

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**Subjektivní zdraví jako významný prediktor  
životní spokojenosti**

**Subjective Health as an Important  
Prerequisite of Life Satisfaction**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor:

Ing. Petra Juráková

Vedoucí práce:

PhDr. Martin Lečbych Ph.D.

Olomouc

**2012**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Subjektivní zdraví jako významný prediktor životní spokojenosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Tímto také děkuji PhDr. Martinu Lečbychovi Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, drahocenné rady a duševní pohodu. Děkuji své rodině za podporu, pochopení a trpělivost. Svým rodičům děkuji za vše.

V e..... dne.....

Podpis.....

# Obsah

Úvod.....	5
<b>Teoretická část.....</b>	<b>6</b>
1. Subjektivní zdraví.....	6
1.1. Subjektivní a objektivní zdraví.....	6
1.2. Subjektivní zdraví a ovlivňující faktory.....	7
1.3. Subjektivní zdraví a stabilita v čase.....	8
1.4. Subjektivní zdraví a nerovnosti ve zdraví.....	10
1.5. Prediktivní síla subjektivního zdraví.....	11
1.6. Subjektivní zdraví a životní styl.....	12
1.6.1. Pohybová aktivita.....	12
1.6.2. Kouření.....	13
1.6.3. Alkohol.....	14
1.7. Subjektivní zdraví a životní spokojenost.....	15
2. Životní spokojenost.....	16
2.1. Koncept well-being.....	16
2.2. Teoretické modely.....	16
2.3. Životní spokojenost a některé její dimenze.....	18
2.3.1. Pracovní spokojenost.....	18
2.3.2. Sociální opora.....	19
2.3.3. Manželská spokojenost.....	20
2.4. Hodnotová orientace a životní spokojenost.....	21
2.5. Sebehodnocení.....	22
2.6. Vliv životních událostí na životní spokojenost.....	23
<b>Výzkumná část.....</b>	<b>24</b>
3. Formulace výzkumného problému.....	24
3.1. Stanovení výzkumných cílů.....	25
3.2. Stanovení hypotéz.....	26
4. Aplikovaná metodika.....	27

4.1.	Popis výzkumu.....	27
4.2.	Charakteristika dotazníku.....	27
4.3.	Metodologická skepse.....	30
4.4.	Metody zpracování analýzy dat.....	30
5.	Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
6.	Popis výsledků.....	34
6.1.	Popisná statistika demografických charakteristik.....	34
6.2.	Vliv subjektivního zdraví na životní spokojenost.....	37
6.3.	Vliv pohlaví na subjektivní zdraví.....	39
6.4.	Vliv pohlaví na globální životní spokojenost.....	41
6.5.	Vliv pohlaví na množství somatických stesků.....	42
6.6.	Vliv socioekonomického statusu na subjektivní zdraví.....	44
6.7.	Vliv subjektivního zdraví na věk.....	45
6.8.	Vliv subjektivního zdraví na životní styl.....	46
6.9.	Globální životní spokojenost a dimenze životní spokojenosti.....	49
7.	Diskuze.....	51
7.1.	Subjektivní zdraví.....	51
7.2.	Psychosomatické stesky.....	53
7.3.	Životní styl.....	53
7.4.	Životní spokojenost.....	54
8.	Závěry.....	57
	Souhrn.....	59
	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	62
	Přílohy.....	65

## Úvod

Po staletí jsou v různých společnostech pozorovány souvislosti mezi zdravím a životní spokojeností. Do centra pozornosti badatelů v psychologii, sociologii, ekonomii, politologii a medicíně se v posledních letech stále více dostávají otázky spokojenosti se životem, osobní pohody, štěstí, spokojenosti se zdravím atp. V této práci se věnuji analýze některých souvislostí mezi životní spokojeností a subjektivním zdravím. Vycházím při tom z předpokladu, že některé faktory mají přímý vliv na zdraví i spokojenost a snažím se nalézt tyto vztahy, s využitím dostupných výzkumů tyto vlivy alespoň zčásti předpovědět. Vycházím při tom z jednoduchého lineárního modelu, mezi objektivním zdravím → subjektivním zdravím → spokojenosti se zdravím → spokojenosti se životem. Upouštím od specifikování zpětných vlivů, které však mohou být v některých oblastech klíčové (např. zpětný vliv terapie na zdraví).

Výběr subjektivního zdraví pro mou práci nebyl náhodný, jedná se o jednoduše zjistitelný ukazatel zdravotního stavu, jeho zdánlivá jednoduchost mu neubírá nic na jeho výpovědní hodnotě, což se snažím doložit jeho vztahem k mortalitě. V práci vycházím také z pojetí, které je označováno jako „osobní pohoda“, zabývá se zkoumáním štěstí a spokojenosti, přičemž na tomto podkladě definuji jeho kognitivní komponentu – spokojenost se životem jako celkem a dále rozpracovávám některé její aditivní dimenze, např. pracovní spokojenost, sociální oporu. Kapitoly teoretické části přináší přehled vybraných důležitých poznatků, teorií a tvoří základnu pro empirickou část a to z pozice kvantitativního výzkumu. Primárně ověřuji vztah mezi subjektivním zdravím a globální životní spokojeností, hledám odpovědi na otázky, s čím ještě tyto kategorie souvisí a podle toho definuji hypotézy. V posledních kapitolách se zamýšlím nad výsledky výzkumné části a snažím se o propojení s praxí.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Subjektivní zdraví

Zdraví tvoří pro člověka důležitou hodnotu. Zdravý člověk si plní své osobní cíle v životě, realizuje plány aniž překonává obtíže spojené s nemocí. Co to však znamená být zdravý? Již na tuto jednoduchou otázku neexistuje jednoznačná odpověď. Pro někoho by to mohl být fyzický stav, pro jiného pocit svobody, začlenění, existencialista by zřejmě odpověděl smysluplný život a filosof projev bytí. Poslední dobou se objevuje názor, který zdraví spojuje s vlastní zodpovědností. Osobně tuto odpovědnost chápu ve smyslu, odpovědného chování. Tedy v osobní rovině, chování sama k sobě, ale také v širším kontextu odpovědnost za společnost, přírodu, civilizaci. Zdraví člověka je totiž včleněno do všech jeho struktur. Dokazuje to nejen skutečnost, že zdraví si lidé přejí jako jednu z nejvyšších lidských hodnot, ale přesvědčuje nás i historie. Pojetí zdraví jako odpovědná volba jedince se blíží k pojetí zdraví jako cíl, které lze nalézt u Křivohlavého (2009). Subjektivní zdraví, jako složka zdraví, tvoří pocitovou úroveň. Co vše k ní přispívá, ovlivňuje ji, se budu snažit ukázat v dalších kapitolách.

### 1.1. Subjektivní a objektivní zdraví

Dosavadní výzkumy jednoznačně ukazují, že zdraví není obecný, jednodimenzionální konstrukt. Jedním z autorů, kteří se touto problematikou zabývají je Křivohlavý a přichází s vlastní definicí zdraví: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální, a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2009, s. 40). Zdraví má složku subjektivní a objektivní.

Subjektivní zdraví, sebesouzené zdraví, sebehodnocené zdraví či vnímané zdraví jsou synonyma vlastního vyjádření zdravotního stavu, je to jedincův vlastní pohled. Proces hodnocení vlastního zdraví je komplexní, není to jen spontánní zhodnocení vlastního zdravotního stavu, jde o aspekt sebepojetí, čemuž odpovídá jistá stabilita subjektivního zdraví v čase a ovlivnitelnost zdravotními cíli (Šolcová, Kebza, 2006). Kreidl (2008) zkoumal, jak respondenti chápou otázku po vlastním zdraví, tedy vztahem mezi laicky chápaným zdravím (postoje ke zdraví, porozumění zdravotnímu stavu, ochota

spolupracovat s lékaři, naslouchat radám) a subjektivním zdravím a zjistil, že se jedná o okrajovou zprostředkující roli, neboť subjektivní zdraví je spojováno s osobními zkušenostmi.

Subjektivní zdraví představuje tedy širší hodnocení, zahrnuje kromě symptomů a jejich funkčních důsledků též pozitivní aspekty zdraví, jako je kondice, zdraví podporující chování a osobní pohodu (Šolcová, Kebza, 2006). Koncept well – being (prožívání osobní pohody, více kap. 2), který bývá se subjektivním zdravím spojován, někdy i chybně zaměňován, probíhá na hlubší úrovni já, je to jeden z možných vysvětlení pro to, že i handicapovaní nebo dokonce i velmi těžce nemocní mohou hodnotit své zdraví příznivě, přičemž tento jev není prokazatelně projevem popření či zastírání bolestné pravdy (Justice, 1998; In Šolcová, Kebza, 2006). Je však obtížné postihnout, které z těchto faktorů jsou reflektovány, když jedinec posuzuje své subjektivní zdraví.

Objektivní zdraví je užší hodnocení zdravotního stavu, které se soustřeďuje zejména na fyzické zdraví. Hodnotí kauzální příčiny, které se snaží odstranit, nezabývá se vnímáním a prožíváním jedince v celé jeho šíři.

„Vztah mezi objektivním a subjektivním zdravím není přímočarý“ (Hnilica, 2006a, s. 19). Například ženy, které se dozví až na základě výsledků mamografie a následné histologie, že mají karcinom prsu, se cítí subjektivně zdravé. Objektivní změny, které probíhaly v těle se nepromítly na úroveň vědomí, ke změně subjektivního zdraví došlo vlivem diagnózy, následné terapie, nikoliv vlivem nemoci. Opačný je případ, kdy jedinec uvádí zhoršující se subjektivní zdraví, avšak ani on, ani lékař nedokážou rozpoznat příčinu.

## **1.2. Subjektivní zdraví a ovlivňující faktory**

Snaha o postihnutí všech faktorů, které ovlivňují naše rozhodování o zdraví je nablízká. Vycházím proto z dostupných výzkumů, přehledových studií a písemnictví, které se zabývá touto problematikou.

Mareš (2005) se ve své přehledové studii zabýval hodnocením subjektivního zdraví, stabilitou v čase a věkem. Zjistil, že stabilita subjektivního zdraví v čase je relativně stabilní asi do 50 let věku osoby, potom akcelerujícím způsobem klesá po zbytek života. Jedná se o to, že staří lidé vychází většinou z ukazatelů tzv. funkčního zdraví – zrak, sluch,

hybnost, kognice, bolest a to ve smyslu sebeobsluhy. Subjektivní zdravotní stav a funkční zrak se ukázaly být silnějšími prediktory osobní pohody než objektivní míry zdravotního stavu (počet diagnóz apod.).

Mezipohlavní rozdíly v subjektivním zdraví bývají popisovány v tom smyslu, že ženy posuzují svůj zdravotní stav jako mírně horší než muži, uvádějí více zdravotních stesků, více navštěvují lékaře (Šolcová, 1996). Muži hodnotí v dospělosti své zdraví obecně lépe než ženy, hodnocení žen je stabilnější v čase, změny souvisí s chronickými chorobami (nikoliv akutními chorobami či přechodným onemocněním).

Vztah mezi subjektivním zdravím a socioekonomickým statutem je popsán níže v této práci. Přičemž, lze konstatovat, že subjektivně hodnocený zdravotní stav se vysoce významně liší podle úrovně vzdělání (Šolcová, Kebza, 2002).

Subjektivní zdravotní stav se ukázal být nejsilnějším prediktorem osobní pohody, následován spokojeností s finančními prostředky a spokojeností se sociálními aktivitami (Šolcová, Kebza, 2006).

U dalších výzkumů zaměřených na zjišťování vztahu mezi subjektivním zdravím a ovlivňujícími faktory byly zjištěny korelace s úrovní negativní afektivity, deprese, úzkosti a hypochondrie, více studie Barsky, Cleary & Klerman (1992). Musím také zmínit další skupinu faktorů, které ovlivňují subjektivní posouzení zdraví a tou je osobnost jedince. Této problematice se dotýká Hnilica (2006a), který vychází z temperamentových rysů a definuje neuroticismus a opět negativní afektivitu a to na úrovni vysoké signifikance. Za salutoprotektivní charakteristiku je považována koncepce hardiness, jako osobnostní konstelace, jež je zdrojem odolnosti vůči negativnímu vlivu stresu na zdraví (Kobasa, 1979). Protože ve výzkumu vlivy osobnosti nezjišťují, dále se již touto problematikou nezabývám.

### **1.3. Subjektivní zdraví a stabilita v čase**

Ptáme-li se jednoduše člověka, jak se cítí, musíme si ujasnit, ve srovnání s čím? Mareš (2005) v zásadě uvádí dva typy srovnání aktuálního zdravotního stavu. Bud'

- vůči idealizovanému zdravotnímu stavu
- vůči stavu před onemocněním, zahájením léčby



V současné době změny v čase, k nimž u jedince dochází, popisují dvě teorie. První je implicitní teorie stability a změny, která vychází ze subjektivní implicitní teorie jedince o tom, zda se vybavovaná proměnná v čase může změnit, či nikoliv. Zastánci teorie stability neoprávněně předpokládají, že minulá odpověď se příliš neliší od aktuálního stavu. Zastánci teorie změny přeceňují velikost změny. Podle této teorie musíme vždy při dotazu na aktuální stav (zdraví) počítat s možným systematickým zkreslením. Mareš (2005) také představuje druhou, novější teorii, a to teorii posunu v jedincově odezvě. Jedná se o pětisložkový model:

- katalyzátor změn: urychlovač změn, např. změny zdravotního stavu vlivem nemoci
- antecendenty: sociodemografické charakteristiky nebo osobní charakteristiky, složky, které předcházejí vlastnímu ději
- mechanismus změny: kognitivní, emoční a behaviorální procesy, jimiž se jedinec snaží zadaptovat na změny svého zdravotního stavu
- posun v jedincově odezvě: změna vnitřních standardů (rekalibrace hodnotící škály), změna v hierarchii hodnot a změna pojmů, konceptů
- vnímaná kvalita života na úrovni fyzické (somatické), psychologické, sociální, spirituální

Tato teorie nám může pomoci při vysvětlení některých paradoxů. Např. somatizace pacientových problémů nebo hypochondrie, v obou případech se jedná o maladaptivní posun v odezvě (tzn. u těchto jedinců nedošlo k posunu v odezvě, trvají na původní konceptualizaci vnímaných symptomů, vzdorují snaze přeformulovat jejich maladaptivní výklad). Také na placebo efekt nabízí nový pohled, jeho základem je specifický psychologický mechanismus, v jehož důsledku dojde k posunu v odezvě, aniž jsou přítomny biologické nebo fyziologické vlivy. Nebo naopak, pacientovo subjektivní hodnocení zdravotního stavu zůstává stabilní, i když objektivní údaje dokládají změnu biologickou či fyziologickou.

Tyto teorie nabízí nový směr úvah využitelný v diagnostice, neboť přináší teoretické východisko pro otázku, jak vzniká posun v odezvě na prodělané změny zdravotního stavu, a to především ve vnímaném hodnocení sebe sama. Klíčovou je čtvrtá složka teorie změny, neboť výsledná změna v odezvě nebude prostý součet celé triády, ale jednotlivec si vybírá, který mechanismus změny použije, jestli bude somatizovat své problémy, nebo se posune v kognitivní sféře, subjektivních oblastech atp.

## 1.4. Subjektivní zdraví a nerovnosti ve zdraví

Sociální kontext jedince je další ovlivňující faktor zdraví ve smyslu determinanty. Není na tom nic překvapujícího, neboť řada aspektů života jedince je ovlivněna jeho postavením v sociální stratifikaci – to, v jakém prostředí vyrůstal, jak byl živen, výchova, vzdělání, zaměstnání. Výzkumy ukazují, že ve vztahu mezi sociálně-ekonomickým statusem a zdravím se nejedná o jednoduše postulovaný rozdíl mezi zdravým bohatým, nemocným chudým. „Jedná se o gradient, v jehož rámci je zdravotní stav každé sociální třídy lepší než zdravotní stav nižší třídy a horší než zdravotní stav vyšší třídy“ (Šolcová, Kebza, 2002, s. 220). Tento sociálně-ekonomický gradient jde napříč nemocemi (akutní, chronické, infekční, neinfekční), odráží se v psychiatrické morbiditě, úmrtnosti kojenců i dospělých. Výzkum se ubírá ve dvou liniích – kontextová a individuální.

Kontextová (též ekologická) teorie staví do popředí zájmu podmínky, v jakých probíhá přerozdělování příjmu (myšleno státní příjmy). Podle této teorie nejsou nejzdravější státy ty nejbohatší, ale ty s nejmenší diferencí mezi příjmy nejchudších a nejbohatších. To znamená, že na zdraví nemá vliv absolutní výše státního příjmu, ale způsob redistribuce mezi občany, tento způsob vytváří kohezivnější společnost.

Individuální teorie se zabývá vztahem mezi sociálně-ekonomickým statusem jedince a jeho zdravím, konkrétně subjektivním zdravím. Tento vztah potvrdila studie Mackenbacha a Kunsta (1999), která zpracovávala výsledky několika mezinárodních týmů, včetně České republiky. Srovnávala rozdíly v úmrtnosti mezi muži a ženami podle úrovně vzdělání, přičemž vyplynulo, že nerovnosti ve zdraví se v uvedeném období vyskytovaly ve všech sledovaných státech. Podobné výsledky přinesla také česká studie Šolcové a Kebzy (2000). Autoři konstatovali, že: „v subjektivně hodnoceném zdraví existují sociální nerovnosti, a to v tom smyslu, že osoby s nižším sociálně-ekonomickým statusem uvádějí horší zdravotní stav než osoby s vyšším sociálně-ekonomickým statusem“ (Šolcová, Kebza, 2002, s. 223).

## 1.5. Prediktivní síla subjektivního zdraví

Výše uvedené kapitoly vysvětlovaly pojem subjektivního zdraví z pohledu obsahového, srovnáním, z časového hlediska i ovlivňujících faktorů. Zůstává nezodpovězena otázka, nakolik v souvislosti s tímto pojmem lze hovořit o prediktivní validitě. Predikce je „způsob, jak na základě vysvětlení určitého jevu, lze předpovědět jevy budoucí“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 449). Pokud v našem případě bude jevem budoucím mortalita, existuje silný vztah mezi subjektivním zdravím a mortalitou. Ze studie Mosseye a Shapira (1982) vyplývá, že subjektivní zdraví je spolehlivým prediktorem mortality, dokonce lepším prediktorem než objektivní zdraví. Člověk má totiž pozoruhodnou schopnost použít vnitřní i vnější zdroje k posouzení svého zdraví a toto sebehodnocené zdraví predikuje mortalitu podstatně lépe než přítomnost zdravotních problémů, fyzická nemohoucnost a biologické rizikové faktory či faktory související se životním stylem. Subjektivní zdraví je validní a spolehlivý ukazatel, který dobře diferencuje mezi délkou přežití u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním, uvádí Mosseye a Shapira (1982). O tom, proč predikuje subjektivní zdraví mortalitu, existují dva teoretické modely. První je retrospektivní, podle něho lidé vyvozují své zdraví z relativně vyčerpávajících dat svého života – historie nemocí v dětství, v rodině, zdravotní data, léčba. Opět se setkáváme s tím, že je to širší ukazatel než specifitější objektivní medicínské posouzení. Alternativou je prospektivní model, podle kterého je budoucí zdravotní stav ovlivněn chováním – jak rychle vyhledá lékaře, jak se bude držet rad, doporučení, zda vykazuje cílenou pohybovou aktivitu, řídí se pokyny racionálního jídelníčku. V tomto případě je vztah mezi subjektivní zdravím a mortalitou zprostředkován zdravotním chováním.

Na začátku jsem uvedla, že zdraví lze chápat jako odpovědné chování. Vědecká psychologická disciplína, psychologie zdraví, se snaží odpovědět na otázky, jaké chování. Předchůdcem této disciplíny byla psychosomatická medicína, která vznikla z poznatku, že fyzická nemoc má své psychologické složky. Psychologické a somatické faktory jsou ve vzájemné interakci, do které vstupují osobnostní a sociální charakteristiky a toto vše ovlivňují faktory životního prostředí (Vymětal, 2003). Zřejmý je celostní pohled na člověka, kde je kladen důraz na prevenci. Jedná se o prevenci v tom nejširším slova smyslu, tedy o celkový životní styl.

## 1.6. Subjektivní zdraví a životní styl

Jak jsem uvedla výše, přijetí určitého chování, které bývá označováno jako zdravotní či aktivní, podněcuje optimální fyzické a psychické zdraví a zprostředkovává kognitivní hodnocení vlastního zdraví. V této souvislosti se hovoří o životním stylu. Machová a Kubátová (2009) řadí životní styl mezi vnější determinanty zdraví, společně s kvalitou životního a pracovního prostředí a zdravotnickými službami. Vnitřní determinanty tvoří dědičné faktory. Pojem životní styl zahrnuje pohybovou aktivitu, sexuální aktivitu, duševní pohodu, duševní hygienu, vztahy s okolím, kouření, užívání návykových látek, stravovací návyky, aj. Tyto a ještě další faktory životního stylu lze ovlivňovat záměrným chováním, díky kterému ovlivňujeme vlastní zdravotní stav. Toto záměrné chování tvoří souhrn účelných aktivit, jejichž cílem je zlepšit osobní zdraví pomocí kombinovaných strategií. Výsledkem zdraví podporujícího chování je tedy aktivní péče před vznikem nemoci. Na zdraví podporující chování se dívám jako na celek, neboť jednotlivé faktory životního stylu spolu navzájem souvisí. Jedná se o zdravé životní zvyky, zaměřené na konativní (volní, snahové, jednání motivující) stránku lidské psychiky. Důležitá je otázka motivace, „pojmem motivace vyjadřujeme skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy zcela vědomé vnitřní hybné síly, pohnutky, které člověka určitým směrem orientují, které ho v daném směru aktivizují a které vzbuzenou aktivitu udržují“ (Provazník, Komárková, 1996, s. 32). Otázka motivace je hledání cest, které jedince vedou i směrem ke zdravotně závažnému chování. Právě změna ve směřování, v tom, oč lidem v jejich jednání jde, jaké jsou jejich dosažitelné cíle, vedou k rozpoznání snah, které se vztahují k udržení a posílení zdraví.

### 1.6.1. Pohybová aktivita

Pokud se blíže podíváme na pohybovou aktivitu, primárně se jedná o oblast prevence a léčby: nadváhy a obezity, insulinové resistance, hypertenze, metabolického syndromu, ischemické choroby srdeční, periferní cévní onemocnění, osteoporózy, atd. (Skoumal, Hobza, 2010). „Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje úzkost, depresi, tenzi a percepci stresu“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 336). Dále tito autoři hodnotí tělesnou zdatnost, jako přínos pro celkovou životní spokojenost a hovoří o celkové nezávislosti, sebeobslužnosti, větší

samostatnosti, zvláště u starších osob, jejichž úroveň se s vyšší úrovní tělesné zdatnosti prodlužuje v čase. Dostatečná fyzická aktivita zlepšuje naše sebepojetí, umožňuje prožitek kontroly nad sebou, čímž posiluje jedincovu sebeúctu.

Sílu pohybové aktivity na zdraví dokládám rozsáhlou studií, která se věnovala závislosti plazmatické hladiny C-proteinu (CRP – jeho zvýšené hladiny indikují zánětlivý proces v těle) a aterosklerózou (jež je považována za zánětlivé onemocnění). Skupina mužů nespportovců a kontrolní skupina mužů, která se věnuje pravidelné pohybové aktivitě, byly podrobeny biochemické vstupní kontrole, po 12 týdnů se nespportovci věnovali dennímu cvičebnímu plánu. Koncentrace CRP se po ukončení testu signifikantně snížila (o 58%) u nespportovců, tato skupina byla zařazena do tercilu nejméně rizikové skupiny pro kardiovaskulární onemocnění (Procházka, Slabý, 2008).

### **1.6.2. Kouření**

Z dostupných dat ve světové i domácí odborné literatuře je zřejmé, že svět čelí tabákové pandemii. Ze zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO, 2007) vyplývá, že prevalence kouření mužů v ČR je kolem 30 % (evropský průměr je 40 %). Prevalence kouření u žen v ČR je kolem 20 % (evropský průměr je 18 %). Tato zpráva mimo jiné poukazuje na fakt, že se mění struktura kuřáků, přestávají kouřit starší generace, hlavně muži. Naopak je pozorován nárůst kuřáků u mladších osob, dětí a žen se středoškolským vzděláním. Kouření se považuje za jeden z vyvolávajících činitelů nádorového bujení až u 30 % všech zhoubných nádorů.

Studie Hrubé (2011) uvádí, že vyšší vnímavost jedince k budoucímu kouření je dána nízkou úrovní vzdělání, kuřáctvím v rodině a u vrstevníků. Iniciale kouření je významně ovlivněna prostředím, ovšem postupná progresse, rozvoj a síla závislosti významně souvisí s genetickými faktory, včetně pohlaví, etnika a osobnostních charakteristik. Dále tato studie přichází s novým závěrem týkající se rozvoje kouření. Dokládá důležitost subjektivního pocitu kuřáka (senzoricko/emocionálních) při prvních expozicích kouření. Ty jsou rozhodující pro tvorbu závislosti. Právě na základě této subjektivní zkušenosti vzniká mentální závislost již během 2,5 měsíců, fyzická během 5,4 měsíců. Bohužel i přes četné vědecké poznatky o zdravotním riziku kouření (i pasivního) a vysoké potenci

nikotinu a kuřáckého chování směřuje stále zájem veřejnosti o tzv. drogovou scénu až od marihuany a soustřeďuje se na nelegální drogy.

### **1.6.3. Alkohol**

Závislost na alkoholu je další celosvětově závažný problém. V této stati se nezabývám teoriemi alkoholismu, této problematice se podrobně věnuje Křivohlavý (2009). Jsou všeobecně známy poznatky o zdravotních dopadech pití, jedná se hlavně o úrazy, nádorové onemocnění, kardiovaskulární choroby a onemocnění jater (Csémy, et al., 2011). V souvislosti s alkoholem hovoříme také o tzv. nepřímém vlivu, čímž jsou myšleny, dopravní nehody, kriminalita, agresivita, alkohol ovlivňuje osobní, rodinný život, např. propuštění z práce, rozpad manželství.

V poslední době, se však poukazuje i na pozitivní vliv alkoholu a to ve smyslu srovnávacích studií abstinentů a lidí, kteří konzumovali alkohol v malých dávkách (tzv. přiměřené požívání alkoholu), nejnižší mortalitu neměli abstinenti, ale lidé s mírným příjmem alkoholu. „Vliv malých dávek alkoholu se nejvýznamněji projevuje u snižování kardiovaskulární mortality“ (Křivohlavý, 2009, s. 197).

Na závěr bych ráda vysvětlila pojmovou nejednotnost, týkající se životního stylu a životního způsobu, tak jak ji v této práci používám. Životní styl je dynamická forma bytí jedince (Linhart, et al. 1996). Týká se jedince a charakterizuje vědomé hledání hodnot, vztahů, které odráží ideové, etické a ostatní principy v činnosti tohoto jedince. V dnešní diferencované společnosti je životní styl znakem příslušnosti k určité sociální vrstvě. Životní způsob jsou podmínky života vázané na jedince i společnost, jsou to ustálené, typické obyčeje, sklony, zvyklosti, které zakládají formy sociální interakce, tvoří vzorce chování (Linhart, et al. 1996). Tento termín bývá častěji používán pro skupiny, třídy, populaci. Představuje jakousi normu dané skupiny.

## 1.7. Subjektivní zdraví a životní spokojenost

Z výzkumné práce Šolcové a Kebzy vyplývá (2006), že subjektivní zdraví může být syceno životní spokojeností nebo osobní pohodou. Tito autoři se shodují v existenci pozitivního a robustního vztahu mezi oběma proměnnými. Dále se ukazuje, že vztah mezi zdravím a osobní pohodou je obousměrný a že životní spokojenost je důležitou součástí subjektivního zdraví. Vztah mezi zdravím a osobní pohodou platí ovšem jen v případě subjektivního zdraví. Objektivní zdraví s osobní pohodou koreluje slabě nebo vůbec ne.

Hnilica (2006) se dále snaží tento vztah konkretizovat, uvádí, že subjektivní zdraví nemá na spokojenost se životem vliv přímý, ale zprostředkovaný a to spokojeností se zdravím. I když se dá očekávat mezi subjektivním zdravím a spokojeností se zdravím vysoká míra korespondence, nejedná se o totožnost. Jak již bylo uvedeno subjektivní zdraví je koncept založený na percepci a interpretaci informací o somatickém stavu, diagnóze, prognóze, atp. Spokojenost se zdravím tedy tvoří navazující reakci, do které vstupují další faktory typu hodnoty, motivy, srovnávání. Pokud do modelu zahrneme spokojenost se životem, bude spokojenost se zdravím jeho významnou determinantou.

Tento model chápu jako elementární kostru, její využití vidím spíš pro jednotlivé diagnózy, nebo i pro zdravé jedince. Nicméně, jak již bylo také uvedeno výše, do celého procesu vstupují specifické proměnné, čímž se pochopitelně situace komplikuje, neboť pokud trpí jedinec chorobou, která např. omezila jeho fyzické nebo sociální aktivity, způsobila závažné změny v jeho životním stylu, v jeho vztazích, změny se promítly i na úroveň sebepojetí, tak lze předpokládat, že se bude jednat o vlivy, které budou působit na spokojenost se životem, a nebudou nutně zprostředkovány subjektivním zdravím.

## 2. Životní spokojenost

### 2.1. Koncept well-being

K velkému zpopularizování tohoto pojmu přispěla Světová zdravotnická organizace (WHO), která zakotvila tento pojem do své definice, jako důležitou charakteristiku zdraví. Tato definice v originálu říká: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.* Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (Křivohlavý, 2009, s. 37). Pokud vyjdeme z této teorie je well-being důležitá charakteristika zdraví, v níž nejde o přítomnost či nepřítomnost choroby či poruchy, ale spíš o stav tělesné, duševní a společenské pohody. V českém ekvivalentu se ustálil pojem osobní pohoda, který implicitně zahrnuje duševní, tělesnou a sociální dimenzi (event. i spirituální).

### 2.2. Teoretické modely konceptu well-being

Přehledová studie Kebzy a Šolcové (2003) řadí osobní pohodu na pomezí mezi afektem, náladou (na prožitkové úrovni) a osobnostním rysem. Chápu ji však také jako součást kvality života. Uvedení autoři předpokládají, že kvalita života má dvě základní dimenze subjektivní osobní pohodu a objektivní osobní pohodu (objektivní zdravotní stav, socioekonomický status). Subjektivní osobní pohodu tvoří psychická osobní pohoda, sebeúcta, sebeuplatnění, osobní zvládnání. Psychická osobní pohoda je tvořena emočními a kognitivními dimenzemi. Lašek (2003) tyto dimenze popisuje následovně:

- kognitivní zkušenost – je srovnání aktuálního stavu s ideální situací. Rozdíly mezi aktuální a vytouženou situací stanovuje index subjektivní osobní pohody. Pokud je rozdíl nulový nebo pozitivní, jedinec je spokojen.
- emocionální dimenze – jsou všechny aktuální každodenní zkušenosti, které jsou jedincem vyhodnocovány jako emočně pozitivní nebo negativní. Spokojenost je hodnocena jako výslednice jednotlivých pozitiv a negativ.

Kognitivní složka je v tomto pojetí vědomé hodnocení vlastního života a emoční složka je souhrn nálad, emocí, afektů nebo-li nevědomé prožitky spokojenosti. Obě složky spolu těsně souvisí. Kognitivní dimenze jako globální životní spokojenost, emoční dimenze jako



stabilní emoční složka, jež je podkladem pro temperamentové rysy osobnosti a má také vliv na hodnocení vlastního života. Osobnostní faktory, jak jsem již uvedla, nejsou předmětem této práce, proto je dále již nerozpracovávám.

Podobným způsobem komponenty osobní pohody (well-being) dělí Diener a kol. (1999, In Blatný, 2001). Podle této koncepce osobní pohodu tvoří emoční složka (pozitivní/negativní hodnocení vlastního života a štěstí, jeho prožitková stránka) a kognitivní složka (vědomé hodnocení vlastního života). Přičemž kognitivní složka je tvořena celkovou životní spokojeností, spokojeností v subjektivně významných oblastech života a sebehodnocením. Tento koncept přistupuje k jednotlivým komponentám samostatně, přičemž každá významně koreluje s osobní pohodou. Diener (2010) tuto tezi doplňuje výzkumem, kdy vytvořil 12 okruhů na posouzení pozitivních a negativních pocitů, mezi kterými hledá rozdíly a vytváří sumy výsledných pocitů, výstupem je posouzení „vzkvétání“, které vysoce signifikantně koreluje s osobní pohodou. Nazývá ho „Flourishing Scale“ a jedná se o stručný sumář osobně vnímaných úspěchů, jako jsou vztahy, sebeúcta, účelové chování, optimismus, aj. Tento inventář zatím nemá český překlad.

Dalším zajímavý model konceptu osobní pohody vytvořila Ryffova (2008). Její pojetí vychází z humanisticko- psychologické teorie a pracuje na rozdíl od předchozích autorů (Subjective well-being) s pojmem psychologická osobní pohoda (Psychological well-being). Předkládá novou práci, ve které reviduje svůj původní model, který obsahoval šest rovin: sebedůvěra, pozitivní vztahy, kontrola prostředí, autonomie, smysl života, osobní růst. A zavádí pojem „Eudaimonia“, kterým chce změnit strukturu well-being. Svůj krok vysvětluje tím, že v původní koncepci vyšla z nepřesného překladu Aristotelovy – Etiky Nikomachovy. Eudaimonia tam představuje nejvyšší, ze všech věcí dosažitelných lidskou činností, tento termín byl přeložen jako „happiniss“ štěstí. Ryffova (2008) žádá revizi překladu v kontextu, a to v naději na přesnější zaměření a vysvětlení otázky významu pozitivního lidského fungování, ukázání různých forem osobní pohody. Autorka má vizi nových modelů well-being. „Eudaimonická osobní pohoda“ je nová dimenze osobní pohody, autorka ji skládá jako rozdíl mezi spokojeností (uspokojení práva na spokojenost – Arist.) a požitkářstvím (nesprávné touhy – Arist.). Závěrem své práce vytváří novou myšlenku rovnováhy mezi koncepčními vodítky a empirickou realitou, chce lépe pochopit význam blahobytu ve spojení s osobní pohodou, nahlédnout hlouběji, klade si otázku: jak přispívá blahobyt k prosperujícímu životu? Ryffové (2008) koncepce zavádí nově otázku funkce blahobytu v životě jedince, její pojetí se dostává na pomezí filosofických diskuzí a

je vidět posun z dimenze „seberealizace“ jako cíle, v hledání konečného cíle lidského snažení, kterou by mohla být Eudaimonická osobní pohoda. Ve výzkumné části aplikuje nově teze a například se ptá se: Co je příliš málo a co je příliš mnoho životního smyslu? Hledá již zmíněnou rovnováhu i v jednotlivých dimenzích psychologické osobní pohody.

V další práci opouštím nadějnou koncepci Eudaimonické osobní pohody a věnuji se kategorii Subjektivní osobní pohody, konkrétně životní spokojenosti.

### **2.3. Životní spokojenost a některé její dimenze**

Kognitivní aspekty subjektivní osobní pohody představují globální hodnocení vlastního života jako celku a označují se jako globální životní spokojenost. Spokojenost s vlastním životem souvisí s dílčími oblastmi života člověka jako např. rodina, vzdělání, zaměstnání. Spokojenost v těchto jednotlivých oblastech je zřejmě ovlivněna jak některými společnými, tak i specifickými faktory. Hnilica (2004) mezi společné faktory řadí např. faktory osobnostní -extraverzi a optimismus. Mezi faktory specifické pro každou oblast řadí např. stres.

#### **2.3.1. Pracovní spokojenost**

Pro oblast pracovní spokojenosti vycházím z koncepce stresu, tedy pracovního stresu. V tomto modelu jsou „negativní důsledky psychické náročnosti práce moderovány mírou kontroly, jíž jedinec disponuje“ (Karasek, 1979; In Hnilica, 2004). K psychicky náročné práci patří zejména rychlé pracovní tempo, mnoho úkolů, duševně náročná práce, málo času. Kontrolou má autor na mysli:

- možnost rozhodovat o tempu a postupech práce, o pořadí úkolů – hovoříme o pracovní autonomii
- varietu dovedností a schopností, které jedinec ve své práci uplatní, osobní rozvoj, kreativita, uplatnění kvalifikace.

Pokud je povolání charakterizováno vysokou psychickou náročností a nízkou mírou kontroly, bude pro jedince spojeno s vysokou mírou stresu. Je to dáno malou možností kontrolovat zdroje stresu. Pokud vyjdeme ze Selyeho pojetí stresu, povedou tyto vysoké

psychické nároky ke zvýšené hladině fyziologického vybuzení, které je provázeno vyloučením vyšší míry adrenalinu a zrychlením srdečního tepu. Jestliže jedinec nemůže tuto fyziologickou reakci vhodným způsobem odreagovat nebo převést do adaptivní reakce – v důsledku malé možnosti kontrolovat zdroj stresu a přetrvává-li tento tlak po delší dobu, mění se původně léčivá funkce katecholaminů, stávají se pro organismus autotoxickými a oslabují ho (Baštecká, 2009).

Pokud je povolání charakterizováno kombinací vysoké psychické náročnosti a vysoké míry kontroly, stává se pro jedince spíše výzvou či příležitostí k růstu.

Z výše uvedeného lze očekávat, že spokojenost s prací je kladně ovlivněna mírou kontroly, jíž jedinec disponuje a záporně psychickou náročností práce. Spokojenost s prací signifikantně zvyšuje celkovou spokojenost se životem. Tyto předpoklady se však potvrdily jen z části, jak dokládá Hnilicův výzkum (2004). A to ve smyslu, že autonomie a psychická zátěž jsou signifikantními prediktory pracovní spokojenosti, jejich interakce však na pracovní spokojenost nemá signifikantní vliv. Dále pracovní spokojenost nemá přímý vliv na spokojenost se životem, její vliv je asociován dimenzí pracovní kontroly.

### **2.3.2. Sociální opora**

V této stati se pokusím přiblížit problematiku sociální opory a její vlivy nejen na psychické a somatické zdraví člověka, ale taktéž na životní spokojenost. Mezi základní pojmy této problematiky patří „anticipovaná sociální opora“, reflektuje obecná očekávání jedince, je založena kognitivně, jako percepce toho, že je jedinec podporován ostatními, bez ohledu na pravdivost této percepce (Šolcová, Kebza, 2003, s. 220). Jedná se v podstatě o pocit dostupnosti pomoci od ostatních. „Získaná sociální opora“ je již kategorie behaviorální nebo též objektivní, představuje faktickou pomoc, jíž se jedinci skutečně dostalo, je založena na konkrétní zkušenosti. Sociální sítě a vztahy k druhým jsou nejčastěji chápány jako protektivní faktory životní spokojenosti i zdraví, jak dokládá Křivohlavý (2009). Jedná se o to, že snižují pravděpodobnost, že prožívaný stres povede k horšímu zdraví. Mezi významné charakteristiky sociální sítě patří kvantita a frekvence vztahů. Kvantitou se rozumí velikost sociální sítě, je to množství vztahů, které jedinec vytvořil s ostatními. Frekvence sociálních vztahů je četnost kontaktů. Mezi funkce sociální opory patří získání

informací a emoční podpora. V mladším věku je důraz na získávání informací, s narůstajícím věkem nabývá na významu emoční podpora.

Tišanská a Kožený (2004) se zabývali výzkumem vztahu mezi životní spokojeností a sociální oporou. Předpokládali, že anticipovaná sociální opora bude mediátorem mezi osobností a životní spokojeností, což se také potvrdilo. Jejich výzkum mimo jiné potvrdil, že proměnné typu příjem, vzdělání, pohlaví, věk hrají zanedbatelnou roli při zjišťování míry subjektivní spokojenosti (ve srovnání s osobnostními rysy). Vztahy k sociodemografickým proměnným a sociální opoře byl zkoumán Šolcovou a Kebzou (2003). Tento výzkum prokázal vliv povolání na anticipovanou sociální oporu – nejlépe na tom jsou v tomto ohledu vysokoškolští odborníci a osoby vykonávající nemanuální povolání (administr. pracovníci). Omezující nemoc či fyzický handicap se u anticipované sociální opory uplatnil negativně. U získané sociální opory bylo prediktorem pohlaví – ženy dosahovaly vyšších hodnot.

### **2.3.3. Manželská spokojenost**

V tomto textu vycházím z funkčních manželství, přičemž jejich funkčnost je chápána jako schopnost adekvátně plnit vývojové úkoly a to z hlediska jak celku, tak jedinců. Modely rodinného fungování představuje Sobotková (2007). Ve své práci popisuje „procesuální model rodinného fungování“ (Sobotková, 2007, s. 66), přičemž kvalitní komunikace (včetně afektivní exprese) je významným předpokladem fungování rodiny. Autorka klade důraz na emoční prožívání. Kratochvíl (2000) zjišťuje, že funkční manželství ovlivňují tzv. rodinné zdroje, mezi které řadí vzájemnou náklonnost mezi členy rodin, komunikaci, partnerskou náklonnost, sexualitu. Manželskou spokojenost lze chápat jako výsledek emocionálně – kognitivního bilancování. Plaňava (2003) uvádí, že na manželské spokojenosti se výrazně nepodílí osobní a sociodemografické charakteristiky, ale spíše interpersonální charakteristiky vztahu (např. citová náklonnost, zájem, sexuální spokojenost). Stejný autor provedl výzkum dílčích oblastí manželského soužití k celkové manželské spokojenosti a zjistil, nejtěsnější souvislost u projevování citové náklonnosti a spokojenosti se sexem. Dále zjistil, že se spokojeností nespojuje množství společně stráveného volného času, což v diskuzi vysvětluje posílením vzájemné autonomie. Vliv

pohlaví na spokojenost v manželství odpovídá současnému trendu – spokojenost mužů je statisticky významně vyšší než spokojenost žen (spokojenost žen ve sféře spokojenosti se sexuálním soužitím, jako jediná kategorie spokojenosti převyšuje muže).

## 2.4. Hodnotová orientace a životní spokojenost

Hodnoty jsou jedním z faktorů, které ovlivňují životní spokojenost, ale také subjektivní zdraví (Hnilica, et al., 2006b). Pokud vyjdeme z pojetí, že hodnoty jsou „vlastnosti, které jedinec přisuzuje určitým objektům, situacím, událostem nebo činnostem ve spojitosti s uspokojováním jeho potřeb a zájmů, přičemž tvorba hodnot je postupný proces a diferencují se socializací“ (Hartl, Hartlová, 2000). Žijeme v době úzce spjatou s tržní ekonomikou, ta vyžaduje, aby lidé spatřovali v penězích a majetku důležité životní hodnoty. Musí uvěřit, že peníze a majetek jsou podmínkou k dosažení štěstí, jedinec očekává, že ho zbaví pocitů osobní nedostatečnosti, přinesou mu vliv a úctu, zajistí bezpečí a komfort. V této souvislosti proto hovoříme o individualismu a individualistických hodnotách. Ta základní je, že bohatství a úspěch jsou důležitější než svoboda a autentický život. Překvapivý důsledek je víra v souvislost mezi penězi a štěstím, právě tato víra má negativní vliv na životní spokojenost. Podle Hnilici (2006b) je materialismus (zvláštní případ individualistické hodnotové orientace) hodnotovou orientací, která klade důraz na získávání a vlastnění materiálních statků coby forem chování nutných k dosažení cílových stavů. Literatura popisuje tři dimenze materialismu:

- ústřednost: na vrcholu pomyslné hodnotové pyramidě stojí vlastnění, na úkor svobody a vztahů
- štěstí: jeho dosažení je podmíněno pouze vlastněním, přičemž dosažení cíle je důvodem ke zvýšení aspirace.
- úspěch: posuzovacím kritériem je vlastnění (jak u sebe, tak u druhých), je to forma sociálního srovnávání, přičemž mají tendenci se vždy srovnávat směrem nahoru

Materialisté kladou nejsilnější akcent na individualistické hodnoty typu moc a úspěch, takto orientovaní jedinci nehodnotí svoji materiální situaci zpravidla příliš příznivě. Je tomu tak proto, že každé zlepšení situace znamená zvýšení aspirace, dá se tedy očekávat, že čím bude jedinec nespokojenější, tím více bude materialisticky laděn.

Materialismus chápu jako synonymum nespokojenosti se životem, než jeho příčinou. Individualismus je širší pojem a mimo jiné zahrnuje kategorie sebeurčení, stimulace, tedy potencionálně by lépe hmotně zajištění jedinci aspirovali k individualismu a materialismus by přestal být tak důležitou hodnotou. Za zmínku stojí, že opakem individualismu je kolektivismus, ten je definován hodnotami jako bezpečí, tradice, konformita, benevolence a universalismus. V této souvislosti lze na tento hodnotový systém nahlížet také jako na sociokulturní zakotvení, které se projevuje jak ve struktuře, tak i v dynamice životní spokojenosti

## **2.5. Sebehodnocení**

Jak již bylo uvedeno, subjektivní osobní pohoda je tvořena kognitivními a emočními faktory. Kognitivní aspekty představují globální hodnocení vlastního života jako celku. Spokojenost s vlastním životem souvisí s dílčími oblastmi života člověka, jako např. rodina, přátelé, vzdělání. Mezi emoční aspekty osobní pohody patří krátkodobé i dlouhodobě prožívané příjemné a nepříjemné nálady, emoce a afekty. Emoční složka je považovaná za vyjádření stabilnějších emočních dispozic, které jsou podkladem pro temperamentové rysy osobnosti. Emoční a kognitivní složky spolu těsně souvisí, neboť úroveň prožívaných emocí má vliv na hodnocení vlastního života. Sebehodnocení tvoří podstatnou složku životní spokojenosti a je to pozitivní hodnota vlastní osoby. Souvislost životní spokojenosti se sebehodnocením je patrná hlavně pro individualistickou kulturu, která klade důraz na vlastní autonomii, sebeřízení, sebeprosazování a vysokou tendenci k dosahování úspěchů. Z výzkumů je patrné, že osobnostní faktory jsou nejčastějšími proměnnými, které jsou spojovány se sebehodnocením. Životní spokojenost je nejčastěji spojena s vysokým sebehodnocením, přičemž věk ani pohlaví nejsou determinujícími faktory (Blatný, 2001). Sebehodnocení je také do jisté míry utvářeno sociálním srovnáváním s druhými, jáskou zkušeností, orientací na sebe a vlastní výkon. Smékal (2009) uvádí, že sebehodnocení je jádrem jáství a ústřední sebecharakteristikou je sebeúcta. Sebeúcta je budována na uvědomování si toho, jak se nám daří dosahovat cílů (internalistický typ sebeúcty) nebo uvědomování si toho, jakou máme osobní hodnotu (externalistický typ sebeúcty). Sebehodnocení zvyšují pozitivní výsledky jedincova jednání, soulad mezi cílem a jeho dosažením, nebo dokonce překonáním, ale také snižování nároků a očekávání. Tedy to, co bude zvyšovat jedincovo kladné sebehodnocení

bude také vědomí toho, jakou má prestiž, autoritu, bude to pravděpodobně člověk tíhnoucí ke kariéře, bude zaměřen na výsledky, nebo to bude člověk, který je schopen omezovat a redukovat své potřeby, touhy a přání na nezbytné minimum.

## **2.6. Vliv životních událostí na životní spokojenost**

Životní události patří mezi společné faktory ovlivňující životní spokojenost. Životními událostmi máme na mysli ty, které vyžadují změnu v dosavadní struktuře života jedince, např. úmrtí životního partnera, rozvod, propuštění ze zaměstnání, soudní pře, atp. Pokud vyjdeme ze Selyeho pojetí stresu, bude po poplachové reakci na stres, která je charakteristická šokem, na který organismus odpovídá sníženou rezistencí, následovat udržení, adaptace organismu, při které se organismus vyčerpává bojem se stresorem a stává se zranitelnějším. Zajímavou otázkou je, zda na životní spokojenost má vliv druh životní události nebo to kolik životních událostí jedince potká? Hnilica (2004) se zabýval tímto typem výzkumu a zjistil, že životní spokojenost je ovlivněna životními změnami, které jedince potkaly v posledních šesti měsících, tento vliv vykazuje celkový součet vážených skóre životních událostí, nikoliv jejich prostý součet. Což znamená, že to jakou subjektivní závažnost jedinec přisoudí dané životní události bude hrát důležitější roli při posuzování celkové životní spokojenosti než celkový počet těchto událostí. K mnoha životním událostem přispívá osobnost a životní styl. Za nejpodstatnější a nejzávažnější životní událost se považuje ztráta partnera, dále mezi významné životní události patří ty, které se odehrávají v rodině a v důležitých životních sférách. Pokud dojde k nahromadění takových životních událostí, které jedinec ohodnotí, jako závažné, dostává se do takové zátěže, při které se organismus a psychický stav jedince dostává na samou hranici svých rezerv. V tomto stavu je ohrožen rozvojem psychické poruchy, psychosomatického onemocnění nebo autoimunitním nebo nádorovým onemocněním.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3. Formulace výzkumného problému

Otázky zdraví se od 20. stol. radikálně mění. Jedná se o to, že se změnila struktura nemocí, které končí smrtí. V pozadí zhoršeného zdravotního stavu jsou tzv. civilizační choroby, na které je nahlíženo jako na rizikové formy chování a životního stylu. Právě tyto změny vedly ke vzniku poměrně nové psychologické disciplíny, kterou je psychologie zdraví. Obecně lze říci, že se zabývá faktory, které pomáhají udržovat, případně zlepšovat zdraví. Jak koncept subjektivního zdraví, tak celková životní spokojenost spadají do této disciplíny. V teoretické části jsem se pokusila o ucelený pohled a objasnění obou pojmů, přičemž jsem vycházela z platných výzkumů. Ověření platnosti některých výzkumů je předmětem empirické části této práce.

Obecným cílem je nalezení korelačních souvislostí mezi proměnnými typu subjektivní zdraví a globální životní spokojenost. Konkrétně se budu ptát na tyto pracovní otázky:

Existuje závislost mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností? Subjektivní zdraví definuji jako sebezposouzené zdraví, takové které jedinec momentálně pocítuje. Životní spokojeností mám na mysli globální (celkovou) životní spokojenost, která je výsledkem momentálního kognitivního zhodnocení.

Předpokládám, že obě proměnné netvoří izolované jednotky, ale jsou ve vztahu s dalšími proměnnými. Tedy na tento obecný cíl budou navazovat parciální cíle. Jelikož nemohu postihnout všechny faktory ovlivňující subjektivní zdraví a globální životní spokojenost, budu odpovídat na další navazující pracovní otázky:

Existuje závislost mezi subjektivním zdravím a demografickými proměnnými?

Existuje závislost mezi subjektivním zdravím a socioekonomickým statusem?

Existuje závislost mezi subjektivním zdravím a životním stylem?

Existuje závislost mezi globální životní spokojeností a dimenzemi životní spokojenosti?

Na základě těchto pracovních otázek budu formulovat hypotézy, které budu prověřovat. Výsledky hypotéz porovnáám s předchozími výzkumy a prodiskutuji případně shody a rozdíly.



### **3.1. Stanovení výzkumných cílů**

#### **Teoretická část:**

Výzkum nelze realizovat bez dobrého pochopení jednotlivých zkoumaných pojmů a bez orientace v problému.

Cíle teoretické části práce lze formulovat takto:

- Nalezení, shromáždění a porovnání dostupných informací týkajících se subjektivně posouzeného zdraví a životní spokojenosti
- Vytvoření uceleného přehledu soudobých přístupů a koncepcí, se zaměřením na analýzu některých ovlivňujících faktorů
- Výběr nástrojů pro měření subjektivního zdraví, životní spokojenosti a vybraných faktorů

#### **Empirická část:**

Cílem empirické části je zjištění korelačních závislostí. Konceptuální rámec a metodologický přístup vychází ze zjištění části teoretické.

Dominantní cíl:

Hlavním cílem výzkumu je prokázat existenci statisticky významné závislosti mezi subjektivním zdravím a globální životní spokojeností.

Parciální cíle:

- Prozkoumat vztah pohlaví ke konceptu subjektivní zdraví, tak ke globální životní spokojenosti a psychosomatickým steskům.
- Prokázat závislost mezi subjektivně hodnoceným zdravím a socioekonomickým statusem.
- Ověřit existenci závislosti mezi věkem a subjektivním zdravím.
- Zjistit vztah mezi subjektivně hodnoceným životním stylem a subjektivním zdravím.
- Nalézt profil dimenzí životní spokojenosti, která nejvýrazněji ovlivňuje globální životní spokojenost.

### 3.2. Stanovení hypotéz

Pro empirický výzkum zpracovaný dotazníkovým šetřením jsou v souladu s cíli výzkumu stanoveny následující hypotézy:

**H1:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně přispívá ke globální životní spokojenosti.

**H2:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle pohlaví.

**H2a:** Muži vykazují statisticky významně vyšší skóre v globální životní spokojenosti než ženy.

**H2b:** Ženy vykazují statisticky významně vyšší skóre somatických stesků než muži.

**H3:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně liší podle socioekonomického statusu.

**H4:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně liší podle věku.

**H5:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně souvisí se subjektivně hodnoceným životním stylem.

**H6:** Ke globální životní spokojenosti statisticky významně přispívá dimenze pracovní spokojenost.

## 4. Aplikovaná metodika

### 4.1. Popis výzkumu

- **Téma výzkumné práce** zní: Subjektivní zdraví jako významný prediktor životní spokojenosti.
- **Typ výzkumu**

Pro výchozí rozhodování o typu výzkumu jsem nejprve provedla klasifikaci proměnných. Tyto jsem dle typu seřadila do skupin na organismické ( pohlaví, vzdělání, věk) a odpověďové (subjektivní zdraví, životní spokojenost, zdravotní stesky, životní styl).

Dále jsem zkoumala všechny vzorce vztahů, které při výzkumu nastanou mezi proměnnými. Budu tedy zkoumat vztah mezi organismickými (nezávislými) a odpověďovými (závislými). Dále vztahy pouze mezi odpověďovými proměnnými. Na základě těchto vztahů mezi proměnnými jsem zvolila korelační studii.

- **Metoda získávání dat**

Primárním záměrem je získat data o pocitech dotazovaných. Jedná se o to, aby stejnou sadu otázek obdržel co největší počet lidí. Přičemž jako forma předání byl zvolen internetový portál. Pro tento druh média je nejvhodnější dotazník.

- **Metodologický přístup**

Rozhodování o druhu metodologického přístupu jsem podřídila těmto úvahám. Vyšla jsem z analýzy problému, tedy hledání vztahu u velkého počtu responsí, což u internetového průzkumu předpokládám. Mým záměrem bude data kvantifikovat, předmět zkoumání bude vyjádřen čísly a dále analyzován jak popisnou statistikou, tak statistickým testováním. Z těchto důvodů jsem se rozhodla pro kvantitativní výzkum.

### 4.2. Charakteristika dotazníku

Dotazník byl sestaven na základě studia odborné literatury, soudobých domácích i zahraničních výzkumů a dotazníků nejčastěji používaných pro zjišťování subjektivního zdraví a životní spokojenosti. Výsledná verze dotazníku je kombinací vlastního a standardizovaných dotazníků. Dotazník je rozdělen do pěti částí a celkem obsahuje 108 položek.

### Struktura dotazníku:

- A: Demografické proměnné
- B: Globální životní spokojenost (SWLS)  
Škála spokojenosti v oblastech života
- C: Subjektivní zdraví
- D: Životní styl
- E: Symptomatologický inventář

A) V první části dotazníku jsem zjišťovala proměnné typu: pohlaví, věk, rodinný stav, počet dětí, vzdělání, hrubý měsíční příjem. U kategorie vzdělání respondenti uváděli nejvyšší dosažený stupeň školního vzdělání. V analýzách jsem sloučila kategorie vzdělání na „základní a vyučen/a bez maturity“, další „vyučen/a s maturitou, SOŠ, Gymnázium“, poslední „VOŠ a Vysokoškolské“.

Pro analýzy týkající se věku jsem vytvořila věkové skupiny (25-34), (35-44). Pohlaví jsem kódovala, muži-, ženy-.

B) Druhá část dotazníku byla zaměřena na sběr dat týkající se životní spokojenosti. K měření životní spokojenosti jsem přistoupila ve dvou pojetích. Prvním je **globální životní spokojenost (SWLS)**, kde jsem použila Škálu spokojenosti se životem – Satisfaction With Life Scale (Pavot, Diener, 1993). Příklad položky: „Se svým životem jsem spokojen/a“. Škála se skládá z 5 položek hodnocených na sedmibodové stupnici od vůbec nesouhlasím (1) po naprosto souhlasím (7). Minimální hodnota skóru je 5, maximální 35. Vyšší skór indikuje vyšší životní spokojenost.

Druhé pojetí je zaměřeno na jednotlivé dimenze, které utvářejí životní spokojenost. Jednalo se o tyto dimenze: zaměstnání, finance, koníčky/volný čas, rodinné/partnerské vztahy, sexualita, vztah k vlastní osobě, sociální opora a bydlení. Každé oblasti odpovídá pět položek, na něž respondent odpovídá pomocí sedmibodové stupnice od (1) velmi nespokojen až po (7) velmi spokojen. Vyšší skór opět indikuje vyšší životní spokojenost. V analýze se hodnotily odpovědi za každou dimenzi zvlášť. Při tvorbě této části jsem vyšla z Dotazníku životní spokojenosti (Fahrenberg, et al., 1986, v překladu Rodná, Rodný, 2001).

C) Třetí část dotazníku obsahovala otázky týkající zdraví. **Subjektivní zdraví** zjišťovaly tři položky. První z nich zněla „Svůj zdravotní stav hodnotím jako“? Stupnice byla od (1) špatný po (5) vynikající. Minimální hodnota skóru je 3, maximální 15.

D) **Životní styl** byl v dotazníku postaven tak, aby zahrnoval položky zaměřené na subjektivní hodnocení zdraví podporujícího/rizikového chování. Jednalo se o položky: kouření, konzumace alkoholu za poslední týden, dále jsem zjišťovala subjektivně posouzenou pravidelnou pohybovou aktivitu za týden a stravovací návyky, kde bylo respondentům vysvětleno, co obnáší tato kategorie. V jednotlivých položkách získává proband skór na základě toho, jak je frekvence daného chování zdraví podporující či zdraví ohrožující. V otázce konzumace alkoholu je nejvyšší skór, tedy větší vhodnost pro zdraví, spojen s mírnou konzumací alkoholu, naopak abstinence je spojena s nižším skórováním a tedy menší vhodností pro zdraví. Celkový skór zdraví podporujícího chování získáme součtem bodů jednotlivých otázek. Nižší skór naznačuje zdraví ohrožující chování, čím je skór vyšší, tím více se jedinec o své zdraví stará. Minimální hodnota skóru je 2, maximální 20.

E) Poslední měřenou kategorií byly celkové somatické stesky, měřené dle „Symptomatologického inventáře“ – autorů E. Kaisalke, S.Mobius, Ch.Shelze z roku 1977, tuzemskou modifikaci převedl Jirák, Vašina, Bužga (2005). Tento dotazník zachycuje frekvenci různých zdravotních stesků. Jeho obsahem je 50 otázek. Hodnocení dotazníku probíhá pomocí škály, kde (1) velmi často, (5) nikdy. Minimální hodnota skóru je 50, maximální 250.

Na závěr chci uvést, že se jednalo o internetový sběr dat, dotazník byl přístupný pouze na internetu. V úvodu bylo potenciálnímu respondentovi vysvětleno, o co se jedná, k jakým účelům budou data sloužit, kdo je sbírá, dále byla připojena informace o anonymitě, která byla dovysvětlena, jakým způsobem jsou data sbírána (forma hrubých skórů a kódovaných odpovědí generovaných v excelovské tabulce bez IP adres). Následovalo poděkování s vysvětlením, že po zpracování budou hrubá data tvořit pouze přílohu této bakalářské diplomové práce.

Dotazník je součástí přílohy č. 3 (pouze tištěná verze obsahuje plně znění dotazníku).

### **4.3. Metodologická skepse**

Na tomto místě bych ráda zmínila limity výzkumu. Kvantitativní výzkum realizovaný formou dotazníkového šetření je schopen relativně snadno nashromáždit velké množství informací. Cenou za tuto efektivitu při sběru dat je silná standardizace, která vede ke značným redukci informací. Respondentovi nejsou nabídnuty možnosti plně popsat své názory a pocity, je nucen k tomu, aby si vybral z nabídnutých možností (Disman, 2002).

Jako slabé místo dotazníku považuji část, ve které respondent odpovídá na otázky spojené s pracovní spokojeností. V případech, kdy odpovídali respondenti, kteří jsou již ve starobním důchodu, matky na mateřské dovolené, nezaměstnaní nebo studující musíme předpokládat, že dojde ke zkreslení odpovědi. V tomto bodě je nutno počítat se značným snížením validity odpovědi. Tento fakt je dále diskutován.

### **4.4. Metody zpracování a analýzy dat**

Výzkum byl pojat jako internetový výzkum. Dotazník byl distribuován prostřednictvím internetové služby „Vyplňto“, která se specializuje na tento typ výzkumů. V rámci předplacené služby zajišťuje přednostní zavěšení dotazníku, dále vyhledávání dle klíčových slov – zdraví, spokojenost. Sběr dat probíhal od října 2011 do února 2012. Data byla anonymně generována formou hrubých skóru do tabulek nebo odpovědí.

Následně byla data kódovaná a zanesena do databáze. Analýza dat proběhla v programu: Matematický software R.

Provedena byla základní popisná statistika (aritmetický průměr, medián, modus, směrodatná odchylka).

Hypotézy byly testovány pomocí metody ANOVA (Analysis of Variance, analýza rozptylu), Mann-Whitneyův U-test, chí kvadrát test – jeho modifikace Levenův test (dle Brown-Forsythe) a Kruskal-Wallisův test.

## 5. Charakteristika zkoumaného souboru

### Základní soubor

Jak již bylo uvedeno, jednalo se o internetový sběr dat. Co se dá říci o internetové populaci v České republice? Společnost NetMonitor (2012), která se zabývá poskytováním informací o návštěvnosti internetu a sociodemografickém profilu jeho návštěvníků v České republice uvádí tyto skutečnosti: návštěvnost internetu v únoru 2012 byla 6,21 mil., z dlouhodobého hlediska, konkrétně od října 2011 neklesla pod 6 mil. návštěv za měsíc. On-line populaci tvoří 52,14% mužů a 47,86% žen, přičemž dle věkového rozmezí situace vypadá takto:

- 25-34 let 22 %
- 35-44 let 21,32 %
- 45-54 let 16,11 %
- 55 a více 4,3 %

Podle vzdělání:

- dokonč. základní 17,29 %
- vyučen bez mat. 25,2 %
- středoškolské 39,8 %
- vysokoškolské 18,57 %

Typický návštěvní internetu je muž, středoškolsky vzdělaný, ve věku od 25 do 34 let.

### Výběrový soubor a proces výběru

Proces výběru ze základního souboru probíhal následovně: celkový počet responsí byl 284. Přičemž z toho bylo 206 žen – 73% a 78 mužů – 27%.

Situace podle věkových rozmezí:

- |             |        |                |
|-------------|--------|----------------|
| • do 25 let | 25,0 % | 71 respondentů |
| • 25-34 let | 30,3 % | 86 respondentů |
| • 35-44 let | 27,5 % | 78 respondentů |
| • 45-54 let | 9,5 %  | 27 respondentů |

- 55-64 let                      6,0 %                      17 respondentů
- nad 64 let                      1,8 %                      5 respondentů

Podle vzdělání:

- základní                              5,99 %      (17 responsí)
- vyučen bez matur.                      4,58 %      (13 responsí)
- středoškolské                      41,2 %      (117 responsí)  
( $\Sigma$  vyučen s matur., SOŠ, Gymnázium)
- vysokoškolské                      48,24 %      (137 responsí)  
( $\Sigma$  VOŠ, vysokoškolské)

Typický respondent, který odpověděl na dotazník byla žena, vysokoškolačka, ve věku od 25-34 let, přičemž vyplněním strávila v průměru 15 min.

Vzhledem k tomu, že se jedná o heterogenní skupinu, provedeme výběr. Za kvótové kritérium zvolíme věk a vzdělání. Věk: vybereme věkovou skupinu od 25 – 44 let (25-34, 35-44, kvóty 22 – 21 %). Naplnění těchto kvótových znaků probíhalo dle dne response, a to tak, že jsem naplnila věkovou skupinu 25-34: 63 respondentů, 35-44: 60 respondentů. Celkem z prvního výběru jsem dostala 123 respondentů. Dále jsem přešla k naplnění druhé kvóty, kterou bylo vzdělání, zde jsem již nebyla schopna dodržet kvótové kritérium, neboť první výběr pozměnil rozložení vzdělání a to tak, že nebylo možno dodržet kvótové rozložení vzdělání, dle předem nadefinovaných kvót: 17-15-40-19 %. Úvahy se ubíraly také cestou výběru jen jedné skupiny dle vzdělání, došlo by však k vysoké redukci počtu respondentů, zde by kvótový znak naplnila jen skupina vysokoškoláků a to v nižší věkové skupině.

Závěrem, lze říci, že nebylo možné dodržet pravidlo generální reprezentativnosti, proto musím konstatovat, že se nejedná o reprezentativní výběr.



## Charakteristika výběrového souboru

Výběrový soubor tvoří vzorek internetové veřejnosti ve věku od 25 do 44 let, v celkovém počtu 123 respondentů. Z tohoto množství je to 40 mužů (32,5 %) a 83 žen (67,5 %). Dle vzdělání vypadá situace takto:

- základní 2,4 % 3 respondenti
- vyučen bez matur. 5,8 % 7 respondentů
- středoškolské 33,8 % 42 respondentů
- vysokoškolské 58 % 71 respondentů

## 6. Popis výsledků

### 6.1. Popisná statistika demografických charakteristik

Nyní se věnuji demografickým charakteristikám, které vnímám jako predeterminanty subjektivního hodnocení nejen zdraví, ale také životní spokojenosti.

#### Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů - četnosti

Pohlaví respondentů		
Pohlaví	absolutní četnosti	relativní četnosti
ženy	83	67,5%
muži	40	32,5%
	n = 123	

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Respondenty dotazníkového internetového šetření jsou z 67,5 % ženy a z 32,5 % muži.

## Věk respondentů:

Tabulka č. 2: Věk respondentů - základní číselné charakteristiky

<b>Charakteristiky polohy</b>	
minimum	25,00
dolní kvartil	28,00
medián	34,00
průměr	33,77
horní kvartil	39,00
maximum	44,00
<b>Charakteristiky variability</b>	
rozptyl	34,97
směrodatná odchylka	5,91
variační koeficient	0,175

Věk respondentů byl operacionalizován na věkovou skupinu 25 – 44 let, přičemž v rámci výzkumu tuto skupinu dělím na dvě podskupiny: 25-34 let (n=63) a 35-44 let (n=60).

Graf č. 2: Věk respondentů



### Vzdělání respondentů

Mezi respondenty byli nejvíce zastoupeni absolventi vysokých škol (51,23 %, n= 63), druhou největší skupinu tvořili absolventi středních odborných škol (24,39 %, n=30), podobnou četnost dosáhli absolventi vyšších odborných škol ( 6,5 %, n=8) s absolventy gymnázia (6,5 %, n= 8), dále vyučení bez maturity (5,69 %, n=7), vyučení s maturitou (3,25 %, n= 4) a poslední skupinu tvořili absolventi základních škol (2,44 %, n=3).

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů - četnosti

Vzdělání respondentů		
Úroveň vzdělání	%	počet
vysoká škola	51,23	63
střední odborná škola	24,39	30
vyšší odborná škola	6,50	8
gymnázium	6,50	8
vyučení bez maturity	5,69	7
vyučení s maturitou	3,25	4
základní škola	2,44	3
Celkem		n = 123

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů – základní číselné charakteristiky

Charakteristiky polohy	
minimum	Zákl.vz.-0
dolní kvartil	SOŠ - 3
medián	VŠ - 6
průměr	VOŠ - 4,567
horní kvartil	VOŠ - 4,567
maximum	VŠ - 6
Charakteristiky variability	
rozptyl	2,921
směrodatná odchylka	1,709
variační koeficient	0,374

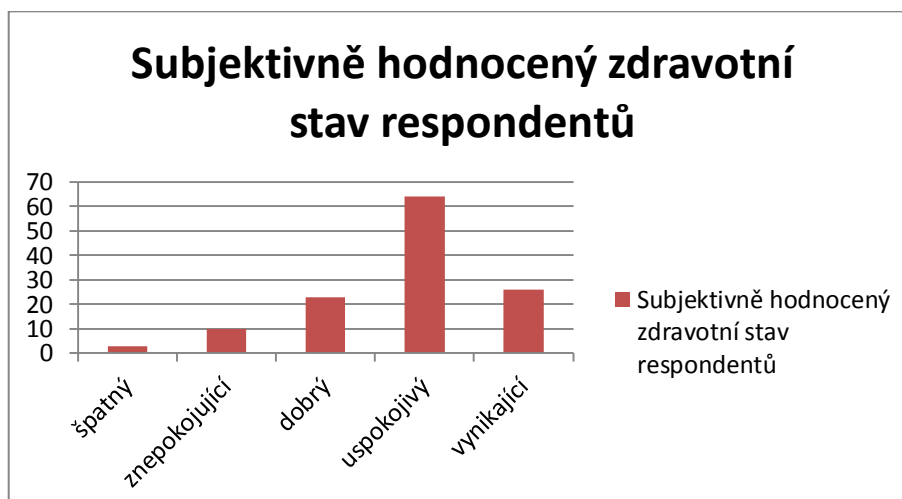
Graf č. 3: Vzdělání respondentů



## 6.2. Vliv subjektivně posouzeného zdraví na životní spokojenost (H1)

Subjektivní hodnocení zdraví u všech respondentů ukazuje, že naprostá většina považuje své zdraví za uspokojivé (50,4%, n = 62), podobně na tom jsou kategorie vynikající (20,3%, n = 25) a dobrý (18,7 %, n = 23), jako znepokojující (8,1 %, n = 10) a špatný (2,3 %, n = 3) vidí svůj stav.

Graf č. 4: Celkové četnosti odpovědí u subjektivně vnímaného zdraví



**H1** Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně přispívá ke globální životní spokojenosti.

V této části budu sledovat vliv subjektivně posouzeného zdraví na globální (celkovou) životní spokojenost.

Budu testovat nulovou hypotézu:  $H_0$ : (Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně nepřispívá ke globální životní spokojenosti) s alternativní hypotézou H1.

Nejprve se přesvědčím o vztahu těchto veličin pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, který vychází  $r = 0,5177756$ , což je statisticky významná korelace (kritická hodnota na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  je  $0,2565$ ).

Dále jsem hledala lineární model, který vysvětluje vztah těchto veličin: pro kritickou hodnotu  $p = 1,249e-12$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  je  $p < \alpha$ , tedy zamítám  $H_0$ , což znamená, že mezi veličinami je statisticky významný vztah:

$$\text{spokojenost} = 10,7445 + 1,2688 * \text{zdraví}$$

Tabulka č. 5: Výchozí koeficienty lineárního modelu subjektivní zdraví a globální životní spokojenost

	Odhad parametru	Směrodatná odchylka	t – test	p – hodnota
intercept (konstanta)	10,7445	1,8387	5,844	2,73e-8 ***
subjektivní zdraví	1,2668	0,1645	7,703	1,25e-12 ***

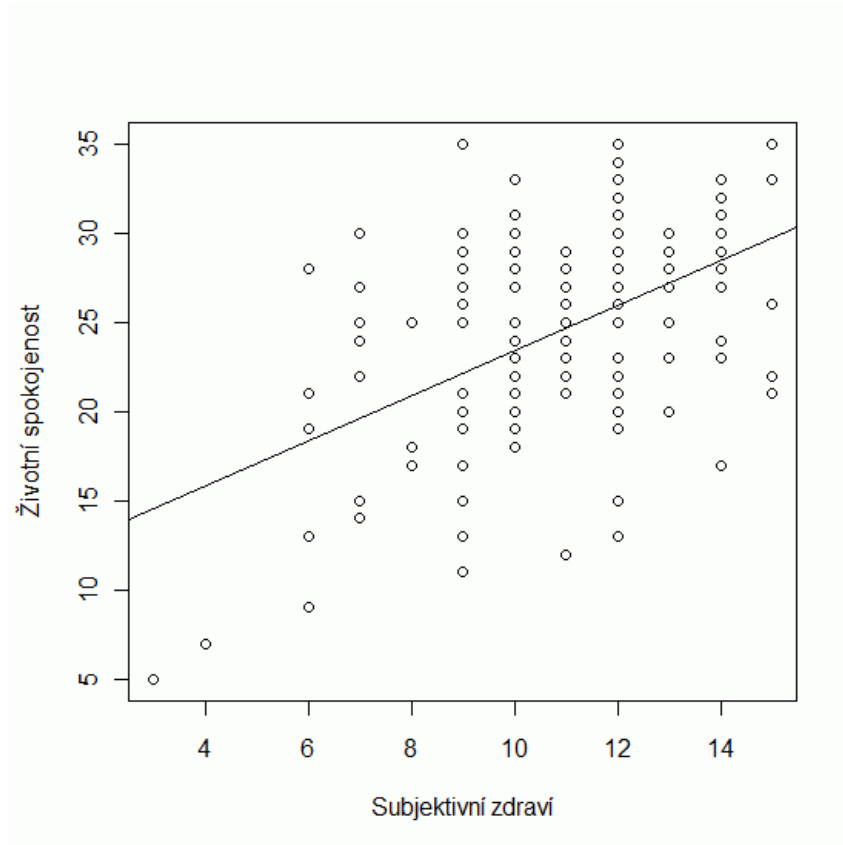
$$R^2 = 0,2681 \quad (\text{koeficient determinace})$$

$$F = 59,34 \quad (\text{Fisherův koeficient})$$

$$DF = 122 \quad (\text{počet stupňů volnosti})$$

Tento vztah ilustruje následující regresní přímka.

Graf č. 6: Lineární závislost subjektivně posouzeného zdraví a globální životní spokojenosti



Z grafu je zřejmé, že lineární model vystihuje závislost dostatečně, nemá tedy smysl hledat model vyššího řádu.

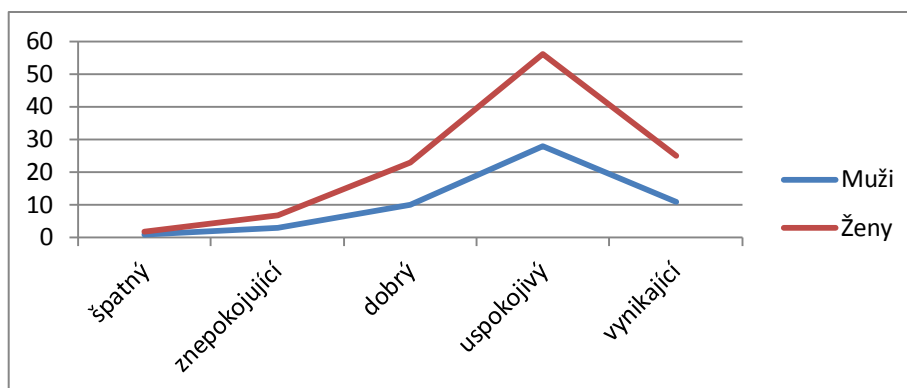
**H1 byla přijata, lze konstatovat, že subjektivní zdraví statisticky velmi významně přispívá ke globální životní spokojenosti.**

### **6.3. Vliv pohlaví na subjektivně posouzené zdraví (H2)**

**H2:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle pohlaví.

Zde mě zajímalo, zda různě hodnotí svůj zdravotní stav muži a ženy.

Graf č. 5: Četnost odpovědí subjektivně vnímaného zdraví dle pohlaví



Z tohoto grafu je patrné, že pohlaví nemělo na odpovědi významný vliv, projevilo se menší početní zastoupení mužů.

Budu testovat  $H_0$  (Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle pohlaví) s alternativní  $H_2$ .

Tabulka č. 6: Parametry závislosti mezi proměnnými subjektivní zdraví a pohlaví

Testová statistika (Whitneyův koeficient)	p – hodnota
$W = 2707,5$	0,4059

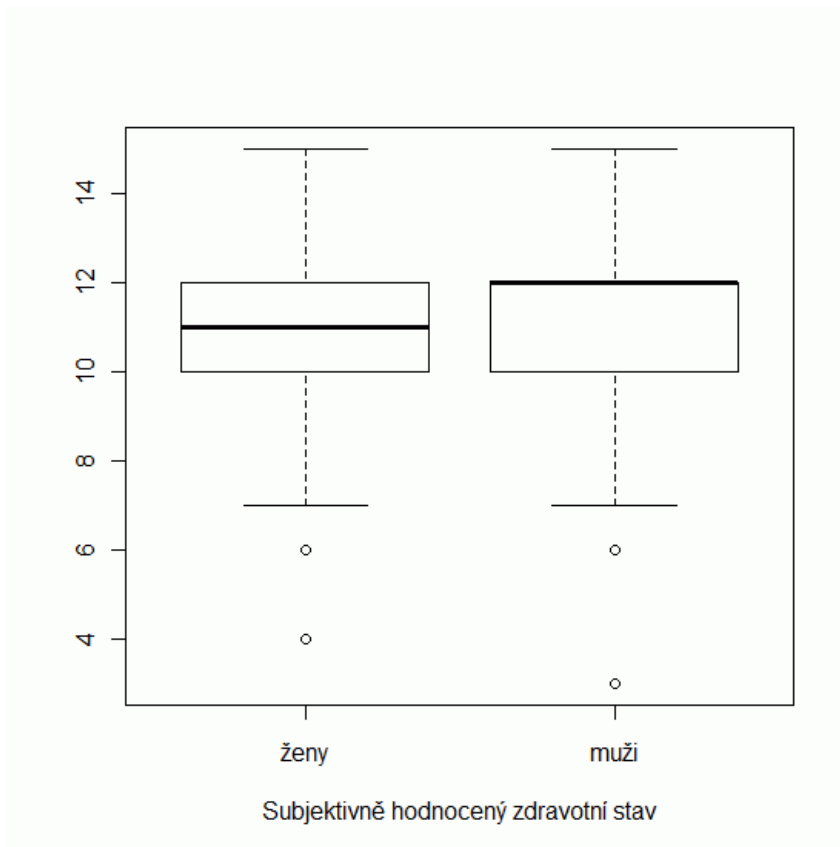
Pro porovnání jsem použila neparametrickou obdobu t-testu, Mann-Whitneyův U-test. Kritická hodnota  $p = 0,4059$  na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí, že  $p > \alpha$ , tedy nezamítáme nulovou hypotézu

**$H_2$  byla přijata, tedy muži i ženy nevykazují statisticky významný rozdíl v subjektivním hodnocení zdraví.**

Tuto závislost demonstruje také graf č. 5 a graf č. 7.



Graf č. 7: Vztah subjektivně posouzeného zdraví a pohlaví



#### 6.4. Vliv pohlaví na globální životní spokojenost (H2a)

**H2a:** Muži vykazují statisticky významně vyšší skóre v globální životní spokojenosti než ženy.

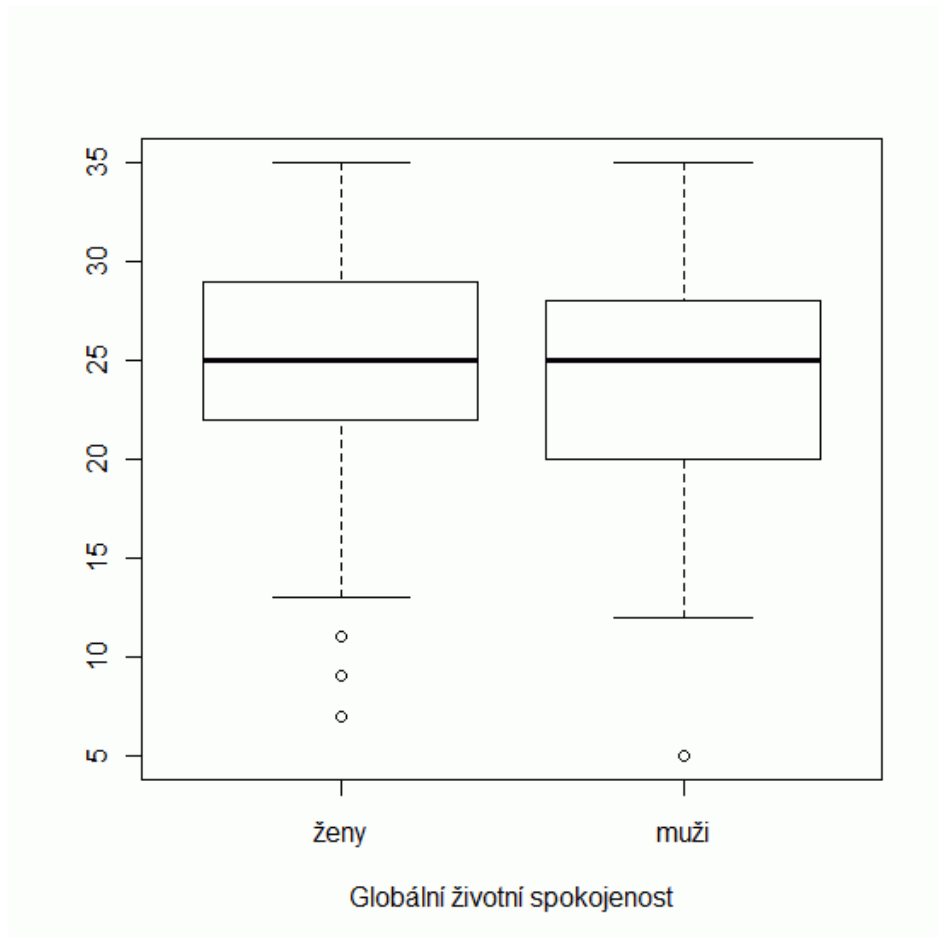
Budu testovat  $H_0$  (Muži a ženy dosahují stejného skóre v konceptu globální životní spokojenosti) s alternativní  $H_{2a}$ .

Pro porovnání použiji neparametrickou obdobu t-testu, Mann-Whitneyův U-test. Kritická hodnota  $p = 0,1765$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí, že  $p > 0,05$ , proto nezamítáme nulovou hypotézu.

Tabulka č. 7: Parametry mezi proměnnými globální životní spokojenost a pohlaví

Testová statistika (Whitneyův koeficient)	p hodnota
W = 3325,5	0,1765

Graf č. 8: Vliv pohlaví na globální životní spokojenost



**H2a** nebyla přijata, platí tedy, že muži nevykazují vyšší skór při hodnocení své globální životní spokojenosti.

### 6.5. Vliv pohlaví na množství somatických stesků (H2b)

**H2b:** Ženy vykazují statisticky významně vyšší skór somatických stesků než muži.

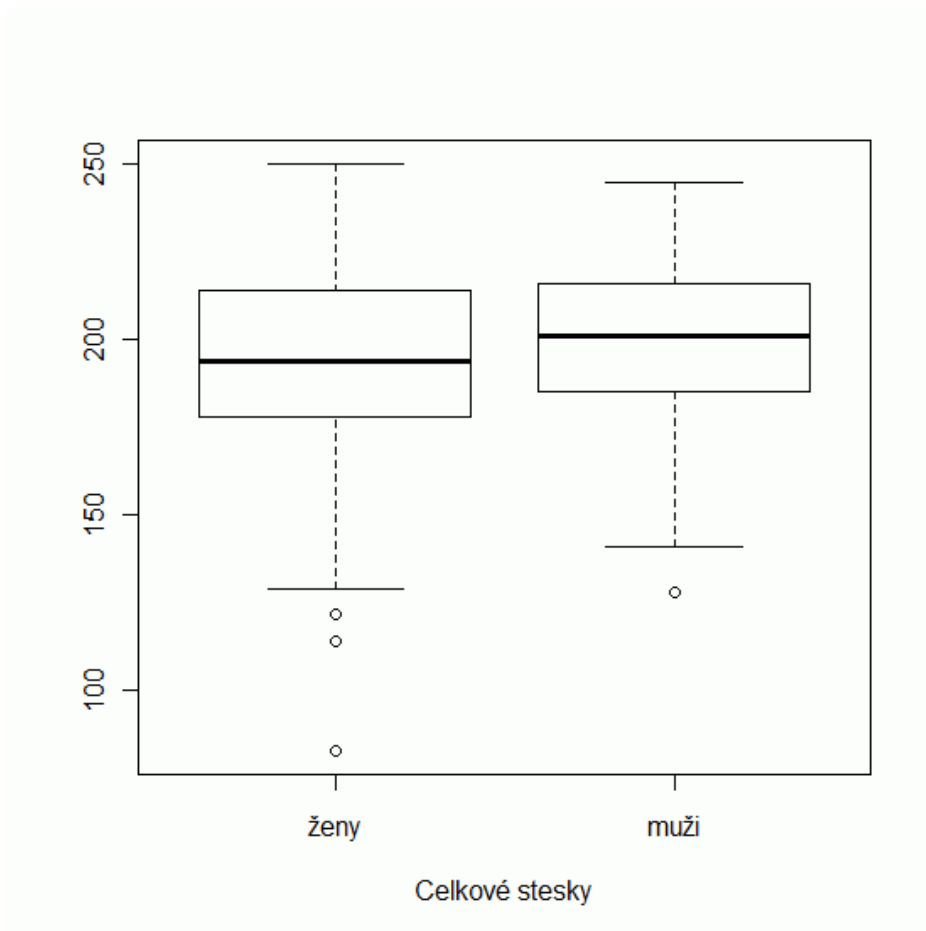
Budu testovat  $H_0$  (Pohlaví nemá signifikantní vliv na množství somatických stesků) s alternativní  $H2b$ . Pro porovnání použiji neparametrickou obdobu t-testu, Mann-

Whitneyův U-test. Kritická hodnota  $p = 0,2772$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí, že  $p > \alpha$ , proto nezamítáme nulovou hypotézu.

Tabulka č. 8: Parametry závislosti mezi proměnnými somatické stesky a pohlaví

Testová statistika (Whitneyův koeficient)	p hodnota
$W = 2632$	$0,2772$

Graf č. 9: Vliv pohlaví na množství celkových somatických stesků



**H2b nebyla přijata, proto lze konstatovat, pohlaví tedy nemá signifikantní vliv na celkové množství somatických stesků.**

## 6.6. Vliv socioekonomického statusu na subjektivní zdraví (H3)

**H3:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně liší podle socioekonomického statusu.

Socioekonomický status je zastoupen vzděláním, které jsem rozdělila do třech skupin:

- základní, vyučen bez maturity.....1. skupina
- vyučen s maturitou, SOŠ, Gymnázium.....2. skupina
- VOŠ, vysokoškolské.....3. skupina

Testujeme  $H_0$  (Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle vzdělání) s alternativní. Jako testové kritérium zvolíme Kruskal-Wallisův test pro kategoriální data:  $\chi^2 = 4,0492$ , kritická hodnota  $p = 0,132$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí, že  $p > \alpha$ , proto nezamítáme  $H_0$ .

Tabulka č. 9: Parametry závislosti mezi proměnnými subjektivní zdraví a vzdělání

Testová statistika (chí kvadrát)	p hodnota
4,0492	0,132

Df = 2 (stupně volnosti)

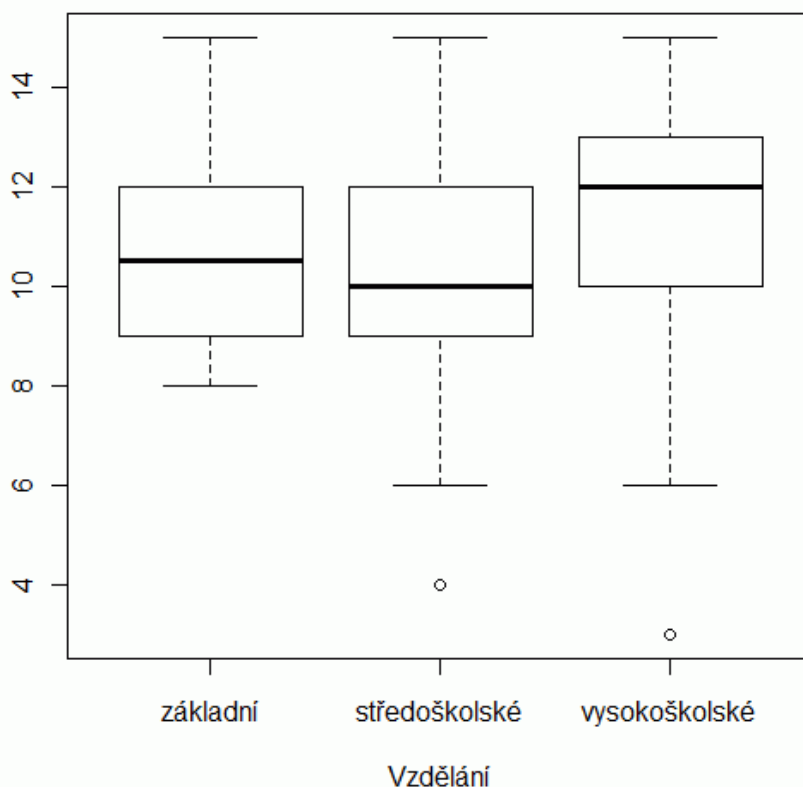
Dále jsme hledali, jestli se odpovědi jednotlivých skupiny mezi sebou statisticky významně liší. Testovým kritériem byla neparametrická forma t-testu: Mann-Whitneyův U-test.

- Mezi první a druhou skupinou bylo testové kritérium  $p = 0,452$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí  $p > \alpha$ , můžeme tedy konstatovat, že mezi sledovanými hodnotami není statisticky významný rozdíl.
- Mezi první a třetí skupinou bylo testové kritérium  $p = 0,1353$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí  $p > \alpha$ , můžeme tedy opět konstatovat, že mezi sledovanými hodnotami není statisticky významný rozdíl.
- Mezi druhou a třetí skupinou bylo testové kritérium  $p = 0,0313$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí tedy  $p < \alpha$ , lze tedy konstatovat, že mezi těmito skupinami je statisticky významný rozdíl.

Na základě srovnání jednotlivých skupin, jsme došli k závěru, že vzdělání zkoumaného vzorku respondentů jako celku, nemá statisticky významný vliv na subjektivní zdraví. Lze však konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl

v odpovědích na subjektivně posouzené zdraví mezi skupinou středoškolsky vzdělaných a vysokoškolsky vzdělaných jedinců. Tuto změnu v odpovědích demonstruje následující graf č. 10.

Graf č. 10: Vliv vzdělání na subjektivně hodnocené zdraví



**H3 byla zamítnuta, vzdělání nemá statisticky významný vliv na subjektivní zdraví.**

### 6.7. Subjektivní zdraví a věk respondentů (H4)

**H4:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně liší podle věku.

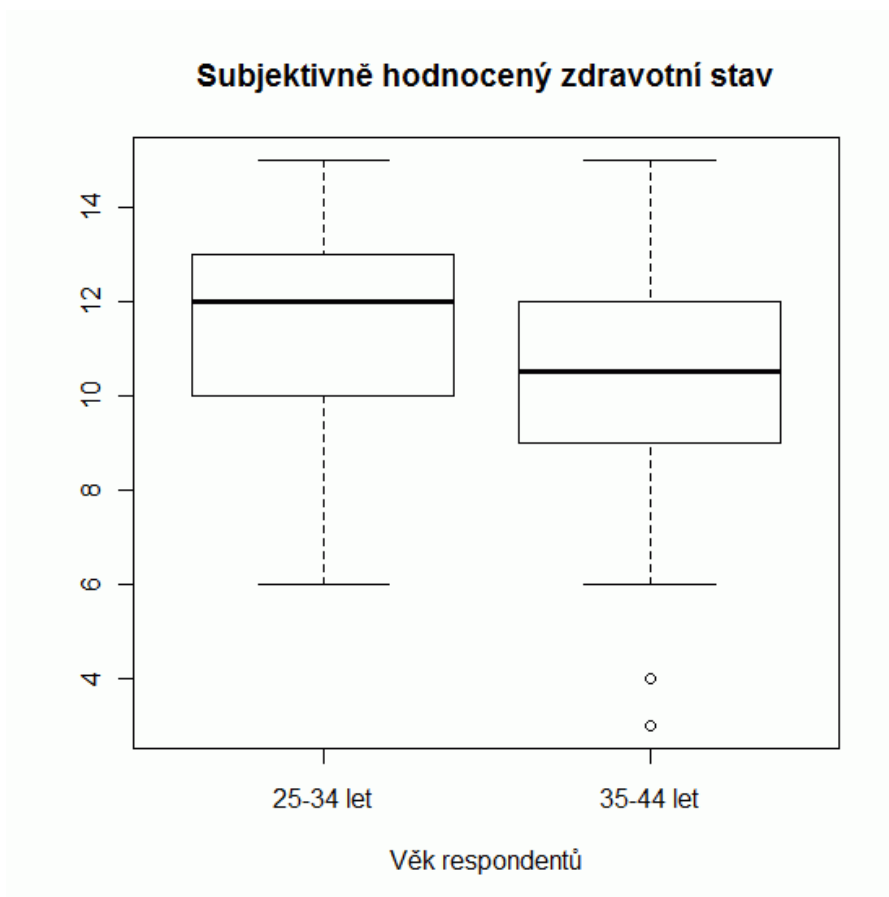
Testujeme  $H_0$  (Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle věku) s alternativní  $H_4$ . Jako testové kritérium zvolíme neparametrickou obdobu t-testu,

Mann-Whitneyův U-test. Kritická hodnota  $p = 0,06456$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , platí, že  $p > \alpha$ , proto nezamítáme nulovou hypotézu.

Tabulka č. 10: Parametry závislosti mezi proměnnými subjektivní zdraví a věk

Testová statistika (Whitneyův koeficient)	p hodnota
$W = 3909$	0,06456

Graf č. 11: Závislost subjektivního zdraví na jednotlivých věkových skupinách



**H4 nebyla přijata, a můžeme konstatovat, že subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle věku.**

### 6.8. Subjektivní zdraví a životní styl (H5)

**H5:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně souvisí se subjektivně hodnoceným životním stylem.

Nejprve se přesvědčím o vztahu těchto dvou veličin a opět porovnáme  $H_0$  s  $H_5$ , pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, který vychází  $r = 0,3747$ , což je statisticky významná korelace, neboť kritická hodnota  $p = 0,2565$  na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . Dále jsem hledala model, který vysvětluje vztah těchto veličin ( $p = 7,69e-7$ ), použila jsem metodu ANOVA a zjistila jsem, že  $p \ll 0,001$ , na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ , zamítám  $H_0$ .

Tento vztah lze vyjádřit:  $\text{Zdraví} = 7,2076 + 0,27761 * \text{životní styl}$

Tabulka č. 11: Lineární závislost mezi proměnnými subjektivní zdraví a životní styl

	odhad parametru	směrodatná odchylka	t - test	p - hodnota
Intercept (konstanta)	7,2076	0,74537	9,670	2e-16 ***
Životní styl	0,27761	0,05397	5,144	7,69e-7 ***

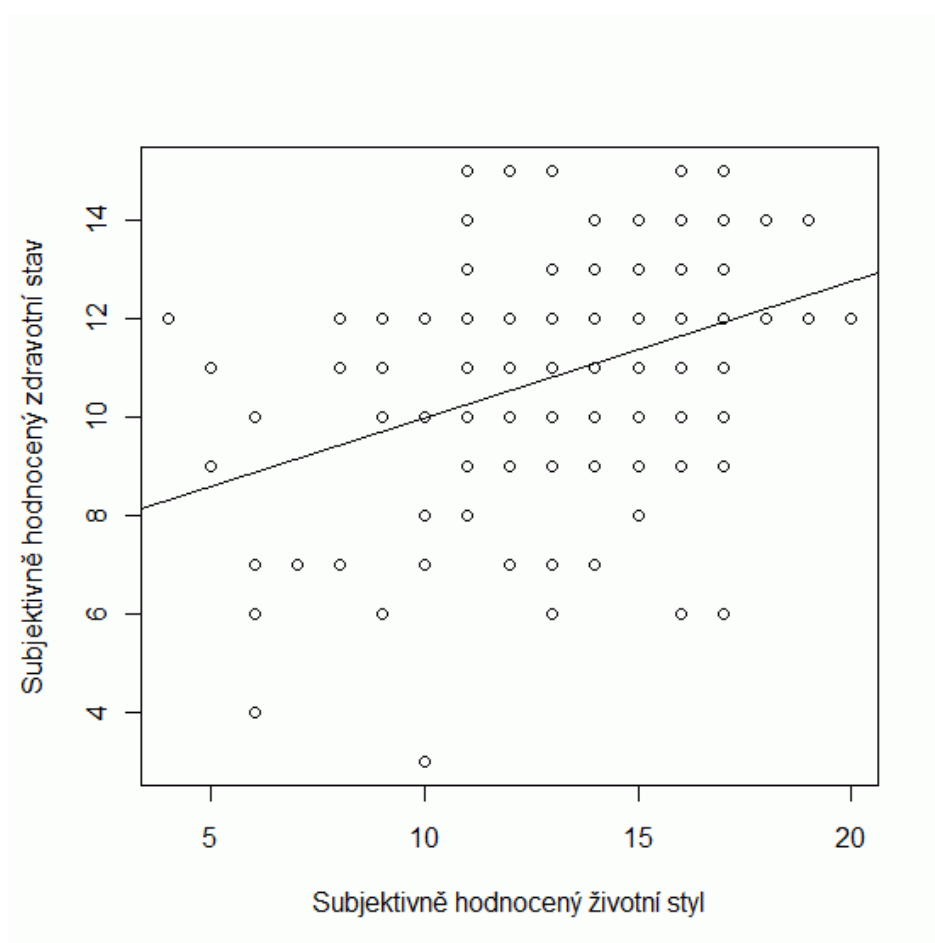
$R^2 = 0,1404$  (koeficient determinace)

$F = 26,46$  (Fisherův test)

$DF = 122$  (počet stupňů volnosti)

Tuto závislost ilustruje následující graf.

Graf č. 12: Lineární závislost subjektivního zdraví a životního stylu



Z grafu je zřejmé, že lineární model vystihuje závislost dostatečně, nemá tedy smysl hledat model vyššího řádu.

Dále jsme zjišťovali, která dimenze životního stylu (kouření, alkohol, pohybová aktivita, sebezpouzené stravovací návyky) sytí subjektivní zdraví nejmohutněji. Pomocí metody ANOVA jsme zjistili následující výsledky.

Tabulka č. 12: Korelace dimenzí životního stylu

Životní styl	
Kouření	0,26891
Alkohol	0,38121
poh. aktivita	0,00154 **
strav. návyky	9,58E-09 ***

Statistický významný vliv na životní styl mají dimenze pohybová aktivita a stravovací návyky.



**H5 byla přijata, lze konstatovat, že subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně souvisí se subjektivně hodnoceným životním stylem.**

### **6.9. Globální životní spokojenost a dimenze životní spokojenosti (H6)**

**H6:** Ke globální životní spokojenosti statisticky významně přispívá dimenze pracovní spokojenost.

Zajímá mě vztah jednotlivých dimenzí životní spokojenosti a jejich vliv na celkovou životní spokojenost. Tento vztah jsem zjišťovala metodou ANOVA.

Tabulka č. 13: Korelace dimenzí životní spokojenosti

Dimenze životní spokojenosti		
spokojenost s prací	0,01122	*
spokojenost finanční	0,00329	**
koníčky, volný čas	0,15997	
rodina, partnerství	6,6e-5	***
sexualita	0,16170	
vztah k vlastní osobě	0,04428	*
sociální opora	0,00953	**
bydlení	0,08055	

Závěrem lze říci, celková životní spokojenost statisticky významně koreluje s dimenzemi: partnerská/rodinná spokojenost ( $p \ll 0,001$ ), spokojenost s finanční situací ( $p = 0,00329$ ), sociální opora ( $p = 0,00953$ ), spokojenost v zaměstnání ( $p = 0,01122$ ) a spokojenost s vlastní osobou ( $p = 0,04428$ ).

**H6 byla přijata, spokojenost s prací statisticky významně přispívá k celkové životní spokojenosti.**

## **Souhrnná verifikace hypotéz**

### **Dominantní cíl:**

**H1:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně přispívá ke globální životní spokojenosti.

*Hypotéza H1 byla potvrzena*

### **Parciální cíle**

**H2:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle pohlaví.

*Hypotéza H2 byla potvrzena*

**H2a:** Muži vykazují statisticky významně vyšší skóre v globální životní spokojenosti než ženy.

*Hypotéza H2a nebyla potvrzena.*

**H2b:** Ženy vykazují statisticky významně vyšší skóre somatických stesků než muži.

*Hypotéza H2b nebyla potvrzena*

**H3:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně liší podle socioekonomického statusu.

*Hypotéza H3 nebyla potvrzena.*

**H4:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně liší podle věku.

*Hypotéza H4 nebyla potvrzena.*

**H5:** Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně souvisí se subjektivně hodnoceným životním stylem.

*Hypotéza H5 byla potvrzena.*

**H6:** Ke globální životní spokojenosti statisticky významně přispívá dimenze pracovní spokojenost.

*Hypotéza H6 byla potvrzena.*

## 7. Diskuze

### 7.1. Subjektivní zdraví

Dominantním cílem (H1) práce bylo prokázání závislosti mezi subjektivním zdravím a globální životní spokojeností. Tato závislost byla výzkumem jednoznačně potvrzena, lze konstatovat, že subjektivní hodnocení zdraví má velmi vysoce signifikantní vliv na životní spokojenosti. Některé práce, zdraví považují za zásadní dimenzi spokojenosti se životem. Každopádně to, jak jedinec hodnotí svoje zdraví, ho ovlivňuje v tom, jak je spokojený se životem. Navíc, ač se častěji setkáváme s argumentací ve smyslu, vlivu zdraví na životní spokojenost, novější studie ukazují, že se jedná o obousměrný vztah, tj. životní spokojenost uplatňuje svůj vliv na zdraví. Subjektivní zdraví koreluje s globální životní spokojeností vysoce signifikantně ( $r = 0,517$ ,  $p < 0,01$ ): čím se jedinci cítí subjektivně zdravěji, tím jsou spokojenější se svými životy. Subjektivní zdraví se tak řadí mezi velmi významné prediktory spokojenosti se životem. Jak vyplynulo z teoretické části, subjektivní zdraví je také validní prediktor zdravotního stavu jako celku, dokáže postihnout mnoho oblastí a tím poskytnout cennou informaci o zdravotním stavu. Její využitelnost proto není jen v ordinaci psychologa, ale také psychiatra, lékaře, pro pracovníky v pomáhajících profesích a sociální sféře.

V dalších analýzách, které již tvořily parciální cíle této práce, jsem zjišťovala vlivy kontrolních proměnných na subjektivní zdraví, ve druhém kroku vliv pohlaví (H2). Nebyl však zjištěn signifikantně významný rozdíl mezi pohlavími, tedy subjektivně hodnocený zdravotní stav se statisticky významně neliší podle pohlaví, ke stejnému závěru došli Šolcová a Kebza (2002, 2006). Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že muži a ženy se při hodnocení svého zdravotního stavu opírají o velmi podobné procesy hodnocení.

Ve výzkumech Kebzy a Šolcové (2006) se jako vysoce významný prediktor subjektivního zdraví uplatnil věk (H4). S rostoucím věkem jsou respondenti méně spokojeni se svými životy, vykazují zhoršující se emocionální bilanci a dochází u nich k výraznému zhoršení subjektivního zdraví (Hraba, et al., 1995). Náš výzkum tento závěr bohužel nepotvrdil. Pro náš výběrový soubor nemůžeme tedy konstatovat, že se subjektivní zdraví statisticky významně liší dle věku. Tento fakt, lze komentovat z hlediska věku, neboť jsme zkoumali soubor ve věkovém rozmezí od 25-44 let, lze se opřít o předpoklad, že respondenti jsou ve věku, kdy je jejich hodnocení zdravotního stavu poměrně stabilní. Věk se sice pro náš

soubor neuplatnil jako významný prediktor ( $p = 0,06456$ ), každopádně lze konstatovat, že se jedná o řádově vyšší závislost než u proměnné pohlaví ( $p = 0,4059$ ) i když v relaci nesignifikantního vztahu (obě proměnné byly zjišťovány stejným testovým kritériem).

V posledním kroku jsem se zabývala vlivem socioekonomického statusu na zdraví (H3). Ve výzkumu byl socioekonomický status zastoupen vzděláním. Výzkumné práce, které se zabývaly touto problematikou se shodují, že existuje významný signifikantní vztah mezi subjektivním zdravím a vzděláním. Dále se uvádí, že subjektivní zdraví je příznivěji hodnoceno u středoškoláků a vysokoškoláků. Pomyslným dělítkem je středoškolské vzdělání (Sobotík, Rychtaříková, 1992; Šolcová, Kebza, 2006). V našem výzkumu se tyto závěry nepotvrdily. Vzdělání se neuplatnilo jako statisticky významný prediktor subjektivně hodnoceného zdravotního stavu pro zkoumaný výběrový soubor respondentů ve věku od 25-44 let. V dalším kroku jsem zkoumala změny v odpovědích mezi jednotlivými skupinami (základní, středoškolské, vysokoškolské), potvrdil se statisticky významný rozdíl v odpovědích mezi skupinou středoškoláků a vysokoškoláků. Pokud bychom předpokládali, že změna v odpovědích, kterou prokázalo porovnání skupin, probíhala podle teoretického modelu o existenci nerovnostech ve zdraví, pak by vysokoškolští jedinci uváděli lepší subjektivní zdraví než středoškoláci. Lepšímu porozumění slouží graf č. 10, z kterého je tento rozdíl patrný, nicméně nesignifikantní pro celý soubor. Toto zjištění je jistě nutno interpretovat opatrně. Primárně se jedná o nereprezentativní soubor, čili tato diskuze pouze naznačuje směr úvah. Socioekonomický status je reprezentován nejen vzděláním, ale část výzkumných prací se orientuje také na příjmy. Tyto práce se pokouší porozumět mechanismu, který funguje při ovlivňování zdraví. Jak bylo uvedeno zdraví jako celek má také kategorii objektivní zdraví a zjištění, že vzdělání souvisí spíše s objektivním zdravím a příjmy vykazují signifikantní vztahy pouze se spokojeností se životem, odpovídá posledním výzkumům, kde byly použity metody modelování strukturních rovnic (Hnilica, 2006a). Celkově dospívám k závěru, že vliv vzdělání považuji za mnohorozměrný nejen na konstrukt zdraví, ale též na životní spokojenost. Lepší porozumění této problematice by přinesl výzkum, doplněný o konstrukt objektivní zdraví, příjmy a životní události, který by mohl objasnit nepodložený předpoklad, že příjmy a vzdělání působí synergicky, v situaci stresu jsou tyto vlivy v roli moderátorů na zdraví a životní spokojenost.

## **7.2. Psychosomatické stesky**

Při definování hypotézy o vztahu psychosomatických stesků a pohlaví jsem vyšla z výzkumů Laška (2004), který uvádí, že existují významné rozdíly mezi muži a ženami, a to v tom smyslu, že ženy vykazují vyšší míru depresivity, která roste s přibývajícím věkem. Ženy častěji navštěvují lékaře, Mareš (2005) uvádí, že pohlaví je proměnná, která významně ovlivňuje časná stádia nástupu nemoci a rozpoznání symptomů. Hraba (1995) poukazuje, že ženy v ČR jsou více depresivnější, úzkostnější a své problémy více somatizují než muži. Náš výzkum výše uvedené teoretické podklady nepotvrdil (H2b), pohlaví nemá signifikantní vliv na množství somatických stesků. Částečně si tento rozpor můžeme vysvětlit nereprezentativitou souboru, který tvoří malé procento mužů, dále rozložení vzdělání, které je převažujícím způsobem vysokoškolské a jak vyplynulo ze zkoumání socioekonomického statusu, zastoupeného právě vzděláním, skupina takto zastoupených respondentů má tendenci hodnotit svůj zdravotní stav (tedy pravděpodobně i somatické zdraví) lépe, než skupiny s nižším socioekonomickým statusem. Také tento výzkum je zaměřen na věkovou kategorii 25-44 let, což naznačuje, že respondenti ještě nemuseli dosáhnout věku, kdy vykazují zhoršení somatického zdraví např. vlivem zvyšující se depresivity. Což by potvrdovalo svým způsobem Marešovu (2005) tezi, že hodnocení zdraví je relativně stabilní do 50 věku jedince, následně akcelerujícím způsobem klesá. Další zajímavý pohled nabízí teorie zdraví a stabilita v čase (kap. 1.3.), podle které by somatizace byla závislá na implicitní teorii jedince, její zjištění by mohlo pomoci při predikci zkrácení, kterého se jedinec nevědomky dopouští, když hodnotí své zdraví. Pokud by došlo k nalezení tohoto mechanismu u jedince, prakticky by to znamenalo, hlubší proniknutí do problémů, které přináší klinická praxe, vztah lékař – pacient a somatizace problémů.

## **7.3. Životní styl**

V tomto šetření jsem sledovala vlivy životního stylu na subjektivní zdraví (H5). Hlavním zjištěním bylo potvrzení statisticky významné závislosti životního stylu na subjektivním zdraví. Životní styl v této části výzkumu reprezentovaly dimenze: kouření, požívání alkoholických nápojů, pohybová aktivita a subjektivní hodnocení vlastních stravovacích návyků. Mezi těmito dimenzemi jsem dále hledala statisticky významné korelace se

subjektivním zdravím, přičemž byly odhaleny dva statisticky významné vztahy. Začněme kouřením. Ukázalo se, že kouření netvoří se subjektivním zdravím signifikantní vztah, výběrový soubor tvořilo 26 % kuřáků a 74 % nekuřáků, lze předpokládat, že většina nekuřáků bere tento fakt za normu a nečiní jim velký problém nekouřit, tedy dodržet jednu z hlavních zásad zdravého životního stylu. Ještě větší stupeň nesignifikantnosti vykazoval alkohol, výběrový soubor tvořilo 33 % abstinentů a 67 % konzumentů alkoholu, přičemž z tohoto množství 72 %, konzumuje alkohol v přiměřeném množství (1-4 jednotky alkoholu/týden, 1 jednotka = 0,5 l piva, 0,2 l vína, 0,05 l destilátu). Zde je opět patrná jistá homogenita skupiny, daná pravděpodobně vzděláním a pohlavím, která s konzumací alkoholu nemá závažný problém. Dalším dílčím výsledkem bylo nalezení statisticky významných vztahů mezi subjektivním zdravím a pohybovou aktivitou, a dále také stravovacími návyky. Literatura oba tyto vztahy popisuje (Šolcová, 2011). Přičemž lze souhlasit se závěry v teoretické části, které popisují právě ve spojení s aktivním životním stylem (pohybovou aktivitou) a stravovacími návyky vztah se sebeúctou, neboť člověk má pocit, že má „život pod kontrolou“. Proces kontroly bude hrát pravděpodobně důležitou roli. Zde mám na mysli proces kontroly, jako centrálního pojmu v modelu celoživotního vývoje ovládání. Primární ovládání – kontrola prostředí, sekundární ovládání – vztaženo k jedinci samému. Toto ovládání, bude pravděpodobně souviset se zdravým životním stylem, ale také s úspěšným stárnutím (nemám na mysli Lokalizaci kontroly, Rotter). Klíčovým momentem této kapitoly je otázka, která již byla naznačena v teoretické části (kap. 1.6.), jak přispět k tomu, aby se poznatky a doporučení z psychosomatické psychologie, z psychologie zdraví dostaly do povědomí laické veřejnosti? Novější obory jako vývojová psychologie zdraví nebo diferenciální gerontologie mají v tomto snažení nezastupitelné místo.

#### **7.4. Životní spokojenost**

V prvním kroku jsem zkoumala vztah mezi pohlavím a životní spokojeností (H2a), přičemž data nepotvrdily hypotézu, podle níž budou muži statisticky významně spokojenější se svými životy. Při formulaci této hypotézy jsem vycházela z podobných předpokladů jako u somatických stesků, ženy budou depresivnější, úzkostnější, budou ve vyšší míře somatizovat a budou méně spokojeny se svými životy, tyto teze se nepotvrdily, alespoň co se týká našeho výběrového souboru.

V druhém kroku jsem provedla analýzu vztahů (H6). Při posuzování jednotlivých dimenzí životní spokojenosti se objevily některé zajímavé souvislosti. Celková životní spokojenost vykazuje velmi vysoce signifikantní vztah s partnerskou/rodinnou spokojeností. Hnilica (2006a) uvádí, že rodinný stav (ženatý, vdaná, partnerský vztah) má významný vliv na životní spokojenost. Náš výběrový soubor byl z tohoto hlediska poměrně homogenní, neboť přes 70 % respondentů žilo v partnerském svazku, což lze považovat za zdroj zkreslení, neboť tato skupina je celkově spokojenější se svými životy.

Na hladině vysoce signifikantního vztahu se objevila finanční spokojenost a celková spokojenost se životem. Tento fakt svádí ke zjednodušujícímu závěru, že jedinec bude tím spokojenější, čím bude vyšší jeho finanční spokojenost, zprostředkovaná hmotným zabezpečením, příjmy, atd. Bude se jednat o zdroje, které poskytují jedinci pocit kontroly, důvěru v to, že zvládne případně hrozby, je zjevné, že vliv na celkovou životní spokojenost bude existovat. Ovšem pokud do tohoto modelu zasáhne hodnotová orientace jedince, dá se očekávat, že finanční spokojenost bude stále důležitý faktor životní spokojenosti, ale nebude již tak jednoduše závislý na materiální situaci. Platí, že jedinec je tím nespokojenější se svým životem, čím více je přesvědčen o tom, že by byl šťastnější, kdyby byl bohatší (Hnilica, et al., 2006b). Hodnotová orientace nebyla součástí výzkumu, tedy nelze podrobněji rozvíjet tento směr úvah, ale je nutno vzít toto hledisko v úvahu při interpretaci výsledků.

Další zajímavou souvislostí na hladině statistické významnosti dosáhla dimenze sociální opory. Obecně lze říci, že ženy ji snadněji získávají, častěji vyhledávají, profitují z ní. Tento fakt byl v literatuře opakovaně prokázán (Šolcová, Kebza 2003), taktéž vztah vzdělání a sociální opory a to ve smyslu, že vzdělání usnadňuje přístup k sociálním zdrojům. Tyto fakty vysvětlují tu skutečnost, že se sociální opora stala v našem výzkumu vysoce signifikantním prediktorem životní spokojenosti, neboť náš výběrový soubor tvoří převážně vysokoškolsky vzdělané ženy.

Poslední dvě skupiny signifikantních vztahů s životní spokojeností jsou spokojenost s prací a vztah k vlastní osobě. Vztah k vlastní osobě tvoří podstatnou složku životní spokojenosti. Pozitivní hodnota vlastní osoby označovaná jako sebehodnocení je úzce spjata s autonomií jedince, sebeprosazením či dosahováním úspěchů (Snopek, et al., 2011). Náš výzkum v tomto směru potvrdil již existující studie. Pokud budeme chtít hledat možné zdroje zkreslení, musíme vzít v úvahu, že vzdělání je hodnota dosažená jedincem, prostřednictvím

kteře získává pravděpodobně důvěru ve vlastní schopnosti, jistotu převzít odpovědnost za život, zvládat problémy, ovlivňuje životní příležitosti a tím přispívá k životní spokojenosti. Proto lze soudit, že vzdělání bude přispívat k lepšímu sebehodnocení, což se odrazí v životní spokojenosti. Vzhledem k nerovnoměrně rozdělenému vzdělání v souboru, je nutno počítat s tímto ovlivněním.

Spokojenost s prací má statisticky významný vliv na globální životní spokojenost, jak jsem již uvedla, je nutno vzít v úvahu sníženou validitu odpovědí (viz. kap. 4.3.). V případě, kdy byly respondenty ženy na mateřské dovolené a nezaměstnaní, nevíme, jaký mechanismus použili při hodnocení pracovní spokojenosti, lze se domnívat, že buď poslední pracovní zkušenost, nebo zvolili jednu hodnotu (pravděpodobně neutrální) na Likertově škále pro všechny otázky týkající se spokojenosti s prací. Možnost neodpovědět nebyla možná.

V závěru diskuze se sluší upozornit, že externí validita výzkumu je omezena charakterem souboru, proměnná pohlaví a vzdělání aspirují na konstanty a nikoliv proměnné. Přísné parametry kvantitativního výzkumu nedovolují přizpůsobit se sociální realitě internetového souboru, proto lze doporučit replikaci tohoto výzkumu na početnějším a reprezentativnějším souboru. Při interpretaci výsledků vzít v potaz neúplnost modelu (osobnostní koreláty, životní události, zpětnovazebné vlivy, etnicko-kulturní rozdíly, atp.).



## 8. Závěry

V práci jsem testovala systém hypotéz, specifikujících vztahy mezi subjektivním zdravím, životní spokojeností, životním stylem, jednak vlivy, které na tyto proměnné mají socioekonomický status (operacionalizovaný vzděláním), demografické vlivy, dimenze životní spokojenosti a psychosomatické stesky. Tyto hypotézy jsem testovala na souboru internetové populace, ve věku od 25 – 44 let, která byla zastoupena souborem 123 respondentů.

Teoretická část si kladla za cíl vytvoření uceleného přehledu soudobých přístupů k subjektivnímu zdraví a životní spokojenosti. Teoretické vymezení obou koncepcí, včetně modelového rámce, ze kterého jsem vycházela při definování, ale také při realizaci výzkumu. Vybrala jsme literaturou nejdiskutovanější faktory, které se objevují v tuzemských i zahraničních výzkumech. Druhým cílem práce v teoretické rovině bylo tyto faktory zmapovat, zjistit a popsat mechanismus účinků, průběhů a závislostí na subjektivní zdraví a životní spokojenost.

Empirické šetření vycházelo ze zjištění teoretické části práce. Dominantním cílem bylo prokázat existenci závislosti mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností. Tento vztah se potvrdil, proto lze zodpovědět na hlavní výzkumnou otázku takto:

**Mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností je velmi vysoce signifikantní vztah.**

Druhou část empirického výzkumu tvořily parciální cíle, na které lze zodpovědět takto:

- Pohlaví se nepotvrdilo jako statisticky významný determinant subjektivního zdraví, životní spokojenosti, ani psychosomatických stesků.
- Výzkum neprokázal statisticky významnou závislost mezi subjektivním zdravím a sociálně ekonomickým statutem.
- Věk se navzdory očekávání také nepotvrdil jako statisticky významný determinant subjektivního zdraví.
- Subjektivní zdraví statisticky významně koreluje s behaviorální determinantou a tou je životní styl, přičemž je nejmohutněji sycen faktory pohybová aktivita a stravovací návyky.

- Další dílčí částí výzkumu bylo zjištění, která dimenze životní spokojenosti statisticky nejvýznamněji spoluurčuje globální životní spokojenost. Nejvýznamnější dimenzí na úrovni velmi vysoké signifikance tvoří vztah partnerské/rodinné spokojenosti a globální životní spokojenosti. Vysoce signifikantní vztah na globální životní spokojenost zaujímá sociální opora a finanční spokojenost. Pracovní spokojenost má statisticky významný vliv na globální životní spokojenost. Dále se potvrdil statisticky významný vztah také k sebehodnocení. Spokojenost s bydlením, sexualitou, koníčky/volný čas a globální životní spokojenost jsou relativně nezávislé oblasti, tedy spokojenost či nespokojenost v jedné z nich nemá statisticky významný vliv na spokojenost či nespokojenost s globální životní spokojeností.

V této práci jsem se pokusila zachytit nejnovější poznatky z oblasti subjektivního zdraví, zdaleka nejsou všechny. Jedná se o složitou psychologickou kategorii, jejíž postižení kvantitativními metodami je nesnadné. Zobecnitelnost výsledků jednotlivých částí výzkumu se jeví jako relativně nízká, je to dáno především nereprezentativitou výběrového souboru, což bylo v práci již zmíněno. Vhodnou cestou by byl velký soubor a relativně široké spektrum potenciálních determinant při využití nejmodernějších statistických metod. Takto získaná data by měla praktické využití všude tam, kde se odborníci dotazují na to, jak se právě jedinec cítí? Souhrnně lze říci, že by se práce podobného typu uplatnily pro odbornou veřejnost např. v klinické psychologii, medicíně, psychologii organizace, v sociální práci, pedagogické psychologii, nabídly by nový směr úvah při intervencích s klienty. Další mohutný potenciál tohoto výzkumu vidím v tom, jak tyto informace předat pochopitelným způsobem laické veřejnosti, jako významné vidím nově vznikající směry v psychologii jako je vývojová psychologie zdraví, ve které je typicky studována interakce zdraví, chování a stárnutí. Dále to jsou poznatky z diferenciální gerontologie, jako souhrnné informace o úspěšném stárnutí.

## Souhrn

Teoretická část bakalářské práce se věnuje stěžejním tématům práce a tím jsou subjektivní zdraví a životní spokojenost. V první kapitole jsem se soustředila na popsání konceptu subjektivního zdraví. **Subjektivní zdraví** definuji jako dimenzi zdraví, spolu s objektivním zdravím, kdy jedinec vychází ze širšího sebeposouzení zdraví, do kterého zahrne diagnózy, zkušenosti s nemocemi, implicitní teorie jedince, věk, pohlaví, osobnost, životní styl, osobní pohoda, somatický stav, sociální kontext. Souhrnně lze říci, že je to mnohorozměrná dimenze, závislá na subjektivním posouzení. V kapitole o **časové stabilitě zdraví** se zabývám implicitní teorií jedince, tedy definováním vnitřního mechanismu, kterým jedinec hodnotí prodělané změny zdravotní ho stavu, přičemž teorie „posunu v odezvě“, přináší jiný pohled na somatizaci, hypochondrii, placebo, aj. Prakticky využitelný je taktéž závěr o časové stabilitě subjektivního zdraví zhruba do 50 let věku jedince. Kapitola o **nerovnostech ve zdraví** se zabývá sociálním kontextem zdraví. Práce výzkumníků Šolcové a Kebzy (2002), ze kterých vycházím, hovoří o gradientu, kdy zdravotní stav každé sociální třídy je lepší než zdravotní stav nižší třídy. Jedná se o změnu ve zdraví připadající vždy na danou sociální skupinu, kterou lze specifikovat například vzděláním. V kapitole o **prediktivní síle subjektivního zdraví** se dívám na tuto závislost z hlediska mortality. Subjektivní zdraví je snadno zjištělná položka s velkou vypovídající hodnotou, která je doložena vztahem k mortalitě. Je to statisticky významnější prediktor než objektivní zdraví, jde napříč nemocemi, věkem, etnikem, tato prediktivní síla tohoto konceptu je široce využitelná, jak pro výzkumnou práci, tak především v ordinacích lékařů, psychologů, psychiatrů, v pomáhajících profesích, atd. V kapitole o **životním stylu** čerpám především z poznatků, jak tato behaviorální determinanta působí na zdraví prostřednictvím kouření, abúzus alkoholu, pohybové aktivity a stravovacích návyků. Např. pro tvorbu závislosti na nikotinu je podstatný subjektivní pocit kuřáka při prvních expozičních kouření. U pohybové aktivity se jedná o krátkodobý i dlouhodobý příznivý vliv na osobní pohodu, působí jako preventivní činitel proti rozvoji chorob, např. metabolického syndromu, ischemické choroby srdeční, aj. Dále je umístěna kapitola o vzájemném vztahu **subjektivního zdraví a životní spokojenosti**, jedná se o syntézu poznatků mezi oběma proměnnými. Konstatuji, že vzájemný vztah je pozitivní a robustní, přičemž subjektivní zdraví je determinantou životní spokojenosti, podle nejnovějších výzkumů je vzájemný vztah obousměrný, tedy životní spokojenost ovlivňuje subjektivně hodnocené zdraví.

Další ucelenou kapitolou je životní spokojenost, vycházím z konceptu well-being a jednotlivých teoretických přístupů:

- Kebza, Šolcová (2003) používají pro well-being synonymum subjektivní osobní pohoda, kterou tvoří – sebeúcta, sebeuplatnění, osobní zvládnání a psychická osobní pohoda ( emoční aspekt – nálady, afekty, a kognitivní aspekt – **celková životní spokojenost**)
- Diener (1999), well-being tvoří emoční složka – kladné/záporně hodnocení vlastního života, štěstí – prožitková složka, **celková životní spokojenost, spokojenost v subjektivních oblastech**, sebehodnocení – kognitivní složka.
- Ryff (2008), psychologická osobní pohoda, tvořena sebedřívěním, pozitivními vztahy, kontrolou prostředí, autonomií, smyslem života, osobním růstem.

Celková životní spokojenost je vědomé hodnocení vlastního života, na které má vliv spokojenost v jednotlivých dimenzích. Tyto dimenze tvoří pracovní spokojenost, manželská spokojenost, sociální opora, aj. V samostatné kapitole se zabývám **vlivem hodnotové orientace na životní spokojenost**. Materialismus je vyčleněn jako součást individualistického pojetí a to v tom smyslu, že jedinec je tím nešťastnější, čím pevněji je přesvědčen, že to závisí na jeho bohatství, ve smyslu vlastnění. Samostatnou kapitolu tvoří sebehodnocení, jako pozitivní hodnota vlastní osoby, přičemž životní spokojenost je spojována s vysokým sebehodnocením.

V praktické části bakalářské práce ověřuji vzájemný vztah subjektivního zdraví a celkové životní spokojenosti u výzkumného souboru, který čítal 123 osob. Tito respondenti byli vybráni ze základního souboru internetové populace, dle kvótového výběru (věková skupina 25-44 let), přičemž nebylo naplněno hledisko generální reprezentativnosti. Typem výzkumu je korelační studie, ta ověřuje celkem osm hypotéz formou dotazníkového šetření. Dotazník je zčásti autorským dílem, zčásti byly použity standardizované dotazníky – Dotazník celkové životní spokojenosti (SWLS) a Psychosomatický inventář E. Kaisalke a kol.. Autorská část je tvořena dimenzemi životní spokojenosti, otázkami na subjektivní zdraví a životní styl. Data byla zpracována popisnou statistikou a testovací statistikou, tedy kvantitativním přístupem. Popis výsledků se skládá z popisné statistiky, která charakterizuje výzkumný soubor z hlediska četností pohlaví a vzdělání, charakteristik polohy a variability. Závěry testovací statistiky jsou tyto: (H1) subjektivní zdraví má statisticky velmi významný vliv na životní spokojenost. (H2) Subjektivní zdraví se

statisticky významně neliší podle pohlaví, (H2a) muži nevykazují statisticky významně vyšší skóre v celkové životní spokojenosti, (H2b) ženy nevykazují statisticky významně vyšší skóre psychosomatických stesků. (H3) Subjektivní zdraví se statisticky významně neliší podle vzdělání, ačkoli statisticky významný rozdíl v odpovědích středoškoláků a vysokoškoláků byl potvrzen. (H4) Subjektivní zdraví se statisticky významně neliší podle věku a dále, (H5) se prokázala statisticky významná závislost mezi subjektivním zdravím a životním stylem, nejmohutněji zprostředkovaná pohybovou aktivitou a stravovacími návyky. (H6) Celkovou životní spokojenost statisticky velmi významně ovlivňuje partnerská/rodinná spokojenost, na úrovni statistické významnosti ji dále ovlivňuje spokojenost s financemi a sociální opora, pracovní spokojenost a sebehodnocení. Dimenze spokojenost s bydlením, spokojenost s volným časem/koníčky a spokojenost v sexualitě na celkovou životní spokojenost prokazatelné vlivy neměly. Výsledky jsou ovlivněny nereprezentativností souboru, což by odstranil početně větší rozsah souboru.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- Barsky, A. J., Cleary, P. D., & Klerman, G. L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science & Medicine*, 34, 1147-1154.
- Baštecká, B. (Ed). (2009). *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
- Blatný, M. (2001). Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenosti. Mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*, 45, 385-392.
- Csémy, L., Sovinová, H., & Procházková, B. (2011). Rizikové a škodlivé pití alkoholu u mladých dospělých: Demografické a sociální souvislosti. *Praktický lékař*, 11, 656-661.
- Diener, E., et al. (2010). New Well-being Measures: Short Scale to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143-156.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Fahrenberg, J., et. al., v překladu Rodná, K., & Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hnilica, K. (2004). Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 48, 193-202.
- Hnilica, K. (2006a). Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 50, 16-35.
- Hnilica, K., et al. (2006b). Životní standard, Individualistické hodnoty a spokojenost se životem, *Československá psychologie*, 50, 201-217.
- Hraba, J., et al. (1995). Životní pohoda u mužů a žen v České republice. *Československá psychologie*, 39, 300-314.
- Hrubá, D., & Žaloudková, I. (2011). Chut' první cigarety: ovlivňuje vývoj kuřáckého chování?. *Česko-Slovenská Pediatrie*, 1, 12-18.
- Jiráček, Z., Vašina, B., & Bužga, M. (2005). *Fyziologie a psychologie práce*. Ostrava: Katedra pedagogické a školní psychologie.
- Justice, B. (1998). Being well inside the self. A different measure of health. *The Journal of Mind-Body Health*, 14, 61-69.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. [Dostupné též z databáze EBSCO, cit. 2012-03-10].

- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47, 333-345.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11. [ Dostupné též z databáze EBSCO, cit. 2012-03-10].
- Kratochvíl, S. (2000). *Manželská terapie. Třetí rozšířené vydání*. Praha: Portál.
- Kreidl, M. (2008). Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami?. *Sociologický časopis. Czech Sociological Review*, 44, 55-86.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Lašek, J. (2004). Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, 48, 215-224.
- Linhart, J., et al. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Máchovej, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Mackenbach, P. J., et al. (1999). Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: An international study. *American Journal of Public Health*, 89, 12. [ Dostupné též z databáze EBSCO, cit. 2012-03-10].
- Mareš, J. (2005). Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Československá psychologie*, 49, 19-33.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American journal of Public Health*, 72, 800-808. [ Dostupné též z databáze EBSCO, cit. 2012-03-10].
- NetMonitor. (2012). *Výzkum sociodemografie návštěvníků internet v České republice*. Získáno z [http://www.netmonitor.cz/sites/default/files/vvnetmon/2012\\_01\\_total.pdf](http://www.netmonitor.cz/sites/default/files/vvnetmon/2012_01_total.pdf).
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. [ Dostupné též z databáze EBSCO, cit. 2012-03-15].
- Plaňava, I., Rajmicová, K., & Blažková, P. (2003). Manželská spokojenost a partnerské interakce. *Československá psychologie*, 47, 385-391.
- Procházka, M., & Slabý, K. (2008). C-reaktivní protein: Kardiovaskulární riziko a pohybová aktivita. *Medicína Sportiva Bohemica et Slovaca*, 17, 114-119.
- Reiterová, E. (2004). *Statistické metody*. Olomouc: UPOL.
- Ryff, C., D., Singer, H., & Burton, H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach To Psychological Well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.

- Skoumal, J., & Hobza, V. (2010). Životní styl jako nástroj motivace a výkonnosti manažerů. *Tělesná kultura*, 33, 50-62.
- Smékal, V. (2009). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Praha: Barrister & Principal o. s.
- Snopek, M., et al. (2010). Osobnostní koreláty životní spokojenosti a sebehodnocení u adolescent: Rodové rozdíly. *Československá psychologie*, 55, 521-533.
- Sobotík, Z., & Rychtaříková, J. (1992). Úmrtnost a vzdělání v české republice. *Demografie*, 34, 97-105.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Šolcová, I. (1996). Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků. *Československá psychologie*, 40, 237-247.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2000). Sociálně založené nerovnosti ve zdraví. *Psychologie v ekonomické praxi*, 35, 1-6.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2002). Sociálně založené nerovnosti ve zdraví: Současný vývoj ve světě a stav u nás. *Československá psychologie*, 46, 219-224.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2003). Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, 47, 220-229.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2006). Subjektivní zdraví: Současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*, 50, 1-15.
- Šolcová, I. (2011). Psychosociální aspekty stárnutí. *Československá psychologie*, 55, 152-166.
- Tišanská, L., & Kožený, J. (2004). Osobnost, Anticipovaná sociální opora a adaptace seniorek na stárnutí: Test modelu životní spokojenosti. *Československá psychologie*, 48, 27-37.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- World Health Organization. (2007). *European Tobacco Control. Geneva: Report*. Získáno z <<http://www.who.int/topics/tobacco/en/>>.



## **Přílohy**

**Příloha č.1:** Zadání bakalářské práce

**Příloha č.2:** Český a cizojazyčný abstrakt

**Příloha č.3:** Dotazník: „Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi bakalářské práce“.

## Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Ing. JURÁKOVÁ Petra	Stará Riviera 757, Frýdek-Místek - Místek	I10087

#### TÉMA ČESKY:

Subjektivní zdraví jako významný prediktor životní spokojenosti

#### NÁZEV ANGLICKY:

Subjective Health as an Important Prerequisite of Life Happiness

#### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Seznámení se s normami diplomových prací v oboru psychologie a dodržování hlavních zásad v nich uvedených.
- 2) Hledání relevantních zdrojů? monografií, článků, výzkumných prací, teoretických studií? domácích i zahraničních. Využití databází zahraničních článků na internetu, které jsou volně přístupné z univerzitní sítě EBSCO.
- 3) Studium relevantní literatury z oblasti psychodiagnostiky, klinické psychologie, psychologie osobnosti, psychopatologie, psychologie zdraví a nemoci, psychosomatiky.
- 4) Zpracování osnovy diplomové práce, formulace cíle výzkumu, formulace hypotéz, předpokladem je popis faktorů, které ovlivňují naše sebehodnocení zdraví. Dále tyto faktory analyzovat, zjistit mechanismy fungování ve vztahu k subjektivnímu zdraví, rozdělit je na ty nejtoxičtější pro naše zdraví a na ty, jež tvoří základ salutogenetického přístupu ke zdraví. Dominantním cílem bude nalezení vztahu mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností. Parciální cíle budu zaměřovat na objektivní životní události a rysy osobnosti ve vztahu k subjektivnímu zdraví.
- 5) Zpracování základní kostry teoretické části práce a její konzultace s vedoucím diplomové práce? předpokladem je shrnutí dosavadního zkoumání v dané oblasti.
- 6) Realizace výzkumu, sběr dat, předpokladem je využití příležitostného výběru s ohledem i na kvótvový výběr dle úvahy autorky. Využití kombinací dotazníkových metod například: NEO, CMI, dotazník Kasielkové, SWLS? dle úvahy autorky a konzultace, možná je tvorba vlastního nástroje měření subjektivního zdraví.
- 7) Zpracování výzkumné části práce a její konzultace s vedoucím diplomové práce.
- 8) Dokončení diplomové práce? integrace jednotlivých částí a kapitol do srozumitelného a logicky navazujícího celku s ohledem na požadované formální náležitosti.  
Rozsah grafických prací: Dle potřeby.  
Rozsah původní zprávy: Dle potřeby, minimální rozsah DP však 60 normostran

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Blahutková, M. (2005). Pohyb a duševní zdraví. Paido. Brno.
- Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V. a kol. (2005). Psychosociální souvislosti osobní pohody. Vydavatelství MSD, Brno.
- Ferjenčík, J. (2002). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha. Portál.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2002). Psychologický slovník. Portál. Praha.
- Hill, G. (2004). Moderní psychologie. Portál. Praha.
- Kebza, V., Csémy, L. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Academia. Praha.
- Křivohlavý, J. (2004). Pozitivní psychologie. Portál. Praha.
- Křivohlavý, J. (2003). Psychologie zdraví. Portál. Praha.
- Nakonečný, M. (1999). Sociální psychologie. Academia. Praha.
- Payne, J. a kol. (2005). Kvalita života a zdraví. Triton. Praha.
- Reiterová, E. (2000). Základy statistiky pro studenty psychologie. Skriptum, II. vydání. FFUP Olomouc. Olomouc.

-Směkal,V.(2004).Pozvání do psychologie osobnosti:člověk v zrcadle vědomí a jednání.Barristel a Princípál.Brno.

**Podpis studenta:** .....

**Datum:** .....

**Podpis vedoucího práce:** .....

**Datum:** .....

## **Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Subjektivní zdraví jako významný prediktor životní spokojenosti

**Autor práce:** Ing. Petra Juráková

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Lečbych Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 64 strany, 87289 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 48

Diplomová práce ověřuje vztah subjektivního zdraví a životní spokojenosti, definuje faktory, které obě tyto dimenze ovlivňují a to ve smyslu prediktorů či determinantů. Teoretickou část tvoří výběr soudobých přístupů a výzkumů – popis, vztahová rovina, souvislosti s ostatními dimenzemi, výhledy do budoucna. Empirická část práce se hlavně zaměřuje na prokázání závislosti mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností. Dílčí části tvoří prokázání závislosti mezi subjektivním zdravím a životním stylem, pohlavím, věkem, vzděláním. Dále nalezení dimenze životní spokojenosti, která nejmohutněji sytí celkovou životní spokojenost. Šetření proběhlo na výběrovém souboru internetové populace ve věku 25-44 let, v počtu 123 respondentů. Použitou metodou získání dat bylo dotazníkové šetření za použití kvantitativního výzkumu.

**Klíčová slova:** subjektivní zdraví

životní spokojenost

životní styl

well-being

### **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Subjective Health as an Important Prerequisite of Life Satisfaction

**Author:** Ing. Petra Juráková

**Supervisor:** PhDr. Martin Lečbych Ph.D.

**Number of pages and characters:** 64 and 87289

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 48

The thesis verifies stance of subjective health and life satisfaction, defining the factors that both of these dimensions affect in the sense of predictors or determinants. The theoretical part is consisted of a selection of contemporary attitudes and research- description, relational level, connection with other dimensions and on outlooks for the future. The empirical part is mainly focused on proof of the dependencies between subjective health and life satisfaction. Partial sections form proof of dependency among subjective health and lifestyle, gender, age and education. Another partial aim was to find a dimension of life satisfaction that the most fill general life satisfaction. The examination was carried out on selective file of website population at the age of 25 – 44. Total amount of respondents was 123. The method that was used for obtaining data was a questionnaire survey by using quantitative research.

**Key words:** subjective health

life satisfaction

life style

well-being

## Příloha č. 3: Dotazník

V následujících otázkách prosím u každého tvrzení zaškrtněte po stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá Vaší odpovědi na této škále:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
velmi nespokojen	nespokojen	spíše nespokojen	neutrální	spíše spokojen	spokojen	velmi spokojen

### Jak hodnotíte svou spokojenost v zaměstnání?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

Se svým postavením v zaměstnání (na pracovišti) jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S pracovním klimatem na pracovišti jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
Co se týká pracovních povinností a zátěže jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S možností postupu na pracovišti jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S autonomií (možnost rozhodovat), kterou mi nabízí práce jsem...:	1	2	3	4	5	6	7

### Jak hodnotíte svou finanční situaci?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

Se svým příjmem/platem jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
Se svým životním standardem jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
Se svými finančními rezervami( úspory) jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S hmotným zajištěním své existence jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S tím co již vlastním jsem...:	1	2	3	4	5	6	7

### Jak hodnotíte své koníčky a volný čas?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

S délkou své každoroční dovolené jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S množstvím volného času po práci a o víkendech jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S časem, který mohu věnovat svým blízkým jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S kvalitou odpočinku ve svém volném čase jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S dělením volného času na odpočinek/zájmy a rodinu/přátelé jsem:	1	2	3	4	5	6	7

### Jak hodnotíte své rodinné/partnerské vztahy?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

S požadavky, které na mne klade manželství/partnerství jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S pochopením a tolerancí partnera/ky jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S projevováním náklonností, něžnosti partnera/ky jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S bezpečím, které mi můj partner/ka poskytuje jsem...:	1	2	3	4	5	6	7
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje partner/ka jsem...:	1	2	3	4	5	6	7

### Jak hodnotíte svou sexualitu?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Se svou sexuální výkonností jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Když myslím na možnost otevřeně hovořit o sexuální oblasti jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem sexuálně hodíme jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7

### Jaký máte vztah k vlastní osobě?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

Se svými schopnostmi jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Se svým vnějším vzhledem jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Se svou povahou jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Se svou energií jsem (radost ze života) jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7

### Jakou máte sociální oporu?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

Když myslím na okruh svých přátel a známých jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
S kontakty se svou rodinou a příbuznými jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
S pomocí a podporou, kterou mi poskytuje rodina (přátelé) jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
S tím, jak se má rodina (přátelé) snaží mě povzbudit jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7

### Jak hodnotíte své bydlení?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-7:

S velikostí svého bytu jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
Se stavem svého bytu jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
S výdaji za bydlení (nájem, splátky) jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
S polohou svého bytu jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
S dostupností svého bydlení jsem...:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7

### C) Subjektivní zdraví

Pro následující otázku prosím zvolte odpověď na škále:

<b>1</b> špatný	<b>2</b> znepokojující	<b>3</b> dobrý	<b>4</b> uspokojivý	<b>5</b> vynikající
--------------------	---------------------------	-------------------	------------------------	------------------------

### Subjektivní posouzení zdraví

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

Svůj zdravotní stav hodnotím jako::

1  2  3  4  5

Svůj duševní stav (emoce, nálady, vnímání, myšlení) hodnotím jako::

1  2  3  4  5

Svou fyzickou zdatnost hodnotím jako::

1  2  3  4  5

## D) Životní styl

### Kouřím

- ano  
 ne

### Konzumuji alkohol

- ano  
 ne

### V množství:

1 jednotka = 0,5 l piva nebo 0,2 l vína nebo 0,05 l destilátu / týden

- 1 - 4 jednotky / týden  
 5 - 10 jednotek / týden  
 11 - 15 jednotek / týden  
 16 a více jednotek / týden

### Mám pravidelnou pohybovou aktivitu:

- ano  
 ne

### V jakém rozsahu:

- 1 - 2 hod / týden  
 3 - 4 hod / týden  
 5 - 7 hod / týden  
 7 a více hod / týden

### Moje stravovací návyky hodnotím jako:

Při hodnocení stravovacích návyků vezměte v potaz konzumaci uzenin, konzumaci ovoce a zeleniny, salátů, sladkostí, přestávky mezi hlavními jídly, atd.

- vynikající  
 uspokojivé  
 dobré  
 znepokojující  
 špatné

## E) Symptomatologický inventář

### Vyznačte frekvenci, s níž se u vás vyskytují následující obtíže:

1	2	3	4	5
velmi často	často	občas	velmi zřídka	nikdy

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

Tlak v žaludeční oblasti.:

1  2  3  4  5

Pocit plného žaludku.:

1  2  3  4  5

Žaludeční bolesti.:

1  2  3  4  5