

RODINNÉ VZŤAHY V SÚVISLOSTI SO SOMATICKOU SYMPTOMATOLÓGIU V OBDOBÍ ADOLESCENCIE

původní práce

Zuzana Mičková¹
Marek Blatný²

¹Filozofická fakulta UCM v Trnave,
Slovenská republika

²Filozofická fakulta MU v Brně

Kontaktní adresa:

PhDr. Zuzana Mičková, PhD.
Filozofická fakulta UCM v Trnave
ul. J. Herdu 2
922 01 Trnava
Slovenská republika
e-mail: zuzana.mickova@ucm.sk

Príspevok vznikol v rámci projektu „Rizikové správanie v adolescencii, jeho incidencia a ovplyvňujúce faktory“ Vedeckej grantovej agentúry Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR a Slovenskej akadémie vied č. VEGA 1/0042/17.

SÚHRN

Mičková Z, Blatný M. Rodinné vzťahy v súvislosti so somatickou symptomatológiou v období adolescencie

Cieľ: Zistiť výskyt somatických symptómov u adolescentov s dôrazom na prežívanie vzťahov s rodičmi (vrelosť, záujem, pocit bezpečia), a ďalšie rodinné faktory (rodičovský dohľad, inkonzistencia vo výchove). Overiť výskyt a rozdiely v somatickej symptomatológii v troch vekových kohortách (ranná, stredná, neskorá adolescencia).

Materiál a metóda: K analýze somatických symptómov v kontexte percepcie rodinných faktorov adolescentmi (N = 1497) boli využité dáta z projektu SAHA (The Social and Health Assessment).

Výsledky: Vzhľadom k nenormálnej distribúcii premenných boli zvolené ne-parametrické testy (Spearmanov variant koeficientu, Kruskalov-Wallisov test). Významné vzťahy boli zaznamenané medzi rodinnými vzťahmi (rodičovská vrelosť, záujem), rodinnými faktormi (inkonzistencia vo výchove) somatickou symptomatológiou vo všetkých troch vekových kohortách (10–13-roční) N = 199 (13,3 %); 2. (14–16-roční) N = 538 (35,9 %); 3. (17–18-roční). Analýza partiálnych symptómov priniesla zistenie, že akýkoľvek somatický symptóm súvisí s inkonzistenciou rodičovskej výchovy. Nižší výskyt somatickej symptomatológie bol identifikovaný v rodinnom prostredí, v ktorom adolescenti prežívajú pocit bezpečia, vo väčšej miere percipujú vrelosť rodičov a ich úprimný záujem.

SUMMARY

Mičková Z, Blatný M. Family relationships in context with somatic symptomatology during adolescence

Objective: The aim of the study was to verify the occurrence of somatic symptoms in adolescents, with an emphasis on relationships with parents (warmness, interest, sense of security) and other family factors (parental supervision, inconsistency in upbringing). This is followed by a study of current somatic symptomatology in adolescents and differences in their preference of somatic symptoms in three age cohorts.

Material and method: Data from the SAHA (The Social and Health Assessment) project were used to analyze somatic symptoms in the context of adolescents and their perception of family (N=1497).

Results: Due to the abnormal distribution of the variables, non-parametric assays were chosen (Spearman variance coefficient, Kruskal Wallis test). Significant associations were observed between family relationships (parental warmth, interest), family factors (inconsistency in upbringing) by somatic symptomatology in all three age cohorts (10 to 13 years) N = 199 (13.3%); 2. (14 to 16 years) N = 538 (35.9%); 3. (17 to 18 years). Analysis of partial symptoms has revealed that any somatic symptom is related to the discrepancy in parenting. A lower occurrence of somatic symptomatology has been identified in a family setting in which adolescents experience

Prítomnosť parciálnych symptómov (bolesti hlavy, brucha, nevoľnosti alebo zvracanie, kožné vyrážky) bola preukázaná v spojení s percipovaním slabšej rodičovskej vrelosti.

Záver: Výsledky poukazujú na dôležitosť percepcie rodinného prostredia v kontexte vzťahov medzi rodičmi a adolescentmi v súvislosti s prítomnosťou somatických symptómov.

Kľúčové slová: adolescenti, parciálne symptómy, pocit istoty, rodičovská vrelosť, rodičovský záujem, dohľad rodičov.

a sense of security. In addition they perceive the extent of parental warmth and their sincere interest much greater. The presence of partial symptoms (headache, abdominal discomfort, nausea or vomiting, skin rashes) has been demonstrated in conjunction with the weaker parental endurance.

Conclusion: The results demonstrate the importance of perception of the family environment in the context of parental and adolescent relationships in relation to the presence of somatic symptoms.

Key words: adolescents, partial symptoms, feeling of security, parental warmth, parental interest, parental supervision.

ÚVOD

Zdravotným problémom sa zriedka pripisujú psychologické príčiny. Proces liečby je zameraný predovšetkým na klinické vyšetrenie v rovine somatických problémov.¹⁴ Determinanty somatických problémov nachádzame na úrovni emocionálnej regulácie a adaptácie.³⁹ Mnohé výskumné štúdie potvrdzujú význam pozitívnych sociálnych vzťahov na psychický vývin.^{3,11,23,24,31,38} Medzi najvýznamnejšie protektívne prediktory zdravého psychického vývinu patrí emocionálna podpora, ktorá je prostriedkom pre utváranie pocitu blízkosti a pozitívnej emocionálnej väzby.^{1,4,10,32} Prepojenosť rodiny v súvislosti s psychickým i fyzickým zdravím nachádzame i u mnohých ďalších autorov.^{5,6,9,33} Subjektívne premenné kvality života (prežívanie, vnímanie sociálneho kontextu) sa nedajú priamo pozorovať (pocit šťastia, stupeň spokojnosti), avšak individuálne prežívanie sa premieta do stavu rovnováhy.⁸ Potvrdenie pre liečebný, terapeutický i preventívny význam emocionálnej väzby nachádzame i u ďalších autorov.^{4,6,23,27,29,41}

V dôsledku emocionálnej záťaže, reálneho alebo subjektívneho prežívania ohrozenia môžu vzniknúť stavy úzkosti, depresie ako i rôzne somatické príznaky, ako je potenie, bolesti hlavy a pod.^{14,17} Somatické problémy môžu vznikáť i v dôsledku úsilia pútať rodičovskú pozornosť. Môže sa to diať vtedy, ak dieťa nevníma dostatočne rodičovský záujem, a somatizácia je jedným z prejavov, ako získať prejavy pozornosti. Somatizácia je prejavom oslabeného tela a pri dlhodobom pôsobení neriešeného stresora môže dôjsť k zvýšenej precitlivenosti. Nahromadené negatívne emócie môžu spôsobovať somatické problémy.^{9,15,16,18,19,35} Nahromadené negatívne emócie, ako hnev, zlosť smútok, utvárajú osobnú navigáciu a vytvárajú tak podiel na spracovaní a zvládaní problémov. Predkladaná

štúdia je pokračovaním doterajších výskumných zistení a realizuje analýzu prítomnosti somatických problémov v kontexte rodinných faktorov. Podporu pre skúmanie vybraných rodinných faktorov v súvislosti so somatickými problémami nachádzame u Matouška et al.²⁴ Autori zdôrazňujú primeranú úroveň monitoringu, rodičovských požiadaviek, rodičovskej dôslednosti, rodičovskej podpory, záujmu, ďalej uvádzajú, že nedôslednosť vo výchove, obmedzovanie potrieb môže byť jedným z faktorov podieľajúcich sa na vzniku problémov. Podľa Grycha et al. adolescenti reagujú veľmi citlivo, dôsledkom čoho môžu byť prítomné intenzívne negatívne emócie.¹³ Ako uvádzajú autori, v období dospievania dochádza k miernemu poklesu spôsobilosti zvládať rôzne formy záťaže, pri rozvoji potrieb uznania, voľnosti a nezávislosti dochádza k nepochopeniu, čo môže viesť k frustrácii a následne j vnútornému napätiu. Podľa Krcha sa môžu manifestovať dôsledky v somatických symptómoch.¹⁹ Aj keď je v uvedenej štúdií pozornosť koncentrovaná na rodinné faktory, považujeme za dôležité uviesť, že k zisteniam budeme pristupovať s rešpektom k multifaktoriálnej podmienenosti somatických problémov.^{22,32}

CIEĽ

Predkladaná štúdia sústreďuje na overenie súvislosti medzi somatickými symptómami a vzťahmi s rodičmi prezentujúcimi sa v pocite istoty, v záujme, rodičovskej kontrole a vo výchovnej dôslednosti. Pridanou hodnotou štúdie je zistenie špecifických somatických symptómov v rámci 3 vekových kohort vývinových období adolescentného obdobia: ranná adolescencia (10–13 rokov), stredná adolescencia (14–16) a neskoré dospievanie (17–18 rokov).

HYPOTÉZY

- H1: Somatická symptomatológia je vyššia v rodine s nižšou percepciou rodičovskej lásky (vrelosti).
 H2: Pocit bezpečia v rodine sa spája s nižšou frekvenciou somatických problémov.
 H3: Predpokladáme, že nesúlad vo výchove rodičov prispieva k vyššej frekvencii somatických problémov.

VÝSKUMNÉ OTÁZKY

- VO1: Ktoré sú najfrekvencovanejšie somatické symptómy u adolescentov?
 VO2: Existujú rozdiely vo frekvencii somatických symptómov v rannej strednej a neskorjej adolescencii?

MATERIÁL A METÓDA

Výskumná vzorka

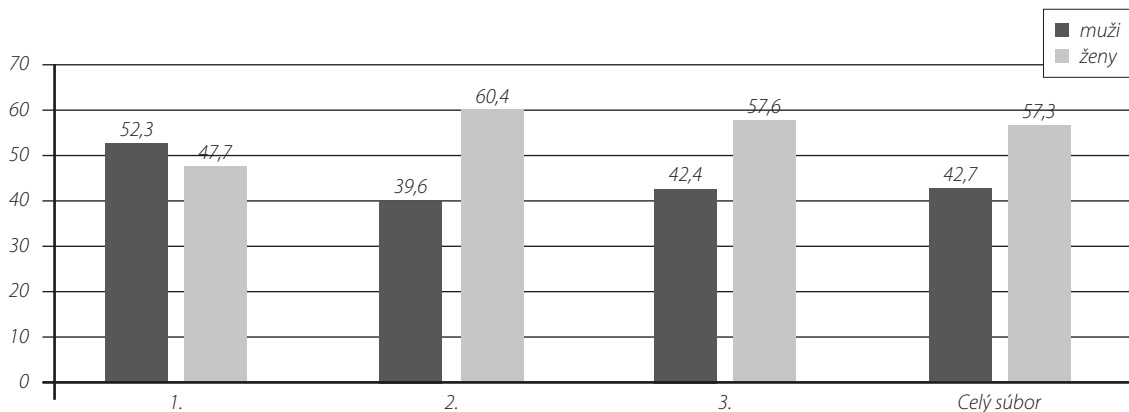
Výskum bol realizovaný na reprezentatívnom súbore adolescentov v Slovenskej republike. Výskumu sa zúčastnilo 1497 žiakov základných a stredných škôl vo veku od 10 do 18 rokov všetkých krajov Slovenska v troch vekových kohortách: 1. (10–13-roční) N = 199 (13,3 %); 2. (14–16-roční) N = 538 (35,9 %); 3. (17–18-roční) N = 760 (50,8 %). Veková kohorta bola vytvorená vzhľadom k špecifickým charakteristikám jednotlivých fáz (významné biologické zmeny, rozvoj identity, vytvorenie identity, determinant partnerské vzťahy). Vychádzame z predpokladu, že jednotlivé charakteristiky sa môžu prejaviť vo vnímaní vzťahovej roviny v rodine. Celkovo bolo v súbore zastúpených 689 (42,7 %) mužov a 858 (57,3 %) žien (rozdelenie v rámci vekových skupín je zobrazené v grafe 1).

Metóda

Metóda tvorí súčasť medzinárodnej štúdie Social And Health Assessment. Projekt SAHA je súčasťou širšieho programu Yale Child Study Center, ktorý sa zaoberá medzikultúrnymi aspektmi duševného zdravia a vývinovej psychopatológie u detí a adolescentov (Program on Inter-

national Child & Adolescent Mental Health).⁵ K identifikácii špecifických somatických symptómov boli v štúdiu vytvorené 3 vekové kohorty blízke vymedzeniu vymedzenie jednotlivých vývinových období podľa Macka:²³ ranná adolescencia (10–13 rokov), stredná adolescencia (14–16) a neskoré dospievanie (17–18 rokov).

Jednotlivé subškály dotazníka SAHA obsahujú osobnostné faktory (rodinné, školské faktory týkajúce sa širšieho sociálneho prostredia a zdravotného stavu) a umožňujú analýzu podmieňujúcich a predisponujúcich faktorov vzniku rizikového správania. Výnimočnosť projektu SAHA je široká tematická zameranosť a multikultúrnosť, umožňuje lepšie postihnúť všeobecné trendy a zákonitosti v zdravom i patologickom vývine dospievajúcich.^{5,6} K výnimočnosti metódy SAHA ďalej prispieva jej psychosociálne faktory obsiahnuté v jednotlivých škálach (napr. rodinné prostredie, prostredie školy a komunity, kvalita prostredia, šikanovanie, expozícia násilia, psychiatrické poruchy a pod.). Pre náš cieľ boli použité subškály rodinné prostredie a škála somatických problémov. Rodinné faktory sú v rámci metodiky SAHA merané v týchto premenných: Inkonzistencia výchovy, Rodičovský záujem, Rodičovský dohľad, Rodičovská vrelosť, Pocit bezpečia doma. Inkonzistencia výchovy bola meraná 5 položkami (Alfa > 0,65), rozsah hodnôt v súbore je v intervale 5–20 bodov (zhodné s teoretickým rozsahom), priemer na hodnote 11,36 (ŠO = 3,24), medián a modus 11 bodov, medzikvartilové rozpätie v intervale 9–14 bodov. Rodičovský záujem bol sytený 6 položkami (Alfa > 0,65), rozsah dosahoval hodnoty 6–24 bodov a medzikvartilové rozpätie evidujeme v intervale 14–20 bodov. Aritmetický priemer dosiahnutý v našom súbore je 16,98 bodu (ŠO = 3,87), medián a modus sú zhodne na 17 bodoch. Rodičovský dohľad dosahoval hodnoty 8–32 bodov, čo je zároveň aj teoretický rozsah odvodený z minimálnych a maximálnych možných hodnôt v 8 položkách. Medzikvartilové rozpätie sa nachádza v intervale od 18 do 25 bodov, aritmetický priemer je 21,41 (ŠO = 5,08), môžeme povedať, že medián, modus aj priemer dosahujú približne rovnaké hodnoty. Rodičovská vrelosť bola počítaná ako skóre súčtu bodov z 5 položiek, môžeme vidieť v tab. 1, že rozsah 5–20 bodov je zhodný s teoretickým rozsahom. Priemerná hodnota je 15,58 (ŠO = 3,53), medián 16 bodov, o niečo vyššia je najčastejšia hodnota, a to 20 bodov. Hornou



Graf 1. Výskumná vzorka v troch vekových kohortách

Tab. 1. Deskriptívne charakteristiky faktorov rodiny a somatických symptómov

	Inkonzistencia výchovy	Rodičovský záujem	Rodičovský dohľad	Rodičovská vrelosť	Pocity bezpečia	Rodinné faktory
N	1497	1497	1497	1497	1497	1497
Priemer	11,36	16,98	21,41	15,85	3,57	6,96
Medián	11	17	21	16	4	6
Modus	11	17	21	20	4	5
Štd. odchýlka	3,24	3,87	5,08	3,53	0,76	4,57
Minimum	5	6	8	5	1	0
Maximum	20	24	32	20	4	22
1. kvartil	9	14	18	13	3	3
3. kvartil	14	20	25	19	4	10

hranicou medzikvartilového rozpätia je 19, dolnou je 13 bodov. Premenná Pocity bezpečia doma bola meraná jednou položkou, kde respondenti odpovedali v hodnotách intervalu 1–4, priemerne 3,57 bodov (ŠO = 0,76). Ako môžeme vidieť v tab. 1, medián, modus, aj 3. kvartil dosahujú hodnotu 4, 1. kvartil je na hodnote 3, čo svedčí o výraznej prevahe bezpečných pocitov v domácom prostredí (69,5 %). Premenné faktorov rodiny nemajú normálnu distribúciu podľa Kolmogorovho-Smirnovovho testu (Sig. < 0,05). Tab. 2 nám zobrazuje vzťahy medzi intenzitou somatických symptómov a kvalitou konkrétnych rodinných faktorov v jednotlivých vekových kohortách, tak

ako ich percipujú adolescenti. Inkonzistencia vo výchove sa spája s vyšším výskytom somatických symptómov ($r = 0,218$). Vyššia symptomatológia somatických prejavov sa nachádza v spojení s percepciou nižšieho rodičovského záujmu ($r = -0,150$), so slabšou intenzitou rodičovskej vrelosti ($r = -0,197$) a s nižším pocitovaním bezpečia v rodinnom prostredí ($r = -0,208$). Prítomnosť somatických symptómov nebola preukázaná iba vo vzťahu k rodinnému faktoru Rodičovský dohľad (Sig. > 0,05). Prítomnosť somatických symptómov je tu vnímaná komplexne. Pozornosť bola ďalej sústredená na analýzu 11 parciálnych symptómov.

Tab. 2. Spearmanová korelácia – vzťah medzi frekvenciou somatických príznakov a rodinnými faktormi (N = 1497)

		Inkonzistencia vo výchove	Rodičovský záujem	Rodičovský dohľad	Rodičovská vrelosť	Pocit bezpečia
Somatické problémy	r	0,218**	-0,150**	0,001	-0,197**	-0,208**
	Sig.	0,000	0,000	0,976	0,000	0,000

Pozn.** p ≤ 0,01, *p ≤ 0,05.

Tab. 3. Rozdiely v intenzite somatických symptómov medzi vekovými kohortami 1. vek. kohorta (N = 199), 2. vek. kohorta (N = 538), 3. vek. kohorta (N = 760)

	Veková kohorta	N	Priemerné poradie	Kruskalov-Wallisov test
Somatické symptómy	1	199	791,90	Chi-kvadrát 3,617
	2	538	758,93	df 2
	3	760	730,74	Sig. 0,164
	spolu	1497		
				Mannov-Whitneyho
Somatické symptómy	1	199	380,56	U 51230,5
	2	538	364,72	Z -0,899
	spolu	737		Sig 0,369
				Mannov-Whitneyho
Somatické symptómy	1	199	511,34	U 69382,5
	3	760	471,79	Z -1,797
	spolu	959		Sig. 0,072
				Mannov-Whitneyho
Somatické symptómy	2	538	663,70	U 196798
	3	760	639,44	Z -1,151
	spolu	1298		Sig. 0,250

Tab. 4. Porovnanie rodinných faktorov vzhľadom k výskytu jednotlivých somatických symptómov štatistické významnosti rozdielov (Mannov-Whitneyho U test) (N = 1497)

Symptóm	IV	RZ	RD	RV	BD
a. mal som pocit, že by môj zdravotný stav mal byť lepší	0,000	0,902	0,536	0,176	0,221
b. bolieva ma hlava	0,004	0,074	0,516	0,006	0,000
c. robil som si veľa starostí o svoje zdravie	0,000	0,001	0,426	0,000	0,000
d. bolievalo ma brucho	0,000	0,000	0,066	0,000	0,000
e. niečo ma pobolievalo alebo bolelo	0,000	0,454	0,060	0,821	0,003
f. bolo mi na zvracanie	0,000	0,000	0,784	0,000	0,000
g. bolo mi zle	0,000	0,000	0,624	0,000	0,000
h. mal som problémy s očami	0,000	0,000	0,479	0,000	0,000
i. mal som vyrážky alebo kožné problémy	0,008	0,211	0,777	0,005	0,014
j. necítil som sa dobre	0,002	0,042	0,763	0,019	0,000
k. zvracal som	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000

Pozn.: IV – inkonzistencia výchovy, RZ – rodičovský záujem, RD – rodičovská dohľad, RV – rodičovská vrelosť, BD – pocity bezpečia doma.

Tab. 5. Spearmanova korelácia – vzťahy medzi somatickými symptómami a rodinnými faktormi v jednotlivých vekových kohortách 1. vek. kohorta (N = 199), 2. vek. kohorta (N = 538), 3. vek. kohorta (N = 760)

Veková kohorta	N		Inkonzistencia	Záujem	Dohľad	Vrelosť	Bezpečie doma
Somatické symptómy 1. veková kohorta	199	r	0,308**	-0,051	-0,085	-0,174*	-0,250**
		Sig.	0,000	0,470	0,233	0,014	0,001
Somatické symptómy 2. veková kohorta	538	r	0,197**	-0,181**	-0,016	-0,271**	-0,245**
		Sig.	0,000	0,000	0,706	0,000	0,000
Somatické symptómy 3. veková kohorta	760	r	0,208**	-0,160**	0,018	-0,155**	-0,200**
		Sig.	0,000	0,000	0,628	0,000	0,000

Pozn.: ** p ≤ 0,01, *p ≤ 0,05.

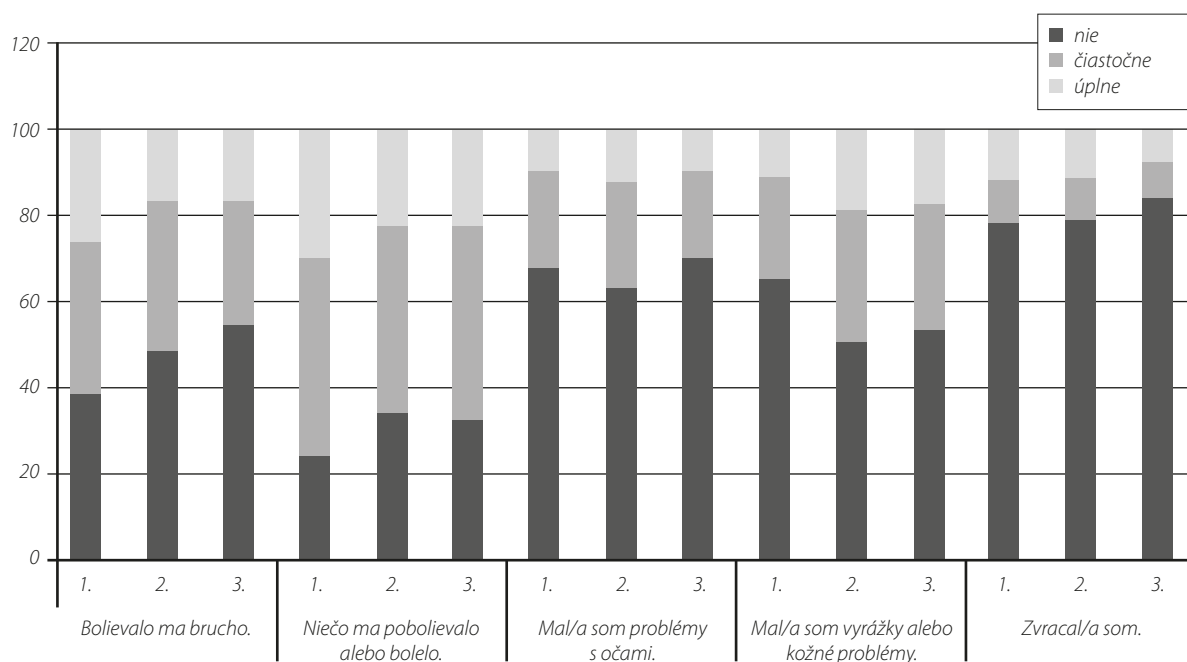
Metódy analýzy dát

Dáta boli spracované v štatistickom software IBM SPSS. Vzhľadom k nie normálnej distribúcií dát boli použité neparametrické testy. Dotazníkovú metódu SAHA overovala Rojková.³³ Vzťahy medzi somatickými symptómami a rodinnými faktormi z dotazníku SAHA (inkonzistencia vo výchove, vrelosť, záujem, dohľad, pocit bezpečia) boli analyzované prostredníctvom neparametrického Spearmanovho koeficientu. Prítomnosť a intenzitu somatických symptómov v jednotlivých vekových kohortách bola komparovaná pomocou Kruskalovho-Wallisovho testu. Tieto výsledky boli doplnené o výpočet rozdielov somatických symptómov medzi párami vekových skupín, testované Mannovho-Whitneyho U testom.

VÝSLEDKY

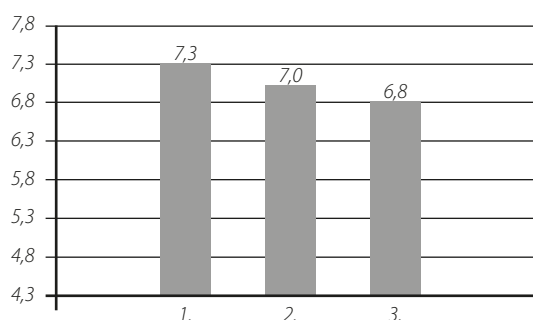
V tab. 1 sú zobrazené deskriptívne ukazovatele premenných faktorov rodiny. Podľa očakávania premenná nemá normálnu distribúciu. Vzťah medzi frekvenciou somatických symptómov a rodinnými faktormi vidíme v tab. 2. Stredne silný pozitívny vzťah bol zistený medzi výchovnou inkonzistenciou a výskytom somatických symptómov (p ≤ 0,01, Sig. = 0,000), vzťah negatívneho smerovania medzi výskytom somatických symptómov a záujmom rodičov (p ≤ 0,01, Sig. = 0,000). Ďalšie signifikantné vzťahy negatívneho smerovania boli zistené vo vzťahu k rodičovskej vrelosti (p ≤ 0,01, Sig. = 0,000) a pocitom bezpečia

(p ≤ 0,01, Sig. = 0,000). Uvedené zistenia interpretujeme, že čím je výraznejšie vnímanie pocitu bezpečia, rodičovského záujmu a vrelosti, tým je výskyt somatických problémov nižší. Na základe uvedeného prijímame hypotézu H1, a H2. V tab. 2 vidíme vzťah medzi výskytom somatických symptómov a inkonzistenciou. Interpretujeme, že rodičovská nedôslednosť zvyšuje výskyt somatických symptómov. Na základe uvedeného hypotézu H3 prijímame. Variabilitu symptómov zachytáva graf 2. kde je znázornený výskyt somatických symptómov v rámci jednotlivých adolescentných vývinových období. Analýza výskytu somatických symptómov ukazuje, že medzi vekovými skupinami neboli zistené významné rozdiely vo výskyte somatických problémov. Výsledky sú doplnené v tab. 3 o výpočet rozdielov somatických symptómov medzi párami vekových skupín, ktoré boli testované Mannovho-Whitneyho U testom. Priemerné hodnoty zobrazuje graf 3. V rámci jednotlivých skupín evidujeme opäť štatisticky nevýznamné rozdiely. V tab. 4 vidíme zistené súvislosti medzi parciálnymi somatickými symptómami a rodinnými faktormi. Významné rozdiely sa nachádzajú vo faktore inkonzistencia výchovy. S nedôslednosťou rodičov vo výchove súvisia celkový zdravotný stav i parciálne symptómy bolesti hlavy, brucha, zvracanie, problémy s očami (p ≤ 0,01, Sig. = 0,000). Výchovná inkonzistencia nesúvisí s kožnými problémami (p > 0,05, Sig. = 0,008). Percepčia nižšieho rodičovského záujmu sa spája so symptómami bolesti brucha zvracanie, problémy s očami, celkový zdravotný stav (p ≤ 0,01, Sig. = 0,000). Tab. 5 sa sústreďuje na výskyt somatických symptómov



Graf 2. Výskyt somatických symptómov v troch vekových kohortách (najfrekvencovanejšie) 1. vek. kohorta (N = 199), 2. vek. kohorta (N = 538), 3. vek. kohorta (N = 760)

Pozn.: 1. Bolievalo ma brucho (10–13 rokov), 2. Bolievalo ma brucho (14–16 rokov), 3. Bolievalo ma brucho (17–18 rokov), 1. Niečo ma pobolievalo (10–13 rokov), 2. Niečo ma pobolievalo (14–16 rokov), 3. Niečo ma pobolievalo (17–18 rokov), 1. Problémy s očami (10–13 rokov), 2. Problémy s očami (14–16 rokov), 3. Problémy s očami (17–18 rokov), 1. Kožné problémy (10–13 rokov), 2. Kožné problémy (14–16 rokov), 3. Kožné problémy (17–18 rokov), 1. Zvracanie (10–13 rokov), 2. Zvracanie (14–16 rokov), 3. Zvracanie (17–18) rokov.



Graf 3. Priemerné hodnoty v škále somatických symptómov v 3 vekových skupinách 1. vek. kohorta (N = 199), 2. vek. kohorta (N = 538), 3. vek. kohorta (N = 760)

v rámci skupín. V 1. vekovej kohorte nachádzame stredne silný vzťah a v starších skupinách slabé vzťahy medzi somatickými symptómami a inkonzistenciou výchovy (pozitívne smerovanie) ($p \leq 0,01$, Sig. = 0,000). Významné vzťahy (negatívne smerovanie) evidujeme medzi prítomnosťou somatických symptómov a rodičovskou vrelosťou ($p \leq 0,05$, Sig. = 0,014) a symptómami a pocitom bezpečia doma ($p \leq 0,01$, Sig. = 0,001). V 2. vekovej kohorte boli zistené signifikantné vzťahy – pozitívny vzťah medzi somatickou symptomatológiou a výchovnou nedôslednosťou ($p \leq 0,01$, Sig. = 0,000), signifikantný vzťah negatívneho smerovania s rodičovským záujmom ($p \leq 0,01$, Sig. = 0,000), vrelosťou ($p \leq 0,01$, Sig. = 0,000), pocitom bezpečia ($p \leq 0,01$, Sig. = 0,000). Podobné vzťahy boli zistené i v tretej vekovej kohorte. V žiadnej skupine nebola zistená lineárna súvislosť medzi somatickými symptómami a rodičovským dohľadom.

DISKUSIA

Centrom pozornosti v uvedenej štúdií bolo skúmanie súvislostí medzi výskytom somatických symptómov a faktormi rodinného prostredia. Rodinné faktory, ako sú rodičovská vrelosť a záujem, prežívanie pocitu bezpečia, sú v mnohých výskumných štúdiách vyhodnotené ako protektívne faktory.^{4,7,8,13,16,29} Ich interakcia s mnohými ďalšími faktormi nemusí mať len pozitívny účinok na zdravie, ale môžu sa vyskytnúť i negatívne dôsledky, pretože faktory nepôsobia izolovane, ale v kauzálnej súvislosti s mnohými ďalšími, ktorých uplatnenie je špecifické vzhľadom k individuálnym podmienkam uplatňujúcich sa v živote jedinca. Uvedená štúdia nezasahuje do oblasti psychosomatických ochorení, sústreďuje sa na výskyt somatických problémov adolescentov v rodinnom systéme na základe ich subjektívneho prežívania pocitu bezpečia, ako i subjektívneho vnímania rodinných faktorov. Štúdia zisťovala, do akej miery sa pozitívne prežívanie rodinných vzťahov zúčastňuje na prevencii v prítomnosti somatickej symptomatológie u adolescentov. Východiskom pre tento cieľ sú výskumné štúdie,³⁰ podľa ktorých narušenie emočných vzťahov je jednou z príčin somatických problémov. Výsledky predkladanej štúdie ukazujú, že prežívanie emočne pozitívnych vzťahov adolescentov s rodičmi predstavuje protektívny faktor pred somatickými symptómami. Naše zistenia podporujú už doterajšie výskumné štúdie.^{29,30} Ďalším skúmaným faktorom v procese somatizácie bol záujem rodičov. Potvrdili sme, že jeho význam výrazne stúpa v období strednej a neskorej adolescencie. V ranej adolescencii dominuje prediktor pocit bezpečia. Možno konštatovať, že prejavovanie záujmu nadobúda širší roz-

mer a uplatnenie u starších adolescentov najmä z hľadiska podpory a preukazovania dôvery v rámci rôznych záujmových aktivít. Stredná a neskorá adolescencia sa odlišuje od ranného obdobia výraznejšou potrebou rozvíjať kamarátstva, ktoré majú charakter blízkych vzťahov, priateľstiev. Uvedené potvrdzujú mnohé štúdie.^{1,2} Rovnako existujú štúdie, ktoré zistili, že kvalita priateľstva sa môže prejavovať v osobných problémoch adolescenta.¹² Z tohto aspektu je rodičovský záujem podporným prvkom. Zaujímavé zistenie sa vzťahuje k rodičovskému dohľadu, pri ktorom sa nepreukázala súvislosť v žiadnom období adolescencie. Možno sa domnievať, že dohľadanie na plnenie si povinností, sledovanie aktivít adolescenta a pod. patrí podľa adolescentov do činnosti rodičov, a na druhej strane možno uvažovať o tom, že rodičia vytvárajú pre adolescentov dostatočný priestor pre seberealizáciu, vytvárajú im možnosti, priestor pre seberealizáciu, a z tohto pohľadu adolescenti môžu považovať rodičovský dohľad za samozrejímavý prvok v organizácii režimu dňa. Prejavovanie citov, zdieľania voľného času, sociálna opora vo vzťahu predstavujú podľa niektorých autorov^{28,36,3} protektívne faktory intimity. Za dôležité považujeme zdôrazniť, že výsledky štúdie sú v kontexte percepcie rodičovskej vrelosti, prejavovania záujmu a prežívania pocitu bezpečia adolescentov doma, čo nemusí jednoznačne odrážať menej kvalitné vzťahy v rodine. Na kognitívnom uchopení problémov sa podieľajú osobnosť, myslenie, emocionálne prežívanie, očakávania, schopnosť zvládať náročné situácie, psychická odolnosť organizmu (reziliencia, vulnabilita, frustračná tolerancia) a mnohé ďalšie faktory. Kauzálna multifaktoriálna podmienenosť nebola skúmaná, ale zistili sme, že rodinné faktory (emočná vrelosť, záujem, pocit bezpečia) sa vo všetkých troch obdobiach adolescencie spájajú s nižším výskytom somatických problémov.

Skúmanie variability somatickej symptomatológie ukázalo, že medzi jednotlivými vývinovými obdobiami adolescencie nie sú významné rozdiely vo výskyte somatických symptómov. Napriek tomu sa mierne zvýšenie somatických problémov vyskytuje v období rannej adolescencie. Výsledky možno čiastočne zdôvodniť prestavbou organizmu, ku ktorej dochádza v rannej adolescencii, a mierny pokles možno zdôvodniť postupnou adaptáciou na danú situáciu v rodine.^{8,23} Taktiež môže k eliminácii symptómov prispieť osobná skúsenosť, schopnosť využívať vlastné zdroje k riešeniu problémov ai.

Za najdôležitejší výsledok uvedenej štúdie považujeme zistený vzťah medzi výskytom somatických symptómov a výchovnou nedôslednosťou. Nedôslednosť vo výchove môže byť spojená s psychickou nepohodou rodičov, prítomnosťou určitých osobnostných charakteristík (napr. náladosť), ale tiež môže byť dôsledkom účelového

vymedzovania hraníc a manipulácie pre získanie rodičovských výhod. Skúsenosti z klinickej praxe často potvrdzujú fyzické problémy v kontexte „narušenej rodiny“. Výchovnú inkonzistenciu možno z hľadiska vyššieho výskytu somatických problémov považovať za rizikový faktor zdraveho vývinu. Nesúlad vo výchove môže viesť k chaosu, čo sa môžu prejavovať problémami v oblasti somatického zdravia. Negatívny vplyv rodičovskej nedôslednosti vo výchove potvrdzuje Colorosová.⁷

Deficity v starostlivosti sa môžu prejavovať v psychosociálnom vývine i v zdravotnom stave.²¹ Uvedené naznačuje, že v eliminácii zdravotných ťažkostí nachádza uplatnenie mediodborové terapeutické pôsobenie.²² V súvislosti s riešenou problematikou je potrebné zdôrazniť, že somatické problémy boli skúmané ako parciálne symptómy prejavujúce sa bez organického patologického podkladu.

ZÁVER

Výsledky podporujú význam rodičovskej vrelosti, záujmu v prevencii vzniku somatických problémov a zároveň poukazujú na dôležitosť percipovania pocitu bezpečia v rodinnom prostredí. Zistenia potvrdzujú, že kvalitný vzťah s rodičmi a vnímanie úprimného rodičovského záujmu o aktivity adolescentov majú terapeutický význam. Pôsobenie rodičov v zmysle dôsledného výchovného pôsobenia možno považovať rovnako za preventívny faktor somatizácie adolescentov. Vo výskume bolo preukázané, že inkonzistentná výchova súvisí s prítomnosťou takmer všetkých skúmaných parciálnych symptómov. Spôsob, akým rodičia prejavujú záujem, lásku, a ako dôslední sú vo výchove, sa premieta vo vzťahovom, organizačnom i kontrolnom systéme rodiny. Ako ukazujú výsledky predkladanej štúdie, uvedené faktory súvisia so symptomatológiou somatických problémov.

Problematika vzniku a dôsledkov somatických problémov je multifaktoriálna a determinovaná širokospektrálnymi systémami. Ambíciou pilotného zistenia somatických symptómov rannej, strednej a neskej adolescencie bolo overiť prítomnosť somatických symptómov na väčšom počte participantov jednotlivých období adolescencie.

Na zistenie prítomnosti somatických symptómov bol v štúdií selektovaný rodinný vzťahový systém. Pre komplexnú analýzu somatických problémov je potrebné skúmať viaceré vzťahové systémy (napr. sociálny systém – interpersonálne vzťahy v škole) a analyzovanie ich podielu pri vzniku somatických ťažkostí v kontexte ďalších faktorov napr. osobnostných, copingové stratégie a pod). Skúmanie viacerých systémov by mohlo prispieť k zisteniu kauzálnych súvislostí viacerých faktorov.

LITERATÚRA

1. Bagwell CL, Schmidt ME. Friendships in Childhood and Adolescence. New York: Guilford Press 2011.
2. Berndt TJ. Children's Friendship: Shifts over a Half Century in Perspectives on their Development and their Effects. Merrill – Palmer Quarterly 2004; 50 (3): 206–223.
3. Bowlby J. Attachment and loss (2nd edition) Attachment. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis 1982.
4. Buist KL, Dekovic M, Meeus WH, van Aken MAG. Attachment in adolescence: A social relations model analysis. Journal of Adolescence Research 2004; 16 (6): 826–850.
5. Blatný M, Hrdlička M, Květon P, Vobořil D, Jelínek M. Výsledky české

- části mezinárodního projektu SAHA I. deskriptivní analýza rizikového chování a rizikových a protektivních faktorů vývoje mladistvých z městských oblastí. Brno: Zprávy – Psychologický ústav 2004; 10 (1): 1211–8818.
6. Blatný M, Polišenská V, Balaščíková V, Hrdlička M. Problematika rizikového chování vývoje dětí a dospívajících: hlavní témata a implikace pro další výzkum. *Československá psychologie* 2005; 49 (6): 524–539.
 7. Colorosová B. Krizové situace v rodině. Jak pomoci dětem překonat smrt blízkého člověka, nemoc, rozvod a traumata adoptce. Praha: Ikar 2008.
 8. Cummings EM, Davies PT. Marital conflict and children: An emotional security perspective. New York: The Guilford Press 2010.
 9. Danzer G. Psychosomatika. Praha: Portál 2001.
 10. Doktorová D, Ručková G. Účinnost rolových hier na vyjádření emocí vo vztahu matka a dítěta. In: *Psychologie a patopsychologie dítěta* 2015; 49 (1–2): 31–39.
 11. Dunovský J a kol. Sociální pediatrie – vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing 1999.
 12. Gaertner AE, Fite PJ, Colder CR. Parenting and Friendship Quality as Predictors of Internalizing and Externalizing Symptoms in Early Adolescence. *Journal of child and family studies* 2010; 19: 101–108.
 13. Grych JH, Fincham FD. Marital Conflict and Children's Adjustment. *A Cognitive Contextual Framework. Psychological Bulletin* 1990; 108 (2): 267–290.
 14. Hassan I, Ali R. Published online: Service, Veterans Affairs. *Psychiatr Q* 2011; 82: 315–328.
 15. Husovská D. Výskumné zistenia v súvislosti so vzťahovou väzbou u adoptovaných detí. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika* 2013; 20 (1): 23–27.
 16. Jessor R, Van Den Bos J, Vanderryn J, Costa FM, Turbin MS. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental psychology* 1995; 31 (6): 923–933.
 17. Kobak R. The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. In Cassidy J, Shaver PR. (eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press 1999: 21–43.
 18. Kučírek J. *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí 2006.
 19. Krch FD. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie* 2000; 4 (4): 231–235.
 20. Kleinmann K a kol. *Psychologie a psychoterapie pre zdravotníckych pracovníkov*. Bratislava: Salvus 2011.
 21. Levická J, Levická K. Zanedbanie dieťaťa ako súčasť spoločného problému spoločnosti v Republike Slovenskej In: *Zanedbanie dieťaťa*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2016: 149–162.
 22. Vosečková A, Truhlářová Z, Levická J. New Approach to Teaching of Health Psychology Focusing on Social Work in the Family In: *Procedia – social and behavioral sciences* 2014; 132: 324–329.
 23. Macek P. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál 2003.
 24. Matoušek O, Kroftová A. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál 2003.
 25. Matějček Z. Typologie následků psychické deprivace. *Psychiatrie* 1997; 1 (2): 72–75.
 26. Matějček Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Vydavatelstvo HH 2001.
 27. Mičková Z. Adolescence and manifestation emotions in the family. *AD ALTA journal of interdisciplinary research* 2015; 5 (1): 55–58.
 28. Mydlová K, Vavrová M. Overenie psychometrických vlastností dotazníka rizikového sexuálneho správania a intímnych vzťahov adolescentov. IX. roč. konferencie PhD. existence: Česko-slovenská psychologická konferencie (nejen) o doktorandech a pro doktorandy. Olomouc: Univerzita Palackého 2019, in press.
 29. Parker JS, Benson MJ. Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence* 2004; 39 (155): 519–530.
 30. Poněšický J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. Triton 2012.
 31. Piotrowski NA. *Psychology basics. Abnormality: psychological models learning disorders*, Pasadena, California: Salem Press 2005.
 32. Raudenská J, Javůrková A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada 2011.
 33. Rojková Z. Slovenská verzia dotazníka SAHA a jej pilotné overovanie. *Psychologické aspekty pomáhaní* 2016. Ostrava: Ostravská univerzita 2017; 87–93.
 34. Selecká L, Václavíková I, Blatný M, Hrdlička M. Typológia antisociálneho správania: špecifická prejavov adolescentných chlapcov a dievčat vo vzťahu k rizikovému sexuálnemu správaniu. *Česká a slovenská psychiatrie* 2017; 113 (6): 258–267.
 35. Siqueland L, Rynn M, Diamond GS. Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Journal of anxiety disorder* 2005; 19 (4): 361–381.
 36. Širůček J, Širůčková M, Macek P. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie* 2007; 51 (5): 476–488.
 37. Širůček J, Širůčková M. Vývoj a zkoumání vrstevnických vztahů. *Vztahy v dospívání*. Brno: Barrister a Principal 2012.
 38. Šupalová J, Kováč T. Rodina ako primárny zdroj kvality života detí. In: Džuka (Ed.) *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita 2004. <http://docplayer.net/32414241-57-rodina-ako-primarny-zdroj-kvality-zivota-deti.html>
 39. Štefánková Z. Citová väzba v detstve a adolescencii vo vzťahu k emocionálnej regulácii. *Československá psychologie* 2005; 49 (5): 432–445.
 40. Trapková L, Chvála V. *Rodinná terapia psychosomatických porúch*. Praha: Portál 2007.
 41. Verešová M, Hušvetyova J. Štýly rodinnej výchovy a rizikové správanie dievčat a chlapcov v období puberty. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* 2005; 40 (1): 17–29.
 42. Uhláriková J. Analýza životnej spokojnosti adolescentov v kontexte rodiny a rodinného prostredia. *e-psychologie* 2010; 4 (4): 10 – 18.
 43. Zhang B, Gao Q, Fokkema M, Alterman V, Lui Q. Adolescent Interpersonal Relationships, Social Support And Loneliness In High Schools: Mediation Effect And Gender Differences. *Social Science Research* 2015; 53: 104–117.