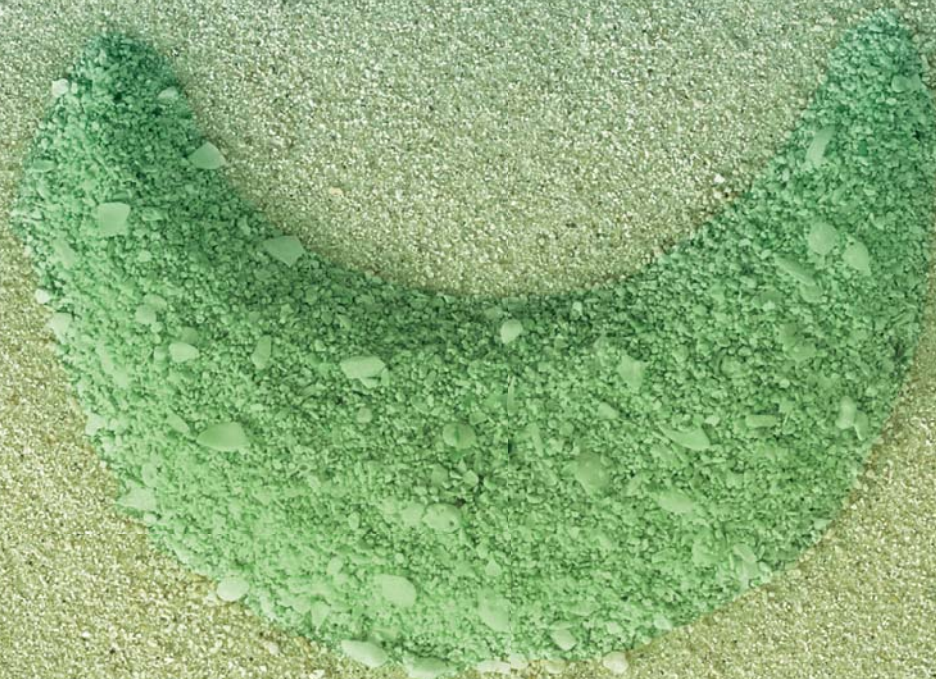

Optimismus

a jeho role v kontextu zdraví

Jaroslava Dosedlová



FILOZOFICKÁ FAKULTA
MASARYKOVA UNIVERZITA

Optimismus

a jeho role v kontextu zdraví

Monografie představuje současné psychologické konstrukty optimismu/pesimismu a jejich roli v kontextu zdraví a chování, které se zdravím souvisí. Klíčovou otázkou, kterou si její autorka klade, je, zda optimismus v kontextu zdraví přináší benefity, nebo je spojen spíše s riziky. Monografie integruje jedenáct empirických studií, z nichž většina byla realizována v průběhu čtyř na sebe navazujících výzkumných projektů podporovaných Grantovou agenturou ČR. Kromě konstruktů optimismu/pesimismu prověřuje i další demografické a osobnostní charakteristiky jako psychologické proměnné ovlivňující chování související se zdravím, jež je v dnešní době považováno za nejsilnější faktor podílející se na zdravotním stavu jedince. Monografie je určena především odborné veřejnosti, kromě studentů a odborníků v oblasti psychologie tematicky oslovuje i další zájemce rozvíjející společenské vědy se zájmem o problematiku lidského zdraví.



Jaroslava Dosedlová (1969)

Působí v Psychologickém ústavu Filozofické fakulty Masarykovy univerzity od r. 1997, kde přednáší sociální psychologii, transakční analýzu a vybrané psychoterapeutické směry (taneční a imaginativní). Ve výzkumu se dlouhodobě zaměřuje na témata sociální kognice (optimismus/pesimismus) a psychologie zdraví.

Od roku 2002 vedla jako hlavní řešitelka čtyři na sebe navazující výzkumné projekty s podporou GA ČR věnující se předpokladům životní spokojenosti a zdraví. V rámci ediční řady Spisů Filozofické fakulty Masarykovy univerzity editovala r. 2016 kolektivní monografii s názvem *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*, na niž svou novou monografií navazuje.



muni
PRESS

ISBN 978-80-210-8951-8



9 788021 089518



#480

OPERA FACULTATIS PHILOSOPHICAE
UNIVERSITATIS MASARYKIANAE

SPISY FILOZOFICKÉ FAKULTY
MASARYKOVY UNIVERZITY

muni
PRESS



Optimismus

a jeho role v kontextu zdraví

Jaroslava Dosedlová



#480

FILOZOFICKÁ FAKULTA
MASARYKOVA UNIVERZITA

BRNO 2018

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Dosedlová, Jaroslava

Optimismus a jeho role v kontextu zdraví / Jaroslava Dosedlová. – Vydání první. – Brno : Masarykova univerzita, 2018. – 165 stran. – (Opera Facultatis philosophicae Universitatis Masarykianae = Spisy Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, ISSN 1211-3034 ; 480)

Anglické resumé

ISBN 978-80-210-8951-8

141.21 * 141.22 * 159.9 * 159.9:613 * 613 * 159.9.07 * (048.8)

- optimismus
- optimismus – psychologické pojetí
- pesimismus
- pesimismus – psychologické pojetí
- psychologie zdraví
- péče o zdraví
- psychologický výzkum
- monografie

159.9 - Psychologie [17]

Recenzovali: PhDr. Ivan Sarmány-Schuller, CSc. (Centrum společenských
a psychologických věd Slovenskej akadémie vied)

doc. PhDr. Lubomír Vašina, CSc. (Masarykova univerzita)

Monografie vznikla jako výstup výzkumu realizovaného s podporou agentury GAČR, projekt číslo GA 13-19808S „Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely a konsekvence“.

© 2018 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-210-8951-8

ISBN 978-80-210-8952-5 (online : pdf)

ISSN 1211-3034

<https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.M210-8952-2018>

Věnuji prof. PhDr. Stanislavě Kučerové, CSc., své mamince, celý život usilující o dobro, krásu a lásku:

„Optimismus i pesimismus, jak se projeví v dějinách myšlení, mají oba své oprávnění, vedou-li k meliorismu, k zlepšení toho kterého stavu, té které situace lidského života. A připomeneme, že v naší národní etice bylo zaznamenáno, že zlé se má překonávat dobrým a dobré lepším...“

Stanislava Kučerová, 2017, z osobní korespondence

Obsah

ÚVOD	9
1 OPTIMISMUS A PESIMISMUS Z HISTORICKÉHO HLEDISKA	11
1.1 Optimismus a pesimismus v náboženských systémech	11
1.2 Optimismus a pesimismus jako filozofické kategorie	12
1.3 Počátky optimismu a pesimismu v psychologii	18
2 SOUČASNÉ PSYCHOLOGICKÉ TEORIE OPTIMISMU	20
2.1 Optimismus jako kognitivní chyba, pozitivní iluze, nerealistický optimismus	20
2.2 Studie č. 1: Optimismus jako pozitivní iluze u současných adolescentů ..	23
2.3 Dispoziční optimismus	32
2.4 Optimismus jako explanační styl	38
2.5 Defenzivní pesimismus a strategický optimismus	44
2.6 Naděje jako příbuzný konstrukt	47
3 KONSTRUKTY OPTIMISMU A PESIMISMU V EMPIRICKÝCH STUDIÍCH	50
3.1 Studie č. 2: Vztahy mezi dispozičním a explanačním optimismem	50
3.2 Studie č. 3: Ověření konstruktů defenzivního pesimismu	52
3.3 Studie č. 4: Vztahy defenzivního pesimismu, dispozičního optimismu a optimismu jako explanačního stylu	54
3.4 Studie č. 5: Vztahy mezi dispozičním optimismem/pesimismem, strategickým optimismem / defenzivním pesimismem, situační úzkostí a dispoziční úzkostností	55
3.4.1 Vztah dispozičního optimismu, defenzivního pesimismu, rysově úzkostnosti a situační úzkosti, genderové rozdíly v těchto vztazích	56
3.4.2 Vztah konstruktů dispozičního optimismu a defenzivního pesimismu	57
3.5 Shrnutí výsledků studií uvedených v kapitolách 3.1.–3.4., diskuse a závěr	58
3.6 Studie č. 6: Model optimismu, vztah optimismu a naděje	59
4 NA CESTĚ MEZI OPTIMISMEM A ZDRAVÍM	73
4.1 Zdraví a nemoc	73
4.2 Determinanty zdraví	77

4.3	Chování související se zdravím	80
4.3.1	Studie č. 7: Chování související se zdravím v průběhu dospělosti v ČR	84
4.4	Determinanty chování souvisejícího se zdravím	92
4.5	Vztah mezi optimismem a zdravím	95
4.5.1	Studie č. 8: Prediktory subjektivních zdravotních stesků v dospělosti	97
4.6	Optimismus a chování související se zdravím	110
4.6.1	Studie č. 9: Dispoziční optimismus a optimismus jako explanační styl jako prediktory chování souvisejícího se zdravím českých vysokoškolských studentů	113
4.6.2	Studie č. 10: Dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus jako prediktory chování vztahujícího se ke zdraví českých dospělých	117
5	OPTIMISMUS A PESIMISMUS V KULTURNÍM KONTEXTU	124
5.1	Studie č. 11: Dispoziční optimismus ve vztahu k chování souvisejícímu se zdravím v ČR a v USA	128
	SHRNUTÍ A ZÁVĚR	134
	SUMMARY	140
	LITERATURA	147
	VĚCNÝ REJSTRÍK	163

ÚVOD

Je optimismus pro zdraví a dlouhý život (ve zdraví) výhodou, či spíše rizikem? Starají se lépe o své zdraví (čestí) optimisté, nebo pesimisté?

Není jednoduché rozhodnout, zda to jsou optimistická, či pesimistická očekávání, která vedou člověka k větší pozornosti ve vztahu ke svému zdraví i větší péči. Stojí proti sobě na jedné straně poněkud nerealistická víra ve vlastní nezranitelnost, spojená s aktivním postojem k životu a nadějeplnými vyhlídkami, a na druhé straně větší citlivost k stinným stránkám života, která může vést k různým preventivním opatřením a reálné snaze vyhnout se rizikům.

Publikace, kterou otevíráte, přináší řadu informací a zjištění, jejichž cílem je zmapovat celou vyznačenou oblast zájmu, aby bylo v závěru možné dát na tyto otázky jasnější odpověď.

V první kapitole představujeme optimismus a pesimismus jako filozofické kategorie ve stručném historickém přehledu. Následuje vymezení současných psychologických konstruktů optimismu a pesimismu. Od čtvrté kapitoly sledujeme tyto konstrukty optimismu a pesimismu v kontextu zdraví a chování souvisejícího se zdravím. Závěrečná kapitola je věnována úvaze o kulturní podmíněnosti optimismu, pesimismu a jejich projevu.

V knize je uvedeno jedenáct původních empirických studií, které se vztahují k jednotlivým tématům a které dokumentují autorčinu pozornost dlouhodobě věnovanou dané problematice. Většina uvedených výzkumů byla realizována v průběhu čtyř na sebe navazujících výzkumných projektů podporovaných Grantovou agenturou České republiky, které autorka vedla jako hlavní řešitelka v Psychologickém ústavu FF Masarykovy univerzity. První studie vznikla v kontextu výzkumného projektu GA ČR č. 406/02/1040 *Předpoklady životní spokojenosti současné adolescence: osobnost, hodnoty a společenské perspektivy*, který byl řešen v letech

2002–2004. Odkazujeme též na některé výzkumné výstupy projektu probíhajícího v letech 2005–2007 GA ČR č. 406/05/0564 *Předpoklady životní spokojenosti a zdraví současných vysokoškolských studentů: tělesné sebepojetí, zdraví podporující chování a osobnost*. Studie č. 2 a 9 vznikly jako výstupy dílčích úkolů výzkumného projektu z let 2009–2011 GA ČR č. 406/09/0611 *Kognitivní předpoklady zdraví*. Nejvíce si ceníme výstupů dosud posledního výzkumného projektu GA ČR č. 13-19808S *Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely, konsekvence*, který jsme realizovali v letech 2013–2016. V knize, jež je sama o sobě jedním z výstupů tohoto projektu, jsou představeny čtyři relativně velké studie řešené s jeho podporou. Jedná se o studie č. 6, 7, 8 a 10. Studie č. 6 (model optimismu) byla již v odlišném kontextu publikována jako jedna z dílčích kapitol kolektivní monografie *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence* (Dosedlová et al., 2016), vydané rovněž v edici *Spisů Filozofické fakulty Masarykovy univerzity*. Její uvedení v propracovanější podobě i v této následné monografii považuje autorka za nutné z hlediska naplnění cílů práce – komplexně představit čtenářům současné konstrukty optimismu/pesimismu nejen teoreticky, ale i empiricky, na základě postupně realizovaných českých výzkumných studií. Zbývající uvedené výzkumy drobnějšího charakteru (studie č. 3, 4, 5 a 11) vznikly jako diplomové práce pod autorčíným vedením. Jak naplňování cílů grantových projektů, tak provedení samotných dílčích studií bylo vždy týmovou prací a spolupracovníci jsou v publikaci jmenovitě uvedeni, samotné studie jsou náležitě citovány.

Věřím, že čtenáře problematika životních iluzí, které mohou, ale také nemusí mít pozitivní dopad na život, zaujme a že pro sebe získá přínosné informace z oblasti dnes tak významné – z oblasti prevence zdraví, které se více či méně účastníme všichni tím, co pro své zdraví (ne)děláme každý den.

Jaroslava Dosedlová

1 OPTIMISMUS A PESIMISMUS Z HISTORICKÉHO HLEDISKA

1.1 Optimismus a pesimismus v náboženských systémech

Všechna velká světová náboženství reflektují potřebu rovnováhy mezi optimismem a pesimismem, každé z nich je však ve způsobu předávání optimistického nebo pesimistického pohledu na svět specifické.

Centrální osou hinduismu, jednoho z nejstarších náboženství, je víra v reinkarnaci, cyklus narození, života na této zemi, smrti a opětovného narození na úrovni, která je dána kvalitou předchozího života. To hinduistům přináší jistotu věčného života a optimistickou vizi, že se dobrým nesobeckým životem reinkarnují na vyšší úrovni. V životě samotném však kastovní systém neumožňuje sociální postup (Keene, 2003).

Buddhismus je jednou z interpretací hinduistického náboženského systému. Základní východisko je pesimistické, protože člověk je předurčen k tomu, aby se trápil nedosažitelností naplnění svých tužeb vzhledem k tomu, že nic na tomhle světě není trvalé. Je však možné askézí a meditací odstranit touhu samotnou, a tak se vymanit z nekonečného cyklu reinkarnace. Člověk pak může dosáhnout žádoucí nirvány (Hopfe, 1987).

Judaismus je nejstarší monoteistické náboženství na světě. Klade důraz na komunitu. Židé věří, že jsou vyvoleným národem a v božích záměrech zastávají významnou úlohu. Přesvědčení o vlastní výjimečnosti a silné sociální zázemí tvoří dobré předpoklady pro rozvoj optimistického postoje k životu. Život je dar od Boha a měl by být žit dle jeho pravidel. Smrt je smutná událost, ale duše člověka neumírá; odebírá se na svou cestu do věčnosti (Miller, Schott Richards, & Keller, 2002, in Chang, 2002).

Křesťanství v dnešní době vyznává nejvíce věřících. Svět je dobrý, člověk se však rodí jako hříšník, s dědičným hříchem. Lidské bytosti tedy nejsou dobré a nemohou

být dobré bez božské intervence. Tento akt přichází v podobě Ježíše Krista, který snímá hřích ze všech, kdo ho následují, a umožňuje jim věčný posmrtný život. S Ježíšem Kristem je spjata veškerá křesťanská naděje. Kvalita činů v průběhu života člověka na zemi ovlivňuje podobu věčného bytí jeho duše po smrti. Křesťanství nabízí optimistickou vizi věčného blaha v božím království, ale i strach z věčného utrpení v pekle (Hopfe, 1987; Miller, Schott Richards, & Keller, 2002, in Chang, 2002).

Islám je jedním z nejmladších světových náboženství. Muslimové věří v jediného boha Alláha. Podobně jako v křesťanství člověk naplňuje jeden život, který určuje, jaké bude jeho bytí na věčnosti, v ráji nebo v pekle. Islám svým věřícím doporučuje přesné způsoby, jak žít a jak se chovat k druhým. Tlumočení optimismu a pesimismu je podobné jako v křesťanství (Keene, 2003).

V posledních třech dekádách řada výzkumů prokázala pozitivní vliv religiozity na duševní i psychické zdraví. Věřící lidé, nikoliv však extrémisté, mají vyšší pocit kontroly nad svým životem, těší se subjektivně vnímané božské podpoře (Pollner, 1989). Religiozita koreluje se smyslem života (Halama, Martos, & Adamovová, 2010). Zvnitřněná, subjektivně hluboce prožívaná religiozita souvisí s efektivním zvládnutím náročných životních situací, vyšší mírou duševního zdraví a kvalitou života (Stríženec, 1996).

1.2 Optimismus a pesimismus jako filozofické kategorie

Optimismus a pesimismus zastávají ve filozofii pozici protipólu a antiteze.

Filozofové jsou vnímáni jako optimističtí, pokud se jim kosmos jeví jako vstřícný vůči lidským cílům a aspiracím, a naopak jako pesimističtí, pokud považují vesmír za nevšimavý, indiferentní či dokonce hostilní vůči lidským bytostem a civilizaci.

Objektivní zdůvodnění může optimismus nalézat v teistické metafyzické koncepci, která vysvětluje existenci světa na základě boží vůle nebo na základě pan-teistické koncepcce, která ztotožňuje boha se světem, s přírodou a klade důraz na věčně trvající jednotu veškerenstva.

Jako filozofické pojmy optimismus a pesimismus předpokládají, že člověk je schopen nahlížet budoucnost nezkresleně na základě spolehlivé analýzy významných minulých i současných událostí. Filozofická stanoviska týkající se optimismu a pesimismu v sobě tradičně zahrnují dva předpoklady:

- a) filozofové se pokoušejí předvídat budoucnost a priori užitím různých obecných principů, které jsou chápány jako neměnitelné pravdy, např. Boží existence,
- b) budoucnost je předvídána a posteriori, s odvoláním na empiricky zjištěné a ověřené zákony a vzorce uplatňující se v přírodě (Domino, & Conway, 2002, in Chang, 2002).

Optimismus a pesimismus v antické filozofii

Nejstarší mýty odrážejí stav člověka v ustavičném ohrožení, ať již přírodními živly, nebo nepřáteli a násilníky. Z pocitu nedostatečné možnosti kontrolovat běh událostí se rodí fatalistická víra v nezměnitelný osud. Konflikty s osudem a vůlí bohů se stávají hlavním námětem tragédií. Stálé ohrožení života vede dokonce k formulaci nevíry v život: „Nejlepší pro člověka by bylo vůbec se nenarodit a nespářit jas slunce, avšak pokud už se jednou narodí, kéž projde bránou smrti, jak nejrychleji je to možné“ (Theognis, dle Copleston, 2014, s. 35). Přemíra štěstí a optimistického pohledu do budoucna je nebezpečná a nejistota individuálního bytí je taková, že o nikom nelze prohlásit, že je šťasten, dokud nezemřel (Kučerová, 2004).

V klasickém období se řecká filozofie věnovala nejprve výkladům vzniku světa a jeho uspořádání (Thales, Anaximandros, Anaximenes, Herakleitos, elejská škola, Anaxagoras, Empedokles, Pythagoras, Demokritos), později se obrátila ke zkoumání společnosti a člověka (Sokrates, Platon, Aristoteles). Vesmír byl chápán jako jednotný a účelně uspořádaný celek, ve kterém vládne určitý řád. Tento řád (logos) lze nejen různě chápat, ale i hodnotit. Herakleitovo učení např. působilo tak vážně, že proslul jako „plačící“ filozof, Demokritos naopak se svou láskou k poznání a vírou v rovnováhu světa jako filozof „smějící se“ (Hrušovský et al., 1998).

Člověk přirozeně hledá na Zemi blaženost a štěstí. To spočívá v životě ve shodě s přírodou a zákony společnosti a je třeba si ho zasloužit a zasluhovat svou aktivitou stále znovu. Řek klasického období chápe blaženost jako ctnost, vědění o dobru. Toto vědění zahrnuje moudrost ducha i péči o tělesnou zdatnost, o statečnost, uměřenost a spravedlnost. Ideálem je kalokagathia, spojení dobra a krásy (Nekvinda, 1996). Svoboda v pojetí Sokrata a Platona znamená sebeurčení prostřednictvím rozumu, který jedině může dobro poznat. Obec si klade za úkol výchovu individua ke ctnosti, a tím i ke svobodě. Spravedlivý člověk pečuje stejně o dobro své duše jako o blaho své obce (dle Ricken, 2002; dle Copleston, 2014). Řek poklasické doby ztratil pocit, že může zasahovat do valících se společensko-politických událostí. Uzavírá se v soukromí rodiny a přátel a s nimi pěstuje svobodu i ctnosti nezávislého ducha jako podmínku blaženosti. Chce-li být šťasten, odmítá a bagatelizuje obavy, starosti a strasti a vnímá vlastní existenci jako dílo naprosté náhody, tedy jako jedinečný zázrak (Epikuros, dle Diogenés Laertios, 1964; Long, 2003; Hadot, 2017).

Komplikovaná doba apeluje stále více na neochvějnou schopnost sebekontroly, omezování potřeb, je žádoucí zachovat za všech okolností (stoický) klid, umět snášet i zlo (nezáleží na realitě, záleží jen na naší mysli) a dokázat i zemřít, je-li naše lidství ohroženo (Seneca, Epiktétos, Marcus Aurelius Antoninus). Ve světě vládne nutnost, které se člověk musí podvolit: „Svolného osud vede, vleče vzdorného“ (Seneca, 1984, s. 223; Long, 2003).

Společensko-historicky podmíněné ubývání prvků optimismu a přibývání pesimismu dokládá i třetí helénistický směr. Skeptikové, představitelé nedůvěry

k lidskému poznání, pochybovači. Odmítají dogmatismus zavedených filozofických směrů, které bez váhání podávají navzájem zcela neslučitelné výklady světa. Není možné proniknout k podstatě a dosáhnout jistoty ve vědě, hlásají Pyrrhon, Ainesidemos a Sextus Empiricus (dle Copleston, 2014).

Optimismus a pesimismus ve středověku

Alternace optimismu a pesimismu se ve středověku ocitá ve zcela jiné poloze. Pro řecko-římský starověk byl charakteristický naturalismus. Filozofie se orientovala na přírodu jako na hlavní, podstatné a určující jsoucno. Ve středověku křesťanství nastolilo místo naturalismu supranaturalismus, víru ve svět nadpřirozený. Zdroj poznání je víra a víra ve zjevení je víc než smysly a rozum, víra je podmínkou spásy. Stvořitel je nedostupný našemu chápání. Lépe je nepokoušet se vědět, ale pouze věřit a být živ v lásce Boží.

Pojetí člověka kolísá od optimistické představy, že byl stvořen „k obrazu Božímu“, k pesimistické představě naprosté nedostatečnosti. Např. Aurelius Augustinus (354–430), vůdčí zjev tzv. patristiky, křesťanské filozofie otců-zakladatelů, napsal: „A co jsem? Nádooba hnoje, střepin a hnisu, plný zápachu a hrůzy, slepý, chudý, nahý, podrobený mnohým nedostatkům a neznající svého východu ani vchodu. Jsem bídný, smrtelný, ten, jehož dny jsou pomíjející jako stín...“ (dle Tretera, 1999, s. 165). Duše je nadřazená tělu a tělo na ni nemá žádný vliv, i když duše vnímá změny v těle s ohledem na vnější stimuly. Duše je stvořená Bohem a štěstí lze nalézt pouze v Bohu (Aurelius Augustinus, 2000; Copleston, 2016).

V raném středověku platí, že svět je slzavé údolí. Kristus na kříži je výmluvný symbol. Je třeba potlačovat tělo a smyslnost, odumřít světu a trpělivě snášet všechny strasti, které život přináší.

Evangelickou (novozákonní) čistotu zachovávají mnišské řády, ale sama církev uzavírá se světským životem kompromisy. Utváří se i nová, rytířská kultura ozbrojených bojovníků za křesťanskou víru. Ta protirečí asketismu a ukazuje radost ze života, z dobrodružství, z poznání cizích krajů, z krásy a lásky (Tretera, 1999).

Se změnou dobového klimatu Evropou proniká reformační hnutí (včetně husitského jako jednoho z nejstarších) podnícené nespokojeností se světským panováním církve. Souběžně s ním se z bohatých italských měst šíří renesance s návratem k naturalismu, individualismu a hédonismu. Optimismus a pesimismus vyjadřují opět přirozený vztah člověka ke světu a životu. Nejde již o spojení s Boží milostí nebo Božím zatracením, ale s lidskou aktivitou, s usilovným snažením a s jeho zdarem či nezdarem (Kučerová, 2004).

Optimismus a pesimismus v novověku 17. a 18. století

Jako filozofické kategorie se dají optimismus a pesimismus identifikovat v moderní evropské filozofii od 17. století. Vzdělanou Evropou se šíří přesvědčení, že se lidský duch zdokonaluje a že díky přibývajícimu poznání dochází k pokroku. Nepřehlédnutelné změny uvnitř vedoucích evropských zemí, růst bohatství, objevné cesty a počátek kolonizace jiných světadílů přispívají k věrohodnosti teorie pokroku a upevňuje víru v neomezenou schopnost růstu lidského ducha. Rozum je schopen podat o světě a o člověku nepochybnou pravdu a zároveň sestavit návrh na správné řízení lidského života a mezilidských záležitostí (Domino, & Conway, 2002, in Chang, 2002).

Za „zvěstovatele“ nového věku, v němž vědění slouží k ovládnutí přírodních sil a uspořádání světa pro blaho člověka, sám sebe označil Francis Bacon z Verulam (1551–1626). Úspěšně rozvinul induktivní metodu poznávání (Bacon, 1974).

Rovněž René Descartes (1596–1650), představitel racionalismu a zastánce deduktivní metody, se orientoval na vědu jako na podmínku kvalitnějšího a zdravějšího života. Zdroj Descartova optimismu tkvěl v přesvědčení, že lidský rozum může odhalit tajemství přírody, a tak přispět ke zlepšení života na zemi (Descartes, 2016).

Gnoseologický optimismus zastával též Jan Amos Komenský (1592–1670). Celé jeho obsáhlé dílo je prodchnuto přesvědčením, že učenci všech národů světa se mají sdružit, aby pečovali o šíření vzdělanosti a osvěty. Promyšlenými školami a knihami povedou všechno lidstvo k vzdělanosti, k moudrosti a k tolerantnímu životu v klidu a míru (Komenský, 1992).

Metafyzický optimismus v absolutní podobě najdeme ve spisech Gottfrieda Leibnize (1646–1716). Všemohoucí, vševědoucí a nejvyšší dobrotivý Bůh sleduje při tvorbě světa princip optima a vytváří ze všech možností světa ten nejlepší možný. Bůh chce to nejlepší, svou prozřetelností vše vede k nejlepšímu, takže optimismus je objektivně oprávněný (Leibniz, 2004).

Leibnizovy myšlenky ironizuje ve svém dílku *Candide* François Arouet, zvaný Voltaire (1694–1778). Postavy v tomto příběhu trpí všemi možnými způsoby neštěstí, utrpení a zármutku. Navzdory veškeré bídě a tragédiím neústupný optimista, učitel Pangloss, trvá na tom, že vše je jen pro dobro, že i všechno zlé je k něčemu dobré. Ve Voltairově pojetí absolutní optimismus jen snižuje citlivost vůči lidskému utrpení. Voltairovi však ve skutečnosti jde o kritiku jak optimismu, tak pesimismu, tedy jakýchkoliv neverifikovatelných spekulativních principů (Voltaire, 2007).

Jean Jacques Rousseau (1724–1804) byl souputníkem francouzských encyklopedistů, jejich bezvýhradný vědecký optimismus však nesdílel. Na otázku, zda obnova věd a umění přispěla k zúšlechťení mravů, odpověděl, že člověk je od přírody dobrý a šťastný, ale společnost jej kazí a kultura jej činí otrokem. Věda a umění

jsou výplodem nečinnosti, pohodlí a přepychu, společenské nerovnosti. Záchrana člověka je v „návratu k přírodě“ (dle Röd, 2004).

Stejně jako Voltaire, i David Hume (1711–1776) zpochybnil myšlenku, že božská prozřetelnost může být odvozována z uspořádání přírody a světa. Vede nás ke skepticizmu – ať už se budeme věnovat čemukoliv, nikdy nebudeme schopni poznat podstatu světa. K praktickému životu však není absolutní poznání ani třeba (dle Röd, 2004).

Immanuel Kant (1724–1804) v Kritice čistého rozumu označuje jak optimismus, tak pesimismus za metafyzicky neobhajitelné kategorie. Přesto přiznává optimizmu hodnotu z čistě praktických důvodů. Tzv. souhrn dobra (summum bonum) představuje konvergenci ctnosti a štěstí. Existenci Boha a nesmrtelnost duše navrhuje postulovat jako nutnou podmínku (nebo i dostatečnou motivaci) pro dosažení „nejvyššího dobra“, pro možnost nastolení morálního zákona, ačkoliv nemůžeme dokázat, že jeho realizace na Boží vůli nějak závisí.

I tak je podle Kanta Boží existence logicky možná, stejně jako optimalizace světa, neboť tuto existenci není možné vyvrátit (Kant, 1996).

Od 19. století do současnosti

Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770–1831) je ve filozofii dějin představitelem historického optimizmu, i když jeho systém obsahuje i některé momenty negativní (odcizení, konflikt, svár). Cílem lidského vývoje je cesta ke svobodě a ta se od dob orientální despotie přes řecko-římskou antiku v moderní Evropě viditelně šíří a stává se všeobecnou.

Takzvaný kulturní optimizmus zastává kromě Hegela Lessing, Herder, Fichte a dále je třeba vlastní i marxizmu. Tito filozofové počítají se stále vyšším vývojem lidského pokolení a jeho kultury: všechno zlo i sama špatnost je jen nutným stadiem přechodu, který bude pozitivně překonán.

Naproti tomu kulturní pesimisté (Troeltsch, Spengler) sledují rozkvět každé kultury s vědomím, že opět zanikne bez možnosti využít jakýkoliv prostředek, který by kulturní pád zastavil (dle Brugger, 1994).

Metafyzický základ veškeré moderní nevíry v budoucnost a v kladné stránky života poskytl svými úvahami Arthur Schopenhauer (1788–1860). Nejen že nepovažuje náš svět za nejlepší možný, ale nazývá ho dokonce nejhorším možným ze všech světů. Možný svět charakterizuje jeho schopností trvat. Náš svět nemá tuto kvalitu (např. kdyby všechny prostředky produkující kyslík byly zničeny). Pokud by náš svět nebyl tím nejhorším, pak by se nutně mělo dařit popsat svět ještě horší. Podle něj lidé nemohou být šťastní, a pokud jsou, je to jen důkaz jejich nevědomosti a nevšímavosti. To, co někteří lidé chybně za štěstí považují, je jen dočasná úleva od bolesti, iluze uspokojení. Jediný způsob, jak zmírnit napětí stálého chtění, je asketické vzdání se žádostivosti (Schopenhauer, 1992).

Ještě radikálnější ve svém pesimistickém nahlížení světa je Schopenhauerův žák Mainländer, hlásající Boží sebevraždu. Boží síla se na základě svého vědomého rozhodnutí roztránila v mnohosti světa, jehož všechny části směřují k zániku a navíc si ještě často vzájemně překáží. S každým zánikem umírá jednou provždy i část Boha. Zániku mají lidé napomáhat pohlavní zdrženlivostí (aby se lidstvo nerozmnožovalo) a sebevraždou, kterou Mainländer také svůj život ukončil (dle Kučerová, 2004).

Vliv Schopenhauerova pesimismu je patrný i v díle Friedricha Nietzscheho. Zatímco však Schopenhauer pokládá pesimismus za jedinou čestnou odpověď na absurditu lidské existence, Nietzsche nabízí poněkud křečovitě přitakání životu v podobě víry v příchod heroického nadčlověka přehodnocujícího všechny dosavadní hodnoty právem tvrdosti a síly. Přitom se však nemohl zbavit myšlenky „věčného návratu“, bezútěšného cyklického opakování lidských dějin (Nietzsche, 2013).

Široký ohlas na počátku 20. století získala kritika panteisticky zdůvodněného optimismu, kterou již dříve vypracoval Søren Kierkegaard (1813–1855). Zneuznal jednotu božského veškerenstva a filozofii obecného lidství. Zdůraznil naopak význam singulární existence, která je proniknuta úzkostí a bolestí. Bůh a svět představují dvě cizí entity, člověk zůstává osamocen, zcela sám. Pocit existence navíc splývá s pocitem hříšnosti. Zlo má nejčastější příčiny v individuální rozmanitosti života a jeho pomíjejícínosti. Kierkegaard otevřel cestu existencialismu, pesimistické filozofii 20. století (dle Černý, 1948).

Edmund Husserl (1859–1938) rezignoval na problém podstaty, nešlo mu o původ toho, co je, ale výhradně o podobu toho, co je. Koncipoval novou fenomenologickou metodu, což je přesná, ale pouhá deskripce struktur, jimiž si vědomí osvojuje obsahy (dle Černý, 1992).

Martin Heidegger (1889–1976) užíval fenomenologickou metodu svého učitele Husserla, ale na rozdíl od něj nerezignoval na ontologické otázky. Studium existenční struktury (formy vyprázdňené od obsahů) míní dojít k metafyzice bytí, k obecným zákonitostem lidské existence a bytí vůbec. Existence ovšem vždy předchází esenci, podstatě, která se řeší tváří v tvář nicotě jako bytí k smrti. Upozornil na pocit absurdnosti z bezdůvodnosti života (dysteologie), na pocit úzkosti přimykající se k jeho konečnosti, na průvodní jevy lidské situovanosti ve světě („Dasein“ znamená „In-der-Welt-sein“). Dasein je jsoucno, pro něž je jeho vlastní bytí je otázkou (dle Černý, 1948).

Jean-Paul Sartre (1905–1980), Albert Camus (1913–1960) a další filozofující existenciální spisovatelé netají své učitele Schopenhauera, Kierkegaarda, Husserla a Heideggera. Východiskem jejich pojetí je subjektivita individua bez objektivně daného smyslu existence. Nemajíc smyslu odjinud je absurdní existence čistou autonomií, sebevládou, svobodou (člověk je ke svobodě odsouzen). Pesimistický úděl bez vlastního výběru situovaného, smrtelného, osamělého a v sobě rozpolceného

člověka trpícího úzkostí je možné vykoupit pouze transcendencí, individuálním hledáním vlastního přesahu, subjektivního smyslu existence. Lze život žít a nesouhlasit s ním. Svobodně a z našeho rozhodnutí můžeme být tím, čím jsme z náhody a absurdně (Sartre, 2004; Camus, 2007).

V 70. letech 20. století někteří evropští i američtí filozofové vymezili své postoje negací moderny (M. Foucault, J. L. Lyotard, J. Derrida, J. Baudrillard, R. Rorty aj.). Soudí, že moderní racionalita vyčerpala své tvořivé možnosti a spěje k zániku. Podle tzv. postmodernistů neexistuje ucelený obraz světa, přírody, dějin, existuje jen pluralita životních způsobů a činností, skupin, oblastí a koncepcí lokálního, omezeného významu (Lyotard, 1993).

U Jeana Baudrillarda (1929–2007) vyznívá důsledek této fragmentarizace zvláště pesimisticky – vývoj nemá smysl, historie skončila, naděje na lepší budoucnost neexistuje (Baudrillard, 1997).

Wolfgang Welsch (*1946) v publikaci *Naše postmoderní moderna* rozlišuje dvě postmoderny, postmodernu povrchní, bezbřehou a náladovou mající povahu módního trendu a postmodernu skutečnou, přesnou a náročnou, která na půdě filozofických a speciálně vědeckých disciplín usiluje legitimně o nové pochopení problémů doby a která snad může překonat i současné tendence k nihilismu a pesimismu (Welsch, 1994).

1.3 Počátky optimismu a pesimismu v psychologii

K největším osobnostem psychologie 20. století patří bezpochyby Sigmund Freud (1856–1939). V jeho díle lze najít úvahy týkající se optimismu a pesimismu. Freud definuje štěstí jako možnost spontánního veřejného vyjádření nevědomých pudů a impulzů. Zároveň si uvědomuje, že v reálném světě to není možné, proto zastává stanovisko, že člověk je odsouzen k tomu být nešťastný. Optimismus existuje jen jako iluze, která udržuje civilizaci především prostřednictvím institucionalizovaných náboženských představ o posmrtném životě. Optimismus je tak výsledkem konfliktu mezi instinkty a socializací (Freud, 1989).

Americký psycholog William James (1842–1910), jeden ze zakladatelů vědecké a empiricky založené psychologie, rovněž nesdílí optimistické postoje. Je skeptický vůči rozvíjející se vědě, která vzbuzuje nadějeplná očekávání ohledně zajištění materiální základny lidského štěstí. Vnímá jedinečnost každého člověka a rozdílnost jeho potřeb. Co pomáhá jednomu, nemusí pomoci druhému. Věda dle něj nebude nikdy schopná postihnout individuální odlišnosti lidí. Optimismus vnímá jako závoj – může ho odfouknout závan větru nebo ho můžeme ze zvědavosti sami poodhrnout. Život považuje za příliš nejistý na to, aby se člověk mohl optimistickým očekáváním oddat. Povzbuzuje ho však, aby v sobě posiloval

postoj odolávání a chuť bojovat (dle Domino, & Conway, 2002, in Chang, 2002; Peterson, 2000).

Psychologové a psychoterapeuti první poloviny 20. století vycházeli z předpokladu, že zdravý člověk je člověk realistický a mírou duševního zdraví je schopnost přijmout realitu. Považovali tedy za nutné vystavit své žáky a pacienty realitě, nehledě na to, jak bolestná tato zkušenost pro ně může být. Tento trend se začal měnit v 60. a 70. letech 20. století, kdy výsledky psychologických výzkumů dokládaly, že většina populace nemá realistický náhled na svět. Tiger (1979) dokonce označil optimismus za evoluci vybranou a stabilizovanou integrální součást lidské přirozenosti. Optimismus a pesimismus má dle něj významnou adaptační funkci. Optimisté jdou do akce s výhledem na odměnu, nehledě na to, jak tato odměna může být vzdálená. Nebojí se riskovat a riskování je v nepředvídatelných situacích podmínkou explorační. Pesimisté jsou opatrnější, více zvažují riziko, což v některých situacích může být rovněž výhodou zvyšující šanci na přežití. Optimisté jsou podle Tigera méně realističtí než pesimisté. V každém případě se oba tyto přístupy v evoluci osvědčily a představují určitou rovnováhu dvou typů adaptačních mechanismů.

2 SOUČASNÉ PSYCHOLOGICKÉ TEORIE OPTIMISMU

2.1 Optimismus jako kognitivní chyba, pozitivní iluze, nerealistický optimismus

Jak jsme již předeslali, koncept duševního zdraví se tradičně spojoval s realistickým náhledem na sebe i na svět. V 60. a 70. letech však kognitivní psychologové začali upozorňovat na nepřesnosti v lidském uvažování. Matlinová a Stang (1978, dle Peterson, 2000) ve stovkách studií prokázali, že řeč, myšlení a paměť jsou selektivně pozitivní. Většina lidí se hodnotí pozitivně a v něčem nadprůměrně, svět pak obývají lidé, kteří jsou všichni „nadprůměrní“.

Lazarus (in Breznitz, 1983) pozitivně zkreslený náhled na sebe a na svět nazývá „pozitivním popřením“ a spojuje je s psychickou pohodou duševně zdravých lidí.

Beck (1967) považuje depresi za kognitivní poruchu, která je charakterizovaná pesimismem a beznadějí, tedy negativním vnímáním sebe sama, reality a budoucnosti.

Taylorová a Brown (1988, 1994) položili vědeckému fóru provokující otázku: je vůbec možné být šťastný a zachovat si realistický náhled na sebe a na situaci? Jsou šťastní lidé realisté, nebo se dopouštějí soustavných chyb při vnímání a hodnocení reality? Sami autoři upozorňují na tři možné typy iluzí běžně se vyskytujících u spokojených, psychicky zdravých a dobře adaptovaných osob:

1. mírné sebenadhocování zahrnující autogratifikaci a autoprotekci,
2. nadhodnocování vlastní možnosti kontrolovat běh událostí svého života,
3. nahlížení budoucnosti ve světle nerealistického optimismu.

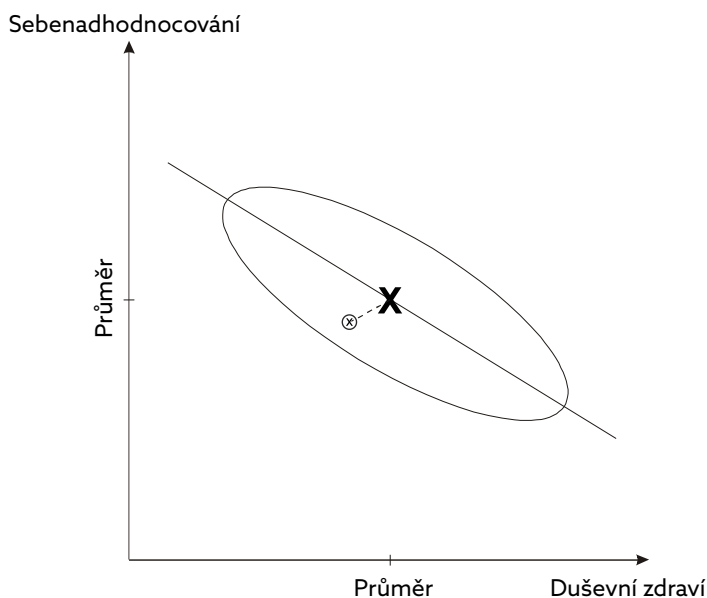
Taylorová (1989) rozlišuje iluzi a sebeklam optimismu. Iluze jsou na rozdíl od sebeklamů více vztaženy k realitě (i když neochotně) a jsou spojeny s větším pocitem odpovědnosti.

2.1 Optimismus jako kognitivní chyba, pozitivní iluze, nerealistický optimismus

Zveřejnění konceptu pozitivních iluzí vyvolalo živou polemiku. Se zásadní kritikou vystoupili Colvin a Block (1994), a obnovili tak pojetí psychického zdraví spojeného se schopností realisticky nahlížet na sebe sama i na svět kolem sebe. Tito autoři předložili výzkumné závěry, které dokládají negativní korelační vztah mezi sebenadhodnocováním a uznávanými, žádoucími osobnostními rysy. Jinak řečeno, lidé s výraznější mírou sebenadhodnocování vykazují v hodnocení nezávislymi posuzovateli zároveň více negativních osobnostních charakteristik.

O smíření obou postojů se snažili Asendorpf a Ostendorf (1998). Zaměřili se ve svém výzkumu především na pozitivní iluzi sebenadhodnocování a jako první krok potvrdili její vztah k sociální žádoucnosti. Prokázali jeho nulovou hodnotu ve vztahu k osobnostním rysům, které v naší kultuře vzbuzují neutrální postoje. Interindividuální rozdíly v sebenadhodnocování se tedy zvyšují se vzrůstající společensky uznávanou hodnotou osobnostního rysu a zároveň jsou u vysoce společensky žádoucích rysů osobnosti konzistentní. Co se týká sporu Taylorové a Browna s Colvinem a Blockem, pokusili se demonstrovat možnou koexistenci naprosto protichůdných výsledků následujícím grafem:

Graf 1 Vztah sebenadhodnocování a duševního zdraví (Asendorpf, & Ostendorf, 1998).



Colvin, Funder a Block (1995) se zajímali o vztah mezi duševním zdravím (žádoucí osobností) a sebenadhodnocováním v netříděné populaci znázorněné na obrázku elipsou. Zjištěná negativní korelace je v grafu vyjádřena sestupnou regresní

křivkou. Taylorová s Brownem (1988) porovnávali průměrné sebenadhodnocování vyjádřené v grafu velkým křížkem s průměrnou mírou sebenadhodnocení (malý křížek) ve skupině psychiatrických pacientů se sklony k depresím (malý kroužek). Zjištěná snížená úroveň sebenadhodnocení u pacientů je vyjádřena vzestupnou regresní křivkou. Z náčrtu tak jasně vyplývá, že protichůdné závěry se ve skutečnosti vzájemně nepopírají a jsou schopny koexistence. Umíme si jistě představit jiné skupiny pacientů, jejichž sebehodnocení je výrazně pozitivně zkresleno a tvoří nepřehlédnutelnou součást klinického patologického obrazu (např. u narcistické poruchy osobnosti). Je tedy možné uzavřít, že míra sebehodnocení osciluje na škále, jejíž oba extrémní póly jsou neslučitelné s duševním zdravím.

Pokud se zaměříme na pozitivní iluzi ve smyslu nerealistického optimismu, dostaneme se k práci Weinsteina (1980, 1982), který upozornil na to, že naše vztahování se k budoucnosti je zatíženo kognitivními chybami. Vytvořil soubor 42 pozitivních a negativních životních událostí a požádal studenty, aby ohodnotili, jaká je pravděpodobnost, že je ve srovnání se svými spolužáky zažijí. Studenti v antcipaci svého života nadhodnocovali pravděpodobnost prožití pozitivních událostí (např. budu mít dobře placené zaměstnání, zdravé děti, dobré vztahy s blízkými lidmi) a podhodnocovali možnost výskytu negativních událostí (např. rozvedu se, onemocním rakovinou). Weinstein (1980) tento jev nazval **nerealistický optimismus** (angl. *unrealistic optimism* nebo *optimistic bias*) a definoval ho jako obecnou tendenci očekávat, že negativní události se spíše přihodí jiným a pozitivní události s větší pravděpodobností nám.

Měření míry nerealistického optimismu

Nerealistický optimismus je standardně posuzován ve skupině a je založený na sociálním srovnávání. Neříká nám nic o přesnosti úsudku jednotlivce ve skupině, nevíme, zda někdo své šance odhadl zcela realisticky nebo se dopustil jen mírného zkreslení, nevíme nic ani o lidech z druhého pólu, u nichž dosahuje pozitivní iluze vysoké míry. Ordinální pozice na škále, ať už pod průměrem, v průměru či nad průměrem, nás nijak neinformuje o míře systematické chyby v úsudku jednotlivců, pokud nemáme vnější objektivní kritérium.

Radcliffe a Klein (2002) poukázali na tento nedostatek a zavádějí proměnnou **komparativní optimismus**, tedy individuální systematickou chybu v úsudku ve smyslu pozitivního zkreslování budoucnosti, která je měřena na základě objektivního vnějšího kritéria. Ve své studii posuzovali individuální úsudky týkající se zdravotního rizika s výsledky objektivizované škály zahrnující epidemiologická data, normy národní úmrtnosti, fyziologické údaje a regresní křivky (Health Risk Appraisal, Robbins, 1970, dle Radcliffe, & Klein, 2002).

Další možností jsou prospektivní studie, které se probandů ptají na odhad pravděpodobnosti zažití určitých situací ve vymezeném časovém období (třeba

v průběhu následujících tří let), a pak jsou odhady porovnány s reálnou objektivní evidencí situací. Tak postupovali Linvilleová, Fischer a Fischhoff (1993), kteří u vysokoškoláků konstatovali nadhodnocování možnosti zažít elektrošok, onemocnět rakovinou a zranit se při autonehodě, podceňovali možnost onemocnění chřipkou a oparem (herpes) a objektivně posoudili možnost být diagnostikován jako HIV séropozitivní.

Jiný způsob srovnání užíli Rothman, Klein a Weinstein (1996), kteří odhady studentů týkající se negativních událostí (rozvod, závislost na alkoholu, rakovina, infekce) porovnávali se statistickými údaji týkajícími se mužů a žen stejného vzdělání a věku. Zjistili, že odhady individuálního rizika byly relativně přesné, nerealistický optimismus byl způsobený tím, že studenti přeceňovali riziko průměrného vrstevníka, ke kterému se měli vztahovat.

Termíny nerealistický optimismus a komparativní optimismus často ve výzkumech figurují v nerozlišeném významu.

Nerealistický optimismus byl mnohokrát ověřen v řadě výzkumů a byly proěřovány i jeho psychologické a neuropsychologické moderátory (Hoch, 1984; Helweg-Larsen, & Shepperd, 2001; Klein, & Weinstein, 1997; Weinstein, & Klein, 2002; Sharot, Riccardi, Raio, & Phelps, 2007; Sharot, Korn, & Dolan, 2011; Sharot, 2013; Garrett, & Sharot, 2014). Ve výzkumu provedeném v Psychologickém ústavu FF MU v Brně r. 2004 jsme v rámci výzkumného souboru 840 adolescentů prokázali existenci systematické chyby v nahlížení vlastní budoucnosti ve směru jejího pozitivního zkreslení u 15 životních událostí z celkového počtu 20 předložených.

2.2 Studie č. 1: Optimismus jako pozitivní iluze u současných adolescentů

Cílem studie (Dosedlová, Klimusová, Jelínek, & Blatný, 2004) bylo zjistit, jaké jsou průměrné subjektivně odhadované šance respondentů, že zažijí určitý druh události (pozitivní či negativní), ve srovnání s tím, jak respondenti odhadují šance na prožití stejných událostí u svých vrstevníků stejného pohlaví a stejného typu školy. Dále na základě průměrných rozdílů vytvořit škálu optimismu a posoudit subjektivně vnímané perspektivy a míru optimismu respondentů ve vztahu k pohlaví a dalším vybraným osobnostním charakteristikám.

Metoda

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 841 adolescentů (365 mužů a 475 žen, 1 respondent nevedl pohlaví) navštěvujících 2. a 3. ročníky náhodně vybraných středních odborných učilišť, středních průmyslových škol, středních škol s uměleckým zaměřením a gymnázií v Jihomoravském kraji.

Použité nástroje

NEO Pětifaktorový osobnostní dotazník

Pro zjištění rysů osobnosti jsme použili metodu *NEO pětifaktorový osobnostní inventář*, který z původní verze NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCrae převedli na základě lexikální analýzy jazyka M. Hřebíčková a T. Urbánek (Testcentrum, Praha 2001).

Samotný dotazník obsahuje 60 položek sytících pět základních faktorů: otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost, extravertzi¹, přívětivost a neuroticismus. Respondenti vyjadřují své mínění o tom, jak je jednotlivá tvrzení vystihují, na pětibodové škále (0 – vůbec nevystihuje, 1 – spíše nevystihuje, 2 – neutrální, 3 – spíše vystihuje, 4 – naprosto vystihuje).

Dotazník životní spokojenosti – *Satisfaction with Life Scale* (Pavot, & Diener, 1993)

Škála posuzující úroveň životní spokojenosti je tvořena pěti položkami. Zkoumané osoby měly vyjádřit míru svého souhlasu či nesouhlasu s jednotlivými položkami na škále od 1 do 5 (1 – vůbec nesouhlasím, 2 – spíše nesouhlasím, 3 – nemohu se rozhodnout, 4 – spíše souhlasím, 5 – zcela souhlasím). Pro analýzu jsme použili součtové skóre, které při pěti položkách Škály životní spokojenosti nabývá hodnot od 5 do 25. Škála je skórována tak, že vysoké skóre znamená vysokou úroveň životní spokojenosti.

Rosenbergova škála sebehodnocení – *Self-esteem Scale* (Rosenberg, 1965, Blatný, & Osecká, 1994)

Pro zjištění celkové úrovně sebehodnocení (globálního vztahu k sobě) jsme použili Rosenbergovu škálu sebehodnocení skládající se z 10 položek. Respondenti vyjadřovali míru výstižnosti jednotlivých tvrzení vůči sobě na čtyřbodové škále (1 – zcela neplatí, 2 – spíše neplatí, 3 – spíše platí, 4 – zcela platí). Vysoké skóre znamená vysokou úroveň sebehodnocení.

DSP Dotazník sociálních perspektiv, škála optimismu a subjektivního pocitu kontroly (Dosedlová, & Klimusová, 2004)

Abychom zjistili, jak se adolescenti vztahují k vlastní budoucnosti, vytvořili jsme seznam 20 událostí (13 pozitivních a 7 negativních), které mohou očekávat ve svém profesním a osobním životě.

V první části dotazníku bylo úkolem respondentů odhadnout v procentech, jaké jsou jejich šance, že určitou událost prožijí (0% = žádná šance, 100% = jistota). Ve druhé části dotazníku respondenti odhadovali v procentech, jaká je šance, že dané události prožijí jejich vrstevníci stejného pohlaví (0% = žádná šance, 100% = jistota).

Třetí část dotazníku tvořila pětibodová škála zaměřená na subjektivní pocit kontroly nad životními událostmi (1 = nemohu výskyt události vůbec ovlivnit, 2 =

1 Není shoda v užívání termínu extravertze/extrovertze. Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000) nabízí obě varianty. V textu užíváme formu extravertze (z lat. extra, navenek).

mohu ho ovlivnit jen v malé míře, 3 = mohu výskyt události ovlivnit středně, 4 = mohu ho ovlivnit ve velké míře, 5 = mohu ho zcela ovlivnit).

Dále jsme na základě prvních dvou částí dotazníku vytvořili škálu nerealistického optimismu, který chápeme jako očekávání posuzované osoby, že ji ve srovnání s vrstevníky stejného pohlaví potkají v budoucnosti ve větší míře žádoucí události a v menší míře než vrstevníky nežádoucí události. (Naše pojetí se blíží konceptu optimismu jako tzv. pozitivní iluze autorů Taylorové a Browna, 1988 a 1994.)

Vytvořili jsme 20 nových proměnných, které vznikly odečtením šancí vrstevníků od šancí respondentů u žádoucích událostí, nebo naopak u nežádoucích událostí. Po sečtení hodnot a vytvoření průměrů u všech těchto dvaceti proměnných vznikla škála k posouzení míry optimismu respondentů. Reliabilita této škály dosáhla uspokojivé hodnoty (Cronbachova alfa = 0,79).

Způsob získání a zpracování dat

Soubor metod jsme administrovali v září a říjnu r. 2002 adolescentům v náhodně vybraných školách v průběhu vyučování formou „tužka–papír“.

Deskriptivními statistickými metodami jsme posoudili odhady vlastních perspektiv respondentů a perspektiv jejich vrstevníků (posuzovaných samotnými respondenty). Pomocí analýzy opakovaných měření Obecného lineárního modelu (Repeated Measures GLM) jsme ověřili statistickou průkaznost rozdílů v odhadech šancí vlastních a vrstevnických. T-testy pro nezávislé výběry jsme posoudili statistické rozdíly v míře vyjádřeného nerealistického optimismu mezi dívkami a chlapci.

Výsledky a jejich interpretace

Posouzení průměrných subjektivně posuzovaných šancí respondentů zažít určitý typ situace ve srovnání s vrstevníky

Přítomnost nerealistického optimismu ve smyslu nadhodnocení vlastních šancí dokazuje následující Tabulka 1 a Graf 2.

Tabulka 1 Rozdíly mezi odhady vlastních a vrstevnických perspektiv

Životní událost	vlastní perspektivy		perspektivy vrstevníků	
	<i>m</i>	<i>sd</i>	<i>m</i>	<i>sd</i>
1. budu pokračovat na VŠ, získám zaměstnání dle svého výběru	66,07	23,29	56,64	18,77
2. budu zastávat uspokojivé zaměstnání	67,32	21,88	58,61	19,49
3. stanu se společensky významným	33,11	24,08	34,63	20,77
4. budu v dobrém zdravotním stavu do 45 let	57,70	25,84	55,32	20,29
5. dožiji se nejméně 80 let	40,98	27,25	42,46	22,10
6. budu mít vlastní byt	70,88	27,96	66,84	20,86

Životní událost	vlastní perspektivy		perspektivy vrstevníků	
	<i>m</i>	<i>sd</i>	<i>m</i>	<i>sd</i>
7. budu mít vlastní dům	61,74	27,49	51,74	20,79
8. budu mít nadprůměrný plat	53,57	26,63	46,79	19,34
9. budu mít trvalý vztah	70,41	24,39	66,30	20,31
10. budu moci cestovat do ciziny	79,04	23,30	74,87	21,26
11. uplatním se profesionálně i v zahraničí	44,40	26,71	41,49	21,22
12. odstěhuji se do zahraničí	31,13	26,89	30,49	21,03
13. budu mít zdravé dítě	69,37	24,08	68,23	21,57
14. rozvedu se	30,77	23,75	40,93	19,74
15. onemocním s trvalými následky	32,23	22,85	33,36	20,43
16. budu mít problémy s alkoholem či drogami	19,19	25,30	34,99	23,44
17. pokusím se o sebevraždu	11,83	21,94	16,77	18,73
18. budu delší dobu nezaměstnaný	28,09	22,24	35,23	20,72
19. moje životní úroveň bude pod hranicí chudoby	12,81	18,78	18,40	19,57
20. přímo se mě dotkne nějaká katastrofa	34,83	25,58	37,47	23,99

Abychom mohli posoudit míru optimistického očekávání respondentů, vytvořili jsme 20 nových proměnných, které vznikly odečtem šancí vrstevníků od šancí respondentů (u pozitivních událostí), nebo naopak (u negativních událostí). Po součtu hodnot těchto dvaceti proměnných a jejich následném zprůměrování vznikla škála nerealistického optimismu zachycující očekávání respondentů, že je ve srovnání s vrstevníky více potkají žádoucí události a méně potkají nežádoucí. Reliabilita této škály je uspokojivá (Cronbachova alfa = 0,79).

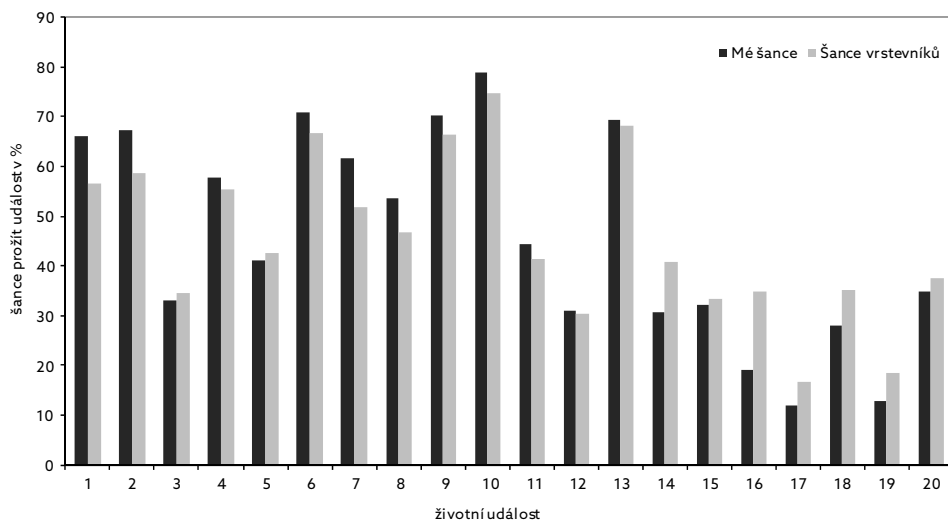
Tabulka 2 Rozdíly mezi subjektivními odhady vlastních perspektiv respondentů a perspektiv jejich vrstevníků

Životní událost	<i>N</i>	Δm	<i>sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
1. budu pokračovat na VŠ, získám zaměstnání dle svého výběru	824	9,45	24,39	130,025	0,000
2. budu zastávat uspokojivé zaměstnání	823	8,70	21,49	138,727	0,000
3. stanu se společensky významným	821	-1,59	24,08	1,397	0,238
4. budu v dobrém zdravotním stavu do 45 let	823	2,45	20,90	13,279	0,000
5. dožiji se nejméně 80 let	822	-1,59	19,48	5,432	0,020
6. budu mít vlastní byt	826	4,03	26,43	18,077	0,000

2.2 Studie č. 1: Optimismus jako pozitivní iluze u současných adolescentů

Životní událost	N	Δm	sd	F	p
7. budu mít vlastní dům	818	10,05	25,47	145,227	0,000
8. budu mít nadprůměrný plat	824	6,72	23,75	79,465	0,000
9. budu mít trvalý vztah	820	4,07	23,75	24,014	0,000
10. budu moci cestovat do ciziny	825	4,13	18,28	42,335	0,000
11. uplatním se profesionálně i v zahraničí	824	2,96	25,73	13,416	0,000
12. odstěhuji se do zahraničí	821	0,60	25,15	0,654	0,419
13. budu mít zdravé dítě	817	1,11	16,92	3,982	0,046
14. rozvedu se	821	10,18	21,49	174,458	0,000
15. onemocním s trvalými následky	818	1,10	15,28	4,270	0,039
16. budu mít problémy s alkoholem či drogami	823	15,73	23,56	352,433	0,000
17. pokusím se o sebevraždu	817	4,95	21,15	41,045	0,000
18. budu delší dobu nezaměstnaný	817	7,16	17,61	135,168	0,000
19. moje životní úroveň bude pod hranici chudoby	820	5,59	15,39	106,591	0,000
20. přímo se mě dotkne nějaká katastrofa	821	2,72	15,09	25,592	0,000

Graf 2 Rozdíly mezi odhady vlastních a vrstevnických perspektiv



Rozdíl mezi odhadem vlastních šancí a šancí vrstevníků je statisticky průkazný na 1% hladině statistické průkaznosti ($p < 0,01$) u všech událostí kromě položek č. 3, 5, 12, 13 a 15 (viz Tabulku 2). Optimistické zkreslení se tedy neprojevovalo či projevilo v menší míře u očekávání společenské významnosti, dlouhověkosti, stěhování se do zahraničí, vážnějšího onemocnění a narození zdravého dítěte. Nej-

větší rozdíl mezi odhadem vlastních šancí a šancí vrstevníků se objevuje u položek č. 16, 14, 7 a 1. Znamená to, že respondenti optimisticky očekávají, že s mnohem nižší mírou pravděpodobnosti oproti vrstevníkům budou mít problémy s alkoholem či drogami a že se rozvedou, naopak s větší mírou pravděpodobnosti očekávají získání vlastního domu a pokračování ve studiu či zastávání zaměstnání dle svého výběru.

Jako nejpravděpodobnější (70–80 %) ve svém životě respondenti označili možnost cestování do ciziny, získání vlastního bytu, navázání trvalého partnerského vztahu a vychovávání zdravého dítěte či dětí. Jako nejméně pravděpodobné (10–20 %) označují události 16, 17 a 19 (pokusím se o sebevraždu, budu mít problémy s alkoholem či drogami, moje životní úroveň bude pod hranicích chudoby). Pravděpodobnost vlastní dlouhodobé nezaměstnanosti (událost č. 18) vnímají respondenti v průměru jako 28%. Jen o něco větší pravděpodobnost přisoudili rozvodu, bezmála 31 %.

Vztah nerealistického optimismu, pohlaví a vybraných osobnostních proměnných

a) Rozdíly ve srovnávacích odhadech chlapců a dívek

Mezipohlavní rozdíly u odhadu vlastních šancí na prožití událostí ve srovnání s vrstevníky stejného pohlaví jsou statisticky průkazné ($p < 0,001$) u položek č. 3, 7 a 8. Dívky odhadují pravděpodobnost, že se stanou společensky významnými (položka č. 3, $F = 26,122$), že budou mít vlastní dům (položka č. 7, $F = 24,890$) a nadprůměrný plat (položka č. 8, $F = 28,266$), jako nižší než chlapci. Navíc se významně liší i ve vyjádřené míře optimismu. Zatímco si chlapci udržují optimistické přesvědčení, že jejich šance na naplnění těchto událostí jsou vyšší než u vrstevníků stejného pohlaví, dívky se u položek 7 a 8 nevydělují ze své vrstevnické skupiny a přisuzují sobě i jiným dívkám shodného vzdělání podobné šance. U položky č. 3 (stanu se společensky významným/významnou) dokonce přiznávají svým vrstevnicím vyšší šance, než mají samy. Do těchto signifikantních rozdílů v očekáváních se pravděpodobně nejvíce promítá obsah genderových rolí, se kterými se chlapci a dívky identifikovali. Dívky na základě zmíněných odpovědí prozrazují alespoň částečnou identifikaci s tradiční ženskou genderovou rolí, která se nepojí s takovým společenským a materiálním úspěchem jako role mužská.

Tabulka 3 Odhady vlastních a vrstevnických perspektiv z hlediska pohlaví

Životní událost	pohlaví	vlastní perspektivy			perspektivy vrstevníků		
		N	m	sd	N	m	sd
1. budu pokračovat na VŠ, získám zaměstnání dle výběru	M	353	68,06	23,74	354	56,13	19,07
	Ž	469	64,63	22,88	469	57,03	18,57
2. budu zastávat uspokojivé zaměstnání	M	353	68,59	22,46	353	58,28	19,71
	Ž	469	66,40	21,46	469	58,88	19,36
3. stanu se společensky významným	M	352	35,36	25,67	352	32,07	21,11
	Ž	468	31,25	22,65	468	36,51	20,36
4. budu v dobrém zdravotním stavu do 45 let	M	353	61,14	27,67	353	56,87	21,05
	Ž	469	55,20	24,02	469	54,12	19,65
5. dožiji se nejméně 80 let	M	353	39,48	27,80	353	41,12	22,29
	Ž	468	41,88	26,76	468	43,45	21,11
6. budu mít vlastní byt	M	354	70,01	29,59	354	66,60	21,33
	Ž	471	71,55	26,71	471	67,06	20,52
7. budu mít vlastní dům	M	350	66,12	26,08	350	50,99	22,16
	Ž	467	58,59	28,18	467	52,32	19,79
8. budu mít nadprůměrný plat	M	354	62,17	26,05	354	50,45	19,76
	Ž	469	46,97	25,20	469	44,01	18,59
9. budu mít trvalý vztah	M	354	72,00	24,11	354	67,62	19,91
	Ž	465	69,22	24,65	465	65,38	20,38
10. budu moci cestovat do ciziny	M	355	79,43	24,01	355	74,88	21,86
	Ž	469	78,73	22,80	469	74,91	20,81
11. uplatním se profesionálně i v zahraničí	M	354	45,72	26,63	354	39,96	21,64
	Ž	469	43,48	26,80	469	42,62	20,86
12. odstěhuji se do zahraničí	M	352	28,02	25,26	352	26,49	20,24
	Ž	468	33,39	27,82	468	33,48	21,15
13. budu mít zdravé dítě	M	352	70,73	25,31	352	68,91	22,26
	Ž	464	68,22	23,05	464	67,66	21,04
14. rozvedu se	M	352	30,60	24,26	352	39,24	20,34
	Ž	468	30,84	23,18	468	42,20	19,24
15. onemocním s trvalými následky	M	353	30,20	24,30	353	31,39	21,45
	Ž	464	33,81	21,58	464	34,86	19,50
16. budu mít problémy s alkoholem či drogami	M	353	20,63	27,53	353	34,97	25,32
	Ž	469	18,15	23,47	469	34,97	21,97
17. pokusím se o sebevraždu	M	354	11,29	22,35	354	14,78	19,09
	Ž	462	12,10	21,43	462	18,17	18,26
18. budu delší dobu nezaměstnaný	M	351	25,98	22,76	351	33,72	22,63
	Ž	465	29,64	21,71	465	36,39	19,13
19. moje životní úroveň bude pod hranicí chudoby	M	354	11,74	18,53	354	17,45	20,12
	Ž	465	13,58	18,92	465	19,09	19,11
20. přímo se mě dotkne nějaká katastrofa	M	352	31,51	26,97	352	34,01	25,05
	Ž	468	37,15	24,31	468	40,04	22,87

Porovnali jsme průměrné skóry chlapců a dívek t-testem pro nezávislé výběry. V míře celkově projeveného nerealistického optimismu se dívky a chlapci lišili na 1% hladině významnosti ($p < 0,01$), jak ukazuje následující tabulka. Dívky hodnotily vlastní budoucnost střízlivěji než chlapci.

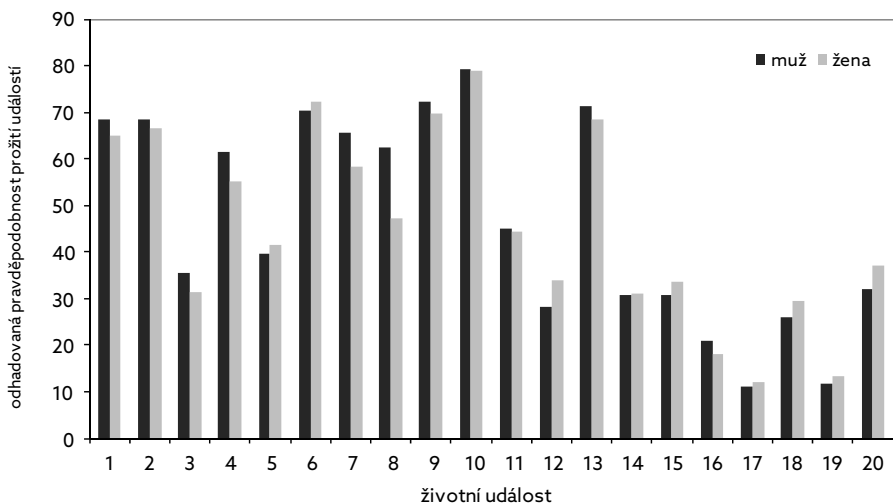
Tabulka 4 Vztah nerealistického optimismu a pohlaví

pohlaví	N	m	sd	t	p
muži	326	6,098	10,938	2,751	0,006
ženy	424	4,157	8,388		

b) Odhady vlastních šancí chlapců a dívek

Pomocí Obecného lineárního modelu GLM jsme posoudili rozdíly mezi odhady vlastních šancí na prožití daných životních událostí v souboru chlapců a dívek. Statisticky významné se ukázaly být u položek č. 4 ($F = 11,80$), 7 ($F = 13,882$), 8 ($F = 66,260$) na hladině $p < 0,001$ a 12 ($F = 8,323$), 20 ($F = 6,719$) na hladině $p < 0,01$. Chlapci si více než dívky věří v tom, že si udrží dobrý zdravotní stav do 45 let, budou vlastnit dům a budou finančně nadprůměrně odměňováni. Dívky si více než chlapci představují, že se přestěhují do ciziny. Domníváme se, že se do výsledků promítly plány dívek působit nějakou dobu v cizině v roli au pair, případně se do zahraničí provdat. Dívky také více než chlapci počítají s možnými negativními životními událostmi. Signifikantní rozdíl byl naměřen u položky č. 20, „přímo se mě dotkne nějaká katastrofa“.

Graf 3 Odhady pravděpodobnosti vlastní perspektivy prožití životních událostí u dívek a chlapců.



c) **Korelace mezi mírou optimismu a vybranými osobnostními proměnnými** přinesly následující zjištění: nerealistický optimismus respondentů se statisticky významně pojí s extravertí, svědomitostí, pozitivním sebehodnocením a subjektivní pohodou. Záporně koreluje s neuroticismem.

Tabulka 5 Korelace míry optimismu s vybranými osobnostními charakteristikami

<i>Osobnostní charakteristika</i>	<i>N</i>	<i>optimismus</i>
neuroticismus	722	-0,288**
extraverze	724	0,206**
otevřenost	721	0,075*
přívětivost	726	0,004
svědomitost	720	0,264**
sebeúcta	729	0,356**
SWB	750	0,258**

Pozn. ** statistická významnost na 1% hladině; * statistická významnost na 5% hladině.

Diskuse

V rámci celého výzkumného souboru jsme prokázali existenci systematické chyby v nahlížení vlastní budoucnosti ve směru jejího pozitivního zkreslení u 15 životních událostí z celkového počtu 20 předložených. Optimistické zkreslení se neprojevalo či projevilo v menší míře u očekávání společenské významnosti, dlouhověkosti, stěhování se do zahraničí, vážnějšího onemocnění a narození zdravého dítěte. Největší rozdíl mezi odhadem vlastních šancí a šancí vrstevníků jsme prokázali u očekávání dalšího vlastního studia, získání zaměstnání dle svého výběru a života ve vlastním domě, z negativních situací respondenti očekávali, že s mnohem nižší mírou pravděpodobnosti oproti vrstevníkům budou mít problémy s alkoholem či drogami a že se rozvedou. Poukázali jsme rovněž na mezipohlavní rozdíly ve vykazované míře pozitivních očekávání, muži svou budoucnost nahlíželi signifikantně optimističtěji než ženy. Můžeme usuzovat na kulturní a sociální podmíněnost těchto očekávání. Ženy projevily menší míru optimismu především ve vztahu ke společenskému a materiálnímu úspěchu, což by mohlo naznačovat přinejmenším částečnou identifikaci s tradiční méně výkonově orientovanou ženskou rolí (Dosedlová, Klimusová, Blatný, & Jelínek, 2004).

Nerealistický optimismus a coping

Pokud jsou nerealistická očekávání v naší kultuře tak rozšířená a vnáší do procesu rozhodování systematickou chybu, jak to, že nemají výraznější negativní důsledky? A jak lidé nakládají se zažívanými rozpory mezi pozitivními očekávaními a realitou, která je nutně všechny nebo v celé šíři nenaplnila? Armor a Taylorová (2002) diskutují problematiku důsledků rozhodnutí ovlivněných systematickou chybou

nerealistického optimismu. Autoři předkládají řadu možných vysvětlení – lidé nevykazují pozitivní očekávání nediferencovaně, většinou jsou citliví vůči kontextu, ve kterém se snaží něco předvídat, a jejich očekávání korelují s minulými zkušenostmi v dané oblasti. Vyšší míra nerealistického optimismu se projevuje spíše ve vztahu k vzdálenější budoucnosti než k té bližší a je spojena se situacemi s vyšší mírou nejistoty, tedy když se pravděpodobnost úspěchu i neúspěchu blíží 50%. Pokud se lidé rozhodují a plánují své aktivity, vytvářejí si určité scénáře budoucího vývoje. Tyto scénáře většinou nejsou zatíženy vysokou mírou nerealistických pozitivních očekávání. Nerealistický optimismus nastupuje až po výběru jednoho konkrétního scénáře a má následný motivační efekt, který jedinci pomáhá soustředit úsilí k dosažení cíle. Dokonce i když nerealističtí optimisté nenaplní své cíle v plně předpokládané šíři, jsou jejich výsledky stále lepší než výsledky osob, které nepodlehly vlivu této iluze. V důsledku nerealistického optimismu lidé samozřejmě nutně zažívají čas od času diskrepanci mezi pozitivním očekáváním a nežádoucím výsledkem. Optimisté často reinterpretovali výsledky v pozitivním duchu – posouvají standardy pro sociální srovnávání a obracejí pozornost z toho, co nezískali, na to, co již mají. Veškeré lidské předpoklady jsou zatíženy jistou mírou nejistoty a nutně i chybami. Autoři uzavírají, že realističnost v usuzování nijak negarantuje přesnost predikce. Optimistické zkresení poskytuje přinejmenším psychologický zisk tím, že pozitivní obrazy spojené s úspěchem mají motivační efekt.

Nerealistický optimismus ve vztahu k psychickému a fyzickému zdraví

Systematická chyba v nazírání vlastní budoucnosti ve smyslu očekávání hezkých událostí a vlastních úspěchů může být prospěšná pro naše sebezpojetí a sebehodnocení. Zároveň však může odvádět pozornost od reálných nebezpečí a objektivních hrozeb. Lidé, kteří hodnotí své zdraví ve smyslu nerealistického optimismu, nejsou motivováni k režimovým opatřením ani k preventivním prohlídkám a projevují nechuť dozvídat se další informace o možných rizicích (Weinstein, 1980, 1982, 1984). Vzhledem k tomu, že výzkumy jsou převážně zaměřeny na vztah nerealistického optimismu a chování souvisejícího se zdravím, představíme si je konkrétně v příslušné kapitole 4.6.

2.3 Dispoziční optimismus

Carver a Scheier (1985; 2002a, b; 2014) optimismus definují jako generalizované očekávání kladného průběhu událostí i samotného výsledku nějaké události či činnosti, pesimismus je naopak generalizované očekávání spíše negativního průběhu i výsledků. Optimismus/pesimismus je tedy kognitivní konstrukt (s těžištěm v očekáváním) se vztahem k motivaci a dopadem na emoční prožívání vzhledem k tomu, že očekávání mohou být dobrá, nebo špatná.

Pojetí autorů vyplývá z modelu *motivace – očekávání – hodnoty*.

Každý člověk vnímá jisté cíle, aktivity nebo stavy jako žádoucí. Žádoucích cílů chceme dosáhnout, nežádoucím se vyhnout. Čím je pro nás cíl důležitější, tím má vyšší hodnotu. Očekávání začnou hrát důležitou roli, pokud se objeví na cestě k cíli nějaké překážky. Pak je určující stav důvěry či naopak pochybností, že cíle bude dosaženo. Pouze pokud mají lidé dostatek důvěry a cíl je pro ně dostatečně hodnotný, pustí se do nějaké činnosti. Naopak jestliže nevěří tomu, že cíle dosáhnou, nebo cíli nepřipisují dostatečnou hodnotu, nevyvinou takové úsilí.

Cíle a k nim vztažená očekávání se liší svou šíří a mírou abstrakce. Můžeme být plni naděje či pochybností, že se nám podaří uskutečnit úspěšnou kariéru, že budeme mít dobrý postřeh v sociálních situacích, že vyhrájeme zápas v golfu, najdeme pěkné místo na večeři nebo že se nám podaří rozchodit trochu těsné boty.

Podobné principy jako pro zaměřenou důvěru či pochybnosti platí i pro optimismus a pesimismus, pouze stav důvěry je difúznější a v záběru širší. Autoři vnímají optimismus jako generalizované pocity sebedůvěry či pochybností jedince v jeho životě. Na jakoukoliv výzvu reagují optimisté důvěrou v dosažení žádoucích výsledků bez ohledu na typ prostředků, který jim pomůže (mohou věřit vlastním schopnostem, štěstím nebo tomu, že druzí je mají rádi a pomohou jim). Pesimisté jsou naopak plni pochybností a váhají, zda se vůbec do akce pustit (Carver, & Scheier, 2014).

I ve vztahu k neštěstí jsou optimisté přesvědčeni, že situace může být nějakým způsobem pozitivně zvládnuta. Vzhledem ke generalizovaným pozitivním očekáváním předpokládají, že se situace zlepší. Pesimisté čekají katastrofu. Tyto rozdíly významně ovlivňují mimo jiné i např. vyrovnávání se stresem (coping).

Dispoziční optimismus je facetou osobnosti, která je svou povahou kognitivní. Do značné míry je ovlivněn geneticky, nevíme však, zda je dědičný sám o sobě, nebo ve vztahu s jinými temperamentovými charakteristikami. Je to kvalita relativně stálá a trvalá.

Měření míry dispozičního optimismu

Přístupy věnující se měření míry dispozičního optimismu či pesimismu posuzují buď proměnné předcházející očekávání (atribuce), nebo měří očekávání přímo.

Levy (1985) sestavil k měření optimismu 16 položkovou škálu *Levy optimism-pessimism scale, LOPS*. Celkové skóre optimismu a pesimismu původního amerického souboru respondentů srovnal se slovenským souborem Sarmány-Schuller (1992) a škálu dále využil v rámci širšího výzkumu kognitivních stylů.

Scheier a Carver vyvinuli v r. 1985 metodu *Life Orientation Test (LOT)*, která se zaměřuje přímo na generalizovaná očekávání determinující aktivitu, na očekávání dobré či špatné budoucnosti. Optimismus a pesimismus jsou chápány jako základní osobnostní charakteristiky, které ovlivňují orientaci lidí v životních událostech.

Novější zkrácená a revidovaná forma dotazníku *Life Orientation Test – Revised, LOT-R* (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) je založena na šesti hodnocených položkách plně se vztahujících k očekáváním do budoucna a vykazuje dobrou vnitřní konzistenci i stabilitu v čase. Dispoziční optimismus/pesimismus je založen na zobecněných očekáváním do budoucna, proto se položky nevztahují k určitým životním doménám (vztahy, pracovní úspěšnost), ale jsou formulovány co nejobecněji (např.: V nejistých časech očekávám to nejlepší.). Autoři uvádějí, že nejsou stanovena přesná kritéria pro zařazení probandů do skupiny optimistů či pesimistů. Respondenti se spíše řadí na kontinuu od velmi optimistických po velmi pesimistické, přičemž většina spadá do středu rozložení (Carver, & Scheier, 2002a).

Alternativou k přímému měření očekávání do budoucna je nepřímé měření – orientace na to, co očekáváním předchází a co je formuje, na atribuce. Pokud si např. vysvětlujeme svůj neúspěch příčinami stabilními v čase, pak i očekávání do budoucna budou v tom směru negativní. Specifické explanační styly založené na atribucích jsou podrobně popsány v následující kapitole (Seligman, 2003, 2013). Autoři konstrukt dispozičního optimismu Carver a Scheier (2002a) dávají přednost přímému měření očekávání do budoucna, přestože v tomto případě mohou být odpovědi respondentů více zatíženy sociální žádoucností, nebo dokonce vědomým zkreslením. Navíc se konstrukt dispozičního optimismu zaměřuje na očekávání do budoucna bez ohledu na jejich zdroj (Carver, & Scheier, 2014).

Co se týká diskriminační validity dispozičního optimismu/pesimismu, otázkou je, zda pesimismus není jen projevem neuroticismu. Neuroticismus je jako dispoziční osobnostní charakteristika charakterizován tendencí dělat si starosti, prožíváním negativních emocí a pesimismem. Neuroticismus je širším konstruktem než pesimismus a je třeba se ptát, zda i jiné komponenty neuroticismu mají podobný efekt jako pesimismus. Řada výzkumů ukazuje prediktivní sílu optimismu/pesimismu, i když jsou kontrolovány další proměnné – self-esteem (sebeúcta), neuroticismus, rys úzkostnosti (Scheier, Carver, & Bridges, 1994; Scheier et al., 1999; Rääkkönen et al., 1999).

Dispoziční optimismus jako jednofaktorový (bipolární), nebo dvoufaktorový model?

Life Orientation Test (LOT) i jeho revidovaná forma LOT-R, které byly konstruovány pro měření dispozičního optimismu, reprezentují optimismus a pesimismus jako dva póly jednoho kontinua. Lidé, kteří ve škále skórují vysoko, jsou označeni za optimisty, nízký skór se pojí s pesimismem. Někteří autoři se však přiklánějí k názoru, že optimismus a pesimismus nejsou dvěma póly jedné dimenze (jednofaktorový, bipolární model), ale dvěma konstrukty, které jsou v určitém vzájemném vztahu (dvoufaktorový model). Výzkumně to dokládají např. Kubzanská,

Kubzansky a Maselková (2004). Ve výzkumném souboru 429 vysokoškolských studentů identifikovali určité malé procento studentů, kteří skórovali vysoko jak v optimistických, tak pesimistických očekáváních ($n = 16, 4 \%$), i takové, kteří skórovali nízko v obou konstruktech ($n = 11, 2,5 \%$). Autoři tento jev interpretují opatrně vzhledem k nízkému počtu osob, ale výsledky přesto naznačují, že lidé mohou očekávat zároveň mnoho dobrých i špatných věcí. Peterson (2000) vnímá tyto typy buď jako hédonicky orientované, kteří touží po plně prožitém životě a intenzivních zážitcích, nebo jako nevyrovnané osoby trpící zmatením rolí a ambivalencí v postojích k sobě i ke světu. Současné teorie se přiklánějí k dvoufaktorovému modelu optimismu/pesimismu. Protikladem optimismu není pesimismus, ale nedostatek optimismu, protikladem pesimismu je nedostatek pesimismu. Nedostatek optimismu můžeme jasně odlišit od pesimismu, stejně jako nedostatek pesimismu není totéž, co optimismus (Norem, & Chang, 2000; Bryant, & Cvengros, 2004). Rozdíly mezi těmito konstrukty nejsou jen sémantické, mají jiné reálné důsledky. Schulz, Bookwalová, Knapková, Scheier a Williamsonová (1996) např. ověřili, že optimismus neměl žádný vztah k délce přežití pacientů trpících karcinogenním onemocněním, ale pesimismus koreloval s dřívějším úmrtím.

Otázku „toxicity“ pesimismu nebo naopak protektivity optimismu nevynechal ani autorský kolektiv Rasmussenová, Scheier a Greenhouse (2009) v metaanalytické studii. Průměrná korelace mezi pesimismem a zdravotními výsledky byla vyšší ($r = 0,18$) než průměrná korelace mezi optimismem a zdravotními výsledky ($r = 0,14$), přesto tento rozdíl nebyl statisticky významný. Autoři upozorňují na malý počet výzkumů ověřujících efekt obou komponent a vybízejí k realizaci více studií na toto téma.

Dispoziční optimismus/pesimismus a coping

Optimisté častěji než pesimisté užívají aktivní, na problém orientované copingové strategie (approach copers). Zvláště v situacích, které jsou subjektivně vnímány jako kontrolovatelné, popření a snaha vzdálit se od problému s optimismem korelují negativně. Optimisté užívají samozřejmě i strategie zaměřené na emoce, především v nesnadných situacích, které se snaží akceptovat. Nemají daleko k pozitivnímu přerámování situace, zvláště pokud ji vnímají jako nezměnitelnou. Snaží se najít nějaká pozitiva i na nepříznivých okolnostech a očekávají osobnostní růst jako důsledek překonání těchto náročných okolností. Více plánují, jsou zaměřeni na vyhledávání informací a podporují humor. Užívají méně fatalistických postojů a méně se obviňují.

Pesimisté vykazují větší tendenci problém popírat, snaží se od problému vzdálit a snižovat jeho uvědomění např. spaním, jedením, pitím či nadužíváním léků a jiných látek (avoidant copers). Rychleji a snadněji rezignují. Nadužívání chemických látek může být vnímáno jako průvodní znak tendence vzdávat se. Pesimisté mají častěji než optimisté problémy s pitím alkoholu. V situaci ztráty životních cílů

je pesimismus měřený škálou beznaděje silným prediktorem hrozící sebevraždy (Scheier, Carver, & Bridges, 2002).

Carver se spolupracovníky (1993) sledovali vztah dispozičního optimismu, copingových strategií a hladiny distresu u 59 patientek s rakovinou prsu. Měření proběhla jeden den před operací, deset dní po operaci a následně tři, šest a dvanáct měsíců po operaci. Dispoziční optimismus negativně souvisel s hladinou distresu při každém měření a pozitivně souvisel s akceptací onemocnění, pozitivním přerámováním negativní situace a hledáním zdrojů v náboženství. Nejméně využívanými strategiemi optimistických patientek bylo popírání události a únik od problému.

Scheier s kolektivem (1989) ověřovali efekt dispozičního optimismu na zotavování po implantaci bypassu ve skupině 51 mužů středního věku. V souladu s očekáváním autorů bylo dokázáno, že dispoziční optimismus je důležitým prediktorem aktivních copingových strategií. Konkrétně: dispoziční optimismus pozitivně koreloval s na problém zaměřeným copingem a negativně s popíráním. Dispoziční optimisté se rovněž rychleji zotavovali po operaci a uváděli vyšší kvalitu života 6 měsíců po operaci.

Vztah dispozičního optimismu a aktivních copingových strategií potvrzuje i metaanalytická studie Nesové a Segerstromové (2006), která analyzovala 50 nezávislých studií o celkovém počtu 11 629 respondentů. Autorky jednoznačně potvrdily, že coping dispozičních optimistů je spojen s aktivními strategiemi a je naopak v záporném vztahu s únikovými strategiemi, jako je ignorování, vyhýbání se stresoru nebo ústup.

Na Slovensku se vztahem optimismu, resp. pesimismu a copingových strategií věnoval Sarmány-Schuller se svými kolegy. Výzkumně potvrdili, že optimismus a pesimismus mají vztah k preferenci určitých kognitivních stylů: optimismus vzhledem k vyšší toleranci k neurčitosti a nejistotě vysoce pozitivně koreluje s heuristickou orientací a pesimismus s algoritmickou orientací (Sarmány-Schuller, 1992). Dále potvrdili, že pesimismus se pojí s anxiétou, a co se týká strategií zvládnutí, je častěji spojen s vyhýbáním se (Sarmány-Schuller, 1997). Jombíková a Kováč (2007) ověřili pozitivní vztah optimismu s psychickou pohodou, životní spokojeností a vyšším sebehodnocením. Grežo a Sarmány-Schuller (2015) sledovali pocity ohrožení v souvislosti se zhoršující se finanční situací v období ekonomické recese. Optimisté ve srovnání s pesimisty prožívali výrazně méně pocity ohrožení.

Vysoká míra důvěry a perzistence může být v některých situacích riziková. Gibson a Sanbonmatsu (2004) jako příklad takové situace uvádějí gamblerství. Optimisté oproti pesimistům více věřili možnosti vyhrát i při aktuálních slabých výsledcích. Účastníci této studie nebyli přímo gambleři, ale výsledky mohou poukázat na možnou větší vulnerabilitu optimistů v hráčských situacích. V jiné studii je nižší míra optimismu podnikatelů spojena s větší úspěšností v nejistých podnikatelských záměrech. Sami autoři však podotýkají, že celou zkoumanou skupinu podnikatelů bylo možné označit za optimisty, záleželo tedy jen na míře optimis-

mu, nikoliv pesimismu. Výzkum naznačuje, že v určitém kontextu může být efekt optimismu vyjádřen křivkou (Hmieleski, & Baron, 2009).

Oslabení závazku vůči cíli, který je dlouhodobě nedosažitelný, je v rámci sebe-regulace do jisté míry nevyhnutelný. Pokud se přes veškerou naši snahu pozitivní výsledky nedostavují, je adaptivní nedosažitelný cíl opustit a nahradit ho vhodnějším. Právě efektivní schopnost přeměrovat se při neúspěchu na jiný cíl je pro úspěšnou seberegulaci podstatná. Pesimisté však projevují tendenci vzdát nejen konkrétní specifický cíl, ale vzdát se v životě celkově (Carver, & Scheier, 1998).

Dispoziční optimismus ve vztahu k psychickému a fyzickému zdraví

Dle metaanalytické studie, která shrnula výsledky 83 výzkumů zabývajících se vlivem optimismu/pesimismu na zdraví, většina (78 %) studií užívá k měření LOT nebo LOT-R, pracuje tedy s konstruktem dispozičního optimismu (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009). Jsou publikovány výzkumy sledující vliv dispozičního optimismu/pesimismu na rozvoj rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, AIDS, deprese, na celkovou nemocnost, zdravotní stesky, bolest, přesvědčení o zdraví a nemoci, chování související se zdravím a konečně i mortalitu. Zahrnuty jsou rozsáhlé soubory respondentů různého věku. Optimismus je v těchto studiích potvrzen jako významný prediktor pozitivních zdravotních výsledků. Těžištěm výzkumů shrnutých v této publikaci je sledování vztahu optimismu/pesimismu a chování souvisejícího se zdravím. Tuto oblast rozvedeme podrobněji v kapitole 4.6. Nyní si uvedme výstupy některých přínosných studií z jiných oblastí psychologie zdraví.

Respondenti vykazující vyšší míru dispozičního optimismu vykazovali také méně depresivních symptomů a méně fyzických zdravotních stesků (Scheier, & Carver, 1992).

Ironsonová se spolupracovníky (2005) prokázala pomalejší postup nemoci u 177 HIV infikovaných (65 % mužů), které sledovala po dobu dvou let. Jediní s nízkou mírou dispozičního optimismu ztráceli CD⁺ buňky (glykoproteiny na vnější straně cytoplazmatické membrány T-lymfocytů) 1,55krát rychleji než ti s vysokou mírou dispozičního optimismu.

Mortalitě v důsledku kardiovaskulárních onemocnění (KVO) se věnoval tým vedený Giltayem (2004) na souboru 941 mužů i žen ve věku 65–85 let. V prospektivní studii potvrdil dispoziční optimismus jako prediktor nižší úmrtnosti v důsledku KVO, efekt byl výraznější u mužů než u žen. Úctyhodný soubor žen (95 000) sledovala po dobu 8 let Tindleová se spolupracovníky (2009) s cílem posoudit jejich kvalitu života, chronická onemocnění a mortalitu. Při vstupu do studie žádná z žen netrpěla KVO nebo rakovinou. Dispoziční optimistky v menší míře onemocněly KVO a také jejich mortalita byla nižší, ať už v důsledku KVO, nebo z jiných příčin.

Belgická prospektivní studie, která sledovala 246 mužů ve věku od 31 do 79 let po 6–10 let, se zaměřila na onemocnění rakovinou. Rakovina byla diagnostikována 12 mužům, 9 z nich na ni zemřelo. Vývoj rakoviny byl asociován s věkem vyšším než

56 let, nízkou pohybovou aktivitou, pesimismem a úzkostí (Allison et al., 2003). Finští odborníci se zaměřili na kvalitu života pacientů s rakovinou. Zkoumali vztah mezi optimismem, bezmocností, oporou partnera a kvalitou života vztaženou ke zdraví u 155 pacientů obou pohlaví a jejich partnerů. Výsledky naznačily značné genderové rozdíly ve vztazích mezi zkoumanými proměnnými. U pacientek byla vysoká úroveň partnerské podpory v korelaci s optimismem, který částečně predikoval kvalitu života související se zdravím. U mužů byla klíčovým faktorem pro predikci této proměnné nízká úroveň bezmocnosti (Gustavsson-Lilius, Julkunen, & Hietanen, 2007).

Proč disponují dispoziční optimisté lepším zdravím než pesimisté? Carver a Scheier (2014) vyzdvihují dvě příčiny – motivační a behaviorální. Jedna část udržení dobrého zdravotního stavu spočívá v chování, které zdraví podporuje. Autoři vnímají dispoziční optimisty jako proaktivní ve vztahu ke svému zdraví.

Druhou příčinou je lepší profil emočních odpovědí optimistů na podněty (méně distresu a více pozitivních emocí). Tento vzorec emočních zkušeností vyplývá z aktivního copingu a jeho důsledkem je nižší fyziologické napětí, které má svůj odraz v lepším zdravotním stavu.

2.4 Optimismus jako explanační styl

Teorie optimismu jako explanačního stylu (Peterson, & Seligman, 1984) vychází z teorie atribucí (Kelley, 1973; Weiner, 1974) a teorie naučené bezmocnosti (Seligman, & Maier, 1967).

Základní rozdíl mezi optimistickým a pesimistickým explanačním stylem vnímá Seligman (2003, 2013) v odlišném hodnocení trvalosti příčin úspěchu či neúspěchu, dále v tzv. pronikavosti dobrých či špatných událostí, ve schopnosti udržovat si a pěstovat naději a v personalizaci dobrých a špatných událostí.

1. Trvalost (stabilita)

Pesimisté považují příčiny špatných událostí, které je potkají, za trvalé a neodstranitelné („diety nikdy nefungují“, „nikdy si se mnou v klidu nepromluvíš“), naopak příčiny úspěchů posuzují jako nestálé a nahodilé („měl jsem zrovna dnes u zkoušky štěstí“).

Optimisté projevují tendenci vnímat příčiny negativních událostí jako přechodné („diety nefungují, pokud se stravujete v restauracích“, „v poslední době jsi se mnou nemluvil“), zato příčiny pozitivních událostí hodnotí jako trvalejší („dobře jsem se na zkoušku připravil, mám talent“).

Trvalostní dimenze mj. určuje, na jak dlouho člověk rezignuje – trvalé příčiny špatných událostí produkují dlouhodobou bezmoc, zatímco přechodné umožňují odraz ode dna.

2. Pronikavost: specifické versus univerzální vysvětlení

Trvalost se týká času, pronikavost je spojena s prostorem. Určuje, zda pocit bezmoci prostoupí do mnoha situací, či zda zůstane ohraničen v původní oblasti neúspěchu. Nastanou-li problémy, pesimisté se domnívají, že ohrozí všechny oblasti života („přišel jsem o práci, to znamená, že nestojím za nic“). Optimista nepovažuje jednu negativní zkušenost za prostupující vším („přišel jsem o práci, však se mohu dobře žít i něčím jiným“).

Optimista také věří, že dobré události vylepší vše, co dělá, kdežto pesimista vnímá případný úspěch jako úzce specifický.

Z dimenzí stability a pronikavosti vyrůstá **naděje**. Umění udržovat si naději znamená nalézat trvalé a univerzální příčiny dobrých událostí a zároveň přechodná a specifická vysvětlení pro neštěstí, které nás potká.

3. Personalizace

Optimisté mají tendenci připisovat úspěch sobě (svým schopnostem a úsilím) a neúspěch naopak externím faktorům. Pesimisté naopak internalizují neúspěchy a externalizují úspěchy (Seligman, 2013).

Jak výzkum pokračuje, ochabuje pozornost věnovaná dimenzi internalita x externalita, která vykazuje méně konzistentní vztahy než dimenze stability a globality. Internalita může být sycena sebeobviňováním a sebeúčinností (self-efficacy), což komplikuje empirický výzkum. Sám Seligman (2013, s. 97) píše, že významnější dimenzí než personalizace je trvalost: „Jestliže chceme, aby byli lidé odpovědní za to, co dělají, pak ano, chceme, aby měli interní styl. A navíc musejí mít dočasný styl vysvětlování špatných událostí – musejí věřit, že příčina selhání může být změněna.“

Mezulisová se spolupracovníky (2004) uveřejnila metaanalytickou studii týkající se atribucí udržujících pozitivní sebeobraz (self-serving bias), tedy tendencí přisuzovat vyšší míru vnitřních, stabilních a globálních příčin pozitivním událostem oproti negativním. Autoři prověřili 266 studií a potvrdili přítomnost této systematické chyby téměř ve všech souborech. Míra self-serving bias je ovlivněna věkem (děti a starší dospělí skórují výše), kulturou (respondenti euroamerické kultury vykazují vyšší míru tohoto zkreslení než Asiaté) a psychopatologií (nižší míra self-serving bias je opakovaně potvrzena u pacientů trpících depresí, anxiétou a ADHD).

Optimismus i pesimismus mohou být vysvětleny jako flexibilní či rigidní explanační (atribuční) styly. Explanační optimistický styl může být charakterizovaný přisouzením externích, nestabilních a specifických příčin neúspěchům a negativním událostem a pesimistický explanační styl je typický přisouzením interních, stabilních a globálních příčin negativním událostem. Vysvětlování příčin pozitivních i negativních událostí v minulosti ovlivňuje i očekávání do budoucna (Seligman, 1990).

Seligman (2013) uvádí tři druhy vlivů, které formují explanační styl dítěte: prvním je forma každodenních analýz příčin událostí ze strany vychovávajících osob (především matky), druhým zdrojem je forma kritiky, kterou dítě slyší, když něco pokazilo, a třetím zdroj tvoří realita jeho raných ztrát a traumat. Pokud jsou tyto ztráty překonány, dítě si vytvoří implicitní teorii, že všechno zlé se dá změnit a vyřešit. Pokud jsou tyto ztráty trvalé a univerzální, mohou vést k rozvoji pesimistického explanačního stylu. Geny mohou mít nepřímý vliv. Ovlivňují např. takové charakteristiky, jako je inteligence nebo atraktivita, jejichž vyšší míra může vést v societě k úspěšným výsledkům, a tak do budoucna pozitivně ovlivnit atribuční styl v optimistickém směru.

Podle Seligmana (2013) zůstávají pesimisté často pod svým potenciálem a ne naplní ho. Výhodou optimismu je naopak pozitivní afektivita, vyšší aktivita, vyšší vytrvalost a s nimi související vyšší úspěšnost, pevnější zdraví i delší život. Seligman a jeho spolupracovníci (1988; Gilham et al., 1995) vnímají explanační styly jako tvárné, považují za možné i za žádoucí osvojit si optimistický explanační styl pomocí kognitivně-behaviorálních intervencí. Pesimismus dle tohoto přístupu nenabízí mnoho výhod – snáze vede k rezignaci, podporuje depresi a je spojován se špatným fyzickým zdravím. Na druhé straně je však třeba mu přičíst k dobru smysl pro realitu a její přesnější hodnocení.

Seligman (2013) proto doporučuje využívat tzv. **flexibilní optimismus**, to znamená vědomě užívat optimistický explanační styl v situacích, ve kterých jde o dosažení něčeho (dosažení úspěchu ve studiu, získání finančních prostředků, napsání těžké zprávy, prodej produktu, vítězství ve sportu), ve chvílích, kdy se chceme lépe cítit a udržovat si morálku, a chceme-li vést ostatní. Optimistický explanační styl se dle tohoto autora naopak nehodí v situacích, kdy je cena v případě selhání příliš vysoká (řízení vozidla v opilosti, technická kontrola letadla apod.).

Měření explanačního stylu

ASQ Attributional Style Questionnaire (Peterson et al., 1982)

V Dotazníku atribučního stylu je posuzované osobě předloženo 12 hypotetických situací (6 pozitivních a 6 negativních), 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.

CAVE Content Analysis of Verbatim Explanations (Schulman, Castellon, & Seligman, 1989)

V přirozeně vzniklém verbálním materiálu respondenta (výpovědi, deníkové záznamy) posuzovatelé vyhledávají a skórují podle ASQ přirozeně se vyskytující atribuce (kauzální explanace). Obsahová analýza verbálních výpovědí je vhodná pro longitudinální výzkumy a může mít vyšší ekologickou validitu vzhledem k reálným životním situacím.

CASQ The Children's Attributional Style Questionnaire (Kaslow, Tannenbaum, & Seligman, 1978, dle Reivich, & Gillham, 2003)

Dotazník atribučního stylu pro děti ve věku od 8 do 14 let obsahuje 48 položek, z nichž polovina se týká hypotetických pozitivních a polovina hypotetických negativních situací. Dětem jsou nabízena vždy dvě možná vysvětlení dané situace. Děti, které vykazují depresivní symptomy, častěji volí interní, stabilní a globální atribuce negativních událostí. Stejně tak byl tento pesimistický explanační styl prediktorem nástupu depresivních symptomů půl roku před jejich výskytem (Kaslow, Rehm, Pollack, & Siegel, 1988).

V knize *Naučený optimismus* Seligman (2013) předkládá široké veřejnosti 48položkový dotazník optimismu pro dospělé a jeho modifikovanou verzi pro děti. Tyto nástroje jsou založeny na dimenzích trvalosti, univerzálnosti a personalizaci příčin dobrých a špatných událostí. Ze skóre trvalosti a univerzálnosti lze vypočítat míru naděje, což je v tomto pojetí schopnost interpretovat špatné události jako specifické a časově omezené. Seligman uvádí americké normy pro dospělé i děti.

Optimismus/pesimismus jako explanační styl a coping, vztah k psychickému a fyzickému zdraví

Hledáme vysvětlení pro jakoukoliv pozitivní či negativní událost, která nastane. Podle reformulované teorie naučené bezmocnosti (reformulace představuje napojení na atribuční teorii) náš rutinní způsob vysvětlování těchto situací může zvýšit či snížit naši motivaci, zvýšit či snížit naši odolnost vůči zátěži a také zvýšit či snížit vulnerabilitu vůči depresi (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Je rozdíl, zda si neúspěch (např. v soutěži) vysvětlíme zaujatostí druhých lidí, aktuální indispozicí, nedostatkem času na přípravu, nebo nedostatkem talentu či schopností. Pokud vysvětlujeme negativní události příčinami interními, globálními a stabilními (nedostatkem talentu či jiných dispozičních charakteristik), uplatňujeme pesimistický explanační styl nebo konkrétně tzv. *depresivní atribuční styl*, který může být živnou půdou pro rozvoj depresivního myšlení a prožívání. Druhou stranou téže mince je vysvětlení úspěchu příčinami externími, nestabilními a specifickými (náhodné štěstí bez vlastního přispění a bez možnosti kontroly). Optimistické či pesimistické atribuce vedou k jiným očekáváním do budoucna. Jedinci uplatňující depresivní atribuční styl nemají pocit kontroly nad situací a zažívají pocit bezmoci. Abramsonová se spolupracovníky (1989) navíc vyzdvihuje ve vztahu k depresi větší impakt dimenzí stabilita a globalita oproti internalitě. Pokud si partnerský konflikt vysvětlíme tím, že „žádná láska netrvá věčně“ (příčina externí, globální a stabilní), povede nás tato atribuce k bezmocnosti navzdory externímu ukotvení příčiny. Podle reformulované teorie naučené bezmocnosti mohou tedy tři typy interpretací určité negativní události zvýšit riziko rozvoje deprese:

- příčiny události jsou atribuovány jako stabilní a globální,
- následky události jsou vnímány jako velmi negativní, nebo dokonce katastrofické,
- na základě negativní události člověk negativně hodnotí sám sebe.

Uvedení autoři tento typ atribuce vnímají jako proximální příčinu určitého subtypu deprese charakterizovaného opožděnou odpovědí na podnět, smutnou afektivitou, nedostatkem energie a apatií.

Je třeba dodat, že i při tendenci používat optimistický explanační styl může dojít k odvození negativních dlouhodobých následků nějaké subjektivně nepříjemné situace. Zullo (1991) uvádí příklad lidí, kteří s vážným zraněním přežili autonehodu. Samotnou autonehodu vnímali v souladu s optimistickým explanačním stylem, ale jejich očekávání do budoucna byla velmi negativní. Pesimistický explanační styl je tedy jen jednou z možných cest k pocitu bezmocnosti.

Explanační styl souvisí rovněž s fyzickým zdravím. Na biologické úrovni pro-
věřovali vliv explanačního stylu Kamen-Siegelová, Rodinová, Seligman a Dwyer (1991) a zjistili, že optimistický explanační styl koreluje s intenzitou reakce imunitního systému na antigen. Ve stejném roce Bossiová a Peterson (1991) ověřili, že studenti uplatňující optimistický explanační styl uváděli méně zdravotních obtíží, méně návštěv u lékaře a cítili se více schopní předcházet zdravotním problémům než jejich spolužáci s pesimistickým explanačním stylem.

Peterson, Seligman a Vaillant (1988) uveřejnili dílčí výsledky longitudinální studie, která pracovala se souborem 99 zdravých, většinou bohatých a úspěšných studentů (mužů) Harvardské univerzity, kteří nastoupili do prvního ročníku v letech 1939–1944. Na základě obsahové analýzy esejí, které tito studenti psali, když se v letech 1945 a 1946 vraceli z 2. světové války, byl stanoven jejich explanační styl. Tento explanační styl byl posouzen ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu o 35 let později. Autoři doložili souvislost mezi zdravotním stavem v 60 letech a optimistickým explanačním stylem ve 25 letech, pesimisté byli postiženi chorobami dříve a vážněji než optimisté. Rozdíly ve zdravotním stavu optimistů a pesimistů se objevily již od 45 let ($r = 0,37$, $p < 0,001$), do té doby nemá optimismus a pesimismus dle autorů na zdraví vliv.

Další studie byla zaměřena na vztah explanačního stylu a fyzického zdraví u souboru univerzitních studentů. Studenti byli kontaktováni třikrát. Při prvním měření ($N = 172$) vyplnili dotazník explanačního optimismu ASQ a škálu nemocnosti, ve které zaznamenávali počet dní s nějakými příznaky nemoci za poslední měsíc. Byla rovněž kontrolována míra jejich depresivity vzhledem k tendenci stěžovat si. O měsíc později zaznamenali ($N = 170$) opět své fyzické symptomy v průběhu uplynulého měsíce. Dopisem byli kontaktováni po roce a uvedli počet návštěv u lékaře, aniž by započítali pravidelné preventivní prohlídky nebo lékařskou péči spojenou s nějakým úrazem ($N = 146$). Studenti užívající pesimistický explanační styl byli častěji nemocní než jejich spolužáci s optimistickým explanačním stylem

($r = 0,27$, $p < 0,005$) a častěji v průběhu roku navštěvovali lékaře v důsledku onemocnění ($r = 0,20$, $p < 0,05$). Většinou se jednalo o běžná nachlazení a virózy. Pokud byl výzkumný soubor rozdělen na kvartily a byli mezi sebou porovnání studenti s nejvyšší mírou optimistického explanačního stylu se studenty s nejvyšší mírou pesimistického explanačního stylu, ukázalo se, že pesimisté oproti optimistům zažívali více dnů v nemoci v poměru 2 : 1 a k lékaři chodili častěji než optimisté v poměru 3 : 1. Explanační styl ovlivňoval i způsob vyrovnávání se organismu s infekcí (Peterson, 1988, 2009).

Buchanan (2009) ověřil v prospektivní studii trvající 8,5 let větší pravděpodobnost úmrtí v důsledku ischemické choroby srdeční u mužů s pesimistickým explanačním stylem. Výzkumný soubor tvořilo 120 mužů, kteří prodělali infarkt myokardu a účastnili se jako dobrovolníci amerického preventivního koronárního programu RCPP (Recurrent Coronary Prevention Program). Všichni poskytli rozhovor, který byl kódován z hlediska explanačních dobrých a špatných událostí. Celkový skóre optimismu jako explanačního stylu negativně koreloval s mortalitou ($r = -0,215$, $p < 0,05$). Dimenzí s největší prediktivní silou ve vztahu k úmrtí byla stabilita negativních událostí, tj. pokud negativní události v životě byly nahlíženy jako neměnné ($r = 0,338$, $p < 0,001$). Autor vnímá pesimistický explanační styl jako možný spouštěč deprese a depresi jako prekurzor ischemické choroby srdeční.

Seligman (2013) vnímá problém vzájemného ovlivňování psychického a fyzického stavu v řetězci, který v horším případě začíná nepříznivými událostmi a končí špatným zdravím. Řetězec je zahájen určitou řadou negativních událostí – ztrátou, neúspěchem, porážkou. Pokud si tyto události vysvětluje určitý jedinec pesimisticky, rozvíjí se pocit bezmoci, na který může navazovat stav deprese. Aktivita imunitního systému se snižuje a člověk snadno onemocní.

Závěrem je třeba upozornit na pochybnosti, které vyjádřili někteří odborníci ve vztahu ke konzistenci optimismu/pesimismu jako explanačního stylu v čase a skrze situace. Burns a Seligman (1989) zjistili, že explanační styl v adolescenci signifikantně koreluje ($r = 0,54$) s explanačním stylem dospělých měřeným u stejných jedinců o padesát let později. Naproti tomu Cutronová, Russell a Jones (1984) zjistili, že explanační styl není konzistentní v různých životních doménách. Připouštějí, že může být konzistentní v určitých specifických oblastech, např. v oblasti zdraví a zdravotní péče, ne však obecně. Výzkum explanačního stylu by tedy měl být vždy úzce vztažen k dané specifické oblasti.

Peterson (2000) rozlišuje tzv. **malý optimismus**, zahrnující specifická očekávání pozitivních výsledků (např. podaří se mi v centru města zaparkovat), a **velký optimismus**, naplněný obecnějšími, méně specifickými očekáváním (prožiji kvalitní, úspěšný a smysluplný život).

Předpokládá se, že velký optimismus je do značné míry vrozený (dispoziční), malý optimismus je více ovlivněn učněním. Podle Petersona koncept dispozičního optimismu Scheiera a Carvera ladí s pojetím velkého optimismu, kdežto Seligmánův optimistický explanační styl svým důrazem na vysvětlování příčin konkrétních událostí postihuje spíše malý optimismus.

2.5 Defenzivní pesimismus a strategický optimismus

Lidé užívající optimistickou strategii nemyslí příliš na možná rizika a představují si sami sebe v situaci úspěšného zvládnutí situace. Daná oblast v nich nevzbuzuje úzkost a cítí se mít situaci pod kontrolou.

Naproti tomu lidé užívající strategii defenzivního pesimismu očekávají od nastávajících událostí velmi málo, přestože již dříve zažili v podobných situacích úspěch. Tito defenzivní pesimisté jsou úzkostnější, a tak snížená očekávání slouží jako „polštář“ tlumící dopady případného neúspěchu. Představují si, co všechno nepříjemného se může stát, snaží se odhadnout všechna rizika, aby se na ně mohli připravit. Defenzivní pesimismus nijak nesnižuje jejich úsilí dosáhnout cíle (Norem, 2001). Právě pro tuto charakteristiku je koncept defenzivního pesimismu vnímán ve světě výzkumů týkajících se optimismu trochu jako „kukaččí mládě“. Zdá se, že popírá výsledky všech ostatních výzkumů, které spojují pesimismus s copingovými strategiemi vyhnutí se.

Cantorová a Noremová se věnují několika aspektům vlastního konceptu.

Strategický optimismus a defenzivní pesimismus považují za kognitivní strategie, které mohou být lidmi více či méně uvědomované. Jejich cílem je regulovat emoce a chování. Jako strategie vyjadřují sled na sebe navazujících sekvencí. Např. strategie defenzivního pesimismu začíná nízkým očekáváním, které se rozvíjí jako odpověď na úzkost. Pokračovat může nejrůznějšími způsoby, takže jednotlivé prvky scénáře mohou mít jiný účinek v různých kombinacích. Například pesimismus a zvýšená (sebe)reflexe úzkost spíše zvyšují, strategie defenzivního pesimismu ve svém důsledku úzkost spíše snižuje.

Autorky tyto strategie nevnímají jako individuálně neměnné, naopak počítají s tím, že pro jednu určitou situaci může jedinec použít strategii defenzivního pesimismu, pro druhou strategického optimismu. Žádnou strategii zvládnutí zátěže nevnímají jako obecně či zákonitě efektivní za všech podmínek. Ukazují na varietu způsobů, kterými lidé mohou svých cílů dosáhnout.

Je však třeba jasně odlišit defenzivní pesimismus od sebehendikepující strategie, kdy se jedinec brání negativním dopadům možného neúspěchu na sebepojetí tak, že se předem více či méně uvědoměle oslabí, takže neúspěch může přičíst na vrub momentální indispozici (např. student večer před obtížnou zkouškou vypije příliš mnoho alkoholu, sportovec před významným závodem netrénuje). De-

fenzivní pesimismus naproti tomu nijak nesnižuje úsilí zaměřené k cíli (Norem, 2001).

Defenzivní pesimismus se rovněž liší od pesimistického atribučního stylu tím, že vyjadřuje strategii předcházející a provádějící zátěž, ne reakci na tuto zátěž po jejím skončení.

Showersová a Rubenová (1990) potvrdily, že na rozdíl od pacientů s depresivními poruchami defenzivní pesimisté neužívají copingové strategie zaměřené na únik a netrpí přetrvávající úzkostí a nepříjemnými ruminacemi po ukončení stresující události.

Defenzivní pesimismus a strategický optimismus není totožný ani s konceptem dispozičního optimismu Carvera a Scheiera (2002a). Dispoziční optimismus popisuje stabilní tendenci očekávat pozitivní vývoj událostí a zahrnuje obecná očekávání trvalá v čase a neměnicí se v různých situacích. Strategie strategického optimismu a defenzivního pesimismu autorky vnímají jako mnohem tvárnější a flexibilnější.

Měření defenzivního optimismu a strategického optimismu

The Revised Defensive Pessimism Questionnaire, DPQ (revidovaný dotazník defenzivního pesimismu)

Inventář tvoří 17 tvrzení, vůči kterým respondent vyjadřuje míru svého souhlasu či nesouhlasu na sedmibodové škále. Jednotlivé položky byly 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). Reliabilita nástroje je uspokojivá (Cronbachova $\alpha = 0,78$). Respondenti mohou být vyhodnoceni jako defenzivní pesimisté (horní tercil či kvartil), strategií optimismu (spodní tercil či kvartil), nebo jako aschematičtí vzhledem k oběma strategiím. Noremová (2002) uvádí ve výsledcích jednoho z výzkumů provedených na univerzitě více než 40% aschematických studentů.

Defenzivní pesimismus, strategický optimismus a coping

Cantorová a Noremová (1989) se věnovaly studentům vysoké školy (N = 127, z nich 27 defenzivních pesimistů a 38 optimistů) a jejich ziskům i ztrátám vyplývajícím z užívání optimistické či defenzivně pesimistické strategie v průběhu několika let studia. Ve výkonově zaměřených situacích optimisté věří ve svůj úspěch, neplánují vše do detailu a nepřipravují se na možný neúspěch. Defenzivní pesimisté naopak vnímají zkoušky a další úkoly, které na ně studium klade, jako stresor vzbuzující úzkost. Svou strategii užívají především pro získání většího pocitu kontroly nad situací a pro zmírnění úzkosti: podrobně plánují, představují si možná rizika a podnikají kroky k jejich odstranění, předem si vytvářejí scénář zvládnutí toho nejhoršího možného výsledku. Ve studijních výsledcích se optimisté a defenzivní pesimisté

v prvních dvou letech studia nelišili. Co se týká volného času, ukázalo se, že mezi optimisty a defenzivními pesimisty nejsou velké rozdíly. Defenzivní pesimisté svou strategii neužívali ve volném čase a netrpěli celkově negativní afektivitou. Udávali však oproti optimistům vyšší míru únavy, byli méně otevření novým výzvám a častěji trávili čas se svými nejlepšími přáteli (kteří patrně lépe snášeli jejich vyšší úzkostnost).

Větší rozdíly mezi oběma sledovanými skupinami studentů se objevily až ve třetím roce studia, kdy defenzivní pesimisté uváděli více subjektivně nepříjemných symptomů (nespavost, pocit bezmoci, stále starosti) a také jejich akademický výkon se zhoršil. Autorky se zamýšlejí nad interpretací tohoto zjištění, která není jednoznačná. Je možné, že defenzivní pesimisté jsou latentní dispoziční pesimisté a že únava a jiné negativní symptomy potlačí relativně úspěšnou strategii defenzivního pesimismu a nechají vyrůst pesimismus i s jeho vyšší mírou pasivity. Také můžeme uvažovat nad tím, že defenzivní pesimisté se srovnávají se svými spolužáky a své úspěchy si mohou sami devalvovat tím, že vnímají, že se stále připravují mnohem více než ostatní, i než situace vyžaduje, a že překonání každé překážky je stojí mnohem větší úsilí. Fakt, že stále pracují více, než je doopravdy nutné, může být pro ně nejen vysilující, ale také zarážející a demotivující, byť samotné výsledky jsou dobré.

Defenzivní pesimisté hledají cestu, jak se vypořádat s narůstající úzkostí, zatímco strategií optimisté se vyhýbají prožívání úzkosti tím, že si udržují svůj pozitivní postoj (Norem, 2001). Noremová a Illingworth (1993) uskutečnili výzkum, ve kterém narušili obvyklé strategie defenzivních pesimistů a strategických optimistů distraktory. Náhodně přiřadili oba typy do dvou skupin. V první skupině byli probandi vedeni k tomu, aby se zamýšleli nad nadcházející výkonovou situací, což reprezentuje preferovanou strategii defenzivních pesimistů. Podmínky druhé skupiny kopírovaly typickou strategii optimistů. Účastníkům byl prezentován distraktor, který znemožnil reflexi nadcházející situace. Výsledky odpovídaly očekáváním: defenzivní pesimisté byli signifikantně úzkostnější v podmínkách, kdy neměli příležitost reflektovat nadcházející výkonovou situaci. Také jejich výkon byl horší než v podmínkách reflektující skupiny. Naopak strategií optimisté, kteří byli přinuceni zamýšlet se nad nadcházející situací, byli úzkostnější a také jejich výkon byl nižší než v podmínkách, které odpovídaly jejich preferované strategii (v tomto případě nemyslet na výkonovou situaci a udržovat si dobrou náladu).

Cantorová a Noremová (1989) zkoumaly rozdíly mezi úzkostnými studenty, kteří užívali strategii defenzivního pesimismu a kteří ji neužívali. U studentů, kteří ji užívali, došlo na rozdíl od druhé skupiny úzkostných studentů v průběhu studia vysoké školy k signifikantnímu nárůstu sebedůvěry, spokojenosti a tito studenti navíc dosahovali i lepších akademických výsledků. Autorka uzavírá, že pro osoby s vyšší mírou úzkostnosti je defenzivní pesimismus adaptivní strategií.

Noremová a Chang (2000) vnímají defenzivní pesimismus i jako prostředek vlastního sebezdokonalování. Defenzivní pesimisté mají tendenci pamatovat si lépe negativní zpětnou vazbu a podnikat kroky k nápravě.

Defenzivní pesimismus a strategický optimismus ve vztahu k psychickému a fyzickému zdraví

Konstrukt defenzivního pesimismu a strategického optimismu není ve výzkumech ověřujících dopad optimismu/pesimismu na zdraví příliš využíván. Vzhledem k úzkostnosti, která je provázena aktivitou, se může vztahovat především k preventivnímu a rizikovému chování.

Noremová (2009) zjistila, že defenzivní pesimisté se více zajímají o detaily fiktivní choroby, která jim byla prezentována jako možná hrozba pro jejich zdraví. Strategičtí optimisté těmto detailům nevěnovali pozornost. Výsledky naznačují, že pozitivní naladění optimistů může vést k přehlížení či podceňování důležitých informací, což může být spouštěčem riskantního chování. Zdá se, že i pozitivní optimistická nálada „něco stojí“. Vztahu jednotlivých konstruktů optimismu/pesimismu a chování souvisejícího se zdravím je věnována samostatná kapitola 4.6.

2.6 Naděje jako příbuzný konstrukt

Nejen optimismus je založen na pozitivním očekávání do budoucna, víra v pozitivní vývoj událostí je rovněž základem naděje.

Naděje je podle Snydera (2000a, b) multidimenzionální konstrukt, který může nabývat podoby aktuálního stavu (state hope) nebo osobnostního rysu (hope trait). Naděje jako osobnostní rys pak vyjadřuje dlouhodobě prožívanou subjektivní míru naděje. Je výsledkem kognitivně-motivačního nastavení a skládá se ze tří základních komponent – cílů (goals), vůle, která je rovněž označovaná jako snaha (will-power, agency), a samotné cesty (pathways). Je tedy souhrnem subjektivně vnímaných zdrojů a schopností nalézat cesty k vytyčeným cílům a subjektivně vnímanou aktivitou potřebnou k užití těchto cest. Reflektuje víru, že člověk najde způsob, jak dosáhnout žádoucího cíle, a bude motivovaný tento způsob užít (Snyder, 1994, 2000a, b).

Teleologický koncept naděje je založen na třech základních složkách jednání: cíli, cestě a aktivitě (vůli, snaze).

1. Osobní cíle

Lidské chování je zacílené. Cílem může být jakýkoliv objekt, sen, představa nebo cokoli, co chce jedinec získat. Tento objekt musí mít vždy pro člověka dostatečnou hodnotu. Naděje je stav pozitivní motivace, bez cílového zaměření je mrtvá. Cíl představuje ukotvení aktivity a zároveň probouzí naši mentální aktivitu. Cíle jsou uspořádány na kontinuu z hlediska různých kritérií, např. času (krátkodobé x

dlouhodobé), subjektivní atraktivity nebo z hlediska dosažitelnosti. Čím méně se nám jeví být dosažitelné, tím více nadějeplného myšlení vyžadují (Snyder, 2000a).

2. Cesta (pathway thinking) – myšlení generující cestu k cíli

Jde o mentální kapacitu, která jedinci pomáhá najít způsob (nebo případně více způsobů), jak dosáhnout cíle. Tato schopnost je zčásti závislá na předešlých zkušenostech, především s překonáváním překážek, ne však úplně. Souvisí též s určitým typem kognitivního a osobnostního nastavení (Snyder, 1994).

3. Aktivita, vůle, snaha (agency thinking) – myšlení zaměřené na akci, mentální energie, vnímaná kapacita určité osoby zvolit určitou cestu a dojít k cíli

Tato komponenta představuje subjektivní přesvědčení jedince, že může dosáhnout cíle a že má dost zdrojů k tomu, aby vytrval na cestě i s případnými překážkami. Je motivačním faktorem teorie naděje, který dodává celému procesu nadějeplného myšlení energetický aspekt.

Snyder (2000a) zdůrazňuje procesy myšlení, emoce se rozvíjejí až v důsledku úspěchu či neúspěchu na cestě k cíli.

Protiváhu této kognitivní teorie naděje tvoří emoční pojetí naděje (Averill, Catlin, & Chon, 1990), ve kterém je emoce naděje primární a hraje hlavní roli při udržení angažovanosti člověka na cestě k cíli. Na základě výpovědí respondentů autoři dospěli ke čtyřem sociálně zakotveným „zásadám“ užití naděje, které vyplývají z posouzení budoucí situace. Naděje je vhodná, pokud je odhad pravděpodobnosti dosažení cíle realistický (prudential rule, zásada přesného odhadu). Lidé doufají jen v objekty sociálně žádoucí (moralistic rule, morální zásada) a subjektivně důležité (priority rule, zásada subjektivního významu). Pokud lidé doufají, měli by se snažit být aktivní a dosáhnout svých cílů (action rule, zásada jednání).

Konceptuálnímu a psychologickému rozlišení optimismu a naděje na základě běžně používaných konotací v jazyce se věnovali Bruininksová a Malle (2005). Na základě kvalitativního kódování výpovědí respondentů dospěli k závěru, že intuitivní pojetí optimismu a naděje neodpovídá teoretickým konstruktům, nicméně i toto je rozlišuje. Optimismus se objevuje v situacích, kdy je dosažení cíle pravděpodobnější, a je spojen s radostí. Naděje jako emoce je aktivována v situacích, které nemáme příliš pod kontrolou a jejichž uskutečnění je nejisté. Autoři se pozastávají nad zcela zřejmými rozpory v intuitivním chápání srovnávaných pojmů (především naděje) a teoretických konstruktů a vystupují proti svévolné tvorbě psychologických teoretických konceptů, které nerespektují folk concept, tedy obecně přijímaný koncept určitého jevu.

Snyder se spolupracovnice (2002) vnímají optimismus jako obecnější konstrukt, který zdůrazňuje aktivní myšlení zaměřené k cíli, naději jako set k cíli se upínajících myšlenek, které zahrnují jak motivaci, tak i možný způsob jeho dosažení.

Alarcon, Bowling a Khazon (2012) uveřejnili metaanalytickou studii prověřující vztah mezi optimismem a nadějí. Ověřili, že oba konstrukty spolu korelují, nejsou však redundantní.

Měření naděje

Pro posuzování míry naděje je nejčastěji používána *Škála dispoziční naděje pro dospělé – Adult Dispositional Hope Scale, ADHS* (Snyder et al., 1991).

Škála obsahuje 12 položek, výroků, z nichž 4 se zaměřují na snahu (agency) potřebnou k uskutečnění cíle, 4 na generování prostředků (pathways) a poslední 4 jsou distraktory, které se nevztahují k problematice naděje (Snyder, 1995). Míru souhlasu s výrokem respondenti od 15 let výše posuzují na 8bodové škále (1 = naprosto mě nevystihuje, 8 = přesně mě vystihuje). Existuje také verze pro děti od 6 do 16 let (Lopez, Snyder, & Teramoto-Pedrotti, 2003).

Pro určení aktuální míry naděje byla vytvořena *Škála naděje jako stavu – Adult State Hope Scale, ASHS* (Snyder, Simpson et al., 1996, dle Lopez, Snyder, & Teramoto-Pedrotti, 2003).

Škála posuzuje myšlení zaměřené na cíl právě v daném okamžiku. Je sestavena ze šesti položek, které proband posuzuje na 8bodové škále (1 = naprosto mě nevystihuje, 8 = přesně mě vystihuje).

Alternativou pro posuzování míry naděje je pozorování chování nebo analýza verbálních materiálů, jako je konverzace, dopisy, deníky, vyprávění příběhů aj. (Lopez, Snyder, & Teramoto-Pedrotti, 2003).

3 KONSTRUKTY OPTIMISMU A PESIMISMU V EMPIRICKÝCH STUDIÍCH

Následující studie byly realizovány s cílem prověřit vztahy mezi jednotlivými konstrukty optimismu/pesimismu a dalšími relevantními proměnnými (úzkostností). Zajímalo nás, zda a do jaké míry jsou na sobě nezávislé. Je možné identifikovat jedinou dimenzi (optimismus), která je společná pro všechny uvedené konstrukty optimismu/pesimismu, nebo představují soubor odlišných dimenzí? Studie č. 2 byla realizována s podporou grantového projektu Kognitivní předpoklady zdraví podporujícího chování (GA ČR 406/09/0611), studie 3, 4 a 5 plnily úkoly v rámci diplomových prací pod autorčinným vedením a studie č. 6 byla provedena s podporou navazujícího grantového projektu Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely a konsekvence (GA ČR 13-19808S).

3.1 Studie č. 2: Vztahy mezi dispozičním a explanačním optimismem

Cílem první uvedené studie (Dosedlová et al., 2013) bylo prověřit vztahy mezi konstrukty dispozičního optimismu a optimismu jako explanačního stylu.

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

Life Orientation Test – Revised, LOT-R – revidovaný Test životní orientace (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) je založen na šesti hodnocených položkách a vykazuje

dobrou vnitřní konzistenci i stabilitu v čase. V našem souboru jsme ověřovali vnitřní konzistenci škály, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,85.

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

Posuzované osobě jsou předloženy hypotetické situace, které se mohou stát (v případě ASQ se týkají běžného každodenního života, dotazník AASQ je výběrem situací přizpůsoben životní zkušenosti vysokoškolských studentů). 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. Škály stability a globality AASQ dosahovaly v našem souboru v rámci první studie dobré vnitřní konzistence (Cronbachova alfa 0,81, respektive 0,80), škála internality měla vnitřní konzistenci nižší (0,60).

Způsob získání a zpracování dat

Data byla sbírána prostřednictvím on-line administrované dotazníkové baterie. Respondenti byli osloveni pomocí tradičních i elektronických vývěsek a rovněž e-mailem.

Pro ověření vztahů mezi dispozičním optimismem a jednotlivými dimenzemi optimismu jako explanačního stylu jsme provedli výpočet korelací.

Výsledky a jejich interpretace

V Tabulce 6 jsou uvedeny korelace dispozičního optimismu s jednotlivými dimenzemi optimismu jako explanačního stylu i s jeho kompozitním skórem.

Tabulka 6 Vztah mezi dispozičním optimismem, dimenzemi explanačního optimismu (personalizací, trvalostí a průrazností pozitivních a negativních událostí) a kompozitním skóre explanačního optimismu (N = 1594)

	<i>Dimenze explanačního optimismu</i>			
	<i>AASQ Personalizace</i>	<i>AASQ Trvalost</i>	<i>AASQ Průraznost</i>	<i>AASQ Kompozitní skóre</i>
<i>Dispoziční optimismus</i>	,048	-,203**	-,157**	-,146**

Pozn. AASQ – Dotazník atribučního stylu pro vysokoškoláky (explanační optimismus); ** Statistická významnost na 1% hladině.

Vidíme, že korelace mezi dispozičním optimismem a jednotlivými dimenzemi explanačního optimismu včetně jeho kompozitního skóru jsou sice díky rozsáhlému výzkumnému souboru průkazné (kromě dimenze personalizace) na 1% hladině významnosti, ale nepřiliš těsné. Naznačují, že oba konstrukty jsou na sobě do značné míry nezávislé a sytí je jiné zdroje.

3.2 Studie č. 3: Ověření konstruktu defenzivního pesimismu

Cílem druhé studie (Dosedlová et al., 2013) bylo ověřit faktorovou strukturu inventáře DPQ a na základě shlukové analýzy empiricky vytvořit typy optimistů/pesimistů s využitím faktorů DPQ.

Metoda

Výzkumný soubor tvořilo 106 respondentů získaných metodou příležitostného výběru, 43 mužů (41 %) a 63 žen (59 %) mezi 30–60 lety, průměr 42,16 let, medián 43 let.

Použité nástroje

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). Respondenti mohou být vyhodnoceni jako defenzivní pesimisté (horní tercil či kvartil), strategičtí optimisté (spodní tercil či kvartil), nebo jako aschematičtí vzhledem k oběma strategiím. Noremová (2002, in Chang) uvádí ve výsledcích jednoho z výzkumů provedených na univerzitě více než 40% aschematických studentů. Z celkového počtu 17 otázek skórujeme pouze 12, s výplňovými „fillers“ a experimentálními otázkami v hodnocení nepočítáme. Reliabilita nástroje je uspokojivá (Cronbachova $\alpha = 0,78$).

Způsob získání a zpracování dat

Distribuce testové baterie probíhala pro obě uvedené studie elektronicky prostřednictvím internetových sociálních sítí a odkazů na webové stránky rozesílaných e-mailem.

Pro analýzu faktorové struktury položek dotazníku DPQ jsme použili faktorovou analýzu se šikmou rotací Oblimin ($\text{delta} = 0$), pro určení typů optimistů/pesimistů shlukovou analýzu.

Výsledky a jejich interpretace

Faktorovou analýzou jsme redukovali 12 skórovaných položek Dotazníku defenzivního pesimismu na 3 faktory, které vysvětlují 60% společného rozptylu. Jedná se o následující faktory:

faktor 1 – pesimismus (34% rozptylu),

faktor 2 – anticipovaná pozitivní sebereflexe (13% rozptylu),

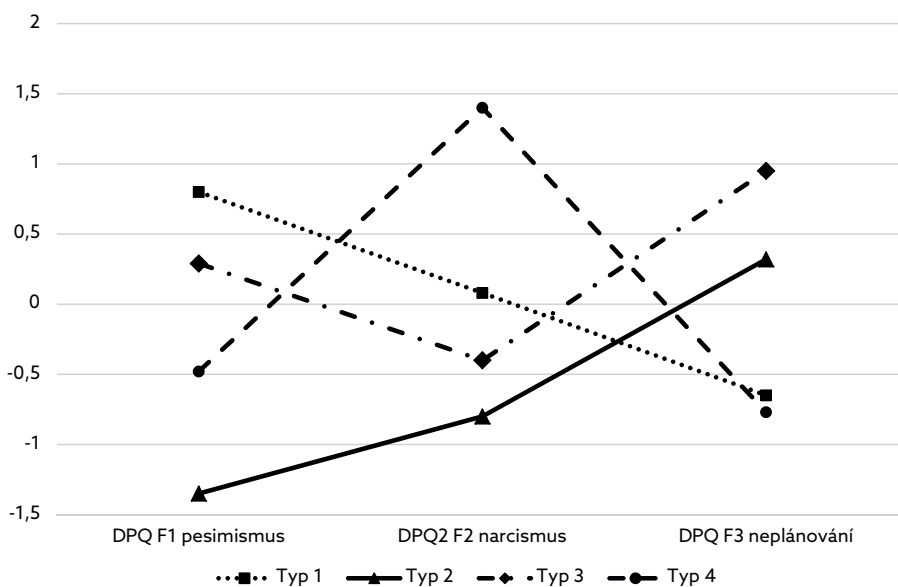
faktor 3 – neplánování (13% rozptylu).

(Přesné výsledky faktorové analýzy autorka zašle zájemcům na vyžádání mailem.)

Podle Noremové (2002) sytí tento dotazník dva faktory, defenzivní pesimismus a reflektivita. Tyto faktory spolu souvisejí a celkové skóre defenzivního pesimismu tvoří součet položek obou těchto faktorů. Z naší faktorové analýzy vyplývá, že dotazník nevykazuje zcela jasný dvoufaktorový model tak, jak jej předpokládá Noremová (2002).

Shlukovou analýzou (metodou k-průměrů) jsme určili typy optimistů/pesimistů s využitím výše uvedených 3 faktorů. Ověřili jsme řešení pro 4 a 5 shluků osob; obě řešení byla validována na náhodně rozdělených polovinách souboru. Pro přiblížení nabíjíme grafické znázornění řešení pro 4 shluky osob (viz Graf 4).

Graf 4 Typy optimistů a pesimistů. Typ 1 – plánovití nevyhranění opt./pes. (n = 36); Typ 2 – optimisté (n = 21); Typ 3 – neplánující nevyhranění opt./pes. (n = 30); Typ 4 – defenzivní pesimisté (n = 19).



V obou těchto řešeních bylo možné identifikovat skupinu defenzivních pesimistů vyznačujících se vysokou mírou pesimismu, vysokou mírou plánování a nízkou mírou anticipované pozitivní sebereflexe.

3.3 Studie č. 4: Vztahy defenzivního pesimismu, dispozičního optimismu a optimismu jako explanačního stylu

Cílem navazujícího výzkumu bylo prověřit vztahy mezi konstrukty dispozičního optimismu, optimismu jako explanačního stylu a jednotlivými faktory defenzivního pesimismu, které jsme extrahovali v předchozí studii na základě faktorové analýzy položek dotazníku DPQ.

Metoda

Výzkumný soubor byl stejný jako v předešlé studii.

Použité nástroje

K inventáři DPQ přibýly dotazníky LOT-R a ASQ (ověřovaná vnitřní konzistence ASQ byla uspokojivá, Cronbachova alfa 0,77).

Způsob zpracování dat

Pro ověření vztahů mezi jednotlivými konstrukty optimismu/pesimismu jsme provedli výpočet korelací.

Výsledky a jejich interpretace

V Tabulce 7 vidíme vzájemné vztahy dispozičního optimismu, dimenzí optimismu jako explanačního stylu a faktorů defenzivního pesimismu.

Tabulka 7 Vztah jednotlivých konstruktů optimismu a identifikovaných faktorů pesimismu (N = 106).

<i>Faktory defenzivního pesimismu</i>	<i>LOT-R</i>	<i>ASQ personalizace</i>	<i>ASQ trvalost</i>	<i>ASQ pronikavost</i>	<i>ASQ celkově</i>
DPQ F1 pesimismus	-0,575**	-0,002	0,124	0,046	-0,285*
DPQ F2 anticipovaná sebereflexe	0,124	0,028	0,108	0,155	0,053
DPQ F3 neplánování	0,218*	-0,008	-0,145	-0,063	0,120

Pozn. DPQ – defenzivní pesimismus; LOT-R – dispoziční optimismus; ASQ – explanační optimismus; ** statistická významnost na 1% hladině; * statistická významnost na 5% hladině.

Potvrdili jsme výraznou zápornou korelaci mezi dispozičním optimismem a faktorem pesimismu identifikovaného na základě faktorové analýzy položek Dotazníku defenzivního pesimismu (DPQ). Čím více lidé přemýšlejí o možném neúspěchu, tím nižšího skóru v rámci dispozičního optimismu dosahují. Znamená

to, že defenzivní pesimismus se pojí spíše s dispozičním pesimismem. Méně těsný záporný vztah jsme potvrdili i mezi faktorem pesimismu DPQ a kompozitním skórem optimismu jako explanačního stylu. Tyto výsledky potvrzují i teoretická východiska defenzivního pesimismu: tuto kognitivní strategii nepreferují optimisté (Dosedlová et al., 2013).

3.4 Studie č. 5: Vztahy mezi dispozičním optimismem/pesimismem, strategickým optimismem / defenzivním pesimismem, situační úzkostí a dispoziční úzkostností

Z teoretických poznatků vyplývá, že defenzivní pesimismus souvisí s vyšší mírou úzkostnosti. Dispoziční optimismus naopak s rysem úzkostnosti souvisí negativně, úzkostnost a úzkost mají vztah spíše k dispozičnímu pesimismu. Cílem studie č. 4 (Dosedlová et al., 2013) bylo ověřit tyto předpoklady, dále posoudit genderové rozdíly v těchto vztazích. Následným cílem bylo prověřit vzájemnou nezávislost konstruktů dispozičního optimismu a defenzivního pesimismu.

Metoda

Výzkumný soubor tvořilo 146 studentů a absolventů vysokých škol z České republiky, 53 mužů (36 %) a 93 žen (64 %) ve věkovém rozmezí 20–30 let. Věkový průměr je 22,91 roku, medián 22. Respondenti byli voleni metodou příležitostného výběru.

Použité nástroje

Pro měření dispozičního optimismu jsme využili LOT-R, u defenzivního pesimismu DPQ a pro posouzení úzkosti/úzkostnosti dotazník STAI. Metody LOT-R a DPQ byly již představeny v předchozích studiích, krátce představíme tedy jen inventář STAI.

Inventář úzkosti jako stavu a úzkostnosti jako rysu – State Trait Anxiety Inventory, STAI (Spielberger et al., 1970, dle Müllner et al., 1980)

Původní test autorů Ch. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha a R. E. Lusheneho pochází z r. 1970, my jsme užili slovenskou standardizovanou verzi (Müllner et al., 1980).

Měří úzkost jako aktuální stav (škála X-1) i jako dispoziční charakteristiku osobnosti, úzkostnost (škála X-2). Dohromady obsahují obě škály 40 položek (výroků). Míru souhlasu či nesouhlasu s tvrzením respondenti vyjadřují na 4bodových škálách od „vůbec ne“ po „velmi“ u škály X-1 a od „téměř nikdy“ po „téměř vždy“ u škály X-2. Rozsah možných skóre u jednotlivých škál je mezi 20 a 80. Čím vyšší skóre, tím vyšší je aktuální úzkost nebo úzkostnost.

Způsob získání a zpracování dat

Distribuce testové baterie probíhala elektronicky prostřednictvím internetových sociálních sítí a odkazů na webové stránky rozesílaných e-mailem.

Korelační maticí jsme zjišťovali vztahy mezi výsledky v dotazníku LOT-R a DPQ a na škále STAI_X2 měřící úzkostnost jako rys. Pro lepší ilustraci jsme do korelace zahrnuli také škálu STAI_X1, která měří aktuální úzkost.

Pro zjištění vztahů mezi dispozičním optimismem, defenzivním pesimismem, situační úzkostí a rysovou úzkostností jsme využili parametrické korelace a regresní analýzu, dále t-testy pro nezávislé výběry pro srovnání míry vybraných proměnných mezi pohlavími. Výpočty byly provedeny pomocí programu SPSS.

Výsledky a jejich interpretace**3.4.1 Vztah dispozičního optimismu, defenzivního pesimismu, rysové úzkostnosti a situační úzkosti, genderové rozdíly v těchto vztazích**

Následující korelační matice (Tabulka 8) představuje vztahy mezi dispozičním optimismem, defenzivním pesimismem, úzkostností jako rysem a situační úzkostí.

Tabulka 8 Korelační matice mezi LOT-R, DPQ, STAI_X1 a STAI_X2

	STAI_X1	STAI_X2
LOT-R	-0,43*	-0,53*
DPQ	0,26*	0,48*

Pozn. DPQ – defenzivní pesimismus; LOT-R – dispoziční optimismus; STAI_X1 – stav úzkosti; STAI_X2 – rys úzkostnosti; * statistická významnost na 5% hladině.

Výsledky korelace ukazují, že vztah mezi dispozičním optimismem a úzkostností je negativní, středně těsný ($r = -0,53$). Znamená to, že dispoziční optimisté vykazují nízkou míru úzkostnosti. Naopak vztah mezi defenzivním pesimismem a úzkostností je pozitivní, rovněž středně těsný ($r = 0,48$). Nepříliš těsný je vztah mezi defenzivním pesimismem a aktuální úzkostí ($r = 0,26$), což potvrzuje, že strategii defenzivního pesimismu si budujeme spíše na základě dlouhodobého boje s dispoziční úzkostností než jen s aktuální úzkostí.

Na základě t-testů pro porovnání průměrů mezi pohlavími se muži a ženy signifikantně neliší v míře dispozičního optimismu a pesimismu. Průměrné skóre v testu LOT-R u mužů je 20,73 a u žen 20,37.

Statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami nebyly prokázány ani v míře defenzivního pesimismu. Muži dosahují průměru 49,66 a ženy 48,87.

Následující tabulka demonstruje rozdíly v těsnosti vztahu mezi dispozičním optimismem, defenzivním pesimismem, situační úzkostí a rysem úzkostnosti na základě pohlaví.

Tabulka 9 Rozdíly mezi muži a ženami ve vztahu dispozičního optimismu a defenzivního pesimismu s aktuální úzkostí a úzkostností

	STAI_X1		STAI_X2	
	muži	ženy	muži	ženy
LOT-R	-0,48*	-0,40*	-0,55*	-0,52*
DPQ	0,37*	0,20	0,63*	0,43*

Pozn. DPQ – defenzivní pesimismus; LOT-R – dispoziční optimismus; STAI_X1 – stav úzkosti; STAI_X2 – rys úzkostnosti; * statistická významnost na 5% hladině.

Pozornost je třeba věnovat rozdílu v těsnosti vztahu mezi defenzivním pesimismem a rysovou úzkostí. U žen je vztah pozitivní s mírou těsnosti vztahu $r = 0,43$, u mužů je vztah také pozitivní s těsností vztahu $r = 0,63$. Oba vztahy jsou statisticky významné na 5% hladině významnosti. Rozdíl mezi mírou těsnosti vztahu mezi defenzivním pesimismem a úzkostností naznačuje, že muži s vyšší mírou rysové úzkostnosti využívají strategii defenzivního pesimismu více než ženy.

3.4.2 Vztah konstruktů dispozičního optimismu a defenzivního pesimismu

Dle teoretických východisek předpokládáme, že konstrukty dispozičního optimismu a defenzivního pesimismu jsou na sobě nezávislé.

Pro ověření tohoto vztahu jsme použili regresní analýzu. Mezi dispozičním optimismem a defenzivním pesimismem jsme zjistili nepříliš těsný negativní vztah ($\beta = -0,31$). Tato hodnota je statisticky významná na 1% hladině významnosti, těsnost vztahu však není tak velká, abychom mohli s jistotou potvrdit souvislost mezi těmito proměnnými. Tento regresní model navíc vysvětluje pouze 9,5% rozptylu v celkovém skóre dotazníku DPQ. Vztah je orientován negativně, je v souladu s očekáváním, že defenzivní pesimismus souvisí spíše s dispozičním pesimismem než s dispozičním optimismem.

Tabulka 10 Výsledky regresní analýzy se závislou proměnnou defenzivní pesimismus (DPQ); $N = 146$; $R = 0,31$; $R^2 = 0,095$; $p < 0,001$

	beta	SE	p
LOT-R	-0,31	0,08	< 0,001

Pozn. LOT-R – dispoziční optimismus.

Pokud však do regresního modelu dosadíme ještě proměnnou dispoziční úzkostnost STAI_X2, zjistíme, že defenzivní pesimismus souvisí zejména s ní (viz tabulku č. 11). Vztah mezi defenzivním pesimismem a úzkostností je pozitivní (beta = 0,45, $p < 0,01$). Výsledné skóre v dotazníku LOT-R a DPQ spolu nesouvisí, vztah mezi nimi je zanedbatelný (beta = -0,07). Tento regresní model vysvětluje celkem 23,8% rozptylu v celkovém skóre DPQ, to je o 14% více, než vysvětloval předchozí model.

Tabulka 11 Výsledky regresní analýzy se závislou proměnou defenzivní pesimismus (DPQ); $N = 146$; $R = 0,49$; $R^2 = 0,24$; $p < 0,001$

	<i>beta</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
LOT-R	-0,07	0,09	0,40
STAI_X2	0,45	0,09	0,00

Pozn. LOT-R – dispoziční optimismus; STAI_X2 – rys úzkostnosti.

Na základě výsledků regresní analýzy můžeme potvrdit, že dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus jsou na sobě nezávislé konstrukty. Hodnoty defenzivního pesimismu vysvětlují spíše hodnoty úzkostnosti než výsledky v dotazníku LOT-R (Dosedlová et al., 2013).

3.5 Shrnutí výsledků studií uvedených v kapitolách 3.1.–3.4., diskuse a závěr

Uvedené studie jsou dokladem toho, že dispoziční optimismus, optimismus jako explanační styl a defenzivní pesimismus jsou odlišné konstrukty a každý z nich popisuje jinou část kognitivních, emočních a konativních aspektů osobnosti.

Záporný vztah mezi dispozičním optimismem a explanačním optimismem na jedné straně a defenzivním pesimismem na straně druhé ovlivňuje významná mediátorová proměnná: úzkostnost. V diplomové práci (Maxová, 2012, dle Dosedlová et al., 2013), zde studie č. 5, jsme na základě jednoduché a vícenásobné regresní analýzy potvrdili, že vztah mezi defenzivním pesimismem a dispozičním optimismem je dán zejména jejich vztahem s úzkostností: dispoziční optimismus s ní koreluje negativně, kdežto defenzivní pesimismus pozitivně. Defenzivní pesimisté trpí zvýšenou mírou úzkostnosti a snížená očekávání směrem do budoucnosti navzdory minulým úspěchům jim pomáhají ji zvládat. Cantorová s Noremovou (1989) vnímají defenzivní pesimismus jako jednu z copingových strategií, díky níž mohou lidé s vyšší mírou úzkostnosti dosahovat ve výkonově orientovaných situacích stejně dobrých výsledků jako optimisté s nízkou mírou úzkostnosti.

Pozitivní vztah mezi úzkostí a defenzivním pesimismem potvrdila v nedávné době také Gasperová s kolegy (2009). Vztah mezi úzkostností a dispozičním optimismem byl zkoumán již dříve. Lancasterová a Boivinová (2005), které pro měření úzkostnosti využily stejnou metodu STAI, rovněž potvrdily negativní vztah mezi dispozičním optimismem a úzkostností.

Dále jsme zjistili, že muži s vyšší mírou dispoziční (rysové) úzkostnosti využívají strategii defenzivního pesimismu více než ženy, což může být pro muže výhodné. Cantorová a Noremová (1989) ve svém výzkumu ověřily, že strategie defenzivního pesimismu je účinnou copingovou strategií při zvládání dlouhodobě vyšší míry úzkostnosti.

Souvislost mezi defenzivním pesimismem a dispozičním optimismem sledovala také Noremová (2002), která odlišuje dispoziční pesimismus od kognitivní strategie defenzivního pesimismu. Ve své práci zjistila, že dispoziční optimismus měřený pomocí metody LOT-R sice má negativní vztah k defenzivnímu pesimismu měřenému metodou DPQ, ale korelační koeficient není dostatečně vysoký. Obě metody tedy měří odlišný konstrukt.

Limity těchto drobnějších studií jsou spojeny s příležitostným výběrem vzorku a zaměřením pouze na vysokoškolské studenty. Soubory ve všech studiích jsou nevyvážené z hlediska pohlaví (ženy tvoří většinu), soubory ve studiích 3, 4 a 5 jsou navíc relativně malé. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a dá se předpokládat, že s ní častěji souhlasily osoby s vyšší mírou afiliace, ochotné a spolupracující. Složení našeho souboru není vzhledem k těmto skutečnostem plně reprezentativní vůči populaci z hlediska pohlaví, věku, vzdělání ani osobnostních charakteristik.

Navazující výzkum jsme zaměřili na konstrukci modelu optimismu. Stejný cíl si kladl Schwarzer (1994), který rozlišil funkční a defenzivní optimismus. Funkční optimismus v jeho pojetí představuje dispoziční optimismus, optimismus jako explanační styl a také generalizované vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy). Nerealistický optimismus klasifikuje jako defenzivní optimismus. Funkční optimismus podle něj souvisí s aktivním zvládáním obtíží (copingem). Fournier, Ridder a Bensingová (1999) dospěli k modelu optimismu o třech faktorech: pozitivní očekávání zaměřené do budoucnosti, pozitivní očekávání vlastní účinnosti a nerealisticky pozitivní myšlení. Dále sledovali, jakou roli zaujímají tyto faktory v procesu vyrovnávání se s chronickým onemocněním (roztroušenou sklerózou). Potvrdili vztah pozitivních očekávání budoucích výsledků i vlastní efektivity a lepšího duševního zdraví. Role nerealistického optimismu zůstává podle těchto autorů nejasná.

3.6 Studie č. 6: Model optimismu, vztah optimismu a naděje

V kontextu výše uvedených informací jsme se rozhodli vytvořit model, který by nám pomohl lépe pochopit vztahy mezi jednotlivými dimenzemi popsanych

konstruktů optimismu/pesimismu a naděje. Do modelu zařazujeme dispoziční optimismus, defenzivní pesimismus, nerealistický optimismus a naději.

Metoda

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 1774 osob (muži 33,3%, ženy 66,7%) od 15 do 79 let ($m = 33,5$; $sd = 15,8$; $med = 27$). Z hlediska vzdělání 21,9% respondentů dokončilo základní vzdělání nebo středoškolské bez maturity, 48,8% středoškolské vzdělání s maturitou a 29,3% vysokoškolské vzdělání. Do finálního souboru byly zařazeny pouze osoby, které neměly více než 3 chybějící výsledky z 9 použitých škál.

Použité nástroje

Respondentům byla administrována rozsáhlá dotazníková baterie. V rámci předložené studie jsou využita data z Testu životní orientace, Dotazníku defenzivního pesimismu, Škály naděje pro dospělé, Dotazníku nerealistického optimismu a subjektivního pocitu kontroly.

Test životní orientace – *Life Orientation Test – Revised*, LOT-R (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) se zaměřuje na generalizovaná očekávání do budoucna a využívá se k měření dispozičního optimismu/pesimismu. V našem souboru jsme ověřovali vnitřní konzistenci škály, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,751 pro optimismus (dále LOTR_O) a 0,769 pro pesimismus (dále LOTR_P).

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 alfa pro pesimismus (DPQ_P) je 0,688, pro reflexi (DPQ_R) 0,636.

Škála dispoziční naděje pro dospělé – *Adult Dispositional Hope Scale*, ADHS (Snyder et al., 1991)

Škála obsahuje 12 položek, výroků, z nichž 4 se zaměřují na snahu (agency) potřebnou k uskutečnění cíle, 4 na generování prostředků (pathways) a poslední 4 jsou distraktory, které se nevztahují k problematice naděje (Snyder, 1995). Míru souhlasu s výrokem respondenti posuzují na 8bodové škále (1 = naprosto mě nevystihuje, 8 = přesně mě vystihuje).

Ověřili jsme vnitřní konzistenci škály, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,830 pro snahu (ADHS_A) a 0,859 pro cestu k cíli (ADHS_P).

Dotazník nerealistického optimismu a subjektivního pocitu kontroly (Weinstein, 1980; Dosedlová, Jelínek, & Klimusová, 2012)

V souladu s výzkumnou metodou Weinsteina (1980, 1982) jsme vytvořili seznam 18 životních událostí (8 pozitivních a 10 negativních), které respondenti mohou očekávat ve svém profesním a osobním životě. Životní události jsme specifikovali s přihlédnutím k věku respondentů, takže vznikly jejich dva sety, jeden pro mladší respondenty do 34 let, druhý pro starší od 35 let. Tři pozitivní situace a osm negativních situací zůstalo beze změny v obou setech. Vzhledem k tomu, že posuzovaným výsledkem je rozdíl v hodnocení vlastních šancí na prožití určité situace a šancí vrstevníků stejného pohlaví, není vyžadováno užití jednotného seznamu konkrétních životních situací.

Příklady položek:

Pozitivní události pro respondenty do 34 let – Úspěšně dokončím studium a/nebo získám uspokojující zaměstnání dle svého přání a výběru. Budu v dobrém zdravotním stavu nejméně do 45 let. Můj plat bude ve srovnání s celostátním průměrem nadprůměrný. Budu mít trvalý partnerský/manželský vztah.

Pozitivní události pro respondenty od 35 let – Úspěšně prožiji a vytvořím vše důležité, co bych si v životě přál/a. Dožiji se nejméně 80 let. Budu žít po celý svůj život v dostatku. Budu mít trvalý manželský/partnerský vztah.

Negativní události pro respondenty do 34 let – Rozvedu se. Budu mít nadváhu. Budu delší dobu nezaměstnaný/nezaměstnaná. Zemřou na rakovinu nebo kardiovaskulární nemoc.

Negativní události pro respondenty od 35 let – Rozvedu se. Budu se po delší dobu cítit osaměle a bez pomoci. Mé rozumové schopnosti a má osobnost celkově budou narušeny degenerativními změnami v mozkové tkáni – demence, Alzheimerova choroba. Zemřou na rakovinu nebo kardiovaskulární nemoc.

V první části dotazníku bylo úkolem respondentů odhadnout v procentech, jaké jsou jejich šance, že určitou událost prožijí (0% = žádná šance, 100% = jistota). Ve druhé části dotazníku respondenti odhadovali v procentech, jaká je šance, že dané události prožijí jejich vrstevníci stejného pohlaví (0% = žádná šance, 100% = jistota).

Třetí část dotazníku tvořila pětibodová škála zaměřená na subjektivní pocit kontroly nad životními událostmi (1 = nemohu vůbec ovlivnit, 2 = mohu ovlivnit jen v malé míře, 3 = mohu ovlivnit středně, 4 = mohu ve velké míře ovlivnit, 5 = mohu zcela ovlivnit).

Dále jsme na základě prvních dvou částí dotazníku vytvořili škálu nerealistického optimismu, který chápeme jako očekávání posuzovaných osob, že je ve srovnání s vrstevníky stejného pohlaví potkají v budoucnosti ve větší míře žádoucí

události a v menší míře než vrstevníky nežádoucí události. Vytvořili jsme 18 nových proměnných, které vznikly odečtením šancí vrstevníků od šancí respondentů u žádoucích událostí nebo naopak u nežádoucích událostí. Po sečtení hodnot a vytvoření průměrů u všech těchto 18 proměnných vznikla škála k posouzení míry nerealistického optimismu respondentů. Reliabilita této škály dosáhla uspokojivé hodnoty, Cronbachova alfa pro pozitivní události (dále POZ) 0,813, pro negativní události (NEG) 0,730 a pro subjektivní pocit kontroly (OVL) 0,832.

Způsob získání a zpracování dat

Sběr dat probíhal několik měsíců od jara 2014 do konce téhož roku. 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.

Konfirmační faktorová analýza byla provedena v rámci balíčku *lavaan* v softwaru R (Rosseel, 2012) s použitím metody FIML. Pro každý faktor prvního řádu byly použity tři indikátory (parcels; Little, 2013), které vznikly zprůměrováním položek. Do jednotlivých parcel byly použity položky na základě jejich rozlišovací účinnosti. Vzhledem k relativně velkému vzorku osob interpretujeme pouze výsledky na 1% hladině významnosti.

Výsledky a jejich interpretace

V Tabulce 12 jsou uvedeny vzájemné korelace mezi výsledky jednotlivých škál. Z korelací vyplývá, že skóry v jednotlivých metodách jsou provázány převážně středně těsnými vztahy.

Tabulka 12 Korelace mezi použitými škálami

	LOTR_O	LOTR_P	DPQ_P	DPQ_R	POZ	NEG	ADHS_A	ADHS_P
LOTR_P	-0,606**							
DPQ_P	-0,552**	0,521**						
DPQ_R	-0,243**	0,220**	0,455**					
POZ	0,306**	-0,282**	-0,261**	-0,095**				
NEG	-0,217**	0,179**	0,149**	0,043	0,049**			
ADHS_A	0,438**	-0,414**	-0,380**	-0,057	0,334**	-0,216**		
ADHS_P	0,367**	-0,335**	-0,328**	-0,043	0,253**	-0,196**	0,757**	
OVL	0,280**	-0,267**	-0,190**	-0,029	0,228**	-0,208**	0,305**	0,316**

Pozn. LOTR_O – Test životní orientace (optimismus); LOTR_P – Test živostní orientace (pesimismus); DPQ_P – Dotazník defenzivního pesimismu (pesimismus); DPQ_R – Dotazník defenzivního pesimismu (reflexe); POZ – Dotazník nerealistického optimismu a subjektivního pocitu kontroly (pozitivní události); NEG – Dotazník nerealistického optimismu a subjektivního pocitu kontroly (negativní události); OVL – Dotazník nerealistického optimismu a subjektivního pocitu kontroly (subjektivní pocit kontroly); ADHS_A – Škála dispoziční naděje pro dospělé (snaha); ADHS_P – Škála dispoziční naděje pro dospělé (cesta k cíli); ** statistická významnost na 1% hladině.

Pomocí metod strukturálního modelování byly postupně otestovány 3 modely. Model č. 1 představuje konfirmatorní faktorovou analýzu prvního řádu s korelovanými faktory, kdy faktory odpovídají jednotlivým škálám popsaným v sekci Použité metody. Model č. 2 je výsledkem faktorové analýzy druhého řádu s jedním obecným faktorem vysvětlujícím vztahy mezi faktory na nižší úrovni. Model č. 3 pracuje s dvěma korelovanými faktory druhého řádu.

Model č. 1

V tomto modelu je použito devět vzájemně korelovaných faktorů, každý faktor je reprezentován třemi parcelami vytvořenými z příslušných položek. Celkově lze říci, že tento model data relativně dobře vystihuje ($\chi^2 = 1432,08$; $df = 288$; $p \leq 0,01$; $RMSEA = 0,047$; 90% CI (0,045; 0,050); Hoelter N 1% = 430,54). Detaily modelu se strukturálními parametry jsou uvedeny na Obrázku 1. Regresní koeficienty měřicího modelu lze obecně označit za dostatečně vysoké. V obrázku 1 nejsou uvedeny vzájemné korelace mezi faktory, ty uvádíme v Tabulce 13. Mezi faktory se vyskytuje relativně málo nevýznamných korelací, což nabízí prostor pro zjednodušení modelu pomocí nadřazených faktorů druhého řádu.

Tabulka 13 Korelace mezi faktory prvního řádu v rámci Modelu č. 1

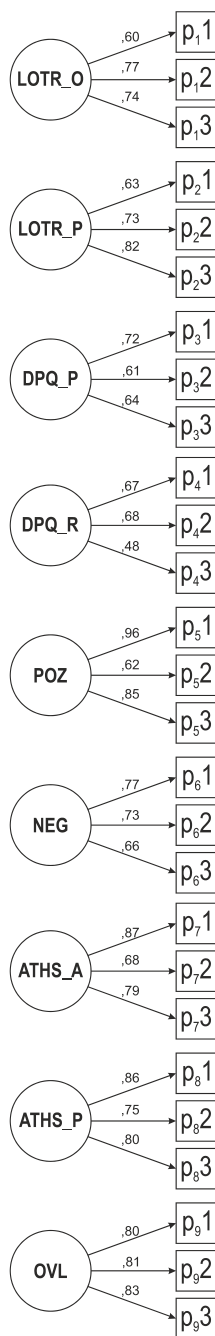
	LOTR_O	LOTR_P	DPQ_P	DPQ_R	POZ	NEG	ADHS_A	ADHS_P
LOTR_P	-0,782**							
DPQ_P	-0,740**	0,696**						
DPQ_R	-0,341**	0,323**	0,687**					
POZ	0,373**	-0,323**	-0,306**	-0,123**				
NEG	-0,302**	0,247**	0,218**	0,074	-0,016			
ADHS_A	0,561**	-0,506**	-0,481**	-0,098**	0,371**	-0,273**		
ADHS_P	0,467**	-0,405**	-0,419**	-0,067	0,265**	-0,246**	0,876**	
OVL	0,350**	-0,319**	-0,233**	-0,039	0,249**	-0,258**	0,360**	0,374**

Pozn. LOTR_O – Test životní orientace (optimismus); LOTR_P – Test živostní orientace (pesimismus); DPQ_P – Dotazník defenzivního pesimismu (pesimismus); DPQ_R – Dotazník defenzivního pesimismu (reflexe); POZ – Dotazník nerealistického optimismu a sub-

3 Konstrukty optimismu a pesimismu v empirických studiích

jektivního pocitu kontroly (pozitivní události); NEG – Dotazník nerealistického optimismu a subjektivního pocitu kontroly (negativní události); OVL – Dotazník nerealistického optimismu a subjektivního pocitu kontroly (subjektivní pocit kontroly); ADHS_A – Škála dispoziční naděje pro dospělé (snaha); ADHS_P – Škála dispoziční naděje pro dospělé (cesta k cíli); ** statistická významnost na 1% hladině.

3.6 Studie č. 6: Model optimismu, vztah optimismu a naděje

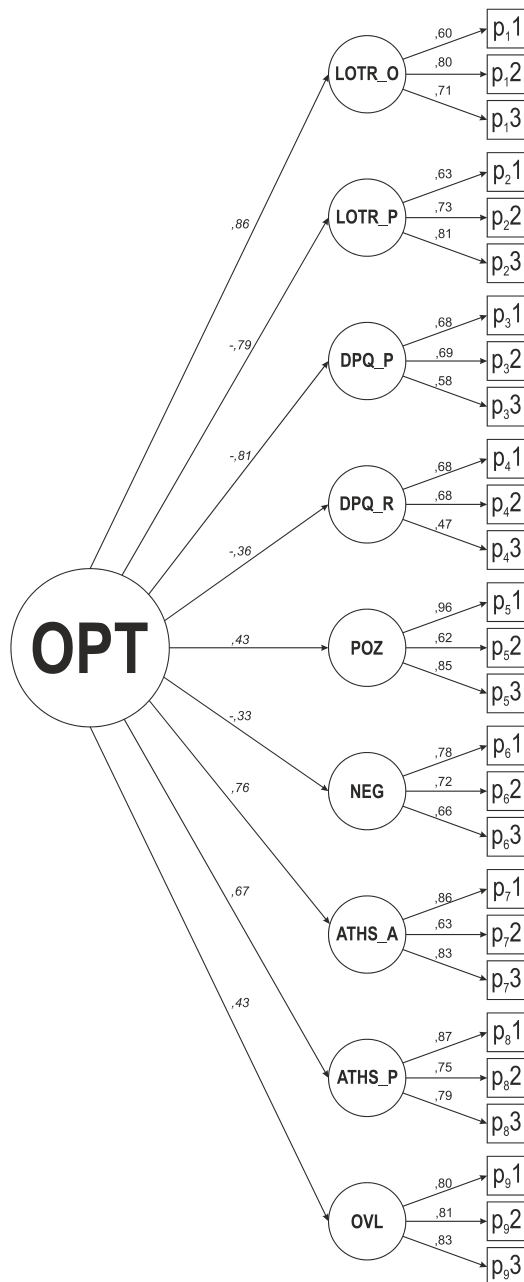


Obrázek 1 Model č. 1 – faktorová analýza prvního řádu s korelovanými faktory. Uvedeny jsou standardizované koeficienty, chybové složky jsou pro větší přehlednost vypuštěny.

Model č. 2

V tomto modelu je použito devět faktorů prvního řádu, každý faktor je reprezentován třemi parcelami vytvořenými z příslušných položek. Vzájemné vztahy mezi faktory nalezené v modelu č. 1 jsou zde vysvětleny pomocí jediného faktoru druhého řádu. Celkově lze říci, že i model č. 2 data relativně dobře vystihuje ($\chi^2 = 2706,35$; $df = 315$; $p \leq 0,01$; $RMSEA = 0,065$; $90\% CI (0,063; 0,068)$; $Hoelter N 1\% = 247,67$), i když pochopitelně o něco hůře než model č. 1. Detaily modelu se strukturálními parametry jsou uvedeny na Obrázku 2. Regresní koeficienty měřicího modelu jsou dostatečně vysoké, obecný faktor druhého řádu lze označit jako konstrukt Optimismu. Nejtěsnější vztahy má tento faktor k dimenzím optimismu a pesimismu (LOTR_O, DPQ_P, LOTR_P), středně těsné vztahy pak ke dvěma dimenzím škály naděje. Všechny nalezené vztahy mezi faktory jsou vyšší než 0,3, nicméně výrazné kolísání naznačuje možnou existenci dalšího, v tomto modelu nezachyceného konstruktů.

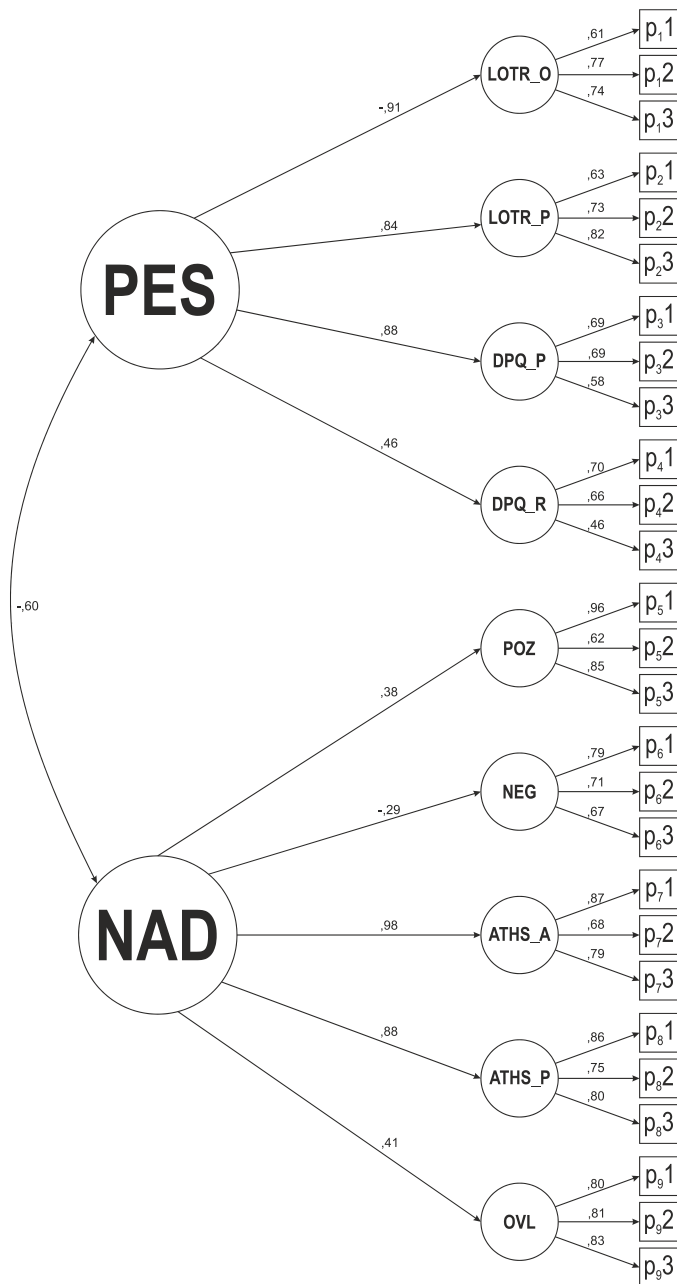
3.6 Studie č. 6: Model optimismu, vztah optimismu a naděje



Obrázek 2 Model č. 2 – faktorová analýza druhého řádu s jedním obecným faktorem. Uvedeny jsou standardizované koeficienty, chybové složky jsou pro větší přehlednost vypuštěny.

Model č. 3

V tomto modelu je použito devět faktorů prvního řádu, každý faktor je reprezentován třemi parcelami vytvořenými z příslušných položek. Vzájemné vztahy mezi faktory prvního řádu jsou zde vysvětleny pomocí dvou korelovaných faktorů druhého řádu. Celkově lze říci, že model č. 3 data dobře vystihuje ($\chi^2 = 1893,63$; $df = 314$; $p \leq 0,01$; $RMSEA = 0,053$; $90\% CI (0,051; 0,056)$; $Hoelter N 1\% = 352,52$). Model č. 3 vykazuje podstatně vyšší shodu s daty než model č. 2 (pokles $RMSEA$ o $0,012$) a jeho adekvátnost je dokonce na úrovni podstatně složitějšího modelu č. 1. Detaily modelu se strukturálními parametry jsou uvedeny na obrázku č. 3. Regresní koeficienty měřicího modelu jsou dostatečně vysoké, obecné faktory druhého řádu lze označit jako Optimismus (resp. Pesimismus vzhledem ke směru regresních koeficientů) a Naděje. Tyto dva faktory jsou vzájemně propojeny, nelze je však vnímat jako identické.



Obrázek 3 Model č. 3 – faktorová analýza druhého řádu se dvěma obecnými faktory. Uvedeny jsou standardizované koeficienty, chybové složky jsou pro větší přehlednost vypuštěny.

Diskuse a závěr

Cílem bylo otestovat model optimismu s ohledem na dimenze konstruktů dispozičního optimismu (LOT_O dispoziční optimismus, LOT_P dispoziční pesimismus), defenzivního pesimismu (DPQ_P defenzivní pesimismus, DPQ_R reflektivita), nerealistického optimismu (POZ očekávání ve vztahu k pozitivním událostem, NEG očekávání ve vztahu k negativním událostem, OVL ovlivnitelnost, subjektivní pocit kontroly nad situací) a naděje (ADHS_A snaha, agency, ADHS_P cesty, pathways). Dalším záměrem bylo ověřit vztah mezi konstrukty optimismu a konstruktem naděje.

Analýzy proběhly ve třech krocích a byly vytvořeny tři modely.

První model ověřil faktory 1. řádu. Všechny vybrané proměnné spolu signifikantně korelovaly, čímž jsme potvrdili jejich vzájemnou provázanost a vhodnost jejich zařazení jako faktorů 1. řádu do následných modelů.

Druhý model pracoval s jedním megafaktorem „Optimismus“ 2. řádu. Nejsilněji ho sytil faktor dispozičního optimismu v kladném směru (LOT_O = 0,86), dimenze naděje – cesty k cíli (ADHS_P = 0,67) a dimenze naděje – snaha (ADHS_A = 0,76). V silném záporném vztahu je vůči Optimismu defenzivní pesimismus (DPQ_P = -0,81) a dispoziční pesimismus (LOT_P = -0,79). Ostatní faktory vykazují jen středně těsné vztahy, očekávání pozitivních událostí a pocit subjektivní kontroly v kladném směru a očekávání negativních událostí stejně jako reflektivita v záporném směru.

Třetí model představuje dva faktory 2. řádu, nazvané Pesimismus (PES) a Naděje (HOPE).

Faktor 2. řádu Pesimismus silně sytí v záporném směru dispoziční optimismus (LOT_O = -0,91), v kladném směru defenzivní pesimismus (DPQ_P = 0,88) a dispoziční pesimismus (LOT_P = 0,84). Vztah faktoru reflektivita (DPQ_R = 0,46) je pozitivní, středně těsný.

Faktor 2. řádu Naděje silně sytí v pozitivním směru faktor naděje – cesty k cíli (ADHS_P = 0,88) a faktor naděje – snaha (ADHS_A = 0,98). Tyto faktory přímo odpovídají teoretickému zakotvení konstruktů naděje. Vztahy ostatních faktorů jsou středně těsné, pocit subjektivní kontroly (OVL = 0,41) a očekávání pozitivních událostí (POZ = 0,38) v kladném směru, očekávání negativních událostí (NEG = -0,29) v záporném směru.

Oba faktory 2. řádu Pesimismus a Naděje spolu sice korelují v očekávaném záporném směru, nicméně jejich vztah je pouze středně těsný ($r = -0,60$), a můžeme je tak potvrdit jako svébytné konstrukty, které nejsou redundantní. Z našeho pohledu je interpretačně a statisticky nejvýhodnější tento třetí model.

Naš model odpovídá pojetí Snydera (2002), který vnímá svůj konstrukt naděje aktivněji a specifičtěji oproti optimismu – jako soubor myšlenek zahrnujících odhodlání k akci i modelování různých cest, které vedou k cíli. Toto myšlení, které

se přímo odráží v chování, podporuje v našem modelu i subjektivní pocit kontroly (dimenze nerealistického optimismu) jako posouzení vlastních zdrojů a možností. Otázkou zůstává, zda tento konstrukt odpovídá reálné lidské zkušenosti, jak jsme již diskutovali spolu s Bruininksovou a Mallem (2005). Faktor Optimismu/pesimismu je ve Snyderově i našem rozlišení spojen spíše s obecnějšími představami o naší budoucnosti.

K podobným výsledkům dospěli na základě strukturálního modelování rovněž Bryant a Cvangros (2004). Potvrzují, že jak koncept dvou nezávislých konstruktů optimismu a naděje, tak reflexe jedné dimenze, která propojuje oba konstrukty, jsou platné. Větší explanační sílu má však i ve výzkumu těchto autorů dvoufaktorový model optimismu a naděje jako nezávislých konstruktů.

Shrnutí teoretických úvah o optimismu/pesimismu

Pokud shrneme dosavadní informace, musíme konstatovat, že odborná psychologie dosud nedospěla k jednotnému pojetí optimismu/pesimismu. Optimismus a pesimismus můžeme chápat jako zastřešující termíny, které se užívají v souvislosti s mnoha současnými konstrukty a jen někdy odpovídají běžně užívanému významu obou pojmů. Současné psychologické přístupy uvažují o optimismu nejčastěji jako o kognitivní charakteristice, autoři se věnují cílům, očekáváním, kauzálním atribucím. Nesmíme však zapomínat ani na emoční doprovod optimismu a pesimismu. Můžeme být překvapeni, že jak optimismus, tak pesimismus mohou mít emočně defenzivní charakter, že optimismus je motivující na cestě k cíli a může být i sám o sobě přitažlivým cílem. V odborné literatuře je mimo jiné specifikován dispoziční optimismus (Scheier, & Carver, 1985), optimistický či pesimistický atribuční (explanační) styl (Peterson, & Seligman, 1987), optimismus jako pozitivní iluze (Taylor, & Brown, 1988), nerealistický optimismus (Weinstein, 1980), nerealistický pesimismus (Heine, & Lehman, 1995), defenzivní pesimismus a strategický optimismus (Norem, & Cantor, 1986).

Nejčastěji je rozvíjen a aplikován koncept dispozičního optimismu, dále optimismu jako explanačního stylu, méně konstrukt defenzivního pesimismu / strategického optimismu a také nerealistického optimismu. Jednotlivé konstrukty vycházejí z odlišných teoretických východisek a popisují jinou část kognitivních, emočních a konativních aspektů osobnosti. I naše vlastní studie ověřily jejich vzájemnou (relativní) nezávislost. Asociace mohou způsobovat mediátorové proměnné, např. úzkostnost, se kterou se pojí defenzivní pesimismus.

Optimismus je vnímán jako kognitivní chyba v úsudku o budoucích perspektivách, která však může mít pozitivní dopad na adaptaci. Je spjat s aktivním copingem, tedy s orientací na řešení problému nebo na zlepšení emočního stavu (Scheier, Carver, & Bridges, 2002; Nes, & Segerstrom, 2006). Jako dispoziční rys osobnosti i jako naučená kognitivní strategie je vnímán salutoprotektivně (Egger,

2013; Kebza, 2008; Šolcová, 2009) a je dáván do souvislosti s větší angažovaností ve zdraví prospěšných aktivitách i se samotnými pozitivními zdravotními výsledky (Scheier, & Carver, 1985; Peterson, & Bossio, 1991; Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009; Soliah, 2011). Optimisté se více angažují v sociálních vztazích, lépe řeší interpersonální konflikty a disponují širší sociální sítí (Segerstrom, 2007; Neff, & Geers, 2013).

Stinná stránka optimismu je diskutována o poznání méně. Většinou souvisí s větší tolerancí optimistů k riziku a rizikovým činnostem (Gibson, & Sanbonmatsu, 2004; Kubzansky, Kubzansky, & Maselko, 2004). Na základě dat longitudinálního výzkumu Terman Life Cycle Study, který provázal 1500 nadprůměrně inteligentních lidí celým jejich životem od dětství v r. 1921 až do smrti, Friedman a Martinová se spolupracovnice (2002, 2011) dospěli k překvapujícím závěrům. Prokázali, že veselí a optimističtí jedinci žijí kratší dobu. Optimismus spojili s konceptem veselosti (cheerfulness) a optimistické jedince popisují jako lidi, kteří stinné stránky života přehlížejí a přecházejí je s humorem. Tito lidé sice méně umírali na kardiovaskulární choroby a rakovinu, významně častěji však v důsledku nehod, vražd a sebevražd. V životě preferovali rizikovější zájmy (lov, létání) a jejich životní styl byl již od dospívání plný nevhodných návyků (vyšší konzumace alkoholu, kouření, rizikový sex, nebezpečný styl řízení vozidla, zanedbávání preventivních prohlídek). Autoři uvádějí, že vztah mezi veselostí (cheerfulness) a délkou života je tak silný jako vztah mezi délkou života a cholesterolem nebo vysokým krevním tlakem.

Někteří autoři neopouštějí bipolární model optimismu/pesimismu (Carver, & Scheier, 2014), jiní preferují dvojdimenzionální model, kdy protikladem optimismu není pesimismus, ale nedostatek optimismu, a protikladem pesimismu není optimismus, ale nedostatek pesimismu (Kubzansky, Kubzansky, & Maselko, 2004; Norem, & Chang, 2000).

Cílem této publikace je sledovat optimismus/pesimismus v kontextu zdraví.

Je tedy optimista (dispoziční, explanační, strategický, nerealistický) ten člověk, který se díky aktivnímu copingu lépe stará o své zdraví, nebo ten, který se pouští do riskantních aktivit a věří, že se ho nic zlého nedotkne a i nadále zůstane zdravý ze své podstaty? Je pesimista (dispoziční, explanační, defenzivní, nerealistický) ten člověk, který neřeší problémy svého zdraví, protože v tom na základě svých přesvědčení nevidí žádný smysl, nebo ten, kdo spěchá s prvními příznaky nemoci k lékaři, protože si umí představit (a také si představuje), jaký neblahý vývoj by tyto symptomy mohly mít? Odpověď na tuto otázku je složitější, než bychom čekali. Podívejme se společně, kam jsme při snaze odhalit podstatu problému došli na poli výzkumném.

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).

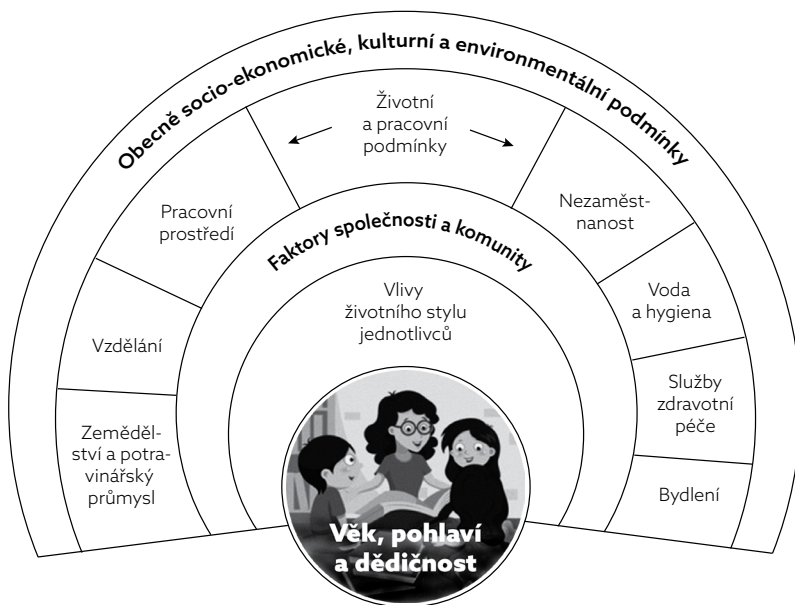
Čtvrtý model bere v úvahu dopad nemoci a akutních medicínských stresorů (hospitalizace, operace) na osobnost člověka. Osobnostní charakteristiky jsou chápány jako moderátory stresu ve vztahu ke specifickým podnětům. Chronické zdravotní obtíže mohou např. snižovat míru extravertze pro omezené možnosti 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, přizpůsobení 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):

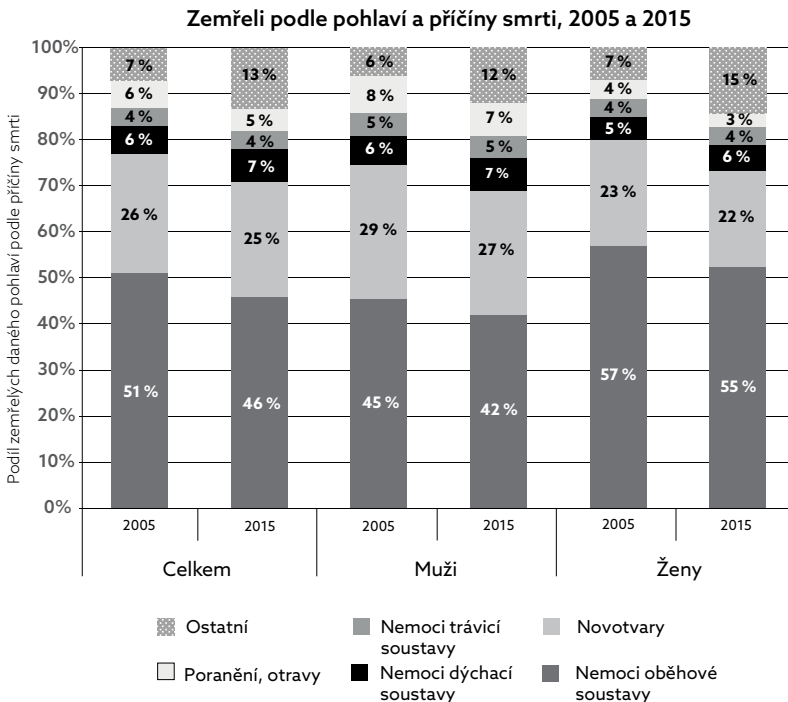
- **health behavior** – chování, které má preventivní funkci, tedy zabraňuje rozvoji onemocnění. Jedinec danou činnost provádí s přesvědčením, že je aktuálně zdravý a že mu tato činnost prospívá (může se jednat o pohybovou aktivitu, zdravé stravování, pravidelné lékařské prohlídky atp.);
- **illness 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).

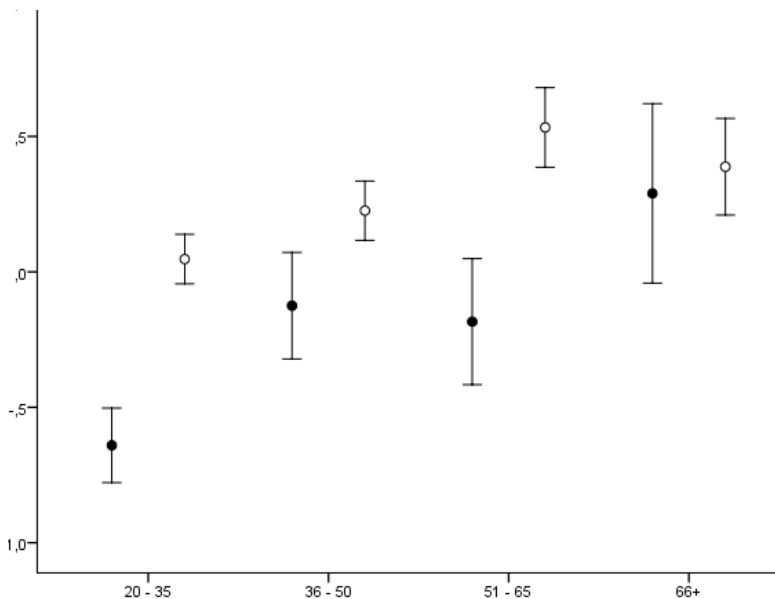
Chování související se zdravím ve vztahu k věku a pohlaví

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.

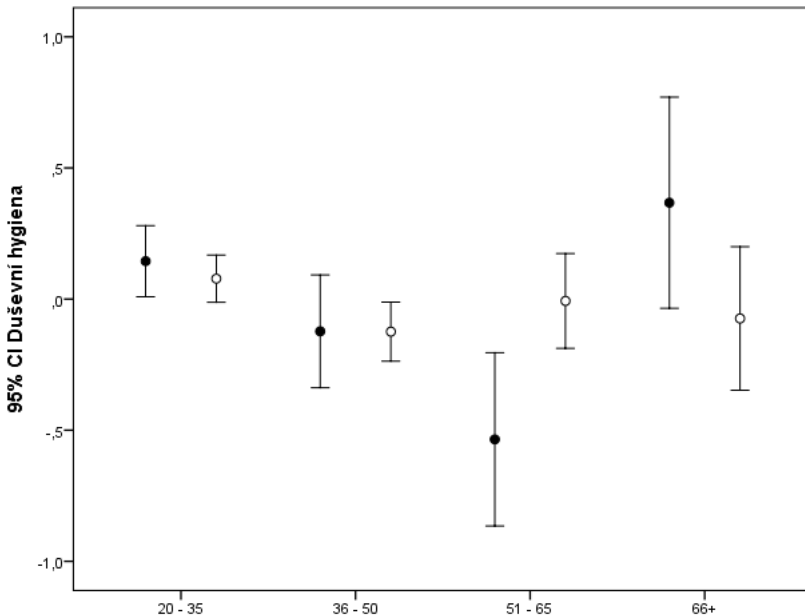
Graf 6 Porovnání průměrů faktorových skóre Zdravá strava z hlediska věku a pohlaví (muži – černá značka; ženy – bílá značka).



Péče o duševní hygienu

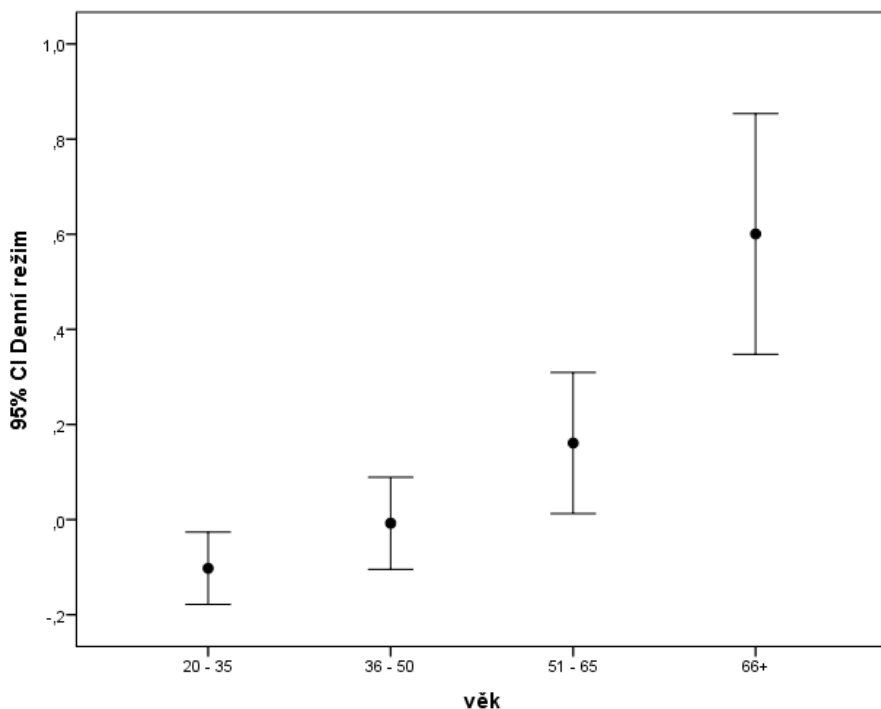
Na faktorové skóry Péče o duševní hygienu neměla průkazný vliv ani věková skupina, ani pohlaví, statisticky významný byl však interakční efekt ($F = 4,1$, $p \leq 0,01$). Jak je patrné z Grafu 7, u žen se úroveň péče o duševní hygienu v průběhu života příliš nemění, zatímco u mužů můžeme pozorovat podprůměrnou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

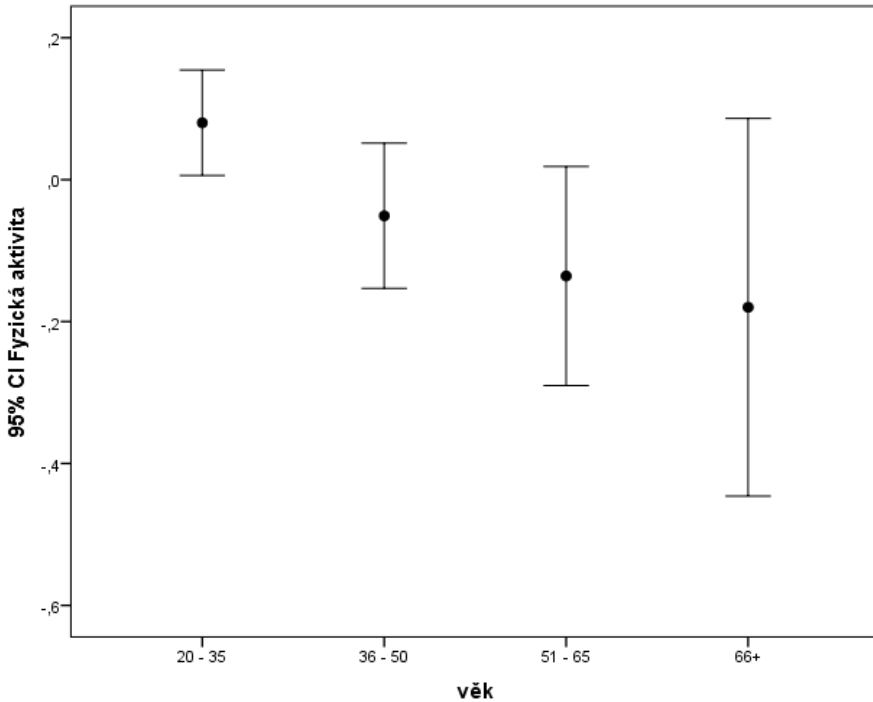
Při porovnání faktorových skóre pro Denní režim byl průkazný pouze hlavní efekt pro věk ($F = 11,2$, $p \leq 0,001$). Dodržování denního režimu je lepší u starších věkových skupin, především u seniorů, než u osob v období mladší a střední dospělosti (viz Graf 8).

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



Fyzická aktivita

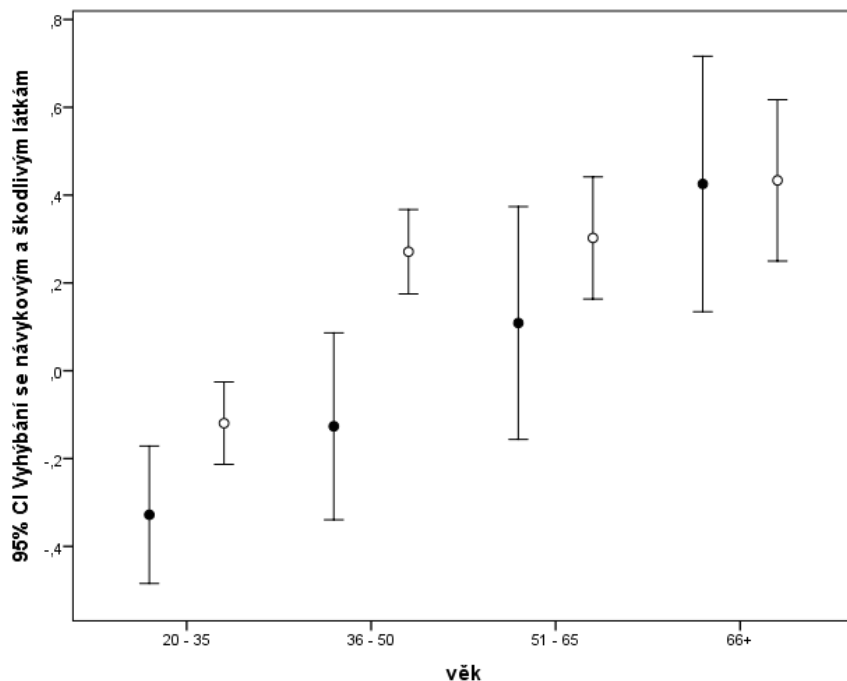
Průměrné skóre pro faktor Fyzické aktivity se lišily pouze z hlediska věku ($F = 13,6$, $p \leq 0,001$). Jak je patrné z Grafu 9, fyzická aktivita je více zastoupena u mladších věkových skupin (především ve skupině mladých dospělých) oproti starším.

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.

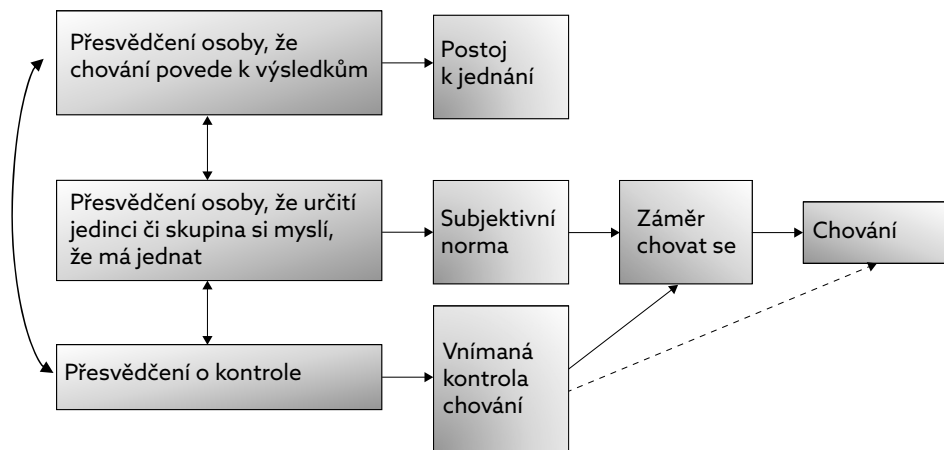
The Health Belief Model (Model přesvědčení o zdraví, Rosenstock, 1974; Strecher, Champion, & Rosenstock, 1997) vychází z předpokladu, že se člověk angažuje v určitém chování souvisejícím se zdravím na základě řady přesvědčení týkajících se vnímaného ohrožení a hodnocení daného chování. Pokud vnímané 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 měřenými 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 provázal 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 nepřímou 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 extraverteze, 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. Extraverteze 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 ^a	0,71				
jím smažené pokrmy ^b	0,71				
jím uzeniny, sladkosti, chipsy atd. ^b	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 ^a	0,66			0,33	
jím denně alespoň 3 porce zeleniny a ovoce ^a	0,61			0,30	
piju slazené limonády ^b	0,58				
stravuji se ve fastfoodu ^b	0,58				
upřednostňuji celozrnné pečivo ^a	0,57				
jím instantní jídla a polotovary ^b	0,53				
vyhýbám se škodlivinám ve spotřebním zboží ^a	0,53				0,32
upravuji stravu s ohledem na zdravotní stav ^a	0,52				
udržuji si dobrou náladu ^a		0,79			
jsem optimista ^a		0,75			
mám se rád ^a		0,75			
trávím volný čas s lidmi, se kterými je mi dobře ^a		0,70			
dělám/provozuji mnoho aktivit, které mi přinášejí radost ^a		0,68			
mám rodinu a přátele, na které se mohu spolehnout ^a		0,64			
spím dostatečně ^a			0,77		
dostatečně odpočívám, relaxuji ^a		0,31	0,67		
dodržuji pravidelnou dobu usínání a vstávání ^a			0,64		
uspořádám si den, abych se nedostával do časového stresu ^a		0,33	0,51		
přizpůsobuji denní režim zdravotnímu stavu ^a			0,41		
věnuji se středně náročné fyzické aktivitě mimo sport ^b				-0,62	
věnuji se sportu ^f				-0,61	
jím pravidelně 3–5x denně ^a		0,42		0,56	
udržuji si optimální hmotnost ^a				0,47	
pro zlepšení kondice omezují auto, výtah atd. ^a				0,46	
pravidelně snídám ^a				0,45	
pravidelně se otužuji ^a				0,40	
vyhýbám se zakouřeným prostorám ^a					0,80
kouřím ^c					0,75
konzumuji lehké drogy ^d					0,58
konzumuji alkohol ^e					0,52
procento vysvětleného rozptylu (po rotaci)	13,8	11,1	7,5	7,2	6,6

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

2 = příležitostně (méně než 1× měsíčně), 3 = občas, 4 = často (téměř každý týden nebo častěji); ^e počet jednotek alkoholu během týdne (hodnoty ≥ 30 byly překódovány na hodnotu 30); ^f počet hodin cíleného sportu během týdne (hodnoty ≥ 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 (ΔR -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 (ΔR -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 korelátem 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. ^b	0,72				
jím smažené pokrmy ^b	0,68				
vyhýbám se škodlivým potravinám ^a	0,68				
piju slazené limonády ^b	0,62				
stravuji se ve fastfoodu ^b	0,60				
jím instantní jídla a polotovary ^b	0,59				
usiluji o správný poměr živin ve stravě ^a	0,54			0,49	
jím denně alespoň 3 porce zeleniny a ovoce ^a	0,53			0,42	
upřednostňuji celozrnné pečivo ^a	0,53			0,32	
upravuji stravu s ohledem na zdravotní stav ^a	0,44				
vyhýbám se škodlivinám ve spotřebním zboží ^a	0,43				0,32
trávím volný čas s lidmi, se kterými je mi dobře ^a		0,73			
udržuji si dobrou náladu ^a		0,72			
mám rodinu a přátele, na které se mohu spolehnout ^a		0,70			
provozuji mnoho aktivit, které mi přinášejí radost ^a		0,69		0,31	
mám se rád ^a		0,67			
spím dostatečně ^a			0,78		
dodržuji pravidelnou dobu usínání a vstávání ^a			0,67		
dostatečně odpočívám, relaxuji ^a			0,66		
uspořádám si den, abych se nedostával do časového stresu ^a		0,31	0,52		
přizpůsobuji denní režim zdravotnímu stavu ^a			0,41		
věnuji se sportu ^f				0,57	
jím pravidelně 3–5x denně ^a			0,45	0,51	
pravidelně se otužuji ^a				0,51	
pro zlepšení kondice omezují auto, výtah atd. ^a				0,50	
udržuji si optimální hmotnost ^a				0,46	
pravidelně snídám ^a			0,36	0,41	
vyhýbám se zakouřeným prostorám ^a					0,76
kouřím ^c					-0,74
konzumuji lehké drogy ^d					-0,59
konzumuji alkohol ^e					-0,56
procento vysvětleného rozptylu (po rotaci)	13,0	9,3	8,5	7,9	6,9

Pozn. ^a odpověďová škála (reverzní za účelem interpretace) 1–5 (1 = vůbec pro mne neplatí, 5 = zcela pro mne platí); ^b odpověďová škála (reverzní za účelem interpretace) 1–5 (1 = velmi často, 5 = nikdy); ^c odpověďová škála 1 = vůbec, 2 = svátečně (do 5 cigaret týdně), 3 = denně; ^d odpověďová škála 1 = nikdy nebo zkusil max. 3×, 2 = příležitostně (méně než 1× měsíčně), 3 = občas, 4 = často (téměř každý týden nebo častěji); ^e počet jednotek alkoholu během týdne (hodnoty ≥ 30 byly překódovány na hodnotu 30); ^f počet hodin cíleného sportu během týdne (hodnoty ≥ 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 ⁺	-0,01	-0,17 ⁺	0,05	-0,24 ⁺
věk2	0,29 ⁺	-0,22 ⁺	0,08	-0,13	0,33 ⁺
věk3	0,48 ⁺	0,26 ⁺	0,24 ⁺	-0,20	0,44 ⁺
věk4	0,51 ⁺	-0,04	0,67 ⁺	-0,24	0,60 ⁺
R ² ; F	11,4; 39,9 ⁺	0,01; 4,09 ⁺	0,03; 11,05 ⁺	0,01; 2,50	0,06; 18,8 ⁺
pohlaví	-0,57 ⁺	0,01	-0,17 ⁺	0,05	-0,24 ⁺
věk2	0,28 ⁺	-0,23 ⁺	0,09	-0,13	0,33 ⁺
věk3	0,48 ⁺	-0,22 ⁺	0,25 ⁺	-0,19	0,43 ⁺
věk4	0,53 ⁺	0,05	0,69 ⁺	-0,22	0,59 ⁺
DO	0,08	0,48 ⁺	0,09 ⁺	0,07	-0,02
DP	-0,02	-0,08 ⁺	0,01	-0,02	0,00
ΔR ² ; F	0,01; 5,82 ⁺	0,28; 246,33 ⁺	0,01; 5,14 ⁺	0,01; 3,90	0,00; 0,39
R ² ; F	0,12; 28,76 ⁺	0,29; 85,91 ⁺	0,04; 9,13 ⁺	0,01; 2,97 ⁺	0,06; 12,66 ⁺

prediktory		zdravá strava	duševní hygiena	denní režim	pohybová aktivita	vyhýbání se návyk. látkám
ΔR^2 ; (věk*DO)	F	0,00; 0,53	0,00; 1,47	0,00; 0,78	0,01; 3,49	0,00; 0,55
ΔR^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.

5 OPTIMISMUS A PESIMISMUS V KULTURNÍM KONTEXTU

Naše studie provedené na rozsáhlých souborech vysokoškolských studentů i dospělých respondentů od 20 do 93 let opakovaně nepotvrzují optimismus jako významný prediktor zdraví podporujícího chování (s výjimkou péče o duševní hygienu), byť tento vztah, vztah optimismu a zdraví podporujícího chování, přešel již jako základní informace do moderní učebnice Sociální psychologie (Myers, 2016). Jak to, že jsou američtí nebo dánští (angličtí, francouzští, němečtí...) dispoziční či explanační optimisté aktivnější ve své péči o zdraví než pesimisté (více cvičí, jedí zdravější stravu, pijí méně alkoholu a nekouří), kdežto v České republice tento typ chování vůbec nesouvisí ani s optimismem, ani s pesimismem? Jaká další proměnná moderuje tento vztah? Mohou to být určité kulturní faktory promítající se do chování obyvatel jednotlivých zemí?

Je to přece **kultura**, která určuje, co je hodnotné, co je možné a co je tabu, která formuje přesvědčení a postoje lidí, vymezuje hranice normality a vytváří normy promítající se do komunikace a do chování obecně. Vztahuje se ke všem způsobům myšlení, cítění a jednání, jimž se členové společnosti učí od ostatních. Podle širšího pojetí zahrnuje pojem kultura všechno, co vytváří lidská civilizace, materiální výsledky lidské činnosti (obydlí, nástroje, oděvy, plodiny, průmysl, dopravní a telekomunikační systémy) a duchovní výtvořiny lidí (umění, náboženství, morálka, zvyky, vzdělávací systémy, politika, právo aj.). V užším pojetí je kultura vztahována spíše k projevům chování lidí, tedy kulturou určitého společenství se míní jeho zvyklosti, symboly, komunikační normy, jazykové rituály, sdílené hodnotové systémy, předávané zkušenosti a zachovávaná tabu (Průcha, 2004). Kultura tedy vystupuje v podobě

- výtvořů lidské práce,
- sociokulturních regulativů (hodnoty, normy, kulturní vzorce),

- idejí (kognitivních systémů),
- institucí organizujících lidské chování (Linhart et al., 1996, s. 548–549).

K povaze kultury patří nejen civilizační úroveň uspokojování materiálních potřeb a způsob, jakým společnost provádí „výměnu látek a energií“ s přírodou a zachovává nebo porušuje ekologickou rovnováhu, ale i stupeň tvůrčí orientace, tvůrčího postoje, zaměření a svobod duchovní sféry společnosti. Přenos kultury se ve společnosti děje různými formativními vlivy přímými a nepřímými, záměrnými i živelnými, intencionálními i funkcionálními. Výsledkem mnohostranného formativního působení je osobnost určitého kulturně-historického typu, více nebo méně přizpůsobená a více nebo méně schopná tvořivé participace na kulturně-historických úkolech, rozporech a zápasech společnosti (Kučerová, 1996).

Hofstede (2006) chápe kulturu jako kolektivně sdílené mentální programování (prostřednictvím socializace), kdy každá osoba v sobě nese vzorce myšlení, cítění a potenciálu pro jednání, které se naučila v průběhu života. Jádrem kultury dle Hofstedeho jsou hodnoty. Týkají se rozlišení:

- zlého vůči dobrému,
- špinavého vůči čistému,
- nebezpečného vůči bezpečnému,
- zakázaného vůči povolenému,
- slušného vůči neslušnému,
- morálního vůči nemorálnímu,
- ošklivého vůči krásnému,
- nepřirozeného vůči přirozenému,
- nenormálního vůči normálnímu,
- paradoxního vůči logickému,
- iracionálního vůči racionálnímu.

Hodnoty jsou stálou charakteristikou kultur a základním kritériem pro jejich srovnávání. Od konce 60. let Hofstede (2006, 2010) se svými spolupracovníky zpracovává údaje o hodnotových preferencích obyvatel mnoha desítek zemí. Začal se zaměstnanci firmy IBM, ale výzkum byl replikován i na jiných výzkumných souborech. Autor postupně dospěl k šesti dimenzím, na jejichž základě se jednotlivé země od sebe odlišují:

1. Vzdálenost od moci

Vzdálenost od moci značí, jak společnost zachází s nerovností. Vyjadřuje rozsah, v němž méně mocní členové společnosti předpokládají a přijímají skutečnost, že moc je rozdělována nerovně. Obyvatelé zemí s velkou vzdáleností od moci (např. Malajsie, Slovensko, Guatemala, Rusko) akceptují hierarchické uspořádání společnosti. Mocní mají přiznaná privilegia a moc může převažovat nad právem. Příslušníci společností s malou vzdáleností od moci (např. Rakousko, Izrael, Dánsko, Nový Zéland) požadují rovnoměrné rozložení moci a hierarchie v organiza-

cích znamená nerovnost rolí, která vznikla z praktických důvodů. Užití moci musí být odůvodněné a oprávněné.

2. Kolektivismus versus individualismus

Kolektivismus charakterizuje společnosti, ve kterých jsou lidé od narození až do smrti integrováni do silných a soudržných skupin (např. Guatemala, Ekvádor, Panama, Venezuela, Pákistán). Tyto skupiny je v průběhu života chrání výměnou za jejich věrnost, podporují „já“ propojené s druhými. Individualistické země vytvářejí volné svazky, předpokládá se, že každý se stará sám o sebe a svou nejbližší rodinu (např. USA, Austrálie, Velká Británie, Kanada, Maďarsko, Holandsko). Je podporováno nezávislé „já“.

3. Feminita versus maskulinita

Maskulinita ve společnosti vyjadřuje preferenci výkonové orientace, soutěživosti, průbojnosti, hrdinství a úspěchu vyjádřeného formou materiálních odměn (např. Slovensko, Japonsko, Maďarsko, Rakousko, Venezuela). Femininní země dávají přednost kooperaci, dohodě, ochraně, skromnosti a péči o kvalitu života (např. Švédsko, Norsko, Holandsko, Dánsko, Slovinsko).

4. Vyhýbání se nejistotě

V zemích se slabým vyhýbáním se nejistotě je nepředvídatelnost chápána jako normální součást života, význačné situace a neznámá rizika jsou přijímány s klidem. Atmosféra je uvolněnější, pravidel a zákonů je méně (např. Singapur, Jamajka, Dánsko, Švédsko, Hongkong). V zemích se silným vyhýbáním je životní nejistota pocíťována jako stálá hrozba, se kterou se musí bojovat, systém přesvědčení, postojů a pravidel je rigidnější (např. Řecko, Portugalsko, Guatemala, Uruguay).

5. Dlouhodobá versus krátkodobá orientace

Dlouhodobá orientace spočívá v pěstování ctností zaměřených na budoucí odměny, zejména vytrvalosti a šetrnosti. Důraz na syntetické myšlení (např. Čína, Hongkong, Tchaj-wan, Japonsko, Vietnam). Na opačném pólu jsou pěstovány ctnosti vztahované k minulosti a přítomnosti, úcta k tradicím a plnění společenských závazků. Úsilí má přinést výsledky rychle, důraz na analytické myšlení (např. Pákistán, Česká republika, Nigérie, Španělsko, Filipíny).

6. Požitkářství versus zdrženlivost

Požitkářství je typické pro společnost, která umožňuje relativně snadné uspokojování základních a biologických potřeb. Zábava a užívání si jsou pevnou součástí životního stylu (např. Mexiko, Angola, El Salvador). Zdrženlivost charakterizuje společnost, která pomocí striktních sociálních norem potlačuje a reguluje potřeby svých příslušníků (např. Albánie, Ukrajina, Lotyšsko).

Mohou se tyto kulturní dimenze promítat i do péče o zdraví?

Dle Hofstedeho (2006) s osobní pohodou (well-being) i se spokojeností s vlastním zdravím nejsilněji koreluje dimenze vyhýbání se nejistotě. V zemích s nízkým vyhýbáním se nejistotě se lidé cítí být šťastnější i zdravější. Země se silným vyhýbáním

se nejistotě vynakládají více finančních prostředků na lékaře (méně na zdravotní sestry) a lékaři také provádějí více zdravotních úkonů, protože jsou vnímáni jako nezastupitelní. Pozitivní korelace byla nalezena i mezi mírou předepisování antibiotik a vyhýbání se nejistotě. Uvolněná atmosféra zemí s nižším vyhýbáním se nejistotě je spojena i s nižší konzumací alkoholu (Johnson, 2007).

Kolektivismus má vliv na naše stravovací návyky, jelikož jsou více ovlivňovány postoji a chováním ostatních členů skupiny vzhledem k větší tendenci k přizpůsobení se skupinovým normám (Sun, Horn, & Merritt, 2009). Hofstede (2006) uvádí, že nebyly potvrzeny žádné rozdíly ve zdravotním stavu příslušníků individualistických nebo kolektivistických kultur. Dále však diskutuje možnost větší aktivity v péči o zdraví u příslušníků individualistických kultur vzhledem k jejich vyšší orientaci na sebe. Dokládá, že obyvatelé individualisticky orientovaných zemí s vyššími příjmy, kde je zdravotní pojištění k dispozici, vydávají větší část svých finančních prostředků na zdraví. Také vlády těchto zemí investují větší díl rozpočtu do zdravotní péče.

Řada výzkumů se týká i mezikulturních rozdílů v kontextu samotných specifických konstruktů optimismu/pesimismu a jejich vztahů. Heine a Lehman (1995) se pokusili vymezit **mezikulturní rozdíly v míře nerealistického optimismu**. Výzkumu se účastnilo 196 japonských středoškoláků a 90 kanadských středoškoláků evropského původu. Respondenti vyjadřovali pravděpodobnost, s jakou se jim přihodí nějaká pozitivní či negativní událost v budoucnosti. Kanadští studenti vyjádřili vyšší míru nerealistického optimismu. Japonští studenti naopak vypovídali, že pozitivní události se s větší pravděpodobností přihodí druhým, kdežto negativní události spíše jim. Heine a Lehman nazvali tuto tendenci nerealistickým pesimismem. Výzkum byl kritizován z hlediska položek, které odpovídaly svým zaměřením individualistické kultuře. Autoři tedy inventář upravili tak, aby položky odpovídaly zaměření obou kulturních typů (příklad individualisticky zaměřené položky: „V dospělosti zjistíš, že nedokážeš realizovat své důležité cíle“, příklad kolektivisticky orientované položky: „V dospělosti nedokážeš dostatečně zajistit svou rodinu na té úrovni, kterou by sis představoval“). Navazující studie se účastnilo 105 japonských středoškoláků a 110 kanadských středoškoláků evropského původu. Výsledky byly podobné, opět byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinami a předpoklady studentů byly shodné s výsledky první studie. Heine a Lehman uzavírají, že sebepřeceňování je běžným znakem západní individualisticky orientované kultury.

Z modelu **dispozičního optimismu** Scheiera a Carvera vyšel ve své **mezikulturní srovnávací studii** Chang (2002). Výzkumu se účastnilo 111 Američanů asijského původu a 111 bílých Američanů. Pro měření míry dispozičního optimismu byl použit Extended Life Orientation Test (ELOT, Chang et al., 1997), který odpovídá dvoudimenzionálnímu modelu, v němž je míra optimismu a pesimismu

měřena zvlášť, na sobě nezávisle. Dále byla užitá řada metod posuzujících depresivitu, anxiету, hostilitu, obsesi, kompulzi, fyzické symptomy a copingové strategie.

Chang v první řadě zjistil, že míra optimismu je pro obě skupiny stejná, míra pesimismu je vyšší u amerických Asiatů. Dále byly provedeny série regresních analýz pro určení hlavních prediktorů míry přizpůsobení. Nedostatek optimismu se ukázal jako silný prediktor psychologického a fyzického přizpůsobení u amerických Asiatů, zatímco u bílých Američanů byl tímto prediktorem pesimismus. Vysoce pesimističtí bílí Američané užívali méně často copingové strategie zaměřené na řešení problémů než méně pesimističtí bílí Američané. U amerických Asiatů tomu bylo naopak. Pesimističtější Asiaté užívali častěji copingové strategie zaměřené na řešení problémů než méně pesimističtí Asiaté. Pesimismus Asiatů vede tedy k pozitivním výsledkům: očekávají-li to nejhorší, získávají paradoxně kontrolu nad situací a mohou generovat řadu preventivních opatření (viz koncept defenzivního pesimismu).

Stejný autor opravdu potvrdil **defenzivní pesimismus jako eufunkční copingovou strategii u Asiatů** (Chang, 2002).

Chang uzavírá, že lidé euroamerické kultury většinou spojují pesimismus s depresí, v míře depresivity však nebyl mezi oběma skupinami rozdíl. Snažit se např. technikami kognitivně-behaviorální terapie (KBT) snížit míru pesimistického uvažování u Asiatů není funkční, protože zároveň může vést k omezení jejich motivačních zdrojů.

Spjatost optimismu se smyslem pro humor ověřili v mezinárodní srovnávací studii (USA a Slovensko) Thorson, Powell, Sarmány-Schuller a Hampes (1997).

Mezikulturní rozdíly v míře optimismu jako explanačního stylu sledovali Lee a Seligman (1997) u 312 rodilých Číňanů (žijících v Číně), 44 Američanů čínského původu a 257 bílých Američanů. Zjistili, že v míře optimistického explanačního stylu se neliší bílí Američané a Američané čínského původu. Číňané vykazovali nižší míru optimistického explanačního stylu. Signifikantně vyšší míru pesimistického explanačního stylu vykazovali Číňané i Američané čínského původu oproti bílým Američanům.

Mezikulturní studii drobnějšího charakteru jsme realizovali v kontextu grantového úkolu GA 13-19808S, nad rámec jeho závazných úkolů. Výzkum byl zpracován jako diplomová práce (Schejbalová, 2016) pod autorčiným vedením.

5.1 Studie č. 11: Dispoziční optimismus ve vztahu k chování souvisejícímu se zdravím v ČR a v USA

Cílem výzkumu bylo zmapovat chování související se zdravím u dospělých jedinců v České republice a v USA a poukázat na případné rozdíly v tomto chování mezi

oběma zeměmi. Dalším cílem výzkumu bylo ověřit vztah dispozičního optimismu k jednotlivým komponentám chování souvisejícího se zdravím v České republice a v USA.

Metoda

Výzkumný soubor

V USA bylo získáno 88 respondentů. V ČR bylo z celkového souboru 1252 dospělých vybráno rovněž 88 respondentů, kteří byli s Američany párově vyrovnáni na základě věku, pohlaví a vzdělání. Věkové rozložení bylo u obou národnostních skupin stejné, přičemž minimální věk byl 18 let a maximální věk 60 let. Průměrný věk byl u obou skupin 32,82 let, medián 24,5 let. V českém i americkém souboru bylo shodně 38 mužů (43,2 %) a 50 žen (56,8 %). Středoškolské vzdělání mělo 58 (65,9 %) amerických respondentů a 55 (62,5 %) českých respondentů. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 30 (34,1 %) amerických respondentů a 33 (37,5 %) českých respondentů.

Použité nástroje

V ČR respondenti vyplňovali rozsáhlou testovou baterii, pro potřeby výzkumu byla využita data pouze dvou dotazníků, Škály chování souvisejícího se zdravím (Dosedlová, Klimusová, & Slováčková, 2013) a Revidovaného testu životní orientace – Life Orientation Test – Revised (LOT-R) autorů Scheiera, Carvera a Bridgese (1994). Tyto dva stejné nástroje byly použity i v USA, LOT-R v originálním znění, Škála chování souvisejícího se zdravím byla přeložena. Oba nástroje jsme již představili, uvedeme jen vnitřní konzistenci LOT-R, která byla v tomto případě uspokojivá (Cronbachova alfa = 0,809).

Způsob získání a zpracování dat

V ČR probíhal sběr dat v průběhu let 2014 a 2015 převážně elektronickou formou, v USA v létě 2015 (ve státech Pensylvánie, Maryland a ve městě New York) osobně formou „tužka-papír“.

Všechna získaná data byla zpracována pomocí statistického programu SPSS. Frekvenční tabulky byly použity pro vypracování jednotlivých deskriptivních statistik. Pro zjištění normálního rozložení hodnot konzumace alkoholu, kouření cigaret, míry subjektivně prožívaného stresu, sportovních aktivit, konzumace jídel z fast foodu, dispozičního optimismu a jednotlivých faktorů chování souvisejícího se zdravím byl proveden Kolmogorovův-Smirnovův test. Statisticky významné rozdíly v komponentách chování souvisejícího se zdravím českých a amerických dospělých respondentů byly ověřeny Mann Whitney U testem. Na základě aktuálního přehledu odborných zdrojů jsme se zaměřili na ty komponenty chování, které mají velký impakt na zdraví a které jsou problematické z hlediska životního stylu obyvatel v ČR a USA: konzumace alkoholu, kouření cigaret, míra subjektivně

prožívaného stresu, míra pohybové aktivity a konzumace jídel z fast foodu. Dále byla provedena faktorová analýza s rotací Varimax položek Škály chování souvisejícího se zdravím. Pro zjištění průkaznosti vztahu mezi dispozičním optimismem a jednotlivými komponentami chování souvisejícího se zdravím českých a amerických dospělých respondentů jsme použili Spearmanovu korelační analýzu.

Výsledky

Rozdíly v chování souvisejícím se zdravím a subjektivně zažívané míře stresu u českých a amerických dospělých

Neprokázali jsme statisticky významný rozdíl v celkové konzumaci alkoholických nápojů, v míře kouření a v míře subjektivně zažívaného stresu u českých a amerických dospělých respondentů. Američtí dospělí respondenti provozují signifikantně více pohybové aktivity týdně než čeští dospělí respondenti ($p < 0,05$), ale také signifikantně častěji než čeští dospělí respondenti ($p < 0,05$) konzumují jídlo z fast foodu.

Vztah dispozičního optimismu a jednotlivých komponent chování souvisejícího se zdravím

Faktorovou analýzou s rotací Varimax jsme ze 45 položek Škály chování souvisejícího se zdravím extrahovali 5 faktorů, které vysvětlují 42 % celkového rozptylu: zdravá výživa, péče o duševní hygienu, užívání návykových látek, preventivní opatření a disciplína při dodržování návyků.

Dispoziční optimismus je pozitivně asociován s péčí o duševní hygienu u českých dospělých respondentů ($r = 0,484$, $p < 0,01$) i u amerických dospělých respondentů ($r = 0,346$, $p < 0,01$). V rámci českého výzkumného souboru se však další signifikantní vztahy opět neprokázaly.

Naopak dispoziční optimismus amerických respondentů je dále v pozitivním vztahu ke zdravé výživě ($r = 0,407$, $p < 0,05$), k preventivním opatřením ($r = 0,266$, $p < 0,05$), ale také k vyššímu užívání návykových látek, především alkoholu ($r = 0,231$, $p < 0,05$).

V celkové míře dispozičního optimismu/pesimismu nebyl mezi Američany a Čechy shledán rozdíl.

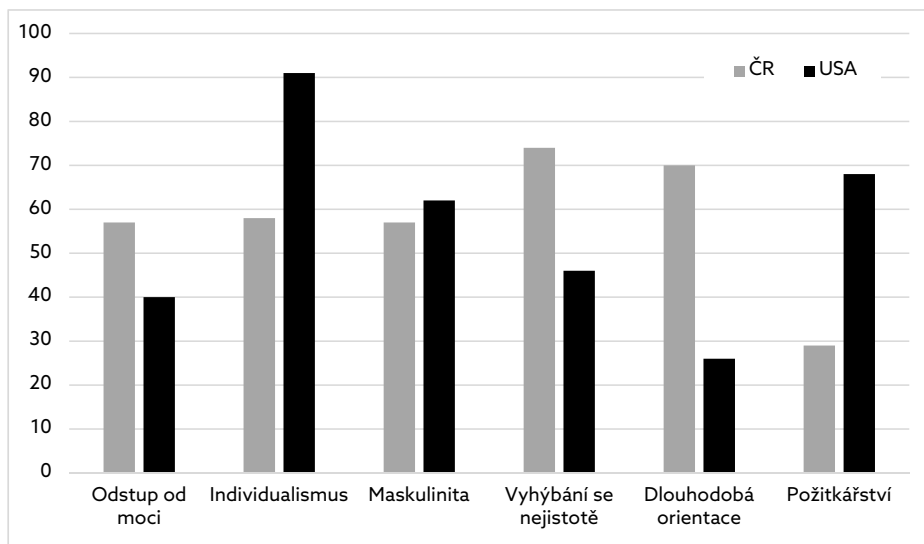
Diskuse

Neprokázali jsme rozdíl v konzumaci alkoholu, což je výsledek, který se liší od statistických údajů, podle kterých Češi vypijí ročně 131 čistého alkoholu, kdežto Američané v průměru 9,21 (WHO, 2014, s daty z r. 2010). Výsledky této studie mohou být ovlivněny složením výzkumného souboru, který byl složen pouze z osob s vyšším vzděláním (středoškolským či vysokoškolským). Stejný důvod mohl vést k podobným výsledkům týkajícím se kouření: WHO (2015) uvádí v ČR o 10 % více pravidelných kuřáků ve věku nad 15 let, v uvedeném souboru jsme však signifikantní

rozdíl neprokázali. Jako příležitostní kuřáci se z celkového počtu 88 Čechů a 88 Američanů označili 4 američtí respondenti a 8 českých, k pravidelnému kouření se přihlásilo 17 respondentů v USA a 11 v ČR. Vzdělání je významná proměnná, která prevalenci kouření ovlivňuje, s narůstajícím vzděláním procento kuřáků v populaci klesá (Müllerová et al., 2014). Signifikantní rozdíl jsme nezjistili ani v subjektivně prožívané míře stresu, konkrétní výpovědi však nepřinášejí příznivou zprávu: většina z dotazovaných se cítí být ve stresu relativně často (na čtyřbodové škále od 1 = nikdy až po 4 = často volilo variantu 3 nebo 4 75 % českých respondentů a 71,6 % amerických respondentů). Co se týká pohybové aktivity, výsledky byly opačné, než jsme (dle kulturního stereotypu) předpokládali, američtí respondenti daného souboru vykazovali více pohybové aktivity než čeští respondenti. Klesající míru pohybové aktivity českých dospělých s jejich narůstajícím věkem jsme ovšem potvrdili i ve výzkumu na rozsáhlém souboru 1268 respondentů (Dosedlová, Klimusová, & Burešová, 2016) publikovaném v této knize a označili jsme tuto tendenci za jeden z nejrizikovějších faktorů českého životního stylu. Posledním sledovaným faktorem chování souvisejícího se zdravím byla konzumace jídla v řetězcích fast food. Potvrdili jsme, že Američané přiznávají signifikantně vyšší frekvenci stravování v těchto stravovacích zařízeních. Tyto výsledky korespondují s výsledky dalších studií, podle kterých se 92 % českých dospělých nikdy nestravuje v provozovnách fast food (Dolénková, & Hlúbik, 2013), kdežto 34 % Američanů uvádí stravování v těchto řetězcích jednou až dvakrát týdně a 36 % třikrát a častěji (McLean-Meynsse et al., 2015).

Velmi nás zajímal vztah dispozičního optimismu k dalším komponentám chování souvisejícího se zdravím v ČR a USA. Byť jsme tento vztah ověřovali jen na malém souboru respondentů, byl tento soubor párově vyrovnán z hlediska věku, pohlaví a vzdělání. Užili jsme stejné metody v ČR i v USA a výsledky jsou v souladu s našimi předpoklady, předchozími zjištěními i světově publikovanými výsledky – dispoziční optimismus je v USA asociován s mnohem širším rozsahem chování, které se zdravím souvisí, než v ČR. V tomto interkulturním výzkumu v USA pozitivně koreloval s orientací na zdravou výživu, s péčí o duševní hygienu a s preventivními opatřeními, jako je užívání bezpečnostních pásů v dopravě, ochrana před slunečním zářením a vyhýbání se zakouřeným prostorám. Slabě pozitivně koreloval také s vyšší konzumací alkoholu. V ČR jsme opakovaně potvrdili pozitivní asociaci dispozičního optimismu pouze s péčí o duševní hygienu. V celkové míře dispozičního optimismu/pesimismu přitom nebyl mezi Američany a Čechy shledán rozdíl.

Můžeme hledat kulturní vlivy, které se do těchto vztahů promítají. Jak Česká republika, tak Spojené státy americké spadají do zemí tzv. euroamerické kultury, nejsou však z hlediska kultury a jejich projevů identické. Graf 12 prezentuje srovnání obou zemí z hlediska specifických kulturních dimenzí (Hofstede, 2010).

Graf 12 Srovnání České republiky a Spojených států amerických z hlediska Hofstedeho kulturních dimenzí.

Na chování lidí (a nejen toho, které souvisí se zdravím) mají vliv všechny uvedené kulturní dimenze, některé však mohou mít větší vliv na specifické chování související se zdravím. V první řadě je to kolektivismus a individualismus. Jak Česká republika, tak USA jsou země individualistické, rozdíly v míře individualismu jsou však velké. Dle Hofstedeho (2010) jsou Spojené státy americké se svým skórem 91 tou nejvíce individualistickou zemí na světě, kdežto ČR s hodnotou individualismu 58 se pohybuje spíše v pásmu středu. Hofstede (2006) vyšší míru individualismu spojuje s vyšší orientací na sebe a vlastní potřeby a také (z toho vyplývající) aktivnější péčí o zdraví včetně vynakládání vyšších finančních prostředků na tuto oblast. Kolektivistická orientace naopak vede k přizpůsobování se sociálnímu okolí, chování pak může být mnohem více ovlivněno sociálními normami a zvyklostmi než vlastním kognitivním přesvědčením.

Dalším kulturním aspektem, který má dopad na osobní pohodu (well-being) a zdraví, je míra vyhýbání se nejistotě. V této dimenzi skóruje ČR relativně vysoko (hodnota 74), USA podprůměrně (hodnota 46). Vysoké vyhýbání se nejistotě je ve společnosti spojeno s neochotou inovovat, zavádět změny, zkoušet novinky. Je rovněž spojeno s větším důrazem na lékařskou péči, lékař je považován za někoho, kdo je nezastupitelný (Hofstede, 2006).

Pokud bychom tuto informaci propojili s reálným fungováním systémů zdravotní péče v USA a v ČR, zjistíme, že se Češi mohou na zdravotní péči mnohem více spoléhat a že je pro ně dostupnější než pro Američany. Jak uvádí Arnoldová

(2012), zdravotnická péče je v České republice považována za státní povinnost a lidé předpokládají její garanci a dostupnost, zatímco v USA je na systém zdravotnické péče pohlíženo spíše z komerčního hlediska a lidé musí počítat se svou finanční spoluúčastí na léčbě. I tato relativní dostupnost lékařské péče v ČR a tradiční přesvědčení, že mé zdraví je především „v lékařských rukou“, jsou existující faktory, které mohou vztah mezi optimismem a chováním souvisejícím se zdravím v obou zemích moderovat. O tendenci Čechů spoléhat se na ochrannou roli státu v kontextu zdraví vypovídají i Kebza a Šolcová (1996).

Limity této studie jsou spojeny především s velikostí a složením výzkumného souboru založeném na příležitostném výběru. Přesto její výsledky získané na základě stejných metod použitých v ČR i v USA korespondují s našimi předchozími zjištěními i s výsledky rozsáhlých studií publikovaných ve světovém měřítku.

SHRNUTÍ A ZÁVĚR

Ústřední téma publikace je formováno otázkou, zda optimismus v kontextu zdraví přináší benefity, nebo je spojen spíše s riziky.

Porozumění přínosu optimismu především předpokládá věnovat důkladnou pozornost tomu, jak je definován. Optimismus a pesimismus nepředstavuje v současné psychologii jen jeden konstrukt a pojetí optimismu/pesimismu někdy ani neodpovídá běžně užívanému významu obou pojmů. V knize jsme představili optimismus jako pozitivní iluzi (Taylor, & Brown, 1988), nerealistický optimismus (Weinstein, 1980), nerealistický pesimismus (Heine, & Lehman, 1995), dispoziční optimismus (Scheier, & Carver, 1985), optimistický či pesimistický atribuční (explanační) styl (Peterson, & Seligman, 1987), defenzivní pesimismus a strategický optimismus (Norem, & Cantor, 1986).

V několika na sebe navazujících studiích jsme ověřili, že dispoziční optimismus, optimismus jako explanační styl a defenzivní pesimismus jsou odlišné konstrukty a každý z nich popisuje jinou část kognitivních, emočních a konativních aspektů osobnosti. Potvrdili jsme také, že defenzivní pesimisté trpí zvýšenou mírou úzkostnosti a snížená očekávání směrem do budoucnosti navzdory minulým úspěchům jim pomáhají ji zvládat. Záporný vztah mezi dispozičním optimismem a explanačním optimismem na jedné straně a defenzivním pesimismem na straně druhé tedy ovlivňuje významná mediátorová proměnná: úzkostnost (Dosedlová et al., 2013).

Jedním z podstatných přínosů dlouholetého výzkumného zájmu je **vytvoření modelu optimismu**, který v české odborné literatuře dosud nebyl zpracován. Vytvořili jsme dva modely, první s jedním megafaktorem „Optimismus“ 2. řádu. Interpretačně i statisticky výhodnější však byl následující model s dvěma faktory 2. řádu, nazvanými Pesimismus (PES) a Naděje (HOPE). Faktor 2. řádu Pesimismus silně sytil v záporném směru dispoziční optimismus (LOT_O = -0,91), v kladném

směru defenzivní pesimismus (DPQ_P = 0,88) a dispoziční pesimismus (LOT_P = 0,84). Vztah faktoru reflektivita (DPQ_R = 0,46) byl pozitivní, středně těsný. Faktor 2. řádu Naděje silně sytil v pozitivním směru faktor naděje – cesta k cíli (ADHS_P = 0,88) a faktor naděje – snaha (ADHS_A = 0,98). Tyto faktory přímo odpovídají teoretickému zakotvení konstruktů naděje. Vztahy ostatních faktorů byly středně těsné, pocit subjektivní kontroly (OVL = 0,41) a očekávání pozitivních událostí (POZ = 0,38) v kladném směru, očekávání negativních událostí v záporném směru (NEG = -0,29). Ověřili jsme svébytnost konstruktů optimismus/pesimismus a naděje, protože oba faktory 2. řádu Pesimismus a Naděje spolu sice korelovaly v očekávaném záporném směru, nicméně jejich vztah byl pouze středně těsný ($r = -0,60$). Tento model odpovídá pojetí Snydera (2002), který vnímá svůj konstrukt naděje aktivněji a specifitěji oproti optimismu – jako soubor myšlenek zahrnujících odhodlání k akci i modelování různých cest, které vedou k cíli.

Následně jsme mohli pokročit k našemu ústřednímu tématu a prověřit vztah mezi optimismem/pesimismem a jednotlivými komponentami chování souvisejícího se zdravím. Zajímaly nás samozřejmě i samotné **trendy v péči o zdraví českých dospělých**, proto jsme na početném souboru ($N = 1268$) ověřili, zda se liší v míře vykazovaného chování souvisejícího se zdravím českých dospělých mužů a žen ve čtyřech věkových skupinách (20–35, 36–50, 51–65, 65 a více let). 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. 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). To, že dospělí s přibývajícím věkem věnují stále větší pozornost své výživě a naopak se stále více vyhýbají škodlivým a návykovým látkám, neznamená, že skladba výživy, konzumace alkoholu a kouření nepředstavuje v České republice problém. Zpráva Ministerstva zdravotnictví ČR z r. 2014 uvádí, že více než polovina (57%) dospělé populace v České republice má nadváhu nebo obezitu a tento podíl se nedaří snižovat. Obezitou trpí 17% dospělých a jejich počet, zejména mužů, od počátku 90. let stoupá. Narůstá také podíl dětí s vyšší než normální hmotností, zejména chlapců. V rámci Evropy zaujímá ČR po Anglii, Maltě a Maďarsku v počtu obézních přední místa. Základním problémem ve výživě obyvatelstva ČR není primárně nedostatek potravin na trhu, nýbrž nevyvážená dostupnost a skladba stravy, nadměrný energetický příjem (nadbytek tuků a jednoduchých cukrů ve stravě), nedostatek zeleniny a ovoce ve stravě, vysoká konzumace soli, nepravidelné stravování, to vše společně s nedostatečnou pohybovou aktivitou. Poměrně časté je také používání méně vhodných způsobů přípravy jídel, jako je smažení nebo fritování. Závažné jsou nesprávné výživové zvyklosti dětí a mládeže jako vynechávání snídaně, časté mlsání a nízká konzumace ovoce a zeleniny. Podle srovnání Světové zdravotnic-

ké organizace a Evropské komise je konzumace alkoholu na jednoho dospělého obyvatele ČR (vyjádřená jako objem čistého alkoholu) v každém případě vyšší než průměr v EU, který je 12,45 litru na osobu (údaje o spotřebě alkoholu v ČR se liší, WHO v r. 2014 uvádí spotřebu 13 litrů na osobu, Kodl et al. ve Zprávě Ministerstva zdravotnictví o zdraví obyvatel ČR z r. 2014 uvádí 16,6 litru na osobu). V posledních letech kouří přibližně 30 % populace, nejvíce mladých lidí ve věku 15–24 let (44,7 %). Kouření cigaret je rizikovým faktorem zejména pro kardiovaskulární, nádorová a metabolická onemocnění a znamená pro stát miliardové přímé i nepřímé ztráty (Kodl et al., 2014).

Významnou úlohu chování souvisejícího se zdravím jsme prokázali i ve vztahu k **subjektivním zdravotním steskům dospělých** (N = 703). Péče o psychickou pohodu, pravidelný režim a zdravá strava jsou prediktory nízké míry zdravotních stesků stejně jako emocionální stabilita. Ženské pohlaví je prediktorem vyšší míry zdravotních stesků. Přidáním faktorů chování do regresního modelu byl vliv dispozičního optimismu omezen na neprůkaznou úroveň především díky svému značnému překryvu s péčí o duševní hygienu ($r = 0,627$). Rovněž vliv defenzivního pesimismu byl neprůkazný.

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. Tato metaanalytická studie však nepracovala s výzkumy ověřujícími vztah optimismu a chování souvisejícího se zdravím. V kapitole 4.6 je uveden výběr z výzkumů týkajících se vztahů jednotlivých konstruktů optimismu/pesimismu k tomuto chování. Výsledky nejsou zcela jednoznačné. Optimismus (dispoziční, explanační, nerealistický) je často proklamován jako prediktor aktivního copingu a vyšší péče o zdraví, ale objevují se i výzkumy, které hovoří o tom, že optimisté ve vyšší míře kouří, konzumují více alkoholu, nevěnují dostatek pozornosti zdravotně relevantním informacím a vykazují vyšší míru rizikového chování obecně. **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 (N = 1617), druhá na souboru dospělých ve věku od 20 do 93 let (N = 1252).

Ani v jednom případě se míra optimismu (dispozičního, explanačního, strategického) / pesimismu (dispozičního, explanačního, defenzivního) neukázala být významným prediktorem ve vztahu k jednotlivým faktorům zdraví podporujícím ho 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. V druhé studii jsme prověřili i vývojové hledisko: věk nelze označit za moderátor vztahu mezi dispozičním optimismem, defenzivním pesimismem a komponentami zdraví podporujícího chování. Znamená to, že se ve svých projevech nelišili optimisté mladší od starších.

Tyto závěry neobohacují jen informační základnu oboru, ale mají praktické využití v intervenčních a preventivních programech. Je zřejmé, že je při jejich tvorbě nutné vycházet z konkrétního kulturního kontextu populace, na kterou jsou zacíleny. Ve Spojených státech amerických mnozí psychologové usilují o kognitivní restrukturaci a snaží se u svých klientů navodit vyšší míru explanačního optimismu s vědomím, že to povede k jejich úspěšnější adaptaci (např. Seligman, 2013). Pro Asiaty Chang (2002) doporučuje zvyšovat míru obecného optimistického ladění, ale zároveň nesnižovat míru pesimisticky zaměřeného uvažování ve vztahu ke konkrétní situaci (ve smyslu defenzivního pesimismu), protože by tím přišli o svůj motivační zdroj úspěšné adaptace. Zdá se, že pro české intervenční programy v oblasti chování souvisejícího se zdravím nebude žádný z konstruktů optimismu/pesimismu podstatným psychologickým determinantem. Významnými prediktory chování souvisejícího se zdravím v ČR jsou věk (s narůstajícím věkem stoupá míra zdraví podporujícího chování), pohlaví (ženy vykazují vyšší míru zdraví podporujícího chování) a některé osobnostní charakteristiky. V rámci plnění výzkumných cílů projektu podporovaného GA ČR v letech 2005–2007 (reg. č. 406/05/0564, *Předpoklady životní spokojenosti a zdraví vysokoškolských studentů: tělesné sebepojetí, zdraví podporující chování a vybrané osobnostní charakteristiky*) jsme na rozsáhlém souboru složeném z 4292 studentů různých typů českých vysokých škol ověřili, že zařazování vyššího počtu zdraví prospěšných návyků do životního stylu se pozitivně pojí se svědomitostí, emoční stabilitou, vědomím vlastní účinnosti a lepší schopností vnímat procesy, které se odehrávají ve vlastním těle (Slováčková, Dosedlová, & Klimusová, 2008). Hocková (2016) využila ve své diplomové práci část dat sebraných pro grantový výzkum (GA 13-19808S). Na souboru 537 dospělých s českou národností prokázala, že zdraví podporující chování se nejvíce pojí s odpovědností, opatrnost záporně koreluje s užíváním návykových látek (osobnostní charakteristiky byly měřeny v Gordonově pojetí nástrojem GPP-I). Tyto výsledky korespondují se závěry mezinárodně uznávaných studií (např. Kern, & Friedman, 2008, 2011; Friedman, Kern, & Reynolds, 2010), podle kterých svědomití lidé do-

sahují v životě vyššího vzdělání, vyššího profesního úspěchu i lepších mezilidských vztahů. Více se angažují ve zdraví podporujícím chování a vyhýbají se chování rizikovému.

Bylo by ovšem chybou interpretovat výsledky uvedených výzkumů tak, že míra optimismu/pesimismu nemá na zdraví českých obyvatel žádný vliv. I když v našich studiích vyšší míra optimismu respondentů opakovaně nepredikuje většinu komponent chování ve vztahu k jejich zdraví, může mít přesto nezanedbatelný vliv na jejich zdraví skrze emocionální vazbu (vztah mezi vyšší mírou optimismu a péčí o duševní hygienu byl prokázán). Optimismus snižuje riziko depresivních symptomů (Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986; Giltay et al., 2006) a mnohé výzkumné studie prokázaly provázanost deprese a horšího zdravotního stavu i předčasného úmrtí (Peterson, & Bossio, 2002, in Chang, 2002). Dokonce i v případě, že se životní okolnosti velmi zhorší a kladou velké nároky na zvládání, optimismus oslabuje vztah mezi ruminacemi a suicidálními myšlenkami (Tucker et al., 2013).

Nesmíme zapomenout ani na sociální vazbu mezi optimismem a zdravím. Optimističtí lidé aktivně vyhledávají uspokojující sociální kontakty, těší se ze širší sociální sítě a subjektivně vnímají vyšší míru sociální podpory (Vollmann et al., 2011; Vargová, Dosedlová, & Šmíra, 2016). Brání se tak sociální izolaci, jednomu z dalších prediktorů horšího zdraví (Peterson, & Bossio, 2002, in Chang, 2002).

V našem týmu jsme ověřili, že dispoziční optimismus je silným prediktorem duševního zdraví, které bylo posuzováno Škálou duševního zdraví – *Mental Health Continuum – Short Form, MHC-SF* (Keyes, 2002). Dispoziční optimismus vysvětloval 41,7% rozptylu 14 položek MHC-SF rozdělených do subškál emocionální pohoda, psychická pohoda a sociální pohoda (Dosedlová, Klimusová, Jelínek, Havigerová, & Kern, 2016).

Samozřejmě že vždy musíme počítat s limity našich zjištění. V publikaci je uvedeno 11 původních studií, z nichž sedm bylo realizováno na rozsáhlých souborech respondentů blížících se a často i vysoce převyšujících tisíc respondentů. Ceníme si posledního průřezového výzkumu, který na souboru 1252 dospělých od 20 do 93 let umožnil deskripci a srovnání sledovaných proměnných v období mladé, střední a zralé dospělosti i v seniorském věku.

Přesto jsou hlavní limity spojeny právě s výzkumnými soubory, s jejich příležitostným výběrem i skladbou. Účast ve studiích byla dobrovolná a vyplnění celé dotazníkové baterie bylo poměrně časově náročné. Žádný ze souborů není plně reprezentativní vůči populaci z hlediska pohlaví, věku, vzdělání a osobnostních charakteristik. Oproti běžné populaci jsou v našem vzorku více zastoupeny osoby s vyšším vzděláním, svědomité, ochotné pomáhat a zajímaví se o zdravý životní styl. Také metody založené na výpovědi o sobě (self-reporting) mohou snižovat spolehlivost výstupů.

Přesto jsme řadu vztahů prověřovali opakovaně, s variacemi různých metod a na různých souborech respondentů. K čemu jsme tedy dospěli? Je pro zdraví v Česku dobré být optimistou?

Pro duševní zdraví nepochybně. Kromě toho, že je optimismus prediktorem duševního zdraví, je významně spojen i s péčí o duševní hygienu. Optimisté si lépe udržují dobrou náladu, častěji se zabývají oblíbenými činnostmi, více odpočívají a udržují dobré vztahy s lidmi, které mají rádi. Péče o duševní pohodu je také významným prediktorem snížené míry subjektivních zdravotních stesků českých dospělých.

To, zda si dospělí lidé vybírají zdravou stravu, pravidelně snídají, systematicky zařazují do svého programu fyzickou aktivitu, zda kouří a kolik alkoholu konzumují, záleží v České republice mnohem více na demografických údajích (na pohlaví a věku) než na míře optimismu či pesimismu (konkrétněji viz výše). Z osobnostních charakteristik je nejsilnějším psychologickým prediktorem zdraví podporujícího chování v celé jeho šíři **svědomitost**.

Více než deset let výzkumné práce přináší jistě i podněty využitelné v makrosociálním měřítku. Pokud bychom měli shrnout výzkumně podložené závěry, které se mohou stát východiskem pro plánované preventivní a intervenční programy, uvedli bychom následující:

- je nutné posilovat osobní odpovědnost každého jednotlivce za své zdraví, aby se jen nespolehal na ochrannou roli státu a státem zajišťovanou zdravotní péči,
- prevence onemocnění znamená především úpravu životního stylu ve prospěch zdraví podporujícího chování,
- intervenční programy je třeba přizpůsobovat cílovým skupinám z hlediska jejich věku i pohlaví; mladší potřebují posilovat orientaci především na zdravou výživu a vyhýbání se návykovým látkám, od střední dospělosti je prioritou zvyšování míry pohybové aktivity; bylo by dobré uspořádat programy úpravy stravovacích zvyklostí a snižování nadváhy speciálně pro muže,
- zvyšování míry pozitivních očekávání a pozitivních atribucí nemá u českých dospělých s dobrým vzděláním (respondenti účastníci se našich výzkumů) žádný vztah k chování souvisejícímu se zdravím,
- při tvorbě intervenčních programů je třeba přihlížet ke kulturnímu kontextu jejich účastníků, není možné je přejímat ze zahraničí bez úprav.

SUMMARY

Optimism and Its Role in the Context of Health

The central topic of the publication is shaped by the question of whether optimism in the context of health brings benefits or whether it is rather associated with risks.

Understanding the benefits of optimism requires above all paying close attention to how it is defined. Optimism and pessimism do not represent just a single construct in current psychology and the concept of optimism/pessimism sometimes does not even match the commonly used meaning of both concepts. In the book, we introduced optimism as positive illusion (Taylor, & Brown, 1988), unrealistic optimism (Weinstein, 1980), unrealistic pessimism (Heine, & Lehman, 1995), dispositional optimism (Scheier, & Carver, 1985), optimistic or pessimistic attributional (explanatory) style (Peterson, & Seligman, 1987), defensive pessimism and strategic optimism (Norem, & Cantor, 1986).

We verified in several successive studies that dispositional optimism, optimism as an explanatory style and defensive pessimism are different constructs and each of them describes a different part of cognitive, emotional and conative aspects of personality. We have also confirmed that defensive pessimists suffer increased level of anxiety, but lowered expectations for the future despite past successes help them cope with it. The negative relationship between dispositional optimism and explanatory optimism on one hand and defensive pessimism on the other is thus affected by a significant mediating variable: anxiety (Dosedlová et al., 2013).

One of the substantial benefits of our long-term research interest is the **creation of a model of optimism** which has not yet been compiled in Czech specialised literature. We have created two models, the first with a single 2nd order

megafactor, Optimism. However, the other model with two 2nd order factors, called Pessimism (PES) and Hope (HOPE) has proven more suitable both statistically and interpretatively. The 2nd order factor Pessimism strongly saturated dispositional optimism (LOT_O=0.91) in the negative direction, and defensive pessimism (DPQ_P = 0.88) and dispositional pessimism (LOT_P = 0.84) in the positive direction. The relationship of the factor of reflectivity (DPQ_R=0.46) was positive, and medium-close. The 2nd order factor Hope strongly saturated the factor of hope - path to the goal (ADHS_P=0.88) and factor of hope - effort (ADHS_A=0.98) in the positive direction. These factors correspond directly to the theoretical anchoring of the construct of hope. The relationships of other factors were medium-close; feeling of subjective control (OVL=0.41) and anticipation of positive events (POZ=0.38) in the positive direction, anticipation of negative events in the negative direction (NEG=-0.29). We verified the independence of the constructs of optimism/pessimism and hope, since both 2nd order factors, Pessimism and Hope, correlated with one another in the expected negative direction, but their relationship was only medium-close ($r = -0.60$). This model corresponds to the approach of Snyder (2002), who perceives his construct of hope more actively and specifically compared to optimism as a set of thoughts involving commitment to action and modelling of different paths which lead to the goal.

We could then proceed to our central topic and examine the relationship between optimism/pessimism and individual components of health-related behaviour. We were, of course, interested in **the trends in caring for one's health among Czech adults** as well. To this end, we examined a large research sample ($N = 1268$) for the effects of age and gender on health-related behaviour. The question was whether men and women in four age groups (20-35, 36-50, 51-65, 65 and above) differ in the extent of their health-related behaviour. The results of the study have confirmed all assumptions. Young adults show the lowest avoidance of addictive substances. Attention paid to healthy diet increases with age but the rate of physical activity decreases. Physical activity is thus a component of health-promoting behaviour that would be a suitable target for preventative programmes due to its undeniable positive influence on physical and mental health (Leveille et al., 1999; Netz et al., 2005; Fox et al., 2000). The fact that adults pay increasingly more attention to their diet and tend to avoid harmful and addictive substances more with age does not mean that the composition of the diet, alcohol consumption and smoking do not present a problem in the Czech Republic. A report by the Czech Ministry of Health from 2014 states that more than half (57%) of the Czech adult population is overweight or obese, and attempts at reducing this ratio have been unsuccessful. 17% of adults are obese and their number, especially among men, has been growing since the start of the 90s. The ratio of children with higher than normal weight, particularly among boys, is also increasing. The Czech Republic is among the top European countries, following England, Malta

and Hungary, in terms of the number of obese people. The fundamental problem in nutrition in the Czech population is not the lack of food on the market, but unbalanced availability and composition of the diet, excessive energy intake (excess fats and simple sugars), insufficient fruit and vegetables in the diet, high salt consumption, irregular eating, all combined with insufficient physical activity. The use of less suitable methods of preparing food, such as frying or deep frying, is quite common. There are serious incorrect nutritional habits among children and youth, such as skipping breakfast, frequently eating sweets and low consumption of fruit and vegetables. Comparisons by the World Health Organization and the European Commission have shown that alcohol consumption per adult inhabitant of the Czech Republic (expressed as volume of pure alcohol)

was in all cases higher than EU average of 12.45 litres per person (data on the consumption of alcohol in the Czech Republic varies; WHO stated consumption of 13 litres per person in 2014, Kodl et al.'s Report of the Ministry of Health on the Health of the Population of Czech Republic from 2014 states a consumption of 16.6 litres per person). In recent years, approximately 30% of the population were smokers, mostly among young people between 15 – 24 years of age (44.7%). Cigarette smoking is a risk factor particularly for cardiovascular, oncogenic and metabolic diseases and results in millions in direct and indirect losses for the state (Kodl et al., 2014).

We have also proven that health-related behaviour plays an important role in relation to **subjective health complaints among adults** (N = 703). Similarly to emotional stability, care for mental well-being, regular regimen and healthy diet are predictors of a low rate of health complaints. Female gender is a predictor of higher rate of health complaints. Adding behavioural factors into the regression model decreased the influence of dispositional optimism to an insignificant level mainly due to considerable overlap with care for mental hygiene ($r = 0.627$). The impact of defensive pessimism was also insignificant.

Currently, optimism (as a dispositional personality trait and as an acquired cognitive strategy) is perceived as a salutoprotective characteristic (Egger, 2013; Kebza, 2008; Šolcová, 2009) and belongs among psychological determinants of health and health-related behaviour. In 2009, authors Rassmussen, Scheier and Greenhouse published a quantitative meta-analytical study which summarised the outputs of 84 published studies investigating the impact of optimism on physical health. Their main conclusion was that optimism is a significant predictor of physical health. However, this meta-analytical study did not utilise research examining the relationship between optimism and health-related behaviour. Chapter 4.6 examines a selection of studies concerning the relationships of individual constructs of optimism/pessimism to this behaviour. The results are ambiguous. Optimism (dispositional, explanatory, unrealistic) is often proclaimed as a predictor of active coping and better care for one's health, but there are also studies stating that

optimists smoke more, consume more alcohol, do not pay enough attention to information relevant to health and generally lean towards risky behaviour more frequently. **We examined dispositional optimism, optimism as an explanatory style and defensive pessimism as predictors of health-related behaviour** on large samples of Czech respondents. The first study was carried out on college students (N = 1617), the second on a sample of adults aged 20 to 93 (N= 1252).

In either of the cases, the degree of optimism (dispositional, explanatory, strategic) / pessimism (dispositional, explanatory, defensive) did not prove to be a significant predictor in relation to individual factors of health-promoting behaviour. It does not predict dietary habits, substance abuse, preventive measures, regularity of regimen, extent of physical activity, or exposure to or avoidance of sun and other harmful substances. The only proven relationship between the studied variables was a relationship between the degree of optimism/pessimism and care for mental hygiene. Optimists better maintain a good mood, have a positive relationship towards themselves, spend free time with people they like, do not feel stressed often and enjoy sufficient rest and relaxation. The cause of their positive disposition is their way of thinking and the dispositional foundation of their personality, where the biggest role is played by the belief that negative events only have minor impact on other areas of their life. In the second study, we also examined the developmental perspective: age cannot be described as a moderator of the relationship between dispositional optimism, defensive pessimism and components of health-promoting behaviour. This means that younger optimists did not differ in their behaviour from older optimists.

These findings not only enrich the informational foundation of the field, but have a practical use in intervention and prevention programmes. It is evident that the process of creating these programmes must factor in the specific cultural context of the population they target. Many psychologists in the US strive for cognitive restructuring and try to induce a higher rate of explanatory optimism in their clients, knowing it will improve the client's ability to adapt (e.g. Seligman, 2013). For Asians, Chang (2002) recommends promoting general optimistic mood, but also not reducing the extent of pessimistic thinking in relation to specific situations (in the sense of defensive pessimism), since doing so would remove the motivational source for successful adaptation. It seems that none of the constructs of optimism/pessimism will be a significant psychological determinants for intervention programmes in the area of health-related behaviour in the Czech Republic. Significant predictors of health-related behaviour in the Czech Republic are age (health-promoting behaviour increases with age), gender (women exhibit more health-promoting behaviour) and some personality characteristics. While fulfilling the research goals of a project supported by GACR in 2005 – 2007 (reg. no. 406/05/0564, *Determinants of Life Satisfaction and Health of University Students: Body-concept, Health-supportive Behaviour and Selected Personality Characteristics*) we

performed a study on a large research sample consisting of 4292 students from various types of Czech universities. Our study verified that including a larger number of health-promoting habits into the lifestyle positively correlates with conscientiousness, emotional stability, awareness of one's efficiency and better ability to perceive processes which are taking place in one's own body (Slováčková, Dosedlová, & Klimusová, 2008). Hocková (2016) incorporated in her diploma thesis a portion of data collected for grant research (GA 13-19808S). By examining a sample of 537 Czech adults, she proved that health-promoting behaviour is associated the most with responsibility and that carefulness negatively correlates with substance abuse (personality characteristics were measured in accordance with Gordon's approach by using GPP-I). These results correspond with the conclusions of internationally recognised studies (e.g. Kern, & Friedman, 2008, 2011; Friedman, Kern, & Reynolds, 2010) which conclude that conscientious people achieve higher education, greater professional success and better interpersonal relationships. They engage more in health-promoting behaviour and avoid risky behaviour.

However, it would be a mistake to interpret the results of these studies as a proof that the degree of optimism/pessimism has no effect on the health of the Czech population. Though our studies show that higher degree of optimism among respondents repeatedly did not predict the majority of component of health-related behaviour, it may still have a significant effect on the respondent's health through emotional links (relationship between higher rate of optimism and care for mental hygiene has been proven). Optimism reduces the risk of depressive symptoms (Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986; Giltay et al., 2006) and many research studies have proven the interdependence between depression and worse state of health and premature death (Peterson, & Bossio 2002, in Chang, 2002). Even in cases where life circumstances significantly deteriorate and place great demands on coping, optimism weakens the relationship between ruminations and suicidal thoughts (Tucker et al., 2013).

We must also not forget the social link between optimism and health. Optimistic people actively seek satisfying social contacts, enjoy a wider social network and subjectively experience a higher degree of social support (Vollmann et al., 2011; Vargová, Dosedlová, & Šmíra, 2016). This prevents social isolation, another predictor of worse state of health (Peterson, & Bossio 2002, in Chang, 2002).

Our team verified that dispositional optimism is a strong predictor of mental health using *Mental Health Continuum – Short Form, MHC-SF* (Keyes, 2002). Dispositional optimism explained 41.7% of scatter of 14 items of MHC-SF divided into subscales of emotional well-being, mental well-being and social well-being (Dosedlová, Klimusová, Jelínek, Havigerová, & Kern, 2016).

Of course, we always have to take into account the limits of our findings. The publication cites 11 original studies, of which seven were carried out on large

samples of close to and sometimes even far in excess of 1000 respondents. We particularly value the last cross-cutting research, which allowed the description and comparison of the studied variables in young, middle and mature adulthood and senior age across a sample of 1252 adults aged 20 to 93.

The main limitations of the research are, nevertheless, tied to the samples themselves, particularly their convenient sampling and composition. Participation in the studies was voluntary and filling out the entire questionnaire battery was quite time consuming. None of the samples is fully representative of the population in terms of gender, age, education and personality characteristics. Compared to the general population, our sample has an overrepresentation of persons with higher education, persons who are conscientious, willing to help and are interested in a healthy lifestyle. In addition, methods based on self-reporting may reduce the reliability of the output.

However, we examined a number of relationships repeatedly, with variations in methods used and on different samples of respondents. What conclusions have we reached? Is being an optimist good for health in the Czech Republic?

For mental health, unequivocally yes. Aside from the fact that optimism is a predictor of mental health, it is also strongly correlated with care for mental hygiene. Optimists are better able to maintain a good mood, spend more time engaged in their favourite activities, rest more and maintain good relationships with the people they like. Care for mental well-being is also a significant predictor of a lower rate of subjective health complaints among Czech adults.

In the Czech Republic, whether adults are choosing a healthy diet, have breakfast regularly, pursue a regular physical activity, smoke, or consume alcohol depends much more on demographic data, i.e. on gender and age, than on the level of optimism or pessimism. In terms of personality characteristics, the strongest psychological predictor of health-promoting behaviour in all its breadth is **conscientiousness**.

Over ten years of research also contribute a wealth of data that can be applied on a macrosocial scale. If we were to summarise research-based conclusions which could serve as basis for planned preventive and intervention programmes, we would state the following:

- it is necessary to reinforce the personal responsibility of each individual for their health, so that they do not simply rely on the protective role of the state and its health care
- disease prevention means primarily adjustment of the lifestyle in favour of health-promoting behaviour
- intervention programmes must be adapted to the target groups in terms of their age and gender; younger people require reinforcing orientation above all towards healthy diet and avoidance of addictive substances; priorities shift in middle adulthood towards promoting increased physical ac-

Summary

tivity; it would be advisable to organise programmes for adjusting dietary habits and reducing weight, especially for men

- increasing positive expectations and positive attributions has no relation to health-related behaviour among Czech adults with good education (respondents participating in our studies)
- it is necessary to take into account the cultural context of the participants when creating intervention programmes; they cannot be adopted from abroad without adjustments

LITERATURA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372.
- Ah, D. V., Kang, D. H., & Carpenter, J. S. (2007). Stress, optimism, and social support: Impact on immune responses in breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 30, 72–83.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453–474.
- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, 54, 821–827.
- Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K., Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 543–548.
- Armor, D. A., & Taylor, S. E. (2002). When predictions fail: The dilemma of unrealistic optimism. In T. Gilovich, D. W. Griffin, & D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgement*. NJ: Cambridge University Press.
- Arnoldová, A. (2012). *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada.
- Asendorpf, J. B., & Ostendorf, F. (1998). Is self-enhancement healthy? Conceptual, psychometric and empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 4, 955–966.
- Augustinus, A. (2000). *Aurelius Augustinus. Říman – člověk – světec*. Praha: Vyšehrad.
- Averill, J. R., Catlin, G., & Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. New York: Springer – Verlag.
- Bacon, F. (1974). *Nové organon*. Praha: Svoboda.
- Baer, H. J., Glynn, R. J., Hu, F. B., Hankinson, S. E., Willett, W. C., Colditz, G. A., et al. (2011). Risk factors for mortality in the Nurses Health Study: A competing risk analysis. *American Journal of Epidemiology*, 173, 319–329.
- Baker, S. R. (2007). Dispositional optimism and health status, symptoms and behaviours: Assessing idiopathic relationships using a prospective daily diary approach. *Psychology and Health*, 22, 431–456.

- Batty, G. D., Deary, I. J., & Gottfredson, L. S. (2007). Premorbid (early life) IQ and later mortality risk: Systematic review. *Annals of Epidemiology*, 17, 278–288.
- Baudrillard, J. (1997). *Rozhovory s Baudrillardem*. Olomouc: Votobia.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Blaxter, M. (2010). *Health* (2nd ed.). Malden, MA: Polity.
- Brugger, W. (1994). *Filosofický slovník*. 2. vyd. Praha: Naše vojsko.
- Bruininks, P., & Malle, B. F. (2005). Distinguishing hope from optimism and related affective states. *Motivation and Emotion*, 29 (4) 9, 327–355.
- Bryant, F. B., & Cvengros, J. A. (2004). Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 273–302.
- Brychnáčová, E., & Zahradníková, J. (2005). *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením)*. Praha: VÚP.
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A. J., Chart, H., & Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 810–816.
- Buchanan McClellan, G. (2009). Explanatory style and coronary heart disease. In G. McClellan Buchanan, M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory Style*, New York: Routledge.
- Burger, J. M., & Burns, L. (1988). The illusion of unique invulnerability and the use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 264–270.
- Burns, M. O., & Seligman, M. E. P. (1989). Explanatory style across the life span: evidence for stability over 52 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 471–477.
- Camus, A. (2007). *Člověk revoltující*. Praha: Garamond.
- Cantor, N., & Norem, J. K. (1989). Defensive Pessimism and Stress nad Coping. *Social Cognition*, 7, 92–112.
- Carver, Ch. S., & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449–462.
- Carver, Ch. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375–390.
- Carver, Ch. S., & Scheier, M. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, Ch. S., & Scheier, M. (2002a). Optimism. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Carver, Ch. S., & Scheier, M. (2002b). Optimism, Pessimism and Self-Regulation. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & Pessimism*. APA, Washington, DC.
- Carver, Ch. S., & Scheier, M. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18, 6, 293–299.
- Chang, E. C. (2002). Cultural influences on optimism and pessimism: Differences in western and eastern construals of the self. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & Pessimism, Implications for Theory, Research, and Practice*. APA, Washington, DC.
- Chang, E. C., & D’Zurilla, T. J. (1996). Relations between problem orientation and optimism. Pessimism, and trait affectivity: a construct validation study. *Behaviour Research Therapy*, 34, 185–194.
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism are

- partially independent constructs: relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433–440.
- Chang, E. C., & Ruben-Wen, S. (2004). Constant vigilance: Heritage values and defensive pessimism in coping with severe acute respiratory syndrome in Singapore. *Asian Journal of Social Psychology*, 7, 35–53.
- Cheng, J., Wang, T., Li, F., Xiao, Y., Bi, J., Chen, J., & Zhao, X. (2015). Self-rated health status and subjective health complaints associated with health-promoting lifestyles among urban Chinese women: a cross-sectional study. *Plos One*, 10(2), e0117940.
- Colvin, C. R., & Block, J. (1994). Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. *Psychological Bulletin*, 116, 3–20.
- Colvin, C. R., Funder, D. C., & Block, J. (1995). Overly positive self-evaluations and personality: Negative implications for mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1152–1162.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. London, Open University Press.
- Copleston, F. (2014). *Dějiny filosofie I. Řecko a Řím*. Olomouc: Refugium Velehrad – Roma.
- Copleston, F. (2016). *Dějiny filosofie II. Od Augustína ke Scotovi*. Olomouc: Refugium Velehrad – Roma.
- Costello, N. L., Bragdon, E. E., Light, K. C., Sigurdsson, A., Bunting, S., Grewen, K., & Maixner, W. (2002). Temporomandibular disorder and optimism: Relationships to ischemic pain sensitivity and interleukin-6. *Pain*, 100, 99–110.
- Cutrona, C. E., Russell, D., & Jones, R. D. (1984). Cross-situational consistency in casual attributions: Does attributional style exist? *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1043–1058.
- Černý, V. (1948). *První sešit o existencialismu*. Praha: Nakladatelství Václav Petr.
- Černý, V. (1992). *První a druhý sešit o existencialismu*. Praha: Mladá fronta.
- Český statistický úřad. *Demografická příručka*. Retrieved July 28, 2017, from <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>.
- Čierňava, R. (1999). Optimizmus a zdravotné správanie gymnazistov a vysokoškolákov. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 34, 134–144.
- Dahlgren G, & Whitehead, M. (2006). *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3).
- Descartes, R. (2016). *Rozprava o metodě*. Praha: Oikoymenh.
- Dolénková, T., & Hlúbik, P. (2013). Stravovací návyky adolescentů a dospělých jako prevence kolorektálního karcinomu. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 4(4). 670–677. Retrieved August 28, 2017, from http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/4_dolenkova_hlubik.pdf.
- Domino, B., & Conway, D. W. (2002). Optimism and pessimism from a historical perspective. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice*. Washington, DC: APA Press.
- Dosedlová, J., Klimusová, H., Jelínek, M., & Blatný, M. (2004). Optimismus jako pozitivní iluze u současných adolescentů. In *Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování*. Olomouc: UP v Olomouci, 2005.
- Dosedlová, J., Fialová, L., Kebza, V. & Slováčková, Z. (2008). *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: MSD.

- Dosedlová, J., & Slováčková, Z. (Eds.) (2013). *Optimismem ke zdraví? Kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování*. Brno: Tribun EU.
- Dosedlová, J., Slováčková, Z., & Klimusová, H. (2013). Health-supportive Behaviour, Subjective Health and Life Style of University Students. *Journal of Indian Health Psychology*, Global Vision Publishing House, 8, 115–132.
- Dosedlová, J., Klimusová, H., & Burešová, I. (2016). Health-related behavior over the course of life in the Czech Republic. Students and adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 1167–1175. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.137.
- Dosedlová, J., Klimusová, H., Burešová, I., Jelínek, M., Slezáčková, A., & Vašina, L. (2015). Optimism and health-related behaviour in Czech university students and adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 1051–1059. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.278.
- Dosedlová, J., Slováčková, Z., & Klimusová, H. (2008). Psychologické souvislosti zdraví podporujícího chování vysokoškolských studentů. Subjektivně vnímané zdraví současných vysokoškoláků a jeho vztah k životnímu stylu. In *Psychologie zdraví a kvalita života*. Brno: MSD, 24–30.
- Dosedlová, J., Slováčková, Z., & Klimusová, H. (2013): Optimismus ve vztahu k zdraví podporujícímu a zdraví ohrožujícímu chování. In J. Dosedlová, & Z. Slováčková, (Eds.), *Optimismem ke zdraví? Kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování*. Brno: Tribun EU, 69–81.
- Dosedlová, J. et al. (2016). *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, MuniPRESS.
- Dosedlová, J., Jelínek, M., & Klimusová, H. (2016). Nadějně vyhlídky: optimismus a jeho vztah k naději. In J. Dosedlová (Ed.), *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, MuniPRESS, 13–34.
- Dosedlová, J., Jelínek, M., Klimusová, H., & Burešová, I. (2016). Prediktory subjektivních zdravotních stesků v dospělosti. *Československá psychologie*, Praha: Psychologický ústav AV ČR, 60, 414–429.
- Dosedlová, J., Jelínek, M., & Klimusová, H. (2016). Dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus jako prediktory chování vztahujícího se ke zdraví českých dospělých. Dosud nepublikovaný rukopis.
- Dosedlová, J., Klimusová, H., Jelínek, M., Havigerova, J. M., & Kern, L. (2016). Association of Health-Related Behavior and Optimism with Mental Health among Czech and French university students. 3. Rostoharjevi dnevi, Oddelek za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Dubbart, P. M., King, A. C., Marcus, B. H., & Sallis, J. F. (2004). Promotion of physical activity through the life span. In J. M. Raczynski, & L. C., Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Volume 2. Disorders of behavior and health*. Washington, DC, US: American Psychological Association, XIII, 147–181.
- Egger, J. W. (2013). Biopsychosocial medicine and health – the body mind unity theory and its dynamic definition of health. *Psychologische Medizin*, 24, 24–29.
- European Health Interview Survey (2014). Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. Retrieved July 27, 2015, from <http://www.uzis.cz/ehis> 27.7.2015.
- Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 445–448.
- Feldman, P. J., Cohen, S., Gwaltney, J. M., Jr., Doyle, W. J., & Skoner, D. P. (1999). The

- impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 370–378.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 25–43.
- Fournier, M., de Ridder, D., & Bensing, J. (1999). Optimism and Adaptation to Multiple Sclerosis: What Does Optimism Mean? *Journal Of Behavioral Medicine*, 22(4), 303–326.
- Fowler, S. L., & Geers, A. L. (2015). Dispositional and comparative optimism interact to predict avoidance of a looming health threat. *Psychology and Health*, 30, 456–474, <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.977282>
- Fox, K. R., Boutcher, S. H., Faulkner, G., & Biddle, S. J. H. (2000). The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being. In S. J. H. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being*. Routledge, London.
- Freud, S. (1990). *O člověku a kultuře*. Praha: Odeon.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The „disease-prone personality“: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539–555.
- Friedman, H. S., Kern, M. L., & Reynolds, Ch. A. (2010). Personality and Health, Subjective Well-Being, and Longevity. *Journal of Personality*, 78, 179–216.
- Friedman, H. S., & Martin, L. R. (2011). *The longevity project: surprising discoveries for health and long life from the Landmark eight-decade study*. New York: Hudson Street Press.
- Garrett, N., & Sharot, T. (2014). How robust is the optimistic update bias for estimating self-risk and population base rates? *PLoS ONE* [online]. 9(6), 1–8 [cit. 2016-07-14]. DOI: 10.1371/journal.pone.0098848.
- Gasper, K., Lozinski, R. H., & LeBeau L. S. (2009). If you plan, then you can: How reflection helps defensive pessimists pursue their goals, *Motivation & Emotion*, 33, 2, 203–216.
- Geers, A. L., Wellman, J. A., Seligman, L. D., Wuyek, L. A., & Neff, L. A. (2010). Dispositional optimism and engagement in health treatment programs. *Journal Of Behavioral Medicine*, 33, 2, 123–134.
- Gibson, B., & Sanbonmatsu, D. M. (2004). Optimism, pessimism, and gambling: the downside of optimism. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 30, 149–160.
- Gilham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343–351.
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Hoekstra, T., & Schouten, E. G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1126–1135.
- Giltay, E. J., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006) Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91, 45–52.
- Giltay, E. J., Geleijnseb, J. M., Zitman, F. G., Buijsseb, B., & Kromhoutb, D. (2007). Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 5, 483–490.
- Gochman, D. S. (1997). *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*. New York, NY: Plenum Press.

- Grežo, M., & Sarmány-Schuller, I. (2015). Coping with economic hardship: a broader look on the role of dispositional optimism. *Open Science Journal of Psychology*, 2, 6–14.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., & Hietanen, P. (2007). Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness, and partner support. *Quality of Life Research*, 16, 75–87.
- Hadot, P. (2017). *Co je antická filosofie?* Praha: Vyšehrad.
- Halama, P., Martos, T., Adamová, L. (2010). Religiosity and well-being in Slovak and Hungarian student samples: the role of personality traits. *Studia psychologica*, 52, 101–115.
- Hankonen, N. N., Vollmann, M. M., Renner, B. B., & Absetz, P. P. (2010). What is setting the stage for abdominal obesity reduction? A comparison between personality and health-related social cognitions. *Journal Of Behavioral Medicine*, 33(5), 415–422.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heine, S. J., & Lehman, D. R. (1995). Cultural variation in unrealistic optimism: does the west feel more invulnerable than the east? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 595–607.
- Helweg-Larsen, M., & Shepperd, J. (2001). Do moderators of the optimistic bias affect personal or target risk estimates? A Review of the Literature. *Personality* [online]. 2001, 5(1), 74–95 [cit. 2016-07-14].
- Hetland, J., Torsheim, T., & Aarø, L. E. (2002): Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 223–230.
- Hingle, M. D., Wertheim, B. C., Tindle, H. A., Tinker, L., Seguin, R. A., Rosal, M. C., & Thomson, C. A. (2014). Optimism and diet quality in the Women's Health Initiative. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 114, 7, 1036–1045.
- Hmieleski, K. M., & Baron, R. A. (2009). Entrepreneurs' optimism and new venture performance: a social cognitive perspective. *Acad. Manage. J.* 52, 473–488.
- Hoch, S. (1984). Counterfactual reasoning and accuracy in predicting personal events. *J. Exp. Psychol.* 11, 719–731.
- Hocková, M. (2016). *Chování související se zdravím v dospělosti a stáří*. Diplomová práce. Brno: Psychologický ústav FF MU.
- Hofstede, G., & Hofstede, G. (2006). *Kultury a organizace*. Software lidské mysli. Praha: Linde nakladatelství.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. Revised and Expanded 3rd Edition. New York: McGraw-Hill USA.
- Hopfe, L. M. (1987). *Religions of the world*. Fourth Edition. New York: Maxmillan Publishing Company.
- Hrušovský, I. et al. (1998). *Predsokratovci a Platón. Antológia z diel filozofov*. Bratislava: Iris.
- Huisman, M., van Lenthe, F., & Mackenbach, J. (2007). The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *International Journal of Epidemiology*, 36, 1207–13.
- Hume, D. (1972). *Zkoumání lidského rozumu*. 2. vyd. Praha: Svoboda.
- iDNES (2017). Stejný obal, jiný obsah. Většina výrobků se liší, ukázal průzkum. Retrieved July 11, 2017, from http://zpravy.idnes.cz/kvalita-potravin-srovnani-jurecka-dtz-/domaci.aspx?c=A170711_103807_domaci_jj.
- Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M. A., O'Cleirigh, C., Laurenceau, J. P., Schneiderman, N., & Solomon, G. (2005). Dispositional optimism and the mechanism

- by which it predicts slower disease progression in HIV: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 86–97.
- Jelínek, M., Květon, P., Vobořil, D., & Klimusová H. (2007). Data collection on the Internet: evaluation of web-based questionnaires. *Studia psychologica*, 49, 81–88.
- Jombíková, E., & Kováč, D. (2007). Optimism and quality of life in adolescents – Bratislava secondary schools students. *Studia Psychologica*, 49, 347–353.
- Johnson, T. P. (2007). Cultural-level influences on substance use & misuse. *Substance use & misuse*, 42(2–3), 305–316. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826080601142022>.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M. E. P., & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity. *Health Psychology*, 10, 229–235.
- Kant, I. (1996). *Kritika praktického rozumu*. Praha: Svoboda.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and Human Behaviour*. Singapore: McGraw – Hill.
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., Pollack, S. L., & Siegel, A. W. (1988). Attributional style and self-control behavior in depressed and non-depressed children and their parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 163–175.
- Krantz, D. S., & Hedges, S. M. (1987). Some cautions for research on personality and health. *Journal of Personality*, 55, 351–357.
- Keene, M. (2003). *Světová náboženství*. Praha: Euromedia Group.
- Kern, M. L., Della Porta, S., Friedman, H. (2014). Lifelong Pathways to Longevity: Personality, Relationships, Flourishing, and Health. *Journal of Personality*, 82, 472–484.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (1996). Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie*, 40, 480–487.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia.
- Kebza, V. (2008). Vulnerabilita, resilience a zdraví. In J. Dosedlová, & Z. Slováčková (Eds.), *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno, MSD, 7–32.
- Kelley, H. H. (1973). The process of casual attribution. *American Psychologist*, 28, 107–128.
- Kelloniemi, H., Ek, E., & Laitinen, J. (2005). Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, 45, 2, 169–176.
- Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2008). Do Conscientious Individuals Live Longer? A Quantitative Review. *Health Psychology*, 27, 505–512.
- Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2011). Personality and Pathways of Influence on Physical Health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 76–87.
- Kern, M. L., Della Porta, S., & Friedman, H. (2014). Lifelong Pathways to Longevity: Personality, Relationships, Flourishing, and Health. *Journal of Personality*, 82, 472–484.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Klein, W. M., & Weinstein, N. D. (1997). Social comparison and unrealistic optimism about personal risk. In B. P. Buunk, & F. X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and social comparison*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 25–61.
- Klein, W. M., Geaghan, T. R., & McDonald, T. K. (2007). Unplanned sexual activity as a consequence of alcohol use: a prospective study of risk perceptions and alcohol use among college freshmen. *Journal of American College Health*, 56, 317–323.
- Klimusová, H., Jelínek, M., Dosedlová, J., & Burešová, I. (2013). Psychometrické vlastnosti dotazníku GPP-I: vliv formátu odpovědí. In M. Blatný, M. Jelínek, P. Květon, V. Nielsen,

- & D. Vobořil (Eds.), *Sociální procesy a osobnost: sborník příspěvků*. Brno, Psychologický ústav AV ČR, 154–160.
- Klímusová, H., Dosedlová, J., & Slováčková, Z. (2013). Přesvědčení vysokoškolských studentů o zdraví. In J. Dosedlová, & Z. Slováčková (Eds.), *Optimismem ke zdraví? Kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování*. Brno, Tribun EU, 83–104.
- Kodl, M. et al. (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Kohut, M. L., Cooper M. M., Nickolaus, M. S., Russell, D. R., & Cunnick, J. E. (2002). Exercise and psychosocial factors modulate immunity to influenza vaccine in elderly individuals. *The Journals Of Gerontology*. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences, 57, 9, M557-62.
- Komenský, J. A. (1992). *Obecná porada o nápravě věcí lidských I–III*. Praha: Svoboda.
- Koukola, B., & Ondřejová, E. (2008). Kvalita života středoškoláků měřená dotazníkem WHOQOL-BREF. In B. Koukola, & J. Mareš (Eds.), *Psychologie zdraví a kvalita života*. Brno: MSD.
- Kubzansky, L. D., Kubzansky, P. E., & Maselko, J. (2004). Optimism and Pessimism in the Context of Health: Bipolar Opposites or Separate Constructs? *Personality And Social Psychology Bulletin*, 30(8), 943–956.
- Kučerová, S. (1996). *Člověk – hodnoty – výchova*. Kapitoly z filosofie výchovy. Prešov: Grafotlač.
- Kučerová, S. (2004). *Filozofie*. Kunovice: Evropský polytechnický institut.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha, Grada Publishing.
- Kříž, J. (2011). Determinanty zdraví. In L. Komárek, T. Kopřivová, J. Kříž, K. Provazník, H. Provazníková, D. Schneidrová et al. (Eds), *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: 3. lékařská fakulta UK.
- Laertios, D. (1964). *Životy, názory a výroky proslulých filosofů*. Praha: Nakladatelství ČSAV.
- Lancastle, D., & Boivin, J (2005). Dispositional Optimism, Trait Anxiety, and Coping: Unique or Shared Effects on Biological Response to Fertility Treatment? *Health Psychology*, 24, 2, 171–178.
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (Ed.), *Denial of stress* (1–30). New York: International Universities Press.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1979). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community* (3rd ed.). Huntington, NY: Robert E. Krieger Publishing Company.
- Lee, Y. T., & Seligman, M. E. P. (1997). Are Americans more optimistic than the Chinese? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 32–40.
- Leibniz, G. F. (2004). *Theodicea*. Praha: Oikoyomenh.
- Leveille, S. G., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., & Langois, J. A. (1999). Aging Successfully until Death in Old Age: Opportunities for Increasing Active Life Expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 149, 654–664.
- Levy, D. A. (1985). Optimism and pessimism: Relationships to circadian rhythms. *Psychological Reports*, 57, 1123–1126.
- Linhart, J., Petrusek, M., Vodáková, A., & Maříková, H. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Linville, P. W., Fischer, G. W., & Fischhoff, B. (1993). AIDS risk perceptions and decision biases. In J. B. Pryor, & G. D. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection*, Hillsdale, NJ Erlbaum, 5–38.

- Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. London: Guilford Press.
- Long, A. A. (2003). *Hellénistická filosofie. Stoikové, epikurejci, skeptikové*. Praha: Oikoymenh.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Teramoto Pedrotti, J. (2003). Hope: Many definitions, many measures. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds), *Positive Psychological Assessment*. Washington: APA.
- Lustig, R. H. (2015). *Cukr – náš zabiják*. Brno: CPress.
- Lyotard, J. F. (1993). *O postmodernismu*. Praha: Filosofie ČSAV.
- Mahler, H. I. M., & Kulik, J. A. (2000). Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: Prediction of affect, pain and functional status. *Psychology Health and Medicine*, 25, 347–358.
- Machová, J. & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Martin, L. R., Friedman, H. S., Tucker, J. S., Tomlinson-Keasey, C., Criqui, M. H., & Schwartz, J. E. (2002). A life course perspective on childhood cheerfulness and its relation to mortality risk. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1155–1165.
- Matthews, G., et al. (2002). Fundamental dimensions of subjective state in performance settings: task engagement, distress and worry. *Emotion* 2, 315–340.
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whitman, M. C. (2003). *Personality Traits*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maxová, V. (2012). *Defenzivní pesimismus ve vztahu ke copingovým strategiím*. Diplomová práce, FF MU, Brno.
- McGinnis, J. M. & Foegen, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2207–2211.
- McLean-Meynsse, P. E., Taylor, S. S., & Gager, J. V. (2015). Self-Reported Consumption of Fast-Food Meals by University Students. *Journal Of Food Distribution Research*, 46(1), 23–29. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=8a22e749-1362-46c8-a02d-357accf475b3%40sessionmgr107&hid=102>.
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., & Hankin, B. J. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, 130, 5, 711–747.
- Miller, L., Schott Richards, P., & Keller, R. R. (2002). Foreword. In E. C, Chang (Ed.), *Optimism & Pessimism*. APA, Washington, DC.
- Mlčák, Z. (2007). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- MŠMT Projekt Ovoce do škol. Retrieved July 30, 2017 from <http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/vlada-schvalila-projekt-ovoce-do-skol>.
- Mulkana, S. S., & Hailey, B. J. (2001). The role of optimism in health-enhancing behavior. *American Journal of Health Behavior*, 25, 388–395.
- Müllerová, D. et al. (2014). *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum.
- Müllner, J., Ruisel, I., & Farkaš, G. (1980). *Průručka pre administráciu, interpretáciu a vyhodnocovanie dotazníka na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Myers, D. G. (2016). *Sociální psychologie*. Brno: Edika.
- Neff, L. A., & Geers, A. L. (2013). Optimistic expectations in early marriage: a resource

- or vulnerability for adaptive relationship functioning? *Journal of Personality and Social Psychology*, 105, 38–60.
- Nekvinda, L. (1996). *Úvod do studia dějin filosofie*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*, 40, 5, 675–693.
- Netz, Y., Becker, J. B., & Wu, M. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging*, 20, 272–284.
- Nietzsche, F. (2013). *Tak pravil Zarathustra*. Praha: Vyšehrad.
- Norem, J. K., & Cantor, N. (1986). Defensive pessimism: Harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1208–1217.
- Norem, J. K., & Chang, E. C. (2000). A very full glass: Adding complexity to our thinking about the implications and applications of optimism and pessimism research. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice*. Washington, DC: APA Press.
- Norem, J. K., & Illingworth, K. S. S. (1993). Strategy-dependent effects of reflecting on self and tasks: Some implications of optimism and defensive pessimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 822–835.
- Norem, J. K. (2001). *The Positive Power of Negative Thinking*. Basic Books, New York.
- Norem, J. K. (2002). Defensive Pessimism, Optimism, and Pessimism. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice*. Washington, DC: APA Press.
- Osecká, L., Řehulková, O., & Macek, P. (1998). Zdravotní stesky u adolescentů. Struktura a rozdíly mezi pohlavím. In M. Svoboda, & M. Blatný (Eds.), *Sociální procesy a osobnost*. Brno, Masarykova univerzita, 135–144.
- Ottová-Jordan, V., Smith, O. R., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T., ... & Ravens-Sieberer, U. (2015). Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *European Journal Of Public Health*, 25, 83–89.
- Pennebaker, J. V., Hughes, C. F., & O'Heeron, R. C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781–793.
- Peterson, Ch. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 117–130.
- Peterson, Ch., & de Avila, M. E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 128–132.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6 (3), 287–300.
- Peterson, Ch., & Seligman, M. E. P. (1984). Casual explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347–374.
- Peterson, Ch., & Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55, 2, 237–265.
- Peterson, C., & Barrett, L. (1987). Explanatory style and academic performance among university freshmen. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 603–607.
- Peterson, Ch., Seligman, M. E. P., & Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk

- factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23–27.
- Peterson, Ch. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 1, 44–55.
- Peterson, Ch. (2009). Explanatory style and health. In G. McClellan Buchanan, & M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory Style*, New York: Routledge.
- Peterson, Ch., & Bossio, L. (1991). *Health and Optimism*. New York: The Free Press.
- Peterson, Ch., & Bossio, L. (2002). Optimism and Physical Well-Being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice*. Washington, DC: APA Press.
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of Health & Social Behavior*, 30, 92–104.
- Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P., & Tsouroufli, M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 3, 246–252.
- Průcha, J. (2004). *Interkulturní psychologie*. Praha: Portál.
- Radcliffe, N., & Klein, W. (2002). Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: differential relations with the knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 836–845.
- Räikkönen, K., Matthews, K. A., Flory, J. D., Owens, J. F., & Gump, B. B. (1999). Effects of optimism, pessimism, and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 104–113.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009): Optimism and physical health: meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239–256.
- Reid, K. J., Harker, J., Kleijnen, J., Bala, M. M., Truyers, C., Kellen, E., & Bekkering, G. E. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27, 449–462.
- Ricken, F. (2002). *Antická filosofie*. Olomouc: nakladatelství Olomouc.
- Ridder de, D., Fournier, M., & Bensing, J. (2004): Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 341–350.
- Rius-Ottenheim, N., van der Mast, R. C., Zitman, F. G., & Giltay, E. J. (2013). The Role of Dispositional Optimism in Physical and Mental Well-Being. In A. Efklides, & D. Moraitou (Eds.), *A Positive Psychology Perspective on Quality of Life. Social Indicators Research Series*, 51, 149–173.
- Reivich, K., & Gillham, J. (2003). Learned optimism: The measurement of explanatory style. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93–114.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press.
- Rosen, G., & Imperato, P. J. (2015). *A History of Public Health: Revised Expanded Edition*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1989). *Abnormal Psychology* (2nd ed.). New York: Norton.

- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 1–8.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 2, 1–36.
- Rothman, A. J., Klein, W. M., & Weinstein, N. D. (1996). Absolute and relative biases in estimations of personal risk. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1213–1236.
- Röd, W. (2004). *Novověká filosofie II, Od Newtona po Rousseaua*. Praha: Oikymenh.
- Salač, K. (Ed.) (1947). *Řečti filosofové a mystici II*. Praha: Společnost přátel antické kultury.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological model of Health Behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco, CA: A Willey Imprint, 465–482.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Sarmány-Schuller, I. (1992). Optimism and Cognitive Style. *Studia Psychologica*, 34, 3, 259–265.
- Sarmány-Schuller, I. (1997). Osobnostná črta dispozičného optimizmu a coping. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 32, 2, 172–182.
- Sartre, P. (2004). *Existencialismus je humanismus*. Praha: Vyšehrad.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 6, 1646–1655.
- Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior, and Immunity*, 19, 3, 195–200.
- Segerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41, 772–786.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1–9.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242–247.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M., & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 13–18.
- Seligman, M. E. P. (2003). *Opravdové štěstí*. Euromedia Group, Praha.
- Seligman, M. E. P. (2013). *Naučený optimismus. Jak změnit své myšlení a život*. Praha: Nakladatelství Dobrovský.
- Seneca, L. A. (1984). *Další listy Luciliovi*. Praha: Svoboda.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 3, 219–247.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J. Sr, Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024–1040.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201–228.

- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Schulz, R., Bridges, M. W., et al. (1999). Optimism and rehospitalization following coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159, 829–835.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2002). Optimism, pessimism and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice*. Washington, DC: APA Press.
- Schejbalová, M. (2016). *Dispoziční optimismus a jeho vztah k chování souvisejícímu se zdravím v ČR a USA*. Diplomová práce. Brno: Psychologický ústav FF MU.
- Schopenhauer, A. (1992). *Životní moudrost*. Praha: Svoboda.
- Schulman, P., Castellon, C., & Seligman, M. E. P. (1989). Assessing explanatory style: The Content analysis of verbatim explanations and the Attributional Style Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 27, 505–512.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M., & Williamson, G. M. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11, 2, 304–309.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychol. health*, 9, 161–180.
- Sharot, T., Korn, Ch. W., & Dolan, R. J. (2011). How unrealistic optimism is maintained in the face of reality. *Nature Neuroscience* [online]. 2011, 14(11), 1475–1479 [cit. 2016-07-14]. DOI: 10.1038/nn.2949.
- Sharot, T., Riccardi, A. M., Raio, C. M., & Phelps, E. A. (2007). Neural mechanisms mediating optimism bias. *Nature* [online]. 2007, 450(7166), 102–105 [cit. 2016-07-14]. DOI: 10.1038/nature06280.
- Sharot, T. (2013). *Iluze optimismu aneb Iracionalita pozitivního myšlení*. Nakladatelství dybbuk, Praha.
- Showers, C., & Ruben, C. (1990). Distinguishing defensive pessimism from depression: Negative expectations and positive coping mechanisms. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 385–399.
- Slováčková, Z., Dosedlová, J. & Klimusová, H. (2008). Psychologické souvislosti zdraví podporujícího chování vysokoškolských studentů. In J. Dosedlová, & Z. Slováčková (Eds.), *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: Nakladatelství MSD.
- Slováčková, Z., Klimusová, H., & Dosedlová, J. (2013). Osobnost a chování související se zdravím. In: J. Dosedlová, & Z. Slováčková (Eds.), *Optimismem ke zdraví? Kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování*. Brno, Tribun EU, 15–48.
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the Five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 395–425.
- Snyder, C. R., Harris, Ch., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 4, 570–585.
- Snyder, C. R. (1994). *The Psychology of Hope*. New York: The Free Press.
- Snyder, C. R. (2000a). *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R. (2000b). The Hope Mandala. Coping with the Loss of a Loved One. In J. E. Gillham (Ed.), *The Science of Optimism and Hope*. Templeton Foundation Press.

- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Michael, S. T., & Cheavens, J. (2002). Optimism and Hope Constructs: Variants on a Positive Expectancy Theme. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice*. Washington, DC: APA Press.
- Soliah, L. L. (2011). The role of optimism regarding nutrition and health behavior. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5, 1, 63–68.
- Stankunas, M., Soares, J. F. J., Stankuniene, A., Melchiorre, M. G., Torres-Gonzales, F., Ioannidi-Kapolou, E., Barros, H., & Lindert, J. (2013). Differences in reporting somatic complaints in elderly by education level. *Central European Journal of Medicine*, 8, 125–131.
- Step toe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A., & Wichström, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*, 9, 5, 331–343.
- Step toe, A. & Wardle, J. (2004). Health related behaviour: prevalence and links with disease. In A. A. Kaptein, & J. Weinman (Eds.), *Health Psychology*, Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd., 21–51.
- Step toe, A., Wright, C., & Kunz-Ebrecht, S. R. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: associations with healthy ageing. *British Journal Of Health Psychology*, 11, 1, 71–84.
- Strecher, V. J., Champion, V. L., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model and health behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press, 71–91.
- Stráženeč, M. (1996). *Psychológia náboženstva*. Bratislava: VEDA.
- Sun, T., Horn, M., & Merritt, D. (2009). Impacts of cultural dimensions on healthy diet through public self-consciousness. *Journal Of Consumer Marketing*, 26(4), 241–250.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional Style in Depression. A Meta-Analytic Review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 5, 974–991.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha, Grada.
- Tiger, L. (1979). *Optimism: The biology of hope*. New York: Simon & Schuster.
- Taylor, S. E., & Brown, L. (1994). Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 1, 21–27.
- Taylor, S. E., & Brown, L. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 2, 193–210.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. E., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, Coping, Psychological Distress, and High-Risk Sexual Behavior Among Men at Risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 3, 460–473.
- Thorson, J. A., Powell, F. C., Sarmány-Schuller, I., & Hampes, W. P. (1997). Psychological Health and Sense of Humor. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 605–619.
- Tindle, H. A., Chang, Y-F., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G. Rosal, M. C., Siegle, G. J., & Matthews, K. A. (2009). Optimism, Cynical Hostility, and Incident Coronary Heart Disease and Mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, 120, 656–662.
- Treloar, C., & Hopwood, M. (2008). "Look, I'm fit, I'm positive and I'll be all right, thank you very much": coping with hepatitis C treatment and unrealistic optimism. *Psychology, Health, & Medicine*, 13, 360–366.

- Tretera, I. (1999). *Nástin dějin evropského myšlení*. Praha – Litomyšl: Paseka.
- Tucker, R. P., Wingate, R., O’Keefe, V. M., Mills, A. C., Rasmussen, K., Davidson, C. L., & Grant, M. (2013). Rumination and suicidal ideation: The moderating roles of hope and optimism. *Personality and Individual Differences*, 55, 5, 606–611.
- Twaddle, A. C. (1994). Disease, illness and sickness revisited. In: A. Twaddle, & L. Nordenfelt (eds.), *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*. Linköping: Studies on Health and Society, 18, 1–18.
- Vargová, E., Dosedlová, J., & Šmíra, M. (2016). Optimizmus a sociálna opora seniorov vo vzťahu k ich správaniu súvisiacemu so zdravím. In K. Millová, A. Slezáčková, P. Humpolík, M. Svoboda (Eds.), *Sociální procesy a osobnost 2015: otázky a výzvy* (sborník příspěvků). Brno: Masarykova univerzita, 372–378.
- Vašina, L. (2011). *Vademecum psychologie clinicae*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Vašina, L. (2013). *Repetitorium Sanoterapie pro klinickou praxi a zdraví podporující chování*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Vickers, R. R., Conway, T. L., & Hervig, L. K. (1990). Demonstration of replicable dimensions of health behaviors. *Preventive Medicine*, 19, 377–401.
- Vollman, M., Antoniw, K., Hartung, F., & Renner, B. (2011). Social support as mediator of the stress buffering effect of optimism: the importance of differentiating the recipients’ and providers’ perspective. *European Journal of Personality*, 25, 146–154.
- Voltaire, F. M. A. (2007). *Candide*. Praha: Nakladatelství XYZ.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and wellbeing?* London: TSO.
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology* 39, 5, 806–820.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441–460.
- Weinstein, N. D. (1984). Why It Won’t Happen to Me: Perceptions of Risk Factors and Susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431–457.
- Weinstein, N. D., & Klein, W. M. (2002). Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. In T. Gilovich, D. W. Griffin, & D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgement*. NJ: Cambridge University Press.
- Welsch, W. (1994). *Naše postmoderní moderna*. Praha: Zvon.
- Wiebe, D. J., & Black, D. (1997). Illusional beliefs in the context of risky sexual behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1727–1749.
- World Health Organization (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100.
- World Health Organization (2004). Promoting Mental Health: Concepts emerging evidence and practice. Summary report. Retrieved July 11, 2017, from http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization. (2010). Alcohol Consumption: Levels and Patterns. Retrieved July 11, 2017, from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/usa.pdf?ua=1.

- World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health. Retrieved July 11, 2017, from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_3.pdf
- World Health Organization (2015). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Retrieved July 11, 2017, from http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/cze.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2016). The determinants of health. Health Impact Assessment (HIA). Retrieved July 27, 2016, from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index1.html>
- Wrosh, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59–72.
- Ylöstalo, P. V., Laitinen, J., & Knuuttila, M. L. (2003). Optimism and life satisfaction as determinants for dental and general health behavior – oral health habits linked to cardiovascular risk factors. *Journal of Dental Research*, 82, 3, 194–199.
- Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změně některých zákonů. Retrieved August 7, 2017, from <http://www.ibesip.cz/data/web/soubory/legislativa/silnicni-zakon-2013.pdf>
- Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Retrieved August 7, 2017, from <http://senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=82464>
- Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health Belief Factors and Dispositional Optimism as Predictors of STD and HIV Preventive Behavior. *Journal of American College Health* 52, 5, 229–236.
- Zíbrt, Č. (1960). *Jak se kdy v Čechách tancovalo: dějiny tance v Čechách, na Moravě, ve Slezsku a na Slovensku od nejstarší doby až do konce 19. století se zvláštním zřetelem k dějinám tance vůbec*. Praha: Státní nakladatelství krásné literatury, hudby a umění.
- Zullo, H. M. (1991). Explanations and expectations: Understanding the „doing“ side of optimism. *Psychological Inquiry*, 2, 45–49.

VĚCNÝ REJSTŘÍK

A

- adaptace 137
- afektivita
 - negativní 46, 98, 107, 108
 - pozitivní 40, 32, 47, 95, 116, 137
- aktivita 13, 14, 32, 33, 40, 47, 48, 72, 116, 122
 - fyzická 38, 74, 77, 81–91, 93, 99, 108, 112, 116, 120–139
- alkohol 26–35, 72, 74, 80–86, 90, 103, 112, 127–136
- askeze 11
- autonomie 17
- autoregulace 37, 76, 110

B

- bolest 16, 17, 37, 75, 95–99, 108, 109

C

- copingové strategie 31–45, 58, 71, 106, 110, 113, 128
- cvičení 81, 111

D

- diabetes mellitus 81, 93
- denní režim 87, 91, 103, 106, 120, 121
- deprese 20, 22, 37–45, 107, 109, 116, 128, 138
- délhověkost 27, 31, 98

duševní

- hygiena 85–91, 99, 101, 107, 115–122, 130, 136–139
- pohoda 102, 105–108, 118, 132, 138

E

- emoce
 - pozitivní 38, 47, 95, 109
 - negativní 34, 107–109
- existence
 - boží 12, 16
 - lidská 17
- existencialismus 17
- extraverze 24, 31, 77, 98, 99, 107, 112

F

- faktory
 - biopsuchoekosociální 73, 78–93
 - rizikové 84, 131
 - osobnostní 77, 98
 - protektivní 99, 116
- filozofie 12–18

H

- health behaviour 76, 80, 82
- hédonismus, hédonický 14, 35
- humor 35, 72, 110, 128
- hypertenze 77, 81

Ch

chování

- zdraví ohrožující 72, 77, 80, 81, 99
- zdraví podporující 72, 77, 80–93, 111, 116, 127
- rizikové *viz chování zdraví ohrožující*
- se zdravím související 76, 92, 113, 120

I

- imunita 74, 95
- imunitní systém 42, 43, 96, 99, 109
- individualismus 14, 126–132
- infarkt myokardu 43
- intervence 12, 40, 76, 112, 137

J

- já 126, 138

K

- kardiiovaskulární 37, 61, 72, 75–81, 95, 96, 136
- kolektivismus 127, 132
- kompetence 76, 110
- konzumace alkoholu *viz alkohol*
- kouření 72, 74, 77–83, 92–99, 112, 116, 129–136
- kultura 14–16, 21, 31, 39, 73–83, 91, 92, 116, 124–139

L

- logos 13

M

- markery zdraví 95, 96
- mortalita 37, 43, 82, 95–99
- motivace 32, 33, 38, 41, 47, 48, 91, 93, 110, 128, 137
- myšlení 20, 41, 48, 49, 59, 70, 100, 104, 116, 124, 126

N

- naděje 12, 18, 33, 39, 47–71, 83, 134
- nadváha 61, 112, 135, 139
- naturalismus 14
- návykové látky 72, 77–92, 107, 120, 130, 135, 139
- nemoc 26, 35–43, 59, 73–99, 107, 136, 139
- neuroticismus 24, 31, 34, 77, 98, 99, 107

O

- obezita 80, 81, 95, 135
- odolnost 41, 78, 109
- odpočinek 85, 91, 107, 116, 137
- ontologie 17
- optimismus
 - dispoziční 32–38, 44, 50–72
 - explanační styl 38–44, 50–59, 71, 109–116, 128–136
 - gnoseologický 15
 - kognitivní strategie 33, 44, 55, 59, 71, 95, 109, 121
 - malý 43–44
 - metafyzický 15–16
 - modely 33, 34, 59–71, 135
 - naučený 41
 - nerealistický 20–32, 59, 60, 110–113, 127
 - strategický 44–47, 55–59, 134
 - teorie 20–49
 - velký 43–44
- osobnost 55, 58, 71, 77, 78, 98, 99–108, 125, 137, 139

P

- pesimismus
 - defenzivní 44–47, 52–72, 100–108, 117–122, 128, 136
 - dispoziční 32–38, 59, 70, 135
 - explanační 72, 98, 109, 110
 - nerealistický 71, 134
- pohoda
 - emocionální 138
 - psychická *viz duševní pohoda*
 - sociální 138
 - subjektivní 107, 126, 132
- postmodernisté 18
- potřeba 113, 125, 126, 132, 139
- pozitivní iluze 20–33, 71
- poznání 13–16
- prevence 32, 43, 47, 72–84, 91, 111–122, 128, 130, 137
- prožívání 32, 34, 41, 46, 97, 107
- psychika, psychický 74
- psychologie zdraví 37, 75
- psychosomatický
 - psychosomatická medicína 75

R

radost 85, 90, 103, 119
 relaxace 85, 103, 115, 119, 137
 rezignace 35, 38, 40, 111

S

salutoprotektivní 71, 74, 95
 sebekontrola 13
 sebehedikepující strategie 44
 sebehodnocení 22, 31, 32, 36
 sebepojetí 32, 44, 137
 sebereflexe 53, 54
 seberegulace 37, 76, 110
 self-efficacy 39, 59, 94, 110–113
 self-esteem 22, 24, 34
 self-serving bias 39
 smysl existence 12, 17, 43, 74
 smrt 11–18, 72, 75, 80
 sociální

- opora 11, 73, 85, 93, 138
- role 91, 97
- síť 52, 56, 72, 138
- srovnávání 22, 32
- status 11, 78
- vliv 18, 48, 73, 76, 77.93, 126
- vztahy 72, 73, 110
- žádoucnost 21, 34, 48

 somatopsychický 75
 spánek 35, 81, 97, 107, 109, 111, 115
 strava 77, 81–86, 103–108, 116, 119–135
 stres, stresor 33, 36, 38, 45, 73–78, 98–109, 130, 137
 subjektivní pocit kontroly 24, 60–71, 110, 135
 supranaturalismus 14
 symptom

- psychický 37, 41, 97, 108, 116, 138
- percepce 46, 72, 95, 97, 106, 107
- tělesný 37, 42, 96, 99, 108, 128

Š

škála
 1. chování souvisejícího se zdravím 101, 114, 118, 129

T

teorie

- atribuční 38
- motivace k ochraně 94
- naučené bezmocnosti 38, 41
- odůvodněného jednání 94
- persvazivní komunikace 94
- plánovaného chování 94

temperament 33

tělesná hmotnost 85, 103, 112, 119, 135

U

úmrtnost 22, 37, 83, 84
 úrazy 75, 76, 80, 83
 úzkost 17, 38, 44–59, 107, 116, 122
 úzkostnost 34, 45–59, 71, 98, 107, 117, 121, 134

V

výživa 74, 83, 84, 91, 102, 111, 118, 130, 135, 139
 vzdělání 23, 28, 78, 97, 98, 100, 106, 111, 130, 138

W

well-being 126, 132

Z

zdraví

- definice 76
- duševní 12, 19, 20–22, 59, 138, 139
- fyzické 15, 136
- subjektivní 75, 95, 96, 107

 zdravotní

- péče 43, 75–93, 127, 132
- stav 25, 30, 35, 38, 42, 75, 79–82, 93, 110, 127
- stesky 37, 42, 97–109

 zvládání 12, 36, 44, 59, 79, 99, 110, 111

Ž

životní

- prostředí 76–79
- spokojenost 9, 24, 36, 111
- styl 18, 72, 78–83, 90, 93, 107–112, 126, 129, 139

EDIČNÍ RADA MASARYKOVY UNIVERZITY

PhDr. Jan Cacek, Ph.D.

prof. Ing. Petr Dvořák, CSc. (předseda)

Mgr. Tereza Fojtová (místopředsedkyně)

Mgr. Michaela Hanousková

prof. MUDr. Lydie Izakovičová Hollá, Ph.D.

doc. RNDr. Petr Holub, Ph.D.

doc. Mgr. Jana Horáková, Ph.D.

doc. PhDr. Mgr. Tomáš Janík, Ph.D.

doc. JUDr. Josef Kotásek, Ph.D.

prof. PhDr. Tomáš Kubíček, Ph.D.

doc. RNDr. Jaromír Leichmann, Dr.

PhDr. Alena Mizerová (tajemnice)

doc. Ing. Petr Pirožek, Ph.D.

doc. RNDr. Lubomír Popelínský, Ph.D.

Mgr. Kateřina Sedláčková, Ph.D.

doc. RNDr. Ondřej Slabý, Ph.D.

prof. PhDr. Jiří Trávníček, M.A.

doc. PhDr. Martin Vaculík, Ph.D.

EDIČNÍ RADA FILOZOFICKÉ FAKULTY MASARYKOVY UNIVERZITY

prof. Mgr. Lukáš Fasora, Ph.D.

prof. PhDr. Jiří Hanuš, Ph.D.

doc. Mgr. Jana Horáková, Ph.D.

(předsedkyně)

doc. PhDr. Jana Chamonikolasová, Ph.D.

prof. Mgr. Libor Jan, Ph.D.

prof. PhDr. Jiří Kroupa, CSc.

prof. PhDr. Petr Kyloušek, CSc.

prof. Mgr. Jiří Macháček, Ph.D.

doc. Mgr. Katarina Petrovičová, Ph.D.

(tajemnice)

prof. PhDr. Ivo Pospíšil, DrSc.

prof. PhDr. BcA. Jiří Raclavský, Ph.D.

Optimismus

a jeho role v kontextu zdraví

Jaroslava Dosedlová

Vydala MASARYKOVA UNIVERZITA, Žerotínovo nám. 617/9, 601 77 Brno
v edici **Spisy Filozofické fakulty Masarykovy univerzity** / číslo 480

Odpovědná redaktorka / doc. Mgr. Jana Horáková, Ph.D.

Výkonná redaktorka / doc. Mgr. Katarina Petrovičová, Ph.D.

Ediční referentka / Mgr. Vendula Hromádková

Grafická koncepce edice a návrh obálky / Mgr. Pavel Křepela

Sazba / Dan Šlosar

Vydání první / 2018

Náklad / 200 výtisků

Tisk a knihařské zpracování / Reprocentrum, a.s., Bezručova 29, 678 01 Blansko

ISBN 978-80-210-8951-8

ISBN 978-80-210-8952-5 (online : pdf)

ISSN 1211-3034

<https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.M210-8952-2018>



#480