
Chování související se zdravím:

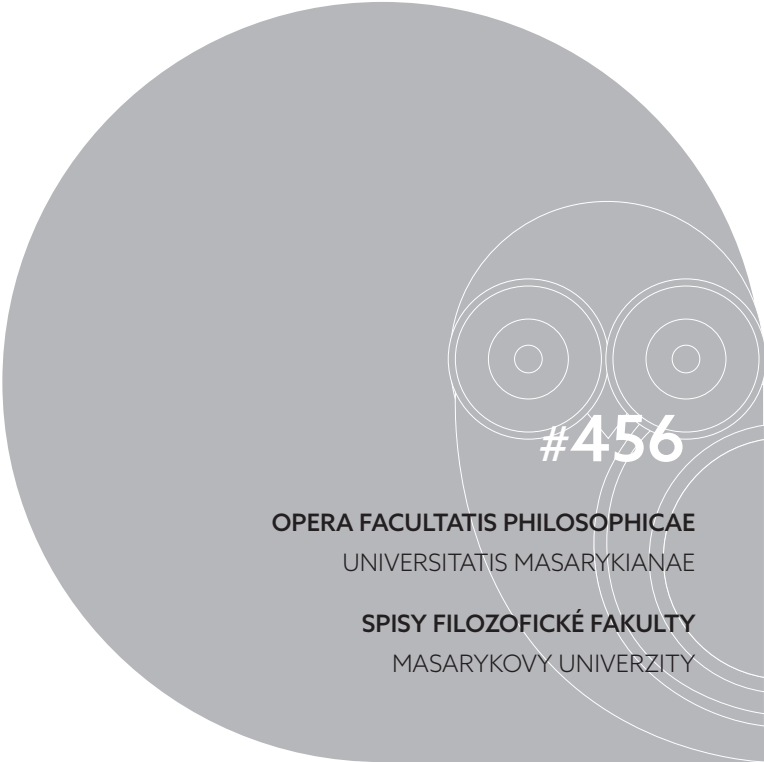
determinanty, modely a konsekvence

Jaroslava Dosedlová a kol.



FILOZOFICKÁ FAKULTA
MASARYKOVA UNIVERZITA

#456



#456

OPERA FACULTATIS PHILOSOPHICAE
UNIVERSITATIS MASARYKIANAE

SPISY FILOZOFICKÉ FAKULTY
MASARYKOVY UNIVERZITY

muni
PRESS



Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence

Jaroslava Dosedlová a kol.



FILOZOFICKÁ FAKULTA
MASARYKOVA UNIVERZITA

#456

BRNO 2016

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Dosedlová, Jaroslava

Chování související se zdravím : determinanty, modely a konsekvence / Jaroslava Dosedlová a kol. – Vydání první. – Brno : Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016. – 221 stran. – (Spisy Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, ISSN 1211-3034 ; 456)

Anglické resumé

ISBN 978-80-210-8458-2

159.9:613 * 613 * 141.21 * 159.942.5 * 159.9.07

- psychologie zdraví
- péče o zdraví
- zdravý životní styl
- optimismus
- naděje
- psychologický výzkum
- kolektivní monografie
- případové studie

613 - Hygiena. Lidské zdraví [14]

Autoři: Iva Burešová (kapitoly 3 a 6, závěr)
Jaroslava Dosedlová (úvod, kapitola 2, závěr)
Jana Marie Havigerová (kapitoly 3 a 4)
Martin Jelínek (kapitoly 2 a 6)
Helena Klimusová (kapitoly 2, 3 a 6)
Alena Pučelíková (kapitoly 3 a 5)
Alena Slezáčková (kapitoly 3 a 5)
Lubomír Vašina (kapitola 7)

Recenzovali: prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc. (Univerzita Karlova, Česká zemědělská univerzita v Praze)
doc. PhDr. Bohumil Koukola, CSc. (Ostravská univerzita)
PhDr. Ivan Sarmány-Schuller, CSc. (Ústav experimentálnej psychológie
Centrum spoločenských a psychologických vied Slovenskej akadémie vied)

Monografie vznikla jako výstup výzkumu realizovaného s podporou agentury GAČR, projekt číslo GA13-19808S „Chování zdraví podporující a zdraví ohrožující: determinanty, modely a konsekvence“.

© 2016 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-210-8719-4 (online : pdf)

ISBN 978-80-210-8458-2 (brožovaná)

ISSN 1211-3034

DOI: 10.5817/CZ.MUNI.M210-8458-2016

OBSAH

1 ÚVOD	9
2 NADĚJNÉ VYHLÍDKY: OPTIMISMUS A JEHO VZTAH K NADĚJI	13
2.1 Současné psychologické teorie optimismu	14
2.1.1 Optimismus jako kognitivní chyba, pozitivní iluze, nerealistický optimismus	14
2.1.2 Dispoziční optimismus	17
2.1.3 Optimismus jako explanační styl	20
2.1.4 Defenzivní pesimismus a strategický optimismus	22
2.2 Optimismus ve vztahu k naději	23
2.3 Shrnutí teoretických úvah o optimismu/pesimismu	25
2.4 Model optimismu – empirická studie	26
2.4.1 Metoda	26
2.4.2 Výsledky a jejich interpretace	29
2.4.3 Diskuse a závěr	33
3 ZDRAVÍ A CHOVÁNÍ SE ZDRAVÍM SOUVISEJÍCÍ	35
3.1 Měníci se postoj společnosti ke zdraví a péči o zdraví	35
3.2 Současná pojetí zdraví	39
3.3 Determinanty zdraví	40
3.4 Chování související se zdravím – vymezení a typy	42
3.4.1 Chování zdraví podporující a chování zdraví ohrožující	47
3.5 Formy chování souvisejícího se zdravím	48
3.5.1 Pohybová aktivita	50
3.5.2 Strava a stravovací návyky	52

3.5.3 Spánková hygiena	54
3.5.4 Duševní hygiena	55
3.5.5 Užívání návykových látek	59
3.5.6 Nelátkové závislosti	60
3.5.7 Předcházení rizikům/rizikové chování	61
4 MODEL CHOVÁNÍ SOUVISEJÍCÍHO SE ZDRAVÍM – ANALÝZA	
LATENTNÍ FAKTOROVÉ STRUKTURY	63
4.1 Uvedení do problematiky	63
4.2 Cíl studie	65
4.3 Metoda	66
4.3.1 Instrument	66
4.3.2 Procedura	66
4.3.3 Výzkumný soubor	67
4.4 Výsledky – faktorová struktura	68
4.5 Výsledky – latentní faktory druhého řádu	77
4.6 Diskuse	84
4.7 Shrnutí a závěr	88
5 DUŠEVNÍ A TĚLESNÉ ZDRAVÍ VE VZTAHU KE ZDRAVÍ	
PODPORUJÍCÍMU CHOVÁNÍ A SOCIÁLNÍ OPOŘE	90
5.1 Zdraví a chování související se zdravím	90
5.2 Duševní zdraví a osobní pohoda	93
5.2.1 Duševní zdraví	93
5.2.2 Osobní pohoda	94
5.2.3 Protektivní faktory duševního zdraví	98
5.3 Souvislosti duševního a tělesného zdraví	100
5.3.1 Osobní pohoda a zdraví	101
5.3.2 Pozitivní emocionalita a zdraví	103
5.4 Cíle studie	105
5.5 Metoda	107
5.5.1 Výzkumný soubor	107
5.5.2 Instrumenty	107
5.5.3 Analýza dat	108
5.6 Výsledky	109
5.7 Diskuse	112
5.8 Závěr	117
6 VZTAH VĚKU, GENDERU A DISPOZIČNÍHO OPTIMISMU	
K CHOVÁNÍ SOUVISEJÍCÍMU SE ZDRAVÍM	119
6.1 Vliv věku na chování související se zdravím	119

6.2	Vliv dispozičního optimismu na chování související se zdravím	122
6.3	Cíle studie	125
6.4	Metoda	125
6.4.1	Výzkumný soubor	125
6.4.2	Instrumenty	126
6.4.3	Procedura	126
6.5	Výsledky	127
6.6	Závěr	134
7	NEUROPSYCHOLOGICKÉ MARKERY CHOVÁNÍ ZDRAVÍ PODPORUJÍCÍHO A NEUROPSYCHOLOGICKÉ MARKERY CHOVÁNÍ ZDRAVÍ OHROŽUJÍCÍHO	137
7.1	Nové paradigma uvažování o vztahu mozku a psychiky	138
7.2	Analýza biomarkerů (EEG topografie) a psychomarkerů lidí s chováním zdraví ohrožujícím (ZO) a lidí s chováním zdraví podporujícím (ZP)	145
7.2.1	Kazuistika (ZO chování proband č. 35)	149
7.2.2	Kazuistika (ZP chování – proband č. 46)	156
7.3	Analýza biomarkerů (BOLD signály – aktivní oblasti mapované fMRI) a psychomarkerů lidí s chováním zdraví ohrožujícím (ZO) a lidí s chováním zdraví podporujícím (ZP)	163
7.3.1	Charakteristika výzkumného souboru	164
7.3.2	Analýza psychomarkerů lidí s chováním ZO a lidí s chováním ZP	165
7.3.3	Analýza biomarkerů a rozdíly mezi ZP probandy a ZO probandy	170
7.4	Závěr	181
8	ZÁVĚR	183
9	LITERATURA	187
10	SUMMARY	216
11	VĚCNÝ REJSTŘÍK	218

1 ÚVOD

Jaroslava Dosedlová

Zdraví, stejně jako život, smrt nebo láska, je antropologickou konstantou po celé dějiny lidstva. Současné názory na zdraví a nemoc se vyvíjely velmi dlouho a přístup k nim se postupem času měnil. Od dávných dob, kdy byla nemoc vnímána jako důsledek vlivu nadpřirozených sil, jsme dospěli k současnému pojetí nemoci jako systémové poruchy. V pozadí nejvýznamnějších příčin nemoci a smrti nejsou již pouze fyzické, ale ve stejné míře i psychické, behaviorální a sociální faktory, jež na sebe působí ve vzájemně složitě podmíněných vztazích. Biomedicínský přístup ke zdraví vystřídalo současné holisticky orientované bioekopsychosociální pojetí, takže zdraví je v současnosti charakterizováno jako vysoce komplexní a dynamický výsledek interakce genetických dispozic, ekosociálního prostředí a individuálního chování, které se zdravím souvisí. Není to stav, kterým může jedinec disponovat, ale proces, který je kontinuálně utvářen v rámci jednotlivých úrovní biopsychosociálního systému. Být zdravý v biopsychosociálním pojetí představuje dostatečující kompetenci systému „člověk“ vyrovnávat se díky seberegulačním procesům s patogenetickými faktory a účinně je kontrolovat (Egger, 2013). Na pozadí rozšířených nemocí 21. století (kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny), představujících nejčastější příčinu úmrtí nejen ve stáří, ale (kromě úrazů a sebevražd) i v období mladé, střední a zralé dospělosti, se tak promítají fyzické, psychické i ekosociální determinanty (Steptoe, & Wardle, 2004).

Jedním z klíčových témat psychologie zdraví je hledání odpovědi na otázku, jakou roli hraje osobnost ve vztahu k zajištění, ztrátě, obnovení a údržbě zdraví. Oblast výzkumu vztahu osobnosti a zdraví můžeme rozdělit do čtyř základních okruhů. Matthews, Deary a Whitmanová (2003) uvádějí čtyři modely zabývající se vztahem mezi osobností a zdravím. První z nich předpokládá, že osobnostní charakteristiky ovlivňují vývoj a průběh nemocí. Krantz a Hedgesová (1987) hovoří

o přístupu pracujícím s koncepty tzv. „etiologických rysů“. Základním zaměřením výzkumů spadajících do této oblasti je předpoklad, že určité osobnostní faktory hrají příčinnou roli v etiologii a progresi nemocí tím, že mají za následek fyziologické změny poškozující zdraví. Pokud tedy např. zvýšená míra neuroticismu vede ke zvýšené autonomní reakci na stresor, mohli bychom očekávat poruchy typu hypertenze, která je rovněž pod autonomní kontrolou (Matthews, Deary, & Whitman, 2003).

Druhý model charakterizuje vztah mezi osobnostními rysy a nemocí jako spíše korelační než kauzální. Tytéž biologické procesy mohou stát v pozadí jak osobnostních rysů, tak určité nemoci. Specifické geny mohou např. zvyšovat riziko kardiovaskulárních chorob a zároveň míru hostility. Neznamená to však, že by zvýšená míra hostility byla příčinou vzniku kardiovaskulární choroby (Matthews, Deary, & Whitman, 2003).

Třetí model vychází z výzkumů, které se snaží hledat osobnostní charakteristiky související se specifickými způsoby chování, které pak mohou zvyšovat nebo naopak snižovat riziko vzniku nemoci (Smith, & Williams, 1992). Hlavní předpoklad tohoto přístupu je ten, že osobnost ovlivňuje zdraví prostřednictvím tendencí ke zdraví prospěšným nebo naopak rizikovým návykům (např. nedostatek fyzické aktivity, nevhodné stravovací návyky, užívání návykových látek apod.) Např. optimismus je dáván do souvislosti s větší angažovaností ve zdraví prospěšných aktivitách (Peterson, & Bossio, 2001), naopak hostilita je spíše prediktorem rizikového chování – kouření, konzumace alkoholu, nevhodného stravování a vyhýbání se fyzické aktivitě (Mulkana, & Hailey, 2001).

Čtvrtý model bere v úvahu dopad nemoci a akutních medicínských stresorů (hospitalizace, operace) na osobnost člověka. Osobnostní charakteristiky jsou chápány jako moderátory stresu ve vztahu ke specifickým podnětům. Chronické zdravotní obtíže mohou např. snižovat míru extravertze pro omezené možnosti nemocného k socializaci nebo mohou zvyšovat jeho míru neuroticismu vzhledem k větším obtížím zvládat nároky běžného dne (Smith, & Williams, 1992; Matthews, Deary, & Whitman, 2003).

Kolektivní monografie, kterou právě otevíráte, svým zaměřením odpovídá především třetímu výše uvedenému modelu. Shrnuje hlavní výstupy výzkumu podporovaného Grantovou agenturou ČR v letech 2013–2016 s názvem Chování zdraví podporující a chování zdraví ohrožující: determinanty, modely, konsekvence, registrovaného pod č. 13-19808S. Integruje pět studií rozdělených do jednotlivých kapitol.

První kapitola představuje současné konstrukty optimismu/pesimismu a snaží se přispět k jejich vyjasnění vytvořením modelu optimismu na základě konceptu dispozičního optimismu (Carver, & Scheier), nerealistického optimismu (Weinstein), defenzivního pesimismu (Cantor, & Norem) a naděje (Snyder). Optimismus (jako dispoziční rys osobnosti i jako naučená kognitivní strategie) je vnímán

jako salutoprotektivní charakteristika (Egger, 2013; Kebza, 2008; Šolcová, 2009) a je dáván do souvislosti s větší angažovaností ve zdraví prospěšných aktivitách (Scheier, & Carver, 1985; Peterson, & Bossio, 1991; Soliah, 2011). Jako nezávislá či moderující proměnná vstupuje i do některých našich studií (v této publikaci viz 4. a 6. kapitolu).

Další tři kapitoly spojuje podrobná analýza proměnných vstupujících do sebe-regulačního procesu týkajícího se ochrany či ohrožení vlastního zdraví. Teoretický úvod (kapitola č. 2) reflektuje obecné poznatky týkající se postoje ke zdraví, představuje současná pojetí zdraví, determinanty zdraví a věnuje se jednotlivým komponentám chování souvisejícího se zdravím. Ve třetí kapitole je prezentována nonexperimentální komparativní teoretická studie modelu chování souvisejícího se zdravím. Porovnávány jsou čtyři modely chování souvisejícího se zdravím: unifaktoriální model, základní teoreticky odvozený model dvoufaktoriální, rozšířený teoreticky odvozený model třífaktoriální a statisticky odvozený model. Získané statistické indikátory ukazují, že všechny čtyři testované modely vykazují hodnoty dobrého modelu. Další kapitola svou náplní reaguje na aktuální trendy propojující témata psychologie zdraví a pozitivní psychologie. Cílem uvedené empirické studie bylo prozkoumat vzájemné souvislosti duševního zdraví, zdraví podporujícího chování, míry zdravotních stesků a sociální opory u českých dospělých respondentů ve věku od 20 do 65 let. Výsledky v souladu s celostním přístupem upozorňují na význam pozitivní emocionality, duševní hygieny a sociální opory pro úroveň fyzického i duševního zdraví.

Jednou ze silných stránek našeho výzkumného projektu a jeho výstupů je realizace průřezového výzkumu, který umožňuje zachytit dynamiku zkoumaných proměnných ve všech hlavních stádiích ontogeneze. Výzkumný soubor tvořilo 2666 probandů (62,1% žen a 37,9% mužů) ve věku od 11 do 93 let. Pátá kapitola mapuje a srovnává chování související se zdravím v období adolescence, mladé, střední a zralé dospělosti i v seniorském věku, s důrazem na identifikaci hlavních prediktorů zdraví podporujícího chování pro jednotlivá stadia ontogeneze.

Poslední kapitola se věnuje neuropsychologickým markerům chování souvisejícího se zdravím. Realizační paradigma studie bylo konstituováno na základě nejnovějších poznatků neurověd, které předpokládají fyziologickou (normální) konektivitu mezi neurofyziologickými jevy a psychickými jevy. Cílem výzkumu bylo ověřit, zda negativní vlivy prostředí, emoční stres a traumata vedou během vývoje člověka k poruchám neuronové konektivity (poruchám vazeb mezi neurony), ke změnám parametrů neuronové komplexity a k mozkovým dysfunkcím, které pak mohou být příčinou také psychických dysfunkcí. Dospělý člověk se změnami v neuronové bázi vyplývajících z prožité zátěže během jeho vývoje může vykazovat mj. chování zdraví ohrožující oproti člověku bez této zátěže a bez příslušných neurofyziologických změn. Autor pojímá svůj výzkum jako první etapu rozsáhlého výzkumného projektu, který se opírá o nové paradigma pojmání vztahu mezi

1. Úvod

mozkem a psychikou – potvrdit, nebo vyvrátit hypotézu, že psychický fenomén je specifický fenomén kvantové povahy (SQC phenomenon), který má nelineární povahu a je více než jedenácti-rozměrný.

2 NADĚJNÉ VYHLÍDKY: OPTIMISMUS A JEHO VZTAH K NADĚJI

Jaroslava Dosedlová, Martin Jelínek, Helena Klimusová

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

Jak jsme již předeslali v úvodu, optimismus (jako dispoziční rys osobnosti i jako naučená kognitivní strategie) je vnímán jako salutoprotektivní charakteristika (Egger, 2013; Kebza, 2008; Šolcova, 2009) a je dáván do souvislosti s větší angažovaností ve zdraví prospěšných aktivitách (Scheier, & Carver, 1985; Peterson, & Bossio, 1991; Soliah, 2011). Cílem kapitoly je představit vybrané konstrukty optimismu/pesimismu i příbuzný konstrukt naděje a vytvořit model, který by pomohl osvětlit vztahy mezi jednotlivými dimenzemi popsanych konstruktů.

Považujeme to za důležité i z toho důvodu, že proměnné dispoziční optimismus/pesimismus a defenzivní pesimismus vstupují do následujících studií v kapitolách 4 a 6.

2.1 Současné psychologické teorie optimismu

2.1.1 Optimismus jako kognitivní chyba, pozitivní iluze, nerealistický optimismus

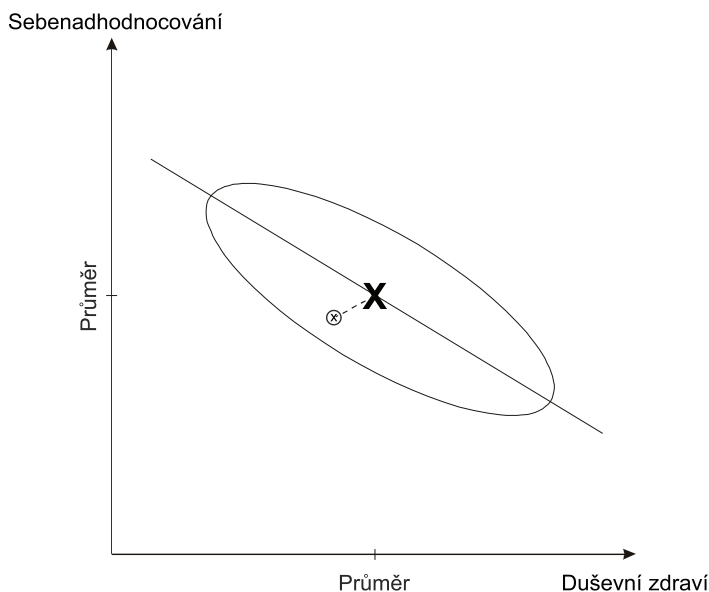
Koncept duševního zdraví se tradičně spojoval s realistickým náhledem na sebe i na svět. V 60. a 70. letech však začali kognitivní psychologové upozorňovat na nepřesnosti v lidském uvažování. Matlinová a Stang (1978, dle Peterson, 2000) ve stovkách studií prokázali, že řeč, myšlení a paměť jsou selektivně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

Lazarus (in Breznitz, 1983) pozitivně zkreslený náhled na sebe a na svět nazývá „pozitivním popřením“ a spojuje je s psychickou pohodou duševně zdravých lidí. Beck (1967) považuje depresi za kognitivní poruchu, která je charakterizovaná pesimismem a beznadějí, tedy negativním vnímáním sebe sama, reality a budoucnosti. Taylorová a Brown (1988, 1994) položili vědeckému fóru provokující otázku: je vůbec možné být šťastný a zachovat si realistický náhled na sebe a na situaci? Jsou šťastní lidé realisté, nebo se dopouštějí soustavných chyb při vnímání a hodnocení reality? Sami autoři upozorňují na tři možné typy iluzí běžně se vyskytujících u spokojených, psychicky zdravých a dobře adaptovaných osob:

- mírné sebenadhodnocování zahrnující autogratifikaci a autoprotekci;
- nadhodnocování vlastní možnosti kontrolovat běh událostí svého života;
- nahlížení budoucnosti ve světle nerealistického optimismu.

Taylorová (1989) rozlišuje iluzi a sebeklam optimismu. Iluze jsou více vztaženy k realitě (i když neochotně) a jsou spojeny s větším pocitem odpovědnosti na rozdíl od sebeklamů. Zveřejnění konceptu pozitivních iluzí vyvolalo živou polemiku. Se zásadní kritikou vystoupili Colvin a Block (1994), a obnovili tak pojetí psychického zdraví spojeného se schopností realisticky nahlížet na sebe sama i na svět kolem sebe. Tito autoři předložili výzkumné závěry, které dokládají negativní korelační vztah mezi sebenadhodnocováním a uznávanými, žádoucími osobnostními rysy. Jinak řečeno, lidé s výraznější mírou sebenadhodnocování vykazují v hodnocení nezávislými posuzovateli zároveň více negativních osobnostních charakteristik.

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



Obrázek 2.1 Vztah sebenadhodnocování a duševního zdraví
(Asendorpf, & Ostendorf, 1998)

Colvin, Funder a Block (1995) se zajímali o vztah mezi duševním zdravím (žádoucí osobností) a sebenadhodnocováním v netříděné populaci, znázorněné na obrázku elipsou. Zjištěná negativní korelace je v grafu vyjádřena sestupnou regresní křivkou. Taylorová s Brownem (1988) porovnávali průměrné sebenadhodnocování vyjádřené v grafu velkým křížkem s průměrnou mírou sebenadhodnocení (malý křížek) ve skupině psychiatrických pacientů se sklony k depresím (malý kroužek). Zjištěná snížená úroveň sebenadhodnocení u pacientů je vyjádřena vzestupnou regresní křivkou. Z náčrtu tak jasně vyplývá, že protichůdné závěry se ve skutečnosti vzájemně nepopírají a jsou schopny koexistence. Umíme si jistě představit jiné skupiny pacientů, jejichž sebehodnocení je výrazně pozitivně zkresleno a tvoří nepřehlédnutelnou součást klinického patologického obrazu (např. u narcistické poruchy osobnosti). Je tedy možné konstatovat, že míra sebehodnocení osciluje na škále, jejíž oba extrémní póly jsou neslučitelné s duševním zdravím.

Pokud se zaměříme na pozitivní iluzi ve smyslu nerealistického optimismu, dostaneme se k práci Weinstein (1980, 1982), který upozornil na to, že naše vztahování se k budoucnosti je zatíženo kognitivními chybami. Vytvořil soubor 42 pozitivních a negativních životních událostí a požádal studenty, aby ohodnotili, jaká je pravděpodobnost, že je ve srovnání se svými spolužáky zažijí. Studenti v anticipaci svého života nadhodnocovali pravděpodobnost prožití pozitivních událostí (např. budu mít dobře placené zaměstnání, zdravé děti, dobré vztahy s blízkými

lidmi) a podhodnocovali možnost výskytu negativních událostí (např. rozvedu se, onemocním rakovinou). Weinstein (1980) tento jev nazval nerealistický optimismus a definoval ho jako obecnou tendenci očekávat, že negativní události se spíše přihodí jiným a pozitivní události s větší pravděpodobností nám.

Výše uvedený fenomén byl mnohokrát ověřen v řadě dalších výzkumů a byly prověřovány i jeho psychologické a neuropsychologické moderátory (Hoch, 1985; Helweg-Larsen, & Shepperd, 2001; Klein, & Weinstein, 1997; Weinstein, & Klein, 2002; Sharot, Riccardi, Raio, & Phelps, 2007, Sharot, Korn, & Dolan, 2011; Sharot, 2013; Garrett, & Sharot, 2014). I v našem výzkumu z r. 2004 jsme v rámci výzkumného souboru 840 adolescentů prokázali existenci systematické chyby v nahlížení vlastní budoucnosti ve směru jejího pozitivního zkreslení u 15 životních událostí z celkového počtu 20 předložených. Optimistické zkreslení se neprojevalo či projevovalo v menší míře u očekávání společenské významnosti, dlouhověkosti, stěhování se do zahraničí, vážnějšího onemocnění a narození zdravého dítěte. Největší rozdíl mezi odhadem vlastních šancí a šancí vrstevníků jsme prokázali u očekávání vlastního dalšího studia, získání zaměstnání dle svého výběru a života ve vlastním domě, z negativních situací respondenti očekávali, že s mnohem nižší mírou pravděpodobnosti oproti vrstevníkům budou mít problémy s alkoholem či drogami a že se rozvedou. Poukázali jsme rovněž na mezipohlavní rozdíly ve vykazované míře pozitivních očekávání, muži svou budoucnost nahlíželi signifikantně optimističtěji než ženy. Můžeme usuzovat na kulturní a sociální podmíněnost těchto očekávání. Ženy projevily menší míru optimismu především ve vztahu ke společenskému a materiálnímu úspěchu, což by mohlo naznačovat přinejmenším částečnou identifikaci s tradiční méně výkonově orientovanou ženskou rolí (Dosedlová, Klimusová, Blatný, & Jelínek, 2004).

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

první studie. Heine a Lehman uzavírají, že sebezpřeceňování je běžným znakem západní individualisticky orientované kultury.

Pokud jsou ovšem nerealistická očekávání v naší kultuře tak rozšířená a vnášejí do procesů rozhodování systematickou chybu, jak to, že nemají výraznější negativní důsledky? A jak lidé nakládají se zažívanými rozpory mezi pozitivními očekáváními a realitou, která je nutně všechny nebo v celé šíři nenaplnila? Armor a Taylorová (2002) diskutují problematiku důsledků rozhodnutí ovlivněných systematickou chybou nerealistického optimismu. Autoři předkládají řadu možných vysvětlení – lidé nevykazují pozitivní očekávání nediferencovaně, většinou jsou citliví vůči kontextu, ve kterém se snaží něco předvídat, a jejich očekávání korelují s minulými zkušenostmi v dané oblasti. Vyšší míra nerealistického optimismu se projevuje spíše ve vztahu ke vzdálenější budoucnosti než k té bližší a je spojena se situacemi s vyšší mírou nejistoty, tedy když se pravděpodobnost úspěchu i neúspěchu blíží 50 %. Pokud se lidé rozhodují a plánují své aktivity, vytvářejí si určité scénáře budoucího vývoje. Tyto scénáře většinou nejsou zatíženy vysokou mírou nerealistických pozitivních očekávání. Nerealistický optimismus nastupuje až po výběru jednoho konkrétního scénáře a má následný motivační efekt, který jedinci pomáhá soustředit úsilí k dosažení cíle. Dokonce, i když nerealističtí optimisté nenaplní své cíle v plně předpokládané šíři, jsou jejich výsledky stále lepší než výsledky osob, které nepodlehly vlivu této iluze. V důsledku nerealistického optimismu lidé samozřejmě nutně zažívají čas od času diskrepanci mezi pozitivním očekáváním a nežádoucím výsledkem. Optimisté často reinterpretovali výsledky v pozitivním duchu – posouvají standardy pro sociální srovnávání a obracejí pozornost z toho, co nezískali, na to, co již mají. Veškeré lidské předpoklady jsou zatíženy jistou mírou nejistoty a nutně i chybami. Autoři uzavírají, že realističnost v usuzování nijak negarantuje přesnost predikce. Optimistické zkrácení poskytuje přinejmenším psychologický zisk tím, že pozitivní obrazy spojené s úspěchem mají motivační efekt.

2.1.2 Dispoziční optimismus

Carver a Scheier (1985; 2001; 2002; 2014) optimismus definují jako generalizované očekávání kladného průběhu událostí i samotného výsledku nějaké události či činnosti. Jejich pojetí vyplývá z modelu *motivace – očekávání – hodnoty*. Chování vyplývá ze sledování cílů, aktivit či stavů, které člověk vnímá jako žádoucí či nežádoucí. Žádoucích cílů chceme dosáhnout, nežádoucím se vyhnout. Čím je pro nás cíl důležitější, tím má vyšší hodnotu. Očekávání můžeme chápat jako stav důvěry či pochybností, že cíl bude dosažen. Pouze pokud mají lidé dostatek důvěry a cíl je pro ně dostatečně hodnotný, pustí se do nějaké činnosti. Naopak, pokud nevěří tomu, že cíle dosáhnou, nebo cíli nepřipisují dostatečnou hodnotu, nevyvinou

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

Podobné principy jako pro zaměřenou důvěru či pochybnosti platí i pro optimismus a pesimismus, pouze stav důvěry je difúznější a v záběru širší. Scheier a Carver (2005) vnímají optimismus jako generalizované pocity sebedůvěry či pochybností jedince v jeho životě. Na jakoukoliv výzvu reagují optimisté důvěrou v dosažení žádoucích výsledků bez ohledu na typ prostředků, který jim pomůže (mohou věřit vlastním schopnostem nebo tomu, že druzí je mají rádi a pomohou jim). Pesimisté jsou naopak plni pochybností a váhají, zda se vůbec do akce pustit (Carver, & Scheier, 2014). I ve vztahu k neštěstí jsou optimisté přesvědčeni, že situace může být nějakým způsobem pozitivně zvládnuta. Pesimisté čekají katastrofu. Tyto rozdíly významně ovlivňují mimo jiné i např. vyrovnávání se stresem (coping).

Dispoziční optimismus je do značné míry ovlivněn geneticky, nevíme však, zda je dědičný sám o sobě, nebo ve vztahu s jinými temperamentovými charakteristikami. Je to kvalita relativně stálá a trvalá.

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

Life Orientation Test (LOT), který byl konstruován pro měření dispozičního optimismu, chápe optimismus a pesimismus jako dva póly jednoho kontinua. Lidé, kteří ve škále skórují vysoko, jsou označeni za optimisty, nízký skór se pojí s pesimismem. Někteří autoři se však přiklánějí k názoru, že optimismus a pesimismus nejsou dvěma póly jedné dimenze (jednofaktorový, bipolární model), ale dvěma konstrukty, které jsou v určitém vzájemném vztahu (dvoufaktorový model). Výzkumně to dokládají např. Kubzanská, Kubzansky a Maselková (2004). Ve výzkumném souboru 429 vysokoškolských studentů identifikovali určité malé procento studentů, kteří skórovali vysoko jak v optimistických, tak pesimistických očekáváních ($n = 16$; 4 %), i takové, kteří skórovali nízko v obou konstruktech ($n = 11$; 2,5 %). Autoři tento jev interpretují opatrně vzhledem k nízkému počtu osob, ale výsledky přesto naznačují, že lidé mohou očekávat zároveň mnoho dobrých i špatných věcí. Peterson (2000) vnímá tyto typy buď jako hédonicky orientované, kteří touží po plně prožitém životě a intenzivních zážitcích, nebo jako nevyrovnané osoby trpící zmatením rolí a ambivalencí v postojích k sobě i ke světu. Současné teorie se přiklánějí k dvoufaktorovému modelu optimismu/pesimismu. Protikladem optimismu není pesimismus, ale nedostatek optimismu, protikladem pesimismu je nedostatek pesimismu. Nedostatek optimismu můžeme jasně odlišit od pesimismu, stejně jako nedostatek pesimismu není totéž, co optimismus (Norem, & Chang, 2001; Bryant, & Cvengros, 2004). Rozdíly mezi těmito

konstrukty nejsou jen sémantické, mají jiné reálné důsledky. Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier a Williamson (1996) např. ověřili, že optimismus neměl žádný vztah k délce přežití pacientů trpících karcinogenním onemocněním, ale pesimismus koreloval s dřívějším úmrtím.

Optimismus, pesimismus a coping

Optimisté častěji než pesimisté užívají aktivní, na problém orientované copingové strategie (approach copers). Zvláště v situacích, které jsou subjektivně vnímány jako kontrolovatelné, popření a snaha vzdálit se od problému s optimismem korelují negativně. Optimisté užívají rovněž strategie zaměřené na emoce, hlavně pro snadnější akceptování nesnadné situace a její pozitivní přerámování (především v situacích, které se nedají změnit). Snaží se najít nějaká pozitiva i na nepříznivých okolnostech a očekávají osobnostní růst jako důsledek překonání těchto náročných okolností. Více plánují, jsou zaměřeni na vyhledávání informací a podporují humor. Užívají méně fatalistických postojů a méně se obviňují. Nezměnitelné situace akceptují rychleji a neunikají z nich.

Pesimisté vykazují větší tendenci problém popírat, snaží se od problému vzdálit a snižovat jeho uvědomění např. spaním, jedením, pitím či nadužíváním léků a jiných látek (avoidant copers). Rychleji a snadněji rezignují. Nadužívání chemických látek může být vnímáno jako průvodní znak tendence vzdávat se. Pesimisté mají častěji než optimisté problémy s pitím alkoholu. V situaci ztráty životních cílů je pesimismus měřený škálou beznaděje silným prediktorem hrozící sebevraždy (Scheier et al., 2001).

Vztah dispozičního optimismu a aktivních copingových strategií potvrzuje i metaanalytická studie Nesové a Segerstromové (2006), která analyzovala 50 nezávislých studií o celkovém počtu 11 629 respondentů.

Na Slovensku se vztahem optimismu, resp. pesimismu a copingových strategií věnoval Sarmány-Schuller se svými kolegy. Výzkumně potvrdili, že optimismus a pesimismus mají vztah k preferenci určitých kognitivních stylů: optimismus vzhledem k vyšší toleranci k neurčitosti a nejistotě vysoce pozitivně koreluje s heuristickou orientací a pesimismus s algoritmickou orientací (Sarmány-Schuller, 1992). Dále potvrdili, že pesimismus se pojí s anxiétou, a co se týká strategií zvládání, je častěji spojen s vyhybáním se (Sarmány-Schuller, 1997).

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