

# 4 NA CESTĚ MEZI OPTIMISMEM A ZDRAVÍM

## 4.1 Zdraví a nemoc

V průběhu dvacátého století došlo ve vědách o člověku k mnoha změnám. Za jednu z nejvýznamnějších považujeme posun od biomedicínského pohledu na člověka k bioekopsychosociálnímu (holistickému) pojetí, které vnímá člověka jako bytost žijící v určitém kontextu biologických daností, prostředí, sociálních vazeb a vztahů. Současný bioekopsychosociální model zohledňuje biologickou, psychickou, sociální i ekologickou dimenzi zdraví a nemoci.

1. Biologická dimenze představuje vrozené a získané anatomické, fyziologické a biochemické faktory, které vedou k udržení či poruše zdraví (např. látková výměna a její případné poruchy).

2. Psychická dimenze se týká vrozených a získaných psychologických dispozic člověka, které mají vliv na rozvoj a průběh onemocnění (např. emoční stabilita nebo neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem).

3. Sociální dimenze zahrnuje kulturní a sociální vlivy, které formují na jedné straně obraz zdraví a zdraví podporujícího chování a na straně druhé obraz nemoci a předpokládané formy léčby. Týká se i subjektivně vnímané sociální opory.

4. Ekologická dimenze se týká biologických, fyzikálních a chemických vlivů prostředí, ve kterém jedinec žije a/nebo pracuje.

Zdraví i nemoc jsou pak vyjádřeny průnikem všech těchto čtyř dimenzí (Vymětal, 2003).

V r. 1946 byla v preambuli k Ústavě Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, 1946, s. 100) přijata jedna z nejznámějších, nejvlivnějších a nejdiskutovanějších definic zdraví. Tehdy ji podepsali zástupci 61 zemí. Podle ní je zdraví „stav kompletní fyzické, mentální i sociální pohody, nejedná se o pouhou

absenci nemoci nebo slabosti". Je to první definice, která respektovala systémový přístup ke zdraví v souladu s biopsychosociálním modelem zdraví a nebyla orientována jen na nepřítomnost nemoci. Zdraví charakterizovala jako žádoucí, tedy motivující, ale přitom přirozený stav (Kaplan, Sallis, & Peterson, 1993, Kebza, 2005). Vašina (2011, 2013) však upozorňuje na nedostatky této definice – hovoří o zdraví jako o stavu, chybí zohlednění procesuální stránky zdraví a není v ní zakomponována ani spirituální dimenze lidské psychiky, duchovní aspekt zdraví, který vyjadřuje, do jaké míry je koncepce smyslu života salutoprotektivní, nebo zda je spíše zdrojem stresorů. Definice WHO nebyla za celou dobu své existence oficiálně změněna, ale v r. 1977 byla doplněna o dovětek „schopnost žít sociálně a ekonomicky produktivní život“. Tímto dovětkem přestalo být zdraví samo o sobě cílem, ale stalo se prostředkem harmonického vývoje a realizace člověka (Kebza, 2005).

Ohlédneme-li se do minulosti přístupu ke zdraví v rámci euroamerické kultury, můžeme identifikovat tři rozdílná období. V historicky nejstarším období naší kultury, v období nevědeckém a předvědeckém, se léčitelská praxe opírá o (šamanskou) víru v působení duchů. Člověk se může uzdravit, pokud se podaří vyhnat zlé duchy, kteří ho nemocí sužují. Řecká mytologie zná Asklepia, populárního héraa zdraví, jemuž byly zasvěceny léčitelské svatyně, kde kněží-léčitelé uzdravovali pacienty magickými a bylinnými prostředky. Už ve starověku však má svůj původ i racionální přístup k lékařství. Zosobněním vědeckého přístupu je lékař Hippokrates, současník Demokritův (5.–4. stol. př. n. l.). Ve spisech spjatých s jeho jménem i jmény jeho žáků (např. Galena ve 2. stol. n. l.) jsou uchovány myšlenky, které chápou nemoc jako poruchu rovnováhy vnitřních sil v těle, ne jako boží trest. Přirozenými prostředky je pak třeba také nemoc léčit, je třeba upravit způsob života, výživu, klima, psychiku. Dodnes mladí adeпти lékařství skládají Hippokratovu přísahu. Ve středověku ovšem znovu převládla lidová víra v působení nadpřirozených sil spojených s představou ďábla. Pomoci uzdravovat by měly kouzelné amulety, škapulíře, masti a nápoje z bylin.

V následující éře se lidé již snaží ovlivňovat své prostředí a vlastní chování tak, aby snížili pravděpodobnost nákazy. Přibývá prostředků, jak bojovat s infekcí a jak získat imunitu. Jsou např. vysušeny bažiny, aby se předešlo rozmnožování komárů, kteří přenášejí malárii. Lékaři dodržují přísná pravidla dezinfekce při styku s opeřovaným pacientem. Byla objevena řada očkovacích látek a léčiv.

Stále užíváme v boji proti nemocem mnoho již dříve osvědčených strategií, dnešní doba však přidává nový významný prvek – dlouhodobou zainteresovanost a snahu o aktivní prevenci nemocí u nás všech (potenciálních pacientů). Nemoc už nevnímáme jen jako „blesk z čistého nebe“ nebo „boží trest“, ale jako systémovou poruchu související s nezdravou životosprávou. Kouření, konzumace alkoholu, na živiny chudá výživa a nedostatek fyzické aktivity se spolupodílejí na vzniku širokého spektra onemocnění. Za posledních 100 let došlo k radikální změně příčin

smrti. Zatímco v r. 1900 to byly v první řadě infekční nemoci, tuberkulóza, zápal plic, chřipka atp., o sto let později jsou na prvním místě chronická neinfekční onemocnění, zvláště kardiovaskulární nemoci, maligní tumory (rakovina), úrazy a cerebrovaskulární příhody. Místo převážně infekčních chorob, které se medicíně podařilo zvládnout, se hlavními strašáky dnešní doby stávají onemocnění oběhového systému a rakovina. V pozadí těchto dvou nejvýznamnějších příčin smrti, stejně jako úrazů, nejsou již pouze fyzické, ale ve stejné míře i psychické, behaviorální a sociální faktory, jež na sebe působí ve vzájemně složitě podmíněných vztazích v rámci multikauzálně založeného vztahu mezi zdravím a nemocí.

Kebza (2005) vývoj pohledu na zdraví stručně shrnuje:

- *biomedicínský model* – člověk je nahlížen jako stroj, každá nemoc má jednu konkrétní příčinu tělesné povahy (monokauzální pojetí zdraví);
- *psychosomatická medicína* – rozlišuje dva základní typy vztahů, psychosomatický, kdy určitý psychický stav vyvolává fyziologickou odpověď organismu, nebo somatopsychický, kdy naopak fyziologický stav nebo jeho vývoj vyvolá psychickou odezvu. Rozvinula teorii stresu, objevují se základy multikauzalit;
- *biopsychosociální model* – přibývá psychologická a sociální složka zdraví;
- *bioekopsychosociální model* – ve 21. století se pojetí zdraví rozšiřuje o spirituální a ekologickou rovinu.

Od 70. let 20. století navazuje na východiska psychosomatiky *behaviorální medicína*, která klade důraz na interakci biologických a behaviorálních faktorů v diagnostice, terapii, rehabilitaci i prevenci onemocnění a poruch. Od přelomu 70. a 80. let se rozvíjí *psychologie zdraví* chápána jako systematická aplikace psychologických poznatků do oblastí zdraví, nemoci a systému zdravotní péče (Kebza, 2005).

Blaxterová (2010) popisuje pět úhlů pohledu, kterými je v současné době v odborných kruzích na zdraví a nemoc pohlíženo:

1. Zdraví jako absence nemoci: jako zdraví jsou chápáni ti, kteří netrpí žádnými chorobami, bolestí a nenavštěvují v důsledku svých potíží lékaře. Vykazují dobré tzv. pasivní zdraví, které stojí oproti aktivně pojaté zdatnosti (fitness). Na nepřítomnost nemoci se dá pohlížet i ze subjektivního hlediska, kdy odhlédneme od medicínských pojmů a zaměříme se na to, zda se člověk sám cítí být zdravý, či nemocný.

2. Nemoc jako odchylka: jedná se o odchylku od normy. Nedostatek „normality“ může být snadno spojen s archaickou a univerzální tendencí vnímat takového člověka jako morálně poznamenaného. Špatný zdravotní stav je spojen s negativní konotací.

3. Zdraví jako rovnováha nebo homeostáza: nejen patogen, ale také napadené tělo má vliv na vývoj nemoci. Homeostáza zajišťuje nejen rovnováhu mezi organismem a prostředím, ale také mezi jednotlivými složkami uvnitř organismu. Jako celkový model zdraví má ovšem i homeostáza své limity, přestože se jedná o nepo-

chybnou součást zdravého prospívání organismu. Některé přirozené funkce, jako například těhotenství, totiž rovnováhu spíše narušují, než udržují, a ne všechny systémy organismu jsou seberegulační.

4. **Zdraví jako funkce:** zdraví jako schopnost aktivního zapojení se do života, možnost dělat to, co chceme nebo potřebujeme k životu, bez omezení. Jde o přirozený a bezbolestný průběh všech funkcí organismu.

5. **Zdraví jako status:** jedná se o obecnou charakteristiku dobrého zdravotního stavu, který může být čas od času oslaben akutním onemocněním.

Zdraví je v současnosti charakterizováno jako vysoce komplexní a dynamický výsledek interakce genetických dispozic, ekosociálního prostředí a individuálního chování, které se zdravím souvisí. Není to stav, kterým může jedinec disponovat, ale proces, který je kontinuálně utvářen v rámci jednotlivých úrovní biopsychosociálního systému. Být zdravý v biopsychosociálním pojetí představuje dostačující kompetenci systému „člověk“ vyrovnávat se díky seberegulačním procesům s patogenetickými faktory a účinně je kontrolovat (Egger, 2013). Na pozadí rozšířených nemocí 21. století (kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny) představujících nejčastější příčinu úmrtí nejen ve stáří, ale (kromě úrazů a sebevražd) i v období mladé, střední a zralé dospělosti, se tak promítají fyzické, psychické i ekosociální determinanty (Stephoe, & Wardle, 2004).

Vývoj přístupu společnosti ke zdraví by se dal popsat postupem od léčení nemocí k prevenci nemocí, dále k orientaci na zdraví a jeho ochranu a konečně k podpoře celkové úrovně zdraví a pohody (Leavell, & Clarck, 1976).

Sallis, Owen a Fisher (2008) vymezují dva základní typy přístupu ke zdraví, ať už z hlediska výzkumu, nebo aplikací: ekologický a behaviorální model. **Ekologický model** vychází z hlavního předpokladu, že chování je determinováno vzájemně interagujícím působením vlivů na různých úrovních (na intrapersonální, interpersonální, organizační, komunitní, obecní, úrovni životního prostředí, celospolečenské, geopolitické atd.). Cílem ekologických modelů je navrhnout intervenční strategie ovlivňující zdraví na všech sledovaných úrovních současně a aplikovat je hromadně u celé populace. Autoři tohoto směru užívají pojmy, které označují iniciativy a činnosti vztahující se k populačnímu zdraví. Jedinec je v těchto přístupech na konci řetězce událostí a je pojímán jako příjemce intervencí, je to ten, kdo je ovlivňován. Ekologický model tak můžeme chápat jako *top-down health behavior model*.

**Behaviorální model** zdůrazňuje jako východisko pro podporu a výzkum zdraví individuální charakteristiky, dovednosti a proximální sociální vlivy z okruhu rodiny a přátel. Akcentuje jedince jakožto iniciátora aktivit souvisejících se zdravím. Pozorována a analyzována je produkce či naopak inhibice různých forem individuálního chování vztahujícího se nějakým způsobem ke zdraví jedince. Behaviorální model tak může být chápán jako *bottom-up health behavior model*.

Matthews, Deary a Whitmanová (2003) uvádějí čtyři modely zabývající se vztahem mezi osobností a zdravím. První z nich předpokládá, že osobnostní charakteristiky ovlivňují vývoj a průběh nemocí. Krantz a Hedgesová (1987) hovoří o přístupu pracujícím s koncepty tzv. „etiologických rysů“. Základním zaměřením výzkumů spadajících do této oblasti je předpoklad, že určité osobnostní faktory hrají příčinnou roli v etiologii a progresi nemocí tím, že mají za následek fyziologické změny poškozující zdraví. Pokud tedy např. zvýšená míra neuroticismu vede ke zvýšené autonomní reakci na stresor, mohli bychom očekávat poruchy typu hypertenze, která je rovněž pod autonomní kontrolou (Matthews, Deary, & Whitman, 2003).

Druhý model charakterizuje vztah mezi osobnostními rysy a nemocí jako spíše korelační než kauzální. Tytéž biologické procesy mohou stát v pozadí jak osobnostních rysů, tak určité nemoci. Specifické geny mohou např. zvyšovat riziko kardiovaskulárních chorob a zároveň míru hostility. Neznamená to však, že by zvýšená míra hostility byla příčinou vzniku kardiovaskulární choroby (Matthews, Deary, & Whitman, 2003).

Třetí model vychází z výzkumů, které se snaží hledat osobnostní charakteristiky související se specifickými způsoby chování, které pak mohou zvyšovat nebo naopak snižovat riziko vzniku nemoci (Smith, & Williams, 1992). Hlavní předpoklad tohoto přístupu je ten, že osobnost ovlivňuje zdraví prostřednictvím tendencí ke zdravím prospěšným nebo naopak rizikovým návykům (např. nedostatek fyzické aktivity, nevhodné stravovací návyky, užívání návykových látek apod.) Např. optimismus je dáván do souvislosti s větší angažovaností ve zdravím prospěšných aktivitách (Peterson, & Bossio, 2001), naopak hostilita je spíše prediktorem rizikového chování – kouření, konzumace alkoholu, nevhodného stravování a vyhýbání se fyzické aktivitě (Mulkana, & Haily, 2001).

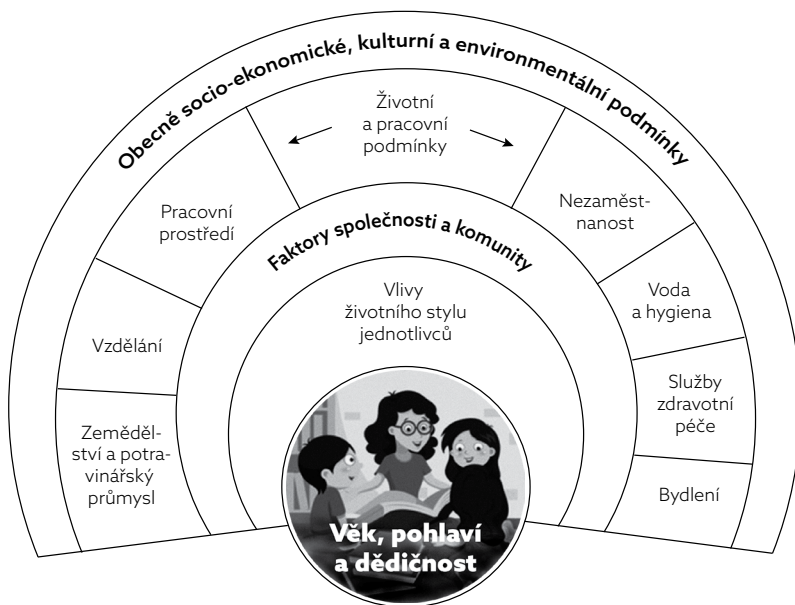
Čtvrtý model bere v úvahu dopad nemoci a akutních medicínských stresorů (hospitalizace, operace) na osobnost člověka. Osobnostní charakteristiky jsou chápány jako moderátory stresu ve vztahu ke specifickým podnětům. Chronické zdravotní obtíže mohou např. snižovat míru extravertze pro omezené možnosti nemocného k socializaci nebo mohou zvyšovat jeho míru neuroticismu vzhledem k větším obtížím zvládat nároky běžného dne (Smith, & Williams, 1992; Matthews, Deary, & Whitman, 2003).

## 4.2 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské, ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které ve vzájemné interakci významným způsobem ovlivňují zdravotní stav jedince nebo populace (Baer et al., 2011; Rosen, & Imperato, 2015). Světová zdravotnická organizace (WHO, 2016) uvádí jako základní determinanty zdraví následující tři kategorie vlivů:

1. **socioekonomické podmínky** (the social and economic environment),
2. **tělesné podmínky** (the physical environment),
3. **osobnostní charakteristiky a chování** (the person's individual characteristics and behaviours).

Některé ze základních determinant zdraví jsou nezměnitelné (např. věk), jiné sice neměnné nejsou, ale jejich ovlivnitelnost aktivním přičiněním jedince je na nízké úrovni (sociální status, pracovní podmínky aj.). Další determinanty zdraví se pak mohou v průběhu života za přispění vlastního úsilí měnit, jako například vykazované chování související se zdravím, jež se odvíjí od životního stylu každého jedince.



**Obrázek č. 4:** Determinanty zdraví populace, tzv. duhový model (Dahlgren, & Whitehead, 2006)

Největší organizace zabývající se zdravím World Health Organization (2010, dle Kříž, 2011) dělí determinanty zdraví podle podílu vlivu, jakým se na zdraví jedince uplatňují:

1. **životní styl** (50 %), promítá se do něj široká škála podmínek každodenního života jedince, jako např. životospráva, rozložení práce a odpočinku, odolnost a schopnost vyrovnávat se s problémy a se stresem, ale i vzdělání, sociální status aj.;

2. **genetické faktory** (25 %), zahrnují vrozené vlastnosti, jež určují, zda a jaká nemoc propukne, a vytvářejí terén pro zvládnání určité nemoci. Dále sem spadá pohlaví a věk;
3. **životní a pracovní prostředí, zdravotní péče** (25 %), kam jsou řazeny složky fyzického prostředí, jako je např. kvalita vody, čistota vzduchu, bezpečnost bydlení, intenzita hluku, podmínky pracovního prostředí, kultura a tradice, důvěra v rodinu, podpora ze strany přátel a rodiny, dostupnost zdravotní péče a schopnost jedince těchto služeb využít.



**Obrázek 5** Determinanty zdraví dle podílu vlivu na zdravotní stav (WHO, 2010, dle Kříž, 2011).

Někteří autoři uvádějí mírně odlišné hodnoty. Například Mlčák (2007) či Machová a Kubátová (2009) udávají podíl: chování a životní styl (50 %), genetické vlivy (20 %), ekologické podmínky (20%) a dostupnost a kvalita zdravotnických služeb (10 %). Tyto odhady jsou jen přibližné, ve skutečnosti je velmi obtížné vyjádřit procentuálně vliv jednotlivých faktorů vzhledem k různým interindividuálním, geografickým, klimatickým, ekonomickým, politickým a kulturním podmínkám života na Zemi.

Biopsychoekosociální přístup ke zdraví WHO sleduje od r. 1977 vytvořením celosvětového plánu nazvaného Zdraví pro všechny (Health for All). Zdraví chápe jako základní lidské právo a vyžaduje uplatnění principů spravedlnosti a solidarity mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí v rámci jednotlivých zemí. V r. 1991 byl tento globální plán rozpracován do regionálních strategií, Evropská regionální strategie byla přijata v r. 1999 a česká verze této strategie v r. 2001. Obsahuje jeden ústřední záměr – umožnit všem, aby naplnili svůj zdravotní potenciál (individuálně nejlepší možný zdravotní stav), a dva cíle, které záměr podporují:

- ochranu a rozvoj zdraví po celý život,
- snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, která lidem přinášejí (Kebza, 2005).

### 4.3 Chování související se zdravím

McGinnis a Foege (1993) uvádějí, že v rámci euroamerické kultury přibližně 50 % případů úmrtí vlivem 10 nejrozšířenějších příčin smrti úzce souvisí s chováním ohrožujícím zdraví (kouřením, nezdravou životosprávou, sedavým způsobem života, abusem alkoholu a drog a riskantními sexuálními praktikami vedoucími k přenosu HIV/AIDS). Životnímu stylu a chování souvisejícímu se zdravím je tak věnována stále větší pozornost ze strany jednotlivců usilujících o lepší či pevnější zdraví i ze strany vládních institucí proklamujících vůdčí trendy zdravotní politiky.

Z nejobecnějšího pohledu můžeme vymezit dva základní typy chování, které souvisejí se zdravím: to, které zvyšuje riziko onemocnění nebo úrazu, a to, které ho snižuje.

**Zdraví ohrožující chování** (*angl. health risk behaviour, health-impairing behaviour, health-compromising behaviour*) může být definováno jako *aktivita, kterou lidé vykazují v míře a/nebo intenzitě zvyšující riziko onemocnění nebo úrazu* (Steptoe, & Wardle, 2004, s. 25).

Definovat **zdraví podporující chování** (*angl. health-enhancing behaviour*) je složitější. Výše uvedení autoři je definují jako *záměrné či nezáměrné aktivity, které pomáhají předcházet nemocí, případně detekovat nemoc nebo zdravotní omezení v raném stadiu, které pomáhají chránit a upevňovat zdraví a snižují míru rizika úrazu*. Definice však vybízí k několika komentářům:

1. Koncept chování souvisejícího se zdravím je fluidní, vyvíjí se s rozvojem poznatků medicíny a promítají se do něj i aktuální módní trendy. Na základě lipidové hypotézy srdečních onemocnění byli příslušníci euroamerické kultury od 80. let 20. stol. vedeni k omezení množství tuků v potravě, především těch živočišných. Potravinářské podniky snížily obsah tuku v potravinách, ale zároveň do nich pro udržení přitažlivé chuti začaly přidávat cukr. V dnešní době je nadměrná konzumace sacharidů považována za hlavní příčinu pandemie obezity a rozvoje civilizač-



ních nemocí na základě chronického onemocnění metabolismu, tzv. metabolického syndromu, kam patří obezita, diabetes 2. typu, hypertenze, poruchy metabolismu lipidů a kardiovaskulární onemocnění (Lustig, 2015). Některé komponenty zdraví podporujícího chování se vyvíjejí v důsledku technického pokroku nebo při incidenci nových zdravotních problémů v populaci a jejich význam je nesporný: např. před 30–40 lety nebylo příliš rozšířené poutání bezpečnostními pásy v dopravě, pro děti se nevyráběly speciální autosedačky, před objevem viru HIV nebylo rozšířeno užití kondomu jako prostředku bezpečného sexu.

2. Vliv jednotlivých komponent chování na zdraví je velmi variabilní, korelace uváděné ve výzkumech navíc vyjadřují pouze souvislost, ne příčinnost. To, že je nějaké chování asociováno se zdravím, může být způsobeno náhodou nebo nějakou další proměnnou, která souvisí jak s chováním, tak s nemocí. Replikace řady výzkumů nevedla k týmž závěrům.

3. Lidé se nemusejí pouštět do aktivit, které jsou považovány za zdraví prospěšné, s cílem upevnit své zdraví. Častá fyzická aktivita je např. považována za zdraví podporující chování, lidé však mohou sportovat a vykazovat další pohybovou aktivitu, protože se u toho scházejí se svými přáteli, protože doufají, že zlepší svůj vzhled, nebo považují daný sport za zábavný. Zdravotní motivy jsou jen jedněmi z mnoha dalších, a chování je tak zasazeno do velmi širokého kontextu (Steptoe, & Wardle, 2004).

Sarafino (1990) vyvodil na základě longitudinální studie tři stěžejní závěry, které korespondují s uvedenými komentáři a zároveň vystihují i současný přístup ke zdraví. Zdraví podporující chování může být během života proměnlivé (mění se člověk i jeho životní podmínky), současné zdraví podporující návyky na sobě nejsou závislé a zdraví podporující chování není u jediného člověka řízeno jedinou množinou postojů a motivů.

Conner a Norman (2005) vymezují tři typy protektivního chování – chování využívající zdravotnických služeb, compliance s léčebnými režimy a životospráva ve smyslu všedního každodenního chování. **Chování s vazbou na systém zdravotnické péče** vyžaduje přítomnost zdravotníka nebo zdravotnické technologie. Spadá sem imunizace organismu (např. očkování), návštěvy u lékaře, preventivní prohlídky a screening. Druhým typem protektivního chování je **dodržování léčebných režimových opatření**, např. dietních, diabetických nebo antihypertenzních režimů. **Životospráva** nemá přímý vztah ke konkrétnímu onemocnění. Gochman (1997, s. 4) mezi toto každodenní chování řadí: dostatek spánku, stravovací návyky (pravidelnost, frekvence, množství a zařazení snídaně), váhový management, fyzické rekreační aktivity (aktivní sport, plavání, chůze, práce na zahradě, cvičení, víkendové výlety, myslivost a rybařství), aktivity vztahující se k legálním návykovým látkám (konzumace alkoholických nápojů a kouření), aktivity vztahující se k bezpečnosti v dopravě (upínání bezpečnostních pásů v autě, užívání helmy při jízdě na jednostopých dopravních prostředcích, dodržování dopravních předpisů), dodržování pracovních hygienických návyků a bezpečný sex.

**Chování, které souvisí se zdravím** (*angl. health behaviour, health-related behaviour*) zahrnuje jak protektivní, tak rizikové aspekty chování. Vickers (1990) se svým týmem stanovil na základě faktorové analýzy čtyři oblasti chování vztahující se ke zdraví:

1. **wellness behavior** – tímto pojmem označujeme chování, které je provozováno ve smyslu zdravého životního stylu. Do tohoto typu chování řadíme zdravou životosprávu, každodenní snídani, doporučený příjem tekutin v průběhu dne, pravidelnou fyzickou aktivitu aj.;

2. **accident control** – označuje snižování rizika nehodovosti. Tato oblast v sobě zahrnuje znalost první pomoci, znalost telefonních čísel na záchrannou službu či hasiče, opravu nebezpečných věcí kolem domu či v domácnosti a zajištění jejich bezpečnosti;

3. **traffic risk taking** – určuje vědomí dopravních rizik, ať jsme účastníkem dopravního provozu jako řidič, spolujezdec či jako chodec. Spadá sem znalost a dodržování dopravních předpisů, zastavování na červenou, přízpůsobení jízdy stavu vozovky a dovednostem řidiče, používání bezpečnostních pásů či vystavování se nebezpečí jako chodec, zejména při přecházení silnice;

4. **substance risk taking** – vyjadřuje míru vědomí rizika užívání návykových látek. Do této oblasti chování můžeme zařadit konzumaci alkoholu, kouření a zneužívání těkavých látek (toluen, benzín), halucinogenů (kanabinoidy, pervitin) či jiných drog.

Každý den se svým chováním pohybujeme na kontinuu mezi pozitivním a negativním pólem ve vztahu ke zdraví. Nemůžeme se vyvázat, ať děláme, co děláme, chování související se zdravím je vždy přítomno. Produkujeme ho záměrně či nezáměrně ve zdraví, při prvních známkách onemocnění i v nemoci.

Kasl a Cobb se zabývali typy chování na kontinuu mezi zdravím a nemocí a rozlišili (dle Sarafino, 1990):

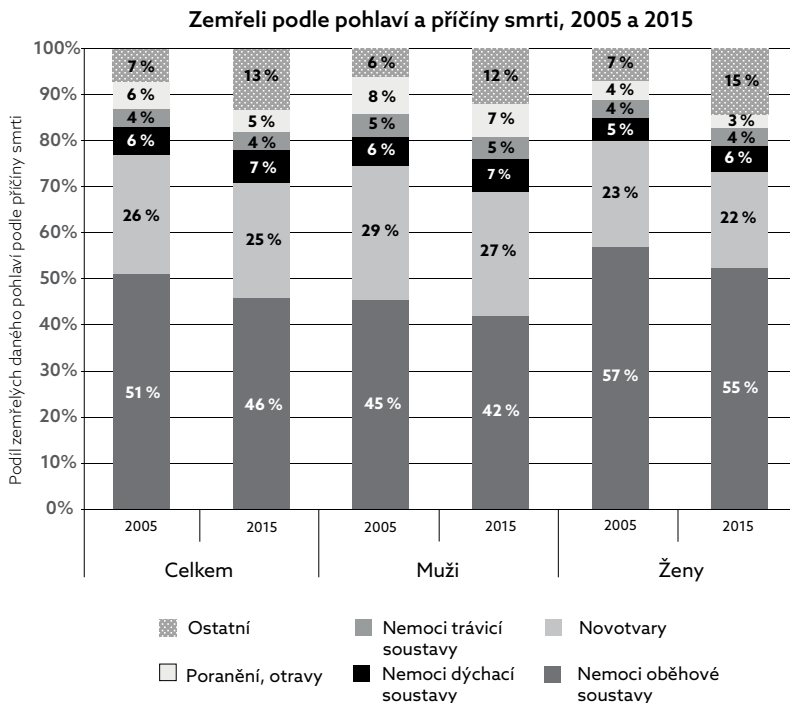
- **health behavior** – chování, které má preventivní funkci, tedy zabraňuje rozvoji onemocnění. Jedinec danou činnost provádí s přesvědčením, že je aktuálně zdravý a že mu tato činnost prospívá (může se jednat o pohybovou aktivitu, zdravé stravování, pravidelné lékařské prohlídky atp.);
- **illness behavior** – jde o snahu vyřešit problém. Jedinec se cítí být nemocný, proto se snaží zjistit, jaký je jeho zdravotní problém, a nalézt odpovídající léčbu (hledání příznaků na internetu, rozhovory s blízkými lidmi o potížích či návštěva lékaře);
- **sick-role behavior** – jedná se již o řešení obtíží. Jedinec je přesvědčen o tom, že je nemocný, a podniká kroky ke zlepšení – léčí se pod dohledem lékaře, užívá léky atd.

Životní styl je v dnešní době pojímán jako nejsilnější prediktor zdravotního stavu. Jak jsme již uvedli, WHO mu přiřítá celých 50% z celkového vlivu. Je to tedy naše chování, které největší měrou ovlivňuje naši pozici na kontinuu mezi zdravím a nemocí. V industrializovaných zemích souvisí významná část mortality v důsledku nejrozsá-

řadějších příčin úmrtí s konkrétními vzorci chování a tyto vzorce chování je možné měnit (Conner, & Norman, 2005). Steptoe a Wardleová (2004) jmenují následující formy zdraví podporujícího i ohrožujícího chování jako ty, které mají stěžejní dopad na zdraví v současné době v rámci euroamerické kultury: kouření, výživa (příjem tuků, cukrů, konzumace ovoce a zeleniny), pohybová aktivita, konzumace alkoholu, screening rakoviny, rizikové sexuální chování a riskantní řízení dopravních prostředků. Podrobně jsme se těmito formám chování věnovali v kolektivní monografii *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence* (Dosedlová et al., 2016).

V České republice je období posledních dvaceti let charakteristické výrazným zlepšováním úmrtnostních poměrů v populaci; naděje dožití při narození od roku 1990 vzrostla o 7,5 roku u mužů a 5,5 roku u žen a dosáhla tak v roce 2012 hodnot 75,0 let pro muže a 80,9 let pro ženy. Prodloužení života však není dáno zdravím podporujícím životním stylem obyvatelstva. Ovlivňuje ho trvale nízká novorozeňská úmrtnost a dále klesající úmrtnost na nemoci oběhové soustavy, nádory a úrazy. Neprodulzuje se však život ve zdraví, ale život s chronickým onemocněním (celkový průměrný počet let prožitých ve zdraví je v ČR 62 roků).

**Graf 5** Relativní struktura zemřelých v ČR podle hlavních příčin smrti v r. 2005 a 2015 (Český statistický úřad, 2017) v souhrnu i dle pohlaví.



Předčasným úmrtím se rozumí úmrtí před dosažením 75 let věku. V roce 2012 v ČR zemřelo předčasně 43 % obyvatel, většinou v důsledku chronických onemocnění, která jsou pod touto věkovou hranicí považována za odvratitelná (ischemická choroba srdeční, cévní onemocnění mozku, chronická onemocnění jater, zhoubné nádory plic, tlustého střeva, konečníku a prsu). Přes neustálé snižování zůstává úmrtnost na oběhová onemocnění 2krát vyšší než v zemích EU. Počet případů většiny zhoubných nádorů každoročně stoupá přibližně o 6 %. Úmrtnost na ně však klesá díky zvyšování úrovně a efektivity diagnostických a terapeutických metod.

V české populaci přetrvává nízká úroveň vlastní péče o zdraví, značná část populace stále podceňuje výskyt rizikových faktorů u sebe samých či dává přednost pouze farmakoterapii před režimovými opatřeními. Většina preventivních opatření je zaměřená pouze na sekundární prevenci, tj. vyhledávání osob s již přítomným rizikovým faktorem těchto nemocí nebo onemocněním samotným, nikoliv na předcházení nebo oddálení vzniku choroby, tedy primární prevenci (Kodl et al., 2014).

V rámci plnění výzkumného úkolu GA 13-19808S Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely a konsekvence jsme sledovali chování související se zdravím u čtyř kohort dospělých českých respondentů.

### 4.3.1 Studie č. 7: Chování související se zdravím v průběhu dospělosti v ČR

Cílem studie (Dosedlová, Klimusová, & Burešová, 2016) bylo zmapovat jednotlivé prvky chování souvisejícího se zdravím u dospělých respondentů a dále ověřit, zda se liší v míře vykazovaného chování souvisejícího se zdravím českí dospělí muži a ženy ve čtyřech věkových skupinách (20–35, 36–50, 51–65, 65 a více let).

Předpokládali jsme, že mladí dospělí vykazují nejvyšší míru rizikového chování ve vztahu ke svému zdraví, tj. více než ostatní kohorty užívají návykové látky. Dále jsme očekávali, že orientace na zdravou výživu s přibývajícím věkem stoupá a míra pohybové aktivity s přibývajícím věkem klesá.

#### Metoda

##### Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 1268 respondentů (69,3 % žen) mezi 20–93 lety. Polovina souboru (649 osob; 51,2 %) se nacházela v období mladé dospělosti 20–35 let (66,8 % žen), čtvrtina (345 respondentů; 27,2 %) v období střední dospělosti 36–50 let (70,7 % žen), 13,7 % (174 osoby) v období starší dospělosti 51–65 let (72,4 % žen). Zbytek souboru tvořili senioři nad 65 let (100 osob, 6,7 %) se 75 % žen. Respondenti měli převážně středoškolské (57,4 %) či vysokoškolské (35,5 %) vzdělání. Z hlediska rodinného stavu polovinu souboru představovaly i vzhledem k věku svobodné osoby (50,4 %), ženatých bylo 37,2 %, rozvedených 8,5 % a ovdovělých 3,9 %.

### **Použité nástroje**

Respondentům byla administrována rozsáhlá dotazníková baterie. V rámci předkládané studie jsou využita data ze Škály chování souvisejícího se zdravím (Dosedlová, Slováčková, & Klimusová, 2013).

Na základě obsahové analýzy provedené v rámci předvýzkumu jsme sestavili dotazník o 45 položkách mapující jednotlivé oblasti životosprávy (stravování, pitný režim, spánek, pravidelnost režimu, míru fyzické aktivity, užívání návykových látek, preventivní opatření a vybrané prvky duševní hygieny).

### **Způsob získání a zpracování dat**

Sběr dat probíhal několik měsíců v průběhu roku 2014 až do jara 2015. Dotazníky byly distribuovány elektronickou i papírovou formou, mladí respondenti preferovali vyplnění testové baterie na webových stránkách, pro starší byla přijatelnější papírová forma dotazníků. Oslovení respondentů probíhalo prostřednictvím příležitostného výběru pomocí e-mailu, sociálních sítí a osobních kontaktů.

Analýzou hlavních komponent s rotací Varimax bylo extrahováno pět faktorů chování souvisejícího se zdravím. Průměry faktorových skóre chování souvisejícího se zdravím v jednotlivých věkových skupinách byly porovnány na základě Obecného lineárního modelu (věk a pohlaví jako fixované faktory). Výpočty byly provedeny pomocí programu IBM SPSS Statistics.

### **Výsledky a jejich interpretace**

#### **Analýza komponent chování souvisejícího se zdravím**

Pět faktorů vysvětlilo 44,3 % celkového rozptylu 34 vstupních položek chování souvisejícího se zdravím: zdravé stravování (13,2 % rozptylu), péče o duševní hygienu (9,9 %), pravidelný režim dne (8,0 %), pohybová aktivita (6,9 %) a vyhýbání se návykovým a škodlivým látkám (6,3 %).

- **F1 Zdravé stravování** (konzumace ovoce a zeleniny, celozrnného pečiva, vyhýbání se nezdravým pochutinám, sladkostem, smaženým jídlům, limonádám, instantním jídlům, fast foodu, dodržování správného poměru základních živin ve stravě);
- **F2 Duševní hygiena** (péče o dobrou náladu, optimismus, sebeúcta, trávení volného času s oblíbenými lidmi, sociální opora, činnosti přinášející radost);
- **F3 Pravidelný režim** (dostatečný spánek s pravidelnou dobou usínání a vstávání, dostatečná relaxace a odpočinek, organizace povinností, pravidelné snídane);
- **F4 Pohybová aktivita** (sport, chůze, fyzická práce, otužování, omezování používání auta, výtahu a jiných dopravních prostředků, udržování optimální tělesné hmotnosti);

- **F5 Vyhýbání se návykovým a škodlivým látkám** (konzumace alkoholu, nikotinu a lehkých drog, vyhýbání se zakouřeným prostorám a škodlivým látkám ve spotřebním zboží).

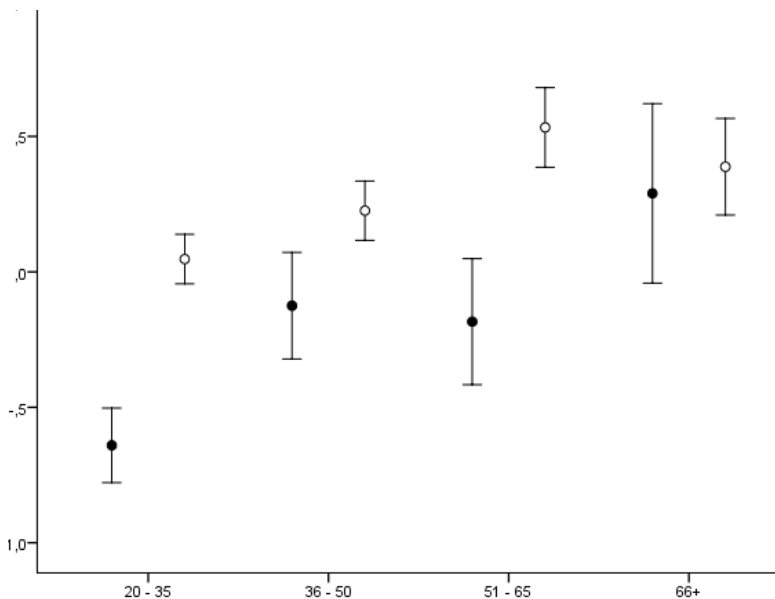
### Chování související se zdravím ve vztahu k věku a pohlaví

Průměry faktorových skóre chování souvisejícího se zdravím v jednotlivých věkových skupinách byly porovnány na základě Obecného lineárního modelu (věk a pohlaví jako fixované faktory). Čtyři věkové skupiny (20–35, 36–50, 51–65, 65+) se signifikantně lišily ve všech komponentách chování souvisejícího se zdravím s výjimkou péče o duševní hygienu.

#### *Zdravé stravování*

Předpokládali jsme, že orientace na zdravou stravu s věkem roste. Při porovnání průměrů faktorových skóre Zdravá strava byly průkazné oba hlavní efekty pro věkovou skupinu ( $F = 14,9$ ,  $p \leq 0,001$ ) a pro pohlaví ( $F = 33,2$ ,  $p \leq 0,001$ ), ale rovněž efekt interakční ( $F = 3,3$ ,  $p \leq 0,05$ ). Vzorec rozdílů je dobře patrný z Grafu 6: průměry se s věkem zvyšují a platí to především pro muže. Mladí dospělí muži o zdravou stravu dbají v průměru jen velmi málo, zatímco ve skupině seniorů se průměrné skóre mužů a žen neliší.

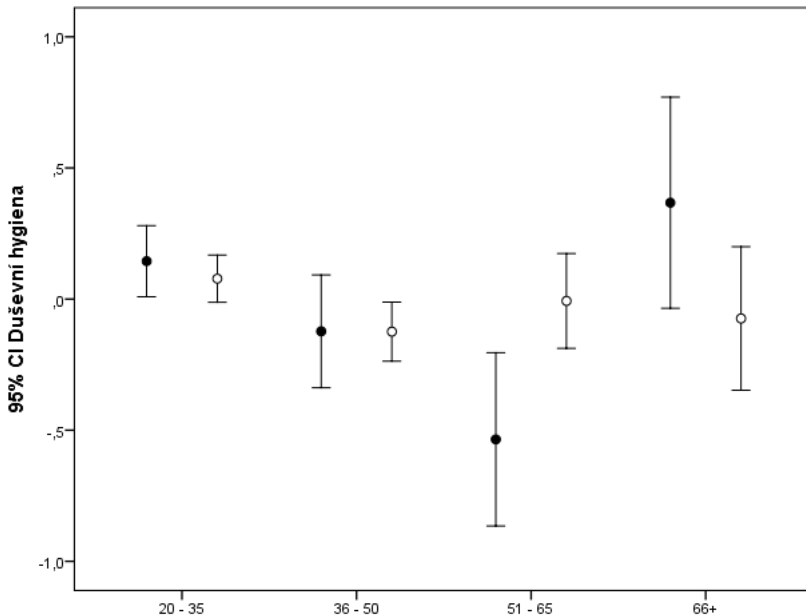
**Graf 6** Porovnání průměrů faktorových skóre Zdravá strava z hlediska věku a pohlaví (muži – černá značka; ženy – bílá značka).



*Péče o duševní hygienu*

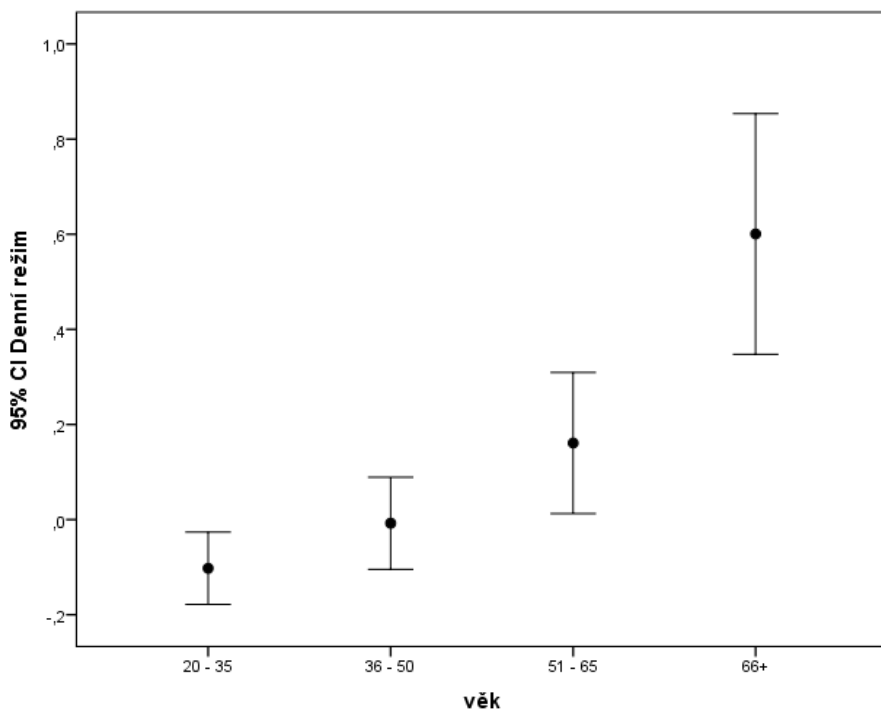
Na faktorové skóry Péče o duševní hygienu neměla průkazný vliv ani věková skupina, ani pohlaví, statisticky významný byl však interakční efekt ( $F = 4,1$ ,  $p \leq 0,01$ ). Jak je patrné z Grafu 7, u žen se úroveň péče o duševní hygienu v průběhu života příliš nemění, zatímco u mužů můžeme pozorovat podprůměrnou úroveň ve starší dospělosti a naopak nadprůměrnou v seniorském věku.

**Graf 7** Porovnání průměrů faktorových skóre Duševní hygienu z hlediska věku a pohlaví (muži – černá značka; ženy – bílá značka).

*Pravidelný režim dne*

Při porovnání faktorových skóre pro Denní režim byl průkazný pouze hlavní efekt pro věk ( $F = 11,2$ ,  $p \leq 0,001$ ). Dodržování denního režimu je lepší u starších věkových skupin, především u seniorů, než u osob v období mladší a střední dospělosti (viz Graf 8).

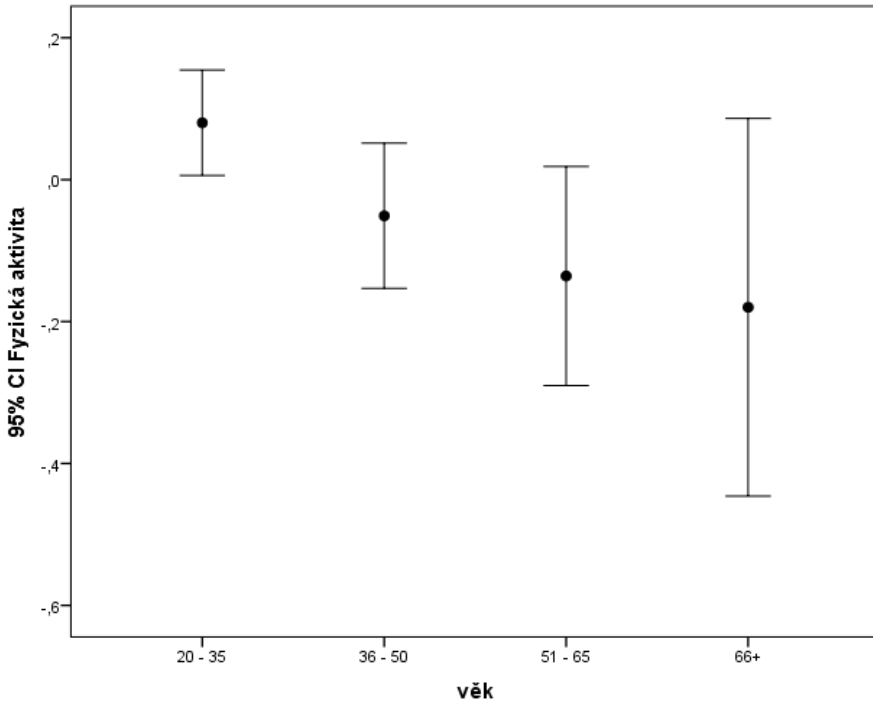
**Graf 8** Porovnání průměrů faktorových skóre Denní režim z hlediska věku.



### *Fyzická aktivita*

Průměrné skóre pro faktor Fyzické aktivity se lišily pouze z hlediska věku ( $F = 13,6$ ,  $p \leq 0,001$ ). Jak je patrné z Grafu 9, fyzická aktivita je více zastoupena u mladších věkových skupin (především ve skupině mladých dospělých) oproti starším.

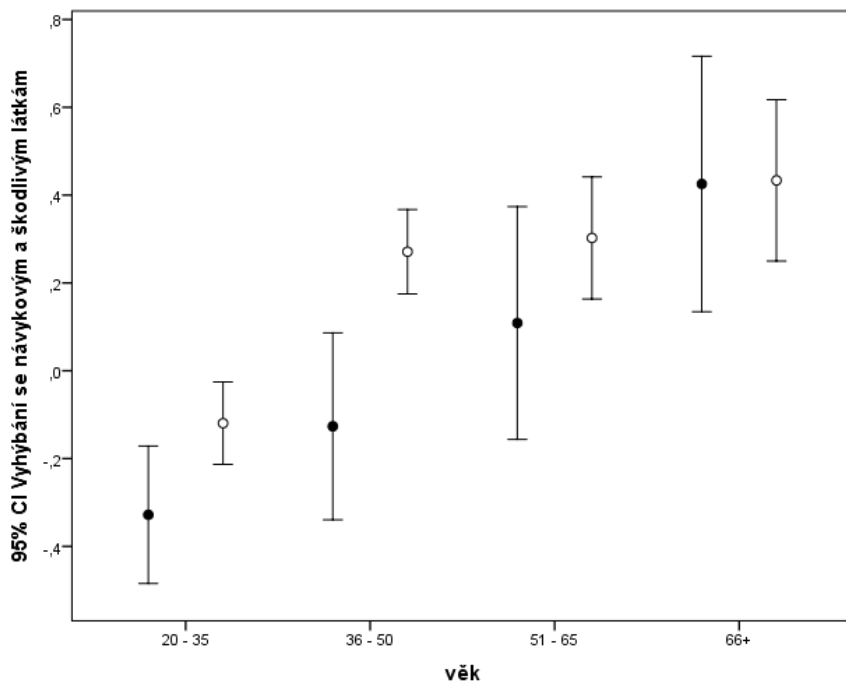


**Graf 9** Porovnání průměrů faktorových skóre Fyzická aktivita z hlediska věku.

### *Vyhýbání se návykovým látkám*

Při porovnání skóre pro faktor Vyhýbání se návykovým a škodlivým látkám byly průkazné oba hlavní efekty – pro věk ( $F = 11,9$ ,  $p \leq 0,001$ ) i pro pohlaví ( $F = 3,9$ ,  $p \leq 0,05$ ), interakce významná nebyla. Nejméně se návykovým látkám vyhýbají mladí dospělí, nejvíce senioři. O něco vyšší průměrné skóre dosahovaly ženy oproti mužům (viz Graf 10).

**Graf 10** Porovnání průměrů faktorových skóre Vyhýbání se návykovým a škodlivým látkám podle věku a pohlaví (muži – černá značka; ženy – bílá značka).



## Diskuse

Všechny kohorty českých dospělých respondentů se mezi sebou statisticky významně lišily z hlediska míry vykazovaného zdraví podporujícího či zdraví ohrožujícího chování. S věkem narůstá pravidelnost každodenního režimu, roste také snaha stravovat se zdravě a naopak klesá konzumace alkoholu, nikotinu a dalších návykových látek. Naopak s přibývajícím věkem klesá míra pohybové aktivity.

Většina mladých lidí dosud nepocituje nutnost věnovat pozornost svému zdraví. Cítí se díky svému mládí v průměru dobře a užívají si volnosti, spontaneity a radosti z objevování nového. Ochota experimentovat s sebou nese i zvýšené riziko konzumace návykových látek, což naše výsledky potvrzují. Míra vyhýbání se návykovým látkám je ze všech kohort nejnižší, stejně jako pozornost věnovaná zdravé stravě a pravidelnému režimu. Tyto výsledky odpovídají našim dřívějším zjištěním provedeným na souboru vysokoškolských studentů. Prokázali jsme, že celých 60 % českých vysokoškolských studentů si dosud nedokázalo osvojit zdravý životní styl, který by se jim dařilo dodržovat (Slováčková, Dosedlová, & Klimusová, 2008). Na druhé straně si mladí dospělí mohou připsat k dobru nejvyšší míru

pohybové aktivity ze všech kohort a také mírně nadprůměrnou míru péče o duševní hygienu, do které se promítá čas trávený s přáteli a oblíbenými činnostmi i dostatek odpočinku.

Ve středním věku klesá míra péče o duševní hygienu u mužů a drží se na podprůměrné úrovni až do seniorského věku, kdy naopak výrazně vzroste. Pravděpodobně to souvisí s velkým pracovním i rodinným vytížením, tedy s nároky mnoha (často těžko slučitelných) sociálních rolí, které dospělí muži na odpovědných pozicích ve střední a zralé dospělosti zastávají. Míra péče o duševní hygienu u žen se v průběhu života příliš nemění. Ostatní komponenty zdraví podporujícího chování (kromě pohybové aktivity) vzrůstají, dospělí středního věku věnují postupně stále větší pozornost zdravé výživě, omezují konzumaci návykových látek a jejich denní režim nabývá na pravidelnosti. Míra pohybové aktivity však kontinuálně klesá.

Na základě výsledků našeho průřezového výzkumu lze usuzovat, že kohorta seniorů vykazuje nejvyšší míru zdraví podporujícího chování z hlediska zdravé výživy, pravidelného režimu a vyhýbání se návykovým látkám. Rovněž péče o duševní hygienu dosáhla v této věkové skupině nejvyšší hodnoty (především díky nárůstu orientace na tyto aktivity u mužů) a naznačuje, že se senioři díky většímu objemu volného času opět vracejí ke svým zájmům, věnují se oblíbeným aktivitám, potkávají se s lidmi, které mají rádi, a dopřávají si dostatek odpočinku. Jen míra pohybové aktivity je na nejnižší úrovni ze všech kohort.

Výsledky studie potvrdily všechny předpoklady: mladí dospělí vykazují nejnižší míru vyhýbání se návykovým látkám, s přibývajícím věkem stoupá pozornost věnovaná zdravé výživě a naopak klesá míra pohybové aktivity. Tyto výstupy jsou ve shodě se závěry výzkumu Sarafina (1990), který uvádí, že starší lidé jsou více angažovaní v péči o vlastní zdraví kromě pohybové aktivity, která klesá. Snižování míry pohybové aktivity dokládá i Evropské šetření o zdraví (European Health Interview Survey) z r. 2014, které v České republice potvrzuje trend snižování jakékoliv formy pohybové aktivity včetně chůze v průběhu života u mužů i žen. Právě pohybová aktivita je tedy komponenta zdraví podporujícího chování, na kterou by bylo vhodné zacílit preventivní programy vzhledem k jejímu nepopíratelnému pozitivnímu vlivu na fyzické i psychické zdraví (Leveille et al., 1999; Netz et al., 2005; Fox et al., 2000). Dubbert se spolupracovníky (2004) eviduje sice řadu motivačních programů pro podporu fyzické aktivity, ukazuje se však, že díky převládajícímu sedavému způsobu života většiny příslušníků euroamerické kultury mají tyto kognitivně-behaviorální programy zatím spíše jen krátkodobý účinek.

## 4.4 Determinanty chování souvisejícího se zdravím

Chování související se zdravím zaujímá místo v kulturním a sociálním kontextu a ovlivňuje ho řada faktorů, od těch nejširších, makrosociálních, přes mikrosociální až po individualizované intrapersonální a biologické. Pro stručnou prezentaci jednotlivých skupin determinantů použijeme jejich klasifikaci dle autorů Steptoea a Wardleové (2004):

### 1. Sociokulturní a národní faktory

Řada aktivit, které mají vztah ke zdraví, spadá také do určité kulturní tradice. Země mají své tradiční kuchyně, které upřednostňují určité typy potravin a některé naopak zcela vynechávají. Liší se v toleranci vůči alkoholu a kouření. Kulturní normy také upravují chování mladých dospělých před svatbou a regulují sexuální chování.

### 2. Legislativní faktory

Legislativní systém může mít vliv na určitý typ chování, které souvisí se zdravím. Např. v mnoha zemích platí zákaz prodeje cigaret a alkoholu dětem. Legislativně jsou také vymezeny některé podmínky v dopravě, např. zákaz řízení po požití alkoholu nebo povinnost užívat pro děti do 150 cm a 36 kg autosedačku na všech typech komunikací (zákon č. 361/2000). Dne 21. 12. 2009 schválila vláda projekt „Ovoce do škol“, vymezený nařízením vlády č. 478/2009 Sb., o stanovení některých podmínek pro poskytování podpory na ovoce a zeleninu dětem na prvním stupni základních škol (MŠMT, 2017). Na druhém stupni základních škol je dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání od r. 2007 vyučován předmět výchova ke zdraví (RVP, 2005). Z poslední doby můžeme uvést zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který v ČR vstoupil v platnost 31. 5. 2017 a omezuje kouření tabáku i elektronických cigaret na mnoha místech.

### 3. Makroekonomika

Chování související se zdravím stojí většinou peníze. Ekonomická prosperita země ovlivňuje výši příjmu jejích obyvatel, kvalitu a přístupnost zdravotnických služeb, kvalitu a cenu jídla, výši daní z alkoholu a cigaret atd. Je diskutována rozdílná úroveň zboží, která se pod stejnou značkou prodává v západní a východní Evropě (iDNES, 2017). Průmyslové zpracování potravin vede ke kombinacím a koncentracím živin, které se v přírodě vůbec nemusí vyskytovat (Lustig, 2015, Vašina, 2011).

### 4. Systémy provize a služeb

Některé komponenty chování souvisejícího se zdravím jsou závislé na dostupnosti určitého zboží a služeb. Pokud není kvalitní jídlo z manufaktur nabízeno ve vel-

kých supermarketech, většina zákazníků si ho nekoupí. Žijí-li lidé na městských předměstích, kde nejsou sportovní zařízení a zájmové kluby, míra jejich fyzické aktivity tím bude omezená. Ochrana proti slunci krémy s vysokými UV faktory a slunečními brýlemi není v mnoha zemích běžná vzhledem k nedostupnosti těchto prostředků.

### 5. Dostupnost zdravotní péče a její úroveň

Chování zaměřené na prevenci a časnou detekci určitého onemocnění souvisí s dostupností zdravotnických zařízení, které tento screening umožňují. Ne v každé zemi jsou běžné preventivní prohlídky, očkování nebo detekce a léčba vysokého krevního tlaku.

### 6. Sociodemografické faktory

Chování související se zdravím je ve významném vztahu s věkem, pohlavím a socioekonomickým statutem.

### 7. Zdravotní stav

Zdravotní stav podmiňuje naši motivaci podnikat něco s cílem podpořit vlastní zdraví. Často až určité onemocnění nebo omezení dosavadních schopností nás vede k aktivitám, které by nám měly pomoci obnovit dobrou funkci. Někdy jsou změny v životním stylu podmínkou nutnou pro zachování dalšího života (diabetes a nutnost dietních opatření). Také určitý typ nemoci může mít přímý vliv na určitý typ zdraví podporujícího chování (osoby s onemocněním plic nebo pohybového aparátu si nemohou ve svém životě užívat fyzické aktivity v plné intenzitě a šíři).

### 8. Sociální a rodinné faktory

Rodina a další referenční malé sociální skupiny mají velký vliv na výběr jídla, ovlivňují vztah k alkoholu, ke kouření i k fyzické aktivitě. Sociální podpora je důležitým faktorem při zavádění změn v životním stylu.

### 9. Psychologické faktory

Systematizovat řadu psychologických determinantů se pokouší více modelů, které pracují se sociálně-kognitivními kategoriemi, především s vnímáním rizika a přesvědčeními o důsledcích určitého chování.

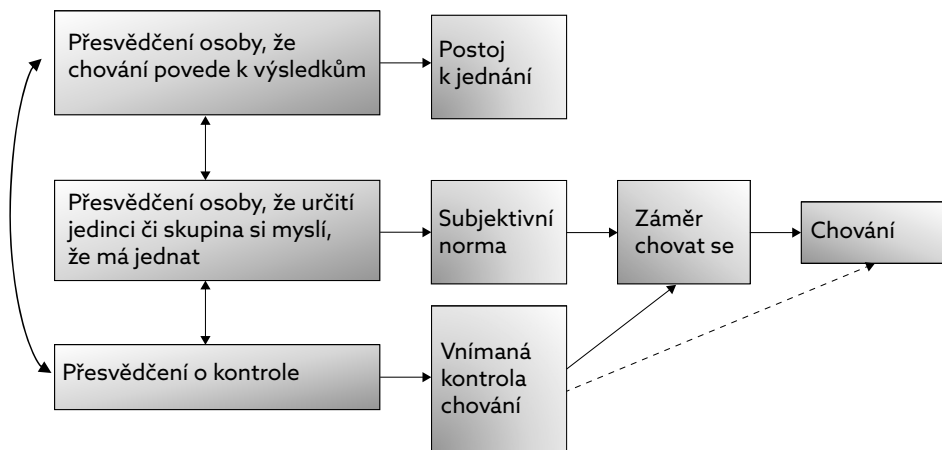
The Health Belief Model (Model přesvědčení o zdraví, Rosenstock, 1974; Strecher, Champion, & Rosenstock, 1997) vychází z předpokladu, že se člověk angažuje v určitém chování souvisejícím se zdravím na základě řady přesvědčení týkajících se vnímaného ohrožení a hodnocení daného chování. Pokud vnímané zisky vyplývající z daného chování (eliminace vnímaného rizika) převáží vnímané náklady (peníze, nepohodlí), zvyšuje se pravděpodobnost chování v daném směru.

The Protection-Motivation Theory (Teorie motivace k ochraně, Rogers, 1975, 1983) byla původně formulována v rámci rozboru dynamiky jednání vyplývajícího ze strachu. Později byla revidována a rozšířena jako teorie persvazivní komunikace zdůrazňující kognitivní procesy podílející se na behaviorální změně. Jedinec zvažuje míru ohrožení, které je dáno poměrem vulnerability a vnitřních i vnějších odměn plynoucích z jednání, a hodnotí i způsob vyrovnání se s možným ohrožením, které vyplývá z vnímané míry vlastní účinnosti (self-efficacy) a nákladů spojených s chováním.

The Theory of Reasoned Action (Teorie odůvodněného jednání, Fishbein, & Ajzen, 1975) reaguje na častou diskrepanci mezi explicitním postojem a jednáním. Autoři kotví svou teorii na behaviorálním záměru, který je formován faktorem osobního přesvědčení (postoje) a faktorem subjektivních norem (společenského tlaku). Ne vždy konečné chování odpovídá záměru.

V r. 1985 Ajzen teorii rozšířil a nazval ji The Theory of Planned Behaviour (Teorie plánovaného chování, Ajzen, & Madden, 1985). Podle inovovaného přístupu záměr chovat se určitým způsobem vyplývá nejen z postoje k jednání, subjektivní normy, ale i z vnímané kontroly chování. Vnímaná kontrola chování označuje, jak obtížné se dané jednání jedinci jeví. Pokud člověk vyhodnotí, že daný způsob chování je pro něj relativně snadný a že nad ním má kontrolu, je pravděpodobné, že si ho osvojí. Tento model je v současné době pro predikci chování nejužívanější, proto uvádíme i grafické znázornění celého procesu.

**Graf 11** Teorie plánovaného chování.



## 10. Biologické faktory

Biologicky ovlivněná nikotinová nebo opiátová závislost je silným determinantem kouření a užívání drog. Výběr potravin může být ovlivněn metabolickými vlivy.

Lustig (2015) dokumentuje také zvyšující se zájem o výzkum geneticky podmíněného impaktu na určité komponenty chování (např. příjmu potravy a obezity).

## 4.5 Vztah mezi optimismem a zdravím

České přísloví reflektuje psychický podíl na našem zdraví, když říká „*veselá mysl, půl zdraví*“. Z historie jsou známy pokusy o důslednou aplikaci tohoto předpokladu, např. v pol. 14. století lidé věřili, že veselost od sebe mor odhání, proto tvářív v tvář hrůzám morové epidemie tančili a jinak se veselili (Zíbrt, 1960).

Optimismus není totéž co veselá mysl či veselost, nicméně je zřejmé, že optimisté zažívají častěji pozitivní emoce. Optimismus asociovaný s pozitivní afektivitou potvrdili např. Chang a D'Zurilla (1996) nebo Chang, Maydeu-Olivares a D'Zurilla (1997). Optimisté jsou tedy veselejší a méně si dělají starosti. Jsou však opravdu také zdravější než pesimisté? Jsou aktivnější ve vztahu ke svému zdraví, nebo naopak podceňují příznaky nemoci a nutnost prevence či pravidelné léčby? Pokud optimismus ovlivňuje fyzické zdraví, tak skrze jaké mechanismy?

V současné době je optimismus (jako dispoziční rys osobnosti i jako naučená kognitivní strategie) vnímán jako salutoprotektivní charakteristika (Egger, 2013; Kebza, 2008; Šolcová, 2009) a jeden z psychologických determinantů zdraví i chování souvisejícího se zdravím. V r. 2009 uveřejnili autoři Rasmussenová, Scheier a Greenhouse kvantitativní metaanalytickou studii, která shrnula výstupy 84 publikovaných výzkumů zabývajících se impaktem optimismu na fyzické zdraví. Hlavním závěrem je prohlášení, že optimismus je signifikantním prediktorem fyzického zdraví. Bez ohledu na to, jakou metodou byl optimismus posuzován (LOT-R, ASQ nebo jiný nástroj), korelace mezi optimismem a měřeními markery fyzického zdraví se pohybovala od 0,17 do 0,20 ( $p < 0,001$ ). Větší efekt byl zaznamenán u studií, které použily subjektivní výpovědi respondentů o svém zdraví, symptomech a bolesti nebo i posouzení ze strany blízkých či lékařů (průměrná korelace  $r = 0,21$ ). U studií pracujících s objektivními ukazateli zdraví (mortalita, fyziologické markery včetně imunitní reakce, kardiovaskulární ukazatele, přežití při onemocnění rakovinou) byl vztah optimismu signifikantně nižší ( $r = 0,11$ ), ale také statisticky významný. Impakt optimismu nebyl ovlivněn designem studie (průřezová, longitudinální, či prospektivní), nezáleželo ani na typu výzkumného souboru (zdraví lidé, či pacienti).

V Tabulce 14 jsou uvedeny průměrné korelace optimismu s různorodými zdravotními výsledky.

**Tabulka 14** Průměrné korelace optimismu a zdravotních výsledků dle metaanalytické studie (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009)

Zdravotní výstupy	N studií	N subj.	r	95% CI	p
Mortalita	2	1901	0,09	(0,04; 0,13)	<0,001
Přežití	6	1772	0,10	(0,03; 0,17)	<0,001
Kardiovaskulární (st. průřezové a longitudinální)	8	589	0,25	(0,12; 0,37)	<0,001
Kardiovaskulární (st. prospektivní)	4	761	0,15	(0,03; 0,27)	0,01
Fyziologické markery (st. průřezové a longitudinální)	8	845	0,11	(0,04; 0,18)	<0,001
Fyziol. markery (st. prospektivní)	10	961	0,17	(0,07; 0,27)	<0,001
Funkce imunitního systému (st. průřezové a longitudinální)	4	312	0,12	(-0,01; 0,24)	0,07
Funkce imunitního systému (st. prospekt.)	7	251	0,21	(0,05; 0,36)	0,01
Rakovina (st. průřez. a long.)	14	2102	0,27	(0,16; 0,36)	<0,001
Rakovina (st. prospekt.)	4	756	0,07	(-0,00; 0,14)	0,053
Tělesné symptomy (st. průřezové a longitudinální)	16	2148	0,25	(0,19; 0,30)	<0,001
Tělesné symptomy (st. prospekt.)	1	242	0,16*	-	-
Bolest (st. průřezové a long.)	12	1925	0,25	(0,15; 0,35)	<0,001
Bolest (st. prospekt.)	3	178	0,10	(-0,05; 0,25)	0,18
Těhotenství (st. průřezové a long.)	2	359	0,10	(-0,02; 0,20)	0,10
Těhotenství (st. prospekt.)	1	982	0,09*	-	-

Pozn. \*Dané problematice se věnovala pouze jediná studie, proto nebyla provedena metaanalýza; r – vážený korelační koeficient; CI – interval spolehlivosti.

V tabulce jsou uvedeny výsledky celkem 17 studií, které sledovaly vztah mezi optimismem a tělesnými symptomy. Považujeme za důležité se zdravotními steskami zabývat, neboť subjektivní výpovědi o zdraví jsou považovány za validní indikátor zdravotního stavu a jsou silným prediktorem budoucí mortality a užívání zdravotních služeb (Huisman, van Lenthe, & Mackenbach, 2007). Často jsou také důvodem pracovní neschopnosti, snižují kvalitu života a narušují interpersonální vztahy (Waddell, & Burton, 2006; Reid et al., 2011).

Vážený průměr korelací je pro průřezové a longitudinální studie 0,25, v případě jedné prospektivní studie 0,16. Můžeme tyto údaje porovnat s výsledky vlastní studie (Dosedlová, Jelínek, Klimusová, & Burešová, 2016), kterou jsme realizovali jako dílčí úkol grantového projektu (GA 13-19808S).



### 4.5.1 Studie č. 8: Prediktory subjektivních zdravotních stesků v dospělosti

Je jisté, že se lidé liší svým kognitivním hodnocením a prožíváním vlastního zdravotního stavu. Anglické publikace rozlišují při označování nemoci výrazy „disease“, „illness“ a „sickness“. „Disease“ značí lékařskými metodami diagnostikovatelnou chorobu. Používá se v kontextu organické patologie s přesnými příznaky odpovídajícími určité nosologické jednotce. „Illness“ reprezentuje subjektivní emoční stav vyplývající z pocitu, že člověk není zdravotně úplně v pořádku. „Sickness“ označuje sociální aspekty nemoci a vymezuje sociální roli nemocného s jeho právy a povinnostmi. Zahrnuje interpretaci stavu nemocného ze strany jiných lidí (Twaddle, 1994). Křivohlavý (2002) překládá termín *illness* jako zdravotní nepohodu. Může vyplývat z organického onemocnění, ale není to podmínkou. Spíše než termín patofyziologický je to termín psychologický a tvoří centrální osu následující studie mapující prediktory subjektivních zdravotních stesků dospělých respondentů v ČR.

Subjektivní zdravotní stesky lze chápat jako projev subjektivní zdravotní nepohody. Jsou to negativně prožívané somatické či pseudoneurologické symptomy, které mohou, ale často ani nemusí být vázány na určitou diagnózu. K nejrozšířenějším patří muskuloskeletální bolesti, únava, potíže se spánkem, změny nálad a vágní, nespecifické gastrointestinální problémy (Eriksen, & Ursin, 2004). V populaci jsou široce rozšířeny dokonce i v mladém věku. Kolektiv autorů v čele s Ottovou-Jordanovou (2015) sledoval trendy zdravotních stesků u adolescentů ve 34 zemích Evropy, Severní Ameriky a v Izraeli v průběhu let 2002–2010. Zjistili, že celkově 32–44 % dívek a 26 % chlapců si stěžuje na nepříjemné zdravotní symptomy, i když prevalence v jednotlivých zemích se různí. Nejsilnějšími stabilními determinanty bylo pohlaví (dívký si stěžovaly ve větším procentu), role oběti šikanování, školní zátěž a kouření. Autoři uzavírají, že proximální faktory blízkého prostředí byly významnějšími prediktory zdravotních stesků než distální makrosociální faktory. Mezinárodní studii zahrnující data z Itálie, Řecka, Španělska, Litvy, Německa, Portugalska a Švédska, která mapovala zdravotní stesky starších osob ve věku 60–84 let, realizoval tým pod vedením Stankunase (2013). Autoři uvádějí, že nejrozšířenějšími zdravotními steskami jsou bolesti kloubů a končetin, bolesti zad, tíha a únava nohou a celková únava. Na základě regresní analýzy vyvozují, že vyšší vzdělání a mužské pohlaví se pojí s nižší mírou zdravotních stesků. Zdravotní stesky přibývají ve vyšším věku a také v případě statusu svobodného, rozvedeného či ovdovělého člověka, tedy vlivem života v osamělosti. Metaanalytická studie z r. 2011 uvádí prevalenci bolestí nesouvisejících s rakovinou u dospělých v Evropě ve výši 19 % (Reid et al., 2011). Eriksen a Ursin (2004) uvádějí přehledovou studii týkající se zdravotních stesků dospělé populace ve Skandinávii (Dánsko, Finsko, Norsko a Švédsko). Ze 4000 subjektů 96 % uvedlo, že zažili aspoň jeden typ zdravotních stesků během posledního měsíce.

V centru naší pozornosti stojí zdravotní stesky českých dospělých respondentů. Inventář zdravotních stesků autorů Osecké, Řehulkové a Macka z r. 1998, který jsme přejali a upravili, pokrývá široké spektrum fyzických i psychických symptomů – žaludeční a gastrointestinální obtíže, bolesti, vegetativní příznaky (dýchací obtíže, třes rukou, náhlé zpotení, závratě, bušení srdce, bolesti na prsou), nervozitu, poruchy spánku, nesoustředěnost a celkovou unavitelnost. I když byl původně určen pro cílovou skupinu adolescentů, domníváme se, že je možné ho použít i pro dospělé vzhledem k tomu, že všechny důležité typy zdravotních stesků jsou zastoupeny (viz uvedené studie výše).

Z hlediska osobnostních charakteristik můžeme předpokládat, že osoby se zvýšenou mírou neuroticismu uvádějí více zdravotních obtíží vzhledem ke své tendenci k negativní afektivitě a citlivosti k distresu. Matthews et al. (2002) ověřili, že vysoká míra neuroticismu je prediktorem mnohačetných zdravotních stížností, nejen jednoho typu stížnosti. Dá se tedy říci, že lidé s vysokou mírou neuroticismu si stěžují na různé potíže a jsou obecně náchylnější k různým chorobám, nejen k jedné specifické patologii. Také v kontextu pětifaktorového modelu osobnosti je ve vztahu ke zdraví v posledních deseti letech největší pozornost věnována faktorům svědomitosti a neuroticismu. Na základě dat longitudinálního výzkumu Terman Life Cycle Study, který provázel 1500 nadprůměrně inteligentních lidí celým jejich životem od dětství v r. 1921 až do smrti, Friedman, Kernová a Reynoldsová (2010) prokázali, že nejvýznamnějším prediktorem fyzického zdraví, produktivity a dlouhověkosti byl faktor svědomitosti. Ke stejnému závěru dospěla i metaanalytická studie zpracovaná jejich výzkumným týmem (Kern, & Friedman, 2008). Svědomití lidé dosahují v životě vyššího vzdělání, vyššího profesního úspěchu i lepších mezilidských vztahů. Více se angažují ve zdraví podporujícím chování a vyhýbají se chování rizikového (Kern, & Friedman, 2011).

Role neuroticismu ve vztahu ke zdraví je dle výše uvedených autorů často zjednodušována. I když je tento faktor běžně spojován s horším zdravotním stavem, výsledky výzkumů jsou nekonzistentní. Friedman (2000, 2010, dle Kern, & Friedman, 2011) rozlišuje dva typy osob s vysokou mírou neuroticismu. První typ charakterizuje emoční instabilita spojená s pesimistickým explanačním stylem a hostilitou v interpersonálních vztazích. Pro tento typ je charakteristická vyšší míra zdraví ohrožujícího chování a horší zdravotní stav. Druhý typ charakterizuje především úzkostnost vztažená i k vlastnímu zdraví. Tito lidé mohou subjektivně proklamat horší zdravotní stav, více zdravotních obtíží a nižší míru osobní pohody, jsou však objektivně zdravější než první typ a žijí déle.

Otevřenost vůči zkušenosti může souviset s dobrým zdravotním stavem díky intelektovým komponentám. Inteligentní lidé jsou vzdělanější v oblasti zdraví, více rozumí lékařským doporučením, vykazují více zdraví podporujícího chování a v neposlední řadě se jim také daří získat stabilní zaměstnání a udržovat uspokojivé vztahy (Batty, Deary, & Gottfredson, 2007). Extraverze a přívětivost vykazují

nekonzistentní vztahy se zdravím a chováním, které se zdravím souvisí. Extravertní a přívětiví jedinci sice disponují širokou sociální sítí, což je protektivní faktor ve vztahu ke zdraví, velmi však záleží na konkrétním sociálním kontextu. Ve zmíněném Termanově souboru se veselé extravertní děti v dospívání a dospělosti více angažovaly v rizikovém chování ve vztahu ke zdraví (konzumace alkoholu, kouření, rizikový sex, nebezpečný styl řízení vozidla a vyhledávání rizika i v zájmech), což zvyšovalo riziko jejich časné mortality (Martin et al., 2002).

Osobnost ovlivňuje návyky, které si vytváříme, chování, které produkujeme, vztahy, které navazujeme a rozvíjíme, hodnocení a zvládání stresujících událostí, situace, které si obvykle vybíráme, i reakce, které vyvoláváme u druhých. Osobnost sama je ovlivněna geneticky, ranými zkušenostmi, životními změnami, zraním, nemocemi, sociálními a kulturními vztahy v průběhu času. Osobnostní charakteristiky, chování a environmentální faktory spolupůsobí v životě člověka a výsledný životní styl (akumulace návyků) může být více či méně zdraví prospěšný (Kern, Delle Porta, & Friedman, 2014).

I míra a spektrum vykazovaného chování vztaženého ke zdraví souvisí s osobnostními charakteristikami, a tak mohou tyto charakteristiky nepřímo ovlivňovat i míru subjektivních zdravotních stesků. Výzkumy jsou konzistentní; jako osobnostní rysy, které zvyšují riziko zdraví ohrožujícího chování, jsou uváděny neuroticismus a vyhledávání zážitků (sensation seeking), též extraverze, hostilita a nízká míra svědomitosti (Matthews, Deary, & Whitman, 2003). Naše výsledky výzkumu ověřujícího vztah osobnostních charakteristik vycházejících z pětifaktorového modelu osobnosti Big Five a komponent chování souvisejícího se zdravím na souboru 590 českých vysokoškolských studentů jsou ve shodě s výsledky zahraničních studií – v pozitivním vztahu ke zdraví podporujícímu chování je především svědomitost a také otevřenost vůči zkušenosti. Extraverze souvisí v pozitivním smyslu s duševní hygienou, lepší prevencí a častější pohybovou aktivitou, zároveň však i s častějším užíváním návykových látek. V případě neuroticismu jsme zjistili pouze negativní vztahy, a to s péčí o duševní hygienu a pohybovou aktivitou (Slováčková, Klimusová, & Dosedlová, 2013).

Mezi osobnostní proměnné, které fungují jako nárazníky stresu a mají dle zahraničních výzkumů pozitivní vliv na zdraví, patří optimismus. Kromě výsledků výše uvedené metaanalytické studie můžeme uvést výstupy dalších výzkumů. Optimisté se dle studií nakazí infekcemi méně často než pesimisté, mají lépe fungující imunitní systém (Brydon et al., 2009; Ah, Kang, & Carpenter, 2007) a v průměru se dožívají vyššího věku než pesimisté (Rasmussen et al., 2009; Seligman, 2013). V porovnání s pesimistickými jedinci pociťují nižší bolest, méně fyzických symptomů a lépe fyzicky prospívají (Costello et al., 2002; Kubzansky, Kubzansky, & Maselko, 2004; Mahler, & Kulik, 2000; Rasmussen et al., 2009; Ridder, Fournier, & Bensing, 2004).

Cílem uvedené studie (Dosedlová, Jelínek, Klimusová, & Burešová, 2016) bylo posouzení vlivu demografických charakteristik, osobnostních charakteristik, dispozičního optimismu, defenzivního pesimismu a komponent chování souvisejícího se zdravím na míru subjektivně proklamovaných zdravotních stesků českých dospělých respondentů ve věku od 18 do 93 let.

Jako prediktory zdravotních stesků jsme zařadili v první řadě demografické charakteristiky (pohlaví, vzdělání a věk), které se ukazují být významnými proměnnými ve vztahu ke zdravotním steskům (viz výše). Do prvního bloku prediktorů jsme dále zařadili osobnostní charakteristiky. Nevyužili jsme již pětifaktorový model osobnosti, který jsme aplikovali v minulých výzkumech, ale zvolili jsme Gordonův osobnostní profil (Gordon, 1953, dle Svoboda, 1999) posuzující dimenze převaha, zodpovědnost, emocionální stabilita, sociabilita, opatrnost, originální myšlení, osobní vztahy a ráznost. Významné osobnostní rysy ovlivňující zdraví, resp. zdravotní stesky, které jsme diskutovali výše, jsou v Gordonově přístupu přítomny (emocionální stabilita, zodpovědnost, opatrnost, sociabilita), navíc jsme si slibovali od užití jiného modelu osobnosti obohacení výsledků a jejich interpretaci v širších souvislostech.

Další prediktory představovaly dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus a do posledního bloku byly jako prediktory zahrnuty komponenty chování souvisejícího se zdravím. Zajímalo nás, zda jsou tyto námi zvolené další proměnné schopny predikovat míru zdravotních stesků nad úroveň bazálních charakteristik, ať již demografických, či osobnostních.

### **Metoda**

#### **Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor sestával ze 703 osob, z toho bylo 489 (69,6 %) žen. Věk respondentů se pohyboval od 18 do 93 let ( $m = 35,9$ ;  $sd = 16,3$ ). Z hlediska vývojových období (Vágnerová, 2000, 2007) se 58,9 % respondentů nacházelo v období mladé dospělosti (18–35 let), 21,2 % v období střední dospělosti (36–50 let), 12,7 % v období starší dospělosti (51–65 let) a 7,3 % souboru tvořili senioři (nad 65 let). Téměř polovina souboru dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou (48,9 %), 42,4 % souboru mělo vysokoškolské vzdělání a 8,7 % respondentů mělo základní vzdělání či učební obor bez maturity. Pětina respondentů (19,5 %) uvedla jako své bydliště vesnici, 37,5 % bydlelo v malých a středních městech a 43 % ve velkých městech. Z hlediska rodinného stavu převládali svobodní respondenti (59,4 %), čtvrtinu souboru tvořili respondenti žijící v manželství (28,3 %), 7,5 % respondentů bylo rozvedených a 4,7 % ovdovělých.

### Použité nástroje

Respondentům byla administrována rozsáhlá dotazníková baterie. V rámci předkládané studie jsou využita data ze Škály chování souvisejícího se zdravím, Inventáře zdravotních stesků, Testu životní orientace, Dotazníku defenzivního pesimismu a Gordonova osobnostního profilu.

**Škála chování souvisejícího se zdravím** (Dosedlová, Slováčková, & Klimusová, 2013). Na základě obsahové analýzy provedené v rámci předvýzkumu jsme sestavili dotazník o 45 položkách mapující jednotlivé oblasti životosprávy vysokoškoláků (stravování, pitný režim, spánek, pravidelnost režimu, míru fyzické aktivity, užívání návykových látek, preventivní opatření a vybrané prvky duševní hygieny).

**Inventář zdravotních stesků.** Námi používaný dotazník je upravenou verzí inventáře zdravotních stesků Osecké, Řehulkové a Macka (1998). Obsahuje 21 zdravotních problémů a úkolem respondentů je ohodnotit subjektivní četnost výskytu těchto problémů v posledním roce. Přestože původní autoři škály identifikovali na svém souboru adolescentů vícefaktorovou strukturu (Osecká, Řehulková, & Macek, 1998, Osecká, 2001), v naší studii považujeme škálu za jednodimenzionální měřítko zdravotní nepohody (poměr prvního a druhého vlastního čísla byl roven 4,3; Cronbachova alfa 0,88).

**Test životní orientace** – Life Orientation Test – Revised, LOT-R (Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Dotazník je založen na šesti hodnocených položkách zaměřujících se na generalizovaná očekávání do budoucna (dispoziční optimismus). V našem souboru jsme ověřovali vnitřní konzistenci škály, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,84.

**Dotazník defenzivního pesimismu** – Defensive Pessimism Questionnaire, DPQ (Norem, 2002). Inventář tvoří 17 tvrzení, vůči kterým respondent vyjadřuje míru svého souhlasu či nesouhlasu na sedmibodové škále. Jednotlivé položky byly autoritou dotazníku podrobeny faktorové analýze, která potvrdila dva základní faktory: pesimismus a reflexi. Inventář dobře odlišuje defenzivní pesimismus od realistického pesimismu (v případě respondentových zkušeností s opakovanými neúspěchy v minulosti). Z celkového počtu 17 otázek skórujeme pouze 12, s výplňovými „fillers“ a experimentálními otázkami v hodnocení nepočítáme. Reliabilita nástroje je uspokojivá (Cronbachova  $\alpha = 0,77$ ).

**Gordonův osobnostní profil** – inventorium – Gordon Personal Profile, GPP-I (Gordon, 1953, upravil Svoboda, 1999). Osobnostní dotazník měří 8 rysů osobnosti, které ovlivňují každodenní činnost: převahu, zodpovědnost, emocionální stabilitu, sociabilitu, opatrnost, originální myšlení, osobní vztahy a ráznost. Ve standardním formátu je dotazník administrován ipsativním způsobem. Na základě pilotní studie (Klimusová et al., 2013) jsme zvolili jednodušší administraci normativním způsobem s pětibodovou Likertovou škálou vyjadřující míru souhlasu s daným tvrzením. Vnitřní konzistence škál se pohybovala v rozmezí 0,86 až 0,94.

### Způsob získání a zpracování dat

Sběr dat probíhal v průběhu několika měsíců od jara do konce roku 2014. Data byla sbírána elektronicky pomocí online formuláře na webových stránkách nebo v tištěné podobě formou „tužka–papír“. (Na základě předchozího výzkumu se kloníme k názoru, že výsledky nejsou výrazněji ovlivněny formou administrace – Jelínek, Květon, Vobořil, & Klimusová, 2007). Příležitostný výběr respondentů byl zajištěn prostřednictvím e-mailu, inzercí pomocí Tiskového centra MU, Rozhlasu Brno nebo na základě osobního kontaktu. Vyplnění testové baterie trvalo v průměru 60 minut.

V prvním kroku byla provedena faktorová analýza na položkách Škály chování souvisejícího se zdravím (Principal Component Analysis s rotací Varimax). U všech analyzovaných položek byly zjištěny hodnoty šikmosti; v případě absolutní hodnoty  $> 1$  byla použita logaritmická transformace. Výsledky analýzy byly uloženy v podobě faktorových skóřů. Ve druhém kroku byla provedena hierarchická regresní analýza s třemi bloky prediktorů. Všechny analyzované vztahy byly vzhledem k relativně velkému zkoumanému souboru posuzovány na 1% hladině významnosti.

### Výsledky a jejich interpretace

#### Faktorová analýza Škály chování souvisejícího se zdravím

Kaiser-Mayer-Olkinova (dále KMO) míra adekvátnosti výběru (0,86) potvrdila vhodnost dat k faktorové analýze. Na základě sutinového grafu jsme se rozhodli extrahovat 5 faktorů, které společně vysvětlují 46,1 % rozptylu původních proměnných. V Tabulce 15 je přehled faktorových zátěží rotované matice (pozn.: faktorové zátěže  $< 0,30$  nejsou pro přehlednost zobrazeny). Faktorová struktura je poměrně jasná a jednotlivé faktory jsou víceméně zřetelně vymezeny. Faktor 1 lze interpretovat jako chování v oblasti zdravé výživy. Faktor 2 sytí především položky aktivit zaměřených na nastolení, udržení a podporu duševní pohody. Faktor 3 je možno označit jako dodržování pravidelného, zdraví podporujícího denního režimu. Faktor 4 zachycuje míru fyzické aktivity. Faktor 5 odráží míru vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám.

**Tabulka 15** Výsledky faktorové analýzy pro Škálu chování souvisejícího se zdravím

<i>Chování související se zdravím</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>
vyhýbám se škodlivým potravinám <sup>a</sup>	0,71				
jím smažené pokrmy <sup>b</sup>	0,71				
jím uzeniny, sladkosti, chipsy atd. <sup>b</sup>	0,71				

## 4.5 Vztah mezi optimismem a zdravím

<i>Chování související se zdravím</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>
usiluji o správný poměr živin ve stravě <sup>a</sup>	0,66			0,33	
jím denně alespoň 3 porce zeleniny a ovoce <sup>a</sup>	0,61			0,30	
piju slazené limonády <sup>b</sup>	0,58				
stravuji se ve fastfoodu <sup>b</sup>	0,58				
upřednostňuji celozrnné pečivo <sup>a</sup>	0,57				
jím instantní jídla a polotovary <sup>b</sup>	0,53				
vyhýbám se škodlivinám ve spotřebním zboží <sup>a</sup>	0,53				0,32
upravuji stravu s ohledem na zdravotní stav <sup>a</sup>	0,52				
udržuji si dobrou náladu <sup>a</sup>		0,79			
jsem optimista <sup>a</sup>		0,75			
mám se rád <sup>a</sup>		0,75			
trávím volný čas s lidmi, se kterými je mi dobře <sup>a</sup>		0,70			
dělám/provozuji mnoho aktivit, které mi přinášejí radost <sup>a</sup>		0,68			
mám rodinu a přátele, na které se mohu spolehnout <sup>a</sup>		0,64			
spím dostatečně <sup>a</sup>			0,77		
dostatečně odpočívám, relaxuji <sup>a</sup>		0,31	0,67		
dodržuji pravidelnou dobu usínání a vstávání <sup>a</sup>			0,64		
uspořádám si den, abych se nedostával do časového stresu <sup>a</sup>		0,33	0,51		
přizpůsobuji denní režim zdravotnímu stavu <sup>a</sup>			0,41		
věnuji se středně náročné fyzické aktivitě mimo sport <sup>b</sup>				-0,62	
věnuji se sportu <sup>f</sup>				-0,61	
jím pravidelně 3–5x denně <sup>a</sup>		0,42		0,56	
udržuji si optimální hmotnost <sup>a</sup>				0,47	
pro zlepšení kondice omezují auto, výtah atd. <sup>a</sup>				0,46	
pravidelně snídám <sup>a</sup>				0,45	
pravidelně se otužuji <sup>a</sup>				0,40	
vyhýbám se zakouřeným prostorám <sup>a</sup>					0,80
kouřím <sup>c</sup>					0,75
konzumuji lehké drogy <sup>d</sup>					0,58
konzumuji alkohol <sup>e</sup>					0,52
procento vysvětleného rozptylu (po rotaci)	13,8	11,1	7,5	7,2	6,6

Pozn. <sup>a</sup> odpověďová škála 1 – 5 (1 = zcela pro mne platí, 5 = vůbec pro mne neplatí); <sup>b</sup> odpověďová škála 1 – 5 (1 = nikdy, 5 = velmi často); <sup>c</sup> odpověďová škála 1 = vůbec, 2 = svátečně (do 5 cigaret týdně), 3 = denně; <sup>d</sup> odpověďová škála 1 = nikdy nebo zkusil max. 3×,



2 = příležitostně (méně než 1× měsíčně), 3 = občas, 4 = často (téměř každý týden nebo častěji); <sup>e</sup> počet jednotek alkoholu během týdne (hodnoty  $\geq 30$  byly překódovány na hodnotu 30); <sup>f</sup> počet hodin cíleného sportu během týdne (hodnoty  $\geq 11$  byly překódovány na hodnotu 11).

### Prediktory subjektivních zdravotních stesků

Pro analýzu predikce subjektivních zdravotních stesků jsme využili metodu regresní analýzy. Predikovanou proměnnou byla míra subjektivních zdravotních stesků, operacionalizovaná jako souhrnný skór Inventáře zdravotních stesků. V prvním bloku jsme jako prediktory zařadili osobnostní charakteristiky zjištěné pomocí Gordonova osobnostního profilu a rovněž základní demografické proměnné pohlaví a věk (mezi vzděláním respondentů a mírou zdravotních stesků nebyl nalezen vztah,  $F = 1,5$ ). Tento postup byl zvolen proto, abychom zjistili, zda jsou další proměnné schopny predikovat míru zdravotních stesků nad úroveň těchto bazálních charakteristik, ať již demografických, či osobnostních. Ve druhém bloku byly použity proměnné odrážející míru dispozičního optimismu (LOT-R) a defenzivního pesimismu (DPQ). V posledním bloku byly zahrnuty faktorové skóry představující míru různých aspektů chování souvisejícího se zdravím, které byly překódovány tak, aby vyšší skóre znamenalo vyšší míru zdraví podporujícího chování. Byla diagnostikována přítomnost multikolinearity prediktorů; v případě všech prediktorů byly hodnoty VIF nižší než 5.

V Tabulce 16 jsou zobrazeny standardizované regresní koeficienty pro první blok prediktorů. Prediktory celkem vysvětlují 25,3% rozptylu míry subjektivních zdravotních stesků (adj. R-square = 0,240;  $F = 20,13$ ;  $p < 0,001$ ). Ze základních demografických proměnných patří mezi průkazné prediktory pouze pohlaví: ženy oproti mužům vykazují vyšší míru zdravotních stesků. Věk respondentů neměl na míru zdravotních stesků průkazný vliv. Z osobnostních charakteristik byla jednoznačně nejsilnějším prediktorem míra emocionální stability; s vyšší mírou stability klesá počet zdravotních stesků. Dalším signifikantním osobnostním prediktorem byla opatrnost, přičemž s vyšší mírou opatrnosti se pojí více zdravotních stesků.

**Tabulka 16** Regresní analýza – výsledky pro první blok prediktorů

<i>prediktor</i>	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
pohlaví	-0,12	-0,12	-3,25	0,001
věk	0,00	0,04	0,95	0,342
GPP převaha	0,07	0,12	1,88	0,060
GPP zodpovědnost	-0,03	-0,03	-0,70	0,485
GPP stabilita	-0,37	-0,52	-10,15	0,000
GPP sociabilita	0,02	0,03	0,61	0,542
GPP opatrnost	0,13	0,17	3,34	0,001
GPP orig. myšlení	0,04	0,06	1,34	0,181



<i>prediktor</i>	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
GPP vztahy	0,00	0,00	0,08	0,933
GPP ráznost	-0,07	-0,09	-1,60	0,110

Pozn. GPP – Gordonův osobnostní profil; B – nestandardizovaný regresní koeficient; beta – standardizovaný regresní koeficient; pohlaví – muž = 1, žena = 0.

V Tabulce 17 jsou zobrazeny standardizované regresní koeficienty pro první a druhý blok prediktorů. Prediktory společně vysvětlují 28,9% rozptylu míry subjektivních zdravotních stesků (adj. R-square = 0,275; F = 20,14; p < 0,001). Přidání druhého bloku prediktorů vedlo k průkaznému navýšení vysvětleného rozptylu ( $\Delta R$ -square = 0,037; F = 15,34; p < 0,001). Oba nově přidané prediktory byly statisticky významné, přičemž dispoziční optimismus míru subjektivních zdravotních stesků snižuje, zatímco defenzivní pesimismus ji zvyšuje.

**Tabulka 17** Regresní analýza – výsledky pro první a druhý blok prediktorů

<i>prediktor</i>	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
pohlaví	-0,16	-0,15	-4,11	0,000
věk	0,00	0,04	1,10	0,270
GPP převaha	0,11	0,17	2,74	0,006
GPP zodpovědnost	-0,02	-0,03	-0,58	0,560
GPP stabilita	-0,30	-0,42	-7,81	0,000
GPP sociabilita	0,02	0,04	0,73	0,467
GPP opatrnost	0,08	0,11	2,13	0,033
GPP orig. myšlení	0,03	0,05	1,06	0,291
GPP vztahy	0,05	0,06	1,28	0,202
GPP ráznost	-0,06	-0,08	-1,49	0,135
LOT-R	-0,02	-0,17	-3,42	0,001
DPQ	0,06	0,13	2,57	0,010

Pozn. GPP – Gordonův osobnostní profil; LOT-R – Revidovaný Test životní orientace (dispoziční optimismus); DPQ – Dotazník defenzivního pesimismu; B – nestandardizovaný regresní koeficient; beta – standardizovaný regresní koeficient; pohlaví – muž = 1, žena = 0.

V Tabulce 18 jsou zobrazeny standardizované regresní koeficienty pro první, druhý a třetí blok prediktorů. Prediktory celkem vysvětlují 36,4% rozptylu míry predikované proměnné (adj. R-square = 0,346; F = 19,86; p < 0,001). Přidání třetího bloku prediktorů vedlo k průkaznému navýšení vysvětleného rozptylu ( $\Delta R$ -square = 0,075; F = 13,94; p < 0,001). Tři z pěti nově přidaných prediktorů měly statisticky významný vliv na míru zdravotních stesků. Nejsilnějším prediktorem byl faktor duševní pohody, dále pak dodržování denního režimu a faktor zdravé stravy. U všech těchto prediktorů jsou vztahy v očekávaném směru. Přidáním faktorů chování souvisejícího se zdravím do regresního modelu byl výrazně omezen

(na neprůkaznou úroveň) vliv dispozičního optimismu. Tento fakt lze připsat značnému překryvu mezi faktorem 2 (duševní pohoda) a mírou dispozičního optimismu ( $r = 0,627$ ).

**Tabulka 18** Regresní analýza - výsledky pro první, druhý a třetí blok prediktorů

<i>prediktor</i>	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
pohlaví	-0,19	-0,18	-4,85	0,000
věk	0,00	0,07	1,89	0,060
GPP převaha	0,09	0,14	2,31	0,021
GPP zodpovědnost	-0,03	-0,03	-0,69	0,488
GPP stabilita	-0,22	-0,31	-5,88	0,000
GPP sociabilita	0,05	0,08	1,77	0,077
GPP opatrnost	0,09	0,12	2,43	0,016
GPP orig. myšlení	0,03	0,05	1,08	0,283
GPP vztahy	0,04	0,05	1,16	0,246
GPP ráznost	-0,02	-0,02	-0,42	0,678
LOT-R	0,00	-0,04	-0,73	0,464
DPQ sum	0,05	0,11	2,41	0,016
chování - faktor 1 (zdravá strava)	-0,05	-0,11	2,87	0,004
chování - faktor 2 (duševní pohoda)	-0,13	-0,28	6,23	0,000
chování - faktor 3 (denní režim)	-0,09	-0,18	5,31	0,000
chování - faktor 4 (pohyb)	-0,04	-0,08	2,25	0,025
chování - faktor 5 (vyhýbání se drogám)	-0,02	-0,03	0,98	0,330

Pozn. GPP – Gordonův osobnostní profil; LOT-R – Revidovaný Test životní orientace (dispoziční optimismus); DPQ – Dotazník defenzivního pesimismu; B – nestandardizovaný regresní koeficient; beta – standardizovaný regresní koeficient; pohlaví – muž = 1, žena = 0.

## Diskuse

Pomocí regresní analýzy jsme se pokusili stanovit model, který by vyjádřil závislost míry subjektivně prožívaných zdravotních stesků respondentů na vybraných osobnostních charakteristikách, na proměnných dispozičního optimismu a defenzivního pesimismu a na vybraných komponentách chování souvisejícího se zdravím.

Ze základních demografických proměnných (pohlaví, věk, vzdělání) patří mezi průkazné prediktory pouze pohlaví: ženy oproti mužům vykazují vyšší míru subjektivních zdravotních stesků. Ke stejnému závěru dospěl v ČR i tým Osecká, Řehulková, Macek (1998) na souboru adolescentů, Ottová-Jordanová se spolupracovníky (2015) na souboru adolescentů z 34 zemí Evropy, Severní Ameriky a Izraele a tým vedený Stankunasem (2013) na starších osobách z několika evropských zemí ve věku od 60 do 84 let. Genderové rozdíly mohou být dány jinými copingovými strategiemi, nižší fyzickou silou žen, odlišnou percepcí symptomů, vyšším tlakem vyplývajícím z kombinace profesního a rodinného života a sociálními normami – ženy a muži mají jiný práh pro to, kdy a jak si stěžovat (Cheng et al., 2015; Hetland, 2002).

Z osobnostních charakteristik (v Gordonově pojetí – převaha, zodpovědnost, emocionální stabilita, sociabilita, sebedůvěra, opatrnost, originální myšlení, osobní vztahy a ráznost) je nejsilnějším prediktorem zdravotních stesků emocionální stability (vnitřní klid, nepřítomnost úzkosti a napětí) v záporném vztahu. Subjektivní zdravotní nepohoda je spojena s vyšší mírou úzkostnosti, hypersenzitivitou a nízkou frustrační tolerancí. Na českém souboru ověřili silnou asociaci mezi subjektivním zdravím a emocionalitou (dimenze prožívání v dotazníku WHOQOL-100) Koukola a Ondřejová (2008). Vymezení emocionální lability v Gordonově pojetí je blízké obsahu dimenze neuroticismu v rámci koncepce Big Five. Matthews et al. (2002) ověřili, že vysoká míra neuroticismu je prediktorem mnohačetných zdravotních stížností. Zdravotní stesky osob s vyšší mírou neuroticismu ještě nemusí nutně znamenat jejich objektivně horší zdravotní stav, vyšší míra úzkostnosti ve spojení se svědomitostí může vést k vyšší starostlivosti o vlastní zdraví a tím i k lepším zdravotním výsledkům, jak jsme již uvedli na základě studie Kernové a Friedmana (2011). Z dlouhodobého hlediska můžeme předpokládat vztah chronicky negativní emocionality (především hostility a depresivity) k náchylnosti k onemocnění obecně. Friedman a Booth-Kewleyová (1987) tento vztah potvrdili na základě výsledků rozsáhlé metaanalytické studie a hovoří o tzv. osobnosti náchylné k onemocnění (disease-prone personality). Křivohlavý (2002) považuje neuroticismus za důležitý v souvislosti s citlivostí na tělesné podněty. Lidé s vyšší mírou neuroticismu jsou ke svému tělu vnímavější a percipované symptomy interpretují jakožto závažnější. Větší míru negativně subjektivně percipovaných symptomů a větší zaměření na ně potvrzují u osob s vyšší mírou neuroticismu např. i Feldmanová, Cohen, Gwaltney, Doyle a Skoner (1999). Vztah subjektivně hodnoceného zdravotního stavu a osobnostních dimenzí koncepce Big Five jsme na souboru VŠ studentů ověřovali i v našich předchozích studiích – proklamovaný dobrý zdravotní stav byl v pozitivním vztahu ke svědomitosti a extraverci, v negativním vztahu k neuroticismu (Klimusová, Dosedlová, & Slováčková, 2013).

Soudobý přístup ke zdraví a nemoci zdůrazňuje význam životního způsobu každého jedince, který se významně podílí na míře jeho fyzického i psychického zdraví. Na základě faktorové analýzy položek Škály chování souvisejícího se zdravím jsme dospěli k pěti faktorům chování souvisejícího se zdravím, které vstoupily do dalších analýz (zdravá strava, pravidelný režim, vyhýbání se návykovým látkám, pravidelný pohyb a péče o duševní pohodu). Nejsilnějšími prediktory nízké míry proklamovaných subjektivních zdravotních stesků je péče o duševní hygienu, pravidelný režim a zdravá strava. Péče o duševní hygienu je faktor, který zahrnuje dobrý vztah k sobě, aktivity, které jedinci přinášejí potěšení, čas trávený s přáteli a dostatek spánku i odpočinku. I v našem předchozím výzkumu provedeném na souboru vysokoškoláků je duševní hygiena pozitivně asociována s hodnocením současného i budoucího vlastního zdravotního stavu a také se sebevědomím spojeným se zdravím a naopak negativně s obavami o zdraví. Také pravidelnost

režimu je faktor, který v našem současném i předchozím výzkumu souvisí opakovaně se subjektivně hodnoceným zdravotním stavem. V souboru vysokoškolských studentů subjektivně hodnocený zdravotní stav souvisel dále s pohybovou aktivitou, u dospělých respondentů v současném výzkumu se zdravou stravou (Klimusová, Dosedlová, & Slováčková, 2013).

Přidáním faktorů chování souvisejícího se zdravím do regresního modelu byl vliv dispozičního optimismu omezen na neprůkaznou úroveň. Rovněž vliv defenzivního pesimismu je neprůkazný. U dispozičního optimismu lze tento fakt připsat značnému překryvu mezi faktorem 2 (duševní pohoda) a mírou dispozičního optimismu ( $r = 0,627$ ). Vztah mezi vyšší mírou dispozičního optimismu a péčí o duševní hygienu byl prokázán v našich studiích opakovaně (Dosedlová, Klimusová, & Slováčková, 2013).

Z uvedené výzkumné studie můžeme tedy závěrem vyzvednout následující nejvýznamnější proměnné, které se ve vzájemných vztazích podílejí na míře subjektivních zdravotních stesků, tedy na míře stížností dospělých osob na nepříjemné fyzické i psychické symptomy (nevolnosti, bolesti, vegetativní obtíže, nervozitu, potíže se spánkem aj.). Jsou to pohlaví, emocionální stabilita a komponenty chování souvisejícího se zdravím – péče o psychickou pohodu, pravidelný režim a zdravá strava. Emocionální stabilita vyznačující se nepřítomností negativní emocionality se jako dispoziční charakteristika promítá do konkrétního chování souvisejícího s péčí o psychickou pohodu a zdraví v dospělém věku. Ženy vykazují vyšší míru zdravotních stesků, všechny další uvedené proměnné míru subjektivně uváděných zdravotních stesků snižují.

### **Limity**

Hlavní limity studie jsou spojeny s příležitostným výběrem vzorku: účast ve studii byla dobrovolná, přičemž vyplnění celé dotazníkové baterie bylo poměrně časově náročné. Primární způsob sběru dat byl elektronický, což rovněž mohlo ovlivnit ochotu určité části populace (starší osoby, méně vzdělané, s nedostupností internetového připojení) k vyplnění baterie. Dá se tedy předpokládat, že složení našeho souboru není vzhledem k těmto skutečnostem plně reprezentativní vůči populaci z hlediska pohlaví, věku, vzdělání ani osobnostních charakteristik. V rámci našeho souboru je přibližně 80 % respondentů ve věku od 18 do 50 let, necelých 13 % od 51 do 65 let a 7 % seniorů nad 65 let. V české populaci byly věkové skupiny obyvatelstva v r. 2013 dle Českého statistického úřadu zastoupeny 48 % pro věk 15–49 let, téměř 20 % pro věk 50–64 let a rovněž téměř 20 % pro seniory nad 65 let. Zřetelné je také vyšší zastoupení žen v souboru (více než 69 %, přičemž v populaci tvoří 51 %). Oproti běžné populaci jsou v našem vzorku více zastoupeny osoby s vyšším vzděláním, svědomité, ochotné pomáhat a zájímavější se o zdravý životní styl.

Námi použitý Inventář zdravotních stesků autorů Osecké, Řehulkové a Macka z r. 1998, který jsme přejali a upravili, sice pokrývá široké spektrum fyzických

i psychických symptomů – žaludeční a gastrointestinální obtíže, bolesti, vegetativní příznaky (dýchací obtíže, třes rukou, náhlé zpotení, závratě, bušení srdce, bolesti na prsou), nervozitu, poruchy spánku, nesoustředěnost a celkovou unavitelnost, původně byl ovšem určen pro cílovou skupinu adolescentů a nezahrnuje specifické obtíže spojené s vyšším věkem (např. symptomy vztahující se ke klimakteriu nebo sexuální dysfunkce).

Rasmussenová, Scheier a Greenhouse (2009) se pozastavují nad malým počtem studií, které by analyzovaly mechanismus působení optimismu ve vztahu ke zdraví.

Možné roviny vzájemného průniku optimismu a fyzického zdraví diskutují Peterson a Bossiová (1991; 2002, in Chang, 2002) a Peterson (2009, in Buchanan, & Seligman, 2009).

Jednou z cest je **cesta imunologická**. První výzkumy v této oblasti byly prováděny na zvířatech v souvislosti s naučenou bezmocností. Rosenhan a Seligman (1989) ověřovali, zda nekontrolovatelnost událostí ovlivňuje imunitní systém. Zjistili, že nekontrolovatelná událost vede k vyšší produkci endorfinů, což interferuje s funkcí imunitního systému. Lidé vyznačující se pesimistickým explanačním stylem zažívají častěji pocit nekontrolovatelnosti, nemůžeme však samozřejmě generalizovat výsledky experimentů se zvířaty na lidskou zkušenost a funkci. Navíc ani imunitní systém nepracuje izolovaně, ale je provázaný a autonomním nervovým systémem. A v neposlední řadě nemůžeme mluvit o imunitním systému obecně, je třeba přesně zachytit jeho jednotlivé komponenty (Peterson, 2009, in Buchanan, & Seligman, 2009).

To, že optimismus pozitivně koreluje s tím, jak silně odpovídá i lidský imunitní systém na přítomný antigen, prokázaly další výzkumy (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman, & Dwyer, 1991; Segerstrom et al., 1998; Kohut et al., 2002). Nicméně např. Segerstromová (2005) poukazuje na nekonzistentní výsledky; záleží na síle stresorů, jejich četnosti a míře subjektivního zklamání při neúspěchu.

Mezi zdravím a optimismem může být rovněž **emocionální vazba**. Optimismus zvyšuje odolnost vůči negativním emocím v zátěži, optimisté zažívají méně distresu a více pozitivních emocí. Dlouhodobým výsledkem nižší frekvence i intenzity fyziologických stresových reakcí je lepší zdravotní stav (Carver, & Gaines, 1987; Fitzgerald et al., 1993; Wrosch, & Scheier, 2013).

Pesimismus jako explanační styl je prekurzorem deprese a deprese způsobuje imunosupresi (Buchanan, 2009, in Buchanan, & Seligman, 2009).

Co se týká **kognitivní vazby** mezi výše zmíněnými proměnnými, je třeba si uvědomit, že optimismus jako explanační styl netvoří jen jedno izolované přesvědčení, ale že se jedná o celý kognitivní systém. Optimisté vnímají v životě méně drobných každodenních nepříjemností než jejich pesimisticky založení souputníci, což je spjato s nižší mírou stresu a druhotně i lepším zdravím. Peterson, Seligman a Vaillant (1988) uvádějí závěry třicetileté longitudinální studie: pesimistický

explanační styl v mladém dospělém věku byl potvrzen jako rizikový faktor horšího zdraví v pozdní dospělosti. Optimisté rovněž věří své kompetenci vlastní zdravotní stav kontrolovat a pozitivně ovlivňovat (Peterson, & Avila, 1995; Rius-Ottenheim et al., 2013). Vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy) je důležitým osobnostním korelátorem zdraví podporujícího chování, jehož význam opakovaně potvrzuje řada výzkumů. I naše vlastní výzkumná studie (Slováčková, Dosedlová, & Klimusová, 2008) provedená na populaci více než 4000 vysokoškoláků jednoznačně potvrdila vztah mezi osobností a zdravím podporujícím chováním. Za hlavní předpoklady pro dodržování zásad zdravého životního stylu můžeme na základě našich zjištění považovat svědomitost, emocionální stabilitu a self-efficacy.

Nesmíme zapomenout ani na **sociální vazbu** mezi fyzickým zdravím a optimismem. Optimisté častěji navazují a udržují recipročně podporující vztahy a více jim důvěřují, což se pozitivně promítá do jejich zdravotního stavu (Pennebaker, 1987).

Nejsilnější vazbu mezi zdravím a optimismem tvoří **rovina chování** ve smyslu seberegulace. Scheier a Carver v r. 1985 potvrdili souvislost mezi dispozičním optimismem a aktivními copingovými strategiemi, a i po třiceti letech probíhajících výzkumů vyzdvihují motivační a behaviorální aspekt optimismu v proaktivním vztahu ke zdraví (Scheier, & Carver, 1985; Carver, & Scheier, 2014). Větší vytrvalost v dosahování cílů a motivaci ke změně životního stylu u optimistů potvrzuje i Soliahová (2011), na Slovensku Sarmány-Schuller (1997) potvrdil vztah pesimismu s vyhýbavými strategiemi zvládnutí, v mezinárodní srovnávací studii vztah optimismu se smyslem pro humor jako adaptivní copingovou strategií (Thorson, Powell, Sarmány-Schuller, & Hampes, 1997).

## 4.6 Optimismus a chování související se zdravím

Optimismus/pesimismus spadá do psychologických determinantů chování souvisejícího se zdravím. Jako sociálně kognitivní konstrukt vystihující pozitivní či negativní očekávání do budoucna (nerealistický optimismus, dispoziční optimismus, defenzivní pesimismus) i pozitivní či negativní explanace minulých událostí (explanační optimismus) ovlivňuje přesvědčení o zvládnutelnosti situace, má dopad na emoční prožívání i na konkrétní záměr chovat se určitým způsobem.

Pro konkretizaci uvádíme výběr ze studií, které se vztahu optimismu/pesimismu a jednotlivých komponent chování souvisejícího se zdravím věnovaly.

### Nerealistický a komparativní optimismus ve vztahu k chování souvisejícímu se zdravím

Weinstein (1980, 1982, 1984) dokládá negativní dopad systematické chyby v nazírání vlastní budoucnosti v kontextu zdraví. Lidé mají pod jejím vlivem tendenci

podceňovat riziko onemocnění, nejsou motivováni nijak upravovat svůj životní styl a ani nevyhledávají relevantní informace týkající se zdravotního rizika.

Zkreslené přesvědčení, že v životě konkrétního člověka je jen malá pravděpodobnost výskytu nějaké negativní události ve srovnání s ostatními, vede ve zdravotním kontextu k zanedbávání lékařských preventivních prohlídek (Helweg-Larsen, & Shepperd, 2001), k rizikovému sexuálnímu chování (Burger, & Burns, 1988), k vyšší konzumaci alkoholu (Klein, Geaghan, & McDonald, 2007) nebo k minimalizaci významu informací o zdraví a nemoci (Treloar, & Hopwood, 2008; Wiebe, & Black, 1997).

Např. Treloarová a Hopwood (2008) poukázali na to, že pacienti trpící hepatitidou C, kteří věřili, že oproti jiným lidem budou výborně zvládat nepříjemné vedlejší důsledky léčby (tj. vysoká míra komparativního optimismu), byli méně připraveni na léčbu a přerušovali ji častěji než pacienti s nižší mírou komparativního optimismu.

Wiebeová a Black (1997) zjistili, že lidé s vysokou mírou komparativního optimismu týkajícího se možnosti onemocnět přenosnou pohlavní chorobou věnovali menší pozornost informacím o formách přenosu a o bezpečnostních opatřeních.

Taylorová se spolupracovnice (1992) se věnovala přesvědčením o zdraví, subjektivně vnímané vulnerabilitě, sexuálnímu chování i dalším formám chování souvisejícího se zdravím v souboru homosexuálních mužů. Míra nerealistického optimismu ve smyslu víry, že onemocnění AIDS u konkrétního jedince na rozdíl od druhých nepropukne, byla vyšší u HIV pozitivních mužů než u HIV negativních. Nerealistický, komparativní optimismus (optimismus specificky se týkající onemocnění AIDS) stejně jako dispoziční (ve studii byly sledovány oba typy) zabraňuje demoralizaci a rezignaci. Co se týká chování souvisejícího se zdravím, muži s vysokou mírou specifického komparativního optimismu (onemocnění AIDS se u mě nerozvine) více dbali na zdravou výživu, dostatek spánku i cvičení než muži s nízkou mírou specifického optimismu ve vztahu k AIDS. Taylorová tedy polemizuje s Weinsteinem (1980, 1982, 1984) a jako jedna z mála prezentuje pozitivní efekt nerealistického či komparativního optimismu.

#### Dispoziční optimismus ve vztahu k chování souvisejícímu se zdravím

Dispoziční optimismus je dáván do souvislosti s větší angažovaností ve zdraví prospěšných aktivitách (Scheier, & Carver, 1985; Peterson, & Bossio, 1991; Soliah, 2011).

Mulkanová a Haileyová (2001) potvrdily na souboru amerických vysokoškoláků vztah mezi optimismem a 6 typy zkoumaného zdraví podporujícího chování: zdravotní zodpovědností, fyzickou aktivitou, výživou, spirituálním růstem, interpersonálními vztahy a zvládáním stresu.

V Evropě ověřil Ylöstalo se spolupracovnice (2003) na souboru 8 690 Finů vztah vzdělání, životní spokojenosti a dispozičního optimismu ke zdravotním ná-



vykům. Orientace na zdraví stoupala se zvyšující se životní spokojeností a optimismem. Mladým dospělým narozeným r. 1966 v severním Finsku se věnovala také studie Kelloniemiové, Ekové a Laitinenové (2005), která potvrdila zdravější nutriční návyky u dispozičních optimistů.

Step toe (1994) realizoval výzkum na souborech Angličanů, Belgičanů, Finů a Norů (809 mužů a 996 žen ve věku 18–30 let). Prokázal souvislost zdravého životního stylu, dispozičního optimismu a extraverze. V novější studii provedené na souboru seniorů prokázal vztah optimismu k nekuřáctví, mírné konzumaci alkoholu a svižné chůzi. Tento vztah byl nezávislý na sociodemografických faktorech a klinických podmínkách (Step toe et al., 2006).

Giltay se spolupracovníky (2007) pracovali se souborem téměř 800 stárnoucích Dánů. Publikovali výsledky potvrzující asociaci vysoké míry dispozičního optimismu s častější fyzickou aktivitou, nekuřáctvím, vyšší konzumací ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva, ale také alkoholu.

Hingleová se spolupracovníky (2014) ověřila vztah dispozičního optimismu a lepších dietních návyků u více než 13 000 žen po menopauze.

Optimismus a pesimismus naopak nepotvrdili jako prediktory žádoucího snížení hmotnosti finské a německé autorky Hankonenová, Vollmanová, Rennerová a Absetzová (2010) na souboru 385 osob trpících nadváhou. Jedinou proměnnou, která byla v přímém vztahu k úpravě životosprávy a ke snížení hmotnosti během tříměsíčního intervenčního programu a v následném období (měření po 3 a 12 měsících), byl nárůst vědomí vlastní účinnosti v oblasti zdraví (health-related self-efficacy).

Taylorová se spolupracovníky (1992) nepotvrdila vztah mezi optimismem/pesimismem a rizikovým sexuálním chováním homosexuálních mužů, tento vztah nepotvrdily ani Zak-Placeová a Sternová (2004) na souboru vysokoškoláků. Připomenout můžeme i výše uvedenou studii Kubzanské, Kubzanského a Maselkové (2004), která rovněž nepotvrdila optimismus jako prediktor zdraví podporujícího chování. Čierňava (1999) ověřil na souboru 145 slovenských gymnazistů a vysokoškoláků, že optimismus pozitivně souvisí se sportováním a konzumací ovoce a zeleniny. Na druhé straně optimismus nevýznamně, ale pozitivně koreluje s kouřením a signifikantně pozitivně s rizikovým sexuálním chováním.

### Optimismus jako explanační styl a chování související se zdravím

Peterson (1988) konstatoval vztah mezi zdravím podporujícím chováním a optimismem jako explanačním stylem. Optimisticky myslící lidé více cvičili, vyhýbali se tučným jídlům a jen mírně konzumovali alkohol. Jinak se chovali i v případech nachlazení – častěji než pesimisté zůstali doma a snažili se podpořit proces uzdravení.

Výzkumný tým pod vedením Posadzského (2010) publikoval výsledky výzkumu realizovaného na polsko-švédském souboru. Zdraví podporující chování je ve vzá-



jemném vztahu s optimismem jako explanačním stylem, vědomím vlastní účinnosti (self-efficacy) a integritou (sense of coherence).

Nad rozporuplnými výsledky týkajícími se vztahu optimismu/pesimismu a chování souvisejícího se zdravím se zamýšlí mj. Bakerová (2007). Uvádí, že jednotlivé komponenty chování souvisejícího se zdravím můžeme rovněž chápat jako copingové strategie. V tom případě se mohou rozdíly mezi optimisty a pesimisty zvýraznit v problematických obdobích, které kladou vyšší nároky na přizpůsobení. Geers (2010) podotýká, že optimisté se více angažují v léčebných programech (např. nutričních), ale jen tehdy, pokud potřebu absolvovat takový program považují subjektivně za důležitou.

Je dobré také zvážit vzájemnou možnou interakci jednotlivých typů optimismu. Fowlerová a Geers (2015) ověřili předpoklad, že pokud jsou konfrontováni se zdravotním ohrožením lidé, kteří mají zároveň vysokou míru dispozičního i nerealistického optimismu, vykazují vyšší míru vyhýbavých copingových strategií (např. nevyhledávání dalších relevantních informací) než ti jedinci, kteří skórují vysoko v dispozičním, ale nízko v komparativním optimismu. Dále zjistili, že lidé s vysokou mírou obou sledovaných typů optimismu zůstávají více na abstraktní úrovni zpracování informací než druhý typ probandů.

Je tedy rozdíl v účinku dispozičního optimismu a nerealistického optimismu? Radcliffe a Klein (2002) nezjistili významný vztah mezi oběma proměnnými. Uvádějí, že dispoziční optimisté vnímají riziko jako menší, ale míra zkreslení informací není u nich tak velká.

Dispoziční optimismus, optimismus jako explanační styl a defenzivní pesimismus jsme prověřili jako prediktory chování souvisejícího se zdravím na rozsáhlých souborech českých respondentů. První studie byla provedena na vysokoškolských studentech, druhá na souboru dospělých ve věku od 20 do 93 let.

### 4.6.1 Studie č. 9: Dispoziční optimismus a optimismus jako explanační styl jako prediktory chování souvisejícího se zdravím českých vysokoškolských studentů

Cílem studie bylo systematizovat jednotlivé prvky zdraví podporujícího chování vysokoškolských studentů a ověřit na vzorku českých respondentů vztah prokázaný v USA a některých zemích Evropy: optimismus (dispoziční a explanační) pojící se s vyšší aktivitou ve vztahu k vlastnímu zdraví a naopak pesimismus korelující s pasivitou.

## Metoda

**Výzkumný soubor** tvořilo 1617 studentů českých vysokých škol (vybrané fakulty MU, UK, MZLU, VUT a ČZU), 376 (23,3%) mužů a 1241 žen (76,7%) s průměrným věkem 22,4 let ( $sd = 2,5$ ).

## Použité nástroje

**Test životní orientace – Life Orientation Test – Revised, LOT-R** (Scheier, Carver, & Bridges, 1994).

Dotazník je založen na šesti hodnocených položkách zaměřujících se na generalizovaná očekávání do budoucna (dispoziční optimismus). V našem souboru jsme ověřovali vnitřní konzistenci škály, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,85.

**Dotazník atribučního stylu pro vysokoškoláky – Academic Attributional Style Questionnaire, AASQ** (Peterson, & Barret, 1987).

Posuzované osobě jsou předloženy hypotetické situace, které se mohou stát. Respondent má určit hlavní příčinu vzniku každé situace, pak ji vymezit na škálách internality, stability a globality. Skóry jsou počítány zvlášť pro pozitivní i negativní situace. Dotazník je výběrem situací přizpůsoben životní zkušenosti vysokoškolských studentů. Škály stability a globality dosahovaly v našem souboru dobré vnitřní konzistence (Cronbachova alfa 0,81, respektive 0,80), škála internality měla vnitřní konzistenci nižší (0,60).

**Škála chování souvisejícího se zdravím** (Dosedlová, Slováčková, & Klimusová, 2013).

Na základě obsahové analýzy provedené v rámci předvýzkumu jsme sestavili dotazník o 41 položkách mapující jednotlivé oblasti životosprávy vysokoškoláků (stravování, pitný režim, spánek, pravidelnost režimu, míru fyzické aktivity, užívání návykových látek, preventivní opatření a vybrané prvky duševní hygieny).

## Způsob zpracování dat

Faktorovou analýzou metodou hlavních komponent s rotací Varimax byla prozkoumána struktura položek Škály chování souvisejícího se zdravím. Sedm nově vzniklých skupin chování souvisejícího se zdravím bylo následně využito coby predikované proměnné v regresní analýze s cílem posoudit závislost jednotlivých faktorů zdraví podporujícího chování na proměnných dispozičního optimismu a optimismu jako explanačního stylu. Výpočty byly provedeny pomocí programu SPSS.

## Výsledky a jejich interpretace

### Analýza komponent zdraví podporujícího chování

Metodou analýzy komponent Škály chování souvisejícího se zdravím jsme redukovali 41 uvedených forem chování na 7 skupin, které vysvětlují 43,3% společného rozptylu (podrobné údaje v tabulkách autorka na požádání zašle). Jedná se o následující faktory:

**Zdravé stravování** (konzumace ovoce a zeleniny, celozrnného pečiva, sladkostí a jiných pochutin, smažených pokrmů, stravování ve fast foodech, výběr potravin, dodržování pitného režimu).

**Duševní hygiena** (péče o dobrou náladu, sebeúcta, trávení volného času s oblíbenými lidmi, dostatek odpočinku a relaxace).

**Užívání návykových látek** (konzumace alkoholu a nikotinu).

**Prevence** (ochrana před sluncem, užití ochranných pomůcek při sportu, preventivní lékařské prohlídky, přizpůsobování denního režimu zdravotnímu stavu, masáže).

**Pravidelný režim** (pravidelné snídaně, jídlo 3–5x denně, dostatečný spánek s pravidelnou dobou usínání a vstávání).

**Pohybová aktivita** (sport, chůze, fyzická práce, sex, omezování používání auta, výtahu a jiných dopravních prostředků, adrenalinové sporty).

**Expozice slunci a škodlivým látkám** (opalování, solárium, nevyhýbání se škodlivým látkám ve spotřebním zboží, preference farmaceuticky zpracovaných typů antikoncepce před přirozenými formami).

### Vztah optimismu/pesimismu a chování vztahujícího se ke zdraví

Pomocí regresní analýzy jsme se pokusili stanovit nejlepší regresní model, který by vyjádřil závislost jednotlivých faktorů zdraví podporujícího chování na proměnných dispozičního optimismu a optimismu jako explanačního stylu. Míra optimismu/pesimismu českých univerzitních studentů byla potvrzena jako prokazatelný prediktor pouze ve vztahu k péči o duševní hygienu, kde vysvětluje 31 % rozptylu. Významným prediktorem je dispoziční optimismus měřený dotazníkem LOT-R (beta = 0,499) a v rámci optimismu jako explanačního stylu měřeného AASQ je s péčí o duševní hygienu v nejtěsnějším záporném vztahu dimenze pronikavost špatných událostí (beta = -0,180), viz Tabulku 19.

Vztahy prediktorů k ostatním faktorům zdraví podporujícího chování jsou sice také statisticky významné, především díky velikosti zkoumaného souboru, ale prediktory vysvětlují pouze zanedbatelný podíl rozptylu ve faktorech zdraví podporujícího chování.

**Tabulka 19** Prediktory úrovně péče o duševní hygienu (dispoziční optimismus a jednotlivé dimenze optimismu jako explanačního stylu – personalizace, trvalost a průraznost)

Prediktory	B	SE	Beta	t	p
(Konstanta)	-1,290	0,187	-	-6,886	0,000
Dispoziční optimismus	0,114	0,005	0,499	21,796	0,000
Personalizace	0,067	0,025	0,061	2,671	0,008
Trvalost	0,006	0,032	0,006	0,192	0,848
Průraznost	-0,177	0,029	-0,180	-6,129	0,000

Pozn.  $R^2 = 0,312$ ;  $F(4.1378) = 156$ ;  $p < 0,001$ .

## Diskuse

Míra optimismu/pesimismu (dispozičního i explanačního) českých vysokoškolských studentů se neukázala být významným prediktorem ve vztahu k jednotlivým faktorům zdraví podporujícího chování. Nepredikuje úroveň stravování, užívání návykových látek, preventivní opatření, pravidelnost životosprávy, míru pohybové aktivity ani expozici, resp. vyhýbání se slunci a dalším škodlivým látkám.

Jediným prokázaným vztahem mezi sledovanými proměnnými je vztah mezi mírou optimismu/pesimismu a péčí o duševní hygienu. Optimisté si snadněji udržují dobrou náladu, mají k sobě pozitivní vztah, volný čas tráví s lidmi, které mají rádi, necítí se často stresovaní a dopřávají si dostatek odpočinku a relaxace. Příčinou jejich pozitivního ladění je dispoziční základ osobnosti i styl myšlení, ve kterém největší roli hraje přesvědčení o tom, že negativní události mají jen malý dopad na další oblasti jejich života.

Tyto výsledky se liší od výsledků prezentovaných studií v USA i v některých zemích Evropy (viz výše), kde se vyšší míra optimismu pojí s vyšší aktivitou obecně i specificky ve vztahu k vlastnímu zdraví. Jejich interpretace je bez navazujícího výzkumu obtížná. Naše zjištění nás vedla k úvahám o kulturní podmíněnosti konstruktů optimismu jako explanačního (kognitivního) stylu a o roli dalších proměnných, jako je úzkostnost, percepce ohrožení, tolerance k riziku nebo jeho vyhledávání. Chtěli jsme mimo jiné ověřit na vzorku českých respondentů zastoupení tzv. defenzivních pesimistů, jejichž kognitivní styl je charakteristický nízkým očekáváním ve vztahu k budoucnosti, ale přesto snižuje jejich motivaci dosáhnout cíle. Výzkum týkající se vztahu defenzivního pesimismu k chování souvisejícímu se zdravím nebyl v té době v ČR realizován a je dosud málo zastoupen i ve světovém měřítku. Přitom se ukazuje, že právě defenzivní pesimismus může mít těsný vztah k ochotě dodržovat určitá preventivní opatření.

K podobným výsledkům, jako jsou ty naše, došli autoři Kubzanská, Kubzansky a Maselková (2004), kteří mimo jiné ověřovali těsnost vztahu mezi optimismem, pesimismem a úzkostí, vztekem, depresivními symptomy a vybranými komponentami chování souvisejícího se zdravím (kouřením, konzumací alkoholu a fyzickou aktivitou). Optimismus ani pesimismus nebyly potvrzeny jako prediktory zdraví podporujícího chování. Autoři uvádějí dokonce jeden překvapující výsledek: optimismus pozitivně koreloval s kouřením. Zak-Placeová a Sternová (2004) nepotvrdily dispoziční optimismus jako prediktor chování zaměřeného na prevenci v sexuálním životě. Zamyslíme-li se nad těmito výsledky, můžeme uvažovat o vztahu mezi optimismem a věkem. Oba tyto výzkumy byly provedeny na souborech vysokoškolských studentů. Je možné, že projevy optimismu se v průběhu života mění. Optimismus v mladém věku přináší pocit nezranitelnosti a nesmrtelnosti, proto se mohou mladí optimisté častěji dopouštět rizikového chování. Ve starším věku, kdy lidé disponují již realističtějším postojem ke svému zdraví, může optimismus

naopak pomoci přestat kouřit. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli věnovat se projevům dispozic i různých kognitivních strategií v různých fázích lidského vývoje.

#### 4.6.2 Studie č. 10: Dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus jako prediktory chování vztahujícího se ke zdraví českých dospělých

Cílem navazující studie bylo systematizovat jednotlivé prvky chování souvisejícího se zdravím na souboru dospělých respondentů a vyjádřit závislost jednotlivých komponent chování souvisejícího se zdravím na proměnných dispozičního optimismu a defenzivního pesimismu. Dále jsme chtěli ověřit možné mezigenerační rozdíly v těchto vztazích ve 4 kohortách českých dospělých respondentů.

Jako hlavní predikující proměnné jsme zvolili demografické charakteristiky (pohlaví a věk), dále dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus. Předpokládáme, že se tato proměnná vzhledem ke své úzké vazbě k úzkostnosti při zachování vysoké míry aktivity může pojit především s preventivními opatřeními.

##### Metoda

**Výzkumný soubor** tvořilo 1252 českých dospělých respondentů (31,6% mužů, 68,4% žen). Respondenti byli rozděleni dle věku do čtyř kohort:  
mladá dospělost 20–35 let (n = 663; 66,1% žen)  
střední dospělost 36–50 let (n = 352; 70,7% žen)  
zralá dospělost 51–65 let (n = 164; 70,1% žen)  
senioři nad 65 let (n = 73; 74,0% žen)

##### Použité nástroje

Respondentům byla administrována rozsáhlá dotazníková baterie. V rámci předložené studie jsou využita data ze Škály chování souvisejícího se zdravím, Testu životní orientace a Dotazníku defenzivního pesimismu.

**Test životní orientace – Life Orientation Test – Revised, LOT-R** (Scheier, Carver, & Bridges, 1994).

Dotazník je založen na šesti hodnocených položkách zaměřujících se na generalizovaná očekávání do budoucna (dispoziční optimismus). V našem souboru jsme ověřovali vnitřní konzistenci škály, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,83.

**Dotazník defenzivního pesimismu – Defensive Pessimism Questionnaire, DPQ** (Norem, 2002).

Inventář tvoří 17 tvrzení, vůči kterým respondent vyjadřuje míru svého souhlasu či nesouhlasu na sedmibodové škále. Jednotlivé položky byly autorkou dotazníku podrobeny faktorové analýze, která potvrdila dva základní faktory: pesimismus

a reflexi. Inventář dobře odlišuje defenzivní pesimismus od realistického pesimismu (v případě respondentových zkušeností s opakovanými neúspěchy v minulosti). Z celkového počtu 17 otázek skórujeme pouze 12, s výplňovými „fillers“ a experimentálními otázkami v hodnocení nepočítáme. Reliabilita nástroje je uspokojivá (Cronbachova  $\alpha = 0,75$ ).

**Škála chování souvisejícího se zdravím – *Health-related Behavior Scale*** (Dosedlová, Slováčková, & Klimusová, 2013).

Na základě obsahové analýzy provedené v rámci předvýzkumu jsme sestavili dotazník mapující jednotlivé oblasti životosprávy vysokoškoláků (stravování, pitný režim, spánek, pravidelnost režimu, míru fyzické aktivity, užívání návykových látek, preventivní opatření a vybrané prvky duševní hygieny).

### **Způsob zpracování dat**

Faktorovou analýzou metodou hlavních komponent s rotací Varimax byla prozkoumána struktura položek Škály chování souvisejícího se zdravím. Pět nově vzniklých skupin chování souvisejícího se zdravím bylo následně využito coby predikované proměnné v mnohonásobné regresní analýze. Vytvořili jsme dva modely pro každou skupinu chování. V prvním modelu jsme použili blok demografických proměnných. Pohlaví bylo kódováno jako dummy proměnná se základní kategorií ženy. Věk byl kategorizován do čtyř skupin (popsány v rámci výzkumného souboru) s nejmladší (a nejpočetnější) skupinou jako základní kategorií. Druhý model jsme obohatili o proměnné dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus. Kromě toho jsme užili věk respondentů jako moderující proměnnou, abychom posoudili možný interakční efekt s dispozičním optimismem a defenzivním pesimismem. Vzhledem k relativně rozsáhlému souboru respondentů byly výsledky posuzovány na 1% hladině významnosti. Výpočty byly provedeny pomocí programu SPSS.

### **Výsledky a jejich interpretace**

#### **Analýza komponent zdraví podporujícího chování**

Na základě KMO míry (0,87) lze konstatovat, že data jsou vhodná k faktorové analýze. Na základě sutinového grafu jsme se rozhodli extrahovat 5 faktorů, které společně vysvětlují 45,6% rozptylu původních 32 položek Škály chování souvisejícího se zdravím. V Tabulce 20 je přehled faktorových zátěží rotované matice (pozn.: faktorové zátěže  $< 0,30$  nejsou pro přehlednost zobrazeny). Faktorová struktura je poměrně jasná a jednotlivé faktory jsou víceméně zřetelně vymezeny. Faktor 1 lze interpretovat jako chování v oblasti zdravé výživy. Faktor 2 sytí především položky aktivit zaměřených na nastolení, udržení a podporu duševní pohody. Faktor 3 je možno označit jako dodržování pravidelného, zdraví podporujícího denního režimu. Faktor 4 zachycuje míru fyzické aktivity. Faktor 5 odráží míru vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám.

**Tabulka 20** Výsledky faktorové analýzy pro Škálu chování souvisejícího se zdravím

<i>Chování související se zdravím</i>	F1	F2	F3	F4	F5
jím uzeniny, sladkosti, chipsy atd. <sup>b</sup>	0,72				
jím smažené pokrmy <sup>b</sup>	0,68				
vyhýbám se škodlivým potravinám <sup>a</sup>	0,68				
piju slazené limonády <sup>b</sup>	0,62				
stravuji se ve fastfoodu <sup>b</sup>	0,60				
jím instantní jídla a polotovary <sup>b</sup>	0,59				
usiluji o správný poměr živin ve stravě <sup>a</sup>	0,54			0,49	
jím denně alespoň 3 porce zeleniny a ovoce <sup>a</sup>	0,53			0,42	
upřednostňuji celozrnné pečivo <sup>a</sup>	0,53			0,32	
upravuji stravu s ohledem na zdravotní stav <sup>a</sup>	0,44				
vyhýbám se škodlivinám ve spotřebním zboží <sup>a</sup>	0,43				0,32
trávím volný čas s lidmi, se kterými je mi dobře <sup>a</sup>		0,73			
udržuji si dobrou náladu <sup>a</sup>		0,72			
mám rodinu a přátele, na které se mohu spolehnout <sup>a</sup>		0,70			
provozuji mnoho aktivit, které mi přinášejí radost <sup>a</sup>		0,69		0,31	
mám se rád <sup>a</sup>		0,67			
spím dostatečně <sup>a</sup>			0,78		
dodržuji pravidelnou dobu usínání a vstávání <sup>a</sup>			0,67		
dostatečně odpočívám, relaxuji <sup>a</sup>			0,66		
uspořádám si den, abych se nedostával do časového stresu <sup>a</sup>		0,31	0,52		
přizpůsobuji denní režim zdravotnímu stavu <sup>a</sup>			0,41		
věnuji se sportu <sup>f</sup>				0,57	
jím pravidelně 3–5x denně <sup>a</sup>			0,45	0,51	
pravidelně se otužuji <sup>a</sup>				0,51	
pro zlepšení kondice omezují auto, výtah atd. <sup>a</sup>				0,50	
udržuji si optimální hmotnost <sup>a</sup>				0,46	
pravidelně snídám <sup>a</sup>			0,36	0,41	
vyhýbám se zakouřeným prostorám <sup>a</sup>					0,76
kouřím <sup>c</sup>					-0,74
konzumuji lehké drogy <sup>d</sup>					-0,59
konzumuji alkohol <sup>e</sup>					-0,56
procento vysvětleného rozptylu (po rotaci)	13,0	9,3	8,5	7,9	6,9

Pozn. <sup>a</sup> odpověďová škála (reverzní za účelem interpretace) 1–5 (1 = vůbec pro mne neplatí, 5 = zcela pro mne platí); <sup>b</sup> odpověďová škála (reverzní za účelem interpretace) 1–5 (1 = velmi často, 5 = nikdy); <sup>c</sup> odpověďová škála 1 = vůbec, 2 = svátečně (do 5 cigaret týdně), 3 = denně; <sup>d</sup> odpověďová škála 1 = nikdy nebo zkusil max. 3×, 2 = příležitostně (méně než 1× měsíčně), 3 = občas, 4 = často (téměř každý týden nebo častěji); <sup>e</sup> počet jednotek alkoholu během týdne (hodnoty  $\geq 30$  byly překódovány na hodnotu 30); <sup>f</sup> počet hodin cíleného sportu během týdne (hodnoty  $\geq 11$  byly překódovány na hodnotu 11).

**Vztah optimismu/pesimismu a chování vztahujícího se ke zdraví**

Z Tabulky 21 vyplývá, že pohlaví i věk respondentů jako prediktory významně ovlivňují predikované komponenty chování souvisejícího se zdravím. Pohlaví respondenta souvisí se zdravým stravováním, pravidelným denním režimem a vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám. Ve všech třech případech vykazují ženy vyšší míru zdraví podporujícího chování. Věk respondenta souvisí se všemi komponentami s výjimkou pohybové aktivity. Nejvyšší úroveň zdravého stravování byla zjištěna u skupiny seniorů a zralých dospělých, naopak nejnižší u skupiny mladých dospělých. Výrazně nelineární vztah byl zjištěn mezi věkem a péčí o duševní hygienu. Srovnatelné úrovně v této komponentě dosahují mladí dospělí a senioři, nižší míru vykazují střední a zralí dospělí. V oblasti pravidelného denního režimu se nejvýrazněji odlišují senioři od mladých dospělých, kdy senioři dodržují denní rutinu ve výrazně vyšší míře. V komponentě vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám byl nalezen postupný nárůst se zvyšujícím se věkem.

Dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus přispívají k navýšení procenta vysvětleného rozptylu komponent zdraví podporujícího chování v zásadě pouze u péče o duševní hygienu. Úroveň této komponenty se zvyšuje s narůstajícím dispozičním optimismem a v nižší míře klesá s narůstajícím defenzivním pesimismem. Marginální vztah byl nalezen také mezi pravidelným režimem a dispozičním optimismem. Ani v jednom případě nelze označit věk za moderátor vztahu mezi dispozičním optimismem, defenzivním pesimismem a komponentami zdraví podporujícího chování.

**Tabulka 21** Dispoziční optimismus, defenzivní pesimismus, pohlaví a věk jako prediktory komponent chování souvisejícího se zdravím

<i>prediktory</i>	<i>zdravá strava</i>	<i>duševní hygiena</i>	<i>denní režim</i>	<i>pohybová aktivita</i>	<i>vyhýbání se návyk. látkám</i>
pohlaví	-0,57 <sup>+</sup>	-0,01	-0,17 <sup>+</sup>	0,05	-0,24 <sup>+</sup>
věk2	0,29 <sup>+</sup>	-0,22 <sup>+</sup>	0,08	-0,13	0,33 <sup>+</sup>
věk3	0,48 <sup>+</sup>	0,26 <sup>+</sup>	0,24 <sup>+</sup>	-0,20	0,44 <sup>+</sup>
věk4	0,51 <sup>+</sup>	-0,04	0,67 <sup>+</sup>	-0,24	0,60 <sup>+</sup>
R <sup>2</sup> ; F	11,4; 39,9 <sup>+</sup>	0,01; 4,09 <sup>+</sup>	0,03; 11,05 <sup>+</sup>	0,01; 2,50	0,06; 18,8 <sup>+</sup>
pohlaví	-0,57 <sup>+</sup>	0,01	-0,17 <sup>+</sup>	0,05	-0,24 <sup>+</sup>
věk2	0,28 <sup>+</sup>	-0,23 <sup>+</sup>	0,09	-0,13	0,33 <sup>+</sup>
věk3	0,48 <sup>+</sup>	-0,22 <sup>+</sup>	0,25 <sup>+</sup>	-0,19	0,43 <sup>+</sup>
věk4	0,53 <sup>+</sup>	0,05	0,69 <sup>+</sup>	-0,22	0,59 <sup>+</sup>
DO	0,08	0,48 <sup>+</sup>	0,09 <sup>+</sup>	0,07	-0,02
DP	-0,02	-0,08 <sup>+</sup>	0,01	-0,02	0,00
ΔR <sup>2</sup> ; F	0,01; 5,82 <sup>+</sup>	0,28; 246,33 <sup>+</sup>	0,01; 5,14 <sup>+</sup>	0,01; 3,90	0,00; 0,39
R <sup>2</sup> ; F	0,12; 28,76 <sup>+</sup>	0,29; 85,91 <sup>+</sup>	0,04; 9,13 <sup>+</sup>	0,01; 2,97 <sup>+</sup>	0,06; 12,66 <sup>+</sup>



prediktory		zdravá strava	duševní hygiena	denní režim	pohybová aktivita	vyhýbání se návyk. látkám
$\Delta R^2$ ; (věk*DO)	F	0,00; 0,53	0,00; 1,47	0,00; 0,78	0,01; 3,49	0,00; 0,55
$\Delta R^2$ ; (věk*DP)	F	0,00; 0,49	0,00; 1,80	0,00; 1,07	0,00; 0,72	0,00; 0,12

Pozn. + 1% hladina významnosti; DO – dispoziční optimismus; DP – defenzivní pesimismus; pohlaví je kódováno 0 pro ženy a 1 pro muže; věkové skupiny jsou kódovány jako dummy proměnné se základnou věk1 (20–35 let.); věk2 (36–50 let); věk3 (51–65 let); věk4 (66 a více let). V případě DO a DP jsou uvedeny standardizované regresní koeficienty, v případě dummy proměnných nestandardizované koeficienty; \* označuje interakci.

## Diskuse

Z uvedených výsledků vyplývá, že komponenty chování souvisejícího se zdravím jsou významně ovlivňovány pohlavím a věkem respondentů. Ženy vykazují vyšší míru zdraví podporujícího chování v orientaci na zdravou stravu, pravidelný denní režim a vyhýbání se návykovým látkám. Věk respondentů souvisí se všemi komponentami s výjimkou pohybové aktivity. Nejvyšší úroveň zdravého stravování byla zjištěna u skupiny seniorů a zralých dospělých, naopak nejnižší u skupiny mladých dospělých. Výrazně nelineární vztah byl zjištěn mezi věkem a péčí o duševní hygienu. Srovnatelné úrovně v této komponentě dosahují mladí dospělí a senioři, nižší míru vykazují střední a zralí dospělí. V oblasti pravidelného denního režimu se nejvýrazněji odlišují senioři od mladých dospělých, kdy senioři dodržují denní rutinu ve výrazně vyšší míře. V komponentě vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám byl nalezen postupný nárůst se zvyšujícím se věkem.

Naše výsledky jsou v souladu se zjištěními Sarafina (1990), který potvrdil narůstající míru zdraví podporujícího chování u starších lidí s výjimkou pohybové aktivity, která s věkem klesá. Snižování míry pohybové aktivity včetně chůze v průběhu života u českých respondentů potvrzuje i evropská zpráva o zdraví European Health Interview Survey z r. 2014.

Defenzivní pesimismus nebyl potvrzen jako prediktor jednotlivých komponent chování souvisejícího se zdravím (s narůstající mírou defenzivního pesimismu pouze mírně klesá míra péče o duševní hygienu, což může být způsobeno vyšší úzkostností defenzivních pesimistů). Vzhledem k tomu, že se jedná o kognitivní styl charakteristický nízkým očekáváním ve vztahu k budoucnosti a zároveň vysokou aktivitou ve vztahu k dosažení cíle, předpokládali jsme, že by mohl být v pozitivním vztahu především k preventivním opatřením. Chang a Ruben-Wen (2004) prokázali v Číně za situace ohrožení onemocněním SARS (the severe acute respiratory syndrome, vážný akutní syndrom cest dýchacích) přímý vztah mezi mírou defenzivního pesimismu, strachem z onemocnění a uplatňováním preventivních

opatření. Noremová (2001) považuje strategii defenzivního pesimismu za flexibilní, uplatňují ji lidé v situacích vzbuzujících úzkost. Je možné, že vztah mezi defenzivním pesimismem a preventivními opatřeními je výraznější jen v určitém specifickém kontextu, např. v situacích zřetelného a šířícího se ohrožení.

Míra dispozičního optimismu se ukázala být významným prediktorem ve vztahu k péči o mentální hygienu (beta = 0,48). Společně s demografickými faktory pohlaví a věk vysvětluje 29,3 % rozptylu. Optimisté si snadněji udržují dobrou náladu, mají k sobě pozitivní vztah, volný čas tráví s lidmi, které mají rádi, necítí se často pod tlakem a dopřávají si dostatek odpočinku a relaxace. Míra dispozičního optimismu slabě predikuje ještě pravidelnost režimu, naopak nepredikuje úroveň stravování, míru pohybové aktivity ani vyhýbání se návykovým a škodlivým látkám.

Výsledky této studie provedené na souboru dospělých respondentů jsou podobné výsledkům předchozí studie pracující se souborem vysokoškolských studentů, kdy míra dispozičního optimismu predikovala pouze péči o duševní hygienu (beta = 0,49), ale nepredikovala míru pohybové aktivity, úroveň stravování, užívání návykových látek, preventivní opatření, pravidelnost životosprávy ani expozici, resp. vyhýbání se slunci a dalším škodlivým látkám (Dosedlová, Klimusová, & Slováčková, 2013).

Tyto výsledky se opakovaně liší od studií, kde se vyšší míra optimismu pojí s vyšší aktivitou obecně i specificky ve vztahu k vlastnímu zdraví (viz výše uvedené teoretické předpoklady).

Zdá se, že v České republice nesouvisí míra vykazovaného chování souvisejícího se zdravím s mírou optimismu/pesimismu (s výjimkou péče o duševní hygienu). Naše další úvahy o povaze těchto vztahů logicky vedou směrem ke studiu kulturní podmíněnosti zkoumaných proměnných, jejich vzájemných vztahů a k mapování účasti dalších mediátorů, které mohou mít na podobu výsledků vliv.

### **Limity výzkumu**

Hlavní limity studie jsou spojeny s příležitostným výběrem vzorku: účast ve studii byla dobrovolná, přičemž vyplnění celé dotazníkové baterie bylo poměrně časově náročné. Primární způsob sběru dat byl elektronický, a byť jsme pro respondenty vyššího věku používali vytištěné formuláře testové baterie, mohla základní orientace sběru dat ovlivnit ochotu určité části populace (méně vzdělané, s nedostupností internetového připojení) k vyplnění baterie. Dá se tedy předpokládat, že složení našeho souboru není vzhledem k těmto skutečnostem plně reprezentativní vůči populaci z hlediska pohlaví, věku, vzdělání ani osobnostních charakteristik. V rámci našeho souboru je přibližně 81 % respondentů ve věku od 20 do 50 let, 13 % zralých dospělých od 51 do 65 let a necelých 6 % seniorů nad 65 let. V české populaci byly věkové skupiny obyvatelstva v r. 2013 dle Českého statistického úřadu

zastoupeny 48 % pro věk 15–49 let, téměř 20 % pro věk 50–64 let a rovněž téměř 20 % pro seniory nad 65 let. Zřetelné je také vyšší zastoupení žen v souboru (více než 68 %, přičemž v populaci tvoří 51 %). Oproti běžné populaci jsou v našem vzorku více zastoupeny osoby s vyšším vzděláním, svědomité, ochotné pomáhat a zajímající se o zdravý životní styl.