Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PSYCHOSOMATICKÁ ZÁTĚŽ U PROFESIONÁLNÍCH ŘIDIČŮ

PSYCHOSOMATIC WORKLOAD OF PROFESSIONAL DRIVERS

Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Ester Gawlasová
Vedoucí práce: doc. PhDr. Matúš Šucha, PhD.

Olomouc
2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou/magisterskou diplomovou práci na téma: „Psychosomatická zátěž u profesionálních řidičů“ vypracoval(a) samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl/a jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ….....dne ……..

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především panu doc. PhDr. Matúši Šuchovi, PhD. za odborné vedení, laskavý přístup a cenné rady, které mi během práce vždy poskytoval.

Velké díky patří také doc. PhDr. Františku Baumgartnerovi, CSc. za radu u otázek volby metod. Děkuji Mgr. Tomáši Dominikovi za odbornou konzultaci. Dále bych chtěla poděkovat mým kolegům, Bc. Tereze Hejňákové a Mgr. Jakubu Staňkovi za podporu.

Mockrát děkuji mé rodině a nejbližším za láskyplné a podporující prostředí.

V neposlední řadě děkuji všem respondentům, bez jejichž spolupráce by diplomová práce nemohla vzniknout.

OBSAH

Úvod 7
TEORETICKÁ ČÁST 9
1. PSYCHOSOMATIKA V KONTEXTU DOPRAVNÍHO PROSTŘEDÍ 10
1.1 Vymezení psychosomatiky a její historické pozadí 10
1.2 Psychosomatické teorie 12
1.2.1 Koncepce alexithymie 14
1.3 Psychosomatické poruchy 16
1.3.1 Oběhové potíže a dýchací potíže 17
1.3.2 Zažívací potíže 19
1.3.3 Potíže pohybového aparátu 20
1.4 Psychosomatická zátěž v kontextu dopravního prostředí 21
1.4.1 Zdroje zátěže v dopravě 22
1.4.2 Psychofyziologická reakce na profesní zátěž 24
1.4.3 Výzkumy zaměřené na výskyt psychosomatických potíží u řidičů z povolání 25
2. **OSOBNOST PROFESIONÁLNÍHO ŘIDIČE** 28
2.1 Vymezení pojmu osobnost 28
2.2 Osobnost profesionálního řidiče 29
2.3 Osobnostní charakteristiky jako predispozice k výskytu psychosomatických obtíží 31
2.3.1 Koncepce Big Five ve vztahu ke zdraví 32
2.3.2 Výzkumy zaměřené na vybrané osobnostní rysy ve vztahu ke zdraví 37
3. **PROAKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE** 40
3.1 Copingové strategie jako protektivní faktor 40
3.1.1 Výzkumy zaměřené na copingové strategie ve vztahu k zdraví 42
3.2 Osobnostní nezdolnost typu SOC jako protektivní faktor 45
3.2.1 Výzkumy zaměřené na nezdolnost typu SOC ve vztahu ke zdraví 47
3.3 Sociální opora jako protektivní faktor 49
3.3.1 Výzkumy zaměřené na sociální oporu ve vztahu ke zdraví 51

4. **PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY NEMOCI V KONTEXTU DOPRAVNÍHO PROSTŘEDÍ** 54
EMPIRICKÁ ČÁST 57
5. **VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLŮ** 58
5.2 Výzkumná otázka a hypotézy 59
6. **VÝZKUMNÉ METODY** 63
6.1 Symptomatologický inventář (BEB) 63
6.2 Inventář dopravně relevantních vlastností osobnosti (TVP) 64
6.3 Dotazník strategií zvládání stresu (SVF-78) 66
6.4 Torontská alexithymická škála (TAS-20) 67
6.5 Dotazník nezdolnosti typu sense of coherence (SOC) 68
6.6 Multidimenzionální škála vnímané sociální opory (MSPSS) 68
7. **POPIS METODOLOGICKÉHO RÁMCE** 70
7.1 Výzkumný design 70
7.2 Strategie sběru dat 70
7.3 Metody analýzy a zpracování dat 71
7.4 Etické otázky výzkumu 72
8. **CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU** 73
9. **VÝSLEDKY** 77
9.1 Deskriptivní statistiky výzkumných metod 77
9.2 Reliabilita testových metod 80
9.3 Otázky normality 82
9.4 Zodpovězení výzkumných otázek a hypotéz 83
9.4.1 Psychosomatická zátěž u profesionálních řidičů 83
9.4.2 Vybrané psychosociální faktory ve vztahu k psychosomatické zátěži 88
10. **DISKUZE** 93
10.1 Limity výzkumu a podněty pro další zkoumání 106
10.2 Praktické využití práce 108
11. **ZÁVĚR** 111
SOUHRN 113

POUŽITÉ ZDROJE 116
Seznam tabulek 128
Seznam grafů 129

Úvod

Od začátku 20. století již nejsou infekční nemoci hlavní příčinou morbidity a mortality v západních zemích. Jsou jimi především kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby, rakovina, chronické obstrukční plicní onemocnění a diabetes (Kochane, Murphy, Anderson, & Scott, 2004). Do popředí se dostává otázka, do jaké míry jsou tyto nemoci spoluutvářeny psychosociální sférou člověka.

V naší práci se zabýváme psychosomatickými obtížemi u exponované profese, řidičů z povolání. Máme mnoho indícií, že tato specifická skupina čelí během výkonu svého povolání rozmanitým pracovním nárokům a výzvám. Na jedné straně zde stojí řidič, jenž disponuje určitou psychosomatickou kapacitou a zdroji pro zvládání zátěže. Na straně druhé se nachází dopravní prostředí vytvářející specifické pracovní požadavky. Psychosomatická zátěž zde představuje stresující podnět, prožitek i psychosomatickou reakci (Štikar, Rymeš, Riegel, & Hoskovec, 2003) zároveň. Na psychosomatickou zátěž zde nahlížíme jako na potenciální důsledek specifických pracovních podmínek profese řidiče z povolání, který se může projevovat četnými psychosomatickými symptomy. Protože „psychosomatický" charakter zdravotních potíží je pacientům v současnosti připisován málokdy, chápeme pojmy „zdraví" a „nemoc", „zdravotní stesky", „obtíže" či „onemocnění" apod. jako psychosomatický fenomén.

Pro srozumitelný vhled do problematiky a přehledné uchopení tématu je diplomová práce členěna do několika kapitol. V prvé řadě je představen fenomén psychosomatiky jako oboru a psychosomatický obraz nemoci. V druhé části první kapitoly je již zohledňováno hledisko dopravního prostředí. Následující kapitola je věnována vymezení osobnosti profesionálního řidiče a představení empirických poznatků vybraných osobnostních charakteristik ve vztahu ke zdraví. Třetí kapitola je souhrnně pojmenována jako proaktivní zvládání zátěže. Je tvořena třemi dílčími ústředními tématy, copingovými strategiemi, osobnostní nezdolností v pojetí SOC a sociální oporou. Stručné definování témat je přitom propojováno s výzkumnými poznatky v souvislosti se zdravotními stesky. Poslední kapitola shrnuje poznatky prezentované v teoretické části a vytváří prostor pro kontinuální přechod do empirické části, která je zároveň stěžejní částí diplomové práce. Cílem praktické části je prozkoumat psychosomatickou zátěž a zdravotní stesky u řidičů autobů a tramvají. Dalším úkolem je popsat, které psychosociální faktory potenciálně souvisí se zakoušením psychosomatické zátěže.

Mechanismus vzniku onemocnění je bezpochyby mnohem složitější a zdaleka se nejedná pouze o jednosměrný vztah od biologické příčiny k tělesnému symptomu. Psychosociální podíl na lidském zdraví je však v medicínské praxi stále poměrně opomíjeným jevem. Zároveň nelze ignorovat fakt, že klasický přístup „léčit tělo“ nestačí. Namísto toho přichází otázka, jak „léčit člověka“. Tato skutečnost volá po rostoucí naléhavosti věnovat se psychosomatické problematice výzkumně. Na závěr představení diplomové práce bychom rádi zmínili slova Mohapla (1989, 37): *„ztotožnění nemoci s biologickou poruchou je možné jen v medicíně veterinární, nikoli však v medicíně humánní.“*

TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychosomatika v kontextu dopravního prostředí

Během výkonu svého povolání jsou profesionální řidiči neustále konfrontováni se zátěží, ať už v podobě kognitivních, emocionálních a fyzických nároků na straně řidiče, či faktorů na straně pracovního prostředí, ve kterém je profese vykonávána. Je-li zátěž silná či trvalého charakteru, může způsobit řadu potíží souvisejících se zdravotním stavem. Dle Havlíka (2005) je dokonce každý patnáctý řidič z povolání postižen nějakou psychosomatickou poruchou. Vzhledem k tomu, že zdravotní stav profesionálního řidiče může mít vliv na pracovní výkon a souvisí s nehodovostí na cestách (Sadri, 2015), je třeba věnovat této problematice pozornost.

Dnes se již jak teoreticky, tak výzkumně nepohlíží na nemoc v jednoduché příčinné souvislosti. V praxi to však stále vypadá jinak. V populaci roste incidence onemocnění charakteru psychosomatických či civilizačních onemocnění. Dostupné lékařské postupy nestačí. V následující kapitole se pokusíme popsat psychosomatický obraz nemoci. Mimoto se budeme věnovat zátěži a výskytu zdravotních stesků u specifické profese, řidičů městské hromadné dopravy.

1.1 Vymezení psychosomatiky a její historické pozadí

Ve většině ordinací je v současnosti stále uplatňován klasický medicínský přístup, který vychází z myšlenky, že nemoc je způsobena interní tělesnou příčinou, načež podceňuje psychosociální vlivy. V důsledku toho si medicína přes veškerý posun lidstva v oblasti vědy a techniky, stále neví rady s některými neutuchajícími zdravotními stesky pacientů.

„Psychosomatika“ jako termín, jak je již z názvu patrné, spojuje slova „psýché“ a „sóma“. Poukazuje tak na nutnost vnímat člověka v celé jeho komplexnosti, tedy neopomíjet složku tělesnou, ale ani duševní (Danzer, 2001). Psychosomatický přístup nabízí daleko širší pohled než medicína, která je založena na objektivně pozorovatelných důkazech, a v jejíž centru pozornosti je nemocný orgán. V psychosomatickém hledisku je člověk chápán jako jednota psychického a somatického se svým prostředím (Šavlík & Šimek, 1993). Proto je také psychosomatická medicína ve většině odborných prací definována jako celostní přístup využívající multifaktoriální model, který pacienta vnímá v jeho komplexnosti, a respektuje tak všechny složky jeho života (Trapková, Chvála, & Komárek, 2004). Samotný pojem „psychosomatika“ poprvé použil v roce 1818 lékař Heinroth, čímž upozornil na v tehdejší době „bezduchou“ medicínu a její jednostranné hledisko. Heinroth

uplatnil tento termín v souvislosti s poruchami spánku, které podle něj neměly charakter běžných tělesných potíží. Jejich původ hledal v psychických stavech (Danzer, 2001).

Psychosomatika však má své historické počátky už v dobách, kdy „zlé duchy" v těle léčil šaman, přes období antické řecké filozofie, kdy lékař Hippokrates, „otec medicíny", navrhnul svou teorii, že tři tělesné tekutiny udávají nejen temperament, ale jsou zodpovědné také za somatické a duševní potíže a nemoci u člověka. Následující dobu se filozofové, teologové a lékaři zabývali otázkami souvislosti mezi tělesnými a duševními procesy, což také však v praxi znamenalo nahlížení na „sóma" a „psyché" jako na dva samostatné fenomény. S příležitostí studovat tělo při pitvání v 16. století a objevem krevního oběhu anglickým lékařem Williamem Harveyem v roce 1628 se pozornost medicíny odvrátila od „psyché" výlučně na tělesnou stránku. Do popředí se dostal tzv. biologický redukcionismus, který vysvětluje zdravotní potíže pouze na základě biologických, pozorovatelných jevů. Toto pojetí přetrvalo až do začátku 20. století. S vymezením psychologie jako samostatné vědy zabývající se odborným studiem prožívání a chování člověka, proniklo do medicíny holistické pojetí zdraví nemoci (Faleide, Lian, & Faleide., 2010).

V první polovině 20. století sehrála významnou roli ve vývoji psychosomatiky psychoanalýza. Ačkoli Freud ve svých spisech tento pojem nikdy přímo nepoužil, zabýval se psychosomatickou problematikou ve své praxi běžně. Popsal konverzi a její průvodní projevy jako symbolické vyjádření nezpracovaného intrapsychického konfliktu, kdy se tělo stává jakousi divadelní scénou, na které je nonverbálně a v zastřené podobě vyprávěn příběh, jenž byl pro pacienta neslučitelný s vlastním jednáním a sebepředstavou. Proto byl následně vytěsněn do roviny „sóma". Rovněž hysterie označovala převedení duševního napětí do tělesné oblasti, související s potlačením oidipovského komplexu a nepřijetím dospělé formy sexuality. To vyústilo v regresivní sexualizaci jiných částí těla (Poněšický, 2012). Dalšími osobnostmi psychoanalýzy, jež dále podstatně přispěly k postupnému konstituování psychosomatické medicíny, byl Franz Alexander (1950) a Helena Flanders Dunbarová (1947). Dunbarová se výzkumně zabývala vztahem mezi určitými osobnostními typy a psychosomatickými zdravotními odchylkami. Byla to právě tato autorka, která svým pojetím podnítila nejen dílo Franze Alexandra, ale také inspirovala Meyera Friedmanna a Raye Rosenmana k vytvoření teorie osobnosti typu A. Alexander navrhnul hypotézu, že potlačování emocí způsobuje chronické stavy nervového a endokrinního systému, což vede ke vzniku nemocí (in Faleide et al., 2010). Tato stručná „exkurze" do historie nastiňuje,

že historicky stojí základy psychosomatiky zejména v psychoanalýze. Při četbě různých pramenů i domněnek současných teoretiků je však její vliv v psychosomatice patrný ještě dnes.

V průběhu druhé poloviny 20. století byla psychosomatika s objevy v imunologii, bakteriologii, chirurgii a virologii upozaděna a silné podpory dostal medicínský model nejen mediky, ale také obecnou populací. Během následujících desítek let se pojetí psychosomatiky spletitě vyvíjelo, přičemž odborníci s nejrůznějším zaměřením docházeli k mnoha názorovým střetům. Vrcholem tohoto vývoje byl vznik psychosomatické medicíny (Baštecký, 1993). Roku 1977 přijala Světová zdravotnická organizace WHO bio-psycho-sociální model nemoci. Tento integrativní přístup ke zdravotnímu stavu pacienta bere v potaz jak faktory fyzické, tak duševní v kontextu jeho sociokulturního prostředí. Nabízí tak nový rozměr v nahlížení na zdraví a nemoc, který v současném zdravotnictví místy stále chybí (Morschitzky & Sator, 2007). Podle Morschitzkeho a Satora (2007) je psychosomatika nadoborový přístup který umožňuje brát v potaz tělesné, duševní i psychosociální faktory v otázkách lidského zdraví či nemoci. Se samotným pojmem se však v odborné literatuře příliš často nesetkáváme, protože výzkumy se většinou zaměřují na konkrétní nemoci a specifickou příčinu. I laické veřejnosti jsou však dobře známy potíže, jejichž původu není možné odepřít psychosomatickou povahu.

1.2 Psychosomatické teorie

S rozšířením povědomí o psychosomatice v průběhu 20. století mezi odborníky i běžnou populací, začali neurologové, medici s různou specializací, psychologové a filozofové, formulovat teorie a předpoklady o psychosomatických onemocněních. První snahu empiricky ověřit svou hypotézu zaměřenou na psychosomatickou problematiku, můžeme pozorovat u Helen Flanders Dunbarové (1947) a Franze Alexandera (1950), k jejichž předpokladům se vracejí i soudobí badatelé. Jak již jsme zmínili v předchozím textu, psychosomatika je velmi úzce provázána s psychoanalýzou. K tomu přispěla zejména Dunbarová, lékařka a psychoanalytička, která se začala vědecky zabývat touto problematikou. Založila Americkou společnost pro výzkum psychosomatických problémů, také byla vydavatelkou několika odborných časopisů, například Psychosomatic Medicine, jenž funguje dodnes. Její výzkum byl postaven na holistickém zkoumání 2600 pacientů, u nichž se zaměřila na jejich zdravotní stav ve vztahu k jejich osobnosti. Podle ní figuruje

při vzniku zdravotních potíží specifická osobnost nemocného (Faleide et al., 2010). Tento názor inspiroval Alexandera k vytvoření teorie tzv. vegetativní neurózy, čímž nazývá tělesné onemocnění, jež je fyziologickou reakcí vegetativních orgánů na dlouhotrvající či potlačované emocionální stavy. Domníval se, že díky zdravotnímu stavu pacienta můžeme usuzovat na jeho „životní příběh“, jelikož každé tělesné onemocnění pravděpodobně pramení z určitých specifických duševních konfliktů (Danzer, 2001). Alexander se se svými kolegy výzkumně zaměřil na zkoumání potenciálně existujících vnitřních konfliktů u sedmi zdravotních potíží, jimiž byly průduškové astma, revmatoidní artritida, ulcerózní kolitida, esenciální hypertenze, hypertyreóza, peptický vřed a neurodermatitida. Ačkoli je tato teorie již výzkumně falzifikovaná (Baštecká, 2015), tento způsob uvažování je možno zachytit v běžných konverzacích mezi lidmi ještě dnes, například, když si stěžují, že „toho mají plnou hlavu“, či „si toho na svá bedra naložili víc“.

Kromě psychoanalýzy měla moderně koncipovaná psychosomatická medicína další teoretická východiska. Jedním z nich jsou behaviorální vědy a kortikoviscelární koncepce, jež vychází z teorie učení. Přispěly především výzkumnými poznatky o mechanismu vyšší nervové činnosti, vegetativních reakcí a fyziologických změn v organismu v důsledku vystavování subjektu stresovým situacím (Faleide et al., 2010). Stres je rovněž ústředním pojmem další koncepce, jež podnítila vývoj psychosomatiky, je jí teorie stresu. Pracuje především s fyziologickými a patofyziologickými mechanismy, za nimiž stojí odpověď organismu na určitý stresující podnět. Vychází z teze, že psychosociální sféra a z ní pramenící psychosociální stres může mít stejně dramatické biologické důsledky pro jedince jako vlivy na biologické úrovni (Večeřová-Procházková, & Honzák, 2008). Díky tomuto hledisku je nyní stres považován za jeden z nejvýznamnějších pracovních nástrojů psychosomatického přístupu, a je jím vysvětlována řada onemocnění. O psychosomatických důsledcích stresu a zátěže však budeme pojednávat později.

Psychosomatická povaha nemoci je badateli rozdílně uchopována. K žádné psychosomatické koncepci není žádoucí přistupovat odděleně. Naopak je více než nutné integrovat rozmanité poznatky a brát v potaz všechny možné koreláty, jež vzájemnou součinností vytváří neopakovatelnou podobu nemoci. Stojí zde lidská bytost vybavena určitou psychosomatickou kapacitou, jež zahrnuje specifické tělesné, duševní predispozice a osobnostní zdroje. Lidská existence je však také definována jistým zakotvením ve společenství. Tato bytost je navíc tedy zóon politikon, tvor společenský, který se rodí do světa sociálního, a tak má svou vlastní rodinnou historii a místo ve světě. Tato skutečnost

je však dále ovlivňována soudobou společností, která nabývá v průběhu vývoje lidstva různých podob.

1.2.1 Koncepce alexithymie

Psychosomatická medicína je založena na předpokladu, že emoce a osobnost významně souvisí s fyziologickými procesy, což zákonitě sehrává roli v etiopatogenezi chorob. Z toho důvodu také koncept alexithymie získal relativně propracovaný teoretický základ, a stal se zároveň výzkumným zájmem mnoha autorů, jež si kladli za cíl empiricky objasnit podíl emocí a osobnostních charakteristik ve zdraví jedince (Taylor, Bagby, & Parker, 1991). Zhruba v polovině 20. století lékaře Ruesche (1948) zaujalo u svých pacientů, trpících klasickými psychosomatickými poruchami nebo chronickými nemocemi, několik společných psychologických charakteristik. Byla jimi zejména neschopnost verbalizace emocí či jejich symbolická exprese, jež pacienty s psychosomatickou symptomatikou odlišovala od ostatních. O několik let později Sifneos (1973) použil termín „alexithymie“, který v překladu znamená „beze slov pro pocity“.

V současnosti je alexithymie v odborné literatuře známa jednak jako osobnostní konstrukt, pro něhož je typické narušení kognitivně-emocionálního zpracování emocí, jednak jako porucha, která zapříčiňuje neschopnost prožívat a verbalizovat své emoce. Na alexithymii je však nahlíženo rovněž jako na důsledek potlačování zraňujících pocitů, jež je následně kompenzováno odvrácením se od vnitřního prožívání k vnějšímu, tj. tělesnému. Pacient, který není schopen přijmout své pocity v emocionální sféře, je přijímá alespoň v podobě fyzické (Procházka, 2009). Také z toho důvodu je pravděpodobně alexithymie spojována s psychosomatickými potížemi, neboť pacient lokalizuje snáz své prožitky v těle.

První empirické poznatky jsou patrné již v druhé polovině 20. století. Sifneos (1973) se domníval, že alexithymie určitým způsobem souvisí s psychosomatickými poruchami. Na základě této domněnky se rozhodl prozkoumat prevalenci alexithymických rysů u pacientů trpících ulcerózní kolitidou, revmatoidní artritidou, astmatem a peptickým vředem, a porovnat výsledky s kontrolní skupinou, kterou tvořili pacienti s diagnózou borderline, depresivními a hysterickými rysy, pacienti léčící se z alkoholové závislosti a další z klinické populace. Ukázalo se, že psychosomatičtí pacienti dosahovali dvakrát větších hodnot ve srovnání s kontrolní skupinou.

Kromě snahy výzkumně prozkoumat vztah alexithymie s psychosomatickými poruchami, je navíc vedena diskuze týkající se její etiologie. V psychoanalytické perspektivě spočívá vznik alexithymie v narušení psychického vývoje v klíčových obdobích života. A to především v interakci mezi matkou a dítětem v raném dětství, kdy dítě reaguje na zátěž, způsobenou odmítavou či naopak hyperprotektivní výchovou, obranou v podobě fixace své pozornosti na vnější podněty (Procházka, 2011). Podle Růžičky (2006) se stává pacient alexithymickým ve svém raném dětství v důsledku výchovného zanedbávání, hrubého zacházení a necitlivé rodinné atmosféry. Kromě toho může být alexithymie také příznakem narušení citových struktur způsobených psychickými traumaty. To vede k potlačení veškerého emocionálního prožívání, což je pouze obranou proti dalšímu možnému zranění. Pacient pak přijímá snáz tělesnou bolest než své pocity, které by znamenaly narušení jeho integrity.

Tento osobnostní konstrukt však může představovat pouhý následek přijetí racionálního způsobu jednání v primární rodině či prosté naučení se reagovat na psychosociální zátěž tělesnými příznaky. McDougallová (1982) navrhuje podobnou hypotézu a pracuje s termínem „deafektování“, jež vzniká v důsledku prožitku natolik nepříjemné emoce, že by narušila pacientův pocit integrity a identity. Tato obrana slouží k odstranění, tzv. deafektování emocí ze svého vědomí a k případnému zabránění podobné zkušenosti v budoucnosti. Tyto psychoanalytické teorie nahlížejí na alexithymii a s ní spojenou neschopnost rozpoznat, pojmenovat a přepracovat afektivní stav jako na obranu před enormní úzkostí, jež by pro pacienta znamenala dezintegraci (in Růžička, 2006). Růžička (2006) hovoří rovněž o tom, že za symptomem mohou stát pocity viny. V tomto případě tělesná bolest přebírá funkci „sebetrestání“.

Neuropsychologická perspektiva na rozdíl od psychoanalytického hlediska umožňuje objektivnější, empirické zkoumání. Vysvětluje alexithymii poruchami mozkových center, které jsou zodpovědné za prožívání emocí, poraněním pravé hemisféry, přerušením corpus callosum či dysfunkcí cingulární kůry, jejíž rostrální část nazývaná „afektivní“, je zodpovědná za zpracování emocí (Plháková, 2003). Na neurologické koreláty alexithymie se zaměřil tým vědců v rámci analýzy patnácti již proběhlých studií, které sledovaly mozkovou aktivitu v průběhu zpracování emocí pomocí zobrazovacích technik fMRI a PET. V průběhu zpracování negativních emocionálních podnětů byla alexithymie spojena se sníženou odpovědí amygdaly, což zároveň naznačuje sníženou pozornost vůči těmto stimulům. Pozitivní podněty naopak vedly k poklesu aktivity v pravostranné insuli

a precuneu, což pravděpodobně souvisí s omezenou schopností emočního uvědomování alexithymiků. Bez ohledu na valenci, byla vyšší aktivita nalezena v dorzální části přední cingulární kůry (Van der Velde et al., 2013). Tento výzkum částečně objasňuje mechanismus neurofyziologického zpracování emocí u alexithymických osob. Pro nás primárně je však důležité sledovat, zda a jakým způsobem souvisí rys alexithymie s výskytem psychosomatických poruch.

Předmětem diskuzí se alexithymie stává v souvislosti se somatosenzorickou amplifikací. Tento pojem je spojován s hypervigilancí vůči tělesným prožitkům, připisováním běžným tělesným potížím abnormální a patologický význam. Takovéto kognitivní posouzení nadále způsobuje neadekvátní úzkost, která sehrává roli prostředníka mezi percepci tělesných prožitků na straně jedné, a hypochondrickým přesvědčením na straně druhé (Nakao & Barsky, 2007).

1.3 Psychosomatické poruchy

Vymezení psychosomatických poruch je stejně problematické jako oborové zařazení psychosomatiky. Psychosomatické symptomy jsou na poli medicíny společně se somatizací, somatoformními poruchami a funkčními somatickými symptomy zařazovány do skupiny tzv. medicínsky nevysvětlitelných symptomů, jež nemají z lékařského hlediska příčinu. Vznik tohoto termínu však vypovídá o limitech současné medicíny, která je založena na práci převážně s ryze biologickými pojmy (Havelková & Slezáčková, 2017). Somatizace se liší od psychosomatických poruch svou podobou funkční nemoci, kdy při prožívání subjektivní nepohody není možné u pacienta nalézt v lékařském vyšetření patrnou příčinu. Psychosomatické onemocnění se naproti tomu vztahuje k poškozenému orgánu, k němuž došlo v důsledku pacientovy psychosociální situace (Baštecká, 2015). Původ či rozvoj onemocnění z tohoto hlediska tedy nepramení pouze z interní tělesné příčiny, nýbrž z jisté psychosomatické kapacity pro vyrovnání se s nároky plynoucími z pacientova sociálního prostředí a daného sociokulturního kontextu. Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi řadí psychosomatická onemocnění do skupiny *Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy* (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992). Při vymezení psychosomatických onemocnění považujeme za důležité také popsat samotný pojem nemoc, jelikož z našeho hlediska se jedná o tutéž problematiku. Nemoc je obecně pojímána jako stav narušení rovnováhy organismu, k němuž vedou jak zevní, tak vnitřní okolnosti

(Vokurka & Hugo, 1998). Baštecká (2015) zdůrazňuje, že nemoc nemůžeme definovat, aniž bychom nepopsali její sociální souvislosti.

Poněšický (2014) považuje každou tělesnou poruchu za psychicky podmíněnou, od bolestí hlavy, potíží pohybového aparátu, přes bronchitidu, srdeční onemocnění, žaludeční potíže, vředové onemocnění, revmatické kloubní choroby, kožní ekzémy, poruchy krevního oběhu, po generalizované bolestivé stavy či anorexie a bulimie. Může také nastat snížená obranyschopnost organismu a náchylnost k infekčním chorobám až nádorové onemocnění. Podle Honzáka (1989) pramení psychosomatické poruchy z psychofyzického napětí, úzkosti a obav. Hovoříme-li o nemocech, v jejichž vzniku nápadně figurují faktory psychosociální, stojí před námi nejen skupina onemocnění, které byly původně zařazovány mezi klasickou psychosomatickou symptomatologii, ale také nemoci, které jsou nově označovány jako civilizační. Mezi ně patří hypertenze, vředová choroba, astma, poruchy funkce štítné žlázy, revmatický zánět kloubů, ulcerózní kolitida a atopický ekzém. Většina nemocných trpících těmito chorobami si stěžuje na výrazné zhoršení stavu ve vypjatých stresových situacích a po nepříznivých životních událostech. V následujících podkapitolách se budeme věnovat určitým skupinám psychosomatických potíží, v jejichž rozvoji figurují psychologické faktory, a které jsou zároveň podstatné jakožto zkoumané proměnné.

1.3.1 Oběhové potíže a dýchací potíže

Podle posledních provedených odhadů statistik mortality (Eurostat, 2017) byly nejčastějšími příčinami úmrtí v EU nemoci oběhové soustavy a rakovina. Analýza zemřelých v České republice za rok 2015 přináší podobné výsledky. Nemoci oběhové soustavy způsobily 42 % úmrtí mužů a 50 % úmrtí žen a opět získávají status nejčastějšího důvodu smrti (Pálková, 2017). Ačkoli média neustále poukazují na světový pokrok v medicínských postupech a technice, praxe hovoří jinak. Jak pojednáme dále, dle výsledků průřezových i prospektivních studií se zdá, že největší lékařským „hlavolamem“, který se dosud nepodařilo „rozlousknout“, jsou psychosomatické a civilizační choroby. Dle Honzáka (1989) v jejich čele zaujímá hlavní místo infarkt myokardu. V této kapitole představíme potíže oběhového a dýchacího systému, k jejichž vzniku přispívají vlivy z psychosociální sféry.

Roth et al. (2015) provedli analýzu dat Global Burden of Disease Study (2013), jež shromažďuje údaje ze 188 zemí. Tento tým vědců zaznamenal vzrůst celosvětové

mortality v důsledku kardiovaskulárních chorob o 44 % mezi lety 1990-2013. Ačkoli o vývoji těchto poruch dosud medicína příliš neví, je možné usuzovat na vlivy, které se na její genezi podílejí. Jsou nazývány jako rizikové faktory, a řadí se mezi ně vrozená náchylnost k tomuto onemocnění, nevyvážená strava, diabetes, hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, obezita, nedostatek pohybu, kouření, užívání hormonální antikoncepce a stres (Honzák, 1989). Soudobí teoretikové však příčinu spatřují také na straně osobnosti jedince a shodně tvrdí, že k srdečním onemocněním náchylní pacienti inklinující zejména k hostilitě, sklonům k depresivitě, úzkostnosti, a s tím spjatým chronickým sebepozorováním (Poněšický, 2014). Poněšický (2014) v této souvislosti hovoří o nevědomé snaze jedince svou původní závislost na matce a úzkostnost kompenzovat navenek sebejistým chováním. Své srdeční fungování potom nevědomě propojuje s výkonovou stránkou své osobnosti, a pakliže dojde k neúspěchu v kariéře či osobním životě, své osobní selhání asociuje fyzicky se selháním srdce. Psychofyziologicky se jedná o jedince s převahou sympatického regulování krevního oběhu. Angina pectoris, rovněž jako infarkt myokardu, je spojována s pracovní zátěží a sklonem reagovat na neúspěchy ještě tvrdší prací. Osoby, náchylné k těmto potížím, inklinují k organizování svého pracovního rytmu bez ohledu na své emoce či potřeby.

Jedinci s neustálou touhou po úspěchu či uznání, agresivitou, netrpělivostí a orientací na cíl, jsou označováni za osoby s chováním typu A. Dominujícím rysem u těchto osob je hostilita. Tento sklon z nich zároveň činí rizikovou skupinu pro rozvoj koronárního srdečního onemocnění (Ranchor & Sanderman, 2006). Naproti tomu pacienti ohroženi infarktem myokardu se vyznačují chováním typu B, pro které je příznačné klidnější psychomotorické tempo, pracovitost a neschopnost rozpoznat signály pracovního přetížení (Poněšický, 2014). Etiologii kardiovaskulárních potíží není možné odepřít psychosociální vliv. Hemingway a Marmot (1999) ve své studii definovali osobnostní typ A, míru úzkosti a depresivity, pracovní podmínky a sociální oporu jako faktory ovlivňující výskyt koronárního srdečního onemocnění.

K dalším potížím oběhového systému patří esenciální hypertenze a hypotenze, tedy poruchy krevního tlaku, jež jsou doprovázeny řadou symptomů. U esenciální hypertenze se jedná zejména o bolesti hlavy, hučení v uších, poruchy zraku, tlukot srdce, dyspnoe (Tress, Krusse, & Ott, 2008). Pacienty trpícími hypertenzí se stávají osoby se sklony k perfekcionismu, spolehlivosti, loajalitě a přátelskosti. V pozadí přílišného sebeovládání a přizpůsobivosti pravděpodobně stojí konflikt mezi poslušností, závislostí na autoritě

na straně jedné a frustrací a agresivním napětím na straně druhé. Tento rozpor může pramenit z neverbální interakce v primární rodině. Příznačnými jsou chabý zrakový kontakt, absence verbálních odpovědí a kritika přerušující sdělení, v jejichž důsledku není v dítěti rozvíjena schopnost spontánně a adekvátně reagovat v konfliktních situacích. Ohrožující situace pak zvyšují v pacientech krevní tlak, neboť se nenaučili připustit příslušné emoce pro jejich obavu z reakce okolí. Naopak projevy hypotenze, jimiž jsou svalová slabost, nevolnost a bledost, souvisí se „strnutím" jako reakcí na určitou zátěžovou situaci. Pacienti jako by zavírali oči nad nepříjemnou situací, jsou „paralyzováni" vůči jakékoli emoční reakci na bezvýchodnou situaci (Poněšický, 2014).

K nejčastějším poruchám dýchacích orgánů se řadí astma bronchiale. Hlavním symptomem astmatického záchvatu je dušnost, pro něhož je příznačný pocit ohrožení vlastního života s nemožností vzduch vydechnout. Tento tělesný příznak se pojí k panické úzkosti a neklidu. Spouštěcími faktory astmatického záchvatu jsou jednak alergeny, fyzikální podněty, ale také psychosociální vlivy jako pocity zoufalství a beznaděje, bezmocné zloby a hněv (Tress et al., 2008). Psychoanalytická perspektiva sleduje původ tohoto onemocnění v raném dětství, kdy záchvat křiku, nápadně podobný astmatickému záchvatu, byl způsoben strachem z opuštění matkou. Nejedná se však pouze o touhu po symbióze s matkou, ale také snahu se z přílišné mateřské péče vymanit. Astmatické potíže mohou být nevědomě udržovány reakcemi ostatních lidí, jež vznikly v důsledku astmatického záchvatu. A to v podobě snahy pomoci, ohleduplnosti vůči tělesnému stavu a péči (Poněšický, 2014). Z tohoto pohledu se astmatický záchvat jeví jako pokus o emoční reparaci z dob, kdy matka nebyla přítomna v bezmocnosti zaplavující dítě.

1.3.2 Zažívací potíže

V každodenních vzrušujících situacích zakoušíme úzkou spojitost mezi psychikou a gastrointestinálním traktem. Mezi lidmi můžeme běžně zaznamenat různá prohlášení, například, že mu to „leží v žaludku", „že to nemůže zkousnout", či „nemůže svou situaci strávit". K zažívacím potížím patří gastrointestinální problémy různé intenzity a podoby, od „prostých" bolestí břicha, pocitů nadýmání, poruch trávení, průjmů a chronické obstipace po žaludeční vředy a vřed dvanáctníku. Vyvolávajícími situacemi zažívacích potíží obecně jsou problémy v rodině u žen, u mužů pak starosti spojené s kariérou a výkonností, krize akutního i chronického rázu (Tress et al., 2008). Muth, Koch, Stern a Thayer (1999)

zaznamenali zvýšenou motilitu žaludku, když pacienti vykazovali vztek a zlost, zato sníženou motilitu, pakliže prožívali pocity strachu.

Každá ze zažívacích poruch je v psychoanalytické perspektivě spojována se specifickými příčinami. Chronickou obstipaci vysvětlují hlubinně orientovaní psychoterapeuti tzv. emocionální zácpou, jež vzniká v důsledku potlačování emocí zejména agresivity na úkor pořádkumilovnosti a perfekcionismu. Diarea neboli průjem je spojen s intenzivním prožíváním zátěže bez schopnosti či možnosti jejího zpracování. Prožívání úzkosti je poté spjato s pocitem selhání či bezmocnosti analogické „vydání se napospas“ (Poněšický, 2014). Poněšický (2014) pojednává o „bezbarvé“ osobnosti pacientů trpících diareou, jež nevědomě tíhnou k vyhýbání se řešení problémů. Podrobování se stále novému lékařskému vyšetření pak znamená přání po vyřešení nejen tělesných, ale i životních problémů. Pacientům trpících ulcerózní kolitidou neboli vředovou chorobou tlustého střeva, jež se projevuje průjmy smíšenými s krví a hlenem, bolestí podbřišku a konečníku, jsou připisovány tendence k pasivitě, obavy z opuštění či ztráty, „bezemočnost“ a závislost, vyhýbání se konfliktu a sníženou frustrační tolerancí. Významnějšími pro vznik této poruchy, nežli je osobnostní struktura pacientů, jsou vyvolávající situace spjaté zejména s rodinou pacienta, jež přesahují schopnost pacienta adaptovat se a emočně ji zpracovávat, jelikož dřívější emoční reakce na zátěžovou situaci byly tabuizovány. V náročných situacích, které by běžně vyvolávaly silné emoce, pacienti reagují tělesnou nemocí. Zdá se potom, jako by vše prošlo jak trávicím traktem, tak psychikou klienta bez zpracování, jako by se smířil s neschopností něco změnit.

1.3.3 Potíže pohybového aparátu

Jako psychosomatické onemocnění se jeví také muskuloskeletální obtíže. Obecně se jedná o zdravotní stesky spjaté s intenzivním zakoušením bolesti svalstva, kloubů a zad. Mimoto pacienty sužuje nespavost, pocit úbytku energie a zvýšená unavitelnost. V extrémních případech jsou završeny pracovní neschopností (Poněšický, 2014).

Poněšický (2014) se domnívá, že se jedná jednak o pacienty skromné a disciplinované, jednak o jedince s nižší frustrační tolerancí. A to i z toho důvodu, že mají tyto zdravotní obtíže ústupný charakter v průběhu dovolené či lázní. U postižených je patrná navíc fixace na ryze biologickou příčinu jejich aktuálních obtíží. V tendencích trpělivě snášet bolest jako by byla přítomna autoagrese. K poruchám pohybového aparátu však

pravděpodobně přispívá také faktor stresu a to zejména, co se týká potlačované reakce na stres (Morschitzsky & Sator, 2007). Poněšický (2014) doporučuje psychoterapii soustředit na osvojení žádoucího copingu a sebeprosazování, neboť spatřuje symbolickou podobnost v potížích pohybového aparátu s nedostatečnou psychickou diferencovaností.

Morschitzsky a Sator (2007) v souvislosti s chronickými bolestmi upozorňují na riziko rozvoje reaktivně-depresivní symptomatiky, která se podílí na zpětném posilování zakoušených obtíží. V tomto případě se lze domnívat, že bolesti jsou chronické natolik, nakolik určují prožívání a jednání pacienta. Svalový tonus způsobuje potíže v určité oblasti, například v podobě stlačování obratlí k sobě, prožívaná bolest však nadále pouze umocňuje svalové napětí, s čímž také zároveň rostou sužující pocity. Autoři proto doporučují soustředit psychoterapii nejen na odstraňování organické příčiny bolesti, ale především na dosahování změny v postoji k zakoušené bolesti.

1.4 Psychosomatická zátěž v kontextu dopravního prostředí

Trvalé chvění procházející celým tělem, sedavý charakter jízdy, nepravidelné směny, nutnost dodržovat předpisy jízdních řádů, stresory z dopravního prostředí jako jsou klimatické změny, špatná viditelnost, vypjaté dopravní situace, nároky vyplývající z komplexnosti řízení, stížnosti cestujících vedou u řidičů k neustálému pociťování zátěže na tělesné, duševní, emocionální i senzorické úrovni (Chung & Wong, 2011). Dle Štikara a Hoskovce (1995) spočívá psychická zátěž ve vztahu mezi určitými nároky prostředí a psychosomatickou kapacitou jedince pro zvládnutí těchto nároků. K zátěži pak dochází v důsledku nesouladu mezi požadavky a podmínkami na straně prostředí a určitými předpoklady a osobní vybaveností na straně člověka. Zdá se pak logické vnímat přítomnost psychosomatických symptomů jako důsledek nedostatečné kapacity zdrojů zvládání zátěže na straně řidiče. Je empiricky prokázáno, že řidiči autobusu pociťují vyšší úroveň pracovního stresu než pracovníci v jiných profesích (Joshi & Vaidya, 2017). Prožívání takové zátěže často může vést k řadě zdravotním potížím. Pro účely této práce slouží pojem „psychosomatická zátěž“ jako nadřazený zdravotním obtížím, jež vznikly s přispěním psychosociálních vlivů včetně pracovní zátěže.

1.4.1 Zdroje zátěže v dopravě

Jak již bylo řečeno, velmi častým předpokladem je, že k zátěži dochází v důsledku nesouladu mezi nároky a podmínkami na straně prostředí a osobnostní kapacitou či vybavením jedince na straně druhé (Štikar & Hoskovec, 1995). Přeneseme-li toto vymezení zátěže do dopravního prostředí, můžeme zaznamenat silný konflikt mezi současnou rychle se vyvíjející technikou, zdokonalováním dopravní infrastruktury, vzrůstající hustotou provozu a lidskými možnostmi, jež mají stále své omezené možnosti. Požadavky na psychosomatickou zdatnost či kapacitu profesionálního řidiče se zvyšují natolik, že se do popředí dere otázka, do jaké míry je jedinec schopen nároky dopravního prostředí zvládat.

Podle Havlíka (2005) čelí řidič z povolání hned několika druhům zátěže, a to zátěži senzorické, jež vzniká v důsledku nároků na smyslové orgány, a jim odpovídající struktury centrální nervové soustavy, psychosomatické, spojované jednak s požadavky na psychické procesy při zpracování informací, jednak s nároky na tělesnou i fyziologickou zdatnost, emoční, která se vztahuje k situacím vyvolávajícím emoční odezvu a sociální, jež pramení z problematických interpersonálních vztahů, v tomto případě vzniká zejména při kontaktu s nepříjemnými zákazníky. Zaměříme-li se konkrétně na klasifikaci pracovních podmínek a činitelů, jež se na vzniku zátěže podílejí, Štikar et al. (2003) ji uvádí takto:

1) Proces práce, pracovní úkoly a jejich provádění:

- pod tuto kategorii spadají činnosti spojené s plněním požadovaného pracovního výkonu, jenž s sebou přináší řadu nároků na pozornost, zpracování informací jak percepční, tak kognitivní, pohotové rozhodování v nepřehledných a náročných situacích, vykonávaní pracovních úkolů v časové tísni. Do této skupiny patří také pracovní tempo, které může podle charakteru práce nabývat různé intenzity, od stereotypního po časté, proměnlivé a nepravidelné plnění pracovní činnosti. Biorytmicky nevhodné střídání či délka pracovních směn, pracovní činnosti, při níž jedinec může zatěžovat různé svalové skupiny, statická či dynamická svalová zátěž.

2) Podmínky fyzikálního a biologického charakteru:

- do této kategorie spadají podmínky spojené s rizikem pracovních úrazů, nemocí z povolání a dalších nepříznivých vlivů, jako je pravděpodobnost ohrožení nebezpečnými biologickými a chemickými látkami, fyzikálními, mechanickými a dalšími vlivy spjatými

s pracovním prostředím či výkonem práce jež představují pro lidský organismus zdravotní riziko.

3) Sociálně-psychologické podmínky vyplývající z interakce a soužití lidí:

- jedná se o pestrou škálu faktorů, jako jsou zvýšená odpovědnost, ať už sociální či hmotná, práce v izolovaných podmínkách a nedostatek kontaktu s druhými, anebo naopak intenzivní a častý kontakt či jednání s lidmi s vysokou pravděpodobností vzniku konfliktu (Štikar et al., 2003).

Vztáhneme-li tyto faktory na kontext dopravního prostředí a pracovní náplň profesionálního řidiče, získáme pestrou škálu podmínek, za kterých se odehrává výkon jeho povolání. Patří k nim vysoká odpovědnost za účastníky v dopravním prostředí, včetně cestujících, náklad, za něž odpovídají, nutnost přesného dodržování jízdního řádu, požadavky na zpracování velkého množství informací a jejich vyhodnocení, nemožnost pravidelně odpočívat v průběhu pracovní doby, nepravidelná strava. Jako stresující také vnímají řidiči nečekané konfliktní dopravní situace, které potenciálně znamenají riziko havárie, nežádoucí klimatické podmínky, interakce s ostatními cestujícími. Všechny tyto nároky, jimž každodenně čelí, vnímá profesionální řidič jako zatěžující (Havlík, 2005). Štikar a Hoskovec (1995) hovoří o specifických aspektech a nárocích, jež tvoří tzv. neuropsychickou zátěž u profesionálních řidičů. Jsou jimi činnosti, během kterých je třeba sledovat, a následně také v krátkém časovém úseku adekvátně zpracovat, velké množství informací, jež mohou potenciálně znamenat také důležitý moment z hlediska bezpečnosti v podobě havárie, zároveň provést adekvátní počet složitých pohybů v daném čase. Mimoto jsou na řidiče kladeny požadavky v podobě nutnosti vyrovnat se s dlouhodobým a jednotvárným působením pohybů, s nepravidelností režimu, odpočinku, směn i volného času, výkonem svého povolání i za nevhodných podmínek pro řízení, výkonem práce při vysoké odpovědnosti a riziku.

Pracovní přetížení, tlak času, distrakční stres, vysoká odpovědnost, sociální kontext práce, mezilidské konflikty, vysoká náročnost při nízké možnosti vlastní kontroly, nutnost dodržovat přesně stanovený časový harmonogram směn a další, to jsou faktory, které jsou považovány za rizikové ve vzniku řady zdravotních potíží v důsledku prožívání zátěže. Samotná existence těchto faktorů však nemusí jednoznačně znamenat riziko, jelikož jejich vývoj také mohou pozitivně ovlivňovat tzv. protektivní faktory, mezi něž řadíme sociální

oporu, možnost kontroly a rozhodování i při vysoké náročnosti a vysoký motivační potenciál práce (Hladký & Žídková, 1999).

Řada studií se již několik desítek let snaží postihnout faktory ovlivňující nejen samotnou činnost řízení, ale také dopady na fyzické zdraví v důsledku dlouhodobého výkonu řidiče z povolání. Vedle kognitivních, emocionálních i fyzických nároků zde stojí faktory na straně pracovního prostředí, ve kterém je profese vykonávána, zvuky a hluky, nepravidelnost denního režimu, spánku a odpočinku, viditelnost a klimatické podmínky, stresující životní události a řada dalších příčin. Joshi a Vaidya (2017) na základě své studie, jíž se zúčastnilo 130 řidičů z povolání a 130 pracovníků vykonávajících práci v kanceláři, konstatují, že řidiči autobusů vykazují statisticky vyšší míru prožívaného stresu ve srovnání s „neřidiči". Zdůrazňují, že se jedná o vysoce stresující povolání. Lze předpokládat, že distres, jež může vyplývat z takových pracovních nároků, se pravděpodobně projeví i v tělesné rovině v podobě psychosomatického symptomu Odvrácenou stranou tohoto zaměstnání se tak stávají zdravotní rizika, jako jsou kardiovaskulární či gastrointestinální potíže a bolesti pohybového aparátu (Winkleby, Ragland, Fisher, & Syme, 1988).

1.4.2 Psychofyziologická reakce na profesní zátěž

Pojem „stres" je v současnosti takřka všudypřítomný. To platí i pro dopravní prostředí. Někdo zažívá stres při řízení v nepřehledné křižovatce, pro jiného je stresující jízda v „nekonečné" dopravní zácpě. Na jedné straně zde máme prostředí, kladoucí určité nároky, na straně druhé se nachází jedinec a jeho duševní kapacita pro přizpůsobení se zatěžující situaci (Havlík, 2005). Organismus pak reaguje na zátěž kaskádou psychofyziologických reakcí počínaje aktivací hypotalamu a hypofýzy, zvýšeným vylučováním katecholaminů a kortizolu, aktivací noradrenergního systému v mozku. Stresové hormony jsou následně šířeny do celého těla a spouští pestrou škálu fyziologických změn v organismu (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Dle Hanna Selyeho, autora teorie stresu, se jedná o psychofyziologickou reakci organismu na psychosociální stresory (Křivohlavý, 1994).

Jestliže neúměrné nároky přesahují duševní kapacitu jedince či jeho dosavadní způsoby zvládání zátěže selhávají, dochází k narušení tzv. psychosomatické rovnováhy (Poněšický, 2012). Následkem psychosociální patologie v podobě dlouhotrvající či rekurentní fyziologické stresové reakce tak dochází k narušení fyziologických

a neuroendokrinních mechanismů (Šimek & Šavlík, 1993), což se nadále projevuje abnormální srdeční frekvencí, změnami krevního tlaku, pocením, svalovým tonem a celou řadou dalších příznaků. Po čase nastává chronicita například v podobě hypertenze či arytmie. Z funkční poruchy se tak může vyvinout tělesná choroba či dochází k psychofyzickému vyčerpání (Poněšický, 2012).

S dlouhodobým stresem se můžeme setkat také v pracovní sféře. Neexistuje profese, která by byla prostá jakékoli zatěžující situace. Intenzita i druh profesní zátěže se může lišit od stereotypních manuálních pracovních úkonů až po pracovní činnosti v proměnlivých podmínkách, jež vyžadují neustálou pohotovost. Podle Štikara, Rymeše, Riegela a Hoskovce (2000) se zdravotní problémy v důsledku působení profesní zátěže projevují hned na několika úrovních. V psychické oblasti v podobě krátkodobých stavů narušujících osobní pohodu jako únava, emoční rozlady a dysforie. Ve fyziologické oblasti formou tělesného diskomfortu, lokálních bolestí a tělesného tonu, fyziologických procesů a reaktivních stavů, jež následně ovlivňují oběhový a endokrinologický systém. V behaviorálních reakcích v podobě narušení pozornosti, poklesu výkonu, chybovosti na kognitivní úrovni.

Mohapl (1989) tvrdí, že v průběhu časté expozice stresovým situacím dochází k vzájemné cirkulární interakci rizikových i protektivních faktorů u exponovaných jedinců, jež má synergický efekt a následně specificky ovlivňuje výskyt tzv. psychosomatických poruch. V naší práci chápeme psychosomatickou zátěž jako psychosomatickou reakci, která je spoluutvářena jednak profesním stresem, jednak dalšími psychosociálními faktory.

1.4.3 Výzkumy zaměřené na výskyt psychosomatických potíží u řidičů z povolání

Řízení autobusu v prostředí městského ruchu je extrémně zatěžující. Není divu, že řidiči městské hromadné dopravy zastupují v žebříčku nejvíce zatěžovaných profesí první místo (Holme, Helgeland, Hjermann, Leren & Lund-Larsen, 1977). Takto intenzivně prožívaná zátěž se zákonitě podepisuje na lidském zdraví, což činí z profesionálních řidičů jednu z nejrizikovějších profesí v kontextu lidského zdraví.

Holme et al. (1977) provedli studii, jíž se zúčastnilo 14 677 participantů mužského pohlaví ve věku od 40 do 49 let s různou profesí. Na základě řady zdravotních indikátorů jako hladina cholesterolu, systolický krevní tlak, tělesná hmotnost apod., se řidiči autobusů umístili na první příčce jako skupina s nejhorším zdravotním stavem. Rehnová (2013) zdůrazňuje, že řidiči autobusových linek by měli disponovat vysokou frustrační tolerancí

a extravertními rysy. To pravděpodobně z toho důvodu, že se v průběhu pracovní doby budou setkávat pravidelně s cestujícími, kteří mohou představovat potenciální zdroj konfliktu.

Za cílem zjistit potenciální rizika spojená s výkonem této profese zkoumali Michaels a Zoloth (1991) příčiny úmrtí řidičů autobusu (N=376) pracujících v New Yorku. Analýza dat poukázala na převahu úmrtí v důsledku prodělání ischemické choroby srdeční. Novější výzkumy rovněž potvrzují hypotézu, že jsou profesionální řidiči predisponováni k poruchám oběhového systému. Vědci z Polska podpořili tuto souvislost, když během své studie diagnostikovali 104 řidičům z 144 esenciální hypertenzi (Platek et al., 2017).

Rostoucí mortalita v důsledku kardiovaskulárních chorob nejen v globální populaci, ale také specificky u exponovaných profesí, poukazuje na nutnost věnovat faktorům, majícím význam v etiologii srdečních potíží, značnou pozornost. Již delší dobu se výzkumně ví, že řidiči z povolání jsou ohroženi infarktem myokardu. Etiologie tohoto onemocnění je však stále nejistá. Bigert et al. (2003) v rámci svého výzkumu zjistili, že rizikovými faktory pro výskyt infarktu myokardu není pouze nadváha, hypertenze, diabetes, nezdravý životní styl zahrnující nezdravé návyky jako kouření, zvýšená konzumace alkoholu, nedostatek pohybu, ale také socioekonomický status. Vysoké riziko onemocnění infarktem myokardu u profesionálních řidičů autoři vysvětlovali tedy také nežádoucím životním stylem a faktory sociálními. Empiricky se již nějakou dobu ví, že určitý typ chování či osobnostního nastavení může rovněž souviset s kardiovaskulárním onemocněním. O tom však pojednáme v kapitole zaměřené na vybrané osobnostní charakteristiky.

Kromě srdečních potíží jsou profesionální řidiči ve zvýšené míře ohroženi také muskuloskeletálním onemocněním. Potíže v oblasti pohybového aparátu u řidičů autobusu (N=280) zkoumali Yasobant, Chandran a Reddy (2015), při čemž se zaměřili konkrétně na bolesti zad a krční páteře. Na základě výsledků studie autoři tvrdí, že riziko rozvoje muskuloskeletálního onemocnění u řidičů autobusu je vysoké. Toto zjištění zdůvodňují náročnými pracovními podmínkami, v nichž probíhá výkon této profese, neergonomickým vybavením, uznávají však také možnost, že na rozvoji těchto potíží se mohou podílet další faktory, které je třeba empiricky prověřit. Tamrin, Yokoyama, Aziz, & Maeda (2014) rovněž sledovali muskuleskelotální potíže u řidičů autobusu (N=1 181) v Malajsii. Ve studii zaznamenali celkovou prevalenci 81,8 % potíží v muskuleskelotálním systému s tím, že ve srovnání s bolestí v ostatních částech těla, byly stížnosti v oblasti bederní páteře v největším zastoupení (58,5 %). Šest let probíhající výzkum zaměřený na zdravotní kondici

řidičů autobusu přinesl také podnětné výsledky. U řidičů byly zaznamenány bolesti zad, gastritida, bolesti hlavy a hemoroidy jako zdravotní problémy s největší prevalencí, mimoto byl rys neuroticismu spojen s chudším zdravím (Costa, Sartori, Facco, & Apostoli, 2001).

Většina definic zdravotních rizik spojených s výkonem určité profese, zahrnuje biologické, chemické, fyzikální a ergonomické faktory, nezmiňuje však pracovní stres, z něhož často pramení různé fyziologické změny. Podle současného vědeckého zkoumání prožívají profesionální řidiči vysokou míru pracovního zatížení, jak zaznamenali Useche, Alonso, Cendales, Autukevičiūtė a Serge (2017) ve své studii, jíž se zúčastnilo 222 řidičů autobusu. Z toho důvodu se pravděpodobně řidiči z povolání setkávají s komplikacemi v gastrointestinálnímu systému, neboť podle mexických autorů gastrointestinální poruchy jsou způsobeny převážně prožíváním pracovního stresu (Huerta-Franco et al., 2013). Nejedná se tedy pouze o důsledek nezdravého životního stylu, jenž je profesionálním řidičům připisován, v podobě nesprávného stravování, nízké pohybové aktivity, obezity či pracovních podmínek, nýbrž prožívání pracovní zátěže.

V literatuře jsou uváděny tři základní kategorie zdravotních komplikací, se kterými se řidiči autobusů nejčastěji setkávají, a to kardiovaskulární choroby, gastrointestinální poruchy a muskuloskeletální onemocnění (Winkleby et al., 1988). To rovněž potvrzují výzkumné poznatky prezentované v této kapitole. Statisticky se řidiči jeví být jednou z nejvíce zatěžovaných profesí. Mezi řidiči se však nachází i osoby, jež nevnímají své zaměstnání jako zatěžující a netrpí výraznějšími zdravotními problémy. V následujících kapitolách se pokusíme objasnit, které psychologické faktory mohou potenciálně ovlivňovat zdravotní stav.

2. Osobnost profesionálního řidiče

V dopravní situaci je nejdůležitější proměnnou řidič, jehož způsob vnímání, prožívání i konání nepochybně ovlivňuje jeho osobnost. Od současné techniky a dopravní infrastruktury se totiž řidič odlišuje svou jedinečností a individualitou. Nejedná se o stroj, jenž byl sestaven a navržen podle nejnovějších ergonomických norem a technických standardů. Jsou to účastníci dopravního provozu, kteří vytváří v každém momentu po celém světě neopakovatelnou a nepředvídatelnou podobu dopravní situace (Šucha & Seitl, 2013). Podle Šuchy a Seitla (2013, 63) lze „*z osobnostních charakteristik vyvozovat, jak se bude řidič chovat a prožívat v rámci jeho vlastního prostředí – tzn. i v silniční dopravě.*“ Z toho důvodu se dopravní psychologové shodují, že nejdůležitějším prvkem v dopravním prostředí je člověk. Osobnost jedince neudává pouze to, jak si daný jedinec v pestré škále dopravních situací bude počínat. Ale také jak ony dopravní situace bude interpretovat a prožívat z hlediska zátěže, a jak k nim bude přistupovat.

V rámci této diplomové práce pohlížíme na osobnost řidiče z povolání jako na systém individuálních vzorců jednání, vnímání i prožívání, jež významně ovlivňují lidské zdraví, a podílí se tak na psychosomatickém obrazu nemoci. V této kapitole věnujeme prostor vymezení osobnosti a osobnostních charakteristik podle Big Five, přičemž se pokusíme objasnit jejich spojitost se zdravím jedince na základě vědeckých poznatků.

2.1 Vymezení pojmu osobnost

Osobnost je těžce uchopitelným fenoménem, pročež také její definování není snadným úkolem. Ve většině případů probíhá na deskriptivní úrovni. Z toho důvodu psychologie osobnosti jako věda nabízí nespočet vymezení tohoto termínu (Cakirpaloglu, 2012).

Smith (1972) nabídnul elegantní vysvětlení, tedy, že *„osobnost je to, čím se jeden člověk odlišuje od druhého z hlediska kvantitativního i kvalitativního“* (Smékal, 2004, 32). Známé definice též pochází od autorů, jež vyzdvihují komplementární a konzistentní stránku osobnosti. Podle Allporta (1961) „*osobnost představuje dynamickou organizaci těch psychofyzických systémů v jedinci, které určují jeho charakteristické myšlení a aktivitu“* (in Cakirpaloglu, 2012, 17). Atoři se pro mnohoznačnost a obsáhlost tohoto pojmu specificky zaměřují na dílčí složky osobnosti, a vyzdvihují tak pouze určité znaky na úkor

jiných. Dosud tak neexistuje výrok, který by stručně vystihoval celou její podstatu (Cakirpaloglu, 2012). Cakirpaloglu (2012) však uvádí, že téměř všem definicím osobnosti je společné zdůrazňování tří podstatných aspektů osobnosti, a to: integrity všech psychických funkcí, jedinečnosti individuálního myšlení, prožívání a chování, a stálosti psychosociálního bytí člověka. Abychom postihnuli osobnost v celé její podstatě, je třeba na ni pohlížet nejen jako na všestranně propojený celek, ale také jako na otevřený systém, který se v interakci se svým prostředím mění. K tomu také nabádá Mikšík (2007, 17), podle něhož se *„člověk osobností nerodí, ale stává. Na bázi vrozených předpokladů se v aktivním sociálním styku utváří, rozvíjí a projevuje jako tvořivá (nikoli pouze adaptivní) entita.“*

Základními složkami osobnosti jsou osobnostní rysy či charakteristiky (Cakirpaloglu, 2012), jež reflektují stabilní vzorce myšlení, prožívání a chování. V psychologické literatuře jsou chápány jako specifické dimenze osobnosti, které mohou nabývat různých hodnot na kontinuu dvou krajních pólů, což následně slouží k odborné deskripci osobnosti člověka (Mischel & Shoda, 1999; Chapman, Roberts, & Duberstein, 2011). Osobnostní charakteristiky jsou jedním z hlavních témat diplomové práce. V rámci výzkumu k nim budeme přistupovat jako k potenciálním činitelům ve zdraví a nemoci člověka.

2.2 Osobnost profesionálního řidiče

Mikšík (2007, 22) tvrdí, že *při jakémkoli střetání subjektu s životními kontexty se jednak vyjevuje, jednak modifikuje jeho psychická potence a výzbroj k interakci s nově vznikajícími podmínkami života a činnosti.“* Ani technické vybavení dopravní infrastruktury či motorového vozidla není tolik klíčové, jako řidič sám. Jeho osobnostní vybavení, zahrnující celou škálu různých vlastností, schopností, způsobů vnímání i reagování na dané situace, vnáší do dopravní situace prvek nepředvídatelnosti (Šucha & Seitl, 2013). Osobnost řidiče je činitelem ovlivňujícím nejen jedincovo prožívání či jednání v dopravní situaci, ale také jeho způsob vyrovnávaní se se zátěží, jež není vždy adaptivní. O tom, že řidič z povolání je vystaven hned několika druhům zátěže, jsme pojednali v kapitole zaměřené na zdroje stresu v dopravě. Nezáleží však pouze na podmínkách, v nichž se dění odehrává, ale také na osobnostním vybavení jedince, jeho schopnostech individuálně vyhodnocovat i reagovat. Ačkoli je profese řidiče z povolání považována již nějakou dobu za jednu z nejnáročnějších povolání (Holme et al., 1977), primárně bude záviset na jeho osobnostním

vybavení a stabilních povahových rysech. Dá se předpokládat, že neurotičtí jedinci mohou vnímat dopravní prostředí intenzivněji jako stresující nežli naopak vyrovnané a sebevědomé osoby. Extravertní řidiči mohou podléhat na dlouhých cestách nepříznivým důsledkům sociální izolace snáze, zatímco introvertní osoby pocítí stres spíše při konfliktu s ostatními účastníky provozu (Havlík, 2005).

Jako osobnostní prediktory dopravního chování jsou v současnosti obzvlášť zkoumány dílčí dimenze koncepce Big Five. Neuroticismus v souvislosti s dopravní bezpečností upoutal pozornost týmu vědců z Malajsie. Podle Rosliho, Yunuse a Hanana (2018) představuje vysoká míra neuroticismu potenciální riziko na cestách, neboť neurotičtí řidiči se snáze rozruší v průběhu řízení ve srovnání s emocionálně stabilními jedinci. Malajští vědci proto předpokládali, že bude neuroticismus statisticky významně souviset s nežádoucím stylem řízení. Analýza dat (N=311) tento vztah potvrdila. Na emocionální labilitu jakožto potenciální hrozbu v dopravním prostředí rovněž poukázali rumunští vědci ve své studii, jíž se zúčastnilo 100 řidičů. Mimoto jejich výzkum také objasnil vztah ostatních dimenzí osobnosti k řízení. Dle autorů otevřenost vůči zkušenosti, extraverze, přívětivost a svědomitost určují jisté aspekty agresivního řízení jako je potěšení z násilí, negativismus či hněv za volantem. Potěšení z násilí je predikováno pohlavím, emocionální labilitou, vysokou úrovní extraverze a nízkou mírou přívětivosti. Neuroticismus a nízká míra svědomitosti souvisely s agresivitou na cestách. S nízkým skóre emocionální stability rostla pravděpodobnost předvádění se za volantem. Negativismus je udáván mírou otevřenosti vůči zkušenosti (Aniței, Chraif, Burtaverde, & Mihaila, 2014). Skupina vědců z Číny ve svém výzkumu naopak zkoumala vliv míry prožívaného stresu na dopravní chování (Ge et al., 2014). Sběr dat proběhl u řidičů (N=242) z řad běžné populace, kteří v rámci vyplňování testových metod navíc uváděli, na kolika dopravních nehodách se podíleli za poslední tři roky. Výsledky ukázaly, že vnímaný stres a sensation seeking[1] souvisí s rizikovým chováním za volantem. Specificky se jedná o asociaci se čtyřmi subkategoriemi nebezpečného řízení, tedy o negativní kognitivně-emocionální řízení, agresivní a rizikové řízení a řízení pod vlivem alkoholu.

Výše uvedené výzkumy naznačují, že je typologie řidičů diskutována a vymezována nejčastěji v kontextu rizikového chování. Šmolíková, Štikar a Hoskovec (2009) uvádí Larsonovu (1996) typologii řidičů z hlediska způsobu agresivního řízení. Řidič závodník se bezprostředně pokouší dostat do svého cíle za co nejkratší dobu, zatímco soutěžící agresor

[1] V překladu „vyhledávání vzrušení“.

se zaměřuje na výkon a soupeření s ostatními účastníky provozu. Pasivní agresor útočí na ostatní řidiče latentní formou agrese, kdy se pokouší mařit jejich pokusy o předjíždění či zařazení do jízdního pruhu. Mezi řidiči se rovněž najde narcistní řidič, který uznává pouze vlastní rigidní způsob řízení. Tzv. strážce vystupuje vůči ostatním účastníkům provozu v roli soudce. Z hlediska jedinečnosti osobnosti je problematické stanovit ukazatel, který by konkrétně předepisoval osobnost vhodnou pro výkon profesionálního řidiče. Podle Šuchy a Seitla (2013) se také z toho důvodu autoři při vymezování ideálních předpokladů pro výkon řidiče odvolávají na doporučení, které osobnostní rysy představují přínos anebo naopak riziko. V této kapitole jsme pojednali o projevu vybraných osobnostních charakteristik v dopravním chování. Nyní se přesuneme k problematice, která je pro naši diplomovou práci obzvlášť důležitá, osobnost jakožto činitel v lidském zdraví.

2.3 Osobnostní charakteristiky ve vztahu ke zdraví

Předpoklady o vzájemném vztahu osobnosti a tělesné kondice jsou vyjádřeny už v Hippokratovském pojetí nemoci jakožto nerovnováhy čtyř základních tělesných šťáv, z něhož později vycházel také Galén. Tvrdil, že melancholické ženy mají větší predispozici onemocnět rakovinou prsu než sangvinistické ženy. Ačkoli tehdejší psychologické charakteristiky melancholie korespondují se současným konceptem deprese, Galénův názor, že rakovina prsu a melancholie jsou společně způsobeny hormonální nerovnováhou, se stal východiskem pro řadu autorů (Marks, Murray, & Evans, 2005). Mimoto se zdá být Galénova humorální teorie stále poměrně aktuální v současném uvažování o individuálních rozdílech v osobnosti a jejich podílu na lidském zdraví. Byl to Eysenck (1967), který vymezil dvě základní dimenze osobnosti, neuroticismus a extraverzi-introverzi a propracoval model nervových procesů excitace a inhibice na podkladě Galénovy myšlenky. A ačkoli psychoanalyticky orientovaní psychosomatičtí autoři (Alexander, 1950; Dunbar, 1947) prezentovali komplexnější vysvětlení onemocnění, vycházející jednak z vrozených fyziologických procesů, jednak ze „symbolického“ významu tělesných stížností, jejich přístup se úzce překrývá s myšlenkou Galéna (Contrada, Leventhal, & O'Leary, 1990). Podle Contrady et al. (1990) takový historický vývoj nahlížení na souvislost sóma a psyché, vytváří prostor pro krátké zamyšlení, co vlastně v současnosti výzkumně víme víc o vlivu osobnosti na zdravotní kondici jedinců než za dob Hippokrata a Galéna.

Práce ve 20. století, zabývající se osobnostními charakteristikami, které mohou neblaze přispívat k rozvoji onemocnění, naznačovaly, že jedinci na sebe nároční, ambiciózní, sebeprosazující se, agresivní, snáze onemocní. V té době se psychosomatičtí autoři (Dunbar, 1947; Alexander, 1950) snažili o nalezení těch osobnostních vlastností, které by se vztahovaly k specifickému onemocnění. O pár let později vyslovili Friedman a Rosenman (1959) hypotézu, že osoby se specifickým osobnostním zaměřením jsou náchylnější k určitému onemocnění. Osobnosti typu A, které se vyznačují vysokou soutěživostí a hostilitou, iritabilitou, chronickým pocitem časové tísně, nutkavou ctižádostivostí, pocitem nadměrné odpovědnosti, nižší frustrační tolerancí, nutkavou řečí a zvýšeným svalovým tonem, jsou spojovány s kardiovaskulárními chorobami (in Whiteman, 2006). Osobnosti typu A jsou v současnosti považovány pro svou tendenci k hostilitě za rizikovou skupinu ohroženou koronárním srdečním onemocněním. Naopak u osob typu C, pro něž je dominujícím rysem tendence k uplatňování obranných mechanismů a potlačování negativních emocí, roste riziko nádorových onemocnění. Oslabení odolnosti organismu vůči karcinogenům má pravděpodobně původ v tendencích popírat vlastní potřeby a potlačovat emoce (Ranchor & Sanderman, 2006).

Odborná literatura nabízí nespočet dalších koncepcí a studií zabývajících se spojitostí osobnostních rysů s konkrétními nemocemi či zdravím obecně. V naší práci se však zabýváme osobnostními dimenzemi pětifaktorového modelu osobnosti, a také proto jim věnujeme tuto kapitolu.

2.3.1 Koncepce Big Five ve vztahu ke zdraví

Ve studiu zdraví jsou osobnostní rysy již známy jako jedny z psychosociálních prediktorů jak celkového zdravotního stavu a specifických zdravotních potíží, tak subjektivně hodnoceného zdraví. Nejzkoumanější model osobnosti v této souvislosti se zdá být pětifaktorový model osobnosti Costy a McCrae (1986), jež na základě faktorové analýzy definovali pět univerzálních osobnostních dimenzí: neuroticismus, extraverzi, otevřenosti vůči zkušenosti, přívětivost a svědomitost. Těmito dimenzemi se v této kapitole budeme podrobněji zabývat, neboť každá z nich má pravděpodobně zásadní význam pro kvalitu zdraví či rozvoj určitého onemocnění.

Neuroticismus

Jedna z pěti dimenzí pětifaktorového modelu osobnosti Big Five je obzvláště diskutovaným a zkoumaným faktorem ve vztahu k psychosomatickým obtížím. Jedná se o neuroticismus, který je definován jako celoživotní tendence zakoušet dysforické pocity. Jedinci s vysokou úrovní neuroticismu jsou predisponováni k neustálému zakoušení obav bez ohledu na přítomnost či absenci hrozeb. Charakteristickým rysem emocionálně labilních osob jsou neefektivní copingové strategie v podobě sebeobviňování a hostility a defenzivní obranné mechanismy jako je regrese či přemístění (Costa & McCrae, 1987; Neeleman, Bijl, & Ormel, 2004). Takováto maladaptace může vést často k odcizení se v mezilidských vztazích a k neustálému pociťování negativních emocí, jež se nadále projevují selháváním v každodenních situacích. Neurotické osoby referují daleko častěji o subjektivních zdravotních komplikacích než emocionálně stabilní jedinci. Stížnosti na tělesné potíže jsou spojovány s přítomností psychických poruch, jimiž neurotické osoby trpí častěji, a které také velmi ovlivňují fyzické zdraví (Neeleman et al., 2004). Vysvětlením může být, že prožívání nadměrného stresu a úzkosti vede k narušení funkce imunitního systému (Sutin et al., 2010), což zapříčiňuje, že osoby s vysokým skóre neuroticismu jsou daleko více náchylné k rozvoji onemocnění a obecně dosahují nižšího věku (Weston & Jackson, 2015). V souvislosti s pociťovaným stresem tyto osoby inklinují k nežádoucímu chování jako je kouření (Zvolensky, Taha, & Goodwin, 2015), což může vyústit ve zdravotní obtíže. Všechny tyto faktory by mohly vysvětlit souvislost emocionální lability s onemocněním a horší kvalitou zdraví.

Na druhou stranu někteří autoři tvrdí, že neuroticismus může mít pozitivní význam pro zdraví ve smyslu opatrnosti a striktnosti v dodržování léčebných doporučení. Může to tedy znamenat, že neuroticismus na jedné straně potenciálně představuje žádoucí rys vůči zdraví ve smyslu zvýšené bdělosti a pozornosti vůči tělesným příznakům a menší účasti na nežádoucím chování. Na druhé straně však znamená riziko pro rozvoj onemocnění, kdy prožívaný stres a napětí vedou k maladaptivnímu a „nezdravému“ chování. Záleží tedy na tom, jak daná osoba pracuje se svými úzkostmi a obavami, a jak je využívá. V tomto kontextu vzniká „zdravá“ forma neuroticismu pravděpodobně, jestliže osoba skóruje vysoko nejen v neuroticismu, ale také v dimenzi svědomitosti, což vytváří kombinaci zvýšené opatrnosti a žádoucího konání vůči svému zdraví ve smyslu dodržování lékařských předpisů, zdravějšího životního stylu a vyhýbání se škodlivým látkám (Weston & Jackson, 2015).

Rosmalen, Neeleman, Gans a de Jonge (2007) se výzkumně věnovali neuroticismu ve vztahu k psychosomatickým symptomům ve své studii, jíž se zúčastnilo 6 894

participantů. Pokusili se zjistit, zda neuroticismus a psychologický distres souvisí se somatickými stesky. Na základě provedení lineární regrese se neuroticismus jevil jako silnější prediktor psychosomatických symptomů než psychologický distres. Autoři nicméně konstatují, že tento mechanismus bude pravděpodobně složitější a navrhují v tomto směru další bádání. Neeleman et al. (2004) si kladli ve své studii za cíl naopak rozpoznat mechanismy zodpovědné za souvislost míry neuroticismu se somatickými stížnostmi na vzorku čítajícím 7 076 respondentů ve věku mezi 16–86 lety. Dle autorů neuroticismus jednak predisponuje vznik psychických poruch a fyzických potíží, ale rovněž se stává přímým důsledkem zdravotních potíží. V tomto směru je možné tedy uvažovat o neuroticismu nejen jako o příčině, ale také následku řady tělesných i psychických komplikací.

Psychosomatické hledisko vysvětluje náchylnost neurotických osob vůči zdravotním potížím dysregulací hypotalamo-hypofyzo-adrenokortikální osy a autonomního nervového systému, jež postihuje imunitní systém (Rosmalen et al., 2007). Také to by mohlo částečně objasnit, jakým způsobem souvisí rys neuroticismu s produkcí interleukinu -6, o němž pojednáme později (Sutin et al., 2010).

Svědomitost

Rys svědomitosti vypovídá o individuálních rozdílech ve schopnosti sebekontroly a vytrvalému, na cíl zaměřenému chování. Osoby skórující vysoko v tomto osobnostním rysu, se vyznačují spolehlivou zodpovědností, disciplinovaností a schopností plánovat, organizovat a plnit efektivně činnosti (Hřebíčková, 2011). Negativní stránka tohoto rysu je spojena s perfekcionismem až pedanterií a workoholismem (Cakirpaloglu, 2012).

V souvislosti se silnou schopností sebekontroly bývá svědomitost výzkumně spojována se zdraví prospěšnými aktivitami, jako je zdravá strava, pravidelný pohyb, bezpečné řízení, vyhýbání se kouření, alkoholu a užívání škodlivých látek osoby s vysokou úrovní svědomitosti mají pevnější zdraví, dožívají se vyššího věku a mají nižší riziko výskytu různých onemocnění. A to pravděpodobně z toho důvodu, že se zapojují do činností pozitivně ovlivňujících tělesnou i duševní kondici, a podstatně méně volí rizikové chování související se zdravím, jako je kouření, konzumace alkoholu, užívání návykových látek, rizikové řízení či rizikový pohlavní styk, suicidální či násilné jednání a nezdravá strava (Bogg & Roberts, 2004). Takahashi Edmonds, Jackson a Roberts (2013) zkoumali svědomitost ve vztahu k zdravotním návykům a subjektivně vnímanému zdraví z dlouhodobého hlediska. Sběr dat proběhl ve dvou vlnách s intervalem tří let. Ukázalo se,

že změny v rysu svědomitosti pozitivně korelovaly jak s preventivními zdravotními návyky, tak se subjektivně vnímaným fyzickým zdravím.

Sirois a Hisrch (2015) také podpořili ve své longitudinální studii hypotézu, že vysoká úroveň svědomistoti souvisí se žádoucími zdravotními návyky. Ostatní autoři dávají svědomitost do souvislosti s vysokou úrovní neuroticismu (Weston & Jackson, 2015; Friedman, 2000), a zdůrazňují tak její moderující roli v otázkách zdraví, jak jsme již zmínili. Dimenze svědomitosti se stala taktéž předmětem evropského výzkumu, kterého se zúčastnilo 2 318 jedinců pokročilejšího věku (M=66,2 let). Vysoká úroveň svědomitosti pozitivně korelovala s fyzickou aktivitou a konzumací ovoce a zeleniny. Naopak negativní korelace s tímto rysem byla nalezena u konzumace alkoholu, sedavého chování, indexem tělesné hmotnosti a depresivních symptomů (Steptoe, Easterlin, & Kirschbaum, 2017).

Osobnost začíná být předmětem úvah zaměřených na otázky dožitého věku a rizika smrti. Finští badatelé provedli metaanalýzu (N=76 150), v níž si kladli za cíl prozkoumat vztah mezi osobnostními rysy pětifaktorového modelu a mortalitou. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že nízká úroveň svědomitosti pozitivně koreluje s dosahováním nižšího věku (Jokela et al., 2013).

Z výše uvedených informací je patrné, že mnoho autorů pohlíží na svědomitost jako pozitivní činitel v lidském zdraví. Vztah svědomitosti se zdravím však není zcela jednoznačný. Vysoká míra svědomitosti zřejmě indikuje kladné zdravotní návyky a zdravý životní styl. Svědomitost však s sebou pravděpodobně zároveň přináší riziko ve smyslu pečlivosti až puntičkářství, která je naopak dle Křivohlavého (2002) spojována s náchylností ke kardiovaskulárnímu onemocnění.

Extraverze

Extraverze je ukazatelem interpersonálního fungování, úrovně aktivace a stimulace jedince. Osoby skórující vysoko v extraverzi jsou charakterizovány jako společenské, aktivní, průbojné a družné. Naopak negativní pól extraverze, jež představuje rys introverze, je spojován s uzavřeností, nesmělostí, pesimistickým laděním a vyhledáváním samoty (Hřebíčková, 2011).

Extraverze je v současnosti spojována, jak se zdraví protektivními aktivitami, tak se zdraví poškozujícím konáním. Jak zjistili Roozen, Evans, Wiersema a Meyers (2009) pomocí korelační analýzy, osoby s vysokým skórem extraverze inklinují k vyhledávání žádoucích aktivit jako jsou sportovní, sociální a pasivně relaxační aktivity, domácí činnosti či vyhledávání osobního, intimního kontaktu. Tato skutečnost může mít za následek lepší fyzickou kondici. Munafo et al. (2007) ve své metaanalýze, o níž jsme se již zmínili,

sledovali vztah mezi kouřením a osobností. Byla prokázána pozitivní korelace nejen mezi vysokou úrovní extraverze, ale také neuroticismem, což následně může vést k horší kvalitě zdraví a tělesné kondice.

Otevřenost vůči zkušenosti

Tato dimenze přináší informace o tom, do jaké míry je jedinec zaujatý vůči novým zkušenostem, prožitkům i dojmům. Osoby s vysokým skóre tohoto osobnostního rysu jsou vnímavé vůči prožitkům, disponují bohatou představivostí, estetickým cítěním, zvídavostí a zájmem o abstraktní témata. Pozitivní pól tohoto rysu souvisí s inteligencí, tvořivostí a originalitou. Osoby s nízkým skóre naopak zastávají konzervativní názory, jsou pragmatické a přistupují ke světu konvenčním způsobem (Hřebíčková, 2011).

Otevřenost vůči zkušenosti je již nějakou dobu známa jako osobnostní rys spojený se zvýšeným rizikem užívání návykových látek a riskantního počínání (Booth-Kewley & Vickers, 1994), což může představovat potenciální hrozbu nejen pro fyzické, ale také duševní zdraví.

Přívětivost

Dle Hřebíčkové (2011) vymezuje přívětivost kvalitu interpersonálních vztahů jedince na kontinuu od soucítění a náklonnosti po nepřátelskost projevujících se v prožívání, myšlení i jednání vůči druhým. Vysoké skóre přívětivosti je spojováno s loajalitou, laskavostí a skromností, kdežto nízké skóre s bezcitností, pomstychtivostí, konfliktností a panovačností.

Již nějakou dobu je vysoká míra přívětivosti spojována se zdraví podporujícím chováním, což dokládají závěry studie Bootha-Kewleyho a Vickerse (1994), podle nichž souvisí vysoká míra přívětivosti s nižší pravděpodobností dopravního rizika a nižší pravděpodobností užívání škodlivých látek. Studie rovněž prokázala pozitivní korelaci mezi rysem svědomitosti a zdraví prospěšnými aktivitami a nižší pravděpodobností dopravních nehod. Tyto závěry nacházejí empirickou oporu i v současných výzkumech, například prospektivní studii Siroise a Hirsche (2015). Tito autoři prokázali souvislost vysoké míry přívětivosti, svědomitosti a nízké míry neurosticismu se zdraví podporujícími aktivitami. Tento vztah vysvětlují názorem, že právě tyto osobnostní rysy představují emocionální zdroje nezbytné pro úspěšnou seberegulaci související s činnostmi, jež jsou prospěšné pro zdraví a tělesnou kondici.

2.3.2 Výzkumy zaměřené na vybrané osobnostní rysy ve vztahu ke zdraví

Napříč mnoha lety výzkumného bádání koncepce Big Five v souvislosti se zdravotním stavem jedince, bylo poukázáno na to, že vysoké skóre svědomitosti a nízká úroveň neuroticismu pozitivně korelují s dobrou zdravotní kondicí (Chapman et al., 2011). Svědomitost je považována za moderující prvek v zdraví podporujícím chování, vztahujícím se zejména k pravidelnému pohybu, vyváženější stravě, vyhýbání se konzumaci alkoholu a užívání návykových látek (Takahashi et al., 2013). Zdá se být pozitivním faktorem z hlediska dosahování vyššího věku (Jokela et al., 2013). Naproti tomu vysoké skóre neuroticismu je primárně spojeno se zdraví škodlivým chováním jako je kouření (Zvolensky et al., 2015), náchylností k rozvoji onemocnění a dosahováním nižšího věku (Weston & Jackson, 2015) a sníženou funkcí imunitního systému (Sutin et al., 2010). Chapman, Duberstein, Sörensen a Lyness (2006) zjistili, že vysoká úroveň neuroticismu, nízká úroveň extraverze a svědomitosti asociují s negativněji vnímaným zdravotním stavem. Z výše uvedených výzkumů je zřejmé, které osobnostní rysy mohou sehrávat roli salutogenní, a které naopak představují riziko. V následující se pokusíme navázat na teoretické a empirické poznatky zmíněné v předchozí kapitole a prozkoumat blíž souvislost určitých osobnostních charakteristik s psychosomatickým fenoménem.

Skupina finských vědců pokládá osobnost za jeden z klíčových faktorů podílejících se na vzniku onemocnění oběhové soustavy. Autoři tvrdí, že vysoká úroveň svědomitosti obecně snižuje riziko výskytu kardiovaskulárních onemocnění. Neuroticismus je na základě výsledků studie spojován s rizikem ischemické choroby srdeční a rys extraverze s rizikem mrtvice (Jokela, Pulkki-Råback, Elovainio, & Kivimäki, 2014). Pozitivní korelace vysoké míry neuroticismu s výskytem ischemické choroby srdeční je vysvětlována negativními prožitky vedoucími k dysregulaci autonomního nervového systému a hypotalamo-hypofyzo-adrenokortikální osy. Narušení těchto systémů vede k rozvoji aterosklerózy věnčitých tepen a posléze infarktu (Rosmalen et al., 2007). Pro souvislost vysokého skóre extraverze s rizikem mrtvice existuje vysvětlení, že osoby skórující vysoko v extraverzi jsou náchylnější k úrazům hlavy pro svůj aktivnější způsob života (Jokela et al., 2014), a poranění hlavy zvyšují následně riziko mrtvice v pozdějších letech života (Chen, Kang, & Lin, 2011; Burke et al., 2013; Jokela et al., 2014).

Rochefort et al. (2018) ve své studii zkoumal osobnostní rysy pomocí pětifaktorového modelu osobnosti Big Five ve vztahu ke zdraví u pacientů trpících rakovinou prostaty a rakovinou prsu. Na základě analýzy dat byla nalezena pozitivní

korelace u vysoké úrovně svědomitosti a nízké míry neuroticismu s lepším fyzickým stavem. Nízké skóre svědomitosti a vysoká úroveň neuroticismu naopak pozitivně korelovaly s výskytem zdravotních potíží.

Centrem vědeckého zájmu se stal taktéž interleukin -6 ve vztahu k pěti dimenzím osobnosti. Tento protizánětlivý cytokin, který zodpovídá za přenášení důležitých informací mezi imunitními buňkami a podporuje vznik a rozvoj zánětu, narůstá s věkem a je spojován s dlouhodobým stresem, řadou chronických onemocnění. Je také považován za hlavní příčinu mortality u starších osob (Sutin et al., 2010). Výzkum Sutina et al. (2010) potvrdil hypotézu, že nízké skóre svědomitosti a vysoká úroveň neuroticismu souvisí se zvýšenou hladinou interleukinu -6. Vztah mezi osobnostními rysy a interleukinem -6 může být částečně nepřímým důsledkem nežádoucího chování. Také bychom mohli vysvětlit tuto asociaci tendencí neurotických osob k intenzivnějšímu zakoušení dysforických pocitů ve srovnání s emocionálně stabilními jedinci, což může přirozeně přispívat k horšímu zdraví, v tomto případě zánětům.

Peto, Chen a Boreham se již v roce 1999 domnívali, že za méně než 30 let se stane hlavní příčinou předčasné smrti užívání tabáků. Navzdory známým zdravotním rizikům, jež jsou v současnosti deklarovány nejen v médiích, ale také vytištěny na obalech cigaret, se celosvětová prevalence kuřáků stále zvyšuje. Co způsobuje, že některé osoby inklinují k zdraví škodlivému chování? „Odměňující“ účinky nikotinu spojené s aktivací systému odměny v dopaminergním systému jsou jednou z odpovědí (in Munafo et al., 2007). Munafo et al. (2007) se ve své průřezové studii zaměřili na kouření ve vztahu k pěti dimenzím osobnosti ve vzorku čítajícím. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že zvýšené skóre extraverze a zvýšená úroveň neuroticismu pozitivně koreluje se zvýšenou pravděpodobností být kuřákem. Weston a Jackson (2015) se ve své studii zabývali osobnostními dimenzemi ve vztahu ke kouření u pacientů po sdělení závažného onemocnění. Nejvýznamnějšími prediktory zdraví protektivního chování byly shledány dimenze svědomitosti a neuroticismu. Nejsilnější efekt tohoto vztahu nastal, když byly tzv. zdravým neurotikům, vysoko skórujícím jak v neuroticismu, tak ve svědomitosti, zjištěny závažné chronické nemoci. Tato souvislost se vyskytovala nejčastěji v případě sdělení chronického onemocnění jako je diabetes, kardiovaskulární potíže a plicní onemocnění. V reakci na toto sdělení došlo k omezení kouření.

V této kapitole jsme se pokusili na základě empirických poznatků objasnit, jakým způsobem ovlivňuje osobnost zdraví jedince. Ukázalo se, že tento mechanismus je mnohem

komplikovanější. Uvedené výzkumy naznačily, že osobnostní dimenze mohou nabývat rozdílného efektu podle toho, v jakých hodnotách se vyskytují pospolu. Zatímco vysoké skóre neuroticismu je považováno za negativní faktor, v interakci s vysokou úrovní svědomitosti se mění na „zdravou“ formu neuroticismu (Weston & Jackson, 2015). Nejčastěji zkoumanými osobnostními rysy ve vztahu k zdraví či nemoci se zdají být neuroticismus a svědomitost. Vztah extraverze k lidskému zdraví je diskutovanou proměnnou. Z toho důvodu pokládáme právě tyto rysy za podstatné proměnné pro náš výzkum.

3. Proaktivní zvládání zátěže

Jedinec vystavený nadměrné zátěži volí natolik individuální přístup k pociťovanému stresu, nakolik je psychologicky jedinečný. To znamená, že kdykoli čelíme určité zátěži, záleží pouze na nás, jak k ní budeme přistupovat. Hans Selye řekl: *„stres v žádném případě nemusí být pouze škodlivý; je zároveň koření života, neboť každé hnutí mysli a každá činnost zapříčiňuje stres. Stejný stres, po kterém jeden člověk onemocní, může znamenat pro druhého životodárné uzdravení"* (in Soják, 2017, 108). Výzkumně jsme se již dozvěděli, že stres výrazně zasahuje do zdraví. V důsledku prožívání dlouhodobého stresu či stresu akutního, a zato intenzivního rázu, je možné sledovat zhoršení imunitní funkce a rozvoj závažných onemocnění (Sutin et al., 2010). Nejedná se však o jednosměrný vztah od působení stresu na jedince k vzniku tělesného symptomu. Do tohoto procesu vstupují pravděpodobně další proměnné, jako například osobnost a osobnostní zdroje či způsob vyrovnání se se zátěží, jež nadále souvisí se zdraví ovlivňujícím chováním. Také proto se v praxi setkáváme s lidmi, kteří jsou i přes nepřízeň osudu vitální a sebeaktualizovaní jedinci či naopak osoby nemocné a *zlomené* osudem.

V této kapitole se pokusíme popsat ty psychické zdroje, které potenciálně „brzdí" nepříznivé důsledky zátěže, nebo je naopak umocňují. Jak název naznačuje, první část kapitoly je věnována strategiím zvládání zátěže. Nezáleží však pouze na copingových strategiích. V otázkách zdraví člověka se zdají být účinným prvkem také osobnostní nezdolnost a sociální opora.

3.1 Copingové strategie jako protektivní faktor

Pojem „coping" v překladu do českého jazyka znamená „zvládání", v odborné literatuře se však běžně setkáváme s jeho původním anglickým názvem. Význam tohoto termínu je chápán jako takové jednání, jež jedinec volí při střetnutí se s nadlimitní zátěží, nejen v dimenzi intenzity, ale také délky trvání. Coping je totiž odvozen od řeckého slova „colaphus", který znamená *„rána uštědřená protivníkovi v boxu"* (Křivohlavý, 2009, 69). „Uštědřená rána" může představovat určitou aktivitu, díky níž si jedinec podrobuje svého „protivníka v boxu", tj. onu zatěžující situaci, s níž se pokouší vypořádat. Křivohlavý (2009) coping označuje jako jakýsi vyšší stupeň adaptace, kdy jedinec není pouze se stresující skutečností konfrontován, ale navíc se s ní efektivně vyrovnává. Naopak takové chování,

jež nesměřuje k vyřešení náročné situace, nýbrž zmírnění úzkosti, která aktuálně z dané situace pramení, je označováno jako maladaptivní strategie či obranné (Baštecká, 2015).

Samotné definování copingu se v odborné literatuře vyskytuje v mnoha podobách, přičemž obsahuje různé prvky a liší se rovněž svou komplexitou i přístupy. Mareš (2002) zdůrazňuje neutrální ráz tohoto pojmu, který zahrnuje jak efektivní způsoby zvládání zátěže, kdy se jedinci podaří efektivně vyrovnat se zátěží, tak maladaptivní strategie, při nichž se aktivují obranné mechanismy. Copingové strategie se mohou různě měnit v závislosti na dané zátěžové situaci a interakci jedince s prostředím. Přesto jsou některé copingové strategie stabilnější než jiné, neboť jejich volba je podpořena nejen charakterem dané situace, ale také typem osobnosti. Vyhodnocení situace jako stresové se zdá být kruciálním, neboť teprve tehdy jsou zahájeny snahy o vypořádání se se stresorem (Baštecká, 2015).

V naší práci vycházíme zejména z definice Lazaruse a Cohena (1979), jež tvrdí, že copingem se *„rozumí snaha – jak intrapsychická, tak zaměřená na určitou činnost řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky. Jde přitom o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají a zatěžují nebo převyšují zdroje, které má daná osoba k dispozici“* (in Křivohlavý, 1994, 43). Toto vymezení je pro nás významné z toho důvodu, že v dopravní situaci či profesní náplni řidičů z povolání dochází skutečně ke střetu dvou stran. A to mezi požadavky kladenými na profesionálního řidiče, s nimiž je nepochybně spjata specifická zátěž a nepředvídatelné dopravní prostředí, a psychosomatickou kapacitou a zdroji pro zvládnutí těchto okolností, jimiž daná osoba disponuje.

Jedno z nejvýznamnějších dělení copingových strategií pochází od Lazaruse a Folkmanové (1984), jež rozlišili coping zaměřený na emoce a coping zaměřený na řešení problému. Strategie orientované na řešení problému se vztahují ke zvažování alternativních řešení a hledání východisek z hlediska nákladů a výnosů a realizaci určité alternativy za cílem vyřešit onen distres. Mohou být zamířeny dovnitř v podobě změny aspirační úrovně dané osoby, postojů či osvojení žádoucích dovedností. Anebo se mohou týkat řešení stresující situace. Strategie zaměřené na emoce využívají procesů sloužících k redukci emoční tísně. Podle Pelcáka (2013) je rozlišování strategií zaměřených na problém a na emoce umělé, jelikož způsoby zvládání mohou zahrnovat oba přístupy zároveň. Někteří badatelé člení coping zaměřený na emoce na ruminační, rozptylující a vyhýbavý (Holen & Hoeksema, 1991; Moss, 1988). Pro ruminační strategie je typické uzavření se do sebe

spojené s ruminací o vlastních pocitech a zvýšenou introspekcí v důsledku pociťování negativních pocitů. V popředí stojí iracionální zpracování stresujících prožitků bez snahy situaci řešit. Rozptylující coping je orientován na vyhledávání příjemných aktivit, jež v člověku vzbuzují pocit kompetentnosti korigovat průběh událostí v jeho životě. U vyhýbavého copingu figurují aktivity sloužící k bezprostřednímu vyhnutí se negativním afektům (in Pelcák, 2013). Z toho je patrné, že se nejedná o jednoznačné rozlišování mezi pozitivními copingovými strategiemi a negativními. Coping zaměřený na emoce může být jednak adaptivní, jednak nežádoucí. A to z toho důvodu, že může v konečném důsledku vést k ještě intenzivnějšímu prožívání úzkosti či stresu, což zároveň znemožňuje jedinci vyřešit problém.

Tobin, Holroyd, Reynolds a Wigal (1989) pomocí faktorové analýzy popsali copingové strategie na svém hierarchickém modelu složeném ze tří úrovní. Terciální, tedy nejvyšší úroveň rozlišuje strategie příklonu a odklonu. Na sekundární úrovni se příklon a odklon člení na čtyři, které vymezují, zda jsou tyto strategie orientovány na emoce či problém, nejnižší úroveň tvoří osm strategií, jež navazují na předchozí dvě úrovně. Jsou jimi: řešení problému, kognitivní restrukturace, vyjádření emocí, vyhledávání sociální opory, vyhýbání se problému, fantazijní únik, sebeobviňování, sociální izolace. Příklonové strategie jsou považovány za více efektivní a adaptivní, neboť jsou zahrnují aktivity vedoucí k řešení problému. Odklonový coping naopak popírá přítomnost stresoru formou vyhýbavého chování, pročež je považován za maladaptivní. Tento druh copingu umožňuje jedinci redukovat aktuálně působící distres na úkor řešení ony stresující situace.

3.1.1 Výzkumy zaměřené na copingové strategie ve vztahu k zdraví

Ve výzkumu copingových strategií jsou stále hledány nové souvislosti. Zvládání zátěže se zdá být v souvislosti se zdravím rozhodujícím faktorem. K zatěžující situaci je možno přistupovat jednak aktivním způsobem, v němž figuruje záměr nepříjemnou situaci vyřešit, jednak pasivním postojem s touhou „uniknout“ stresujícím prožitkům. Pro někoho je účinnou pomocí v extrémně stresujících situacích běh, pro jiného četba. Některým jedincům se jedná o bezprostřední odreagování či utlumení emocí, jiní se snaží náročnou situaci aktivně vyřešit. Od volby copingových strategií se nadále odvíjí také duševní i tělesná kondice jedince. Není divu, že jsou copingové strategie nyní často zkoumány jako potenciální činitelé v otázkách zdraví a nemoci. Výzkumy se však velmi liší konceptuálním

pojetím copingu či použitou metodologií, a z toho důvodu jsou poměrně těžce hledány konzistentní výsledky či ucelené důkazy pro tento mechanismus (Semmer, 2006). V následující kapitole se pokusíme objasnit, zda a jakým způsobem souvisí zvládání zátěže s kvalitou zdraví či rozvojem konkrétního onemocnění.

Psychosomatickými důsledky specifických copingových strategií se zabýval výzkumný tým z Kypru. Leonidou, Panayiotou, Bati a Karekla (2016) vyslovili předpoklad, že individuální rozdíly ve vyrovnávání se se zátěží mohou souviset s kvalitou života, případně vést k určitým příznakům somatizační poruchy[2] a úzkostné poruchy[3] (APA, 1994). Konkrétními cíli bylo zhodnotit dopad somatizace a úzkostné poruchy na čtyři oblasti kvality života: fyzickou, psychickou, sociální a environmentální. Srovnat copingové strategie, k nimž inklinují jedinci splňující kritéria pro somatizační a úzkostnou poruchu, s copingovými strategiemi jedinců z kontrolní skupiny, tj. těch respondentů, kteří kritéria pro tyto poruchy nesplňují. Autoři ve svých hypotézách očekávali, že psychosomatické symptomy budou spojeny s horší kvalitou života napříč jejími dílčími oblastmi, nejvíce však postihnou úroveň fyzickou. Předpokladem také bylo, že odklonové copingové strategie budou reportovány více, a naopak psychologická flexibilita méně u jedinců s těmito symptomy v porovnání s kontrolní skupinou. Podle poslední predikce měla psychologická flexibilita potenciálně snižovat dopad psychosomatických symptomů na kvalitu života. Ukázalo se, že somatizační a úzkostná porucha skutečně postihují všechny čtyři aspekty kvality života, nejvíce tělesnou. Respondenti trpící těmito poruchami nejčastěji volili dysfunkční, na emoce zaměřené copingové strategie. Psychologická flexibilita podle závěrů naopak představuje „nárazník“, jenž zmírňuje dopad somatizační a úzkostné poruchy na kvalitu života, zejména tělesnou a environmentální (Leonidou et al., 2016).

Výzkumně se asociací odklonových a příklonových copingových strategií s lidským zdravím zabýval Nowack již v roce 1989. Zaměřil se na coping ve vztahu k chování souvisejícímu se zdravím, kognitivním hardiness[4], úrovní psychického stresu a fyzického zdraví u jedinců v produktivním věku (N=194). Z výsledků vyplynulo, že copingové strategie, zejména vtíravé negativní myšlenky a odklonový coping významně souvisí s prožíváním psychického distresu a horším zdravotním stavem. Příklonový coping a intruzivní myšlenky s pozitivním nábojem nebyly shledány jako prediktory pro prožívání

[2] Somatizace v DSM-IV.
[3] Hypochondrická porucha v DSM-IV.
[4] Překládáno jako nezdolnost.

distresu či zhoršení kvality zdraví. Kognitivní hardiness se prokázalo jako moderátor vůči prožívanému distresu, ale nesouviselo významně se zdravím participantů. Zdravotní návyky statisticky významně souvisely jak s tělesným, tak s duševním zdravím.

Ohnisko vědeckého zkoumání copingových strategií ve vztahu ke zdravotním steskům se nyní přesouvá ke konkrétním nemocem. Tým japonských vědců realizoval prospektivní studii založenou na hypotéze, že v závislosti na volbě určitých copingových strategií dochází k rozvoji kardiovaskulárního onemocnění. Sběr dat se týkal analýzy 57 017 subjektů ve věkovém rozmezí 50-79 bez historie prodělání kardiovaskulárního onemocnění a probíhal po dobu 7 let a 9 měsíců. Jedinci využívající příklonový coping se vyznačovali nižším poměrem tělesné hmotnosti, nižší pravděpodobností hypertenze, nezaměstnanosti, předepisování medikamentů a výskytu diabetu. V průběhu pozorování incidence srdečních chorob došlo k rozvoji 304 infarktu myokardu 1 565 mozkových mrtvic. Podle výsledků byl příklonový coping statisticky významně spojený s nižším výskytem infarktu myokardu a mrtvice. Fantazijní únik a pozitivní přehodnocení byly spojeny s výskytem kardiovaskulárního onemocnění a sníženou mortalitou v důsledku ischemické choroby srdeční (Svensson et al., 2016).

Zdá se, že poruchy oběhového systému jsou jedním z nejčastěji zkoumaných onemocnění v souvislosti s psychologickými faktory. Sudha a Reddy (2018) se rovněž zaměřili na incidenci kardiovaskulárních potíží v souvislosti s copingovými strategiemi a dalšími proměnnými. Cílem studie bylo zjistit, zda souvisí na emoce zaměřený coping s určitým osobnostním typem, chováním ovlivňujícím zdraví či životní spokojeností u pacientů (N=120) trpících srdečními potížemi. Analýza dat ukázala, že osoby typu A mnohem častěji využívají na emoce zaměřený coping než osoby typu D. Vysvětlením může být, že tito jedinci se snáz rozruší a následně vyhledávají takové strategie, které jim umožní zmírnění či odreagování stresu, například exprese emocí, vyhledávání sociální opory či wishful thinking[5]. Studie také přinesla zjištění, že pacienti s nežádoucím zdravotním chováním používají daleko častěji na emoce zaměřené zvládací strategie v porovnání s jedinci, jež upřednostňují zdraví prospěšné návyky. K tomu dochází pravděpodobně z důvodu, že chudé zdravotní návyky umožňují redukovat míru prožívaného distresu například v podobě kouření nebo užití alkoholu, ale neřeší příčinu onoho stresoru. Rovněž se může jednat o vnější místo kontroly, kdy osoba zaujímá pasivní postoj ke svému životu,

[5] Lze překládat jako „zbožné přání“.

pročež necítí nutnost řešit problém a místo toho sahá po primitivnějších způsobech vyrovnávání se se stresem. Podle posledního předpokladu, jenž byl zkoumán a následně potvrzen, lidé s nižší mírou životní spokojenosti naopak preferují na emoce zaměřený coping.

Podstatné výsledky přináší též studie z roku 1990 Vingerhoetse a Van Hecka, kteří se pokusili popsat vztah mezi coping a psychosomatickými stížnostmi v závislosti na pohlaví. Jak očekávali, muži více inklinovali k aktivnímu, na problém zaměřenému copingu, pozitivnímu myšlení, seberozvoji, humoru, dennímu snění a fantazijnímu úniku. Ženy naopak měly sklon k na emoce zaměřenému copingu, vyjádření jejich emocí, vyhledávání sociální opory, wishful thinking/emotionality[6] a sebeobviňování. Mimoto výzkum demonstroval vzájemnou souvislosti copingových strategií s výskytem psychosomatických symptomů. Tento vztah platil zejména pro sebeobviňování, denní snění a fantazijní únik a wishful thinking/emotionality. Naopak distancování se bylo spojeno s prožíváním psychosociální zátěže. Autoři také konstatovali, že ženy daleko častěji referovaly o psychosomatických symptomech než muži.

Ačkoli zatím neexistují ucelené poznatky o tom, jakým způsobem coping souvisí se zdravotními stesky, výzkumy velmi jasně dokládají jejich vzájemný vztah. Abychom porozuměli tomuto mechanismu, je třeba počítat s dalšími proměnnými vstupujícími do psychosomatické problematiky. V předchozí kapitole jsme se pokusili nalézt ty osobnostní charakteristiky, které mohou ovlivňovat nějakým způsobem zdravotní stav. Psychologická jedinečnost člověka nepochybně ovlivňuje nejen frustrační toleranci, ale také podobu vyrovnávání se se zátěží. Jak některé výzkumy ukazují, od způsobu zvládání zátěže se pravděpodobně nadále odvíjí také zdravotní stav člověka.

3.2 Osobnostní nezdolnost typu SOC jako protektivní faktor

Nietzsche (1981, 132) pronesl: *„kdo má proč žít, unese téměř každé jak“* (in Längle, 2002). Längle (2002) v návaznosti na tento výrok vysvětluje, že ono slovo „jak“ je vedlejší okolností, jež může život činit obtížnějším, ale máme-li ono „proč“, zároveň zvládnutelným. Logoterapie a existenciální psychoterapie hovoří o smyslu života jako o jednom z klíčových aspektů lidského bytí, díky kterému je schopen člověk čelit jakémukoli utrpení. Längle

[6] Lze překládat jako „zbožné přání“ či „nerealistický optimismus“.

v tomto kontextu (2002) pojednává o smysluplném žití jako o bezprostřední zúčastněnosti v přítomném okamžiku, které přináší svou jedinečnou hodnotu a odpověď na otázku „pro co.“ Vyrovnávání se se životními událostmi s sebou přináší jistou příležitost, záleží pouze na přístupu dané osoby. Právě to činí některé jedince mimořádně odolnými vůči těžkostem života, a v řadě případů může nastat přehodnocení dosavadních životních hodnot a osobnostní růst.

Antonovsky (1985, 1987), který taktéž zdůrazňuje význam smysluplnosti, zpozoroval, že lidé nacházející se v náročných situacích a nepříznivých podmínkách reagují na zátěž odlišně. Začal systematicky zkoumat rozdíly mezi dvěmi skupinami žen, které přežily holokaust. Zatímco ženy v první skupině vykazovaly obtížnou adaptaci, druhá skupina žen prokázala mimořádnou schopnost se nezdolně a aktivně vypořádat s životními nároky. Díky tomuto zjištění začal pojímat lidské zdraví jako určitý pohyb na kontinuu od moci k ne-moci[7], a poukázal tím na schopnost porozumět určité situaci, a adekvátně v ní využít vlastní zdroje ve svůj prospěch, tzn. ve prospěch zvládnutí dané situace. V návaznosti na logoterapii a tyto poznatky vytvořil konstrukt sense of coherence (SOC) neboli smysl pro integritu, kterým rozumí poměrně stabilní životní orientaci, pro niž je charakteristické vnímání světa jako smysluplného a vnitřně soudržného celku (in Eriksson, 2017). Díky tomuto osobnostnímu nastavení pak jedinec pohlíží na své prostředí jako na strukturované, předvídatelné a tím pádem také *srozumitelné*. Zároveň ho však také považuje za *zvládnutelné* díky vědomí vlastních zdrojů, jež jsou nezbytné pro vypořádání se s danou situací. Splnění požadavku, že prostředí je interpretováno jako výzva, jíž je možno zdolat, vede k vnímání světa jako *smysluplného.* Tyto tři komponenty: srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost, vytváří rámec osobnostního konstruktu smysl pro integritu, který je v současnosti považován za jeden z ústředních při středu se zátěží (Semmer, 2006).

Koncept SOC se již od svého zavedení jeví být významným copingovým mechanismem při zvládání zátěže a salutogenním prvkem v otázkách zdraví a nemoci člověka. V naší práci chápeme SOC jako jeden z rozhodujících zdravotních faktorů, díky němuž je jedinec schopen čelit životním těžkostem lépe a nemocím snáz odolávat. V následující kapitole se zaměříme na ryze empirické poznatky konceptu SOC ve vztahu ke zdraví, jež přinesly studie z různých zemí.

[7] Původně continuum of ease to d-ease.

3.2.1 Výzkumy zaměřené na nezdolnost typu SOC ve vztahu ke zdraví

Smysl pro integritu se zdá být salutogenním prvkem v životě člověka nejen teoreticky, ale také výzkumně. Dokazuje to nejedna studie. Například belgičtí autoři ve své kohortové studii posuzovali u pacientů nad 80 let (N=596), jež trpěli různými chronickými nemocemi, zda je vysoká úroveň SOC chrání před nepříznivými zdravotními komplikacemi. Pomocí Coxova proporcionálního hazardního modelu neboli analýzy přežití a vícenásobné regresní analýzy zkoumali SOC v souvislosti s mortalitou, hospitalizací a poklesem ve výkonu každodenních činností (ADL[8]). Analýza dat zaznamenala u probandů s vysokým skóre SOC vyšší pravděpodobnost přežití bez ohledu na to, jaká byla prognóza nemoci. V poklesu výkonu ADL se zdálo být vysoké skóre SOC protektivním faktorem. Na základě těchto výsledků badatelé konstatují, že dokonce i u velmi starých osob se zdá být rys SOC velmi účinným a protektivním z hlediska zdraví a přežití (Boeckxstaens et al., 2016).

Mayer a Thiel (2014) se ve svém výzkumu rozhodli pozorovat tento vztah u německých elitních sportovců (N=698), jež jsou z důvodu takto specifického povolání pod vysokým tlakem a musí dbát na své zdraví z krátkodobého i dlouhodobého hlediska. Teoretický konstrukt SOC zkoumali ve vztahu k subjektivně vnímanému zdraví, počtu zranění, které respondenti prodělali v průběhu své atletické kariéry a sociodemografickým charakteristikám. Respondenti byli dále rozděleni do šesti skupin podle svého skóre v SOC a dále srovnáváni ve vztahu k počtu zranění a dalším proměnným. Skupinu s nejvyšší úrovní SOC reprezentovali jedinci, kteří prodělali alespoň dva zranění v průběhu své profesionální kariéry, dosahovali minimálně 25 let a získali titul. Respondenty s nejnižším skórem SOC charakterizovalo zastoupení ženského pohlaví ve věku 19 až 25 let a prodělání více než dvou závažných zranění během své kariéry. Závěry této studie pravděpodobně poukazují na to, že jedinci s vysokou úrovní SOC jsou nejenže odolnější, ale také úspěšnější.

Španělští autoři se pokusili porozumět salutogennímu vlivu SOC komplexněji. Ve své studii se pokusili analyzovat vliv SOC na hlavní složky bio-psycho-sociálního zdraví u adolescentů (N=7 580) ve věkovém rozmezí od 13 do 18 let, jež se účastnili v letech 2009-2010 mezinárodního průzkumu pořádaného Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Podle analýzy dat vysoké skóre SOC asociovalo s kladnějším sebehodnocením zdraví, nižší

[8] Známo jako activities of daily living.

frekvencí somatických a psychických potíží, vyšší kvalitou života a životní spokojeností (García-Moya, Moreno, & Rivera, 2013). Tento výzkum tedy rovněž podporuje tvrzení, že je SOC spojeno nejen s pevnějším zdravotním stavem, ale také má vliv na kvalitu života jedince. A těmito závěry částečně souvisí studie německých badatelů, podle nichž je SOC významným prediktorem pro prožívání spokojeného života nezávisle na jedincově zdravotním stavu či diagnóze. Müller, Hess a Hager (2014) se zaměřili na pacienty (N=546, M=26,9 let) trpící vrozenou srdeční vadou. Respondentům byl zadán dotazník SOC-13 zaměřený na smysl pro soudržnost a dotazník SF-36, který zjišťuje kvalitu života z hlediska jeho zdravotního stavu. Poté podstupovali kardiopulmonální zátěžový test (CPET[9]), který slouží pro komplexnější posouzení závažnosti zdravotního stavu pacientů trpících kardiovaskulárním onemocněním. Výsledky výzkumu potvrdily, že pacienti vysoko skórující v SOC hodnotí kladně kvalitu svého života navzdory jejich nemoci.

Jak je možné, že lidé s vysokou úrovní SOC vnímají kvalitu svého života obecně kladně navzdory své diagnóze, částečně zodpovídá studie Wiesmanna, Dezuttera a Hannicha (2014), podle nichž se SOC jeví být významným prediktorem také pro vyšší práh vůči zakoušení bolesti. Tito autoři zkoumali rys SOC u starších jedinců (N=387) trpících zdravotními problémy, jež jsou běžné v pozdějším věku, zejména revmatismus včetně artritidy a dalších dysfunkcí motorického systému, srdeční onemocnění a potíže se zrakem. Na základě empirických zjištění autoři konstatují, že rys SOC je signifikantně spojen s mírnějším prožíváním bolesti. Tento poznatek by mohl částečně objasňovat, proč lidé s vysokou mírou SOC subjektivně hodnotí své zdraví kladněji. Výzkumně se současně autoři také zaměřují na souvislost mezi rysem SOC a zdraví podporujícím a ohrožujícím chováním. Systematická studie, analyzující devět různých výzkumů, se zaměřila na orální zdravotní návyky potenciálně ovlivňující tělesnou kondici ve vztahu k osobnostnímu konstruktu smyslu pro integritu. Sledovala tyto proměnné: důslednost v čištění zubů, stravovací návyky, pozornost věnovanou ústní hygieně a kouření. Důslednost v čištění zubů a pozornost věnovaná ústní hygieně se prokázaly jako nejvíce významné ze zkoumaných faktorů ve vztahu k smyslu pro integritu (Elyasi et al., 2015).

V této kapitole jsme věnovali pozornost klíčovému konstruktu Antonovského salutogenetického modelu, sense of coherence. Výzkumně je SOC zkoumáno v různých souvislostech a specifických otázkách lidského zdraví. SOC vystupuje jednak jako

[9] Cardiopulmonary exercise test.

protektivní činitel při prodělání závažného onemocnění, jednak souvisí s vyšším prahem pro vnímání bolesti. Je zřejmě spojen s žádoucími zdravotními návyky, dosahováním vyššího věku a kladněji vnímaným zdravím. Objektivním zjištěním však zůstává, že je tento osobnostní konstrukt spojen se zdravím jedince obecně (Eriksson & Lindström, 2005). A to pravděpodobně z toho důvodu, že se dotýká více proměnných pozitivně ovlivňujících zdravotní stav či jeho subjektivní hodnocení.

3.3 Sociální opora jako protektivní faktor

Potřeba být v těsném kontaktu s druhými vzniká při prvním kontaktu s matkou. Jak dítě roste, postupně se stává bytostí společenskou, čímž také vytváří a nadále rozvíjí své vazby ke svému sociálnímu okolí. Prostřednictvím nich pak prožívá celou škálu pestrých emocí a získává řadu různých životních zkušeností v kontextu sociálního aspektu života. Takto se jedinec v průběhu svého života začleňuje do společnosti, buduje své sociální vazby, čím zároveň vytváří svou tzv. sociální síť. Ta nezahrnuje pouze členy rodiny, ale také přátelé a blízké, se kterými jedinec sdílí zájmy, hodnoty a postoje, pevné vztahy.

Již několik let se výzkumně ví, že lidé nejenže sociální kontakt potřebují, ale také díky němu prožívají pozitivní pocity. Morris (1978) empiricky potvrdil hypotézu, že být ve společnosti lidí redukuje úzkost. Schachter (1959) zastává rovněž názor, že sociální kontakt sehrává ve vnímání zátěže významnou roli. Provedl experiment, ve kterém probandům sdělil, že dostanou elektrický šok. Při čekání na realizaci elektrických úderů pokusné osoby vyplňovaly dotazník, v němž měly také vypovědět, zdali chtějí čekat samy nebo ve skupině. Dvě třetiny pokusných osob chtěly čekat společně s druhými (in Nakonečný, 2009). Mezilidský kontakt sám o sobě však nemusí nutně znamenat pro člověka pozitivní význam, jedná se o faktor, který může prospívat, ale také škodit, neboť sociální interakce mohou představovat nejen nejsilnější zdroj opory, ale také původ řady konfliktů. Tzv. sociální oporou se sociální síť stává jedinci až tehdy, má-li dojem, že existují lidé v jeho životě, kteří jsou ochotni mu pomoci (Baštecká, 2015).

Vymezení sociální opory není jednoznačné, neboť její míru neudává pouze množství obdržení pomoci či její dostupnost, ale také to, nakolik ji jedinec vnímá a očekává. To znamená, že neexistuje pouze vnímaná sociální opora, ale také sociální opora anticipovaná, která se vztahuje k tomu, nakolik jí jedinec od svého blízkého okolí očekává. Sociální oporu pak také udává její struktura a funkce jejího naplňování. Strukturální složka

sociální opory popisuje zejména kvantitativní charakteristiky sociální sítě daného jedince, a to její rozsah, hustotu, složení, homogenitu a heterogenitu, sociální postavení osoby a jeho rodinný stav. Funkční složka vymezuje formu podporujícího chování a funkci, jež může být materiálního či praktického rázu, informační pomoci, emoční podpory či podpory formou ocenění. Výzkumně je také na sociální oporu nahlíženo ve dvou podobách, a to jako na druh pomáhání, kdy dochází k poskytnutí emočních, informačních či materiálních zdrojů. Klíčovou se potom stává odpověď sociálního okolí jedince na potřebu pomoci. Za druhou formu sociální opory je pak považován prožitek začlenění do určité sociální sítě či patření do určité skupiny spjatý s potvrzením jedincovy osobní hodnoty či potřebnosti (Baštecká, 2015).

Ačkoli je sociální opora obecně pojímána jako poskytnutí péče a podpory člověku v tísni těmi nejbližšími, lze v jejím výzkumu rozlišit dva přístupy. První z nich vychází z psychologicko-sociologického paradigmatu sociální směny, kdy je sociální opora pokládána za určitou výměnu zdrojů probíhající mezi danými členy sociální sítě s explicitním, nebo implicitním záměrem dosáhnout osobní pohody, tzv. „well-being" (Šolcová & Kebza, 1999). Sociální opora v tomto přístupu má širší rámec a může nabývat různých úrovní. Nejširší rozsah sociální opory probíhá na makroúrovni, kdy se jedná o celospolečenský ráz pomoci potřebným. S tímto druhem se můžeme setkat v podobě finanční pomoci druhým, humanitární pomoci při živelných katastrofách apod. Sociální podpora na mezoúrovni je uskutečňována určitou skupinou lidí, jež se snaží pomoci jednomu ze svých členů, často se odehrává v různých náboženských sdruženích, zájmových spolcích a pracovním kolektivu. Mikroúroveň sociální opory můžeme demonstrovat kupříkladu na poskytování péče a pomoci matky svému dítěti či poskytnutí podpory manželovi či manželce, tato úroveň se vztahuje k vzájemné pomoci mezi nebližšími (Křivohlavý, 2009).

Psychologicko-medicínské paradigma, jež tvoří druhý přístup ve výzkumu sociální opory, ji identifikuje jako faktor moderující dopad nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdravotní stav jedince. Na sociální oporu je v této souvislosti pohlíženo jako na „nárazník“ či „tlumič“ potenciálně chránící jedince před nežádoucími důsledky stresu či protektivní faktor ve zdraví a zvládání zátěže. Protektivní význam sociální opory však není jednoznačný, neboť poskytnutí pomoci může dané osobě i škodit (Šolcová & Kebza, 1999). Výzkumně vycházíme z psychologicko-medicínského paradigmatu,

který se zaměřuje na „nárazníkový“ účinek sociální opory. V tomto duchu se zaměříme v následující kapitole na empirické zkoumání tohoto faktoru ve vztahu k zdraví jedince.

3.3.1 Výzkumy zaměřené na sociální oporu ve vztahu ke zdraví

Člověk je bytostí společenskou. Už v pravěku znamenalo „být ve skupině“ přežití a ochranu před predátory. Ještě dříve, než se člověk narodí, se stává zranitelným a závislým na svém sociálním okolí. Mimo materiální zázemí a naplňování fyzických potřeb, nabývá psychosociální aspekt života člověka zásadní význam v lidském zdraví a nemoci. Podle Holt-Lunstada (2018), který ve svém článku shromáždil řadu zajímavých zjištění z longitudinálních studií zaměřených na fyzické zdraví, jsou sociální vazby jedince rozhodujícím faktorem pro jeho přežití. Sociální opora je v současnosti považována za jeden z nejsilnějších psychosociálních faktorů determinujících zdravotní stav jedince. To se vztahuje hlavně na dlouhodobě prožívaný stres intenzivního rázu a nízkou úroveň vnímané sociální opory. Sociální epidemiologové stále více zdůrazňují význam sociální opory v procesu adaptivního zvládání, při „tlumení“ dopadu nepříznivých životních událostí na jedince a rovněž ji pokládají za významný protektivní faktor v incidenci chorob a mortality (Pelcák, 2013). Empirické důkazy, o nichž pojednáme v této kapitole, potvrzují tezi, že vnímaná sociální opora může chránit před patogenními vlivy.

K pozoruhodným výsledkům dospěli již v roce 1979 Berkman a Syme ve své studii, jíž se zúčastnilo více než 4 700 mužů a žen mezi 30 až 69 lety. U respondentů sledovali čtyři sociální okruhy, tedy status, intenzitu kontaktu s rodinou a přáteli, náboženskou příslušnost a členství ve formálních a neformálních skupinách. Následujících devět let sbírali data týkající se zdravotního stavu a sociálních vazeb. U osob, které udržovaly méně kontaktu s přáteli a se svými příbuznými, byla zaznamenána vyšší mortalita, přičemž k nejčastějším příčinám úmrtí patřila rakovina a kardiovaskulární onemocnění.

Sociální opora je již nějakou dobu spojována se srdečními potížemi, neboť empirické důkazy pro její asociaci s kardiovaskulárním systémem jsou evidentní. Cílem studie amerických vědců bylo prozkoumat souvislosti mezi sociální sítí a koronárním srdečním onemocněním u žen v pozdějším věku (N=503). Výzkumně bylo zjištěno, že širší sociální síť pozitivně koreluje s ustupujícím rizikem koronárního srdečního onemocnění, což zahrnuje nižší hladinu glukózy v krvi a krevního tlaku, užší poměr obvodu pasu a boků, snížený výskyt kouření a diabetu. Na základě svých závěrů autoři konstatují, že chudé

sociální okruhy jsou spojeny s rostoucím rizikem koronárního srdečního onemocnění. Mimoto také upozorňují, že sociálně izolované ženy jsou více než dvojnásobně ohroženy předčasným úmrtím (Rutledge et al., 2004). Barth, Schneider a von Känel (2010), kteří provedli epidemiologické zkoumání více než 1700 studií zaměřených na etiologii a prognózu kardiovaskulárního onemocnění, rovněž konstatovali, že nízká míra sociální opory pozitivně koreluje s výskytem koronárního srdečního onemocnění.

Co však činí ze sociální opory natolik silný prediktor kardiovaskulárních chorob? Pro tuto souvislost existuje několik vysvětlení. První možnou odpovědí by mohly být zdravotní návyky, které se často odvíjí od blízkého sociálního okolí jedince. Sociální opora může tlumit dopad nepříznivých událostí na jedince, díky čemuž daná osoba nemá potřebu vyhledávat zdraví škodlivé aktivity jako je kouření, konzumace alkoholu či návykových látek za cílem zmírnit negativní emoce spojené se zátěží a stresem. Této domněnce odpovídají také výzkumy potvrzující, že jedinci s vyšší mírou vnímané sociální opory méně kouří (Carlson, Goodey, Bennett, Taenzer, & Koopmans, 2002). Druhým možným vodítkem pro pochopení tohoto vztahu jsou psychosociální faktory, jejichž podíl ve vzniku kardiovaskulárních onemocnění je neustále zdůrazňován. Souvislost sociální opory se vznikem srdečních onemocnění částečně vysvětluje fyziologická stresová reakce, která může potenciálně znamenat hrozbu pro zdraví člověka, má-li chronický či opakovaný charakter. Silná sociální opora má pak „nárazníkový“ účinek vůči prožívání zátěže, s čímž je také spjatá fyziologická odpověď na stres (Barth et al., 2010).

Nedávná studie (Eisenberger, Taylor, Gable, Hilmert, & Lieberman, 2007) se zaměřila na fyziologické a neuroendokrinní pojítko mezi prožívaným distresem a sociální oporou. Probandům bylo zadáno vést si každodenně deník o sociální opoře. Následně podstupovali funkční magnetickou rezonanci (fMRI), jež posuzovala neurokognitivní reaktivitu na sociální stresory při provádění stresujícího laboratorního vyšetření. Vyšší sociální opora a snížená kortizolová odpověď byly spojeny se sníženou aktivitou v dorzální části přední cingulární kůry. V rámci tohoto předpokladu je na sociální oporu nahlíženo jako na protektivní faktor ve vztahu ke zvládání zátěže, čímž také snižuje riziko fyziologické odpovědi na stresovou reakci. Studie Millera, Cohena a Ritcheye (2002) zároveň potvrdila hypotézu, že chronický stres snižuje funkci imunitního systému, což činí daného jedince zranitelným vůči řadě nemocím (in Taylor, 2011). Autoři ve své studii zachytili „nárazníkový“ efekt sociální opory, což by mohlo znamenat také možné vysvětlení přínosu sociální opory v tělesném i duševním zdraví.

Naopak osamělost a sociální izolace se jeví jako významný faktor ve vztahu k vyšší mortalitě. Jejich souvislostí se zabývali kalifornští vědci (N=6.500) ve své longitudinální studii, jež probíhala mezi roky 2004–2012, u mužů a žen ve věku 52 let. Jako statisticky významný se podle analýzy dat prokázal vztah sociální izolace s vyšší mortalitou, osamělost však signifikantní hodnoty nenabyla (Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013). Na základě řady zmíněných studií je možné konstatovat, že sociální opora nejenže prospívá tělesnému zdraví, ale se zdá jako kladný činitel v otázkách přežití.

4. Psychosociální aspekty nemoci v kontextu dopravního prostředí

Psychosociálních aspekty nemoci se v současnosti těší značné empirické pozornosti. Zároveň však stále roste počet obětí civilizačních chorob a psychosomatických obtíží, na něž jsou současná zdravotnická *technika* a lékařské *postupy* „krátké“. Naše práce je věnována nejen snaze prozkoumat míru psychosomatického zatížení u jedné z nejnáročnějších profesí, ale také nalézt psychologické činitele ovlivňující zdravotní stesky. Pro přehlednost jsme se rozhodli vytvořit tuto kapitolu, která shrnuje výzkumné poznatky zmíněné v teoretické části, a jež zároveň slouží jako teoretický rámec pro naše empirické zkoumání.

Rizika spjatá s výkonem profesionálního řidiče se pohybují od nadměrného psychického zatížení po psychosomatický symptom. Existuje nepřeberné množství studií, které ukazují, že jsou řidiči ve zvýšené míře ohroženi kardiovaskulárním onemocněním. Srdeční potíže se navíc umístily na prvním místě jako nejčastější příčina úmrtí u řidičů autobusu (Michaels & Zoloth, 1991). Z oběhových potíží trápí řidiče autobusu a tramvaje nejvíce koronární srdeční onemocnění (Rosengren et al, 1991). Jeho výskyt je vysvětlován pracovním stresem a znečištěným ovzduším. Výzkumy také ukazují, že jsou profesionální řidiči ohroženi esenciální hypertenzí (Platek et al., 2017). Dalšími zdravotními problémy s nejvyšší prevalencí mezi řidiči jsou muskuloskeletální onemocnění a nejčastěji se týkají bolestí zad, krční páteře (Yasobant et al., 2015) a přetížení bederní páteře (Tamrin et al., 2014). Dle některých autorů trápí řidiče kromě bolesti zad navíc gastritida, bolesti hlavy a hemoroidy (Costa et al., 2001). Výskyt gastrointestinálních potíží u této exponované profese autoři chápou převážně jako důsledek prožívání pracovního stresu (Huerta-Franco et al., 2013). Co však činí řidiče městské hromadné dopravy jednou z nejvíc zatěžovaných profesí na světě vůbec (Holme et al., 1977)? Mimo náročné pracovní podmínky, o nichž jsme již pojednali, sehrávají klíčovou roli v otázkách zdraví pravděpodobně také psychologické okolnosti. Následující text je věnován poznatkům o faktorech, jež by mohly potenciálně představovat riziko či naopak protektivní význam pro lidské zdraví.

Jedním z korelátů psychosomatických symptomů se zdá být osobnost. Výzkumně se autoři shodují, že vysoké skóre svědomitosti a nízká úroveň neuroticismu pozitivně korelují s dobrou zdravotní kondicí (Chapman et al., 2011). Podle Jokely et al. (2014) snižuje vysoké skóre svědomitosti riziko výskytu kardiovaskulárního onemocnění. Neuroticismus

naopak představuje riziko pro rozvoj ischemické choroby srdeční. Rosmalen et al. (2007) vysvětlují tuto korelaci tendencí neurotických osob zakoušet dysforické pocity, pročež nastává dysregulace autonomního nervového systému a hypotalamo-hypofyzo-adrenokortikální osy. Sutin et al. (2010) zjistili, že nízké skóre svědomitosti a vysoké skóre neuroticismu je spojeno se zvýšenou hladinou interleukinu -6, který je příčinou snížené funkce imunitního systému a rozvoje chronických onemocnění. Chabé zdraví neurotiků však může znamenat pouze vedlejší důsledek zdraví škodlivého chování, k němuž se neurotici uchylují za cílem zmírnit negativní emoce (Contrada et al., 1999) či zkrátka tendencí vnímat svůj zdravotní stav pesimisticky (Hoerger et al., 2016). Salutogenním osobnostním činitelem se naopak zdá být svědomitost, která je spojována s dožitím vyššího věku (Jokela et al., 2013). Proč tomu tak je, může částečně zodpovědět fakt, že osoby s vysokým skóre svědomitosti inklinují k zdraví prospěšným aktivitám a zdravému životnímu stylu (Bogg & Roberts, 2004).

Způsoby vyrovnávání se se zátěží se jeví být také protektivním či naopak rizikovým faktorem pro rozvoj zdravotních stesků. Maladaptivní, na emoce zaměřené copingové strategie, pro něž je typické vyhýbání se aktuálně působícímu stresoru mohou souviset s úzkostnou a somatizační poruchou (Leonidou et al., 2016). Odklonový coping představuje potenciální riziko v podobě intenzivnějšího zakoušení psychického distresu a chabého zdraví (Nowack, 1989). To však nemusí být jednoznačné. Zdravotní problémy jsou totiž vysvětlovány nežádoucím zdravotním chováním, které spadá pod coping zaměřený na emoce (Sudha & Reddy, 2018). Příklonové copingové strategie, jež reprezentují aktivní a úspěšnou konfrontaci s existujícím problémem, naopak pozitivně korelují s lepší fyzickou kondicí a s nižším výskytem infarktu myokardu a mrtvice (Svensson et al., 2016). Mezi specifické copingové strategie, které hrají roli ve vzniku psychosomatických potíží, patří zejména sebeobviňování, denní snění, fantazijní únik a wishful thinking/emotionality (Vingerhoets & Van Heck, 1990). Odklonové strategie tedy obecně považujeme v našem výzkumu za ukazatel maladaptivního vyrovnávání se se zátěží, s nímž přichází zdraví ohrožující chování a tendence zmírnit nežádoucí emoce zátěže nejrychlejší možnou cestou.

Schopnost čelit náročné životní situaci tváří v tvář a nepodlehnout přitom zátěži, ať už na fyzické či duševní úrovni, údajně podporuje osobnostní rys SOC. Výzkumy ukazují, že je tento osobnostní konstrukt protektivním prvkem nejen z hlediska zdraví, ale také přežití (Boeckxstaens et al., 2016). SOC je taktéž spojováno s kladnějším sebehodnocením zdraví,

nižší frekvencí somatických a psychických potíží, vyšší kvalitou života a životní spokojeností (García-Moya et al., 2013).

Každý člověk na vlastní kůži již pocítil, že přítomnost druhé osoby může významně napomoci v překonání životních krizí i všedního distresu. Sociální opora je pojímána jako protektivní faktor v mnoha souvislostech jak teoreticky, tak výzkumně. Výzkumy ukazují, že nadměrný stres a nízká úroveň sociální opory přispívají k horšímu zdraví (Kaplan, Toshima, 1990). Důvodem může být vyšší fyziologická odpověď organismu na stresor v důsledku chudých sociálních vztahů. Dochází pak k chronické či rekurentní aktivaci určitých neurofyziologických procesů, zodpovědných za funkci imunitního systému, oběhové soustavy apod. Zátěž pak vyvolává abnormální sympatické odpovědi, jež přispívají k rozvoji hypertenze či koronárního srdečního onemocnění (Taylor, 2011). Tento vztah je také kromě psychobiologického hlediska možné vysvětlit tím, že poskytnutí sociální opory druhému, tlumí dopad zátěže, díky čemuž daná osoba necítí potřebu vyhledávat zdraví ohrožující chování, jako je užívání nežádoucích látek apod.

Ve finále teoretické části si dovolujeme vytvořit prostor pro plynulé navázání do zkoumané problematiky uvedením krátké myšlenky. Psychosomatický obraz nemoci analogicky přirovnáváme k mozaice. Mozaika psychosomatického onemocnění má určitý podklad, na němž stojí. Z čeho je tvořena? Jak dlouho trvalo, než byla vytvořena? Aby však existovala, musí mít autora. Kdo je autorem? Odkud pochází? A proč existuje? Abychom získali její skutečnou a výslednou podobu, je třeba počítat i s těmi zdánlivě nepatrnými elementy, jež by se mohly nějakým způsobem podílet na jejím celkovém obrazu. V teoretické části jsme si nakreslili návrh mozaiky nemoci jako psychosomatického jevu. Zabývali jsme se potenciálními činiteli v lidském zdraví. Praktická část bude orientována na alespoň částečné doplnění mezer, jež v naší psychosomatické „mozaice“ stále chybí.

EMPIRICKÁ ČÁST

5. Vymezení výzkumného problému a cílů

Samotné řízení je náročné nejen z hlediska začínajícího řidiče, ale také z pohledu profesionála, který za volant zasedá pravidelně na delší časový úsek. Fakt, že profesionální řidič stráví za volantem většinu dne i noci, přičemž je očekáváno, že bude po celou dobu připraven k pohotovosti jednat v případě náhle vzniklé dopravní překážky a splní očekávaný časový úsek za předem danou dobu, poukazuje na možnost pociťování tělesné, psychické i emocionální zátěže. Je zřejmé, že pro výkon profesionálního řidiče je nutné mít jistou psychosomatickou kapacitu vyplývající z komplexnosti a náročnosti řízení (Havlík, 2005). Přestože existuje velké množství výzkumů, zabývajících se negativními vlivy výkonu profesionálního řidiče, je jen málo studií zaměřených na individuální rozdíly mezi řidiči v zakoušení psychosomatické zátěže.

V úvodu jsme nastínili problematiku, jíž se v této práci zabýváme. V teoretické části jsme pojednali o psychosomatické problematice a o možných korelátech zdravotních obtíží. Věnovali jsme pozornost výskytu zdravotních stesků u specifické skupiny vystavené nadměrné zátěži, řidičům z povolání. Ve výzkumné části se pokusíme empiricky prozkoumat, zda profesionální řidiči skutečně prožívají psychosomatické zatížení. Mimoto si klademe za cíl zjistit, jaké konkrétní psychosomatické stesky tíží řidiče z povolání. Dalším cílem výzkumu je snaha zodpovědět, zda existuje vztah mezi prožívanou psychosomatickou zátěží řidičů z povolání, vybranými osobnostními charakteristikami, copingovými strategiemi, sociální oporou, osobnostní nezdolností typu SOC a mírou alexithymie. Stanovili jsme si následující výzkumné cíle:

1) Zjistit, zda řidiči z povolání zakouší psychosomatickou zátěž.

2) Provést deskripci zdravotních stesků u profesionálních řidičů.

3) Popsat vztahy mezi vybranými proměnnými a psychosomatickou zátěží u zkoumané populace.

Praktické využití plánovaného výzkumu spatřujeme v aplikování zjištěných souvislostí při výběru zaměstnanců na pozici řidiče z povolání, tedy v podání jakéhosi praktického „návodu“ dopravním podnikům pro sestavení profilu řidiče, který bude zátěži odolávat snáz či hůř. Získané poznatky bude také možné uplatnit v dopravních společnostech v rámci péče o stávající řidiče.

5.2 Výzkumná otázka a hypotézy

Již jsme zmínili, že jedním z cílů diplomové práce je prozkoumat, zda jsou profesionální řidiči skutečně ohroženi psychosomatickou zátěží a trpí zdravotními stesky, v jejichž původu vzniku sehrávají roli psychosociální faktory. V rámci výzkumného plánování nám pro zkoumání této proměnné slouží výzkumná otázka:

VO$_1$: *Prožívají profesionální řidiči psychosomatickou zátěž?*

Pojali jsme ji formou tázací hned z několika důvodů. Hlavním důvodem se stala nedostupnost standardizované metody, jež by zjišťovala přítomnost psychosomatických potíží. Výsledná hodnota samotná by tedy pro nás postrádala význam. Dalším z důvodů byla snaha zkoumat sledovanou proměnnou co možno nejvíc „komplexně“, neboť se jedná o široký pojem. Pokusíme se tedy zodpovědět, zda se u řidičů objevují zdravotní stesky psychosomatického charakteru, a jaké potíže trápí řidiče v nejčetnějším zastoupení. Přihlédneme k pohlaví, věku respondentů a také srovnáme míru psychosomatické zátěže u řidičů autobusu a tramvají.

Jakmile získáme bližší představu o rizicích výkonu tohoto povolání, zaměříme se na testování jednotlivých hypotéz, vztahujících se k psychosociálním faktorům, jež by potenciálně mohly přispívat k rozvoji psychosomatických obtíží.

V rámci našeho výzkumu se zaměříme na zkoumání osobnostních charakteristik nejen jako situačně nezávislých rysů, ale také v kontextu dopravního prostředí jako dopravně specifických rysů. Dosud provedené studie poukazují na to, že neurotické osoby daleko více referují o zdravotních stescích než emocionálně stabilní jedinci. Podle Costy a McCrae (1987) jsou neurotičtí jedinci silně predisponováni k zakoušení dysforických pocitů jako je hluboký smutek a intenzivní úzkost, obavy či pocity napětí. Sutin et al. (2010) se domnívají, že v důsledku prožívání nadměrného stresu či úzkosti dochází ke selhání imunitního systému. Weston a Jackson (2015) konstatují, že právě to je důvodem, proč osoby vysoko skórující v neuroticismu, dosahují nižšího věku a jsou náchylnější k nemocem. Specificky je vysoká úroveň neuroticismu spojována s rizikem ischemické choroby srdeční (Jokela et al., 2014). Tendence k prožívání zátěže může však postihovat také behaviorální stránku života neurotického jedince v podobě užívání návykových látek, medikamentů, kouření a konzumace alkoholu (Contrada et al., 1999) za účelem snížit

aktuálně prožívaný distres. Dle některých autorů dimenze neuroticismu rovněž koreluje s negativněji vnímaným zdravím (Hoerger et al., 2016). Z těchto důvodu předpokládáme, že u participantů s vysokou úrovní neuroticismu nejen jako situačně nezávislého rysu, ale také dopravně specifického, bude patrná přítomnost subjektivně prožívaných psychosomatických obtíží:

H_1: *Úroveň situačně nezávislého neuroticismu pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

H_2: *Úroveň dopravně specifického neuroticismu pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Dimenze svědomitosti je obecně považována za protektivní faktor na straně jedince v otázkách lidského zdraví, a to v souvislosti se silnou schopností sebekontroly. Svědomití jedinci pak inklinují ke zdraví prospěšným aktivitám jako je zdravé stravování, pravidelný režim dne či pohyb, bezpečné řízení, vyhýbání se užívání návykových látek, kouření a alkoholu (Bogg & Roberts, 2004). Podle Bogga a Robertse (2004) se osoby s vysokou úrovní svědomitosti vyznačují pevnějším zdravím a dosahují vyššího věku právě z důvodu vyhledávání těch aktivit, které podporují fyzickou i duševní kondici jedince. Proto jsme vyslovili tyto předpoklady:

H_3: *Úroveň situačně nezávislé svědomitosti negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

H_4: *Úroveň situačně nezávislé svědomitosti negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Pokusíme se rovněž zjistit souvislost rysu extraverze s psychosomatickými stesky. Podle Roozena et al. (2009) inklinují extravertní jedinci k sportovním aktivitám, což následně pozitivně ovlivňuje tělesnou zdatnost, také je však doloženo, že vyhledávají daleko častěji zdraví ohrožující chování jako je kouření a konzumace alkoholu, jež postihují zdravotní stav (Munafo et al., 2007). Následující hypotézy se vztahují z tohoto důvodu k rysu extraverze:

H_5: *Úroveň situačně nezávislé extraverze negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

H_6: *Úroveň dopravně specifické extraverze negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Další významnou proměnnou na straně jedince, jež souvisí s výskytem zdravotních stesků a prožíváním psychosomatické zátěže, jsou copingové strategie. Podle Nowacka (1989) copingové strategie významně souvisí se zdraví ovlivňujícím chováním a jsou významným prediktorem míry prožívaného stresu i zdravotního stavu. Předpokládáme, že maladaptivní copingové strategie budou souviset s intenzivnějším zakoušením psychosomatické zátěže:

H_7: *Preference maladaptivních copingových strategií pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Dalším zkoumaným faktorem je alexithymie. Jedná se o poměrně stálý osobnostní rys, jenž je v současnosti dáván vědecky do mnoha souvislostí. U běžné populace je jeho výskyt v malé míře očekávaný. Pakliže dosahuje vyšších hodnot, může představovat riziko v podobě určité psychopatologie. Je spojován s horší imunitní funkcí a kardiovaskulárními poruchami (Chromý, 2006). Jeho souvislost se vznikem psychosomatických potíží je vysvětlována jako odvracení se od vnitřních zraňujících pocitů k tělesné stránce, kdy je fyzická bolest pro jedince snesitelnější než prožitek nepříjemných emocí (Procházka, 2011). Z toho důvodu jsme se přiklonili k prozkoumání také tohoto teoretického konstruktu:

H_8: *Míra alexithymie pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Osobnostní nezdolnost se jeví být účinným protektivním faktorem vůči rozvoji nemocí. Salutogenní vliv SOC potvrdila komplexní studie García-Moya et al. (2013). Podle analýzy dat vysoké skóre SOC asociovalo s kladnějším hodnocením zdraví, nižší frekvencí somatických a psychických potíží, vyšší kvalitou života a životní spokojeností. Podle Mayera a Thiela (2014) jsou jedinci s vysokou úrovní SOC nejenže odolnější, ale také úspěšnější. Na základě výše uvedených studií pohlížíme na osobnostní nezdolnost typu SOC jako na účinný salutogenní prvek a uvádíme tak následující hypotézu:

H_9: *Míra SOC negativně koreluje s úrovní psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Výzkumně si dále klademe otázku, jak souvisí sociální život jedince s jeho zdravotními stesky. Současné studie se snaží postihnout nejen souvislost sociální opory s konkrétními zdravotními obtížemi (Barth et al. 2010), ale také mortalitou (Rutlege et al., 2004). Sociální opora pravděpodobně sehrává protektivní faktor ve zdraví ovlivňujícím

chování jako je kouření (Carlson et al., 2002). Díky dostupným zdrojům jsme tedy zformulovali následující hypotézu:

H_{10}: *Míra sociální opory negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

6. Výzkumné metody

Pro potřeby výzkumu a zodpovězení výzkumných cílů jsme použili několik dotazníkových metod, z nichž byla následně vytvořena testová baterie. Jednalo se konkrétně o Symptomatologický inventář (BEB), Inventář dopravně relevantních charakteristik osobnosti (TVP), Strategie zvládání stresu (SVF-78), Torontskou alexithymickou škálu (TAS-20), Dotazník nezdolnosti SOC a Multidimenzionální škálu vnímané sociální opory (MSPSS). Do testové baterie byl navíc zahrnut demografický dotazník mapující věk, pohlaví, délku praxe a místo výkonu práce a subjektivně hodnocený zdravotní stav. V demografickém dotazníku jsme se tázali také na konkrétní zdravotní potíže a zjišťovali, co považují respondenti na svém povolání jako nejvíc zatěžující, abychom měli možnost při zodpovídání výzkumné otázky **VO₁** přihlédnout k více faktorům.

Při výběru testových metod jsme zohledňovali jejich zaměření, časovou náročnost a srozumitelnost položek, abychom eliminovali pravděpodobnost nevalidního vyplnění v průběhu snímání. V následujících podkapitolách bychom rádi představili jednotlivé testové metody.

6.1 Symptomatologický inventář (BEB)

Absence standardizovaných dotazníků, zaměřených na psychosomatickou symptomatiku, činila výběr metody poměrně problematickým. S ohledem na tuto skutečnost byl zvolen Symptomatologický inventář (Beschwerdenerfassungsbogen, BEB) jehož pomocí lze usuzovat jedincovy psychosomatické obtíže či vnímanou psychosomatickou zátěž. Autory toho dotazníku jsou Kasielke, Mobius a Scholze (1974).

Dotazník je tvořen 50 položkami zaměřenými na zdravotní potíže, jejichž frekvenci dále respondent vyznačí na pětibodové odpověďové škále Likertova typu. Symptomatologickým inventářem lze jednak mapovat celkovou míru vnímané psychosomatické zátěže sečtením bodů uvedených u daných položek, jednak dílčí oblasti zátěže pomocí sečtení položek u dílčích škál. Výsledné hodnoty mohou nabývat od 50 do 250 bodů, přičemž platí, že čím je hodnota nižší, tím respondent vykazuje méně zdravotních stesků. S výsledky lze nadále pracovat pomocí standardních statistických metod (Kasielke, Mobius, & Scholze, 1974).

Získané hodnoty slouží jako ukazatel kvantity psychosomatických obtíží. Metoda BEB sestává z deseti škál, které jsou hierarchicky členěny na dvě dílčí, a to na škálu Somatická zátěž, která se týká funkčních tělesných stesků a škálu Psychická zátěž. Tyto dvě škály jsou odvozené ze sedmi dílčích subškál (Kasielke, Mobius, & Scholze, 1974). Pro přehlednost jsme se je rozhodli shrnout do tabulky 1.

Tabulka 1 *Přehled subškál Symptomatologického inventáře.*

	Škály	**Položky**
Základní	1. Zažívací obtíže	1-6
	2. Poruchy oběhového systému a dýchání	7-13
	3. Hospodaření s tekutinami	14-17
	4. Neurastenické a psychastenické obtíže	18-27
	5. Hypochondricko-anankastické obtíže	28-34
	6. Sociální útlum	35-42
	7. Fóbie	43-50
Odvozené	8. Somatická zátěž, funkční tělesné stesky	1-23, 49, 50
	9. Psychická zátěž	24-48
	10. Celkový skór	1-50

Symptomatologický inventář není v České republice příliš používán. V českých odborných pramenech nacházíme například studii Kohoutka, Blatného a Brédy (2003), kteří aplikovali tuto metodu pro své výzkumné účely. K této metodě se i my přikláníme. Předpokládáme, že nám dílčí škály umožní lépe porozumět zdravotním steskům u zkoumané populace. Výhodou BEB je poměrně malá časová náročnost a možnost získání konkrétnějších výsledků díky srozumitelnému a jasnému členění škál.

6.2 Inventář dopravně relevantních vlastností osobnosti (TVP)

Osobnostní charakteristiky řidičů jsme se rozhodli zkoumat pomocí metody TVP, jejíž název je v plném znění Test zur Erfassung verkehrsrelevanter Persönlichkeitsmerkmale (Spicher & Hänsgen, 2003). Tento osobnostní dotazník vychází z pětifaktorového modelu osobnosti s tím, že ho zároveň aplikuje na dopravní prostředí. Tudíž přináší informace nejen o osobnostních rysech probanda z obecného hlediska, ale také z pohledu dopravně specifických situací. Vyhodnocením lze získat dva výsledné osobnostní profily, situačně nezávislý a dopravně specifický. Nabízí tak možnost vzájemně porovnat situačně nezávislé

a dopravně specifické osobnostní charakteristiky probanda z pohledu pětifaktorové teorie osobnosti, což je nespornou výhodou. Pravděpodobně z toho důvodu se tato metoda stala jedním z nejpoužívanějších pracovních nástrojů dopravních psychologů. Původní verze TVP byla tvořena 167 položkami a obsahovala škály Extraverze, Neuroticismus, Svědomitost, Přívětivost, Otevřenost ke zkušenosti, Bagatelizace, Reaktance, Užívání alkoholu a Zdravotní obtíže. Dnes je tato verze považována za formu B, z níž se vyvinula zkrácená verze známa jako forma A. Ta nyní obsahuje 138 položek (Spicher, & Hänsgen, 2003). Dopravně specifickými škálami zkrácené verze jsou:

1) Extraverze: vysoké skóre extraverze je spojováno se zvýšenou ochotou riskovat a problematickým řízením. Nízká úroveň indikuje rozvážnost a opatrnost v dopravním prostředí.

2) Neuroticismus: emocionální labilita v kontextu dopravní situace poukazuje na nižší odolnost vůči zátěži, úzkosnost. Naopak emocionální stabilita asociuje s vyrovnaností a sebejistotou.

3) Svědomitost: vysoké skóre svědomitosti je spojováno se schopností sebekontroly, cílevědomým a starostlivým jednáním, malou pravděpodobnost rizikového řízení a ochotou podstoupit zátěž. Nízká úroveň svědomitosti indikuje nedbalost za volantem a tendenci k porušování dopravních předpisů.

4) Otevřenost ke zkušenosti: vysoká úroveň je popisována intelektuální flexibilitou a zvídavostí, nízké skóre poukazuje naopak na sklony k umírněnosti a zdrženlivosti.

5) Přívětivost: vysoké skóre tohoto rysu se projevuje vyhledáváním sociálního kontaktu, mírumilovností, tolerancí a koopertativitou. Nízká úroveň může představovat pravděpodobnost problematického řízení a sklony k nedůvěřivosti, nepřizpůsobivosti a neústupnosti.

6) Bagatelizace: zjišťuje tendence k přeceňování či naopak podceňování na dvou krajních pólech, otevřenosti a bagatelizaci. Otevřenost asociuje s ochotou přiznat vlastní nedostatky, bagatelizace je spojena s popíráním vlastních slabostí.

7) Reaktance: vymezuje míru respektování norem a pravidel či naopak odmítání kontroly a dopravních předpisů.

Metoda TVP vykazuje dobrou vnitřní konzistenci, hodnoty jednotlivých škál se pohybují mezi 0,64 až 0,83 Cronbachova koeficientu alfa. Nejnižších hodnot vnitřní

konzistence dosahují škály přívětivosti, ať už se jedná o situačně nezávislou či dopravně specifickou. Nejedná se však o ojedinělý případ, tuto tendenci lze sledovat i u jiných osobnostních inventářů (Rudá & Černochová, 2016).

6.3 Dotazník strategií zvládání stresu (SVF-78)

Dotazník strategií zvládání stresu SVF-78 (Streßverarbeitungsfragebogen) je zkrácenou verzí SVF-100. Tento multidimenzionální sebeposuzovací inventář vytvořili Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová (Janke & Erdmann, 1997) a slouží k identifikaci individuálních tendencí ve způsobech reagování na stres v zátěžových situacích. Vychází z Lazarusovy teorie stresu. V rámci této metody je na stres nahlíženo jako na psychický a somatický stav, jenž je způsoben dlouhotrvající či náhlou a intenzivní odchylkou od obvyklé úrovně excitace. Zpracování tohoto stavu poté probíhá jednak tělesně, formou fyziologických adaptačních mechanismů, jednak psychickými procesy v podobě strategií zvládání stresu. Předpokládá se, že copingové strategie jsou relativně stabilní v čase a natolik vědomé, že je lze pomocí verbálních metod zjistit. Zároveň je zvládání stresu považováno za relativně nezávislé na druhu zátěžové situace či stresoru. Na tomto předpokladu je dotazník SVF-78 založen (Švancara, 2003). Metodu SVF-78 tvoří, jak již název napovídá, 78 položek, které jsou dále rozděleny do 13 subtestů, jež jsou znázorněny na tabulce 2.

Tabulka 2 Přehled subtestů dotazníku SVF-78.

Pozitivní	*1. Podhodnocení:* sklony k přisuzování menší míry stresu v porovnání s ostatními
	2. Odmítání viny: popírání vlastního podílu na vzniklé situaci, nepřijetí odpovědnosti
	3. Odklon: od zátěžových a stresujících situací či aktivit
	4. Náhradní uspokojení: příklon k pozitivním situacím či příjemným činnostem
	5. Kontrola situace: tendence převzít kontrolu nad situací za účelem řešení problému
	6. Kontrola reakcí: tendence kontrolovat alespoň to, co je dostupnější, tj. vlastní reakce
	7. Pozitivní sebeinstrukce: připisování kompetencí a schopnosti kontroly vlastní osobě
	8. Potřeba sociální opory: vyhledávání emoční podpory v mezilidském kontaktu
	9. Vyhýbání se: přání vyhnout se činnostem či situacím, jež vyvolávají stres
Negativní	*10. Úniková tendence:* rezignační tendence vyváznout z aktuálně působícího stresoru
	11. Perseverace: neschopnost odpoutat se od zátěže spojená s ruminací
	12. Rezignace: vzdání se napospas stresoru s pocitem bezmoci či beznaděje
	13. Sebeobviňování: tendence přisuzovat vlastní podíl na vzniku zátěžové situace

Každému subtestu odpovídá šest položek. Subtesty 1–7 zjišťují pozitivní copingové strategie, subtesty 10–13 identifikují negativní strategie zvládání stresu. Subtesty 8 a 9 nehodnotí ani pozitivní ani negativní copingové strategie, nýbrž vyžadují zvláštní interpretaci s ohledem na ostatní copingové strategie. Doba snímání této metody se pohybuje přibližně okolo 15 minut (Švancara, 2003).

Hodnoty vnitřní konzistence subtestů SVF-78 se pohybují v rozmezí 0,77 až 0,94 Cronbachova koeficientu alfa, s tím, že nejnižších hodnot dosahují subtesty Odklon (0,77) a Kontrola situace (0,79). Naopak subškály Perseverace (0,93) a Potřeba sociální opory (0,94) vykazují nejvyšší vnitřní konzistenci (Švancara, 2003).

6.4 Torontská alexithymická škála (TAS-20)

Pro zjištění úrovně alexithymie byla zvolena Torontská alexithymická škála (TAS-20), jež je jednou z nejpoužívanějších testových metod v souvislosti s konceptem alexithymie (Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Ačkoli je tento osobnostní rys spojován především s psychopatologií, jeho výskyt je v malých hodnotách v populaci považován za poměrně běžný (Chromý, 2006). Alexithymie je v současnosti zkoumána v mnoha souvislostech, nás však zajímá zejména její asociace s psychosomatickými stesky.

Výhodou TAS-20 je její malá časová náročnost a snadná administrace, neboť sestává pouze z 20 položek. Položky jsou formulovány jako výrok, s nímž následně respondent vyjadřuje míru souhlasu či nesouhlasu na pětipodobé škále. Dotazník tvoří tři subškály:

1) Těžkost identifikovat emoce – vypovídá o jedincově neschopnosti rozlišit mezi emocemi a fyzickými projevy emocionálního rozrušení.

2) Těžkost popsat emoce – projevující se při snaze diferencovat prožitky jiných lidí.

3) Externě orientované myšlení – udává tendenci k odvracení se od vnitřního psychického prožívání k vnějšímu dění.

Výsledný skór se po sečtení odpovědí pohybuje v rozmezí 20 až 100 bodů, kdy pod 51 se ještě nejedná o alexithymii. Jestliže se hodnota nachází mezi 52 až 60 body, je přítomna pravděpodobnost výskytu alexithymie. Nad 61 se již zřejmě jedná o alexithymii. Vedle snadné administrace zde stojí další klady TAS-20, jako jsou dobré psychometrické

vlastnosti. Metoda vykazuje poměrně dostatečnou vnitřní konzistenci s hodnotou 0,81 Cronbachova koeficientu alfa (Bagby, Parker, & Taylor, 1994).

6.5 Dotazník nezdolnosti typu sense of coherence (SOC)

Dotazník nezdolnosti typu sense of coherence (SOC) vytvořil Antonovsky k zjišťování smyslu pro soudržnost. Teoretický konstrukt SOC je zde chápán jako poměrně stabilní pocit jedince, že vnitřní i vnější události v jeho životě mají jistý řád, díky čemuž k nim přistupuje jako k srozumitelným a předvídatelným. Zároveň je s tím spjatá víra v účinnost zdrojů, kterými daná osoba disponuje k překonání životních nároků. Antonovskeho koncept SOC je založen na předpokladu, že každou životní obtíž lze vnímat zároveň jako výzvu, která umožňuje příležitost pro osobnostní růst. Srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost jsou zde chápány jako komponenty, které společně vytvářejí rámec konstruktu SOC (Křivohlavý, 1990).

Metoda SOC je tvořena 29 výroky, přičemž 11 položek se vztahuje k dimenzi Srozumitelnosti, 10 položek měří dimenzi Zvládnutelnosti a 8 položek spadá po dimenzi Smysluplnosti. Respondent vyznačuje míru souhlasu či nesouhlasu s výroky na sedmibodové odpověďové škále Likertova typu. Výsledný celkový skór se pohybuje od 29 bodů po 203 bodů. Výhodou této metody je relativně snadná administrace a krátká doba snímání a možnost získat výsledné hodnoty k dílčím komponentám SOC (Křivohlavý, 1990).

Antonovsky (1993) vnímá teoretický konstrukt SOC jako globální osobnostní nastavení SOC a schopnost čelit úspěšně životním těžkostem i výzvám. V tomto kontextu hovoří o pohybu od moci k ne-moci.

6.6 Multidimenzionální škála vnímané sociální opory (MSPSS)

Multidimenzionální škála vnímané sociální opory (Multidimensional scale of perceived social support) slouží, jak již název naznačuje, k hodnocení vnímané sociální opory. Tento sebeposuzovací inventář je tvořen 12 výroky (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).

Respondent vyjadřuje s výroky míru souhlasu na sedmibodové Likertově škále, přičemž číslo jedna znamená silný nesouhlas a číslo sedm naopak silný souhlas. Pomocí těchto položek je možno zjistit úroveň vnímané sociální opory v třech oblastech z hlediska zdroje opory. Specificky se jedná o škály:

1) Vnímaná sociální opora od rodiny

2) Vnímaná sociální opora od přátel

3) Vnímaná sociální opora od blíže nespecifikovaných významných osob

Jednotlivé oblasti se vztahují vždy ke čtyřem konkrétním položkám, které po sečtení mohou dosáhnout maximálního skóru 28. Sečtením všech subškál získáme hrubý skór, který může dosahovat od 12 do 84 bodů (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).

Metoda MSPSS byla navržena pro rychlou a snadnou administraci (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). I z toho důvodu jsme MSPSS zvolili jako nástroj pro účely našeho výzkumu.

7. Popis metodologického rámce

Již jsme pojednali o cílech diplomové práce a výzkumných nástrojích, pomocí nichž budeme ověřovat hypotézy. Nyní se pokusíme specifikovat metodologickou stránku výzkumu. Představíme výzkumný design, popíšeme, jakým způsobem probíhal sběr dat a budeme se zabývat metodami analýzy dat. Mimoto bychom rádi věnovali prostor etickému rámci výzkumu.

7.1 Výzkumný design

S ohledem na účely plánovaného výzkumu byla zvolena kvantitativní metodologie. Psychosomatická problematika je těžce uchopitelným tématem. Z toho hlediska by se zdály být kvalitativní metody vhodnou volbou. Bylo by možné se hlouběji zaměřit na zdravotní stesky a případně pochopit jejich psychosomatický podklad. Nelze však jednoznačně popřít fakt, že by bylo zároveň problematické popsat asociaci mezi zakoušením psychosomatické zátěže a vybranými psychosociálními faktory. Kvantitativní metody nám umožní naplnit tento cíl. Z toho důvodu považujeme kvantitativní podobu výzkumného designu za ideální. Výzkumně se tedy pokusíme dosáhnout stanovených cílů pomocí deskripce a korelační analýzy.

Jako závisle proměnnou jsme stanovili subjektivně vnímanou míru psychosomatické zátěže ve vztahu k následujícím nezávisle proměnným: vybrané osobnostní charakteristiky, copingové strategie, vnímaná sociální opora, alexithymie a nezdolnost typu SOC.

7.2 Strategie sběru dat

Poté, co jsme shromáždili poznatky, stanovili hypotézy a sestavili testovou baterii, kontaktovali jsme dopravní společnosti s prosbou o spolupráci. Pro získání potřebných dat byla zvolena forma záměrného výběru přes instituci a metoda sněhové koule. Sběr dat proběhl u řidičů několika dopravních společností:

1) ČSAD[10] Vsetín a.s., pobočka Jablunkov

[10] Československá státní autobusová doprava.

2) Dopravní podnik města Prahy (DPP)

3) Dopravní podnik města Ostravy (DPO)

Prostřednictvím dopravních podniků byli potenciální respondenti osloveni s žádostí o účast na výzkumu. V případě zájmu o účast byli následně vyzváni k vyplnění tištěné verze testové baterie. Vzhledem k dobré spolupráci, tak proběhlo nejčastěji na školení, před jehož začátkem byli respondenti osloveni a požádáni o vyplnění. Skupinová administrace se týkala zejména ČSAD Jablunkov a částečně DPP. Zdála se být nejvhodnějším způsobem zadání vzhledem k rozsáhlosti testové baterie. U respondentů DPO proběhl sběr dat individuální formou. Doba snímání testové baterie trvala zhruba 50 minut, což bylo velkou nevýhodou, a proto jsme navrhnuli dopravním podnikům zpětnou vazbu k jejich pracovníkům a další závěry ze studie. Sběr dat probíhal od prosince 2017 do dubna 2018.

7.3 Metody analýzy a zpracování dat

Otázky volby metod zpracování dat jsou součástí plánování každého výzkumu. Jedním ze stěžejních kroků bylo rozhodnutí, zda použít parametrické nebo neparametrické statistické metody. Provedli jsme tedy testy normality, konkrétně Shapirův-Wilkův test, Kolmogorův-Smirnovův test a Liliesforfův test, abychom zjistili, zda mají naše data normální rozdělení. Dalším krokem bylo ověření vnitřní konzistence testových metod, které jsme provedli pomocí Cronbachova koeficientu alfa. Před započetím samotného matematicko-statistického šetření, jsme se taktéž zaměřili na deskriptivní statistiky použitých dotazníků a výzkumného souboru.

Pro porovnání rozdílů v míře psychosomatického zatížení z hlediska pohlaví respondentů či pracovního dopravního prostředku jsme použili Mann Whitneyův U test, také jsme pracovali s porovnáním nezávislých výběrů pro sledování rozdílu v prožívání psychosomatické zátěži z hlediska věku. Dalším z použitých statistických metod byla Spearmanova korelace. Ta byla zvolena pro posuzování vztahu mezi jednotlivými zkoumanými faktory.

Statistickou analýzu dat jsme prováděli pomocí programu Statistica verze 13.4 společnosti TIBCO Statistica™. Pracovním programem se nám rovněž stal Microsoft Word Excel, pomocí něhož jsme zpracovávali získaná data do elektronické podoby a znázornili

demografické údaje formou tabulek, kontingenčních tabulek, koláčových grafů a histogramů.

7.4 Etické otázky výzkumu

Každý badatel ve svém výzkumu usiluje o co nejvěrnější a nejspolehlivější data. S tím však také přichází záludné etické otázky a nutnost mít na paměti princip primum non nocere[11]. Ve výzkumu se střetávají na jedné straně hodnoty vědecké s cílem dosáhnout co nejpřesnějších odpovědí a přiblížit se co nejvíce poznání, na druhé straně zde stojí hodnoty spojené s lidským blahem (Ivanová & Zielina, 2010).

I my jsme etickým otázkám věnovali značnou pozornost, neboť jsme pracovali s daty týkajícími se nejen vlastního zdraví participantů, ale také jejich profesního života. Záleželo nám na tom, abychom chránili jména našich respondentů a zachovali jejich anonymitu. Taktéž jsme však chtěli dosáhnout co nejupřímnějších výpovědí od našich probandů. Vzhledem k tomu, že se pracovníci snaží před svými zaměstnavateli podávat co nejpřesvědčivější výkon, je pravděpodobné, že během snímání testové baterie může nastat nežádoucí jev, sociální žádnoucnost. To se týká zejména podávání výpovědí na zdravotní stav, tématu obzvlášť citlivého, neboť je zdravotní způsobilost jednou ze základních podmínek pro výkon profese řidiče a bezpečnost provozu v dopravním prostředí. Z toho důvodu jsme respondenty v rámci instrukcí k vyplňování testové baterie ujistili o zachování anonymity poskytnutých informací.

V další řadě byla pro účast na našem výzkumu podstatná ochota potenciálních respondentů k spolupráci. Participanti mohli kdykoli „odložit tužku“ a odevzdat prázdnou testovou baterii, aniž by zdůvodnili své jednání. Dobrovolná účast měla zároveň zajistit reálnější zájem respondentů vyplnit testovou baterii co možno nejpravdivěji. V instrukci jsme zdůvodnili nutnost zkoumat psychosomatickou problematiku, čímž jsme se zároveň pokusili vysvětlit řidičům, proč by mohli mít zájem o spolupráci.

[11] Z lat. „především neškodit“.

8. Charakteristika výzkumného souboru

S ohledem na cíle diplomové práce jsou zkoumanou populací řidiči tramvajových a autobusových linek. Řidiče autobusů a tramvají jsme zvolili jako cílovou populaci pro náš výzkum z toho důvodu, že kromě náročných pracovník podmínek vyplývajících ze specifického dopravního prostředí, přichází do styku denně s nepříjemnými klienty a čelí dalším zátěžovým faktorům spojených s převozem osob (Rehnová, 2013). Pro zařazení účastníka do výzkumu byla stanovena následující kritéria:

1) Minimální délka praxe řidiče z povolání trvá alespoň 1 rok.

2) Jedná se o řidiče autobusu nebo tramvaje.

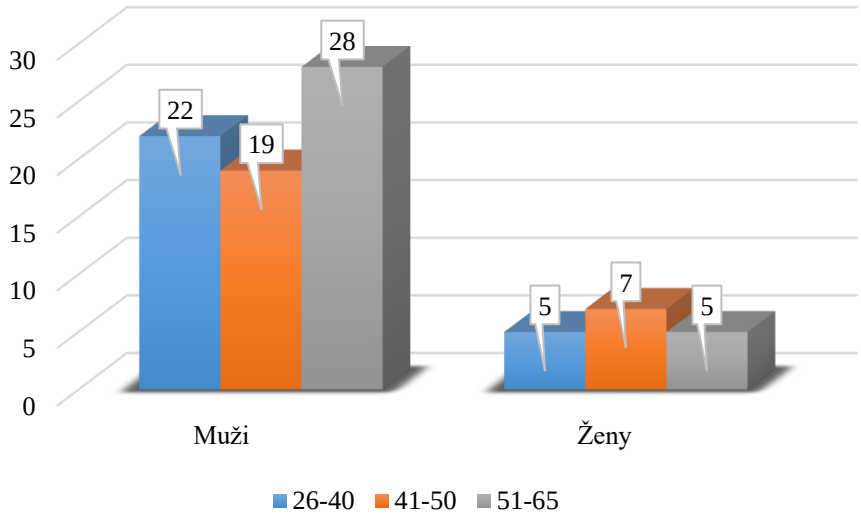
3) Účast na výzkumu je dobrovolná.

Původně jsme zvažovali možnost zahrnout mezi podmínky pro zařazení do výzkumu také pohlaví výzkumné osoby, ale nakonec jsme toto kritérium vyloučili. Toto rozhodnutí jsme učinili z důvodu vyššího zastoupení ženského pohlaví mezi řidiči, než jsme očekávali.

Výzkumný soubor tedy představují profesionální řidiči tramvajových a autobusových linek. Původní hodnota sebraných dat čítala 96 dotazníků. Finální vzorek však zahrnoval 86 platných testových baterií z důvodu nevalidního vyplnění. Testové baterie, jež jsme vyřadili, nebyly vyplněny správně či kompletně. To vysvětlujeme zejména náročností testové baterie. Z finálního počtu respondentů zařazených do výzkumného vzorku bylo 17 žen (19,77 %) a 69 mužů (80,23 %).

Věkové rozmezí participantů se pohybuje od 26 let do 63 let. Průměrný věk činí 45 let (SD[12]=9,13). Probandy jsme rozdělili do 5 věkových kategorií, a to: do 25 let, 26-40 let, 41-50 let, 51-65 let, 66 let a více. Vzhledem k tomu, že pariticipanti nebyli mladší 25 let a nedosahovali věku vyššího 66 let, ponechali jsme pouze tři věkové kategorie z původních pěti. Ve výzkumném souboru jsou nejvíce zastoupeni respondenti ve věku mezi 51 až 65 lety (38,37 %), dále respondenti ve věku 26-40 (31,39 %). Nejméně je respondenty zastoupena věková kategorie 41-50 (30,23 %). Podrobné informace k věkovému rozmezí respondentů z hlediska pohlaví jsou uvedeny na grafu 1.

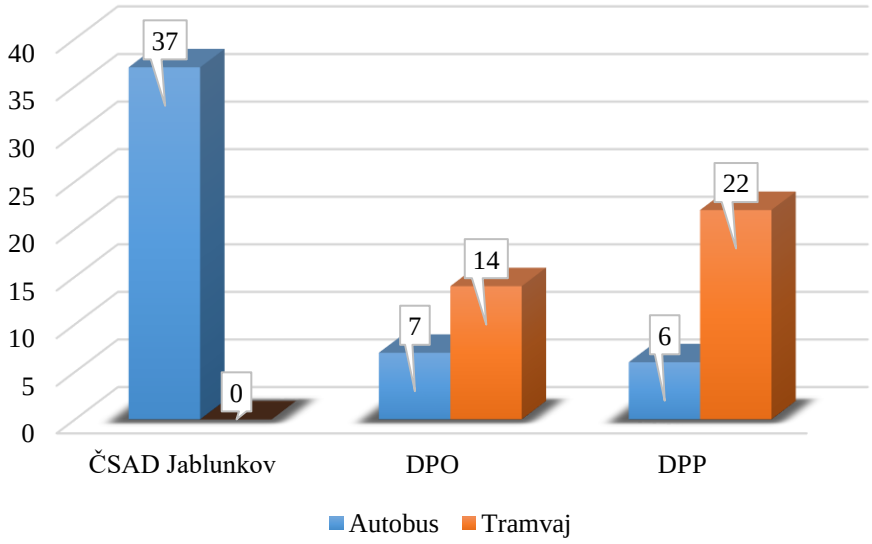
[12] SD=Směrodatná odchylka.



Graf 1 *Srovnání probandů z hlediska věku (N=86)*

Jak výše znázorněný graf 1 ukazuje, zastoupení jednotlivých věkových kategorií se z hlediska pohlaví různí. Největší zastoupení mužského pohlaví získává kategorie 51-65 let (N=28). U žen je to naopak věková kategorie 41-50 (N=7), což pravděpodobně souvisí s rostoucím trendem či snahou vyvážit pohlaví mezi řidiči z povolání.

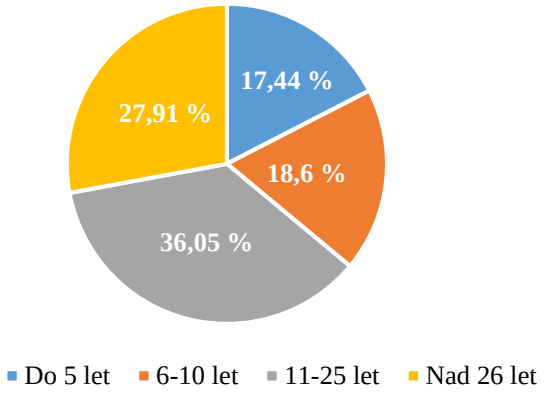
Mezi respondenty se nachází 50 řidičů autobusu (58,14 %) a 36 řidičů tramvaje (41,86 %). V největším zastoupení jsou ve výzkumném souboru řidiči ČSAD Jablunkov (43,02 %), dále DPP (32,56 %) a konečně DPO (24,42 %). Pro přehlednější orientaci graf 2.



Graf 2 *Histogram zastoupení respondentů z hlediska dopravního podniku (N=86)*

Na grafu 2 je možné sledovat nepoměr. Pobočka Jablunkov dopravní společnosti ČSAD Vsetín a.s. zprostředkovala kontakt pouze s řidiči autobusu, a to z toho důvodu, že tramvaje v tomto městě nejezdí. Naopak u Dopravních podniků města Praha a Ostrava je značná převaha řidičů tramvají.

Z hlediska doby výkonu profese řidiče z povolání získává nejvyšší zastoupení mezi probandy kategorie 11-25 let (36,05 %), nejnižší kategorie (17,44 %). Podrobné údaje znázorňuje graf 3.



Graf 3 *Doba výkonu profesionálního řidiče (N=86)*

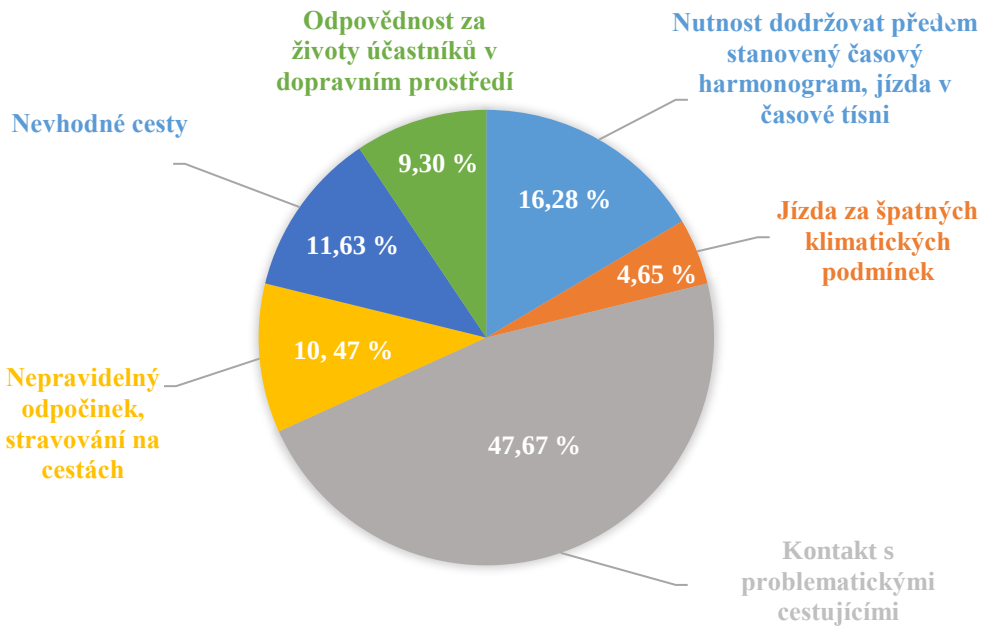
Větší zastoupení těchto kategorií mezi probandy lze vysvětlit více faktory. Jednak mohou být řidiči s delší dobou výkonu praxe ochotnější k účasti na výzkumu, patrně z důvodu zájmu o zkoumání rizik spjatých s výkonem jejich povolání. Může to však být jednoduše způsobeno zastoupením řidičů s delší praxí obecně v cílové populaci.

Charakteristikou výzkumného souboru, kterou bychom rovněž rádi představili, je verbální hodnocení zdravotního stavu respondenty. Na tabulce 3 shrnujeme hodnocení zdraví z hlediska pohlaví. Pozitivní se zdá být fakt, že respondenti své zdraví subjektivně hodnotí nejčastěji jako zcela dobré (36,05 %). Naopak nejméně často uvádí zkušenosti s dlouhodobými zdravotními obtížemi (12,79 %). Této proměnné se však budeme věnovat podrobněji v rámci zodpovídání výzkumné otázky.

Tabulka 3 *Verbálně hodnocený zdravotní stav respondentů (N=86)*

Subjektivně hodnocený zdravotní stav	Muži	Ženy	N	%
Zcela zdráv	29	2	31	36,05
Drobné zdravotní obtíže	14	6	20	23,26
Příležitostné zdravotní obtíže	19	5	24	27,96
Dlouhodobé zdravotní obtíže	7	4	11	12,79

Posledním zkoumaným faktorem, o němž bychom v rámci zjištěných charakteristik souboru rádi pojednali, jsou zdroje distresu v dopravním prostředí, resp. to, co respondenti považují za nejvíce zatěžující během pracovní doby. Získané hodnoty znázorňuje graf 4.



Graf 4 *Zdroje distresu v dopravním prostředí*

Jako nejvíce zatěžující na svém povolání vnímají respondenti kontakt s problematickými cestujícími (47,67 %), což odlišuje řidiče městské hromadné dopravy od řidičů mezinárodní kamiónové dopravy, jež jsou naopak po dobu své pracovní doby vystaveni sociální izolaci. Řidiči autobusových linek a tramvají se musí v průběhu své pracovní doby potýkat s podnapilými cestujícími, bezdomovci a ostatními specifickými skupinami, s nimiž není snadná komunikace a roste tak riziko vzniku konfliktu. Naopak jízda za špatných klimatických podmínek se umístila jako nejméně stresující faktor (4,65 %) ve výkonu řidiče z povolání. Tato skutečnost může svědčit pro dobrou profesní připravenost pro výkon řidiče z povolání.

9. Výsledky

Tato část je věnována jednotlivým analýzám a jejich výstupům. Ještě předtím, než se zaměříme na naplnění výzkumných cílů a zodpovězení výzkumné otázky a hypotéz, se pokusíme ověřit získaná data. Představíme deskriptivní statistky dotazníků a jejich škál. Posoudíme jejich vnitřní konzistenci a v neposlední řadě prozkoumáme, zda byl splněn předpoklad normality. Poté se přesuneme k samotnému jádru výzkumu.

9.1 Deskriptivní statistiky výzkumných metod

Popisná statistika testových metod je nezanedbatelnou součástí každého výzkumu. V této kapitole pojednáme o základní popisné statistice jednotlivých metod. Symptomatologický inventář BEB byl první výzkumnou metodou, kterou jsme se rozhodli prozkoumat. Tabulka 4 znázorňuje deskriptivní statistiky této metody.

Tabulka 4 *Deskriptivní statistiky Symptomatologického inventáře*

Proměnná	M	Me	Min	Max	SD
Zažívací obtíže	11,50	11,00	6	24	4,25
Poruchy oběhového systému a dýchání	12,58	11,00	7	31	6,03
Hospodaření s tekutinami	8,12	7,00	4	19	3,60
Neurastenické a psychastenické obtíže	22,76	22,00	10	45	8,31
Hypochondricko-anankastické obtíže	14,22	13,50	7	27	5,16
Sociální útlum	15,63	15,00	8	31	5,78
Fóbie	12,47	10,50	8	34	5,24
Somatická zátěž, funkční tělesné obtíže	48,99	44,50	26	98	18,24
Psychická zátěž	48,28	47,00	25	91	15,92
Celkové skóre BEB	97,27	92,00	51	189	32,71

Pozn: M=průměrná hodnota; Me=medián; Min=minimální hodnota; Max=maximální hodnota; SD=směrodatná odchylka

Z hodnot uvedených v tabulce 4 je patrné, že nejvyšší průměrnou hodnotu získaly Neurastenické a psychastenické obtíže (M=22,76; SD=8,31). Naopak nejníže se umístila subškála Hospodaření s vodou (M=8,12; SD=3,60). Výsledky dvou hlavních škál, Somatická zátěž (M=48,99; SD=18,24) a Psychická zátěž (M=48,28; SD=15,92), svědčí pro zakoušení zatížení jak v psychické rovině, tak ve fyzické.

Deskriptivní statistiky Inventáře dopravně relevantních vlastností osobnosti TVP jsou uvedeny v tabulce 5. V první části tabulky prezentujeme hodnoty situačně nezávislých škál, druhá část je věnována dopravně specifickým škálám.

Tabulka 5 *Deskriptivní statistiky TVP*

Proměnná	M	Me	Min	Max	SD
Extraverze_SN	13,29	13	6	21	3,32
Emocionální labilita_SN	17,24	17	11	26	3,17
Svědomitost_SN	21,37	21	10	34	4,25
Otevřenost ke zkušenosti_SN	13,83	14	7	18	2,36
Přívětivost_SN	18,59	19	9	27	3,66
Bagatelizace_SN	18,66	19	13	28	2,78
Extraverze_DS	17,50	18	0	27	3,86
Emocionální labilita_ DS	13,50	13	5	24	3,47
Svědomitost_DS	12,77	13	6	20	2,88
Otevřenost ke zkušenosti_DS	14,03	14	7	21	2,36
Přívětivost_DS	11,76	12	6	16	2,37
Bagatelizace_DS	14,95	15	8	23	2,80
Reaktance	14,59	15	4	20	2,93

Pozn.: SN= situačně nezávislý; DS=dopravně specifický

Jak prezentuje tabulka 5, průměrně nejvyšší zastoupení v situačně nezávislém kontextu získává škála Svědomitost (M=21,37; SD=4,25). Nejnižší průměrná hodnota se vztahuje ke škále Extraverze (M=13,29; SD=3,32). V dopravně specifickém kontextu je patrná převaha škály Extraverze (M=17,50; SD=3,86), a naopak nejníže se se svým skórem umístila dopravně specifická Přívětivost (M=11,76; SD=2,37).

Dalším z dotazníků, jehož deskriptivní statistiky jsme zjišťovali, byl SVF-78. Zjištěné hodnoty deskriptivních statistik SVF-78 uvádíme v tabulce 6.

Tabulka 6 *Deskriptivní statistiky SVF-78*

Proměnná	M	Me	Min	Max	SD
1. Podhodnocení	14,05	14	5	23	3,50
2. Odmítání viny	13,17	13	4	20	3,11
3. Odklon	14,24	14	5	23	3,64
4. Náhradní uspokojení	13,55	14	4	24	4,37
5. Kontrola situace	16,00	16	9	23	3,34
6. Kontrola reakcí	15,91	16	9	23	3,30
7. Pozitivní sebeinstrukce	16,07	16	8	24	3,72
8. Potřeba sociální opory	14,33	14	4	24	4,15
9. Vyhýbání se	15,50	15	6	24	4,48
10. Úniková tendence	10,71	10	1	21	4,14
11. Perseverace	11,78	11	0	24	4,92
12. Rezignace	9,74	10	0	20	4,44
13. Sebeobviňování	10,53	10	3	19	3,69
Pozitivní strategie	14,73	14	9	20	2,51
Negativní strategie	12,16	12	6	20	3,20

Hodnoty prezentované v tabulce 6 naznačují, že Pozitivní sebeinstrukce (M=16,07; SD=3,72) a Kontrola situace (M=16; SD=3,34) dosahují nejvyšších průměrných hodnot, což je pozitivní vzhledem k tomu, že tyto subškály spadají pod pozitivní copingové strategie. Rozdíl je však relativně malý ve srovnání s ostatními. Nejnižší průměrná hodnota se týká škály Rezignace (M=9,74; SD=4,44), která se vztahuje k negativnímu copingu. Z uvedených výsledků je zároveň značná převaha pozitivních copingových strategií (M=14,73; SD=2,51) v porovnání se strategiemi negativními (M=12,16; SD=3,20).

Dále jsme se věnovali zjišťováním popisných statistik dotazníku TAS-20. Výsledky testu prezentujeme na tabulce 7.

Tabulka 7 *Deskriptivní statistiky TAS-20*

Proměnná	M	Me	Min	Max	SD
Těžkost identifikovat emoce	13,21	11,50	7	30	5,43
Těžkost popsat emoce	12,43	13,00	5	20	3,42
Externě orientované myšlení	24,12	24,00	11	34	4,23
Celkový skór	49,76	49,50	24	68	8,80

Z deskriptivních statistik znázorněných na tabulce 7 vyplývá, že nejvyšší průměrná hodnota se vztahuje ke škále Externě orientované myšlení (M=24,12; SD=4,23). Subškály Těžkost popsat emoce a Těžkost identifikovat emoce se pohybují v relativně podobných hodnotách. Respondenti průměrně dosahovali v celkovém skóru 49,76 (SD=8,80).

Následující metodou, k jejímž popisným statistikám bychom se chtěli vyjádřit, je SOC. Deskriptivní statistiky tohoto dotazníku znázorňujeme na tabulce 8.

Tabulka 8 *Deskriptivní statistiky Dotazníku nezdolnosti SOC*

Proměnná	M	Me	Min	Max	SD
Srozumitelnost	48,58	47,00	26	74	8,57
Zvládnutelnost	43,95	43,50	33	57	5,03
Smysluplnost	39,48	39,50	24	56	8,24
Celkový skór	135,90	137,00	104	199	21,40

Získané hodnoty na tabulce 8 naznačují, že škála Srozumitelnost se svým průměrným skóre (M=48,58; SD=8,57) převažuje v porovnání s hodnotami ostatních škál. Smysluplnost naopak představuje škálu s nejnižší průměrnou hodnotou (M=39,48; SD=8,24). Průměrná hodnota pro celkový skór SOC činí 135,90 (SD=21,40).

Poslední testovou metodou, jejíž deskriptivní statistiky jsme chtěli prozkoumat, byla MSPSS. Na tabulce 9 jsou zobrazeny výsledné hodnoty.

Tabulka 9 *Deskriptivní statistiky MSPSS*

Proměnná	M	Me	Min	Max	Std.Dev.
Sociální opora od rodiny	23,58	26,00	4	28	5,29
Sociální opora od přátel	22,45	24,00	4	28	5,20
Sociální opora od významných osob	24,59	26,00	5	28	4,25
Celkový skór	70,63	73,00	19	84	12,47

Po prozkoumání tabulky 9 je možné konstatovat, že nejvyšší průměrné zastoupení získala škála Vnímaná sociální opora od významných osob (M=24,59; SD=4,25). Naopak škála Vnímaná sociální opora od přátel dosahuje nejnižší průměrné hodnoty (M=22,45; 5,20) v porovnání s ostatními škálami. Průměrná hodnota celkového skóru vnímané sociální opory na výzkumném souboru (N=86) čítá 70,63 (SD=12,47).

9.2 Reliabilita testových metod

Samostatnou podkapitolu věnujeme ověření vnitřní konzistence výzkumných metod. V rámci ověřování realiability je vítané, když použité dotazníky i jeho jednotlivé škály jsou konzistentní. Pro tyto účely jsme použili jako ukazatel Cronbachův koeficient alfa. První odhady se týkaly inventáře BEB. Na tabulce 10 demonstrujeme vnitřní konzistenci celkového dotazníku i dílčích škál.

Tabulka 10 *Vnitřní konzistence Symptomatologického inventáře*

Proměnná	Cronbachův koeficient alfa
Zažívací obtíže	0,89
Poruchy oběhového systému a dýchání	0,88
Hospodaření s tekutinami	0,89
Neurastenické a psychastenické obtíže	0,88
Hypochondricko-anankastické obtíže	0,89
Sociální útlum	0,89
Fóbie	0,89
Somatická zátěž, funkční tělesné obtíže	0,86
Psychická zátěž	0,86
Celkové skóre BEB	0,91
Symptomatologický inventář jako celek	0,89

Posouzení dostatečnosti vnitřní konzistence testu je možné pomocí výsledné hodnoty. Cronbachova alfa dosahující minimálně hodnoty 0,7 pak poukazuje na relativně vysokou reliabilitu (Cline, 1993; in Urbánek, 2002). Na tabulce 10 je možné pozorovat vysoké hodnoty Cronbachova koeficientu alfa jak pro celkový Symptomatologický inventář, tak pro jeho jednotlivé škály. Hodnoty Cronbachovy alfy se pohybují mezi 0,86 až 0,91, na základě čehož můžeme potvrdit, že Symptomatologický inventář vykazuje na našem výzkumném vzorku (N=86) uspokojivou reliabilitu.

Druhou dotazníkovou metodou, jejíž konzistenci jsme zkoumali, byla metoda SOC. Cronbachův koeficient alfa na našem výzkumném souboru jsme taktéž zjišťovali nejen pro celkový dotazník SOC, ale také pro jeho dílčí škály. Získané hodnoty znázorňujeme na tabulce 11.

Tabulka 11 *Vnitřní konzistence Dotazníku nezdolnosti SOC*

Proměnná	Cronbachův koeficient alfa
Srozumitelnost	0,75
Zvládnutelnost	0,80
Smysluplnost	0,74
Celkové skóre	0,79
SOC jako celek	0,81

Hodnoty prezentované na tabulce poukazují na relativně dobrou vnitřní konzistenci. Dotazník SOC celkově dosahuje 0,81 Cronbachovy alfy, hodnoty jednotlivých škál se pohybují v rozmezí 0,74 až 0,80.

Posledním dotazníkem, u něhož jsme posuzovali realibilitu na našem výzkumném souboru byl MSPSS. Výsledné hodnoty testu reliability jsou uvedeny na tabulce 12.

Tabulka 12 *Vnitřní konzistence MSPSS*

Proměnná	Cronbachův koeficient alfa
Sociální opora od rodiny	0,80
Sociální opora od přátel	0,81
Sociální opora od významných osob	0,80
Celkový skór	0,79
MSPSS jako celek	0,84

Odhad vnitřní konzistence jsme prováděli analogicky jako u předchozích metod. Z tabulky 12 je patrné, že metoda MSPSS vykazuje dobrou vnitřní konzistenci na našem výzkumném souboru nejen jako celek, kdy dosahuje hodnoty 0,84 Cronbachovy alfy,

ale také v dílčích škálách. S výslednými hodnotami vnitřní konzistence MSPSS jsme spokojeni.

9.3 Otázky normality

Dalším ze stěžejních kroků bylo posouzení, zda můžeme považovat rozložení našich dat za normální. Jak už jsme dříve nastínili, k určení, zda jsme předpoklad normálního rozložení splnili či nikoli, jsme použili Shapirův-Wilků test, Kolmogorovův-Smirnovův a test Lillieforsův. Ověření normality jsme prováděli pouze na těch škálách, se kterými jsme pracovali v rámci testování hypotéz. Zjištěné hodnoty prezentujeme na tabulce 13.

Tabulka 13 *Test normality pro použité škály*

	N	max D	K-S	Lilliefors	SW	p
BEB celkový skór	86	0,11	p> .20	**p <,05**	**0,93**	**0,00**
Extraverze_SN	86	0,12	p <,20	**p <,01**	0,97	0,07
Extraverze_DS	86	0,12	p <,20	**p <,01**	**0,93**	**0,00**
Emocionální labilita_SN	86	0,09	p> .20	p <,15	0,98	0,29
Emocionální labilita_DS	86	0,14	p <,10	**p <,01**	**0,97**	**0,03**
Svědomitost_SN	86	0,10	p> .20	**p <,05**	0,97	0,07
Svědomitost_DS	86	0,08	p> .20	p> .20	0,98	0,29
SVF-78 Negativní strategie	86	0,14	p <,10	**p <,01**	**0,97**	**0,02**
TAS-20 celkový skór	86	0,07	p> .20	p> .20	0,98	0,32
SOC celkový skór	86	0,14	p <,10	**p <,01**	**0,95**	**0,00**
MSPSS celkový skór	86	0,14	p <,10	**p <,01**	**0,88**	**0,00**

Pozn: SN=situačně nezávislá; DS=dopravně specifická

Při posuzování normality jsme se rozhodli opírat o výsledky Shapiro-Wilkova testu. Výsledky znázorněné v tabulce 13 poukazují na nesplnění předpokladu normálního rozložení, na základě čehož jsme se přiklonili k neparametrickým statistickým metodám.

9.4 Zodpovězení výzkumných otázek a hypotéz

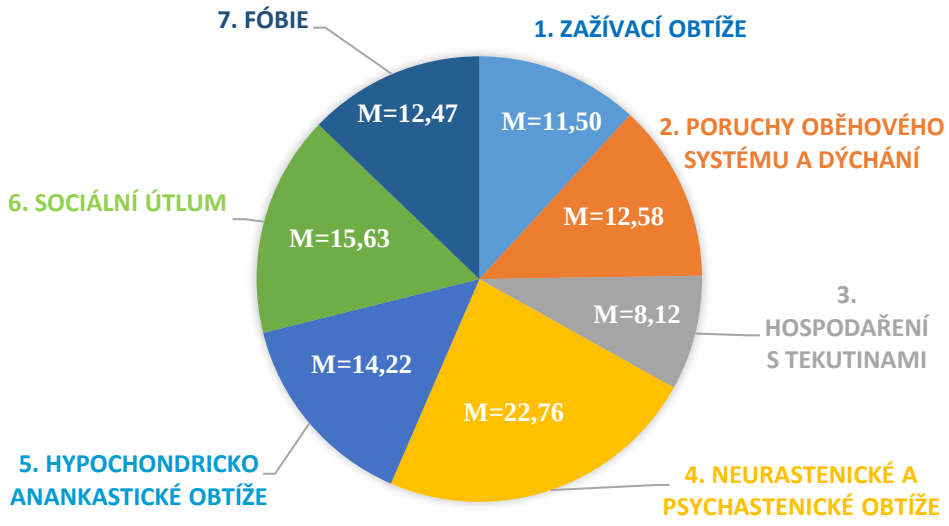
V této kapitole bychom rádi představili výsledky statistické analýzy dat, jež byla realizována za účelem ověřit výzkumnou otázku a hypotézy. Výsledky jsme se rozhodli koncipovat tak, abychom postupně dokázali zodpovědět výzkumnou otázku a hypotézy.

9.4.1 Psychosomatická zátěž u profesionálních řidičů

V prvé řadě bychom rádi prozkoumali psychosomatickou problematiku u řidičů z povolání. K tomuto cíli jsme formulovali následující výzkumnou otázku:

VO₁: *„Prožívají profesionální řidiči psychosomatickou zátěž?“*

Vzhledem k tomu, že nexistuje standardizovaná metoda, jež by se konkrétně zaměřovala na přítomnost psychosomatického symptomu, jsme se rozhodli zodpovídat tuto otázku pomocí deskriptivních statistik a porovnání míry psychosomatické zátěže mezi několika kategoriemi, do nichž jsme účastníky výzkumu rozdělili. V této souvislosti bychom rádi níže připomněli deskriptivní statistiky Symptomatologického inventáře[13]. Pro snadnou orientaci graf 5.



Graf 5 *Koláčový graf procentuálního zastoupení subškál BEB*

Získané hodnoty naznačují, že respondenti pociťují průměrně nejvíce neurastenické a psychastenické obtíže (M=22,76; SD=8,31). Dalšími průměrně nejčastějšími stesky jsou

[13] Tabulka 4 v podkapitole Deskriptivní statistiky výzkumných metod.

sociální útlum (M=15,63; SD=5,78) a hypochondricko-anankastické obtíže (M=14,22; SD=5,16). Zdá se, že respondenti prožívají nejmírnější zatížení u proměnné hospodaření s tekutinami (M=8,12; SD=3,60). Průměrné hodnoty škál Somatická zátěž neboli funkční tělesné obtíže (M=48,99; SD=18,24) a Psychická zátěž (M=48,28; SD=15,92) svědčí pro zatížení v celkovém ohledu, jak po stránce fyzické, tak duševní. Průměrná hodnota celkového skóru činí 97,27 (SD=32,71) z možného rozpětí od 50 do 250 bodů. Z toho je patrné, že se tato hodna pohybuje zhruba na středu a nedosahuje ani jedné z možných hranic. Na základě dosaženého celkového skóru není psychosomatické zatížení nijak zvlášť výrazné. Pro zodpovědné řešení výzkumné otázky je třeba pracovat s dopňujícími údaji.

Rádi bychom tedy dali prostor analýze odpovědí zaměřených na zdravotní stesky z demografického dotazníku. Účastníci měli možnost do nepovinného pole pojednat o konkrétních zdravotních potížích, kterými trpí. Získané odpovědi jsme prozkoumali a rozdělili do několika kategorií. V níže uvedené tabulce 14 shrnujeme výsledky.

Tabulka 14 *Přehled zdravotních potíží mezi respondenty*

Muskoskeletální systém	**N**	**Oběhový systém**	**N**	**Ostatní**	N
Omezení hybnosti prstů na PR	1	Hypertenze	10	Migrény	1
Bolesti kloubů	3	Srdce, cévy	1	Diabetes	1
Bolesti kolene	2	Otoky, otok LDK	2	Astma	1
		Varixy	1		
Bolesti zad	7		-	Ekzém	1
Reflux, poúrazové obtíže	1		-	Štítná žláza	1
Bolesti pravého ramene	1		-	Oční vada	1
	-		-	Sezónní virózy	1
	-		-	Nadváha	1
	-		-	Dna	1
	15		14		9

Zdravotní potíže, jež respondenty nejvíce trápí, se týkají muskuloskeletálního systému (N=15). V největším zastoupení mezi problémy pohybového aparátu se nachází bolesti páteře, kloubů a kolen. Druhým nejvíce zatěžovaným systémem respondentů se zdá být oběhová soustava (N=14), zde největší riziko představuje hypertenze. Ostatní zdravotní potíže, jež se vyskytují ve výzkumném souboru, jsou migrény, diabetes, astma, ekzém, narušená funkce štítné žlázy, očí vady, sezónní virózy, nadváha a dna. Po posouzení výčtu jednotlivých zdravotních stesků u respondentů je možné tvrdit, že se jedná spíše o potíže psychosomatického charakteru. Na základě výše uvedených poznatků můžeme formulovat odpověď na výzkumnou otázku **VO$_1$***: Prožívají profesionální řidiči psychosomatickou zátěž?* Ano, prožívají.

Dalším z cílů diplomové práce byla deskripce zdravotních stesků u profesionálních řidičů. Částečně jsme již tak učinili. Rádi bychom však popsali referovanou psychosomatickou zátěž u respondentů z hlediska několika kategorií, do nichž jsme účastníky rozdělili. Pro přehlednost budeme o nich postupně pojednávat a podložíme je matematicko-statistickým šetřením.

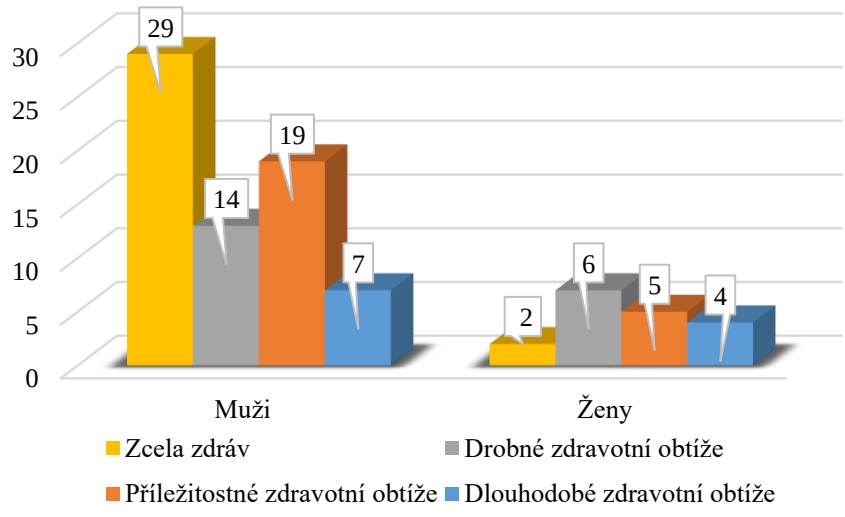
V první řadě nás zajímaly rozdíly v prožívané psychosomatické zátěži z hlediska pohlaví. Pomocí Mann-Whitneyova U testu jsme porovnávali rozdíly v zakoušení psychosomatické zátěže mezi ženami a muži v profesi řidiče z povolání. Tabulka 15 demonstruje získané výsledky.

Tabulka 15 *Mann-Whitney U test, psychosomatická zátěž z hlediska pohlaví (N=86)*

Proměnná	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p	N	N
Celkové skóre BEB	3036,50	704,50	551,50	0,37	0,71	69	17

p>0,05

Hodnoty uvedené v tabulce 15 naznačují, že nenastal statisticky významný rozdíl mezi ženami a muži v míře psychosomatické zátěže (Z=0,37; p=0,71), což však může být do jisté míry ovlivněno nerovnoměrným zastoupením pohlaví ve výzkumném souboru. Abychom porozuměli rozdílům v prožívané psychosomatické zátěži, zahrnuli jsme zde také údaje získané v rámci demografického dotazníku. U deskripce výzkumného souboru jsme pojednali o rozdílech v subjektivním hodnocení zdravotního stavu z hlediska pohlaví respondentů, k čemuž jsme také připojili tabulku shrnující získaná data. Na následujícím grafu 6 zobrazujeme komparaci subjektivně hodnoceného zdraví z hlediska pohlaví.



Graf 6 *Verbální hodnocení zdravotního stavu z hlediska pohlaví (N=86)*

Jak lze z grafu 6 pozorovat, muži vnímají svůj zdravotní stav znatelně kladněji než ženy, které naopak nejčastěji své zdraví hodnotí jako „drobné zdravotní obtíže“. Otázkou je, do jaké míry ovlivňuje tyto výsledky nevyváženost pohlaví mezi výzkumnými osobami. Na základě provedeného Mann-Whitneyova U testu a porovnání subjektivního vnímání zdraví však můžeme tvrdit, že se míra psychosomatické zátěže signifikantně neliší.

Další proměnnou, jež nám měla pomoci utvořit si bližší představu o míře psychosomatické zátěže u respondentů, byl věk. Pro posouzení rozdílu mezi jednotlivými věkovými kategoriemi jsme použili vícenásobné porovnání, doplňkovým testem se nám stala Kruskal-Wallisova analýza rozptylu. Výsledky shrnujeme v tabulkách 16 a 17.

Tabulka 16 *Kruskal-Wallisova analýza rozptylu, psychosomatická zátěž z hlediska věku (N=86)*

	Kód	**Validní**	**Součet pořadí**	**M**
26-40	2	27	928,50	34,39
41-50	1	26	1039,00	39,96
51-65	3	33	1773,50	53,74

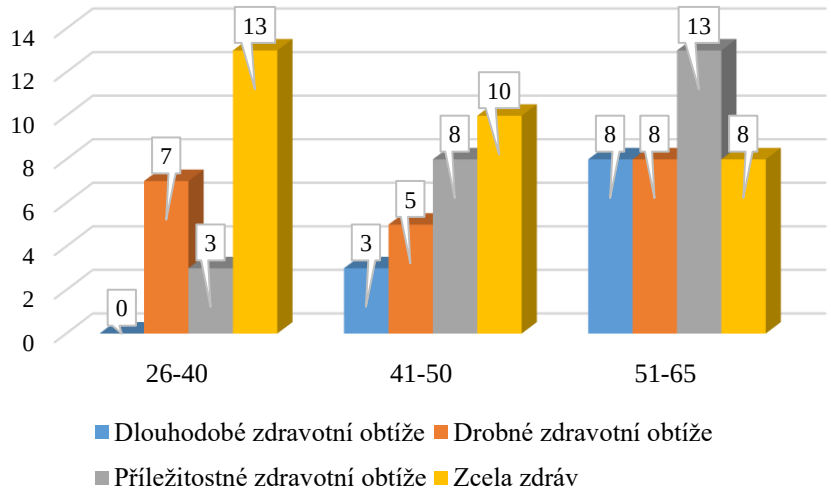
p<0,01; H=9,67;* ***p=,0079**

Tabulka 17 *Vícenásobné porování míry psychosomatické zátěže z hlediska věku (N=86)*

	26-40	**41-50**	**51-65**
Proměnná	R:34,389	R:39,962	R:53,742
26-40	1	-	**0,01****
41-50	-	1	0,11
51-65	0,11	**0,01****	1

p<0,01; H=9,67;* ***p=,0079**

Výsledné hodnoty součtů pořadí pro jednotlivé věkové kategorie na tabulce 16 svědčí pro vzestupný charakter v zakoušení psychosomatické zátěže s přibývajícím věkem. Na základě vícenásobného porovnání můžeme tvrdit, že respondenti ve věkovém rozmezí 51-65 vykazovali signifikantně vyšší míru psychosomatické zátěže než respondenti mezi lety 26-40 (p=0,01). Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán u věkové kategorie 41-50 let ve srovnání s ostatními. To je také v souladu s výpověďmi respondentů v demografickém dotazníku na otázky vlastního zdraví. Pro přehlednost shrnujeme srovnání v grafu 7.



Graf 7 *Verbální hodnocení zdravotního zdravu z hlediska věku (N=86)*

Na grafu 7 je možno pozorovat sestupnou tendenci v hodnocení zdraví jako „zcela zdráv“. Naopak jako vzestupné se jeví zkušenosti s dlouhodobými zdravotními obtížemi a příležitostnými zdravotními obtížemi s rostoucím věkem. Po posouzení grafu můžeme tvrdit, že verbální hodnocení respondentů je v souladu s výsledky statisticko-matematického šetření.

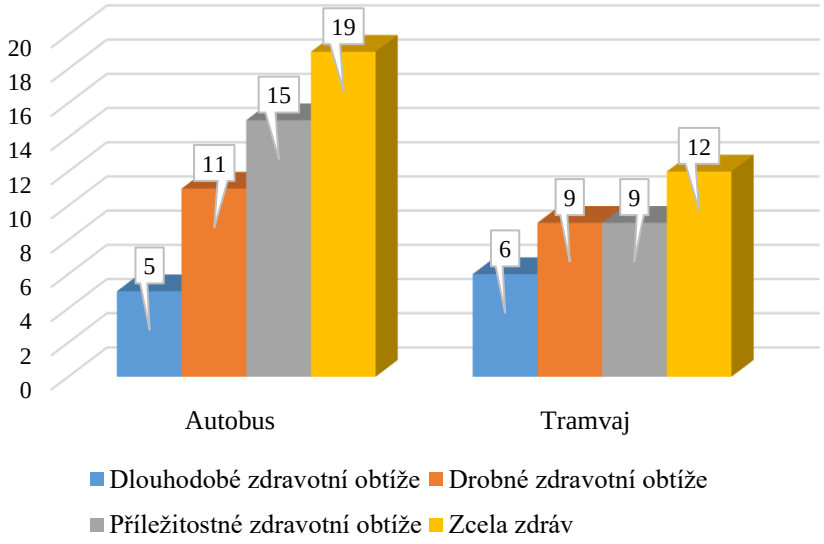
Následující proměnné, které chceme zkoumat v rámci popisu psychosomatických stesků u respondentů, se přímo vztahují k výkonu jejich povolání. Jak jsme již zmínili, výzkumný soubor tvoří jak řidiči tramvaje (N=36), tak řidiči autobusu (N=50). Rozhodli jsme se porovnat pomocí Mann-Whitneyova U testu, zda se tyto dvě kategorie statisticky významně liší v míře psychosomatické zátěže. V následující tabulce 18 představujeme výsledky.

Tabulka 18 *Mann-Whitney U test, psychosomatická zátěž z hlediska dopravního prostředku (N=86)*

Proměnná	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p	N	N
Celkové skóre BEB	2299	1442	776	1,08	0,28	50	36

p>0,05

Podle hodnot získaných Mann-Whitneyovým U testem účastníci nevykazují signifikantní rozdíl (Z=1,08; p=0,28) ve vnímání zátěže z hlediska používaných dopravních prostředků. A to pravděpodobně z toho důvodu, že se v obou případech jedná o řidiče městské dopravy a charakter práce je tedy velmi podobný. Jako u předchozích proměnných bychom rádi tento výsledek dali do souvislosti s verbálně hodnoceným zdravotním stavem samotnými respondenty pomocí histogramu na grafu 8.



Graf 8 *Verbální hodnocení zdravotního stavu z hlediska dorpavního prostředku (N=86)*

Na rozdíl od předchozího grafu 7, lze na grafu 8 sledovat jen nepatrné rozdíly v subjektivně hodnoceném zdraví respondentů z hlediska používaného dopravního prostředku. Nelze popřít možnost, že mohl být tento výsledek zkreslen nižším zastoupením řidičů tramvajových linek mezi respondenty.

Na základě provedených komparací skupin, do nichž byli respondenti rozděleni, můžeme konstatovat, že se zdá být statisticky významný pro zakoušení psychosomatické zátěže pouze věk (p=0,01). V této podkapitole jsme prezentovali výsledky, jež nám pomohly naplnit dva výzkumné cíle. Zabývali jsme se otázkou, zda řidiči z povolání zakoušejí psychosomatickou zátěž. Prozkoumali jsme, které zdravotní stesky trápí řidiče nejčastěji a zároveň jsme provedli deskripci zdravotních obtíží u profesionálních řidičů z hlediska několika proměnných. V následujících podkapitolách se pokusíme zodpovědět, zda vybrané psychologické proměnné na straně řidiče souvisí se zdravotními stesky či nikoli.

9.4.2 Vybrané psychosociální faktory ve vztahu k psychosomatické zátěži

Jako další stěžejní cíl jsme si stanovili prozkoumat referovanou psychosomatickou zátěž ve vztahu k několika psychosociálním faktorům. K tomuto cíli jsme stanovili několik předpokladů, které se nyní pokusíme ověřit. Po společné konzultaci jsme dospěli k názoru, že pro zodpovězení této otázky postačí korelační analýza. V této kapitole bychom rádi shrnuli poznatky, k nímž jsme dospěli v průběhu testování hypotéz.

Vybrané osobnostní charakteristiky ve vztahu k psychosomatické zátěži

Počáteční predikce se vztahovaly k osobnostním rysům. Výsledky korelace jak pro situačně nezávislé, tak pro dopravně specifické osobnostní rysy ve vztahu k referované psychosomatické zátěži prezentujeme na tabulce 19.

Hypotézy, které jsme formulovali jako první, se týkaly emocionální lability. Předpokládali jsme, že úroveň neuroticismu bude pozitivně korelovat s mírou psychosomatické zátěže v situačně nezávislém i dopravně specifickém kontextu.

Tabulka 19 *Korelační koeficienty pro vztah mezi vybranými osobnostními rysy a psychosomatickou zátěží (N=86)*

	Symptomatologickký inventář – celkové skore
Emocionální labilita SN	**0,34****
Emocionální labilita DS	**0,37*****
Svědomitost SN	**0,23***
Svědomitost DS	0,13
Extraverze SN	**0,31****
Extraverze DS	0,19

*Hodnoty jsou průkazné na statistické významnosti *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001*

Z výsledků uvedených v tabulce 19 je zřejmé, že mezi situačně nezávislou emocionální labilitou a psychosomatickou zátěží existuje mírný, ale průkazný korelační vztah (rs=0,34; p<0,01). Ačkoli je těsnost vztahu patrně nízká, považujeme ji za interpretovatelnou a tímto **přijímáme hypotézu H_1:** *Úroveň situačně nezávislého neuroticismu pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Co se týká dopravně specifické emocionální lability, provedený korelační test naznačuje taktéž statisticky významnou pozitivní korelaci (rs=0,37; p<0,001). Na základě těchto výsledků **přijímáme hypotézu H_2:** *Úroveň dopravně specifického neuroticismu pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Následující hypotéza se vztahuje ke svědomitosti. Naší predikcí bylo, že svědomitost jako situačně nezávislý rys bude působit jako protektivní faktor. Očekávali jsme mezi svědomitostí a referovanou psychosomatickou zátěží signifikantní zápornou korelaci. Korelační vztah mezi situačně nezávislou svědomitostí a mírou psychosomatické zátěže nalezen byl, a to pozitivního charakteru (rs=0,23; p<0,05), pročež **zamítáme hypotézu H_3:** *Úroveň situačně nezávislé svědomitosti negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

U svědomitosti jako dopravně specifického rysu jsme rovněž předpokládali zápornou korelaci se zkoumanou závisle proměnnou. Mezi proměnnými dopravně specifická svědomitost a míra psychosomatické zátěže se nepodařilo prokázat statisticky významný vztah (rs=0,13; p>0,05), jak tabulka 19 naznačuje. Na základě těchto výsledků **zamítáme hypotézu H_4:** *Úroveň dopravně specifické svědomitosti negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Předmětem následující predikce se stala extraverze. I zde jsme predikovali její záporný korelační vztah s psychosomatickou zátěží, ať už ve směru obecného osobnostního nastavení či dopravně specifického. Získané výsledky shrnujeme taktéž v tabulce 19. U situačně nezávislé extraverze je vidět opačná tendence, než jakou jsme očekávali. Ukazálo se, že mezi extraverzí a mírou psychosomatické zátěže byla zaznamenána pozitivní korelace (rs=0,31; p<0,01), pročež **zamítáme hypotézu H_7:** *Úroveň situačně nezávislé extraverze negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Záporná korelace mezi dopravně specifickou extraverzí a mírou prožívané zátěže taktéž prokázána nebyla (rs=0,19; p>0,05), na základě čehož **zamítáme hypotézu H_8:** *Úroveň dopravně specifické extraverze negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Copingové strategie ve vztahu k psychosomatické zátěži

Analogicky byly sledovány copingové strategie ve vztahu k referovaným psychosomatickým steskům. Předpokládali jsme, že negativní copingové strategie obecně budou pozitivně korelovat s vysokou mírou psychosomatické zátěže. Tabulka 20 prezentuje výsledky.

Tabulka 20 *Korelační koeficienty pro vztah mezi negativními copingovými strategiemi a psychosomatickou zátěží (N=86)*

	Symptomatologickký inventář – celkové skore
Negativní strategie	**0,28****

*Hodnoty jsou průkazné na statistické významnosti *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001*

Z výše prezentovaných hodnot je zřejmé, že negativní copingové strategie pozitivně korelují s mírou psychosomatické zátěže (rs=0,28; p<0,01). Přestože se jedná o poměrně mírnou korelaci, považujeme výsledek za interpretovatelný. Z toho důvodu **přijímáme hypotézu H_9:** *Preference maladaptivních copingových strategií pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Alexithymie ve vztahu k psychosomatické zátěži

Další významnou proměnnou, jíž jsme si kladli za cíl prozkoumat ve vztahu k referovaným psychosomatickým steskům, byl osobnostní rys alexithymie. Potenciální souvislost mezi těmito proměnnými jsme zjišťovali taktéž použitím Spearmanovy korelace. Naší predikcí bylo, že se bude vysoké skóre alexithymie nacházet v pozitivním korelačním vztahu s mírou psychosomatické zátěže. Výsledky shrnuje tabulka 21.

Tabulka 21 *Korelační koeficienty pro vztah mezi alexithymií a psychosomatickou zátěží (N=86)*

	Symptomatologický inventář – celkové skore
Celkové skóre TAS-20	**0,24***

*Hodnoty jsou průkazné na statistické významnosti *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001*

Z hodnot, jež prezentujeme v tabulce 21, je patrné, že alexithymie pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže (rs=0,24; p<0,05). Podle tohoto zjištění se zdá, že osoby s vysokým skóre alexithymie zakoušejí vyšší míru psychosomatické zátěže. Ačkoli se i zde jedná o více než patrně mírnou těsnost vztahu, **přijímáme hypotézu *H_{10}:*** *Míra alexithymie pozitivně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

SOC ve vztahu k psychosomatické zátěži

Předmětem našeho bádání v souvislosti s psychosomatickou zátěží nám byla rovněž osobnostní nezdolnost typu SOC. U této proměnné jsme předpokládali, že bude jakožto potenciální moderátor negativně korelovat s mírou psychosomatické zátěže. Hodnoty získané ze statistické analýzy prezentujeme v tabulce 22.

Tabulka 22 *Korelační koeficienty pro vztah mezi SOC a psychosomatickou zátěží (N=86)*

	Symptomatologický inventář – celkové skore
Celkové skóre SOC	**-0,22***

*Hodnoty jsou průkazné na statistické významnosti *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001*

Na základě posouzení výše uvedených hodnot je zřejmé, že, statisticky významná záporná korelace mezi proměnnou SOC a mírou psychosomatické zátěže nastala, rs=-0,22; p<0,05. Přestože se i zde jeví těsnost vztahu jako znatelně slabá, považujeme náš výsledek za významný. Můžeme konstatovat, že jedinci s osobnostní nezdolností typu SOC zakoušejí nižší míru psychosomatické zátěže. Tímto **přijímáme hypotézu H_{11}:** *Míra SOC negativně koreluje s úrovní psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.*

Sociální opora ve vztahu k psychosomatické zátěži

Poslední zkoumanou proměnnou v souvislosti s psychosomatickými potížemi řidičů z povolání, byla sociální opora. V rámci našich předpokladů jsme pohlíželi na sociální oporu jako na moderátor. Výsledek provedení korelace uvádíme v tabulce 23.

Tabulka 23 *Korelační koeficienty pro vztah mezi SOC a psychosomatickou zátěží (N=86)*

	Symptomatologickký inventář – celkové skore
MSPSS – celkové skóre	-0,05

*Hodnoty jsou průkazné na statistické významnosti *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001*

Použitím Spearmanovy korelace jsme neprokázali statisticky významný záporný vztah, rs=-0,05; p>0,05. Vnímaná sociální opora statisticky významně nesouvisí s nižší mírou psychosomatických stesků. Na základě zjištěného **zamítáme hypotézu H_{12}:** *„Míra sociální opory negativně koreluje s mírou psychosomatické zátěže u profesionálních řidičů.“*

Hypotézy byly koncipovány tak, abychom dokázali zodpovědět poslední výzkumný cíl. Výše uvedené hodnoty naznačují, že emocionální labilita jako situačně nezávislý i dopravně specifický rys, situačně nezávislá svědomitost a extraverze, negativní coping a alexithymie pozitivně korelují s referovanou psychosomatickou zátěží. Osobnostní konstrukt SOC byl nalezen v negativní korelaci ve vztahu k psychosomatickým steskům. Dopravně specifická svědomitost, extraverze a vnímaná sociální opora statisticky významně nesouvisí s mírou psychosomatické zátěže.

Ačkoli se jsme částečně prozkoumali vzájemnou souvislost vybraných psychosociálních faktorů s psychosomatickými stesky, nemůžeme jednoznačně popřít znatelně mírnou těsnost jejich vztahů.

10. Diskuze

S rostoucí prevalencí civilizačních a psychosomatických onemocnění v populaci (Kochane et al., 2004) stoupá vědecký zájem o prozkoumání psychosomatické problematiky. Výzkumný prostor tak získávají faktory psychosociální. Diplomová práce se zabývá psychosomatickou zátěží u profesionálních řidičů nejen jako fenoménem, jenž vyplývá ze specifických pracovních podmínek, ale který je také spoluutvářen psychosociální situací člověka. Jedním z výzkumných cílů práce bylo prozkoumat, zda a v jaké podobě profesionální řidiči pociťují psychosomatickou zátěž. Další stěžejní úkol spočíval ve snaze prozkoumat ty psychosociální faktory na straně řidiče, jež by potenciálně mohly souviset se zdravotními stesky.

Výzkumu se zúčastnilo 86 řidičů autobusových (58,14 %) a tramvajových (41,86 %) linek z několika dopravních společností. Byly jimi ČSAD Jablunkov (43,02 %), DPP (32,56 %) a DPO (24,42 %). Naše očekávání, že se ve výzkumném souboru budou nacházet ve větším poměru respondenti mužského pohlaví (80,23 %), bylo naplněno. Věkové rozmezí participantů se pohybuje mezi 26 až 63 lety, přičemž průměrný věk činí 45 let. Ze svého pracovního prostředí vnímají jako nejvíce stresující kontakt s problematickými cestujícími (47,67 %). Řidiči autobusových linek a tramvají jsou v průběhu pracovní doby v pravidelném kontaktu s cestujícími, s čímž však také roste pravděpodobnost vzniku konfliktu. Problematičtí cestující tak mohou neustále představovat zdroj distresu. Tato skutečnost odlišuje řidiče městské hromadné dopravy od pracovní náplně například řidičů mezinárodní kamionové dopravy, kteří jsou naopak ohroženi sociální izolací (Shattell, Apostolopoulos, Sönmez, & Griffin, 2010). Naopak jízda za špatných klimatických podmínek se zdá být pro řidiče nejméně stresujícím faktorem (4,65 %), což si vykládáme jako dobrou profesní připravenost řidičů z povolání a vědomí vlastních profesních kompetencí. Ať už je zdrojem pracovní zátěže cokoli, je užitečné ji věnovat pozornost.

V našem výzkumu jsme došli k několika závěrům a kompletní výsledky jsme představili v předchozí kapitole. Nyní se postupně podíváme na jejich možná vysvětlení, případné limity diplomové práce, možnosti dalšího zkoumání a praktické využití zjištěných souvislostí.

Psychosomatická zátěž a zdravotní stesky u profesionálních řidičů

Profese řidiče z povolání je náročný úkol. V průběhu pracovní doby jsou na profesionálního řidiče kladeny nároky, pro něž musí mít jistou psychosomatickou kapacitu. Podle nejnovějších vědeckých poznatků řidiči městské hromadné dopravy vykazují vysokou míru pracovního stresu (Useche et al., 2017), a to intenzivněji ve srovnání s jinými profesemi (Joshi & Vaidya, 2017). Dlouhodobá či rekurentní zátěž může mít dalekosáhlé psychosomatické následky. Jedním z cílů naší práce bylo zjistit, zda řidiči prožívají psychosomatické zatížení. Tento cíl jsme pojali formou výzkumné otázky. Ukázalo se, že řidiči vykazují podobné zatížení v tělesné (M=48,99; SD=18,24) i psychické rovině (M=48,28; SD=15,92), na základě čehož jsme dospěli k závěru, že zakouší zátěž obecně, jak ve směru somatickém, tak psychickém. Poměrně podnětným zjištěním bylo, že participanti pociťují průměrně nejvíce neurastenické a psychastenické obtíže (M=22,76; SD=8,31), jež jsou spojovány se zvýšenou únavou, duševním vypětím či tělesnými příznaky jako jsou migrény, fyzická slabost a nedostatek energie. Naše zjištění koresponduje s výsledky Iránského týmu vědců (Neghab et al., 2016), kteří předpokládali, že dlouhodobé řízení těžkých motorových vozidel způsobuje tělesné vibrace, jež potenciálně způsobují nepříznivé zdravotní komplikace. Autoři se pokusili prozkoumat rozdíly ve zdravotních stescích mezi řidiči těžkých vozidel a skupinou, jež nebyla exponována těmto podmínkám. Mezi neuropsychologickými poruchami, v nichž profesionální řidiči dosahovali signifikantně vyšší míry v porovnání s kontrolní skupinou, byla neurastenie ($p<0,01$). Na základě tohoto poznatku můžeme spatřovat možné pojítko tohoto zjištění v souvislosti s náročnými pracovními podmínkami, v nichž probíhá výkon profese řidiče. Neurastenické a psychastenické obtíže by však bylo možné zkrátka spojit se zvýšenou únavou, vysokou úrovní pracovního stresu a psychickým vyčerpáním, jimiž řidiči městské dopravy často trpí (Useche et al., 2017).

Z výpovědí participantů jsme získali bližší představu o konkrétních zdravotních obtížích, jejichž původ vzniku lze pravděpodobně hledat v psychosociální sféře. Některé zdravotní stesky zatěžovaly respondenty v četnějším zastoupení, a proto jsme jim také věnovali značnou pozornost. Podle našich výsledků se jeví jako největší riziko ve vztahu ke zdraví řidičů z povolání onemocnění muskuloskeletálního (N=15) a oběhového systému (N=14). Toto zjištění je konzistentní se závěry Sadriho (2015), podle jehož výsledků trápí řidiče z povolání nejvíce muskuloskeletální onemocnění, hypertenze, ulcerózní kolitida, hyperacidóza, obezita a diabetes. Nejedná se pouze o aktuální poznatky. Winkleby et al.

již v roce 1988 konstatovali, že nejčastějšími zdravotními potížemi u řidičů z povolání, jsou onemocnění pohybového aparátu, kardiovaskulární nemoci a potíže gastrointestinálního traktu.

V největším zastoupení mezi obtížemi pohybového aparátu, se vyskytovaly bolesti páteře (N=7). Tamrin et al. (2014), dospěli ve své studii k podobným závěrům. V nejvyšší prevalenci se vyskytovaly u řidičů nejen muskuloskeletální potíže, ale také konkrétně bolesti bederní páteře. Yasobant et al. (2015) na základě podobných výsledků konstatují, že se muskuloskeletální obtíže přímo vztahují k výkonu profese řidiče z povolání, zejména pro sedavý charakter práce a dlouhodobé vystavování těla vibracím těžkých vozidel. Neghab et al. (2016) ve své studii potvrdili, že nepříjemné vibrace, s nimiž se v průběhu pracovní doby řidiči nepřetržitě setkávají, způsobují řadu zdravotních problémů včetně těch muskuloskeletálních.

U stížností na oběhový systém, se nejčastěji jednalo o hypertenzi (N=10). Tento výsledek je konzistentní s vědeckými závěry polského týmu (Platek et al., 2017). Rumunští badatelé vysvětlují prevalenci esenciální hypertenze mezi profesionálními řidiči nadměrnou pracovní zátěží. Prokázali signifikantní vzrůst vysokého krevního tlaku u řidičů v průběhu jejich pracovní doby (Pop, Manea, Matei, Trambitasu, & Mos, 2015). K podobnému zjištění dospěli Evans, Johansson a Rydstedt (1999), když zjistili, že v důsledku rozmanitých pracovních komplikací dochází ke změnám v hodnotách systolického krevního tlaku, frekvence tepu a úrovně prožívaného stresu. Kromě výše uvedeného hlediska, bychom rádi znovu připomněli studii Neghaba et al. (2016), jejichž výzkum poukázal na souvislost hypertenze s nepříjemnými vibracemi, s nimiž se řidiči setkávají po celou pracovní dobu. I zde je nutné zmínit rostoucí naléhavost po zkoumání potenciálních stresorů v zaměstnání a snaze je eliminovat, neboť evidentně zasahují nejen do duševní, ale také tělesné roviny.

Abychom dokázali lépe porozumět psychosomatickým steskům řidičů autobusů a tramvají, pokusili jsme se při zodpovídání výzkumné otázky opírat o další faktory. Provedli jsme srovnání několika kategorií, do nichž byli respondenti rozděleni. Mezi respondenty jsme posuzovali míru psychosomatické zátěže z hlediska pohlaví, věku a dopravního prostředku. Jako jediný statisticky významný faktor pro úroveň psychosomatické zátěže se na základě analýzy dat jeví věk respondentů. Mezi respondenty ve věku 26-40 a 51-65 let nastal vysoce signifikantní rozdíl v míře psychosomatické zátěže, načež můžeme konstatovat, že s přibývajícím věkem řidičů z povolání roste pravděpodobnost

intenzivnějšího zakoušení psychosomatických obtíží. Kloimüller, Karazman, Geissler, Karazman-Morawetz a Haupt (2000) se ve své studii zabývali psychosomatickými příznaky pracovního stresu u řidičů autobusu (N=369). Tato skupina vědců zaznamenala statisticky významný vztah téměř mezi všemi potenciálními pracovními stresory a psychosomatickými symptomy. Co je však pro nás obzvlášť podstatné, že kardiovaskulární potíže, tělesná slabost a poruchy spánku statisticky významně souvisely s věkem. Na základě tohoto výzkumu můžeme patrně konstatovat, že zdravotní či psychosomatické stesky jsou u profesionálních řidičů jistým způsobem ovlivňovány věkem. Rydstedt, Johansson Evans (1998) sledovali po dobu 18 měsíců změny v prožívání pracovní zátěže u řidičů městské autobusové linky. Zjistili, že s rostoucí mírou pracovní zátěže byla statisticky významně spjata míra psychosomatických symptomů, únava a vnímané pracovní úsilí. Zásadním bylo také to, že neprokázali statisticky významný rozdíl v úrovni psychosomatických stesků mezi řidiči mužského a ženského pohlaví. I zde výzkumné závěry podporují naše zjištění. Nelze však ignorovat malou variabilitu našeho výzkumného souboru z hlediska pohlaví, čímž mohly být znatelně ovlivněny také naše výsledky.

Výše uvedený text naznačuje, že jsme se pokusili naše výsledky propojovat s empirickými poznatky jiných studií a hledat různé souvislosti se zkoumaným jevem. Lze se domnívat, že výskyt psychosomatických stesků je ovlivněn částečně specifickými pracovními podmínkami, jako jsou tělesné vibrace pramenící z řízení těžkého motorového vozidla. Na rovině psychosociální se pravděpodobně jedná převážně o pracovní distres a zátěž. Na základě našich poznatků můžeme konstatovat, že řidiči zřejmě zakoušejí psychosomatickou zátěž, jež nabývá mnoho podob a je pravděpodobně ovlivňována mnoha proměnnými. K definitivnímu zodpovězení, zda profesionální řidiči vykazují známky psychosomatické zátěže, by bylo třeba provést kontinuální výzkum, pokusit se o podrobnou deskripci psychosomatických symptomů u profesionálních řidičů a sledovat zdravotní potíže v závislosti na povaze pracovní zátěže.

Výzkumně bylo potvrzeno, že chabé fyzické zdraví, nespavost, anxieta, depresivní stavy a sociální dysfunkce predikují chabé chování za volantem ve smyslu agresivity a hostility (Abdoli et al., 2015). Sadri (2015), o jehož výzkumu jsme pojednali výše, dospěl k zajímavým závěrům, když nalezl pozitivní korelaci mezi nehodovostí a několika zdravotními potížemi, konkrétně bolestí bederní páteře, nohou, krční páteře, hypertenzí a migrénou. Z toho důvodu považujeme za podstatné zabývat se kvalitou nejen fyzického, ale také duševního zdraví profesionálních řidičů. S ohledem do budoucna by bylo žádoucí

se zaměřit na preventivní opatření, například v podobě úpravy pracovní doby, zavedení tzv. zdravotních přestávek, jež by přispívaly k uvolnění přetěžované oblasti pohybového aparátu. Nejen z hlediska bezpečnosti dopravního provozu, ale také pracovního výkonu, vnímáme jako užitečné orientovat preventivní a rehabilitační programy na nácviky technik práce s tělem, propojující poznatky z dopravního inženýrství a psychologie s principy zdravého pohybu a jógové terapie. Profesionální řidiči by si tak v rámci skupinových školení osvojili různé uvolňovací, posilovací i protahovací techniky pro podporu pohybového aparátu a nastavení optimální tělesné pozice, která nebude zatěžovat bederní či krční páteř. S funkční tělesnou posturou souvisí i kvalita dechu (Oravcová, 2016). Vzhledem k této skutečnosti by bylo vhodné neopomenout práci s dechem. Jako přínosné vnímáme také zahrnutí do preventivních programů téma duševní hygieny a efektivního zvládání zátěže.

Po prozkoumání psychosomatických stesků u profesionálních řidičů jsme se začali věnovat otázkám potenciálních psychologických činitelů v lidském zdraví. V následující části diskuze se pokusíme porozumět výsledkům vztahujícím se k poslednímu výzkumnému cíli. S využitím aktuálních výzkumných závěrů a propojením našich poznatků s teoretickou části práce, bychom rádi představili kontrastní možnosti nazírání na zkoumanou problematiku.

Vybrané osobnostní charakteristiky jako zkoumané proměnné

Dalším ze stěžejních cílů diplomové práce bylo prozkoumat, které psychosociální faktory na straně řidiče potenciálně souvisí s prožívanou psychosomatickou zátěží. Prvním zkoumaným objektem ve vztahu k psychosomatickým obtížím byla osobnost.

Jak jsme očekávali, pozitivní korelace byla nalezena mezi situačně nezávislým neuroticismem a mírou psychosomatické zátěže ($r_s=0{,}34$; $p<0{,}01$), což se shoduje s aktuálními výzkumnými poznatky (Denovan, Dagnall, & Lofthouse, 2018). Denovan et al. zaznamenali pozitivní korelaci nejen mezi úrovní neuroticismu a zdravotními obtížemi, ale také mezi ruminací a zakoušením obav. Mimoto došli k zjištění, že ruminace sehrává roli mediátora mezi neuroticismem a somatickými stesky. Autoři tak nabídli konkrétnější vysvětlení vzájemného mechanismu mezi neuroticismem a lidským zdravím. O tendenci emocionálně labilních jedinců k prožívání dysforických pocitů a nadměrného stresu se však již nějakou dobu ví (Bolger & Schilling, 1991). Podle některých autorů takto intenzivní zakoušení stresu způsobuje dysregulaci hypotalamo-hypofyzo-adrenokortikální osy (Rosmalen et al., 2007), což se nadále projevuje narušenou funkcí imunitního systému

a následnou náchylností k rozvoji určité nemoci. Tento vztah je podpořen empirickými poznatky o souvislosti vysoké úrovně neuroticismu a nízké míry svědomitosti s produkcí interleukinu -6, protizánětlivého cytokinu, který sehrává zásadní roli při vzniku zánětů (Sutin et al., 2010). Podle vědeckých závěrů jiných autorů je tato asociace způsobena zkrátka tím, že emocionálně labilní osoby obecně hodnotí své zdraví negativněji (Chapman et al., 2006). Chabé zdraví neurotiků je však možné vysvětlit taktéž nižší frustrační tolerancí, s níž roste pravděpodobnost vyhledávání zdraví škodlivého chování jako je kouření (Zvolensky at al., 2015), konzumace alkoholu či užívání medikamentů (Contrada, Cather, & O'Leary, 1999) za cílem vyrovnat se s prožívaným stresem.

Emocionální labilita však nebyla zkoumána pouze jako situačně nezávislý rys, ale také jako rys dopravně specifický. Naše predikce, že budou emocionálně labilní osoby v kontextu dopravního prostředí vykazovat vyšší míru psychosomatické zátěže, byla naplněna (r_s=0,37; p<0,001). Výslednou hodnotu lze považovat stále za mírnou, nicméně věcně interpretovatelnou. Vzhledem k nedostatku studií, jež by se zabývaly osobnostními charakteristikami u profesionálních řidičů ve vztahu k psychosomatickým steskům, bychom se rádi pokusili navrhnout jiné možné vysvětlení. Vzhledem k tomu, že se profesionální řidiči s neurotickým nastavením daleko obtížněji vyrovnávají s komplikovanými dopravními situacemi (Šucha & Seitl, 2013), je možné, že také zakoušejí intenzivnější psychosomatické zatížení. V tomto kontextu lze hovořit o emocionální labilitě jako o prediktoru řidičského stresu (Matthews, Dorn, & Glendon, 1991). Rosli et al. (2018) považují emocionální labilitu za potenciální riziko na cestách, neboť neurotičtí řidiči se rozruší za volantem snáze ve srovnání s emocionálně stabilními jedinci. Opakované zakoušení dysforických pocitů pak může znamenat riziko pro oběhový i imunitní systém. Naše domněnka nachází podporu ve výzkumných poznatcích Bergomiho et al. (2017), podle nichž je neuroticismus jedním z prediktorů pro prožívání pracovního stresu u profesionálních řidičů. Můžeme se také domnívat, že se tento fakt netýká pouze této specifické skupiny, ale emocionálně labilních jedinců obecně v jakékoli pracovní sféře.

Navzdory dosavadním zjištěním (Turiano et al., 2011), nebyla zaznamenána statisticky významná negativní korelace svědomitosti s mírou psychosomatické zátěže. Mezi situačně nezávislou svědomitostí a mírou psychosomatické zátěže naopak nastal pozitivní korelační vztah (r_s=0,23; p <0,05). Současné studie nahlížejí na svědomitost jako na protektivní činitel ve zdraví a nemoci. Pozitivní korelace rysu svědomitosti je prokázána s vyšší fyzickou aktivitou, pravidelným, plnohodnotným stravováním a zdravým životním

stylem (Bogg & Roberts, 2004; Takahashi et al., 2013), pozitivními zdravotními návyky a kladněji vímaným zdravím (Takahashi et al., 2013). Naopak v negativní korelaci se vyskytuje s kouřením (Munafo et al., 2007), konzumací alkoholu, sedavým chováním, nepříznivými hodnotami BMI a depresivními symptomy. Tato tendence byla zaznamenána taktéž u nižší hladiny kortizolu ve vlasech, díky čemuž je zároveň poukázano na možnou asociaci tohoto rysu s hypotalamo-hypofyzo-adrenokortikální osou a kladnými účinky na zdraví (Steptoe et al., 2017). Podle výše uvedených empirických poznatků se zdá, že svědomitost souvisí s kladným zdravotním stavem, což je v rozporu s našimi výsledky. Svědomitost však lze chápat též jako potenciální hrozbu ve smyslu přílišné pečlivosti až pedanterie, jež může být vystupňována do rozvoje anankastické poruchy osobnosti. S anankastickými rysy souvisí perfekcionismus, rigidita, vnitřní nejistota, přetěžování či tendence mít vše pod kontrolou. Odvrácená strana svědomitosti je spojena s potlačováním emocí a agrese, což může podpořit rozvoj psychosomatických poruch (Cipro, 2015). Tato souvislost nabádá k připomenutí našeho zjištění, že třetí průměrně nejvíce zastoupenou škálou Symptomatologického inventáře u respondentů byla škála hypochondricko-anankastické stesky.

Nelze jednoznačně popřít možnost interakce svědomitosti s dalšími psychologickými faktory, jako je alexithymie. Lundh, Johnsson, Sundqvist a Olsson (2002) zaznamenali ve své studii pozitivní korelaci mezi alexithymií a somatickými stesky. Podstatným závěrem pro nás je však především také to, že alexithymie pozitivně korelovala také s mírou perfekcionismu. Mimoto byl perfekcionismus shledán jako významný prediktor míry alexithymie nezávisle na depresi, úzkosti či somatických stížnostech. Perfekcionismus se zdá být možnou odpovědí na souvislost svědomitosti s referovanou psychosomatickou zátěží. V tomto ohledu považujeme za žádoucí zabývat se otázkou, zda svědomitost interaguje s alexithymií ve vztahu k psychosomatické zátěži či konkrétně k hypochondricko-anankastickým steskům. U dopravně specifické svědomitosti nebyl nalezen statisticky významný korelační vztah ($r_s=0,13$; $p>0,05$). Můžeme se domnívat, že svědomitost v kontextu dopravního prostředí nefiguruje ve vztahu k zdravotnímu stavu. Tento rys bude pravděpodobně indikovat spíš chování za volantem v podobě striktního dodržování pravidel dopravní bezpečnosti a opatrné jízdy (Guo, Wei, Liao, & Chu, 2016).

Extraverze byla další vybranou osobnostní dimenzí, jejíž význam ve zdraví a nemoci jsme chtěli prozkoumat. U tohoto osobnostního rysu jsme očekávali záporný korelační vztah s psychosomatickou zátěží. Nastala opačná tendence, kdy lidé vysoko skórující v situačně nezávislé extraverzi prožívali vyšší míru psychosomatické zátěže ($r=0,31$; $p<0,01$). Možným

vysvětlením by bylo, že osoby vysoko skórující v extraverzi, ale také neuroticismu inklinují k zdraví škodlivým aktivitám, jako je kouření (Munafó et al., 2007). To by se nemuselo týkat pouze tohoto nežádoucího návyku, ale také například konzumace alkoholu. V tomto ohledu by bylo žádoucí se s ohledem do budoucna zaměřit na to, zda exraverze interaguje s emocionální labilitou v souvislosti s psychosomatickými stesky. Také by bylo možné tyto výsledky podpořit názorem, že s vyšší fyzickou aktivitou, ke které tíhnou extravertní jedinci (Roozen et al., 2009), se zvyšuje pravděpodobnost úrazu či jiných zdravotních komplikací, což zároveň potenciálně znamená riziko pro fyzickou či duševní kondici. Z výše uvedených poznatků je zřejmé, že pojítko extraverze s mírou psychosomatické zátěže zatím spatřujeme převážně ve zdraví ovlivňujícím chování. Výskyt psychosomatických stesků bychom však mohli zkrátka vysvětlovat tím, že extravertním profesionálním řidičům nemusí vyhovovat pracovní náplň. Řidiči vysoko skórující v extraverzi pak mohou zakoušet ve větší intenzitě sociální izolaci.

Mezi dopravně specifickou extraverzí a mírou psychosomatické zátěže nebyla prokázána statisticky významná korelace ($r=0,19$; $p>0,05$). I zde lze hovořit o tom, že tento osobnostní rys nebude souviset s psychosomatickými stesky, a pravděpodobně bude indikovat spíš chování zavolantem. Toto vysvětlení je podpořeno poznatky Rennera a Anderla (2000), kteří výzkumně poukázali na rys extraverze jako na ukazatel rizikového chování za volantem. Podle izraelského týmu vědců je extraverze spojena s dopravními přestupky (Lev, Hershkovitz, & Yechiam, 2008).

Je potřeba věnovat pozornost faktu, že svědomitost a extraverze byly nalezeny v neočekávaném korelačním vztahu k psychosomatickým steskům, což zčásti neodpovídá výše uvedeným empirickým poznatkům. Nelze jednoznačně popřít možnost zkreslených dat z důsledku náročnosti metody TVP. Pro zodpovědné řešení otázky vztahu svědomitosti či extraverze jako situačně nezávislých rysů k psychosomatickým steskům by bylo zapotřebí sledovat situační kontext a další faktory. K porozumění našim výsledkům by mohlo napomoci prozkoumání, zda tyto osobnostní rysy interagují společně s dalšími psychosociálními faktory ve vztahu k psychosomatické zátěži, jako je míra prožívaného stresu, emocionální labilita či alexithymie. Především poslední zmíněné hledisko by umožnilo přesnější interpretaci.

Negativní copingové strategie jako zkoumaná proměnná

Předpokládali jsme, že maladaptivní, na emoce zaměřené zvládání zátěže se bude nacházet v pozitivní korelaci s referovanou psychosomatickou zátěží. V tomto případě je zjištěný vztah konzistentní s naší původní predikcí ($r=0,28$; $p<0,05$). Ačkoli se nalezená korelace pohybuje v patrně mírné průkazné hodnotě, vnímáme naše zjištění jako relativně podnětné, neboť má podporu v nejnovějších výzkumných závěrech (Ayoob & Alsultan, 2018; Sudha & Reddy, 2018). V České republice se podobným tématem zabývali Kohoutek, Blatný a Bréda (2003), když se pokusili prozkoumat vzájemné souvislosti mezi copingovými styly, osobnostními konstrukty a zdravotními stesky. Provedením korelační analýzy zjistili, že určité osobnostní typy, jako sebenejistý, závislý, depresivně laděný či hraniční typ, souvisí s výskytem psychosomatických stesků. Co je však pro nás obzvlášť podstatné, že zaznamenali u odklonových a na emoce zaměřených copingových strategií pozitivní korelaci s referovanými psychosomatickými stesky. Některé studie se vyjadřují ke specifickým copingovým strategiím. Největší riziko autoři spatřují ve sklonech k sebeobviňování a wishful thinking (Ayoob, & Alsultan, 2018), wishful thinking/emotionality, denním snění a fantazijním úniku (Vingerhoets & Van Heck, 1990). Aktivní, na problém zaměřené copingové strategie, jež jsou efektivní a vedou k vyřešení ony zapeklité situace, naopak pozitivně korelují s lepším fyzickým zdravím a s nižší prevalencí různých onemocnění, jako je například infarkt myokardu či mrtvice (Svensson, 2016).

V tomto ohledu bychom mohli považovat chabé zdraví za důsledek nežádoucího, zdraví škodlivého chování, jež souvisí se snahou redukovat aktuálně působící distres (Sudha & Reddy, 2018). Dalším vysvětlením, které bychom rádi nabídli, je místo kontroly. Osoba s vnějším místem kontroly zaujímá pasivní postoj ke svému životu, pročež necítí nutnost řešit problém, a tak sahá po primitivnějších způsobech vyrovnávání se se stresem, jako jsou nezdravé behaviorální návyky, konzumace alkoholu, kouření či přejídání, nebo únik do fantazie a denního snění. Tyto činnosti nevedou k efektivnímu vypořádání se zátěží ani neprospívají zdravotnímu stavu. Nutno podotknout, že zvládání zátěže nemusí probíhat pouze na behaviorální či afektivní rovině, ale také kognitivní či fyziologické (Ayers & de Visser, 2015). V tomto ohledu by mohl sehrávat roli represivní coping, kdy osoba vystavená zátěži neprožívá emoční stres, ale zato vykazuje silnou tělesnou reakci. Mund a Mitte (2012) ve své metaanalýze předpokládali, že represivní coping zvyšuje pravděpodobnost rozvoje řady zdravotních komplikací. Jejich výsledky indikují, že osoby preferující represivní coping jsou ohroženi zejména rakovinou či hypertenzí.

Asociace negativních copingových strategií s psychosomatickými obtížemi má patrně daleko komplikovanější vztah, který by zasloužil hlubší prozkoumání. Můžeme předpokládat, že je volba copingových strategií spoluurčována jednak určitým osobnostním nastavením, jednak povahou zátěže. Přeneseme-li výše zmíněné empirické poznatky do kontextu dopravního prostředí, můžeme zvažovat hledisko týkající se zdraví škodlivých aktivit, například kouření či přejídání, jež umožní bezprostřední ventilaci napětí. K tomuto odklonovému copingu budou inklinovat pravděpodobně řidiči s vysokou mírou extraverze a emocionální lability. Také zde mohou figurovat sklony k represi, k níž mohou tendovat řidiči s vyšší mírou alexithymie či svědomitosti. Tyto naše domněnky však mají bez solidního empirického prozkoumání pouze spekulativní ráz. Vzhledem k tomu, že jsou profesionální řidiči konfrontováni s různými druhy zátěže v průběhu své pracovní doby, však považujeme za žádoucí se s ohledem do budoucna vědecky zabývat vzájemným mechanismem mezi copingem a psychosomatickým symptomem.

Alexithymie

Osobnostní konstrukt alexithymie byl další zkoumanou proměnnou, u níž byla prokázána slabá, avšak průkazná pozitivní korelace s mírou psychosomatické zátěže ($r=0,24$; $p<0,05$). Jak jsme již zmínili, Lundh et al. (2002) dospěli mj. k podobnému závěru, když nalezli pozitivní korelaci mezi alexithymií a somatickými stížnostmi. Naše zjištění je rovněž v souladu s výsledky Nakaa a Takeuchiho (2018), kteří tuto souvislost pozorovali na pacientech trpících psychosomatickými poruchami v ambulantní péči. Zaznamenali, že nejen alexithymie, ale také somatosenzorická amplifikace, deprese a prožívání psychosociálního stresu jsou významnými prediktory psychosomatických obtíží.

Somatosenzorická amplifikace se zdá být cennou nápovědou při snaze porozumět vzájemnému mechanismu mezi alexithymií a psychosomatickými poruchami. A to zejména pro zvýšenou pozornost vůči tělesným prožitkům, tendenci připisovat běžným tělesným senzacím patologický význam, s čímž přichází také hypochondrické přesvědčení a neadekvátní úzkost (Nakao, & Barsky, 2007). V tomto kontextu je pak možno spíše hovořit o funkčních tělesných prožitcích a subjektivním vnímání zdravotního stavu nežli o organické nemoci. Ani zde však nelze opomenout možnost působení chronického stresu na tělesné zdraví, které mohlo mít základ v neadekvátních reakcích na běžné fyzické potíže.

V psychologickém smyslu lze uvažovat o cirkulární kauzalitě, kdy se nachází hypervigilance vůči tělesným potížím a nepřiměřený strach na straně jedné, a skutečné

neurofyziologické reakce na abnormální úzkost, jež vedou ke skutečným tělesným symptomům na straně druhé. To by také mohlo vysvětlovat asociaci alexithymie s esenciální hypertenzí (Todarello, Taylor, Parker, & Fanelli, 1995) či metabolickým syndromem (Karukivi, Jula, Hutri-Kähönen, Juonala, & Raitakari, 2016). Alexithymie je nicméně sama o sobě těžce uchopitelným fenoménem a dosud stále nabízí mnoho výzkumných témat a možností.

SOC

Výzkumně jsme předpokládali, že nezdolnost typu SOC bude sehrávat v psychosomatické problematice roli protektivního činitele. Hypotéza k této proměnné byla přijata, když jsme nalezli signifikantní zápornou korelaci mezi SOC a mírou psychosomatické zátěže ($r=-0,22$; $p<0,05$). Osoby, jež hodnotí svět jako srozumitelný, zvládnutelný a smysluplný, vykazují nižší míru psychosomatické zátěže. Otázkou zůstává, zda má lepší zdraví reálný základ, anebo se jedná o subjektivní posuzování zdravotního stavu, které může být patrně zkreslené. Výzkumy totiž ukazují, že SOC je spojeno rovněž s kladněji vnímaným zdravotním stavem (García-Moya et al., 2013). Možné pojítko nacházíme také v tom, že lidé s vyšší úrovní SOC mají nižší práh pro zakoušení bolesti (Wiesmann et al., 2014), v důsledku čehož nemusí připisovat svým potížím velkou váhu. Výzkumně bylo navíc poukázáno, že osoby s vysokým skóre SOC hodnotí své zdraví pozitivně navzdory jejich diagnóze (Müller et al., 2014). Tato zjištění nahrávají ve prospěch subjektivnímu vnímání zdravotní kondice.

Z uvedených poznatků je patrné, že vztah SOC a lidského zdraví je složitým fenoménem a pravděpodobně do této problematiky vstupuje hned několik proměnných. Potenciál budoucího výzkumu by mohl spočívat ve snaze porozumět, zda souvisí SOC se skutečnou tělesnou či duševní kondicí, anebo se naopak jedná o subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Pak by bylo možné hovořit o opaku hypochondrického přesvědčení, kdy osoba s vysokou úrovní SOC upírá svou pozornost k pozitivním signálům, pročež považuje své zdraví za relativně optimální a nepřipisuje určitým obtížím přílišný význam. To by mohlo vést také k celkově kladnější kvalitě života bez rizika psychosomatických důsledků distresu. Ať už za tímto vztahem stojí cokoli, je jasné, že SOC je významným salutogenním prvkem v životě člověka.

Sociální opora

Vnímaná sociální opora ve vztahu k lidskému zdraví je obzvlášť diskutovaným tématem a my jsme předpokládali, že nalezneme mezi touto proměnnou a mírou psychosomatické zátěže signifikantní zápornou korelaci. V našem výzkumu jsme však nezaznamenali mezi úrovní vnímané sociální opory a psychosomatickými stesky statisticky významný vztah (r_s=-0,05; p>0,05). Naše zjištění není v souladu s výzkumnými závěry, které naopak potvrzují roli sociální opory v lidském zdraví či nemoci. V současnosti je sociální opora výzkumně vnímána jako protektivní faktor u kardiovaskulárních potíží, konkrétně koronárního srdečního onemocnění (Barth et al., 2010). Není to dávno, co Pinquart a Duberstein (2010) potvrdili na základě provedené metaanalýzy asociaci mezi vnímanou sociální oporou a dosahováním vyššího věku u pacientů s rakovinou prsu, onemocněním maligním lymfomem a leukémií. Takto bychom mohli v širokém spektru pokračovat.

Co však činí ze sociální opory zdraví protektivní faktor? Pojítko by bylo možné hledat ve fyziologických a neuroendokrinních procesech spojených se stresovou reakcí. Sociální opora by v tomto případě sehrávala roli „nárazníku“ při překonávání určité zátěže, díky čemuž by zároveň snižovala riziko fyziologické odpovědi na stres. Chabé zdraví jedinců s nižším sociálním okruhem by naopak bylo možné vysvětlit fyziologickou reakcí organismu na stres, během níž dochází k řadě dějů. Počínaje první vlnou reakce v podobě aktivace sympatiku a produkce katecholaminů adrenalinu a noradrenalinu. A následnou aktivitou hypotalamo-hypofyzárně-adrenokortikální osy, při níž jsou uvolňovány kortikosteroidy, zejména stresový hormon kortizol (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996; Seeman & McEwen, 1996; Taylor, 2011), jehož hladina se vrací k normálním hodnotám zhruba po 40 až 60 minutách. V důsledku dlouhodobě prožívané zátěže však může dojít k narušení regulace hypotalamo-hypofyzárně-adrenokortikální osy a následně tak k chronicky zvýšené hladině kortizolu, s čímž také přichází riziko hromadění tuku v oblasti břicha či tváře, nadměrného pocení, úbytku kostní či svalové tkáně či horší kvality kůže (Ayers & de Visser, 2015). Chronická či rekurentní aktivace těchto fyziologických a neuroendokrinních drah může mít také dalekosáhlejší následky, jako je narušená imunitní funkce či změny v oběhovém systému v podobě abnormálního krevního tlaku, zrychlené frekvence srdečního tepu a ventrikulární arytmie (McEwen & Stellar, 1993; Taylor, 2011). Intenzivní, náhlé anebo dlouhotrvající sympatické odpovědi na stresovou reakci či zátěž pak vedou k rozvoji hypertenze či koronárního srdečního onemocnění (Taylor, 2011). V tomto

kontextu je možno se bavit o mechanismu vzniku nemoci v závislosti na intenzitě působícího distresu a kvalitě sociální sítě jedince.

Analogicky jako u předchozích psychosociálních faktorů, bychom mohli zvažovat v otázkách etiologie možnost zdravotních návyků. Croezen et al. (2012) dospěli k zjištění, že nízká míra pozitivních zkušeností se sociální oporou byla spojena s chabým duševním zdravím, nižším příjmem ovoce a zeleniny, kouřením, nižší fyzickou aktivitou, nadváhou a negativně vnímaným zdravím. Pokusili se také prozkoumat, zda bude vnímaná sociální opora v budoucnu souviset se zdraví ovlivňujícím chováním. Vysoká úroveň negativních zkušeností se sociální oporou byla v následujících deseti letech spojena s konzumací alkoholu, nižší fyzickou aktivitou a negativněji vnímaným zdravím. Carlson et al. (2002) zjistili, že osoby s vyšší mírou vnímané sociální opory méně kouří. V tomto ohledu lze předpokládat, že osoby, jež cítí sociální oporu ve svých blízkých, prožívají nižší míru stresu, a také z toho důvodu neinklinují ke zdraví škodlivému chování. Skupina vědců z Turecka mimojiné zaznamenala u alexithymických pacientů trpících na astma a hypertenzi nižší úroveň vnímané sociální opory (Karakaş, Karabulutlu, Akyıl, & Turan, 2016), což s sebou přináší další podněty pro zkoumání sociální opory, tentokrát jako proměnnou v interakci s alexithymií ve vztahu k psychosomatickým symptomům.

Jak jsme již zmínili, v našem výzkumu jsme neprokázali signifikantní záporný korelační vztah mezi sociální oporou a mírou psychosomatické zátěže. Můžeme se domnívat, že sociální síť člověka nemusí pouze prospívat, ale může také představovat zdroj distresu (Křivohlavý, 2009) či nežádoucích zdravotních návyků. K tomuto posouzení by však byla zapotřebí znalost situačního kontextu. Nelze jednoznačně popřít ani možnost zkreslení dat z důvodu náročnosti testové baterie, neboť metodu MSPSS pro zjišťování míry vnímané sociální opory jsme umístili do testové baterie jako poslední dotazník. S ohledem do budoucna by mohlo být přínosné zkoumat biologický mechanismus mezi vnímanou sociální oporou a psychosomatickými stesky, dále se zaměřit na to, které psychologické proměnné interagují se sociální oporou ve vztahu ke zdraví, a jakým způsobem ovlivňuje sociální opora zdravotní návyky.

Závěrem

Vzhledem k neparametrické distribuci dat lze považovat výsledky jako spíše orientační. Přesto je vnímáme jako hodnotné. Z části jsou konzistentní s teoretickými východisky našich predikcí, z části podněcují k empirickému prozkoumání objevených

vztahů a spekulativní diskuzi. Závěrem lze konstatovat, že korelační analýza byla relativně dostačující metodou a poukázala na poměrně významné souvislosti mezi vnímanou psychosomatickou zátěží a vybranými psychosociálními faktory.

Přestože se zkoumané proměnné vyskytují ve slabém korelačním vztahu, výsledky reflektují problematiku psychosomatického symptomu, tedy dynamičnost a nutnost komplexního uchopení. V tomto ohledu není reálné či slibné uplatnit reduktivní pojetí. S ohledem do budoucna bude třeba vytvořit takový model, který by výzkumně pojmul všechny potenciální koreláty referované psychosomatické zátěže. Nelze ani ignorovat skutečnost, že každý psychosociální faktor, který jsme zkoumali ve vztahu k psychosomatickým steskům, by zasloužil mnohem pečlivější vědecké i teoretické uchopení, což považujeme zároveň za velký nedostatek našeho výzkumu.

10.1 Limity výzkumu a podněty pro další zkoumání

Součástí každého výzkumného procesu je uvědomění si limitů, jež studie má. I my jsme narazili v průběhu realizace výzkumu na několik praktických nedostatků a považujeme za žádoucí o nich nyní postupně pojednat.

V prvé řadě bychom rádi zmínili omezení týkající se ústředního tématu diplomové práce, termínu „psychosomatická zátěž“. Vzhledem k obtížné deskripci psychosomatického fenoménu bylo velmi problematické vymezit zkoumanou proměnnou. V diplomové práci jsme proto pracovali s pojmy jako „psychosomatická zátěž“, „psychosomatické stesky“ či „obtíže“, „zdravotní stesky“, „chabé zdraví“, „zdravotní stav“, „psychosomatické onemocnění“ a další. Vzhledem k výzkumnému souboru, na němž jsme zjišťovali tuto proměnnou, jsme zároveň chápali zdravotní stesky jako potenciální důsledek náročných pracovních podmínek řidiče z povolání. Řidič zde disponuje jistými osobnostními předpoklady, zdroji pro zvládání zátěže a psychosomatickou kapacitou vůči pracovním nárokům, jež se potenciálně velmi individuálním způsobem podepisují na duševním i tělesném zdraví. Eliminovat tuto nejasnost jsme se pokusili souhrnným termínem „psychosomatická zátěž,“ neboť zátěž zde představuje psychický prožitek, stresující podnět i psychosomatickou reakci zároveň (Štikar et al., 2003). V této souvislosti by bylo užitečné se zaměřit v rámci budoucího výzkumného plánování na konkrétní psychosomatické poruchy či pečlivou fenomenologickou deskripci zkoumaného jevu. Bylo by zajímavé

srovnat míru zakoušení psychosomatických stesků u řidičů s ostatními specifickými profesemi.

S problematickým uchopením psychosomatického fenoménu přichází také otázky volby optimálního výzkumného nástroje. Zdá se, že jak ve světě, tak v České republice je relativně málo testových metod, jež by zjišťovaly přítomnost psychosomatického symptomu, což je docela pochopitelné. Psychosomatický přístup sám o sobě vyžaduje holistické zkoumání a vyžaduje komplexní uchopení. Z toho důvodu jsme se přiklonili k metodě, jež dosud nebyla standardizovaná na českou populaci, což považujeme zároveň za další výzkumné omezení. Fakt, že jsme se nemohli při zodpovídání výzkumné otázky, zda profesionální řidiči vykazují známky psychosomatické zátěže, opřít o populační normy.

Jako podstatné omezení také vnímáme poměrně malý rozsah výzkumného souboru a jeho nerovnoměrné zastoupení z hlediska pohlaví. Jsme si vědomi toho, že se tato skutečnost mohla nepříznivě odrazit ve výsledcích. Nelze však popřít možnost, že toto rozložení odpovídá zkoumané populaci. Nepříliš velké rozpětí výzkumného souboru může souviset jednak se specifičností výzkumné populace, jednak s rozsáhlostí testové baterie, kterou vnímáme také jako velmi limitující. Nelze ignorovat její časovou náročnost, pročež mohlo nastat jisté zkreslení, a to zejména při snímání metody TVP, která disponuje 138 položkami. Tato skutečnost by se mohla týkat také metody MSPSS, jež byla uvedena v testové baterii jako poslední.

Zodpovídání konkrétních zdravotních obtíží bylo při vyplňování testové baterie zcela dobrovolné, získali jsme tedy pouze částečnou představu o tom, jaké zdravotní stesky trápí řidiče nejvíce. Neseme zodpovědnost za to, že výsledky mohou být v důsledku toho poměrně zkreslené. Nicméně i přesto považujeme naše zjištění za cenná, neboť, jak jsme zmínili v diskuzi, jsou konzistentní s teoretickými východisky. S ohledem na tento limit by bylo vhodné zařadit tuto otázku do testové baterie jako povinnou, nejen otevřenou, ale také uzavřenou, abychom předešli potížím s kategorizací zdravotních stesků a nekompletním datům.

V rámci naší reflexe bychom rádi také zmínili, že jsme si vědomi omezení týkající se volby neparametrických metod, k nimž jsme se přiklonili z důvodu nesplnění předpokladu normálního rozložení dat. Vzhledem k tomuto postupu lze s výsledky nakládat spíše jako s orientačními údaji. V tomto ohledu by byla regresní analýza optimálním nástrojem nejen pro identifikování prediktorů psychosomatických obtíží mezi proměnnými,

ale také zjištění, zda lépe predikuje míru psychosomatické zátěže situačně nezávislý osobnostní profil dotazníku TVP či dopravně specifický. I přesto však považujeme naše výsledky za poměrně cenné, neboť částečně korespondují s aktuálními empirickými poznatky a dále nastiňují široké spektrum témat, jež by zasloužily výzkumnou pozornost.

Výše uvedené teoretické či praktické limity diplomové práce vytváří prostor pro napravení těchto nedostatků v rámci budoucího výzkumného plánování. S ohledem do budoucna by bylo zajímavé prozkoumat prevalenci psychosomatických onemocnění u profesionálních řidičů longitudinální formou s tím, že by i nadále byly sledovány vybrané psychosociální faktory jako potenciální činitele v lidském zdraví a nemoci. K prediktorům bychom mohli zahrnout faktor stresu a sledovat, zda interaguje s ostatními nezávisle proměnnými ve vztahu k psychosomatickému symptomu. Výkumný potenciál rovněž spatřujeme v prozkoumání interakce rysů alexithymie a svědomitosti či emocionální lability a extraverze, emocionální lability a svědomitosti, extraverze a sociální opory ve vztahu k vnímané psychosomatické zátěži.

10.2 Praktické využití práce

Jak jsme již zmínili, výzkumně bylo poukázáno na to, že chabé zdraví a četné psychosomatické obtíže souvisí s agresivitou za volantem (Abdoli et al., 2015) a s nehodovostí na cestách (Sadri, 2015). Zdá se, že zdravotní kondice profesionálních řidičů může sehrávat v dopravním prostředí zásadní roli.

Náš výzkum částečně poukázal na to, že řidiči z povolání trpí nejen konkrétními zdravotními stesky v podobě hypertenze či muskuloskeletálních potíží, ale také neurastenickými a psychastenickými obtížemi. V diskuzi jsme se pokusili přihlédnout k faktorům, jež by mohly sehrávat roli v referované psychosomatické zátěži u řidičů z povolání. Zdá se, že částečný podíl na zdravotním stavu profesionálních řidičů mají pracovní podmínky, jimž musí v průběhu řízení čelit. Zřejmě se jedná zejména o expozici organismu nízkofrekvenčním vibracím z podvozku a sedavý charakter jejich povolání (Neghab et al., 2016). Praktickou aplikaci našeho zjištění nacházíme nejen v ergonomické v úpravě pracovních podmínek, ale také v rozšíření preventivních programů. Za zvážení stojí uspořádání pracovní doby v podobě zavedení tzv. zdravotních přestávek určených pro relaxaci zatěžované oblasti pohybového aparátu.

V rámci preventivních a rehabilitačních programů by bylo žádoucí vytvořit systém kurzů zaměřených na nácviky práce s tělem s využitím prvků jógové terapie. Osvojení si principů zdravého pohybu a jednoduchých tipů na korekci klasického sedu by pravděpodobně mohlo vést k eliminaci rizika přetížení bederní či krčení páteře (Oravcová, 2016). Jednotlivé lekce jógové terapie by však mohly být koncipovány tak, aby zároveň vycházely z poznatků dopravního inženýrství a dopravní psychologie. Řidiči by tak získali možnost se naučit efektivně pracovat se svým tělem, a využít i malý prostor pro uvolnění zatěžované části těla či nastavení optimální tělesné pozice v průběhu pracovní doby.

Po rešerši odborné literatury a interpretaci našich zjištění nelze popřít ani vlivy psychosociální, jako je pracovní stres. Je zřejmé, že řidiči s různým osobnostním nastavením budou na zátěž reagovat odlišně. Emocionálně labilním jedincům mohou činit potíž jak faktory pracovního prostředí, tak psychosociální distres a nečekané dopravní situace. Extravertní řidiči budou sice pohotovější, ale naopak budou ohroženi negativními důsledky sociální izolace. Náš výzkum poukázal na emocionální labilitu, svědomitost, extraverzi, alexithymii, negativní copingové strategie a osobnostní nezdolnost v pojetí SOC jako na potenciální činitele v prožívaní psychosomatické zátěže. Tyto poznatky by bylo možné aplikovat při výběru zaměstnanců na pozici řidiče z povolání, kdy obzvlášť vítanou by byla vysoká úroveň nezdolnosti typu SOC. Naopak indikátory rizika rozvoje psychosomatických stesků by pravděpodobně byly faktory jako neuroticismus, preferování negativních copingových strategií a alexithymie. Rys svědomitosti a extraverze zde nezmiňujeme, neboť naše zjištění nekorespondovalo s mnoha výzkumnými poznatky.

Jestliže výše uvedené psychosociální faktory skutečně určitým způsobem sehrávají roli činitele v zakoušení psychosomatických stesků, znamenalo by to praktické využití našich poznatků nejen v pracovních nástrojích dopravních psychologů, ale také v terapeutických a intervenčních postupech klinických psychologů a psychoterapeutů v rámci diagnostiky či individuální a skupinové psychoterapie. Copingové strategie jsou považovány za relativně vědomé, a proto nacházíme potenciál v zařazení do preventivních programů nácviků efektivních copingových strategií při zvládání zátěže a různých relaxačních technik.

Jistý potenciál také spatřujeme v prozkoumání, zda situačně nezávislý osobnostní profil dotazníku TVP lépe predikuje míru psychosomatické zátěže než profil dopravně specifický. Bylo by tak možné pracovat s tímto nástrojem při výběru zaměstnanců nejen jako

s ukazatelem osobnostních rysů a dopravního chování, ale také jako s indikátorem „zranitelnosti“ vůči prožívané psychosomatické zátěži. Psychosomatický fenomén sám o sobě nabízí mnoho témat k vědeckému bádání, s čímž také přichází poměrně rozsáhlé možnosti aplikace zjištěných souvislostí v praxi.

11. Závěr

Cílem diplomové práce bylo prozkoumat psychosomatické stesky nejen jako fenomén, jenž je ovlivňován psychosociální sférou člověka, ale také jako důsledek pracovních podmínek profesionálních řidičů. Vzhledem k cílům diplomové práce probíhal výzkum formou dotazníkového šetření. V prvé řadě jsme se pokusili zjistit, zda a v jaké podobě řidiči z povolání zakouší psychosomatickou zátěž. S ohledem na tento cíl jsme zvolili jako výzkumný nástroj Symptomatologický inventář BEB a demografický dotazník. Dalším cílem bylo ověřit, zda určité psychologické proměnné na straně řidiče souvisí s mírou psychosomatické zátěže. K naplnění tohoto cílu jsme použili TVP (formu A), SVF-78, TAS-20, SOC a MSPSS. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto celkem 86 validně vyplněných testových baterií. Ve výzkumném souboru převažovalo zastoupení mužského pohlaví (80,23 %). Průměrný věk participantů činil 45 let. Vzhledem k nesplnění předpokladu normálního rozložení dat, jsme se přiklonili k neparametrickým metodám. Použitím Mann-Whitneyho U testu, Testu vícenásobného porovnání a Spearmanovy korelace, jsme dospěli k následujícím zjištěním:

1) Řidiči autobusových a tramvajových linek prožívají psychosomatickou zátěž, v průměrně nejvyšším zastoupení trápí řidiče neurastenické a psychastenické obtíže.

2) Řidiči autobusových a tramvajových linek padávali v největším zastoupení stížnosti na muskuloskeletální a oběhový systém, konkrétně se jednalo o bolesti zad a hypertenze. Míra psychosomatické zátěže se mezi profesionálními řidiči statisticky významně neliší z hlediska pohlaví a dopravního prostředku. Míra psychosomatické zátěže se mezi profesionálními řidiči vysoce signifikantně liší z hlediska věku. Vysoký signifikantní rozdíl nastal mezi profesionálními řidiči ve věku 26-40 a 51-65 let.

3) Emocionální labilita jako situačně nezávislý i dopravně specifický rys pozitivně souvisí s mírou psychosomatické zátěže. Svědomitost a extraverze jako situačně nezávislé osobnostní rysy pozitivně souvisí s mírou psychosomatické zátěže. Svědomitost a extraverze v dopravně specifickém kontextu nesouvisí s mírou psychosomatické zátěže.

4) Negativní copingové strategie pozitivně souvisí s mírou psychosomatické zátěže.

5) Alexithymie pozitivně souvisí s mírou psychosomatické zátěže.

6) Nezdolnost typu SOC negativně souvisí s mírou psychosomatické zátěže.

7) Vnímaná sociální opora statisticky významně nesouvisí s mírou prožívané zátěže.

V našem výzkumu nastalo několik neočekávaných korelačních vztahů, a to především v případě situačně nezávislé svědomitosti a extraverze ve vztahu k míře psychosomatické zátěže. Považujeme za přínosné s ohledem do budoucna prozkoumat, zda tyto proměnné interagují s dalšími faktory, jako je třeba emocionální labilita, alexithymie či úroveň prožívaného stresu. Praktický přínos výzkumu spočívá v aplikaci zjištěných souvislostí v diagnostických, intervenčních či psychoterapeutických postupech zejména dopravních psychologů.

Souhrn

Moderně koncipovaná psychosomatická medicína se v současnosti vyznačuje značnou empirickou diverzitou. Rostoucí objem vědeckých poznatků však představuje výzvu pro vytvoření takového teoretického rámce, který by umožňoval adekvátní integraci a reflexi zjištěných souvislostí. Již nějakou dobu máme mnoho indicií, že profesionální řidiči jsou jednou z nejrizikovějších profesí z hlediska zdravotních důsledků spjatých s výkonem jejich povolání (Holme et al., 1977). Nejčatějšími zdravotními potížemi, jež trápí řidiče z povolání, se zdají být nemoci oběhového (Platek et al., 2017), muskuloskeletálního (Yasobant, Chandran, & Reddy, 2015) a gastrointestinálního systému (Huerta-Franco et al., 2013). Tyto poznatky jsou vysvětlovány vysokou mírou pracovního stresu (Useche et al., 2017) a náročnými pracovními podmínkami (Yasobant et al., 2015). Zdá se, že v tomto ohledu může mít tělesný symptom povahu psychosomatickou.

Psychosociální podíl v nemoci je relativně často připisován na teoretické i aplikované rovině faktoru stresu. Chronická či rekurentní reakce organismu na stres se projevuje nadměrnou aktivitou fyziologických a neuroendokrinních procesů (Šavlík & Šimek, 1993) a dysregulací hypotalamo-hypofyzo-adrenokortikální osy (Rosmalen et al., 2007), což může vést k řadě zdravotním obtížím. Zátěž však sama o sobě nemusí znamenat riziko, disponuje-li jedinec jistou psychosomatickou kapacitou vůči působícímu distresu. Povaha psychosomatického symptomu je pravděpodobně spoluurčována jistými osobnostními predispozicemi. Mnoho autorů se domnívá, že v různých podobách souvisí s psychosomatickými symptomy určité osobnostní charakteristiky, jako je neuroticismus, svědomitost či extraverze (Chapman, 2006). Empirické potnatky rovněž naznačují, že záleží na způsobech vyrovnání s distresem. Pakliže je zvládání zátěže proaktivní a na řešení problému zaměřené, pravděpodobně se to v rovině duševní či tělesné projeví v kladném směru (Vingerhoets & Van Heck, 1990). Naopak maladaptivní, na emoce zaměřený coping, který spočívá v bezprostředním uniknutí stresujícím prožitkům, už představuje riziko zdravotních potíží (Leonidou et al., 2016). Koncept osobnostní nezdolnosti typu SOC se zdá být moderujícím činitelem nejen z hlediska vnímaného zdraví (García-Moya et al., 2013), ale také dosahování vyššího věku (Boeckxstaens et al., 2016). Vedle osobnostních zdrojů je uvedena také sociální opora jako potenciální protektivní faktor (Holt-Lunstad, 2018). Výzkumně se jeví jako jistý rizikový faktor osobnostní konstrukt alexithymie, jehož výskyt v malé frekvenci je v populaci očekáván (Chromý, 2006). Vysoké hodnoty však svědčí pro

jedincovu kognitivní neschopnost identifikovat či verbalizovat emoční prožitky (Procházka, 2011). Alexithymie je v souvislosti s psychosomatickým symptomem vysvětlována somatosenzorickou amplifikací jako zvýšenou pozorností vůči běžným tělesným potížím a hypochondrickému nastavení (Nakao & Barsky, 2007).

Z výše uvedeného textu je zřejmé, že tématem diplomové práce je psychosomatická problematika u profesionálních řidičů. Na psychosomatickou zátěž zde nahlížíme jako na potenciální důsledek specifických pracovních podmínek profese řidiče z povolání, který je však výslednou hodnotou linky mezi psychosomatickou kapacitou řidiče vůči zátěži na straně jedné a pracovními nároky na straně druhé. Zkoumanou populaci tvoří řidiči autobusů a tramvají, jejichž pracovní náplň spočívá v řízení těžkého motorového vozidla a přepravě osob. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, do něhož bylo zahrnuto kompletně 86 validně vyplněných testových baterií. Metodami zahrnutými do testové baterie byly Symptomatologcký inventář BEB, TVP (forma A), SVF-78, TAS-20, Škála SOC a MSPSS. Mimoto jsme zde zařadili také demografický dotazník, který byl vytvořen pro deskriptivní účely. Nadpoloviční většinu ve výzkumném souboru tvoří muži (N=69; 80,23 %). Věkové rozpětí se pohybuje mezi 26 až 63 lety, přičemž průměrný věk participantů činí 45 let. Mezi respondenty se nachází řidiči autobusu (58,14 %) i tramvaje (41,86 %) dopravních společností ČSAD Jablunkov, DPP a DPO. Provedením testů normality jsme zjistili, že naše data nesplňují předpoklad normálního rozložení, a proto jsme se uchýlili k neparametrickým metodám. S ohledem na neparametrickou distribuci dat je třeba chápat naše výsledky jako doplňující údaje. Přesto je vnímáme jako hodnotné, neboť jsou z velké části konzistentní s teoretickým rámcem našich původních predikcí, a mohly by tak napomoci k formulování dalších předpokladů o povaze zkoumaného tématu.

Deskriptivní statistiky naznačují, že profesionální řidiče trápí v průměrně nejvyšším zastoupení neurastenické a psychastenické obtíže (M=22,76; SD=8,31). Konkrétními zdravotními problémy, o nichž řidiči z povolání nejčastěji referovali, byly muskuloskeletální obtíže (N=15) a obtíže oběhového systému (N=14), konkrétně bolesti zad a hypertenze. Pro získání bližší představy o této problematice jsme provedli komparaci míry psychosomatické zátěže z hlediska pohlaví, věku a dopravního prostředku. Použitím Mann-Whitneyova U testu jsme nenalezli statisticky významný rozdíl v míře psychosomatické zátěže mezi muži a ženami ani mezi řidiči autobusu a tramvaje ($p>0,05$). Pro srovnání psychosomatických stesků s ohledem na věk jsme pracovali se třemi věkovými kohortami, a to 26-40 let, 41-50 let, 51-65 let. Test vícenásobného porovnání poukázal na vysoce signifikantní rozdíl v míře

psychosomatické zátěže mezi participanty ve věku 26-40 let a 51-65 let (p=0,01). Lze tedy konstatovat, že s přibývajícím věkem stoupá riziko zakoušení psychosomatických stesků.

V rámci korelační analýzy jsme posuzovali psychosomatickou zátěž ve vztahu k několika vybraným proměnným. Korelační analýza prokázala slabou, avšak průkaznou pozitivní korelaci mezi situačně nezávislou emocionální labilitou a mírou psychosomatické zátěže (rs=0,34, p<0,01). Pozitivní korelace nastala také mezi dopravně specifickou emocionální labilitou a mírou psychosomatické zátěže (rs=0,37, p<0,001). Na základě těchto zjištění můžeme tvrdit, že emocionálně labilní jedinci vykazují vyšší známky psychosomatického zatížení jak obecně, tak v kontextu dopravního prostředí. V tomto ohledu byly naše predikce naplněny. Mezi rysem situačně nezávislé svědomitosti a mírou psychosomatické zátěže jsme předpokládali zápornou korelaci. Provedením testu Spearmanovy korelace byl prokázán opačný korelační vztah (rs=0,23, p<0,05), což nebylo v souladu s naším očekáváním. U dopravně specifické svědomitosti nebyla zaznamenána statisticky významná korelace (rs=0,13, p>0,05), na základě čehož se můžeme domnívat, že dopravně specifická svědomitost nesouvisí s mírou psychosomatické zátěže. K nepředpokládanému zjištění jsme dospěli rovněž u situačně nezávislé extraverze, kdy byla zaznamenana statisticky významná pozitivní korelace s mírou psychosomatické zátěže (rs=0,31; p<0,01). Mezi úrovní dopravně specifické extraverze a mírou psychosomatické zátěže statisticky významná korelace nenastala (rs=0,19; p>0,05). Naše predikce zahrnovaly také proměnnou negativní copingové strategie, u nichž jsme očekávali pozitivní vztah s mírou psychosomatické zátěže. Předpoklad byl potvrzen (rs=0,28; p<0,05). Vedle osobnostních rysů a copingových strategií jsme očekávali jistou souvislost s referovanou psychosomatickou zátěží u osobnostního konstruktu alexithymie. Mezi alexithymií a psychosomatickými stesky byla prokázána pozitivní korelace (rs=0,24; p<0,05). Naše očekávání, že osobnostní nezdolnost typu SOC bude negativně korelovat se zakoušením psychosomatické zátěže, bylo naplněno (rs=-0,22; p<0,05). Sociální opora se naopak nevyskytovala s mírou psychosomatické zátěže ve statisticky významné záporné korelaci (rs=-0,05; p>0,05).

Přestože by existovaly vhodnější statistické postupy, považujeme v závěru korelační analýzu jako dostatečný postup k naplnění cílů práce. Ačkoli považujeme za žádoucí přistupovat k našim závěrům jako k doplňujícím údajům, hodnotíme naše zjištění jako poměrně cenná a domníváme se, že naznačují nové cesty výzkumného směřování a nachází jisté praktické využití nejen v oblasti dopravní psychologie.

Použité zdroje

1) Abdoli, N., Farnia, V., Delavar, A., Dortaj, F., Esmaeili, A., Farrokhi, N., ... & Brand, S. (2015). Mental health status, aggression, and poor driving distinguish traffic offenders from non-offenders but health status predicts driving behavior in both groups. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *11*, 2063-2070.

2) Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.

3) Aniței, M., Chraif, M., Burtaverde, V., & Mihaila, T. (2014). The Big Five Personality Factors in the prediction of aggressive driving behavior among Romanian youngsters. *International Journal of Traffic and Transportation Psychology*, *2*(1), 7-20.

4) Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733.

5) Ayers, S. & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně.* Praha: Grada.

6) Ayoob, M., & Alsultan, A. (2018). Role of Coping in Health among College Students. *International Journal of Scientific Research, 6*(5), 379-382.

7) Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research, 38*(1), 23-32.

8) Barth, J., Schneider, S., & von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine, 72*(3), 229-238.

9) Baštecká, B. (2015). Organismus v souvislostech onemocnění. In B. Baštecká, J. Mach, O. Fafejta, P. Goldmann, & H. Janečková. *Klinická psychologie* (633-657). Praha: Portál.

10) Baštecká, B. (2015). Prostředí: kulturní a individuální přizpůsobování v souvislostech onemocnění a zdraví. In B. Baštecká, J. Mach, O. Fafejta, P. Goldmann, & H. Janečková, *Klinická psychologie* (658-679). Praha: Portál.

11) Baštecká, B. (2015). Osobnost. In B. Baštecká, J. Mach, O. Fafejta, P. Goldmann, & H. Janečková, *Klinická psychologie* (397-497). Praha: Portál.

12) Baštecký, J. (1993). Historie psychosomatické medicíny. In J. Baštecký, J. Šavlík, & J. Šimek, *Psychosomatická medicína* (27-33). Praha: Grada.

13) Bergomi, M., Modenese, A., Ferretti, E., Ferrari, A., Licitra, G., Vivoli, R., ... & Aggazzotti, G. (2017). Work-related stress and role of personality in a sample of Italian bus drivers. *Work*, *57*(3), 433-440.

14) Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, *109*(2), 186-204.

15) Bigert, C., Gustavsson, P., Hallqvist, J., Hogstedt, C., Lewné, M., Plato, N., ... & Schéele, P. (2003). Myocardial infarction among professional drivers. *Epidemiology*, *14*(3), 333-339.

16) Boeckxstaens, P., Vaes, B., De Sutter, A., Aujoulat, I., Van Pottelbergh, G., Matheï, C., & Degryse, J. M. (2016). A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. *The Annals of Family Medicine*, *14*(4), 337-343.

17) Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological bulletin*, *130*(6), 887-919.

18) Bolger, N., & Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of personality*, *59*(3), 355-386.

19) Booth-Kewley, S., & Vickers, R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of personality*, *62*(3), 281-298.

20) Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.

21) Carlson, L. E., Goodey, E., Bennett, M. H., Taenzer, P., & Koopmans, J. (2002). The addition of social support to a community-based large-group behavioral smoking cessation intervention: Improved cessation rates and gender differences. *Addictive behaviors*, *27*(4), 547-559.

22) Cipro, M. (2015). *Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného.* Praha: Grada.

23) Contrada, R. J., Cather, C., & O'Leary, A. (1999). Personality and health: Dispositions and processes in disease susceptibility and adaptation to illness. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (576–604). New York, NY, US: Guilford Press.

24) Contrada, R. J., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and health. In L. A. Pervin, (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (638-669). New York, NY, US: Guilford Press.

25) Costa, G., Sartori, S., Facco, P., & Apostoli, P. (2001). Health conditions of bus drivers in a 6 year follow up study. *Journal of human ergology*, *30*(1-2), 405-410.

26) Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite?. *Journal of personality*, *55*(2), 299-316.
27) Croezen, S., Picavet, H. S. J., Haveman-Nies, A., Verschuren, W. M., de Groot, L. C., & van't Veer, P. (2012). Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health*, *12*(1), 1-8.
28) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
29) Denovan, A., Dagnall, N., & Lofthouse, G. (2018). Neuroticism and Somatic Complaints: Concomitant Effects of Rumination and Worry. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1-15.
30) Dunbar, H. F. (1947). *Mind and body: Psychosomatic medicine*. New York: Randome House.
31) Eisenberger, N. I., Taylor, S. E., Gable, S. L., Hilmert, C. J., & Lieberman, M. D. (2007). Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress responses. *Neuroimage*, *35*(4), 1601-1612.
32) Elyasi, M., Abreu, L. G., Badri, P., Saltaji, H., Flores-Mir, C., & Amin, M. (2015). Impact of sense of coherence on oral health behaviors: a systematic review. *PloS one*, *10*(8), 1-16.
33) Eriksson, M. (2017). The sense of coherence in the salutogenic model of health. In Mittelmark, M. B., Sagy, S. Eriksson, M, Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., Espnes, G. A. (Eds.). *The Handbook of Salutogenesis* (91-96). Cham: Springer.
34) Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *59*(6), 460-466.
35) Eurostat Statistics Explained. (2017). Statistika příčin smrti. Získáno z https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/cs
36) Evans, G. W., Johansson, G., & Rydstedt, L. (1999). Hassles on the job: A study of a job intervention with urban bus drivers. *Journal of Organizational Behavior*, *20*(2), 199–208.
37) Faleide Asbjorn, O., Lian Lilleba, B., & Faleide Eyolf, K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika.* Praha: Grada.
38) García-Moya, I., Moreno, C., & Rivera, F. (2013). Sense of coherence and biopsychosocial health in Spanish adolescents. *The Spanish journal of psychology*, *16*, 1-10.
39) Ge, Y., Qu, W., Jiang, C., Du, F., Sun, X., & Zhang, K. (2014). The effect of stress and personality on dangerous driving behavior among Chinese drivers. *Accident Analysis & Prevention*, *73*, 34-40.

40) Guo, M., Wei, W., Liao, G., & Chu, F. (2016). The impact of personality on driving safety among Chinese high-speed railway drivers. *Accident Analysis & Prevention*, *92*, 9-14.
41) Havelková, A., & Slezáčková, A. (2017). Výzkum v psychosomatice: stručný průřez pojetími, vývojem a současnými tématy. *E-psychologie, 11*(3), 39-50.
42) Havlík, K. (2005). *Psychologie pro řidiče.* Praha: Portál.
43) Hemingway, H., & Marmot, M. (1999). Clinical Evidence: Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *Western Journal of Medicine*, *171*, 342-350.
44) Hladký, A., & Židková, Z. (1999). *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka.* Praha: Karolinum.
45) Hoerger, M., Coletta, M., Sörensen, S., Chapman, B. P., Kaukeinen, K., Tu, X., & Duberstein, P. R. (2016). Personality and perceived health in spousal caregivers of patients with lung cancer: The roles of neuroticism and extraversion. *Journal of aging research, 7,* 1-9.
46) Holme, I., Helgeland, A., Hjermann, I., Leren, P., & Lund-Larsen, P. G. (1977). Coronary risk factors in various occupational groups: the Oslo study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *31*(2), 96-100.
47) Holt-Lunstad, J. (2018). Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. *Annual review of psychology*, *69(1)*, 437-458.
48) Honzák, R. (1989). *I v nemoci si buď přítelem.* Praha: Avicenum.
49) Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti*. Praha: Grada.
50) Huerta-Franco, M. R., Vargas-Luna, M., Tienda, P., Delgadillo-Holtfort, I., Balleza-Ordaz, M., & Flores-Hernandez, C. (2013). Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World journal of gastrointestinal pathophysiology*, *4*(4), 108-118.
51) Chapman, B. P., Duberstein, P. R., Sörensen, S., & Lyness, J. M. (2006). Personality and perceived health in older adults: The five factor model in primary care. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *61*(6), 362-365.
52) Chapman, B. P., Roberts, B., & Duberstein, P. (2011). Personality and longevity: Knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. *Journal of aging research*, *2011*, 1-24.
53) Chromý, K. (2006). Soudobé referáty: Alexitymie–vývoj a současný význam konceptu. *Česká a slovenská psychiatrie, 102*(7), 363-370.

54) Chung, Y. S., & Wong, J. T. (2011). Developing effective professional bus driver health programs: An investigation of self-rated health. *Accident Analysis & Prevention*, *43*(6), 2093-2103.

55) Ivanová, K., & Zielina, M. (2010). *Etika pro vědecko-výzkumné pracovníky*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc.

56) Janke, W., & Erdmann, G. (2003). *Strategie zvládání stresu-SVF78.* Praha: Testcentrum.

57) Jokela, M., Batty, G. D., Nyberg, S. T., Virtanen, M., Nabi, H., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2013). Personality and all-cause mortality: individual-participant meta-analysis of 3,947 deaths in 76,150 adults. *American journal of epidemiology*, *178*(5), 667-675.

58) Jokela, M., Pulkki-Råback, L., Elovainio, M., & Kivimäki, M. (2014). Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: Pooled analysis of three cohort studies. *Journal of behavioral medicine*, *37*(5), 881-889.

59) Joshi, A. R., & Vaidya, S. M. (2017). Evaluation of perceived stress in bus drivers of Pune city. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, *7*(1), 90-93.

60) Kaplan, R. M., & Toshima, M. T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, G. R. & Pierce (Eds.), *Wiley series on personality processes. Social support: An interactional view* (427-453). Oxford: John Wiley & Sons.

61) Karakaş, S. A., Karabulutlu, E. Y., Akyıl, R. C., Erdem, N., Turan, G. B. (2016). An Analysis of Alexithymia and Social Support in Patients With Hypertension and Asthma. *Journal of Psychiatric Nursing*, *7*(2), 68-74.

62) Karukivi, M., Jula, A., Hutri-Kähönen, N., Juonala, M., & Raitakari, O. (2016). Is alexithymia associated with metabolic syndrome? A study in a healthy adult population. *Psychiatry research*, *236*, 58-63.

63) Kasielke, E. I., S. Mobius, S., & Scholze, C. (1974). Der Beschwerdenerfassungsbogen als neurosendiagnostisches Verfahren. In J. Helm, E. I. Kasielke a J. Mehl (Eds.), *Neurosendiagnostik* (198–227). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.

64) Kloimüller, I., Karazman, R., Geissler, H., Karazman-Morawetz, I., & Haupt, H. (2000). The relation of age, work ability index and stress-inducing factors among bus drivers. *International Journal of Industrial Ergonomics*, *25*(5), 497-502.

65) Kohoutek, T., Blatný, M., & Bréda, M. (2003). Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně emoční typologie osobnosti: analýza vzájemných souvislostí. In M. Svoboda, P.

Humpolíček & J. Humpolíčková (Eds.), *Sociální procesy a osobnost* (159–168). Brno: Psychologický ústav FF MU.

66) Kochane, K.D., Murphy, S.L., Anderson, R.N., & Scott, C. (2004). Deaths: Final data for 2002. *National Vital Statistics Report, 53*(5), 1-11.

67) Křivohlavý, J. (1990). Nezdolnost v pojetí SOC. *Československá psychologie*, *34*(6), 511-517.

68) Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.

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

70) Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Grada.

71) Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.

72) Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

73) Leonidou, C., Panayiotou, G., Bati, A., & Karekla, M. (2016). Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *Journal of health psychology*, 1-13.

74) Lev, D., Hershkovitz, E., & Yechiam, E. (2008). Decision making and personality in traffic offenders: A study of Israeli drivers. *Accident Analysis & Prevention*, *40*(1), 223-230.

75) Lundh, L. G., Johnsson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, *2*(4), 361-379.

76) Mareš, J. (2002). *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nucleus.

77) Marks, D. F., Murray, M., & Evans, B. (2005). *Health psychology: Theory, research and practice*. London: Sage.

78) Matthews, G., Dorn, L., & Glendon, A. I. (1991). Personality correlates of driver stress. *Personality and Individual Differences*, *12*(6), 535-549.

79) Mayer, J., & Thiel, A. (2014). Health in elite sports from a salutogenetic perspective: athletes' sense of coherence. *PloS one*, *9*(7), 1-11.

80) Michaels, D., & Zoloth, S. R. (1991). Mortality among urban bus drivers. *International journal of epidemiology*, *20*(2), 399-404.

81) Mikšík, O. (2007). *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum.

82) Miller, G. E., Cohen, S., & Ritchey, A. K. (2002). Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: A glucocorticoid-resistance model. *Health psychology*, *21*(6), 531-541.

83) World health organization. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.

84) Mohapl, P. (1989). *Úvod do psychologie zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

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

86) Müller, J., Hess, J., & Hager, A. (2014). Sense of coherence, rather than exercise capacity, is the stronger predictor to obtain health-related quality of life in adults with congenital heart disease. *European journal of preventive cardiology*, *21*(8), 949-955.

87) Munafo, M. R., Zetteler, J. I., & Clark, T. G. (2007). Personality and smoking status: A meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, *9*(3), 405-413.

88) Mund, M., & Mitte, K. (2012). The costs of repression: A meta-analysis on the relation between repressive coping and somatic diseases. *Health psychology*, *31*(5), 640.

89) Muth, E. R., Koch, K. L., Stern, R. M., & Thayer, J. F. (1999). Effect of autonomic nervous system manipulations on gastric myoelectrical activity and emotional responses in healthy human subjects. *Psychosomatic Medicine*, *61*(3), 297-303.

90) Nakao, M., & Barsky, A. J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, *1*(1), 1-7.

91) Nakao, M., & Takeuchi, T. (2018). Alexithymia and somatosensory amplification link perceived psychosocial stress and somatic symptoms in outpatients with psychosomatic illness. *Journal of clinical medicine*, *7*(5).

92) Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti.* Praha: Academia.

93) Neeleman, J., Bijl, R., & Ormel, J. (2004). Neuroticism, a central link between somatic and psychiatric morbidity: Path analysis of prospective data. *Psychological Medicine*, *34*(3), 521-531.

94) Neghab, M., Kasaeinasab, A., Yousefi, Y., Hassanzadeh, J., Sarreshtedar, H., & Alighanbari, N. (2016). Health Effects of Long-term Occupational Exposure to Whole Body Vibration: A Study on Drivers of Heavy Motor Vehicles in Iran. *Journal of health sciences and surveillance system*, *4*(2), 76-82.

95) Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of behavioral medicine*, *12*(2), 145-158.

96) Oravcová, L. (2016). *Principy zdravého pohybu: jóga a jógová terapie.* Olomouc: Poznání.

97) Pálková, Š. (17. ledna 2017). Úmrtnost v Česku prudce vzrostla. Zabíjely hlavně nemoci srdce a cév. Zprávy.idnes.cz. Získáno z https://zpravy.idnes.cz/umrtnost-cesko-2015-pocet-zemrelych-d5c-/domaci.aspx?c=A170117_110138_domaci_pas

98) Pelcák, S. (2013). *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus.

99) Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Critical reviews in oncology/hematology*, *75*(2), 122-137.

100) Platek, A. E., Szymanski, F. M., Filipiak, K. J., Kotkowski, M., Rys, A., Semczuk-Kaczmarek, K., & Adamkiewicz, K. (2017). Prevalence of Hypertension in Professional Drivers (from the RACER-ABPM Study). *American Journal of Cardiology*, *120*(10), 1792-1796.

101) Plháková, A. (2003). *Obecná psychologie.* Praha: Academia.

102) Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie.* Praha: Triton.

103) Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty a laiky.* Praha: Kosmas.

104) Pop, C., Manea, V., Matei, C., Trambitasu, R., & Mos, L. (2015). Work stress hypertension and obesity among professional bus drivers: Results of a cross-sectional study conducted in an urban Romanian company of transport. *J Hypertens Res*, *1*, 27-32.

105) Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*, *3*(3), 34-45.

106) Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

107) Ranchor, A. D., & Sanderman, R. (2006). The role of personality in cancer onset and survival. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (35-49). New York: John Wiley & Sons.

108) Rehnová, V. (2013). Problematika řidičů z povolání. In M. Šucha, V. Rehnová, M. Kořán, & D. Černochová (Eds), *Dopravní psychologie pro praxi* (133-142). Praha: Grada.

109) Renner, W., & Anderle, F. G. (2000). Venturesomeness and extraversion as correlates of juvenile drivers' traffic violations. *Accident Analysis & Prevention*, *32*(5), 673-678.

110) Rochefort, C., Hoerger, M., Turiano, N. A., & Duberstein, P. (2018). Big Five personality and health in adults with and without cancer. *Journal of Health Psychology*, 1-11.

111) Roozen, H. G., Evans, B. E., Wiersema, H., & Meyers, R. J. (2009). The influence of extraversion on preferences and engagement in pleasant activities in patients with substance use disorders: One size fits all?. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, *2*(1), 55-66.

112) Rosengren, A., Anderson, K., & Wilhelmsen, L. (1991). Risk of coronary heart disease in middle-aged male bus and tram drivers compared to men in other occupations: A prospective study. *International Journal of Epidemiology*, *20*(1), 82-87.

113) Rosli, N. S., Yunus, J. M., & Hanan, S. A. (2018). Towards Safety Driving: How Neuroticism Affects Malaysian Drivers' Behaviour?. *Asian Journal of Business and Management*, *6*(1), 1-7.

114) Rosmalen, J. G., Neeleman, J., Gans, R. O., & de Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of psychosomatic research*, *62*(3), 305-311.

115) Roth, G. A., Forouzanfar, M. H., Moran, A. E., Barber, R., Nguyen, G., Feigin, V. L., ... & Murray, C. J. (2015). Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *New England Journal of Medicine*, *372*(14), 1333-1341.

116) Černochová, D. & Rudá, A. (2016). TVP-Inventář dopravně relevantních vlastností osobnosti. Praha: Hogrefe-Testcentrum.

117) Ruesch, J. (1948). The infantile personality: The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*. *10*(3), 134-143.

118) Rutledge, T., Reis, S. E., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S. F., Pepine, C. J., ... & Cornell, C. E. (2004). Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosomatic medicine*, *66*(6), 882-888.

119) Růžička, J. (2006). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.

120) Rydstedt, L. W., Johansson, G., & Evans, G. W. (1998). A longitudinal study of workload, health and well-being among male and female urban bus drivers. *Journal of occupational and organizational psychology*, *71*(1), 35-45.

121) Sadri, G. H. (2015). A model of bus drivers' diseases: Risk factors and bus accidents. *Iranian Journal of Medical Sciences*, *27*(1), 39-41.

122) Semmer, N. K. (2006). Personality, stress and coping. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (73-113). New York: John Wiley & Sons.

123) Shattell, M., Apostolopoulos, Y., Sönmez, S., & Griffin, M. (2010). Occupational stressors and the mental health of truckers. Issues in mental health nursing, 31(9), 561-568.

124) Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic'characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, *22*(2-6), 255-262.

125) Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2015). Big Five traits, affect balance and health behaviors: A self-regulation resource perspective. *Personality and Individual Differences*, *87*, 59-64.

126) Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání.* Brno: Barrister & Principal.

127) Soják, P. (2017). *Osobnostní a sociální rozvoj: aneb strom, mozaika a vzducholoď.* Praha: Grada.

128) Spicher, B., & Hänsgen, K. D. (2003). *TVP-Test zur Erfassung verkehrsrelevanter Persönlichkeitsmerkmale*. Göttingen: Hogrefe-Testcentrum.

129) Steptoe, A., Easterlin, E., & Kirschbaum, C. (2017). Conscientiousness, hair cortisol concentration, and health behaviour in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, *86*, 122-127.

130) Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *110*(15), 5797-5801.

131) Sudha, P., & Reddy, B. K. (2018). Emotion focused coping styles in relation to personality type, health behavior and life satisfaction among cardiovascular patients. *Global journal for research analysis*, *7*(1), 183-185.

132) Sutin, A. R., Terracciano, A., Deiana, B., Naitza, S., Ferrucci, L., Uda, M., ... & Costa, P. T. (2010). High neuroticism and low conscientiousness are associated with interleukin-6. *Psychological medicine*, *40*(9), 1485-1493.

133) Svensson, T., Inoue, M., Sawada, N., Yamagishi, K., Charvat, H., Saito, I., ... & Mimura, M. (2016). Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study. *European heart journal*, *37*(11), 890-899.

134) Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

135) Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). Vymezení problematiky, základní teoretická východiska a etiologie a patogeneze psychosomatických poruch. In J. Baštecký, J. Šavlík, & J. Šimek, *Psychosomatická medicína* (21-24). Praha: Grada.

136) Šmolíková, J., Štikar, J., & Hoskovec, J. (2009). Agresivita řidičů. In M. Šucha (Ed.), *Agresivita na cestách* (75-88). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

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

138) Štikar, J., & Hoskovec, J. (1995). *Přehled dopravní psychologie: historie, teorie, výzkum, aplikace*. Praha: Karolinum.

139) Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K., & Hoskovec, J. (2000). *Metody psychologie práce a organizace*. Praha: Karolinum.

140) Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K., & Hoskovec, J. (2009). *Psychologie ve světě práce.* Praha: Karolinum.

141) Šucha & Seitl (2013). Psychické vlastnosti a funkce posuzované v dopravněpsychologickém vyšetření. In M. Šucha, V. Rehnová, M. Kořán, & D. Černochová (Eds), *Dopravní psychologie pro praxi* (44-77). Praha: Grada.

142) Švancara, J. (2003). *Strategie zvládání stresu*. Praha: Testcentrum.

143) Takahashi, Y., Edmonds, G. W., Jackson, J. J., & Roberts, B. W. (2013). Longitudinal correlated changes in conscientiousness, preventative health-related behaviors, and self-perceived physical health. *Journal of Personality*, *81*(4), 417-427.

144) Tamrin, S. B. M., Yokoyama, K., Aziz, N., & Maeda, S. (2014). Association of risk factors with musculoskeletal disorders among male commercial bus drivers in Malaysia. *Human factors and ergonomics in manufacturing & service industries*, *24*(4), 369-385.

145) Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, *32*(2), 153-164.

146) Taylor, S. E. (2011). Social support: A Review. In M. S. Friedman (Ed.), *The handbook of health psychology* (189-214). New York: Oxford University Press.

147) Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, *13*(4), 343-361.

148) Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*(8), 987-994.

149) Trapková, L., Chvála, V., & Komárek, S. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

150) Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče.* Praha: Portál.

151) Turiano, N. A., Pitzer, L., Armour, C., Karlamangla, A., Ryff, C. D., & Mroczek, D. K. (2011). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: Findings from a national study of Americans (MIDUS). *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *67*(1), 4-12.

152) Urbánek, T. (2002). *Základy psychometriky*. Brno: Masarykova univerzita.

153) Useche, S. A., Alonso, F., Cendales, B., Autukevičiūtė, R., & Serge, A. (2017). Burnout, job strain and road accidents in the field of public transportation: The case of city bus drivers. *Journal of Environmental and Occupational Science*, *6*(1), 1-7.

154) Van der Velde, J., Servaas, M. N., Goerlich, K. S., Bruggeman, R., Horton, P., Costafreda, S. G., & Aleman, A. (2013). Neural correlates of alexithymia: A meta-analysis of emotion processing studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *37*(8), 1774-1785.

155) Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi, 10*(4), 188-192.

156) Vingerhoets, A. J., & Van Heck, G. L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological medicine*, *20*(1), 125-135.

157) Vokurka, M., & Hugo, J. (2004). *Praktický slovník medicíny.* Praha: Maxdorf.

158) Weston, S. J., & Jackson, J. J. (2015). Identification of the healthy neurotic: Personality traits predict smoking after disease onset. *Journal of Research in Personality*, *54*, 61-69.

159) Whiteman (2006). Personality, cardiovascular disease and public health. In M. Vollrath (Ed), *Handbook of personality and health* (13-34). New York: John Wiley & Sons.

160) Wiesmann, U., Dezutter, J., & Hannich, H. J. (2014). Sense of coherence and pain experience in older age. *International psychogeriatrics*, *26*(1), 123-133.

161) Winkleby, M. A., Ragland, D. R., Fisher, J. M., & Syme, S. L. (1988). Excess risk of sickness and disease in bus drivers: A review and synthesis of epidemiological studies. *International Journal of Epidemiology*, *17*(2), 255-262.

162) *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování (1992). Praha: Psychiatrické centrum.*

163) Yasobant, S., Chandran, M., & Reddy, E. M. (2015). Are bus drivers at an increased risk for developing musculoskeletal disorders? An ergonomic risk assessment study. *Journal of Ergonomics*, *3*(11), 165-170.

164) Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, *52*(1), 30-41.

165) Zvolensky, M. J., Taha, F., Bono, A., & Goodwin, R. D. (2015). Big five personality factors and cigarette smoking: A 10-year study among US adults. *Journal of psychiatric research*, *63*, 91-96.

Seznam tabulek

Tabulka 1 *Přehled subškál Symptomatologického inventáře.* 64
Tabulka 2 Přehled subtestů dotazníku SVF-78. 66
Tabulka 3 *Verbálně hodnocený zdravotní stav respondentů (N=86)* 75
Tabulka 4 *Deskriptivní statistiky Symptomatologického inventáře* 77
Tabulka 5 *Deskriptivní statistiky TVP* 78
Tabulka 6 *Deskriptivní statistiky SVF-78* 78
Tabulka 7 *Deskriptivní statistiky TAS-20* 79
Tabulka 8 *Deskriptivní statistiky Dotazníku nezdolnosti SOC* 79
Tabulka 9 *Deskriptivní statistiky MSPSS* 80
Tabulka 10 *Vnitřní konzistence Symptomatologického inventáře* 80
Tabulka 11 *Vnitřní konzistence Dotazníku nezdolnosti SOC* 81
Tabulka 12 *Vnitřní konzistence MSPSS* 81
Tabulka 13 *Test normality pro použité škály* 82
Tabulka 14 *Přehled zdravotních potíží mezi respondenty* 84
Tabulka 15 *Mann-Whitney U test, psychosomatická zátěž z hlediska pohlaví (N=86)* 85
Tabulka 16 *Kruskal-Wallisova analýza rozptylu, psychosomatická zátěž z hlediska věku (N=86)* 86
Tabulka 17 *Vícenásobné porování míry psychosomatické zátěže z hlediska věku (N=86)* 86
Tabulka 18 *Mann-Whitney U test, psychosomatická zátěž z hlediska dopravního prostředku (N=86)* 87
Tabulka 19 *Korelační koeficienty pro vztah mezi vybranými osobnostními rysy a psychosomatickou zátěží (N=86)* 89
Tabulka 20 *Korelační koeficienty pro vztah mezi negativními copingovými strategiemi a psychosomatickou zátěží (N=86)* 90
Tabulka 21 *Korelační koeficienty pro vztah mezi alexithymií a psychosomatickou zátěží (N=86)* 91
Tabulka 22 *Korelační koeficienty pro vztah mezi SOC a psychosomatickou zátěží (N=86)* 91
Tabulka 23 *Korelační koeficienty pro vztah mezi SOC a psychosomatickou zátěží (N=86)* 92

Seznam grafů

Graf 1 *Srovnání probandů z hlediska věku (N=86)* 74
Graf 2 *Histogram zastoupení respondentů z hlediska dopravního podniku (N=86)* 74
Graf 3 *Doba výkonu profesionálního řidiče (N=86)* 75
Graf 4 *Zdroje distresu v dopravním prostředí* 76
Graf 5 *Koláčový graf procentuálního zastoupení subškál BEB* 83
Graf 6 *Verbální hodnocení zdravotního stavu z hlediska pohlaví* 85
Graf 7 *Verbální hodnocení zdravotního zdravu z hlediska věku* 87
Graf 8 *Verbální hodnocení zdravotního stavu z hlediska dorpavního prostředku* 88

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce v českém i anglickém jazyce

Abstrakt diplomové práce

Název diplomové práce: Psychosomatická zátěž u profesionálních řidičů

Autor práce: Bc. Ester Gawlasová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Matúš Šucha, PhD.

Počet stran a znaků: 127, 268 298

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 165

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá psychosomatickou problematikou u řidičů z povolání a psychosociálními faktory, jež potenciálně souvisí s psychosomatickou zátěží. Teoretická část je věnována uvedení do psychosomatického fenoménu včetně vymezení psychosomatické zátěže v kontextu dopravního prostředí. Dále představujeme teoretická východiska vybraných osobnostních charakteristik, copingových strategií, teoretického konstruktu SOC a sociální opory. Teoretický rámec hlavních témat diplomové práce propojujeme s aktuálními výzkumnými poznatky ve vztahu ke zdraví. Výzkumu se zúčastnilo 86 řidičů autobusů a tramvají. Profesionální řidiči zakoušejí průměrně nejvíce neurastenické a psychastenické obtíže. Zdravotními problémy, které řidiče dlouhodobě nejvíce trápí, jsou potíže muskuloskeletálního a oběhového systému, zejména v podobě bolesti zad a esenciální hypertenze. Výsledky výzkumu rovněž naznačují, že neuroticismus jako situačně nezávislý i dopravně specifický rys, situačně nezávislá svědomitost a extraverze, negativní copingové strategie a alexithymie pozitivně korelují s mírou psychosomatické zátěže. Dopravně specifická svědomitost a extraverze a vnímaná sociální opora signifikantně nesouvisí s psychosomatickou zátěží. Výsledky našeho výzkumu potvrdily existenci záporné korelace mezi SOC a psychosomatickými stesky.

Klíčová slova: řidič, psychosomatická zátěž, alexithymie, osobnost, coping, sense of coherence, vnímaná sociální opora

Abstract of thesis

Title: A psychosomatic workload of professional drivers

Author: Bc. Ester Gawlasová

Supervisor: doc. PhDr. Matúš Šucha, PhD.

Number of pages and characters: 127, 268 298

Number of appendices: 1

Number of references: 165

Abstract:

The thesis is focused on psychosomatic problematics of professional drivers and psychosomatic factors, which are potentially related with the psychosomatic workload. The theoretical part is dedicated to an introduction to the psychosomatic phenomenon including definition of psychosomatic in the context of professional driving. Further, it includes theoretical starting points of personality, coping, SOC, social support. We connect the theoretical frame of the main subjects of the thesis with current research findings with a relationship to health. Data were from 86 bus and tram drivers. Professional drivers experience psychosomatic complaints, predominantly neurasthenia and psychastenia. Health complaints, which drivers experience the most are problems of musculoskeletal and cardiovascular systems, especially in the form and back pains and essential hypertension. The results of the research imply, that situation independent and traffic specific neuroticism, situation independent conscientiousness and extraversion, negative coping and alexithymia positively correlate with the amount of psychosomatic workload. Traffic specific conscientiousness, extraversion and social support statistically do not significantly relate with the psychosomatic workload, our research proved a negative correlation between SOC and psychosomatic complaints.

Keywords: driver, psychosomatic workload, alexithymia, personality, coping, sense of coherence, perceived social support