



Vykonávaná starostlivosť o zdravie a vnímanie rizika v súvislosti s narastajúcim vekom

Monika Hricová, Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach, vavricova.monika@gmail.com

Beáta Ráczová, Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach, beata.raczova@gmail.com

HRICOVÁ, Monika - RÁCZOVÁ, Beáta. Performed health care and the perception of risk in relation to
aging. *Individual and Society*, 2015, Vol. 18, No. 4.

The aim of this paper is to clarify: the nature of the performed activities related to health care during aging, particularly in middle and later adulthood, and senior age and to clarify the correlation between health care and the perception of risk (harm) factors such as alcohol use, drug or internet use. The sample consists of 302 respondents at the age between 35 and 80 years ($M = 58.56$, $SD = 13.82$). For data collection Performed self-care actions (Lovaš, Hricová, 2015) and Risk perception questionnaire (Lovaš, Mésznerová, 2014) are used. It is shown that in the middle adulthood the most frequent strategy is the health care of one's psychological wellbeing. On the contrary, in the senior age, preferred activities are associated with the health preservation and health problems prevention. Development trend that lies in the decreasing character of performed self-care activities in the area of physical wellbeing and increasing of self-care activities related with health problems is confirmed. The average values of perceived risk suggest that the period of middle age is the most sensitive to the perception of risk. The results further showed that the subjects were more concerned about their physical well-being, body and health and that the more intense substance abuse (alcohol, drugs) was perceived as threatening. Actions performed of self-care to health threats positively correlated with risk taking of soft and hard drugs. Self-care and risk avoidance can be considered a lifelong strategy that could affect the quality of aging.

Self-care. Risk perception. Health. Aging.

Príspevok vznikol v rámci grantového projektu VEGA 1/0924/15 (Procesy sebaregulácie v dosahovaní distálnych cieľov)

Úvod

Starostlivosť o seba je zvyčajne v odbornej literatúre charakterizovaná ako súbor aktivít realizovaných jedincom v priebehu ochorenia (Rehwalder et al., 2009; Riegel, Dickson, 2008). Preto sa zvykne označovať aj ako základná úroveň zdravotnej starostlivosti (Hoy et al., 2007). Dôvodom je fakt, že publikované práce vychádzajú z ošetrovateľskej koncepcie self-care Oremovej (napr. Orem, 1995, 2001). Starostlivosť o seba však postihuje všeobecnejšie správanie vedúce k zdraviu. Reprezentuje kroky na strane jedinca, nie len vtedy, keď už choroba prepukne, ale aj preventívne opatrenia v podobe aktívneho predchádzania zdravotným problémom. Kľúčovým prvkom starostlivosti o seba je vedomá a vôľou riadená angažovanosť

jedinca v súvisiacich aktivitách. Tým aktívne preberá zodpovednosť za fyzické a psychické zdravie (Ráčzová, Klasová, 2012). Pre porovnanie Campbell, Assanand a Di Paula (2003) ju charakterizujú ako individuálnu schopnosť jedinca udržať si zdravie, predchádzať ochoreniu a vyhľadať liečbu v prípade potreby.

Avšak v priebehu života často dochádza k situáciám, kedy jedinec nie je schopný dodržiavať ciele, ktoré si určil, a to aj napriek znalostiam o ich prospešnosti pre zdravie (Karoly et al., 2008). Karoly a kolektív (Karoly et al., 2005) poukazujú na to, že ciele týkajúce sa fyzických aktivít, ktoré si jedinec stanovuje, nefungujú izolovane, ale vzťahujú sa k ďalším cieľom. Tie sú súčasťou životného priestoru konkrétneho jedinca a tak sa môže stať, že budú uprednostnené iné ciele, ktoré majú vyššiu prioritu (Karoly, 2010). V tejto súvislosti Leventhal, Leventhal, Robitaille (1998) dodávajú, že zvyšujúci sa vek reprezentuje moderujúci faktor zmeny prístupu k starostlivosti o zdravie. Vývinové faktory môžu predstavovať facilitujúce, ale aj limitujúce premenné starostlivosti o seba. Napríklad v období starnutia, napomáha zvýšená starostlivosť o zdravie zvládať straty a negatívne dôsledky prejavujúce sa vplyvom narastajúceho veku (Heckhausen, Schulz, Wrosh, 2010). Pozornosť si však vyžaduje už aj obdobie stredného veku, kedy si jedinec intenzívnejšie, ako v predošlom vývinovom období, uvedomuje nastupujúce fyzické a psychické zmeny. Môže ich vnímať buď ako straty alebo zisky. Kľúčovou úlohou stredného veku sa tak stáva identifikácia alternatív vedúcich k efektívnejšiemu fungovaniu a zlepšeniu celkového zdravia v rámci komplexnej prípravy na starnutie. Tieto alternatívy potom tvoria základ starostlivosti o seba v nasledujúcom období starnutia (Brandtstädter, Greve, 1994). Podľa Železnikovej (2007) je možné práve prostredníctvom starostlivosti o seba realizovať konzistentné, riadené, efektívne a účelné činy, ktorých cieľom je udržať si fyzické a psychické zdravie, v priebehu celého života.

Úroveň, spôsob a zmeny v starostlivosti o seba sú počas života jedinca, okrem narastajúceho veku, determinované aj inými faktormi. Jedným z modelov, ktorý zachytáva celú škálu faktorov vstupujúcich do procesu starostlivosti o zdravie je tzv. HAPA model = Health action process approach (Model aktívneho prístupu k zdraviu), ktorého autorom je Schwarzer (2001). V rámci neho podrobne vykresľuje sebaregulačné procesy, ktoré prebiehajú postupne od formulovania zámeru až k reálnej zmene zdravotného správania. Pričom v celom procese zohrávajú významnú úlohu faktory ako vnímanie rizika, ohrozenia zdravia alebo anticipácia následkov (Schwarzer, 2001). Taktiež Vita et al. (1998) upozorňujú, že anticipácia rizika a vyhýbanie sa rizikovému životnému štýlu napomáhajú redukcii výskytu chronických ochorení spojených s narastajúcim vekom. Percepcia rizika tvorí nevyhnutný komponent viacerých teórií správania vedúceho k zdraviu (Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980; Weinstein, 1993; Leventhal, Kelly, Leventhal, 1999). Tangneyová, Baumeister, Boone (2004) dodávajú, že podstatou výslednej sebaregulácie vedúcej k zdraviu je subjektívne posúdenie rizika, jeho inhibícia a následné iniciovanie zdraviu prospešného správania.

Na základe uvedeného bolo preto cieľom realizovaného výskumu objasniť charakter preferovaných aktivít týkajúcich sa starostlivosti o zdravie v priebehu starnutia, konkrétne v období strednej, neskorej dospelosti a v seniorskom veku. Následne ozrejmiť vzťah vykonávanej starostlivosti o zdravie a vnímania rizikovosti (škodlivosti) faktorov ako je užívanie alkoholu, drog, rizikové používanie internetu alebo poškodzujúce sexuálne správanie.

Výskumný súbor

Výskumný súbor pozostával zo 302 respondentov, z toho 180 žien a 122 mužov, vo veku od 35 do 80 rokov. Priemerný vek účastníkov výskumu bol 58,56 roka (SD = 13,82). Respondenti pochádzali z Košického a Prešovského kraja. Údaje boli snímané v rámci jednotlivých období v priebehu starnutia, konkrétne išlo o stredný vek (35 - 50 rokov, N = 105; M = 43,00; SD = 4,89), neskorú dospelosť (51 - 65 rokov, N = 87; M = 58,01; SD = 5,28) a starobu (66 - 80 rokov, N = 110; M = 73,85; SD = 3,69). Do výskumného súboru neboli zaradení respondenti vo veku nad 80 rokov, a to z dôvodu vylúčenia prípadných kognitívnych deficitov, ktoré by mohli negatívne ovplyvniť mieru porozumenia položkám pri administrácii dotazníkov. Výber účastníkov výskumu prebiehal nenáhodným spôsobom a bol podmienený ochotou oslovených respondentov k participácii na výskume, pričom išlo o neklinickú populáciu.

Metódy získavania údajov

Vykonávaná starostlivosť o seba (VSS) (Lovaš, Hricová, 2015)

Uvedený dotazník pozostáva z 21 položiek snímajúcich vykonávanie aktivítv oblasti starostlivosti o seba. Prostredníctvom 5-bodovej škály s pólmi „Nikdy - 1“ a „Stále - 5“ zisťuje frekvenciu aktuálne realizovanej

starostlivosti o seba. Postihuje tri oblasti: F1 fyzická pohoda - cieľená starostlivosť o fyzické zdravie a telo (napr. „Cvičím kvôli dobrej postave“, „Aktívne športujem“), F2 aktivity pri zdravotných problémoch - aktivity vykonávané v situáciách aktuálneho ohrozenia zdravia alebo preventívne opatrenia (napr. „V prípade zdravotných problémov dodržiavam rady lekára“, „Vyhýbam sa situáciám, v ktorých mi hrozí zranenie“) a F3 pozitívne naladenie (napr. „Vytváram dobrú atmosféru vo vzťahoch s priateľmi“). Celková vnútorná konzistencia položiek dotazníka bola $\alpha = 0,84$. Vnútorná konzistencia jednotlivých faktorov sa pohybovala od 0,72 po 0,85 (F1 = 0,80, F2 = 0,85, F3 = 0,72). V prezentovanom výskume boli spracovávané len faktory F1 a F2 snímajúce starostlivosť o fyzické zdravie.

Dotazník vnímania rizika (DVR) (Lovaš, Mésznerová, 2014)

Dotazník zisťuje vnímanie rizikovosti (škodlivosti) vybraných aktivít prostredníctvom 24 položiek. Úlohou respondenta je pomocou 5-bodovej škály s pólmi „Žiadne riziko - 1“ a „Veľmi rizikové - 5“ určiť mieru subjektívne percipovaného rizika. Postihuje šesť oblastí aktivít, ktoré je možné považovať za rizikové: F1 drogy a rizikový sex (6 položiek); F2 alkohol (5 položiek); F3 adrenalínové aktivity a fajčenie (5 položiek); F4 mäkké drogy (3 položky); F5 internet (3 položky) a F6 tetovanie a piercing (2 položky). Koeficient alfa položiek dotazníka bol $\alpha = 0,85$. Vnútorná konzistencia jednotlivých faktorov sa pohybovala od 0,71 po 0,85. S ohľadom na charakter výskumného výberu boli vo výsledkoch spracovávané len faktory F1 až F5.

Výsledky

Výsledky sú popisované v troch samostatných častiach, z ktorých každá reprezentuje iný typ analýz a súčasne odrážajú rôzne perspektívy pohľadu na stanovené ciele výskumu.

Vykonávaná starostlivosť o zdravie v priebehu sledovaných vývinových období

Prvý krok analýz smeroval k zisťovaniu odpovede na otázku aká je štruktúra starostlivosti o zdravie z hľadiska vybraných faktorov dotazníka VSS v rámci skúmaných životných období. Výsledky porovnaní naznačujú (tabuľka 1), že respondenti v každom zo sledovaných období vo významne vyššej miere vykonávajú aktivity súvisiace so znížením či prevenciou zdravotných ťažkostí (F2) než aktivity, ktoré vedú k zabezpečeniu fyzickej pohody (F1).

Pohľad na priemerné škálové hodnoty odpovedí (tabuľka 1) naznačuje určitý trend (priemerné hodnoty sa pohybovali v rozpätí od 2,52 až 4,32 odpovedovej škály). Konkrétne o fyzickú pohodu sa najintenzívnejšie starajú ľudia v strednej dospelosti, následne v neskorej dospelosti a seniori tieto aktivity vykonávajú najmenej. Naopak v prípade činností, ktoré sú vyvolané zdravotnými problémami sú najaktívnejší seniori, následne starší dospelí a napokon ľudia v strednom veku.

Tabuľka 1: Výsledky porovnania miery vykonávania aktivít vo vybraných faktoroch dotazníka VSS (F1 a F2) v rámci skúmaných vývinových období

Vývinové obdobie	Faktory vykonávaných aktivít v oblasti starostlivosti o zdravie	M	SD	t	p
Stredná dospelosť	fyzická pohoda (F1)	2,91	0,87	-10,71	0,00
	aktivity pri zdravotných problémoch (F2)	3,82	0,70		
Neskorá dospelosť	fyzická pohoda (F1)	2,82	0,72	-11,48	0,00
	aktivity pri zdravotných problémoch (F2)	3,93	0,63		
Seniori	fyzická pohoda (F1)	2,52	0,95	-14,22	0,00
	aktivity pri zdravotných problémoch (F2)	4,32	0,75		

Vysvetlivky: M = priemerná škálová odpoveď, SD = štandardná odchýlka, škála „Nikdy nevykonávam - 1“ a „Stále vykonávam - 5“

Tabuľka 2: Výsledky zisťovania rozdielov vo vykonávaní aktivít súvisiacich so starostlivosťou o zdravie (v podobe faktorov F1, F2) u respondentov vzhľadom k veku

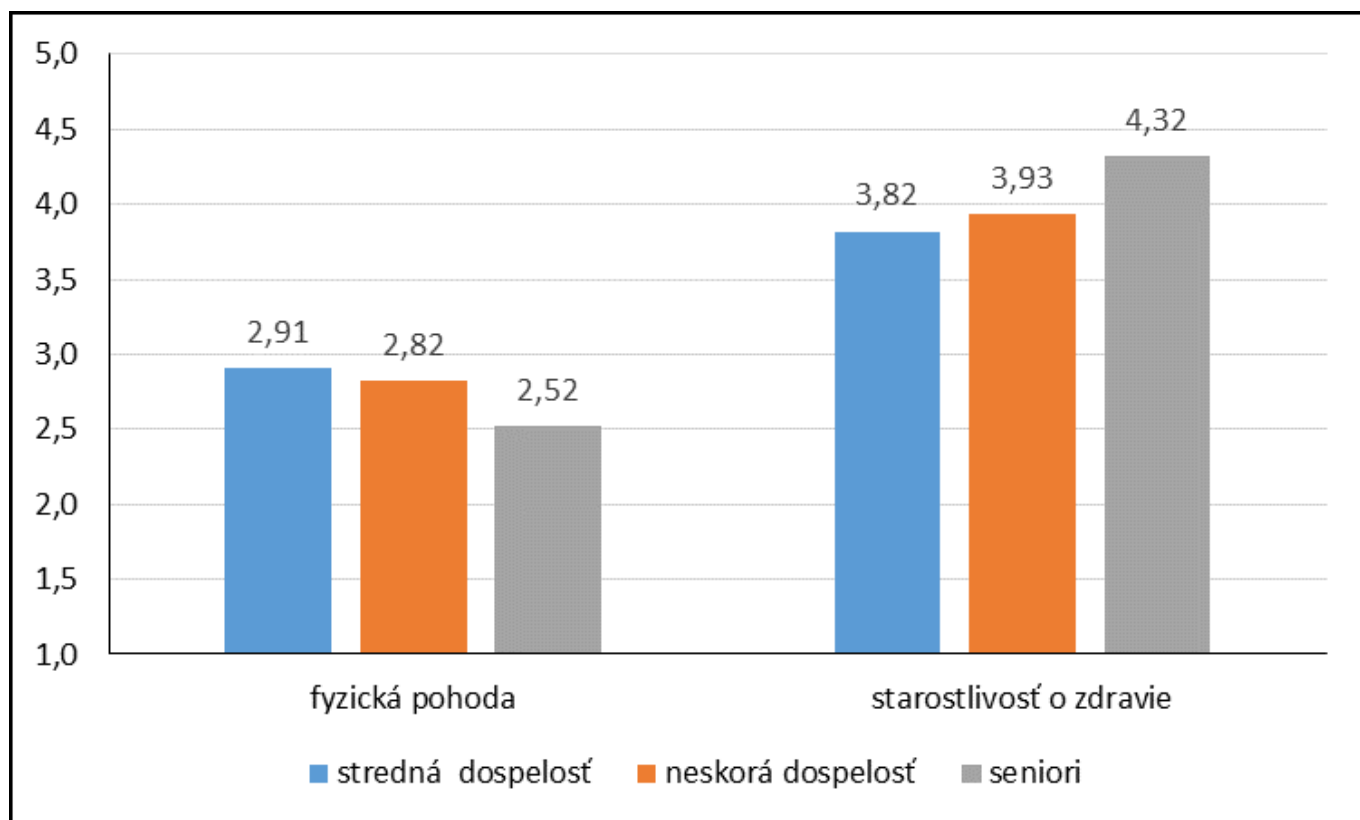
Veková skupina		F1		F2	
		Mean Dif	p	Mean Dif	p
Stredná dospelosť	Neskorá dospelosť	0,09	1,00	-0,08	1,00
	Seniori	0,39	0,00	0,49	0,00
Neskorá dospelosť	Seniori	0,29	0,05	0,41	0,00

Vysvetlivky: F1 = Fyzická pohoda, F2 = Aktivity pri zdravotných problémoch, škála „Nikdy nevykonávam - 1“ a „Stále vykonávam - 5“, Mean Dif - hodnota rozdielu priemerov

Preto boli následne sledované rozdiely vo vykonávaní aktivít starostlivosti o zdravie v priebehu dospelosti a staroby. Vek sa v tejto súvislosti skutočne ukázal ako rozhodujúca premenná ($F = 20,212$; $p \leq 0,001$). Významné rozdiely boli konkrétne zistené vo faktore F1 - fyzická pohoda medzi seniormi a respondentmi v strednom veku a vo faktore F2 - teda v aktivitách vykonávaných pri zdravotných problémoch, a to konkrétne medzi seniormi a respondentmi v strednom veku a neskorej dospelosti (tabuľka 2).

Výsledky teda naznačujú, že seniori sa významne menej, v porovnaní so stredným vekom, venujú aktivitám zameraným na fyzickú pohodu, ale zároveň viac než ľudia v strednom i staršom veku činnostiam, ktoré sú vyvolané možnými zdravotnými ťažkosťami. Pre lepšiu ilustráciu uvádzame výsledky aj v grafickej podobe (graf 1).

Graf 1: Rozdiely vo vykonávaní aktivít starostlivosti o zdravie (v podobe faktorov dotazníka VSS) vzhľadom k veku



Vnímanie rizikového správania v priebehu sledovaných vývinových období

Ďalším krokom analýz bolo zistenie špecifik jednotlivých sledovaných vývinových období vzhľadom na subjektívne percipované riziko. Zamerali sme sa na to, ktoré aktivity sú respondentmi rôzneho veku vnímané za najviac a najmenej rizikové (tabuľka 3). Výsledky ukázali, že tak seniori ako aj respondenti v období strednej a neskorej dospelosti vnímajú za najviac rizikové skúšanie alebo užívanie drog a rizikový sex. Naopak ako najmenej rizikové vnímali aktivity spojené s konzumáciou alkoholu. Signifikantné rozdiely sa preukázali medzi obdobím strednej a neskorej dospelosti, kedy respondenti vo veku 35 až 50 rokov vnímali drogy a sex rizikovejšie (Rozdiel priemerov = 0,31; $p = 0,045$). Významnosť rozdielov bola zistená aj vo vnímaní škodlivosti adrenalínových aktivít, najmä fajčenia. Konkrétne fajčenie bolo v strednom veku vnímané ako významne rizikovejšie, v porovnaní so seniori (Rozdiel priemerov = 0,35; $p = 0,012$).

Uvedeným výsledkom zodpovedali aj samostatné položky z najvyšším a najnižším priemerom percipovanej rizikivosti. Konkrétne v období strednej a neskorej dospelosti dominovalo „Skúšanie tvrdých drog“ a „Užívanie tvrdých drog“. Seniori zasa za najrizikovejšie vnímali „Rezanie sa“ ($M = 4,57$; $SD = 1,17$) a „Sexuálny styk s neznámym partnerom“ ($M = 4,54$; $SD = 1,13$). Za najmenej rizikové správanie považovali respondenti všetkých vekových skupín položku „Konzumácia alkoholu v malom množstve (pohár piva, vína)“, kde sa priemerné hodnoty pohybovali od $M = 1,06$ ($SD = 1,05$) pre seniorov, po $M = 2,29$ ($SD = 1,09$) pre dospelosť. Podobne to bolo aj s položkou „Konzumácia tvrdého alkoholu v malom množstve (poldeci)“, ktorá bola seniori považovaná za málo rizikovú ($M = 2,25$; $SD = 1,25$).

Tabuľka 3: Priemerné hodnoty dosiahnuté v jednotlivých faktoroch Dotazníka rizika u respondentov vo vývinových obdobiach od strednej dospelosti po starobu

Veková skupina	Faktory vnímania rizika	M	SD
stredná dospelosť	drogy a rizikový sex (F1)	4,65	0,76
	alkohol (F2)	3,10	0,76
	adrenalínové aktivity a fajčenie (F3)	4,06	0,86
	mäkké drogy (F4)	4,28	0,92
	internet (F5)	3,85	0,93
neskorá dospelosť	drogy a rizikový sex (F1)	4,32	1,31
	alkohol (F2)	2,96	0,96
	adrenalínové aktivity a fajčenie (F3)	3,85	1,17
	mäkké drogy (F4)	3,95	1,27
	internet (F5)	3,82	1,28
seniori	drogy a rizikový sex (F1)	4,57	1,08
	alkohol (F2)	3,00	0,91
	adrenalínové aktivity a fajčenie (F3)	3,70	1,04
	mäkké drogy (F4)	4,02	0,96
	internet (F5)	3,84	1,04

Vysvetlivky: M = priemer, SD = štandardná odchýlka, škála „Žiadne riziko - 1“ a „Veľmi rizikové - 5“

Vzťah vykonávanej starostlivosti o seba a vnímania rizika

V zhode s druhým cieľom výskumu, bol na záver sledovaný charakter vzťahu medzi preferovanými aktivitami v oblasti starostlivosti o zdravie a vnímanou mierou rizikovosti faktorov ohrozujúcich zdravie (tabuľka 4). Bol zistený pozitívny, stredne silný, signifikantný vzťah medzi starostlivosťou o fyzickú pohodu a vnímanou rizikovosťou užívania drog, rizikového sexuálneho správania a aj alkoholu. V prípade realizovanej starostlivosti o seba pri zdravotných problémoch bol stredne silný a signifikantný vzťah s užívaním tvrdých aj mäkkých drog a rizikovým sexom. Zároveň sa ukázalo, že čím viac sa respondent snaží o prevenciu výskytu fyzických ochorení, tým rizikovejšie vníma aj používanie internetu spôsobom, ktorý odhaľuje jeho súkromie ($r = 0,27$; $p < 0,01$). Avšak súvislosť medzi vnímaním škodlivosti konzumácie alkoholu a aktivitami pri ohrození zdravia sa nepreukázala ($r = 0,05$).

Tabuľka 4: Korelácie faktorov starostlivosti o zdravie a vnímania rizika

Riziko					
Starostlivosť o seba	drogy/sex	alkohol	adrenalín/fajčenie	mäkké drogy	internet
F1	0,25**	0,47**	0,18	-0,01	-0,03
F2	0,45**	0,05	0,14	0,36**	0,27**

Vysvetlivky: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, F1 = fyzická pohoda, F2 = aktivity pri zdravotných problémoch

Diskusia

Starostlivosť o zdravie považujeme za súčasť komplexu aktivít, ktoré jedinec vykonáva s cieľom dosiahnuť, či zlepšiť svoju fyzickú a psychickú pohodu (Lovaš, Hricová, 2015). V priebehu života sa intenzita i spôsob starostlivosti o zdravie mení. Dôvodom môže byť rôznorodý charakter vývinových faktorov a ich stimulačné alebo inhibičné pôsobenie (Hoy et al., 2007). Cieľom prezentovaného výskumu bolo preto objasniť štruktúru vykonávaných aktivít starostlivosti o zdravie, z hľadiska vybraných faktorov dotazníka VSS (faktor1: fyzická pohoda a faktor 2: aktivity pri zdravotných problémoch), a to v priebehu dospelosti a staroby. Zároveň bolo našou úlohou ozrejmiť ich vzťah k vnímaniu rizikového správania. Analýza údajov priniesla niekoľko zistení.

V prvom rade výsledky porovnaní naznačujú, že aktivity smerujúce k zabezpečeniu fyzickej pohody (F1) sú v rámci skúmaných období častejšie vykonávané v strednej dospelosti a s narastajúcim vekom ich frekvencia klesá. Významne aktívnejší sú v tejto oblasti ľudia v strednom veku v porovnaní so seniormi, čo hodnotíme ako prirodzený prejav vývinových zmien v rámci adaptácie na starnutie (Brandtstädter, Greve, 1994). Keďže ide o aktivity ako sú cvičenie, starostlivosť o postavu a kondíciu, vysvetlenie tohto klesajúceho trendu môžeme hľadať napríklad v poklese významu fyzického vzhľadu (Craciun et al., 2012) či v náraste obmedzení pri vykonávaní týchto aktivít (O'Brien, Burgess, 1992). Ďalšiu možnosť vysvetlenia uvedených výsledkov ponúka aj koncept zlyhania sebaregulácie, na základe vyčerpania jej zdrojov (Baumeister, Vohs, 2007). Aktivity ako starostlivosť o postavu, zdravé stravovanie či pravidelná fyzická aktivita totiž kladú vysoké nároky na využitie sebaregulačných zdrojov, čo sa môže stať s rastúcim vekom prekážkou, ktorú seniormi len ťažko dokážu prekonať.

V prípade vykonávania aktivít súvisiacich so znížením, či prevenciou zdravotných ťažkostí (F2) bolo zistené, že ich frekvencia s rastúcim vekom naopak stúpa. Z hľadiska porovnania výsledkov v rámci jednotlivých období je však zrejmé, že v každej zo sledovaných vývinových etáp sú vo významne vyššej miere vykonávané aktivity pri zdravotných problémoch (F2) než aktivity, ktoré smerujú k zabezpečeniu fyzickej pohody (F1). Uvedené výsledky naznačujú určitý trend v štruktúre a miere realizácie starostlivosti o zdravie v priebehu starnutia, o ktorom sa domnievame, že reflektuje prirodzené pôsobenie vývinových činiteľov, ktoré starostlivosť o zdravie moderujú, podobne ako to uvádza Oremová a Vardiman

(1995), či Hoy a kolektív (2007). Vnímanie ohrozenia zdravia sa v druhej polovici života stáva významným motivačným faktorom, ktorý jedinca vedie k zintenzívneniu aktivít súvisiacich so znížením či prevenciou zdravotných ťažkostí (Leventhal, Leventhal, Contrada, 1998). Práve skutočnosť, že s vekom často narastá zraniteľnosť voči ochoreniam (Merluzzi, Nairn, 2009) a súčasne aj nárast miery zdravotných problémov (Šolcová, 2011) u jedinca, iniciuje prekonávať tieto ťažkosti prostredníctvom aktivít, ktoré vedú k ich zmierneniu či prevencii (Železnik, 2007).

Celkovo z vyššie uvedených výsledkov prvej časti analýz vyplýva, že seniorský vek je z hľadiska starostlivosti o zdravie špecifický, a to najmä čo sa týka vnímania ohrozenia zdravia a realizácie možných preventívnych aktivít, ktoré majú toto riziko znížiť (Leventhal, Leventhal, Contrada, 1998).

Aj z týchto dôvodov sa stala oblasť vnímania rizika sférou, ktorú sme sa snažili v týchto súvislostiach preskúmať. Výsledky ukázali, že za najrizikovejšie správanie je, zhodne vo všetkých sledovaných obdobiach, považované experimentovanie s tvrdými drogami (skúšanie aj užívanie drog) a rizikový sex, najmä sexuálny styk s neznámym partnerom. Najmenej škodlivo bola u všetkých skupín, bez štatistickej významnosti rozdielov, hodnotená konzumácia alkoholu. V našom výskumnom výbere bola najmä u seniorov za najmenej ohrozujúcu považovaná konzumácia ľahkého alkoholu (pivo, víno), ale aj užívanie tvrdého alkoholu v malom množstve. V prípade zohľadnenia priemerných hodnôt vnímanej rizikovosti pri položke konzumácia piva, vína môžeme uvažovať skôr o jej percepcii ako zdraviu neohrozujúcej. V tejto súvislosti viaceré štúdie (Lemeshow et al., 1998; Lindsay et al., 2002) poukázali, že víno pôsobí dokonca ako protektívny faktor vzniku Alzheimerovej demencie, avšak pri inom type alkoholu sa tento účinok nepreukázal. Preto pravidelná konzumácia tvrdého alkoholu, môže naopak viesť k nárastu rizika vzniku zdravotných problémov (Benkovič, 2007). V prípade alkoholu sa za nerizikové dávky považuje 24g alkoholu u mužov (pol litra 12° piva, 2dcl vína alebo 50 ml destilátu) a 16 g alkoholu u žien (Krombholz, Drástová, 2010). Za rizikové sa považuje už dvojnásobné prekročenie tejto dávky. Pričom Krombholz a Drástová (2010) dodávajú, že v prípade vyššieho veku je typická skôr preferencia menších dávok alkoholu rozdelených počas dňa a veľmi nebezpečná býva kombinácia alkoholu a liekov. Preto by bolo určite v budúcnosti prospešné zamerať sa aj na vnímanie rizikovosti užívania liekov, čo nebolo v tomto výskume zisťované.

Celkovo priemerné hodnoty vnímanej rizikovosti vybraného správania naznačujú, že obdobie stredného veku je na percepciu rizika najcitlivejšie. To je však v rozpore s tvrdeniami Leventhalovej aj jej spolupracovníkov (Leventhal, Leventhal, Contrada, 1998) o tom, že ľudia v strednom veku sú v porovnaní so seniormi, viac ochotní znášať stres, ktorý je vyvolaný pretrvávajúcimi pochybnosťami o potenciálnej zdravotnej hrozbe. Skôr sa ukazuje, že už jedinca v strednom veku nasadzujú vedomé zdroje, aktivity na zabezpečenie fyzickej pohody potrebné pre efektívne a psychologicky optimálne riešenie zníženia zdravotných rizík v budúcnosti. To si však s ohľadom na štatistickú nevýznamnosť rozdielov medzi sledovanými vývinovými obdobiami vyžaduje vynaloženie ďalšieho výskumného úsilia. Za perspektívne zároveň považujeme aj sledovanie rodových rozdielov, keďže sme sa im priamo v predloženej štúdií, z dôvodu nerovnomerného rodového zastúpenia nevenovali. Výsledky výskumov naznačujú, že ženy sú signifikantne citlivejšie na vnímanie rizika a sú menej ochotné podstúpiť ho. Táto neochota riskovať sa tak u mužov ako aj u žien znižuje s vekom (Thomas et al., 2009). Tieto predpoklady u nás zatiaľ neboli empiricky overené.

Zistenia týkajúce sa vzťahu medzi starostlivosťou o fyzické zdravie a vnímaním rizikovosti správania v priebehu starnutia naznačujú, že čím sa jedinca viac starajú o svoju fyzickú pohodu, telo a zdravie, tým intenzívnejšie vnímajú užívanie návykových látok (alkohol, drogy) ako ohrozujúce. Vykonávanie starostlivosti o seba pri ohrození zdravia pozitívne korelovalo s rizikovosťou užívania mäkkých aj tvrdých drog. Vyhýbanie sa správaniu v podobe užívania psychoaktívnych látok vedie k oddialeniu rizika vzniku tzv. vekom podmienených ochorení (Vitae et al., 1998). Železniková (2007) objasňuje, že starostlivosť o seba so stúpajúcim vekom nadobúda význam najmä z hľadiska zachovania zdravia a sebastačnosti. Preto vekom podmienený nárast zdravotných ohrození a rizík môže u jedinca vyvolať snahu vyhýbať sa rizikovým situáciám, iniciovať návštevu lekára v prípade ťažkostí alebo ho motivovať dodržiavať liečebný režim (Vita et al., 1998). To všetko sú aktivity, ktoré súhrnne tvoria faktor starostlivosti o seba: aktivity pri zdravotných problémoch.

Záver

V priebehu starnutia, prípravy a adaptácie na seniorský vek predstavujú aktivity smerujúce k starostlivosti o zdravie a hodnotenie rizikovosti vybraného správania významné protektívne premenné fyzického ako aj psychického zdravia. Z hľadiska porovnania jednotlivých vývinových období (konkrétne strednej dospelosti, neskoršej dospelosti a seniorského veku) sa ukazuje, že už obdobie strednej dospelosti

zohráva významnú úlohu v procese prípravy na starnutie a pri prevencii vzniku vekom podmienených zdravotných ťažkostí. Konkrétne sa ukázalo, že v tomto veku dominuje starostlivosť o telo a fyzickú pohodu a u respondentov sa preukázala vyššia miera vnímania rizikovosti zdraviu ohrozujúceho správania. Naopak starostlivosť o seba v prípade aktuálnych zdravotných problémov dominovala najmä u seniorov. O to prekvapujúcejšie je zistenie o tolerancii rizikovosti užívania tvrdého alkoholu v tomto veku, čo môže podmieniť vznik vážnych zdravotných komplikácií až závislosti od alkoholu.

Starostlivosť o seba predstavuje celoživotnú stratégiu založenú na sebaregulácii. Distálny cieľ, ktorý jedinec vykonávaním týchto aktivít sleduje, je zníženie rizika vzniku ochorenia, oddialenie nástupu choroby, ale aj ovplyvnenie procesov súvisiacich s narastajúcim vekom žiaducim smerom a v konečnom dôsledku dosiahnutie zdravia a subjektívnej pohody, ktorá zvyšuje kvalitu života v seniorskom veku.

Literatúra:

- Baumeister, R.F., Vohs, K.D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. In *Current Directions in Psychological Science*, 16, 351-355.
- Benkovič, J. (2006). Pacient - alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. In *Via practica*, 4, 197-201.
- Brandtstädter, J., & Greve, W. (1994). The Aging self: Stabilizing and protective process. In *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Campbell, J.D., Assanand, S., & Di Paula, A. (2003). The structure of the self concept and its relation to psychological adjustment. In *Journal of Personality*, 71, 115-140.
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for Socio emotional selectivity theory. In *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Craciun, C., Zaharia, C., Radu, S., & Rusan, A. (2012). Is being old what you see in the mirror? How middle-aged romanians understand successful ageing and how to achieve it. *Cognition, Brain. In Behavior and Interdisciplinary Journal*, 4, 495-508.
- Heckhausen, J., Schulz, R., & Wrosch, C.A. (2010). Motivational Theory of Life-Span Development. In *Psychological Review*, 117, 32-60.
- Hoy, B., Wagner, L., & Hall, E.C. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 456-466.
- Karoly, P., Boekaerts, M., & Maes, S. (2005). Toward consensus in the psychology of self-regulation: How far have we come? How far do we have yet to travel? In *Applied Psychology: An International Review*, 54, 300-311.
- Karoly, P., Okun, M.A., Ruhlman, L.S., & Pugliese, J.A. (2008). The impact of goal cognition and pain severity on disability and depression in adults with chronic pain: an examination of direct effects and mediated effects via pain-induced fear. In *Cognitive Therapy and Research*, 32, 418-433.
- Krombholz, R., & Drástová, H. (2010). Závislost a stáří. In *Psychologie pro praxi*, 1, 95-98.
- Lemeshow, S., Letenneur, L., Dartigues, J.F., Lafont, S., Orgogozo, J.M., & Commenges, D. (1998). Illustration of analysis taking in to account complex survey considerations: the association between wine consumption and dementia in the PAQUID study. In *American Journal of Epidemiology*, 148, 298-306.
- Leventhal, H., Kelly, K., & Leventhal, E.A. (1999). Population risk, actual risk, perceived risk, and cancer control: A discussion. In *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 81-85.
- Leventhal, H., Leventhal, A.E., & Contrada, R.J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. In *Psychology and Health*, 13, 717-733.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Robitaille, C. (1998). The role of theory for understanding the process of self-care: A self-regulation approach. In M. Ory, G. DeFries, *Self-care in later life: Research, programs, and policy perspectives* (pp. 118-141). New York: Springer Publishing.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman, *Medical psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., Hébert, R., Helliwell, B., Hill, G.B., & McDowell, I. (2002). Risk Factors for Alzheimer's Disease: A Prospective Analysis from the Canadian Study of Health and Aging. In *American Journal of Epidemiology*, 156, 445-453.
- Lovaš, L., & Hricová, M. (2015). Sebaregulácia a vykonávané aktivity v oblasti starostlivosti o seba. In *Človek a spoločnosť*, 18, 26-32.
- Lovaš, L., & Mésznerová, K. (2014). Sebakontrola a vnímanie rizika v oblasti starostlivosti o zdravie. In M. Blatný et al., *Sociální procesy a osobnost* (s. 193-195). Brno: Psychologický ústav AV ČR.
- Merluzzi, V.T., Nairn, C.R. (2009). Adulthood and Aging: Transitions in Health and health cognition. In L.T. Whitman, V.T. Merluzzi, D.R. White D.R., In *Life-span Perspectives on Health and Illness* (pp. 863-867). New Jersey: Taylor and Francis.
- O'Brien, S., Burgess, C. A. (1992). Perspectives on older adults in physical activity and sports. In *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 18, 461-481.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing concepts of practice* (5th ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E., & Vardiman, E.M. (1995). Orem's nursing theory and positive mental health: practical considerations. In *Nursing science quarterly*, 8, 165-173.
- Ráczová, B., & Klasová, L. (2012). Postoje ľudí v strednom veku k procesom starnutia vo vzťahu k miere ich sebakontroly a starostlivosti o seba. In *E-psychologie*, 6, 12-23.
- Rehwaldt, M., Wickham, R., Purl, S., Tariman, J., Blendowski, C., Shott, S., & Lappe, M. (2009). Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. In *Oncology Nursing Forum*, 36, 47-56.
- Riegel, B., & Dickson, V. (2008). A situation-specific theory of heart failure of self-care. In *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23, 190-196.
- Schwarzer, R. (2001). Social-Cognitive Factors in Changing Health-Related Behaviors. In *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.
- Šolcová, I. (2011). Psychosociální aspekty stárnutí. In *Československá psychologie*, 55, 152-166.
- Tangney, J.P., Baumeister, R.F., & Boone, A.L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. In *Journal of Personality*. 72, 271-324.
- Thomas, D., Armin, F., David, H., Uwe, S., & Jürgen, S. (2009). Individual risk attitudes: Measurement, determinants and behavioral consequences. In *Research Centre for Education and the Labour Market Maastricht University*.
- Vita, A.J., Terry, R.B., Hubert, R.B., & Fries, R.F. (1998). Aging, health risks and cumulative disability. In *The New England Journal of Medicine*, 338, 1035-1041.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health behavior. In *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Železnik, D. (2007). *Self-care of the home dwelling elderly people living in Slovenia*. Oulu University Press: Oulu.