

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.