

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Studijní program: Humanitní studia

Studijní obor: Studium humanitní vzdělanosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Téma: Životní události a jejich vliv na zdravotní stav člověka

(Rozdíly v percepci prožitých životních událostí dle věku a pohlaví)

Vypracovala: Barbora Šonová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Václav Břicháček

Akademický rok: 2005/2006

Místo: Praha

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 27. 1. 2006

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala panu doc. PhDr. Václavu Břicháčkovi za jeho cenné připomínky a trpělivé vedení mé práce. Mé poděkování patří také panu MUDr. Pavlu Mokrejšovi za významnou pomoc při statistickém zpracování sebraných dat.

Obsah:

Teoretická část	6
Životní události a jejich vliv na zdravotní stav člověka	
Úvod	7
I. Pojem ŽU a jeho historie	9
II. Problematika zkoumání vztahu mezi ŽU a zdravím	11
1. Kazuistický přístup	11
2. Epidemiologický přístup	12
III. Stres	16
1. Vymezení pojmu	16
2. Zdroje stresu	19
3. Reakce na stres	22
4. Vliv stresu na zdravotní stav člověka	26
4.1. Přímý vliv stresu na fyzické zdraví	26
4.1.1. Činnost imunitního systému	27
4.1.2. Poruchy funkce imunitního systému	29
4.1.3. Vliv stresu na imunitní systém	30
4.1.4. Stres a některá další onemocnění	32
4.2. Přímý vliv stresu na psychické zdraví	34
4.3. Nepřímý vliv stresu na fyzické zdraví	35
4.4. Nepřímý vliv stresu na psychické zdraví.....	36
5. Zvládání stresu	37
5.1. Vnitřní faktory ovlivňující zvládání stresu	38
5.1.1. Biologické faktory	38
5.1.2. Osobnostní faktory	39
5.2. Vnější faktory ovlivňující zvládání stresu	46
5.3. Konkrétní postupy při zvládání stresu	49
5.3.1. Strategie zvládání	50
5.3.2. Techniky zvládání	50
Závěr	54

Empirická část56

Rozdíly v percepci prožitých ŽU dle věku a pohlaví

Úvod..... 57

Použitá metoda..... 57

Výsledky.....60

Diskuze84

Závěr 86

Seznam literatury.....87

Příloha..... 89

TEORETICKÁ ČÁST

Životní události a jejich vliv na zdravotní stav člověka

Úvod

Tématem mé bakalářské práce jsou životní události a jejich vliv na zdraví člověka. Cílem její teoretické části je pokusit se na základě přečtené literatury o stručný přehled dosavadních poznatků v této oblasti.

Každý z nás zažívá během svého života situace a události, které se vyskytnou nezávisle na jeho vůli a se kterými se musí nějakým způsobem vyrovnávat. Různí autoři si všimli vztahu mezi výskytem těchto událostí a poruchami zdraví a začali ho zkoumat. A právě o tom stručně pojednává první kapitola této práce.

V druhé kapitole se zaměřím na metodologické aspekty zkoumání vztahu mezi životními událostmi a zdravím.

Výskyt závažných životních událostí vyžaduje od člověka jistou míru přizpůsobení a může tak představovat větší či menší zátěž. Pokud je tato zátěž příliš velká, člověk se dostává do stresu. A právě o stresu pojednává obsáhlá třetí kapitola, která je ještě rozdělena na několik podkapitol.

Zabývám se zde nejdříve vymezením pojmu stres, možnými zdroji stresu a dále fyziologickými, psychickými a behaviorálními reakcemi na stres.

Další podkapitola je poněkud rozsáhlejší a je věnována vlivu stresu na zdraví jedince. V její první části je popsána činnost našeho imunitního systému, možné poruchy jeho funkce a vliv stresu na tento systém. Dále jsou zmíněna různá psychosomatická onemocnění a také vliv stresu na psychické zdraví jedince. Závěr podkapitoly pojednává o nepřímém vlivu stresu na naše tělesné i duševní zdraví.

Ve třetí podkapitole jsem se zaměřila na problematiku zvládání stresu. Nejdříve se zde zabývám osobnostními, biologickými a sociálními faktory, které tento proces ovlivňují, dále pak styly a strategiemi zvládání a v poslední

části kapitoly různými technikami, které nám pomáhají lépe čelit stresovým situacím.

I. POJEM ŽU A JEHO HISTORIE

Životní událost (life event) je „skutečnost, která se může vyskytnout v životě člověka nezávisle na jeho vůli a závažně a dlouhodobě ovlivnit jeho navyklé činnosti či celý styl života“ (Hartl, Hartlová, 2000, s.653).

Životní události se nejčastěji týkají rodiny, partnerských a přátelských vztahů jedince, jeho zdravotního stavu, zaměstnání, finanční situace apod.

Tyto události obvykle vyžadují vyšší či nižší míru přizpůsobení a mohou tak představovat určitou zátěž. Pokud se jich v určitém období nahromadí více, zátěž může přesáhnout schopnosti jedince této zátěži čelit a člověk se dostává do stresu. A právě stres (a zejména stres chronický) může negativně ovlivnit naše fyzické i psychické zdraví (i když zde hraje roli také mnoho jiných faktorů, kterými se budu zabývat hlavně v kapitole „Zvládání stresu“).

K soustavnému experimentálnímu zkoumání stresu docházelo až v průběhu dvacátého století. Mezi nejvýznamnější osobnosti zabývající se vlivem stresu na fyziologické procesy v organismu patří ruský fyziolog I.P.Pavlov (1849 - 1936), americký fyziolog Walter Canon (1841 - 1945) a kanadský endokrinolog maďarského původu Hans Selye (1907 - 1982), který je označován za zakladatele tzv.kortikoidního pojetí stresu (Křivohlavý, 2001).

Vztah mezi výskytem životních událostí a vznikem poruch zdraví se začal vědecky zkoumat ve třicátých letech dvacátého století. Americký psychiatr A.Meyer (1866 - 1950) začal sledovat výskyt životních událostí u svých pacientů a zjistil, že vliv na tělesné zdraví nemají jen katastrofické události typu válek apod., ale také běžné události každodenního života (Škoda, 1985).

Velmi důležitou roli v této oblasti hrála práce Holmese a Raheho (1976). Tito američtí psychologové začali poprvé

používat pojem „životní událost“ a sestavili také škálu pro hodnocení intenzity životních změn (Tamt.).

V našich podmínkách se zkoumání vztahu mezi výskytem životních událostí a negativními změnami zdraví věnoval například C.Škoda.

II. PROBLEMATIKA ZKOUMÁNÍ VZTAHU MEZI ŽU A ZDRAVÍM

V této části své práce se budu opírat převážně o publikace Životní událost a nemoc a Psychologie zdraví a Úvod do metod psychologického výzkumu.

Vztahy mezi životními událostmi a změnami zdraví byly zkoumány zprvu převážně kazuistickým přístupem, později bylo díky metodologickému pokroku možné použít přístup epidemiologický.

1. KAZUISTICKÝ PŘÍSTUP

Kazuistický přístup umožňuje zkoumání daného jevu v menším měřítku, ale zato detailněji. Jde o přístup kvalitativní, kdy se podrobněji zaměřujeme na menší množství jedinců (někdy i jediného jedince). Základem je intenzivní a většinou i dlouhodobější zkoumání jednotlivých případů, přičemž výsledky lze následně vzájemně porovnávat. Problém zde ale představuje vyvozování všeobecných závěrů platných pro širší populaci. Kazuistiky (case studies) neboli případové studie jsou obvykle sestavovány na základě osobní anamnézy daného člověka (tu lze získat buď přímo, tedy kontaktem či rozhovorem s danou osobou, případně dlouhodobým pozorováním, nebo zprostředkovaně, to znamená například rozhovorem s blízkými osobami apod.). Kazuistický přístup se používá buď tam, kde nemáme k dispozici velký vzorek osob (nebo kde není z technických důvodů možné s velkým vzorkem pracovat) nebo tam, kde zkoumáme příliš jedinečné či obtížně kvantifikovatelné proměnné. Umožňuje nám postihnout jedinečnost vývoje zkoumané osoby (v našem případě vývoj a průběh určitého onemocnění u této osoby) a svým zaměřením na detaily často přispívá k odhalení dosud přehlížených skutečností. Kazuistický přístup je často využíván hlavně v psychoterapii a klinické psychologii.

Problematiku životních událostí zkoumal pomocí kazuistického přístupu systematicky Holmes (1978), jak uvádí Škoda ve své práci (1985). Tuto metodu používal především v počátečních fázích svých výzkumů, později přešel k prospektivním studiím.

2. EPIDEMIOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Na rozdíl od kazuistického přístupu umožňuje epidemiologická metoda studovat dané jevy ve velkém měřítku. Podle Škody se epidemiologický přístup „zabývá zjišťováním rozdílů v rozložení četností jedinců, definovaných nějakým znakem (např. infekcí, hypertenzí, úmrtím na infarkt myokardu, určitým typem psychopatologie apod.) mezi ostatními jedinci bez tohoto znaku, žijícími v daném omezeném prostoru a čase“ (1985, str.6).

Epidemiologická metoda má dvě fáze. Ve **fázi deskriptivní** dochází k popisu časových či prostorových vztahů jednoho či více zkoumaných jevů. Společný výskyt těchto jevů v čase či prostoru ale ještě neznamena, že mezi nimi existuje vztah kauzální povahy. Po deskriptivní fázi tedy nastupuje **fáze analytická**, která zkoumá povahu těchto vztahů.

Škoda (1985) uvádí tři předpoklady, které musí být splněny, aby mohl být použit epidemiologický přístup:

1. je potřeba jasně a spolehlivě definovat sledované (tzv. indexové) případy - v našem případě je indexovým případem člověk, u kterého se objevila nějaká porucha duševního či tělesného zdraví
2. v dané kontrolní populaci (která je vymezena určitým prostorem a časem) je třeba přesně identifikovat všechny indexové případy, resp. vybrat reprezentativní vzorek těchto případů
3. dále je potřeba co nejlépe identifikovat ty „faktory prostoru a času, o kterých předpokládáme, že mohou být ve vztahu k výskytu indexových případů“ (s.7); v našem

případě jsou těmito faktory právě různé životní události.

Epidemiologický přístup byl zprvu využíván při zkoumání následků traumatických, člověkem nezaviněných událostí (jde například o přírodní katastrofy, války apod.). Tyto události ale nejsou příliš časté a nemohou většinou vysvětlit velký výskyt různých tělesných či duševních poruch v dobách, které nejsou těmito traumatickými událostmi zasaženy. Tato skutečnost pak vedla k obrácení pozornosti spíše na všední životní události, které se běžně vyskytují v našem každodenním životě. Všední a běžné jsou tyto události jen z pohledu epidemiologického přístupu, který se zabývá zkoumáním daných jevů ve velkém měřítku. Pro konkrétního člověka jsou životní události jako například svatba, úmrtí v rodině, narození dítěte nebo odchod do důchodu vždy závažnou a nevšední zkušeností.

Důležitým druhem epidemiologických studií jsou **studie prospektivní**. Ty mají zjišťovat, jaké je riziko, že se jako následek významné životní události objeví nějaká porucha duševního či tělesného zdraví.

Zkoumaná populace je rozdělena na dvě části. Jednou z nich je indexová skupina, tedy skupina, u které došlo k výskytu jedné či více závažných životních událostí během předcházejícího období (které je přesně vymezeno). Zbývá část populace tvoří skupinu kontrolní. V následujícím období se pak sleduje výskyt různých druhů onemocnění. Klíčovou otázkou je, jaký bude poměr výskytu těchto onemocnění u indexové a kontrolní skupiny (Škoda, 1985).

Ideální situací je ta, kdy se indexová osoba liší od kontrolní osoby pouze tím, že se u ní vyskytla závažná životní událost,

zatímco u kontrolní osoby k tomu nedošlo. V žádných jiných charakteristikách by se neměli členové indexové skupiny lišit od členů skupiny kontrolní.

Jedinečnou příležitostí k provádění prospektivních studií jsou takové situace, které dobře umožňují během určitého období sledovat a zaznamenávat potřebné údaje u dané populace. Škoda (1985) uvádí jako historický příklad takových situací dlouhodobá námořnická vojenská cvičení.

Příkladem prospektivní studie je práce Holmese a Raheho, kteří se snažili prokázat vliv zátěžových životních situací na zdraví jedince. Těžké životní situace člověka nutí změnit dosavadní životní styl a přizpůsobit se nové situaci, což vyžaduje určitou aktivitu. A právě to může být zdrojem psychického stresu, který následně může negativně ovlivnit naše zdraví. Holmes a Rahe sestavili stupnici těžkých životních událostí od nejzávažnější události po nejméně závažnou. Nespokojili se tedy pouze s počtem životních událostí prožitých za určité předcházející období. Závažnost daných životních událostí zjišťovali tak, že se dotazovali velkého počtu osob (které se lišily věkem, pohlavím, etnickou a kulturní příslušností), do jaké míry jim daná událost připadá či nepřipadá obtížná. Jakýmsi pevným bodem, od kterého se odvíjelo posuzování závažnosti daných událostí, byl sňatek, jemuž Holmes a Rahe přidělili pevnou hodnotu 50 LCU (Life Change Unit neboli jednotek životní změny). Jednotlivých osob se pak dotazovali, zda jim daná událost v porovnání se sňatkem připadá méně či více závažná (jinými slovy zda vyžaduje větší či menší míru přizpůsobení). Výsledkem této práce byla stupnice obsahující 43 událostí, které byly seřazeny od relativně nejlehčí (touto událostí byly podle dotazovaných osob drobné právní přestupky, jimž byla přisouzena hodnota 11 LCU) po relativně nejtěžší (smrt manžela či manželky, 100 LCU). Použití této stupnice vypadá následovně: stupnice je předložena dané osobě s žádostí, aby označila ty životní události, které zažila během určitého předcházejícího období. Následně se sečte hodnota těchto

událostí a z výsledného čísla se odvozuje riziko vzniku tělesné poruchy.

Tato stupnice má samozřejmě i své kritiky. Je jí vytýkána hlavně obecnost jednotlivých položek. Stejná událost může být pro jednoho člověka vysoce stresující, zatímco pro jiného nemusí představovat vůbec žádnou zátěž. Přesto ale tato práce upoutala velkou pozornost a došla značného rozšíření.

Podobných inventářů životních událostí existuje celá řada (např. Sarason, Johnson: Life Experience Survey, 1978).

Přestože mají prospektivní studie i své slabé stránky, jsou podle Škody (1985) jediným prostředkem pro zjišťování rizika výskytu tělesného či psychického onemocnění jako následku prožití určitých životních událostí.

III. STRES

Jak již bylo řečeno v první kapitole, člověk se neustále dostává do různých situací a působí na něj různé okolnosti, se kterými je nucen se vyrovnávat. To vyžaduje vyvinutí jistého úsilí, což může pro jedince znamenat větší či menší zátěž. Pokud ale zátěž přesáhne schopnosti jedince proti ní bojovat, člověk se dostává do stresu (důležitou roli zde ale hraje celá řada dalších faktorů, zejména osobnostních, o kterých bude řeč později). Výskyt závažných životních událostí je ale jen jednou z možných příčin stresu.

Výzkum životních událostí vychází z teorie stresu jako reakce na stimulaci. V popředí je podnět (tedy významná životní událost) a jeho prožívání. Reakce organismu se sledují spíše jen v kontextu s nemocí, s celkovým pocitem zdraví. Ve své práci se tedy o reakcích na stres zmíním jen stručně. Vlivu stresu na zdravotní stav jedince pak bude věnován rozsáhlejší prostor.

1. VYMEZENÍ POJMU

Termín je převzat z anglického slova *stress*, které lze přeložit jako napětí, tlak, nepřízeň, nepohoda či pnutí. Existuje mnoho definic tohoto pojmu, které se od sebe více či méně liší. Někteří autoři stresem rozumí nárok kladený na organismus, jiní stav organismu, na který je tento nárok kladen, a další reakci organismu na tuto zátěž. Já jsem pro potřeby této práce vybrala modifikovanou Lazarusovu definici, kterou uvádí Vrastislav Schreiber ve své práci *Lidský stres*: „*Stres je nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vypořádat, bez problémů mu čelit*“ (in Schreiber, 2000, s.16). Tuto definici jsem zvolila především proto, že za stresující nepovažuje jakýkoli nárok kladený na organismus, ale pouze nárok nepřiměřený. Nepřiměřený nárok je takový, který neodpovídá kapacitám či schopnostem organismu

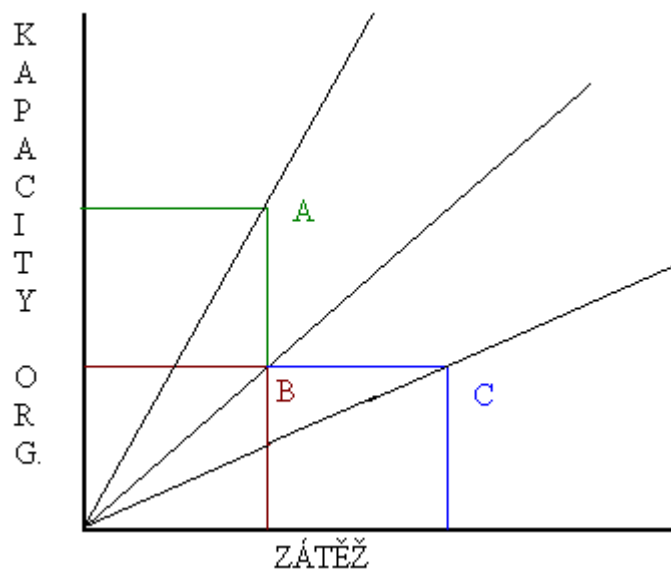
se s tímto nárokem vyrovnat (nebo který vyžaduje vyšší míru přizpůsobení nutnou ke zvládnutí zátěžové situace). Ve své práci ale budu pojmu stres užívat i pro označení stavu, který je reakcí organismu na nepřiměřenou zátěž.

Zátěž může být **fyzická** nebo **psychická**, zde se budeme zabývat zátěží psychickou.

Někteří autoři rozlišují pozitivní stres (tzv.**eustres**), který prožíváme jako příjemný, a negativní stres (tzv.**distres**). Vzhledem k tomu, že se v této práci zabývám negativním vlivem stresu na zdraví člověka, budu pod pojmem stres rozumět hlavně distres, i když jsem přesvědčena o tom, že i pozitivní životní události (jako např. svatba) vyžadují jistou míru přizpůsobení a mohou tak za určitých okolností představovat pro organismus jistou zátěž.

Existují dva druhy nepřiměřené zátěže. Jedním z nich je zátěž nadměrná, kdy nároky kladené na člověka převyšují jeho psychické či fyzické kapacity. Nepřiměřenou zátěží je ale také zátěž nedostatečná. Pokud jsou nároky příliš nízké a člověk nemá možnost uplatnit a rozvinout své schopnosti, může docházet k únavě a vyčerpání organismu. Pokud jsou nároky přiměřené schopnostem a kapacitám organismu nebo je jen lehce překračují, může být situace úspěšně zvládnuta a ke stresu zde nedochází. Model zátěže je graficky znázorněn na obr. Č.1.

V tomto Lazarusově pojetí stresu jako nepřiměřeného nároku ale spíše než objektivní náročnost situace hraje roli její subjektivní hodnocení daným člověkem. Zde jsou velké interindividuální, ale hlavně intraindividuální rozdíly. Stejná situace může být jedincem jednou vnímána jako ohrožující, jindy jako zvládnutelná. S tím souvisí také kognitivní odhad vlastních zdrojů neboli schopností danou situaci zvládnout (Křivohlavý, 2001). Nezanedbatelná je samozřejmě také role zkušeností s podobnými situacemi a jistá odolnost vůči stresu, která se vytvořila v minulosti.



Obr. Č. 1. MODEL ZÁTĚŽE. Bod A představuje nedostatečnou zátěž (kapacity organismu vysoce přesahují nároky na organismus kladené), bod C představuje nadměrnou zátěž (nároky převyšují kapacity organismu) a bod B představuje přiměřenou zátěž (nároky jsou v rovnováze s kapacitami organismu).

Psychická zátěž (a někdy i lehký krátkodobý stres) ale nemusí být vždy něčím negativním. Zátěž, která mírně přesahuje kapacity jedince naopak slouží k jeho psychickému rozvoji a ke zvyšování jeho duševní odolnosti (člověk se učí zvládat zátěžové situace, osvojuje si nové strategie, hledá možné způsoby řešení apod. - jinými slovy se učí buď si aktivně přizpůsobit okolní prostředí nebo se naopak sám tomuto prostředí přizpůsobit). Tyto cenné zkušenosti mu pak pomáhají při řešení dalších stresových situací. Určitá míra zátěže je impulzem, který člověka posouvá vpřed a je tedy pro zdravý rozvoj jedince potřebná.

Pokud ale zátěž příliš přesahuje zvládací kapacity jedince, mohou se naopak objevit nežádoucí reakce, které někdy vedou k dezintegraci osobnosti. Mohou se vytvořit takové osobnostní

vlastností jako například lhostejnost, lenost, závislost, apatie či agresivita (Bratská, 2005). O negativních účincích stresu (zejména chronického) na fyzické i psychické zdraví člověka bude řeč později.

2. ZDROJE STRESU

Řekli jsme si, že stresem rozumíme takové nároky kladené na organismus, které neodpovídají jeho zvládacím schopnostem. Jelikož se míra těchto schopností u jednotlivých lidí velmi liší (kvalitativně i kvantitativně), může se stresovým podnětem (někdy se též hovoří o stresoru) stát prakticky cokoli. Co je pro jednoho člověka zajímavou výzvou, se kterou se bez větších potíží vypořádá, může být pro jiného nepřekonatelným problémem.

Pokusila jsem se potenciální zdroje stresu rozdělit do čtyř skupin.

Do první skupiny jsem zařadila **traumatické události**, které na člověka kladou mimořádně vysoké nároky, ale se kterými se v běžném životě nesetkáváme příliš často. Tyto události obvykle nemůžeme nijak ovlivnit ani se na ně připravit. Jedná se například o živelné katastrofy (povodně, požáry, zemětřesení atd.), války, humanitární krize a podobně.

U lidí, kteří prožili nějakou z těchto událostí, se objevují podobné psychické reakce (Atkinson, 2003). V první fázi je oběť zmatena a ochromena, nemusí si plně uvědomovat možné nebezpečí. Následuje fáze pasivity a nečinnosti. Oběť není schopna sama řešit svou situaci, potřebuje pomoc druhých. Ve třetí fázi se mohou objevit pocity úzkosti, lidé se v myšlenkách vrací k prožitému traumatu, mají potřebu neustále vyprávět o podrobnostech situace (může dojít k vytvoření posttraumatické reakce, která se často vynoří po letech – o té ale ještě bude řeč později).

Do druhé skupiny patří právě **životní události** (life events), které jsou ústředním tématem mé práce. Tyto události mohou život člověka také velmi výrazně ovlivnit a na rozdíl od živelných katastrof a jiných traumatických událostí se s nimi v běžném životě setkáváme poměrně často.

Do třetí skupiny jsem zařadila **drobné každodenní starosti** (daily hassles). Nejenom velké životní zvraty a události mohou být zdrojem stresu. Také každodenní starosti, potíže, hádky a těžkosti se mohou stát pro člověka nadměrnou zátěží, pokud se jich najednou nakumuluje větší množství. Opět zde přitom záleží také na subjektivním hodnocení těchto těžkostí (Křivohlavý, 2001).

Všechny tyto události působí na člověka zvnějšku a jsou více či méně neovlivnitelné. Do čtvrté skupiny jsem tedy zařadila nevyřešené **intrapersonální konflikty** (vědomé i nevědomé), které mohou také přivodit stres. K těmto konfliktům dochází tam, kde se člověk musí rozhodovat mezi dvěma nebo více alternativami, které se navzájem vylučují (Atkinson, 2003). Podle charakteru těchto alternativ lze podle Hoška (2003) konflikty rozdělit na konflikt averze (tam, kde se rozhodujeme mezi dvěma či více negativními alternativami), konflikt apetence (volba mezi dvěma a více pozitivními alternativami) a konflikt apetence - averze (k takovému konfliktu může docházet tam, kde má žádoucí varianta i určité negativní stránky - např. aby člověka přestal bolet zub, musí nejdříve jít k zubaři).

Ke konfliktům ale nedochází pouze tam, kde se rozhodujeme mezi dvěma vzájemně si odporujícími variantami. Konflikt se může objevit i tam, kde proti sobě stojí dva vnitřní motivy (Atkinson, 2003). Mezi motivy, které se nejčastěji stávají zdrojem konfliktů, patří v dnešní době zejména potřeba nezávislosti vs. závislost, intimita vs. osamělost a potřeba spolupráce vs. soutěžení.

Nyní bych se ráda zaměřila na faktory, které ovlivňují, jestli se daný podnět (událost, konflikt apod.) stane pro určitého člověka stresujícím nebo ne, a pokud ano, tak do jaké míry. Prvním z těchto faktorů je **kontrolovatelnost** situace. V mnoha výzkumech bylo dokázáno, že subjektivní přesvědčení o možnosti danou situaci kontrolovat snižuje úzkost a tím i míru zažívaného stresu. Atkinson uvádí studii, kterou v roce 1972 provedli Glass a Winter. V této studii vystavili dvě skupiny nadměrnému hluku. První skupina mohla tuto situaci ukončit, pokud by jí hluk připadal nesnesitelný. Členové druhé skupiny nemohli situaci nijak ovlivňovat. Nikdo z první skupiny ale nakonec možnost situaci ukončit nevyužil a doba expozice tak byla pro obě skupiny stejná. Následovalo řešení problémových úloh a zde byl výkon skupiny, která situaci nemohla kontrolovat, výrazně horší než u druhé skupiny, což bylo zřejmě způsobeno větším narušením duševní činnosti u této skupiny. Vidíme tedy, že zde nehrála roli ani tak objektivní úroveň stresu (vystavení nadměrnému hluku) jako spíš subjektivní vnímání kontrolovatelnosti situace (in Atkinson, 2003). Podobných výzkumů bylo popsáno více.

Dalším faktorem, který ovlivňuje, do jaké míry na nás bude daný podnět působit jako stresující, je **předvídatelnost** situace. Pokud je situace předvídatelná, můžeme se na ni nějakým způsobem předem připravit - buď tak, že se snažíme předem co nejvíce zmírnit její dopad, a nebo (pokud je situace objektivně neovlivnitelná) se na ni můžeme připravit alespoň psychicky (Tamt.).

Vnímání podnětu jako stresového ovlivňuje také **délka trvání stresového podnětu**, jeho **intenzita** a **načasování** (okolnosti, za nichž se tento podnět objevuje). Velkou roli hraje také **kumulace** více zátěžových situací v krátkém časovém období.

3. REAKCE NA STRES

Reakce na nepřiměřenou zátěž lze rozdělit na fyziologické (včetně imunologických), psychické a behaviorální. Organismus vystavený stresu ale reaguje vždy komplexně (na všech těchto úrovních, které jsou mezi sebou propojeny). Stresové reakce se liší podle délky trvání stresu.

Stresové situace mohou vyvolávat celou škálu **psychických reakcí** od pocitů rozladění přes únavu až po různé emoční reakce a zhoršení kognitivních funkcí (Hladký, 1993). Já se zde zaměřím právě na různé druhy emočních reakcí.

Mezi nejčastější emoční reakce na stres patří **úzkost a strach**. Jedná se o emoce astenické, to znamená emoce, které tlumí a zeslabují aktivitu organismu (Hošek, 2003). Úzkost na rozdíl od strachu nemá konkrétní předmět. Člověk se něčeho bojí, ale přesně neví čeho. Na fyziologické úrovni se úzkost projevuje zvýšením krevního tlaku a zrychlením srdečního tepu, zrychleným dýcháním, rozšířením zorniček, vysycháním sliznic či zvýšeným pocením. Na psychické úrovni může docházet k poruchám koncentrace, zúžení vědomí, poruchám hodnocení či poruchám paměti a myšlení. Mohou se také objevit různé psychosomatické reakce jako například průjem, zvracení, časté nucení na močení, žaludeční potíže a podobně.

Strach na rozdíl od úzkosti má konkrétní příčinu a je adaptivní reakcí na konkrétní ohrožení. Doprovodné fyziologické i psychické projevy jsou podobné jako u úzkosti - tedy zrychlené dýchání, zvýšení krevního tlaku, zblednutí, svalové napětí, poruchy paměti a pozornosti atd.

V některých případech se může po prožití silného traumatu či šoku rozvinout tzv. *posttraumatická stresová porucha*, která se projevuje pocity otupělosti, úzkostí, pocity odcizení se lidem, nesoustředěností, snížením aktivity, poruchami spánku a neustálým navracením se k prožité situaci ve snech nebo ve vzpomínkách. Posttraumatická stresová porucha se může rozvinout jednak bezprostředně po prožitém traumatu, ale také

může být vyvolána o několik týdnů či měsíců později nějakým menším stresem. Jindy se může do vědomí vrátit i po letech - často ve zkreslené podobě (Atkinson, 2003).

Strach a úzkost jsou reakce únikové, nyní se zaměřím na zcela odlišný typ emočních reakcí na stres a sice na reakce útočné, kterými jsou **vztek a agrese**.

Zatímco vztek je určitý emoční stav, agrese je konkrétní útočné chování. Dochází k němu většinou tam, kde není možné řešit stresovou situaci útekem. Agresivní chování bývá také často zaměřeno proti určitému objektu či překážce, která organismu brání uspokojit nějaké jeho potřeby nebo dosáhnout zvoleného cíle a vyvolává tak stav frustrace. Pokud ale stresové podmínky trvají příliš dlouho a jedinec nemá možnost danou situaci řešit ani útekem ani útokem, může dojít k rezignaci, uzavření se do sebe a apatii. Seligman v této souvislosti hovoří o *naučené bezmocnosti*. Pokud se jedinec několikrát marně pokouší zvládnout ohrožující situaci, může nakonec dojít k přesvědčení, že mu již nic nemůže pomoci, a k selhání pak dochází i v jiných podobných situacích, které by ale zvládnout mohl (in Křivohlavý, 2001). Naučená bezmocnost se ale neprojeví u všech jedinců vystavených stejné stresové situaci. Velkou roli zde hrají faktory jako osobnostní charakteristiky, motivace apod. O těch ale bude řeč později.

Agresivita se u lidí vyvíjí v průběhu ontogeneze a to hlavně díky procesu učení (vlivy dědičnosti zde nejsou příliš velké, i když určitou roli zde může hrát například druh temperamentu či somatotypu). Člověk se učí jednak pasivní nápodobou ostatních (dítě „odkuká“ určité způsoby chování od rodičů či vrstevníků apod.) a jednak díky podmiňování. Pokud je určité chování odměněno a tím zpevněno, bude se v budoucnosti častěji opakovat. U agresivního chování může být takovou odměnou například odstranění vnitřního napětí, možnost uspokojení určité potřeby, kterého předtím nebylo možné

dosáhnout a podobně. Důležitou roli zde hraje samozřejmě také výchova. Míra agresivity ale záleží i na hodnotovém systému agresora či možném očekávaném trestu (Hošek, 2003).

Kromě těchto emočních reakcí se ale na psychické úrovni setkáváme i s reakcemi v oblasti kognitivní. V důsledku stresu dochází často k **oslabení kognitivních funkcí**. Objevují se poruchy koncentrace, potíže s logickým uspořádáním myšlenek, poruchy paměti či poruchy vnímání.

To byly tedy hlavní druhy psychické reakce na stres. Podívejme se nyní na **reakce fyziologické**.

Tělo reaguje na stresovou situaci spuštěním složitých nervových a hormonálních mechanismů. Pokud dojde k rychlému zvládnutí stresu, tyto pohotovostní reakce organismu ustanou. Pokud však stresová situace trvá dál, dojde ke spuštění dalších vnitřních procesů, které mají vést k adaptování organismu na stresovou situaci. A pokud tato situace trvá dále, dojde k vyčerpání organismu.

Nyní se na jednotlivé fáze zaměříme podrobněji. V první, poplachové, fázi dochází k přípravě organismu na rychlou reakci, kterou je buď útěk nebo útok – obě tyto reakce mohou mít různé formy – od skutečného pohybu přes postoj těla, gesta a mimiku až po verbální vyjádření (na emoční úrovni těmto reakcím odpovídá úzkost a vztek). V této fázi dochází k mobilizování veškerých obranných sil organismu. Rychlý přísun energie do svalů je zajištěn uvolňováním krevního cukru z jater. Na nervové úrovni dochází ke zvýšení činnosti sympatického nervového systému, který způsobuje zvýšení krevního tlaku, zrychlení srdečního tepu, zrychlené dýchání, zvýšení svalového napětí či zvýšenou sekreci potních žláz. Zároveň je tlumena činnost parasympatického nervového systému. Na hormonální úrovni dochází k vyplavování většího množství hormonu adrenalinu do krevního řečiště. Adrenalin má podobné účinky jako sympatikus. Dále je v této fázi do krve vyplavován antidiuretický hormon, který má vliv například na

zadržování vody v těle, zvýšení krevního tlaku či tvorbu paměťové stopy (Schreiber, 2000).

Reakce útok nebo útek je stará reakce, která umožňovala lidem přežít v přírodních podmínkách a která nám zůstala zachována do dneška. Pro civilizovaného člověka, který na momentální stresové situace již obvykle nereaguje fyzickým útokem ani útekem, však může mít i negativní následky. Podle Schreibera (2000) může stát v pozadí takových stresových nemocí jako je hypertenze či žaludeční vředy.

Pokud stresová situace trvá dál, dochází k dalším nervovým a hormonálním reakcím organismu. Vyplavuje se adrenokortikotropní hormon a ten dále podněcuje kůru nadledvin k sekreci hormonu kortisolu. Ten spouští procesy umožňující dlouhodobý výdej energie. Právě zvýšená činnost kůry nadledvin umožňuje organismu čelit dlouhodobému stresu (Schreiber, 2000).

Maďarský endokrinolog Hans Selye popsal tyto fyziologické reakce coby součást systému nespecifických reakcí, který nazval generální (obecný) adaptační syndrom (Selye, 1966). Jak vyplývá z názvu, klíčovou stránkou celého procesu je právě adaptace neboli přizpůsobení organismu. Tento syndrom má tři fáze. První z nich Selye nazval poplachovou reakcí. Ta trvá poměrně krátce a pokud organismus není schopen se stresorem rychle vyrovnat, nastává stadium rezistence neboli odolnosti. Fyziologické projevy jsou v tomto stadiu často opačné než u poplachové reakce (v poplachové reakci se například snižuje tělesná váha a dochází k zahušťování krve, ve stadiu rezistence se oba tyto parametry vrací na původní hodnotu). Pokud stresový podnět působí i nadále, dostává se organismus do stadia vyčerpání, které se v mnoha směrech vyznačuje podobnými projevy jako poplachová reakce. V této fázi dochází k vyčerpání fyziologických zdrojů organismu a nastává smrt (Selye při svých pokusech pracoval se zvířaty). Selye hovořil také o poruchách adaptace, které jsou důsledkem

dlouhodobého nebo opakovaného vystavování organismu stresorům a následného vyčerpání jeho fyziologických zdrojů. Mezi tyto poruchy adaptace patří nemoci jako astma, hypertenze či žaludeční vředy.

Mezi **behaviorální reakce** na stres patří například podrážděnost, neklidné chování, zhoršení výkonu (delší reakční čas, větší počet chyb atd.), stažení se do sebe nebo naopak vyvolávání konfliktů a hádek s okolím apod. Důležitou roli zde hrají osobnostní charakteristiky jedince, jeho momentální rozpoložení, zkušenosti z minula a mnoho dalších faktorů.

4. VLIV STRESU NA ZDRAVOTNÍ STAV ČLOVĚKA

Stres může za určitých negativně ovlivnit jak naše fyzické, tak i psychické zdraví. Tento vliv může být přímý nebo nepřímý.

4.1. Přímý vliv stresu na fyzické zdraví

Při stresu probíhá v těle celá řada fyziologických reakcí. Pokud trvá stresová situace příliš dlouho nebo se často opakuje, může dojít vlivem dlouhodobé nadměrné aktivace sympatického a adrenokortikálního systému k poškození tepen a orgánových systémů. Stres může působit na naše fyzické zdraví také tím, že narušuje činnost imunitního systému a tím snižuje obranyschopnost organismu (Atkinson, 2003).

Vztahem mezi psychickým (hl. emocionálním) stavem člověka a vznikem různých druhů tělesných onemocnění se zabývá vědní medicínský obor zvaný **psychosomatika**. Psychosomatika pohlíží na člověka holisticky, chápe ho v jeho bio - psycho - sociální jednotě. Psychiku a tělesno chápe jako dvě propojené části téhož celku, které se navzájem ovlivňují. Problémy v jedné oblasti se projeví i v oblasti druhé. Za psychosomatická onemocnění označujeme takové tělesné poruchy, které vznikly z velké části v důsledku působení negativního

psychického stavu na fyziologické procesy v těle (o některých z těchto chorob se zmíním později). Psychika ale hraje důležitou roli i u onemocnění, která nejsou označována jako psychosomatická (Poněšický, 2002). Podle Poněšického (Tamt.) může být dokonce psychicky podmíněna každá tělesná porucha.

4.1.1. ČINNOST IMUNITNÍHO SYSTÉMU

V této části své práce se budu opírat hlavně o publikace Somatologie pro učitele, Biologie člověka a Praktický slovník medicíny.

Imunitní systém je systém „zabezpečující ochranu organismu před cizorodým a infekčním materiálem a sloužící rovněž k odstraňování vlastních poškozených či odumřelých tkání a buněk včetně nádorových“ (Vokurka, Hugo, 2000, s.197).

Imunita je tedy „schopnost organismu bránit se napadení a působení cizorodých látek a patogenů“ (Novotný, Hruška, 1998, s.28).

Imunitní systém zajišťuje ochranu organismu hlavně prostřednictvím buněk bílé krevní řady - tzv. **leukocytů**¹. Leukocyty se kromě krve nacházejí v lymfatické tkáni (mízní uzliny, mandle apod.). Lymfatická tkáň je součástí mízní soustavy, která se dále skládá z mízy neboli lymfy, mízních cév a sleziny a brzlíku. Mízní systém představuje jakousi spojnici mezi tkáněmi, odkud odvádí lymfu (tekutina vzniklá z tkáňového moku), a krví. Lymfatická tkáň se skládá především z velkého množství lymfocytů a bývá místem, kde dochází ke kontaktu a boji s cizorodými látkami.

Činnost imunitního systému můžeme rozdělit na imunitu specifickou a nespecifickou.

Nespecifická imunita (nespecifickou se nazývá proto, že jde o obecnou obranu organismu) začíná již baktericidními účinky

¹ Leukocyty se podle přítomnosti barvitelných zrníček v plazmě dělí na granulocyty (75%) a agranulocyty. Granulocyty se dále dělí na neutrofilní, eozinofilní a bazofilní granulocyty. Agranulocyty se dělí na lymfocyty a monocyty.

kůže, která brání vniku cizorodých látek do organismu. Mezi hlavní prostředky nespecifické imunity ale patří schopnost fagocytózy. Fagocytóza je proces, při kterém některé druhy bílých krvinek (zejména neutrofilní granulocyty a monocyty) pohlcují a ničí cizorodé látky, kterými mohou být např. bakterie či vlastní odumřelé buňky. Mezi další účinky nespecifické imunity patří ochranné a opravné reakce tam, kde již došlo k určitému poškození tkáně nebo kde se objevila infekce. Tomuto opravnému procesu říkáme zánět.

Specifickou imunitu můžeme rozdělit na látkovou a buněčnou. Specifický imunitní systém je uzpůsoben pro boj se zcela konkrétními (specifickými) vetřelci. Hlavními buňkami tohoto systému jsou lymfocyty. Specifická imunita je založena na přesném rozeznání konkrétního antigenu a jeho likvidaci. Antigen je cizorodá látka, kterou je organismus schopen rozpoznat a proti níž vytváří protilátky. Specifickou buněčnou imunitu zajišťuje druh lymfocytů, tzv. **T - lymfocyty**. Ty se ještě dále dělí na několik druhů. Některé z nich přímo likvidují cizorodé buňky, jiné regulují činnost B - lymfocytů.

Specifickou látkovou imunitu zajišťuje jiný druh lymfocytů, a sice **B - lymfocyty**. Tyto buňky při kontaktu s antigenem dokáží tento antigen rozpoznat a vytvořit proti němu specifické protilátky (tzv. imunoglobuliny). Tyto protilátky se pak objevují v krvi, kde likvidují antigeny. Proces tvorby protilátek se nazývá imunizace. Mezi další schopnosti B - lymfocytů patří imunologická paměť. Při dalším vniknutí téhož antigenu do organismu se protilátky vytvářejí rychleji a ve větším množství.

Lymfocyty vznikají v kostní dřeni, kde B - lymfocyty i dozrávají, zatímco T - lymfocyty dozrávají v brzlíku. Poté se přesouvají do tzv. sekundární lymfoidní tkáně, která je místem kontaktu s antigeny. Shluky lymfatické tkáně (mandle, uzliny atd.) tak slouží jako jakési biologické filtry,

představují bariéru proti šíření infekce. Lymfocyty mají schopnost přemísťovat se mezi lymfou a krví.

Imunitu lze dále rozdělit na vrozenou a získanou. Vrozená imunita je ale jen minimální a novorozenec získává přirozenou imunitu z mateřského mléka, které obsahuje obranné látky.

Větší část své imunity ale člověk získává v průběhu života - právě díky schopnosti organismu reagovat na napadení antigeny tvorbou protilátek a také díky imunologické paměti.

Imunitu lze ale získat i uměle a to díky procesu očkování neboli vakcinace. Můžeme rozlišit aktivní imunizaci, kdy jsou do těla vpraveny oslabené nebo mrtvé viry nebo oslabené bakterie, které nevyvolají nemoc ale podnítí organismus k tvorbě protilátek. Dalším druhem je pasivní imunizace, při které organismus dostává již hotové protilátky.

4.1.2. PORUCHY FUNKCE IMUNITNÍHO SYSTÉMU

Existuje několik možných poruch funkce imunitního systému, já se zde ale zmíním pouze o několika nejvýznamnějších z nich.

K naprostému selhání imunitního systému dochází při nemoci zvané **AIDS** (**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrom neboli Získaný syndrom imunitní nedostatečnosti - Křivohlavý, 2001). Za původce této nemoci je považován virus HIV, který napadá T-lymfocyty a makrofágy a snižuje tak schopnost organismu bránit se při napadení jinými viry či bakteriemi. Postižený člověk je tak náchylnější k celé řadě onemocnění. Proti této chorobě dosud neexistuje účinný lék. Virus HIV se přenáší pohlavním stykem a krví.

Dalším příkladem poruchy funkce imunitního systému je tzv. **anafylaxe**. Jde o přehnanou reakci (přecitlivělost) na určitý druh bílkoviny v rámci imunitní reakce. Mírnou formou anafylaxe je například lehká alergie (např. na jahody, pyl apod.). Pokud je anafylaktická reakce tak silná, že ohrožuje život jedince, hovoříme o anafylaktickém šoku. Anafylaxe se může projevovat kožními reakcemi (vyrážky, svědění, pálení),

celkovou malátností, zrychleným tepem, bušením srdce, závratí a ve své závažnější formě ztrátou vědomí.

O poruše funkce imunitního systému hovoříme také u **nádorových onemocnění**. Při nádorovém bujení dochází k nekontrolovanému nadměrnému množení buněk, kterému imunitní systém není schopen zabránit. Nádory dělíme na benigní (nezhoubné), které obvykle neohrožují život pacienta, a maligní (zhoubné), které většinou rostou poměrně rychle a mohou vytvářet metastázy ve vzdálených orgánech.

Jiným příkladem dysfunkce imunitního systému je tzv. **autoimunitní reakce**. O této reakci hovoříme tam, kde imunitní systém začne napadat buňky vlastního organismu (za normálního stavu bojuje proti cizím „vetřelcům“). Příčiny této aktivity imunitního systému dosud nejsou známy. Příkladem takovéto choroby je revmatická artritida (Křivohlavý, 2001).

Imunitní systém hraje velkou roli také při **transplantacích** cizích orgánů. Organismus příjemce se proti transplantovanému orgánu brání (tento orgán pro něj představuje „cizí těleso“). Imunitní reakci organismu lze uměle snížit podáním tzv. imunosupresivních látek. V takovém případě ale hrozí nebezpečí, že pacient nebude schopen bojovat proti nějaké běžné virové či bakteriální infekci.

4.1.3. VLIV STRESU NA IMUNITNÍ SYSTÉM

Správné fungování imunitního systému je nezbytné pro udržení zdraví. Imunitní systém byl zprvu chápán jako samostatně fungující celek. Výzkumy v posledních desetiletích však ukázaly, že dochází k vzájemné interakci mezi činnostmi tohoto systému a jiných orgánů v našem těle. Existuje mnoho empirických průzkumů dokazujících vázanost imunitního systému na činnost nervového a endokrinního systému. Prostřednictvím nervové činnosti je pak imunitní systém v interakci i s psychickou aktivitou člověka. Tyto poznatky vedly

v šedesátých letech dvacátého století ke zrodu vědního oboru **psychoneuroimunologie** (Křivohlavý, 2001).

Několik studií prokázalo, že stres skutečně může narušit funkci imunitního systému a tím snížit naši odolnost vůči různým **virovým a bakteriálním onemocněním**. Například autoři Cohen, Tyrel a Smith (1991) ve své studii zjistili, že lidé s vyšší hladinou stresu snadněji podlehli nachlazení než lidé, kteří měli hladinu stresu nižší; přítomnost nachlazení zjišťovali pomocí měření výskytu virů způsobujícího nachlazení a specifických protilátek v sekretu horních cest dýchacích společně s výskytem symptomů nachlazení (in Atkinson, 2003).

Předpokládá se také vliv stresu na **vznik a průběh nádorových onemocnění**. Silný stres může snížit schopnost imunitního systému rozpoznat a včas zlikvidovat nadměrně se množící buňky a přispět tak ke vzniku nádorového onemocnění. Psychický stav pacienta pak může velmi významně ovlivnit průběh a výsledek léčby. Atkinson uvádí práci Spiegela a jeho spolupracovníků, kteří se snažili zlepšit kvalitu života žen trpících rakovinou prsu tím, že je zařadili do podpůrných skupin, kde mohly hovořit o svých obavách ze smrti, navštěvovat ostatní pacientky, věnovat se nějaké činnosti, u které by se odreagovaly, dále se zde učily ovládat fyzickou bolest apod. Účast v těchto skupinách dodávala ženám sílu a zlepšovala jejich psychický stav. Výzkumníci po určité době zjistili, že tyto ženy měly delší průměrnou dobu dožití než ty pacientky, které se podpůrných skupin neúčastnily (závažnost a stadium onemocnění u nich přitom byly stejné). Přestože tedy nebylo záměrem badatelů ovlivnit průběh nemoci, podali svou prací důkaz, že vhodný druh psychologické pomoci může výrazně ovlivnit průběh nádorového onemocnění (in Atkinson, 2003).

Stres může mít vliv také na vznik **autoimunitních chorob** (např. revmatická artritida).

Pokud hovoříme o vlivu stresu na imunitní systém člověka, je velmi důležité rozlišovat mezi **stresem akutním a chronickým**. Několik studií prokázalo, že imunitní systém reaguje na oba tyto druhy jinak. Při náhlém jednorázovém stresu, který netrvá dlouho, dochází k posílení činnosti imunitního systému (zvyšuje se počet buněk, které ničí „vetřelce“). Pokud ale stres trvá příliš dlouho nebo se často opakuje (stává se chronickým), dochází ke snížení činnosti imunitního systému, která může přetrvávat ještě dlouhou dobu po odeznění stresu (Křivohlavý, 2001).

4.1.4. STRES A NĚKTERÁ DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Kromě toho, že stres může narušit funkci našeho imunitního systému a tím vést ke vzniku různých onemocnění, může také způsobit tělesné poruchy, které nejsou primárně spojeny funkcí tohoto systému (i když ani zde jeho roli nelze podceňovat).

První z těchto nemocí je **Ischemická choroba srdeční**. Na jejím vzniku se kromě stresu podílí řada dalších faktorů (nedostatek pohybu, obezita, kouření a nadměrná spotřeba alkoholu, vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu atd.). Ischemická choroba srdeční je způsobena nedostatečným okysličováním srdečního svalu, které je zajišťováno koronárními tepnami. Vlivem stresu a dalších rizikových faktorů může dojít ke kornatění těchto tepen (neboli arterioskleróze) a tím i k omezení přísunu kyslíku do srdce. Pokud se takto postižený člověk dostane do stresové situace, může během poplachové reakce dojít k přechodnému zúžení těchto koronárních cév (které jsou již zúženy arteriosklerózou) a to může způsobit ucpání tepny a následný infarkt myokardu (neboli srdeční mrtvici). Ischemická choroba srdeční postihuje častěji lidi, kteří jsou více vystaveni silnému stresu, zejména v zaměstnání (Schreiber, 2000).

Existuje také vztah mezi stresem a **hypertenzí**. Součástí poplachové reakce je dočasné zvýšení krevního tlaku. Pokud ale stresová situace trvá déle nebo se pravidelně opakuje, může se vyvinout trvalá hypertenze (za hypertenzi je považováno zvýšení tlaku nad 140/90 Torr). Vysoký krevní tlak může jednak sám o sobě ohrožovat život člověka, ale může být také jedním z rizikových faktorů, které se sčítají při vzniku různých onemocnění.

Za typickou stresovou jsou považovány i **žaludeční a dvanáctníkové vředy**. Na jejich vzniku se podílí kyselina chlorovodíková obsažená v žaludku a narušení obranných funkcí sliznice. Psychické vlivy a zejména stres jsou ale významným faktorem, který může ovlivnit vznik a průběh tohoto onemocnění. Nedávné výzkumy prokázaly také podíl bakterie *Helicobacter pylori* na tomto onemocnění (Vokurka, Hugo, 2000).

Stres může mít vliv také na další onemocnění, kterým je jeden druh astmatu neboli záduchy, a to **astma psychogenní**². Psychogenní astma je somatická porucha, která silně souvisí s emočním stavem jedince. Na jejím vzniku a průběhu se ale spolupodílí alergie, dědičné faktory, znečištění ovzduší a podobně. Stres zde může být spouštěcím podnětem astmatického záchvatu (Hartl, Hartlová, 2000).

Mezi další nemoci související se stresem patří různé druhy **bolestí hlavy**. Mezi tělesné reakce na stres patří svalové napětí. Napětí svalů v oblasti krku může být příčinou tzv. tenzních bolestí hlavy (lokalizovaných v šíji). Stres může být také spouštěcím podnětem vyvolávajícím záchvatu migrény. Migréna se projevuje silnými bolestmi jedné poloviny hlavy, které se často objevují hned po probuzení. Někdy jsou doprovázeny závratěmi, nevolností, mžitkami před očima a podobně.

² Dalšími druhy jsou astma srdeční a astma průduškové, které mají fyziologické příčiny, i když i zde může mít svůj podíl i psychika jedince.

Do skupiny psychosomatických chorob patří i různá kožní onemocnění. Mezi na patří například **alergické dermatitidy** či **atopický ekzém**.

Také různé druhy **gynekologických obtíží** mohou být psychosomaticky podmíněny. Jako důsledek stresu se mohou objevit menstruační či předmenstruační bolesti v podbřišku. Při silné psychické zátěži může dojít i k psychogennímu krvácení mimo cyklus nebo naopak k vynechání menstruace. Častým důsledkem stresu jsou také **sexuální obtíže** u mužů i u žen (Schreiber, 2000).

4.2. Přímý vliv stresu na psychické zdraví

Různé studie naznačují, že silně zátěžové události a situace, jakými jsou například ztráta blízké osoby, závažné onemocnění, ztráta majetku či společenského postavení apod., mohou stát u zrodu **reaktivní deprese** a také **neurózy**. O reaktivní depresi hovoříme tam, kde je reakce na tyto stresové události nepřiměřeně dlouhá a silná.

Neuróza je duševní porucha, která má psychogenní původ. Obvykle souvisí se situací, která je subjektivně zažívána jako stresující. Její kořeny sahají často až do dětství jedince - častými příčinami bývají konfliktní mezilidské vztahy v okolí dítěte, chybné sociální učení či vytvoření neadaptivních způsobů reakcí na stresové situace, které mohou přetrvávat do dospělosti. Toto neadaptivní zvládání zátěžových situací bývá spojeno se zkresleným sebeobrazem a sebehodnocením či posunutou hierarchií hodnot (Hartl, Hartlová, 2000).

V našich podmínkách se autoři Břicháček a Vojtík zabývali vztahem mezi výskytem minulých událostí a situací (které mohou být zdrojem zátěže) a vznikem psychiatrických poruch u adolescentů. Vycházeli z předpokladu, že duševní porucha obvykle nebývá náhlým selháním, ale většinou je důsledkem narušeného ontogenetického vývoje jedince. Ve svém výzkumu

srovnávali, jak vidí svůj dosavadní život adolescenti s duševní poruchou a jak jejich život vidí jejich rodiče. Výsledky ukázaly, že existuje jistý rozpor mezi pohledem rodičů a dětí. Rodiče uváděli méně svízelných událostí než jejich děti, měli tedy tendenci jejich prožitky podceňovat. Z toho pak zřejmě vyplývá i nesprávné chování rodičů vůči dětem, které má za následek vytvoření chybných vzájemných vztahů, ze kterých plynou četné konflikty. Toto narušené rodinné prostředí může být jedním z faktorů které se spolupodílejí na vzniku duševní poruchy (Břicháček, vojtlík, 1985).

4.3.Nepřímý vliv stresu na fyzické zdraví

Stres může naše zdraví nepřímo negativně ovlivnit skrze **změnu našeho chování**. Člověk ve stresu se snaží tohoto nepříjemného stavu nějak zbavit, hledá něco, co by mu přineslo uvolnění, odreagování, uklidnění. A obvykle nejpohodlnější a nejrychlejší způsob, jak toho dosáhnout, je spotřeba různých druhů návykových látek (zejména alkoholu a cigaret). Mnoho lidí ve stresové situaci kouří nebo si zajde na skleničku. Nadměrná spotřeba alkoholu má negativní vliv hlavně na činnost jater, oběhového systému, může být příčinou některých druhů nádorových onemocnění a podobně. Kouření způsobuje poruchy dýchací soustavy, zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, negativně ovlivňuje vývoj plodu atd.

Lidé ve stresu bývají nesoustředění a často roztržití a to zvyšuje pravděpodobnost vzniku různých nehod (například dopravních).

Člověk ve stresu také obvykle nedodržuje zdravý životní styl - nemá pravidelnou a vyváženou stravu, obvykle málo spí, neprovozuje pravidelnou pohybovou aktivitu.

Často se tak dostáváme do začarovaného kruhu: v důsledku stresu vedeme nezdravý způsob života, který negativně ovlivňuje naše zdraví (fyzické i psychické), které je ale

důležitým předpokladem pro úspěšné zvládnání zátěžových situací.

4.4.Nepřímý vliv stresu na psychické zdraví

Pokud se člověk snaží zvládat stres (a hlavně chronický stres) zvýšenou konzumací alkoholu a jiných návykových látek, může po určité době dojít k vytvoření závislosti na těchto látkách. Kromě závislosti ale návykové látky vyvolávají celou řadu dalších poruch duševního zdraví. Mezi ně patří například delirium tremens u závislých na alkoholu, psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami, amnestický syndrom apod. (Nešpor, 2000).

Stres je jedním z mnoha rizikových faktorů, které mohou negativně ovlivnit naše zdraví. Dalšími faktory jsou například obezita, kouření, nadměrná spotřeba alkoholu, málo pohybu, vysoký krevní tlak a další. Roli zde ale hrají také osobnostní a rodinné dispozice, vlivy životního prostředí apod. Čím více rizikových faktorů působí najednou, tím je jejich negativní účinek na zdraví silnější.

Výskyt důležitých životních událostí může vést za jistých okolností ke stresu. Pokud se tento stres stane chronickým, hrozí zde nebezpečí vzniku psychosomatických chorob. O negativním vlivu životních událostí na naše zdraví ale můžeme hovořit i tam, kde se nejedná přímo o fyzické či psychické poruchy zdraví. Výskyt závažných životních událostí obvykle ovlivňuje zejména náš subjektivně vnímaný pocit pohody, tzv. **well - being**. A právě pocit celkové pohody a spokojenosti je nedílnou součástí toho, co označujeme jako **zdraví**. WHO definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby“ (Vokurka, Hugo, 2000). To, jak se člověk cítí, navíc z velké části ovlivňuje jeho přístup k dalším těžkostem

a tak dále. Subjektivní pocit pohody tak hraje v problematice stresu a jeho zvládání nezanedbatelnou roli.

5. ZVLÁDÁNÍ STRESU

V této podkapitole se zaměřím na nejdříve na vymezení pojmu *zvládání stresu*, poté na různé biologické, psychické a sociální dispozice jedince, které hrají při zvládání roli, a v druhé části na konkrétní strategie a techniky zvládání, které umožňují lepší vyrovnávání se s těžkostmi.

Stresové situace člověk obvykle prožívá jako nepříjemné a to ho vede k tomu, že se snaží tento nepříjemný stav nějak zmírnit či odstranit. Proces zvládání stresu se nazývá **coping**. Křivohlavý (2001) uvádí etymologii tohoto termínu: slovo coping pochází z řeckého „kolaphus“, což znamená ránu uštědřenou protivníkovi v boxu – tuto ránu dává člověk, který se dostal do stresu, a je zaměřena na to, co tento stres vyvolalo.

Zvládání stresu (coping) je postup, *„při němž lze zvládat stres buď zaměřením na určitý problém nebo situaci, která vznikla, a nalezením způsobu, jak ji změnit nebo se jí napříště vyhnout (jde například o změnu aspirační úrovně, osvojení nové dovednosti apod.) nebo zaměřením na zklidnění či zmírnění emocí, které stresová situace vyvolává, i když ke změně samotné situace nedochází (např. odreagování strachu relaxací, psychofarmaky, změna činnosti či místa)“* (Hartl, Hartlová, 2000).

Většina lidí při čelení stresu oba tyto postupy kombinuje. Někteří autoři rozlišují ještě třetí způsob zvládání stresu, a to zvládání vyhýbavé, které zahrnuje vyhýbání se stresové situaci prostřednictvím odvrácení pozornosti či rozptýlení (Kebza, 2005).

Jak již bylo naznačeno v uvedené definici, v rámci zvládání zaměřeného na problém lze rozlišit postupy zaměřené na řešení vlastního problému (identifikace problému, jeho definice,

hledání způsobů řešení apod.) a postupy zaměřené na intrapsychické změny (změna aspirační úrovně, změna motivace, získání nových znalostí apod.). V rámci zvládání zaměřeného na emoce můžeme rozlišit postupy behaviorální (např. tělesné cvičení, hledání sociální opory apod.) a postupy kognitivní, které nejčastěji zahrnují přehodnocení dané situace (Kebza, 2005).

Podle Křivohlavého (2001) se zvládání zaměřené na řešení problému vyskytuje častěji v pracovních konfliktech, zatímco zvládání zaměřené na zvládnutí vlastního emočního stavu je běžnější v rodinných konfliktech.

Zvládání stresu je komplexní proces, na jehož průběhu a výsledku se spolupodílí celá řada faktorů. Ty lze rozdělit na vnitřní (psychické - ty mohou být buď vrozené nebo získané - a biologické dispozice jedince, jeho hodnotový systém, aspirační úroveň, minulé zkušenosti, schopnosti a dovednosti apod.) a vnější (objektivní povaha zátěže, sociální opora, socioekonomický status jedince a také různé náhodné okolnosti atd.). Na výsledku celého procesu pak závisí, jestli se stres projeví nějakým negativním způsobem na našem zdraví nebo jestli člověk naopak vyjde z celé situace psychicky posílen.

5.1. Vnitřní faktory ovlivňující zvládání stresu

5.1.1. BIOLOGICKÉ FAKTORY

Domnívám se, že důležitým faktorem ovlivňujícím schopnost vyrovnávat se se stresem je **biologické stárí**. Ve stárí dochází jednak ke zhoršování tělesného zdraví, což samo o sobě může ovlivňovat zvládací schopnosti jedince. Dále je obvykle potřeba vyrovnat se se změněnou sociální situací (odchod do důchodu, ztráta životního partnera a blízkých přátel apod.). Dochází také ke změnám v psychické oblasti - staří lidé mívají pomalejší reakce a rychleji se unaví, často jim dělá problémy zpracování nových informací a rozhodování, dochází ke zhoršení paměťových funkcí, mohou se objevit změny

emočního prožívání a podobně. Pro starého člověka je často obtížné zorientovat se v nové situaci a adekvátně na ni reagovat. Většinou se drží zaběhnutého způsobu řešení, i kdyby tento způsob nepřinášel nejlepší výsledky. Proto mohou být staří lidé více ohroženi stresem než mladší populace – zátěž pro ně často představují i běžné situace každodenního života, se kterými se dříve bez potíží vyrovnávali apod.

Rizikovou životní etapou z hlediska zvládnání stresu není jen stáří, ale také střední věk, kdy ženy prochází klimakteriem a muži prožívají krizi středního věku.

Někteří autoři, např. Love a Northcott (1988), považují za důležitý faktor ovlivňující zvládnání stresu **pohlaví jedince**. Srovnáním mužů a žen ve stejných zaměstnáních dospěli ke zjištění, že ženy prožívaly více distresu než muži (in Hladký, 1993). Jiné studie však tyto závěry vyvrací.

V našich podmínkách se touto problematikou zabývali autoři Michálek, Dvořáková a Rymešová, kteří zkoumali vliv extrémní životní situace (povodně v letech 1998 a 2001) na psychiku jedince, přičemž se zaměřili zejména na způsoby reakcí u mužů a u žen. Došli k závěru, že se reakce na stres u obou pohlaví liší. Ženy se ve stresové situaci chovaly citlivěji než muži, trpěly děsivými sny, zvýšenou únavou, měly často potíže s trávením. Muži reagovali nejčastěji podrážděností a výbuchy zlosti (Michálek, Dvořáková, Rymešová, 2005).

Autoři této studie také potvrdili, že s rostoucím věkem klesá odolnost vůči stresu (Tamt.).

Velmi důležitým biologickým faktorem ovlivňujícím zvládnání stresu je také **zdravotní stav** jedince.

5.1.2. OSOBNOSTNÍ FAKTORY

Chování jedince ve stresové situaci ovlivňuje v první řadě jeho **temperament**. Temperament je „široké, poněkud neurčité označení pro konzistentní citové nebo emoční sklony a zvykové

dispozice, které typicky charakterizují způsob, jímž se uskutečňuje chování" (Mikšík, 19691,s. 39).

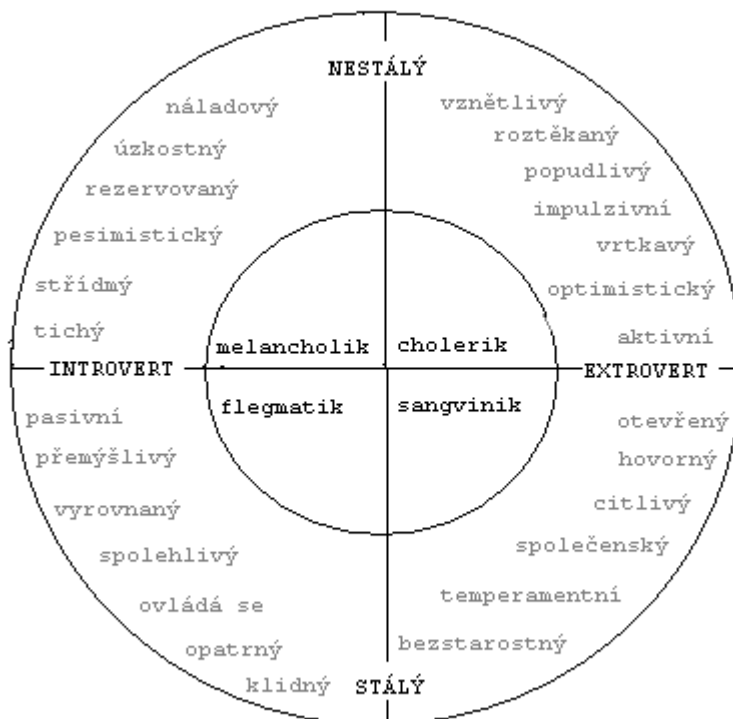
Existuje několik koncepcí temperamentu, já jsem zde vybrala pojetí Eysenckovo. Jeho typologie je rozpracováním Galénovy klasické nauky o čtyřech temperamentech (melancholik, choleric, sangvinik, flegmatik). Základem Eysenckova pojetí jsou dvě dimenze: extroverze/introverze a labilita/stabilita. Každý člověk má v tomto dvojdimenzionálním systému svou pozici.

Typického extroverta Eysenck popisuje jako společenského člověka, který rád riskuje a potřebuje neustálé vzrušení. Je impulzivní a často netrpělivý, má sklony k agresivnímu chování, má rád změnu, nevydrží dlouho u jedné činnosti. Své pocity nemá pod pevnou kontrolou a bývá nespolehlivý.

Naproti tomu typický introvert je podle Eysencka spíše tichý a uzavřený do sebe, rád plánuje věci dopředu a nedůvěřuje momentálním impulsům. Své pocity drží pod pečlivou kontrolou, málokdy se nechá něčím rozčílit. Zřídka se chová agresivně a bývá spolehlivý (Eysenck, 1965).

S takto vyhraněnými typy se ale ve skutečnosti setkáváme málokdy, většina lidí se nachází spíše ve středu této škály. Dimenze stabilita/labilita se týká emocionality daného jedince.

Obě tyto dimenze jsou na sobě nezávislé a existuje tak velké množství různých kombinací. Jednotliví lidé se od sebe (podle převažujícího temperamentu) liší ve svých vlastnostech a tedy i ve svých reakcích na stres a způsobech jeho zvládnání.



Obrázek č.2 ukazuje známou nauku o čtyřech temperamentech (vnitřní kruh) a Eysenckův dvojdímní systém (přeloženo z Eysenck, H.J.: *Fact and Fiction in psychology*, 1965). Vlastnosti ve vnějším kruhu Eysenck vyvodil z výsledků četných experimentů včetně hodnocení a sebehodnocení vzorců chování u velké skupiny lidí. Vnitřní kruh tedy vykresluje starověkou teorií temperamentu, vnější kruh výsledky moderního výzkumu. Čím jsou vlastnosti ve vnějším kruhu blíže u sebe, tím větší je empiricky pozorovaný vztah mezi nimi. Pokud je úhel mezi nimi okolo devadesáti stupňů, není zde vůbec žádný vztah, a jak se úhel zvětšuje z devadesáti na sto osmdesát stupňů, vztah se stává negativním. Rozdíly v temperamentu považuje Eysenck za z větší části vrozené (rozdíly v emocionalitě jsou způsobeny různou mírou vzrušivosti autonomního nervového systému; extroverze a

introverze je ovlivňována činností struktury v mozku zvané retikulární formace).

Další osobnostní charakteristiky, které ovlivňují zvládání stresu a o kterých se zde budu zmiňovat, vycházejí více či méně z temperamentu jedince (i když zde může hrát roli také výchova a minulé zkušenosti).

V roce 1974 provedli lékaři Friedman a Rosenman studii zkoumající vztah mezi onemocněním oběhové soustavy a určitými osobnostními rysy (in Atkinson, 2003). Zjistili, že pacienti s kardiovaskulárním onemocněním mají některé podobné osobnostní charakteristiky a vzorce chování - ty pak souhrnně označili jako **chování typu A**. Tyto jedince popisují jako velmi soutěživé, agresivní, orientované na výkon, netrpělivé, závistivé či hostilní. Chování těchto lidí se vyznačuje perfekcionismem, snahou za každou cenu uspět a dosáhnout uznání, potřebou dělat víc věcí najednou v omezeném čase, přehnanou gestikulací a hlasitou mluvou, nedostatkem smyslu pro humor, netrpělivostí, neschopností v klidu relaxovat a uvolnit se, přehnanou náročností na sebe i ostatní či potřebou neustále vítězit.

Jako protiklad k chování typu A vymezili Friedmann a Rosenman **chování typu B**, které se vyznačuje opačnými charakteristikami - lidé s chováním typu B jsou klidní, nenechají se snadno rozčílit, mluví uvolněně a pomalu apod.

Několik studií později potvrdilo, že lidé s chováním typu A jsou skutečně náchylnější k onemocnění oběhové soustavy než lidé s chováním typu B.

Jedním ze způsobů, jak lépe zvládat stres, je tedy modifikace chování u jedinců typu A (o možnostech takovéto modifikace se zmíním později).

Další charakteristikou ovlivňující zvládání stresu je **rozdíl v přístupu k těžkostem**. Julian Rotter (in Hladký, 1993) přišel v roce 1966 s pojmem „místo kontroly“ (angl. locus of

control). Tím měl na mysli to, že se lidé velmi liší ve způsobu, jak přistupují k těžkostem.

Na jedné straně jsou lidé s interním „místem kontroly“ (někdy též označovaní jako internálové), to znamená lidé, kteří spoléhají na své vlastní možnosti a schopnosti, mají pocit, že

mají situaci ve svých rukou. Tito jedinci věří, že mohou kontrolovat svůj život a to, co se v něm děje.

Na druhém konci škály pak jsou lidé s vnějším „místem kontroly“ (externálové), to znamená ti, kteří mají pocit, že nemají vliv na průběh a vyřešení dané situace, toto vyřešení očekávají zvnějšku. Svůj život vidí jako ovládaný nějakou vnější silou. Na nějakém místě tohoto kontinua se pak nachází každý z nás.

Jinou osobnostní charakteristikou, která lidem pomáhá úspěšně zvládat těžkosti je **nezdolnost**. Nezdolnost je schopnost čelit těžkostem, nevzdávat se, vytrvat ve svém úsilí o jejich překonání.

V roce 1979 provedla S.Kobasová studii, ve které zkoumala, jaké osobnostní charakteristiky mají lidé, kteří jsou více odolní vůči stresu než ostatní, a u kterých stresové situace nevedou k onemocnění (in Atkinson, 2003). Kobasová zkoumala lidi s podobným pracovním postavením - šlo o pracovníky střední sociální třídy na vedoucích postech. Pomocí dotazníku, kde měli tito lidé označit, do jakých stresových situací se během určitého minulého období dostali a jaké nemoci se u nich v tomto období objevily, dospěla k rozdělení těchto pracovníků na dvě skupiny. V první skupině byli lidé, kteří během posledních tří let zažili hodně stresu a byli také hodně nemocní. Do druhé skupiny byli zařazeni ti pracovníci, kteří zažili sice stejný počet stresových situací, ale u nichž byl počet nemocí podstatně nižší. Na základě osobnostních dotazníků předložených oběma těmito skupinám pak Kobasová zjistila, že lidé, u kterých stres

nevede tak často k onemocnění, se od druhé skupiny liší v následujících charakteristikách: přesvědčením o možnosti kontrolovat dění kolem sebe, aktivnějším zapojením do práce a větším ztotožněním s daným úkolem a chápáním těžkostí jako výzev. Tyto tři charakteristiky Kobasová označila společným názvem **hardiness** (osobní tvrdost).

Existuje ale více druhů pojetí nezdolnosti a pojetí jako hardiness je pouze jedním z nich.

Křivohlavý (2001) uvádí jako další možná pojetí nezdolnost ve smyslu resilience a nezdolnost ve smyslu koherence.

Nezdolnost v pojetí resilience znamená schopnost pružně reagovat na danou situaci, umět se přizpůsobit a také umět se rychle vzpamatovat z neúspěchů a nenechat se jimi zlomit.

Nezdolnost v pojetí koherence je termín, který pochází od A. Antonovského (in Křivohlavý, 2001). Antonovsky se ve svých studiích zaměřil na to, jaké osobnostní charakteristiky umožňují lidem překonat extrémní zátěž (pracoval s bývalými vězni koncentračních táborů). Zjistil, že tito jedinci mají několik společných osobnostních charakteristik, které označil právě souhrnným termínem koherence (smysl pro integritu a soudržnost). Tento termín definoval pomocí tří charakteristik, které chápal jako kontinua se záporným i kladným pólem.

První dimenzí je srozumitelnost situace neboli způsob, jak jedinec tuto situaci chápe a vidí.

Na jednom konci škály jsou lidé, kteří dokáží svět vidět jak v celku, tak v jeho detailech, a umějí se v něm orientovat. Okolní svět je pro ně přehledný, spolehlivý, důvěryhodný, předvídatelný a smysluplný.

Na druhém konci kontinua jsou lidé, pro které okolní svět nemá žádný řád ani pravidla, vše je zde chaotické a nesrozumitelné. Pro tyto jedince je obtížné se ve světě orientovat, připadá jim příliš složitý a nespolehlivý.

Druhou dimenzí je smysluplnost řešení problémů.

Na jednom konci škály jsou lidé, kterým připadá, že má smysl řešit situaci, do které se dostali. Toto přesvědčení souvisí s celkovým směřováním daného jedince k jeho životnímu cíli (cílům)- pokud určitý problém chápe jako překážku, která mu brání dosažení jeho cíle, má pro něj smysl s tímto problémem bojovat a vzniklou situaci řešit.

Na druhé straně kontinua jsou lidé, kteří se nezajímají o okolní svět a dění v něm.

Třetí dimenzí je zvládnutelnost úkolu. „*Jde o percepci možností, které má daná osoba k dispozici ke zvládnutí požadavků na ni kladených*“ (Křivohlavý, 2001, s.74).

Na jedné straně jsou jedinci přesvědčení o přiměřenosti vlastních možností a sil potřebných k vyřešení daného úkolu. Situaci vidí jako zvládnutelnou dostupnými zdroji (osobnostními, sociálními apod.).

Na druhé straně jsou lidé, kteří daný problém vidí jako nezvládnutelný. Prostředky, které mají k dispozici, jim připadají pro úspěšné zvládnutí situace nedostatečné.

Pro měření osobnostní charakteristiky koherence vytvořil Antonovsky diagnostickou metodu SOC. Výsledky jeho výzkumů ukázaly, že lidé s vyššími naměřenými hodnotami koherence jsou při řešení stresových situací úspěšnější než lidé s nižšími hodnotami zjištěnými touto metodou.

Další osobnostní charakteristikou, která hraje roli při zvládání zátěžových situací, je **vnímaná osobnostní zdatnost** (self efficacy). Křivohlavý (2001) zmiňuje několik studií různých autorů, které prokázaly, že lidé se subjektivním přesvědčením o možnosti kontrolovat dění kolem sebe se vyznačují lepší schopností zvládat stresové situace. Tito jedinci volí aktivnější přístup ke zvládání těžkostí a dokáží také lépe ovládat svůj emoční stav.

Jinou osobnostní charakteristikou ovlivňující zvládání těžkostí, o které bych se chtěla v této kapitole zmínit, je **optimistický životní postoj**. Optimisticky naladění lidé

hodnotí okolní svět a dění v něm kladně a věří, že veškerá jejich činnost bude mít dobré výsledky. Tento životní postoj jim výrazně pomáhá úspěšně bojovat s těžkostmi.

Dalším důležitým vnitřním faktorem je **náboženská víra**. Křivohlavý (2001) uvádí řadu studií, které dokazují, že věřící lidé pocítují vyšší životní spokojenost a mají lepší kvalitu života. Tito lidé také dodržují zdravější životní styl (mají např. nižší spotřebu alkoholu a cigaret apod.). Při zvládání zátěže je jim jejich víra oporou a dodává jim sílu a možnost určitého nadhledu. Tito jedinci mají také vyšší subjektivně vnímanou kontrolu nad situací a rychleji se vzpamatovávají z následků stresových událostí. Při zvládání stresu volí častěji aktivní strategie.

5.2. Vnější faktory ovlivňující zvládání stresu

Důležitým vnějším faktorem ovlivňujícím zvládání stresu je **sociální opora** - S.O. zvyšuje odolnost jedince a dodává mu sílu bojovat s těžkostmi.

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje“ (Křivohlavý, 2001, s.94).

Pozitivní vliv sociální opory spočívá jednak v jejím preventivním působení proti negativním účinkům stresu na zdravotní stav (v takovém případě působí sociální opora jako „náravník“), ale podle některých autorů také v jejím obecně posilujícím a projektivním účinku na zdraví jedince bez ohledu na to, zda je tento člověk vystaven stresu či nikoli. Nezanedbatelný je také její terapeutický účinek tam, kde se již určitá nemoc objevila. Nedostatek sociální opory může naopak zhoršovat průběh nemoci (Kebza, 2005).

Sociální opora může být jedinci poskytována na různých úrovních. Pokud mu pomáhají lidé z jeho nejbližšího okolí

(rodina, partner apod.), hovoříme o mikroúrovni sociální opory. Na mezoúrovni jde o sociální oporu poskytovanou v rámci určité sociální skupiny (např. sportovní klub, náboženské sdružení, spolužáci, spolupracovníci apod.). Existuje ale také sociální opora poskytovaná státem (makroúroveň) - různé druhy sociálních dávek, podpora v nezaměstnanosti atd. (Tamt.).

Každý jedinec má svou **sociální síť**, do níž patří užší i širší rodina, partner či partnerka, přátelé, spolupracovníci, známí atd. Jsou to všichni lidé, na které by se člověk mohl v případě nouze obrátit s prosbou o pomoc a kteří by mu tuto pomoc poskytli. U sociální opory hraje roli nejen její kvantita (to znamená množství lidí, kteří tvoří sociální síť jedince), ale především kvalita (intenzita a hloubka vztahů, vzájemná důvěra a míra intimity apod.).

Můžeme rozlišit několik druhů sociální opory (Křivohlavý, 2001). **Instrumentální opora** znamená konkrétní pomoc, jakou je například materiální či finanční podpora, vyřízení potřebných záležitostí, pomoc s obstaráváním každodenních povinností a podobně.

Dalším druhem je **informační opora**. Člověku, který se ocitl v tísní, je poskytnuta informace, která by mu mohla pomoci lépe zvládnout svou situaci (jde například o rady zkušenějších).

Emocionální opora zahrnuje empatické naslouchání, uklidňování, dodávání naděje, povzbuzování, zmírňování strachu či úzkosti, sdělování emocionální blízkosti a náklonnosti atd. Postiženému jedinci pomáhá vědomí, že se svým problémem není sám, že má někoho blízkého, komu na něm záleží.

Posledním druhem je **hodnotící opora**. Jde o posilování sebevědomí daného jedince, zlepšování jeho sebepojetí a sebehodnocení, sdělování respektu a úcty apod.

V ideálním případě je sociální opora poskytnutá člověku v tísní kombinací všech těchto druhů.

Sociální oporu můžeme dělit také z hlediska jednotlivých účastníků této činnosti. **Opora poskytovaná** pomáhajícím člověkem se nemusí vždy shodovat s tím, co příjemce této opory nakonec obdrží (**přijímaná opora**).

Také **očekávaná opora** nemusí být vždy stejná jako **opora získaná** (subjektivně hodnocená).

Sociální opora člověku pomáhá lépe zvládat stresové situace a tím tlumí negativní účinky stresu na jeho zdravotní stav. Aby ale bylo skutečně dosaženo tohoto efektu, je potřeba, aby byla poskytována správným způsobem. V první řadě by sociální opora měla být svým množstvím přiměřená potřebám jedince a dané situaci. Nadměrná pomoc může být v některých případech nejen neúčinná, ale dokonce škodlivá - například tím, že člověku v nouzi znemožňuje aktivní řešení (nebo alespoň podílení se na řešení)vlastní situace a činí ho závislým a nesoběstačným.

Důležitá je také vhodná forma pomoci. Pomáhající by měl umět vycítit, jaký druh podpory člověk v tíživé situaci momentálně nejvíce potřebuje.

Sociální oporu je také potřeba umět dobře načasovat a poskytovat ji ve chvíli, kdy o ni daný jedinec stojí. Nezanedbatelná je samozřejmě také samotná osoba pomáhajícího - od určitého člověka většinou očekáváme jistý způsob pomoci a také v různých situacích bychom někdy byli raději, kdyby nám pomohl právě jeden konkrétní člověk spíše než někdo jiný. V ideálním případě se tedy poskytnutá opora shoduje s oporou očekávanou: člověku se dostane správný (požadovaný)druh pomoci od správného člověka ve chvíli, kdy to potřebuje a v optimální míře (ani nedostatečná ani nadměrná pomoc). Taková opora má také největší pozitivní vliv při zvládání stresu a zmírňování jeho negativních dopadů na organismus.

Dalším významným vnějším faktorem je **socioekonomický status** jedince (SES). Každý člověk zaujímá v sociálním rozvrstvení

společnosti jistou pozici (SES). SES jedince je určen jednak výší jeho materiálních prostředků a také jeho životním stylem, úrovní vzdělání a povoláním (Kebza, 2005). Thoitsová (in Kebza, 2005) uvádí, že vysoký socioekonomický status může sloužit jako nárazník proti stresu například tím, že člověku umožňuje přístup ke vzdělání, k finančním prostředkům apod. Lidé s nízkým socioekonomickým statutem naopak vykazují horší vyrovnávání se se stresem, mají nižší subjektivně vnímanou míru kontroly nad událostmi, nižší sebevědomí a spíše vnější „místo kontroly“.

Nízký SES (a zejména nedostatek materiálních prostředků) může ale představovat významný stresor sám o sobě. V jeho důsledku může docházet k deprivaci životního stylu (nejde jen o nedostatek prostředků pro zajištění základních životních nezbytností, ale například také o nemožnost jet na dovolenou, věnovat se volnočasovým aktivitám podle svého zájmu, stýkat se pravidelně s přáteli apod.).

Kromě toho, že nízký SES stresující sám o sobě, může být také jedním z faktorů, jak již bylo zmíněno výše, které člověku znesnadňují zvládání jiných stresových situací, do kterých se dostává (velký stres jistě představuje například nemoc dítěte, ten se ale ještě zvětšuje, pokud není k dispozici dostatek prostředků pro zaplacení potřebné lékařské péče apod.).

5.3. Konkrétní postupy při zvládání stresu

Na začátku kapitoly jsem uvedla, že zvládání stresu je možné obecně rozdělit na postupy zaměřené na problém a postupy zaměřené na emoce, přičemž většina lidí tyto postupy obvykle kombinuje. V rámci tohoto obecného dělení pak můžeme rozlišit celou řadu specifických strategií a ještě specifičtějších technik zvládání stresu. A právě těm se budu věnovat v následující části kapitoly.

5.3.1. STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU

Strategie zvládání jsou konkrétní postupy zaměřené na vyrovnaní se se stresem. Některé z těchto strategií již byly zmíněny na začátku kapitoly. Křivohlavý (2001) uvádí jako příklad takových postupů hledání sociální opory, plánované hledání způsobů řešení problému, sebeovládání, hledání pozitivních stránek dění apod. Všechny tyto strategie směřují buď k vyřešení daného problému nebo ke zklidnění emocionálního stavu a jsou tak považovány za adaptivní. Jsou ale také strategie vyhýbavé (snaha utéci ze stresové situace, distancovat se od nepříjemné situace), které obvykle nevedou k úspěšnému vyřešení situace.

5.3.2. TECHNIKY PRO ZVLÁDÁNÍ STRESU

Techniky zvládání jsou konkrétní schopnosti a dovednosti umožňující zvládnutí stresové situace. Obvykle (i když ne vždy) se jich používá pro zmírnění nepříjemného emočního stavu.

Většina autorů (např. Atkinson, 2003) dělí tyto techniky na **behaviorální a kognitivní**.

První z behaviorálních technik je **biologická zpětná vazba** neboli biofeedback. Jejím cílem je naučit se ovládat fyziologické procesy vlastního těla a tím zmírňovat negativní účinky stresu na tělesný stav. *„Při biologické zpětné vazbě jedinec dostává informace (zpětnou vazbu) o určité proměnné svého fyziologického stavu a potom se pokouší tento stav změnit“* (Atkinson, 2003, s. 517). Tuto techniku lze například použít k odstranění svalového napětí, které může být důsledkem stresu a příčinou bolesti hlavy apod.

Další behaviorální technikou je **relaxační trénink**. Relaxace znamená psychické a fyzické uvolňování. V současnosti je poměrně rozšířenou formou relaxace například Schulzův autogenní relaxační trénink. Autogenní trénink je založen na soustředěném cvičení sebe sama, využívá principů jógy a jeho

cílem je „změna představ, myšlenek a pocitů, které nejsou vůlí běžně zvladatelné, a zvýšení celkové sebevlády“ (Hartl, Hartlová, 2000, s.628).

Podstatou relaxačních technik je vědomé a postupné uvolňování jednotlivých svalových skupin, které by s sebou mělo přinášet i uvolnění psychické.

Jedním z možných relaxačních cvičení je *meditace*. Jejím cílem je dosáhnout uvolnění prostřednictvím soustředění pozornosti na opakované provádění konkrétního úkonu, kterým bývá například opakování určitého slova či slabiky (Křivohlavý, 2001).

Významnou roli při zvládání stresu hraje také dobrá tělesná kondice. Mnoho výzkumů prokázalo že lidé, kteří pravidelně provozují **pohybovou aktivitu** (zejména aerobní cvičení - tj.takové cvičení, které po delší dobu vyžaduje zvýšenou činnost srdce a zvýšenou spotřebu kyslíku) mají lepší fyziologické reakce na stres (nižší krevní tlak a srdeční tep) než lidé, kteří pravidelně nesportují. Lidé s dobrou tělesnou kondicí ne onemocní v důsledku stresu tak často jako ti, kteří nejsou v dobré tělesné kondici (Atkinson, 2003).

Pravidelná tělesná aktivita působí pozitivně nejen proti různým druhům somatických onemocnění, ale působí příznivě také na psychiku člověka. Například výskyt deprese je výrazně nižší u lidí, kteří pravidelně sportují (Křivohlavý, 2001). Cvičení má také kladný vliv na snižování míry úzkosti a pozitivně působí i na sebehodnocení a sebedůvěru člověka.

Kognitivní techniky zvládání stresu obvykle spočívají ve změně přístupu ke stresové situaci a jejímu vnímání (přehodnocení daného problému, změna hierarchie hodnot, volba jiného přístupu apod.)

Propojení behaviorálních a kognitivních technik se využívá při **modifikaci chování typu A**. Friedman a kol.(in Atkinson, 2003) pracoval s osobami, které měly za sebou srdeční infarkt, a tyto osoby rozdělil na dvě skupiny. U osob

z experimentální skupiny se snažil postupně redukovat chování typu A. Tyto jedince vystavil pro ně nepříjemným situacím a snažil se je naučit efektivnějším způsobům reagování na tyto situace, než pro ně bylo přirozené. Dále se snažil změnit jejich dosavadní postoje a názory (týkající se například pracovního úspěchu apod.). Po čtyřech a půl letech pak Friedman sledoval výskyt infarktů u této skupiny a zjistil, že jejich počet byl o polovinu nižší než u skupiny kontrolní. Dokázal tak pozitivní vliv redukce chování typu A na zdraví člověka.

Tyto techniky zvládání stresu jsou považovány za **adaptivní** (vedou k úspěšnému vyrovnání se se stresem). Kromě behaviorálních a kognitivních technik se někdy mezi adaptivní strategie řadí ještě tzv. **strategie rozptylující** - jde o „*provádění příjemných činností, které umožňují ulevit si od tíživých pocitů a zvyšují pocit, že je jedinec schopen ovlivňovat běh událostí*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 709).

Řada lidí ale pro boj se stresem využívá **techniky neadaptivní**. Mezi takové techniky patří agresivní řešení dané situace, snaha zlehčovat její závažnost, únik do snových představ, neustálá potřeba probírat své problémy (bez snahy je konstruktivně řešit), přílišné spoléhání se na ostatní (jedinec očekává, že za něj vše vyřeší druzí), nadměrná konzumace alkoholu či drog a podobně. Tyto strategie nevedou k úspěšnému zvládnutí stresové situace (Tamt.).

Stres nemusí ohrožovat jen naše tělesné zdraví, ale také naše zdraví psychické. Důležitou prevencí v této oblasti je dodržování zásad **duševní hygieny**. Duševní hygiena je „*obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví a prevencí duševních poruch a nemocí*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s.199). K dosažení těchto cílů používá duševní hygiena celou řadu postupů. Prvním z nich je výchova (a hlavně sebevýchova) ke zdraví. Libor Míček (in Křivohlavý, 2001) rozumí pod

pojmem sebevýchova následující činnosti: sebepoznávání, koncentraci pozornosti, autoregulaci myšlení (řízení kognitivní činnosti), autoregulaci emocí, autorelaxaci a aktivní zvládnání situací.

Dalšími postupy duševní hygieny jsou dodržování správné životosprávy a poradenství.

Závěr

Člověk během svého života zažívá různé situace a události, které je nucen nějakým způsobem řešit. Vyrovnávání se s těmito událostmi pak představuje jistou zátěž. Pokud zátěž příliš vzroste, člověk se dostává do stresu. Na stres člověk obvykle reaguje celou řadou fyziologických, psychických i behaviorálních reakcí. Stresová situace bývá obvykle prožívána jako nepříjemná a proto se jedinec snaží tohoto nepříjemného pocitu zbavit. Na procesu zvládnání stresu se podílí celá řada vnějších i vnitřních faktorů. Velkou roli zde hrají hlavně osobnostní dispozice jedince, které z velké části ovlivňují, jakým způsobem bude člověk na vzniklou situaci reagovat. Výsledek tohoto procesu může mít řadu podob. V ideálním případě jedinec s vyvinutím jistého úsilí stresovou situaci zvládne a vyjde z ní psychicky posílen. Tato zkušenost zvýší jeho odolnost a usnadní mu vyrovnávání se s podobnými náročnými situacemi, které se mohou objevit v budoucnu.

Může se ale také stát, že jedinec není schopen stresovou situaci úspěšně zvládnout (ta se tedy stává chronickou) a to se může negativně odrazit na jeho tělesném i duševním zdraví. Kromě toho je zde nebezpečí, že se člověk dostane do začarovaného kruhu: určitá událost například oslabí jeho zvládací schopnosti a on pak není schopen čelit problémům, s kterými by se dříve bez potíží vyrovnal. To může mít za následek další stres a další neadaptivní reakce, které zase mohou být příčinou různých závažných událostí.

Důležité je umět tento bludný kruh přerušit, jinými slovy naučit se zvyšovat svou psychickou odolnost a posilovat a rozvíjet své schopnosti potřebné k úspěšnému vyrovnávání se se stresem.

Problematika stresu a jeho působení na zdravotní stav člověka je velmi rozsáhlá, svou roli zde hraje velké množství

faktorů, jejichž vliv od sebe nelze oddělit. Zkoumání životních událostí jakožto možných příčin stresu je jednou z možností, jak k této problematice přistupovat. V následující praktické části své práce bych se chtěla pokusit přispět svými daty k tématu životních událostí.

EMPIRICKÁ ČÁST

Rozdíly v percepci prožitých ŽU dle věku a pohlaví

Úvod

Cílem praktické části mé práce je pokusit se přispět vlastními daty k problematice vztahu mezi výskytem významných životních událostí a negativními změnami zdraví.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na zjišťování rozdílů ve výskytu a vnímání prožitých událostí podle věku a pohlaví. Sledovala jsem jednak počet výrazných událostí, které se u dotazovaných osob během posledního roku vyskytly, a dále subjektivně vnímaný vliv těchto událostí daným jedincem

Mým předpokladem je, že:

- a) rozdíly mezi muži a ženami budou spíše kvalitativní; budou se lišit v subjektivně vnímaném vlivu prožitých událostí, struktura a počet událostí budou podle mého očekávání podobné.
- b) rozdíly mezi jednotlivými generacemi budou hlavně v počtu a struktuře uváděných událostí.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila také na sledování případných korelací mezi subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a vlivem prožitých událostí na respondenta (též subjektivně hodnoceným). Dále jsem zjišťovala spokojenosti s uplynulým rokem a s dosavadním životem vůbec, ptala jsem se také na nesplněné cíle, na očekávání od budoucího roku a na subjektivně vnímanou míru kontroly nad vlastním životem. V této části si ale nestavím žádné hypotézy, budu se snažit spíše zmapovat tuto problematiku.

Použitá metoda

Soubor

Mého výzkumu se účastnilo celkem 100 osob, z toho 62 žen a 38 mužů, průměrný věk celého souboru byl 47 let. Vzhledem k tomu, že jsem se rozhodla sledovat, jak se budou lišit odpovědi dotazovaných podle věku, vybírala jsem účastníky tak, aby věkem přibližně spadali do jedné ze tří předem

vymezených kategorií. V první generaci **G1** (70 - 80let) bylo celkem 25 osob, z toho 10 mužů a 15 žen. Průměrný věk zde byl 76,1 let. V druhé generaci **G2** (45 - 55 let) bylo celkem 36 jedinců, z toho 15 mužů a 21 žen, průměrný věk zde byl 47,1 let. Ve třetí generaci **G3** (19 - 25 let) bylo celkem 39 osob, z toho 13 mužů a 26 žen. Průměrný věk zde činil 20 let. Další charakteristiky souboru jsou uvedeny v tabulce č.1.

Tab.č.1	G1	G2	G3	CELKEM
POHLAVÍ				
muž	10	15	13	38
žena	15	21	26	62
RODINNÝ STAV				
svobodný/á	0	1	32	33
ženatý/vdaná	19	29	7	55
rozvedený/á	1	4	0	5
vdovec/vdova	5	2	0	7
UKONČ.VZDĚL.				
základní	4	1	4	9
středoškolské	14	14	32	60
vysokoškolské	7	21	3	31
ZDRAVOTNÍ STAV				
výborný	0	7	21	28
celkem dobrý	5	23	15	43
uspokojující	10	6	1	17
zhoršený	9	0	2	11
špatný	1	0	0	1
STUDENT				
	0	0	22	22

Tabulka č.1 ukazuje zastoupení v jednotlivých generacích a celkem podle pohlaví, rodinného stavu, ukončeného vzdělání a zdravotního stavu. Zastoupení pohlaví v rámci jednotlivých generací není rovnoměrné, největší rozdíly v počtu dotázaných mužů a žen jsou u generace G3 (66% žen). Podobně rodinný stav se u respondentů jednotlivých generací liší. Zatímco u G3 výrazně převažují svobodní, u G2 a G1 je převaha ženatých/vdaných. S věkem také přibývá vdovců. Nejčastěji uváděné vzdělání je u G3 středoškolské, u G2 vysokoškolské a u G1 opět středoškolské. Zdravotní stav je s přibývajícím věkem hodnocen častěji jako zhoršený.

Účastníci výzkumu byli vybíráni technikou lavinového výběru. Obrátila jsem se na své spolužáky a přátele s prosbou, zda by mohli předložit dotazník (kromě toho, že ho sami vyplní) svým sourozencům, rodičům a prarodičům. Tímto způsobem jsem získala data od 18 rodin. Většina respondentů pocházela z Prahy a okolí.

Použitá technika

U všech účastníků výzkumu byl použit dotazník (k dispozici v příloze), který jsem sestavila ze dvou standardně používaných inventářů životních událostí (Holmes, Rahe: Social Readjustment Scale, 1967; Sarason, Johnson, Siegel: Life Experiences Survey, 1978).

Dotazník má dvě části. První část tvoří seznam 49 událostí (u dvou událostí je ještě několik podotázek, celkem má tedy dotazník 61 otázek), přičemž u každé z nich je sedmibodová škála (-3,-2,-1,0,1,2,3), na které měl respondent označit, jaký vliv (od silně negativního po silně pozitivní) na něj tato událost měla v případě, že ji zažil. Tato část je společná pro všechny respondenty. Následuje ještě seznam 8 událostí, který vyplňují pouze studenti. Celá tato část dotazníku se týká pouze minulého roku (respondent označuje jen ty události, které zažil během této doby). Na události posledního roku jsem se záměrně soustředila proto, že dle uváděných poznatků mají relativně nedávné události větší vliv na zhoršení zdravotního stavu jedince. Následuje ještě volný prostor, kde může respondent vypsát, které z jeho cílů a záměrů se mu v minulém roce nezdařilo splnit, a na čtyřbodové stupnici může označit, do jaké míry toho lituje.

Druhá část dotazníku se týká životní spokojenosti respondenta. První otázka zjišťuje spokojenost s uplynulým rokem, druhá otázka se týká toho, co jedinec očekává od budoucího roku, který je před ním. Třetí otázka zjišťuje, zda byl uplynulý rok co do výskytu důležitých událostí spíše

podprůměrný, průměrný či nadprůměrný. Čtvrtá otázka zjišťuje celkovou spokojenost s dosavadním životem. Pátá otázka se týká subjektivně vnímané kontroly nad vlastním životem. U všech těchto otázek respondent vybírá jednu z nabídnutých variant odpovědí (u otázek 1,2 a 4 je nabízených možností sedm, u otázek 3 a 5 jsou tři).

Způsob zpracování dat

Získaná data byla zpracovávána běžnými statistickými technikami pomocí programu SPSS, verze 13.0, rok 2004.

Výsledky

I. První část - inventář životních událostí

V následující části se zaměřím nejdříve na celkový přehled závažných událostí, které respondenti označili, a poté na porovnání výsledků u jednotlivých generací a také u mužů a u žen (zde se zaměřím na celkové výsledky obou pohlaví, z důvodu malého počtu respondentů nebudu porovnávat výsledky u mužů a u žen v rámci jednotlivých generací).

V každé části nejdříve uvedu celkový počet označených událostí, průměrný počet událostí na jednoho respondenta, poměr kladných a záporných odpovědí (podle subjektivně vnímaného vlivu uvedeného respondentem u prožitých událostí), počet druhů událostí, které se u dané skupiny vyskytly, a také celkový průměrný vliv označených událostí. Poté budou následovat příklady nejpozitivněji a nenegativněji hodnocených událostí. Dále se zaměřím na porovnání subjektivně vnímaného vlivu u jednotlivých položek a celkem u jednotlivých skupin (dle provedeného t - testu). Při porovnávání výsledků u mužů a u žen se kromě rozdílů v subjektivně vnímaném vlivu zaměřím také na rozdíly v počtu validních odpovědí u jednotlivých položek.

1. Celkový přehled životních událostí (seřazeno podle subjektivně vnímaného vlivu na respondenta)

Tab.č.2

	n	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchyška	
U40 zasnoubení	1	3	3	3,00	.	velmi pozitivní vliv celkem 123 událostí 19,1%
U10 ženy: těhotenství	1	3	3	3,00	.	
U9 muži: těhotenství manželky či přítelkyně	1	3	3	3,00	.	
U5 vlastní svatba	3	2	3	2,67	0,577	
U39 řádné dokončení školy	10	-1	3	2,50	1,269	
U7 mimořádný osobní úspěch	21	1	3	2,29	0,784	
U34 dovolená	68	-2	3	2,18	0,961	
U43 odstěhování se od rodičů	5	-1	3	2,00	1,732	
U23 usmíření s partnerem	13	0	3	2,00	0,913	
U18 příchod nového člena rodiny	13	-1	3	1,85	1,405	spíše pozitivní vliv celkem 162 událostí 25,3%
U21 změna bydliště	11	-2	3	1,64	1,748	
U41 nástup do zaměstnání	8	-1	3	1,63	1,188	
U12 nové zaměstnání	13	-2	3	1,31	1,548	
U45 Vánoce	100	-3	3	1,18	1,403	
U42 změna náb.smyšlení	1	1	1	1,00	.	
U26 vdané ženy: manžel nastoupil či odešel ze zaměstnání	1	1	1	1,00	.	
U25 ženatí muži: manželka nastoupila či odešla ze zaměstnání	1	1	1	1,00	.	
U46 změna osob.zvyklostí	14	-2	3	1,00	1,519	
U4 změna život.podm.	21	-2	3	0,95	1,717	mírně pozitivní vliv celkem 80 událostí 12,5%
U27 změna v trávení volného času	25	-2	3	0,92	1,579	
U11 změna postavení v zaměstnání	14	-2	2	0,50	1,454	
U17 změna četnosti rod.setkání	20	-3	2	0,25	1,517	
U28 vypůjčení částky větší než 50 tis.kč	9	-1	2	0,00	1,000	zcela neutrální celkem 12 událostí 1,9%
U44 neshody s tchýní/tchánem	3	-1	2	0,00	1,732	

	n	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchylka		
U16 změna fin.situace	18	-3	3	-0,11	1,875	mírně negativní vliv	
U35 změna ve spol.činnosti	9	-2	2	-0,11	1,616		
U47 změna jídelních návyků	17	-3	2	-0,24	1,602		
U8 drobné přestupky zákona	19	-3	1	-0,47	1,020		
U49 šikana ve škole či v práci	2	-1	0	-0,50	0,707		
celkem 65 událostí						10,1%	
U14 sexuální obtíže	10	-2	0	-1,00	0,471		
U29 ztráta zaměstnání	1	-1	-1	-1,00	.	spíše negativní vliv	
U15 potíže se zaměstnavatelem	13	-3	0	-1,23	0,725		
U38 syn nebo dcera opouští domov	7	-2	1	-1,29	1,113		
U33 vypůjčení částky menší než 50 tis.Kč	14	-3	1	-1,36	1,082		
U3g úmrtí člena rodiny	7	-2	-1	-1,57	0,535		
U20 přibývání partnerských hádek	13	-3	2	-1,62	1,387		
U2 rozchod s partnerem	8	-3	0	-1,63	1,188		
U19 hádky s rod.přísl.	33	-3	1	-1,67	1,051		
U13e onemocnění babičky	6	-3	0	-1,67	1,033		
U6 úmrtí blízkého přítele/kyně	9	-3	-1	-1,67	0,866		
U3f úmrtí dědečka	3	-2	-1	-1,67	0,577		
U32 vl.závažné zdravot.potíže	22	-3	1	-1,68	0,995		
U48 změna návyků ve spánku	19	-3	-1	-1,68	0,671		
U36 závažné onemocnění blízkého přítele/kyně	7	-3	-1	-2,00	1,000		velmi negativní vliv
U13f onemocnění dědečka	1	-2	-2	-2,00	.		
U13c onemocnění bratra	1	-2	-2	-2,00	.		
U13b onemocnění otce	4	-2	-2	-2,00	0,000		
U3e úmrtí babičky	2	-3	-1	-2,00	1,414		
U1 rozvod	1	-2	-2	-2,00	.		
U13g onemocnění člena rodiny	10	-3	-1	-2,20	0,632		
U3b úmrtí otce	3	-3	-1	-2,33	1,155		
U3c úmrtí bratra	2	-3	-2	-2,50	0,707		
U3a úmrtí matky	2	-3	-2	-2,50	0,707		
U13a onemocnění matky	4	-3	-2	-2,75	0,500		
celkem 35 událostí						5,5%	
U37 odchod do důchodu	0						
U31 ženy: potrat	0						
U30 muži" manželka či přítelkyně měly potrat	0						
U24 smrt manžela/ky	0						
U22 změna činnosti v církevní oblasti	0						
U13d onemocnění sestry							
U3d úmrtí sestry							
Události, které se neobjevily							

Tabulka č.2 ukazuje, jaký vliv (subjektivně vnímaný) měly dané události na respondenty, kteří je během minulého roku prožili. V levém sloupci je seznam událostí. Písmeno N ve vedlejším sloupci značí počet validních odpovědí u dané události (počet osob, které tuto událost označily). Tato tabulka se týká celého souboru. Procentuální údaje v pravém sloupci byly zaokrouhlovány na jedno desetinné místo.

Celkem se tedy vyskytlo 644 událostí, průměrný počet událostí označovaný jedním respondentem je tedy 6,4. Z celkového počtu 644 událostí bylo 123 hodnoceno jako velmi pozitivní (na škále hodnocení +2 a více), 162 jako spíše pozitivní (na škále hodnoceno +1 až +2), 80 jako mírně pozitivní (hodnocení do +1), 12 jako zcela neutrální (hodnocení rovno 0), 65 jako mírně negativní (0 až -1), 165 jako spíše negativní (-1 až -2) a 37 jako velmi negativní (-2 až -3). Celkem se vyskytlo 53 druhů událostí. Vůbec se nevyskytlo 7 událostí (druhů událostí). Celkový průměrný vliv (počítáno z validních odpovědí) je **+0,237**, tedy lehce pozitivní.

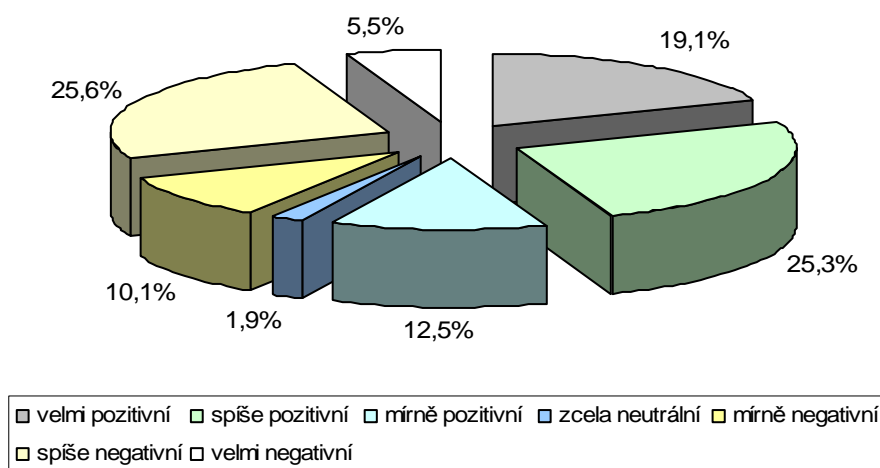
Mezi události s nejpozitivnějším vlivem patří zasnoubení (**U40**), těhotenství u žen (**U10**) a těhotenství manželky či přítelkyně u mužů (**U9**). Na tyto otázky ale opověděl vždy jen jeden respondent. Další události s poměrně pozitivním vlivem jsou vlastní svatba (**U5**), řádné dokončení školy (**U39**), mimořádný osobní úspěch (**U7**), dovolená (**U34**), odstěhování se od rodičů (**U43**) a usmíření s partnerem (**U23**).

Události, které respondenti zažili, ale které na ně průměrně neměly žádný vliv jsou vypůjčení částky větší než 50 000 tis.Kč (**U28**) a neshody s tchýní/tchánem (**U44**).

Silně negativně naopak působily události týkající se úmrtí nebo závažného onemocnění blízkého rodinného příslušníka (**U3** a **U13**). Tyto události jsou v dotazníku rozděleny na několik podotázek (podle jednotlivých rodinných příslušníků). Průměrný vliv ale nakonec vyšel u všech těchto událostí podobný, takže toto rozdělení zřejmě nebylo nutné.

V celkových výsledcích tedy převažují kladné odpovědi (subjektivně hodnoceno) - těch je 56,9%, zatímco záporných odpovědí je 41,2%. Toto zjištění lze do jisté míry považovat za argument, že zkoumaný soubor osob je relativně zdravý. U osob nemocných se dle literatury objevují spíše negativní životní události. Nápadná je zde výrazná převaha velmi kladných odpovědí (123) nad odpověďmi velmi negativními (37). Názorné srovnání poměru jednotlivých odpovědí podle subjektivního vlivu ukazuje graf č. 1.

Graf č.1



2. Důležité životní události podle pohlaví

U žen se vyskytlo celkem 370 událostí (z toho 88 velmi pozitivních, 63 spíše pozitivních, 67 mírně pozitivních, 29 mírně negativních, 86 spíše negativních a 37 velmi negativních), u mužů 274 událostí (z toho 48 silně pozitivních, 75 spíše pozitivních, 42 mírně pozitivních, 32 mírně negativních, 69 spíše negativních a 8 velmi negativních). Celkový průměrný vliv je u obou pohlaví lehce pozitivní: u žen **+0.193** a u mužů **+0,309**. Průměrný počet

událostí označených jedním respondentem je v průměru 5,96 u žen a 7,21 u mužů. Počet druhů označených událostí je 47 u mužů a 50 u žen. Vůbec se nevyskytlo 7 druhů událostí.

Mezi události s nejpozitivnějším vlivem patří u žen **U5** - vlastní svatba, **U7** - mimořádný osobní úspěch, **U18** - příchod nového člena rodiny, **U21** - změna bydliště, **U34** - dovolená a **U39** - řádné dokončení školy. Zcela neutrální vliv se neobjevil u žádné odpovědi. Otázky s nejvíce negativním vlivem jsou u žen (podobně jako u celého souboru) události týkající se úmrtí či vážného onemocnění blízkých rodinných příslušníků.

Mezi nejpozitivnější události u mužů patří **U7** - mimořádný osobní úspěch, **U34** - dovolená a **U41** - nástup do zaměstnání. Podobně jako u žen zde není žádná událost se zcela neutrálním vlivem. Mezi události s nejvíce negativním vlivem patří též otázky **U3** a **U13** (úmrtí či závažné onemocnění blízkého rodinného příslušníka).

Výsledky ukázaly, že mezi muži a ženami nejsou nápadné rozdíly co do struktury a počtu uváděných událostí. Počet validních odpovědí se výrazněji liší pouze u následujících otázek³: **U4** - změna životních podmínek (tuto otázku označilo 10 žen a 11 mužů, průměrný vliv byl u obou pohlaví podobný: 0,80 u žen resp. 1,09 u mužů), **U7** - mimořádný osobní úspěch (14 žen, 7 mužů, prům.vliv 2,36 resp. 2,14), **U8** - drobné přestupky zákona (6 žen a 13 mužů, průměrný vliv byl u obou pohlaví téměř stejný: -0,50 resp. -0.48), **U11** - změna postavení v zaměstnání (5 žen, 9 mužů, prům. vliv. 0,20 u žen resp. 0,67 u mužů), **U16** - změna finanční situace (8 žen, 10 mužů, průměrný vliv -0,38 u žen resp. +0,10 u mužů), **U18** - příchod nového člena rodiny (6 žen, 8 mužů, prům.vliv 2,00 resp. 1,71), dále u otázky **U19** - hádky s rodinnými příslušníky

³ Rozdíly jsem považovala za významné v případě, že byly splněny následující podmínky: událost označilo dohromady alespoň 10 respondentů a poměr validních odpovědí se od poměru mužů a žen v celém souboru lišil alespoň o 0,5.

(23 žen, 10 mužů, průměrný vliv -1,83 resp. -1,30), **U20** - přibývání partnerských hádek (6 žen, 7 mužů, prům.vliv -1,50 u žen a -1,71 u mužů), **U21** - změna bydliště (8 žen, 3 muži, prům.vliv 2,38 u žen a -0,33 u mužů), **U33** - vypůjčení částky menší než 50tis.Kč (6 žen, 8 mužů, prům.vliv -1,50 u žen a -1,25 u mužů). U ostatních otázek nejsou nápadné rozdíly v počtu validních odpovědí u mužů a u žen.

Subjektivní hodnocení vlivu prožitých událostí se dle prováděného t-testu nápadněji liší u otázek **U6(p<0,05)** - úmrtí blízkého přítele/kyně (-2 u žen, -1 u mužů), **U21(p<0,05)** - změna bydliště (+2,38 u žen, -0,33 u mužů). U následujících otázek se rozdíly blíží hranici významnosti: **U41** - nástup do zaměstnání (+0,67 u žen, +2,20 u mužů), **U48** - změna návyků ve spánku(-1,91u žen a -1,38 u mužů). U ostatních jednotlivých položek nejsou rozdíly mezi muži a ženami nápadné, průměrné hodnoty se neliší.

U obou pohlaví převažují pozitivní události nad negativními. U žen je 58,9% pozitivních událostí a 41,1% negativních, u mužů 60,2% pozitivních a 39,8% negativních. U mužů se objevuje méně silně pozitivních (17,5% oproti 23,8% u žen) a silně negativních událostí (2,9% oproti 10% u žen). Ženy tedy častěji využívají extrémní konce škály. Muži také označují v průměru více událostí než ženy, i když tento rozdíl není příliš výrazný. Průměrný vliv je u mužů lehce vyšší, tento rozdíl však také není významný.

3. Důležité životní události podle jednotlivých generací

- a) Tabulka č.3 ukazuje seznam událostí, které se vyskytly u **generace G1** (70 - 80 let). Události, které se nevyskytly, zde nejsou uvedeny.

Tabč.3.

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchyška	
U18 příchod nového člena rodiny	2	3	3	3,00	0,000	velmi pozitivní vliv celkem 2 odpovědi 1,7%
U34 dovolená	13	-2	3	1,69	1,377	spíše pozitivní vliv celkem 42 odpovědi 36,2%
U46 změna osob.zvyklostí	3	1	2	1,33	0,577	
U45 Vánoce	25	-3	3	1,28	1,568	
U42 změna náb.smýšlení	1	1	1	1,00	.	
U47 změna jídel.návyků	3	-1	2	0,67	1,528	mírně pozitivní vliv celkem 3 odpovědi 2,6%
U4 změna život.podm.	2	-1	1	0,00	1,414	zcela neutrální celkem 2 odpovědi 1,7%
U17 změna četnosti rod.setkání	5	-3	2	-0,40	2,302	mírně negativní vliv celkem 10 odpovědi 8,6%
U27 změna v trávení volného času	5	-2	1	-0,80	1,643	spíše negativní vliv celkem 38 odpovědi 32,8%
U16 změna fin.situace	1	-1	-1	-1,00	.	
U14 sexuální obtíže	3	-1	-1	-1,00	0,000	
U35 změna ve spol.činnosti	3	-2	-1	-1,33	0,577	
U6 úmrtí blízkého přítele/kyně	8	-3	-1	-1,50	0,756	
U48 změna návyků ve spánku	11	-3	-1	-1,82	0,603	
U32 vl.závažné zdravotní obtíže	12	-3	-1	-1,83	0,577	
U36 závažné onemocnění blízkého přítele/kyně	4	-3	-1	-2,00	1,155	velmi negativní vliv celkem 19 odpovědi 16,4%
U20 přibývání partnerských hádek	1	-2	-2	-2,00	.	
U13g závaž.onemocnění rod.příslušníka	5	-3	-1	-2,00	0,707	
U3g úmrtí člena rodiny	1	-2	-2	-2,00	.	
U19 hádky s rod.příslušníky	6	-3	-1	-2,17	0,983	
U3c úmrtí bratra	2	-3	-2	-2,50	0,707	

U generace G1 se vyskytlo celkem 21 druhů událostí, což je podstatně méně než u celého souboru. Celkový počet označených událostí je 116, z toho 2 velmi pozitivní, 42 spíše pozitivních, 3 mírně pozitivní, 2 neutrální, 10 mírně negativních, 38 spíše negativních a 19 velmi negativních.

Vidíme, že u starších osob převažují negativně hodnocené události (cca 57,8%) nad pozitivně hodnocenými událostmi (40,5%). Jednotliví respondenti zde označovali v průměru 4,64 událostí. Celkový průměrný vliv je u G1 **-0,637**, tedy mírně negativní.

Událost s nejpozitivnějším vlivem je **U18** - příchod nového člena rodiny. Mezi událostmi s nejvíce negativním vlivem se podobně jako u celého souboru objevují otázky **U3** a **U13**.

Na rozdíl od celkových výsledků se zde objevuje daleko méně událostí, které jsou obvykle subjektivně hodnoceny jako pozitivní - logicky zde chybí události jako svatba, těhotenství, řádné dokončení školy či odstěhování se od rodičů a také otázky týkající se zaměstnání.

Často se naopak objevují události týkající se rodinných a přátelských vztahů, zdravotního stavu, životního stylu či finanční situace (podobně jako u celého souboru).

Rozdíl v celkovém průměrném vlivu oproti celému souboru může být způsoben odlišnou strukturou událostí u G1.

b) *Tabulka č.4* ukazuje události, které se vyskytly u **generace G2** (45 - 55 let). Opět zde nejsou uvedeny ty události, které se u této generace nevyskytly.

Tab.č.4

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchyška	
U34 dovolená	27	-1	3	2,22	0,847	velmi pozitivní vliv celkem 37 odpovědí 16,8%
U7 mimořádný osobní úspěch	5	1	3	2,20	0,837	
U23 usmíření s partnerem	5	1	3	2,00	0,707	
U18 příchod nového člena rodiny	4	0	3	1,75	1,500	spíše pozitivní vliv celkem 44 odpovědí 20,0%
U45 Vánoce	37	-3	3	1,27	1,407	
U26 vdané ženy: manžel nastoupil či odešel ze zaměstnání	1	1	1	1,00	.	
U25 ženatí muži: manželka nastoupila či odešla ze zaměstnání	1	1	1	1,00	.	
U21 změna bydliště	1	1	1	1,00	.	

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchyška	
U27 změna v trávení volného času	5	-1	2	0,80	1,304	mírně pozitivní vliv celkem 30 odpovědí 13,6%
U4 změna životních podmínek	7	-2	2	0,71	1,890	
U44 neshody s tchýní/tchánem	2	-1	2	0,50	2,121	
U41 nástup do zaměstnání	2	-1	2	0,50	2,121	
U12 nové zaměstnání	4	-2	2	0,50	1,732	
U16 změna fin.situace	7	-1	3	0,43	1,397	
U47 změna jídelních návyků	3	-1	1	0,33	1,155	
U49 šikana ve škole či v práci	1	0	0	0,00	.	zcela neutrální vliv celkem 19 odpovědí 8,6%
U35 změna ve spol.činnosti	2	-1	1	0,00	1,414	
U17 změna četnosti rod.setkání	6	-1	2	0,00	1,265	
U11 změna postavení v zaměstnání	10	-2	2	0,00	1,414	
U8 drobné přestupky zákona	10	-1	1	-0,20	0,789	mírně negativní vliv celkem 21 odpovědí 9,6%
U33 vypůjčení částky menší než 50 tis.Kč	4	-1	1	-0,25	0,957	
U28 vypůjčení částky větší než 50 tis.Kč.	7	-1	0	-0,43	0,535	
U46 změna osobních zvyklostí	3	-2	1	-1,00	1,732	spíše negativní vliv celkem 51 odpovědí 23,2%
U14 sexuální obtíže	5	-2	0	-1,00	0,707	
U3g úmrtí člena rodiny	2	-1	-1	-1,00	0,000	
U48 změna návyků ve spánku	4	-2	-1	-1,25	0,500	
U38 syn nebo dcera opouští domov	7	-2	1	-1,29	1,113	
U32 vl.zdravot.obtíže	5	-3	0	-1,40	1,140	
U15 potíže se zaměstnavatelem	7	-3	-1	-1,43	0,787	
U19 hádky s rod.příslušníky	14	-3	1	-1,43	1,158	
U20 přibývání partnerských hádek	4	-3	0	-1,75	1,258	
U36 závaž.onemoc. blízkého přítele/kyně	1	-2	-2	-2,00	.	
U13c závaž.onemoc. bratra	1	-2	-2	-2,00	.	
U13b závaž.onemoc.otce	3	-2	-2	-2,00	0,000	
U2 rozchod s partnerem	1	-2	-2	-2,00	.	
U1 rozvod	1	-2	-2	-2,00	.	
U13g onemoc.člena rod.	3	-3	-2	-2,33	0,577	
U3b úmrtí otce	3	-3	-1	-2,33	1,155	
U3a úmrtí matky	2	-3	-2	-2,50	0,707	
U13a onemocnění matky	2	-3	-3	-3,00	0,000	
U6 úmrtí blízkého přítele/kyně	1	-3	-3	-3,00	.	

Výsledky ukazují, že u G2 se vyskytuje daleko širší paleta událostí než u G1 (celkem se zde vyskytlo 41 druhů událostí). Celkový počet označených událostí je 220, z toho 37 silně pozitivních, 44 spíše pozitivních, 30 mírně pozitivních, 19 zcela neutrálních, 21 mírně negativních, 51 spíše negativních a 18 velmi negativních. Počet pozitivních událostí mírně převažuje (50,5%). Na jednoho respondenta zde připadá v průměru 6,11 označených událostí. Celkový průměrný vliv je u G2 **+0,157**.

Mezi události s nejpozitivnějším vlivem patří **U34** - dovolená a **U18** - příchod nového člena rodiny (podobně jako u G1). Oproti G1 se mezi pozitivně hodnocenými událostmi objevují **U7** - mimořádný osobní úspěch a **U 23** - usmíření s partnerem.

Mezi události s nejvíce negativním vlivem opět patří otázky **U3** **U13**, které se týkají úmrtí a závažného onemocnění blízkých rodinných příslušníků. Na rozdíl od G1 se zde ale objevují otázky U1 - rozvod a U2 - rozchod s partnerem.

Stejně jako u G1 se často vyskytují otázky týkající se rodinných a přátelských vztahů a životního stylu. Oproti G1 se zde ale často objevují otázky týkající se zaměstnání a finanční situace (otázky týkající se zaměstnání se u G1 neobjevují vůbec). Také událost **U32** - vlastní závažné zdravotní potíže zde označilo jen 5 respondentů (oproti 12 respondentům z G1). Nově se zde objevují události **U8** - drobné přestupky zákona (u G1 tuto událost neoznačil nikdo, u G2 10 respondentů) a **U7** - mimořádný osobní úspěch (u G1 neoznačil nikdo, u G2 5 resp.).

Mezi generacemi G2 a G1 nejsou u jednotlivých položek nápadné rozdíly v subjektivně vnímaném vlivu. Při sloučení všech položek do hodnoty průměrného vlivu se rozdíl blíží hranici významnosti.

c) Tabulka č.5 ukazuje události, které se vyskytly u **generace G3** (19 - 25 let). Události, které se nevyskytly, zde nejsou uvedeny.

Tab.č.5

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchyška	
U40 zasnoubení	1	3	3	3,00	.	velmi pozitivní vliv celkem 79 odpovědí 25,7%
U10 ženy: těhotenství	1	3	3	3,00	.	
U9 muži: těhotenství manželky či přítelkyně	1	3	3	3,00	.	
U5 vlastní svatba	3	2	3	2,67	0,577	
U39 dokončení školy	10	-1	3	2,50	1,269	
U34 dovolená	28	0	3	2,36	0,780	
U7 mimořádný osobní úspěch	16	1	3	2,31	0,793	
U43 odstěhování se od rodičů	5	-1	3	2,00	1,732	
U41 nástup do zaměstnání	6	1	3	2,00	0,632	
U23 usmíření s partnerem	8	0	3	2,00	1,069	
U11 změna postavení v zaměstnání	4	1	2	1,75	0,500	spíše pozitivní vliv celkem 104 odpovědí 33,9%
U21 změna bydliště	10	-2	3	1,70	1,829	
U12 nové zaměstnání	9	-1	3	1,67	1,414	
U46 změna osobních zvyklostí	8	0	3	1,63	1,061	
U18 příchod nového člena rodiny	7	-1	3	1,57	1,512	
U27 změna v trávení volného času	15	-1	3	1,53	1,246	
U28 vypůjčení částky větší než 50 tis.Kč	2	1	2	1,50	0,707	
U4 změna životních podmínek	12	-2	3	1,25	1,712	
U45 Vánoce	38	-2	3	1,03	1,305	
U17 změna četnosti rod.setkání	9	-1	2	0,78	1,093	
U35 změna ve spol. činnosti	4	-2	2	0,75	1,893	mírně pozitivní vliv celkem 13 odpovědí 4,2%

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchylka	
U16 změna fin. situace	10	-3	3	-0,40	2,221	mírně negativní vliv celkem 30 odpovědí 9,8%
U47 změna jídelních návyků	11	-3	2	-0,64	1,690	
U8 drobné přestupky zákona	9	-3	1	-0,78	1,202	
U49 šikana ve škole či v práci	1	-1	-1	-1,00	.	spíše negativní vliv celkem 71 odpovědí 23,1%
U44 neshody s tchýní/tchánem	1	-1	-1	-1,00	.	
U29 ztráta zaměstnání	1	-1	-1	-1,00	.	
U15 potíže se zaměstnavatelem	6	-2	0	-1,00	0,632	
U14 sexuální obtíže	2	-1	-1	-1,00	0,000	
U20 přibývání partnerských hádek	8	-3	2	-1,50	1,604	
U2 rozchod s partnerem	7	-3	0	-1,57	1,272	
U32 vl.zdravot.obtíže	5	-3	1	-1,60	1,673	
U13e onemocnění babičky	6	-3	0	-1,67	1,033	
U3f úmrtí dědečka	3	-2	-1	-1,67	0,577	
U19 hádky s rod.příslušníky	13	-3	0	-1,69	0,947	
U48 změna návyků ve spánku	4	-3	-1	-1,75	0,957	
U3g úmrtí člena rodiny	4	-2	-1	-1,75	0,500	
U33 vypůjčení částky menší než 50 tis.Kč	10	-3	-1	-1,80	0,789	
U36 závaž.onemocnění blízkého přítele/kyně	2	-3	-1	-2,00	1,414	velmi negativní vliv celkem 10 odpovědí 3,3%
U13f onemocnění dědečka	1	-2	-2	-2,00	.	
U13b onemocnění bratra	1	-2	-2	-2,00	.	
U3e úmrtí babičky	2	-3	-1	-2,00	1,414	
U13g onemocnění člena rodiny	2	-3	-2	-2,50	0,707	
U13a onemocnění matky	2	-3	-2	-2,50	0,707	

Výsledky ukazují, že u G3 se vyskytlo nejvíce druhů událostí (celkem 44). Celkový počet označených událostí je 307, z toho 79 velmi pozitivních, 104 spíše pozitivních, 13 mírně pozitivních, 30 mírně negativních, 71 spíše negativních a 10 velmi negativních. Kladné odpovědi převažují nad zápornými (63,8% kladných, 36,2% záporných). Na jednoho respondenta zde připadá průměrně 7,79 označených událostí. Celkový průměrný

vliv u G3 je **+0,659**, tedy nejpozitivnější ze všech tří srovnávaných generací.

Mezi události s nejpozitivnějším vlivem patří **U40** - zasnoubení, **U10** - těhotenství (u žen), **U9** - těhotenství manželky či přítelkyně (u mužů), **U5** - vlastní svatba a **U39** - řádné dokončení školy.

Následují události týkající se změny životního stylu, osobních úspěchů, zaměstnání a partnerských vztahů.

Mezi události s nejvíce negativním vlivem patří stejně jako u obou předchozích generací události **U3** a **U13** týkající se úmrtí a závažného onemocnění členů rodiny. Na rozdíl od G2 se zde ale objevuje také událost **U33** - vypůjčení částky menší než 50 000 tis.Kč. Nejmladší generace hodnotí vliv této události daleko negativněji než generace G2.

Nápadný rozdíl v subjektivně vnímaném vlivu mezi G2 a G3 je dle t - testu pouze u otázek **U11(p<0,01)** - změna postavení v zaměstnání (0,00 u G2 a 1,75 u G3), **U28(p<0,01)** - vypůjčení částky větší než 50 000,-Kč (-0,43 u G2, +1,5 u G3), **U33(p<0,01)** - vypůjčení částky menší než 50 000Kč (-0,25 u G2 a -1,80 u G3) a **U46(p<0,05)** - změna osobních zvyklostí (-1,00 u G2 a +1,63 u G3). Při sloučení všech položek do hodnoty průměrného vlivu je ale rozdíl mezi G2 a G3 velmi významný (**p <0,01**).

Rozdíl mezi G1 a G3 je podle t - testu statisticky průkazný u položek **U27(p<0,01)** - změna v trávení volného času (-0,80 u G1 a 1,53 u G3), **U34(p<0,05)** - dovolená (1,69 u G1 a 2,63 u G3). Celkové rozdíly (při sloučení všech položek do hodnoty průměrného vlivu) jsou velmi významné (**p <0,01**).

Generace G1 se od obou zbývajících liší v subjektivním hodnocení událostí souvisejících se životním stylem - tyto změny jsou zde posuzovány spíše jako negativní. Generace G2 a G3 se v subjektivně vnímaném vlivu prožitých událostí liší hlavně u otázek týkajících se zaměstnání a finanční situace.

Obecně lze říci, že průměrné rozdíly jsou velmi významné mezi G1 a G3 a též mezi G2 a G3 (i když zde jsou relativně nižší). Průměrný rozdíl mezi G1 a G2 se blíží hladině významnosti. V jednotlivých položkách jsou rozdíly většinou neprůkazné, spíše výjimečné. Rozdíly mezi generacemi tak naznačuje až agregativní (sloučené) skóre - U prům.

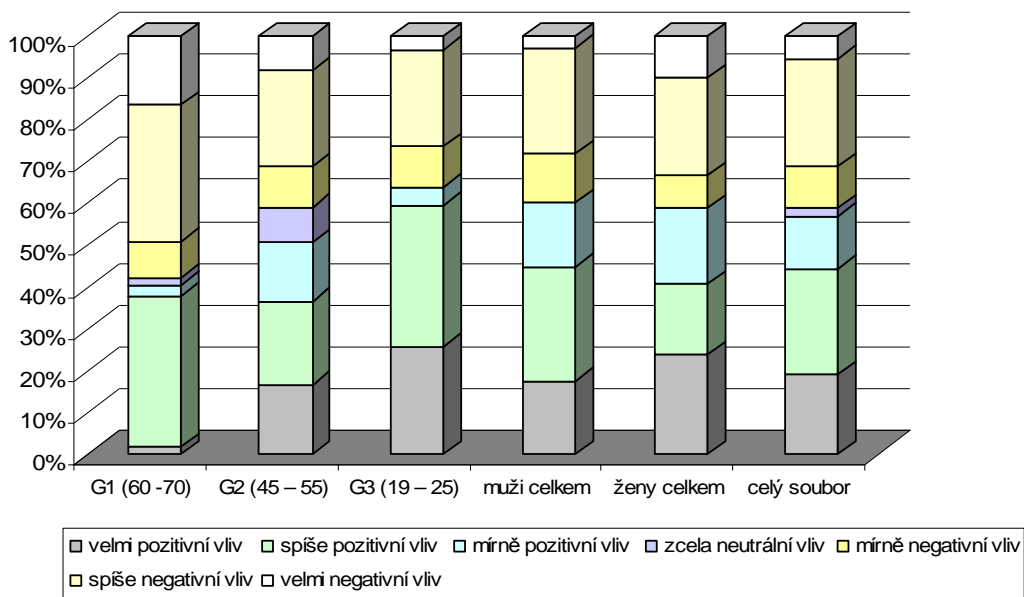
Výsledky této části tedy potvrdily předpoklad, že jednotlivé generace se mezi sebou budou lišit ve struktuře (množství druhů, rozsahu) a počtu označovaných událostí (celkovém i průměrném na osobu). Liší se také celkový subjektivně vnímaný vliv označených událostí. To ale dle mého názoru může být způsobeno odlišnou strukturou událostí u porovnávaných generací. V jednotlivých položkách jsou rozdíly spíše výjimečné.

Ženy a muži se naopak příliš neliší ve struktuře ani počtu označovaných událostí, rozdíly v subjektivním vlivu jsou u jednotlivých položek také spíše výjimečné. Celkový průměrný vliv je u obou pohlaví podobný (druhý předpoklad, že se bude subjektivní vliv u obou pohlaví lišit, se tedy nepotvrdil). Celkově jsou rozdíly mezi jednotlivými generacemi nápadnější než mezi muži a ženami. Nejvíce se pak od sebe liší generace G1 a G3.

Tab.č.6

	G1 (60 -70)	G2 (45 – 55)	G3 (19 – 25)	muži celkem	ženy celkem	celý soubor
velmi pozitivní vliv	1,7%	16,8%	25,7%	17,5%	23,8%	19,1%
spíše pozitivní vliv	36,2%	20,0%	33,9%	27,4%	17,0%	25,3%
mírně pozitivní vliv	2,6%	14,0%	4,2%	15,3%	18,1%	12,5%
zcela neutrální vliv	1,7%	8,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
mírně negativní vliv	8,6%	9,6%	9,8%	11,7%	7,8%	10,1%
spíše negativní vliv	32,8%	23,2%	23,1%	25,2%	23,3%	25,6%
velmi negativní vliv	16,4%	8,2%	3,3%	2,9%	10,0%	5,5%

Graf č.2



Tabulka č.6 a graf č.2 ukazují srovnání subjektivně hodnoceného vlivu u označených událostí podle jednotlivých generací a u mužů a u žen. Vidíme, že s přibývajícím věkem se objevuje více negativně hodnocených událostí. U G1 je nejméně silně pozitivních a nejvíce silně negativních událostí. U G2 a G3 začínají převažovat pozitivní události nad negativními. U G3 je výrazná převaha silně pozitivních událostí nad silně negativními. Vidíme, že rozdíly mezi generacemi jsou nápadnější než mezi muži a ženami.

Tab.č.7

	G1 (70 – 80)	G2 (45 – 55)	G3 (19 – 25)	muži celkem	ženy celkem	celý soubor
Celkový počet označených událostí	116	220	304	274	370	644
Průměrný počet označovaných událostí na osobu	4,46	6,11	7,79	7,2	5,96	6,4
Počet druhů označovaných událostí	21	41	44	47	50	53
Celkový průměrný vliv (U prům.)	-0,287	0,157	0,659	0,309	0,193	0,237

Tabulka č. 7 ukazuje srovnání struktury (počtu druhů) a počtu označovaných událostí u jednotlivých generací a podle pohlaví. Vidíme, že u G3 je nejvyšší celkový počet označovaných událostí, nejvyšší průměr na osobu a také nejvíce druhů označovaných událostí. Je zde také nejpozitivnější celkový vliv označených událostí. U G1 je naopak nejnižší celkový počet označovaných událostí, nejméně událostí na osobu a také nejméně druhů událostí (je zde tedy nejmenší rozsah uváděných událostí). Muži označovali v průměru více událostí než ženy, je zde ale méně druhů událostí.

4. Události týkající se studia (vyplňovali pouze studenti)-
tabulka č.8

Tab.č.8

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchylka
S3 studijní pobyt v zahraničí	2	3	3	3,000	0,000
S1 přijetí na VŠ	10	-1	3	2,300	1,252
S2 změna školy	6	-1	3	0,330	1,633
S4 vyloučení ze školy	3	-1	0	-0,670	0,577
S8 neshody s profesory	5	-3	0	-1,200	1,095
S6 finanční problémy	7	-3	-1	-1,860	0,900
S5 propadnutí u důležité zkoušky	2	-2	-2	-2,000	0,000
S7 neshody se spolužáky	2	-3	-2	-2,500	0,707

Tuto část dotazníku vyplnilo celkem 20 studentů (z celkového počtu 22 studentů v celém souboru). Celkem se objevilo 37 odpovědí, z toho 12 velmi pozitivních (subjektivně hodnoceno), 6 mírně pozitivních, 3 mírně negativní, 12 spíše negativních a 4 velmi negativní. Celkový průměrný vliv zde byl +0,29, tedy lehce pozitivní. Na jednoho studenta připadá v průměru 1,85 odpovědí.

Mezi události s nejpozitivnějším vlivem patří **S3** (delší studijní pobyt v zahraničí) a **S1** (přijetí na VŠ). Poměrně negativně byly naopak hodnoceny události **S5** (propadnutí u důležité zkoušky) a **S7** (neshody se spolužáky). Událost **S4** (vyložení ze školy) je oproti tomu hodnocena jen jako lehce negativní. Z důvodů malého počtu respondentů jsem zde upustila od srovnání mezi muži a ženami.

5. Otázka týkající se nesplněných cílů

Poslední otázka první části dotazníku zjišťuje, zda existují nějaké záměry či cíle, které se respondentovi během minulého nepodařilo splnit, a pokud ano, tak do jaké míry toho lituje. Respondenti měli možnost uvést až tři nesplněné cíle a na přiložené čtyřbodové škále mohli označit, do jaké míry toho litují (0-jsem lhostejný, -3 silně lituji)

Na tuto otázku odpovědělo pouze 26 respondentů, z toho 5 resp. z G1 (2 muži, 3 ženy), 8 resp. z G2 (2 muži, 6 žen) a 13 resp. z G3 (4 muži, 9 žen).

Celkem se objevilo 33 odpovědí, na jednoho respondenta tedy připadá 1,3 uvedených nesplněných cílů. Celkový průměrný vliv je **-1,91**, tedy středně negativní.

Nejčastěji uváděné nesplněné cíle u **generace G3** (19 - 25 let):

- 1) Zaměstnání (nalezení práce, povýšení apod.) - 4 resp.
- 2) Škola (přijetí na VŠ apod.) - 3 resp.
- 3) Rodinné soužití (zlepšení vzájemných vztahů) - 2 resp.
- 4) Sport (pravidelný sport apod.) - 3 resp.
- 5) Cestování (dovolená atd.) - 2 resp.
- 6) Další (přestěhování se, změna životního stylu apod.) - 4 resp.

Celkový průměrný vliv je u G3 **-1,73**. Celkový počet odpovědí je zde 18, na jednoho respondenta připadá v průměru 1,4 odpovědi. Nejčastěji uváděné nesplněné cíle u **generace G2** (45 - 55 let):

- 1) Zaměstnání (povýšení, zvýšení kvalifikace, zvýšení prosperity živnosti apod.) - 4 resp.
- 2) Rodinné soužití (zlepšení vzájemných vztahů) - 2 resp.
- 3) Dovolená v cizině - 2 respondenti
- 4) Ostatní (koupě domu, dodržování správné životosprávy atd.) - 2 resp.

Celkový průměrný vliv je u G2 **-2,0**. Celkem se objevilo 10 odpovědí, na jednoho respondenta tedy připadá v průměru 1,25 odpovědi.

Nejčastěji uváděné nesplněné cíle u **generace G1** (70 - 80 let):

- 1) Rodinné soužití (zlepšení vzájemných vztahů) - 2 resp.
- 2) Dovolená - 2 resp.
- 3) Další (nové dovednosti apod.) - 1 resp.

Celkový průměrný vliv je u G1 **-2,0**. Celkem 5 odpovědí, průměr na respondenta 1 odpověď.

Podobně jako u inventáře životních událostí se zde ukazuje, že u G3 se objevuje nejširší paleta nesplněných cílů a nejvíce uváděných odpovědí (celkem i na 1 resp.), zatímco u G1 je jejich rozsah i počet nejmenší. Průměrný vliv je u všech tří generací podobný, u G3 nejméně negativní.

Celkové rozdíly mezi muži a ženami u této otázky nebyly nijak výrazné, a proto jsem se zde omezila pouze na uvedení rozdílů mezi jednotlivými generacemi.

II. Druhá část - otázky týkající se životní spokojenosti

V této části jsou postupně uvedeny výsledky odpovědí na otázky zkoumající celkovou životní spokojenost respondentů. Opět zde budu porovnávat výsledky u jednotlivých generací a také u mužů a u žen. Na rozdíl od první části se zde zaměřím také na rozdíly mezi muži a ženami v rámci jednotlivých generací.

1. Otázky týkající se spokojenosti s uplynulým rokem, očekávání od budoucího roku a celkové spokojenosti s dosavadním životem

Otázka **C1** zjišťovala spokojenost s minulým rokem, otázka **C2** očekávání od budoucího roku a otázka **C4** spokojenost s dosavadním životem.

Tab.č.9

	C1 spokojenost s min.rokem	C2 očekávání od bud.roku	C4 spokojenost s dosavad.životem	U - prům.
G1 (70 – 80)	1,160	0,840	0,880	-0,287
G2 (45 - 55)	1,700	1,620	1,840	0,157
G3 (19 - 25)	1,740	1,870	1,660	0,659
muži celkem	1,578	1,630	1,710	0,309
ženy celkem	1,580	1,420	1,400	0,193
celý soubor	1,580	1,520	1,530	0,237

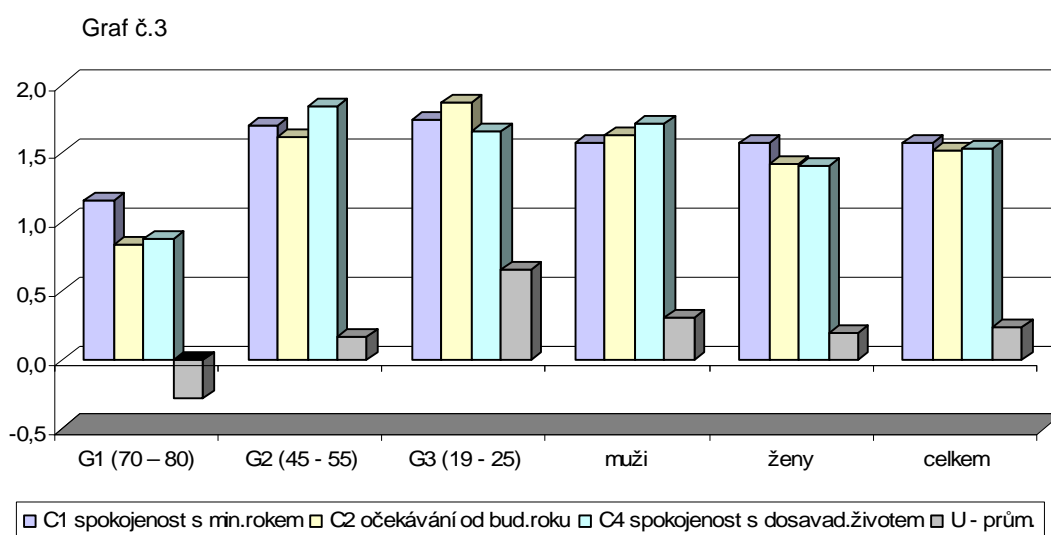
Tabulka č. 9 ukazuje srovnání otázek C1, C2 a C4 a průměrného subjektivního vlivu u prožitých událostí u jednotlivých generací a u mužů a u žen. Můžeme vidět, že celková spokojenost s uplynulým rokem je největší u G3 a nejmenší u G1 (podobně jako očekávání od budoucího roku). Celková spokojenost s dosavadním životem je naopak největší u G2 a nejmenší u G1.

Tab.č.10

	C1	C2	C4	U - prům.
G1 X G2	-0,540	-0,780	-0,960	-0,440
G1 X G3	-0,580	-1,030	-0,780	-0,946
G2 X G3	-0,040	-0,250	0,180	-0,502
muži X ženy	-0,002	0,210	0,310	0,120

Tabulka č.10 ukazuje rozdíly mezi generacemi a mezi muži a ženami u těchto tří otázek.

Vidíme, že u otázky C1 (spokojenost s uplynulým rokem) nejsou rozdíly příliš výrazné. Nejvíce se zde liší G1 od obou ostatních generací. U otázky C2 (očekávání od budoucího roku) jsou rozdíly poněkud výraznější, nejvíce se liší G1 a G3 a také G1 a G2. U otázky C4 (celková spokojenost s dosavadním životem) jsou opět výraznější rozdíly pouze mezi G1 a oběma zbývajících generacemi. Rozdíly mezi G2 a G3 a také mezi muži a ženami jsou velmi malé. Rozdíly podle generací a pohlaví ukazuje graf č.3.



Graf č.3 ukazuje porovnání výsledků u otázek týkajících se životní spokojenosti a celkového průměrného vlivu u událostí označených v inventáři ŽU v první části dotazníku (srovnání podle generací a pohlaví). Zajímavá je situace zejména u G1, kde je průměrný vliv u událostí označených v inventáři lehce negativní (-0,287), ale přesto je celková spokojenost s uplynulým hodnocena poměrně kladně. U G2 je největší celková spokojenost s dosavadním životem a u G3 jsou patrná nejoptimističtější očekávání od budoucího roku, který teprve přijde

Největší rozdíly mezi pohlavími jsou u otázky C4 (celková spokojenost s dosavadním životem). U této otázky jsou rozdíly mezi muži a ženami větší než mezi G2 a G3. Spokojenost s uplynulým rokem je u obou pohlaví stejná, očekávání od budoucího roku je optimističtější u mužů.

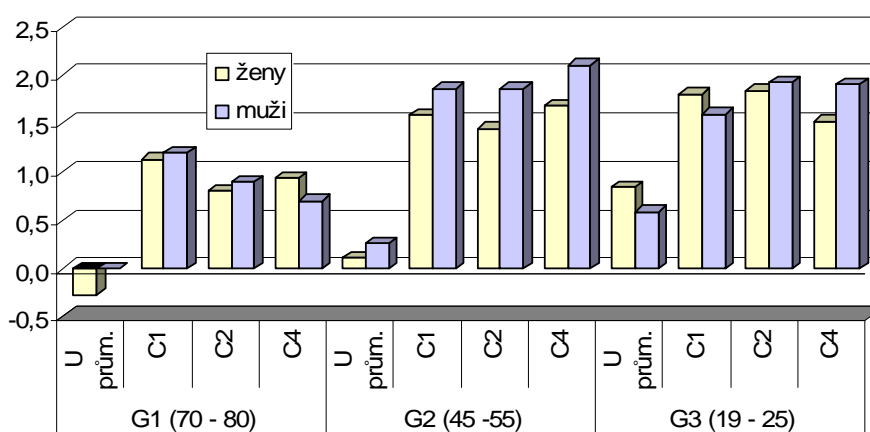
Tabulka č.11 ukazuje podrobnější srovnání výsledků u mužů a žen v rámci jednotlivých generací.

Tab.č.11

	G1 (70 - 80)				G2 (45 -55)				G3 (19 - 25)			
	U prům.	C1	C2	C4	U prům.	C1	C2	C4	U prům.	C1	C2	C4
ženy	-0,268	1,130	0,800	0,930	0,110	1,590	1,450	1,680	0,846	1,800	1,840	1,520
muži	0,006	1,200	0,900	0,700	0,260	1,860	1,860	2,100	0,590	1,600	1,920	1,900
dif.	-0,278	-0,070	-0,100	0,270	-0,150	-0,270	-0,410	-0,420	0,256	0,200	-0,080	-0,380

Rozdíly mezi muži a ženami v rámci G1 jsou velmi malé. V rámci G2 jsou rozdíly o něco výraznější, zejména u otázek C2 (očekávání od bud.roku) a C4 (spokojenost s dosavad.životem). Rozdíly mezi muži a ženami v rámci G3 jsou velmi malé. Opět lze říci, že rozdíly mezi muži a ženami stejné generace jsou vesměs menší než mezigenerační rozdíly (rozdíly mezi muži různých generací a ženami různých generací). Pouze u otázky C4 (celková spokojenost s dosavadním životem) jsou odpovědi žen G2 bližší odpovědím ženám G3 než mužům stejné generace (a podobně u mužů). Také u otázky C2 (očekávání od budoucího roku) jsou výsledky mužů G2 spíše podobné výsledkům G3 (obou pohlaví) než výsledkům žen G2. Tyto rozdíly ale nejsou nijak výrazné. Názorné srovnání podle pohlaví v rámci jednotlivých generací ukazuje graf č.4.

Graf č.4



Graf č.4 ukazuje podrobnější srovnání - podle pohlaví v rámci jednotlivých generací. Vidíme, že nejpozitivnější subjektivní vliv zažitých událostí je u žen G3, spokojenost s uplynulým rokem je nejvyšší u mužů G2, očekávání od budoucího roku je nejoptimističtější u mužů G3 a celková spokojenost s dosavadním životem je největší u mužů G2.

2. otázka zjišťující subjektivní hodnocení výskytu důležitých ŽU v minulém roce

Otázka C4 zjišťovala, zda byl minulý rok co do výskytu důležitých životních událostí pro respondenty dle jejich názoru spíše podprůměrný, průměrný či nadprůměrný.

Výsledky ukazují, že celkově byl minulý rok pro respondenty průměrný (u G1 průměrný, u G2 lehce podprůměrný a u G3 mírně nadprůměrný; u žen spíše průměrný, u mužů lehce nadprůměrný - zejména u mužů G3). Rozdíly mezi muži a ženami v rámci jednotlivých generací nejsou významné (pouze u G2 byl uplynulý rok co do výskytu důležitých událostí u žen lehce podprůměrný a u mužů slabě nadprůměrný).

3. Otázka zjišťující subjektivně vnímanou míru kontroly nad vlastním životem

Poslední otázka (C5) zjišťovala subjektivně vnímanou míru kontroly nad vlastním životem. Výsledky jsou u všech tří

generací velmi podobné (a neliší se ani u mužů a u žen - v rámci jednotlivých generací ani celkově) a jsou nejbližší možnosti „svůj život mám částečně pod kontrolou“ (nejnižší míru subjektivně vnímané kontroly nad vlastním životem vykazuje G3).

4. Korelace

Tabulka č.12 uvádí přehled vzájemných korelací mezi jednotlivými sledovanými údaji. Zaměřila jsem se na sledování nápadných korelací. Celkový rozbor všech vypočtených korelací by se vymykal rozsahu bakalářské práce.

Silná pozitivní korelace existuje mezi celkovým průměrným vlivem u prožitých událostí (**U prům.**) a otázkami **C1** (spokojenost s minulým rokem) a **C2** (očekávání od budoucího roku). To odpovídá zjištěním, že nejmladší generace (G3) vykazovala nejoptimističtější očekávání od budoucího roku a největší spokojenost s minulým rokem. Zajímavá je situace u zdravotního stavu, který negativně koreluje s hodnotou U prům., dále s C1, C2 C4. To by znamenalo, že osoby, které během posledního roku zažily spíše negativní události (subjektivně hodnoceno), mají také horší zdravotní stav (opět subjektivně posuzováno). Tato situace ale může být způsobena také tím, že nejnižší hodnoty U prům. vykazovala nejstarší generace G1, která také svůj zdravotní stav hodnotila jen jako uspokojující či zhoršený (mezi věkem a zdravotním stavem existuje silná pozitivní korelace). Horší zdravotní stav (subjektivně posuzováno) tedy zřejmě souvisí spíše s vyšším věkem respondentů než s prožitými události v minulém roce. Pro zkoumání vztahu mezi vlivem prožitých událostí a zdravotním stavem respondenta by zřejmě bylo přínosnější sledování velkého počtu věkově příbuzných osob. Další korelace jsou uvedeny v tabulce.

Tab.č.12.

	U prům.	C1	C2	C3	C4	C5	gen.	věk	pohlaví	rod.stav	vzdělání	zdrav.stav	
U prům.	1	0,387(**)	0,409(**)	0,251(*)	0,208(*)	0,054	0,411(**)	"-	0,062	"-	"-0,03	"-0,352(**)	
C1		1	0,500(**)	0,228(*)	0,519(**)	0,032	0,244(*)	"-0,244(*)	0,023	"-0,230(*)	0,005	"-0,322(**)	
C2			1	0,256(*)	0,552(**)	0,016	0,440(**)	0,444(**)	0,1	"-	0,366(**)	"-0,047	"-0,390(**)
C3				1	0,067	"-0,090	0,228(*)	"-0,220(*)	0,134	"-	0,312(**)	"-0,030	"-0,189
C4					1	0,007	0,307(**)	0,314(**)	0,161	"-	0,265(**)	0,083	"-0,309(**)
C5						1	"-0,052	0,059	0,048	0,085	0,08	"-0,095	
gen.							1	"-	"-0,051	"-	0,657(**)	"-0,169	"-0,598(**)
věk								1	0,086	0,667(**)	0,197(*)	0,589(**)	
pohlaví									1	"-0,069	0,196	0,009	
rod.stav										1	0,044	0,381(**)	
vzdělání											1	"-0,219(*)	
zdrav.stav												1	

* p < 0,05 ** p < 0,01 "- negativní korelace

Vysvětlivky:

- Pohlaví: muži - 1, ženy - 0
- Generace: G1 - 1, G2 - 2, G3 - 3
- Rodinný stav: svobodný - 1, ženatý - 2, rozvedený - 3, vdovec - 4
- Vzdelání: základní - 1, středoškolské - 2, vysokoškolské - 3
- Zdravotní stav: výborný - 1, celkem dobrý - 2, uspokojující - 3, zhoršený - 4, špatný - 5

Veškeré statistické výpočty týkající se této práce jsou k dispozici u autorky.

Diskuse

Ve své práci jsem pokusila přispět vlastními daty ke zkoumání vztahu mezi zdravotním stavem jedince a prožitými životními událostmi.

Zdravotní stav byl sledován na základě subjektivního údaje od respondentů, detailnější rozbor by se vymykal rozsahu bakalářské práce. Z toho důvodu jsou také výsledky v této oblasti poněkud omezené. Prokázala se sice negativní korelace mezi zdravotním stavem a vlivem prožitých událostí, ta ale může souviset spíše s věkem respondentů (respondenti vyššího věku uváděli v průměru více negativní

vliv prožitých událostí a také horší subjektivně hodnocený zdravotní stav - ten ale může být způsoben spíše právě vyšším věkem než prožitými událostmi). Pro prokázání vlivu prožitých životních událostí na zdravotní stav jedince by bylo potřeba kromě sledování prožitých událostí shromáždit podrobné údaje o zdravotním stavu respondentů a sledovat případné změny zdravotního stavu. Dále by bylo potřeba sledovat jedince stejného či podobného věku.

Ve své práci jsem se ale zaměřila hlavně na srovnání výskytu důležitých událostí podle věku a pohlaví respondentů.

Mým prvním předpokladem bylo, že rozdíly mezi muži a ženami budou v subjektivně vnímaném vlivu prožitých událostí, struktura a počet událostí zde budou podobné. Tento předpoklad se potvrdil jen zčásti. Muži a ženy se výrazně neliší ani v počtu uváděných událostí ani v jejich struktuře (počtu druhů událostí). Subjektivně vnímaný vliv u prožitých událostí se u obou pohlaví také neliší. V rámci jednotlivých položek jsou rozdíly spíše výjimečné, v celkovém sloučeném skóre nejsou patrné žádné rozdíly.

Mým druhým předpokladem bylo, že sledované generace se budou vzájemně lišit hlavně ve struktuře (počtu druhů) a počtu uváděných událostí. Tento předpoklad se vcelku potvrdil. U nejmladší generace byl nejvyšší počet uváděných událostí, největší průměr na osobu a nejvíce druhů událostí. Převažovaly zde pozitivní události nad negativními (subjektivně hodnoceno). Celkový vliv zde byl nejpozitivnější ze všech srovnávaných generací. Naopak nejstarší generace uváděla nejméně událostí, byl zde nejmenší průměr na osobu a nejméně druhů událostí. Celkový vliv zde byl mírně negativní, převažovaly negativní události nad pozitivnímu. Jednotlivé generace se tedy liší v počtu i struktuře uváděných událostí. Rozdíl v subjektivně vnímaném vlivu je u jednotlivých položek

spíše výjimečný, v celkovém sloučeném skóre už jsou ale rozdíly nápadné. Nejvíce se pak liší nejstarší generace od nejmladší.

Výsledky tedy vcelku potvrdily mé očekávání. Jsem si ale vědoma toho, že soubor vzhledem ke své velikosti nebyl příliš reprezentativním vzorkem a bylo by tedy obtížné zobecňovat tyto výsledky na celou populaci.

Závěr

Při své práci na výzkumu životních událostí jsem získala cenné zkušenosti se sběrem a zpracováním dat. Rovněž cenným zdrojem informací a zkušeností pro možnou další práci pro mě byl kontakt s respondenty při sběru dat a jejich připomínky ke struktuře a obsahu dotazníku. Doufám, že budu mít možnost data dále podrobněji zpracovat a případně rozšířit zkoumaný soubor a použitou metodiku.

Seznam literatury

Knižní publikace:

- Atkinson, R.L.: Psychologie, Praha, Portál, 2003
- Eysenck, H.J.: Fact and Fiction in Psychology, Harmondsworth, Penguin Books, 1965
- Ferjenčík, J.: Úvod do metodologie psychologického výzkumu, Praha, Portál, 2000
- Hladký, A.: Zdravotní aspekty zátěže a stresu, Praha, Karolinum, 2003
- Hošek, V.: Psychologie odolnosti, Praha, Karolinum, 2003
- Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví, Praha, Academia, 2005
- Kopecký, M., Cichá, M.: Somatologie pro učitele, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2005
- Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví, Praha, Portál, 2001
- Mikšík, O.: Člověk a svízelné situace, Praha, Naše vojsko, 1969
- Nešpor, K.: Návykové chování a závislost, Praha, Portál, 2000
- Novotný, I., Hruška, M.: Biologie člověka, Praha, Fortuna, 1998
- Poněšický, J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky, Praha, Triton, 2002
- Selye, H.: Život a stres, Bratislava, Obzor, 1966
- Schreiber, V.: Lidský stres, Praha, Academia, 2000
- Škoda, C.: Životní událost a nemoc, Praha, Výzkumný ústav psychiatrický, 1985
- Vágnerová, M.: Vývojová psychologie, Praha, Portál, 2000

Časopisecké studie:

- Bratská, M.: K možnostiam optimalizácie procesu utvárania osobnosti zvládaním záťažových situácií, Sborník Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech, Brno, 2005, s. 45 - 53
- Břicháček, V., Břicháčková, V.: Metodologické problémy zkoumání životních událostí., Rukopisná studie, VÚPs Praha, 1987
- Břicháček, V., Vojtík, V.: Životní události v percepci psychiatricky hospitalizovaných adolescentů a jejich rodičů, Československá psychologie, roč. XXIX, 1985, číslo 1, s. 45 – 51
- Hublová, V., Jurčová, K.: Životní události u brněnských mužů a žen v prvních pěti letech života jejich dítěte, Sborník Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech, Brno, 2005, s.182 – 191

Michálek, P., Dvořáková, B., Rymešová, P.: Vliv stresu na utváření osobnosti, Sborník Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech, Brno, 2005, s. 99 – 105

Sarason, I.G., Johnson, J.H., Siegel, J.M.: Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experience Survey, Journal of Consulting and Clinical Psychology, roč.46, 1978, číslo 5, s.932 – 946

Slovníky:

Hartl, P., Hartlová, H.:Psychologický slovník, Praha, Portál,2000

Vokurka, M., Hugo, J.: Praktický slovník medicíny, Praha, Maxdorf, 2000

Internetové zdroje:

<http://zena.centrum.cz/zdravi> - (Holmes, Rahe:Social Readjustment Scale, 1967)

PŘÍLOHA