

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Kvalita životního stylu studentů studujících Filosofickou
fakultu Jihočeské univerzity

Diplomová práce

Autor: Bc. Jiří Galdia

Studijní program: Vychovatelství

Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

České Budějovice, 2014

University of South Bohemia
Faculty of Education
Department of Health Education

Quality of lifestyle of students studying Philosophical
faculty at University of South Bohemia

Diploma Thesis

Author: Bc. Jiří Galdia

Study programme: Specialization in Education

Field of study: Education for Health

Supervisor: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

České Budějovice, 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Jiří Galdia

Název diplomové práce: Kvalita životního stylu studentů studujících
Filosofickou fakultu Jihočeské univerzity

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská
univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá výzkumem kvality života studentů filozofické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Formou emailového dotazníkového šetření v akademickém roce 2012/2013 bylo osloveno 915 studentů. Dotazník byl převzat od Doc. MUDr. Tatiány Kimákové, CSc., z lékařské fakulty UPJŠP v Košicích, k pilotnímu výzkumu v ČR. Šetření je zaměřeno na oblasti celkového zdraví, výživy, kouření, spotřeby alkoholu, užívání návykových látek a na oblast pohybových aktivit. Výsledky jsou podrobeny diskuzi a porovnány s výzkumy na JU a šetřením SZÚ v populaci ČR.

Klíčová slova:

Životní styl; kvalita života; zdraví; výživa; pohybová aktivita; kouření; návykové látky.

Bibliographic identification

Name of the author: Bc. Jiří Galdia

Title of the Diploma Thesis: Quality of lifestyle of students studying
Philosophical faculty at University of South Bohemia

Department: Department of Health education, Faculty of Education, University
of South Bohemia

Supervisor: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

The year of defense: 2014

Abstract:

This thesis deals with the research quality of life of students studying the Faculty of Philosophy University of South Bohemia in the České Budějovice. In the form of an email questionnaire survey were contacted 915 students during the academic year 2012/2013. The questionnaire was produced by Doc. MUDr. Tatianou Kimákovou, CSc., from The Department of Medicine, UPJŠP in Košice, as a pilot study for The Czech Republic. The investigation is focused on health, nutrition, smoking, consumption of alcohol, substance abuse and physical activities. The results are subject of the discussion and compared with JU research and investigation of SZÚ for Czech population.

Keywords:

Lifestyle; quality of life; health; nutrition; physical activity; smoking; addictive substance.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracoval samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 Sb. zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. uveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 4. 2014

.....

Bc. Jiří Galdia

Poděkování:

Rád bych poděkoval Mgr. Janu Schusterovi, Ph.D. za jeho ochotu, pomoc a cenné rady nejen při tvorbě této práce. Také bych rád poděkoval Mgr. Monice Hosnedlové za ochotu a pomoc při organizaci výzkumného šetření a také své rodině za shovívavost a podporu po celou dobu studia.

OBSAH

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | ÚVOD..... | 9 |
| 2 | TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 2.1 | ZDRAVÍ..... | 10 |
| 2.1.1 | Definice zdraví | 11 |
| 2.1.2 | Historický vývoj | 14 |
| 2.1.3 | Holistický přístup | 18 |
| 2.1.4 | Kvalita života | 22 |
| 2.2 | ŽIVOTNÍ STYL..... | 26 |
| 2.2.1 | Definice životního stylu | 27 |
| 2.2.2 | Aktivní životní styl..... | 31 |
| 2.3 | RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU | 33 |
| 2.3.1 | Pohybová aktivita | 34 |
| 2.3.2 | Výživa | 35 |
| 2.3.3 | Stres | 38 |
| 2.3.4 | Návykové chování | 41 |
| 2.4 | VYSOKOŠKOLSKÝ STUDENT | 45 |
| 2.4.1 | Charakteristika vývojového období..... | 45 |
| 2.4.2 | Psychosociální a vývojové aspekty | 46 |
| 3 | PRAKTICKÁ ČÁST | 48 |
| 3.1 | CÍLE PRÁCE | 48 |
| 3.2 | ÚKOLY PRÁCE | 48 |
| 3.3 | VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY | 49 |
| 3.4 | CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU | 49 |
| 3.5 | POUŽITÉ METODY | 50 |
| 3.6 | ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 52 |
| 4 | VÝSLEDKY A DISKUZE..... | 52 |
| 4.1 | CELKOVÉ ZDRAVÍ | 53 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.1 | Celkové zdraví a stres..... | 53 |
| 4.1.2 | Antropometrické údaje..... | 57 |
| 4.1.3 | Spánek..... | 59 |
| 4.1.4 | Závislost pocitu unavenosti na působení stresu..... | 59 |
| 4.1.5 | Diskuze..... | 60 |
| 4.2 | VÝŽIVA..... | 61 |
| 4.2.1 | Konzumace vybraných potravin..... | 61 |
| 4.2.2 | Pitný režim..... | 66 |
| 4.2.3 | Diskuze..... | 68 |
| 4.3 | ALKOHOL..... | 70 |
| 4.3.1 | Frekvence konzumace alkoholu..... | 70 |
| 4.3.2 | Závislost frekvence konzumace na druhu alkoholického nápoje.... | 72 |
| 4.3.3 | Diskuze..... | 74 |
| 4.4 | KOUŘENÍ..... | 75 |
| 4.4.1 | Prevalence kouření..... | 75 |
| 4.4.2 | Diskuze..... | 77 |
| 4.5 | DROGY..... | 77 |
| 4.5.1 | Charakteristika užívání drog podle typu..... | 77 |
| 4.5.2 | Diskuze..... | 80 |
| 4.6 | POHYBOVÁ AKTIVITA..... | 81 |
| 4.6.1 | Frekvence a druhy pohybových aktivit..... | 81 |
| 4.6.2 | Závislost pocitu zdraví na frekvenci pohybových aktivit..... | 83 |
| 4.6.3 | Doprava do školy..... | 86 |
| 4.6.4 | Diskuze..... | 87 |
| 5 | ZÁVĚR..... | 88 |
| | SEZNAM LITERATURY..... | 89 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 94 |
| | SEZNAM GRAFŮ..... | 95 |
| | SEZNAM ZKRATEK..... | 97 |

1 ÚVOD

Moderní doba, charakteristická dynamickým rozvojem téměř ve všech oblastech života člověka, klade na jedince neustále se zvyšující nároky. Ve zrychleném tempu životního stylu, jedinec snadno podlehne globálnímu tlaku, směřujícího ke konzumnímu způsobu života a k preferování hedonistických požitků. Poznatky v oblasti životního stylu a výzkum jeho stěžejních determinant, ve světle nových vědeckých zjištění poměrně jasně ukazují, kterým rizikovým faktorům životního stylu se v rámci zachování dobrého zdraví a kvality života vyhnout, ale i tak je stále nejčastějším důvodem nemocnosti a úmrtnosti populace rozvoj chronických neinfekčních onemocnění, tedy civilizačních chorob. Životní styl musíme chápat komplexně a multifaktoriálně, rizikové chování, byť jen v jedné oblasti životního stylu negativně ovlivňuje celou řadu dalších aspektů. Nespornou výhodou dnešní doby je možnost svobodné volby životního stylu jen na základě vůle a motivace každého jedince. Pro objasnění a definici volních a motivačních faktorů jedince ovlivňujících způsob životního stylu, přispívá celá řada aktuálních výzkumů. Do oblasti výzkumu životního stylu a kvality života je směřována i tato práce, která si klade za cíl šetření v oblasti životního stylu specifické cílové skupiny studentů vysokých škol. Tato práce a její výsledky se zařadí do širšího evropského výzkumu v této oblasti, který pomůže definovat rozdíly v jednotlivých regionech a na odlišně zaměřených univerzitách a jejich fakultách. Praktické šetření této práce zkoumá a hodnotí kvalitu života a aspekty životního stylu studentů filozofické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 ZDRAVÍ

Zdraví v historickém a kulturním vývoji člověka vždy zaujímal nejvyšší příčky hodnotového systému. I dnes je zdraví považováno za důležitý prostředek k dosažení a udržení pocitu spokojenosti a naplnění života (Kebza, 2005). Zdraví slouží jako prostředek k dosažení cíle, ale podle Čeledové a Čevely (2010) by nemělo představovat cíl života. Vnímání a hodnocení zdraví je zcela individuální a závisí na řadě okolností (pohlaví, věk, socioekonomický status, apod.) Někdy je zdraví vnímáno zcela abstraktně „hlavně zdraví“, jindy zcela konkrétně, např. stav probíhající nemoci. K pojmu zdraví je přes zdánlivou jednoznačnost možno přiřadit několik úrovní vnímání a řadu různých obsahů. Jde o pojem komplexní povahy a zároveň pojem dynamický, daný interakcí člověka s prostředím a s ní souvisejícím životním stylem. Ten je v dnešní době řazen mezi klíčové determinanty zdraví (Kebza, 2005).

„Dnes ve 21. století, se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou až příliš zužována na zdraví těla (fyzický stav člověka), jiný chápou zdraví jen jako zboží (viz. Např. komerční pojetí farmakoterapie). Další chápou zdraví jako tajemnou sílu, kterou člověk dostává při narození a s níž musí v životě hospodařit (Křivohlavý, 2003, s. 31).

Protože na pojem zdraví nelze nahlížet izolovaně, liší se i současná pojetí a pokusy o definici. Teorie zdraví se pohybují v různých dimenzích a snaha o širší definici zdraví by měla obsáhnout genetickou i získanou podmíněnost zdraví, vyjádřit objektivní zdravotní stav, stejně jako subjektivní vnímání pocitů spokojenosti, posoudit chování jedince ve vztahu ke zdraví a nemoci a zároveň respektovat krátkodobou i dlouhodobou dynamiku. Zdraví, stejně jako nemoc jsou pojmy multifaktoriální, výsledky mnoha příčin, a v jejich vztahu nelze hledat jednoduché souvislosti. Ke stejné nemoci, stejně jako ke srovnatelné úrovni zdravotnímu stavu mohou jedinci dospět různými cestami (Čeledová & Čevela, 2010).

Zdraví představuje pro jedince základní hodnotu a zároveň biologickou potřebu, nezbytnou pro naplnění společenských rolí, dosažení osobního blaha a dosažení životních cílů. Z pohledu jedince lze také zdraví chápat, jako schopnost vyrovnat se s nároky prostředí a okolí, bez narušení životních funkcí. Na společenské úrovni kvalita

zdraví představuje předpoklad pro úspěšný socioekonomický rozvoj populace. Populační celek, pokud chce přežít, musí věnovat pozornost zdraví jedinců (Čeledová & Čevela, 2010).

2.1.1 Definice zdraví

Nejznámější a zároveň nejrozšířenější definicí zdraví předkládá Světová zdravotnická organizace (WHO). „Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity“, tzn. zdraví je stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti (Čeledová & Čevela, 2010).

Hartl & Hartlová (2000) u odkazu zdraví (health, well-being) ve svém psychologickém slovníku uvádějí: 1) Negativní vnímání zdraví, jako pouhou nepřítomnost nemoci, či duševní nebo tělesné poruchy. 2) Zdraví, jako souhrn vlastností organismu schopný reagovat na měnící se vlivy vnějšího i vnitřního prostředí bez narušení fyziologicky důležitých funkcí. 3) Definici zdraví dle WHO. Zároveň upozorňují, že žádnou z definic nelze odlišit nemocné osoby od nešťastných, nespokojených a nepřízřusobivých.

Teorií, koncepcí a definic zdraví je v odborné literatuře prezentována celá řada. Obsáhlejší přehled sestavil Vašina (1999) na základě dat z rozsáhlé studie University of Cambridge Clinical School z 90. let 20. stol. Na základě analýzy dat identifikoval osm způsobů pojetí zdraví, vycházejících převážně ze subjektivního zhodnocení zdraví a jeho charakteristik respondenty.

1) Zdraví jako absence nemoci

Pojetí tzv. „pasivního zdraví“, kde jedinec netrpěl chorobami, bolestmi a nenavštěvoval lékaře, což bylo považováno respondenty za kritérium zdraví.

2) Prožívaný stav zdraví, navzdory onemocnění

Jde o pojetí, kde se o zdravích lidech hovořilo jako o těch, kteří neměli vážnější, případně chronickou chorobu. Vyrovnání se s nemocí vyústuje do stavu, který nebránil životní spokojenosti.

3) Zdraví jako rezerva, či záloha

Rezerva byla chápána jako rezistence vůči nemoci, schopnost organismu zvládnout onemocnění. Za zdravého byl považován jedinec, který se rychle uzdravil. Tato schopnost byla často chápána jako něco daného, vrozeného.

4) Zdraví jako fyzická zdatnost

Pojetí „fitness“ mělo na mysli především tělesnou zdatnost, a bylo preferováno zvláště u mladých lidí. Aktivní pojetí „fitness“ dnes stojí proti koncepci „pasivního zdraví“.

5) Zdraví jako energie a vitalita

Tato koncepce kombinuje fyzickou zdatnost s pocitem energie a vitality. Slovo energie při popisu zdraví užívali především ženy a starší muži. Vitalita byla vnímána spíše jako psychosociální pojem a neměla co dělat s fyzickou energií.

6) Zdraví ve formě sociálních vazeb

Definice zdraví sociálními vazbami a vztahy. Tato definice zdraví byla velmi typická pro ženy. Mladé ženy se zaměřovaly především na rodinné vztahy, starší ženy spíše věnovaly pozornost pomoci jiným.

7) Zdraví jako funkce

Koncepce zdraví jako funkce ve smyslu něco dělat s malým důrazem na pocity a prožívání.

8) Zdraví ve smyslu psychosociální pohody

V této koncepci byl rozhodujícím kritériem psychický stav, často však spojován s dobrou fyzickou kondicí. Za zdravé byli považováni fyzicky, duševně i duchovně vyrovnané, jednotné a aktivní osoby.

„Pojetí zdraví se mění s věkem, pohlavím a vzděláním. Pro mladé muže je kritériem fyzická síla a zdatnost. Pro mladé ženy vitalita, energie a schopnost vyrovnat se s úkoly. Ve středním věku převládá kritérium psychofyzické pohody. Starší lidé, zvláště muži chápou zdraví jako funkci, tedy schopnost pracovat, být spokojený a šťastný. Také psychický stav, zvláště v přítomnosti nemoci a neschopnosti, se stává velmi významným. Ženy popisují kritéria zdraví šířeji oproti mužům, a to zvláště ženy s vyšším vzděláním, u nichž se navíc jako jedno kritérium objevují sociální vztahy. Muži, zvláště manuálně

pracující a s nižším socioekonomickým statusem, chápou velmi často zdraví jako nemoc“(Vašina, 1999, s. 9).

Podobně jako Vašina (1999) i Křivohlavý (2003), který vychází z práce D. Seedhouse (2001), rozděluje nahlížení na zdraví do několika skupin:

- 1) Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly
- 2) Zdraví jako metafyzická síla
- 3) Salutogeneze – individuální zdroje zdraví
- 4) Zdraví jako schopnost adaptace
- 5) Zdraví jako schopnost dobrého fungování
- 6) Zdraví jako zboží
- 7) Zdraví jako ideál.

Křivohlavý (2003) se s ohledem na vztah zdraví a kvality zdraví pokusil vytvořit vlastní definici zdraví: *„Zdraví je celkový (tělesným, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“*(Křivohlavý, 2003, s. 31).

Vašina (1999) také upozorňuje na zajímavé sociologické analýzy pohledu na zdraví v pracích autorů U. Gerhardta, A. Beattie et al. z přelomu 80. a 90. let 20. stol. Navrhují čtyři typy přístupu ke zdraví na základě kombinací způsobu myšlení (mechanický x humanistický) a zaměření (individualistické x kolektivní).

1) Typ mechanisticko-individualistický (biopatologický)

Vychází z biomedicíny, hlavním činitelem je lékař, zdraví se posuzuje na základě poruch a stavů nemocí a ze sociopolitického hlediska jde o konzervativní zaměření.

2) Typ mechanisticko-kolektivistický (ekologický)

Je zaměřen na interakci člověka s prostředím, hlavním činitelem je hygienik a sociopoliticky se blíží k reformismu dirigizmu.

3) Typ humanisticko-individuální (biografický)

Vychází z vývojové psychologie a psychopatologie, hlavním činitelem je sociální pracovník a psychoterapeut, je zaměřen na člověka a jeho osobní problémy, kritériem zdraví jsou poruchy copingu a sociopoliticky je orientován liberálně a antikolektivisticky.

4) Typ humanisticko-kolektivistický (komunitní)

Orientuje se na jedince v jejich sociálních vztazích, hlavní činitelé jsou komunitní pracovníci, kritériem zdraví je zařazení se do sociálních vztahů, nebo naopak odcizení a sociopoliticky odpovídá radikálnímu pluralismu a postmarxismu.

Originálním pojetím zdraví je koncepce „Salutogeneze“ A. Antonovského, který tradiční pátrání po patogenních faktorech a původcích nemocí obrátil v pátrání po původcích resistance a resilience, k hledání tzv. „salutogenních faktorů“ podporujících zdraví (Kebza, 2005).

Antonovsky zjistil, že schopnost nezdolně se vyrovnávat s životními problémy nespočívá pouze ve fyzickém zdraví, ale hlavně v psychickém stavu. Jde o celkový charakter postoje k životu, který označil jako smysl pro integritu (sense of coherence). Zároveň Antonovsky rozlišil základní aspekty tohoto zdroje životní síly (Čeledová & Čevela, 2010):

- 1) Smysluplnost (meaningfulness)
- 2) Vidění zvládnutelnosti úkolů (manageability)
- 3) Schopnost chápat dění (comprehensibility)

2.1.2 Historický vývoj

Přístup ke zdraví se postupem času mění. Od dávných dob, kdy se ztrátě zdraví připisovaly především nadpřirozené vlivy („boží trest“), jsme dospěli k pojetí ztráty zdraví, jako systémové poruchy úzce související s nezdravým životním stylem (životosprávou). S rozvojem medicíny v posledních sto letech se podařilo zvládnout řadu převážně infekčních chorob, ale zároveň došlo k radikální změně příčin úmrtí. Hlavní zdravotní komplikace dnešní doby představují chronická neinfekční onemocnění, za nimiž nestojí pouze fyzické faktory, jako u infekčních chorob, ale stejnou měrou i faktory psychické, behaviorální a sociální a jejich složité multifaktoriální vztahy (Slováčková, 2008).

Jednou z nejstarších kultur v péči o zdraví, jak dokládají písemné prameny, je více než 4000 let stará indická jóga. Jóga, která představuje sjednocení, nebo také spojení, nabízí propracovanou psycho-fyzickou metodu, která učí žít člověka

v harmonii těla a ducha a v souladu s přírodou. První vyspělejší přístup k péči o zdraví nacházíme v antickém Řecku a Římě. Starověké Řecko stvořilo ideál harmonického, tedy „kalokagathického“ člověka. „Kalokagathia“ se snaží o vytvoření harmonie těla a duše, hlavním cílem kalokagathického člověka je nikdy nekončící snaha o dosažení rovnovážného bodu mezi tělesným a duševním a balancování na něm (Krejčí & Bäumeltová, 2001). Nejznámějším lékařem 5. stol. př. n. l. byl bezpochyby Hippokrates, autor humorálních teorií, pomocí kterých vysvětloval vznik nemocí. V jeho pojetí se udržení zdraví rovnalo udržení humorální rovnováhy a nevyváženost tělních tekutin (hlen, krev, žluč a černá žluč) negativně ovlivňovalo fyzické i duševní zdraví. Poměr tekutin byl ovlivňován jak vlivy prostředí, tak i individuálním životním stylem (Slováčková, 2008). Křivohlavý (2003) označuje dvě složky antického zdravého způsobu života (žít moudře a žít dobře) a antický přístup ke zdraví vysvětluje i na několika pojmech. Např. „ischio“ znamenalo být zdrav a silný, „hygiao“ být zdrav a schopen života, ale také výraz „sothein“, což v nejobecnější rovině zahrnovalo „uzdravovat“, ale používalo se také ve významu „zachránit člověka v ohrožení života“, nebo „pomoci člověku, aby byl celým člověkem“. Již v těchto kulturách jsou patrné kořeny směřující k současnému holistickému pojetí problematiky zdraví (Slováčková, 2008).

Slovanský výraz pro zdraví vychází ze společného indoevropského výrazu „dru“. „Dru“ znamenalo dřevo, nebo strom a to včetně všech jeho vlastností (ohebnost, pevnost, síla, odolnost). Společně s předponou „su“ znamenající dobrý, vytvářelo spojení „su-dru“, které znamenalo dobré dřevo a vyjadřovalo řečeno o člověku, že má dobrý kořínek, že je tedy zdrav. Spojením výslovnosti dále vznikl tvar „zdru“, ve kterém má původ slovanský výraz „zdraví“. I v ostatních jazycích vznikaly výrazy pro „zdraví“ v souvislosti s uvědoměním, že dobré zdraví souvisí se správnou životosprávou duševní rovnováhou a tělesnou čistotou. Některé výrazy vznikaly na slovním základě slov „celý, celistvost, celiti“, jako např. anglické „health“, německé „heilen“, či norské „helse“, jiné vznikaly v souvislosti síly a zdatnosti, např. latinské „valetudo“, anglické „wealth“, či německé „walten“ (Daněk, 1983, in Krejčí, 2011).

Vrcholný středověk nepřál rozvoji medicínských věd, upřednostnil se pohled církve, že člověk je bytost obdařená duší a nepodléhá tedy běžným přírodním zákonům. V návaznosti na antický ideál pokračovali jen mniši ve svých kláštorech. Zásadní zlom přichází s nástupem humanismu a propuknutím vědecké revoluce v roce 1600. Bohužel z hlediska zdraví nedošlo k takovému rozvoji, jako v jiných vědeckých a uměleckých

oborech, ale důležitý bod bylo oslabení vlivu církve (Slováčková, 2008). Přesto v tomto období nelze opomenout postavu Jana Ámose Komenského, který ve svém díle myšlenkově navázal na ideál kalokagathie a jeho návody na péči o zdraví dodnes překvapují svou aktuálností (Krejčí & Bäumeltová, 2001).

V 18. a 19. stol. došlo v Evropě vlivem sociálních i politických změn k prudkému nárůstu ekonomiky a následné populační explozi. Vývoj medicínských věd postupoval rychle kupředu, hlavně díky novým technickým přístrojům, ale také díky zavádění nových léčebných postupů. Postupně se začal formovat tzv. „biomedicínský model“, který předpokládá původ všech nemocí a fyzických potíží ve zranění, biochemické nerovnováze, bakteriální nebo virové infekci apod. Tento pohled na zdraví se v západní civilizaci dále rozšiřoval. Představa, že nemoci jsou čistě tělesná záležitost, bez vlivu psychologických a sociálních procesů nakonec v průběhu 19. a 20. stol. dominovala (Slováčková, 2008).

„V současné době však bakteriální teorie ani medicínský model nemohou vysvětlit široce rozšířený model neinfekčních chronických onemocnění, která ovlivňují moderní civilizaci“ (Mastiliaková, 2007, s. 36).

Biomedicínský přístup pomohl prodloužit délku života a to spolu s prudkým technologickým rozvojem a změnou životního stylu přineslo nárůst chronických neinfekčních onemocnění, které se staly hlavní příčinou úmrtí (Mastiliaková, 2007). V kontextu tohoto vývoje a také v souvislosti s poznatky rozvíjející se psychoanalýzy dochází k rozvoji tzv. „holistického přístupu“. Na člověka je nahlíženo, jako na bytost bio-psycho-sociální a původ nemocí a fyzických potíží spatřuje v neustálé vzájemné interakci činnosti somatických a psychických struktur a vlivů vnějšího prostředí. Pojem „psychosomatika“ použil poprvé německý psychiatr Johann Christian Heinroth již v roce 1818 (Slováčková, 2008).

„Životní prostředí a životní styl člověka je nerozlučně spjat se vznikem onemocnění, jehož se stává obětí“ (Mastiliaková, 2007).

7. duben 1948 je uznáván, jako datum vzniku Světové zdravotnické organizace (WHO), která usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života a pomocí svých programů a mezinárodní spolupráce usiluje dosažení co nejlepší úroveň zdraví pro všechny. Mezi hlavní strategické plány patří (Čeledová & Čevela, 2010):

- omezení nemocnosti a úmrtnosti, zejména mezi chudou a sociálně slabou populací

- podporovat zásady zdravé životosprávy, mírnit rizika vyplývající z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek
- ve zdravotnických systémech prosazovat principy spravedlnosti a efektivnosti
- rozvíjet odpovídající zdravotnické strategie a uplatňování zdravotnických aspektů v sociálních, ekonomických, ekologických a jiných rozvojových oblastech

Principy současné strategie v péči o zdraví jsou shrnuty v programu WHO „Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. stol.“. Program je založen na těchto principech (Čeledová & Čevela, 2010):

- Spravedlnost
- Solidarita
- Trvalá udržitelnost
- Vlastní účast
- Etická volba

„Všeobecným a konstantním cílem programu Zdraví 21 je dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny, a to ochranou lidského zdraví během celého života“ (Čeledová & Čevela, 2010, s. 90).

Program Zdraví 21 je formulován v jednadvaceti jednotlivých cílech, které určují rámec pro rozvoj zdravotních politik v zemích evropského regionu (Čeledová & Čevela, 2010):

- | | |
|-------|---|
| Cíl 1 | Solidarita pro zdraví v evropském regionu |
| Cíl 2 | Spravedlnost ve zdraví |
| Cíl 3 | Zdravý začátek života |
| Cíl 4 | Zdraví mládeže do 18 let |
| Cíl 5 | Zdravé stáří |
| Cíl 6 | Zlepšení duševního zdraví |
| Cíl 7 | Snížení výskytu přenosných nemocí |
| Cíl 8 | Snížení výskytu neinfekčních onemocnění |

- Cíl 9 Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
- Cíl 10 Zdravé a bezpečné životní prostředí
- Cíl 11 Zdravější životní styl
- Cíl 12 Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem
- Cíl 13 Podmínky a příležitosti pro zdraví
- Cíl 14 Meziodvětvová odpovědnost za zdraví
- Cíl 15 Integrovaný zdravotnický systém
- Cíl 16 Řízení v zájmu kvality péče
- Cíl 17 Financování zdravotnictví a rozdělování finančních zdrojů
- Cíl 18 Rozvoj lidských zdrojů v zájmu zdraví
- Cíl 19 Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
- Cíl 20 Mobilizace partnerů pro zdraví
- Cíl 21 Politika a strategie v zájmu zdraví pro všechny

2.1.3 Holistický přístup

Filozofický směr Holizmus „filozofie celistvosti“ zdůrazňuje, že celek je více než souhrn částí a vznikl ve 20. stol. Název směru je odvozen od řeckého „holos“, což znamená celý, celek (Čeledová & Čevela, 2010). Hartl & Hartlová (2000) ve svém slovníku uvádějí k holizmu: 1) termín pro zdůraznění celistvosti živého organismu, který nemůže být chápán analýzou jednotlivých částí a 2) globální postup ve vzdělávání zaměřený na celkovou učební situaci. Holistickou koncepci vysvětlují jako celostní pojetí problému, činnosti apod. Pojem holizmus poprvé použil v roce 1926 jihoafrický politik a generál J. Smuts, podle něhož není celek jen souhrn částí, ale nehmotný a nepoznatelný činitel celistvosti (Mastiliaková, 2007). J. Bělohrádek považuje holizmus za pokus o „zduchovnění“ přírodních věd a chápe jej jako právo celostního nazírání na vědu, kdy člověk musí myslet oběma způsoby, komplexně i analyticky (Čeledová & Čevela, 2010).

„Holistická teorie vidí živé organizmy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci (nikoli celky jako pouhé souhrny částí). Porucha v jedné části je poruchou celého systému (Mastiliaková, 2007, s. 8).

Kořeny holistického přístupu ke zdraví můžeme spatřit např. již v antické kultuře (ideál kalokagathie), indické kultuře (jóga) i jiných starobylých kulturách,

v jejichž učení je vždy kladen důraz na celistvost, harmonii těla a ducha a soulad s přírodou (Krejčí & Bäumelová, 2001). K odklonu od holistického přístupu k člověku došlo během zásadního obratu v období renesance, kde dominovalo dichotomní (oddělené) vnímání těla a duše. Názor, že duše (psychika) a tělo (soma) jsou zcela oddělené a nesouvisející části vyjadřuje i Descartesův model kartesiánského dualismu (17. stol.). Důležité kroky směrem k holističtějšímu přístupu započal Z. Freud popřením Descartova modelu popisem lidského podvědomí, jako neuvědomovaných prvků lidského psychického života. V trendu uvědomování si významu emocí v psychické a fyzické nerovnováze dále pokračovali např. W. Reich, E. Fromm, E. Erikson (Mastiliaková, 2007).

Na základě interakce biologických a behaviorálních faktorů se zhruba od 70. let 20. stol. profiluje nový lékařský obor behaviorální medicína. Jde o multidisciplinární obor, jehož charakteristikou je integrace proměnných složek biologických a psychologických v kontextu prostředí, včetně prostředí sociálního. Na přelomu 70. a 80. let 20. stol. vznikla v USA koncepce psychologie zdraví, jako psychologický obor zaměřený na aplikaci psychologických poznatků do oblasti zdraví a systému zdravotní péče (Slováčková, 2008).

„Pojem „holistické zdraví“ zahrnuje celou osobnost člověka: celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno“ (Mastiliaková, 2007, s. 8).

Holistické teorie vzniku nemocí pohlíží na etiologii onemocnění ve vztahu ke způsobu každodenního života jedince (životní styl), s vědomím, že nemoc není způsobena jen jedním, přesně definovaným způsobem (původcem). Zároveň svým přístupem pomáhají pochopit problémy, které ve vztahu zdraví a nemoci zůstávaly doposud nevysvětleny. Holistické teorie vzniku nemocí se také snaží najít odpovědi na otázky (Mastiliaková, 2007):

- Proč jsou někteří lidé náchylní k nemoci a jiní nikoli?
- Proč u některých lidí existuje předpoklad, že se u nich vyvine určitá porucha?
- Proč někteří lidé zvládají krizové situace mnohem účinněji než ostatní?
- Je schopnost člověka úspěšně zvládat stresové situace ochranou jeho osoby před propuknutím vážného onemocnění?

Současné holistické teorie vzniku nemoci se dají rozdělit do několika okruhů (Mastiliaková, 2007):

1) Homeostatické teorie nemoci

Homeostatické teorie vzniku onemocnění nahlíží na etiologii nemoci jako na porušení homeostatické rovnováhy, nebo jako snížení nebo ztrátu schopnosti udržení samoregulace organismu.

a) Bernard a Cannon

C. Bernard (fyziolog, Francie, 19. stol.) došel ve svých výzkumech k závěru, že schopnost udržení zdraví závisí na schopnosti organismu udržet rovnováhu svého vnitřního prostředí navzdory proměnlivým požadavkům prostředí vnějšího. Byl první vědec, který popsal vnitřní prostředí organismu a některé regulační mechanismy.

W. Cannon (lékař, 20. stol.) navázal na Bernardovu koncepci a v roce 1939 definoval nový pojem „homeostáza“ (z řeckého homois – podobný a stasis – stojící) pro vyjádření stavu dynamické rovnováhy jako opaku statického stavu. Homeostázu ve svých výzkumech vztahoval hlavně k interním fyziologickým samoregulačním procesům organismu.

b) Selyeův všeobecný adaptační syndrom

Na Cannonovu práci ve svém výzkumu navázal H. Selye (endokrinolog, 20. stol.), který svými studiemi vnitřních reakcí organismu na stres a důsledky adaptačních procesů vytvořil obecnou teorii stresu a položil základy moderní teorie stresu. Formuloval hypotézu, že člověk disponuje určitou omezenou kapacitou energie pro adaptační reakci na působení stresorů a definoval všeobecný adaptační syndrom (GAS) a místní adaptační syndrom (LAS).

c) Masonova teorie „specifické“ stresové reakce

J. Mason (endokrinolog, 20. stol.) při znovuověřování Selyeovy koncepce formuloval teorii, že stresová reakce organismu je závislá na psychologických faktorech. Domnívá se, že stres je primárně psychologický fenomén a pokud se projeví fyziologická reakce, jde o reakci sekundární. Upozornil také na rozdíl mezi specifickou a nespecifickou stresovou reakcí.

2) Psychosociální teorie nemoci

Psychosociální teorie nemoci se pokouší vysvětlit vznik onemocnění pomocí integrace fyziologických, psychologických a sociálních faktorů.

a) Teorie stresu, orgánové maladaptace a nemoci

H. Wolf (psychiatr, 20. stol.) studoval reakce lidí na chronické stresory v rámci celkové životní situace a vyslovil hypotézu, že nemoc je často důsledkem neefektivních pokusů organismu o obnovení homeostázy. Adaptace odpovídající svým typem, ale nesprávná svým rozsahem může vést ke zhroucení homeostázy a následnému propuknutí nemoci.

b) Nemoc jako způsob života

S. Wolf (psychosomatik, 20. stol.) se ve svém výzkumu zaměřil na roli mozku v regulaci vnitřních procesů organismu a jeho roli v etiologii onemocnění. Schopnost reagovat na symboly a symbolické stresory ve skutečnosti determinuje, zda člověk zůstane zdravý, nebo zda dojde k rozvinutí nemoci, zvláště pokud jsou reakce kontinuálně negativní a maladaptivní (nemoc se stane způsobem života).

c) Schwartzův model mozku jako adaptačního systému v regulaci stresu

J. H. Schwartz (psychiatr, 20. stol.) pohlíží na mozek jako na adaptivní systém, který zpracovává informace z periferních orgánů a přes zpětnou vazbu iniciuje samoregulační procesy vnitřního prostředí. Pro udržení homeostázy je důležitý stabilní výdej informací prostřednictvím zpětnovazebné smyčky. Pokud dojde k poruše spojení (selže pozornost mozku) naruší se stabilita výdeje informací. Výsledkem je nerovnováha homeostázy, narušení regulačních procesů a následný vznik onemocnění.

d) Teorie o životních změnách

Adaptace na životní změnu bez ohledu na její charakter vyžaduje vynaložení určitého množství energie. Pokud je člověk nucen vyrovnat se v krátkém časovém období s mnoha významnými změnami, může dojít k přetížení v důsledku přílišného energetického výdeje a následně ke vzniku onemocnění.

e) Lazarus a jeho koncepce stresu

R. Lazarus (psycholog, 20. stol.) se svými spolupracovníky definoval pojem stres jako každou událost, ve které požadavky vnějšího nebo vnitřního prostředí (nebo obojí) převyšují adaptační schopnosti (zdroje) jednotlivce, jeho

orgánového systému a sociálního systému. Považoval stres a jeho zvládání za procesy a nikoli události a ve své koncepci zdůrazňoval, že vnímání stresorů se mění s každou novou informací, stejně jako jejich zvládání.

3) Behaviorální teorie nemoci

Behaviorální teorie vzniku onemocnění se snaží odhalit vztah mezi určitým způsobem chování člověka a propuknutím nemoci. Snaží se odhalit vztahy mezi způsobem chování, životním stylem, stresem a nemocí.

2.1.4 Kvalita života

Poprvé byl termín „kvalita života“ zmíněn ve 20. letech 20. stol. v souvislosti s úvahami nad úlohou státu při podpoře nižších sociálních vrstev a při hledání souvislostí ekonomické podpory chudých obyvatel s vývojem ekonomiky státu.

V 60. letech 20. stol. prohlásil americký prezident Johnson zlepšování kvality života za jeden z cílů své domácí politiky. Kvalitou života neměl na mysli pouze kvantitu spotřebovaného zboží, ale také jak dobře se občanům za určitých podmínek žije. Šlo o vyjádření měřítka společenské prosperity v souladu s koncepcí „společnosti hojnosti“ (affluent society). Brzy se ovšem začalo ukazovat, že trvalý ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí s jejich životem, ale naopak k nárůstu požadavků, které není možné vždy dosáhnout (Hnilicová, 2005). S tímto jevem také souvisí jeden z prvních názorů na explicitně vyjádřitelnou nebo měřitelnou podstatu kvality života. Jde o Calmanovo (1983, in Kebza, 2005) pojetí, že kvalita života jedince vyjadřuje rozpor mezi jeho sny, touhami a ambicemi a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž je jedinec obecně motivován k odstranění tohoto rozporu (případně alespoň částečného).

Od 70. let 20. stol. se kvalita života stává předmětem vědeckých studií, převážně v souvislosti se sociologickým trendem, monitorováním života lidí, při kterém nestačí jen vyjádření objektivních (většinou ekonomických) ukazatelů, ale také je potřeba přihlídnout k celému souboru ukazatelů sociálních a nalézt indikátory subjektivního hodnocení vlastního života. Z těchto výzkumů vyplynulo, že pro subjektivní vnímání kvality vlastního života je rozhodující kognitivní

hodnocení a emoční prožívání, které však nemusí být v přímé úměře se sociálním statutem a ani s kvalitou zdraví (Hnilicová, 2005).

Další výzkumy kvality života probíhaly v souvislosti s potřebou identifikovat a zhodnotit psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života vztahující se ke zdraví. Zvláště v počátcích těchto výzkumů šlo především o snahu o subjektivní vyjádření míry narušení životních podmínek (obvyklého životního standardu) v důsledku onemocnění (nejčastěji somatickou chorobou). Za posledních zhruba 30 let tak došlo k výraznému nárůstu poznatků o kvalitě života (Kebza, 2005).

V posledních 20 letech probíhá prudký rozvoj studia kvality života a jeho nejdůležitější cíl je rozvíjet a podporovat takové životní prostředí a podmínky, které lidem umožní žít způsobem, ve kterém budou nacházet smysl a který si dovedou a mohou „užít“ (Hnilicová, 2005). „*Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí*“ (Hnilicová, 2005, s. 206). Na význam takového pohledu na pojetí kvality života upozornil mj. zakladatel mezioborového výzkumu stresu H. Selye (Kebza, 2005) a významným impulzem byl také koncept salutogeneze A. Antonovského (Hnilicová, 2005).

Přesto, že odborná literatura v posledních 30 letech uvádí celou řadu definic kvality života, neexistuje ani jedna, která by byla všeobecně akceptována. Na nejobecnější úrovni lze kvalitu života definovat (chápat) jako důsledek interakce sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek (Valjent & Flemr, 2010). Interakce těchto podmínek probíhá kumulativně, často neznámým, či dosud neprobádaným způsobem a ovlivňuje lidský rozvoj na mikro, mezo i makroúrovni. Ve všech definicích se v zásadě objevují dvě dimenze, a to dimenze subjektivní (souvisí s lidskou emocionalitou a všeobecnou spokojeností se životem) a dimenze objektivní (souvisí se splněním požadavků na sociální a materiální podmínky života, sociálním statutem a fyzickým zdravím). Jednotlivé definice kvality života se liší hlavně v interpretaci vztahu těchto dvou dimenzí (Hnilicová, 2004). „*Podle WHO se kvalitou života rozumí „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a je ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Čeledová & Čevela, 2010, s. 88).

Podle Centra pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu (in Hnilicová, 2005) je kvalita života stupeň, na kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života. Rozsah kvality života je podmíněn důležitostí možností pro jedince a jejich využíváním. Jako důležité životní dimenze jsou uváděny:

- **Bytí** (being – who i sone)

Jde o souhrn podstatných charakteristik jedince:

- **Fyzické bytí** (fyzické zdraví, hygiena, výživa, pohybová aktivnost, způsob oblékání a celkový vzhled)
- **Psychologické bytí** (psychické zdraví, kognice, emocionalita, sebeúcta, sebekontrola a celkový self-koncept)
- **Spirituální bytí** (přesvědčení, víra a osobní hodnoty)

- **Přilnutí** (belonging)

Jde o koncept napojení na vlastní prostředí:

- **Fyzické přilnutí** (k domovu, škole, pracovišti, komunitě)
- **Užší sociální přilnutí** (k rodině, přátelům, spolužákům, spolupracovníkům)
- **Přilnutí k širšímu prostředí** (prostřednictvím realizace na trhu práce, adekvátních finančních příjmů, zdravotní péče, sociální práce, vzdělávacích a rekreačních možností)

- **Realizace** (becoming)

Jde o dosahování a realizaci osobních cílů, tužeb a aspirací:

- **Praktické uskutečňování** (domácí aktivity, práce, studium, zájmové aktivity, péče o zdraví a snaha o sociální začlenění)
- **Relaxační aktivity**
- **Uskutečňování růstu** (aktivity pro rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změnu)

V současné době se zkoumání kvality života soustředí v zásadě do tří přístupů (Hnilicová, 2005):

1) Psychologické pojetí kvality života.

Snaží se postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu jedince a vlastní spokojenost s jeho životem jako takovým. Koncepti pojmu kvalita života vidí ve spokojenosti se životem (hledání a zkoumání faktorů, které činí lidi spokojenými) a v prožívané subjektivní pohodě (subjective well-being, happiness, flow, tz. hodnocení kvality života jako takového). Doposud se nejčastěji pracovalo a pracuje s pojmem subjektivní pohoda a její kognitivní a emocionální dimenzí. V poslední době se však někteří autoři pokouší o globálnější vystihnoutí kvality života a zaměřují se na hledání tzv. „pilířů štěstí“, mezi které řadí fenomény:

- **Kompetence** (mám potřebné znalosti a dovednosti ke smysluplnému jednání a jsem v tomto směru aktivní)
- **Autonomie** (mám kontrolu nad životem a jsem v tomto směru aktivní)
- **Nalomenost** (cítím se být svázán s jinými lidmi a tím si vážím i sám sebe)

2) Sociologické pojetí kvality života.

Snaží se postihnout vliv atributů sociální úspěšnosti (sociální status, majetek, vzdělání, rodinný stav) na subjektivní životní pocit jedince. Pracuje s pojmem „životní úroveň“, který je definován, jako měřítko kvantity a kvality dostupného zboží a služeb. Za další relevantní ukazatelé životní úrovně lze označit také hrubý domácí produkt (HDP) na hlavu, kojeneckou úmrtnost, střední délku života, podíl HDP určený pro školství a zdravotnictví, nebo počet televizorů na domácnost.

3) Medicínské pojetí kvality života.

Snaží se o postihnutí kvality života ovlivněné zdravotním stavem jedince. Zkoumá souvislosti mezi nemocí, úrazem, či léčbou a subjektivním pocitem životní pohody. Lékaře v dnešní době musí zajímat dopad vlivu nemoci i dopad vlivu zvolené terapie na kvalitu života

pacienta. Musí sledovat nejen jeho klinické ukazatele nemoci, ale také subjektivní a objektivní údaje o jeho fyzickém a psychickém stavu. Medicínské postupy nelze posuzovat jen z pohledu klinických výsledků, ale také z pohledu dopadu na kvalitu života.

Všechna tři uvedená pojetí kvality života korespondují se všeobecně přijímanou definicí zdraví WHO. Přestože se jednotlivé životní domény vzájemně ovlivňují, stupeň frustrace, či uspokojení se u nich může významně lišit. Některé studie např. ukázaly, že v podstatných dimenzích kvality života (spokojenost s rodinou, přáteli, či prací) nebyl zjištěn rozdíl mezi zdravými respondenty a respondenty s aktivní chemoterapií.

„O kvalitě života lze též uvažovat jako o dynamickém směřování k naplnění života, dosahování životních cílů, plnění osobních úkolů“ (Čeledová & Čevela, 2010, s. 89).

2.2 ŽIVOTNÍ STYL

Na počátku 70. let 20. století seskupil kanadský ministr zdravotnictví Lalonde názory na determinanty zdraví a nemoci člověka do čtyři základních oblastí. Tato představa je všeobecně akceptována a byla kvantifikována v tom smyslu, že (Drbal & Bencko, 2005):

- Genetika se podílí na zdravotním stavu z 10 až 15%.
- Zdravotnictví se podílí na zdravotním stavu zhruba stejným dílem.
- Faktory prostředí se podílí na zdravotním stavu asi z 20%.
- Způsob života se podílí na utváření zdraví či nemoci asi 50%.

Z mnoha poznatků moderní vědy však vyplývá, že schéma prezentováno v této podobě již neobstojí. V důsledku prudkého rozvoje vědy a techniky, nástupu globalizace a neustále zrychlujícího vývoje došlo a dochází k podstatným změnám poměru vlivu uvedených determinant lidského zdraví.

Genetická výbava lidstva je výsledkem dlouhodobé adaptace, která tvoří obraz jejich somatických a psychických dispozic. Dnešní znalosti svědčí o tom, že genetické dispozice se uplatňují při vzniku řady multifaktoriálně podmíněných onemocnění a chorob daleko více, než dosavadní zjednodušené 10 či 15% předpoklady. Je to hlavně

díky tomu, že došlo k časovému i prostorovému posunu různých faktorů promítajících se do genetického dispozičního systému a díky poznání genomu a jeho možného pozitivního ovlivnění.

Prostředí jako determinanta zdraví v současné době vytváří situace, na které člověk není dispozičně ani adaptačně připraven a není tedy vždy schopen patřičně reagovat. S tím, jak se mění naše pohledy na působení fyzikálních, chemických, biologických či sociálních faktorů, a jejich kvalitativní i kvantitativní dynamické změny, se mění i náš pohled na vliv prostředí na zdraví člověka a kvalitu jeho života.

Představa 10 - 15% podílu zdravotnické péče jako determinanty zdraví odpovídá úrovni medicíny v době 60. let 20. století. *„Rozvoj nových poznatků, metod a technologií i potencionální možnosti i jejich aplikace na poli teorie i praxe, v oblasti diagnostiky, terapie i prevence dovolují v porovnání s dobou nedávno minulou daleko účinněji a v daleko větším záběru a cílenějším průniku zasahovat do jednotlivých fází i elementů etiopatogenetických pochodů“* (Drbal & Bencko, 2005, s. 237). Role medicíny se mění nejen v oblasti přímých intervencích do lidského zdraví a jeho determinant, ale také v oblasti inspirační a edukační ve vztahu k dalším resortům a subjektům, které se také podílejí na utváření zdravotního stavu člověka. V těchto nových podmínkách nelze vtěsnat vliv zdravotnictví a medicíny jako determinant zdraví do přežívající zjednodušené šablony 10 – 15% podílu na utváření zdravotního stavu člověka.

Na způsob života (životní styl) je dnes nahlíženo jako na klíčovou determinantu zdraví. Do nedávna převažoval tzv. „faktorový pohled“ na působení jednotlivých komponent životního stylu ve vztahu k zdraví člověka a kvalitě života, ale teprve celistvý pohled na komplex procesů ve vztahu k organismu a prostředí jako model životního stylu lze uplatnit jako determinanta zdraví (Drbal & Bencko, 2005).

2.2.1 Definice životního stylu

Zjednodušená definice nahlíží na životní styl jako na vyhraněné typické chování jedinců ve společnosti. Životní styl můžeme vnímat jako systém vzájemných činností a vztahů, životních projevů a typických zvyklostí určitého subjektu. Jde o souhrn relativně ustálených každodenních činností, způsobu realizace a způsobů chování. *„Životní styl je určován celou řadou podmínek, které jsou určující pro charakter životního stylu a úroveň života, a jen obtížně lze některé*

měnit. Tyto faktory, které ovlivňují a částečně determinují životní styl, lze rozdělit na vnější, které působí na jedince prostřednictvím společenským vlivům, a vnitřní, které jsou dány psychofyzilogickým stavem organismu“ (Kukačka, 2010, s 197).

Životní styl můžeme rozdělit na životní styl jednotlivce a životní styl skupin. Oba životní styly však mají jednotnou základnu, vycházejí ze společného jádra a jsou ve vzájemném vztahu (Čeledová & Čevela, 2010). Životní styl jedince je tvořen komplexem různorodých denních činností běžného života ovlivněných určitou hodnotovou orientací (rodinný život, vzdělávání, pracovní život, volný čas), což na společenské úrovni vytváří obecnější charakteristiky životního stylu (Kukačka, 2010).

Životní styl a životní způsob jsou většinou chápány jako synonyma, ale u některých autorů je pojem životní styl vnímán konkrétněji a pojem životní způsob obecněji. Pokud nahlížíme na životní styl z ekonomického hlediska, setkáváme se s pojmem „životní úroveň“, která je obvykle spojována s pojmem „kvalita života“. Kvalitativní úroveň společnosti lze vyjádřit prostřednictvím indexu lidského rozvoje (HDI – human development index), který vyjadřuje její materiální úroveň, zdraví a vzdělanost. Na základě hodnoty HDI jsou státy rozděleny do jednotlivých skupin a Česká republika je společně s dalšími 54 státy zařazena do skupiny s vysokou úrovní lidského rozvoje. Při hodnocení kulturních aspektů životního stylu je užíván pojem „kulturní úroveň“. K. Honzík definoval pojem „životní sloh“ jako soustavu vzájemně vztažných životních forem v určité životní situaci. Podle H. Kubátové však není možné ani vhodné obecné vymezení pojmu životní způsob a životní styl (Čeledová & Čevela, 2010).

Kukačka (2010) definuje tyto oblasti životního stylu:

- **Fyzická oblast** – zdravá výživa, péče o tělo, bezpečný sex.
- **Psychická oblast** – ovládání emocí, stresu a volných vlastností, relaxace a odpočinek.
- **Sociálně-ekologická oblast** – mezilidské vztahy na makro, mezo i mikro úrovni, tvorba pozitivních vztahů k životnímu prostředí a přírodě.
- **Eticko-duchovní oblast** – výchova k úctě i sebeúctě, hledání duchovní cesty.

Současný zdravotní styl většiny západní populace je charakterizován neustále se zrychlujícím životním tempem, což na jedné straně přináší růst životní úrovně a vzdělanosti lidí, kterým se tak otevírají další možnosti společenské i individuální realizace, ale zároveň přináší a podporuje konzumní styl života s nesprávnou životosprávou. Stále se zvyšující podíl duševní práce a snížení přirozeného tělesného zatížení organismu vedou k nárůstu psychického vypětí. Negativní vlivy umocňuje nedostatečná regenerace fyzických i duševních sil organismu. „*Do životního stylu zasáhla především moderní technika, která výrazně omezila manuální a fyzickou práci, čímž byl vytvořen prostor pro narůstající skupinu zaměstnanců, kteří u své práce celodenně sedí... Sedavý způsob při činnostech je charakteristický nejen pro velkou část dospělé populace, ale i pro mládež*“ (Kukačka, 2010, s. 195). Sedavý způsob života společně s přejídáním se, ale také se zhoršujícími se mezilidskými vztahy mají podíl na rozvoji tzv. civilizačních chorob a tím zhoršení kvality života, oproti dřívější době, kdy kvalitu života zhoršovaly hlavně infekční nemoci a hlad (Čeledová & Čevela, 2010).

Zdravý životní styl je předpokladem dobrého zdraví. Podle Jonáše (2007, in Kukačka, 2010) by mělo být hlavním cílem zdravého životního stylu snižování zatížení lidského organismu. Filozofie zdravého životního stylu jako stěžejní determinanty zdraví je založena na dobrovolnosti chování v daných životních situacích a na možnosti individuální volby. Sami se můžeme rozhodovat pro zdravé alternativy a sami můžeme odmítat ty, jež zdraví poškozují. Vzhledem k této filozofii je nezbytně nutné, aby rozvoj dovedností a návyků a formování postojů byl nedílnou součástí výchovy a každý jedinec si prostřednictvím výchovy uvědomil vlastní odpovědnost za zdraví (Čeledová & Čevela, 2010).

Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností lze vyvodit tyto nejvíce etiopatogenní rizikové faktory (Čeledová & Čevela, 2010):

- Kouření.
- Nadměrná konzumace alkoholu.
- Zneužívání návykových látek.
- Nesprávná výživa.
- Nedostatečná pohybová aktivita.
- Psychická zátěž.
- Rizikové sexuální chování.

Je potřeba si ovšem uvědomit, že jednotlivé faktory životního stylu se navzájem ovlivňují a jsou vzájemně propojeny, a proto pozitivních výsledků dosáhneme jen při komplexním dodržování zásad zdravého životního stylu (Čeledová & Čevela, 2010).

O nezdravém životním stylu, nebo o nemoci životního stylu v souvislosti se současným životním stylem píše také Nešpor (2008) a nevhodné typy životního stylu dělí do těchto kategorií:

- **Přešponovaný životní styl** – neustálý spěch a nabitý program nás zahání do časové tísně, člověk chce stihnout příliš mnoho a často přeceňuje své schopnosti.
- **Prázdný životní styl** – typická je nuda a prázdnota, což platí hlavně u mládeže, ale i dospělí tráví příliš času u televize, aniž by často věděli, co sledovali.
- **Zmatený životní styl** – typické je nepředvídatelné střídání období mimořádného vypětí a nečinnosti, často souvisí s prokrastinací a odkládání věcí na poslední chvíli.
- **Rizikový a stresující životní styl** – týká se hlavně lidí vykonávajících stresující povolání, kde je hlavním problémem charakter práce a následná nedostatečná kompenzace zátěže.
- **Neradostný životní styl** – chybí v něm radost a potěšení, je naplněn nekončícím sledem nepříjemných povinností.

„Jediným a rozumným přístupem ke kritické zdravotní situaci ve společnosti je prevence. Jedinou možností, jak vyrovnat nerovnováhu mezi životním stylem a biologickou existencí, je změna životního stylu směrem k tomu, co odpovídá složení a funkci našeho těla“ (Kukačka, 2010, s. 196).

2.2.2 Aktivní životní styl

Pojem „aktivní životní styl“ není dosud ve vědecké literatuře patřičně zařazen a vysvětlen. Většina autorů vnímá aktivní životní styl jako synonymum k pojmu „zdravý životní styl“, případně životní styl doplněný pohybovou aktivitou (Valjent, 2010).

Bunc (2008, in Valjent 2010) charakterizuje aktivní životní styl jako formu životního stylu probíhající v biologické a sociální interakci mezi jedincem a okolím, v němž své místo zaujímá také adekvátní pohybová aktivita respektující bio-psycho-sociální složky existence jedince.

Valjent (2010) konkretizuje chápání aktivního životního stylu jako stylu založeném na pozitivním ovlivnění zdraví a duševní pohody člověka kombinací zdravé výživy, pitného režimu, omezení rizikových faktorů (kouření, pití alkoholu, drogy), omezení konzumu medií a dostatečné pohybové aktivitě v souvislosti s aktivním životním stylem formuloval pravidlo 3P:

- Přiměřenost v příjmu energie a živin.
- Pravidelnost pohybové aktivity.
- Prevenci.

Pasivní životní styl v sobě obsahuje mnohé aspekty konzumního životního stylu, přesto je nelze ztotožňovat. Pasivní životní styl je charakteristický situací, kdy stále větší část populace pouze přijímá vlivy z okolí (jak v práci, tak i v dalších povinnostech) a ve svém volném čase nevnáší do svého života žádné tvořivé momenty a projev vlastních názorů a přání. Opak lze definovat jako aktivní životní styl (Valjent, 2010).

Význam pohybu, který zaujímá významné místo v aktivním životním stylu je nesporný, přesto je všeobecně zanedbávaný. Lidé se většinou mylně domnívají, že se dostatečně hýbou v práci a doma, ale tento druh pohybu je většinou jednostranný, způsobuje svalové dysbalance a zatěžuje psychiku a zdraví obecně. K aktivnímu životnímu stylu patří pohyb pestrý a komplexní, každý jedinec by měl provozovat pravidelnou adekvátní pohybovou aktivitu (Kukačka, 2010).

Valjent (2013) definuje složky aktivního životního stylu ve snaze o definici hlavních determinačních složek:

1) Biologické složky aktivního životního stylu.

a) Pohybová aktivita.

Pohybová aktivita je jednou ze stěžejních komponent aktivního životního stylu a je potřebná k udržení tzv. „aktivního zdraví“.

b) Zdravá výživa.

Další důležitou komponentou aktivního životního stylu je zdravá výživa, která poskytuje organismu základ pro realizaci aktivního života. Základním předpokladem je adekvátní příjem energie a vyváženost všech živin.

c) Rizikové faktory.

Mezi rizikové faktory se řadí hlavně požívání škodlivých látek (především alkohol, nikotin, drogy), dále rozvoj závislostí (médiá, workoholismus, ale i náboženské skupiny a rizikové sexuální chování).

2) Psychosociální složky aktivního životního stylu.

a) Duševní rovnováha.

Duševní rovnováha jako velice důležitá složka aktivního životního stylu by měla úzce souviset s pravidelně vykonávanou pohybovou činností a správnou výživou.

b) Sociální prostředí.

Aktivní životní styl člověka by měl být z velké části ovlivněn výchovou, rodinným prostředím a společenskou skupinou, menší vliv by pak měla mít závislost na ekonomických podmínkách.

c) Osvětová, kulturní, vzdělávací a ideová činnost.

Pro rozvoj aktivního životního stylu je potřeba nabídnout dostatek kvalitních informací.

d) Technologický pokrok.

Přínosem pro aktivní životní styl je vývoj zdravějších a bezpečnějších pomůcek a nástrojů pro všechny oblasti lidského života a možnost masové komunikace v jejich pozitivních aspektech.

e) Preventivní zdravotní péče.

Prevence je jedním z nejdůležitějších faktorů pro zabezpečení aktivního životního stylu, aktivní lidé si v zájmu ochrany svého zdraví preventivně upravují i pracovní prostředí a další oblasti života.

„Cílem úsilí lékařů i dalších odborníků, kteří usilují o zlepšení zdravotního stavu celé populace, je také snaha, aby se lidé zvedli od televizorů, počítačů a z pohodlných křesel a začali se zdravě hýbat“ (Kukačka, 2010, s. 201).

2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU

Životní styl se významnou měrou podílí na stavu našeho zdraví. V současné době je považován za jeho nejvýznamnější determinantu. Faktory nevhodného životního stylu, jako například špatné výživové zvyklosti, nedostatečná pohybová aktivita, ale také kouření, konzumace alkoholu a dalších návykových látek a dlouhodobé působení stresu, způsobuje současnou „epidemii“ chronických civilizačních chorob. Jedná se zejména o kardiovaskulární onemocnění, diabetes, nemoci pohybového aparátu, nemoci dýchacího ústrojí a karcinogenní onemocnění (Payne, 2005).

Téměř 70% dospělé populace vykazuje minimálně 2 charakteristiky nezdravého chování, jako kouření, nezdravá strava vedoucí k nadváze a obezitě, nedostatek pohybu nebo nadměrná konzumace alkoholu. V nižší socioekonomické třídě jsou tyto charakteristiky zastoupeny významněji a potvrzují kratší délku života a dřívější nástup různých chorob (Buck & Frosini, 2012).

2.3.1 Pohybová aktivita

Podle Čeledové & Čevely (2010) je pohyb jedním ze základních projevů existence života. Rozsáhlý funkční pohybový aparát člověka, tvořený nosným, výkonným a řídicím systémem, je stvořen k pohybu a aktivitě. Proto je aktivní pohyb nezbytný pro zachování a upevňování zdraví (Machová & Kubátová, 2009). Tělesná zdatnost, často také uváděná jako „fitness“ je definována složkami:

- vytrvalostními (lze posilovat zejména činnostmi lokomočního charakteru),
- svalovou silou (lze rozvíjet různými formami posilování),
- pohyblivostí kloubů (lze rozvíjet činnostmi s pravidelným střídáním zátěže a uvolnění).

Přestože z hlediska podpory zdraví a prevence chronických neinfekčních chorob (civilizačních nemocí) je potřeba aktivního pohybu jako nedílné součásti životního stylu, tělesná námaha a pohyb z našeho života postupně mizí. Většina současné populace trpí výraznou hypokinezi (nedostatkem pohybu), která se stává se všemi negativními dopady na zdraví běžnou součástí životního stylu. Podle řady studií v posledních letech dochází k rozvoji hypokineze a nechuti k pohybovým aktivitám již u žáků základních a středních škol (Machová & Kubátová, 2009), naopak na vysokých školách podle některých názorů dochází k nárůstu pohybových aktivit (Valjent, 2011). „K významnému poklesu pohybové aktivity nedochází pouze v důsledku odstranění fyzicky namáhavé práce. Rozvoj médií, mnohahodinové vysedávání u televizorů a počítačů, dálkové ovladače a další technické vymoženosti způsobují, že i ve volném čase převažují aktivity konzumentského typu spjaté s fyzickou nečinností“ (Machová & Kubátová, 2009, s. 55).

Hypoaktivita přivádí každého jedince k výraznému konfliktu s jeho vrozenou dispozicí k pohybu, a proto je žádoucí, aby si každý člověk vytvořil vlastní pohybové návyky, které by tvořily jeho adekvátní pohybový režim (Čeledová & Čevela, 2010). Pravidelný adekvátní pohybový režim je souhrn všech motorických aktivit, které jsou vykonávány pravidelně, jsou součástí životního stylu a cyklicky se opakují v určitém časovém úseku (denní, týdenní, roční aj.). Pohybová aktivita člověka v dnešní době závisí především na jeho vůli a motivaci a je na každém jedinci, zda se dobrovolně

rozhodne k cílevědomému utváření pohybového režimu jako nedílné součásti zdravého životního stylu (Machová & Kubátová, 2009).

2.3.2 Výživa

Moderní poznatky o vlivu výživy na zdraví člověka mohou být využity v oblasti primární prevence řady chronických neinfekčních chorob (civilizačních chorob) a při posilování zdraví. Výživu, která po stránce kvality i kvantity odpovídá potřebám organismu, označujeme jako výživu racionální. Bohužel charakteristika stravy průměrného občana ČR dlouhodobě zásady racionální výživy nerespektuje. Na vysokém výskytu obezity se podílí jak léta trvající nadměrný příjem energie, tak nevhodná skladba a nadměrná konzumace tuků a jednoduchých sacharidů. Téměř dvě třetiny tuků konzumujeme formou tzv. skrytých tuků v mase a mléčných výrobcích (jde většinou o nasycené mastné kyseliny), zatímco spotřeba libové drůbeže a hlavně ryb je přes rostoucí tendenci stále nízká. Spotřeba cukru je téměř dvojnásobná oproti celosvětovým doporučením. Nežádoucí je také vysoká spotřeba soli a naopak nízká spotřeba mléka a mléčných výrobků, jako přirozený zdroj vápníku. S vysokým výskytem rektálního karcinomu souvisí nedostatečná konzumace vlákniny, kde se průměrný občan ČR přibližuje 15 g/den oproti doporučovaným 30 – 35 g/den. Konzumace ovoce a zeleniny, která by pomohla navýšit příjem vlákniny, ale také příjem vitamínu C se drží na spodní hranici výživových doporučení (Čermák et al., 2002).

Pro eliminování těchto negativních výživových aspektů životního stylu, ale také pro snadnější orientaci v oblasti přijímání potravy slouží nutriční doporučení. Podle míry adresnosti a detailů jsou rozdělena do těchto skupin (Čermák et al., 2002):

- **Výživové doporučené dávky.**

Vznikly v USA během 2. Světové války s cílem stanovit množství jednotlivých nutrientů a energie tak, aby bezpečně kryla potřeby téměř všech zdravých lidí (95%). Obvyklé je vyčíslování doporučených denních dávek pro jednotlivé věkové kategorie, pohlaví, převažující stupeň fyzické námahy aj.

- **Doporučené dávky potravin v České republice.**

Doporučené dávky potravin jsou v České republice zastaralé a v posledních letech je nahrazují výživová doporučení, které namísto množství určují požadovaný trend.

- **Doporučení ve formě potravinového spotřebního koše.**

Zjednodušeně jde o převedení doporučených dávek pro energii a jednotlivé nutrienty do formy potravinových komodit (masa, mléka a mléčných výrobků, ovoce, zeleniny a brambor a obilovin). Takto lze legislativně uzákonit doporučení pro zařízení společného stravování.

- **Výživová doporučení pro laickou veřejnost.**

Jejich obecným cílem je ozdravení výživy v konkrétní populaci s využitím vědeckých poznatků s přihlédnutím ke stravovacím zvyklostem a zdravotním komplikacím. Pro přijetí těchto doporučení je důležité:

- jednoduše a srozumitelně formulovat,
- jednotlivá doporučení si nesmí protirečit,
- měla by ovlivňovat pozitivní cestou a nezakazovat,
- neměla by obsahovat zatěžující detaily.

Výživová doporučení pro občana České republiky (Čermák et al., 2002, s. 107 – 108):

- 1) *Omezte mírně celkovou spotřebu, snižte svou tělesnou hmotnost na doporučenou hodnotu*
- 2) *Omezte konzum veškerých tuků – přívod tuků snížit alespoň na 30 % celkového energetického příjmu*
- 3) *Zvláště omezte podíl nasycených tuků – přívod mastných kyselin by měl klesnout pod 10 % energetického příjmu, optimum 7 – 8 % energetického příjmu*
- 4) *Omezte potraviny s vysokým obsahem cholesterolu – pokles cholesterolu pod 300 mg denně, optimum 200 – 250 mg*
- 5) *Omezte solení – maximálně 6 g NaCl denně, optimum 4,5 g a méně*
- 6) *Zvyšte konzum ovoce a zeleniny*

- 7) *Alkoholické nápoje pijte jen střídavě – maximální denní spotřeba 30 g čistého alkoholu denně (1 – 2 sklenice piva, 2 sklenky vína nebo dva průměrné koktejly)*
- 8) *Jezte pestrou stravu*
- 9) *Systematicky sledujte svůj jídelníček*
- 10) *Zvyšujte svou tělesnou aktivitu*

Velice názorným způsobem výživových doporučení je tzv. „výživová pyramida“, kde základ tvoří obiloviny, těstoviny, celozrnné pečivo, rýže, luštěniny a ořechy, další patro ovoce a zelenina, další patro mléčné produkty a maso a vrchol pyramidy tuky a sladkosti. Tvar pyramidy názorně ukazuje, jak často máme jednotlivé potraviny konzumovat (Čeledová & Čevela, 2010).

Nedílnou součástí racionální výživy je také dodržování pitného režimu, voda patří k nejdůležitějším součástem výživy a života. Dospělý člověk by měl přijmout cca 2 – 3 litry tekutin denně a základem pitného režimu by měla být nízkě mineralizovaná pramenitá voda doplněná o ovocné nebo zeleninové šťávy a bylinkové a zelené čaje. Zásady správného pitného režimu jsou (Čeledová & Čevela, 2010):

- Sledovat nejen správnou hydrataci, ale i stravu.
- Pít pravidelně během celého dne a umět regulovat spotřebu tekutin podle aktuální zátěže a potřeby.
- Vyhybat se slazeným a přechlazeným nápojům a to nejen v horkém počasí, kde zvyšují pocit žízně.
- U vrcholových sportovců a některých náročných profesí je potřeba do pitného režimu zařadit i speciální nápoje (iontové, energetické, proteinové aj.)

Dlouhodobá převaha přijímaného množství energie nad jejím výdejem se projevuje obezitou. Obezita je dle WHO klasifikována jako nemoc, kde nadbytečné zastoupení tělesného tuku vytváří nevýhodný poměr oproti svalové hmotě. Nejsnadnější stanovení poměru tělesného tuku v běžné praxi nabízí neustále se rozšiřující sortiment bioimpedančních vah. Pro orientační stanovení kritéria určujícího podvýživu, normální váhu a obezitu byl zaveden index tělesné hmotnosti (Body Mass Index, BMI), který vypočítáme jako poměr mezi tělesnou hmotností a druhou mocninou tělesné výšky.

Prudký celosvětový vzestup prevalence obezity v posledních desetiletích ukazuje na rozhodující vliv faktorů životního stylu na její etiopatogenezi. Nejzávažnější z těchto faktorů se jeví pokles pohybové aktivity, snadná dostupnost stravy s vysokou energetickou hodnotou založenou na obsahu nasycených tuků a sacharózy a vyšší míra psychogenního stresu (Čermák et al., 2002).

2.3.3 Stres

Stres je pojmem velice často spojovaným a zaměňovaným s psychickou zátěží. Kebza (2005) však prezentuje odbornou rozdílnost v pojmosloví zátěže a stresu, jelikož oba jsou obsahově odlišné. Zátěž lze chápat jako stimulující faktor, který vybízí organismus člověka k aktivitě, a tak brání stagnaci ve vývoji. Oproti tomu stres (Paulík, 2010) je spojován s obtížnými, ohrožujícími situacemi, jež narušují vnitřní harmonii organismu, tak vyvolávají změny v oblasti hormonálním, oběhové a imunitní. Běžnými typy náročných životních situací rozumíme rozličné problémy jako: konflikty, frustrace, strach a pociťovaná úzkost, nemoci a bolesti, utrpení, krize v životě aj.

Stres je vnímán jako bio-psychologický faktor významně poškozující zdraví člověka. „Vzhledem k rostoucímu životnímu tempu, narůstajícím požadavkům na výkon a zvyšujícímu se časovému a organizačnímu tlaku se stres v rozvinutých společnostech stává v posledních letech stále více součástí běžného života“ (Kebza, 2005).

H. Seleyem (1950, in Hartl & Hartlová, 2004) definoval stres jako charakteristickou biologickou odpověď na ohrožení nebo poškození organismu, který se projevuje adaptačním syndromem, ten ovlivňuje zdraví v rovině nadměrné aktivace nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního, a tím způsobuje dysfunkci systému imunitního.

Se stresem úzce souvisí stresory, které Křivohlavý (2003) chápe jako negativní životní faktory. Mastiliaková (2007) obecně stresorem značí požadavky prostředí, jež mohou vycházet z různých zdrojů, například:

- Environmentální faktory (kvalita vody, ovzduší, půdy).
- Fyzikální vlivy (extrémní teploty).
- Vlivy psychologické (ztráta dítěte, úmrtí rodiče).
- Emocionální stavy (hněv, zloba, lítost).

- Společenské situace (kulturní rozdíly ve společnosti).

Oproti tomu stojí salutory jako pozitivní životní faktory, které člověka v tíživých situacích posilují, povzbuzují a stimulují. Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi intenzitou zažívané stresové situace a vlastními schopnostmi a možnostmi danou situaci zvládnout. O stresové situaci tedy mluvíme, pokud je míra stresu neúměrně vyšší než možnost ji zvládnout. Stres se také ve svém základu dělí na distres (negativní stres) a eustres (pozitivní stres), přičemž se liší právě v subjektivitě prožívání a vnímání stresu (Křivohlavý, 2003).

Matiliaková (2007) uvádí ve své publikaci 5 důležitých obecných stanovisek vnímání stresorů, které poukazují na rozlišnost v jeho pojetí. Uvádí následujícími faktory:

- 1) Stresory ovlivňují různé lidi rozličně: jedním z množství faktorů je samotný stresor: rychlost výskytu, délka trvání, jeho intenzita, také zda je stresor izolovaný nebo v kombinaci s jinými. Zda je stresor na hranici únosnosti pro daného jedince a vykazuje potenciál jeho zvládnutí. Určité stresory mají pro jednotlivce větší důležitost a význam než pro množství ostatních lidí.
- 2) Kdykoliv se jednatlivec setká se stresem, pokouší se na něj adaptovat.
- 3) Jakýkoliv druh stresoru na sebe váže stresory nové.
- 4) Existence pouze jednoho stresoru nemůže vyvolat onemocnění člověka.
- 5) Stres jakékoliv povahy, který trvá neúměrně dlouho a vyznačuje se vysokou intenzitou, může danou osobu významně oslabit, nehledě na vyšší adaptační schopnosti.

Křivohlavý (2003) představuje zvládání stresových situací a životních obtíží, tedy „coping“, jako dynamický proces, při němž dochází k tzv. transakcím, neboli interakcím mezi jedincem, jeho osobností a konkrétní, specifickou stresovou epizodou. Lazarus & Folkman (1984, in Kebza, 2005) vnímají zvládání stresu jako vzájemně se ovlivňující působení reakce na stresovou situaci, vzorců chování jednotlivce a předchozích zkušeností s již zvládnutými stresovými situacemi. Na základě výzkumu zvládání stresu se postupem času opustilo od členění na vlastní zvládání, řešení daného problému a obrané reakce k rozlišování postupů orientovaných na problém, jako podstatu situace, zvláště pak na zvládání emočního vypjetí.

Křivohlavý (2013) uvádí v Lazarusově pojetí boje člověka se stresem pojem zvládání životních těžkostí, kde Lazarus klade důraz na čtyři skutečnosti:

- 1) Zvládání není jednorázovou záležitostí. Je to dynamický proces.
- 2) Zvládání není automatickou reakcí.
- 3) Zvládání vyžaduje určitou, vědomou snahu a námahu jednajících osoby.
- 4) Zvládání je snahou řídit dění (stress management).

Mastiliaková (2007) uvádí jako efektivní metodu boje se stresem a jeho zvládání právě stress management. Ten zahrnuje práci na čtyřech specifických oblastech:

- 1) Řešení problému: daná osoba se musí problému věnovat, identifikovat jej, pochopit ho a vyvinout úsilí, které vyústí ve změnu.
- 2) Řešení pocitů: pocity, emoce jsou reakcí na zážitky a myšlenkové pochody každého jedince. Pocity nelze v reakci na situaci vybrat, člověk s nimi může pouze pracovat a efektivně zacházet, tak aby nedošlo k narušení tělesné pohody a případná chronicita.
- 3) Využití dostupné sociální opory: je dokázáno, že lidé se silnou sociální základnou a oporou mají méně nemocí. Sociální opora je nejdůležitější v situacích extrémní zátěžové situace.
- 4) Redukce fyziologických reakcí: stres vyvolává reakce na fyziologické úrovni, které lze zmírnit např. cvičením, užíváním relaxačních technik a biologickou zpětnou vazbou.

Hartl & Hartlová (2004) poukazují na skutečnost, že lidé běžně inklinují k vyšší konzumaci alkoholu a užívání psychotropních látek v případě potřeby eliminace, nebo zmírnění stresové fyziologické reakce. Sacharidy a cukry nemají povzbuzující, nýbrž uklidňující účinek právě proto, že jejich požívání stimuluje tvorbu serotoninu, který ovlivňuje náladu. Mezi základního protistresového pomocníka je tak řazena i čokoláda. Jedinou spolehlivou a trvalou pomocí, je však odstranění stresové situace.

2.3.4 Návykové chování

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v níž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák*“ (Nešpor, 2007, s. 9-10). Definitivní diagnózu závislosti můžeme stanovit pouze tehdy, jestliže během dvanácti měsíců došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

1) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.

2) Zhoršené sebeovládání.

Potíže se sebeovládáním při užívání látky, hlavně v kontextu začátku, ukončení a množství látky.

3) Somatický odvykací stav.

Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním, případně zamezit odvykacímu stavu.

4) Růst tolerance.

Ke stejnému účinku látky je vyžadována vyšší dávka.

5) Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.

Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky.

6) Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

Americká psychiatrická asociace ve svém manuálu definuje diagnózu závislosti výskytem alespoň tří z těchto sedmi příznaků za období posledních dvanácti měsíců (Nešpor, 2007):

1) Růst tolerance.

2) Odvykací příznaky po vysazení látky.

3) Přijímání látky po delší dobu nebo ve větším množství, než měl člověk v úmyslu.

4) Dlouhodobá snaha omezit a ovládat přijímání látky.

- 5) Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky, případně zotavování se z jejich účinků.
- 6) Zanechání sociálních, pracovních a volnočasových aktivit v důsledku užívání látky.
- 7) Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo se opakujícím bio-psycho-sociálních problémů, o kterých člověk ví, a jsou ovlivněny užíváním látky.

Podle Křivohlavého (2003) je kouření jevem, s nímž se setkáváme u mužů i u žen, u dospělých i dospívajících. Důležitou otázkou zůstává, proč lidé kouří? Kouření přináší krátkodobá pozitiva (pocit zvládnutí stresu, zvýšení sebehodnocení, pocit dospělosti, přijetí, dočasně může také zvyšovat soustředěnost, výkon aj.), ale zároveň dlouhodobá negativa (zvyšuje riziko bronchitidy, dýchacích obtíží, žaludečních vředů, nehodovosti při řízení v autě, zvyšuje srážlivost krve, má negativní vliv na plod, je častý úvodní druh závislosti, kuřáci pijí více kávy, málo sportují, konzumují více alkoholu, aj.) Při odvykání kouření se zhoršuje soustředěnost, kapacita paměti, psychomotorický výkon, zvyšuje pocit úzkosti, psychického napětí, dráždivost, špatnou náladu).

Kouření je jedním z hlavních problémů veřejného zdraví na celém světě. V populaci ČR se v poslední době pohybuje podíl kuřáků mezi 28 – 30%. Nejzávažnějším problémem je kouření mezi mladou populací a sociálně znevýhodněnými skupinami. Kouření je jedním z hlavních problémů veřejného zdraví na celém světě. V populaci ČR se v poslední době pohybuje podíl kuřáků mezi 28 – 30%. Nejzávažnějším problémem je kouření mezi mladou populací a sociálně znevýhodněnými skupinami. Z dlouhodobého hlediska lze konstatovat, že zatím nebyl zaznamenán trend, signalizující snižování prevalence kouření v České republice. Zastoupení kuřáků v populaci je poměrně stabilní a dosud přijatá protikuřácká opatření ke snížení jejich počtu nepříspěly (Sovinová et al., 2012).

Výsledky studie v USA (Reed, et al., 2010) ukazují, že alkohol může hrát důležitou roli v iniciaci kouření tabákových výrobků u studentů vysokých škol, a to těch, kteří dříve kouření odolávali.

Podle Křivohlavého (2003) se s alkoholem setkáváme v průběhu tisíciletí dějin lidstva na mnohých místech světa. Počítá se s tím, že na v západním světě existují úplní

abstinenti (necelých 40%), občasní konzumenti (necelých 35%), umírnění pijáci (zhruba 17%), a alkoholici (asi 6%). Relativně nejméně pijí starší lidé, vyšší procento lidí holdujících alkoholu nacházíme mezi mladými lidmi. Podle WHO je nadměrná spotřeba alkoholu na třetím místě rizikových faktorů etiopatogeneze nemocnosti v západních zemích. Vzhledem k složitosti interakcí konzumace alkoholu a zdravím je alkohol stejně jako kouření jedním z hlavních zájmů veřejného zdravotnictví. Rizika konzumace alkoholu jsou vytvoření návyku, zvyšování dávky pro dosažení pozitivního zážitku, propuknutí závislosti, odvykání, abstinenční syndrom, a také může vést k narkomanii a toxikomanii.

Příjem většího množství alkoholu má na člověka jak přímé účinky (cirhóza jater, kardiovaskulární komplikace, hypertenze, negativní vliv na plod aj.), tak nepřímé (dopravní nehody, kriminální činy, vraždy, agresivita, snížení kognitivních schopností, aj.). Křivohlavý (2003) uvádí tyto teorie alkoholismu:

- **Morální teorie** – pro tuto teorii je určité chování morálně správné či morálně nepřístupné.
- **Genetický model** – část chování alkoholiků je pravděpodobně geneticky ovlivněná. Genetický model však nemůže vysvětlit 100% faktorů, které ovlivňují vznik a trvání alkoholismu.
- **Pojetí alkoholismu jako nemoci** – tato teorie přináší velice rozpracovaný průběh změn příznaků postupujícího alkoholismu., avšak bez odpovědí na otázku proč k alkoholismu dochází.
- **Teorie očekávání (expektance)** – ukázalo se, že nadměrné očekávání příznivého účinku alkoholiků bylo jedním z momentů, který je odlišoval od běžných konzumentů.
- **Teorie snížení napětí v důsledku pití alkoholu**
- **Model sníženého sebeuvědomování** – alkoholik ztrácí z rozsahu své percepce věci, které se týkají jednak jeho samého, jednak kontextu jeho sociální existence.
- **Sebepovyšování alkoholiků** – pod vlivem alkoholu alkoholici sami sebe prezentovali podstatně pozitivněji, než v situaci, kdy pod vlivem alkoholu nebyli.
- **Model sociálního učení** – dnes relativně nejpopulárnější model vzniku a rozvoje zvýšeného příjmu alkoholu, který využívá zákonitosti sociálního

učení. Počítá se s tím, že alkohol lidem přináší určitý druh potěšení, že je slučitelný s určitým sociálním souhlasem a jeho příjem je viditelný na sociálních vzorech, které slouží jako modely.

Jedna z představ boje s alkoholismem je stoprocentní abstinence, ale také se využívá psychoterapie a snaha dosáhnout snížení příjmu alkoholu na přijatelnou míru. Vždy však může dojít k relapsu, tedy znovuupadnutí do nepříznivého vztahu (Křivohlavý, 2003).

Podle WHO lze drogovou závislost (toxikomanii, závislost na omamných látkách) definovat jako psychický nebo i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy obsahují nutkání užívat drogu opakovaně nejen pro její psychické účinky, ale také pro zabránění vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu. Drogová závislost vzniká ve čtyřech fázích (Machová & Kubátová, 2009):

- 1) Fáze experimentální.
- 2) Fáze sociálního užívání (tzv. víkendové braní).
- 3) Fáze každodenního užívání.
- 4) Fáze užívání k dosažení normálu (narkoman na plný úvazek).

Nejčastější klasifikace drog je podle účinků (Machová & Kubátová, 2009):

- **Tlumivé látky** (opiáty - heroin, buprenorfin; psychofarmaka - benzodiazepiny, barbituráty; rozpouštědla včetně alkoholu).
- **Psychostimulancia – stimulační látky** (kokain; pervitin; amfetamin; crack; extáze).
- **Halucinogeny – psychadelika** (cannabinoidy - marihuana a hašiš; LSD; psilocybin; lysohlávký).

2.4 VYSOKOŠKOLSKÝ STUDENT

2.4.1 Charakteristika vývojového období

Z vývojového hlediska řadí Vágnerová (2008) období vysokoškolského studia do dvou vývojových období, a to pozdní adolescence a mladé dospělosti. Pozdní adolescence pojímá věkové rozhraní od 15 do 20 let a je vnímána jako doba komplexní psychosociální přeměny, zejména v oblasti osobnosti a společenské pozice. Důležitým sociálním mezníkem se stává ukončení profesní přípravy a nástup do prvního zaměstnání nebo volba dalšího vzdělávání ve formě vyšší odborné specializace. Mladá dospělost je Vágnerovou (2008) charakterizována jako široká vývojová fáze v rozmezí 20 – 40 let věku člověka, která se vyznačuje naplněním několika zásadních životních mezníků, jako: dosažení stabilního profesního postavení, uzavření manželství a generativitou.

Bajčiová, et al (2011) ve své publikaci charakterizuje pozdní adolescenci jako období datované mezi 17 - 24 rokem, směřující k dospělosti. Většina dospívajících v této životní fázi ukončuje své vzdělávání a snaží se najít své postavení ve společnosti v rámci pracovního uplatnění. Posiluje se aspekt sociální identity, potřeba někam patřit, sdílet, podílet se na něčem. Množství a šíře změn závisí na úplném přijetí role dospělého, ekonomické soběstačnosti, samostatném bydlení, vstupu do manželství, či založení vlastní rodiny.

Slepičková (in Valjent, 2010) si všímá přesahu vývojových fází starší, pozdní adolescence a vstupu do dospělosti u studentů vysokých škol. Studium na vysoké škole se odsouvá vstup do reálné, pravé dospělosti o 4-6 let, a to v pojetí vysokoškolské studijního života, který nelze brát jako „vážený život“. Také termín mládež rozšířil své pojetí až k věkové hranici 26 let.

Vysokoškolský systém ve svém přesahu nejčastěji ohraničuje právě věkové rozmezí 18 – 26 let. Pro potřeby diplomové práce je nutno také charakterizovat pojetí vzdělávání, především období terciálního a vysokoškolského vzdělání univerzitního a neuniverzitního typu. Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání – ISCED, 1997 (in Průcha, 1999) zahrnuje pojem vysokoškolský student ve formě prvního stupně terciálního vzdělávání, úrovně ISCED 5, typického pro věk 17 – 20 let v jeho počátku. Tento typ studia pojímá vyšší odborné vzdělávání, bakalářská, magisterská, či

navazující magisterská studia. Druhý stupeň terciálního vzdělávání – ISCED 6 navazuje na základní vysokoškolská studia formou doktorského studijního programu, vědeckých příprav a činností.

2.4.2 Psychosociální a vývojové aspekty

V období studií na vysoké škole prochází student množstvím dílčích proměn z hlediska vývoje osobnosti a sociálních vztahů. Dle Vágnerové (2008) je hlavním smyslem adolescence poskytnout každému jedinci čas a možnost porozumět sobě samému, zvolit si svůj životní směr a osamostatnit se ve společensky žádoucích oblastech života. S tím souvisí rozvoj, hledání a upevňování vlastní identity dospívajícího jedince. Tento proces se vyznačuje snahou o sebeznání, které se uskutečňuje na základě určení vlastní role ve vrstevnické skupině, tedy možnosti základního sebevymezení. Mezi další prostředek sebedefinování řadíme také experimenty v partnerských vztazích.

Vrstevnická skupina se stává pro většinu adolescentů nejvýznamnější referenční skupinou, skupinou jejichž prostřednictvím vnímají a hodnotí svět, druhé lidi i sebe samé. Jsou tak středem významného sociálního pole adolescenta (Kovařík, 2003, in Valjent, 2010).

Kovařík (2003, in Valjent, 2010) charakterizuje adolescenci prostřednictvím vývojových úkolů, které vykazují časově přesně nedefinovaný přesah období rané a pozdní adolescence a mladé dospělosti, a to především v rámci chápání individuálních rozdílů ve vývoji vysokoškolských studentů. Tyto vývojové úkoly ve stručnosti obsahují:

- 1) Přijetí vlastní tělesnosti, svého vzhledu s klady i vnímanými nedostatky. I zdánlivá subjektivně vnímaná nedokonalost může vyvolat u jedince pocity méněcennosti, či různých komplexů.
- 2) Tvorbu nových, zralejších sociálních vazeb a vztahů s vrstevníky obou pohlaví (pevná přátelství a partnerské vztahy).

- 3) Dosažení emocionálního odloučení od původní rodiny adolescenta a narůstající vlastní autonomie. V tomto úkolu jsou mezi adolescenty značné rozdíly v ohledech na „zdravé a nezdravé“ vztahy v rodině.
- 4) Dosažení určitého vzdělání jakožto předpokladu pro pracovní uplatnění a ekonomickou samostatnost. Tento úkol závisí na intelektu daného jedince, jeho vnitřní motivaci a střízlivém odhadu vlastních možností.
- 5) Příprava na výběr povolání a jeho následná volba, která zahrnuje určitou vyváženost ve směru pracovním, rodinném a produktivním, uspokojivém trávení volného času.
- 6) Plné rozvinutí intelektových schopností daného jedince, také tvorba adekvátního pojmového aparátu, která umožní nejen srozumitelnou komunikaci, ale i interpretaci světa kolem nás.
- 7) Dosažení sociální odpovědnosti zahrnující i oblast přípravy na rodinný život a budování „pevného“ charakteru. Významnou roli zde hrají vzory a modely rodičů a prarodičů, případně důležitých přátel, či jiných individuálních vzorů jedince.
- 8) Příprava na partnerství, manželství a rodinný život, přičemž nemusí být v životě realizovaná každá oblast této triády.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍLE PRÁCE

Cíle této diplomové práce jsou:

- Cíl 1** Zjistit prevalenci kuřáků, frekvenci a míru spotřeby alkoholických nápojů u studentů FF JU.
- Cíl 2** Zjistit trendy a preference ve stravovacích zvyklostech studentů FF JU.
- Cíl 3** Zjistit rozsah a styl pohybových aktivit studentů FF JU.
- Cíl 4** Zjistit postoje k rizikovým faktorům životního stylu studentů FF JU.

3.2 ÚKOLY PRÁCE

Úkoly této diplomové práce jsou:

- Úkol 1** Obsahová analýza české a zahraniční odborné literatury, ověření internetových zdrojů k danému tématu.
- Úkol 2** Na základě konzultací s vedoucím práce sestavení obsahu a harmonogramu zpracování diplomové práce.
- Úkol 3** Porovnání kvality životního stylu u vybraných populačních skupin.
- Úkol 4** Realizace dotazníkového šetření za použití dotazníku CINDY.
- Úkol 5** Analýza a statistické vyhodnocení zjištěných údajů zaměřených na kvalitu života studentů FF JU.
- Úkol 6** Závěry a doporučení.

3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

V práci jsem si stanovil následující výzkumné předpoklady:

- 1) Pravidelní konzumenti alkoholických nápojů z řad studentů budou preferovat konzumaci piva.
- 2) Studenti častěji provozující pohybové aktivity budou mít pozitivnější hodnocení svého zdravotního stavu oproti studentům bez pohybových aktivit.
- 3) Předpokládám mezi studenty výrazně nižší procento kuřáků oproti populaci obyvatel ČR, maximálně 20%.
- 4) Předpokládám, že více než 50% studentů nezařazuje do svého jídelníčku rybí maso.
- 5) Alespoň 90% studentů, kteří někdy užili návykovou látku, bude mít zkušenost s marihuanou.

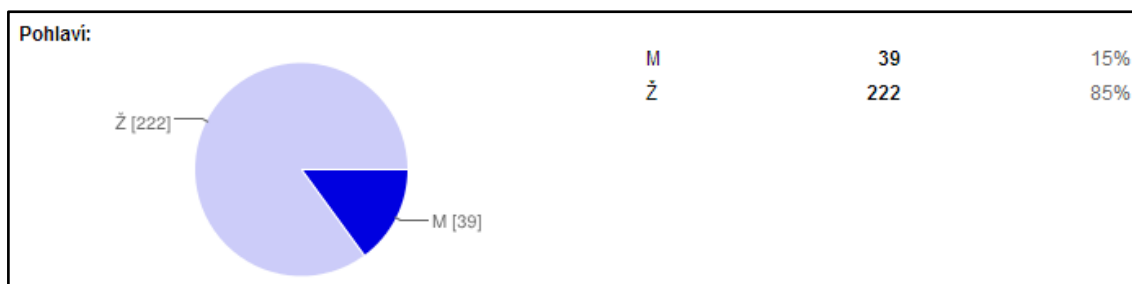
3.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor byl sestaven ze studentů filozofické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Filozofická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích byla zřízena k 1. lednu 2006 a v současné době nabízí studium v historických a filologických oborech a v oborech estetika a dějiny umění, a to v bakalářském, magisterském a doktorském stupni.

České Budějovice jsou s 95 tisíci obyvateli největším městem Jihočeského kraje a jsou jeho hospodářským, správním a kulturním centrem.

Ve spolupráci se studijním oddělením filozofické fakulty byl dotazník distribuován formou emailové korespondence mezi všech 915 studentů. Výzkumný soubor tvoří 261 studentů (n=261), kteří se rozhodli výzkumu zúčastnit. Celkový soubor tvoří 222 žen a 39 mužů. Věková hranice je od 19 do 70 let, ale 97% respondentů spadá do rozmezí 19 až 26 let. Střední hodnotou věku je 21 let.

Graf č. 1: Poměr mužů a žen mezi respondenty.



Tabulka č. 1: Věková kategorizace respondentů.

| Věk | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-------|-------------------|-----------------------|
| 19-20 | 76 | 29% |
| 21-22 | 103 | 40% |
| 23-24 | 50 | 19% |
| 25-26 | 22 | 9% |
| 27-28 | 3 | 1% |
| 29-30 | 2 | 1% |
| 31-32 | 3 | 1% |
| 43 | 1 | 0% |
| 70 | 1 | 0% |

3.5 POUŽITÉ METODY

Základem výzkumu je kvantitativně diagnostická metoda dotazníkové šetření. Dotazník je často využívanou metodou sběru dat, jeho hlavní výhodou je rychlé a ekonomické shromáždění dat i od většího souboru respondentů (Kukačka, 2010). Ve svém výzkumu jsem využil elektronickou distribuci dotazníku (nejmladší forma distribuce za pomoci emailu, nebo internetových online stránek), která kromě klasických výhod dotazníkové metody přináší také jednodušší zpracování odpovědí a omezení administrativních chyb při zpracování (vše probíhá v elektronické podobě), ale zároveň zvyrazňuje hlavní nedostatek dotazníkové metody, nižší návratnost, a tím pádem narušení reprezentativnosti souboru (Kreisllová, 2008).

Dotazník v elektronické podobě obsahoval tyto základní body:

- Oslovení, představení se a poděkování za spolupráci.
- Představení samotného výzkumu.
- Vlastní část dotazníku byla rozdělena do několika oddílů týkajících se celkového zdraví, výživy, pohybové aktivity, kouření, alkoholu a drog.
- Dotazník obsahoval také otázky na základní antropometrické údaje.

Při konstrukci dotazníku byly použity tyto druhy otázek (Kukačka, 2010):

- Otázky otevřené – odpověď byla zcela ponechána na respondentovi.
- Otázky dichotomické – otázky připouštěli pouze dvě polárně orientované odpovědi.
- Otázky výběrové – respondent vybíral pouze jednu alternativu.
- Otázky škálové – respondent se vyjádřil pomocí číselné/slovní škály.
- Otázky výčtové – respondent mohl zaškrtnout více možností.

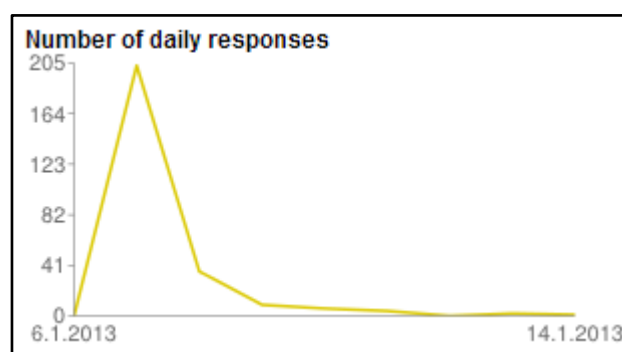
Odpovědi byly shromažďovány anonymně na internetovém serveru. Anonymita při dotazníkovém šetření zvyšuje pravděpodobnost pravdivých odpovědí, ale také může svádět k recesi (Chrástka, 2007, in Kukačka, 2010).

Dotazník byl převzat od Doc. MUDr. Tatiany Kimákové, CSc. z lékařské fakulty UPJŠP v Košicích. Získaná data v pilotním výzkumu v ČR a výsledky tohoto šetření budou dále zpracovány a zahrnuty do vědecké studie, zaměřené na analýzu rozdílů v životním stylu studentů vysokých škol ve státech EU.

3.6 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Sběr dat proběhl od 6. 1. 2013 do 14. 1. 2013. Dotazník byl s povolením vedoucích akademických pracovníků filozofické fakulty distribuován prostřednictvím studijního oddělení na emailové adresy studentů. Bylo osloveno 915 studentů a 261 odeslalo vyplněný dotazník. Návratnost je tedy 28,5%. Oslovení studenti mne měli možnost v případě nejasností kontaktovat s dotazy, ale tato možnost nebyla nikým využita.

Graf č. 1: Denní frekvence odesílání vyplněných dotazníků.



4 VÝSLEDKY A DISKUZE

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány pomocí několika metod. Základní data jsou zpracována podle absolutní a relativní četnosti do tabulek a grafů. V prvním kroku statistického zpracování dat se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislostí. Byl použit chí-kvadrat test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce. Předpokladem bylo, aby teoretické četnosti v jednotlivých políčkách neklesly pod hodnotu 5 alespoň v 80% políček a ve zbylých políčkách neklesly pod hodnotu 2, protože prázdné nebo málo zaplněné buňky bývají zdrojem nespolehlivosti asymptotických statistik. Byla zvolena hladina významnosti 1%, tedy vysoká významnost. Tomu odpovídají p-hodnoty menší než 0,01. To znamená, že je-li p-hodnota menší než 0.01, hypotézu o nezávislosti zamítáme, neboť závislost je vysoce významná (Hendl, 2005).

Nepoměr souboru mužů a žen (39:222) a nízký počet v souboru mužů neumožňuje spolehlivou analýzu rozdílu mezi muži a ženami a tato analýza je použita pouze výjimečně, tam kde byly zjištěny značné rozdíly.

Pokud není uvedeno jinak, tvoří výzkumný soubor všech 261 respondentů (n=261).

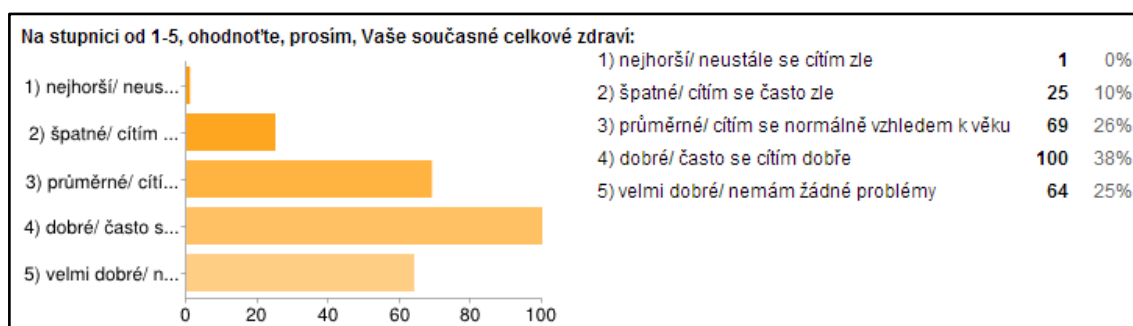
4.1 CELKOVÉ ZDRAVÍ

Výsledky jsou porovnávány s výzkumy Hláskové (2013) na ZSF, Kukačky (2010) na JU a šetřením EHIS (2011) v ČR.

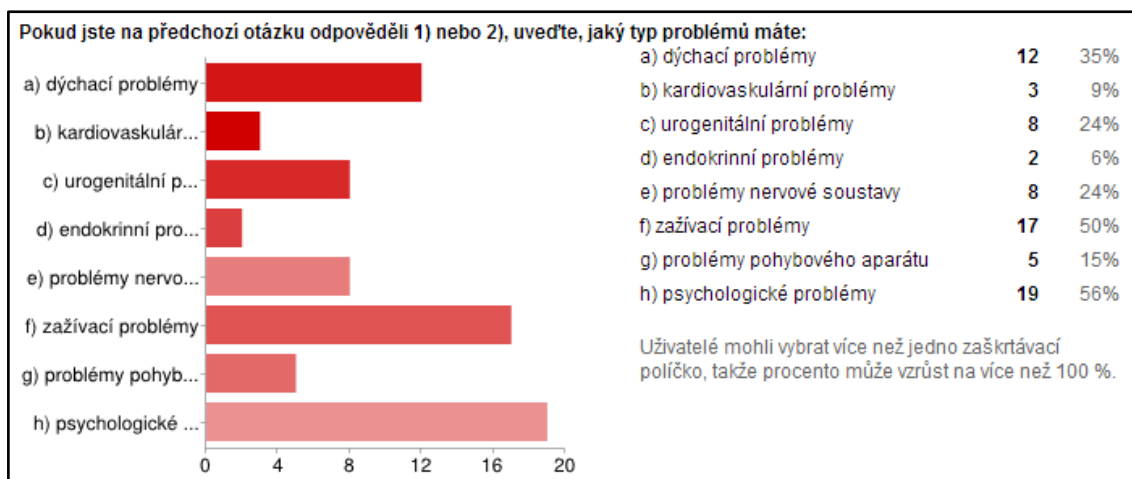
4.1.1 Celkové zdraví a stres

Ve studii EHIS (European Health Interview Survey in the Czech Republic) vyhodnocené Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (2011), hodnotilo své zdraví jako velmi dobré a dobré 75% respondentů. Mezi studenty FF své zdraví jako velmi dobré a dobré hodnotí 63% respondentů. Subjektivně za špatný považuje svůj zdravotní stav 10% studentů.

Graf č. 2: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu studentů FF (n=259).

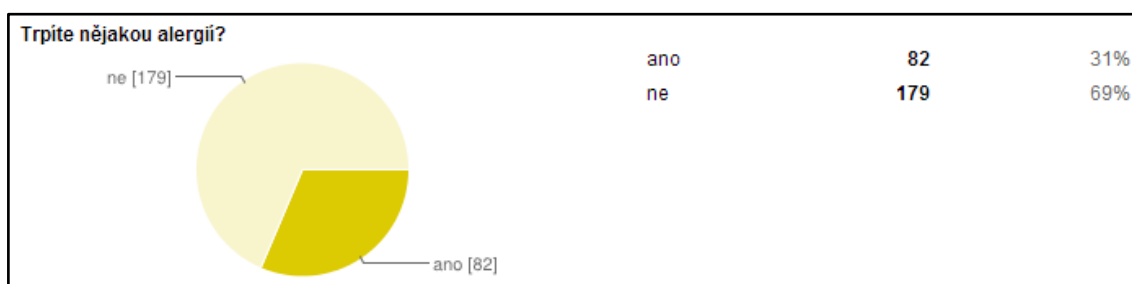


Graf č. 3: Souhrn zdravotních problémů studentů FF, kteří se subjektivně cítí zle.



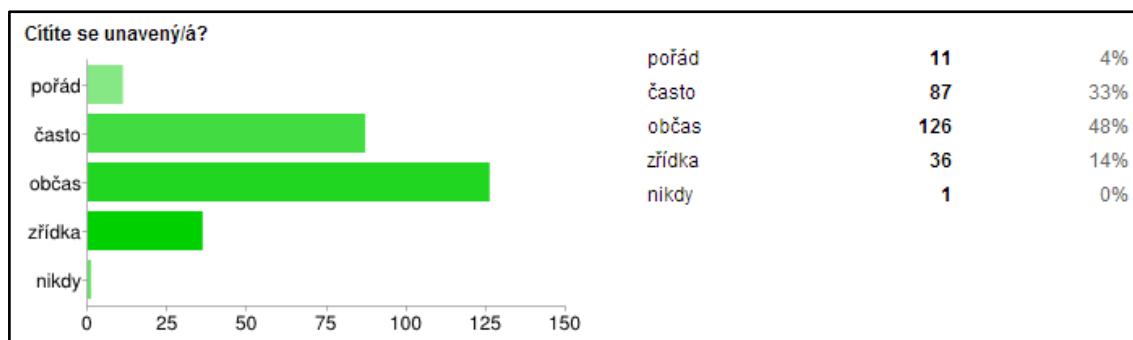
Z 26 studentů, kteří vnímají svůj zdravotní stav negativně, trpí nejčastěji (19 studentů) psychickými problémy. Počet odpovědí v grafu č. 3 ukazuje, že zdravotní problémy se u studentů vyskytují také ve více formách. Nejméně časté jsou problémy endokrinní a kardiovaskulární.

Graf č. 4: Výskyt alergiků mezi studenty FF.



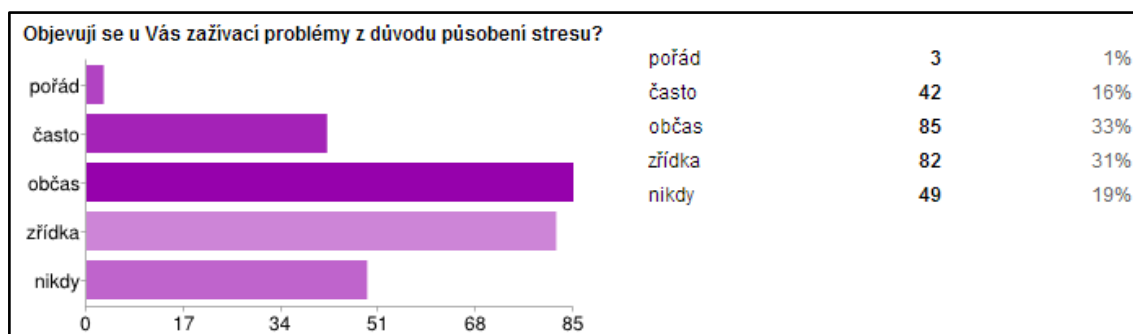
Výskyt alergiků mezi studenty FF je téměř 2x větší, než ve výzkumu EHIS (2011), kde je výskyt alergiků pouze 18%.

Graf č. 5: Pocit unavenosti mezi studenty FF.



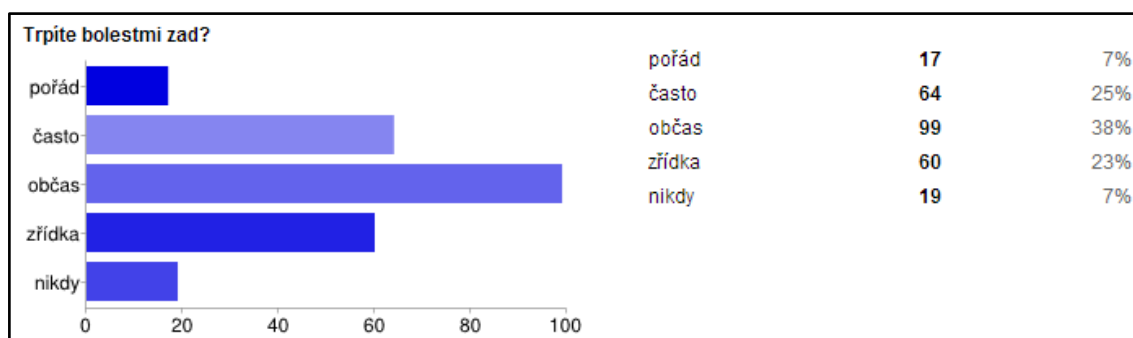
Neustálý pocit únavy cítí 37% studentů, naopak téměř nikdy se necítí unaveno 14% studentů.

Graf č. 6: Výskyt zažívacích problémů z důvodu působení stresu mezi studenty FF.



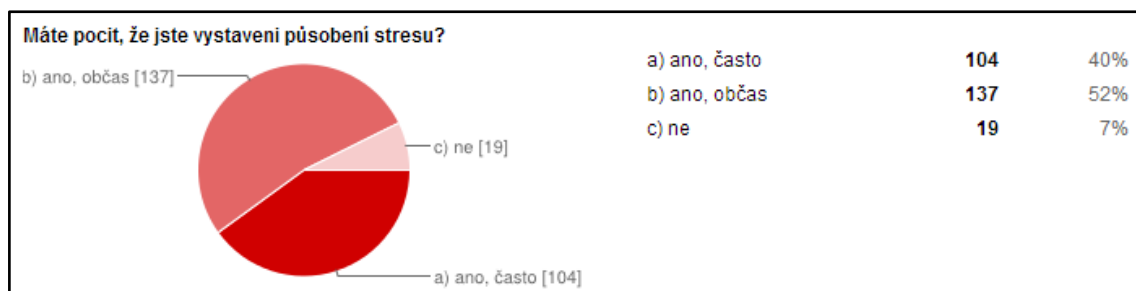
50% studentů téměř nikdy netrpí zažívacími obtížemi způsobenými dlouhodobým působením stresu, naopak dlouhodobý stres často negativně ovlivňuje zažívání u 17% studentů.

Graf č. 7: Výskyt bolesti zad mezi studenty FF (n=259).



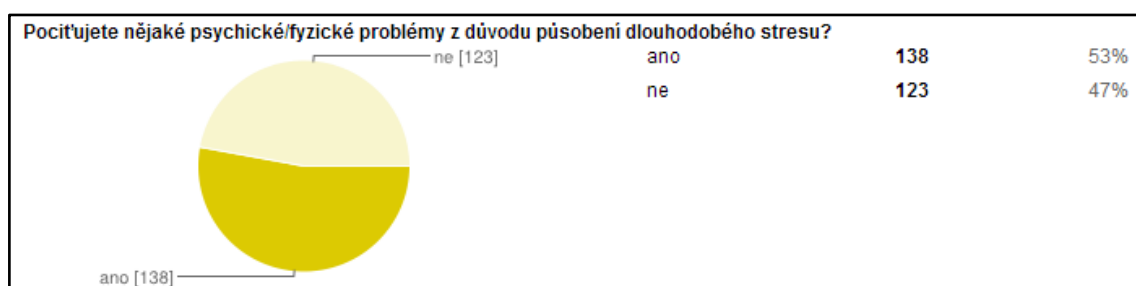
Výskyt bolesti zad mezi studenty je rozložen stejnoměrně na obě strany spektra.

Graf č. 8: Subjektivní pocit vystavení stresu studentů FF (n=260).

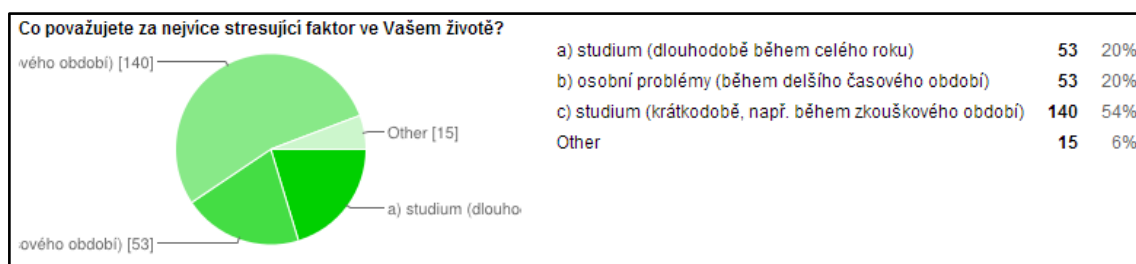


93% studentů má pocit, že je vystaveno působení stresu z toho 40% často. Z grafu č. 9 vyplývá, že 53% studentů pociťuje v důsledku dlouhodobého působení stresu psychické nebo fyzické obtíže.

Graf č. 9: Výskyt psychických nebo fyzických problémů v důsledku dlouhodobého působení stresu mezi studenty FF.

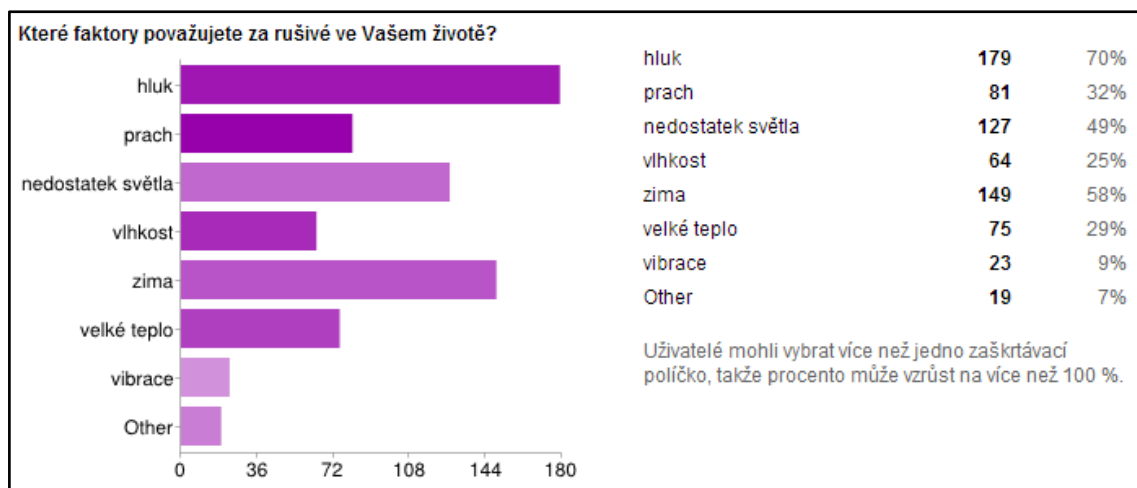


Graf č. 10: Souhrn nejvíce stresujících faktorů v životě studentů FF.



Na 54% studentů působí krátkodobý stres (studium) a na 40% studentů působí spíše stres dlouhodobý (studium, osobní problémy).

Graf č. 11: Rušivé faktory v životě studentů FF.



Za tři nejrušivější fyzické faktory ve svém životě považují studenti hluk, zimu a nedostatek světla.

4.1.2 Antropometrické údaje

Tabulka č. 2: Souhrnné vyhodnocení BMI indexu mužů a žen mezi studenty FF.

| Hodnocení Indexu BMI | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|----------------------|--------|--------|----------|
| BMI | Kategorie | Zdravotní rizika | Muži % | Ženy % | Celkem % |
| <18,5 | podváha | vysoká | 3% | 8% | 7% |
| 18,5 - 24,9 | norma | minimální | 71% | 73% | 73% |
| 25,0 - 29,9 | nadváha | nízká až lehce vyšší | 26% | 15% | 17% |
| 30,0 - 34,9 | obezita 1. stupně | zvýšená | 0% | 3% | 2% |
| 35,0 - 39,9 | obezita 2. stupně (závažná) | vysoká | 0% | 1% | 1% |
| >40,0 | obezita 3. stupně (těžká) | velmi vysoká | 0% | 0% | 0% |

Tabulky č. 2 až č. 6 ukazují srovnání hodnocení BMI indexu, průměrné výšky a hmotnosti u mužů a žen ve výzkumech FF, ZSF, JU a statistikou ÚZIS.

Tabulka č. 3: Souhrnné vyhodnocení a porovnání výsledků BMI parametrů studentů ZSF a studentů JU (Hlásková, 2013, s. 73).

| kategorie | MUŽI | | ŽENY | |
|--------------------|------------|------------|------------|-----------|
| | JU (n=418) | ZSF (n=19) | JU (n=738) | ZSF (155) |
| podvýživa | 2% | 0% | 7% | 5% |
| normální hmotnost | 68% | 63% | 82% | 74% |
| nadváha | 25% | 21% | 10% | 17% |
| obezita I. stupně | 5% | 11% | 2% | 5% |
| obezita II. stupně | 0% | 0% | 0% | 0% |
| morbidní obezita | 0% | 5% | 0% | 0% |

Tabulka č. 4: Porovnání výsledků průměrné výšky hmotnosti a BMI u žen ZSF se statistikou ÚZIS (Hlásková, 2013, s. 72).

| Ženy | výška (cm) | hmotnost (kg) | BMI (kg/m ²) |
|--------------------|------------|---------------|--------------------------|
| ÚZIS (15 - 34 let) | 167,3 | 62 | 22,2 |
| ZSF (19 - 30 let) | 168,7 | 65,5 | 23,3 |

Tabulka č. 5: Porovnání výsledků průměrné výšky hmotnosti a BMI u mužů ZSF se statistikou ÚZIS (Hlásková, 2013, s. 72).

| Muži | výška (cm) | hmotnost (kg) | BMI (kg/m ²) |
|--------------------|------------|---------------|--------------------------|
| ÚZIS (15 - 34 let) | 179 | 79 | 24,7 |
| ZSF (19 - 30 let) | 181 | 85,5 | 28,4 |

Tabulka č. 6: Souhrn ø antropometrických údajů mužů a žen mezi studenty FF.

| | ø Výška (cm) | ø Hmotnost (kg) | ø BMI index |
|-------------|--------------|-----------------|-------------|
| Muži | 172,1 | 68,9 | 23,2 |
| Ženy | 169,8 | 64,6 | 22,3 |

4.1.3 Spánek

Tabulka č. 7: Průměrná doba spánku studentů FF.

| Spánek (n=258) | | |
|----------------|-------------------|-----------------------|
| Hodin / den | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| <8 | 22 | 9% |
| 8 - 10 | 210 | 81% |
| >10 | 26 | 10% |

4.1.4 Závislost pocitu unavenosti na působení stresu

Při posouzení vzájemné nezávislosti faktorů v tabulce č. 8 pomocí chí-kvadratu vychází hodnota $p=0,000$ a hypotézu o vzájemné nezávislosti proto zamítám. Pocit psychických nebo fyzických problémů významně ovlivňuje frekvenci pocitu unavenosti. Studenti, kteří pociťují psychické, nebo fyzické problémy z důvodu dlouhodobého působení stresu se často cítí unavení a naopak studenti, kteří uvedené problémy nepociťují, jsou unaveni zřídka.

Tabulka č. 8: Porovnání pocitu unavenosti a výskytu psychických nebo fyzických problémů v důsledku dlouhodobého stresu mezi studenty FF.

| Pociťujete nějaké psychické/fyzické problémy z důvodu působení dlouhodobého stresu? | | | | |
|---|--------|-------|-------|--------|
| | | ano | ne | Total |
| Cítíte se unavený/á? | často | 63 | 24 | 87 |
| | občas | 60 | 66 | 126 |
| | pořád | 8 | 2 | 10 |
| | zřídka | 6 | 31 | 37 |
| Total | | 137 | 123 | 260 |
| Cítíte se unavený/á? | často | 72,4% | 27,6% | 100,0% |
| | občas | 47,6% | 52,4% | 100,0% |
| | pořád | 80,0% | 20,0% | 100,0% |
| | zřídka | 16,2% | 83,8% | 100,0% |
| Total | | 52,7% | 47,3% | 100,0% |
| Cítíte se unavený/á? | často | +++ | --- | |
| | občas | o | o | |
| | pořád | o | o | |
| | zřídka | --- | +++ | |

4.1.5 Diskuze

Porovnáním antropometrických údajů docházím k závěru, že studenti FF výrazně nevybočují ze statistik populace ČR. Průměrné BMI studentek (22,3) je téměř shodné s BMI žen 15 až 34 let (22,2) v populaci ČR (tabulka č. 4, 6). U studentů je průměrné BMI (23,2) nižší než u mužů 15 až 34 let v populaci ČR (24,7), což může být způsobeno tělesnou konstitucí mužů v závislosti na životním stylu studentů filozofických oborů, ale také nižším počtem mužských respondentů a tedy případným statistickým zkreslením (tabulka č. 5, 6).

Stěžejní otázky okruhu celkové zdraví jsou na subjektivní hodnocení zdravotního stavu studentů a na roli stresu v jejich životě. Zajímavé je, že kladné hodnocení zdravotního stavu má pouze 63% studentů. Ve výzkumech v populaci ČR se počet kladně hodnotících respondentů pohybuje okolo 75% a v kategoriích 15 až 24 let dokonce kolem 90%. To by korespondovalo s 10% souborem studentů, kteří své zdraví hodnotí negativně, v případě, že ke kladně hodnotícím studentům přiřadíme také studenty hodnotící svůj zdravotní stav, jako přiměřený věku (26%).

Z 26 studentů, kteří svůj zdravotní stav ohodnotili negativně, celých 73% trpí psychickými problémy, 65% zažívacími problémy a 46% dýchacími problémy (graf č. 3). Nejméně frekventované jsou problémy endokrinní a kardiovaskulární.

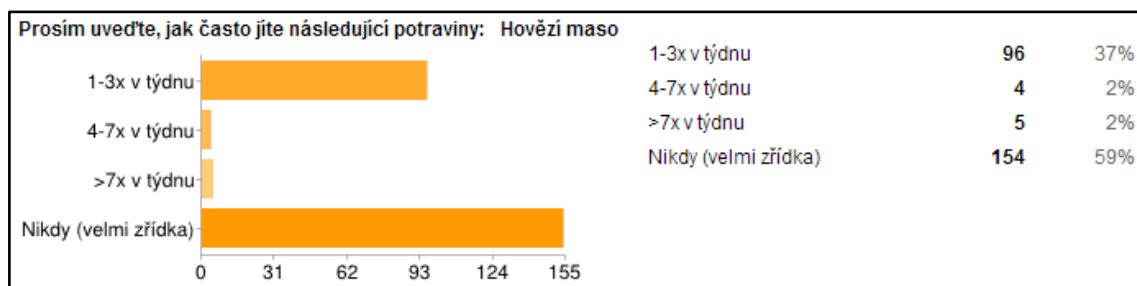
93% studentů má pocit, že je vystaveno působení stresu, z toho 40% často a 53% studentů pociťuje v důsledku dlouhodobého působení stresu psychické nebo fyzické obtíže (grafy č. 6,8,9,10). Zajímavé zjištění je souvislost mezi pociťováním fyzických nebo psychických problémů v důsledku dlouhodobého působení stresu a pocitem unavenosti. Studenti pociťující problémy jsou často unaveni a zároveň studenti zřídka unavení necítí problémy v souvislosti s dlouhodobým působením stresu. Mezi těmito faktory se prokázala vysoká závislost.

4.2 VÝŽIVA

Výsledky jsou porovnávány s výzkumy Hláskové (2013) na ZSF, Kukačky (2010) na JU a šetřením ÚZIS (2011) v ČR.

4.2.1 Konzumace vybraných potravin

Graf č. 12: Frekvence konzumace hovězího masa mezi studenty FF (n=259).

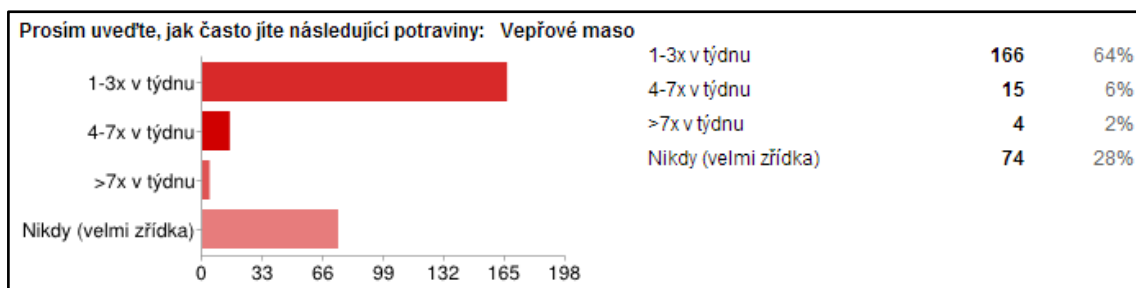


Z grafu č. 12 vyplývá, že hovězí maso není mezi studenty příliš oblíbené, 59% studentů ho nekonzumuje téměř nikdy a dalších 37% studentů maximálně 3x týdně. Tabulka č. 9 ukazuje na výrazně rozdílné preference konzumace hovězího masa mezi muži a ženami.

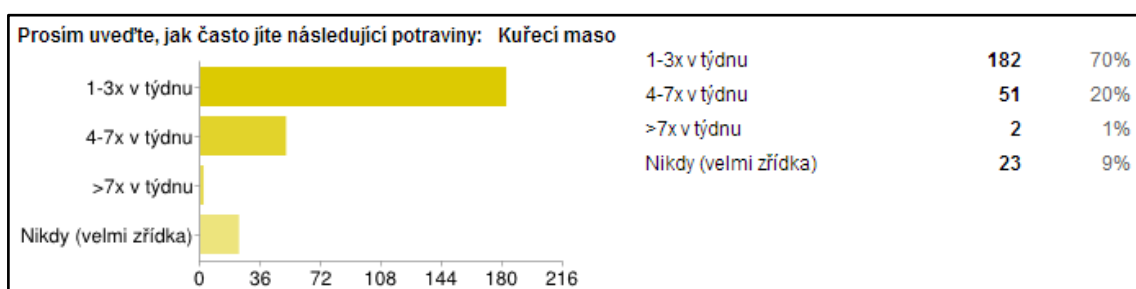
Tabulka č. 9: Frekvence konzumace hovězího masa mužů a žen mezi studenty FF.

| Prosím uveďte, jak často jíte následující potraviny: Hovězí maso | | | | | | | |
|--|------|-------------|--------------|--------------|----------------------|--------|--------|
| | | >7x v týdnu | 1-3x v týdnu | 4-7x v týdnu | Nikdy (velmi zřídka) | Total | |
| Pohlaví: | Muži | | 59,0% | 7,7% | 33,3% | 100,0% | |
| | Ženy | 0,9% | 2,3% | 32,9% | 0,5% | 63,5% | 100,0% |
| Total | | 0,8% | 1,9% | 36,8% | 1,5% | 59,0% | 100,0% |

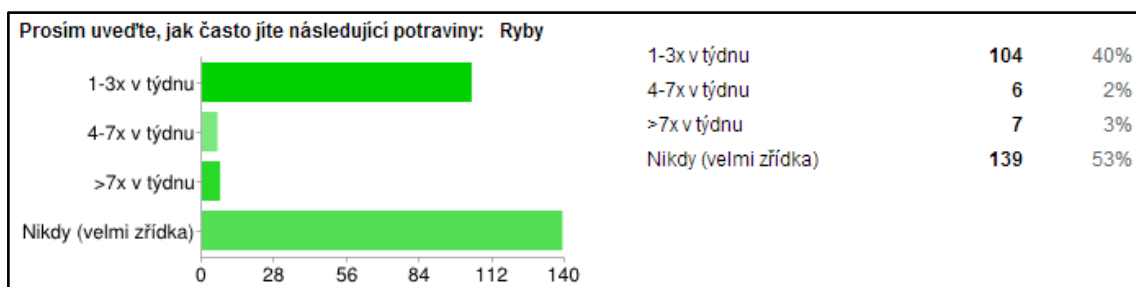
Graf č. 13: Frekvence konzumace vepřového masa mezi studenty FF (n=259).



Graf č. 14: Frekvence konzumace kuřecího masa mezi studenty FF (n=258).

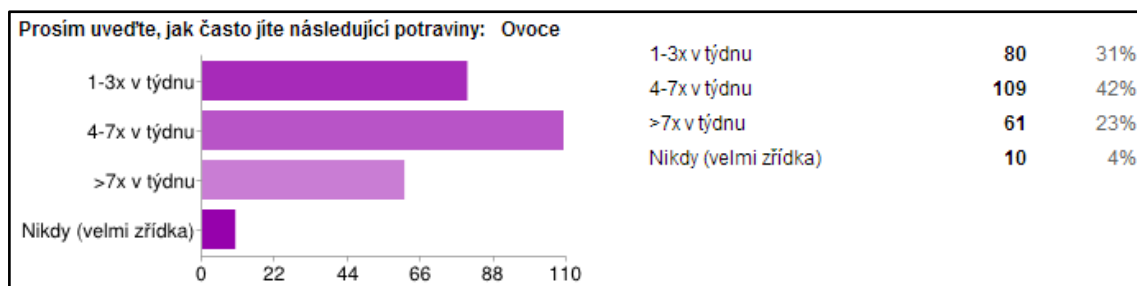


Graf č. 15: Frekvence konzumace ryb mezi studenty FF (n=256).



Grafy č. 13 až č. 15 porovnávají frekvenci konzumace vepřového, kuřecího a rybího masa. Nejoblíbenější je konzumace kuřecího masa, které nekonzumuje pouze 9% studentů (oproti vepřovému 28% a rybímu 53%) a naopak 1x až 7x týdně ho konzumuje 90% studentů (oproti vepřovému 70% a rybímu 42%).

Graf č. 16: Frekvence konzumace ovoce mezi studenty FF (n=260).

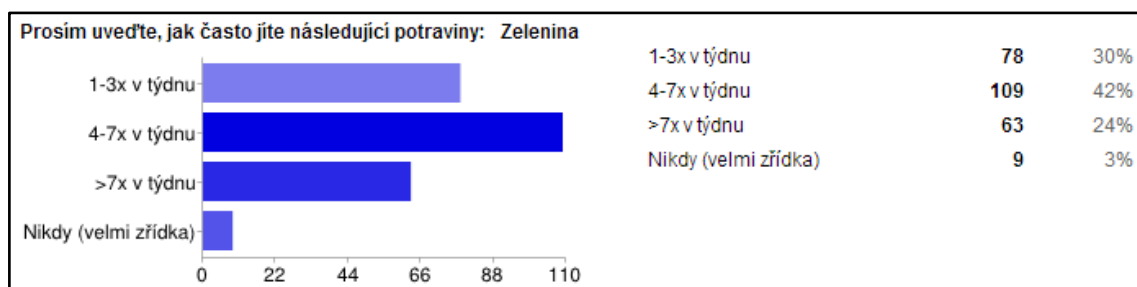


Více než jednou denně konzumuje ovoce 23% studentů. Nejvíce studentů konzumuje ovoce 4x až 7x v týdnu. Tabulka č. 10 ukazuje rozdílné preference ve frekvenci konzumace ovoce mezi muži a ženami.

Tabulka č. 10: Frekvence konzumace ovoce mužů a žen mezi studenty FF.

| Prosím uveďte, jak často jíte následující potraviny: Ovoce | | | | | | | |
|--|------|------|-------------|--------------|--------------|----------------------|--------|
| | | | >7x v týdnu | 1-3x v týdnu | 4-7x v týdnu | Nikdy (velmi zřídka) | Total |
| Pohlaví: | Muži | | 10,3% | 23,1% | 56,4% | 10,3% | 100,0% |
| | Ženy | 0,5% | 25,7% | 32,0% | 39,2% | 2,7% | 100,0% |
| Total | | 0,4% | 23,4% | 30,7% | 41,8% | 3,8% | 100,0% |

Graf č. 17: Frekvence konzumace zeleniny mezi studenty FF (n=259).



Více než jednou denně podobně jako ovoce konzumuje zeleninu 24%. Tabulka č. 11 ukazuje rozdíly v preferenci frekvence konzumace zeleniny u mužů a žen.

Tabulka č. 11: Frekvence konzumace zeleniny mužů a žen mezi studenty FF.

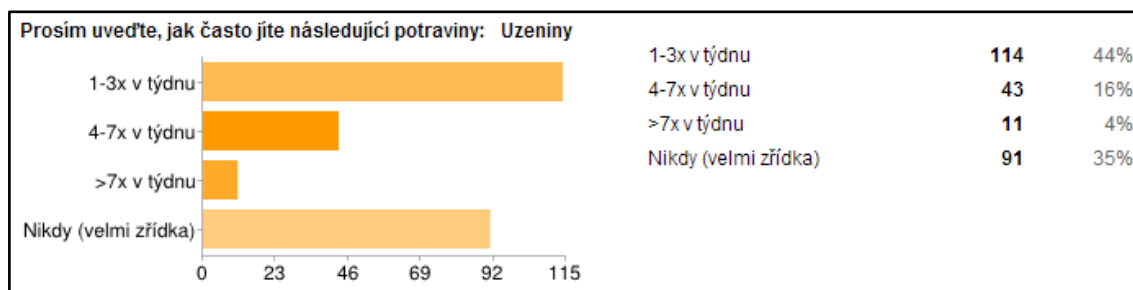
| Prosím uveďte, jak často jíte následující potraviny: Zelenina | | | | | | | |
|---|------|------|-------------|--------------|--------------|----------------------|--------|
| | | | >7x v týdnu | 1-3x v týdnu | 4-7x v týdnu | Nikdy (velmi zřídka) | Total |
| Pohlaví: | Muži | 2,6% | 10,3% | 23,1% | 59,0% | 5,1% | 100,0% |
| | Ženy | 0,5% | 26,6% | 31,1% | 38,7% | 3,2% | 100,0% |
| Total | | 0,8% | 24,1% | 29,9% | 41,8% | 3,4% | 100,0% |

Tabulka č. 12: Podíly respondentů podle frekvence konzumace jednotlivých produktů v % (ÚZIS, 2011, s. 148).

| Produkty | Muži | | | Ženy | | |
|---------------|------------------|-------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------|
| | alespoň 1x denně | méně než 1x denně, alespoň 1x týdně | méně než 1x týdně | alespoň 1x denně | méně než 1x denně, alespoň 1x týdně | méně než 1x týdně |
| Ovoce | 57,4 | 35,7 | 6,9 | 74,5 | 22,2 | 3,2 |
| Zelenina | 53,1 | 40,2 | 6,7 | 65,9 | 31 | 3,1 |
| Džusy / šťávy | 10,0 | 20,6 | 69,4 | 10,7 | 19,7 | 69,6 |

Tabulky č. 10 až č. 12 nabízejí srovnání konzumace ovoce a zeleniny mezi výzkumem na FF a šetřením ÚZIS. Zelenina muži: FF více než 4x týdně 69% oproti ÚZIS alespoň 1x denně 53%. Zelenina ženy: FF více než 4x týdně 65% oproti ÚZIS alespoň 1x denně 66%. Ovoce muži: FF více než 4x týdně 67% oproti ÚZIS alespoň 1x denně 57%. Ovoce ženy: FF více než 4x týdně 65% oproti ÚZIS alespoň 1x denně 75%

Graf č. 18: Frekvence konzumace uzenin mezi studenty FF (n=259).

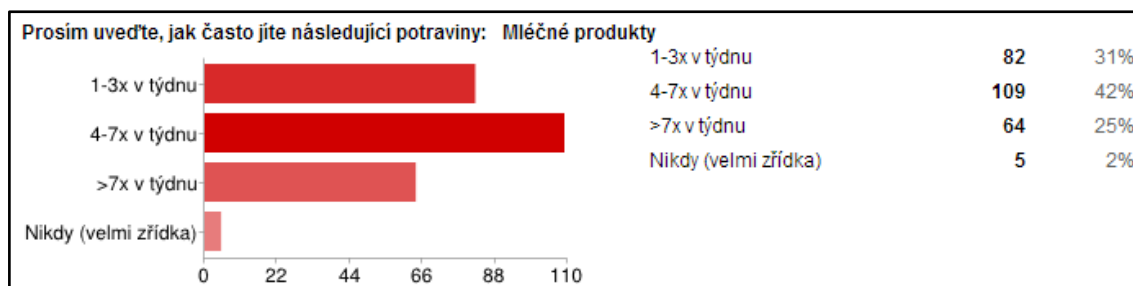


Uzeniny téměř denně konzumuje 20% studentů. Tabulka č. 13 ukazuje větší oblíbenost uzenin mezi muži oproti ženám.

Tabulka č. 13: Frekvence konzumace uzenin mužů a žen mezi studenty FF.

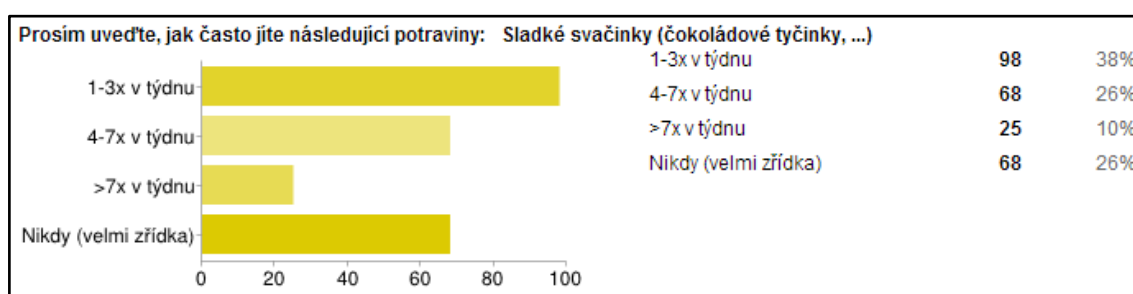
| Prosím uveďte, jak často jíte následující potraviny: Uzeniny | | | | | | | |
|--|------|-------------|--------------|--------------|----------------------|-------|--------|
| | | >7x v týdnu | 1-3x v týdnu | 4-7x v týdnu | Nikdy (velmi zřídka) | Total | |
| Pohlaví: | Muži | 2,6% | 12,8% | 51,3% | 15,4% | 17,9% | 100,0% |
| | Ženy | 0,5% | 2,7% | 42,3% | 16,7% | 37,8% | 100,0% |
| Total | | 0,8% | 4,2% | 43,7% | 16,5% | 34,9% | 100,0% |

Graf č. 19: Frekvence konzumace mléčných produktů mezi studenty FF (n=260).



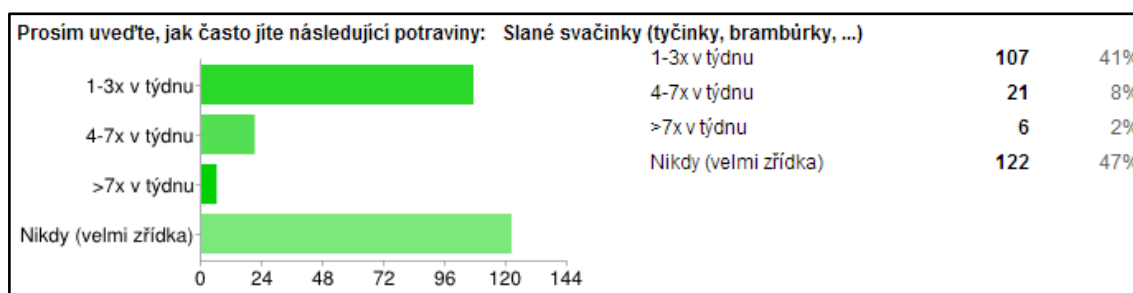
Téměř denně konzumuje mléčné produkty 67% studentů.

Graf č. 20: Frekvence konzumace sladkých svačinek mezi studenty FF (n=259).

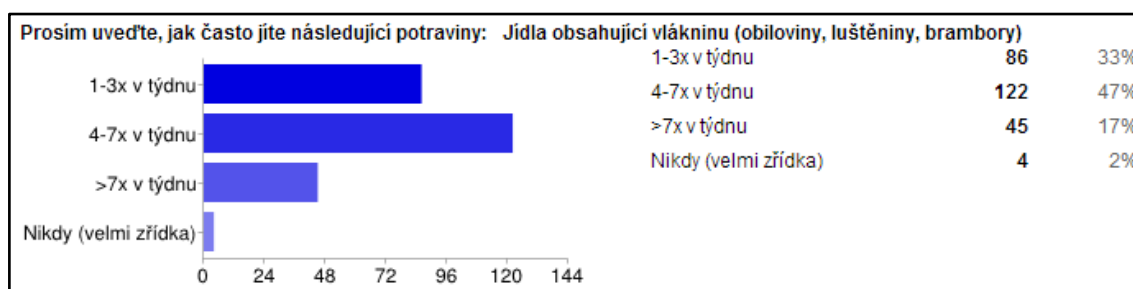


Sladké svačinky konzumuje denně téměř 36% studentů a jsou oblíbenější než slané svačinky, které téměř denně konzumuje pouze 10% studentů (graf č. 21).

Graf č. 21: Frekvence konzumace slaných svačinek mezi studenty FF (n=256).

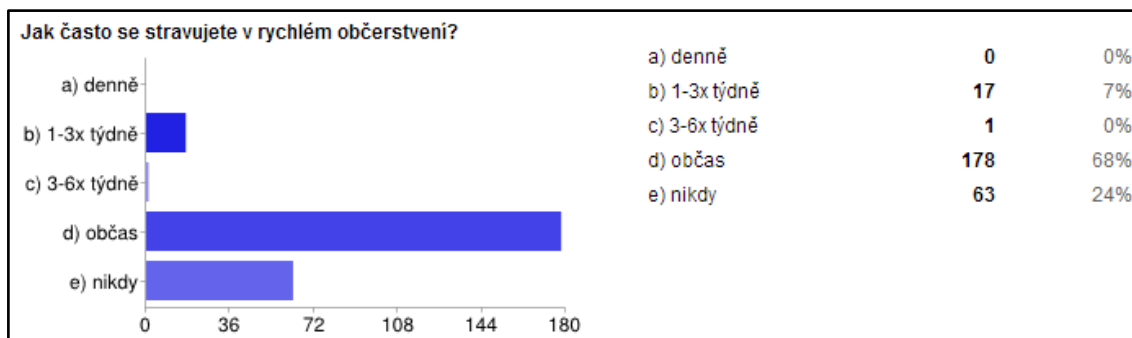


Graf č. 22: Frekvence konzumace jídel obsahujících vlákninu mezi studenty FF (n=257).



Téměř denně konzumuje jídla s obsahem vlákniny 64% studentů.

Graf č. 23: Frekvence stravování v rychlém občerstvení studentů FF (n=259).



92% studentů se stravuje v rychlém občerstvení zřídka a 24% ho nenavštěvuje nikdy.

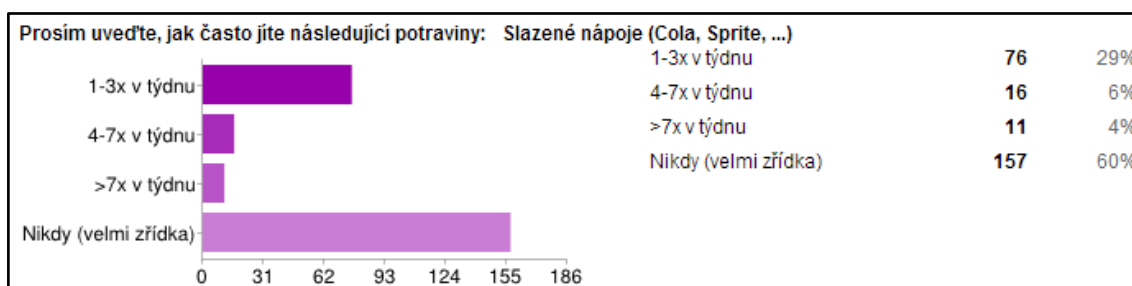
Tabulka č. 14: Souhrn odpovědí na otázku „Jak často konzumujete následující potraviny?“ ve výzkumu ZSF (Hlásková, 2013, s. 56).

| potraviny | 1 - 3x týdně | 4 - 7x týdně | >7x týdně | nikdy/velmi zřídka |
|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------------|
| hovězí maso | 45% | 2% | 0% | 53% |
| vepřové maso | 71% | 6% | 2% | 21% |
| kuřecí maso | 73% | 16% | 0% | 11% |
| ryby | 51% | 2% | 2% | 45% |
| ovoce | 32% | 37% | 29% | 2% |
| zelenina | 26% | 39% | 34% | 1% |
| mléčné produkty | 25% | 44% | 27% | 4% |

Tabulka č. 14 nabízí výsledky a možnost srovnání s šetřením na ZSF.

4.2.2 Pitný režim

Graf č. 24: Frekvence konzumace slazených nápojů mezi studenty FF (n=260).



Průměrná spotřeba slazených nápojů je 0,43 l / den. Slazené nápoje nepije 41% studentů a nikdy až velmi zřídka 60% studentů. Tabulka č. 16 zobrazuje rozdělení studentů podle denního příjmu slazených nápojů.

Tabulka č. 15: Souhrn denního příjmu čisté vody studentů FF.

| Přehled denního příjmu čisté vody | | |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Množství v litrech | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| 0 - 1 | 100 | 38% |
| >1 - 2 | 120 | 46% |
| >2 - 3 | 36 | 14% |
| >3 | 5 | 2% |
| Celkem | 261 | 100% |

Průměrný denní příjem čisté vody je 1,58 l. 5% studentů uvedlo, že nekonzumuje čistou vodu.

Tabulka č. 16: Souhrn denního příjmu slazených nápojů studentů FF.

| Přehled denního příjmu slazených nápojů | | |
|---|-------------------|-----------------------|
| Množství v litrech | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| 0 – 0,5 | 208 | 80% |
| >0,5 – 1 | 34 | 13% |
| >1 – 1,5 | 6 | 2% |
| >1,5 | 13 | 5% |
| Celkem | 261 | 100% |

Tabulka č. 17: Souhrn denního příjmu kávy studentů FF.

| Přehled denního příjmu kávy | | |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------|
| Množství v litrech | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
| 0 – 0,25 | 192 | 74% |
| >0,25 – 0,5 | 52 | 20% |
| >0,5 – 0,75 | 6 | 2% |
| >0,75 | 11 | 4% |
| Celkem | 261 | 100% |

Průměrná konzumace kávy je 0,2 l / den. 50% studentů kávu nepije.

4.2.3 Diskuze

V oblasti výživy bylo cílem zmapování preferencí a trendů ve stravování studentů a vyhodnotit konzumaci vybraných potravin a aspekty pitného režimu.

Odborná literatura nabízí celou řadu výživových doporučení (viz teoretická část), ale pro sledování trendů ve stravování studentů jsou použita obecná výživová doporučení SZÚ.

V porovnání preferencí konzumace masa mezi hovězím, vepřovým, kuřecím a rybím (graf č. 12, 13, 14, 15) je nejvyšší spotřeba u masa kuřecího (alespoň jednou týdně 91%, nekonzumuje 9%), dále vepřového (alespoň jednou týdně 72%, nekonzumuje 28%), dále rybího (alespoň jednou týdně 45%, nekonzumuje 53%) a hovězího (alespoň jednou týdně 41%, nekonzumuje 59%). Z hlediska výživového doporučení je zarážející nízká spotřeba rybího masa, ryby by alespoň jednou týdně měl konzumovat každý. Výhody konzumace kuřecího masa jsou hlavně v nižším obsahu tuku a tedy nižší energetické hodnotě. Poměr konzumace rybího a kuřecího masa mezi studenty může být ovlivněn také ekonomickými aspekty (kuřecí maso je ekonomicky dostupnější). Z výživového hlediska hodnotím příjem masa studentů až na nedostatečný příjem rybího masa kladně, ale podstatným zdravotním faktorem konzumace masa je také kuchyňská úprava, kde můžeme nevhodnou úpravou zvýšit zdravotní rizika konzumace.

Téměř denně konzumuje ovoce 65% studentů a zeleninu 66% studentů (graf č. 16, 17). Více než jednou denně konzumuje ovoce 23% studentů a zeleninu 24% studentů. Vzhledem k tomu, že obecně se doporučuje konzumace ovoce a zeleniny denně v několika porcích (zelenina 400g/den, ovoce 200-300g/den) hodnotím příjem ovoce i zeleniny za nedostačující. V porovnání s populací jsou studenti mírně pod průměrem (tabulka č. 12), což je podle mě spojeno s ekonomickými aspekty studentského života.

Pozitivně hodnotím konzumaci mléčných výrobků (přirozeného zdroje vápníku), kde pouze 2% studentů nekonzumují mléčné produkty a naopak 67% studentů konzumuje téměř denně (graf č. 19).

Štefániková et al. (2003) ukazuje ve výsledcích svého výzkumu na výraznou změnu stravování během vysokoškolského studia, a sníženou konzumaci masa, ovoce, zeleniny, mléčných výrobků a obilovin považuje za rizikový prvek v životním stylu.

Pozitivně hodnotím také konzumaci jídel s obsahem vlákniny (graf č. 22). Téměř denně konzumuje jídla obsahující vlákninu 64% studentů a to může ve spojení s udanou konzumací ovoce a zeleniny pokrýt doporučený denní příjem vlákniny pro dospělého člověka (30-35g).

92% studentů se stravuje v rychlém občerstvení zřídka, což hodnotím velmi kladně a domnívám se, že je to opět způsobeno hlavně ekonomickou situací vysokoškolského studenta i když bych rád věřil, že svůj vliv má i typ navštěvované fakulty.

Průměrný denní příjem čisté vody je 1,58 l, což můžu hodnotit kladně, ale zároveň je potřeba upozornit, že 38% studentů konzumuje do 1 l čisté vody za den a 5% studentů nepijí čistou vodu vůbec (tabulka č. 23). Příjem čisté vody by měl být nad 1,5 l/den.

Průměrný denní příjem slazených nápojů je 0,43 l a 80% studentů nepřesáhne denní příjem 0,5 l, což opět můžu hodnotit kladně (graf č. 24, tabulka č. 16). Rizikovou skupinu tvoří 7% studentů s příjmem nad 1 l slazených nápojů za den. Slazené nápoje nejsou rizikem jen z pohledu vyššího příjmu energie, ale také často obsahují umělá sladidla a další aditivní látky zatěžující a negativně ovlivňující zdraví člověka.

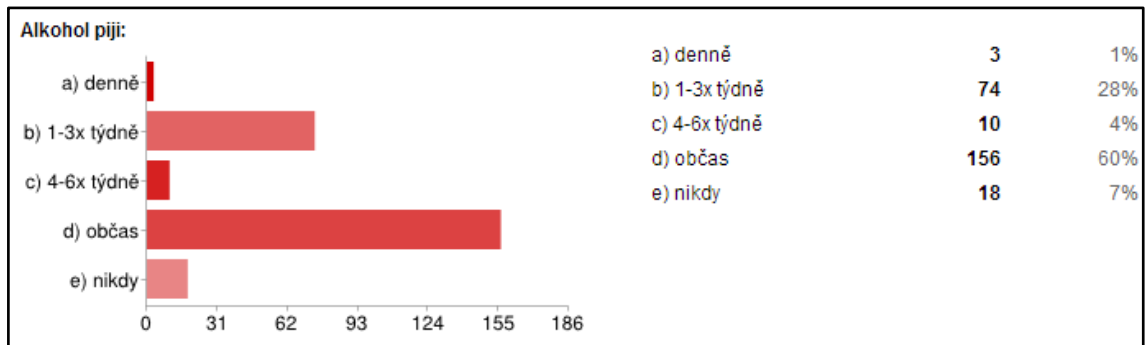
Výzkumný předpoklad (4) se potvrdil, rybí maso nekonzumuje 53% studentů.

4.3 ALKOHOL

Výsledky jsou porovnávány s výzkumy Hláskové (2013) na ZSF a šetřením ÚZIS (2011) v ČR

4.3.1 Frekvence konzumace alkoholu

Graf č. 25: Frekvence spotřeby alkoholu studentů FF.

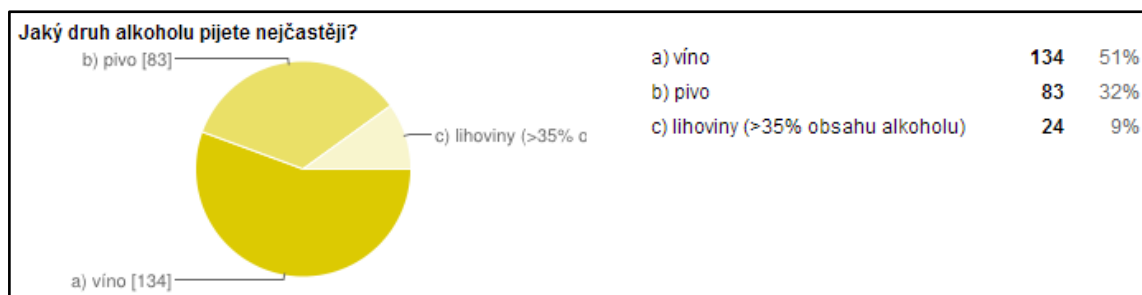


Pravidelnými konzumenty alkoholu je 33% studentů. Abstinentů je 7%. Tabulka č. 18 nabízí srovnání frekvence spotřeby alkoholu se studenty ZSF a běžnou populací ČR.

Tabulka č. 18: Souhrnné porovnání frekvence konzumace alkoholu z výzkumu ÚZIS a ZSF v % (Hlásková, 2013, s. 69).

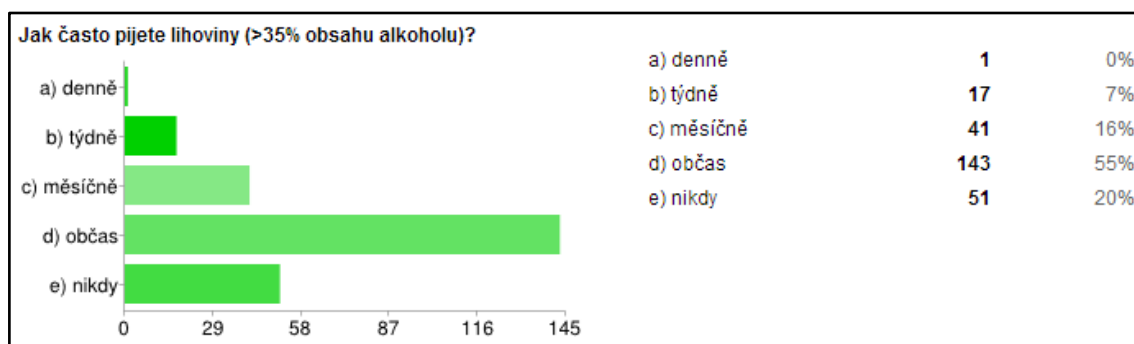
| | studenti ZSF | běžná populace (ÚZIS) |
|--------------|--------------|-----------------------|
| denně | 1,7% | 9,5% |
| 2 - 3x týdně | 22,4% | 13,4% |
| 4 - 6x týdně | 1,7% | 5,6% |
| občas | 71,8% | 55,7% |
| nikdy | 2,3% | 15,9% |

Graf č. 26: Preference alkoholických nápojů mezi studenty FF (n=241).



Nejméně preferovaným druhem alkoholických nápojů jsou lihoviny (9% studentů). Grafy č. 27 a č. 28 ukazují rozdíly ve frekvenci spotřeby lihovin a nízkoalkoholických nápojů.

Graf č. 27: Frekvence spotřeby lihovin mezi studenty FF (n=253).



Graf č. 28: Frekvence spotřeby nízkoalkoholických nápojů mezi studenty FF (n=257).



4.3.2 Závislost frekvence konzumace na druhu alkoholického nápoje

Při posouzení vzájemné nezávislosti faktorů v tabulce č. 19 pomocí chí-kvadratu vychází hodnota $p=0,000$ a hypotézu o vzájemné nezávislosti proto zamítám. Ukazuje se vysoká závislost mezi frekvencí spotřeby alkoholu a druhem alkoholického nápoje. Studenti často konzumující alkohol preferují pivo a studenti občas konzumující alkohol preferují víno.

Tabulka č. 19: Porovnání frekvence spotřeby a preferencí alkoholických nápojů mezi studenty FF.

| Jaký druh alkoholu pijete nejčastěji? | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|----------|-------|-------|----------|--------|
| | | Neuvedli | Víno | Pivo | Lihoviny | Total |
| Alkohol piji: | často | 0 | 40 | 41 | 5 | 86 |
| | občas | 2 | 94 | 42 | 18 | 156 |
| | nikdy | 18 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| Total | | 20 | 134 | 83 | 23 | 260 |
| Alkohol piji: | často | 0,0% | 46,5% | 47,7% | 5,8% | 100,0% |
| | občas | 1,3% | 60,3% | 26,9% | 11,5% | 100,0% |
| | nikdy | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| Total | | 7,7% | 51,5% | 31,9% | 8,8% | 100,0% |
| Alkohol piji: | často | -- | o | +++ | o | |
| | občas | | +++ | - | o | |
| | nikdy | +++ | --- | -- | o | |

Při posouzení vzájemné nezávislosti faktorů v tabulce č. 20 pomocí chí-kvadratu vychází hodnota $p=0,000$ a hypotézu o vzájemné nezávislosti proto zamítám. Ukazuje se vysoká závislost mezi druhem konzumovaného alkoholického nápoje a pohlavím konzumenta. Studentky preferují víno, studenti preferují pivo.

Tabulka č. 20: Porovnání preferencí alkoholických nápojů mužů a žen mezi studenty FF.

| Jaký druh alkoholu pijete nejčastěji? | | | | | |
|---------------------------------------|---|---------|---------|---------------------------------------|---------|
| | | a) víno | b) pivo | c) lihoviny (>35% obsahu alkoholu) | Total |
| Pohlaví: | M | 8 | 26 | 1 | 35 |
| | Ž | 126 | 57 | 22 | 205 |
| Total | | 134 | 83 | 23 | 240 |
| Pohlaví: | M | 22,90% | 74,30% | 2,90% | 100,00% |
| | Ž | 61,50% | 27,80% | 10,70% | 100,00% |
| Total | | 55,80% | 34,60% | 9,60% | 100,00% |
| Pohlaví: | M | 6,00% | 31,30% | 4,30% | 14,60% |
| | Ž | 94,00% | 68,70% | 95,70% | 85,40% |
| Total | | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| Pohlaví: | M | --- | +++ | o | |
| | Ž | +++ | --- | o | |

Při posouzení vzájemné nezávislosti faktorů v tabulce č. 21 pomocí chí-kvadratu vychází hodnota $p=0,002$ a hypotézu o vzájemné nezávislosti proto zamítám. Ukazuje se závislost mezi frekvencí konzumace alkoholických nápojů a pohlavím konzumenta. Studentky konzumují alkohol občas, studenti konzumují alkohol často.

Tabulka č. 21: Porovnání frekvence spotřeby alkoholických nápojů mužů a žen mezi studenty FF.

| Alkohol piji: | | | | |
|---------------|---|--------|----------|--------|
| | | často | d) občas | Total |
| Pohlaví: | M | 21 | 14 | 35 |
| | Ž | 65 | 140 | 205 |
| Total | | 86 | 154 | 240 |
| Pohlaví: | M | 60,0% | 40,0% | 100,0% |
| | Ž | 31,7% | 68,3% | 100,0% |
| Total | | 35,8% | 64,2% | 100,0% |
| Pohlaví: | M | 24,4% | 9,1% | 14,6% |
| | Ž | 75,6% | 90,9% | 85,4% |
| Total | | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Pohlaví: | M | ++ | -- | |
| | Ž | -- | ++ | |

4.3.3 Diskuze

Pravidelnými konzumenty alkoholu je 33% studentů (graf č. 25). Denně konzumují alkohol jen 3 studenti (1%) a mezi studenty je 7% abstinentů. V porovnání konzumace alkoholu mezi studenty FF a populací ČR jsou hlavní rozdíly právě v počtu denních konzumentů (ČR 9,5%) a abstinentů (ČR 15,9%). Výrazně nižší denní konzumace studentů je podle mne způsobena ekonomickou situací studentů a nižší počet abstinentů mezi studenty oproti populaci ČR může být způsoben studentským stylem života (tabulka č. 18). Naopak o 4% více je mezi studenty občasných konzumentů oproti populaci ČR (55,7%). Občasná konzumace alkoholu přináší větší zdravotní riziko (obzvláště pokud dojde ke konzumaci nadměrné), než konzumace pravidelná do výše doporučené denní dávky (20g čistého alkoholu).

Statisticky se podařilo prokázat vysokou závislost mezi druhem alkoholického nápoje a frekvencí konzumace, dále závislost mezi preferovaným druhem alkoholického nápoje a pohlavím konzumentů a také mezi frekvencí konzumace alkoholických nápojů a pohlavím konzumentů (tabulka č. 19, 20, 21). Studenti, kteří konzumují alkoholické nápoje často, nejčastěji konzumují pivo. Studenti, kteří konzumují alkoholické nápoje občas, preferují konzumaci vína. Ženy studentky preferují konzumaci vína, mezi muži studenty je preferovaný alkoholický nápoj pivo. Ženy studentky jsou občasní konzumenti alkoholických nápojů, muži studenti konzumují alkohol často. Tyto výsledky korespondují se zvyklostmi konzumace alkoholu v populaci ČR.

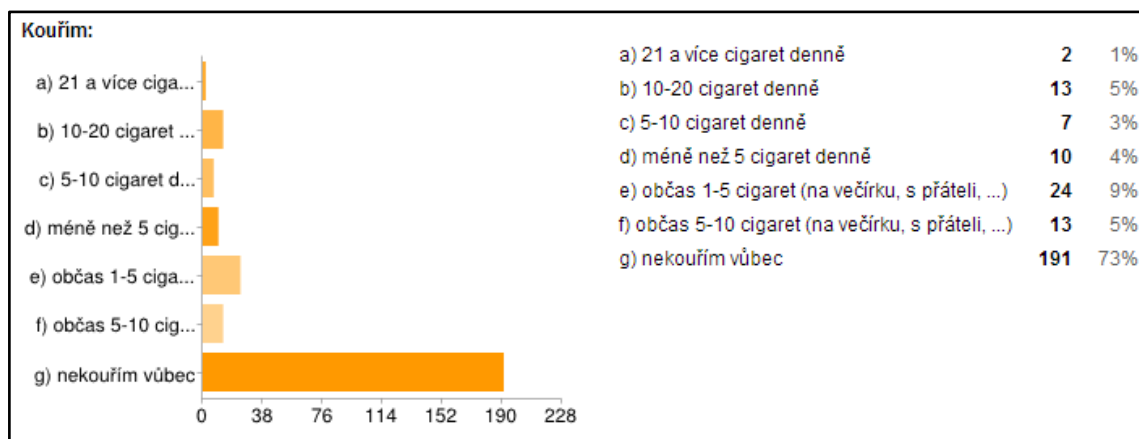
Výzkumný předpoklad (1) se potvrdil, studenti, kteří konzumují často alkoholické nápoje preferují pivo.

4.4 KOUŘENÍ

Výsledky jsou porovnávány s výzkumy Hláskové (2013) na ZSF, Kukačky (2010) na JU, Sovinové et al. (2012) a šetření ÚZIS (2011) v ČR.

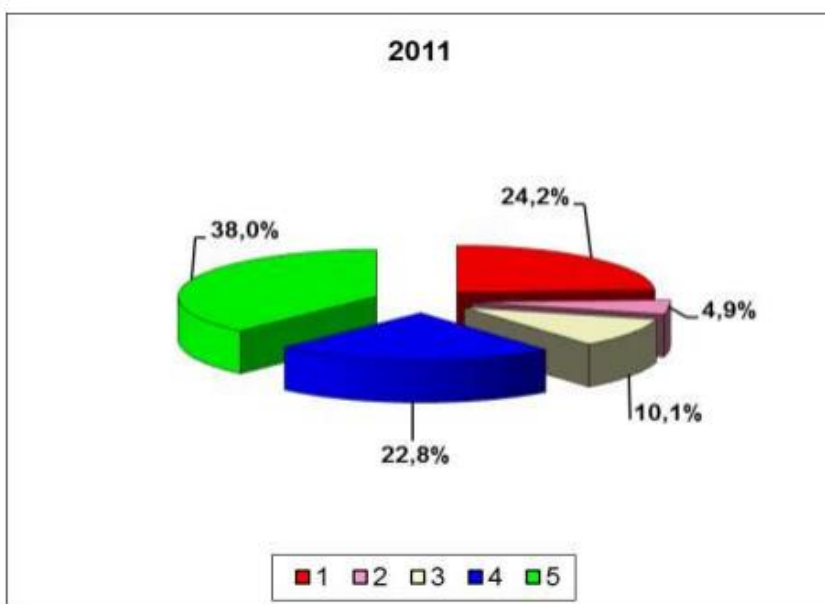
4.4.1 Prevalence kouření

Graf č. 29: Prevalence kouření mezi studenty FF (n=260).



Pravidelných kuřáků je mezi respondenty 13%, občasných kuřáků 14% a nekuřáků 73%. Pravidelně nekouří 87% dotazovaných studentů. Porovnání s populací ČR ukazuje graf č. 30 a porovnání se studenty ZSF a JU nabízí tabulka č. 22.

Graf č. 30: Prevalence kouření v populaci ČR 2011; 15 – 64 let; n=1481 (Sovinová et al., 2012, s. 12).



Legenda: 1 – kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně; 2 – kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně; 3 – bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří; 4 – nekuřák, i když kdysi zkoušel kouřit (bylo to však méně než 100 cigaret v životě); 5 – nekuřák, který nikdy nekouřil.

Tabulka č. 22: Souhrnné porovnání výsledků statistik ČR, JU a ZSF v % (Hlásková, 2013, s 67).

| | ÚZIS (n=1955) | JU (n=1167) | ZSF (=174) |
|----------------------|---------------|-------------|------------|
| kuřáci | 24,6 | 21,7 | 17,8 |
| příležitostní kuřáci | 7,8 | 9,4 | 15,5 |
| nekuřáci | 67,6 | 68,9 | 66,7 |

4.4.2 Diskuze

Pravidelných kuřáků je mezi respondenty 13%, občasných kuřáků 14% a nekuřáků 73% (graf č. 29). Podle výzkumu SZÚ se podíl pravidelných a občasných kuřáků v české populaci v posledních letech pohybuje mezi 28 – 32% (graf č. 30). Prevalence kouření mezi studenty tedy koreluje s prevalencí kouření populace ČR.

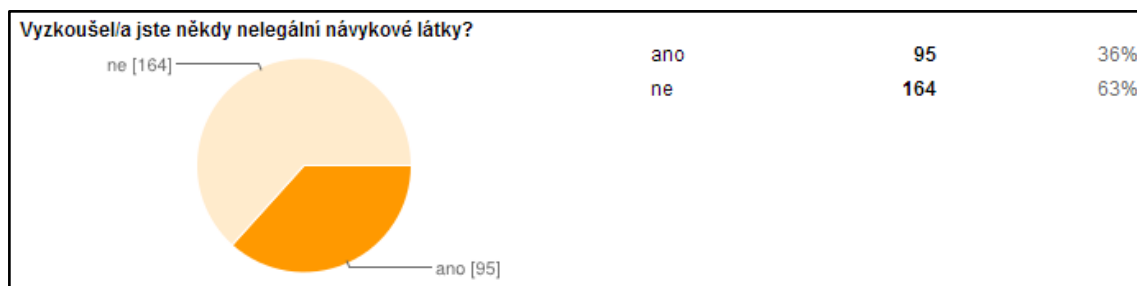
Výzkumný předpoklad (3) se nepotvrdil, počet kuřáků mezi studenty koreluje s počtem kuřáků v populaci ČR.

4.5 DROGY

Výsledky jsou porovnávány s výzkumem ÚZIS (2011) v ČR.

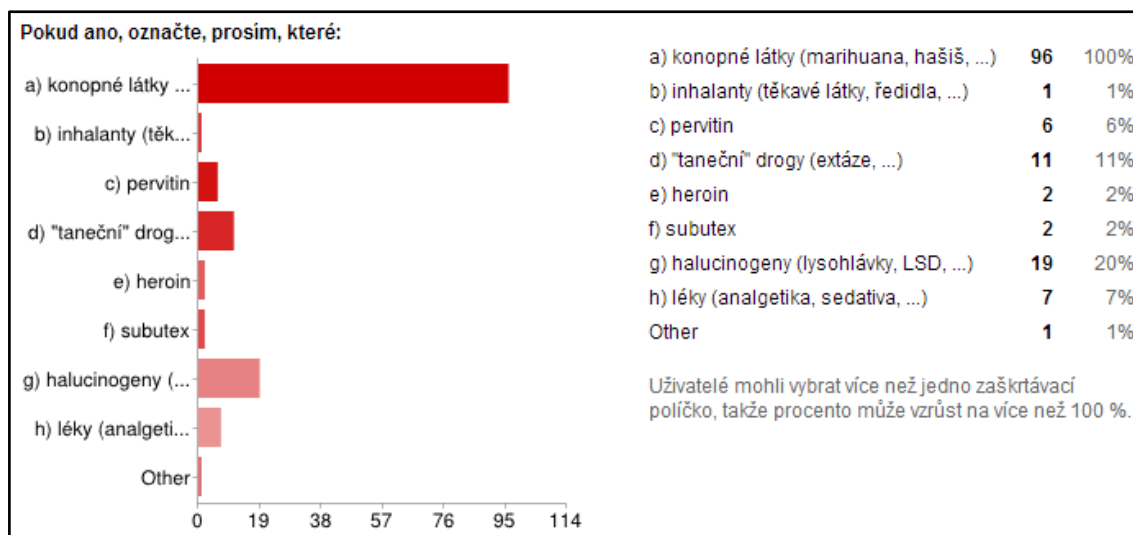
4.5.1 Charakteristika užívání drog podle typu

Graf č. 31: Zkušenost studentů FF s užíváním návykových látek (n=259).



36% studentů má zkušenost s užitím návykových látek. Všichni studenti, kteří vyzkoušeli návykovou látku, mají zkušenost s užitím marihuany (graf č. 32). Další aspekty užívání marihuany ukazují grafy č. 36 a č. 37. Pravidelných konzumentů návykových látek jsou 2% studentů (graf č. 35).

Graf č. 32: Charakteristika užívání návykových látek mezi studenty FF.

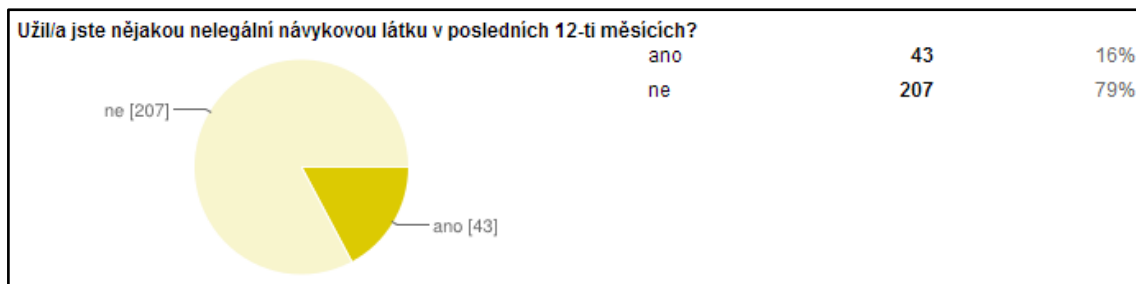


Graf č. 32 a tabulka č. 23 ukazují srovnání charakteristiky užívání návykových látek podle typu mezi studenty FF a populací ČR.

Tabulka č. 23: Charakteristiky užívání drog podle typu v % (ÚZIS, 2011, s. 167).

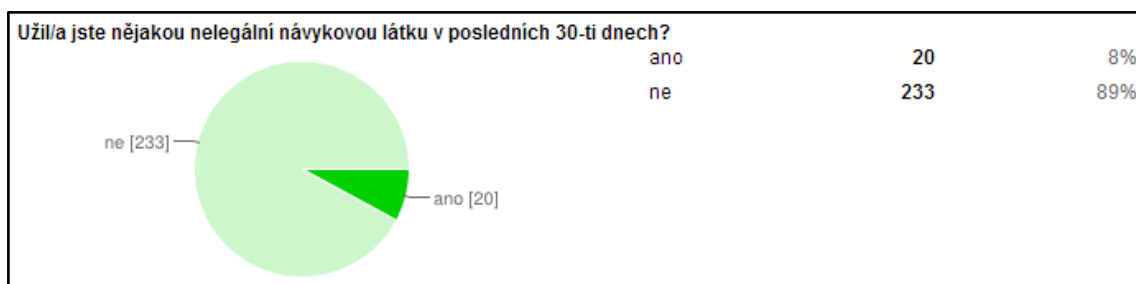
| Droga | Užili drogu | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------|------------------|-------------------------|-------|--------------|------------------|-------------------------|-------|
| | během 30 dnů | před 1–12 měsíci | před více než 12 měsíci | nikdy | během 30 dnů | před 1–12 měsíci | před více než 12 měsíci | nikdy |
| | Muži | | | | Ženy | | | |
| Marihuana/hašiš | 2,9 | 2,5 | 13,5 | 81,1 | 1,4 | 2,6 | 7,9 | 88,2 |
| Extáze | 0,3 | 0,6 | 2,0 | 97,1 | 0,3 | 0,3 | 0,7 | 98,8 |
| Amfetamin/pervitin | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 98,7 | 0,1 | 0,2 | 1,0 | 98,7 |
| Kokain/crack | 0,8 | 0,0 | 0,6 | 98,5 | 0,2 | 0,0 | 0,6 | 99,2 |
| Heroin/jiné opiáty | 0,5 | 0,1 | 0,5 | 98,9 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 99,8 |
| LSD | 0,5 | 0,4 | 0,6 | 98,4 | 0,1 | 0,2 | 0,7 | 99,0 |
| Lysohlávky | 0,7 | 0,7 | 1,7 | 96,9 | 0,1 | 0,4 | 0,9 | 98,6 |
| Jiné podobné látky | 0,6 | 0,2 | 0,4 | 98,9 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 99,5 |
| Alespoň jedna z uvedených drog | 3,5 | 2,6 | 13,1 | 80,9 | 1,5 | 2,6 | 8,0 | 87,9 |

Graf č. 33: Užití návykových látek mezi studenty FF za posledních 12 měsíců (n=250).

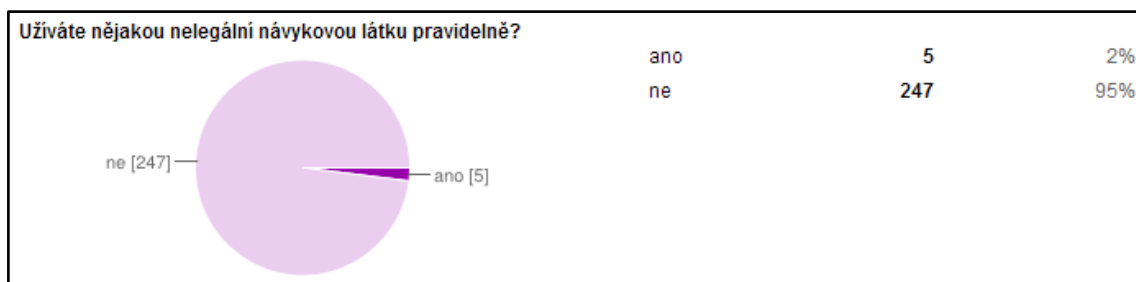


Grafy č. 33 a č. 34 ukazují návykových látek v horizontu jednoho měsíce, respektive jednoho roku.

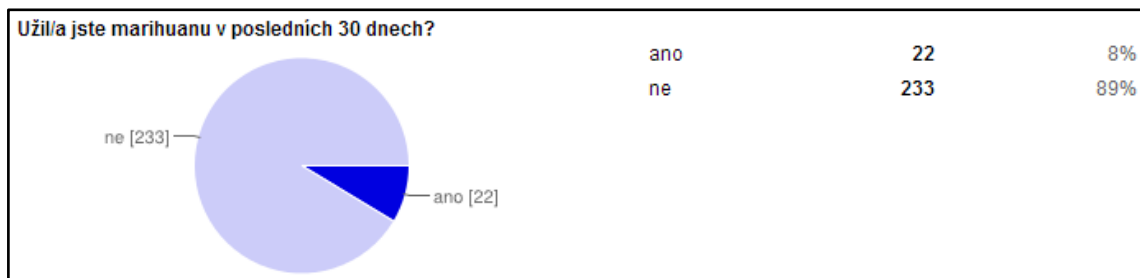
Graf č. 34: Užití návykových látek mezi studenty FF za posledních 30 dnů (n=253).



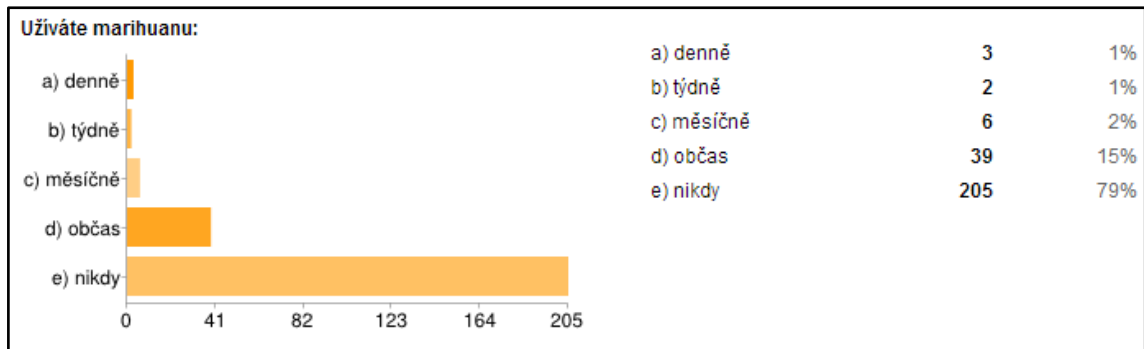
Graf č. 35: Pravidelnost užívání návykových látek mezi studenty FF (n=252).



Graf č. 36: Užití marihuany mezi studenty FF za posledních 12 měsíců (n=255).



Graf č. 37: Frekvence užívání marihuany mezi studenty FF (n=255).



4.5.2 Diskuze

36% studentů vyzkoušelo někdy návykovou látku (graf č. 31, 32). Všichni studenti, kteří někdy vyzkoušeli návykovou látku (95), mají zkušenost s marihuanou. Ostatní návykové látky někdy vyzkoušelo výrazně méně studentů (halucinogeny 19, extázi 11, léky 7 a pervitin 6 studentů). Při porovnání s charakteristikou konzumace drog v populaci ČR (tabulka č. 23) jsou studenti častějšími konzumenty návykových látek, ale to je dle mého názoru ovlivněno oblíbeností marihuany mezi studenty obecně. V konzumaci ostatních drog jsou naopak studenti pod průměrem populace ČR. Naopak výsledky výzkumu korelují s výzkumem na ZSF.

Výzkumný předpoklad (5) se potvrdil, 100% studentů, kteří někdy užili návykovou látku má zkušenost s marihuanou.

4.6 POHYBOVÁ AKTIVITA

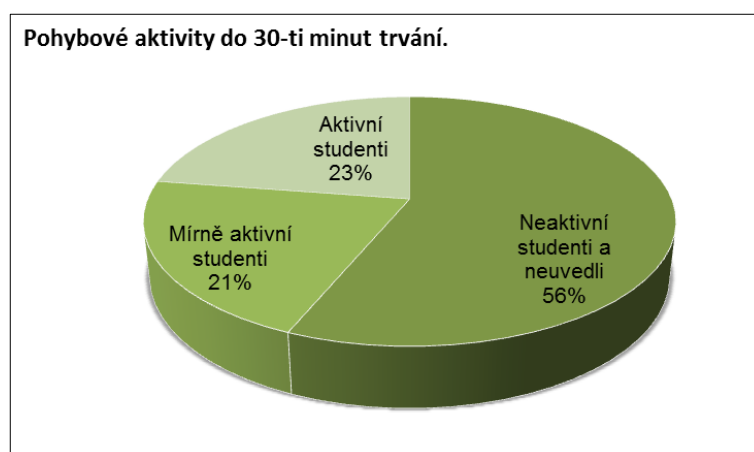
4.6.1 Frekvence a druhy pohybových aktivit

Tabulka č. 24: Nejčastější pohybové aktivity do 30-ti minut trvání mezi studenty FF.

| Přehled nejčastějších pohybových aktivit do 30-ti minut trvání | |
|--|-------------------|
| Aktivita | Absolutní četnost |
| Chůze | 45 |
| Běh | 22 |
| Posilování ve fitness | 20 |
| Posilování doma | 19 |
| Plavání | 5 |
| Jízda na kole | 5 |
| Strečink | 5 |
| Jóga | 5 |
| Pilates | 4 |
| Jízda na rotopedu | 4 |

Mezi 10-ti nejčastějšími aktivitami studentů do 30 minut trvání je 72x zmíněna outdoorová aktivita a 62x indoorová aktivita.

Graf č. 38: Vyjádření poměru aktivních a neaktivních studentů FF (pohybové aktivity do 30-ti minut trvání).



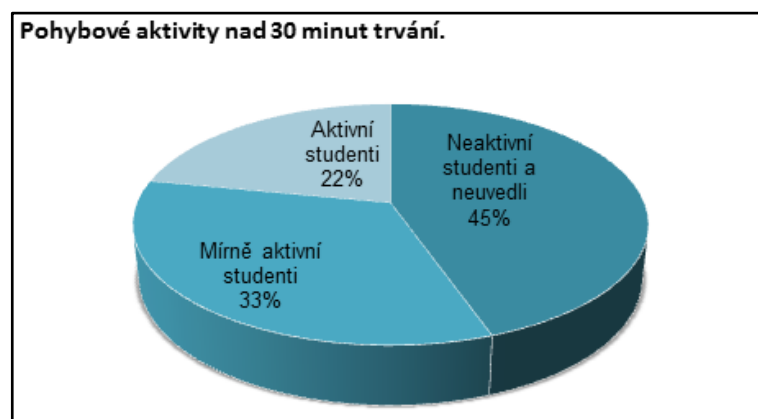
Graf č. 38 a č. 39 nabízí srovnání poměru aktivních a neaktivních studentů při pohybových aktivitách do 30-ti minut a nad 30 minut trvání. Do 30-ti minut trvání provozuje pohybové aktivity 43% studentů a nad 30 minut trvání 55% studentů.

Tabulka č. 25: Nejčastější pohybové aktivity nad 30 minut trvání mezi studenty FF.

| Přehled nejčastějších pohybových aktivit nad 30 minut trvání | |
|---|--------------------------|
| Aktivita | Absolutní četnost |
| Chůze | 24 |
| Plavání | 24 |
| Posilování ve fitness | 20 |
| Běh | 16 |
| Pilates | 15 |
| Tanec | 12 |
| Zumba | 12 |
| Jóga | 10 |
| Jízda na kole | 8 |
| Aerobic | 7 |

Mezi 10-ti nejčastějšími pohybovými aktivitami nad 30 minut trvání je 48x zmíněna outdoorová aktivita a 100x indoorová aktivita.

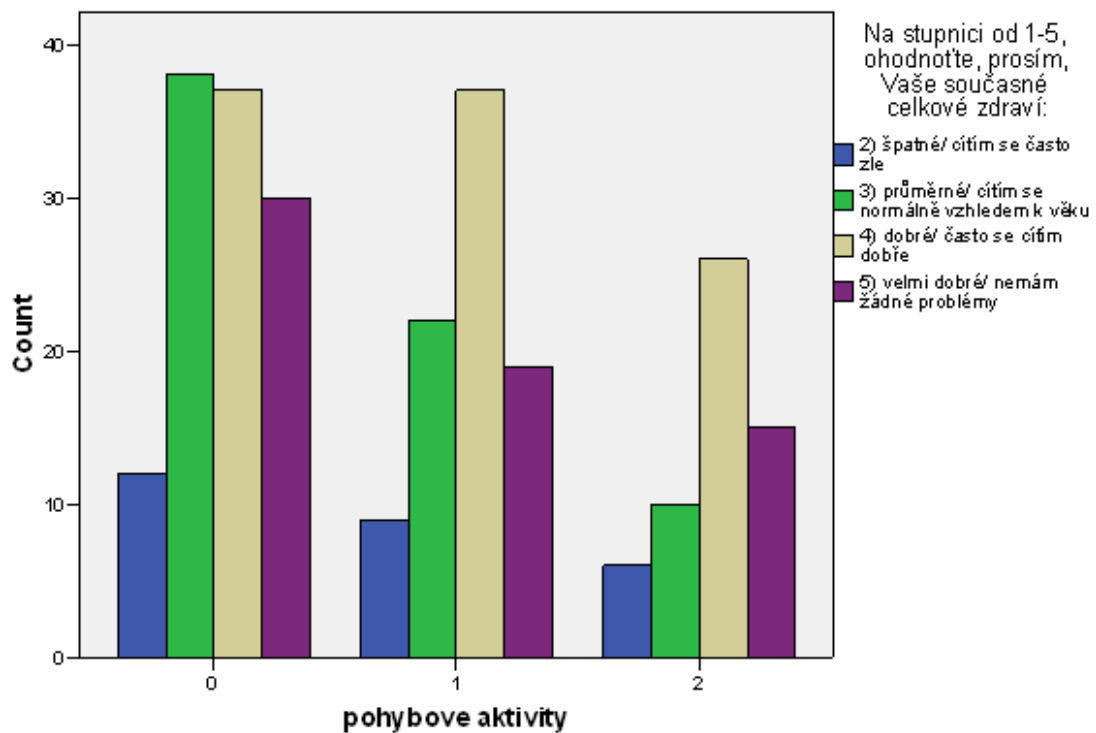
Graf č. 39: Vyjádření poměru aktivních a neaktivních studentů FF (pohybové aktivity nad 30 minut trvání).



4.6.2 Závislost pocitu zdraví na frekvenci pohybových aktivit

Při posouzení vzájemné nezávislosti faktorů v grafu č. 40 pomocí chí-kvadratu vychází hodnota $p=0,395$ a hypotézu o vzájemné nezávislosti proto nezamítám. Ukazuje se, že mezi subjektivním pocitem zdraví a frekvencí pohybových aktivit nad 30 minut trvání není žádná statisticky významná závislost.

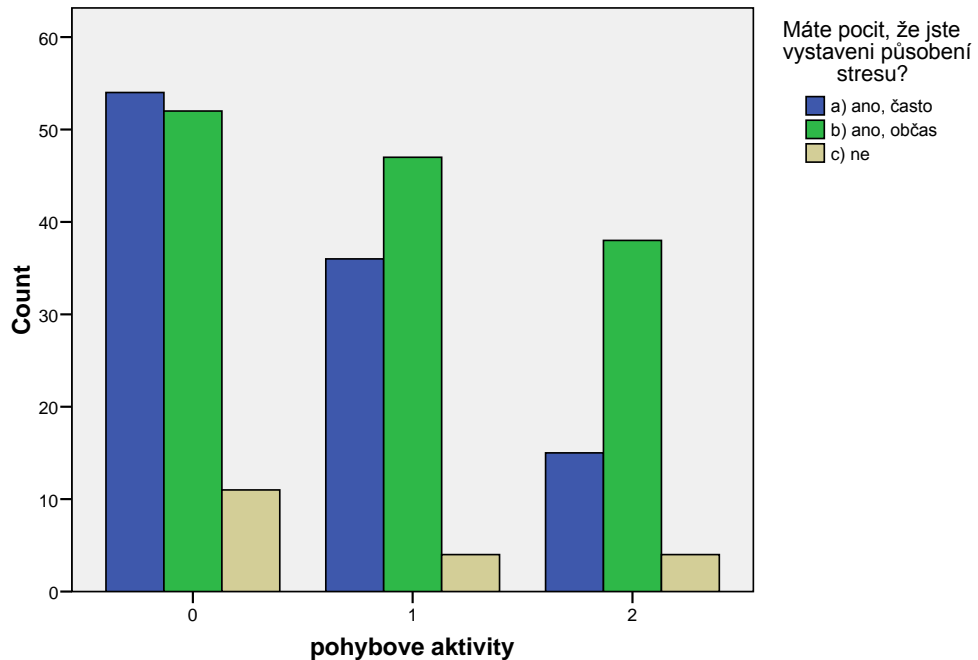
Graf č. 40: Porovnání subjektivního pocitu zdraví a frekvence pohybových aktivit nad 30 minut trvání mezi studenty FF.



Legenda: **0** – nevedli pohybovou aktivitu a neaktivní studenti, **1** – mírně aktivní studenti, **2** – aktivní studenti.

Při posouzení vzájemné nezávislosti faktorů v grafu č. 40 pomocí chí-kvadratu vychází hodnota $p=0,060$ a hypotézu o vzájemné nezávislosti proto nezamítám. Závislost faktorů se projevuje blízko hranice hladiny významnosti 5% ($p=0,050$). Na hladině významnosti 1% jsou pocity vystavení působení stresu nezávislé na frekvenci pohybových aktivit nad 30 minut trvání.

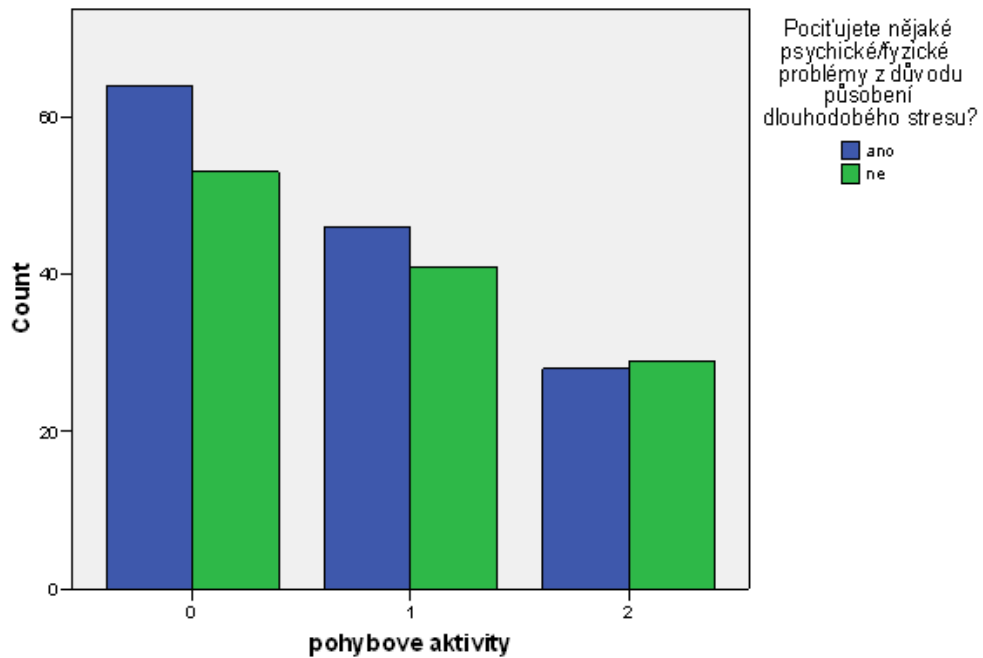
Graf č. 40: Porovnání frekvence vystavení působení stresu a frekvence pohybových aktivit nad 30 minut trvání mezi studenty FF.



Legenda: **0** – nevedli pohybovou aktivitu a neaktivní studenti, **1** – mírně aktivní studenti, **2** – aktivní studenti.

Při posouzení vzájemné nezávislosti faktorů v tabulce č. 41 pomocí chí-kvadratu vychází hodnota $p=0,787$ a hypotézu o vzájemné nezávislosti proto nezamítám. Mezi výskytem psychických nebo fyzických problémů v důsledku dlouhodobého stresu a frekvencí pohybových aktivit nad 30 minut trvání není žádná závislost.

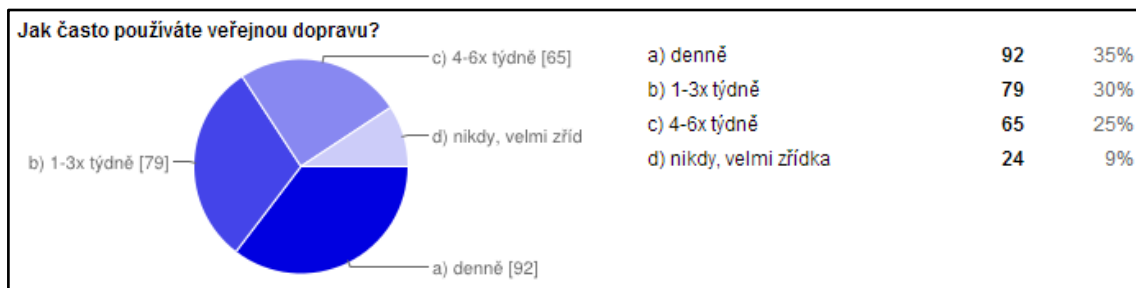
Graf č. 41: Porovnání výskytu psychických nebo fyzických problémů způsobených dlouhodobým stresem a frekvence pohybových aktivit nad 30 minut trvání mezi studenty FF.



Legenda: **0** – neuvedli pohybovou aktivitu a neaktivní studenti, **1** – mírně aktivní studenti, **2** – aktivní studenti.

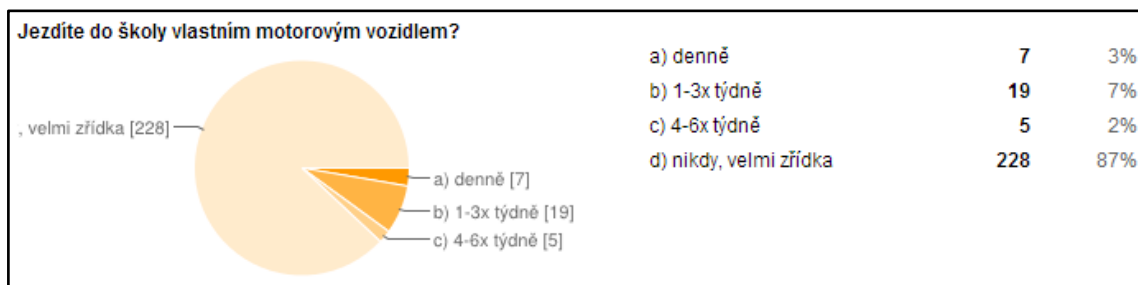
4.6.3 Doprava do školy

Graf č. 42: Frekvence užívání hromadné dopravy mezi studenty FF (n=260).



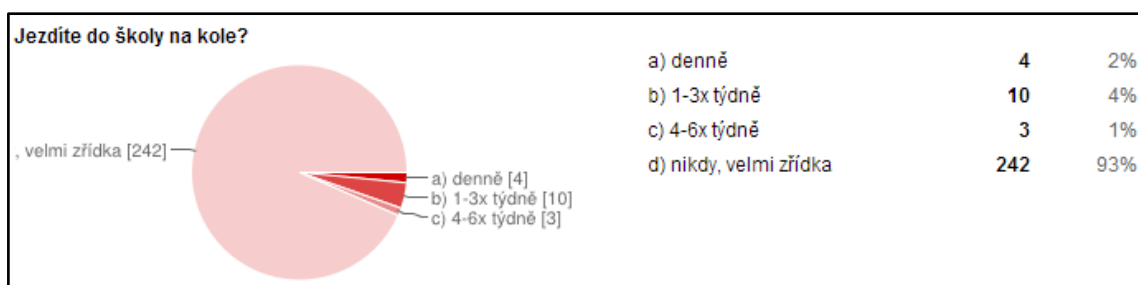
Hromadnou dopravu využívá k cestě do školy 90% studentů a denně 35% studentů.

Graf č. 43: Frekvence využívání vlastních motorových vozidel při cestě do školy mezi studenty FF (n=259).



Vlastní motorové vozidlo využívá k cestě do školy 12% studentů a 3% studentů denně.

Graf č. 44: Frekvence využití kol k dopravě do školy mezi studenty FF (n=259).



93% studentů nevyužívá kolo k dopravě do školy a jen 2% ho využívají denně.

4.6.4 Diskuze

V oblasti pohybových aktivit jsem vyhodnotil poměr frekvence u pohybových aktivit do 30-ti minut trvání a nad 30 minut trvání. Nejčastější druhy aktivit do 30-ti minut uvádí tabulka č. 24. Poměr aktivních a neaktivních studentů je 44%: 56% (graf č. 38). Nejčastější aktivity nad 30 minut trvání uvádí tabulka č. 25 a poměr aktivních a neaktivních studentů je 55% ku 45% (graf č. 39).

Ve výzkumu se nepodařilo prokázat žádnou statistickou závislost mezi frekvencí pohybových aktivit studentů nad 30 minut trvání a celkovým pocitem zdraví, pocitem vystavení působení stresu a výskytem psychických nebo fyzických problémů v důsledku dlouhodobého působení stresu (graf č. 40, 41, 42). Můžu tedy konstatovat, že frekvence pohybových aktivit nad 30 minut trvání, nemá na tyto faktory žádný vliv.

Výzkumný předpoklad (2) se nepotvrdil, mezi hodnocením zdravotního stavu studentů a frekvencí pohybových aktivit není žádná závislost.

5 ZÁVĚR

Přes nesporné výhody online distribuce dotazníků, jako je snadné oslovení velkého počtu respondentů, časová nenáročnost distribuce nebo shromažďování dat v elektronické podobě, je pro výzkum tohoto typu vhodnější osobní kontakt, který umožní respondentovy pomocí případných dotazů správné pochopení otázky. To ve svém důsledku může poskytnout přesnější data a statistické hodnoty, které mohou přispět ke kvalitnějšímu chápání zkoumané problematiky. U anonymně distribuovaných online dotazníků může být k dispozici poměrně velký soubor dat, ale zároveň také větší pravděpodobnost nepochopení otázky, přeskokování otázek při vyplňování nebo recesivní odpovědi. Výsledky zkoumání v jednotlivých oblastech kvality života studentů Filozofické fakulty Jihočeské univerzity neidentifikovaly žádné výrazné rozdíly oproti zvyklostem v běžné populaci podobného věkového rozpětí. Přesto se podařilo naplnit cíle práce a v některých oblastech statisticky prokázat výskyt určitých jevů, i když se významně nelišily od běžné populace. Práce nepřináší nové poznatky v oblasti životního stylu a kvality života studentů vysokých škol, avšak ke správnému pochopení této problematiky přispívá potvrzením dosavadních zkušeností.

V oblasti pohybových aktivit se nepodařilo statisticky prokázat závislost mezi subjektivním vnímáním zdravotního stavu studentů a frekvencí pohybových aktivit, což je dle mého názoru způsobeno nevhodnou skladbou těchto aktivit a absencí většího počtu pohybových aktivit kompenzačního a relaxačního charakteru, které bych studentům v praxi doporučil zařadit do jejich adekvátního pohybového režimu.

V oblasti výživy se prokázala především nedostatečná konzumace mléčných produktů a rybího masa. V praxi bych naopak studentům doporučil zvýšenou konzumaci rybího masa, jako zdroje omega 3 nenasycených mastných kyselin, které podporují činnost nervové soustavy a také denně konzumovat mléčné výrobky jako nejpřirozenějšího zdroje vápníku.

Samotný výzkum byl pro mne přínosem, komplexní studium problematiky v teoretické části bylo poučné, zpracování dat velice zajímavé a obojí mne přimělo k hlubším úvahám nad danou problematikou i kvalitou vlastního života.

SEZNAM LITERATURY

ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2., akt. vyd., V Portálu 1. Překlad Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Břejlová. Praha: Portál, 2003, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.

BAJČIOVÁ, Viera et al. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. 1. vyd. Editor Jiří Tomášek, Jaroslav Štěrbá. Praha: Grada, 2011, 363 s. ISBN 978-802-4735-542.

BUCK, David a Francesca FROSINI. Clustering of unhealthy behaviours over time: implications for policy and practice. London: The King's Fund, 2012. ISBN 978-185-7176-421.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.

ČERMÁK, Bohuslav, Miloš VELEMÍNSKÝ, Dana MÜLEROVÁ, Jaromír KADLEC, Miloslav ŠOCH a Jan PÁNEK. *Výživa člověka*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2002, 224 s. ISBN 80-704-0576-7.

DRBAL, Ctibor a Vladimír BENCKO. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 8. ISBN 80-7254-657-0.

Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011, 240, 32 p. ISBN 80-728-0916-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 311 s. ISBN 80-717-8803-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

HLÁSKOVÁ, Kamila. *Kvalita životního stylu studentů studujících Zdravotně sociální fakultu*. České Budějovice, 2013. Bakalářská. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 12. ISBN 80-7254-657-0.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. Vysokoškolský student a jeho zátěž. In: ARCHALOUSOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÉ. *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství III: Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí konané dne 13. – 14. května 2008*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008, s. 136. ISBN 978-80-7248-470-6.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KREISLOVÁ, Gabriela. *Dotazníkové šetření*. Plzeň, 2008. Dostupné z: <https://nit.felk.cvut.cz/~dark/Petr/Ivana/Dotazkiny%20-%20metody/BP%20-%20Dotaznikove%20setreni.pdf>. Bakalářská. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Ing. Kateřina Vokáčová.

KREJČÍ, Milada a Milada BÄUMELTOVÁ. *Týdny zdraví ve škole: projekt*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita pro Krajskou hygienickou stanici České Budějovice, 2001, 135 s. ISBN 80-704-0507-4.

KREJČÍ, Milada. *Strategie výuky duševní hygieny: výchova ke zdraví ve škole*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, 2011, 256 s. ISBN 978-80-7394-262-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.

KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010, 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.

KUKAČKA, Vladislav. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 164 s. ISBN 978-807-0134-573.

MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 207 s. ISBN 80-717-8624-1.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 3., akt. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-807-3672-676.

NEŠPOR, Karel. Sebeovládání a životní styl. *Meduňka*. 2008, roč. 4, č. 4, s. 2. ISSN 1214-4932.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4729-596.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 3., pře. a akt. vyd. Praha: Portál, 2005, 481 s. ISBN 80-736-7047-X.

PRŮCHA, Jan. *Vzdělávání a školství ve světě: základy mezinárodní komparace vzdělávacích systémů*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-717-8290-4.

REED, Mark B., Cameron MCCABE, James E. LANGE, John D. CLAPP a Audrey M. SHILLINGTON. The Relationship between Alcohol Consumption and Past-Year Smoking Initiation in a Sample of Undergraduates. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2010, vol. 36, issue 4, s. 202-207. DOI:

10.3109/00952990.2010.493591. Dostupné z:

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00952990.2010.493591>

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem. 2.*, pře. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-736-7124-7.

SEEDHOUSE, David. *Health: the foundations for achievement*. 2nd ed. New York: Wiley, 2001, xiii, 144 p. ISBN 04-714-9011-3.

SLOVÁČKOVÁ, Zuzana. Health - history and present. In: *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 13. Řada psychologická. ISSN 1211-3522.

SOVINOVÁ, Hana, Petr SADÍLEK a Ladislav CSÉMY. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 - 2011): Výzkumná zpráva*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2012, 47 s. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKuractvi2011.pdf>

ŠTEFÁNIKOVÁ, Zuzana, Jana JURKOVIČOVÁ, L'udmila ŠEVČÍKOVÁ, L'ubica SVOBODOVÁ, Stanislav SEKRETÁR a L'ubica ÁGHOVÁ. Aktuálne poznatky o životnom štýle vysokoškolákov z aspektu kardiovaskulárneho rizika. *Vojenské zdravotnícké listy*. 2003, LXXII, č. 4, s. 4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

VALJENT, Zdeněk a Libor FLEMR. Vybrané aspekty kvality života studentů technické univerzity: Selected aspects of the quality of life of technical university students. *Kontakt*. 2010, roč. 10, č. 4, s. 11. ISSN 1212-4117.

VALJENT, Zdeněk. *Aktivní životní styl vysokoškoláků (studentů Fakulty elektrotechnické ČVUT v Praze)*. 1. vyd. V Praze: České vysoké učení technické, Elektrotechnická fakulta, 2010, 160 s. ISBN 978-80-01-04669-2.

VALJENT, Zdeněk. Úspěšní a neúspěšní vysokoškoláci ve vybraných indikátorech aktivního životního stylu. *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 2, s. 14. ISSN 1212-4117.

VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.

SEZNAM TABULEK

| | | |
|----------------|--|----|
| Tabulka č. 1: | Věková kategorizace respondentů..... | 50 |
| Tabulka č. 2: | Souhrnné vyhodnocení BMI indexu mužů a žen mezi studenty FF. | 57 |
| Tabulka č. 3: | Souhrnné vyhodnocení a porovnání výsledků BMI parametrů studentů ZSF a studentů JU..... | 58 |
| Tabulka č. 4: | Porovnání výsledků průměrné výšky hmotnosti a BMI u žen ZSF se statistikou ÚZIS. | 58 |
| Tabulka č. 5: | Porovnání výsledků průměrné výšky hmotnosti a BMI u mužů ZSF se statistikou ÚZIS. | 58 |
| Tabulka č. 6: | Souhrn ø antropometrických údajů mužů a žen mezi studenty FF. | 58 |
| Tabulka č. 7: | Průměrná doba spánku studentů FF. | 59 |
| Tabulka č. 8: | Porovnání pocitu unavenosti a výskytu psychických nebo fyzických problémů v důsledku dlouhodobého stresu mezi studenty FF..... | 59 |
| Tabulka č. 9: | Frekvence konzumace hovězího masa mužů a žen mezi studenty FF. . | 61 |
| Tabulka č. 10: | Frekvence konzumace ovoce mužů a žen mezi studenty FF. | 63 |
| Tabulka č. 11: | Frekvence konzumace zeleniny mužů a žen mezi studenty FF. | 63 |
| Tabulka č. 12: | Podíly respondentů podle frekvence konzumace jednotlivých produktů v %..... | 64 |
| Tabulka č. 13: | Frekvence konzumace uzenin mužů a žen mezi studenty FF..... | 64 |
| Tabulka č. 14: | Souhrn odpovědí na otázku „Jak často konzumujete následující potraviny?“ ve výzkumu ZSF. | 66 |
| Tabulka č. 15: | Souhrn denního příjmu čisté vody studentů FF..... | 67 |
| Tabulka č. 16: | Souhrn denního příjmu slazených nápojů studentů FF. | 67 |
| Tabulka č. 17: | Souhrn denního příjmu kávy studentů FF. | 67 |
| Tabulka č. 18: | Souhrnné porovnání frekvence konzumace alkoholu z výzkumu ÚZIS a ZSF v %..... | 70 |
| Tabulka č. 19: | Porovnání frekvence spotřeby a preferencí alkoholických nápojů mezi studenty FF..... | 72 |
| Tabulka č. 20: | Porovnání preferencí alkoholických nápojů mužů a žen mezi studenty FF..... | 73 |
| Tabulka č. 21: | Porovnání frekvence spotřeby alkoholických nápojů mužů a žen mezi studenty FF..... | 73 |

| | | |
|----------------|--|----|
| Tabulka č. 22: | Souhrnné porovnání výsledků statistik ČR, JU a ZSF v % | 76 |
| Tabulka č. 23: | Charakteristiky užívání drog podle typu v % | 78 |
| Tabulka č. 24: | Pohybové aktivity do 30-ti minut trvání mezi studenty FF | 81 |
| Tabulka č. 25: | Pohybové aktivity nad 30 minut trvání mezi studenty FF | 82 |

SEZNAM GRAFŮ

| | | |
|-------------|--|----|
| Graf č. 1: | Poměr mužů a žen mezi respondenty. | 50 |
| Graf č. 2: | Subjektivní hodnocení zdravotního stavu studentů FF | 53 |
| Graf č. 3: | Souhrn zdravotních problémů studentů FF, kteří se subjektivně cítí zle.. | 54 |
| Graf č. 4: | Výskyt alergiků mezi studenty FF. | 54 |
| Graf č. 5: | Pocit unavenosti mezi studenty FF. | 55 |
| Graf č. 6: | Výskyt zažívacích problémů z důvodu působení stresu mezi studenty FF. | 55 |
| Graf č. 7: | Výskyt bolesti zad mezi studenty FF. | 55 |
| Graf č. 8: | Subjektivní pocit vystavení stresu studentů FF). | 56 |
| Graf č. 9: | Výskyt psychických nebo fyzických problémů v důsledku dlouhodobého působení stresu mezi studenty FF. | 56 |
| Graf č. 10: | Souhrn nejvíce stresujících faktorů v životě studentů FF. | 56 |
| Graf č. 11: | Rušivé faktory v životě studentů FF. | 57 |
| Graf č. 12: | Frekvence konzumace hovězího masa mezi studenty FF. | 61 |
| Graf č. 13: | Frekvence konzumace vepřového masa mezi studenty FF. | 62 |
| Graf č. 14: | Frekvence konzumace kuřecího masa mezi studenty FF. | 62 |
| Graf č. 15: | Frekvence konzumace ryb mezi studenty FF. | 62 |
| Graf č. 16: | Frekvence konzumace ovoce mezi studenty FF. | 63 |
| Graf č. 17: | Frekvence konzumace zeleniny mezi studenty FF. | 63 |
| Graf č. 18: | Frekvence konzumace uzenin mezi studenty FF. | 64 |
| Graf č. 19: | Frekvence konzumace mléčných produktů mezi studenty FF. | 65 |
| Graf č. 20: | Frekvence konzumace sladkých svačinek mezi studenty FF. | 65 |
| Graf č. 21: | Frekvence konzumace slaných svačinek mezi studenty FF. | 65 |
| Graf č. 22: | Frekvence konzumace jídel obsahujících vlákninu mezi studenty FF. | 65 |
| Graf č. 23: | Frekvence stravování v rychlém občerstvení studentů FF. | 66 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Graf č. 24: | Frekvence konzumace slazených nápojů mezi studenty FF. | 66 |
| Graf č. 25: | Frekvence spotřeby alkoholu studentů FF. | 70 |
| Graf č. 26: | Preference alkoholických nápojů mezi studenty FF. | 71 |
| Graf č. 27: | Frekvence spotřeby lihovin mezi studenty FF. | 71 |
| Graf č. 28: | Frekvence spotřeby nízkoalkoholických nápojů mezi studenty. | 71 |
| Graf č. 29: | Prevalence kouření mezi studenty FF. | 75 |
| Graf č. 30: | Prevalence kouření v populaci ČR. | 76 |
| Graf č. 31: | Zkušenost studentů FF s užíváním návykových látek. | 77 |
| Graf č. 32: | Charakteristika užívání návykových látek mezi studenty FF. | 78 |
| Graf č. 33: | Užití návykových látek mezi studenty FF za posledních 12 měsíců. | 79 |
| Graf č. 34: | Užití návykových látek mezi studenty FF za posledních 30 dnů. | 79 |
| Graf č. 35: | Pravidelnost užívání návykových látek mezi studenty FF. | 79 |
| Graf č. 36: | Užití marihuany mezi studenty FF za posledních 12 měsíců. | 79 |
| Graf č. 37: | Frekvence užívání marihuany mezi studenty FF. | 80 |
| Graf č. 38: | Vyjádření poměru aktivních a neaktivních studentů FF (pohybové aktivity do 30-ti minut trvání). | 81 |
| Graf č. 39: | Vyjádření poměru aktivních a neaktivních studentů FF (pohybové aktivity nad 30 minut trvání). | 82 |
| Graf č. 40: | Porovnání subjektivního pocitu zdraví a frekvence pohybových aktivit nad 30 minut trvání mezi studenty FF. | 83 |
| Graf č. 40: | Porovnání frekvence vystavení působení stresu a frekvence pohybových aktivit nad 30 minut trvání mezi studenty FF. | 84 |
| Graf č. 41: | Porovnání výskytu psychických nebo fyzických problémů způsobených dlouhodobým stresem a frekvence pohybových aktivit nad 30 minut trvání mezi studenty FF. | 85 |
| Graf č. 42: | Frekvence užívání hromadné dopravy mezi studenty FF. | 86 |
| Graf č. 43: | Frekvence využívání vlastních motorových vozidel při cestě do školy mezi studenty FF. | 86 |
| Graf č. 44: | Frekvence využití kol k dopravě do školy mezi studenty FF(n=259). | 86 |

SEZNAM ZKRATEK

BMI – Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)

ČR – Česká republika

EHIS – Evropské výběrové šetření o zdraví (European Health Interview Survey)

EU – Evropská unie

FF – Filozofická fakulta

GAS – Všeobecný adaptační syndrom

HDI – Index lidského rozvoje (Human Development Index)

HDP – Hrubý domácí produkt

ISCED 1997 – Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání (International Standard Classification of Education)

JU – Jihočeská univerzita

LAS – Lokální adaptační syndrom

LSD – Diethylamid kyseliny lysergové, je krystalická bezbarvá látka, využívaná jako halucinogen

SZÚ – Státní zdravotní ústav

UPJŠP – Univerzita Pavla Josefa Šafárika v Košiciach

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (Institut of Health Information and Statistics of the Czech Republic)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ZSF – Zdravotně sociální fakulta