

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Mgr. Bc. Katarína Širancová

Psychologická problematika závažného popáleninového traumatu

Psychological issues in severe burn trauma

Praha 2018

Vedúci práce: prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.

Externá konzultantka: PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.

Pod'akovanie

Týmto by som chcela poďakovať prof. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., Ph.D. a PhDr. Alene Javůrkovej, Ph.D. za pomoc, ochotu, podnety a cenné rady pri vedení tejto práce. Moja veľká vďaka tiež patrí MUDr. Robertovi Zajíčkovi, Ph.D. za vrelý prístup, možnosť výskumnej práce na klinike a doporučenú literatúru a PhDr. Danielovi Doležalovi za cenný čas, ochotu a snahu vo výbere a oslovovaní pacientov. Ďakujem tiež všetkým respondentom za ich čas a ochotu zúčastniť sa výskumu k tejto práci.

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne, že som riadne citovala všetky použité pramene a literatúru, a že práca nebola ani nebude využitá v rámci iného vysokoškolského štúdia či k získaniu iného alebo rovnakého titulu.

V Prahe, dňa 11.12.2018

Mgr. Bc. Katarína Širancová

Abstrakt

Popáleninový úraz patrí k najzávažnejším traumatickým udalostiam s možnými psychickými a psychosociálnymi dopadmi. Táto práca sa venuje v českom prostredí doposiaľ nepreskúmanej oblasti, a to (najmä) psychologickým faktorom, ktoré ovplyvňujú reakciu na popáleninovú traumatu s cieľom identifikovať tých jedincov, ktorí majú horšiu reakciu a ktorým by tak mala byť venovaná väčšia pozornosť zo strany odborníkov. Teoretická časť práce popisuje popáleninový úraz ako extrémne stresujúcu udalosť a predstavuje faktory, ktoré spoluurčujú odpoveď jedinca na takúto traumatu. Popisuje tiež najčastejšie psychické problémy pozorované u ľudí s popálením. Teoretická časť slúži ako podklad pre empirickú časť práce, v ktorej je predstavený vlastný výskum exploratívneho charakteru. Cieľom práce bolo predovšetkým zistiť, aké faktory súvisia u 52 dospelých popáleninových pacientov krátko pred ukončením hospitalizácie s depresívnou a úzkostnou symptomatikou a s vnímaním zdravia. V našej vzorke prevládalo nízke zastúpenie strednej a ťažkej depresivity i úzkosti. Vnímanie zdravia u väčšiny pacientov odpovedalo priemerným hodnotám v bežnej populácii, pričom ako jeho prediktor sa ukázala miera depresivity a taktiež korelovalo s osobnostnými rysmi neuroticizmus, introverzia a svedomitosť. Zistili sme, že prediktorom depresie boli osobnostné vlastnosti neuroticizmus a extravergia (resp. introverzia) a že aktuálne prežívaná úzkosť súvisela so vzťahovou úzkosťou, neuroticizmom a prívetivosťou. Zo sociodemografických a klinických parametrov sa javila ako najdôležitejšia zamestnanosť – nepracujúci ľudia vykazovali vyššiu mieru depresie, úzkosti a neuroticizmu.

Kľúčové slová: popáleninová trauma, úzkosť, depresia, vnímanie zdravia, neuroticizmus

Abstract

Burn injury is one of the most serious traumatic events with possible psychological and psychosocial consequences. This paper deals with a topic not yet explored in Czech Republic - (especially) psychological factors affecting the response to trauma in order to identify patients with worse response, who require more attention of experts. The theoretical part of the paper describes burn injury as an extremely stressful event and presents factors that co-determine the individual's response to the trauma. It also describes the most common mental problems observed in people with burns. The theoretical part serves as a basis for the empirical part of the paper which presents our own research of exploratory character. The aim of the research was to identify the factors related to depression, anxiety and patient's perception of health, in a research sample of 52 adult patients shortly before hospital discharge. Minority of patients in our sample reported moderate and severe depression and anxiety symptoms. Health perception of most patients corresponded to average values in normal population while depression was found as its predictor and it also correlated with the personality traits neuroticism, introversion and consciousness. We found the predictors of depression to be the personality traits neuroticism and introversion. Anxiety was related to attachment-related anxiety, neuroticism, and agreeableness. From sociodemographic and clinical parameters, employment seemed to be the most important –unemployed and retired patients experienced higher levels of depression, anxiety, and neuroticism.

Keywords: burn trauma, anxiety, depression, health perception, neuroticism

Obsah

Zoznam použitých skratiek	9
Úvod.....	10
1 Popáleninový úraz	11
1.1 Úvod do problematiky	11
1.2 Faktory určujúce závažnosť popáleninového úrazu	12
1.2.1 Mechanizmus úrazu	13
1.2.2 Rozsah postihnutia.....	14
1.2.3 Vek postihnutého	14
1.2.4 Hĺbka postihnutia.....	14
1.2.5 Lokalizácia postihnutia	14
1.2.6 Osobná anamnéza	15
2 Akútny stres a trauma.....	15
2.1 Definícia a vznik traumy	16
2.2 Symptómy traumy	17
2.3 Faktory ovplyvňujúce reakciu na traumatickú skúsenosť	18
2.3.1 Sociodemografické charakteristiky	19
2.3.2 Dedičné faktory	19
2.3.3 Individuálne a osobnostné charakteristiky.....	20
2.3.4 Premorbidné faktory	21
2.3.5 Sociálne faktory	22
2.3.6 Adaptácia a coping	23
2.3.7 Odolnosť a posttraumatický rozvoj	23
3 Psychologické a psychiatrické aspekty popáleninového úrazu.....	25
3.1 Úzkosť	26
3.1.1 Akútna reakcia na stres	27
3.1.2 Posttraumatická stresová porucha.....	28
3.1.3 Adaptačné poruchy	29
3.1.4 Generalizovaná úzkostná porucha	29
3.2 Depresia	30
3.3 Problematika bolesti	32
3.4 Rysy osobnosti.....	33
3.4.1 Neuroticizmus.....	35
3.4.2 Extraverzia	36

3.4.3	Otvorenosť voči skúsenosti	37
3.4.4	Prívetivosť	37
3.4.5	Svedomitosť	38
3.5	Citová väzba	38
3.5.1	Typy citovej väzby v dospelosti	40
3.5.2	Citová väzba a zdravie	42
3.5.3	Citová väzba a rysy osobnosti	43
3.6	Kvalita života	43
4	Ciele výskumu a formulácia hypotéz	46
4.1	Ciele výskumu	46
4.2	Formulácia hypotéz a výskumných otázok	46
5	Používané metódy	47
5.1	Beckova škála depresie (Beck Depression Inventory, BDI-II)	47
5.2	Beckova škála úzkosti (Beck Anxiety Inventory, BAI)	49
5.3	Generalizovaná úzkostná porucha (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7)	50
5.4	NEO päťfaktorový osobnostný inventár (NEO Five-Factor Inventory, NEO-FFI) ...	51
5.5	Experiences in Close Relationships (ECR)	52
5.6	Dotazník životní spokojenosti (DŽS)	54
6	Charakteristika výskumnej vzorky	55
7	Etika výskumu	60
8	Metóda zberu a analýzy dát	60
9	Výsledky	63
9.1	Popisná štatistika jednotlivých metód	63
9.1.1	Beckova škála depresie (BDI-II)	63
9.1.2	Beckova škála úzkosti (BAI)	64
9.1.3	Generalizovaná úzkostná porucha (GAD-7)	65
9.1.4	NEO päťfaktorový model osobnosti (NEO-FFI)	66
9.1.5	Vzťahová väzba v dospelosti (ECR)	68
9.1.6	Vnímanie zdravia (DŽS)	70
9.2	Výsledky dát pre hypotézy a výskumné otázky	71
10	Diskusia	85
11	Limitácie práce	90
12	Záver	92
	Zoznam použitej literatúry	95

Zoznam tabuliek	103
Zoznam grafov	104
Prílohy.....	105
Príloha 1 – Informovaný súhlas	
Príloha 2 – Štruktúra anamnézy	
Príloha 3 – Generalized Anxiety Disorder-7 (Spitzer, R. L., et al., 2006)	
Príloha 4 – Popis dát – depresia meraná dotazníkom BDI-II – položková analýza	
Príloha 5 – Popis dát – úzkosť meraná dotazníkom BAI – položková analýza	
Príloha 6 – Popis dát – generalizovaná úzkosť meraná dotazníkom GAD-7 – položková analýza	
Príloha 7 – Popis dát – päť faktorov osobnosti meraných dotazníkom NEO-FFI – položková analýza	
Príloha 8 – Popis dát – vzťahová väzba meraná dotazníkom ECR – položková analýza	

Zoznam použitých skratiek

AV ČR	Akademie věd České republiky
ASD	akútna stresová porucha
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI-II	Beckova Depression Inventory
CRT	Český test čtení slov
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
ECR	Experience in Close Relationships
FPQ-III	Fear of Pain Questionnaire
GAD	generalizovaná úzkostná porucha
GAD-7	General Anxiety Disorder-7
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LOC	Locus of Control
M.I.N.I.	Mini medzinárodný neuropsychiatrický rozhovor
NEO-FFI	NEO pět'faktorový osobnostný inventár
NEO PI-R	NEO osobnostný inventár
PBI	Parental Bonding Instrument
PTSD	posttraumatická stresová porucha
TPG	posttraumatický rast
TBSA	Total Body Surface Area
VAS	Vizuálna analógová škála

Úvod

Popáleninový úraz je v živote človeka mimoriadna udalosť a vzhľadom k dlhodobému priebehu liečby, bolestivosti, funkčným i kozmetickým následkom a psychosociálnym dopadom patrí k najzávažnejším traumám. Jedná sa o postihnutie psychosomatické, ktoré so sebou nesie aj riziko rozvoja psychickým problémov. Cieľom tejto práce je prispieť k poznatkom týkajúcim sa psychologickéj a psychosociálnej problematiky popáleninovej traumy u dospelých. Konkrétne bolo našou snahou predovšetkým zistiť, aké faktory súvisia u dospelých popáleninových pacientov krátko pred ukončením hospitalizácie s depresívnou a úzkostnou symptomatikou a s vnímaním zdravia. Podobný výskum psychologickéj problematiky u ľudí s popálením nebol zatiaľ v českom prostredí zrealizovaný. Popáleninová medicína je obor chirurgický a tuzemské práce, ktoré sa týkajú prežívania a chovania pacientov s popáleninami sú z oboru ošetrovateľstva, je ich však tiež málo. Tento diplomový projekt má preto exploratívny charakter a vychádza prevažne z relevantných zahraničných zdrojov.

Diplomová práca je rozdelená do dvoch častí – teoretickej a empirickej. Teoretická časť obsahuje úvod do problematiky popáleninového úrazu ako traumatickej udalosti, popis faktorov, ktoré určujú jeho závažnosť i faktorov, ktoré ovplyvňujú reakciu naň. Najväčšia pozornosť je venovaná psychologickým (prípadne psychiatrickým a psychosociálnym) problémom a charakteristikám, ktoré sú v zahraničnej literatúre najčastejšie skloňované v súvislosti s reakciou na popáleninovú traumou. Tieto poznatky budú slúžiť ako podklad pre empirickú časť práce – pre formuláciu výskumných hypotéz a otázok ako i pre výber použitých metód. Empirická časť ďalej zahŕňa charakteristiku výskumnej vzorky, popis metód zberu a analýzy dát, prezentáciu výsledkov a následnú diskusiu. V závere práce budú uvedené možné limitácie tohto výskumu a jeho klinické implikácie.

Výskumná činnosť bola súčasťou výskumného projektu realizovaného na Klinike popáleninovej medicíny 3. LF a FNKV v Praze, kde som pôsobila ako štážistka.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Popáleninový úraz

1.1 Úvod do problematiky

Prvou krajinou v Európe, kde bolo zriadené samostatné pracovisko plastickej a rekonštrukčnej chirurgie, sa v roku 1928 stalo Československo. Nedostatky v existujúcej starostlivosti a jej náročnosť a zložitosť predovšetkým v súvislosti s druhou svetovou vojnou poukázali na potrebu centralizácie v špecializovanom zdravotníckom zariadení, a tak bolo v roku 1953 v Prahe založené popáleninové centrum, ktoré bolo prvé nielen v Československu, ale aj v Európe. Napriek tomuto historickému významu v našich krajinách chýbajú samostatné štatistiky o výskyte popáleninových úrazov, úrazov elektrickým prúdom, o chemických a chladových úrazoch. Často sa spájajú s inými, častejšími úrazmi (Königová et al., 2010). Niektoré epidemiologické štúdie (Lipový et al., 2010) udávajú, že s popálením je liečené v priemere 1% populácie ročne, pričom z celkového počtu predstavujú deti 35 - 45%. Starostlivosť o pacientov s popáleninovým úrazom je vzhľadom k zložitému a dlhodobému charakteru liečby multidisciplinárny obor, pričom do tímu okrem lekárov - špecialistov a ošetrovateľov patrí aj psychológ, eventuálne psychiatr¹ (Königová et al., 2010).

Z epidemiologických štúdií jednotlivých krajín Európy vyplýva, že vzhľadom k príčine a mechanizmu úrazov je popálených pacientov možné rozdeliť do niekoľkých kategórií podľa veku. Najrizikovejšiu skupinu predstavujú deti od narodenia do troch rokov, pričom je to ich zvedavosť, ktorá vedie k tomu, že sa dotýkajú a strhávajú na seba nebezpečné predmety. Vo veku od 5 do 15 rokov sa výskyt oparení znižuje, ale častejšie sú popáleniny z horiaceho odevu (u chlapcov manipulácia so zápalkami, zapalovačmi, výbušninami, u dievčat varenie), a taktiež popáleniny spôsobené vysokým napätím v nezaistených trafostaniciach, pri lezení na strechy železničných vagónov či stožiare vysokého napätia. U vekovej skupiny pacientov v rozmedzí 15 a 45 rokov, do ktorej spadá aj veľká časť našej výskumnej vzorky, prevládajú pracovné, priemyslové a dopravné úrazy. U tejto skupiny hrá dôležitú úlohu pri vzniku úrazu aj alkohol či iné návykové látky. Medzi 45 a 65 rokmi sa obecně hovorí o miernom poklese termických úrazov, zatiaľ čo nad touto hranicou incidencia znovu narastá, a to hlavne u žien, pričom

¹V Českej republike stanovuje starostlivosť Věstník MZ ČSR, Metodická opatření č. 20, částka 9-12, z roku 1987, podľa ktorého je na vedúcom lekárovi, ako popáleninový tím z daných odborníkov vytvorený (Königová et al., 2010). V súlade s ním existujú v Českej republike: Klinika popáleninové medicíny v Prahe, Centrum popálenín a plastické chirurgie v Brne a Popáleninové centrum v Ostrave.

dôvodom bývajú najmä pády na horúce povrchy spôsobené poruchou rovnováhy alebo stratou zručnosti či koordinácie pohybov. U vyššej vekovej skupiny sa vyskytujú aj požiare obydlií spôsobené napríklad fajčením v posteli či vypaľovaním suchej trávy, a to hlavne u mužov. Samostatné skupiny, ktoré sú zastúpené aj v našej vzorke, predstavujú úrazy, ktorých vznik je spojený s oslavami Nového roku alebo s pálením „čarodejníc“, kde je pri pádoch do ohňa alebo pri manipulácii s pyrotechnickými pomôckami častý vplyv alkoholu. Ďalšiu skupinu, v poslednej dobe narastajúcu, tvoria sociálne neprispôsobiví občania a ľudia bez trvalého domovu, u ktorých je vplyv alkoholu, eventuálne drog, veľmi výrazný. U tejto skupiny sa v zimných mesiacoch najčastejšie vyskytujú omrzliny končatín (Königová et al., 2010).

Z historického hľadiska došlo v popáleninovej medicíne k významnému posunu z viacerých hľadísk. Tým prvým je fakt, že v súčasnej dobe sa zachraňujú ľudia s vyšším percentom popálenín na tele, než tomu bolo v minulosti. Napríklad v roku 1949 bola odhadovaná miera úmrtnosti u dospelého človeka s popáleninami na 40% povrchu tela 50% (Monafo, 1992). Dnes má reálnu šancu na prežitie aj (dospelý) človek s plochou popálenín 80% tela (Yarbrough, 1990). So znížením úmrtnosti a pokrokmi v lekárskej starostlivosti súvisí aj posun vo výskume psychologickéj problematiky popáleninových pacientov. Tá sa stala predmetom záujmu až v posledných dekádach a súvisela práve so vznikom centralizovaných popáleninových centier, vďaka ktorým sa zlepšila nie len medicínska, ale aj psychosociálna starostlivosť (Van Loey & Van Son, 2003). Prognóza termického úrazu sa stanovuje veľmi ťažko, pretože závisí na množstve faktorov, ktoré sú u každého človeka odlišné. Bull a Fisher (1954) popísali metódu na určenie pravdepodobnosti úmrtnosti u dospelých. Ak je číslo, ktoré dostaneme sčítaním veku pacienta a percenta postihnutia vyššie ako 100, mortalita je 100%. Aj keď sa v posledných rokoch podarilo zachrániť mnoho pacientov so súčtom vyšším ako je 100, tento index sa dodnes používa napríklad pri triedení obetí v prípade hromadných katastrof. Okrem rozsahu postihnutia a veku pacienta patria medzi ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú závažnosť termického úrazu napríklad mechanizmus úrazu (a prípadné pridružené poranenia), hĺbka a lokalizácia postihnutia či anamnéza pacienta (Königová et al., 2010). Tieto faktory budú zmienené v nasledujúcich kapitolách.

1.2 Faktory určujúce závažnosť popáleninového úrazu

Popáleninový úraz vzniká dostatočne dlhým, priamym alebo nepriamym spôsobom nadprahovej tepelnej energie (termický úraz), v širšom pojatí tiež elektrickej energie, rádiácie alebo niektorých chemických látok (Lipový, Suchánek, & Gregorová, 2011). Pre človeka

predstavuje jeden z najrozsiahlejších a najviac mutilujúcich úrazov. V prípade veľkého rozsahu popálenín sa pacient ocitá v život ohrozujúcej situácii, kedy rozsah rany zásadne ovplyvňuje metabolické, obehové a homeostatické mechanizmy (Arturson, 1996). Hojenie rany by tak malo byť dosiahnuté čo najskôr, no často trvá týždne až mesiace, v závislosti najmä na hĺbke a rozsahu postihnutia. Samotné jazvenie nastupuje až s odstupom času, po zahojení rany (Van Loey & Van Son, 2003). Prognózu popáleninového úrazu však ovplyvňuje aj rada iných faktorov, ako je správne poskytnutie prvej pomoci a neodkladnej prednemocničnej starostlivosti či zaistenie transportu do vhodného typu zdravotníckeho zariadenia. Medzi faktory, ktoré určujú závažnosť popáleninového úrazu patrí mechanizmus úrazu, rozsah postihnutia, vek postihnutého, hĺbka postihnutia, lokalizácia postihnutia a osobná anamnéza (Königová et al., 2010). Krátkemu popisu týchto faktorov bude venovaná pozornosť pre lepšie pochopenie celého priebehu úrazu a liečby, ktorými si pacient prešiel a ktorý má následne vplyv na jeho psychický stav aj v momente testovania, ako aj pre priblíženie faktorov, ktoré slúžili ako kritéria pri výbere pacientov do výskumnej vzorky.

1.2.1 Mechanizmus úrazu

Hodnotenie na mieste úrazu začína zistením mechanizmu úrazu a súvisiacich poranení. Väčšina zranených s výnimkou hlbokých popálení hlavy a krku býva pri plnom vedomí, dobre orientovaná a snaží sa spolupracovať. Môžu sa však objaviť aj „stavy *eretického šoku* s ťažkými halucináciami a motorickým nekludom, až agresivitou“ (Königová et al., 2010, s. 68). Vystupňovaný psychický a fyzický stres hrá významnú rolu u úrazov s rozsiahlym a hlbokým oparením, ako je pád do vriacej tekutiny napríklad u priemyslových nádrží. „Psychická trauma je vyvolaná bolesťou a strachom z utopenia,“ zatiaľ čo „fyzický stres sa násobí námahou pri snahe zachrániť sa“ (Königová et al., 2010, s. 68).

1.2.2 Rozsah postihnutia

Rozsah postihnutia s ohľadom na vek zraneného je najdôležitejším faktorom z hľadiska rozvoja popáleninového šoku.² Je určovaný v percentách celkovým rozsahom popálenej plochy (*Total Body Surface Area*, TBSA). U dospelých je bežnou metódou na určovanie rozsahu postihnutia tzv. pravidlo deviatich, ktoré rozdeľuje povrch tela na oblasti reprezentujúce 9% alebo násobok deviatich. Tieto oblasti tvorí hlava a krk (9%), horná končatina (9%), predná plocha trupu

²Popáleninový šok je kombináciou distribučného, hypovolemického a kardiogenného šoku (Haberal, Sakallioğlu Abalı & Karakayalı, 2010).

(18%), zadná plocha trupu (18%), dolná končatina (18%), a nakoniec perineum a genitál (1%). U dospelých sa 20% a viac TBSA hodnotí ako rozsiahle – ťažké postihnutie.

1.2.3 Vek postihnutého

Vek popáleného pacienta má vplyv na prognózu bezprostrednú, ale aj tú dlhodobú, celoživotnú. Je známe, že jedinci mladší než 2 roky a starší než 60 rokov majú vyššiu mortalitu v porovnaní s ostatnými vekovými skupinami. Pacienti nad 60 rokov predstavujú rizikovú skupinu, pretože aj postihnutie menšieho rozsahu môže mať letálne následky, nakoľko sú v tejto vekovej skupine časté asymptomaticky prebiehajúce, nepoznané orgánové poruchy súvisiace so starnutím organizmu (Königová et al., 2010).

1.2.4 Hĺbka postihnutia

Podľa hĺbky zasiahnutých vrstiev kože sa popáleniny rozdeľujú na povrchové (I. a II. stupeň) a hlboké (III. stupeň). Popáleniny I. stupňa sú charakterizované počiatočným začervenaním a miestnymi opuchmi, ktoré ale za niekoľko dní až týždňov zmiznú. Druhý stupeň sa delí na povrchový (IIa), ktorý nezanecháva trvalé následky a hlbkový (IIb), u ktorého sa objavujú trvalé následky rôzneho typu, od plochých a hladkých jaziev až po hypertrofujúce jazvy, kedy môže byť jazva vyvýšená, bolestivá, nápadná vzhľadom, u určitých lokalizácií aj funkčne obmedzujúca. Pre popáleniny III. stupňa je typická nekróza kože v celej hĺbke, ojedinele aj s postihnutím svalov. Následkom tohto extrémne hlbokého typu rany je vždy trvalá jazva, ktorá môže byť zahojená konzervatívne, napríklad u malých plôch, alebo chirurgicky za použitia autotransplantátu. Tento typ popálenín sa vyskytuje najmä pri úrazoch elektrickým prúdom alebo pri dlhotrvajúcej expozícii ohňu. Skutočnú hĺbku termického úrazu je však možné určiť jedine retrospektívne, pretože v priebehu hojenia a liečby sa neustále mení. Z hľadiska dlhodobej prognózy je hĺbka postihnutia faktorom, ktorý ovplyvňuje kvalitu života, napríklad kvôli nutným nekrektómiám, transplantáciám či trvalým následkom vo forme jazvových deformácií (Königová et al., 2010).

1.2.5 Lokalizácia postihnutia

Nutnosť hospitalizácie a výber vhodného typu špecializovaného zdravotníckeho zariadenia spoluurčuje aj lokalizácia popálenín. Za najzávažnejšie sa považujú poranenia v oblasti tváre, krku, rúk, perinea a genitálu a plosky nôh. Najmä u zasiahnutia tváre a krku, prípadne dýchacích ciest, je dôležitým opatrením zaistenie voľných dýchacích ciest priamo na mieste úrazu, rovnako tak aj vyšetrenie základných vitálnych známk. U úrazov menšieho rozsahu sa

do oblasti ramena aplikujú analgetiká a sedatíva intramuskulárne, a to v snahe potlačiť bolesť a strach, ktoré stupňujú poplachovú reakciu. V prípade, že sa u pacienta predpokladá popáleninový šok, je nutné ich podávať intravenózne (Königová et al., 2010).

1.2.6 Osobná anamnéza

Anamnézou v zmysle faktoru určujúceho závažnosť popáleninového úrazu sa myslia choroby minulé a prebiehajúce. Tie môžu ovplyvniť priebeh liečby, prípadne môžu aktivovať iné. doposiaľ latentné choroby (Königová et al., 2010). Premorbidná psychiatrická anamnéza ako faktor ovplyvňujúci reakciu na traumatickú udalosť bude popísaná v kapitole 2.3.4.

2 Akútny stres a trauma

Trauma a jej psychické následky boli spočiatku skúmané najmä u vojnových veteránov americkej občianskej vojny a oboch svetových vojen, u väzňov z koncentračných táborov či ľudí, ktorí prežili jadrový útok v Hirošime. Postupne sa pozornosť obrátila aj na obeť veľkých požiarov, povodní a ďalších katastrof, pričom sa zistilo, že trauma nie je až tak výnimočný jav, aj keď sa nerozvinie u všetkých zasiahnutých. V odbornej psychologickej terminológii sa postupne objavovali pojmy „traumatická neuróza“ (Diagnostický a statistický manuál duševných poruch – DSM-I, 1952), „prechodné situačné poruchy“ a „poruchy prispôsobenia“ (DSM-II, 1968), ktoré predstavovali aj počiatok vývoja dnešného vnímania posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD). Ako samostatný pojem sa „posttraumatická stresová porucha“ objavila v tretej revízii manuálu DSM-III v roku 1980 a jej pojmá sa ďalej vyvíja. Postupom času sa opustilo od úzkeho chápania traumy ako následku vojnových či extrémne katastrofických udalostí, ale popisovala sa aj u obetí autonehôd, násilných trestných činov, zneužívaných a týraných detí a žien (Kohoutek & Čermák, 2009). V súčasnosti sú okrem PTSD (F43.1) v kategórii F43 „Reakcie na závažný stres a poruchy prispôsobenia“ ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)³ definované ďalšie kategórie reakcií a porúch, a to „Akútna reakcia na stres“ (F43.0), ktorá zvyčajne odoznie niekoľko hodín až dní po udalosti a už zmieňované „poruchy prispôsobenia“ (F43.2) tvoriace pomerne širokú škálu reakcií na identifikovanú psychosociálnu traumú.⁴ Táto kategória sa od iných v rámci ICD-10 odlišuje tým, že obsahuje poruchy, ktoré sú identifikovateľné nielen na základe ich symptomatológie a priebehu, ale aj na základe jednej či

³Česká verzia: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, MKN-10.

⁴Pre úplnosť uvedieme, že do kategórie F43 spadá ešte diagnóza F43.8 – Iné reakcie na závažný stres a F43.9 – Reakcia na závažný stres nešpecifikovaná.

dvoch vonkajších príčin: mimoriadne stresujúcej životnej udalosti, ktorá vyvolala stresovú reakciu, alebo významnou životnou zmenou vedúcou k trvale neprijemným okolnostiam. Tieto poruchy sa môžu pokladať za „maladaptívne reakcie na ťažký alebo trvalý stres, pretože narušujú mechanizmy úspešného vyrovnávania sa s ním a tým vedú k zhoršenému sociálnemu fungovaniu“ (Raboch & Pavlovský, 2012, s. 279). Popáleninový úraz, najmä ten rozsiahly, patrí vzhľadom k svojmu mechanizmu, dlhodobému a bolestivému priebehu liečby a následkom k extrémne stresujúcim životným zážitkom, u ktorých sa popisuje vznik psychickej traumy.

2.1 Definícia a vznik traumy

Psychická trauma vzniká pôsobením jedného extrémne stresujúceho zážitku alebo dlhotrvajúcej stresujúcej situácie, ktoré majú nasledujúce charakteristiky: 1) príčina je pre jedinca vonkajšia; 2) je pre neho extrémne desivá; 3) znamená bezprostredné ohrozenie života alebo telesnej integrity; 4) vytvára v jedincovi pocit bezmocnosti (Vizinová & Preiss, 1999, s. 17). Podstatou traumy je, že „pôsobením vonkajšieho činiteľa sú poničené psychické a biologické adaptačné mechanizmy jedinca,“ k čomu dochádza, v prípade, že vnútorné a vonkajšie zdroje nie sú viac schopné sa s ohrozením vyrovnáť (Vizinová & Preiss, 1999, s. 17). Podľa Vizinovej a Preissa (1999) existuje rozdiel medzi stresom a traumou, pričom nie je možné hovoriť o kontinuu od udalosti ľahko stresujúcej k traumatizujúcej. Dá sa povedať, že „udalosť sa stáva traumatickou, keď z rôznych dôvodov prekročí schopnosť človeka emočne ju zvládnuť“ (Praško et al., 2003, s. 21).

Hovorové slovo „stres“ sa často používa pre záťaž samotnú (*stress* z angl. záťaž), ale stres je definovaný ako „stav organizmu, ktorá je obecnou odozvou na akúkoľvek výraznú záťaž, či už telesnú alebo duševnú. Pri strese sa uplatňujú vývojovo staré mechanizmy, ktoré umožňujú prežitie organizmu vystaveného nebezpečenstvu (adaptačný syndróm) [...]“ (Vokurka & Hugo, 2007, s. 911-912). V súvislosti so stresom hovoríme o tzv. stresových faktoroch – stresoroch. Faktor, ktorý spúšťa stresovú reakciu sa označuje za tzv. trigger. Stresory je možné rozdeliť na vnútorné, kam patria telesné (napr. bolesť, námaha), emocionálne (napr. strach, zlosť), kognitívne stresory (napr. negatívne myšlienky, postoje) a vonkajšie stresory, medzi ktoré sa radia fyzikálne (napr. tma, chlad), biochemické (napr. alkohol, lieky) a komplexné stresory (napr. konfliktné situácie, časový tlak) (Brečka, 2009, s. 39).

U traumatizovaného jedinca sú stresujúce zážitky natoľko desivé, že je narušený systém sebaobran, pocit vnútornej kontroly a kompetencie, zmyslu, rádu a kontinuity ľudského života. U človeka dochádza k dezorganizácii jednotlivých komponent obvyklej odpovede

organizmu na nebezpečenstvo a tieto komponenty majú tendenciu (vo svojej bezúčelnosti) pretrvávajú dlho po skončení stavu skutočného ohrozenia. V dôsledku traumatickej udalosti tak nastávajú „hlboké a trvalé zmeny v oblasti fyziologickej, emočnej i kognitívnej“ (Vizinová & Preiss, 1999, s. 17). Traumatická skúsenosť nemôže byť asimilovaná, pretože u človeka narušuje základné predstavy o svete, neexistuje alebo nie sú k dispozícii kognitívne schémy, ktoré by pomohli chápať a orientovať sa v danej situácii. Ohrozuje tak vnímanie sveta ako zmysluplného a bezpečného miesta, vnímanie ľudí ako v podstate dobrých a seba ako integrovanej a hodnotnej bytosti (Vizinová & Preiss, 1999).

Nie u každej osoby, ktorá sa ocitne v traumatickej udalosti, sa neskôr rozvinú špecifické symptómy sprevádzajúce napríklad PTSD. U niektorých jedincov sa vyskytnú typické prežitky, ktoré ale nižšou intenzitou a trvaním nepredstavujú vážne ohrozenie ich duševného zdravia a pohody. Existujú pochopiteľne aj ľudia, u ktorých sú popisované psychické príznaky malé alebo neobťažujúce a s traumou sa vyrovnávajú vlastnými silami, bez potreby prípadnej podpory či informácií z rad odborníkov (Kohoutek & Čermák, 2009). Faktorom, ktoré ovplyvňujú reakciu jedinca na stresujúcu či traumatizujúcu skúsenosť, bude venovaná kapitola 2.3.

2.2 Symptómy traumy

Väčšinu symptómov objavujúcich sa v dôsledku traumatickej udalosti môžeme rozdeliť do troch hlavných kategórií (Vizinová & Preiss, 1999, s. 20): nadmerné vzrušenie (*hyperarousal*), intruzívne príznaky (*intrusions*) a príznaky stiahnutia, zovretia (*constrictions*). Nadmerné vzrušenie pramení z neustáleho očakávania nebezpečenstva. Organizmus sa tak udržuje v stave schopnom bojovať alebo uniknúť z ohrozujúcej situácie (*fight-or-flight*). Jediniec v tomto stave sa ľahko zľakne, aj na minimálne podnety reaguje podráždene a objavujú sa u neho poruchy spánku. Môžu sa objaviť aj symptómy generalizovanej úzkostnej poruchy či špecifických strachov.

Druhú skupinu tvoria intruzívne príznaky, ktoré sú definované ako „vtieravé, neodbytné pocity opakovaného prežívania traumatickej udalosti“ (Vizinová & Preiss, 1999, s.20). Tieto tzv. *flashbacky*, ktoré môžu byť vyvolané aj zdanlivo nevýznamným podnetom, majú silný emocionálny náboj a živosť. U človeka sa objavujú pocity úzkosti, strachu či hanby, a to dokonca aj bez konkrétnej spomienky na stresujúcu udalosť.

Tretiu skupinu tvoria symptómy konstriktívne, ktoré sú následkom vystavenia človeka situácii absolútnej bezmocnosti, stavu strnulosti, paralyzácie. Únik v tejto situácii je jedine vnútorný,

a to zmenou stavu vedomia, ktorá má protektívny charakter a chráni myseľ pred neznesiteľnou bolesťou. Vnímanie môže byť deformované a môže sa objaviť čiastočná amnézia. Tieto zmeny stavu vedomia umožňujú odstránenie traumatického zážitku z vedomia, „zároveň ale bránia integračným procesom nutným k psychickému spracovaniu skúsenosti“ (Vizinová & Preiss, 1999, s. 21). Pri dlhodobom pretrvávajú sa však z týchto adaptívnych procesov stávajú procesy neadaptívne. Môžu spôsobiť očakávanie niečoho hrozného v budúcnosti, viesť k inhibícii aktivity aj emočného prežívania a tým ovplyvniť celkovú kvalitu života človeka (Vizinová & Preiss, 1999).

2.3 Faktory ovplyvňujúce reakciu na traumatický zážitok

Citlivosť človeka voči traumatickej skúsenosti a prípadnému rozvoju s ňou súvisiacich porúch ovplyvňujú viaceré faktory. Patria sem obecné faktory ako je stupeň kognitívneho vývoja, miera schopnosti odolávať záťaži, predchádzajúca traumatizujúca skúsenosť, ale aj faktory osobnostné a sociálne, či dokonca kultúrne. Jednotlivé kultúry vnímajú odlišne napríklad bolesť, zranenie, smrť, stratu či separáciu. Ten istý zážitok môže byť pre niekoho traumatizujúci, no pre ďalšieho úplne bežný. Ľudia určitého etnika môžu byť tým pádom do určitej miery odolnejší voči niektorým typom traumy, no na druhej strane zraniteľnejší voči iným typom. Na traumatickú skúsenosť sa teda nemôžeme pozeráť ako na statickú jednotku danú okolnosťami. K tomu, aby sme boli schopní hodnotiť jej vplyv na psychický stav postihnutého človeka, je vhodné ju skúmať ako dynamickú interakciu jedinca a jeho prostredia (Kleber, Figley, & Gersons, 1995).

V súčasnosti neexistuje profil, ktorý by spoľahlivo predikoval a identifikoval, ktorí z ľudí po popáleninovom úraze budú trpieť psychiatrickými symptómami (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007). Pravdepodobne k tomu prispieva aj nekonzistentnosť výsledkov štúdií skúmajúcich objektívne faktory/stresory (TBSA, deformácie tváre a rúk) i subjektívne faktory (maladaptívne copingové stratégie, vnímaný nedostatok sociálnej opory, vysoký emocionálny distress) ako prediktívne pre riziko rozvoja symptómov PTSD. Zatiaľ čo niektoré výskumy potvrdili ako prediktívne objektívne hodnoty závažnosti úrazu, vo väčšine štúdií sa ako prediktívne ukazujú zmienené subjektívne faktory (Van Loey & Van Son, 2003).

V tejto kapitole budú popísané najdôležitejšie a v dostupnej literatúre popísané faktory, ktoré sa podieľajú na psychickej reakcii človeka na traumatický zážitok. Jedná o poznatky z literatúry zameranej na traumatickú udalosť obecné, ako aj špecificky zameranú na popáleninový úraz u

dospelých. V úvode budú popísané tiež sociodemografické charakteristiky v súvislosti s identifikáciu potenciálne rizikovej skupiny pre rozvoj porúch spôsobených traumatickou udalosťou.

2.3.1 Sociodemografické charakteristiky

Tradične sa väčšia pravdepodobnosť výskytu psychickej traumy uvádzala u mužov (vojaci a pracovníci záchranných služieb) (Hodgkinson & Stewart, 2009). Časom sa tento názor menil v súvislosti s počtom psychických tráum u žien a detí v dôsledku fyzického a sexuálneho týrania a napadnutia. Postupne sa uvádzala vyššia prevalencia PTSD u žien, napríklad Smolík (2002) odhaduje dvakrát vyšší výskyt u žien v porovnaní s mužmi. V súčasnosti sa nedá povedať, že by príslušnosť k určitému pohlaviu sama o sebe bola prediktorom vyššej pravdepodobnosti rozvoja psychickej poruchy v dôsledku traumatického zážitku. Vplyv pohlavia na prežívanie traumy sa ukazuje byť významný až v kombinácii s ďalšími faktormi. V kontexte popáleninových úrazov sa ako rizikový faktor spojený s depresiou ukazuje ženské pohlavie v kombinácii s deformáciou tváre (Van Loey & Van Son, 2003).

Z hľadiska veku sú v reakcii na traumatickú udalosť najrizikovejšie všeobecne zraniteľné skupiny – deti a seniori. Tieto skupiny disponujú zníženou schopnosťou spracovať udalosť, nižšou adaptabilitou či obmedzenou sebestačnosťou. U seniorov môže byť závažnejšie pôsobenie stresoru spôsobené komplikovanejším hľadaním perspektívy a nádeje v budúcnosti, naopak významnú pozitívnu rolu môže u tejto vekovej skupiny hrať ich skúsenosti a životný nadhľad (Kohoutek & Čermák, 2009). Zaujímavé výsledky priniesla štúdia dopadu povodní v Kentucky (Norris, Phifer, & Kaniasty, 1994), kde sa ako najzraniteľnejšia ukázala veková skupina 55-64 rokov, ktorá vykazovala najviac negatívnych psychickým symptómov. Seniori síce skórovali horšie ako mladšia populácia, ale stále lepšie než zmienená stredná skupina. Autori sa prikláňajú k vysvetleniu, že starší ľudia vnímajú situáciu viacej stoicky, zatiaľ čo ľudia vo veku 55-64 rokov majú v dôsledku traumatickej udalosti narušené plány do budúcnosti, vyhliadky na novú kariéru či nový začiatok.

2.3.2 Dedičné faktory

Po pôsobení určitého stresoru môže jeden človek prežívať silnú stresovú reakciu, pričom u druhého k nejv rovnakej situácii nedôjde. Je veľmi pravdepodobné, že jednou z príčin tohto rozdielu je tzv. vrodenej zraniteľnosť, ktorá je vyvolaná dedičnými faktormi. Je známe, že „v niektorých rodinách sa zvýšená citlivosť ku stresu a emočným podnetom dedí z generácie na generáciu“ (Praškoet al., 2003, s. 51). V niektorých rodinách sa úzkostné poruchy vyskytujú

častejšie než v iných. V tomto svetle je významná aj rodinná psychiatrická anamnéza, keďže sa ukazuje, že súvisí s vyššou náchylnosťou k PTSD (Hodgkinson & Stewart, 2009). Pre určitú vrodenu genetickú vulnerabilitu hovorí aj zistenie, že generalizovaná úzkostná porucha sa súčasne vyskytuje častejšie u jednovaječných dvojčiat než u dvojvaječných (Praško, Vyskočilová, & Prašková, 2012). Taktiež vrodené temperamentové vlastnosti sa podieľajú na rozdielnej odolnosti voči stresorom (Praško et al., 2003). Niektorí ľudia sú teda vrodene citlivejší k reakcii na nadmerný stres a po traumatickou zážitku sa nich ľahšie rozvinú symptómy psychických porúch.

2.3.3 Individuálne a osobnostné charakteristiky

S horším priebehom reakcie na záťaž a s výskytom posttraumatikých ťažkostí korelujú niektoré relatívne stabilné osobnostné charakteristiky – najčastejšie je uvádzaná úzkostnosť, neuroticizmus a introverzia (Hodgkinson & Stewart, 2009). Fauerbach a kol. (2000b) zistili, že u ľudí po zranení súvisí počet symptómov spojených s PTSD s vyšším neuroticizmom a nižšou extravertiou. Podobné výsledky, čo sa týka neuroticizmu a extravenzie, ukázala aj štúdia Gilboa a kol. (1999), ktorá skúmala ich súvislosť s emočným prispôbením sa u pacientov s popáleninami. Predpokladá sa tiež prínos otvorenosti skúsenostiam (*opennessto experience*) pre zvládanie záťaže. Ukazuje sa, že „súvisí s uplatňovaním pozitívnych stratégií (aktívny coping, pozitívna reinterpretácia, prípadne hľadanie sociálnej opory) a s nižšou tendenciou k popieraniu záťaže a vyhýbaniu sa riešeniu príslušných problémov“ (Paulík, 2017, s. 48).

Osobnostné rysy, ako je extravergia, otvorenosť voči skúsenosti, prívetivosť a svedomitosť pozitívne korelujú s posttraumatickým rozvojom (Linley & Joseph, 2004), ktorému sa budeme samostatne venovať v kapitole 2.3.7. Zaujímavé je aj zistenie, že rysy osobnosti môžu súvisieť už so samotným rizikom vzniku popáleninového úrazu. Podľa McKibbena a kol. (2009) môžu mať ľudia skórujúci vysoko na škálach neuroticizmu a extravenzie vyššie riziko úrazu.

Zvládanie stresu ovplyvňujú aj prvky odolnosti⁵ (*resilience*) a charakteristiky, ktoré priamo súvisia so schopnosťou kognitívneho spracovania traumy. Mareš (2008) zmieňuje, že okrem týchto osobnostných zdrojov sú v reakcii na traumy dôležité aj vlastnosti „pretraumatickej osobnosti“, povahou blízke osobnostným rysom a vyjadrujúce najmä tendencie k pozitívnemu emočnému ladeniu. Ďalšiu skupinu relatívne stabilných charakteristík predstavujú podľa

⁵Niektorí autori preferujú pre dispozičné poňatie odolnosti v zmysle nezdolnosti človeka označenie *hardiness* (Kebza & Šolcová, 2008).

Mareša sebaapoňatie, sebadôvera, sebakontrola, sebakritickosť a vnímaná osobná zdatnosť (*self-efficacy*), ktoré sú blízke jedincovmu pojatiu „ja“.

Zdá sa, že podstatnú rolu v tom, ako zachádzame so stresormi, hrajú aj naučené faktory, ako je hodnotový systém, životný štýl, predsudky, stereotypné reagovanie na určité situácie a ďalšie. Naučili sme sa, akým spôsobom si stresory interpretujeme, ako si veríme v zvládnutí určitej situácie a aké stratégie v reakcii na stresory použijeme. Napríklad hasiči sú odolnejší voči traumám súvisiacim s požiarimi, automobilový pretekári zase k okolnostiam súvisiacim s haváriami. Spôsobu myslenia a reakcii na problémy sa učíme od detstva. Tu je významný pocit bezpečia, ktorý by rodičia mali poskytnúť dieťaťu. Pokiaľ vyrastá bez neho, je neisté vo vzájomnom vzťahu s druhými, obáva sa neznámych situácií a má problémy poradiť si s neúspechmi. Človek, ktorý v detstve nezažil dostatočný pocit bezpečia, v dospelosti ľahko podlieha stresu (Praško & Hájek, 2003). Problematike citovej väzby bude samostatne venovaná kapitola 3.5. Z detstva môžu prameniť aj iracionálne presvedčenia a postoje, u ktorých na seba alebo druhých človek kladie nesplniteľné nároky, a tak trpí stresom a často podlieha pesimizmu. Pesimistickí ľudia traumatické udalosti znášajú horšie. Naopak optimizmus je založený na seba prijatí, kladení primeraných nárokov a prajúcnosti sebe aj druhým (Praško & Hájek, 2003).

Ako protektívny faktor pri reakcii na traumy sa uvádzajú aj nadpriemerné intelektové schopnosti, ktoré môžu súvisieť so schopnosťou racionálneho spracovania traumy, ale aj s lepšou dostupnosťou a schopnosťou využívať sociálne zdroje adaptácie (Paulík, 2017).

2.3.4 Premorbidné faktory

Ľudia s rozsiahlejším popáleninovým úrazom často súčasne vykazujú aj psychické problémy ako je úzkosť, depresia, regresia či obavy z viditeľných následkov. Pokiaľ tieto problémy u človeka existovali už pred úrazom, súčasnú situáciu popáleného jedinca ešte zhoršujú (Paulík, 2017). Premorbidná psychopatológia sa ukázala byť najlepším prediktorom prítomnosti symptómov úzkosti a depresie v priebehu prvého roku po popáleninovom úraze (Patterson et al., 1993). Dokonca sa zdá, že preexistujúce psychiatrické poruchy a symptómy často významne prispievajú k etiológii samotného popáleninového úrazu, a to buď priamo (napr. dobrovoľne spôsobené popáleniny, pokusy o samovraždu) alebo nepriamo tým, že znižujú ostražitosť alebo ovplyvňujú úsudok (napr. zneužívanie návykových látok, depresia) (Fauerbach et al., 1996; Patterson et al., 1993).

U popáleninových pacientov s premorbidnými psychiatrickými poruchami bolo okrem spomínaného vyššieho rizika rozvoja psychiatrických porúch zistené, že vyžadujú dlhšiu hospitalizáciu a častejšie sa u nich behom liečby objavovali komplikácie, problémy s rehabilitáciou a prispôbovaním sa po úraze. Znalosť psychických problémov jedinca pred úrazom má teda význam z dvoch hľadísk. Za prvé, umožňuje lepšie porozumieť a identifikovať psychiatrické symptómy objavujúce sa v priebehu liečby a rozpoznať ich ako pretrvávajúce alebo reaktivované problémy a nie ako reakcie na úraz. Druhým hľadiskom je možnosť zvýšiť povedomie o potenciálnych problémoch v rehabilitácii (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

Prítomnosť psychiatrických porúch u popáleninových pacientov je pomerne bežná. McKibben a kol. (2009) uvádzajú, že dve tretiny zo všetkých pacientov s popáleninami majú aspoň jednu psychiatrickú poruchu, polovica trpela nejakou psychiatrickou poruchou v roku, ktorý úrazu predchádzal a jedna tretina trpí prebiehajúcou poruchou v čase úrazu. Títo autori ďalej zistili, že najčastejšou premorbidnou psychiatrickou poruchou u popáleninách pacientov je veľká depresívna epizóda, ktorá je prítomná u 42% z nich, čo je omnoho vyššie percento ako v bežnej populácii.⁶ Častejšie zastúpené sú podľa autorov aj poruchy osobnosti.

U popálených pacientov závislých sa návykových látkach sa behom akútnej fáze liečby môžu objaviť abstinenčné príznaky. Táto skupina má tiež vyššie riziko rozvoja psychiatrických symptómov, a to v priebehu akútnej liečby ako aj po nej (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

2.3.5 Sociálne faktory

Okrem individuálnej roviny zvládania záťaže vystupuje do popredia aj otázka, ako ovplyvňujú jedinca jeho sociálne väzby. V súvislosti s odolnosťou voči záťaži a jej zvládaním je často skloňovaná sociálna opora, ktorá predstavuje potenciálnu i faktickú pomoc okolia jedincovi predovšetkým v situáciách presahujúcich jeho adaptačné možnosti. V poslednej dobe sa uvažuje aj o koncepte „odolnosti rodiny“ (*family resilience*), ktorý sa pokúša nájsť vysvetlenie, v čom spočíva schopnosť určitých rodín zvládať zvýšenú záťaž a vyrovnať sa s ňou (Paulík, 2017). Vplyv rodiny však môže byť obojsmerný – jej podpora predstavuje najprirodzenejší zdroj sociálnej opory, ale obavy o ňu a jej zabezpečenie (napr. u slobodných rodičov po traumatickom úraze s prípadnými následkami) môžu priťažovať, a tým zvýšiť úroveň prežívaného stresu (Kohoutek & Čermák, 2009). Z výskumov zameraných na osobnú skúsenosť popálených pacientov (Kornhaber et al., 2014) vyplýva, že medzi faktory identifikované ako významné

⁶Celosvetová prevalencia všetkých depresívnych porúch z roku 2015 je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (2017) 4,4%, pričom depresia je častejšia u žien (5,1%) než u mužov (3,6%).

v procese rehabilitácie patrila podpora zo strany rodiny a priateľov, profesionálov, či ľudí v podobnej situácii, ako aj možnosť vrátiť sa do práce.⁷ Ukazuje sa, že na zvládanie záťaže je vhodné sa pozeráť v širšom kontexte zahrňujúcom okrem individuálnych aj psychosociálne parametre.

2.3.6 Adaptácia a coping

Pri prekonávaní ťažkej životnej situácie sa snažíme hľadať a nájsť prirodzené a účinné postupy, ako túto situáciu zvládnuť – hovoríme o vyrovnávacích mechanizmoch, ktorým sa učíme v priebehu života. V odbornej literatúre sa objavujú pojmy vyrovnávacie či zvládacie (copingové) stratégie, ktoré predstavujú „aktívny a vedomý spôsob zvládania stresu“ (Paulík, 2010, s. 79). Je vhodné odlíšiť dva pojmy, a to adaptáciu, ktorá pomenúva vyrovnávanie sa so záťažou v bežných, relatívne dobre zvládnuteľných prípadoch a zvládanie (coping), ktoré „sa objavuje v prípadoch, kedy je záťaž vzhľadom k odolnosti osobnosti nadlimitná alebo podlimitná a je teda potrebné vyvinúť zvýšené úsilie k vyrovnaniu sa s ňou“ (Paulík, 2010, s. 79). Táto nadlimitnosť môže byť chápaná vzhľadom k intenzite (veľmi silná záťaž) a k dĺžke trvania (mimoriadne dlhotrvajúca záťaž). Zvládanie je potom akýmsi vyšším stupňom adaptácie, kde sa snažíme o riešenie krízových situácií, no často nedisponujeme dostatočnými vedomosťami či skúsenosťami a tak musíme skúšať, hľadať a overovať si nové postupy (Křivohlavý, 1994). Na základe ich relatívnej stability v čase popisuje Kohn (1994) copingové štýly ako konzistentne používané typy vedomej adaptívnej odpovede na stresujúce udalosti. Práve vedomou zložkou sa líšia od obranných mechanizmov, ktoré patria medzi nevedomé či nie plne uvedomované spôsoby vyrovnávania sa so stresom. Tím, že používame obranné mechanizmy chránime svoje ego, sebaponímanie, pocit istoty, chránime sa pred pocitmi viny, úzkosti či afektmi. Slúžia tak k udržaniu duševnej rovnováhy a celistvosti osobnosti (Vágnerová, 2008).

2.3.7 Odolnosť a posttraumatický rozvoj

Aj keď je všeobecne známe, že trauma a úraz môžu viesť k psychologickým či psychiatrickým problémom, faktu, že u značnej časti jedincov sa tieto problémy nerozvinú, bola dodnes venovaná omnoho menšia pozornosť. U popáleninových pacientov existuje na túto tému veľmi málo štúdií.

⁷Ako ďalšie významné faktory sa v tejto práci ukázali copingové stratégie a akceptovanie nemennosti, ďalej fyzické zmeny a limitácie.

Odolnosť⁸ a posttraumatický rozvoj (*posttraumatic growth*, PTG) sú dva odlišné koncepty. V psychológii je ponímanie odolnosti ako osobnostného rysu založené na predpoklade, že „odolnosť je relatívne stabilnou individuálnou, vrodenu alebo získanou charakteristikou príznačnou adaptívnym zvládaním určitých nárokov [...] (Paulík, 2017, s. 150). Odolnosť je teda rysom osobnosti, ktorý existuje pred vystavením sa traume a ktorý umožňuje PTG. Odolnosť môže byť prediktorom PTG, ale nie je jeho nutnou charakteristikou.

Resilientní jedinci sú vďaka svojej flexibilnej adaptácii schopní obnoviť po nepriaznivej okolnosti rovnováhu vo všetkých aspektoch svojho života, bývajú energetickí a zvedaví, otvorení novým skúsenostiam. Už bolo zmienené, z osobnostných rysov s odolnosťou súvisí extravergia, otvorenosť, prívetivosť a svedomitosť. Taktiež osobnostné premenné ako je nezdolnosť či optimizmus, môžu PTG aktivovať. Ďalšími prediktormi PTG sa ukazujú byť najmä ženské pohlavie, sociálna podpora, ďalej tiež vyššia úroveň vzdelania a vyšší socioekonomický status (Askay & Magyar-Russell, 2009).

3 Psychologické a psychiatrické aspekty popáleninového úrazu

Utrpieť popáleninový úraz je považované za mimoriadnu udalosť v živote človeka, ktorá so sebou nesie rizikodlhodobých psychických a psychosociálnych dopadov, predovšetkým v súvislosti so zmenou vzhľadu. Traumatická povaha a bolestivý priebeh liečby môžu navyše vyvolať psychopatologickú reakciu. Všetci členovia ošetrovateľského tímu by tým pádom mali mať základné znalosti psychiatrických a psychologických problémov, ktoré sa u popáleninových pacientov najčastejšie objavujú. Screening a identifikácia psychických problémov spadá síce do kompetencie psychológa či psychiatra, no všimnúť si a upozorniť na komplikácie v tejto oblasti môže ktokoľvek iný z tímu. Ako bolo zmienené v kapitole 2.3, neexistuje síce široko uznávaný profil rizikového pacienta, ale môžeme pracovať s rizikovými faktormi (TBSA, premorbidné psychiatrické poruchy, osobnostné charakteristiky, apod.) a povedomím o najčastejšie sa vyskytujúcich psychických problémov u popáleninového úrazu či traumy obecné.

⁸Kedže neexistuje jasná, široko uznávaná definícia „resilience“, v tejto práci je pojem „odolnosť“ chápaný ako synonymum pojmu „resilience“, ktorá v zásade „popisuje schopnosť účinnej adaptácie na situácie, v ktorých je prítomná nepriazeň, nebezpečenstvo, nežiaduce riziko, teda na situácie, ktoré zahrňujú reálne či potenciálne ohrozenie jedinca, spojené s neoptimálnou záťažou (stresom)“ (Paulík, 2017, s. 157).

U niektorých pacientov sa (okrem premorbidných porúch) môžu v akútnej fáze liečby rozvinúť psychiatrické symptómy typicky sprevádzajúce aj iné typy traumy. V priebehu hospitalizácie pacient bojuje s bolesťou, svrbením či stresom, ktoré môžu prispievať k problémom ako sú poruchy spánku, disociácia, úzkosť, depresia. Vysoký stupeň stresu a úzkosti môže ďalej prispievať k rozvoju psychiatrických porúch, ako je napríklad PTSD a ovplyvniť tak nielen priebeh liečby samotnej, ale aj následný život a jeho kvalitu po prepustení z nemocnice (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

V literatúre týkajúcej sa psychického stavu pacientov s popáleninovým úrazom prevláda výskum zameraný na hodnotenie stavu a kvality života jedinca s odstupom času (napríklad 6 a 12 mesiacov), menej často na akútnu fázu liečby (hospitalizáciu/ukončenie hospitalizácie). Predmetom výskumu je najčastejšie výskyt PTSD a depresie, ktoré sa objavujú u 13-45% (PTSD) a 13-23% (depresia) (Van Loey & Van Son, 2003). Medzi psychiatrické diagnózy, ktoré sú zvyčajne uvádzané ako súčasť dlhodobého procesu zotavovania sa z popáleninového úrazu patria okrem PTSD a depresie akútna stresová porucha, generalizovaná úzkosť a dystýmia. Tieto poruchy môžu byť ovplyvnené aj významnými psychosociálnymi problémami spojenými priamo s popálením (strata, bolesť, úzkosť, deformácie, zármutok, strata sebaúcty, strata práce či sociálnej role, veľké finančné či právne problémy) (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

Nie je prekvapivé, že rizikovní (v zmysle ohrozenia života i psychického dopadu) sú pacienti s veľkým rozsahom popálením. Ako dôležité pri rozvoji psychických symptómov sa však ukazujú byť aj popálenia menšieho rozsahu, a to predovšetkým v oblasti rúk, krku a tváre (komunikačne dominantné časti tela). Tie sú významné v sociálnej reintegrácii, ako aj pri vykonávaní každodenných aktivít (hygiena apod. v prípade poranenia či amputácie ruky). Ukázalo sa, že aj malé fyzické obmedzenia môžu viesť k vážnym depresiám (Pallua, Künsebeck, & Noah, 2003).

V tejto kapitole budú na základe dostupnej zahraničnej literatúry popísané najčastejšie psychické problémy a s nimi súvisiace psychologické charakteristiky u popáleninových pacientov. Patria sem predovšetkým úzkosť a depresia, či problematika bolesti a jej vplyv na vznik a vnímanie týchto príznakov. Väčšia pozornosť bude venovaná aj rysom osobnosti, ktoré už boli stručne zmienené ako faktory ovplyvňujúce reakciu na traumatickú udalosť v kapitole 2.3.3. Taktiež bude predstavený koncept citovej väzby, ktorá sa ukazuje byť významným faktorom v reakcii na ťažký stres. V neposlednej rade budú predstavené výsledky výskumov kvality života ľudí po popáleninovom úraze.

3.1 Úzkosť

S pojmom úzkosť sa dnes bežne stretávame v hovorovej reči, no jeho význam sa často prekrýva so strachom, nervozitou, trémou či obavami. Je potrebné tento pojem a jeho užitie v tejto práci teoreticky ukotviť. V odbornej literatúre môžeme tiež naraziť na nejednoznačné vymedzenie tohto pojmu. Úzkosť je často definovaná ako „obava alebo strach bez presného predmetu“ (Vokurka & Hugo, 2007, s. 1000), pričom absencia konkrétneho predmetu je tým, čo ju odlišuje od strachu. Obsiahlejšie definície úzkosti (anxiety) ju popisujú ako „neprijemný psychický stav, zahrňujúci napr. pocit ohrozenia, nespavosť a zvýšenú vigilitu, poruchy libida, koncentrácie a často sprevádzaný vegetatívnymi telesnými príznakmi, ako sú napr. hyperventilácia, skrátenie dychu, parestézie, potenie, tachykardia, hnačka, častejšie močenie, červenanie či blednutie apod.“ (Vokurka & Hugo, 2007, s. 64). V tomto poňatí je úzkosť hlavným znakom úzkostných porúch a sprievodným javom ďalších porúch či duševných stavov. Podobne Praško a kol. (2012) definujú úzkosť ako strach bez objektu, ako psychické napätie a očakávanie niečoho negatívneho, aj keď jedinec nevie čoho konkrétne. V ďalšom texte bude pojem úzkosť chápaný v tomto zmysle. Ako nástroj na meranie miery úzkosti sa v klinickom prostredí využíva napríklad sebaopisový Beckov dotazník úzkosti (BAI).

Podľa Becka (2005) môže byť funkcia úzkosti prirovnaná k funkcii bolesti - bolesť donúti človeka urobiť niečo, aby ju zastavil či znížil (napr. ukončil aktivitu, ktorá spôsobuje zranenie), avšak bolesť nie je tým zranením. Analogicky, úzkosť nie je príčinou duševného rozrušenia. U úzkostných porúch predstavuje úzkosť perzistentný, neefektívny mechanizmus vytvorený k tomu, aby poháňal organizmu k redukcii predpokladaného nebezpečenstva, ktoré aktivizuje úzkostnú reakciu. Opatrenia, ktoré sú úspešné pri redukcii nebezpečenstva obecné redukujú aj úzkosť. Keď však problémom nie je samotné nebezpečenstvo, ale mispercepcia alebo prehánanie nebezpečenstva, zážitok úzkosti je neúčelný k zahájeniu nápravného procesu.

Beck (2005) chápe fenomén úzkosti ako jednu z mnohých samostatných ale navzájom prepojených „stratégií“ vyrovnávania sa s hrozbou, a preto by úzkosť podľa neho mala byť analyzovaná aj v rámci celkových odpovedí organizmu na nebezpečenstvo. V nadväznosti na známy vzorec reakcie na hrozbu „boj-únik“ (*fight-flight*) považuje Beck za vhodnejší a úplnejší model stratégií prežitia „boj-únik-zmrznutie-mdloby“ (*fight-flight-freeze-faint*). Pokiaľ je uskutočniteľný, je obvykle zvolenou metódou (v prípade, že má byť človek napadnutý/ohrozený) únik. Ten je do značnej miery vyvolaný práve úzkosťou.

Úzkosť je jednou zo základných ľudských emócií a hrá v našom živote každodennom živote dôležitú úlohu. Vo svojej zdravej a prirodzenej forme plní úlohu ochrany pred hrozbou a umožňuje nám tak fungovať v neistom svete, ktorý nás obklopuje. Každý z nás občas pociťuje úzkosť, no pokiaľ sa objavuje príliš často a je príliš intenzívna, stáva sa z nej úzkosť chorobná.

V súvislosti s úzkosťou ako súčasným stavom sa v psychológii stretávame aj s úzkosnosťou (niekedy úzkostlivosťou) ako osobnostným rysom. Tá predstavuje trvalejšiu charakteristiku človeka, jeho mieru pohotovosti k úzkostnému prežívaniu, myslenia a chovaniu. V tomto zmysle je úzkosnosť konštitučnej povahy a je do istej miery vrodená, no mnohé jej prejavy sú aj naučené (skúsenosťami vo svojom sociálnom okolí, predovšetkým s najbližšími v období raného detstva) (Vymětal, 2000).

Úzkosť patrí medzi príznaky, ktoré sa behom akútnej fázy hospitalizácie u dospelých ľudí po popáleninovom objavujú pomerne často. Hojenie rán a formovanie jaziev je sprevádzané nepríjemným svrbením, ktoré zvyšuje distress a pocity úzkosti. V prípade že je pretrvávajúce, narušuje aj spánok, čo opäť zvyšuje úroveň stresu a tiež zhoršuje každodenné fungovanie a spoluprácu v rehabilitácii. Na liečbu svrbenia sa úspešne používajú anxiolitika, antidepresíva a antipsychotiká (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007). Ako už bolo zmienené, vysoká úroveň stresu a úzkosti môže prispievať k rozvoju psychiatrickej morbidity, takže prežívaná úzkosť môže predstavovať prediktor pre neskoršiu psychopatológiu. Z neurotických porúch sú u popáleninových pacientov najčastejšie zastúpené poruchy z kategórie F43, ktoré predstavujú reakciu na závažný stres a adaptačné poruchy.

3.1.1 Akútna reakcia na stres

Akútna reakcia na stres (*Acute stress disorder*, ASD) je porucha s prechodnou dobou trvania, ktorá zvyčajne odoznieva behom niekoľkých hodín až dní. Vzniká u ľudí bez akýchkoľvek predošlých psychických porúch ako „bezprostredná reakcia na výnimočný fyzický alebo psychický stres“, pričom stresorom môže byť „zdrucujúci traumatický zážitok, zahrňujúci vážne ohrozenie bezpečnosti alebo somatickej integrity jedinca alebo blízkych osôb“ (Raboch & Pavlovský, 2012, s. 279). Za takýto zážitok môžeme popáleninový úraz určite považovať. Na výskyt a závažnosť akútnych reakcií na stres má podľa Rabocha a Pavlovského (2012, s. 279) vplyv aj už zmienená individuálna vulnerabilita a schopnosť zvládať stres, čomu nasvedčuje aj fakt, že porucha sa nevyvinie u všetkých, ktorí boli mimoriadnemu stresu exponovaní. Pre symptómy je podľa autorov typická veľká variabilita, obvykle zahrňujú

počiatočný stav „ustrnutia“ s dezorientáciou, zúžením vedomia a pozornosti, s neschopnosťou chápať podnety. Tento úvodný stav môže pokračovať ďalším emočným „stiahnutím sa“ alebo následnou agitáciou a hyperaktivitou. Zvyčajne sú u ľudí prítomné somatické a vegetatívne prejavy úzkosti ako je napríklad tachykardia, potenie, začervenanie, ktoré sa objavujú behom niekoľkých minút od pôsobenia stresoru a miznú často už behom niekoľkých hodín, obecné do 2-3 dní. Na toto obdobie môže mať človek čiastočnú alebo úplnú amnéziu.

Po PTSD je akútna reakcia na stres s prevalenciou 19%⁹ druhou najčastejšou psychiatrickou poruchou u postihnutých s veľkým rozsahom popálenín. U väčšiny dospelých sa ako významný prediktor PTSD ukazuje práve akútna stresová porucha. Prítomnosť vyhubých symptómov (ktoré patria medzi kritéria ASD) behom akútnej fázy zotavenia sa u popáleninových pacientov ukazuje ako prediktívna pre chronickú PTSD (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007). Včasné rozpoznanie symptómov ASD je teda dôležité aj z dlhodobého hľadiska, keďže u tejto skupiny ľudí predstavuje jeden z najspoľahlivejších prediktorov PTSD.

3.1.2 Posttraumatická stresová porucha

Prevalencia PTSD sa u ľudí s popáleninovým úrazom udáva v rozmedzí 13-45%¹⁰ (Van Loey & Van Son, 2003). Táto porucha „vzniká ako oneskorená alebo proťahovaná odozva na psychologicky traumatizujúcu stresovú udalosť, ktorá obvykle presahuje rozsah ľudskej skúsenosti [...] a ktorá pravdepodobne u každého jedinca vyvoláva prenikavú tieseň“ (Raboch a Pavlovský, 2012, s. 280). PTSD sa diagnostikuje v prípade, že vzniká do 6 mesiacov od traumatizujúcej udalosti. Medzi hlavné symptómy patria pocity otupenosti, nedostatok záujmu o činnosti, ktoré dotýčny kedysi vykonával, pocit odcudzenia sa druhým ľuďom, opakované znovuprežívanie traumy v spomienkach a snoch, úzkosť, prehnané úľakové reakcie, poruchy spánku, poruchy pozornosti a nadmerná ostražitosť (Raboch & Pavlovský, 2012, s. 280). Tieto symptómy, vrátane intruzívnych spomienok na úraz, sa u časti pacientov môžu objavovať behom akútnej fázy liečby. Keďže nočné mory a narušený spánok sú symptómy spozorované väčšinou ako prvé, je vhodné sa pacientov pýtať na prípadne zmeny v ich obvyklom režime spánku (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

⁹Iné zdroje uvádzajú prevalenciu v rozmedzí 13 – 23% (Van Loey & Van Son, 2003).

¹⁰Rozdiely v prevalencii môžu byť dané rozdielnymi charakteristikami výskumnej vzorky a použitých metód. Napríklad štúdie, ktoré do vzorky zahrnuli ľudí s premorbidnou psychiatrickou anamnézou, vykazovali vyššiu prevalenciu PTSD po jednom roku od úrazu. Prevalencia PTSD bola vyššia pri použití diagnostického rozhovoru (stanovujúceho syndróm PTSD) než pri použití sebaopisovacích metód (merajúcich intenzitu symptómov a spoliehajúcich sa na cut off sóre pre stanovenie PTSD) (Van Loey & Van Son, 2003).

3.1.3 Adaptačné poruchy

Prevalencia týchto porúch sa špecificky u pacientov po popáleninovom úraze bežne neuvádza, aj keď s touto diagnózou sa u nich stretneme. Ide o poruchy vznikajúce ako „reakcia na významnú životnú zmenu alebo následkom stresovej životnej situácie [...], ktoré môžu byť považované za abnormálne pre ich formu, obsah alebo trvanie“ (Raboch & Pavlovský, 2012, s. 280). Obvykle sa začínajú do jedného mesiaca od udalosti a prítomnosť príznakov málokedy prekročí dobu šesť mesiacov, s výnimkou protrahovanej depresívnej reakcie. Prejavy zahŕňujú napríklad depresívnu náladu, úzkosť, obavy, pocity nevykonnosti, poruchy spánku a ďalšie. Rôznorodosť prejavov je daná aj tým, že u týchto porúch hrajú v porovnaní s inými stavmi tejto skupiny väčšiu úlohu individuálne predispozície a osobnostné faktory (Raboch & Pavlovský, 2012).

3.1.4 Generalizovaná úzkostná porucha

U niektorých pacientov môžu obdobia so stavmi nadmernej úzkosti a strachu pokračovať aj po období akútnej hospitalizácie. Tieto obdobia sa často vyskytujú v súvislosti s návratom do nemocnice kvôli podstúpeniu rekonštrukčných operácií (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007). Môže sa jednať o generalizovanú úzkosť, ktorá je hlavným rysom generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD). V literatúre sa udáva prevalencia úzkostných porúch (väčšinou GAD a agorafóbie bez panickej poruchy) u dospelých s popáleninovým úrazom behom prvého roku po úraze pod 20%, u ľudí s veľmi malým rozsahom popálenia ešte nižšia (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

Symptómy GAD sú málo špecifické a plynule prechádzajú aj do obrazu iných úzkostných porúch. Pociťovaná trvalá úzkosť je generalizovaná, nie je obmedzená na žiadny špecifický podnet. Prejavuje sa nerealistickým a nadmerným očakávaním (obavy z hroziaceho nešťastia, problematická koncentrácia pozornosti, neschopnosť rozhodovania, pochybnosti o správnosti svojich rozhodnutí, poruchy spánku, pocity „na pokraji síl“, ďalej motorickým napätím a vegetatívnou hyperaktivitou (Raboch & Pavlovský, 2012). Tento nadmerný strach by mal byť prítomný po väčšinu dní v období minimálne 6 mesiacov. U popáleninových pacientov sú diagnostickým príznakmi úzkostných porúch nepokoj, ťažkosti v koncentrácii a ťažkosti s kontrolovaním úzkosti, ktorá je natoľko rušivá, že narušuje dôležité fungovanie. Iné symptómy, ako napríklad ľahká unaviteľnosť, môžu súvisieť vyslovene s popáleninovým úrazom. Diferenciálna diagnostika úzkostných porúch je náročná, zvlášť odlíšenie od PTSD,

a vyžaduje si dôkladné vyšetrenie. Prehnane úzkostný človek má strach z toho, čo môže nastať, človek s PTSD opakovane prežíva a bojí sa niečoho, čo sa už stalo (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

3.2 Depresia

Patologické zmeny nálady, medzi ktoré sa radí aj depresívna epizóda, patria k najčastejším duševným poruchám, z celoživotného hľadiska postihujú takmer pätinu populácie a majú obrovské ekonomické dopady. Napríklad depresia je vo vyspelých krajinách najčastejšou príčinou straty pracovnej schopnosti. V anamnéze pacientov s poruchami nálady sa častejšie vyskytujú rôzne stresové a negatívne životné udalosti. Genetické predispozície sa prejavajú hlavne u ľudí, ktorí boli v priebehu svojho vývoja opakovane konfrontovaní s intenzívnou stresovou situáciou. Niektoré osobnostné charakteristiky, ako je napríklad rigidita, obsedantnosť, dominancia či závislosť, zvyšujú riziko vzniku afektívnych problémov (Raboch & Pavlovský, 2012).

U pacientov s popáleninami je spolu s úzkosťou najpopisovanejšia depresia. Pod týmto termínom sa v literatúre môže schovávať depresívna epizóda v zmysle psychiatrickej diagnostickej jednotky F32, častejšie sa však jedná o depresivitu ako momentálny stav, ktorého prítomnosť a závažnosť sa u dospelých meria sebakposudzovacími metódami, ako je Beckova sebakposudzovacia škála depresivity (BDI-II).

Depresívna epizóda (F32) je charakterizovaná poruchami nálad (smutná nálada, anhedónia, strata záujmov, nízka motivácia k aktivite, apatia alebo anxieta), poruchami myslenia a vnímania (znížená koncentrácia, nerozhodnosť, strata sebavedomia, pocity viny, beznádeje, pranie zomrieť, myšlienky na samovraždu), poruchami psychomotoriky (retardácia až stupor, alebo agitácia až nekontrolovateľná hyperaktivita). Suicídne myšlienky sa vyskytujú v dvoch tretinách prípadov. Typické sú aj telesné potiaže – tzv. somatický syndróm. Postihnuté môžu byť základne funkcie, ako je režim spánku, chuť k jedlu, sexuálna apetencia, ďalej tiež vitalita človeka (unaviteľnosť, úbytok životnej energie). O depresívnej epizóde je možné hovoriť, pokiaľ boli príznaky prítomné po dobu minimálne dvoch týždňov, pričom podľa intenzity sa rozlišuje forma mierna (F32.0), stredná (F32.1), ťažká (F32.2) a ťažká s psychotickými príznakmi (F32.3) pri prítomnosti bludov a halucinácií. Keď je príčinou iná duševná či telesná choroba (napríklad depresia u karcinómov pankreasu a pod.), hovoríme o sekundárnej depresívnej poruche (Raboch & Pavlovský, 2012).

Z prehľadovej literatúry popáleninových pacientov vychádza, že prevalencia depresívnej epizódy¹¹ jeden rok po prepustení z nemocnice sa pohybuje medzi 4-7%, zatiaľ čo viac ako jeden rok po prepustení prevalencia kolísala medzi 9-23% (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007). Podobný trend nárastu zaznamenali aj štúdie, ktoré merali výskyt depresívnych symptómov po uplynutí kratšej doby. Tedstone a Tarrier (1997) zistili, že prevalencia depresívnych príznakov dva týždne od popálenia bola 2,2% a po troch mesiacoch sa zvýšila na 13,3%. Ptacek a kol. (2002) zistili prevalenciu vážnej depresívnej symptomatiky v desiaty deň po úraze 6,6%, zatiaľ čo po jednom mesiaci to bolo 12,5%.¹² U malého percenta (cca 4%) sa rozvinie miernejší no dlhotrvajúci typ depresie – dystýmia (F34.1)¹³ (Madianos, et al., 2001; Thombs, Bresnick, & Magyar-Russell, 2006).

Gonçalves a kol. (2011) zistili, že pacienti s vyšším rozsahom popálenín (TBSA) alebo pacienti so zasiahnutými rukami a tvárou vykazovali vyššiu pravdepodobnosť rozvoja depresie. Depresia (rovnako ako úzkosť) môže negatívne ovplyvňovať schopnosť copingu. Dlhotrvalá hospitalizácia uľahčuje nástup negatívnych myšlienok a ovplyvňuje tak jedincovu fyzickú aj psychickú pohodu (Kornhaber et al., 2013). Ukazuje sa dokonca, že depresia môže (vďaka svojmu vzťahu s imunitou) spomaľovať proces zotavovania sa po úraze (Menzies, 2000). Zatiaľ je však málo štúdií a konzistentných výsledkov zaoberajúcich sa tým, ako emočný stav behom akútnej fázy hospitalizácie ovplyvňuje či brzdí fyzické uzdravenie.

Depresia je u pacientov po popáleninovom úraze jedným z najskúmanejších javov, no stále nie je možné hovoriť o konzistentných zisteniach. Je to dané predovšetkým vymedzením pojmu „depresia“ v jednotlivých štúdiách a rôznorodosťou použitej metodológie. Dôležitú úlohu navyše hrá aj charakter samotného popáleninového úrazu, resp. priebeh jeho následnej liečby – symptómy depresie sa prekrývajú so somatickými problémami spôsobenými úrazom (únava, ospalosť), čím je stanovenie skutočnej miery depresie u tejto skupiny pacientov ešte

¹¹Podľa DSM-V Veľká depresívna porucha (*Major Depression Disorder*)

¹²Pri interpretácii výsledkov (a ich nekonzistencii) je treba brať v úvahu podobné faktory ako pri meraní úzkosti – rôzne metódy, tzn. diagnostický rozhovor versus dotazníky, veľkosť vzorky či rozdielnosti v zaradovacích kritériách (vzhľadom k rozsahu popálenín). V posledných rokoch sa však vďaka štandardizovaným prístrojom ako je BDI a HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*) a vďaka unifikovaným diagnostickým systémom (DSM, ICD) zlepšili podmienky výskumu oproti minulosti (pred rokom 1990), keby boli používané neštandardizované metódy (Van Loey & Van Son, 2003).

¹³Dysthymia je charakteristická depresívnymi príznakmi, ktoré svojou nižšou intenzitou nesplňujú kritériá depresívnej epizódy a ktoré majú dlhodobejší priebeh – mali by trvať po väčšinu času po dobu aspoň dvoch rokov. Táto porucha je 2 až 3-krát častejšia u žien a má chronický priebeh (Raboch & Pavlovský, 2012).

náročnejšie. V tejto práci bude ďalej pojem „depresia“ chápaný ako momentálny stav, tzn. depresivita, pokiaľ nebude špecifikované inak.

3.3 Problematika bolesti

Okrem premordibných psychiatrických porúch sa medzi hlavné dôvody psychiatrických problémov po prepustení z popáleninového centra radí bolesť. V akútnej fáze liečby je bolesť každodennou súčasťou života pacienta s popáleninovým úrazom, ovplyvňuje jeho prežívanie, psychickú či fyzickú pohodu, ako aj spoluprácu v liečebnom procese, pričom farmakologická liečba bolesti je bežnou súčasťou liečebného procesu. Z psychologického hľadiska sú zaujímavé predovšetkým zistenia, ako bolesť súvisí v úzkosťou a depresiou.

Ptacek a kol. (2002) zistili, že aj keď obecné sa dá hovoriť o tendencii bolesti znižovať sa postupom času, u dospelých ľudí po popáleninovom úraze existuje značná variabilita priebehu bolesti. Postihnutí s väčším rozsahom popálenín vykazovali vyššiu afektívnu zložku bolesti (trpenie), no nepreukázala sa žiadna spoľahlivá korelácia medzi rozsahom popálením a skóre u bolesti. Vo vnímaní bolesti hrajú nemalú úlohu aj psychologické aspekty, ako je úzkosť a depresia. Choinière a kol. (1989) prišli na to, že kľudová bolesť významne pozitívne súvisela s mierou úzkosti a depresie – so zvýšenou úzkosťou alebo depresiou, pričom hodnoty bolesti v kľude boli tiež zvýšené.

Ukazuje sa tiež, že existuje recipročný vzťah medzi bolesťou a depresiou či úzkosťou, tzn. že jedna môže spôsobovať druhú (Ullrich et al., 2009; Edwards et al., 2007, 2008). Anticipácia bolesti spojená so starostlivosťou o rany v priebehu hospitalizácie, ktorá prebieha denne či takmer denne (čistenie rany, preväzy, apod.) môže u pacienta zvyšovať vnímanie bolesti, čo na oplátku môže viesť k vyššej úzkosti. Táto reakcia môže vysvetľovať niektoré zistenia, že bolesť sa u popáleninových pacientov časom zvyšuje. Podobnú úlohu u zvyšovania bolesti môže hrať depresia. Bolesť vedie k depresii, zatiaľ čo depresia zvyšuje vnímanie bolesti. Počas akútnej fázy liečby v popáleninových centrách však depresia nebýva hlavným problémom, pravdepodobne aj vďaka veľmi agresívnej liečbe bolesti (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007). Navyše, akútna bolesť v čase prepustenia z nemocnice sa ukazuje byť významná pri vzniku dlhodobých suicidálnych myšlienok (Edwards et al., 2007, 2008).

Efektívna liečba a zvládanie bolesti teda z dlhodobého hľadiska zlepšuje výsledky, keďže môže znížiť výskyt psychologických problémov a porúch ako je depresia, úzkosť či PTSD. V tomto kontexte môže hrať dôležitú úlohu psychologická príprava smerujúca k podpore kontroly

a minimalizácii anticipačnej úzkosti. Pacientom môžu byť v rámci prípravy poskytnuté informácie o blížiacom sa výkone či jeho bolestivosti. U informácií spojených s priebehom procedúry môže byť pacientovi vysvetlený postup a technika výkonu (napr. „odstránime vám obvazy, vyčistíme rany, odstránime nekrotickú kožu, nanesieme krém so striebrom a potom znovu zaviažeme obvaz“). Podobne môžeme pacienta pripraviť na to, čo môže behom výkonu cítiť (napr. „keď budeme rozväzovať obvazy, budete pravdepodobne cítiť ťahanie a pri čistení rany dezinfekčným prostriedkom to bude štípať“). Tento druh informácií je väčšinou pacientom nápomocný, no je dôležité zmieniť, že niektorí pacienti vzhľadom k svojim copingovým štýlom preferujú čo najmenej informácií. Najvhodnejšie teda je prispôbiť výklad a detailnosť popisu pacientovým potrebám (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007, s. 728).

3.4 Rysy osobnosti

V psychológii osobnosti sa vďaka rôznym paradigmám nestretávame s jednotným pojatím a definíciou osobnosti. Nakonečný (2009, s. 10) pomenúva osobnosť ako „individuálny celok dispozícií k psychickým reakciám,“ ktorý je dôvodom, prečo ľudia v rôznych situáciách reagujú odlišne, pričom ich subjektívne spracovanie a reakcia na danú situáciu sa vyznačujú určitou jednotou vnímania, cítenia, myslenia a predstáv. Tieto vnútorné dispozície sú chápané v kontexte situácie, ktorá spoludeterminuje výslednú reakciu. Obecne sa dá konštatovať, že v psychológii je osobnosť hypotetický konštrukt, ktorý popisuje duševný život človeka a jeho organizáciu a ktorý určuje priebeh a prejavy psychických procesov (reakcií). Za základné znaky organizácie duševného života človeka je považovaná relatívna integrovanosť (vnútorná rovnováha) jeho zložiek a relatívna stálosť jeho psychických vlastností (zároveň aj ich relatívna nezávislosť) (Nakonečný, 2009).

Podobne nie je v rámci rôznych prístupov jednotne chápaný ani pojem psychická vlastnosť osobnosti. Stretávame sa spojmami vlastnosti osobnosti, osobnostné charakteristiky (*personality characteristics*) či rysy osobnosti (*personality traits*). Prvé dva zmienené popisujú charakteristiky osobnosti ako vnútorné determinanty chovania, ktoré poukazujú na za nimi stojacie psychofyzické dispozície. Osobnostné rysy sa používajú ako synonymum k dispozíciám (ktoré sú chápané ako vrodené či získané pripravenosti prežívať a chovať sa určitým spôsobom) alebo ako synonymum k psychickým vlastnostiam a psychickým charakteristikám osobnosti (Hřebíčková, 2011). V tejto práci budú tieto tri pojmy chápané ako synonymá.

Podľa Hřebíčkovéj (2011) dodnes neexistuje medzi zástancami rysového prístupu zhoda v tom, či rysy popisujú osobnostné vlastnosti alebo vysvetľujú príčiny prežívania, jednania a chovania. Predmetom diskusie je podľa nej aj počet a význam vlastností, ktoré charakterizujú osobnosť človeka najvýstižnejšie. Allport napríklad (1937) rozdelil rysy na vonkajšie (behaviorálne), ktoré sú pozorovateľné a vnútorné (emočné a kognitívne), ktoré sa odvodzujú z tých vonkajších. Od 90. rokov minulého storočia sa však do popredia dostával názor, že najlepšie vystihuje osobnosť človeka päť vlastností, ktoré sú súčasťou päťfaktorového modelu osobnosti. Tento model sa postupne vo svete dostal do popredného postavenia a populárny je aj v českom a slovenskom prostredí, najmä vďaka práci Martiny Hřebíčkovéj. Vzhľadom k rozsahu tejto práce (a tiež k výberu psychodiagnostickej metódy v empirickej časti práce) bude preto v súvislosti s osobnostnými vlastnosťami popísaný práve päťfaktorový model osobnosti.¹⁴

Skúmanie päťfaktorového modelu osobnosti zahrňuje dva prístupy, a to lexikálny (resp. lexikálne-taxonómický) a dispozičný prístup. Základom lexikálneho prístupu je odvodenie štruktúry osobnostných vlastností pomocou analýzy slov popisujúcich osobnosť. Predpokladom tohto prístupu je, že v jazyku sa vo forme jednotlivých slov uchovávajú tie najdôležitejšie individuálne odlišnosti. Najskôr je preto nutné tieto slová vyselektovať, redukovať a usporiadať za použitia faktorovej analýzy. Päťfaktorovú štruktúru popisu osobnosti tvoria práve takto odvodené najdôležitejšie vlastnosti osobnosti. Cieľom dispozičného prístupu je (nad rámec deskriptívnej taxonómie) vytvorenie rysovej teórie, ktorá by vysvetľovala vnútornú dynamiku a fungovanie osobnosti. Jeho podstatou už nie je jazyk samotný, ale dotazníkové položky, z ktorých Costa a McCrae (1985) odvodili tri dimenzie osobnosti, ktoré pomenovali neuroticizmus, extravergia a otvorenosť voči skúsenosti¹⁵ a ktoré tvorili základ nového dotazníku. Ďalšie dva faktory, prívetivosť a svedomitosť, autori doplnili na základe lexikálnych štúdií, pričom premenné faktorovali s pôvodnou trojicou a výsledok potvrdil päť faktorov.¹⁶ NEO dotazníky poslúžili pri štúdiách v rôznych krajinách

¹⁴ Popisné systémy osobnosti môžeme rozdeliť podľa ich vzniku na tie, ktoré vznikli dedukciou z teoretických predpokladov a tie, ktoré boli primárne empiricky odvodené, kam patrí predovšetkým 16-faktorový Cattellov systém, Eysenckov systém a Big Five od autorov Costa a McCrae.

¹⁵ Z Cattellových primárnych faktorov dospeli Costa a McCrae pomocou zhlukovej analýzy k trom zhlukom.

¹⁶ Oba päťfaktorové modely sú si podobné, ale v niečom sa líšia: lexikálny faktor „emocionálna stabilita“ je v NEO nazvaný „neuroticizmus“ a piaty faktor lexikálneho modelu, ktorý je vymedzený ako „intelekt, kultúra alebo imaginácia“, je v NEO pomenovaný „otvorenosť voči skúsenosti“ (Hřebíčková, 2011, s. 10).

u respondentov rôzneho veku a následnom formulovaní päťfaktorovej teórie osobnosti (Hřebíčková, 2011; Říčan, 2010).

Český lexikálny projekt prebiehal v rokoch 1992-1995 v Psychologickom ústave AV ČR v Brne, pričom zahrňoval štyri fázy: selekciu osobnostne relevantných slov (zo slovníku spisovnej češtiny), ich redukciu, následné odvodenie štruktúry rysových deskriptorov a validizáciu (Hřebíčková, 2011).

3.4.1 Neuroticizmus

Škála neuroticizmu¹⁷ zisťuje individuálne rozdiely v emocionálnej stabilite a labilite a ako ľudia prežívajú negatívne emócie (napr. strach, sklúčenosť) (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Podľa Říčana (2010, s. 121) sú rysy (resp. subškály), ktoré operacionálne definujú faktor neuroticizmu: sklon k obavám a strachu z toho, ako všetko dopadne; sklon k hnevu, nepriateľstvu, zatrpknutosti; sklon prežívať depresiu, smútok a zúfalstvo; sklon k pocitom hanby, rozpakov a trápnosti; sklon podliehať pokušeniu (alkohol, drogy, nákupy) a psychická zraniteľnosť; v strese sklon k panike. Psychická vyrovnanosť ľudí skórujúcich vysoko na škále neuroticizmu sa ľahko naruší, pri prekonávaní negatívnych prežitkov majú ťažkosti. Ich predstavy nie sú v súlade s realitou a majú tak limitovanú možnosť kontrolovať sa a zvládať stresové situácie. Naopak emocionálne stabilní ľudia sú kľudní, vyrovnaní a lepšie sa popasujú so stresovými situáciami (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Miera neuroticizmu súvisí (spolu s objektívnou prítomnosťou symptómov nejakého ochorenia) s hodnotením zdravotného stavu (Costa & McCrae, 1985). Existuje rozdiel medzi ľuďmi, ktorí popisujú prítomnosť príznakov v dôsledku skutočne vážnych zdravotných problémov (jedinci s nízkym skóre neuroticizmu) a medzi ľuďmi, ktorí sú precitlivení a neobjektívny u vnímania fyziologických prejavov, zveličujú a permanentne sa obávajú o svoj zdravotný stav (jedinci skórujúci vysoko v neuroticizme). Toto riziko je potreba brať v úvahu pri detekcii ľudí v skutočnosti zdravých, ale udávajúcich príznaky ochorenia. Ideálne je doplniť posudzovanie stavu o ďalšie diagnostické postupy, keďže to môže byť prínosom pri stanovovaní ďalšieho postupu liečby (Hřebíčková, 2011). Výskumy odporúčajú, že popri údajoch o zdravotnom stave je vhodné zistiť aj mieru neuroticizmu, a to predovšetkým pri skúmaní stresu a jeho dôsledku na zdravie (McCrae, 1990). Podobne môže údaj o pacientovej úrovni neuroticizmu slúžiť k voľbe terapeutickej stratégie (Miller, 1991).

¹⁷Termín neuroticizmus v tomto prípade nechápeme ako psychiatrickú kategóriu alebo diagnózu.

Ako bolo zmienené v kapitole 2.3.3, ľudia s vyšším neuroticizmom udávajú vyšší počet symptómov PTSD (Fauebrach et al., 2000a) a pacienti s vyšším neuroticizmom po popáleninovom úraze sa horšie emočne prispôbujú (Gilboa et al., 1999). Mieraneuroticizmu bola skúmaná v súvislosti s rôznymi ochoreniami či lekárskymi výkonmi. Napríklad Brickman a kol. (1996) popisali, že u diabetu mellitu neuroticizmus súvisel s horšími zdravotnými výsledkami. Podobne bol neuroticizmus negatívne spojený s liečebnými účinkami u pacientov s funkčnými gastrointestinálnymi poruchami (Tanum & Malt, 2000) a s bolesťami žlčníku (Svebak et al., 2000).

3.4.2 Extraverzia

Dichotómia extravert – introvert sa udomácnila ja v hovorovom jazyku, pričom najznámejšou charakteristikou extravertov je pravdepodobne spoločnosť. V päťfaktorovom modeli však táto vlastnosť nie je jediná vystihujúca faktor extravenzie. Okrem toho, že extraverti majú radi druhých ľudí a radi sú súčasťou skupín a zhromaždení, taktiež sa označujú za viacej sebaistých, aktívnych, zhovorčivých, energickejších, veselších a optimistickejších. Navyše majú radi vzrušenie. Introverzia by nemala byť chápaná ako protipól extravenzie, ale skôr ako absencia extravenzie. Introverti nie sú nepriateľskí, ale skôr zdržanliví (prajú si byť osamote, ale nemusia trpieť sociálnou fóbiou), nezávislí, samostatní a vyrovnaní. Aj keď oproti extravertom sa nevyznačujú toľkou energickosťou, nedá sa tvrdiť, že by boli nešťastní či pesimistickí (Hřebíčková & Urbánek, 2001).¹⁸

Medzi rysy definujúce faktor extravenzie – introverzia radí Říčan (2010, s. 121) už zmienenú vrelosť, družnosť, radosť z kontaktu, aktivnosť, sklon žiť v rýchлом tempe, sklon vyhľadávať vzrušujúce zážitky a podnety, prevahu pozitívnych citov, životné šťastie, ako aj dôrazné dominantné sebaapresadzovanie až panovačnosť.

Jedinci dosahujúci nízkeho skóre v tejto škále sa horšie prispôbujú reakcii na ťažký stres. Optimizmus a extravenzie boli v štúdií Gilboa a kol. (1999) u popálených jedincov pozitívne spojené s psychosociálnou adaptáciou (v zmysle copingu) v období 6 mesiacov až 7 rokov po prepustení z nemocnice. Podobne ako u vyššieho neuroticizmu, u introvertov bola zistená väčšia pravdepodobnosť rozvoja PTSD (alebo prítomnosť vyššieho počtu príznakov typických pre PTSD) (Fauebrach et al., 2000a). Navyše, miera extravenzie má podľa Millera (1991) vplyv

¹⁸Costa a McCrae vymedzujú extravenziu odlišne od Jungovho poňatia. Charakteristiky týkajúce sa introspekcie a reflexie sú súčasťou Otvorenosti voči skúsenosti, nie Extraverzie (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

na zaujatie pre psychoterapiu (pacienti s vysokým skóre prejavujú a hovoria o svojich pocitoch intenzívnejšie než tí s nízkym skóre).

3.4.3 Otvorenosť voči skúsenosti

Táto škála obsahuje charakteristiky, s ktorými je možné sa stretnúť aj v iných dotazníkoch, no ako samostatná škála sa objavuje len v NEO dotazníkoch. Sústredí sa na záujmy a mieru zaujatia pre nové zážitky, skúsenosti a dojmy. Patrí sem napríklad živá predstavivosť, citlivosť na estetické podnety, vnímavosť k vnútorným pocitom, preferencia rozmanitosti, zvedavosť či nezávislý úsudok (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Říčan (2010) zmieňuje sklon overovať obecné uznávané spoločenské hodnoty a dogmy, či schopnosť uvedomovať si u seba aj druhých kladné aj záporné city.

Jedinci s vysokým skóre v tejto škále si vytvárajú bohatý vnútorný svet, sú vnímavejší (v porovnaní s uzavretými ľuďmi) k negatívnym aj pozitívnym prežitkom. Na druhej strane osoby s nízkym skóre majú tendenciu držať sa konvenčných postojov, uprednostňujú známe a osvedčené spôsoby a ich emočné reakcie sú často utlmené (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Vo vzťahu k adaptácii môže podľa Paulíka (2017, s. 48) pozitívne pôsobiť predovšetkým „senzitivita a otvorenosť pre informácie a nové nápady, ochota kriticky prehodnotiť stávajúce postupy, osvedčené algoritmy a prijímať nové riešenia,“ zatiaľ čo zvýšená citlivosť na negatívne podnety môže adaptáciu zhoršovať. Predpoklad o pozitívnom význame otvorenosti skúsenostiam u zvládania záťaže potvrdzujú aj niektoré jeho výskumy, ktoré preukázali, že otvorenosť skúsenostiam súvisí s uplatňovaním pozitívnych stratégií ako je pozitívna reinterpretácia, aktívny coping, hľadanie sociálnej opory a tiež s menšou tendenciou popierať záťaž a vyhýbať sa problémom a ich riešeniam (Paulík, 2017).

3.4.4 Prívetivosť

Škála prívetivosti postihuje podobne ako extravérsia interpersonálne správanie, pričom najvýraznejšou charakteristikou u ktorej osoby skórujú vysoko je altruizmus. Takýto ľudia sa vyznačujú pochopením a porozumením pre druhých, v kontakte sú láskaví a ohľaduplní. Je pre nich typická ochota pomáhať a tiež veria, že druhí pomôžu zase im. Majú tendenciu dôverovať druhým a preferujú spoluprácu nad súťaživosťou. Majú sklon jednať čestne a úprimne, voči druhým sú skromní a pokorní. Môžu byť obľúbení, keďže tieto vlastnosti sú sociálne žiaduce, je však vhodné mať na mysli, že schopnosť obhájiť vlastné záujmy je často potrebná a trpezlivosť v posudzovaní názorov druhých pomáha pri úspešnom riešení problému. Jedinci s nízkym

skóre sú popisovaní ako nepriateľskí a egocentrickí, so sklonom k súťaženiu a majúci sklon nedôverovať druhým (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

3.4.5 Svedomitosť

Podstatu tejto škály tvorí koncept sebakontroly vzťahujúcej sa k aktívnemu procesu plánovania, organizovania a realizácii úloh. Pre porovnanie, v NEO modeli je neschopnosť kontroly podnetov a zvládnutia pokušenia obsiahnutá v dimenzii neuroticizmu. Svedomití ľudia sú popisovaní ako cieľavedomí, vytrvaní, pracovití, spoľahliví, disciplinovaní či rozvážni. Tieto charakteristiky sú sociálne žiaduce a bol preukázaný ich vzťah k študijným a pracovným výkonom, no v prípade extrémov môžu pôsobiť negatívne – ako prehnaná poriadkumilovnosť, pedantnosť alebo workoholizmus. Jedinci skórujúci v tejto škále nízko sú nedbalí, ľahostajní a za svojimi cieľmi idú s malým zaujatím (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

V liečebnom procese sa charakteristiky dimenzie svedomitosti môžu prejavovať pri spolupráci pacienta (compliance) na stanovenom liečebnom pláne a na plnení prípadných povinností (rehabilitácia, diéta, pravidelné kontroly apod.).

Miller (1991) označuje kombináciu vysokého neuroticizmu, nízkej extravenzie a nízkej svedomitosti ako nešťastnú triádu, keďže jedinci s ňou nemajú veľkú kapacitu k naplneniu spokojného života.

3.5 Citová väzba

Teória citovej väzby,¹⁹ ktorej autorom je psychoanalytik a detský psychiater John Bowlby (1907-1990), je v súčasnosti široko akceptovaná teória sociálno-emočného vývoja (intrapsychického aj interpsychického) a radí sa k teóriám interpersonálnym ako aj k modelom osobnostných rozdielov. Jej predmetom záujmu je vnútorná dynamika tvorby vzťahov, ktorá sa reflektuje v organizácii vnútorného sveta človeka a ten spätne ovplyvňuje jeho vzťahové správanie. Najdôležitejším vzťahom je podľa tejto teórie prvotný vzťah s matkou (či inou opatrovateľskou osobou)²⁰, ktorý predstavuje prototyp, model pre ďalšie vzťahy v budúcnosti.

¹⁹ V tejto práci je preferovaný termín citová väzba. Anglický termín „attachment“ sa najčastejšie prekladá ako citová väzba, vzťahová väzba alebo pripútanie, niektorí tuzemskí autori zachovávajú aj pôvodný anglický termín „attachment.“

²⁰ V anglickej literatúre sa termín „attachment“ často zamieňa s termínom „bonding“ (z angl. „bond“ puto, väzba), ktorý však predstavuje iný teoretický konštrukt – biologický proces, emocionálnu väzbu matky na dieťa tesne po jeho narodení. „Attachment“ sa na rozdiel od „bondingu“ zaoberá vzťahom opatrovateľa (nie len matky) a dieťaťa počas jeho prvých rokov života (Čikošová & Preiss, 2011).

Do značnej miery sa podieľa na našom obraze seba a druhých a na základnom životnom pociť, na tom, či vnímame svet ako bezpečné miesto či ako plný hrozieb. Tento modelový vzťah nemusí byť ideálny, no zmena citovej väzby v priebehu života je vďaka jej dynamickosti možná. Teória citovej väzby má psychoanalytický pôvod (skúmanie silne narušenej vzťahovej väzby k matke) a dnes je jednou z dôkladne empiricky podložených teórií. Využíva sa napríklad v psychoterapii či v práci s deťmi a rodinami (Adamov, 2017).

Bowlby (2010) definuje citovú väzbu ako trvalé emočné puto charakterizované silnou potrebou vyhľadávať a udržiavať blízkosť s určitou osobou, predovšetkým v stresových situáciách. Hovorí o inštinktívnom charaktere vrodenej predispozície vytvoriť takýto vzťah, keďže slúži dôležitej biologickej funkcii – prežitiu jedinca (ochrana pred nebezpečenstvom). Citová väzba sa tak prejaví vo forme pripútavacieho chovania (*attachment behavior*), ktoré sa aktivuje práve v podmienkach stresu, emocionálnej záťaže, reálneho či subjektívne vnímaného ohrozenia. Jej zmyslom u dieťaťa je zaistiť telesnú alebo psychickú blízkosť primárnej osoby v záťažových situáciách. Aktiváciu môže vyvolať aj samota, cudzie prostredie, únava, slabosť, choroba apod. (Hašto, 2005). V súvislosti s popáleninovým úrazom, ktorý bol popísaný ako mimoriadne stresujúca, záťažová situácia v živote človeka, sa citová väzba javí ako koncept, ktorému je vhodné venovať pozornosť.

Bowlby (2010) predpokladá, že emocionálna prístupnosť a podpora opatrovateľskej osoby alebo osôb v ranom detstve má vplyv na emocionálnu reguláciu a adaptáciu dieťaťa. Interakciou dieťaťa a primárnej osoby sa vytvára tzv. vnútorný model fungovania (*inner working model*) citovej väzby – model reprezentácií seba, druhých a vzájomných vzťahov. Tieto modely vznikajú zvnútorňovaním skúseností vo vzťahoch s primárnymi osobami a zahrňujú pocity, názory, očakávania či spôsoby chovania. Vytvárajú sa v priebehu raného detstva (už koncom prvého roku) a často fungujú na nevedomej alebo čiastočne vedomej úrovni. U väčšiny detí zostávajú stabilné aj po rokoch, uložené v implicitnej pamäti a ovplyvňujú aj vytváranie vzťahov v dospelosti (Hašto, 2005).

Ako primárne osoby Bowlby (2010) vníma oboch rodičov, s ktorými si dieťa nielen vytvára citové puto a ktorí formujú jeho sociálny a emocionálny vývoj. V adolescencii dochádza k významnej expanzii vo formovaní vzťahov, kde dôležitú úlohu hrajú ďalšie osoby, ako sú priatelia, učitelia, tréneri apod. Existuje však hierarchické usporiadanie, v ktorom primárna osoba predstavuje bezpečné zázemie a ďalšie osoby slúžia ako podpora v jej neprítomnosti či nedostupnosti. V detstve sú najdôležitejší rodičia, v adolescencii a dospelosti sú to kamaráti

a partneri, pričom rodičia z tejto hierarchie nevypadnú, ale zmení sa ich funkcia a pozícia (Mikulincer & Shaver, 2007). Dospelí ľudia majú najsilnejšiu citovú väzbu k partnerom (potom nasleduje vzťah k deťom, priateľom, matke, súrodencom, k otcovi. Ľudia bez partnera uvádzajú podobne matku a priateľov (Doherty & Feeney, 2004). Citová väzba dieťaťa k primárnej osobne slúži v neskoršom živote ako model pre ďalšie blízke vzťahy (Ainsworth, 1989). Ovplyvňuje aj štýl vzťahovej väzby v partnerských (ľúbostných, romantických) vzťahoch, čo potvrdzujú aj doterajšie výskumy. Partneri sú si navzájom bezpečnou základňou, citová väzba je vzájomná. Neistá väzba sa dáva do spojitosti s partnerskými problémami (Mikulincer & Shaver, 2007).

3.5.1 Typy citovej väzby v dospelosti

Téma citovej väzby (i hoci len citovej väzby v dospelosti) je veľmi rozsiahla. Pre potreby tejto práce bude pozornosť venovaná predstaveniu hlavných súčasných modelov vzťahovej väzby v dospelosti, predovšetkým v súvislosti s dotazníkmi dostupnými a preloženými u nás.

Existujú dva hlavné prúdy pri popisovaní a skúmaní vzťahovej väzby v dospelosti. Ten prvý sa zameriava na správanie a prežívanie dospelých v nadväznosti na vzťahovú väzbu rodičov alebo opatrovníkov. Takýto „transgeneračný prenos sa uskutočňuje pomocou tzv. vnútorných pracovných modelov“ (Bieščad & Hašto, 2010, s. 69), pričom sa ukazuje, že dospelí majú podobnú citovú väzbu ako ich rodičia. Väzba sa zisťuje pomocou semištruktúrovaného rozhovoru s dospelou osobou vzťahu k jej rodičom (*Adult Attachment Interview*).²¹ Druhý prúd sa venuje prenosu typu väzbového správania do ďalších vzťahov s dôležitými osobami. Bolo zistené, že na vzťah k ľúbostnému partnerovi je možné sa pozerat' ako na koncept väzbového procesu podľa Bowlbyho teórie citovej väzby, keďže do dospelých blízkych vzťahov si prenášame skúsenosti s citovou väzbou v detstve (Hazan & Shaver, 1987, 1994). Ďalšia pozornosť bude venovaná práve klasifikáciám spadajúcim do tohto prúdu.

Rôzni autori vytvorili rôzne klasifikácie vzťahovej väzby v dospelosti. Hazan a Shaver (1994) vytvorili klasifikáciu, ktorá zahrňovala tri základné typy podľa Ainsworthovej klasifikácie citovej väzby v detstve. Prvý typ predstavuje väzba bezpečná (z angl. *secure*), ktorá popisuje „človeka ako cítiaceho sa pohodlne v dospelých vzťahoch a je pre neho relatívne ľahké dostať sa k iným ľuďom“ (Bieščad & Hašto, 2010, s. 69). Človek s úzkostnou/ambivalentnou väzbou (angl. *anxious/ambivalent*) „vníma druhých ako neochotných priblížiť sa k nemu v takej miere,

²¹ V 80. rokoch rozpracovala M. Mainová s kolegami skórovací systém, ktorý umožnil hodnotenie vzťahovej väzby dospelých.

v akej by chcel“ (Bieščad & Hašto, 2010, s. 69), trápia ho myšlienky o partnerovej vernosti a láske. Pri vyhýbavej väzbe (angl. *avoidant*) robí dotyčnému ťažkosti pocit závislosti na druhých a má problémy im dôverovať, pri blízkom kontakte a väčšej intimitate sa necíti komfortne (Bieščad & Hašto, 2010).

Inú klasifikáciu vyvinula K. Bartholomew (Bartholomew & Horowitz, 1991), ktorá na rozdiel od nezávislých typov väzby preferuje dimenzionálnu stránku vzťahovej väzby.²² Dimenzionálnu kategorizáciu uprednostňuje aj podobný model, ktorí vytvorili Brennan, Clark a Shaver (1998), pričom autori sami uznávajú podobnosť s predchádzajúcim modelom. Autori identifikovali dve dimenzie určujúce vzťahovú väzbu – úzkosť (angl. *anxiety*) a vyhýbanie (angl. *avoidance*), ktoré sa zhodujú s pôvodnými výsledkami M. Ainsworth. Kombinácia dimenzie úzkosti a vyhýbania nízkej alebo vysokej intenzity ponúka štyri typy vzťahovej väzby v dospelosti:

- I. bezpečný typ (angl. *secure*) – s nízkou intenzitou úzkosti a vyhýbania
- II. úzkostný/ambivalentný typ (angl. *anxious/ambivalent*) – s vysokou mierou úzkosti a nízkou mierou vyhýbania
- III. dezorientovaný/dezorganizovaný typ (angl. *disoriented/disorganized*) – s vysokou mierou úzkosti aj vyhýbania
- IV. vyhýbavý typ (angl. *avoidant*) – s nízkou mierou úzkosti a vysokou mierou vyhýbania (Bieščad & Hašto, 2010, s. 70)

Prednosťou Bowlbyho školy²³ je fakt, že popri ucelenej teórii citovej väzby vytvorila aj nástroje na jej výskum. Medzi najznámejšie a najpoužívannejšie dotazníky vzťahovej väzby dospelých patrí škála *Experience in Close Relationships* (ECR, voľný slovenský preklad – Ako prežívam blízke vzťahy), ktorej autormi sú vyššie zmienení Brennan, Clark a Shaver (1998). V súčasnosti je známa aj revidovaná verzia ECR-R (*Experience in Close Relationships – Revised*). Podľa Bieščada a Hašta (2010) je dotazník ECR (resp. ECR-R) vo svete vysoko rozšíreným, klinicky

²²Autorkin model obsahuje štyri kategórie spájajúce dimenzie vzťahovania sa k sebe a k iným, pričom rozlišuje pozitívny a negatívny model seba a na druhej ose pozitívny a negatívny model iných. Tieto dimenzie zároveň prepojuje s dimenziami závislosti a vyhýbania sa, a tak vznikajú štyri typy vzťahovej väzby: bezpečný (*secure*), zaoberajúci sa (*preoccupied*), ustrašený/obávajúci sa (*fearful*) a odmietajúci (*dismissing*) (Bieščad & Hašto, 2010).

²³Existuje aj ďalšia typológia – školy transakčnej analýzy, ktorá rozlišuje typy „ja som OK, ty si OK“ (bezpečná väzba), „ja som OK, ty nie si OK“ (vyhýbavá/odmietavá väzba), „ja nie som OK, ty si OK“ (ambivalentná väzba) a „ja nie som OK, ty nie si OK“ (ustrasená väzba) (Bieščad & Hašto, 2010, s. 70).

užitočným nástrojom na určenie vzťahového nastavenia jednotlivcov voči blízkym osobám, ktorého základy sú vo vzťahovej väzbe vytvorenej v ranom detstve.

3.5.2 Citová väzba a zdravie

Výskum vzťahovej väzby v súvislosti so zdravím sa zameriava na tri oblasti: skúmanie rozdielov medzi typmi väzby v spôsobe zvládania nemoci, zdravotné správanie a postoj ku vlastnému zdraviu podľa typu väzby a typ väzby ako predispozičný faktor k vývoju choroby (Adamov, 2017). Ako bolo poznamenané, choroba (prípadne úraz apod.) funguje ako spúšťač mobilizácie väzbového systému.

Bezpečná citová väzba je pre dieťa najlepším štartom do ďalšieho života. Podľa Bowlbyho (2010) má na psychický vývin stabilizačný účinok, zatiaľ čo ambivalentný a vyhýbavý typ poukazujú na poruchy vývinu. Súvislosť medzi citovou väzbou a osobnostnými charakteristikami, samoreguláciou či výskytom s inou psychopatológiou potvrdilo mnoho výskumov. Bezpečný typ väzby môže predstavovať ochranu pred psychopatológiou v dospelosti, pretože súvisí s nižšou úzkosťou, nižšou hostilitou, väčšou odolnosťou ega či lepšou schopnosťou emočnej regulácie vďaka schopnosti vzťahovať sa k druhým. Na druhej strane neistý typ väzby je rizikovým faktorom a u ľudí s týmto typom väzby bol zistený vyšší výskyt depresii, úzkostí a psychosomatických ochorení (Fonagy & Target, 2005). Istá vzťahová väzba sa uvádza v súvislosti s aktívnymi copingovými stratégiami, v väčšou flexibilitou ega, menšou bezmocnosťou a úzkosťou v problémových situáciách. Naopak ľudia s neistým typom väzby sa riešeniu problémov skôr vyhýbajú a majú vyššiu mieru dysfunkčného hnevu. Istota vo vzťahoch súvisí aj s vyššou mierou resilience a odolnosti osobnosti (Čikošová & Preiss, 2011).

Istá väzba býva spájaná s aktívnym prístupom ku zdraviu v zmysle prevencie, zatiaľ čo neistá s rizikovejším správaním (fajčenie, drogy) (Huntsinger & Luecken, 2004). Jedinci s ambivalentnou a dezorganizovanou väzbou vykazujú najväčšie zdravotné symptómy, vysokú citlivosť až ostražitosť na svoje zdravie, cítia sa zraniteľní a vynakladajú za zdravotnú starostlivosť najväčšie prostriedky (Ciechanowski, et al., 2002). Podľa Adamovovej (2017) je možno konštatovať, že neistá väzba je rizikovým faktorom vzniku psychopatológie. Bola preukázaná jej súvislosť s narušeným systémom regulácie stresu cez fyziologické procesy. Je pozitívne korelovaná aj s poruchami príjmu potravy, závislosťami, poruchami správania i poruchami osobnosti (Shaver & Mikulincer, 2007).

3.5.3 Citová väzba a rysy osobnosti

Niekoľko štúdií sa zaoberalo súvislosťou vzťahovej väzby v dospelosti (úzkosti a vyhýbaniu) s rysmi v päťfaktorovom modeli osobnosti a zistili ich nízku až miernu koreláciu (Nofle & Shaver, 2006). Vzťahová úzkosť v rôznej miere korelovala s neuroticizmom, zatiaľ čo vzťahové vyhýbanie často záporne korelovalo s prívetivosťou. Picardi a kol. (2005) zistili, že vzťahová úzkosť korelovala s vyhýbaním sa poškodeniu (*harm avoidance*), so závislosťou na odmene (*reward dependence*), s nízkou mierou vyhľadávania nového (*novelty seeking*), s nízkym sebariadením (*self-directedness*) a s nízkou kooperáciou (*cooperativeness*),²⁴ tiež s nízkou energiou/extraverziou a s nízkou emocionálnou stabilitou. Vzťahová vyhývavosť zase korelovala s nízkou závislosťou na odmene a mala tendenciu korelovať s nízkym sebariadením. Dimenzie vzťahovej väzby v dospelosti – úzkosť a vyhýbanie nie sú redundantné ku konštruktom, ktoré obsahujú najpoužívanejšie osobnostné modely, medzi ktoré patrí päťfaktorový model či psychobiologický model Cloningera.

3.6 Kvalita života

V súčasnom zdravotníctve slúži meranie kvality života k hodnoteniu účinnosti starostlivosti a k skúmaniu dopadu choroby za život pacienta. Taktiež môže byť hodnotenie kvality života použité k zisťovaniu kvality v starostlivosti o zdravie v komunite a následné ďalšie plánovanie starostlivosti (Bužgová et al., 2009). V kontexte popáleninovej liečby sa v minulosti výsledky posudzovali mierou úmrtnosti a dĺžkou hospitalizácie. Zlepšenie zdravotnej starostlivosti a zníženie mortality viedlo k celostnejšiemu prístupu, ktorý v súčasnosti zahŕňa aj aspekty kvality života, predovšetkým spokojnosť so zdravím.

Koncept kvality života je široký a multidimenzionálny - ovplyvňujú ho fyzické, psychologické i sociálne aspekty, navyše zahŕňa faktory ako je pohlavie, vek, etnicita či náboženské presvedčenie. Ako najvhodnejší sa ukazuje prístup merať kvalitu života jedinca na základe fyzickej, funkčnej a emocionálnej pohody, rovnako ako aj na základe naplnenia a spokojnosti v aspektoch života súvisiacich so zdravím. V zdravotníctve sa často stretneme s užším ponímaním kvality života, a to v súvislosti so zdravím, pričom stredom záujmu sú dôsledky ochorenia a nie problémy súvisiace so životom v širšom zmysle (Stavrou et al., 2014).

Obecne sa dá povedať, že ľudia, ktorí zažili popáleninový úraz vykazujú (6 mesiacov po prepustení z nemocnice) nižšiu kvalitu života (Patterson et al., 2000). Výsledky štúdií však nie

²⁴ Dimenzie Cloningerovho modelu osobnosti, ktorý je zameraný na temperament a charakter.

sú dostatočne konzistentné, čo môže byť dané rôznorodosťou výskumnej vzorky (rozsah popálenín, vek, apod.), použitých dotazníkov, ale aj časom, kedy bola kvalita života hodnotená. Za zásadné sa považuje časové hľadisko – obdobie, kedy je kvalita života hodnotená, keďže proces zotavovania je dynamický a vnímanie zranenia sa u pacientov tesne po prepustení neustále mení (Stavrou et al., 2014).

Aby bolo schopné skúmať charakter zotavovacieho procesu, mala by sa kvalita života (najmä z hľadiska spokojnosti so zdravím) posudzovať v rôznych časových úsekoch. Dôležité je hodnotiť ju aj pri prepustení z nemocnice (svedomím, že sa bude veľmi pravdepodobne v najbližšom období meniť), kde môžu byť potrebné určité intervencie, ktoré môžu mať pozitívny dopad na dlhodobú kvalitu života (Stavrou et al., 2014). Väčšina pacientov sa po akútnej fáze zranenia a prvej rehabilitácii zotavuje pomerne rýchlo. Niektorí autori navrhujú začať merať kvalitu života už 2 týždne po prepustení, aby sa mohol skúmať priebeh uzdravovania, no kvôli jej dynamickému priebehu v období po prepustení sa toto krátke obdobie javí ako klamlivé z dlhodobého hľadiska. Väčšinou trvá určitý čas, než sa vnímanie zranenia stabilizuje (Cromes et al., 2002). Hodnotenie kvality života v krátkom období od zranenia teda reflektuje skôr proces zotavovania než výsledný stav.

Pravdepodobne najčastejšie sa kvalita života hodnotí po 6 a 12 mesiacoch od prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia, logitudinálne štúdie potom sledujú pacientov aj s odstupom niekoľkých rokov. Zmeny vo vnímaní kvality života v priebehu prvého roku od popáleninového úrazu (v čase 2, 6 a 12 mesiacov) skúmal Cromes a kol. (2002) u 110 dospelých s priemerným TBSA 24%.²⁵ Jedinou oblasťou, ktorá sa štatisticky významne zlepšila medzi obdobím 2. a 6. mesiaca bola oblasť fyzická; v ďalšom období do 12. mesiaca sa už nemenila. Celková kvalita života, sociálna a psychologická oblasť sa v priebehu roku významne nemenili, no táto štúdia nezahrňovala administráciu dotazníku pri prepustení, takže je možné, že niektoré zmeny môžu prebiehať v období do 2 mesiacov od úrazu/prepustenia. Iná štúdia z roku 2011 (Elsherbiny, et al.) hodnotila kvalitu života 100 pacientov s rozsahom popálením >25% TBSA v období 1 mesiac až 5 rokov od prepustenia.²⁶ Autori zistili, že popáleninový úraz mal negatívny dopad na väčšinu oblastí kvality života spojených so zdravím, a to v oblasti fyzického zdravia, psychologického zdravia alebo návratu do práce. Neukázal sa významný rozdiel čo sa týka veku, pohlavia či bydliska u celkového hodnotenia, no rozdiely v pohlaví boli významné v niektorých oblastiach ako je vnímanie vlastného tela (*body image*),

²⁵Použitý bol dotazník BSHS-A – *Abbreviated Burn Specific Health Scale*.

²⁶Použitý bol dotazník BSHS-B – *Brief version Burn Specific Health Scale*.

interpersonálne vzťahy a sexualita, práca či citlivosť na teplo. Ako dôležitý sa javí aj vek, respektíve obdobie života, v ktorom sa úraz vyskytne. Rosenberg et al. (2006) zistili významne nižšiu celkovú kvalitu života (súvisiacu so zdravím) u popálených pacientov v citlivom období prechodu medzi adolescenciou a ranou dospelosťou v porovnaní s referenčnou skupinou.

Medzi psychologické faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života patrí posttraumatický distress, poruchy spánku a *body image*, ktoré narušujú fyzickú ako aj psychosociálnu adaptáciu. Podľa zistení Fauerbacha a kol. (2000a), pacienti s vyššou nespokojnosťou s vlastným telom vykazovali 2 mesiace po ukončení hospitalizácie nižšiu kvalitu života v oblasti fyzickej aj duševnej. Vnímanie vlastného tela, ktoré je priamo zasiahnuté jazvením a fyzickými limitáciami, sa ukazuje byť nezávislým zdrojom stresu (bez ohľadu na počiatočnú kvalitu života, TBSA či iné psychologické problémy).

Je dôležité myslieť aj na fyzické faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života po popálení. Tie zahrňujú vážnosť úrazu, zasiahnutie rúk, bolesť, funkčné obmedzenia, nižší rozsah pohybu, zmenenú citlivosť či svrbenie. Časom sa síce funkčné poškodenia zlepšujú, no môže to trvať aj niekoľko rokov, kým sa dosiahne výsledného stavu. Ukazuje sa, že problémy v telesnej oblasti vyvolávajú emocionálny stres v prípade, že človek cíti, že jeho ciele nie sú dosiahnuteľné (Van Loey & Van Son, 2003).

V neposlednej rade je na mieste zmieniť, že na životnú spokojnosť je potreba nahliadať v sociodemografickom kontexte. Chápanie životnej spokojnosti (a šťastia) a jej meranie je v sociálnych vedách stále predmetom diskusií. Výsledky výskumu životnej spokojnosti Humplovej (2004) na českej populácii ukazujú, že pohlavie nemalo významný vplyv na životnú spokojnosť – muži a ženy sú so svojimi životmi spokojní zhruba rovnako, s rastúcim vekom ale životná spokojnosť klesá. Ľudia so základným vzdelaním boli v porovnaní so vzdelanejšími jedincami v priemere menej spokojní so svojím životom. Životná spokojnosť tiež súvisela s rodinným stavom a typom súžitia, pričom v porovnaní so vzdelaním sa rodinný stav ukazuje ako dôležitejší prediktor životnej spokojnosti. Najmenej spokojní sú muži aj ženy, ktorí žijú sami, naopak v súžití (u žien predovšetkým v manželstve) sú obe pohlavia spokojnejšie. Spokojnosť s prácou sa ukázala byť menej dôležitá než spokojnosť s osobným životom.

EMPIRICKÁ ČASŤ

4 Ciele výskumu a formulácia hypotéz

4.1 Ciele výskumu

Za obecný cieľ tejto práce môžeme považovať získanie vhľadu do psychologickej problematiky popáleninovej traumy, predovšetkým stavu vo fáze, kedy je pacient krátko pred prepustením z hospitalizácie. Konkrétnejším cieľom tejto práce je zistiť, čo z vybraných trvalejších osobnostných charakteristík a klinických a sociodemografických parametrov ovplyvňuje pacientovo vnímanie zdravia a aktuálne prežívanie úzkosti a depresie. Toto zistenie môže slúžiť k identifikácii rizikovejších jedincov, ktorí na traumatickú udalosť reagujú horšie, pre ktorých môže byť reintegrácia do spoločnosti problematickejšia a ktorým by mala byť zo strany odborníkov venovaná zvýšená pozornosť či ktorým by mali byť doporučené vybrané psychosociálne služby. Na základe podnetov z literatúry bolo cieľom práce tiež zistiť, či existuje vzťah medzi jednotlivými premennými rôznych metód (napr. neuroticizmom a vzťahovou úzkosťou). V neposlednej rade bolo cieľom práce popísať sociodemografické údaje o pacientoch, ktorí utrpeli popáleninový úraz a tak prispieť k diskusii o možných rizikových skupinách.

4.2 Formulácia hypotéz a výskumných otázok

Na základe poznatkov, ktoré boli uvedené v teoretickej časti práce, boli formulované hypotézy. U niektorých vzťahov bola v súvislosti s nedostatočnými či nekonzistentnými poznatkami preferovaná formulácia výskumných otázok.

Hypotézy (H)

H1: Model osobnosti NEO-FFI predikuje vnímanie zdravia.

H2: Vzťahová úzkosť a vyhýbanie predikujú vnímanie zdravia.

H3: Klinické a sociodemografické parametre predikujú vnímanie zdravia.

H4: Úzkosť predikuje vnímanie zdravia.

H5: Depresia predikuje vnímanie zdravia.

Nulová hypotéza (H0) nepredpokladá (pri zvolenej úrovni hladiny významnosti $\alpha=0,05$) medzi premennými žiadny vzťah, tzn. predpokladá, že vyššie uvedené alternatívne hypotézy neplatia.

Výskumné otázky (VO)

VO1: Čo predikuje aktuálne prežívanie úzkosti a depresie?

VO2: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami NEO-FFI a vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním?

VO3: Existuje vzťah medzi úzkosťou a vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním?

VO4: Existuje vzťah medzi depesiou a vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním?

VO5: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami NEO-FFI a úzkosťou?

VO6: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami NEO-FFI a depesiou?

VO7: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami NEO-FFI a vnímaním zdravia?

VO8: Súvisí úzkosť s klinickými parametrami (rozsah popálenín a dĺžka hospitalizácie)?

VO9: Súvisia osobnostné vlastnosti NEO-FFI, vzťahová úzkosť a vyhýbanie, úzkosť a depresia so sociodemografickými premennými (vek, pohlavie, dĺžka vzdelania, sociálny status, práca)?

5 Použité metódy

Výskum prezentovaný v empirickej časti tejto práce na kvantitatívny charakter. Použité metódy boli zvolené na základe ich rozšírenosti vo svete aj u nás a s tým súvisiacou dostupnosťou českej verzie originálnych metód, na základe ich silných psychometrických kvalít, ich časovej (ne)náročnosti a tiež v nadväznosti na ich využitie v predošlých výskumoch zameraných na skupinu pacientov s popáleninovým úrazom (či inú traumatickú udalosť).

5.1 Beckova škála depresie (Beck Depression Inventory, BDI-II)

Beckova sebaopisová škála depresie (resp. depresivity) pre dospelých je psychodiagnostický nástroj používaný k zisťovaniu prítomnosti a závažnosti depresie ako momentálneho stavu, a to predovšetkým v klinickej psychológii a neuropsychológii. V súčasnosti sa používa posledná a najrozšírenejšia verzia BDI-II, ktorú vytvorili Beck, Steer a Brown (1996). Českú adaptáciu (preklad a manuál) BDI-II vytvorili Preiss a Vacíř (1999), pričom samotný preklad bol revidovaný štyrikrát a výskumnú vzorku tvorilo 60 mladých mužov, ktorí nastúpili na základnú vojenskú službu. Autori neuvádzajú reliabilitu ani vnútornú konzistenciu metódy. Vzhľadom k absencii štandardizačnej klinickej vzorky nebolo možné stanoviť pre českú verziu lokálne normy. Autori sa prikláňajú k interpretácii podľa originálnej anglickej verzie Becka, Steera a Browna (1996) a rovnako ako oni navrhujú cut-off skóre 16/17 s poznámkou, že skóre v rozmedzí 10-16 nemusí byť venovaná zvýšená pozornosť. V roku 2016 publikovali Ptáček a kol. štúdiu overujúcu reliabilitu a validitu tohto českého prekladu

BDI-II. Výskum bol realizovaný na reprezentatívnom vzorku pracujúcej českej populácie (1027 respondentov) so zastúpením oboch pohlaví. K overeniu validity a reliability bola použitá Cronbachova alfa a faktorová analýza. T-test ukázal významný rozdiel medzi pohlaviami – ženy dosahovali vyšších priemerných výsledkov takmer vo všetkých vekových skupinách. Štúdia potvrdila, že česká verzia BDI-II má vysokú vnútornú konzistenciu ($\alpha=0,92$) a reliabilitu a je možné ju pokladať za kvalitný psychometrický nástroj. Ich výsledky tak môžu slúžiť k nastaveniu noriem pre českú populáciu.

Štandardná verzia BDI-II obsahuje 21 položiek a je časovo nenáročná. Vyplňuje sa štýlom tužka-papier, v prípade potreby môže formulár vyplňovať sám administrátor, zatiaľ čo znenie predčíta používateľovi (tento variant administrácie bol vhodný u niektorých jedincov s popáleninami a/alebo obväzmi na rukách, ktorí neboli sami schopní držať v ruke pero). Položky sú zamerané na kognitívne, afektívne, motivačné a fyziologické symptómy depresie. Každá položka sa venuje jednému charakteristickému symptómu depresie, ako je napríklad pocit viny či nechutenstvo. Používateľ dostane inštrukciu vybrať tú vetu, ktorá najviac odpovedá tomu, ako sa cítil behom posledných dvoch týždňov vrátane dňa administrácie. Odpoveď je zaznamenávaná na štvorbodovej škále 0-3, pričom každej hodnote bodu prislúcha jedno tvrdenie, napr. 0 – *Nemívám nijak zvlášť pocity viny*, 1 – *Cítím vinu za radu vecí, ktoré jsem udělal nebo měl udělat*, 2 – *Mívám často pocity viny*, 3 – *Pořád mám pocity viny*. V prípade označenia viacerých odpovedí u jednej položky sa počíta ta s najvyšším bodovým ohodnotením. Položky 16 (*Změna spánku*) a 18 (*Změny v chuti k jídlu*) majú 7 alternatív (0, 1a, 1b, 2a, 3b, 3a, 3b). Získané skóre u všetkých 21 položiek administrátor spočíta (rozsah 0-3 u položky, teda celkový rozsah výsledného skóre 0-63). Doba administrácie sa pohybuje v rozmedzí 5-10 minút, vyhodnocovanie trvá obvykle do 2 minút. Nástroj je určený osobám vo veku 13-80 rokov.

Česká verzia BDI-II (Preiss & Vacíř, 1999) používa stanovenie cut-off skóre na základe anglickej štandardizačnej štúdie (Beck, Steer & Brown, 1996): 0-13 pre minimálnu alebo žiadnu depresiu, 14-19 pre miernu depresiu, 20-28 pre strednú a 29-63 pre ťažkú depresiu. Vysoká senzitivita (0,8-0,9 vo väčšine štúdií; Wang & Gorenstein, 2013) predstavuje veľkú výhodu BDI-II ako screeningového nástroja, hoci je to na úkor nižšej špecificity (cca 0,7-0,8; Beck, Steer & Brown, 1996).

Síce bol dotazník pôvodne navrhnutý na meranie závažnosti depresie, je možné ho využiť ako kvalitný screeningový nástroj, nie k stanoveniu klinickej diagnózy depresie (aj kvôli vyššiemu

množstvu falošne pozitívnych prípadov – 18%; Beck, Steer & Brown, 1996). Keďže BDI-II meria depresiu ako stav, je možné využiť tento dotazník k pravidelnej kontrole alebo zisťovaniu zmien stavu pacientov. Užitočné pri tvorbe celkového obrazu depresie môže byť zameranie na skóre jednotlivých položiek. Nevýhodou metódy môže byť vyššia zjavná validita (pre používateľa je ľahké odpovede vedome ovplyvniť), administrátor by mal preto venovať pozornosť extrémne nízkemu či vysokému skóre najmä v za podozrenia, že by používateľ mohol o svojom stave klamať (Gottfried, 2015).

5.2 Beckova škála úzkosti (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Beckov dotazník úzkosti (Beck et al., 1988) je sebaopisovací nástroj vhodný k hodnoteniu celkovej úzkosti. Umožňuje vyhodnotenie aktuálnej miery úzkosti, pričom hodnotí subjektívne pociťované zastúpenie somatických a psychických príznakov úzkosti. Validizáciu českej verzie predstavili v roku 2016 Kamarádová, Praško a kol. Dotazník preložili do češtiny a validizovali na súbore pacientov úzkostného a depresívneho spektra diagnóz (Kliniky psychiatrie FN Olomouc), zatiaľ čo kontrolná skupina bola oslovená emailom a šírenie dotazníku prebiehalo lavínovým výberom. Výskumná vzorka činila 789 pacientov a 284 zdravých kontrol. Český *Beckův inventář úzkosti* preukázal dobrú vnútornú stabilitu (u rôznych diagnóz Crombachova alfa $\alpha=0,88-0,95$, u kontrolnej skupiny $\alpha=0,89$) a tiež dobrú stabilitu v test-reteste ($r=0,904$). Taktiež sa ukázal byť nezávislý na Beckovej škále depresie (pôvodne bol vytvorený k tomu, aby dokázal rozlíšiť úzkosť od depresie). Hraničné skóre oddeľujúce chorých od zdravých bolo pri hodnotení celej vzorky 17 bodov. Toto zistenie súhlasí s prácou Becka a Steera z roku 1990, kde miernej úzkosti odpovedalo skóre 9-17, od 18 bodov autori hovoria o stredne závažnej úzkosti. Pre porovnanie Leyfer a kol. (2006) považujú 20 bodov za ideálnu hranicu medzi chorými a zdravými. Podľa Leyfera a kol. je priemerná hodnota BAI u bežnej populácie 2,5-2,8 bodu, iné štúdie (Dugas et al., 1998) u zdravej populácie zistili vyššie skóre, od 5,7 do 8,4. Tieto hodnoty u zdravej populácie sa síce naprieč štúdiami líšia, no stále sú pomerne nízke.

BAI je metóda navrhnutá pre ľudí vo veku 17-80 rokov, je časovo nenáročná ako na vyplňovanie (cca 5-10 minút), tak aj na vyhodnocovanie (cca 2 minúty). Môže byť administrovaná vo verzii tužka-papier alebo predčítaná administrátorom. BAI obsahuje (rovnako ako BDI-II) 21 položiek, u ktorých je úlohou pacienta označiť na škále 0 až 3, do akej miery ho popísaný príznak obťažoval behom minulého týždňa vrátane dňa administrácie. Hodnota 0 znamená úplnú absenciu príznaku. Jeden bod pacient skóruje, pokiaľ ho symptóm obťažoval mierne (*moc mě to nerušilo*), dva ak ho symptóm obťažoval mierne (*bylo mi to*

nepříjemné, ale dalo se to vydržet) a tri body vo vážnom prípade (*stěží jsem to vydržel*). Skóre, ktoré je možné dosiahnuť, sa teda pohybuje v rozmedzí 0-63 bodov. Zoznam zisťovaných príznakov zahŕňa napr. *mrtvění nebo mravenčení, pocit horka, neschopnost odpočinku, strach z nejhorší události, neklid, pocit dušnosti, strach ze ztráty kontroly, namáhavé dýchání, pocení* apod.

Dotazník BAI je vhodné použiť ako screeningový nástroj (či už samostatne alebo v batérii) pre zistenie miery úzkosti, kde skóre predstavuje orientačný ukazovateľ závažnosti úzkostných prejavov. Je nutné mať na pamäti, že vysoké skóre neznamená potvrdenie diagnózy úzkostnej poruchy, rovnako ako ju nízke skóre nevylučuje (Kamarádová et al., 2016).

5.3 Generalizovaná úzkostná porucha (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7)

Krátku sebaopisovú metódu na stanovenie pravdepodobnej prítomnosti generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7) vytvorili a publikovali v roku 2006 Spitzer, Kroenke, Williams a kol.,²⁷ dovtedy podobná metóda neexistovala. Vychádza z charakteristík generalizovanej úzkostnej poruchy podľa kritérií v DSM-IV. Jedná sa o 7-položkovú škálu, ktorá zisťuje prítomnosť problémov počas posledných dvoch týždňov. Pacient na škále od 0 do 3 označuje, ako často trpel zmienenými problémami (0 – *vůbec ne*, 1 – *několik dnů*, 2 – *více než polovinu dnů*, 3 – *téměř každý den*). Položky obsahujú tvrdenia typu *Cítil/a jsem se nervózní, úzkostný/á nebo napjatý/á; Nedokázal/a jsem si přestat dělat starosti nebo své starosti ovládnout; Nedařilo se mi uvolnit se*. GAD-7 je časovo nenáročná metóda (5-10 minút) určená pre dospelú populáciu, administruje sa štýlom tužka-papier, prípadne administrátor predčíta znenie položiek a zaznamenáva odpovede pacienta. Výsledné skóre pozostáva so súčtu skóre zo všetkých siedmich položiek, nadobúda teda hodnoty v rozmedzí 0-21 bodov.

Skóre 5, 10 a 15 bolo stanovené ako cut-off skóre pre miernu, stredne ťažkú a ťažkú úzkosť. U hraničnej hodnoty 10 bodov bola pre generalizovanú úzkostnú poruchu zistená senzitivita 89% a specificita 82%. Výsledky boli podobné pre mužov aj ženy. V prípade, že je dosiahnuté skóre 10 a vyššie, odporúča sa ďalšie hodnotenie stavu jedinca. Dotazník GAD-7 preukázal

²⁷ Štúdia prebiehala na 15 klinikách v Spojených štátoch amerických v rokoch 2004-2005. Z počtu 2740 pacientov, ktorí vyplnili dotazník, bolo po týždni odborníkom kvôli rozhovoru telefonicky kontaktovaných 965. Pre určenie kritériálnej a konštruktivej validity boli výsledky v GAD porovnané s nezávislými diagnózami od odborníkov.

vysokú vnútornú konzistenciu ($\alpha=0,92$) aj dobrú test-retest reliabilitu ($r=0,83$). Pacienti s diagnostikovanou GAD skórovali v priemere 14,4 bodu, zatiaľ čo pacienti bez GAD 4,9 bodu.

Táto metóda je stredne dobrá aj ku screeningu ďalších úzkostných porúch – panickej poruchy (senzitivita 74%, špecifická 81%), sociálnej fobie (senzitivita 72%, špecifická 80%) a posttraumatickej stresovej poruchy (senzitivita 66%, špecifická 81%) (Kroenke et al., 2007). Hoci sa symptómy GAD a depresia často objavujú súčasne, faktorová analýza potvrdila, že sa jedná o dve odlišné dimenzie.

Metóda GAD-7 zatiaľ nebola štandardizovaná pre českú populáciu. Český preklad bol vykonaný pomocou profesionálneho prekladateľa s overením spätného prekladu v diplomovej práci Matějíkovej (2016)²⁸ a so súhlasom bude použitý aj v tejto práci (Príloha 3).

5.4 NEO päťfaktorový osobnostný inventár (NEO Five-Factor Inventory, NEO-FFI)

Pre účely tejto práce bol z dotazníkov skúmajúcich osobnostné vlastnosti zvolený NEO päťfaktorový osobnostný inventár (NEO-FFI), a to predovšetkým kvôli jeho známosti vo svete i skrátenej časovej náročnosti v porovnaní s 240-položkovým NEO PI-R. Zatiaľ čo administrácia NEO PI-R sa udáva okolo 45 minút, u NEO-FFI je to 10-15 minút. Skrátená verzia bola uprednostnená vzhľadom k zdravotnému stavu pacientov tvoriacich výskumnú vzorku tejto práce (únava, bolesť, nepohodlná poloha, nemožnosť držať v ruke pero apod.) ako aj z dôvodu, že pacienti boli vyšetrení viacerými metódami a celkový čas administrácie metód bol pre nich pomerne náročný.

Autormi českého vydania *NEO päťfaktorového osobnostného inventáre* sú M. Hřebíčková a T. Urbánek (2001). Výsledky štúdií realizovaných v Českej republike a popísaných v manuálne dokazujú, že dotazník (pôvodne vyvinutý v Spojených štátoch amerických) je možné úspešne použiť aj na českú populáciu. Respondenti odpovedajú na celkom 60 položiek, 12 pre každú z 5 škál (Neuroticizmus, Extraverzia, Otvorenosť voči skúsenosti, Prívetivosť, Svedomitosť). Administrácia je štandardne metódou tužka-papier, no u niektorých jedincov našej výskumnej vzorky bolo zo strany administrátora nutné predčítať položky a zaznamenávať odpovede z dôvodu neschopnosti pacienta písať/krúžkovať odpovede. Čas administrácie sa tak v niektorých prípadoch výrazne predĺžil. Česká verzia sa odporúča používať od veku 15 rokov. U 60 výrokov má respondent posúdiť, do akej miery ho výrok vystihuje a odpoveď na škále 0-

²⁸Diplomová práca obsahovala pilotnú validizáciu GAD-7 pre dospelú populáciu pacientov s epilepsiou.

4 (0 – vôbec nevystihuje, 1 – spíše vystihuje, 2 – neutrální, ani výstižná ani nevýstižná odpověď, 3 – spíše vystihuje, 4 – úplně vystihuje).

Manuál obsahuje šablónu na vyhodnotenie. Keďže boli zistené rozdiely medzi mužmi a ženami rôzneho veku, zistené skóre v jednotlivých škálach je potreba porovnať s normami. Tie sú v manuáli k dispozícii vo forme percentilov (hrubému skóre príslušnej škály odpovedá podiel – percento osôb príslušného pohlavia a vekovej skupiny, ktorí majú výsledok rovnaký alebo nižší ako daný respondent) (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Psychometrické charakteristiky NEO-FFI boli overované na vzorke 1108 respondentov (416 mužov, 658 žien, 7 neuviedlo pohlavie) vo veku 15-75 rokov. V porovnaní s údajmi originálnej verzie (Costa & McCrae, 1985) boli okrem škály otvorenosti voči skúsenosti hodnoty vnútornej konzistencie ďalších škál uspokojivé (Neuroticizmus $\alpha=0,78$; Extraverzia $\alpha=0,77$; Otvorenosť voči skúsenosti $\alpha=0,52$; Prívetivosť $\alpha=0,62$; Svedomitosť $\alpha=0,85$) (Hřebíčková, 1997).

Český manuál k NEO-FFI obsahuje aj prehľad interkorelácií jednotlivých škál. Zmienené sú významné korelácie (na úrovni signifikancie $p<0,01$) medzi škálami Neuroticizmu a Extraverzie ($r=-0,334$), medzi Neuroticizmom a Svedomitosťou ($r=-0,282$), Extraverziou a Svedomitosťou ($r=0,216$) a Prívetivosťou a Svedomitosťou ($r=0,345$).

5.5 Experiences in Close Relationships (ECR)

Dotazník vzťahovej väzby v dospelosti *Experiences in Close Relationships* (ECR) vznikol z konceptu autorov Brennera, Clarka a Shavera (1998). Obsahuje 36 položiek, pričom rovnako po 18 položiek je zastúpených v dvoch škálach: úzkosť (angl. *anxiety*) a vyhýbanie (angl. *avoidance*). Ich kombináciou sa dostanú štyri typy vzťahovej väzby dospelých, ktoré boli spomenuté v časti 3.5.1: bezpečný typ (angl. *secure*), úzkostný/ambivalentný (angl. *anxious/ambivalent*), vyhýbavý typ (angl. *avoidant*) a dezorientovaný/dezorganizovaný typ (angl. *disoriented/disorganized*). Dotazník sa administruje štýlom tužka-papier a jeho vyplnenie trvá 10-15 minút.

Inštrukcia pre respondentov znie: *Následující tvrzení se týkají toho, jak se obecně cítíte ve vztazích (tzv. romantických, přátelských, s rodinnými příslušníky apod.) Ke každému tvrzení zvolte číslo z následující škály (1 – rozhodně nesouhlasím až 7 – rozhodně souhlasím) podle toho, jak moc s daným tvrzením souhlasíte či nikoli. Zakroužkujte příslušné číslo v každém*

sloupci. Dotazník obsahuje tvrdenia ako napr. *Dělá mi starosti, že bych mohl/a být odmítnut/a nebo opuštěna; Je mi nepříjemné, mám-li se otevřít druhým; Trápí mě být sám/sama; Cítím se dobře, když jsem závislý/á na druhých.*

Škála vyhýbania je tvorená 18 nepárnyimi položkami (1, 3, 5, atd.) a škála úzkosti 18 párnymi položkami (2, 4, 6, atd.). Niektoré položky sú reverzne skórované, to znamená, že pred začiatkom vyhodnocovania je ich potrebné „preskórovať“ – t. j. odpoveď 1 zmeniť na 7 atď. (preskórovanie položiek: 1 → 7; 2 → 6; 3 → 5; 4 → 4; 5 → 3; 6 → 2; 7 → 1). Jedná sa o položky č. 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 a 35. Po preskórovaní položiek sa vypočíta skóre pre škálu úzkosti a pre škálu vyhýbania. V oboch prípadoch sa sčítajú odpovede pre všetky položky patriace do danej škály a vypočíta sa medián danej škály. Dosiahnutá hodnota vyššia než medián sa pokladá za vysokú úzkosť/vyhýbanie a hodnota nižšia než medián za nízku úzkosť/vyhýbanie. Na základe tohto rozdelenia sú respondenti zaradení do jednej zo štyroch kategórií citovej väzby v dospelosti.

Český preklad ECR predstavili Lečbych a Pospíšilíková (2012), ktorí uskutočnili pilotnú porovnávaciu štúdiu u súboru českých a amerických univerzitných študentov. Proces prekladu zahrňoval dva nezávislé preklady škály do češtiny, konzultáciu s odborníkom a úpravu jemných nuancií a spätný preklad do angličtiny. Zber dát prebiehal v roku 2011 a zúčastnilo sa ho 51 amerických a 108 českých študentov psychológie nad 18 rokov. Pre stanovenie vnútornej konzistencie českej verzie ECR bola zistená Cronbachova alfa u škály vzťahovej úzkosti $\alpha=0,842$ a u škály vzťahového vyhýbania $\alpha=0,838$.²⁹ Výsledky korešpondujú s konzistenciou subškál u iných štúdií (napr. španielskej), kde sa konzistencia obvykle pohybuje v rozmedzí $\alpha=0,8-0,9$. Percentuálne rozloženie typov väzby v českom súbore bolo nasledujúce: bezpečný typ – 25,93%; úzkostný/ambivalentný – 34,26%; vyhýbavý typ 22,22% a dezorientovaný/dezorganizovaný typ – 17,59%. Na túto verziu nadviazali v roku 2016 Seitzl, Charvát a Lečbych, ktorí skúmali jej psychometrické charakteristiky na 1072 respondentoch vo veku od 18 do 68 rokov. Pre overenie paralelnej kriteriálnej validity boli použité štyri subškály z dotazníku *Business-focused Inventory of Personality* (BIP). Exploračná faktorová analýza potvrdila dve dimenzie citovej väzby. Autori ponúkajú aj mierne redukovanú verziu s 31 položkami (ECR-CZ), u ktorej popisujú lepší psychometrický potenciál. Reliabilita oboch

²⁹U amerického súboru s využitím pôvodnej anglickej verzie ECR vyšli hodnoty Cronbachovej alfy $\alpha=0,915$ u škály úzkosti a $\alpha=0,907$ u škály vyhýbania. Tieto vyššie hodnoty autori prisudzujú menšiemu počtu osôb v tomto súbore.

verzií bola v rozmedzí $\alpha=0,86-0,87$. Táto štúdia poskytla aj dáta pre tvorbu noriem oboch českých verzií ECR.

5.6 Dotazník životní spokojnosti (DŽS)

Dotazník životní spokojnosti (DŽS) je pôvodne nemecká metóda z 80. rokov minulého storočia, ktorej autormi sú Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Bähler a ktorej český preklad a úpravu pripravili Rodná a Rodný (2001). Dotazník slúži k posúdeniu individuálneho obrazu celkovej životnej spokojnosti a životnej spokojnosti diferencovanej do desiatich oblastí. Tieto oblasti – škály tvoria: *Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení*. Každá z týchto škál je sytená 7 položkami, na ktoré respondent odpovedá na 7-bodovej stupnici (od 1 – *velmi nespokojen(a)* po 7 – *velmi spokojen(a)*). Celkovo tak dotazník obsahuje 70 položiek, po 10 pre každú oblasť. Respondent dostane inštrukciu u každého tvrdenia zaškrtnúť to číslo, ktoré najviac odpovedá jeho spokojnosti vo vzťahu k danému tvrdeniu. Na základe skóre dosiahnutého v jednotlivých škálach sa vypočíta index tzv. celkovej životnej spokojnosti.³⁰

Dotazník je určený pre dospelých a adolescentov od 14 rokov. Administrácia vo variante tužka-papier trvá obvykle 5-10 minút. Pokiaľ to vyžadujú zvláštne podmienky, môžu byť otázky predčítané a zodpovedané ústne. Vyhodnocovanie je tiež rýchle, spočítajú sa individuálne odpovede z každej z desiatich škál. Vyššia hodnota položky znamená vyššiu spokojnosť. K dispozícii je vyhodnocovací list, do ktorého sa zaznamenáva hrubé skóre dosiahnuté v jednotlivých škálach, ktoré je prevedené na staniny. Profil životnej spokojnosti je tak vo výsledku znázornený graficky.

V českom manuáli sa uvádza, že dotazník je vydaný predovšetkým pre poradenské účely a uvedené normy z pôvodného vydania sú len orientačné. Staninové normy jednotlivých škál a celkovej spokojnosti sú rozdelené podľa pohlavia a veku do samostatných skupín muži/ženy v kategóriách 14-25 rokov, 26-35 rokov, 36-45 rokov, 46-55 rokov, 56-65 rokov, 66-75 rokov, nad 75 rokov. Prezentovaná je aj tabuľka s normami celkového súboru ($N = 2870$).

V tejto práci bola z 10 škál životnej spokojnosti skúmaná len oblasť Zdravie (po prvotnej snahu administrovať celý dotazník), a to z viacerých dôvodov. Prvým je, že táto škála zachytáva

³⁰Do výpočtu celkovej životnej spokojnosti sa započítavajú len škály *Zdraví, Finanční situace, Volný čas, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení*.

subjektívnu, prežitkovú rovinu zdravia, ktorá mapuje ich stav a hodnotenie zdravia v momente administrácie, čo nás zaujímalo najviac. Ďalším dôvodom bola „nezmyselnosť“ niektorých výrokov v iných škálach vnímaná zo strany respondentov v kontexte ich úrazu a v momente vyšetrenia. U niektorých tvrdení by respondenti hodnotili stav minulý, nie súčasný (napr. v škále Voľný čas: *S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...*), keďže sú (väčšinou už dlhšiu dobu) hospitalizovaní. V neposlednej rade bolo hodnotenie životnej spokojnosti obmedzené na oblasť zdravia aj z dôvodu časovej (a často aj fyzickej a psychickej) náročnosti celkového trvania vyšetrenia pacientov všetkými metódami.

Je vhodné zmieniť, že škála zdravie okrem hodnotenia spokojnosti s telesným zdravotným stavom či bolesťou zahrňuje aj spokojnosť s duševnou kondíciou a výkonnosťou.

6 Charakteristika výskumnej vzorky

Výskum bol realizovaný na Klinike popáleninovej medicíny 3. LF a FNKV v Praze. Výskumnú vzorku tvorilo 52 pacientov hospitalizovaných na Oddelení dospelých ST1 (štandardné lôžkové oddelenie).³¹ Do výskumnej vzorky boli zaradení pacienti ktorí splňovali kritérium tzv. závažného popáleninového úrazu, to znamená celkový rozsah popálenín bol nad 20% TBSA a/alebo bola postihnutá oblasť tváre, krku, rúk či genitálu. Všetci zúčastnení mali v dobe administrácie výskumných metód minimálne 18 rokov a až na jeden prípad boli českej národnosti s češtinou ako rodným jazykom. V zmienenom jednom prípade bola osoba dlhodobo žijúca v Českej republike a plynule hovoriaca česky. Podmienkou účasti vo výskume bola ochota spolupracovať avhodný zdravotný stav a schopnosť sústrediť sa v momente administrácie (únava, bolesť, emočné naladenie). Do vzorky neboli zaradení pacienti s psychopatológiou, ktorá nesúvisela so súčasnou reakciou na závažný stres (napr. poruchy osobnosti).

Z celkového počtu 52 tvorilo výskumnú vzorku 18 žien (35%) a 34 mužov (65%) vo veku od 18 do 72 rokov, pričom priemerný vek bol 46,73 roku. Celkový počet rokov vzdelania sa nachádzal v rozmedzí od 8 do 18 rokov, priemerná dĺžka vzdelania bola 12,56. Pracujúcich bolo 33 ľudí (63%), pričom do tejto kategórie sa počítal aj jeden študent (z hľadiska dennej náplne práce a sociálneho kontaktu). Nepracujúcich bolo 19 respondentov (37%), kam patrili ako nezamestnaní, tak aj dôchodcovia, invalidní dôchodcovia a dlhodobo práce neschopní.

³¹Na štandardnom oddelení sú hospitalizovaní klinicky stabilní pacienti nevyžadujúci monitoráciu životných funkcií (na rozdiel od JIP – jednotky intenzívnej péče). Na toto oddelenie sú pacienti prijímaní priamo alebo po úvodnej liečbe a stabilizácii stavu na JIP.

Sociálny status výskumnej vzorky bol nasledovný: 10 rozvedených (19%), 17 slobodných (33%), 2 vdovy/vdovci (4%), 21 vydatých/ženatých (40%), 2 žijúci s partnerkou/partnerom (4%). Pre neskoršie účely v štatistickej analýze budú tieto kategórie zlúčené do dvoch: žije s niekým (vydatá/ženatý a žijúci s partnerkou/partnerom, spolu 23 ľudí, 44%) a žije sám (rozvedení, slobodní a vdovy/vdovci, spolu 29 ľudí, 56%).

Rozsah popálenín sa pohyboval medzi 0,5% a 75% TBSA, pričom priemer bol 20,81%. Najmenšie popáleniny sa týkali lokalizácie rúk (väčšinou dlaní, v jednom prípade bola nutná amputácia distálneho článku prstu na ruke) a tváre (napr. čela, uší). Vyššie percento obvykle znamenalo postihnutie viacerých oblastí tela súčasne, v závislosti na mechanizme úrazu. Minimálna dĺžka hospitalizácie (vrátane prípadnej predchádzajúcej hospitalizácii na JIP) bola 4 dni, maximálna 271 dní a priemerná 34,85 dní.

Z celkového počtu 52 sa v 16 prípadoch (30,77%) jednalo o pracovný úraz. U mužov bol pracovný úraz častejší (38,24%) než u žien (16,67%). Najčastejšie sa jednalo o rizikové povolania ako je u mužov elektrikár (rana elektrickým prúdom, elektrickým oblúkom), u žien kuchárka (prevrátanie nádoby s horúcou tekutinou). Rozdiel medzi pohlavím sa odráža aj v mechanizme popáleninových úrazov. Zatiaľ čo u mužov (mimo pracovné úrazy) sú typickejšie nehody (výbuchy) pri rozpaľovaní kotla (napr. tekutým podpaľ'ačom), grilu, nehody s elektrickým prúdom a benzínom, u žien sú častejšie nehody pri práci v kuchyni či pri manipulácii so sviečkami (napr. vzplanutie nalakovaných vlasov pri sfúkavaní sviečky, vzplanutie závesov od horiacej sviečky). Vo výskumnej vzorke boli zastúpené aj prípady zmienené v úvodnej časti práce 1.1. V období okolo Vianoc sa objavili nehody v súvislosti so vzplanutím vianočného stromčeka (u oboch pohlaví, celkom 3 prípady). U ľudí bez trvalého domova a u sociálne neprispôsobivých občanov (6 prípadov v našej vzorke) hral pri vzniku úrazu významnú úlohu alkohol či iné návykové látky. Objavili sa dva prípady, kde k úrazu došlo v dôsledku interpersonálnych konfliktov (bývalý partner polial seba aj partnerku horľavinou a zamkol ich v aute; partner v hádke pod vplyvom alkoholu polial partnerku horúcou tekutinou). Z celkového počtu 52 uviedlo pobyt vo väzení 6 pacientov (11,54%),³² z toho v jednom prípade pobyt v dobe administrácie hrozil (trikrát podmienený trest). Tento údaj neuviedlo 11 pacientov (21,15%).

³²Tento pomer sa zdá byť vysoký, preto bola snaha porovnať ho s prevalenciou „kriminality“ v bežnej populácii. Naše údaje sú však pre uskutočnenie takéhoto porovnania nedostatočné (z hľadiska závažnosti činu a dĺžky pobytu v zariadení) a vzhľadom k citlivosti údajov i povahe výskumu sme sa na podrobnosti ohľadom výkonu väzby/trestu viac nezameriavali.

Tabuľka 1: Sociodemografické a klinické charakteristiky súboru

			Respondenti (n=52)	MIN	MAX
Vek (v rokoch)			46,73 ± 15,39	18	72
Pohlavie		Muži	34 (65%)		
		ženy	18 (35%)		
Dĺžka vzdelania (v rokoch)			12,56 ± 2,38	8	18
Zamestnanosť		Áno	33 (63%)		
		Nie	19 (37%)		
Sociálny status	Žije sám/sama 29 (44%)	Slobodný/á	17 (33%)		
		Rozvedený/á	10 (19%)		
		Vdovec/vdova	2 (4%)		
	Žije s niekým 23 (44%)	Ženatý/vydatá	21 (40%)		
		Žije s partnerom/ partnerkou	2 (4%)		
Rozsah popálenín (TBSA)			20,81 ± 16,28	0,5	75
Popálenia tváre			28 (53,85%)		
Popálenia genitálu			3 (5,77%)		
Dĺžka hospitalizácie (v dňoch)			34,85 ± 41,12	4	271
Pracovný úraz	Áno 16 (30,77%)	Muži	13 (38,24%)		
		Ženy	3 (16,67%)		
		Nie	36 (69,23%)		
Pobyt vo väzení			6 (11,54%)		
Amnézia na úraz ³³	Áno 19 (36,54%),	Úplná	6 (11,54%)		
		Čiastočná	13 (25%)		
		Nie	31 (59,61%)		
Psychologické konzílium			11 (21,15%)		
Psychiatrické konzílium			16 (30,77%)		
Diagnostikované psychiatrické poruchy 16 (30,77%)	Poruchy adaptácie		6 (11,54%)		
	PTSD		3 (5,77%)		
	Reakcia na ťažký stres NS		1 (1,92%)		
	Úzkostná porucha NS		2 (3,85%)		
	Depresívna fáza NS		2 (3,85%)		
	Iná depresívna fáza		1 (1,92%)		
	Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha		1 (1,92%)		
Závislosť na návykových látkach	Syndróm závislosti		2 (3,85%)		
	Poruchy vyvolané užívaním kanabinoidov		1 (1,92%)		
	Odvykací stav pri závislosti na opiátoch		1 (1,92%)		
Medikamentózna liečba	Anxiolytiká		17 (32,69%)		
	Antidepresíva		12 (23,08%)		
	Hypnotiká		29 (55,77%)		
	Analgetiká		49 (94,23%)		
	Antipsychotiká		7 (13,46%)		
	Antiepileptiká		5 (9,62%)		
Psychologická intervencia v anamnéze			10 (19,23%)		
Psychiatrická intervencia v anamnéze			6 (3,12%)		
Nikotinizmus	Aktívni fajčiari		24 (46,15%)		
	Bývalí fajčiari		5 (9,62%)		
	Nefajčiari		23 (44,23%)		
Abúzus drog			50 (9,62%)		

³³ Dvaja pacienti (3,85%) tento údaj neuviedli.

Prehľad vybraných sociodemografických a klinických charakteristík výskumného súboru je uvedený v Tabuľke 1.

Z celkového počtu 52 sa v 16 prípadoch (30,77%) jednalo o pracovný úraz. U mužov bol pracovný úraz častejší (38,24%) než u žien (16,67%). Najčastejšie sa jednalo o rizikové povolania ako je u mužov elektrikár (rana elektrickým prúdom, elektrickým oblúkom), u žien kuchárka (prevrútenie nádoby s horúcou tekutinou). Rozdiel medzi pohlavím sa odráža aj v mechanizme popáleninových úrazov. Zatiaľ čo u mužov (mimo pracovné úrazy) sú typickejšie nehody (výbuchy) pri rozpaľovaní kotla (napr. tekutým podpaľáčom), grilu, nehody s elektrickým prúdom a benzínom, u žien sú častejšie nehody pri práci v kuchyni či pri manipulácii so sviečkami (napr. vzplanutie nalakovaných vlasov pri sfúkavaní sviečky, vzplanutie závesov od horiacej sviečky). Vo výskumnej vzorke boli zastúpené aj prípady zmienené v úvodnej časti práce 1.1. V období okolo Vianoc sa objavili nehody v súvislosti so vzplanutím vianočného stromčeku (u oboch pohlaví, celkom 3 prípady). U ľudí bez trvalého domova a u sociálne neprispôsobivých občanov (6 prípadov v našej vzorke) hral pri vzniku úrazu významnú úlohu alkohol či iné návykové látky. Objavili sa dva prípady, kde k úrazu došlo v dôsledku interpersonálnych konfliktov (bývalý partner polial seba aj partnerku horľavinou a zamkol ich v aute; partner v hádke pod vplyvom alkoholu polial partnerku horúcou tekutinou). Z celkového počtu 52 uviedlo pobyt vo väzení 6 pacientov (11,54%),³⁴ z toho v jednom prípade pobyt v dobe administrácie hrozil (trikrát podmienený trest). Tento údaj nevidelo 11 pacientov (21,15%).

Amnéziu na úraz popisovalo 19 pacientov (36,54%), z toho 6 úplnú (11,54%) a 13 čiastočnú (25%). Zvyšných 31 ľudí (59,61%) si úraz pamätalo úplne, 2 (3,85%) tento údaj nevideli. U nadpolovičnej väčšiny pacientov (61,53%)³⁵ prebehla behom hospitalizácie psychologická intervencia, v niektorých prípadoch bola pravidelná. Psychologické konzílium bolo zaznamenané u 11 pacientov (21,15%) a psychiatrické konzílium u 16 pacientov (30,77%). Z psychiatrických diagnóz boli najčastejšie poruchy z kategórie F43 – reakcie na závažný stres a poruchy adaptácie, pričom prevládali poruchy prispôsobenia (6 prípadov – 11,54%) a

³⁴Tento pomer sa zdá byť vysoký, preto bola snaha porovnať ho s prevalenciou „kriminality“ v bežnej populácii. Naše údaje sú však pre uskutočnenie takéhoto porovnania nedostatočné (z hľadiska závažnosti činu a dĺžky pobytu v zariadení) a vzhľadom k citlivosti údajov i povahe výskumu sme sa na podrobnosti ohľadom výkonu väzby/trestu viac nezameriavali.

³⁵Tento údaj je len orientačný; niektorí pacienti si neboli istí alebo si nepamätali. Psychologickú intervenciu mohol navrhnuť niektorý z členov zdravotníckeho personálu či pacient sám, pričom väčšinou mala podobu krízovej intervencie.

posttraumatická stresová porucha (3 prípady – 5,77%). Diagnostikované boli aj nasledujúce poruchy: reakcia na ťažký stres nešpecifikovaná (1 prípad – 1,92%) úzkostná porucha nešpecifikovaná (2 prípady – 3,85%), depresívna fáza nešpecifikovaná (2 prípady – 3,85%), iná depresívna fáza (1 prípad – 1,92%), zmiešaná úzkostná a depresívna porucha (1 prípad – 1,92%). Celkové zastúpenie úzkostných a depresívnych porúch bolo teda 30,77% (u 16 pacientov z 52). U jedného pacienta bol zaznamenaný aj vývoj paranoidne perzekučnej symptomatológie ako reakcia na stresovú situáciu. Syndróm závislosti bol prítomný u dvoch pacientov (3,85%), u jedného boli prítomné poruchy vyvolané užívaním kanabinoidov (1,92%), u ďalšieho bol prítomný odvykací stav pri závislosti na opiátoch (1,92%). Tieto údaje súhlasia a poznatkami prezentovanými v teoretickej časti práce, čo sa týka zastúpenia porúch v reakcii na stres, ako aj možnosti prítomnosti paranoidne perzekučnej symptomatológie či odvykacích stavov.

Ako bolo popísané v teoretickej časti práce, popáleninový úraz si vzhľadom k bolestivosti a náročnému priebehu hospitalizácie vyžaduje intenzívnu liečbu bolesti, anxiety a nespavosti, často kombináciou preparátov. Anxiolytiká boli (pri nespavosti/anxiete) predpisované u 32,69% pacientov, antidepresíva u 23,08% pacientov,³⁶ hypnotiká (pri nespavosti) u 55,77% pacientov, analgetiká u 94,23% pacientov, antipsychotiká u 13,46% pacientov³⁷ a antiepileptiká u 9,62% pacientov.³⁸

U pacientov bolo zisťované, či vnímali pred popáleninovým úrazom nejakú stresovú záťaž, prípadne aký typ a po akú dobu. Väčšina z nich neudávala prítomnosť záťaže (59,62%), niektorí to nevedeli posúdiť (5,76%) a ostatní jednoznačne pripustili prítomnosť záťaže (34,62%). Jednalo sa najčastejšie o záťaž pracovnú (vyťaženosť, prepracovanosť), ďalej rodinnú a/alebo partnerskú, v najmenšej miere o záťaž sociálnu (u ľudí bez trvalého domova), prípadne ich kombinácie. Doba trvania záťaže bola obvykle dlhodobá, v jednom prípade šlo o stres v deň úrazu (audit v práci).³⁹

Väčšina pacientov vo výskumnej vzorke (80,77%) v priebehu svojho života nikdy nevyhľadala odbornú psychologickú pomoc, u zvyšnej časti (19,23%) bol dôvod psychologické intervencie v minulosti veľmi rôznorodý (od voľby strednej školy cez manželské a rodinné poradenstvo, až

³⁶ V 2 z celkového počtu 12 prípadov sa jednalo o chronickú medikáciu.

³⁷ V 1 z celkového počtu 7 prípadov sa jednalo o chronickú medikáciu.

³⁸ V 1 z celkového počtu 7 prípadov sa jednalo o chronickú medikáciu.

³⁹ Presnejšie údaje o zastúpení typov stresovej záťaže a jej dĺžky nie sú k dispozícii, keďže pacienti ich sami nevedeli jednoznačne určiť a pomenovať. Táto otázka bola do anamnézy zahrnutá ako doplnková, na základe literatúry a doporučení z praxe (predpoklad, že únava, nesústredenosť či problémy v práci a medziľudských vzťahoch môžu prispievať k vzniku úrazu).

po fyzické násilie zo strany manžela či pokus a samovraždu). Psychiatrická intervencia v anamnéze bola ešte menej častá, len 6 pacientov (3,12%) uvidelo návštevu psychiatra v priebehu svojho života. Najčastejšia bola liečba antidepresívami, ďalej liečba závislosti a jedenkrát sa jednalo o liečbu anxiolytikami.

Aktívnych fajčiarov (cigariet) bolo vo vzorke 24 (46,15%), bývalých fajčiarov 5 (9,62%) a nefajčiarov 23 (44,23%). Abúzus drog bol zaznamenaný u 5 pacientov (9,62%), pričom v 3 prípadoch šlo o pravidelné fajčenie marihuany (jeden bývalý užívateľ, dvaja súčasný) a vo dvoch o intravenózne podávaný pervitín, prípadne heroín a kokaín (jeden bývalý užívateľ, jeden súčasný). U tohto údaju je vhodné pripomenúť, že užívanie drog a/alebo nadmerná konzumácia alkoholu⁴⁰ boli zmienené ako rizikový premorbidný faktor, ktorý môže hrať úlohu pri vzniku úrazu, keďže spôsobuje zníženú ostražitosť alebo ovplyvňuje úsudok. Táto skupina má tiež vyššie riziko rozvoja psychiatrických symptómov, a to v priebehu akútnej liečby ako aj po nej (Thomas, Meyer, & Blakeney, 2007).

7 Etika výskumu

Výskumný protokol bol retrospektívne schválený Etickou komisiou Fakultnej nemocnice Královské Vinohrady. Všetci pacienti sa zúčastnili výskumu dobrovoľne a pred zahájením vyšetrenia podpísali informovaný súhlas.

8 Metóda zberu a analýzy dát

Zber dát prebiehal od októbra 2015 do februára 2017 na Klinike popáleninovej medicíny 3. LF a FNKV v Praze. Výber pacientov sprostredkoval psychológ na základe posúdenia ich kritérií pre zaradenie do výskumnej vzorky a na základe konzultácie s ošetrojúcim personálom ohľadom aktuálneho stavu pacientov a ich programu na daný deň (preväzy, rekonštrukčné zákroky, rehabilitácia, konzília). Pacientov, ktorí boli posúdení ako vhodní k vyšetreniu, som oslovila s návrhom účasti vo výskume, pričom som im popísala priebeh vyšetrenia, použité metódy a odhadovanú dĺžku trvania. Bola im zdôraznená dobrovoľnosť účasti vo výskume ako aj možnosť kedykoľvek prerušiť či ukončiť vyšetrenie z akýchkoľvek dôvodov. V prípade súhlasu s participáciou vo výskume pacienti pred začiatkom samotného vyšetrenia podpísali informovaný súhlas (Príloha 1).

⁴⁰ V rámci anamnestického rozhovoru bola snaha zistiť u pacientov presnejšie údaje o konzumácii alkoholu - najčastejšia odpoveď bola „príležitostne“ či „minimálne.“

Vyšetrenie prebiehalo obvykle súvisle v jeden deň, v niektorých prípadoch bolo rozdelené na do dvoch častí v rámci jedného dňa (napr. z dôvodu rehabilitácie, obеду apod.) Vo výnimočných prípadoch, keď sa nestihla administrácia všetkých metód (napr. z dôvodu odchodu pacienta na preväzy či únavy) bolo vyšetrenie dokončené v iný deň. Po podpísaní informovaného súhlasu bola od pacientov odobraná anamnéza na základe vopred vytvorenej štruktúry (Príloha 2). V prípade, že pacienti nevedeli alebo si neboli istí niektorými klinickými údajmi (dĺžka hospitalizácie, rozsah popálením), boli tieto údaje získané od zdravotníckeho personálu. Následne boli administrované metódy popísané v kapitole 5: BDI-II, BAI, GAD-7, NEO-FFI, ECR, DŽS. Okrem týchto metód som administrovala aj ďalšie, ktoré ale neboli použité pre účely tejto práce. Medzi ne patrili: Vizúálna analógová škála bolesti (VAS), dotazník strachu z bolesti *Fear of Pain Questionnaire* (FPQ-III), *Locus of Control* (LOC), dotazník citovej väzby rodičov *Parental Bonding Instrument* (PBI), Český test čtení slov (CRT) a Mini medzinárodný neuropsychiatrický rozhovor (M.I.N.I.).

Celková doba trvania vyšetrenia bola veľmi individuálna, v závislosti na tempe a možnostiach konkrétného pacienta, pohybovala sa približne v rozmedzí od 1 hodiny do 3 hodín. Zhruba polovica pacientov bola schopná vyplňovať použité metódy štýlom tužka-papier, v ďalších prípadoch však bolo nutné, aby som ako administrátor pacientovi predčítala znenie položiek a zaznamenávala jeho odpovede, čím sa trvanie vyšetrenia samozrejme predĺžilo. Po celú dobu vyplňovania dotazníkov som bola k dispozícii v blízkosti pacienta, v prípade akýchkoľvek otázok či nejasností sa na mňa mohol obrátiť.

Vyšetrenie väčšinou prebiehalo na lôžku pacienta, najmä ak mu to bolo pohodlnejšie (napr. potreboval ležať, byť opretý, mať zdvihnutú končatinu apod.). Niektorí pacienti boli v dobe vyšetrenia na izbe sami a tak administrácia prebiehala v úplnom súkromí. V iných prípadoch sa úplné súkromie zabezpečiť nedalo, no ďalší pacienti na izbe často spali či sa venovali vlastnej činnosti a tak priebeh vyšetrenia nerušili. Vyšetrovaných pacientov som sa najskôr opýtala, či im nebude prekážať prítomnosť iných osôb v miestnosti (hlavne pri nutnosti predčítať znenie otázok a zaznamenávať odpovede), pričom ani jednému to neprekážalo. Preto si myslím, že to nemuselo mať zásadný vplyv na odpovede pacientov, aj keď toho riziko je vhodné brať v úvahu. V prípade, že bol pacient mobilný a na izbe boli aj iní pacienti, pre zaistenie väčšieho súkromia sme sa presunuli do iných priestorov oddelenia.

Vyhodnotenie jednotlivých metód prebiehalo podľa inštrukcií v manuáloch, u niektorých boli použité priložené šablóny či vyhodnocovacie archy, u iných bolo nutné preskóvanie položiek.

Zhromaždené dáta boli anonymizované a priebežne ukladané do databázy (Excel tabuľky) tak, aby mohli byť spracované v štatistickej analýze, ktorá bola uskutočnená v programe IBM SPSS. Štatistická analýza dát vychádza z formulovaných výskumných hypotéz a výskumných otázok o vzťahu medzi vybranými premennými.

Vzhľadom k veľkosti súboru (52 respondentov) a vzhľadom k tomu, že u niektorých metód nebola splnená podmienka normálneho rozloženia dát, boli použité aj neparametrické metódy. Pre zistenie vzťahov závislých premenných bol použitý parametrický Pearsonov korelačný koeficient, v prípade nesplnenia podmienky normality či homogenity variancie dát bol použitý neparametrický Spearmanov korelačný koeficient. Pre porovnanie výsledkov v dotazníkoch u dvoch výberov zo vzorku (muž/žena, pracuje/nepracuje, žije sám/s niekým) bol použitý nepárový t-test alebo jeho neparametrický variant pre jeden výber – Wikoxonov test. Na zistenie vzťahu medzi jednou „závisle“ premennou a sadou niekoľkých „nezávisle“ premenných (prediktorov) sa používa viacnásobná regresná analýza (Ferjenčík, 2000). Na overenie našich hypotéz, ktoré obsahujú práve tento vzťah, ako aj u iných prediktívnych modelov bola použitá metóda Stepwise mnohonásobnej lineárnej regresie. K určeniu reliability výskumných metód bola použitá Crombachova alfa. Štatistická analýza dát bola uskutočnená na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ (95%).

9 Výsledky

9.1 Popisná štatistika jednotlivých metód

9.1.1 Beckova škála depresie (BDI-II)

Dotazník BDI-II vyplnilo 51 z celkového počtu 52 pacientov, pričom priemerné dosiahnuté skóre bolo 6,5, medián 6, štandardná odchýlka 5,53. Nikto z pacientov neskóroval v kategórii „ťažká depresia“ (Tabuľka 2, 3).

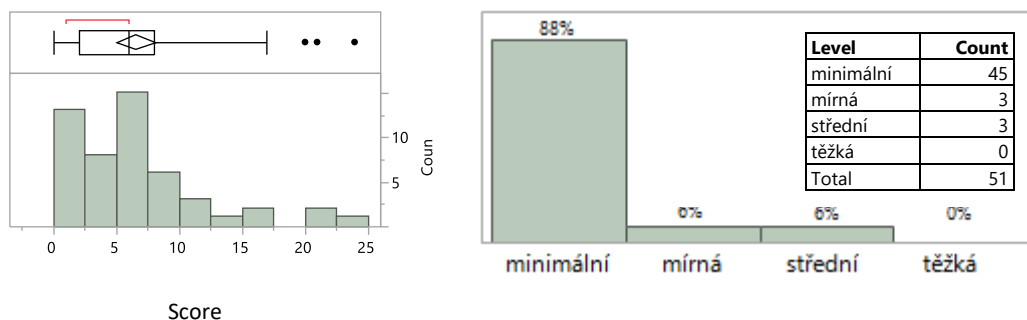
Tabuľka 2: Popis dát – depresia meraná dotazníkom BDI-II

Summary Statistics	
Mean	6,55
Std Dev	5,53
Max	24
Min	0
N	51
Skewness	1,36
Kurtosis	1,83
Shapiro-Wilk W Test	
W	Prob<W
0,875128	<,0001

Note: Ho = The data is from the Normal distribution. Small p-values reject Ho.

Vzhľadom k ďalšiemu štatistickému spracovaniu Beckovej škály depresie bola pre neskoršiu voľbu štatistických metód skontrolovaná normalita pomocou Shapiro-Wilkovho testu normality (Tabuľka 2), ktorý poukázal na jej narušenie. V ďalšej analýze tak budú upremernej depresia použité neparametrické metódy. Cronbachova alfa, ktorá vyjadruje mieru vnútornej konzistencie položiek, mala hodnotu $\alpha=0,81$. Pre porovnanie, v štúdií Ptáčka a kol. (2016) českej verzie BDI-II mal tento koeficient hodnotu $\alpha=0,92$.

Graf 1: Popis dát – depresia meraná dotazníkom BDI-II – dosiahnuté skóre



Bola prevedená položková analýza – metóda používaná ku skúmaniu charakteristík položiek v teste, ako je obťažnosť položky, kde sa hodnotí priemerné skóre a korelácia položky s celkovým skóre daného dotazníku po vylúčení danej položky. Položková analýza BDI-II (Príloha 4)⁴¹ ukázala, že najvyššie priemerné skóre ($M=0,96$) bolo dosahované na položke 16 „změna spánku“, ktorá zisťuje nárast či úbytok obvyklej doby spánku, prípadne skoré ranné prebúdzanie s neschopnosťou už zaspať. Môže to znamenať, že v našej výskumnej vzorke je dominantný tento fyzický príznak depresie, aj keď súvislosť môže byť aj s dyskomfortom spôsobeným povahou popáleninového úrazu. Ako bolo zmienené v teoretickej časti práce, k poruchám spánku (aj tiež depresii a úzkosti) môže prispievať bolesť, svrbenie či stres. Zároveň však zmeny spánku ako nočné mory môžu byť príznakom rozvoja PTSD.

Zistená prevaha minimálnej depresívnej symptomatiky u našej vzorky súhlasí so zisteniami zahraničných štúdií, ktoré boli prezentované v časti 3.2. Prevalencia depresívnych symptómov (rovnako ako depresívnej epizódy) sa zvyšuje s časovým odstupom od utrpenia popáleninového úrazu.

9.1.2 Beckova škála úzkosti (BAI)

Priemerná hodnota premennej úzkosti meranej pomocou BAI bola v našej výskumnej vzorke 6,79, medián 4, smerodajná odchýlka 6,58 (Tabuľka 3). Nami zistená priemerná hodnota je vyššia než v práci Leyfera a kol. (2,5-2,8 bodu u bežnej populácie), spadá ale do rozmedzia od 5,7 do 8,4 pozorovaného u zdravej populácie v inej štúdii (Dugas et al., 1998). Najväčší počet pacientov (68%) spadol podľa závažnosti subjektívne vnímanej úzkostnej symptomatiky do kategórie minimálnej úzkosti, zastúpené však boli všetky kategórie (Graf 3).

Tabuľka 3: Popis dát – úzkosť meraná dotazníkom BAI

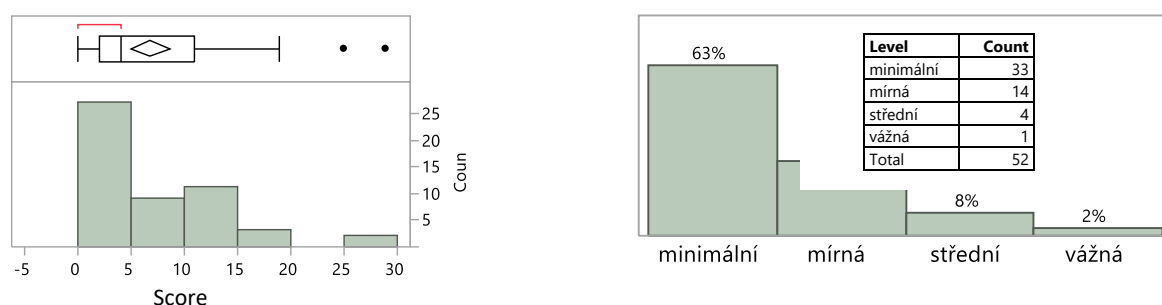
Summary Statistics	
Mean	6,79
Std Dev	5,58
Max	29
Min	0
N	52
Skewness	1,35
Kurtosis	1,87
Shapiro-Wilk W Test	
W	Prob<W
0,866190	<,0001

Note: Ho = The data is from the Normal distribution. Small p-values reject Ho.

⁴¹ Položkové analýzy jednotlivých metód budú prezentované v prílohach.

Rovnako ako u BDI-II, Shapiro-Wilkov test normality u BAI (Tabuľka 3) poukázal na nenormálne rozdelenie, a tak budú v ďalšom štatistickom spracovaní premennej úzkosť využívať neparametrické metódy. Reliabilita bola u BAI posúdená pomocou Cronbachovej alfy, ktorej hodnota bola $\alpha=0,84$, čo je o niečo menej ako v českej validizačnej štúdii tejto metódy, kde sa tento koeficient pohyboval v rozmedzí 0,88 a 0,95 (podľa rôznych diagnóz i v zdravej populácii).

Graf 2: Popis dát – úzkosť meraná dotazníkom BAI – dosiahnuté skóre



Z položkovej analýzy Beckovej seba posudzovacej škály úzkosti (Príloha 5) sme zistili, že najvyššie priemerné skóre ($M=0,69$) sa týka položiek 10 („nervozita“) a 21 („pocení“), čo poukazuje na vysokú prítomnosť nielen fyzických symptómov (u ktorých sa môže diskutovať, či odzrkadľujú somatický stav či psychický), ale predovšetkým nervozity medzi pacientmi v našom súbore.

9.1.3 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD-7)

Ďalšou seba posudzovaciou metódou, ktorá sa týka úzkosti, resp. pravdepodobnosti generalizovanej úzkosti bola GAD-7, kde priemer našej vzorky predstavoval hodnotou 2,98 (Tabuľka 4), čo je nižšia hodnota ako sa uvádza v manuáli u pacientov bez GAD. Skóre 10 a viac, v prípade ktorého sa odporúča ďalšie hodnotenie pacienta, dosiahli traja respondenti.

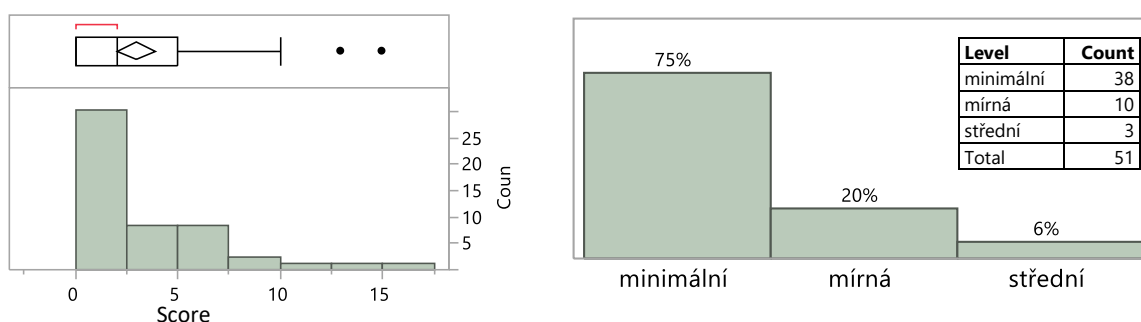
Tabuľka 4: Popis dát – generalizovaná úzkostná porucha meraná dotazníkom GAD-7

Summary Statistics	
Mean	2,98
Std Dev	3,36
Max	15
Min	0
N	51
Skewness	1,73
Kurtosis	3,22
Shapiro-Wilk W Test	
W	Prob<W
0,808555	<,0001

Note: Ho = The data is from the Normal distribution. Small p-values reject Ho.

V ďalšej štatistickej analýze budú pri práci s premennou generalizovaná úzkosť použité neparametrické metódy (Spearmanov korelačný koeficient), keďže Shapiro-Wilkov test poukázal na porušenie normality (Tabuľka 4). Vnútna konzistencia dotazníku GAD-7 bola v našom výskume $\alpha=0,78$ (vs. $\alpha=0,92$ v pôvodnej americkej štúdii), čo spĺňa zhovievavejšie Klinovo pravidlo, že reliabilita by mala dosahovať aspoň hodnotu 0,7.

Graf 3: Popis dát – generalizovaná úzkosť meraná dotazníkom GAD-7 – dosiahnuté skóre



Najvyššie priemerné skóre v dotazníku GAD-7 dosahovali pacienti našej výskumnej vzorky v položke 2 ($M=0,69$), ktorej znenie je „Nedokázal/a jsem si přestat dělat starosti nebo své starosti ovládnout,“ čo svedčí o značnom psychickom nepokoji popálených pacientov v našom súbore.

Ako bolo zmienené v kapitole 3.1.4, prevalencia úzkostných porúch v priebehu prvého roku od úrazu sa udáva pod 20%. V našej výskumnej vzorke dosiahlo vyššiu ako minimálnu úroveň úzkosti (BAI i GAD-7) viac ako 25% (u BAI 37%) pacientov.

9.1.4 NEO päťfaktorový model osobnosti (NEO-FFI)

Premenné neuroticizmus, extravergia, otvorenosť voči skúsenosti, prívetivosť a svedomitosť boli merané príslušnými škálami dotazníku NEO-FFI. Ich hodnoty a zastúpenie u súboru respondentov nášho výskumu zhrňujepopisná štatistika v Tabuľke 5.

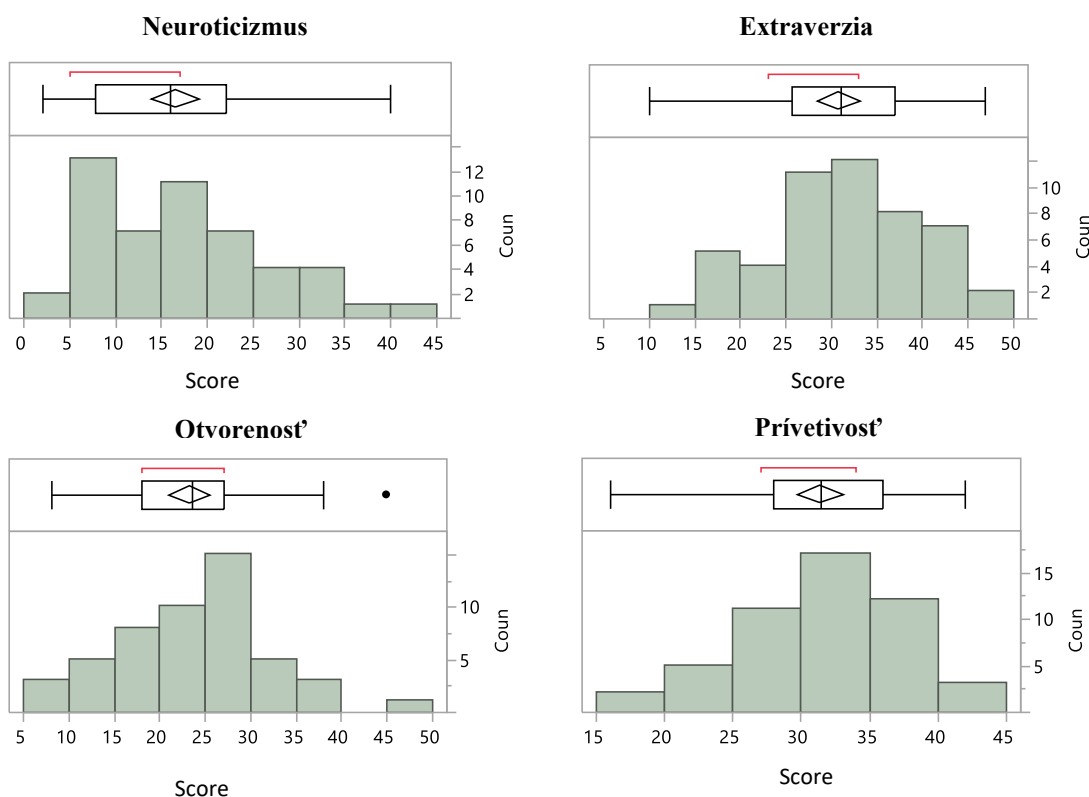
Tabuľka 5: Popis dát – päť faktorov osobnosti meraných dotazníkom NEO-FFI

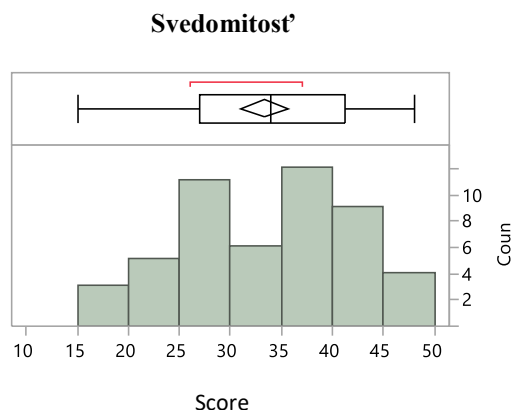
Summary Statistics Neuroticizmus		Summary Statistics Extraverzia		Summary Statistics Otvorenosť		Summary Statistics Prívetivosť		Summary Statistics Svedomitosť	
Mean	16,48	Mean	30,78	Mean	23,22	Mean	31,36	Mean	33,32
Std Dev	9,38	Std Dev	8,38	Std Dev	7,95	Std Dev	5,99	Std Dev	8,29
Max	40	Max	47	Max	45	Max	42	Max	48
Min	2	Min	10	Min	8	Min	16	Min	15
N	50	N	50	N	50	N	50	N	50
Shapiro-Wilk W Test		Shapiro-Wilk W Test		Shapiro-Wilk W Test		Shapiro-Wilk W Test		Shapiro-Wilk W Test	
W	Prob<W	W	Prob<W	W	Prob<W	W	Prob<W	W	Prob<W
0,9532	0,0464	0,98	0,6362	0,98	0,6921	0,9738	0,3299	0,9724	0,2892

Note: Ho = The data is from the Normal distribution. Small p-values reject Ho.

Bolo preskúmané aj rozloženie dát, pričom Shapiro-Wilkov test normality nepreukázal jej porušenie až na prípad škály neuroticizmu, kde bol výsledok tesný. U týchto premenných budú teda v ďalších štatistických analýzach použité parametrické metódy. Zistený koeficient vnútornej konzistencie mal hodnotu $\alpha=0,7$, čo môže byť považované za uspokojivé aj v porovnaní so zisteniami českej validizačnej štúdie (viď 5.4).

Graf 4: Popis dát – päť faktorov osobnosti meraných dotazníkom NEO-FFI– dosiahnuté skóre





Položková analýza NEO-FFI (Príloha 7) poskytla informácie o tom, ktoré položky v rámci každej z piatich škál mali najvyššiu priemernú hodnotu. Tieto údaje môžu vypovedať o tom, čo je pre našu výskumnú vzorku najtypickejšie. Na škále Neuroticizmu sa jednalo o položku 1 „Obvykle si nedělám starosti“ ($M=2,1$), ktorá je reverzná. Na škále Extraverzie šlo o položku 7 „Snadno se rozesměji“ ($M=30,6$). U škály Otvorenosti voči skúsenostimala najvyšší priemer položka 53 „Toužím po poznání a vědomostech“ ($M=2,78$). Na škále Prívětivosti to bola položka 4 „Snažím se být zdvořilý(á) ke každému, s kým se setkám“ ($M=3,58$). Škála Svedomitosti obsahoval dve položky s rovnakou najvyššou priemernou hodnotou, a to položku 20 „Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí“ ($M=3,34$) a položku 40 „Pokud něco slíbím, vždy to dodržím“ ($M=3,34$).

V ďalšej štatistickej analýze sa bude skúmať vzťah piatich rysov osobnosti k ďalším premenným, ako subjektívne pociťovaná úzkosť, depresia apod.

9.1.5 Vzťahová väzba v dospelosti (ECR)

Ako bolo popísané v časti 5.5, dotazník ECR sa skladá z dvoch škál – úzkosti a vyhýbania. Popisná štatistika oboch škál je zhrnutá v nasledujúcich tabuľkách.

Tabuľka 6: Popis dát – vzťahová väzba meraná dotazníkom ECR

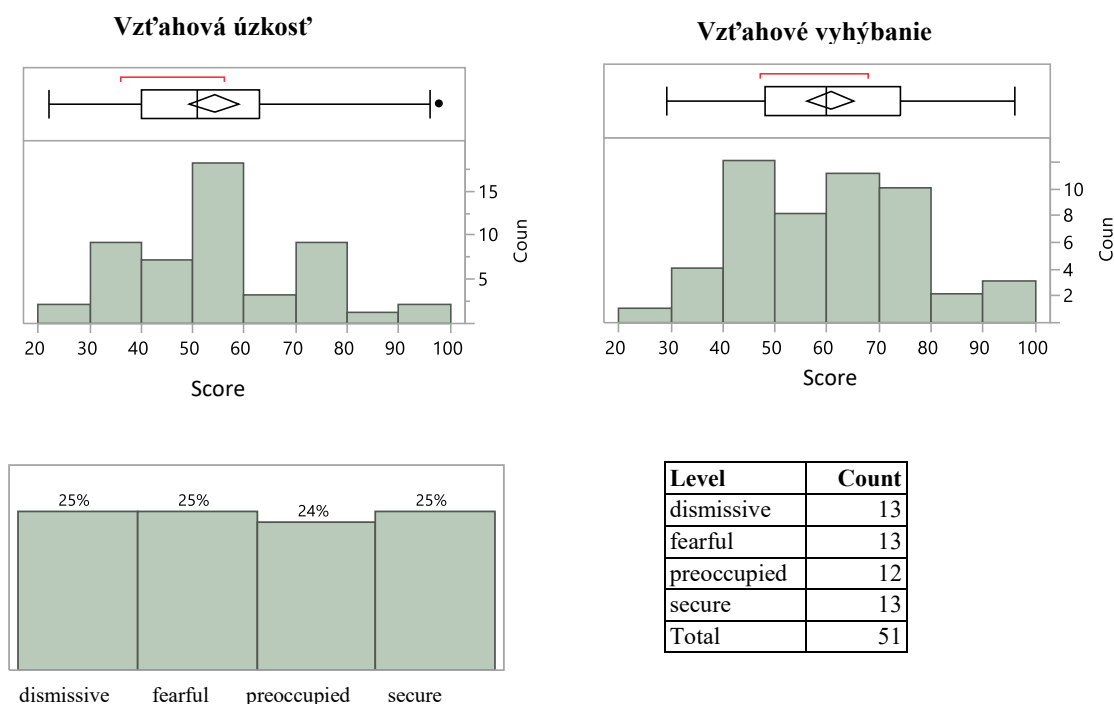
Summary Statistics Úzkosť		Summary Statistics Vyhýbanie	
Mean	54,22	Mean	60,69
Std Dev	17,01	Std Dev	16,21
Median	51	Median	60
Max	98	Max	96
Min	22	Min	29
N	51	N	51
Shapiro-Wilk W Test		Shapiro-Wilk W Test	
W	Prob<W	W	Prob<W
0,9661	0,1520	0,9797	0,5278

Note: Ho = The data is from the Normal distribution. Small p-values reject Ho.

Shapiro-Wilkov test distribúcie dát potvrdil normálne rozdelenie, v nasledujúcej štatistickej analýze tak u premenných vzťahová úzkosť a vzťahové vyhýbanie môžu byť použité parametrické metódy. Vnútorná konzistencia dotazníku ECR bola u nášho súboru $\alpha=0,798$ a je teda bližšia hodnotám Lečbycha a Pospíšilíkovej (2012), no nižšia než hodnoty Seitla a kol. (2016).

V našej výskumnej vzorke je zastúpenie štyroch typov citovej väzby v dospelosti veľmi vyrovnané. Ako bolo zmienené v teoretickej časti práce, choroba či traumatická udalosť mobilizujú väzbový systém, pričom v súvislosti so spôsobom zvládania nemoci je najvhodnejšia bezpečná väzba. Vzťah citovej väzby v dospelosti k ďalším premenným bude skúmaný v ďalšej časti práce.

Graf 5: Popis dát – vzťahová väzba meraná dotazníkom ECR – dosiahnuté skóre



Bola prevedená položková analýza (Príloha 8) oboch škál vzťahovej väzby v dospelosti. Na škále úzkosti mala najvyššiu priemernú hodnotu položka 32 „Jsem zklamaný/á, pokud můj partner/ka není dostupný/á, když jej/ji potřebuji“ ($M=4,47$). U škály vyhýbania sa jednalo o reverznú položku 29 „Cítím se dobře, když jsem závislý/á na druhých“ ($M=5,61$). Časté sklamanie z neprítomnosti blízkej osoby v prípade núdze môže u nášho súboru reflektovať izoláciu a potrebu blízkosti partnera/partnerky behom hospitalizácie. Averzia k závislosti na druhých u ľudí s vysokou vzťahovou vyhýbavosťou môže mať negatívny vplyv na priebeh

liečby a rehabilitácie obzvlášť v prípade, že je alebo bude pacient odkázaný na určitý druh pomoci okolia.

9.1.6 Vnímanie zdravia (DŽS)

Z dotazníku životnej spokojnosti bola administrovaná iba škála Zdravie, ktorá posudzuje respondentovo subjektívne vnímanie spokojnosti so svojim zdravím v momente vyšetrenia. Túto škálu vyplnilo 49 (z 52) pacientov, priemerná hodnota aj medián (v staninoch) bola 4, minimálna hodnota 1, maximálna 8 a smerodajná odchýlka 1,62.

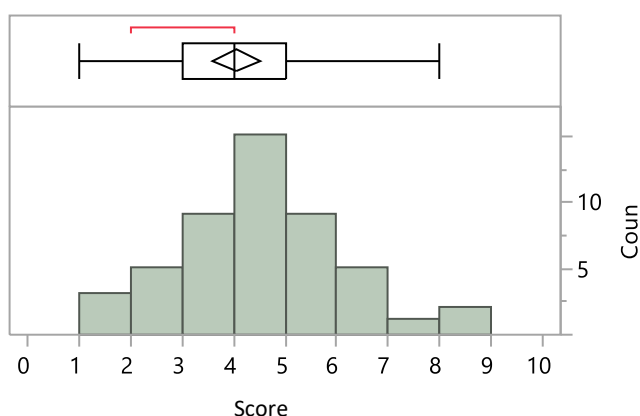
Tabuľka 7: Popis dát – vnímanie zdravia merané dotazníkom DŽS

Summary Statistics (v staninoch)	
Mean	4,04
Std Dev	1,61
Max	8
Min	1
N	49
Skewness	1,35
Kurtosis	1,87
Shapiro-Wilk W Test	
W	Prob<W
0,9522	0,0455

Note: Ho = The data is from the Normal distribution. Small p-values reject Ho.

Rozloženie dát sa podľa výsledku Shapiro-Wilkovho testu blíži normálnemu a po zaokrúhlení by mohlo byť považované za normálne.

Graf 6: Popis dát – vnímanie zdravia merané dotazníkom DŽS – dosiahnuté skóre (v staninoch)



Najväčšia časť pacientov v našej výskumnej vzorke spadala podľa výsledkov do rozmedzia hodnôt priemerne dosiahnutých u väčšinovej populácie. Je však treba brať v úvahu, že

premenná vnímanie zdravia môže byť veľmi náchylná na zmeny v priebehu hospitalizácie (v závislosti na úspešnosti liečby, hojení rán, funkčných limitáciách, prípadných komplikáciách) apod. a je treba ju chápať ako subjektívne hodnotenie v memento vyšetrovania – v našom prípade krátko pred ukončením hospitalizácie.

9.2 Výsledky dát pre hypotézy a výskumné otázky

V prvej časti tejto kapitoly bude popísaná konfirmačná štatistika, ktorá sa týka testovania vopred formulovaných hypotéz. V druhej časti bude predstavená exploračná štatistika, ktorej cieľom je hlbšie porozumenie dátam v súvislosti so stanovenými výskumnými otázkami. Naše hypotézy sa až na H5 týkajú vzťahu medzi jednou „závisle premennou“ (vnímanie zdravia merané škálou Zdravie dotazníku DŽS) a aspoň dvoma „nezávislými“ premennými – prediktormi (5 rysov osobnosti, 2 škály ECR, apod.), bola preto použitá viacnásobná regresná analýza berúca v úvahu štruktúru vzájomných vzťahov viacerých prediktorov.

H1: Model osobnosti NEO-FFI predikuje vnímanie zdravia

Model osobnosti NEO-FFI obsahuje 5 premenných - prediktorov, z ktorého každý v nejakej miere koreluje so závisle premennou, tzn. vnímaním zdraviameraným dotazníkom DŽS (jednotlivé korelácie budú popísané u VO7). Nás však zaujímala predikcia na základe kombinácie týchto prediktorov. Na rozdiel od korelácie, ktorá nerozlišuje premenné na závislé a nezávislé, u regresie je možné rozlíšiť, ktorá premenná závisí na ktorej. Z výsledkov viacnásobnej regresnej analýzy (Tabuľka 8) je vidieť, že z piatich škál päťfaktorového modelu osobnosti má štatisticky významnú prediktívnu schopnosť v prítomnosti ďalších premenných len premenná Neuroticizmus.

Tabuľka 8: Viacnásobná regresná analýza premenných NEO-FFI ako prediktorov vnímania zdravia

Whole Model: Summary of Fit

RSquare	0,468
RSquareAdj	0,407
RootMean Square Error	1,247
Meanof Response	4,040
Observations (or Sum Wgts)	49

ParameterEstimates

Term	Estimate	StdError	t Ratio	Prob> t
Big5 Neuroticizmus HS	-0,106	0,022	-4,83	<,0001**
Big5 Extraverzia HS	-0,013	0,024	-0,53	0,6000
Big5 Otvorenosť HS	0,022	0,023	0,95	0,3457
Big5 Prívetivosť HS	-0,045	0,031	-1,46	0,1522
Big5 Svedomitosť HS	0,039	0,022	1,74	0,0891

** označené korelácie sú signifikantné na $p < 0,01$

Zistili sme, že premenná Neuriticizmus v našom výskumnom súbore predikovala vnímanie zdravia (detailnejší popis tejto zápornej korelácie bude zmienený u VO7), čo sa ale nedá povedať o celkom modeli NEO-FFI. Alternatívnu hypotézu H1 teda na zvolenej hladine významnosti $\alpha=0,05$ zamietame. V kapitole 3.4.1 bolo poznamenané, že miera neuroticizmu súvisí s hodnotením zdravotného stavu (Costa & McCrae, 1985), čo sa preukázalo aj v našej výskumnej vzorke.

H2: Vzťahová úzkosť a vyhýbanie predikuje vnímanie zdravia

Model vzťahovej väzby v dospelosti, ktorého prediktívnu schopnosť sme overovali, obsahuje dve premenné – vzťahovú úzkosť a vzťahové vyhýbanie.

Tabuľka 9: Viacnásobná regresná analýza premenných ECR ako prediktorov vnímania zdravia

Whole Model: Summary of Fit

RSquare	0,074
RSquareAdj	0,034
RootMean Square Error	1,591
Meanof Response	4,040
Observations (or Sum Wgts)	49

Parameter Estimates

Term	Estimate	StdError	t Ratio	Prob> t
ECR vyhýbanie HS	-0,011	0,014	-0,81	0,4197
ECR úzkosť HS	-0,024	0,013	-1,82	0,0751

Multiregresná analýza (Tabuľka 9) ukázala, že premenná vyhýbanie, ani premenná úzkosť nemali u našej výskumnej vzorky štatisticky významnú schopnosť predikovať premennú vnímanie zdravia. Alternatívnu hypotézu H2, ktorá túto schopnosť predpokladá, teda na hladine významnosti $\alpha=0,05$ zamietame.

H3: Klinické a sociodemografické parametre predikujú vnímanie zdravia

Z klinických parametrov bol do viacnásobnej regresnej analýzy zaradený rozsah popálenín (v percentách) a dĺžka hospitalizácie v deň vyšetrenia (v dňoch), zo sociálne demografických údajov vek (v rokoch) a dĺžka vzdelania (v rokoch).

Tabuľka 10: Viacnásobná regresná analýza klinických a sociodemografických parametrov ako prediktorov vnímania zdravia

Whole Model: Summary of Fit

RSquare	0,059
RSquareAdj	-0,026
RootMean Square Error	1,640
Meanof Response	4,041
Observations (or Sum Wgts)	49

ParameterEstimates

Term	Estimate	StdError	t Ratio	Prob> t
Vek (roky)	0,016	0,016	1,00	0,3213
Dĺžka vzdelania (roky)	0,115	0,101	1,14	0,2611
Rozsah popálenín (%)	0,0004	0,017	0,02	0,9808
Dĺžka hospitalizácie (dni)	0,002	0,006	0,32	0,7501

Tento model sa za zvolenej hladiny významnosti $\alpha = 0,05$ nepreukázal ako prediktívny voči vnímaniu zdravia, ani jedna z premenných nemala štatisticky významnú prediktívnu schopnosť (Tabuľka 10). Alternatívna hypotéza H3 bola teda zamietnutá.

H4: Úzkosť predikuje vnímanie zdravia

Subjektívne vnímaná úzkosť bola u našej výskumnej vzorky posudzovaná dvoma dotazníkmi – BAI a GAD-7 (generalizovaná úzkosť). Obe premenné boli súčasťou mnohonásobnej regresie (Tabuľka 11) s cieľom zistiť ich vzťah k nášmu kritériu – vnímaniu zdravia. Štatistická analýza nepreukázala schopnosť predikovať premennú vnímanie zdravia, a preto bola alternatívna hypotéza H4 na zvolenej hladine významnosti $\alpha = 0,05$ zamietnutá.

Tabuľka 11: Viacnásobná regresná analýza premenných úzkosti ako prediktorov vnímania zdravia

Whole Model: Summary of Fit

RSquare	0,2818
RSquareAdj	0,251
RootMean Square Error	1,402
Meanof Response	4,041
Observations (or Sum Wgts)	49

ParameterEstimates

Term	Estimate	StdError	t Ratio	Prob> t
Gad 7	-0,124	0,084	-1,47	0,1493
BAI	-0,089	0,051	-1,74	0,0879

H5: Depresia predikuje vnímanie zdravia

Na základe poznatkov z teoretickej časti práce bola regresná analýza (jednoduchá) zvolená aj u premennej depresia (meraná dotazníkom BDI-II), s cieľom potvrdiť, že pomocou nej je možné predikovať premennú vnímanie zdravia. Výsledok analýzy (Tabuľka 12) potvrdil jej štatisticky významnú prediktívnu funkciu ($p = 0,0003$). Hypotézu H5 ponechávame v platnosti.

Tabuľka 12: Regresná analýza premennej depresia ako prediktoru vnímania zdravia (DŽS)

Whole Model: Summary of Fit

RSquare	0,248
RSquareAdj	0,232
RootMean Square Error	1,419
Meanof Response	4,04
Observations (or Sum Wgts)	49

Parameter Estimates

Term	Estimate	StdError	t Ratio	Prob> t
BDI-II HS	-0,143	0,0364	-3,94	0,0003**

** označené korelácie sú signifikantné na $p < 0,01$

Koeficient determinácie ($R^2=0,23$)⁴² vyjadruje, že cca 23% variancie premennej vnímanie zdravia je možné vysvetliť varianciou premennej depresia. Vzťah medzi depresiou a vnímaním zdravia je záporný, tzn. čím vyššia je hodnota premennej depresia, tým nižšia je hodnota premennej vnímanie zdravia.

Výskumné otázky (VO)

V rámci popisnej štatistiky boli popísané charakteristiky dát nazhromaždených použitím rôznych metód. Okrem klinických a sociálne demografických parametrov predstavujú samostatné premenné aj rôzne subškály jednotlivých dotazníkov, takže počet premenných v našom výskume je vysoký. Nasledujúce výskumné otázky si kladú za cieľ porozumieť vzťahom medzi jednotlivými premennými.

VO1: Čo predikuje aktuálne prežívanie úzkosti a depresie?

Na skúmanie vzťahu medzi rôznymi premennými a „závislou“ premennou úzkosť (samostatne pre BAI a pre GAD-7), resp. depresia (BDI-II) bola použitá Stepwise metóda lineárnej regresie. Medzi „nezávislé“ premenné boli zaradené klinické a sociálne demografické parametre a päť osobnostných rysov meraných pomocou NEO-FFI (Tabuľka 13).

⁴² Adjustovaný koeficient determinácie je konzervatívnejší a spoľahlivejší pre zovšeobecňovanie.

Tabuľka 13: Regresná analýza premenných predikujúcich úzkosť (BAI)

Lock	Entered	Parameter	Estimate	nDF	SS	"F Ratio"	"Prob>F"
☐	☐	Pohlavie {m-f}	0	1	66,62	1,823	0,18352
☐	☐	Vek	0	1	6,58	0,174	0,67845
☐	☐	Počet rokov vzdelania	0	1	0,10	0,003	0,95906
☐	☒	Zamestnanosť {A-N}	-2,15	1	203,25	5,467	0,02369*
☐	☐	Soc. status {s niekým-sám}	0	1	6,45	0,170	0,68177
☐	☐	Rozsah popálenín (%)	0	1	3,25	0,086	0,77113
☐	☐	Dĺžka hospitalizácie (dny)	0	1	5,42	0,143	0,70692
☐	☐	ECR vyhýbanie HS	0	1	4,54	0,120	0,73085
☐	☒	ECR úzkosť HS	0,11	1	158,13	4,253	0,04474*
☐	☐	Big5 Neuroticizmus HS	0	1	20,08	0,535	0,46839
☐	☐	Big5 Extraverzia HS	0	1	1,77	0,047	0,83001
☐	☐	Big5 Otvorenosť HS	0	1	54,03	1,468	0,23191
☐	☐	Big5 Prívetivosť HS	0	1	7,38	0,195	0,66077
☐	☐	Big5 Svedomitosť HS	0	1	3,463	0,091	0,76405

* označené korelácie sú signifikantné na $p < 0,05$

Analýza ukázala, že štatisticky významnú schopnosť predikovať premennú úzkosť meranú škálou BAI majú premenné zamestnanosť ($F=5,49$; $p=0,024$) a subškála úzkosť citovej väzby v dospelosti ($F=4,25$; $p=0,045$).

Rovnakým spôsobom prebehla analýza predikcie generalizovanej úzkosti meranej pomocou GAD, kde sa ako štatisticky významný (aj na hladine významnosti $\alpha=0,01$) prediktor ukázala premenná neuroticizmus meraná dotazníkom NEO-FFI ($F=15,75$; $p=0,0002$).

Neuroticizmus vyšiel ako jediný štatisticky významný prediktor aj v analýze u premennej depresie meranej pomocou BDI-II ($F=18,4$; $p=0,0001$).

VO2: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami NEO-FFI a vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním?

Na zistenie vzťahu (miery korelácie) medzi premennými neuroticizmus, extravergia, otvorenosť voči skúsenosti, prívetivosť a premennými vzťahová úzkosť a vzťahová vyhýbavosť bola použitá bivariačná štatistika, mieru tesnosti vzťahu vyjadruje Pearsonov korelačný koeficient.

Tabuľka 14: Korelácia osobnostných vlastností NEO-FFI so vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním

Variable	by Variable	Correlation	N	p
ECR_vyhýbavost_HS	Big5 Neuroticismus HS	0,2169	50	0,1302
ECR_vyhýbavost_HS	Big5 Extraverze HS	-0,4085	50	0,0032**
ECR_vyhýbavost_HS	Big5 Otevřenost HS	-0,2185	50	0,1274
ECR_vyhýbavost_HS	Big5 Přívětivost HS	-0,3358	50	0,0171*
ECR_vyhýbavost_HS	Big5 Svědomitost HS	-0,2839	50	0,0457*
ECR_úzkostnost_HS	Big5 Neuroticismus HS	0,4717	50	0,0005**
ECR_úzkostnost_HS	Big5 Extraverze HS	0,0156	50	0,9144
ECR_úzkostnost_HS	Big5 Otevřenost HS	-0,0140	50	0,9230
ECR_úzkostnost_HS	Big5 Přívětivost HS	-0,1702	50	0,2374
ECR_úzkostnost_HS	Big5 Svědomitost HS	-0,0114	50	0,9375

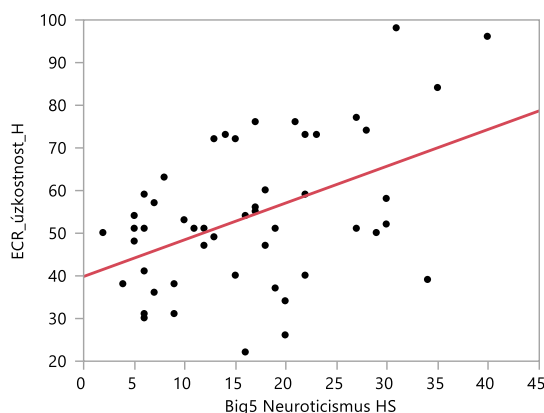
* označené korelácie sú signifikantné na $p < 0,05$

** označené korelácie sú signifikantné na $p < 0,01$

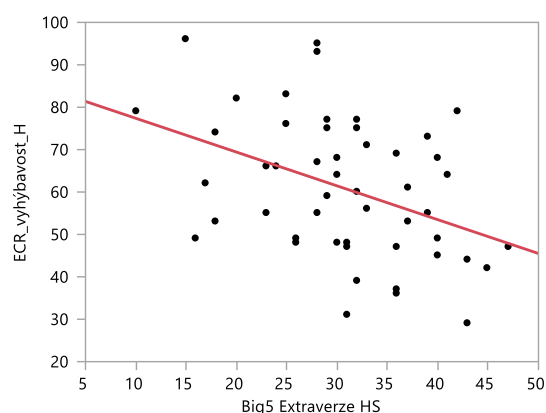
Z výsledkov je zrejmé, že viaceré premenné modelov ECR a NEO-FFI spolu súvisia. Vzťahová úzkosť v našom výskumnom súbore vysoko koreluje s neuroticizmom ($r=0,47$; $p=0,0005$), čo súhlasí so zisteniami prezentovanými v teoretickej časti práce. V našej vzorke sa takisto potvrdila záporná korelácia vzťahového vyhýbania a prívetivosti ($r=-0,34$; $p=0,0171$). Negatívny korelačný koeficient poukazuje na nepriamu úmeru – čím vyššia je hodnota premennej vzťahové vyhýbanie, tým nižšia je hodnota premennej prívetivosť. Vysoká záporná korelácia bola zistená aj u vyhýbania a extravenzie ($r=-0,41$; $p=0,0032$) a tiež medzi vyhýbaním a svedomitosťou ($r=-0,28$; $p=0,0457$).

Pre lepšiu ilustráciu zistených štatisticky významných korelácií medzi jednotlivými premennými prikľadáme aj grafy.

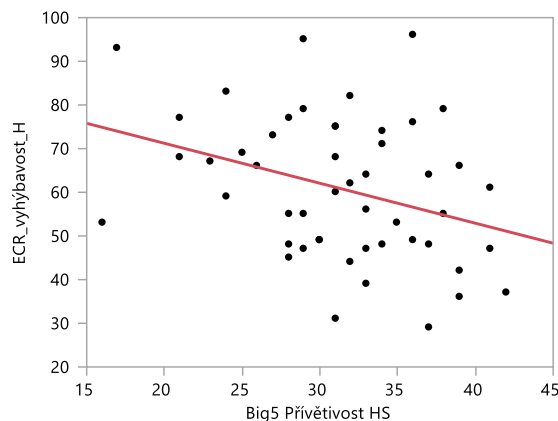
Graf 7: Korelácia vzťahovej úzkosti a neuroticizmu



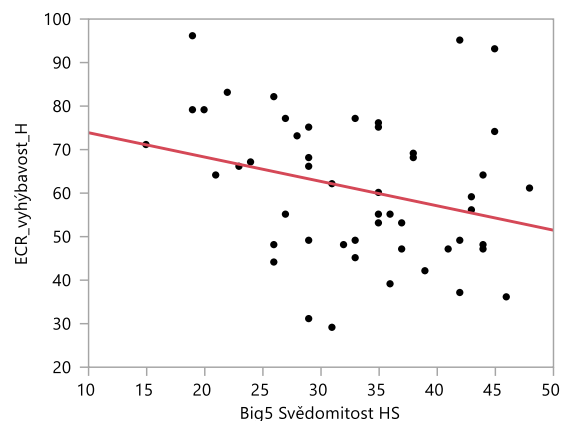
Graf 8: Korelácia vzťahového vyhýbania a extravenzie



Graf 9: Korelácia vzťahového vyhýbania a prívetivosti



Graf 10: Korelácia vzťahového vyhýbania a svedomitosti



VO3: Existuje vzťah medzi úzkosťou a vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním?

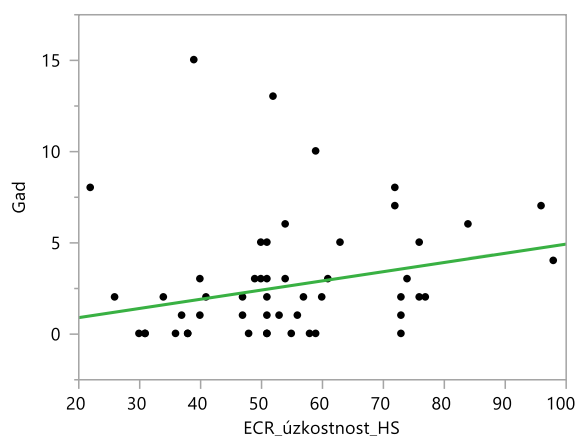
Na preskúmanie vzťahu medzi úzkosťou, resp. generalizovanou úzkosťou (meranou sebaopisovacia škálou BAI, resp. GAD-7) a vzťahovou úzkosťou či vyhýbaním (ECR) bol použitý Spearmanov korelačný koeficient (Tabuľka 15). Výsledky ukazujú, že v našom súbore existuje pozitívna korelácia medzi vzťahovou úzkosťou a generalizovanou úzkosťou ($r=0,32$; $p=0,0224$). Výsledky sú znázornené aj formou grafu (Graf 11).

Tabuľka 15: Korelácia úzkosti meranej pomocou BAI, GAD-7 so vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním

Variable	by Variable	Spearman ρ	N	p
Gad 7	ECR_vyhýbavost_HS	0,1989	51	0,1617
Gad 7	ECR_úzkostnost_HS	0,3193	51	0,0224*
BAI HS	ECR_vyhýbavost_HS	0,0024	51	0,9869
BAI HS	ECR_úzkostnost_HS	0,2204	51	0,1202

* označené korelácie sú signifikantné na $p<0,05$

Graf 11: Korelácia vzťahovej úzkosti a generalizovanej úzkosti



VO4: Existuje vzťah medzi depresiou a vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním?

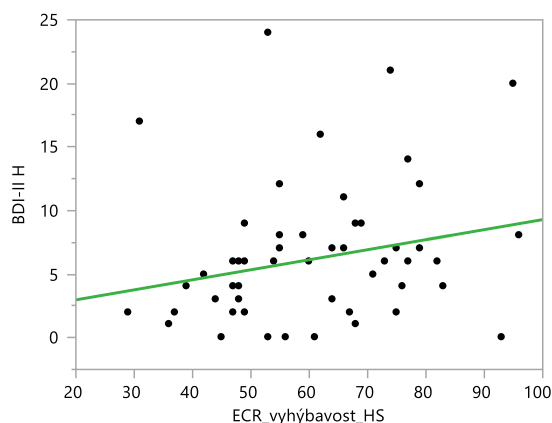
Spearmanov korelačný koeficient bol zvolený aj pri zisťovaní vzťahu medzi depresívnou symptomatikou a vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním. Z Tabuľky 16 je zrejmé, že v prípade našej výskumnej vzorky bola zistená štatisticky významná korelácia medzi depresiou meranou dotazníkom BDI-II a vzťahovým vyhýbaním meraným pomocou ECR ($r=0,29$; $p=0,0383$). Vzťah medzi týmito premennými je znázornený aj graficky (Graf 12).

Tabuľka 16: Korelácia depresie meranej pomocou BDI-II so vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním

Variable	by Variable	Spearman ρ	N	p
BDI-II HS	ECR vyhýbavosť HS	0,2909	51	0,0383*
BDI-II HS	ECR úzkosťnosť HS	0,1006	51	0,4825

* označené korelácie sú signifikantné na $p<0,05$

Graf 12: Korelácia vzťahového vyhýbania a depresie



VO5: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami NEO-FFI a úzkosťou?

V náväznosti na charakteristiku osobnostných rysov päťfaktorového modelu osobnosti v kapitole 3.4 je otázka, či tieto premenné u pacientov po popáleninovom úraze súvisia s aktuálnym prežívaním úzkosti na mieste. Predovšetkým neuroticizmus je dobre zmapovaný s súvislosťou so zdravotnými výsledkami u rôznych ochorení. Jedinci skórujúci vysoko v neuroticizme udávajú napríklad vyšší počet príznakov PTSD (Fauerbach et al., 2000a), ktorá patrí medzi úzkostné poruchy.

Tabuľka 17 zhrňuje výsledky štatistickej analýzy, pričom štatisticky signifikantná korelácia bola zistená u generalizovanej úzkosti (GAD-7) a neuroticizmu (NEO-FFI) ($r=0,42$; $p=0,00027$).

Tabuľka 17: Korelácia osobnostných rysov NEO-FFI s úzkosťou (BAI, GAD-7)

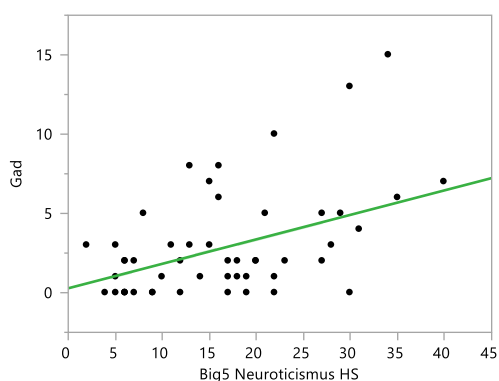
Variable	by Variable	Spearman ρ	N	p
BAI HS	Big5 Neuroticismus HS	0,2507	50	0,0791
BAI HS	Big5 Extraverze HS	0,0035	50	0,9806
BAI HS	Big5 Otevřenost HS	-0,1777	50	0,2170
BAI HS	Big5 Přívětivost HS	0,0120	50	0,9341
BAI HS	Big5 Svědomitost HS	-0,1158	50	0,4231
Gad 7	Big5 Neuroticismus HS	0,4160	50	0,0027**
Gad 7	Big5 Extraverze HS	-0,1146	50	0,4281
Gad 7	Big5 Otevřenost HS	-0,0525	50	0,7171
Gad 7	Big5 Přívětivost HS	-0,3607	50	0,0101*
Gad 7	Big5 Svědomitost HS	-0,1383	50	0,3381

* označené korelácie sú signifikantné na $p<0,05$

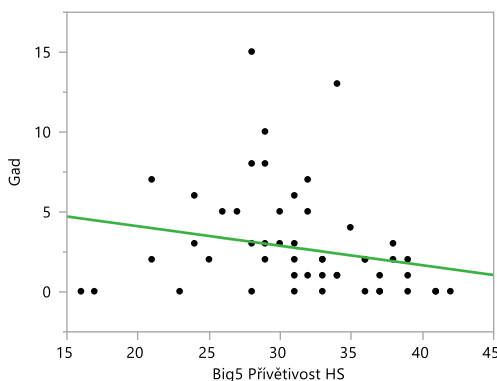
** označené korelácie sú signifikantné na $p<0,01$

Vysoká negatívna korelácia bola zistená medzi premennými generalizovaná úzkosť a prívetivosť ($r=-0,36$; $p=0,0101$). Čím nižšie bolo dosiahnuté skóre v prívetivosti, tým vyššia bola hodnota úzkosti. Jedinci s nízkou prívetivosťou majú sklon nedôverovať druhým, neočakávajú od druhých pomoc (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Táto neistota v interpersonálnej sfére môže prechádzať do obcejšej úzkostnosti, ako tomu nasvedčujú naše výsledky.

Graf 13: Korelácia neuroticizmu a úzkosti (GAD-7)



Graf 14: Korelácia prívetivosti a úzkosti (GAD-7)



VO6: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami NEO-FFI a depresiou?

Podobne ako u aktuálneho prežívania úzkosti (BAI), Beckova sebakposudzovacia škála depresie BDI-II skúma prítomnosť a závažnosť depresie ako aktuálneho stavu (posledných 14 dní). To, či depresia u pacientov v našom súbore súvisí s osobnostnými vlastnosťami modelu NEO-FFI, sme zisťovali koreláciou (Spearmanov korelačný koeficient). Rovnako ako u úzkosti (meranej pomocou GAD-7), s depresiou vysoko koreloval neuroticizmus ($r=0,41$; $p=0,0033$).

Tabuľka 18: Korelácia osobnostných rysov NEO-FFI s depresiou

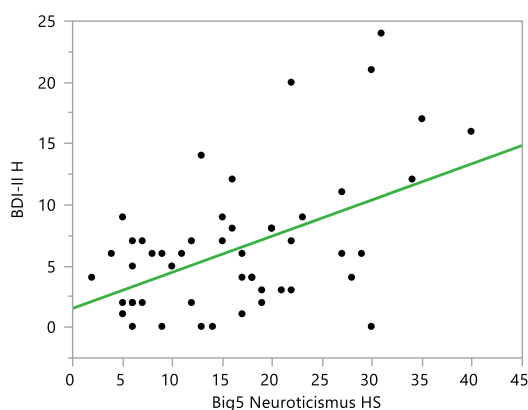
Variable	by Variable	Spearman ρ	N	p
BDI-II HS	Big5 Neuroticismus HS	0,4080	49	0,0033**
BDI-II HS	Big5 Extraverze HS	-0,3233	49	0,0220*
BDI-II HS	Big5 Otevřenost HS	-0,1927	49	0,1800
BDI-II HS	Big5 Přívětivost HS	-0,1482	49	0,3045
BDI-II HS	Big5 Svědomitost HS	-0,1847	49	0,1990

* označené korelácie sú signifikantné na $p<0,05$

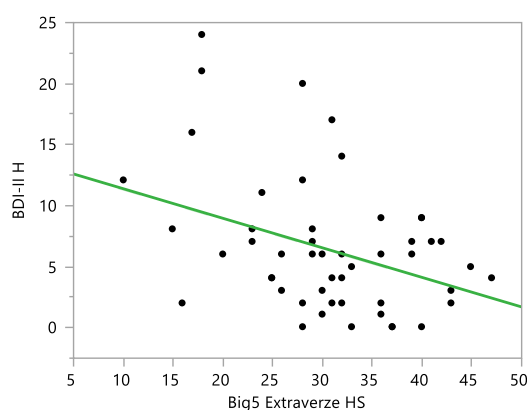
** označené korelácie sú signifikantné na $p<0,01$

Štatisticky významná korelácia sa ukázala aj medzi depresiou a extraverciou ($r=-0,32$; $p=0,0220$), v tomto prípade mala negatívny charakter, tzn. čím nižšia bola hodnota premennej extravenzie, tým vyššia bola hodnota premennej depresie (Graf 16).

Graf 15: Korelácia neuroticizmu a depresie



Graf 16: Korelácia extravenzie a depresie



VO7: Existuje vzťah medzi osobnostnými vlastnosťami a vnímaním zdravia?

U korelácie piatich premenných osobnostných rysov NEO-FFI a premennej vnímanie zdravia (meranej škálou Zdravie dotazníku DŽS) bola využitá metóda „pairwise“, ktoré nevylučuje z analýzy objekty, u ktorých nie sú známe obe hodnoty premenných. Z Tabuľky 19 zhrňujúcej

naše zistenia je vidieť, že v našej výskumnej vzorke s aktuálnym vnímaním zdravia štatisticky významne súvisia tri osobnostné premenné – neuroticizmus, extravézia a svedomitosť.

Tabuľka 19: Korelácia osobnostných rysov NEO-FFI s vnímaním zdravia

Variable	by Variable	Correlation	N	p
DŽS ZDR (v steninech)	Big5 Neuroticismus HS	-0,6259	49	<0,0001* *
DŽS ZDR (v steninech)	Big5 Extraverze HS	0,2858	49	0,0465*
DŽS ZDR (v steninech)	Big5 Otevřenost HS	0,1925	49	0,1851
DŽS ZDR (v steninech)	Big5 Přívětivost HS	-0,0118	49	0,9358
DŽS ZDR (v steninech)	Big5 Svědomitost HS	0,3663	49	0,0096* *

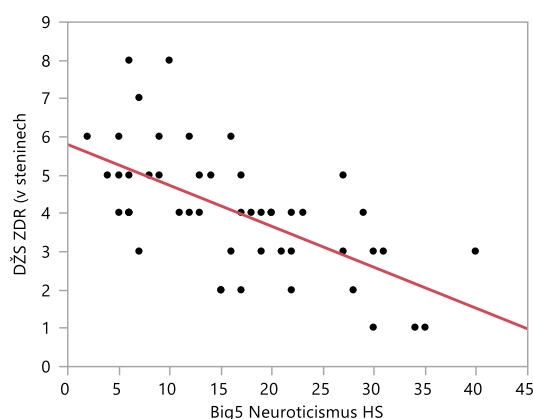
* označené korelácie sú signifikantné na $p < 0,05$

* * označené korelácie sú signifikantné na $p < 0,01$

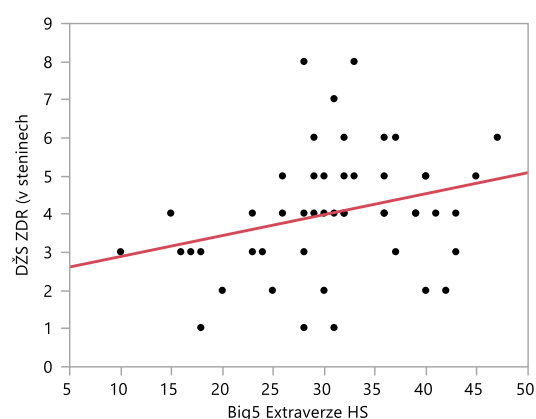
Štatisticky signifikantná záporná korelácia (Graf 17) vnímaného zdravia a neuroticizmu súhlasí s ďalšími našimi výsledkami – so zápornou koreláciou neuroticizmu súžnosťou (GAD-7) i depresiou (BDI-II) a tiež s poznatkom, že miera neuroticizmu (súčasne s objektívnou prítomnosťou zdravotnej ťažkosti – v našom prípade popáleninovej traumy) súvisí s hodnotením zdravotného stavu (Costa & McCrae, 1985). U hypotézy H1 sme overovali prediktívny charakter modelu NEO-FFI pre vnímanie zdravia, pričom to bola jedine premenná neuroticizmus, ktorá vyšla ako štatisticky významný prediktor.

Významný pozitívny vzťah so subjektívnym hodnotením zdravia mala ďalej svedomitosť (Graf 19) a extravézia (Graf 18).

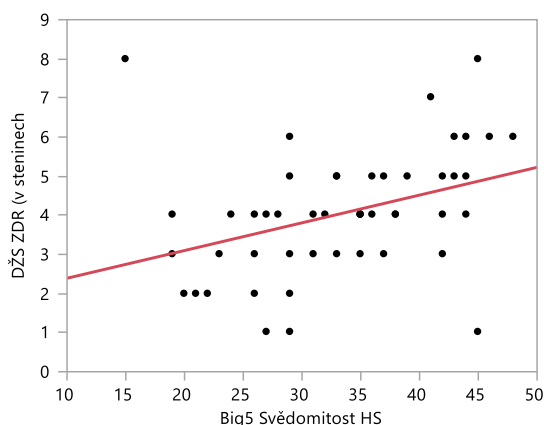
Graf 17: Korelácia neuroticizmu a vnímania zdravia



Graf 18: Korelácia extravézie a vnímania zdravia



Graf 19: Korelácia svedomitosti a vnímania zdravia



VO8: Súvisí úzkosť s klinickými parametrami (rozsah popálenín a dĺžka hospitalizácie)?

Zaujímalo nás, či u nášho súboru existuje vzťah medzi úzkosťou (meranou ako BAI tak i GAD-7) a klinickými parametrami ako je rozsah popálenín (% TBSA) a doba hospitalizácie (v dňoch). Analýza (Tabuľka 20) nepreukázala štatisticky významný vzťah medzi týmito premennými.

Tabuľka 20: Korelácia úzkosti (BAI, GAD-7) s klinickými parametrami

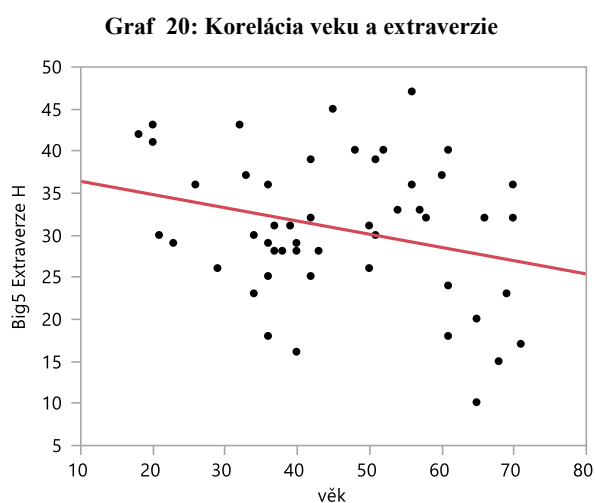
Variable	by Variable	Spearman ρ	N	p
Gad 7	Rozsah popálenín (%)	-0,05	51	0,7397
Gad 7	Dĺžka hospitalizácie (dni)	0,16	51	0,2489
BAI HS	Rozsah popálenín (%)	-0,11	52	0,4552
BAI HS	Dĺžka hospitalizácie (dni)	0,18	52	0,1939

VO9: Súvisia osobnostné vlastnosti NEO-FFI, vzťahová úzkosť a vyhýbavosť, úzkosť a depresia so sociodemografickými premennými (vek, pohlavie, dĺžka vzdelania, sociálny status, práca)?

Posledná výskumná otázka reflektuje náš záujem zistiť, či existuje vzťah medzi premennými meranými dotazníkmi, ktoré sme v našom výskume použili, a sociálne demografickými premennými nášho súboru.

Podľa typu premennej boli použité vhodné štatistické metódy. Pri skúmaní vzťahu veku s premennými meranými vyššie uvedenými dotazníkmi NEO-FFI, ECR, BAI, GAD-7 a BDI-II sa v korelácii (Pearsonov korelačný koeficient) ukázala štatisticky významná súvislosť len

u premennej NEO-FFI extraverzia ($r=-0,28$; $p=0,0490$), pričom tento vzťah bol záporný (Graf 20).



Pre porovnanie výsledkov v dotazníkoch u dvoch výberov zo vzorku (muž/žena, pracuje/nepracuje, žije sám/s niekým) bol použitý nepárový t -test alebo jeho neparametrický variant pre jeden výber – Wilkoxonov test.

Vo vzťahu k pohlaví sa v štatistickej analýze pomocou t -testu vyskytla štatisticky významná súvislosť u premennej prívetivosť meranej príslušnou škálou NEO-FFI, pričom $t(34,9)=-2,37$, $p=0,0234$. Muži dosahovali v priemere o zhruba 4 body menej ($M=30,12$) než ženy ($M=34,0$). Ďalšou premennou, ktorej hodnoty sa štatisticky významne líšili podľa pohlavia bola úzkosť meraná Beckovou škálou úzkosti BAI (Tabuľka 21). Ženy referovali vyššiu prítomnosť (a/alebo závažnosť) úzkostných príznakov než muži.

Tabuľka 21: Analýza úzkosti (BAI) podľa pohlavia

Level	Number	Mean	Std Dev	Std Err Mean	Lower 95%	Upper 95%
F	18	9,28	7,68	1,81	5,46	13,1
M	34	5,47	5,59	0,96	3,52	7,42

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

1-way Test, ChiSquare Approximation

ChiSquare	DF	Prob>ChiSq
3,99	1	0,0458*

* na hladine významnosti $p<0,05$

Štatistický signifikantný rozdiel medzi mužmi a ženami bol aj u premennej depresia, ktorú merala škála BDI-II. Vyššie skóre, rovnako ako pri úzkosti, dosahovali ženy (Tabuľka 22).

Tabuľka 22: Analýza depresie (BDI-II) podľa pohlavia

Level	Number	Mean	Std Dev	Std Err Mean	Lower 95%	Upper 95%
F	17	9,35	6,63	1,60	5,94	12,76
M	34	5,15	4,36	0,74	3,62	6,66

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

1-way Test, ChiSquare Approximation

ChiSquare	DF	Prob>ChiSq
5,7039	1	0,0169*

* na hladine významnosti $p < 0,05$

Ďalším zistením v našom výskume bolo, že neuroticizmus štatisticky významne súvisel s tým, či jedinec pracuje alebo nie (Tabuľka 23). Miera neuroticizmu bola vyššia u ľudí bez práce.

Tabuľka 23: Analýza neuroticizmu (NEO-FFI) podľa zamestnanosti

Level	Number	Mean	Std Dev	Std Err Mean	Lower 95%	Upper 95%	t Ratio	2,937
Áno	33	13,81	8,42	1,46	10,83	16,80	DF	30,080
Nie	17	21,64	9,17	2,22	16,93	26,36	Prob > t	0,0063**

** na hladine významnosti $p < 0,01$

Premenná zamestnanosť súvisela aj s ďalším rysom osobnosti, a to s extraverziou (Tabuľka 24). Miera extravenzie bola vyššia u pracujúcich jedincov nášho súboru.

Tabuľka 24: Analýza extravenzie (NEO-FFI) podľa zamestnanosti

Level	Number	Mean	Std Dev	Std Err Mean	Lower 95%	Upper 95%	t Ratio	-2,35
Áno	33	32,82	7,32	1,27	30,22	35,41	DF	26,99
Nie	17	26,82	9,087	2,20	22,15	31,49	Prob > t	0,0261*

* na hladine významnosti $p < 0,05$

Štatisticky významne premenná zamestnanosť súvisela aj úzkosťou, a to meranou pomocou BAI i GAD-7 (Tabuľka 25, 26). V oboch prípadoch bola vyššia miera úzkosti u ľudí bez práce.

Tabuľka 25: Analýza úzkosti (BAI) podľa zamestnanosti

Level	Number	Mean	Std Dev	Std Err Mean	Lower 95%	Upper 95%
Áno	33	5,06	4,73	0,82	3,38	6,74
Nie	19	9,78	8,23	1,88	5,81	13,75

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

1-way Test, ChiSquare Approximation

ChiSquare	DF	Prob>ChiSq
4,08	1	0,0433*

* na hladine významnosti $p < 0,05$

Tabuľka 26: Analýza úzkosti (GAD-7) podľa zamestnanosti

Level	Number	Mean	Std Dev	Std Err Mean	Lower 95%	Upper 95%
Áno	33	2,33	3,04	0,53	1,25	3,41
Nie	18	4,16	3,68	0,87	2,34	5,99

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

1-way Test, ChiSquare Approximation

ChiSquare	DF	Prob>ChiSq
5,07	1	0,0244*

* na hladine významnosti $p < 0,05$

Ako signifikantný sa v našom súbore ukázal aj vzťah zamestnanosti s depresiou (Tabuľka 27). Jedinci bez práce skórovali vyššie u príznakov depresie v dotazníku BDI-II.

Tabuľka 27: Analýza depresie (BDI-II) podľa zamestnanosti

Level	Number	Mean	Std Dev	Std Err Mean	Lower 95%	Upper 95%
Ano	33	4,96	4,93	0,85	3,22	6,71
Nie	18	9,44	5,52	1,30	6,69	12,19

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

1-way Test, ChiSquare Approximation

ChiSquare	DF	Prob>ChiSq
9,59	1	0,0019*

** na hladine významnosti $p < 0,01$

Kategórie sociálneho statusu boli za účelom vyššej početnosti spojené do dvoch – žije sám/žije s niekým, no nepreukázal sa ich štatisticky významný vzťah k žiadnej z vybraných premenných.

10 Diskusia

Cieľom tejto práce bolo zistiť, čo predikuje vnímanie zdravia u pacientov s popáleninovým úrazom v čase krátko pred ich prepustením z akútnej fázy hospitalizácie. Na základe výstupov z dostupnej zahraničnej literatúry boli formulované hypotézy o predikcii vnímania zdravia osobnostnými vlastnosťami, vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním, klinickými a sociodemografickými parametrami, úzkosťou a depresiou. Ďalším cieľom bolo zistiť, čo predikuje aktuálne prežívanie úzkosti a depresie, ktorých symptómy sú u popáleninových pacientov popisované najčastejšie a ktoré ovplyvňujú priebeh liečby. Cieľom exploračnej časti práce bolo tiež zmapovať vzťahy medzi jednotlivými premennými. Na základe týchto výsledkov bola následne snaha vyvodiť klinické implikácie, eventuálne navrhnúť, na čo je možné sa zamerať v budúcich výskumoch.

S použitím Beckovej sebaopisovacej škály depresie (BDI-II) sme u pacientov zisťovali mieru depresie ako aktuálneho stavu. Veľká väčšina pacientov (88%) vykazovala minimálnu mieru depresívnej symptomatiky ($M=6,55$), pričom najvyššie priemerné skóre bolo dosiahnuté u položky „změny spánku“ ($M=0,96$), čo môže odzrkadľovať nepohodlie spôsobené poranením, ale aj možnú prítomnosť nočných mor, ktoré môžu byť príznakom rozvoja PTSD. Je dôležité pripomenúť, že symptómy depresie sa prekrývajú so somatickými problémami spôsobenými úrazom samotným (únava, ospalosť), čím je stanovenie skutočnej miery depresie u tejto skupiny pacientov ešte náročnejšie. Nízka miera strednej a ťažkej depresie v našom súbore (6%) je v súlade s výsledkami zahraničných štúdií, ktoré zistili trend prevalencie depresie

s časovým odstupom stúpať: 10-14 dní po úraze bola prevalencia vážnej depresívnej symptomatiky 2,2% (Tedstone & Tarrier, 1997) až 6,6% (Ptacek a kol., 2002), zatiaľ čo po 1-3 mesiacoch sa zvýšila na cca 13%.

Úzkosť ako aktuálny stav bola meraná dvoma metódami – BAI a GAD-7. V BAI bola priemerná hodnota $M=6,79$ (vs 2,5-2,8 u bežnej populácie podľa Leyfera a kol., 2006). Väčšina pacientov (68%) referovala minimálnu mieru úzkosti, zastúpené však boli aj ďalšie kategórie – mierna úzkosť (27%), stredná úzkosť (8%), vážna úzkosť (2%). Nízke priemerné skóre dosahovali pacienti aj na škále generalizovanej úzkosti GAD-7 ($M=2,98$), odpovedajúce hodnotám nižším než u pacientov bez GAD v pôvodnej štúdii. 26% pacientov dosiahlo vyššiu ako minimálnu úroveň úzkosti. Vážna úzkostná symptomatika behom hospitalizácie môže byť prediktorom neskoršieho rozvoja porúch, no v mnohých prípadoch môže odzrkadľovať priebeh aktuálnej liečby (hojenie rán, preväzy, operácie apod.). Je vhodné pripomenúť, že vysoká úroveň úzkosti môže prispievať k rozvoju psychiatrickej morbidity, takže prežívaná úzkosť môže predstavovať riziko pre rozvoj neskoršej psychopatológie.

Vnímanie zdravia, ktoré bolo kritériom v regresnej analýze, bolo posudzované škálou Zdravie dotazníku životnej spokojnosti DŽS. Najrozšírenejšie (73,08%) bolo zastúpenie hodnôt priemernej dosiahnutých aj u väčšiny populácie. Vnímanie zdravia je však potrebné interpretovať v súvislosti s fázou liečebného procesu, pretože môže ľahko podliehať zmenám vplyvom progresu hojenia rán či prípadných komplikácií, funkčných obmedzení apod. Z tohto dôvodu sa odporúča mapovať vnímanie zdravia pri prepustení z nemocnice (naš prípad) a následne v intervaloch niekoľkých mesiacov (najčastejšie 6, 12 a viac), ako aj u úzkosti a depresie.

Všetkých 5 hypotéz si kladlo sa cieľ zistiť, čo predikuje vnímanie zdravia. Hypotéza H1 testovala schopnosť modelu NEO-FFI predikovať vnímanie zdravia, tá sa však nepreukázala. V rámci multiregresie mala štatisticky významnú prediktívnu schopnosť len škála neuroticizmu, ktorej negatívnej korelácii s vnímaním zdravia sa budeme venovať neskôr. Model vzťahovej väzby v dospelosti (H2) obsahujúci 2 premenné – vzťahovú úzkosť a vzťahové vyhýbanie, takisto nevyšiel ako prediktívny. H3 testovala prediktívnu schopnosť klinických (rozsah popálenín a dĺžka hospitalizácie) a sociodemografických parametrov (vek, dĺžka vzdelania), ani tento model však nevyšiel ako prediktívny. H4 testovala ako prediktory vnímania zdravia premenné úzkosti meranej pomocou BAI a GAD-7, výsledok analýzy ani v tomto prípade nepreukázal významnú schopnosť predikcie. Štatisticky významnú prediktívnu

funkciu potvrdila analýza u Hypotézy H5, ktorá sa týkala depresie ako prediktora vnímania zdravia, pričom sa jedná o koreláciu zápornú, tzn. čím vyššie bola úroveň depresie, tým horšie bolo vnímanie zdravia. V teoretickej časti práce boli prezentované zistenia, že posttraumatický distress a poruchy spánku majú u pacientov po popáleninovej traume negatívny vplyv na kvalitu života (Fauerbach et al., 2000a) a práve v položke „zmeny spánku“ v Beckovom dotazníku depresivity dosahovali naši respondenti najvyššiu priemernú hodnotu. Naše zistenie o platnosti H5 je teda v súlade so zahraničnými poznatkami a navyše identifikuje depresiu ako prediktor vnímania zdravia.

V exploračnej časti štatistiky boli na základe stanovených výskumných otázok skúmané vzťahy medzi jednotlivými premennými. Analýza ukázala, že štatisticky významnú schopnosť predikovať úzkosť majú premenné zamestnanosť (pracuje/nepracuje) a subškála úzkosť citovej väzby v dospelosti (ECR). Práca predstavuje sociálne zázemie, finančné prostriedky a poskytuje pocit zmysluplnosti. Cieľ vrátiť sa po úraze do práce bol u popáleninových pacientov dôležitým faktorom v procese rehabilitácie (Xie et al., 2012). Vzťahová úzkosť je trvalejším rysom osobnosti a súvisí s obecnou úzkosťou, citlivosťou na zdravie, reguláciou stresu, v našej vzorke teda s aktuálne prežívanou úzkosťou meranou BAI. Štatisticky významným prediktorom generalizovanej úzkosti sa ukázal byť neuroticizmus. Tento výsledok odpovedá teoretickým podkladom, ktoré charakterizujú neuroticizmus tým, že sa týka prežívania negatívnych emócií ako je strach a sklúčenosť (Hřebíčková & Urbánek, 2001), ktoré sú aj hlavnými príznakmi generalizovanej úzkosti. Neuroticizmus predstavoval aj štatisticky významný prediktor depresie. Tieto zistenia podporujú teoretické poznatky prezentované v kapitole 3.4.1, a to že medzi charakteristiky neuroticizmu patrí sklon prežívať depresiu, smútok či zúfalstvo, sklon k obavám a strachu z toho, ako všetko dopadne či sklon k panike v stresových podmienkach (Říčan, 2010).

Pri skúmaní vzťahu premenných v modeli NEO-FFI a v modeli vzťahovej väzby v dospelosti sme zistili štatisticky významnú koreláciu medzi nasledujúcimi premennými: vzťahová úzkosť a neuroticizmus, vzťahové vyhýbanie a prívetivosť (záporná korelácia), vzťahové vyhýbanie a extravergia (záporná korelácia), vzťahové vyhýbanie a svedomitosť. Vzťahom medzi rysmi vzťahovej väzby v dospelosti a rysmi päťfaktorového modelu osobnosti sa zaoberalo viacero štúdií, ktoré zistili ich nízku až miernu koreláciu. Najčastejšie sa jednalo o koreláciu prvých dvoch párov vyššie uvedených rysov (Nofle & Shaver, 2006). Naše

výsledky sú teda v súlade s dostupnou literatúrou, ktorá sa zaoberá týmto vzťahom, dokonca sme zistili významnú koreláciu u viacerých rysov, než sa uvádza v iných štúdiách.

V exploračnej štatistike sme sa zamerali aj na vzťah medzi úzkosťou a vzťahovou úzkosťou, resp. vyhýbaním a zistili sme, že v našej výskumnej vzorke existovala pozitívna korelácia medzi generalizovanou úzkosťou a vzťahovou úzkosťou. Keďže príznaky pociťovanej trvalej úzkosti, ktoré zaznamenáva škála GAD-7, nie sú obmedzené na špecifický podnet, pochybnosti a nadmerné očakávania môžu prechádzať aj do oblasti blízkych vzťahov, a tak táto korelácia nie je natoľko prekvapivá. Naše výsledky sa zhodujú so zisteniami Picardiho a kol. (2005), ktorí štatisticky významnú koreláciu s úzkosťou zaznamenali takisto len u vzťahovej úzkosti, nie u vzťahovej vyhýbavosti. Tá naopak štatisticky signifikantne korelovala s depresiou. Vzťahová vyhýbavosť je považovaná za relatívne stabilnú osobnostnú charakteristiku, zatiaľ čo prítomnosť depresívnych príznakov zisťovaná pomocou BDI-II sa zameriava na posledných 14 dní vrátane dňa testovania. Keďže nízke vzťahové vyhýbanie je predpokladom istej väzby, vysoké vyhýbanie je považované za rizikové – u ľudí s neistým typom väzby je popisovaný vyšší výskyt depresí, horšia schopnosť emočnej regulácie či väčšia bezmocnosť v problémových podmienkach (Fonagy & Target, 2005). Naše zistenie je teda v súlade s relevantnými teoretickými poznatkami. Picardi a kol. (2005) taktiež popísali miernu koreláciu vzťahovej vyhýbavosti s depresiou, v ich prípade však s depresiou korelovala aj škála úzkosti ECR. Obecne je možno konštatovať, že neistá väzba súvisí s narušeným systémom regulácie stresu.

Osobnostné rysy, najmä neuroticizmus, sú v súvislosti so zdravím v poslednej dobe skúmané čoraz častejšie.⁴³ Vysoká miera neuroticizmu napríklad súvisí s uvádzaním vyššieho počtu príznakov PTSD (Fauerbach et al., 2000a). V našom výskume sme zistili štatisticky významnú koreláciu neuroticizmu a generalizovanej úzkosti. Ľudia s vyšším neuroticizmom majú tendenciu obávať sa o to, ako všetko dopadne (Říčan, 2010), čo je veľmi nešpecifické a typické pre generalizovanú úzkosť. Je vhodné brať do úvahy aj riziko, že pacienti skórujúci vysoko v neuroticizme môžu byť precitlivejší voči svojmu zdravotnému stavu a neobjektívny k hodnoteniu príznakov – toto riziko sa však týka skôr fyziologických prejavov (ktoré sú početne zastúpené napr. v BAI), zatiaľ čo škála GAD-7 obsahuje položky mapujúce skôr psychický stav jedinca. Signifikantnú zápornú koreláciu sme zistili medzi generalizovanou

⁴³ Problematike vzťahu osobnostných charakteristík a zdravia sa venuje aj samostatné sympóziu medzinárodnej konferencie European Association of Personality Psychology, ktorá sa koná raz za dva roky (Hřebíčková, 2011).

úzkosťou a prívetivosťou. Jedinci s nízkou prívetivosťou majú sklon nedôverovať druhým, neočakávajú od druhých pomoc (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Táto neistota v interpersonálnej sfére môže prechádzať do obcejšej úzkostnosti, ako tomu nasvedčujú naše výsledky.

Ako už bolo zmienené, neuroticizmus operacionálne definuje aj rys „sklon prežívať depresiu, smútok a zúfalstvo“ (Říčan, 2010, s. 121), takže nami zistená korelácia medzi neuroticizmom a depresiou je pochopiteľná. Na druhej strane je špeciálne u našej výskumnej vzorky potreba zvážiť riziko vplyvu bolesti na depresiu, respektíve ich recipročný vzťah, a to najmä v súvislosti s neuroticizmom (zvýšená citlivosť na podnety).

Významne v našom súbore korelovala aj depresia s extravertiou, pričom šlo o negatívnu koreláciu. Naše zistenie korešponduje s poznatkami, že jedinci skórujúci nízko v extravertii sa horšie prispôbujú následkom ťažkého stresu. Optimizmus a extravergia majú v pacientov s popáleninami pozitívny vzťah k dlhodobej psychosociálnej adaptácii (Gilboa et al., 1999). U našej vzorky by tento údaj mohol slúžiť k rozpoznaní potenciálne rizikovej skupiny, prípadne k navrhnutiu doporučení v rehabilitácii po prepustení z nemocnice (aktivita, psychosociálne služby apod.).

V našom výskumnom súbore s vnímaním zdravia štatisticky významne súviseli tri osobnostné charakteristiky – neuroticizmus, extravergia a svedomitosť. Zápornú koreláciu vnímaného zdravia a neuroticizmu podporujú aj iné naše zistenia – existencia zápornej korelácie neuroticizmu s úzkosťou aj depresiou. Naše výsledky súhlasia so zistením, že miera neuroticizmu ovplyvňuje hodnotenie zdravotného stavu (Costa & McCrae, 1985). Signifikantný pozitívny vzťah s hodnotením zdravia mala tiež svedomitosť a extravergia. Obe tieto premenné sú v liečebnom procese vnímané ako pozitívne faktory a bola popísaná (Linley & Joseph, 2004) ich pozitívna korelácia s resilienciou a posttraumatickým rozvojom.

Zaujímalo nás, či aktuálne prežívaná úzkosť súvisí s klinickými parametrami popáleninového úrazu – rozsahom (%TBSA) a dĺžkou hospitalizácie. Tento vzťah sme ani u jedného z faktorov nezistili. Rozsah popálenín je síce smerodajný údaj (predovšetkým z medicínskeho hľadiska ohrozenia života v prípade vyššieho rozsahu), ale nie je jediným faktorom, ktorý určuje závažnosť poranenia. Úlohu hrá aj hĺbka či lokalizácia (predovšetkým komunikačné oblasti ako

je tvár a krk a z hľadiska funkcie aj ruky), nadmerne stresujúce teda môžu byť aj popálenia menšieho rozsahu.

Nakoniec sme chceli zistiť, či už skúmané premenné (osobnostné vlastnosti, vzťahová úzkosť a vyhýbanie, úzkosť a depresia) súvisia so sociálne demografickými premennými. Ukázalo sa, že v našej vzorke s vekom štatisticky významne súvisela len extravergia. Toto zistenie sa zhoduje s obecným poznatkom, že extravergia vekom mierne klesá. Pohlavie súviselo s prítivnosťou (ženy skórovali vyššie), úzkosťou (ženy skórovali vyššie) a depresiou (ženy skórovali vyššie). Príslušnosť k určitému pohlaviu sa v súvislosti s reakciou na traumatický zážitok síce skúmala, no zdá sa byť významná až v kombinácii s ďalšími faktormi (napr. ženské pohlavie v kombinácii s deformáciou tváre je rizikové pre rozvoj depresie (Van Loey & Van Son, 2003)). U premennej zamestnanosti sme rozlišovali, či jedinec pred úrazom pracoval alebo nie. Zistili sme, že zamestnanosť súvisela s neuroticizmom – miera neuroticizmu bola vyššia u nepracujúcich ľudí, kam patrili okrem nezamestnaných dôchodcovia, prípadne ľudia na invalidnom dôchodku či dlhodobo práce neschopní. So zamestnanosťou súvisela aj úzkosť (a to u oboch nástrojov – BAI i GAD-7), pričom vyššiu mieru úzkosti zaznamenávali ľudia bez práce. Rovnaký vzťah mala zamestnanosť a s depresiou. Na rozdiel od práce nemal sociálny status v našom súbore štatisticky významný vzťah so žiadnou zmienenou premennou. Dĺžka vzdelania bola skúmaná v prediktívnych modeloch u viacerých premenných, no nezistili sme u nej významný vzťah k žiadnemu z nich. Rodinný stav či typ súžitia ako aj dĺžka vzdelania vo výskumoch životnej spokojnosti (celkovej, nie len so zdravím ako v našom prípade) figurujú ako prediktory životnej spokojnosti. To sa v našej výskumnej vzorke nepreukázalo.

11 Limitácie práce

Prezentovaný výskum má samozrejme limitácie, ktoré by mali byť brané v úvahu pri interpretácii či zovšeobecňovaní našich zistení. Prvou z nich je veľkosť výskumnej vzorky, ktorá bola 52 respondentov, no u jednotlivých metód bol tento počet často neúplný (napr. 50), keďže niektorí pacienti z rôznych dôvodov nevyplnili všetky dotazníky. Tento počet nám umožnil vykonať potrebnú štatistickú analýzu, ale napríklad pre prediktívne modely by bol vhodnejší väčší súbor. Zastúpenie žien a mužov v našej vzorke nie je vyrovnané, (18 žien, 34 mužov), podobne je tomu tak aj v zahraničných štúdiách. Vyšší pomer mužov pravdepodobne odráža mechanizmus úrazu (pracovné úrazy u elektrikárov apod.). Zistenia nášho výskumu sú limitované na dospelú populáciu.

Počet ľudí tvoriacich našu vzorku bol ovplyvnený náročnosťou vyšetrenia. Zber dát bol zdĺhavý a limitovaný viacerými faktormi, v niektorých prípadoch sa behom jedného dňa podarilo zozbierať dáta len od dvoch pacientov, pretože vyšetrenie muselo byť prerušené z dôvodu rehabilitácie, podávania obeda, či únavy pacienta. Aktuálny psychický i fyzický stav pacienta, ako aj jeho motivácia mohli pôsobiť ako nežiaduce premenné. Preto prebiehala aj dôkladná selekcia pacientov vhodných k zaradeniu do vzorky. Napríklad v deň väčšieho zákroku, ako je napr. rekonštrukčná operácia, neboli pacienti navštevovaní z dôvodu silnej medikamentózneho liečby, ospalosti apod. Avšak aj menšie zákroky (preväzy, dezinfekcia) v deň vyšetrenia mohli ovplyvniť aktuálne prežívanie pacienta.

Povaha popáleninového úrazu komplikovala priebeh vyšetrenia, predovšetkým v nutnosti administrátora predčítať pacientovi znenie dotazníkov a zaznamenávať jeho odpovede. U viacbodových škál ako je ECR či DŽS (7-bodové škály) je určite vhodnejšie mať ju vizuálne k dispozícii ako si ju len predstavovať a odpovedať na predčítanú možnosť. V prípade, že nebol pacient na izbe sám, tak nebolo pri testovaní možné zaistiť úplné súkromie. Prítomnosť druhých ľudí v miestnosti (aj keď bolo vopred komunikované, že neprekáža) mohla mať vplyv na pravdivosť odpovedí. Táto limitáciu sme brali na vedomie už behom zberu dát, no bola ťažko ovplyvniteľná v reálnych podmienkach, keďže v prípade plnej kapacity oddelenia neboli k dispozícii vhodné voľné priestory.

Kritéria zaradenia do vzorky boli presne stanovené a dodržiavané na základe konzultácie s psychológom a zdravotníckym personálom. Pre zaradenie do vzorky musel pacient spĺňať hlavne kritérium závažnosti popáleninového úrazu – 20% a/alebo lokalizácia zahrňovala tvár, krk, ruky či genitál. Mohlo sa teda stať, že niekto s 18% TBSA mal vážnu mieru úzkosti a depresivity, no nesplnil kritéria pre zaradenie do výskumu, pričom samotné stanovenie presného percenta popálenia sa odhaduje. Z systematických dôvodov však bolo nutné vymedziť presné kritéria. Výnimočne sa stalo, že z oslovených pacientov niekto neprejavil ochotu zúčastniť sa. Napriek tomu mohla prípadná sympatia či antipatia k administrátorovi pôsobiť ako nežiaduca premenná.

Ďalšou limitáciou práce bola variácia načasovania vyšetrenia, a to v zmysle ako dlho pred prepustením z nemocnice boli jednotliví pacienti vyšetrovaní. U väčšiny pacientov prebehlo testovanie v tom týždni, kedy ukončili hospitalizáciu. V málo prípadoch bolo testovanie v deň prepustenia, málo zastúpené bolo aj testovanie viac ako týždeň dni pred prepustením. Presný údaj o plánovanom prepustení často nebol k dispozícii, len sa odhadoval vzhľadom

k nevyspytateľnosti hojenia rán (napr. pri prevážne sa mohli zistiť komplikácie a plánované prepustenie bolo odložené).

U prevažnej väčšiny pacientov bola v dobe vyšetrenia alebo v predchádzajúcich dňoch zaznamenaná medikamentózna liečba, predovšetkým v súvislosti s bolesťou, svrbením či anxiitou, ktoré sú pre popáleninových pacientov typické a tento typ liečby je bežný. Vplyv liečby je však vhodné brať v úvahu najmä u hodnotenia úzkosti a depresie, ktoré sa týkajú stavu pacienta za posledných 14 dní.

Vzhľadom na to, že sa jednalo o prvý takýto výskum psychologickéj problematiky na Klinike popáleninovej medicíny 3. LF a FNKV v Praze, sa nevedeli vopred odhadnúť prípadné komplikácie či samotná náročnosť (fyzická i v zmysle koncentrácie) procesu zberu dát. Komplikáciami sa myslí napríklad situácia, keď pacient nemal k dispozícii svoje dioptrické okuliare (zhoreli pri požiari, pacient bol prevezený sanitkou/helikoptérou bez osobných vecí), čo mu znemožňovalo čítať a písať. Zvolená testová „batéria“ spolu s anamnestickým rozhovorom by bola v štandardnej situácii adekvátne dlhá, no v prípade nutnosti predčítania bola u niektorých pacientov zreteľná únava. Na druhej strane pre iných bolo testovanie príjemným spštením dennej rutiny na oddelení.

12 Záver

V tejto práci som sa venovala psychologickéj problematike závažného popáleninového úrazu u dospelých, ktorý je považovaný za traumatickú skúsenosť. Cieľom práce bolo predovšetkým identifikovať psychologické charakteristiky, ktoré súvisia s vnímaním zdravia a aktuálnym prežívaním úzkosti a depresie.

V teoretickej časti práce bol najskôr stručne charakterizovaný popáleninový úraz a faktory určujúce jeho závažnosť. Keďže sa jedná o traumatickú udalosť, práca obsahovala popis traumy a faktorov, ktoré ovplyvňujú reakciu na závažný stres. V ďalšej časti teoretickej práce boli na základe zahraničnej literatúry vybrané a predstavené najdôležitejšie, resp. najskúmanejšie psychologické (a psychiatrické) aspekty súvisiace s popáleninovým úrazom, ako sú úzkosť, depresia, osobnostné vlastnosti, citová väzba v dospelosti a kvalita života.

Empirická časť práce zahrňovala stanovenie cieľov a formuláciu hypotéz, resp. výskumných otázok, ktoré vychádzali zo zahraničných zdrojov, keďže v našom prostredí podobný výskum zatiaľ neprebehol. Výber použitých metód prebiehal v spolupráci s PhDr. Alenou Javůrkovou,

Ph.D., mojou školiteľkou v rámci stáže na FNKV. Boli preferované celosvetovo známe a používané metódy, ktorých česká verzia bola k dispozícii. Následne bola v empirickej časti práce charakterizovaná výskumná vzorka a proces zberu a analýzy dát. Na základe prevedenej štatistickej analýzy boli prezentované výsledky. U našej výskumnej vzorky prevládalo nízke zastúpenie strednej a ťažkej depresivity i úzkosti (vo fáze krátko pred ukončením hospitalizácie), ktorá súhlasí so zahraničnými zisteniami. Vnímanie zdravia vo väčšine vzorky odpovedalo priemerným hodnotám v bežnej populácii a súviselo s neuroticizmom, introverziou a svedomitosťou. Ako prediktor vnímania zdravia sa ukázala depresia. Prediktorom úzkosti bola vzťahová úzkosť a neuroticizmus. Neuroticizmus bol zistený aj ako prediktor depresie. S depresiou súvisela aj extravergia (resp. introverzia). Ďalší osobnostný rys – prítvornosť súvisel s generalizovanou úzkosťou. Zo sociodemografických parametrov sa v našej práci javila ako najdôležitejšia zamestnanosť – nepracujúci ľudia vykazovali vyššiu mieru depresie, úzkosti a neuroticizmu. Pri interpretácii výsledkov je však potrebné nezabúdať aj ďalšie faktory, ktoré môžu spoludeterminovať reakciu na traumatickú udalosť (dedičné, premorbidné, sociálne či iné osobnostné a individuálne charakteristiky).

Naše zistenia majú klinické implikácie. Zisťovanie psychologických charakteristík v súvislosti s prežívaním (i chovaním) v kontexte popáleninového úrazu umožňuje pomôcť identifikovať pacientov, ktorí vyžadujú zo strany lekárov, psychológov a ošetrovateľského personálu vyššiu pozornosť (napr. pri zmienenej redukcii anticipačnej úzkosti pred preväzmi). Takisto to umožňuje identifikovať pacientov, ktorým môžu pomôcť rôzne intervenčné programy a môžu im byť po prepustení z nemocnice doporučené vybrané psychosociálne služby. Prípadne môžu byť pozývaní na kontroly častejšie ako bezproblémoví pacienti. Niektorí ľudia nie sú schopní vyrovnáť sa s traumatickou udalosťou sami a potrebujú pomoc a podporu zo strany profesionálov i okolia. Ako vhodná stratégia sa preto javí cieľené vyhľadávanie rizikovejších jedincov, ktorým môžu byť napríklad poskytnuté informácie o priebehu psychických prejavov reakcie na závažný stres či o možnostiach pomoci a intervencie. Prítomnosť závažných psychických symptómov depresie a úzkosti, ktoré sa dajú ľahko zisťovať screeningovými metódami, navyše zvyšuje pravdepodobnosť neskoršieho rozvoja psychopatológie, preto by sa ich hodnotenie malo stať súčasťou liečby po akejkol'vek závažnej traume.

Podobný výskum zatiaľ nebol v českom prostredí zrealizovaný, preto je možné povahu nášho výskumu považovať skôr za exploratívnu. Tento výskum bol prvou časťou výskumu realizovaného na Klinike popáleninovej medicíny 3. LF a FNKV v Praze, ktorý je longitudinálnej povahy. Tak ako v zahraničných výskumoch, pacienti sú sledovaní po určitom

časovom období od úrazu/prepustenia z nemocnice. Ambulantná kontrola zahŕňa okrem kontroly hojenia rán aj zisťovanie kvality života apod. Tento výskum a jeho zistenia teda predstavuje aj podklady pre skúmanie trendu vývoja psychických prejavov a hodnotenia spokojnosti so zdravím, resp. životom u dospelých ľudí po popáleninovom úraze z dlhodobého hľadiska. Keďže náš výskum potvrdil, že niektoré osobnostné charakteristiky ovplyvňujú reakciu na popáleninový úraz, je možné na výskum nadviazať zameraním sa na ďalšie spomínané psychologické koncepty, ako sú temperamentové vlastnosti, copingové štýly, odolnosť (resilience) či vnímaná osobná zdatnosť (*self-efficacy*).

Zoznam použitej literatúry

- Adamove, J. (2017). *Vzťahová väzba v detstve a v dospelosti: Stručný prehľad poznatkov*. Bratislava: Vydavateľstvo F.
- Ainsworth, M. D. D. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Askay, S. W., & Magyar-Russell, G. (2009). Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 570-579.
- Arturson, G. (1996). Pathophysiology of the burn wound and pharmacological treatment. The Rudi Hermans Lecture, 1995. *Burns*, 22(4), 255-274.
- Beck, A. T., et al. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck anxiety inventory.: Manual*. San Antonio, USA: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological.
- Bieščad, M. & Hašto, J. (2010). Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby (Attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. *Psychiatrie*, 14(2), 68-74.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Brečka, T. A. (2009). *Psychologie katastrof: Vybrané kapitoly*. Praha: TROTON.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY, US: Guilford Press.
- Bull, J. P., & Fisher, A. J. (1954). A study of mortality in a burns unit: a revised estimate. *Annals of surgery*, 139(3), 269-74.

Bužgová, R., Hájková, M., & Jasiaková, A. (2009). Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů. *Kontakt*, 11, 246-251.

Choinière, M. (1989). The Pain of Burns. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 29(11), 1531-1539.

Ciechanowski, P. S., et al. (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory: Manual form S and form R*. Odessa (Florida): Psychological Assessment Resources.

Cromes, G. F., et al. (2002). Predictors of Quality of Life as Measured by the Burn Specific Health Scale in Persons With Major Burn Injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 23(3), 229-234.

Čikošová, E., & Preiss, M. (2011). *Parental Bonding Instrument*. Otrokovice: Propsyco, s.r.o.

Doherty, N. A., & Feeney, J. A. (2004). The composition of attachment network throughout the adult years. *Personal Relationships*, 11, 469-488.

Dugas, M. J., et al. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.

Ehde, D. M., et al. (1999). Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, 25(7), 587-592.

Edwards, R. R., et al. (2007). Symptoms of depression and anxiety as unique predictors of pain-related outcomes following burn injury. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 313-322.

Edwards, R., et al. (2008). Acute pain at discharge from hospitalization is a prospective predictor of long-term suicidal ideation after burn injury. *Acute Pain*, 10(1), 54-55.

Fahrenberg J., et al. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.

Fauerbach, J. A., et al. (1996). Preinjury Psychiatric Illness and Postinjury Adjustment in Adult Burn Survivors. *Psychosomatics*, 37(6), 547-555.

Fauerbach, J. A., et al. (2000a). Effect of Early Body Image Dissatisfaction on Subsequent Psychological and Physical Adjustment After Disfiguring Injury. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 576-582.

Fauerbach, J. A., et al. (2000b). Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), 510-7.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365.

Gilboa, D., et al. (1999). Personality traits and psychosocial adjustment of patients with burns. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 20(4), 340-6.

Gonçalves, N., et al. (2011). Biopsychosocial factors that interfere in the rehabilitation of burn victims: Integrative literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(3), 622-630.

Gottfried, J. (2015). Beckova sebesupozovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testforum*, 4(5).

Haberal, M., Sakallioğlu Abalı, A. E., & Karakayalı, H. (2010). Fluid management in major burn injuries. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 43(Suppl), 29-36.

Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: Rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.

Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba: Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 270-280.

- Hodgkinson, P. E., & Stewart, M. (2009). *Coping with catastrophe: A handbook of post-disaster psychosocial aftercare*. London: Routledge.
- Hřebíčková, M. (1997). *Jazyk a osobnost: Pětifaktorová struktura popisu osobnosti*. Brno: Masarykova univerzita.
- Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada.
- Huntsinger, E. T. & Luecken, L. J. (2004). Attachment Relationships and Health Behavior: The Mediation role of Self-esteem. *Psychology and Health*, 19(4), 515-526.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 52(1), 1-19.
- Kleber, R. J., Figley, C. R., & Gersons, B. P. (1995). *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum.
- Kohn, P. M., Hay, B. D., & Legere, J. J. (1994). Hassles, coping styles, and negative well being. *Personality and Individual Differences*, 17(2), 169-179.
- Kohoutek, T., & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
- Königová, R., et al. (2010). *Komplexní léčba popáleninového traumatu*. Praha: Karolinum.
- Königová, R., & Pondělíček, I. (1983). *Rekonstrukce a rehabilitace u popáleninového traumatu*. Praha: Avicenum.
- Kornhaber, R. et al. (2014). Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review. *Burns*, 40(1), 17-29.
- Kroenke, K. et al. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.

Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby vdospělosti. *E-psychologie* [online], 6 (3), 1-11 [cit. 3.11.2018]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf>>. ISSN 1802-8853.

Leyfer, O. T., Ruberg, J. L., & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(4), 444-458.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal Trauma Stress*, 17(1), 11–21.

Lipový, M. B., et al. (2010). Epidemiologie dětských popáleninových traumat na Jižní Moravě. Srovnávací studie po 15 letech. *Česko-slovenská pediatrie*, 65, 3–9.

Lipový, M.B., Suchánek, M.I., & Gregorová, M.N. (2011). Doživotní následky po popálení jako trest za neposlušnost. *Pediatrie pro praxi*, 12(3), 199-200.

Madianos, M. G., et al. (2001). Psychiatric Disorders in Burn Patients: A Follow-Up Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(1), 30-37.

Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 52(6), 567-583.

Matějíková, K. (2016). *Deprese a úzkost u dospělých pacientů s epilepsií* (Diplomová práce). Dostupné z http://www.pvpsps.cz/data/2016/12/09/15/matejikova_klara.pdf.

McCrae, R. R. (1990). Controlling neuroticism in the measurement of stress. *Stress Medicine*, 6(3), 237-241.

McKibben, J. B., et al. (2009). Epidemiology of burn injuries II: Psychiatric and behavioural perspectives. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 512-521.

Menzies, V. (2000). Depression and burn wounds. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(4), 199-206.

- Miller, T. R. (1991). The Psychotherapeutic Utility of the Five-Factor Model of Personality: A Clinicians Experience. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 415-433.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Monafo, W. W. (1992). Then and now: 50 years of burn treatment. *Burns*, 18(2), 7-10.
- Noftle, E. E., & Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*, 40(2), 179-208.
- Norris, F. H., Phifer, J. F., & Kaniasty, K. (1994). Individual and community reactions to the Kentucky floods: Findings from a longitudinal study of older adults. In R. J. Ursano, B. G. McCaughey, & C. S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos* (pp. 378-400). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Pallua, N., Künsebeck, H., & Noah, E. (2003). Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. *Burns*, 29(2), 143-152.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Patterson, D. R., et al. (1993). *Psychological effects of severe burn injuries*. Emmitsburg, MD: National Emergency Training Center.
- Patterson, D. R., et al. (2000). The 2000 Clinical Research Award. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 21(6), 490-498.
- Picardi, A. (2005). Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(3), 327-345.
- Praško, J. et al. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.

- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2012). *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. Praha: Portál.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *BDI-II. Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika.
- Ptacek, J. T., Patterson, D. R., & Heimbach, D. M. (2002). Inpatient Depression in Persons with Burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 23(1), 1-9.
- Ptáček, R. et al. (2016). Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(6), 270–274.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Rosenberg, M., et al. (2006). Quality of Life of Young Adults Who Survived Pediatric Burns. *Journal of Burn Care & Research*, 27(6), 773-778.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada.
- Seitl, M., Charvát, M. & Lečbych, M. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Experiences in Close Relationships (ECR). *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha, 2016, LX(4), 351 - 371.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Spitzer, R. L., et al. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
- Stavrou, D., et al. (2014). Health Related Quality of Life in burn patients – A review of the literature. *Burns*, 40(5), 788-796.
- Tedstone, J. E., & Tarrier, N. (1997). An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*, 23(7-8), 550-554.
- Thomas, C. R., Meyer, W. J., & Blakeney, P. E. (2007). Psychiatric disorders associated with burn injury. *Total Burn Care*, 819-828.

- Thombs, B. D., Bresnick, M. G., & Magyar-Russell, G. (2006). Depression in survivors of burn injury: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 28(6), 494-502.
- Ullrich, P. M., Askay, S. W., & Patterson, D. R. (2009). Pain, depression, and physical functioning following burn injury. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 211-216.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(4), 245-272.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie(PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2007). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
- Vymětal, J. (2000). *Speciální psychoterapie (úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Wang, Y., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 35(4), 416-431.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Xie, B., et al. (2012). Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center. *Burns*, 38(3), 348-355.
- Yarbrough, D. R. III. (1990). Improving survival in the burned patient. *Journal of the South Carolina Medical Association*, 86(6), 347-349.
- Yu, B. H., & Dimsdale, J. E. (1999). Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 20(5), 426-433.

Zoznam tabuliek

- Tabuľka 1 – Sociodemografické a klinické charakteristiky súboru
- Tabuľka 2 – Popis dát – depresia meraná dotazníkom BDI-II
- Tabuľka 3 – Popis dát – úzkosť meraná dotazníkom BAI
- Tabuľka 4 – Popis dát – generalizovaná úzkostná porucha meraná dotazníkom GAD-7
- Tabuľka 5 – Popis dát – päť faktorov osobnosti meraných dotazníkom NEO-FFI
- Tabuľka 6 – Popis dát – vzťahová väzba meraná dotazníkom ECR
- Tabuľka 7 – Popis dát – vnímanie zdravia merané dotazníkom DŽS
- Tabuľka 8 – Viacnásobná regresná analýza premenných NEO-FFI ako prediktorov vnímania zdravia
- Tabuľka 9 – Viacnásobná regresná analýza premenných ECR ako prediktorov vnímania zdravia
- Tabuľka 10 – Viacnásobná regresná analýza klinických a sociodemografických parametrov ako prediktorov vnímania zdravia
- Tabuľka 11 – Viacnásobná regresná analýza premenných úzkosti ako prediktorov vnímania zdravia
- Tabuľka 12 – Regresná analýza premennej depresia ako prediktoru vnímania zdravia (DŽS)
- Tabuľka 13 – Regresná analýza premenných predikujúcich úzkosť (BAI)
- Tabuľka 14 – Korelácia osobnostných vlastností NEO-FFI so vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním
- Tabuľka 15 – Korelácia úzkosti meranej pomocou BAI, GAD-7 so vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním
- Tabuľka 16 – Korelácia depresie meranej pomocou BDI-II so vzťahovou úzkosťou a vyhýbaním
- Tabuľka 17 – Korelácia osobnostných rysov NEO-FFI s úzkosťou (BAI, GAD-7)
- Tabuľka 18 – Korelácia osobnostných rysov NEO-FFI s depresiou
- Tabuľka 19 – Korelácia osobnostných rysov NEO-FFI s vnímaním zdravia
- Tabuľka 20 – Korelácia úzkosti (BAI, GAD-7) s klinickými parametrami
- Tabuľka 21 – Analýza úzkosti (BAI) podľa pohlavia
- Tabuľka 22 – Analýza depresie (BDI-II) podľa pohlavia
- Tabuľka 23 – Analýza neuroticizmu (NEO-FFI) podľa zamestnanosti
- Tabuľka 24 – Analýza extravenzie (NEO-FFI) podľa zamestnanosti
- Tabuľka 25 – Analýza úzkosti (BAI) podľa zamestnanosti
- Tabuľka 26 – Analýza úzkosti (GAD-7) podľa zamestnanosti
- Tabuľka 27 – Analýza depresie (BDI-II) podľa zamestnanosti

Zoznam grafov

- Graf 1 – Popis dát – depresia meraná dotazníkom BDI-II – dosiahnuté skóre
- Graf 2 – Popis dát – úzkosť meraná dotazníkom BAI – dosiahnuté skóre
- Graf 3 – Popis dát – generalizovaná úzkosť meraná dotazníkom GAD-7 – dosiahnuté skóre
- Graf 4 – Popis dát – päť faktorov osobnosti meraných dotazníkom NEO-FFI– dosiahnuté skóre
- Graf 5 – Popis dát – vzťahová väzba meraná dotazníkom ECR – dosiahnuté skóre
- Graf 6 – Popis dát – vnímanie zdravia merané dotazníkom DŽS – dosiahnuté skóre (v staninoch)
- Graf 7 – Korelácia vzťahovej úzkosti a neuroticizmu
- Graf 8 – Korelácia vzťahového vyhýbania a extravenzie
- Graf 9 – Korelácia vzťahového vyhýbania a prívetivosti
- Graf 10 – Korelácia vzťahového vyhýbania a svedomitosti
- Graf 11 – Korelácia vzťahovej úzkosti a generalizovanej úzkosti
- Graf 12 – Korelácia vzťahového vyhýbania a depresie
- Graf 13 – Korelácia neuroticizmu a úzkosti (GAD-7)
- Graf 14 – Korelácia prívetivosti a úzkosti (GAD-7)
- Graf 15 – Korelácia neuroticizmu a depresie
- Graf 16 – Korelácia extravenzie a depresie
- Graf 17 – Korelácia neuroticizmu a vnímania zdravia
- Graf 18 – Korelácia extravenzie a vnímania zdravia
- Graf 19 – Korelácia svedomitosti a vnímania zdravia
- Graf 20 – Korelácia veku a extravenzie

Prílohy

Príloha 1 – Informovaný súhlas

Príloha 2 – Štruktúra anamnézy

Príloha 3 – Generalized Anxiety Disorder-7 (Spitzer, R. L., et al., 2006)

.

Príloha 1 – Informovaný súhlas

Informovaný súhlas

Já, ... naroden(a)..... Souhlasím, že
jsem dnes dobrovolně vyšetřen(a) těmito dotazníky – BAI, GAD-7, BDI-II, M.I.N.I., ECR,
PBI, LOC, VAS, FPQ-III CZ, NEO pětifaktorový osobnostní inventář.

Souhlasím s tím, že některé výsledky mohou být anonymně použity v diplomové
práci.....

Datum

Podpis

Príloha 2 – Štruktúra anamnézy

Datum vyšetření –

Jméno –

Pohlaví – Muž ☐ Žena ☐

Datum narození –

Věk –

Dosažené vzdělání –

Počet let vzdělání –

Rodinný stav – svobodný/á ☐ ženatý/vdaná ☐ rozvedený/á ☐ vdovec/vdova ☐ družka/druh ☐

Rodinné vztahy –

Počet dětí –

Práce –

Náboženství –

Stresové období před úrazem –

Amnézie na úraz –

Vazba/ výkon trestu –

Sezení s psychologem během hospitalizace –

Etiologie

Rozsah popálenin –

Lokalizace –

Mechanismus –

Délka hospitalizace –

Počet rekonstrukcí (během hospitalizace) –

Celková anestézie (počet) –

Premorbidní faktory

Psychologická intervence –

Psychiatrická intervence –

Usus alkoholu (druh, počet) –

Kouření (počet/den, délka) –

Drogy –

Príloha 3 – Generalized Anxiety Disorder-7 – český překlad

GAD-7				
Jak často jste během posledních dvou týdnů trpěl/a následujícími problémy? <i>(Pro označení odpovědi použijte znak „✓“)</i>	Vůbec ne	Několik dnů	Více než polovinu dnů	Téměř každý den
1. Cítil/a jsem se nervózní, úzkostný/á nebo napjatý/á	0	1	2	3
2. Nedokázal/a jsem si přestat dělat starosti nebo své starosti ovládnout	0	1	2	3
3. Dělal/a jsem si nadměrné starosti kvůli různým věcem	0	1	2	3
4. Nedařilo se mi uvolnit se	0	1	2	3
5. Byl/a jsem tak neklidný/á, že mi dělalo potíže klidně sedět	0	1	2	3
6. Byl/a jsem snadno rozmrzelý/á nebo popudlivý/á	0	1	2	3
7. Bál/a jsem se, že se může stát něco hrozného	0	1	2	3
<i>(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)</i>				

Zpracovali dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke a kolegové, v rámci vzdělávacího grantu od Pfizer Inc. Pro reprodukci, překlad, zobrazení nebo distribuci se nevyžaduje žádné povolení.

Príloha 4 – Popis dát – depresia meraná dotazníkom BDI-II – položková analýza

	N	Priemer	SD	Korelácia
Položka 1	51	0,25	0,56	0,57
Položka 2	51	0,37	0,56	0,48
Položka 3	51	0,33	0,62	0,60
Položka 4	51	0,24	0,55	0,44
Položka 5	51	0,29	0,54	0,37
Položka 6	51	0,22	0,54	0,51
Položka 7	51	0,06	0,31	0,53
Položka 8	51	0,25	0,56	0,55
Položka 9	51	0,02	0,14	0,45
Položka 10	51	0,41	0,78	0,71
Položka 11	51	0,43	0,67	0,43
Položka 12	51	0,16	0,54	0,48
Položka 13	51	0,08	0,27	0,53
Položka 14	51	0,06	0,24	0,08
Položka 15	51	0,69	0,73	0,48
Položka 16	51	0,96	0,87	0,29
Položka 17	51	0,18	0,39	0,24
Položka 18	51	0,71	0,92	0,73
Položka 19	51	0,12	0,33	0,30
Položka 20	51	0,61	0,72	0,45
Položka 21	51	0,12	0,43	0,48

Príloha 5 – Popis dát – úzkosť meraná dotazníkom BAI – položková analýza

	N	Priemer	SD	Korelácia
Položka 1	52	0,58	0,70	0,31
Položka 2	52	0,56	0,80	0,47
Položka 3	52	0,23	0,65	0,40
Položka 4	52	0,52	0,87	0,41
Položka 5	52	0,40	0,75	0,66
Položka 6	52	0,08	0,27	0,35
Položka 7	52	0,21	0,57	0,62
Položka 8	52	0,52	0,83	0,73
Položka 9	52	0,33	0,65	0,36
Položka 10	52	0,69	0,96	0,67
Položka 11	52	0,29	0,67	0,60
Položka 12	52	0,19	0,53	0,22
Položka 13	52	0,12	0,38	0,26
Položka 14	52	0,21	0,57	0,56
Položka 15	52	0,27	0,63	0,56
Položka 16	52	0,15	0,46	0,43
Položka 17	52	0,23	0,55	0,62
Položka 18	52	0,25	0,68	0,28
Položka 19	52	0,10	0,30	0,29
Položka 20	52	0,31	0,64	0,60
Položka 21	52	0,69	0,81	0,65

Príloha 6 – Popis dát – generalizovaná úzkosť meraná dotazníkom GAD-7 – položková analýza

	N	Priemer	SD	Korelácia
Položka 1	51	0,59	0,78	0,74
Položka 2	51	0,69	0,88	0,83
Položka 3	51	0,51	0,76	0,80
Položka 4	51	0,47	0,81	0,79
Položka 5	51	0,24	0,59	0,44
Položka 6	51	0,14	0,49	0,58
Položka 7	51	0,35	0,72	0,37

Príloha 7 – Popis dát – päť faktorov osobnosti meraných dotazníkom NEO-FFI–
položková analýza

	N	Priemer	SD	Korelácia
Položka 1	50	2,1	1,37	0,56
Položka 2	50	2,24	1,29	0,54
Položka 3	50	1,08	1,24	0,32
Položka 4	50	3,58	0,76	0,41
Položka 5	50	3,04	1,05	0,35
Položka 6	50	1,1	1,16	0,38
Položka 7	50	3,06	1,24	0,55
Položka 8	50	1,44	1,2	0,42
Položka 9	50	2,96	1,26	0,54
Položka 10	50	2,56	1,31	0,64
Položka 11	50	1	1,29	0,72
Položka 12	50	2,84	1,22	0,63
Položka 13	50	2,16	1,45	0,72
Položka 14	50	2,64	1,37	0,63
Položka 15	50	2,24	1,3	0,64
Položka 16	50	1,36	1,27	0,68
Položka 17	50	2,9	0,99	0,73
Položka 18	50	2,74	1,23	0,41
Položka 19	50	3,32	0,96	0,23
Položka 20	50	3,34	1,02	0,52
Položka 21	50	1,46	1,2	0,7
Položka 22	50	2,52	1,22	0,68
Položka 23	50	1,48	1,4	0,68
Položka 24	50	1,84	1,04	0,46
Položka 25	50	2,42	1,18	0,69
Položka 26	50	0,96	1,21	0,82
Položka 27	50	2,26	1,23	0,57
Položka 28	50	2,38	1,52	0,46
Položka 29	50	1,48	1,28	0,45
Položka 30	50	2,64	1,35	0,52
Položka 31	50	1,58	1,37	0,62
Položka 32	50	2,4	1,12	0,55
Položka 33	50	2,02	1,19	0,16
Položka 34	50	3,04	0,9	0,48
Položka 35	50	2,6	1,23	0,66
Položka 36	50	1,88	1,17	0,29
Položka 37	50	2,9	0,95	0,7
Položka 38	50	2,38	1,18	0,06
Položka 39	50	2,74	1,24	0,64
Položka 40	50	3,34	0,89	0,41
Položka 41	50	1,38	1,12	0,51
Položka 42	50	2,64	1,21	0,72
Položka 43	50	1,42	1,21	0,75
Položka 44	50	1,9	1,34	0,32
Položka 45	50	2,48	1,46	0,69

Položka 46	50	1,38	1,24	0,72
Položka 47	50	2,6	1,11	0,43
Položka 48	50	1,84	1,46	0,59
Položka 49	50	3,44	0,67	0,29
Položka 50	50	3,08	0,88	0,41
Položka 51	50	1,16	1,25	0,63
Položka 52	50	2,82	0,96	0,69
Položka 53	50	2,78	1,18	0,76
Položka 54	50	1,3	1,2	0,4
Položka 55	50	2,98	1,1	0,67
Položka 56	50	1,26	1,27	0,65
Položka 57	50	1,98	1,5	0,45
Položka 58	50	1,3	1,28	0,68
Položka 59	50	3,06	1,28	0,46
Položka 60	50	2,64	1,12	0,66

Príloha 8 – Popis dát – vzťahová väzba meraná dotazníkom ECR – položková analýza

	N	Priemer	SD	Korelácia
Položka 1	51	4,00	1,98	0,42
Položka 2	51	2,22	1,70	0,72
Položka 3	51	2,65	1,48	0,50
Položka 4	51	3,35	2,16	0,64
Položka 5	51	2,47	1,50	0,50
Položka 6	51	2,31	1,49	0,62
Položka 7	51	2,31	1,32	0,33
Položka 8	51	2,82	1,97	0,66
Položka 9	51	3,63	1,91	0,55
Položka 10	51	4,27	1,76	0,62
Položka 11	51	4,49	1,93	0,30
Položka 12	51	2,31	1,50	0,24
Položka 13	51	2,53	1,72	0,21
Položka 14	51	3,86	2,14	0,50
Položka 15	51	3,65	1,85	0,55
Položka 16	51	2,41	1,42	0,39
Položka 17	51	2,92	1,81	0,66
Položka 18	51	2,67	1,48	0,75
Položka 19	51	3,49	1,84	0,65
Položka 20	51	2,59	1,77	0,73
Položka 21	51	4,43	1,98	0,46
Položka 22	51	3,35	2,19	0,43
Položka 23	51	3,43	1,68	0,52
Položka 24	51	2,04	1,43	0,52
Položka 25	51	3,45	2,32	0,63
Položka 26	51	2,27	1,39	0,52
Položka 27	51	3,45	2,12	0,71
Položka 28	51	2,80	1,69	0,59
Položka 29	51	5,61	1,39	0,27
Položka 30	51	3,80	1,87	0,45
Položka 31	51	3,00	1,98	0,58
Položka 32	51	4,47	1,86	0,44
Položka 33	51	2,35	1,72	0,55
Položka 34	51	3,92	1,80	0,46
Položka 35	51	3,41	1,89	0,61
Položka 36	51	3,14	1,52	0,50