

Slezáčková, Alena; Pučelíková, Alena

## **Duševní a tělesné zdraví ve vztahu ke zdraví podporujícímu chování a sociální opoře**

In: Dosedlová, Jaroslava; Burešová, Iva; Havigerová, Jana Marie; Jelínek, Martin; Klimusová, Helena; Pučelíková, Alena; Slezáčková, Alena; Vašina, Lubomír. *Chování související se zdravím : determinanty, modely a konsekvence*. Vydání první Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016, pp. 90-118

ISBN 978-80-210-8458-2

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/136850>

Access Date: 18. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

# 5 DUŠEVNÍ A TĚLESNÉ ZDRAVÍ VE VZTAHU KE ZDRAVÍ PODPORUJÍCÍMU CHOVÁNÍ A SOCIÁLNÍ OPOŘE

Alena Slezáčková, Alena Pučelíková

Psychologie, která se donedávna zaměřovala spíše na studium problémových oblastí, porozumění rizikovým faktorům a omezení negativních jevů, začíná věnovat cílenou pozornost příznivým aspektům života: významu kladného emocionálního naladění a pozitivního způsobu myšlení, rozvoji pozitivních vlastností osobnosti a podpoře protektivních faktorů duševního zdraví, pohody a životní spokojenosti. Novější trendy v současné psychologii, především pozitivní psychologie, tedy přesouvají ohnisko svého zájmu od otázky, co nás tíží, oslabuje a znevýhodňuje, k porozumění tomu, co nás posiluje, chrání před stresem a prospívá našemu duševnímu a tělesnému zdraví.

## 5.1 Zdraví a chování související se zdravím

Zdraví je fenoménem komplexní povahy, na nějž lze nahlížet z mnoha různých úhlů. V naší práci vycházíme z biopsychosociálního, holistického přístupu ke zdraví. Studium determinant zdraví je doménou psychologie zdraví, jež zkoumá biopsychosociální faktory podporující, nebo naopak poškozující zdraví a odhaluje možnosti prevence zdravotních problémů (Křivohlavý, 2001; Koukola, & Mareš, 2007; Ogden, 2004). Jinak řečeno, jedná se o vědní obor, který studuje zákonitosti vlivu psychických dispozic, funkcí a procesů na zdraví, vznik a rozvoj onemocnění a možnosti terapie (Kebza, & Šolcová, 2000). Mezi aktuální tematické okruhy psychologie zdraví patří aspekty zdravého vývoje jedince v průběhu ontogeneze, zdravý životní styl, prevence rizikového chování a výchova ke zdraví, zvládání stresu a posilování psychické odolnosti, primární prevence psychosomatických onemocnění, prevence syndromu vyhoření, ověřování účinnosti intervenčních programů aj. (Břicháček, 2007; Ogden, 2004; Selko, & Ďurka, 2010).

Zdraví, jež je důležitým předpokladem pro aktivní, spokojený a naplněný život, je přirozeně chápáno jako jedna z klíčových složek kvality života člověka (WHOQOL Group, 1995; Payne a kol., 2005). Kromě již klasického vymezení zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1946 („Zdraví je stav úplně tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouhá nepřítomnost nemoci nebo slabosti či neduživosti.“) vznikla řada dalších pojetí a definic. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ Cit. dle Křivohlavý, 2001, p. 37) vznikla řada dalších pojetí a definic. V pozdější definici WHO byla charakteristika zdraví doplněna o schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život (Břicháček, 2007; Ke-bza, 2005). Důraz na funkčnost zdraví kladl i Seedhouse, podle něhož „optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti“ (Seedhouse, 1995, dle Křivohlavý, 2001, p. 39). Významný český představitel psychologie zdraví J. Křivohlavý (2001, p. 40) rozšiřuje definici zdraví o transcendentální dimenzi a definuje je jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“.

V oblasti psychologie zdraví i v klinické psychologii se často setkáváme také s pojmem „se zdravím související kvalita života“ (*health-related quality of life – HRQoL*). Podle definice amerického Centra pro prevenci a léčbu nemocí (*Centers for Disease Control and Prevention*<sup>9</sup>) zahrnuje HRQoL takové aspekty celkové kvality života jedince, které jsou prokazatelně ovlivněny úrovní zdravotního stavu, a to jak somatického, tak mentálního. Hlavními doménami kvality života souvisejícími se zdravím jsou podle J. Látky (2006) zejména sociální aktivity a jejich omezení z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, limitace ve fyzické aktivitě a s tím související omezení v běžných aktivitách, somatická bolest, duševní zdraví a emoce, vitalita a obecný pocit zdraví.

Libigerová a Müllerová (2001) dělí dimenze kvality života související se zdravím do čtyř kategorií: tělesný stav a funkční schopnosti, psychický stav a well-being (pohoda, životní spokojenost), mezilidské vztahy a ekonomická situace a zaměstnání. K teoriím zdraví nověji přispěl i zakladatel směru pozitivní psychologie M. Seligman (2008), který formuloval koncepci tzv. „pozitivního zdraví“ (*positive health*). Je jím míněn optimální zdravotní stav, jenž přesahuje úroveň absence onemocnění a zdravotních problémů. Explicitně se zaměřuje na faktory, které podporují lepší zdravotní stav, vyšší obranyschopnost organismu, nižší nemocnost, lepší prognózu v případě onemocnění, nižší výdaje na zdravotní péči a dlouhověkost. Seligman (2008) rozlišuje tři úrovně pozitivního zdraví:

- subjektivní, tj. pocit dobrého zdraví, dostatku energie a vitality, spokojenost a optimismus;

9 <http://www.cdc.gov/hrqol>

- biologickou, tj. zdraví potvrzené biologickými ukazateli, jako jsou tlak, hladina hormonů v krvi apod.;
- funkcionální, jež se projevuje v kvalitě mezilidských vztahů, pracovní úspěšnosti a aktivním trávení volného času.

Mezi konkrétními faktory pozitivního zdraví uvádí Seligman et al. (2012) jak biologické faktory (vysoká variabilita srdeční frekvence, vysoký poměr HDL/LDL, vysoká VO<sub>2</sub> max, delší telomery, nižší BMI, vyšší úroveň neuropeptidů Y, nižší úroveň fibrinogenu), tak i psychologické (životní spokojenost, štěstí, pozitivní emoce, vitalita, naděje, vnitřní locus of control, otevřenost, zvědavost) a funkcionální faktory (optimální funkce smyslů, vynikající funkce centrálního nervového systému a míra sociální integrace).

Otázce pozitivního zdraví, a to konkrétně v souvislosti se zkoumáním biologických základů osobní pohody, se podrobněji věnovali také C. Ryffová, B. Singer a G. D. Loveová (2004). V tuzemském kontextu nabádal k většímu zaměření psychologie zdraví na aspekty pozitivního zdraví V. Břicháček (2007).

Vědecké definice a vymezení zdraví jsou nutné pro operacionalizaci předmětu bádání, avšak stojí za zmínku, že v rámci běžné populace se může subjektivní porozumění pojmu zdraví značně lišit. Jeho konkrétní obsahová náplň závisí jak na aktuálním stavu jedince, jeho věku, pohlaví, hodnotové orientaci a profesním zaměřením, tak i na zdravotním stavu osob v jeho okolí, počtu lidí se stejnou koncepcí zdraví a dalších sociálních a kulturních aspektech. Zatímco mladší a zdraví jedinci mají tendenci brát zdraví do určité míry jako samozřejmost, starší či znevýhodněné osoby přisuzují dobrému zdraví větší subjektivní význam a do popředí jejich zájmu se s přibývajícím věkem dostává právě psychofyzická pohoda. Ukazuje se, že svou roli hraje i úroveň vzdělání: zdraví jedinci s nižším stupněm vzdělání a socioekonomickým statutem přisuzují zdraví relativně nižší význam (Kebza, 2005; Šolcová, & Kebza, 2006; Vašina, 1999).

Mareš (1993) uvádí šest základních aspektů subjektivního pojetí zdraví. Patří mezi ně:

- identifikace zdraví (tj. určení pojmu zdraví, jeho významu, subjektivní pojmenování);
- konsekvence zdraví (délka trvání důsledků nemoci u sebe a nejbližších);
- časová dimenze (odhad časového průběhu zdravotního stavu a jeho změn);
- kauzální atribuce (subjektivní náhled na příčiny zdravotního stavu a jeho změn);
- strategie jednání (individuální postupy a účinnost při dodržování těchto strategií);

- smysl zdraví či nemoci (důležitost zdraví pro jedince, smysl bolesti a utrpení, argumenty pro zdraví).

Kromě výše zmíněné subjektivní složky zdraví rozeznáváme také řadu objektivních faktorů ovlivňujících celkové zdraví. Nejčastěji uváděné faktory zdraví můžeme rozdělit do několika kategorií: zdravá výživa a tělesná hmotnost, pohybová aktivita, odpočinek a spánek, stres a copingové strategie, duševní hygiena, užívání návykových látek (kouření, konzumace alkoholu), sociální opora a osobnostní faktory. Vývoj zdravotního stavu zásadně ovlivňuje životní styl, podle mnohých autorů (např. Machová, & Kubátová, 2009) má dokonce rozhodující vliv na zdraví člověka. Z toho důvodu je zcela přirozeně věnována velká pozornost právě faktorům a konsekvencím se zdravím souvisejícího chování (*health-related behaviour*).

Přesvědčení českých vysokoškoláků o zdraví zkoumaly v kontextu osobnostních charakteristik a faktorů vztahujících se ke zdraví Klimusová, Dosedlová a Slováčková (2013). Výsledky naznačují, že čeští studenti jsou dostatečně vnímaví ke změnám ve svém zdravotním stavu a jsou do značné míry přesvědčeni, že mohou svůj zdravotní stav sami ovlivnit. Jejich motivace vyhnout se onemocnění a těšit se dobrému zdraví byla hodnocena jako poměrně vysoká.

## 5.2 Duševní zdraví a osobní pohoda

### 5.2.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví je složitý multidimenzionální konstrukt. Světová zdravotnická organizace definuje duševní zdraví jako stav pohody, při kterém jedinec realizuje své schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžnou životní zátěží, pracuje produktivně a užitečně a přispívá společnosti (World Health Organization, 2001, 2004). Obecným cílem péče o duševní zdraví je podpora osobní pohody, prevence duševních poruch a léčba a rehabilitace osob s duševními poruchami. Duševní zdraví a náš přístup k němu se formuje již od raného dětství, a to jak na základě ontogenetických, tak i rodinných a jiných vlivů (Míček, 1984). Kanadští výzkumníci (Orpana et al., 2016) vytvořili širší koncepční rámec duševního zdraví, v němž sumarizovali 25 ukazatelů duševního zdraví do čtyř úrovní:

- úroveň jedince: zdravotní stav, fyzická aktivita, pečující prostředí v dětství, užívání návykových látek, spiritualita, resilience, kontrola, zvládnání a copingové strategie, zážitek násilí;
- úroveň rodiny: rodinné vztahy, rodičovský styl, rodinný zdravotní stav a duševní zdraví, složení domácnosti, příjem domácnosti, užívání návykových látek členy rodiny;

- úroveň menšího společenství (komunity): sociální síť, sociální opora, školní prostředí, prostředí pracoviště, politická angažovanost v komunitě, zastávanost blízkého okolí a okolní sociální prostředí;
- úroveň společnosti: sociální nerovnosti (např. rozdíly v příjmu), politická angažovanost, diskriminace a stigma.

Keyes (2002) chápe duševní zdraví jako komplexní stav založený na přítomnosti a nepřítomnosti symptomů duševní nemoci i duševního zdraví. Zdůrazňuje, že duševní zdraví a duševní nemoc nejsou dva protilehlé konce jednoho kontinua. V návaznosti na skutečnost, že pojem duševní zdraví (*mental health*) se v odborné literatuře většinou týká problematiky duševních poruch, vytvořil koncept tzv. pozitivního duševního zdraví (*positive mental health*), který zahrnuje pozitivní aspekt psychického fungování. Nejedná se tedy o zhodnocení přítomnosti či nepřítomnosti duševních poruch, ale o zhodnocení optimálního prospívání a spokojenosti jedince (Keyes, 2013).

Tato úvaha však není zcela nová. Již v 60. letech 20. století navrhla americká psycholožka rakouského původu Jahodová (1958) kritéria pozitivního mentálního zdraví, mezi něž patří kladný postoj k sobě sama, sebeúcta, schopnost autoregulace chování, adekvátní vnímání reality, schopnost udržení mezilidského vztahu a lásky, schopnost sebeřízení a produktivita. Určitou podobnost v konceptualizaci duševního zdraví nacházíme také v práci T. Lluchové (1999, cit. dle Lluch-Canut et al., 2013), jež představila multifaktoriální model mentálního zdraví, předpokládající těsný vztah mezi fyzickým a duševním zdravím. Zahrnuje šest faktorů, a to: osobní spokojenost (*personal satisfaction*), prosociální postoj (*prosocial attitude*), sebekontrolu (*self-control*), autonomii (*autonomy*), řešení problémů a sebeaktualizaci (*problem-solving and self-actualization*) a sociální schopnosti (*interpersonal relationship skills*).

### 5.2.2 Osobní pohoda

Jedním ze společných jmenovatelů výše uvedených koncepcí duševního zdraví je osobní pohoda (*subjective well-being*), která je Světovou zdravotnickou organizací chápána jako významná složka a ukazatel kvality života (WHOQOL Group, 1995). Levin a Chattersová (1998) rozlišují dvě základní dimenze pohody: subjektivní a objektivní osobní pohodu. U subjektivní pohody se uvažuje o čtyřech komponentách, a to o duševní pohodě (emoční a kognitivní dimenze), sebeúctě (*self-esteem*), vědomí vlastní účinnosti (*self-efficacy*) a osobním zvládnutím (*personal mastery*). Do objektivní pohody se řadí např. zdravotní stav, socioekonomický status apod. (Kebza, & Šolcová, 2003; Kebza, 2005). V současné době se při studiu osobní pohody uplatňují dva základní přístupy: hédonický, který se zaměřuje na potěšení,

radost, štěstí a spokojenost („*feeling good*”) a eudaimonický, jenž zdůrazňuje význam smysluplnosti života, osobního rozvoje a sebeaktualizace („*functioning well*”). Obě tyto perspektivy se vzájemně prolínají a společně přispívají k naplněnému a spokojenému životu (Ryan, & Deci, 2001; Wissing, Potgieter, Guse, Khumalo, & Nel, 2014).

V pozitivní psychologii je používáno pro popis stavu, kdy je člověku dobře a daří se mu, několika příbuzných pojmů: pohoda (*well-being*), životní spokojenost (*life satisfaction*), štěstí (*happiness*), optimální prospívání a vzkvétání (*flourishing*), psychologické bohatství (*psychological wealth*) a další (Slezáčková, 2012). I když je každý z nich jejich autory vymezen a operacionalizován poněkud odlišným způsobem, v podstatě reflektují různé aspekty téhož. Významnou osobností, která se výzkumem osobní pohody (*subjective well-being*) dlouhodobě zabývá, je Diener (2000), jenž mezi složky osobní pohody řadí:

- subjektivní stav duševní pohody zahrnující převahu pozitivních emocí a nižší poměr negativních emocí;
- kognitivní (racionální) zhodnocení spokojenosti se životem;
- zhodnocení spokojenosti v důležitých doménách života, tj. míru spokojenosti se zdravím, vztahy, pracovním výkonem, využitím volného času, spokojenosti se sebou sama apod.

Negativní afektivita, pozitivní afektivita a životní spokojenost jsou přitom chápány jako na sobě nezávislé proměnné (Diener, Lucas, & Oishi, 2002). Autory široce přijímaného šestidimenzionálního modelu duševní pohody (*psychological well-being*) jsou Ryffová a Singer (2002). Zahrnuje následující komponenty:

- sebedřívětí – pozitivní postoj k sobě, znalost sebe sama a přijetí všech svých stránek, nejen těch dobrých, ale i nežádoucích vlastností, srozumění s vlastní minulostí;
- osobní rozvoj – pocit nepřetržitého růstu a rozvoje, otevřenost novým zkušenostem, realizace vlastního potenciálu, schopnost vidět ve svém chování změny k lepšímu;
- smysl života – pocit smysluplnosti současného i dřívějšího života, schopnost klást si životní cíle, uvažovat o smyslu a účelu života;
- zvládnání prostředí – pocit kompetence a zvládnutelnosti svého prostředí, přehled o tom, co se děje kolem, efektivní využívání příležitostí, schopnost zvolit či vytvořit si prostředí vhodné pro uspokojení svých potřeb a dosažení hodnot;

- autonomie – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolávat sociálním tlakům a zachovat si svůj způsob myšlení a jednání, nezávislost na posuzování druhých;
- pozitivní vztahy s druhými lidmi – vřelé, uspokojující a důvěrné vztahy s druhými lidmi, zájem o blaho druhých, schopnost empatie, intimity a vzájemnosti ve vztazích.

O uvedených dimenzích se uvažuje nejen jako o složkách duševní pohody, ale jsou považovány také za její významné zdroje. Relativní váha jednotlivých dimenzí se však v různých kulturách liší (Diener, & Suh, 2000).

Otázkou toho, co přispívá duševní pohodě a životní spokojenosti, se zabývají také Deci a Ryan (2002). Ve své teorii sebeurčení (*Self-Determination Theory*) kladou největší důraz na vnitřní motivaci člověka, tedy na to, jak a čím určuje svůj život. Obecně rozeznávají dva základní typy motivace: autonomie (chování na základě vlastní volby a svobodné vůle) a kontrola (chování vynucené závazky, povinnostmi, normami). Podmínkou spokojeného života je podle autorů naplnění tří základních psychologických potřeb: kompetence, autonomie a tzv. sociální začleněnosti (Ryan, 1995). Uspokojení těchto potřeb je klíčovým prediktorem psychické pohody. Člověk s vysokou mírou autonomní motivace, tedy ten, který usiluje o dosažení vnitřních cílů (jako je osobní růst, autonomie, podpora ostatních a komunit), zažívá větší spokojenost než ten, který následuje vnější cíle, jako jsou finanční úspěch, fyzická atraktivita nebo sociální status (Diener, & Lucas, 2000).

Doplňující a rozšiřující pohled na pohodu a duševní zdraví nabídl americký sociolog a psycholog C. Keyes (Keyes, & Haidt, 2003), který pracuje s termínem *flourishing*. Rozumí jím stav tzv. pozitivního mentálního zdraví člověka (*positive mental health*), který nejen že netrpí duševními poruchami, ale je převážně pozitivně emocionálně naladěný a vykazuje úspěchy v osobní i sociální sféře svého života. K výše uvedeným dimenzím duševní pohody podle Ryffové a Singera (2002) tedy Keyes přidává ještě další dva aspekty – emocionální a sociální pohodu:

1. Emocionální pohoda (*emotional well-being*), kterou tvoří:
  - pozitivní emoce – obvykle radostná, dobrá nálada, pocity klidu, vyrovnanosti, vitality;
  - štěstí – pocit štěstí prožívaný v přítomnosti nebo v uplynulých letech života, a to jak obecně, tak i v jednotlivých oblastech (zaměstnání, partnerství, vztahy);
  - životní spokojenost – pocit spokojenosti v současnosti, míra uspokojení z uplynulých let svého života, a to obecně i v jednotlivých oblastech.
2. Sociální pohoda (*social well-being*), zahrnující dimenze:



- sociální akceptace – kladný postoj k lidem, uznání a akceptace druhých, i když se někdy chovají nepochopitelně;
- sociální aktualizace – zájem o společenské dění, víra v dobrou společnost a potenciály pro její pozitivní rozvoj;
- sociální přínos – pocit vlastní hodnoty, která je přínosná pro společnost, ocenění vlastních aktivit ze strany společnosti;
- sociální soudržnost – zájem a péče o dění ve společnosti, sociální svět je chápán jako srozumitelný, logický a předvídatelný;
- sociální integrace – býtí součástí společnosti, pocit podpory a sounáležitosti, sdílení.

Sociální pohoda představuje zhodnocení úspěšného fungování jedince ve společnosti. V roce 1984 byla sociální pohoda označena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) za jednu ze složek celkového zdraví člověka (Keyes, & Shapiro, 2004). Mezi potenciální benefity života ve společnosti patří kromě sociální integrace a koheze, pocitu sounáležitosti a vzájemné propojenosti také zájem o společný budoucí vývoj (Keyes, 1998). Osoby vykazující vyšší sociální pohodu častěji vnímají společnost jako smysluplnou a srozumitelnou, cítí se bezpečně ve své komunitě, vidí ve společnosti dispozice k potenciálnímu růstu, cítí, že jsou společností přijímáni, sami akceptují většinu částí společnosti a cítí, že sami společnosti nějak přispívají. Úroveň sociální složky osobní pohody může vzrůstat spolu s věkem a stupněm vzdělání (Keyes, 1998, 2002). Keyes a Ryffová (1998) se zaměřili na zjištění prediktorů vyšší sociální pohody. Odhalili, že míra sociální pohody se zvyšuje spolu s rostoucím vnímáním občanské zodpovědnosti, jež zahrnuje zájem o blaho a pohodu ostatních, péči o druhé, generativitu a výhody z emocionální opory a pomoci ostatním. Cítit se dobře ve společnosti druhých tedy neznamená pouze z ní oporu přijímat, ale také societě aktivně přispívat.

Na základě propojení složek duševní, emocionální a sociální pohody vypracoval Keyes (2002) metodu *Mental Health Continuum Scale*, pomocí níž lze zjistit míru pozitivního duševního zdraví (*flourishing*, tj. optimálního prospívání) daného člověka. O šťastném a úspěšném, tedy optimálně prospívajícím člověku lze podle Keyese (2013) hovořit v případě, kdy jedinec vysoce skóruje alespoň v jedné ze tří škál emocionální pohody (pozitivní emoce, štěstí a životní spokojenost) a v šesti z jedenácti škál pozitivního fungování, zahrnujících psychickou a sociální pohodu (sebeřijetí, osobní rozvoj, smysluplnost, zvládnání prostředí, autonomie, dobré mezilidské vztahy, sociální akceptace, sociální aktualizace, sociální přínos, sociální soudržnost a sociální integrace). Člověk s vysokou mírou emocionální, psychické a sociální pohody má dostatek energie a vitality, udržuje si blízké a důvěrné vztahy, pokračuje v procesu seberozvoje a prožívá svůj život jako smysluplný a účelný

(Keyes, 2002; Keyes, & Haidt, 2003). Prevalence optimálního prospívání v dospělé populaci byla zjištěna zhruba ve výši 20 %, což jen podtrhuje důležitost a naléhavost vytvoření programu na podporu pozitivního duševního zdraví, který by doplnil stávající úsilí o prevenci a léčbu duševních onemocnění (Keyes, 2007).

Vývojový pohled na otázku pozitivního duševního zdraví uplatnila O'Connorová et al. (2016). Výsledky jejich longitudinální studie naznačují, že míra pozitivního duševního zdraví v adolescenci souvisí s úrovní duševního zdraví v dospělosti. Byl zjištěn také signifikantní vztah duševního zdraví v adolescenci ke kariéernímu postupu v dospělosti (spolu s dosažením vyššího vzdělání a vnímáním sebe jako kompetentního ve své práci). Poznatky naznačují, že úspěšný přechod z období dospívání do dospělosti může být facilitován cílenou prevencí, a to jak podporou pozitivního duševního zdraví, tak i včasným řešením duševních problémů v adolescenci.

Ke konceptualizaci osobní pohody a štěstí významně přispěl také M. Seligman. Ve své zásadní publikaci *Authentic Happiness* (česky *Opravdové štěstí*, 2003) představil svoje pojetí štěstí coby trvalejšího psychického stavu, odlišného od prchavého a pomíjivého smyslového potěšení. Seligman v něm rozlišil tři základní komponenty: pozitivní emoce, aktivní zaujetí a smysluplnost. V následujících pracích však své pojetí zpřesňoval a vrátil se od pojmu štěstí ke komplexnějšímu uchopení pojmu duševní pohoda (Seligman, 2014). Pro jeho popis zavedl akronym PERMA složený z počátečních písmen anglických slov: *Positive Emotion* (pozitivní emocionalita), *Engagement* (angažované zaujetí), *Positive Relationships* (kladné mezilidské vztahy), *Meaning* (smysl) a *Accomplishment* (úspěšný výkon). Autor nevybral pět elementů svého pojetí duševní pohody náhodně. Každý z nich musel splňovat tři podmínky: přispívat duševní pohodě, být sám o sobě hodnotným cílem lidského snažení a být definován a měřen nezávisle na ostatních složkách. Zatímco cílem teorie opravdového štěstí bylo zvýšit míru štěstí (*happiness*), cílem nového konceptu duševní pohody je podpořit optimální prospívání a vzkvétání osobnosti (*flourishing*).

### 5.2.3 Protektivní faktory duševního zdraví

Řada výzkumných studií odhalila důležité protektivní faktory duševního zdraví. Patří mezi ně především sociální opora, životní spokojenost, smysluplnost a spiritualita, některé osobnostní charakteristiky, pozitivní emocionalita a další.

Významnou roli sociální opory v míře duševního zdraví potvrzují i výsledky výzkumu Suldová et al. (2015). Autoři na souboru studentů odhalili, že přítomnost vřelých mezilidských vztahů s vrstevníky (spojená především s prosociálními aktivitami) byla nejsilnějším indikátorem duševního zdraví, zahrnujícího pozitivní emocionalitu a životní spokojenost. Naproti tomu viktimizace, pomluvy a projevy agresivity mezi studenty se objevovaly spolu se znaky nepříznivými pro mentální zdraví. Polští výzkumníci Adamczyková a Segrin (2014) se zaměřili na sledování

souvislostí mezi sociální oporou a duševním zdravím u osob žijících s partnerem, nebo bez partnera. Zjistili, že samostatně žijící jedinci dosahovali nižší úrovně emoční pohody. Sociální opora se také ukázala jako důležitý mediátor vztahu mezi partnerským stavem a přítomností duševních problémů.

S kvalitou vztahové sítě úzce souvisí také schopnost odpouštění. Tenklová a Slezáčková (2016) zkoumaly souvislosti odpouštění a duševního zdraví u souboru 331 respondentů ve věku od 16 do 69 let. Zjistily, že s lepším duševním zdravím (ve smyslu vyšší úrovně pozitivního mentálního zdraví a nižší míry deprese a úzkostnosti) významně souvisela nejen míra rysu odpouštění druhým, ale ještě výrazněji schopnost odpouštění sobě.

Dalším významným protektivním faktorem duševního zdraví je míra důvěry ve vlastní schopnosti či jinak řečeno sebeúčinnosti (*self-efficacy*) (Bandura, 1977). Výsledky řady studií ukázaly, že tato charakteristika slouží jako významný ochranný faktor (tzv. *buffer*) proti působícímu stresu. Úzce souvisí s kvalitou života, úspěšným zvládnutím těžkostí a rozvojem zdraví podporujícího chování. Tyto poznatky se uplatňují zejména při nácviku zvládnutí stresu, intervencích pro odvykání nežádoucích návyků nebo podpoře správné životosprávy. Z novějších studií na dané téma lze uvést závěry rozsáhlé studie německého týmu Schönfelda et al. (2016). Bylo potvrzeno, že vyšší míra *self-efficacy* je spojena s nižší mírou duševních problémů a s mírnějšími příznaky deprese, úzkosti a napětí. Míra prožívaného stresu vykazovala negativní vztah s úrovní duševního zdraví a sebeúčinnost se projevila jako významný mediátor tohoto vztahu.

Mnohé studie dokládají význam spirituality pro duševní zdraví. Sanders et al. (2015) tuto oblast zkoumali na vzorku mladých dospělých. Z výsledků vyplývá, že religiozita, duchovní zralost a sebepřesah slouží jako signifikantní prediktory vyšší míry duševního zdraví a celkově pozitivního fungování (zahrnujícího nižší míru deprese, úzkosti, obsesí a kompulzí a vyšší úroveň celkové sebeúcty, integrace identity, sebepřijetí a smysluplnosti života). Souvislosti duševního zdraví a spirituality zkoumaly také Slezáčková a Janštová (2016), jež ověřily roli osobního smyslu coby jedné z dimenzí spirituální inteligence jako významného prediktoru duševního zdraví. Smysl života jako protektivní faktor psychického zdraví byl prokázán také u souboru rumunských adolescentů (Brassai et al., 2011). Participantů výzkumu s nízkou mírou smyslu života užívali větší množství nelegálních drog a sedativ, provozovali rizikový sex, málo cvičili a méně dohlíželi na svůj jídelníček. Nízké hodnoty smyslu života korelovaly jak s nízkou duševní pohodou a kvalitou života, tak i s větším počtem psychosomatických symptomů.

Nezanedbatelný vztah k duševnímu zdraví má také psychická odolnost ve smyslu resilience (*resiliency*), kterou lze chápat jako dynamický proces, jímž člověk dosahuje pozitivní adaptace při vystavení nepříznivým okolnostem (Kebza, 2008; Šolcová, 2009). Kebza a Šolcová (2008) považují resilienci za vícerozměrný jev sestávající z osobnostně, sociálně a somaticky založených zdrojů.

S efektivním zvládnutím stresu a řešením náročných životních událostí, jež mohou mít svůj přesah do oblasti zdraví, souvisí také další vlastnosti a rysy osobnosti. Přehled nejdůležitějších koncepcí vyzdvihujících význam osobnostních charakteristik podávají Slováčková, Klimusová a Dosedlová (2013), proto se jim na tomto místě nebudeme více věnovat. Připomeňme jen, že mezi kladné vlastnosti a rysy, u nichž byla odhalena souvislost s duševním a tělesným zdravím, patří optimismus, nezdolnost (ve smyslu *sense of coherence*, *hardiness* nebo *resilience*), vnitřní lokalizace místa kontroly (*locus of control*), extravertze, svědomitost a přívětivost, dále vytrvalost, smysl pro humor a další (Grežo, & Sarmány-Schuller, 2014; Kebza, & Šolcová; 2015; Kebza, 2005; Křivohlavý, 2001; Lamers et al., 2012; Šolcová, & Kebza, 2006; Thorson, Powell, Sarmany-Schuller, & Hampes, 1997).

### 5.3 Souvislosti duševního a tělesného zdraví

Duševní a fyzické zdraví jsou neoddělitelně spjaté aspekty lidské existence, z nichž jedna nevyhnutelně ovlivňuje druhou. Jejich vzájemné souvislosti lze shrnout do tří základních premis (*Canadian Mental Health Association*, 2016):

- chatrné duševní zdraví je rizikovým faktorem pro vznik chronické fyzické nemoci;
- lidé s vážnou duševní chorobou mají vysoké riziko výskytu široké škály tělesných onemocnění, mnohdy chronického charakteru;
- osoby se slabým fyzickým zdravím jsou ohroženy vyšším rizikem rozvoje horšího duševního zdraví.

Společná existence duševní a fyzické nemoci významně snižuje kvalitu života a vede k delšímu trvání nemoci a horším zdravotním výsledkům (Patten, 1999). Při zhoršeném zdravotním stavu roste pravděpodobnost emočního stresu a prožitku bolesti, což bývá spojeno se zvýšeným rizikem rozvoje deprese a úzkosti. Čím více symptomy fyzického onemocnění jedinec trpí, tím větší je pravděpodobnost projevení duševních problémů (Kumar, 2004). Duševní nemoc má dopad na kognitivní a sociální funkce a snižuje úroveň aktivity, což může mít následně negativní vliv na osvojení si zdraví podporujícího chování (*Canadian Mental Health Association*, 2016).

Naprosto duševně zdraví jedinci jsou nejméně zdravotně limitováni v běžných denních činnostech, mají méně absencí v zaměstnání, méně často využívají zdravotnické péče a vykazují vyšší úroveň psychosociálního fungování (tj. velmi nízkou míru bezmocnosti, jasné životní cíle, vysokou míru resilience a prožívané intimity). Riziko kardiovaskulárních chorob je u nich nejnižší, stejně jako počet chronických tělesných onemocnění v průběhu života (Keyes, 2005; Keyes, 2007). Naopak

velmi nízká míra pozitivního duševního zdraví zvyšuje pravděpodobnost mortality u mužů i žen všech věkových kategorií (25 až 74 let), a to i po korekci známých příčin úmrtí (Keyes, & Simoes, 2012).

Vztah mezi nízkou mírou duševního zdraví a fyzickým onemocněním byl zjištěn také u pacientů trpících diabetes mellitus 2. typu (Grigsby et al., 2002; McEvoy et al., 2005), kardiovaskulárními chorobami včetně infarktu myokardu a jejich rizikovými faktory (Goff et al., 2005; Johansen, 1999), chronickými respiračními onemocněními (Himmelhoch et al., 2004; Maurer et al., 2008) aj.

Některé výzkumy však dokládají, že nemusí vždy nutně platit rovnice „v (ne)zdravém těle (ne)zdravý duch“. Lluchová-Canutová et al. (2013) zjišťovali míru duševního zdraví (dle dříve zmíněného multifaktoriálního modelu pozitivního mentálního zdraví) u chronicky nemocných osob. Ukázalo se, že většina probandů vykazovala střední až vysokou úroveň pozitivního mentálního zdraví, přičemž nezáleželo na typu onemocnění. Polymorbidní pacienti však vykazovali nižší skóre pozitivního mentálního zdraví, a to jak v celkové míře, tak i v jeho jednotlivých faktorech.

Míru duševního zdraví u osob trpících onemocněním významně ovlivňuje to, nakolik je člověk tělesnými obtížemi limitován v běžných denních činnostech. Výsledky zkoumání naznačují, že s mírou omezení v každodenních aktivitách se zvyšuje množství depresivních symptomů a negativních emocí (spíše u žen) a snižuje se frekvence pozitivních emocí (především u mužů) (Caputo, & Simon, 2013).

Míra duševního a fyzického zdraví se odráží také ve zdraví podporujícím chování. U australských adolescentů trpících duševní poruchou bylo odhaleno vyšší riziko zdraví ohrožujícího chování než u jejich vrstevníků bez psychických potíží. V porovnání s nimi kouřili třikrát více cigarety a dvakrát častěji marihuanu. Respondenti s duševní poruchou také častěji využívali služeb zdravotnických zařízení (Sawyer et al., 2007).

### 5.3.1 Osobní pohoda a zdraví

Díky badatelům, kteří se zaměřili na prozkoumání souvislostí duševní pohody a zdravotního stavu (Seligman, 2008; Diener, & Biswas-Diener, 2008; Ryff et al., 2004), přibývá vědeckých důkazů svědčících o tom, že úroveň zdraví významně ovlivňuje emocionální i kognitivní komponenty osobní pohody (štěstí a spokojenost se životem).

V prospektivní studii Boehma et al. (2011) byly u téměř osmi tisíc osob po dobu pěti let sledovány rizikové faktory ischemické choroby srdeční (ICHS). Ukázalo se, že osobní pohoda snižovala riziko výskytu onemocnění, přičemž důležitou roli hrála především emocionální vitalita a optimismus.

Britští výzkumníci Bookerová et al. (2014) analyzovali data získaná v rámci rozsáhlé longitudinální studie *UK Household Longitudinal Study* (UKHLS) od

rozsáhlého vzorku bezmála pěti tisíc adolescentů ve věku 10 až 15 let. Zaměřili se na odhalení vztahu mezi osobní pohodou a chováním podporujícím zdraví. Výsledky ukázaly, že adolescenti, kteří kouřili, dosahovali pětkrát nižší míry osobní pohody než nekuřáci. Ti, kteří udávali konzumaci alkoholu v posledním měsíci, byli až šestkrát méně šťastní než abstinenti. S vyšší mírou osobní pohody také souvisela častější frekvence konzumace ovoce a zeleniny, více pohybové aktivity a méně častá konzumace sladkostí a sycených nápojů. Obecně vykazovali více zdraví podporujícího chování mladší adolescenti, zatímco starší adolescenti častěji projevovali znaky zdraví ohrožujícího chování.

K obdobným závěrům došli i badatelé měřící vztah duševní pohody a faktorů chování ovlivňujícího zdraví (hodnota BMI, kouření, konzumace alkoholu, spotřeba ovoce a zeleniny) u reprezentativního souboru britské dospělé populace (Stranges et al., 2014). Probandi s nízkou mírou duševní pohody byli v porovnání s osobami se střední mírou pohody častěji obézní, kuřáci, abstinenti a jen ojedinelí konzumenti ovoce a zeleniny. Vysoká míra duševní pohody byla zjištěna nejčastěji u nekuřáků, častých konzumentů ovoce a zeleniny a osob s nadváhou na dolní hranici. Autoři poukázali na skutečnost, že kouření a spotřeba ovoce a zeleniny byly u obou pohlaví konzistentně nejvíce spojovány s vyšší duševní pohodou a požívání alkoholu a obezita s nízkou mírou duševní pohody.

V závěrech, že jedinci s vyšší mírou osobní pohody jsou více produktivní, méně často trpí nějakou duševní nemocí a utvářejí si bližší a naplňující sociální vztahy, se shodují výzkumy Humphreyse et al. (1999) a Seemana (2000).

V českém prostředí odhalili signifikantní vztah mezi osobní pohodou a lepším subjektivně hodnoceným zdravotním stavem, vyšší úrovní self-efficacy, vnitřní lokalizací kontroly a vyšším stupněm vzdělání Kebza a Šolcová (2005). Vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a osobní pohodou lze chápat jako obousměrný, tudíž osobní pohoda má vliv na zdraví a naopak.

Souvislosti osobní pohody a tělesného zdraví byly zkoumány také v rámci několika výzkumných studií probíhajících na Psychologickém ústavu FF MU v Brně. Do první studie bylo zahrnuto 350 českých vysokoškolských studentů různého studijního zaměření ve věku od 19 do 30 let (Slezáčková et al., 2013). Z výsledků vyplynulo, že ti mladí lidé, kteří se cítili subjektivně zcela zdraví, dosahovali významně vyšší úrovně duševní pohody než méně zdraví jedinci, a častěji také v uplynulé době prožívali pozitivní emoce. Ostatní sledované demografické ukazatele, jako je věk, pohlaví, obor studia nebo místo bydliště, nehrály v míře zkoumaných proměnných roli.

Rozsáhlejší studie na vzorku české populace ( $n = 1409$ , věk respondentů 15–75 let) byla zaměřena na hlubší prozkoumání kognitivních (naděje, optimismus), emocionálních (pozitivní nálada), sociálních (kvalita mezilidských vztahů) a demografických souvislostí subjektivního zdraví (Slezáčková, Humpolíček, & Malatincová, 2014). Výsledky odhalily signifikantní pozitivní vztahy mezi mírou subjektivního

zdraví a vyšší úrovní životní spokojenosti, pozitivního naladění a optimismu. Významný negativní vztah byl prokázán mezi zdravím a mírou pesimismu. Bylo také zjištěno, že zdraví je úzce spojeno s věkem a pracovní aktivitou – nejzdravější byli respondenti ve věku 18 až 39 let s prací na plný úvazek. Nejvyšší míru subjektivního zdraví vykazovali lidé žijící společně s rodiči nebo s partnerem a nejnižší úroveň zdraví lidé ovdovělí a po rozvodu/rozchodu. Podrobnější analýzy poukázaly na důležitou roli vzdělání: osoby s vysokoškolským vzděláním byly podstatně zdravější než lidé s nižší úrovní vzdělání (Slezáčková, Humpolíček & Malatinová, 2014). Na důležitost vzdělání upozornil i Kříž (2011), podle nějž úroveň vzdělání hraje významnou roli ve vypracování návyků, dovedností a schopností, které umožňují jedinci žít zdravější život. S vyšším vzděláním tak stoupá i pravděpodobnost dodržování zásad zdravé výživy a klesá výskyt zdraví ohrožujících návyků.

Diener a Biswas-Diener (2008) shrnuli výsledky řady studií podporujících zjištění, že spokojenější lidé vykazují větší míru zdraví podporujícího chování a méně často trpí civilizačními onemocněními. Spokojení lidé bývají fyzicky aktivnější, stravují se zdravěji a dbají na prevenci, zatímco mezi nešťastnými lidmi nacházíme větší počet tragických nehod a pokusů o sebevraždu. Lidé, kteří jsou v psychické nepohodě, mají také průměrně více zlovyků než lidé spokojení, s větší pravděpodobností kouří, pijí ve větší míře alkohol nebo užívají drogy.

### 5.3.2 Pozitivní emocionalita a zdraví

Frekvence a intenzita pozitivních a negativních emocí tvoří afektivní složku osobní pohody. O nepříznivém vlivu dlouhodobě a opakovaně prožívaných negativních emocí (úzkosti, strachu, hněvu, viny) na zdraví člověka i na celkovou kvalitu jeho života již bylo zjištěno mnohé. Pozitivní emoce stály donedávna poněkud stranou hlavního výzkumného zájmu badatelů, ve stínu negativních emocí<sup>10</sup>.

Největší podíl na příklonu k vědeckému zkoumání pozitivních emocí má americká psycholožka B. L. Fredricksonová (2002, 2009), jež je autorkou originální teorie vyzdvihující prospěšné důsledky pozitivního prožívání (*Broaden-and-Build Theory*). Jádrem teorie „rozšiřování a budování“ je empiricky podložené přesvědčení, že pozitivní naladění souvisí s rozšiřováním repertoáru myšlení a jednání, neboť činí myšlení otevřenějším k podnětům a kreativnějším ve zpracování informací. To se pak odráží v budování a posilování vnitřních zdrojů, schopností

10 Úvodem této pasáže je nutno zdůraznit, že rozdělení emocionality na emoce „pozitivní“ a „negativní“ je potřeba pokládat spíše za pracovní a do jisté míry zjednodušující, neboť oblast lidské emocionality je svou povahou komplexní, mnohvrstevnatá a vzájemně propojená. V hodnocení významu a vlivu emocionálního prožívání je nutno vždy dbát na kontext situace, v níž se emoce projevují, jejich přiléhavost, intenzitu a další aspekty. Pro přehlednost však bude na následujících řádcích respektováno klasické rozdělení emocí podle míry jejich libosti/nelibosti na prožívání pozitivní a negativní.

a kompetencí jedince. Autorka vyzdvihuje zjištění, že prožívání pozitivních emocí zlepšuje fyzickou i psychickou zdatnost a kladně ovlivňuje trvalejší osobní pohodu i dlouhodobost (Fredrickson, 2009). Výzkumy také naznačují, že osoby, které prožívají v každodenním životě velké množství pozitivních emocí, vykazují vysokou úroveň pozitivního duševního zdraví (*flourishing*) (Diehl, Hay, & Berg, 2011; Fredrickson, 2004). Ve srovnání s osobami, u nichž byla zjištěna nižší úroveň pozitivního mentálního zdraví, anebo dokonce příznaky deprese, projevovali tito lidé významně vyšší míru kladných emocionálních reakcí na běžné události (sociální interakce, učení, hra, duchovní činnost, pomoc druhým). Tato zvýšená pozitivní reaktivita v průběhu času predikovala vyšší úroveň kognitivních zdrojů všímavosti (*mindfulness*), jež následně vykazovala pozitivní vztah s vyšší úrovní duševního zdraví (Catalino, & Fredrickson, 2011).

Pozitivní emocionalita je v současnosti zkoumána díky pokročilé přístrojové technice i na úrovni neurofyzilogické a biochemické. Výzkumy mozkové činnosti z posledních let naznačují, že v levé části středního frontálního závitu mozkové kůry existuje oblast související s prožíváním pozitivních emocí. Při vysoké aktivitě v této oblasti udávaly zkoumané osoby pocity štěstí, nadšení a radosti. Bylo zjištěno, že pozitivní emoce také úzce souvisejí s aktivací parasympatiku, tzv. relaxační reakcí, jež zahrnuje řadu fyziologických změn navozujících pocity klidu a uspokojení (Diener, & Biswas-Diener, 2008). Biochemicky orientované výzkumy zase ukázaly, že pozitivní emoce a pocity vnitřního klidu nejenže působí harmonicky na vnitřní homeostázu, ale také podporují vylučování nežádoucích látek (Fredrickson, 2009). Konkrétně bylo zjištěno, že převažující pozitivní prožívání predikuje nižší úroveň stresových hormonů v krvi a skrze vyšší produkci dopaminu a serotoninu zvyšuje imunitu a snižuje zánětlivé reakce na stres. Podobně byla zkoumána role oxytocinu, jehož přínos pro zdraví spočívá ve zmírňování průběhu stresové reakce (Reis, & Gable, 2007). Odhaleny byly také souvislosti pozitivního emocionálního naladění s nižším krevním tlakem, lepší kvalitou spánku a menší pravděpodobností rozvoje hypertenze, cukrovky nebo mrtvice (Fredrickson, 2009).

V poslední době přibývá studií ověřujících efekt praktických intervencí na podporu pozitivního prožívání. Například Koková et al. (2013) uvádějí, že u probandů, kteří absolvovali program zahrnující meditační trénink, byla zjištěna vyšší míra pozitivních emocí oproti kontrolní skupině, přičemž tento efekt byl moderován zvýšeným vagálním tonem (což je biologický proces odkazující na aktivaci bloudivého nervu, jenž propojuje parasympatickou kontrolu srdeční, plicní a zažívací soustavy).

Diener a Biswas-Diener (2008) uvádějí souhrnné výsledky longitudinálních studií, v nichž bylo zjištěno, že lidé, kteří častěji prožívají pozitivní emoce (radost, naděje, vděčnost, zaujetí a další), vykazují méně zdravotních problémů spojených s kardiovaskulárními nemocemi, jaterními chorobami souvisejícími s alkoholismem, s úrazy nebo duševními poruchami. Pozitivní efekt kladných emocí byl



potvrzen i poté, co badatelé vzali v úvahu možný vliv pohlaví, věku a vzdělání zkoumaných osob (Diener, & Biswas-Diener, 2008). Na důležitou roli pozitivních emocí, kterou sehrávají v souvislosti se silou imunitního systému, upozornili také Cohen et al. (2003). Potvrdili, že šťastnější lidé vykazují silnější imunitní systém než osoby depresivní. Konkrétní odlišnost byla nalezena v počtu tzv. „zabíječů infekce“ (*natural killer cells*): zatímco imunitní systém šťastných lidí se díky jejich většímu množství lépe potýká s infekcí, depresivnější osoby vinou oslabené imunity infekci snáze podléhají. Negativně naladěné osoby, tedy lidé zlostní, smutní nebo úzkostní, mají také často snížený práh bolestivosti a své zdravotní potíže proto snášejí hůře (Cohen et al., 2003).

Pozitivní emoce tedy v našem vnitřním životě zastávají významné postavení, neboť výrazně ovlivňují zdravotní stav člověka a přispívají k celkové kvalitě života. Současné poznatky však přinášejí i určité varování o tom, že za jistých okolností mohou být důsledky pozitivního prožívání pro zdraví spíše nepříznivé. Extrémně pozitivně naladěné lidé mohou mít sklon k sebeobelhávání a zlehčování počátečních symptomů onemocnění, což se může projevit ve zpožděném zahájení potřebné léčby anebo v nedodržování léčebného postupu (Diener, & Biswas-Diener, 2008).

U délky života člověka je však kladná souvislost s pozitivním emocionálním prožíváním opakovaně potvrzena. Výsledky vícero na sobě nezávislých výzkumů ukazují, že šťastní lidé, pocházející z různých kulturních, sociálních či etnických podmínek, žijí o poznání déle než jejich méně šťastné protějšky (Vaillant, 2002; Pressman, & Cohen, 2007; Diener, & Biswas-Diener, 2008). Rozdíl může v některých případech činit až deset let (Danner et al., 2001).

## 5.4 Cíle studie

V rámci dříve publikovaných dílčích studií již byly prozkoumány vztahy chování souvisejícího se zdravím k optimismu a pesimismu (Dosedlová et al., 2015), změny v chování souvisejícím se zdravím v průběhu života (Dosedlová, Klimusová, & Burešová, 2016), souvislosti zdraví podporujícího chování s duševním zdravím a životními hodnotami (Slezáčková, & Klimusová, 2015) i osobnostní koreláty zdraví a s ním souvisejícího chování u adolescentů (Burešová et al., 2016).

Cílem aktuálně prezentovaného výzkumu bylo ověřit na vzorku dospělé populace souvislosti mezi mírou duševního zdraví, subjektivně vnímaným zdravotním stavem, zdravím souvisejícím chováním a sociální oporou. Duševní zdraví bylo operacionalizováno v souladu s teorií pozitivního mentálního zdraví C. Keyese jako třídimenzionální konstrukt složený z komponent emocionální pohody, psychické pohody a sociální pohody. Zajímalo nás především, která složka duševního zdraví a optimálního fungování má nejtěsnější vztah k tělesnému zdraví.

Souvisí s lepším zdravím spíše skutečnost, že zažíváme pohodu v mezilidských vztazích a cítíme se být součástí společnosti, jak naznačuje řada studií poukazujících na významný vztah kvality sociálních vztahů a zdraví? Ovlivňuje úroveň celkového zdraví míra toho, nakolik jsme spokojeni sami se sebou a nakolik nám náš život dává smysl? Anebo ke zdraví více přispívá častější prožívání pozitivních emocí, jak zdůrazňují výzkumy mapující příznivý efekt pozitivní emocionality na kvalitu života jedince?

Dalším cílem studie bylo zjistit, který z typů se zdravím souvisejícího chování častěji využívají osoby s menším počtem zdravotních problémů a jakou roli hraje v celkovém zdraví míra sociální opory. Vzhledem k tomu, že odhalením odlišností v chování souvisejícím se zdravím u různých věkových skupin (20 až 35 let, 36 až 50, 51 až 65 a starší 65 let), se zabývala již studie Dosedlové, Klimusové a Burešové (2016), zaměříme se v rámci této dílčí studie spíše na zjištění rozdílů v míře duševního zdraví a subjektivně hodnoceného tělesného zdraví v závislosti na věku.

Při formulaci konkrétních výzkumných otázek jsme vycházeli z teoretických poznatků a výsledků výzkumů prezentovaných v předchozí části textu. Na míru subjektivně posuzované úrovně tělesného zdraví bylo usuzováno z frekvence tzv. zdravotních stesků, mezi něž patřily například problémy se zažíváním, bolesti hlavy, obtíže spojené s oběhovou soustavou a mnohé další. Faktory se zdravím souvisejícího chování byly uplatněny v souladu s předchozími zjištěními v rámci výše zmíněných dílčích studií daného výzkumného projektu.

### *Výzkumné otázky*

VO 1: Jaký je vztah mezi mírou duševního zdraví a subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a která složka duševního zdraví souvisí s tělesným zdravím nejtěsněji?

VO 2: Jak souvisí míra duševního zdraví s chováním ovlivňujícím zdraví?

VO 3: Jak souvisí chování související se zdravím se subjektivně hodnoceným zdravotním stavem? Které z typů se zdravím souvisejícího chování predikují nižší míru zdravotních stesků?

VO 4: Jak souvisí míra duševního a tělesného zdraví s mírou sociální opory?

VO 5: Liší se míra duševního zdraví a subjektivně hodnoceného zdravotního stavu v závislosti na věku?

## 5.5 Metoda

### 5.5.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen 1363 dospělými jedinci ve věku 20 až 65 let ( $M = 35$ ), z toho bylo 922 žen (68 %). Sběr dat probíhal v letech 2014 až 2015 jak pomocí online anonymního dotazníku, tak i metodou tužka–papír. Jednalo se tedy o příležitostný výběr respondentů. Soubor byl rozdělen podle věku v souladu s periodizací Langmeiera a Krejčířové (2006) do tří kohort: časná dospělost 20 až 35 let ( $n = 758$ , tj. 55,6 % osob), střední dospělost 36 až 50 let ( $n = 402$ ; 29,5 %) a pozdní dospělost 51 až 65 let ( $n = 203$ ; 14,9 %). Dosažené vzdělání respondentů se pohybovalo od základního ( $n = 12$ ; 0,9 %), středního odborného bez maturity ( $n = 67$ ; 4,9 %) a ukončeného maturitou ( $n = 78$ ; 5,7 %) přes středoškolské ( $n = 654$ ; 48 %) a vyšší odborné ( $n = 42$ ; 3,1 %) až k vysokoškolskému vzdělání ( $n = 497$ ; 36,5 %). Rozdělení souboru z hlediska rodinného stavu napovídá, že více než polovina respondentů byla svobodných ( $n = 733$ ; 53,9 %), méně ženatých či vdaných ( $n = 499$ ; 36,7 %), rozvedených ( $n = 112$ ; 8,2 %) a ovdovělých ( $n = 16$ ; 1,2 %).

### 5.5.2 Instrumenty

Pro účely výzkumného projektu byla vytvořena rozsáhlá testová baterie. V rámci této studie byla analyzována data získaná pomocí čtyř metod: Škály duševního zdraví, Inventáře zdravotních stesků, Škály chování souvisejícího se zdravím a Škály sociální opory. Použity byly také získané demografické údaje. Data byla zpracována pomocí programu IBM SPSS 18.

**Škála duševního zdraví:** Pro měření duševního zdraví byla se souhlasem autora metody použita zkrácená verze dotazníku *Mental Health Continuum Scale – Short Form* (Keyes, 2002, 2009). Dotazník MHC-SF obsahuje 14 položek a skládá se ze tří subškál: emocionální pohoda (3 položky, např. „Jak často jste za poslední měsíc cítil/a, že jste šťastný/á?“), psychická pohoda (6 položek, např. „Jak často jste za poslední měsíc cítil/a, že Váš život má nějaký směr nebo smysl?“) a sociální pohoda (5 položek, např. „Jak často jste za poslední měsíc cítil/a, že jste součástí nějakého společenství?“). Odpověďová škála má formu šestibodové stupnice (0 = nikdy, 5 = každý den). Vyšší skóre svědčí pro vyšší míru duševního zdraví. V řadě studií byly opakovaně prokázány dobré psychometrické vlastnosti metody (Keyes, 2009; Lamers et al., 2011; Lamers, 2012). V naší studii dosahovala Cronbachova alfa hodnotu  $\alpha = 0,90$ .

**Inventář zdravotních stesků:** Metoda vychází z inventáře Osecké, Řehulkové a Macka (1998), jenž se zaměřuje na posouzení subjektivně hodnoceného zdravotního stavu. Reliabilita dotazníku je vysoká, autoři uvádí hodnotu Cronbachovy

alfy 0,88 (Osecká, Řehulková, & Macek, 1998). Položky obsahují výčet různých zdravotních problémů a úkolem respondentů je ohodnotit četnost výskytu těchto problémů za poslední rok. Probandi odpovídají na škále Likertova typu (1 = nikdy, 4 = často). Čím vyšší skór, tím horší je subjektivně hodnocený fyzický stav jedince. Druhá část zahrnuje výčet různých skupin onemocnění (kardiovaskulární či gastrointestinální obtíže, vegetativní symptomy, poruchy pohybové soustavy aj.), z nichž mají respondenti označit všechny, které se u nich v poslední době projevíly. Čím vyšší skór jedinec dosáhne, tím hůře svůj zdravotní stav hodnotí.

**Škála chování souvisejícího se zdravím:** Škála byla vytvořena na základě pilotní studie na souboru vysokoškolských studentů (Dosedlová, & Slováčková, 2013). Obsahuje položky týkající se různých aspektů životního stylu a zdravotní prevence, jako jsou tělesná aktivita, stravování, pitný režim, spánkový režim, rizikové chování, preventivní chování, podpora duševního zdraví apod. Proband pomocí pětistupňové škály Likertova typu od 1 do 5 odpovídá, jak často se u něj dané chování vyskytuje. Analýzou byly extrahovány základní faktory se zdravím souvisejícího chování. Čím vyššího skóru jedinec v jednotlivých faktorech chování dosáhne, tím více tento typ chování využívá.

**Škála sociální opory:** Čtyřpoložková orientační škála sociální opory vychází z dotazníku použitého Cefaiem a Camillerim (2009) ve výzkumu souvislostí sociální a emocionální pohody a fyzického zdraví u maltských vysokoškolských studentů. Položky použité v naší studii zjišťují spokojenost s intenzitou i extenzitou sociálních vztahů (např. „Kolik osob ve Vašem životě je Vám tak blízkých, že s nimi bez pocitu ohrožení můžete sdílet důvěrné záležitosti a autentické prožitky?“ anebo „Cítíte se někdy osaměle?“). Vyšší skór (po reverzi první položky) naznačuje vyšší míru vnímané sociální opory a spokojenost s ní. Hodnota Cronbachovy alfy dosahovala v naší studii uspokojivého výsledku  $\alpha = 0,72$ .

### 5.5.3 Analýza dat

Pro popis souboru byla použita deskriptivní statistika, pro posouzení normálního rozložení histogramy. Pro určení míry těsnosti vztahu mezi stanovenými proměnnými byla zvolena korelační analýza (Pearsonův korelační koeficient). Pro porovnání průměrů byla použita analýza rozptylu a mnohonásobná porovnávání byla uskutečněna pomocí Tukeyho testu a Fisherova testu. Pro určení prediktivních vztahů byla využita lineární regresní analýza.

Ze Škály chování souvisejícího se zdravím bylo po reverzi opačně formulovaných položek faktorovou analýzou s rotací Varimax extrahováno pět faktorů, které společně vysvětlují 39,3 % rozptylu původních proměnných. Pro rozhodování o extrakci faktorů bylo zvoleno Kaiserovo kritérium, použito bylo rovněž grafické znázornění faktorů pomocí sutinového grafu. Těchto pět faktorů bylo pojmenová-

no v souladu s předchozími výstupy z grantového výzkumu jako Stravovací režim (faktor vysvětluje 11,7% rozptylu), Duševní pohoda (vysvětluje 9,4% rozptylu), Pravidelný denní režim (8% rozptylu), Vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám (5,2% rozptylu) a Fyzická aktivita (5% rozptylu).

## 5.6 Výsledky

### *Vztah mezi mírou duševního zdraví a subjektivně hodnoceným zdravotním stavem*

Výsledky korelační analýzy za použití Pearsonova korelačního koeficientu odhalily, že míra duševního zdraví signifikantně souvisí se subjektivně hodnoceným tělesným zdravím ( $r = -0,28$ ). Čím vyšší je úroveň duševního zdraví, tím méně zdravotních stesků respondenti uvádějí. Po analýze vztahu jednotlivých komponent duševního zdraví a tělesného zdravotního stavu vyšlo najevo, že nejsilnější vztah existuje mezi emocionální složkou osobní pohody a zdravím ( $r = -0,31$ ). Odhalen byl také signifikantní, ale méně těsný vztah mezi složkou psychická pohoda a zdravím ( $r = -0,267$ ). Sociální složka duševního zdraví vykazuje s celkovým tělesným zdravím téměř zanedbatelný vztah ( $r = -0,169$ ). Všechny korelace jsou uvedeny v tabulce 5.1.

Tabulka 5.1 Vztah mezi složkami duševního zdraví a zdravotními stesky

Duševní zdraví	Zdravotní stesky	N
Emocionální pohoda	-0.310	1349
Psychická pohoda	-0.267	1345
Sociální pohoda	-0.169	1336
Duševní zdraví celkově	-0.277	1349

Poznámka: Všechny korelace jsou signifikantní na hladině  $p < 0,001$ .

### *Vztah duševního zdraví a chování souvisejícího se zdravím*

Ve snaze nalézt odpověď na druhou otázku byla za pomoci Pearsonova korelačního koeficientu zjišťována těsnost a směr vztahu mezi duševním zdravím a následujícími faktory chování souvisejícího se zdravím: Stravovací režim, Duševní hygiena, Pravidelný denní režim, Vyhýbání se návykovým látkám a Fyzická aktivita (viz tabulku 5.2).

Ve výsledcích nalézáme signifikantní vztahy mezi duševním zdravím a všemi faktory se zdravím souvisejícího chování kromě faktoru Vyhýbání se návykovým látkám. Nejtěsnější vztah byl odhalen mezi mírou duševního zdraví a Duševní hygienou ( $r = 0,506$ ;  $p < 0,001$ ), méně těsné vztahy pak byly nalezeny mezi duševním zdravím a Fyzickou aktivitou ( $r = 0,189$ ;  $p < 0,001$ ) a Pravidelným denním režimem ( $r = 0,143$ ;  $p < 0,001$ ). Statisticky průkazný, avšak spíše zanedbatelný vztah byl nalezen také mezi mírou duševního zdraví a Stravovacím režimem ( $r = 0,09$ ;  $p < 0,01$ ).

Tabulka 5.2 Vztah mezi duševním zdravím a chováním souvisejícím se zdravím (n = 1161)

Faktor chování	Duševní zdraví
Stravovací režim	0.090**
Duševní hygiena	0.506***
Pravidelný denní režim	0.143***
Vyhýbání se návykovým látkám	0.016
Fyzická aktivita	0.189***

Poznámka: Korelace jsou signifikantní na hladině \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### *Vztah chování souvisejícího se zdravím k subjektivně hodnocenému zdravotnímu stavu*

Pro odhalení vztahu mezi mírou subjektivně hodnoceného tělesného zdraví, na niž bylo usuzováno z počtu zdravotních stesků, a chováním souvisejícím se zdravím, byla opět zvolena korelační analýza (Pearsonův korelační koeficient). Nejtěsnější vztah byl nalezen mezi zdravotními steskami a Duševní hygienou ( $r = -0,367$ ;  $p < 0,001$ ). Další statisticky významný, avšak nepřilíš těsný vztah se projevil mezi zdravotními steskami a Pravidelným denním režimem ( $r = -0,218$ ;  $p < 0,001$ ). Téměř zanedbatelný statisticky významný vztah byl zjištěn mezi mírou zdravotních stesků a dalšími faktory se zdravím souvisejícím chování, jako je Fyzická aktivita ( $r = 0,099$ ;  $p < 0,01$ ) a Stravovací režim ( $r = 0,065$ ;  $p < 0,05$ ). Všechny korelace jsou uvedeny v tabulce 5.3.

Tabulka 5.3 Vztah mezi zdravotními steskami a chováním souvisejícím se zdravím (n = 1167)

Faktor chování	Zdravotní stesky
Stravovací režim	0.065*
Duševní hygiena	-0.367***
Pravidelný režim	-0.218***
Vyhýbání se návykovým látkám	-0.019
Fyzická aktivita	0.099**

Poznámka: Korelace jsou signifikantní na hladině \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

V rámci této otázky nás také zajímalo, který z typů se zdravím souvisejícím chování lze považovat za nezávislý prediktor lepšího tělesného zdraví ve smyslu nižšího počtu uváděných zdravotních stesků. Pro účely analýzy byla použita lineární regresní analýza. Predikovanou proměnnou byl počet zdravotních stesků (viz tab. 15). Jako nezávislé prediktory lepšího zdraví, tj. nízké míry zdravotních stesků, byly odhaleny faktory Duševní hygiena ( $\beta = -0,367$ ), Pravidelný denní režim ( $\beta = -0,22$ ) a Fyzická aktivita ( $\beta = -0,098$ ), všechny na hladině významnosti  $p < 0,001$ . Do menší míry se uplatňuje i faktor chování Stravovací režim ( $\beta = 0,066$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabulka 5.4 Hierarchická regresní analýza – prediktory zdravotních stesků

Faktor chování	B	SE	$\beta$	t
Stravovací režim	0.723	0.288	0.066*	2.513
Duševní hygiena	-4.020	0.288	-0.367***	-13.970
Pravidelný denní režim	-2.408	0.288	-0.220***	-8.348
Vyhýbání se návykovým látkám	-0.200	0.288	-0.018	-0.695
Fyzická aktivita	-1.075	0.288	-0.098***	-3.739

Poznámka: \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ;  $R = 0,44$ ;  $R^2 = 0,197$ .

Z výše uvedených údajů je patrné, že pomocí regresního modelu lze vysvětlit 20 % rozptylu ve zdravotních stescích.

### ***Souvislosti duševního a tělesného zdraví s mírou sociální opory***

Pro zjištění těsnosti vztahu mezi duševním zdravím a mírou sociální opory byla použita korelační analýza (Pearsonův korelační koeficient). Výsledky naznačují, že mezi mírou sociální opory a duševním zdravím existuje pozitivní signifikantní vztah ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 1352$ ). Signifikantní, ale méně těsný negativní vztah byl odhalen také mezi mírou sociální opory a zdravotními stesky ( $r = -0,244$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 1351$ ).

### ***Rozdíly v míře duševního zdraví a subjektivně hodnoceném tělesném zdravotním stavu v závislosti na věku***

Pro porovnání míry duševního zdraví u skupin rozdělených podle věku do tří kategorií (20 až 35 let, 36 až 50 let a 51 až 65 let) byla využita ANOVA. Analýza odhalila statisticky významný rozdíl mezi věkovými skupinami ( $F = 3,821$ ;  $p < 0,05$ ). Na základě mnohonásobného porovnávání podle Fisherova LSD testu nalézáme průkazné rozdíly mezi první a druhou kohortou, tedy osobami ve věku časně a střední dospělosti ( $M dif. = 1,873$ ;  $p < 0,05$ ), a také mezi první a třetí kohortou, tj. jedinci ve věku časně a pozdní dospělosti ( $M dif. = 2,099$ ;  $p < 0,05$ ). Jedinci ve věku časně dospělosti (20 až 35 let) dosahovali nadprůměrné hodnoty duševního zdraví v porovnání s ostatními dvěma skupinami starších respondentů, které se však pohybovaly víceméně těsně pod průměrným skórem v duševním zdraví. Na základě porovnání míry zdravotních stesků u tří věkových kategorií (20 až 35 let, 36 až 50 let a 51 až 65 let) bylo zjištěno, že rozdíl mezi skupinami je větší než uvnitř skupin ( $F = 1,131$ ;  $p > 0,05$ ), ale nikoliv statisticky významně. Skupina nejstarších respondentů (51 až 65 let) udávala nejvyšší celkový skóre ve zdravotních stescích ( $M = 45,42$ ;  $SD = 12,00$ ), nejnižší míru zdravotních problémů naopak vykazovali jedinci ve střední dospělosti, tj. ve věku 36 až 50 let ( $M = 44,19$ ;  $SD = 11,35$ ).

Průměrný skór zdravotních stesků u osob ve věku časně dospělosti (20 až 35 let) se pohyboval mezi ostatními skupinami ( $M = 45,06$ ;  $SD = 10,63$ ). Jednotlivé věkové kohorty se však od sebe v míře zdravotních stesků významně nelišily.

## 5.7 Diskuse

Cílem této dílčí studie bylo prozkoumat souvislosti mezi duševním a tělesným zdravím, se zdravím souvisejícím chováním a vnímanou sociální oporou na rozsáhlém vzorku české dospělé populace. Odhalen byl pozitivní vztah mezi celkovou mírou duševního zdraví a subjektivně hodnoceným celkovým zdravotním stavem, což je v souladu s výsledky některých jiných studií (např. Kumar, 2004; Moussavi et al., 2007). Keyes a Simoes (2012) dokonce odhalili negativní vztah mezi pozitivním duševním zdravím a mortalitou.

Detailnější analýza pak ukázala, že s lepším zdravotním stavem nejtěsněji ze všech složek duševního zdraví (emocionální, sociální, psychická pohoda) souvisí míra emocionální pohody, jež zahrnuje pocit štěstí, spokojenosti a zájem o život. Tento výsledek se shoduje s výsledkem předchozích analýz provedených v rámci této studie na menším vzorku osob (Slezáčková, & Klimusová, 2015) i s výstupy jiných studií zkoumajících vztah duševního a tělesného zdraví (Slezáčková et al., 2013; Slezáčková, Humpolíček, & Malatincová, 2014). Výše uvedený poznatek potvrzuje současný trend výzkumu pozitivní emocionality poukazující na benefity spojené s častějším prožíváním pozitivních emocí. Lze jmenovat například tzv. napravující efekt (*undoing effect*) pozitivních emocí na zdraví, jehož podstatou je zjištění, že pozitivní emoce mají schopnost zmírnit nepříznivý vliv negativních emocí na kardiovaskulární systém (Fredrickson et al., 2000). Salovey et al. (2000) osvětlují vzájemný vztah emocionality a zdraví tak, že negativní emoční stavy jsou častěji spojovány s nezdravými vzory fyziologického fungování, zatímco pozitivní emoční stavy jsou spojovány se zdravějšími vzory fungování. Podotýkají, že emocionální naladění ovlivňuje fyzické zdraví skrze zdraví podporující chování. Na skutečnost, že pozitivní emoce napomáhají lepší seberegulaci v činnosti, jež může přispívat k udržení zdravého životního stylu, upozornili také Carver a Scheier (1990) a Fredricksonová (2001).

Statisticky významný vztah byl odhalen také mezi subjektivně hodnocenou celkovou mírou zdraví (danou počtem zdravotních stesků) a psychickou složkou duševního zdraví, jež zahrnuje intrapersonální reflexi vlastního přizpůsobení, náhled na vlastní život a pocit smysluplnosti (Keyes, 2002). Právě vnímaná smysluplnost života je v současné době chápána jako jeden ze základních stavebních kamenů štěstí (Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, 2011), zdroj úspěšného zvládnání náročných situací a preventivní faktor syndromu vyhoření (Slezáčková, & Říhová, 2014).



Pouze naznačenou souvislost lepšího zdravotního stavu se sociální dimenzí duševního zdraví je nutno chápat v kontextu Keyesova pojetí sociální pohody (Keyes, 1998), jež překračuje rámec vnímané sociální opory a zahrnuje širší aspekty sociálního soužití, jako jsou sociální integrace, koheze, akceptace, sociální přínos, soudržnost a sociální aktualizace. Pocit sounáležitosti se společností, vědomí své role v ní a míra přijetí druhými lidmi úzce souvisí s celkovou duševní pohodou a pozitivním fungováním (Slezáčková, & Klimusová, 2015), avšak na míře tělesného zdraví se zjevně více podílejí bližší sociální vztahy ve smyslu přijímané sociální opory od blízkých osob.

V odpovědi na druhou výzkumnou otázku odhalující souvislost duševního zdraví s faktory chování souvisejícího se zdravím byl zjištěn pozitivní vztah mezi oběma proměnnými. K závěru, že vyšší míra zdraví podporujícího chování pozitivně ovlivňuje míru duševního zdraví, došli např. také Van Lente et al. (2012). Co se týče jednotlivých faktorů se zdravím souvisejícího chování, výrazně nejtěsnější vztah k míře duševního zdraví byl nalezen u faktoru Duševní hygiena. Čím více tedy jedinci pečují o svou duševní hygienu ve smyslu odpočinku, relaxace, meditace a udržování dobré nálady, tím vyšší míry duševního zdraví ve smyslu optimálního fungování (*flourishing*) dosahují. Tento poznatek jednak do určité míry doplňuje výše komentované poznatky o souvislostech pozitivního emocionálního naladění a zdraví, ale také podporuje závěry o příznivém efektu relaxačních technik na snížení tenze a úzkosti (McGuigan, & Lehrer, 1993). Také pravidelná meditace pomáhá při zvládnání nadměrného stresu, snižuje úzkost (Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998), mírní symptomy úzkostných poruch a deprese (Peterson, & Pbert, 1992) a podporuje optimální fungování organismu (Fredrickson, 2009).

Další významná souvislost byla odhalena mezi duševním zdravím a vyšší fyzickou aktivitou. K podobným závěrům došli např. Fox et al. (2000), Wipfli et al. (2011) a Zhao et al. (2013). Tento vztah lze podrobněji vysvětlit skrze porozumění fyziologické reakci organismu na tělesný pohyb (Stejskal, 2004). Fyziologická reakce organismu na fyzickou aktivitu vyvolává vyplavení endorfinů a encefalinů, jež pozitivně ovlivňují náladu a pocit osobní pohody (Vondruška, & Barták, 2002; Slezáčková, Riegel, & Humpolíček, 2015). Fox et al. (2000) připomínají, že fyzická nečinnost zvyšuje pravděpodobnost fyzické nemoci i onemocnění depresí. Maheřová et al. (2015), kteří sledovali pozitivní vliv pravidelné tělesné aktivity na životní spokojenost, zjistili, že s věkem se tento efekt zvyšuje a zesiluje. Výše uvedené výsledky tedy naznačují, že pro optimální duševní i tělesné zdraví je důležitá schopnost nalezení a udržení rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem. Mezi duševním zdravím, způsobem stravování a pravidelným denním režimem byl zjištěn také významný, avšak spíše zanedbatelný vztah. Oba tyto faktory však zmiňuje Míček (1984) ve výčtu důležitých komponent celkového zdraví člověka.

Třetí výzkumná otázka se týkala faktorů chování souvisejícího se zdravím coby korelátů a prediktorů subjektivně hodnoceného tělesného zdravotního stavu. Naše zjištění jsou obecně v souladu s výstupy známé longitudinální studie *Alame-*

*da County Study* (Belloc, & Breslow, 1972), jejíž výsledky mj. poukázaly na to, že zdravotní stav účastníků výzkumu pozitivně souvisel s množstvím zdraví prospěšného chování, jako jsou dostatečný spánek, pravidelná strava, optimální tělesná hmotnost, vyhýbání se návykovým látkám a pravidelná fyzická aktivita. Sarafino (1990) upřesnil, že subjektivně vnímané symptomy onemocnění a jejich závažnost ovlivňují celou škálu chování souvisejícího se zdravím – od ignorování problémů až po vyhledání okamžité pomoci. Jedinci s chatrným zdravím tak mohou provozovat v reakci na přítomnost příznaků nemoci větší množství chování podporujícího zdraví než jedinci zdraví. V naší aktuálně prezentované studii jsme zjistili, že míra zdravotních stesků významně souvisí především s péčí o duševní hygienu a s dodržováním pravidelného denního režimu, méně výrazně pak s fyzickou aktivitou a jen zanedbatelně se zdravím stravovacím režimem. Příznivý efekt využití některých metod duševní hygieny na zdraví byl potvrzen také např. v prospektivní studii Kirschnecka et al. (2013), v níž byl odhalen pozitivní vliv tříměsíčního tréninku relaxačních postupů na bolesti hlavy. Na kladný vliv relaxačních technik na zmírnění chronických bolestí, migrény a problémů s krevním tlakem upozornil již Blumenthal (1985). Pozitivní vliv transcendentální meditace a progresivní svalové relaxace na snížení krevního tlaku u dospělých osob trpících hypertenzí byl doložen také ve studii Schneidera et al. (1995).

Výsledek poukazující na významný vztah mezi zdravotními steskami a dodržováním pravidelného denního režimu podporuje tvrzení, že pravidelnost v biologických rytmech je důležitým symptomem i protektivním faktorem zdraví (Míček, & Zeman, 1992). Dodržování pravidelného denního režimu je obzvláště důležité u osob se zdravotním znevýhodněním. Například u pacientů trpících diabetem mellitus je pravidelný režim nezbytný pro prevenci zhoršení stavu (Stejskal, 2014).

Ukázalo se také, že další faktory se zdravím souvisejícího chování, jako jsou fyzická aktivita a stravovací režim, mají sice ke zdraví pozitivní, avšak nepřilíš těsný vztah. Jejich role však rozhodně není zanedbatelná, neboť o významu tělesného pohybu pro zdraví svědčí řada zjištění z jiných studií. Příznivý vliv pohybové aktivity na celkové zdraví a kvalitu života související se zdravím doložila např. dříve zmiňovaná studie Lerdala, Celiuse a Pedersena (2013). Aarniová et al. (2002) zjistili na rozsáhlém souboru finských adolescentů, že nízká fyzická aktivita je spojena s méně zdravým životním stylem, s horším prospěchem a s nižší úrovní subjektivně posuzovaného zdraví. Stejskal (2004) upozorňuje, že fyzická aktivita má pozitivní vliv na tělesné zdraví, ať už z pozice primární, sekundární či terciární prevence. Uplatňuje se především v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, obezity a zlomenin. K pozitivnímu vlivu na zdraví přitom stačí pravidelný pohyb v podobě svižné chůze.

Vztah způsobu stravování a zdravotního stavu je nejčastěji zkoumán v kontextu problémů s udržení optimální tělesné hmotnosti a s tím souvisejících zdravotních problémů. Zdravá výživa je obecně velmi důležitá v prevenci některých one-

mocnění, jako jsou diabetes mellitus, rakovina trávicího ústrojí, osteoporóza aj. (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993).

Účelem čtvrté výzkumné otázky bylo ověřit, zda a do jaké míry spolu souvisí míra duševního a tělesného zdraví s mírou vnímané sociální opory. Vzhledem k použité metodě lze uvažovat spíše o orientačním posouzení vzájemných vztahů. Za zajímavé zjištění však pokládáme, že těsnější vztah byl nalezen mezi sociální oporou a duševním zdravím než mezi mírou sociální opory a subjektivně hodnoceným tělesným zdravím. To může nasvědčovat existenci mechanismu, v němž je protektivní vliv sociální opory na tělesné zdraví zprostředkován příznivým vlivem na duševní pohodu a psychické zdraví. Významnou roli sociálních vztahů v duševní pohodě a životní spokojenosti dokládají také výsledky rozsáhlé mezinárodní studie zkoumající hédonické a eudaimonické komponenty štěstí (Delle Fave et al., 2011). Sociální opora a kvalitní mezilidské vztahy tedy mají významný salutogenní náboj (Kebza, 2005; Šolcová, & Kebza, 1999). Naopak osoby, které postrádají sociální oporu, trpí ve větší míře psychickými i zdravotními problémy (Čeledová, & Čevela, 2010).

Závěrečnou výzkumnou otázkou v naší studii bylo, zda existuje rozdíl v míře duševního zdraví a subjektivně hodnoceném zdravotním stavu v závislosti na věku respondentů. Výsledky porovnání míry duševního zdraví u skupin rozdělených podle věku do tří kategorií (20 až 35 let, 36 až 50 let a 51 až 65 let) odhalily klesající tendenci v závislosti na přibývajícím věku. Výrazně nejvyšší úroveň duševního zdraví ve smyslu optimálního fungování (*flourishing*) dosáhli jedinci ve věku časně dospělosti (20 až 35 let). Rozdíl oproti skupinám osob v období střední i pozdní dospělosti byl statisticky významný. Průměrné hodnoty duševního zdraví u věkových skupin 36 až 50 let a 51 až 65 let se však navzájem významně nelišily. S věkem související rozdíl v míře pozitivního duševního zdraví u souboru jedinců ve věku 25 až 74 let odhalil Keyes (2002). Zjistil, že vyšší míry pozitivního duševního zdraví dosáhli starší respondenti s vyšším vzděláním, kteří žijí v manželském svazku. Westerhof a Keyes (2010) došli k závěru, že dnešní starší dospělí sice mají méně duševních problémů než dříve, ale nedosahují lepšího stavu pozitivního duševního zdraví než dnešní mladí dospělí. Zjištěním, že s vyšším věkem přibývá osob trpících duševními problémy, jako je úzkost a deprese, přispěli také Kind et al. (1998).

Co se týče rozdílů v míře subjektivního tělesného zdraví v závislosti na věku, výstupy analýz možná poněkud překvapivě nesvědčí o významném rozdílu v míře zdravotních stesků mezi věkovými skupinami (20 až 35 let, 36 až 50 let a 51 až 65 let). V odborné literatuře nacházíme spíše poznatky svědčící o odlišném trendu. Výstupy výzkumu House, Kesslera a Herzoga (1990) uváděly, že fyzický stav respondentů ve věku 25 až 75 let se ve všech sledovaných kategoriích (chronické problémy, funkční status a limitace v běžných denních činnostech) se zvyšujícím věkem zhoršoval. Také závěry britského celonárodního výzkumu vypovídaly o zvyšování počtu zdravotních problémů (mobilita, schopnost postarat se o sebe,

běžná aktivita, bolest/diskomfort) s rostoucím věkem (Kind et al., 1998). Langmeier a Krejčířová (2006) však zmiňují, že většina lidí se ve věku pozdní dospělosti ještě cítí zdráva a úmrtnost je stále velmi nízká. Objevují se však první známky poklesu výkonnosti. Nejstarší respondenti v naší studii skutečně udávali nejvíce zdravotních stesků, zatímco lidé ve střední dospělosti udávali stesků nejméně, ovšem rozdíl nebyl statisticky významný. Určité světlo může na námi získané poznatky vrhnout dílčí zjištění Dosedlové, Klimusové a Burešové (2016), že nejstarší jedinci ve výzkumu (ve věku 51–65 let) dosahovali nejlepších výsledků ve všech zmíněných oblastech chování ovlivňujícího zdraví. Tento poznatek koresponduje také s tvrzením Sarafina (1990), že starší lidé více pečují o svoje zdraví. S přibývajícím věkem si lidé často více uvědomují hodnotu prevence a podpory zdraví, které již neberou (na rozdíl od mladší generace) jako samozřejmost (Kebza, 2005). Naopak osoby v období mladé dospělosti (20 až 35 let) vykazovaly nejnižší míru zdraví podporujícího chování a 60 % studentů dosud nepřijalo zdravý životní styl, který by mohli úspěšně udržovat (Slováčková, Dosedlová, & Klimusová, 2008). Právě zvýšená péče o vlastní zdraví u starší populace a nižší míra zdraví podporujícího chování u mladších osob tedy může být chápána jako faktor stírající rozdíly v míře subjektivního zdraví mezi jednotlivými věkovými skupinami.

### *Limity studie a další směr výzkumu*

Výše uvedené poznatky v souladu s holistickým přístupem rozšiřují a doplňují porozumění psychosociálním souvislostem zdraví a s ním souvisejícího chování. Vzhledem k některým limitujícím faktorům však nelze nárokovat zobecnění dosažených výsledků na celou populaci. Patří mezi ně omezení plynoucí z charakteristik výzkumného souboru, především nerovnoměrného genderového zastoupení a převažujícího počtu mladších respondentů. Své limitace přináší také online sběr dat, při němž výzkumník nemůže nijak kontrolovat jeho podmínky. Tato slabina však byla do určité míry kompenzována sběrem části dat metodou tužka-papír. Nezanedbatelným limitujícím faktorem je také samotné užití rozsáhlé baterie dotazníkových metod, jejíž vyplnění bylo pro respondenty časově náročné. I přes uvedená omezení se domníváme, že předkládané poznatky mohou nejen prohloubit poznání v oblasti průniku psychologie zdraví a pozitivní psychologie, ale také nabídnout inspiraci pro další výzkum. Zajímavé výsledky by mohlo například přinést rozšíření databáze údajů vypovídajících o subjektivně hodnoceném zdravotním stavu o data objektivní povahy a jejich vzájemné porovnání. Užitečným rozšířením, jež by mohlo vnést více světla do dynamické povahy zkoumaných jevů, by bylo uplatnění longitudinálního designu navazující studie. Podrobnější analýzy by také mohly lépe vysvětlit mechanismus působení sociální opory na tělesné zdraví skrze příznivý vliv na duševní zdraví. Za prozkoumání by jistě stál také vliv některých socioekonomických faktorů ve vztahu ke zdraví a s ním souvisejícímu

chování. V souvislosti s psychosociálními aspekty zdraví by také bylo vhodné zjistit, zda a jaký vliv má na jedincovo chování související se zdravím zdravotní stav jeho blízkých, konkrétně členů rodiny.

## 5.8 Závěr

Tato dílčí studie přispívá svým dílkem do mozaiky širšího výzkumného projektu zaměřeného na lepší porozumění determinantům a konsekvencím se zdravím souvisejícího chování. Za hlavní výsledek pokládáme ověření klíčového významu pozitivních emocí pro duševní i tělesné zdraví. Mezi získanými zjištěními vystupuje také důležitost péče o vlastní duševní hygienu, jež dominuje jako nejsilnější korelát i prediktor duševního i tělesného zdraví. Potvrzena byla také protektivní role vnímané sociální opory, jež souvisí jak s vyšší úrovní duševního zdraví, tak i s lépe hodnoceným celkovým tělesným stavem.

Na základě výzkumného šetření provedeného na širším vzorku české populace tedy doplňujeme řadu poznatků, které naznačují, že prožívaná psychická nepohoda může přispět ke zhoršení zdravotního stavu, zatímco duševní pohoda a spokojenost s mezilidskými vztahy působí na zdraví příznivě a preventivně. Výsledky našeho výzkumu by mohly nalézt praktické využití v oblasti prevence a podpory celkového zdraví jedince. Své uplatnění mohou najít i ve vzdělávání lékařů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví, neboť znalost úzkého propojení duševní pohody a tělesného zdraví může napomoci kvalitnější a komplexnější péči. Ukazuje se totiž, že o psychické pohodě a duševní hygieně má smysl uvažovat jako o významných zdraví ochraňujících faktorech, což by se mělo odrazit i ve formulaci otázek v anamnestických dotaznících a především v přístupu zdravotníků k pacientům.

Z konkrétních metod prevence duševního zdraví lze jmenovat různé druhy relaxací (např. Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci nebo Schultzův autogenní trénink), dechová cvičení, imaginaci či meditaci, ale také prosté věnování se koníčkům, zálibám či rekreačnímu sportu. Pro omezení rizikových faktorů stresu a efektivnější zvládnání náročnějších životních situací nelze opominout ani význam sebepoznání, jež je nezbytným základem seberegulace. Mezi účinné činitele udržení a posílení duševní pohody a zdraví patří schopnost udržovat rovnováhu pracovního a osobního života, volba adekvátních copingových strategií, autoregulace myšlenek, emocí a chování i rozpoznání a odstranění zlovyků. Neméně důležitá je také schopnost poskytovat a přijímat sociální oporu a kultivovat spirituální stránku osobnosti, jež je úzce spjatá s prožívanou smysluplností života. S ohledem na poznatky odhalující význam pozitivních emocí nelze opomíjet ani drobné radosti života, jež pomáhají rozvíjet kladné prožívání a významně přispívají k celkové duševní pohodě. Hlubší a trvalejší radost může účinně generovat nejen uspokojení

vlastních potřeb a tužeb, ale také orientace na druhé ve smyslu aktivního zapojení do altruistických nebo dobročinných aktivit.

Pozitivní emocionální naladění a kvalitní mezilidské vztahy v kombinaci s ostatními faktory a zdraví podporujícím chováním umožňují lidem žít zdravější, delší a aktivnější život. Domníváme se, že v tomto kontextu má smysl uvažovat o osobní pohodě, spokojenosti a štěstí jako o významných zdraví ochraňujících faktorech a rozvíjet další výzkumné úsilí pro hlubší porozumění mechanismům jejich působení.