



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Vnímání zdraví a nemoci u laické veřejnosti v kraji
Vysočina**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Lenka Netopilíková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem **Vnímání zdraví a nemoci u laické veřejnosti v kraji Vysočina** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b 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. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Bc. Lenka Netopilíková

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D., za cenné rady, trpělivost, spolupráci a odborné vedení mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala vše informantům, kteří nám věnovali čas a poskytli nám důležité informace pro vznik této práce. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a MUDr. Drinkové za podporu a trpělivost po celý čas mého studia.

Vnímání zdraví a nemoci u laické veřejnosti v kraji Vysočina

Abstrakt

Úvod: Subjektivní vnímání zdraví a nemoci je faktorem ovlivňujícím zdravotní stav každého z nás. Mnohdy se ve zdravotnických zařízeních setkáváme s laiky, kteří neznají definice zdraví, nemoci a často ani neví, které z faktorů jejich zdraví poškozují. To v důsledku může vést k bagatelizaci potíží či přemíře využívání zdravotnických služeb.

Cíle práce: Práce si klade za cíl zjistit, jak laická veřejnost v kraji Vysočina vnímá zdraví a nemoc, co dělá pro své zdraví a jak by popsala zdraví podporující a zdraví ohrožující chování.

Metodika: Pro splnění cílů byla využita kvalitativní forma výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru s dvaceti informanty z řad laické veřejnosti. Výběr informantů byl záměrný dle předem stanových kritérií. Jednalo se o deset mužů a žen různých věkových kategorií. Získaná data byla posléze doslovně přepsána a analyzována.

Výsledky: Ukazuje se, že vnímání zdraví a nemoci je vysoce individuální a hraje v něm roli řada faktorů. Mnohdy se představa informantů rozchází i s dostupnou literaturou. Rozdíl ve vnímání je patrný i v určení hranice mezi zdravím a nemocí. Výsledky naznačují, že lidé, kteří v minulosti prodělali nějaké lehčí onemocnění a nyní je jejich zdravotní stav v pořádku, se necítí být zdraví. Naopak informanti trpící chronickým onemocněním se zdravě cítí. Z pohledu vnímaných rizikových faktorů, které by mohly zdraví poškodit, pak informanti nejčastěji zmiňovali prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Zároveň bylo zjištěno, že většina lidí pro své zdraví nedělá maximum a uvědomuje si své rezervy.

Závěr: Znalost vnímání zdraví a nemoci se jeví jako velmi podstatná z důvodu potřeby edukace a prevence. V tomto směru je prospěšná zejména pro ordinace praktických lékařů, kteří se nacházejí v primární péči a velmi často své pacienty edukují a informují v oblasti zdraví a zdravého životního stylu.

Klíčová slova

Zdraví; nemoc; laická veřejnost; subjektivní vnímání; péče o zdraví

The Perception of Health and Illness in the Lay Public in the Vysočina Region

Abstract

Introduction: The subjective perception of health and diseases is a factor affecting health condition of every one of us. Many times, in health facilities we meet with laymen who do not know the definitions of health, diseases and often they also do not know which factors damage their health. That can result in trivialization of the problems or overuse of medical services.

Objectives of the thesis: The thesis aims to find out how does the lay audience in the Vysočina Region perceive health and disease, what it does for its health and how would it describe health promoting and health threatening behavior.

Methodology: For fulfilling the objectives the qualitative form of the research using semi-structured interview with twenty informants from lay audience was utilized. The selection of informants was intentional on the basis of preset criteria. It was ten men and women of various age categories. The gathered data were then literally rewritten and analyzed.

Results: It turns out that perception of health and disease is highly individual, and many factors play a role in it. Many times, the idea of informants diverge from available literature. The difference in perception is apparent even in determination of the boundary between health and disease. The results shown that people who underwent some mild illness in the past and now they are in good health do not feel healthy. On the other hand, informants suffering from chronic disease do feel healthy. From the perspective of perceived risk factors which could damage health the informants mostly mentioned environment in which the individual grows up. It was also found out that most people do not do the maximum for their health and that they do realize their shortcomings.

Conclusion: Knowledge of perceiving health and disease appears as very substantial due to need of education and prevention. In this regard it is mainly beneficial for offices of general practitioners which are in primary care and very often educate and inform their patients in the area of health and healthy lifestyle.

Keywords

Health; illness; lay public; subjective perception; health care

Obsah

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Zdraví a nemoc.....	11
1.1.1 Historický vývoj pohledu na zdraví a nemoc	11
1.1.2 Definice zdraví.....	14
1.1.3 Definice nemoci.....	16
1.2 Pohled sociologie na zdraví a nemoc	17
1.3 Pohled vybraných koncepčních modelů na zdraví a nemoc	21
1.4 Determinanty zdraví.....	23
1.4.1 Zdraví podporující chování.....	24
1.4.2 Zdravý životní styl.....	25
1.4.3 Resilience.....	25
1.4.4 Sociální opora	26
1.4.5 Výživa a stravovací návyky	27
1.4.6 Pohybová aktivita	28
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	36
4 METODIKA.....	37
4.1 Použité metody.....	37
Charakteristika výzkumného souboru	38
4.2.....	38
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
5.1 Kategorie – Víra.....	40
5.2 Kategorie – Změna.....	41
5.3 Kategorie – Změna v pracovní sféře	42
5.4 Kategorie – Občanská vybavenost.....	44
5.5 Kategorie – Zdraví	45
5.6 Kategorie – Nemoc	64
5.7 Kategorie – Média.....	70
5.8 Kategorie – Sociální opora.....	73

6	DISKUZE.....	80
7	ZÁVĚR.....	88
8	SEZNAM LITERATURY.....	90
9	SEZNAM PŘÍLOH	101
10	SEZNAM ZKRATEK	

ÚVOD

Téma týkající se subjektivního vnímání zdraví jsem si vybrala především proto, že ho považuji za zajímavé a velmi aktuální. Moderní pohled na zdraví poukazuje na individuální přístup zdravotníka k pacientům/klientům. Z vlastní zkušenosti bohužel vím, že se tak neděje všude, a proto bych na tuto problematiku ráda poukázala. Často se ve zdravotnických zařízeních setkáváme s laiky, kteří neznají definice zdraví, nemoci a často ani neví, co je pro zdraví správné a čím si naopak ubližují. Mnohdy zdravotnická zařízení navštěvují lidé, kteří i přes svůj nedobrá zdravotní stav uchovávají pozitivní přístup k životu a stále věří, že se jejich stav bude zlepšovat. Naopak se ale můžeme setkat i s lidmi, jejichž zdraví není výrazně ohroženo, ale již propadají beznaději. I toto chování závisí na jejich pohledu na zdraví a nemoc.

Někdo definuje zdraví jako stav, kdy je tělo bez bolesti. Jiní ve zdraví vidí psychickou pohodu a jsou lidé, kteří kromě psychické pohody pro naplnění zdraví potřebují také uspokojující sociální zázemí i fyzické zdraví. Můžeme sledovat, jak se to odráží na jejich přístupu k léčbě. Pokud po pacientech/klientech chceme, aby se o své zdraví starali dostatečně a vhodným způsobem, musíme zjistit, jak právě oni své zdraví vnímají. Edukace je jednou z klíčových úloh zdravotníka, bez které nemocné léčit nelze. K vhodné edukaci musí zdravotník vědět, jak k danému člověku přistupovat a zjistit jeho pohled na své zdraví, popř. nemoc.

V nejrůznějších definicích a poučkách se dočítáme, že zdraví je stav úplné psychické, fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci. Ale upřímně, kolik lidí se dle této definice může cítit zdravých? Už jen z tohoto důvodu si každý sám za sebe vytváří definici, podle které se řídí. Díky věku dochází k posouvání hranice mezi zdravím a nemocí. V mládí bývají lidé zdravější, a proto považují za nemoc rýmu, bolest kolene, zad apod. Čím je člověk starší, vnímá takovéto problémy spíše jako součást života.

Důležité je také vědět, co lidé považují za zdraví podporující a zdraví ohrožující chování. Lidé na celém světě si ubližují často nevědomky nevhodnou stravou, nedostatkem pohybu či znečišťováním ovzduší. Setkala jsem se s mnoha lidmi, kteří si mysleli, že se o své zdraví starají dobře, ale opak byl pravdou. Domnívám se, že je

mnoho mylných informací v oblasti zdraví způsobeno médii, která vytváří nápor na lidi.
Je důležité lidi edukovat, informovat a komunikovat s nimi tím správným způsobem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Zdraví a nemoc

1.1.1 Historický vývoj pohledu na zdraví a nemoc

V dávných dobách se lidé domnívali, že je nemoc způsobena nadpřirozenými silami (Safarino, 1990). Důkazem jsou nalezené lebky s kruhovými otvory, jež pravděpodobně nevznikly v důsledku zranění, nýbrž jsou výsledkem procesu trepanace. Otvory měly umožnit odchod démonů z hlav nemocných, což mělo vést k uzdravení (Friedman, 1990). Od starověku se lidé soustředili na fakt, že ke zdraví nelze přistupovat jako k izolovanému jevu, ale je zapotřebí dbát na jeho komplexnost (Šolcová, 2007). První teorii, která hovoří o vzniku nemoci, popsal řecký lékař Hippokratés v 5. století př. n. l. Tato teorie se nazývala humorální. Podle ní je zdraví rovnováhou čtyř základních tělních tekutin – hlenu, krve, žluči a černé žluči. Pokud dojde k nerovnováze těchto veličin, odrazí se to na fyzickém nebo duševním zdraví člověka (Friedman, 1990). Poměr tělesných tekutin je také úzce spjat a je ovlivňován i proměnnými v prostředí, jimiž jsou teplota, vlhkost, ventilace, a také individuálním životním stylem, kam spadají například stravovací návyky, pitný režim, sexualita, odpočinek, spánek apod. Dle Hippokrata byla důležitá rovnováha všech těchto proměnných. Domníval se, že je zapotřebí určitá umírněnost mezi všemi veličinami prostředí a životního stylu člověka. Nerovnováhu neboli nemoc může způsobit přemíra tepla či zimy, sucha či vlhka, nedodržování střídavého životního stylu apod. (Catalano, 1979). S touto teorií se ztotožňují také Aristoteles a Platón, kteří byli přesvědčeni, že fyzická a psychická schránka jsou oddělené systémy (Safarino, 1990).

Myšlenka pocházející z antiky týkající se zdravého způsobu života zahrnovala dvě roviny. První z nich se zaměřovala na moudré lidské žití a druhá na dobré žití lidí. Existuje několik termínů, které se využívaly v antickém Řecku. Prvním důležitým termínem byl *ischio*, který je překládán jako být zdravý a silný. Druhým termínem je *hygiao*, které v překladu znamená být zdravý a schopen života. Nejdůležitějším slovem však bylo *sothein*, což znamená uzdravovat. Tento termín se však užíval ve třech rovinách. První z nich jednala především o záchraně člověka, který byl v nebezpečí života. Pod tímto stavem si lze představit utopení, napadení, ztráta smyslu života, deprese apod. Druhým významem je pomoci člověku, aby byl celým člověkem, to

znamená zajistit mu tělesné, duševní i duchovní zdraví, aby necítil v žádné z těchto rovin neuspokojení. Třetím a posledním významem je uzdravit nemocného (Lambourne, 1963). Z tohoto textu je patrné, že vznik holismu se odvíjel již od starověku. Platón a Aristoteles jako první vyslovili, že mysl (duše) a tělo jsou dvě oddělené entity. Tato teorie navazuje na již zmíněnou humorální teorii. V historii sehrál důležitou roli i římský lékař Galén, který též podporoval myšlenku oddělení těla a duše. Navíc však popsal, že každá nemoc v těle může být lokalizována a má určité specifické příznaky (Catalano, 1979).

Poté bylo období, kdy lidé věřili, že je nemoc boží trest (Safarino, 1990). Převrat nastal až v 19. století, kdy byl přijat biomedicínský model zdraví. McClelland (1985) vnímal člověka jako mechanický stroj, kdy jeho části mohou být nahrazovány. Věřil, že každá nemoc má svoji příčinu, kterou je nutné detekovat a následně ji zničit. Zničením příčiny by mělo dojít k uzdravení. Bohužel se v tomto modelu zapomělo na psychické a sociální faktory (Kebza, 2005). Vše se změnilo ve chvíli, kdy psychologové přestali souhlasit s biomedicínským modelem, jelikož byl pro ně nedostačující. Přesto zůstává stavebním kamenem pro biopsychosociální model, který zahrnoval všechny důležité aspekty zdraví, kterými jsou fyzické, psychické, sociální a spirituální (Brannon et al., 2010).

Ve středověku se lékařství příliš nevyvíjelo. Lidé pojímali nemoc jako boží hněv. Nemocné léčili kněží a církve sledovala a kontrolovala jejich léčebné postupy. Často přistupovali i k mučícím technikám ve snaze vyhnat ďábla z lidského těla (Catalano, 1979). V období renesance čili v 15.–17. století se hledání pravdy a poznání obrátilo od Boha k člověku. Začala se razit ideologie, že na pravdu se lze dívat z mnoha úhlů pohledu, z čehož vyplývá, že může mít i více podob. Jednou z nejvýznamnějších osobností v období renesance byl René Descartes, který tělo chápal jako stroj a detailně popsal jeho mechanismy fungování. Dále se věnoval povaze smyslového vnímání. Též byl zakladatelem pojmu reflex (Storig, 2000). Vztah těla a duše chápal stejně jako již v minulosti Řekové, vyznával dualismus. Nepředpokládal, že se duše a tělo jakkoliv ovlivňují. Smrt člověka nastává ve chvíli, kdy duše opustí tělo, jehož fyzická schránka je nějakým způsobem poškozena. Období renesance znamenalo také velký zlom ve zkoumání lidského těla, a to především díky zavedení pitvy (Catalano, 1979). V 18. a 19. století se změnila struktura západní civilizace. Ekonomika zaznamenala prudký nárůst, který zapříčinil obrovskou populační explozi. Výsledkem byl kolaps

zdravotnictví a hygieny, což dokládá též vysoká míra novorozenecké mortality (Catalano, 1979). Rosen (1993) uvádí, že v Londýně přežilo první rok života pouze 10 % novorozenců. Statistika vyplývá z poloviny 18. století. Díky technickým pokrokům, převážně díky mikroskopu vědci dokázali odhalit příčiny mnoha nemocí, mikroorganismy. Dále se jim také dařilo odhalovat, jak lidské tělo funguje a pracuje. Humorální teorie byla konečně po tisících letech nahrazena jinými přístupy (Rosen, 1993).

Rozvíjely se antiseptické techniky, které přinesly mnoho pozitivních vlivů do chirurgie. Jednalo se především o důkladné mytí rukou lékařů a tepelnou sterilizaci nástrojů. V polovině 19. století byla zavedena do lékařství anestezie, díky které se zlepšovala i pověst lékařů, se kterou šla ruku v ruce i důvěra k této profesi. Lékaři se začali zabývat i preventivními opatřeními. Jedním z nich bylo například požívání citrusů. V této oblasti dokázali lékaři dokonce jejich kladné účinky pro člověka dokázat. Dále se začali věnovat zaměstnáním, která mohou mít negativní dopad na zdraví a snažili se tyto dopady zamezovat. Jednalo se především o horníky, tovární dělníky apod. Díky všem již zmíněným opatřením se snížila novorozenecká úmrtnost, vymizel mor, lepra se vyskytovala jen velmi výjimečně a pracovní podmínky se pro mnoho lidí výrazně zlepšily (Catalano, 1979). V tomto období došlo k novému vnímání zdraví člověka, začal se užívat biomedicínský model. Tento model je založen na víře, že všechny nemoci a fyzické potíže vznikají narušením fyziologických procesů, které pramení ze zranění, biomedicínské nerovnosti, bakteriální nebo virové infekce apod. (Safarino, 1990). Z již zmíněného vyplývá, že nemoc je pouze záležitostí fyzického problému, nikoliv psychického či sociálního. Důležitou událostí byl také objev všech typů mikroorganismů způsobujících onemocnění. Jednalo se především o bakterie, viry a plísně. A neméně důležitý byl také rozvoj farmakoterapie mezi lety 1930 a 1980 (Friedman, 1990).

Velký zvrát nastal v polovině 19. století, kdy lékař Claudie Bernard tvrdil, že duševní stavy ovlivňují tělesné procesy. Tato myšlenka dala základ dalšímu rozvoji psychosomatiky (Kaplan et al., 1993). Termín psychosomatika byl zaznamenán již v roce 1818 psychiatrem Johannem Christianem Heinrothem, bohužel však v tomto období probíhal převážně výzkum infekčních a organických příčin nemocí. Na psychiku nemocných se v tomto období nebral zřetel. Psychosomatika pohlíží na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost, která je v neustálé interakci s vnějšími vlivy, je ovlivněna

těž psychickými funkcemi a somatickými strukturami (Baštecký et al., 1993). Psychosomatika, jak ji známe i dnes, pohlíží na člověka jako na celistvou lidskou bytost v kontextu sociálního prostředí, což je hlavní rozdíl oproti předchozímu biomedicínskému modelu. Jedním z hlavních představitelů psychosomatického přístupu je Z. J. Lipowski, který ve své práci uvádí hlavní oblasti, kterými se dle něj psychosomatika zabývá. První oblastí je studium vztahů mezi psychosociálními faktory a fyziologickými reakcemi. Druhá se zabývá studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii. Zajímá se o počátek onemocnění, symptomy, průběh apod. Třetí oblast se věnuje prosazování bio-psycho-sociálního přístupu v péči o nemocného. A poslední oblast aplikuje psychologické, psychiatrické a behaviorální metody v prevenci a léčbě somatických onemocnění (Honzák a Gregor, 1995). Bio-psycho-sociální model se v pozdějších letech dočkal ještě rozšíření o rovinu ekologickou. Vznikl tak model bioekopsychosociální, navíc oproti bio-psycho-sociálnímu modelu zohledňuje prostředí, ve kterém dotyčný žije (Výmětal, 2003).

V dnešní době si můžeme povšimnout, že je stále větší význam přikládán rovině spirituální (Schemer, 2007). Dochází k návratu zpět k antickým myšlenkám ve smyslu sothein (viz výše). V současnosti při zjišťování příčin nemocí se nehledí pouze na fyzično, ale na zdraví a nemoc je pohlíženo mnohem komplexněji. Od 70. let 20. století vzniká nový lékařský obor, který navazuje na psychosomatiku, a jedná se o behaviorální medicínu. Tento multidisciplinární obor je typický především tím, že klade důraz na interakci mezi biologickými a behaviorálními faktory, a to jak v diagnostice, tak ale i v terapii, rehabilitaci a prevenci (Kebza, 2005). Behaviorální medicína si uvědomuje integritu mezi biologickými, psychologickými i proměnnými prostředí, a to i sociálního. Behaviorální medicína dala základy vzniku psychologie zdraví. Psychologie zdraví se zabývá aplikací psychologických poznatků do oblasti zdraví, nemoci a do systému zdravotní péče (Kebza a Šolcová, 2000). Z již uvedených informací vyplývá, že názory na zdraví a nemoc se v průběhu let několikrát měnily a do dnešní podoby se vyvíjely velmi dlouho.

1.1.2 Definice zdraví

Z několika studií, např. Milтона Rokeache (1973), vyplynulo, že zdraví je jednou z nejdůležitějších lidských hodnot. Jistě se na tomto faktu shodne i většina lidí, kterých bychom se zeptali, ale otázkou stále zůstává, co vlastně zdraví je? Existuje mnoho definic, některé z nich jsou uvedeny o několik řádků níže, ale lze jednoznačně vymezit

pojem zdraví? Nemůže zdraví pro každého znamenat něco jiného? Kdy lze určit, že je člověk zdravý, nebo nemocný? Často jsou tyto dva pojmy chápány jako odlišné kvality. Ovšem kde je mezi těmito dvěma slovy hranice? Je člověk, u něhož v těle probíhá bez příznaků, omezení či uvědomění si nějaký chorobný proces, považován za nemocného, nebo je ještě zdravý? Nejedná se o nemocného člověka, u kterého by propuklo onemocnění, ale nelze ani říci, že se jedná o zdravého člověka, jelikož mu v těle probíhají patologické procesy. Nachází se někde uprostřed mezi těmito dvěma slovy (Vašina, 1999).

Křivohlavý (2003) řekl, že zdraví lidí je hodnota, která je nezbytná a potřebná k naplňování našich přání, tužeb a k dosahování cílů. Nemoc čili opačný stav brání člověku v uskutečňování záměrů a cílů (Křivohlavý, 2003). „*Zdraví (i nemoc) jsou výslednicí vzájemných vztahů mezi organizmem, psychikou a osobností jednotlivce a mezi takto celistvě pojatým jednotlivcem a jeho prostředím*“ (Velemínský a kol., 2005, s. 30). Dle Davida Seedhouse, který roku 1995 vydal knihu Health, zdraví souvisí se souborem podmínek, které člověku umožňují žít a pracovat v takové míře, ve které budou splněny zvolené biologické možnosti (potenciály) (Křivohlavý, 2003). Dnes je důležité vnímat zdraví z holistického hlediska více jako celek. Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala roku 1948 zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Dále dodává, že se tedy nejedná jen o nepřítomnost nemoci či slabosti (Callahan, 1973).

Z různých definic zdraví vznikají též rozdílné teorie zdraví. V 18. století bylo zdraví chápáno jako ideální stav ducha, těla a mysli. Poté se začala rozvíjet profesionální medicína. Více se dbalo na celkový způsob života a výživu. Seedhouse (2001) rozdělil teorii zdraví do čtyř skupin. První z nich je teorie wellness, čímž se myslí, že zdraví je ideální stav člověka, jemuž je dobře. Druhá teorie se nazývá fitness a znamená, že je zdraví chápáno jako normální dobré fungování. Další z nich se dívá na zdraví jako na zboží. A poslední teorie chápe zdraví jako neurčitý druh síly (Seedhouse, 2001).

Roku 2003 rozdělil Křivohlavý teorie dle dimenzí. V jeho třídění se zdraví považuje za prostředek nebo cíl. První teorie chápe zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly. Druhá říká, že je zdraví metafyzická síla, čímž se myslí například elán, vitalita, libido, schopnost adaptace atp. Důležitá je také schopnost odolat negativním tlakům životních podmínek a zvládat životní problémy. Salutogenezi rozumíme individuální zdroje

zdraví, což je třetí teorie podle Křivohlavého. Chápeme ji jako živost a schopnost vyrovnávat se s životními problémy. Dále si pod tímto pojmem můžeme představit postoj k životu. Čtvrtou dimenzí je schopnost adaptace neboli schopnost přizpůsobit si prostředí a přizpůsobit se prostředí. Pátá teorie říká, že zdraví je schopnost dobrého fungování. Tím je myšleno být schopen tělesně či duševně něco dělat a udržovat se v dobrém stavu. Šestá dimenze chápe zdraví jako zboží, které je možno koupit, prodat a ztratit jako například léky a lékařské zákroky. A poslední teorie chápe zdraví jako ideál dle definice WHO. Tato definice je často uváděna, ale i velmi často kritizována, jelikož se lidé domnívají, že není zcela dosažitelná (Křivohlavý, 2003).

1.1.3 Definice nemoci

Stejně jako zdraví má i nemoc několik definic. Nejznámější z nich je od Světové zdravotnické organizace, kdy je nemoc považována za stav, ve kterém je funkce jednoho či více orgánů změněna nebo porušena. S touto definicí se ztotožňuje i Velemínský (2012). Tomeš (2011) definoval nemoc jako nerovnováhu mezi fyziogenními, psychogenními a sociogenními faktory osobnosti. Samozřejmě je nutné vše objektivizovat, k tomu slouží zdravotnické služby (Vokurka, 2006). Každá nemoc je jen odpovědí organismu a může mít mnoho příčin. Jakmile dojde k narušení stability organismu, tělo se brání různými mechanismy (Velemínský et al., 2012). Mlčák (2011) uvedl, že je nemoc obávaným a negativním jevem. Je nutné se mu proto vědomě vyhýbat, protože může dojít k narušení či ohrožení lidského života (Mlčák, 2011). Další definice říká, že je nemoc poruchou harmonie mezi biologickými a somatickými potřebami (Hartl a Hartlová, 2009). Machová (2009) uvádí, že nemoc je poruchou zdraví, kdy se organismus nedokáže vyrovnat s nároky vnitřního a vnějšího životního prostředí bez porušení životních funkcí. Jedná se tedy o neschopnost adaptace člověka na podněty prostředí (Machová, 2009).

Existuje i několik pohledů na definování nemoci. Normativní definice uvádí, že je nemoc stav, kdy nemocný jedinec má subjektivní potíže (Vokurka, 2018). Z lékařského hlediska však není celistvá, nezahrnuje například hypertenzi či některá nádorová onemocnění. Druhým pohledem může být funkcionalistický, který tvrdí, že určité funkce organismu musí být již patologické bez ohledu na to, zda způsobují nějaké subjektivní potíže. Nevýhodou tohoto pohledu je určení normálních funkcí organismu, a to především v případě plynulého přesunu hodnot od fyziologických k patologickým (Čeledová a Čevela, 2010).

Nemoc je stav, kterému se každý člověk musí přizpůsobit. Přináší člověku určité následky do budoucna, např. nutnost podrobit se omezením k ochraně ostatních a sebe, podstupovat léčbu, vyřazení z běžného života (pracovní neschopnost) apod. (Machová a Kubátová, 2015).

Existují velké rozdíly ve vnímání zdraví a nemoci, které jsou důležité především pro postup diagnostiky, léčby apod. Hlavním rozdílem je vnímání nemoci nemocným člověkem a zdravotním personálem. Nemocný vychází ze svých pocitů, záleží na jeho subjektivním vnímání nemoci. Naopak odborník na nemoc pohlíží objektivně. Ne vždy platí, že se subjektivní a objektivní hodnocení zdraví shodují. Lze rozlišovat několik pojetí nemoci. Disease je choroba, která je chápána objektivně, a lze k ní přiřadit určitou diagnózu. Druhým termínem je illness. V tomto případě je nemoc brána jako subjektivní pocit. Sickness je definován jako stav nepohody, sociální prožitek. Vada, znevýhodnění, tak lze přeložit slovo handicap. Disability je pojem definující tělesné snížení funkčních schopností. Posledním termínem je impairment, což je poškození, ztráta či abnormalita struktury nebo funkce (Čeledová a Čevela, 2010).

1.2 Pohled sociologie na zdraví a nemoc

Zdravotnictví je důležité pro zlepšování zdraví lidí a pro zajištění dobré funkce systému poskytujícímu zdravotnické služby. Cílem zdravotní péče je umožnit každému jedinci, aby dosáhl plného zdravotního potenciálu. Péče o zdraví je založena na principech spravedlnosti a solidarity, kdy spravedlností je myšleno, aby každému byla poskytnuta stejná péče při stejné potřebě. Dále vzniká na podkladě vysokého podílu samosprávy, na vícezdrojovém financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění, na svobodné volbě lékaře, zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny (Bártlová et al., 2018). Péče o zdraví by neměla být záležitostí pouze zdravotníků. Nejvíce se na svém vlastním zdraví podepisuje každý sám, proto je důležité o něj dbát. Je důležité, jak lidé vnímají své zdraví a co vše jsou ochotni pro něj udělat. Nejčastěji lidé vnímají zdraví jako stav bez nemoci. Lidé se též považují za zdravé ve chvíli, kdy jejich zdravotní problémy nepřesahují určitou mez. Zdraví může být chápáno i jako schopnost navazovat a rozvíjet sociální vztahy. Senioři se cítí zdraví v případě, že mají možnost aktivního života, a pokud jim zdravotní stav dovolí být soběstační. Velmi významný faktor ve vnímání zdraví je pocit psychosociální pohody. Důležité je také zmínit

sociální determinanty zdraví, což jsou podmínky, v nichž se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou. Lidé si zde vytváří návyky, jak pečovat o své zdraví. Získávají také prvotní představu o tom, co zdraví a nemoc znamená a jaké znaky má (Čeledová a Holčík, 2018).

Marmot a Wilkinson (2003) ve své publikaci *Social Determinants of Health – The Solid Facts* uvádějí několik sociálních determinant zdraví. V knize nenalezneme subjektivní názory autorů, ale jsou zde i výsledky z výzkumných studií. Základních determinant je celkem deset. Za první z nich považujeme souvislost zdraví se sociálním gradientem. Pod tímto spojením rozumíme především zdravotní rozdíly mezi bohatšími a chudšími lidmi. Z výzkumu vyplývá, že bohatší lidé jsou na tom zdravotně lépe než lidé z chudších poměrů. Druhou determinantou je stres. Zdraví nejvíce poškozuje dlouhodobý stres. Jednorázový není zdaleka tak nebezpečný. Někteří lidé stres vítají, a to především při adrenalinových sportech. Třetí determinanta se nazývá zdravotní a sociální podmínky. Ty v dětství ovlivňují další zdravotní osud jedince, což znamená, že je důležité podporovat matky během těhotenství, po porodu a pečovat o novorozence. Špatné podmínky během tohoto období mohou mít značně nepříznivý vliv i v následujících obdobích vývoje dítěte. Vhodné zdravotní návyky se dítě učí od rodiny a v nejbližším sociálním okolí. Determinanta čtyři hovoří o chudobě a sociální izolaci. Z výzkumu vyplývá, že díky těmto faktorům se zkracuje život lidí, kteří mají problém s nedostatkem jídla, se špatným bydlením, nezaměstnaností apod. Pátou determinantou jsou problémy na pracovišti a v rodině. Čím větší problémy jsou, tím se zvyšuje riziko onemocnění. V práci se jedná především o nejistotu, nemožnost uplatnit svoji kvalifikaci, neuspokojivé pracovní podmínky apod. Nejčastěji se projevují bolestmi zad, kardiovaskulárními onemocněními a čím dál častějšími pracovními neschopnostmi. K lepšímu zdraví též přispívají dobré rodinné vztahy. Další determinanta říká, že nezaměstnanost je příčinou onemocnění a může docházet i k předčasným úmrtím. Sedmá determinanta uvádí, že pozitivně na zdraví působí sociální opora a sociální kontakt. Velmi důležité je přátelství a pevné sociální vazby, jelikož zvyšují pocit bezpečí. Rizikové jsou velké sociální rozdíly, kvůli nimž se navyšuje násilí a také roste kriminalita. Další determinanta varuje před užíváním alkoholu, cigaret, drog, které velmi poškozují zdraví jedinců. Název předposlední determinanty zní: Zdravé potraviny jsou politickým problémem. Pod tímto názvem se skrývá zjištění, že lidé s nižším příjmem, nezaměstnaní, důchodci a mladé rodiny mají problém se zajištěním vhodné

stravy. Prioritní by mělo být podpořit domácí zemědělce, kontrolovat kvalitu potravin a jíst místní potraviny. Poslední determinanta hovoří o zdravé dopravě, chůzi, jízdě na kole a veřejné dopravě. Zdravá doprava souvisí s tělesnou aktivitou, která je důležitá pro prevenci závažných onemocnění. Též se tím snižují dopravní nehody, negativní zplodiny v ovzduší apod. (Marmot a Wilkinson, 2003).

Na vzniku nemocí se podepisují také nepříznivé sociální faktory, jejichž vlivem se zhoršuje průběh a výsledek léčby. Již z předchozích zkušeností víme, že i přes medicínskou péči nedochází ke zlepšení zdravotního stavu, pokud se pro pacienta nezlepší sociální podmínky (Čeledová a Holčík, 2018).

Poznání determinant úzce souvisí i se schopností s těmito determinantami pracovat. Zmíněná charakteristika determinant také naznačuje, že jsou výrazným faktorem ovlivňujícím vnímání zdraví a nemoci. Každý člověk má určité znalosti, zkušenosti, dovednosti v praktických činnostech, které je schopen využívat k uchování či zlepšení zdraví a předcházení nemocem. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdravotní gramotnost *„kognitivní a sociální schopnost, která určuje motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví“* (Kicbusch et al., 2013, s. 4). Holčík (2009) rozděluje zdravotní gramotnost na funkční, interaktivní a kritickou. Funkční zdravotní gramotnost informuje populaci o potřebě zdravého životního stylu a o zdravotních rizicích. Interaktivní zdravotní gramotnost dbá o to, aby lidé aktivně spoluutvářeli svůj zdravotní osud. A poslední zdravotní gramotností je kritická, která má aktivní a tvůrčí podíl na péči o zdraví. Dále je také zodpovědná za vytváření a realizaci zdravotní politiky. Zdravotní gramotnost má velký vliv na vnímání vlastního zdraví. Určuje, jak se lidé ke svému zdraví budou stavět. Z tohoto důvodu je podstatné dbát na zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti (Holčík, 2009).

Roku 2016–2017 se uskutečnil výzkum v Jihočeském kraji, který zjišťoval zdravotní gramotnost populace v několika cílových skupinách. Výzkum byl proveden pomocí kvalitativních a kvantitativních metod. Cílem šetření bylo zjistit potřebu zdravotní gramotnosti z různých hledisek, kterými byly věk, pohlaví, socioekonomický status a vztah ke zdravotnictví. I přestože je třeba na zdravotní gramotnost hledět diferencovaně, výzkumníci zvolili šest cílových skupin dle věku, sociální úrovně, rasy a zaměstnání (Bártlová et al., 2018).

První skupinou, u které byl výzkum proveden, byly děti. Dítětem je každá lidská bytost, která ještě nedosáhla osmnácti let, pokud z právního řádu není dosaženo zletilosti dříve (Řehulková, 2008). V České republice je péče o děti na velmi vysoké úrovni, a to i díky dobře zavedenému systému preventivních prohlídek a očkování. Ke zvyšování zdravotní gramotnosti u dětí přispívá především rodina a škola. Velmi pozitivní byly výsledky dětí ve znalostech zdravého životního stylu (Bártlová et al., 2018). Co se týče seniorů, je důležité si uvědomit, že se jedná o jednu z nejohroženějších skupin, u které se může objevovat nízká úroveň zdravotní gramotnosti. I u seniorů je důležité, aby byli aktivně zapojeni do péče o své zdraví, což lze dokázat například partnerským vztahem mezi lékařem/sestrou a pacientem (Bártlová, 2005). Evropské výzkumy poukazují na nízkou úroveň zdravotní gramotnosti seniorů (Sorensen et al., 2012). Lze přispět k nižšímu riziku vzniku onemocnění, a to především podporou seniorů v odpovědnosti za své vlastní zdraví. Ze šetření je patrné, že existuje přímá úměra mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem. Čím vyšší je věk, tím nižší je zdravotní gramotnost. Důležité je také zmínit, že společně se zhoršováním kognitivních, mentálních a fyzických schopností se snižuje zdravotní gramotnost seniorů (Bártlová et al., 2018).

Závěrem z této studie vyplývá, že zájem o zdravotní gramotnost v současné době neustále stoupá, protože si populace uvědomuje její důležitost. Do značné míry to může souviset i se změnou vnímání zdraví a nemoci, kdy si lidé vlivem vývoje společnosti a poznání začínají uvědomovat i svou vlastní zodpovědnost a možnost ovlivnění vzniku a průběhu některých onemocnění. Pro laiky je však důležité zajistit, aby dostávali pravdivé a srozumitelné informace z oblasti zdravotnictví. V dnešní době internetu je mnohem více možností, jak najít užitečné validní informace. Bohužel ne všechny zdroje jsou zcela důvěryhodné a pravdivé, z tohoto důvodu je důležité dbát na původ textů. Jednu z nejvýznamnějších rolí v primární péči, a tudíž i edukaci a informovanosti má praktický lékař a jeho sestra. Jsou většinou první, s kým přichází pacient do kontaktu. Tito odborníci by měli plně využívat své kompetence a odbornost. Zásadním momentem je vytvořit si s pacientem profesionální a partnerský vztah a namotivovat populaci k aktivnímu zájmu o vlastní zdraví a prevenci nemocí. Mnohdy je tato motivace a edukace spojená i s pochopením příčinné souvislosti mezi zdravotním stavem a sociálními determinanty zdraví (Bártlová et al., 2018).

1.3 Pohled vybraných koncepčních modelů na zdraví a nemoc

V předchozích kapitolách byla zmíněna definice zdraví a nemoci dle Světové zdravotnické organizace. V ošetřovatelství je zdraví jedním z metaparadigmat oboru. Jeho definování napomáhá k nalezení ošetřovatelských problémů, ke stanovení odpovídajícího cíle a následně k určení vhodných intervencí. Podobně jako v jiných vědách se i v ošetřovatelství setkáváme s vlivem různých filozofických směrů a postojů k definování metaparadigmat. Tento vliv lze přímo pozorovat v ošetřovatelských modelech, které slouží k definování metaparadigma ošetřovatelství jakožto oboru. Z tohoto důvodu poskytují určitý náhled i na zdraví a na faktory, které jej mohou ovlivnit (Kuzníková, 2011). Staňková (2002) udává, že koncepční modely hledají teoretické cesty, jak dosáhnout cílů ošetřovatelství, a také nabízí různá pojetí jevů a přístupů k nim. Modely jsou tvořeny z pojmů, které vytvořili jejich autoři (Staňková, 2002). Koncepční model udává srozumitelnou a přímou orientaci na praxi, vzdělávání a výzkum v ošetřovatelství (Kozierová et al., 1995). Lze jej proto označit za systém poznatků, který je složený z pojmů, nerelačních a relačních tvrzení (Žiaková et al., 2007). Dle Tóthové a Olišarové (2017) nelze koncepční modely označit jen za pomůcku pro sestry k poskytování zdravotní péče, ale také slouží k analýze zdravotního stavu člověka či skupiny, sběru ošetřovatelské anamnézy, dokonce mají pomáhat v edukaci zaměřené na prevenci. Teorie a modely zvyšují vědeckost oboru ošetřovatelství a prestiž sesterské profese (Ramalho Neto et al., 2016 in Tóthová et al., 2017). Lze konstatovat, že se autorky modelů snažily vystihnout podstatu ošetřovatelství (Stasková et al., 2019). Ošetřovatelský model by se dal definovat jako abstraktní, všeobecnou představu a tvrzení, které je smysluplně uspořádáno. Koncepční modely se zabývají převážně konkrétními jevy, které mohou ovlivnit vnímání skutečnosti, jelikož se jedná o filozofický pohled autora a jeho zkušenosti z praxe (Archalousová a Slezáková, 2005).

Protože samotné vnímání zdraví a nemoci podléhá řadě faktorů a můžeme říci, že se neustále vyvíjí, lze v ošetřovatelství pro vysvětlení tohoto děje využít různé modely. Jako příklad uvádíme adaptační model Calisty Roy, který popisuje zdraví jako stav a proces existence člověka. Ten je vnímán jako celek v neustále se měnícím prostředí. Lze tedy říci, že nemoc představuje jakýsi stimul, na který se musí člověk naučit reagovat, adaptovat se s ohledem na svůj fyzický a psychický stav, zkušenosti, znalosti, ale i možnosti (Pavlíková, 2006). Betty Neuman ve svém modelu otevřených systémů

a linie obrany poukazuje na příčiny vzniku nemoci, formy obran a věnuje se také prevenci. Ve vztahu k vnímání zdraví a nemoci je pak podstatné hodnocení jednotlivých úrovní linií obrany, přičemž je respektováno i to, že každý jedinec má určitou základní strukturu (genetické předpoklady, fyzický a psychický stav), která je chráněná liniemi obrany. Ty mají určitou funkci a jejich narušení, míra dopadu stresorů je vysoce individuální (Pavlíková, 2007). Podobně jako C. Roy i Neuman považuje člověka za otevřený systém, který má možnost reagovat na prostředí. Nemoc přichází v případě jakékoliv nerovnováhy (Tóthová et al., 2019). Pro odhalení příčin způsobujících nerovnováhu lze využít aktivity charakterizované v modelu upevňování zdraví Noly Pender. Tato autorka do svého modelu začlenila význam poznávacího procesu, který je důležitý při změně jednání směřujícího ke zdraví. Domnívá se, že jednání je výsledkem osobních postojů, kdy pro každou osobu může mít zdraví jiný význam. To v důsledku ovlivňuje i preventivní aktivity a význam, jaký jim jednotlivci přiřkládají. Každá osoba razí svoji vlastní definici zdraví, vnímá svůj zdravotní stav jinak, upevňuje své zdraví dle svého uvážení. Ale N. Pender také tvrdí, že na zdraví mají vliv i věk, původ, vzdělání, finanční situace, hmotnost, dědičnost apod. Zde je patrná souvislost se zmíněnou zdravotní gramotností, která je výrazně ovlivněna právě těmito vlivy (Pavlíková, 2007).

Za velmi zajímavý model z pohledu vnímání zdraví a nemoci lze díky začlenění rozměru komunikace a odhalení významů považovat také teorii lidského bytí, jejíž autorkou je Rosemarie Rizzo Parse. Podstatou tohoto modelu je vyjádření reality a vysvětlení příčin daných pocitů, stavů, představ apod. V tomto modelu se setkáváme s významem představ, osobních vědomostí a názorů na realitu, ale také rutinu v každodenním životě. I přestože si jsou lidé blízcí, každý si udržuje svoji totožnost a soukromí. Člověk má na výběr, jak se bude chovat, jaký bude mít názor, přístup k věcem. Ze všech možností si může vybrat ty, které považuje za nejvhodnější a které následně určí způsob, jak se osoba bude pohybovat a měnit v procesu bytí. Z tohoto vyplývá, že každý je za své zdraví částečně zodpovědný dle svého chování a zároveň že je i pro ošetřovatelství nezbytné v rámci anamnézy zjišťovat názory, postoje a hodnotovou orientaci u daného jedince (Pavlíková, 2007).

1.4 Determinanty zdraví

Faktory, které mají velmi silný vliv na zdraví lidí, se nazývají determinanty (Komárek a Provazník et al., 2011). Působí na zdraví ve smyslu pozitivním i negativním. Může se jednat o faktory vnější a vnitřní. Vnitřními se myslí zejména genetické determinanty a mezi zevní řadíme životní a sociální prostředí a zdravotní péči (Čeledová a Čevela, 2010). Na význam determinant upozorňuje N. Pender ve svém Modelu upevňování zdraví. Poznání jednotlivých determinant, významu, jaký jim člověk přikládá, může pomoci zdravotníkům vytvořit si představu o významu zdraví či nemoci pro daného jedince stejně jako o jeho zdravotní historii. Tyto poznatky pak může efektivně využít v prevenci onemocnění na jednotlivých úrovních (Pavlíková, 2007).

Základní determinanty zdraví se dle Čeledové a Čevely (2010) rozdělují do čtyř skupin. První z nich je životní styl, který ovlivňuje zdraví jedince z 50–60 %. Genetické předpoklady jsou druhou skupinou působící na člověka v 10–15 %. Třetí kategorii představují socioekonomické faktory a životní prostředí, které mohou ovlivnit zdraví jedince z 20–25 %. Polední skupinu 10–15 % tvoří úroveň a dostupnost zdravotní péče. Několik z těchto determinant může člověk ve velké míře ovlivnit. Zcela zásadní je přitom význam, jaký jim přikládá v kontextu ke svému vlastnímu zdraví coby jedné z hodnot. Praktický dopad životní filozofie (hodnotové orientace) člověka lze přímo pozorovat v životním stylu, individuálních aktivitách a zvycích (Čeledová a Čevela, 2010). Tato oblast je doménou zejména moderní medicíny, která se domnívá, že na řadě nemocí se podílí právě nezdravý životní styl, který je třeba změnit. Pro změnu je zapotřebí odhalit stereotypy rodinného života a snažit se najít všechny nezdravě působící činnosti (Bártlová, 2005).

Mezi ně patří zejména kouření, energeticky nepřiměřená a nevhodně složená strava, nedostatek tělesného pohybu, nadměrná psychická zátěž, nadměrná konzumace alkoholu, drogová závislost a rizikové sexuální chování. Bohužel si mnoho lidí neuvědomuje riziko a význam těchto determinant, a to mnohdy i proto, že jejich dopad může být plíživý, ale i bagatelizovaný (Fiala et al., 2004). Dále lze k nesprávnému životnímu stylu zařadit chování k vnějšímu prostředí, čímž je myšleno znečišťování ovzduší, vody a půdy chemickými látkami, prachem, pevnými odpady, nebezpečné změny klimatu z důvodu již zmiňovaného znečišťování. Zdraví škodí též nadměrný hluk v práci, jednotvárná monotónní práce, vysoké životní tempo, stresy chronického rázu apod. Všechny zmíněné faktory patří k nejvýznamnějším škodlivým složkám

podílejícím se na vzniku civilizačních nemocí, chronických nemocí a nemocí se závažnými následky pro jedince a celou společnost (Wilkinson a Marmot, 2005).

1.4.1 Zdraví podporující chování

Zdraví podporující chování je takové, které napomáhá k upevňování a udržování zdraví. Ovlivňujeme ho především naším vědomým rozhodnutím, který životní styl si zvolíme. Volba je ovlivněna i např. genetickou predispozicí, vlastnostmi osobnosti a působením vnějších faktorů (Macek, 2003). Na zdraví podporující chování se ve svém modelu zaměřila B. Neuman, která jednotlivé aktivity pro přehlednost a zvýšení uplatnění v praxi rozdělila do jednotlivých úrovní prevence dle míry dopadu stresorů (tj. dle průniku do linií obrany) (Stasková et al., 2019).

Kasl a Cobb (1966) rozdělili typy chování související se zdravím do tří skupin. První z nich se nazývá health behavior, kam spadají všechny činnosti, u kterých lidé věří, že prospívají jejich zdraví a vykonávají je za účelem prevence. Do této skupiny spadá například zdravá strava, cvičení, očkování apod. Druhou kategorií je illness behavior, kde jsou činnosti vykonávané v případě, že se cítí nemocní. Do této kategorie se řadí případy, kdy lidé vyhledávají odbornou lékařskou pomoc. Poslední skupinou je sick-role behavior, kam se řadí aktivity, které podnikají nemocní za účelem uzdravení, což znamená podstoupení léčby (Gochman, 1997). V tomto rozdělení lze spatřovat určitou podobnost se zmíněným modelem. Aktivity spadající do první skupiny (health behavior) jsou spojované zejména s primární prevencí, tedy posilováním flexibilní linie obrany. Aktivity spadající do illness behavior a sick-role behavior jsou spojeny zejména se sekundární a terciární prevencí, tedy s posilováním normální linie obrany a linie rezistence s cílem chránit základní strukturu. Určující přitom je, jaký význam jednotlivým aktivitám a stresorům, případně způsobům chování jedinec přikládá. Tento význam stejně jako působení stresorů, není neměnný, naopak se neustále vyvíjí a reaguje na podněty z vnějšího i vnitřního prostředí (Pavlíková, 2006). V psychologii existuje řada modelů zkoumajících změny chování vůči zdraví, např. model přesvědčení o zdraví, který říká, že „...je pravděpodobnost, že někdo změní své chování, ovlivněna zejména vnímanou hrozbou aktuální situace člověka, spolu s vyhodnocením výsledku případné změny. Na vnímanou hrozbu má podle modelu vliv zejména vnímaná náchylnost k negativním následkům a vnímaná závažnost těchto následků pro danou osobu“ (Ayers a De Visser, 2015, s. 103). I v případě vysoké hrozby není vždy jisté, zda dotyčný své chování změní. Na změnu chování má vliv také to, jak dotyčný hodnotí

výsledek, jenž se posuzuje dle vnímaného přínosu a vnímané překážky. Vnímaný přínos znamená, co člověk očekává ze změny svého chování. Vnímanou překážkou je něco, co člověku ztěžuje chování změnit. Dále se ještě model rozvinul o motivaci ke zdraví, která má vystihovat, jak se člověk zabývá zdravím a co je ochotný pro něj udělat (Sheeran a Abraham, 2016).

1.4.2 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl podporuje zdraví a chrání před vznikem nemocí. Rozvíjení zdravého životního stylu závisí na tělesné, psychické i duchovní složce osobnosti. Důležitá je též mravní vyspělost a citlivost svědomí (Kraus, 2015). V jistém ohledu tedy (v souladu s teorií lidského bytí) jde o subjektivní vnímání zdraví a aspektů, které zdraví utvářejí, stejně jako reality a činností, které jej podporují (Pavlíková, 2007). Zdravý životní styl zahrnuje určitou pravidelnost, dostatečný spánek, odpočinek a relaxaci. Důležité je také dodržovat rovnováhu mezi povinnostmi a zábavou, nastavit si střední míru zátěže a pečovat o své zdraví (Tichá, 2012). Duffková (2008) zastává názor, že pro zdravý životní styl je důležité dodržovat a respektovat určitá pravidla. Adolescenti se ke svému zdraví staví odlišně než v dětství či v dospělosti. Mladí mají tendenci zlehčovat své obtíže, a to především z důvodu stydlivosti (Machová, 2009). Studie trvající déle než 10 let, které se zúčastnilo 20 tisíc mužů a žen, odhalila typy chování, které působily na mortalitu lidí. Nekuřáci, tělesně aktivní lidé s nízkou spotřebou alkoholu a pravidelným jídelníčkem obsahujícím ovoce a zeleninu měli čtyřikrát nižší pravděpodobnost úmrtí než lidé, kteří se takto nechovali (Khaw et al., 2008).

1.4.3 Resilience

Nejčastější definicí resilience je schopnost člověka zvládnout nepříznivé okolnosti a stres. Resilience v překladu znamená pružnost, zdatnost, houževnatost či odolnost (Šolcová, 2009). Autory je chápána jako proces interakce mezi jedincem a prostředím, ve kterém se nachází (Luthar, 2006; Pelcák, 2015). Resilienci lze provázat s modelem C. Roy, pro kterou je zdraví stav a proces existence celistvého člověka v neustále se měnícím prostředí. Každý jedinec má svou vlastní individuální úroveň adaptace neboli míry, do které je schopen se přizpůsobit. Pokud je však působící podnět příliš intenzivní, silný, mohou dosud efektivní mechanismy přizpůsobení selhat a začít se projevovat maladaptace (Pavlíková, 2007). Luthar (2006) zastává názor, že resilience je proces pozitivní adaptace na nepříznivé okolnosti. Do odolnosti lze zahrnout sociální vztahy, životní styly, osobnostní charakteristiky, způsoby myšlení a nezapomíná ani na

fyzickou zdatnost (Pelcák, 2015). Šolcová (2009) definuje resilienci jako výsledky procesů, kdy v průběhu času na sebe vzájemně působí dítě, rodina a prostředí. Důležité je také zmínit, že odolnost je diferenciovaná, což znamená, že odolnost v jedné oblasti ne vždy znamená postup i v jiných směrech. Šolcová (2009) se také domnívá, že odolávat stresu napomáhá rodinná pružnost, tzn. že musí dojít k rovnováze mezi udržením funkce rodiny v krizových situacích a schopností komunikace členů rodiny. Je podstatné, aby se členové rodiny stále podporovali, povzbuzovali a pomáhali si vyrovnávat se s obtížnými situacemi (Šolcová, 2009). Winfield (1994) je názoru, že resilienci je nutno po celý život podporovat v jejím vývoji. Sama se zabývá posilováním a podporou odolnosti mládeže. Proto je důležité si uvědomit své chování a postavení v rodině. Chování každého rodiče se vždy promítne v chování a myšlení jeho dítěte. Dle studií se resilience u adolescentů dá vyjádřit souhrnem pozitivního sebehodnocení, zvládacích dovedností, spokojenosti, extravertze a otevřenosti nové zkušenosti (Davey et al, 2016).

Co se týče rodinné resilience, většina výzkumů vychází z teorie rodinného stresu a jeho zvládnutí. Jako primární problémy definují otázku, proč zvýšenou zátěž a stres některé rodiny ustojí bez větší újmy, naopak některé rodiny mohou kvůli stejnému problému přestat fungovat. Dále se také rodiny liší rychlostí adaptace na změny. Je důležité si uvědomit, že chování v rodině a její soudržnost ve velké míře ovlivňují proces resilience (McCubbin et al., 1997). Nutno brát v potaz, že dvacáté první století je považováno za období transformace a zvýšeného stresu působícího na rodiny. Čím dál častěji se setkáváme s neúplnými rodinami, ať už ve významu, že děti jsou vychovávány jen jedním z rodičů, nebo že je do rodiny přiřazen nový partner pro jednoho či oba rodiče, anebo že rodiče nejsou manželi. Všechny tyto věci mohou mít negativní dopad na fungování rodiny a resilienci (Sobotková, 2007).

1.4.4 Sociální opora

V případě nepříznivého vlivu negativních životních situací na fyzický i psychický stav člověka je pro něj velmi důležitá sociální opora (Křivohlavý, 2009). Za tímto pojmem se skrývá pomoc, kterou člověk nacházející se v zátěžové situaci přijímá od druhých. Mělo by se jednat o činnost, která jedinci v tísní ulehčí těžkou životní událost (Tichá, 2012). Sociální oporu může člověk přijímat od rodiny, přátel, kamarádů, ale také od dalších

osob. Sociální vazby jsou pro jedince velmi důležité a mají pozitivní vliv i na celkovou životní spokojenost čili nejsou důležité jen v případě nepříznivé situace (Kebza, 2005). Berkman a Breslow (1983) udávají, že lidé s hlubšími sociálními vazbami se dožívají vyššího věku. Dále jsou tito lidé vybaveni lepším fyzickým i psychickým zdravím oproti lidem s chudšími sociálními vazbami (Berkman a Breslow, 1983). Sociální vztahy lze zachytit i v systémovém modelu Betty Neuman, která v něm poukazuje na příčiny vzniku onemocnění a formy obran proti nim. Se sociální oporou úzce souvisí i model R. R. Parse (Pavlíková, 2007). Kebza (2005) vedl výzkum, ze kterého je patrné, že pozitivním prediktorem sociální opory je extroverze, která ovlivňuje vytváření sociálních vztahů. Dalším zajímavým závěrem jeho výzkumu byl fakt, že dívky v adolescentním věku vnímají sociální vztahy intenzivněji oproti adolescentům mužského pohlaví (Kebza, 2005).

Sociální opora má kladný vliv na lidské zdraví především v situaci, kdy je člověk ve stresu. Osoby, které nemají dostatečnou sociální oporu a jsou vystaveny vyšší míře stresu, bývají náchylnější ke vzniku nemoci (Kebza, 2005). Příjemce sociální opory musí člověku, který mu oporu nabízí, důvěřovat, jinak není účinná. Mohou bohužel nastat i situace, kdy sociální opora může jedinci ublížit, jelikož mu způsobí nadměrnou zátěž. Stává se to především při nadměrné pomoci člověku v tísní, který má pocit, že se nemůže svobodně rozhodnout. Z tohoto důvodu přicházejí pocity strachu a viny. Existují také lidé, které uráží pouhá představa, že by potřebovali pomoc a chtějí vše zvládat sami. Takovým lidem se jen těžko pomáhá. Přijímání i poskytování sociální pomoci má své výhody i nevýhody. Záleží jen na vlastnostech obou zúčastněných, které pocity u nich převládají (Sobotková, 2007).

1.4.5 Výživa a stravovací návyky

V dnešní době nalezneme mnoho článků o zdravé stravě, hubnutí a celkově zdravém životním stylu. Bohužel mnoho z nich není zcela věrohodných. Některé články mohou dokonce spíše ublížit než pomoci, jelikož se nacházíme v době, kdy se mnoho nejen mladistvých potýká s některým druhem poruch příjmu potravy. Dřívější osvěta označovala některé potraviny za zcela zakázané, což lidi odrazovalo. Dnešní pohled zkoumá především výživové hodnoty dané potraviny. V případě, že člověk bude jíst více vhodných potravin, nebude mít v jídelníčku tolik prostoru pro ty méně zdravé.

Právě tato teorie má přinést úspěch a splnit preventivní funkci výživy (Kunová, 2011). Zdravá strava má velmi důležitou roli ve vývoji lidské společnosti. Výživa by ideálně měla být přiměřená, v případě nadměrné, či nedostatečné výživy může dojít k poruchám zdraví (Elson, 2010). Doktor Osler, významný kanadský lékař, tvrdí, že „90 % všech nemocí, nebereme-li v úvahu infekční choroby a úrazy, souvisí se stravou” (Roger, 1995, s. 23). V souvislosti s trendem narůstající obezity a tělesné nečinnosti jsou strava a pohyb velmi důležitými aspekty k udržení či navrácení zdraví (Dellapasqua, et al., 2008).

1.4.6 Pohybová aktivita

Lidské tělo je již od přírody uzpůsobeno k pohybu a aktivitě (Diehl et al., 2009). Pohyb a aktivitu lze zařadit mezi nejdůležitější složky zdravého životního stylu člověka (Rychtecký a Tilinger, 2017). Pohyb je nezbytný k udržování zdraví a aktivní způsob života má mnoho benefitů. Nejenže posiluje srdce, snižuje hladinu cholesterolu a krevního tlaku, ale také pomáhá dosáhnout ideální hmotnosti, zpevňovat kosti a ulevit od bolesti zad. Velkým bonusem je také fakt, že pohyb je prevencí proti civilizačním chorobám (Diehl et al., 2009). Pohybová aktivita neprospívá jen fyzickému, ale také duševnímu zdraví. Pohyb může v člověku vyvolat příjemné pocity, ke kterým patří i celkové zlepšení nálady, redukce stresu a napětí, získání sebedůvěry a vyšší kvalita života. Aktivita může pomoci i ke snížení depresí, úzkostných stavů a také učí osoby, jak adekvátně reagovat na stresové podněty (Rychtecký a Tilinger, 2017).

Z pohledu budování pozitivního vztahu ke své vlastní osobě, k přijetí vlastního těla a udržení fyzických a psychických schopností je pozitivní přínos pohybových aktivit zdůrazňován řadou autorů (Ekelund et al., 2012; LeBlanc a Janssen, 2010). Ale důležité je i připomenout, že neustálé zvyšování úrovně a objemu pohybové aktivity může mít i negativní vliv na organismus. V případě dlouhodobě zvýšené pohybové aktivity hrozí vznik muskuloskeletálních onemocnění, může dojít ke ztrátě motivace k další pohybové činnosti, změnám nálad a k imunitním problémům (Tudor-Locke, 2011). Ve většině případů se to stává u vrcholových sportovců, nikoliv u běžné populace (Ruiz et al., 2011). Se zmapováním oblasti pohybové aktivity ve vztahu k fungování organismu a k funkčním vzorcům zdraví se setkáváme v modelu M. Gordon. Návazně lze zmínit také adaptační model C. Roy, který lze s dobrým efektem využít u osob se změněnou schopností pohybu, která vyžaduje adaptaci na nově vzniklou situaci, např. u osob s trvalými následky úrazů (Pavlíková, 2007).

V případě, že se pohybová aktivita vykonává pravidelně, může dojít k přenesení určitého řádu do života. To pak lidem pomáhá při jakýkoliv běžných činnostech a v pracovním životě. I přesto, že většina populace zná pozitiva, která pohybová aktivita přináší, nevěnuje se jí v takové míře, v jaké by měla. Mnoho zaměstnání lidé vykonávají vsedě či v jiné nevýhodné poloze, a proto je důležité si na pohyb udělat čas ve svém volnu. V roce 2008 provedla L. Fialová výzkum na třech českých univerzitách a zjistila, že doporučenou týdenní dávku alespoň tři až čtyř hodin pohybové aktivity nedosahovala téměř čtvrtina studentů a studentek. Činky jako jednu z nejčastějších pomůcek ke cvičení nedrželo nikdy v ruce více než 45 % dotázaných. Z celkového průzkumu také vyplynulo, že se tělesnému cvičení více věnují ženy než muži (Paulík, 2017).

1.4.7 Rizikové faktory zdraví a prevence

Díky vědeckému poznání již víme, že řada onemocnění je způsobena a ovlivněna rizikovými faktory, jež mají různá dělení a v různé míře zdraví i jeho vnímání jedincem i společností ovlivňují. Druhy rizikových faktorů se příliš nemění, ale s rozvojem vědecko-technického poznání se mění naše znalosti spojené s mechanismem jejich působení. Rizikové faktory působí na zdraví společně. Většinou se dělí na takové, které člověk může ovlivnit, a na ty, na něž nemá vliv. Vhodnými pozitivními faktory lze zabránit více než polovině předčasných úmrtí. Z tohoto důvodu je důležitá prevence a popřípadě změna chování jedince (Čevela a Čeledová, 2009)

Kouření je v dnešní době velmi častý zlovyk, který je zodpovědný za 80–90 % všech úmrtí na rakovinu plic (Klementa et al., 1981). Nejrizikovější období pro počínající závislost je mezi 11. a 15. rokem života. Pro zdraví je velmi škodlivé též pasivní kouření, jemuž jsou vystavovány i děti předškolního věku. V České republice je vystaveno pasivnímu kouření 66 % dětí, jelikož se nachází v rodinách, kde jsou rodiče aktivními kuřáky (Machová et al., 2009). Z důvodu dopadu kouření na zdraví dětí je nutné je již od dětství seznamovat s riziky kouření formou protikuřáckých programů (Křivohlavý, 2003). Dle výzkumu O. Slavíkové (2012) je pasivní kouření mezi lidmi diskutovaným tématem. Většina informantek odpověděla, že vlivem vdechování cigaretového kouře sama kouření propadla. Většina kuřáček přiznala, že se snaží brát ohledy na nekuřáky a sdílí s nimi stejný názor ohledně nevhodnosti pasivního kouření. Naopak muži měli opačný názor a nepřejí si být omezováni nekuřáky. Nevěří ani

studiím, které dokazují, že pasivní kouření opravdu zhoršuje zdraví nekuřáka. Zároveň ale většina dotazovaných odpověděla, že pokud budou mít dítě, rádi by s kouřením přestali, nebo ho alespoň omezili. V práci také Slavíková poukazuje, že kouření je často vnímáno jako společenský rituál, kdy kuřáci pod vlivem přátel kouří více než obvykle. Na otázku, z jakého důvodu to je, už odpovědět nedokázali. Nekuřáci se většinou snaží motivovat své okolí k nekouření pomocí diskuze. Argumenty nekuřáků pro ukončení kouření jsou převážně – nepříjemný pocit vedle kuřáka, zápach, štiplavý kouř a negativní vliv kouření na zdraví pasivních kuřáků (Slavíková, 2012).

Další velmi nebezpečnou závislostí je **závislost na alkoholu**. Nejčastěji jsou alkoholem postižena játra, ledviny, rozvine se diabetes mellitus a zhorší se zrak (Klementa et al., 1981). V České republice připadá na jednoho obyvatele spotřeba asi 10 litrů čistého alkoholu na rok, což je oproti jiným zemím velmi vysoká spotřeba. Děti se s alkoholem setkávají poprvé většinou doma, při oslavách apod. Z tohoto důvodu jim nepřipadá konzumace alkoholu výjimečná (Machová, 2005). Těthalová (2017) ve svém článku v Informatoriu prozradila, že většina předškolních dětí již alkohol ochutnala, ale je si vědoma, že ho pít nesmí, i když neví, z jakého je to důvodu. Závislost na alkoholu má mnoho příčin, např. nezaměstnanost, předčasný odchod do důchodu, dopravní nehody a v neposlední řadě stále se zvyšující rozvodovost. Dle WHO zemře ročně 2,5 milionu lidí z důvodu jejich závislosti na alkoholu (Těthalová, 2017). Je také důležité si uvědomit vliv alkoholu na rodinné vztahy. Lidé závislí na alkoholu zanedbávají sebe, svoji rodinu i partnerské vztahy (Špatenková, 2004). Není výjimečným stavem, že alkoholik se sníží i k fyzickému násilí na svém partnerovi a dětech (Skála a Blahoš, 1989). Zajímavý výzkum poskytla Kozlová (2013), která se věnovala tematice, jak dospělé děti hodnotí své rodiče alkoholiky. Z výzkumu vyplynulo, že většina z dětí musela předčasně dospět, aby byly schopny se o sebe postarat. V době svého dětství rodiče – alkoholika nesnášeli a většina z nich chtěla po druhém rodiči, aby od alkoholika odešel. Dnes na věc pohlíží jinak a jednotně se shodli, že svého rodiče alkoholika mají rádi, ale ne proto, že by pro ně něco udělal či se o ně postaral. Mají ho rádi jen z důvodu, že je to jejich rodič a očekává se to od nich (Kozlová, 2013). V dnešní době již nejsou výjimkou ženy závislé na alkoholu. Také už neplatí, že závislí jsou převážně sociálně slabší skupiny. Čím dál více narůstá počet bohatých podnikatelů závislých právě na alkoholu (Novák, 2006).

Drogové závislosti nemají v České republice dlouhou historii. Začaly se do republiky dostávat až po otevření hranic a demokratizaci života, tzn. po roce 1989. Z tohoto důvodu je počet registrovaných závislých v ČR nižší než v jiných zemích (Klement et al., 1989). Drogy jsou látky, které ovlivňují chemické procesy v mozku, a to jak emočně, psychicky, tak i somaticky. Machová (2005) zveřejnila, že nezákonného užívání drog v posledních letech stále přibývá. Toto platí i o 14 let později. Důležité jsou preventivní programy již na základních školách (Křivohlavý, 2003). Drogové závislosti deformují emoční prožívání jedince, zhoršují pozornost, paměť, dochází ke změně hierarchie hodnot a ve většině případů dochází ke vzniku trestných činností (Kalina, 2003).

Závislosti ovšem nemusejí být jen na alkoholu, kouření či drogách. Čím dál častěji se setkáváme s fenoménem **závislosti na internetu a sociálních sítích**. Tato závislost je velmi nepředvídatelná a jde zde v mnohém o náhody, jak píše ve své knize Spitzer (2014): „*někdy najdu, co hledám (Google, Yahoo), jindy ne, někdy seženu „terno“, jindy ne (eBay), někdy někoho potkám, či dokonce najdu virtuálního přítele, jindy ne (Facebook) atd.*“ (Spitzer, 2014, s. 243). Sociální sítě se pyšní silnou přitažlivostí zejména pro mladší lidi. Lidé se snaží být stále online ze strachu, že něco, nebo někoho zmeškají (Spitzer, 2014). Dnes je nebezpečí sociálních sítí, online seznamek apod. velmi vysoké, protože se kdokoliv může vydávat za kohokoliv. Lidé se reprezentují tak, jak chtějí, aby je viděli ostatní. Případy, kdy se pedofil vydává za dítě, aby zlákal jiné dítě na schůzku, nejsou ojedinělé (Giles, 2012). V dnešní době není zcela možné ubránit své dítě od vlivu médií a internetu. V případě zákazu internetu bude dítě pravděpodobně vyřazeno z kolektivu a může dokonce čelit šikaně (Černá, 2013). Nelze ale na internet a sociální sítě zanevřít úplně. Mnoho serverů se věnuje prospěšné činnosti, kdy například sdružuje osoby se stejnými nemocemi, postiženími či vadami a podává jim informace a dává oporu. Mnoho skupin je anonymních a mnoho lidí, například dívek s poruchami příjmu potravy se za své onemocnění stydí. Na internetu se může vydávat za kohokoliv a čerpat rady stejně jako ostatní (Giles, 2012).

Obezita neboli nadměrné množství tuku v těle vzhledem k ostatním tkáním organismu je považována za chronické onemocnění (Pařízková, 2007). V případě dlouhodobě pozitivní energetické bilance dochází k vzestupu tělesné hmotnosti (Lukáš et al., 2014). Obezita může být ovlivněna řadou změn, např. morfologických, metabolických, nutričních, hormonálních, psychologických apod. (Pařízková, 2007). Problémem dnešní

doby je stálý nárůst obézních lidí, čímž narůstají i další onemocnění. Někteří obézní lidé již svoji obezitu nevnímají ani jako nemoc, je to pro ně jakýsi nekomfort, ale nemocí ji už nenazývají. Dalším negativem, které skýtá dnešní doba, je obezita u dětí. Problematika se koncentruje převážně na rodinu jakožto primárního činitele ve vzniku nadváhy u dětí, protože jsou rodiče jediní, kdo má kontrolu nad stravou dětí, způsobem přípravy jídel a časy, kdy dítě jídlo dostává. Bohužel jsou ještě rodiče, kteří zastávají názor, že z nadváhy či obezity jejich dítě vyroste, nebo že je jejich celá rodina obézní a přitom zdravá, tudíž nevidí důvod, proč dítěti něco odpírat (Gillernová, 2011). Vignerová (2007) ve svém výzkumu zjistila, že větší procento dětí s nadměrnou hmotností je u rodičů s nižším vzděláním (15,5 %) než u rodičů s vyšším stupněm vzdělání (13,1 %). Stejnému tématu se věnovala také Fraňková s Pařízkovou (2000), jejichž výsledek byl obdobný. Dále je důležité sledovat stolování, jídelní zvyklosti a vztah k jídlu celé rodiny (Gillernová, 2011). Dle Čápa (1999) je důležité, aby si rodiče uvědomili, že jejich vztah k jídlu ovlivňuje vztah k jídlu jejich dítěte. Dále popsal, že emoční vztah k dítěti a způsob výchovného působení je důležitý pro boj s nadváhou dítěte a jeho vztah k jídlu (Čáp, 1999).

Informace o **sexualitě** se adolescenti dozvídají od přátel a z tiskovin, což rozhodně není dostačující. Nejvhodnějším zdrojem by měla být rodina a škola (Weiss et al., 2012). Za sexuálně rizikové chování lze považovat takové, kde jsou vykonávány sexuální aktivity rizikové ve zdravotní, sociální či další oblasti. V dnešní společnosti se s tímto chováním setkáváme relativně často. Nejčastěji jde o nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti. Bohužel se s tímto fenoménem setkáváme u adolescentů čím dál častěji (Nevoralová, 2011). Za další rizikové chování považujeme promiskuitní chování a rizikové sexuální praktiky. Všechny jmenované typy chování představují především zdravotní rizika. V sociální oblasti je třeba zmínit zveřejňování intimních fotografií na sociálních sítích (Mioviský, et al., 2015). V dnešní době internetu jsou možnosti zneužití a ublížení jiným osobám daleko větší (Černá, 2013).

Spánek je nutnou součástí života člověka. Měl by představovat klid, odpočinek a načerpání energie do dalšího dne (Borzová et al., 2009). Jeho význam je především v regeneraci mozkových buněk. Podporuje proces zapamatování, díky němu dochází k vylučování některých hormonů, které jsou ovlivněny střídáním dne a noci. Díky spánku se zvyšuje i obranyschopnost jedince (Veverková et al., 2019). Potřeba spánku

je velmi individuální. V mnoha zdrojích se uvádí, že je ideální čas kolem 8 hodin, ale záleží především na denní aktivitě, na věku a na fyziologickém stavu organismu (Šamánková et al., 2011). Nedostatek spánku může být způsoben řadou faktorů. Nejčastěji se rozlišují dle Mezinárodní klasifikace poruch spánku (International Classification of Sleep Disorders, ICSD). Dnešní doba digitálních médií okrádá spoustu lidí o spánek. Spitzer (2014) je názoru, že nedostatek spánku kvůli médiím znamená spáchání těžkého zločinu na vlastním těle. Domnívá se, že nedostatek spánku nezpůsobuje pouze krátkodobou únavu, ale také sníženou imunitu, tudíž zvýšený výskyt infekčních nemocí i rakovinotvorných onemocnění a v neposlední řadě i nadváhu a DM. Z výzkumu, který probíhal na jedenadvaceti zdravých lidech, vyplývá, že nedostatek spánku narušuje funkci slinivky břišní, jež by měla po přijetí potravy vylučovat inzulin. Bohužel se tak neděje a dochází ke zvýšení hladiny cukru v krvi. Jde také o snížení klidového energetického výdeje, čímž roste tělesná hmotnost přibližně o pět kilogramů ročně (Spitzer, 2014).

Hlavním cílem **prevence** je předcházet a zabraňovat nemocem. Prevence může být zaměřena buď na celou společnost, nebo na jedince. Nejčastější dělení prevence je dle času na primární, sekundární a terciární (Jelínková, 2014). Dále je možné prevenci dělit na zdravotnickou, společenskou či osobní dle toho, kdo ji poskytuje (Machová a Kubátová, 2015). Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, má každý klient nárok na péči preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, rehabilitační, ošetrovatelskou i paliativní (Jelínková, 2014). Preventivní prohlídky provádí registrující praktický lékař. Prohlídka se provádí 1× za 2 roky z důvodu včasného zjištění ohrožení zdraví (Bártlová et al., 2018). Obsahem preventivních prohlídek je sběr dat nutných k posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce. Stejně tak důležité je klinické vyšetření prováděné lékařem a neméně důležité je též laboratorní vyšetření (Čevela, 2009). Dle výzkumu Bártlové et al. (2018) vyplynulo, že na preventivní prohlídku dospělého pravidelně dochází pouze 56 % laické veřejnosti. Toto zjištění též koresponduje s výzkumem Krále et al. (2015), který uvádí, že 61,4 % dotázaných se v předešlých dvou letech zúčastnilo preventivní prohlídky. Dispenzarizace u specialistů je na tom o poznání lépe než prohlídky u praktických lékařů. Laici dodržují prohlídky u specialistů na více než 65 %. Hlavním úkolem zdravotníků je motivovat své pacienty, aby se zajímali o své zdraví a pečovali o ně (in Bártlová et al., 2018). V prevenci je důležité též zmínit očkování, díky kterému výrazně

poklesl počet případů onemocnění, proti nimž se začalo očkovat. Díky očkování dokonce došlo k vymýcení některých onemocnění (Gregora, 2005).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tato kapitola popisuje zvolené cíle a výzkumné otázky, které jsme si v naší diplomové práci určili. Na základě tří hlavních cílů práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké pojetí zdraví má laická veřejnost v kraji Vysočina.
2. Zmapovat, jak vnímá veřejnost v kraji Vysočina nemoc.
3. Zjistit, jak lidé pečují o své zdraví.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli jsme si zvolili následující výzkumné otázky.

1. Jak vnímá laická veřejnost své zdraví?
2. Co veřejnost považuje za nemoc?
3. Co laická veřejnost dělá pro udržení svého zdraví?
4. Co veřejnost považuje za rizikové faktory ohrožující její zdraví?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Laická (neodborná) veřejnost, v tomto případě popisujeme osoby, které nemají úzký vztah ke zdravotnictví. Nejedná se o osoby pracující ve zdravotnictví ani o osoby, které mají vzdělání ve zdravotnictví.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala **zdraví** roku 1948 jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Dále dodává, že se tedy nejedná jen o nepřítomnost nemoci či slabosti (Callahan, 1973). Zároveň by ale péče o zdraví neměla být záležitostí pouze zdravotníků. Nejvíce se na svém vlastním zdraví podepisuje každý sám, proto je důležité o něj dbát. Je důležité, jak lidé vnímají své zdraví a co vše jsou ochotni pro něj udělat (Čeledová a Holčík, 2018).

Nejnámější definice **nemoci** je od Světové zdravotnické organizace – nemoc je považována za stav, ve kterém je funkce jednoho či více orgánů změněna, nebo porušena (Callahan, 1973). S touto definicí se ztotožňuje i Velemínský (2012). Každá nemoc je jen odpovědí organismu a může mít mnoho příčin. Jakmile dojde k narušení stability organismu, tělo se brání různými mechanismy (Velemínský et al., 2012).

Determinanty zdraví jsou faktory, které mají velmi silný vliv a působí na zdraví lidí ve smyslu pozitivním i negativním. Může se jednat o faktory vnější a vnitřní. Vnitřními se myslí zejména genetické a mezi zevní řadíme životní prostředí, sociální prostředí a zdravotní péči (Čeledová a Čevela, 2010). Determinanty zdraví mají na zdraví každého jedince jiný vliv (Komárek a Provazník, et al., 2011).

4 METODIKA

4.1 Použité metody

Pro naši diplomovou práci bylo využito kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Všichni účastníci rozhovorů byli předem seznámeni s tématem a cíli diplomové práce. Každý z informantů výzkumu podepsal informovaný souhlas (viz Příloha 1) před zahájením rozhovoru.

Sběr dat probíhal od října 2019 do února 2020. Rozhovor byl se souhlasem informantů nahráván a posléze doslovně přepsán. Všichni informanti byli z řad laické veřejnosti žijící v kraji Vysočina. V pilotním výzkumu, který byl proveden na třech informantech, došlo k upravení a přidání několika otázek do rozhovoru. Jelikož jsme se během rozhovoru na otázky zeptali, byly i tyto rozhovory zařazeny do výzkumu. V prvotním kvalitativním šetření jsme měli stanovených 62 otevřených otázek, které jsme posléze ještě rozšířili o dalších osm (viz Příloha 2). Konečná podoba rozhovoru byla rozčleněna do čtyř okruhů. V prvním z nich jsme shromažďovali obecné informace o účastnících výzkumu. Tato část čítala celkem 19 otázek, které byly zaměřeny na věk, vzdělání, rodinný stav, bydlení či zaměstnání. Druhý okruh se zaměřoval na vnímání zdraví lidí a základem bylo 31 otevřených otázek, které se věnovaly jak subjektivnímu vnímání zdraví, tak samotnému jeho definování. Dále jsme zjišťovali, jaká opatření informanti dělají pro udržení či navrácení svého zdraví, jak moc si svého zdraví váží a jestli vnímají nějaké nebezpečí, které může jejich zdraví ohrozit, a zda dle jejich názoru mohou mít média vliv na vnímání zdraví. V třetí oblasti jsme se zabývali termínem nemoc. V této části jsme využili celkem 10 otázek, které jsme dále rozebírali. Zajímalo nás, jaké pocity v lidech slovo nemoc vyvolává, jak by podle nich zněla definice nemoci a zda vidí nějaké generační změny ve výskytu nemocí. V poslední části rozhovoru jsme rozebrali, jak sociální opora souvisí se zdravím a zda může mít nějaké přínosy. Zde jsme využili 10 otevřených otázek. Časová náročnost jednoho rozhovoru činila průměrně 40 minut. Většina rozhovorů se odehrávala v ordinaci praktického lékaře.

Rozhovoru se zúčastnilo 20 informantů různých věkových skupin a pohlaví. Bylo osloveno celkem 22 lidí a všichni s rozhovorem i nahráváním souhlasili. Bohužel 2 rozhovory musely být vyřazeny, jelikož tázaní nebyli schopni odpovídat na otázky.

Tito informanti nedokázali vyjádřit vlastní názor. Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Prvním kritériem bylo bydliště. Všichni informanti žili v kraji Vysočina. Druhým kritériem byl věk nad 18 let a posledním ochota zúčastnit se rozhovoru. Všichni informanti byli informováni o povaze výzkumu a vyslovili souhlas s pořízením nahrávky.

Analýza dat proběhla formou zakotvené teorie. V jejím rámci bylo přistoupeno k otevřenému kódování (viz Příloha 3). Pro označování částí textu bylo využito metody „tužka a papír“ (viz Příloha 4). Z otevřeného kódování jsme dle zavedeného systému pokračovali ke kódování axiálnímu (viz Příloha 5). Na závěr jsme využili kódování selektivní, díky němuž bylo možné stanovit finální kategorie. Celkem bylo identifikováno 8 kategorií a 12 podkategorií. Jako centrální byla identifikována kategorie zdraví.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představovalo 20 informantů, kteří nemají vzdělání ve zdravotnictví a ani v něm nepracují. Prvním výběrovým kritériem bylo bydliště v kraji Vysočina. Předem bylo stanoveno pět skupin osob dle jejich věku a pohlaví. První kategorií byli lidé ve věku 18–29 let, ve druhé 30–39 let, ve třetí kategorii 40–49 let, ve čtvrté 50–59 let a v poslední kategorii byli informanti ve věku od 60 let výše. V každé skupině se nacházeli dva muži a dvě ženy (viz Tabulka 1). Snažili jsme se o rozmanitost povolání, typu bydlení, víry a různého zdravotního stavu dotazovaných osob, aby výzkum byl co nejpřínosnější. Proto se mezi informanty objevují studenti, lidé pracující manuálně, v administrativě, ale i důchodci.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru

	pohlaví	věk	vzdělání	rodinný stav	děti (počet)	bydliště	zaměstnání
I1	žena	24	VOŠ	svobodná	ne	vesnice	studentka
I2	žena	26	SOU	rozvedená	ano (2)	město	operátorka
I3	muž	25	SŠ	svobodný	ne	město	projektant
I4	muž	29	SŠ	zasnoubený	ne	vesnice	dělník
I5	žena	36	SŠ	vdaná	ano (1)	město	účetní
I6	žena	39	SŠ	vdaná	ne	město	asistentka
I7	muž	30	SŠ	ženatý	ano (1)	vesnice	provozní obsluha
I8	muž	33	SŠ	ženatý	ano (2)	město	obsluha CNC strojů
I9	žena	44	SŠ	vdaná	ano (2)	město	operátorka v dopravě
I10	žena	49	SŠ	vdaná	ano (3)	vesnice	kontrolorka
I11	muž	43	SŠ	ženatý	ano (2)	předměstí	hasič
I12	muž	46	SŠ	svobodný	ano (2)	vesnice	pokryvač
I13	žena	54	SOU	vdaná	ano (2)	město	kontrolorka kabelů
I14	žena	57	SOU	vdaná	ano (1)	město	dělnice
I15	muž	53	SŠ	ženatý	ano (3)	vesnice	vedoucí operátor
I16	muž	56	SOU	ženatý	ano (1)	vesnice	zámečnick
I17	žena	64	SOU	vdaná	ano (2)	město	důchodce
I18	žena	70	SŠ	vdaná	ano (2)	město	důchodce
I19	muž	67	SŠ	ženatý	ano (2)	město	důchodce
I20	muž	67	SOU	ženatý	ano (2)	město	důchodce

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Z důvodu lepší přehlednosti přikládáme Tabulku 2 znázorňující konečné kategorie a subkategorie, které jsou výsledkem selektivního kódování. Jako centrální byla identifikována kategorie zdraví.

Tabulka 2 Přehled konečných kategorií a subkategorií

Kategorie	Podkategorie
Víra	
Změna	Pocity Vyrovnávání
Změna v pracovní sféře	
Občanská vybavenost	
Zdraví	Charakteristika zdraví Znaky zdraví Faktory zdraví Subjektivní vnímání zdraví Self-management Vývoj vnímání zdraví
Média	
Nemoc	Charakteristika nemoci Reakce na nemoc
Sociální opora	Znaky Žádost o pomoc

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

5.1 Kategorie – Víra

Tato kategorie nezahrnuje již žádné podkategorie. Sdružuje informace spojené s náboženstvím, popř. s upřesněním toho, v co informanti věří.

Většina informantů odpověděla, že jsou ateisté. „*Nejsem věřící*“ (I 2). „*Ne, nejsem věřící*“ (I 14). Ke katolictví se hlásili I 10 a I 12. „*Jsem katolička, ale nejsem ortodoxní katolička*“ (I 10). Křesťanství vyznávali I 11, I 17 a I 19. „*Jsem křesťan*“ (I 11). Muži I 15 a I 16 odpověděli, že jsou členy římsko-katolické církve. „*Vyznávám římsko-katolické náboženství*“ (I 15). Když jsme se ptali, zda je ještě něco jiného, v co věří, necelá polovina odpověděla, že nic takového není. Druhou nejčastější odpověď uvedli I 2, I 14 a I 15, kteří věří v osud. Informanti I 7 a I 10 dávají důvěru lidem. „*O takové*

otázce jsem nikdy nepřemýšlel. V duchovno nevěřím, věřím spíš v to, že jak se kdo chová, tak taky sklízí. Věřím v lidi“ (I 7). Participant I 9 řekl: „člověk, jak se chová, tak vlastně odráží to, jak se pak ty lidi chovají k němu“ (I 9). Stejný názor zastává také I 12. Informantka I 1 věří sama v sebe. Jinými názory přispěli I 4, I 5 a I 14. „Věřím, že je něco mezi nebem a zemí, protože se dějí nevysvětlitelné věci, ale že by to byl nějaký pán, který nás stvořil, tak to jako ne“ (I 4). „Věřím, že tam nahoře něco je, ale nemůžu úplně říct, co to je“ (I 13). „Věřím v to, že člověk si může hodně věci vsugerovat“ (I 5).

5.2 Kategorie – Změna

Kategorie změna zahrnuje dvě podkategorie. První z nich se věnuje pocitům člověka ve chvíli, když ho čeká změna, ale také tomu, zda má či nemá změny rád. V druhé podkategorii jsme se zaměřili na to, jak se lidé se změnami vyrovnávají.

Subkategorie – Pocity

Pocity, které v lidech změna vyvolává, jsou různé. „*Tak určitě zpočátku nějaké obavy, takový respekt z toho nového prostředí, nicméně časem se to všechno srovná. Já jsem nekonfliktní člověk, takže si vždycky nějak zvyknu“ (I 7). Nejčastější jednotnou odpovědí byla: „Nemám ráda změny. Mám ráda to, na co už jsem zvyklá“ (I 5). Každý si pod změnou představí něco jiného. Jsou lidé, kteří si vybaví nějakou negativní změnu, a jsou ti, kdo si naopak vybaví změnu k lepšímu. Od toho se i v některých případech odvíjely odpovědi. „Záleží na tom, jaká ta změna je, jestli je dobrá, nebo špatná. Jestli je dobrá, tak dobře, když je špatná, tak špatně“ (I 8). „Záleží na tom, jaké změny. Když je to kladná změna, tak z toho mám dobré pocity, ale když záporná, tak asi stejně jako všichni z toho radost nemám“ (I 19). „Tak, když očekávám změnu k lepšímu, tak se těším. A někdy, když jdu do neznáma, tak samozřejmě cítím obavy, jaké to bude“ (I 9). „Jak se to vezme, pozitivní změna ve mně vyvolává dobré pocity, ale abych je vyhledával, tak to taky ne. Když je něco, co je zavedený a funguje to, tak nemám důvod to měnit. Ale když to nefunguje, tak se hledají způsoby i za cenu nějaké větší změny tak, aby to bylo lepší“ (I 11). Našli se informanti, kteří změnu nemají rádi, ale když je potřeba, jsou ochotni ji udělat. „Já jsem spíš taková, jak se lidově říká konzerva. Změny moc nemusím, ale než abych byla v nějakém stresovém prostředí, v kterým nejsem ráda,*

tak tu změnu raději udělám“ (I 10). „Změny moc nevyhledávám, nepotřebuji je, ale když jsou potřeba, tak je udělám a poperu se s nimi“ (I 18). Participanti I 2, I 3, I 20 uvedli, že mají změny rádi. „Pozitivní pocity ve mně změna vyvolává. Mám rád změny“ (I 3). Zbývá představit poslední a myslím si, že velice zajímavý názor, který zní: „Nový znamená vždycky naději“ (I 12).

Subkategorie – Reakce na změnu

Ze získaných odpovědí vyplývá, že reakce na změnu mohou být značně rozdílné. Necelá polovina informantů odpověděla, že se se změnami vyrovnává poměrně lehce. *„Já myslím, že dobře, že to zatím zvládám“ (I 4). „Není to pro mě nijak těžké, vždy se snažím přizpůsobit“ (I 8). „Dobře, já si zvykám docela rychle“ (I 16). „Musím se s ní prostě vyrovnat. Ale ono to jde dobře, já jsem optimista“ (I 19). „Dobře, mně se změny líbí“ (I 20). Jiný názor projevíli participanti I 1, I 10, I 13, I 14, I 17. „Je to pro mě těžký, ale vždycky se s tím poperu“ (I 14). „Je to pro mě hodně stresující. I když má být ta změna k lepšímu, tak já se bojím a nejradši bych ji nedělala“ (I 1). Důležité je také rozlišit, o jakou změnu se jedná a kdo je jejím iniciátorem, jak popisuje informant I 7: *„Pokud je to změna, kterou jsem chopem ovlivnit, že jako já jsem iniciátorem tý změny, tak úplně bez problému. Pokud je to změna, která není řízena mnou, tak ty obavy jsou větší, ale pořád jsou to jen obavy, ne žádný strach nebo něco, co bych nezvládnul.“* *„Pokud očekávám změnu k lepšímu, tak se těším. Někdy, když jdu do neznáma, tak samozřejmě cítím obavy, jaké to bude“ (I 9). Další z názorů jsme zaznamenali u účastníka výzkumu I 12: *„Čím dál hůř. Ale hlavně mi vadí, že se mění věci, který jsou zavedený a fungují dobře. Když se změní něco, co nefunguje a ta změna bude opravdu k lepšímu, tak s ní nemám problém a podřídím se jí“ (I 12).***

5.3 Kategorie – Změna v pracovní sféře

Tato kategorie sdružuje informace spojené s tím, jak často informanti svoji práci měnili, jak pracovní změny zvládali a kdo byl jejich iniciátorem. Dále zahrnuje informace spojené se spokojeností v současném zaměstnání.

Dotázaná I 2 byla ze svého zaměstnání vyhozena. „Byla jsem ve zkušební době a měla nemocné děti, takže mě vyhodili. Ale jsem za to ráda, teď jsem spokojenější.“ Participant I 3 svého zaměstnavatele sice měnil, ale stále zůstal u stejného oboru. „Ano, měnil jsem práci asi 3×, ale měnil jsem jen zaměstnavatele, práci dělám pořád stejnou. Změny byly z personálních důvodů. Někdy to bylo moje rozhodnutí a někdy ne.“ I 4 vyměnil práci celkem pětkrát a všechny změny byly z jeho vlastního rozhodnutí. Hlavním důvodem změn byly finance. V nynějším zaměstnání je 7 let a je tam spokojený. Někteří účastníci výzkumu uvedli, že své zaměstnání měnili z důvodu rušení pracovní pozice. „Ano měnila, protože se jednou rušilo pracovní místo a podruhé jsem byla nespokojená s pracovní náplní“ (I 9). „Měnila jsem práci 4×, důvodem bylo v jednom případě ukončení společnosti, v jednom stěhování do Prahy, kam jsem jít nechtěla. A jednou to bylo na základě vlastního rozhodnutí. Nyní jsem spokojená“ (I 10). „Tohle je moje čtvrtá práce. V té první práci to bylo tak, že to místo zrušili, teda přestěhovali jinam. V té druhý vlastně taky. Pak v té minulý jsem byla deset let a taky ji zrušili, tak doufám, že už v této zůstanu do důchodu“ (I 13). „Měnila jsem zaměstnání, a to tehdy, kdy to zaniklo. Musela jsem si najít jinou práci a tu jsem našla, a jelikož to po 20 letech znova skončilo, tak jsem musela jít hledat další zaměstnání a našla jsem ho“ (I 14). Informant I 8 odpověděl stručně. Svoje zaměstnání měnil několikrát z důvodu hledání lepší pozice. Účastníci výzkumu I 5, I 7 a I 11 měnili své zaměstnání pouze jednou, a to z různých důvodů. Nyní jsou na své pracovní pozici spokojeni. „Měnila, vlastně jenom rok od 18 do 19 jsem pracovala v Praze a pak jsem od té doby na jednom místě a jsem spokojená“ (I 5). „Zaměstnání v tom smyslu, že mě živí, mám druhé. Bylo to moje rozhodnutí. Právě proto, že jsme čekali rodinu, potřeboval jsem, abych se mohl věnovat dodělání baráku, kde bydlíme. S tím, že finančně jsem si možná trochu pohoršil, ale i za tu cenu jsem do toho šel a teď jsem za to rád“ (I 7). „Dělal jsem relativně dlouho v autoservisní oblasti, ta dlouhá doba je 15 let a zhruba po 6–7 letech jsem prostě cítil, že co jsem té firmě mohl dát, tak jsem jí dal, a vlastně to platilo i naopak. Co mi ta firma mohla dát, tak mi dala. Už bylo prostě vyčerpáno“ (I 11). Dotázaného I 16 jeho práce baví, ale chce být zaměstnancem, nikoli OSVČ. „Tohle, čím jsem vyučený, dělám celý život. Akorát těch 9 let jsem dělal jinde. Já jsem dělal soukromě, ale to se mi nelíbilo v tomhle státě dělat soukromě, tak jsem se nechal zaměstnat právě v té jiné firmě. Pak jsem sehnal místo zámečníka jako zaměstnanec. Na sebe už bych dělat nešel“ (I 16). Naopak I 12 vyměnil celkem dvě práce, než začal pracovat jako OSVČ, a nyní se cítí být spokojený. Našli se i tací, kteří celý život

pracovali na jednom místě. „*Celý život jsem pracovala u jednoho podniku. Práce mě bavila, i když potom, co podnik převzali Němci, to bylo docela náročné. Ale byla jsem spokojená, 43 roků jsem tam byla*“ (I 18). „*Dělal jsem provozního technika 43 let*“ (I 19). „*43 let jsem dělal údržbáře a řidiče a všechno, co bylo potřeba. Sice jsem v jednu chvíli, když jsem měl malý děti, myslel, že uteču, byl tam malý plat. Ale pak mi trochu přidali, tak jsem to nějak vydržel a už jsem to tam vydržel až do důchodu*“ (I 20).

5.4 Kategorie – Občanská vybavenost

Kategorie občanská vybavenost v sobě zahrnuje informace o tom, kde informanti bydlí, jak je pro ně dostupná zdravotní péče, obchody apod. Dále z rozhovorů vyplynulo, zda vidí do budoucna nějakou komplikaci v tom, jak daleko je od města s veškerou infrastrukturou.

Více než polovina informantů odpověděla, že bydlí ve městě a díky tomu mají vše potřebné blízko. Někteří participanti nad 50 let uvedli, že v tom vidí velikou výhodu i do budoucna. „*Vše mám v dochozí vzdálenosti*“ (I 3). „*Já to mám všechno při ruce, mám to blízko do centra*“ (I 6). „*No, to je jediná výhoda města, že mám všechno u sebe. Jinak bych mohl klidně být pořád na chalupě. Ale až budeme starší, tak budeme potřebovat být ve městě*“ (I 16). „*Jo, všechno je v pořádku, nemůžeme si stěžovat, vše je blízko*“ (I 18). Vzdálenost 5 km k obchodům, zdravotní péči apod. označili 4 dotázaní. „*Na vesnici pro mě není dostupné vůbec nic. Ale to nevidím jako problém. Jelikož žijeme ve 21. století a já mám řidičák, tak si myslím, že to vůbec není problém. Pro všechno si dojedeme*“ (I 1). „*Tak k lékařům a do obchodů to máme asi 5 km, takže dostupnost si myslím, že je vcelku dobrá. Máme tady vlakový spoje, nádraží a samozřejmě máme i auto*“ (I 4). Jsou tu také informanti, kteří musí ujet delší vzdálenost, aby si mohli obstarat vše potřebné. I 7 v tom vidí do budoucna určitou nevýhodu. „*Musím kvůli tomu dojíždět, ale jelikož vlastním osobní auto a manželka taky, tak nemáme problém. Co se týče dítěte, tak v tom do budoucna vidím problém. Kdyby se stala nějaká urgentní situace, tak je to prostě dál.*“ Naopak přestože I 12 bydlí podobně daleko od centra služeb jako I 7, nevidí ve vzdálenosti žádný problém. „*Jsem plně mobilní, a i tak řeším všechno mimo svou vesnici. U doktora jsem byl od dětství jednou, do nedávna jsem měl kartu od doktora doma, protože jsem k němu vůbec*

nepotřeboval chodit.“ Většina účastníků výzkumu je s polohou svého bydliště spokojena. „Je to krásné, mírumilovné místo, jsem naprosto spokojená“ (I 1). „Popsala bych to jako vesnice ve městě. Bydlím v rodinném domku a vlastně sousedi mají slepice, takže si připadám jako na vesnici. Je tu klid, ale zároveň jsem téměř v centru města, takže prostě ideál“ (I 5). „Bydlím na vesnici. Prostředí je přátelské, je to tam takové odlehlé, takže klidné. Naprostá spokojenost“ (I 7). „Popsala bych ji asi takto – malá pohodová vesnice na okraji města a mám ji velice ráda“ (I 10). Mezi všemi participanty se našli tři, kteří nejsou se svým bydlením úplně spokojeni. „Je to maloměsto, což jsem rád, protože bych nechtěl bydlet ve velkém městě. Ale jelikož bydlíme v bytě, tak je všude špína a chaos ve veřejných prostorách. Já bych radši na vesnici a do baráčku“ (I 8). „Bydlím ve městě, ale na vesnici mám chalupu a tam se mi líbí daleko víc“ (I 16). „Bydlíme na konci města, uprostřed čtvrti, ale je to přímo u hlavní silnice, takže žádné soukromí a hrozný hluk. Jako nikdy bych se nechtěla odstěhovat z města, ale spíš, kdyby to bylo na jiném místě, a ne přímo pod hlavní silnicí“ (I 17).

5.5 Kategorie – Zdraví

Kategorie zdraví zahrnuje několik podkategorií. Pro lepší orientaci jsme si podkategorie rozdělili do jednotlivých bloků.

Subkategorie – Charakteristika zdraví

Tato subkategorie zahrnuje informace o tom, co je podle informantů zdraví, jaká je jeho definice, co vše si pod pojmem zdraví informanti představují, co považují za zdravý životní styl apod.

Co se týče definice zdraví, tak více než polovina dotázaných se shodla, že zdraví ovlivňuje jak fyzická, tak i psychická pohoda. „Zdraví je podle mě nějaký funkční systém. Systém, který na základě nějaké péče a ošetřování musí fungovat. Je to kombinace psychické i fyzické stránky, abych byla prostě v pohodě“ (I 1). „Zdraví si myslím, že je jak fyzické zdraví, tak i psychické zdraví a aby byl člověk zdravý, tak to musí být vyvážené, musí to být všechno v harmonii“ (I 4). „Harmonický stav těla i duše“ (I 10). „Správné fungování organismu, správné fungování těla, mysli a ducha“

(I 11). „Nemít obtíže, nemít bolesti a nemít žádné psychické problémy, dobře spát, dobře usínat a dobře se probouzet“ (I 12). Někteří se věnovali spíše psychickému zdraví a zastávali názor, že psychiku ovlivňuje právě fyzické zdraví. „Definice je být spokojený, cítit se spokojený. Od toho se to odvíjí. Když je člověk nešťastný, tak má plno problémů a starostí a je pak nemocný. Myslím, že se to všechno odvíjí od té psychiky“ (I 2). „Definice zdraví je hlavně psychická pohoda a ta fyzická si myslím, že přijde s tím. Hlavně aby byl člověk prostě spokojený sám se sebou a jak se cítí“ (I 3). Více než čtvrtina participantů označila definici zdraví jako dobré fyzické zdraví. „Stav těla, které nemá žádné problémy“ (I 9). „Nic mě nebolí, ráno vstanu a jsem čilá“ (I 13). Našel se také člověk, který zdraví chápe jako sebezpečí. „Zdraví chápu tak, že se člověk o sebe nějakým způsobem stará, je v dobré kondici, když to řeknu lidově, nepřepřehrává se, hýbe se, vyhledává nějakou tu aktivitu“ (I 7). Velmi zajímavá byla odpověď informanta I 13. „Zdraví se podle mě nedá úplně definovat, každý to má jinak. Ale podle mě nějaká ta spokojenost, vitalita.“

Dotázaný I 5 si pod pojmem zdraví představuje převážně život bez nemoci a bolesti. „Pod pojmem zdraví si představím, že mi nic nechybí, že všechno funguje tak, jak má. Zdraví určuje hlavně to, že mě nic nebolí.“ Někteří informanti k tomu již přidávají psychickou stránku zdraví. „Rozhodně žádná nemoc, dobrá fyzická kondice, dobrá psychická kondice. Vlastně jako štěstí a spokojenost“ (I 12). „To, že mě nebude nic bolet, budu dobře vidět, dobře slyšet, mít skvělou chuť, čich, prostě ty základní věci. A co se týká ještě zdraví, tak být psychicky v pořádku a užívat si života“ (I 8). „Když je člověk zdravý a bez nějaké nemoci. Hlavně aby byl šťastný, to je to nejdůležitější“ (I 2). „Že všechno funguje po té zdravotní stránce, že člověka nic netrápí, nic ho nebolí, prostě taková pohoda po psychický i po fyzický stránce“ (I 11). Pod pojmem zdraví si participant I 3 představuje: „pohyb, sport, zdravá výživa. Rozhodně ne kouření, alkohol a hodně tučného jídla,“ Stejný názor má i účastník výzkumu I 6, který odpověděl, že si představuje: „zdravého, vitálního člověka, sportovce.“ Někteřím lidem stačilo k odpovědi pouze pár slov. „Spokojenost, pohoda, radost, prostě pozitiva“ (I 10). „Zdravá životospráva, žádné nemoci“ (I 9). „Svěžest“ (I 15). Necelá čtvrtina informantů si pod pojmem zdraví vybavila sebezpečí a zdůraznila její důležitost. „Když se řekne zdraví, tak si představím, jak lidé pečují o sebe, celkově o své zdraví, aby bylo těm lidem co nejlépe“ (I 1). „Zdraví je velice důležitá věc a člověk by o něj měl pečovat. Zdraví je prostě jen jedno, člověk by si ho měl vážit“ (I 18). „Zdraví je nutné udržovat,

abych se cítil dobře, aby mě nic nebolelo, abych byl spokojený a hlavně, jak se to snažím dělat já - veselá mysl, půl zdraví“ (I 20). Odlišný pohled na zdraví měl participant I 16, kterému se při slově zdraví vybaví: „Člověk, který nemusí stále lítat po doktorech.“ Zde je třeba upozornit, že právě tento informant nyní trpí akutním onemocněním, kvůli kterému je nucen navštěvovat lékaře vícekrát do měsíce.

Do charakteristiky jsme také zahrnuli hodnotový žebříček. Informantů jsme se ptali, na kolikáté místo by v žebříčku hodnot zdraví zařadili a z jakého důvodu. Ohledně umístění v žebříčku se kromě tří participantů všichni shodli, že zdraví by mělo být na prvním místě a oni sami to tak mají. „Určitě na první“ (I 2). „Na první místo. Já si myslím, že zdraví je to nejdůležitější, aby byl člověk prostě zdravý. Nemusí mít peníze, ale hlavně to zdraví“ (I 18). „Určitě na první, protože když nejsme zdraví, tak nemůžeme vlastně vůbec nic“ (I 1). „Já si myslím, že je zásadní. Je to moje nejčastější přání všem. Je to to nejdůležitější, bez něj už to ostatní je zbytečné“ (I 12). Jak už jsem zmínila, výjimku tvořili tři informanti. Dva z nich se shodli, že zdraví je v jejich žebříčku na druhém místě, hned za rodinou. „Zdraví je základ, takže na druhé místo. První je rodina“ (I 8). „Na druhé, první je rodina“ (I 3). Jedinou zcela odlišnou odpověď uvedl dotázaný I 7. „No, jelikož jsem nad tím takhle nikdy nepřemýšlel, ale svoje vlastní zdraví, tak na číslo šest. Ono je to takové diskutabilní. Tak na prvním místě mám určitě rodinu, takže je potřebuji zajistit, potřebuji, aby byli zdraví. Potom se teda hodně věnuji fotbalu, takže fotbal je pro mě hodně vysoko. Jsou tam věci, že i na úkor svého zdravotního stavu, že i když mi není úplně po těle, tak jdu pomoci svým rodičům, případně tchánovi a tchýni. Takže teď je moje tělo nastavený takhle. Ale jelikož já ty zdravotní problémy nemám, tak to můžu mít postavený takhle. Samozřejmě kdyby nějaké zdravotní komplikace přišly, tak se ten žebříček může úplně změnit“ (I 7).

Dále jsme se jich zeptali, zda vnímali během let nějaké změny ve svém žebříčku hodnot a popř. co zmíněné změny ovlivnilo. Nejčastější odpovědi, na které se shodli I 1, I 3, I 5, I 14, I 15, I 16, zněla: „Nebylo u mě vždy na prvním místě. Dřív jsem to vůbec neřešila. Změnila to až ta moje nemoc“ (I 17). „Určitě se to měnilo, tak když je člověk mladý, tak vlastně nemá žádné problémy, tak to zdraví nijak neřeší. U mě se to změnilo, když přišel zdravotní problém“ (I 5). „Určitě, samozřejmě, že v mládí člověk považuje zdraví za samozřejmost, dokud nepozná osobně, anebo u svých blízkých tu jeho cenu. To znamená dostat se do situace, kdy někdo v jeho okolí, nebo člověk sám není zdravý a nemůžu mu pomoci. To je jedna z nejhorších situací, takže samozřejmě ano, vyvíjelo

se to“ (I 10). Informant I 1 popsal dokonce svoji osobní zkušenost, díky které zdraví posunul na první místo. „Podle mě si člověk začne uvědomovat, jak je zdraví důležité, až když má nějaký zdravotní problém. Sama jsem si to nikdy nepřipouštěla, až když jsem neměla žádný pohyb, tak jsem se jednoho dne probudila a nemohla jsem se zvednout z postele, protože mě hrozně bolely záda a píchalo mě v kyčli. Při svém studiu sedím stále v jedné poloze, která není úplně zdravá. A tak jsem se dostala do bodu, kdy jsem zjistila, že když nejsem zdravá, tak vlastně nemůžu nic dělat. Pak se zdraví stalo mojí prioritou“ (I 1). S jinými názory přišli I 2 a I 9, kteří nemají pocit, že by jejich žebříček hodnot byl někdy jiný. „Ne měnilo, pro mě bylo vždycky na prvním místě“ (I 2). „Neměnilo, já jsem byla vždycky taková uvědomělá“ (I 9). Podobně na tom byl i I 3 a I 12, kteří byli již v dětství nemocní a od té doby znali hodnotu zdraví. „Ano, samozřejmě, že měnilo. Pro mě bylo zdraví mnohem níž. Čím jsem byl mladší, tím níž bylo. Změny nastaly, protože jsem v dětství býval dost nemocný a zjistil jsem, že to zdraví opravdu potřebuji“ (I 3). „No, vzhledem k tomu, že jsem už v šesti letech ležel díky bronchitidě na posteli a veškerou energii jsem věnoval tomu, abych se mohl svobodně nadechnout, tak asi vlastně od útlého dětství si uvědomuju, jak je dobrý se svobodně nadechnout“ (I 12). I 6 přiznala, že v mladším věku měla jiné priority. „Asi jo, asi se to měnilo. Protože nejdřív myslíte na úplně jiné věci. Hlavně se dobře zabezpečit, bydlení apod. Ale teď už jsem to asi všechno odsunula a je pro mě zdraví nejdůležitější“ (I 6). Pro několik účastníků výzkumu se zdraví dostalo na první místo díky zkušenosti, kterou zažili v rodině. „Tak úplně v mládí jsem žádný zdraví určitě neřešila, ale potom po 30 už jo. Zdraví pak stoupalo, protože už jsem měla rodinu a potřebovala jsem pro ně být v pořádku. Stouplo to i tím, že jsem viděla, jak se mamka trápila, když umírala, takže určitě taky tou zkušeností“ (I 13). „Samozřejmě, že se to měnilo. Čím jsem starší, tím je pro mě rodina důležitější a zdraví s tím taky stouplo. Proč se to z měnilo? Tak za prvé, nechci se chvástat, ale asi moudrost. Člověk si uvědomuje, že něco prožil a že nemládne, že už i tělo bolí, protože čím je starší, tím hůř funguje. A pak když měla dcera zdravotní problémy, tak jsem pochopil, co máme, když jsou děti zdravé. Když koukám i na kamaráda, který má bohužel postižené dítě, které jenom kouká a jinak nemůže nic. To si to pak člověk teprve uvědomí hodnotu zdraví“ (I 8). Stejný názor i zkušenost s nemocí rodičů má I 18. Zajímavou odpověď, zda se mu změnil v průběhu let žebříček hodnot, podal I 11: „Asi jo, asi bych lhal, kdybych řekl, že ne. Ale na druhou stranu si myslím, že si člověk v těch patnácti toho moc neuvědomoval. I teď si myslím, že kluci v patnácti to tak nemají. Všude se říkala ta fráze zdraví, zdraví,

všude jsem to slyšel a samozřejmě si to uvědomoval, ale nedával jsem tomu takovou váhu, jakou dávám teď. Změnilo se to asi věkem, člověku začínají vylézat problémy, se kterými musí bojovat. Ale hlavně to bylo taky moje okolí, moje rodina. Když tam to zdraví není, tak je to průšvih.“ U participanta I 20 zlom nastal ve chvíli, kdy začal brát první prášky. Od té doby řadí zdraví na nejvyšší příčku žebříčku hodnot.

Dalším blokem informací, který jsme zařadili do této subkategorie, jsou údaje spojené se zdravým životním stylem. Tyto informace byly po dlouhých úvahách začleněny do této subkategorie právě z důvodu jejich přímého spojení se zdravím, neboť je vnímáme jako jednu ze základních charakteristik. Více než třetina zúčastněných se shodla, že zdravý životní styl znamená dodržovat zdravou stravu a věnovat se pohybu. Někteří k tomu ještě přidali, že by lidé neměli kouřit a pít alkohol. *„Jíst zeleninu, ovoce, dělat nějaký sport, nebo se nějak jinak hýbat. Rozhodně nejíst nezdravá jídla a nepravidelně“* (I 2). *„Vařit si zdravá jídla, nekouřit, alkohol pít jen příležitostně a málo, jíst zdravá jídla a cvičit“* (I 3). *„To je prostě správná životospráva. Jíst hodně zeleniny, ovoce a víc vlákniny. Určitě se nezatěžovat uzeninami, jíst spíš odlehčenější jídla“* (I 14). Informantka I 1 i přesto, že má ráda zdravou stravu, vegetariánství nepodporuje. Prosazuje vyváženost v jídle. *„Zdravý životní styl je žít tak trošku sportovně, hýbat se a jíst taky zdravou stravu. Jíst hodně zeleniny, ovoce, maso. Já moc neuznávám takový to, že třeba je někdo vegetarián, že chce být zdravý, tak vysadí maso atd. To si nemyslím, že je dobře. Mně se spíš líbí mít v tom jídelníčku všechno, a hlavně to mít vyvážený s tím pohybem a tak.“* Podobně na tom je I 4, který si myslí, že se jídelníček také nemusí držet striktně. *„Zdravý životní styl je podle mě aktivní životní styl. Co se týče sportu, aby člověk měl nějakou fyzickou zátěž. Aby si člověk šel občas zaběhat, aby měl čas si dojít do fitka a zacvičit si a pak když to tělo začne uvolňovat endorfiny, tak je člověk víc uvolněný, šťastný a víc v pohodě. Plus samozřejmě dodržovat nějaký jídelníček, nejíst jen tučná jídla, ale také zeleninu, ovoce, ale když se od všeho občas zobne trocha, tak je to asi v pohodě“* (I 4). Poměrně velké množství informantů nevnímá zdravý životní styl jen jako zdravou stravu a pohyb. Vidí v něm i psychiku, která by měla být v pořádku, spánek a odpočinek. *„Dodržovat nějaké zásady. Nekouřit, nepít, sportovat, pravidelně spát a dopřát si také nějaký odpočinek“* (I 9). *„V první řadě se pohybovat a jíst zdravě, to je základ. A být na tom psychicky dobře, což taky úplně pořád nejde“* (I 19). *„Tak hlavně by měl člověk dobře spát. Nějak se v tom jídle udržovat, jíst zeleninu a mít k tomu také pohyb“* (I 20). *„Jíst zeleninu, ovoce, sportovat,*

ale také se teple oblékat, a hlavně jsme na světě jen jednou, tak se tolik nestresovat“ (I 8). „Kvalitní strava, dostatek spánku, naučit se čelit stresům, nenechat se zasáhnout těmi běžnými činnostmi, a hlavně si je v hlavě nezveličovat. A dělat si dlouhé dovolené“ (I 12). I 6 a I 10 se domnívají, že zdravý životní styl je individuální. Podle nich ho každý vnímá jinak a znamená to pro něj něco jiného. „Za zdravý životní styl považuju psychickou a fyzickou pohodu. Ale podle mě je to hodně individuální. Někdo potřebuje být víc fyzicky aktivní, někdo zase potřebuje více medítovat, někdo si potřebuje více povídat“ (I 10). „To má každý nastavený jinak, to je těžké říct. Každý ať si to nastaví podle sebe. Hlavně musí dělat to, co ho baví, aby se cítil v pohodě. Někdo rád sportuje, někdo má rád sladké, někdo k tomu potřebuje třeba cigaretu. Hlavně být psychicky v pořádku“ (I 6). Odlišné, ale zajímavé pohledy nám nabídli I 11, I 15 a I 17. I 11 upozorňuje na vyváženost mezi prací a odpočinkem. Mohli bychom říct i mezi pracovním a rodinným životem, popř. mezi starostmi a radostmi. I 15 upozorňuje též na střídmost, ale ve stravě a pohybu. „Střídmost, sport, pohyb, aktivita. Střídmost myslím ve všem. Ať už se jedná o ten jídelníček nebo pohyb. Nic se nesmí přehánět, ale ani úplně zanedbávat“ (I 15). Posledním informantem, který má jiný názor, je I 17. „Klid, pohoda, pohyb. Aby se člověk nedíval na to, co bylo, ale koukal dopředu.“

S charakteristikou zdraví jistě souvisí i faktory, které jej mohou ovlivnit. Z analýzy odpovědí je patrné, že největší vliv na to, zda se informanti o své zdraví starají, má rodina a nejbližší okolí. Většina dotázaných vnímá nutnost péče o své zdraví zejména z toho důvodu, aby tu pro své blízké byli co nejdéle. Samotná péče o zdraví pak závisí především na nich samotných. „Tak já bych řekla, že je to moje rodina. Je to tak, že se o svoje zdraví starám, abych tady pro svoji rodinu byla co nejdéle“ (I 5). „Myslím, že jsem to asi já sám. Děláám to hlavně proto, abych mohl dál zajišťovat a starat se o rodinu“ (I 7). „Určitě já sama. Abych tady byla s rodinou co nejdéle. Je to z mé hlavy. A hlavně bych tady i tak chtěla být co nejdéle, protože jsem ráda na světě“ (I 13). „Tak hlavně pro svůj dobrý pocit a pro rodinu. Abych byla de facto nejvíc svěží, abych byla v pohodě, a hlavně pro ten svůj dobrý pocit“ (I 14). „Určitě ano, člověk je hodně ovlivňován svým okolím, rodinou a do jisté míry i kolektivem v práci. Ale myslím si, že hlavní podíl na tom, že jsem relativně spokojený, mám já sám“ (I 11). „Tak rodina samozřejmě. Moje vnoučata, manželka, děti, ti mě nejvíc ovlivňují“ (I 19). „To jsou určitě lidi okolo mě. Protože když mám lidi okolo sebe, který se o zdraví zajímají stejně jako já a se kterými to můžu sdílet, tak určitě. Ale tím hlavním iniciátorem jsem určitě

já. Lidi okolo mě inspirují. Můj bratr studuje zdravou výživu, tak je super, že vím, co je pro tělo dobrý, a co ne a pak mě inspiruje svým vařením“ (I 1). Že se o své zdraví starají sami, potvrdili i informanti I 2, I 6 a I 12, ale nejsou si vědomi, že by na to měl vliv i někdo jiný. „Není asi žádný jiný vliv, než že se o něj chci sama starat“ (I 6). „No tak vláčet se s nemocným tělem je náročné. Takže určitě já sám“ (I 12). Fakt, že má velký podíl na zdraví participanta manželka, popř. přítelkyně, označili celkem čtyři z nich. „Moje manželka, ta mě pořád nabádá, ať svoje zdraví řeším“ (I 8). „Tak já doufám, že dobrý vliv na moje zdraví má přítelkyně. A vím, jaké nemoci se objevovaly v rodině, a snažím se jim nějakým způsobem vyhnout. Táta je po třech infarktech, takže jsem nekuřák a snažím se žít vcelku zdravě“ (I 4). Jen jediný informant přiznal, že se o své zdraví moc nestará a rodina tuto funkci musí zastávat. „Bohužel se o své zdraví sám moc nestarám, ale určitě vliv na to, abych se alespoň trochu staral, má rodina, která mě k tomu tlačí a jsem jí za to vděčný“ (I 3).

Subkategorie – Znaky zdraví

Tato subkategorie obsahuje popis stoprocentně zdravého člověka tak, jak si jej informanti představují. Zmiňujeme zde také, zda někoho takového znají, případně jestli někdo takový dle jejich představ existuje.

Co se týče představ, tak se poměrně velká část dotázaných shodla na tom, jak by měl takový člověk vypadat. „Určitě se bude usmívat“ (I 2). „Aby vypadal fit, spokojeně, byl usměvavý a pozitivní. A myslím si to, protože to, že vypadá fit, pozitivně, usmívá se, tak se nepřetvařuje. Nemá důvod zakrývat něco, co ho trápí.“ (I 3). „Sportovec, usměvavý, plný energie, musí z něj hýřit. Aby z něj vyzařoval zdravý duch“ (I 6). „Představuji si ho s ideální postavou, výškou, váhou odpovídající výšce. A samozřejmě by z něj měla vyzařovat pohoda a spokojenost. Pro mě je to takový běžný pohodový člověk“ (I 10). „Vitální, svěží, cestuje, sportuje, nekouří, nepije“ (I 15). „Člověk, který nepije, nekouří, sportuje, je štíhlý a ne hazarduje se svým zdravím“ (I 18). „Tak nejspíš je to někdo mladý a samozřejmě i štíhlý, sportovec, vymakaný, má zdravou barvu atd.“ (I 20). I když se jedná o velmi podobné odpovědi, u každého z účastníků výzkumu se podařilo nalézt něco navíc, než měli ti ostatní. Našli se i informanti, kteří se svojí odpovědí vynikali o něco více. „Byl by to někdo, kdo by byl zavřený v nějaké místnosti, nebo v karanténě a nic nedělal a měl tam jenom samé příjemné věci, aby měl v pohodě

i psychiku a aby si nijak neublížil. Podle mě to nejde, aby byl člověk 100% zdravý, hlavně v dnešní uspěchané době“ (I 4). Na otázku, proč si myslí, že někdo takový nemůže být, odpověděl: „Jelikož už i já jsem pár úrazů měl, a i když se každý ten úraz zhojí, ale to tělo si to pamatuje. Stejně to funguje i na psychice“. Další výjimkou byl participant I 7, který si představí „novorozence, který zatím nemá žádné problémy, i když někdy je už i on může mít“. Podobné názory měli I 9 a I 16. „Nechodí kvůli ničemu k lékařům, nebo maximálně na preventivní prohlídky, je pozitivní, spokojený“ (I 9). „Měl by to být člověk, který v životě nemarodil a zvládne jakoukoliv fyzickou zátěž a nic mu to nedělá“ (I 16). Více na psychiku se zaměřili tito informanti: „Musí mít skvělé přátele a rodinu, o které se může opřít, to je to nejdůležitější. Měl by být finančně zaopatřen, aby ho nic nebolelo a aby měl spoustu koníčků, které by mohl s lidmi sdílet“ (I 8). „Představila bych si fakt dokonalého člověka, který nemá žádný zdravotní problém. Podle mě by byl psychicky vyrovnaný, bude pozitivní, a co se týče fyzického stavu, tak bude sportovně založený a bude zdravě jíst“ (I 1). A shodli se také dotázaní I 11 a I 14, kteří si myslí, že by 100% zdravého člověka nepoznali. „Vypadal by úplně normálně, třeba jako vy, nebo jako já“ (I 11). „Já na něm nepoznám, že je úplně zdravý. Ale byl by asi plný energie, vypadal by zdravě“ (I 14).

O tom, zda informanti znají někoho, kdo je absolutně zdravý, odpovídali, že neví nebo že nikoho takového neznají. „Tak to teda nevím, jestli někoho takového znám“ (I 1). „Tak takového člověka asi neznám“ (I 7). „Takového člověka neznám“ (I 4). Výjimkou byl I 8, který odpověděl: „Nikoho takového neznám, ale myslím si, že někdo takový existuje. Jsem optimista“. A dotázaná, která se zcela lišila od ostatních, byla I 2. Její odpověď zněla: „Jestli někoho takového znám? Tak já si tak připadám, připadám si 100% zdravá“. O existenci 100% zdravého člověka mnoho informantů přesvědčených nebylo. Tři čtvrtě dotázaných lidí odpovědělo, že si myslí, že nikdo takový neexistuje, „Já si myslím, že nikdo není 100% zdravý“ (I 3). „Nemyslím si, že někdo takový existuje“ (I 5). I 15, I 19: „Neexistuje, každý má občas nějaké trable“ (I 11). „Já si myslím, že v dnešní době nikdo takový není“ (I 16). „Myslím si, že nikdo takový není, každý má občas nějaké to trápení“ (I 11). Informanti I 10 a I 13 se shodli, že je možné, že někdo takový existuje. „Nevím, jestli takový člověk existuje“ (I 10). „Já jsem snad úplně zdravého člověka ještě neviděla. Ale třeba existuje“ (I 13). A pouze dva participanty věří, že někdo takový opravdu existuje. „Myslím si, že takoví lidé existují“ (I 12).

Subkategorie – Faktory zdraví

Tato subkategorie obsahuje činnosti, které informanti dělají pro udržení, popř. navrácení svého zdraví. Pracujeme v ní také s uvědoměním si toho, zda se informanti svému zdraví věnují na maximum, a pokud ne, tak co by mohli a chtěli vylepšit. S tím přímo souvisí i uvědomění si rizik, která mohou jejich zdraví ohrozit, a vnímání tíže těchto faktorů.

Pro udržení svého zdraví se participant I 1 zaměřuje především na stravu a pohyb. *„Snažím se jíst zdravě, vyváženě a tak. A když mám čas, tak chodím hodně pěšky, jezdím na kole, chodím plavat, protahuji se každý den. Snažím se prostě trávit hodně času venku. „Pohyb a pobyt na čerstvém vzduchu se snaží dodržovat i další zúčastnění. „Snažím se chodit na procházky. Pro mě je hodně důležité chodit ven, protože mám psychicky náročnější práci, takže u mě je úžasný ventil chodit ven do přírody“ (I 10). „Chodíme na procházky, sprchuji se vlažnou vodou, jezdíme na kole, pracujeme na zahrádce, hrozně ráda čtu a luštím křížovky“ (I 18). „Sportuji, to je pro mě na prvním místě. A také rád dělám na chalupě na zahrádce“ (I 19). Informant I 20 ještě dodal, že se přes léto věnuje plavání, které mu po zdravotní stránce velmi pomáhá. Účastníci výzkumu I 8 a I 16 se shodli, že pro jejich zdraví je prospěšné navštěvovat lékaře. „Chodím k paní doktorce, která mi pomáhá. Pak taky se poslední dva roky zaměřuji na to, abych se nerozčiloval. Radši si sednu a přemýšlím, jak to vyřešit. Snažím se být víc v klidu“ (I 8). Dotázaný I 16 ještě navíc zdůraznil důležitost pohybu. Na důležitost udržování psychické pohody a dopřání si odpočinku poukázali informanti I 13 a I 14. „Jím zdravě, snažím se mít pohyb a snažím se neřešit hlouposti, abych byla vyrovnaná a nepřemýšlela nad nimi“ (I 13). „Tak hlavně odpočívám, abych nabrala síl. Chodím na procházky a snažím se trochu víc zaměřit na jídelniček“ (I 14). Necelá čtvrtina informantů se přiznala, že toho pro udržení svého zdraví moc nedělají. „Bohužel v tomhle směru toho moc nedělám. Zatím zdravý jsem, tak to vůbec neřeším. Jsem v tomhle hodně nezodpovědný“ (I 3). „Moc toho nedělám, zatím to přichází samo. Dřív jsem pravidelně cvičila, ale to už teď nedělám, nemám čas a mám už jiné priority“ (I 9). „Málo toho dělám. Člověk se snaží mít zdravý styl, životosprávu, pohyb a fyzickou zdatnost. Ale rád bych i nějakou psychickou odolnost, ale ta se bohužel nedá vytrénovat jako třeba kliky. U psychiky je to běh na dlouhou trať“ (I 11). S jejich názory se ztotožnil také I 5. Zajímavý názor nám ukázal I 7, jehož odpověď zněla: *„Snažím se vyhýbat nemocným lidem, pokud to jde. Dodržuji hygienu, častěji si myji ruce, protože**

jak se říká, být čistý znamená půl zdraví.“ A dotázaný I 12 popsal několik činností, které mu pomáhají si své zdraví udržet. „Přestal jsem kouřit, stříděně popíjím alkohol a snažím se po 18. hodině nejíst. Pravidelně snídám, na což ráno potřebuji alespoň hodinu, abych se opravdu v klidu najedl. Snažím se jíst hodně zeleniny. A abych nezapomněl, tak se otužuju a každé ráno se protahuju“ (I 12). I 5 a I 6 v době rozhovoru byli nemocní, proto jsme otázku přeformulovali a ptali se, co dělají pro navrácení svého zdraví. „Jím zdravě a zjišťuji si informace o mé nemoci“ (I 5). „Já jsem teď po operaci, takže jsem v rekonvalescenci, ale už jsem si třeba naordinovala každý den nějakou aktivní činnost, protože jsem zjistila, že mi to hodně pomáhá“ (I 6).

Na otázku, zda účastníci výzkumu dělají pro udržení/navrácení svého zdraví maximum, většina odpověděla, že nedělá. „Rozhodně ne, vím to, ale bohužel. Dokud jsem zdravý, tak se asi nedonutím“ (I 4). „Ne, to určitě nedělám. Zlepšit bych mohla jídelníček a cvičení“ (I 14). „Nedělám, mohla bych ještě trochu přidat fyzické aktivity“ (I 6). Informant I 9 si myslí, že by měl přidat fyzickou aktivitu. I 15 zmiňuje svoji závislost na kouření a uvědomuje si, že mu hodně ubližuje. „Měl bych zlepšit pohyb, jídelníček, hlavně přestat s kouřením, ono by toho bylo hodně, co bych měl změnit“ (I 15). Souhrnně by se dalo říct, že většina zúčastněných by chtěla zlepšit své stravovací návyky a pohyb. Stejného názoru je i I 5, který se ale nesnaží v péči o zdraví dosáhnout maxima. „Maximum určitě nedělám, mohla bych dělat víc. Ale zase si říkám, že člověk žije jenom jednou a nežije jen kvůli tomu, aby tady byl co nejdéle a žil jen na zelenině a ovoci“ (I 5). Účastníci výzkumu I 10 a I 11 se domnívají, že by bylo zapotřebí si nastolit pravidelný režim. „To samozřejmě nedělám. Měla bych si nastavit nějaký pravidelný režim, možná chodit do bazénu, plavat atd.“ (I 10). Pozitivnější odpověď přinesla I 1: „No teď asi úplně ne. Ale když mám čas, třeba přes léto, tak si myslím, že dělám maximum“ (I 1). Informantka I 18 na otázku, zda si myslí, že dělá pro své zdraví maximum, odpověděla: „Nevím, jestli maximum, ale snažím se o to.“ Poté následovala otázka, co si myslí, že by mohla ještě zlepšit. „No, nic mě teď nenapadá, protože se s mužem opravdu snažíme, ale určitě by se ještě něco našlo. Vždycky se něco najde“ (I 18). A maximum pro své zdraví si myslí, že dělá I 6, I 13 a I 19. „Já myslím, že ano, dělám“ (I 13). „Já si myslím, že teď opravdu jo. Pravidelně cvičím, jak mi řekli, snažím se stále hýbat. Bojím se, že jak bych lehnul, tak už se nezvednu“ (I 16). „Stoprocentně“ (I 19).

S uvedeným jistě souvisí i to, co účastníkům výzkumu brání ve starání se o své zdraví naplno. Kromě jediného informanta odpověděli všichni lenost. „Lenost, jednoznačně“ (I 15). „Jsem líný“ (I 20). Někteří ovšem dodali něco navíc. „Jsem v tomhle taková neschopná, prostě líná. U mě jsou na prvním místě děti a na mě už nezbyvá ani čas, ani peníze“ (I 2). „No, tak asi trochu lenost. Člověk už má zajetý svůj stereotyp a z toho se mu nechce vystupovat. A taky časová vyčerpání. Také si myslím, že je to o té rodině. Někde se vaří klasický vesnický jídla a většinou se nechce jen jednomu člověku vařit si zvlášť apod.“ (I 4). „Lenost. Ale zase si nemyslím, že bych nějak škodila svému zdraví. Co se mi přičítá, je, když někdo bere prášky na tlak, cholesterol a spoustu dalších a zapíjí to pivem a dá si k tomu hezký buček, protože má léky na cholesterol, tak vlastně může a ono mu to neublíží“ (I 5). „Pohodlnost, lenost a do jisté míry to asi souvisí i s věkem, nějaká ta počáteční únava“ (I 11). „Co se týče sportu, tak mi v tom brání čtyři operace kolene, a co se týká toho jídla, tak je to spíš o lenosti připravovat si ta zdravá jídla“ (I 3). Jediná zúčastněná I 14 se vymykala svou odpovědí. „Pokud chodím do práce, tak jsem časově omezena víc sportovat. A i přestože se snažím dodržovat jídelníček, tak mi to ne vždy vyjde, bohužel nemám vůli.“

Pro ucelení informací spojených s rizikovými faktory ohrožujícími zdraví uvádíme i odpovědi související s tím, co by dle názoru informantů mohlo jejich zdraví ohrozit. Výpovědi byly rozmanité. Nejčastěji se objevovalo slovo stres. „Stres. Bylo období, kdy jsem měnil práci a dcera byla nemocná a já byl úplně vyřízený. A také se nedá ovlivnit to, co je dědičné“ (I 8). „Já si myslím, že nejhorší je stres, negace. Podle mě ta psychika pak ovlivňuje to fyzický zdraví. Myslím si, že i v dnešní době hodně ubližuje ta závislost na počítačích a mobilech. Díky tomu už děti ani nechodí ven, nestýkají se s lidmi a nemají žádnou imunitu“ (I 3). „Myslím si, že stres, hlavně v dnešní době, ta doba je hrozně uspěchaná. Všechno je velmi rychlé, jde to dopředu a ten nátlak na tu psychiku lidí je takový, že to pak začne někdo nezvládat, nedokáže to hodit za hlavu, nedokáže distancovat se od těch věcí. Nemoci a úrazy můžou také pocházet z prvotní příčiny stresu, protože lidé jsou poté neopatrní, nedávají pozor a něco se jim stane. A u mě třeba i práce, jelikož tam dýchám mnoho prachu“ (I 4). Další poměrně častou odpovědí byl úraz vlastní, nebo v rodině a špatná životospráva. Většina participantů s touto odpovědí vysvětlila, že úraz, ačkoliv je to fyzický problém, velmi úzce souvisí s psychikou. „Úraz, nemoc, když má někdo onemocnění v rodině, tak se to na člověku podepíše, na jeho psychice a ta jde ruku v ruce s fyzickým zdravím“ (I 11). „Asi úraz.

Ale třeba to také může být špatný životní styl, ovzduší, prostředí“ (I 6). „Určitě psychika, nebo nějaký úraz, když například někdo musí dlouho ležet po nějakém úrazu“ (I 2). Několik informantů označilo tragédii v rodině jako jeden z faktorů ohrožujících zdraví. „Určitě chod rodiny. Když je někdo nemocný, tak to ovlivní celou rodinu. Může z toho vzniknout i další nemoc. Ovlivní to psychický stav ostatních“ (I 9). „Tragédie v rodině a také nějaké jiné problémy, tak to zdravé určitě ohrozí. A pak mě napadá ještě stáří, věk, protože čím je člověk starší, tím těch nemocí je víc“ (I 14). „Příhoda v rodině, to může člověka srazit na kolena. Nebo úraz, cokoliiv ohledně toho fyzického zdraví. A taky třeba velké finanční problémy, když se to stane někomu z rodiny, tak je z toho problém a člověk se tím nervuje“ (I 20). Dotázaná I 1 vyjmenovává mnoho hrozeb pro zdraví a nezapomíná ani na faktory, které nejde zcela ovlivnit. „Zdraví může ohrozit špatný životní styl, kouření, nadměrné požívání alkoholu a kávy, potom si myslím, že také nedostatek sportu. Může to být i nějaká rodinná situace, která člověka ovlivní psychicky. Nebo když se stane přírodní katastrofa, kterou člověk nemůže ovlivnit, ale jeho zdraví to ohrožuje“ (I 1). S I 1 se v odpovědi ztotožňuje I 18, který navíc zmiňuje důležitost preventivních prohlídek. „Přejídání, když se nebude chodit pravidelně k lékaři na prohlídky, pak se něco zanedbá a může být zle. Nebo také na silnici nějaká nehoda, nebo i přírodní katastrofa, třeba povětrnostní podmínky“ (I 18). S lékaři také v určité míře souvisí odpověď I 5. „Přemíra jídla, nedostatek pohybu, přemíra prášků a potravinových doplňků, je toho opravdu hodně. A taky celkově ta dnešní doba, ten stres.“ Názor I 10 zní: „Prostředí, ve kterém člověk je a kde chce být. Já jsem šťastná na vesnici a nechtěla bych být ve městě a někdo to má naopak. Pak také určitě to nejbližší okolí každého člověka. Když ho bude obklopotovat negativní prostředí, tak nemůže být pozitivně naladěný. Proto já se obklopuji svou rodinou, kde se snažím udržovat harmonii a moc mi to pomáhá. A v neposlední řadě určitě strava, ale ta není v České republice úplně ideální. Nakupují se zde levné potraviny nízké kvality a tím pádem to má dopad na to zdraví jedince. No a taky samozřejmě stres“ (I 10). S hodnocením potravin a jejich účinku na zdraví se zabýval také I 12.

Subkategorie – Subjektivní vnímání zdraví

Jak již název skupiny napovídá, v této části jsme se snažili zachytit, jak lidé své zdraví vnímají, zda se cítí zdraví, či nikoliv, a z jakého důvodu.

Na otázku, zda se cítí být zdraví, cca polovina informantů odpověděla, že ano. „*Ted' momentálně ano*“ (I 7). „*Ano, cítím*“ (I 6). Participant I 10 a I 19 odpověděli, že se cítí zdraví, i přestože mají zdravotní problém. „*Cítím se zdravý, ale nejsem. Nějaké nemoci sice mám, ale cítím se skvěle*“ (I 19). „*No, jsem v pohodě, ale vím, že zdravotní problémy mám. Je to jednak vzhledem k věku, vzhledem ke genetice a vím, že bych na svém zdraví mohla více pracovat*“ (I 10). I 1 vysvětlil, kdy se cítí zdravý. „*Já se cítím být zdravá, když na sebe mám více času, svého osobního volna. To se pak sama sobě věnuji více a pak se cítím být zdráva. Když na sebe ten čas nemám, tak nemůžu říct, že bych se cítila zdravá*“ (I 1). Několik informantů se srovnává s ostatními lidmi své věkové kategorie. „*No, necítím se být až tak úplně zdravá, protože mám problémy, ale ve srovnání s ostatními se vlastně cítím být zdravá*“ (I 5). „*No, tak každou chvíli mě bolí za krkem, nebo záda, jak jsem vysoká, ale jinak si myslím, že v rámci možnosti to furt jde*“ (I 18). „*Jak kdy. Po ránu se cítím na 100 a večer jsem jura. Ale tak je mi přes 60, občas něco zabolí, ale na svůj věk, když koukám na svoje vrstevníky, tak jsem na tom ještě dobře*“ (I 20). Informant I 11 odpověděl: „*Povrchně ano, ale samozřejmě jsem si vědom svých limitů, které s přibývajícím věkem bohužel vyvstávají*“ (I 11). Nyní se již dostáváme k odpovědím, které znamenají, že se dotázaní necítí zdravě. „*Úplně zdravě se ted' necítím. Myslím si, že by to mohlo být lepší*“ (I 3). „*Ted' momentálně zrovna ne*“ (I 8). „*Ted' momentálně se necítím úplně zdravě*“ (I 14).

Dále jsme se pokusili zjistit, z jakého důvodu se cítí, nebo necítí být zdraví. Odpovědi se v tomto případě velmi lišily. Nejčastěji vyřčená odpověď upozorňovala na zdravotní problém a přítomnost nemoci. „*Tak mám určitý zdravotní problém*“ (I 5). „*Protože jsem nemocný a mám velké bolesti páteře*“ (I 16). „*Protože jsem po operaci a do toho jsem ještě měla problémy se zuby*“ (I 14). „*Nohy mě bolí, ruce mě bolí, prostě mě bolí celý tělo a čím dál víc bohužel. Takže mi ted' moc neslouží to fyzické zdraví, ale psychické si myslím, že je zcela v pořádku*“ (I 8). „*Tak díky cukrovce a mám taky špatný játra a štítnou žlázu*“ (I 12). „*Asi na mě jde alergie nebo nějaká chřipka*“ (I 3). I 1 komentuje své studium, díky kterému se necítí být úplně zdravá. „*Protože se miň hýbu, pak mě bolí záda, za krkem. Při studování nemám čas dělat žádný sport nebo pohyb, a to si myslím, že není dobře*“ (I 1). Někteří participanté se cítí zdravě, což se prokázalo na jejich odpovědích: „*Protože jsem v pohodě. Ty aktivity, který provozuji, mi pomáhají v tom, abych se cítila v pohodě*“ (I 6). „*Díky pohybu si tělo řekne, co*

potřebuje, momentálně nepotřebuje nic extra. Hýbu se a jsem spokojený“ (I 7). Celou kapitolu bychom rády zakončily odpovědí informanta I 12: „Mám rád život, baví mě.“

Subkategorie – Self-management

Tato subkategorie je zaměřena na potřeby dotázaných. Zajímalo nás, co potřebují k tomu, aby se cítili zdraví, co právě v jejich případě zdraví určuje.

Necelá čtvrtina informantů označila pohyb jako jednu z nejdůležitějších složek, která určuje jejich zdraví. *„Abych se cítila zdravá, myslím si, že u mě v tom hraje velikou roli pohyb. Když se člověk hýbe, tak ho nic nebolí. Ale když poleví a jen se válí, tak ho začnou bolet záda a je celý rozlámaný“ (I 5). „Já potřebuji sport, potřebuji dělat něco, co mě baví, a cítit se v pohodě“ (I 6). „U mě zdraví hodně určuje pohyb. Jsem celý den v pohybu a jsem za to rád, nerad se válím na gauči. Musím pořád vyvíjet nějakou činnost, něco vyrábět. To je mi pak fajn, to mám rád“ (I 20). I 7 vysvětlil, že právě pohyb mu dopomáhá k psychické pohodě, která vede k tomu, že se cítí zdravý. „Potřebuji být v pohodě, nebýt ve stresu. Hodně mi v tom pomáhá sport“ (I 7). Většina dotázaných se odkázala na to, že se musí cítit v pohodě, být bez stresu a cítit se spokojeně. „Potřebuji mít dobrý pocit a hodně potřebuji psychickou pohodu“ (I 3). „Já určitě potřebuji pohodu. Se svou povahou vím, že musím mít klid, alespoň v rodině, když ne v práci. Zažila jsem období, kdy byl stres v rodině i stres v práci, a to je opravdu pro moje zdraví nedobré, to vím. Teď momentálně mám pohodu doma i v práci, takže to je ideální stav. A určitě by mi i pomohla strava, ale tam vím, že bohužel nejsem důsledná“ (I 10). „Potřebuji být spokojená sama se sebou“ (I 9). „Potřebuji být spokojený a mít spoustu štěstí. Musím se udržovat v psychické i fyzické kondici“ (I 12). „Já musím mít klid, pohodu a žádný stres. Měla jsem rakovinu, mám psychické problémy, takže je pro mě důležitá ta pohoda. Bojím se, že kdyby se něco stalo a já byla ve stresu, tak se mi ta rakovina vrátí a zase se mi rozjede ta psychika“ (I 17). Participant I 13 navíc zmiňuje potřebu energie a stav bez bolesti. „Nesmí mě nic bolet, musím být v pohodě a mít spoustu energie. V době, kdy je všechno tolik zrychlené a ve stresu se musím snažit udržet v klidu a pohodě“ (I 13). Několik účastníků výzkumu k pocitu plného zdraví potřebuje, aby ho nic neomezovalo. „Když mě nic neomezuje a můžu dělat to, co je potřeba a co bych dělal rád. Mám rád práci kolem domu, zájmové koníčky i mé zaměstnání. A k tomu všemu potřebuji být fit a v pohodě“ (I 11). „Určuje ho to, že mě*

nic neomezuje, nemám žádnou nemoc. Zdraví je pro mě to, že můžu vše vykonávat, nemám žádné omezení. Můžu dělat všechno, co mě baví“ (I 14). „Když mě nic neomezuje. I já potřebuji i zdravé jídlo. Nabíjí mě energií, a to já si užívám, mám z toho radost a radost je taky důležitá“ (I 16). Motivaci k tomu být zdravá získávají informanti nejvíce ve své rodině. „Potřebuji být v pohodě a mít zdravou rodinu. Já sám potřebuji pro ni být zdravý. A taky potřebuji mít dobrou práci, méně nervů a méně zátěže“ (I 8). „Abych tady byl co nejdéle, abych se dočkala vnoučat a byla tu pro ně. My se snažíme chodit hodně ven a jezdit na kole a to mi dodává sílu a energii“ (I 18). Komplexní odpověď uvedla také I 2. „Mít se dobře, být šťastná, mít zdravé děti, dobrou práci, dobře placenou, abych děti zvládla uživit. A taky bych k tomu měla dodržovat ten zdravý životní styl. Jíst dobrou stravu, ovoce, dělat nějaký sport atd.“ (I 2). I 4 zdůraznil odpočinek, který je pro něj velmi podstatný a dopomůže mu k psychické vyrovnanosti a ke zdraví. „Odpočinek, aby člověk mohl vykonávat to, co má. Tělo potřebuje po pracovní zátěži zregenerovat. Odpočinek má vliv i na psychickou pohodu“ (I 4). A poslední odlišný názor vyjádřil I 19. „Nesmím na sobě cítit, že je něco v nepořádku. Měl bych se cítit adekvátně ke svému věku. Prostě musí všechno klapat a mně být dobře“ (I 19).

Subkategorie – Vývoj vnímání zdraví

V této subkategorii jsme se zaměřili především na subjektivní vnímání zdraví. Zajímalo nás také porovnání zdraví napříč generacemi a neméně zajímavé bylo srovnání zdraví dnešních dětí s minulou, popř. předminulou generací.

Polovina informantů odpověděla, že dříve byli lidé zdravější než dnes. Všichni zúčastnění bez vyzvání rozvíjeli své odpovědi. Snažili se odůvodnit své rozhodnutí. „Dneska je nemocnost určitě vyšší. Je to špatnou životosprávou, špatným ovzduším, špatnou stravou a taky prací. Já třeba dělám na třísměnný provoz, a to je náročný. Práce v noci není rozhodně zdravá. Vše je teď větší zátěž a větší stres“ (I 14). „Přijde mi, že dřív byli lidi zdravější. Pracovali na poli a měli hodně pohybu. Podívejte se, dnes mají mladí od 25 let srdeční problémy. Dnes se lidi přejídají nezdravými věcmi – uzeninami a dalšími jedy. Děti nechodí ven, sedí doma u počítačů a jsou daleko choulostivější“ (I 17). „Určitě, starší lidi jsou stále zdraví, i dnes. Dnes podle mě do všech doktoři cpou prášky, a nejen doktoři, ale i média. My si taky hodně ničíme tu

přírodu sami a pak se divíme, jak je zničené ovzduší, které nám škodí. Taky určitě není dobrý, kolik se teď dá koupit nezdravého jídla, lidi to nutí k přejídání se“ (I 2). „Ve stravě jsou obrovské rozdíly. Dříve nebyly žádné fastfoody, člověk si doma vychoval zvíře a pak ho snědl. Pěstovali si doma zeleninu, ovoce, vše bylo přírodní, a ne stříkané tou chemií. Už jen díky tomu si myslím, že lidé byli dříve zdravější. Ale zase si myslím, že díky vakcínám zdraví pokročilo k lepšímu. Ale to je asi jediný klad dnešní doby, záporné rozhodně převládají“ (I 7). „Tak vidím to u svých rodičů a prarodičů. Oni snad nikdy nebyli nemocní. Ani chřipky nikdy pořádně neřešili, když jim něco bylo, tak si to řešili doma. Mají určitě pevnější zdraví než dnešní generace. Způsobené je to asi stresem, stravováním a celkově tím životním stylem“ (I 9). Někteří účastníci zdůrazňují psychickou pohodu minulé generace a psychický stres generace dnešní. „Určitě tam rozdíly jsou. Myslím si, že lidi byli dřív ve větší psychické pohodě. I když se víc fyzicky dřelo, protože nebyla žádná automatizace, tak díky tomu si myslím, že na lidi nebyl takový tlak na výsledky a na množství, nebylo to hnané do takových extrémů. Byli lidi víc v pohodě a nemuseli chodit do práce ve stresu jako teď. Spousta lidí si bere práci i domů a snaží se budovat kariéru. Dřív za komunismu se člověk nikam nedostal, dělal si jen na svém a lidi si nemuseli nic závidět, protože každý měl tak nějak podobně, až na výjimky. Celá společnost byla víc v klidu, to teď chybí. Jako klad dnes vidím zdravotní péči. To, co je dnes za možnosti, jaká různá vyšetření, s čím vším už se dá bojovat, to vidím jako velký klad. Jinak třeba co se týká té zeleniny, ovoce, masa, dřív to měli všichni doma a bylo to zdravé, z ochodů to zdravé není“ (I 4). „V každé generaci bylo něco aktuálního, co se léčilo. Rozdíly vidím akorát v mentalitě lidí. Dnes je všechno ve větším stresu, celý život je ve stresu, vše je rychlejší a to způsobuje hodně nemocí. Takže dřív možná byli zdravější“ (I 15). I 17 dodala, že také záleží na tom, jak si člověk zdraví váží. „Myslím si, že ta minulé generace byl na to zdraví pečlivější, než jsou mladí dnes. Možná je to i tím, že oni si toho zdraví tolik neváží. Třeba jsou nemocní, nachlazení a přecházejí to. Myslím si, že je to způsobené hlavně životním stylem, stresem, zaměstnáním. Každý má strach, aby ho nevyhodili z práce, to za nás nebylo“ (I 17). A odlišnou odpovědí překvapila I 6. „Mně přijde, že dřív byli lidé zdravější, protože my jsme prošli tou dobou Černobyli“ (I 6). Necelá čtvrtina zúčastněných neřekla přímo, která generace byla zdravější, ale uvedla klady i zápory obou dob. „Dřív nebyly moderní technologie, elektronika, a tak si myslím, že nám dnes hodně elektronické záření škodí. Myslím si, že dřív se byli schopni lidi dožívat vyššího věku, protože nebyl svět ještě tak znečištěný. Ale zase naopak, když člověk dostal nějakou nemoc, tak

lékařství nebylo na takové úrovni, aby se dal léčit. Obecně si ale myslím, že dříve byly podmínky pro život lepší než dnes, ale jestli jsou lidé zdravější, to nevím“ (I 1). „Dneska se víc všechno řeší. Je více druhů nemocí, nebo se alespoň řeší. Myslím si, že díky tomu jsme tak trošku změkli a citlivější. Dnes je výhodou, že se dá diagnóza určit s přehledem, to říkám samozřejmě s nadsázkou. Ale zase když jde skoro zdravý člověk do nemocnice, tak odchází s nějakou chorobou. Dělá se dnes tolik testů, že se vždycky něco najde. Takže si myslím, že výhoda je v tom, že když má někdo problém, tak se většinou objeví včas, a nevýhoda je, že se každý moc zkoumá“ (I 3). „To zdraví určitě není stejné. Dnes je mnoho nemocí, které se dříve léčit nedaly, a lidé na ně umírali. Ale teď jsou zase jiné nemoci, třeba rakoviny. I díky očkování ta úmrtnost není tak vysoká. Ale říct, kdo byl zdravější? To se nedá, to je podle mě člověk od člověka. Dřív byl omezený přísun potravin. Když si to tak vezmu, tak babička jedla jen brambory a vodu, eventuálně mléko. Vše bylo strašně prázdné, bez živin. Z tohoto důvodu si myslím, že měli nějaké nemoci, které už dnes nejsou“ (I 5). „Zdravověda šla určitě hodně dopředu. Tělesná stránka se dá krásně opravit, negativní dopad dnešní doby v tom, že hlava se opravit nedá. U starších lidí přibývají stařecké demence, Alzheimer a takové nemoci. Takže věk se prodlužuje, tělesná schránka se opravuje, ale to duševno se opravit ještě pořád neumí. Umí se upravit, ale ne opravit. V dnešní době trpí mladí lidé depresemi a v podstatě nezvládají psychickou zátěž. Dřív lidé míň přemýšleli nad všema věcmi, protože řešili existenční problémy. Museli zasadit brambory, museli si zatopit ve sklepě apod. Dneska si mladí lidi většinu problémů vyrábí sami. Takže problém dnešní doby vidím v tom, že je málo fyzické práce a moc té psychické zátěže. A samozřejmě je každý také ovlivněn rodinou, ve které vyrůstá. Pokud je rodina pracovitá, varí si zdravě a stará se o zdraví, pravděpodobně to předá i svému dítěti. A poslední, co bych ještě ráda zmínila je, že dnes lidi zapomínají na relax“ (I 10). Vyšší převahu kladů nad záporů dnešní doby detekoval I 8 a I 20. „Myslím si, že zdravotnictví postoupilo a lidi jsou zdravější, ale samozřejmě jen ti, co pro to také něco dělají. Jen těch dětí, kolik se už zachrání. Já třeba měl úraz oka, prosekl jsem si ho a dřív by mi nepomohli, dnes naštěstí ano. Taky si myslím, že dneska díky té uspěchané době je mnohem více psychických nemocí. Je mnohem větší nápor na lidi“ (I 8). „Dneska jsou na tom lidi lépe. Hlavně se o to víc zajímají než my a hodně se teď všude mluví o zdravém životním stylu. Mladí ho i dost dodržují“ (I 20).

Na tuto otázku nedokázali odpovědět jasně dva oslovení. Dle jejich názoru v tom hraje roli mnoho proměnných, a proto nemohou říct jasný výsledek. „*Statistiky délky života mluví jednoznačně pro naši generaci, ale jde o to, jestli to je tím, že jsme zdravější, nebo jestli to není spíš tou zdravotní péčí, která se neustále zlepšuje*“ (I 11). „*Je otázkou, co budeme považovat za nemoc. Dřív lidé měli třeba nemoci, jako jsou dnes, ale nemocemi to nenazývali. Většinou si se vším poradili doma. Dnes je úplně vše považováno za nemoc. Co je dneska oproti dřívějšímu jinak, je, že už skoro vůbec neumírají děti, udrží při životě skoro každého. A vlastně ani nebylo tolik nemocí, jako je dnes, protože většina nemocných lidí zemřela, ale dneska skoro všechny zachrání, není přirozená selekce, a to není dobře. Jinak u ovzduší si myslím, že je to podobné, protože dřív se zase topilo uhlím a dělaly jiné věci. Ale co je horší, tak si myslím, že strava, vše je postříkáno chemikáliemi. Proto si i myslím, že je tolik alergií*“ (I 12).

Tři účastníci výzkumu si nejsou vědomi, že by se zdraví lidí nějakým způsobem změnilo. „*Já si hlavně myslím, že se o tom tolik nemluvílo. Lidé byli také nemocní, ale nevědělo se o tom, neříkalo se to. Dnes každý, koho potkáte, tak řeší zdraví, jaké má nemoci atd. Nemyslím si, že se zdraví lidí mění, ale že je to tou dobou a tím stresem. Lidé se za něčím stále honí a úplně zbytečně. Potom mají oslabený organismus a chytí úplně vše*“ (I 13). „*Já si myslím, že je všechno stejné, jen lidi toho tolik nevěděli o tom, co jim je. Nebylo takových možností, nikdo nic vlastně nevěděl. Dřív se umíralo na skoro všechno, dneska zachrání skoro každého člověka, i když už je kolikrát odepsaný*“ (I 16). „*My, když jsme byli mladí, tak jsme si žádné nemoci nepřipouštěli. Ale dneska ty děti mají trošku rýmičku a hned jsou doma. Jinak bych řekl, že je to stejné*“ (I 19).

Dále jsme porovnávali zdraví dnešních dětí oproti zdraví dětí minulé a předminulé generace. Naprostá většina dotázaných je názoru, že zdraví dětí bylo kvalitnější dříve. Každý z informantů uvedl i důvod svého rozhodnutí. V několika případech se objevilo mimo jiné i to, že za nemocnost dnešních dětí mohou rodiče, které se snaží děti držet ve sterilním prostředí. Děti poté nemají vybudovanou imunitu. „*Když já jsem byla malá, tak jsme neměli tolik sladkého a myslím si, že to nebylo špatně. Myslím si, že kvůli tomu mají dnes děti zkažené zuby, zkažené žaludky. Také jsou dnes časté alergie třeba na lepek. Chřipek i alergie bylo daleko méně. Myslím si, že ty horší podmínky a zdravotní stav je dán ovzduším a životním stylem. Všude jsou továrny a spousty odpadů. A hlavně si myslím, že matky drží své děti v moc sterilním prostředí. My, když jsme byli malí, tak jsme byli furt venku a nic jsme neřešili. Když nám třeba jablko spadlo na zem, tak jsme*

ho ofoukli a snědli. Ale dneska maminky umývají děti antibakteriálními gely“ (I 5). „Myslím, že my jako děti jsme byli daleko zdravější. Je to podle mě tou stravou a také jsme měli normálně střídání ročního období a vyrůstali jsme s přírodou, se zvířaty, rostlinami. I díky tomu jsme neměli takové alergie, jako jsou dnes. Ony nemohou sníst ani jablko ze země a hned se opupínají. Problém je i to, že žádné jídlo v obchodech není z Čech. Je to dovážené, stříkané vším možným. No a taky teda to, že matky chrání svoje děti před vším. Pak se s bacily poprvé setkávají až ve školce a jsou pořád nemocné“ (I 6). „Přijde mi, že dnes jsou děti mnohem více nemocné. Teď je trend dávat na všechno antibiotika, to za nás ještě nebylo tolik, není to dobré na imunitu dětí. A maminky jsou moc ustarané a drží děti v bublině, aby se nesetkaly s bacily. Maminky by je měly nechat, aby si imunitu samy vytvořily“ (I 1). „Dnes jsou dle mého nemocnější. Jsou určitě choulostivější, maminky je drží v nějakém sterilním prostředí a oni jsou pak náchylné na všechno. A asi to je dáno i tím stravováním“ (I 9). „Děti jsou na tom dnes daleko hůř. Já to vidím na svých dětech nebo na vnoučatech, jsou věčně nemocné ze všeho. Myslím si, že je to jejich mámou. Ona s nimi nejde za celý den ven, ani na dvůr. A pak když jednou za čas vyrazí, tak jsou z toho nemocné“ (I 16). Důležitost očkování zmínil I 18. „Je důležité, aby se děti nechávaly očkovat. Nechápu ty matky, které své dítě neočkují. Myslím si, že dnes jsou děti mnohem nemocnější. Je to způsobené hlavně školkami. Rodiče své dítě pošlou do školky, i když kašle, má rýmu a bolí ho v krku. Nenechají ho doma, dokud nepadne. Toto u nás nebylo. Když jsme byli nemocní, jakože se to moc nestávalo, ale když, tak nás hlídala babička, abychom nenakazili ostatní. Ale dneska babičky hlídat nemohou, protože nejsou v důchodu, ale stále chodí do práce. A taky si myslím, že bude ještě daleko hůř, protože se sem zatáhnou kvůli migraci další onemocnění“ (I 18). Nezdravý životní styl a málo pohybu může způsobit také řadu nemocí. „My jsme byli daleko odolnější, protože jsme byli stále venku. Dneska jsou ty děti doma a taky jsou tedy jiný nemoci, než co si já jako dítě pamatuji“ (I 19).

Pouze dva informanti zastávají názor, že zdraví dnešních dětí je na tom lépe než bývalo. „Myslím si, že zdraví dětí je na tom teď daleko líp díky všemu vybavení, co všichni mají. Vše se řeší daleko dřív. Dřív si třeba nepamatuji, že by se chodilo nějak pravidelně na krev, když člověk neměl problém. Spíš je dnes problém s psychikou. Spousta lidí pije alkohol, nebo bere drogy, to jim hodně psychiku poškozuje“ (I 20). „Nedokážu toto posoudit. Jen vím, že se pro jejich zdraví dělá víc, než bylo třeba za

nás. Ve škole mají třeba na výběr z několika obědů. Ke všemu mají zeleninu a ovoce, to za nás určitě nebylo. Takže by zdravější být měly“ (I 11).

5.6 Kategorie – Nemoc

Kategorii nemoc jsme rozdělili na dvě subkategorie. První z nich se nazývá charakteristika nemoci a zaměřuje se na vnímání nemoci informanty, jak by nemoc definovali, jaké pocity v nich slovo nemoc vyvolává a jaká je jejich první představa při vyslovení slova nemoc. Druhou subkategorií je reakce na nemoc, kde popisujeme, jak se participanti, jejich blízcí a okolí nemocného vyrovnává s nemocí.

Subkategorie – Charakteristika nemoci

V této subkategorii se zaměřujeme především na to, co si lidé myslí, že je nemoc, popř. jak by ji popsali. Na otázku, co si představí pod pojmem nemoc, odpověděl téměř každý informant něco jiného. Výčet onemocnění nám nabídli dotázaní I 2, I 3 a I 12. *„Představím si člověka, který má horečky, rýmu, kašel. Pak taky mě napadne psychická nemoc, která může být mírná, ale také vážná. A jsou i vážnější onemocnění“ (I 2).* *„Myslím si, že nemoc je široký pojem a dá se zde bavit o spoustě věcech. Od chřipek, přes úrazy a třeba i ty psychické poruchy“ (I 3).* *„Podle toho jaká. Může mě bolet rameno, můžou mě bolet záda nebo můžu mít třeba migrénu“ (I 12).* Rozdělit je jiným způsobem se pokusil i I 16: *„Je jich hodně druhů a jsou buď lehké, nebo těžké“ (I 16).* Více obecné představy vyslovil informant I 8: *„Něco, co by nemělo být a je. Když tělo funguje správně, cítím se skvěle a najednou se děje něco jinak, tak to je nemoc“ (I 8).* Se zajímavou definicí přišla I 1: *„Představím si takového malého broučka, který se mi nastěhoval do těla a škodí mi“ (I 1).* Shoda nastala u I 9 a I 19: *„Něco je s organismem špatně“ (I 9).* *„Napadne mě, že je nějaká potíž v tom organismu“ (I 19).* I 14 vnímá nemoc jako něco, co ho omezuje v mnoha směrech: *„Vybaví se mi, že to pro mě určitě nevěstí nic dobrého. Je to omezení ve všem, nechození do práce, bolesti, omezení v rodině“ (I 14).* Jednodušší definici poskytli tito zúčastnění: *„Nemoc je, když člověku není dobře“ (I 5).* *„Něco, co člověka skolí a on lehne a nemůže vstát“ (I 6).* *„Něco, co mě trápí“ (I 11).* *„Když člověk není v pohodě, něco ho trápí“ (I 15).* O strašákově se zmínil I 13: *„Představuji si ji jako nějakého strašáka, nějakého moribunduse“ (I 13).*

S touto odpovědí se ztotožnil i I 10, který odpověď ještě doplnil o nesoběstačnost: „*Strašák, bolest, neštěstí, samá negativa. Když je člověk závislý na péči ostatních*“ (I 10). Informant I 18 vnímá nemoc jako bolest. Participant I 13 a I 17 mají z nemoci velký respekt, popsali svoji představu: „*Nemoc znamená, že už je to vážné*“ (I 13). „*Že umřu*“ (I 17). Jediný, kdo má v představě o pojmu nemoc na paměti léčbu, je I 20: „*Vše, co se musí léčit*“ (I 20). Velmi trefnou definici uvedl I 4: „*Nemoc je důsledek nesouladu psychiky a fyzická osoby*“ (I 4).

Dále nás zajímalo, jakou nemoc si lidé jako první vybaví, když se slovo nemoc řekne. U více než poloviny informantů se jednalo o stručnou odpověď, kterou bylo: „*Chřipka*“ (I 3). „*Chřipka, nachlazení*“ (I 7). „*Asi chřipka. Něco, co člověk vyléčí za 3–4 dny, ne nic vážnějšího*“ (I 1). „*Kašel, rýma*“ (I 2). Pro čtvrtinu zúčastněných představuje nemoc velmi vážné onemocnění, jakým je „*rakovina*“ (I 5). „*Rakovina, to je můj strašák*“ (I 13). „*Já mám nemoc spojenou s něčím, co se nedá vyléčit, takže asi rakovina. Chřipka pro mě není nemoc, ta většinou odezní*“ (I 12). „*Onkologická onemocnění*“ (I 19). Nevšední odpověď uvedl participant I 10: „*Amputace končetiny, slepota*“ (I 10). A ještě stojí za zmínku odpověď I 4: „*Strašák, kterého nikdo nechce. Je to něco, co člověka ubíjí a vysiluje*“ (I 4).

Zajímalo nás také, jaké pocity v lidech slovo nemoc vyvolává. Našlo se opět několik zajímavých odpovědí. Nejvíce informantů označilo pocity za nepříjemné, negativní, špatné a často se vyskytovalo slovo strach. „*Nepříjemné*“ (I 6). „*Strach o sebe, o svoji rodinu a moje blízké*“ (I 13). „*Že je to špatný, stres, strach*“ (I 15). „*Chmurný, smutný*“ (I 18). „*Rozhodně špatné. Hned si vybavím nemocnici a mám strach*“ (I 8). K negativním pocitům, které tu již zazněly I 5 ještě přidal bezmoc. Smířený pohled na nemoc má informant I 1. „*Nehezké. Ne moc pozitivní, ale i takové, že s tím stejně nic nenadělám*“ (I 1). I 2 uvedla, že si představí pouze bolest. I 7 pociťuje „*obavy, a kdyby se to týkalo užšího kruhu rodiny, tak i strach*“ (I 7). I 14 upozorňuje na psychický dopad nemoci. „*Není to dobré, protože se člověk stále zamýšlí nad tím, co mu je, nebo co by mu mohlo být*“ (I 14). Celou kapitolu svým názorem završí I 12. „*Vidím před očima doktora, injekční stříkačku a cítím, že bych chtěl utéct, schovat se, panikařím. Je to něco velmi nepříjemného*“ (I 12).

Účastníky výzkumu jsme též požádali, zda by nám mohli shrnout, co je nemoc do jedné až dvou vět. Snažili jsme se od nich získat informaci, jak by mohla znít definice

nemoci. Necelá čtvrtina informantů se shodla, že nemoc je něco, co člověka omezuje. „Nemoc je věc, která nás v určitých směrech omezuje“ (I 1). „Nemoc je stav člověka, kdy není schopen 100% vykonávat to, co běžně vykonává“ (I 7). „Něco, co člověka omezuje ve všem – v zaměstnání i doma v rodině. Člověk se musí cítit i psychicky dobře“ (I 14). Další definice se týkala především fyzického zdraví. „Únava, bolest kloubů, svalů. Prostě peklo a strašná únava“ (I 2). Na psychiku poukazuje taktéž několik účastníků výzkumu. „Prostě když jsem v pohodě, bez stresu, nemusím na žádnou operaci a ani nemám chřipku“ (I 6). „Úzkost, strach, člověk na to nechce myslet, chce myslet na příjemné věci. Je to prostě nějaká nepříjemnost“ (I 15). Zajímavou odpověď uvedl I 3: „Když doktor určí diagnózu“ (I 3). Ve své odpovědi se shodli I 8 a I 18. „Na svém těle cítím něco, co není správné“ (I 8). „Něco nefunguje správně tak, jak by mělo“ (I 18). Originální definici popsal I 12. „Zesláblost, nemohoucnost, to, co je v tom slově zakódované, že člověk nemá sílu, nemá chuť“ (I 12). Jako určitý deficit vnímá nemoc I 16. Shoda nastala u informantů I 4 a I 10. „Důsledek psychické a fyzické nevyrovnanosti“ (I 4). „Nefunkčnost duševního a fyzického stavu těla“ (I 10).

Subkategorie – Reakce na nemoc

Tato subkategorie obsahuje zjištění spojená s tím, zda informanti viděli u svých blízkých nějaké reakce na nemoc, popř. jestli sami nebyli nějak vážněji nemocní a jak se v takovém případě chovali. Při realizaci rozhovorů jsme účastníky upozornili, že v tomto případě nemyslíme nemocí nachlazení či rýmu, ale nějaké vážnější onemocnění.

Zhruba čtvrtina participantů ve své odpovědi uvedla, že se s tím jejich blízcí smířovali dobře. „Vážnější, měla jsem dědy, kteří měli oba rakovinu. Co si pamatuji, tak s tím byli spíš smíření a nedávali nám to moc najevo. Stále nám říkali, že je všechno dobré, a i když už to dobré nebylo a my to věděli, tak i tak nám to tvrdili“ (I 1). „Zažil jsem to se svým otcem a má můj obdiv, jak to zvládl. Myslím, že na sobě nenechal nic znát a snažil se fungovat do poslední chvíle. Třeba když se mu udělalo líp, tak šel dělat na zahradu, nebo opravoval věci doma“ (I 11). „Každý se změní, když to zjistí. Moje mamka se s tím vyrovnávala docela dobře, byla hodně silná. Děda, než dostal léky na Alzheimeru, tak byl agresivní a zlý, ale po těch lécích se to srovnalo, i když ho teda musíme hodně hlídat“ (I 15). „Táta měl problémy se srdcem, zemřel na třetí infarkt

a máti zemřela na slinivku. Oba to ale brali skvěle. Byli to optimisti, to mám po nich“ (I 19). „Dcera má trochu problémy s psychikou, ale mluví o tom a to je dobře. Nejhorší je, když o tom lidi nemluví. Když si člověk s někým popovídá, tak se mu uleví. Zvládá to dobře“ (I 20). I 6 má kromě jednoho případu stejné zkušenosti jako předešlí zúčastnění. „Kromě jedné kamarádky musím říct, že se s tím všichni vyrovnávali dobře. Po psychické stránce to brali tak, že to tak má být, a snažili se nepřenášet ten smutek na ostatní. Snažili se o tom hovořit, ale zároveň být v pohodě“ (I 6). Mnoho účastníků výzkumu popsalo, že reakce mohou být různé. „Tak myslím si, že je to dost individuální. Zažil jsem případy, kdy se člověk v sobě snažil skrýt, že je nemocný, aby chránil své okolí. Pak jsem ale zažil člověka, který se v tom utápí, je podrážděný, znepríjemňuje svým blízkým všechno, protože pro něj není nic dost dobré a všechno ho štve“ (I 7). „Reakce jsou buď pozitivní, nebo negativní. Například můj táta kouřil celý život a díky těm cigaretám měl infarkt a během 14 dnů druhý. Jako kladnou reakci v tom vidím, že od té doby už si nezapálil. Ale zase na druhou stranu je můj táta teď po operaci kolene, ramene a chce jít na další. Moc se zkoumá a pozoruje a já nechápu, proč to dělá“ (I 4). „Někteří lidé to přejdou a psychicky to zvládnou výborně. Někdo se zase uzavře a přestane úplně komunikovat s okolím“ (I 16). „Lidé mohou být nepříjemní, nevrlí. Někteří se psychicky hrouťí a jiní se zakousnou a bojují. Když jsem byl já nemocný, tak jsem se snažil bojovat, zakousnout se do toho a aby ostatní lidi nepoznali, že mě něco trápí. Ale je to hodně rozdílný, podle mě je to člověk od člověka“ (I 3). „Podle toho, jak kdo je silný. Nedá se to moc takhle říct“ (I 10). V našem výzkumném souboru jsme našli i dva informanty, kteří nemají zkušenost s nemocným blízkým člověkem. „Neznám mně blízkého člověka, který by byl vážně nemocný“ (I 5). „Já mám asi štěstí, ale nikoho takového jsem kolem sebe nikdy neměla. My jsme všichni zdraví“ (I 9). Někteří participanté popsali i horší scénáře reakcí na nemoc. „Strýc měl rakovinu. Byl vždycky veselý, i když tvrdě pracoval. Jen když se to dozvěděl, ztratila se mu z očí ta jiskra, úplně vyhasl. Vše bylo pryč – aktivita, veselost i chuť do života“ (I 8). „U první reakce jsem nebyl, ale teď se s tím vyrovnává opravdu špatně. Má epileptické záchvaty a je u nich dost hlučná, a když ji to potká ve společnosti, tak je to pro ni těžké“ (I 12). „Reakce byla špatná, protože to nemocný hodil za hlavu“ (I 13). „Strach, viděla jsem u něj jen hrozný strach. Ten člověk byl lítostivý, bezmocný a uzavřenější“ (I 14).

Dva dotázaní nám nabídli svůj vlastní příběh, kdy sami byli vážně nemocní. „Tak já jsem to poznala přímo na sobě, když jsem měla tu rakovinu. Nejprve jsem si vůbec

neuvědomovala, že jsem nemocná. Pak to ale přišlo. Než jsem podstoupila chemoterapie, tak jsem byla v pohodě. Pak jsem se ale uzavřela. Nikam jsem nechodila, chtěla jsem být jenom sama. Potom přišlo smíření“ (I 17). „Tak já jsem to zažil a nejprve je to tak, že se člověk užívá sám a nechce to nikomu říkat. Pak, když to praskne, tak se s tím člověk vyrovnává velice špatně, protože si uvědomuje, že to okolí ví a jinak na něj pohlíží. Když se to trochu uklidní, tak nemocný o tom začne mluvit s nejbližšími. Myslím si, že je důležitý o tom mluvit a nedusit to v sobě. Pak se člověku trochu uleví“ (I 18).

Dále jsme se snažili zjistit reakce rodiny či blízkých na zjištěné onemocnění. Většina z informantů popisovala onemocnění člena své rodiny, nejčastěji jednoho z rodičů či prarodičů. Nejprve bychom rádi řekli, že většina informantů uvedla, že se všichni z rodiny chovali k nemocnému hezky po celou dobu jeho nemoci. Snažili se mu co nejvíce pomáhat a trávit s ním hodně času. Smutek, pláč a deprese si nechávali pro sebe, aby to nemocný nepoznal. „Musím říct, že jsme měli štěstí a všichni pomáhali. Na návštěvy chodili všichni a všichni se u nemocného snažili být veselí a optimističtí. Akorát ke konci to švagrová špatně zvládala a nedokázala k ní moc chodit, protože jí to bylo až moc líto. Ono je to těžké, když to trvá moc dlouho. Pak už si všichni přáli, i když to zní hrozně, aby byl konec a všem se ulevilo. Hlavně tomu nemocnému samozřejmě, protože už všichni ví, že mu lépe nebude. Musím říct, že dokud jsme měli pocit, že jí můžeme nějak pomoci, tak to bylo dobré. Jak už jsme ztratili naději, tak to bylo mnohem těžší“ (I 6). „Chovali se všichni stejně, všichni se ho snažili podpořit, říkali mu, že to bude dobré. Před ním jsme se chovali jako hrdinové, přetvařovali se, aby byl silný a neztrácel vůli, ale když jsme byli sami, tak jsme věděli, že je to špatný, a byli jsme smutní“ (I 8). „Pozitivní, lidskost, pomoc nemocnému. Když je někdo nemocný, je potřeba, aby se rodina semkla a udělala si na nemocného čas. U nás se každý z rodiny snažil pomoci. Každý dělal něco jiného. Někdo třeba nedokázal úplně s nemocným trávit mnoho času, protože to byl velký nápor na jeho psychiku. Takový člověk zase dělal vše kolem baráku, aby ostatní měli na nemocného čas. Jde o to, jak jsou lidi silní“ (I 10). „Všichni jsme se mu snažili co nejvíce pomoci. Snažil jsem se s ním trávit dost času, ale měl jsem hodně práce, do které jsem vlastně tak trochu utíkal, protože jsem to psychicky špatně zvládal. Snažil jsem se co nejvíce zaměstnat, abych na to nemusel myslet a aby on na mně nic nepoznal“ (I 11). „Okolí se k ní chovalo velice pěkně, ale hrozně lítostivě. Všichni pomáhali, ale byli ve stresu. Stále ji navštěvovali. Ale když jsme

byli přímo u ní, tak jsme si všichni hráli, jak jsme silní, a byli jsme pozitivní a dávali jí naději. Tu lítost jsme si nechávali až na potom, kdy jsme byli sami“ (I 14). „Já jsem to viděl všude jen pozitivní. Všichni se snažili pomoci, ale ne každému se to úplně povedlo. Někdo to třeba ze začátku nesl hůř, ale všichni se snažili“ (I 15). „Já si myslím, že se chovali všichni stejně, všichni jsme se snažili tomu nemocnému pomoci“ (I 16). „Lítost, ale všichni se snažili pomoci a přemohli se s tím člověkem být, i když je to bolelo a nezvládali to moc často. Určitě tam byly i změny v chování před tím člověkem a bez něj. S ním byl každý pozitivní a veselý a jen co odešel, tak brečel“ (I 18). „Někdo je takový citlivější, ohleduplnější. Všichni se k ní snažíme chovat hezky“ (I 20). Zajímavý případ vyprávěl I 4: „Taťka chodí poslední dobou opravdu hodně na operace, protože se pořád zkoumá a vymýšlí si další a další problémy. Já si z toho dělám spíš srandu a snažím se to odlehčit. Ale přitom mě to trápí, jen si myslím, že čím víc bych ho litoval a podporoval v tom, tak si těch zdravotních problémů vymyslí víc. Co se týče jiného případu, když byl někdo opravdu nemocný, tak ty reakce okolo byly kladné. Rodina se ostatním snaží pomoci, i když je ten nemocný na dně. Musí ho vytáhnout, a když člověk fakt chce, tak se z toho dokáže dostat a je pak ještě silnější“ (I 4). Smutně to vnímala I 1, která se svěřila, že tuto situaci zažila naposledy v dětství. Pamatuje si hlavně to, jak moc to bylo smutné, a na častější návštěvy nemocného. „Všechny to zasáhlo, takže všichni byli hodně smutní, hodně jsme za tou osobou jezdili. Bylo to takové, nechci říct úplně depresivní, ale hodně ustarané“ (I 1). Svůj vlastní postoj nám popsat I 3: „Někdo má potřebu druhého objímat, litovat a plakat nad ním. To je u lidí, kteří jsou spíš slabší a potřebují politovat. To bych třeba já nechtěl. Budu radši, když si toho nikdo nevšímne“ (I 3). Odlišné příběhy ze života nám popsali i tito informanti: „Tak pokud je nemocný člověk podrážděný, tak není úplně snadné s ním vyjít. Nicméně nemocný člověk má tak trochu právo být nepříjemný, takže to okolí většinou toleruje. Ale každopádně někdo se o druhého stará, má o něj obavy, snaží se mu zlepšit náladu a jiný se mu radši vyhýbá“ (I 7). „Nemocná má s otcem nevyřízené účty a myslím si, že i proto na tom není psychicky moc dobře. Ale maminka se o ni stará úplně ukázkově. Podle mě možná až moc, dost ji omezuje. Ale je složité to soudit, když se na to člověk jen dívá z odstupu“ (I 12). „Všichni jsme chtěli, aby se šel nemocný léčit, ale odmítal. Pak když už to bylo vážné, tak jsme se mu snažili pomoci. I když já jsem to ze začátku úplně psychicky nezvládala, ale potom jsem se sebrala a pomáhala taky“ (I 13). Jediný akutní případ popsala I 2. „Když mi taťka zkolaboval, tak jsem zareagovala ihned. Myslela jsem si, že to bude mít jen od tlaku, tak jsem mu hned dala napít CocaColy, abych mu

ho zvedla. Doufala jsem, že ho rychlé cukry proberou, ale pak zkolaboval úplně. Takže jsme volali sanitku a měl to vlastně od prasklého vředu. A mamka tam byla se mnou a taky reagovala. Byla teda vystrašená, ale pomáhala mi hned“ (I 2). A opět nám I 17 popsala svoji situaci, jak to vnímala ona jakožto nemocná. „Děti byly skvělé a manžel mě také hodně držel nad vodou. Jen sestra s mojí matkou mi moc nevěřily a byly na mě ošklivé. Ale myslím si, že moje dcera se hodně trápila, do dneška o mě má veliký strach“ (I 17).

5.7 Kategorie – Média

Tato kategorie je zaměřená na to, zda si informanti myslí, že mají média vliv na vnímání zdraví. Zároveň charakterizuje tento vliv na člověka dle toho, zda jej vnímají jako pozitivní nebo negativní. S vnímáním dopadu médií souvisí i to, jestli tento vliv informanti pozorují také sami na sobě, případně jak se projevuje.

Kromě jedné jediné výjimky potvrdili všichni informanti vliv médií na člověka. „Určitě, velký“ (I 5). „Podle mě určitě“ (I 8). „Jednoznačně“ (I 11). „Stoprocentně“ (I 19). Mnoho zúčastněných vysvětlilo navíc důvod své odpovědi. „Asi mají vliv, protože spousta lidí se podle nich řídí. Co si kde nepřečtou, tak tím se neřídí. Já jsem takhle jednou četla článek o chůzi a ovlivnil mě tak, že jsem se snažila a pořád se snažím chodit co nejvíce“ (I 1). „Vnímáme skrz média spoustu informací, takže v jistém procentu asi jo“ (I 9). „Myslím si, že určitě. Tak to je všude vidět. Jen v televizi řeknou, že rádi chřipka, tak člověk kýchne a hned panikaří, že má taky chřipku. Prostě si to ty lidi vsugerují“ (I 2). I 4 a I 7 se shodli, že média nejvíce ovlivňují důchodce. „Určitě, média jsou v tomto hodně mocná. Když vidíte třeba upoutávky na výživové doplňky, tak třeba důchodci se tím nechají hodně ovlivnit. Přitom to může být třeba jen nějaké lepší placebo. Upřímně, já tomu moc nevěřím, ale vím, že ta média mají ohromně velký vliv“ (I 4). „Určitě, hlavně na starší lidi, kteří všechno vnímají silněji, než my mladí“ (I 7). Na koho média působí, svou odpovědí přiblížil i I 12: „Určitě mají vliv, ale jenom u těch hloupých. Bohužel ty méně vzdělaní jsou médii nejvíce ohroženi“ (I 12). I 18 naopak vyzdvihuje, že díky médiím u ní dojde k zamyšlení: „Určitě lidi ovlivňují, člověk vidí i v těch časopisech různé články a pak o tom přemýšlí“ (I 18). Jediný dotázaný odpověděl neurčitě: „No tak otázkou je to, jak se člověk ovlivnit dá. Někdo se třeba nedá“ (I 6).

Při analýze odpovědí věnujících se vlivu médií na člověka bylo zjištěno, že přibližně třetina informantů pozoruje negativní vliv na zdraví lidí. „*Já si myslím, že spíš negativní*“ (I 17). „*Spíš negativní, protože to, co propagují, nefunguje*“ (I 2). „*Negativní. Je to hlavně všechno placená reklama. Já mám problém s tím, že mi nějaký člověk tvrdí, že potřebuji takovou a takovou mast a tvrdí mi to a straší mě proto, aby na mě vydělal. Nezajímá ho moje zdraví, ale moje peněženka*“ (I 12). „*Spíš bych řekl, že negativně. Stále něco doporučují, lidi tomu věří a ono to není to, v co doufali a čemu věřili*“ (I 16). „*Otázkou je, co média preferují. V tomhle směru vím, že média preferují byznys, obchod, prodej se zdravím, a to se mi nelíbí*“ (I 10). Další dotázaní se shodli, že velmi záleží na tom, odkud média pochází. „*To záleží, protože záleží, kde a co člověk chce. Na internetu je totiž velké množství článků a někdy je těžké rozeznat ty, kterým se dá věřit*“ (I 1). „*Tak já myslím, že spíš negativní, ale pozitivní taky určitě mít můžou. Musí ty média fungovat tak, aby pomáhala lidem zlepšit svůj životní styl, pak to na člověka bude mít dobrý vliv. Ale takových reklam nebo pořadů moc není*“ (I 4). „*Jak kdy. Co se týče zpráv atd., tak si myslím, že mají opravdu negativní vliv. Ale třeba internet, kde lidi píšou své zkušenosti, tak to je super. Ale třeba co se týče toho očkování apod., tak si myslím, že je to prostě byznys*“ (I 5). Jeden z účastníků výzkumu si myslí, že mohou ovlivňovat oběma směry, a jak to vnímá daný člověk, je jen na něm. „*Myslím si, že jak pozitivně, tak i negativně a je na každém, co si z toho vezme*“ (I 11). Ostatní informanti, kterých je více než třetina, si myslí, že média ovlivňují lidi v péči o své zdraví pozitivně. „*Asi pozitivní, myslím si, že lidem v mnoha věcech poradí*“ (I 8). „*Spíš pozitivní, určitě*“ (I 9). „*Já si myslím, že určitě pozitivní*“ (I 18). „*Pozitivně, určitě pozitivně*“ (I 14).

Zajímavé výsledky byly zachyceny při analýze odpovědí spojených s tím, zda média ovlivňují přímo účastníky výzkumu. Opačné odpovědi se setkaly zhruba v polovině cesty. Lidé, které média ovlivňují, odpovídali takto: „*Myslím si, že asi jo. Když jdu do lékárny a potřebuji něco, tak si člověk vezme ten produkt, který zná z reklamy*“ (I 4). „*Ovlivňují. Když vidím v televizi cestopisné filmy, jak děti a rodiny v těch chudých oblastech, když vidím, v jakých poměrech žijí a jak si žijeme my. To mě hodně ovlivní*“ (I 8). „*Asi jo, protože třeba v televizi, když něco vidím, tak přemyslím, jak je to u mě, jestli pro svoje zdraví taky něco dělám, nebo ne. Slyšíme to všude kolem*“ (I 9). „*Někdy ano, určitě se víc nad něčím zamyslím*“ (I 14). I 12 si je vědom ovlivnění médii, ale ne všemi. „*Působí, ale já si vybírám určitá média*“ (I 12). A lidé, kteří si nejsou vědomi,

že by je média ovlivňovala, odpovídali: „*Ne, já se tím nenechám ovlivnit*“ (I 2). „*Já média skoro nesleduji, takže spíš ne*“ (I 3). „*Ne, myslím si, že mě neovlivňují. Ovlivňují spíš lidi, co nemají svůj názor, ale nechají se strhnout*“ (I 6). „*Já si myslím, že mě moc neovlivňují. Já si radši udělám nějaký zdravý koktejl a jím hodně ovoce, než abych jedla prášky a nějaké potravinové doplňky*“ (I 17). „*Ne, já se od nich distancuji*“ (I 16). „*Ovlivňovali. Byl jsem v nějaké pasti, něco zadarmo, pak mi vypověděli smlouvu a byl průšvih. Takže si myslím, že teď už ne*“ (I 7). A v půli cesty se našly názory, které se nepřekláněly ani k jednomu z předešlých: „*To nevím, jestli ovlivňují i mě, já jim moc nevěřím*“ (I 15). „*No, spíš mě vždycky naštvou. Vadí mi, že zmedializují třeba očkování a vždycky to hrozně nafouknou. Je určitě potřeba být informovaný, ale nejít do extrémů, jako jdou vždycky oni. Internet mi třeba s mojí nemocí pomohl, našla jsem si tam spoustu informací o ní, a i názory a rady lidí, kteří trpí stejným onemocněním. Ale člověk musí hledat dobré zdroje*“ (I 5). „*Přiznám se, že se snažím od nich nějakým způsobem odtrhnout a snažím se spíš vnímat rady lékařů a spíš zkušenosti blízkých než médií. Ale jestli se jim dá úplně vyhnout, to nevím*“ (I 10).

Po předešlé kapitole bychom rádi navázali tématem, které je k tomu velmi blízké. Zajímalo nás, jaký dopad může mít na člověka vliv médií. Od informantů I 3 a I 10 jsme se dozvěděli, že vliv médií může dokonce poškodit zdraví lidí. „*Rozhodně to může mít dopad na psychiku. Lidé jsou opatrnější, nervóznější a myslím si, že i díky tomu jsou náchylnější k nemocem*“ (I 3). „*Pokud podlehneme určitému tlaku médií, musím říct, že tady mám zkušenost se svými rodiči, kteří reklamám na výživové doplňky opravdu podleli a kupovali to, co jim v televizi bylo doporučováno. Takže věřím, že na určitou skupinu lidí to může mít velký vliv a může jim to zdraví i poškodit*“ (I 10). Většina lidí se přiklonila k tomu, že nelze jednoznačně říct, jaký vliv mají. „*Myslím si, že obecně to říct nejde, je to hodně individuální. Já si myslím, že média informují dostatečně, ale nevím, jestli je úplně dobře zvolené jak. A taky si myslím, že by něco mělo zůstat tzv. pod pokličkou a mělo by se ventilovat jen těm lidem, kterých se to týká*“ (I 7). „*Jak v čem. Pozitivní třeba v tom, že nastavují lidem zdravý životní styl a směřují je k tomu, jak mají správně a zdravě žít. A hlavně jim také poukazují různá nebezpečí. A negativní dopad to může mít v tom, že to až moc přehání. Lidi z toho pak šílí, nakupují všechno možné a můžou si tím i ublížit*“ (I 15). „*No, podle toho, jaká média. Pokud budu poslouchat kvalitní média, tak to může mít i pozitivní vliv na lidi. Ale pokud budu ty, co jsou slyšet všude, tak určitě negativní. Myslím si, že to i může poškodit lidské zdraví. Protože*

strašení a dlouhodobý stres přetěžuje organismus. A bohužel stokrát opakovaná lež se stává pravdou, takže lidi si opravdu vsugerují, že ten lék potřebují, i když jim třeba bude ubližovat“ (I 12). „No, na někoho asi pozitivní a na někoho negativní. Ale prostě je to byznys. Sportovcům třeba ty potravinové doplňky mohou pomoc, jako např. proteinové nápoje a tak. Ale určitě můžou někomu i ublížit“ (I 19). Participant I 20 nevěří médiím, ale přiznává, že na psychiku člověka můžou mít takový vliv, že to změní i zdravotní stav lidí. „Lidi do sebe jsou schopní poté nacpat spoustu léků, a přitom jim to nepomůže. Ale psychika jim pomůže v tom, že mají pocit, že to funguje“ (I 20). Jiný názor má také I 4, který si je vědom, že média ovlivňují rozhodování lidí. „Myslím si, že díky médiím se člověk nerozhoduje svojí hlavou, ale je tím ovlivněný. Má v hlavě zakódované, že už to slyšel, tudíž to pravděpodobně bude dobré. Má to především vliv na to rozhodování“ (I 4). Pozitivní vliv v tom vidí přibližně čtvrtina informantů. „Myslím si, že se člověk posune dál, že dojde k zamyšlení člověka“ (I 14). „Myslím si, že lidé by se nad sebou měli zamyslet a opravdu v případě problému vyhledat lékaře. Nebo když je ta reklama na tu kolonoskopii, tak když jsem se na to zeptala, tak mě tam taky doktor preventivně poslal. Je důležité se o to zajímat“ (I 18). I 8 je zklamaný, že lidé od médií nepřijímají informace, jak by měli, tudíž média nemají žádný přínos. „Bohužel si myslím, že v dnešní době žádný dopad nemá“ (I 8).

5.8 Kategorie – Sociální opora

Tuto kategorii jsme rozdělili do několika subkategorií. První z nich se týká osob, které našim informantům poskytují oporu a bezpečí. V druhé subkategorii jsme se zaměřili na to, kdy si lidé o pomoc říkají. Třetí se nazývá opora druhému, a jak už název napovídá, zaměřuje se na to, zda mají naši informanti pocit, že jsou někomu oporou a jak se v dané roli cítí. Poslední subkategorii se snaží zjistit, jaké přínosy může sociální opora mít.

Subkategorie – Poskytovatelé sociální opory

Informanti označili rodinu jako nejčastějšího poskytovatele sociální opory. Dále jim také pomáhají přátelé a partner, popř. partnerka. V této kategorii jsme mohli sledovat,

jak se sociální opora mění s věkem. Mladí za svoji největší oporu vnímají rodiče a poté už to přechází na partnera/partnerku či manžela/manželku a končí to u dětí. „*Rodiče, to jsou první lidé, za kterými bych šla. Pak taky moji blízcí, přítel, brácha*“ (I 1). „*Na rodiče, hodně na rodiče, máme spolu dobrý vztah*“ (I 2). Zde už za rodiče přebírá funkci přítelkyně a v druhém případě manžel. „*Samozřejmě na rodinu, ať je to přítelkyně, nebo mám velice dobrý vztah se svými rodiči, takže bych jim když tak mohl zavolat. Mám i pár dobrých kamarádů, ale vždycky to bude prvně rodina*“ (I 4). „*No, podle toho, o co se jedná. Nejbližší je mi určitě manžel, takže s jakýmkoliv trápením se obracím na něj. Ale kdyby to bylo trápení s manželem, tak se obrátím na své rodiče*“ (I 5). „*Tak první, s kým si o tom povídám, je manželka a pak se domlouváme, jak to budeme řešit dál. Pak mám také sestru, které můžu věřit a jít si k ní pro radu, protože už si také něčím prošla. A také samozřejmě rodiče*“ (I 7). I 9 a I 16 jako jediní označili své kamarády. „*Obracím se na kamarádky*“ (I 9). „*To nevím, spíš spoléhám sám na sebe, ale pár dobrých kamarádů mám*“ (I 16). Zajímavou odpověď nám poskytl I 15, který se rozhoduje, na koho se obrátí dle daného problému. „*Neobracím se vždycky na stejnou osobu, je to podle toho, čeho se to týká. Ale oporu a bezpečí cítím u manželky*“ (I 15). U informantů I 17 a I 20 již můžeme vidět, jak zodpovědnost za sociální oporu přebírají děti. „*Manžel a dcera*“ (I 17). „*U dcery a jejího přítele*“ (I 19). „*No tak na manželku, a pokud to nejde, že bychom to vyřešili spolu, tak na dceru. My držíme pohromadě*“ (I 20). Poslední odpovědí, kterou bychom rádi zmínili, je od I 12, pro něhož je primární oporou Bůh. „*Dělal jsem to, že jsem volal sestře, ať mi řekne něco hezkého. Tak mám přátelé, kterým můžu zavolat, ale hlavně mám Boha, který mě má rád a já se mu se vším svěřuji*“ (I 12).

Subkategorie – Žádost o pomoc

Z pohledu žádosti o pomoc je jistě důležité si uvědomit, kdy nastává chvíle k jejímu vyhledání. Odpovědi informantů v této oblasti byly různé, ale většinou se informanti shodli, že se snaží nejprve si vše vyřešit sami. V případě, že zjistí, že na problém sami nestačí, požádají svého nejbližšího člověka. „*Záleží, jak moc velký problém to je. Když bych viděla, že se řítím někam do propasti a nevěděla jsem, co dělat, tak jdu hned za rodiči a řeknu jim na rovinu, co se děje a hned tu pomoc vyhledám. Ale když to není tak velký problém a věřím si, že to zvládnou sama, tak se snažím s tím jině lidi neobtěžovat*“ (I 1). „*Když si už opravdu nevím rady. Nejdřív se snažím si to vyřešit sama, ale pak se obrátím na rodiče, nebo teď mi hodně pomáhá*

přítel. Rodiče mi pomáhají hodně po finanční stránce“ (I 2). „Když už to sám nezvládám“ (I 3). Někteří uvedli, že svými problémy nechtějí zatěžovat jiné osoby, proto o pomoc požádají až v krajních případech. „Já za někým jdu, až když je mi opravdu zle“ (I 6). „Když už nevím, kudy kam. Když už si opravdu nedokážu pomoci sama. Nerada přenáším svoje problémy na ostatní“ (I 10). „Nevím, jestli jsem někdy v takové situaci byl, že bych musel žádat o pomoc. Vlastně teď při tom záchvatu jsem musel říct manželce, ať mi zavolá sanitu“ (I 16). „To už musí být extrém, to už musí být za hranice a položit mě to, jinak já si opravdu neřeknu“ (I 19). Několik účastníků výzkumu vyhledává pomoc především za účelem rady, nebo se pouze potřebují vypovídat. „Když už sám nevím, kudy kam, nebo když stojím před nějakým rozhodnutím, a jelikož jsem znamení váha, tak si nechávám rád poradit od svých blízkých“ (I 4). „Tak chvíle nastává, když už toho mám v hlavě moc a dějí se mi tam různé věci a já se z toho potřebuji vypovídat“ (I 13). „Pokud jsem v nějakém stresu, nebo se stane nějaká tragédie v rodině, to se pak jdu svěřit. Dám svoje pocity najevo a očekávám, že mě manžel nějak podpoří, podrží nebo mi třeba nějaká rozhodnutí rozmluví“ (I 14). „Třeba když si nevím s něčím rady. S manželem si říkáme vše“ (I 18). Mezi dotázanými se našli i tací, kterým nedělá problém si o pomoc říct. „Uvedu to na příkladu asi před 3 dny. Nahmatal jsem si bulku na zádech a potřeboval jsem, aby se na to manželka podívala, protože tam si to místo nevyšetřím sám. Jinak si myslím, že jsem zatím schopný si vše vyřešit sám. Ale třeba když potřebuji pomoc s prací na baráku, tak mi nedělá problém si tátovi, nebo budoucímu švagrovi říct“ (I 7). „Tím, že jsem zdravý a v pořádku, tak vlastně nepotřebuji žádné pomoci. Ale když už se něco stane, tak mi nevadí někoho požádat“ (I 12). „Mně nedělá problém říct si o pomoc, pobavit se o tom, požádat o něco. Prostě vždy, když je něco nestandardního v tom životě a potřebuji to s někým probrat“ (I 9). I 11 vysvětlil, že on si o pomoc žádat nepotřebuje. „Většinou si o pomoc nemusím říkat, manželka to na mně sama pozná“ (I 11). Na otázku nedokázal odpovědět I 15, jelikož „každá situace je jiná, pokaždé se chovám jinak. Nedá se to podle mě říct takhle obecně“ (I 15).

V návaznosti na předešlé bylo v odpovědích patrné, zda mají dotázaní pocit, že se to postupem času vyvíjelo, tedy zda mají potřebu si o pomoc více říkat teď, nebo zda to bylo častější dříve. Odpovědi byly poměrně vyrovnané. Lidé, kteří mají pocit, že si o pomoc museli dříve říkat víc, se vyjadřovali takto: „Ano, určitě jsem tu pomoc vyhledával dřív více, dokud jsem vlastně bydlel s rodinou. Teď už jsem po těch letech

samostatnější, a i problémy si víc řeším sám“ (I 3). „To záleží, co zrovna ten život nabídne a co se zrovna stane. Myslím, že dřív, když jsem bydlel sám a měl jsem pronajatý byt, tak jsem o tu pomoc volal trošku víc, protože jsem byl na všechno sám. Ted' nemám důvod si o tu pomoc moc říkat, je všechno v pořádku“ (I 4). „Když jsem byla mladší, tak jsem doma ventilovala hned vše, ale ted' už si toho víc nechávám pro sebe. Je to hlavně kvůli dnešní době. Lidi jsou zlí a pak všude o vás kolují drby. Tomu já se snažím vyhnout“ (I 6). „Myslím, že dřív jsem si říkal víc o nějakou radu. Nebyl jsem tak zkušený, tak zběhlý životem“ (I 7). „Tak samozřejmě, jako dítě jsem si říkal, ale postupem času už ne“ (I 19). Participanti, kteří odpověděli, že si o pomoc říkají více ted', k tomu uvedli také důvody. *„Dokud jsem byla dítě, tak jsem si říkala míň, protože jsem toho moc nepotřebovala. Ale od té doby, co mám děti, tak si říkám častěji“ (I 2). „Samozřejmě, člověk se nějak vyvíjí. Čím jsem starší, tím si o tu pomoc dokážu říct“ (I 10). „No, ted' je to víc. Jak jsme starší, tak už máme trošku jiný pohled na vše a nedokážeme vše sami“ (I 13).* Dle informantů I 5, I 14 a I 15 jde především o to, že čím jsou starší, tím víc vyvstává problémů, které musí řešit. *„Určitě jsem si neříkala méně. Když je člověk mladší, tak se mu nedějí žádné tragédie. Ale až je člověk starší, tak má spoustu starostí, které musí řešit a pak tu oporu potřebuje“ (I 14). „Asi si ted' říkám víc. Když jsem byl mladší, tak jsem neměl tolik problémů a starostí“ (I 15). „Člověk si vždycky říkal, ale ted' možná o trochu víc. Když byl člověk mladý, tak toho tolik neřešil a hlavně nad spoustou problémů mávne rukou. Čím jsem starší, tím víc nad věcmi přemýšlím“ (I 5).* Objevili se i účastníci, kteří nevidí rozdíl v žádostech o pomoc, mají pocit, že se to nijak nezměnilo. *„Myslím si, že je to stejné. Nerad si říkám, jsem zvyklý si problémy řešit sám“ (I 8). „Řekla bych, že je to pořád stejné“ (I 9). „Myslím, že je to pořád stejné. Možná jen přes zimu říkáme víc synům o odvoz, protože v zimě už nechceme jezdit autem. Ale to jen na nákup, protože jinak všude chodíme pěšky“ (I 18). „Já bych řekl, že je to tak nějak stejné. Akorát když jsem byl hodně mladý, tak to jsem žádné obtíže neměl, takže jsem si o pomoc říkat nemusel“ (I 20).*

Subkategorie – Opora druhému

Dále jsme se zaměřili na oporu druhému. Většina lidí odpověděla, že doufá anebo ví, že někomu oporou je a pomoc druhému je uspokojuje. *„Asi jo, já jsem takový velmi pozitivní člověk. A cítím se v té roli docela dobře, já mám ráda, když jsem taková*

nápomocná“ (I 1). „Já doufám, že ano, alespoň třeba po psychické stránce. Cítím se příjemně, když vím, že můžu někomu pomoci, protože to je právě to, co dělá člověka šťastným. Stačí člověka, co je v nesnázích, obejmout, pohladit a může mu to opravdu pomoci“ (I 2). „Myslím si, že asi ano. Vždycky se snažím vcítit do té osoby, do jejich pocitů. Dělá mi dobře, že ten člověk za mnou jde a chce se svěřit zrovna mně“ (I 6). „Asi jo, myslím, že to máme s manželkou navzájem. V roli pomocníka se cítím velmi dobře. Já od malička rád pomáhám slabším“ (I 11). „Ano, jsem. Cítím se dobře, snažím se pomoci a nevadí mi, když se mi někdo svěří a čeká ode mě podporu“ (I 9). „Asi ano. Dcera se nám hodně svěřuje a my se jí snažíme podpořit. Cítím se dobře, když jí můžu pomoci“ (I 20). Uspokojuje to i I 3, který ale z vlastní zkušenosti ví, že to může být i nevděčné. Pomáhá rád také informant I 4, který je ale radši, když jeho pomoc nikdo nepotřebuje a všichni jsou v pořádku. „Já doufám, že přítelkyni, snažím se o to, takže doufám, že se na mě může spolehnout v čemkoli. Už jsme spolu něco prožili, měla své vážné zdravotní problémy a zvládli jsme to, takže doufám, že ať se stane cokoli, tak si dokážeme pomoci. Ta role mi tak úplně nevadí, jsem rád, že se na mě někdo takhle obrátí a já mu můžu pomoci, ale bylo by lepší, kdyby se nic takového nemuselo stát“ (I 4). Vlastní zkušenost nám popsal I 7: „Já předpokládám, že manželce stejně jako ona mně. A mám kolem sebe i lidi, kteří se mi chodí svěřovat. Nevadí mi lidem dělat vrbu a říct jim svůj názor, popřípadě i poradit. Cítím se být užitečný, ale nesmí to být ten samý člověk čtyřikrát do týdne. To se mi jednou stalo a musel jsem tomu člověku vysvětlit, že musí vyhledat odbornou pomoc, že spolu to nezvládneme“ (I 7). Dle úspěšnosti pomoci popsali své pocity I 10. „Já doufám, že jsem a musím říct, že někteří lidé mi to i říkají. Když můžu pomoci, tak se v té roli cítím dobře. Když nemůžu, tak to není úplně ideální, ale snažím se s tím člověkem mluvit, nechat ho vypovídat, ať se mu alespoň uleví“ (I 10). „Myslím si, že jsem. Mám několik kamarádek, které se mi svěřují a snažím se je nějak podržet a podpořit. V té roli se cítím dobře, chci pomoci, ale i se dost trápím. Vnitřně mě ty jejich pocity trápí, protože je mám ráda a chci jim co nejvíce pomoci“ (I 14). Jediným informantem, který o sobě nedokáže tvrdit, že je pro někoho oporou, je I 12. „Asi bych se zbytečně nepřeceňoval. Mám přátele, kteří mi volají, třeba se mě na něco ptají, nebo se chtějí jen vypovídat. Ale opora je fakt silné slovo“ (I 12).

Subkategorie – Přínos

Nenašel se žádný z účastníků výzkumu, který by se lišil svou odpovědí od ostatních. Všichni odpověděli, že mít se o koho opřít, je důležité. „Určitě“ (I 9). „Stoprocentně,

aby se ten člověk měl o koho opřít a nebyl na problémy sám“ (I 13). „Určitě, kdo nemá oporu, tak je v životě sám“ (I 8). „Myslím si, že je to velmi individuální, každý to má trochu jinak. Ale určitě každý minimálně jednoho člověka, na kterého se člověk může spolehnout, mít musí“ (I 10). „Určitě, myslím si, že bez někoho takového nemůže člověk ani fungovat, žádný člověk nezvládne všechno sám“ (I 3). Několik informantů svoji odpověď ještě rozvedlo o vysvětlení jejich názoru. „Člověk musí mít někoho, o koho se může opřít. Odráží se to všechno na té psychice. Nejhorší je být sám“ (I 2). „Kolikrát si stačí jen popovídat a člověk najednou zjistí, že ten problém není až tak velký, jak si myslel. Když jsou na to dva, tak to jde pak všechno úplně jinak“ (I 4). „Člověk není na ten problém sám, slyší jiný názor. Manželka třeba vidí ten problém jinak a já zjistím, že je to vlastně hloupost a nemá cenu se tím stresovat“ (I 11). „Člověk není na nic sám. Jak se říká, dělená bolet je poloviční bolest“ (I 14). „Nedusí nic v sobě a může to někomu říct. A když si o tom má s kým popovídat, tak je to poloviční problém“ (I 20). Z vlastní zkušenosti popsal, jak to vidí I 7. „Určitě je to důležité, vidím to z manželčiny strany, tam to tak nefunguje. Dusit v sobě nějaké pocity a neventilovat je, ať už jsou ty pocity kladné, nebo záporné, tak to prostě není dobré. Psychika má podle mě velký vliv na zdraví, takže kdo nemá problém se s tím svěřit, je spokojenější a zároveň zdravější“ (I 7). I 12 zastává názor, že samota není tak zlá a je lepší než nucená opora. „Určitě je fajn mít oporu, ale mně nevadí samota, mě to nedrtí. Já budu radši sám než ve špatném vztahu s falešnou oporou“ (I 12).

Poslední odstavec této subkategorie se zabývá vlastním přínosem sociální opory. Několik informantů se shodlo, že se jedná především o psychickou podporu, kterou občas potřebuje každý. „Hlavně je to psychická pomoc“ (I 15). „Rozhodně psychická podpora v těžkých chvílích, třeba i při těch nemocech. Člověk ví, že se na někoho může obrátit“ (I 3). „Hlavně je to psychická opora a můžu dostat radu od někoho jiného. Ale člověk si musí dát pozor, komu může věřit, aby pak nebyl zklamaný“ (I 6). „Je to nějaká dopomoc, taková jako perlička, že člověk není sám. Hlavně psychice to pomůže“ (I 12). Psychiku a další věci zmínili i tito participanti. „Je lepší to někomu říct, hlavně pro psychiku, a taky získáme jiný pohled a zjistíme, že třeba řešíme úplnou hloupost“ (I 20). „Uklidnění, psychická úleva, že se mám o koho opřít. Můžu se na někoho spolehnout, mám pocit jistoty“ (I 10). Zajímavý byl názor, že problém, se kterým mu druhý pomůže, utužuje vztah mezi těmi dvěma. „Člověku se uleví a utužuje to vztah mezi těma dvěma“ (I 4). „Člověk, když se otevře, tak se mu uleví a prohlubuje se vztah mezi těmi

lidmi, a to má určitě pozitivní vliv i na celkové zdraví“ (I 7). Pocit úlevy a bezpečí napadl necelou polovinu informantů. „Člověku se určitě uleví, když někomu řekne ty své problémy a doufá, že mu s tím ten druhý poradí“ (I 13). „Díky tomu, že si povídáme a všechno rozebíráme, tak pak třeba člověk mávne rukou nad věcmi, které mu předtím přišly důležité. Má to hlavně vliv na psychiku, je tam pocit úlevy“ (I 18). „Je to pocit bezpečí, vím, že někoho mám, kdo mi pomůže“ (I 17). Lidé od druhých očekávají v rámci sociální opory také rady. „Člověk se může někomu svěřit, může ze sebe shodit nějaké těžké břemeno. A ten druhý člověk třeba poradí nebo alespoň vyslechne“ (I 1). „Člověk dostane jiný názor, jiný pohled na danou věc a třeba se uklidní a zjistí, že to byla jen maličkost“ (I 11). „Třeba mně se vždycky uleví a získám názor někoho jiného“ (I 5). Informant I 5 se domnívá, že sociální oporu potřebují převážně ženy, jelikož mají nutkání všechno s někým sdílet. I 16 si je vědom, že je potřeba někoho takového mít. On sám má pocit, že kdybychom nikoho neměli, tak by život neměl smysl. Ale také se domnívá, že jsou i lidé, kteří sociální oporu nechtějí. „Někdo je takový, že když má problém, tak radši zaleze a nikoho nechce ani vidět“ (I 16). A na závěr bychom rády dodaly názor od I 8. „No, to je jednoduché, když se člověk nemá na koho obrátit, tak co udělá? Zhrouťí se. V dnešní době nejde být sám. Proto podle mě lidi v dnešní době tolik chodí k psychiatrovi, protože nemají nikoho blízkého, s kým si můžou popovídat“ (I 8).

6 DISKUZE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak laická veřejnost v kraji Vysočina vnímá zdraví a nemoc. Vnímání zdraví je dle našeho názoru v posledních letech velmi diskutovaným tématem a odvíjí se od něj řada dalších věcí. Hlavním důvodem, proč se o vnímání zdraví a nemoci zajímat, je souvislost s nemocností a úmrtností, které vedou k ekonomickým ztrátám (Wali et al., 2016), čímž ničí celý zdravotnický systém (MZ ČR, 2015). Jedná se především o to, aby zdravotníci pochopili pohled laické veřejnosti, se kterou se setkávají denně a uzpůsobili jim své chování, edukaci a komunikaci. Laická veřejnost byla vybrána právě pro své ne odborné názory. Aby byly ale co nejvíce objektivní, náš výzkumný vzorek čítal stejný počet mužů a žen a věkově byli účastníci také rovnoměrně rozvrstveni.

V následující části budou porovnány naše výsledky výzkumu s výzkumy jiných badatelů. Porovnááme s výsledky jak kvalitativních, tak i kvantitativních výzkumů. Pro naši práci jsme stanovili tři výzkumné cíle a čtyři výzkumné otázky (viz str. 33).

První cíl vedl ke zjištění vnímání zdraví laickou veřejností v kraji Vysočina. Na základě zmíněného cíle byla definována výzkumná otázka – Jak vnímá laická veřejnost své zdraví? Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejedná se jen o nepřítomnost nemoci (Callahan, 1973). Další definice hovoří o zdraví jako o dynamickém stavu, který je charakterizován fyzickým, psychickým a sociálním potenciálem. Sociální potenciál je spojen s věkem, kulturou, sociálním prostředím a osobnostními charakteristikami (Bircher, 2005). Na odpovědi mělo velký vliv, zda se informanti nyní cítí zdraví, či nikoli. Celkem se z našich 20 participantů cítí zdravě nebo alespoň poměrně zdravě 14 osob. Zbýlých 6 informantů se příliš zdravě necítí. Výzkum lze porovnat s výzkumem Doležalové (2007), která se zaměřovala na problematiku holistického pojetí zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře. Badatelka došla k závěru, že necelých 77 % dotázaných označilo svůj zdravotní stav za dobrý nebo velmi dobrý, naopak 23 % se vyjádřilo, že jejich stav není dobrý, nebo je dokonce špatný. V porovnání můžeme říci, že se naše výsledky poměrně shodují. Lidé se cítí být spíše zdraví než naopak. Stejnou otázkou se zabýval i Kučera (2015), jehož 77 % respondentů se cítilo zdravých a pouze 28 % mělo nějaké zdravotní obtíže. I tento výsledek výzkumu můžeme označit za shodný s naším.

Na otázku, co pro naše informanty znamená zdraví a jak ho vnímají, nejčastěji odpovídali, že se jedná jak o psychickou, tak i o fyzickou pohodu. Psychiku často rozebírali více do detailů. Je to pro ně pohoda, stav bez stresu, štěstí a spokojenost. K fyzickému zdraví dodávali, že je především nesmí nic bolet. Takto odpovídalo 10 informantů. 6 participantů odpovědělo, že záleží především na fyzickém zdraví, aby jejich tělo fungovalo a oni necítili žádnou bolest. A zbytek ze zúčastněných čili 4 se domnívali, že závisí především na psychickém zdraví, jelikož se od něj vše odvíjí. Jsou přesvědčeni, že dokud bude jejich psychika vyrovnaná, nemusí se bát žádného fyzického onemocnění. Výsledek lze porovnat s několika výzkumy. Prvním z nich je výzkum Plhákové (2017), která pomocí kvalitativního šetření dopěla k závěru, že zdraví je pro lidi především stav fyzické a psychické pohody (43 %) nebo fyzické pohody (43 %). Fyzické zdraví hodnotili jako stav bez bolesti a poukázali na zdravou stravu a pohyb. Jediný participant odpověděl jinak. Jeho odpověď zněla: „*Zdraví je základní věc v mém životě, bez něj nemůžu pracovat.*“ U této odpovědi se nelze rozhodnout, zda ji informant myslel ve smyslu, že nebude moci vykonávat fyzickou zátěž, nebo zda poukazoval i na psychiku. V porovnání s naším výzkumem zde lidé více vyhodnocují zdraví jako fyzický problém, ale naopak vůbec nepoukazují pouze na problém psychický. Naš výsledek lze porovnat i s výzkumem Doležalové (2007), která se pokoušela zjistit, co pro lidi z ordinací praktického lékaře znamená být zdravý. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že pro necelých 64 % lidí to znamená být v celkové fyzické i psychické pohodě. Definicí nemít žádné příznaky onemocnění uvedlo celkem 20,5 %. Lze konstatovat, že informanti z výzkumu Doležalové jsou lépe vzdělaní a orientovaní v oblasti zdraví.

Porovnání můžeme učinit též s kvantitativním výzkumem Růthové (2018), která se zajímala o význam pojmu zdraví. Dávala účastníkům na výběr ze čtyř možností. První z nich zdraví vystihovala jako stav duševní pohody, druhá jako nepřítomnost nemoci, třetí ho přirovnala ke stavu komplexní fyzické, duševní a sociální pohody a poslední definicí, kterou měli respondenti na výběr, zněla způsobilost a podoba vyrovnanosti. Vyhodnocení bylo naprosto jasné, jelikož 78 % respondentů odpovědělo, že zdraví je stav komplexní fyzické, duševní a sociální pohody. Druhou nejvíce označovanou odpovědí (17 %) byla nepřítomnost nemoci. Na třetím místě se umísil stav duševní pohody, který nasbíral 3 % hlasů respondentů. Nejméně označovanou odpovědí byla podoba a způsobilost vyrovnanosti (2 %). V porovnání s naším výzkumem lze

zhodnotit, že respondenti z výzkumu Růthové jsou lépe informováni o pojmu zdraví než naši informanti. Nutno však podotknout, že se v případě Růthové jednalo o kvantitativní výzkum a účastníci pouze vybírali z odpovědí. V našem kvalitativním výzkumu museli odpovídat vlastními slovy a věřím, že to pro ně bylo náročnější. Rádi bychom se vrátili k myšlence, kterou jsme nedokončili. Jak jsme již nastínili, tak to, zda jsou lidé zdraví, či nikoli, ovlivňuje jejich smýšlení o pojmu zdraví. Z výzkumu je průkazné, že jedinci, kteří jsou nemocní a mají nějaký akutní problém, přikládají důležitost fyzickému zdraví, nikoli psychickému. Domníváme se, že je to dané především tím, že trpí bolestmi, mají problém s hybností či jakkoliv jinak je jejich onemocnění omezuje. Z výzkumu vyplývá, že většina nemocných informantů označila jako definici zdraví fyzické zdraví, stav bez bolesti či nemoci. Naopak lidé, kteří se cítí zdraví, označili fyzické zdraví jako nejdůležitější pouze ve 2 případech. Zdraví lidé poukazovali především na psychiku a kombinaci psychiky a fyzického zdraví.

K vnímání zdraví zajisté patří i to, na jaké místo v žebříčku hodnot ho lidé řadí. Z několika studií, např. Miliona Rokeache (1973), vyplynulo, že zdraví se řadí mezi jednu z nejdůležitějších lidských hodnot. Stejný názor mají i naši participanti. 17 lidí z 20 uvedlo, že je pro ně zdraví v žebříčku hodnot na první příčce. Pravděpodobně není překvapením, že tři lidé, kteří zdraví nepovažují za nejvyšší hodnotu, spadají do prvních dvou věkových kategorií. Co je ale zajímavé, je fakt, že všechny tři odlišné odpovědi přišly od mužů. Své rozhodnutí vysvětlili tak, že před své zdraví staví rodinu. Aby jejich rodina byla zdravá, aby ji dokázali zabezpečit a postarat se o ně. Jeden z informantů si během rozhovoru uvědomil, že aby jeho rodina byla zabezpečená a on se o ni mohl postarat, musí být sám zdravý, chodit do práce apod. Proto nad svým prvotním rozhodnutím začal uvažovat.

Naše výzkumné šetření se zaměřovalo na dospělou laickou veřejnost a rády bychom ho porovnali s výzkumem Hrneckové (2016). Její výzkum se zaměřoval na hodnoty a hodnotové preference adolescentů. Dospělí v porovnání s dospívajícími ve věku 15–23 let se v umístění zdraví na první místo neliší tak, jak bychom mohli předpokládat. V našem výzkumu jsme zjistili, že 17 dospělých osob přikládá zdraví největší hodnotu. V dospívající populaci, kterou oslovila Hrnecková, se jedná o 76 %. Mohli bychom si myslet, že u adolescentů bude procento mnohem nižší z důvodu neuvědomování si mnoha rizik, následků a také díky nízké zkušenosti s onemocněními.

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit, jak veřejnost v kraji Vysočina vnímá nemoc. V našem výzkumu jsme na participantech zaznamenali, že odpovědět na otázku, jak by definovali nemoc a co si pod pojmem nemoc představí, pro ně bylo těžší než otázky týkající se zdraví. Nemoc může být definována z více pohledů. Podle normativní definice se o nemoc jedná v případě, že má člověk subjektivní potíže. Tuto definici neoznačují lékaři za zcela správnou a svými názory ji vyvrací, jelikož udávají, že nezahrnuje řadu onemocnění, jakými jsou například vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, popř. některá nádorová onemocnění. Další definice říká, že je nemoc porucha přizpůsobení člověka, který se nedokáže adaptovat na podněty prostředí (Čeledová a Čevela, 2010). Nejznámější z definic je od Světové zdravotnické organizace, kdy je nemoc považována za stav, v němž je funkce jednoho či více orgánů změněna nebo porušena. S touto definicí se ztotožňuje i Velemínský (2012). Nemoc je patologický stav těla nebo mysli. Tento stav je zapříčiněn změnou funkce buněk či morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů (Čeledová a Čevela, 2010). Výsledky našeho výzkumu se shodují s poslední uvedenou definicí. Naši participanti nejčastěji představovali nemoc jako psychickou a fyzickou nevyrovnanost. V rozhovorech udávali, že psychické a fyzické zdraví jde ruku v ruce a v případě problému v jednom z nich přichází nemoc. Dále bych ráda výsledky našeho výzkumu porovнала s kvalitativním šetřením Plhákové (2017), která uvedla, že nejčastěji lidé odpovídali, že nemoc může být jak psychická, tak i fyzická (43 %). Dále 29 % jejich informantů odpovědělo, že nemoc je něco, co je vyřadí z pracovního procesu. A shodně 14 % mělo dvě odpovědi. První odpověď se týkala fyzického zdravotního stavu, kdy informant označil nemoc za bolest, a druhá zněla: „*No, něco, co člověk nechce. Každý člověk chce být zdravý, nechce, aby k němu přišla nemoc, ale až to přijde, tak člověk to musí vydržet, musí se jít léčit a smířit se s tím*“ (Plháková, 2017, s. 48). V našem výzkumu jsme, jak jsem již uvedla, zjistili, že lidé vnímají nemoc především jako psychickou a fyzickou nevyrovnanost, někteří dokonce pronesli, že jsou nemocní ve chvíli, kdy lékař určí diagnózu, nebo zazněly názory, že nemocným něco chybí. Kombinaci psychické a fyzické nepohody označilo 8 participantů. O něco méně lidí se zaměřilo pouze na psychickou stránku člověka. Uvedli, že je člověk nemocný v případě, že se cítí psychicky vyčerpaný, nebo má nějaké trápení, je zesláblý. Další 3 informanti vidí v nemoci strašáka, ale blíž ji nedovedou definovat. Pouze 2 dotázaní se zaměřili na fyzické potíže člověka, vidí úraz, chřipku apod. Účastníci výzkumu popsali nemoc jako změny na těle. A pouze jeden informant definoval nemoc jako závislost na péči

ostatních. Při porovnávání dvou zmíněných výzkumů získáváme shodu v počtu odpovědí, že je nemoc kombinací psychické a fyzické nevyrovnanosti. V myšlence, že je nemoc fyzický problém, se participanti obou výzkumů početně také shodli. Podobný výsledek můžeme nalézt také u informantů, kteří na otázku nedokázali jasně odpovědět. Výzkumy se lišily především ve vnímání zdraví jako psychické obtíže. Nikdo z výzkumu Plhákové (2017) nedefinoval zdraví právě takto, v našem výzkumu se našlo 6 participantů. Naopak v našem výzkumu se nikdo nezaměřil na svoji práci či zaměstnání, zatímco ve výzkumu Plhákové (2017) to bylo celých 29 % participantů.

Posledním cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jak lidé pečují o své zdraví. K tomuto cíli jsme stanovili dvě výzkumné otázky. První otázkou jsme zjišťovali, co lidé dělají pro udržení svého zdraví. Druhá otázka se zabývala rizikovými faktory zdraví. Zajímalo nás, co lidé považují za rizikové faktory, co podle nich může zdraví ohrozit.

Dle Machové a Kubátové (2015) je důležité při péči o zdraví mít dostatečné znalosti o tom, co zdraví člověka upevňuje a co mu škodí. Zásady správné péče o zdraví je důležité předávat dětem od útlého věku. Dítě by mělo všechny důležité informace získávat jak v rodině, tak i ve škole. Děti by měly být vedeny k odpovědnosti za své zdraví (Machová a Kubátová, 2015). Zdraví podporující chování je takové, které je pro zdraví přínosné a chrání jedince před onemocněním. Může se jednat o pravidelnou sportovní aktivitu, zdravou stravu nebo např. o používání ochranných pomůcek při sexuálním styku (Jelínek et al., 2016). Další definice již z roku 1979 hovoří o funkci zdraví podporujícího chování, která by se dle Harrise a Gutena (1979) měla zaměřit na ochranu, podporu a udržení zdraví. Výzkum Pavlasové (2012) zkoumal, co lidé označují za zdraví prospěšné a co vše člověk může udělat pro své zdraví. Většina zúčastněných odpovídala, že nejdůležitější je fyzická aktivita (97 %) a zdravá strava (95 %). Dále 58 % respondentů označilo duševní hygienu jako faktor posilující zdraví. Shodně 35 % lidí odpovídalo, že je pro zdraví důležitá životospráva a absence škodlivých látek. Životní prostředí (18 %) má také vliv na zdraví jedince. Pouze podle 16 % zúčastněných ovlivňují zdraví návštěvy lékaře. Na sociální kontakt si vzpomnělo 8 % a na prevenci nemocí jen 7 % (Pavlasová, 2012). V našem výzkumu si v souvislosti s chováním podporujícím zdraví vzpomnělo na zdravou stravu 18 participantů a na fyzickou aktivitu 16 informantů. Pro naše účastníky výzkumu byla o něco méně podstatná duševní hygiena. Do zdraví podporujícího chování 7 dotázaných vložilo

i zdravou životosprávu a absenci škodlivých látek, 5 lidí poukazuje na důležitost sociálních kontaktů a jen 4 participanti do péče o zdraví zahrnují i pravidelné návštěvy lékaře. Na posledních příčkách se umístila prevence a životní prostředí, na které si vzpomněli 2 zúčastnění. Při porovnání výsledků můžeme říct, že se výzkumy v mnoha směrech shodují. Kde nastávají změny, je v méně často označovaných odpovědích, jako např. sociální kontakt.

Druhá výzkumná otázka směřovala ke zjištění toho, co lidé považují za rizikové faktory a jaké chování je podle nich zdraví ohrožující. Některé formy chování se považují za organismu ubližující a jsou vyvozeny z rozboru příčin nemocnosti a úmrtnosti. Z tohoto rozboru bylo detekováno 7 hlavních způsobů chování, kterými si lidé nejčastěji ničí své zdraví. Jedná se o kouření, nadměrný konzum alkoholu, zneužívání drog, nesprávnou výživu, nízkou pohybovou aktivitu, nadměrnou psychickou zátěž a rizikové sexuální chování. Tyto faktory od sebe nelze úplně oddělovat, protože často působí na zdraví současně několik společně (Machová a Kubátová, 2015). Nezdravá výživa je jedním z hlavních podporovatelů vzniku chronických neinfekčních onemocnění. Nedostatečná pohybová aktivita zapříčiňuje nesprávnou činnost organismu. V České republice je u cca 70 % mužů a žen pohybová aktivita nižší, než by měla být, což negativně ovlivňuje jejich zdraví. Na úrovni, která snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních nemocí, se pohybuje pouze 20 %. Rizikový faktor kouření je v Česku zodpovědný zhruba za pětinu úmrtí. Pacientů závislých na nikotinu je v ČR více než 2 miliony (Hamplová, 2020). Výzkum rizikových faktorů provedl Kučera (2015), který kvantitativně zkoumal výskyt rizikových faktorů u české populace. V různé míře kouří necelá pětina respondentů, ostatní (78 %) uvedli, že jsou nekuřáci a nekouří ani příležitostně. U alkoholických nápojů jsou čísla již zdaleka jiná. Pouze necelých 8 % zúčastněných nepije alkohol, maximálně 4× měsíčně ho užívá 65 % a vícekrát týdně 27 %. V našem výzkumu se přiznala více než čtvrtina participantů ke kouření. Abstinenci se v naší skupině našli celkem 3. Všichni z nich se jimi stali na základě rady lékaře kvůli svému zdravotnímu stavu. Alkohol tedy popíjí 17 účastníků našeho výzkumu. Porovnáním těchto dvou výzkumů o rizikových faktorech zjišťujeme, že se od sebe ve velké míře neliší. Naši informanti se ale nezaměřili pouze na kouření a alkohol. Na zdraví mají vliv i další faktory. V dnešní době u lidí převládá sedavý způsob života. Lidé sedí v práci, ve škole, u počítače, do práce se dopravují autem nebo jiným dopravním prostředkem. Pěšky už se takřka nechodí. Také dochází k velkému

zhoršování mezilidských vztahů. Dnešní život představuje honbu za něčím, časovou vyčerpávanost, moc a peníze. To vše způsobuje stres a špatné psychické zdraví. Strava je dnes též na velmi špatné úrovni, přestože je jí všude oproti dřívějším dobám dostatek. Dochází k rozvíjení civilizačních chorob, které jsou způsobeny právě nezdravým životním stylem. Pozitivum je objevování genetické informace, která by mohla pomoci v boji s dědičnými onemocněními (Machová a Kubátová, 2009). V našem výzkumu informanti nezapomněli opomenout již výše zmíněné hrozby a dodali některé, které sami vnímají jako velké. Stravu, kterou zmínily i autorky Machová a Kubátová (2009), nevnímají pouze jako nadměrnou, ale také velmi chemicky upravovanou. Dále naši účastníci poukázali na nadměrné užívání kávy a léků. Nedostatek pohybu odpověděla více než čtvrtina našich informantů. Poslední věcí, která je shodná s poznatky autorek, je psychická zátěž a stres. V našem výzkumu se jedná o nejčastěji odpovídanou věc z celé této kategorie, jelikož ji vyslovilo 13 informantů. Dále účastníci odpovídali, že zdraví ohrožuje jakákoliv tragédie v rodině. Čtvrtina lidí se shodla také na těchto odpovědích: zdraví ohrožuje úraz, ovzduší a prostředí, ve kterém žijeme, a dědičné onemocnění. Pouze 2 informanti se obávají přírodní katastrofy, infekčního onemocnění a dopravní nehody a jeden člověk uvedl, že zdraví negativně ovlivňuje věk, určitý druh práce a případné finanční problémy.

Zaměříme se také na porovnání našich výsledků s výzkumem Pavlasové (2012). Její výsledky v kategorii zdraví ohrožujících faktorů byly velmi zajímavé. V jejím výzkumu respondenti nejčastěji (90 %) udávali, že má na zdraví negativní vliv užívání škodlivých látek. Na druhé příčce se umístila nezdravá strava, kterou označilo 73 % lidí. Nedostatečná fyzická aktivita (45 %) a nedostatečná či nesprávná duševní hygiena (50 %) ve výzkumu byly poměrně stejně zastoupeny. O něco méně respondentů odpovědělo, že zdraví škodí nesprávná životospráva (21 %), nevhodné životní podmínky (13 %), rizikové chování (11 %), nevhodné či nedostatečné sociální kontakty (7 %) a nepravidelné návštěvy lékaře (3 %). Pro objasnění se rizikovým chováním myslí např. sexuální, adrenalinové sporty, nedostatečné oblékání apod. (Pavlasová, 2012). Aby mohlo být porovnání co nejpřesnější, přeskupila jsem naše odpovědi do kategorií dle Pavlasové. Nejčastější odpovědí v našem výzkumu byla duševní hygiena. Hned za ní lidé odpovídali, že zdraví ohrožuje nesprávná strava. Na třetím místě nalezneme nezdravé životní prostředí. Dále se shodlo několik informantů na nedostatečné fyzické aktivitě a nedostatečném či nevhodném sociálním kontaktu. Na

dalších příčkách se umístilo užívání škodlivých látek a nesprávná životospráva. Naši participanti si vůbec nevzpomněli na navštěvování lékaře a rizikové chování. Naopak navíc bych ráda zmínila odpovědi našich informantů ohledně rizika dědičných onemocnění. Výsledky dvou zmíněných výzkumů se velmi liší. První rozdíl můžeme vidět hned v pohledu na užívání škodlivých látek. Zatímco ho respondenti Pavlasové ve svých odpovědích uváděli nejčastěji (90 %), vzpomněli si na něj pouze 3 naši informanti. Nezdravou stravu jako jeden z hlavních faktorů ohrožující zdraví označilo 73 % účastníků výzkumu Pavlasové, v našem výzkumu pouze polovina zúčastněných. Další častou odpovědí byla u Pavlasové duševní hygiena (50 %) a v našem výzkumu se umístila na první příčce, jelikož ji uvedla většina lidí. Fyzická aktivita byla opět častěji zmíněna respondenty Pavlasové (48 %) než našimi. Nesprávná životospráva se u Pavlasové vyskytovala ve 21 %, u nás v nižším počtu. Častěji jsme v našem výzkumu našli odpověď, že zdraví poškozuje nevhodné životní prostředí, u Pavlasové to zmínilo pouze 13 % účastníků výzkumu. Stejně tak lidé u nás častěji zmiňovali problémy v sociálních kontaktech než u Pavlasové (7 %). O rizikovém chování a návštěvách lékaře se naši informanti na rozdíl od respondentů Pavlasové nezmínili. Naopak ale naši informanti připomněli dědičná onemocnění, která v mnoha případech zdraví lidí ohrožují.

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnovala tématu vnímání zdraví a nemoci u laické veřejnosti v kraji Vysočina. Téma je velmi aktuální, a i přestože již některé výzkumy na podobné téma lze nalézt, myslíme si, že všechny nové informace jsou vítány. Domníváme se, že výsledky výzkumu jsou vhodné nejen pro zdravotníky ve zdravotnictví, ale také pro laickou veřejnost, která se může dozvědět, jak lépe pečovat o své zdraví.

V práci je několikrát zmiňována definice zdraví, podle které by se měli zdravotníci řídit. Ale je zajímavé vidět pohled lidí, kteří ve zdravotnictví nepracují. Též je impozantní pozorovat, jak se postupem času názory lidí mění. Lze říci, že u některých odpovědí vidíme rozdílnost právě v souvislosti s věkem. Také můžeme vnímat rozdíly v pohledu na zdraví v důsledku aktuálního zdravotního stavu jedince. Ve výzkumu jsme se i ptali, co lidé pro své zdraví dělají, a co naopak by mohli dělat, ale prozatím nedělají. Zde se domníváme, že by mohli načerpat inspiraci i lidé, kteří ve zdravotnictví nepracují.

Lze říci, že došlo ke splnění cílů práce. Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že laická veřejnost má své představy o zdraví a nemoci, i když ne všechny odpovídají definicím odborné literatury, a právě to bylo naší snahou zjistit. Snažili jsme se zachytit co nejpřesnější definice, pocity a názory našich participantů, abychom mohli přiblížit jejich subjektivní vnímání zdraví a nemoci. Dozvěděli jsme se, že si většina z nich zdraví velmi váží a je pro ně v životě tou nejdůležitější hodnotou. Zároveň jsme ale zjistili, že většina lidí pro své zdraví nedělá maximum a uvědomují si, kde jsou jejich rezervy. Nikdo z nich si ale nemyslí, že by si vědomě své zdraví ničil, naopak se domnívají, že i občasné hřešení např. ve stravě je pro jejich zdraví, a to především psychické, prospěšné.

Výsledky výzkumného šetření mohou posloužit zdravotníkům pro správnou představu, k vhodné edukaci a přístupu k pacientům/klientům. Jelikož zdravotníci znají definici zdraví, kterou by se měli řídit, a dovolím si tvrdit, že se jí i většina řídí, bohužel si ne vždy uvědomuje, že mluví s laiky, kteří jim nerozumí a zdraví mohou pojímat naprosto odlišně. Myslím si, že i z našeho průzkumu je patrné, že co člověk, to jiný názor. Pro každého je prioritou něco jiného a podle toho bychom ke každému měli přistupovat individuálně. Měli bychom se zajímat o názory každého jedince, o to, jak vnímá zdraví a nemoc, třeba i tu, kterou právě prožívá.

Domnívali jsme se, že naše práce bude nápomocna především praktickým lékařům. Nyní si ovšem myslíme, že výsledky by mohly posloužit právě i laické veřejnosti, a to díky jiným pohledům na stejnou otázku. Naším cílem není ukázat lidem pouze definice a správnost různých kroků, ale snažit se v nich vzbudit zájem o danou věc a touhu dozvědět se více.

Jelikož sama pracuji v ordinaci praktického lékaře, zajisté s lékařkou výsledky využijeme k edukaci a k předávání informací pacientům/klientům. Díky výsledkům jsme si uvědomili důležitost individuálního přístupu k lidem a zjistili jsme, jak je důležité se lidí ptát, co pro ně osobně zdraví znamená a jak ho vnímají. Práce poslouží k našemu uvědomění a ke zdokonalování naší práce. Práce je také vhodná k použití ve výchově ke zdraví. Po dokončení studia bychom rádi na základě výsledků vydali článek a zúčastnili se konference.

8 SEZNAM LITERATURY

1. ARCHALAUŠOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů doklinické a komunitní praxe*. Hradec králové: Nucleus. 107 s. ISBN 80-247-1211-3
2. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 568 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.
4. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
5. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2201-1.
6. BAŠTECKÝ, J. et al., 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. 363 s. ISBN 80-716-9031-7.
7. BERKMAN, L. F., BRESLOW, L., 1983. *Health and ways on living; The Alameda county study*. Oxford University Press, New York. ISBN 978-01-950-3216-1
8. BORZOVÁ, C. et al., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
9. BRANNON, L. et al., 2010. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. 7. vydání. Wadsworth Publishing Company. 570 s. ISBN 0495603473.
10. CALLAHAN, D., 1973. The WHO Definition of 'Health'. *The Hastings Center Studies*. 1(3). doi: 10.2307/3527467.
11. CATALANO, R., 1979. *Health, behavior and the community: An ecological perspective*. New York: Pergamon Press. 279 s. ISBN 978-00-802-2972-0.

12. ČÁP, J. et al., 1999. *Způsob výchovy v rodině a osobnostní faktory II. řádu.* (Parenting style and second order personality factors in HSPQ): In: *Československá psychologie*. 4(43), 289-299. ISSN 0009-062X.
13. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
14. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství.* Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 110 s. ISBN 978-80-246-3996-3.
15. ČERNÁ, A., 2013. *Kyberšikana: průvodce novým fenoménem.* Praha: Grada. Psyché (Grada). 152 s. ISBN 978-80-247-4577-0.
16. ČEVELA, R. et al., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy.* Praha: Grada. Sestra. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
17. DAVEY, M. et al., 2016. Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research*. 18(4), 347–362. doi: 10.1177/0743558403018004002.
18. DELLAPASQUA, S. et al., 2008. Metronomic Cyclophosphamide and Capecitabine Combined With Bevacizumab in Advanced Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 26(30), 4899–4905. doi: 10.1200/JCO.2008.17.4789. Dostupné z: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2008.17.4789>
19. DIEHL, H. et al., 2006. *Síla zdraví.* Praha: Advent-Orion. Zdraví pro třetí tisíciletí. 349 s. ISBN 80-7172-183-2.
20. DOLEŽALOVÁ, H., 2007. *Problematika holistického pojetí zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře.* Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
21. DUFFKOVÁ, J. et al., 2008. *Sociologie životního stylu.* Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
22. EKELUND, U., 2012. Moderate to Vigorous Physical Activity and Sedentary Time and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents. *JAMA* [online].

- 307(7). doi: 10.1001/jama.2012.156. Dostupné z:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2012.156>.
23. ELSON, M. H., 2010. *Jak zůstat zdravý – průvodce nakupováním*. Praha, Volvox Globator. 220 s. ISBN 978-80-7207-762-5.
24. FIALA, P., 2004. *Anatomie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
25. FIALOVÁ, L., 2008. *Životní styl české vysokoškolské populace*. In: DOSEDLOVÁ, J., (Eds.). *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: MU a MSD, 83–116 s. ISBN 978-80-7392-020-426.
26. FRAŇKOVÁ, S. et al., 2000. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ. 198 s. ISBN 80-86009-32-7.
27. FRIEDMAN, H. S., 1990. *Personality and disease: Overview, review and preview*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 315 s. ISBN 978-04-716-1805-8.
28. FRIEDMAN, R. Impaired activation of the phonological lexicon: Effects upon oral reading*1. *Brain and Language* [online]. 1990, 38(2), 278–297. doi: 10.1016/0093-934X(90)90115-W. Dostupné z:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0093934X9090115W>
29. GILES, D., 2012. *Psychologie médií*. Praha: Grada. Z pohledu psychologie. 200 s. ISBN 978-80-247-3921-2.
30. GILLERNOVÁ, I. et al., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
31. GOCHMAN, D. S., 1997. *Handbook of health behavior research*. New York: Plenum Press. 535 s. ISBN 0-306-45446-7.
32. GREGORA, M., 2005. *Očkování a infekční nemoci dětí*. Praha: Grada. Pro rodiče. 128 s. ISBN 80-247-1126-5.

33. HAMPLOVÁ, L., 2020. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 156 s. ISBN 978-80-247-5562-5.
34. HARLT, P., HARTLOVÁ H., 2009. *Psychologický slovník*. 2. vydání. Praha, Portál. 776 s. ISBN 978-80-736-7569-1.
35. HARRIS, D., GUTEN, S., 1979. Health-Protective Behavior: An Exploratory Study. *Journal of Health and Social Behavior* [online]. 20(1). doi: 10.2307/2136475. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2136475?origin=crossref>.
36. HOLČÍK, J., 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD. 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
37. HONZÁK, R., GREGOR, O., 1995. *Psychosomatický přístup v lékařské praxi*. Praktický lékař. ISSN 0042-773X.
38. HRNEČKOVÁ, P., 2016. *Hodnoty, hodnotové preference v adolescenci*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
39. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
40. JELÍNEK, M., et al., 2016. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence* [online]. Brno: Masarykova univerzita. 222 s. doi: 10.5817/CZ.MUNI.M210-8458-2016. ISBN 978-80-210-8458-2.
41. JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.
42. KALINA, K., 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
43. KAPLAN, R. M. et al., 1993. *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill Inc. 556 s. ISBN 978-00-703-3566-0.

44. KASL, S. V., COBB, S., 1966. *Health behavior, illness behavior and sick role behavior*. Archives of Environmental Health. 266 s. ISBN 978-14-899-0833-9.
45. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 978-80-200-1307-1
46. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2000. *Retrospektiva, současnost a perspektivy psychologie zdraví*. Československá psychologie. 317 s. ISSN: 0009-062X.
47. KHAW, K. T. et al., 2008. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine* [online]. 5(1). doi: 10.1371/journal.pmed.0050012. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0050012>
48. KICKBUSCH, I. et al., 2013. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Solid facts (Series). 86 s. ISBN 978-92-890-00154.
49. KLEMENTA, J. et al., 1981. *Somatologie a antropologie*. Praha: SPN. 504 s. ISBN neuvedeno.
50. KOMÁREK, L., PROVAZNÍK, K., 2011. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha. 100 s. ISBN 978-80-260-1159-0.
51. KOZIER, B. et al., 1995. *Ošetrovatelstvo 1: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a praxe*. Martin: Osveta. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
52. KOZLOVÁ, B., 2013. *Alkoholismus rodičů pohledem dospělých dětí*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Hana Zukalová.
53. KRAUS, B., 2015. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus. 246 s. ISBN 978-80-7435-544-8.
54. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
55. KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-717-8774-4.

56. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
57. KUČERA, J., 2015. *Všímavost v kontextu duševní pohody a zdraví*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D.
58. KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. 2. vydání. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.
59. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
60. LEBLANC, A. G. W., JANSSEN, I., 2010. Difference Between Self-Reported and Accelerometer Measured Moderate-to-Vigorous Physical Activity in Youth. *Pediatric Exercise Science* [online]. 2010, 22(4), 523–534. doi: 10.1123/pes.22.4.523. ISSN 0899-8493. Dostupné z: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/pes/22/4/article-p523.xml>
61. LUKÁŠ, K. et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
62. LUTHAR, S. S., 2006. *Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades*. In: CICCHETTI, D., COHEN, D. J. ed. *Developmental Psychopathology* [online]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, 2015, 2015-09-06, s. 739–795. DOI: 10.1002/9780470939406.ch20. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470939406.ch20>
63. MACEK, P., 2003. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál. 141 s. ISBN 978-80-717-8747-1.
64. MACHOVÁ, J., 2002. *Biologie člověka pro učitele*. V Praze: Karolinum. 269 s. ISBN 80-718-4867-0.
65. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
66. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

67. MCCLELLAND, D. C., 1985. *How motives, skills, and values determine what people do*. American Psychologist. 40(7), 812–825. doi: 10.1037/0003-066X.40.7.812.
68. MCCUBIN, H. I., 1997. *Families under Stress: What Makes Them Resilient*. Journal of Family and Consumer Sciences. ISSN 1082-1651.
69. MIOVSKÝ, M. et al., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. 330 s. ISBN 978-80-7422-392-1.
70. MLČÁK, Z., 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 108 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
71. NEVORALOVÁ, M., 2011. *Vymezení rizikového chování*. Získáno z: <https://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/Vymezeni-rizikoveho-chovani>. ISSN neuvedeno.
72. NOVÁK, T., 2006. *Manželské a rodinné poradenství*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1316-0.
73. PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L., 2007. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén. 239 s. ISBN 978-80-726-2466-9.
74. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grad. Psyché (Grada). 376 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
75. PAVLASOVÁ, Z., 2012. *Přesvědčení týkající se chování souvisejícího se zdravím u mladých dospělých*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Dosedlová, Ph.D.
76. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
77. PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
78. PELCÁK, S., 2015. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus. 76 s. ISBN 978-80-7435-576-9.

79. PLHÁKOVÁ, J., 2017. *Vnímání zdraví a nemoci u příslušníků ukrajinské minority*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.
80. ROGER, J. D. P., 1995. *Vychutnej život!* Praha 6 -Sedlec: Advent-Orion s.r.o., 215 s. ISBN 80-7172-144-1.
81. ROSEN, G. et al., 1993. *A History of Public Health*. JHU Press. 535 s. ISBN 978-08-018-4645-8.
82. RUIZ, O., et al., 2011. Metallothionein expression in chloroplasts enhances mercury accumulation and phytoremediation capability. *Plant Biotechnology Journal* [online]. 2011, 9(5), 609–617. doi: 10.1111/j.1467-7652.2011.00616.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-7652.2011.00616.x>
83. RŮTHOVÁ, Kateřina. *Zdravotní gramotnost zaměstnanců*. České Budějovice, 2018. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce MUDr. Dagmar Beníšková.
84. RYCHTECKÝ, A., TILINGER, P., 2017. *Životní styl české mládeže: pohybová aktivita, standardy a normy motorické výkonnosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 202 s. ISBN 978-80-246-3746-4.
85. ŘEHULKOVÁ, O. et al., 2008. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD. 162 s. ISBN 978-80-7392-073-9.
86. SARAFINO, E. P., 1990. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. Wiley. 555 s. ISBN 04-7152-454-9.
87. SEEDHOUSE, D., 2001. *Health: the foundations for achievement*. 2. vydání. New York: Wiley. 164 s. ISBN 978-0-471-49011-1.
88. SHEERAN, P., ABRAHAM, CH., 2016. Mediator of Moderators: Temporal Stability of Intention and the Intention-Behavior Relation. *Personality and Social Psychology Bulletin* [online]. 29(2), 205–215 [cit. 2020-05-31]. doi: 10.1177/0146167202239046. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167202239046>

89. SCHERMER, V. L., 2007. *Duch a duše: nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii*. Praha: Triton. 279 s. ISBN 978-80-725-4816-3.
90. SLAVÍKOVÁ, O., 2012. *Kouření jako kulturní fenomén: Postoje kuřáků k pasivnímu kouření a k informacím o zdravotních rizicích*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Tereza Hyánková, Ph.D.
91. McCubbin et al., 1997. In: SOBOTKOVÁ, I., 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vydání. Praha: Portál. s. 14. ISBN 978-80-7367-250-8.
92. SORENSEN, K. et al., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
93. SPITZER, M., 2014. *Digitální demence: jak připravujeme sami sebe a naše děti o rozum*. Brno: Host. 343 s. ISBN 978-80-7294-872-7.
94. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
95. STASKOVÁ, V. et al., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-2206-6.
96. STORIG, H. J., 2000. *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 653 s. ISBN 978-80-719-5206-0.
97. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
98. ŠOLCOVÁ, I., 2007. *Některé psychofyziologické souvislosti resilience*. Praha: Psychologický ústav AV ČR. 77 s. ISBN 9788086174129.
99. ŠOLCOVÁ, I., 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 104 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
100. ŠTĚPÁNKOVÁ, N., 2004. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing a.s. 132 s. ISBN 978-80-247-6187-9.

101. TĚTHALOVÁ, M., 2017. *Pro děti alkohol představuje velké nebezpečí* [online]. Informatorium: Časopis pro mateřské školy a školní družiny. 4(24), 14–15. ISSN 1210-7506.
102. TICHÁ, I., 2012. *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 63 s. ISBN 978-80-244-3367-7.
103. TOMEŠ, I., 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. 368 s. ISBN 978–80–7367–868–5.
104. TÓTHOVÁ, V. et al., 2019. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.
105. TUDOR-LOCKE, C., et al., 2011. How many steps/day are enough? for adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. doi: 10.1186/1479-5868-8-79. Dostupné z: <http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-8-79>
106. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
107. VAŠINA, B., 1999. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. 84 s. ISBN 978-80-704-2546-6.
108. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2005. *Infekce plodu a novorozence*. Praha: Triton. 414 s. ISBN 80-7254-614-7.
109. VELEMÍNSKÝ, M., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.
110. VEVERKOVÁ, E., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
111. VOKURKA, M., 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 4. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3563-7.
112. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. vydání. Praha: Maxdorf. 435 s. ISBN 978-80-7345-464-7.

113. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařské psychologie*. Praha: Portál. 400 s., ISBN 978-80-717-8740-2
114. WEISS, P. et al., 2012. *Sexuální chování a sexuální postoje obyvatelstva České republiky: výsledky reprezentativních výzkumů: teze disertační práce k získání vědeckého titulu „doktor věd“ ve skupině věd: Sociální a humanitní vědy*. Praha: Akademie věd České republiky. 32 s. ISBN 978-80-260-9416-6.
115. WILKINSON, John. Community, Church and Healing. By R. A. Lambourne. Darton, Longman and Todd, London, 1963. *Scottish Journal of Theology* [online]. 1966, 19(3), 377–379. doi: 10.1017/S0036930600010577. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0036930600010577/type/journal_article
116. WILKINSON, R., MARMOT, M. G., 2003. *Social determinants of health: solid facts*. 2. vydání. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 33 s. ISBN 92-890-1371-0.
117. WINFIELD, L. F., WOODARD, M. D., 2016. Assessment, Equity, and Diversity. In: Reforming America's Schools. *Educational Policy*. 8(1), 3–27. doi: 10.1177/0895904894008001001. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0895904894008001001>
118. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 190 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Informovaný souhlas
Příloha 2	Osnova rozhovoru
Příloha 3	Otevřené kódování
Příloha 4	Metoda „tužka a papír“
Příloha 5	Axiální kódování

Příloha 1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je prozkoumat vnímání zdraví a nemoci očima laické veřejnosti a také zjistit činnosti, které laická veřejnost dělá pro udržení svého zdraví. Výzkum proběhne pomocí rozhovoru, který bude nahrán a přepsán. Délka rozhovoru je cca 60 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika. Výhodou je bezpochyby uvědomění si, jak se sám stavíte ke zdraví, jak o něj pečujete, popřípadě co byste mohl/a zlepšit. Dalším kladem je pomoc při zjištění, jak se lidé starají o své zdraví a případně zahájení opatřovacích prostředků do praxe. Rizikem může být rozpoznání úryvku rozhovoru, který jste mi poskytl/a, v textu. Danou část rozpoznáte jen Vy, jelikož vše proběhne anonymně. Nikde v textu nebude udáno Vaše jméno.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studentky: _____

Příloha 2 Osnova rozhovoru

Obecné

Jaký je Váš věk?

Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Jste ženatý/vdaná/svobodný(á)/rozvedený(á)/vdovec(vdova)?

Máte děti? Popř. kolik dětí máte?

Jste věřící? Jaké náboženství vyznáváte?

Je ještě něco, v co věříte?

Jak byste popsal(a) okolí, ve kterém žijete? Bydlíte ve městě nebo na vesnici?

Na kolik je pro Vás dostupná např. zdravotní péče, obchody apod.?

Kde pracujete/pracoval(a) jste?

Baví/bavila Vás Vaše práce?

Měnil(a) jste své zaměstnání? Proč?

Jaké pocity ve Vás změna vyvolává?

Jak se se změnami vyrovnáváte?

Domníváte se, že máte nějaké zlovyky/neduhy? Jaké?

Zdraví

Co si představujete pod pojmem zdraví? Co vše se Vám vybaví?

Co pro Vás osobně znamená zdraví?

Co zdraví určuje?

Co vše potřebujete k tomu, abyste se cítil(a) zdravý(á)?

Jak si představíte člověka, který je 100% zdravý?

Proč si myslíte, že právě takto je člověk naprosto zdravý?

Znáte někoho, kdo je 100% zdravý? Popř. myslíte si, že někdo takový existuje?

Jak byste tedy definoval(a) zdraví?

Vy se cítíte být zdravým/zdravá? Popř. díky čemu se tak cítíte či necítíte?

Co vše děláte pro udržení/navrácení svého zdraví?

Myslíte si, že děláte pro udržení/navrácení svého zdraví maximum? Pokud ne, co byste mohl(a) vylepšit?

Co považujete za zdravý životní styl?

Označil(a) byste i svůj životní styl za zdravý?

Na jaké místo v žebříčku hodnot byste zařadil(a) zdraví?

Jak se to v průběhu let měnilo?

Co vše zmíněné změny ovlivnilo?

Myslíte si, že mají média vliv na vnímání zdraví lidí?

Ovlivňují i Vás? Popř. jakým způsobem?

Jaký dopad takový vliv může mít?

Jste se svým zdravotním stylem spokojen(a)? Popřípadě, co byste chtěl(a) zlepšit?

A co Vám v tom brání?

Kdo popř. co má vliv na to, že se staráte o své zdraví?

Je nějaký vliv i v současnosti? Proč?

Co vše zdraví ovlivňuje?

Co ho může ohrozit?

Nemoc

Co si představíte pod pojmem nemoc?

Jaké pocity ve vás toto slovo vyvolává?

Jak byste definoval(a) nemoc?

Viděli jste u svých blízkých nějaká reakce na nemoc? Popř. čeho jste si všiml?

Vnímáte velké rozdíly mezi Vaším zdravím a zdravím vašich dětí a vnoučat?

Jak byste své zdraví definoval v době, kdy jste byl dítě v porovnání se zdravím dnešních dětí?

Dokázal byste mi popsat, zda vidíte změny ve zdraví dnešní generace a vaší? (Pro mladší lidi, změny v dnešní generaci a minulé).

Jaké rizikové faktory si myslíte, že mají vliv na zdraví?

Pocitujete vy nějakou hrozbu, která může poškodit Vaše zdraví?

Sociální opora

Na koho se obracíte v případě nepříjemných situací?

Je někdo, u koho cítíte oporu a bezpečí?

Kdy u Vás nastává chvíle k vyhledání pomoci?

Vyvíjelo se to s postupem času? Máte pocit, že dříve jste o pomoc tolik žádat nemusel, nebo je to naopak?

Vnímáte, že i Vy jste někomu oporou? Jak se v této roli cítíte?

Myslíte si, že je důležité mít někoho takového?

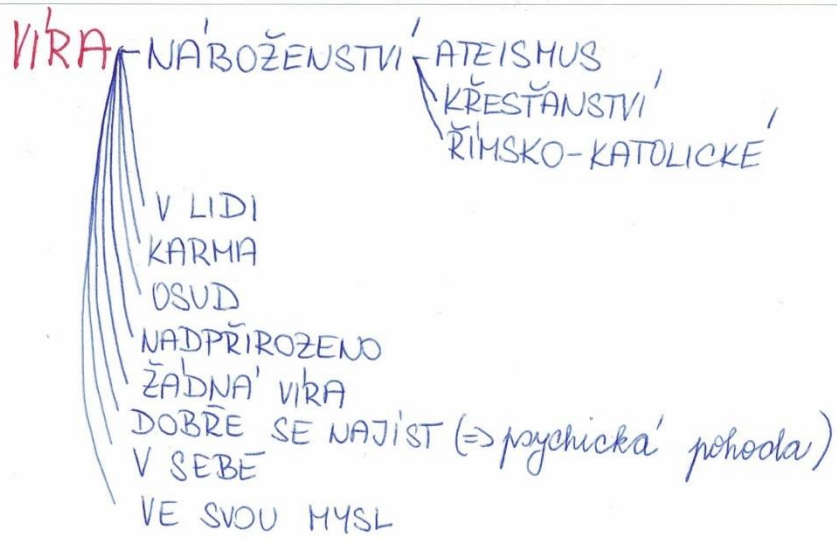
Z jakého důvodu?

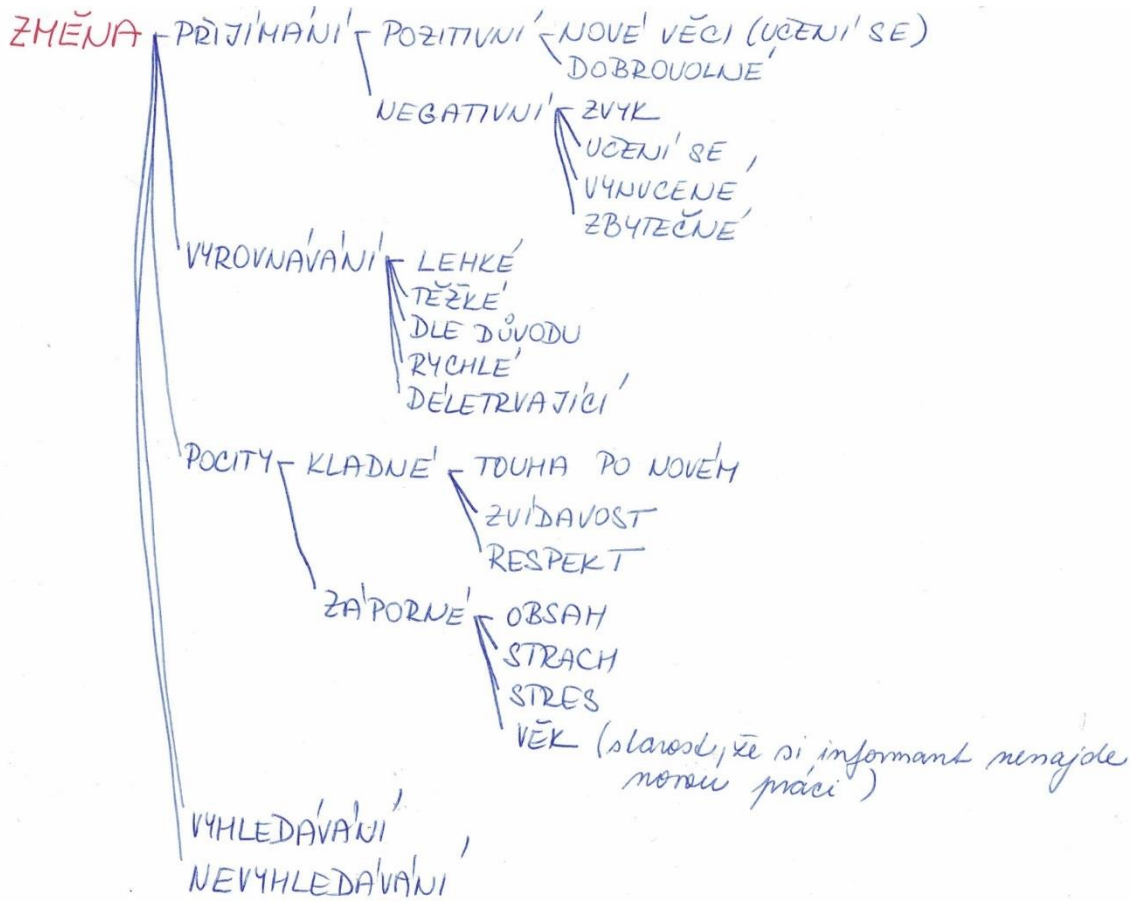
Jaké to může mít přínosy?

Doplňková

Slyšeli jste, že i spánek/stres ovlivňuje zdraví? Z jakého důvodu jste ho nezmínil(a)?

Příloha 3 Otevřené kódování





PRÁCE

- STUDENT
- ZAMĚSTNANEC
- OSVČ
- DŮCHODCE
- POČET
 - 1
 - 2
 - 3

SPKOJENOST

- DRÍVE VĚTŠÍ
- NYNÍ VĚTŠÍ

ZHĚNY

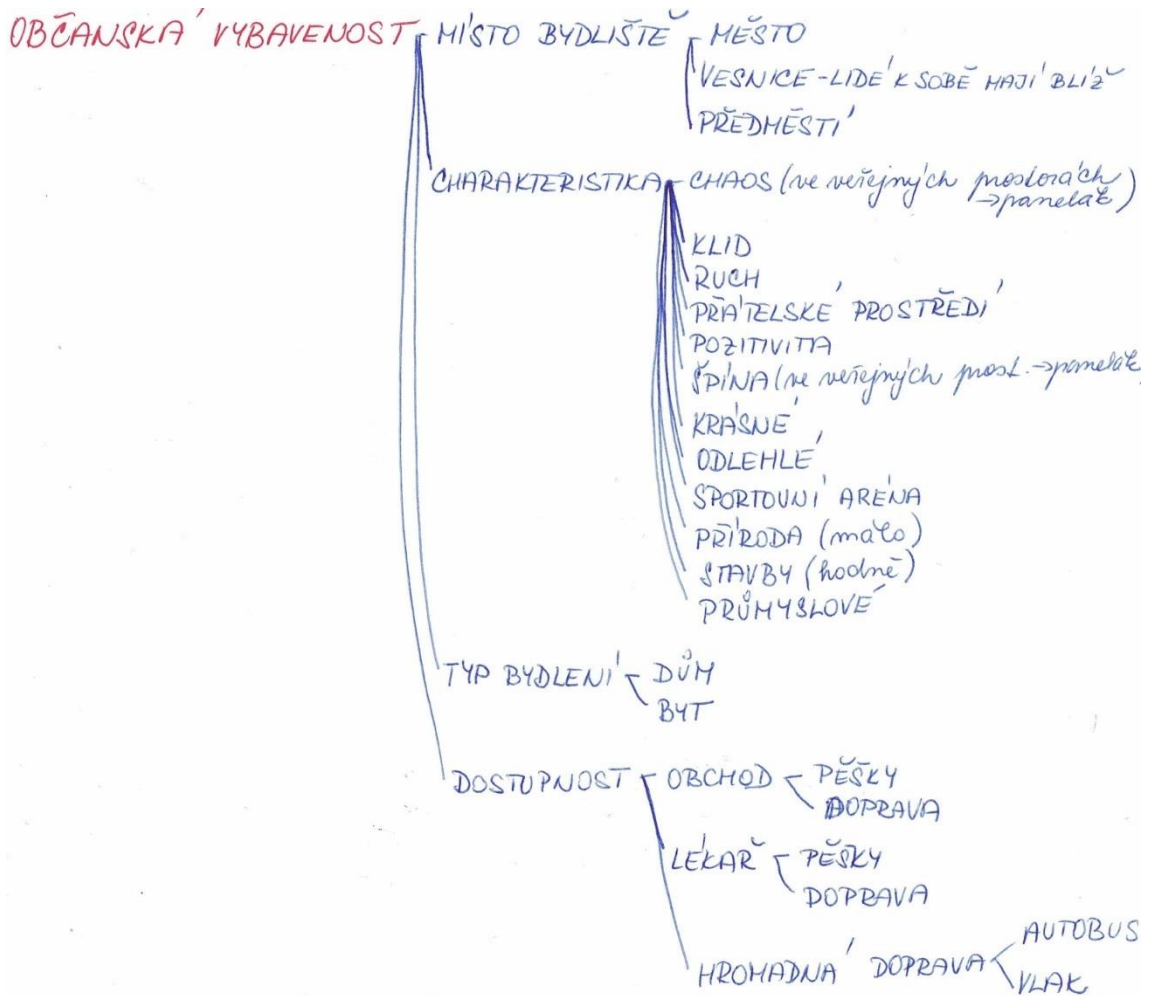
- ŽÁDNÉ

DOBROVOLNĚ

- ZHĚNA VEDENÍ
- ČAS
- OSVČ (mohlo být)
- PRACOVNÍ NÁPLŇ
- FINANCE

VYNUCENĚ

- ZRUŠENÍ PRAC. MÍSTA
- ZRUŠENÍ PODNIKU
- VÝPOVĚĎ VE ZKUŠ. DOBĚ - OŠETROVÁNÍ DĚTI
- PERSONÁLNÍ ZHĚNY



ZDRAVÍ (16) CHARAKTERISTIKA ZDRAVÍ

- FYZICKÉ
 - STAV BEZ BOLESTI
 - STAV BEZ ÚRAZU
 - STAV BEZ NEMOCI
 - STAV BEZ LÉKŮ
 - STAV BEZ ÚNAVY
 - POHYB BEZ OMEZENÍ
 - DOBRA KONDICE
 - BEZ LÉKAŘŮ
 - VYKONÁVÁNÍ DENNÍCH ČINNOSTÍ
 - MOŽNOST PRACOVAT
 - SPORT
 - ŠFYSIOLOGICKÁ SOUSTAVA
 - ČICH
 - CHUŤ
 - ČRAK
 - SLUCH
 - STAV BEZ ABSENCE
 - ZDATNOST
 - TELO BEZ PROBLÉMŮ

- PSYCHICKÉ
 - ŠTĚSTÍ
 - POHODA
 - KLID
 - ŠPOKOJENOST
 - BEZ STRESU
 - BEZ STAROSTÍ
 - RODINNÉ ZAŽITÍ
 - NALADA
 - VEHÁDÁNÍ

HARMONIE
VYVÁŽENOST (pracovní život x osobní)
(práce x odpočinek)

HODNOTA (žebříček)

- NEJDŮLEŽITĚJŠÍ
- 2. MÍSTO (1. je rodina)
- 6. MÍSTO

PŘIKLADÁNÍ DŮLEŽITOSTI ZDRAVÍ

STRÍDMOST

ŽIVOTNÍ STYL

- ZODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ
 - RODICE (a mládež)
 - DANÝ JEDINEC (a případně prostředí)
 - PARTNER
 - FAKTOR ČASU (dospyvatelnost)
 - POTŘEBA KONDICE
 - MOTIVACE
 - DÍTĚ (RODINA)
 - PARTNER
 - LIDÉ OKOLO

AD ZDRAVÍ (2.) ZNAKY ZDRAVÍ

SEBEPEČE
 100% ZDRAVÝ ČLOVĚK - MA ENERGI
 NOVOROZENEC
 NEHAZARDUJE SE ZDRAVÍM
 FYZICKÁ AKTIVITA
 NELOUŘÍ
 NEPIJE ALKOHOL
 VĚK
 OSOBNÍ PŘESVĚDCENÍ
 HARMONIE (fyz. a mysl.)
 IZOLACE
 NIC NEDELANÍ
 NEEXISTUJÍCÍ STAV
 PSYCHIKA (usmívání se)
 VLASTNÍ LIMITY - ÚRAZY
 (před daný nemůže být 100% zdravý)
 ZDRAVÝ VZHLED - BARVA
 STÍHLOST
 ŠVALNATOST

ŠPORTOVEC
 OPTIMISTA
 MA PŘÁTELE
 RODINA
 FINANCE
 BEZ BOLESTI
 MA ZÁLIBY
 TĚŽKÁ FYZICKÁ PRÁCE (bez probl.)
 BEZ NEDUH
 NEPŘETVAŘUJE SE

ŠPOKOJENOST SAHA SE SEBOU
 PREVENCE

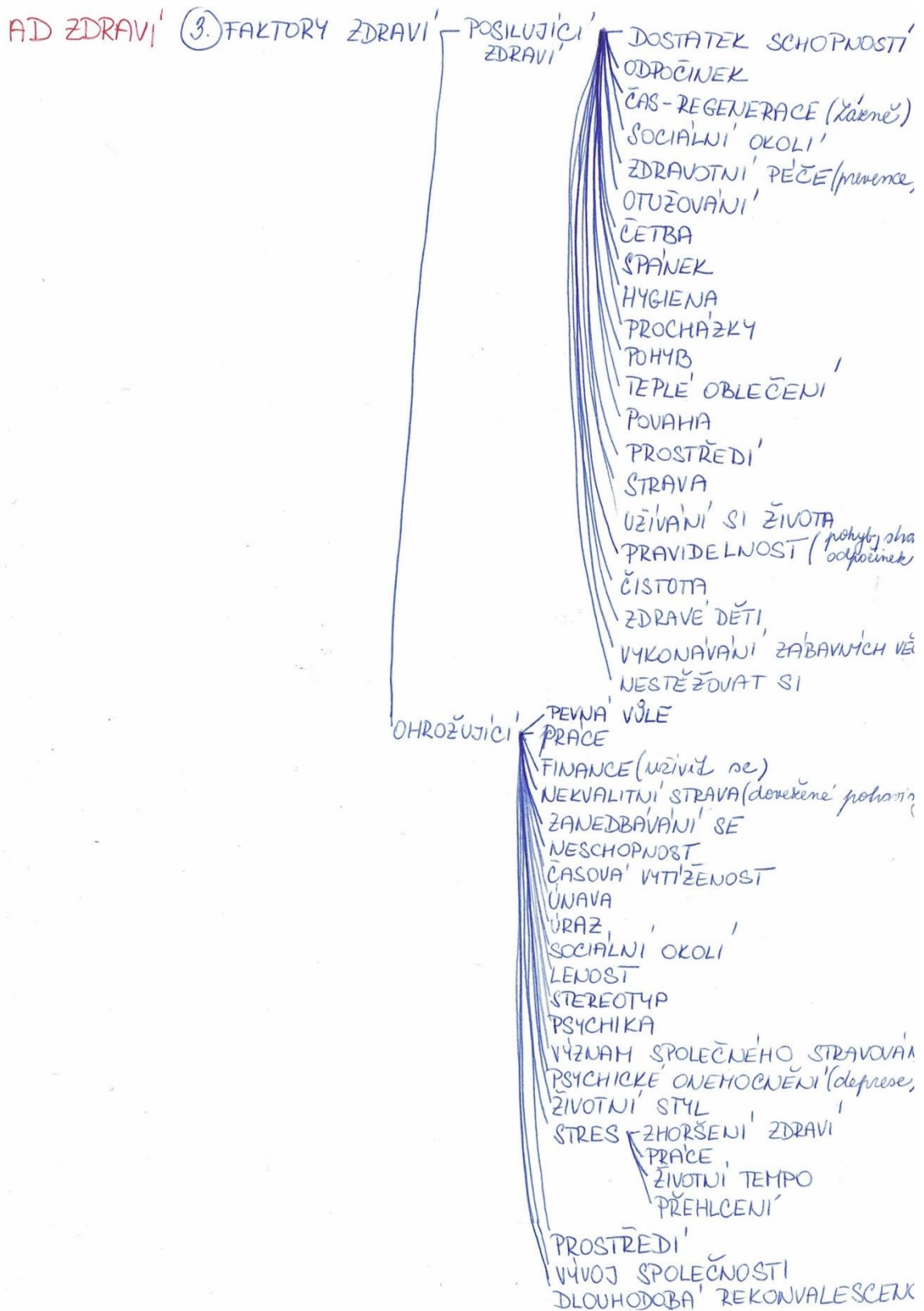
VLIV ZDRAVOTNICTVÍ - ZDRAV. PERSONÁL - LÉKÁŘ
 SESTRY

ZMĚNY (v průběhu života) - ANO - DŮSLEDKY - ZMĚNA ZAMĚSTNÁNÍ
 OMEZENÍ VĚSTROU
 UŽÍVÁNÍ SI ŽIVOTA

PŘÍČINY - VĚK
 ZKUŠENOSTI
 AKUTNÍ ONEM.
 NEMOC RODIČŮ
 VZNIK RODINY
 NEMOC DÍTĚTE
 ZABEZPEČENÍ SE
 (lydlem a po)

NE

LIMITY (kryšují se s věkem)



OHROŽUJÍCÍ FAKTORY ZDRAVÍ

TRAGÉDIE V RODINĚ

VĚK

NEHODA (automobilová)

PŘÍRODNÍ TRAGÉDIE (vlna...)

ÚRAZ

NADMĚRNÁ ZATĚŽ

BYDLENÍ (ne město, informant chce na venku)

DĚDIČNOST

OVZDUŠÍ

NEHOC V RODINĚ

KONZUMACE KAVY

ALKOHOL

CIGARETY

CHOVÁNÍ OKOLI

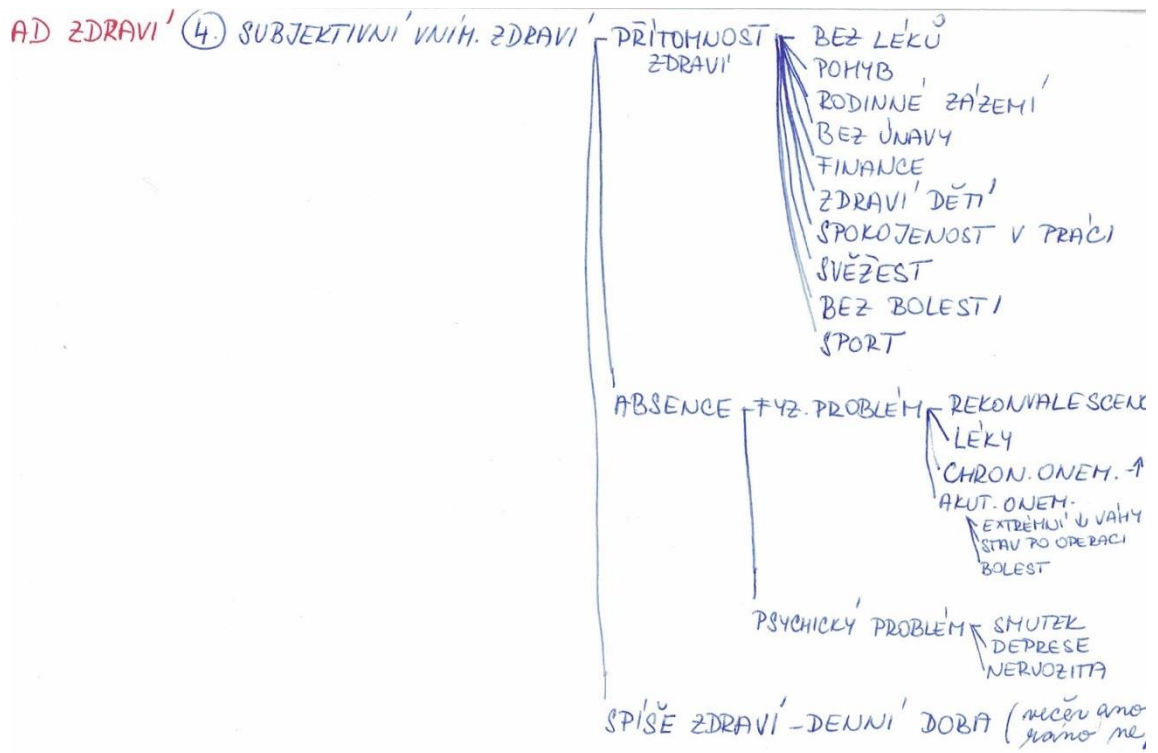
NEZNALOST

NEJISTOTA

OPERACE

NÍZKÁ IMUNITA

IZOLACE (děti)



SELF-MANAGEMENT

FYZICKÉ ZDRAVÍ

STRAVA

- KVALITA
- PRAVIDELNOST
- STRÍDMOST

- POHYB
- FYZICKÁ ZATĚŽ (v práci...)
- PODPŮRNÉ LÁTKY (cítimková linktura)
- TEPLÉ OBLEČENÍ
- PITNÝ REŽIM
- OTUŽOVÁNÍ

PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

- PSYCHICKÁ POHODA
- VIZE DO BUDOUCNA (nerozel se k minulost)
- UŽÍVÁNÍ SI ŽIVOTA
- VZDĚLÁVÁNÍ SE

MOTIVACE

- RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK
- RODINNÁ ANAMNÉZA
- UDRŽENÍ KONDICE

DOVOLENA

- PENÍZE
- OVZDUŠÍ - NIČENÍ PŘÍRODY
- VYHLEDÁVÁNÍ POMOCI

VÝVOJ VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

MINULÁ GENER.

POZIT.

- PSYCHIKA
 - POHODA
 - MÉNĚ STRESU
 - KLID
- OBDOBNA ŽIVOTNÍ ÚROVEŇ
- SOBĚŠTĚČNOST (vyprážené potraviny, von
- ČISTĚ OVZDUŠÍ
- MÉNĚ NEMOCI
- PRACOVNÍ TEMPO
- STRAVA
- POČASÍ (snídaně noc, obědi)
- ŽIVOTNÍ STYL
- ALTERNATIVNÍ LÉČBA
- PEČLIVOST
- DŮCHOD (byl dův., děti hledala babička)
- CHOVÁNÍ ZAMĚSTNANATELŮ
- PŘÍRODA
- MÉNĚ ELEKTROTECHNIKY (moderní technologie)

NEG.

- VYŠŠÍ FYZ. ZÁTĚŽ
- NEUZALOST
- VÍCE MOŽNOSTÍ
- HOR
- POTRAVA (omezovaný přísun + nek. křivky)

Souč. GENERACE

POZIT.

- ZDRAVOTNICTVÍ
 - PREVENCE
 - VĚSNOST
 - ZDRAVOTNÍ PÉČE
 - OČKOVÁNÍ
 - VAKCINY
 - URČENÍ DIAGNÓZY
 - PÉČE O DĚTI
 - VYBAVENOST
- ZDRAVĚJŠÍ POPULACE
- DODRŽOVÁNÍ ZDRAVĚHO ŽIV. STYLU

NEG.

- IZOLACE
- CERNOBYL
- POČASÍ (nejedná křivky)
- HIGRACE
- DŮCHOD (chodí se dítě)
- NEZODPOVĚDNOST (rodice přisílají nemocné děti do školek)
- VYŠŠÍ PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ
- STRES
- BUDOVÁNÍ KARIÉRY
- PRACOVNÍ NÁTLAK (WORKHOLISMUS)
- NEKLIDNÁ SPOLEČNOST
- LÉKY
- OVZDUŠÍ
- MÉDIA
- VÍCE NEMOCI
- ŽIVOTOPRAVA
- OVZDUŠÍ
- STRAVA
- ZAMĚSTNÁNÍ TRÍŠKĚNÝ PŘOUZ
- NEVĚŽENÍ SI ZDRAVÍ
- PŘECHÁZENÍ ONEMOCNĚNÍ
- AIDS
- ZÁVISLOSTI (alkohol, drogy...)

NEMOC ① CHARAKTERISTIKA NEMOCI

PSYCHIKA

NESOULAD

ŠTRAŠAK

ZOUFALSTVÍ

BOLEST

PEKLO

ŠPATNÉ ZNAMENÍ

NEFUNKČNOST ORGANISMU

NEŽÁDOUCÍ STAV

ABSENCE (něčoho, co potřebujeme)

DĚDIČNOST

BROUK (který pronikne do těla)

NEPŘÍJEMNOST

NEVYLÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ

SMRT

ZÁTĚŽ

URČENÍ DIAGNÓZY LÉKÁŘEM

PŘEBYTEK

NEDOSTATEK

NEŠTĚSTÍ

1. PŘEDSTAVA

ALERGIE

INJEKCE

LÉKÁŘ

NEMOCNICE

RAKOVINA

CUKROVKA

CHŘIPKA

ANGINA

ZÁVAŽNÉ ONEM.

LEHKÉ ONEM.

VYLÉČITELNÉ ONEM

AD NEMOC ② ŽNÁKY NEMOCI

- KOLAPS
- VYHLEDÁNÍ POMOCI
- VYSÍLENÍ (VYČERPÁNÍ ORGANISMU)
- KUMULACE PROBLÉMŮ
- ÚNAVA
- NEHYBNOST
- STRHANOST
- BLEDOST
- NESCHOPNOST VYKONÁVAT DENNÍ AKTIVITY
- OMEZENÍ V RODINĚ
- OMEZENÍ V ZAMĚSTNÁNÍ
- NUTNÝ ODPOČINEK
- OMEZENÍ V PRÁCI (ne v zaměstn. fyzická práce)
- NUTNOST LÉČBY
- UPOUTÁNÍ NA LŮŽKO
- ÚTĚK
- SLABOST
- NEMOHOUCNOST
- ZÁVISLOST NA OKOLÍ
- DŮVĚRA V LÉKAŘE
- NEZODPOVĚDNOST
- BEZ PRÁCE

AD NEMOC ③ REAKCE NA NEMOC

- POZITIVNÍ
- ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU
 - MLUVENÍ O PROBLÉMU
 - OPORA V RODINĚ
 - OKAŽITÁ REAKCE
 - POMOC OKOLI' (ŽÁDOST)
 - POSÍLENÍ VÍRY VE VLASTNÍ
 - SCHOPNOST UZDRAVIT SE
 - AKTIVITA NEMOCNĚHO
 - UZAVŘENÍ DO SEBE => OCHRANA BLÍZKÝCH
 - VÍRA VE ZLEPŠENÍ
 - ZAMÝŠLENÍ
 - ÚLEVA PŘI SVĚŘENÍ SE
 - SMÍŘENÍ

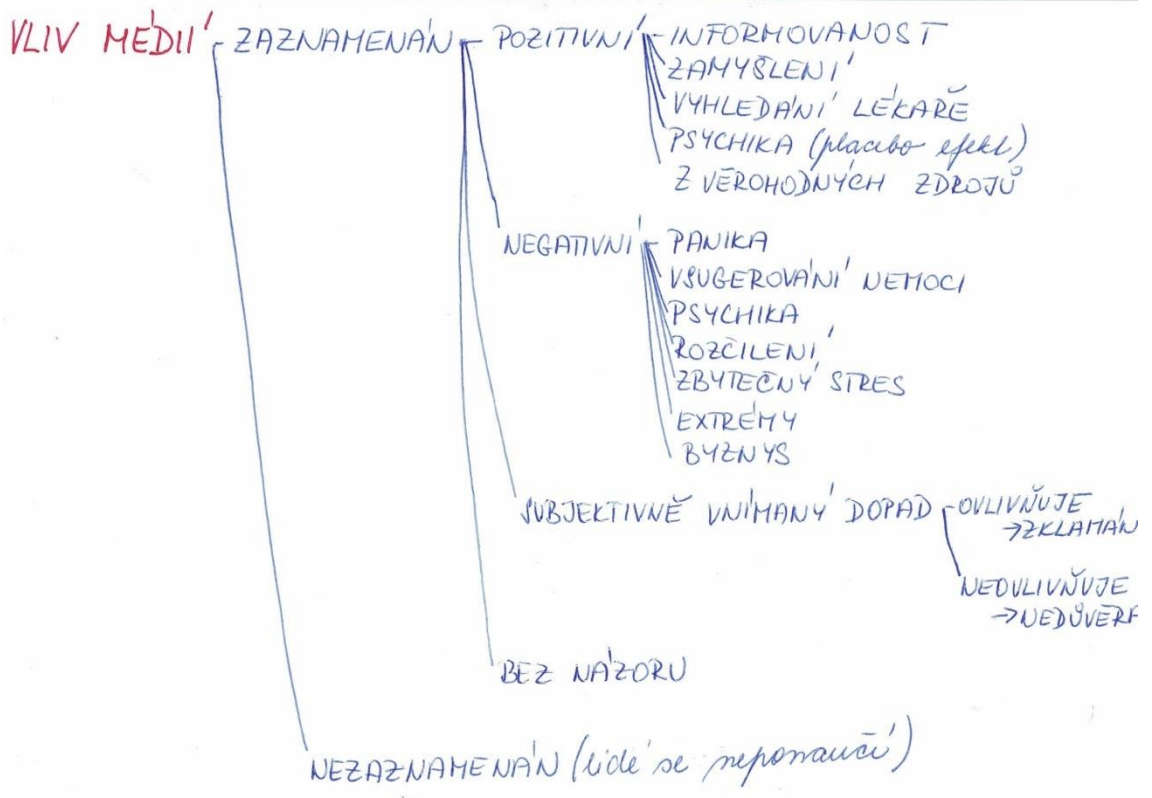
- NEGATIVNÍ
- UZAVŘENOST
 - STRACH
 - ZVÝŠENÉ SEBEOZOROVÁNÍ
 - PŘEHNANÁ PREVENCE - BABATELIZ OD RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ
 - PODRAŽĚNOST
 - SHUTEK
 - TRÁPENÍ
 - ODMÍTAVOST
 - OBAVY
 - BEZMOC
 - LITOSTIVOST
 - TAJENÍ SVĚHO ZDRAVOT. STAVU
 - ŽITRATA RADOSTI ZE ŽIVOTA
 - VYHASNUTÍ
 - PODRAŽĚNOST

BEZ ZKUŠENOSTI

OKOLI' NEMOCNĚHO

- NEGATIVNÍ
- LITOST
 - STRES
 - BEZMOC
 - STRACH
 - PLAČ
 - DEPRESE
 - ÚTEK
 - SHUTEK

- SILNĚ POZITIVNÍ
- NAVŠTĚVY
 - POMOC
 - DODÁVÁNÍ SILY NEMOCNĚHO
 - NADĚJE NEMOCNĚHO
 - PODPORA
 - OKAŽITÁ POMOC
 - CITLIVOST
 - OHLEDUPLNOST
 - TOLERANCE
 - OBDIV
 - ÚLEVA (pro nemoc)
 - STAROSTLIVOST



SOCIALNÍ OPORA - PŘÍCHOD

RODINA
PARTNER(KA)
PŘÁTELE

- PRÍNOS - ZKUŠENOSTI
- DŮLEŽITOST
- SVĚŘOVÁNÍ SE
- UKLIDNĚNÍ
- BEZ POCITU OSAMOCENÍ
- POSÍLENÍ VZTAHU
- FINANCE
- OBJETÍ
- POHLAŽENÍ
- PSYCHIKA
- DALŠÍ NÁZOR
- SPOKOJENOST
- ROZMLUVENÍ
- ÚLEVA
- RADA
- EMPATIE
- SPOLEHNUTÍ
- ŠKODLIVOSTI (lidem dělá radost eixi' nestěh')
- VELIKOST PROBLEMU
- BEZPEČÍ

OPORA DRUHÉMU - PARTNER(KA)
KAMARÁD(KA)

- DCERA
- RODICE
- DŮSLEDEK
 - RADOST
 - SVÁHA
 - DOBRY POCIT
 - PŘEKONÁVÁNÍ PROBLEMU
 - OBAVA O DRUHÉHO
 - ŠTĚSTÍ
 - TRÁPENÍ
 - SHŮTEK
 - NASLOUCHÁNÍ

NEVYHLEDÁVANÁ ROLE

ŽÁDOST O POMOC - ČETNOST - MINULOST

ČASTĚJI - OSAMOCENÍ / BEZ ZKUŠENOSTI
MĚNĚ ČASTO - BEZ POTŘEBY

- OCHRANA DRUHÝCH
- ZKLAMÁNÍ - DRBY
- VÁŽNOST VĚCI
- OBTĚŽOVÁNÍ DRUHÝCH

PRÍTOMNOST - ČASTĚJI
MĚNĚ ČASTO - ZKUŠENOSTI

STEJNĚ ČASTO
DLE PŘÍLEŽITOSTI
DLE POTŘEBY

- DŮVOD
 - NELZE SI MÍSTO VYŠETŘIT SAM
 - TRAGÉDIE V RODINĚ
 - SVĚŘENÍ SE
 - NESJÁŽE
 - NEROZHODNOST
 - POTŘEBA RADY

SNADNĚ
OBTÍŽNĚ
VYHOVENÍ

Příloha 4 Metoda „tužka a papír“

Co vše potřebujete k tomu, abyste se cítil zdravý?

Tak aby člověk mohl vykonávat nějaké věci, tak by k tomu potřeboval i odpočinek. Aby to tělo, po tom pracovním zatížení dokázalo zregenerovat. Aby pak člověk měl dost sil tady na ty věci. Pak když je člověk odpočatý, tak není taková predispozice k nějakým úrazům nebo k něčemu takovému. A myslím si, že i odpočinek má vliv na psychiku.

Jak si představíte člověka, který je 100 % zdravý?

Takového člověka neznám.

A jak si ho představíte?

Někdo, kdo by byl zavřený v nějaké místnosti, nebo v karanténě a nic nedělal a měl tam jenom samý nějaký příjemný věci, aby měl v pohodě i psychiku a aby si taky nějak neublížil, tak fakt musí být v nějaké izolaci. Podle mě to fakt nejde, aby byl člověk 100 % zdravý. Kord v dnešní uspěchaný době to nejde, nikdo takovej není.

Proč myslíte? Proč myslíte, že třeba Vy byste nemohl být 100 % zdravý?

No, jelikož už jsem pár úrazů měl a každé ten úraz vždycky je fakt, že se zahojí, ale už člověk na sebe dává větší pozor. Protože když má zlomenou nohu, tak radší víc zatěžuje tu druhou nohu, aby ji odlehčil a tím si zase ničí tu zdravou, takže si myslím, že každé úraz si to tělo už pamatuje.

A když třeba by někdo ty úrazy neměl?

Tak když by si to o sobě myslel, tak asi jo, ale stejně si myslím, že to v dnešní době prostě nejde. Aby se vyhnul úplně všemu. Už jen ten psychickéj nátlak v dnešní době.

Jak byste tedy definoval zdraví?

(Pauza) Tak zdraví je soulad jak fyzických, tak psychických procesů, který v sobě člověk zažívá. A když je tohle všechno vyrovnaný, tak si myslím, že by člověk měl být zdravý.

Myslíte si, že děláte pro udržení/navrácení svého zdraví maximum?

Rozhodně ne. Víím, že je to špatný, ale bohužel ne.

Když ne, tak co byste mohl vylepšit?

(Uf) Určitě životosprávu, nějakou lepší stravu, víc zeleniny, víc pohybu. Jakože třeba dřív jsem víc chodil běhat, ale teď na to není bohužel čas, protože předěláváme dům. Takže je dost práce tam, ale občas je alespoň čas se projít se psem, ale už to není tak, že bych chodil každý den 4 km běhat.

Příloha 5 Axiální kódování

AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

ŘÍČINNÉ PODMÍNKY	JEV	KONTEXT	INTERVUIČÍ PODMÍNKY	STRATEGIE JEDNÁNÍ	NÁSLEDKY
RODINA ZKUŠENOSTI VNÍMÁNÍ EMPATIE POTŘEBA POMOCI POCIT JISTOTY	SOCIÁLNÍ OPORA	POVAHA SPOLEČNOST DŮLEŽITOST FINANCE ŠKODOLIBOST	RADA ZANEPRÁZDNĚNOST (ČAS) NEROZHODNOST VOLBA JEDINCE	NASLOUCHÁNÍ SVĚŘOVÁNÍ SE UVOLNĚNÍ VLASTNÍ ŽÁDOST O POMOC	ŮLEVA PSYCHICKÁ POHODA DOBRÝ POCIT POSÍLENÍ VZTAHU POCIT BEZPEČÍ

10 SEZNAM ZKRATEK

DM – Diabetes mellitus

WHO – Světová zdravotnická organizace

STAG – Informační systém univerzity