

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

COPINGOVÉ STRATEGIE U SOUČASNÝCH VYSOKOŠKOLKÝCH STUDENTŮ
S OHLEDEM NA GENDEROVÉ DIFERENCE A STUDIJNÍ ZAMĚŘENÍ

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Tadeáš Venzara, rekreologie

Vedoucí práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Olomouc 2017

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení: Tadeáš Venzara

Název diplomové práce: Copingové strategie u současných vysokoškolských studentů s ohledem na genderové diference a studijní zaměření

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2017

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá preferencí copingových strategií u současných vysokoškolských studentů Univerzity Palackého v Olomouci a jejich komparací v rámci intersexuálních rozdílů a studijního zaměření. Výzkumný soubor byl tvořen 282 studenty prezenční formy studia Pedagogické fakulty (N = 116), Přírodovědecké fakulty (N = 101) a Fakulty tělesné kultury (N = 65). Z hlediska pohlaví se výzkumný soubor skládal z mužů (N = 107) a žen (N = 175) ve věku 19 – 26 let. Ke sběru dat byla využita standardizovaná psychodiagnostická metoda – dotazník Strategie zvládnání stresu SVF 78. Nejdůležitějším výsledkem výzkumu je signifikantní rozdíl mezi používáním pozitivních a negativních copingových strategií u mužů a žen a i mezi studenty se sportovním a nesportovním zaměřením.

Klíčová slova: stres, coping, copingové strategie, vysokoškolský student, životní styl

Souhlasím s půjčováním magisterské práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical Identification

Author`s first name and surname: Tadeáš Venzara

Title of the master thesis: Coping strategies in current university students with regard to gender differences and study orientation

Department: Department of Recreology

Supervisor: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

The year of presentation: 2017

Abstract: This diploma thesis deals with the preferences of coping strategies at current university students of Palacký University in Olomouc and the comparison of intersexual differences and study focus. The research group consisted of 282 full-time students of the Faculty of Education (N = 116), the Faculty of Science (N = 101) and the Faculty of Physical Culture (N = 65). Besides, the research group consisted of men (N = 107) and women (N = 175) aged 19-26. The standardized psychodiagnostic method - Stress management strategy questionnaire - SVF 78 was used to collect data. The most important result of the research is the significant difference between the use of positive and negative coping strategies in men and women and among students with sporting and non-sporting focus of studies.

Keywords: Stress, coping, coping strategy, university student, lifestyle

I agree this thesis to be lent within library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji PhDr. Dr. Martinu Sigmundovi, Ph.D. za jeho rady a odborné vedení v průběhu zpracování diplomové práce a především za jeho přístup v časově nejvytíženějších chvílích. Také děkuji Mgr. Elišce Horské a PharmDr. Zdeňce Vítové za korekturu, Mgr. Jánů Smolkovi za jeho neuvěřitelné jazykové dovednosti a také velmi děkuji i MDDr. Monice Vítové za přisun zdravého a hlavně chutného jídla (a spočítání tabulek a obrázků).

Obsah

1	ÚVOD.....	9
2	PŘEHLED POZNATKŮ.....	10
2.1	Životní styl	10
2.1.1	Definice životního stylu.....	10
2.1.2	Zdraví.....	11
2.1.3	Zdravý životní styl.....	14
2.1.4	Životní styl současného člověka a jeho dopad na zdraví.....	14
2.1.5	Optimalizace životního stylu	16
2.2	Stres.....	18
2.2.1	Definice stresu	18
2.2.2	Dimenze a význam stresu	20
2.2.3	Stres z pohledu biomedicínského	21
2.2.3.1	Obecný adaptační syndrom	22
2.2.4	Stres z pohledu psychologického.....	26
2.2.5	Stresory	28
2.2.6	Salutory	30
2.2.7	Diagnostikování stresu.....	30
2.2.7.1	Symptomatický přístup.....	30
2.2.7.2	Životní události.....	31
2.3	Coping.....	32
2.3.1	Definice a cíle copingu	32
2.3.2	Osobnostní charakteristiky důležité pro zvládnání stresu.....	33
2.3.3	Strategie zvládnání stresu a zátěžových situací	34
2.4	Psychosociální aspekty období mladší dospělosti.....	37
2.4.1	Charakteristika období mladší dospělosti	38
2.4.2	Specifika mladší dospělosti s ohledem na genderové rozdíly	42
2.4.3	Psychosociální aspekty zátěže v období mladší dospělosti	44
2.4.4	Zátěž u mladých dospělých s ohledem na gender a vzdělání	46
3	CÍLE PRÁCE	50
3.1	Dílčí cíle.....	50
4	METODIKA.....	51

4.1	Výzkumný soubor	51
4.2	Sběr dat.....	51
4.2.1	Metoda	51
4.3	Statistické zpracování dat.....	53
5	VÝSLEDKY.....	55
5.1	Výsledky dle pohlaví.....	55
5.2	Výsledky dle studijního zaměření.....	58
6	DISKUZE.....	61
6.1	Rozdíly dle pohlaví	62
6.2	Rozdíly dle studijního zaměření.....	63
6.3	Limity studie	64
7	ZÁVĚR.....	65
8	SOUHRN.....	66
9	SUMMARY	67
10	REFERENČNÍ SEZNAM	68

Seznam zkratek:

ACTH	- adrenokortikotropní hormon
CRF	- kortikotropin
F-F	- Fight or Flight
FTK	- Fakulta tělesné kultury
GAS	- General Adaptation Syndrome
HPA	- endokrinní cesta osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny
LOC	- Locus of control
M	- aritmetický průměr
Max	- maximum
Min	- minimum
N	- počet probandů
NEG	- negativní copingové strategie
p	- hladina statistické významnosti
PdF	- Pedagogická fakulta
PřF	- Přírodovědecká fakulta
POZ	- pozitivní copingové strategie
SD	- směrodatná odchylka
SVF 78	- dotazník Strategie zvládnání stresu – SVF 78
SOC	- Sense of coherence
SRRS	- The Social Readjustment Rating Scale
WHO	- World Health Organization

1 ÚVOD

Problematika stresu reprezentuje jeden z důležitých fenoménů dnešní uspěchané doby. Zároveň mu je věnována značná pozornost mezi nejrůznějšími autory. Můžeme se setkat s nespočtem knih a publikací popisující různé aspekty psychické zátěže nejen z odborného, ale i popularizujícího hlediska. Vedle četných výzkumů zaměřených na pracující populaci se můžeme setkat i s různým šetřením orientovaným na psychickou zátěž vysokoškoláků.

Psychická zátěž se také projevuje na tělesném a duševním zdraví. Výzkumy přinesly dostatek důkazů, které svědčí o tom, že stres přispívá k vyššímu výskytu infekčních onemocnění, jako je nachlazení, k většímu výskytu kardiovaskulárních chorob, pomalejšímu hojení ran a zhoršení autoimunitních stavů, jako je astma, revmatická artritida nebo zánětlivé onemocnění střev. Stres tedy přispívá k rozvoji onemocnění řadou způsobů zahrnující tělesnou a psychosociální zranitelnost (Ayers & de Visser, 2015). V rámci svého nepřímého vlivu může také ovlivňovat chování člověka a zapříčinit změnu životního stylu (Křivohlavý, 2001). Je tedy parné, že zátěžové situace mohou ovlivňovat zdraví a akademické výsledky studentů.

Vlivy, jenž zdravotně ovlivňují studenty, jsou oproti pracujícím vrstevníkům specifické a úzce souvisí s prostředím vysoké školy. Nezřídka se můžeme u studentů setkat se syndromem vyhoření, což je dáno především neschopností zvládat studijní požadavky nebo špatnou volbou studijního oboru (Ptáček, Vňuková & Kuželová, 2013). I samotné vysokoškolské studium pak může přinášet mikrotraumata v podobě zvýšeného vnitřního napětí, psychickou deprivaci, redukci výkonu, skleslost, redukovanou sebedůvěru apod. (Kohoutek, 2014). V konkrétní rovině mezi stresory patří zkoušení a hodnocení výkonu, neadekvátní přístup pedagogů nebo organizační nedostatky školy.

Je tedy zřetelné, že akademické prostředí představuje pro studenty zátěž, a že studenti musí vyvinout určité úsilí pro zvládnutí daných zátěžových požadavků. V souvislosti s touto skutečností je i pojata tato práce, ve které je se pojednává o strategiích zvládnutí stresu. Měla by přiblížit jaké copingové strategie jsou preferovány vysokoškolskými studenty Univerzity Palackého v Olomouci. Dalšími cíli této práce je blíže pozorovat potencionální existenci vztahů mezi strategiemi zvládnutí zátěže a pohlavím, potažmo studijním zaměřením.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Životní styl

2.1.1 Definice životního stylu

S pojmem životní styl se prakticky setkáváme dnes a denně. Můžeme se o něm dočíst v nejrůznějších publikacích, denním tisku, časopisech. Avšak nejednotnost a terminologická nejasnost panující okolo samotného pojmu životní styl nás nutí tento termín přesněji vymezit. Je to dáno především tím, že životní styl je velmi obsáhlá oblast, která zahrnuje na první pohled navzájem nesouvisející témata.

Duffková et al. (2008) uvádí nejobecnější témata zahrnující pojem životní styl – bydlení, stravování, vzdělání, chování v různých situacích, zábava, spotřeba, komunikace, jednání, rozhodování, cestování, vyznání a dodržování určitých hodnot, péče o děti, pěstování potravin atd.

Jandourek (2001, 243) definuje životní styl jako „komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorů, na které lidé berou ohled ve vzájemných vztazích a chování. Podoba životního stylu je ovlivněna životním cyklem, společenskými rolami, tradicí.“

Kubátová (2000, 4) „strukturovaný soubor životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a v celkové stylizaci.“

Machová et al. (2009, 16) pod pojmem „životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností.“

Mohapl (1992, 71) vymezuje životní styl jako „soubor názorů a postojů, temperamentových vlastností a návyků, které mají trvalý ráz a jsou pro každého individuálně specifické – vystihují osobitost jeho chování.“

Z tohoto nástinu je vidět, že se jedná o kategorii nesmírně širokou a složitou. Situaci komplikuje i fakt, že dochází k paralelnímu používání termínů životní způsob a životní styl. Životní styl se na rozdíl od životního způsobu týká jednotlivce, je individualizovaný a konkrétní. Dále bývají ve spojitosti s životním stylem aplikovány určité alternativy

přidávající životnímu stylu atributy, které jsou často ideologicky podbarvené a mají velkou výpovědní hodnotu – zdravý, nezdravý, městský, venkovský, konzumní, parazitní, americký, kapitalistický apod. (Hodaň & Dohnal, 2008).

2.1.2 Zdraví

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Je-li člověk zdravý, může pracovat, uskutečňovat své potřeby, svá přání a realizovat své cíle. Výzkumy naznačují, že lidé s nevléčitelnou nemocí mají sníženou kvalitu života. Nejedná se také pouze o hodnotu ryze individuální, ale i hodnotu společenskou, protože je zdrojem pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti.

Zdraví je dle WHO (in Blahutková et al., 2005, 13) definováno jako „stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci či neduživosti.“

Této definici bývá vytýkáno, že hodnotí pouze subjektivní dojem jednotlivce a nemusí odpovídat objektivnímu stavu, a také, že poukazuje na téměř nereálný dokonalý stav, kterého dosahuje pouze malá část populace (Ayers & de Visser, 2015). Proto bývá definice doplňována o část, která bere v úvahu vztah mezi organismem a komplexním prostředím. Čevela et al. (2009, 12) uvádí další definici „...zdraví jako stav nebo kvalitu organismu, který vyjadřuje jeho adekvátní fungování za daných genetických podmínek a podmínek prostředí.“

Čevela et al. (2009, 13) dále uvádí, že pojem zdraví obsahuje tři složky a jejich výslednicí je stav optimální pohody:

1. tělesnou a psychosociální integritu,
2. nenarušenost životních funkcí a společenských rolí,
3. adaptabilitu ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy.

David Seedhouse (in Baštecká et al., 2015, 42) uvádí různé teorie zdraví, ve kterých se prolínají dvě hlediska – co je zdraví a co se díky němu dá dělat. Tyto teorie později zpracoval a upravil Křivohlavý (2001). Ten uspořádal teorie dle toho, zda je zdraví chápáno jako prostředek k cíli, nebo zda je chápáno jako cíl samotný, tedy jako cíl veškerého našeho snažení.

1. teorie pojímající zdraví jako ideální stav člověka (wellness)

2. teorie vymezující zdraví jako fitness – úroveň tělesné a duševní zdatnosti, která lidem umožňuje provádět každodenní úkony
3. teorie považující zdraví člověka za zboží – lze jej koupit nebo dát, darovat získat či ztratit.
4. teorie chápající zdraví jako určitý druh osobní síly nebo tělesnou, metafyzickou či intelektuální schopnost. Zdraví se stává způsobem žití či pravidlem života. Objevuje se pojem spirituální zdraví, který odkazuje na starověkou harmonii.

Uvedené příklady vypovídají o skutečnosti, že definovat zdraví není jednoduché. Ayers & de Visser (2015) se shodují na tom, že otázky zdraví jsou komplikované a vyžadují individuální přístup. Zdraví a nemoc jsou pro každého člověka osobní stavy a je nutné se ptát, zda se jedinec cítí být zdravý nebo nemocný nebo zda si myslí, že je zdravý nebo nemocný. Dále zdraví hodnotí na několika úrovních, které jsou shrnuty v tabulce 1.

Tabulka 1. Definice zdraví (upraveno dle Ayers & de Visser, 2015)

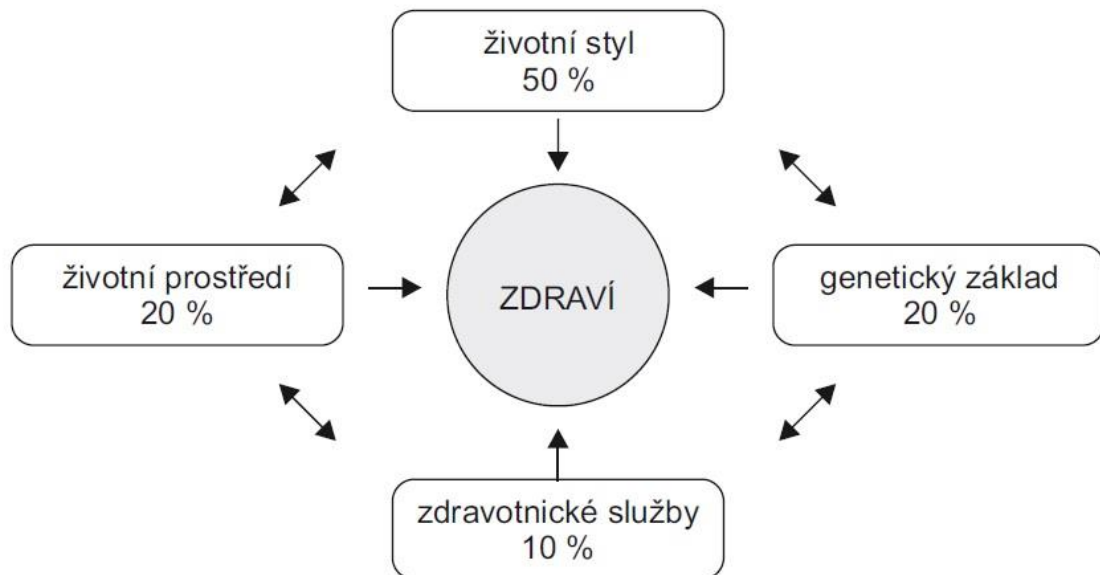
Definice zdraví	
Definice	Charakteristika definice
tělesná	nepřítomnost nemoci
	bez náchylnosti k nemoci
	velké fyzické rezervy
	tělesně fit
	je vitální
subjektivní	bez symptomů nemoci těla
behaviorální (chování)	zdravý životní styl
funkční	schopnost fungovat v každodenním životě
psychosociální	psychosociální pohoda
sociální	schopnost přispívat společnosti
kulturní	odpovídá kulturním normám zdraví

Zajímavý pohled také přináší Antonovsky (in Sarafino & Smith, 2011, 2), který chápe zdraví jako kontinuum od optimálního dobrého zdraví po smrt (viz obrázek 1). Na pravé straně od stavu přirozeného zdraví nalézáme způsoby zlepšování zdraví, které jsou pro zdraví jedince optimální. Naproti tomu na levé straně se nachází nemoc, tedy lidé vykazující symptomy onemocnění, jako jsou vysoký krevní tlak, cholesterol, nedostatek pohybové aktivity a mnoho dalších možných známek. Zdravotní péče, ale i zdravý životní styl, může tyto lidi přiblížit zpět neutrálnímu stavu přirozeného zdraví.



Obrázek 1. Kontinuum zdraví a nemoci (upraveno dle Sarafino & Smith, 2011, 2)

Podmíněnost zdraví závisí na působení kladných i záporných faktorů, neboli determinantů zdraví. Můžeme je rozdělit na vnitřní (genetické) a vnější. Genetické faktory jsou vrozené a do jejich základu se následně promítají vlivy přírodního prostředí i prostředí společenského a určitý způsob života. Zevní faktory se člení do tří skupin – životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí, zdravotnické služby (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče). Vzájemné vztahy mezi vnitřními a vnějšími determinanty vyjadřuje obrázek 2. (Machová et al., 2009).



Obrázek 2. Vzájemné vztahy mezi zdravím a faktory zdraví (dle Machové et al., 2009, 13)

2.1.3 Zdravý životní styl

Z obrázku 2 vyplývá, že zdaleka nejvýznamnější působení na zdraví jedince má životní styl a stává se tedy jeho stěžejním pilířem. V souvislosti s ovlivňováním životního stylu lidí vznikla alternativa zdravý životní styl jako reakce na stav obyvatelstva, informační explozi, působení masmédií, stav životního prostředí a dalších negativních faktorů související s vědeckým a technickým pokrokem.

Zdravý životní styl definuje Hacıhasanoğlu et al. (2011) jako chování, které demonstruje odpovědnost za vlastní zdraví, má dostatek pohybové aktivity, adekvátní příjem potravy, seberealizaci, stále mezilidské vztahy a naučené schopnosti zvládat stres.

Podobně také Kraus et al. (2001, 158-159) udává základní okruhy zdravého životního stylu:

1. **životní rytmus** – poměr pracovní činnosti a odpočinku, fyzické a psychické zátěže,
2. **pohybový režim** – aktivní a pravidelná tělesná kultura,
3. **duševní aktivita** – spojená s kulturními zájmy, dalším vzděláváním respektujícím zásady duševní hygieny včetně aktivit optimálního soužití s ostatními sociálními skupinami,
4. **živospráva a racionální výživa** – sloužící k zachování zdraví a tělesné a duševní výkonnosti,
5. **zvládání náročných životních situací.**

Dále upozorňuje, že nejvhodnější doba pro uplatňování principů utváření zdravého životního stylu je volný čas. Zdravý životní styl totiž bezprostředně souvisí s hlavními funkcemi volného času, jako jsou – regenerační a zdravotně hygienická funkce, vzdělávací a sebevzdělávací, kompenzační (relaxační) funkce a funkce socializační.

2.1.4 Životní styl současného člověka a jeho dopad na zdraví

Člověk se po desetitisíciletí celým svým fylogenetickým vývojem utvářel k tomu, aby dokázal čelit životním podmínkám, aby si dokázal obstarat potravu a uchránil se před nebezpečím. Základním předpokladem k tomu byl pohyb, který sehrál významnou roli při lovu, později i při práci na poli či útěku před nebezpečím. Dnešní člověk a jeho životní styl se však diametrálně změnil a vede převážně sedavý způsob života. V pracovní době sedí, cestu do práce a z práce absolvuje autem či jinými dopravními prostředky. Vyhýbá

se schodům, jakmile je k dispozici výtah a eskalátor a po práci opět sedí u televize či počítače. I u prací nutných k zabezpečení chodu domácnosti díky technice došlo k redukci pohybu. A především nedostatek pohybu a nadměrný energetický příjem vede k závadám na statisíce let vyvíjeném tělesném systému (Machová et al., 2009).

Sedavý životní styl Stejskal (2004, 11) definuje jako „nedostatek tělesného pohybu jak v zaměstnání, tak i během volného času“. Dále dodává, že takováto redukce pohybové aktivity v zaměstnání se následně projevuje ve sféře trávení volného času, protože únava vyvolaná psychickým napětím a nedostatkem pohybu v práci snižuje aktivitu člověka do takové míry, že dává přednost pasivní konzumaci (sezení u televize, počítače) před výdejem (čtení, cvičení). Navíc někteří lidé takto vyvolaný stres řeší zvýšeným příjmem jídla ve večerních hodinách, což dále zvyšuje pozitivní energetickou bilanci a dochází k poruchám tělesného i duševního zdraví.

Nesprávný životní styl v podobě nepřiměřené a nevhodně složené stravy, nedostatku tělesného pohybu, nadměrné psychické zátěže, znečišťování ovzduší, vody a půdy v některých případech obohacený o kouření cigaret, konzumaci alkoholu, drog atd. patří k nejvýznamnějším složkám podílejících se na vzniku civilizačních nemocí (Dolanský, 2008).

Mezi nemoci, jejichž vznik souvisí s nesprávným životním stylem, počínaje především ischemickou chorobou srdce, cévní mozkovou příhodou a hypertenzí, které mají ve většině rozvinutých zemí největší výskyt a jsou nejčastější příčinou smrti. Tato onemocnění vznikají na základě aterosklerózy, která je způsobena ukládáním krevních tuků do stěn tepen; ty ztrácejí svou pružnost a postupně se zužují. Se vznikem aterosklerózy bývají často spojeny i poruchy látkové výměny cukrů a tuků, které mohou často ústit např. do cukrovky 2. typu. Vzhledem k jejich obrovskému výskytu musíme počítat mezi metabolická onemocnění i obezitu, která je od určité úrovně spojena jak s výše uvedenými, tak i dalšími nemocemi. Tak se dostávají do primárního nebo sekundárního vztahu ke špatnému životnímu stylu i některá maligní nádorová onemocnění, onemocnění dýchacího systému, řídnutí kostí (osteoporóza), některá onemocnění páteře, zhoršení obranné imunitní reakce vůči infekčním onemocněním atd. Pohybový systém se stává méně výkonný a odolný a dochází snadněji k jeho poškození. V závislosti na životním stylu se zvyšuje i frekvence výskytu některých psychických onemocnění, a protože lidé

dosahují díky zlepšující se lékařské péči vyššího věku, zhoršuje se ve stáří výrazně i kvalita života (Stejskal, 2004, 11).

2.1.5 Optimalizace životního stylu

Konkrétní životní styl konkrétního jedince není závislý pouze na osobním přesvědčení a postavení, ale je ovlivněn dalším množstvím faktorů, jako jsou ekonomické vlivy, sociální prostředí, praktické možnosti a vlastní zkušenosti apod. A také prostředí by mělo napomáhat k vytváření a udržování zdravých životních stylů na poli veřejné politiky, dále specifické programy, zvyšování motivace lidí, posilování zdravého chování a snižování škodlivých návyků (Dolanský, 2008).

Zdravý životní styl a jeho pěstování zahrnuje podle Smékala (1997) rozvíjení tělesné, psychické a duchovní kultury osobnosti:

- **Tělesná kultura osobnosti** – obsahuje rozvíjení návyků a dovedností personální hygieny, stravovacích zvyklostí, kontrolu touhy po škodlivých látkách v podobě drog, kouření a alkoholu, přiměřený aktivní pohyb atd.
- **Psychická kultura osobnosti** – jedná se o souhrn kvalit konkretizujících se do určitých požadovaných rysů, stylů, socializovaných potřeb a hodnotových orientací.
- **Duchovní kultura osobnosti** – zahrnuje ve veškeré své šíři podobu mravní vyspělosti, citlivosti svědomí a duchovní dimenzi bytí.

Aby došlo k naplnění výše zmíněného, musí v některých případech dojít k optimalizaci životního stylu. Podle Hodaně et al. (2008) se jedná o náročný proces, protože vyjdeme-li z definice životního stylu, je patrné, že se skládá z řady navzájem souvisejících oblastí. K samotné změně může dojít libovolným zásahem neboli intervencí do různých složek – změnou časové struktury, obsahu určité oblasti, stravovacích návyků, délky spánku apod. O optimalizaci životního stylu můžeme mluvit v případě, kdy správně řízená intervence vede k uspokojení všech potřeb.

Vezmeme-li v úvahu životní styl současného člověka, dojdeme k závěru, že velmi významným a zanedbávaným okruhem životního stylu je především pohybová činnost. Ta se podílí na všech oblastech našeho života a spolu s přiměřeným energetickým příjmem je jedním z nejpodstatnějších předpokladů zdraví z hlediska prevence a částečně

i z hlediska léčby (Blahutková et al., 2005; Stejskal, 2004). Hodaň et al. (2008) u této problematiky zmiňuje pojem pohybový režim jako součást běžného života a aktuálního životního stylu, který vyplývá ze všech přijatých a realizovaných životních rolí. Pohybový režim je možno hodnotit na rozsáhlé škále jeho vlivu od negativního po pozitivní, který je cílem intervence.

Intervence má tedy tendenci optimalizační, resp. charakter optimalizace pohybového režimu. Hodaň et al. (2008, 100) definuje optimalizaci pohybového režimu jako „...záměrné zařazování takových pohybových činností (intervence), které jej účelně změní tak, aby jeho dopad na člověka byl pozitivní.“, ať ve smyslu zvyšování zdatnosti a výkonnosti či prevence, snižování nadváhy, léčby nemocí atd. Dále uvádí, že optimalizace pohybového režimu je „...proces, v průběhu kterého se snažíme záměrnými činnostmi působit na zdraví člověka tak, abychom dosáhli pozitivních změn jeho akutního stavu.“



Obrázek 3. Optimalizace ve smyslu vnější intervence (dle Hodaň et al., 2008, 101)

Dále Hodaň et al. (2008) zdůrazňuje, že z hlediska optimalizace celého životního stylu je nutné kombinovat zásahy v dalších složkách životního stylu tak, aby optimalizační intervence měly komplexní charakter a postupně se staly součástí habituálních činností.

2.2 Stres

Stres je slovo, které si v naší kultuře našlo pevné místo. Slýcháme ho stále častěji, lidé si na něj denně stěžují, vylouvají a považují za jednoho z původců většiny problémů dnešní doby. Zdá se, že se jedná o novodobou epidemii.

Ovšem stres je přirozenou a nenahraditelnou součástí lidského života. V ideálním případě, ve kterém je zachována rovnováha mezi životními nároky a schopnostmi člověka tyto nároky zvládat, podněcuje stres vyvážený rozvoj jeho osobnosti, neboť přispívá k vytváření nových způsobů adaptivního chování a prožívání, zvyšuje jeho integritu, odolnost a zdraví člověka (Mlčák, 2011). K podobným závěrům dochází i Schreiber (1985, 11), dle něj je „stres nutný a prospěšný, pomáhá naší adaptaci, jde jen o to, aby nepřekročil jisté meze.“

Dochází i k situacím, kdy stres překročí zmiňovanou mez, díky čemuž dochází k rozporu mezi životními nároky a psychickými předpoklady člověka jim obstát. V konečném důsledku to může vést k řadě specifických i nespecifických odchylek od normálního průběhu psychických funkcí i zdravotním poruchám různého charakteru (Mlčák, 2011). Dlouhodobý stres má negativní dopady a nepříznivé důsledky na naše zdraví. Příkladem může být vznik deprese, vyhoření, kardiovaskulární onemocnění, ale také infekce, pomalejší uzdravování a zhoršování symptomů takových onemocnění, jako jsou astma, opary a revmatická artritida (Ayers & de Visser, 2015).

2.2.1 Definice stresu

Původně slovo stres vzniklo v mechanice, kde označuje popis vnitřních sil v systému. Příkladem může být tlak vody nebo větru na most. Z fyziky byl následně termín převzat terminologií dalších věd, jako je fyziologie, biologie nebo psychologie (Ayers & de Visser, 2015; Krivohlavý, 1994; Bartůňková, 2010).

Pojem stres již v našem jazyce zlidověl a problém jednotné definice je i přes desetiletí řešení v nedohlednu (Baštecká et al., 2015). Lidé ho používají pro pojmenování stavů v daleko širším rozsahu a odborná veřejnost má k tomu oprávněné připomínky. Pojem stres se tak stává vágní, nekonzistentní a těžko definovatelný (Kebza, 2005).

Otec stresové teorie Selye popisoval stres (in Křivohlavý, 1994, 9) „určitým stavem těla i mysli a má na ně určitý dopad. Projevuje se řadou objektivně zjistitelných chemických a fyziologických dění v orgánech těla.“

Podobně definuje stres i Schreiber et al. (1985, 13), který stresem rozumí „soubor reakcí organismu na vnitřní nebo zevní změny narušující normální ‚klidový‘ chod funkcí organismu nebo dokonce ohrožující jeho existenci. Působící vlivy se označují jako zátěžové, stresové, stresory nebo prostě rovněž stres.“

Mohapl (in Křivohlavý, 2001, 170) hovoří o stresu u lidí, když se dostávají do zátěžové situace a píše, že „slovo stres znamená zátěž, která na organismus dolehla.“

Křivohlavý (2001, 170) dále uvádí, že pro definici je „podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a ‚silou‘ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout. O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu.“

Většina definic popisuje stres jako nadměrnou zátěž. Komplexní pohled na stres přináší Sarafino & Smith (2011). Dle autorů má stres dvě složky: fyzickou a psychickou. Fyzická složka souvisí s reakcemi hmoty a těla. Psychologická složka zahrnuje, jak jednotlivci vnímají okolnosti ve svém životě. Tyto složky lze zkoumat třemi přístupy (Dougall & Baum, 2001).

První přístup se zaměřuje na prostředí, kdy stres je považován za podnět (např. náročná práce, bolest nebo těžké životní situace). Fyzicky nebo psychicky náročné situace nebo okolnosti se nazývají stresory.

Druhý přístup se zabývá stresem jako odpovědí, zaměřenou na reakce lidí na stresory. Naše odpovědi mohou být psychické ve formě myšlenkových vzorců a emocí (např. napětí a nervozita) a fyziologické (např. vysoká srdeční frekvence a vyschlá ústa). Psychická a fyziologická reakce na stresor se nazývá „strain“ – česky přeloženo jako napětí.

Třetí přístup popisuje stres jako proces, který zahrnuje stresory a napětí, ale zároveň přidává další důležitý rozměr – vztah mezi člověkem a prostředím. Tento proces zahrnuje nepřetržité interakce a úpravy mezi osobou a prostředím, které se navzájem ovlivňují. Proces se nazývá transakce. Podle tohoto názoru není stres pouze stimulem nebo reakcí, ale spíše procesem, ve kterém je člověk aktivní látkou, jenž může ovlivňovat dopad stresu prostřednictvím behaviorálních, kognitivních a emočních strategií.

Na tomto teoretickém podkladě definují stres jako okolnost, ve které osoba vnímá nesoulad mezi fyzickými nebo psychickými nároky situace a zdroji svých biologických, psychických nebo sociálních schopností. Dále zdůrazňují, že je nutné mít na paměti, že požadavek, který vyvolává nesoulad, může být buď reálný, nebo pouze domnělý.

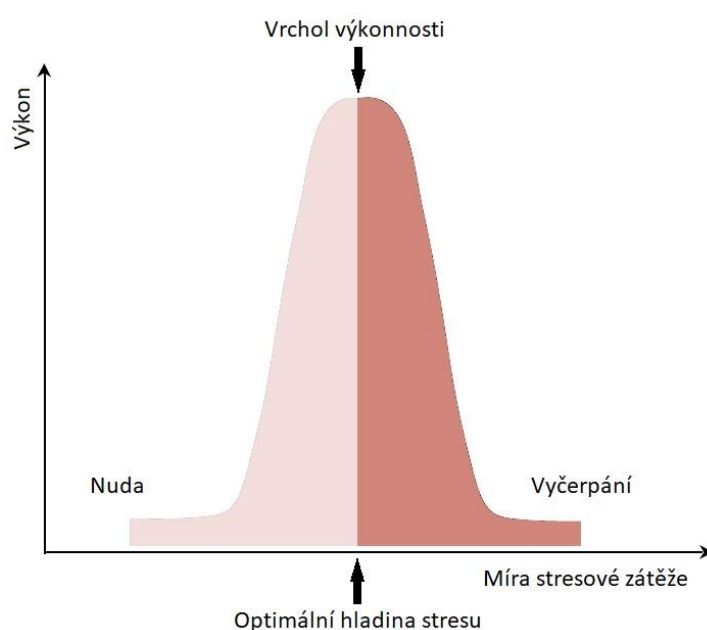
Pojem stres můžeme tedy vnímat v různých kontextech. Na tuto skutečnost pamatuje i Evropská unie a Evropská agentura pro bezpečnost a zdraví při práci (in Večeřová – Procházková & Honzák, 2008, 189) a uvádí, že „k vymezení a zkoumání stresu v zásadě existují tři odlišné, ale překrývající se přístupy. První přístup pojímá stres související s prací jako averzní či škodlivý rys pracovního prostředí a v souvisejících studiích s ním nakládá jako s nezávislou proměnnou environmentální příčinnou poruch zdraví. Nazývá se ‚technický přístup‘. Druhý přístup naopak definuje stres jako běžné fyziologické účinky široké řady averzních či škodlivých podnětů. Zachází s ním jako se závislou proměnnou: stres je pojímán jako specifická logická reakce na okolí, která člověka ohrožuje nebo poškozuje. Tento přístup byl pojmenován jako ‚fyziologický‘. Třetí přístup pojímá pracovní stres jako dynamickou interakci osoby a jejího pracovního prostředí. Nazývá se ‚psychologický‘.

2.2.2 Dimenze a význam stresu

Psychologové, kteří studují stres nebo provádějí terapie, aby pomohli lidem stres zvládat, předpokládají, že množství stresu, kterému je člověk vystaven se zvyšuje s frekvencí, intenzitou a trváním stresoru (Sarafino & Ewing, 1999). V souvislosti se stresem se pak můžeme setkat s různými termíny vztahujícími se k malé (hypostres) či velké (hyperstres) intenzitě stresové reakce.

O hyperstresu dle Křivohlavého (1994) mluvíme ve chvíli, kdy působení stresoru přesahuje hranice adaptability a překračuje schopnosti člověka se se stresem vyrovnat. Protikladem hyperstresu je hypostres, který nedosahuje obvyklých tolerancí stresu.

Stres bývá také rozlišován dle toho, zdali působí na člověka pozitivně nebo negativně. Termín distres, jakožto negativně působící stres, bývá užíván pro nepříznivé stresové situace. Jako protipól bývá užíván termín eustres, jakožto pozitivně působící stres (Bartůňková, 2010; Bryce, 2001; Křivohlavý, 1994; Večeřová – Procházková & Honzák, 2008). V dnešní době se také můžeme setkat s termínem alostatický stres, který vede k patologickým změnám a tělesnému poškození (Bartůňková, 2010).



Obrázek 4. Význam intenzity stresorů pro organismus (dle Bryce, 2001, 3).

Dle Bryce (2001) je všeobecně přijímaný názor, že optimální úroveň stresu působí jako tvůrčí a motivační síla, která podněcuje k dosahování neuvěřitelných výkonů. Naproti tomu chronický stres může být velice destruktivní a může vést k poškození psychického a tělesného zdraví a či ohrožení života. Jako ukazuje obrázek 4, rozumná hladina stresu má pozitivní vliv na výkon, kdežto nadměrný vliv stresové zátěže je pro výkon nežádoucí (Večeřová – Procházková & Honzák, 2008).

2.2.3 Stres z pohledu biomedicínského

Každý, kdo zažil nepříjemnou či nebezpečnou událost, jako je nehoda nebo jiné nebezpečí ví, že existují různé reakce na stres – téměř okamžitě se zvýší tepová frekvence,

kosterní svalstvo se může začít chvět až třást a téměř celé tělo je připravené na akci. Pochopení reakcí těla na stres je důležitou součástí pro ujasnění spojitosti mezi stresem a zdravím.

Studiem fyziologických změn v organismu zvířat, jenž se dostala do konfliktní situace, se zabýval již I. P. Pavlov. Sledoval především změny v organismu, zajímal se ovšem i o chování psů za této „stresové“ situace (Křivohlavý, 2001).

Soustavnou stresovou problematikou se však systematicky začal zabývat až americký fyziolog Walter Cannon, jenž studoval reakce koček, které byly vystaveny ohrožení (Křivohlavý, 2001). „Vycházel z teorie homeostázy, tedy cílené snahy organismu uvést vnitřní prostředí do fyziologické rovnováhy, a poplachovou reakci interpretoval jako rychlý kompenzační mechanismus směřující k jejímu znovunastolení (Večeřová – Procházková & Honzák, 2008, 188).“ Během pozorování zjistil, že při různých druzích napadení se v nich vyvolává jedna ze dvou reakcí. Reakce nazval termínem „F-F“ jakožto zkratkou pro anglické spojení „fight or flight“, česky přeloženo jako „útok nebo útek“ (Křivohlavý, 1994).

Na jeho práci navázal Hans Selye, který je považován za zakladatele tzv. kortikoidního pojetí stresu, tedy studia zvýšené funkce nadledvinek ve stresových situacích. Tuto problematiku studoval podrobením laboratorních zvířat řadě stresorů – jako jsou velmi vysoké nebo velmi nízké teploty prostředí, rentgenové záření, inzulinové injekce nebo cvičení – to vše po dlouhou dobu. Během tohoto výzkumu zjistil, že reakce „útok nebo útek“ je pouze první akutní reakce a přišel s myšlenkou obecného adaptačního syndromu – GAS – „the general adaptation syndrome“ (Sarafino & Smith, 2011).

2.2.3.1 Obecný adaptační syndrom

Jak obrázek 5 ukazuje, obecný adaptační syndrom má tři fáze (Ayers & de Visser, 2015; Baštecká & Mach, 2015; Křivohlavý, 2001; Sarafino & Smith, 2011; Selye, 2016):



Obrázek 5. Obecný adaptační syndrom se třemi fázemi. Překryvná linie znázorňuje změny ve schopnosti těla odolávat stresoru (dle Sarafino & Smith, 2011, 61)

a) **Poplachová reakce:**

V této fázi dochází ke střetu se stresem, vyhlášení poplachu a klesá všeobecná rezistence na konkrétní stresor. Organismus je připraven k reakci typu „útok nebo útek“. Úkolem této fáze je mobilizovat potřebné zdroje těla. Této fáze se účastní autonomní nervový systém, konkrétně sympatický nervový systém, v podobě rychlé akutní reakce. Sympatikus aktivuje mnoho orgánů včetně nadledvin, které uvolňují epinefrin a norepinefrin do krevního řečiště, zvyšuje se srdeční tep a krevní tlak, zrychluje se dýchání, potní žlázy zvyšují svou sekreci, krev se začíná shromažďovat spíše v okolí svalů končetin.

O něco pomaleji dochází k aktivaci endokrinní cesty osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny (HPA) jakožto pomalejší druhé vlny reakce. Hypotalamus uvolňuje faktor uvolňující kortikotropin (CRF), který aktivuje hypofýzu. Hypofýza vylučuje adrenokortikotropní hormon (ACTH), což způsobuje, že nadledviny uvolňují steroid kortizol.

Kortizol je zásadní stresový hormon, díky kterému dochází ke zvýšení hladiny cukru v krvi a zrychlení metabolismu, dále ovlivňuje regulaci tlaku krve, imunitní systém a zánětlivou reakci.

Alarmová fáze tedy zajišťuje (Bartůňková, 2010, 20):

- rychlou mobilizaci energetických zdrojů (glukózy a mastných kyselin ze svalů, jater a tukové tkáně),

- zvýšení funkce kardiorepiračního systému, zajišťujícího transport kyslíku a energetických substrátů (s redistribucí krve především k srdci a ke svalům končetin),
- zvýšení svalového tonu a svalové síly,
- snížení pocitu bolesti,
- zlepšení kognitivních a smyslových schopností se zlepšením paměti (výjimkou je extrémní stres),
- rozšíření zornic (pro zlepšení orientace v prostoru),
- zkrácení koagulačního času (příprava na riziko zranění),
- snížení obranyschopnosti k uchování energie pro krizový stav,
- potlačení trávicích pochodů útlumem peristaltické a sekreční funkce, zatímco tlusté střevo, stejně jako močový měchýř, je stimulováno obsah uvolnit a snížit nadbytečnou tělesnou hmotnost,
- zvýšení pocení,
- snížení reprodukčních mechanismů (erektce a vaginální lubrikace, provlhlení sliznice).

b) Rezistence:

Pokud silný stresor pokračuje, fyziologická reakce vstoupí do fáze rezistence. V této fázi se tělo snaží přizpůsobit stresoru a adaptovat se. Počáteční reakce sympatického nervového systému jsou již méně výrazné a důležité a převládá aktivace osy HPA. Navzdory tomuto nepřetržitému fyziologickému vzrušení může organismus vykazovat jen málo vnějších příznaků stresu, ale schopnost odolat novým stresorům může být narušena.

Při dlouhodobějším trvání se může jedinec stát zranitelnějším vůči zdravotním problémům, které Selye nazýval „nemoci adaptace“. Zařadil mezi ně např. žaludeční a dvanáctíkové vředy, hypertenzi, řadu kardiovaskulárních onemocnění, hypertyreoidismus, bronchiální astma apod.

Nedojde-li k adaptaci na stresor ani v této fázi, nastává stadium vyčerpání.

c) Vyčerpání:

Prodloužené fyziologické vzrušení způsobené dlouhodobým nebo opakovaným působením stresoru je pro organismus velmi náročné. Postupně dochází k oslabení imunitního systému, vyčerpání energetických rezerv a organismus boji se stresorem podléhá a hroutí se.

Ze zdravotního hlediska může např. nastat poškození vnitřních orgánů, mohou se projevit příznaky deprese nebo za určitých okolností může dojít i ke smrti.

Výzkumy existenci obecného adaptačního syndromu víceméně prokazují, ovšem od doby, kdy jej Selye popsal, chápání fyziologických reakcí na stres pokročilo. V celkovém množství fyziologické reakce na stresor jsou dle Williamse, Sucheho & Raua (2009) důležité čtyři faktory:

a) Výše expozice:

Jedná se o klíčovou položku. Při setkávání se s častějším, intenzivnějším nebo prodlouženým stresem pravděpodobně reagujeme větším množstvím fyziologické aktivace.

b) Responzivita na stres

Různí lidé reagují na různé situace různým způsobem. Někteří lidé reagují intenzivněji než druzí. Reakce na stresový faktor může tedy vyvolat např. vyšší zvýšení krevního tlaku nebo stresových hormonů u některých lidí, kdyžto druzí budou vykazovat mnohem nižší změny. Hewitt & Turner ve své studii dvojčat ukazují, že responzivita na stres může být částečně podmíněná geneticky (in Ayers & de Visser, 2015, 52). Případně může vznikat ve velmi raném stádiu vývoje, kdy děti matek s vysokou hladinou stresu a úzkosti během těhotenství jsou na stres responzivnější, vykazují vyšší úzkost, jsou vyděšenější a také se u nich častěji projevují kognitivní problémy a poruchy pozornosti (Talge, Neal & Glover, 2007). Z evolučního hlediska se jedná o logické vysvětlení, protože mají-li děti narozené do stresujícího prostředí přežít, potřebují na stres přehnaně reagovat (Ayers & de Visser, 2015).

c) Rychlost zotavení

Jakmile dojde k pominutí působení stresoru, dochází k návratu fyziologických reakcí zpět na původní hodnoty. Rychlost vyrovnání hladiny stresových hormonů a srovnání dalších fyziologických reakcí vykazuje je u jednotlivců rozdílná. Někteří lidé se s nedávnou změnou hodnot vyrovnají rychleji než ostatní. Brosschot (2010) uvádí, že myšlení na stresor po skončení jeho působení nebo obavy z jeho opakování v budoucnu může zpomalit fyziologické zotavení a prodloužit fyziologickou aktivaci organismu.

d) Obnova zdrojů

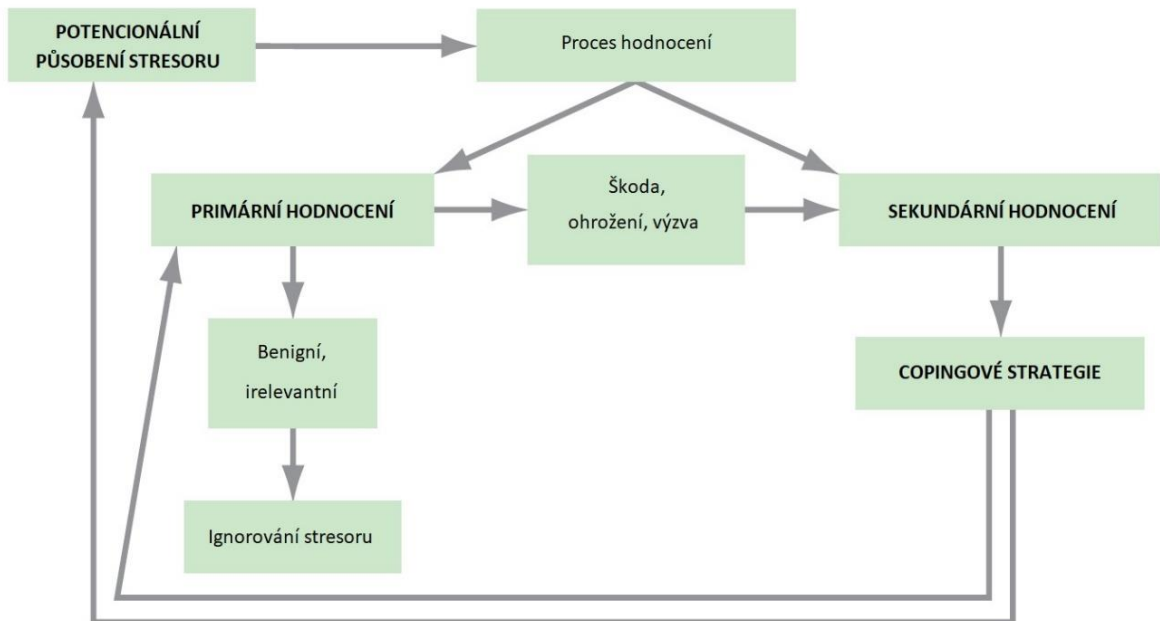
Působení stresoru je pro organismus náročné a zdroje potřebné pro boj jsou doplňovány různými aktivitami. Spánek může být dle McEwena (2006) nejdůležitějším z nich a jeho nedostatek může být samotným zdrojem stresu.

Selye (1966) věřil, že obecný adaptační syndrom je nespecifický vzhledem k typu stresoru, tedy že se reakce objeví bez ohledu na to, zda je stres způsoben např. chladnou vodou, fyzickým cvičením, nemocí nebo smrtí milovaného člověka. Ke svým výzkumům často využíval laboratorní zvířata, kvůli čemuž docházelo při převodu výzkumných závěrů na člověka k značným nedostatkům (Křivohlavý, 2001). Kritika se týkala především nekomplexnosti jeho koncepce stresu, nedůslednosti v chápání podstaty stresu, podobně jako domněnky stálosti průběhu GAS (Urbanovská, 2010). Nicméně teorie stresu dle Selyeho hrála nespornou roli v dalším zkoumání tohoto fenoménu. Svým výzkumem přinesl vzácné poznatky, jenž poskytly základ pro další výzkum tohoto fenoménu na humánní úrovni.

2.2.4 Stres z pohledu psychologického

Výzkumu specificky lidských forem zvládnání těžkostí se ujal Richard Lazarus a společně se svými kolegy přinesl transakční model stresu (viz obrázek 6). Lazarus stres chápe jako stav, ve kterém organismus anticipuje střetnutí se škodlivými podmínkami určitého druhu (Mlčák, 2011). Pro výslednou hladinu stresu je rozhodující subjektivní kognitivní zpracování, tedy vnímání a hodnocení působícího stresoru (Kebza, 2005; Křivohlavý, 2001; Morrison & Bennett, 2009).

Dle Lazaruse (Morrison & Bennett, 2009) je tedy stres výsledkem interakce mezi charakteristikami a hodnocením jedince, vnější nebo vnitřní událostí (stresorem) a vnitřními či vnějšími zdroji, které má člověk k dispozici. Ve svém modelu tvrdil, že když jsou jedinci konfrontováni s novým nebo měnícím se prostředím, tak se zapojují do procesu o dvou (příp. o třech) úrovních v modelu primárního a sekundárního (příp. terciálního) hodnocení („double appraisal“).



Obrázek 6. Lazarusův transakční model stresu (dle Morrison & Bennett, 2009, 310)

a) primární hodnocení („primary appraisal“)

Během primárního hodnocení dochází k posouzení povahy a závažnosti reálné či anticipované situace z hlediska ohrožení (vlastní existence, zdraví, sebehodnocení, vlastní pověsti apod.). V rámci této úrovně situaci zpravidla vyhodnocuje jako irelevantní, pozitivní nebo stresovou (Urbanovská, 2010). Stresová situace dále obsahuje tři druhy možného stresoru: ty které znamenají škodu (škoda již byla napáchána), ty které ohrožují (očekávání budoucích škod), a ty které představují výzvu (příležitosti k osobnímu růstu). Současně s tímto hodnocením mohou vzniknout emoce, které vyvolávají různé fyziologické reakce (Morrison & Bennett, 2009).

V rámci tohoto hodnocení nebral Lazarus ohled pouze na objektivní posouzení situace, ale zohledňoval i roli subjektivních faktorů (např. věk, navyklé a zažité způsoby usuzování, zkušenost, pohlaví, osobnostní charakteristiky), jenž

mohou ovlivňovat přístup k situaci daný jedincem (Křivohlavý, 2001; Urbanovská 2010).

b) sekundární hodnocení („secondary appraisal“)

V sekundárním hodnocení dochází k posouzení zdrojů a možností, které má jedinec pro boj se stresem k dispozici (Morrison & Bennett, 2009). V rámci hodnocení vlastních možností hovoří Lazarus o zhodnocení obranyschopnosti, o kapacitě obranných sil, které zahrnují evaluaci dostupných zdrojů, a to fyzických (zdraví, energie, stamina), psychických (schopnosti, morálka, sebehodnocení), materiálních (peníze, vybavení, pomůcky), sociálních (sociální podpora a síť) a časových (Wood in Sigmund, Kvintová & Šafář, 2014).

c) terciální hodnocení/přehodnocení („reappraisal“)

V terciálním hodnocení či přehodnocení dochází k opětovnému vyhodnocení či přezkoumávání situace na základě nových informací z prostředí, jenž může vytrvale vytvářet tlak jedince (Křivohlavý, 1994; Lazarus & Folkman, 1984). Spojuje se s procesem změny myšlenkového postupu ve vztahu k situaci nebo zdroji ohrožení (Kebza, 2005).

Stres vzniká za předpokladu, že vnímaná škoda nebo ohrožení je vysoké, avšak vnímaná schopnost zvládnání (coping) je nízká, zatímco v situacích, kdy vnímaná schopnost zvládnání je vysoká, tak vyvolaný stres je minimální. Jinými slovy stres vzniká díky nesouladu mezi vnímanými požadavky a dostupnými zdroji, které mohou být v průběhu času jinak hodnoceny a také se mohou měnit. Jedná se tedy o dynamický proces (Morrison & Bennett, 2009).

2.2.5 Stresory

Stresor je jakákoliv okolnost, podmínka nebo podnět, který vyvolává stres, tíživý pocit nejistoty či ohrožení. Obecně sem bývají řazeny události, které jsou vnímané jako ohrožení duševního nebo tělesného blaha (Atkinson, 1995). Křivohlavý (1994, 12) stresor chápe jako „negativně na člověka působící vliv“.

Bryce (2001) uvádí, že celkový dopad stresoru závisí na jeho charakteristikách a na charakteristice těch, kteří jím byli zasaženi. Dále uvádí, že aby se potenciální stresor

stal skutečným stresorem, je nutné splnit dvě podmínky: musí existovat nejistota ohledně dopadu působení stresoru na jednotlivce a výsledek musí být pro daného jedince důležitý.

Při studiu literatury se můžeme setkat s různou klasifikací stresorů. Bartůňková (2010, 16-17) dělí stresory dle přehledu níže a dodává, že „velice časté jsou lidské stresory týkající se narušení interpersonálních vztahů v rodině... na pracovišti... či v partě...“

- **fyzikální** – teplo, chlad, tlak, vibrace, záření, elektrický proud;
- **chemické** – jedy, toxiny, alkohol, otravy, infekce, hypo- i hyper-kalcémie, hypo- i hyper-kalémie, hypoglykémie;
- **biologické** – hlad, žízeň, bolest, patologické stavy jako operační, popáleninový, potraumatický, hemoragický stres;
- **psychosociální** – úzkost, strach ze zkoušky, vystoupení, sexuální nedostatečnosti, inkontinence, z bolesti, z nemoci, z hospitalizace, ze smrti.

Schreiber (1985) rozlišuje stresory na experimentální, které se dále větví na stresory fyzikální, chemické, bolest a komplexní a lidské, které zahrnují stresory individuální, z nemoci, skupinové a sociální.

Míček & Zeman (1992) upozorňuje na stresory současné doby a řadí mezi ně konzumentskou životní filozofii, negativní vlivy jednostranné zaměřenosti, morální devastaci, znevýhodněné postavení žen, byrokratismus, neúctu k lidské osobnosti, ztrátu citlivosti, rozpad konceptu rodiny, předčasnou sexualitu, neúctu k životu, potratovost a ekologické stresory. Nekonečný (in Urbanovská, 2010, 12) rozšiřuje tuto paletu stresorů o „život v přeplněných velkoměstech, v betonových panelácích a odlidštěných sídlištích, neustálý shon a časová tíseň, dehumanizované vztahy mezi lidmi, nezaměstnanost, ohrožení existence a životního standardu, honba za kariérou atd.“

Jak již bylo zmíněno, v literatuře můžeme najít širokou plejádu dělení stresorů dle nejrůznějších kritérií (např. dle charakteru stresoru a subjektivního chápání jeho významu, obsahu, intenzity...). Důležité je ovšem zdůraznit, že „u všech stresorů je zaznamenávána velká individuální i intraindividuální variabilita jejich účinnosti. Je výrazně determinována širokou varetou situačních a dispozičních faktorů a jejich vzájemnou interakcí (Urbanovská, 2010, 27).“

2.2.6 Salutory

Vedle stresorů se můžeme v literatuře setkat i s pojmem salutory. Salutory jsou popisovány na rozdíl od stresorů, jako pozitivní faktory, které v náročných situacích člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu, výdrž a odvalu v dalším pokračování boje se stresem. Mezi salutory můžeme zařadit smysluplnost vykonávané práce, přesvědčení o hodnotě toho, co děláme, pochvalu či uznání od lidí, kterých si vážíme (Křivohlavý, 2001).

2.2.7 Diagnostikování stresu

Existuje mnoho metod, jak diagnostikovat a měřit stres. Obvykle se používá několik různých přístupů, které zahrnují posuzování fyziologických a biochemických příznaků, dotazníků zaměřených na těžké životní události a každodenní starosti (Sarafino & Smith, 2011). Níže jsou přiblíženy dvě z nich.

2.2.7.1 Symptomatický přístup

WHO vydala ucelený orientační přehled (viz tabulka 2) se souborem emocionálních, kognitivních a behaviorálních příznaků stresu, které se pravděpodobněji objevují ve chvílích, kdy člověk ve stresu je, než v momentě, kdy ve stresu není (Křivohlavý, 1994).

Tabulka 2. WHO - Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu (dle Křivohlavý, 2001)

Fyziologické příznaky stresu	
1	Palpitace - bušení srdce - vnímání zrychleně, zintenzivněné a často i nepravidelné činnosti srdce
2	Bolest a svírání hrudní kosti
3	Nechutenství a plynatost - tlaky v břišní (abdominální) oblasti
4	Křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha, případně spojené s průjmem
5	Časté nucení na moč
6	Snížení až nedostatek sexuální touhy, případně sexuální impotence či frigidita (sexuální chlad)
7	Změny (nepravidelnost) v menstruačním cyklu
8	Bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou
9	Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi
10	Úporné bolesti hlavy - často začínající vzadu v zátylku (krční oblasti) a rozšiřující se vpřed od temene hlavy k čelu

11	Častější migréna - záchvatová bolest jedné poloviny hlavy
12	Exantém - vyrážka v obličeji
13	Nepříjemné pocity v krku (jako bychom měli v krku knedlík)
14	Potíže v soustředění vidění na jeden bod, případně až dvojité vidění
Emocionální - citové - příznaky stresu	
1	Prudké a výrazné změny nálad (od radosti k smutku a naopak)
2	Nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité
3	Neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatii či empatii (spolucítění)
4	Nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev
5	Nadměrné denní snění a stažení se ze sociálního styku (omezení kontaktu a komunikace s druhými lidmi)
6	Nadměrné pocity únavy
7	Obtížné soustředění (koncentrace) pozornosti (nepozornost v práci, společenská interakce atp.)
8	Zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkost (anxiozita)
Behaviorální příznaky stresu	
1	Nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky
2	Zvýšená absence v práci, zvýšená nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech
3	Sklon k nepozornému řízení (auta atp.) a zvýšená nehodovost
4	Zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, vyhýbání se odpovědnosti, častější používání výmluv a růst falešných forem jednání a mluvení (podvádění, lhaní atp.)
5	Zvýšený počet vykouřených cigaret za den
6	Zvýšená konzumace alkoholických nápojů
7	Větší závislost na drogách všeho druhu (viz např. i používání většího počtu tabletek na uklidnění a na spaní i na dobrou náladu)
8	Ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání
9	Změny v denním životním stylu a rytmu - dlouhé noční bdění a pozdní vstávání (často s pocitem velké únavy hned po ránu), problémy s usínáním a zaspáním po probuzení apod.
10	Snížení kvalita práce i snížené množství vykonané práce vůbec

2.2.7.2 Životní události

Pro diagnostikování stresu se často užívá různých dotazníků a škál. Jedním z přístupů je vytvoření seznamu náročných životních událostí, ke kterým může dojít v životě člověka. Široce využívanou škálou pro hodnocení náročnosti životních událostí je The Social Readjustment Rating Scale (SRRS), kterou na základě svých výzkumů vyvinuli psychologové Holmes a Rahe ve snaze změřit vliv životních změn na zdraví člověka (Sarafino & Smith, 2011).

Všechny zátěžové životní události mají přiřazený zátěžový faktor od 0 do 100 bodů a jsou seřazeny v pořadí od nejvíce stresujících (smrt partnera, rozvod, rozchod

manželů...) po nejméně stresující (...dovolená, Vánoce, drobné porušení zákona). Jedinec projde seznam a zaznamená události, které se mu za posledních 12 měsíců přihodily. Pokud se nějaká událost stala více než jednou, tak se konkrétní zátěžový faktor vynásobí počtem výskytů. Na konci se zátěžové faktory ze situací, které se jedinci přihodily, sečtou a výsledky se vyhodnotí. Vysoké skóre nad 300 bodů by mělo být signálem, že nám hrozí vyčerpání a onemocnění psychosomatického charakteru (Mayerová, 1997).

2.3 Coping

Protože emocionální a fyzická zátěž, která doprovází stresogenní situace, je nepříjemná, tak jsou lidé často motivováni k tomu, aby dělali věci či postupy, pomocí kterých by stres zvládali. Problematika zvládání stresu je v psychologické literatuře označována pojmem coping [kouping]. Otázkám spojeným s copingem se již věnovalo mnoho výzkumů a stalo se to jednou z hlavních oblastí studia, ale jak zmiňuje Kebza (2005), základní obecně přijímané schéma je zatím v nedohlednu.

2.3.1 Definice a cíle copingu

Podobně jako u stresu, tak i zde existuje několik definic procesů zvládání. Ovšem v odborné literatuře se často setkáváme s definicí copingu dle Cohena a Lazaruse (in Křivohlavý, 1994, 43):

Zvládáním (koupingem) se rozumí snaha – jak intrapsychická (vnitřní), tak zaměřená na určitou činnost – řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní a vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky. Jde přitom o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají a zatěžují nebo převyšují zdroje, které má daná osoba k dispozici.

Lazarus ve svém pojetí zdůrazňuje, že copingový proces není jednorázová událost, ale že se jedná o nepřetržitou transakci. Proto je na celý proces nutno nahlížet jako na proces dynamický, který se neustále přizpůsobuje na základě interakce mezi člověkem a stresovou situací (Křivohlavý, 2001; Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino & Smith, 2011).

Nekonečný (in Urbanovská, 2010, 54) „pojímá coping komplexně jako nasazení sil k boji se stresem, při němž se uplatňuje hledisko jednoty osobnosti a jejího životního

prostředí. Zvládnutí stresu tedy hodnotí nejen jako záležitost postižené osoby, jejich vlastností, ale i jejího především sociálního zázemí.“

Cílem procesu zvládnání je dle Cohena a Lazaruse (in Křivohlavý, 2001, 87):

- Snížit úroveň toho, co člověka ve stresu ohrožuje.
- Tolerovat – unést to nepříjemné, co se děje.
- Zachovat si tvář a pozitivní obraz sama sebe (image).
- Zachovat si emocionální klid (duševní rovnováhu).
- Zlepšit podmínky, za nichž by bylo možno se po zážitku stresu zregenerovat.
- Pokračovat v sociální interakci – v životě s druhými lidmi.

2.3.2 Osobnostní charakteristiky důležité pro zvládnání stresu

Osobnostní charakteristiky mají mimořádný význam při řešení stresových situací. Jedná se o relativně stálé faktory, které jsou závislé na dispozicích jedinců, a které pomáhají celý proces zvládnout nebo naopak uvádějí člověka do ještě těžší situace.

Pro celkovou odolnost, nezdolnost, elastičnost a houževnatost člověka vůči působícím stresorům se v psychologické terminologii užívá termínu resilience (Křivohlavý, 2001). Odolné osoby vyhodnocují negativní události jako méně stresující, odrážejí nepříjemnosti a lépe zotavují své fyzické a psychické kapacity (Ong et al., 2006). Resilience není chápána jako neměnná konstanta, ale jako fenomén, který se vyvíjí v průběhu celého života. To tedy znamená, že je možné individuální úroveň resilience zvyšovat, tj. lze ji kultivovat a posilovat (Šolcová, 2009). Rozdíly mezi mírou resilience u jednotlivých lidí můžou spočívat v dědičnosti. Odolné osoby mohou zdědit rysy, které jim pomáhají zvládat stres a zmatek. Dále můžeme hledat příčinu v nabytých zkušenostech z předchozích stresových situací, díky nimž získali potřebné sebevědomí k zvládnutí situace (Sarafino & Smith, 2011).

Mezi velmi důležitou charakteristiku patří rozdílnost lidí v přístupu k těžkostem, kterou v roce 1966 publikoval Julian Rotter. Na základě svých výzkumů rozdělil lidi do dvou různých skupin dle odlišnosti v přístupu k náročným situacím a vypracoval teorii vnitřního a vnějšího místa kontroly – LOC – „Locus of control“ (Křivohlavý, 2001). Lidé, kteří věří, že mají kontrolu nad svými úspěchy a neúspěchy, jsou označováni jako osoby s vnitřním místem kontroly („internal locus of control“). V řešení problémů vycházejí

ze svých schopností, možností a dovedností. Naopak jedinci s vnějším místem kontroly („external locus of control“) nevěří ve spojitost mezi jejich činností a jejím účinkem. Věří, že jejich život je určován vnějšími vlivy a oni nemají na další vývoj žádný vliv (Sarafino & Smith, 2011). Stresogenní situace tedy aktivně neřeší a věří, že se vzniklý problém vyřeší sám, nezávisle na jejich iniciativě. Z hlediska teorie se jedná pouze o dva extrémy v rozdělení lidí a autor zmiňuje, že většina populace se nachází někde mezi těmito extrémy (Křivohlavý, 2001).

Aaron Antonovsky formuloval další osobnostní charakteristiku nazvanou smysl pro integritu, koherenci – SOC – Sense of coherence. Soudružnost definoval třemi základními dimenzemi – srozumitelností situace, smysluplností boje a zvládnutelností úkolu, kdy každá dimenze má své kladné a záporné extrémy (Křivohlavý, 2001). Srozumitelnost je základní dimenzí, jenž se týká kognitivní stránky a způsobu vnímání a chápání světa, ve kterém člověk žije. Smysluplnost se vztahuje k emocionální stránce postoje jedince k životu a k životním událostem a zvládnutelnost vyjadřuje vztah, jak člověk hodnotí své možnosti a nároky, jenž na něj situace klade (Vašina, 1999). Lidé, kteří mají vyšší hodnotu koherence (SOC), jsou více rezistentní vůči negativním projevům stresu a symptomům nemoci (Sarafino & Smith, 2011).

V literatuře se můžeme setkat s řadou dalších osobnostních charakteristik dle různých autorů. Křivohlavý (2001) přináší výčet nejdůležitějších z nich. Kromě již zmíněných se dále jedná o nezdolnost v pojetí hardiness (dle Kobas); vnímaná osobní zdatnost – self-efficacy (dle Bandura); optimismus; naučený optimismus a pesimismus; smysluplnost života a smysl pro humor; kladné sebehodnocení; sebedůvěra a síla vlastního já; svědomitost; naučené zdroje síly; rozdílné typy osobností dle toho, ke které nemoci mají užší vztah; negativní afektivita; odlišnosti lidí s vyšší a nižší mírou zdraví.

2.3.3 Strategie zvládání stresu a zátěžových situací

Strategiemi zvládání stresu jsou označovány způsoby, které jedinec vědomě či nevědomě používá k vyrovnání se se stresem. Janke a Erdmannová (in Urbanovská, 2010, 58) „rozumí copingovými strategiemi psychické pochody, které nastupují při vzniku stresu, aby se dosáhlo jeho zmírnění nebo ukončení.“

Samotná volba copingové strategie je dle Křivohlavého (1994) složitý kognitivní proces, v němž hrají důležitou roli nejen osobnostní charakteristiky jedince, ale

i individuální pohledy daného jedince na svět a na vhodnost a účinnost daného postupu. Dále je při volbě třeba brát v úvahu tři oblasti: myšlenkovou (kognitivní), emocionální (citovou) a volní, projevující se chováním (činností).

V současné době existuje několik rozdílných přístupů k rozdělení a klasifikaci copingových strategií. Mezi nejznámější a pravděpodobně nejčastěji používané dělení je dle Lazaruse na čtyři (později dvě) strategie (Křivohlavý, 1994):

- **Strategie netečnosti (apatie):** jedinec, jenž se dostává do těžké stresové situace, nedbá na to, co se děje a chová se ke všemu zcela apaticky, upadá do pocitů bezmoci, deprese a beznaděje.
- **Strategie vyhnutí se působení noxy (škodliviny):** projevuje se pocity obav, bázně a strachu.
- **Strategie napadení útočnicka (noxy):** jedinec útočí na původce stresové situace.
- **Strategie posilování vlastních zdrojů síly:** jedná se o zdokonalování vlastních zdrojů a zdokonalování schopnosti boje s noxou.

Později Lazarus a Folkman popsali dva typy zvládnání zátěžových situací. Jedinec může využít strategii orientovanou na řešení problému nebo strategii zaměřenou na zvládnání emocí (Sarafino & Smith, 2011). Dle Kebzy (2005) někteří autoři přidávají ještě třetí strategii – vyhybavé zvládnání:

- **Strategie orientovaná na řešení problému (problem-focused coping):** je zaměřena na snížení nároků na stresovou situaci nebo na rozšíření zdrojů, které ji mají řešit. Jinými slovy je naplněna snahou o aktivní a konstruktivní řešení situace, které směřuje k identifikaci a odstranění stresoru na jedné straně a ke změně stávajících podmínek vyvolávajících stresor na straně druhé. Zahrnuje i intrapsychické změny jako změna motivace, aspirační úrovně, úrovně vědomostí, dovedností a schopností (Urbanovská, 2010).
- **Strategie orientovaná na zvládnutí emocí (emotion-focused coping):** je zaměřena na ovládnutí emoční reakce na stresující situaci a znovudosažení emoční rovnováhy. Zahrnuje jak postupy behaviorální (různé formy chování), tak kognitivní (procesy přehodnocení situace). Příkladem behaviorálních postupů může být užití alkoholu a drog, hledání sociální opory, zapojení se do aktivit aktivního (např. sport) či pasivního (např. sledování televize) charakteru, které odvádějí

pozornost od problému. Kognitivní postupy zahrnují přístupy, jak lidé přemýšlejí o dané situaci (Sarafino & Smith, 2011).

- **Strategie vyhýbavého zvládnání:** dle této strategie jedinec hledá cesty, díky kterým by se stresové situaci vyhnul díky odvedení pozornosti nebo rozptýlení (Kebza, 2005).

Křivohlavý (2001) uvádí, že strategie zaměřené na řešení problému se vyskytují již u malých dětí, kdežto strategie orientované na zvládnutí emocí se vyskytují až u adolescentů. Lidé také využívají strategie zaměřené na emoce, pokud věří, že mohou svým jednáním způsobit u stresoru pouze malé změny, kdežto strategie orientované na řešení problémů využívají v situacích, které považují za ovlivnitelné (Lazarus & Folkman, 1984).

Blonna (in Sigmund, Kvintová & Šafář, 2014) uvádí tzv. pět R (The five R's) v rámci zvládnání stresu:

- **Přehodnocení (rethink):** tyto strategie pomáhají minimalizovat kognitivní nabuzení a snížit opakující se negativní nutkavé myšlenky. Pomáhají přehodnotit myšlenky a nelogické, iracionální očekávání o životě a nahradit je myšlenkami logickými a racionálními a pomáhají zneškodnit potenciální stresor pomocí změny pohledu na něj (např. strategie stanovení cílů, naučeného optimismu, racionálně-emoční terapie, management zlosti)
- **redukce (reduce):** tyto strategie jsou zaměřeny na všechny tři úrovně nabuzení s cílem redukovat množství stresorů v našem životě. Mezi tyto strategie patří např. management času, efektivní komunikace, asertivita a strategie trojího „A“-„abolish“ (odstranit), „avoid“ (vyhnout se) a „alter“ (změnit) apod.
- **relaxace (relax):** relaxace je nekompatibilní se stresem a snižuje kognitivní, nervosvalovou a neurotransmiterní excitaci (např. řízené dýchání, relaxace, meditace, biofeedback, autogenní trénink, progresivní svalová relaxace aj.)
- **uvolnění (release):** tyto strategie nabízí pozitivní a intenzivní fyzický ventil pro energii, která je produkována stresovou reakcí k udržení homeostázy tváří tvář ohrožení. Tyto strategie pomáhají redukovat všechny tři úrovně nabuzení navozením stavu uvolnění, který je asociován s fyzickou aktivitou. Uvolněný, relaxovaný stav, který pak nastává, je nekompatibilní se stresovou reakcí (např.

redukce stresu pomocí fyzické aktivity, úprava stravovacích návyků, fyzický kontakt jako forma fyzické aktivity aj.)

- **reorganizace (reorganize):** smyslem reorganizace je integrace technik z předchozích úrovní do více stresu rezistentního životního stylu. Takový životní styl více odolává stresu ve všech sedmi dimenzích – fyzické, sociální, spirituální, emocionální, intelektuální, pracovní a environmentální.

Kritérií pro členění copingových strategií je velké množství. Dalším kritériem pro členění je rozdělení na pozitivní a negativní strategie. Za pozitivní, funkční a adaptivní strategie jsou pokládány přístupy s konstruktivním řešením situace, změny postoje či náhradního řešení, kognitivního pozitivního přehodnocení, podobně jako navýšení úsilí nebo vyhledání sociální podpory. Na druhé straně jako negativní strategie bývají označovány postupy zahrnující pasivní vyhýbání, rezignaci, agresi, perseveraci, sebeobviňování apod. (Urbanovská, 2010). Zda je strategie pozitivní či negativní lze říci až po jejím aplikování a zjištění její efektivity přímo v konkrétní situaci (Křivohlavý, 2001).

2.4 Psychosociální aspekty období mladší dospělosti

Bezpochyby každé vývojové období se vyznačuje značnou psychosociální zátěží. Stres se stává významným rysem postmoderní doby a znají jej již malé děti, zejména vlivem nepřiměřených nároků ze strany dospělých. Postupně si tak již poměrně malé dítě buduje méně či více adaptivní copingové strategie, s jejichž pomocí náročné životní situace zvládá.

Vstupem do světa dospělých přichází jedinec o určitou shovívavost, s jakou k němu bylo doposud přístupováno. Je plnoletý, tedy i právně odpovědný. Očekává se od něj, že se co nejdříve zařadí do společnosti a bude zdárně plnit všechny požadavky, které na něj společnost klade. Ne vždy je to snadné, což je dáno mimo jiné i tím, jak úspěšný byl doposud jeho osobnostní vývoj.

I přes interindividuální rozdíly se období mladší dospělosti vyznačuje určitými specifiky, o nichž je více pojednáno v této kapitole. Pozornost je v ní věnována především stručnému popisu této vývojové fáze, přičemž důraz je kladen zvláště na zátěž, která je s touto životní etapou spojena.

2.4.1 Charakteristika období mladší dospělosti

Dle Beneše (2014) většina kultur a taktéž vědních oborů dělí lidský život do dvou pomyslných, značně odlišných období, kterými jsou dětství a dospělost. Za dospělého bývá dle autora označován jedinec, který dosáhl fyzické zralosti a z právního hlediska získal práva a povinnosti spojené se statutem dospělého (tj. např. volební právo, právní odpovědnost). Zároveň si dospělý jedinec vstoupením do této druhé životní etapy postupně osvojuje nové sociální role. Největší změny se týkají roviny pracovní a osobní ve smyslu vytváření partnerských vztahů a zakládání rodiny.

Tímto základním dělením se ovšem periodizace ontogeneze člověka nevyčerpává. Jak dětství, tak i období dospělosti se dále člení do kratších vývojových etap, z nichž každá se vyznačuje určitými specifiky.

Období mladší dospělosti bývá časově ohraničeno různě, v závislosti na teoretických východiscích a dílčích vědeckých koncepcích. Podle Langmeiera & Krejčířové (2006) se tak někdy můžeme v odborné literatuře setkat s termíny časná dospělost, která je spojena s věkem přibližně od 18 do 20-25 let, případně je tato etapa chápána jako období delší, a to do 30 let. Jako synonymum časné dospělosti lze považovat právě termín mladší nebo mladá dospělost, jejíž začátek bývá většinou ohraničen věkem 20 let a zakončení je spojeno s dosažením věku 30-32 let. Setkat se však můžeme i s posouváním této hranice až na 40. rok, což je dáno zejména odkládáním tradičních vývojových úkolů, k nimž patří stabilizace kariéry a zakládání rodiny (Gideon in Millová, 2016, 118).

I přes tuto nejednotu je však zřejmé, že období mladší dospělosti představuje práh vstupu dospívajícího jedince do světa dospělých. Předchozí etapa adolescence bývá nezřídka pojímána jako psychosociální moratorium, v němž dospívající nepatří zcela ani do světa dětí, ani do světa dospělých, zároveň však může hledat sám sebe a experimentovat s tím, kým je a kým chce být. Zařazením se do období mladší dospělosti jedinec pozbývá určité ochrany, kterou mu společnost poskytuje v průběhu adolescentního psychosociálního vývoje. V mladší dospělosti se tedy člověk ocitá na křižovatce a volí cestu, která bude významným způsobem formovat jeho dospělý život ve všech jeho klíčových oblastech.

Mladší dospělost s sebou dle Říčana (2010, 171) nese dva hlavní vývojové úkoly, které má jedinec splnit, aby jeho psychosociální vývoj mohl dále optimálně postupovat. Jsou jimi zakotvení v profesi a uspořádání mezilidských vztahů. Dle autora „teprve mladý dospělý je obvykle schopen na vztahu cílevědomě pracovat, partnerovi se přizpůsobovat a leccos mu obětovat.“

Podobně jako můžeme dělit dospělost do kratších vývojových úseků, také vývojové úkoly či obecně nároky na jedince, které k mladší dospělosti přináležejí, lze dále specifikovat. Dle Cohenové (2011) na mladého dospělého jedince nahlíží společnost jako na osobu, která je biologicky, kognitivně i sociálně připravena na roli dospělého. Aby tomu tak skutečně bylo, musí však mladý dospělý dosáhnout značné autonomie a odpovědnosti. Mimo jiné je také nezbytné, aby se oddělil od svých rodičů. Toto oddělení neznamená zpretrhání dosavadních vazeb, ale je chápáno spíše jako dosažení určité finanční a emoční nezávislosti na rodičích. Právě tento požadavek zejména v posledních letech nebývá vždy mladými dospělými naplňován. Je běžnou praxí, že si mladí dospělí prodlužují své mládí a stále studují, třeba i po většinu období mladé dospělosti. Bydlí u rodičů, nevydělávají si sami na živobytí a na svých rodičích jsou tak stále finančně závislí. I přesto se alespoň částečně učí nakládat s omezeným finančním rozpočtem, platit účty apod. Jak autorka dále uvádí, mnozí dospělí v tomto věku navíc již zakládají své nové rodiny, někteří se stávají rodiči. Tato skutečnost staví mladé dospělé do zcela odlišného postavení – nemají již odpovědnost pouze za svůj vlastní život, ale též za život svého partnera či svých potomků.

Stupeň dosažené autonomie mladých dospělých, stejně jako jejich úspěšnost v profesním a osobním životě, závisí v mnohém na předchozím vývoji jedince. Laursen & Collins (2012) v tomto ohledu považují za významné rané dětství, neboť právě v něm se utvářejí základy vztahování se jedince k druhým lidem. Klíčovou roli hraje vazba utvořená mezi dítětem a rodičem. Jak autoři zdůrazňují, mladý dospělý, který může těžit z bezpečné vazby s rodiči zformované v dětství, je schopen navazovat obdobnou kvalitu vztahů k druhým lidem i ve svém dospělém věku.

Millová (2016) k této determinantě přidává i další, a to zejména dosaženou úroveň vzdělání, zkušenost s pracovní rolí či kvalitu a kvantitu přátelských vztahů, včetně vztahů partnerských. Všechny tyto aspekty se podílejí na odlišnosti psychosociálního vývoje, které u mladých dospělých můžeme pozorovat.

Co se týče specifických rysů mladší dospělosti, za nejvýznamnější psychické znaky této životní etapy „lze považovat samostatnost, relativní svobodu vlastního rozhodování a chování, spojenou se zodpovědností ve vztahu k druhým lidem, se zodpovědností za svá rozhodnutí i činy.“ (Vágnerová, 2000, 301). Thorová (2015, 440) nahlíží na období mladší dospělosti komplexně a označuje jej za „poměrně dynamické období, ve kterém člověk uskutečňuje proměnu od nezralé k zralé osobnosti.“

Zralost mladého člověka, resp. základní atributy, které k mladší dospělosti patří, charakterizuje Říčan (2006) následovně:

- konání produktivní práce, která přináší existenční soběstačnost, případně soustavná příprava na náročné pracovní uplatnění (tj. studium vysoké školy). Pracovní výkon je podáván bez výraznějších výkyvů a častých absencí;
- schopnost spolupracovat s druhými lidmi bez zbytečných konfliktů, poskytování pomoci, ale též schopnost podřídit se vedení a vést jedince, kteří jsou méně zkušení;
- samostatné hospodaření;
- autonomie ve vyřizování osobních záležitostí;
- realistické plány odpovídající zájmům a tendencím jedince;
- samostatné bydlení, případně jasně definované teritorium v bydlení s jinými osobami, včetně rodičů;
- schopnost trávit volný čas samostatně (mladý dospělý dle autora s rodiči tráví svůj volný čas jen výjimečně, nikoliv však proto, že by je neměl rád, ale z důvodu nedostatku času);
- cílevědomost a aktivní zájem o blaho blízkých;
- existence blízkých přátelství.

Podle Langmeira & Krejčírové (2006) byl v minulosti přechod do dospělosti plynulejší a zároveň byla jasněji vymezena očekávání společnost týkající se toho, jaký by měl mladý dospělý být a jaké úkoly by měl optimálně zvládnout. Západní kultura však klade značný důraz na individualitu každého jedince, což vede mimo jiné i k určitému povolování odchylek od normálních vzorců chování. Společností je tak tolerován pozdější vstup do manželství či pozdější narození prvního dítěte, ale i rozhodnutí nezakládat rodinu. To však neznamená, že od mladých dospělých společnost nic neočekává.

„Úkolem časné dospělosti je tedy najít si ne-li definitivní, tedy alespoň dlouhodobé zcela konkrétní cíle a nastartovat svou životní dráhu v samostatném životě. Realizace těchto cílů se pak odehrává především v následujícím vývojovém období“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, 172).

Mladá dospělost ale není obdobím nezávazného experimentování, jako tomu bylo v předchozí adolescenci. Vágnerová (2000, 305) v souvislosti s tím upozorňuje na skutečnost, že závažnost volby je v tomto období značná, neboť „rozhodnutí rané dospělosti mají své důsledky i pro následující vývojové fáze, protože nastartují změny, které mohou být nezvratné.“

Rozhodování mladých dospělých bývá oproti předchozí fázi mnohem rozvinutější, což je dáno postupným dozráváním mozkových struktur a funkcí. Dochází k nárůstu myelinizace, posilují se synaptické spoje. To vše má vliv na kognitivní procesy. Myšlení je realistické (hovoří se o postformálním myšlení), vyznačující se flexibilitou a pragmatičností. Zároveň jsou mladí dospělí schopni tolerovat odlišnosti. Jedinec dokáže nahlížet na problémy komplexně, v rámci celkového kontextu, s využitím poznatků z různých oborů, ale i osobní zkušenosti. To má vliv i na morální usuzování. Mladí dospělí se vyznačují kladením důrazu spíše na vlastní morální kodexy než na vnější, společností určované normy a standardy (Erford, 2017).

Změna v myšlení se podle Vágnerové (2000) projevuje i ve vztahu k vymezení vlastní identity. Mladý člověk má potřebu „naplnění své vlastní identity“, což se děje přijetím nových rolí (zejména se jedná o roli profesní, partnerskou a rodičovskou), zároveň je však pro toto vývojové období typická i určitá ambivalence – přijetím rolí spojených s dospělostí ztrácí mnoho dosavadních výhod a je tedy na každém dospělém, jak se mu podaří nároky společnosti skloubit s tím, jaké motivy a potřeby jsou mu vlastní. Navíc se identita mladého dospělého liší od identity adolescenta, neboť nově se její součástí stává i identita partnera.

Tak jak se proměňuje kognitivní složka osobnosti, mění se i emoční prožívání mladých dospělých. Není již natolik intenzivní, jako tomu bylo během dospívání. Mladý dospělý si uvědomuje svoji emoční reaktivitu a dokáže se tedy lépe ovládat. Emoční stabilita je vyšší. I přesto však je psychika mladých dospělých značně nestabilní. K typickým znakům této vývojové fáze tak patří např. impulzivita, soutěživost, předvádění se. Je běžné, že mladí dospělí rádi riskují (zde lze vnímat podobnost mezi

mladou dospělostí a adolescencí), což se týká i experimentování s návykovými látkami, jejich nadužívání, ale i rizikového chování v silničním provozu – tito jedinci bývají častými pachateli i velmi závažných dopravních nehod (Thorová, 2015).

Změny jsou patrné i v oblasti mezilidských vztahů. Právě v mladé dospělosti se nejčastěji lidé stávají rodiči. I rodičovská role je součástí identity jedince, mnohdy tou nejdůležitější a taktéž společensky velmi ceněnou. Navíc platí, že narozením potomka dochází k propojení individuálního života s tzv. generační kontinuitou. Intimita, která je chápána jako další významný úkol daného období, je důležitou podmínkou rodičovství. Lidé tohoto věku jsou většinou schopni vytvářet méně povrchní vztahy. Romantická láska postupně přechází v lásku realistickou. K tomu je ovšem zapotřebí vhodně si vybrat životního partnera, tedy přikládat význam i jiným skutečnostem, než je milostné vzplanutí a sexuální vzrušení. S přibýváním rolí a zkušeností tak v druhé polovině tohoto období, zejména kolem 30. roku věku, dochází k prvnímu životnímu bilancování (Vašutová et al., 2010).

Založení rodiny bývá dle Říčana (2006) nežádoucí v konfliktu s rozvojem profesní dráhy, což platí zejména pro ženy. V budování kariéry nemusí být jedinec vždy úspěšný – roli hraje předchozí vhodná volba studijního zaměření. V řadě oborů může jedinec dosáhnout vrcholu své výkonnosti, což se týká např. sportovců, umělců či vědců. Dle autora je běžné, ale i vhodné, aby mladí dospělí v profesní oblasti experimentovali, tedy měnili zaměstnání a získávali tak nové zkušenosti, rozvíjeli profesní dovednosti. Ne vždy však bývají mladí dospělí dostatečně vyzrálí a může tak pro ně být obtížné vyrovnat se se samostatností, která z daného pracovního místa vyplývá. To se však s přibývajícím věkem mění a jak autor dále uvádí:

Třicetiletý dosahuje třetí fáze sebevědomí, opřené o plnou zralost tělesnou i psychickou, o nabyté zkušenosti, obsahující všechno lidské, a o zakončenou profesionalizaci. Není tu období vzdoru, který je vždy symptomem podvědomé slabosti, nýbrž energického hájení cti a samostatnosti, vědomého vlastní síly...Není proto snadné být šéfem třicetiletého zaměstnance. (Říčan, 2006, 235)

2.4.2 Specifika mladší dospělosti s ohledem na genderové rozdíly

S tím, jak si jedinec v mladší dospělosti osvojuje nové sociální role, objevují se mnohdy i velmi výrazné rozdíly v tom, jak mladí dospělí žijí své životy.

Podle Vágnerové se dnešní muži vlivem emancipace žen často necítí ve své mužské roli pevně ukotveni, mají potíže s vlastní identitou. Dle autorky „muž ztratil svou dříve formálně deklarovanou dominanci a společenskou pozici.... Role muže není v současné době přesně sociálně vymezena“ (Vágnerová, 2000, 314).

Společnost klade na muže a ženy značné nároky v tom, jak mají jednat, ale i prožívat. Děje se tak právě přes sociální role, jenž je nutné si osvojit již v raném věku. Tento tlak ze strany společnosti s přibývajícím věkem sílí. Dle Nevřaly (in Vašutová et al., 2010, 248) se od mužů očekává především nezávislost, ale též dominance při rozhodování a jednání. Mužům je více než ženám vlastní uvažování s ohledem na právo a spravedlnost a vyznačují se silnou potřebou svobody. Oproti tomu od žen se dle autora očekává především ohleduplnost a důraz na citovou oblast. Žena tak často musí složitě volit mezi tím, co chce ona sama a co je od ní očekáváno společností, a to ve smyslu péče o druhé.

V poslední době můžeme v moderních západních zemích pozorovat tendenci mladých dospělých oddálit dobu vstupu do manželství. Lze předpokládat, že je to dáno mimo jiné i právě touto náročností očekávání ze strany společnosti, ale i nejasným vyhraněním role muže a ženy. Jak uvádí Vágnerová (2000), mnohdy mají ženy v období mladé dospělosti tendenci nahlížet na mužskou roli (tedy na to, co od mužů očekávají) nejednoznačně a často kladou na muže zcela protichůdné požadavky. Chtějí, aby jim byl muž oporou, zároveň však požadují, aby se jim co nejvíce podřídil. To vede dle autorky k zmatení mužů, kteří jen stěží chápou, co od nich žena očekává. Je tedy zřejmé, že tato specifika moderní doby způsobená zejména emancipací žen vedou nezřídka k problematickému prožívání mladé dospělosti (u mužů i žen) a tedy i sklonům co nejvíce odsunout okamžik, kdy se mladí dospělí stanou rodiči a budou muset co nejvíce naplnit očekávání dané vnějším okolím.

Zároveň však podle Millové (2016, 123) můžeme pozorovat rozdíly mezi muži a ženami v tom, jak se jim daří osamostatňovat, např. separací od rodičů. Z řady výzkumů dle autorky vyplývá, že zejména na začátku mladé dospělosti „ženy udržují s rodiči bližší vztahy a jsou jimi více ovlivňováni než muži.“

V obecné rovině je podle Buchtové, Šmajse & Bolelouckého (2013, 89) mladá dospělost „senzibilním obdobím jak pro vztah k profesní činnosti, tak pro rozvinutí rodičovských vlastností a citů.“ Pokud mladí dospělí nestudují, začínají velmi často svoji

profesní dráhu právě v této životní etapě. Autoři v tomto ohledu poukazují na rozdíly mezi muži a ženami. Ženy v mladém dospělém věku mohou nalézt své uplatnění v mateřské roli, což do určité míry kompenzuje ztrátu v oblasti pracovní. Muži naopak v tomto věku usilují o úspěch v profesní roli. Tyto odlišné přístupy mužů a žen k profesní rovině jsou o to více zřetelné, pokud jedinec nenalézá uplatnění na trhu práce, nebo o práci přijde. Ženy se s touto nepříznivou situací vyrovnávají snáze, neboť mateřská role do určité míry kompenzuje ztrátu zaměstnání: „pro nezaměstnané ženy představuje rodina alternativní pracovní pole, poskytující seberealizaci a tlumící zátěž z nezaměstnanosti.“

Situace mladých dospělých spojená s profesní rolí je však dle Vágnerové (2000) složitější, neboť kromě potřeb, které jedinec má, se do ní promítají opět již zmiňovaná očekávání společnosti. Autorka se domnívá, že společenská očekávání se liší v závislosti na genderu. Muži mají ekonomicky zabezpečit rodinu a měli by působit na prestižní pracovní pozici. Společnost si u muže více cení právě roli pracovní než roli otce či manžela. Oproti tomu žena je stále chápána především jako matka a je převážně na ní, aby zajišťovala chod domácnosti. Pracovní uplatnění je pak chápáno jako možné, nikoliv však jako nutné. To ovšem neznamená, že si společnost necení toho, že žena pracuje. „Profesní role funguje jako prostředek podpory ženského sebevědomí a potvrzení její rovnoprávnosti s mužem. Někdy dokonce i jako důkaz větší kvality ženských kompetencí.“ (Vágnerová, 2000, 322). Z tohoto tvrzení je zřejmé, že pozice pracovní nezřídka může být ženou vnímána jako velmi důležitá. Moderní žena nechce být společností vnímána pouze jako matka; usiluje o rovnocenné postavení s mužem, což ovšem vede ke konfliktu rolí. Sladit profesní i rodinný život bývá dle Říčana (2006, 237) náročné zejména pro ženu:

Žena si prostě musí vybrat, a chce-li rodinu, musí obvykle rezignovat na vyniknutí v takové řeholi, jako je třeba přírodověda, nebo na kariéru mířící rychle k exponovanému společenskému postavení a také na některé druhy umělecké kariéry. Naproti tomu se žena s rodinou může stát – i když o něco později než muž – vynikající lékařkou, učitelkou, soudkyní apod., díky své ženskosti a intimní zkušenosti s dětmi často dokonce lepší lékařkou, učitelkou nebo soudkyní než muž.

2.4.3 Psychosociální aspekty zátěže v období mladší dospělosti

Z předchozího textu je zřejmé, že mladá dospělost není obdobím bezproblémovým. Za pozornost stojí, že právě v této vývojové etapě (resp. ve věku 15-24 let) je dle Fischera

& Škody (2014) druhou nejčastější příčinou smrti jedince suicidium. Park et al. (in Hyman, Gold & Sinha, 2010, 144) dodává, že se mladí lidé ve věku 18-24 let ocitají ve třikrát větším riziku sebevraždy, než je tomu u dospívajících ve věku 12-17 let. Jak uvádí Matoušková (2013, 220), příčiny, proč lidé páchají sebevraždu, bývají různé. Nejčastěji se jedná o spontánně emocionální suicidium, které „člověk spáchá v případech neúspěchu, po prohře či zklamání povětšinou v osobním životě, při ztrátě zaměstnání, při neúspěchu ve výchovně-vzdělávacím procesu apod.“

V souvislosti s tím se v odborné literatuře v poslední době hovoří o tzv. resilienci, tedy odolnosti vůči zátěži. Nejčastěji je resilience chápána jako „schopnost účinné adaptace na situace, v nichž je přítomna nepřízeň, nebezpečí, nežádoucí riziko, tedy na situace, které zahrnují reálné či potenciální ohrožení jedince, spojené s neoptimální zátěží (stresem)“ (Paulík, 2017, 157).

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, resilience není chápána jako neměnná konstanta, ale jako fenomén, který se vyvíjí v průběhu celého života. To tedy znamená, že je možné individuální úroveň resilience zvyšovat, tj. lze ji kultivovat a posilovat (Šolcová, 2009). Zároveň však platí, že významné životní události mají u řady jedinců na resilienci negativní vliv, a to i v dlouhodobém horizontu. Bylo prokázáno, že mladí dospělí, kteří na počátku dospělosti byli nezaměstnaní, nebo střídali často zaměstnání vlivem úvazků na dobu určitou, prožívali zvýšený psychologický distres a tato zkušenost měla negativní dopad na jejich mentální i psychosomatické zdraví i po zbytek jejich života (Furlong, 2017).

Roli v tom, jak jedinec zvládne zátěž, hrají vytvořené copingové strategie. Brummer, Stopa & Bucks (2014) zkoumali, jak se tyto strategie liší u mladých a starších dospělých. Z jejich výzkumu vyplývá, že v případě psychického distresu mladí dospělí užívají častěji jako hlavní strategii zvládnání tzv. potlačení (tedy obranný mechanismus, při kterém jsou jedinci nepříjemné obsahy vytlačeny z jeho vědomí do nevědomí), v ostatních případech však tuto copingovou strategii volí častěji starší jedinci. Většinou jsou však mladí dospělí schopni používat účelnější copingové strategie, které jsou primárně zaměřeny na řešení problému. Je to pravděpodobně dáno tím, že se lidé mladšího věku neseťkávají příliš často s náročnými situacemi představujícími ztrátu (jako je např. úmrtí blízké osoby či závažná nemoc, ztráta zaměstnání).

To ovšem neznamená, že mladí dospělí nemusí čelit náročným životním, a tedy i stresujícím událostem. Jaysonová (2013) shrnuje výsledky online ankety provedené pro Americkou psychologickou asociaci v roce 2013 formou online dotazníkového šetření. Z této studie vyplývá, že právě mladí dospělí prožívají v porovnání se staršími jedinci nejvíce stresu. Důvodů, proč tomu tak je, může být několik. Situace, v níž se tito lidé ocitají, je náročná, neboť se musí potýkat s obtížným uplatněním na trhu práce, přičemž v USA je běžné, že lidé si na vysokoškolské studium berou půjčky. Je tedy pro ně obtížné dostát svým závazkům, pokud nenajdou zaměstnání, což vyvolává velkou nejistotu, tedy i stres. U této skupiny osob byla také zjištěna nejvyšší míra depresivity a úzkosti v porovnání se zbytkem populace. Jako příčiny vedoucí ke stresu udávali v dotazníkovém šetření mladí dospělí nejčastěji oblast pracovní, dále potíže spojené s financemi, vztahy, rodinné povinnosti a na pátém místě se umístila v obecné rovině oblast ekonomická. Autorka je však toho názoru, že dalším důvodem, proč se u mladých dospělých vyskytuje ve zvýšené míře stres, může být skutečnost, že si tito lidé stres daleko více připouští, uvědomují si jej a snaží se svoji situaci změnit, např. návštěvou lékaře či konzultacemi s odborníky specializujícími se na zdravý životní styl a zvládání psychosomatických obtíží.

K tomu, aby mladý dospělý všechny náročné změny optimálně zvládl, je zapotřebí, aby byl dostatečně mentálně zralý a měl náležitě rozvinuté důležité schopnosti a dovednosti. K těm patří zejména finanční gramotnost a zodpovědnost, vhodné copingové strategie, schopnost činit rozhodnutí, efektivní regulace emocí, sociální kompetence, schopnost vyhledat sociální oporu, péče o fyzické zdraví, rozvíjení přátelských vztahů, ale i dobré vzdělání (Hyman, Gold & Sinha, 2010).

2.4.4 Zátěž u mladých dospělých s ohledem na gender a vzdělání

Zátěž přináležející k celému období mladé dospělosti není u všech jedinců totožná. Vliv na její míru mají dílčí faktory, k nimž patří jak dosažená úroveň vzdělání, ale i pohlaví. Jako rizikové faktory bývají nejčastěji zmiňovány časný vstup do manželství, rodičovství v příliš nízkém věku, nedokončení školy, neschopnost nalézt zaměstnání, ale též závislost na návykových látkách či páchaní trestné činnosti (Hyman, Gold & Smith, 2010).

Náročné je však i samotné studium vysoké školy. Jak uvádějí Ptáček, Vňuková & Kuželová (2013), není výjimkou, že se u studentů vysokých škol můžeme setkat

se syndromem vyhoření, což je dáno zejména neschopností zvládat studijní požadavky, nevhodnou volbou vysoké školy, která vede k odosobněnému přístupu ke studiu, ale též pocity nekompetentnosti. Jak autoři dále zmiňují, nejčastěji se výzkumy zaměřují na studenty medicíny, patrně z toho důvodu, že toto studium je velmi náročné a syndrom vyhoření se tak vyskytuje patrně nejvíce právě u studentů tohoto oboru, přičemž např. v oboru stomatologie častěji vyhoří studentky než studenti. Nejen, že musí zvládnout pojmout velké množství učiva, ale již během studia se tito mladí setkávají přímo s pacienty „a během tohoto kontaktu jsou mnohokrát otevřeně vystaveni jejich útrapám a bolestem, na které nejsou ještě psychicky ani profesně připraveni.“ (Prinz, Hertrich, Hirschfelder & de Zwann in Ptáček, Vňuková & Kuželová, 2013, 108).

Kohoutek (2014) uvádí, že samo vysokoškolské studium, resp. tzv. akademické stresy, nepředstavují přímo velká traumata, ale spíše se jedná o sérii tzv. psychických mikrotraumat. V prožívání jedince se tato mikrotraumata projevují „např. zvýšeným vnitřním napětím, psychickou deprivací, redukcí výkonu, skleslostí, subdepresí, redukovanou sebedůvěrou, frustrací ap.“ (Kohoutek, 2014). V konkrétní rovině studenty nejvíce stresuje zkoušení, hodnocení výkon, které je studenty nezdávka vnímáno jako nespravedlivé, ale i nekompetentní výuka, neadekvátní přístup pedagogů ke studentům (včetně ponižování či dokonce šikany) nebo organizační nedostatky školy, které zahrnují i problematickou spolupráci se studijním oddělením.

K zajímavým výsledkům dospěli ve své studii Mirowski & Schieman (2008), kteří se zaměřili na zkoumání prožívání úzkosti a strachu u mužů a žen v období mladé dospělosti. Z výsledků jejich studie vyplývá, že genderové rozdíly v prožívání těchto dvou silných emocí existují, s věkem se však tyto rozdíly mění. Ženy jsou na prahu mladší dospělosti více úzkostné než muži a v průběhu dospělosti se tyto rozdíly ještě více zvyšují. Podobně ženy častěji prožívají hněv, avšak tato emoce se s věkem snižuje a rozdíly mezi ženami a muži v prožívání hněvu se v pozdějším věku (nad 40 let) umenšují, ve stáří již tyto rozdíly patrně nejsou. Autoři se také zamýšlejí nad tím, co může být příčinou tohoto zjištění. Nebylo prokázáno, že by vliv na tuto skutečnost měla přítomnost dětí v rodině, i když je možné předpokládat, a četné výzkumy to taktéž prokazují, že ženy pečují o děti častěji a vykonávají též více domácích prací, což může vést ke zvyšování prožívaného stresu. Výzkumem autorů však bylo prokázáno, že v případech, že situace spojená s péčí o děti vyvolá v jedinci prožitek hněvu, ženy mají častěji tendenci ztrácet kontrolu a na děti např. křičí. Co se týče rozdílů v prožívání

úzkosti, ty jsou dle téhož zdroje dány rozdíly v rozvoji emoční oblasti u obou pohlaví (dle autorů se emoční oblast u žen vyvíjí rychleji), ale i tím, jak s emocemi muži a ženy pracují. Ženy mají tendenci emocemi se více zabývat, více je registrují a více o nich přemýšlejí.

I přes rozdíly v osobnostním nastavení jedince lze podle Oesterleové (2013) vnímat odlišnosti mezi tím, jak období mladé dospělosti prožívají muži a ženy. Ženy se dříve vdávají a dříve mají děti, přičemž častěji než muži vychovávají ženy své děti mimo manželství. Tato skutečnost navíc podle autorky platí zejména pro ženy s nižším dosaženým vzděláním. Zároveň podle autorky výše zmíněné okolnosti výchovy dětí kladou na tyto ženy zvýšené nároky, co se týče podpory ze strany sociálního okolí. Kombinace řady rolí (mateřské, často ale i role studentky či pracující ženy) v nízkém věku, tj. v první fázi mladé dospělosti, vede u těchto žen ke zvýšení zátěže. Nejméně úspěšní v přechodu z adolescence do dospělosti jsou však dle stejného zdroje svobodní muži, kteří získali pouze základní vzdělání; chybí jim dostatečné zdroje k tomu, aby naplnili hlavní vývojové úkoly tohoto období.

Jak uvádějí Simon & Barrett (2010), četnými výzkumy stejně jako vlastním šetřením bylo prokázáno, že existence partnerského vztahu je v úzké vazbě na mentální zdraví zejména u žen. Dále také uvádí, že v okamžiku, kdy je zátěž pro jedince příliš silná, ženy častěji než muži upadají do deprese, ale též užívají návykové látky. Jako příčinu této skutečnosti uvádějí autoři negativní vliv zátěže na sebepožívání a pocit vlastní hodnoty. Muži se v rámci svých partnerských vztahů zaměřují především na jejich kvalitu, zatímco ženy spíše na samotný status partnerského vztahu. Ženy jsou tedy mnohem více než muži negativně zasaženy případným rozpadem vztahu; často jsou ve vztahu více emočně závislé a nezdá se, že jsou na svém partnerovi závislé i ekonomicky. Všechny tyto okolnosti pak vedou u žen častěji než u mužů k narušení psychického zdraví a duševní pohody v situacích, kdy daný partnerský vztah skončí.

Shrnutím výše uvedených poznatků lze konstatovat, že období mladé dospělosti není o nic méně náročné, než předchozí adolescence a dle některých zmíněných výzkumů se lze i domnívat, že pro mnohé mladé dospělé je může být jedním z nejnáročnějších období celého lidského života. Je nutné čelit vývojovým úkolům, přičemž nelze již tolik spoléhat na pomoc druhých, ale ani na určitou toleranci nezdarů společností, jak tomu bylo v průběhu dospívání. Zvládnutí mladé dospělosti v mnohém předurčuje úspěšnost

jedince v pozdějším životě. Ne každá prožívaná zátěž musí být pro jedince nutně handicapem; převyšuje-li však jeho schopnosti optimálně ji zvládnout, ocitá se mladý dospělý v ohrožení nejen nemožností naplnit vše, co je od něj vnějším okolím očekáváno, ale též je výrazně narušeno jeho psychické zdraví a další psychosociální vývoj.

3 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem studie je zjistit používání copingových strategií zvládnání stresu pomocí standardizovaného dotazníku Strategie zvládnání stresu – SVF 78 u studentů Pedagogické fakulty, Přírodovědecké fakulty a Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

3.1 Dílčí cíle

- zjistit preferované copingové strategie dle pohlaví
- zjistit preferované copingové strategie dle studijního zaměření

4 METODIKA

4.1 Výzkumný soubor

Studie se zúčastnili studenti ze tří fakult Univerzity Palackého v Olomouci (UP). Jmenovitě se jedná o studenty z Pedagogické fakulty (PdF), Přírodovědecké fakulty (PřF) a z Fakulty tělesné kultury (FTK). Do výzkumu bylo zapojeno celkem 282 studentů UP.

Největší zastoupení ve výzkumném souboru mají studenti Pedagogické fakulty, kdy celkový počet probandů tohoto oboru reprezentuje 116 studentů (rovno 41,1 % z celého výzkumného souboru).

Druhým největším vzorkem z hlediska počtu zastoupení studentů jednotlivých fakult v celém vzorku jsou probandi Přírodovědecké fakulty. Jejich celkový počet ve studii je 101 (rovno 35,8 % z celého výzkumného souboru).

Nejméně studentů bylo zastoupeno ve výzkumném vzorku z Fakulty tělesné kultury. Tito studenti představují obory s tzv. sportovním zaměřením. Jejich celkový počet ve studii je 65 (rovno 23,0 % z celého výzkumného souboru).

Z hlediska genderového zastoupení bylo v celém výzkumném souboru UP 107 mužů (rovno 37,9 % z celého výzkumného souboru) a 175 žen (rovno 62,1 % z celého výzkumného souboru).

Za studenta byl v rámci výzkumu považován jedinec, který splňoval následující podmínky: zapsán do prezenční formy studia; věk v období mladší dospělosti mezi 19 – 26 lety, přiměřeně odpovídá studovanému ročníku vysoké školy.

4.2 Sběr dat

Šetření a sběr dat byl proveden dle časového harmonogramu v roce 2016. Ke zjištění copingových strategií byl využit standardizovaný dotazník Strategie zvládání stresu – SVF 78. Zaznamenávání údajů probíhalo do předem nachystaných záznamových archů. Údaje byly následně přepsány do elektronické podoby.

4.2.1 Metoda

Dotazník Strategie zvládání stresu – SVF 78 (Streßverarbeitungsfragebogen) byl vytvořen autory Wilhem Janke & Gisela Erdmann v roce 2002 jako zkrácená verze

původního dotazníku SVF 120. Jedná se o vícedimenzionální sebezpozorovací inventář zachycující individuální variabilitu způsobů aplikovaných v zátěžových situacích. Dotazník zachycuje takové způsoby, jenž se využívají při zpracování stresu. Pojem způsoby v sobě zahrnuje psychické pochody, jenž nastupují plánovitě a/nebo neplánovitě, vědomě a/nebo nevědomě při vzniku stresu, tak aby došlo k jeho zmírnění či ukončení. Pro použití v českém prostředí jej v roce 2003 upravil Švancara.

Dotazník se skládá ze 13 subtestů, kdy každý subtest je tvořen 6 výroky. Celkem se tedy skládá ze 78 výroků, které zjišťují, jak může člověk reagovat v různých stresogenních situacích. Výroky jsou probandem ohodnoceny pomocí pětibodové číselné škály od 0 do 4 (0 = vůbec ne, 1 = spíše ne, 2 = možná, 3 = pravděpodobně, 4 = velmi pravděpodobně). Z každého subtestu je tedy možno dosáhnout maximálně 24 bodů. Výroky úmyslně nevyžívají slova stres.

Samotné vyhodnocení dotazníku může být provedeno nejen na úrovni jednotlivých subtestů, ale i na úrovni sekundárních hodnot. Sekundární hodnoty rozdělují na strategie pozitivní (POZ), strategie negativní (NEG) a strategie singulární. Pozitivní strategie se dále dělí na skupiny POZ 1, POZ 2 a POZ 3, kdy každá skupina pozitivních, negativní a singulární strategie obsahují konkrétní subtesty.

- **POZ 1:** strategie podhodnocení a devalvace viny
 - Subtest 1: Podhodnocení – ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
 - Subtest 2: Odmítání viny – zdůraznit, že nejde o vlastní zodpovědnost
- **POZ 2:** strategie odklonu
 - Subtest 3: Odklon – odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
 - Subtest 4: Náhradní uspokojení – obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
- **POZ 3:** strategie kontroly
 - Subtest 5: Kontrola situace – analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
 - Subtest 6: Kontrola reakcí – zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí

- Subtest 7: Pozitivní sebeinstrukce – přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
- **Singulární strategie**
 - Subtest 8: Potřeba sociální opory – přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
 - Subtest 9: Vyhýbání se – Předsevzetí zamezit zátěží nebo se jim vyhnout
- **NEG: negativní strategie**
 - Subtest 10: Únikové tendence – tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
 - Subtest 11: Perseverace – nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
 - Subtest 12: Rezignace – vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
 - Subtest 13: Sebeobviňování – připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

Singulární strategie nejsou započítávány do sekundárních hodnot z důvodu nejednoznačné zařaditelnosti do pozitivní či negativních strategií. Subtest Potřeba sociální opory může být výrazem jednak pasivně rezignačních bezmocných postojů (negativní strategie), ale i postojů aktivních, kdy dochází k hledání konkrétní podpory ke zvládnutí problému (pozitivní strategie). Subtest Vyhýbání se zobrazuje tendenci vyhnout se zátěži a také zahrnuje záměr a snahu vyhnout se další konfrontaci v budoucnu. Může se opět jednat o pozitivní strategii v případě, že nelze zamezit zátěži na základě regulačních možností jedince. V opačném případě se jedná o negativní strategii v případě, že jedinec takto jedná pouze, aby se vyhnul zátěži. Během vyhodnocení potřebují samostatnou interpretaci v kontextu celého profilu (Janke & Erdmannová, 2003).

4.3 Statistické zpracování dat

K statistickému zpracování výsledků byl využit program Statgraphics vers. 10.0. Během zpracování byl soubor rozdělen na dvě skupiny reprezentující pohlaví (muže a ženy) a také na tři skupiny reprezentující jednotlivé fakulty (PřF, PdF a FTK). Pro každou proměnnou byly vypočteny základní statistické veličiny (aritmetický průměr, minimum, maximum a směrodatná odchylka) a ověřena normalita rozložení pomocí Shapiro-

Wilkova testu normality. Dále by využit Mann-Whitneyův U test k posouzení rozdílů a míry signifikace mezi nezávislými soubory a Kruskal-Wallisův test pro vícenásobné porovnání hodnot.

5 VÝSLEDKY

V první části této kapitoly jsou zpracovány výsledky získané pomocí dotazníku Strategie zvládání stresu – SVF 78 a rozdělené dle pohlaví na muže a ženy. Druhá kapitola se věnuje stejné problematice s rozdělením dle studijního zaměření.

5.1 Výsledky dle pohlaví

Výsledky dotazníku Strategie zvládání stresu – SVF 78 zachycují takové způsoby, jež jedinci využívají při zpracování stresu. V následující tabulce 3 se nachází průměrné hodnoty po rozdělení copingových strategií na pozitivní a negativní s ohledem na pohlaví.

Tabulka 3. Charakteristiky strategií zvládání stresu dle pohlaví

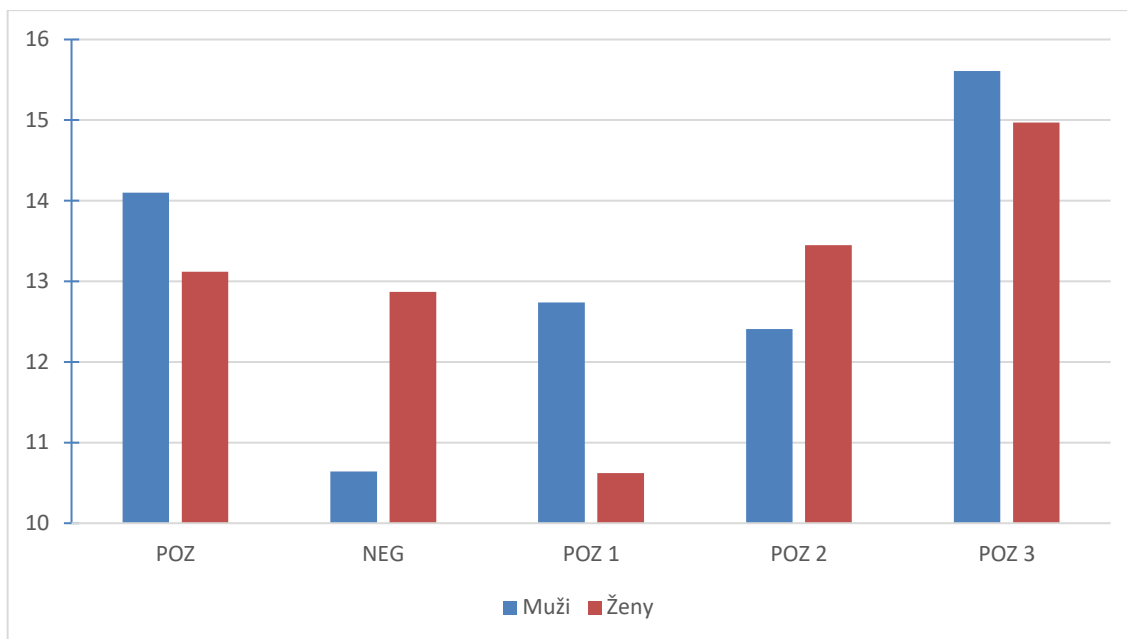
pohlaví	strategie zvládání stresu	N	M	Min	Max	SD
muži	POZ	107	14,10	4,8	19,9	2,34
	NEG	107	10,64	2,1	23,1	3,99
ženy	POZ	175	13,12	4,9	19,5	2,17
	NEG	175	12,87	3,2	23,3	3,29

Vysvětlivky: N – počet probandů; M – aritmetický průměr; Min – minimum; Max – maximum; SD – směrodatná odchylka

Z tabulky můžeme konstatovat, že u mužské části probandů bylo zjištěno nižší užívání negativních copingových strategií a vyšší užívání pozitivních copingových strategií. Ženy naopak dosahují vyšších průměrných hodnot při užívání negativních strategií v porovnání s muži.

Tabulka 4. Průměrné hodnoty strategií zvládání stresu a hladina statistické významnosti dle pohlaví a sekundárních hodnot

strategie zvládání stresu	pohlaví		p ≤
	muži	ženy	
POZ	14,10	13,12	0,050
NEG	10,64	12,87	0,000
POZ 1	12,74	10,62	0,000
POZ 2	12,41	13,45	0,001
POZ 3	15,61	14,97	0,044



Obrázek 7. Průměrné hodnoty strategií zvládnání stresu dle pohlaví a sekundárních hodnot

Dle tabulky 4 a obrázku 7 významně převládají pozitivní strategie u mužů než u žen. Stejnou podobnost můžeme vidět u pozitivních strategií POZ 1 a POZ 3. Pozitivní strategie v souboru POZ 2 vykazuje opačný výsledek. U těchto strategií byly zjištěny výrazně vyšší hodnoty u žen.

Obrázek 8 zobrazuje preferenci jednotlivých pozitivních a negativních strategií dle pohlaví. U sekundárních hodnot POZ 1 soubor mužů výrazně více využívá pozitivní strategii podhodnocení než sledovaný soubor žen. Ženy zároveň méně používají strategii odmítání viny.

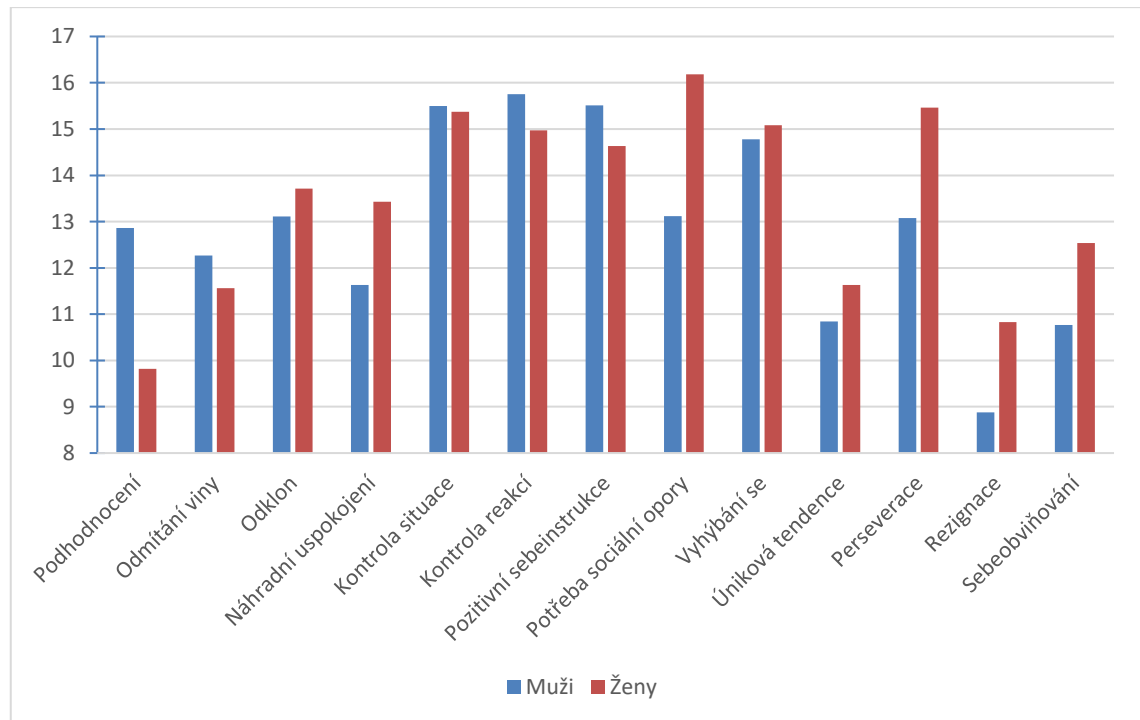
Sekundární hodnoty POZ 2 využívají více ženy než muži. Ženy více preferují obě pozitivní strategie – jak odklon, tak náhradní uspokojení. Zřetelnějšího rozdílu bylo dosaženo ve strategii náhradní uspokojení.

Soubor sekundárních hodnot POZ 3 zahrnující pozitivní strategie kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce opět více užívají muži. Ovšem zaznamenané průměrné rozdíly u strategie kontroly situace nejsou velmi výrazné. Nejvýraznějšího rozdílu v průměrných hodnotách mezi jednotlivým pohlavím dosáhla strategie pozitivní sebeinstrukce.

Singulární strategie zahrnující subtesty potřeba sociální opory a vyhýbání se využívají v obou případech více ženy. Zároveň u subtestu potřeba sociální opory bylo

dosaženo největšího rozdílu mezi průměrnými hodnotami mužů a žen v rámci všech pozitivních i negativních strategií. Subtest vyhýbání se vykazuje rozdíly menší.

Negativní strategie zvládání stresu (úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování) opět více užívají ženy. Nejmenšího rozdílu průměrných hodnot bylo dosaženo u subtestu úniková tendence. Naopak nevyšší rozdíl průměrných hodnot byl zaznamenán v subtestu perseverace.



Obrázek 8. Využívané copingové strategie dle pohlaví a jednotlivých subtestů

5.2 Výsledky dle studijního zaměření

Pozitivní a negativní strategie byly hodnoceny i z hlediska rozdílnosti studijního zaměření. V následující tabulce 5 se nachází průměrné hodnoty po rozdělení copingových strategií na pozitivní a negativní s ohledem jednotlivou fakultu.

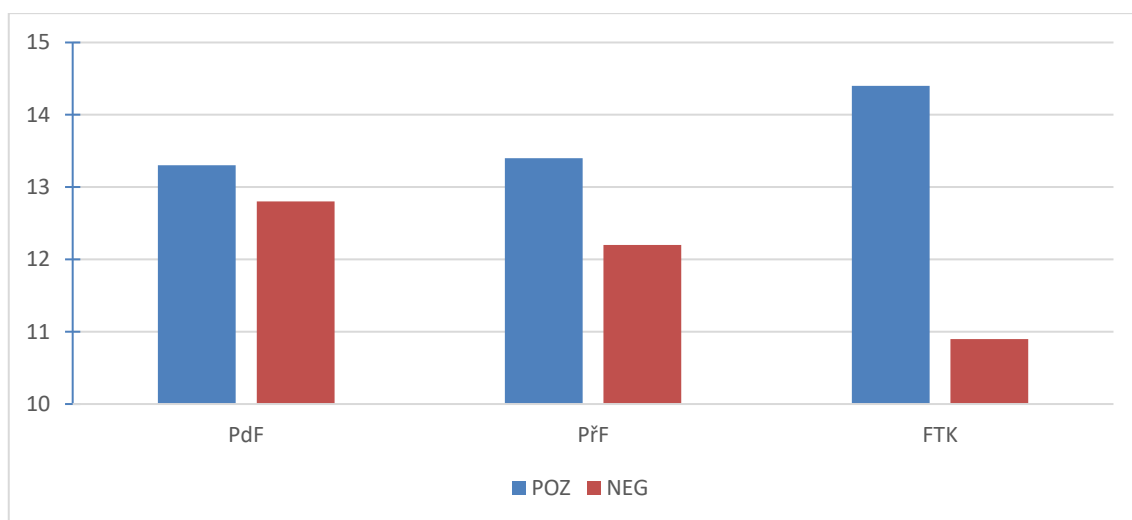
Tabulka 5. Charakteristiky strategií zvládnání stresu dle studijního zaměření

fakulta	strategie zvládnání stresu	N	M	Min	Max	SD
PdF	POZ	116	13,30	5,60	18,50	2,11
	NEG	116	12,80	4,10	23,20	3,42
PřF	POZ	101	13,40	4,90	19,60	2,20
	NEG	101	12,20	2,10	21,50	3,60
FTK	POZ	65	14,30	5,10	19,90	2,29
	NEG	65	10,90	2,40	23,70	3,75

Vysvětlivky: N – počet probandů; M – aritmetický průměr; Min – minimum; Max – maximum; SD – směrodatná odchylka

Z tabulky můžeme konstatovat, že u vysokoškolských studentů FTK tedy oborů se sportovním zaměřením bylo zjištěno nejnížší průměrné hodnoty užívání negativních copingových strategií a zároveň nejvyšší průměrné hodnoty užívání copingových strategií pozitivních.

U zbylých dvou fakult více pozitivních strategií využívali studenti PřF oproti studentům PdF. Nejvyšší průměrné hodnoty užívání negativních copingových strategií bylo zaznamenáno u studentů PdF a dále u studentů PřF.



Obrázek 9. Průměrné hodnoty strategií zvládání stresu dle studijního zaměření

Srovnání v používání copingových strategií u vysokoškolských studentů sportovním zaměřením s probandy z pedagogické a přírodovědecké fakulty znázorňuje tabulka 6. Ze srovnání je patrné, že studenti PdF a PŘF využívají statisticky významně méně pozitivních copingových strategií a také statisticky významně více negativních copingových strategií než studenti FTK.

Tabulka 6. Průměrné hodnoty užívání pozitivních a negativních copingových strategií dle studentů se/bez sportovního zaměření

strategie zvládání stresu	fakulta		p ≤
	FTK	PdF + PŘF	
POZ	14,10	13,12	0,05
NEG	10,64	12,87	0,01

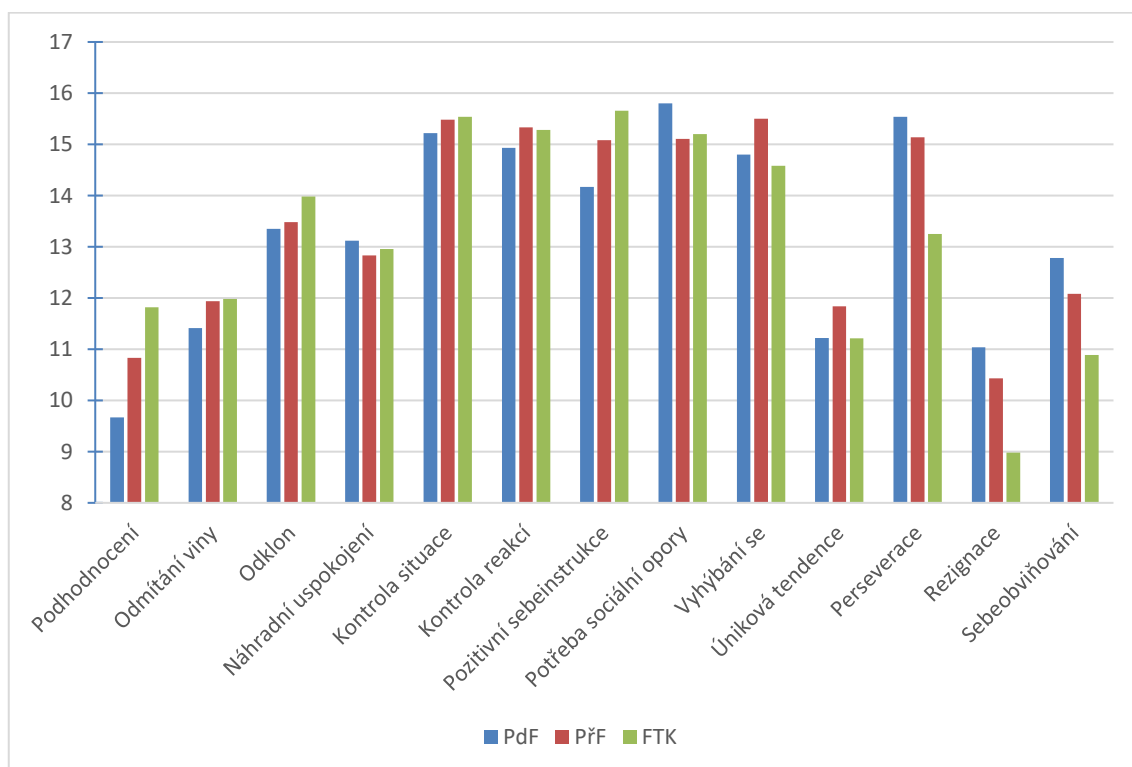
Obrázek 10. zobrazuje preferenci jednotlivých pozitivních a negativních strategií dle studijního zaměření. I zde můžeme pozorovat, že vysokoškolští studenti se sportovním zaměřením dosahují nejlepšího skóre u většiny pozitivních copingových strategií a zároveň využívají méně strategie negativní.

Studenti pedagogické fakulty z hlediska využití copingových strategií používají méně pozitivní strategie podhodnocení a pozitivní sebeinstrukce. Zároveň vykazují vyšší potřebu sociální opory. Z hlediska všech pozitivních copingových strategií dosahují z celého výzkumného souboru nejhoršího hodnocení u všech subtestů zahrnutých v POZ 1 – POZ 3 kromě subtestu náhradního uspokojení, kde naopak mají skóre nejvyšší. U

negativních strategií využívají studenti PdF nejvíce strategii perseverace, dále sebeobviňování a rezignace, kde také zaznamenali nejvyšší hodnoty ze všech tří fakult.

Studenti přírodovědecké fakulty se se svými hodnotami ve většině případů nacházejí mezi studenty PdF a FTK. Nejvyšší hodnoty v porovnání se zbytkem výzkumného vzorku byly zaznamenány u subtestu pozitivní strategie kontrola reakcí a u subtestu negativní strategie úniková tendence. Naopak nejnižší hodnoty byly zaznamenány u subtestu náhradní uspokojení a potřeba sociální opory.

U studentů se sportovním zaměřením, tedy studentů FTK, se setkáváme s dominancí v oblasti využití pozitivních strategií zvládnání zátěže. Nejvyššího skóre dosáhli u všech subtestů zahrnutých do POZ 1 – POZ 3 kromě subtestů náhradní uspokojení a kontrola reakcí. Zároveň dosáhli nejnižšího hodnocení u všech subtestů zařazených v kategorii NEG. Soubor studentů z FTK nejvíce využívá pozitivní strategie pozitivní sebeinstrukce, kontrola situace a kontrola reakcí. Dále dosahují nižšího hodnocení u strategie vyhýbání se. U negativních strategií dosahují v porovnání se zbytkem výzkumného souboru nižších hodnot u strategií perseverace, rezignace a sebeobviňování.



Obrázek 10. Využívané copingové strategie dle studijního zaměření a jednotlivých subtestů

6 DISKUZE

Výzkum byl zaměřen na zmapování nejčastěji užívaných copingových strategií zvládání stresu u vysokoškolských studentů s ohledem na pohlaví a dále dle studijního zaměření. Cílem této kapitoly je zaznamenané výsledky okomentovat a srovnat s podobnými výzkumy a převést je do širších souvislostí. Na závěr budou sepsány limity studie, kterých si je autor vědom.

Jak uvádí Hyman, Gold & Sinha (2010), zátěž přináležející k vynořující se dospělosti či celému období mladé dospělosti není u všech jedinců totožná. Vliv na její míru mají dílčí faktory, k nimž patří jak dosažená úroveň vzdělání, tak i pohlaví. Jako rizikové faktory bývají nejčastěji zmiňovány časný vstup do manželství, rodičovství v příliš nízkém věku, nedokončení školy, neschopnost nalézt zaměstnání, ale též závislost na návykových látkách či páchání trestné činnosti.

Náročné je však i samotné studium vysoké školy. Dle Ptáčka, Vňukové & Kuželové (2013), není výjimkou, že se u studentů vysokých škol můžeme setkat se syndromem vyhoření, což je dáno zejména neschopností zvládat studijní požadavky, nevhodnou volbou vysoké školy, která vede k odosobněnému přístupu ke studiu, ale též pocity nekompetentnosti. Jak autoři dále zmiňují, nejčastěji se výzkumy zaměřují na studenty medicíny, patrně z toho důvodu, že toto studium je velmi náročné a syndrom vyhoření se tak vyskytuje patrně nejvíce právě u studentů tohoto oboru, přičemž např. v oboru stomatologie častěji vyhoří studentky než studenti. Nejen, že musí zvládnout pojmout velké množství učiva, ale již během studia se tito mladí setkávají přímo s pacienty „a během tohoto kontaktu jsou mnohokrát otevřeně vystaveni jejich útrapám a bolestem, na které nejsou ještě psychicky ani profesně připraveni.“ (Prinz, Hertrich, Hirschfelder & de Zwann in Ptáček, Vňuková & Kuželová, 2013, 108). Buddeberg-Fischer et al. (2009) dodávají, že studenti vysokých škol jsou v porovnání s nestudujícími vrstevníky vystavováni více mnohočetným stresogenním situacím. Ve svém výzkumu se opět věnovali stresu ve zdravotnictví a došli k závěru, že mladí pracovníci ve zdravotnictví a startující lékaři vykazují vyšší úroveň stresu v porovnání s běžnou populací stejného věku.

Kohoutek (2014) uvádí, že samo vysokoškolské studium, resp. tzv. akademické stresy, nepředstavují přímo velká traumata, ale spíše se jedná o sérii tzv. psychických mikrotraumat. V prožívání jedince se tato mikrotraumata projevují „např. zvýšeným

vnitřním napětím, psychickou deprivací, redukcí výkonu, skleslostí, subdepresí, redukovanou sebedůvěrou, frustrací ap.“ (Kohoutek, 2014). V konkrétní rovině studenty nejvíce stresuje zkoušení, hodnocení výkonu studentů, které je studenty nezdávka vnímáno jako nespravedlivé, ale i nekompetentní výuka, dále neadekvátní přístup pedagogů ke studentům (včetně ponižování či dokonce šikany) nebo organizační nedostatky školy, které zahrnují i problematickou spolupráci se studijním oddělením.

6.1 Rozdíly dle pohlaví

Pokud porovnáme genderové rozdíly ve využívání copingových strategií, tak u mužské části výzkumného vzorku bylo zjištěno vyšší využívání pozitivních copingových strategií než u žen. Muži výrazně preferují pozitivní strategii podhodnocení, dále byla u nich zaznamenána vyšší úroveň odmítání viny, kontroly reakcí a pozitivní sebeinstrukce. Ženy naopak signifikantně více využívají negativní strategie zvládnání stresu. Z pozitivních strategií převyšují muže ve strategiích odklonu a náhradního uspokojení. Vyšší hodnoty u žen v subtestu náhradního uspokojení zaznamenali i Janke & Edrmann (2003). Zajímavostí může být, že průměrné hodnoty pozitivní strategie kontrola situace je u obou pohlaví prakticky totožná, ale hodnoty kontroly reakcí jsou vyšší u mužů.

U singulární strategie potřeba sociální opory se průměrné hodnoty mezi souborem mužů a žen lišily nejvíce. Ke srovnatelným výsledkům došli autoři výzkumu Frydenberg & Lewis (1993), kteří porovnávali používání copingových strategií u studentů australských škol. Dle jejich pozorování ženy také vykazovaly vyšší využití strategie sociální opory. To potvrzují i závěry z meta analýzy vědců Tamres, Janicki & Helgeson (2002), kteří poukazují na fakt, že strategie potřeba sociální opory je výrazně vyšší žen a je konstantní napříč situacemi. Ženy také vykazují vyšší využití singulární strategie vyhýbání se, kdy ke stejným závěrům došel i Heiman (2004), který pozoroval studenty izraelských vysokých škol. Ženy oproti mužům vykazovali vyšší používání emocionálních strategií a strategii vyhýbání se pro zvládnutí zátěžové situace.

U negativních strategií ženy dosáhly vyšších průměrných hodnot jak v celkovém hodnocení sekundárních hodnot, tak u všech čtyřech subtestů – únikové tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Větší rozdíly mezi pohlavím byly zaznamenány hned u tří subtestů – perseverace, rezignace a sebeobviňování. Tyto výsledky zaznamenali i Janke & Edrmann (2003), kteří uvádějí, že ženy více inklinují ke strategiím

perseverance, rezignace a sebeobviňování. Zároveň poukazují i na fakt, že u žen bylo zaznamenáno vyšší skóre i u subtestu sociální opory, diskutované v odstavci výše.

V závěru diskuze této podkapitoly můžeme konstatovat, že zaznamenané výsledky jasně prokazují vyšší používání pozitivních copingových strategií u mužů a vyšší častost v používání negativních copingových strategií u žen. Dle Foster-Williamse et al. (1996), který testoval studenty z jamajské univerzity, se však jako důležitější než intersexuální rozdíly jeví množství studijního materiálu, které musí student zpracovat, a zkoušky, kterými musí student projít. Preference v jednotlivých strategiích nelze tedy vztahovat pouze na vliv pohlaví. Je nutno zohledňovat i další proměnné. Urbanovská (2010) jako další proměnné důležité pro výběr copingových strategií uvádí osobnostní charakteristiky, aktuální zdravotní stav, věk nebo předchozí zkušenost s podobou zátěží.

6.2 Rozdíly dle studijního zaměření

V případě, že porovnáme preferované copingové strategie se studijním zaměřením, tak můžeme vidět, že studenti tzv. sportovních oborů jsou nejvíce orientováni na používání pozitivních strategií. Lepší zvládnání stresových situací může dle Gauvina et al. (1996) souviset s nižší pocíťovanou mírou stresu u sportovců, protože fyzická aktivita má pozitivní dopad na náladu a úroveň stresu. Nejhůře naopak dopadli studenti fakulty pedagogické, avšak rozdíly mezi průměrnými hodnotami studentů pedagogické fakulty a studenty fakulty přírodovědecké v celkovém používání pozitivních strategií nebyly nikterak velké.

Pokud se zaměříme na jednotlivé copingové strategie, tak můžeme vidět, že nejdůležitější pozitivní copingovou strategií je pro studenty FTK pozitivní sebeinstrukce, kontrola situace a kontrola reakcí. Všechny subtesty spadají do sekundárního hodnocení POZ 3. Ke stejnému závěru došla ve své práci Raková (2014). Zároveň oproti ostatním studijním oborům zaznamenávají studenti se sportovním zaměřením nejvyšší rozdíl v používání strategie podhodnocení. Dále prokazují nižší potřebu sociální opory. Z hlediska negativních copingových strategií je patrné, že studenti FTK méně inklinují k využívání negativních copingových strategií. Zřetelný rozdíl je především u strategií perseverance, rezignace a sebeobviňování. Můžeme se domnívat, že tito jedinci mají větší zkušenosti se zátěžovými situacemi ze sportovního prostředí, což jim pomáhá zvyšovat frustrační toleranci. Hošek (2003) uvádí, že přiměřená pohybová aktivita má preventivní účinek na zdraví a formuje osobnost jedince z pohledu její odolnosti.

U studentů pedagogické fakulty bylo zaznamenáno nejvyšší využití singulární strategie potřeba sociální opory. Dále byl zaznamenán výrazný rozdíl ve využití negativních copingových strategií, kdy u strategií perseverace, rezignace a sebeobviňování bylo dosaženo nejvyššího skóre ze všech fakult. Tyto data ale mohou být zkreslena vyšším zastoupením žen ve výzkumném souboru.

6.3 Limity studie

Tato práce obsahuje určité limity, které by se mohly podílet na zkreslení výsledků:

- nerovnoměrnost výzkumného souboru – především se jedná o nerovnoměrné zastoupení mužů a žen. Vyšší počet žen se může projevit jak na zkreslení výsledků dle genderové difference, tak i dle studijního zaměření. Ženský soubor měl totiž výraznou převahu na pedagogické fakultě.
- studie nezkoumá úroveň PA – úroveň PA vychází pouze z předpokladu, že studenti se sportovním zaměřením budou fyzicky aktivnější. Ovšem i mezi studenty ostatních fakult se mohou vyskytovat fyzicky aktivní studenti, kteří mohli být zahrnuti do této studie.
- použití dotazníkové metody – tato metoda je závislá na úrovni sebereflexe dotazovaných, ochotě sdělovat intimní informace a na tendenci hodnotit se v lepším světle.

7 ZÁVĚR

V rámci diplomové práce, jejímž smyslem bylo analyzovat používání copingových strategií zvládnání stresu u studentů Pedagogické fakulty, Přírodovědecké fakulty a Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci pomocí standardizovaného dotazníku Strategie zvládnání stresu – SVF 78, byly zjištěny tyto výsledky:

- U souboru mužů:
 - bylo zaznamenáno vyšší používání pozitivních copingových strategií;
 - z hlediska jednotlivých copingových strategií byl signifikantní rozdíl mezi pohlavím zaznamenán u pozitivní strategie podhodnocení, dále muži inklinovali ke strategii pozitivní sebeinstrukce a kontrola reakcí.
- U souboru žen:
 - bylo zaznamenáno vyšší používání negativních copingových strategií (perseverace, rezignace a sebeobviňování);
 - z hlediska jednotlivých copingových strategií ženy inklinovaly k singulární strategii potřeba sociální opory a k pozitivní strategii náhradní uspokojení.
- U souboru studentů:
 - studenti FTK vykazovali nejvyšší hodnoty používání pozitivních strategií;
 - studenti FTK vykazovali nejnižší hodnoty používání negativních strategií;
 - studenti PdF vykazovali nejvyšší hodnoty používání negativních strategií a singulární strategie potřeba sociální opory;
 - studenti PŘF se svými výsledky ve většině případů nacházeli mezi studenty FTK a PdF.

V závěru můžeme konstatovat, že pohlaví má významný vliv na volbu copingové strategie. Muži více používají pozitivní strategie a ženy naopak více negativní strategie. Podobně studenti se sportovním zaměřením vykazují vyšší využití pozitivních strategií a nejméně strategií negativních.

8 SOUHRN

Předložená práce se zabývá používání copingových strategií zvládnání stresu u studentů (N = 282) Pedagogické fakulty, Přírodovědecké fakulty a Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci pomocí standardizovaného dotazníku Strategie zvládnání stresu – SVF 78.

V teoretické části se práce zabývá životním stylem a jeho vlivem na zdraví. Dále přibližuje problematiku optimalizace životního stylu ve smyslu náročnosti zásahu a dlouhodobé změny. Práce také seznamuje s problematikou stresu a copingových strategií. Konkrétně přibližuje význam stresu a jednotlivé přístupy (fyziologický a psychologický), stresory a salutory. U copingu je rozebírána důležitost osobnostní charakteristiky pro zvládnání stresu a jednotlivé strategie zvládnání zátěžových situací. V poslední kapitole teoretické části se práce zabývá ontogenezí mladší dospělosti, kdy k problematice přistupuje z hlediska genderových rozdílů a přibližuje různé aspekty zátěže v daném období.

V rámci praktické části a samotného výzkumu byl důraz kladen na posouzení intersexuálních rozdílů a rozdílů dle studijního zaměření. Výzkumný soubor byl tvořen studenty prezenční formy studia Pedagogické fakulty (N = 116), Přírodovědecké fakulty (N = 101) a Fakulty tělesné kultury (N = 65), z hlediska pohlaví se výzkumný soubor skládal z mužů (N = 107) a žen (N = 175) ve věku 19 – 26 let. Výsledková část byla rozdělena do dvou částí, kdy každá část zkoumala problematiku z pohledu intersexuálních rozdílů a rozdílů dle studijního zaměření. U studijního zaměření byl kladen důraz i na porovnání mezi obory s tzv. sportovním zaměřením a nespportovním zaměřením.

Při rozboru vztahu pohlaví a využití jednotlivých copingových strategií bylo zaznamenáno vyšší využití pozitivních strategií u mužů a vyšší použití negativních strategií u žen. Stejný jev byl zaznamenán při porovnání studentů se sportovním zaměřením se studenty zbylých dvou fakult, kdy studenti FTK více využívali pozitivní copingové strategie.

9 SUMMARY

This thesis deals with the use of stress management coping strategies in students (N = 282) of the Faculty of Education, Faculty of Science and Faculty of Physical Culture of the Palacký University in Olomouc using the standardized questionnaire Stress Management Strategy - SVF 78.

The theoretical part deals with lifestyle and its influence on health. It also focuses on the issue of lifestyle optimization in terms of intensity of intervention and long-term change. The work also introduces stress and coping strategies. In particular, it focuses on the importance of stress and individual approaches (physiological and psychological), stressors and salutaries. The importance of personality characteristics for stress management and the need of individual stress management strategies in coping are emphasized at this point. In the last chapter of the theoretical part, the thesis deals with the ontogenesis of younger adulthood, where it approaches the issue in terms of gender differences and various aspects of the stress in the several periods in this point of human life.

In the practical part and the in the research itself, emphasis was placed on the assessment of intersexual differences and differences according to the study focus. The research group was made up of full-time students of the Faculty of Education (N = 116), the Faculty of Science (N = 101) and the Faculty of Physical Culture (N = 65). In terms of gender, the research group consisted of men (N = 107) and women (N = 175) aged 19-26. The result section was divided into two parts, each part examining the issue from the point of view of intersexual differences and the difference according to the study focus. The study focus consists also the comparison between disciplines with so-called sport orientation and non-sport orientation.

Gender analysis and the use of individual coping strategies revealed a higher use of positive strategies for men and higher use of negative strategies for women. The same phenomenon was observed when comparing students with a sports focus with the students of the remaining two faculties, when Faculty of Physical Culture students were more likely to use positive coping strategies.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Atkinson, L. R., & et al. (1995). *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing.
- Ayers, S., & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Baštecká, B. & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Beneš, M. (2014). *Andragogika* (2nd ed.). Praha: Grada.
- Blahutková, M., Řehulka, E., & Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- Brosschot, J. F. (2010). Markers of chronic stress: Prolonged physiological activation and (un) conscious perseverative cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 46-50.
- Brummer, L., Stopa, L., & Bucks, R. (2014). The influence of age on emotion regulation strategies and psychological distress. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(6), 668-681.
- Bryce, C. P. (2001). *Insights into the concept of stress*. Washington: Pan American Health Organization.
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., & Buddeberg, C. (2009). Academic career in medicine—requirements and conditions for successful advancement in Switzerland. *BMC health services research*, 9(1), 70.
- Buchtová, B., Šmajš, J., & Boleloucký, Z. (2013). *Nezaměstnanost* (2nd ed.). Praha: Grada.
- Cohen, L. J. (2011). *The Handy Psychology: Answer Book*. Canton: Visible Ink Press.
- Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada.
- Dolanský, H. (2008). *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita.

- Dougall, A. L., & Baum, A. (2001). Stress, health, and illness. *Handbook of health psychology*, 321-337.
- Duffková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Erford, B. T. (2017). *An Advanced Lifespan Odyssey for Counseling Professionals*. Boston: Cengage Learning.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (2nd ed.). Praha: Grada.
- Foster-Williams, K., Thomas, P., Gordon, A., & Williams-Brown, S. (1996). An assessment of stress among clinical medical students of the University of the West Indies, Mona Campus. *The West Indian medical journal*, 45(2), 51-54.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of adolescence*, 16(3), 253-266.
- Furlong, A. (2017). *Routledge Handbook of Youth and Young Adulthood* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Gauvin, L., Rejeski, W. J., & Norris, J. L. (1996). A naturalistic study of the impact of acute physical activity on feeling states and affect in women. *Health Psychology*, 15(5), 391.
- Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Karakurt, P., & Sağlam, R. (2011). Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17(1), 43-51.
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style, and stressors among Israeli university students. *The Journal of Psychology*, 138(6), 505-520.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie* (2nd ed.). Olomouc: Hanex.
- Hošek, V. (2003). *Psychologie odolnosti* (2nd ed.). Praha: Karolinum.

- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Sinha, R. (2010). Coping with Stress and Trauma in Young Adulthood. In Grant, J. E., & Potenza, M. N. (Eds.), *Young Adult Mental Health* (pp 143-157). New York: Oxford University Press.
- Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Janke, W., & Erdmann, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- Jayson, S. (2013). Who's feeling stressed? Young adults, new survey shows. *USA Today*. Retrieved 6. 6. 2017 from the World Wide Web: <https://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/02/06/stress-psychology-millennials-depression/1878295/>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kohoutek, R. (2014). Stresy a psychická traumata studentů vysokých škol. *Psychologie v teorii a praxi*. Retrieved 8. 6. 2017 from the World Wide Web: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1408/stresy-a-psychicka-traumata-studentu-vysokych-skol>.
- Kraus, B., Poláčková, V., Lorenzová, J., Spousta, V., Stašová, L., & Žumárová, M. (2001). *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Kubátová, H. (2000). *Sociologie životního stylu: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví* (2nd ed.). Praha: Portál.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2nd ed.). Praha: Grada.
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2012). *Relationship Pathways: Adolescence to Young Adulthood*. Los Angeles: Sage Publications.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Machová, J., et al. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.

- Matoušková, I. (2013). *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada.
- Mayerová, M. (1997). *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing.
- McEwen, B. S. (2006). Sleep deprivation as a neurobiologic and physiologic stressor: allostasis and allostatic load. *Metabolism*, 55, S20-S23.
- Míček, L., & Zeman, V. (1992). *Učitel a stres*. Brno: Masarykova univerzita.
- Millová, K. (2016). Mladá dospělost. In Blatný, M. (Eds.), *Psychologie celoživotního vývoje* (pp. 117-140). Praha: Karolinum.
- Mirowski, J., & Schieman, S. (2008). Gender, Age, and the Trajectories and Trends of Anxiety and Anger. In Turner, H. A., & Schieman, S. (Eds.), *Stress Processes across the Life Course* (pp. 45-74). Oxford: Elsevier.
- Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology* (2nd ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Oesterle, S. (2013). Background Paper: Pathways to Young Adulthood and Preventive Interventions Targeting Young Adults. *National Center for Biotechnology Information*. Retrieved 8. 6. 2017 from the World Wide Web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202209/>
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 730.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., Vňuková, M., & Kuželová, H. (2013). Syndrom vyhoření u studentů vysokých škol. In Ptáček, R., Raboch, J., Kebza V. et al. (Eds.), *Burnout syndrom jako mezioborový jev* (pp 108-118). Praha: Grada.

- Raková, P. (2014). *Životní spokojenost, copingové strategie a pohybová aktivita u studentů 1. ročníku FTK UP*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem: Vývojová psychologie* (2nd ed.). Praha: Portál.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu* (6th ed.). Praha: Grada.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (7th ed.). New Jersey: Wiley.
- Sarafino, E. P., & Ewing, M. (1999). The Hassles Assessment Scale for students in college: Measuring the frequency and unpleasantness of and dwelling on stressful events. *Journal of American College Health*, 48(2), 75-83. Retrieved 9. 6. 2017 from EBSCO database on the World Wide Web: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=2574fd67-9822-455c-b0d7-068ac800c777%40sessionmgr4009&hid=4203&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edselc.2-52.0-0032817910&db=edselc>
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.
- Selye, H. (2016). *Stres života*. Hodkovičky: Pragma.
- Schreiber, V. et al. (1985). *Stres: patofyziologie, endokrinologie, klinika*. Praha: Avicenum.
- Sigmund, M., Kvintová, J., & Šafář, M. (2014). *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital romantic relationships and mental health in early adulthood: Does the association differ for women and men?. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 168-182.
- Smékal, V. (1997). Kulturně etické a psychologické souvislosti výchovy ke zdravému způsobu života. *Rozvíjení aktivity, samostatnosti a tvořivosti žáků*, (pp. 33-36). Brno: Masarykova univerzita.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada.

- Talge, N. M., Neal, C., & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2-30.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Urbanovská, E. (2010). *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská Univerzita.
- Vašutová, M. et al. (2010). *Základy biodromální psychologie*. Ostrava: Filosofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- Večeřová – Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*, 10(4), 188-192.
- Williams, P. G., Suchy, Y., & Rau, H. K. (2009). Individual differences in executive functioning: implications for stress regulation. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 126-140.