Burešová, Iva; Jelínek, Martin; Klimusová, Helena

Vztah věku, genderu a dispozičního optimismu k chování souvisejícímu se zdravím

In: Dosedlová, Jaroslava; Burešová, Iva; Havigerová, Jana Marie; Jelínek, Martin; Klimusová, Helena; Pučelíková, Alena; Slezáčková, Alena; Vašina, Lubomír. *Chování související se zdravím : determinanty, modely a konsekvence.* Vydání první Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016, pp. 119-136

ISBN 978-80-210-8458-2

Stable URL (handle): https://hdl.handle.net/11222.digilib/136851
Access Date: 01. 12. 2024
Version: 20220831

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

MUNI ARTS Masarykova univerzita Filozofická fakulta

Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University
digilib.phil.muni.cz

6 VZTAH VĚKU, GENDERU A DISPOZIČNÍHO OPTIMISMU K CHOVÁNÍ SOUVISEJÍCÍMU SE ZDRAVÍM

Iva Burešová, Martin Jelínek, Helena Klimusová

Každý jedinec prochází v průběhu života celou řadou významných změn v mnoha oblastech svého vývoje, které probíhají na kontinuu od postupného růstu až k postupné degradaci, přičemž se jedinec mění nejen po stránce fyzické a psychické, ale významnými změnami prochází i jeho pozice ve společnosti a role v sociálních vztazích. Všechny tyto postupně probíhající změny se s různou mírou intenzity promítají i v uplatňovaném chování souvisejícím se zdravím, přičemž jej mohou ovlivňovat jak v pozitivním, tak i v negativním směru, což se následně odráží na subjektivně vnímaném i objektivně hodnoceném zdravotním stavu každého jedince. Z historického i současného hlediska se u jednotlivých autorů výrazným způsobem liší šíře úhlu pohledu na zdraví, od definic určujících zdraví jako pouhou nepřítomnost nemoci (Brannon, & Feist, 2009) až po velmi široký kontext intervenujících proměnných, v jejichž rámci je zdraví popisováno (Albery, & Munafó, 2008; Rohleder, 2012; Rosen, & Imperato, 2015). I samotná definice zdraví prošla komplikovaným vývojem od čistě biologického vnímání pojmu zdraví přes integraci sociálního a později i psychologického hlediska až k nynějšímu holistickému pojetí, reflektujícímu jak dynamiku vývoje zdravotního stavu v čase (na úrovni ontogeneze jedince i vývoje změn na škále mezi zdravím a nemocí), tak i systémový přístup ke zdraví ve všech jeho stěžejních souvislostech, založený na principech cirkulární kauzality (Egger, 2013).

6.1 Vliv věku na chování související se zdravím

V průběhu vývoje jedince probíhá celá řada postupných vývojových změn, jež se ve svých důsledcích odráží i ve vykazovaném chování ke zdraví, přičemž se projevují v těchto základních oblastech vývoje:

- biologický vývoj, zahrnující tělesný vývoj a veškeré tělesné proměny s ním spojené, i kognitivní vývoj, zahrnující vývoj a veškeré proměny procesů podílejících se na lidském poznávání,
- psychosociální vývoj, zahrnující vývoj a veškeré proměny prožívání, osobnostních charakteristik a vnímání, prožívání a hodnocení vlastní osoby i mezilidských vztahů.

Na biologické úrovni se tyto vývojové změny odrážejí v neustále probíhajících kvalitativních i kvantitativních fyziologických a fyzických tělesných i kognitivních proměnách[11], které probíhají směrem od růstu k postupné degradaci organismu a kognitivních procesů. Psychologická úroveň vývojových změn zahrnuje veškeré změny v emocionálním prožívání, autoregulačních schopnostech, identitě, self-esteem a self-efficacy, změny v oblasti hodnot a postojů atp., sociální úroveň vývojových změn je pak určována probíhajícími proměnami v rodinných, vrstevnických, partnerských a intimních vztazích a změnami v profesní dráze i v příslušných rolích. Všechny tyto neustále probíhající změny mají přímý dopad na jedince a jeho vnímání vlastního zdraví a spolu se stěžejními environmentálními faktory mohou významným způsobem buď podpořit, nebo zpochybnit přístup a chování jedince ke zdraví (Kern, Della Porta, & Friedman, 2014). Chování ke zdraví tak může ve všech vývojových obdobích procházet celou řadou významných proměn, které se odvíjejí od již výše popsaných změn v průběhu ontogeneze. V jeho rámci lze ve vztahu k sobě a ke zdraví zachytit jistý přechod, jenž spočívá ve změně orientace z dosahování zisku a orientace na růst v mladším věku na udržování a prevenci ztráty ve starším věku (Löckenhoff, & Carstensen, 2004).

Za klíčové období pro vytváření, upevňování a rozvoj žádoucích návyků v oblasti chování ke zdraví je všeobecně považována adolescence (Becker, & Arnold, 2004; Sawyer et al., 2012), kdy přechází odpovědnost za zdraví realizovaná prostřednictvím dodržování žádoucích hygienických návyků a stěžejních zásad žádoucího chování ke zdraví z rodičů na dospívající jedince. Studie zdraví podporujícího chování a životního stylu u adolescentů z North Indian City upozorňuje na skutečnost, že některé zdraví podporující (fyzické cvičení, zdravá výživa), ale také poškozující (kouření, užívání alkoholu) typy chování získané a adaptované v období adolescence často přetrvávají až do pozdní dospělosti, přičemž 70 % úmrtí má svůj podklad právě v návycích spojených s chováním ke zdraví upevněných v tomto stěžejním vývojovém období (Raj, Senjam, & Singh, 2013). V tomto období se však, oproti pozdějším životním etapám, vyskytuje více zdraví ohrožujícího chování a riskantní postoj k vlastnímu zdraví pak dosahuje svého vrcholu v období rané dospělosti, kdy je spojeno se zvýšenou potřebou vyhledávání nového (*sensation seeking*) a s touhou po nových a neobvyklých zážitcích (Arnett, 1994). Hazardová-

11 Zahrnujících změny vnímání, pozornosti, paměti, myšlení a řeči.

ní s vlastním zdravím ovšem může v obou těchto vývojových obdobích vyplývat také z výborné fyzické kondice, která je pro tato vývojová období charakteristická (Guo, & Chung, 2002; Coleman, Hendry, & Kloep, 2007; Haskell et al., 2007; Lerdal, Celius, & Pedersen, 2013). Rizikové chování ke zdraví je současně ovlivňováno i pohlavím – mužům je připisována větší tendence chovat se rizikově a ženám pak větší svědomitost v přístupu ke zdraví, což se promítá i do chování ke zdraví (Ahlström, Bloomfield, & Knibbe, 2001; Trost et al., 2002; von Bothmer, & Fridlund, 2005; Harris, & Jenkins, 2006; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2006; Gecková, Katreniaková, Kollárová, Veselská et al., 2009; Ghanbarzadeh, & Mohamadi, 2012; Mathur, Stigler, Erickson, Perry, & Forster, 2014).

Chování ke zdraví se vlivem vývojových změn proměňuje i v dalších obdobích ontogeneze. Becker a Arnold (2004) ve své studii srovnávali zdraví podporující chování u tří věkových skupin od mladých dospělých přes střední věk až ke stáří s cílem zjistit, které oblasti zdraví podporujícího chování vykazují jednotlivé věkové skupiny a zda má toto vykazované chování souvislost s vnímanou úrovní vlastního zdraví. Výsledky prokázaly statisticky signifikantní rozdíly mezi těmito věkovými skupinami v téměř všech sledovaných oblastech (mezilidské vztahy, výživa, fyzická aktivita, zodpovědnost za své zdraví a zvládání stresu). Analýza post-hoc ukázala, že skupina starších dospělých vykazovala nejlepší výsledky v oblasti zodpovědnosti za své zdraví a v oblasti výživy a nejhorší výsledky v oblasti zvládání stresu. V oblasti fyzické aktivity dosáhli nejlepších výsledků mladí dospělí, nejhorších výsledků dospělí středního věku. K obdobným výsledkům dospěla i řada dalších autorů (Dosedlová et al., 2015). V odborné literatuře bývají dále popisovány poměrně výrazné změny v chování ke zdraví v období tzv. krize středního věku, pro kterou je typické přehodnocování dosavadního způsobu života a která je často doprovázena změnou životního stylu v jeho zdraví prospěšnější variantu, či naopak rezignací na dosud realizované sportovní aktivity atp. Rozsáhlá případová epidemiologická studie[12], zahrnující 15 792 mužů a žen ve věku 45 až 64 let, probíhající v USA a sledující změny v životním stylu v souvislosti s výskytem kardiovaskulárních onemocnění, přinesla závěry, že u jedinců, kteří nově přijali zdravý životní styl ve středním věku, došlo k okamžitému snížení rizik kardiovaskulárních onemocnění a úmrtnosti, přičemž nižší pravděpodobnost přijetí zdravého životního stylu byla zachycena u mužů a osob s nižším socioekonomickým statusem (King, Mainous, & Geesey, 2007). Studie zabývající se protektivními faktory v období krize středního věku shodně postulují, že nejdůležitějšími protektivními faktory fyzického i psychického zdraví jsou v tomto období optimismus, pozitivní afekty a sociální opora (Dainese, Allemand, Ribeiro et al., 2011).

Další výrazné změny v chování ke zdraví pak pokračují ve stáří (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2015), kdy se odvíjí od nárůstu zdravotních obtíží, spojených nejčastěji

12 The Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC)

s bolestmi pohybového aparátu, kardiovaskulárními onemocněními a zažívacími obtížemi i celkovým úbytkem tělesných i duševních sil a vnímanou zvyšující se celkovou únavou. V tomto kontextu je významná role připisována i sociálnímu statusu – zde hraje roli zejména skutečnost, zda daný jedinec žije v trvalém vztahu, či nikoliv (Berge et al., 2014). Výsledky výzkumů realizovaných v dané oblasti v posledních desetiletích dochází shodně k závěru, že s přibývajícím věkem začíná získávat na významu zejména zdravá strava (Sabia et al., 2009), poněvadž senioři, kteří mnohdy zůstávají ve stáří sami a jsou zodpovědní za údržbu svého vlastního zdraví, na dodržování zásad zdravé výživy velmi často rezignují – senior žijící sám, bez partnera i dalších rodinných příslušníků, nemá často motivaci ani energii na přípravu nutričně vyvážených jídel, jako tomu mohlo být v minulosti (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2015).

Chování ke zdraví prochází ve všech výše popsaných vývojových obdobích celou řadou významných proměn, které se odvíjí od příslušných vývojových změn v procesu ontogeneze. Z tělesného i duševního hlediska jsou na chování ke zdraví nejmarkantnější dopady vývojových změn, jež probíhají ve stáří, kdy se involuce organismu, doprovázená nárůstem zdravotních obtíží, výrazným způsobem zrychluje a prohlubuje – na významu zde nabývá zdraví subjektivní nad objektivním a velmi významnou roli zde sehrávají všechny základní komponenty chování souvisejícího se zdravím, tedy veškeré stěžejní kulturně-environmentální, interpersonální i intrapersonální vlivy. Z hlediska teorie socioemocionální selektivity zde hraje významnou roli i skutečnost, že proces stárnutí zahrnuje i adaptační mentální reorganizaci, která obsahuje schopnost pojmout nekonzistentní kognitivní a emocionální hodnocení probíhajících tělesných i duševních změn, včetně propracovanějších očekávání do budoucnosti, v nichž se uplatňují i základní osobnostní charakteristiky (Palgi, Shrira, Ben-Ezra et al., 2011).

6.2 Vliv dispozičního optimismu na chování související se zdravím

Mezi osobnostními proměnnými, které se prokazatelně promítají pozitivním způsobem do chování ke zdraví, má své nezastupitelné místo i optimismus (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009; Soliah, 2011), který má pozitivní vliv nejen na duševní a fyzické zdraví, ale souvisí i s lepším zotavováním se po operacích a jiných zdravotních nesnázích (Lyrakos, 2010), přičemž již bylo empiricky prokázáno, že pozitivně ovlivňuje např. i imunitní systém (Křivohlavý, 2012), a řada výzkumných studií jej dává do souvislosti i s pozitivním trendem v průměrné délce života (Seligman, 2013). Přestože je optimismus jedním ze základních konstruktů současné psychologie, je možnost jeho jednoznačného vymezení limitována růzností teorií vysvětlujících jeho podstatu. Současné psychologické pojetí optimismu se u jednotlivých autorů, kteří se jím zabývají, poměrně liší, neboť svoji pozornost

věnují obykle pouze některým z jeho aspektů – ať se již jedná o optimismus jako explanační styl (Peterson, & De Avila, 1995), dispoziční x naučený optimismus (Seligman, 2013), o strategický optimismus a defenzivní pesimismus jako kognitivní strategii (Norem, & Cantor, 1986), či optimismus jako kognitivní konstrukt, týkající se budoucích výsledků událostí, jenž má současně vztah i k motivaci chování (Carver, & Scheier, 2014) aj. Zajímavou teorii tzv. malého a velkého optimismu zprostředkovává Peterson (2000), který konstrukt optimismu spojuje v prvním případě s pozitivním očekáváním každodenního života a ve druhém pak s celou životní dráhou člověka, respektive s vírou ve smysluplnost lidského bytí. V případě tzv. velkého optimismu se tak může jednat o biologicky danou tendenci, jejíž společensky přijatelný obsah je dán kulturně, zatímco tzv. malý optimismus může být výsledkem učení a životních zkušeností jedince. Podrobný přehled současných konstruktů optimismu/pesimismu je zpracován v první kapitole.

Ke zdraví je velmi často vztahován dispoziční optimismus, který Carver a Scheier (2002) definují jako relativně stálou, geneticky ovlivněnou kvalitu, respektive osobnostní charakteristiku, promítající se do generalizovaného očekávání kladného průběhu událostí i samotného výsledku určité události nebo činnosti. Ve vztahu ke zdraví se projevuje primárně jako globální pozitivní očekávání, indikující budoucí fyzický zdravotní stav a chování související se zdravím. Carver a Scheier rovněž předpokládají, že veškeré chování, tedy i chování ke zdraví, je predisponováno cíli, které si jedinci stanovují, a očekáváními výsledků těchto cílů, a ve svých výzkumech zaměřených na vliv optimismu na zdravotní návyky prokázali, že optimisté realizují zdraví podporující chování ve vyšší míře než pesimisté, čímž snižují riziko nežádoucích zdravotních potíží v budoucnosti. Egger (2013) v této souvislosti podotýká, že existuje množství psychologických faktorů, které můžeme považovat za zdraví produkující faktory, ale že dispozičnímu optimismu mezi nimi náleží významná pozice.

Roli dispozičního optimismu ve zdraví a zdraví podporujícím chování mapuje celá řada realizovaných výzkumných studií (Mulkana, & Hailey, 2001; Baker, 2007; Giltay et al., 2007; Barkhuizen, Rothmann, & Van De Vijver, 2014), přičemž dokládají jeho pozitivní vliv nejen na celkové zdraví, ale i na průběh rekonvalescence po nemoci či případné operaci, zvyšuje pooperační kvalitu života a predikuje rychlejší začlenění jedinců po nemoci zpět do běžného života. Dispoziční optimismus je tak obecně vnímán jako prediktor pohody a fyzického zdraví, což je spojeno i s nižší úmrtností v důsledku kardiovaskulárních chorob i nižší mortalitou obecně (Giltay et al., 2007). Některé studie však dokládají i negativní vliv dispozičního optimismu na chování ke zdraví, jenž je obvykle dáván do souvislosti zejména s větší tolerancí optimistů k riziku a rizikovým činnostem (Gibson, & Sanbonmatsu, 2004; Kubzansky, Kubzansky, & Maselko, 2004). Řada z realizovaných studií pak upozorňuje na významný vliv dispozičního optimismu na různé formy chování spojené se zdravím v průběhu ontogeneze. Např. Jones (2008) se svými kolegy prokázal

pozitivní vliv vykazovaného optimismu v dětství na adolescentní zdraví podporující chování, zatímco longitudinální výzkum Terman Life Cycle Study Martinové a Friedmana (2002), který jsme již citovali v první kapitole, upozorňuje na větší angažovanost veselých, extravertních dětí v rizikovém chování ve vztahu k vlastnímu zdraví v dospívání i dospělosti, což zvyšovalo riziko jejich časné mortality[13]. Většina výzkumných studií však referuje primárně o pozitivních dopadech dispozičního optimismu na chování ke zdraví. Palgi (2013) došel k závěru, že s nižší mírou optimismu je spojený výskyt kumulativních chronických stresorů ve druhé polovině života, Ruthig (2011) se svými spolupracovníky zmapoval protektivní roli optimismu ve vztahu k hodnocení vlastního zdraví ve stáří a prokázal vliv dispozičního optimismu na vyšší míru optimismu souvisejícího se zdravím i přes nepříznivé objektivní ukazatele zdraví u probandů ve věku 60–98 let. Zaslavsky a jeho kolegové (2015) ve své výzkumné studii dospěli k podstatnému závěru z hlediska vnímané kvality života – dispoziční optimismus napomáhá udržet si vyšší kvalitu života v období, kdy člověk začíná uvažovat nad tématy spojenými se smrtí, a přispívá tak k udržení pozitivní psychologické perspektivy ve vztahu k poklesu schopností spojených se stářím. Studie provedená v roce 2006 na University College London (Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2006) se rovněž zaměřovala na vztah mezi dispozičním optimismem, zdraví podporujícím chováním a zdravým stárnutím u osob v seniorském věku a potvrdila nejen vztah mezi dispozičním optimismem a zdraví podporujícím chováním, ale dospěla i k závěru, že i zdravý životní styl je silným prediktorem pozitivně hodnoceného zdraví a zdravého stárnutí.

Pozitivní vztah mezi dispozičním optimismem a chováním souvisejícím se zdravím v průběhu lidského života tak potvrdily výsledky celé řady výzkumných studií (Steptoe, 2006; Baker, 2007; Serlachius et al., 2015). Giltay (2007) došel spolu se svými kolegy k závěru, že vyšší míra optimismu je spojena s vyšší fyzickou aktivitou, preferencí zdravé stravy, s nižším věkem, vyšším vzděláním, soužitím s jinými osobami a vyšší mírou subjektivně pociťovaného zdraví. Rasmussen, Scheier a Greenhouse (2009) provedli metaanalýzu celkem 84 studií, které se zabývaly vztahem mezi optimismem a fyzickým zdravím – v celkovém souhrnu výsledky studií prokázaly, že optimismus je signifikantním prediktorem fyzického zdraví, což potvrdila i nedávno realizovaná výzkumná studie Khallada (2012). Kim, Smithová a Kubzanská (2014) doložili spojitost vyšší míry dispozičního optimismu s nižším rizikem případů srdečního selhání (studie se zúčastnilo 6808 participantů ve věku od 65 let, kteří byli sledováni po dobu čtyř let), což koresponduje s předchozími zjištěními Lise S. Nesové a Suzanne C. Segerstromové (2006), že dispoziční optimisté využívají spíše copingové strategie zaměřené na řešení problému s cílem vyloučit stresor nebo alespoň snížit jeho intenzitu, zatímco pesimisté využívají spíše strategie jako vyhnutí se problémům nebo ignorování stresoru. V této souvislosti

13 Tyto diametrálně odlišné závěry výzkumných studií se zřejmě odvíjí od použité metody výzkumu.

je zajímavý i pohled na dispoziční optimismus jako na mediátor snižování úzkosti (Junbo et al., 2015), neboť duševní zdraví je se zdravím tělesným velmi úzce propojeno.

Význam dispozičního optimismu pro zdraví podporující chování dokládá i skutečnost, že jedinci s výraznou dispoziční komponentou optimismu udávají v průběhu svého života méně zdravotních stesků i méně fyzických symptomů doprovázejících bolest i signalizujících přítomnost nemoci (Costello et al., 2002; De Ridder, Fournier, & Bensing, 2004; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2006; Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009). Ve studii Ruthiga a jeho kolegů (2011), kteří longitudiálně zkoumali vztah zdraví a optimismu, se ukázalo, že optimisté disponují vyšší mírou vnímání kontroly svého zdraví a následně se více věnují péči o své zdraví, vykazují větší angažovanost ve svém chování souvisejícím se zdravím (např. v množství fyzické aktivity). Dispoziční optimismus je dle jejich výsledků spojen nejen se zdravým chováním, ale i s aktivním zvládáním svého života celkově. V souvislosti s optimismem tedy uvažujeme nad změnami v chování k vlastnímu zdraví tak, že optimismus je stabilní rys osobnosti, jehož projevy se v průběhu života mění, což se zpětně promítá do chování ke zdraví.

6.3 Cíle studie

Cílem předkládané výzkumné studie byla realizace průřezového výzkumu, který by umožnil deskripci a srovnání chování souvisejícího se zdravím v období adolescence, mladé, střední a zralé dospělosti i v seniorském věku, s důrazem na identifikaci hlavních prediktorů zdraví podporujícího chování pro jednotlivá stadia ontogeneze. Mapováno bylo jak chování, které přispívá k zachování zdraví (např. pravidelnost preventivních návštěv lékaře či další faktory zdravého životního stylu), tak i chování, kterým svému zdraví jedinci zahrnutí do výzkumu škodí (např. zneužívání návykových látek), přičemž byly sledovány zejména změny v daných komponentách chování ke zdraví v rámci ontogeneze ovlivněné věkem jako mediátorem tohoto vztahu a dispozičním optimismem jako jeho prediktorem. Vzhledem k povaze sledovaných proměnných byly pro postižení vzájemných vztahů využity metody korelační a regresní analýzy a také analýzy rozptylu.

6.4 Metoda

6.4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 2666 probandů (v rámci studie byla použita data od osob, které kompletně vyplnily stěžejní část baterie týkající se chování ke zdraví),

z toho 62,1 % žen a 37,9 % mužů ve věku od 11 do 93 let (m = 25,89; sd = 14,93), s následujícím rozložením: 19,9 % probandů ve vývojovém období střední adolescence (11–15 let; 46,2 % mužů a 53,8 % žen; průměrný věk 13,43; sd = 1,27), 31,7 % probandů ve vývojovém období starší adolescence (16–19 let; 41,4 % mužů a 58,6 % žen; průměrný věk 17,44; sd = 1,05), 26,2 % probandů ve vývojovém období mladé dospělosti (20–35 let; 35,1 % mužů a 64,9 % žen; průměrný věk 24,60; sd = 4,34), 13,2 % osob ve věku střední dospělosti (36–50 let; 28,9 % mužů a 71,1 % žen; průměrný věk 43,30; sd = 4,45), 6,2 % osob ve věku zralé dospělosti (51–65 let; 29,7 % mužů a 70,3 % žen; průměrný věk 56,59; sd = 4,30) a 2,8 % probandů v seniorském věku (66 a více let; 25,7 % mužů a 74,3 % žen; průměrný věk 72,39; sd = 6,29).

6.4.2 Instrumenty

Test životní orientace (Life Orientation Test – Revised, LOT-R, Scheier, Carver, & Bridges, 1994). 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 a vykazuje dobrou vnitřní konzistenci i stabilitu v čase. V našem souboru jsme ověřovali vnitřní konzistenci škály, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,717 pro optimismus (dále LOTR_O) a 0,744 pro pesimismus (dále LOTR_P).

Škála chování souvisejícího se zdravím (Dosedlová, Slováčková, & Klimusová, 2013). Škála mapuje jednotlivé oblasti životosprávy respondentů (stravování, pitný režim, spánek, pravidelnost režimu, míru fyzické aktivity, užívání návykových látek, preventivní opatření a vybrané prvky duševní hygieny)[14].

6.4.3 Procedura

Data byla sbírána elektronicky pomocí online formuláře na webových stránkách, nebo v tištěné podobě formou tužka–papír, což byl nejčastější způsob administrace u probandů v seniorském věku a u adolescentů, kde probíhal sběr dat pomocí hromadné administrace ve školních třídách.

14 Seznam položek využitých ve studii je uveden v tabulce 6.1.

6.5 Výsledky

Faktorová analýza Škály chování souvisejícího se zdravím

Metodou analýzy hlavních komponent s rotací Varimax bylo extrahováno pět faktorů, které dohromady vysvětlovaly 45,0 % rozptylu. V následující tabulce uvádíme faktorové zátěže pro položky chování souvisejícího se zdravím.

Tabulka 6.1 Faktorové zátěže pro položky chování souvisejícího se zdravím

	F1	F2	F3	F4	F5
piji slazené limonády[b]	.723				
jím uzeniny, sladkosti, chipsy atd.[b]	.667	.241			
jím smažené pokrmy[b]	.664				
jím instantní jídla a polotovary[b]	.644				
stravuji se ve fastfoodu[b]	.639				.202
vyhýbám se škodlivým potravinám[a]	.494	.474	.216		
upřednostňuji celozrnné pečivo[a]	.484	.421			
usiluji o správný poměr živin ve stravě[a]	.294	.634	.220		
pravidelně se otužuji[a]		.561			
jím denně alespoň 3 porce zeleniny a ovoce[a]	.328	.529			
věnuji se sportu[d]		.528		.236	
pro zlepšení kondice omezuji MHD, auto atd.[a]	.235	.465			
upravuji stravu s ohledem na zdravotní stav[a]	.253	.434	.243		
udržuji si optimální hmotnost[a]		.414	.212		
vyhýbám se škodlivinám ve spotřebním zboží[a]		.394			.293
spím dostatečně[a]			.776		
dodržuji pravidelnou dobu usínání a vstávání[a]			.693		
dostatečně odpočívám, relaxuji[a]			.631	.263	
uspořádám si den, abych se nedostával do časového stresu[a]			.452	.268	
jím pravidelně 3–5x denně[a]		.249	.447		
pravidelně snídám[a]	.294		.396		
přizpůsobuji denní režim zdravotnímu stavu[a]		.282	.379	.234	
mám rodinu a přátele, na které se mohu spolehnout[a]				.723	
trávím volný čas s lidmi, se kterými je mi dobře[a]				.709	
udržuji si dobrou náladu[a]			.239	.688	
provozuji mnoho aktivit, které mi přinášejí radost[a]		.319		.667	
mám se rád[a]			.262	.594	
kouřím[c]					-.791
vyhýbám se zakouřeným prostorám[a]					.770
piji alkohol[e]					-.660
% vysvětleného rozptylu	10.8	9.6	9.0	8.8	6.7

Poznámka: Faktorové zátěže < 0,2 jsou pro přehlednost vynechány.

[a] odpověďová škála 1–5 (1 = zcela pro mne platí, 5 = vůbec pro mne neplatí); ve výpočtech byla škála reverzována pro potřeby interpretace;

[b] odpověďová škála 1–5 (1 = nikdy, 5 = velmi často); ve výpočtech byla škála reverzována pro potřeby interpretace;

[c] odpověďová škála 1 = vůbec, 2 = svátečně (do 5 cigaret týdně), 3 = denně;

[d] počet hodin cíleného sportu během týdne (hodnoty ≥ 11 byly překódovány na hodnotu 11);

[e] počet jednotek alkoholu během týdne (hodnoty ≥ 30 byly překódovány na hodnotu 30).

Faktor 1 lze interpretovat jako vyhýbání se nezdravým látkám v oblasti stravování – v následujícím textu jej proto dále uvádíme jako Zdravá strava. Faktor 2 sytí především položky proaktivního životního stylu, včetně pravidelného a zdravého stravování, sportu a fyzické aktivity, otužování apod., nazvali jsme jej proto Zdravý životní styl. Faktor 3 zahrnuje chování týkající se dodržování pravidelného, zdraví podporujícího denního režimu, a byl tedy nazván Pravidelný režim. Faktor 4 sytí především soubor položek zaměřených na nastolení, udržení a podporu duševní pohody, tudíž byl označen jako Duševní pohoda. Faktor 5 odráží míru vyhýbání se návykovým látkám, což se odráží v jeho názvu. Extrahované faktory jsou velmi blízké komponentám chování ke zdraví, tak jak je ve svém předchozím výzkumu zaměřeném na vysokoškolskou populaci identifikovaly Dosedlová, Slováčková a Klimusová (2008).

Porovnání chování souvisejícího se zdravím dle věku a pohlaví

S pomocí Obecného lineárního modelu jsme dále sledovali vliv věku a pohlaví na chování související se zdravím. Příslušné deskriptivní statistiky jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 6.2 Deskriptivní statistiky faktorových skórů dle věku a pohlaví

	zdravá strava	zdravý životní styl	pravidelný režim	duševní pohoda	vyhýbání se návykovým látkám
Muži	-0.37 (0.97)	0.03 (1.03)	-0.08 (1.01)	0.06 (1.04)	-0.04 (1.08)
Ženy	0.23 (0.95)	-0.02 (0.98)	0.05 (0.99)	-0.04 (0.98)	0.03 (0.95)
11–15	-0.39 (1.02)	0.31 (0.97)	0.08 (1.01)	0.24 (0.91)	0.46 (0.79)
16–19	-0.20 (1.00)	-0.04 (1.03)	-0.32 (0.99)	0.04 (0.99)	-0.06 (1.05)
20–35	0.15 (0.96)	-0.11 (0.94)	0.03 (0.95)	0.02 (1.01)	-0.25 (1.04)
36–50	0.44 (0.82)	-0.12 (1.01)	0.21 (0.90)	-0.27 (1.00)	-0.07 (0.93)
51–65	0.50 (0.76)	-0.02 (0.95)	0.43 (0.90)	-0.36 (1.06)	-0.02 (0.90)
66+	0.52 (0.65)	-0.05 (1.11)	0.80 (1.01)	-0.16 (0.97)	0.18 (0.77)

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny hodnoty průměru a směrodatné odchylky – m (sd).

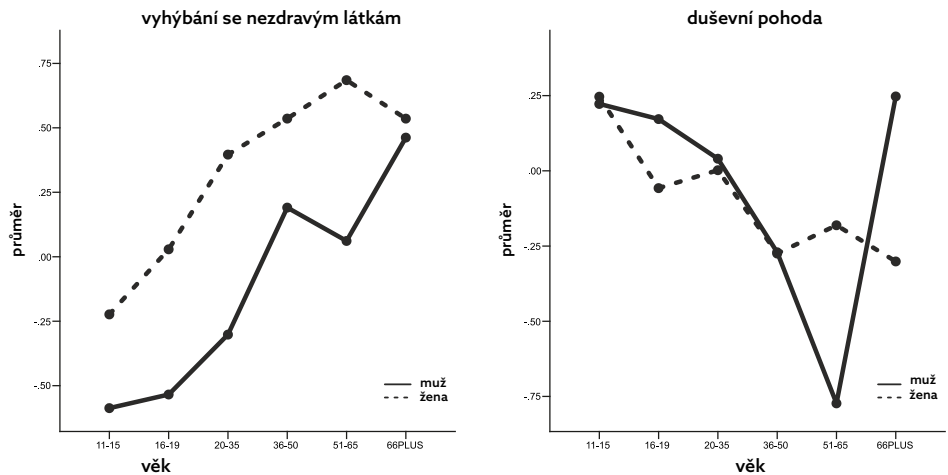
Statisticky významný efekt pro pohlaví byl nalezen u faktoru Zdravá strava ($F = 64{,}17$; $p < 0{,}01$), kdy ženy vykazují vyšší úroveň odpovídajícího typu chování. Jelikož daný

faktor zahrnuje zejména položky týkající se vyhýbání se nezdravým potravinám, je tento výsledek v souladu se závěry dalších autorů, jež identifikovali identický genderový rozdíl v přístupu ke zdravému stravování (von Bothmer, & Fridlund, 2005; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2006; Ali, 2006; Byrd-Bredbenner, Quick, Koenings, Martin-Biggers, & Kattelmann, 2016 aj.). Vyšší skóry v tomto faktoru byly dále typické pro starší věkové skupiny, přičemž význam faktu, že s přibývajícím věkem začíná v rámci zdraví podporujícího chování získávat na významu zejména zdravá strava, dokládají závěry řady výzkumných studií (Sabia et al., 2009; Soliah, 2011). Tento výsledek je významný zejména vzhledem k již uspokojivě prokázanému pozitivnímu vlivu žádoucích stravovacích návyků na zdraví (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2015), a to zejména vzhledem ke skutečnosti, že zdravému stravování věnují větší pozornost především jedinci celkově vykazující vyšší míru zdraví podporujícího chování (Hebden, Chan, Louie, Rangan, & Allman-Farinelli, 2015).

V případě věku byly efekty významné pro všechny faktory chování souvisejícího se zdravím (F v rozsahu 13,12 až 46,51, $p < 0{,}01$). Ve faktoru Zdravý životní styl dosahují nejvyšších skórů osoby z nejmladší věkové skupiny rané adolescence, kde se zřejmě projevuje vliv rodičů a organizovaných sportovních aktivit, typických pro toto vývojové období, tak jak o tom referují např. Bauman (2004), Coleman, Hendry, & Kloepová (2007), či Rajová, Senjam, & Singh (2013). Dodržování pravidelného režimu je akcentováno především u starších věkových skupin (nad 50 let), což může souviset s celkovou stabilitou širších životních podmínek lidí v daných věkových skupinách i s nárůstem jejich orientace na efektivnější nakládání s vlastními duševními i fyzickými silami a na zdravý životní styl (Steptoe, & Ayers, 2004; Ströebe, 2011). Výše uvedené výsledky tedy naznačují pozitivní vývojový trend ve velmi podstatných komponentách chování ke zdraví – s přibývajícím věkem se zvyšuje dodržování zásad zdravého stravování a dodržování denního režimu, které můžeme vnímat jako chování s prokazatelně pozitivním vlivem na vyrovnávání se s přibývajícími zdravotními problémy (Steptoe, & Wardle, 2004). Zřetelný propad v tomto typu chování je patrný u starších adolescentů, což může v daném vývojovém období souviset s rozvolňováním rodičovského dohledu a zvýšenou tendencí k rizikovému chování obecně, jak již doložily závěry řady výzkumných studií (Simons-Morton, Haynie, Crump, Eitel, & Saylor, 2001; Sawyer et al., 2012). Úroveň chování podporujícího duševní pohodu je nejvyšší u mladších věkových skupin, avšak je poměrně vysoká také ve skupině nejstarších osob nad 65 let, což lze zejména v této věkové kategorii považovat, vzhledem k výzkumně prokázanému pozitivnímu vlivu duševní pohody na zdraví (Vaingankar et al., 2012; Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae, & Jayaraman, 2016), za přínosné zjištění. Jeho význam podtrhují závěry longitudinální studie O'Connorové et al. (2016), jež dospěla k závěru, že míra pozitivního duševního zdraví v adolescenci souvisí s duševním zdravím v dospělosti, které se následně odráží i ve zdraví fyzickém. Dle očekávání je v případě Vyhýbání se návykovým látkám možno nalézt nejnižší skóry u osob

v mladé dospělosti, kdy dosahuje riskantní postoj k vlastnímu zdraví svého vrcholu (Arnett, 1994), přičemž je spojen se zvýšenou touhou po nových a neobvyklých zážitcích (*sensation seeking*) a vyplývá pravděpodobně i z výborné fyzické kondice, která je pro dané vývojové období typická (Haskell et al., 2007; Coleman, Hendry, & Kloep, 2007; Lerdal, Celius, & Pedersen, 2013).

Interakce mezi věkem a pohlavím byla nalezena pro dva z faktorů chování souvisejícího se zdravím. Pro faktor Zdravá strava ($F = 3{,}36$; $p < 0{,}01$) jsou největší rozdíly mezi muži a ženami ve středním věku, především ve skupině 51–65 let, kdy skupina mužů v tomto věku dosahuje výrazně nižších skórů než ženy (viz obrázek 6.1 vlevo), a ženy jsou tudíž podstatně více orientovány na vyhýbání se nezdravým pokrmům. Tento výsledek je významný zejména z hlediska jeho následných dopadů na zdraví (viz výše). Pro faktor spojený s udržováním duševní pohody ($F = 5{,}22$; $p < 0{,}01$) mají muži rovněž v této věkové skupině celkově nejnižší skóry oproti všem ostatním skupinám, zatímco muži v nejstarší skupině nad 65 let mají úroveň tohoto faktoru vysokou (viz obrázek 6.1 vpravo). Tyto rozdíly lze vysvětlit širším kontextem vývojových změn, jimiž jedinci v daných věkových skupinách prochází. Muži mohou být v dané věkové kategorii zřejmě natolik zatíženi dopadem probíhajících biologických, psychických i sociálních změn spojených s úbytkem fyzických i duševních sil a blížícím se koncem profesní kariéry, že rezignují na chování podporující duševní zdraví.



Obrázek 6.1 Chování související se zdravím ve vztahu k věku a pohlaví

Porovnání dispozičního optimismu a pesimismu dle věku a pohlaví

S pomocí GLM jsme sledovali vliv věku a pohlaví na konstrukty dispozičního optimismu a pesimismu. Příslušné deskriptivní statistiky jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 6.3 Deskriptivní statistiky dispozičního optimismu/pesimismu dle věku a pohlaví

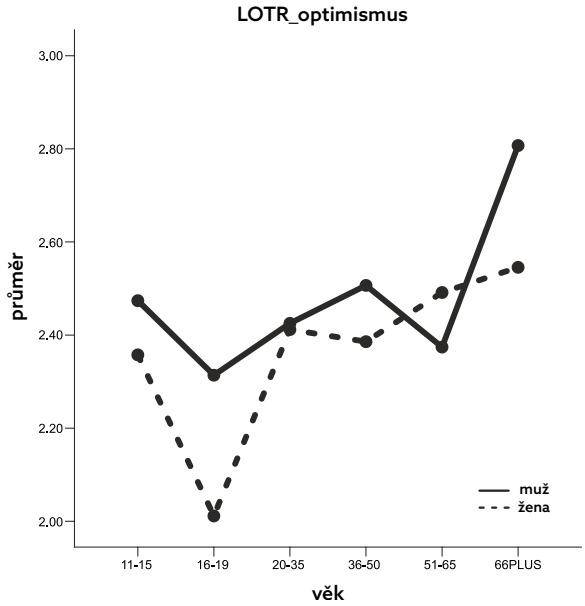
	LOTR_O	LOTR_P
Muži	2.41 (0.84)	1.87 (0.87)
Ženy	2.29 (0.79)	1.78 (0.88)
11–15	2.41 (0.79)	2.13 (0.85)
16–19	2.14 (0.81)	2.00 (0.83)
20–35	2.42 (0.80)	1.51 (0.86)
36–50	2.42 (0.75)	1.53 (0.82)
51–65	2.46 (0.86)	1.64 (0.83)
66+	2.61 (0.84)	2.01 (0.73)

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny hodnoty průměru a směrodatné odchylky – m (sd).

Pro dimenzi dispozičního optimismu byl nalezen významný efekt pro věk ($F = 13{,}70$; $p < 0{,}01$) a také interakční efekt pro věk a pohlaví ($F = 3{,}31$; $p < 0{,}01$). Nejnižší úrovně dispozičního optimismu dosahovali respondenti ve věkové skupině 16–19 let, což můžeme v souladu se závěry Colemana, Hendryho a Kloepové (2007) a Lazzeriho et al. (2014) připsat probíhajícím bouřlivým vývojovým změnám v dané věkové kategorii zejména v oblasti sociálního, osobnostního, emočního i kognitivního vývoje. Nejvyšší úrovně dispozičního optimismu pak dosahovali naopak respondenti nad 65 let[15], přičemž ostatní skupiny dosahovaly srovnatelných skórů. Vzhledem ke skutečnosti, že předkládaná studie nemá longitudinální charakter, nalezené změny je možné připsat také mezigeneračním rozdílům např. ve stylu výchovy, kulturním vlivům apod. Tyto změny současně nevylučují předpoklad o dispozičním optimismu jako o stabilním rysu osobnosti, jenž je navázán na temperament, jehož projevy se, stejně jako osobnost, v průběhu života jedince mění, což se zpětně promítá do chování ke zdraví (Ruthig et al., 2011). Interakční efekt se pak projevil právě ve dvou výše zmíněných věkových skupinách, kdy u skupiny pozdní adolescence výrazně níže skórovaly dívky, a podobně v nejstarší skupině dosahovali nejvyšších skórů muži (viz obrázek 6.2). Výše uvedené závěry považujeme za cenné v kontextu výsledků Ylöstalova (2003) výzkumu, jež postulují, že orientace na zdraví se zvyšujícím se optimismem stoupá.

Pro dimenzi dispozičního pesimismu byl pak nalezen významný efekt pouze u věku ($F = 44{,}35$; $p < 0{,}01$), přičemž nejvyšší skóry dosahovaly obě dvě skupiny adolescentů (což koresponduje s výše uvedenými závěry ohledně úrovně dispozičního optimismu v dané věkové kategorii) společně s nejstaršími respondenty.

15 Tyto osoby však činily pouze 2,8 % z celkového výzkumného souboru, tudíž tento výsledek dále neinterpretujeme.



Obrázek 6.2 Dispoziční optimismus ve vztahu k věku a pohlaví

Vztah dispozičního optimismu a pesimismu k chování souvisejícímu se zdravím v závislosti na věku a pohlaví

S pomocí korelační analýzy jsme sledovali vztahy konstruktů dispozičního optimismu/pesimismu k faktorům chování souvisejícího se zdravím. Tyto vztahy byly prozkoumány také odděleně pro skupiny respondentů definované pohlavím a věkem, ale pouze v případě faktoru duševní pohody, kde vztahy s dispozičním optimismem/pesimismem byly na věcně významné úrovni. V tabulce 6.4 jsou uvedeny korelační koeficienty pro nedělený soubor.

Tabulka 6.4 Pearsonovy korelační koeficienty pro vztah dispozičního optimismu/pesimismu a faktorů chování souvisejícího se zdravím

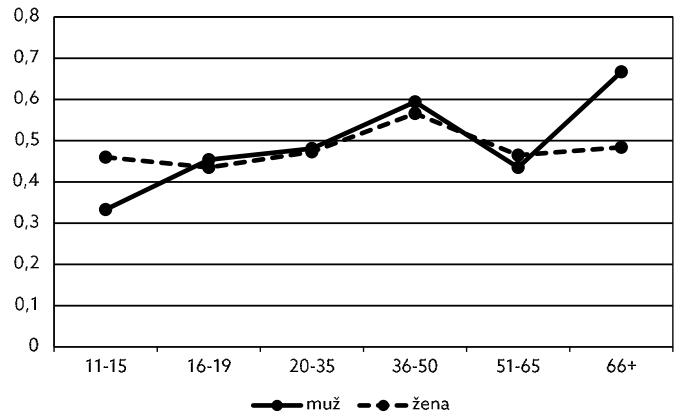
	LOTR_O	LOTR_P
vyhýbání se nezdravým látkám	0.070*	-0.162*
proaktivní životní styl	0.123*	-0.011
pravidelný režim	0.197*	-0.120*
duševní pohoda	0.450*	-0.289*
vyhýbání se návykovým látkám	-0.045	0.005

Poznámka: * 1% hladina významnosti.

Nejsilnější vztahy dispozičního optimismu a pesimismu byly nalezeny k faktoru Duševní pohody, a to v předpokládaném směru, optimisté tudíž oproti pesimistům vykazují více chování vedoucího k udržení duševní pohody, což koresponduje se závěry zahraničních výzkumných studií (Giltay et al., 2007; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2006; Zaslavsky et al., 2015; Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae, & Jayaraman, 2016 aj.), přičemž v některých vývojových obdobích je tento vztah silnější.

Výrazně slabší vztahy byly potom nalezeny mezi optimismem a Pravidelným režimem, pesimismem a Zdravou stravou, optimismem a Zdravým životním stylem a optimismem a Vyhýbáním se nezdravým látkám. Pozitivní vztah mezi optimismem a různými typy zkoumaného chování ke zdraví potvrdila i celá řada již realizovaných výzkumných studií. Tak např. Mulkanová a Haileyová (2001) potvrdili tento vztah se zdravotní zodpovědností, fyzickou aktivitou, výživou, spirituálním růstem, interpersonálními vztahy a zvládáním stresu, Giltay se svými spolupracovníky (2007) potvrdili asociaci vysoké míry dispozičního optimismu s častější fyzickou aktivitou, nekuřáctvím a zdravou stravou. Roli dispozičního optimismu ve zdraví a zdraví podporujícím chování ostatně mapuje celá řada autorů (Barkhuizen, Rothmann, & Van De Vijver, 2014).

V případě faktoru Duševní pohoda a jeho silných vztahů s dimenzemi dispozičního optimismu/pesimismu byly tyto vztahy následně podrobně prozkoumány i s ohledem na věk a pohlaví – na obrázcích 6.3 a 6.4 jsou zobrazeny odpovídající hodnoty korelačních koeficientů.

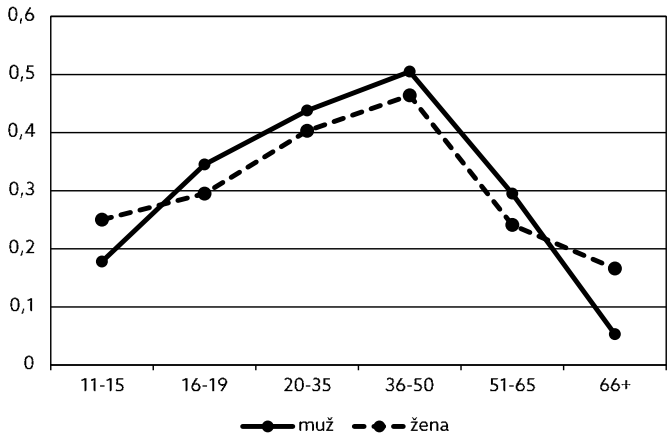


Obrázek 6.3 Vztah dispozičního optimismu k faktoru Duševní pohoda v závislosti na věku a pohlaví

Obecně se dá říci, že vliv dispozičního optimismu na chování směřující k udržování duševní pohody mírně roste až do střední dospělosti (50 let), přičemž u mužů

věkové kategorie nad 65 let je tento vztah těsnější než u žen, zatímco u nejmladší věkové skupiny je pak daný vztah těsnější pro ženy než pro muže.

U dispozičního pesimismu je vliv na chování směřující k udržování duševní pohody nejvyšší v období mladší a střední dospělosti, u skupiny nejmladších a nejstarších osob jsou tyto vztahy výrazně méně těsné (viz obrázek 6.4). Skutečnost, že pesimisté nevykazují chování, jež zahrnuje péči o duševní zdraví, považujeme z hlediska významu péče o tuto oblast pro udržení duševního i fyzického zdraví za velmi významnou.



Obrázek 6.4 Vztah dispozičního pesimismu k faktoru Duševní pohoda v závislosti na věku a pohlaví[16]

6.6 Závěr

Výsledky studie podávají obraz stěžejních faktorů chování ke zdraví u probandů v českých sociokulturních podmínkách a postihují stěžejní souvislosti o věku jako mediátoru a dispozičním optimismu jako prediktoru chování ke zdraví v jednotlivých stadiích ontogeneze od časné adolescence až do seniorského věku. Dokládají některé významné věkové i genderové rozdíly v chování ke zdraví i souvislost dispozičního optimismu s větší angažovaností v určitých komponentách chování ke zdraví, jež zahrnují vykazované zdraví podporující chování, tak jak o tomto vztahu referuje i řada zahraničních autorů (Peterson, & Bossio, 2001; Mulkana, & Hailey, 2001; Ylöstalo, 2003; Giltay, Geleijnse, Zitman, Buijsse, & Kromhout, 2007; Soliah, 2011 aj.), přičemž potvrzují zejména vztah mezi dispozičním opti-

16 Pro větší přehlednost jsou hodnoty korelačních koeficientů vyjádřeny v absolutních hodnotách.

mismem a péčí o duševní zdraví, jež je v kontextu následných dopadů na zdraví považována za velmi významnou.

Faktorovou analýzou Škály chování souvisejícího se zdravím bylo extrahováno 5 faktorů, které dohromady vysvětlovaly 45,0 % rozptylu: Zdravá strava; Zdravý životní styl; Pravidelný režim; Duševní pohoda a Vyhýbání se návykovým látkám. Při mapování vlivu věku a pohlaví na chování související se zdravím byl nalezen statisticky významný efekt pro pohlaví u faktoru Zdravá strava, kde byly pro starší věkové skupiny typické vyšší skóry. V případě věku pak byly efekty významné pro všechny faktory chování souvisejícího se zdravím. Ve faktoru Zdravý životní styl dosahovaly nejvyšších skórů osoby z nejmladší věkové skupiny, Pravidelný režim byl akcentován především u starších věkových skupin (nad 50 let), zatímco zřetelný propad v tomto typu chování byl patrný u starších adolescentů. Úroveň chování podporujícího Duševní pohodu byla nejvyšší u mladších věkových skupin, avšak jeho úroveň byla poměrně vysoká i ve skupině nejstarších osob nad 65 let. Dle očekávání bylo v případě Vyhýbání se návykovým látkám možno nalézt nejnižší skóry u probandů ve vývojovém období mladá dospělost. Pro dva z faktorů chování souvisejícího se zdravím byla nalezena i interakce mezi věkem a pohlavím. U faktoru Zdravá strava byly identifikovány největší rozdíly mezi muži a ženami ve středním věku, především ve skupině 51–65 let, kdy skupina mužů v tomto věku dosahovala výrazně nižších skórů než ženy. Ve faktoru souvisejícím s udržováním Duševní pohody měli rovněž muži v této věkové skupině celkově nejnižší skóry oproti všem ostatním věkovým skupinám, zatímco muži v nejstarší skupině nad 65 let měli úroveň tohoto faktoru vysokou.

Vzhledem k výzkumnému cíli studie jsme dále zkoumali i vliv věku a pohlaví na konstrukty dispozičního optimismu a pesimismu. Pro dimenzi dispozičního optimismu byl nalezen významný efekt pro věk a také interakční efekt pro věk a pohlaví. Nejnižší úrovně dispozičního optimismu dosahovali respondenti ve věkové skupině 16–19 let, nejvyšší naopak nejstarší respondenti nad 65 let, zatímco ostatní věkové skupiny pak dosahovaly srovnatelných skórů. Interakční efekt se projevil u skupiny probandů ve vývojovém období pozdní adolescence, kde výrazně níže skórovaly dívky, a podobně v nejstarší skupině dosahovali nejvyšších skórů muži. Pro dimenzi dispozičního pesimismu byl nalezen významný efekt pouze u věku, přičemž nejvyšší skóry dosahovali probandi ve vývojovém období adolescence společně s nejstaršími respondenty.

Výsledky týkající se vztahu dispozičního optimismu a pesimismu k chování, jež souvisí se zdravím, přinesly v závislosti na věku a pohlaví potvrzení nejsilnějšího vztahu dispozičního optimismu a pesimismu k faktoru Duševní pohoda, a to v předpokládaném směru. Výrazně slabší vztahy byly potom nalezeny mezi optimismem a pesimismem a dalšími komponentami chování ke zdraví. Získané výsledky nás opravňují k závěru, že vliv dispozičního optimismu na chování, jež vede k udržování Duševní pohody, mírně roste až do střední dospělosti (50 let).

U mužů věkové kategorie nad 65 let je pak tento vztah těsnější než u žen, zatímco u nejmladší věkové skupiny je vztah těsnější pro ženy než pro muže. U dispozičního pesimismu je pak vliv na chování směřující k udržování Duševní pohody nejvyšší v období mladší a střední dospělosti, u skupiny nejmladších a nejstarších probandů pak byly tyto vztahy výrazně méně těsné.

V rámci podpory zdraví a zdraví podporujícího chování se každá společnost zabývá zejména těmi determinantami chování ke zdraví, které lze nějakými způsoby ovlivnit (Nutbeam, 1998). V tomto kontextu přináší integrace prezentovaných závěrů obohacení informační základny psychologie zdraví i pozitivní psychologie a současně nabízí i možné aplikace pro tvorbu efektivních intervenčních, respektive preventivních zdraví podporujících programů s konkrétními doporučeními pro dané věkové skupiny.