoroch vzhľadom na dĺžku praxe II

Dĺžka praxe	1 - 5 rokov		20 a viac rokov		Mann-Whitneyho U test	
	Priemerné poradie	N	Priemerné poradie	N	U	p
Well-being	27,65	62	28,46	48	361,000	,851
Sociabilita	25,52		31,21		295,000	,189
Emocionalita	23,35		34,00		228,000	,014
Sebakontrola	22,13		35,58		190,000	,002
Celková EI	23,90		33,29		245,000	,031

Tabuľka 15 Priemerné skóre v celkovej EI a jej faktoroch vzhľadom na dĺžku praxe III

Dĺžka praxe	6 - 10 rokov		20 a viac rokov		Mann-Whitneyho U test	
	Priemerné poradie	N	Priemerné poradie	N	U	p
Well-being	29,37	38	16,17	48	88,000	<,001
Sociabilita	29,11		16,38		93,000	0,003
Emocionalita	29,55		16,02		84,500	<,001
Sebakontrola	25,37		19,33		164,000	,115
Celková EI	29,32		16,21		89,000	<,001

4. Diskusia

4.1. Interpretácia zistení

Podstatnou časťou výskumu v našej práci bolo skúmanie vzájomných vzťahov teoretického konštruktu posttraumatického rastu s emocionálnou inteligenciou. Na základe výsledkov nášho výskumu sme dospeli k viacerým zisteniam. Zdravotníci dosahovali najvyššiu mieru posttraumatického rozvoja v oblasti vzťahov s druhými a osobnom rozvoji (zmena nastala vo výraznej miere). Nasledovali oblasti nových možností, spirituality a porozumenia životu (zmena nastala v strednej až väčšej miere). Celkovo vnímali, že posttraumatický rozvoj v spojitosti so záťažou vyskytujúcou sa pri vykonávaní povolania nastal vo väčšej miere.

Nepotvrdila sa nám H1, kde sme predpokladali že úroveň emocionálnej inteligencie je vo vzťahu s úrovňou posttraumatického rastu. V našom výskume sa ukázalo, že neexistuje signifikantne pozitívny vzťah medzi úrovňou emočnej inteligencie a posttraumatickým rastom, čo je v protiklade s výskumnými zisteniami iných autorov (Li, Cao, Cao, & Liu, 2015; Nozaki, 2012; Linley, Felus, Gillett, & Joseph, 2011; Salsman, 2006). Môžeme teda uvažovať,

že naši respondenti sa snažia pri riešení záťažových situácií neprihliadať na svoje emócie. Vyberajú si odosobnený prístup, ktorý im zabezpečí jednoduchšie vyrovnanie sa so zaťažujúcou situáciou, a teda ich schopnosť využiť problematickú situáciu pozitívne, k rastu, nezávisí od ich schopnosti zapojenia emócií do rozhodovania a činnosti. Ďalšie možné vysvetlenia sú, že vnímaná EI prispieva k odolnosti (Mccarthy et al., 2020,).

Ďalšia formulovaná hypotéza sa týkala pohlavia na úroveň vnímaného posttraumatického rastu, Množstvo štúdií, ktoré sme uviedli v teoretickej časti preukazujú rozdiely v posttraumatickom rozvoji na základe **pohlavia**. Vyplýva z nich, že posttraumatický rozvoj sa vo všeobecnosti objavuje vo vyššej miere u žien (napr. Tedeschi & Calhoun, 1996, Roach et al., in Hastings & Tauntová, 2002). Naše výsledky rovnako vykazujú vyššie priemerné skóre u žien než u mužov vo všetkých faktoroch posttraumatického rozvoja, a tieto rozdiely sú štatisticky významné. Mnohé z rozdielov, ktoré sa medzi mužmi a ženami v oblasti posttraumatického rozvoja vyskytujú, sú vysvetliteľné stereotypmi o pohlavných rolách. Stereotypy, ktoré prisudzujú ženám vlastnosti ako citlivosť, prejavovanie emócií, záujem o medzilidské vzťahy a pasívnosť, sú v našej krajine stále rozšíreným javom. Za posttraumatický rast sa považujú pozitívne psychologické zmeny v kognitívnom a emocionálnom živote človeka, ktoré sú považované za výsledok boja s vážnymi životnými okolnosťami, človek sa dostáva nad svoju úroveň adaptácie, psychologického fungovania a chápania života a zároveň sa tieto zmeny môžu odraziť aj v zmenách správania a z hľadiska biologického je ho možné očakávať u žien (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Dĺžka praxe taktiež vstupuje do procesu posttraumatického rozvoja. Zdravotníci, ktorí majú odpracovaných viac ako 6 rokov dosahujú signifikantne vyššie skóre v dimenzii spiritualita a nové možnosti a tí, ktorí majú odpracovaných viac ako 20 rokov dosahujú signifikantne vyššie celkové skóre vnímaného posttraumatického rozvoja a skóre v dimenzii spiritualita a silné stránky.

Zistovali sme rozdiely medzi skupinami zdravotníkov s rozdielnou dĺžkou praxe v úrovni emocionálnej inteligencie. Urobili sme tak vzhľadom na vysokú mieru rozdielu v úrovni EI vzhľadom na dĺžku praxe, na ktoré poukazujú zahraničné štúdie (Humpel & Caputi, 2001, Evans & Allen, 2002) a vzhľadom na určitú mieru korelácie jednotlivých faktorov EI s faktormi posttraumatického rozvoja. Potvrdilo sa nám, že zdravotníci, ktorí majú odpracovaných 6 až 10 rokov dosahujú vyššiu úroveň emocionálnej inteligencie ako tí, ktorí majú odpracovaných menej rokov, prípadne viac ako 20 rokov. Až s pribúdajúcou praxou a s ďalším vzdelávaním (ukončenie špecializácie, atestácií) prináša priestor na rozvíjanie aj ďalších kompetencií potrebných pre prax zdravotníka. Schaeferová a Moos (1998) uvádzajú, že známky posttraumatického rozvoja majú tendenciu sa prejavovať v najväčšej miere práve po úspešnom prekonaní traumy. S ubiehajúcim časom jedinec zážitky z traumy stále lepšie integruje, a tak sa ich význam pre život jedinca znižuje. Autori predpokladajú, že i miera vnímania pozitívnych ziskov (popríklad i negatívnych dôsledkov) a posttraumatického rozvoja sa bude preto postupne zvyšovať. Avšak veria, že najzávažnejšie životné krízy zanechávajú na človeku nezmazateľnú stopu, či už v pozitívnom zmysle.

Organizovanie školení súvisiacich s EI v klinickej práci a výučba individuálnych stratégií regulácie emócií prispieva k zlepšeniu úrovne EI u ošetrovateľského personálu, podporuje vytváranie pozitívnych emócií a udržiava psychické zdravie zdravotníckeho personálu. Túto diskrepanciu je možné vysvetliť tým, že EI ako črtu je možné rozvíjať a trénovať. Môžeme predpokladať, že zdravotníci sa v prvých rokoch svojej praxe venujú najmä

upevňovaníu profesijných kompetencií. Mnohé štúdie sa zaoberali súvislosťami medzi emocionálnou inteligenciou a dosiahnutým vzdelaním (Nightingale et al., 2018). Výsledky ukázali, že emocionálna inteligencia sestier súvisí s fyzickou aj emocionálnou starostlivosťou, ale môže byť menej relevantná pre vedúce sestry a lekárov. Dĺžka praxe je dôležitým aspektom pre emocionálnu inteligenciu.

4.2. Limity a dôsledky

Na záver môžeme zhrnúť, že v našom výskumnom súbore dochádza k posttraumatickému rozvoju na porovnateľnej úrovni ako u členov iných záchranných profesií.

Hoci sú výsledky našej štúdie v značnej miere konzistentné s predošlými zisteniami, je potrebné spomenúť aj určité obmedzenia nášho výskumu. Podstatné obmedzenie nášho výskumu predstavuje už spôsob získavania respondentov. Vzhľadom k nenáhodnému výberu sme si vedomí limitovanej zovšeobeciteľnosti z nášho výskumu. Ďalšie obmedzenie vyplýva z veľkosti výskumného súboru. Veľkosť celkového súboru bola 148 respondentov. Takto malá vzorka výrazne obmedzuje možnosti analýzy dát.

Ďalšia oblasť obmedzení vyplýva z metodológie kvantitatívneho výskumu vo všeobecnosti. Problémom s ktorým treba počítať pri použití dotazníka je, že výpovede respondenta sú zachytené retrospektívne a na podklade sebauposudzovacích metód, ktorých dáta sú do istej miery ovplyvnené tým, ako sú respondenti ochotní a schopní relevantne o sebe vypovedať, ako aj na v istej miere subjektívnej interpretácii jednotlivých položiek v dotazníkoch.

Metodologické problémy výskumu posttraumatického rozvoja rozoberá vo svojej prehľadovej štúdii Mareš (2009). Upozorňuje na to, že prostredníctvom dotazníka, akým je PTGI sa dozvedáme len o zmenách, ktoré dotazník predpokladá, a na ktoré sa vyslovene pýta. Dotazník nenabáda respondenta k tomu, aby sa vyjadril i o zmenách, ktoré u neho nastali v iných oblastiach (napr. zmena životosprávy a postoja k zdraviu, vzrast empatie, väčší súcit, psychologická pripravenosť na ďalšie negatívne udalosti, pokles naivity, atď.) Tým, že všetky položky sú formulované pozitívne, dotazník nedáva priestor možným negatívnym odpovediam. Môže sa stať, že respondent vplyvom pozitívne formulovaných otázok bude referovať pozitívnu zmenu, i keď v skutočnosti k žiadnej nedošlo. Tým môže dochádzať k pozitívnemu skresleniu a validita výsledku môže tak byť výrazne ovplyvnená (Calhoun & Tedeschi, 2006). Taktiež prípadnú respondentovu odpoveď, že v danom aspekte u neho nenastala žiadna zmena, ťažko možno jednoznačne interpretovať. Môže ísť o niekoľko alternatív: stav sa nezmenil k lepšiemu, stav bol už predtým dobrý a zmena nebola nutná a stav sa nezmenil k horšiemu (Mareš, 2009). Týchto úskalí si musíme by vedomí i pri narábaní s výsledkami našej štúdie (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Literatúra

- Alegre, A., & Benson, M. J. (2010). Parental behaviors and adolescent adjustment: Mediation via adolescent trait emotional intelligence. *Individual Differences Research*, 8(2), 83–96.
- Augusto Landa, J. M., & López-Zafra, E. (2010). The impact of Emotional Intelligence on nursing: An overview. *Psychology*, 1(1), 50–58.

- Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Aguilar-Luzón, M.delC., & de Ugarte, M. F. (2009). Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse education today*, 29(7), 801–808.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 88–103.
- Burns, N. R., Bastian, V. A., & Nettelbeck, T. (2007). Emotional intelligence: More than personality and cognitive ability? In G. Matthews, M. Zeidner, & R. D. Roberts (Eds.), *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 167–196). Oxford University Press.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practise*. Mahwah, Erlbaum. pp. 400. ISBN 978-0805857672.
- Ciarrochi, J & Godsell, C. (2006). Mindfulness-Based Emotional Intelligence: Research and training. In Druskat, V, Sala, F., Mount, G. (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups* (pp. 21-52). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Evans, D., & Allen, H. (2002). Emotional intelligence: its role in training. *Nursing times*, 98(27), 41–42.
- Goleman, D. (2012). *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam. 384 pp., ISBN 055380491X.
- Hastings, R. P., Allen, R., McDermott, K., & Still, D. (2002). Factors related to positive perceptions in mothers of children with *intellectual disabilities*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(3), 269–275.
- Humpel, N., & Caputi, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8(5), 399–403.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., O'Sullivan, H., & Dornan, T. (2014). Emotional intelligence in medical education: a critical review. *Medical education*, 48(5), 468–478.
- Johnson, S. J., Batey, M., & Holdsworth, L. (2009). Personality and health: The mediating role of Trait Emotional Intelligence and Work Locus of Control. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 470–475.
- Keaten, J., & Kelly, L. (2008). Emotional Intelligence as a Mediator of Family Communication Patterns and Reticence. *Communication Reports*, 21(2), 104–116.
- Kobylarczyk, M., & Ogińska-Bulik, N. (2015). Assessing resiliency and personal growth in a group of adolescents experiencing negative life events: the mediating role of emotional intelligence. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(2), 92–101.
- Komárková, R., Výrost, J., & Slaměník, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie III*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 80-247-0180-4.
- Li, Y., Cao, F., Cao, D., Wang, Q., & Cui, N. (2012). Predictors of posttraumatic growth among parents of children undergoing inpatient corrective surgery for congenital disease. *Journal of pediatric surgery*, 47(11), 2011–2021.

- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 442–454.
- Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 53 (3), 271–290.
- Mayer, J.D., & Salovey, P. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185–211.
- Mccarthy et al. (2020). Subclinical autistic traits mediate the relationship between emotional intelligence and resiliency in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 158,(1), 109845.
- Mcqueen, A. (2004). Emotional Intelligence in Nursing Works. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101–108.
- Montes-Berges, B., & Augusto-Landa, J.M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163171.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(9), 948–953.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 106–117.
- Nozaki, Y. (2012). The Relationships among Resilience and Posttraumatic Growth and Emotional Intelligence Based on a Distinction between the Self and Others Domains. *Japanese Journal of Personality*, 20(3), 179–192.
- Petrides, K. V. (2010). Trait emotional intelligence Theory. *Industrial and Organizational Psychology*, 3(2), 136–139.
- Rider Munday, K. et al. (2019). Posttraumatic growth following cancer: the influence of emotional intelligence, management of intrusive rumination, and goal disengagement as mediated by deliberate rumination. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(4), 456–477.
- Sadeghpour, F., Heidarzadeh, M., Naseri, P., & Nadr-Mohammadi Moghadam, M. (2018). Emotional intelligence as a predictor of posttraumatic growth in patients undergoing hemodialysis. *Illness, Crisis & Loss*, 29(2), 131–142.
- Salsman, J.M. (2006). *Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: The impact of emotional expression and cognitive processing*: Dissertation. Lexington: University of Kentucky. 80 pp.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In: R. Tedeschi, C. L. Park, L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99–126). New York. Lawrence Erlbaum. 267p.
- Schutte, N.S., & Malouff, J.M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116–1119.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). The posttraumatic growth: Concept foundation and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

Tuck, D., & Patlamazoglou, L. (2019). The relationship between traumatic stress, emotional intelligence, and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 24(8), 721-735.

Kontaktné údaje:

¹Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Nám. J. Herdu 2, 917 01, Trnava, Slovensko, e-mail: dominika.doktorova@ucm.sk

ΠΡΕΒΑΛΕΝΚΙΑ Α ΝΠΪΠΙΑΠΙΕ ΞΚΟΔΛΙΥΟΣΤΙ ΠΟΥΨΧΗ ΠΙΚΟΤΪΠΟΥΨΧΗ ΥΨΡΟΒΚΟΥ Ν ΡΑΠΕΥ ΑΔΟΛΕΣΚΕΠΚΙΙ

ΠΡΕΥΑΛΕΠΚΕ ΑΠΔ ΠΕΡΚΙΕΥΕΔ ΗΑΡΜΪΦΥΛΠΕΣΣ ΟΥ ΠΕΨΗ ΠΙΚΟΤΙΠΕ ΠΡΟΔΥΚΤΣ ΙΠ ΕΑΡΛΥ ΑΔΟΛΕΣΚΕΠΚΕ

Zuzana Rojková¹ – Daniela Jakubková²

Abstrakt: Štúdiá sa zaoberá prevalenciou užívania nikotínových produktov u jedincov v období ranej adolescencie, so zameraním na potenciálnu súvislosť medzi opakovaným užívaním a sebapoškodzujúcim správaním. Výsledky výskumu ukazujú, že elektronické cigarety sú najčastejšie používaným typom nikotínových produktov medzi mladistvými. Zistenia tiež odhalili vyššiu prevalenciu užívania e-cigariet u dievčat v porovnaní s chlapcami, a to bez ohľadu na to, či ide o experimentovanie alebo pravidelné užívanie. Väčšina adolescentov si je pritom vedomá škodlivosti, ako aj návykovosti užívania nikotínových produktov. Tieto výsledky naznačujú, že opakované užívanie nikotínu, najmä vo forme elektronických cigariet, môže odrážať formu sebapoškodzujúceho správania, keď sa dospievajúci vedome zapájajú do zdraviu škodlivých aktivít napriek tomu, že si uvedomujú riziká. Štúdiá zdôrazňuje potrebu cielených intervencií, ktoré by sa zaoberali nielen prevenciou užívania nikotínu, ale aj psychologickými a sociálnymi faktormi, ktoré môžu prispievať k sebadeštruktívnym návykom v ranom dospievaní.

Kľúčové slová: adolescencia, nikotín, rizikové správanie, sebapoškodzovanie

Abstract: The study examines the prevalence of nicotine product use in individuals during early adolescence, focusing on the potential association between repeated use and self-injurious behaviour. Research results indicate that e-cigarettes are the most commonly used type of nicotine products among adolescents. The findings also revealed a higher prevalence of e-cigarette use by girls compared to boys, regardless of whether it is experimentation or regular use. Meanwhile, most adolescents are aware of the harmfulness as well as the addictive nature of nicotine product use. These results suggest that repeated nicotine use, especially in the form of e-cigarettes, may reflect a form of self-injurious behaviour where adolescents knowingly engage in harmful activities despite being aware of the risks. The study highlights the necessity for focused interventions that address not only the prevention of nicotine use, but also the psychological and social factors that may contribute to self-destructive habits in early adolescence.

Keywords: adolescence, nicotine, risky behaviour, self-harm

1. Úvod

V období adolescencie sa objavujú rôzne formy rizikového správania, ktoré vyplývajú z prirodzených bio-psycho-sociálnych zmien dosahovania vývinových medzníkov, z ktorých najpodstatnejším je identita. Skúšanie neznámych vecí, podliehanie vplyvu skupiny a v súčasnej dobe, aj virtuálneho prostredia, je prirodzené v období adolescencie. Je potrebné zdôrazňovať, že niektoré formy rizikového správania môžu mať vážne následky na zdravie, a tu je potrebné, aby im odborníci venovali pozornosť. V posledných rokoch je takouto závažnou zdravie ohrozujúcou formou nastupujúci trend sebapoškodzovania, zatiaľ čo rizikové formy, ako je záškoláctvo či experimentovanie s alkoholom, fajčením či inými druhmi drog, v posledných desaťročiach stagnujú (Nociar, 2018). Na druhej strane, nárazové pitie (ktorého výskyt narástol v predcovidovom období)

ako pre zdravie závažnejšia forma, vykazuje znaky a v niektorých koncepciách je aj zahrnutá medzi nepriamymi formami sebapoškodzujúceho správania (Duggan & Heath, 2014). Spoločné znaky sú uvedomené a zámerné konanie, ktoré poškodzuje zdravie. Taktiež nadmerné užívanie drog sa vyskytuje (je komorbiditou) pri sebapoškodzovaní. Pravidelné užívanie alkoholu alebo fajčenia vykazuje taktiež so sebapoškodzovaním spoločný znak kompulzivity, teda nutkania k opakovaniu (Bakhshaie, Storch, & Zvolensky, 2021). Na základe uvedeného je možné domnievať sa, že sebapoškodzovaciemu správaniu je konceptuálne blízke aj užívanie nikotínových produktov, s akcentom na prvok zámernosti a vedomosti škodlivosti tohto užívania. Výskumným problémom príspevku je popri popisu prevalencie niektorých foriem nikotínového správania v ranej adolescencii, identifikovať znak sebapoškodzujúceho správania pri opakovanom užívaní nikotínových produktov, a to znak vedomia škodlivosti pre zdravie.

Prevalencia užívania nikotínových výrobkov medzi dospelými je napriek úsiliu odborníkov v rámci prevencie stále pomerne vysoká, k čomu prispieva aj tvorba nových nikotínových výrobkov. U nových výrobkov s obsahom nikotínu, u ktorých nie je fyzicky zjavné ich užívanie, je jednoduchšie užívanie a v čase publikovania príspevku aj zvýšená ich dostupnosť. Na popularite stúpajú predovšetkým elektronické cigarety, vaporizačné zariadenia a takisto aj nikotínové vrecúška, ktoré zachovávajú pri užívaní anonymitu tým, že sú vložené do úst bez ďalších znakov užívania (Kramer et al., 2023). Dôležité je tiež poznamenať, že niektoré nové formy nikotínových výrobkov sú lákavé aj veľkým množstvom príchuť bez uvedomovania si ich skutočných negatívnych vplyvov (Dinardo & Rome, 2019). Marketingové posolstvá totiž v jedincoch navodzujú dojem, že sú to bezpečnejšie alternatívy k tradičným, horľavým cigaretám (Ceasar et al., 2024).

Dôležitú rolu v rámci prevencie zohráva okrem spoločnosti v období ranej adolescencie aj najbližšie sociálne prostredie a škola. Škola je pre mladých ľudí primárnym prostredím, kde sa stretávajú a interagujú, v rámci ktorého ciele preventívne programy môžu jednak sprostredkovať poznatky o nebezpečnosti užívania tabaku, a zároveň podporovať informované rozhodovanie tým, že si uvedomia nebezpečenstvo a zdravotné dôsledky užívania nikotínu. Prevencia užívania tabaku na školách je teda kľúčovým krokom v ochrane zdravia mladých ľudí a budovanie zdravšej budúcnosti. Pre vytvorenie a rozvoj efektívnych kampaní je zásadné najmä porozumenie dynamike experimentovania s tabakovými výrobkami, motívom užívateľov, ako aj rizikám a škodlivosti týchto produktov.

1.1. Vývinové aspekty a prevalencia užívania nikotínových výrobkov

Naprieč životom prechádzame rôznymi vývinovými obdobiami. Každé z týchto období vývoja predstavuje čas, kedy ľudia čelia určitým výzvam a dosahujú rôzne míľniky. Ako ľudia pritom počas celého života neustále rastieme. Dôležitým obdobím spojeným s rastom je aj obdobie ranej adolescencie, ktoré je sprevádzané rôznymi fyzickými zmenami, kognitívnym vývojom ako aj rôznymi sociálnymi vplyvmi. Ide o obdobie, ktoré predstavuje prechod medzi detstvom a dospelosťou, vymedzené vo veku od 11 do 15 rokov, označované aj ako pubescencia (Motepe, 2005). V tomto období môžu adolescenti vnímať zvýšený tlak spojený s tým, aby sa prispôbili normám rovesníkom, čo môže zahŕňať rizikové správanie v rôznych formách.

Rizikové správanie je možné označiť ako správanie spojené s ohrozením kvality života ľudí. Častokrát je motivované vonkajšími faktormi, akým je vplyv rovesníkov alebo túžba po vzrušení či po sociálnom prijatí. Ako rizikové správanie možno označiť napríklad sexuálne

správanie, ubližovanie, šikanovanie, tabakové správanie, ako aj rôzne iné látkové a nelátkové závislosti. Návykové, látkové závislosti sú pritom rozlišované na základe ich účinku na psychiku. Môže ísť o látky tlmivé, stimulujúce, ale takisto aj halucinogénne (Minařík & Kmoch, 2015). Medzi najrozšírenejšie legálne drogy patrí ako alkohol, tak aj tabakové výrobky (Rojková & Popelková, 2010; Dolejš et al., 2014). Nociar (2018) upresnil, že okrem alkoholu a tabaku patrí k najviac užívaným návykovým látkam u študentov stredných škôl na Slovensku aj konope. Už pred dvadsiatimi rokmi sa ukázalo, že situácia v krajine sa čoraz viac zhoršuje a užívanie návykových látok medzi adolescentmi má stúpajúcu tendenciu (Pétiová & Bieliková, 2004). Rizikové správanie nemusí zahŕňať vedomý úmysel sebapoškodenia, avšak jeho manifestácie môžu viesť k závažným negatívnym následkom a súčasne iniciovať psychologické a emocionálne transformácie jedinca. Takéto správanie môže byť ovplyvnené celým spektrom faktorov, pričom vnútorný emocionálny diskomfort a úzkostné stavy môžu vyvolať vedomú alebo nevedomú tendenciu k sebapoškodeniu, pričom dochádza k exhibícii škodlivých praktík, ktoré spôsobujú fyzickú alebo psychickú bolesť. Skorý začiatok užívania nikotínu a následná rozvinutá závislosť od tejto látky sú pritom identifikované ako významné prediktory úmyselného sebapoškodzovania v budúcnosti (Evins et al., 2017; Korhonen et al., 2018). Na základe empirických dôkazov je fajčenie tiež spojené so zvýšeným rizikom samovražedných myšlienok a následnými pokusmi o samovraždu (Swahn et al., 2012).

V roku 2022 bola na Slovensku zaznamenaná významná incidencia tabakového správania medzi adolescentmi, čo predstavuje vážny dôvod na znepokojenie. Fajčenie sa stalo celosvetovo veľkým problémom verejného zdravia. Napriek snahám rôznych protifajčiarskych opatrení, preventívnych akcií a legislatívneho rámca týkajúceho sa tabakových výrobkov, štatistiky naznačujú, že prevalencia rizikového tabakového správania v tomto období neustále rastie, čo vedie k alarmujúcim číslam. V rámci výskumnej vzorky 530 adolescentov bolo odhalené, že viac ako polovica adolescentov, konkrétne 63,2%, má vlastnú skúsenosť s fajčením, pričom 30,4% pravidelne užívalo tabakové výrobky (Rojková & Démuthová, 2022).

Existuje viacero faktorov, ktoré motivujú adolescentov k užívaniu tabaku. Najvýznamnejší aspekt sa pripisuje sociálnemu prostrediu. Toto prostredie zahŕňa vplyv médií, školského prostredia, rodinnej dynamiky, rovesníkov, ako aj trávenia voľného času. Jedinca sa môžu zapojiť do rizikového správania vo forme fajčenia práve z dôvodu sociálnych vplyvov, aby získali prijatie svojich rovesníkov, upúťali pozornosť, prípadne aby získali status dospelosti, alebo aby získali prestíž a uznanie zo strany vrstovníkov (Lin et al., 2023). Ďalším z možných dôvodov inklinácie k fajčeniu môžu byť aj faktory akými sú stres, úzkosť, nízke sebavedomie, pričom fajčenie môže byť využívané ako mechanizmus zvládania týchto faktorov. Medzi ďalšie najčastejšie dôvody, pre ktoré mladí jedinci experimentujú s návykovými látkami, patrí tiež nuda a zvedavosť (Lin et al., 2023). Napriek tomu, že kognitívne schopnosti sa v tomto období zlepšujú, kontrola impulzov sa stále ešte len vyvíja, čo môže byť spojené so zvedavosťou, ako aj s experimentovaním. Adolescencia je obdobím, v rámci ktorého dochádza k formovaniu identity a sociálnej spolupatričnosti, preto môžu adolescenti vnímať a vyvíjať na seba zvýšený tlak súvisiaci so snahou zapadnúť a získať spoločenskú akceptáciu. Rovnako môže byť fajčenie poňaté ako spôsob, ako preskúmať svoju identitu, či presadiť si nezávislosť. Významný efekt na stupňujúcu prevalenciu nikotínového správania má aj zníženie stigmy v oblasti užívania nikotínových výrobkov, a to najmä kvôli vývoju spoločenských postojov vyvoláva silnejší efekt akceptácie a normalizácie užívania nikotínu. Jednotlivci preto nemusia mať strach, že by užívanie tohto typu výrobkov bolo odsúdeniahodné. Rovnako sa aj marketingové stratégie

efektívne zameriavajú na mladých ľudí prostredníctvom reklám, ktoré zdôrazňujú mladosť, živosť, či sociálne prepojenie, čo môže mať za následok zvýšenie príťažlivosti fajčenia (Moran et al., 2020). Je možné, že súhra týchto psychologických či fyzických faktorov prispieva k rastúcej miere užívania nikotínu medzi dospelými, pričom riešenie tohto spoločenského problému si vyžaduje mnohostranný prístup zahŕňajúci vzdelávanie, preventívne stratégie, ale v neposlednom rade aj politické zásahy zamerané na zníženie dostupnosti a úpravu sociálnych noriem. V konečnom dôsledku môže taktiež podpora odolnosti, budovanie zdravých stratégií zvládania, ako aj posilňovanie zdravého životného štýlu znížiť inklináciu k návykovým látkam ako je nikotín.

Výskumný problém spočíva v tom, že raná adolescencia predstavuje vývinové obdobie, ktoré je charakteristické skúmaním, experimentovaním a zraniteľnosťou. Na to, aby bolo možné poňať a riešiť nikotínové rizikové správanie a na podporu zdravšieho životného štýlu medzi mladými dospelými je potrebné predovšetkým pochopenie sociálnych, emocionálnych a kognitívnych zmien počas tohto obdobia, ako aj identifikácia samotnej prevalencie tohto správania u raných adolescentov a identifikácia znakov sebapoškodzujúceho správania pri opakovanom užívaní nikotínových výrobkov, tzn. vedomie škodlivosti.

Na základe výskumného problému boli stanovené nasledovné výskumné ciele:

- Popísať výskyt (prevalenciu) experimentovania a opakovaného užívania nikotínových výrobkov (cigarety, nové nikotínové produkty) u raných adolescentov a samostatne u dievčat a chlapcov.
- Objasniť vnímanie škodlivosti a návykovosti užívania cigariet a nových nikotínových produktov.
- Zistiť existenciu rozdielov vo vnímaní škodlivosti a návykovosti užívania cigariet a nových nikotínových produktov vzhľadom na experimentovanie (akúkoľvek skúsenosť) a opakované užívanie týchto produktov.

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo spolu 532 žiakov v období ranej adolescencie, ktorí boli vybraní stratifikovaným kvótovým výberom na 25 školách rôzneho typu, medzi ktoré patrili základné školy, osemročné gymnázia a spojené školy vo viacerých regiónoch. Konkrétne vzorka pozostávala z 269 žien (50.6%) a 263 mužov (49.4%) vo veku 11 až 15 rokov, s priemerným vekom 12,95 roka. Vzhľadom k neploletosti žiakov podpísali v súlade s etickými zásadami riaditeľa základných škôl, ako aj rodičia súhlas s realizáciou výskumu. V prípade nesúhlasu rodiča s účasťou svojho dieťaťa na výskume sa dieťa realizovaného výskumu nezúčastnilo.

2.2. Metódy zberu dát

Na získanie zdrojových údajov bola využitá dotazníková metóda, pozostávajúca zo sociodemografického dotazníka a originálneho dotazníka so zameraním na predmet výskumu – otázky na prítomnosť rôznych foriem tabakového, resp. nikotínového správania a vnímania škodlivosti a návykovosti užívania rôznych nikotínových produktov. Dotazník bol súčasťou širšej batérie zahŕňajúcej aj postoje voči klasickým a novým výrobkom, ktoré nie sú využité v rámci tejto štúdie. Výslednými premennými pre určenie

prevalencie boli: experimentovanie (skúsenosť) s užívaním nikotínových produktov (Áno/Nie); forma výrobku pri experimentovaní; opakované užívanie nikotínových produktov (Áno/Nie), kde táto forma znamená užívanie niekoľkokrát za mesiac a častejšie; forma najčastejšie užívaného výrobku. Premennými vnímania škodlivosti a návykovosti boli zisťované z položiek: Myslíš si, že je fajčenie cigariet návykové?; Myslíš si, že je fajčenie škodlivé?; Myslíš si, že sú nové formy (elektronické cigarety, bezdymové výrobky- nikotínové vrecúška, žuvací tabak) menej škodlivé ako klasické cigarety?; Myslíš si, že užívanie nových foriem (elektronické cigarety, bezdymové výrobky- nikotínové vrecúška, žuvací tabak) je menej návykové ako klasické cigarety?, kde respondenti odpovedali v zmysle súhlasu na Likertovej škále: 1 – Áno, 2 – Skôr áno, 3 – Neviem, 4 – Skôr nie; 5 – Nie. Údaje boli ponechané v spracovaní ako ordinálne premenné.

2.3. Metódy analýz

Pre zodpovedanie výskumných otázok boli realizované univariačné a bivariačné deskriptívne frekvenčné analýzy, a neparametrický Mann-Whitneyho U test pre komparáciu 2 nezávislých výberov.

3. Výsledky

VO1: Aká je prevalencia experimentovania a užívania nikotínových výrobkov (cigariet, nových nikotínových výrobkov) u adolescentov vo veku 11 – 15 rokov?

VO1.1: Aká je prevalencia experimentovania a užívania najčastejších nikotínových výrobkov u dievčat a chlapcov?

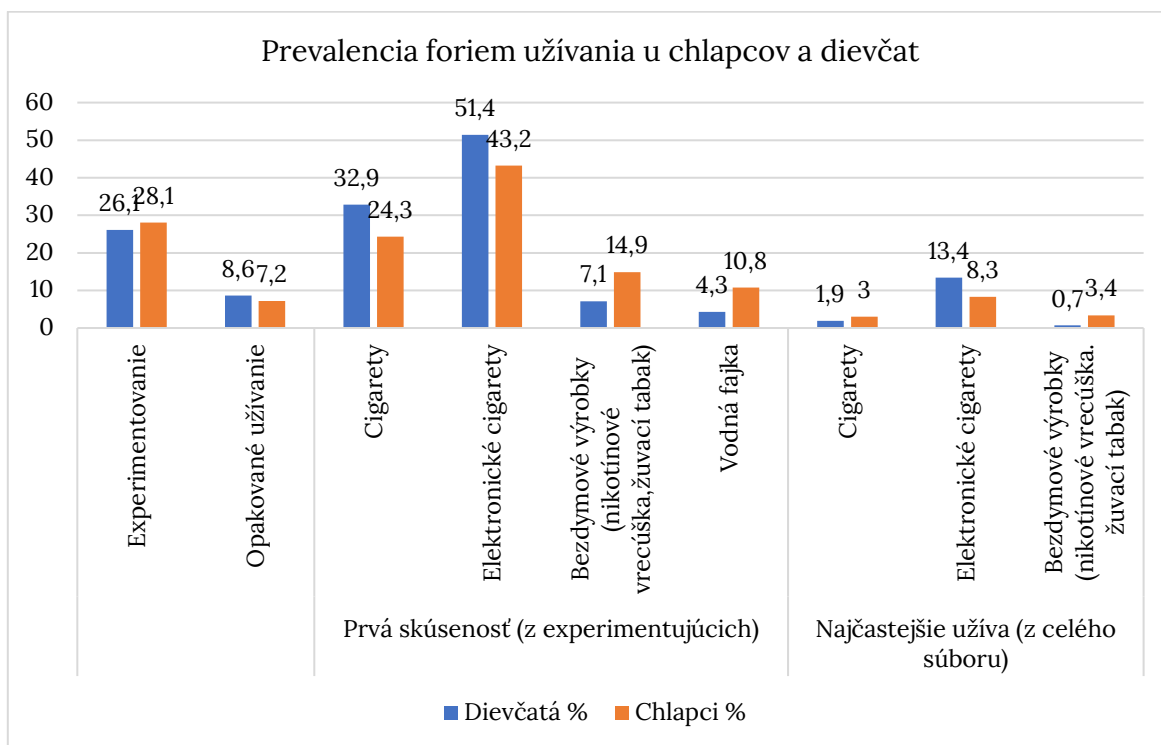
Z celkového výskumného súboru 532 participantov, jedincov v období ranej adolescencie, bola zistená skúsenosť s tabakovými výrobkami u 145 participantov (27.3%), pričom túto skúsenosť nemalo 387 participantov (73%), ako je možné vidieť aj v Tabuľke 1. Z hľadiska pohlavia malo skúsenosť s nikotínovým správaním 70 žien (26.1%) a 74 mužov (28.1%), čo vypovedá o podobnosti výskytu z hľadiska pohlavia.

Z jednotlivých foriem pri experimentovaní je možné ako najčastejšiu identifikovať Elektronické cigarety takmer v polovici prípadov (46.9%) a klasické cigarety v 29%. Bezdymové výrobky sa vyskytli v 11%, vodná fajka v 7.6% a šúľané cigarety v 1.4%. Pri deskriptívnom porovnaní pohlaví (Graf 1) sa u experimentujúcich dievčat vyskytli Elektronické cigarety v približne polovici (51.4%) a u chlapcov v 42.2%. Klasické cigarety ako prvé skúsilo 32.9% dievčat a 24.3% chlapcov, ktorí experimentovali. Pri Bezdymových výrobkoch je možné interpretovať dvakrát vyššie percento experimentujúcich chlapcov (14.9%) než dievčat (7.1%) a rovnako je to pri Vodnej fajke (10.8% chlapcov a 4.3% dievčat, z experimentujúcich).

Opakované užívanie, to znamená niekoľkokrát za mesiac a častejšie, je evidentné u 8.1% všetkých participantov, 8.6% dievčat a 7.2% chlapcov z celého súboru. Pri vyhodnotení najčastejšie užívaného produktu jednoznačne dominujú Elektronické cigarety, ktoré uviedlo 69.9% užívateľov, pričom klasické cigarety sa objavili len v 15.7% prípadoch (z užívateľov). Frekvencie u pohlaví sú v Grafe 1 zobrazené v rámci celého súboru, kde 13.4% všetkých dievčat a 8.3% chlapcov užíva najčastejšie Elektronické cigarety, pričom len 1.9% dievčat a 3% klasické cigarety; u chlapcov boli zachytené 3.4% tých, ktorí najčastejšie užívajú bezdymové výrobky, v porovnaní s 0.7% dievčat z celého súboru.

Tabuľka 1 Prevalencia experimentovania a častosti užívania v celom súbore, forma nikotínového výrobku užitá pri prvej skúsenosti, najčastejšie užívaná forma

		n	%
Áno		145	27.3
S ktorým z tabakových výrobkov si mal skúsenosť s ako prvým?	Cigarety	42	29.0
	Elektronické cigarety	68	46.9
	Bezdytmové výrobky (nikotínové vrecúška, žuvací tabak)	16	11.0
	Vodná fajka	11	7.6
	Šúľané cigarety	2	1.4
	Neuviedlo	6	4.1
Nie		387	72.7
Spolu		532	100
Ako často užívaš tabakový výrobok?	Vyskúšal som to raz	69	48.9
	Niekoľkokrát za rok	29	20.6
	Niekoľkokrát za mesiac	14	9.9
	Niekoľkokrát za týždeň	15	10.6
	Denne	14	9.9
	Spolu	141	100
Ktorý z daných tabakových výrobkov užívaš najčastejšie?	Cigarety	13	15.7
	Elektronické cigarety	58	69.9
	Bezdytmové výrobky (nikotínové vrecúška, žuvací tabak)	12	14.5
	Spolu	83	100



Graf 1 Prevalencia experimentovania (akejkoľvek skúsenosti), opakovaného užívania nikotínových výrobkov (niekoľkokrát za mesiac a častejšie); prevalencia najčastejších výrobkov pri prvej skúsenosti (u experimentujúcich), prevalencia najčastejšie užívaného výrobku u dievčat a chlapcov (z celého súboru)

VO2: Ako vnímajú adolescenti vo veku 11 – 15 rokov škodlivosť a návykovosť cigariet a nových nikotínových produktov v porovnaní s cigaretami?

Pri vyhodnotení bola spracovaná ordinálna odpoveďová škála vyjadrujúcu mieru súhlasu frekvenčnou analýzou (Graf 2). Návykovosť fajčenia cigariet vníma celkovo viac ako 90% mladších adolescentov, a rovnako takmer všetci ho považujú za škodlivé. Pri posúdení škodlivosti nových foriem (bezdymové, e-cigarety, nikotínové vrecúška a pod.), tieto nepovažuje alebo skôr nepovažuje za menej škodlivé približne polovica respondentov, a viac ako 2/3 ich nepovažuje alebo skôr nepovažuje za menej návykové. Súhlas s nižšou návykovosťou nových foriem oproti klasickým cigaretám vyjadrilo len 12.6% a s nižšou škodlivosťou 27.8%.



Graf 2 Vnímanie návykovosti a škodlivosti fajčenia cigariet a užívania nových foriem nikotínových výrobkov v porovnaní s cigaretami

VO3: Existuje rozdiel v názoroch na škodlivosť a návykovosť fajčenia cigariet a užívania nových foriem tabakových výrobkov medzi adolescentmi vzhľadom na formu skúsenosti (experimentovanie, opakované užívanie) s týmito výrobkami?

Výsledky pre zodpovedanie VO3 sú znázornené v Tabuľke 2. Z komparácií súborov vzhľadom na experimentovanie s nikotínovými produktami bol zistený významný rozdiel ($p < 0.05$) vo vnímaní škodlivosti fajčenia cigariet a aj vo vnímaní nových foriem nikotínových výrobkov ako menej škodlivých. Viac vnímajú ako škodlivé fajčenie cigariet adolescenti, ktorí s fajčením nemajú skúsenosť v porovnaní s tými, ktorí skúsenosť majú. Nové formy nikotínových produktov vnímajú ako menej škodlivé než cigarety adolescenti, ktorí majú skúsenosť s užívaním nikotínových produktov, než skupina bez skúsenosti.

Pri komparácii adolescentov s opakovanou skúsenosťou niekoľkokrát za mesiac a častejšou (opakované užívanie) a tými s ojedinelou skúsenosťou neboli zistené významné rozdiely ($p > 0.05$). Adolescenti vo veku 11-15 rokov, u ktorých sa dá interpretovať príležitostné alebo pravidelné fajčenie nevnímajú škodlivosť ani návykovosť inak, než adolescenti, ktorí síce fajčiť skúšali, ale v tom nepokračujú (alebo len výnimočne).

Tabuľka 2 Komparácia vnímania návykovosti a škodlivosti nikotínových výrobkov vzhľadom na experimentovanie a opakované užívanie

	Experi- mentoval	N	Priemerné poradie	Z	p
Myslíš si, že fajčenie cigariet je návykové?	Áno	145	268.59	-0.367	p > 0.05
	Nie	385	264.34		
Myslíš si, že fajčenie cigariet je škodlivé?	Áno	145	296.86	-4.81	p < 0.001
	Nie	386	254.41		
Myslíš si, že sú nové formy menej škodlivé ako klasické cigarety?	Áno	144	239.06	-2.537	p < 0.05
	Nie	387	276.03		
Myslíš si, že užívanie nových foriem je menej návykové ako klasické cigarety?	Áno	145	257.79	-0.802	p > 0.05
	Nie	386	269.09		
	Opakované užívanie	N	Priemerné poradie	Z	p
Myslíš si, že fajčenie cigariet je návykové?	Nie	98	73.73	-1.549	p > 0.05
	Áno	43	64.77		
Myslíš si, že fajčenie cigariet je škodlivé?	Nie	98	70.21	-0.457	p > 0.05
	Áno	43	72.79		
Myslíš si, že sú nové formy menej škodlivé ako klasické cigarety?	Nie	97	74.55	-1.819	p > 0.05
	Áno	43	61.37		
Myslíš si, že užívanie nových foriem je menej návykové ako klasické cigarety?	Nie	98	72.73	-0.803	p > 0.05
	Áno	43	67.05		

Poznámka: Experimentovanie – skúsenosť s nikotínovými výrobkami;

Opakované užívanie – užitie nikotínového výrobku niekoľkokrát za mesiac a častejšie

4. Diskusia

Zistenia v rámci tejto štúdie poukazujú na to, že u jedincov v období ranej adolescencie sú najčastejšie užívanou formou nikotínových výrobkov práve elektronické cigarety. Prevalenciu elektronických cigariet v porovnaní s konvenčnými cigaretami pritom možno vysvetliť viacerými vedeckými, ako aj sociokultúrnymi faktormi. Vzhľadom k tomu, že elektronické cigarety fungujú na princípe odparovania kvapaliny obsahujúcej nikotín, príchute a ďalšie prísady, sú tieto produkty príťažlivým a súčasne aj chutným zážitkom pre užívateľov. Rôzne príchute týchto výrobkov zvyšujú ich popularitu v experimentálnych kontextoch (Landry et al., 2019). Vzostup týchto novodobých výrobkov bol súčasne silne ovplyvnený sociálnymi médiami, ktoré častokrát vykresľujú vaping ako trendovú aktivitu, pričom táto spoločenská prijateľnosť môže mať za následok povzbudenie k experimentovaniu medzi mladými dospelými. Preto sa tieto výrobky skúšajú častejšie než tradičné cigarety. Experimentovaniu, ako aj samotnému pravidelnému, opakovanému užívaniu napomáha aj zvedavosť v rámci jednotlivých príchutí, typov výrobkov, ale aj túžba byť zapojený do tohto moderného trendu a zároveň byť súčasťou sociálnej skupiny. Tento jav môže viesť k vyššej miere užívania aj u tých, ktorí sa nechcú zapájať do fajčenia klasických cigariet z dôvodu ich stigmatizácie, ako aj zdravotným varovaniam. Okrem iného, žiaci považujú klasické cigarety za menej prístupné, neprijemnejšie a súčasne aj zastaralé a nezaujímavé, na rozdiel od iných, novších typov nikotínových výrobkov. E-cigarety zároveň môžu dodávať nikotín

efektívnejšie a rýchlejšie (Voos, Goniewicz, & Eissenberg, 2019), keďže môžu byť častokrát užívané aj v interiéri a nie sú limitované vymedzeným prostredím kvôli ich fyzickým vlastnostiam. Súčasne je náročnejšie kontrolovať hladiny nikotínu a upravovať návyky vapingu, medzi ktoré spadá aj počet potiahnutí z elektronickej cigarety, ktoré je náročné aj odhadnúť a ukorigovať. Z hľadiska pohlavia sú výsledky experimentovania, ako aj opakovaného užívania nikotínových výrobkov, takmer totožné, s významnejším rozdielom pri užívaní elektronických cigariet. U dievčat bola zistená vyššia prevalencia v užívaní e-cigariet než u chlapcov, nezáležiac či išlo o experimentovanie alebo o pravidelné užívanie. Rovnako je možné skonštatovať štatisticky významný rozdiel medzi pohlaviami v užívaní vodnej fajky, ako aj v užívaní bezdymových výrobkov, a to v prospech chlapcov. Pokiaľ ide o klasické cigarety, zistilo sa, že dievčatá vykazujú vyššiu mieru experimentovania, avšak chlapci konzumujú cigarety opakovane v závažnejšej miere. Záber budúcich štúdií by mohol byť zameraný práve na motívy adolescentov k užívaniu tabaku so zohľadnením pohlavných rozdielov, aby bolo možné identifikovať dôvody, kvôli ktorým dievčatá inklinujú k užívaniu e-cigariet viac než chlapci.

Väčšina adolescentov si aj v nadväznosti na výsledky tejto štúdie uvedomuje škodlivosť klasických cigariet, pričom elektronická cigareta pre nich predstavuje menej závažnú a škodlivú formu prijímania nikotínu. Práve adolescenti, ktorí majú skúsenosť s užívaním nikotínových produktov zastávajú názor, že nové formy nikotínových produktov sú menej škodlivé a rizikové než klasické cigarety. Podľa Wojtecka et al. (2023) sú elektronické cigarety taktiež vnímané aj ako zábavnejší a zaujímavejší produkt, ku ktorému majú jedinci pozitívnejší postoj. Adolescenti, ktorí skúsenosť s fajčením nemajú, vnímajú nové nikotínové produkty rovnako škodlivé než klasické cigarety. Výskumné zistenia v rámci inej štúdie pritom naznačujú, že užívanie elektronických cigariet je korelované s vyššou intenzitou tradičného fajčenia cigariet, namiesto toho, aby predstavovalo účinnú intervenciu na odvykanie od fajčenia (Olfson, Wall, Liu, Sultan, & Blanco, 2019). Rovnako môže opakované vystavenie nikotínu prostredníctvom užívania elektronických cigariet viesť ku konečnému užívaniu klasických cigariet v neskoršom období (Watkins, Glantz, & Chaffee, 2018; Staff, Kelly, Maggs, & Vuolo, 2022). Ďalšie empirické dôkazy tohto fenoménu prezentuje štúdia East et al. (2018), ktorá rovnako ako iné štúdie naznačuje, že užívanie elektronických cigariet je spojené s neskoršou iniciáciou fajčenia tradičných cigariet. Na základe globálnych výskumných zistení sa ukazuje, že elektronické cigarety predstavujú pre adolescentov významné riziko, pričom ich užívanie je spájané s potenciálnym nárastom nikotínovej závislosti (Jones & Salzman, 2020). V prípade povolenia predaja týchto produktov ako spotrebného tovaru možno predpokladať zvýšenú prevalenciu závislého správania a zvýšenú tendenciu k sebapoškodzovaniu u mladistvých (Korhonen et al., 2018), ako aj inklináciu k iným formám rizikového či sebapoškodzujúceho správania (Striley, Nutley, & Hoeflich, 2022). Tento fenomén môže byť vysvetlený ako psychická potreba okamžitého uspokojenia a dopamínovej stimulácie, pričom intoxikácia nikotínom, napriek tomu, že je vnímaná ako faktor ohrozujúci fyzické a psychické zdravie, poskytuje pocit eufórie a úľavy. Tento prechodný pozitívny efekt však môže rýchlo vyprchať, čo môže viesť ku rozvoju psychických problémov, či vzniku závažnejších psychopatologických symptómov.

Na základe zistení tejto štúdie, ktoré indikujú významnú prevalenciu užívania nových nikotínových produktov, konkrétne v podobe elektronických cigariet, je nevyhnutné identifikovať potenciálne faktory prispievajúce k zvyšujúcemu sa trendu, ako aj preskúmať možné intervenčné stratégie s cieľom znížiť túto prevalenciu. Potenciálny vplyv na rozvoj užívania nových typov nikotínových výrobkov u adolescentov môžu mať aj slabé

intervenčné stratégie a programy uplatňované v školskom prostredí, ako aj v rámci sociálneho prostredia. Podľa Vaihekoski et al. (2022), školské intervencie sú zásadným faktorom, ktorý má významný vplyv na kreáciu postojov jedincov v období adolescencie na inklináciu ku užívaniu nikotínu. V rámci intervenčných stratégií je preto možné v školskom prostredí implementovať multidimenzionálne prístupy na zníženie prevalencie rizikového správania spojeného s konzumáciou nikotínu, ako aj sebapoškodzovania u jedincov v období ranej adolescencie. Tieto prístupy môžu zahŕňať edukáciu, preventívne kampane a iné aktivity, ale aj aktivizáciu rodín, komunitných združení a širšej spoločnosti s cieľom redukcie vzorcov vedúcich k takémuto správaniu a v neposlednom rade aj k zníženiu prevalencie tohto správania. Zameranie na sociálne prostredie a uplatnenie peer programov by mohlo zvýšiť účinnosť preventívnych stratégií a podporiť trvalo udržateľné zmeny v správaní jedincov. Práve programy, ktoré zahŕňajú rovesníkov a ktoré trvajú počas dospievania, prinášajú najlepšie výsledky v rámci prevencie užívania nikotínu (Wojtecka et al., 2023). Zásadnú úlohu v rámci prevencie užívania nových nikotínových výrobkov zohráva aj samotný štát, ktorý v súčasnosti začal výraznejšie venovať pozornosť problematike škodlivosti týchto výrobkov. Z výsledkov kontroly Slovenskej obchodnej inšpekcie bola identifikovaná ľahká dostupnosť týchto výrobkov u maloletých jedincov, čo môže byť na základe dôvodovej správy práve výsledkom marketingových aktivít a nástrojov (Národná rada Slovenskej republiky, 2024). Na základe uvedeného sa zvažujú legislatívne opatrenia, ktorých cieľom je znížiť atraktivnosť týchto nových nikotínových výrobkov pre mladistvých, a to predovšetkým tých v podobe rôznorodých príchuťí, jednak v podobe zníženia ich vizuálnej príťažlivosti, ako aj v podobe ich zázaku.

Jedným z možných limitov výskumu, ktorý by mohol ohroziť validitu výskumu môžu byť sociálne žiaduce odpovede v podobe tendencie adolescentov prezentovať sa v priaznivejšom svetle, či už nepriznaním svojich skúseností, ako aj samotných zveličením týchto skúseností. V kontexte zisťovania prevalencie sa odporúča v budúcnosti rozšírenie výskumnej vzorky z pohľadu veľkosti a vyváženosti, a súčasne aplikovať hlbšiu analýzu, ako aj zameranie na motívy vedúce k inklinácii k novým formám nikotínových výrobkov.

Podakovanie / Grantová podpora

Táto práca bola podporená Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-23-0181.

Literatúra

Bakhshaie, J., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2021). Obsessive-compulsive symptoms and problematic alcohol use: The explanatory role of drinking motives. *Addictive behaviors*, 115, 106734.

Ceasar, R. C., Braymiller, J. L., Kechter, A., Simpson, K. A., Schiff, S. J., Yamaguchi, N., & Barrington-Trimis, J. L. (2024). Perceiving E-Cigarettes as Safe and Safer Alternative to Cigarettes Among Young Adults. *Substance use & addiction journal*, 45(2), 181–190.

Dinardo, P., & Rome, E. S. (2019). Vaping: The new wave of nicotine addiction. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 86(12), 789–798.

Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J.; et al.. (2014). *Protektivní a rizikové osobností rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Duggan, J. M., & Heath, N. L. (2014). Co-occurring health-risk behaviors of non-suicidal self-injury and eating disorders. In L. Claes & J. J. Muehlenkamp (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 217–236). Springer-Verlag Publishing/Springer Nature.
- East, K., Hitchman, S., Bakolis, I., Williams S., Cheeseman, H., Arnot, D., & McNeil, A. (2018). The Association Between Smoking and Electronic Cigarette Use in a Cohort of Young People. *Journal of Adolescent Health* 62(5), 539–547.
- Evins, A. E., Korhonen, T., Kinnunen, T. H., & Kaprio, J. (2017). Prospective association between tobacco smoking and death by suicide: a competing risks hazard analysis in a large twin cohort with 35-year follow-up. *Psychological medicine*, 47(12), 2143–2154.
- Jones, K., & Salzman, G. A. (2020). The Vaping Epidemic in Adolescents. *Missouri medicine*, 117(1), 56–58.
- Korhonen, T., Sihvola, E., Latvala, A., Dick, D. M., Pulkkinen, L., Nurnberger, J., Rose, R. J., & Kaprio, J. (2018). Early-onset tobacco use and suicide-related behavior - A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addictive behaviors*, 79, 32–38.
- Kramer, R. D., Park-Lee, E., Marynak, K. L., Jones, J. T., Sawdey, M. D., & Cullen, K. A. (2023). Nicotine Pouch Awareness and Use Among Youth, National Youth Tobacco Survey, 2021. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 25(9), 1610–1613.
- Landry, R. L., Groom, A. L., Vu, T. T., Stokes, A. C., Berry, K. M., Kesh, A., Hart, J. L., Walker, K. L., Giachello, A. L., Sears, C. G., McGlasson, K. L., Tompkins, L. K., Mattingly, D. T., Robertson, R. M., & Payne, T. J. (2019). The role of flavors in vaping initiation and satisfaction among U.S. adults. *Addictive behaviors*, 99, 106077.
- Lin, M., Chu, M., Li, X., Ma, H., Fang, Z., Mao, L., Wang, P., Chen, T., & Chiang, Y. C. (2023). Factors influencing adolescent experimental and current smoking behaviors based on social cognitive theory: A cross-sectional study in Xiamen. *Frontiers in public health*, 11, 1093264.
- Moran, M. B., Heley, K., Czaplicki, L., Weiger, C., Strong, D., & Pierce, J. (2021). Tobacco Advertising Features That May Contribute to Product Appeal Among US Adolescents and Young Adults. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(8), 1373–1381.
- Motepe, M.M. (2005). *A life skills programme for early adolescent aids orphans*. University of pretoria, faculty of humanities, department of social work and criminology.
- Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich. In K. Kalina, & a kol., *Klinická adiktologie*. (s. 49–81). Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada).
- Národná rada Slovenskej republiky. (2024, 8. november). Návrh poslancov Národnej rady SR Vladimíra BALÁŽA, Jozefa JEŽÍKA a Jozefa VALOCKÉHO na vydanie zákona, ktorým sa mení zákon č. 89/2016 Z. z. o výrobe, označovaní a predaji tabakových výrobkov a súvisiacich výrobkov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a ktorým sa mení zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
<https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&MasterID=10046>
- Nociar, A. (2018). *Záverečná správa z prieskumu TAD u žiakov ZŠ, študentov SŠ a ich učiteľov v roku 2018*. Bratislava: VÚDPaP.

- Olfson, M., Wall, M. M., Liu, S. M., Sultan, R. S., & Blanco, C. (2019). E-cigarette Use Among Young Adults in the U.S. *American journal of preventive medicine*, 56(5), 655–663.
- Pétiová, M., & Bieliková, M. (2004). *Mládež, drogy a tolerancia*. Bratislava: ÚIPŠ, Oddelenie analýz a výskumu mládeže.
- Rojková, Z., & Démuthová, S. (2022). Situačno-motivačné faktory tabakového správania: predstavenie a pilotné overenie dotazníka. *Psychologie a její kontexty*, 13(2), 45-60.
- Rojková, Z., & Popelková, M. (2010). Vzťahy medzi rodinnými, osobnostnými a situačno-motivačnými faktormi z perspektívy alkoholovej závislosti. *Psychologie a její kontexty*, 1(2), 149-160.
- Staff, J., Kelly, B., Maggs, J., & Vuolo, M. (2022). Adolescent electronic cigarette use and tobacco smoking in the Millennium Cohort Study. *Addiction*, 117(2), 484-494.
- Striley, C. W., Nutley, S. K., & Hoeflich, C. C. (2022). E-cigarettes and non-suicidal self-injury: Prevalence of risk behavior and variation by substance inhaled. *Frontiers in psychiatry*, 13, 911136.
- Swahn, M. H., Bossarte, R. M., Choquet, M., Hassler, C., Falissard, B., & Chau, N. (2012). Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among students in France and the United States. *International journal of public health*, 57(1), 95-105.
- Vaihekoski, A., Lagström, H., Eloranta, S., Bäärs, S., Hannula, A., Lehvikkö, M., & Salakari, M. (2022). Influencing adolescents' attitudes towards nicotine products: A systematic review. *Saha journals*, 39 (5).
- Voos, N., Goniewicz, M. L., & Eissenberg, T. (2019). What is the nicotine delivery profile of electronic cigarettes?. *Expert opinion on drug delivery*, 16(11), 1193-1203.
- Watkins, S. L., Glantz, S. A., & Chaffee, B. W. (2018). Association of Noncigarette Tobacco Product Use With Future Cigarette Smoking Among Youth in the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study, 2013-2015. *JAMA pediatrics*, 172(2), 181-187.
- Wojtecka, A., Kalinowska-Beszczynska, O., Tyrańska-Fobke, A., Kaleta, D., Wojnarowska, M., Robakowska, M., & Balwicki, Ł. (2023). Adolescents' Perceptions and Attitudes towards Traditional and Electronic Cigarettes-Results of Focus Group Interviews. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1438.

Kontaktné údaje:

¹Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Nám. J. Herdu 2, zuzana.rojkova@ucm.sk

²Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Nám. J. Herdu 2, dann.jakubkova@gmail.com

PREKLAD DOTAZNÍKA SEXUÁLNE RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA DO SLOVENSKEHO JAZYKA A OVERENIE JEHO PSYCHOMETRICKÝCH VLASTNOSTÍ

TRANSLATION OF THE SEXUAL RISK SURVEY
INTO SLOVAK LANGUAGE AND VALIDATION

**Alexandra Majorová¹ - Marta Górna² - Sabína Chylová³
- Kristína Marcinek⁴ - Laura Krivá⁵**

Abstrakt: Výskum sa zaoberá prekladom a overením psychometrických vlastností dotazníka Sexual Risk Survey pre slovenskú populáciu. Dotazník bol pôvodne vyvinutý na meranie frekvencie sexuálne rizikového správania medzi vysokoškolskými študentmi. Štúdia pozostávala z prekladu dotazníka do slovenčiny, následného overenia konštruktívnej validity a vnútornej konzistencie. Výskumná vzorka zahŕňala 50 študentov zo Slovenska. Výsledky exploračnej faktorovej analýzy podporili 5-faktorovú štruktúru dotazníka, avšak analýza hlavných komponentov podporuje čiastočnú reštrukturalizáciu faktorov a ku nim priradených položiek. Cronbachova alfa ukázala vysokú vnútornú konzistenciu položiek ($\alpha = 0,92$). Štúdia poskytuje prvotné údaje o vhodnosti dotazníka pre slovenskú populáciu, pričom poukazuje na potrebu ďalšieho výskumu v oblasti rizikového sexuálneho správania.

Kľúčové slová: sexuálne rizikové správanie, vysokoškolskí študenti, absencia antikoncepčných metód, impulzívne správanie

Abstract: The research focuses on the translation and validation of the psychometric properties of the Sexual Risk Survey for the Slovak population. The survey was originally developed to measure the frequency of sexual risk behaviour among university students. The study involved translating the survey into Slovak and subsequently verifying its construct validity and internal consistency. The research sample included 50 students from Slovakia. The results of exploratory factor analysis supported the 5-factor structure of the survey however, the principal components analysis supports a partial restructuring of the factors and their associated items. Cronbach's alpha indices high internal consistency of the items ($\alpha = 0.92$). The study provides initial data on the suitability of the survey for the Slovak population, highlighting the need for further research on sexual risk behaviour.

Keywords: sexual risk behaviour, college students, lack of contraceptive methods, impulsive behaviour

1. Úvod

Sexuálne rizikové správanie sa vzťahuje na akúkoľvek sexuálnu aktivitu, ktorá zvyšuje pravdepodobnosť nákazy sexuálne prenosnými infekciami, neúmyselného tehotenstva alebo otehotnenia partnerky. Rizikové sexuálne správanie zahŕňa nechránený styk, viacero sexuálnych partnerov a užívanie nelegálnych drog, môže viesť k vážnym následkom, ako je rakovina krčka maternice, mimomaternicové tehotenstvo a neplodnosť (Srahbzu & Tiirfeneh, 2020). Medzi faktory, ktoré prispievajú k rizikovému sexuálnemu správaniu, patrí nekonzistentné používanie kondómov, užívanie alkoholu, zneužívanie viacerých látok, depresia, nedostatok sociálnej podpory a nedávne sexuálne zneužívanie (Inanc et al., 2020). Adolescenti a mladí dospelí sú obzvlášť zraniteľní voči rizikovému sexuálnemu správaniu (Srahbzu & Tiirfeneh, 2020). V štúdiu autorov Brown, Gause & Northern (2016) sa podarilo zachytiť súvislosť medzi alkoholom a rizikovým sexuálnym

správaním, ktorá je ovplyvnená očakávanou dĺžkou užívania alkoholu a charakteristikami partnera u vysokoškolských študentov. Turchik a Garske (2009) vo svojej štúdiu poukázali na medzipohlavné rozdiely, a to presne, že vysokoškolskí muži mali častejšie úmysly zapojiť sa do sexuálneho rizikového správania a celkovo intenzívnejšie sexuálne rizikové správanie v porovnaní so ženami. Prevencia škodlivého sexuálneho správania u mládeže je kľúčová a možno ju dosiahnuť skríningom, včasnou intervenciou a liečbou (Ssewanyana et al., 2021).

Jedným zo spôsobov, ako posúdiť frekvenciu rizikového sexuálneho správania, je použitie dotazníkov. V zahraničí bol vytvorený dotazník Sexual Risk Survey (SRS). V rámci štúdie sme sa zamerali na adaptáciu jeho slovenskej verzie. Práca predstavuje pilotné overenie psychometrických charakteristík konštruktivej validity a vnútornej konzistencie.

Výskumné ciele

- Preložiť pôvodnú verziu dotazníka SRS
- Overiť psychometrické vlastnosti preloženej verzie (konštruktívnu validitu a reliabilitu)
- Zistiť rozdiely medzi mužmi a ženami
- Určiť vhodný faktorový model
- Zistiť vhodnosť dotazníka na meranie slovenskej populácie

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 50 vysokoškolských študentov z rôznych škôl na území SR, z toho 36 žien (72%) a 14 mužov (28%). vo veku od 19 do 26 rokov. Najviac respondentov bolo vo veku 22 rokov. Najviac zúčastnených študuje odbor psychológia. Respondenti sú študentmi aj týchto ďalších odborov: stavebné inžinierstvo, architektúra, automatizované výrobné systémy, rádiológia, verejné zdravotníctvo, medzinárodný obchod, multimédia, turizmus, ošetrovatelstvo, financie, bankovníctvo a investovanie, strojárstvo, telesná výchova, farmácia, priemyselné manažerstvo, počítačová podpora návrhu a výroby, výrobné technológie a výrobný manažment.

2.2. Výskumné metódy

Sexual Risk Survey (SRS) je dotazník vyvinutý na hodnotenie frekvencie sexuálneho rizikového správania, skonštruovaný autormi Turchikom a Garskem v roku 2009. Meria širokú škálu rizikového sexuálneho správania, poskytuje definície „sexu“ a skúma frekvenciu každého správania (Turchik & Garske, 2009). Súbor údajov použitý pre štúdiu s cieľom vyskúmať faktorovú štruktúru a spoľahlivosť dotazníka (Turchik et al., 2015) zahŕňal 5 496 vysokoškolákov zo 16 akademických inštitúcií v 11 štátoch USA. Údaje sa zbierali v rokoch 2006 až 2013, pričom väčšina sa uskutočnila po roku 2009. Vo výsledkoch konfirmačná faktorová analýza podporila pôvodné 5-faktorové riešenie opísané v štúdiu autorov Turchik a Garske (2009). Vnútoraná konzistencia pre celkovú škálu bola 0,9, hodnoty jednotlivých škál sa pohybovali od 0,63 do 0,90 pre celkovú vzorku. Taktiež boli prezentované nové informácie o demografických rozdieloch. Štúdia potvrdila, že starší študenti a muži sa venujú viac sexuálnemu rizikovému správaniu. Využitie veľkého súboru archívnych údajov autorom umožnilo otestovať štandardizovaný skórovací prístup, prehodnotiť faktorovú štruktúru SRS, preskúmať priemerné skóre SRS podľa demografických charakteristík a znovu overiť spoľahlivosť vnútornej konzistencie SRS.

Dotazník SRS obsahuje 23 položiek, ktoré hodnotia široké spektrum rôzneho rizikového sexuálneho správania, ktoré respondent vykonal počas trvania predchádzajúcich 6 mesiacov. V každej položke môže respondent dosiahnuť skóre 0 až 4 (možný celkový rozsah 0 až 92), pričom vyššie skóre naznačuje väčšie riskovanie. SRS sa napríklad pýta účastníkov na to, koľkokrát sa zapojili do sexuálneho správania bez toho, aby mali sex s niekým, koho dobre nepoznali, koľkokrát mali análny sex bez kondómu či koľkokrát mali vaginálny styk bez antikoncepcie (Turchik et al., 2015).

2.3. Slovenská verzia dotazníka

Preklad bol tvorený z anglického originálneho znenia dotazníka voľne dostupného v kompletnej verzii na internete¹. Boli vytvorené dve nezávislé verzie prekladov, ktoré boli následne porovnané a vybrané najvhodnejšie znenie pre zachovanie obsahovej ekvivalencie. Z hľadiska odbornejšieho nahliadnutia a participáciou na preklade sme sa snažili dosiahnuť čo najvyššiu obsahovú validitu. Po dodržaní uvedených krokov bol dotazník predložený v online forme respondentom, ktorí sa zúčastnili na predvýskume.

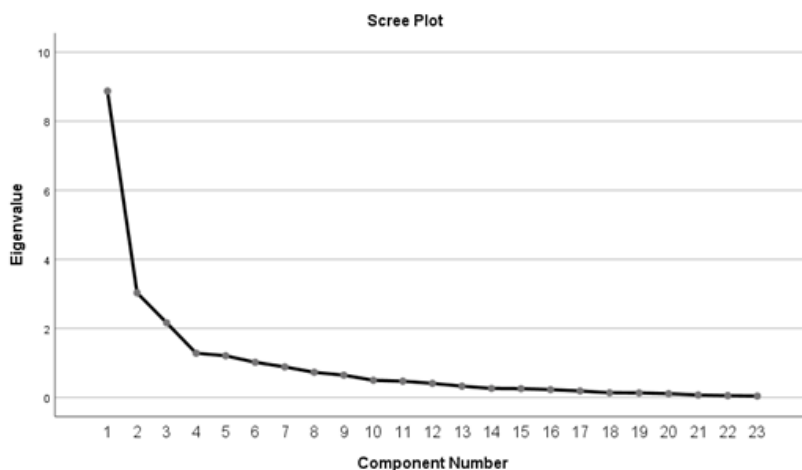
3. Výsledky

Analýza nepotvrdila normálne rozloženie dát. Rozloženie dát bolo overené testom normálneho rozloženia, krivkou normálneho rozloženia a mierami tvaru (šikmost', špicatost'). Priemerná hodnota miery sexuálne rizikového správania výskumného súboru bola $M=34,20$, $ŠO=19,46$. Muži dosahovali vyššie priemerné hodnoty ($M=39,07$; $ŠO=23,47$) ako ženy ($M=32,31$; $ŠO=17,68$).

3.1. Overovanie konštruktivej validity slovenskej verzie dotazníku

Konštruktová validita bola overená exploračnou faktorovou analýzou s použitím oblímin rotácie. Výsledky KMO testu boli namerané v hodnote 0,753, interpretovanej na strednej úrovni. Pri Bartlettovom teste sféricity bola zistená $\text{sig.} < 0,05$. Vyčlenených bolo 6 faktorov, v prípade nastavenia fixného počtu. Krivka scree plotu sa láme už pri štvrtom faktore (graf 1). Dotazník v pôvodnej verzii pozostáva z piatich faktorov, ktoré tvoria celkové skóre sexuálne rizikového správania. Na základe údajov z faktorovej analýzy sme sa rozhodli ponechať pôvodných päť faktorov. Z hľadiska komunality položiek najnižšiu hodnotu dosahuje položka 21 (,485) a najvyššiu položka 13 (,846). V prípade nastavenia fixného počtu faktorov na štyri alebo ponechania šiestich faktorov, sú hodnoty komunality položiek nižšie. V prípade šiestich faktorov sú kumulatívne percentá v hodnote 76,4%. Ak berieme do úvahy iba 5 faktorov, je hodnota kumulatívnych percent (71,9%) nižšia, ale stále prijateľná. V prípade štyroch faktorov sú v hodnote 66,8%. Aj z dôvodu hodnôt dosiahnutých kumulatívnych percent pri jednotlivých počtoch faktorov sme sa rozhodli ponechať ich pôvodný počet.

¹ <https://scales.arabpsychology.com/s/sexual-risk-survey/>



Graf 1 Scree plot faktorov

3.2. Analýza hlavných komponentov (PCA)

V rámci dotazníka Sexual Risk Survey bola tiež zvolená metóda analýzy hlavných komponentov (PCA – Principal component analysis), z dôvodu skúmania výskytu daného správania. Metóda PCA zisťuje či sa jednotlivé položky dajú zoskupiť do niekoľkých veľkých kategórií alebo „faktorov“. Metóda umožňuje nájsť vzorce v odpovediach respondentov. Tiež umožňuje zistiť či výskumnú vzorku možno zoskupiť do zmysluplných skupín. Analýza bola realizovaná prostredníctvom programu R-Studio. V Tabuľke 2 sa nachádzajú „loadings“ pre každú položku v piatich komponentoch/faktoroch (TC1, TC2, TC3, TC4, TC5), teda korelácie medzi každou položkou a vyčlenenými komponentmi. Položka 23 je na základe hodnoty loadingu 0,96 pridelená ku komponentu TC1. Ku komponentu TC1 boli tiež pridelené položky 23, 17, 16, 19, 22, 8, 2, 21, 20 a 6. Na základe formulácie a obsahu položiek predpokladáme, že daný komponent predstavuje skupinu sexuálne rizikového správania v rámci nezáväzného partnerstva. Rovnaký faktor vyčlenili aj autori dotazníka (Tabuľka 1). Ku komponentu TC2 sú na základe hodnôt loadingov pridelené položky 9, 10, 11, 12. Myslíme si, že tento komponent znázorňuje absenciu používania antikoncepčných metód. Čo v pôvodnom výskume pripomína Faktor 2: akty sexuálne rizikového správania (Tabuľka 1). Ku ďalšiemu komponentu TC3 boli na základe loadingov pridelené položky 4, 5, 1, 3 a 15. Tieto položky vzhľadom k obsahu prislúchajú záujmu zúčastniť sa sexuálne rizikového správania (položky 4 a 5) a tiež tvoria v pôvodnom výskume samostatný faktor F4 (Tabuľka 1). Zvyšné položky 1 a 3 predstavujú impulzívny typ správania spojený so sexuálne rizikovým správaním. V prípade vyčlenenia tohto komponentu sa jedná o spojenie položiek s účelovým a hlavne vedomým správaním a naopak impulzívnym konaním. Ďalším vyčleneným komponentom je komponent TC4, ku ktorému boli pridelené tri položky: 13, 14 a 18. Položky 13 a 14 predstavujú položky zisťujúce výskyt sexuálne rizikového správania spojeného s análnym sexom. Spolu s položkou 15., ktorá vo výsledkoch PCA bola na základe hodnoty loadingu pridelená ku TC3, tvoria v dotazníku samostatný faktor F5. Položka 18 zisťuje užívanie omamných látok pred alebo počas pohlavného styku, čo úplne nekorešponduje s ostatnými položkami. Posledným komponentom, ktorý bol vyčlenený pozostáva z jednej položky č. 7 a tá pojednáva o zapojení sa do sexuálnej aktivity, ktorá bola neskôr oľutovaná. Tento komponent sa skôr spája so silnou emóciou, možno až traumou, spojenou so sexuálnym zblížením. Položka 23 na základe hodnoty h^2 má komunalitu 0,75, čo znamená, že 75 % jej rozptylu vysvetľuje 5 komponentov. Najvyššie percentá (83%) vysvetleného rozptylu piatich komponentov sú namerané pri položke č. 13. Najnižšie (48%) v rámci položky 21. Na základe hodnoty u^2 , v

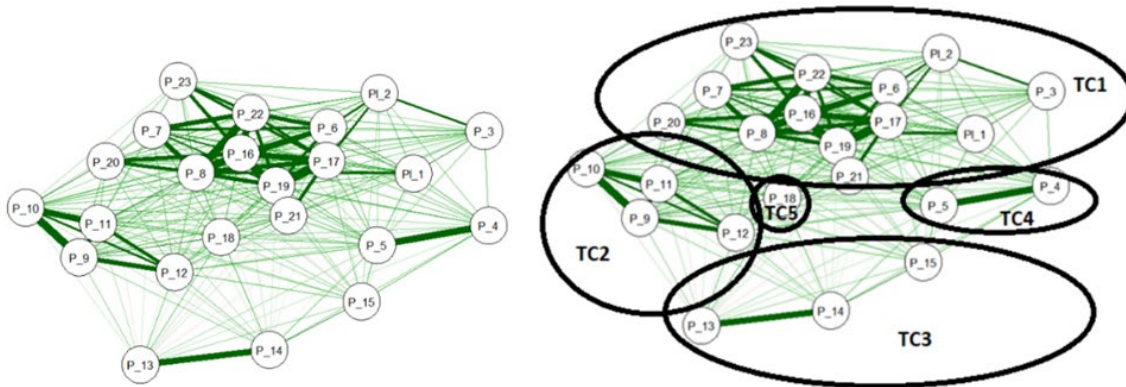
případe položky 23, je 25 % jej rozptylu jedinečných. Na základe hodnoty com je možné položky s vyššou zložitostou (napr. položka č. 15 s hodnotou 2,5), ktoré zatažujú viacero komponentov.

Tabuľka 1 Loadings položiek zobrazené v korelačnej matici

Štandardizované loadings na základe korelačnej matice								
Položka	TC1	TC2	TC3	TC4	TC5	h2	u2	com
Položka 23	0.96	-0.09	-0.31	0.02	-0.08	0.75	0.25	1.2
Položka 17	0.81	0.05	0.23	-0.08	-0.10	0.82	0.18	1.2
Položka 16	0.74	0.20	0.13	-0.02	0.10	0.83	0.17	1.2
Položka 19	0.73	0.13	0.18	0.08	-0.04	0.75	0.25	1.2
Položka 22	0.67	-0.03	0.03	0.06	0.41	0.78	0.22	1.7
Položka 8	0.50	0.37	0.15	-0.08	0.29	0.81	0.19	2.8
Položka 2	0.50	-0.22	0.33	-0.05	0.20	0.52	0.48	2.5
Položka 21	0.50	0.31	0.06	0.01	-0.02	0.48	0.52	1.7
Položka 20	0.49	0.39	0.01	-0.12	0.01	0.51	0.49	2.1
Položka 6	0.45	-0.01	0.28	0.04	0.44	0.70	0.30	2.7
Položka 10	0.03	0.93	-0.08	-0.10	-0.02	0.82	0.18	1.0
Položka 11	0.05	0.84	-0.04	0.00	-0.02	0.73	0.27	1.0
Položka 9	-0.06	0.84	-0.03	0.16	0.09	0.77	0.23	1.1
Položka 12	0.00	0.71	0.15	0.20	-0.10	0.69	0.31	1.3
Položka 4	0.04	-0.14	0.89	0.11	-0.10	0.81	0.19	1.1
Položka 5	0.01	0.14	0.79	0.14	-0.13	0.76	0.24	1.2
Položka 1	-0.03	0.20	0.68	-0.23	0.38	0.74	0.26	2.0
Položka 3	0.20	-0.21	0.52	-0.03	0.36	0.54	0.46	2.5
Položka 13	-0.01	-0.01	-0.11	0.94	0.06	0.85	0.15	1.0
Položka 14	-0.06	0.03	0.18	0.83	-0.10	0.81	0.19	1.1
Položka 18	0.12	0.25	0.08	0.53	0.38	0.65	0.35	2.5
Položka 15	0.22	0.16	0.42	0.21	-0.63	0.74	0.26	2.5
Položka 7	0.25	0.19	0.05	0.16	0.63	0.70	0.30	1.7

Tabuľka 2 Pôvodné pridelenie položiek na konkrétne faktory

Pre porovnanie pôvodný výskum s konkrétnymi položkami pridelenými ku konkrétnym faktorom	
Faktor	Položky
F1 : sexuálne rizikové správanie s partnermi bez záväzkov	8., 16., 17., 19., 20., 21., 22., 23.
F2 – akty sexuálne rizikového správania	9. 10., 11., 12., 18.
F3- impulzívne sexuálne správanie	1.,3.,6., 7., 2.
F4 – záujem zúčastniť sa na sexuálne rizikovom správaní	4., 5.
F5 – rizikové akty spojené s análnym sexom	13., 14., 15.



Graf 2 Sieťové znázornenie medzipoložkových korelácií

Na základe sieťového diagramu (graf 2), ktorý znázorňuje korelácie medzi jednotlivými položkami, je možné vyčleniť hlavné komponenty. Niektoré sa zhodujú z výsledkami Tabuľky 1, napríklad komponent TC1. Zoskupuje prípady, u ktorých sa miera sexuálne rizikového správania prejavuje nezáväznými partnerstvami. Komponent TC1 je doplnený o položku 3, ktorá podľa Tabuľky 1 a hodnoty com (2,5) môže spadať do dvoch komponentov. Komponent TC2 znázornený v sieťovom diagrame vyjadrujúci absenciu používania antikoncepčných metód sa zhoduje s Tabuľkou 1. Do komponentu TC3 bola zaradená na základe sieťového modelu 3 položky (13, 14 a 15). V Tabuľke 1 sa jedná o komponent TC4 a obidva pojednávajú primárne o sexuálne rizikovom správaní v súvislosti s análnym sexom. V rámci sieťového modelu položku 18 nahradila položka 15, kvôli obsahovej stránke a tiež môžu obidve na základe hodnoty com spadať do viacerých komponentov. TC4 v sieťovom modeli tvoria položky 4 a 5, ktoré pojednávajú o vôľovom správaní a teda záujme zúčastniť sa na sexuálne rizikovom správaní. Toto vôľové rozhodnutie nepodlieha impulzívnym reakciám a teda je nezlučiteľné v rámci jedného komponentu ako v Tabuľke 1. TC5 je tvorené jednou položkou, ktorá pojednáva o užívaní návykových látok v spojení so sexuálnou aktivitou. Sieťový diagram zoskupil položky do jednotlivých komponentov v adekvátnejšej podobe vzhľadom k tomu, čo jednotlivé položky merojú. Medzi výsledky PCA patria aj indexy fitu modelu. Hodnota RMSR je 0,06, čo naznačuje dobrú zhodu, keďže nižšie hodnoty (bližšie k 0) naznačujú lepšiu zhodu modelu. Hodnota empirického chí-kvadrátu s hodnotou 85,7 a s veľmi nízkou p-hodnotou (< 001) naznačuje, že fit modelu nie je úplne ideálny. Fit na základe hodnôt mimo diagonály dosahuje hodnotu 0,98, čo je veľmi blízko k 1, čo naznačuje, že komponenty zodpovedajú za väčšinu vzťahov medzi položkami. Položky vo všeobecnosti silno sýtia jeden faktor/komponent, až na niekoľko výnimiek, ktoré zaťažujú viacero faktorov. Na základe hodnôt, ktoré indexy fitu modelu dosahujú považujeme 5-faktorový model za vhodnú alternatívu. Metóda PCA vyčlenila 5 hlavných komponentov, ktoré odzrkadľujú konkrétne vzorce sexuálne rizikového správania v rámci výskumnej vzorky vysokoškolských študentov: nadväzovanie náhodných alebo nezáväzných sexuálnych vzťahov, nedôsledné používanie antikoncepčných metód, sex pod vplyvom návykových látok, nechcené alebo neočakávané sexuálne skúsenosti, rizikové správanie súvisiace s análnym sexom a záujem zapojiť sa do sexuálne rizikového správania. Na základe týchto výsledkov je vhodnejšie použitie modelu sieťového diagramu pre slovenskú populáciu.

3.3. Overovanie vnútornej konzistencie

Vnútna konzistencia slovenskej verzie dotazníka bola overovaná pomocou Cronbachovej alfy a Split-half testu prostredníctvom programu IBM SPSS Statistics 25. Cronbachova alfa bola overovaná pre všetkých 23 položiek spoločne a následne aj pre jednotlivé dimenzie dotazníka. Vnútna konzistencia jednotlivých dimenzií dotazníka SRS meraná Cronbachovou alfou dosahuje pre škálu F1 $\alpha = 0,918$, F2 $\alpha = 0,866$, F3 $\alpha = 0,812$, F4 $\alpha = 0,850$ a pre škálu F5 $\alpha = 0,746$. Cronbachova alfa všetkých položiek dotazníka je $\alpha = 0,920$. Na základe týchto výsledkov môžeme povedať, že vnútna konzistencia jednotlivých dimenzií dotazníka je vysoká. Vysoké hodnoty Cronbachovej alfy naznačujú, že hodnoty odpovedí pre každého účastníka v rámci súboru otázok sú konzistentné (Tabuľka 3). Pre overenie reliability dotazníky sme využili aj metódu split-half. Keďže má dotazník 23 položiek, bol rozdelený nerovnomerne na 12 a 11 položiek. Cronbachova alfa prvej polovice testu bola $\alpha = 0,865$ a pre druhú polovicu $\alpha = 0,856$. V tabuľke môžeme vidieť, že korelácia medzi polovicami testu bola vysoká $r = 0,787$. Na základe tohto výsledku môžeme vyvodit' záver, že dotazník je vnútorne validný (Tabuľka 3).

Tabuľka 3 Deskripcia a výsledky testovania vnútornej konzistencie škál

Škála	Cronbachova α	N položiek
RSBZ	0,918	8
RSA	0,866	5
ISS	0,812	5
ZRSS	0,850	2
RAS	0,746	3
Všetky škály	0,920	23
Split-half 1	0,865	12
Split-half 2	0,856	11
Korelácia	0,787	

Poznámky: RSBZ – riskantné správanie s partnermi bez záväzku, RSA – riskantné sexuálne akty, ISS – impulzívne sexuálne správanie, ZRSS – zámer v riskantnom sexuálnom správaní, RAS – riskantný análny sex

4. Diskusia

Výsledky tiež podporujú vhodnosť 5-faktorového modelu dotazníku, ktorý bol vyčlenený aj autormi *Sexual Risk Survey*. Avšak Turchik, Walsh a Marcus (2015) v rámci overovania psychometrických vlastností využili konfirmačnú faktorovú analýzu, ktorú vzhľadom ku konštrukcii dotazníku nenavrhujeme. Ako vhodnejšiu považujeme analýzu hlavných komponentov, ktorá na základe sieťového modelu, vyčlenila náboje položiek ku iným faktorom. Na základe overovania vnútornej konzistencie dotazníka bola zistená vysoká miera reliability v súlade s pôvodným dotazníkom, preto potvrdzujeme reliability slovenskej verzie. Vysoká hodnota koeficientu vnútornej konzistencie ale môže indikovať, že sa v dotazníku nachádzajú položky, ktoré merajú rovnako a môžu byť posúdené ako nadbytočné. Z toho dôvodu v rámci ďalšieho overovania vnútornej konzistencie, navrhujeme zisťovanie Raschovho modelu.

Na základe pilotného preverenia sme tiež identifikovali položky, ktoré môžu byť z hľadiska obsahu menej zrozumiteľné, či už štylizáciou alebo výrazmi, ktoré sa na Slovensku málo používajú (napr. orálne rúška – dental dam). Konštatujeme potrebu ďalšieho overenia slovenskej verzie dotazníka jednak na vzorke adolescentov, ale navrhujeme i výskum pre ostatné vekové skupiny. Domnievame sa, že dotazník môže byť aplikovateľný aj v rámci určitých vekových kohort dospelšej populácie pre poskytnutie pohľadu na rôzne aspekty sexuálneho správania ako napríklad frekvenciu sexuálnych aktivít, používanie ochranných metód, zvyky týkajúce sa partnerských vzťahov a podobne. Identifikácia rizikového správania adolescentov v oblasti sexuálneho zdravia môže pomôcť pri navrhovaní cielených intervencií a programov na zlepšenie zdravia a prevenciu sexuálne prenosných infekcií a neplánovaných tehotenstiev. Limitom výskumu však zostáva sebvýpovedová forma metódy, ktorá mohla viesť k žiadúcemu štýlu odpovedania. Napokon sa dostávame i k limitom samotného meracieho nástroja. Sexuálne rizikové správanie by bolo potrebné posúdiť z aspektov, ktoré sa v dotazníku nenachádzajú. V období tvorby dotazníka neprihliadali autori na virtuálne prostredie jedincov, keďže nemalo také postavenie ako v súčasnosti. Do budúcnosti bude žiadúce vytvoriť merací nástroj, ktorý bude zisťovať i napr. nadmerné sledovanie až závislosť od pornografie, obnažovanie sa na internete alebo uverejňovanie odhalených fotografií na rôznych internetových platformách. V rámci záveru navrhujeme reštrukturalizáciu faktorov a teda aj položiek na základe výsledkov analýzy hlavných komponentov.

Podakovanie / Grantová podpora

Rady by sme sa poďakovali všetkým respondentom, ktorí si našli čas prispieť svojimi odpoveďami v rámci predvýskumu.

Literatúra

Srahbzu, M., & Tirfeneh, E. (2020). Risky Sexual Behavior and Associated Factors among Adolescents Aged 15-19 Years at Governmental High Schools in Aksum Town, Tigray, Ethiopia, 2019: An Institution-Based, Cross-Sectional Study. *BioMed research international*, 2020, 3719845. <https://doi.org/10.1155/2020/3719845>

Brown, J. L., Gause, N. K., & Northern, N. (2016). The Association between Alcohol and Sexual Risk Behaviors among College Students: A Review. *Current addiction reports*, 3(4), 349–355. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0125-8>

Inanc, H., Meckstroth, A., Keating, B., Adamek, K., Zaveri, H., McDonald, K., & Ochoa, L. (2020). Factors influencing youth sexual activity: conceptual models for sexual risk avoidance and cessation. *Mathematica Policy Research*.

Ssewanyana, D., et al. (2021). The occurrence of sexual risk behaviors and its association with psychological well-being among Kenyan adolescents. *Frontiers in Reproductive Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/frph.2021.659665>

Tredinnick, L., et al. (2023). Conformity to Masculine Norms and Attitudes Toward Sexual Behavior: A Study Among College Students Involved in Sport. *Sport Social Work Journal*, 3(1), 77-94. DOI:10.33043/SSWJ.3.1.77-94

Turchik, J. A., & Garske, J. P. (2009). Measurement of sexual risk taking among college students. *Archives of sexual behavior*, 38, 936-948. DOI: 10.1007/s10508-008-9388-z

Turchik, J. A., Walsh, K., & Marcus, D. K. (2015). Confirmatory validation of the factor structure and reliability of the sexual risk survey in a large multiuniversity sample of US students. *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 93-105. <https://doi.org/10.1080/19317611.2014.944295>

Kontaktné údaje:

¹ Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu 2, +421 903 709 042, majorova2@ucm.sk

² Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu 2, +421 33 5565 294, marta.gorna@ucm.sk

VÝSKYT PSYCHOPATOLÓGIE PRI SEBAPOŠKODZOVANÍ – PREHLADOVÁ ŠTÚDIA

OCCURRENCE OF PSYCHOPATHOLOGY IN SELF-HARM: A REVIEW STUDY

Slávka Démuthová¹ - Andrej Démuth²

Abstrakt: Sebapoškodzovanie je rozšírenou vysoko rizikovou formou správania vyskytujúcou sa najmä u adolescentov a mladých dospelých. Predchádzajúci výskum zameraný na zisťovanie špecifik sebapoškodzovania naznačil potrebu venovať sa spolupôsobiacim faktorom v oblasti deficitov duševného zdravia a psychopatológie. Výskyt komorbidít a psychických ťažkostí u sebapoškodzujúcich sa jedincov nie je zatiaľ dostatočne preskúmaný. Predkladaná štúdia mapuje výskyt patopsychológie u sebapoškodzujúcich sa jedincov publikovaných vo výsledkoch vedeckých článkov. Cieľom je identifikovať najčastejšie sa vyskytujúce prejavy psychopatológie u sebapoškodzujúcich sa jedincov, kategorizovať ich a poskytnúť prehľad o najfrekvencovanejších symptómoch a najfrekvencovanejších kategóriách psychických problémov, ktoré sa v súvislosti so sebapoškodzovaním vo výsledkoch realizovaných výskumov uvádzajú. Dáta boli získané na základe obsahovej analýzy výsledkov výskumov vedeckých štúdií vygenerovaných vyhľadávaním v databáze Web of Science na základe kľúčových slov: „self-harm“, „non-suicidal self-injury“ a „mental problems“. Po vyradení duplicit a článkov neposkytujúcich potrebné údaje (51,6% článkov) tvorilo podklad pre analýzu výskytu psychopatológie sebapoškodzujúcich sa 30 vedeckých publikácií. Najčastejšími symptómami psychopatológie boli anxieta, suicidálne tendencie a zneužívanie návykových látok mimo alkohol a nikotín. V spojitosti so sebapoškodzovaním sa úrovni kategórii najčastejšie vyskytujú problémy v oblasti emócií, problémy v oblasti vzťahov a problémy v oblasti správania a kontroly impulzov. Závbery naznačujú, že pre pochopenie sebapoškodzujúceho správania a najmä pre účinnú intervenciu je nevyhnutné zamerať pozornosť na ďalšie psychické ťažkosti a diagnózy, ktoré sebapoškodzovanie sprevádzajú.

Kľúčové slová: sebapoškodzovanie, komorbidity, symptómy, prehľad literatúry

Abstract: Self-harm is a prevalent high-risk behavior primarily observed among adolescents and young adults. Previous research aimed at identifying the specifics of self-harm has highlighted the need to explore the contributing factors associated with mental health deficits and psychopathology. The occurrence of comorbidities and psychological difficulties among individuals who engage in self-harming behavior remains insufficiently studied. The present study aims to map the occurrence of psychopathology in self-harming individuals as reported in scientific literature. The objective is to identify the most frequently observed manifestations of psychopathology in self-harming individuals, categorize them, and provide an overview of the most common symptoms and categories of psychological issues associated with self-harm as reported in research findings. Data were obtained through content analysis of research results from scientific studies sourced from the Web of Science database using the keywords: "self-harm," "non-suicidal self-injury," and "mental problems." After excluding duplicates and articles that did not provide the necessary data (51.6% of articles), a total of 30 scientific publications formed the basis for the analysis of the occurrence of psychopathology in individuals who self-harm. The most frequently reported symptoms of psychopathology included anxiety, suicidal tendencies, and the abuse of substances other than alcohol and nicotine. In relation to self-harm, the most commonly identified problems were categorized as emotional issues, relational difficulties, and problems related to behavior and impulse control. The findings suggest that, for a comprehensive understanding of self-harming behavior and particularly for effective intervention, it

is essential to focus attention on additional psychological difficulties and diagnoses that often accompany self-harm.

Keywords: self-harm, comorbidities, symptoms, literature review

1. Úvod

Sebapoškodzujúce správanie zatiaľ nie je zadefinované ako nozologická jednotka; jeho rastúci výskyt a charakteristiky však naznačujú, že by o ňom bolo možné uvažovať ako o samostatnej diagnóze. Diagnostický manuál duševných chorôb vo svojej piatej revízii (DSM-5) v rámci appendixu „Ochorenia určené k ďalšiemu skúmaniu“ navrhuje zadefinovať toto správanie ako nesuicidálne sebapoškodzovanie (Non-Suicidal Self-Injury – NSSI), pričom podľa tohto návrhu ide o: „...úmyselné povrchové telesné poškodenie ako krvácanie, podliatiny alebo bolesť (napr. porezaním, popálením, údermi, nadmerným trením) s cieľom poškodiť sa ľahko alebo stredne ťažko (teda bez samovražedného úmyslu)“ (APA 2015, 845 – 846). Analýza najčastejších foriem sebapoškodzovania však ukázala (pozri Demuthova & Spasovski 2020), že navrhnuté diagnostické vymedzenie v DSM-5 je príliš úzke – množstvo sebapoškodzujúcich sa jedincov vykazuje nepriame (skryté) formy sebapoškodzovania, prípadne také, ktoré vedú k psychickej bolesti a utrpeniu (pozri napr. Sansone & Sansone 2010). Pre potreby komplexného prístupu preto sebapoškodzovanie chápeme v širšom kontexte ako opakované spôsobenie si ujmy na zdraví (v jeho fyzickej/psychologickej/sociálnej doméne) s úmyslom priamo alebo sprostredkované si ublížiť alebo spôsobiť si bolesť.

Posledné desaťročia sa pozornosť výskumu v oblasti sebapoškodzovania sústredila predovšetkým na prítomnosť tohto fenoménu u neklinickej vzorky adolescentov a mladých dospelých. Výsledky výskumov realizovaných v mnohých krajinách poukázali na alarmujúci výskyt tohto nežiadúceho správania a zaznamenali jeho prevalenciu na úrovni od 11% (Leiva Pereira & Concha Landeros 2019) či 22% (Lang & Yao 2018) cez 39% (Costa et al. 2021) až po 59% (Jarahi et al. 2021). V snahe odhaliť príčiny, spolupôsobiacie faktory či mediátory vedúce k sebapoškodzovaniu bolo realizovaných množstvo štúdií, ktoré okrem svojho hlavného zámeru priniesli aj zistenia o početných ďalších psychických problémoch u sebapoškodzujúcich sa jedincov. V minulosti bolo sebapoškodzovanie v klinickopsychologickej oblasti spájané s pomerne malým počtom diagnóz – ako symptóm sa uvádzalo napríklad pri mentálnej retardácii (van den Bogaard et al. 2018), autizme (Maddox et al. 2017), závislostiach (Gupta et al. 2019), či poruchách osobnosti (Hawton et al. 2013). Čoraz častejšie sa však vyskytujú štúdie, ktoré prinášajú výsledky aj o súvisi sebapoškodzovania a depresívneho ladenia (Başgöze et al. 2021), zvýšenej anxiety (Xiao et al. 2023), porúch identity (Toukhy et al. 2022), či porúch príjmu potravy (Reas et al. 2023). V súčasnosti však nie je celkom jasné, ktoré psychické ťažkosti sa u sebapoškodzujúcich sa jedincov vo zvýšenej miere vyskytujú a v akom sú vzťahu k tomuto rizikovému správaniu. Existujúce dáta však naznačujú, že môžu významným spôsobom vstupovať do vzniku, priebehu aj závažnosti sebapoškodzujúceho správania. Z uvedených informácií je zrejmé, že paleta spolupôsobiacich faktorov z oblasti duševného zdravia prítomná pri sebapoškodzovaní je skutočne bohatá. Pre odhalenie vzájomných významných vzťahov je preto prioritne potrebné identifikovať tie psychické ťažkosti/diagnózy, ktoré sa so sebapoškodzovaním najčastejšie súvisia a zamerať tak pozornosť na najdôležitejšie oblasti.

Prehľad najčastejších psychických ťažkostí je potrebný aj pre štandardný opis sebapoškodzovania v prípade, že by bolo zavedené ako samostatná diagnóza (prevalencia komorbidít je súčasťou dôležitých klinických kategórií nozologických jednotiek klasifikácií duševných porúch – pozri DSM-5 – APA 2015). Pre zadefinovanie sebapoškodzovania ako novej psychickej poruchy teda nevyhnutné poznať aj jeho spoločný výskyt s inými poruchami a ochoreniami. Každá klinická kategória v oblasti psychických porúch je charakteristická „klinicky významným narušením jednotlivca v oblasti kognitívnych funkcií, regulácii emócií alebo správania, ktoré odráža dysfunkciu psychologických, biologických alebo vývinových procesov, dôležitých pre psychické a behaviorálne fungovanie“ (MKCH-11 2024). Ako kľúčové sa teda javia tri oblasti – behaviorálna, kognitívna a emocionálna. Jednotlivé symptómy komorbidít sprevádzajúcich sebapoškodzovanie je teda prínosné vyhodnocovať aj v kontexte týchto oblastí/kategórií.

1.1. Problém a výskumné otázky

Vysoká a rastúca prevalencia sebapoškodzovania, jeho deštruktívne dôsledky pre telesné aj fyzické zdravie podnecujú vedecké tímy ku skúmaniu príčin, mediátorov, rizikových ale aj protektívnych faktorov výskytu tohto nežiaduceho správania. Jednou z oblastí, ktorá vyžaduje intenzívne skúmanie, je aj analýza psychopatológie vyskytujúcej sa v súvislosti so sebapoškodzovaním.

Cieľmi tejto štúdie je 1/ v doposiaľ publikovaných výsledkoch vedeckých štúdií identifikovať symptómy psychopatológie, ktoré sa v súvislosti so sebapoškodzovaním vyskytujú; 2/ kategorizovať identifikované symptómy; 3/ poskytnúť dáta o najčastejšie sa vyskytujúcich symptómov psychopatológie a kategóriách symptómov súvisiacich so sebapoškodzovaním.

Vzhľadom na stanovené ciele boli formulované nasledujúce výskumné otázky:

VO1: Aké symptómy psychopatológie sa v súvislosti so sebapoškodzovaním vo vedeckých článkoch vyskytujú?

VO2: Aké kategórie symptómov psychopatológie sa v súvislosti so sebapoškodzovaním vyskytujú?

VO3: Ktoré symptómy psychopatológie a ktoré kategórie symptómov sú v súvislosti so sebapoškodzovaním uvádzané ako najfrekvencovanejšie?

2. Metóda

Metódou získavania dát je obsahová analýza výsledkov publikovaných vedeckých štúdií v databáze Web of Science (WoS). Vyhľadávanie sa uskutočnilo 29. septembra 2024, inkluzívnymi kritériami pre vyhľadávanie boli kľúčové slová: „Mental problems“, „NSSI“ a „Self-harm“. Vyhľadávač databázy WoS vygeneroval zoznam šesťdesiatdva článkov, z ktorých dva boli zo zoznamu vylúčené z dôvodu duplicity, štyri výstupy neposkytovali plné verzie publikácie, tri články boli vylúčené, pretože neboli v anglickom jazyku (1x ruština, 1x nemčina, 1x turečtina). Najviac článkov (18) bolo vylúčených, pretože obsahovo nezodpovedali zámeru identifikovať oblasti mentálnych problémov sebapoškodzujúcich sa jedincov – riešili napríklad účinnosť terapií, alebo sa zameriavali na prevalenciu sebapoškodzovania. Päť článkov neposkytlo relevantné dáta – buď boli dáta príliš všeobecné (uvádzali len zvýšený výskyt psychických ťažkostí sebapoškodzujúcich sa vo všeobecnosti, teda bez špecifikácie toho, o aké ťažkosti šlo), alebo dáta vo výsledkoch absentovali (napríklad článok popisujúci plánovaný výskum).

Po procese vyradovania nerelevantných príspevkov z databázy WoS bola realizovaná analýza výsledkov tridsiatich vedeckých štúdií s cieľom zostaviť zoznam výskumne preukázaných symptómov psychopatológie v súvislosti so sebaoškodzovaním, a to či už vo vzťahu vzájomnej štatisticky významnej korelácie, kauzality či mediácie, alebo na základe existencie štatisticky významných rozdielov medzi sebaoškodzujúcimi a nesebaoškodzujúcimi sa jedincami. Základné údaje o tridsiatich vedeckých prác, ktoré slúžili pre analýzu vzťahov mentálnych problémov a sebaoškodzovania, prezentuje Tabuľka 1.

Tabuľka 1 Základné údaje o vedeckých článkoch zaradených do analýzy

Charakteristika	Počet článkov	%*
Vek participantov		
Deti a adolescenti (do 18 rokov)	20	66,7
Dospelí	12	40,0
- Z toho v období vynárajúcej sa dospelosti (19 – 30 rokov)	8	26,7
Výskumná vzorka		
Klinická vzorka	12	40,0
Neklinická vzorka	18	60,0
Druh vzťahu medzi symptómom a sebaoškodzovaním		
Korelácia	4	13,4
Kauzalita	13	43,4
Rozdiel medzi sebaoškodzujúcimi a nesebaoškodzujúcimi sa jedincami	15	50,0

*pozn.: Keďže viaceré štúdie pracovali s rôznymi výskumnými vzorkami a sledovali rôznorodé typy vzájomných vzťahov medzi premennými, jedna štúdia mohla byť zaradená aj do viacerých podkategórií (súčet percent teda presahuje 100)

3. Výsledky

3.1. Výskumná otázka 1

VO 1 sa zamerala na identifikáciu symptómov psychopatológie, ktoré sa v súvislosti so sebaoškodzovaním vo vedeckých článkoch vyskytujú. Obsahovou analýzou zdrojov údajov bolo identifikovaných 67 rozličných psychických ťažkostí či porúch viažucich sa k sebaoškodzovaniu (pozri Tabuľku 2).

Tabuľka 2 Symptómy psychopatológie viažuce sa k sebaopoškodzovaniu

afektívne poruchy	neafirmovaný gender	psychóza
agresívne správanie	nelátková závislosť	purgatívne správanie
alexitýmia	nepozornosť	repetitívne myšlienky a konanie
anxieta	nespavosť	rodičovská odpojenosť
anxiózna porucha	neuspokojivý spánok	sexuálna menšina
beznádej	nízka podpora okolia	schizofrénia
bipolárna porucha	nízka reziliencia	schizofrénia
bludy	nočné mory	slabé sociálne zručnosti
deficity v regulácii emócií	obmedzovanie jedla	sociálna dysfunkcia
depresia	obsedantno-kompulzívna porucha	somatizačná porucha
emocionálne zneužívanie	opozičný vzdor	suicidalita (vo všeobecnosti)
fajčenie	ospalosť počas dňa	suicidálna ideácia/plánovanie
fyzické útoky/zneužívanie	porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou	suicidálny pokus
halucinácie	poruchy pozornosti	úteky z domova
hnev	poruchy príjmu potravy	užívanie marihuany
hostilita	poruchy spánkového rytmu	vysoká hladina stresu
hraničná porucha osobnosti	poruchy správania	záchvatové prejedanie sa
impulzivita	post-traumatická stresová porucha	závislosť
interpersonálna senzitivita	problémy v oblasti spánku	zlá kvalita spánku
jazda pod vplyvom omamných látok	problémy v sociálnej oblasti	zneužívanie alkoholu
krátky spánok	promiskuita	zneužívanie iných návykových látok
mánia		zneužívanie liekov na predpis
násilie vo vzťahu		

3.2. Výskumná otázka 2

Na základe prehľadu symptómov psychopatológie v súvislosti so sebaopoškodzovaním bolo identifikovaných deväť oblastí psychických problémov – 1/ problémy v oblasti emócií, 2/ problémy v oblasti vzťahov, 3/ problémy v oblasti závislostí, 4/ problémy v oblasti sebaobrazu, 5/ problémy v oblasti správania a kontroly impulzov, 6/ problémy v oblasti spánku, 7/ anxiety, 8/ suicidálne tendencie a 9/ ostatné. Snaha kategorizovať identifikované symptómy psychopatológie sa stretla s komplikáciami, nakoľko mnohé z popísaných symptómov odrážajú deficit nielen v jednej, ale aj v dvoch, či viacerých oblastiach. Napríklad nespavosť je príznakom porúch spánku, ale aj post-traumatickej stresovej poruchy, depresie a pod. V takýchto prípadoch došlo ku kategorizácii symptómu podľa jeho najtesnejšej súvislosti s kategóriou (v prípade nespavosti to boli poruchy spánku). Je však zrejmé, že takýmto postupom mohlo dôjsť k nie celkom korektnému zaradeniu každého symptómu do vyšších metakategórií, a preto (pre úplný prehľad) sú v tabuľke 3 uvedené nielen kategórie symptómov psychopatológie prítomnej pri sebaopoškodzovaní, ale aj všetky konkrétne symptómy, ktoré boli do príslušnej kategórie zaradené a ich početnosť výskytu v analyzovaných vedeckých článkoch.

Tabuľka 3 Výskyt symptómov psychopatológie viažucich sa k sebapoškodzovaniu a ich zaradenie do kategórií

Kategória	symptómy a počet štúdií, v ktorých boli uvedené	spolu (N)
Problémy v oblasti emócií	depresia (13), beznádej (3), bipolárne porucha (1), mánia (1), deficity v regulácii emócií (4), alexitýmia (3), afektívne poruchy (3)	28
Problémy v oblasti vzťahov	rodičovská odpojenosť (1), úteky z domova (2), problémy v sociálnej oblasti (2), hostilita (1), interpersonálna senzitivita (1), slabé sociálne zručnosti (1), nízka podpora okolia (3), sociálna dysfunkcia (1), promiskuita (1), násilie vo vzťahu (1), fyzické útoky/zneužívanie (3), emocionálne zneužívanie (1)	18
Problémy v oblasti závislostí	jazda pod vplyvom omamných látok (1), zneužívanie alkoholu (4), zneužívanie iných návykových látok (6), fajčenie (1), užívanie marihuany (2), závislosť (1), zneužívanie liekov na predpis (1), nelátková závislosť (1)	17
Problémy V oblasti sebaobrazu	poruchy príjmu potravy (1), obmedzovanie jedla (2), purgatívne správanie (1), záchvatové prejedanie sa (1), neafirmovaný gender (1), sexuálna menšina (2)	8
Problémy v oblasti správania a kontroly impulzov	impulzivita (4), opozičný vzdor (2), agresívne správanie (2), hnev (1), obsedantno-kompulzívna porucha (1), poruchy správania (2), repetitívne myšlienky a konanie (1), porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (2), poruchy pozornosti (2), nepozornosť (1)	18
Problémy v oblasti spánku	nespavosť (1), poruchy spánkového rytmu (1), problémy v oblasti spánku (1), krátky spánok (1), zlá kvalita spánku (1), neuspokojivý spánok (1), nočné mory (1), ospalosť počas dňa (1)	8
Anxieta	anxieta (8), anxiózna porucha (1)	9
Suicidálne tendencie	suicidálna ideácia/plánovanie (6), suicidálny pokus (5), suicidalita (vo všeobecnosti) (1)	12
Ostatné	hraničná porucha osobnosti (2), schizofrénia (2), psychóza (2), halucinácie (2), bludy (2), post-traumatická stresová porucha (2), nízka reziliencia (1), vysoká hladina stresu (1), somatizačná porucha (1)	15

3.3. Výskumná otázka 3

Tretím cieľom bolo „poskytnúť dáta o najčastejšie sa vyskytujúcich symptómov psychopatológie a kategóriách symptómov súvisiacich so sebapoškodzovaním“. Na základe výsledkov (pozri tabuľku 3) možno konštatovať, že najfrekvencovanejšími jednotlivými symptómami boli: depresia (N = 13), anxieta (N = 8), suicidálna ideácia a plánovanie (N = 6), zneužívanie návykových látok mimo alkohol a nikotín (N = 6) a suicidálny pokus (N = 5).

S limitmi, ktoré vyplývajú z komplikácií so zatriedením jednotlivých symptómov psychopatológie do vyšších kategórií, popísanými vyššie možno konštatovať, že v spojitosti so sebaoškodzovaním sa úrovni kategórií najčastejšie vyskytujú problémy v oblasti emócií (28 vedeckých štúdií), problémy v oblasti vzťahov (N = 18) a problémy v oblasti správania a kontroly impulzov (N = 18).

4. Diskusia

Obsahová analýza vedeckých štúdií odhalila, že medzi najčastejšie symptómy psychopatológie vyskytujúce sa u sebaoškodzujúcich sa patria: depresia, anxieta, suicidálna ideácia a plánovanie, zneužívanie návykových látok mimo alkohol a nikotín a suicidálny pokus. Vzťah depresie a sebaoškodzujúceho správania (podobne ako vzťah sebaoškodzovania a ďalších pridružených symptómov) nie je zatiaľ dostatočne preskúmaný. Prvý okruh štúdií (pozri napr. Parker et al. 2005; Lundh et al. 2011) chápe sebaoškodzujúce správanie ako jeden zo symptómov depresie. V tomto ohľade možno sebaoškodzovanie chápať ako spôsob úľavy od depresívnych symptómov (Gatta et al. 2016). Druhý okruh názorov, naopak, vníma depresívne symptómy ako jeden z charakteristických znakov sebaoškodzovania – napríklad DSM-5 vo svojom návrhu diagnostických kritérií pre NSSI v bode C uvádza: „Úmyselné sebaoškodzovanie je spojené s najmenej jedným z nasledujúceho: Problémy v medziľudských vzťahoch, negatívne pocity alebo myšlienky, ako je depresia, úzkosť, napätie, hnev...“ (APA 2015, 846). Depresívne symptómy u sebaoškodzujúcich sa môžu byť teda aj dôsledkom celkového nastavenia týchto jedincov. Sebaoškodzujúci sa jedinci sú napr. v kognitívnej oblasti charakteristickí negativistickým pohľadom na seba (Oktan 2017), na svoju budúcnosť (Wenzel & Spokas 2014), vysokou mierou sebakritiky (Nagy et al. 2021) či perfekcionizmu (Gyori & Balazs 2021), ale aj vysokou mierou beznádeje (Pérez Rodríguez et al. 2017), či rôznymi kognitívnymi biasmi ako sú katastrofické scenáre či dichotomické myslenie (Allen & Hooley 2015). Všetky tieto okolnosti vytvárajú predpoklad pre výskyt depresívnych symptómov. Napriek uvedenému veľká časť štúdií však zatiaľ len poukazuje na spoločný výskyt sebaoškodzovania a depresie (Parker et al. 2005; Glenn & Klonsky 2011, pričom nešpecifikuje nadradenosť jedného fenoménu nad druhým.

Podobne ako depresia, aj anxieta sa v kombinácii so sebaoškodzovaním objavuje vo viacerých súvislostiach. V prvom rade ide o veľmi silný, negatívne vnímaný emocionálny stav, ktorý na rozdiel od strachu nie je substancionalizovaný (Steimer 2002) – subjekt si nie je vedomý zdroja úzkosti, a preto nevie úzkostné stavy celkom dobre predpovedať, menežovať a zdroj úzkosti eliminovať. Podľa mnohých autorov (see e.g. Andover et al. 2014; Zhao et al. 2024) práve sebaoškodzovanie slúži ako stratégia pre reguláciu anxiety a pridružených intenzívnych negatívnych emocionálnych stavov. Spôsobovaním si bolesti jedinec obracia svoju pozornosť od bolesti psychickej/emocionálnej na fyzickú, pričom výhodou fyzickej bolesti, je to, že ju môže ovplyvňovať, regulovať a mať nad ňou kontrolu. Substituuje tak neistotu, bezmocnosť a nemožnosť ovplyvniť bolesť psychickú za možnosť regulovať bolesť fyzickú a tým ovplyvňovať svoje prežívanie a získať nad situáciou kontrolu. Podobne ako pri depresii, aj pri úzkosti existujú pohľady, ktoré sa prikláňajú viac ku konceptu, v ktorom úzkosť vystupuje ako jeden zo symptómov sebaoškodzovania (pozri vyššiespomenutý návrh diagnostiky NSSI v DSM-5). Je zrejmé, že aj vzťahu úzkosti a sebaoškodzovania je potrebné venovať pozornosť, aby bolo možné bližšie špecifikovať ich vzájomné vzťahy a prípadné príčinné súvislosti.

Spojitosť sebaopoškodzovania a užívania návykových látok možno taktiež interpretovať vo viacerých rovinách. Obdobie adolescencie, v ktorom sa sebaopoškodzovanie najčastejšie vyskytuje (Swannell et al. 2014) je zároveň obdobím vysokej frekvencie výskytu aj iných rizikových foriem správania sa. Adolescenti často riskujú – takéto konanie im prináša intenzívne zážitky, presvedčenie, že sú silní a zdraví, absencia zodpovednosti za iných (ktorú neskôr prinesie napr. rola rodiča) zvyšuje pravdepodobnosť, že sa rizikám budú vystavovať. Ďalšiu silnú spojitosť medzi sebaopoškodzovaním a zneužívaním návykových látok možno vidieť v mechanizmoch, ktoré v rámci oboch fenoménov pôsobia. Bolesť prítomná pri sebaopoškodzovaní je intenzívna, dokáže veľmi rýchlo a dobre prekryť silné negatívne pocity pri prežívaní psychickej záťaže jedinca. Rýchla úľava od aktuálnych ťažkostí pôsobí ako negatívne posilnenie, ktorého účinky sú naviazané na aktivitu v mozgovom systéme odmienu. Sebaopoškodzujúce správanie ako reakcia na akútny stres je posilňované a s každým ďalším výskytom sa upevňuje v repertoári možných reakcií na psychickú záťaž podobne, ako je tomu pri euforizačných/relaxačných/anxiolytických,... atď. účinkoch drog. Viaceré vedecké štúdie tiež potvrdili ďalšie paralely medzi návykovým správaním spôsobeným látkovými či nelátkovými závislosťami a sebaopoškodzovaním – odborníci v prežívaní a správaní sebaopoškodzujúcich sa jedincov identifikovali mnohé symptómy typické pre závislosti (Nixon et al. 2002) – napríklad potrebu zvyšovať frekvenciu sebaopoškodzovania či jeho intenzitu.

Problematika výskytu suicidálnych tendencií a suicidálnych pokusov je v súvislosti so sebaopoškodzovaním veľmi intenzívne riešenou oblasťou. Podľa DSM-5 (APA 2015) sú suicidálne tendencie exkluzívnym kritériom pre určenie/diagnostiku sebaopoškodzovania. Znamená to, že pokiaľ jedinec spolu so sebaopoškodzujúcim správaním uvedie aj suicidálne tendencie, nejedná sa podľa DSM-5 o sebaopoškodzovanie. To, či môžu byť suicidálne tendencie súčasťou obrazu sebaopoškodzovania, je predmetom obsiahlych odborných diskusií. Faktom je, že sa spolu so sebaopoškodzovaním vyskytujú vo veľmi veľkej miere a patria vo vzťahu ku sebaopoškodzovaniu medzi najtesnejšie korelujúce premenné (Hawton & James 2005; Herzog et al. 2022; Predescu & Sipos 2023). V snahe identifikovať dôvody striktného vylúčenia jedincov so suicidálnymi tendenciami z okruhu sebaopoškodzujúcich sa navrhovaného v DSM-5 boli realizované štúdie zamerané na skúmanie odlišností v oblasti foriem, motívov sebaopoškodzovania ale aj osobnostných črt medzi sebaopoškodzujúcimi sa jedincami, ktorí vykázali suicidálne tendencie a sebaopoškodzujúcimi sa jedincami bez suicidálnych tendencií (pozri Demuthova & Demuth 2019; Demuthova & Rojkova 2019). Ukázalo sa, že medzi týmito dvomi skupinami v sledovaných premenných neexistujú významné rozdiely ani vo formách ani v motívoch ku sebaopoškodzovaniu. Sebaopoškodzovanie s prítomnosťou suicidálnych tendencií sa skôr spája napr. so zvýšeným psychotizmom, neurotizmom a s vyššou intenzitou sebaopoškodzovania, než s charakteristikami, ktoré by ukazovali potrebu vymedziť jedincov s prítomnými suicidálnymi tendenciami mimo kategóriu sebaopoškodzovania (ibidem). Aj tieto zistenia poukazujú na potrebu intenzívneho skúmania problematiky sebaopoškodzovania, jeho diagnostiky, a to aj v kontexte suicidálnych tendencií.

Na úrovni diagnóz boli ako najčastejšie sa vyskytujúce mentálne problémy spájané so sebaopoškodzovaním identifikované problémy v oblasti emócií, problémy v oblasti vzťahov a problémy v oblasti správania a kontroly impulzov. Súvislosť problémov v oblasti emócií a sebaopoškodzovania je jednou z naifrekventovanejšie popisovaných oblastí. V odbornej literatúre existuje veľké množstvo štúdií, ktoré poukazujú na sebaopoškodzujúce správanie ako copingovú stratégiu pre reguláciu emócií (Klonsky 2007; Houben et al. 2017; Wolff et al. 2019; Brausch et al. 2019). Znamená to, že jedinec používa sebaopoškodzovanie na

zmiernenie akútneho negatívneho afektu alebo averzívneho afektívneho vzrušenia, ktoré nedokáže (či už v dôsledku svojich deficitov, alebo v dôsledku veľkej intenzity emócií) zvládnuť iným spôsobom. Uvádza sa, že až 63 – 78 % adolescentov používa sebapoškodzovanie práve na reguláciu svojich emócií (Taylor et al. 2018).

Vzťahové problémy môžu stáť v pozadí sebapoškodzovania – sebapoškodzujúci sa jedinci uvádzajú vo svojej osobnej histórii rôzne formy zlého či nevhodného zaobchádzania v detstve (rodičovskú odpojenosť – Taliaferro et al. 2012; nízku úroveň podpory zo strany rodiny – Wolff et al. 2014), ale aj komplikácie vo vzťahoch v adolescencii či dospelosti (násilie vo vzťahoch – Taliaferro et al. 2012; fyzické alebo emocionálne zneužívanie – Duerden et al. 2012). Vzťahové problémy však nemusia byť len jednou z predpokladaných príčin sebapoškodzovania, môžu sa vyskytovať spolu so sebapoškodzovaním a dotvárať tak celkový obraz tohto rizikového správania. Sebapoškodzujúci sa jedinci mávajú často narušený sebaobraz, v dôsledku ktorého sú presvedčení, že sú bezcenní, že ich nik nemá rád, že sami nie sú hodní lásky a náklonnosti, že sú kvôli svojej neschopnosti druhým na ťarchu (Chu et al. 2016). Rovnako tak môžu byť vzťahové problémy dôsledkom sebapoškodzujúceho správania. Sebapoškodzovanie nie je v spoločnosti akceptovanou formou reakcií – väčšina jedincov ho pred blízkymi osobami tají. Pri sebapoškodzujúcom správaní jedinec často vyhľadáva samotu – musí sa vzdialiť od druhých, čím nielen zostáva sám, ale v psychicky vypätých situáciách stráca možnosť využitia sociálnej opory priateľov a blízkych. Viditeľné zranenia, ktoré sú dôsledkom sebapoškodzovania, izolujú jedinca aj následne – musí si dávať pozor, aby jeho poranenia niekto nevidel, čo ho vylučuje z mnohých sociálnych situácií a aktivít. V kontakte s druhými osobami je takýto jedinec opatrný, ostražitý, vyhýba sa spoločnému tráveniu času. V rodinnom prostredí sebapoškodzujúci sa jedinec minimalizuje tesný kontakt, vyhýba sa mnohým aktivitám, sťahuje sa do ústrania, odháňa od seba blízkych v snahe utajiť svoje poranenia. Dostáva sa tak do izolácie aj od najbližších, a to práve v situáciách, kedy by (z dôvodu prežívania stresu) z pomoci blízkych a ich opory mohol profitovať. Rany a jazvy sú prekážkou aj pri nadväzovaní partnerstiev a intímnejších kontaktov – sebapoškodzujúci sa nezriedka ukončujú vzťahy vo fáze, kedy by mohlo prísť k zblíženiu a odhaleniu ich sebapoškodzovania – či už v strachu z reakcie partnera, obáv z odmietnutia, alebo v dôsledku neochoty zdieľať informácie o svojich psychických ťažkostiach. Vzájomné prepojenie sebapoškodzovania a vzťahových problémov je teda viditeľné na viacerých úrovniach.

Problémy v oblasti správania a kontroly impulzov dotvárajú celkový obraz charakteristík sebapoškodzujúcich sa jedincov. Ťažkosti s reguláciou emócií sa transformujú do ťažkostí s ovládaním správania, čo sa manifestuje v rozličných podobách. Zvýšená impulzivita, ktorá je pre sebapoškodzujúcich sa jedincov charakteristická (pre systematický prehľad pozri Lockwood et al. 2017), prispieva k maladaptívnemu riešeniu záťažových situácií a teda zvyšuje riziko výskytu sebapoškodzovania v porovnaní so použitím optimálnejších stratégií po zvážení rizík a benefitov. Vzájomné prepojenie popisovaných symptómov je evidentné aj v oblasti správania – Swanson et al. (2014) uvádzajú, že ADHD u žien, najmä ak sa prejavuje impulzivitou v detstve, významne zvyšuje riziko sebapoškodzovania v adolescencii. Mediačná analýza odhalila, že impulzivita a komorbidné symptómy externalizácie sú mediátormi prepojenia medzi ADHD v detstve a NSSI. Zaujímavou informáciou v súvislosti s komorbiditami v oblasti problémov so správaním je aj skutočnosť, že súčasnosti je behaviorálna terapia (DBT) pre adolescentov prvou a jedinou liečbou, ktorá spĺňa kritériá dobre zavedeného postupu pre sebapoškodzujúcich sa adolescentov (Clarke et al. 2019). Intervencia zameraná na modifikovanie správania má

teda potenciál ovplyvňovať výskyt sebapoškodzovania. Ešte tesnejšie prepojenie integrujúce viacero symptómov dokumentuje štúdia Halickej-Masłowskej et al., z ktorej je zrejmé, že úzkosť môže sprostredkovať súvislosť medzi kompetenciami v emocionálnej oblasti a rizikom sebapoškodzovania u adolescentov s poruchou správania (Halicka-Masłowska et al. 2021).

Aj napriek možnosti identifikovať rôzne samostatné symptómy a diagnózy spájané so sebapoškodzovaním, je vo viacerých ohľadoch zrejmé, že sú vzájomne prepojené. Vytvárajú začarovaný kruh vzájomne sa podporujúcich faktorov, ktoré sebapoškodzovanie upevňujú. Špecifické kognitívne biasy vedúce k nízkemu sebahodnoteniu či až k sebanenávisti zvyšujú vulnerabilitu jedinca riešiť záťažové situácie práve sebatrestajúcou stratégiou sebapoškodzovania. Nízke sebavedomie, izolovanie sa ako dôsledok sebapoškodzovania a kognitívne biasy komplikujú jedincovi vytváranie uspokojivých a trvalejších vzťahov. Negatívny pohľad na svet a na seba, nedostatok kvalitných kontaktov zas podporujú depresívne ladenie jedinca, ktoré zvyšuje pravdepodobnosť výskytu sebapoškodzujúceho správania. Depresie limitujú jedinca vo výbere adaptívnych spôsobov zvládania stresu, čo vedie k zlyhaniam v náročných situáciách a ďalšiemu zníženiu sebavedomia a vlastnej hodnoty. Je zrejmé, že v rámci širokej témy symptómov patopsychológie sa otvára priestor nielen pre skúmanie ich prevalencie ale aj vzájomných vzťahov, ktoré majú potenciál objasniť mechanizmy vzniku, rozvoja či udržania sebapoškodzovania v repertoári rizikových foriem správania sa jedincov.

4.1. Limity a návrhy pre ďalší výskum

Hlavným cieľom práce bolo identifikovať najčastejšie sa vyskytujúce psychické ťažkosti, ktoré sa vo vedeckých výskumných štúdiách uvádzajú v spojitosti so sebapoškodzovaním, a to či už na úrovni symptómov alebo vyšších kategórií. Spracovanie výstupov z obsahových analýz vedeckých článkov ukázalo, že splnenie tohto cieľa bolo do značnej miery ovplyvnené postupom kategorizácie jednotlivých symptómov spájaných so sebapoškodzovaním.

V snahe rozšíriť zdroje údajov pre získanie informácií o najčastejšie sa vyskytujúcich mentálnych problémoch u sebapoškodzujúcich sa jedincov by nesporným prínosom bolo využiť údaje aj ďalších databáz evidujúcich indexované časopisy (Scopus), prípadne širšie zameraný spôsob vyhľadávania zdrojov napr. cez Medline, Ebsco a pod. Ďalším podnetom pre vylepšenie výskumného zámeru by mohlo byť použitie iných kategorizačných schém (napr. International Classification of Diseases) na zatriedenie jednotlivých symptómov a identifikáciu najčastejších diagnóz spájaných so sebapoškodzovaním. Nesporným prínosom získaných výstupov je aj skutočnosť, že je potrebné venovať pozornosť skúmaniu charakteru vzájomných vzťahov medzi sebapoškodzovaním a pridruženými symptómami psychopatológie, rovnako ako zberu dát umožňujúcich adekvátne formulovanie diagnostických kritérií pre prípad, že sa sebapoškodzovanie stane ďalšou klinickou diagnózou.

Podakovanie / Grantová podpora

Táto práca bola podporená Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-23-0181.

Literatúra

Allen, K. J., & Hooley, J. M. (2015). Inhibitory control in people who self-injure: evidence for impairment and enhancement. *Psychiatry research*, 225(3), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.033>

Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(11), 569–575. <https://doi.org/10.1177/070674371405901102>

APA (2015). *Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, piata revízia*. Prvé české vydanie. Hogrefe Testcentrum.

Bailey, D., Wright, N., & Kemp, L. (2017). Self-harm in young people: a challenge for general practice. *British Journal of General Practice*, 67 (665), 542–543. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693545>

Başgöze, Z., Wiglesworth, A., Carosella, K. A., Klimes-Dougan, B., & Cullen, K. R. (2021). Depression, Non-Suicidal Self-Injury, and Suicidality in Adolescents: Common and Distinct Precursors, Correlates, and Outcomes. *Journal of psychiatry and brain science*, 6(5), e210018. <https://doi.org/10.20900/jpbs.20210018>

Brausch, A. M., & Woods, S. E. (2019). Emotion Regulation Deficits and Nonsuicidal Self-Injury Prospectively Predict Suicide Ideation in Adolescents. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(3), 868–880. <https://doi.org/10.1111/sltb.12478>

Clarke, S., Allerhand, L. A., & Berk, M. S. (2019). Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1794. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>

D'Alessandro, M., & Lester, D. (2000). Self-destructiveness and manic-depressive tendencies. *Psychological reports*, 87(2), 466. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.2.466>

De Smet, L., Van Houdenhove, B., & Fabry, G. (1997). Escalation of automutilation of the hand. *Acta orthopaedica Belgica*, 63(3), 212–214.

Demuthova, S. (2023). *Self-Harming Behavior in Adolescent Age*. Peter Lang.

Demuthova, S., & Demuth, A. (2019). The specifics of self-harmers who attempt suicide. In: *Proceedings of The 2nd International Conference on Advanced Research in Social Sciences (1–7)*. Diamond Scientific Publication.

Demuthova, S., & Rojkova, Z. (2019). Špecifiká osobnosti sebapoškodzujúcich sa adolescentov s výskytom suicidálnych pokusov [The special personal characteristics of self-harming adolescents with the history of suicidal attempt]. In S. Demuthova, & A. Baranovska (Eds.), *Kondášove dni 2019*. [Kondas' Days 2019] (18–25). Univerzita sv. Cyrila a Metoda.

Demuthova, S., & Spasovski, O. (2020). The analysis of drop-out in the potential diagnostic systems for self-harm in the adolescent population. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 10(2), 51.

Duerden, E. G., Oatley, H. K., Mak-Fan, K. M., McGrath, P. A., Taylor, M. J., Szatmari, P., & Roberts, S. W. (2012). Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(11), 2460–2470. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1497-9>

- Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., Spoto, A., & Battistella, P. A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 2307–2317. <https://doi.org/10.2147/NDT.S106433>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: a 1-year longitudinal study in young adults. *Behav Ther.*, 42(4), 751–762. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.005>
- Gupta, R., Narnoli, S., Das, N., Sarkar, S., & Balhara, Y. (2019). Patterns and predictors of self-harm in patients with substance-use disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(5), 431–438. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_578_18
- Gyori, D., & Balazs, J. (2021). Nonsuicidal Self-Injury and Perfectionism: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 691147. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.691147>
- Halicka-Masłowska, J., Szewczuk-Bogusławska, M., Rymaszewska, J., Adamska, A., & Misiak, B. (2021). From Emotional Intelligence to Self-Injuries: A Path Analysis in Adolescents With Conduct Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 11, 556278. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.556278>
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7496), 891–894. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7496.891>
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 151(3), 821–830. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.02>
- Herzog, S., Choo, T. H., Galfalvy, H., Mann, J. J., & Stanley, B. H. (2022). Effect of non-suicidal self-injury on suicidal ideation: real-time monitoring study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 221(2), 485–487. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.225>
- Hirsch, S. R., Walsh, C., & Draper, R. (1983). The concept and efficacy of the treatment of parasuicide. *British journal of clinical pharmacology*, 15 Suppl 2(Suppl 2), 189S–194S. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1983.tb05865.x>
- Houben, M., Claes, L., Vansteelandt, K., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2017). The emotion regulation function of nonsuicidal self-injury: A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features. *Journal of abnormal psychology*, 126(1), 89–95. <https://doi.org/10.1037/abn0000229>
- Huband, N., & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *Psychology and psychotherapy*, 77(Pt 4), 413–428. <https://doi.org/10.1348/1476083042555370>
- Chu, C., Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2016). Cross-sectional and temporal association between non-suicidal self-injury and suicidal ideation in young adults: The explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Psychiatry research*, 246, 573–580. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.061>
- Klonsky E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 26(4), 387–402. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0915-5>
- Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjärehed, J. (2011). Depressive symptoms and deliberate self-harm in a community sample of adolescents: a prospective study. *Depression research and treatment*, 2011, 935871. <https://doi.org/10.1155/2011/935871>
- Maddox, B. B., Trubanova, A., & White, S. W. (2017). Untended wounds: Non-suicidal self-injury in adults with autism spectrum disorder. *Autism : the international journal of research and practice*, 21(4), 412–422. <https://doi.org/10.1177/1362361316644731>
- MKCH 11 – Medzinárodá klasifikácia chorôb, 11 revízia. 06 Psychické, behaviorálne alebo neurovývinové poruchy. <https://icdapi-sk-prerelease.azurewebsites.net/browse/2024-01/mms/sk#334423054>
- Nagy, L. M., Shanahan, M. L., & Baer, R. A. (2021). An experimental investigation of the effects of self-criticism and self-compassion on implicit associations with non-suicidal self-injury. *Behaviour research and therapy*, 139, 103819. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103819>
- Oktan, V. (2017). Self-Harm behaviour in adolescents: body image and self-esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27(2), 177–189. <https://doi.org/10.1017/jgc.2017.6>
- Parker, G., Malhi, G., Mitchell, P., Kotze, B., Wilhelm, K., & Parker, K. (2005). Self-harming in depressed patients: pattern analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(10), 899–906. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01662>
- Parker, G., Malhi, G., Mitchell, P., Kotze, B., Wilhelm, K., & Parker, K. (2005). Self-harming in depressed patients: pattern analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(10), 899–906. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01662.x>
- Pérez Rodríguez, S., Marco Salvador, J. H., & García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29(3), 323–328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>
- Peterson, J., Freedenthal, S., Sheldon, C., & Andersen, R. (2008). Nonsuicidal Self injury in Adolescents. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 5(11), 20–26.
- Predescu, E., & Sipos, R. (2023). Self-Harm behaviors, suicide attempts, and suicidal ideation in a clinical sample of children and adolescents with psychiatric disorders. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(4), 725. <https://doi.org/10.3390/children10040725>
- Reas, D. L., Wisting, L., & Lindvall Dahlgren, C. (2023). Co-occurrence of nonsuicidal self-injury and eating disorder pathology in adolescents. *The International journal of eating disorders*, 56(2), 439–445. <https://doi.org/10.1002/eat.23826>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry*, 7(4), 16–20.
- Sobanski, T., Peikert, G., Kastner, U. W., & Wagner, G. (2022). Suicidal behavior—advances in clinical and neurobiological research and improvement of prevention strategies. *World journal of psychiatry*, 12(9), 1115–1126. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i9.1115>

- Steimer T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in clinical neuroscience*, 4(3), 231–249. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.3/tsteimer>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Swanson, E. N., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2014). Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: a longitudinal examination of mediating factors. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(5), 505–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12193>
- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2012). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Academic pediatrics*, 12(3), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008>
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*, 227, 759–769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Toukhy, N., Ophir, S., Stukalin, Y., Halabi, S., & Hamdan, S. (2022). The relationship between non-suicidal self-injury, identity conflict, and risky behavior among Druze adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 13, 938825. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.938825>
- Troya, M. I., Dikomitis, L., Babatunde, O. O., Bartlam, B., & Chew-Graham, C. A. (2019). Understanding self-harm in older adults: A qualitative study. *EClinicalMedicine*, 12, 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.06.002>
- van den Bogaard, K., Nijman, H., Palmstierna, T., & Embregts, P. (2018). Self-Injurious Behavior in People with Intellectual Disabilities and Co-Occurring Psychopathology using the Self-Harm Scale: A Pilot Study. *Journal of developmental and physical disabilities*, 30(5), 707–722. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9614-0>
- Wenzel, A., & Spokas, M. (2014). Cognitive and Information Processing Approaches to understanding suicidal behaviors. In: M. K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp. 235–254). Oxford University Press.
- Wolff, J. C., Frazier, E. A., Esposito-Smythers, C., Becker, S. J., Burke, T. A., Cataldo, A., & Spirito, A. (2014). Negative cognitive style and perceived social support mediate the relationship between aggression and NSSI in hospitalized adolescents. *Journal of adolescence*, 37(4), 483–491. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.03.016>
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A., & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry*, 59, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2023). Association between life events, anxiety, depression and non-suicidal self-injury behavior in Chinese psychiatric adolescent inpatients: a cross-sectional study. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1140597. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1140597>
- Zhao, Y., Xudong, Z., Zhou, Y., & Liu, L. (2024). Self-injury functions mediate the association between anxiety and self-injury frequency among depressed Chinese

adolescents: sex differences. *Frontiers in Psychiatry*, 15.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1378492>

Kontaktné údaje:

¹Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Filozofická fakulta, Katedra psychológie, Nám. J. Herdu 2, 917 01 Trnava, + 421 33 55 65 295, slavka.demuthova@ucm.sk

²Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta, Katedra teórie práva a sociálnych vied, +421 2 901 220 32, andrej.demuth@uniba.sk

ZDRAVÉ STRAVOVANIE AKO UKAZOVATEĽ ZLEPŠENIA KVALITY SPÁNKU A REAKČNÉHO ČASU

HEALTHY DIET AS AN INDICATOR OF IMPROVEMENT
IN SLEEP QUALITY AND REACTION TIME

Kristína Marcineková¹

Abstrakt: Cieľom práce je objasniť vplyv zdravého stravovania na kvalitu spánku a reakčný čas a zistiť ďalšie možné súvislosti týkajúce sa týchto vzťahov. Okrem iného sme sledovali aj dlhodobé účinky jedálňičku na participantov. Výskum bol vykonaný formou experimentu, pričom výskumnú vzorku tvorilo 11 participantov, ktorí sa po dobu troch týždňov stravovali podľa stanoveného jedálňičku. Výsledky boli porovnávané s kontrolnou skupinou s počtom 15 participantov, ktorí zdravé stravovanie počas experimentu nedodržiavali. Pre získanie dát o kvalite spánku sme použili Pittsburghský index kvality spánku a pre meranie reakčného času online test. Výskum preukázal koreláciu medzi zdravým stravovaním a kvalitou spánku, ako aj jej zlepšenie v druhom meraní. V kontexte súvislosti zdravého stravovania a reakčného času nedošlo k zisteniu signifikantného vzťahu, ako ani pri zisťovaní vplyvu kvality spánku na reakčný čas. Z vyjadrení účastníkov sme zistili dlhodobé účinky jedálňičku na každého participanta. Z výsledkov vyplýva, že zdravé stravovanie môže zlepšiť kvalitu spánku, avšak na reakčný čas neovplyvňuje.

Kľúčové slová: kvalita spánku, zdravé stravovanie, reakčný čas

Abstract: The aim of the research is to clarify the impact of healthy diet on sleep quality and reaction time and to find out other possible connections regarding these relationships. Moreover, we monitored the long-term effects of the menu on the participants. The research was conducted in the form of an experiment, whereas the research sample consisted of 11 participants who ate according to the prescribed diet for three weeks. The results were compared to a control group consisting of 15 participants who haven't been eating according to the prescribed diet during the experiment. We used the Pittsburgh Sleep Quality Index to obtain data on sleep quality, and an online test for measuring reaction time. Research has shown a correlation between healthy diet and sleep quality, as well as its improvement in the second measurement. In the context of the connection between healthy diet and reaction time, no significant relationship was found, as well as for the effect of sleep quality on reaction time. From the statements of the participants, we found positive long-term effects of the diet on each participant. Based on the findings we conclude that healthy diet may positively impact sleep quality, although it doesn't impact reaction time.

Keywords: sleep quality, healthy diet, reaction time

1. Úvod

Pokiaľ ide o výskumy v oblasti kvality spánku a stravovania, autori (Epstein a Mardon, 2007) zistili, že obezita môže zvýšiť riziko kardiovaskulárnych ochorení, diabetu a iných závažných problémov, ktoré prispievajú k zníženiu kvality spánku. Množstvo pozitívnych nutričných látok (konkrétne bielkoviny, zdravé sacharidy a tuky) tak dokáže ovplyvniť spánok, čo potvrdzujú aj výsledky štúdie zameriavajúcej sa práve na túto problematiku (Wilson a kol., 2022). Asociáciu medzi stravovaním a spánkom potvrdzujú aj ďalší autori (Zuraikat a kol., 2020), ktorí zároveň zistili aj koreláciu medzi zvýšeným príjmom potravy

a zlou kvalitou spánku u žien. Tieto výsledky potvrdzuje aj štúdia skúmajúca vzorku detí základných škôl (Khan a kol., 2015), ktorá dospela k zisteniu vzťahu medzi dlhším trvaním spánku a lepšou kvalitou stravovania, ako aj koreláciu medzi dlhším trvaním spánku a znížením rizikom nadváhy a obezity. Pokiaľ ide o nezdravé stravovanie, autori štúdie zameriavajúcej sa na vplyv spánku a kvality stravovania na celkovú pohodu (Zeron-Ruggerio a kol., 2020) zistili nielen koreláciu týchto premenných, ale aj pozitívnu asociáciu vysokej konzumácie sladkých pochutín a sladených nápojov so zlou kvalitou spánku.

Reakčný čas je možné zlepšiť niekoľkými spôsobmi: kvalitným spánkom, dostatočným príjmom tekutín, vyhýbaním sa stresovým situáciám, tréňovaním kognitívnych funkcií formou cvičení a úloh a úpravou stravovacích návykov (Roda, 2020). Výskumy potvrdzujú, že stravovanie ovplyvňuje kognitívny výkon (Nilsson a kol., 2013; Spencer, 2008), ku ktorého zlepšeniu prispievajú aj potraviny. Niekoľkí autori (Biostrap, n. d.; Burkovskaya, 2022; Oliver a kol., 2021; Roda, 2020) sa zhodujú, že reakčný čas môže byť zlepšený prostredníctvom konzumácie kofeínu, energetických nápojov, brokolice, špenátu, kelu, strukovín a bobuľového ovocia, nakoľko zvyšujú energiu, zlepšujú kognitívnu funkciu či vývoj mozgu. Okrem spomínaných potravín autori (Jakobsen a kol., 2011) zistili, že zlepšenie reakčného času môže byť determinované aj vyšším príjmom bielkovín.

Tieto problematiky začali byť spájané pomerne nedávno a ich súvislosť je málo preskúmaná. Hoci dnes existuje niekoľko dôkazov o pozitívnej korelácii týchto vzťahov, autori štúdií neustále vyzdvihujú potrebu ďalšieho skúmania. Z tohto dôvodu považujeme za podstatné zamerať sa na tento vzťah. Naším cieľom je objasniť možný vplyv zdravého stravovania na kvalitu spánku a reakčný čas, ako aj ďalšie možné zlepšenie v iných doménach spánku z dôvodu pozitívneho vplyvu zdravého stravovania.

1.1. Výskumný problém

Ako sa zhoduje viaceru autorov (Khan a kol., 2015; Peuhkuri a kol., 2012; Ramón-Arbués a kol., 2022; Wilson a kol., 2022; Zeron-Ruggerio a kol., 2020; Zuraikat a kol., 2020), existuje potenciálny vzťah medzi stravovaním a spánkom. V kontexte nekvalitného spánku bolo vykonaných niekoľko výskumov, ktoré potvrdili vzťahy dôležité pre ďalšiu interpretáciu tejto problematiky, napr. vplyv krátkodobého spánku na výskyt obezity (Wu a kol., 2014) a nedostatku spánku na túžbu po jedle (Greer a kol., 2013; Spiegel a kol., 2004) a vysoko-kalorických jedlách (Spiegel a kol., 2004). Súvislosť stravovania so spánkom podporuje aj zistenie možného pozitívneho vplyvu niektorých potravín na kvalitu spánku, konkrétne kivi, ovocie, zelenina, mlieko, ryby, orechy, celozrnné potraviny, bylinky a čaje (Breus, 2023).

Z dôvodu týchto zistení, ako aj predpokladu korelácie medzi stravovaním a reakčným časom z dôvodu pozitívneho účinku niektorých potravín na mozgové funkcie (Ekstrand a kol., 2021; van de Rest a kol., 2015) je našim výskumným problémom overenie súvislostí medzi zdravým stravovaním, kvalitou spánku a reakčným časom, a to v podobe experimentu.

1.2. Výskumné otázky

VO1: V akom stave bude kvalita spánku participantov po skončení experimentu?

VO2: Aký vplyv bude mať zdravé stravovanie na subjektívne vnímanie kvality spánku účastníkov?

VO3: Aký vplyv bude mať zdravé stravovanie na dennú dysfunkciu účastníkov?

VO4: Aký efekt bude mať zmena stravovania na životný štýl participantov po skončení experimentu?

1.3. Výskumné hypotézy

H1: Predpokladáme, že medzi meraním pred aplikáciou zdravého stravovania a po jeho aplikácii dôjde k významnému zlepšeniu kvality spánku v experimentálnej skupine (Khan a kol., 2015; Peuhkuri a kol., 2012; Ramón-Arbués a kol., 2022; Wilson a kol., 2022; Zeron-Rugiero a kol., 2020; Zuraikat a kol., 2020).

H2: Predpokladáme, že medzi meraním pred aplikáciou zdravého stravovania a po jeho aplikácii nedôjde k významnému zlepšeniu kvality spánku v kontrolnej skupine.

H3: Predpokladáme, že medzi meraním pred aplikáciou zdravého stravovania a po jeho aplikácii dôjde k významnému zlepšeniu reakčného času v experimentálnej skupine (Burkovskaya, 2022; Oliver a kol., 2021; Roda, 2020).

H4: Predpokladáme, že kvalita spánku má efekt na reakčný čas (Choudhary a kol., 2016; Taheri a Arabameri, 2012; van den Berg a Neely, 2016).

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Pre tento výskum sme sa rozhodli zamerať na dospelú populáciu. Výskumný súbor tvorilo 15 probandov (11 žien, 4 muži) vo veku 21 – 52 rokov, ktorí spĺňali kritérium nevyváženého stravovania a zlej kvality spánku, prípadne boli motivovaní zlepšiť svoje stravovacie návyky. Z tohto dôvodu sme pre výber výskumnej vzorky zvolili zámerný výber. V priebehu výskumu odišli traja účastníci a jedného sme museli vylúčiť. Experiment tak úspešne dokončilo 11 účastníkov (8 žien, 3 muži). Kontrolu premenných sme zrealizovali prostredníctvom vytvorenia kontrolnej skupiny s počtom 15 účastníkov vo vekovom rozmedzí 21 – 49 rokov. Kontrolná skupina nedostala jedálničiek, ani informačný dotazník o ich preferenciách jednotlivých potravín, resp. zdravé stravovanie nedodržiavala.

2.2. Výskumné metódy

Pre zozbieranie dát o stravovaní participantov sme vytvorili informačný dotazník, vďaka ktorému sme dokázali upraviť jednotlivé jedálničky podľa preferencií participantov a vyhli sa tak nevhodnému nahrádzaniu potravín zo strany účastníkov. Dotazník obsahoval tabuľku potravín vyskytujúcich sa v jedálničku, v ktorej participanti označovali obľúbenosť danej potraviny. Ďalej dotazník obsahoval tabuľku subjektívneho hodnotenia stravovacích návykov participanta s rôznymi kategóriami potravín a nápojov, v ktorej participanti označovali častosť konzumácie daných potravín. Posledná časť dotazníku obsahovala sériu otázok o limitoch v rámci stravovania participantov.

Pre zmenu stravovania sme prevzali jedálničiek (Makovská, 2022), ktorý sme upravili podľa našich potrieb, t. j. jedálničiek sme prispôbili tak, aby sa potraviny po sebe opakovali len minimálne, aby tak participanti nepocítovali rutinu a nechť pokračovať v experimente. Následne sme po obdržaní informačného dotazníka upravili jednotlivé jedálničky tak, aby vyhovovali preferenciám participantov. Na koniec každého týždňa sme pridali aj motivačné alebo vtipné obrázky v záujme uvoľniť participantov a motivovať ich k pokračovaniu v experimente.

Kvalitu spánku sme merali prostredníctvom Pittsburghského indexu kvality spánku (ďalej len PSQI) (Buysse a kol., 1988). Vnútorňá konzistencia bola meraná koeficientom Cronbachovej alphy (α), ktorého hodnota dosahuje 0,83 (Buysse a kol., 1988). Pre náš výskum sme použili oficiálne preloženú verziu dotazníku (Klobučníková, 2021). PSQI meria kvalitu spánku na základe siedmych komponentov: subjektívna kvalita spánku, spánková latencia, trvanie spánku, efektívnosť spánku, spánkové poruchy, užívanie hypnotík a denná dysfunkcia. Dotazník obsahuje štyri otvorené otázky a tabuľku piatich otázok posudzujúcich kvalitu spánku na škále 0 – 3 podľa výskytu daných aspektov u jedinca. Kvalitu spánku sme klasifikovali ako kardinálnu premennú, pričom celkové skóre 5 a vyššie poukazuje na nekvalitný spánok.

Reakčný čas sme merali online testom (Human Benchmark, n. d.), ktorý pozostáva z 5 pokusov. Participanti mali za úlohu kliknúť na obrazovku vždy, keď obrazovka zmenila farbu z červenej na zelenú, pričom sa následne zobrazil výsledok daného pokusu v milisekundách. Týchto 5 čísiel sme u každého účastníka spriemerovali, čo nám umožnilo vidieť zlepšenie či zhoršenie medzi meraniami. Reakčný čas sme klasifikovali ako kardinálnu premennú.

2.3. Procedúra

Prípravná fáza. V prvej časti tejto fázy sme uviedli participantov do problematiky, cieľov experimentu a jeho priebehu, a zároveň sme ich informovali o možnosti skončenia ich účasti vo výskume aj počas jeho priebehu. V druhej časti prípravnej fázy sme požiadali participantov o vyplnenie informačného dotazníku spomínaného vyššie. Ďalej sme požiadali probandov, aby vyplnili PSQI, a zároveň mali účastníci za úlohu vykonať test reakčného času. V druhej časti tejto fázy sme po zozbieraní všetkých potrebných dát poslali účastníkom ich upravené jedálničky, a následne sme im vysvetlili všetky potrebné náležitosti týkajúce sa zásad dodržiavania daného jedálnička a poskytli im bližšie informácie o priebehu experimentu. Jedálničky a informácie k nim sme participantom poskytli 5 dní pred oficiálnym začiatkom experimentu, aby mali dostatok času na nákup potravín, a zároveň aby sme my mali dostatok času na prerobenie jedálničky, ak by mal niektorý participant k nemu pripomienky.

Realizačná fáza. V tejto fáze sme spustili experiment, konkrétne 14. novembra 2022. Na konci každého týždňa sme účastníkov požiadali, aby nám napísali, ako sa im darilo v daný týždeň a koľkokrát jedálničiek porušili, aby sme tak prípadne vedeli účastníkov vylúčiť z experimentu. Participantov sme ubezpečili, že k nám môžu byť úprimní, čím sme sa snažili docieľiť získanie pravdivých odpovedí. Zároveň sme na konci každého týždňa participantov povzbudzovali a dodávali im tak motiváciu v dodržiavaní jedálničky a pokračovaní v experimente. Experiment skončil 4. decembra 2022. Na konci tretieho týždňa sme účastníkov požiadali o opätovné vyplnenie PSQI a vykonanie testu reakčného

času, pričom sme ich informovali, aby pri vyplňaní PSQI brali do úvahy len posledné tri týždne, t. j. obdobie priebehu experimentu.

Pozorovacia fáza. V poslednej fáze experimentu sme po dvoch mesiacoch (7. februára 2023) opäť kontaktovali našu výskumnú vzorku a poprosili ich o spätnú väzbu – ako zmenili svoje stravovacie návyky, či využívajú niektoré z jedál, ktoré boli súčasťou jedálničky a pod. Touto fázou sme chceli zistiť dlhodobejšie účinky jedálničky na participantov. Účastníkov sme ubezpečili, že k nám môžu byť úprimní, nakoľko to neovplyvní ich výsledky, čím sme opäť chceli dosiahnuť pravdivých odpovedí.

3. Výsledky

Tabuľka 1 zobrazuje deskriptívne charakteristiky premenných Kvalita spánku 1 a Kvalita spánku 2, resp. kvalita spánku pred experimentom a kvalita spánku po experimente. Participant v experimentálnej skupine dosahovali priemerne v prvom meraní skóre 6,8 (ŠO = 2,4). Najnižšie vyskytujúce sa skóre bolo 2 a najvyššie 11. Medzikvartilové rozpätie sa nachádza medzi 5 a 9 bodmi. V druhom meraní dosahovali participant v experimentálnej skupine priemerne skóre 4,3 (ŠO = 2,0). Najnižšie vyskytujúce sa skóre bolo 1 a najvyššie 7. Medzikvartilové rozpätie sa nachádza medzi 3 a 6 bodmi. Z uvedeného vyplýva, že participant mali pred začiatkom experimentu horšiu kvalitu spánku a po skončení experimentu lepšiu, čím zároveň odpovedáme na V1.

Tabuľka 1 Výsledky testovania V1

	Kvalita spánku 1	Kvalita spánku 2
N	11	11
Priemer	6,8	4,3
Medián	7	5
Modus	5	3
Štd. odch.	2,4	2,0
Minimum	2	1
Maximum	11	7
1. kvartil	5	3
3. kvartil	9	6

Po zistení normálneho rozloženia premenných Kvalita spánku 1 ($W = 0,975$, Sig. = 0,935) a Kvalita spánku 2 ($W = 0,933$, Sig. = 0,438) sme pre overenie H1 zvolili t-test pre dva závislé výbery, ktorého výsledky sú znázornené v Tabuľke 2. Korelácia medzi prvým a druhým meraním dosahuje $r = 0,522$ pri Sig. = 0,05. Výsledky t-testu potvrdili významný rozdiel medzi meraniami ($t = 3,825$, Sig. = 0,03). Z priemerných hodnôt pre prvé meranie (6,8) a druhé meranie (4,3), s rozdielom 2,5 vyplýva, že pri druhom meraní došlo k významnému zlepšeniu kvality spánku u participantov. Hypotézu H1 prijímame. Tabuľka 2 ďalej zobrazuje výsledky testovania H2. Pre overenie výsledkov kontrolnej skupiny sme použili t-test pre dva nezávislé výbery z dôvodu zistenia normálneho rozloženia premenných Kvalita spánku 1 ($W = 0,952$, Sig. = 0,562) a Kvalita spánku 2 ($W = 0,947$, Sig. = 0,474). Korelácia medzi prvým a druhým meraním dosahuje $r = 0,790$, pri Sig. = <01. Výsledky nepreukázali významné rozdiely medzi meraniami ($t = 0,159$, Sig. = 0,876). Z uvedeného vyplýva, že v kontrolnej skupine nedošlo k významným zmenám. Hypotézu H2 prijímame.

Tabuľka 2 Výsledky testovania H1 a H2

		Priemer	N	ŠO	Korelácia (r)	Sig.
Experimentálna skupina	Kvalita spánku 1	6,8	11	2,4	0,522	0,05
	Kvalita spánku 2	4,3	11	2,0		
Kontrolná skupina	Kvalita spánku 1	5,5	15	2,2	0,790	<01
	Kvalita spánku 2	5,4	15	2,6		
		t		df		Sig.
Experimentálna skupina	Kvalita spánku 1 – Kvalita spánku 2	3,825		10		0,003
Kontrolná skupina	Kvalita spánku 1 – Kvalita spánku 2	0,159		14		0,876

Shapiro-Wilkov test normality ukázal normálne rozloženie premennej „Reakčný čas 2“ ($W = 0,861$, Sig. = 0,060) a nesplnenie podmienky normálneho rozloženia premennej „Reakčný čas 1“ ($W = 0,784$, Sig. = 06). Z tohto dôvodu sme pre overenie H3 použili Wilcoxonov znamienkovo-poradový test, ktorého výsledky znázorňuje Tabuľka 4. Výsledky poukazujú na nevýznamný rozdiel medzi meraniami ($Z = -1,423$, Sig. = 0,155). Z uvedeného vyplýva, že medzi meraniami reakčného času nedošlo k významnej zmene, preto hypotézu H3 zamietame.

Tabuľka 4 Výsledky testovania H3

	N	Priemer	ŠO	Min	Max	1.kvartil	Medián	3.kvartil
Reakčný čas 1	11	316,9	57,4	267	465	276	302	353
Reakčný čas 2	11	294,2	49,4	242	384	259	269	341
Poradia	N	Priemerné poradie			Wilcoxonov test			
Negatívne	8 ^a	6,1			Z	-1,423		
Pozitívne	3 ^b	5,7						
Zhodné	0 ^c				Sig.	0,155		
Spolu	11							

^a Reakčný čas 2 < Reakčný čas 1

^b Reakčný čas 2 > Reakčný čas 1

^c Reakčný čas 2 = Reakčný čas 1

Pre overovanie H4 sme z dôvodu malého súboru a nesplnenia podmienky normálneho rozloženia dát premennej „Reakčný čas 1“ ($W = 0,784$, Sig. = 06) zvolili Spearmanov koeficient poradovej korelácie. Výsledky prezentované v Tabuľke 5 poukazujú na slabý, nevýznamný vzťah medzi kvalitou spánku a reakčným časom ($\rho = -0,247$, Sig. = 0,224). Hypotézu H4 zamietame.

Tabuľka 5 Výsledky testovania H4

Kvalita spánku 1	Reakčný čas 1
Spearmanovo ρ	-0,247
Sig.	0,224
N	26

Z dôvodu ordinálnej úrovne premenných sme pre testovanie VO₂ zvolili Wilcoxonov znamienkovo-poradový test. Horná časť Tabuľky 6 zobrazuje deskriptívne hodnoty

prvého merania ($M = 1,3$; $Med = 1$) a druhého merania ($M = 0,6$; $Med = 1$). Dolná časť tabuľky znázorňuje zlepšenie subjektívneho vnímania kvality spánku v druhom meraní, a to v 7 prípadoch, zhoršenie v 0 prípadoch a nezmenené hodnotenie v 4 prípadoch. Výsledky testu potvrdzujú významný rozdiel medzi meraniami ($Z = -2,646$, $Sig. = 08$). Z uvedeného vyplýva, že medzi prvým a druhým meraním došlo k významnému rozdielu v subjektívnom ponímaní kvality spánku, ako aj k jeho zlepšeniu v druhom meraní.

Tabuľka 6 Výsledky testovania VO2

	N	Priemer	ŠO	Min	Max	1.kvartil	Medián	3.kvartil
Sub. kvalita spánku 1	11	1,3	0,6	0	2	1	1	2
Sub. kvalita spánku 2	11	0,6	0,5	0	1	0	1	1
Poradia	N	Priemerné poradie			Wilcoxonov test			
Sub. kvalita spánku 1 – Sub. kvalita spánku 2	Negatívne	7 ^a	4		Z	-2,646		
	Pozitívne	0 ^b	0					
	Zhodné	4 ^c			Sig.	0,008		
	Spolu	11						

^a Subjektívna kvalita spánku 2 < Subjektívna kvalita spánku 1

^b Subjektívna kvalita spánku 2 > Subjektívna kvalita spánku 1

^c Subjektívna kvalita spánku 2 = Subjektívna kvalita spánku 1

Ako odpoveď na VO3 uvádzame Tabuľku 7. Pre zistenie rozdielu medzi prvým a druhým meraním sme použili Wilcoxonov znamienkovo-poradový test z dôvodu ordinálnej úrovne premenných. Horná časť tabuľky znázorňuje deskriptívne hodnoty pre prvé meranie ($M = 1,4$; $Med = 1$) a druhé meranie ($M = 0,5$; $Med = 0$). V dolnej časti tabuľky je možné vidieť rozdiel medzi meraniami komponentu dennej dysfunkcie. V druhom meraní došlo k zlepšeniu v 7 prípadoch, zhoršeniu v 0 prípadoch a žiadnej zmene v 4 prípadoch. Výsledky Wilcoxonovho testu poukazujú na významný rozdiel medzi meraniami ($Z = -2,428$, $Sig. = 0,015$). Z uvedeného vyplýva, že v druhom meraní došlo k zlepšeniu v rámci komponentu dennej dysfunkcie, t. j. účastníci pociťovali menej problémov s vykonávaním každodenných aktivít a viac energie počas dňa ako v prvom meraní.

Tabuľka 7 Výsledky testovania VO3

	N	Priemer	ŠO	Min	Max	1.kvartil	Medián	3.kvartil
Denná dysfunkcia 1	11	1,4	0,8	0	3	1	1	2
Denná dysfunkcia 2	11	0,5	0,5	0	1	0	0	1
Poradia	N	Priemerné poradie			Wilcoxonov test			
Denná dysfunkcia 1 – Denná dysfunkcia 2	Negatívne	7 ^a	4		Z	-2,428		
	Pozitívne	0 ^b	0					
	Zhodné	4 ^c			Sig.	0,015		
	Spolu	11						

^a Denná dysfunkcia 2 < Denná dysfunkcia 1

^b Denná dysfunkcia 2 > Denná dysfunkcia 1

^c Denná dysfunkcia 2 = Denná dysfunkcia 1

VO4 sme zisťovali prostredníctvom vyjadrení účastníkov o jedálničku a jeho dlhodobých účinkoch. Každý účastník uviedol, že si z jedálnička niečo odniesol, a to v podobe receptov,

konzumácie určitej potraviny či iných aspektov. Zároveň dvaja účastníci (účastníci č. 2 a 6) uviedli, že stravovanie bolo pre nich viac-menej rovnaké ako pred experimentom, preto sa v ich stravovacích návykoch nič nezmenilo. Účastník č. 3 uviedol, že sa nezačal zdravo stravovať. Naopak, piati účastníci uviedli, že v zdravom stravovaní pokračujú alebo zmenili svoje stravovacie návyky v podobe pravidelnejšieho príjmu ovocia a zeleniny. Dvaja účastníci (účastníci č. 6 a 11) uviedli, že sa vďaka jedálničku začali pravidelnejšie stravovať a ďalší dvaja účastníci (účastníci č. 7 a 9) uviedli, že počas trvania experimentu znížili svoju telesnú hmotnosť.

4. Diskusia

Výsledky potvrdili vzťah medzi zdravým stravovaním a kvalitou spánku. V porovnaní s kontrolnou skupinou, ktorej hodnoty zostali pomerne nezmenené a nevýznamné, dosiahla experimentálna skupina pozitívnu zmenu v kvalite spánku. Tento výsledok súhlasí s doterajšími zisteniami mnohých autorov (Khan a kol., 2015; Peuhkuri a kol., 2012; Ramón-Arbués a kol., 2022; Wilson a kol., 2022; Zeron-Ruggerio a kol., 2020; Zuraikat a kol., 2020), ktorí túto koreláciu potvrdili. Pri zisťovaní tohto vzťahu nás zaujala položka užívania liekov na spanie v rámci PSQI, v ktorej jeden účastník experimentálnej skupiny v prvom meraní označil možnosť „tri a viackrát za týždeň“. V druhom meraní uviedol, že tieto lieky už neužíva, čo mohlo byť spôsobené stanoveným jedálničkom, ale zároveň aj inými faktormi.

V kontexte reakčného času a zdravého stravovania nás výsledok skúmania prekvapil. Na základe predošlých zistení o korelácii týchto premenných (Burkovskaya, 2022; Ekstrand a kol., 2021; Oliver a kol., 2021; Roda, 2020; van de Rest a kol., 2015) sme predpokladali potvrdenie vzťahu medzi týmito premennými. Pozitívnemu výsledku naznačovalo aj porovnanie prvého a druhého merania reakčného času (viď Tabuľka 4), pričom práve meranie po skončení experimentu vykazuje nižšie hodnoty v priemere a kvartiloch, a zároveň v negatívnych prípadoch došlo u 8 účastníkov k zlepšeniu. Napriek týmto zisteniam sa vzťah reakčného času a zdravého stravovania nepotvrdil, pravdepodobne z dôvodu malej výskumnej vzorky. Príčinu ďalej predpokladáme v nedostatočnom obsiahnutí potravín v rámci jedálničku, ktoré sme spomínali vyššie a ktoré podľa autorov (Biostrap, n. d.; Burkovskaya, 2022; Oliver a kol., 2021; Roda, 2020) zlepšujú výkon v reakčnom čase. Práve príjem kofeínu sa prejavuje ako najefektívnejší zdroj zlepšenia reakčného času, no ten sme vedeli zabezpečiť len v rámci konzumácie kávy, ktorú nepili všetci účastníci. Do jedálničku sme zaradili množstvo bielkovín, špenátu a vajec, čím sme chceli nahradiť chýbajúci kofeín. Vzhľadom na to, že účastníci si mohli ovocie a zeleninu meniť podľa vlastných preferencií, i keď bol jedálniček zostavený pre každého individuálne, predpokladáme, že mohlo dôjsť k zníženiu konzumácie ďalších druhov zeleniny priaznivo pôsobiacich na reakčný čas. Podobný problém nastal aj pri zisťovaní korelácie reakčného času s kvalitou spánku. Hoci zistenia autorov naznačujú spojitosť medzi týmito premennými (Choudhary a kol., 2016; Taheri a Arabameri, 2012; van den Berg a Neely, 2016), v rámci nášho experimentu sa nám tento vzťah nepodarilo potvrdiť. Problém nachádzame v nedostatočnej kvalite spánku, nakoľko väčšine účastníkov v experimentálnej skupine sa spánok po druhom meraní zlepšil, no nedosiahli skóre nižšie ako 5 bodov, t. j. ich spánok sa nedá považovať za kvalitný. Ďalej predpokladáme, že k nepotvrdeniu tohto vzťahu mohla prispieť aj malá výskumná vzorka.

Za najväčší limit experimentu považujeme nemožnosť osobného kontrolovania účastníkov a zaistenia sterilných podmienok, čo sme sa pokúsili nahradiť pravidelným zisťovaním pokroku participantov a možného porušenia jedálničku, na základe čoho sme sa

rozhodovali, či môže byť účastník naďalej súčasťou experimentu. Ďalším limitom je malá výskumná vzorka, v dôsledku čoho nie je možné výsledky dostatočne zovšeobecniť na celkovú populáciu. Ďalej v dôsledku odchodu 3 účastníkov a vylúčenia 1 participanta došlo k nerovnosti skupín. Okrem iného nastala v experimentálnej skupine nerovnosť pohlaví. V neposlednom rade mohlo dôjsť k sociálne žiadúcim odpovediam, nakoľko všetci participant si boli vedomí cieľu experimentu. Tento problém sme sa snažili eliminovať uisťovaním účastníkov o ich úprimnosti k nám.

Literatúra

- Biostrap (n. d.). How to Improve Reaction Time Through Physical and Mental Exercises. Biostrap. https://biostrap.com/academy/how-to-improve-reaction-time/#Nutrition_and_Brain_Health
- Breus, M. (2023). The Best Foods for Sleep. The Sleep Doctor. <https://thesleepdoctor.com/nutrition/the-best-foods-for-sleep/>
- Burkovskaya, N. (5. november 2022). How to Improve Reaction Time: The Ultimate Guide. RaiseTwice. <https://raisetwice.com/improvement/how-to-improve-reaction-time/>
- Buysse, D. J., Reynolds III., Ch. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. https://www.sleep.pitt.edu/wp-content/uploads/Study_Instruments_Measures/PSQI-Article.pdf
- Ekstrand, B., Scheers, N., Rasmussen, M. K., Young, J. F. , Ross, A. B., & Landberg , R. (2021). Brain foods - the role of diet in brain performance and health. *Nutrition Reviews*, 79(6), 693-708. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa091>
- Epstein, L. J., & Mardon, S. (2007). *Harvard Medical School Guide to A Good Night's Sleep*. The McGraw-Hill Companies. 10.1036/0071467432
- Greer, S. M., Goldstein, A. N., Walker, M. P. (2013). The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. *Nature Communications*, 4, Článok 2259. <https://doi.org/10.1038/ncomms3259>
- Human Benchmark (n. d.). Reaction Time Test. Human Benchmark. <https://humanbenchmark.com/tests/reactiontime>
- Choudhary, A. K., Kishanrao, S. S., Dhanvijay, A. K. D., & Alam, T. (2016). Sleep restriction may lead to disruption in physiological attention and reaction time. *Sleep Science*, 9(3), 207-211. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2016.09.001>
- Jakobsen, L. H., Kondrup, J., Zellner, M., Tetens, I., & Roth, E. (2011). Effect of a high protein meat diet on muscle and cognitive functions: A randomised controlled dietary intervention trial in healthy men. *Clinical Nutrition*, 30(3), 303-311. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.12.010>
- Khan, M. K. A., Chu, Y. L., Kirk, S. F. L., & Veugelers, P. J. (2015). Are sleep duration and sleep quality associated with diet quality, physical activity, and body weight status? A population-based study of Canadian children. *Canadian Journal of Public Health*, 106, e277-e282. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4892>
- Klobučníková, K. (2021). *Základy fyziológie a porúch spánku (1. ed.)*. Univerzita Komenského v Bratislave.

- Makovská, M. (2022). *Mise: Tělo snů za 21 dnů*. CZECH NEWS CENTER.
- Nilsson, A., Tovar, J., Johansson, M., Radeborg, K., & Björck, I. (2013). A diet based on multiple functional concepts improves cognitive performance in healthy subjects. *Nutrition & Metabolism*, 10, Článok 49. <https://doi.org/10.1186/1743-7075-10-49>
- Oliver, L. S., Sullivan, J. P., Russell, S., Peake, J. M., Nicholson, M., McNulty, C., & Kelly, V. G. (2021). Effects of Nutritional Interventions on Accuracy and Reaction Time with Relevance to Mental Fatigue in Sporting, Military, and Aerospace Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 307. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010307>
- Peuhkuri, K., Sihvola, N., & Korpela, R. (2012). Diet promotes sleep duration and quality. *Nutrition Research*, 32(5), 309-319. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2012.03.009>
- Ramón-Arbués, E., Granada-López, J-M., Martínéz-Abadía, B., Echániz-Serrano, E., Antón-Solanas, I., & Jerue, B. A. (2022). The Association between Diet and Sleep Quality among Spanish University Students. *Nutrients*, 14(16), 3291. <https://doi.org/10.3390/nu14163291>
- Roda, M. (2020). *How to improve reaction time: the complete guide*. Reflexion. <https://reflexion.co/blog/improve-reaction-time/#::~:~:text=Vitamin%2Drich%20foods%20like%20broccoli,signals%20at%20incredibly%20fast%20speeds>
- Spencer, J. P. E. (2008). Food for thought: the role of dietary flavonoids in enhancing human memory, learning and neuro-cognitive performance. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(2), 238-252. <https://doi.org/10.1017/S0029665108007088>
- Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., & Van Cauter, E. (2004). Brief Communication: Sleep Curtailment in Healthy Young Men Is Associated with Decreased Leptin Levels, Elevated Ghrelin Levels, and Increased Hunger and Appetite. *Annals of Internal Medicine*, 141(11), 846-850. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-11-200412070-00008>
- Taheri, M., & Arabameri, E. (2012). The Effect of Sleep Deprivation on Choice Reaction Time and Anaerobic Power of College Student Athletes. *Asian Journal of Sports Medicine*, 3(1), 15-20. 10.5812/asjasm.34719
- van de Rest, O., Berendsen, A. A. M., Haveman-Nies, A., & de Groot, L. C. P. G. M. (2015). Dietary Patterns, Cognitive Decline, and Dementia: A Systematic Review. *Advances in Nutrition*, 6(2), 154-168. <https://doi.org/10.3945/an.114.007617>
- van den Berg, J., & Neely, G. (2016). Performance on a Simple Reaction Time Task While Sleep Deprived. *SAGE Journals*, 102(2). <https://doi.org/10.2466/pms.102.2.589-599>
- Wilson, K., St-Onge, M-P., & Tasali, E. (2022). Diet Composition and Objectively Assessed Sleep Quality: A Narrative Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 122(6), 1182-1195. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.01.007>
- Wu, Y., Zhai, L., Zhang, D. (2014). Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. *Sleep Medicine*, 15(12), 1456-1462. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.07.018>
- Zeron-Ruggerio, M. F., Ortega-Regules, A. E., Porrás-Loaiza, M. A. P., Longo-Silva, G., Cambras, T., & Izquierdo-Pulido, M. (2020). Low sleep and diet quality impact on well-being among Mexican college students. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(2), E217. 10.1017/S0029665120001652

Zuraikat, F. M., Makarem, N., Liao, M., St-Onge, M-P., & Aggarwal, B. (2020). Measures of Poor Sleep Quality Are Associated With Higher Energy Intake and Poor Diet Quality in a Diverse Sample of Women From the Go Red for Women Strategically Focused Research Network. *Journal of the American Heart Association*, 9, Článok e014587. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014587>

Kontaktné údaje:

¹ Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu 2, +421 917 267 205, marcinekova1@ucm.sk

VLIV OMEZENÉ ZEVNÍ STIMULACE NA OBSAH, DYNAMIKU A PROŽÍVÁNÍ DYADICKÉ KOMUNIKACE

THE EFFECT OF RESTRICTED ENVIRONMENTAL STIMULATION
ON THE CONTENT, DYNAMICS, AND EXPERIENCING
OF DYADIC COMMUNICATION

Magdalena Žejdlová¹ – Marek Malůš² – Veronika Kavková³

Abstrakt: Cílem této pilotní experimentální studie bylo prozkoumat vliv omezené zevní stimulace v podobě absolutní tmy na obsah, dynamiku a subjektivní prožívání mezilidské dyadické komunikace. Výzkum porovnával interakce mezi dvojicemi komunikujících osob v podmínkách světla a tmy, přičemž byl zaměřen na změny v hloubce konverzace, míře uvolněnosti a dynamice komunikace. Data byla zpracována kvalitativní tematickou analýzou s důrazem na interpretaci uvedených aspektů komunikace. Klíčová zjištění naznačují, že tma může podpořit hlubší konverzační témata, zvýšit míru uvolněnosti a zlepšit soustředění, což má potenciální využití v terapeutických sezeních a dalších profesionálních kontextech, kde je kladen důraz na kvalitu komunikace a emoční propojení.

Klíčové slová: omezená zevní stimulace, tma, dyadická komunikace, tematická analýza, kvalita komunikace

Abstract: The aim of this pilot experimental study was to explore the effect of restricted environmental stimulation in the form of absolute darkness on the content, dynamics, and subjective experiencing of interpersonal dyadic communication. The study compared interactions between pairs of communicators under conditions of light and darkness, focusing on changes in conversation depth, level of relaxation, and communication dynamics. Data were processed using qualitative thematic analysis, with an emphasis on interpreting these aspects of communication. Key findings suggest that darkness may foster deeper conversational topics, increase relaxation, and enhance focus, with potential applications in therapeutic sessions and other professional contexts that prioritize communication quality and emotional connection.

Keywords: restricted environmental stimulation, darkness, dyadic communication, thematic analysis, communication quality

1. Úvod

Tma je dlouhodobě vnímána jako prostředek introspekce a klidu, ale také jako zdroj strachu a negativních emocí. V různých kulturách a náboženstvích slouží jako nástroj pro meditaci a sebepoznání (Kupka et al., 2014). Historický vývoj metod omezené zevní stimulace zahrnuje duchovní praktiky, jako jsou taoistické meditace prováděné v jeskyních nebo rituály spojené s temnými komorami v evropských katakombách (Chia, 2002). Jak uvádí Urbiš (2012), většina duchovních tradic využívá technik práce s tmou již po tisíce let s cílem dosáhnout duchovního osvětlení. V západním světě se terapie tmou etablovala jako forma alternativní terapie v průběhu 20. století. Mezi prvními průkopníky byl německý psycholog a psychoterapeut Holger Kalweit, který metodu popularizoval ve své knize Dunkeltherapie: Die Vision des inneren Lichts (Kalweit, 2006). Na vědecké bázi zkoumání omezené zevní stimulace započalo v 50. letech 20. století, kdy vědec John C. Lilly hledal metody ke zkoumání reakce mozku na smyslovou deprivaci (Lilly, 1977). V posledních desetiletích se stále častěji setkáváme s metodami spadajícími pod souhrnný název

Restricted Environmental Stimulation Technique/Therapy (REST), jak tento termín zavedl Suedfeld (1980). V českém prostředí se tato zkratka překládá jako Technika omezené zevní stimulace (Kupka et al., 2014). Anglická zkratka REST někdy nahrazuje slovo "Technique" termínem "Therapy," a to v závislosti na aplikačním kontextu techniky. REST vychází z dřívějších metod smyslové deprivace, nicméně současná metodologie je zaměřena na snížení vnějších stimulů za podmínek bezpečí a komfortu, často i po delší časové úseky (24 hodin a více) (Kaye, 2009a, 2009b; Kupka et al., 2019; Suedfeld, 1980; Zubek, 1969). Díky těmto výzkumům bylo zjištěno, že omezená zevní stimulace umožňuje duševní relaxaci, což může zlepšit kognitivní funkce a emoční pohodu. Novodobé využití omezené zevní stimulace si získalo pozornost pro své terapeutické benefity, zejména při zvládnutí stresu (Kupka et al., 2014), redukci rozličných psychopatologických symptomů (Maluš et al., 2017) i při podpoře duševního zdraví (Maluš et al., 2016). Její cílené využití pro zkoumání kvality komunikačních procesů je zatím v začátcích.

Interpersonální komunikace v prostředí s omezenou zevní stimulací, konkrétně v úplné tmě, sebou přináší jistá specifika. Ve tmě, kde nejsou vizuální neverbální signály patrné, kladou lidé větší důraz na verbální složku komunikace, zejména pak na hlas, jakožto hlavní prostředek mluvené interakce (Janoušek, 2015). Podobně jako neverbální komunikace, umožňuje verbální komunikace sdílet složité významy (Boukalová, 2023). Komunikace ve tmě tak může zvýšit pozornost na tón hlasu, rytmus řeči a volbu slov. Albert Mehrabian, známý svými výzkumy neverbální komunikace, shrnuje své poznatky v knize *Silent Messages* (1971), kde představuje tzv. pravidlo 7-38-55. Podle tohoto pravidla nese 7 % významu komunikace slovní obsah, 38 % tón hlasu a 55 % neverbální projevy, jako jsou mimika a gestikulace. Toto pravidlo je však často nesprávně interpretováno, protože Mehrabian se zaměřoval na komunikaci pocitů a postojů, zejména v případech, kdy je verbální a neverbální složka v rozporu. Například při vyjádření „Miluji tě“ s chladným tónem a nevýrazným obličejem mají neverbální signály větší váhu než samotná slova. Mehrabian (1971) tedy zdůrazňuje, že neverbální signály jsou klíčové pro přenos emocí a postojů. Vzhledem k tomu, že ve tmě je neverbální komunikace výrazně regulována, vyvstává otázka, zda tento hendikep může být nahrazen jinými prostředky a zda nedochází k absenci důležitých významů sdělení. Jak se mění lidská interakce a komunikace, se snažily zodpovědět dřívější výzkumy, sledující podobu lidského fungování ve snížených až limitovaných světelných podmínkách.

Studie *Getting Close in the Dark: Darkness Increases Cooperation* ukázala, že lidé jsou v temných podmínkách ochotnější ke spolupráci, přičemž tma podporuje pocit blízkosti mezi lidmi. Tento efekt byl však patrný pouze tehdy, pokud bylo možné navázat bližší vztah, a byl ovlivněn individuálními vlastnostmi účastníků (Werth et al., 2012). Tyto nálezy naznačují, že environmentální faktory, jako je tma, mohou podporovat prosociální chování, zejména tam, kde je spolupráce přínosná.

Další studie, *Uncontrolled Thoughts in the Dark? Effects of Lighting Conditions and Fear of the Dark on Thinking Processes*, zkoumala vliv různých světelných podmínek a strachu ze tmy na myšlenkové procesy mladých dospělých. Jedinci s vyšším strachem ze tmy psali v polotmavých podmínkách delší příběhy a využívali více primárních procesních slov, typických pro obrazotvornost a asociativní myšlení, než v dobře osvětlených místnostech (Kopcsó & Láng, 2019).

Ve výzkumu *Effects of indoor lighting (illuminance and spectral distribution) on the performance of cognitive tasks and interpersonal behaviors: The potential mediating role of positive affect* bylo zjištěno, že nízké osvětlení (150 luxů) a teplé bílé světlo podporují pozitivnější hodnocení a spolupráci ve srovnání s vyšším osvětlením (1500 luxů) a studeným bílým světlem (Baron et al., 1992). Tato zjištění naznačují, že snížené osvětlení může ovlivnit nejen náladu, ale i rozsah používaných slov a charakter komunikace.

Ve tmě dochází k omezení ostroty a podrobnosti vizuálního vnímání, což vede k více abstraktním reprezentacím (Kopcsó & Láng, 2019). Výzkum naznačuje, že tma je spojena spíše s vyššími úrovněmi vnímání než s nižšími (Steidle et al., 2011), což může způsobit, že se lidé více spoléhají na verbální komunikaci. Tento nedostatek vizuálních podnětů může podpořit podrobnější a hlubší vyjadřování myšlenek a pocitů.

Souborně tyto studie naznačují, že snížené světelné podmínky, až tma, mohou podporovat bližší sociální interakce, spolupráci, kreativitu a obrazotvornost. Omezení vizuálních podnětů přispívá k hlubšímu a podrobnějšímu vyjadřování myšlenek a podporuje spíše vyšší úroveň vnímání a abstraktní reprezentace (Steidle et al., 2011). V takových podmínkách se lidé více spoléhají na verbální komunikaci, což může vést k bohatšímu a propracovanějšímu slovnímu projevu.

Na základě uvedených studií, ale i osobní zkušenosti s pobyty a psychologickými konzultacemi v prostředí chamber REST, lze předpokládat, že omezení rušivých vlivů, zejména těch vizuálních, umožňuje soustředěnější a kvalitnější interakci, což se stalo inspirací pro tuto studii. Hlavním cílem této studie je tedy zkoumat vliv tmy na dynamiku, obsah a prožívání komunikace. V souladu s tímto cílem byly formulovány tři výzkumné otázky:

VO₁: Jaký efekt má omezená zevní stimulace na obsah dyadické komunikace?

VO₂: Jaký efekt má omezená zevní stimulace na dynamiku dyadické komunikace?

VO₃: Jaký efekt má omezená zevní stimulace na prožívání dyadické komunikace?

Tento článek vychází z bakalářské práce první autorky obhájené na Ostravské univerzitě v roce 2024. Metodologický koncept práce byl vytvořen a realizován pod supervizí druhého autora. Text byl adaptován a zkrácen pro účely publikace.

2. Metody

2.1. Výzkumný soubor

Výsledný výzkumný soubor tvořilo 28 participantů (14 dyád). Kvalifikačním kritériem pro účast ve výzkumu byla existence kamarádského/přátelského neerotického vztahu mezi komunikačními partnery, aby bylo zajištěno dostatečné množství společných témat pro konverzaci. Všichni účastníci byli vysokoškolští studenti, z toho 25 žen a 3 muži. Participantů bylo získáno metodou účelového výběru prostřednictvím sociálních sítí, e-mailu, letáků nebo metodou sněhové koule.

2.2. Výzkumná procedura

Výzkum byl realizován ve specializované laboratoři vybudované druhým autorem studie jako prostor s vysokou akustickou a úplnou světelnou izolací pro experimenty typu

chamber REST (viz Obrázek 1). Místnost má zatemněné okno překryté tlustou akustickou deskou a těžkým zatemňovacím závěsem. Nachází se zde dvě stejná křesla s dekami, stoleček s kapesníky. Stěny a dělící závěsy jsou bílé a vstupní dveře jsou během výzkumných procedur z vnější strany rovněž odhlučněny tlustou akustickou deskou (lisovaná pěna o vysoké hustotě vsunutá do rámu dveří po jejich uzavření). Laboratoř je před každou studií vyvětrána a ošetřena přírodním osvěžovačem vzduchu, teplota se pohybuje mezi 21 a 23 °C.

Participantů vstupovali do laboratoře ve dvojicích, přičemž podmínkou vstupu byla existence předchozího kamarádského vztahu, aby měli společná témata k rozhovoru. Délka jejich vztahu nebyla nijak specifikována. Před vstupem do laboratoře vyplnili první formulář (3-5 minut). Poté následovaly dvě 25minutové volné komunikační interakce s partnerem. Polovina dvojic začínala komunikací ve tmě a pokračovala komunikací na světle (v téže laboratoři), druhá polovina párů měla pořadí tma/světlo opačné. Toto rozdělení pořadí světelných podmínek bylo náhodné. Přepínání mezi světlem a tmou bylo prováděno pomocí bluetooth ovladače z chodby, aniž byl experimentální prostor fyzicky narušen výzkumníkem. Po takto strávených 50 minutách měli participantů 2-3 minuty na dokončení svých konverzací. Nakonec vyplnili druhý, rozsáhlejší formulář (20-30 minut).



Obrázek 1 – Výzkumná chamber REST laboratoř (převzato z Žejdlová, 2024, s.25)

2.3. Výzkumné nástroje

Pro sběr dat byly použity dva formuláře. První (kvantitativní) formulář byl zaměřen na základní údaje o povaze vztahu mezi komunikačními partnery, druhý (kvalitativní) na hodnocení subjektivních zkušeností z experimentu.

První formulář sestával z položek zodpídaných na škále Likertova typu, kdy participanti (každý sám za sebe) porovnávali aspekty vztahu ke zvolenému komunikačnímu partnerovi v kontextu svých ostatních vztahů. Obsahoval otázky typu: „Jak dobře se znáte ve srovnání s ostatními lidmi ve vašem životě?“. K této otázce náležela odpověďova škála „0 - člověk, kterého neznám vůbec, 10 - člověk se kterým se znám ve svém životě nejlépe“.

Druhý formulář sestával z otevřených otázek poskytujících prostor pro vlastní vyjádření, např.: „Popište vaše zkušenosti na světle a ve tmě z hlediska prožívání a srovnajte je (z hlediska psychického a fyzického napojení na sebe sama a na komunikačního partnera, energetického napojení, co vám bylo příjemné/nepříjemné..jak jste se prostě cítil/a, prožíval/a).“, „Jak se vyvíjela vaše konverzace po obsahové stránce? Stručně popište Vaši zkušenost. Porovnejte jaká témata jste otevřeli ve tmě a jaká na světle.“, „Popište a srovnajte, kam směřovalo vaše soustředění na světle / ve tmě?“.

Pro kvalitativní analýzu byla zvolena metodika tematické analýzy, přičemž hlavní důraz byl kladen na identifikaci a interpretaci klíčových témat v oblasti obsahu, dynamiky a prožívání mezilidské komunikace. Výpovědi účastníků byly elektronicky zaznamenávány prostřednictvím Google Forms, což usnadnilo přístup k datům a jejich následné zpracování. Analytický proces vycházel z rámce tematické analýzy, jak jej navrhli Braun a Clarke (2006), s cílem vytvořit strukturované kódování odpovědí.

Každý příspěvek byl pečlivě kódován pomocí slovních kódů, které reflektovaly hlavní myšlenky a klíčové aspekty vyjádřené v odpovědích. Tyto kódy byly následně seskupeny do kategorií na základě jejich vztahu k výzkumným otázkám a tříděny podle hlavních tematických oblastí – tedy obsahu, dynamiky a prožívání komunikace. Výsledný soubor kódů prošel několika koly revize a validace, aby byla zajištěna konzistence a přesnost přiřazení k jednotlivým tématům. Každé téma bylo dále analyzováno a roztrženo na podtémata, která podrobněji popisovala specifika komunikace ve studovaném kontextu.

Po identifikaci a definování hlavních témat byla provedena frekvenční analýza jejich výskytu napříč rozhovory, což umožnilo porovnání jejich důležitosti a identifikaci převládajících trendů. Uvedené kroky byly realizovány pouze autorkou studie, bez validace dalším výzkumníkem nebo vedoucím práce. Příklady reprezentativních citací byly přiřazeny k jednotlivým tématům, což umožnilo konkrétní ilustraci daných jevů a zajišťovalo autenticitu a transparentnost interpretace výsledků. Tento proces kvalitativní analýzy tak poskytl hloubkový náhled na dynamiku a prožívání mezilidské komunikace ve snížených světelných podmínkách, což bylo stěžejním cílem studie.

2.4. Etické hledisko

Účastníci se přihlásili dobrovolně na základě informovaného souhlasu, přičemž měli možnost klást otázky před zahájením procedury. Účast byla zcela dobrovolná, s možností kdykoli výzkum přerušit. Data byla anonymizována pomocí kódů a přístup k nim měla pouze autorka a její vedoucí. Laboratoř byla připravena tak, aby zajistila komfort a bezpečí (např. regulace teploty, výměna vzduchu, možnost zamknutí se). Experiment zahrnoval postupný přechod mezi tmou a světlem (použití dálkově ovládané světlo umožňovalo velmi plynulou a pozvolnou regulaci intenzity osvětlení), aby se předešlo nepohodlí. Konverzace nebyly zaznamenávány.

3. Výsledky

Pro základní přehled o povaze vztahů mezi komunikačními partnery před započítím experimentu byl sestaven a vyhodnocen první formulář, z něž vyplynula vysoká míra blízkosti a komunikačního propojení mezi dyádami (v porovnání s ostatními vztahy participantů), které se účastnily této studie.

3.1. Obsah komunikace

Tma v některých případech přinášela větší hloubku a ponoření do tématu. Tento aspekt byl ale zvláště patrný u konverzací, které byly zahájeny na světle a následně se přesunuly do tmy, kde se jejich kvalita zlepšila. Celkově ale můžeme říci, že pokud tma přinesla nějakou změnu v konverzaci, změna byla vnímána pozitivně, ať už v prohloubení konverzace, větší uvolněnosti nebo otevřenosti. Pouze jeden pár (ze 14) uvedl větší hloubku konverzace na světle a tři participanté (z 28) uvedli větší uvolněnost na světle. Zvláště bychom zde chtěli zdůraznit tendenci k prohlubování konverzace v tématech ve tmě oproti rychlejší změně témat na světle (explicitně zmínilo šest participantů). Osm párů, se ve svých výpovědích popisující obsah na světle zmínilo, že probíraly spíše aktuality z jejich života a věci, které se v jejich životech momentálně dějí proti tématům ve tmě, kde konverzace byla spíše zaměřena na budoucnost, soukromější, hlubší nebo emočně náročnější témata.

3.2. Dynamika komunikace

Světlo vedlo často k rychlejšímu a intenzivnějšímu projevu než tma. Celkově čtrnáct participantů (50 %) uvedlo pomalejší tempo dialogu ve tmě, což spojovali s větším klidem a soustředěním, zatímco na světle se cítili rychlejší a např. roztěkanější. Dva participanté popsali opačný efekt, a to, že tempo ve tmě bylo spíše dynamičtější, své výpovědi vysvětlují pozitivně, například že konverzace byla plynulejší: „...Připadalo mi, že tempo ve tmě bylo dynamičtější, konverzace více plynula. Bavili jsme se o něčem, o čem jsme si dříve podle mého nepovídali a bylo to znát...“ Jedenáct participantů tedy uvedlo, že jejich řeč byla rychlejší na světle v porovnání se tmou: „Mluvila jsem rychleji, trvalo mi kratší dobu odpovědět...“, „Na světle mi přišlo, že jsem přemýšlela, mluvila i celkově se chovala rychleji, intenzivněji. Více jsem gestikulovala, a pohybovala se...“. Čtyři participanté uvedli pomalejší řeč na světle, z toho se tři zmínili o zasekávání, vysvětlují: „Světlo ...zasekávání se, a vyhledávání správných slov, musela jsem dát větší pozornost do toho, co druhý říká, musela jsem dát do toho více effortu...Tma – více uklidněná, méně sledování toho jak vypadám, pomalejší, více jsem se rozmyšlela, méně zasekávala, hlubší náslech a pochopení druhého, skoro žádné vnitřní myšlenky, lehčí napojení na druhého, větší pochopení toho, co říká, lepší navazování“. Devět participantů dále uvádí, že proud myšlenek byl pro ně rychlejší na světle a ve tmě spíše zpomalil. Mohli bychom říci, že ve tmě docházelo k celkovému zpomalení a lepšímu napojení mezi komunikačními partnery.

3.3. Prožívání komunikace

Ve tmě se zpočátku u některých participantů objevily nepříjemné pocity, jako úzkost, které se později zmírnily nebo úplně vymizely. Nicméně i na světle někteří participanté zažívali nervozitu a napětí. Přetrvávající nepříjemné pocity ve tmě popsali dva participanté, kteří zmiňují, že pro ně tma přinesla spíše pocity diskomfortu nebo více rušivých podnětů

než světlo. Deset participantů popisovalo, že napojení (psychické, emocionální nebo „energetické“), bylo větší ve tmě. Tma byla pro mnoho participantů příjemnější díky větší uvolněnosti a pocitu anonymity, což vedlo k lepšímu soustředění a otevřenější komunikaci. Nicméně, absence vizuální zpětné vazby ve tmě některým chyběla. Napojení na partnera bylo ve tmě často hlubší a emocionálně silnější, zatímco na světle bylo napojení více fyzické. Deset participantů uvádí, že odstranění zrakových vjemů, jak už z jejich strany nebo ze strany komunikačního partnera, pro ně bylo velice příjemné. Popisují, že se mohli lépe soustředit na své myšlenkové pochody a mysl jim neubíhala jiným směrem, cítili se příjemněji a uvolněněji, jelikož je nikdo neviděl a nemuseli se soustředit na to, jak vypadají. Také oceňovali, že jim celkově ubyly rozptylující okolní podněty. Zvláště zajímavá byla výpověď participantky, která uvedla, že absencí zraku jí přišlo, že „vidí“ své myšlenky („...absencí zraku mi přišlo, že lépe „vidím“ své myšlenky, lépe se mi vyjadřovalo“). Osm participantů se zmínilo, že jim ve tmě naopak zpětná vazba z neverbálního hlediska někdy chyběla, tento fakt ale ne vždy značil větší příjemnost prožívání konverzace na světle. Celkově tma tedy dle výpovědí participantů spíše podporovala větší otevřenost a upřímnost v komunikaci, např. „...menší ostych vyjádření toho co chci říct.“,

„... byla jsem trochu více otevřená.“

Často se participanti ve tmě cítili klidnější a uvolněnější než na světle, což se projevovalo jak fyzicky, tak i v jejich vnitřním světě. Na světle se více soustředili na svůj vzhled a kontrolu nad sebou, což mohlo vést k větší roztržitosti a napětí. Oproti tomu ve tmě byla jejich pozornost více zaměřena na vnitřní myšlenky a pocity, což mohlo podporovat hlubší soustředění a klidnější proud myšlenek. Nemůžeme také opomenout, že někteří participanti se necítili komfortně v prostředí absolutní tmy. Nicméně většina participantů (19) uvedla, že se ve tmě cítili více uvolněně a klidně než na světle, což se projevovalo ve fyzickém (tělesné uvolnění) i duševním rozpoložení. Při komunikaci na světle bylo některými participanty referováno častější fyzické napětí a potřeba vypadat dobře, zatímco ve tmě se jedinci častěji cítili méně sledováni a stresováni svým vzhledem.

4. Diskuse

Výsledky této studie naznačují, že světelné podmínky prostředí, ve kterém komunikace probíhá, různými způsoby a v různé míře ovlivňují kvalitu a dynamiku dyadických interakcí. Ukazuje se, že tma může mít dvojitý efekt: zatímco většině participantů umožňuje hlubší a otevřenější komunikaci, u některých může vyvolávat mírné nepohodlí, což odpovídá i výsledkům Suedfeldovy studie (1980) na téma psychických účinků omezené zevní stimulace. Tento efekt, podpořený teoretickým zázemím, naznačuje, že redukce vnějších stimulů může zvýšit vnitřní soustředění a posílit sebereflexi, což může být zvláště přínosné v terapeutických situacích (Kupka et al., 2019). V této studii uvedli pouze dva účastníci, že světlo pro ně bylo příjemnější, protože tma vyvolávala přetrvávající nepohodlí. Tento fakt může být ovlivněn tím, že účastníci byli do výzkumu rekrutováni dobrovolně a byli informováni o podmínkách, čímž se eliminoval výběr lidí (samovýběr), pro který by byla tma více averzivní.

Výsledky také ukazují, že tma má vliv na psychomotorické tempo komunikace. Čtrnáct účastníků uvedlo, že jejich řeč a myšlenkové procesy byly ve tmě pomalejší a klidnější, což by mohlo vést k většímu soustředění, větší hloubce a otevřenosti. Naopak, komunikace na světle byla častěji více dynamická, což vedlo k povrchnějším tématům. Tyto výsledky jsou

v souladu se studiiemi, které zjistily, že tlumené světlo nebo tma vede k vyšší míře intimity a sebeodhalení (např. Chaikin et al., 1976).

V souladu s dosavadními poznatky, tma nebo přítmi mohou zvyšovat schopnost soustředit se na vnitřní prožitky a na samotnou komunikaci bez rušivých vnějších podnětů (Yabutani et al., 2023). Tento efekt se ukázal i ve výpovědích účastníků, kteří popisovali konverzace ve tmě jako hlubší, uvolněnější a intimnější. Deset účastníků uvedlo, že ve tmě bylo méně rušivých elementů, což přispělo k příjemnějším a soustředěnějším rozhovorům. Devatenáct účastníků zaznamenalo větší uvolnění nebo klid, a patnáct účastníků pozitivněji hodnotilo projev přijímaný od komunikačního partnera. Tato zjištění jsou v souladu se studiiemi Miwy a Hanyua (2006), které prokázaly, že tlumené osvětlení v poradenských místnostech vedlo k otevřenějším a uvolněnějším konverzacím.

I když anonymitu tato studie nezkoumala přímo, účastníci se často zmiňovali o pocitu „neviditelnosti“, který tma poskytovala, a o větší otevřenosti ve vyjadřování. Tento jev je podobný výzkumu Gergena et al. (1973), který zjistil, že anonymita podporuje otevřenější interakce. Tento výsledek také naznačuje, že tma může přispět k prohloubení intimity, protože pocit anonymity pomáhá lidem vyjadřovat se bez obav z hodnocení. Dvacet čtyři z dvaceti osmi respondentů dokonce uvedlo, že by si za určitých okolností (zejména při dostatečné důvěře a z toho plynoucím pocitu bezpečí) dokázali představit terapeutické sezení ve tmě, což naznačuje, že přítmi může být prostředím, které podporuje komunikační hloubku i v terapeutickém kontextu. A to nejen v dialogickém interpersonálním, ale i v intrapersonálním významu – ve smyslu hlubší introspekce, zvyšování uvědomění a podobně (Kupka et al., 2019). Nicméně je důležité brát v potaz individuální rozdíly: pro některé osoby může tma představovat psychologickou zátěž, a proto by bylo vhodné k prostředí přistupovat s ohledem na individuální preference a pohodlí. Tyto poznatky otevírají možnosti pro další výzkum i praktické aplikace, nejen v terapii, ale i v designu prostředí pro komunikaci a vzdělávání.

Tato studie má několik limitů. Výzkumný soubor tvořili převážně vysokoškolští studenti, převážně ženy, což omezuje zobecnitelnost výsledků, protože různé demografické skupiny mohou na prostředí s omezenou stimulací reagovat rozdílně. Délka pobytu ve tmě a světle byla omezena na 25 minut, což může být příliš krátká doba pro plné pochopení vlivu tmy na komunikaci. Laboratorní prostředí, byť simulující reálné podmínky, může mít na účastníky odlišný vliv než přirozenější prostředí. Účastníci byli dvojice s předchozím vztahem, což mohlo ovlivnit kvalitu komunikace. Bylo také zjištěno, že někteří účastníci reagovali na tmu odlišně, například pociťovali úzkost, což ovlivňuje interpretaci dat. Samotná analýza kvalitativních dat byla realizována pouze hlavní autorkou studie.

I přes výše uvedené limity se jedná o slibný směr pro budoucí výzkum, který by mohl prozkoumat variabilitu v individuálních reakcích na tmu a její dlouhodobější účinky. Další studie by měly zahrnovat širší a diverzifikovanější vzorky účastníků a delší experimentální doby, aby bylo možné získat komplexnější obraz o vlivu tmy na komunikaci v různých kontextech. Zároveň by bylo užitečné zkoumat praktické aplikace tohoto efektu v terapii, pedagogice nebo v designu prostředí pro různé typy interakcí.

Závěr

Analýza výsledků ukazuje, že komunikace v prostředí absolutní tmy může přinášet odlišné prožitky a prohloubené emoční propojení oproti komunikaci za světla. Účastníci často

zmiňovali, že podmínka tmy podporovala vyšší míru soustředění a vnitřního klidu, což vedlo k otevřenějším a autentičtějším rozhovorům. Tyto podmínky zároveň posílily propojení jak se sebou samým, tak s komunikačním partnerem, čímž podpořily vyšší úroveň uvolněnosti a důvěry. Získané poznatky tak naznačují, že tma může pro některé jedince představovat facilitující prostředí pro hlubší a kvalitnější mezilidskou interakci. Tato zjištění zároveň otevírají prostor pro aplikaci podobných prostředí v profesionálních kontextech, jako je terapeutická praxe, kde autentické propojení a hloubka komunikace mohou mít významný terapeutický potenciál.

Poděkování

Tento článek vychází z bakalářské práce první autorky obhájené na Ostravské univerzitě v roce 2024, v níž je možné najít veškeré podrobnosti, na které zde nebyl prostor (Žejdlová, 2024). Děkujeme zmíněné instituci a zejména tamním studentům/participantům za realizaci této originální studie.

Literatúra

Boukalová, L. (2023). *Psychologie komunikace*. Grada.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Cooper, G., & Adams, H. E. (1988). Restricted Environmental Stimulation Therapy (REST): Its History, Use, and Efficacy. In: Turner, S. M., Calhoun, K. S., & Adams, H. E. (Eds.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults* (pp. 345–367). Springer Schuster.

Gergen, K. J., Gergen, M. M., & Barton, W. H. (1973). Deviance in dark. *Psychology Today*, 1973(7), 129–131. <https://works.swarthmore.edu/fac-psychology/493>

Chaikin, A. L., Derlega, V. J., & Miller, S. J. (1976). Effects of room environment on self-disclosure in a counseling analogue. *Journal of Counseling Psychology*, 23(5), 479–481. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.23.5.479>

Chia, M. (2002). *Darkness Technology, Drakness Techniques for Enlightenment*

Janoušek, J. (2015). *Psychologické základy verbální komunikace*. Grada.

Kalweit, H. (2006). *Dunkeltherapie: léčba tmou a vize vnitřního světla*. Eminent.

Kaye, J. S. (2009a) Isolation, sensory deprivation, and sensory overload: History, research, and interrogation policy, from the 1950s to the present day. *Guild Practitioner*. 66(2).

Kaye, J. S. (2009b). Isolation and the Mind: Understanding Restricted Environmental Stimulation Therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(3), 239–246.

Kopcsó, K., & Láng, A. (2019). Uncontrolled Thoughts in the Dark? Effects of Lighting Conditions and Fear of the Dark on Thinking Processes. *and Personality, Imagination, Cognition* 39(1), 97–108. <https://doi.org/10.1177/0276236618816035>

Kupka, M., Malůš, M., & Charvát, M. (2019). *Terapie tmou: Katamnstická studie (1. vyd.)*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5467-2.

Lilly, J. C. (1977). *The Deep Self: Consciousness Exploration in the Isolation Tank*. Simon and Suedfeld, P. (1980). *Restricted Environmental Stimulation: Research and Clinical Applications*. Wiley.

Malůš, M., Kupka, M., & Dostál, D. (2016). Existential meaning in life, mindfulness and self-esteem in the context of restricted environmental stimulation. *Psychology and its Contexts*, 7(2), 59-72.

Malůš, M., Kupka, M., Dostál, D., & Kavková, V. (2017). Restricted environmental stimulation and psychopathology. In *PhD existence 2017: Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (s. 212-218). Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5174-9.

Steidle, A., Werth, L., & Hanke, E.-V. (2011). You can't see much in the dark: Darkness affects construal level and psychological distance. *Social Psychology*, 42, 174-184. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000061>

Urbiš, A. A. (2012). *Terapie tmou: návrat k harmonii a ke zdraví*. Alpress.

Yabutani, M., Uchida, H., Mizutani, K., Wakatuki, N., & Zempo, K. (2023, March). Melting into shadow: Toward less cognitively loaded communication in the dark. In *Proceedings of the Augmented Humans International Conference 2023*, 338-341. <https://doi.org/10.1145/3582700.3583712>

Werth, L., Steidle, A., & Hanke, E. (2012). Getting close in the dark: Darkness increases cooperation. *Proceedings of Experiencing Light, Chemnitz University of Technology, University of Stuttgart*, 10. <http://2012.experiencinglight.nl/doc/12.pdf>

Zubek, J. P. (1969). *Sensory Deprivation: Fifteen Years of Research*. Appleton-Century-Crofts.

Žejdlová, M. (2024). *Vliv omezené zevní stimulace na obsah, dynamiku a prožívání mezilidské komunikace* (Bakalářská práce). Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

Kontaktné údaje:

¹+420 724 397 367, magdalena.zjdlv@gmail.com

² Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu č. 2, 917 01 Trnava, +420 732 283 436, marek.malus@ucm.sk

³ Katedra psychologie a patopsychologie, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc, +420 585 635 212, veronika.kavkova@upol.cz

ΡΟΔΙΝΠΕ ΠΡΟ΢ΤΡΕΔΙΕ Α ΣΟΔΙΆΛΠΕ ΣΙΕΤΕ ΑΚΟ ΠΟ΢ΠΕ ΦΑΚΤΟΡΥ ΡΕΖΙΛΙΕΠΣΙΕ Α ΕΠΟΔΙΟΠΆΛΠΕΥ ΡΕΓΥΛΆΔΙΕ

FAMILY AND SOCIAL NETWORKS AS POSSIBLE FACTORS
OF RESILIENCE AND EMOTIONAL REGULATION

Jana Hubinsk1 - Dominika Doktorová - Iveta Šefarov - Silvia Kallov

Abstrakt: V práci sa zameriavame na faktor rodinného prostredia a sociálnych sieti. Cieľom práce bolo zistiť a skúmať súvislosti medzi týmito faktormi. Vskumn vzorka pozostávala z respondentov vo veku od 18 do 26 rokov. Z hľadiska výskumných metód bol na zisťovanie rodinného prostredia použit Skrten dotazník zapamätaného rodičovského správania (s-E.M.B.U.). Na zohľadnenie sociálnych sieti bol pre vskumn časť zvolen dotazník AICA-S. Pre potreby zistenia miery reziliencie bola použit Skrten verzia škály reziliencie (RS-14). A na zistenie miery emocionálnej regulácie sme použili škálu problémov v regulácii emócií (DERS-SF-CZ). Zistili sme, že v kontexte rodinného prostredia, reziliencie a závislosti od sociálnych sietí existujú komplexn a rznorod vzťahy. Konkrétne sme zistili, že medzi rodinným prostredím a emocionálnou reguláciou existuje vznamn vzťah. Tento nález potvrdzuje, že rodinn vzťahy a dynamika môžu výrazne formovať spôsob, akým jednotlivci spracovávajú a regulujú svoje emócie. Naproti tomu, v súvislosti s rezilienciou a závislosťou od sociálnych sietí sme nezistili vznamn priame súvislosti. Tieto zistenia naznačuj, že vzťahy v rodinnom prostredí hrajú klčov úlohu v rozvoji schopností emocionálnej regulácie, zatiaľ čo súvislosť s rezilienciou a závislosťou od sociálnych siet je menej priama alebo vrazn.

Klčov slov: emocionálna regulácia, reziliencia, rodina, rodinn prostredie, sociálna sieť

Abstract: In the work, we will focus on the factor of family environment and social networks. The aim of the work was to find out and investigate the connections between these factors. The research sample consisted of respondents between the ages of 18 and 26. From the point of view of research methods, the Abbreviated Questionnaire of remembered parental behavior (s-E.M.B.U.) was used to determine the family environment. To take into account the social network, the AICA-S questionnaire was chosen for the research part. To determine the level of resilience, the Short version of the resilience scale (RS-14) was used. And to determine the level of emotional regulation, we used the scale of problems in emotion regulation (DERS-SF-CZ). We found that complex and diverse relationships exist in the context of family environment, resilience, and social network addiction. Specifically, we found a significant relationship between family environment and emotional regulation. This finding confirms that family relationships and dynamics can significantly shape the way individuals process and regulate their emotions. In contrast, we did not find significant direct associations with resilience and social network addiction. These findings suggest that family relationships play a key role in the development of emotional regulation skills, while the association with resilience and social network addiction is less direct or pronounced.

Keywords: emotional regulation, resilience, family, family environment, social networks

1. Úvod

Rodinn prostredie je silnm determinantom pri tvorbe emocionálnej regulácie (Fosco & Grych, 2012). Existujú štúdie, ktorch vsledky hovoria o spojitostiach medzi emocionálnou reguláciou a sociálnymi sieťami (Wartberg et. al., 2021). Reziliencia mže taktiež súvisieť s rôznymi oblasťami nášho žvota a často sa o nej hovorí aj ako o dôležitom aspekte mentlného zdravia. Zistilo sa, že rezilienciu formujú nielen vntorn faktory

osobnosti, ale aj vonkajšie, teda aj napríklad vzťahy s ľuďmi v rodinnom prostredí (Stehlíková, 2019). Autori sa prikláňajú k názoru, že na posilňovanie reziliencie má významný faktor dopad rodinného prostredia (Admadeli & Embu-worho, 2021). Vo výskume, ktorý bol zameraný na prepojenie vnímanej sociálnej opory a reziliencie na závislosť od sociálnych sietí zistili, že vnímaná sociálna opora a reziliencia sú účinné na závislosť od sociálnych médií. Autori taktiež predpokladajú, že zvýšenie vnímanej sociálnej opory a reziliencie je účinné pri znižovaní závislosti od sociálnych médií a nedostatok oboch konceptov zvyšuje závislosť od sociálnych médií (Bilgin & Taş, 2018). Mnohé štúdie hovoria o pozitívnom vzťahu medzi emocionálnou reguláciou a rezilienciou. Presnejšie, že jedinci so zvýšenou rezilienciou uplatňovali stratégie emocionálnej regulácie pred, počas a aj po ťažkých životných situáciách s cieľom zmieriť ich dopad (Johnson et al. 2016; Rodman et al. 2019). Z tohto dôvodu sa domnievame, že existuje súvislosť medzi sociálnymi sieťami a rodinným prostredím pri pôsobení na emocionálnu reguláciu a rezilienciu. Výskumným problémom je zistiť, či daná súvislosť existuje a do akej miery vieme prepojiť typy rodinného prostredia s mierou závislosti na sociálnych sieťach, mierou emocionálnej regulácie a mierou reziliencie.

1.1. Výskumný cieľ

Hlavným výskumným cieľom je zistiť ako rodinné prostredie a sociálne siete súvisia s emocionálnou reguláciou a rezilienciou. Ten rozvíja aj čiastkové ciele:

- Zistiť, či existuje súvislosť medzi výchovou a emocionálnou reguláciou
- Zistiť, ako súvisí výchova so závislosťou na sociálnych sieťach
- Zistiť, či existuje súvislosť medzi výchovou a rezilienciou
- Zistiť, ako súvisí závislosť na sociálnych sieťach s emocionálnou reguláciou
- Zistiť, či existuje súvislosť medzi závislosťou na sociálnych sieťach a rezilienciou

1.2. Výskumné otázky

VO1: Budú jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí dosahovať nízku mieru reziliencie?

VO2: Budú jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí dosahovať nízku mieru emocionálnej regulácie?

1.3. Hypotézy

Hypotézy H1, H1a, H1b, H1c sú tvorené na základe výskumu autorov Anwer, Masood, Younas & Ahmad (2019), Pant (2023), Pranitha, Kiruthika & Yuva Harini (2022).

Hypotézy H2, H2a, H2b a H2c sú vytvorené na základe autorov Fosco & Grych (2012), Morris, Criss, Sil & Houlberg (2017).

Hypotézy H3, H3a a H3b sú skonštruované na základe štúdie autorov Savci, Akat, Ercengiz, Griffiths & Aysan (2020), Guo et al. (2024), Bilgin et al. (2020), Bashir et al. (2022).

H1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a rezilienciou.

H1a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou budú dosahovať vysoké skóre reziliencie.

H1b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať nízke skóre reziliencie.

H1c: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou budú dosahovať stredné skóre reziliencie.

H2: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a emocionálnou reguláciou.

H2a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou budú dosahovať vysoké skóre emocionálnej regulácie.

H2b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať nízke skóre emocionálnej regulácie.

H2c: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou budú dosahovať nízke skóre emocionálnej regulácie.

H3: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a závislosťou od sociálnych sietí.

H3a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou budú dosahovať normálne používanie sociálnych sietí.

H3b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať klinickú závislosť od sociálnych sietí.

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku spolu tvorilo 175 respondentov (N = 175). Ako stratégiu pri výbere výskumnej vzorky sme si zvolili náhodný výber. Jediným kritériom bolo aby mal respondent od 18 do 26 rokov.

Tabuľka 3 Deskripcia premennej vek

Priemer	Medián	Modus	SD	Min	Max	Šikmost	Špicatosť
21,41	21	21	2,02	18	26	0,807	0,079

2.2. Výskumné nástroje

DERS-SF-CZ

Prvým výskumným nástrojom je Škála problémov v regulácii emócií (DERS-SF-CZ). Psychometrické vlastnosti pre český jazyk overil Ján Benda. Jedná sa o skrátenú verziu

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), ktorú vyhotovili v roku 2004 a ktorej autormi sú Kim L. Gratz a L. Roemer (Gratz, Roemer, 2004).

DERS-SF, ktorý vychádza z DERS má nižší počet položiek a to konkrétne 18. Autormi DERS-SF sú E.A. Kaufman, M. Xia, G. Fosco, M. Yaptangco, C.R. Skidmore a S.E. Crowell. Aj napriek značnému zníženiu položiek vykazuje skrátená verzia dobré psychometrické vlastnosti a nezmenených zostalo aj 6 samostatných faktorov (Uvedomovanie – 3 položky, Porozumenie – 3 položky, Impulzivita – 3 položky, Ciele – 3 položky, Neakceptovanie – 3 položky a Stratégia – 3 položky. Vnútoraná konzistencia meraná Cronbachovým koeficientom alfa bola u celého dotazníku DERS-SFCZ dobrá ($\alpha=0,86$). Výber odpovedí na princípe Likertovej škály na stupnici od 1 do 5 (1 – takmer nikdy; 5 – takmer vždy) a od 5 do 1 (5 – takmer nikdy; 1 – takmer vždy) sa nezmenil a zostal rovnaký. (Benda, 2017)

RS-14

Ako ďalší výskumný nástroj sme zvolili Skrátenú verziu škály reziliencie (RS-14). Pôvodnými autormi tejto škály sú G. Wagnild a H. Young. (Wagnild, Young, 1993) Psychometrické vlastnosti pre slovenský jazyk overili Michal Hajdúk, Barbora Mesárošová a Anton Heretik. Táto Skrátená verzia škály reziliencie (RS-14) vychádza z pôvodnej Škály reziliencie (RS-25) Wagnilda-Youngovej.

Položky majú rovnaký formát ako pôvodná Škála reziliencie (RS-25) Wagnilda-Youngovej a teda formát 7 stupňovej Likertovej škály (1 – úplne nesúhlasím, 7 – úplne súhlasím). Cronbachova alfa dosiahla hodnotu $\alpha = .840$, čo svedčí o veľmi dobrej vnútornej konzistencii škály. Rozsah škály je od 14 do 98 bodov. Výsledné hodnoty sa následne podľa bodového rozpätia delia do 6 kategórii (veľmi nízka reziliencia, nízka reziliencia, stredne nízka reziliencia, stredne vysoká reziliencia, vysoká reziliencia a veľmi vysoká reziliencia) (Hajdúch a kol., 2015)

s-E.M.B.U.

Ďalším výskumným nástrojom je Skrátený dotazník zapamätaného rodičovského správania (s-E.M.B.U.). Autormi tohto dotazníku sú C. Perris, L. Jacobson, H. Lindström, L. von Knorring a H. Perris. (Perris et al., 1980) Psychometrické vlastnosti pre slovenský jazyk overili Marta Poliaková, Veronika Mojžišová a Jozef Hašto. Ide o skrátenú verziu pôvodne 81 položkového dotazníka E.M.B.U. ktorý má 15 subškál a dve doplňujúce otázky týkajúce sa konzistencie a striktnosti výchovného rodičovského správania.

S-E.M.B.U. sa skladá z 23 otázok ktoré sú zoskupené do troch subškál (Odmietanie, Emočná vrelosť a Hyperprotektivita). Vnútoraná konzistencia meraná Cronbachovým koeficientom alfa mala u celého dotazníku vo všetkých škálach vysokú významnosť ($\geq 0,72$). Na dané otázky sa pre otca a pre matku odpovedá zvlášť pomocou 4 stupňovej Likertovej škály (1 – nie nikdy; 4 – áno väčšinou) (Poliaková & a kol., 2007)

AICA-S

Ako posledný výskumný nástroj sme zvolili The Assessment for Computer and Internet Addiction-Screener. Jeho autormi sú K. Wölfling, K. W. Müller a M. Beutel. Pre slovenský jazyk psychometrické vlastnosti overil Juraj Holdoš. Pôvodne tento test meral závislosť od internetového hrania a internetu ale po malých úpravách v roku 2013 autormi D.J. Kuss, M.D. Griffiths a J.F. Binder, sa s ním dá merať aj samostatná závislosť od internetu. Jedná

sa o sebvýpovedovú metodiku ktorá obsahuje otázky týkajúce sa a dĺžky používania internetu, frekvencie jeho používania a využívania online aplikácií (online hry, nakupovanie, hazardné hry, e-maily, fóra, sociálne siete a vyhľadávanie informácií). Tieto položky vychádzajú z diagnostických kritérií závislosti od návykových látok a nelátkových závislostí (túžba, tolerancia, abstinčný syndróm, strata kontroly, zaujatie). Taktiež skúma aj negatívne dôsledky ktoré sú spôsobené používaním internetu (problémy v škole, rodinné konflikty, finančné problémy, zanedbanie voľnočasových aktivít a zhoršenie zdravotného stavu). Dotazník má 16 položiek ktorý má zväčša 5 bodovú Likertovu škálu. Obsahuje aj položky týkajúce sa všeobecného používania internetu, ktoré sa neskórujú. Psychometrické vlastnosti sú dobré (Cronbachova $\alpha = 0,80$). Maximálne možné skóre ktoré sa dá dosiahnuť je 27 bodov. Normálne použitie internetu je 0.0 – 6.5 bodov. Stredná závislosť od internetu je 7.0 – 13 bodov. Hodnota cut-off skóre je 13,5 bodu. Hodnoty ktoré sa rovnajú alebo sú vyššie považuje tento test za klinickú závislosť (Holdoš, 2013).

3. Výsledky

Deskripcia výskumnej vzorky v kontexte typov výchovy, závislostí od sociálnych sietí, emocionálnej regulácie a reziliencie.

Typy výchovy

Tabuľka 4 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov Typu výchovy

	Počet	%	Kumulatívne percentá
Emočne vrelá výchova	67	38,3	38,3
Hyperprotektívna výchova	103	58,9	97,1
Odmietavá výchova	5	2,9	100,0
Spolu	175	100,0	

Závislosť od sociálnych sietí

Tabuľka 5 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov Závislostí od sociálnych sietí

	Počet	%	Kumulatívne percentá
Normálne používanie sociálnych sietí	97	55,4	55,4
Stredná závislosť od sociálnych sietí	69	39,4	94,9
Klinická závislosť od sociálnych sietí	9	5,1	100,0
Spolu	175	100,0	

Emocionálna regulácia

Tabuľka 6 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov Emocionálnej regulácie 1

	Počet	Percentá	Kumulatívne percentá
Veľmi nízka miera emocionálnej regulácie	40	22,9	22,9
Nízka miera emocionálnej regulácie	49	28,0	50,9
Vysoká miera emocionálnej regulácie	35	20,0	70,9
Veľmi vysoká miera emocionálnej regulácie	51	29,1	100,0
Spolu	175	100,0	

Tabuľka 7 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov Emocionálnej regulácie 2

	Počet	Percentá	Kumulatívne percentá
Nízka miera emocionálnej regulácie	89	50,9	50,9
Vysoká miera emocionálnej regulácie	86	49,1	100,0
Spolu	175	100,0	

Reziliencia**Tabuľka 8** Deskripcia percentuálnych podielov a počtov Reziliencie

	Počet	Percentá	Kumulatívne percentá
Nízka miera reziliencie	41	23,4	23,4
Stredná miera reziliencie	96	54,9	78,3
Vysoká miera reziliencie	38	21,7	100,0
Spolu	175	100,0	

H1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a rezilienciou.

Medzi typmi výchovy a rezilienciou neexistuje významný vzťah. Hypotézu H1 preto neprijímame.

Tabuľka 9 Hodnoty Cramerovho V koeficientu a výsledok ku H1

Hodnoty zistené Cramerovým V koeficientom		
	Hodnota	Signifikancia
Cramerovo V	,157	,072
Počet validných prípadov	175	

H1a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou budú dosahovať vysokú mieru reziliencie.

Emočne vrelá výchova súvisí v prípade najvyššej početnosti so strednou mierou reziliencie, v prípade 35 respondentov (52,2%). Emočne vrelý typ výchovy v kategórii vysoká miera reziliencie dosahuje 29,9%, s počtom respondentov 20. Nízku mieru reziliencie v spojitosti s emočne vrelým typom výchovy dosahuje 12 respondentov (17,9%). Emočne vrelý typ výchovy preto nesúvisí s vysokou mierou reziliencie ale práve so strednou mierou reziliencie, z tohto dôvodu hypotézu H1a zamietame.

H1b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať nízku mieru reziliencie.

Odmietavý typ výchovy súvisí v prípade najvyššej početnosti s nízkou mierou reziliencie s počtom respondentov 3, čo tvorí 60%. Strednú mieru reziliencie dosahuje 1 respondent (20%) a vysokú mieru reziliencie rovnako 1 respondent (20%). Odmietavý typ výchovy dosahuje nízku mieru reziliencie a preto hypotézu H1b prijímame.

H1c: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou budú dosahovať nízku mieru reziliencie.

Hyperprotektívny typ výchovy súvisí v prípade najvyššej početnosti so strednou mierou reziliencie s počtom probandov 60, čo vypovedá o 58,3% percentuálnom podiele. Nízku mieru reziliencie v súvislosti s hyperprotektívnym typom výchovy dosahuje 26 probandov (25,2%). Najnižšiu mieru dosahujú jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou v spojitosti s vysokou mierou reziliencie v počte 17 respondentov (16,5%). Hyperprotektívny typ výchovy dosahuje strednú mieru reziliencie, z toho dôvodu hypotézu H1c zamietame.

Tabuľka 10 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov Typov výchovy a reziliencie

Typ výchovy	Emočne vrelá výchova		Reziliencia			Spolu
			Nízka miera reziliencie	Stredná miera reziliencie	Vysoká miera reziliencie	
		Počet	12	35	20	67
		% Typ výchovy	17,9%	52,2%	29,9%	100,0%
	Hyperprotektívna výchova	Počet	26	60	17	103
		% Typ výchovy	25,2%	58,3%	16,5%	100,0%
	Odmietavá výchova	Počet	3	1	1	5
		% Typ výchovy	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Spolu	Počet	41	96	38	175
		% Typ výchovy	23,4%	54,9%	21,7%	100,0%

H2: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a emocionálnou reguláciou.

Medzi typmi výchovy a emocionálnou reguláciou existuje významný vzťah. Hypotézu H2 preto prijímame.

Tabuľka 11 Hodnoty Cramerovho V koeficientu a výsledok ku H2

Hodnoty zistené Cramerovým V koeficientom		
	Hodnota	Signifikancia
Cramerovo V	,280	,001
Počet validných prípadov	175	

H2a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou budú dosahovať vysokú mieru emocionálnej regulácie.

Emočne vrelý typ výchovy súvisí v prípade najvyššej početnosti s nízkou mierou emocionálnej regulácie dosahoval 46 respondentov (68,7%). Jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou ktorí, dosahovali vysokú mieru emocionálnej regulácie v počte 21 probandov (32,9%). Emočne vrelá výchova preto nesúvisí s vysokou mierou emocionálnej regulácie ale s nízkou mierou emocionálnej regulácie. Z toho dôvodu zamietame hypotézu H2a.

H2b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať nízku mieru emocionálnej regulácie.

Odmietavý typ výchovy súvisí v prípade najvyššej početnosti s vysokou mierou emocionálnej regulácie v počte 3 respondentov (60%). Jedinci vychovávaní odmietavou výchovou ktorý dosahovali nízku mieru emocionálnej regulácie sú v počte 2 (40%).

Odmietavý typ výchovy preto nesúvisí s nízkou mierou emocionálnej regulácie ale s vysokou mierou emocionálnej regulácie. Preto hypotézu H2b zamietame.

H2c: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou budú dosahovať nízku mieru emocionálnej regulácie.

Hyperprotektívny typ výchovy v najvyššej početnosti súvisí s vysokou mierou emocionálnej regulácie v počte 62 respondentov (60,2%). Jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou ktorý dosahovali nízku mieru emocionálnej regulácie sú v počte 41 respondentov (39,8%). Hyperprotektívny typ výchovy preto nesúvisí s nízkou mierou emocionálnej regulácie ale s vysokou mierou emocionálnej regulácie. Preto hypotézu H2c zamietame.

Tabuľka 12 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov Typov výchovy a emocionálnej regulácie

Typ výchovy	Emočne vrelá výchova	Počet	Emocionálna regulácia		Spolu
			Nízka miera emocionálnej regulácie	Vysoká miera emocionálnej regulácie	
Typ výchovy	Emočne vrelá výchova	Počet	46	21	67
		% Typ výchovy	68,7%	31,3%	100,0%
	Hyperprotektívna výchova	Počet	41	62	103
		% Typ výchovy	39,8%	60,2%	100,0%
	Odmietavá výchova	Počet	2	3	5
		% Typ výchovy	40,0%	60,0%	100,0%
Spolu		Počet	89	86	175
		% Typ výchovy	50,9%	49,1%	100,0%

H3: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a závislosťou od sociálnych sietí.

Medzi typmi výchovy a závislosťou od sociálnych sietí neexistuje významný vzťah. Hypotézu H3 preto zamietame.

Tabuľka 13 Hodnoty Cramerovho V koeficientu a výsledok ku H3

Hodnoty zistené Cramerovým V koeficientom		
	Hodnota	Signifikancia
Cramerovo V	,149	,100
Počet validných prípadov	175	

H3a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou budú dosahovať normálne používanie sociálnych sietí.

Emočne vrelá výchova v najvyššej početnosti súvisí s normálnym používaním sociálnych sietí v počte 44 respondentov (65,7%). Jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou ktorí dosahovali strednú závislosť od sociálnych sietí sú v počte 22 (32,8%) a 1 (1,5%) jedinec vychovaný emočne vrelou výchovou ktorý dosahoval klinickú závislosť od sociálnych sietí. Emočne vrelý typ výchovy preto súvisí s normálnym používaním sociálnych sietí. Z toho dôvodu hypotézu H3a prijímame.

H3b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať klinickú závislosť od sociálnych sietí.

Odmietavá výchova v najvyššej početnosti súvisí s normálnym používaním sociálnych sietí v počte 2 respondentov (40%) ale aj so strednou závislosťou od sociálnych sietí v počte tak isto 2 respondentov (40%). Jeden jedinec (20%) vychovávaní odmietavou výchovou dosahoval klinickú závislosť od sociálnych sietí. Odmietavý typ výchovy preto nesúvisí s klinickou závislosťou od sociálnych sietí. Z toho dôvodu hypotézu H3b neprijímame.

Tabuľka 14 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov
Typov výchovy a závislostí od sociálnych sietí

Typ výchovy	Emočne vrelá výchova	Počet	Závislosť od sociálnych sietí			Spolu
			Normálne používanie sociálnych sietí	Stredná závislosť od sociálnych sietí	Klinická závislosť od sociálnych sietí	
		Počet	44	22	1	67
		% Typ výchovy	65,7%	32,8%	1,5%	100,0%
	Hyperprotektívna výchova	Počet	51	45	7	103
		% Typ výchovy	49,5%	43,7%	6,8%	100,0%
	Odmietavá výchova	Počet	2	2	1	5
		% Typ výchovy	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Spolu	Počet	97	69	9	175
		% Typ výchovy	55,4%	39,4%	5,1%	100,0%

VO1: Budú jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí dosahovať nízku mieru reziliencie?

Na základe získaných dát môžeme konštatovať, že jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí dosahujú nízku mieru reziliencie.

Tabuľka 15 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov
Závislostí od sociálnych sietí a reziliencie

Závislosť od sociálnych sietí	Normálne používanie sociálnych sietí	Počet	Reziliencia			Spolu
			Nízka miera reziliencie	Stredná miera reziliencie	Vysoká miera reziliencie	
		Počet	19	52	26	97
		% Závislosť od sociálnych sietí	19,6%	53,6%	26,8%	100,0%
	Stredná závislosť od sociálnych sietí	Počet	17	40	12	69
		% Závislosť od sociálnych sietí	24,6%	58,0%	17,4%	100,0%
	Klinická závislosť od sociálnych sietí	Počet	5	4	0	9
		% Závislosť od sociálnych sietí	55,6%	44,4%	0,0%	100,0%
	Spolu	Počet	41	96	38	175
		% Závislosť od sociálnych sietí	23,4%	54,9%	21,7%	100,0%

VO2: Budú jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí dosahovať nízku mieru emocionálnej regulácie?

Zistili sme že jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí nedosahujú nízku mieru emocionálnej regulácie.

Tabuľka 16 Deskripcia percentuálnych podielov a počtov
Závislostí od sociálnych sietí a emocionálnej regulácie

		Emocionálna regulácia		Spolu	
		Nízka miera emocionálnej regulácie	Vysoká miera emocionálnej regulácie		
Závislosť od sociálnych sietí	Normálne používanie sociálnych sietí	Počet	57	40	97
		% Závislosť od sociálnych sietí	58,8%	41,2%	100,0%
	Stredná závislosť od sociálnych sietí	Počet	30	39	69
		% Závislosť od sociálnych sietí	43,5%	56,5%	100,0%
	Klinická závislosť od sociálnych sietí	Počet	2	7	9
		% Závislosť od sociálnych sietí	22,2%	77,8%	100,0%
	Spolu	Počet	89	86	175
		% Závislosť od sociálnych sietí	50,9%	49,1%	100,0%

4. Diskusia

V práci sme sa zaoberali rodinným prostredím a sociálnymi sieťami v súvislosti s emocionálnou reguláciou a rezilienciou. Za hlavný cieľ sme si stanovili zistiť, ako rodinné prostredie a sociálne siete súvisia s emocionálnou reguláciou a rezilienciou. Čiastkovými cieľmi bolo zistiť, či existuje súvislosť medzi výchovou a emocionálnou reguláciou, ako súvisí výchova so závislosťou na sociálnych sieťach, či existuje súvislosť medzi výchovou a rezilienciou, ako súvisí závislosť na sociálnych sieťach s emocionálnou reguláciou, či existuje súvislosť medzi závislosťou na sociálnych sieťach a rezilienciou a ako súvisí emocionálna regulácia s rezilienciou.

H1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a rezilienciou.

Pre formuláciu danej hypotézy sme za podnetný považovali výskum autora Pant (2023), v ktorom výsledky poukazujú na to, že existuje významný vzťah medzi typmi výchovy a rezilienciou. Na základe nami zisteného výsledku, sme Hypotézu 1 neprijali a súčasne sme overili výsledok predošlého skúmania, ktorý sa s našim nezhoduje. Tento výsledok je v kontraste s výsledkami vo výskume od autora Pant (2023). Zistenia naznačujú, že môžu existovať ďalšie faktory, ktoré pôsobia na rezilienciu, nezávisle od rodinného prostredia. Ale taktiež to potvrdzuje tvrdenia autora Walsh (2007, 2016b) ktorý hovorí, že všetky rodiny si môžu vybudovať rezilienciu pokiaľ riešia svoje problémy. Aj rodiny ktoré zažili ťažkú traumu alebo veľmi problematické vzťahy, môžu v priebehu života a naprieč generáciami zažiť nápravu a rast (Walsh, 2007, 2016b).

H1a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vreťou výchovou budú dosahovať vysoké skóre reziliencie.

Formuláciou H1a sme sa snažili zistiť súvislosť medzi emočne vreťou výchovou a vysokým skóre reziliencie. Tento predpoklad bol vytvorený na základe výskumu od autorov Anwer, Masood, Younas & Ahmad (2019), ktorí preukázali, že emocionálne vreľá výchova pozitívne korelovala s rezilienciou. Z ostatných výskumov (Pranitha et al. 2022), ktoré potvrdzujú

náš predpoklad bolo tiež zistené, že prijatie-zapojenie bolo významným pozitívnym prediktorom reziliencie. Na základe našich zistení sme nepotvrdili Hypotézu 1a a zároveň sme preverili výsledok predchádzajúceho skúmania, ktorý sa od našich zistení líši. Nakoľko v našich výsledkoch emočne vrelá výchova v prípade najvyššej početnosti súvisela so strednou mierou reziliencie, môžeme diskutovať o tom, prečo tomu tak bolo. Tak ako u predchádzajúcej hypotézy aj pri tejto by sme mohli uplatniť zistenie od autora (Walsh, 2007, 2016b), ktorý hovorí, že reziliencia sa počas života alebo naprieč generáciami mohla vybudovať. V prípade dotazníka RS-14 neboli prítomné žiadne reverzné položky a preto sa domnievame, že by tam mohol byť priestor pre sociálne žiadúce odpovede, keďže väčšina respondentov podľa výsledkov skórovalo v kategórii stredná miera reziliencie. Samozrejme netvrdíme, že všetci respondenti odpovedali sociálne žiadúcou formou, len poukážeme aj na túto možnosť.

H1b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať nízke skóre reziliencie.

Potvrdenie hypotézy by mohlo byť zapríčinené faktormi, ktoré sa bežne vyskytujú v kontexte odmietavej výchovy. Ako uvádzame v teoretických východiskách deti z rodinných prostredí s vysokým stresom, často zažívajú vývojové meškania a psychické problémy a tieto faktory môžu mať veľký dopad na ich schopnosť rozvinúť rezilienciu (Masten & Monn, 2015). Jedným z dôvodov potvrdenia hypotézy však môže byť aj nízky počet jedincov vychovaných odmietavou výchovou, ktorých bolo konkrétne 5 z celkového počtu respondentov 175. z tohto dôvodu, by bolo potrebné vykonať opakovanie výskumu s väčším počtom jedincov ktorý boli vychovaní odmietavou výchovou.

H1c: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou budú dosahovať nízke skóre reziliencie.

Parkes (in Hašto, 2005) sa zameril na neendogénne depresie a zistil špecifický štýl rodičovského správania, ktorý sa dá považovať za rizikový faktor pre vznik depresii: matka, prípadne otec, boli hyperprotektívni – silne kontrolujúci, zasahujúci, nedovoľujúci rozvinúť vlastnú autonómiu dieťaťu. Niekoľko štúdií hovorí o tom, že vyššia reziliencia súvisí s nižšou depresiou a úzkosťou (Vega Intriago et al., 2021). Vďaka týmto zisteniam teda vieme predpokladať, že jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou budú dosahovať nízke skóre reziliencie. Jedným z dôvodov zamietnutia tejto hypotézy by mohla byť možnosť ktorú sme tu už raz predkladali a tou je, že respondenti odpovedali sociálne žiadúcim spôsobom, nakoľko dotazník RS-14 nemá reverzné položky a respondenti v prípade najvyššej početnosti najčastejšie skórovali práve v kategórii stredná miera reziliencie. Na druhej strane, možno by sme mali zvážiť aj to, že hyperprotektívna výchova nemusí byť nevyhnutne prediktorom nízkej reziliencie. V niektorých prípadoch, keď rodičia nadmerne zasahovali do života dieťaťa, toto dieťa mohlo vyvinúť obranné mechanizmy alebo systémy na zvládanie práve tohto typu výchovy. Takéto správanie môže v skutočnosti viesť k rozvoju určitých aspektov reziliencie, ako je schopnosť prispôbiť sa a odolávať stresu. Tento náhľad by mal byť predmetom ďalšieho výskumu a mohol by ponúkať alternatívne vysvetlenia výsledkov v kontexte vzťahu medzi hyperprotektívnou výchovou a rezilienciou.

H2: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a emocionálnou reguláciou.

Formuláciou H2 sme sa snažili zistiť, či medzi typmi výchovy a emocionálnou reguláciou existuje súvislosť. Predpoklad H2 sme formulovali na základe výsledkov výskumu Pinto et al. (2014), ktorí hovoria, že kvalita rodičovských vzťahov a výchovný štýl majú významný dopad na schopnosť detí regulovať svoje emócie. Tento výsledok sme sa rozhodli, overiť na našej výskumnej vzorke. Analýzou Hypotézy 2 sme sa dopracovali k výsledku, ktorý sme zisťovali pomocou výpočtu Cramerovho V koeficientu, poukazujúcemu na významný vzťah so slabou tesnosťou. Na základe získaného výsledku sme Hypotézu 2 prijali a taktiež sme súčasne overili výsledok predošlého skúmania, ktorý sa s tým našim zhoduje.

H2a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vrelou výchovou budú dosahovať vysoké skóre emocionálnej regulácie.

H2b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať nízke skóre emocionálnej regulácie.

H2c: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní hyperprotektívnou výchovou budú dosahovať nízke skóre emocionálnej regulácie.

Zamietnutie všetkých troch hypotéz je predmetom našej spoločnej diskusie, pričom príčinou ich zamietnutia sú zistenia, ktoré interpretujeme cez vzťah premenných, ktoré buď sú totožné alebo majú vzájomný vzťah. Niekoľko štúdií k téme výchovy a emocionálnej regulácie dospelo k rovnakým záverom. Fosco et al. (2012) tvrdia, že deti, ktoré vyrastali v prostredí s vyššou mierou láskavosti a citlivosti zo strany rodičov, prejavovali efektívnejšiu reguláciu svojich emócií, zatiaľ čo tie z prostredia charakterizovaného nepriateľstvom a častými konfliktmi mali tendenciu k menej adaptívnej emocionálnej regulácii. Morris et al. (2017) zase hovorí o tom, že efektívnejšia regulácia emócií je asociovaná s emocionálnou podporou od rodičov, pozitívnym dopadom, vedením v oblasti emócií a využívaním spoločných stratégií. Na druhej strane, problémy s reguláciou emócií sú spojené s psychologickou kontrolou zo strany rodičov, ich zhovievavosťou, prejavmi hnevu a kritikou. Pinto et al. (2014) zistili, že vyššie úrovne rodičovskej podpory sú spojené s vyššími úrovňami emocionálnej regulácie u detí. Naopak, rodičovské odmietnutie je spojené s ťažkosťami v emocionálnej regulácii. Výskumy ktoré by tieto tvrdenia podporovali aj v mladšej dospelosti, teda veku v ktorom sa nachádzali naši respondenti, sme nenašli. Predpokladáme že dôvodom nepotvrdenia hypotéz H2a, H2b a H2c by mohol byť dotazník DERS-SF-CZ ktorí sa primárne zameriava na rôzne subškály emocionálnej regulácie a až sekundárne na celkovú mieru emocionálnej regulácie.

H3: Predpokladáme, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi typmi výchovy a závislosťou od sociálnych sietí.

Formuláciou H3 sme sa snažili zistiť, či medzi typmi výchovy a závislosťou od sociálnych sietí existuje súvislosť. Predpoklad H3 sme formulovali na základe výsledkov výskumu Savci et al. (2020), ktorí hovoria, že vzájomný vzťah medzi problematickým používaním sociálnych médií a sociálnou prepojenosťou je významne mediovaný spokojnosťou s rodinným životom. Štúdia od autorov Putri et al. (2019) tiež zistila, že existuje vzťah medzi fungovaním rodiny a závislosťou od sociálnych médií. Autori zistili, že čím vyššia bola úroveň fungovania rodiny, tým nižšia bola závislosť od sociálnych médií. Na našej výskumnej vzorke sme overovali tieto tvrdenia. Analýzou H3 sme sa dopracovali k výsledku, ktorý sme zisťovali pomocou výpočtu Cramerovho V koeficientu, ktorý poukazuje na neexistujúci vzťah so slabou tesnosťou. Na základe získaného výsledku sme

Hypotézu 3 zamietli a taktiež sme súčasne overili výsledok predošlého skúmania, ktorý sa s tým našim nezhoduje.

H3a: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní emočne vreloú výchovou budú dosahovať normálne používanie sociálnych sietí.

Predpoklad o tom, že jedinci vychovaní emočne vreloú výchovou budú dosahovať normálne použitie sociálnych sietí, bol skonštruovaný na základe výskumu Guo et al. (2024) ktorí hovoria, že pozitívny rodičovský štýl (emocionálna vrúcnosť) je ochranným faktorom pre rozvoj závislosti na internete. Tariq (2021) zistil, že spokojnosť s rodinným životom sprostredkováva vzťah medzi sociálnym ignorovaním a závislosťou od sociálnych médií, čo naznačuje, že pozitívny a uspokojivý rodinný život môže zmierniť riziko závislosti od sociálnych médií. Tieto štúdie kolektívne naznačujú, že pozitívna rodinná výchova, charakterizovaná nízkym konfliktom a vysokou spokojnosťou, nepodporuje závislosť od sociálnych médií, zatiaľ čo faktory ako globálny stres v rodine a konflikty prispievajú k zvýšeniu takejto závislosti. Na základe najvyššej početnosti emočne vrelej výchovy v súvislosti s normálnymi používaním dát v našej výskumnej vzorke, túto hypotézu prijímame.

H3b: Predpokladáme, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať klinickú závislosť od sociálnych sietí.

Hypotéza H3b, ktorá predpokladá, že jedinci vychovávaní odmietavou výchovou budú dosahovať klinickú závislosť od sociálnych sietí, sa opiera o výsledky niekoľkých štúdií. Bol vytvorený pomocou výskumu Guo et al. (2024) ktorí síce hovoria, že pozitívny rodičovský štýl (emocionálna vrúcnosť) je ochranným faktorom pre rozvoj závislosti na internete ale tiež tvrdia, že negatívny štýl rodičovstva (odmietanie a nadmerná ochrana), bol potenciálnym rizikovým faktorom pre závislosť od internetu. Bilgin et al. (2020) preskúmali vzťah medzi závislosťou na sociálnych médiách a rodinnou dynamikou, zameriavajúc sa na konflikty medzi rodičmi a dospievajúcimi. Výsledky naznačujú, že rodinné konflikty a nerealistické očakávania rodičov sú významnými prediktormi závislosti na sociálnych sietach, čo podporuje hypotézu H3b, že negatívne rodinné prostredie môže viesť k väčšej závislosti na sociálnych médiách. Bashir et al. (2022) ukázali, že závislosť na sociálnych médiách môže zosilniť vzťah medzi rodičovským zanedbávaním a problémami v správaní adolescentov. Tento nález podčiarkuje, že zanedbávanie v rodinnom prostredí môže byť výrazným faktorom pri vzniku závislosti od sociálnych médií. Tieto štúdie dohromady naznačujú, že odmietavá výchova, charakterizovaná nedostatkom emocionálnej podpory a konfliktnými rodinnými vzťahmi, môže mať za následok zvýšené riziko vzniku klinickej závislosti na sociálnych médiách, čo poskytuje teoretickú podporu hypotéze H3b a poukazuje na dôležitosť ďalšieho výskumu v tejto oblasti. Tento predpoklad sa však nepotvrdil a preto sme Hypotézu H3b zamietli. Dôvodom prečo sa náš predpoklad nepotvrdil, môže byť fakt, že respondentov ktorý boli vychovaní odmietavou výchovou bolo dokopy 5 a z toho len 1 respondent dosahoval klinickú závislosť od sociálnych sietí.

VO1: Budú jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí dosahovať nižšiu mieru reziliencie?

Podstatné je zdôrazniť, že v našej vzorke nebol žiaden respondent s klinickou závislosťou na sociálnych sietach, ktorý by zároveň vykazoval vysokú mieru reziliencie. Toto

pozorovanie môže naznačovať významný vzťah medzi závislosťou na sociálnych médiách a nižšou schopnosťou jedincov prispôbiť sa alebo čeliť výzvam, čo je kľúčovou zložkou reziliencie. Výskum od Rüter et al. (2023) poukazuje na to, že sociálne porovnávanie na sociálnych sieťach môže negatívne formovať sebahodnotenie jedincov, pričom toto platí hlavne v prípade porovnávania sa s influencerami na platformách ako Instagram. Zistilo sa, že väčšia reziliencia môže pomôcť jednotlivcom zvládať negatívne online skúsenosti a chrániť ich sebahodnotenie. Avšak výskum v oblasti reziliencie a závislosti od sociálnych sietí je stále obmedzený a vyžaduje si ďalší výskum, aby sa lepšie porozumelo týmto vzťahom. Je však dôležité upozorniť na obmedzenia súvisiace s veľkosťou a rozsahom našej vzorky. Nameraná klinická závislosť od sociálnych sietí bola identifikovaná len u malého počtu respondentov. To naznačuje, že pre lepšie a presnejšie závery by bolo potrebné vykonať výskum na širšej a reprezentatívnejšej vzorke. Tento rozšírený výskum by mohol poskytnúť lepšie porozumenie dynamiky medzi klinickou závislosťou od sociálnych sietí a úrovňou reziliencie, ako aj potvrdiť alebo spochybníť predbežné zistenia získané z našej obmedzenej vzorky.

VO2: Budú jedinci s nameranou klinickou závislosťou od sociálnych sietí dosahovať nižšiu mieru emocionálnej regulácie?

Psychologická odolnosť a zvládanie zručností sú dôležitými faktormi, ktoré predpovedajú úroveň závislosti od sociálnych médií u mladých dospelých. Tieto zistenia naznačujú, že silnejšia psychologická odolnosť je spojená s nižšou závislosťou, zatiaľ čo stratégie zvládania zamerané na emócie sú spojené s vyššou závislosťou od sociálnych médií (Onat Kocabişik & Bacioğlu, 2022). Tento vzťah medzi odolnosťou a závislosťou naznačuje, že individuálne zvládacie stratégie a odolnosť môžu významne formovať, ako jedinci riadia svoje emócie v kontexte používania sociálnych médií, čo nám nadväzuje aj na našu predchádzajúcu výskumnú otázku VO1. Okrem toho Peker & Yıldız (2022) zdôrazňujú negatívnu koreláciu medzi prehodnocovaním emócií a závislosťou od sociálnych médií a pozitívnu koreláciu medzi potlačením emócií a závislosťou u adolescentov. Tento záver poukazuje na to, že jedinci závislí od sociálnych médií majú tendenciu menej efektívne využívať stratégie prehodnocovania emócií, ktoré sú považované za zdravší spôsob emočnej regulácie. Naša pôvodná výskumná otázka, ktorá predpokladala, že jedinci s klinicky merateľnou závislosťou od sociálnych sietí budú mať nižšiu mieru emocionálnej regulácie, bola založená na rozsiahlych predchádzajúcich štúdiách. Avšak, v našom prípade sme tento predpoklad nenašli potvrdený a preto je dôležité zvážiť potenciálne vysvetlenia týchto rozdielov. Možným vysvetlením tohto rozporu, rovnako ako aj u predchádzajúcej výskumnej otázky, je nízky počet respondentov, ktorí v našej štúdií namerali klinickú závislosť od sociálnych sietí. Limitovaný rozsah vzorky mohol skresliť naše zistenia, čo znamená, že naše výsledky nemusia adekvátne reprezentovať širšiu populáciu. V kontexte kvantitatívneho výskumu je veľkosť vzorky kritickým faktorom pre zabezpečenie spoľahlivosti a validnosti zistení.

Limity výskumu

V rámci nášho výskumu sme stanovili ako limit použité dotazníky. Tieto dotazníky nezahrnovali otázky týkajúce sa skóre ľži, a preto sme neboli schopní posúdiť, či odpovede respondentov boli pravdivé. Medzi obmedzenia nášho výskumu patrí aj možnosť, že niektorí účastníci nemohli úprimne odpovedať na otázky dotazníka o zapamätanom štýle výchovy, kvôli pretrvávajúcim negatívnym alebo neexistujúcim vzťahom s rodičmi. Taktiež ako limit uvádzame aj dotazník zameraný na emocionálnu reguláciu, ktorí sme už uviedli

pri jednotlivých hypotézach. Tento dotazník sa primárne zameriava na jednotlivé subškály emocionálnej regulácie a až sekundárne na celkovú mieru emocionálnej regulácie.

Záver

Cieľom práce bolo zistiť ako rodinné prostredie a sociálne siete súvisia s emocionálnou reguláciou a rezilienciou.

Uvádzame kľúčové a najvýznamnejšie zistenia, ktoré predstavujú prínos k poznaniu v danom výskumnom kontexte, a reprezentujú doklady našich vedeckých úvah a analýz:

- » Medzi typmi výchovy a rezilienciou neexistuje významný vzťah.
- » Odmietavý typ výchovy súvisí s nízkou mierou reziliencie.
- » Emočne vreľý typ výchovy a hyperprotektívny typ výchovy súvisí so strednou mierou reziliencie.
- » Medzi typmi výchovy a emocionálnou reguláciou existuje významný vzťah.
- » Emočne vreľý typ výchovy súvisí s nízkou mierou emocionálnej regulácie.
- » Odmietavý typ výchovy a hyperprotektívny typ výchovy súvisí s vysokou mierou emocionálnej regulácie.
- » Medzi typmi výchovy a závislosťou od sociálnych sieti neexistuje významný vzťah.
- » Emočne vreľý typ výchovy a odmietavý typ výchovy súvisí s normálnym používaním sociálnych sieti.
- » Klinická závislosť od sociálnych sieti súvisí s nízkou mierou reziliencie.
- » Klinická závislosť od sociálnych sieti súvisí s vysokou mierou emocionálnej regulácie.

Literatúra

Admadel, Y. P. & Embu-Worho, P. M. (2021). Family and Social Environmental Factors in the Effects on Family Resilience: A Systematic Literature Review. *Proceedings of the International Conference on Psychological Studies (ICPSYCHE 2020)*, 530, 223-227. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210423.032>

Anwer, G., Masood, S., Younas, S. & Ahmad, M. (2019) Parental Rearing Practices as Predictors of Resilience and Emotional Intelligence among Young Adults. *Foundation university journal of psychology*, 3(2), 1-38. <http://dx.doi.org/10.33897/fujp3.2231082019>

Bashir, R., Kazmi, F., & Naz, S. (2022). Moderation Effect of Social Media Addiction Between Parental Neglect and Conduct Problems Among Adolescents: An Empirical Investigation. *Pakistan Journal of Social Research*, 4(1). <https://dx.doi.org/10.52567/pjsr.v4i1.664>

Benda, J. (2017). Krátká forma Škály potíží v regulaci emocí: Pilotní studie české verze. *E-psychologie*, 11(1), 1-15. Dostupné z <http://e-psycholog.eu/pdf/benda.pdf>

Bilgin, M., Sahin, I., & Togay, A. (2020). Social Media Addiction in Adolescents and Parent-Adolescent Relationship. *Elementary Education Online*, 19(2).

Bilgin, O. & Taş, İ. (2018). Effects of Perceived Social Support and Psychological Resilience on Social Media Addiction among University Students. *Universal Journal of Educational Research*, 6(4), 751 – 758.

Fosco, G. M. & Grych, J. H. (2012). Capturing the family context of emotion regulation: a family systems model comparison approach. *Journal of family issues*, 34(4), 557-578.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Guo, Y., Chen, H., You, X., Liu, X., & Sun, X. (2024) Relationship between parenting style and internet addiction: Interpersonal relationship problem as a mediator and gender as a moderator. *Heliyon*, 10(2). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e23973>
- Hajdúch, M., Mesárošová, B., & Heretik, A. (2015). Skrátená verzia škály reziliencie – psychometrická analýza prostredníctvom IRT. *TESTFÓRUM*, 6, 14–22.
- Hašto, J. (2005). *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Vydavateľstvo F: Trenčín.
- Holdoš, J. (2013). Závislosť od internetu u mladých ľudí. In *Výchova a vzdelávanie ako nástroj (de)formovania hodnotového systému spoločnosti III. Zborník z konferencie*. VERBUM: Ružomberok, 6-15.
- Johnson, J., O'connor, D. B., Jones, Ch., Jackson, Ch., Hughes, G. J. & Ferguson, E. (2016). Reappraisal Buffers the Association between Stress and Negative Mood Measured over 14 Days: Implications for Understanding Psychological Resilience. *European Journal of Personality*, 30(6), 608-617. <https://doi.org/10.1002/per.2080>
- Masten A. S., & Monn A. R. (2015). Child and family resilience: A call for integrated science, practice, and professional training. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 64(1), 5–21. <https://doi.org/10.1111/fare.12103>
- Morris, A.S., Criss, M.M., Silk, J.S., & Houltberg B.J. (2017). The Impact of Parenting on Emotion Regulation During Childhood and Adolescence. *Child development perspectives*, 1–6.
- Onat Kocabiyik, O. & Donat Bacioğlu, S. (2022). Predictive Roles of Psychological Resilience and Coping Skills on Social Media Addiction. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 14(1), 137-146.
- Pant A. (2023). The Relationship Between Perceived Parenting Style and Resilience in College Students. *The International Journal of Indian Psychology*, 11(1), 606-613.
- Peker, A., & Nebioğlu Yildiz, M. (2022). Examining the Relationships Between Adolescents' Emotion Regulation Levels and Social Media Addiction. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(3), 564-569.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Von Knorring, L., & Perris, H. (1980) Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiat. Scand.*, 61, 265-274.
- Pinto, H. M., Carvalho, A. R., & Sá, E. N. (2014). Os estilos educativos parentais e a regulação emocional: Estratégias deregulação e elaboração emocional das crianças em idade escolar. *Análise Psicológica*, 4(32), 387-400.
- Poliaková, M., Mojžišová, V. & Hašto, J. (2007). Skrátený dotazník zapamätaného rodičovského správania ako výskumný a klinický nástroj s-E.M.B.U. *PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*, 14 (2-3), 79-88.
- Pranitha, R., Kiruthika, V., & Yuva Harini, S. (2022). Impact Of Parenting Style On Resilience Among Adolescent And Early Adults. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 13(5), 2046-2064.

Putri, A. A. H., & Khairunnisa H. (2019). The Relationship of Family Function and Social Media Addiction among Adolescents. *Advances in Social Science Education and Humanities Research (Atlantis Press)*, 304, 127-130.

Rojková, Z. & Vavrová, M. (2020). *Štatistika prakticky (nielen) v záverečných prácach. Aplikácia štatistiky a interpretácia výsledkov v psychologickom výskume*. Filozofická fakulta UCM v Trnave.

Rüther ,L., Jahn, J., & Marksteiner, T. (2023). #influenced! The impact of social media influencing on self-esteem and the role of social comparison and resilience. *Frontiers in Psychology*, 14(4). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1216195>

Savci, M., Akat, M., Ercengiz, M., Griffiths, M.D., & Aysan, F. (2020) Problematic Social Media Use and Social Connectedness in Adolescence: The Mediating and Moderating Role of Family Life Satisfaction. *Intrnational Journal of Mental Health and Addiction* 20, 2086-2102. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00410-0>

Stehlíková, J. (2019) Reziliencia ako dôležitý aspekt mentálneho zdravia. *Školní psychológ*, 20(1), 77-82.

Tariq, A., Sáez, D.M., & R Khan, S. (2021) Social media use and family connectedness: A systematic review of quantitative literature. *New Media & Society*, 24 (3), 815-832. <https://doi.org/10.1177/14614448211016885>

Vega Intriago, J. O., Borrero Pinargote, C. L., & Cedeño Mendoza, E. M. (2021). Niveles de resiliencia y la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes universitarios. *Revista Ecuatoriana De Psicología*, 4(9), 134-142.

Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207-227. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x>

Walsh, F. (2016a). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family Process*. 55(4), 616-632. <https://doi.org/10.1111/famp.12260>

Walsh, F. (2016b). *Strengthening family resilience (3rd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.

Wartberg L., Thomasius R., & Paschke K. (2021) The relevance of emotion regulation, procrastination, and perceived stress for problematic social media use in a representative sample of children and adolescents. In *Computers in Human Behavior*, 121.

Kontaktné údaje:

¹Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J.Herdu č. 2, 917 01 Trnava, jana.hubinska@ucm.sk

TYPOLOGIA TRAUMATICKÝCH ZÁŽITKOV Z DETSTVA V KONTEXTE VZŤAHOVEJ VÄZBY

TYPOLOGY OF TRAUMATIC CHILDHOOD EXPERIENCES IN THE CONTEXT OF ATTACHMENT

Lenka Selecká¹ – Ivana Václaviková¹

Abstrakt: Príspevok sa sústreďí na kreovanie typológie traumatických zážitkov z detstva v kontexte vzťahovej väzby. Cieľom je v populácii slovenských mužov a žien (N=2912; M=33,05; SD=11,73) identifikovať typy na podklade prežitej traumatizácie a súčasne explorovať zastúpenie jednotlivých foriem vzťahovej väzby v tom-ktorom type. Pre zistenie miery zastúpenia vzťahových väzieb bol využitý Dotazník vzťahu (The Relationship Questionnaire – RQ, Bartholomew & Horowitz, 1991) a k zmapovaniu foriem traumatizácie z detstva bol využitý Dotazník Trauma z detstva (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ, Bernstein, Fink, 1998). Prostredníctvom nehierarchickej zhlukovej analýzy boli identifikované štyri typy, charakterizované rôznou mierou traumatizácie z detstva: 1. osoby s nízkou mierou traumatizácie (emocionálne zanedbávané), 2. osoby s vysokou mierou traumatizácie, 3. osoby emocionálne týrané a zanedbávané a 4. netraumatizované osoby. Výsledky zároveň preukazujú rôznu mieru výskytu jednotlivých podôb vzťahovej väzby u identifikovaných typov.

Kľúčové slová: trauma, vzťahová väzba, typológia

Abstract: The article deals with the creation of a typology of traumatic experiences from childhood in the context of attachment. The aim is to identify types in the population of Slovak men and women (N=2912; M=33.05; SD=11.73) on the basis of traumatic experiences from childhood and to examine which forms of relationship styles are represented in which type. The Relationship Questionnaire (RQ, Bartholomew & Horowitz, 1991) was used to determine the attachment representation rate, and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Bernstein, Fink, 1998) was used to map forms of childhood trauma experiences. Using a non-hierarchical cluster analysis, four types characterized by different degrees of childhood traumatization were identified: 1. individuals with a low degree of traumatization (emotionally neglected), 2. individuals with a high degree of traumatization, 3. emotionally abused and neglected individuals, and 4. non-traumatized individuals. At the same time, the results show a different frequency of occurrence of the individual forms of attachment among the identified types.

Keywords: trauma, attachment, typology

1. Úvod

Za traumatizujúcu udalosť považujeme takú, ktorá človeka ohrozuje a presahuje jeho aktuálnu kapacitu zvládať a integrovať záťaž z nej plynúcu (Matoušek, 2020; VÚDPaP, 2022). Z pozície daného jedinca nie je možné ju ovplyvniť, čím ho zanecháva bezmocného, v intenzívnych pocitoch strachu až hrôzy. Trauma je potom výsledkom reakcie na danú nepriaznivú skúsenosť alebo stres a predstavuje zaplavujúci pocit, že svet nie je dobrý ani bezpečný (Brunzell et al., 2019). Traumatické skúsenosti vychylujú normálny vývin a dôveru človeka v sieť medziľudských vzťahov (Breidenstine et al., 2011), ovplyvňujú postoje a správanie z krátkodobého aj dlhodobého hľadiska (Matoušek, 2020). Prostredníctvom dysregulácie emocionálnych reakcií oslabujú interpersonálne zručnosti (Poole et al., 2018)

a schopnosť porozumieť sociálnym podnetom, čím spôsobujú problémy s vytváraním väzieb (Tomlinson et al., 2011). Vedú tiež k potláčaniu vlastných pocitov, napríklad k predstieraniu absencie potreby náklonnosti (Stien & Kendall, 2014). Aký je charakter traumatizácie v kontexte vzťahovej väzby v populácii slovenských mužov a žien? Vytvárajú jednotlivé podoby traumatických skúseností v detstve špecifické typy, charakterizované odlišnou mierou zastúpenia tej-ktorej vzťahovej väzby?

1.1. Traumatizácia v detstve

Nepriaznivé, resp. traumatické detské zážitky sú definované ako stresujúce zážitky vyskytujúce sa v detstve, ktoré priamo poškodzujú dieťa alebo negatívne ovplyvňujú prostredie, v ktorom žije. Rozlišujeme rôzne druhy: trauma spôsobená druhým človekom, prírodná katastrofa a iné traumatizujúce udalosti, napríklad dopravné nehody či úmrtia blízkych. Za najzávažnejšiu sa všeobecne považuje trauma spôsobená druhým človekom; akútna (spôsobená jednorazovým stresorom, resp. v relatívne krátkom časovom úseku), alebo v podobe opakovane a dlhodobo sa vyskytujúceho javu (VÚDPaP, 2022). Zvyčajne ide o fyzické a sexuálne zneužívanie a zanedbávanie, vyrastanie v prostredí, ktoré je pre dieťa škodlivé v dôsledku domáceho násillia alebo zneužívania návykových látok (Bellis et al., 2015). Môže sa taktiež jednať o stratu či odlúčenie od rodičov v ranom detstve, nezamestnanosť rodičov, ich kriminalitu, duševné ochorenie rodiča, rozvod alebo zlé vzťahy v rodine (WHO, 2024). Aj mnohé iné skúsenosti môžu viesť k traume – napríklad imigrácia, utečenectvo, chudoba, vystavenie násilliu v komunite alebo v škole, šikanovanie alebo obťažovanie (Rossen & Cowan, 2013).

Traumu zvyčajne vnímame ako neobvyklú skúsenosť; vystavenie traumatickej udalosti v priebehu života je však v skutočnosti normou (Klepáčková a kol., 2020). Výsledky štúdie realizovanej na vzorke takmer 70 000 osôb z 24 krajín sveta poukazujú na to, že 70,4 % z nich získa počas života nejakú traumatickú skúsenosť (Kessler et al., 2017). V Spojenom kráľovstve hlási aspoň jeden z nepriaznivých zážitkov pod 50% populácie; zároveň ľudia, ktorí uvádzajú, že zažili aspoň jeden takýto zážitok s väčšou pravdepodobnosťou hlásia aj iné zážitky podobného charakteru (Bellis et al., 2016). Podľa Stoltenborgh et al. (2015), svetová prevalencia detských traumatických skúseností je 36,3% pre emocionálne zneužívanie; 22,6% pre fyzické násillie; 7,6% pre sexuálne zneužívanie chlapcov a 18% pre sexuálne zneužívanie dievčat; 18,4% pre emocionálne zanedbávanie a 16,3% pre fyzické zanedbávanie. V slovenských podmienkach skúmala výskyt traumatizácie v detstve Kaščáková a kol. (2020) s nasledovnými zisteniami: najčastejšie je fyzické a emočné zanedbávanie (35,7% a 17,1%), emočné týranie (11,7 %), fyzické týranie (11%) a sexuálne zneužívanie (5,7%). Uvedené výsledky reprezentujú situáciu v prípade použitia klinického cut-skóre. Autorka však uvádza, že možno pracovať i s cut-skóre s nižšími prahovými hodnotami, kedy sa už nižší výskyt určitých skúseností považuje za traumatizáciu. Takto bolo emočné týranie zistené u 15,8% a emočné zanedbávanie až u 48% obyvateľov SR. Viac ako tri typy zlého zaobchádzania zažívalo v detstve 10,9% (klinicky významný výskyt), resp. 14,7% (už nízky výskyt považovaný za traumatizáciu) obyvateľstva. Do určitej miery teda možno o traume hovoriť ako o univerzálnej skúsenosti s častým začiatkom už v detstve.

1.2. Vzťahová väzba a jej narušenie traumou

Vzťahovú väzbu môžeme definovať ako emocionálne puto, ktorého úlohou je udržiavať a podporovať blízkosť medzi dieťaťom a malým počtom dospelých osôb, ktoré sú zodpovedné za ich ochranu a starostlivosť. Bowlby (1969 in Hašto, 2005) pripútanie

definoval ako systém správania a motivácie, ktorého vonkajším cieľom je udržať fyzickú blízkosť dieťaťa k opatrovateľskej osobe a vnútorným cieľom je dosiahnuť pocit bezpečia.

Rozdiely v kvalite vzťahovej väzby a jej prítomnosti alebo neprítomnosti majú dôležité dôsledky pre vývin (Breidenstine et al., 2011). Štandardne sa deti emocionálne pripútavajú k rodičom, o ktorých sa na základe svojich skúseností naučili, že sú dostupní a spoľahliví, pričom reakcie dospelého na potreby dieťaťa sú základom pre reprezentácie seba a iných. Vyjadrené v štyroch typoch vzťahovej väzby (1. bezpečná, 2. neisto-vyhýbavá, 3. neisto-ambivalentná resp. úzkostná a 4. dezorganizovaná), ovplyvňujú skúsenosti v blízkych vzťahoch naprieč celým životom (Bowlby, 1969 in Bachem et al., 2019). Pozitívne skúsenosti charakterizované vnímavosťou, citlivosťou a dostupnosťou opatrovateľa podporujú vývin pozitívnych reprezentácií seba a iných. Negatívne skúsenosti zvyčajne vedú k neistému pripútaniu, charakterizovanému prostredníctvom dimenzií úzkosti a vyhýbania, ktoré predstavujú problémy v sociálnych vzťahoch (Mikulincer & Shaver, 2018; Nagyová, 2022). Platí, že deti, ktoré majú nepriaznivé skúsenosti s osobami, ku ktorým sú pripútané, príp. dokonca nemali možnosť vytvoriť si bezpečné emocionálne puto so žiadnou dospelou osobou, sa považujú za najviac ohrozené budúcou psychopatológiou. Zároveň je zrejmé, že traumatické zážitky môžu ohroziť nielen vzťah s osobou, ku ktorej je dieťa emocionálne pripútané. Toto narušenie totiž mení spôsob pripútania aj ku všetkým ostatným osobám a taktiež predstavy o bezpečnom svete (Breidenstine et al., 2011), čo sa ďalej podpíše na trajektórii jeho života a sociálnych vzťahoch.

Traumatické skúsenosti z detstva idú ruka v ruke so vznikom niektorej z neistých foriem vzťahovej väzby (Hašto, 2005; Yilmaz et al., 2022), pretože trauma 1. odpája od vzťahových zdrojov, 2. spôsobuje ťažkosti s pripútaním a vo vzťahoch, 3. ovplyvňuje vnútorný pracovný model (dieťaťa), rozvoj sociálnych zručností a rovesnícke vzťahy (Tomlinson et al., 2011). Svet sa stáva nebezpečným a nepredvídateľným, ohrozenie je očakávanou skúsenosťou. To vedie k úzkostnému prežívaniu a ďalej zasahuje do všetkých aspektov každodenného života. Dieťa a neskôr dospelý človek nemá internalizované mentálne reprezentácie emocionálnych vzťahov, seba samotného v sociálnej interakcii, nemá predstavu predvídateľných reakcií ostatných ľudí, či postojov k druhému a k sebe. V tomto kontexte neprekvapí zistenie Kaščákovéj a kol. (2020), že rôzne typy traumatizácie v detstve (okrem fyzického zanedbávania) sú významne viac zastúpené u ľudí s dezorganizovanou vzťahovou väzbou nielen v porovnaní s bezpečnou vzťahovou väzbou, ale aj v porovnaní s ďalšími dvomi neistými vzťahovými väzbami (úzkostnou a vyhýbavou). História fyzického zneužívania sa spája so vzťahovou úzkosťou i vyhýbavosťou (Unger & De Luca, 2014). Tiež bolo zistené, že fyzické, emocionálne a sexuálne zneužívanie a fyzické a emocionálne zanedbávanie (ako dimenzie traumy z detstva) súvisia s dezorganizovaným, úzkostným a vyhýbavým štýlom pripútania; pričom tieto isté premenné sú v negatívnom vzťahu s bezpečnou vzťahovou väzbou (Erozkan, 2016).

1.3. Výskumný problém a cieľ

Za skúsenosť s najväčším traumatickým potenciálom možno nepochybne považovať opakované a dlhodobé nepriaznivé zaobchádzanie od iného človeka, obzvlášť pokiaľ ide o primárnu vzťahovú osobu (VÚDPaP, 2022), ako je emocionálne týranie a zanedbávanie, fyzické týranie a zanedbávanie, sexuálne zneužívanie (Bernstein & Fink, 1998). Zároveň existuje pravdepodobnosť, že traumatické skúsenosti v detstve sa nevyskytujú izolovane, v jednej konkrétnej podobe (Bellis et al., 2016). Je možné na ich základe kreovať typológiu, ktorá odlíši skupiny osôb v populácii slovenských mužov a žien?

Vychádzajúc z odbornej literatúry a výskumných zistení (napr. Tomlinson et al., 2011; Erozkán, 2016; Kaščáková a kol., 2020) možno konštatovať, že traumatizácia v detstve súvisí so vzťahovou väzbou a jej podobami aj v dospelosti. Cieľom výskumu je teda identifikovať typy osôb na základe prežitej traumatizácie v detstve a explorať u nich zastúpenie jednotlivých podôb vzťahovej väzby.

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

V štúdiu je využitá reprezentatívna výskumná vzorka mužov a žien (N=2912; M=33,05; SD=11,73), pričom dolnou vekovou hranicou bol vek 18 rokov a hornou vekovou hranicou bol vek 70 rokov.

2.2. Výskumné metódy

Dotazník vzťahu (The Relationship Questionnaire – RQ, Bartholomew & Horowitz, 1991; autorský preklad) predstavuje stručný dotazník, v ktorom sú opísané štyri vzťahové štýly – bezpečný, vyhýbavý, dezorganizovaný a úzkostný. Participanti hodnotia na 7-stupňovej Likertovej škále mieru ich zhody s uvedenými štýlmi. Zo štyroch premenných je možné vypočítať skóre podliehajúce modelu self (model of self), ktorého negatívna hodnota zodpovedá úzkostnosti, a modelu ostatných (model of others), ktorého negatívna hodnota zodpovedá vyhýbavosti. V aktuálnom výskume analyzujeme výskyt všetkých štyroch možných spôsobov vzťahovania sa.

Dotazník Trauma z detstva (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ, Bernstein, Fink, 1998; slov. adaptácia: Petriková a kol., 2021) mapuje retrospektívne spomienky participantov na udalosti, ktoré sa vyskytli v ich detstve. Dotazník obsahuje 28 položiek, ku ktorým sa respondent vyjadruje na bodovej škále od 1 („Nikdy“) po 5 („Veľmi často“) a päť škál: emocionálne týranie – aktívne psychické týranie v podobe verbálnej agresie, napríklad vyhrážanie, nadávky a ponižovanie („*Ludia v mojej rodine vraveli napr., že som hlúpy(-a), lenivý(-á), alebo škaredý(-á)*“), fyzické týranie – fyzické ubližovanie, ktorého následkom sú poranenia, modriny a zlomeniny („*Nieкто v mojej rodine ma bil tak veľmi, že som musel(-a) ísť k lekárovi alebo do nemocnice*“), sexuálne zneužívanie – sexuálne násilie a znásilnenie („*... mi ublíži alebo bude o mne klamať, ak s ním (ňou) nebudem robiť niečo sexuálne*“), emocionálne zanedbávanie – nezáujem a nedostatok podnetov („*Ludia v mojej rodine boli k sebe pozorní.*“, reverzná položka), fyzické zanedbávanie – zanedbávanie zdravotnej starostlivosti a životných potrieb („*Nemal(-a) som dostatok jedla*“).

2.3. Analýza dát

Nehierarchická zhuková analýza je jedna z najviac využívaných exploračných zhukových algoritmov, ktorej cieľom je vytvoriť neprekrývajúce sa zhuky. Nehierarchická zhuková analýza (k-means cluster analysis) využíva exploračný prístup, avšak i napriek tomu berie v ohľad predchádzajúce zistenia ohľadom štruktúry dát (Wu, 2012), čo je primárnou príčinou pre jej využitie v aktuálnej štúdiu.

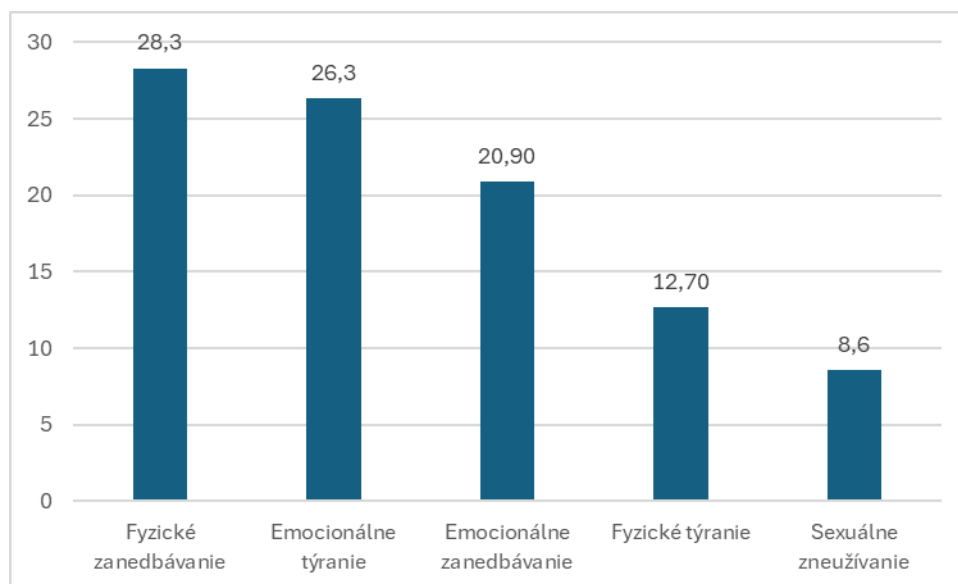
So zreteľom na potrebu analýzy mier vzťahových väzieb v súvislosti s mierami typov traumatizácie sú hrubé skóre prezentované v nehierarchickej zhukovej analýze štandardizované na z skóre (resp. AM=0, SD=1).

Výsledky nehierarchickej zhlukovej analýzy boli následne validované prostredníctvom analýzy rozptylu, pre výpočet veľkosti efektu bol využitý koeficient η^2 a nakoľko sa jednotlivé zhluky preukázali ako nehomogénne a taktiež nerovnako početné, pre výpočet jednotlivých post hoc efektov bol využitý Games-Howellov test (jedná sa o pomerne robustný test odolný voči homoscedasticite).

3. Výsledky

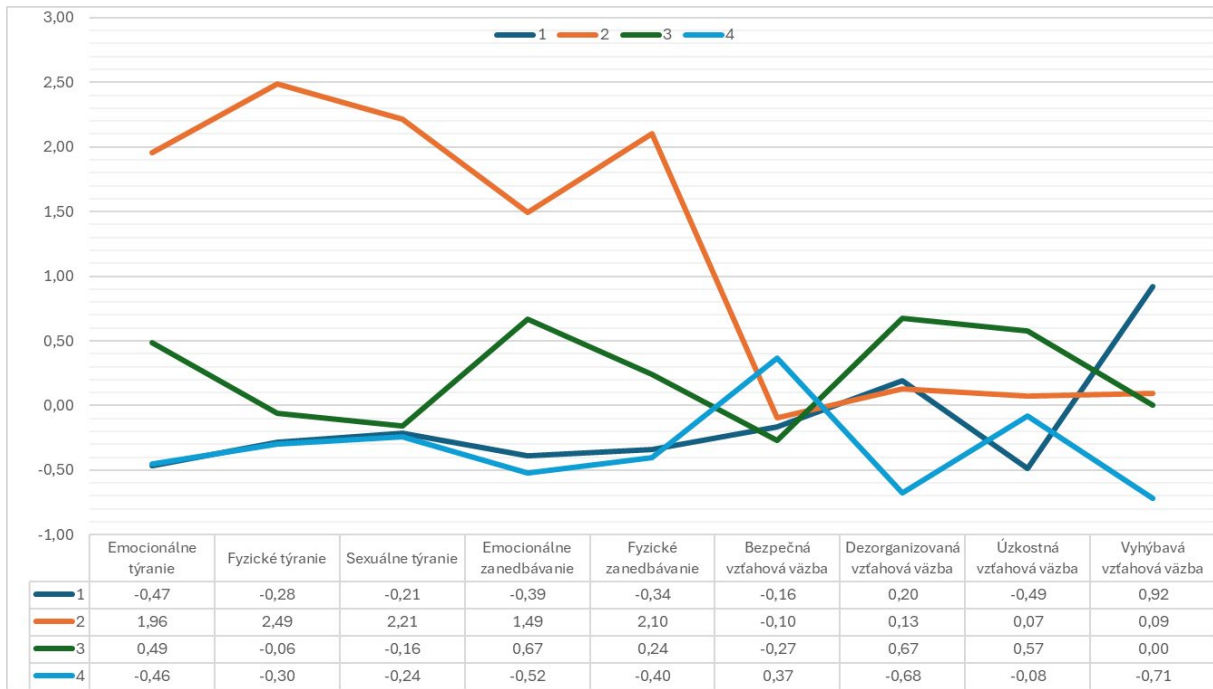
V aktuálnom výskume zaznamenávame výskyt klinicky významnej traumatizácie (zoradenej od najčastejšej formy po najmenej častú) u 28,3% populácie v podobe fyzického zanedbávania, nasleduje emocionálne týranie (26,3%), emocionálne zanedbávanie (20,9%), fyzické týranie (12,7%) a sexuálne zneužívanie (8,6%, vid' graf 1).

Klinicky významný výskyt je postavený na klinicky odvodených prahových skóre pre jednotlivé typy traumatizácie (Walker et al., 1999), jedná sa teda o týranie a zanedbávanie strednej až závažnej úrovne.



Graf 1 Prevalencia traumatických skúseností z detstva

S cieľom identifikovať typy osôb na základe prežitej traumatizácie v detstve a v snahe explorať u nich zastúpenie jednotlivých podôb vzťahovej väzby sme uskutočnili nehierarchickú zhlukovú analýzu, ktorej vizuálnu podobu aj s centrami zhlukov uvádzame v grafe č. 2.



Graf 2 Grafické znázornenie typológie traumatických skúseností a vzťahových väzieb

Prostredníctvom nehierarchickej zhlukovej analýzy sme vo formách traumatizácie a vzťahových väzbách identifikovali typy osôb, ktoré sa líšia v závažnosti jednotlivých foriem traumatizácie a zároveň v miere ich zhody s jednotlivými podobami vzťahovania sa k iným ľuďom.

Prvý zhluk osôb (s nízkou mierou traumatizácie, resp. emocionálne zanedbávaní, $N_1=796$) je charakteristický nižšou mierou traumatizácie v oblasti emocionálneho a fyzického týrania, taktiež v oblasti sexuálneho zneužívania a fyzického zanedbávania. Avšak ako sa ukazuje, s ohľadom na emocionálne zanedbávanie je tu prítomný významný rozdiel oproti poslednému zhluku v smere vyššieho emocionálneho zanedbávania, tento rozdiel sa spája s vyšším príklonom k vyhýbavej vzťahovej väzbe a miernym príklonom k dezorganizovanej vzťahovej väzbe.

Druhý zhluk (výrazne traumatizovaní, $N_2=231$) môžeme charakterizovať najvyššou mierou vo všetkých oblastiach detskej traumatizácie a stredným príklonom ku dezorganizovanej, úzkostnej a aj vyhýbavej vzťahovej väzbe. Títo participanti zažívali vysokú mieru všetkých sledovaných oblastí traumatizácie s hlavným dôrazom na fyzické týranie.

Tretí zhluk osôb (emocionálne týraní a zanedbávaní, $N_3=819$) zažíval druhý najvyšší výskyt vo všetkých oblastiach traumatizácie v porovnaní s ostatnými participantmi (konkrétne, druhý zhluk predstavuje najviac týranú a zanedbávanú skupinu ľudí). Špecificky, títo participanti uvádzajú prioritne emocionálne týranie a emocionálne zanedbávanie ako najväčšie. Tieto podoby detských zážitkov sa spájajú s príklonom k dezorganizovanej a úzkostnej vzťahovej väzbe.

Posledný, štvrtý zhluk (netraumatizovaní, $N_4=1066$), tvorí najväčšia časť sledovanej populácie (konkrétne 36,4% celkovej výskumnej vzorky). Títo participanti udávajú vo všetkých oblastiach traumatizácie najnižšie hodnoty a zároveň najväčší príklon ku

bezpečnej vzťahovej väzbe. Dezorganizovaná a vyhýbavá vzťahová väzba sa v tejto skupine prakticky nevyskytuje.

Tabuľka 1 Analýza rozptylu výsledku zhlukovej analýzy

		df	Priemerný kvadrát	F	p	Eta ²	Games-Howell
Emocionálne týranie	Medzi skupinami	3	491,18				
	Vnútri skupín	2908	0,48	1024,415	0,000	0,514	Všetky zhluky okrem 1-4
	Spolu	2911					
Fyzické týranie	Medzi skupinami	3	529,39				
	Vnútri skupín	2908	0,41	1297,803	0,000	0,572	Všetky zhluky okrem 1-4
	Spolu	2911					
Sexuálne týranie	Medzi skupinami	3	415,7				
	Vnútri skupín	2908	0,52	805,954	0,000	0,454	1 zhluk voči 2, 2 voči všetkým, 3 voči 4, 4 voči 2 a 3
	Spolu	2911					
Emocionálne zanedbávanie	Medzi skupinami	3	430,42				
	Vnútri skupín	2908	0,56	769,319	0,000	0,442	Všetky zhluky
	Spolu	2911					
Fyzické zanedbávanie	Medzi skupinami	3	445,56				
	Vnútri skupín	2908	0,52	863,166	0,000	0,471	Všetky zhluky okrem 1-4
	Spolu	2911					
Bezpečná vzťahová väzba	Medzi skupinami	3	76,87				
	Vnútri skupín	2908	0,91	84,134	0,000	0,080	4. zhluk voči všetkým
	Spolu	2911					
Dezorganizovaná vzťahová väzba	Medzi skupinami	3	298,28				
	Vnútri skupín	2908	0,69	431,785	0,000	0,308	3. a 4. zhluk voči všetkým
	Spolu	2911					
Úzkostná vzťahová väzba	Medzi skupinami	3	155,63				
	Vnútri skupín	2908	0,83	186,799	0,000	0,162	Všetky okrem 2-4
	Spolu	2911					
Vyhýbavá vzťahová väzba	Medzi skupinami	3	406,57				
	Vnútri skupín	2908	0,57	707,939	0,000	0,422	Všetky okrem 2-3
	Spolu	2911					

Výsledky nehierarchickej zhlukovej analýzy validujeme prostredníctvom analýzy rozptylu (viď Tabuľka 1). Ako je viditeľné, vytvorené zhluky sú od seba významne odlišné, čím

podporujeme validitu zhlukovej analýzy. Navyše, okrem toho, že sa zhluky líšia vo všetkých sledovaných premenných (formách traumatizácie a vzťahových väzbách) na základe koeficientov Eta² môžeme konštatovať, že všetky zistené rozdiely majú veľký efekt.

Pre bližšiu kontrolu rozdielov medzi dvojicami zhlukov bol využitý Games-Howellov test, jeho stručné výsledky sú taktiež uvedené v Tabuľke 1 a rovnako podporujú závery, ktoré boli zistené prostredníctvom zhlukovej analýzy.

4. Diskusia

Z hľadiska prevalencie, zaznamenaný výskyt traumatických zážitkov v detskom veku sa blíži zahraničným zisteniam (Stoltenborgh et al., 2015; Bellis et al., 2016; Kessler et al., 2017). Pracujeme však s predpokladom, že stále môže ísť o podhodnotené zistenia. Jednak platí, že pre ľudí je zvyčajne náročné a nepríjemné vybavovať si traumatické skúsenosti (resp. tieto dokonca môžu byť vytesnené a teda neprístupné vedomému spracovaniu) a, zároveň, v danom výskume sledujeme len klinicky významný výskyt traumatizácie. Ako však konštatuje Kaščáková a kol. (2020), možno pracovať aj s cut-skóre s nižšími hodnotami (takto autorka v slovenskej populácii zisťuje až 48% výskyt emočného zanedbávania oproti 17,1% klinickému výskytu, prípadne oproti 20,9%, zaznamenaných v našom výskume).

Naše výsledky však potvrdzujú opodstatnenosť predpokladu existencie odlišiteľných typov ľudí s ohľadom na traumatické skúsenosti z detstva. Boli identifikované štyri zhluky – 1. osoby s nízkou mierou traumatizácie (resp. emocionálne zanedbávané), 2. osoby s vysokou mierou traumatizácie, 3. osoby emocionálne týrané a zanedbávané a 4. netraumatizované osoby. Výsledky zároveň prezentujú rôznu mieru výskytu jednotlivých podôb vzťahovej väzby u identifikovaných typov, čo korešponduje s tvrdeniami o súvise rôznych podôb traumatizácie s neistým pripútaním (Hašto, 2005; Erozkán, 2016; Yilmaz et al., 2022), prípadne zisteniami o rozdielnej miere traumatických skúseností z detstva vzhľadom na typ vzťahovej väzby (Kaščáková a kol., 2020).

Najpočetnejší je v našom výskume zhluk, tvorený osobami, ktoré udávajú bezpečnú vzťahovú väzbu a v zásade ich možno označiť ako netraumatizované. Od primárnych vzťahových osôb sa im pravdepodobne dostalo vnímavého a citlivého zaobchádzania, čo ďalej pôsobí ako protektívny faktor (Hašto, 2005) aj v prípadnej konfrontácii s nepriaznivými skúsenosťami mimo prostredia primárnej rodiny (Yilmaz et al., 2022). Takýto prístup podporuje vývin pozitívnych reprezentácií sveta a seba v ňom. Ľudia s bezpečným typom pripútania sa vo všeobecnosti považujú za hodnotných, ostatní sú v ich očiach zväčša prijímajúci a podporujúci a nemajú problém vyplývajúci zo závislosti na iných ľuďoch. Vo vzťahu sa potom cítia komfortne a v bezpečí (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Podobne početnými sú nasledujúce dva zhluky, reprezentujúce osoby s nízkou mierou traumatizácie a osoby emocionálne týrané a zanedbávané. Napriek tomu, že prvý menovaný zhluk sa v miere traumatických skúseností od skupiny netraumatizovaných líši len minimálne, táto odlišnosť má zrejmy odraz v odlišnom zastúpení podôb vzťahovej väzby. Konkrétne, ide o rozdiel v miere emocionálneho zanedbávania, ktorý sa na úrovni vzťahovej väzby manifestuje najmä zvýraznenou vyhýbavosťou. Ak ľudia nemajú skúsenosť starostlivosti vnímavej k emocionálnym potrebám, môže ich to viesť k potláčaniu

vzťahových potrieb (Stien & Kendall, 2014). Naučia sa ctiť si vlastnú autonómiu a považovať samých seba za sebestačných na úkor intimity – pravdepodobne preto, že sa v kľúčovom období nemohli spoľahnúť na ostatných (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Zhluk osôb, z hľadiska traumatických skúseností vystavený emocionálnemu týranu a zanedbávaniu, je v zmysle pripútania charakterizovaný najmä prítomnosťou úzkostnej a dezorganizovanej vzťahovej väzby. Pokiaľ je zdrojom emocionálneho týrania a zanedbávania primárny opatrovatel', dieťa si vytvára a do ďalšieho života prináša pohľad na svet, v ktorom sa nedá spoľahnúť na podporu ostatných (Tomlinson et al., 2011). Títo ľudia sa často cítia bezcenní a nehodní lásky; zároveň sa snažia potvrdiť si svoju hodnotu práve v blízkych vzťahoch, ktorými bývajú nadmerne zaujatí a majú od nich nerealistické očakávania (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Posledný zhluk je tvorený osobami, ktoré majú časté skúsenosti so všetkými sledovanými podobami traumatizácie, vrátane dôrazu na fyzické týranie. Zároveň je tento zhluk charakteristický pomerne vyrovnanou mierou výskytu všetkých troch podôb neistej vzťahovej väzby. História fyzického zneužívania sa spája so vzťahovou úzkosťou i vyhýbavosťou (Unger & De Luca, 2014). Títo ľudia sa v detstve často cítili opustení, osamelí a izolovaní; ich vnútorný model pripútania je charakteristický nedôverčivosťou a negatívnosťou (Tomlinson et al., 2011). Túžia po intimite, no zároveň sa desia odmietnutia; alternujú teda medzi približujúcim a vyhýbavým správaním (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Summa summarum, traumatické skúsenosti z detstva môžu negatívne ovplyvniť sociálne fungovanie jednotlivcov v ich dospelom živote. Pokiaľ blízke osoby v detstve predstavovali zdroj opatery a (fyzického) nebezpečia zároveň, ostáva osobe v živote nevyriešený konflikt, ktorý sa pri snahe o vytvorenie blízkeho vzťahu aktivuje (Hašto, 2005). Uvedené možno sledovať prostredníctvom podoby vzťahových štýlov (Erozkan, 2016; Kaščáková a kol., 2020; Nagyová, 2022; Yilmaz et al., 2022), ktoré si títo jednotlivci vytvorili a prezentujú ich vo svojich rodinách, medzi priateľmi a, najmä, vo vzťahu s partnermi. Neistota vo vzťahoch (prejavujúca sa vo forme zvýšenej vzťahovej úzkostnosti a/alebo vzťahovej vyhýbavosti) totiž predstavuje neustálu obavu, že vzťahová osoba nebude v čase potreby k dispozícii a/alebo nedôveru voči jej ochote poskytovať podporu a lásku, nasledovanú neadekvátnou snahou zachovať si nezávislosť od ostatných. S cieľom zvládnuť uvedené obavy jednotlivci používajú hyperaktívne (nutkavé hľadanie blízkosti, ochrany a vyžadovanie súhlasu) alebo deaktivované stratégie pripútania, ako je stiahnutie a emocionálny odstup (Mikulincer & Shaver, 2018). Toto sú len niektoré z podôb ťažkostí, ktoré ľudia zasiahnutí traumou môžu mať v sociálnych vzťahoch (Bachem et al., 2019). Ďalší problém predstavuje fakt, že svoje aktuálne ťažkosti si zvyčajne neprepoja so zážitkami z detstva, čo znižuje šancu na riešenie dôsledkov. Navyše, napriek známemu prepojeniu emocionálnej pripútanosti a traumy, stále sa treba veľa naučiť o tom, ako traumatické skúsenosti ovplyvňujú vzťahovú väzbu človeka a ako môžu pozitívne zážitky vzťahu zmierňovať účinky traumy (Breidenstine, et al, 2011).

Literatúra

Bachem, R., Levin, Y., & Solomon, Z. (2019). Trajectories of attachment in older age: Interpersonal trauma and its consequences. *Attachment & human development*, 21(4), 352-371. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1479871>

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bellis, M. A. et al. (2016). *Adverse childhood experiences and their impact on health-harming behaviours in the Welsh adult population*. Public Health Wales NHS Trust. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw167.009>
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *The child trauma questionnaire manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Breidenstine, A. S., et al. (2011). Attachment and trauma in early childhood: A review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 274-290. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.609155>
- Brunzell, T., Stokes, H., & Waters, L. (2019). Shifting teacher practice in trauma-affected classrooms: Practice pedagogy strategies within a trauma-informed positive education model. *School Mental Health*, 11(3), 600-614. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-09308-8>
- Erozkan, A. (2016). The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal journal of educational research*, 4(5), 1071-1079. <https://doi.org/10.13189/ujer.2016.040517>
- Hašto, J. (2005). *Vzťahová väzba: Ku koreňom lásky a úzkosti*. Vydavateľstvo F.
- Kaščáková, N. a kol. (2020). Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti. *PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*, 27(2), 6-15.
- Kessler, R. C. et al. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Klepáčková, O., Krejčí, Z. & Černá, M. (2020). *Trauma-informovaný prístup v sociálnej práci*. Grada Publishing as.
- Matoušek, O. (Ed.). (2020). *Dítě traumatizované v blízkých vzťahoch: manuál pro profesionály a rodiny*. Portál.
- Nagyová, A. (2022). Vzťahová väzba. *Sociálna prevencia*, 17(1), 5-7.
- Petrikova, M., Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., & Tavel, P. (2021). Validation and adaptation of the Slovak version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2440.
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018). Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child abuse & neglect*, 80, 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.006>
- Rossen, E., & Cowan, K. (2013). The role of schools in supporting traumatized students. *Principal's Research Review*, 8(6), 1-8.
- Stien, P., & Kendall, J. C. (2014). *Psychological trauma and the developing brain: Neurologically based interventions for troubled children*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315808888>

Stoltenborgh, M. et al. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

Tomlinson, P., Gonzalez, R., & Barton, S. (2011). *Therapeutic residential care for children and young people: An attachment and trauma-informed model for practice*. Jessica Kingsley Publishers.

Unger, J. A. M., & De Luca, R. V. (2014). The relationship between childhood physical abuse and adult attachment styles. *Journal of family violence*, 29, 223-234. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9588-3>

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. (2022). *Dieťa po udalosti s traumatickým potenciálom*. Odborné postupy v pedagogickej a poradenskej praxi. Bratislava: VÚDPaP.

Walker, E. A. et al. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American journal of medicine*, 107(4), 332-339. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00235-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00235-1)

Wu, J. (2012). *Advances in K-means clustering: a data mining thinking*. Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-29807-3>

Yilmaz, H., Arslan, C., & Arslan, E. (2022). The effect of traumatic experiences on attachment styles. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(3), 489-498. <https://doi.org/10.6018/analesps.489601>

Kontaktné údaje:

¹ Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu 2, 91701 Trnava, +421 33 5565 293, lenka.selecka@ucm.sk

² Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Námestie J. Herdu 2, 91701 Trnava, +421 33 5565 293, ivana.vaclavikova@ucm.sk

KVALITA ŽIVOTA ĽUDÍ S DIAGNÓZOU SCHIZOFRÉPIA

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA

Ivana Mirdalíková¹ – Claudia Misofová² – Natália Danková³

Abstrakt: Schizofrénia patrí medzi najzávažnejšie psychické poruchy, ktoré výrazným spôsobom zasahujú do života pacientov. Schizofrénia je psychické ochorenie, ktoré je charakteristické zmenou vnímania reality, bludmi, halucináciami. Cieľom príspevku je popísať kvalitu života pacientov so schizofréniou a zistiť, ako ovplyvňuje sebastigmatizácia jej rôzne aspekty. Spojitosť medzi zinternalizovanou stigmou a spoločenským a pracovným životom bola otestovaná pomocou dotazníkovej metódy prostredníctvom škály ISMI. Výskumu sa zúčastnilo 25 ľudí s diagnózou schizofrénia, z toho 12 mužov a 13 žien vo veku 21-51 rokov. Výsledky nepreukázali významný vzťah medzi dobou liečby a izoláciou. Signifikantný rozdiel sa nepreukázal v premennej vnímanie diskriminácie vzhľadom na zamestnanosť ani odolnosť voči stigme vzhľadom na partnerský život.

Kľúčové slová: schizofrénia, kvalita života, sebastigmatizácia, stereotypy, diskriminácia

Abstract: Schizophrenia is one of the most serious psychiatric disorders that significantly affects the lives of patients. Schizophrenia is a mental illness characterised by a change in the perception of reality, delusions and hallucinations. The aim of this paper is to describe the quality of life of patients with schizophrenia and to find out how self-stigmatization affects different aspects of it. The association between internalized stigma and social and professional life was tested using a questionnaire method through the ISMI scale. Twenty-five people with a diagnosis of schizophrenia, 12 men and 13 women aged 21-51 years, participated in the study. The results showed no significant relationship between treatment duration and isolation. There was no significant difference in the variable perception of discrimination with regard to employment or resistance to stigma with regard to partner life.

Keywords: schizophrenia, quality of life, self-stigmatization, stereotypes, discrimination

1. Úvod

Schizofrénia je závažná duševná psychotická porucha, ktorá sa vyznačuje veľkým množstvom príznakov a výrazne zasahuje do života pacientov. Má chronický priebeh sprevádzaný zníženou kvalitou života. Pacienti trpiaci týmto ochorením sa často stretávajú so stigmatizáciou a negatívnymi reakciami zo strany okolia. Cieľom tohto príspevku je pozrieť sa na rozdiely medzi predsudkami a diskriminačným správaním súvisiac so zamestnaním schizofrenických pacientov a nahliadnuť na rozdiely v sebastigmatizácií medzi pacientami, ktorí sú vo vzťahu a ktorí vzťah nemajú a zároveň nahliadnuť na možné súvislosti medzi dĺžkou liečby a možný dopad na spoločenský a pracovný život.

Podľa deskriptívnych klasifikačných systémov MKN-10 a DSM-IV, ktoré obsahujú všetky príznaky schizofrénie, musí byť na diagnostikovanie prítomný aspoň jeden zo symptómov, ako sú sluchové halucinácie, ozvučovanie myšlienok, vkladanie alebo odoberanie myšlienok, bludy kontrolovania alebo ovládania, alebo iné bludy v trvaní aspoň jeden mesiac. Podľa MKN-10 a DSM-IV sa symptómy rozdeľujú na pozitívne a negatívne (Motlová & Koukolík, 2004). Medzi ďalšie príznaky podľa Češkovej (2007) patria kognitívne dysfunkcie a afektívne príznaky. Pozitívne symptómy sú napr. halucinácie a poruchy

myslenia- bludy a dezorganizácia (Češková, 2007). Medzi negatívne príznaky sa radia emočná sploštenosť, apatia, strata motivácie, pocitov radosti, horšie sociálne fungovanie, sťažené vyjadrovanie, ochudobnenie myslenia, depresie, horšia motorika, nedostatok sociálnych kontaktov a následne zhoršená kvalita života. Kognitívne dysfunkcie charakterizuje narušenie poznávacích schopností. Ide hlavne o pracovnú pamäť, čiže uchovanie a znovuspracovanie informácií. Pri exekutívnych funkciách ide o neschopnosť plánovať a riešiť úlohy (Svoboda, Češková & Kučerová, 2006). Z afektívnych symptómov je častá hlavne depresia, ktorá je súčasťou akútnych psychotických atakov. Uvádza sa, že každý desiaty pacient so schizofróniou spácha suicidium. Súbory viacerých dominantných príznakov sú charakteristické pre konkrétne subtypy schizofrénie. Pri paranoidnej schizofrónii sa objavujú bludy a sluchové halucinácie. Taktiež sa vyskytujú emočné poruchy, poruchy vôle a reči (Češková, 2007). Hebefrénna schizofrénia je charakteristická poruchou správania, prejavov, ale aj zanedbávaním svojich povinností, negatívnymi myšlienkami (Ocisková & Praško, 2015). Katatónna schizofrénia sa vyznačuje psychomotorickými ťažkosťami, buď nadmernou vzrušivosťou, nepokojom, alebo pasívnym pohybom, zvýšeným svalovým napätím až katatónnym stuporom (Ocisková & Praško, 2015). Stereotypné správanie sa môže prejavovať aj vo vyjadrovaní (Češková, 2007). Charakteristický je aj negativizmus alebo povelový automatizmus, čiže pacient sa podriaduje inštrukciám (Pečeňák, 2014). Nediferencovaná schizofrénia má príznaky katatónnej aj hebefrénnej schizofrénie, preto je ťažké určiť, o ktorý typ ide. Po odznení schizofrénie sa môže prejavovať epizóda depresii, no niektoré príznaky musia byť prítomné (Ocisková & Praško, 2015). Reziduálna schizofrénia je chronický stav, počas ktorého sa objavujú aspoň štyri príznaky z 12 možných, napr. hypoaktivita, plochá otupená afektivita, nedostatočná iniciatíva, nedostatočný rečový prejav, minimálna mimická expresia, očný kontakt a tiež pohyb. Pacient zlyháva aj v sociálnych interakciách a starostlivosti o seba samého (Pečeňák, 2014). Simplexná forma zahŕňa zmeny v správaní, hlavne uzavretie sa do seba, ochudobnenie emotivity, stratu vôľovej schopnosti s pomalým progresívnym postupom. Znemožňuje spoločenské fungovanie a celkovú výkonnosť (Janík, 2009).

Ako iné psychotické ochorenia, aj schizofrénia výrazne znižuje celkovú kvalitu života z objektívneho aj subjektívneho hľadiska a tiež fungovanie v psychosociálnej sfére. Zasahuje do života nielen samotného pacienta, ale aj jeho rodiny. Príbuzní sa často obávajú, že ochorenie nejakým spôsobom zapríčinili, mnohokrát nevedia prijať pacientovo postihnutie, zatvárajú oči pred príznakmi alebo ho popierajú. Emócie zo strany príbuzných sa menia v závislosti od situácie a následne ovplyvňujú stav pacienta. Je preukázané, že v rodinách s vysokou emočnou expresivitou, čiže nadmernou úzkosťou, prehnanou starostlivosťou, netoleranciou, odsudzovaním, kritickým postojom, atď., sa častejšie u pacienta vyskytuje riziko relapsu, ako v rodinách s nízkou emočnou expresivitou, čiže toleranciou, trpezlivosťou, rešpektom, primeranou vecnou starostlivosťou (Ocisková & Praško, 2015). Správanie rodiny tak ovplyvňuje celkovú kvalitu života príbuzného so schizofróniou. Subjektívna zložka, tj. hodnotenie z perspektívy pacienta, zahŕňa spokojnosť s jeho zdravotným stavom, splnenie jeho očakávaní (Krajčovičová & Čaplová, 2007). K jej posudzovaniu prispieva mnoho faktorov, ako je napr. emočná plochosť, adaptácia na životné podmienky a tiež vlastné obranné mechanizmy (Motlová & Koukolík, 2004). Na schopnosť človeka subjektívne zhodnotiť svoju kvalitu života výraznou mierou vplýva aj fakt, v ktorej fáze ochorenia sa práve nachádza. Človek v psychotickom stave nedokáže reálne zhodnotiť svoju situáciu (Hell & Schupbach, 2004). Mnohé výskumy dokazujú súvislosť medzi schizofrónnymi príznakmi, ako je depresia, paranoje a negatívnym hodnotením kvality života (Lasalvia at al., 2002). Podľa Hupperta a kol. (2001)

na jej hodnotenie negatívne vplýva aj úzkosť. Štúdia Vorugantiho a kol. (2000) poukázala na to, že antipsychotiká druhej generácie sú lepšie znášané pacientmi a prispievajú k pozitívnejšiemu hodnoteniu svojho života. Z objektívneho hľadiska kvalitu života znižuje obmedzenie možnosti viesť samostatný život, neschopnosť riešenia problémov, plánovania budúcnosti, zlyhávajúce v zamestnaní, obmedzenie sociálnej komunikácie z dôvodu ťažkostí s interpretovaním emócií, porozumením, sťaženým očným kontaktom a inými verbálnymi a neverbálnymi prejavmi (Lieberman at al., 2001). Dochádza k odmietaniu zo strany okolia, nedôverčivosti a uzatváraniu sa (Hell & Schupbach, 2004). Narušenie kognitívnych funkcií pacientovi obmedzuje pracovné schopnosti, čo vedie k invalidizácii. Medzi vážne následky zhoršeného psychosociálneho fungovania patrí aj neschopnosť nadväzovania intímnych vzťahov a obmedzenie v oblasti sexuálneho života, k čomu prispieva aj užívanie antipsychotík a následný pokles libida (Ščerbová a kol. 2011).

Ďalším problémom, s ktorým sa musia ľudia so schizofréniou vyrovnávať a výrazne zasahuje do kvality ich života, je stigmatizácia. Toto ochorenie patrí medzi duševné choroby, ktoré sú najviac stigmatizované. Zdrojom stigmy bývajú predsudky, ktorých dôsledkom sa pacient nemôže ubrániť. Medzi bežnou populáciou prevládajú názory, že u takýchto jedincov dochádza k predčasnej demencii, majú zdetinštené správanie, nevedia kontrolovať svoje vášne, čo je sprevádzané konzumáciou drog a alkoholu (Hell & Shupbach, 2004). Podľa výskumov uskutočnených na Slovensku približne polovica respondentov súhlasila, že pacienti so schizofréniou a inými duševnými ochoreniami sú nebezpeční, agresívni, zbavení inteligencie, súhlasili by s ich izoláciou a súcitia s nimi (Magurová & Sabolčáková, 2011). Profesionáli k nim často zaujmú pesimistické postoje, hlavne z dôvodu neistých vyhliadok na úspešnú terapiu, pretože liečba bude dlhodobá. V opačnom prípade zdravotníci podceňujú problémy pacientov. Zásadný je preto terapeutický vzťah (Ocisková & Praško, 2015). Heretik a Poluchová (2009) poukázali na necitlivé zaobchádzanie personálu s ľuďmi s týmto ochorením, nezáujem o komunikáciu, verbálne agresívne správanie, zamykanie izieb, obmedzený prístup k telefónu, nedostatok aktivít a psychosociálnych intervencií. Má to vplyv na priebeh ochorenia, pretože zhoršuje spoluprácu v liečbe. Po prepustení z hospitalizácie sa pacient často stretáva s negatívnymi stereotypnými postojmi okolia, diskrimináciou na pracovisku, frustráciou zo zle ohodnotenej a neprimeranej práce vzhľadom na ich vzdelanie (Poluchová & Heretik, 2009). Po zvnútornení týchto spoločenských predsudkov a stereotypov dochádza k sebastigmatizácii. Je charakteristická stratou záujmov, cieľov, vízií, pocitom hanby a následne depresiami, úzkosťami a horším sociálnym fungovaním (Gerlinger a kol. 2013). Pocity smútku, bezmocnosti môžu viesť k samovražde, častejším remisiám, sociálnej fóbii, užívaniu alkoholu a drog. Keďže stereotypné názory sú v spoločnosti hlboko zakorenené, je potreba venovať pozornosť problematike destigmatizácie psychických ochorení (Ocisková & Praško, 2015). Je to dlhodobý, náročný proces zameraný na informovanosť verejnosti o schizofrénií prostredníctvom edukačných programov (Casnovska, 2010). Dôležitá je komunikácia s pacientmi a záujem o ich názory a pocity (Falanga a kol., 2011). Najdôležitejším aspektom je psychosociálna intervencia zameraná na fungovanie v pracovnej oblasti, v rámci ktorej by si jedinec získal a udržal kompetencie, stanovil si pravidelný režim a pracovné návyky. Zásadná je tu aj podpora chránených pracovných miest, bývania, možností trávenia voľného času (Yakhyayev a kol., 2019). Veľký význam môžu mať aj psychoterapeutické programy zamerané na aktívne spôsoby zvládania stresu, ako aj kognitívne-behaviorálna terapia (Svoboda, Češková & Kučerová, 2006).

Na základe týchto poznatkov sme sformulovali nasledujúce výskumné otázky:

VO1: Existuje štatisticky významný rozdiel medzi zamestnanými a nezamestnanými pacientmi so schizofréniou a vnímanými diskriminačnými reakciami zo strany okolia?

VO2: Existuje vzťah medzi dobou liečby a izoláciou?

VO3: Existuje štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi so schizofréniou, ktorí sú v partnerskom vzťahu a pacientov bez partnerského vzťahu a sebastigmatizáciou?

2. Metódy

2.1. Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorí 25 pacientov s diagnózou schizofrénia zo psychiatrického oddelenia nemocnice v Galante. Pozostáva z 12 mužov a 13 žien. Veková hranica je od 21 do 51 rokov. Väčšina respondentov má ukončené vysokoškolské vzdelanie, ale aj napriek tomu len 8 z nich uviedlo, že sú zamestnaní.

Tabuľka 1 Zamestnanosť respondentov (Zdroj: vlastné spracovanie)

Zamestnanosť respondentov	
Študent/ka	4
Pracujúci/a	8
Nezamestnaný/á	13

Pre náš výskum je dôležité zistiť rodinný stav participantov. Až 56% participantov udalo status slobodný/á a zaujímavé je zistenie, že traja muži vo veku okolo 30 rokov ešte nikdy nemali vzťah.

Tabuľka 2 Rodinný stav respondentov (Zdroj: vlastné spracovanie)

Rodinný stav respondentov	
Slobodný/á	14
Vo vzťahu	7
Ženatý/vydatá	4

V rámci demografických údajov nás zaujíma aj dĺžka liečby pacientov. Priemerná dĺžka liečby je 7,32 rokov. Štyria pacienti uviedli dĺžku liečby kratšiu ako 1 rok a najdlhšie liečený pacient uviedol dobu liečby 25 rokov.

2.2. Výskumné metódy a procedúra

Zber dát sa uskutočnil prostredníctvom dotazníkového šetrenia pomocou sebahodnotiacej škály ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale). Autorkou pôvodnej škály z roku 2003 je Jennifer Ritscherová z Kalifornskej univerzity v San Franciscu. Škála hodnotí mieru sebastigmatizácie u pacientov s psychickým ochorením. Obsahuje 5 subškál celkovo s 29 položkami a odpovedá sa na 4-stupňovej Likertovej škále. Ide o subškály- izolácia, súhlas so stereotypmi, vnímaná diskriminácia, vyhýbanie sa sociálnym kontaktom a odolnosť voči stigme/sebastigmatizácia. Výskum sa uskutočnil vo februári-marci 2023 so súhlasom ošetrojúceho lekára na danom psychiatrickom oddelení v týždni plánovaného prepustenia pacienta. Účasť respondentov bola dobrovoľná. Získané dáta boli spracované pomocou štatistického programu IBM SPSS.

3. Výsledky

Na overenie toho, či existuje rozdiel vo vnímaní diskriminácie medzi zamestnanými a nezamestnanými respondentmi, sme použili neparametrickú analýzu Mann-Whitneyho U testu, keďže nám Shapiro-Wilkov test nepotvrdil normálne rozloženie dát. Z analýzy sme najskôr vylúčili študentov. Keďže hodnota p (sig.) vyšla väčšia ako je hladina štatistickej významnosti $p < 0,05$, štatistická analýza nepoukázala na štatisticky významný rozdiel vo vnímaní diskriminačného správania zamestnaných a nezamestnaných pacientov. Výsledky sú zobrazené v Tabuľke 3.

Tabuľka 3 Výsledky testovania VO1: Mann-Whitneyho U test

Mann-Whitneyho U test					
Vnímaná diskriminácia					
Zamestnanie	N	M	Sig.	U	Z
Pracujúci/a	7	8,57	0,194	32	-1,298
Nezamestnaný/á	14	12,21			

VO2 sme overili neparametrickou verziou, Spearmanovým korelačným koeficientom, keďže sa nepotvrdilo normálne rozloženie dát. Z výskumného súboru boli vylúčení pacienti, ktorí prekonal len jednu ataku ochorenia. Nie je možné u nich posúdiť vplyv ochorenia na izoláciu zo spoločenského života. Štatistická analýza nepoukázala na štatisticky významný vzťah premenných doba liečby a stiahnutie sa zo spoločenského života. Výsledky zobrazuje Tabuľka 4.

Tabuľka 4 Výsledky testovania VO2: Spearmanov korelačný koeficient

Spearmanov korelačný koeficient		
Izolácia	Doba liečby	
	Sig.	r
	0,864	-0,04

Na základe toho, že väčšina respondentov uviedla, že žijú bez partnerského vzťahu, sme predpokladali, že ide o dôsledok sebastigmatizácie a následných problémov v nadväzovaní intímnych vzťahov. Predpoklad, že pacienti žijúci v partnerskom alebo manželskom zväzku sú odolnejší voči stigmatizácii ako pacienti, ktorí nežijú v partnerskom vzťahu, sme overili neparametrickou verziou Mann-Whitneyho U testom, keďže dáta neboli normálne rozložené. Štatistická analýza nepoukázala na štatisticky významný rozdiel v odolnosti voči stigme u respondentov v partnerskom vzťahu a bez vzťahu. Výsledky sú opäť zobrazené v tabuľke.

Tabuľka 5 Výsledky testovania VO3: Mann-Whitneyho U test

Mann-Whitneyho U test					
Sebastigmatizácia					
Rodinný stav	N	M	Sig.	U	Z
Bez vzťahu	14	11,93	0,375	62	-0,886
V partnerskom vzťahu	11	14,36			

4. Diskusia

Na základe poznatkov z doterajších výskumov je zrejme, že vnímanie stigmatizácie a diskriminačné zážitky výrazne ovplyvňujú život vážne psychicky chorých ľudí vo všetkých oblastiach, čiže zasahujú aj sféru zamestnania. Podľa výsledkov výskumu Heretika a Poluchovej (2009) zamestnaní pacienti sa často sťažujú na posmešné diskriminačné poznámky, málo rešpektu, nevyplácanie mzdy a to má za následok nezáujem hľadať si zamestnanie. Výskum Indigo, ktorého sa zúčastnilo 91 psychicky chorých respondentov, poukázal na to, že pacienti pociťujú veľkú nespravodlivosť pri hľadaní zamestnania a väčšina si prácu nedokáže udržať (Wenigová, 2005). Aj vo výskumnej vzorke tejto práce prevažovali nezamestnaní pacienti napriek tomu, že väčšina bola vysokoškolsky vzdelaná. Cieľom bolo porovnať zamestnaných a nezamestnaných respondentov z hľadiska vnímanej diskriminácie, čiže prehliadania, ponížujúceho správania, nezáujmu. Tento predpoklad sa však nepotvrdil.

Sebastigmatizácia je často príčinou zhoršenia psychického stavu pacienta, to následne môže spôsobiť zhoršenie priebehu ochorenia, zvýraznenie symptómov, čo v konečnom dôsledku spôsobuje, že pacienti musia podstúpiť dlhšiu terapiu a viac hospitalizácií na psychiatrickej klinike. Tento vzájomný vzťah sa uplatňuje aj v opačnom prípade, kedy dlhodobejšie liečení pacienti môžu prežiť viac diskriminačných zážitkov, čo následne môže spôsobiť znižovanie sebahodnotenia a izoláciu zo spoločnosti (Ocisková & Praško, 2015). Funk a kol. (2010) skúmali vzťah medzi sebastigmatizáciou a úspešnosťou v liečbe. Zistili súvislosť medzi sebastigmatizáciou a psychopatológiou. Na základe týchto výsledkov práca overovala, či existuje vzťah medzi dobou liečby a stiahnutím sa zo spoločenského života. Subškála izolácie obsahovala napr. položky o vplyve negatívnych predsudkov na vyčlenenie zo spoločenského života, izolácii zo spoločnosti z dôvodu ochrany rodiny a priateľov, ai. Analýza však nepreukázala štatisticky významný vzťah medzi premennými doba liečby a stiahnutie sa zo spoločenského života.

Podľa výsledkov výskumu Heretika a Poluchovej (2009) respondenti so schizofréniou sú vystavení rôznym diskriminačným zážitkom vedúcim k zníženiu sebahodnotenia a tým k problémom v interakciách a nadväzovaní intímnych vzťahov. Väčšina týchto respondentov uviedla, že nežijú v partnerskom vzťahu. Vzťah medzi sebastigmatizáciou a schopnosťou nadviazať a udržať si partnerský vzťah je v práci overený na základe komparácie respondentov bez vzťahu a v partnerskom vzťahu vzhľadom na premennú odolnosť voči stigme. Tento predpoklad vychádzal z tvrdenia, že menej odolní pacienti voči stigme majú tendenciu nesúhlasiť s tvrdeniami, že by aj napriek ochoreniu mohli viesť plnohodnotný život. Keďže títo ľudia majú znížený pocit vlastnej hodnoty, vyhýbajú sa nadväzovaniu blízkych intímnych vzťahov zo strachu zo zlyhania alebo odmietnutia. Hoci sa preukázal rozdiel v sebastigmatizácii u respondentov v prospech tých, ktorí žijú vo vzťahu, tento rozdiel nebol štatisticky významný.

4.1. Limity

Za hlavný limit práce sa dá považovať malá výskumná vzorka a tým pádom nemožnosť zovšeobecnenia výsledkov na všetkých pacientov s ochorením schizofrénia. Zber údajov sa uskutočnil na psychiatrickom oddelení Nemocnice sv. Lukáša v časovom úseku dvoch mesiacov. V tomto krátkom časovom období bolo náročné získať väčšie množstvo respondentov, ktorí by boli aj napriek ich momentálnemu zdravotnému stavu schopní a

ochotní zúčastniť sa výskumu. Pre lepšie zovšeobecnenie výsledkov je potrebné výskum realizovať v dlhšom časovom období a vo viacerých psychiatrických zariadeniach.

Grantová podpora

Výskum bol podporený grantom PO plán obnovy FPPV-64-2024.

Literatúra

Časnovská, L. (2010). *Dajme stop stigma*. Liga za duševné zdravie. Dostupné na: <http://dusevnezdravie.sk/d-stop-stigma/>

Češková, E. (2007). *Farmakoterapie pre prax schizofrenie*. Jessenius, Maxdorf s.r.o., Praha.

Fung, K.M.T., Tsang, H.W.H., & Chan, F. (2010). Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: A path analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 45(5), 561–568.

Falanga, R., De Caroli, M.E., & Sagone, E. (2011). Attitudes towards disability: the experience of “contact” in a sample of Italian college students. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 91-100.

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 155–164.

Hell, D., & Schüpbach, D. (2004). *Schizofrénie: Základy pre porozumenie a orientáciu*. Vydavateľstvo F, Trenčín..

Janík, P. (2012). *Environmentálne vplyvy pri schizofrénii*. Dizertačná práca. Bratislava: Lekárska fakulta Univerzity Komenského, 2009. 82 s.

Krajčovičová, D., & Čaplová, T. (2007). Psychózy z okruhu schizofrénie a niektoré komponenty kvality života. *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*, 14 (1), 33.

Lasalvia, A., Ruggeri, M., & Santolini, N. (2002). Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology. The South-Verona Outcome Project 6. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(5), 275–284.

Liberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R. (2001). Training in social problem solving among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(1), 31–33.

Magurová, D., & Sabolčáková, T. (2011). Postavenie duševného chorého v spoločnosti. *Molisa 8: medicínsko - ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov, 112-116.

Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada.

Pečeňák, J. (2014). *Schizofrénia - koncepty, symptómy, diagnostické kritériá*. Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-3540-9 1.

Poluchová, J., & Heretik, A. (2009). Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénie - Výsledky výskumu. *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*, 16 (1).

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatológia a psychiatria*. Portál.

Ščerbová, J., Bogorová, S., Žourková, A., & Večeřová, M. (2011). Vplyv atypických antipsychotík na sexuálnu funkciu u mužov. *Psychiatrie pre Praxi*, 12 (1), 27–29.

Voruganti, L., Cortese, L., Oyewumi, L., Cernovsky, Z., Zirul, S., & Awad, A. (2000). Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophrenia research*, 43(2-3), 135–145.

Wenigová, B. (2005). Stigma a duševné poruchy. *SANQUIS*, 38, 24–28.

Yakhyaev, Z. (2019). Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Nove/Psychosocialna_rehabilitacia_u_ludi_so_zavazno_u_dusevnou_poruchou.pdf

Kontaktné údaje:

¹Univerzita sv.Cyrila a Metoda v Trnave, Nám.J.Herdu 2, 917 01 Trnava
Nemocnica sv.Lukáša v Galante, Psychiatrické oddelenie, Hodská 38, 924 01 Galanta
tel.: +421 33 5565 294, ivana.mirdalikova@ucm.sk

²Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Nám.J.Herdu 2, 917 01 Trnava
Ambulancia klinickej psychológie Váš psychológ s.r.o., Malé námestie 2874/32,
90101 Malacky
Ambulancia klinickej psychológie Tvoj psychológ s.r.o., Koreszkova 936/7, 0901 Skalica
tel.: +421 33 5565 266, misofova2@ucm.sk

³Univerzita sv.Cyrila a Metoda v Trnave, Nám.J.Herdu 2, 917 01 Trnava, dankova5@ucm.sk

KONDÁŠOVE DNI 2024

Zborník vedeckých recenzovaných príspevkov z konferencie

Príspevky publikované v zborníku boli prezentované na konferencii „**K o n d á š o v e d n i 2 0 2 4**“, ktorá sa konala dňa 28.10.2024 v Dolnej Krupej

Eds.: Zuzana Rojková – Daniela Jakubková

GRAFICKÁ ÚPRAVA
Daniela Jakubková

Zborník neprešiel jazykovou apretáciou.
Za jazykovú úpravu zodpovedajú autori príspevkov.

VYDAVATEĽ
Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, 2024

POČET STRÁŇ
147

VYDANIE
Prvé, elektronické, [files/sk/ine-pracoviska/centrum-informacnych-zdrojov-ucm-trnave/referat-informacnych-sluzieb/e-zdroje/ucebne-texty-k-stiahnutiu/kd-2024_final.pdf](https://files.sk/ine-pracoviska/centrum-informacnych-zdrojov-ucm-trnave/referat-informacnych-sluzieb/e-zdroje/ucebne-texty-k-stiahnutiu/kd-2024_final.pdf)

ISBN 978-80-572-0484-8