

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

HODNOCENÍ VYBRANÝCH UKAZATELŮ ZDRAVÍ U VOJÁKŮ ARMÁDY ČR
Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Bc. Jaroslav John, Rekreologie
Vedoucí práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.
Olomouc 2017

BIBLIOGRAFICKÁ IDENTIFIKACE

Jméno a příjmení autora: Bc. Jaroslav John
Název diplomové práce: Hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u vojáků armády ČR
Pracoviště: Katedra rekreologie
Vedoucí diplomové práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.
Rok obhajoby diplomové práce: 2017

Abstrakt: Cílem diplomové práce je zjistit aktuální hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u specifické skupiny populace – vojáků Armády ČR. Vybrané ukazatele zdraví jsou zaměřené na stresový profil, body image, body mass index, kuřáctví a pohybovou aktivitu. Zkoumání bylo realizováno na 211 respondentech, s průměrným věkem 33 let. Soubor byl dále rozdělen podle pohlaví (na muže a ženy). Muži byli v počtu 191 osob s průměrným věkem 33 let, žen bylo 20 se stejným věkovým průměrem jako muži. Respondenti měli hodnosti poddůstojníků, praporčíků, nižších důstojníků a vyšších důstojníků. Hodnoty respondentů byly naměřeny na vojácích obou pohlaví. Toto měření provedl PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D. v roce 2016 a následně data poskytl k vyhodnocení pro tuto diplomovou práci. Vyhodnocení dat provedl autor diplomové práce Bc. Jaroslav John. Získané informace z dotazníku ukazují za celý soubor 3,31 % obezity, 58 % nadváhy, 37,91 % normováhy, 0,47 % podváhy. Výsledky dotazníků jsou podrobněji vysvětleny v praktické části.

Klíčová slova: stresový profil, voják, body image, body mass index, pohybová aktivita

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

BIBLIOGRAPHICAL IDENTIFICATION

Author's first name and surname: Bc. Jaroslav John

Title of the master thesis: Evaluation of selected health indicators for soldiers of the Czech army

Department: Department of Recreology

Supervisor: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

The year of presentation: 2017

Abstract: Aim of this master thesis is finding out actual evaluation of samples of health indicators for specific population group – soldier of Army Czech Republic. These health indicators are specialized for stress profile, body image, body mass index, smoking and moving activity. This research has been realized on 211 respondents, with average age 33 years. Data has been divided according to gender (men and women). Count of men is 191 persons with average age 33, count of women is 20 with the same age range. Respondents have been non – commissioned officers, warrant officers, junior officers and senior officers. Data has been measured on soldiers of both genders. This measurement has been done by PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D. in year 2016 and he has provided data for evaluation for this master thesis. Evaluation has been done by author of this diploma work Bc. Jaroslav John. Study shows results from total data 3,31 % obesity, 58 % overweight, 37,91 % standard weight, 0,47 % underweight. All results are shown and explained in practical part of this thesis.

Keywords: stress profile, soldier, body image, body mass index, physical activity

I agree with the lending of the thesis paper within the library services.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Chromči dne 13. dubna 2017

.....

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Dr. Martinu Sigmundovi, Ph.D., za příkladnou pomoc a poskytování prioritních informací k realizaci. Dále děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	8
1 STRESOVÝ PROFIL.....	9
1.1 Co je to stres	9
1.2 Příčina stresu.....	10
1.3 Druhy stresu.....	13
1.4 Zátěž a stres	15
1.5 Fyzická zdatnost a stres.....	17
1.6 Projevy zátěže a jejich identifikace.....	18
1.7 Bojový stres	19
1.8 Zvládání bojového stresu.....	22
1.9 Trauma.....	23
1.10 Krizová intervence při traumatu	28
1.11 Posttraumatická stresová porucha.....	30
1.12 Psychologická příprava	31
1.13 Způsoby překonávání stresu – adaptace a zvládnutí.....	32
1.14 Protistresová pravidla	36
2 BODY IMAGE	38
2.1 Sebepojetí	38
2.2 Nespokojenost s Body image.....	41
2.3 Vnější vzhled	43
3 BODY MASS INDEX.....	44
3.1 Využití Body mass indexu jako ukazatele zdraví	44
3.2 Body mass index u vojáků z povolání.....	44
3.3 Ovlivňování Body mass indexu pomocí nezdravých návyků.....	46
3 CÍL PRÁCE.....	48
4 METODIKA.....	49

4.1	Popis problémové situace	49
4.2	Zkoumaný soubor.....	49
4.3	Metody.....	49
5	VÝSLEDKY	50
5.1	Ukazatele zdraví vojáků z povolání	50
6	DISKUSE	62
7	ZÁVĚR	65
8	SOUHRN	67
9	SUMMARY	69
10	REFERENČNÍ SEZNAM.....	71
11	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ, TABULEK A ZKRATEK.....	75

ÚVOD

Mozek a tělo je vystavováno stresu každý den. Jakmile slyšíme pojem „stres“, hned se obáváme, že je to něco negativního, co nám může škodit. Z části je to pravda, ale stres je i pozitivní. Stres nás pohání kupředu. Je to motivátor k tomu, abychom se dokázali přizpůsobit na opakující se stresový podnět, nebo na stresovou situaci, kterou očekáváme. Můžeme to vyjádřit i jako způsob adaptace. Mozek a tělo se nechce neustále stresovat, protože je unavené a pociťuje bolest. Proto adaptací, z nepříjemného vzniká příjemné.

Chtěl bych poukázat na stres vojáků v činné službě. Voják z povolání prochází v pracovním procesu intenzivnějšími stresovými událostmi, více než civilista. Prožívá bojový stres, kterému předchází příprava na zvládnání uvedeného stresu v bojové akci. Adaptace na stres je nevyhnutelná a nutná v průběhu předcházení traumat a posttraumat. Mozek se tak lépe dokáže vyrovnat se situací, se kterou by se civilista za obvyklých okolností vyrovnat nedokázal. Stresová příprava je velmi účinný prostředek k tomu, jak předejít narůstajícímu počtu traumatických onemocnění a někdy až vznikajících bezvýchodných sebevražd.

Při nezvládnutí stresu dochází k negativnímu ovlivnění těla, což se odráží v celkové (ne)spokojenosti s vlastním tělem. Odborně tuto problematiku můžeme nazvat Body image. Vzhledové projevy stresu jsou samozřejmě různé. Většina lidí ve stresové situaci trpí nechutenstvím, nebo naopak nadměrným příjmem potravy. Tělo se pak prezentuje podváhou nebo obezitou a stres ještě více narůstá, protože vzniká další druh stresu. Nespokojenost s vlastním tělem stres akorát více prohlubuje.

K této problematice má velmi blízko i pohybová aktivita. Pohybovou aktivitou můžeme stimulovat tvorbu hormonů, které mají velký význam pro uvolnění těla i mysli. Uvedený stav bych nazval jako antistresující prostředek k odstranění vnějších i vnitřních negativ. Je to nenáročná a individuálně aplikovaná metoda, jenž se může dávkovat podle našich potřeb. Jak jsem se zmínil výše v BI, tělo je stresem negativně přetvářeno. Vypěstujeme si tak váhové překážky pro realizaci jakéhokoliv druhu sportu, který nás duševně naplňuje a je nepostradatelný pro naše fyzické a duševní zdraví. Sport je neustále se vyvíjející činnost, která působí na lidskou bytost, a která může pozitivně ovlivnit každého z nás.

1 STRESOVÝ PROFIL

1.1 Co je to stres

Stres není vhodný termín pro vědce, protože to je tak velmi subjektivní jev, který se vzpírá definici. Termín „stres“, jak je v současnosti používán byl vytvořen Hansem Selyem v roce 1936, který jej definoval jako specifickou reakci organismu na každý požadavek změny.

Stres je nadměrná zátěž neúnikového druhu vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k poruše adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám, liší se od neurotické reakce, v níž somatické poškození či porucha může být vyřešena únikovým mechanismem (Hartl & Hartlová, 2000).

Baštecká a Goldmann (2001) definuje stres jako nespecifickou reakci organismu na jakýkoli požadavek prostředí, např. na jeho změnu. Je to fylogeneticky stará adaptační reakce, probíhá stereotypně s účelem připravit organismus na fyzickou aktivitu (boj nebo útek).

Stres je tedy spíše souborem reakcí organismu na konkrétní podněty (neboli stresory), které narušují jeho normální fungování. Jedinec je vystaven takovým nárokům (zátěži), o nichž se domnívá, že k jejich zvládnutí nemá potřebnou adaptační kapacitu. Důležitá je ale především subjektivita emočního a kognitivního zpracování konkrétní situace (Švingalová, 2006).

Podle Vrzalové (2011) je pojem stres definován celkovou těžkou situací, podmínkou, okolnostmi, které na člověka působí (ne / stresující) odpověď organismu na stresující činitele (bolest, ztráta váhy a životní síly), celkový vnitřní stav člověka, který se nachází v nepříznivých podmínkách (napětí, spánek). Člověk, na kterého působí požadavky prostředí a on nemá dostatek zdrojů, aby na ně přiměřeně odpověděl, se dostává do stresového stavu doprovázeného symptomy tzv. adaptačního syndromu, což je reakce, probíhající ve třech fázích:

- **Fáze poplachová** je náhlé narušení vnitřního prostředí organismu, je provázeno silným nabuzením organismu a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek.
- **Fáze rezistence**, kdy je adaptace na stres maximální – organismus si na stresující podnět zvyká.
- **Fáze vyčerpání**, která nastává, jestliže získaná rezistence je nedostatečná – výsledkem může být celkové selhání adaptační a regulační schopnosti.

Utváření odolnosti v průběhu života je ovlivněno vrozenými vlastnostmi organismu a centrálního nervového systému (CNS), věkem a životními zkušenostmi, především zkušenostmi přímo s náročnými životními situacemi. Postupné zvyšování nároků, obtíží a překážek vede k tomu, že se organismus přizpůsobuje a jeho odolnost stoupá. Každý jedinec si v průběhu učení hledá způsoby, jak nejlépe život kolem sebe zvládat (Vrzalová, 2011).

Stres lze chápat jako určitý stav organismu, kde je nadměrné množství energie využíváno k řešení problémů. Stres vzniká tehdy, působí-li na jedince podnět dlouhou dobu nebo octne-li se v nesnesitelné situaci, které se nemůže vyhnout, a setrvá-li v ní. Stresové situace jsou zesílením nebo vystupňováním běžných životních nároků na člověka a postihují celý organismus. Stresující může být celá životní situace (např. rozvod) nebo určitá podmínka, okolnost či nepříznivý faktor. Např. spánková deprivace nebo odpověď organismu na stresující činitel (Jäger & Lávička, 2001).

Transakční definice stresu je založena na studiu interakcí mezi osobou a prostředím a vymezuje stres jako konkrétní vztah mezi osobou a prostředím, který osoba vnímá jako překračující její osobní zdroje a zároveň ohrožující její subjektivní spokojenost (Vrzalová, 2011).

Model vyrovnávání se se stresem podle Vrzalové (2011):

- **Fáze:** posuzujeme, zda je působící situace pro nás ohrožující, konkrétní situace někoho stresují a někoho zase ne.
- **Fáze:** sekundární hodnocení se týká odhadu vlastních možností, reakcí a předpokládaných důsledků jednání. V této fázi hovoříme o tzv. copingových zdrojích: fyzické (zdraví, energie), sociální (sít' vztahů – rodiče, partner, spolupracovníci), psychologické (pozitivní myšlení, sebehodnocení, morální kvality) a materiální (zabezpečení, peníze) = výsledkem je výběr konkrétní copingové odpovědi.
- **Fáze:** přehodnocení – člověk může získat nové informace, které změní jeho pohled na situaci.

1.2 Příčina stresu

Pauknerová a kol. (2006) rovněž upřesňuje, že pracovní stres zvyšují i faktory soukromého života, konkrétně nemoc, nebo úmrtí rodinného příslušníka, problémy

v manželství, nebo stěhování, snížení vlastní výkonnosti v souvislosti se stářím, nebo nemocí, válečné konflikty, či přírodní katastrofy.

Mezi další faktory zapříčiňující stres v pracovním prostředí můžeme uvést: příliš rychlý pracovní postup, nebo naopak zklamání z nepovýšení, příliš mnoho, nebo naopak málo práce, přeložení či změnu pracovního prostředí, změna charakteru práce nebo řízení, nebezpečnou práci (Schreiber, 2000).

Zjišťování problému stresu spojeného s prací může dle názoru Svobodové a kol. (2009) zahrnovat analýzu faktorů, jako je organizace práce a pracovní postupy, pracovní podmínky a prostředí, komunikace a subjektivní faktory (emocionální a sociální tlaky, pocit vlastní neschopnosti apod.).

Obdobně Gilbertová a Matoušek (2002) rozlišuje zátěž nadlimitní (přetížení) – požadavky přesahují výkonovou kapacitu a zátěž sublimitní (nevytížení) – při plnění úkolu člověk nevyužívá svůj pracovní potenciál.

Vliv psychiky člověka při spuštění a průběhu stresové reakce je zřetelný a rozhodující zejména na začátku celého děje, kdy dochází k automatickému zhodnocení situace jako stresoru, či jako situace neškodné, a k následnému emocionálnímu doprovodu, který určí zapojení dalších neuroendokrinních mechanismů, které již dále probíhají autonomně (Vymětal, 2003).

Události, které vnímáme jako stresové, spadají obvykle do jedné nebo více následujících kategorií: traumatické události mimo oblast běžné lidské zkušenosti, neovlivnitelné události, nepředvídatelné události, události představující výzvu pro hranice našich schopností a našeho sebepojetí nebo vnitřní konflikty (Atkinson et al., 2003).

Traumatické události zahrnují přírodní katastrofy, katastrofy způsobené člověkem, jako jsou války, jaderné nehody, katastrofické nehody, jako jsou letecká neštěstí apod. (Atkinson et al., 2003).

Neovlivnitelnost – čím více nám událost připadá jako neovlivnitelná, tím častěji ji vnímáme jako stresovou. Závažné neovlivnitelné události zahrnují smrt milovaného člověka, ztrátu zaměstnání nebo vážnou nemoc. Přesvědčení, že můžeme ovlivnit průběh událostí, snižuje naši úzkost, i když tuto možnost nevyzkoušíme. Možnost předvídat výskyt stresové události, i když jej jedinec nemůže ovlivnit, snižuje intenzitu stresu (Atkinson et al., 2003).

Stres mohou také přivodit vnitřní procesy – nevyřešené konflikty, které mohou být vědomé nebo nevědomé. Ke konfliktům dochází, když se člověk musí rozhodnout

mezi neslučitelnými nebo vzájemně se vylučujícími cíli nebo postupy jednání. Konflikt může také vzniknout, když proti sobě stojí dva vnitřní motivy nebo potřeby. Silné konflikty se vyskytují nejčastěji mezi následujícími motivy: nezávislost versus závislost, intimita versus osamělost, spolupráce versus soutěžení, vyjádření impulsu versus morální zásady (Atkinson et al., 2003).

Některé situace jsou poměrně snadno ovlivnitelné a předvídatelné, ale přesto jsou prožívány jako stresové, protože nás tlačí na hranice našich schopností a představují výzvu pro náš pohled na sebe samé (Atkinson et al., 2003).

Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a silou (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout. O stresové situaci, o stresu hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu (Křivohlavý, 2001).

Stresové situace vyvolávají emoční reakce v rozmezí od veselé nálady až po úzkost, vztek, sklíčenost a depresi. Jestliže stresová situace přetrvává, emoce mohou kolísat v závislosti na úspěšnosti našeho úsilí o zvládnutí situace. Nejčastější emoční reakcí na stresor je úzkost. Úzkostí rozumíme nepříjemnou emoci charakterizovanou takovými pojmy jako starost, obava, napětí a strach, kterou občas prožíváme v různé míře všichni (Atkinson et al., 2003).

Další nejčastější reakcí na stresovou událost je vztek, který může vést až k agresi. U lidí majících tendenci reagovat na stresor hněvem, tedy zpravidla následnou aktivitou a agresivitou, dochází k vyšší produkci noradrenalinu, testosteronu (neuroendokrinní reakce) a ke zvýšení bezprostřední imunitní odpovědi. Ačkoli nejčastější reakcí je aktivní agrese, opačnou, ale rovněž běžnou reakcí, je uzavření se do sebe a apatie. Jestliže stresové podmínky trvají a jedinec je nezvládá, apatie může přerůst v depresi (Vymětal, 2003).

Trvání stresující situace se odvíjí od toho, jak rychle a efektivně je řešena. Teorie optimální aktivace mluví o tom, že až do určité úrovně může mít stres užitečný motivační účinek na chování daného jedince. Různí lidé disponují různými zvládacími strategiemi, které užívají v případě působení stresujících faktorů. Tyto strategie můžeme rozdělit na dva typy. Prvním jsou strategie zaměřující se na problém, který

stres způsobil, a snaží se ho řešit. Druhým typem jsou strategie zaměřující se na emoční stav a řešící důsledky stresující situace (Hill, 2004).

1.3 Druhy stresu

Dalším možným způsobem klasifikace stresorů je jejich členění na faktory vycházející z fyzikální či biologické oblasti, z oblasti sociálně psychologické a z oblasti pracovní (Pauknerová a kol., 2007):

- Mezi faktory, které řadíme do sféry fyzikálních a biologických vlivů, patří především faktory, které vyplývají z rizika úrazů v práci anebo nemocí z povolání či jiných pro člověka nepříznivých vlivů jako je ohrožení lidského organismu chemickými a biologickými látkami, elektrickým proudem, zářením či mechanickými a fyzikálními vlivy apod., dále např. přelet časových pásem či nadměrná zátěž.
- Sociálně psychologické faktory vyplývají ze vzájemné interakce a soužití lidí (sem patří tedy faktory vyvolané jednáním s lidmi, jako jsou nejrůznější konflikty a hádky vyplývající z tohoto jednání, neustálé vyrušování druhými, ztráta některého člena rodiny, pocity nedocenění, tzv. ponorková nemoc z dlouhodobého trávení času se stejnými lidmi v jedné kanceláři apod.).
- Faktory vycházející z oblasti pracovní zahrnují činnosti spojené s velkou dávkou potřebné koncentrace, činnosti kladoucí značné nároky na koncepční a tvořivé myšlení, rozhodování ve složité a nepřehledné situaci či časové tísně, činnosti monotónní až stereotypní či naopak příliš časté a nepravidelné střídání různých druhů činností.

Janke a Erdmannová (2003) uvádí rozlišení stresorů do následujících pěti skupin:

- Stresory vnější – vlivy, které nás ovlivňují prostřednictvím našeho okolí (mezi tyto stresory řadíme například hluk či stavy nebezpečí).
- Překážky v uspokojování primárních potřeb – v souladu s teorií hierarchie potřeb A. Maslowa se jedná například o potřeby spánku, jídla, pití či odpočinku.
- Sociální stresory – tyto faktory jsou spjaty s tím, jak vnímáme naše nejbližší sociální okolí a jak ono vnímá nás (sem patří tudíž například nejrůznější konflikty vyplývající z mezilidských vztahů či sociální izolace).

- Konflikty – tyto druhy stresorů vznikají v souvislosti s neúspěšnými pokusy o zvládnutí nějakého úkolu či jsou spjaty s nejistotou v rozhodování.
- Zátěže při výkonu – sem řadíme faktory, které jsou nejčastěji spjaty s výkonem pracovní činnosti lidí (může to být tedy na jedné straně stres z časové tísně a nadměrných požadavků, které jsou na pracovníka kladeny, avšak na druhé straně mohou být stresující i nízké požadavky spojené s monotónní a stereotypní prací).

V souvislosti se stresem rovněž hovoříme o tzv. Distresu – negativně prožívaný stres, např. když se domníváme, že nemáme dost sil zvládnout to, co nás ohrožuje a tzv. Eustresu – pozitivně prožívaném stresu, např. situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, ale vyžaduje určitou námahu (svatba apod.) (Křivohlavý, 2009).

Destruktivní zátěž (distres) se projevuje depresivními stavy, trvalou obavou, strachem, negativním myšlením, které narušují vyváženost osobnosti. Těmito stavy psychiky jsou značně ovlivňovány biologické procesy. Například z kůry nadledvinek je emitováno až 40x více kortizolu než ve fázi eustresu. Nadměrnost kortizolu, jehož negativní působení přetrvává zátěž o 4 až 6 hodin, výrazně narušuje imunitní reakce organismu, zvyšuje hladinu cholesterolu a kyseliny močové. Snižuje hladinu dusíku a inzulinu. Destruktivní vliv distresů je třeba respektovat u přetížených lidí (zkouškové období na školách, tlak konkurenčního boje, mezilidské konflikty). Náročná tvůrčí práce je pak nahrazována rutinou, nekonceptností, jednání člověka je doprovázeno neurotickými projevy, takže obvyklé banální onemocnění ohrožuje lidské zdraví (Buchtová, 2004).

Nebezpečí stresu spočívá v tom, že zkresluje vnímání. Čím více jsme stresováni, tím menší je naděje, že si to dokážeme uvědomit. Eustres znamená, že člověk, byť v zátěži, ji vnímá a hodnotí jako výzvu. Dochází ke zvýšení katecholaminů, kortizol je potlačen, imunitní reakce je vyšší. Za příklad eustresu nám může posloužit velmi náročná práce přinášející radost. Distres znamená, že člověk určitou situaci chápe jako něco negativního a prožívá ji jako nepříjemnou. Dochází ke zvýšení kortizolu, katecholaminy jsou potlačeny a imunitní reakce snížena. Příkladem je nutnost překonávání překážek, které vnímáme jako nepřekonatelné, ze situace není úniku a své počínání hodnotíme jako marné. Dostavuje se beznaděj. Třetí možností je eustres spojený s distresem. Neuroendokrinní a imunitní reakce

organismu závisí na vzájemném poměru obou složek. Například k této situaci nám poslouží náročná práce spojená s nechutí, tato nechut' však není příliš silná (Vymětal, 2003).

Protože se se stresem lidé setkávají každý den, je třeba i jeho příčiny považovat jako každodenní součást života. Denně se jedinec, setkává se stresem jak pozitivním, tak negativním. Vždy jej však vyvolává stresor (podnět), na který organismus reaguje. Každý podnět můžeme zařadit mezi vnější nebo vnitřní stresory (Jäger & Lávička, 2001).

Pozitivní stres v sobě zahrnuje stres vyvolaný zátěžemi přiměřenými adaptačním schopnostem organismu. Tento druh stresu zvyšuje odolnost a výkonnost organismu a je zpravidla emočně prožíván, dodává energii a sílu. Negativní stres je způsoben zátěžemi, které svou intenzitou či délkou trvání přesahují adaptační možnosti daného organismu, vedou k jeho poškození či úplnému zničení. Tento druh stresu bývá negativně emočně prožíván a vyvolává vyčerpání organismu (Jäger & Lávička, 2001).

1.4 Zátěž a stres

Vojáci musí splňovat určitá kritéria fyzické zdatnosti, protože požadovaná fyzická zdatnost zlepšuje výkonnost ve služebním poměru. Nicméně, zdravotní stav se může změnit v důsledku služební činnosti vojenského personálu. Příslušníci armády se mohou vyrovnat lépe s různými zdravotními problémy, než běžná populace.

Některé zdravotní problémy nebo dokonce i stavy ohrožující život, jako zdravotní rizika během služby a psychické strádání během boje může ohrozit zdraví. Studie ukazují, že poruchy pohybového aparátu a úrazy, stejně jako problémy duševního zdraví jako jsou deprese, posttraumatické stresové poruchy, sebevražda, zneužívání návykových látek a úzkost jsou široce rozšířené mezi vojenským personálem. Dále u této populace se může lišit v závislosti na sociodemografických charakteristikách (Saffari et al., 2015).

V profesionálním i soukromém životě nastávají v důsledku různých příčin situace, které hovorově označujeme jako náročné, obtížné či konfliktní apod. Jejich společným jmenovatelem je, že kladou na člověka zvýšené nároky a požadavky, které lze zvládnout jen s vystupňovaným úsilím, tj. aktivizací často všech psychických

a fyzických sil, jimiž jedinec disponuje. Pro tyto situace se v psychologii používá souhrnného označení zátěž (Vrzalová, 2011).

Model psychobiologické koncepce stresu přináší pochopení vztahů mezi psychickými procesy a imunitou. Vymezuje stres jako stav organismu, který je obecnou reakcí na zátěž (stresor), jež může být psychické i fyzikální povahy. Odezva organismu je spojena s aktivací sympatiko – adrenálního systému a hypothalamo – hypofyzárního systému. Na spuštění a průběh stresové reakce má zřetelný a dominantní vliv psychika. Na začátku celého děje dochází ke zhodnocení situace, k následnému emocionálnímu doprovodu, což určí další autonomně probíhající neuroendokrinní mechanismy. Akutní stres s aktivní snahou o jeho zvládnutí zvyšuje aktivitu i funkčnost imunitního systému. Naopak dlouhodobý stres (s vyčerpaností, depresí, beznadějí apod.) aktivitu i funkčnost imunitního systému snižuje. Zmíněné je dáno zejména hormonálním vlivem katecholaminů a glukokortikoidů, který je také pod vlivem psychologických faktorů (Vymětal, 2003).

Stres je spojován se situacemi, kdy se od jedince vyžadují sice obvyklé a osvojené činnosti, ovšem za ztížených či tísnivých podmínek pro jejich realizaci. Obvyklé úkony jsou ztěžovány nebo narušovány vnějšími tlaky a podmínkami např. časovým deficitem, pocitem ohrožení nebo zvýšené odpovědnosti. Objevuje se v situacích osobního schodku, kdy požadavek prostředí přesahuje jedincovy zdroje, nebo v situacích osobního zmaření, kdy jedincovy zdroje nenacházejí v okolí dostatečnou odezvu (Vrzalová, 2011).

Každý člověk je neustále vystaven podnětům, na které musí reagovat. Některé mají podobu zátěže, se kterou se musí vyrovnat. Stresem pak označujeme nespecifickou odpověď organismu na jakoukoliv zátěž, která je na něj kladena. Stav stresu se projevuje v symptomech tzv. adaptačního syndromu. Stresující vliv podnětu či zátěžové situace na konkrétní osobu má vždy individuální charakter. S pojmem stresu je úzce spojen termín copingový mechanismus. Pojem, který zahrnuje nejrůznější formy vyrovnávání se se zátěží. Vyjadřuje tak adaptační kapacitu jedince, jeho schopnost přizpůsobit se změnám. Určitá míra stresu je přirozenou součástí života. Některé podněty jsou tak intenzivní, nenadálé nebo nezvladatelné, že vyvolají traumatickou odpověď. Takové podněty obvykle přesahují naši běžnou lidskou zkušenost a vyvolávají prožitek tísně prakticky v každé osobě, která ji zakouší (Vrzalová, 2011).

V dnešní přemodernizované a přetechnizované době orientované na výkon, úspěch, slávu a zisk bychom jen těžko hledali někoho, kdo nezná a nezažívá stres.

Nevyhýbá se žádné věkové skupině či rase. Pouze se mění v závislosti na fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. To, jak vnímáme stres a jednotlivé stresové situace, je závislé na mnoha faktorech. Svou roli v tom hraje životní období, ve kterém se právě nacházíme, práce, kterou vykonáváme, lidé, s jakými se setkáváme a kteří mají vliv na náš život, nároky, které jsou na nás kladeny, vrozené psychické a fyzické předpoklady, kterými disponujeme apod. Obecně můžeme říci, že stres se vyskytne tehdy, když se lidé setkají s událostmi, jež subjektivně vnímají jako ohrožení své vlastní tělesné či duševní pohody (Atkinson et al., 2003).

I když ale stres ve většině případů vnímáme jako něco negativního, určitá jeho míra je pro život potřebná. Pomáhá nám zlepšit paměť, mobilizuje naši energii k nalezení možného řešení atd. Život bez stresu by byl nudný, nesnesitelný a paradoxně by se nakonec sám stal stresorem. Existuje celá řada lidí (od sportovců, adrenalinových nadšenců až po „běžné“ jedince), které k lepšímu výkonu pohání právě stres. Vždy je však potřeba ho udržet v určité snesitelné míře, jinak začne působit nepříznivě, oslabuje náš výkon, znemožňuje uvolnění a nalezení řešení. Lidé, v jejichž životech se objevuje stres nad únosnou mírou, jsou více náchylní k nemocem jak fyzickým (srdeční infarkt, vysoký krevní tlak atd.), tak psychickým (úzkost, deprese, sebevražedný pokus atd.) (Praško, 2003).

1.5 Fyzická zdatnost a stres

Není známo, zda fyzická zdatnost hraje dostatečnou roli v utlumení akutní vojenské stresové reakce nebo vývoj posttraumatické stresové poruchy. Tělesná zdatnost a fyzická kondice hraje významnou roli ve zvýšené zátěži v podobě vojenských misí a snižování rizika zranění ve válečných situacích. Není známo, zda fyzická zdatnost hraje přímou roli v utlumení akutní stresové reakce vojáka.

Nicméně jsou zdokumentovány možné tlumivé účinky fyzické aktivity, cvičení nebo fyzické kondice, pokud jde o reaktivitu stresu, stavu a rysů úzkosti, deprese, pozitivní neurogeneze a kognitivní funkce v široké škále populací. Studie poukazuje na možnosti, kde tělesná zdatnost může ovlivnit stresovou reakci na intenzivní vojenský výcvik. Byla provedena studie zjišťující, zda fyzická zdatnost ovlivňuje dopad událostí, k nimž dojde během stresujícího předstíraného zasetí ve fázi vojenského výcviku přežití. Prokázalo se nepřímé spojení s aerobním zatížením, naopak se projevil útlum v rysech úzkosti (Taylor et al., 2013).

S ohledem na rostoucí počet vojenského personálu a veteránů, kteří mají viditelná zranění související se změnou života a skutečností, že zranění jsou spojena s psychologickou úzkostí (Trowbridge & Pearson, 2013).

1.6 Projevy zátěže a jejich identifikace

Veškerá bojová činnost probíhá v neúměrném psychickém a fyzickém napětí, nedostatku času a odpočinku, ve stavu značné únavy a vyčerpání. Psychická zátěž se liší od fyziologické zvláštnosti podnětů, mechanismy vzniku i charakterem odpovědi. Psychická zátěž vzniká jen v nadlimitních situacích, jež mají pro člověka zvláštní osobnostní význam. Způsobují myšlenkové a emocionální přetížení, vyžadují rychlé rozhodování, zvýšenou odpovědnost, ohrožují různé hodnoty nebo existenci člověka v situacích, k jejichž zvládnutí nestačí obvykle kapacitní nebo motivační mechanismy psychické regulace (Vrzalová, 2011).

Nejčastěji se vyčleňují následující druhy psychické zátěže podle Vrzalové (2011):

- Zvýšená zátěž požadavků situace nepřevyšuje kapacitní možnosti člověka, ale překračuje optimum.
- Hraniční zátěž vzniká tehdy, jestliže nároky kladené na člověka hraničí s jeho kapacitou – člověk musí sáhnout až na dno svých energetických zásob.
- Extrémní zátěž nastává v podmínkách, kdy nároky překračují kapacitní možnosti člověka, jsou nad jeho síly. Má proto vždy pro něho negativní důsledek. Způsobuje přetížení organismu, změny v postojovém systému, v motivační oblasti a ve vztazích k prostředí, zhoršuje reaktivitu, adaptabilitu. Často vyvolává i patologické změny s následnými projevy.

Zvýšená, někdy i hraniční zátěž, pokud netrvá dlouho, sehrává převážně pozitivní úlohu, protože vede k osvojení nových forem reagování, k získání zkušeností z jednání v zátěži. Podmiňuje vznik a upevňování mechanismů psychické regulace umožňujících úspěšné vyrovnávání se zátěží (Vrzalová, 2011).

Ve sféře prožívání se projevují rozmanité psychické stavy s negativním emocionálním zabarvením, jako jsou obava, strach, úzkost, tíseň, ale i vzrušení, neklid aj. Mohou se však vyskytnout i stavy pasivity a nechuti (Vrzalová, 2011).

Ve sféře motorických projevů jsou pozorovány svérázné poruchy motoriky, projevující se nepružností, narušením její plasticity. Pohybové reakce se stávají stereotypnější, člověk je nedokáže dostatečně kontrolovat, snižuje se koordinace a přesnost pohybů, projevuje se svalová strnulost, v krajích případech i znehybnění (stupor). Obvykle jsou nejprve postiženy složité pohyby, zatímco stereotypní úkony a operace probíhají rychleji a jeví tendenci k automatismům. Často dochází k útlumu předchozích návyků, zejména složitých. Typické jsou rovněž poruchy dávkování úsilí v důsledku nadměrného svalového tonusu. Výzkumy dokumentují, že v podmínkách zátěže se dávkování úsilí zvyšuje. Mohou se však vyskytovat i jevy opačné – svalová slabost (Vrzalová, 2011).

Ve sféře kognitivních funkcí se projevují velmi rozmanité změny. Zhoršují se počítkové a rozlišovací prvky, přesnost a rozsah vnímání, těžkosti při rozdělávání a přenášení pozornosti, zúžení rozsahu pozorování až neschopnost soustředit se, nepřesnosti ve vybavování vzpomínek, selhání paměti, těžkosti v myšlení, narušení hodnotících a rozhodovacích procesů. Negativní změny se mohou vyskytnout i v sociální percepci, což se odráží v osobních vztazích apod. (Vrzalová, 2011).

Ve sféře volných procesů dochází k celkovému ochabnutí, pomalosti a nerozhodnosti, snižuje se aktivita, narušuje cílevědomost, vyskytují se negativní reakce. Snižuje se houževnatost a průbojnost, což znemožňuje zmobilizování, usměrnění a využití sil k překonání těžkostí. Může dojít ke snížení iniciativy, svědomitosti, odvahy, statečnosti aj. (Vrzalová, 2011).

Ve sféře fyziologických funkcí dochází ke změnám frekvence dýchání a proporcionality mezi vdechem a výdechem, ke změně absorpce kyslíku. Zároveň se zvyšuje produkce tepla. Mění se také tepová frekvence srdce. Dochází i ke změnám ve složení krve a v metabolismu, ve vylučování hormonů, v bioelektrické reaktivitě kůže a v biopotenciálech mozku (Vrzalová, 2011).

1.7 Bojový stres

Bojový stres můžeme definovat jako duševní stav vyvolaný bojem, který narušuje emoční, intelektuální a fyzickou schopnost jednotlivce k plnění úlohy vojáka. Charakteristická je pro ni masivní obava a strach o vlastní život. Bojový stres se liší od duševních poruch nebo trvalých psychických potíží způsobených fyzickými

zraněními. Je čistě duševním chorobným stavem, vzniklým v reakci na sledování boje a účasti na něm (Vrzalová, 2011).

Příznaky se u jednotlivců mohou výrazně odlišovat, následující výčet však uvádí typické potíže podle Vrzalové (2011):

- **Agrese / podrážděnost** – postižený reaguje na okolí podrážděně. Jeho agresivita není směřována jen vůči protivníkovi, ale také proti jeho nejbližším spolubojovníkům a věcem v jeho okolí. K výbuchu agresivity u něj postačí nepatrný podnět, reaguje nepřiměřeně např. na silnější hluk.
- **Alkohol / drogy** – spotřeba alkoholu nebo drog se u postiženého prudce zvyšuje. Postižený se s jejich pomocí snaží zbavit traumatizujících vzpomínek. Ve skutečnosti však požívání drog jakéhokoli druhu jeho stav deprese a úzkosti jen prohlubuje.
- **Úzkostnost** – nejde o pouhou přílišnou starostlivost, nýbrž o neustálé psychické napětí, které významně postihuje schopnost postiženého spát, přemýšlet a ovládat své chování. K příznakům patří fyzický neklid.
- **Apatie** – voják šokovaný děním na bojišti duševně opustí okolní svět a téměř se nezajímá o události nebo situaci kolem sebe.
- **Kolísání tělesné teploty** – postižený má pocit, že je mu horko a že se potí, vzápětí jej roztřeše zimnice. Jeho pocity změn vlastní teploty nemají souvislost se změnami teploty nebo počasí v jeho okolí.
- **Poruchy zadržování stolice a moči** – především bezprostředně před bitvou a v jejím průběhu může voják ztratit vládu nad svěrači střev a močového měchýře. Dochází k samovolnému pomočování a záchvatům průjmu. Silně se zvyšuje potřeba močení.
- **Křeče** – tělo postiženého v bojové stresové reakci (BSR) ztuhne, voják není schopen hýbat končetinami, ani když se usilovně snaží.
- **Roztěkanost** – voják postižený BSR nedokáže svoji pozornost udržet delší dobu na jednom předmětu, není schopen rozumně uvažovat.
- **Deprese** – chronické deprese jsou často průvodním jevem BSR. Projevují se nadměrně sebekritickými postoji, hlubokým pesimismem, obavami z budoucnosti a únavou.
- **Nechutenství** – postižený ztrácí zájem o jídlo a pití, jeho tělesná hmotnost klesá, zvyšuje se únava a stoupá riziko dalších chorob.

- **Únava** – po dlouhých hodinách strávených bojovou činností jsou vojáci přirozeně unavení, postižený BSR je však unaven chronicky, jeho únava nemizí ani po přiměřeném odpočinku.
- **Potíže s pamětí** – vlivem silného stresu je narušena dokonce i krátkodobá paměť. Voják není schopen si vzpomenout na rozkaz, který dostal před chvílí.
- **Výkyvy nálad** – nálada postiženého se neustále mění v rozsahu od hluboké deprese po euforii.
- **Zvracení** – postižený trpí žaludeční nevolností a zvracením i poté, co nebezpečí pominulo. Polykání potravy ztěžuje náhlé zvedání žaludku.
- **Nutková činnost** – postižený bezúčelně stále opakuje nějakou činnost, například stále dokola rozebírá a skládá svoji zbraň, aniž by to bylo nutné, nebo neustále mluví o jedné, stále stejné věci.
- **Ztráta pudu sebezáchovy** – voják při svém jednání zjevně nedbá na bezpečnost svoji ani na bezpečnost svých spolubojovníků.
- **Sebepodceňování** – voják má pocit hluboké osobní nedostatečnosti. Neustále se srovnává s ostatními, a toto porovnávání neustále vyznívá v jeho neprospěch.
- **Poruchy v řeči** – postižený trpí narušením dorozumívacích schopností, mění se tempo jeho řeči, horší se výslovnost, je obtížné mu porozumět.
- **Třes** – týká se především rukou, může jím však být postiženo celé tělo.

Úspěšně zvládnout psychickou zátěž může pouze voják, který je pro bojovou činnost co nejlépe připraven, včetně schopnosti zvládat zátěžové situace. Psychika člověka je z části daná dědičně a z části je výsledkem výchovy, zejména učení a výcviku. V psychice vojáka se při správném vedení výcviku vytvářejí i předpoklady pro zvládání zátěžových životních a bojových situací. Příprava vojáků na jednání ve složitých, neobvyklých, nebezpečných situacích – plní-li voják úkoly vojenského výcviku, řeší situace, které jsou pro něho nové, náročné, případně i zvláštní, učí se a osvojuje si při tom nové způsoby jednání. Ty způsoby jednání, které se ve výcviku osvědčily, se fixují v psychice. Ocitne-li se voják později v boji v podobné situaci, upevněné způsoby jednání se znovu vybavují a řídí činnost vojáka (Vrzalová, 2011).

Schopnost vytvářet si správnou představu o skutečné situaci na bojišti a odpovídající vztah k této situaci. Toho lze dosáhnout. Funkční spolehlivostí poznávacích procesů a dovedností vojáků vytvořit si správnou představu o nadcházející činnosti, tj. „Co přesně, kde, jak a kdy budu dělat já a moji nejbližší spolubojovníci.

Voják si musí i zároveň představit různé možné varianty, modifikace bojové činnosti, které mohou nastat“ (Vrzalová, 2011).

Pokud si člověk nedokáže vytvořit subjektivní pohled na bojovou situaci, vzniká u něj negativní prožívání, které ztěžuje racionální jednání. Naopak, správné pochopení situace se příznivě odráží v citové sféře a výrazně ulehčuje plnění úkolu. To vyžaduje vysokou úroveň psychické a fyzické energie (Vrzalová, 2011).

Rozhodující místo ve zvládnání zátěže v boji jsou motivačně-aktivační vlastnosti, jakož i temperament, kladné charakterové vlastnosti a schopnosti. Psychická připravenost je tedy takový komplex substruktur psychiky, který svým regulujícím vlivem na jedné straně účinně potlačuje nežádoucí psychické stavy vznikající v důsledku působení zátěžových situací ve vojenských činnostech, na druhé straně zajišťuje aktivní a přiměřené jednání v nich, a tím i úspěšné plnění funkčních povinností a bojových úkolů (Vrzalová, 2011).

1.8 Zvládnání bojového stresu

I když jsou vojáci trénovaní a jsou otužilí po psychické stránce, žádný z nich není naprosto imunní vůči válečným traumatům. Situaci na bojišti vnímá voják svým zrakem, sluchem a čichem. Všechny vjemy jsou neobvyklé a znepokojivé, nepodobají se ničemu, co člověk zažívá v běžném občanském životě (Vrzalová, 2011).

Zvládnáním stresové zátěže se zabýval například R. S. Lazarus, který definuje zvládnání stresové zátěže působící na člověka jako proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje (Křivohlavý, 2002).

Zmrzačení, náhlá smrt kamarádů a členů jednotky, téměř zvířecí zvuky, vydávané umírajícími lidmi, mohutné otřesy a tlakové výbuchy po výbuších granátů, vlastní zranění. S žádnou z těchto událostí se člověk v běžném civilním životě nesetká. Noví vojáci si boj představují, jako něco, co se podobá dopravní nehodě, nebo nanejvýš živelné pohromě. Během prvních zážitků z bojů však zjišťují, že realita boje je mnohem horší, pro některé je dokonce nesnesitelná. Vojáci, šokovaní ze smrti a chaosu na bojišti, jsou emocionálně ochromeni a nejsou schopni se s děsivými zážitky vyrovnat. Dění na bojišti je psychicky vyčerpává a rozvrací účinnost a morálku jejich jednotek (Vrzalová, 2011).

Podrobné studie konfliktů 20. století ukazují, že u jednotek, které zažily několikadenní neutuchající boje, se v průměru každý čtvrtý voják potýkal se zdravotními problémy psychického rázu. S každým dalším dnem bojů se počet vojáků s psychickými potížemi zvyšoval (Vrzalová, 2011).

1.9 Trauma

Potenciální traumatický stres se rovná rozhodnutím pro vstup do armády a zvolit si jej jako své povolání. Kromě toho, další stres související s prací, jako je například délka nasazení nebo vystavení nepříznivým životním podmínkám, mohou zhoršit účinky traumatického stresu.

Studie ukázaly, že míra psychického traumatu ze služebních povinností je úměrně související s typem boje. Morálka v armádě koreluje s výskytem bojových stresových reakcí. Je zřejmé, že pokud morálka vojáka je na vysoké úrovni, ztráty na životech jsou nízké, a naopak. Tvrdí, že soudržnost jednotky a podpora jsou důležitými faktory, které určují morálku, a proto může mít vliv na psychický stav těch vojáků, kteří slouží v jednotce. Výzkum britských vojenských profesionálů zjistil, že ti, kteří zažili stres, byli slabí. Vojenská služba je náročné prostředí, ve kterém se musí poskytovat jakákoliv lékařská a psychologická péče (Langston, Gould & Greenberg, 2007).

Každá pracovní činnost se projevuje vlivem na psychické i fyzické zdraví člověka. Velké nebezpečí stresu spočívá v jeho zákeřnosti. K selhání člověka nemusí dojít pouze v průběhu situace, kterou označujeme jako zátěžovou, ale také až po změně podmínek, tzn. po ukončení působení negativních vlivů (Vrzalová, 2011).

Fyzická agrese může vést k negativním důsledkům, jako je úraz, smrt, potřebná zvýšená lékařská pomoc a zvýšené náklady na psychologickou zdravotní péči.

Ve 2. světové válce se mluvilo o tzv. „únavě z boje“ nebo o „bombovém šoku“. Psychiatři zde prokázali, že následkům válečných traumat může podlehnout i sebesilnější jedinec. Povaha psychiatrických obtíží je závislá na míře vystavení krutým podmínkám. Cenné poznatky v tomto směru byly získané také ve vietnamské válce respektive po ní. Když se u mnoha amerických vysloužilců objevily podobné potíže jako nespavost, deprese, zvýšená agresivita, či neklid, zavedli psychiatři pro tyto stavy společný název, tzv. post-vietnamský syndrom. Veteráni z Vietnamu se v 70. letech sjednotili do svépomocných skupin a žádali psychiatrickou pomoc. Jejich poválečná

aktivita podnítila mnoho výzkumů, které vedly k lepšímu popisu posttraumatické stresové poruchy jako následku válečných zážitků. Traumatické zkušenosti vojáků a vězňů z koncentračních táborů byly souhrnně označeny jako „syndrom přežití“ (Švingalová, 2006).

Únik před skutečností popisuje Vrzalová (2011), kde voják otřesený realitou okolního světa se náhle uzavírá do sebe. Nevyvíjí žádnou aktivitu, žije ve světě svých nereálných představ. Krátké zhodnocení těchto příznaků postačí k pochopení, že bojový stres může zničit vojáka jako funkční část vojenské jednotky. Symptomy BSR mohou dokonce postihnout jednotku jako celek. Neklamnými příznaky kolektivního postižení je zvýšení případů dezerce a pasivní účast na akcích jednotky. Dochází k rozkladu vnitřní soudržnosti jednotky, klesá kázeň, častěji se objevují případy pohrdání rozkazy nadřazených, rozkazy se plní pomalu nebo zůstávají nesplněny, klesá úroveň vnějšího vzhledu členů jednotky, vojáci se vyhýbají boji, otevřeně ignorují zvyklosti a tradice jednotky, upadá morálka, narůstají stížnosti. Dalším příznakem je zvýšená nemocnost.

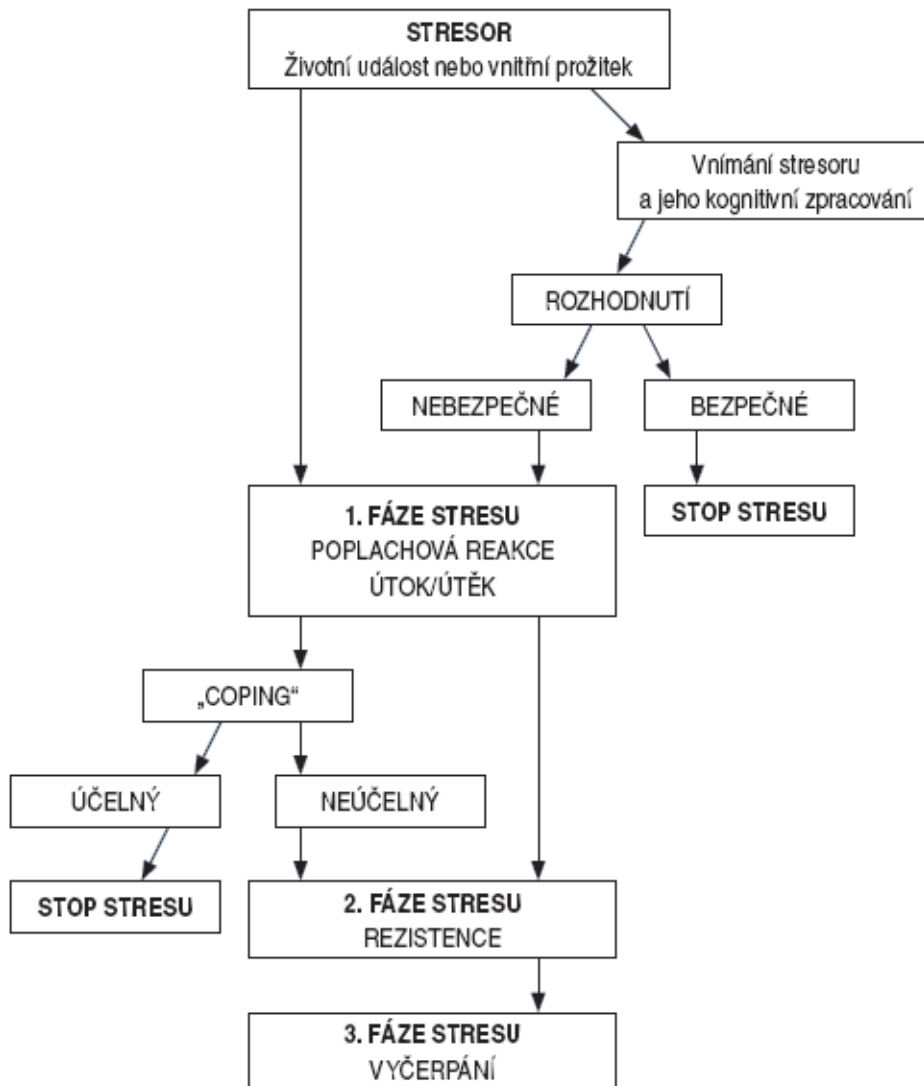
Deprese v poslední době představuje významný společenský problém. Podle Světové zdravotnické organizace je deprese označena jako nejčastější příčina invalidity. Depresivní nálada má úzký vztah ke zneužívání návykových látek, kouření cigaret. Vojáci se velmi často cítí smutní, sklíčení, bez zájmu a trápí je vyčerpanost. Ti, kteří dlouhodobě pociťují depresivní náladu, jsou neprodleně odesláni na odborné psychologické nebo psychiatrické vyšetření. Sebevraždy jsou v úzkém vztahu propojeny s depresí. Ta je daná situačními či hormonálními změnami. Zajímavostí je, že lidé s biologickým stavem deprese mají sebevražedné krize ráno a lidé v těžké životní situaci večer. K sebevraždě vede například pocit beznaděje, ztráty vlastní hodnoty a pocitu marnosti. Typický profil rizikového vojáka, je věk do 25 let nebo nad 50 let, v anamnéze sebevražda příbuzného, zneužívání návykových látek a finanční nebo právní problémy. Sdělování vážných, tragických informací je velmi těžkou zkouškou pro rodinné příslušníky vojáků i zaměstnance AČR. Při sdělování takovýchto informací je přítomen vojenský psycholog. Týká se to zejména sdělení o úmrtí, vážném zranění, onemocnění či pohřšování (Dziaková, 2009).

Traumatizující událost probíhá podle Dziakové (2009) v několika fázích:

- Fáze šoku.
- Fáze výkřiku.
- Fáze hledání smyslu.

- Fáze popření a znovuprožívání.
- Fáze posttraumatická.

Obrázek 1. Fáze stresu



Zdroj: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

Posttraumatická fáze trvá v časovém rozmezí od jednoho do tří měsíců od prožití události. V tomto období se rozhoduje, zda se člověk s negativním ztotožní nebo nikoliv. Cílem krizové intervence je stagnovat snižování psychické výkonnosti a stabilizovat osobnost (Kadlčík, 2004).

U bojového neuropsychiatrického třídění se třídí případy do kategorií založených na místě léčení (Dziaková, 2009):

- **Duty** – v této kategorii se vracejí ke své původní jednotce do plné nebo lehčí služby.
- **Rest** – u případů spadajících do této kategorie, se nemohou bezprostředně připojit ke své původní jednotce, protože tyto případy potřebují krátký odpočinek.
- **Hold** – zde je vyžadováno důkladné lékařské pozorování, vyšetření a hodnocení.
- **Refer** – podobné jako u předchozí kategorie s tím rozdílem, že případy jsou natolik závažné, že je obtížné stanovit stupeň lékařské péče.

Psychická traumata se nejčastěji vyskytují u člověka v souvislosti s prožitím dopravní nehody, požárem, znásilněním, sexuálním zneužitím, přepadením, únosem nebo jinou činností podobného typu. Traumata se vyskytují nejen u přímých účastníků těchto neštěstí, ale i náhodných svědků nebo přihlížejících. Rizikovou skupinou jsou zejména lidé, kteří cestují do nebezpečných oblastí nebo vojáci mezinárodních vojenských jednotek. Mezi nejvíce ohrožené profese lze tedy zařadit hasiče, policisty, záchranáře, řidiče a v neposlední řadě vojáky (Friedel, 2006).

Stresory a vojenské situace vznikají záměrným jednáním nepřítele, podporovaným zabíjením, demoralizováním vojáků, zraňováním. Kontrolu bojového stresu můžeme rozdělit na pozitivní a nesprávné bojové chování v stresových situacích. Pozitivní chování v bojových stresových situacích zahrnuje snášenlivost, zvýšenou ostražitost a toleranci. Charakteristické pro pozitivní chování ve stresu je vojenský výcvik, dobré vedení na všech stupních velení a promyšlenou personální politikou. Do nesprávného bojového chování lze zařadit jevy od sebemenšího porušení řádů, nařízení a předpisů, až po závažné násilné činy nebo porušením ženevského humanitního práva. Pro kontrolu bojového stresu byl vytvořen program kontroly bojového stresu Combat Stress Control – CSC program. Tento program zajišťuje komplexní pokrytí armády psychologickou prevencí a péčí (Dziaková, 2009).

Psychické stavy u vojáků vznikají díky několika činitelům. Těmito činiteli jsou konkrétní sociální podmínky vojenské služby, vojenský režim, organizovanost, kázeň, vztahy v jednotce a stupeň uspokojování potřeb. I když na všechny vojáky působí naprosto stejné podmínky, tak psychické stavy se zpravidla liší. Toto je podmíněno životními zkušenostmi, osobnostními zvláštnostmi, zdravotním stavem a do jaké míry je

voják adjustovaný. Je taky potřeba brát v úvahu rozdíl mezi mírovým životem vojsk a bojovou činností. Bojová činnost je plná těžkostí, extrémních situací, nebezpečím života a hlavně vypětím fyzických a psychických sil, které vedou ke vzniku psychických stavů. Jedním z těchto stavů je vzrušení, které se projevuje neklidem, napětím, obavami a úzkostí. Dalšími stavy jsou bezradnost v zdánlivě jednoduchých situacích, emoce vzrušeného očekávání, únava tělesná i duševní, které vedou k chybnému jednání, poklesu výkonnosti a ke zhoršení myšlenkových operací (Dziaková, 2009).

Jak uvádí Dziaková (2009), vliv bojové činnosti se na psychice vojáka projevuje zejména v těchto oblastech:

- Psychické a fyzické vypětí – způsobuje psychickou vyčerpanost, skleslost, apatii, sníženou schopnost soustředit se, pokles aktivity, senzomotorické koordinace, snížení sebekontroly.
- Pocit bezprostředního ohrožení života – projevuje se prudkou reflexivní agresí v situacích ohrožení, útekem do bezpečí, strnulost a neschopnost reakce.
- Projevy strachu – strach se projevuje tím, že způsobuje silné orgánové projevy, žaludeční nevolnost, bušení srdce, strnulost.
- Vznik paniky – následkem je neúspěch v boji, časté a silné emocionální zážitky, špatná organizace.
- Narušení sociálních vztahů ve vojenských jednotkách – dochází ke snížení bojeschopnosti, podlomení vojenské morálky, útek jednotky z bojiště, šikana.

Nezvládnuté zátěžové situace se při delším trvání podepisují formou psychických a fyzických onemocnění. Naopak zvládnuté zátěžové situace přispívají k sebepoznání, poznání vlastních možností a k upevnění charakteru. Pozitivní vliv má taková zátěžová situace, která je prožitá a voják má čas k relaxování a obnovení duševní rovnováhy (Dziaková, 2009).

Nejčastějšími podněty psychotraumat, na které se vojenští psychologové zaměřují, jsou podle Dziakové (2009):

- kontakt s mrtvými,
- obava o vlastní život a zdraví, život kolegů,
- ze ztráty blízké osoby.

Jak píše Dziaková (2009), realizace prevence je prováděna v několika fázích. V první fázi jsou vojákům předloženy obrázky mrtvých nebo zohavených těl. V další fázi jsou vojákům promítnuty videonahrávky, zachycující zásahy při dopravních neštěstích nebo válečných akcích. Nakonec se vojáci účastní pitvy. Tímto způsobem příslušníci AČR patří mezi nejvíce ohroženou skupinu lidí, kterým hrozí vznik psychického zranění. Důvodem je, že se mnohem častěji dostanou do kontaktu s traumatizujícími stresory, jež jsou přímo spojeny s náplní jejich práce.

Psychotraumata je souhrnný název pro všechny typy negativních, stresujících prožitků, jež souvisejí se smyslovým vnímáním (zrakem, čichem, sluchem hmatem) mrtvých či zraněných lidských těl, dále obavou o zdraví a život svůj nebo svých kolegů, přátel a blízkých a konečně situací, jež výrazně ovlivňují život vojáka. Této diagnostické kategorii se věnuje značná pozornost i v souvislosti s válečnými událostmi. Postižený voják se v myšlenkách opakovaně vrací k traumatizujícímu zážitku, přestože má tendenci vyhýbat se všemu, co by mu traumatizující zkušenosti připomínalo. Cílem krizové intervence je zastavit snižování psychické výkonnosti postiženého vojáka a naučit ho žít se vzpomínkami, stabilizovat jeho osobnost a dát životu další smysl a perspektivu (Dziaková, 2009).

V rámci zabezpečení psychosociálního servisu je nutná spolupráce s vojskovými psychology, zabezpečit spolupráci a koordinaci činnosti s odbornými psychologickými pracovišti vojenských nemocnic a s civilními psychologickými poradnami a pedagogicko-psychologickými poradnami v regionu pro možný nárůst klientely po misi nebo během mise. Nenasazení a stanovení způsobu psychosociální pomoci a možnosti nového nasazení s určením termínu, kde vzít v úvahu zvládnutí mise, výsledky člověka a stav po misi v souladu s vyšetřením po misi (Jäger & Lávička, 2001).

1.10 Krizová intervence při traumatu

Krizová intervence (KI) je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. KI pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. KI se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně

a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek (Vrzalová, 2011):

- informace (vědět, co dělat, uvědomit si svá zranitelná místa),
- péče o emoce (nechat téct),
- péče o tělo, aby nedošlo ke zranění (bezpečí).

V počáteční fázi krizové intervence je vhodné postarat se o vojákův pocit bezpečí a zvyšovat kapacitu kontaktu. Jeli v popředí emoční reakce pláč, nářky, zloba, bylo by chybou tyto projevy brzdit a potlačovat. Jeli v popředí reakce ustrnutí – emoční oploštělost, nesouvislé myšlení – fragmenty slov a úvah, které jsou projevem neuchopitelnosti reality – pokud začneme tyto fragmenty opakovat, spojovat a dodávat jim smysl, zvyšujeme vojákovu schopnost vracet se do reality a orientovat se v ní (Vrzalová, 2011).

Často se objevují fyziologické potřeby – nevolnost, vymočit se, napít, je třeba maximálně vycházet vstříc k jejich naplnění. Má-li člověk problém s udržením rovnováhy, nabízíme prvky ke zvýšení uzemnění – nabízíme „půdu pod nohama“, opřít se o zeď, sednout si na zem. Pokud dotyčný dává signály, můžeme nabídnout fyzický kontakt – stisknutí ruky, dotyk na rameno, člověk v regresi často sám vyžaduje objetí, které většinou iniciuje (projevení emocí a zklidnění). Je-li pro nás nepřijatelné objetí, nabízíme pevné stisknutí ruky, doprovázení očním a verbálním kontaktem. Zároveň nabízíme prostředky centeringu (prohloubení vlastního středu). Pomáháme v potvrzení bazální identity – ptáme se na jméno, odkud je, zda ví, co se stalo a podobně. Rozvíjíme schopnost přenášet pozornost na tělesné pocity, jak se cítí, zda ho něco bolí. Podporujeme schopnost registrovat okolí (Vrzalová, 2011).

Je důležité se postiženému představit a vysvětlit mu, v jaké roli k němu přistupujete (záchranář, voják, který pomáhá, ...). Nedělejte nenadálé rychlé pohyby, nebuďte hluční. Nejlépe se ošetřují akutní traumata, když nastanou reakce, při okamžité pomoci se dobře a rychle také rozpouští, u vyplynutých starých traumatů je průběh složitější. Děti mají dobrý vyrovnávací mechanismus na stres – velmi rychle usnou, zrovna tak senioři. Nejtěžší to mají kompetentní dospělí – klademe na sebe velké nároky (Vrzalová, 2011).

1.11 Posttraumatická stresová porucha

K selhání člověka nemusí dojít pouze v průběhu situace, kterou označujeme jako zátěžovou, ale také až po změně podmínek, tzn. po ukončení působení negativních vlivů. Pro tyto potíže se zavedl pojem „posttraumatická stresová porucha“. Podle výzkumů postihuje jedince, kteří prodělali evidentní, zřetelnou zátěž, která obecně a zákonitě vyvolá stres u každého člověka. Základními symptomy této poruchy, jsou opakující se a vracející se vzpomínky na událost. Epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek, snů nebo nočních můr. Při kterých se znovu vynořují dosud živé pocity ochromení a emočního oploštění, odtažení se od ostatních lidí, netečnost vůči okolí, anhedonie a vyhýbání se činností a situacím připomínajícím trauma (Vrzalová, 2011).

Vrzalová (2011) definuje posttraumatický stres, jako opožděnou a protražovanou odpověď na stresovou událost nebo na situaci krátkého nebo dlouhého trvání, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.

Typickými projevy jsou dle Vrzalové (2011):

- Epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek, snů nebo nočních můr, při kterých se znovu vynořují dosud živé pocity ochromení a emočního oploštění, v náhlých pocitech a projevech, jakoby událost znovu nastala (flashback), v intenzivní úzkosti při setkání s pozůstalými.
- V tendenci vyhnout se myšlenkám či pocitům spojeným s traumatem vyhýbání se určitým místům, pocit tupé hlavy, přítomná amnézie na některé důležité aspekty události, odtažení se od ostatních lidí, netečnost vůči okolí, úbytek zájmu o dříve oblíbené aktivity, neschopnost vnímat pozitivní emoce zejména ve vztahu, neschopnost předjímat pozitivní možnosti a změny budoucnosti, vyhýbání se činností a situacím připomínajícím trauma.
- V přetrvávajících projevech zvýšené dráždivosti: člověk je nastražen, jakoby mu hrozilo stále ohrožení (hypervigilita), neschopnost spočinout, obtíže s usínáním nebo udržením spánku, zvýšená bdělost, která vyčerpává, podrážděnost nebo návaly hněvu, obtíže s koncentrací, nadměrná úleková reaktivita, fyziologická reaktivita.

1.12 Psychologická příprava

Speciální metody psychologické přípravy se uskutečňují buď jako nepozorovatelná součást běžného výcviku, nebo jako zvláštní zaměstnání. Působení těchto metod totiž musí být přesně nasměrováno na rozvoj konkrétních psychických jevů. Nedbalá příprava nebo laxní a neodborný výcvik může způsobit odchylku od zamýšleného působení metody a následnou deformaci některé důležité vlastnosti nebo schopnosti vojáka (Jäger & Lávička, 2001).

Psychická připravenost je nedílnou součástí všestranné připravenosti vojáka k plnění úkolů spojených s obranou státu, nevojenským ohrožením státu, mírových misí v zahraničí i dalších závazků vyplývajících z členství v NATO. K jejímu vytvoření, ale i k rozvoji a upevnění dochází zejména v procesu kvalitního náročného a odborně vedeného výcviku. K tomu, aby si voják zvykl na zátěž, nebezpečné situace a aby se naučil ovládat a eliminovat strach, napětí, obavy a jiné záporné prožitky, která zpočátku zátěž vyvolává, potřebuje získat konceptuální modely a motorickou zběhlost pro jejich řešení, nejen na základě kvalitní odborné teoretické přípravy, ale pokud je to možné i na zkušenosti z vlastního prožitku. Psychická připravenost je komplex substruktur psychiky, který svým regulujícím vlivem na jedné straně účinně potlačuje nežádoucí psychické stavy vznikající v důsledku působení zátěžových situací v lidské činnosti (vojenské, občanské, sociálních vztazích ap.), na druhé straně zajišťuje aktivní a přiměřené jednání v nich, a tím zabezpečuje i úspěšné plnění funkčních povinností a bojových úkolů, tzn., že zabezpečuje přiměřené regulování chování a činnosti vojáka v zátěžových situacích a tvoří kompaktní celek s ostatními druhy všestranné připravenosti (Jäger & Lávička, 2001).

V psychice vojáka vznikají při správně vedeném výcviku nové funkce a psychické vlastnosti. Vytvářejí se i předpoklady pro úspěšné zvládnání zátěžových, životních a bojových situací. Jedná se zejména o následující záležitosti podle (Jäger & Lávička, 2001):

- Příprava vojáků na jednání ve složitých, neobvyklých a nebezpečných situacích. Ocitne-li se voják později v nasazení v podobné situaci, upevněné způsoby jednání se znovu vybavují a řídí činnost vojáka.
- Schopnost vytvářet si správnou představu o skutečné situaci v operačním prostoru jednotky.

- Schopnost seberegulace negativních emocí a nepříjemných stavů ve smyslu schopnosti trvalé denní psychohygieny, jako umění pomoci sám sobě (autopsychohygieny).
- Pevné volní vlastnosti jednání spočívající v záměrném a uvědomělém zaměření aktivity na realizaci vytyčeného úkolu, spojenou s překonáváním různých překážek.
- Osobnost vojáka, která je vlastně zastřešujícím systémem v úspěšném zvládnutí psychické zátěže.

Hlavní metodou zvyšování odolnosti vojáků vůči bojovým traumatům je „bojové otužování“. Je založeno na zvykání psychiky vojáka na reálnou bojovou situaci pomocí výcviku, který se, co nejvíce přibližuje skutečnosti. Bojové otužování, budování důvěry, posilování motivace a kvalitní vedení přispívají k tomu, že vojáci nebudou trpět na bojišti psychickými potížemi, případně je psychické problémy postihnou v mnohem menší míře než vojáky, kteří neprošli potřebnou přípravou. Skutečný boj však stále zůstává velmi silným zážitkem i pro ty, kteří absolvovali nejtvrďší výcvik (Vrzalová, 2011).

Dobré mezilidské vztahy v jednotce a příznivou psychosociální atmosféru, sociální klima, jejichž utváření ovlivňují zejména velitelé a vojáci, kteří mají ve vojenské jednotce neformální autoritu (Jäger & Lávička, 2001).

1.13 Způsoby překonávání stresu – adaptace a zvládnutí

Podstata metody spočívá ve vytváření regulačních mechanismů, které řídí psychiku na principu opakovaného navozování záměrně vybraných zátěžových situací v přirozených podmínkách výcviku. Předpokládá to důkladné poznání charakteru bojové činnosti konkrétní specializace nebo funkce a volbu takových situací z možného boje, které se vyznačují nebezpečím, strádáním, intenzitou, neočekávaností. Ve výcviku se tyto situace neustále opakují, trénují, dokud nedojde k jejich úplnému zvládnutí. S opakováním si voják postupně zvyká na okolnosti (např. na útok při přestřelování vlastními jednotkami), klesá jeho napětí způsobené neznalostí a novostí situace. Po odeznění negativních reakcí dochází ke zvýšení výkonu vojáka v útoku (Jäger & Lávička, 2001).

Nástup do služebního poměru prochází voják podle Dziakové (2009) několika fázemi:

- **Fáze všeobecné orientace:** od nástupu do podmínek vojenského života a činnosti, končí rámcovým přivyknutím a vyrovnáním se základním problémům nového prostředí.
- **Fáze uvědomělé orientace:** nastává až s vypořádáním základních prvků vojenského života. U nováčků dochází k psychickému uvolnění, snížení napětí. Voják si vědomě uvědomuje své životní prostředí a podmínky činnosti. Prohlubuje se jejich sebevědomí, aktivita a tvořivost. To vede k zodpovědnému výkonu. Rámcového vpravení dosahují cca po čtyřech měsících.
- **Fáze vpravení do nového systému:** tato fáze je spojena s činorodostí a aktivitou vojáka. Je vyznačena dosažením optimálního stavu adjustovanosti a tudíž vytvoření předpokladů pro úspěšnou produktivní činnost v náročných podmínkách.

V prvním adaptačním období se voják v prvopočátcích seznamuje s novým prostředím, na které se musí adaptovat. Voják se zde musí seznamovat s novou kulturou, kde je například zcela jiné postavení žen a mužů. Trvá nějakou dobu, než si zvykne na to, že se stará pouze jen o své služební povinnosti a jeho domácí povinnosti mu zcela odpadli jako nákupy, odvoz dětí ze školy a podobně. Další nezbytně nutnou složkou úspěšné adaptace je relaxace a odpočinek. V závislosti na tom, jak velké a různorodé relaxační možnosti prostředí mise nabízí, a jak kvalitní relaxační stereotyp si jednotlivý voják během prvních týdnů vytvoří, dochází také k systematické eliminaci negativních psychických stavů, jež nepochybně přepadnou každého vojáka a to dřív či později. Pokud vojáci nejsou schopni účelně zaplnit svůj volný čas, jsou pak náchylnější k obtížnější adaptaci na prostředí mise, obtížněji se začleňují do kolektivu, mohou tedy rychleji podléhat depresivním pocitům (Dziaková, 2009).

Zvládací strategie podle Vrzalová (2011):

- Zaměření nebo orientace na problém – sestavím plán: změna na straně zátěže – ubrat zátěž, delegovat, nedělat vše sám, něco zkrátit, nebo změnou na straně zdrojů sil člověka – zvýšení obranyschopnosti člověka – změnou chybných představ, zvýšenou informovaností, nácvikem dovedností, změnou životního stylu.

- Zaměření na emoce – přehodnotím přístup k věci, smíření se s danou situací, hledání pozitiv, jemný humor. Lidé používají zvládnání zaměřené na emoci především tehdy, když je problém neovlivnitelný (např. smrtí blízké osoby). Existuje mnoho způsobů, jak zvládat vlastní negativní emoce.
- Orientace na únik – zapomenou, nepřipouštím si žádný problém, vyhýbám se. Obranné mechanismy mohou být jedním z neefektivních způsobů zvládnání stresu, modifikují, popírají skutečný zdroj obtíží. Projevují se např. jako: nepřiměřené či přehnaně hostilní a agresivní reakce, sebeobviňující reakce, projekce, vytěšňování a popírání, intelektualizace a racionalizace.

Za adaptaci se považuje vyrovnání se se zátěží, která je relativně v mezích pro člověka v poměrně dobře zvládnutelné toleranci (Vrzalová, 2011).

Obecný adaptační syndrom se podle Jägera a Lávičky (2001) vyvíjí ve 3 stádiích:

- **Stádium alarmující** (poplachové) reakce se dále dělí na dvě fáze:
 - První šoková fáze je charakteristická tím, že při ní klesá tělesná teplota a krevní tlak, ubývá tekutin v tkáních, snižuje se svalový tonus a celkově se snižuje odolnost organismu.
 - V druhé protišokové fázi se zvyšuje produkce adrenokortikoidních hormonů, rozbíhá se celková biologická obranná reakce proti stresu a začínají působit obranné mechanismy. Fyziologické příznaky poplachové reakce jsou doprovázeny emocemi neklidu, ohrožení a dalšími negativními pocity dle situace, ve které se jedinec nachází.
- **Stádium resistance** zahrnuje procesy posílení, organismus je optimálně přizpůsoben stresové situaci a tělesné funkce se vrací k normálu. Organismus se v této fázi snaží o adaptaci na působící stresory.
- **Stádium vyčerpání** nastává jen tehdy, je-li stres příliš velký nebo trvá-li dlouho, a organismu se nepodařilo úspěšně se na stresovou situaci adaptovat. V takovém případě se hrouť přizpůsobivé reakce a organismus se vrací do stejné situace, v jaké se ocitl na počátku reakce ve stádiu alarmující reakce.

Zvládnutím (coping) se rozumí boj člověka s nepřiměřenou nadlimitní zátěží. Nadlimitnost se chápe ve vztahu k intenzitě a k době trvání. Coping je proces hledání cest, východisek ze zátěžových situací, copingové zdroje. Strategie zvládnání (copingové

strategie) neodvádí problém z vědomí, ale uvádějí ohrožující stresory v pozitivních zvládnutelných termínech, takže jejich řešení nebo vyrovnání se s nimi je možné. Rozumíme jimi chování, které slouží ke zvládnutí požadavků prostředí, udržují provozní rozmezí člověka v prostředí (copingové zdroje – fyzické, sociální, psychologické, materiální). Měřítkem úspěšného zvládnutí události je pocíťovaná úleva, pocit osobní hodnoty, schopnost si užívat kontakty s lidmi, podávat vyrovnaný výkon. Některé výzkumy dokazují, že v podmínkách zátěže se mohou projevit změny i v osobnosti, zejména v oblasti postojů a vztahů k okolí (snížení sociální inteligence, zhoršení sociální reaktivity a adaptability, změny motivace a spokojenosti), a tím i ve výkonnosti. Připravenost a vybavenost člověka pro zvládnutí požadavků zátěžové situace se vztahuje kromě jiného i na motivační sféru a hodnotový systém (Vrzalová, 2011).

S využitím obranného mechanismu si daná osoba zkresluje skutečnost, popírá pravý zdroj obtíží. Obranné mechanismy – chrání rovnováhu lidského nitra, jsou označovány jako životu prospěšné iluze, jsou to způsoby, jakými se lidské nevědomé „Já“ brání v situacích, kdy je ohroženo studem, zahanbením, vinou a jinými obtížnými pocity a popudy (Vrzalová, 2011).

I v případě, že se u vojáka vyvinula BSR, není ještě vše ztraceno. Existuje soubor doporučených postupů, které zabrání dalšímu prohlubování potíží a nakonec u postiženého obnoví alespoň do jisté míry normální stav. Důležité je vědět, že postižený má možnost zbavit se své úzkosti, pokud se může svěřit někomu, kdo je schopný vyslechnout a nesoudit. Ventilovat své potíže může postižený před někým, kdo dovede trpělivě naslouchat. Tzn., že naslouchající nesmí vstupovat do toku řeči, kromě přirozených přestávek, a jen proto, aby řekl něco povzbudivého. Zpovědník má vyprávěče citlivě vést k tomu, aby hovořil o všech svých obavách. Nesmí dávat najevo, že jej diskuse o potížích nudí nebo nezajímá. Postižený tím, že sděluje své problémy, je vnímá v širších souvislostech a nepřipadá si se svými těžkostmi osamocen (Vrzalová, 2011).

Pro méně závažné případy BSR, které se náhle objeví na bojišti, prosazuje Výzkumný institut armády USA metody „krizového řízení“. První, co je třeba udělat:

- Co nejrychleji postiženého vojáka uklidnit. Je třeba s ním mluvit mírným, ale rozhodným hlasem, dávat mu jasné povely a svěřit jej někomu, kdo dobře zvládne jeho citové výbuchy.

- Postižený voják musí být chráněn před nebezpečím, které mu hrozí od něho samého, např. z toho, že se nechrání před palbou nepřítele, v případě nutnosti je třeba jej k plnění příkazů donutit fyzicky.
- Velitel nebo někdo jiný, kdo se snaží zvládnout psychicky otřeseného vojáka, musí získat, co nejvíce informací o příčinách BSR a posoudit, co by bylo nejlepší udělat. Když se voják například právě stal svědkem kruté smrti svého přítele, mluví nesouvisle a zdá se, že není schopen vnímat ani elementární povely, ohrožuje sám sebe i své spolubojovníky a je dobré jej, co nejrychleji evakuovat (Vrzalová, 2011).

Strategie zaměřené na emoce používají lidé proto, aby zabránili zaplavení negativními emocemi, které by jim následně mohly znemožnit provést potřebné kroky k vyřešení problému. Též je užívají v případě, že je problém neovlivnitelný. Možností, jak zvládnout negativní emoce, je několik. Někteří autoři je rozdělují na behaviorální a kognitivní. Behaviorální strategie zahrnují použití prostředků, např. tělesné cvičení, pití alkoholu, braní drog, vybíjení vzteku, hledání psychické podpory u přátel apod. Kognitivní strategie zahrnují dočasné odsunutí problému z vědomí nebo třeba změnu významu situace, kdy dochází ke změně významu a hodnocení situace. Některé z těchto strategií jsou adaptivní, mezi ně patří například vyhledávání podpory a porozumění v řadách přátel. Jiné naopak vedou spíše ke zhoršení problému, jako když se například člověk snaží překlenout danou nepříznivou situaci pitím alkoholu (Atkinson et al., 2003).

1.14 Protistresová pravidla

K udržení dobré psychické pohody je velmi snadná pomoc, ovšem někdy těžko realizovatelná, ale nebojte se, když budete chtít, poradíte si. Někdy je velmi těžké, zvláště v době, kdy už máte všeho dost a vše vás štve, hledat pozitiva. Už sama myšlenka některé z vás pěkně naštve, to nevádí, tady máte radu co s tím. Jakékoliv věci, které vám udělaly nebo dělají radost. Všichni znáte ten hřejivý a šimravý pocit v bříšku a u srdíčka, no, tak to je ta radost (Vrzalová, 2011).

Zde máte na výběr (Vrzalová, 2011):

- pozitivně se unavit sportem, např. ranní běh,
- dobré a kvalitní jídlo, např. jíst s přáteli,

- odměnit se věcným dárkem,
- osobní kontakt s rodinou, že vás má někdo rád,
- udělat pro druhého něco, co mu udělá radost.

Je spousta možností, jak se odrazit ode dna. Možná se vám bude zdát malicherné radovat se ze snídaně, nebo z toho, že si uděláte srandu ze sebe nebo někoho jiného, že vás trápí důležitější věci, ale když si uvědomíte, kde jsme – to vám nemusím snad připomínat – tak nikdo z nás neví, kolikrát ještě posnídá, kolikrát se s ostatními zasměje. Proto tady je důležité všechno – i maličkosti (Vrzalová, 2011).

2 BODY IMAGE

Body image znamená, jak vidíte sám sebe, když se podíváte do zrcadla, nebo když si představíte sám sebe ve své mysli. Co si myslíte o svém vlastním vzhledu, jaké má tělo předpoklady, možnosti růstu a tvarování. Jak se cítíme ve svém těle dle dispozic výšky, tvaru a hmotnosti. Jak jsme schopni pohybovat svým tělem. Jaké máme možnosti ovládnutí vlastního těla.

Body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Body image dissatisfaction je pak nespokojenost s vlastním tělem (Rašticová, 2009).

Vzhled těla je definován jako subjektivní smysl jednotlivce. Jejich těla jsou zaměřena především na vzhled a zahrnují chování percepční, kognitivní a emočních jevů.

Od roku 1950 používali vědci pojem „body image“ k označení řady různých významů, včetně vnímání přitažlivosti vlastního těla, distorze velikosti těla, percepce hranic těla a přesnosti vnímání tělesných vjemů (Grogan, 2000).

Mužské pohlaví preferuje pozornost na dominantní formu těla a tvarování muskulatury. Vypracovaná muskulatura je definována jako soubor postojů a chování zaměřených na intenzivní touhu získat tělesnou hmotnost ve snaze dosáhnout svalového ideálu. Fyzicky vypracovaná těla jsou spojována s mužností a při nedosažení vlastního ideálního těla je spojitost s nízkým sebevědomím a příznaky deprese (Trowbridge & Pearson, 2013).

Po dobu historie se vojákům vytvářel vzhled více agresivní a vzbuzující sílu. Neohroženost byla dlouho vnímána jako psychologická výhoda v boji. Moderním válčením a vývojem zbraňových systémů dostal tento aspekt nízkou prioritu. Mění se povaha role vojáků v rámci společnosti (Storer et al., 2003).

2.1 Sebepojetí

Sebepojetí zahrnuje reflexivitu a sebeuvědomění. Vytváření lidské schopnosti být objektem a předmětem sebe sama. Podstatné jádro obsahu sebepojetí zahrnuje identita, kde jednotlivec se váže na sebe. Identita ztělesňuje odpověď na otázku: „Kdo jsem já“.

Sebepojetí má dva základní významy – má pomoci orientovat se ve světě a stabilizační význam. Pokud člověk zná sám sebe, ví, co od sebe může očekávat,

rozumí svým motivům, je rovněž orientovaný ve společenských, citových a časových vztazích. Vzhledem k tomu, že sebezpojetí je relativně stálé, můžeme hovořit o jeho stabilizační funkci, která minimalizuje přijímání změn (Fialová, 2007).

Tělo je objektem sociálního a kulturního vývoje. Hodnoty a normy kladené na lidské tělo se v závislosti na různých dobách proměňují a proměňuje se i naše sebezpojetí. V současné době jsou na tělo kladeny vysoké požadavky – musí být zdatné, štíhlé, opálené. Pod pojem tělesné sebezpojetí řadíme všechny představy jedince, které mají vztah k jeho vlastnímu tělu. Proto má tělesné sebezpojetí (body image) kognitivní, afektivní i konativní komponenty, které ho charakterizují. Dále uvádí, že pojem tělesné sebezpojetí v sobě zahrnuje vlastní stanovisko i význam okolí. Chápeme ho jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla. Je součástí celkového sebezpojetí, které obsahuje vše, co si o sobě jedinec myslí, jaké vlastnosti a způsoby chování si připisuje. Vědomí vlastního těla, vlastní tělesnosti je rozšířeno o všechny pocity a představy spojené s tělem, kterými může jedinec něco vypovídat (Fialová, 2001).

Fialová (2001) popisuje, že tělo je hlavním prostředkem k sebeexpresi a k interakci se světem, a proto je i klíčem k pochopení celého „já“ a významně ovlivňuje naše sebedefinování. Přestože má člověk dar myšlení a řeči, jsou jeho emoce a zdraví výstižněji vyjadřovány prostřednictvím těla. Způsob, jakým vnímáme tělo a pohyb a jakou mají pro nás důležitost, určuje naši fyzickou identitu.

Při vnímání, prožívání a hodnocení vlastního těla i jeho části jedinec zohledňuje vlastní zkušenost, přání, vlastní očekávání i očekávání svého okolí a společnosti. Zároveň je body image i sociokulturním konstruktem, který podléhá vlivu každé kultury a společnosti. Jedinec tak vlastně tělo porovnává a posuzuje dle stereotypních představ o ženskosti / mužnosti, kráse a zdraví a ve vztahu k mediálnímu obrazu (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

Mezi psychologické a osobnostní faktory zvyšující riziko nespokojenosti s vlastním tělem a výskyt poruch příjmu potravy patří deprese, negativní pocity, míra schopnosti překonávat problémy a copingové strategie, stres a traumatické zážitky (Rašticová, 2009).

Každý člověk si vytváří určitý obraz o sobě, svých schopnostech, vlastnostech, vědomostech, své inteligenci, o svém těle, zdraví a vzhledu. Tento obraz a současně i postoj k sobě nazýváme sebezpojetím (Fialová, 2007).

Představa o sobě samém, kterou se snažíme vytvořit ve své mysli, abychom se mohli mít rádi, se velmi liší od představy, kterou se snažíme vytvořit v myslích druhých lidí, aby nás mohli mít rádi (Smékal, 2009).

Sebepojem je složitým konstruktem implikujícím kognitivní strukturu, ač ne výlučně, pozůstávající z verbálně nebo sémanticky zakódovaných generalizací, do nichž se integrují nové údaje a snad také pro subjekt specificky důležité behaviorální vzorky. Tato zevšeobecnění zahrnují vlastnosti, schopnosti, vědomosti, hodnoty, postoje a sociální role. Všechno, čím se subjekt definuje a zhodnocuje. Jsou to především ty charakteristiky, které považuje za sebeprofilující a na nich závisí, jak bude s jakoukoliv personální informací naloženo (Blatný et al., 2010).

Verena Kastová (2012), která uvádí, že sebepojetí lze chápat jako subjektivní obraz sebe samého. Obraz, který určitá osoba chová o sobě, o svém „Já“.

Často je proces utváření představy o sobě samém dotvářen již nabitými zkušenostmi, představami a fantaziemi, které nás provázejí po celou dobu našeho života. Naše aktuální pocity, které pramení z vnímání naší vlastní osoby, jsou velmi často spojovány právě s tím, co prožíváme, co nás determinuje a ovlivňuje (Kastová, 2012).

Říčan (2005) vysvětluje tělové schéma jako prostorovou představu vlastního těla, kterou jsme si bezděčně vypracovali v rámci svého vývoje. Využíváme ho ve svém každodenním životě a to především ke své vlastní orientaci v prostoru, ve kterém se pohybujeme a k učení se novým dovednostem. Takto nabytý prožitek spojený se zrakovým či hmatovým vnímáním svého těla mívá silný citový náboj.

Blatný a Plháková (2003) uvádí, že sebepojetí je tvořeno třemi aspekty, mezi něž řadí:

- **Kognitivní aspekt** – jedná se o obsah a strukturu sebepojetí. Tato složka zahrnuje sebeuvědomování a sebepoznání.
- **Emocionální aspekt** – jedná se o emocionální vztah k sobě. Tento aspekt je viditelný především v sebehodnocení. Může se jednat o sebehodnocení globální, zaměřené na charakteristiky sebe sama, které jsou obecného rázu. V tomto případě mluvíme o celkovém vztahu k sobě. Další možností je sebehodnocení dílčích charakteristik vztahujících se k vlastní osobě.
- **Konativní aspekt** – jedná se o motivačního činitele zastávajícího i seberegulační funkci. Projevuje se v našem chování, sebe prezentaci, seberealizaci, v mezilidském kontaktu.

V časně adolescenci si jedinec uvědomuje sebe sama jako nositele nejrůznějších rolí a jako aktéra v různých situacích, ale s přibývajícím věkem a zkušenostmi se stále více objevuje introspekce a sebehodnocení. V období střední adolescence dospívající zkoušejí a přijímají role s menším vědomím jejich vzájemné provázanosti a souvislosti s rolami druhých osob. V pozdní adolescenci vede vědomí vzájemných vazeb, souvislostí a závislostí k potřebě vnitřního sjednocení (strukturované a současně konzistentní sebepojetí) a k hledání rovnováhy mezi vlastními rolami a rolami druhých (Macek, 2003).

Podle Blatného a Plhákové (2003) je sebehodnocení mentální reprezentace emočního vztahu k sobě. Sebehodnocení je důležitým aspektem sebepojetí. Od sebepojetí, které chápe pouze jako souhrn představ o sobě, ho odlišuje emočním nábojem obsaženým ve vztahu k sobě samému.

Blatný a Plháková (2003) rozlišuje několik aspektů sebehodnocení, přičemž některé z nich jsou vyjádřeny dimenzemi. Jednotlivé aspekty dělíme na:

- **Intenzita**
- **Stabilita – labilita** – jedná se o aspekt důležitý pro výkon a reakce na interpersonální zpětnou vazbu.
- **Libost – nelibost** – jedná se o pocit spokojenosti či naopak nespokojenosti se sebou samým.

2.2 Nespokojenost s Body image

Nespokojenost s body image souvisí se zkresleným vnímáním vzhledu těla na rozdíl od skutečnosti. Jedinci projevující nespokojenost s body image jsou přesvědčeni, že pouze ostatní lidé jsou atraktivní. Z důvodu pocíťovaného nedostatku na vlastním těle, které nemá takové tvary, hmotnost, objem a výšku. Tuto skutečnost pocíťují jako znak osobního selhání. Psychickým projevem je stud, rozpačitost a úzkost ze svého těla.

Ideální „Já“ reprezentuje atributy spojené s podobou ideálu krásy, žádaného vzhledu, dobré tělesné zdatnosti, zdravého a funkčního těla. Pokud dojde k rozporu mezi těmito představami, v jedinci se postupem času vytvoří určitý neklid či napětí, které mohou být hlavní příčinou vnitřních konfliktů osobnosti. Jedinec často prožívá pocity spojené s vlastní nespokojeností, zklamání a smutek. Výsledkem působící diskrepance mezi aktuálním „Já“ a požadovaným „Já“ jsou stavy spojené s pocity

znepokojení, možného ohrožení a úzkosti. Jakmile je naše sebehodnocení ohroženo, začínáme se obvykle srovnávat s těmi, kteří jsou podle nás na tom hůře než my sami (Fialová & Krch, 2012).

Porucha body image je značně rozšířená v oblasti subjektivní nespokojnosti s velikostí, mohutností a vzhledem celého těla nebo jeho jednotlivých částí (Hrachovinová, Csémy & Chudobová, 2005).

Naše babičky vnímaly význam těla zcela odlišným způsobem, poslání těla viděly ve zdraví, schopnosti porodit a vychovat děti. Význam těla pro naše matky tkvěl ve zdravém vzhledu a péči o sebe. Dnešní generaci toto nestačí, v dnešní době je nutné tělo přetvářet a investovat do něj. Body image v sobě také zahrnuje tělesné představy nejen znalosti, ale i přesvědčení, hodnocení a plány. Tělesné sebepojetí obsahuje všechny představy jedince, které souvisí s jeho vlastním tělem. Lze říci, že vzhled je také jedním ze základních znaků sociálního vnímání (Fialová, 2007).

Fialová (2001) ve své publikaci uvádí, že tělesné sebepojetí velmi úzce souvisí s prožíváním svého těla. To, jak prožíváme a vnímáme své vlastní tělo je velmi individuální a čistě subjektivní, proto se dá jen těžko jakkoliv změřit. Bylo však zjištěno, že hodnocení vlastního těla, konkrétně pak míra spokojenosti nebo nespokojenosti s vlastním tělem a celkovým vzhledem, působí velmi výrazně na celkové sebehodnocení jedince. To, jak jsme spokojeni s vlastním tělem, určuje i schopnost přizpůsobení se světu ve smyslu životní spokojenosti, absence osamělosti nebo deprese. U osob s negativním vnímáním vlastního těla je míra psychologického přizpůsobení mnohem nižší. Výzkumy negativního body image zároveň upozornily na mnoho nepříznivých důsledků, ke kterým může negativní body image u ženského pohlaví dojít, např. poruchy příjmu potravy, sociální úzkost, nízká sexuální funkce a u mužského pohlaví, např. nízká sebeúcta, deprese, poruchy příjmu potravy, užívání anabolických steroidů a lidského růstového hormonu. Nespokojenost se svým tělem se také projevuje negativními myšlenkami a pocity ke svému tělu.

Při vnímání, prožívání a hodnocení vlastního těla i jeho části jedinec zohledňuje vlastní zkušenost, přání, vlastní očekávání i očekávání svého okolí a společnosti. Zároveň je body image i sociokulturním konstruktem, který podléhá vlivu každé kultury a společnosti. Jedinec tak vlastně tělo porovnává a posuzuje dle stereotypních představ o ženskosti / mužnosti, kráse a zdraví a ve vztahu k mediálnímu obrazu (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

2.3 Vnější vzhled

Uniforma však nepůsobí pouze na okolí, nýbrž má vliv i na jejího nositele a ovlivňuje jeho chování situačním způsobem. Výzkumy upozorňují na to, že nositelé uniforem se často cítí exponováni, pozorováni, a proto i svazováni, což může utlumovat některé způsoby jejich chování, které je jinak pro jedince normální v civilním oblečení. Efekt může být však i opačný. Stejnokroj může rovněž uvolňovat některé doposud skrývané projevy chování. U policisty / vojáka se mohou objevovat tendence k přehnaně autoritativnímu vystupování, tendence k demonstrování moci, projevy nadřazenosti vůči běžným občanům apod. Obdobně jako u efektů vyvolaných nošením zbraně i zde záleží na směru a intenzitě efektů a konstelaci situačních a osobnostních faktorů. K uvolnění projevů arogance a panovačnosti dochází zejména u jedinců s nižším sebevědomím, trpícím nedostatkem sebedůvěry, zakomplexovaných, kteří se nedovedou prosadit zdravým a přiměřeným způsobem. Tyto projevy je však nutno chápat spíše jako určité tendence projevující se v různé míře a různých podobách. Jedinci, u kterých by došlo k plnému rozvoji takovýchto projevů, by se buď neměli k policii / armádě vůbec dostat, anebo by měli být ze služby staženi, protože jsou silnou hrozbou pro občany i pro sebe (Čírtková, 2006).

3 BODY MASS INDEX

Body mass index známý pod zkratkou BMI je přeložen do češtiny, jako Index tělesné hmotnosti. BMI vyjadřuje číslo, které je používáno v souvislosti s indikátorem podváhy, normováhy, nadváhy a obezity. Toto číslo umožňuje statistické porovnávání tělesné hmotnosti lidí s výškou. Výsledná hodnota je interpretována v závislosti na věku a pohlaví.

3.1 Využití Body mass indexu jako ukazatele zdraví

Na vojenský personál jsou kladeny fyzické požadavky podle stanoveného určitého typu těla. Vysoké procento tělesného tuku a nadbytek tukové tkáně je zvláště sledováno, protože se vztahuje ke zvýšené nemocnosti a rizika úmrtí. Body mass index (BMI), poměr hmotnosti, výšky je běžně používán v populačních studiích. I když BMI je jednoduchý a široce používaný odhad stavu hmotnosti v populačních studiích, četné výzkumy zpochybnilly jeho platnost, protože nelze rozlišit mezi obsahem tuku a hmoty bez tuku. Jedinci s větší svalovou hmotou, jako sportovci a vojenský personál může být kvalifikován s nadváhou nebo obezitou. Zatímco jednotlivci, kteří mají přebytečný tuk, ale nedosahují nadváhy. Může být chybně považován za mající nižší zdravotní rizika na základě jejich zavádějících výsledků z BMI. Nepřesnost měření se také zvyšuje s věkem, jako starší jedinci mívají vyšší procento tělesného tuku než mladší jedinci se stejným BMI.

BMI jako ukazatel míry zastoupení tuků v těle tedy v mnohých případech selhává. Dokonce nejde ani říct, že člověk s vysokým BMI musí být v rizikové skupině, která může být ohrožena kardiovaskulárními chorobami, onemocnění žaludku či žlučníku či diabetem. Ačkoliv lze vypozařovat určitou korelaci mezi vysokým BMI a rizikem úmrtí, tak to nemůžeme tvrdit absolutně. Novější studie prokazují, že důležitým determinantem rizika mortality není míra zastoupení tuků v celém těle, ale jejich kumulace v určitých partiích těla, hlavně abdominální a subkutánní (Kokaisl, 2007).

3.2 Body mass index u vojáků z povolání

Podle vojenských standardů s nároky na sledování osobní hmotnosti se podle průzkumu negativně projevuje rostoucí nadváha. Přibližuje se tímto projevem více

k obecné populaci. Nedávná studie ukázala, že 43 % ze 17 až 20letých dospívajících a mladých lidí v obecné populaci se dostalo přes maximální přípustnou hmotnostní normu pro vstup do armády. Na základě těchto zjištění, vojenští lékaři uznali obezitu, jako potenciální hrozbu pro národní bezpečnost. Pro aktivní služby vojenského personálu je nadváha hlavní problém. V roce 2002, více než 50 % z aktivní služby leteckého personálu trpělo nadváhou dle standardů v obecné populaci, která je body mass index BMI > 25 kg/m² ve vzorku vojáků armády u 40 % žen a 60 % mužů. Nadváha v armádě je spojena s výkonnostními problémy, zvýšené náklady na zdravotní péči a ztráta pracovní schopnosti. Z těchto důvodů armáda drží vojenské hmotnostní standardy stále pevně na svém místě a ti, kteří nesplňují daná kritéria, jim může být snížena zdravotní klasifikace a následné rozvázání služebního poměru. Tyto okolnosti mohou vést ke zvýšení tlaku na dospívající a mladé dospělé, kteří vstupují nebo uvažují o vstup do armády. Podle studií jsou zejména ženy z určitých rasových a etnických skupin hendikepovány svými genetickými dispozicemi, které mají za důsledek vyšší procentuální podíl podkožního tuku na těle. U žen je větší pravděpodobnost překročení horní hranice současných norem hmotnosti (Garber et al., 2008).

Kritéria pro výběr vojenského personálu jsou striktně stanoveny. To znamená, že před zahájením, všichni kandidáti musí splňovat určitá kritéria související s fyzickým výkonem a celkovým zdravotním stavem, jako je index tělesné hmotnosti BMI a další.

Nepříznivé BMI > 25 kg/m² může ovlivnit možnost kariéry kandidátů. Je dobře zdokumentováno, že nadváha a obezita jsou spojeny se zvýšeným rizikem diabetu, hyperlipidemie, ischemické choroby srdeční, snížená kapacita plic a ortopedické problémy, jako jsou kolena a kyčelní malformace. Tato zdravotní omezení mohou bránit ve výkonu vojenské služby a vojenských úkolů. Nadbytek tělesného tuku je spojen se zvýšenou tělesnou hmotností. Správné posouzení tělesného tuku je nesmírně důležité pro jedince. Měření tělesného tuku metodou, jako je denzitometrie. Měření tloušťky kožní řasy se běžně provádí v klinických a polních podmínkách pro odhad procentuálního tělesného tuku. Tato metoda je jednoduchá na provedení a je levná. Obvod pasu se zdá být spolehlivým ukazatelem možných metabolických komplikací stávající nadváhy nebo obezity. Tato metoda poskytuje dobrý odhad rozdělení tělesného tuku, což je důležité pro posouzení kardiovaskulárních rizik. Ve skutečnosti, osoba může mít nadváhu, aniž by měla tuk, a naopak, osoba může mít normální BMI a vysoký obsah tuku. Bioelektrická impedance může poskytnout dodatečné informace v mezních situacích, které mohou nastat s BMI mezi 25 a 27 kg/m². Hlavním zjištěním

je, že při použití BMI pro odhad tělesného tuku, bylo 29 ze 73 kandidátů klasifikováno jako obézních. Tito kandidáti měli BMI > 25 kg/m², ale tělesný tuk v % odpovídal normální váze. Taková špatná klasifikace může silně omezit výběr pro vojenskou kariéru (Mullie et al., 2008).

3.3 Ovlivňování Body mass indexu pomocí nezdravých návyků

Studie aktivní služby vojenského personálu zdokumentovaly rozšířený nezdravý jídelníček. Dále široké spektrum nezdravých dietních postupů včetně pročišťování, pomocí projímadel nebo užívání léků, držení půstu, které se vyskytují v době kolem přezkoušení z fyzické zdatnosti nebo roční zdravotní prohlídky.

Nedávná zahraniční studie hlásí vysokou míru neuspořádaného stravovacího chování. Vojáci provádí v 5 % očištění organismu, 18 % používá projímadla nebo léky a 25 % drží hladovku. Tyto způsoby chování se zhoršily v horizontu dvou měsíců, a to těsně předtím, než bylo testování a vážení. Odborníci tento projev chování nazývají „situační porucha příjmu potravy“, přičemž jedinci se uchylují k neuspořádaným stravovacím zlovykům chování pod stresem, který je způsoben vlastní vahou jedince. Ministerstvo obrany uznalo možnost, že hmotností normy mohou podporovat nezdravou regulaci hmotnosti a výkonnosti. Snaha změny probíhá na podporu zdravého chování a vytvořit spravedlivější váhové standardy pro jednotlivce. Studie prokázaly, že s nadváhou jsou výrazně nespokojeni lidé ve věku 18 až 20 let. U této skupiny je větší pravděpodobnost užívání zoufalých způsobů k redukci hmotnosti. Nejčastější způsoby regulace hmotnosti pomocí pilulek na hubnutí, projímadla, diuretika nebo zvracení. Tyto případy platí i pro vojáky z povolání, kteří trpí nadváhou. Na lékařské doporučení jsou povinni chodit do řízených programů na redukci hmotnosti. Programu byl identifikován jako jeden z nejsilnějších prediktorů narušeného stravování mezi vojáky. Mnozí z vojenského personálu, kteří jsou nespokojeni se svojí hmotností a současně se dopouštějí špatného stravovacího chování, splňují tak kritéria pro plnohodnotnou poruchu příjmu potravy. V civilním sektoru je statistika přibližně 1 % pro mentální anorexii, 3 % pro bulimii a v případě poruchy příjmu potravy je až 35 %. Za zmínku stojí průzkum mezi vojáky, kde byly hlášeny hodnoty 4,9 % pro mentální anorexii, 19,9 % trpí bulimií a poruchu příjmu potravy má 76,7 %. Toto zjištění bylo provedeno z vyhodnocení dotazníků od vybrané skupiny dotazovaných (Garber et al., 2008).

K patologickým stravovacím postojům dochází nejčastěji u některých mladých mužů profesních skupin, například v ozbrojených silách, vzhledem k fyzické síle a muskularitě člověka má zvláštní význam (Lukacs, Murányi & Tury, 2007).

Vojenská medicína je pod neustálým tlakem udržet nízké náklady, ale velkou měrou se podílí na nákladech na zdravotní péči proti obezitě.

Nedávné údaje odhadují náklady na obezitu v rámci amerického vojenského systému zdravotní péče za \$ 1,1 miliardy. Je známo, že socioekonomický status hraje roli při obezitě. Mnoho různých faktorů tvoří socioekonomický status jednotlivce, jako rasy, etnický původ, příjem, vzdělání, bydlení, náklady na stravu, přístup k lékařské péči a dostupnost cvičení / fitness. Vojenská služba poskytuje bydlení, potraviny, univerzální zdravotní péči a volný přístup do posiloven a atletických stadionů (Winegarner, 2015).

3 CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je zjistit úroveň body image, body mass indexu, pohybové aktivity a kuřáctví u vojáků armády ČR.

4 METODIKA

4.1 Popis problémové situace

Budoucí vojáci z povolání Armády ČR jsou vybíráni dle stanovených kritérií Ministerstvem obrany. Převážně rozhodují psychické a fyzické dispozice uchazeče, z důvodu eliminace nevhodných uchazečů pro službu. Díky této regulaci (omezení) vznikne specifická skupina, vyznačující se stejným profilem. Po úspěšném vstupu do armády dochází k formování vojáka a přizpůsobování se službě v rámci AČR. Dominantně je utvářena jeho psychická a fyzická zdatnost. Vytvářejí se nové zvyky a zlozvyky nebo naopak zanikají staré zvyky a zlozvyky. Mění se charakter osobnosti, vzhled, fyzické proporce a pohybová aktivita ve službě i mimo ni.

4.2 Zkoumaný soubor

Zkoumanou skupinou byli vojáci z povolání mužského a ženského pohlaví vykonávající činnou službu. Celkový výzkumný vzorek byl proveden z 211 respondentů s průměrným věkem 33 let. Z toho bylo 191 mužů s průměrným věkem 33 let a 20 žen se stejným průměrným věkem 33 let. Cílová skupina měla různou četnost a druh pohybové aktivity, jak v zaměstnání, tak i v mimopracovní době. Dále se odlišovala kuřáckými návyky, dojmem o své vzhledové spokojenosti a tělesných proporcích řadících se od podváhy až po obezitu. Vzorek zkoumaného souboru byl naměřen panem PhDr. Dr. Martinem Sigmundem, Ph.D. a vyhodnocen autorem diplomové práce panem Bc. Jaroslavem Johnem.

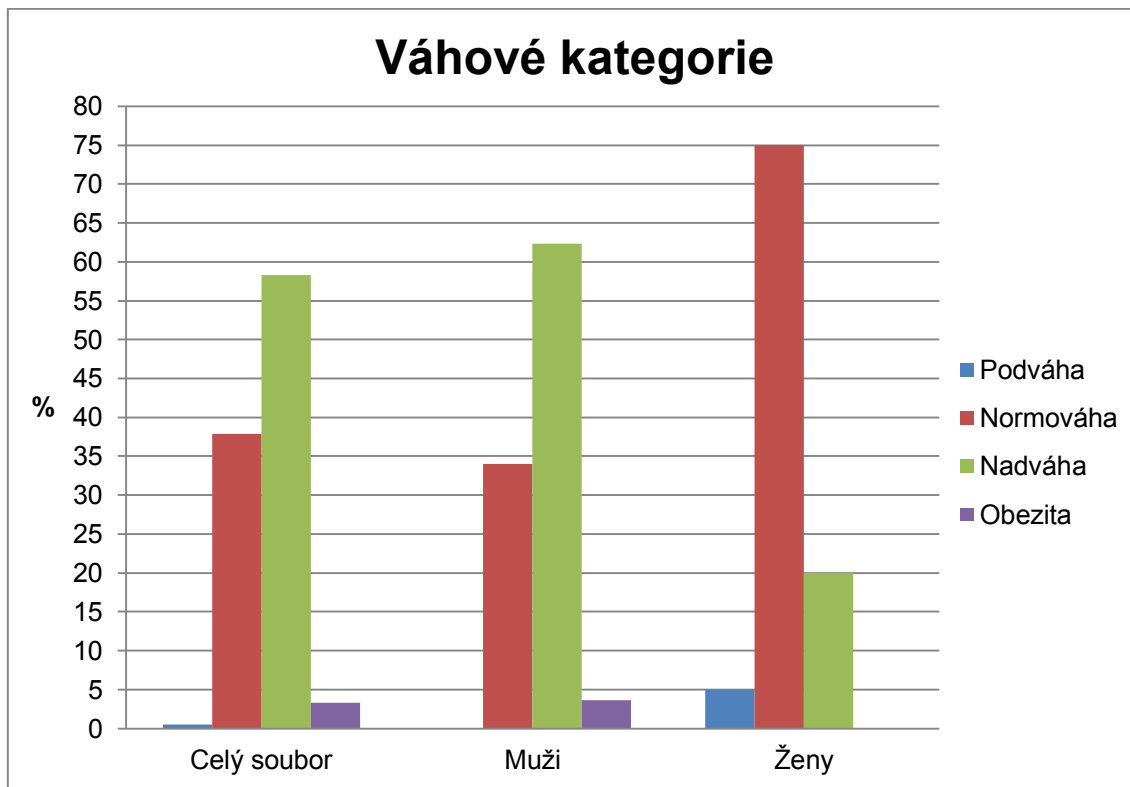
4.3 Metody

Dotazník – byl zaměřen na ukazatele zdraví. Kde se shromažďují data od respondentů o pohlaví, věku, výšce, váze, BMI, kuřáctví, body image a pohybové aktivitě v práci, ve volném čase, její preferenci a důvodu. Dotazník také zjišťuje četnost pohybové aktivity v počtu dní v týdnu. Na základě přijatých dat lze z dotazníku vyhodnotit podle pohlaví: podváhu, normováhu, nadváhu a obezitu. Do dotazníku se zapisují naměřené číselné hodnoty, zaškrtávání souhlasu s tvrzením a vypisování druhu sportu.

5 VÝSLEDKY

5.1 Ukazatele zdraví vojáků z povolání

Graf 1. Průřez celým souborem a pohlavím mužů, žen podle váhových kategorií

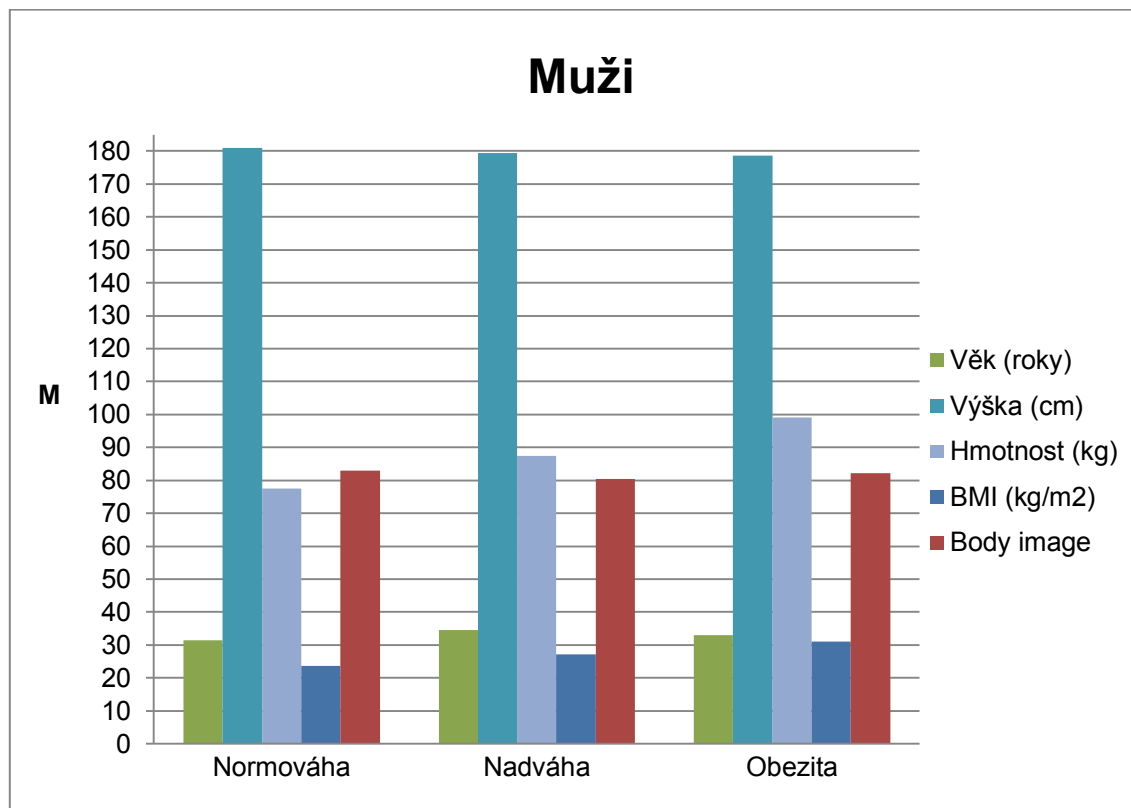


Z grafu zjišťujeme podváhu jen u žen a to 5 %. Ženy mají nejvyšší procentuální úroveň normováhy na celkový počet. Muži trpí nadváhou více jak v 60 %. Celková nadváha přesahuje 55 %. U žen není žádný projev obezity a u mužů je přes 3,5 % (Graf 1).

Tabulka 1. Výchozí tabulka pro graf znázorňuje váhové kategorie z celého souboru a podle pohlaví

	Celý soubor		Muži		Ženy	
	N	%	N	%	N	%
Podváha	1	0,47	0	0	1	5
Normováha	80	37,91	65	34,03	15	75
Nadváha	123	58,29	119	62,3	4	20
Obezita	7	3,31	7	3,66	0	0
Celkem	211	100	191	100	20	100

Graf 2. Aritmetický průměr hodnot mužů napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi

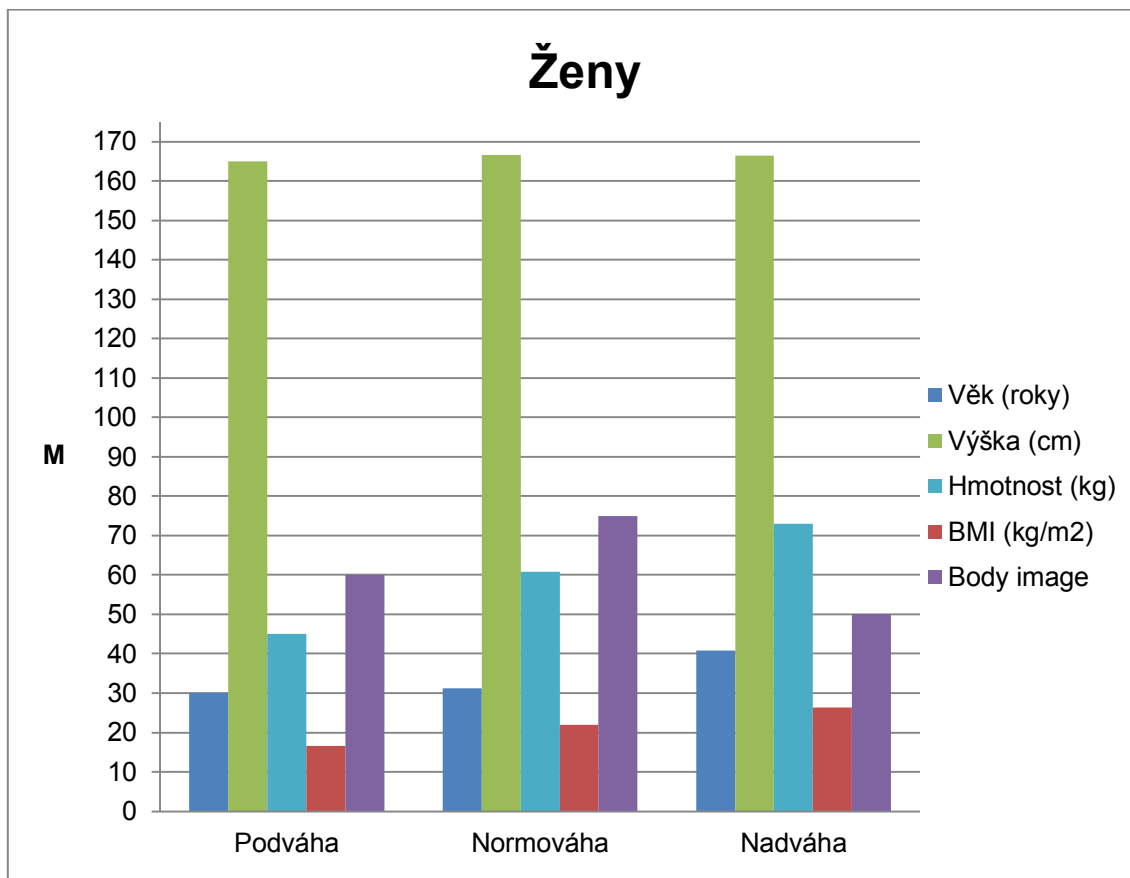


Muži netrpí podváhou, ale spíš obezitou s nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejnižším průměrným věkem a nejvyšší tělesnou výškou (Graf 2).

Tabulka 2. Výchozí tabulka pro graf znázorňující aritmetický průměr hodnot mužů napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi

	Muži							
	Podváha		Normováha		Nadváha		Obezita	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Věk (roky)	0	0	31,35	5,82	34,51	5,65	33	7,76
Výška (cm)	0	0	180,98	6,24	179,43	5,31	178,57	5,9
Hmotnost (kg)	0	0	77,41	7,57	87,51	6,92	99,14	8,6
BMI (kg/m²)	0	0	23,58	1,38	27,15	1,35	31,02	0,97
Body image	0	0	83	10,1	80,4	12	82,1	6,46

Graf 3. Aritmetický průměr hodnot žen napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi

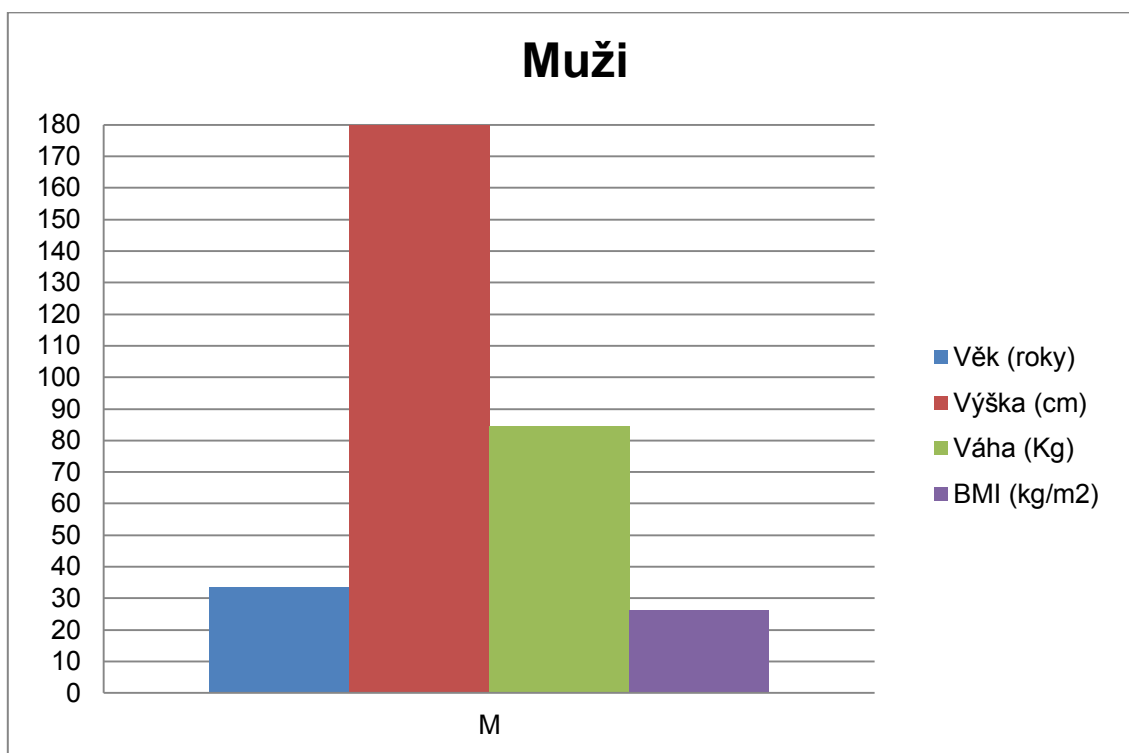


Ženy netrpí obezitou, ale podváhou. s nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejvyšší tělesnou výškou (Graf 3).

Tabulka 3. Výchozí tabulka pro graf znázorňující aritmetický průměr hodnot žen napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi

	Ženy							
	Podváha		Normováha		Nadváha		Obezita	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Věk (roky)	30	0	31,2	4,05	40,75	4,38	0	0
Výška (cm)	165	0	166,53	4,89	166,5	5,85	0	0
Hmotnost (kg)	45	0	60,73	4,04	73	3,67	0	0
BMI (kg/m²)	16,52	0	21,95	1,9	26,34	0,76	0	0
Body image	60	0	74,9	13,47	50	15,41	0	0

Graf 4. Tělesné parametry mužů

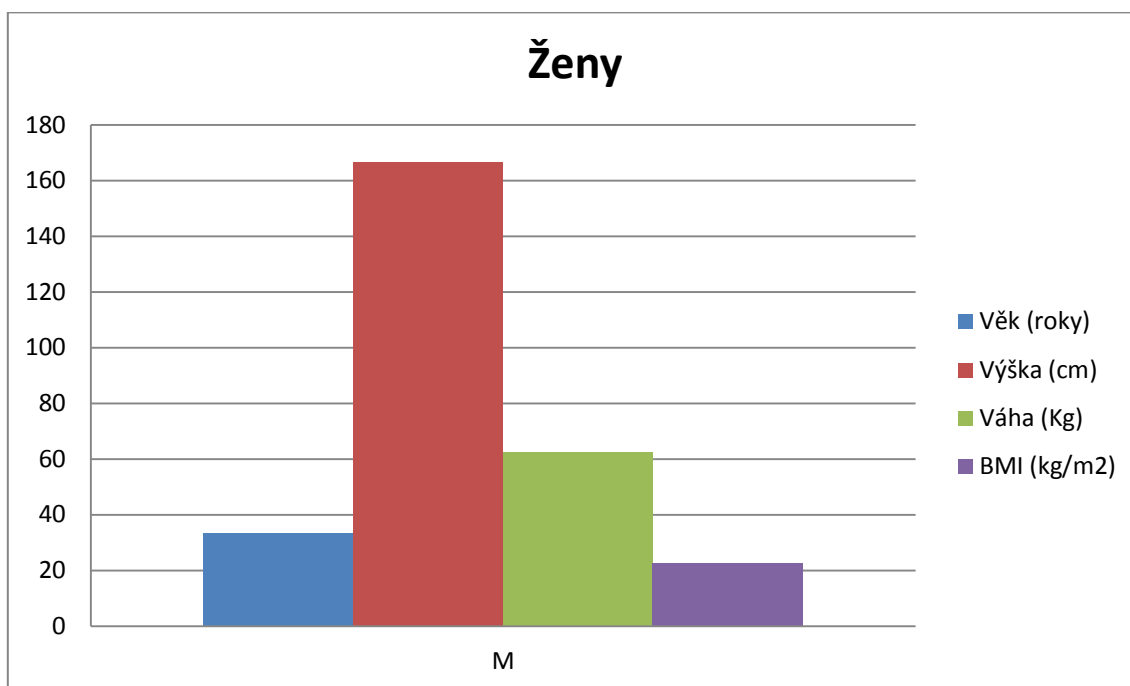


Průměrný věk mužů je 33 let. Tělesná výška dosahuje necelých 180 cm a váha je 84,5 Kg. Tomu odpovídá BMI 26,08 Kg/m² (Graf 4).

Tabulka 4. Výchozí tabulka pro graf znázorňující průměrné tělesné hodnoty mužů

Muži				
	Věk (roky)	Výška (cm)	Váha (Kg)	BMI (kg/m ²)
Rozpětí	21 - 55	166 - 197	53 - 110	19,23 - 33,2
M	33,38	179,93	84,5	26,08
SD	5,99	5,71	9,09	2,35

Graf 5. Tělesné parametry žen

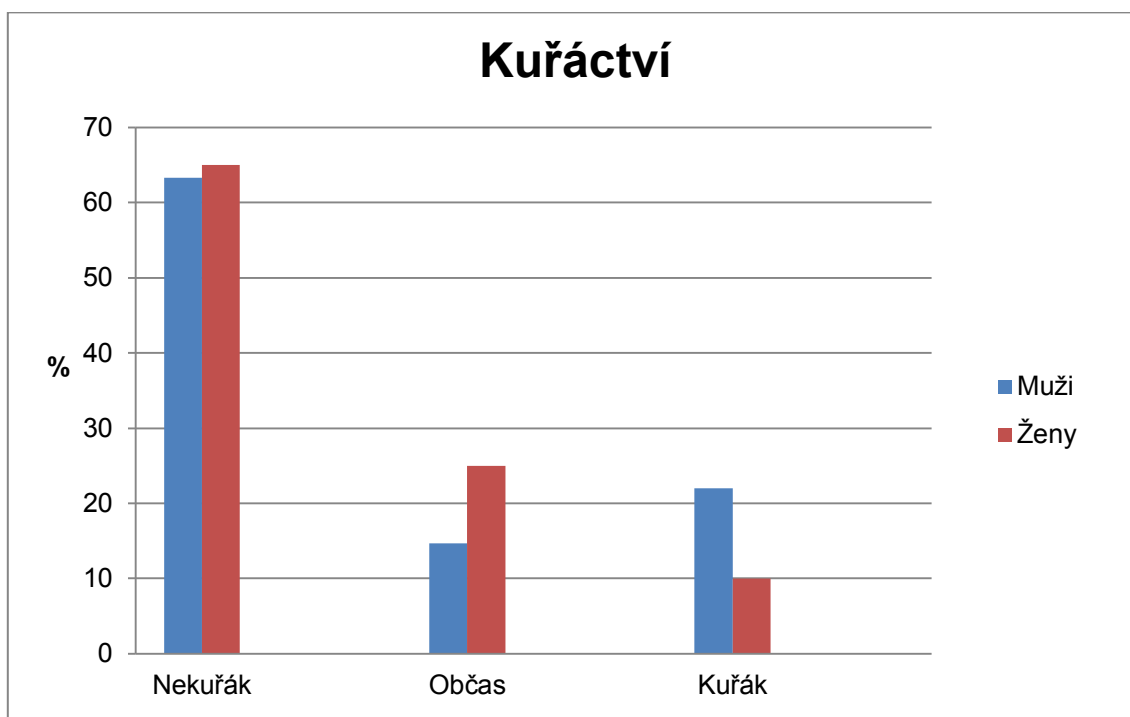


Průměrný věk žen je 33 let. Ženy jsou vysoké 166 cm a váha je 62 Kg. Tomu odpovídá BMI 22,55 Kg/m² (Graf 5).

Tabulka 5. Výchozí tabulka pro graf znázorňující průměrné tělesné hodnoty žen

Ženy				
	Věk (roky)	Výška (cm)	Váha (Kg)	BMI (kg/m ²)
Rozpětí	26 - 45	156 - 176	45 - 79	16,52 - 27,34
M	33,05	166,45	62,4	22,55
SD	5,57	4,99	7,39	2,79

Graf 6. Projev kuřáctví u mužů a žen

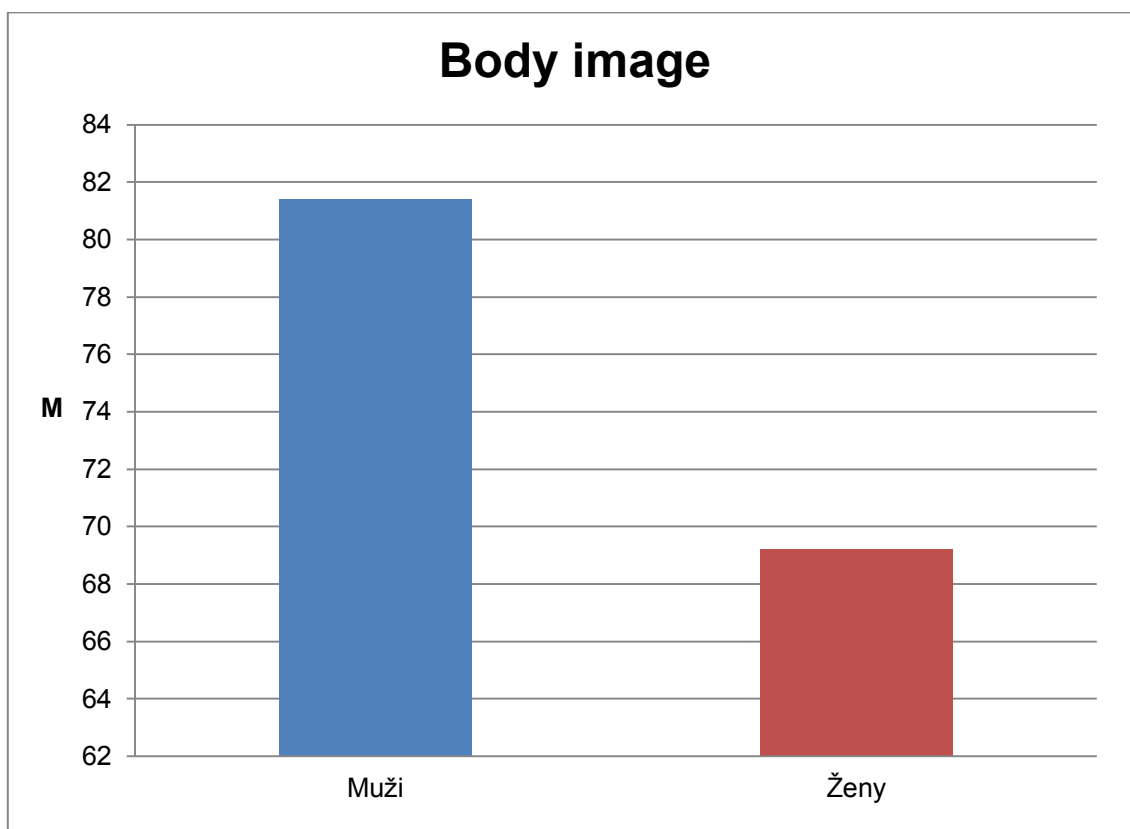


Porovnání kuřáctví mezi muži a ženami. Žen nekuřáků je více než mužů. Občasných kuřáků u žen je více než mužů. Mužů kuřáků je jednou tolik, co žen (Graf 6).

Tabulka 6. Výchozí tabulka pro graf znázorňující kuřáctví u mužů a žen

	Muži			Ženy		
	Nekuřák	Kuřák	Občas	Kuřák	Nekuřák	Občas
N	121	42	28	2	13	5
%	63,35	21,99	14,66	10	65	25

Graf 7. Body image mužů a žen

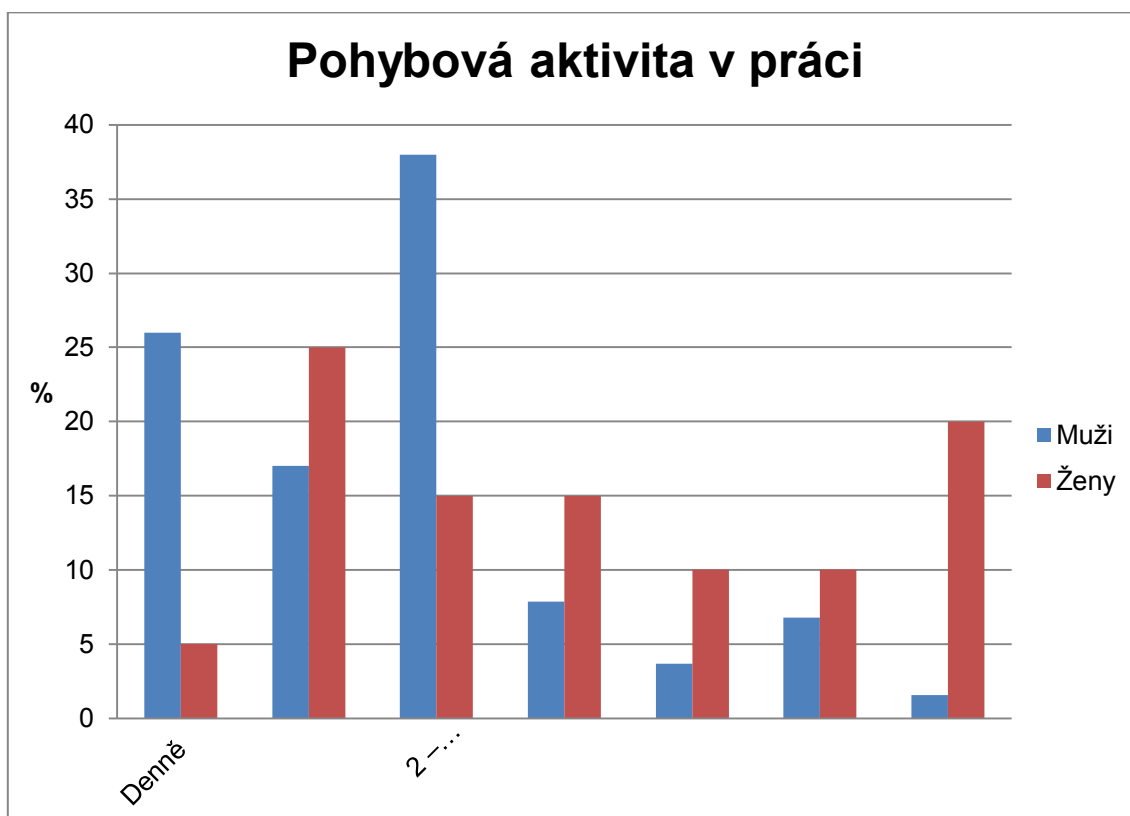


Porovnání body image mezi muži a ženami. Muži jsou více spokojeni s celkovým vzhledem než ženy (Graf 7).

Tabulka 7. Výchozí tabulka pro graf znázorňující Body image u mužů a žen

	Body image		
	M	SD	Rozpětí
Muži	81,4	11,29	40 - 100
Ženy	69,2	16,91	35 - 90

Graf 8. Pohybová aktivita mužů a žen v práci

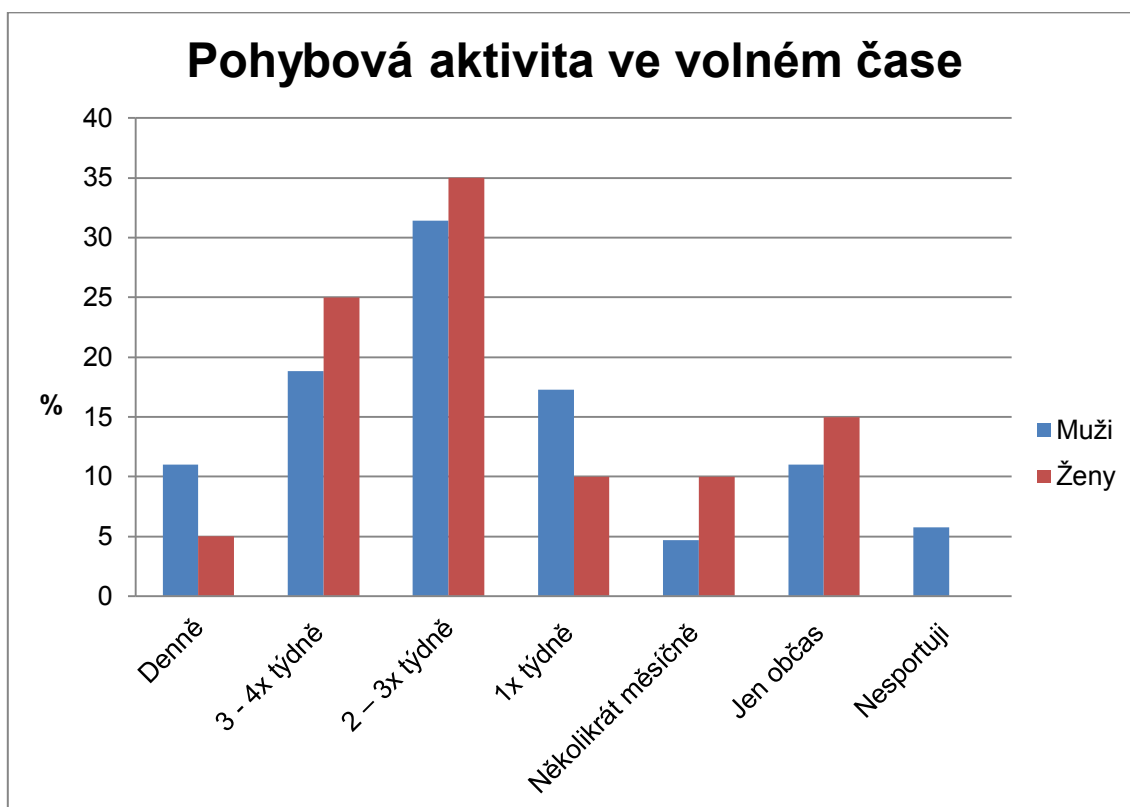


Muži více preferují pohybovou aktivitu denní nebo 2 – 3x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 1x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Nesportujících žen je více než mužů (Graf 8).

Tabulka 8. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu v práci

		Pohybová aktivita v práci	
		Muži %	Ženy %
Ano – denně		26	5
Ano – 3 – 4x týdně		17	25
Ano – 2 – 3x týdně		38	15
Ano – 1x týdně		7,85	15
Ano – několikrát měsíčně		3,66	10
Ano – ale jen občas		6,8	10
Nesportují		1,57	20
		Muži N	Ženy N
Pokud sportujete, o jaký druh sportu jde:	Běh	30	4
	Posilovna	25	6
	Plavání	6	1
	Ostatní	18	3

Graf 9. Pohybová aktivita mužů a žen ve volném čase

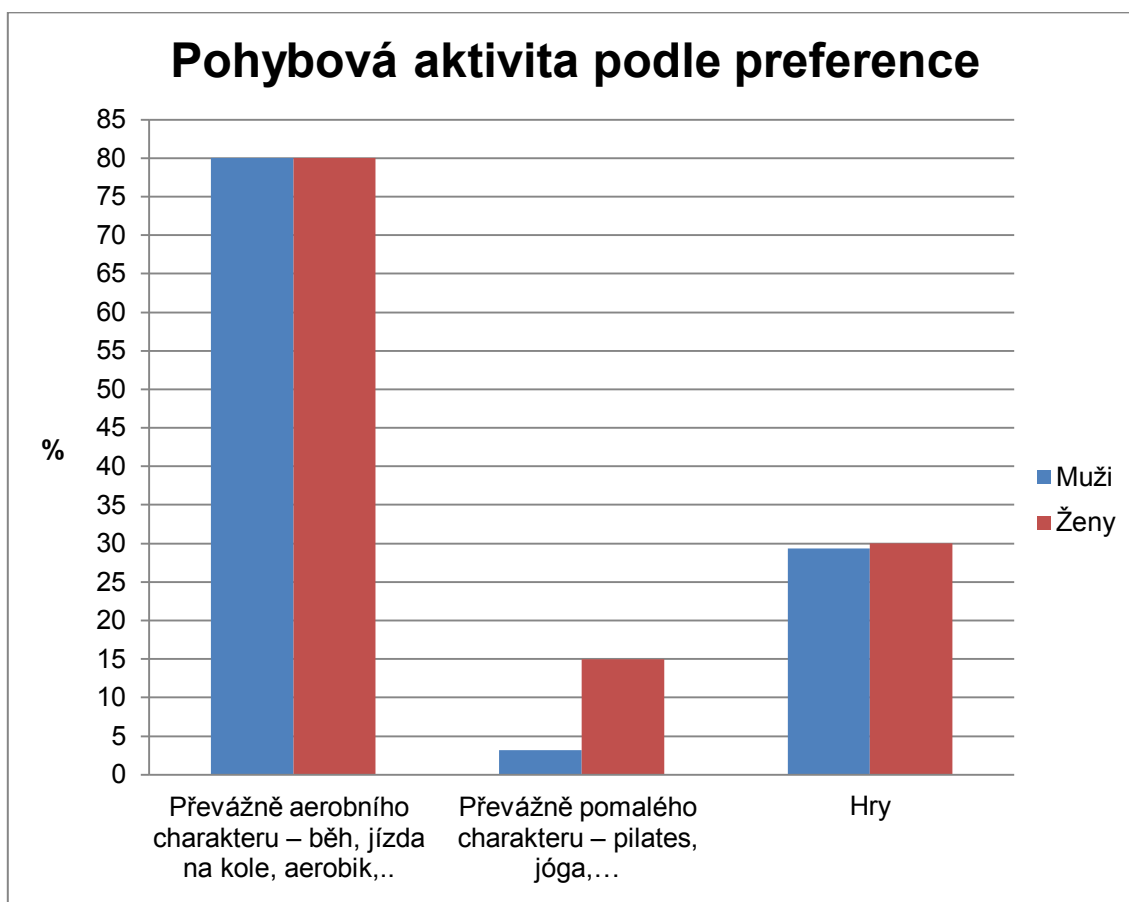


Muži více preferují pohybovou aktivitu denní nebo 1x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 2 – 3x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Více mužů nesportuje než žen (Graf 9).

Tabulka 9. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu ve volném čase

		Pohybová aktivita ve volném čase	
		Muži %	Ženy %
Denně		10,99	5
3 – 4x týdně		18,84	25
2 – 3x týdně		31,41	35
1x týdně		17,27	10
Několikrát měsíčně		4,71	10
Jen občas		10,99	15
Nesportují		5,75	0
		Muži N	Ženy N
Pokud sportujete, o jaký druh sportu jde:	Běh	17	3
	Turistika	3	4
	Kolo	12	3
	Ostatní	57	8

Graf 10. Pohybová aktivita mužů a žen podle preference

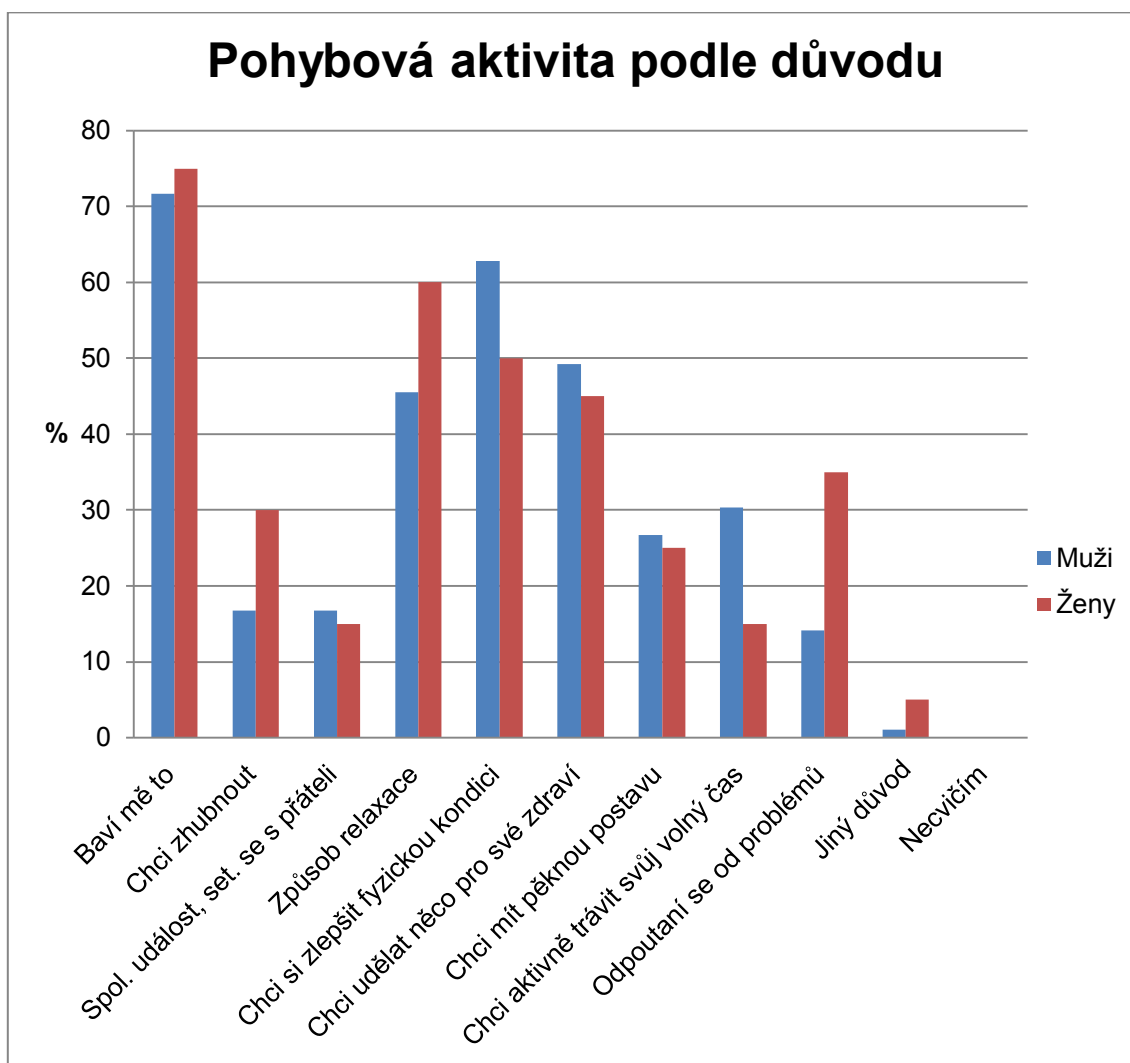


Muži a ženy mají procentuálně stejné zastoupení u pohybové aktivity aerobního charakteru. Ženy více využívají pohybovou aktivitu pomalého charakteru než muži. Hrámy dávají více přednost ženy než muži (Graf 10).

Tabulka 10. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu podle preference

	Pohybová aktivita – preference	
	Muži %	Ženy %
Převážně aerobního charakteru – běh, jízda na kole, aerobik,..	80	80
Převážně pomalého charakteru – pilates, jóga,..	3,14	15
Hry	29,31	30
Jiné:	Muži N	Ženy N
Posilovna	10	2
Power plate	0	1
Plavání	1	0
Ostatní	12	1

Graf 11. Pohybová aktivita mužů a žen podle důvodu



Muži projevují větší procentuální zastoupení ve společenských událostech, setkávání se s přáteli, chci si zlepšit fyzickou kondici, chci udělat něco pro svoje zdraví, chci mít pěknou postavu, chci aktivně trávit svůj volný čas. Ženy mají procentuálně vyšší zastoupení u otázky baví mě to, chci zhubnout, způsob relaxace, odpoutání se od problémů a jiný důvod. Otázku necvičím nikdo neoznačil (Graf 11).

Tabulka 11. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu podle důvodu

	Pohybová aktivita – důvod	
	Muži %	Ženy %
Baví mě to	71,72	75
Chci zhubnout	16,75	30
Společenská událost, setkávám se s přáteli	16,75	15
Způsob relaxace	45,54	60
Chci si zlepšit fyzickou kondici	62,82	50
Chci udělat něco pro své zdraví	49,21	45
Chci mít pěknou postavu	26,7	25
Chci aktivně trávit svůj volný čas	30,36	15
Odpoutání se od problémů	14,13	35
Jiný důvod	1,04	5
Necvičím	0	0

6 DISKUSE

V teoretické části diplomové práce jsem se zabýval ukazateli zdraví v podobě stresového profilu, body image a body mass indexu. V této části práce poznáváme úhel pohledu, strukturu a hloubku problematiky od autorů, kteří byli citováni. Dále citace byly čerpány z cizojazyčných odborných článků a časopisů. Díky dostupnosti těchto informací se můžeme lépe seznámit s problematikou a vytvořit si vlastní názor.

Vojáci z povolání jsou specifická skupina lidí, kteří si musí uvědomovat svoji situaci ve výkonu služby u ozbrojených sil. Je úmyslně na ně vyvíjen psychický a fyzický tlak, aby se dokázali s ním vyrovnat. Tato zátěž je nesmírně důležitá k racionálnímu myšlení vojáka v průběhu stresové, bojové situace. Voják nesmí být ovlivněn emocemi a strachem z důvodu plnění úkolu, kdy jsou lidé v ohrožení na zdraví a životech. Těmito předpoklady disponuje úzká skupina populace, jež je vybírána z uchazečů projevující zájem o službu v AČR. Vhodnost uchazečů je prověřována fyzickými a psychickými testy. Vojákovi je vštěpována disciplína, vojenské vystupování a umět ovládat svoji zbraň.

Zkoumanou skupinou byli vojáci z povolání vykonávající činnou službu v rámci AČR. V AČR je velmi nízké zastoupení ženského pohlaví. Nelze dosáhnout adekvátního zastoupení ženského pohlaví v podobném početním měřítku jako u mužů. Ve výzkumném vzorku měly ženy zastoupení v počtu 20 respondentů a muži měli značnou převahu v počtu 191 respondentů. Respondenti měli hodnosti v hodnostních sborech poddůstojníků, praporčíků, nižších důstojníků a vyšších důstojníků. S tím souvisí i různorodá úroveň vzdělání od výučního listu až po vysokoškolské vzdělání. Celkový počet skupiny činí 211 respondentů s průměrným věkem 33 let. Sběr dat byl proveden anonymně. Skupinu vojáků jsem si vybral z důvodu blízkého vztahu k armádě, protože také sám vykonávám vojenskou činnou službu jako voják z povolání. Zajímalo mne, jaké úrovně zdraví dosahují vojáci z povolání ve vybraných ukazatelech zdraví.

Jednotlivá data respondentů naměřil pan PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D. v průběhu roku 2016 a vyhodnotil je autor diplomové práce pan Bc. Jaroslav John. První sběr dat probíhal měřením tělesných proporcí a BMI. Dotazování se na kuřáctví zda nekouří, kouří nebo občas. Dále dotazník Body image, kde respondent označil číslo na ose v rozmezí 0 – 100 podle aktuální míry celkové spokojenosti se svým tělem. Hodnota nula představuje nejnižší míru spokojenosti a hodnota 100 představuje nejvyšší

míru spokojenosti. Poslední dotazník byl zaměřen na pohybovou aktivitu v práci, ve volném čase, podle preference a podle důvodu. Respondenti vyplňovali dotazník podle předdefinovaných otázek a v případě kladné reakce, daný čtvereček označili křížkem. Pouze tři otázky byly vypisovací, kde respondent uvedl pouze druh sportu, který preferuje.

Forma dotazování se prostřednictvím dotazníků není časově ani finančně náročná. Naopak osobní měření jednotlivých respondentů je časově a finančně náročné. Respondenti mohou projevovat při osobním měření stud nebo ostych. Z pohledu respondenta je narušena osobní komfortní zóna a pociťuje i časovou náročnost nebo omezení v průběhu měření. Nejvíce pohodlné je pro respondenta vyplňování dotazníku, kdy pouze označuje křížkem nebo kroužkem odpověď na danou otázku. Časové omezení pociťuje nejméně do pěti minut. Nad pět minut času stráveného vyplňováním dotazníku klesá pozornost a respondent se snaží, co nejrychleji dokončit vyplňování dotazníku.

Výsledek vybraných ukazatelů zdraví u vojáků AČR je rozdělen a porovnán podle pohlaví. Vyhodnocení váhových kategorií u mužů, žen a celého souboru je zjištěna podváha jen u žen a to 5 %. Ženy mají nejvyšší procentuální úroveň normováhy na celkový počet. Muži trpí nadváhou více jak v 60 %. Celková nadváha přesahuje 55 %. U žen není žádný projev obezity a u mužů je přes 3,5 %.

Hodnocení tělesných parametrů a váhových kategorií aritmetickým průměrem u mužů je bez podváhy, ale obezitu mají s nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejnižším průměrným věkem a nejvyšší tělesnou výškou. Dále ženy ve stejné kategorii nemají obezitu, ale podváhou. S nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejvyšší tělesnou výškou.

Průměrný věk mužů je 33 let. Tělesná výška dosahuje necelých 180 cm a váha je 84,5 Kg. Tomu odpovídá BMI 26,08 Kg/m². Následně průměrný věk žen je 33 let. Ženy jsou vysoké 166 cm a váha je 62 Kg. Tomu odpovídá BMI 22,55 Kg/m².

Podle aktuálních údajů (Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR) má hmotnost nad hranicí normální hmotnosti 54 % dospělé české populace, z toho 17 % trpí obezitou (BMI nad 30). K tak vysokému podílu populace s nadměrnou hmotností přispívají větší měrou muži, z hlediska věku pak starší lidé. V populaci je 63 % mužů a 46 % žen s vyšší než normální hmotností (BMI nad 25). Nárůst mezi lety 2002 a 2008 byl statisticky významný u mužů. U mužů také došlo k statisticky významnému nárůstu obézních (BMI nad 30), u žen se podíl obézních nezměnil. Nejvyšší nárůst výskytu

obézních byl ve věkové skupině 35 – 44letých mužů, u žen ve skupině 65 – 74letých (http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/vyskyt_nadvahy_a_obezity.pdf).

Vyhodnocení kuřáctví v procentech u žen a mužů je v případě žen, jako nekuřáků více než mužů. Občasných kuřáků u žen je více než mužů. Mužů kuřáků je jednou tolik, co žen.

Podle výzkumu z roku 2011 lze v České republice 24,2 % občanů označit za pravidelné kuřáky, kouřící v současné době nejméně 1 cigaretu denně. Dalších 4,9 % tvoří nepravidelní (příležitostní) kuřáci, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně. Znamená to, že dle vlastní výpovědi 29 % občanů České republiky ve věku 15 – 64 let v roce 2011 kouřilo a lze je označit za kuřáky (Sovinová, Sadílek & Csémy, 2012).

Porovnání body image podle pohlaví je u mužů větší projev spokojenosti s celkovým vzhledem než u žen.

Pohybovou aktivitu muži více preferují v podobě pohybové aktivity jako denní nebo 2 – 3x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 1x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Nesportujících žen je více než mužů.

Pohybová aktivita ve volném čase je u mužů zastoupena více pohybovou aktivitou denní nebo 1x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 2 – 3x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Více mužů nesportuje než žen.

Pohybová aktivita podle preference je vyhodnocena, kde muži a ženy mají procentuálně stejné zastoupení u pohybové aktivity aerobního charakteru. Ženy více využívají pohybovou aktivitu pomalého charakteru než muži. Hráči dávají více přednost ženě než muži.

Pohybová aktivita podle důvodu je projevována u mužů s větším procentuálním zastoupením ve společenských událostech, setkávání se s přáteli, chci si zlepšit fyzickou kondici, chci udělat něco pro svoje zdraví, chci mít pěknou postavu, chci aktivně trávit svůj volný čas. Ženy mají procentuálně vyšší zastoupení u otázky baví mě to, chci zhubnout, způsob relaxace, odpoutání se od problémů a jiný důvod. Otázku necvičím nikdo neoznačil.

Pro lidi fyzicky neaktivní se uvádí jako nezbytné minimum 30 minut fyzické aktivity denně, tedy 3,5 hodiny týdně. Ovšem i kratší fyzická aktivita je pro zdraví člověka prospěšná. V jedné studii bylo prokázáno, že rychlá chůze po dobu hodiny a půl týdně nebo plavání tři čtvrtě hodiny týdně, snížilo riziko srdečních příhod o celých 90 % (Vítek, 2013).

7 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň body image, body mass indexu, pohybové aktivity a kuřáctví u specifické skupiny populace – vojáků Armády ČR.

Výzkumem v praktické části této diplomové práce byly získány výsledky za celý soubor v jednotlivých váhových zastoupeních vyjádřených v procentech. Výsledky výzkumu jsou následující: 3,31 % obezita, 58 % nadváha, 37,91 % normováha, 0,47 % podváha z 211 respondentů.

Podle pohlaví muži nemají podváhu, ale více obezitu s nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejnižším průměrným věkem a nejvyšší tělesnou výškou. Ženy nejsou obézní, ale mají podváhu s nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejvyšší tělesnou výškou. Průměrný věk mužů je 33 let. Tělesná výška je 180 cm a váha je 84,5 Kg. Odpovídající BMI 26,08 Kg/m². Průměrný věk žen je 33 let. Jsou vysoké 166 cm a váha je 62 Kg. Odpovídající BMI 22,55 Kg/m².

Dle mého úsudku jsou výsledky mírně zkreslené z hlediska vyššího procentuálního poměru svalové hmoty na postavě vojáků. BMI tento faktor nezohledňuje, ale přisuzuje tuto svalovou hmotu jako faktor, který navyšuje BMI a řadí vojáky od normováhy směrem k obezitě (BMI nad 25).

Hodnocení dalších ukazatelů zdraví je v kategorii nekuřáků a občasném kuřáctví vyšší poměr žen než mužů. Mužů kuřáků je více než žen. Body image vykazuje u mužů více spokojenosti s celkovým vzhledem než u žen. Pohybová aktivita v práci u mužů je více preferována denní pohybovou aktivitou nebo 2 – 3x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 1x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Nesportujících žen je více než mužů. Pohybovou aktivitu ve volném čase více preferují muži a to pohybovou aktivitu denní nebo 1x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 2 – 3x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Více žen sportuje ve volném čase než muži. Pohybovou aktivitu podle preference mají muži a ženy procentuálně stejně zastoupenou u pohybové aktivity aerobního charakteru. Muži méně využívají pohybovou aktivitu pomalého charakteru než ženy. Hráb dávají více přednost ženy než muži. Poslední dotazník na pohybovou aktivitu podle důvodu je u mužů projev většího procentuálního zastoupení ve společenských událostech, setkávání se s přáteli, chci si zlepšit fyzickou kondici, chci udělat něco pro svoje zdraví, chci mít pěknou postavu, chci aktivně trávit svůj volný čas. Ženy mají procentuálně vyšší zastoupení

u otázky baví mě to, chci zhubnout, způsob relaxace, odpoutání se od problémů a jiný důvod. Nikdo neoznačil otázku necvičím.

8 SOUHRN

Diplomová práce vypovídá o zjištění hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u vojáků AČR, porovnání ukazatelů zdraví mezi muži a ženami. Dále srovnání zaměřené na body image, body mass index, kuřáctví a pohybovou aktivitu.

V teoretické části je nastíněna problematika týkající se stresového profilu, body image a body mass indexu AČR a jednotlivce vojáka z povolání. Teoretická část je čerpána i z cizojazyčných odborných článků a časopisů.

Zkoumanou skupinou byli vojáci z povolání mužského i ženského pohlaví vykonávající činnou službu v AČR. Respondenti měli hodnosti v hodnostních sborech poddůstojníků, praporčíků, nižších důstojníků a vyšších důstojníků. Výzkumný vzorek byl sestaven v počtu 211 respondentů s průměrným věkem 33 let.

Praktickou část jsem vyhodnotil z dat naměřených od pana PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D. Data respondentů naměřil osobně v průběhu roku 2016. Sám si určil počet a strukturu napříč pohlavím, vzděláním a hodnostmi respondentů. Výsledky byly zpracovány a vyjádřeny do grafů a tabulek pro snadnější přehlednost.

Vojáci z povolání, byli ve výzkumu vyhodnoceni jako celý soubor 3,31 % obezitu, 58 % nadváhu, 37,91 % normováhu, 0,47 % podváhu.

Podle pohlaví muži nemají podváhu, ale více obezitu s nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejnižším průměrným věkem a nejvyšší tělesnou výškou. Ženy nejsou obézní, ale mají podváhu s nejnižší průměrnou výškou postavy. Normováhu mají s nejvyšší tělesnou výškou. Průměrný věk mužů je 33 let. Tělesná výška je 180 cm a váha je 84,5 Kg. Odpovídající BMI 26,08 Kg/m². Průměrný věk žen je 33 let. Jsou vysoké 166 cm a váha je 62 Kg. Odpovídající BMI 22,55 Kg/m².

Porovnání kuřáctví mezi muži a ženami, bylo v kategorii nekuřáků více žen než mužů. Na občasném kuřáctví má podíl více žen než mužů. Mužů kuřáků je jednou tolik, co žen. Srovnání v body image jsou muži více spokojeni s celkovým vzhledem než ženy. Pohybová aktivita v práci u mužů je více preferována denní pohybovou aktivitou nebo 2 – 3x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 1x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Nesportujících žen je více než mužů. V dotazníku pohybové aktivity ve volném čase muži více preferují pohybovou aktivitu denní nebo 1x týdně. Ženy mají více pohybové aktivity 3 – 4x týdně, 2 – 3x týdně, několikrát měsíčně, jen občas. Více mužů nesportuje než žen. Pohybová aktivita podle preference

je vyhodnocena dále takto. Muži a ženy mají procentuálně stejné zastoupení u pohybové aktivity aerobního charakteru. Ženy více využívají pohybovou aktivitu pomalého charakteru než muži. Hráči dávají více přednost ženy než muži. Poslední dotazník na pohybovou aktivitu podle důvodu se u mužů projevil větším procentuálním zastoupením ve společenských událostech, setkávání se s přáteli, chci si zlepšit fyzickou kondici, chci udělat něco pro svoje zdraví, chci mít pěknou postavu, chci aktivně trávit svůj volný čas. Ženy mají procentuálně vyšší zastoupení u otázky baví mě to, chci zhubnout, způsob relaxace, odpoutání se od problémů a jiný důvod. Otázku necvičím nikdo neoznačil

Výsledky výzkumu lze do budoucna využít pro potřeby AČR. Pro každého zaměstnavatele je důležité a výhodou znát úroveň jednotlivých ukazatelů zdraví zaměstnanců tedy i vojáků z povolání. Směrodatná je i pohybová aktivita v práci, ve volném čase, její preference a důvod u vojáků z povolání. Šetření lze využít k omezení zlovyků a návyků nebo vytvoření nových zvyků a návyků u vojáků z povolání. Vytvořit podpůrné programy na změnu vyspecifikované skupiny dle šetření. Za pár let bude zajímavé porovnání výše uvedených parametrů s dalšími studii, které mohou být provedeny na jiném vzorku jednotek AČR.

9 SUMMARY

Master thesis is giving evidence about evaluation findings of specified health indicators by soldiers of Army Czech Republic, comparison of these health indicators between men and women. Next comparison is focused to body image, body mass index, smoking and kinetic activity.

In theoretical part is shown problematic of stress profile, body image and body mass index of Army Czech Republic and personal entity of professional soldiers. Theoretical part is taken also from foreign-language articles and journals.

Professional soldiers men and women, performing active services in Army Czech Republic, has been researched group. Respondents have been non-commissioned officers, warrant officers, junior officers and senior officers. There were 211 respondents in average age 33 years measured as research group.

Practical part is evaluated from measurement done personally by PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D. in year 2016. He has provided quantity and structure through gender, education and position of respondents. Evaluation has been processed and shown by graphs and tables for easier orientation.

Professional soldiers have been evaluated from total data 3,31 % obesity, 58 % overweight, 37,91 % standard weight, 0,47 % underweight.

Men have not underweight but there occur more obesity combined with lowest average height. Standard weight is combined with lowest average age and highest height. Women have not obesity but have underweight combined with lowest average height. Standard weight is combined with highest height. Average men age is 33 years. Body height is 180 cm and weight is 84,5 kg. In this case BMI is calculated to 26,08 Kg/m². Average women age is 33 years. They are 166 cm height and weight is 62 kg. In this case BMI is calculated to 22,55 Kg/m².

Comparison of smoking activity between men and women: more women is non-smoking than men. Occasionally smokers are more between women than men. Smoking men are double quantity than women. Body image comparison: men are more satisfied with total appearance than women. Kinetic activity in work is more preferred daily kinetic activity by men or activity 2 or 3 times per week. Women have more kinetice activity 3 or 4 times per week or 1 time a week, several times a month or occasionally. More women are not sporting than men. In questionare of kinetic activity in leasure time men prefere daily kinetic activity or 1 time a week. Women use more kinetic

activity 3 or 4 times a week, 2 or 3 times a week, several times a month or occasionally. More men are not sporting than women. Kinetic activity according to preference is evaluated further. Men and women used in the same way aerobic character of kinetic activity. Women are more taking advantage of slow character of kinetic activity than men. Women prefer more games than men. Last questionnaire of kinetic activity according to reason: more men prefer social events, meeting with friends, I would like to improve my physical condition, I would like to do something for my health, I would like to have nice body, I would like to spend my leisure time actively. Women prefer questions I like it, I want to lose weight, it is a way of relaxation, problems unsticking and other reason. Question I do not sport tick nobody.

Results of this research is possible to use for occasion of Army Czech Republic. For each employer is important and advantage to know level of each health indicator of employees so professional soldiers too. Kinetic activity in work, leisure time, its preference and reason is authoritative for professional soldiers. This research is possible to use for limitation of bad habits and habits or creating new habits and tendency by professional soldiers. It is possible to create supporting programmes for change inside the researched group. It will be interesting to compare above mentioned parameters with other studies in few years which can be done on other samples of units Army Czech Republic.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Angkaw, A. C., Ross, B. S., Pittman, J. O., Kelada, A. M. Y., Valencerina, M. A. M., & Baker, D. G. (2013). Post-traumatic stress disorder, depression, and aggression in OEF/OIF veterans. *Military medicine*, *178*(10), 1044-1050.
- Atkinson, R. L. et al. (2003). *Psychologie* (2nd ed.). Praha: Portál.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2011). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Blatný, M., Hřebíčková, M., Milková, K., Plháková, A., Říčan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Buchtová, B. (2004). *Psychologie a nezaměstnanost. Zkušenosti a praxe*. Brno: MU.
- Čírtková, L. (2006). *Policejní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Fialová, L. (2007). *Jak dosáhnout postavy snů aneb Možnosti a limity v korekci postavy*. Praha: Grada.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Univerzita Karlova.
- Friedel, J. (2006). *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci*. Praha: Grada.
- Garber, A. K., Boyer, C. B., Pollack, L. M., Chang, Y. J., & Shafer, M. A. (2008). Body mass index and disordered eating behaviors are associated with weight dissatisfaction in adolescent and young adult female military recruits. *Military Medicine*, *173*(2), 138-145.
- Gilbertová, S., & Matoušek, O. (2002). *Ergonomie: optimalizace lidské činnosti*. Praha: Grada publishing.
- Grogan, S. (2000). *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hill, G. (2004). *Moderní psychologie*. Praha: Portál, s.r.o.
- Hrachovinová, T., & Chudobová, P. (2004). *Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na neklinickou populaci)*. Praha: Československá psychologie.

- Hrachovinová, T., Csémy, L., & Chudobová, P. (2005). *Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů*. Praha: Československá psychologie.
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie a zvládání stresu*. Praha: Test centrum.
- Jäger, B., & Lávička, L. (2001). *Teze psychologické přípravy a psychosociální podpory vojáků jednotek mírových misí*. Materiál určený pro vnitřní potřebu AČR.
- Kadlčík, M. (2004). *Osobnost v zátěži*. Praha: Institut pro místní správu.
- Kastová, V. (2012). *Být sám sebou. Pocit vlastní hodnoty a zkušenosti*. Brno: Emitos, s.r.o.
- Kokaisl, P. (2007). *Základy antropologie*. Praha: Provozně ekonomická fakulta ČZU.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Langston, V., Gould, M., & Greenberg, N. (2007). Culture: what is its effect on stress in the military? *Military medicine*, 172(9), 931-935.
- Lukacs, L., Murányi, I., & Tury, F. (2007). Eating and body attitudes related to noncompetitive bodybuilding in military and general Hungarian male student populations. *Military medicine*, 172(2), 152-156.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Mullie, P., Vansant, G., Hulens, M., Clarys, P., & Degraeve, E. (2008). Evaluation of body fat estimated from body mass index and impedance in Belgian male military candidates: comparing two methods for estimating body composition. *Military medicine*, 173(3), 266-270.
- Pauknerová, D. a kol. (2006). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.
- Pauknerová, D. a kol. (2007). *Psychologie pro ekonomy a manažery* (2nd ed.). Praha: Grada.
- Praško, J. (2003). *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada.
- Rašticová, M. (2009). *Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci*. E-psychologie.
- Říčan, P. (2005). *Psychologie. Příručka pro studenty*. Praha: Portál, s.r.o.
- Saffari, M., Koenig, H. G., Pakpour, A. H., & Sehlo, M. G. (2015). Health related quality of life among military personnel: what socio-demographic factors are important? *Applied Research in Quality of Life*, 10(1), 63-76.
- Schreiber, V. (2000). *Lidský stress*. Praha: Akademia.

- Smékal, V. (2002). Vývoj osobnosti dítěte. In V. Smékal, & P. Macek (Eds.), *Utváření a vývoj osobnosti: Psychologické, sociální a pedagogické aspekty* (pp. 9-27). Brno: Barrister & Principal.
- Smékal, V. (2009). *Pozvání do studia psychologie osobnosti. Člověk v zrcadlení vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, o.s.
- Sovinová, H., Sadílek, P., & Csémy, L. (2012). *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997-2011)*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Storer, I., Torrens, G. E., Woodcock, A., & Williams, G. L. (2003). Harder hardware? A pilot study into gaining soldiers perceptions of their weapons appearance. *Contemporary ergonomics*, 443-450.
- Svobodová, L. a kol. (2009). Problematika pracovní zátěže a pracovního stresu: Projekt „Stres na pracovišti-možnosti prevence“. Závěrečná zpráva. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
- Švingalová, D. (2006). *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, fakulta pedagogická, katedra sociálních studií a speciální pedagogiky.
- Taylor, M. K., Markham, A. E., Reis, J. P., Padilla, G. A., Potterat, E. G., Drummond, S. P., & Mujica-Parodi, L. R. (2008). Physical fitness influences stress reactions to extreme military training. *Military medicine*, 173(8), 738-742.
- Trowbridge, R. E., & Pearson, R. (2013). Impact of military physician rank and appearance on patient perceptions of clinical competency in a primary care setting. *Military medicine*, 178(9), 994-1001.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, s.r.o.
- Vrzalová, H. (2011). *Charakteristiky zátěže a stresu. Jednotka v bojové zátěži. Psychologická první pomoc*. Prostějov: Přednáškové texty.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Winegarner, J. (2015). Body Mass Index Trends of Military Dependents: A Cross-Sectional Study. *Military medicine*, 180(3), 337-342.

Internetové zdroje

Vítek, L. (2013). Sportvital. *Kolik pohybu potřebujeme?* Retrieved 6. 4. 2014 from the World Wide Web: <http://www.sportvital.cz/sport/trenink/kolik-pohybu-potrebujeme/>
<http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>
http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/vyskyt_nadvahy_a_obezity.pdf

11 SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ, TABULEK A ZKRATEK

Seznam obrázků

Obrázek 1. Fáze stresu

Seznam grafů

- Graf 1. Průřez celým souborem a pohlavím mužů, žen podle váhových kategorií
- Graf 2. Aritmetický průměr hodnot mužů napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi
- Graf 3. Aritmetický průměr hodnot žen napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi
- Graf 4. Tělesné parametry mužů
- Graf 5. Tělesné parametry žen
- Graf 6. Projev kuřáctví u mužů a žen
- Graf 7. Body image mužů a žen
- Graf 8. Pohybová aktivita mužů a žen v práci
- Graf 9. Pohybová aktivita mužů a žen ve volném čase
- Graf 10. Pohybová aktivita mužů a žen podle preference
- Graf 11. Pohybová aktivita mužů a žen podle důvodu

Seznam tabulek

- Tabulka 1. Výchozí tabulka pro graf znázorňuje váhové kategorie z celého souboru a podle pohlaví
- Tabulka 2. Výchozí tabulka pro graf znázorňující aritmetický průměr hodnot mužů napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi
- Tabulka 3. Výchozí tabulka pro graf znázorňující aritmetický průměr hodnot žen napříč tělesnými parametry a vahovými kategoriemi
- Tabulka 4. Výchozí tabulka pro graf znázorňující průměrné tělesné hodnoty mužů
- Tabulka 5. Výchozí tabulka pro graf znázorňující průměrné tělesné hodnoty žen
- Tabulka 6. Výchozí tabulka pro graf znázorňující kuřáctví u mužů a žen
- Tabulka 7. Výchozí tabulka pro graf znázorňující Body image u mužů a žen
- Tabulka 8. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu v práci

Tabulka 9. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu ve volném čase

Tabulka 10. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu podle preference

Tabulka 11. Výchozí tabulka pro graf znázorňující pohybovou aktivitu podle důvodu

Seznam zkratk

AČR	Armáda České republiky
BI	Body image
BMI	Body mass index
BSR	Bojová stresová reakce
CNS	Centrální nervový systém
CSC	Combat stress control
ČR	Česká republika
KI	Krizová intervence
M	Aritmetický průměr
N	Počet respondentů
NATO	North atlantic treaty organization
SD	Směrodatná odchylka
USA	United states of America