

Masarykova univerzita

Filozofická fakulta

Psychologický ústav



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Chování související se zdravím a jeho vztah k fyzickému a duševnímu
zdraví, sociální pohodě a krevním skupinám

Bc. Alena Pučelíková

Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D.

Brno 2016

Chtěla bych poděkovat doc. PhDr. Aleně Slezáčkové, Ph.D. za její laskavé vedení a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Martinovi Jelínkovi, Ph.D. za poskytnutí dat a praktické rady při jejich zpracování. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat respondentům, protože bez nich by tato práce vůbec nevznikla.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Chování související se zdravím a jeho vztah k fyzickému a duševnímu zdraví, sociální pohodě a krevním skupinám“ vypracovala samostatně za použití uvedených zdrojů.

V Brně dne 26. 4. 2016

Obsah

Úvod a cíl práce.....	7
Teoretická část.....	9
1 Zdraví.....	9
1.1 Definice zdraví.....	9
1.2 Teorie zdraví.....	10
1.3 Subjektivní koncepce zdraví.....	11
1.4 Psychologie zdraví.....	13
1. 4. 1 Definice a předmět psychologie zdraví.....	13
1. 4. 2 Osobnost a zdraví.....	15
1. 4. 3 Chování související se zdravím	17
1. 4. 4 Výsledky probíhajícího grantového výzkumu	26
1. 4. 5 Prevence fyzického zdraví	27
1.5 Krevní skupiny.....	29
1. 5. 1 Krevní skupiny a zdraví	29
2 Duševní zdraví.....	33
2.1 Význam duševního zdraví.....	33
2.2 Definice duševního zdraví a flourishing	34
2.3 Koreláty duševního zdraví	35
2.4 Souvislosti duševního a fyzického zdraví.....	37
2.5 Prevence a podpora duševního zdraví.....	40
3 Osobní pohoda.....	42
3.1 Definice osobní pohody	42
3.2 Teorie a složky osobní pohody	43
3.2.1 Sociální pohoda.....	45
3.3 Prediktory osobní pohody	47

3.4	Osobní pohoda, zdraví a chování	48
4	Shrnutí teoretické části práce.....	51
	Empirická část	52
5	Cíl výzkumu, hypotézy a výzkumné otázky	52
5.1	Cíl výzkumu.....	52
5.2	Výzkumné otázky a hypotézy	52
6	Metoda výzkumu	56
6.1	Výzkumný design	56
6.2	Popis souboru zkoumaných osob.....	56
6.3	Použité nástroje.....	57
6.3.1	Demografické údaje	57
6.3.2	Škála chování souvisejícího se zdravím	57
6.3.3	Inventář zdravotních stesků	58
6.3.4	Otevřená otázka ohledně krevní skupiny	58
6.3.5	Škála duševního zdraví	58
6.3.6	Dotazník sociální opory	59
6.4	Způsob získání dat	59
6.5	Způsob analýzy dat	60
7	Výsledky analýzy dat a jejich interpretace	65
7.1	Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru	65
7.2	Prezentace a interpretace výsledků	68
7.2.1	VO 1: Jak souvisí míra zdravotních stesků a chování souvisejícím se zdravím?	68
7.2.2	VO 2: Které z typů se zdravím souvisejícího chování nejsilněji predikuje nižší míru zdravotních stesků?	70
7.2.3	VO 3: Která složka duševního zdraví souvisí se zdravotními steskami nejtěsněji?	71

7.2.4	VO 4: Jak souvisí míra duševního zdraví s chováním ovlivňujícím zdraví?	72
7.2.5	VO 5: Jak souvisí typ krevní skupiny se zdravotními stesky, chováním souvisejícím se zdravím a duševním zdravím?	74
7.2.6	H 1: Osoby s nižší mírou zdravotních stesků vykazují statisticky významně vyšší míru duševního zdraví.	78
7.2.7	H 2: Osoby s vyšší mírou duševního zdraví dosahují statisticky významně vyšší míry sociální opory.	79
7.2.8	H 3: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v míře zdravotních stesků.	79
7.2.9	H 4: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v chování souvisejícím se zdravím.	80
7.2.10	H 5: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v míře duševního zdraví.	82
8	Diskuse	84
8.1	Přednosti a limity výzkumu	88
8.2	Využití poznatků v praxi a další směr výzkumu	89
9	Závěr	90
10	Seznam použitých zdrojů	92
11	Přílohy	116
11.1	Úvodní strana před vstupem do online dotazníku	116

Úvod a cíl práce

Zdraví a s ním související kvalita života jsou aktuální témata, o kterých slýcháme ze všech stran. Jsou předmětem zájmu jednotlivce a společnosti, i jejich cílem. Tato práce propojuje poznatky psychologie zdraví a pozitivní psychologie v oblasti zdraví a s ním souvisejícími tématy.

Zdraví je pojmem komplexní povahy; lze na něj nahlížet z různých úhlů. Jedním z nich je biomedicínský, který zdraví definuje jako nepřítomnost nemoci, dále sociologický, který k předchozímu zahrnuje i společenskou roli jedince, nebo humanitní, který se zabývá morální a volní stránkou existence člověka, a behaviorální, který zjišťuje význam chování pro zdraví lidí (Holčík, 2004). Při pohledu na člověka jako bio-psycho-socio-spirituální jednotku se tato pojetí spojují v jedno holistické.

Zdraví je předpokladem pro aktivní a spokojený život a je nutné pro udržení kvality života člověka, neboť kvalita života je definovaná s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života (Křivohlavý, 2003). Dnešní doba nenahrává našemu zdraví, ať už fyzickému, kvůli sedavému životnímu stylu, zdraví ohrožujícímu chování, atd., nebo duševnímu, z důvodu vysoké míry každodenního stresu. Prevalence optimálního duševního zdraví je v dospělé populaci jen asi 20 % (Keyes, 2007).

Bylo popsáno mnoho stránek o rizikových faktorech a jejich negativním vlivu na zdraví. Je dobře, že se zájem společnosti přesouvá i na salutory. Myslím, že je vhodné zaměřit se a zjišťovat různé možnosti a cesty, jak učinit lidi spokojenějšími ve svém životě, a výsledky těchto zjištění ve formě doporučení sdělit široké veřejnosti. Značí to ambice usilovat o zvýšení čísla zmíněného výše.

Cílem výzkumu je ověřit u dospělých osob souvislosti mezi zdravotními stesky, mírou duševního zdraví a se zdravím souvisejícím chováním. Zajímá nás, které z typů se zdravím souvisejícího chování využívají osoby s nižším počtem zdravotních stesků. Chceme také zjistit, která složka osobní pohody má nejtěsnější vztah se zdravotními stesky a jednotlivými faktory chování souvisejícího se zdravím.

Součástí výzkumu je rovněž explorační otázka, která se týká krevních skupin a fyzického a duševního zdraví a osobní pohody. Krevní skupiny jsou poměrně nová oblast zkoumání. Předchozí výzkumy se zabývaly většinou souvislostmi mezi krevními skupinami a konkrétními nemocemi, nikoli fyzickým zdravím obecně. Otázkou ohledně vztahu mezi krevními skupinami a duševním zdravím se dosud nikdo nezabýval.

Výsledky našeho výzkumu by měly pomoci hlavně v praxi pro inspiraci při prevenci a podpoře zdraví jedince.

V *teoretické části* naší diplomové práce se budeme zabývat 3 oblastmi, a to fyzickým zdravím, dále duševním zdravím a osobní pohodou. V první kapitole představíme pojem zdraví, jeho definice a teorie, zmíníme také subjektivní koncepcce zdraví. Budeme se věnovat psychologii zdraví, popíšeme zjištěné souvislosti mezi osobností jedince a jeho fyzickým zdravím. Budeme se zabývat chováním souvisejícím se zdravím, ať už podporujícím nebo ohrožujícím, a to konkrétně tělesnou hmotností a výživou, pohybovou aktivitou, odpočinkem a spánkem, stresem a copingovými strategiemi, duševní hygienou, užíváním návykových látek a sociální oporou. Nahlédneme na možnosti prevence fyzického zdraví, které vycházejí ze zmíněných výsledků mnoha výzkumů. Poslední část první kapitoly věnujeme tématu krevních skupin, shrneme výsledky dosavadních poznatků o souvislostech mezi krevními skupinami a fyzickým zdravím.

V druhé kapitole, věnované duševnímu zdraví, tento pojem definujeme a pojednáme o jeho významu. Budeme se věnovat flourishingu, popíšeme koreláty duševního zdraví, porovnáme souvislosti mezi fyzickým a duševním zdravím a zmíníme možnosti prevence a podpory duševního zdraví. Konceptu osobní pohody, patřícímu formálně k duševnímu zdraví, jsme se rozhodli věnovat samostatnou kapitolu.

Ve třetí kapitole tedy představíme koncept osobní pohody (well-being), uvedeme jeho definici a také teorie a složky, z kterých se zaměříme především na složku sociální. Zmíníme prediktory osobní pohody. V poslední části kapitoly uvedeme souvislosti mezi osobní pohodou, zdravím a se zdravím souvisejícím chováním.

V *empirické části* diplomové práce se zaměříme na zmapování souvislostí mezi sledovanými proměnnými u dospělé populace. Popíšeme metodu výzkumu, použité nástroje, způsob získání a analýzy dat. Stanovíme si výzkumné otázky a hypotézy. Představíme výsledky analýzy dat, které dále v diskusi porovnáme s předchozími výzkumy.

Teoretická část

1 Zdraví

V první kapitole definujeme pojem zdraví a uvedeme vybrané teorie zdraví. Nastíníme možnosti subjektivních koncepcí zdraví. Stručně uvedeme čtenáře do psychologie zdraví, zmíníme vliv osobnostních charakteristik na zdraví a budeme se věnovat především chování, které má vliv na zdraví člověka, a to jak chování podporující, tak ohrožující zdraví. Zmíníme důvod a zásady prevence fyzického zdraví. V poslední části první kapitoly uvedeme základní informace o krevních skupinách a dosavadní poznatky o jejich možných souvislostech se zdravím.

1.1 Definice zdraví

Zdraví jedince je jedním ze základních předpokladů k tomu, aby se člověk rozvíjel v pohodě, aby zvládal nároky vývojových etap od časného dětství až po stáří a aby prožíval produktivní, společensky prospěšný a osobně šťastný život. Zdraví se zdá být jednoduchým pojmem, ale ani zdaleka tomu tak není. Je podmíněno mnoha faktory a samo má vliv na, troufám si říct, všechny oblasti lidského života. Složitost tomuto pojmu navíc přidává právě jeho subjektivní význam.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 1946 zdraví jako „stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (Křivohlavý, 2001, s. 37). Tato definice poměrně jednoduše vystihuje komplikovaný pojem. Na člověka nazírá jako na bio-psycho-sociální jednotku, kterou on bezesporu je.

Křivohlavý (2001) uvádí definici zdraví jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (s. 40). Jako doplňující charakteristiky můžeme do zdraví zahrnout také „schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (Kebza, s. 22). Tento celostní, holistický pohled na zdraví zdůrazňuje komplexitu zdraví a vzájemnou propojenost jeho částí (Kebza, 2005).

Další možná definice zdraví, která zdůrazňuje funkčnost, zní: „Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)“ (Seedhouse, 1995; cit. dle Křivohlavý, 2001, s. 39).

1.2 Teorie zdraví

V populaci existují různé subjektivní pohledy na zdraví. Je snaha tyto pohledy objektivizovat, tedy vědecky podložit, a tak vznikají teorie a typologie. Některé vybrané popíšeme níže.

V následujících řádcích představíme 4 možné pohledy na zdraví:

1) *Zdraví jako ideální stav.* Zdraví je cílem samo o sobě. Aby byl člověk podle této teorie považován za zdravého, nemohou se u něj objevovat žádné nemoci, handicapy, neduhy a sociální problémy. Výsledkem je osobní pohoda, perfektní po všech stránkách.

2) *Zdraví jako fyzická a duševní zdatnost ke zvládnání běžných denních činností ve společnosti.* Zdraví je prostředek k normálnímu sociálnímu fungování; všechny nemoci a handicapy, které znemožňují normální fungování, se nesmí objevovat, aby byl člověk zdravý. Nicméně, nevylučují se chronická onemocnění a znevýhodnění.

3) *Zdraví jako komodita, která může být zakoupena nebo darována, získána nebo ztracena.* Tato teorie je základem pro lékařskou praxi. Čím víc nemocí, neduhů, bolesti a zranění člověk má, tím horší je jeho zdravotní stav. Zdraví může být postupně navraceno pomocí terapie poskytované specialisty z různých oborů.

4) *Zdraví jako osobní síla a schopnost (fyzická, metafyzická nebo intelektuální).* Osobní síla a schopnosti nejsou komoditami; nemohou být darovány nebo koupeny. Mohou existovat přirozeně od narození, anebo je může získat jedinec samotný, spolupracující lidé, nebo osoby, které jsou podporovány ostatními. Tyto síly a schopnosti mohou být též ztraceny (Seedhouse, 1995).

Vašina (1999) uvádí 8 typů pojetí zdraví na základě výzkumu University of Cambridge Clinical School:

1) *Zdraví jako absence nemoci.* Zdraví je chápáno spíše „pasivně“ - člověk není nemocný, nenavštěvuje lékaře, nemá bolesti a vážnější obtíže.

2) *Zdraví jako prožívaný stav oproti realitě „objektivního“ zdravotního stavu.* V tomto pojetí je zdravý ten, kdo nemusí do nemocnice, nemá vážnější nebo chronickou chorobu, nebo navzdory dlouhodobějšímu onemocnění se cítí zdravý, resp. mu nemoc nevadí a neobtěžuje ho. Patří sem i překonání nebo vyrovnání se s nemocí, která poté nebrání radosti ze života.

3) *Zdraví jako rezerva či záloha.* Tento koncept poukazuje na odolnost či schopnost člověka zvládnout nemoc, která je velmi často chápána jako vrozená. Zdravý je ten, kdo se rychle uzdraví, kdo nemoc lehce zvládne.

4) *Zdraví jako fyzická zdatnost (fitness)*. Toto pojetí je preferované mladými lidmi. U mužů se na zdraví nazírá z hlediska tělesné síly, zdatnosti, výkonnosti, úspěšnosti ve sportu; roli hraje také stavba těla a přiměřená váha. U žen se hodnotí štíhlost, jasné oči, stav vlasů a kůže a schopnost zvládnout potřebné bez pocitu nadměrné námahy.

5) *Zdraví jako energie a vitalita*. Pojetí kombinuje zdatnost a pocit energie a vitality, který je popisován jako živost, aktivnost, neúnavnost, zaujetí apod.

6) *Zdraví v podobě sociálních vazeb*. Jde o pojetí především ženské. Vypovídá o sociálních vztazích, péči o druhé, aktivitě v sociálním prostředí a členství ve skupinách či společenstvích.

7) *Zdraví jako funkce*. Koncept propojuje aktivitu a energii se sociálními vztahy. Je častější u starších lidí. Zdraví znamená schopnost něco dělat s malým důrazem na pocity a prožívání, schopnost vyrovnat se s životními úkoly či zvládat náročnou fyzickou práci.

8) *Zdraví ve smyslu psychosociální pohody*. Nejdůležitějším faktorem tohoto komplexního pojetí je psychický stav, dále pak energie a sociální vazby. Zdravý je ten, kdo je fyzicky, duševně, i duchovně vyrovnaný.

Křivohlavý (2001) rozděluje teorie zdraví do 7 kategorií podle toho, zda je zdraví chápáno jako prostředek k určitému cíli, či jako cíl sám o sobě. Rozdělení se v některých aspektech podobá předchozímu. Mezi kategorie patří 1) *zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly*, která člověku pomáhá překonávat těžkosti; 2) *zdraví jako metafyzická*, tj. vnitřní, *síla*, která umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je zdraví samo; 3) *salutogeneze - individuální zdroje zdraví* mluví o celkovém postoji k životu (sense of coherence (SOC)¹ či hardiness²); 4) *zdraví jako schopnost adaptace*, tj. schopnost reagovat na změny přizpůsobením se či přizpůsobením si prostředí; 5) *zdraví jako schopnost dobrého fungování*, efektivního plnění role a úkolů, k nimž byl člověk socializován (Parsons, 1981; cit. dle Křivohlavý, 2001); 6) *zdraví jako zboží* (viz výše v „zdraví jako komodita“); 7) pojetí *zdraví jako ideál* se shoduje s definicí WHO.

1.3 Subjektivní koncepce zdraví

Vymezení zdraví se mezi lidmi liší, neboť závisí na subjektivním stavu jedince, věku, pohlaví, vzdělání, zdravotním stavu osob v okolí, sociálních a kulturních aspektech, počtu osob se stejnou koncepcí zdraví apod. Významný je také aktuální psychický stav,

¹ nezdolnost typu koherence (smysl pro integritu) (Křivohlavý, 2001)

² nezdolnost typu hardiness (osobnostní tvrdosti) (Křivohlavý, 2001)

a to především při nemoci či neschopnosti. Mladí a zdraví jedinci berou zdraví do určité míry jako samozřejmost. Pro mladé muže je důležitá fyzická síla a zdatnost, pro ženy vitalita, energie a schopnost vyrovnat se s úkoly. Ženy také přikládají větší váhu sociálním vztahům. Ve středním věku se dostává do popředí psychofyzická pohoda. Lidé vyššího věku hodnotí hlavně funkčnost, schopnost pracovat, být spokojený a šťastný. Zdravé osoby s nižší úrovní vzdělání a socioekonomickým statusem přisuzují zdraví relativně nižší význam (Kebza, 2005; Vašina, 1999).

Subjektivní pojetí zdraví má více aspektů, resp. úhlů pohledu, ze kterých se na něj lze dívat. Mezi tyto aspekty patří *identifikace zdraví* (tj. určení pojmu zdraví, jeho významu, subjektivní pojmenování zdraví), *konsekvence zdraví* (tj. délka důsledků nemoci u sebe a nejbližších), *časová dimenze* (tj. odhad časového průběhu zdravotního stavu a různých změn), *kauzální atribuce* (tj. subjektivní vidění příčin zdravotního stavu a jeho změn), *strategie jednání* (tj. individuální postupy a účinnost při dodržování těchto strategií) a *smysl zdraví či nemoci* (tj. důležitost zdraví pro jedince, smysl bolesti a utrpení, argumenty pro zdraví) (Mareš, 1993).

Na základě sociologické analýzy lze rozčlenit přístup ke zdraví do 4 typů. Typologie vzniká kombinací způsobu myšlení (póly mechanistické - humanistické) a převažujícího zaměření (póly individualistické - kolektivistické). 1) *Biopatologický typ* vystihuje spojení mechanisticko-individualistický. Na člověka nazírá jako na organismus. Hodnotícími kritérii zdraví jsou poruchy, nemoci a abnormity. 2) *Ekologický typ* je mechanisticko-kolektivistický. Zabývá se interakcí člověka a prostředí. Hodnotícími kritérii jsou nevhodnost životního prostředí, rizika a ohrožení zdraví. 3) *Biografický typ* lze popsat jako humanisticko-individualistický. V popředí zájmu je jedinec s jeho osobními potížemi. Hodnotícím kritériem je nezvládání, dysfunkční copingové strategie³. 4) *Komunitní typ*, humanisticko-kolektivistický, se zaměřuje na sociální vztahy, členství v sociálních skupinách. Hodnotícím kritériem je zařazení se nebo odcizení (Gerhardt, 1989; Beattie, 1993; cit. dle Vašina, 1999).

³ strategie zvládání zátěžových situací a těžkostí (Křivohlavý, 2001)

1.4 Psychologie zdraví

1. 4. 1 Definice a předmět psychologie zdraví

Psychologie zdraví byla v roce 1978 stanovena Americkou psychologickou společností (APA) jako samostatný specializační obor. Je to „*speciální psychologická vědní disciplína zabývající se rolí psychologických faktorů při udržování dobrého zdraví, při prevenci nemocí, při zvládnání negativních zdravotních stavů a emocí, při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu údravy a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi*“ (Schwarzer, 1992; cit. dle Křivohlavý, 2001). Systematicky aplikuje psychologické poznatky do oblasti zdraví, nemoci a systému zdravotní péče (Kebza, 2005).

Předmětem psychologie zdraví jsou především bio-psycho-sociální faktory podporující nebo naopak poškozující zdraví a možnosti preventivního předcházení zdravotním těžkostem. Prevence je míněna v širším slova smyslu, jako zdravý způsob života. Psychologie zdraví doplňuje medicínu a zajišťuje holistický pohled na člověka (Křivohlavý, 2001).

Mezi současné výzkumné tematické okruhy patří užití psychologických poznatků v somatickém lékařství, aspekty zdravého vývoje osob v průběhu ontogeneze, otázky zdravého životního stylu za různých životních okolností, otázka holistického pohledu na zdraví, zdravý životní styl, výchova ke zdraví, prevence rizikového chování, posilování duševní odolnosti, zvládnání stresů v běžných i mimořádných situacích, primární prevence různých poruch, rehabilitační i preventivní cvičení, intervenční programy aj. (Břicháček, 2007).

V posledních letech se dostává do popředí **psychosomatika** a psychosomatická (behaviorální) medicína, která je „*mezioborovým odvětvím medicíny, které se věnuje rozvoji, integraci a aplikaci poznatků z biologických, behaviorálních, psychologických a sociálních věd, významných pro člověka ve zdraví a nemoci. Nabízí širší pohled než medicína založená na důkazech, protože se zajímá nejen o koncept nemoci, ale také o problematiku pacienta*“ (Honzák, 2011, str. 903).

Psychosomatika rozšiřuje pohled na zdraví a nemoc člověka o psychologické a sociální faktory. Zabývá se možnými příčinami nemocí a jejich terapií, zajímá se o souvislosti mezi osobností jedince a nemocí apod. Zkoumá nemoci psychosomatické⁴

⁴ psychosociální faktory vzbuzují fyziologickou odpověď organismu a vyvolávají nebo posilují chorobu (Morschitzky & Sator, 2007)

a somatopsychické⁵. Člověk trpí psychosomatickou nemocí, pokud jsou psychické i sociální faktory důležité nebo až nezbytné pro optimální diagnostiku a léčbu (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

Kvalita života je pro zdravého i pro nemocného jedince nejdůležitější a funguje jako motivační síla pro veškeré jeho chování. Je definována (WHO) jako „*to, jak člověk vnímá svoji pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, přičemž se přihlíží k jeho cílům, očekáváním a normám.*“ Je to hodnota či kvalita výrazně subjektivní, která vyjadřuje určitou míru nebo stupeň sledované proměnné. Má 3 hlavní rozměry, a to: subjektivní pocit pohody, spokojenosti; objektivní schopnost fungovat v každodenním životě, pečovat o sebe a zastávat sociální role; dostupnost zevních zdrojů materiální povahy a sociální opory (Látka, 2006).

Udává se 6 základních aspektů kvality života, kterými jsou fyzická stránka, psychická oblast, sociální vztahy, materiální stránka, úroveň samostatnosti a spiritualita. Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, které mají vztah k lidskému a společenskému rozvoji. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v celkovém pohledu také psychickou kondici a společenské uplatnění (Kebza, 2005).

Mezi faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, systém hodnot, vzdělání, ekonomická situace, religiozita, kulturní zázemí apod. Na jedné straně představuje objektivní podmínky pro dobrý život a na straně druhé subjektivní prožívání dobrého života. Subjektivní aspekt kvality života je vymezen osobní pohodou a spokojeností s věcmi, které člověka obklopují (Kebza, 2005). Důležitou roli ve vlastním vnímání kvality života hraje ideální představa o sobě samém a o vlastním životě (Látka, 2006).

Užší pojem kvality života, Health-related quality of life (HRQoL), neboli kvalita života související se zdravím, vystihuje pacientovo subjektivní prožívání nemoci a léčby a stává se důležitým indikátorem výsledku poskytované péče. Jednotná definice je obtížná, nicméně různí autoři se shodují na tom, že postihuje vliv nemoci na fungování člověka, na různé aspekty života, na zdravotní stav, na zdraví a na složky života, jak je hodnotí jedinec sám (Mareš & Marešová, 2008). Hlavní domény HRQoL udává Látka (2006):

⁵ fyziologický stav nemocného vyvolá psychosociální následky (Morschitzky & Sator, 2007)

sociální aktivity a jejich limitace z důvodu nepříznivého zdravotního stavu; limitace ve fyzické aktivitě a s tím související omezení v běžných aktivitách; somatická bolest; duševní zdraví a emoce; vitalita a obecný pocit zdraví atd.

1. 4. 2 Osobnost a zdraví

Kardiologové Friedmann a Rosenman jsou autory koncepce osobnosti typu A, B a C. U *osobnosti typu A*, nebo také koronární, předpokládali vyšší pravděpodobnost esenciální hypertenze a zvýšené riziko rozvoje ischemické choroby srdeční. Říká se jí někdy choroba zodpovědných, manažerů či workoholiků, což vystihuje její podstatu. Tento naučený behaviorální syndrom je charakterizován vysokou mírou soutěživosti, netrpělivostí, agresivitou, zvýšenou psychomotorickou aktivitou, explozivním stylem řeči. Osoby s tímto typem chování se nacházejí často v časové tísní, chybí jim percepční senzitivita, mají časté konflikty s okolím, což vede k chronické tenzi a úzkosti. Aktivují se vegetativní a humorální mechanismy, dochází k hypertenzi a posléze spolu s vlivem dalších predisponujících faktorů může dojít až k ischemické chorobě srdeční (Kohoutek, 2008).

Osobnost typu B je označována jako normální, mající zdravý životní styl. *Osobnost typu C*, nebo také karcinogenní, údajně snadněji onemocní rakovinou (v závislosti i na jiných faktorech). Je zde typické potlačení nebo popření deprese, zlosti a hostility (často dochází k somatizaci), hyperadaptovanost, usilování o spolupráci, svědomitost, pasivita, závislé a submisivní chování. Tyto osoby mívají pocity bezmoci a beznaděje, projevuje se u nich generalizovaná úzkost atd. (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993). Konkrétní charakteristiky jednotlivých osobnostních typů podrobně popsal Kohoutek (Kohoutek, 2008).

Byl definován i *osobnostní typ D* (distress personality), pro který je typická tendence k potlačování společenských interakcí, projevů vlastní osobnosti a tendence intenzivně prožívat negativní emoce. Tyto jedinci se stále strachují, cítí se nešťastní, negativně a depresivně posuzují události ve svém okolí a prožívají chronické duševní napětí. Je zde patrná spojitost s anxiózitou a depresí (Šimon, 2004).

Polští výzkumníci Janowski a kol. (2013) zkoumali vztahy mezi se zdravím souvisejícím chováním, *locus of control* (LoC)⁶ a přijetím nemoci u osob trpících

⁶ místo kontroly (Křivohlavý, 2001)

chronickou somatickou (neurologickou, lokomoční nebo interní) chorobou. Chování související se zdravím signifikantně pozitivně souviselo s kategoriemi LoC (nejvíce s externím LoC). Chování ve smyslu prevence celkově korelovalo negativně s přijetím nemoci. Tedy chování související se zdravím nesouvisí s určitou diagnózou, přestože souvisí jak s interním, tak externím LoC. Sociodemografické údaje se ukázaly též klíčovými faktory, které určují frekvenci chování prospěšného zdraví u těchto pacientů. Ženy udávaly častěji zdravější stravovací návyky. Vyšší věk pozitivně koreloval s chováním podporujícím zdraví, cvičením, duševním zdravím, preventivními opatřeními a zdravým stravováním. Pacienti s vyšším vzděláním udávali nižší frekvence chování podporujícího zdraví než pacienti s nižším vzděláním. Vdovy a vdovci vykazovali celkově toto chování (především prevenci a cvičení) častěji než samostatně žijící, vdané/ženatí či rozvedení pacienti.

Zajímavý výzkum souvislosti osobnostních charakteristik (Big Five) a zdraví ovlivňujícího chování na vysokoškolských studentech provedly v našich podmínkách Slováčková, Dosedlová a Klimusová (2008). Na základě odpovědí ze 4 dotazníků stanovily 6 shluků, podle kterých vytvořily typologii životního stylu vysokoškoláků. *Sportovní požitkáři (S)* trávili mnoho hodin týdně pohybovou aktivitou, nedbali na životosprávu, péči o zdraví a vzhled, kouřili a konzumovali větší množství alkoholu a jiných návykových látek. *Vzorní (V)* dosahovali nadprůměrných hodnot ve všech měřených kategoriích. Pravidelně sportovali, dbali na svou postavu a hmotnost, hlídali svou životosprávu a kladli důraz na prevenci. *Uvědomělí (U)* dosahovali zhruba průměrných hodnot. Provozovali pohybovou aktivitu, dbali na životosprávu a zdravotní stav. *Nedbalí* byli ve většině kategorií podprůměrní. Nepečovali o zdraví a o sebe, nesportovali, neměli pozitivní vztah ke svému tělu a nezneužívali návykové látky. *Barovní povaleči (B)* dbali na hygienu a vzhled, ale nadprůměrně konzumovali alkohol a jiné návykové látky, nesportovali a nepečovali o zdraví. *Hypochondři (H)* se se zvýšenou mírou věnovali svému tělu, kladli důraz na prevenci, navštěvovali často lékaře, nekouřili a nekonzumovali alkohol. Nejvyšší skóre v neuroticismu dosáhli B a H, v extraverci V, U a S, ve svědomitosti V, U a H, v self-efficacy V, S a U a v životní spokojenosti V a U. U charakteristik otevřenost vůči zkušenosti a přívětivost byli rozdíly zanedbatelné. Výsledky ukazují, že prediktorem zdravého životního stylu je svědomitost, emocionální stabilita a vědomí vlastní účinnosti, a to ideálně ve vzájemném propojení. *Svědomitost* zajišťuje dlouhodobé dodržování zdraví podporujících návyků a zodpovědný přístup.

Emocionální stabilita znamená klid a jistotu, a to i v kontextu zdraví a jeho změn. *Vědomí vlastní účinnosti* dává pocit, že člověk může svoje zdraví a pohodu kontrolovat a ovlivňovat.

Hall, Fong a Epp (2013) se zajímali o kognitivní a osobnostní prediktory chování souvisejícího se zdravím (konkrétně fyzická aktivita a konzumace tučného jídla). Nejvýraznějším osobnostním prediktorem se ukázaly v regresní analýze po kontrole věku *svědomitost* a *neuroticismus* (Big Five). Z kognitivních charakteristik jsou to *exekutivní funkce*. Exekutivní funkce částečně vysvětlovaly vztah mezi osobnostními charakteristikami a chováním. Vliv osobnostních charakteristik (mírný) se ukázal neměnný v průběhu života, zatímco vliv exekutivních funkcí s věkem stoupal.

1. 4. 3 Chování související se zdravím

Životní styl a jeho hlavní dimenze (výživa, fyzická aktivita, vykonávaná práce, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda, vztahy k okolí, způsob a kvalita zvládání zátěže a stresu a absence/rozvoj závislostí) zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu, mají dokonce rozhodující vliv na zdraví člověka, a to cca z 50 - 60 %. Dalšími činiteli jsou úroveň a dostupnost zdravotní péče (cca 15 %), vnější vlivy jako životní a sociální prostředí (cca 15 - 20 %) a vnitřní genetická dispozice organismu z cca 10 - 15 % (Kebza, 2005). Při hodnocení zdraví v celosvětovém měřítku jsou patrné významné interindividuální rozdíly, rozdíly podmíněné geografickými, klimatickými, ekonomickými, politickými a kulturními podmínkami (Diener & Suh, 2000).

Zdraví má složku subjektivní a objektivní. Výše jsme se zabývali subjektivním vnímáním zdraví, nyní se zaměříme více na objektivní aspekty, které mají vliv na zdraví jedince. Zdraví má svůj pozitivní aspekt (Keyes, 2005). Je dobré sledovat faktory, které zdraví poškozují, ale nezapomenout ani na ty, které zdraví podporují. Tyto faktory jsme rozdělili do 7 kategorií: zdravá výživa a tělesná hmotnost, pohybová aktivita, odpočinek a spánek, stres a copingové strategie, duševní hygiena, užívání návykových látek (kouření, konzumace alkoholu) a sociální opora.

Zdravá výživa a tělesná hmotnost

V současné době se řeší dva opačné výživové extrémy - na jedné straně nadváha a obezita, na druhé malnutrice. Nadváha a obezita jsou spojeny se zdravotními riziky, hlavně s metabolickými a kardiovaskulárními chorobami. Zvýšená tělesná hmotnost

zhoršuje kvalitu života a zkracuje jeho pravděpodobnou délku (Hainer, 2006). Malnutrice vzniká nejčastěji při akutní exacerbaci závažné nemoci nebo při chronickém onemocnění. Méně často je důsledkem stresového hladovění (Vrzalová, 2009). U osob s malnutricí se objevují mnohé problémy, jako např. špatné hojení ran (Grofová, 2008). Výsledky Cancer Research Fund ukazují preventivní a rizikové výživové faktory rakoviny. Jednoduše, nejdůležitější je udržování normální tělesné hmotnosti, správná výživa a pravidelná pohybová aktivita (Stránský, 2009).

Francouzští vysokoškolští studenti byli dotazováni ohledně stravovacích návyků, přístupu a postojů vůči zdraví. Vědomí důležitosti zdraví podporujícího chování korelovalo s jeho aktivním provozováním. Za „zdravé“ chování respondenti považovali především nízký příjem tuků a cholesterolu a zvýšenou konzumaci ovoce a vlákniny k udržení normální tělesné váhy. Míra tohoto chování byla podmíněna pohlavím, percepcí vlastního těla, hodnotou body mass index (BMI)⁷ a snahou zhubnout. Studenti pravidelně snídali a méně svačili mezi hlavními jídly, a to především ti s nižší hodnotou BMI v pásmu normy. Průměrná hodnota BMI byla u spodní hranice pásma normy. Přesto se někteří vnímali jako mající nadváhu; ti potom jedli méně porcí denně a více kontrolovali svoji stravu z hlediska výživových hodnot a výběru potravin. Asi polovina osob majících nadváhu se aktivně snažila zhubnout (Monneuse a kol., 1997).

Longitudinální studie Bergeho a kol. (2014) zjišťovala souvislosti mezi každodenními zdravotními návyky (stravování, pohybová aktivita), tělesnou váhou a rodinným stavem u amerických mladých dospělých různých ras. Výsledky ukazují na častější nadváhu až obezitu u ženatých mladých mužů v porovnání s nezadanými či zasnoubenými jedinci. Vdané ženy snídaly minimálně 5krát týdně ve více případech, než tomu bylo u ostatních žen. Typ svazku nesouvisel s frekvencí pohybové aktivity. Autoři došli k názoru, že manželství je rizikovým faktorem pro vznik nadváhy a obezity u mladých mužů, avšak je i protektivním faktorem pro mladé ženy ve smyslu chování podporujícího zdraví související s nadváhou nebo obezitou.

Studie Byrd-Bredbennera a kol. (2016) korelovala míru kognitivní zátěže se stravovacím chováním, fyzickou aktivitou, BMI a obvodem pasu u vysokoškolských studentů, vystavovaným jak akutnímu, tak chronickému stresu. Osoby s velkou kognitivní zátěží konzumovaly méně ovoce a zeleniny, byly citlivější vůči vnějším faktorům, vykazovaly nižší seberegulaci ohledně zdravého stravování, častější emoční jedení a vyšší

⁷ index tělesné hmotnosti (Kohoutek, 2015)

běžnou a kompenzační zdrženlivost oproti osobám s nízkou kognitivní zátěží. Vysoká kognitivní zátěž korelovala, ovšem ne signifikantně, také s BMI, obvodem pasu, držením diet, jedením sladkostí, pitím alkoholu a fyzickou aktivitou. Autoři zmiňují, že na základě těchto výsledků by se mohla zvýšit efektivita preventivních i intervenčních programů proti obezitě.

Pohybová aktivita

Z fyziologie tělesné zátěže jsou známy pozitivní důsledky pravidelného pohybu na lidský organismus, ať už je to metabolická, kardiovaskulární, respirační, imunitní, termoregulační, hormonální a psychologická adaptace, i adaptace pohybové soustavy a kognitivních funkcí. Naopak nedostatek pohybové aktivity a „netrénovanost“ mají negativní vliv na uvedené soustavy či oblasti. Jsou jedním z rizikových faktorů civilizačních nemocí, tzv. chronických neinfekčních onemocnění, jejichž výskyt v populaci je stále častější. Patří mezi ně např. diabetes mellitus druhého typu, obezita, hypertenze, infarkt myokardu, žaludeční vředy aj. (Stejskal, 2014). Pohybová aktivita má nenahraditelný význam terapeutický a sekundárně preventivní u uvedených civilizačních onemocnění i jiných dalších, jako např. u osteoporózy a chronických respiračních onemocnění (Stejskal, 2004). Na rizika sedavého životního stylu upozorňuje Neelova hypotéza o tzv. úsporném genotypu, jež je základem teorie interakce dědičnosti a životního stylu (cit. dle Stejskal, 2014). Nedostatek pohybové aktivity významně podporuje i emoční napětí (Míček, 1984).

Kantor a kol. (2015) měřili u venkovských amerických žáků 3. až 5. třídy španělského původu frekvenci fyzické aktivity, míru sedavého způsobu života a kvalitu života související se zdravím zahrnující fyzické, emocionální, sociální a školní fungování. Byl zjištěn rozdíl mezi pohlavími v jednotlivých faktorech - dívky dosahovaly vyšších skóre v jednotlivých dimenzích kvality života i celkově. Mezi množstvím tělesného tuku či hraním videoher a kvalitou života nebyly zjištěny žádné signifikantní souvislosti. Počet sportovních týmů, jejichž členy byli probandi v posledním roce, souvisel přímo úměrně s fyzickou, sociální a celkovou kvalitou života. Počet hodin strávených sledováním televize nepřímo úměrně souvisel s mírou fyzické, emoční a celkové kvality života.

Participantům výzkumu Lerdala, Celiuse a Pedersena (2013), kteří absolvovali tříměsíční cvičební program, se zvýšila fyzická zdatnost, kvalita života související se zdravím (HRQoL), duševní zdraví, výkon v každodenních aktivitách, celkové zdraví a snížila se váha po absolvování programu. Zmiňovaný pozitivní efekt přetrvával

i po 12 měsících, stejně jako subjektivně vnímané zlepšení zdraví. Pravidelné cvičení má tedy vliv jak na zdraví, tak na kvalitu života související se zdravím.

Frekvence a množství pohybové aktivity pozitivně koreluje se životní spokojeností. Ve dnech, kdy byli probandi více aktivní, než obvykle, pociťovali větší životní spokojenost. Ovšem míra pozitivního efektu pravidelné tělesné aktivity na životní spokojenost se v průběhu života dospělého člověka mění, s věkem se zvyšuje a zesiluje (u osob do 37 let je vztah spíše slabý, u osob starších je silný). U mladších dospělých je tento vztah založen na každodenní fyzické aktivitě. U starších osob vztah zahrnuje běžnou míru fyzické aktivity a záleží nejvíce na tom, zda člověk vůbec je či není fyzicky aktivní. Zmiňovaná studie poukazuje na vliv kolísání frekvence pohybové aktivity na osobní pohodu a objasňuje rozdíly v dynamice životní spokojenosti. Tyto poznatky mohou napomoci ke zvýšení životní spokojenosti (Maher a kol., 2015).

Souvislost mezi volnočasovými pohybovými aktivitami a kvalitou života byla měřena ve Španělsku u osob starších 60 let žijících v komunitě. Mezi nejčastější aktivity patřily chůze, zahradničení a plavání. Více volnočasových pohybových aktivit a méně sedavého životního stylu korelovalo s lepší dlouhodobou kvalitou života. „Nejpohyblivější“ jedinci (tj. více než 37,5 h týdně u mužů a 26,5 h týdně u žen) dosahovali vyšších hodnot téměř ve všech kategoriích kvality života, tzn. ve fyzickém fungování, fyzické roli, tělesné bolesti (ve smyslu snížení bolesti), vitalitě, emočním fungování, emoční roli a duševním zdravím, oproti jedincům se sedavým životním stylem. Obecně nejlepších hodnot však dosahovali ti s průměrnou mírou pohybové aktivity (tj. nad 25/21 h týdně u mužů/žen) (Balboa-Castillo, 2011). Obě extrémní hodnoty na ose frekvence pohybové aktivity nemají tak pozitivní vliv na zdraví a kvalitu života.

Odpočinek a spánek

Ve spánku strávíme asi třetinu života a jeho podoba se odráží na kvalitě života. Během spánku se regenerují duševní, kognitivní i fyzické síly a funkce, probíhají metabolické pochody. Poruchy spánku obecně ovlivňují fyzické zdraví, v důsledku vyplavování stresových hormonů dochází k urychlení aterosklerotických změn a vzniku onemocnění tím podmíněných. Fragmentace spánku podporuje vznik metabolického syndromu, obezity, diabetes mellitus 2. typu či deprese, také vznik poruch neuroendokrinního a imunitního systému. Fyziologický spánek, jak svou délkou, tak kvalitou, hraje roli při hodnocení kvality života (Nevšímalová, 2007).

Akutní i chronický spánkový deficit vede k obezitě (a jiným), ovlivňuje totiž činnost hypothalamu. Snižuje se hladina leptinu⁸, což vede k nárůstu příjmu potravy a redukci energetického výdeje. Naopak se zvyšuje hladina grelinu⁹, po čemž narůstá pocit hladu. Člověk bdící delší dobu má také více času přijímat potravu (Dohnal, 2013).

Americká studie Strineho a Chapmana (2005) zjišťovala souvislosti problémů se spánkem u téměř 80 000 probandů. Osoby, které trpěly problémy se spánkem, vykazovaly signifikantně horší zdraví celkově, dále pravidelný fyzický a duševní stres, omezení aktivity, depresivní symptomy a vyšší úzkost a bolest v porovnání s osobami bez spánkových problémů. U osob s problémy se spánkem se též častěji objevovaly faktory ohrožující zdraví, jako kouření, nesportování, obezita, a u mužů navíc i nadměrná konzumace alkoholu.

Chen, Gelaye a Williams (2014) zkoumali kvalitu spánku u mladých dospělých (do 40 let) a její souvislost se zdravím. Nespavost, spánková latence, problematické usínání, spaní přes den a časté užívání léků na spaní signifikantně korelovalo s nízkou duševní i celkovou kvalitou života související se zdravím (HRQoL). Jedinci, kteří spali méně než 7 hodin denně, vykazovali v porovnání s osobami, které spaly 7 hodin a déle, horší celkový zdravotní stav, nízkou fyzickou, duševní i celkovou HRQoL.

U studentů prvního ročníku soukromé vysoké školy bydlících v kampusu byl zjišťován vztah mezi se zdravím souvisejícím chováním a studijním průměrem. Vyšší studijní prospěch signifikantně souvisel po řadě se snídáním, čtením spirituálních textů, organizací času a ženským pohlavím. Nejsilnější reverzní korelace se vyskytla mezi prospěchem a pozdním časem vstávání a chození spát v pracovních i víkendových dnech. Pouze mírný vztah, nepřímo úměrný, byl nalezen mezi odpracovanými hodinami během týdne, počtem prospaných hodin během víkendu a studijním průměrem. Pomocí regresní analýzy stanovili autoři studie za prediktory lepších studijních výsledků studium spirituálních textů a trénink síly, v opačném smyslu potom pozdní dobu vstávání a počet odpracovaných hodin (Trockel a kol., 2000).

Stres a copingové strategie

Stres má významný vliv na zdraví člověka. Během stresu dochází k hypertenzi, což umožňuje maximalizovat fyzický výkon („boj nebo útěk“), může však vést až hypertenzi

⁸ hormon tlumící chuť k jídlu (Dohnal, 2013)

⁹ hormon redukující energetický výdej, stimulující pocit hladu a tedy i příjem potravy, navyšuje produkci glykogenu (Dohnal, 2013)

trvalé. Člověk zvyšuje příjem živin, aby tělo mělo dostatek energie, což při dlouhodobější situaci může podporovat vznik či rozvoj obezity. Dochází též k imunosupresi. Při chronickém stresu jsou časté poruchy imunity. Opioidní peptidy vyplavované při stresu působí analgeticky. Je zvýšená sekrece vazopresinu a prolaktinu, jež brání početí v době chronického stresu (Trojan, 2003). Dlouhodobé působení stresu je jednou z příčin progresu tzv. civilizačních chorob (Stejskal, 2014).

Tzv. daily hassles, tj. každodenní malé nepříjemné události, mají jak přímý, tak nepřímý účinek na zdraví člověka. Do přímého řadíme vliv na imunitní, endokrinní a nervový systém, nepřímo ovlivňuje chování člověka např. změnou životního stylu (Křivohlavý, 2001).

Studie Ng a Jeffery (2003) zkoumala vztah mezi mírou stresu a se zdravím souvisejícím chováním u osob z 26 pracovišť. Původní studie hodnotila metody podporující omezení kouření na pracovišti. Vysoká míra stresu souvisela se stravou obsahující velké množství tuků, jen ojedinělým cvičením, s kouřením cigaret a zvýšením frekvence kouření v poslední době, sníženou schopností přestat kouřit a nekouřit během prožívání stresové události. Současní kuřáci udávali větší míru stresu než nekuřáci. Cesta od stresu k nemoci je zřejmě částečně podpořená „nezdravým“ chováním.

I další výzkum potvrzuje, že vysoká míra stresu souvisí chováním ohrožujícím zdraví. Respondenti sarajevského výzkumu Kurspahić-Mujčić a kol. (2014) do 27 let prodělali v posledních 12 měsících průměrně 4 velmi stresující události (60-100 bodů podle Škály životních událostí; Holmes & Rahe), osoby nad 27 let průměrně 2. U mladší skupiny se častěji objevovala neadekvátní výživa a kouření. Ve starší skupině měli častěji respondenti nadváhu a omezenou pohybovou aktivitu. Osoby z obou skupin konzumovaly alkohol. Jedinci s vyšší mírou stresu signifikantně více konzumovali alkohol a kouřili, u ostatního rizikového chování nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Jak souvisí self-control, copingové strategie a fyzické a duševní zdraví zkoumali Boals a kol. (2011). Míra sebekontroly predikovala přímo úměrně životní spokojenost, naopak nepřímo úměrně fyzické symptomy, pití alkoholu, depresi, míru vnímaného stresu a vyhýbavou strategii zvládání. Vyšší hodnoty sebekontroly souvisely s menším počtem symptomů fyzických i psychických a méně častou vyhýbavou strategií. Nižší sebekontrola byla spojena se zdravím ohrožujícím chováním, což bylo spojeno s horším duševním zdravím a větším počtem fyzických symptomů. Podle autorů tedy může být míra sebekontroly indikátorem rozvinutí zdraví ohrožujícího chování.

Vysoká míra stresu a vnímání, že stres má dopad na zdraví, jsou spojené s horším fyzickým i duševním zdravím. Jedinci, u kterých se vyskytovaly oba zmíněné faktory současně, měli zvýšené riziko předčasného úmrtí následkem stresu (Keller a kol., 2012).

Duševní hygiena

Vyrovnaný, duševně zdravý člověk je odolnější vůči somatickým nemocem, především proti těm, na které se nahlíží jako na nemoci psychosomatické (žaludeční vředy, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu aj.). Na základě poznatků psychosomatiky víme o vlivu stresu a jiných negativních faktorů na zdraví jedince. Funguje to i opačným směrem, tělesné nemoci snižují duševní rovnováhu (Míček, 1984). Duševní hygiena napomáhá především těmto negativní vlivům předcházet, odstranit je nebo alespoň snížit jejich dopad na člověka, a má tak celkově vliv na kvalitu života.

Relaxace a imaginace mohou pomoci snížit bolest a tím zlepšit kvalitu života osob s bolestí. Pacienti s chronickou středně intenzivní orofaciální bolestí a/nebo bolestí hlavy absolvovali sebeinstruktážní trénink progresivní relaxace. Po 3 měsících se intenzita vnímané bolesti u všech pacientů snížila, u většiny i její frekvence a trvání (Kirschneck a kol., 2013). V jiném výzkumu absolvovali účastníci s chronickou bolestí různé lokace 6týdenní terapii složenou z Jacobsonovy progresivní relaxace a řízené imaginace se sugestivními formulkami ohledně vnímání a kontroly bolesti. Bylo u nich zjištěno statisticky významné zlepšení v bolesti (tj. její snížení), duševním zdravím a kvalitě života oproti kontrolní, čekací, skupině, která tuto terapii toho času nepodstoupila (Chen & Francis, 2010). Pravidelná Jacobsonova relaxace po dobu 8 nebo 14 týdnů zvýšila psychologickou a sociální složku kvality života u osob s chronickým srdečním selháním (Yu, Lee & Woo, 2009).

Na žvýkání může být nazíráno jako na relaxační techniku. Dřívější výzkumy potvrdily, že žvýkání žvýkačky může preventivně působit proti negativním efektům akutního stresu. Smith (2009) ve svém výzkumu sbíral data o zdravotním stavu, stresových událostech, subjektivně vnímané míře stresu a frekvenci žvýkání u více než 2200 probandů pracujících na plný úvazek. Přes 60 % osob běžně žvýkalo žvýkačku. Žvýkání bylo spojeno s nižší mírou vnímaného stresu (jak běžného životního, tak pracovního). Tyto osoby byly méně často depresivní a nemuseli docházet na kontroly ohledně krevního tlaku a vyššího cholesterolu. Spotřeba alkoholu byla nízká, taktéž kouření cigaret. Byli častěji extroverti a ve větší míře neurotičtí. Ovšem také byli s větší pravděpodobností více vystavováni negativním faktorům v práci. Hodnoty byly signifikantní i za kontroly

intervenujících proměnných (demografické údaje, osobnost, se zdravím související chování). Z výsledků vyplývá, že žvýkání by mohlo být velmi jednoduchou metodou k prevenci stresu a negativních efektů na zdraví, které způsobuje.

Užívání návykových látek (kouření, konzumace alkoholu)

Není nutno zdůrazňovat, že užívání návykových látek škodí jak zdraví kouřícího, tak zdraví osob v okolí kuřáka. Výzkum Inaba a kol. (1998) se zabýval chováním ovlivňujícím zdraví (stravování a prevence rakoviny) a kuřáctvím u manželů. Kouření jednoho z manželů souviselo s chováním ohrožujícím zdraví a horším zdravotním stavem jeho partnera. Nejvýraznější negativní vliv byl nalezen u ženy-nekuřáčky a muže-kuřáka. Partneři kuřáci častěji vykazovali chování ohrožující zdraví.

Evers a kol. (2014) zkoumali souvislosti mezi chováním ohrožujícím zdraví, osobní pohodou a produktivitou. Mezi kategorie chování ovlivňující zdraví bylo zahrnuto kouření, fyzická aktivita, zdravá strava, konzumace ovoce a zeleniny, efektivní copingové strategie, prevence deprese, spotřeba alkoholu, užívání antihypertenziv a léků upravujících hladinu cholesterolu. Autoři pozorovali signifikantní nepřímý úměrný vztah mezi chováním ohrožujícím zdraví a fyzickým a emočním zdravím. Čím více vykazovali probandi kategorií ohrožujících zdraví, tím nižších hodnot dosáhli ve fyzickém a emočním zdraví. Podle udávané míry životní spokojenosti vytvořili autoři 3 kategorie, a to „prosperující“, „trpící“ a mezikategorii „bojující“. Osoby *prosperující* referovaly o vyšším fyzickém a emočním zdraví naproti ostatním dvěma kategoriím. Produktivita se lišila u všech kategorií, u *prosperujících* dosahovala nejvyšších hodnot, u *trpících* naopak nejnižších.

Sociální opora

Sociální opora, podpora a pomoc od ostatních, kterou lze v případě potřeby využít, může ovlivnit způsob vyrovnávání se s náročnými situacemi, a tím i zdraví a psychickou pohodu člověka. Proto začlenění jedince do sociální sítě hraje v životě důležitou roli (Šolcová & Kebza, 1999).

Howell a kol. (2014) zkoumali souvislosti mezi sociálními vazbami a zdravím během letní školy v Irsku doktorandských studentů 26 národností z Evropy, USA a Austrálie. Výzkum obsahoval 4 komponenty. Studenti byli dotazováni ohledně jejich sociální sítě před letní školou, dále ohledně zdraví, sociální opory a nově vzniklých vztahů během letní školy, také reaktivity na stres a online sociální sítě po absolvování letní školy. Během letní školy dramaticky vzrostla hustota sociální sítě. Autoři studie korelovali

každou hodnotu zdraví a osobní pohody se sociální oporou a pozicí v sociální síti. Míra centrality pozice v sociální síti pozitivně korelovala se zdravím-ohrožujícím chováním a se symptomy fyzické nemoci, což naznačuje, že záliba v konzumaci alkoholu a chování, které mělo za následek fyzické symptomy, bylo častější mezi těmi, kteří si vytvořili a hlídali centrální pozici v sociální síti. Chování podporující zdraví nesouviselo s pozicí v sociální síti. Sociální opora signifikantně korelovala s účinností a štěstím. Míra se zvyšovala, podobně jako u předchozího, s mírou centrality pozice. U obou je to proto, že jsou výsledkem pozice v sociální síti. „Centralita“ tedy souvisela jak s větší psychickou pohodou, tak i s častější konzumací alkoholu a horším zdravotním stavem. Zapojení do sociální sítě snižovalo míru stresu při matematických úkolech.

Finská studie Nieminena a kol. (2013) se zabývala sociálním kapitálem (především zapojení do společnosti a sociální sítě), zdravím podporujícím chování a zdravím. Sociální vztahy souvisely s veškerým zdravím podporujícím chováním (volnočasové fyzické aktivity, spotřeba zeleniny, délka spánku, kouření, užívání alkoholu). Vysoká míra důvěry a reciprocity měla vztah k nekuřáctví a dostatečné délce spánku. Vysoká míra sociální opory se vztahovala k dostatečné délce spánku a denní spotřebě zeleniny. Sociální opora, důvěra a reciprocita korelovaly se subjektivně vnímaným zdravím a osobní pohodou. Tedy bez ohledu na sociální status vykazovaly osoby s vyšším sociálním kapitálem vyšší míru zdraví jak fyzického, tak psychického. Část vztahu mezi sociálními vztahy a zdravím může být vysvětlena fyzickou aktivitou.

Jiný výzkum se zaměřil na Američany starší 60 let. Hodnocené chování (fyzická aktivita, návštěvy zubaře více než 2 roky, kouření, nadměrné pití alkoholu) se ve starším věku objevovalo méně. Fyzická aktivita a jiné zdraví podporující chování souviselo s velikostí okruhu přátel. Osoby v manželském vztahu či žijící s partnerem měly větší počet blízkých přátel a také přístup k emoční podpoře, vykazovaly častěji minimálně střední frekvenci pohybové aktivity, pravidelné návštěvy u zubaře a nekuřáctví. Samostatně žijící osoby častěji nadměrně konzumovaly alkohol. Byl nalezen rozdíl ve fyzické aktivitě, návštěvách zubaře a kouření mezi sociálními vrstvami; u jedinců s vyšším příjmem a vyšším stupněm vzdělání se objevovalo toto zdraví podporující chování, nicméně se u těchto osob častěji objevovalo i nadměrné pití alkoholu (Watt a kol., 2014).

1. 4. 4 Výsledky probíhajícího grantového výzkumu

Grantový výzkum s názvem „Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely, konsekvence“ probíhá od roku 2013 pod záštitou Psychologického ústavu Masarykovy Univerzity v Brně. Níže zmiňujeme jeho dosavadní výsledky.

V průběhu života se chování související se zdravím mění. Všechny věkové skupiny (20 - 35, 36 - 50, 51 - 65, 65+) se statisticky významně lišily ve všech faktorech chování vyjma duševní hygieny. Zdravé stravování se zvyšuje s věkem, a to především u mužů. Mladí muži se o zdravou stravu zajímají jen velmi málo, zatímco v nejstarší skupině se míra péče o zdravé stravování zvyšuje, ale neliší se mezi ženami a muži. Pravidelný denní režim lépe udržovali respondenti ve starších skupinách, nejvyšších hodnot dosahovali ti v nejstarší skupině. V míře Fyzické aktivity byl výsledek opačný než u předchozích. V porovnání se staršími skupinami je fyzická aktivita vyšší u mladých osob, hlavně v mladém věku. Hodnoty Vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám se lišily jak pro věk, tak pro pohlaví. Mladí jedinci se návykovým látkám vyhýbali nejméně, nejvíce se jim vyhýbaly osoby z nejstarší skupiny. Ženy dosahovaly mírně vyššího skóre (Dosedlová, Klimusová & Burešová, 2016).

Pomocí shlukové analýzy bylo definováno z chování ovlivňujícího zdraví 6 typů životního stylu u adolescentů ve věku 12 - 19 let. Popíšeme jednotlivé typy z hlediska dosažených skóre v jednotlivých faktorech chování ovlivňujícího zdraví: 1) *Hodná holka/hodný kluk* (23,3 % osob) - nadprůměrné skóre ve všech faktorech chování, zejména pak ve Zdravém stravování a Fyzické aktivitě; 2) *Sportovec* (15,5 %) - nadprůměrné skóre ve Fyzické aktivitě, Vyhýbání se návykovým látkám a Duševní pohodě, mírně podprůměrné skóre v Pravidelném režimu a velmi nízké skóre ve Zdravém stravování; 3) *Mrzout* (13,5 %) - vysoce podprůměrné skóre v Duševní pohodě, podprůměrné hodnoty v Pravidelném režimu a mírně nadprůměrné hodnoty v ostatních faktorech; 4) *Riskující typ* (5,5 %) - extrémně vysoké hodnoty v Nevyhýbání se návykovým látkám, podprůměrné skóre ve Zdravém stravování a Duševní pohodě, v ostatním průměrné hodnoty; 5) *Relaxovaný typ* (12 %) - vysoké skóre ve Zdravém stravování, nejlepší výsledky v Duševní pohodě, podprůměrné hodnoty v ostatních faktorech (návykovým látkám se nevyhýbá výrazně); 6) *Lenoch* (30,2 %) - velmi podprůměrné skóre ve Fyzické aktivitě, průměrné hodnoty ve Zdravém stravování a Duševní pohodě, nadprůměrné hodnoty ve Vyhýbání se návykovým látkám a Pravidelném režimu. Výzkum se zabýval rovněž souvislostmi mezi zmíněnými typy a osobnostními charakteristikami (Big 5). Nejvyšších hodnot v extraverci dosáhl Sportovec a Relaxovaný typ, zatímco Mrzout byl poslední

za všemi ostatními. Ten rovněž vykazoval nejvyšší hodnoty neuroticismu. Signifikantní rozdíl byl pozorován u svědomitosti mezi Hodnou holkou/klukem (nejvyšší skóre) a Riskujícím typem (nejnižší skóre). Nejvyššího skóre v dotazníku Zdravotních stesků vykazoval Mrzout. Nejvyššího celkového duševního zdraví dosáhly typy Hodná holka/kluk a Relaxovaný typ, nejnižšího potom Mrzout a Riskující typ (Burešová a kol., 2016).

Slezáčková a Klimusová (2015) zjišťovaly souvislosti zdraví podporujícího chování s duševním zdravím a životními hodnotami u osob od 15 do 93 let. Signifikantní souvislosti byly zjištěny mezi zdravotními steskami a emocionální složkou¹⁰ duševního zdraví ($r = -0,32$) a celkovým duševním zdravím ($r = -0,29$). Duševní zdraví celkově i jeho jednotlivé složky významně souvisely se životními hodnotami Harmonie, Zdraví, Přínos společnosti i Úspěch, nejtěsnější vztah byl nalezen mezi sociální složkou pohody a Přínosem společnosti ($r = 0,25$) a emocionální složkou pohody a Harmonií ($r = 0,24$). Významné byly rovněž souvislosti mezi zdravotními steskami a Duševní pohodou jako faktorem zdraví podporujícího chování ($r = -0,37$) a Pravidelným režimem ($r = -0,25$). Nejvýznamnějšími prediktory duševního zdraví se ukázaly faktory Duševní pohoda ($\beta=0,49$), Fyzická aktivita ($\beta=0,19$), Přínos společnosti ($\beta=0,12$) a Pravidelný režim ($\beta=0,11$).

Další ze studií se zabývala optimismem a chováním souvisejícím se zdravím u studentů a dospělých ve věku 16 - 96 let. Byl zjištěn signifikantní vztah mezi podporou duševního zdraví a jejími prediktory - defenzivní pesimismus ($\beta=-0,34$) a optimistický explanační styl ($\beta=0,32$). Prediktory subjektivně vnímaných zdravotních problémů se ukázaly faktory Odpočinek a pravidelný denní režim ($\beta=-0,29$), Podpora duševního zdraví ($\beta=-0,25$) a Zdravé stravování ($\beta=-0,17$). Ostatní faktory, včetně optimismu a pesimismu, nedosáhly signifikantní hodnoty jako prediktory chování podporujícího zdraví. V diskuzi autoři uvádějí důležitost optimismu pro zdraví jedince, byť v této studii nevyšel jako jeho významný prediktor (Dosedlová a kol., 2015).

1. 4. 5 Prevence fyzického zdraví

Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární prevence zahrnuje postupy, které zamezují vzniku nemoci. Může mít charakter specifický, konkrétní, a nespecifický, obecný. Cílem sekundární prevence je předejít komplikacím již propuknuté choroby, jejímu dalšímu rozvoji či přechodu do chronicity. Terciární prevence

¹⁰ viz kapitola 3.2 Teorie a složky osobní pohody

se zabývá zmírněním dopadu choroby nebo problémového jevu na člověka a zabráněním recidivě (Kebza, 2005). Důraz se klade především na aktivní podporu zdraví a předcházení nemocem.

Vhodnými zásahy preventivními, léčebnými, výchovnými, rehabilitačními, sociálními, ale i organizačními může být zdraví člověka posilováno, upevňováno a zjištěná porucha včas podchycena a léčena. Je možno systematicky sledovat, jak nevhodný životní styl, změny v sociální situaci jedince, náhlé životní události či působení škodlivých jevů v okolí zhoršuje zdravotní stav jedince. Z těchto poznatků lze odvodit rozumná nápravná opatření, a to jak pro jedince, tak pro širší skupiny či pro celou populaci v rámci různých preventivních, zdravotních, sociálních či výchovných programů (Břicháček, 2007).

Změna životního stylu má primárně i sekundárně preventivní charakter. Korelační studie Burkeho a kol. (2006) porovnávala 2 skupiny hypertoniků s nadváhou, z čehož jedna skupina absolvovala běžný typ péče, tj. užívání léků, a druhá 4měsíční zdravotní program, který zahrnoval nižší příjem sodíku, naopak hodně ovoce a ryb a pravidelnou fyzickou aktivitu. Krevní hodnoty (lipidy, glukóza, inzulin) a váha byly měřeny po 4 a 16 měsících. Na počátku terapie nebyl mezi oběma skupinami rozdíl. Účastníci programu zhubli více kilogramů, měli nižší množství tuku a obvod pasu a více bílkovin než ti s běžnou péčí, a to jak po 4 měsících, tak při druhém měření. Též změnili jídelníček (méně tučných výrobků, více zeleniny a ryb). Změna životního stylu a eliminace rizikových faktorů má dlouhodobé příznivé výsledky pro pacienty s hypertenzí (a nejen pro ty).

Sociální opora skupiny, změna jídelníčku, nácvik zvládání stresu a cvičení se podílejí na léčbě ischemické choroby srdeční a jejích rizikových faktorů. Podpůrná skupina měla vliv po 1 roce především na krevní tlak, zvládání stresu a kvalitu života (škály tělesná bolest, sociální fungování, duševní zdraví); ti, kdo ji navštěvovali více, dosahovali lepších hodnot. Osoby, které často navštěvovaly skupinu, také věnovaly týdně více času cvičení (Schulz a kol., 2008).

Donaldson (1999) shrnul *10 nejesenciálnějších zásad pro lepší zdraví*. Člověk by neměl kouřit (anebo alespoň kouření omezit na minimum), pít alkohol (anebo ho konzumovat střídavě), vystavovat se prudkému slunci, měl by pravidelně provozovat pohybovou aktivitu, naučit se zvládat stres (kvalitní copingové strategie), dodržovat pravidla silničního provozu, provozovat bezpečný sex, měl by se vyváženě stravovat,

účastnit preventivních programů proti rakovině a naučit se první pomoc (cit. dle Kebza, 2005). Mimo péči o tělesné zdraví by člověk neměl zapomínat starat se i o svou duši, o svoji pohodu. K těmto tématům se dostaneme v dalších kapitolách.

1.5 Krevní skupiny

Krevní skupiny rozlišujeme podle antigenních systémů na membráně erytrocytů. Mezi antigenní systémy patří mimo jiné antigeny nazývané aglutinogeny a protilátky zvané aglutininy. Přírozené aglutininy jsou imunoglobuliny, které se objevují až okolo 3. měsíce věku a jejich počet ve stáří klesá. Jsou přirozeně obsaženy v plazmě, nebo se vytváří při imunizaci. Podle Landsteinerova pravidla se v krevní plazmě jednoho člověka nevyskytují protilátky proti vlastním aglutinogenům. Antigeny jsou obsaženy mimo jiné v buňkách epitelu gastrointerstinálního, bronchopulmonárního, urogenitálního a buňkách kůže (Trojan, 2003).

Existuje více systémů krevních skupin, my se budeme zabývat systémem AB0(H). V něm rozlišujeme 4 typy krevních skupin, a to A, B, AB a 0. Jedinec s krevní skupinou A má aglutinogen A a aglutinin anti-B. V České Republice je tento typ nejčastější, vyskytuje se zhruba u 42 % osob. Na membráně červených krvinek osoby s krevní skupinou B je aglutinogen B a aglutinin anti-A. Tento typ je méně častý, cca z 14 %. Člověk se skupinou AB má aglutinogeny oba, A i B, a žádnou protilátku. Výskyt tohoto typu je necelých 7%. Osoba s krevní skupinou 0 nemá ani aglutinogen A, ani B, má ovšem antigen H a aglutinin anti-A i anti-B. Tento typ se vyskytuje často, asi v 38 % (Trojan, 2003).

Rozložení krevních skupin ani po světě není rovnoměrné (Muschel, 1966) vlivem přírodního výběru, ale i z důvodu mutací a vlivu krevních skupin na různé nemoci (Garratty, 2005). Skupina 0 je zastoupena nejčastěji, a to z 60 %, skupina A v 21 %, skupina B v 15 % a skupina AB je zastoupena nejméně často (D'Adamo, 2002).

1.5.1 Krevní skupiny a zdraví

Panuje názor, že krevní skupiny souvisejí se zdravím, nicméně není zatím dostatečně prozkoumán a vědecky podložen. Velice módní záležitostí je například *dieta podle krevních skupin*. Vychází z myšlenky, že člověk by měl jíst to, na co je z historického hlediska nejvíce zvyklý. Tato informace je zakódována geneticky a v praxi znamená, že každá krevní skupina přibírá na váze z odlišných potravin. Také vysvětluje, proč je některým lidem po určitém jídle špatně a jiným ne (Mačingová, 2014).

Osoby s krevní skupinou A byly v dřívějších dobách zemědělci. Jejich strava byla především vegetariánská, a proto jsou pro ně vhodné potraviny rostlinného původu (ovoce, zelenina, obiloviny), luštěniny, tofu a rostlinné oleje. Nevhodné je maso kromě rybiho. Jedinci s krevní skupinou B byli pastýři. Vhodné jsou mléčné výrobky a mléko, vejce, ryby, králíci a jehněčí maso, banány a hroznové víno. Nevhodné jsou naopak brambory, kukuřice a pšeničná mouka. Strava pro osoby s krevní skupinou AB je přísnější kombinací předešlých dvou. Lidé s krevní skupinou 0 jsou podle této diety masožravci, jelikož jejich předkové byli především lovci. Doporučené je (hovězí a drůbeží) maso, ryby a zelenina. Za nevhodné jsou pro tuto skupinu považovány obiloviny, luštěniny, hořčice nebo květák (D'Adamo, 2002; Wang a kol., 2014). Nicméně, metaanalýza 16 studií zahrnujících dietu podle krevních skupin nepotvrdila její zdravotní benefity, což naznačuje, že tato dieta postrádá důkazy zmiňovaných pozitivních efektů na organismus (Cusack a kol., 2013).

Výzkum ohledně krevních skupin a zdraví je teprve v počátcích. V následujících řádcích si představíme některé studie. Kanadští výzkumníci Wang, García-Bailo, Nielsen a El-Sohemy (2014) zkoumali výskyt a míru kardiometabolických rizikových faktorů u jednotlivých diet podle krevních skupin (viz výše). V souvislosti s dietou podle krevní skupiny A měly osoby nižší krevní tlak, BMI a obvod pasu, hladinu cholesterolu, triglyceridů a inzulinu, inzulinovou rezistenci a funkci beta-buněk. U osob, které dodržovaly dietu typu AB, byla nižší hladina krevního tlaku, triglyceridů, inzulinu, inzulinové rezistence a funkce beta-buněk. Dieta typu 0 byla spojena s nižší hladinou triglyceridů. Tyto výsledky mohou vysvětlovat neoficiální důkazy, na kterých stojí dieta podle krevních skupin. Ta je však víceméně návodem na zdravé stravování. Nicméně, výsledky výzkumu naznačují nezávislost zkoumaných faktorů na krevních skupinách, a tedy nepodporují hypotézu o dietě podle krevních skupin.

Henry a Samuelsson uvedli, že krevní skupiny mohou být spojeny s různými nemocemi. Jedinci se skupinou A jsou více ohroženi bakteriálními infekcemi, rakovinou a poruchou srážlivosti, zatímco virové infekce, autoimunitní a krvácivé choroby se vyskytují spíše u jedinců se skupinou 0 (Henry & Samuelsson, 2000; cit. dle Shimizu a kol., 2004).

V čínském výzkumu zkoumal Cao a kol. (2014) souvislost mezi krevními skupinami a délkou přežití u pacientů s *rakovinou tlustého střeva*. V porovnání osob s krevní skupinou AB přežívaly osoby s ostatními skupinami (A, B a 0) signifikantně delší dobu (113,9 oproti 106,1 měsícům v průměru). Poměr rizika onemocnění u ostatních

skupin byl signifikantně vyšší. U AB skupiny byl častěji vyšší BMI, i když v normě, a tumor v levé části tlustého střeva. Pacienti s tumorem vlevo a krevní skupinou AB přežívali déle než pacienti s jinými krevními skupinami. Pokud byl tumor situován v pravé části, nejevily se mezi skupinami žádné rozdíly. Spojitost mezi krevní skupinou a progresí rakovinou tlustého střeva vysvětlují autoři sníženým množstvím antigenů. Navíc, snížené množství antigenů A a B se objevuje při hojení ran, kdy epiteliální buňky sousedící s ránou během několika hodin po zranění vykazují méně antigenů. Až se rána zhojí, antigeny se zde opět usadí.

Longitudinální studie na zdravotnících v USA se zabývala rizikem *rakoviny pankreatu*. U probandů s krevními skupinami A, B nebo AB se signifikantně častěji rozvinula rakovina pankreatu v porovnání s probandy krevní skupiny 0. U těchto osob se tedy vyskytuje vyšší riziko rozvinutí rakoviny pankreatu než u skupiny 0 (Wolpin a kol., 2009). Jiný americký výzkum vypovídá o vyšším riziku rakoviny kůže u osob s krevní skupinou A, B a AB (Xie, Qureshi, Li & Han, 2010). Výzkumy však nevysvětlují mechanismus vzniku onemocnění.

Studie Suna a kol. (2014) na čínské populaci porovnává výskyt 13 typů *rakoviny* a *mortality* mezi krevními skupinami u téměř 340 000 osob. U výsledků byl kontrolován vlivu věku, pohlaví, vzdělání, kuřáctví, pití alkoholu, fyzické aktivity a BMI. Studie vypovídá o signifikantně vyšším riziku karcinomu žaludku a mortalitě u krevní skupiny A oproti skupině 0. Vyšší riziko rakoviny slinivky se objevuje u skupin A, B a AB oproti skupině 0, přičemž u skupiny B se spolu s mortalitou vyskytovala nejčastěji. Naproti tomu byl u skupiny 0 vyšší výskyt rakoviny ledvin oproti ostatním skupinám, u AB dokonce signifikantně méně často než u skupiny 0. U skupiny AB byl pozorován mírně snížený výskyt rakoviny obecně oproti skupině 0.

U krevní skupiny 0 je též nižší riziko výskytu *žilní trombembolie* (Ohira a kol., 2007). V Tokiu zkoumali Shimizu a kol. (2004) souvislost mezi krevními skupinami a *průměrnou délkou života*. Zjišťovali výskyt jednotlivých krevních skupin u osob starších 100 let v porovnání s mladšími skupinami. U skupiny stoletých osob se měnil poměr krevních skupin ve prospěch krevní skupiny B oproti poměru u mladších kontrolních skupin. Přibližně třetina stoletých osob netrpěla žádnou vážnou chorobou. Souvislost mezi zdravotním stavem a krevními skupinami však nebyla nalezena. Výsledky dle autorů naznačují, že některé aspekty skupiny B mohou asociovat s výjimečnou dlouhověkostí, a také, že skupina B je spíše spojena s přežitím vážných chorob než vyhnutí se jim.

Mezi výzkumníky je tendence přijít na možnou souvislost mezi *osobností a krevními skupinami*. Cattell zkoumal v Itálii souvislost mezi osobnostními faktory a krevními skupinami. Signifikantní se prokázal pouze faktor *premsia*¹¹ - *harria*¹². Vysoké skóre tohoto faktoru je spojeno s krevní skupinou A, poněkud nižší hodnoty se skupinou 0 a B, nejnižší hodnoty pak se skupinou AB (Cattell a kol., 1964). Studie byla kritizována Wienerem a Nortonem (Wiener, 1956; Norton, 1971).

Při zjišťování možných souvislostí mezi krevními skupinami a osobnostními charakteristikami (Big 5) na asijské populaci nezjistili Wu, Lindsted & Lee (2004) žádný signifikantní vztah. Tento výsledek koresponduje se závěry studií Cramera a Imaika (2002) i Rogerse a Glendona (2003), které rovněž nenalezly vztah mezi krevními skupinami a 5 faktory osobnosti.

Pokud shrneme výsledky studií, hovoří tyto ve většině případů pro krevní skupinu 0 jako nejméně rizikovou, náchylnou k onemocnění, popř. s největší pravděpodobností úzdravy. Nicméně, mezi výsledky nepanuje shoda a je možné, že právě ona nejednoznačnost vrhá na tento typ výzkumů špatné světlo.

¹¹ senzitivita (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013)

¹² houževnatost (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013)

2 Duševní zdraví

V druhé kapitole se budeme zabývat duševním zdravím a jeho významem. Definujeme duševní zdraví, představíme pojem flourishing, budeme mluvit o korelátech duševního zdraví, na základě výzkumů nastíníme souvislosti duševního a fyzického zdraví. Zmíníme i možnosti prevence a podpory duševního zdraví. Pro koncept osobní pohody jsme vyhradili samostatnou, třetí, kapitolu.

2.1 Význam duševního zdraví

Duševní zdraví se vztahuje na širokou škálu činností, které přímo či nepřímo souvisí se složkami duševní pohody, obsaženými v definici zdraví od WHO, kterou jsme uvedli v předchozí kapitole. Je to multidimenzionální konstrukt, který se skládá z pozitivních emocí, spokojenosti a psychologického fungování. Zatímco osobní pohoda vysvětluje funkční a psychologické komponenty, pozitivní duševní zdraví je kombinací obou předchozích a schopností, které jsou potřeba k dosažení těchto komponent (Vaingankar a kol., 2012). Světová zdravotnická organizace definuje duševní zdraví jako stav pohody, při kterém jedinec realizuje své schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžnou životní zátěží, pracuje produktivně a užitečně a přispívá společnosti. Obecným cílem je podpora osobní pohody, prevence duševních poruch a léčba a rehabilitace osob s duševními poruchami (WHO, 2001, 2004).

Spolu s kardiovaskulárními jsou duševní onemocnění nejčastějšími zdravotními problémy naší populace. Podle studie Wittchena a kol. (2011) propukne v Evropské unii každý rok choroba u 32,8 % populace. Nejvíce se objevují úzkostné poruchy (14 %), nespavost (7 %), tzv. velká deprese (6,9 %), somatoformní poruchy (6,3 %), závislost na alkoholu a dalších psychoaktivních látkách (přes 4 %), porucha pozornosti a hyperkinetická porucha u mladistvých (5 %) a demence ve stáří (1-30 % v závislosti na věku). Tato čísla mají nepříznivé důsledky ve více oblastech, ať už v ekonomické, v kvalitě života, v sebepojetí, v mezilidských vztazích a sociálním prostředí, v uplatnění na trhu práce, ve smysluplné náplni života. Podle autorů je navíc většina potíží neléčena nebo léčena nedostatečně (cit. dle Skorunka, 2011). Na místě je tedy zaměřit se jak na terapii, tak na kvalitní prevenci; zjistit příčiny, a těmito poznatky se řídit.

Lidé se za duševní potíže stydí více než za tělesné onemocnění (Skorunka, 2011). Postoj společnosti k dané problematice má několik tváří, jednou je opovržení, jinou je strach z neznámého, další je neschopnost pomoci aj. Negativní postoje k jedincům s duševním onemocněním přetrvávají hlavně v menších městech a vesnicích. Větší města

se zdají být více otevřená, ať už je to množstvím informací, které se dostávají na veřejnost, sídlem různých zařízení či vyšší běžný výskyt těchto osob. Svou roli ve veřejné informovanosti o duševních nemocech hrají média, ovšem ty spíše tu negativní. Vysílané zprávy představují základ pro asociace a formy porozumění nejen u zdravé populace, nýbrž ovlivňují i způsob, jakým člověk s projevy duševní nemoci nahlíží sám na sebe (Skorunka, 2011).

2.2 Definice duševního zdraví a flourishing

Duševní zdraví je definováno jako aktuální stav, kdy jsou přítomné specifické symptomy na určité úrovni po určenou dobu, a tato konstelace symptomů se shoduje s kognitivním a sociálním fungováním. Je operacionalizováno jako soubor symptomů pozitivních pocitů a pozitivního fungování v životě nebo symptomů subjektivní osobní pohody. Přítomnost duševního zdraví, tj. stav zvýšené míry emoční, psychologické a sociální dimenze osobní pohody, je popisována jako flourishing¹³ (Keyes, 2002, 2005). Keyes je autorem metody Mental Health Continuum Scale, která zjišťuje míru optimálního prospívání člověka (Slezáčková, 2012).

Multifaktoriální model mentálního zdraví (Lluch, 1999; cit. dle Lluch-Canut, 2013) se skládá ze 6 faktorů, a to: *Osobní spokojenost* (Personal Satisfaction), *Prosociální postoj* (Prosocial Attitude), *Sebekontrola* (Self-control), *Autonomie* (Autonomy), *Řešení problémů a sebeaktualizace* (Problem-solving and Self-actualization) a *Sociální schopnosti* (Interpersonal Relationship Skills). Měří se pomocí nástroje Positive Mental Health Questionnaire (Lluch, 1999). Multifaktoriální model je holistickým pohledem na zdraví, které má blízké vztahy mezi tělem a duší (Lluch, 2013).

Osoby vykazující flourishing zažívají velké množství pozitivních emocí v jejich každodenním životě (ať už vědomě či nevědomě) (Keyes, 2002). Tito lidé mohou reagovat kladněji na typické každodenní události a následně spouštět emoční mechanismy, které udržují jejich osobní pohodu v průběhu času. Kladné emoční momenty charakteristické pro flourishing mohou znamenat více než jen stav duševního zdraví, ale také prostředky, díky kterým člověk trvale „vzkvétá“, postupně stále více (Fredrickson, 2004).

Ve srovnání s osobami, které nevykazovaly flourishing nebo které byly v depresi, reagovali lidé vykazující flourishing významně vyšší mírou kladných emocí na každodenní

¹³ optimální prospívání (Slezáčková, 2012)

příjemné události (pomoc, interakce, hra, učení, duchovní činnost). Tato zvýšená reaktivita kladných emocí v průběhu času předpovídala vyšší úroveň kognitivních zdrojů všímavosti (mindfulness). Na druhou stranu, vyšší úroveň všímavosti pozitivně korelovala s vyšší úrovní flourishingu na konci výzkumu. Z výzkumu vyplývá, že osobní pohoda může být ovlivňována malými, ale přesto významnými rozdíly v emoční zkušenosti s příjemnými běžnými událostmi (Catalino & Fredrickson, 2011).

Deníková studie (Diehl, Hay & Berg, 2011) zjišťovala, zda specifický poměr pozitivních a negativních emocí (positivity ratio) rozlišuje osoby s odlišnou mírou duševního zdraví (především osoby vykazující a nevykazující flourishing) a zda se tento poměr v průběhu dospělosti mění. Výsledky ukazují, že se poměr v průběhu dospělosti skutečně mění; postupující věk byl spojen s rostoucí převahou pozitivních emocí. Poměr rovněž koreloval s duševním zdravím očekávaným směrem - vyšší poměr ve prospěch pozitivních emocí byl spojen s vyšší mírou duševního zdraví.

2.3 Koreláty duševního zdraví

Kanadští výzkumníci vytvořili koncepční rámec duševního zdraví, sumarizovali 25 ukazatelů duševního zdraví v rámci 4 oblastí. Na úrovni *jedince* jsou to: zdravotní stav, fyzická aktivita, pečující prostředí v dětství, užívání návykových látek, spiritualita, resilience, kontrola, zvládání a copingové strategie, zážitek násilí. Na úrovni *rodiny* jsou to ukazatele: rodinné vztahy, rodičovský styl, rodinný zdravotní stav a duševní zdraví, složení domácnosti, příjem domácnosti, užívání návykových látek členy rodiny. Na úrovni *menšího společenství (komunity)* jsou to: sociální síť, sociální opora, školní prostředí, prostředí pracoviště, politická angažovanost v komunitě, zastavenost blízkého okolí a okolní sociální prostředí. Na *společenské* úrovni jsou to potom: nerovnost (např. v příjmu), politická participace, diskriminace a stigma (Orpana a kol., 2016).

Duševní zdraví a náš přístup k němu se formuje už od raného dětství, ať už na základě ontogenetických, rodinných a jiných vlivů (Míček, 1984). Neznamená to ale, že se v průběhu života nemůže měnit. Z longitudinální australské studie O'Connor a kol. (2016) vychází, že míra pozitivního duševního zdraví v adolescenci souvisí s duševním zdravím v dospělosti. Pozitivní duševní zdraví v adolescenci mělo signifikantní vztah ke kariérnímu postupu v dospělosti (spolu s dosažením vyššího vzdělání a vnímání sebe jako kompetentního ve své práci). Adolescenti vykazující antisociální chování byli s vyšší pravděpodobností v dospělosti v partnerském vztahu (tento výsledek autoři navrhuji dále

prozkoumat). Depresivní symptomy u adolescentů predikovaly nižší kvalitu partnerských vztahů. Výsledek ukazuje, že úspěšný přechod do dospělosti může být facilitován cílenou prevencí, a to jak podporou pozitivního duševního zdraví, tak i řešením duševních problémů v adolescenci.

Sociální opora hraje v duševním zdraví velkou roli, což potvrzuje např. Suldo a kol. (2015) ve svém výzkumu. Přítomnost vřelých vztahů (především prosociální činnosti) studentů s vrstevníky bylo nejsilnějším indikátorem pozitivního duševního zdraví, konkrétně kladných emocí a životní spokojenosti. Naproti tomu viktimizace (pomluvy) a agrese mezi studenty se objevovaly spolu s internalizovanými znaky nepříznivými pro mentální zdraví. Ačkoli příjem sociální opory od vrstevníků nezmírnil nepříznivý duševní stav tváří v tvář viktimizaci, ukázal se jako facilitátor pozitivního fungování. Nejvyšší míra životní spokojenosti a nejméně internalizovaných negativních znaků korelovalo s prosociální aktivitou a nepřítomností zjevné viktimizace.

Polský výzkum Adamczyka a Segrina (2014) se zaměřil na souvislosti mezi sociální oporou a duševním zdravím u osob žijících s nebo bez partnera. Partnerský vztah měl vliv na duševní zdraví; „single“ jedinci dosahovali nižší emoční pohody (rozdíl v ostatních složkách a osobní pohodě celkově nebyl významný). Sociální opora se ukázala jako prostředník vztahu mezi partnerským stavem a duševními problémy.

Také *self-efficacy* je významným protektivním faktorem duševního zdraví; potvrzuje to např. v německém výzkumu Schönfeld a kol. (2015). Vyšší míra *self-efficacy* byla spojena s nižší mírou duševní nemoci a mírnějšími příznaky deprese, úzkosti a stresu. Stres souvisel s negativními hodnotami duševního zdraví. Mezi *self-efficacy* („narázníkem proti stresu“) a každodenním stresem byl nalezen nepřímo úměrný vztah.

Že *životní spokojenost* souvisí s duševním zdravím, potvrdili čínští výzkumníci Bao a kol. (2013). Nejsilnějším prediktorem spokojenosti se ukázal smysl pro přiměřenost (*sense of adequacy*). Participantů v lepší finanční situaci vykazovali vyšší životní spokojenost, smysl pro přiměřenost a nižší úzkostnost. Výsledky tedy ukazují, že spokojenost a duševní zdraví přímo souvisejí s finanční situací, přičemž duševní zdraví může ovlivňovat vztah mezi uvedenými.

Mnohé studie dokazují význam *spirituality*. Za všechny uvedeme výzkum Sanderse a kol. (2015) mezi mladými dospělými, z jehož výsledků vyplývá, že religiozita, duchovní zralost a sebetranscendence byly signifikantními prediktory vyšší míry duševního zdraví

a pozitivního fungování (tj. nižší míry deprese, úzkosti, obsesí a kompulzí a vyšší úroveň celkové sebeúcty, integrace identity, morálního sebeschválení a smyslu života).

Fredrickson na základě výzkumu po tragických událostech v září 2011 zjistila, že lidé, kteří prožili při a po zmíněných událostech trauma, nicméně byli více resilientní, byli schopnější prožívat *pozitivní emoce*, a jejich zdroje zvládání zátěžových situací a traumat byly posíleny. Bez pozitivních emocí je člověk méně odolný. Osobám v intervenční skupině, praktikující meditaci na podporu samovznikajících pozitivních emocí, se zvýšila míra pozitivních emocí oproti osobám na čekací listině. Efekt byl moderován základním tonem vagu. Na druhou stranu, při zvýšení míry pozitivních emocí člověk více interaguje s ostatními a zvyšuje se tonus vagu. Autonomní nervový systém bude tedy pracovat jinak (Kok a kol., 2013). Pokud člověk prožívá kladné emoce, rozšiřuje a zlepšuje svou schopnost vypořádat se s ostatními a se stresem (Dobbin, 2014).

Zapojení do *zábavných aktivit* podporuje duševní i fyzické zdraví. Participanti, kteří dosahovali vyšších skóre v dotazníku Pittsburgh Enjoyable Activities Test (tj. častěji se věnovali zábavným volnočasovým aktivitám), vykazovali pozitivní psychosociální stav, zdraví podporující chování, vyšší životní spokojenost a sociální oporu, nižší hladiny deprese a negativních emocí (Pressman a kol., 2009).

Z hlediska osobnostních charakteristik (Big 5) souvisí duševní zdraví nejsilněji (0,27) s *extraverzí*, dále emocionální stabilitou, přívětivostí a otevřeností vůči zkušenosti (Lamers a kol., 2012).

2.4 Souvislosti duševního a fyzického zdraví

Fyzické a duševní zdraví jsou neoddělitelně spojeny a jedno nevyhnutelně ovlivní druhé. Jejich vzájemné souvislosti bychom mohli shrnout do 3 základních premis: 1) špatné duševní zdraví je rizikovým faktorem pro vznik chronické fyzické nemoci, 2) lidé s vážnou duševní chorobou mají vysoké riziko výskytu široké škály tělesných onemocnění, mnohdy chronického charakteru, 3) osoby se slabým fyzickým zdravím mají vyšší riziko rozvoje špatného duševního zdraví (Canadian Mental Health Association, 2008, 2016). Při špatném zdravotním stavu (příp. neschopnosti z tohoto důvodu) člověk častěji prožívá emoční stres a chronickou bolest, což je oboje spojeno s rozvojem deprese a úzkosti. Čím více symptomů chronické fyzické nemoci, tím větší je pravděpodobnost projevení duševním problémů (Kumar, 2004). Tyto faktory zvyšují riziko rozvinutí

chronické fyzické nemoci a mohou mít škodlivý vliv na osobní pohodu jedince. Sociální determinanty ovlivňují stav jak fyzického, tak duševního zdraví (Canadian Mental Health Association, 2008).

Spoluexistující duševní a fyzická nemoc snižují kvalitu života a vedou k delšímu trvání nemoci a horším zdravotním výsledkům (Patten, 1999). Duševní nemoc má dopad na kognitivní a sociální funkce a snižuje úroveň aktivity, což může mít následně negativní vliv na osvojení si zdraví podporujícího chování (Canadian Mental Health Association, 2008).

Obousměrné vztahy (tj. mezi onemocněním touto chorobou a nízkou mírou duševního zdraví) byly zjištěny u diabetes mellitus 2. typu a jeho rizikových faktorů (Grigsby a kol., 2002; McEvoy a kol., 2005), kardiovaskulárních chorob včetně infarktu myokardu a jejich rizikových faktorů (Goff a kol., 2005; Johansen, 1999), chronických respiračních onemocnění (Himelhoch a kol., 2015; Mauer a kol., 2008) aj.

Absence pozitivního duševního zdraví zvýšila pravděpodobnost celkové mortality pro muže i ženy všech věkových kategorií (25 - 74 let) po korekci známých příčin úmrtí (Keyes & Simoes, 2012).

Jak ovšem dokazují výzkumy, nemusí nutně platit rovnice špatný zdravotní stav = špatné duševní zdraví. Lluch-Canut a kol. (2013) měřili pozitivní mentální zdraví (dle multifaktoriálního modelu pozitivního mentálního zdraví) u chronicky nemocných osob. Většina probandů vykazovala střední a vysokou úroveň pozitivního mentálního zdraví, přičemž nezáleželo na typu nemoci. Jediný signifikantní rozdíl byl zjištěn u jedinců s hypertenzí, kteří dosahovali nižšího skóre u faktoru Autonomie. Platilo, že čím menší počet zdravotních problémů, tím vyšší byla hodnota faktoru Sebeaktualizace. Polymorbidní pacienti vykazovali nižší skóre pozitivního mentálního zdraví celkově i v jednotlivých faktorech.

Naprosto duševně zdraví jedinci jsou nejméně zdravotně limitováni v běžných denních činnostech, méně chybí v práci, jejich psychosociální fungování je zdravější (tj. objevuje se jen velmi nízká míra bezmoci, jasné životní cíle, vysoká resilience a vysoká intimita) a zdravotní péči využívají méně často. Riziko kardiovaskulárních chorob je u nich nejnižší, stejně jako počet chronických fyzických onemocnění v průběhu let (Keyes, 2005; Keyes, 2007).

U osob, které byly nějakým způsobem *fyzicky limitovány* v běžných denních činnostech, se zvýšilo množství depresivních symptomů, negativních emocí (hlavně u žen)

a snížilo se množství pozitivních emocí (hlavně u mužů). Hypotéza o vlivu fyzického omezení na duševní pohodu ve zkratce zní, že (zvláště) muži nemohou plnit svou maskulinní roli a omezení narušuje mužskou, nezávislou, identitu. Jiná hypotéza, spíše femininně zaměřená, říká, že fyzické omezení zabraňuje pečovat o jiné, což je (hlavně) ženám vlastní. U jedinců, kteří byli fyzicky limitováni, se též zvýšily ty indikátory, které tvrdí, že fyzické omezení postupně nalamuje duševní zdraví. Tyto jemné, ale přesto signifikantní rozdíly ukazují na zranitelnost obou pohlaví v konkrétních oblastech duševního zdraví při fyzickém omezení (Caputo & Simon, 2013).

Výzkum Shifrena a Chonga (2012) se zabýval zdravím podporujícím chováním u bývalých mladých pečovatelů (tj. pečujících ve věku mladším 21 let). Dospělí bývalí pečovatelé, kteří dokázali *zvládnout stres*, vykazovali více pozitivního duševního zdraví a méně negativního duševního zdraví (subškála Deprese) v porovnání s jedinci, kteří nebyli pečovateli. Ti, kteří dodržovali *pravidelný spánkový režim*, vykazovali více pozitivního duševního zdraví a méně depresivních symptomů. V *chování ovlivňujícím zdraví* se skupiny signifikantně lišily v konzumaci alkoholu; pečovatelé byli častěji abstinenti.

Riziko *zdraví ohrožujícího chování* bylo u australských adolescentů s duševní poruchou vyšší v porovnání s adolescenty bez těchto potíží; kouření cigaret bylo 3krát častější a marihuany 2krát častější, pokud šlo o hodnocení rodiči; hodnocení samotných adolescentů ukazovalo hodnoty ještě vyšší. Participanti s duševní poruchou také využívali více zdravotnických služeb (Sawyer a kol., 2007).

Cvičení efektivně redukuje symptomy deprese a úzkosti. Účastníci výzkumu po 7 týdnů plnili pohybový program, který se v první skupině skládal z aerobního cvičení a v kontrolní skupině ze stretchingu celého těla. První skupina vykazovala po intervenci menší míru depresivity a vyšší procento snížení hladiny serotoninu než druhá skupina. U obou skupin klesla míra úzkosti. Pokles hladiny serotoninu po cvičení je podobné účinku selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu. Vysvětlení mechanismu účinku nebylo součástí výzkumu, i když část vztahu mezi cvičením a depresivitou zprostředkovává změna hladiny serotoninu (Wipfli a kol., 2011).

Americký výzkum osob, které přežily rakovinu, se zaměřil na jejich fyzickou aktivitu, psychický stres a využívání zdravotnických služeb v oblasti duševního zdraví. Pohybová aktivita inverzně asociovala s výskytem závažného psychologického stresu

a využíváním těchto zdravotnických služeb. Může tedy hrát roli v podpoře duševního zdraví mezi přeživšími rakovinu (Zhao a kol., 2013).

Smysl života byl prokázán u rumunských adolescentů jako protektivní faktor proti zdraví ohrožujícímu chování (kromě kouření a nadměrného pití alkoholu) a špatnému psychickému zdraví. Participanti výzkumu s nízkou mírou smyslu života užívali větší množství nelegálních drog a sedativ, provozovali nebezpečný sex, málo cvičili a hlídali svůj jídelníček. Nízké hodnoty smyslu života korelovaly s nízkou psychologickou pohodou a kvalitou života, stejně jako vysoké množství psychosomatických symptomů (Brassai a kol., 2010).

Vztah mezi indikátory pozitivního a negativního duševního zdraví, sociální pohodou a fyzickým zdravím zkoumali v Irsku Van Lente a kol. (2012). Byly nalezeny korelace mezi sociální oporou, zdravím ovlivňujícím chování a pozitivním i negativním duševním zdravím. Nízká míra osamělosti a vysoká míra *sociální opory* predikovala pozitivní duševní zdraví. Lepší subjektivně vnímané zdraví, zdraví podporující chování a méně častá návštěva lékaře bylo spojeno s vyšší mírou pozitivního duševního zdraví. Nízké hodnoty sociální opory byly nejsilnějšími prediktory negativního duševního zdraví.

2.5 Prevence a podpora duševního zdraví

Prevalence optimálního prospívání je v dospělé populaci sotva 20 %, což podtrhuje důležitost a naléhavost programu na podporu duševního zdraví, který by doplnil stávající úsilí o prevenci a léčbu duševních onemocnění (Keyes, 2007).

Je na místě starat se o duševní zdraví, stejně jako o to fyzické. Mezi metody prevence duševního zdraví patří věnování se koníčkům, různé druhy relaxace (ať už metody prostého svalového uvolnění, jako např. Jasobsonova progresivní svalová relaxace, nebo i autosugestivní techniky, jako je Schultzův autogenní trénink), dechová cvičení, imaginace, meditace. Jak už bylo řečeno, sociální opora je také jeden z preventivních faktorů duševního zdraví. Nechtěná sociální izolace působí na duševní zdraví negativně, harmonické hlubší vztahy mají na duševní rovnováhu opačný vliv (Křivohlavý, 2002; Míček, 1984).

Aby člověk předešel stresovým situacím, měl by zamezit vzniku rizikových faktorů, které tyto situace následně vyvolávají; základním kamenem je tedy sebepoznání. Měl by udržovat rovnováhu pracovního a osobního života, zdokonalit své copingové

a kognitivní strategie i autoregulaci myšlenek, chování a představ, odstranit zlozvyky, podpořit resilienci¹⁴, smysluplnost, poskytovat a přijímat sociální oporu (Míček, 1984).

Na závěr shrnujeme ve 12 bodech cesty k dosažení duševní rovnováhy, které uvádí Míček (1984):

1. *Mens sana in corpore sano*. Upevněním tělesného zdraví se zlepšují podmínky duševní rovnováhy.
2. *Přirozenost*, tj. život s těsným sepětím s přírodou a s přírodními zákony.
3. *Schopnost čelit nesnázím* neboli vysoká frustrační tolerance.
4. *Nezávislost a vnitřní autonomie*. Jde o schopnost získat sebedůvěru a sebeovládání; souvisí s předchozím bodem.
5. *Objektivní pohled na sebe sama, sebepoznání*. Znamená to otevřenost vůči zkušenosti, schopnost nechat se poučit a korigovat svoje jednání, citlivě vidět svět a druhé lidi a reagovat na ně.
6. *Sebeakceptace*.
7. *Odvaha ke stálému začínání*, která je spojená s reálnou snahou o duševní růst.
8. *Spokojenost a tichá radostnost*, tj. prožívání subjektivní spokojenosti a pocitů štěstí. Zmíněné doplňuje vděčnost (za život celkově).
9. *Jemnost, smysl pro krásu*. Duševní rovnováha přináší estetické vnímání a kultivovanost.
10. *Akceptace druhých lidí, sociální adaptace*. Cílem je vytvoření kladného vztahu k druhým lidem a hlubokého vztahu vůči blízkým osobám.
11. *Zmenšování vlastního já*, tj. nesobeckost, skromnost.
12. *Smysl pro etiku*. Respektování základních morálních pravidel zajišťuje integritu osobnosti a umožní nastolení vnitřního klidu.

¹⁴ nezdolnost typu resiliency (pružnosti) (Křivohlavý, 2001)

3 Osobní pohoda

Ve třetí kapitole představíme koncept osobní pohody, uvedeme jeho definici, teorie a složky, z kterých se zaměříme především na složku sociální. Zmíníme prediktory osobní pohody. V poslední části kapitoly uvedeme souvislosti mezi osobní pohodou, zdravím a se zdravím souvisejícím chováním.

3.1 Definice osobní pohody

Osobní pohoda, nebo také well-being, je poměrně starý koncept. Už Marcus Aurelius napsal, že „žádný člověk není šťastný, pokud si to sám o sobě nemyslí“. Osobní pohoda se skládá ze subjektivního stavu duševní pohody (pozitivní versus negativní emoce), zahrnuje hodnocení spokojenosti s vlastním životem - jak emocionální, tak kognitivní (Diener, 2000), spokojenosti v oblastech života pro člověka důležitých (spokojenost se sebou samým, se zdravím, sociálními vztahy, pracovním výkonem, trávením volného času) a duševního bohatství člověka (Slezáčková, 2012).

Souvisí s termínem „štěstí“. Avšak osobní pohoda je víc než štěstí. Zahrnuje optimismus, naději, vděčnost, a závisí také na schopnosti ocenit okolní svět, vytvořený přírodou i člověkem. Osobní pohoda nezávisí pouze na jednotlivci; důležitou roli hraje i sociální složka. Osobní pohoda vyplývá z vědomí, kdo jsem a čeho jsem schopen dosáhnout. Je to vnitřní síla, která pomáhá zvládnout jak lepší, tak horší časy (Hooper, 2012).

V České republice se výzkumu osobní pohody věnují hlavně Kebza a Šolcová. Podle nich pojem zahrnuje psychickou osobní pohodu, která se odvíjí od přítomnosti pozitivních a negativních afektů, životní spokojenosti a psychosomatických symptomů, dále self-esteem¹⁵, self-efficacy¹⁶ a personal mastery¹⁷ (Slezáčková, 2012).

Konceptem osobní pohody se zabývá *pozitivní psychologie*, speciální disciplína, kterou Seligman (2003) definuje jako vědu o pozitivních emocích, jako je radost, štěstí, láska, naděje, a kladných životních zážitcích a zkušenostech, o pozitivních individuálních vlastnostech a rysech osobnosti, jako je optimismus, nezdolnost, smysl pro humor, svědomitost, sebedůvěra, a o pozitivně fungujících společenstvích a institucích. Zkoumá kvalitu života, životní spokojenost, pozitivní prožívání a silné stránky osobnosti člověka.

¹⁵ sebeúcta (Křivohlavý, 2001)

¹⁶ vědomí vlastní účinnosti (Křivohlavý, 2001)

¹⁷ osobní mistrovství (Křivohlavý, 2001)

Mezi cíle pozitivní psychologie patří podpora pozitivních a prevence negativních jevů a prožitků (Slezáčková, 2010).

3.2 Teorie a složky osobní pohody

Osobní pohoda může znamenat, že osoba zažívá v převážné většině příjemné zážitky během určitého období života, nebo že je predisponována k takovýmto emocím, ať už takové zážitky v současné době prožívá nebo ne. Hodnocení může zahrnovat dobu v rozmezí od několika týdnů po celou dobu života. Není dáno, který způsob hodnocení je ten nejlepší (Diener, 1984).

Osobní pohoda má 3 charakteristické prvky: 1) *Je subjektivní*. Faktory jako zdraví, komfort, ctnost nebo bohatství mají sice vliv na pohodu, nicméně nejsou jeho vlastními nezbytnými součástmi. 2) *Zahrnuje pozitivní hodnocení*. Není to pouze absence negativních faktorů, stejně jako platí pro hodnocení duševního zdraví. 3) *Zahrnuje celkové hodnocení všech aspektů života*. Ačkoli můžeme hodnotit spokojenost v rámci určité oblasti, důraz je většinou kladen na jednotné posouzení vlastního života (Diener, 1984).

Existují 2 rozdílné pohledy na osobní pohodu: *hédonický* a *eudaimonický*. Osobní pohoda v *hédonickém* slova smyslu znamená časté prožívání pozitivních emocí a nálad, vysokou životní spokojenost a jen zřídka negativní emoce. Podle této teorie se osobní pohoda skládá ze štěstí a zahrnuje všechny úsudky týkající se dobrých i špatných prvků života. Štěstí lze odvodit od dosažených cílů a hodnot. *Eudaimonický* pohled se soustředí na fungování jedince a dosahování sebeaktualizace (Diener & Lucas, 2000; cit. dle Vaingankar a kol., 2012; Ryan & Deci, 2001).

Diener (1984) shrnuje různé klasifikace osobní pohody do 6 skupin. První jsou *telické teorie a teorie potřeb*, podle kterých lze dosáhnout štěstí a pohody přibližováním se a dosažením cíle. Druhá skupina zahrnuje prožívání *radosti a bolesti* jako specifického protipólu coby zdroje štěstí a pohody. Do třetí skupiny patří přístupy, ve kterých je štěstí *vedlejší produkt* lidské činnosti. Ve čtvrté skupině jsou „*top-down*“ (tendence vnímat události pozitivně nebo negativně ovlivňuje vztah ke světu a interpretaci tohoto vztahu) a „*bottom-up*“ *přístupy* (řada malých pozitivních událostí vede k prožitku štěstí a pohody). Další skupina koncepcí má společný *asocianistický* přístup, v němž se předpokládá, že člověk může své emoční asociace vést pozitivním směrem až k dlouhodobému štěstí

a pohodě. Poslední skupina shrnuje *hodnotící* koncepce, podle kterých prožívání štěstí a pohody záleží na výsledku hodnocení.

Ryff a Keyes (1995) nazírají na osobní pohodu jako na multidimenzionální konstrukt se 6 rozdílnými aspekty sebeaktualizace, kterými jsou *autonomie, osobní růst, sebedřívětí, smysl života, zážitek mistrovství a kladné sociální vztahy*.

Andrews a Withey (1976) popsali 3 hlavní komponenty osobní pohody. Jsou jimi *životní spokojenost, pozitivní a negativní afekty*. Škály pro hodnocení osobní pohody měří jak afektivní, tak kognitivní komponenty spokojenosti (cit. dle Diener, 1984).

Levin & Chatters (1998) vnímají osobní pohodu jako součást kvality života. Ta má 2 základní dimenze: subjektivní a objektivní osobní pohodu. *Subjektivní* pohoda je složena ze 4 komponent, a to z psychické osobní pohody (emoční a kognitivní dimenze), sebeúcty (self-esteem), vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy) a osobního zvládnutí (personal mastery). Tyto komponenty zahrnují ve svém výzkumu Kebza a Šolcová, jak bylo zmíněno výše. Do *objektivní* pohody se řadí např. zdravotní stav, socioekonomický status apod. (cit. dle Kebza, 2005).

V souvislosti s pozitivním fungováním mluví Ryff (1995) o 6 dimenzích osobní pohody, a to: *sebedřívětí, pozitivní vztahy s druhými, autonomie* (tj. nezávislost na druhých, zachování vlastního způsobu myšlení a jednání), *zvládnutí (životního) prostředí, smysl života a osobní rozvoj*. Charakteristické aspekty osobní pohody se mohou během života měnit. Relativní váha jednotlivých dimenzí se v různých kulturách liší (Diener, 2000). Uvedené dimenze nejsou pouze složkami osobní pohody, nýbrž i jejími zdroji (Slezáčková, 2012).

Seligman (2012) své pojetí duševní pohody shrnul do názvu PERMA. Jsou to první písmena nejdůležitějších komponent pohody, a to *Positive emotion, Engagement, Positive Relationships, Meaning a Accomplishment*. Prvním elementem je pozitivní emocionalita, ve které je zahrnuto i štěstí a životní spokojenost. Dalšími prvky jsou angažované zaujetí, kladné mezilidské vztahy, smysl a úspěšný výkon.

Podle teorie sebeurčení (self-determination) Ryana (1995) existují 3 univerzální psychologické potřeby: autonomie, kompetence a tzv. sociální začleněnost. Uspokojení těchto potřeb je klíčovým prediktorem psychické pohody. Následování vnitřních cílů (jako je osobní růst, autonomie, posílení ostatních a komunit) poskytne člověku hluboký zážitek

spokojenosti, přičemž následování vnějších cílů (tj. finanční úspěch, fyzická atraktivita, sociální reputace) člověka takovou spokojeností nevybaví (cit. dle Diener, 2000).

Podle Keyese (2002) obsahuje osobní pohoda 3 korelující, ale odlišné složky (dimenze), a to emocionální, sociální a duševní (psychologickou) pohodu. *Emocionální dimenze* pohody je soubor symptomů reflektujících přítomnost nebo naopak absenci pozitivních pocitů ze života. Zahrnuje pozitivní emoce, štěstí a životní spokojenost (Ryff, 1995). Aspekty *psychologické dimenze* pohody jsou intrapersonální reflexe vlastního přizpůsobení a náhled na vlastní život (Keyes, 2002). *Sociální dimenzí* osobní pohody se budeme zabývat v samostatné kapitole níže. Ze studií o duševním zdraví vychází, že mírně pozitivně koreluje s emocionální složkou osobní pohody (Ryff & Keyes, 1995).

3.2.1 Sociální pohoda

Pocit osobní pohody významně ovlivňuje sociální kontakty, a to jak z hlediska kvantity, tak kvality jejich rozvoje (Kebza, 2005). Světová zdravotnická organizace (WHO) označila v roce 1984 sociální pohodu jako jednu z několika složek celkového zdraví člověka (Keyes & Shapiro, 2004).

Sociální pohoda je zhodnocení okolností fungování jedince ve společnosti. Mezi potenciální benefity života ve společnosti patří sociální integrace a koheze, „patření k někomu“, vzájemná závislost, sdílené vědomí a společný budoucí vývoj. Pozitiva sociálního života poskytují základy globální definice sociální složky osobní pohody (Keyes, 1998).

Sociální dimenze osobní pohody má 5 aspektů: sociální integraci (social integration), sociální akceptaci (social acceptance), sociální přínos (social contribution), sociální soudržnost (social coherence) a sociální aktualizaci (social actualization) (Slezáčková, 2012).

Keyes (1998) popisuje jednotlivé aspekty tímto způsobem: *Sociální integrace* je zhodnocení kvality vztahu člověka ke společnosti a komunitě. Zdraví jedinci cítí, že jsou součástí společnosti. Integrace je proto míra pocitu, že mají něco společného s druhými, kteří konstruují jejich sociální realitu (např. sousedé), stejně jako stupeň „patření“ do komunity a společnosti.

Sociální akceptace je chápání společnosti skrze charakter a kvality jiných osob. Jedinci, kteří vykazují sociální akceptaci, věří ostatním, myslí, že druzí jsou schopni

laskavosti, a že jsou pracovití. Akceptující lidé si udržují kladný postoj k ostatním a cítí se s nimi komfortně. Sociální akceptace je analogií k personální akceptaci. Tudiž akceptace druhých může být sociální částí sebepřijetí.

Sociální přínos je zhodnocení vlastní sociální hodnoty. Zahrnuje naději, že člověk je živým členem společnosti a je určitým přínosem pro svět. Aspekt reflektuje, zda a jakým stupněm lidé cítí, že cokoli ve světě udělají, je společností hodnoceno a přispívá společnému bohatství. Jsou zde tedy zastoupena veřejná a sociální kritéria, podle kterých lidé hodnotí své fungování v životě.

Sociální aktualizace je zhodnocení potenciálu a vývojové trajektorie společnosti. Je to důvěra v rozvoj společnosti a pocit, že má potenciál, který je realizovaný skrze instituce a obyvatele. Zdravější lidé jsou plni naděje o podmínkách pro budoucnost společnosti a uvědomují si její potenciál. Tito lidé jsou sami benefitem pro její rozvoj.

Sociální soudržnost je percepce kvality, organizace a operace sociálního světa. Zahrnuje zaujetí o dění ve světě. Zdravější osoby se zajímají o svět, ve kterém žijí, a také rozumí tomu, co se okolo nich děje. Neobelhávají sami sebe, že žijí v perfektním světě, ale vytváří si smysl života.

Celkově tedy lidé vykazující vyšší sociální zdraví vnímají společnost jako smysluplnou a srozumitelnou, cítí se bezpečně ve své komunitě, vidí ve společnosti dispoziční k potenciálnímu růstu, cítí, že sem patří a jsou společností přijímáni, sami akceptují většinu částí společnosti a cítí, že sami společnosti přispívají. Úroveň sociální složky osobní pohody může růst spolu s věkem a stupněm vzdělání (Keyes, 1998, 2002).

Keyes a Ryff (1998) zjistili prediktory pozitivních hodnot celkové sociální pohody. Míra sociální pohody se zvyšuje spolu se zvyšováním vnímané občanské zodpovědnosti, jako zvýšený zájem o blaho a pohodu ostatních, péče o ně, moudrost, informovanost, jako zvyšující se generativita vůči ostatním a výhody z emoční podpory a pomoci ostatním.

Více než pětina respondentů americké populace se umístila v horní třetině ve 4 až 5 dimenzích sociální pohody a téměř 40 % osob v případě třech a více dimenzí, přičemž v dolní třetině se pohybovalo méně než 4 % respondentů ve 4 a více dimenzích sociální pohody, 10 % to bylo v případě 3 a více dimenzí (Keyes a Shapiro, 2004).

Sociální pohoda, jako komponenta zdraví, se ovšem netýká jen zdravých osob. Pracovalo se s dvěma obecnými kategoriemi, které mají vysvětlit vztah mezi lékařskou péčí a zdravotními výsledky. Je to sociální opora (být opečováván a ceněn jako člověk, sociální vazby) a sociální fungování/přízpůsobení (spokojenost ve vztazích, výkon

v sociální roli). Jde především o kvalitu, nikoli o kvantitu sociální opory (McDowell & Newell, 1996).

Sociální opora poskytuje jednoduché vysvětlení pro rozmanitost výsledků psychosociálních výzkumů ohledně zdraví. Tento faktor hraje totiž potenciální roli v etiologii nemocí, rovněž pomáhá v léčbě a rehabilitaci či poskytuje prevenci dobrého zdraví. Mnoho různých aspektů může mít dopad na člověka, jeho zdraví a osobní pohodu především prostřednictvím negativního vlivu na jeho sociální síť (Cohen & Syme, 1985).

Sociální pohoda se měří pomocí sebeposuzujícího dotazníku Sociální pohody, který zjišťuje, jak se jedinci vnímají úspěšní v jejich sociálním životě. Obsahuje položky zabývající se sociálním přijetím, sociální aktualizací, sociálním přínosem, sociální koherencí a sociální integrací. Probandi na škále Likertova typu od 1 do 7 značí, zda souhlasí s uvedeným tvrzením či ne, a v jaké míře (Keyes, 2002).

3.3 Prediktory osobní pohody

Mezi nejčastější determinanty a prediktory osobní pohody se počítají proměnné, které mají vliv na zdraví, osobní spokojenost a postavení v sociální hierarchii. Jsou jimi zdravotní stav, objektivní ukazatele činnosti a fyzické funkčnosti, subjektivní posouzení celkového zdraví, sociálně ekonomický status, věk, pohlaví, etnicita, okolnosti penzionování, vdovství/vdovectví, rodičovství, sociální opora, životní události, osiření, sebeúcta a může se sem zařadit i zapojení do náboženských aktivit (Kebza & Šolcová, 2005a).

Spokojenost se specifickou oblastí života (práce, manželství, oblečení atd.) se liší v závislosti na kultuře a věku. Oblasti, které jsou nejbližší a nejnaléhavější pro život jednotlivce, také nejvíce osobní pohodu ovlivňují (Andrews & Withey, 1976; Campbell a kol., 1976; cit. dle Diener, 1984).

Diener (2000) rozděluje faktory osobní pohody na individuální a kulturně podmíněné. Mezi *individuální* řadí zdraví, dostatečné vzdělání, soulad mezi osobností a kulturou, otevřenost nové zkušenosti, extravertze, svědomitost, zvládání životního prostředí, osobní rozvoj, smysl života, sebepřijetí, smysl sebeurčení, možnost se příznivě porovnat s ostatními, mít mnoho známých, allocentrismus, sociální opora, nízký stres. Faktory snižující míru pohody jsou osamělost, přerušování sociálních vazeb a stres, dále nezaměstnanost, špatný zdravotní stav a nesoulad mezi osobností a kulturou. *Kulturní*

faktory, které vedou k osobní pohodě, jsou vysoký příjem, individualismus, lidská práva a sociální rovnost.

Kebza a Šolcová (2005b) zjišťovali prediktory osobní pohody v ČR. Výsledky ukazují vysoce signifikantní vztah mezi osobní pohodou a subjektivně hodnoceným *zdravotním stavem, sebeuplatněním, lokalizací kontroly (LoC) a vzděláním*, a to ve prospěch pozitivně hodnoceného zdravotního stavu, vyšší úrovně sebeuplatnění, interní lokalizace kontroly a vyšší úrovně vzdělání. U LoC a subjektivního zdravotního stavu jde o obousměrný vztah. Prožitek osobní pohody nesouvisí s věkem, ani pohlavím. Metodika se téměř nezabývá sociální dimenzí osobní pohody. Stejně jako v jiných výzkumech, i zde vyšlo, že šťastní lidé mají pozitivní vztah k sobě samým, vysokou sebeúctu a sebedůvěru, vysokou míru sebeuplatnění a jsou přesvědčeni, že vliv na úspěchy v životě má především jejich vlastní přičinění. Vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a osobní pohodou je obousměrný, tudíž osobní pohoda má vliv na zdraví a naopak. Vysokoškolské vzdělání v naší populaci zvyšuje markantně (až 1,5krát) osobní pohodu v porovnání se základním vzděláním.

Studie Howella (2009) zkoumala souvislosti mezi osobní pohodou a faktory *seberegulace*, které souvisí s úspěchem. Zjišťovala, zda osobní pohoda u vysokoškolských studentů předpovídá vzorec kognitivních a behaviorálních procesů odrážejících autoregulaci učení. Studenti, kteří vykazovali vyšší skóre v osobní pohodě (*flourishing*) aktivně podpořili výsledek - přijali na cíl orientované metody, vykazovali méně prokrastinace a více sebekontroly a získali lepší známky v porovnání s těmi, kteří vykazovali nižší míru osobní pohody. Psychologická a sociální dimenze osobní pohody pozitivně korelovala s přesvědčením o výsledku, osobní pohoda korelovala též pozitivně s na cíl orientovanými metodami, sebekontrolou a známkami a negativně s prokrastinací. Osobní pohoda celkově vysvětlovala více než 60 % rozdílu. Výsledky ukazují možné důsledky vztahu mezi osobní pohodou a funkcemi souvisejícími s úspěchem.

3.4 Osobní pohoda, zdraví a chování

Míra osobní pohody souvisí se zdravím. Například *depresivita* je vyšší u osob s nižší mírou osobní pohody a vyšší mírou prožívaného stresu. Nemoc pochopitelně snižuje osobní pohodu, ačkoli účinek je krátkodobý, a lidé se adaptují na špatný zdravotní

stav až překvapivě jednoduše. Allocentričtí¹⁸ jedinci dostávají mnoho sociální opory, což redukuje vliv negativních životních událostí. Proto souvislost mezi allocentrismem a depresí či somatickou chorobou je velmi nepravděpodobná (Diener, 2000).

Turashvili a Japaridze (2012) zkoumaly u studentů v Georgii vztah mezi osobní pohodou a studijními výsledky. Většina studentů vykazovala střední míru osobní pohody. Studenti s průměrnými a lepšími studijními výsledky měli vyšší hodnoty osobní pohody, smyslu života a osobního růstu. Studenti s na úkol orientovanou *copingovou strategií* skórovali výše v osobní pohodě, u studentů s vyhýbavou copingovou strategií se objevovala vyšší míra depresivity.

Prospektivní studie Boehma a kol. (2011) sledovala 5 let rizikové faktory *ischemické choroby srdeční* (ICHS) u téměř 8000 osob. Studie dokazuje vztah mezi osobní pohodou a rizikovými faktory ICHS. Osobní pohoda redukovala riziko jejich výskytu. V porovnání s osobami s nízkou mírou osobní pohody, měli ti s vyšší mírou pohody příznivější poměr rizik s 95 % intervalem spolehlivosti pro emoční vitalitu i optimismus. Výsledek zahrnuje vysvětlení jak pomocí zdraví podporujícího chování, tak pomocí biologických faktorů.

Booker a kol. (2014) prováděli longitudinální studii ve Velké Británii na skupině adolescentů. Týkala se osobní pohody (ve smyslu životní spokojenosti a socio-emočních těžkostí) a chování podporujícího zdraví. Adolescenti *kuřáci* dosahovali signifikantně 5krát nižší míru osobní pohody než nekuřáci. Ti, kteří udávali *konzumaci alkoholu* v posledním měsíci, byli až 6krát méně šťastní než abstinenti. Dále vyšší frekvence konzumace *ovoce a zeleniny*, *pohybové aktivity* týdně, méně častá konzumace sladkostí, sycených nápojů apod. souvisela s vyšší mírou osobní pohody. Opačně tomu bylo u socio-emočních těžkostí. Obecně vykazovali mladší adolescenti více zdraví podporujícího chování, zatímco starší adolescenti více zdraví ohrožujícího chování. Studie potvrzuje sdělení UNICEFu¹⁹, že je nutná preventivní intervence ohledně zdraví podporujícího chování u adolescentů. Ta potenciálně zredukuje nerovnosti ve zdraví a osobní pohodě během života.

Zdravotní výzkum v Anglii se zaměřil na duševní osobní pohodu a její souvislosti s faktory chování ovlivňujícího zdraví (*hodnota BMI, kouření, konzumace alkoholu, ovoce a zeleniny*). Probandi s nízkou duševní pohodou (podle Warwick-Edinburgh Mental

¹⁸ adekvátní zaměření i na jiné osoby, vstřícnost (Diener, 2000)

¹⁹ Dětský fond Organizace spojených národů (Český výbor pro UNICEF, 2016)

Well-Being Scale) byli v porovnání s osobami se střední mírou častěji obézní, kuřáci, abstinenti, jen ojedinělí konzumenti ovoce a zeleniny. Vysoká duševní pohoda byla nejčastěji u nekuřáků, častých konzumentů ovoce a zeleniny a osob s nadváhou na dolní hranici. Vyšší míra duševní pohody nekorelovala s kategoriemi BMI, ani konzumací alkoholu (Stranges a kol., 2014).

Z výzkumů vychází, že jedinci s vyšší mírou osobní pohody jsou více *produktivní*, méně často mají nějakou duševní nemoc a utváří si bližší a více naplňující *sociální vztahy* (Humphreys a kol., 1999; Seeman, 2000).

4 Shrnutí teoretické části práce

Teoretická část pojednává o celkovém zdraví jedince v celé jeho komplexitě. V první kapitole jsme se zabývali fyzickým zdravím, jeho definicí a teoriemi. Pověštinou se shodují na tom, že zdraví je multidimenzionální pojem, který zohledňuje jak objektivní, tak subjektivní posouzení fyzického zdraví člověka. Zdraví je důležité pro hodnocení kvality života, především kvality života související se zdravím (HRQoL). Studie zmíněné v části zaměřené na chování související se zdravím potvrzují zásadní vliv chování na fyzické zdraví člověka. Na konci první kapitoly jsme mluvili o krevních skupinách a dosavadních výzkumech ohledně jejich možné souvislosti se zdravím. Výsledky se mnohdy lišily. Ty, co potvrzují význam krevních skupin, často pracovaly s malými rozdíly.

V kapitole o duševním zdraví jsme se zabývali především pozitivním koncem jeho kontinua. Zmiňované studie potvrzují významný obousměrný vztah mezi fyzickým a duševním zdravím. V průběhu fyzické nemoci se i duševní zdraví zhoršuje (a naopak), celkově se tak snižuje kvalita života. Tento vzorec ale nemusí platit vždy. Některé popisované studie dokazují vysokou míru duševního zdraví u osob např. chronicky nemocných. Uvedli jsme mimo jiné vliv pohybové aktivity na duševní zdraví člověka, kde je patrné pojítka s fyzickým zdravím. Význam studií vidíme hlavně v prevenci duševních poruch, případně jejich léčbě a rehabilitaci.

Osobní pohoda, která tematicky patří k duševnímu zdraví, je důležitou součástí kvality života jedince. Ve třetí kapitole jsme se zabývali definicemi a teoretickými rámci osobní pohody, z nichž jeden rozděluje osobní pohodu na 3 složky - emocionální, psychologickou a sociální. Poslední zmiňovanou, jejíž míru ovlivňuje mimo jiné i přijímaná a poskytovaná sociální opora, jsme se zabývali podrobněji. Dále jsme popisovali prediktory osobní pohody, stejně jako vliv osobní pohody na další oblasti života. Věnovali jsme se souvislostem mezi osobní pohodou a fyzickým zdravím a chováním s ním souvisejícím. Z popsanych studií vychází, že nízká míra osobní pohody souvisí se špatným zdravotním stavem a zvyšuje riziko somatické nemoci.

V našem výzkumu chceme ověřit výsledky zmiňovaných studií zabývajících se fyzickým zdravím, duševním zdravím a se zdravím souvisejícím chováním. Zajímá nás také, zda souvisí typ krevní skupiny s těmito proměnnými.

Empirická část

5 Cíl výzkumu, hypotézy a výzkumné otázky

Diplomová práce je součástí grantového výzkumu „Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely, konsekvence“ aktuálně probíhajícího pod záštitou Psychologického ústavu Masarykovy Univerzity v Brně. Tento rozsáhlý výzkum obsahuje měření více oblastí souvisejících se zdravím. V naší diplomové práci jsme zahrnuli výsledky metod, které budou zmíněny níže.

Ředitelkou na Psychologickém ústavu Masarykovy univerzity je PhDr. Jaroslava Dosedlová, Dr.; dalšími členy realizačního týmu jsou PhDr. Iva Burešová, Ph.D., PhDr. Martin Jelínek, Ph.D., Mgr. Helena Klimusová, Ph.D., doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D., PhDr. Zuzana Slováčková, Ph.D. a doc. PhDr. Lubomír Vašina, CSc.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je ověřit u dospělých osob souvislosti mezi subjektivně vnímaným zdravotním stavem (zdravotními stesky), mírou duševního zdraví, sociální složkou osobní pohody a se zdravím souvisejícím chováním. Zajímá nás, které z typů se zdravím souvisejícího chování využívají osoby s menším počtem zdravotních stesků. Chceme také zjistit, která složka osobní pohody má nejtěsnější vztah se zdravotními stesky a jednotlivými faktory chování souvisejícího se zdravím.

Součástí výzkumu je rovněž explorační otázka, která se týká krevních skupin a fyzického a duševního zdraví a osobní pohody. Krevní skupiny jsou poměrně nová oblast zkoumání. Předchozí výzkumy se zabývaly většinou souvislostmi mezi krevními skupinami a konkrétními nemocemi a nikoli fyzickým zdravím obecně. Otázkou ohledně vztahu mezi krevními skupinami a duševním zdravím se dosud nikdo nezabýval.

5.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě teoretických poznatků i výsledků předchozích výzkumů formulujeme výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak souvisí míra zdravotních stesků a chování související se zdravím?

Známa longitudinální studie z oblasti zdraví, Alameda County Study, dokázala, že zdravotní stav účastníků výzkumu pozitivně souvisel s počtem zdraví prospěšného chování

(dostatečný spánek, pravidelná strava, optimální tělesná hmotnost, vyhýbání se návykovým látkám, pravidelný fyzická aktivita) (Belloc & Breslow, 1972).

Způsob stravování souvisí se zdravotním stavem vzhledem k tělesné váze, prevenci některých onemocnění souvisejících s výživou (např. diabetes mellitus, rakovina trávicího ústrojí, osteoporóza) aj. (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993).

Výzkum Kirschnecka a kol. (2013), uvedený v teoretické části, vypovídá o zlepšení zdravotního stavu (snížení intenzity a frekvence bolesti) po tříměsíčním tréninku progresivní relaxace.

V České republice bylo v roce 2002 19 % z celkové mortality spojeno s kouřením. Kouření je spojeno s vyšším výskytem onemocnění způsobených právě kouřením (Sovinová a kol., 2008). Csémy a Sovinová také konstatují (2003), že na celkové mortalitě se podílí alkohol.

Fyzická aktivita má pozitivní vliv na fyzické zdraví jako prevence především kardiovaskulárních chorob, zlomenin, obezity atd. Jedinci, kteří se pravidelně věnují fyzické aktivitě odpovídající jejich stavu, mají nižší riziko onemocnění spojených s inaktivitou (Stejskal, 2004).

Zajímá nás, které faktory chování souvisejícího se zdravím významně souvisí se zdravotními stesky a zda se míra zdravotních stesků při vyšší frekvenci zdraví podporujícího chování snižuje.

Výzkumná otázka 2: Které z typů se zdravím souvisejícího chování nejsilněji predikuje nižší míru zdravotních stesků?

Chování podporující zdraví zmíněné v Alameda County Study souviselo v navazující studii s mírou úmrtnosti, která klesala spolu s nárůstem zdraví podporujícího chování (Bleslow, 1983; cit. dle Sarafino, 1990). Otázku necháváme pro jednotlivé faktory chování souvisejícího se zdravím otevřenou, neboť dosavadní studie se z velké části zabývají především pohybovou aktivitou v pozici prediktoru fyzického zdraví (např. Aarnio a kol., 2002).

Výzkumná otázka 3: Která složka duševního zdraví souvisí se zdravotními stesky nejtěsněji?

Duševní zdraví a osobní pohoda jsou zakotveny v definici zdraví Světové zdravotnické organizace jako jeho důležité charakteristiky. Z předchozího výstupu

grantového výzkumu zabývajících se stejnou otázkou na menším vzorku osob vyšlo, že nejtěsněji souvisí se zdravotními stesky emocionální složka osobní pohody. Druhý nejsilnější vztah byl nalezen mezi zdravotními stesky a celkovým duševním zdravím (Slezáčková & Klimusová, 2015). Zajímá nás, zda se tento předpoklad potvrdí i na větším vzorku respondentů.

Výzkumná otázka 4: Jak souvisí míra duševního zdraví s chováním ovlivňujícím zdraví?

Čtvrtou výzkumnou otázku necháváme částečně otevřenou pro jednotlivé faktory chování. Z dřívějších výzkumů se dozvídáme, že vyšší míra zdraví podporujícího chování pozitivně ovlivňuje míru duševního zdraví (např. Van Lente a kol., 2012).

Fyziologická reakce organismu na tělesný pohyb vyvolá vyplavení endorfinů a enkefalinů. Ty pozitivně ovlivňují náladu a pocit osobní pohody (Vondruška & Barták, 2002). Fox a kol. (2000) potvrzují, že fyzická nečinnost zvyšuje pravděpodobnost fyzické nemoci i onemocnění depresí.

Zajímá nás, které faktory chování souvisejícího se zdravím signifikantně souvisí s duševním zdravím, a případně síla a směr jejich vztahu.

Výzkumná otázka 5: Jak souvisí typ krevní skupiny se zdravotními stesky, chováním souvisejícím se zdravím a duševním zdravím?

Pátou výzkumnou otázku necháváme úplně otevřenou, neboť předešlé výzkumy se konkrétně tímto tématem nezabývaly, a pokud ano, výsledky studií se neshodovaly.

Stanovili jsme také 5 doplňujících hypotéz:

Hypotéza 1: Osoby s nižší mírou zdravotních stesků vykazují statisticky významně vyšší míru duševního zdraví.

Hypotézu jsme formulovali na základě premis Canadian Mental Health Association (2008, 2016), které říkají, že špatné duševní zdraví predisponuje jedince ke špatnému fyzickému stavu, což platí i opačným směrem. Podle výsledků výzkumu Kumara (2004) platí, že čím více má člověk symptomů chronické fyzické nemoci, tím větší je pravděpodobnost projevení duševních problémů.

Ve světovém výzkumu zdraví měli jedinci s depresí statisticky významně nejnížší skóre ve fyzickém zdraví mezi všemi ostatními chronickými nemocnými. Navíc respondenti, kteří spolu s chronickou nemocí komorbidně trpěli i depresí, měli signifikantně nižší skóre ve fyzickém zdraví než ti, kteří udávali chronickou nemoc bez deprese (Moussavi a kol., 2007).

Hypotéza 2: Osoby s vyšší mírou duševního zdraví dosahují statisticky významně vyšší míry sociální opory.

Vztah duševního zdraví a sociální opory předpokládáme na základě výsledků Dienera a Seligmana (2002) o velmi šťastných lidech. Všichni členové této skupiny udávali vyšší počet kvalitních sociálních vztahů v porovnání s osobami, které nepatřily mezi velmi šťastné.

Hypotéza 3: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v míře zdravotních stesků.

Platnost hypotézy předpokládáme na základě poznatků medicíny, že zdravotní stav se se zvyšujícím věkem zhoršuje. Výzkum House, Kesslera a Herzoga (1990) popisuje statisticky významné rozdíly mezi osobami rozdělenými do věkových kohort (25 - 75+ let; vždy po 10 letech). Zkoumali chronické fyzické podmínky, funkční status a limitování v běžné denní činnosti. Fyzický stav se ve všech třech hodnocených kategoriích se stoupajícím věkem zhoršoval.

Celonárodní výzkum ve Velké Británii vypovídá o zvyšování počtu zdravotních problémů (mobilita, schopnost postarat se o sebe, běžná aktivita, bolest/diskomfort) s rostoucím věkem (Kind a kol., 1998).

Hypotéza 4: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v chování souvisejícím se zdravím.

Na základě dřívějších výsledků grantového výzkumu na nižším vzorku osob (Dosedlová, Klimusová & Burešová, 2016) předpokládáme, že se jedinci v jednotlivých věkových kohortách statisticky významně liší v Pravidelném stravování, Pravidelném denním režimu, Vyhýbání se návykovým látkám a Fyzické aktivitě.

Sarafino (1990) tvrdí, že staří lidé jsou mnohem více zainteresováni v péči o svoje zdraví kromě fyzické aktivity, která s věkem klesá.

Hypotéza 5: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v míře duševního zdraví.

Celonárodní výzkum ve Velké Británii, zmíněný u 3. hypotézy, zjišťoval rovněž rozdíly v míře úzkosti a deprese. S rostoucím věkem se počet respondentů, kteří těmito problémy trpěli, zvyšoval (Kind a kol., 1998).

6 Metoda výzkumu

V této části uvedeme základní informace o výzkumném souboru; podrobnějšímu popisu se budeme věnovat v části Výsledky analýzy dat. Popíšeme metody, které jsme pro výzkum použili, a také způsob sběru dat a metody jejich analýzy.

6.1 Výzkumný design

Zvolili jsme kvantitativní přístup. Výzkum je koncipován jako korelační studie, která ověřuje současné vědecké poznání na dospělé populaci v České republice a rovněž obsahuje explorační výzkumné otázky. Jde tedy o kombinaci konfirmatorního a exploračního přístupu. Budeme porovnávat jednotlivé důležité aspekty zdraví člověka, pokusíme se rovněž stanovit prediktory lepšího zdraví, což je významné především pro přesah do běžného života.

6.2 Popis souboru zkoumaných osob

Cílová skupina pro náš výzkum jsou dospělí jedinci ve věku 20 - 65 let. Podle věku jsme je rozdělili do kohort 20 - 35 let (časná dospělost), 36 - 50 let (střední dospělost), 51- 65 let (pozdní dospělost) (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2007). Jelikož je soubor dotazníků výzkumu umístěn na internetu, výběr respondentů do celkového souboru je příležitostný, probíhá samovýběrem. Celkový počet respondentů je 1363, z toho 922 žen (68 %).

6.3 Použité nástroje

Pro grantový výzkum byla vytvořena rozsáhlá testová baterie, z níž vybíráme tyto metody:

- Úvodní část věnovaná demografickým údajům
- Škála chování souvisejícího se zdravím
- Inventář zdravotních stesků
- Škála duševního zdraví
- Dotazník sociální opory

Použité metody budou popsány níže.

6.3.1 Demografické údaje

V úvodní části respondenti vyplňují v 11 položkách své základní demografické údaje, jako je věk, pohlaví, národnost, dosažené vzdělání, rodinný stav, zaměstnání a místo bydliště.

6.3.2 Škála chování souvisejícího se zdravím

Škála chování souvisejícího se zdravím (autorek Dosedlová, Slováčková, & Klimusová, 2013) byla vytvořena obsahovou analýzou na základě pilotní studie na vysokoškolských studentech. Obsahuje 42 položek týkajících se různých aspektů životního stylu a zdravotní prevence. Položky se týkají například tělesné aktivity, stravování, pitného režimu, spánkového režimu, rizikového chování, preventivního chování, podpory duševního zdraví atd.

Proband odpovídá, jak často se u něj dané chování vyskytuje. K odpovědím slouží pětistupňová škála od 1 do 5 Likertova typu. U položek 1 - 32 jsou krajní hodnoty škály 1 (= zcela pro mě platí) a 5 (= vůbec pro mě neplatí), kdy nižší skóre vyjadřuje zdraví podporující chování a vyšší naopak chování zdraví ohrožující. Ukázkou položek jsou např. výroky „*Udržuji si optimální tělesnou hmotnost.*“ nebo „*Dostatečně odpočívám, relaxuji.*“ U položek 33 - 38 sahá škála od 1 (= nikdy) po 5 (= velmi často). Tyto položky zní např. „*Jím smažené pokrmy.*“ Na položku 39: „*Kolik hodin týdně se v současné době cíleně věnujete sportu?*“, odpovídají respondenti číslem. Položky 40 - 42 se týkají užívání návykových látek (Dosedlová a kol., 2015).

6.3.3 Inventář zdravotních stesků

Inventář Osecké, Řehulkové a Macka (1998) se zaměřuje na to, jak lidé subjektivně vnímají své zdraví. První 4 položky zjišťují tělesnou váhu, výšku, krevní skupinu a přítomnost stresu. Položky 5 - 21 popisují různé zdravotní problémy a úkolem respondentů je ohodnotit četnost výskytu těchto problémů v jejich případě v posledním roce. Probandi odpovídají na škále Likertova typu od 1(= nikdy) do (4 = často). Čím vyšší skóre, tím horší je subjektivní fyzický stav jedince.

Druhá část dotazníku se věnuje různým druhům závažnějších nemocí, které respondenti prodělali v posledních 5 letech. Je zde k dispozici seznam různých skupin onemocnění (kardiovaskulární či gastrointestinální obtíže, vegetativní symptomy, poruchy pohybové soustavy aj.), z nichž mají probandi zaškrtnout všechny, které se u něj v daném období objevily (Dosedlová a kol., 2015).

Reliabilita dotazníku je vysoká, autoři uvádí hodnotu Cronbachovy alfy 0,88 (Osecká, Řehulková a Macek, 1998).

6.3.4 Otevřená otázka ohledně krevní skupiny

Otázka „*Jakou máte krevní skupinu (pokud ji znáte)?*“ je zahrnuta v Inventáři zdravotních stesků, jak bylo zmíněno výše. Chceme ji tímto zdůraznit, neboť pro účely naší práce je velmi důležitá. Je to otázka otevřená, tudíž probandi svoji krevní skupinu vypisují ručně.

6.3.5 Škála duševního zdraví

Krátká forma dotazníku duševního zdraví (The Mental Health Continuum - Short Form, MHC-SF; autor Keyes a kol., 2008) měří pozitivní duševní zdraví. Je odvozena od dlouhé formy (MHC-LF), která se skládá ze 40 položek (Keyes, 2009). Krátká forma obsahuje 14 nejvíce prototypních položek, které reprezentují různé pocity ohledně osobní pohody. Zahrnuje emocionální (3 položky; 1. - 3. položka), sociální (5 položek; 4. - 8. položka) i psychickou (6 položek - 9. - 14. položka) dimenzi osobní pohody. Vnitřní konzistence metody dosahuje více než 0,80 (Keyes, 2009; Lamers a kol., 2011).

Respondenti hodnotí frekvenci výskytu každého pocitu v posledním měsíci na šestistupňové škále Likertova typu od 0 (= nikdy) do 5 (= každý den). Vyšší skóre značí vyšší míru duševního zdraví. Položky jsou formulované způsobem „*Jak často jste*

za poslední měsíc cítil/a, že jste spokojený/á?“, „..., že máte s ostatními vřelé a důvěrné vztahy?“ atd.

6.3.6 Dotazník sociální opory

Dotazník sociální opory čerpá z dotazníku použitého Cefaiem a Camillerim (2009) v maltézském výzkumu sociální a emoční pohody a fyzického zdraví studentů. Zmíněný dotazník sestával ze 4 částí. Mapoval demografické údaje, fyzické zdraví a životní styl, sociální a emoční složky osobní pohody a život na univerzitě.

Položky použité v našem výzkumu jsou převzaté právě z třetí části původního dotazníku. Zjišťují spokojenost s intenzitou i extenzitou sociálních vztahů. Jedná se celkem o 4 otázky, které zní *„Jak snadné je pro Vás mluvit s následujícími osobami (rodiče, sourozenci, přátelé, manžel(ka)/partner(ka)) o věcech, které Vám opravdu dělají starosti nebo Vás trápí?“*, *„Kolik osob ve Vašem životě je Vám tak blízkých, že s nimi bez pocitu ohrožení můžete sdílet důvěrné záležitosti a autentické prožitky?“*, *„Jak jste spokojený(á) se svými osobními vztahy?“* a *„Cítíte se někdy osaměle?“*

Respondenti odpovídali u druhé až čtvrté otázky na škále od 1 (= nemám nikoho blízkého/velmi nespokojený(á)/velmi často) do 4 (= více než 3 blízcí lidé/velmi spokojený(á)/vůbec ne). U první otázky je škála odpovědí formulována v opačném znění než u následujících tří. Vyšší skóre (po reverzování první položky) znamená vyšší míru vnímané sociální opory a spokojenost s ní.

6.4 Způsob získání dat

Data pro diplomovou práci jsme získali v rámci grantového výzkumu s názvem Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely a konsekvence (GA13-19808S), podporovaného Grantovou Agenturou ČR. Období řešení tohoto projektu je od února 2013 a pokračuje až do konce roku 2016.

Soubor dotazníků je dostupný on-line na internetové adrese <http://www.zdravi-podporujici-chovani.cz/>, kam jej organizátoři umístili. Je tedy volně přístupný všem skupinám respondentů. Jeho vyplnění trvá asi 50 – 60 minut. Na úvodní straně²⁰ před vstupem do odpovědníku je probandům nastíněn důvod a cíl výzkumu, a to získání systematických dat o vztahu k vlastní osobě a o chování zaměřeném na péči o tělo a zdraví.

²⁰viz Přílohy

Také jsou vysvětleny instrukce pro správný postup při vyplňování dotazníků. Odměnou za vyplnění dotazníku jsou okamžité výsledky osobnostního testu, který je rovněž součástí souboru.

6.5 Způsob analýzy dat

Data jsme zpracovali pomocí programu SPSS 18. Pro popis demografických údajů výzkumného souboru jsme použili deskriptivní statistiku. Respondenty jsme rozřadili do tří věkových kohort popsaných výše.

Pro posouzení normálního rozložení výsledků použitých nástrojů jsme použili histogram s Gaussovou křivkou normálního rozložení. Pro určení míry těsnosti vztahu mezi stanovenými proměnnými jsme zvolili korelační analýzu. Jelikož jsme si ověřili, že se jedná o normální rozložení souboru, řídili jsme se Pearsonovým korelačním koeficientem. Pro porovnání průměrů jsme použili analýzu rozptylu a mnohonásobná porovnávání pomocí Tukeyho testu a Fisherova LSD testu. Pro predikci proměnných jsme využili lineární regresní analýzu.

Pearsonův korelační koeficient jsme interpretovali podle jeho hodnoty jako zanedbatelný vztah ($r < 0,20$), nepříliš těsný vztah ($r = 0,20 - 0,40$), středně těsný vztah ($r = 0,40 - 0,70$), velmi těsný vztah ($r = 0,70 - 0,90$) a extrémně těsný vztah ($r > 0,90$).

Při deskripci proměnných jsme použili: počet respondentů (N), průměr (M), medián (Md), směrodatnou odchylku (SD), statistickou významnost (p), Pearsonův korelační koeficient (r), F statistiku (F), rozdíl průměrů ($M\ dif.$), nestandardizovaný regresní koeficient (B), standardní chybu ($Std. Error$), standardizovaný regresní koeficient (β), t statistiku (t), koeficient vícenásobné korelace (R) a koeficient determinace (R^2).

Pro přehledné zobrazení výsledků jsme využili různé typy grafů (histogram s křivkou normálního rozložení, koláčový, bodový, krabicový) a tabulky.

Škálu chování souvisejícího se zdravím bylo potřeba po reverzování opačně formulovaných položek faktorovou analýzou s rotací Varimax zredukovat na menší počet faktorů, konkrétně 5, které následně zkoumáme. Pro rozhodování o extrakci faktorů jsme zvolili Kaiserovo kritérium, tedy byly vybrány faktory s hodnotou vyšší než 1. Použili jsme rovněž grafické znázornění faktorů pomocí sutinového grafu.

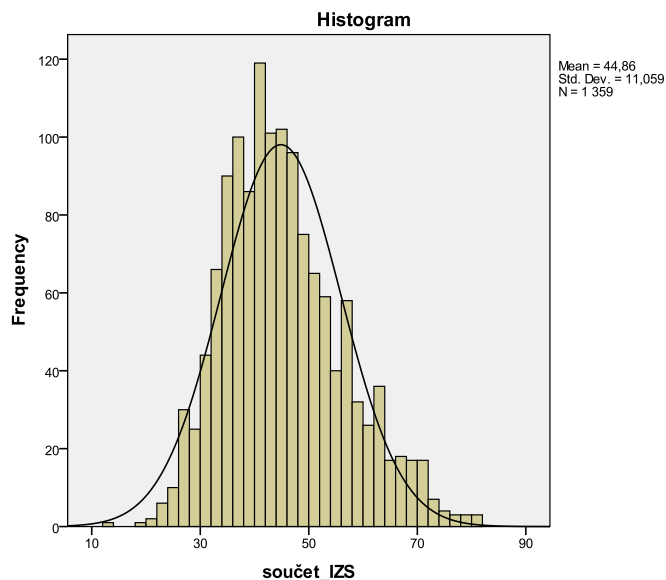
Faktory vysvětlují dohromady 39,2 % rozptylu 42 položek Škály chování souvisejícího se zdravím. Těchto 5 faktorů jsme pojmenovali v souladu s předchozími výstupy z grantového výzkumu *Pravidelný stravovací režim* (faktor vysvětluje 11,7 % rozdílu), *Duševní pohoda* (faktor vysvětluje 9,4 % rozdílu), *Pravidelný denní režim* (faktor vysvětluje 8 % rozdílu), *Vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám* (faktor vysvětluje 5,2 % rozdílu) a *Fyzická aktivita* (faktor vysvětluje 5 % rozdílu).

Ověřili jsme si normální rozložení hodnot jednotlivých faktorů chování souvisejícího se zdravím pomocí histogramu s Gaussovou křivkou normálního rozložení. V tabulce níže jsou popisné hodnoty jednotlivých faktorů. Čím vyšší skóre jedinec v jednotlivých faktorech chování dosáhl, tím více tento typ chování využívá.

Tabulka 1- Popis rozložení hodnot jednotlivých faktorů chování ovlivňujícího zdraví

Faktor chování souvisejícího se zdravím	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>
Pravidelný stravovací režim	1170	0,00	0,07	1,00
Duševní hygiena	1170	0,00	0,12	1,00
Pravidelný denní režim	1170	0,00	0,10	1,00
Vyhýbání se návykovým látkám	1170	0,00	0,23	1,00
Fyzická aktivita	1170	0,00	0,00	1,00

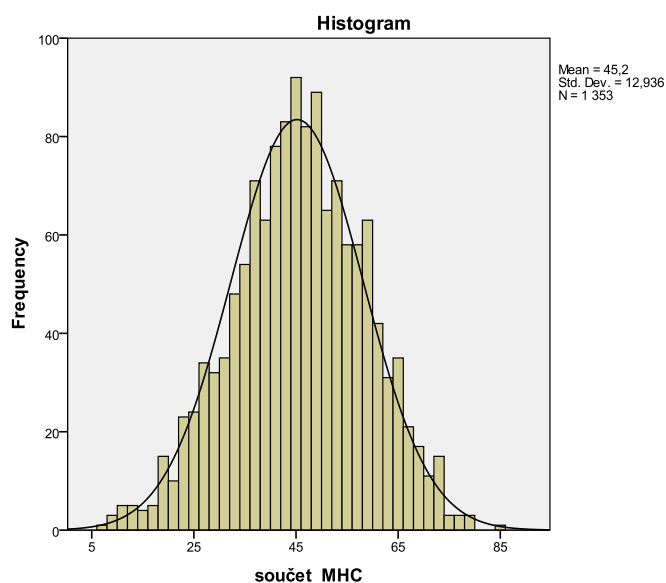
Položky *Inventáře zdravotních stesků* nominálního charakteru jsme překódovali na ordinální úroveň proměnných. Odpovědi na položky v dotazníku ve formě skóre jsme sečetli a dostali jsme celkový skóre subjektivního posouzení zdravotních stesků. Čím vyšší skóre jedinec dosáhl, tím hůře svůj zdravotní stav vnímá. Histogram ukazuje normální rozložení hodnot v Inventáři zdravotních stesků ($N = 1359$; $M = 44,86$; $Md = 43,0$; $SD = 11,06$).



Graf 1 - Rozložení hodnot v Inventáři zdravotních stesků ($N = 1359$)

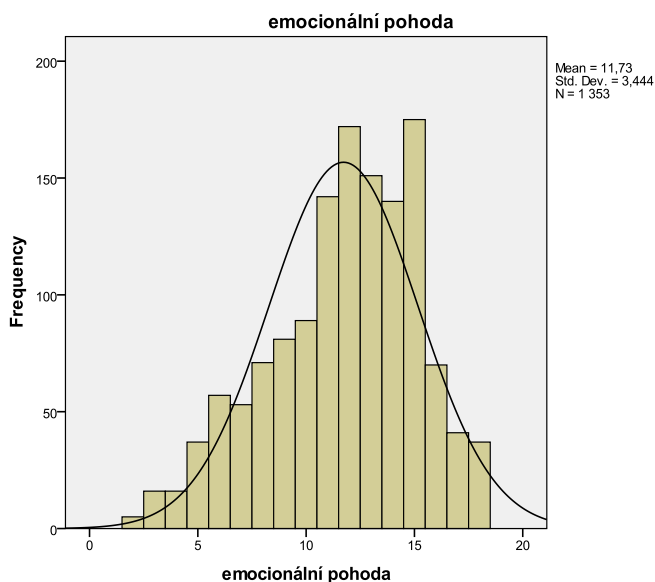
Slovní odpovědi na otázku ohledně *krevních skupin* bylo potřeba překódovat ve standardní stupnici nominálního charakteru.

Hodnoty odpovědí na *Škále duševního zdraví* jsme sečetli a dostali jsme celkový skóre duševního zdraví. Čím vyššího skóre proband dosáhl, tím vyšší míru duševního zdraví vykazuje. Histogram ukazuje normální rozložení hodnot na Škále duševního zdraví ($N = 1353$; $M = 45,20$; $Md = 45,0$; $SD = 12,94$).



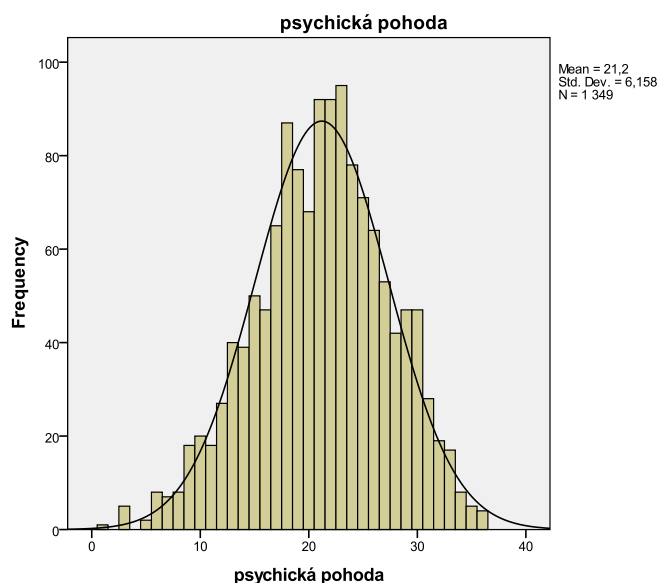
Graf 2 - Rozložení hodnot ve Škále duševního zdraví ($N = 1353$)

Jednotlivé složky osobní pohody (emocionální, psychickou, sociální) jsme získali z daných položek Škály duševního zdraví (viz výše). Ověřili jsme si rozložení výsledných hodnot v jednotlivých složkách osobní pohody. Ve všech případech se podobá normálnímu. Následující graf ukazuje rozložení hodnot emocionální složky osobní pohody ($N = 1353$; $M = 11,73$; $Md = 12,0$; $SD = 3,44$).



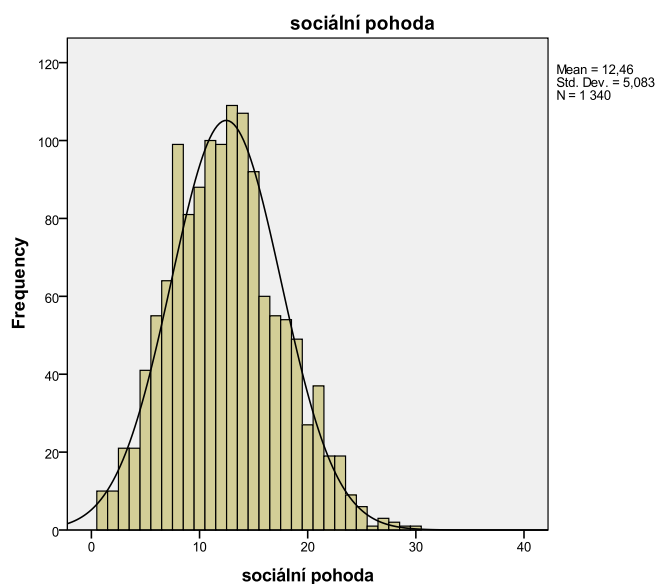
Graf 3 - Rozložení hodnot emocionální složky osobní pohody (Škála duševního zdraví) ($N = 1353$)

Graf níže ukazuje rozložení hodnot psychické složky osobní pohody ($N = 1349$; $M = 21,20$; $Md = 21,0$; $SD = 6,16$).



Graf 4 - Rozložení hodnot psychické složky osobní pohody (Škála duševního zdraví) ($N = 1349$)

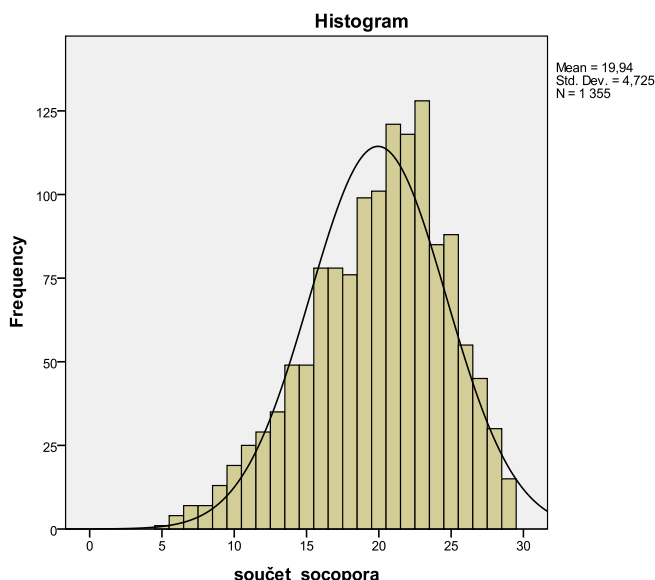
Následující graf ukazuje rozložení třetí složky osobní pohody, sociální ($N = 1340$; $M = 12,46$; $Md = 12,0$; $SD = 5,08$).



Graf 5 - Rozložení hodnot sociální složky osobní pohody (Škála duševního zdraví) ($N = 1340$)

Po překódování reverzovaných položek v *Dotazníku sociální opory* jsme hodnoty odpovědí v dotazníku sečetli a získali tak celkový skóre sociální opory. Čím vyššího skóre jedinec dosáhl, tím vyšší míru sociální opory popisuje. Ověřili jsme se rozložení hodnot

celkové sociální opory, které se ukázalo jako normální ($N = 1355$; $M = 19,94$; $Md = 21,0$; $SD = 4,73$).



Graf 6 - Rozložení hodnot Dotazníku sociální opory ($N = 1355$)

7 Výsledky analýzy dat a jejich interpretace

7.1 Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru

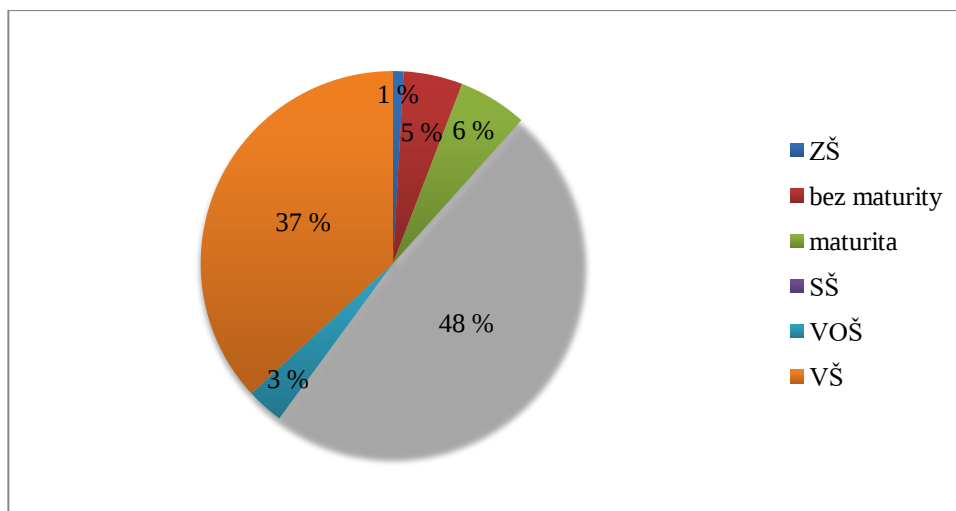
Celkový počet respondentů je 1363, z toho 922 žen (68 %). Věkové rozmezí sahá od 20 do 65 let ($M = 35$). Respondenty jsme rozdělili do tří věkových kohort, a to 20 - 35 let (55,6 % osob), 36 - 50 let (29,5 % osob) a 51 - 65 let (14,9 % osob). Přehledně vidíme zastoupení osob ve výzkumném souboru v tabulce níže.

Tabulka 2 - Zastoupení osob vzhledem k věku a pohlaví ($N = 1363$)

Věk (roky)	Ženy	Muži	Celkem (%)
20 - 35	497	261	758 (55,6 %)
36 - 50	283	119	402 (29,5 %)
51 - 65	142	61	203 (14,9 %)
Celkem	922 (68 %)	441 (32 %)	1363 (100 %)

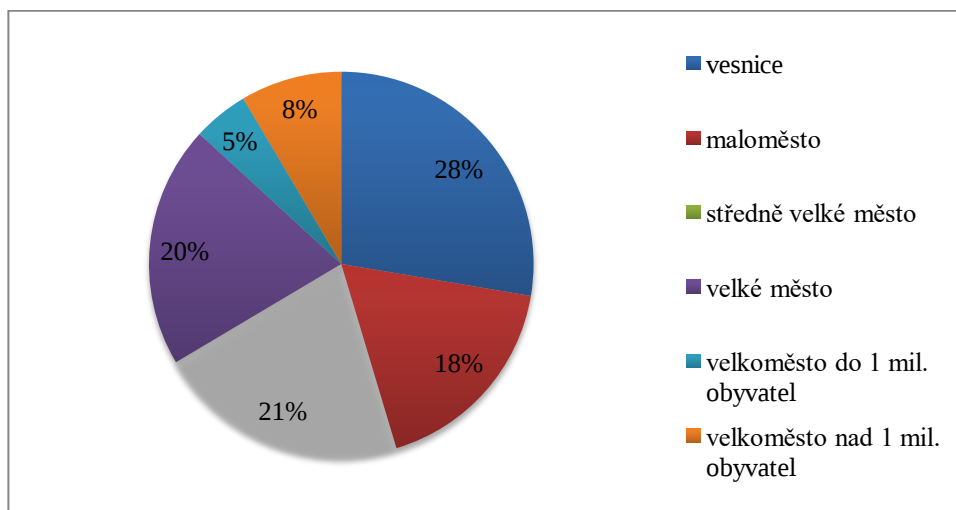
Z hlediska národnosti tvořili více než tři čtvrtiny souboru Češi (1067 osob; 78,3 %), u zbylé čtvrtiny probandů byla většinou národnost slovenská (267; 19,6 %) a jiná (21 osob; 1,5 %). Na otázku neodpovědělo 8 osob (0,6 %).

Dosažené *vzdělání* se pohybuje od základního (12 osob; 0,9 %), střední odborné bez maturity (67 osob; 4,9 %) nebo s maturitou (78 osob; 5,7 %), přes středoškolské (654 osob; 48 %), vyšší odbornou školu (42 osob; 3,1 %), k vysokoškolskému (497 osob; 36,5 %). 13 osob na položku neodpovědělo (1 %). Procentuální zastoupení vidíme v grafu níže.



Graf 7 - Zastoupení osob z hlediska vzdělání (N = 1350)

367 osob udalo jako své *bydliště* vesnici (26,9 %), dále pak maloměsto (235 osob; 17,2 %), střední město (280 osob; 20,5 %), velké město (270 osob; 19,8 %), velkoměsto do 1 milionu obyvatel (62 osob; 4,5 %) a velkoměsto nad 1 milion obyvatel (113 osob; 8,3 %). 36 osob (2,6 %) na tuto položku neodpovědělo. Procentuální zastoupení vidíme v grafu níže.

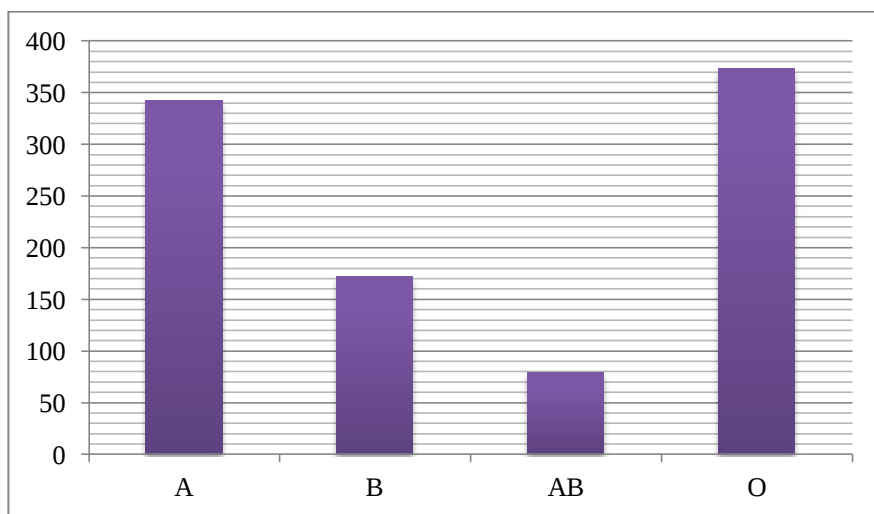


Graf 8 - Zastoupení osob z hlediska bydliště (N = 1327)

Z hlediska *rodinného stavu* je více než polovina respondentů svobodných (733 osob; 53,9 %), méně už ženatých či vdaných (499 osob; 36,7 %), rozvedených (112 osob; 8,2 %) a vdov či vdovců (16 osob; 1,2 %). 3 osoby položku vynechaly.

Studuje 594 jedinců (43,6 %), pracuje 867 osob (63,6 %) a 24 respondentů je v důchodu (1,8 %).

Rozložení *krevních skupin* se podobalo celonárodnímu. Skupinu A udalo 25,1 % osob, skupinu B 12,6 % osob, skupinu AB 5,8 % osob a skupinu O 27,3 % osob. Dohromady na otázku odpovědělo 966 respondentů (70,9 %), 397 jedinců (29,1 %) odpověď nevyplnilo či vyplnilo špatně, a tedy nebylo možné rozpoznat, kterou krevní skupinu mají na mysli. Zastoupení krevních skupin ve výzkumném souboru můžeme vidět v grafu níže.



Graf 9 - Zastoupení osob s jednotlivými krevními skupinami (N = 966)

Ve Škále chování souvisejícího se zdravím na položku „*Kolik hodin týdně se v současné době věnujete sportu?*“ nejčastěji respondenti odpovídali 2 hodiny týdně. Odpovědi se pohybovaly v rozmezí od 0 do 30 hodin týdně ($M = 3,5$; $Md = 3,0$). Na položku „*Kolik uvedených jednotek alkoholu zkonsumujete během průměrného týdne (1/2 l piva, 2 dc vína, 0,5 dl destilátu)?*“ odpovídali probandi nejčastěji nulově ($M_{pivo} = 1,73$; $Md_{pivo} = 1,0$; $M_{vino} = 1,87$; $Md_{vino} = 1,0$; $M_{destilát} = 0,67$; $Md_{destilát} = 0,0$).

7.2 Prezentace a interpretace výsledků

V této části se věnujeme prozkoumání výzkumných otázek, ověření platnosti hypotéz, prezentaci výsledků a jejich interpretaci.

7.2.1 VO 1: Jak souvisí míra zdravotních stesků a chování souvisejícím se zdravím?

První výzkumná otázka zjišťuje vzájemný vztah, jeho těsnost a směr, mezi zdravotními stesky a faktory chování souvisejícího se zdravím (Pravidelný stravovací režim, Duševní hygiena, Pravidelný denní režim, Vyhýbání se návykovým látkám a Fyzická aktivita).

Pro určení míry těsnosti vztahu mezi zdravotními stesky a chováním souvisejícím se zdravím jsme zvolili korelační analýzu. Jelikož jsme si ověřili, že se jedná o normální rozložení hodnot (viz výše), řídili jsme se Pearsonovým korelačním koeficientem.

Nalezli jsme statisticky významné souvislosti mezi zdravotními stesky a Duševní hygienou, Pravidelným režimem ($p < 0,001$), Fyzickou aktivitou ($p < 0,01$) a Pravidelným stravovacím režimem ($p < 0,05$). Vztah s Vyhýbáním se návykovým látkám nebyl signifikantní.

Nepříliš těsný vztah se tedy podařilo prokázat u Duševní hygieny ($r = -0,37$) a Pravidelného režimu ($r = -0,22$), zatímco u Fyzické aktivity ($r = 0,10$) a Pravidelného stravování je vztah zanedbatelný ($r = 0,07$). Tabulka níže ukazuje míru a směr vztahu.

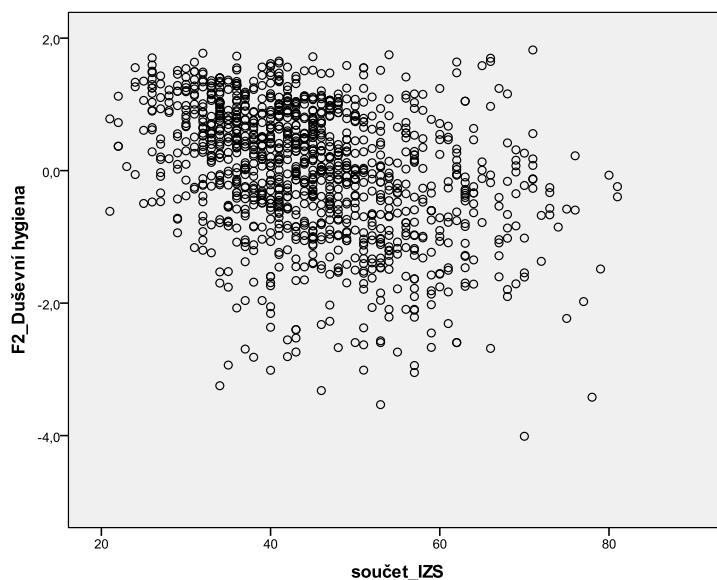
Tabulka 3 - Vztah mezi zdravotními stesky a chováním souvisejícím se zdravím ($N = 1167$)

Faktor chování	Pearsonova korelace se zdravotními stesky	p
Pravidelné stravování	0,065*	0,026
Duševní hygiena	-0,367***	0,000
Pravidelný režim	-0,218***	0,000
Vyhýbání se návykovým látkám	-0,019	0,508
Fyzická aktivita	0,099**	0,001

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

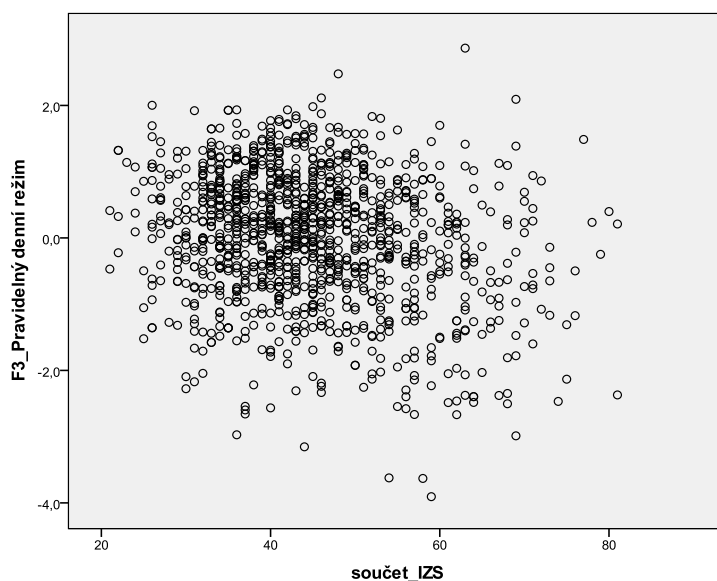
Na bodovém grafu níže můžeme vidět negativní směr nepříliš těsného vztahu mezi Duševní hygienou a zdravotními stesky ($r = -0,37$). Čím nižší počet zdravotních stesků

člověk vykazuje, tím častěji se u něj objevuje duševní hygiena. A také čím více se jedinec stará o duševní hygienu, tím méně udává stesků na svůj zdravotní stav.



Graf 10 - Vztah mezi zdravotními steskami a duševní hygienou (N = 1167)

Mezi Pravidelným denním režimem a zdravotními steskami je negativní nepříliš těsný vztah ($r = -0,22$). Čím více zdravotních stesků popisuje, tím méně se u něj objevuje pravidelný denní režim, a čím méně dodržuje pravidelný denní režim, tím více má zdravotních stesků. Popsaný vztah vidíme na grafu níže.



Graf 11 - Vztah mezi zdravotními steskami a pravidelným denním režimem (N = 1167)

Shrnutí: Nejsilnější vztah byl nalezen mezi zdravotními stesky a **Duševní hygienou** ($r = -0,37$). Další statisticky významný nepříliš těsný vztah ($r = -0,22$) se ukázal mezi zdravotními stesky a **Pravidelným denním režimem**. Mezi mírou zdravotních stesků a Pravidelným stravovacím režimem i mírou zdravotních stesků a Fyzickou aktivitou je pozitivní statisticky významný vztah, nicméně téměř zanedbatelný.

Jedinci, kteří se starají o svojí duševní hygienu a udržují si pravidelný denní režim, si statisticky méně stěžují na svůj fyzický stav na rozdíl od těch, kteří se nevěnují duševní hygieně a jejichž denní režim není pravidelný.

7.2.2 VO 2: Které z typů se zdravím souvisejícího chování nejsilněji predikuje nižší míru zdravotních stesků?

Druhá výzkumná otázka se zabývá možnými prediktory nižší míry zdravotních stesků. Pro predikci proměnné jsme použili lineární regresní analýzu. Predikovanou proměnnou byly zdravotní stesky a prediktory bylo 5 faktorů chování souvisejícího se zdravím (Pravidelný stravovací režim, Duševní hygiena, Pravidelný denní režim, Vyhýbání se návykovým látkám a Fyzická aktivita).

Chování související se zdravím a zdravotní stesky spolu korelují středně těsně ($R = 0,44$). Model je statisticky významný ($p < 0,001$). Pomocí chování ovlivňujícího zdraví můžeme vysvětlit 20 % rozptylu ve zdravotních stescích ($R^2 = 0,197$).

Jako prediktory zdravotních stesků se ukázaly signifikantní faktory chování Duševní hygiena ($\beta = -0,37$; $p < 0,001$), Pravidelný denní režim ($\beta = -0,22$; $p < 0,001$), Fyzická aktivita ($\beta = -0,10$, $p < 0,001$) i Pravidelný stravovací režim ($\beta = 0,07$; $p < 0,05$), jak můžeme vidět v následující tabulce.

Tabulka 4 - Prediktory zdravotních stesků

Prediktor - Faktor chování	<i>B</i>	<i>Std. Error</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Pravidelné stravování	0,723	0,288	0,066*	2,513	0,012
Duševní hygiena	-4,020	0,288	-0,367***	-13,970	0,000
Pravidelný denní režim	-2,408	0,288	-0,220***	-8,348	0,000
Vyhýbání se návykovým látkám	-0,200	0,288	-0,018	-0,695	0,487
Fyzická aktivita	-1,075	0,288	-0,098***	-3,739	0,000

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Shrnutí: **Nejsilnějším prediktorem nízké míry zdravotních stesků je Duševní hygiena ($\beta = -0,37$) a dále Pravidelný denní režim ($\beta = -0,22$).** Zvýší-li se duševní hygiena jedince a bude-li dodržovat pravidelný denní režim, jeho zdravotní stesky se sníží.

7.2.3 VO 3: Která složka duševního zdraví souvisí se zdravotními stesky nejtěsněji?

Třetí výzkumná otázka zkoumá vztahy mezi duševním zdravím, jeho složkami a zdravotními stesky. Pro zjištění těsnosti vzájemných vztahů jsme použili korelační analýzu. Jelikož jsme si ověřili, že se jedná o normální rozložení souboru (viz výše), řídili jsme se Pearsonovým korelačním koeficientem.

Emocionální ($r = -0,31$; $N = 1349$) a psychická ($r = -0,27$; $N = 1345$) složka osobní pohody, stejně tak i duševní zdraví celkové ($r = -0,28$; $N = 1349$) mají signifikantní, nepříliš těsný negativní vztah se zdravotními stesky ($p < 0,001$). Sociální složka osobní pohody má se zdravotními stesky spíše zanedbatelný, i když signifikantní, vztah ($r = -0,17$; $N = 1336$; $p < 0,001$). Sílu i směr vztahu mezi jednotlivými složkami osobní pohody i duševním zdravím celkově a zdravotními stesky vidíme v tabulce níže.

Tabulka 5 - Vztah mezi zdravotními stesky a složkami osobní pohody

Osobní pohoda	Pearsonova korelace se zdravotními stesky	<i>p</i>
Emocionální pohoda	-0,310***	0,000
Psychická pohoda	-0,267***	0,000
Sociální pohoda	-0,169***	0,000
Duševní zdraví celkově	-0,277***	0,000

 $p < 0,001$

Shrnutí: Nejsilnější vztah, nepříliš těsný a negativní, se ukázal být mezi zdravotními stesky a **emocionální složkou osobní pohody ($r = -0,31$)**. Vztah celkového duševního zdraví ($r = -0,28$) i psychické složky osobní pohody ($r = -0,27$) se zdravotními stesky je také nepříliš těsný, negativní. Sociální složka osobní pohody má se zdravotními stesky téměř zanedbatelný vztah.

Čím má člověk vyšší míru duševního zdraví celkově i jednotlivých složek osobní pohody, tím se významně méně stěžuje na svůj fyzický stav.

7.2.4 VO 4: Jak souvisí míra duševního zdraví s chováním ovlivňujícím zdraví?

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťuje vztahy, jejich těsnost a směr, mezi duševním zdravím a jednotlivými faktory chování souvisejícího se zdravím (Pravidelný stravovací režim, Duševní hygiena, Pravidelný denní režim, Vyhýbání se návykovým látkám a Fyzická aktivita).

Pro určení míry těsnosti vztahu mezi duševním zdravím a chováním souvisejícím se zdravím jsme zvolili korelační analýzu. Jelikož jsme si ověřili, že se jedná o normální rozložení souboru (viz výše), řídili jsme se Pearsonovým korelačním koeficientem.

Ve výsledcích nalézáme signifikantní vztah mezi duševním zdravím a čtyřmi faktory, a to Pravidelným stravovacím režimem ($r = 0,09$; $p < 0,01$), Duševní hygienou ($r = 0,51$; $p < 0,001$), Pravidelným denním režimem ($r = 0,14$; $p < 0,001$) a Fyzickou aktivitou ($r = 0,19$; $p < 0,001$). Vztah mezi duševním zdravím a Vyhýbáním se návykovým látkám není významný. Směr a sílu vztahů můžeme vyhledat v tabulce níže.

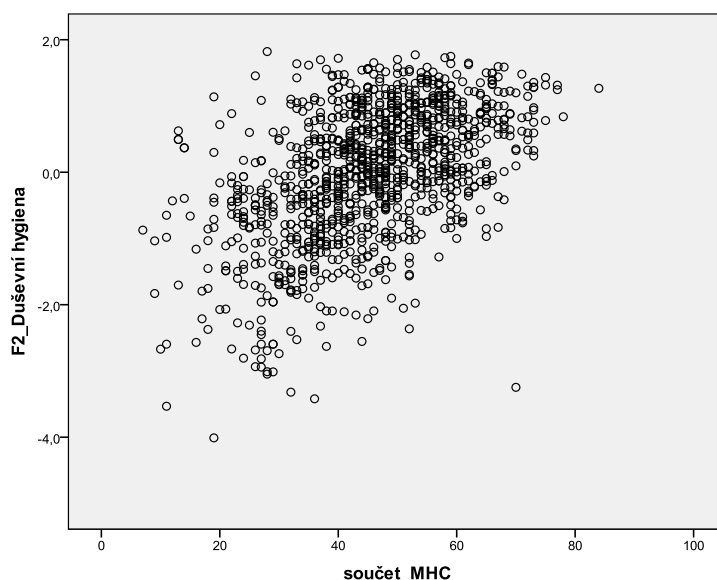
Tabulka 6 - Vztah mezi duševním zdravím a chováním souvisejícím se zdravím ($N = 1161$)

Faktor chování	Pearsonova korelace s duševním zdravím	p
Pravidelné stravování	0,090**	0,002
Duševní hygiena	0,506***	0,000
Pravidelný denní režim	0,143***	0,000
Vyhýbání se návykovým látkám	0,016	0,589
Fyzická aktivita	0,189***	0,000

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

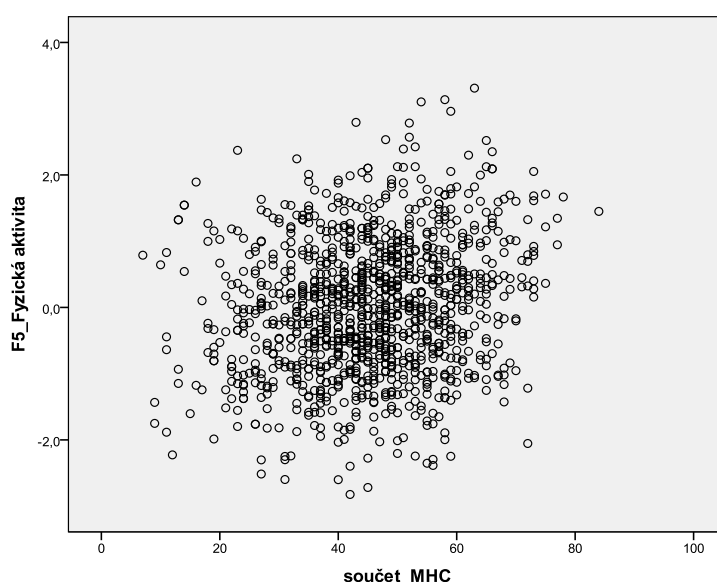
Pravidelný stravovací režim i Pravidelný denní režim a duševní zdraví spolu sice významně souvisí, ale téměř zanedbatelně.

Mezi duševním zdravím a faktorem Duševní hygiena byl nalezen středně silný vztah ($r = 0,51$). Na bodovém grafu můžeme vidět jeho pozitivní směr. Čím více se člověk stará o svou duševní hygienu, tím vyšší má duševní zdraví. Čím vyšší duševní zdraví jedinec vykazuje, tím více se věnuje své duševní hygieně.



Graf 12 - Vztah mezi duševním zdravím a duševní hygienou ($N = 1161$)

Na dalším bodovém grafu vidíme, že Fyzická aktivita a duševní zdraví spolu souvisí pozitivně a nepříliš těsně ($r = 0,19$), nejvíce okolo středních hodnot. Jedinci, kteří pěstují fyzickou aktivitu více, vykazují vyšší míru duševního zdraví. Osoby s vyšším duševním zdravím jsou více fyzicky aktivní.



Graf 13 - Vztah mezi duševním zdravím a fyzickou aktivitou ($N = 1161$)

Shrnutí: Nejsilnější vztah byl nalezen mezi duševním zdravím a **Duševní hygienou** ($r = 0,51$). Nepříliš těsný vztah se ukázal i mezi duševním zdravím a **Fyzickou aktivitou**

($r = 0,19$). Mezi duševním zdravím a Pravidelným stravovacím i Pravidelným denním režimem je pozitivní statisticky významný vztah, ovšem zanedbatelný.

Jedinci, kteří se starají o svoji duševní hygienu a pěstují fyzickou aktivitu, mají statisticky významně vyšší duševní zdraví než ti, kteří nedbají na duševní hygienu a fyzickou aktivitu. Osoby s vyšší mírou duševního zdraví se významně více věnují duševní hygieně a fyzické aktivitě.

7.2.5 VO 5: Jak souvisí typ krevní skupiny se zdravotními stesky, chováním souvisejícím se zdravím a duševním zdravím?

Pátá výzkumná otázka zjišťuje možné souvislosti mezi typem krevní skupiny a zdravotními stesky, dále faktory chování souvisejícího se zdravím a s duševním zdravím. Pro porovnání jednotlivých krevních skupin v dosaženém skóru ve zdravotních stescích, chování souvisejícím se zdravím a duševním zdravím jsme použili ANOVU.

Meziskupinové rozdíly u jednotlivých krevních skupin v míře *zdravotních stesků* jsou větší než uvnitř skupin ($F = 1,140$), ale nikoli statisticky významně ($p > 0,05$). Osoby s jednotlivými krevními skupinami se významně neliší v míře zdravotních stesků. Dosažené průměrné skóre jednotlivých krevních skupin můžeme vidět v tabulce níže. Všechny skóre se pohybují okolo průměrné hodnoty zdravotních stesků ($M = 44,86$), skupina B je lehce nad a skupina A lehce pod průměrem.

Tabulka 7 - Průměrný skór ve zdravotních stescích u jednotlivých krevních skupin

Typ krevní skupiny	N	M	SD
A	342	43,99	10,894
B	172	45,69	10,900
AB	79	44,89	9,734
0	373	44,59	11,004

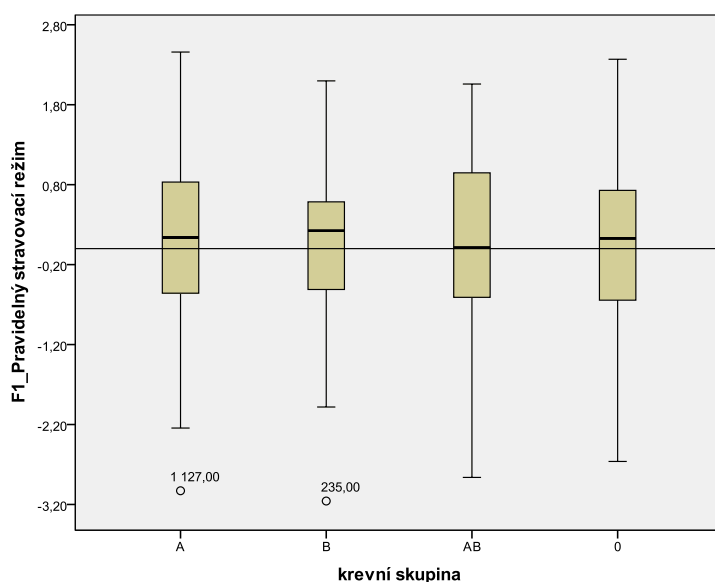
Meziskupinové rozdíly v jednotlivých faktorech *chování souvisejícího se zdravím* se ukázaly signifikantní pouze v případě faktoru Pravidelný stravovací režim ($F = 2,809$; $p < 0,05$) a u faktoru Duševní hygiena ($F = 4,535$; $p < 0,01$). U faktorů Pravidelný denní režim ($F = 0,466$; $p > 0,05$), Vyhýbání se návykovým látkám ($F = 1,728$; $p > 0,05$), ani Fyzická aktivita ($F = 0,601$; $p > 0,05$) nebyly rozdíly průkazné.

Nejvyšší skór v pravidelném stravování jsme našli u krevní skupiny A, nejnižší u skupiny AB. Žádná z hodnot není podprůměrná. Dosažený průměrný skór jednotlivých krevních skupin v pravidelném stravování můžeme vidět níže v tabulce.

Tabulka 8 - Průměrný skór v Pravidelném stravovacím režimu u jednotlivých krevních skupin

Typ krevní skupiny	N	M	SD
A	299	0,100	0,977
B	157	0,074	0,917
AB	68	0,003	1,127
0	314	0,023	0,977

Graf níže s vyznačenou průměrnou hodnotou ($M = 0,00$) ukazuje dosažené hodnoty v pravidelném stravování jednotlivých krevních skupin.



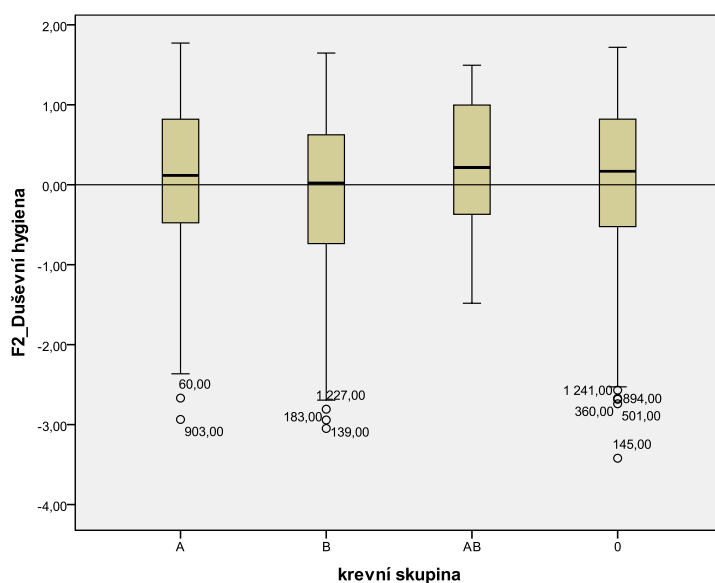
Graf 14 - Skór v Pravidelném stravovacím režimu u jednotlivých krevních skupin

Nejvyššího skóru v duševní hygieně dosáhli jedinci s krevní skupinou AB, zatímco ti se skupinou B vykazovali nejnižší, podprůměrnou hodnotu. Dosažený průměrný skór jednotlivých krevních skupin v duševní hygieně můžeme vidět níže v tabulce.

Tabulka 9 - Průměrný skór v Duševní hygieně u jednotlivých krevních skupin

Typ krevní skupiny	N	M	SD
A	299	0,110	0,890
B	157	-0,105	1,063
AB	68	0,256	0,754
0	314	0,050	0,964

V následujícím grafu s vyznačenou průměrnou hodnotou ($M = 0,00$) můžeme vidět dosažené hodnoty v duševní hygieně u čtyř krevních skupin.



Graf 15 - Skór v Duševní hygieně u jednotlivých krevních skupin

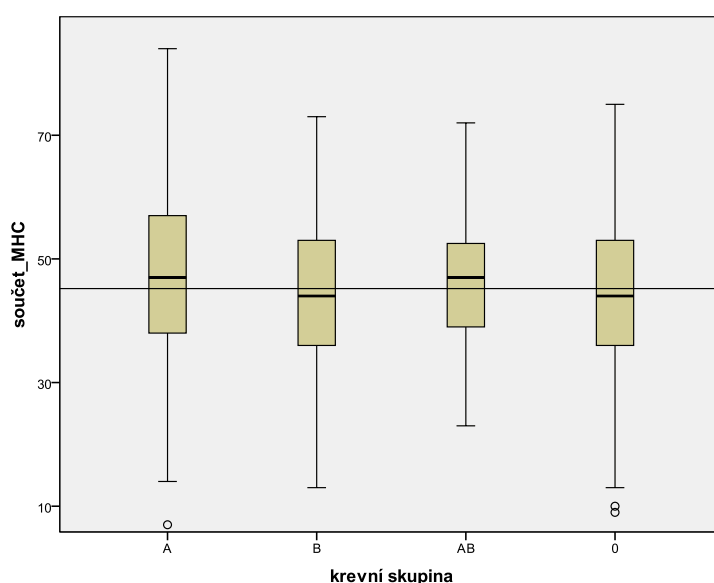
Meziskupinové rozdíly jednotlivých krevních skupin v duševním zdraví jsou významně větší než uvnitř skupin ($F = 2,928$; $p < 0,05$). Osoby s jednotlivými krevními skupinami se významně liší v míře duševního zdraví. Všechny skupiny se pohybují okolo průměrného skóre v duševním zdraví ($M = 45,20$), přičemž skupina A dosahuje nejvyšších hodnot a naopak skupina 0 nejnižších.

Dosažený průměrný skór jednotlivých krevních skupin můžeme vidět v tabulce níže.

Tabulka 10 - Průměrný skór v duševním zdraví u jednotlivých krevních skupin

Typ krevní skupiny	N	M	SD
A	341	47,06	12,834
B	171	44,26	12,715
AB	79	46,54	10,901
0	368	44,20	13,186

Rozdíly mezi skupinami vidíme názorně v grafu níže s vyznačenou průměrnou hodnotou ($M = 45,20$) Škály duševního zdraví pod tabulkou.



Graf 16 - Skór v duševním zdraví u jednotlivých krevních skupin

Shrnutí: Jednotlivé krevní skupiny se mezi sebou **neliší** významně **v míře zdravotních stesků**. Nejméně zdravotních stesků udávají osoby s krevní skupinou A, nejvíce naopak osoby se skupinou B.

Jedinci s jednotlivými krevními skupinami **se liší** v **Pravidelném stravovacím režimu** ($F = 2,809$; $p < 0,05$) a v **Duševní hygieně** ($F = 4,535$; $p < 0,01$). U ostatních faktorů nebyly rozdíly průkazné.

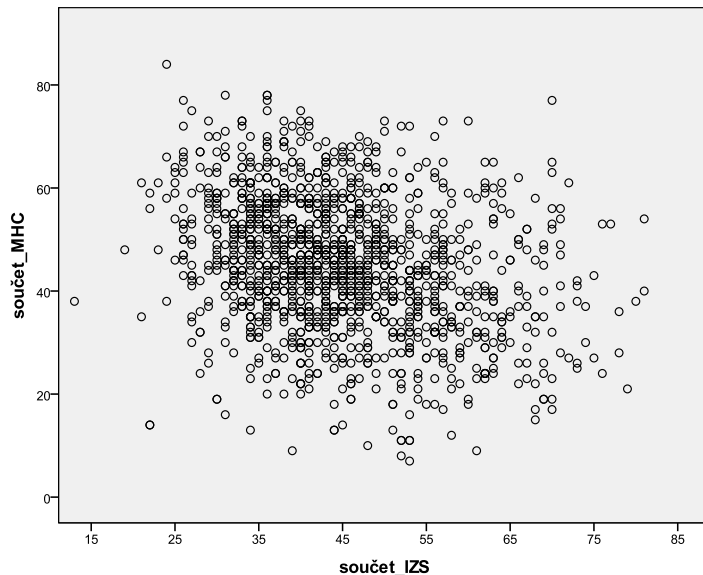
Nejvyššího skóru v pravidelném stravování dosáhli probandi s krevní skupinou A, nejnižšího ti se skupinou AB. Nejvyšší skór v duševní hygieně dosáhli jedinci s krevní skupinou AB, zatímco ti se skupinou B vykazovali nejnižší, podprůměrnou hodnotu.

V **duševním zdraví** se osoby v jednotlivých krevních skupinách významně liší. Nejvyšší skóre v duševním zdraví jsme našli u skupiny A, nejnižší u skupiny 0.

7.2.6 H 1: Osoby s nižší mírou zdravotních stesků vykazují statisticky významně vyšší míru duševního zdraví.

První hypotéza chce potvrdit vztah mezi nižší mírou zdravotních stesků a vyšší mírou duševního zdraví. Pro určení míry těsnosti vztahu mezi zdravotními steskami a duševním zdravím jsme zvolili korelační analýzu. Jelikož jsme si ověřili, že se jedná o normální rozložení souboru (viz výše), řídili jsme se Pearsonovým korelačním koeficientem.

Z výsledků analýzy vychází významný, nepříliš těsný negativní vztah ($r = -0,28$; $p < 0,001$) mezi zdravotními steskami a celkovým duševním zdravím ($N = 1349$). Čím více člověk vykazuje zdravotních stesků, tím nižších hodnot duševního zdraví dosahuje. Stejně jako při vyšší míře duševního zdraví se objevuje i nižší míra zdravotních stesků. **Hypotéza byla potvrzena.** Vztah můžeme vidět na grafu níže.

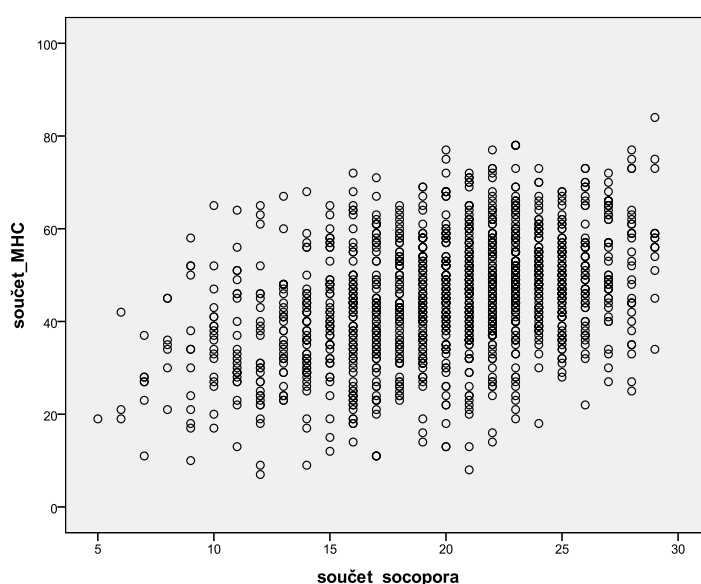


Graf 17 - Vztah mezi zdravotními steskami a duševním zdravím ($N = 1349$)

7.2.7 H 2: Osoby s vyšší mírou duševního zdraví dosahují statisticky významně vyšší míry sociální opory.

U druhé hypotézy jsme pro zjištění těsnosti vztahu mezi duševním zdravím a sociální oporou použili korelační analýzu. Jelikož jsme si ověřili, že se jedná o normální rozložení souboru (viz výše), řídili jsme se Pearsonovým korelačním koeficientem.

Mezi sociální oporou a duševním zdravím byl nalezen nepříliš těsný pozitivní signifikantní vztah ($r = 0,39$; $p < 0,001$; $N = 1352$). Lidé vykazující vyšší duševní zdraví udávají více sociální opory, a probandi s vyšší sociální oporou disponují vyšším duševním zdravím. **Hypotéza byla potvrzena.** Popsaný pozitivní vztah můžeme vidět na grafu níže.



Graf 18 - Vztah mezi duševním zdravím a sociální oporou ($N = 1352$)

7.2.8 H 3: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v míře zdravotních stesků.

Pro porovnání skupin rozdělených podle věku do tří kategorií (20 - 35 let, 36 - 50 let, 51 - 65 let) jsme u třetí hypotézy využili ANOVU. Rozdíl mezi skupinami je větší než uvnitř skupin ($F = 1,131$), ale nikoli statisticky významně ($p > 0,05$).

Nejstarší skupina udávala nejvyšší skóre ve zdravotních stescích ($M = 45,42$; $SD = 12,00$), nejnižší míru naopak vykazovali jedinci ve střední dospělosti ($M = 44,19$; $SD = 11,35$). Skóre zdravotních stesků osob ve věku časně dospělosti se pohyboval mezi ostatními skupinami ($M = 45,06$; $SD = 10,63$).

Jednotlivé věkové kohorty se však od sebe v míře zdravotních stesků významně neliší. **Hypotéza nebyla potvrzena.**

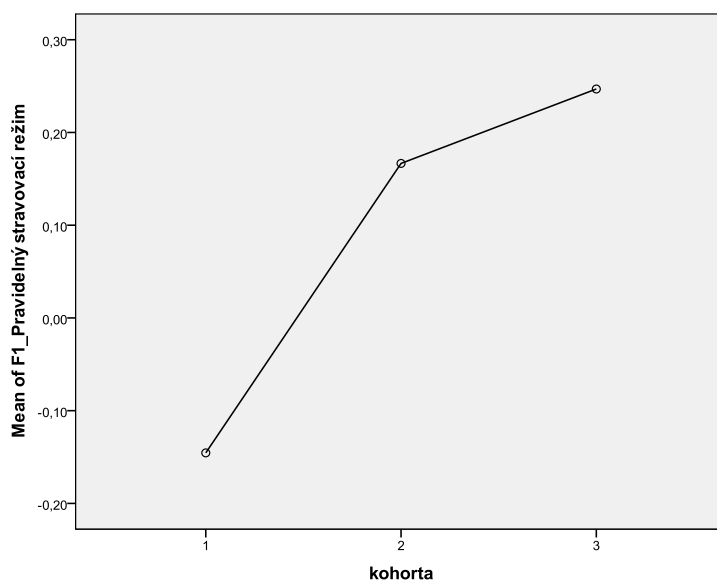
7.2.9 H 4: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v chování souvisejícím se zdravím.

Pro porovnání skupin rozdělených dle věku do tří kategorií v jednotlivých faktorech zdraví ovlivňujícího chování jsme u čtvrté hypotézy opět použili ANOVU.

Statisticky významný rozdíl mezi skupinami nalézáme u faktorů Pravidelný stravovací režim ($F = 17,246$; $p < 0,001$), Vyhýbání se návykovým látkám ($F = 33,500$; $p < 0,001$) a Fyzická aktivita ($F = 6,478$; $p < 0,01$).

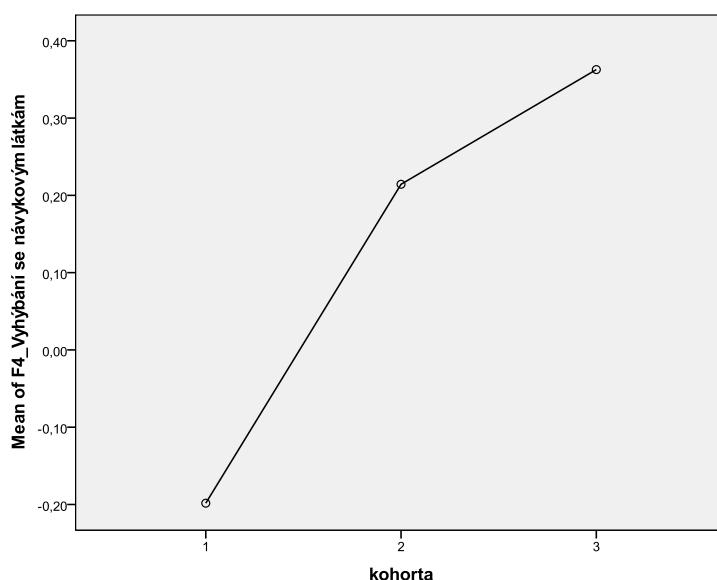
Z mnohonásobného porovnávání pomocí Tukeyho testu zjišťujeme, že průkazné statisticky významné rozdíly u faktoru Pravidelný stravovací režim existují mezi první a druhou skupinou, tj. mezi jedinci ve věku časně a střední dospělosti ($M dif. = -0,312$; $p < 0,001$); také mezi první a třetí skupinou, tj. mezi jedinci v časně a pozdní dospělosti ($M dif. = -0,392$; $p < 0,001$). Stejně pravidlo platí u faktoru Vyhýbání se návykovým látkám mezi osobami ve věku časně a střední dospělosti ($M dif. = -0,413$; $p < 0,001$) a osobami v časně a pozdní dospělosti ($M dif. = -0,561$; $p < 0,001$). U faktoru Fyzická aktivita existují průkazné rozdíly mezi jedinci v časně a střední dospělosti ($M dif. = 0,206$; $p < 0,01$) a osobami ve střední a pozdní dospělosti ($M dif. = -0,290$; $p < 0,01$). Přehledně tyto rozdíly popisujeme níže a můžeme je vidět na následujících grafech.

Na pravidelnou stravu dbají nejvíce jedinci ve věku 51 - 65 let (kohorta 3), zatímco respondenti ve věku mladé dospělosti (kohorta 1) dosahují v tomto faktoru výrazně nižších hodnot. S věkem pravidelnost stravování stoupá.



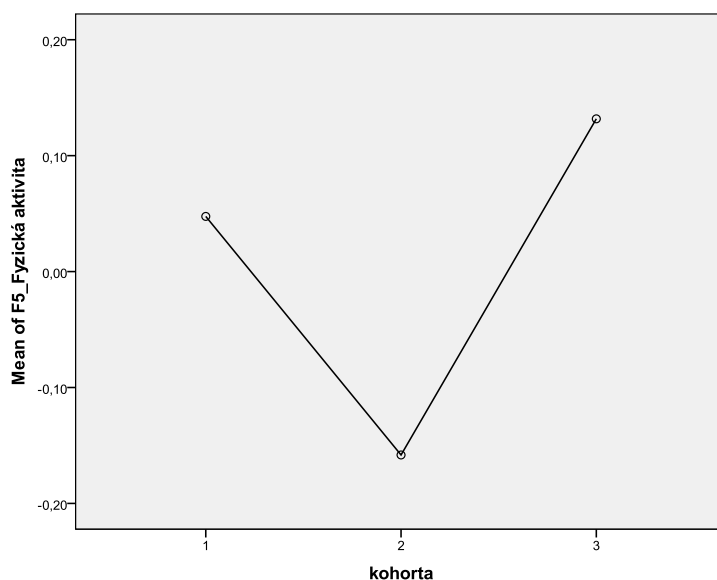
Graf 19 - Skór v Pravidelném stravovacím režimu u jednotlivých věkových kohort (N = 1170)

Probandi ve věku 20 - 35 let (kohorta 1) se rovněž nejméně vyhýbají návykovým látkám (cigarety, alkohol a jiné drogy, od lehkých po těžké). Starší jedinci jsou proti návykovým látkám vyhraněnější. S postupujícím věkem vyhýbání se návykovým látkám stoupá.



Graf 20 - Skór ve Vyhýbání se návykovým látkám u jednotlivých věkových kohort (N = 1170)

Ve fyzické aktivitě dosáhli respondenti v pozdní dospělosti (kohorta 3) nejvyššího skóre v porovnání s ostatními věkovými skupinami. Nejméně se fyzické aktivitě věnují jedinci ve věku střední dospělosti (kohorta 2).



Graf 21 - Skór u Fyzické aktivity u jednotlivých věkových kohort (N = 1170)

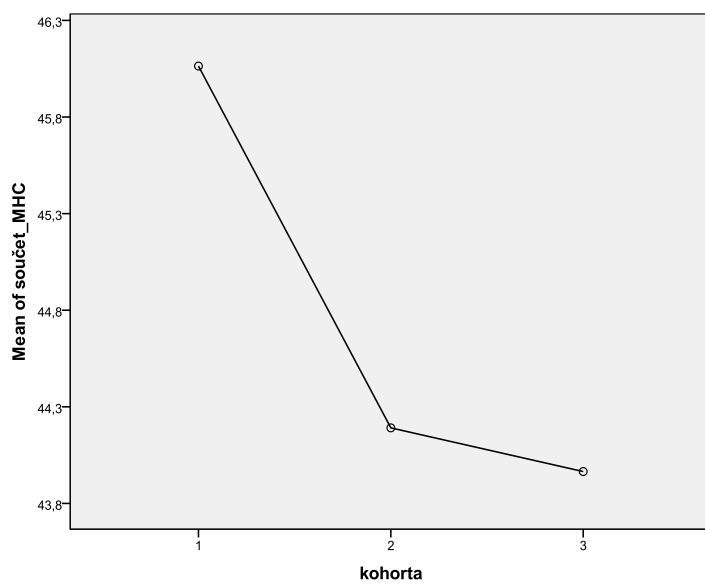
Shrnutí: Respondenti rozdělení podle věku do 3 věkových kategorií se **významně liší ve třech faktorech** chování ovlivňujícího zdraví - **Pravidelný stravovací režim, Vyhýbání se návykovým látkám a Fyzická aktivita**. Jedinci ve věku pozdní dospělosti (kohorta 3) dosahují nejlepších skóre ve všech zmíněných oblastech. Naproti tomu osoby ve věku mladé dospělosti (kohorta 1) dosahují nejnižšího skóre, vyjma faktoru Fyzická aktivita, kde měli nejnižší výsledky probandi ve věku střední dospělosti (kohorta 2).

7.2.10 H 5: Jedinci v jednotlivých věkových kohortách se statisticky významně liší v míře duševního zdraví.

Pro porovnání skupin rozdělených podle věku jsme použili i u páté hypotézy ANOVU. Byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi věkovými skupinami ($F = 3,821$; $p < 0,05$).

Z mnohonásobného porovnávání podle Fisherova LSD testu nalézáme průkazné rozdíly mezi první a druhou kohortou, tedy osobami ve věku časně a střední dospělosti ($M dif. = 1,873$; $p < 0,05$), taktéž mezi první a třetí kohortou, tj. jedinci ve věku časně a pozdní dospělosti ($M dif. = 2,099$; $p < 0,05$), což můžeme vidět na grafu níže.

Jedinci ve věku časně dospělosti (kohorta 1) dosahují nadprůměrné hodnoty duševního zdraví v porovnání s ostatními. Tyto dvě starší skupiny se však pohybují víceméně těsně pod průměrným skórem v duševním zdraví. **Hypotéza byla potvrzena.**



Graf 22 - Skór v duševním zdraví u jednotlivých věkových kohort ($N = 1353$)

8 Diskuse

V této kapitole diskutujeme nad zjištěnými výsledky, porovnáváme je s výsledky předchozích studií. Zamýšlíme se nad přednostmi a limity výzkumu a možnostmi využití poznatků v praxi.

Na vzorku o velikosti přes 1350 osob jsme zjistili, že *míra zdravotních stesků významně souvisí s mírou zdraví podporujícího chování*, konkrétně s duševní hygienou, pravidelným denním režimem, pravidelným stravovacím režimem a fyzickou aktivitou. Naše zjištění souhlasí s výsledky Alameda County Study. Subjektivně vnímané symptomy nemoci a jejich závažnost ovlivňují chování související se zdravím, od ignorování až po vyhledání okamžité pomoci. Je zajímavé, že jedinci s chatrným zdravím mohou provozovat v reakci na přítomnost nemoci větší množství chování podporujícího zdraví než jedinci zdraví (Sarafino, 1990).

Nejsilnější vztah byl nalezen mezi zdravotními steskami a **duševní hygienou**. Jedinci, kteří se starají o svojí duševní hygienu, udávají méně zdravotních stesků na rozdíl od těch, kteří se nevěnují duševní hygieně. Výsledek našeho zkoumání je v souladu s předchozími výzkumy (např. Kirschneck a kol., 2013). Princip působení metod duševní hygieny na zdraví můžeme vysvětlit na studiích Blumenthala (1985) či Schneidera a kol. (1995), které dokládají, že relaxační techniky snižují krevní tlak dospělých osob s hypertenzí.

Další významný vztah se ukázal mezi zdravotními steskami a **pravidelným denním režimem**. Čím více pravidelný je denní režim, tím menší je počet zdravotních stesků. Pravidelnost v biologických rytmech je známkou zdraví (Míček & Zeman, 1992). Například u pacientů s diabetem mellitus je nezbytný pravidelný denní režim pro prevenci zhoršení stavu (Stejskal, 2014).

Mezi mírou zdravotních stesků a pravidelným stravovacím režimem, stejně jako mezi mírou zdravotních stesků a fyzickou aktivitou, je významný pozitivní vztah, avšak slabý. Z toho vyplývá, že tyto faktory hrají ve fyzickém zdraví člověka spíše doplňující roli. Pravidelný stravovací režim pomáhá předcházet pocitům vlčího hladu, který většinou vede ke konzumaci nadměrného množství jídla (Nováková, 2011). Pokud se tento proces vyskytuje dlouhodobě, velmi pravděpodobně vede k nadváze až obezitě, které významně snižují zdraví člověka.

Fyzická aktivita má pozitivní účinky na zdraví člověka, ať už z pozice primární, sekundární či terciární prevence (Stejskal, 2004). Míra pozitivního efektu pravidelné tělesné aktivity na životní spokojenost se v průběhu života dospělého člověka mění,

s věkem se zvyšuje a zesiluje (Maher a kol., 2015). Vliv pohybové aktivity na celkové zdraví a kvalitu života související se zdravím popisuje dříve zmiňovaná studie Lerdala, Celiuse a Pedersena (2013). K pozitivnímu vlivu na zdraví stačí pravidelný pohyb ve smyslu chůze (Stejskal, 2004), kterou mnozí lidé ani nepovažují za fyzickou aktivitu, ale spíše za nezbytnou nutnost k přemístění se. Už jen takovýto pohyb stačí k podpoře zdraví. Větším objemem pohybu se ale jeho pozitivní efekt na zdraví nemusí úměrně zvyšovat.

Pokud se zaměříme na možné *prediktory fyzického zdraví*, pak zjistíme, že mezi nejsilnější patří právě **duševní hygiena** a **pravidelný denní režim**, které se zdravím také nejtěsněji souvisí. Zvýší-li člověk svou duševní hygienu a bude-li dodržovat pravidelný denní režim, jeho zdravotní stesky se významně sníží.

Pokud jde o *vzájemné vztahy mezi zdravotními stesky a duševním zdravím*, potvrdila se nám jejich významná souvislost shodně s předchozími studiemi (např. Kumar, 2004; Moussavi a kol., 2007). Čím vyšších hodnot duševního zdraví celkově i jednotlivých složek osobní pohody člověk dosahuje, tím méně je u něj přítomno zdravotních stesků.

Salovey a kol. (2000) vysvětlují vzájemný vztah hned několika mechanismy: negativní emoční stavy jsou spojovány s nezdravými vzory fyziologického fungování, zatímco pozitivní emoční stavy jsou spojovány se zdravějšími vzory fungování. Mimo jiné i nálada ovlivňuje fyzické zdraví skrze zdraví podporující chování. Fredrickson a kol. (2000) popisují tzv. „un-doing“ efekt pozitivních emocí na (kardiovaskulární) zdraví člověka. Pozitivní emoce mají schopnost napravit účinky negativních emocí na kardiovaskulární systém. Keyes a Simoes (2012) potvrzují negativní vztah mezi pozitivním duševním zdravím a mortalitou. Pozitivní emoce napomáhají lepší seberegulaci v činnosti (Carver & Scheier, 1990; Fredrickson, 2001), která může pomáhat k udržení zdravého životního stylu, jenž si jedinci předsevzali.

Nejsilnější vztah se ukázal být mezi zdravotními stesky a **emocionální složkou osobní pohody**. Přítomnost pozitivních emocí a životní spokojenosti nejvíce souvisí s nízkým počtem zdravotních stesků. Tento výsledek se shoduje s předchozím zjištěním na menším vzorku osob (Slezáčková & Klimusová, 2015).

Druhý nejtěsnější, téměř stejně silný, vztah jsme našli mezi zdravotními stesky a duševním zdravím celkovým. Čím vyšší má člověk duševní zdraví, tím méně zdravotních stesků udává. V těsném závěsu za celkovým duševním zdravím se ukázal vztah psychické složky osobní pohody se zdravotními stesky. Čím vyšší je subjektivní spokojenost člověka v osobním životě, tím méně si stýská na svůj zdravotní stav. Sociální složka osobní pohody

má se zdravotními stesky zanedbatelný vztah. Subjektivní hodnocení prospívání v sociální oblasti nehraje v oblasti zdravotních stesků tak důležitou roli.

Ohledně souvislosti *duševního zdraví a chování podporujícího zdraví* byl nalezen nejsilnější vztah s **duševní hygienou**. Čím více se jedinci starají o svoji duševní hygienu, tím mají významně vyšší duševní zdraví. Vztah potvrzuje např. smysl Jacobsonovy progresivní relaxace, která byla vytvořena pro osoby s tenzí a úzkostí (McGuigan & Lehrer, 1993), a také proti těmto symptomům úspěšně bojuje. Stejně tak meditace pomáhá k zvládnutí nadměrného stresu a snižuje úzkost (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998), snižuje i symptomy úzkostných poruch a deprese (Peterson & Pbert, 1992).

Další významná souvislost se ukázala mezi duševním zdravím a **fyzickou aktivitou**. Jak uvádí např. Fox a kol. (2000), Wipfli a kol. (2011) a Zhao a kol. (2013), se také nám potvrdilo, že vyšší míra duševního zdraví je spojena s vyšší fyzickou aktivitou. Vztah můžeme vysvětlit pomocí fyziologické reakce organismu na tělesný pohyb (Stejskal, 2004; Vondruška & Barták, 2002).

Mezi duševním zdravím a pravidelným stravovacím i pravidelným denním režimem je také významný vztah, ovšem zanedbatelný. Oba tyto faktory zmiňuje Míček (1984) jako komponenty celkového zdraví člověka, které ovšem nestojí na prvním místě.

Zjišťovali jsme rozdíly mezi jednotlivými *krevními skupinami v míře zdravotních stesků, v jednotlivých faktorech chování souvisejícího se zdravím a v míře duševního zdraví*. Lidé v jednotlivých krevních skupinách se mezi sebou **neliší v míře zdravotních stesků**. Zato se ale **liší v pravidelném stravovacím režimu a v duševní hygieně**. Nejvyššího skóru v pravidelném stravování dosáhli probandi s krevní skupinou A, nejnižšího ti se skupinou AB. Nejvyšší skór v duševní hygieně měli jedinci s krevní skupinou AB, zatímco ti se skupinou B vykazovali nejnižší, podprůměrnou hodnotu. V **duševním zdraví** se osoby v jednotlivých krevních skupinách **liší**. Nejvyšší skór v duševním zdraví jsme našli u skupiny A, nejnižší u skupiny 0.

Shrme-li tyto výsledky, pak si osoby s *krevní skupinou A* nejvíce ze všech udržují pravidelný stravovací režim a dosahují nejvyššího skóru v duševním zdraví (a udávají nejméně zdravotních stesků). Osoby s *krevní skupinou B* se nejméně věnují duševní hygieně (a udávají nejvíce zdravotních stesků). V jiných oblastech nijak významně nevystupují. Osoby s *krevní skupinou AB* se nejvíce věnují své duševní hygieně, zatímco jejich stravovací režim je nejméně pravidelný v porovnání s ostatními. Osoby s *krevní*

skupinou 0 dosahují nejnižších hodnot duševního zdraví. V ostatních oblastech nijak významně nevystupují. Možné příčiny popsanych významných souvislostí navrhuje dále prozkoumat.

Sociální opora a dobré sociální vztahy významně přispívají ke zdraví, mají salutogenetický náboj. Lidé, kteří postrádají sociální oporu, trpí ve větší míře zdravotními a psychickými problémy (Čeledová & Čevela, 2010). Sociální opora je uváděna jako jedna ze strategií zvládání zátěžových situací (Tobin, Holroyd & Reynolds, 1984). Pomáhá tedy zvládat stres a předejít tak duševním poruchám vyvolaných nadměrnou zátěží. Mezi *sociální oporou a duševním zdravím* jsme našli zmíněný pozitivní vztah. Čím vyšší míru sociální opory lidé udávají, tím vyšším duševním zdravím disponují. V souladu s výsledky Dienera a Seligmana (2002) či Šolcové a Kebzy (1999) se hypotéza, že osoby s vyšší mírou duševního zdraví dosahují vyšší míry sociální opory, **potvrdila**.

Hypotéza o významném *rozdílu mezi věkovými skupinami v míře zdravotních stesků* se **nepotvrdila**. V již dříve zmíněných studiích House, Kesslera a Herzoga (1990) i Kinda a kol. (1998) se spolu s narůstajícím věkem subjektivně posuzovaný fyzický stav postupně zhoršoval. Langmeier a Krejčířová (2006) zmiňují, že většina lidí se ve věku pozdní dospělosti ještě cítí zdráva a úmrtnost je stále velmi nízká. Objevují se ale první známky poklesu výkonnosti. Nejstarší respondenti v našem výzkumu opravdu udávali nejvíce zdravotních stesků, zatímco lidé ve střední dospělosti udávali stesků nejméně, ovšem ne statisticky významně. Jedinci v období střední dospělosti nijak zvlášť neexcelovali ve zdraví podporujícím chování, nicméně určitou frekvenci jednotlivých typů chování udávali (většinou byli mezi ostatními, tj. mezi mladší a starší skupinou). Předpokládáme, že pro udržení jejich fyzického zdraví a nízké míry zdravotních stesků taková míra zdraví podporujícího chování (zatím) stačí.

Potvrdil se *meziskupinový rozdíl* ve třech faktorech *chování ovlivňujícího zdraví* u respondentů rozdělených do 3 skupin podle věku, a to ve **vyhýbání se návykovým látkám, pravidelném stravovacím režimu a fyzické aktivitě**.

Nejstarší jedinci v našem výzkumu (ve věku 51 - 65 let) dosahovali nejlepších výsledků ve všech zmíněných oblastech chování ovlivňujícího zdraví. Tento výsledek koresponduje s dřívějším výstupem z tohoto grantového výzkumu (Dosedlová, Klimusová & Burešová, 2016) i tvrzením Safarina (2000), že starší lidé více pečují o svoje zdraví.

S přibývajícím věkem si více uvědomují hodnotu prevence a podpory zdraví, protože už ho neberou jako samozřejmost.

Jedinci v období mladé dospělosti naopak vykazovali nejnižší skóry, vyjma fyzické aktivity, kde měli nejnižší výsledky probandi ve věku střední dospělosti. Mladí dospělí nejméně dodržují pravidelný stravovací režim, nejméně se vyhýbají návykovým látkám, avšak fyzické aktivitě se věnují. Tento výsledek se shoduje s předchozím zjištěním Slováčkové, Dosedlové a Klimusové (2008) na vzorku vysokoškolských studentů, kde se ukázalo, že 60 % studentů dosud nepřijalo zdravý životní styl, který by mohli úspěšně udržovat. Kebza (2005) poukázal na to, že mladí a zdraví jedinci berou zdraví do určité míry jako samozřejmost. Proto nepřikládají prevenci takovou váhu, jako lidé ve vyšším věku.

Už Keyes (2002) popisoval *rozdíly v duševním zdraví* (flourishing) *mezi jedinci rozdělenými do kategorií podle věku*. I přesto, že je to napříč kulturami, v souladu s výsledky anglického národního výzkumu (Kind a kol., 1998) a íránského národního výzkumu (Noorbala a kol., 2004) i z našich analýz vychází, že míra duševního zdraví s věkem postupně klesá. Stále se ovšem pohybuje v průměrných hodnotách. Westerhof a Keyes (2010) shrnují, že dnešní starší dospělí mají méně duševních problémů, ale nedosahují lepšího stavu pozitivního duševního zdraví než dnešní mladí dospělí.

8.1 Přednosti a limity výzkumu

Přednost vidíme jednoznačně v počtu osob ve výzkumném souboru. Díky této skutečnosti lze výsledky s opatrností zobecnit na populaci. Umístění souboru dotazníků online umožňuje zapojení mnoha osob, které mají přístup k internetu.

Kladně hodnotíme velké množství sebraných dat z široké testové baterie, což umožňuje mnoho operací. Díky tomu je možné propojit koncepty tělesného a duševního zdraví a zaměřit se na člověka z holistického pohledu.

Zachytili jsme vliv chování podporujícího zdraví na fyzické i duševní zdraví. Podařilo se dojít k signifikantním výsledkům v oblasti krevních skupin. Konkrétně v tomto tématu je naše práce jednou z prvních.

Ač online sběr dat umožňuje přístup velkému počtu osob, považujeme ho i za *limit* výzkumu, jelikož zařazení respondentů do výzkumného souboru tedy probíhá pomocí

samovýběru. Online sběr dat také může být překážkou pro starší osoby, především ve věku pozdní dospělosti. Dalším limitem je nevyrovnanost souboru podle věku a pohlaví.

Limitem je rovněž sestavení testové baterie ze sebeposuzujících škál. Nemůžeme tudíž zajistit, aby respondenti neměli tendenci projevit se v lepším světle či zavděčit se examinátorovi. Bylo by zajímavé posoudit subjektivní a objektivní výpovědi z těchto oblastí a zamyslet se nad možnými diskrepancemi mezi nimi. Jsme si vědomi toho, že získat objektivní data od tak velkého počtu osob je velmi problematické.

Je nutné zmínit, že se v našem výzkumu nezabýváme osobnostními proměnnými a vlivem prostředí, které by však mohly v této oblasti hrát roli (např. viz Slováčková, Dosedlová & Klimusová, 2008).

8.2 Využití poznatků v praxi a další směr výzkumu

Práce potvrdila významné propojení fyzického a duševního zdraví. Výsledky našeho výzkumu by měly pomoci v praxi hlavně pro inspiraci při prevenci a podpoře celkového zdraví jedince. Přínosy našeho výzkumu vidíme především v prediktorech fyzického zdraví a aspektech ovlivňujících duševní zdraví. Máme dojem, že se příliš nedbá na duševní hygienu. Na základě našich zjištění by jí mělo být rozhodně věnováno více pozornosti.

Jako důležitý budoucí směr zkoumání vidíme osobnostní charakteristiky a jejich vliv na zdraví člověka. Další zajímavou oblastí pro zpracování tohoto tématu je vývojový pohled od dětství po stáří, ať už z hlediska fyzického zdraví, chování ovlivňujícího zdraví, tak i duševního zdraví. Jak jsme již zmínili v limitech výzkumu, bylo by zajímavé posoudit subjektivní a objektivní výpovědi (např. v chování souvisejícím se zdravím) a zamyslet se nad případnými diskrepancemi mezi nimi. Možné příčiny významných souvislostí mezi krevními skupinami a duševním zdravím či chováním souvisejícím se zdravím navrhuje dále prozkoumat.

9 Závěr

Téma zdraví a kvalita života člověka jsou velmi aktuální, často probíraná témata. Subjektivně hodnocená míra fyzického zdraví ovlivňuje zdraví duševní a naopak. Neboť jak už řekl Jung, duše je závislá na těle a tělo je závislé na duši (Smith, 2007).

Čerpali jsme ze studia odborné literatury z dostupných zdrojů. Práce propojovala poznatky psychologie zdraví a pozitivní psychologie v holistický pohled na člověka, jeho zdraví a s tím souvisejícími oblastmi. Zajímalo nás, jak preventivně působit na fyzické i duševní zdraví, jak podpořit jejich další rozvoj. V teoretické části jsme se zabývali fyzickým zdravím, chováním souvisejícím se zdravím, duševním zdravím, osobní pohodou a krevními skupinami a shrnuli jsme dosavadní výsledky výzkumů na poli zdraví fyzického i duševního.

V empirické části jsme zpracovávali data z aktuálně probíhajícího grantového výzkumu s názvem Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely a konsekvence. Teoretické poznatky shrnuté v první části práce jsme využili pro tvorbu hypotéz a výzkumných otázek, kde jsme se pomocí programu SPSS 18 zkoumali a ověřovali. Představili jsme výsledky analýzy dat, které jsme dále diskutovali.

Cílem této práce bylo ověřit u dospělých osob souvislosti mezi subjektivně vnímaným zdravotním stavem, mírou duševního zdraví, sociální složkou osobní pohody a se zdravím souvisejícím chováním. Zajímalo nás, které z typů se zdravím souvisejícího chování využívají osoby s nižším počtem zdravotních stesků. Chtěli jsme také zjistit, která složka osobní pohody má nejtěsnější vztah s fyzickým zdravím. Součástí výzkumu byla i explorační otázka, která se týkala krevních skupin a fyzického a duševního zdraví a chování souvisejícího se zdravím.

Podle našich výsledků zdravotní stesky souvisely nejtěsněji s duševní hygienou a pravidelným denním režimem, které rovněž nejsilněji predikovaly jejich nízkou míru. Ukázal se nejsilnější vztah mezi zdravotními stesky a emocionální složkou osobní pohody. Podobně duševní zdraví souviselo nejtěsněji s duševní hygienou a také se sociální oporou. Jedinci v jednotlivých krevních skupinách se významně lišili v pravidelném stravovacím režimu, duševní hygieně a duševním zdravím. Osoby v jednotlivých věkových skupinách se nelišily významně v míře zdravotních stesků, zato se lišily ve vyhýbání se návykovým látkám, pravidelném stravovacím režimu a fyzické aktivitě, taktéž v duševním zdraví.

Diplomová práce slouží především ke zdůraznění těsné propojenosti fyzického a duševního zdraví a důležitosti péče o ně pro udržení kvality života a kvůli prevenci zhoršení stavu. Výsledky našeho výzkumu by měly pomoci hlavně v praxi pro inspiraci při prevenci a podpoře zdraví jedince, kde hraje i psycholog důležitou roli.

10 Seznam použitých zdrojů

Aarnio, M., Winter, T., Kujala, U., & Kaprio, J. (2002). Associations of health related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: a study of Finnish adolescent twins. *British Journal of Sports Medicine*, 36(5), 360-364. doi: 10.1136/bjsm.36.5.360. Dostupné z: <http://bjsm.bmj.com/content/36/5/360.full.html>

Adamczyk, K., & Segrin, C. (2014). Perceived Social Support and Mental Health Among Single vs. Partnered Polish Young Adults. *Current Psychology*, 34(1), 82-96. doi: 10.1007/s12144-014-9242-5. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12144-014-9242-5>

Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York: Plenum Press.

Bao, X., Pan, W., Shi, M., & Ji, M. (2013). Life satisfaction and mental health in Chinese adults. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 41(10), 1597-1604. doi: 10.2224/sbp.2013.41.10.1597. Dostupné z: <http://www.ingentaconnect.com/content/sbp/sbp/2013/00000041/00000010/art00003>

Balboa-Castillo, T., León-Muñoz, L. M., Graciani, A., Rodríguez-Artalejo, F., & Guallar-Castillón, P. (2011). Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 47-56. doi: 10.1186/1477-7525-9-47. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-47>

Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.

Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive medicine*, 1(3), 409-421. doi: 10.1016(0091-7435(72)90014-X. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/009174357290014X>

Berge, J. M., Bauer, K W., MacLehose R., Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2014). Associations Between Relationship Status and Day-to-Day Health Behaviors and Weight Among Diverse Young Adults. *Families, Systems, & Health*, 32, 67-77. doi:

10.1037/fsh0000002.

Dostupné

z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074022/>

Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., & Šolcová, I. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita.

Blumenthal, J. A. (1985). Relaxation therapy, biofeedback, and behavioral medicine. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 516. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/journals/pst/22/3/516/>

Boals, A., vanDellen, M. R. & Banks, J. B. (2011). The relationship between self-control and health: The mediating effect of avoidant coping. *Psychology nad Health*, 26(8), 1049-1062. doi: 10.1080/08870446.2010.529139. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b0723ded-0b52-4e4c-a55a-da8c3cd788a3%40sessionmgr110&hid=107>

Boehm, J. K., Peterson, Ch., Kivimaki, M. & Kubzansky, L. (2011). A Prospective Study of Positive Psychological Well-Being and Coronary Heart Disease. *Health Psychology*, 30(3), 259-267. doi: 10.1037/a0023124. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165195/>

Booker, C. L., Skew, A. J., Sacker, A., & Kelly, Y. J. (2014). Well-Being in Adolescence - An Association With Health-Related Behaviors: Findings from Understanding Society, the UK Household Longitudinal Study. *Journal of Early Adolescence*, 34(4), 518-538. doi: 10.1177/0272431613501082. Dostupné z: <http://dx.doi.org.ezproxy.muni.cz/10.1177/0272431613501082>

Brassai, L., Piko, B. F., & Steger, M. F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health?. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(1), 44-51. doi: 10.1007/s12529-010-9089-6. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Michael_Steger/publication/47500778_Meaning_in_life_is_it_a_protective_factor_for_adolescents%27_psychological_health/links/004635328a2790df93000000.pdf

Břicháček, V. (2007). Uvedení do studia psychologie zdraví. In *Břicháček, V. & Habermannová, M. (2007). Studie z psychologie zdraví* (11-44). Praha: Ermat.

Burešová, I., Klimusová, H., Dosedlová, J., & Dacerová, V. (2016). Health-Related Behaviour of Czech Adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 1146-1152. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.130. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816001555>

Burke, V., Beilin, L. J., Cutt, H. E., Mansour, J., Williams, A., & Mori, T. A. (2007). A lifestyle program for treated hypertensives improved health-related behaviors and cardiovascular risk factors, a randomized controlled trial. *Journal of clinical epidemiology*, 60(2), 133-141. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/detail/detail?vid=4&sid=b9c60636-1c87-4ee2-b960-7e4932dd4ef9%40sessionmgr4002&hid=4204&bdata=Jmxhbm9Y3M%3d#AN=23616760&db=a9h>

Byrd-Bredbenner, C., Quick, V., Koenings, M., Martin-Biggers, J., & Kattelman, K. K. (2016). Relationships of cognitive load on eating and weight-related behaviors of young adults. *Eating Behaviors*, 21, 89-94. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.01.002. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015316300046>

Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.

Canadian Mental Health Association. (2008). *The Relationship between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions*. Ontario: Canadian Mental Health Association. Dostupné z: http://ontario.cmha.ca/public_policy/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions/#.VvKSu_nhDIV

Canadian Mental Health Association. (2016). *Connection Between Mental and Physical Health*. Ontario: Canadian Mental Health Association. Dostupné z: <https://ontario.cmha.ca/mental-health/connection-between-mental-and-physical-health/>

Cao, X., Wen, Z-S., Sun, Y-J., Li, Y., Zhang, L. & Han, Y-L. (2014). Prognostic value of AB0 blood group in patients with surgically resected colon cancer. *British Journal Of Cancer*, 111(1), 174-80. doi: 10.1038/bjc.2014.302. ISSN 15321827. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6ea7796e-e1bd-40a7-a9eb-0df7fb7c735e%40sessionmgr113&hid=105>

Caputo, J., & Simon, R. W. (2013). Physical limitation and emotional well-being gender and marital status variations. *Journal of health and social behavior*, 54(2), 241-257. doi: 10.1177/0022146513484766. Dostupné z: <http://hsb.sagepub.com/content/54/2/241.short>

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological review*, 97(1), 19. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Charles_Carver/publication/232551850_Origins_and_Functions_of_Positive_and_Negative_Affect_A_Control-Process_View/links/56606c5f08ae4931cd5977dd.pdf

Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2011). A Tuesday in the life of a flourisher: the role of positive emotional reactivity in optimal mental health. *Emotion*, 11(4), 938-950. doi: 10.1037/a0024889. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160725/>

Cattell, R. B., Young H. B., & Hundleby, J. D. (1964). Blood Groups and Personality Traits. *American Journal of Human Genetics*, 16, 397-402. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1932327/>

Cefai, C., & Camilleri, L. (2009). *Healthy Students Healthy Lives. The Health of Maltese University Students*. University of Malta: European Centre for Educational Resilience and Socio-Emotional Health. Dostupné z: https://www.um.edu.mt/_data/assets/pdf_file/0011/178940/youth_healthy_students_book.pdf

Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. *Social support and health*, 3, 3-22. Dostupné z: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/symechap85.pdf>

Cusack, L., De Buck, E., Compernelle, V., & Vandekerckhove, P. (2013). Blood type diets lack supporting evidence: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 98, 99-104. doi: 10.3945/ajcn.113.058693. Dostupné z: <http://ajcn.nutrition.org/content/98/1/99.long>

Cramer, K. M., & Imai, E. (2002). Personality, blood type and the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 32, 621-626. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00064-2. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886901000642>

Csémy, L. & Sovinová, H. (2003). Spotřeba alkoholu v České republice. In Sovinová, H. & Csémy, L. (Eds.), *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice* (34-47). Praha: Státní zdravotní ústav.

Čeledová, L., & Čevela, R. (2010), *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada.

Český výbor pro UNICEF (2016). *O nás*. Dostupné z: <http://www.unicef.cz/>

Diehl, M., Hay, E. L., & Berg, K. M. (2011). The ratio between positive and negative affect and flourishing mental health across adulthood. *Aging & mental health*, 15(7), 882-893. doi: 10.1080/13607863.2011.569488. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158962/>

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. Dostupné z: http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf

Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland, *Handbook of emotions*. 325-337. New York: Guilford.

Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological science*, 13(1), 81-84. doi: 10.1111/1467-9280.00415. Dostupné z: <http://pss.sagepub.com/content/13/1/81.short>

Diener, E. & Suh, E. M. (2000). *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Dobbin A (2014) Optimism, resilience and compassion in the health service: What works and what doesn't, and can we afford it? *Journal of Holistic Healthcare*, 10 (3), 16-22. Dostupné z: <http://www.foundationforpositivementalhealth.com/wp-content/uploads/2011/10/JHH-10-2-winter-2013-FINAL-3.pdf>

Dohnal, P. (2013). Výživa a spánek. *Interní medicína*, 15 (2), 75-77. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2013/02/07.pdf>

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. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816001622>

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. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815003080>

Dvořáková, I. (2007). *Dětské prekoncepce zdraví a nemoci* (Diplomová práce). Brno: PdF MU. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/84432/pedf_m/diplomova_prace.pdf

D'Adamo, P. (2002). *Complete Blood Type Encyclopedia*. New York: Penguin Putnam Inc.

Easterlin, R. A. (1974). Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In David, P. A. & Reder, M. W. *Nations and households in economic growth*. New York: Academia Press.

Evers, K. E., Castle, P. H., Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (2014). Examining relationship between multiple health risk behaviors, well-being and productivity. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 114, 843-853. doi: 10.2466/13.01.PR0.114k25w4. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b2ab24e9-ed5d-4e95-a389-eee1d7f43dac%40sessionmgr113&hid=115>

Fox, K. R., Boutcher, S. H., Faulkner, G. E., & Biddle, S. J. (2000). The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being. In Biddle, S. J. H., Fox, K. R., Boutcher, S. H. (Eds), *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/>

Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions-royal society of London series B biological sciences*, 359, 1367-1378. doi: 10.1098/rstb.2004.1512. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693418/pdf/15347528.pdf>

Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and emotion*, 24(4), 237-258. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128334/>

Garratty, G. (2005). Relationship of blood groups to disease: Do blood group antigens have a biological role?. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(1), 113-121. Dostupné z: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/ims051ab.pdf>

Glenn, N. D., & Waever, C. N. (1979). A note on family situation and global happiness. *Social Forces*, 57, 960-967. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2577364>

Goff, D. C., Sullivan, L. M., McEvoy, J. P., Meyer, J. M., Nasrallah, H. A., Daumit, G. L., ... & Lieberman, J. A. (2005). A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophrenia research*, 80(1), 45-53. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996405003750>

Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1053-1060. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399902004178>

Grofová, Z. (2008). Výživa u hojení ran. *Medicina pro praxi*, 5(6), 279-280. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2008/06/12.pdf>

Hainer, V. (2006). Farmakoterapie a zdravotní rizika obezity. *Klinická farmakologie a farmacie*, 20, 103-107. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/far/2006/02/11.pdf>

Hall, P. A., Fong, G. T., & Epp, L. J. (2014). Cognitive and personality factors in the prediction of health behaviors: an examination of total, direct and indirect effects. *Journal of behavioral medicine*, 37(6), 1057-1068. doi: 10.1007/s10865-013-9535-4.

Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=f5442239-7908-4fa2-9905-96c7bf83f621%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4113>

Henry, S., & Samuelsson, B. (2000). AB0 polymorphism and their putative biological relationship with disease. *Human Blood Cells: Consequences of Genetic Polymorphism and Variations*. London: Imperial College Press.

Himelhoch, S., Lehman, A., Kreyenbuhl, J., Daumit, G., Brown, C., & Dixon, L. (2004). Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2317-2319. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.161.12.2317>

Holčík, J. (2004). *Zdraví 21: Výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie: Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

Honzák, M. (2011). Jak se dívat na psychosomatickou medicínu. *Vnitřní lékařství*, 57(11), 903-907. Dostupné z: <http://vselek.lf1.cuni.cz/file/30/JAK%20SE%20D%C3%8DVAT%20NA%20PSYCHOSOMATIKU.pdf>

Hooper, J. (2012). *What children need to be happy, confident and successful: step by step positive psychology to help children flourish*. London: Jessica Kingsley.

House, J. S., Kessler, R. C., & Herzog, A. R. (1990). Age, socioeconomic status, and health. *The Milbank Quarterly*, 383-411. doi: 10.2307/3350111. Dostupné z: http://www.jstor.org/stable/3350111?seq=10#page_scan_tab_contents

Howell, A. J. (2009). Flourishing: Achievement-related correlates of students' well-being. *Journal of Positive Psychology*, 4, 1-13. doi: 10.1080/17439760802043459. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/17439760802043459>

Howell, J. L., Koudenburg, N., Loschelder, D. D., Weston, D., Fransen, K., & Haslam, S. A. (2014). Happy but unhealthy: The relationship between social ties and health in an emerging network. *European Journal of Social Psychology*, 44(6), 612-621. doi: 10.1002/ejsp.2030. Dostupné z: <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/450453/2/Happy+but+unhealthy+-+Published+manuscript.pdf>

Humphreys, K., Mankowski, E. S., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1999). Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse?. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 54-60. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02895034#page-1>

Chen, X., Gelaye, B., & Williams, M. A. (2014). Sleep characteristics and health-related quality of life among a national sample of American young adults: assessment of possible health disparities. *Quality of Life Research*, 23(2), 615-627. doi: 10.1007/s11136-013-0475-9. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=5b34cf1f-c091-48ed-abe5-42c08c222ea1%40sessionmgr120&hid=103>

Chen, Y. L. E., & Francis, A. J. (2010). Relaxation and imagery for chronic, nonmalignant pain: effects on pain symptoms, quality of life, and mental health. *Pain management nursing*, 11(3), 159-168. doi: 10.1016/j.pmn.2009.05.005. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904209000551>

Inaba, S., Kurisu, Y., Nagata, C., Kawakami, N., & Shimizu, H. (1998). Associations of individuals' health-related behavior with their own or their spouses' smoking status. *Journal of Epidemiology*, 8(1), 42-46. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5b007269-6252-4393-8477-3b6c80a97a51%40sessionmgr198&vid=0&hid=112>

Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PLoS One*, 8(5), e63920. doi: 10.1371/journal.pone.0063920. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063920>

Johansen, H. L. (1999). Living with heart disease: the working-age population [1996/97 data]. *Health reports*, 10(4), 33. Dostupné z: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/1998004/article/4508-eng.pdf>

Kantor, R. M., Grimes, G. R. & Limbers, C. A. (2015). Physical Activity, Sedentary Behaviors, and Health-Related Quality of Life in Rural Hispanic Youth. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(3), 239-249. doi: 10.1037/tps0000030. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3a5df6e5-6830-45ae-91f0-2848bcc8d37b%40sessionmgr4001&hid=4209>

Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill Inc.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2005a). Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., & Šolcová, I. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*, 11-35. Brno: MSD.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2005b). Prediktory osobní pohody (weel-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*, 49 (1), 1-8. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/psycho/2013/Studie_prediktory_osobni_pohody.pdf

Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L. E., Maddox, T., Cheng, E. R., Creswell, P. D., & Witt, W. P. (2012). Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health psychology*, 31(5), 677. doi: 10.1037/a0026743. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ce1cbfc3-db1f-4f0a-bdb2-a304d891d612%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4113>

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61 (2), 121-140. Dostupné z: http://www.jstor.org/stable/2787065?seq=1#page_scan_tab_contents

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43, 207-222. Dostupné z: http://www.flume.com.br/pdf/Keyes_The_mental_health.pdf

Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigation the axioms of the complete state model of health. *Journal od Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539. Dostupné z: <http://ioa126.medsch.wisc.edu/findings/pdfs/191.pdf>

Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95-108. doi: 10.1037/0003-006X.62.2.95. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/journals/amp/62/2/95/>

Keyes, C. L. (2009). Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). *Atlanta, GA: Emory University*. Dostupné z: <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>

Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. In *Generativity and adult development: Perspectives on caring for and contribution to the next generation*. Washington, DC: American Psychological Association. 227-263. Dostupné z: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/61.pdf>

Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 350-372. Dostupné z: <http://aging.wisc.edu/midus/findings/pdfs/10.pdf>

Keyes, C. L., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172. doi: 10.2105/AJPH.2012.300918. Dostupné z: <http://ioa126.medsch.wisc.edu/findings/pdfs/1248.pdf>

Kind, P., Dolan, P., Gudex, C., & Williams, A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *Bmj*, 316(7133), 736-741. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/bmj/316/7133/736.full.pdf>

Kirschneck, C., Römer, P., Proff, P., & Lippold, C. (2013). Psychological profile and self-administered relaxation in patients with craniofacial pain: a prospective in-office study. *Head & face medicine*, 9(1), 1-10. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ab16d0b6-1505-4e3c-8e97-456430e6ccf7%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4113>

Kohoutek, R.. (2008). Osobnost typu A, B a C. *Psychologie v teorii a praxi*. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-typu-c>

Kohoutek, R. (2015). BMI. In: *ABZ.cz: Slovník cizích slov*. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/bmi>

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., ... & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123–32. doi: 10.1177/0956797612470827. Dostupné z: <https://www.mhaw.nz/assets/PDF-files/how-positive-emotions-build-physical-health.pdf>

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Křivohlavý, K. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Kumar, N. (2004). The relationship between physical & mental health: co-occurring mental & physical disorders. *The Indian journal of medical research*, 120(5), 434-436. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/195970889/fulltextPDF/FAFD6CA110AD43CEPQ/1?accountid=16531>

Kurspahić-Mujčić, A., Hadžagić-Ćatibušić, F., Sivić, S., & Hadžović, E. (2014). Association between high levels of stress and risky health behavior. *Med Glas (Zenica)*, 11(2), 367-372. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=351d7421-079b-4483-99c4-4f804cb93572%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4113>

Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20973032>

Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Kovács, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 517-524. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092656612001018>

Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd.). Praha: Grada.

Látka, J. (2006). Hodnocení a výzkum kvality života v ošetrovatelství. *Sborník z V. mezinárodního sympozia ošetrovatelství*, 126-132.

Lerdal, A., Celius, E. H., & Pedersen, G. (2013). Prescribed exercise: A prospective study of health related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. *Journal of Physical Activity & Health*, 10(7), 1016-23. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=5b34cf1f-c091-48ed-abe5-42c08c222ea1%40sessionmgr120&hid=103>

Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., & Ferré-Grau, C. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC public health*, 13(1), 1-11. Dostupné z: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-928>

Mačingová, A. (2014). Dieta podle krevních skupin. In *Dieta podle Antónie Mačingové: Zhubněte jednou provždy*. Dostupné z: <http://www.macingovadieta.eu/macingova-dieta-podle-krevnich-skupin.php>

Maher, J. P., Pincus, A. L., Ram, N., & Conroy, D. E. (2015). Daily physical activity and life satisfaction across adulthood. *Developmental Psychology*, 51(10), 1407-1419. doi: 10.1037/dev.0000037. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=5b34cf1f-c091-48ed-abe5-42c08c222ea1%40sessionmgr120&hid=103>

Mareš, J. (1993). Subjektivní pojetí zdraví a nemoci. *Kapitoly ze sociálního lékařství*. Hradec Králové: LF UK.

Mareš, J. & Marešová, J. (2008). Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL). In Řehulková, O., Řehulka, E., Blatný, M., & Mareš, J. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*, 6-15. Brno: MSD. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf

Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, M. E., Yohannes, A. M., & Hanania, N. A. (2008). Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest Journal*, 134(4), 43S-56S. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2849676/>

McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

McEvoy, J. P., Meyer, J. M., Goff, D. C., Nasrallah, H. A., Davis, S. M., Sullivan, L., ... & Lieberman, J. A. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia research*, 80(1), 19-32. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996405003105>

McGuigan, F. J., & Lehrer, P. M. (1993). Progressive relaxation: Origins, principles, and clinical applications. *Lehrer PM*. Dostupné z: http://www.bodypsychyoga.com/Downloads_BCMT/ProgressiveRelaxation.pdf

Medley, M. L. (1980). Life satisfaction across four stages of adult life. *International Journal of Aging and Human Development*, 11, 193-209. Dostupné z: <http://ahd.sagepub.com/content/11/3/193.short>

Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Míček, L. & Zeman, V. (1992). *Učitel a stres*. Brno: Masarykova univerzita.

Monneuse, M. O., Bellisle, F., & Koppert, G. (1997). Eating habits, food and health related attitudes and beliefs reported by French students. *European Journal of clinical nutrition*, 51(1), 46-53. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ecaec80b-2550-40d2-a946-c75518ad308a%40sessionmgr4002&hid=4201>

Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. Dostupné z: <http://www.snhahc.org/documents/depression%20chronic%20disease%20and%20decrements%20in%20health.pdf>

Muschel, L. H. (1966). Blood groups, disease, and selection. *Bacteriological reviews*, 30(2), 427-441. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC441004/pdf/bactrev00193-0172.pdf>

Navrátilová, V. (2007). *Subjektivní dětské pojetí zdraví a nemoci* (Diplomová práce). Brno: PdF MU. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/80068/pdf_m/diplomova_prace-is.pdf

Nevšímalová, S. (2007). Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 72-76. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/02/06.pdf>

Ng, D. M., & Jeffery, R. W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychology*, 22(6), 638. doi: 10.1037/0278-6133.22.6.638. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=f3469f25-1ba3-49cf-aab8-951261542331%40sessionmgr4003&hid=4113>

Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyyppä, M. T., Alanen, E., & Koskinen, S. (2013). Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC public health*, 13(1), 613-623. doi: 10.1186/1471-2458-13-613. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-613>

Noorbala, A. A., Yazdi, S. B., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 70-73. doi: 10.1192/bjp.184.1.70. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/184/1/70.full#T1>

Norton, H. W. (1971). Letters to the Editor: Blood Groups and Personality Traits. *American Journal of Human Genetics*, 23, 225-226. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1706667/>

Nováková, I. (2011). *Zdravotní nauka, 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada.

O'Connor, M., Sanson, A. V., Toumbourou, J. W., Norrish, J., & Olsson, C. A. Does Positive Mental Health in Adolescence Longitudinally Predict Healthy Transitions in Young Adulthood? *Journal of Happiness Studies*, 1-22. doi: 10.1007/s10902-016-9723-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10902-016-9723-3>

Ohira, T., Cushman, M., Tsai, M. Y., Zhang, Y., Heckbert, S. R., Zakai, N. A., & Folsom, A. R. (2007). ABO blood group, other risk factors and incidence of venous thromboembolism: the Longitudinal Investigation of Thromboembolism Etiology (LITE). *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 5(7), 1455-1461. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ec7688e1-a5d8-4a73-ad53-40a815659786%40sessionmgr110&hid=105>

Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., & Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promotion*, 36(1), 1-10. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/36-1/assets/pdf/ar-01-eng.pdf>

Osecká, L., Řehulková, O., & Macek, P. (1998). Zdravotní stesky u adolescentů: struktura a rozdíly mezi pohlavím. In *Sociální procesy a osobnost: Sborník příspěvků z konference* (135-144). Dostupné z: http://is.muni.cz/el/1423/jaro2005/PSY117/um/t12/zdravotni_stesky_adolescentu.pdf

Parson, T. (1981). Definitions of health and illness in the light of American values and social structures. In Caplan & Engelhardt, *Concepts of Health and Disease: An Interdisciplinary Perspective* (57-82). London: Addison-Wesley Publishing, Company.

Patten, S. B. (1999). Long-term medical conditions and major depression in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 151-157. Dostupné z: https://ww1.cpa-apc.org/French_Site/Publications/Archives/CJP/1999/Mar/patten.htm

Peterson, L. G., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149, 936-943. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.149.7.936>

Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A., & Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic medicine*, 71(7), 725. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181ad7978. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2863117/>

Rogers, M., & Glendon, A. I. (2003). Blood type and personality. *Personality and Individual Differences*, 34, 1099-1112. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00101-0. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Ian_Glendon/publication/29457792_Blood_type_and_personality/links/561c338308aea80367243a43.pdf

Ryan, R. M. (1995) Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397-427. doi: 10.1111/j.1467-6494.1995.tb00501.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00501.x/abstract>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141 Dostupné z: <http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/69/4/719/>

Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist*, 55(1), 110. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0003-066X.55.1.110>

Sanders, P. W., Allen, G. K., Fischer, L., Richards, P. S., Morgan, D. T., & Potts, R. W. (2015). Intrinsic religiousness and spirituality as predictors of mental health and positive psychological functioning in Latter-day Saint adolescents and young adults. *Journal of religion and health*, 54(3), 871-887. doi: 10.1007/s10943-015-0043-4. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-015-0043-4>

Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

Sawyer, M. G., Miller-Lewis, L. R., & Clark, J. J. (2007). The mental health of 13–17 year-olds in Australia: Findings from the national survey of mental health and well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(2), 185-194. doi: 10.1007/s10964-006-9122-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10964-006-9122-x>

Seedhouse, D. (1995). *Health: The Foundations for Achievement*. New York: John Wiley and Sons.

Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362-370. Dostupné z: <http://ajhpcontents.org/doi/abs/10.4278/0890-1171-14.6.362>

Seligman, M. (2003). *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar.

Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Simon and Schuster.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 581-599. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9891256>

Shifren, K., & Chong, A. (2012). Health-Related Behaviors: A Study Among Former Young Caregivers. *Journal of Adult Development*, 19(2), 111-121. doi: 10.1007/s10804-011-9140-0. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10804-011-9140-0>

Shimizu, K., Hirose, N., Ebihara, Y., & Kitagawa, K. (2004). Blood type B might imply longevity. *Experimental Gerontology*, 39, 1563-1565. doi: 10.1016/j.exger.2004.08.004. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556504002463>

Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260015000848>

Schneider, R. H., Stagers, F., Alexander, C. N., Sheppard, W., Rainforth, M., Kondwani, K., ... & King, C. G. (1995). A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension*, 26(5), 820-827. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7591024>

Schulz, U., Pischke, C. R., Weidner, G., Daubenmier, J., Elliot-Eller, M., Scherwitz, L., & Ornish, D. (2008). Social support group attendance is related to blood pressure, health behaviours, and quality of life in the Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *Psychology, Health and Medicine*, 13(4), 423-437. doi: 10.1080/13548500701660442. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=46efec6f-fff1-4f80-9aa2-f71e79046028%40sessionmgr114&hid=125>

Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Goettingen: Hogrefe.

Skorunka, D. (2011). Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují. Mareš, J., Vachková, E.(Eds.), *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, 53-74. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/David_Skorunka/publication/274570274_Duevn_nemoc_subjektivn_perspektivy_a_faktory_kter_je_formuj/links/5523909d0cf29dcabb0f0404.pdf

Slezáčková, A. (2010). Pozitivní psychologie – věda nejen o štěstí. *E-psychologie*, 4 (3), 55-69. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/slezackova.pdf>

Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.

Slezáčková, A., & Klimusová, H. (2015). Zdraví podporující chování ve vztahu k duševnímu zdraví a životním hodnotám. In *Sociální procesy a osobnost 2015, Brno, 9.-11.9.2015*. Brno.

Slováčková, Z., Dosedlová, J., & Klimusová, H. (2008). Psychologické souvislosti zdraví podporujícího chování vysokoškolských studentů. In Dosedlová, J., Fialová, L., Kebza, V. & Slováčková, Z. *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*, 117-142. Brno: MSD.

Smith, A. P. (2009). Chewing gum, stress and health. *Stress and Health*, 25, 445-451. doi: 10.1002/smi.1272. Dostupné z: http://psych.cf.ac.uk/home2/smith/Chewing%20gum_stress%20and%20health.pdf

Smith, E. (2007). *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál.

Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B., & Kottbauerová, S. (2008). Smoking-attributable mortality in the Czech Republic. *Journal of Public Health*, 16(1), 37-42. doi: 10.1007/s10389-007-0116-2. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10389-007-0116-2>

Spreitzer, E., & Snyder, E. E. (1974). Correlates of life satisfaction among the aged. *Journal of Gerontology*. 29, 454-458.

Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Praha: Presstempus.

Stejskal, P. (2014). *Patofyziologie tělesné zátěže*. Brno: Masarykova univerzita.

Stranges, S., Samaraweera, P. C., Taggart, F., Kandala, N., & Stewart-Brown, S. (2014). Major health-related behaviours and mental well-being in the general population: the Health Survey for England. *BMJ Open*, 4, e005878. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005878. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/9/e005878.full>

Stránský, M. (2009). Potraviny, výživa, tělesná aktivita a prevence rakoviny: globální perspektiva. *Interní medicína pro praxi*, 11(3), 142-145. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2009/03/12.pdf>

Strine, T. W. & Chapman, D. P. (2005). Association of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep medicine*, 6, 23-27. doi: 10.1016/j.sleep.2004.06.003. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.muni.cz/science/article/pii/S1389945704001078>

Suldo, S. M., Gelley, C. D., Roth, R. A., & Bateman, L. P. (2015). Influence of peer social experiences on positive and negative indicators of mental health among high school students. *Psychology in the Schools*, 52(5), 431-446. doi: 10.1002/pits. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.21834/epdf>

Sun, W., Wen, C. P., Lin, J., Wen, C., Pu, X., Huang, M., & Chow, W. H. (2015). ABO blood types and cancer risk - A cohort study of 339,432 subjects in Taiwan. *Cancer epidemiology*, 39(2), 150-156. doi: 10.1016/j.canep.2014.12.006. Dostupné z: http://www.researchgate.net/profile/Wen_Jie_Sun/publication/271080556_ABO_blood_types_and_cancer_riskA_cohort_study_of_339432_subjects_in_Taiwan/links/54bfacce0cf21674ce9c6a02.pdf

Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Šimon, J. (2004). Psychosomatická a psychosociální problematika kardiovaskulárních chorob. *Psychiatria pre prax*, (1), 24 - 27. Dostupné z: www.meduca.sk

Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 43(1), 19-38.

Tobin, L. D., Holroyd, K. A., & Reynolds, V. C. (1984). *User's Manual for the Coping Strategies Inventory*. Ohio: Department of Psychology, Ohio University. Dostupné z: http://www.ohiopsychology.com/files/images/holroyd_lab/Manual%20Coping%20Strategies%20Inventory.pdf

Trockel, M. T., Barnes, M. D., & Egget, D. L. (2000). Health-Related Variables and Academic Performance Among First-Year College Students: Implication for Sleep and Other Behaviors. *Journal of American College Health*, 49, 125-131. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=3a5df6e5-6830-45ae-91f0-2848bcc8d37b%40sessionmgr4001&hid=4209>

Trojan, S. (2003). *Lékařská fyziologie*. (4. přeprac a dopl. vyd.) Praha: Grada.

Turashvili, T. & Japaridze, M. (2012). Psychological well-being and its relation to academic performance of students in Georgian context. *Problems of Education in the 21st Century*, 49, 73-80. Dostupné z: <http://oaji.net/articles/2014/457-1419345273.pdf>

Vaingankar, J. A., Subramaiam, M., Lim, Y. W., Sherbourne, C., Luo, N., Ryan, G., & Bradley, M. (2012). From well-being to positive mental health: conceptualization and qualitative development of an instrument in Singapore. *Quality of Life Research*, 21(10), 1785-1794. doi: 10.1007/s11136-011-0105-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11136-011-0105-3>

Van Lente, E., Barry, M. M., Molcho, M., Morgan, K., Watson, D., Harrington, J., & McGee, H. (2012). Measuring population mental health and social well-being. *International journal of public health*, 57(2), 421-430. doi: 10.1007/s00038-011-0317-x. Dostupné z: <http://link.springer.com.ezproxy.muni.cz/article/10.1007/s00038-011-0317-x/fulltext.html>

Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Vondruška, V., & Barták, K. (2002). *Zdravý životní styl, aneb," Prevence založená na důkazech"*. Hradec Králové: Ústav tělovýchovného lékařství FN a LFUK.

Vrzalová, D. (2009). Poruchy výživy - příčiny, diagnostika a terapeutické možnosti v terénní praxi. *Medicína pro praxi*, 6(4), 195-196. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2009/04/05.pdf>

Wang, J., García-Bailo, B., Nielsen, D. E. & El-Sohemy, A. (2014). AB0 Genotype, „Blood-Type“ Diet and Cardiometabolic Risk Factors. *PLoS One*, 9(1), e84749. doi:10.1371/journal.pone.0084749. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0084749>

Watt, R. G., Heilmann, A., Sabbah, W., Newton, T., Chandola, T., Aida, J., & Tsakos, G. (2014). Social relationship and health related behavior among US older adults. *BMC Public Health*, 14, 553-570. doi: 10.1186/1471-2458-14-533. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=96ded416-152c-4749-9696-93294c84bea5%40sessionmgr4001&hid=4112>

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10804-009-9082-y>

Wiener, A. S. (1956). Letters to the Editor: Blood Groups and Personality Trait. *American Journal of Human Genetics*, 17, 369-370. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1932617/>

Wipfli, B., Landers, D., Nagoshi, C., & Ringenbach, S. (2011). An examination of serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21(3), 474-481. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0838.2009.01049.x/full>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X11001726>

Wolpin, B. M., Chan, A. T., Hartge, P., Chanock, S. J., Kraft, P., Hunter, D. J., & Fuchs, C. S. (2009). ABO Blood Group and the Risk of Pancreatic Cancer. *Journal Of The National Cancer Institute*, 101(6), 424-431. doi: 10.1093/jnci/djp020. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=62f14be9-3559-48a5-a4a1-9115e6935352%40sessionmgr4003&hid=4106>

World Health Organization. (2001). *Strengthening mental health promotion*, Fact sheet No 220. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#health>

World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts emerging evidence and practice. Summary report*. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Wu, K., Lindsted, K. D., & Lee, J. W. (2004). Blood type and the five factors of personality in Asia. *Personality and Individual Differences*, 38, 797-808. doi: 10.1016/j.paid.2004.06.004. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188690400176X>

Xie, J., Qureshi, A. A., Li, Y., & Han, J. (2010). ABO Blood Group and Incidence of Skin Cancer. *PLoS One*, 5(8), e11972. doi: 10.1371/journal.pone.0011972. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0011972>

Yu, D. S., Lee, D. T., & Woo, J. (2010). Improving health-related quality of life of patients with chronic heart failure: effects of relaxation therapy. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 392-403. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05198.x. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=78a310d8-65e3-448b-bf79-5ac4191c0865%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4113>

Zhao, G., Li, C., Li, J., & Balluz, L. S. (2013). Physical activity, psychological distress, and receipt of mental healthcare services among cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(1), 131-139. doi: 10.1007/s11764-012-0254-6. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=d2b4c0f9-d8b1-431d-a701-4e11f60d8f44%40sessionmgr4003&hid=4206>

11 Přílohy

11.1 Úvodní strana před vstupem do online dotazníku

Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely, konsekvence

Výzkumný projekt podporovaný Grantovou agenturou České republiky (reg. č. 13 – 198085 S) 2013 - 2016

PhDr. Jaroslava Dosedlová, Ph.D., PhDr. Iva Burešová, Ph.D., PhDr. Martin Jelínek, Ph.D., Mgr. Helena Klimusová, Ph.D., Doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D., PhDr. Zuzana Slováčková, Ph.D., Doc. PhDr. Lubomír Vašina, CSc.
[Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně](#)

Vážená paní/slečno, vážený pane,

chceme Vás požádat o vyplnění předloženého dotazníku. Obsahuje otázky týkající se Vašeho zdraví a Vaší osobnosti. Šetření je součástí národního výzkumného projektu, kterého se účastní rozsáhlý soubor vybraných skupin respondentů. Cílem projektu je získání systematických srovnatelných dat o vztahu k vlastní osobě a o chování zaměřeném na péči o tělo a zdraví.

Pro spolehlivost výsledků je nezbytné, aby dotazník vyplnili pokud možno všichni, kdo ho obdrží. Dotazování je anonymní, budeme však rádi, pokud vyplníte svou e-mailovou adresu vzhledem k tomu, že s vybranou skupinou respondentů chceme navázat dobrovolnou osobní spolupráci. U jednotlivých otázek jde o Vaše osobní mínění a zkušenosti. Neexistují zde žádné správné či chybné odpovědi - správné je to, co odpovídá Vašemu osobnímu názoru.

U mnohých otázek jsou předkládány možnosti odpovědí, ze kterých máte zvolit pouze jednu. Prosím, přečtěte si otázky pečlivě a zvažte pozorně uvedené možnosti odpovědí. Nepřemýšlejte u jednotlivých otázek příliš dlouho a odpovídejte spontánně.

Vyhodnocení dotazníků bude trvat několik měsíců. Po jeho ukončení budou výsledky zveřejněny a všem zpřístupněny ve formě výzkumné zprávy.

Vyplnění dotazníku Vám zabere 50 – 60 minut. Jako poděkování za Váš čas a vynaložené úsilí obdržíte bezprostředně po vyplnění všech níže uvedených položek Vaše vlastní výsledky osobnostního testu, který je součástí tohoto výzkumného šetření.

Děkujeme Vám za spolupráci.

VSTUP DO DOTAZNÍKU