

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

Jarmila Adamove

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá vzťahom medzi subjektívnym a objektívnym zdravím vo väzbe na životnú spokojnosť a vzťahovú väzbu pri porovnaní mladých dospelých s telesným postihnutím s intaktnou populáciou. Použité boli štyri sebahodnotiace dotazníky: World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), škála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti, Satisfaction with Life Scale (SWLS) a škála Experiences in Close Relationships (ECR). Výskumnú vzorku tvorilo 210 osôb, a to osoby s telesným postihnutím a intaktná populácia v pomere 1 : 1. Priemerný vek na celkovej vzorke činil 23,5 roka. Zistili sme pozitívnu koreláciu medzi subjektívnym zdravím a životnou spokojnosťou, ako aj negatívnu koreláciu medzi mierou neistoty vo vzťahovej väzbe a subjektívnym zdravím (životnou spokojnosťou). Osoby s telesným postihnutím reportovali signifikantne nižšiu mieru subjektívneho zdravia, ako aj nižšiu mieru životnej spokojnosti v porovnaní s intaktnou populáciou. V kvalite vzťahovej väzby neboli zistené rozdiely medzi osobami s telesným postihnutím a intaktnou populáciou.

Kľúčové slová: telesné postihnutie, psychológia handicapu, subjektívne zdravie, životná spokojnosť, vzťahová väzba, WHODAS 2.0, Dotazník životnej spokojnosti, SWLS, ECR.

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

Abstract

The article deals with the relation between subjective health and objective health in relation to life satisfaction and attachment in comparison of young adults with physical disability with intact population. Four self-rated questionnaires were used: the World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), the subscale Health of Life Satisfaction Questionnaire, Satisfaction with Life Scale (SWLS) and Experiences in Close Relationships (ECR). The research sample consisted of 210 individuals, hereof people with physical disability and intact population in relation 1 : 1. The average age on the total sample was 23.5 years. We found a positive correlation between subjective health and life satisfaction as well as a negative correlation between insecurity in attachment and subjective health (life satisfaction). The individuals with physical disability reported significantly lower subjective health and lower life satisfaction in comparison to intact population. No differences were found in attachment between the people with physical disability and the intact population.

Key words: physical disability, psychology of disability, subjective health, life satisfaction, attachment, WHODAS 2.0., life satisfaction questionnaire, SWLS, ECR.

Úvod

Do hľadáčka záujmu výskumníkov pomáhajúcich profesií sa dostáva „svätá trojica“ zdravie – šťastie – láska. Sú to témy večne aktuálne z dôvodu neustále sa meniaceho kontextu prostredia fyzického a sociálneho. Súčasne sú ťažko vedecky „uchopiteľné“, existujú na ne rôzne názory, rôzne koncepcie a teórie. Pre ľudí s telesným postihnutím (ďalej „s TP“) sa v posledných rokoch zvýšila dostupnosť a kvalita kompenzačných pomôcok pre bežný život a pracovné uplatnenie aj vďaka rozvoju medicíny, ortopedickej protetiky a rehabilitačného inžinierstva. Neznamená to ale automaticky aj zlepšenie ich subjektívneho prežívania zdravia, kvality ich života a „šťastnejší život“. Cieľom výskumu bolo získať hlbší ponor do vzťahov a súvislostí medzi subjektívnym a objektívnym zdravím vo väzbe na životnú spokojnosť a vzťahovú väzbu. Skúmanie vzťahovej väzby by mohlo prispieť k pochopeniu „vnútorného prostredia“ ľudí s TP aj ľudí bez telesného postihnutia (ďalej „bez TP“).

1 Teoretický rámec

1.1 Subjektívne zdravie

Subjektívne zdravie predstavuje vlastný pohľad jedinca na svoje zdravie a je spájaný s osobnými skúsenosťami (Kreidl, 2008). Zahŕňa kognitívne aj emocionálne dimenzie. Naproti tomu objektívne zdravie je externé hodnotenie zdravotného stavu potvrdené výsledkami medicínskej diagnostiky. Vyplýva z potreby oddeliť normu od abnormality (Orel et al., 2012). Vzťah medzi objektívnym a subjektívnym zdravím nie je priamočiarý (Hnilica, 2006). So zdravím súvisia aj subjektívne prístupy k nemoci. Každý človek si sám vytvára tzv. *autoplastický obraz nemoci*, ktorý tvorí stránka emocionálna (ako nemoc prežíva), racionálna (získané informácie o nemoci) a voľná (ako reaguje na nemoc) (Baštecká et al., 2003). Hovoríme o tzv. dvojitej diagnóze: objektívnu stanoví lekár, subjektívnu si vytvára pacient. Stratégie boja s nemocou môžu byť: (i) aktívne (pacient aktívne hľadá spôsoby liečby, má silnú motiváciu) a (ii) únikové (pacient si nemoc nepriznáva a nemá záujem o liečenie) (Křivohlavý, 2002). Ku hlavným faktorom subjektívneho zdravia patria vek, pohlavie, socio-ekonomický status, osobnostné črty, životný štýl, sociálna opora a religiozita.

1.2 Životná spokojnosť

Životná spokojnosť je vágne definovaný pojem. Ako jeho základná dimenzia sa obvykle uvádza subjektívne vnímaný súlad s plnením vlastných životných cieľov (kognitívny komponent) a pridáva sa k tomu afektívny komponent (emočné prežívanie) (Fahrenberg et al., 2001). Rôzne teoretické koncepty rozlišujú objektívnu stránku hodnotenia životnej spokojnosti a subjektívne vnímanie daného jedinca. K podobným konceptom patria šťastie (Křivohlavý, 2013), osobná pohoda (well-being) (napr. Kebza & Šolcová, 2003) a kvalita života (in Fahrenberg et al., 2001). Životnú spokojnosť možno vnímať ako globálnu, súčasne možno analyticky skúmať spokojnosť v jednotlivých oblastiach života (napr. vzťahy, práca, financie). Faktory, ktoré ovplyvňujú životnú spokojnosť delíme na endogénne (zakotvené v človeku) a exogénne (dané prostredím). Medzi hlavné činitele patrí pohlavie, vek, socioekonomický status, kultúrne a osobnostné faktory, religiozita, hodnotová orientácia a sebahodnotenie (Kebza & Šolcová, 2003). Diener et al. (1985) ju považuje za pomerne stabilnú osobnostnú dispozíciu relatívne nezávislú na okolnostiach a prostredí.

1.3 Vzťahová väzba

Vzťahová väzba je významný psychologický koncept, ktorý charakterizuje prežívanie jedinca v blízkych vzťahoch. Bowlby (2010) definuje vzťahovú väzbu ako trvalé emočné puto spojené so silnou potrebou vyhľadávať blízkou s konkrétnou osobou, a to najmä v strese. Vrodená potreba vzťahu plní funkciu prežitia. Ak matka (alebo iný opatrovateľ) empaticky napĺňa potreby dieťaťa, vytvára si tzv. istú vzťahovú väzbu. Jej základom je pocit istoty a bezpečia, dobré sebapoňatie, dôvera druhým ľuďom a radosť vo vzťahoch. V prípade odmietania dieťaťa alebo nekonzistentného napĺňania jeho potrieb si vytvára tzv. neistú vzťahovú väzbu. Má silné pocity úzkosti a strachu. Neistá vzťahová väzba má 3 podtypy: (i) ambivalentná (strach z opustenia a odmietnutia, prílišná závislosť na druhých), (ii) vyhýbavá (prílišná nezávislosť, strach z intimity) a (iii) dezorganizovaná (negatívny obraz seba aj druhých): vyskytuje sa u detí týraných a zneužívaných alebo u detí rodičov s nevyriešenou traumou (Mikulincer & Shaver, 2007). Posledné štúdie preukázali 68–75 %-nú stabilitu vzťahovej väzby z detstva do dospelosti (Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2009). Typ vzťahovej väzby sa prejavuje v sebapoňatí, v schopnosti emočnej regulácie, v blízkych vzťahoch, vo vnímaní druhých, avšak zasahuje do všetkých sfér života (Ruppert, 2011).

2 Ciele a metódy výskumu

Cieľom výskumu bolo preskúmať vzájomné vzťahy medzi subjektívnym zdravím, životnou spokojnosťou a vzťahovou väzbou, porovnať osoby s TP s intaktnou populáciou v subjektívnom zdraví, v životnej spokojnosti a vo vzťahovej väzbe, ako aj prispieť k širšej aplikácii dotazníka WHODAS 2.0 v českej praxi.

Metóda získania dát

Respondentom boli predložené štyri sebahodnotiace merné nástroje:

- **Dotazník WHODAS 2. 0 skrátená verzia** (WHO Disability Assessment Schedule), ktorý zisťuje subjektívne vnímanie disability nezávislé na medicínskej diagnóze (Federici & Meloni, 2010). Obsahuje 12 položiek hodnotených na 5stupňovej škále. Zahŕňa šesť škál **funkčného zdravia**: kognície, mobilita, sebaobsluha, vzťahy, životné aktivity a participácia. Je aplikovateľný na klinickú aj všeobecnú populáciu v rôznych kultúrach, má vynikajúce psychometrické vlastnosti a vysokú výťažnosť (Üstün et al., 2010). WHO poskytuje populačné normy na základe rozsiahleho medzinárodného výskumu. Dotazník bol použitý v stovkách medzinárodných štúdií, v českej praxi sa ale zatiaľ nepoužíva. Na základe *Zmluvy o používaní* sa podľa požiadaviek WHO uskutočnila adaptácia originálu do češtiny formou prekladu, protiprekladu a následného posúdenia zhody tromi nezávislými prekladateľmi. Finálna verzia bola

v predvýskume predložená siedmym respondentom, ktorí sa vyjadrili k jasnosti otázok. Neboli identifikované žiadne závažné nedostatky.

- **Dotazník životnej spokojnosti SWLS** (Satisfaction with Life Scale) hodnotí „spokojnosť so životom ako jednoliatym celkom“ (Diener et al., 1985). Ponecháva na respondentovi, ktorú oblasť si zvolí pre hodnotenie. Obsahuje 5 otázok hodnotených na 7-stupňovej škále. Dotazník je veľmi rozšírený a má dobré psychometrické vlastnosti. Pôvodná validácia SWLS sa uskutočnila na vzorke vysokoškolských študentov, následne na geriatrickej populácii. Lewis, Shevlin, Smékal a Dorahy (1999) na základe faktorovej analýzy odporučili použitie SWLS vo výskumoch na českej populácii.
- **Subškála Zdravie Dotazníka životnej spokojnosti (DŽS)**. DŽS vytvorili Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler v roku 2000. Už v roku 2001 vyšla jeho česká verzia. Podľa Fahrenberga et al. (2001) je škála zdravie zrejme najdôležitejší faktor všeobecnej životnej spokojnosti. Dotazník je starostlivo psychometricky prepracovaný. Poskytuje normy vo forme stanín na základe nemeckej vzorky, české normy žiaľ chýbajú. Vo výskume sme pre vyhodnocovanie použili hrubé skóry. Subškála Zdravie DŽS obsahuje 7 otázok a bola zvolená ako vhodný doplnok k dotazníku WHODAS 2.0.
- **Dotazník ECR** (Experiences in Close relationships) zisťuje vzťahovú väzbu, vytvorili ho Brennan, Clark a Shaver (1998). Meria dve dimenzie: (i) *úzkosť*, ktorú vymedzuje strach z opusenia, obavy o svoju hodnotu, silná túžba po blízkosti a pochybnosti o dostupnosti partnera, (ii) *vyhýbavosť*, ktorá sa viaže k preferencii emočného odstupu vo vzťahoch, k potláčaniu emócií a spoliehaniu sa na seba (Mikulincer & Shaver, 2007). ECR pozostáva z 36 položiek hodnotených na 7bodovej stupnici Likertovej škály. Vo výskume bola použitá česká verzia ECR (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Metódy spracovania a analýzy dát

Výskumný design bol kvantitatívny, založený na dotazníkovom šetrení. Uskutočnený bol: (i) korelačný výskum a (ii) kauzálnno-porovnávací výskum (ex post facto). Na základe výsledkov overenia normality rozloženia dát pomocou Shapiro-Wilkovho W-testu boli pre štatistickú analýzu zvolené neparametrické metódy: pri korelačnej analýze Spearmanov korelačný koeficient, pri rozdielovej štatistike Mann-Whitneyho U-test pre dva nezávislé výbery. Analyzovala sa miera účinku vplyvu (effect size) na základe vzorca $r = z / \sqrt{N}$. Hladina spoľahlivosti bola zvolená na $\alpha = 0,05$. Pri analyzovaní dát z dotazníka ECR bol uprednostnený v súčasnosti preferovaný *dimenzionálny prístup* založený na hodnotení škál vzťahovej vyhýbavosti a vzťahovej úzkosti.

3 Výberový súbor

Výberový súbor 1 tvorilo 105 dospelých českých respondentov s TP v oblasti dolných končatín. Kritériom bolo funkčné hľadisko: zníženie lokomócie bez ohľadu na diagnózu a bez rozlišovania vrodeného a získaného postihnutia. Vylučujúcim kritériom bola komorbidita s iným postihnutím (mentálnym, zmyslovým). Vzorka vznikla *príležitostným výberom cez inštitúcie* (so súhlasom vedenia) metódou ceruzka–papier: Denný stacionár Kociánka v Brne, Jedličkov ústav v Prahe (Gymnázium a Obchodná akadémia), Stredná škola F. D. Roosevelta pre telesne postihnutých v Brne, Stredná škola pre telesne postihnutých GEMINI v Brne, Obchodná akadémia Olgy Havlové v Jánských Lázních a Centrum podpory študentom so špecifickými potrebami Pedagogickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Výberový súbor 2 tvorilo 105 dospelých českých respondentov bez TP (intaktná populácia). Vzorka vznikla *príležitostným výberom v kombinácii s metódou snehovej gule*, a to prevažne pri elektronickej forme zberu dát prostredníctvom webovej stránky survio.com.

Zber dát sa uskutočnil v prvej fáze od 1. 9. 2015 do 20. 2. 2016 a v druhej fáze od 1. 4. 2016 do 31. 7. 2016. Výskum bol plne anonymný, založený na dobrovolnej účasti. Súčasťou vyplnenia dotazníkovej batérie bol súhlas s poskytnutím údajov na vedecké účely.

Tab. 1

Sociodemografické charakteristiky výberovej vzorky osôb s TP

Pohlavie	Počet	%
Ženy	43	41
Muži	62	59
Spolu	105	100

Vzdelanie	Počet	%
Stredoškolské*	87	83
Vysokoškolské*	18	17
Spolu	105	100

* prebiehajúce resp. ukončené

Tab. 2

Sociodemografické charakteristiky výberovej vzorky osôb bez TP

Pohlavie	Počet	%
Ženy	79	75
Muži	26	25
Spolu	105	100

Vzdelanie	Počet	%
Stredoškolské*	22	21
Vysokoškolské*	83	79
Spolu	105	100

* prebiehajúce resp. ukončené

Výberové vzorky boli **vekovo podobné**, na vzorke osôb s TP činil priemerný vek 22 rokov, na vzorke osôb bez TP 25 rokov. Treba k tomu uviesť, že vek respondentov s TP na stredných špeciálnych školách je všeobecne vyšší (práve preto sme mohli zachytiť kategóriu 18+). Odráža to neskorší nástup školskej dochádzky resp. prerušenie štúdia kvôli zdravotným problémom a pod. Na oboch vzorkách išlo **prevažne o študujúcu populáciu**. Pri osobách s TP prevládala stredná škola, pri osobách bez TP vysoká škola. Reflektuje to dostupnosť vzoriek, ale aj objektívny fakt, že je stále nízky počet osôb s postihnutím na vysokých školách.

Výberové vzorky boli **pohlavne nevyvážené**. Vo vzorke osôb s TP prevažovali muži (59 %). Môže to byť dané tým, že 56,2 % respondentov uviedlo diagnózu detská mozgová obrna (ďalej len „DMO“). Výskyt DMO je vyšší u mužskej populácie. U zvyšnej časti vzorky respondenti neuviedli druh postihnutia, preto nie je možné výsledky štatistiky spracovať. Celkovo **76 % TP bolo vrodených** (80 respondentov). Zvyšné TP boli **získané do veku 10 rokov**. Vzhľadom na početnú nevyváženosť osôb s vrodeným a získaným postihnutím neboli medzi nimi zisťované štatistické rozdiely.

4 Výsledky výskumu a diskusia

Korelačná analýza poskytla zistenia o **stredne silnej pozitívnej korelácii medzi subjektívnym zdravím (DŽS) a životnou spokojnosťou (SWLS)**, a to na celkovej výberovej vzorke ($r = 0,568$), ako aj na vzorke osôb s TP ($r = 0,479$) a vzorke osôb bez TP ($r = 0,474$). Môže to svedčiť o fakte, že subjektívne hodnotenie zdravia a životnej spokojnosti sa prelínajú. Na vzorke osôb s TP pri použití WHODAS 2.0 bola zistená stredne silná pozitívna korelácia so životnou spokojnosťou (SWLS) ($r = 0,415$). Možno teda usudzovať, že ich životná spokojnosť by mohla byť do značnej miery určovaná ich funkčným zdravím.

Prekvapivým zistením je, že nebola zistená súvislosť medzi subjektívnym zdravím podľa WHODAS 2.0 (funkčné zdravie) a podľa Škály Zdravie DŽS (prežitková rovina zdravia). Pri osobách s TP nebola medzi nimi zistená korelácia, pri osobách bez TP len slabá korelácia ($r = 0,311$). Osobitne u osobách s TP to poukazuje na fakt, že objektívne a subjektívne zdravie sa rozchádzajú a subjektívne vnímanie zdravia zrejme ovplyvňujú aj iné činitele.

Bez ohľadu na TP bola preukázaná **negatívna korelácia medzi životnou spokojnosťou a mierou neistoty vo vzťahovej väzby** meranou na škále vyhýbavosti ($r = -0,481 \Rightarrow$ stredne silná korelácia) a úzkostnosti ($r = -0,208 \Rightarrow$ slabá korelácia). Vplyv vyhýbavosti sa zdá byť presvedčivejší, nakoľko sa zistil na vzorke osôb s TP ($r = -0,480$) aj na vzorke osôb bez TP ($r = -0,464$). Znamená to, že ľudia, ktorí si udržiavajú väčší odstup vo vzťahoch, sú v živote menej spokojní bez ohľadu na to, či majú TP alebo nie.

Najdôležitejšie zistenia pri skúmaní rozdielov medzi osobami s TP a bez TP sú tieto:

- Signifikantne **nižšia miera subjektívneho zdravia (WHODAS 2.0) u osôb s TP oproti osobám bez TP**. Pozri Tab. 3. Tento výsledok je pochopiteľný vzhľadom na TP. Miera účinku vplyvu r dosiahla $-0,545$. V rámci osôb s TP boli výrazné rozdiely v posudzovaní funkčného zdravia (rozpätie hodnôt) napriek porovnateľnosti „objektívneho“ zdravia. Pozri Tab. 4. Môže to vyplývať z odlišnej dostupnosti kompenzačných pomôcok, ale z rozdielov vo vlastnej „vnútornej norme“ hodnotenia zdravia.

Tab. 3

Rozdielová štatistika subjektívneho zdravia (WHODAS 2.0) osôb s TP a bez TP

Premenná	Súčet. por. osoby s TP	Súčet. por. osoby bez TP	U	Z	p-hodnota
Spolu	7 594	14 562	2 029	-7,912	0,001

Tab. 4

Miery centrálnej tendencie a rozptylu: Subjektívne zdravie (WHODAS 2.0 rekord.)

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

* TP = telesné postihnutie

- Signifikantne **nižšia miera subjektívneho zdravia (Škála Zdravie DŽS) u osôb s TP oproti osobám bez TP**. Pozri Tab. 5. Koeficient miery účinku vplyvu r dosiahol $-0,462$. Variabilita subjektívneho zdravia bola u oboch vzoriek veľká, aj keď vyššia na vzorke osôb s TP (rozpätie). Pozri Tab. 6. Osoby s TP sa vzájomne výrazne líšili aj v prežitkovej stránke zdravia. Otvára to priestor na skúmanie faktorov, ktoré za tým mohli stáť.

Tab. 5

Rozdielová štatistika subjektívneho zdravia (DŽS) osôb s TP a bez TP

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

Tab. 6

Miere centrálnej tendencie a rozptylu: Subjektívne zdravie (DŽS)

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

* TP = telesné postihnutie

- Signifikantne *nižšia miera životnej spokojnosti (SWLS) osôb s TP oproti osobám bez TP*. Koeficient miery účinku vplyvu r činil $-0,363$. Pozri Tab. 7. U osôb bez TP prevažovali vyššie, nadpriemerné hodnoty. Pozri Tab. 8. Na oboch vzorkách badať *vyšokú variabilitu posudzovania životnej spokojnosti*. Osoby s TP využili celé spektrum, ktoré im dotazník SWLS ponúka (min. = 5, max. = 35). Môže to naznačovať, že do životnej spokojnosti vchádzajú okrem zdravia aj mnohé ďalšie činitele. Výsledky nabádajú na ich skúmanie.

Tab. 7

Rozdielová štatistika životnej spokojnosti (SWLS) osôb s TP a bez TP

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

Tab. 8

Miere centrálnej tendencie a rozptylu: Životná spokojnosť (SWLS)

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

* TP = telesné postihnutie

- Nebol zistený signifikantný rozdiel vo vzťahovej vyhábanosti a vzťahovej úzkostnosti dotazníka ECR medzi osobami s TP a bez TP. Koeficienty miery účinku vplyvu r dosiahli $0,053$ a $-0,068$ v danom poradí. Pozri Tab. 9 a 10. Z výsledku sa dá usudzovať, že funkčné zníženie zdravia nie je určujúcim faktorom pre prežívanie v blízkych vzťahoch.

Tab. 9

Rozdielová štatistika vzťahovej vyhýbavosti (ECR) osôb s TP a bez TP

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

Tab. 10

Rozdielová štatistika vzťahovej úzkostnosti (ECR) osôb s TP a bez TP

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

Komparácia výsledkov s inými výskumami. V oblasti subjektívneho zdravia, životnej spokojnosti a vzťahovej väzby pri porovnaní osôb s TP a bez TP sú výsledky výskumu v súlade s väčšinou doterajších výskumov, v subjektívnom zdraví napr. Eunsil a Soon-gyu (2015), Rienstra et al. (2013), v životnej spokojnosti napr. Addabbo, Sarti, a Sciulli (2014), Hernandez et al. (2014), vo vzťahovej väzbe napr. Hwang, Johnston, a Smieth (2007, 2009). Treba však podotknúť, že porovnateľnosť je čiastočne limitovaná. Vo výberových vzorkách väčšina štúdií prevažujú totiž starší dospelí so získaným TP, navyše s rôznymi typmi TP (vo väzbe na neurologické a somatické nemoci). Doposiaľ absentujú štúdie na vzorkách mladých dospelých s prevažne vrodeným TP. Napriek tomu sa v zásade potvrdzujú rozdiely vo vnímaní subjektívneho zdravia a životnej spokojnosti u ľudí s TP a ľudí bez TP. Výskumy vzťahovej väzby na vzorkách dospelých ľudí s TP sú skôr výnimkou. Sústreďujú sa viac na faktory utvárania vzťahovej väzby medzi rodičom a dieťaťom s TP v ranom detstve.

Záver

Výskum odhalil, že bez ohľadu na TP subjektívne zdravie a životná spokojnosť kráčajú ruka v ruku. Kvalita vzťahovej väzby sa odráža v životnej spokojnosti, avšak nie v subjektívnom zdraví. Vyššie subjektívne zdravie a životná spokojnosť osôb bez TP oproti osobám s TP nabáda na skúmanie ich determinantov cez kvalitatívne metódy. Užitočné by bolo porovnanie osôb s vrodeným a získaným TP a rozšírenie vzorky o osoby s TP, ktoré sú integrované do spoločnosti. Cenným zistením štúdie je nezávislosť hodnotenia zdravia podľa WHODAS 2.0 a podľa škály Zdravie DŽS u osôb s TP. Prekvapuje, že ich funkčné zdravie nemá vplyv na ich subjektívne prežívanie zdravia. Potvrdzuje to súčasne správnosť zisťovania subjektívneho zdravia odlišnými mernými nástrojmi, ktoré sa

vhodne doplňajú a rozširujú uhol pohľadu. Štúdia priniesla niektoré prospešné zistenia a súčasne podnety pre ďalšie skúmanie.

Literatúra

- Addabbo, T., Sarti, E., & Sciulli, D. (2014). *Disability and life satisfaction in Italy*. Geneve: Université de Geneve.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11, 223–263.
- Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, W. S. Rholes (Eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1(49), 71–75.
- Eunsil, Y., & Soongyu, K. (2015). Factors Affecting the Health of Disabled People. *Advanced Science Letters*, 119, 53–58.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Federici, S., & Meloni, F. (2010). WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. In Stone, J. H., Blouin, M. (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Dostupné na [www: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/](http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/).
- Hernandez, C. L., Elliott, T. R., Berry, J. W., Underhill, A. T., Fine, P. R., & Lai, M. H. C. (2014). Trajectories of life satisfaction five years after medical discharge for traumatically acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 2(59), 183–192.
- Hnilica, K. (2006). Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 1(50), 16–35.
- Hwang, K., Johnston, M. V., & Smith, J. K. (2007). Romantic attachment in individuals with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 184–195.
- Hwang, K., Johnston, M. V., & Smith, J. K. (2009). Adult Attachment Styles and Life Satisfaction in Individuals with Physical Disabilities. Abstract. *Applied Research in Quality of Life*, 4(3), 295–310.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 4(47), 333–345.
- Kreidl, M. (2008). Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami? *Sociologický časopis*, 44, 55–85.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemocí*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí. Současný stav poznání*. Praha: Grada.
- Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-Psychologie* (online), 6(3), 1–11. Dostupný na [www: http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospisilikova.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospisilikova.pdf).
- Lewis, Ch. A., Shevlin, M. E., Smékal, V., & Dorahy, M. J. (1999). Factor structure and reliability of a Czech translation of the Satisfaction With Life Scale among Czech university students. Abstract. *Studia psychologica: časopis pre základný výskum v psychologických vedách*, 41(3), 239–244.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. New York: Guilford Press.
- Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- Rienstra, M., Lyass, A., Murabito, J. M., Magnani, J. W., Lubitz, S. A., Massaro, J. M., Ellinor, P. T., & Benjamin, E. J. (2013). Reciprocal Relations between Physical Disability, Subjective Health, and Atrial Fibrillation: The Framingham Heart Study. *American Heart Journal*, 166(1), 171–178.
- Ruppert, F. (2011). *Symbióza a autonomie*. Praha: Portál.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). (Eds). *Measuring Health And Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.

Kontakt:

PhDr. Mgr. Ing. Jarmila Adamove
Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
391 61 Opařany 121
E-mail: Jarmila.Adamove@gmail.com

PhDr. Mgr. Ing. Jarmila Adamove vyštudovala špeciálnu pedagogiku a psychológiu na Univerzite Palackého v Olomouci. V súčasnosti pracuje v klinickej oblasti a v oblasti rodinného poradenstva. Výskumne sa zaujíma najmä o vzťahovú väzbu na rôznych vzorkách klinickej a bežnej populácie.