

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Eva Steinerová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Studenti pedagogické fakulty
a jejich postoje ke zdravému životnímu stylu**

Olomouc 2015

vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a prameny uvedené v referenčním seznamu.

Bc. Eva Steinerová

Ve Valašském Meziříčí dne

Poděkování

Zejména děkuji vedoucí mé diplomové práce PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky, ochotu, vstřícnost a velkou oporu při realizaci práce. Také děkuji všem respondentům, kteří si udělali čas na vyplnění dotazníku a sémantického diferenciálu. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým přátelům za podporu, kterou mi byli po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE	8
1.1 DÍLČÍ CÍLE.....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 ADOLESCENCE	9
2.1.1 Vymezení adolescence v různých teoriích	10
2.1.1.1 Teorie G. S. Halla	10
2.1.1.2 Psychoanalýza S. Freuda	11
2.1.1.3 Koncept vývojového úkolu podle R. J. Havighursta	11
2.1.1.4 Teorie dle E. H. Eriksona	12
2.1.2 Vývojové změny.....	12
2.1.3 Biologické změny	14
2.1.4 Kognitivní změny	15
2.1.5 Emoční změny	16
2.1.6 Socializace	17
2.2 MLADŠÍ DOSPĚLOST	18
2.2.1 Vývojové a biologické změny	20
2.2.2 Kognitivní změny	21
2.2.3 Emoční změny	23
2.2.4 Socializace	24
2.3 POSTOJE	25
2.3.1 Vývoj postojů	26
2.3.1.1 První etapa vývoje postojů.....	26
2.3.1.2 Druhá etapa vývoje postojů	27
2.3.1.3 Třetí etapa vývoje postojů	28
2.3.1.4 Shrnutí současných směrů ve výzkumu postojů	29
2.3.2 Základní charakteristika postojů.....	30
2.3.3 Vnitřní struktura postoje.....	31
2.3.4 Posloupnost postojů.....	33
2.3.5 Funkce postojů.....	33
2.3.6 Vznik postojů.....	34
2.3.7 Změna postojů	35
2.4 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL.....	39
2.4.1 Zdraví a nemoc	39
2.4.2 Základní determinanty zdraví.....	42
2.4.3 Podpora a prevence zdraví.....	47
2.4.4 Životní styl.....	49
2.4.5 Zdravá výživa	50
2.4.5.1 Makronutrienty	51
2.4.5.2 Mikronutrienty	54
2.4.6 Pyramida zdravé výživy	59
2.4.7 Pohybová aktivita	60
2.4.8 Odpočinek a spánek.....	62
2.4.8.1 Odpočinek.....	62
2.4.8.2 Spánek.....	63

3	METODIKA PRÁCE	66
3.1	CÍLE VÝZKUMU	66
3.2	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	66
3.3	HYPOTÉZY	67
3.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	67
3.5	VÝZKUMNÁ METODA	69
3.5.1	Dvoufaktorový sémantický diferenciál	70
3.5.2	Vytváření měrného nástroje sémantického diferenciálu	70
3.6	PRŮBĚH VLASTNÍHO ŠETŘENÍ	73
3.6.1	Použitá metoda na ověřování stanovených hypotéz – Studentův t-test.....	73
3.7	ZJIŠTĚNÉ VÝSLEDKY VÝZKUMU	74
3.8	DISKUZE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	80
	ZÁVĚR	83
	SOUHRN	85
	SUMMARY	86
	REFERENČNÍ SEZNAM	87
	SEZNAM OBRÁZKŮ	92
	SEZNAM TABULEK	93
	SEZNAM PŘÍLOH	94
	ANOTACE	

ÚVOD

Téma mé diplomové práce – „Studenti pedagogické fakulty a jejich postoje ke zdravému životnímu stylu“ jsem si vybrala proto, že zdravý životní styl je v dnešní době hodně diskutované téma a já sama se snažím tento životní styl preferovat a tak jsem se mu chtěla věnovat hlouběji. Dalším důvodem pro zvolení této problematiky byl ten, že i já jsem studentkou pedagogické fakulty a zajímal mě postoj životního stylu mých vrstevníků, protože si myslím, že obzvláště v době studia, se tento styl velmi těžce dodržuje.

Zkoumám postoje studentů vysoké školy – tedy vývojové fáze pozdní adolescence a mladší dospělosti. Musíme ovšem brát v úvahu, že každý člověk je jedinečná lidská bytost, zastává určité postoje a s těmi i spojené různorodé názory, které se mohou hodně odlišovat a jsou individuální. Postoje vznikají průběžně a to působením všech vnitřních a vnějších vlivů po celý lidský život. Patří zde mnoho faktorů jako je například škola, učitelé, rodina, média, kamarádi či vrstevníci, ale také prostředí, ve kterém žijeme. Právě rodina tvoří základ pro utváření postojů, kdy už v útlém dětství od ní získáváme určitý vzor životního stylu. S rostoucím věkem a dospíváním se nám rozšiřují obzory a působí na nás mnoho dalších nových faktorů. A tak s postupem času si na základě vlastní osobní zkušenosti sami uzpůsobujeme styl života a s ním i jeho prožívání.

V této práci tedy zjišťuji postoje, které zauímají studenti pedagogické fakulty ke zdravému životnímu stylu. Zdraví považujeme za nejvýznamnější a nejdůležitější hodnotu lidského života. Světová zdravotnická organizace v roce 1948 publikovala snad v dnešní době nejznámější definici zdraví: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Z této definice tedy vyplývá, že zdraví není pouze nepřítomnost nemoci, ale představuje i celkový pocit spokojenosti. Důležitou součástí zdraví jsou i jeho vnitřní a vnější determinanty, které také ovlivňují náš životní styl, náš život. Nejde jen o zdravou stravu a pohyb, ale spadá sem i vnímání sebe sama druhých lidí, příroda a samozřejmě i velmi prospěšná relaxace, spánek a umění odpočívat. Do faktorů, které ovlivňují životní styl negativně, řadíme problematiku stresu, obezity, kouření, užívání alkoholu a dalších návykových látek. Proto, abychom byli zdraví, měli bychom se těmto negativní vlivům snažit co nejvíce vyhnout.

Má diplomová práce se skládá ze dvou částí. První částí je část teoretická, kdy se zabývám vývojovými fázemi, ve kterých se nachází student vysoké školy – tedy pozdní adolescencí a mladší dospělostí. Vymezuji jejich biologické, kognitivní, biologické a emoční změny a také popisuji jejich aktuální společenské chování. Poté se zaměřuji na pojem postoje, kdy se věnuji jejich vývoji, charakteristice, posloupnosti, funkci, vzniku a v neposlední řadě i změně postojů. Závěr teoretické části jsem věnovala zdravému životnímu stylu. Popisuji pojem zdraví a nemoc, vymezuji základní determinanty zdraví a podrobně se věnuji zdravé výživě. Neopomím ani zmínku o spánku a odpočinku, který je pro naši duševní rovnováhu, fyzickou schopnost i zdraví naprosto jedinečný a nesmírně důležitý. Druhou částí diplomové práce je část metodická. Její náplní je zjistit postoje studentů pedagogické fakulty ke zdravému životnímu stylu. K výzkumu jsem použila metodu dvoufaktorového sémantického diferenciálu ATER.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je charakterizovat věkovou skupinu vysokoškolských studentů a především zjištění jejich postojů ke zdravému životnímu stylu. Vzhledem k důležitosti výchovy k podpoře zdraví a v návaznosti na programy podpory zdraví ve společnosti jsme se zaměřili na studenty pedagogické fakulty, tedy budoucí učitele.

1.1 Dílčí cíle

- Zjistit, zda se postoje studentů pedagogické fakulty odlišují v závislosti na pohlaví.
- Zjistit, zda se postoje studentů pedagogické fakulty odlišují v závislosti s délkou studia na fakultě (v 1. a končícím roku studia).
- Zjistit, zda se postoje studentů pedagogické fakulty odlišují v závislosti na studijním oboru.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Vhled do teoretických poznatků bude uskutečňován v následujícím textu pojmy, které se přímo váží k našemu tématu. Popisujeme oblast adolescence a mladší dospělosti, snažíme se charakterizovat oblast postojů. Dále popisujeme zdravý životní styl a také zdůrazňujeme jeho životní důležitost.

2.1 Adolescence

Student, který nastupuje na vysokou školu, zpravidla se jedná o věk okolo 19. roku života, spadá z hlediska vývojové psychologie do skupiny dospívání, jež se nazývá **adolescence**. Po této vývojové etapě přechází do skupiny **mladší dospělosti**, která je datována od 20 do (35) 40 let (Vágnerová, 2007).

Adolescence je věkové období nazývané česky jako **dospívání**. V domácí literatuře se můžeme setkat se **čtyřmi pojetími** adolescence. První pojetí je **tradiční pedagogicko–psychologické pojetí**, které vychází ze starších vývojově–psychologických prací a adolescenci chápe jako období mezi skončením puberty a nástupem rané dospělosti, tedy přibližně mezi 14. a 20. rokem věku. Druhé pojetí je **pojetí anglosaské**, které se v současnosti v naší psychologii prosazuje (Průcha, Walterová, Mareš, 2013). Tohle pojetí zastává Macek (2003), který rozlišuje tři fáze: **časná adolescence** v rozmezí 10–13 let, **střední adolescenci** od 14 do 16 let a **adolescenci pozdní** od 17 do 20 let. Věkové rozhraní je rámcové, neboť u dívek nastupují změny dříve než u chlapců. Třetí pojetí je nazýváno jako **pediatrický přístup**, který kombinuje obě pojetí předchozí (Průcha, Walterová, Mareš, 2013). Hrodek, Vavřinec (2002) uvádějí, že existuje širší označení pro adolescenci pro celé věkové období dospívání, kdy termín puberta rezervuje pouze hormonálně podmíněný proces fyzického zrání a růstového výšvihu. V **pedagogickém a sociologickém pojetí**, tedy čtvrtém vymezení, se jedinci v období adolescence také označují jako mládež (Průcha, Walterová, Mareš, 2013).

Adolescence představuje specifickou životní etapu, která má své **typické znaky**. Je to období hledání a přehodnocování, kdy má jedinec zvládnout vlastní proměnu, měl by

dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou a zralejší formu vlastní identity (Vágnerová, 2012).

Podle Vágnerové (2012) adolescenci můžeme rozdělit na dvě fáze. První fází je **raná adolescence**, která bývá označována také jako **pubescence**. Ta zahrnuje prvních pět let dospívání, tedy přibližně mezi 11.–15. rokem života. Musíme počítat také s určitou individuální variabilitou. Druhou fází je **pozdní adolescence**, která zahrnuje dalších pět let života, trvá tedy přibližně od 15 do 20 let. Opět musíme počítat s určitou individuální variabilitou. V tom případně hlavně s variabilitou v oblasti psychické a sociální.

V období adolescence dochází k celkové proměně osobnosti ve všech oblastech. Jsou to **oblasti somatické, psychické i sociální**. Změny, ke kterým dochází, jsou primárně podmíněny **biologicky**, ale vždy je také významně ovlivňují **psychické a sociální faktory**. Všechny tyto faktory jsou ve vzájemné interakci a souvisejí spolu. Samozřejmě průběh dospívání je závislý na konkrétních kulturních a společenských podmínkách a je zcela individuální (Vágnerová, 2012).

V této práci se budeme hlavně zabývat obdobím **pozdní adolescence**.

2.1.1 Vymezení adolescence v různých teoriích

Již zmíněné tělesné, psychické a sociální změny v průběhu období dospívání popisuje řada teorií a dílčích psychologických koncepcí. Podobně jako v jiných oblastech psychologie, ani zde nenajdeme obecně platnou teorii (Macek, 2003).

2.1.1.1 Teorie G. S. Halla

G. S. Hall, jež bývá označován také jako „otec adolescence“, popisuje adolescenci jako nevyhnutelný střet protikladných tendencí v člověku. Byl velmi ovlivněn evoluční teorií Ch. Darwina, formuloval „zákon rekapitulace“. Podle něhož je v genetické informaci každého dítěte zakódován celý fylogenetický vývoj člověka. Člověk se tedy vyvine od primitivních animálních pudů k současné civilizované fázi. G. S. Hall přirovnává adolescenci k německému literárnímu hnutí 18. století „Sturm und Drang“. Hnutí bylo charakteristické idealismem, vyjadřováním emocí, odhodláním žít jinak i za cenu

nejvyššího utrpení. Dospívající bytost je napůl necivilizovaná s nekontrolovanými impulzy a postupně se mění v zodpovědného člena moderní společnosti (Macek, 2003).

2.1.1.2 Psychoanalýza S. Freuda

V psychoanalýze je kladen důraz na konfliktnost tohoto období, stejně jako v teorii G. S. Halla. S. Freud věnoval větší pozornost pubertě než adolescenci, ale důsledky pro toto období se dají vyvodit (Macek, 2003).

Freud označil období adolescence jako **genitální fázi** (Vágnerová, 2012).

Sexualita se v této fázi vývoje hlásí zcela otevřeně a narůstajícím napětím se ožívají rané komplexy. Jedná se o **období tzv. druhé oidipovské situace**. Ego a superego se natolik rozvinuly, kdy bariéra incestu (pohlavní styl mezi blízkými příbuznými) se zvnitřňuje a tyto city jsou ve své původní podobě potlačovány. Dospívající hledá náhradní objekt a to dospělého muže nebo ženu. Je hodně důležité, aby se adolescent osvobodil ze své závislosti na rodičích (Macek, 2003).

A. Freudová považovala dobu dospívání za důležitější životní etapu než její otec, S. Freud. Ten kladl větší důraz na rané dětství. Podle jejího názoru se dospívání charakterizuje růstem pudových tendencí a následným narušením osobnostní rovnováhy (Vágnerová, 2012).

Za této situace popsala **dva důležité mechanismy**, které souvisejí s adolescencí. Prvním je **asketismus**, což je strach ze ztráty kontroly nad vlastními sexuálními impulzy. Druhým je **intelektualizace**, kdy se primárně sexuální a souběžně emocionální konflikt přeměňuje do roviny abstraktních filozofických argumentů, které jsou odděleny od roviny zúčastněného emocionálního prožívání (Macek, 2003).

2.1.1.3 Koncept vývojového úkolu podle R. J. Havighursta

Ve vývojovém úkolu jsou obsaženy potřeby a očekávání společnosti, ve které jedinec žije, stejně i jako jeho individuální potřeby. Tento vývojový úkol je často definován **konkrétními typy situací**. Zahrnuje tedy všechno to, co chce člověk sám naplnit ve svém životě, a také to, co si uvědomuje, že je důležité naplnit ve významu vlastního života v určitém prostředí a společnosti (Macek, 2003).

Aby došlo k naplnění vývojového úkolu, nabízí konkrétní společnost určité vzorce chování, které jsou osvědčené. Člověk, který je nerespektuje a volí si svou vlastní cestu, je často pokutován (Macek, 2003).

Do Havighurstových vývojových úkolů patří: přijetí vlastního těla, fyzických změn, pohlavní zralost i pohlavní role; kognitivní komplexita, flexibilita a abstraktní myšlení; uplatnění emocionálního a kognitivního potenciálu ve vrstevnických vztazích, schopnost a dovednost vytvářet a udržovat vztahy s oběma pohlavími; změna vztahů k dospělým; získávání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k jistotám, které s ní souvisejí – volba povolání, získání základní profesní kvalifikace; získání zkušeností v sexuálním vztahu, příprava na partnerský život, dále na rodinný život; rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností; představa o budoucích prioritách v dospělosti; ujasnění hierarchie hodnot, reflexe a stabilizace vlastního vztahu ke světu a také k životu (Macek, 2003).

2.1.1.4 Teorie dle E. H. Eriksona

Podle E. H. Eriksona probíhá ontogenetický vývoj v **osmi etapách**. V každé vývojové etapě vznikají nové jevy a vlastnosti, které před tím ještě neexistovaly. Tyto přechody z jedné vývojové etapy do druhé může být označováno pozitivním nebo naopak negativním výsledkem při plnění vývojového úkolu. E. H. Erikson užívá pojem **krize**. Krizí rozumí jako střet biologických, psychologických a sociálních aspektů při zvládnání konkrétního vývojového úkolu (Macek, 2003).

Adolescence spadá do páté etapy životního cyklu. Vývojový úkol se zde popisuje jako **identita versus konfuze identity**. Hlavní charakteristika této etapy je pocit jedinečnosti, touha po smysluplné roli a místě ve společnosti a úsilí definovat sebe a svoje cíle k vytváření pocitu identity. Tato etapa je velmi těžká a adolescent může prožívat zmatek při otázkách kdo je a kým by chtěl být (Hall, 1997).

2.1.2 Vývojové změny

Jak je zmíněno výše, tak pozdní adolescence zahrnuje zhruba dalších pět let života. Trvá přibližně od 15 do 20 let, ale musíme počítat s určitou individuální variabilitou

a to zejména v oblasti psychické a sociální. Vstup do této fáze je biologicky vymezen pohlavním dozráváním, v této době dochází často k prvnímu pohlavnímu styku. Ovšem pozdní adolescence je především dobou **komplexnější psychosociální proměny**. Mění se osobnost dospívajícího i jeho společenské pozice. Hlavním důležitým mezníkem je **ukončení profesní přípravy a následný nástup do zaměstnání nebo pokračování ve studiu**. S tím se pojí dosažení nebo oddálení ekonomické samostatnosti. Ekonomická nezávislost je považována za jeden z důkazů dospělosti a předpokladem k přiznání větších práv (Vágnerová, 2012).

V pozdní adolescenci získávají dospívající jedinci **nové role**, které jsou spojené s větší vážností, než jakou měly role dětské. Vázanost na rodinu je obvykle dokončena, vztahy s rodiči se stabilizují. Dále se více rozvíjejí vztahy s vrstevníky, obzvláště v oblasti **partnerství**. Do **plnoletosti** se adolescent dostává při dovršení 18 let. Plnoletost se chápe jako právní charakteristika, ale funguje i jako jeden ze sociálních mezníků dospělosti. Jedinec je plně zodpovědný za své jednání (Vágnerová, 2012).

V této etapě jedinec **hledá a rozvíjí vlastní identitu**. Projevuje se to větší snahou o sebepoznání, které se děje v rámci vrstevnické skupiny. Další změnou je aktivnější přístup k seberealizaci a vědomí možnosti ovládat svůj vlastní život. Dochází k pokusům s různými variantami chování a způsoby sebeomezení. To může být riskantní, ale také užitečné. Dospívající zkouší různé alternativy. Standardní dospělost, která je spojená s definitivní volbou se nemusí jevit pro všechny nikterak lákavě, může to být pro ně velmi náročné, a tím dávají přednost prodloužení přechodného období (Vágnerová, 2012).

Celkově hledání smyslu života, všeobecně platných morálních hodnot a vlastních opravdových ideálů a hodnot má v tomto období také velký význam (Plevová, 2006).

Erikson (1963) tuto tendenci označuje jako **adolescentní psychosociální moratorium**. Což znamená, že adolescent má potřebu odložit rozhodnutí, které by bylo příliš závazné. Říčan (1990) to popisuje jako „**kult nezralosti**“. Celkově pozdní adolescence je označována jako období volnosti, kdy má jedinec dostatek svobody, ale minimální zodpovědnost (Vágnerová, 2012).

Smyslem nebo cílem pozdní adolescence je poskytnout jedinci možnost i čas, aby porozuměl sám sobě a zvolil si to, čeho chce v budoucnosti dosáhnout a aby se osamostatnil ve všech oblastech, které současná společnost vyžaduje. Tempo biologického, psychického a sociálního vývoje bývá rozdílné, a tak jedince může doprovázet pocit napětí. Například skupina vysokoškoláků, kdy mají prodloužené období profesní přípravy, nejsou považováni dospělými za zcela rovnocenné vzhledem k ekonomické závislosti. Proto role vysokoškoláka nemá jednoznačně status dospělého (Vágnerová, 2012).

2.1.3 Biologické změny

Období dospívání představuje hlavní **biologický mezník**, kdy se dítě mění v člověka, který je schopen reprodukce. Počátek dospívání je individuální a je určováno geneticky. Tělesné dospívání se projevuje viditelnými i pocíťovanými důsledky. Tyhle změny mohou být pro adolescenta velmi náročné. Dívky obecně dospívají dříve než chlapci. Můžeme se zde setkat i se změnou chování lidí, kteří jsou s adolescentem v kontaktu. Reakce dospělých i vrstevníků mohou být různorodé podle toho, jaký význam pro ně jeho proměna má (Vágnerová, 2012). Na konci adolescence se dokončuje růst těla a završuje se vývin nervové soustavy. Jedinec dosáhne plné tělesné zdatnosti (Kočárek, 2010).

Významným signálem dospívání je tedy **tělesná proměna**, kterou adolescenti intenzivně prožívají. Při zásadní a zjevné proměně těla může dojít k pocitu ohrožení vlastní osobnosti až ke ztrátě sebejistoty. Biologické změny můžou mít různý subjektivní význam, který závisí na představě o atraktivitě v dospívání, na psychické vyspělosti jedince, ale i na sociálních reakcích (Vágnerová, 2012).

U **dívek** se změny týkají růstu kostry, vývoje prsou, nástup menstruačního cyklu, axilární a pubické ochlupení. U **chlapců** v tomto období se také zvětšuje kostra, objevuje se pubické a axilární ochlupení, ochlupení na prsou, vousy, první změny hlasu a růst varlat (Švancara, 1973). Mění se i tvar postavy a to jak u dívek, tak i u chlapců. Postava dostává dospělou podobu. Chlapci jsou spíše hranatější a u děvčat se objevuje oblejší

postava s ukládáním tuku na jiných částech těla než u chlapců (Machová, 2002; Šimíčková-Čížková, 2004).

Dále u chlapců dochází ke **zpomalení tělesného dospívání**. Ti chlapci, kteří brzy dospívají, bývají velmi populární, sebejistí a často zaujmají vedoucí roli. Naopak slabý a nevyspělý hoch mívá nízký sociální status. Nevyspělá dívka také nebývá sociálně atraktivní, ale ve vrstevnické skupině není tak nápadná (Vágnerová, 2012).

Dle Machové (2002) velmi vzrůstá **význam zevnějšku**. Adolescenti chápou svůj vzhled tak významně, že může docházet až k těžkým psychickým poruchám, depresím či až dokonce k sebevraždám. Hlavně dívky se svým zevnějškem zabývají více než čímkoli jiným. Celkový tělesný vzhled je důležitou součástí identity i ve druhé fázi adolescence. Dospívající často srovnává vlastní tělo s fyzickými kvalitami vrstevníků. Pokud je adolescent se svým tělem spokojen, odpovídá jeho tělo aktuálnímu ideálu, pak slouží mladému člověku jako opora sebevědomí. Opačně to platí také. Pokud se jedinec v této oblasti cítí nějak znevýhodněn, bude méně sebejistý a bude mít nižší sebedůvěru. I **tělesná výška** je speciální oblast, která posiluje sebevědomí dospívajících (Vágnerová, 2012). V této vývojové oblasti se růst do výšky výrazně zpomaluje a později se úplně zastavuje. Toto zpomalení začíná dříve u mladých žen než u mladých mužů (Klementa, Machová, Malá, 1981).

2.1.4 Kognitivní změny

Během dospívání dochází k mnoha změnám jak v **myšlení**, tak i **poznávání**. V pozdní adolescenci jde o další diferenciaci kognitivních schopností. Každý jedince může mít různé způsoby uvažování. Existují jedinci s **převahou analytických schopností**, kteří se uplatňují hlavně ve studiu avšak v profesní oblasti nebo v běžném životě nemusí být úspěšní. Umí logicky uvažovat, ale praktická aplikace není jejich předností. Dále rozlišujeme jedince s **převahou praktické, sociální inteligence**, kteří bývají úspěšní v běžném životě, při řešení různých problémů, ve vztazích s lidmi jsou empatictí, bývají oblíbení, mají dost přátel. Ovšem školsky ani profesně úspěšní vždy nebývají (Vágnerová, 2012).

V období pozdní adolescence se styl uvažování nikterak zvláště nemění. Další rozvoj závisí na užívání a procvičování naučených strategií a hromadění zkušeností. Nejdůležitější je pro tuto fázi adolescence **kognitivní flexibilita a ochota akceptovat nové způsoby řešení**. Starší adolescenti umějí o problému uvažovat a jsou v tomhle ještě dost pružní. Proto často volí logické řešení, které je správné, ale neberou v úvahu kontext a komplexnost dané situace. Řešení dospívajících mohou být nová a neobvyklá, ale občas i zbrklá a ne vždy zcela adekvátní, díky nedostatku vlastních zkušeností. Adolescenty může hodně ovlivňovat vztek, smutek, ale i nadšení. Proto v tomto věku může být úsudek snadno zatížen emocionálně (Vágnerová, 2012).

Dospívající také dovedou účinněji zpracovat větší množství vstupních informací, které dovedou různě kombinovat, řadit a srovnávat. Rychlost zpracování informací je v této fázi zvýšená v průměru o polovinu. Jsou zlepšeny paměťové funkce a kapacita pracovní paměti. Změna uvažování se u dospívajících projeví i ve vztahu k základním **psychickým potřebám**. Do těchto potřeb můžeme zařadit: potřebu jistoty a bezpečí, potřebu seberealizace a potřebu otevřené budoucnosti, která má až nyní nějaký smysl (Vágnerová, 2012).

Z hlediska paměti a učení se adolescenti naučili používat **účinnější strategie zapamatování**, které jim pomáhá udržet v paměti a vybavit ty informace, které momentálně potřebují. Dále v tomto období vzniká metapaměť, hlavně znalosti o možnostech vlastních paměťových schopností, kdy adolescent dokáže odhadnout, kolik se toho naučil, kolik toho ví a jaká strategie učení bude nejúčinnější (Vágnerová, 2012).

2.1.5 Emoční změny

Změny, které nastávají v oblasti citového prožívání, jsou spojeny s **hormonální proměnou**. Projevují se kolísáním emočních nálad, větší labilitou, dráždivostí, tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty. V rané fázi dospívání jsou tyto projevy nápadnější a zdají se být ve vztahu k vyvolávajícím podnětům méně přiměřené. Tyto citové počitky mohou být dost intenzivní, ale bývají spíše krátkodobé. Adolescenti často ani neznají a nejsou schopni si vysvětlit jejich příčiny, zatím si nedokážou udržet od svých emocí odstup, zhoršují se jim nálady a výkyvy v chování působí na okolí velmi rušivě. Ovšem

ke konci adolescence dochází ke **stabilizaci emočního prožívání**, kdy starší adolescenti nebyvají tak náladoví a citově labilní. To se děje díky hormonálnímu vyrovnání a adaptaci organismu na pohlavní dospělost. Také citová expanze raného dospívání je korigována zkušeností, původního nadšení ubývá, mnohé prožitky přestávají být neznámé a překvapující. Tato fáze se označuje jako „**období vystřízlivění**“ (Vágnerová, 2012).

2.1.6 Socializace

Období pozdní adolescence se také nazývá fází **přechodu do dospělosti**. Z tohoto období vyplývají typické znaky socializace: jedinec je více akceptován jako dospělý a zároveň se od něho očekává i odpovídající chování a zodpovědnost. Od 18 let je adolescent zletilý, tedy způsobilý k právním úkonům a tudíž i mnohem svobodnější (Vágnerová, 2012).

Na počátku tohoto období je důležitá **změna školy, skupiny spolužáků**. Na konci adolescence představuje významný mezník nástup do zaměstnání nebo do dalšího vzdělávání. Dospívající se tak dostává do úplně nového prostředí, musí se mu přizpůsobit a chovat se podle daných pravidel. Specifikují se různé role v rámci různých sociálních skupin a s nimi spojené postavení (Vágnerová, 2012).

Rodina zůstává významným sociálním zázemím, kde se adolescent rád vrací. Vztahy s rodiči bývají převážně vyřešeny a stabilizovány. **Sekundární vzdělávací instituce**, kde zařazujeme školu, která je významná z hlediska vymezení následného sociálního zaměření. Nástup do vybrané školy vede k další sociální diferenciaci, která je spojená s rozvojem dalších vlastností a dovedností. **Pracoviště**, to ovlivňuje vymezení sociální identity staršího adolescenta, který je definován jak svou profesní rolí, tak i institucí, kde pracuje. **Vrstevnická skupina** je v tomto období nejdůležitějším zdrojem emoční a sociální opory. Rozvíjí se zde přátelství a první trvalejší partnerství. Naopak skupinové vztahy postupně ztrácejí svůj vliv a osobní význam (Vágnerová, 2012).

V pozdní adolescenci dochází také k **rozšíření teritorií**, v nichž dospívající tráví svůj život. Přejít na střední školu bývá spojen s odchodem z rodiny, dospívající žije na internátu a domů se vrací pouze na víkendy a na prázdniny. I teritorium volnočasových aktivit se rozšiřuje. Vznikají nové role nebo se pouze rozvíjejí role získané již dříve.

V tomto věku jsou obecně hlavně důležité: **předprofesní role** studenta, která směřuje k získání určité sociální pozice, **profesní role**, která je základem k dosažení ekonomické a s ní spojené sociální samostatnosti, **role blízkého přítele**, **partnerská role**, která uspokojuje potřebu blízkého, emočního a sexuálního vztahu (Vágnerová, 2012).

2.2 Mladší dospělost

Biologové považují přechod z adolescence do dospělosti jako ukončení ontogeneze, ačkoli určité změny provázejí jedince až do stáří (Šmarda, 2004).

Za nejvýznamnější znaky dospělosti můžeme považovat **samostatnost**, relativní **svobodu** vlastního **rozhodování** a **chování**, které je spojeno se **zodpovědností** ve vztahu k druhým lidem a se zodpovědností za svá rozhodnutí (Sedláčková, 2009).

Ovšem ani počátek dospělosti není v naší společnosti jednoznačně vymezen. Jediným a přibližným faktorem je dosažení právní dospělosti. Ta ovšem není společností akceptována jako zásadní signál (Vágnerová, 2007).

Příhoda (1967) zpracoval období mladé dospělosti velmi podrobně. Období od 15 do 30 let nazval **hebetické**. Vycházel z řeckého slova „hebe“. V řecké mytologii znamenalo slovo „Hébé“ bohyně věčné mladosti. Toto období dále dělí na věk od 15 do 20 let, který nazval jako **pubescence** a věk od 20 do 30 let, který pojmenoval jako **mecítma**. V období mecítma dále ještě rozlišuje prvních a druhých 5 let, kdy odkazuje na římské právo, podle kterého je člověk plně dospělý ve 25-ti letech.

Langmeier a Krejčířová (2006) vymezují časnou dospělost od 20 do 25–30 let. Časnou dospělost popisují jako přechodné období mezi adolescencí a plnou dospělostí, kdy je upevňována identita dospělého a dochází k postupné identifikaci s rolí dospělého. Dochází k nezávislosti na rodičích, hledání životního partnera a zakládání rodiny. Ovšem mezi dnešními dospívajícími se vyskytují vývojové problémy. První vývojový problém je **rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí**, kdy sekulární akcelerace tělesného růstu a pohlavní zralosti posunuje dolní hranici dospívání stále do nižšího věku, zatímco složitost společenských požadavků na vzdělání a profesionální přípravu oddalují dosažení sociální zralosti. Druhým vývojovým problémem je **rozpor mezi rolí a statusem**. Sociální role je chování, které odpovídá určité pozici ve společnosti. Sociální status je soubor práv

a povinností, které určují postavení jedince ve společnosti. V současné společnosti se postavení jedinců rychle mění a mezi rolí a statutem vzniká rozpor. Například u studujících dospívajících je jejich status poměrně nízký díky ekonomické závislosti na rodičích. Třetí problém je **rozpor mezi hodnotami rodiny a starší generace**. Mezi těmito generacemi jsou stále častější rozdíly v názorech, v hodnotách, v postojích generací a to vše kvůli rozdílným společenským zvyklostem a událostem. Posledním vývojovým problémem je **rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společností**, se vyznačuje kritickým posuzováním norem a hodnot rodičů, ale zároveň je na rodičích závislý.

Vágnerová (2007) ovšem zařazuje období mladé dospělosti od 20 do 40 let, což je tedy vymezeno výrazně širěji.

Havighurst (1952) vymezuje období mladé dospělosti od 18 do 30 let. Mladší dospělý popisuje jako velmi vnímavé lidi, kteří jsou připraveni se učit něčemu novému. Podle autora je to nejindividualističtější část života, kdy se jedinci musejí vypořádat se svými životními úkoly.

Machová (2002) vymezuje plnou dospělost v rozmezí od 18 do 30 let a po tomto období nastupuje období zralosti, které trvá od 30 do 45 let. Od 45 do 60 let je dle autorky období středního věku.

Biologické vymezení dospělosti je vázáno na úroveň fyzické zralosti, ale ani to nemá větší význam pro společnost. Důležitá je proměna významu sexuality. Dospělost je dobou sexuální zralosti, sexualita je velmi důležitým aspektem partnerského vztahu. Postoj k sexualitě je někdy na určitém stupni vývoje osobnosti dospělého ovlivněn potřebou mít dítě. Tím nabývá na významu reprodukční složka, která v adolescenci neměla téměř žádnou hodnotu (Vágnerová, 2007). Z biologického hlediska je období celkové dospělosti považováno za optimální dobu pro založení rodiny. Ovšem někteří jedinci dosahují sociální zralosti až uprostřed období celkové dospělosti, jelikož ještě dokončují svou kvalifikační přípravu studiem (Machová, 2002).

Psychosociální vymezení dospělosti je komplikovanější. Hlavní problém je ve skutečnosti, že tato proměna nebývá jednoznačně časově lokalizována a probíhá individuálně. Navíc nemá v jednotlivých složkách stejné tempo, kdy například manželství

lze uzavřít i v době, kdy člověk není ekonomicky zcela soběstačný. Rozvoj osobnosti probíhá na úrovni sebepojetí a ve vztahu k jiným lidem. V dospělosti je více psychosociálních znaků, které se projevují v různých oblastech. První je **změna osobnosti**, kdy člověk má relativní svobodu v rozhodování, přijímá zodpovědnost, má větší sebejistotu a sebedůvěru s realistickým odhadem vlastních sil a kompetencí a dospělý člověk dovede lépe ovládat svoje emoce i jednání. Druhá je **změna v socializačním rozvoji**. Dospělý člověk přestává být závislý na své původní rodině, jeho vztahy jsou klidnější. V mladém dospělosti jsou významné symetrické vztahy s vrstevníky. Mladý člověk je otevřený novým kontaktům, je schopen zvládnout párové soužití. I v profesní oblasti se objeví zralost vztahů k lidem. Důležitým znakem psychické dospělosti je zvládnout interakci s lidmi v nadřazeném postavení. Třetí oblast je **ekonomická nezávislost**, kdy člověk potvrzuje svou soběstačnost v rámci profesní role (Vágnerová, 2007).

2.2.1 Vývojové a biologické změny

Jak bylo uvedeno výše Machová (2002) uvádí, že období plné dospělosti je v rozmezí od 18 do 30 let a po tomto období nastupuje období zralosti, které trvá od 30 do 45 let. My se budeme zabývat hlavně mladší dospělostí v rozmezí 20 až 30 let. V tomto období má velký význam **učení** neboli **získané zkušenosti**. Zkušenost ovlivňují složky psychiky: kognitivní kompetence, emoce, osobnostní vlastnosti i celkové sebepojetí. Významný faktor, který ovlivňuje způsob pojetí vlastní dospělosti je zkušenost s chováním dospělých lidí v dětství. **Vzory**, které člověk v této době poznal a které byly pro něj důležité, jej ovlivňují, aniž by si to plně uvědomoval, i po 20. roce života (Vágnerová, 2007).

Mladší dospělost je **obdobím kritického souběhu životních událostí**, jako jsou významné mezníky, které určují životní role i jejich obsah a vzhledem k tomu také směr dalšího života. Je dobou nadějí, otevřených možností a jejich postupného naplňování. Ovšem může dojít také k riziku zablokování dalšího vývoje (Vágnerová, 2007).

Role dospělého má větší práva i nárůst povinností a odpovědnosti. Má také větší sociální prestiž. Vývojové změny mají své obvyklé časování, které je sice spolupodmíněno

i biologicky, ale převážná část je určena sociálně. Přijetí nových rolí je důkazem splnění sociální normy. Ovšem prožitky a zkušenosti, které s nimi souvisejí, mohou uspokojovat i individuální potřeby jedince. Sociální tlak očekávání se projevuje individuálně. Důležitá složka je vzor vrstevníků, kteří podobným způsobem jednají. Mladší dospělý se většinou řídí aktuálně platným normativním modelem chování a stylu života dospělého člověka (Vágnerová, 2007).

Postoj dospělého k vlastní dospělosti bývá většinou dvojstranný. Uvědomují si, že jejich postoj nepřináší jen výhody, ale i požadavky a omezení, které mohou být pro ně nepříjemné (Vágnerová, 2007).

Mladší dospělost obsahuje několik **zásadních životních mezníků**: člověk získává stabilní profesní postavení, uzavírá manželství a stane se rodičem. K jejich přijetí a k získání s nimi spojených zážitků a zkušeností dojde většinou do 30–35 let. Nejdříve je důležité tyto role vůbec získat a potom postupně jde více o jejich kvalitu a o uspokojení, které člověku přináší. Stabilita dospělého je závislá na uspokojivém naplnění tří oblastí. Do těchto tří oblastí se řadí: partnerství, rodičovství a profese. Ke zvládnutí každé z nich je potřeba vždy jiná kompetence, osobnostní vlastnosti a způsoby chování. Každá role rozvíjí jiné složky osobnosti (Vágnerová, 2007).

Toto období můžeme označovat i jako **fázi intimity**, kdy je úkolem vznik spolehlivého, důvěrného a stabilního vztahu, který slouží jako zdroj pro citovou jistotu a bezpečí a takto by se mohl stát základem budoucího manželství a rodiny. Dospělost je i **fází generativity**, kdy jejím úkolem je něco subjektivně, často i objektivně významného vytvořit, nebo po sobě něco zanechat (Vágnerová, 2007).

Z **hlediska biologického** je v tomto období dosaženo definitivní výšky. Narůstá výkonnost a mohutnost kosterního svalstva a tím ještě přibývá hmotnost. I vrstva podkožního tuku se zvětšuje (Machová, 2002). Jak už bylo zmíněno, tak z biologického hlediska je toto období příznivé pro založení rodiny (Klementa, Machová, Malá, 1981).

2.2.2 Kognitivní změny

Již adolescenti si osvojí schopnost uvažovat abstraktně, ale užívají ji odlišným způsobem než mladí dospělí. Ještě na počátku mladší dospělosti si mladí lidé myslí,

že vždycky existuje jeden správný způsob řešení. Mají sklon uvažovat abstraktně, protože nemají dost vlastních zkušeností a nejsou schopni akceptovat názory starších lidí. Tento způsob myšlení jim umožňuje kategorizovat získané vědomosti, ovšem ve vztahu ke složité realitě mohou být čistě teoretické úvahy a neúčelné (Vágnerová, 2007).

Zkušenost, ta ovlivňuje rozvoj myšlení v mladší dospělosti. Mladý člověk má osvojené základní způsoby uvažování a může je dále zdokonalovat. Člověk si uvědomuje, že většinu životních situací nelze chápat jednoznačně (Vágnerová, 2007). Sternberg (2002) ve své **triarchické teorii** klade důraz hlavně na dvě úrovně zkušenosti: na vyrovnávání se s novostí situace a na automatizaci zpracování informací. Užívání různých znalostí se mění, důležitá je schopnost mladého člověka vybírat a používat neformálně získané poznatky. Tyto poznatky jsou důležité a potřebné pro zvládnutí běžných životních situací (Vágnerová, 2007).

V mladší dospělosti se kognitivní schopnosti a způsob jejich užívání dostávají do fáze **postformálního myšlení**. Pro postformální myšlení je typické, že bere v úvahu různé aspekty problému, jeho celkový kontext i mnohoznačnost. Dospělý už nemusí problém zjednodušovat, aby jej byl schopen chápat a řešit. Uvědomuje si i subjektivní význam problému. Základní znaky postformálního myšlení jsou: dospělý je sebekritičtější, dokáže se smířit s nejednoznačností a proměnou a dovede pracovat s protiklady, umí je integrovat do jednoho celku (Vágnerová, 2007).

V tomto období se mění i postoj k vlastnímu uvažování a specifická složka poznávání, která obsahuje schopnost sledovat své vlastní myšlenky a podle potřeby je korigovat, tedy **metakognice**. Dospělý člověk si je schopen uvědomit své limity a přizpůsobit se jim. Také je schopen kompromisu. Je to projev schopnosti uvažovat komplexněji a akceptovat řešení, které by bylo přijatelné z více hledisek. Jsou **otevření ke změně** v přístupu k řešení různých situací i v chápání samotného problému. Tato otevřenost novým podnětům je nejsilnější v rané dospělosti, ale později, v druhé polovině 30. let začíná ubývat (Vágnerová, 2007).

Co se týče **uvažování** dospělého člověka, tak je pragmatictější. Zabývá se více praktickými situacemi spojenými s vlastním životem, se svou profesní rolí, s partnerstvím

a mezilidskými vztahy. Člověk své znalosti a kompetence chápe jako prostředek k dosažení různých cílů a proto potřebuje uvažovat komplexněji (Vágnerová, 2007).

V této době také hraje důležitou roli **praktická inteligence**, která se nyní významně rozvíjí. Projevuje se úspěšností při zvládnání úkolů každodenního života, jde tedy o uplatnění poznávacích schopností v konkrétních situacích. Některé životní události, jako je například ztráta zaměstnání, narození dítěte, rozpad partnerství nebo nalezení nového vztahu, mohou změnit způsob uvažování a tím přispět ke kognitivnímu rozvoji (Vágnerová, 2007).

V době mladší dospělosti bývá završeno základní bilancování vlastních schopností, ze kterých vyplývají představy o svých možnostech a perspektivách dalšího uplatnění (Vágnerová, 2007).

2.2.3 Emoční změny

V období mladé dospělosti dochází ke **stabilizaci** emočního prožívání. Dospělý je vyrovnanější, i když citové prožitky u mladých dospělých mohou být dost silné. Značná intenzita emocí je zřejmá ze síly motivů. Citové prožívání mladších dospělých bývá častěji jednoznačné, ať jsou city pozitivní či negativní. U mladých dospělých více převažuje pozitivní emoce, i když je mezi nimi dost lidí, kteří mají větší sklon k depresím. Dokážou být schopni intenzivních prožitků radosti, lásky, ale i hněvu a nenávisti (Vágnerová, 2007).

Dle **teorie socioemocionální selektivity** je v tomto období důležitý rozvoj **poznávací složky emočního prožívání**. Harmonizace a optimalizace emočního prožívání není nyní tak podstatná (Vágnerová, 2007).

V průběhu mladé dospělosti se zlepšuje **schopnost regulace emocí**. I schopnost projevit své emoce a **vcítit se do pocitů druhých** se zlepšuje. Ovšem tato schopnost bývá genderově odlišná. Ženy bývají v této oblasti vnímavější než muži. V tomto období narůstá i **přívětivost**. Mladí dospělí jsou také ochotni přijmout větší emoční a sociální riziko, což se projevuje snadným **navozením většího množství různých vztahů**. Změny nálad i emocí musíme brát v potaz obzvláště s biologicky podmíněnými změnami, například těhotenstvím a porodem (Vágnerová, 2007).

2.2.4 Socializace

V tomto období mladí lidé mění studium případně zaměstnání, bydliště, přátel i partnery. Život se jim pomalu stabilizuje na základě mnoha různých faktorů. V závislosti na tom dochází k fixaci hodnot a postojů mladého člověka (Vágnerová, 2007).

Na konci období adolescence a někdy i ještě na počátku mladé dospělosti dochází k určitému posunu v chápání běžných sociálních norem. Dospělý už není podřízen kontrole dospělé authority, stal se svobodnější a může se sám rozhodovat. Zná obecné normy a standardy pro chování v oblasti již rolí zafixovaných, ale už si není tak jist, jaká pravidla platí pro nové situace a role, do kterých se teprve nyní dostává. Vztah k normám a morální uvažování ovlivňuje i aktuálně převažující společenské očekávání, které se často liší ve vztahu k různým věkovým kategoriím, sociálním skupinám či pohlaví. Přejít adolescenta do mladší dospělosti je spojen se změnou požadavků. Společnost je k dospělému méně tolerantní a čeká od něho více zodpovědnosti (Vágnerová, 2007).

V období mladší dospělosti získává velký význam potřeba prosazení ve společnosti a s tím souvisí **orientace na právo a pořádek**. Tento způsob obecného morálního uvažování se více přisuzuje mužům, ale není cizí ani ženám, které usilují o získání žádoucího sociálního postavení (Vágnerová, 2007).

Zejména ve druhé polovině 20. let věku, mladí lidé chápou, že je potřeba plnit určité povinnosti a řídit se určitými pravidly. Takovéto morální uvažování je typické pro **fázi morálního pozitivismu**. Ten vyjadřuje potřebu jednoznačného vymezení i respektu k normám, která snižuje nejistotu, a proto je pro řadu lidí přijatelná po celý život. Přesto jsou ale někteří mladí lidé starší 25 let schopni uvažovat o hodnotách a principech. Rozeznají situaci, kdy by lpění na bezpodmínečném dodržování nějakého pravidla vedlo k bezpráví. Tento posun se dá interpretovat jako dosažení vyšší úrovně generalizace a to v oblasti morálního uvažování. Morální uvažování je sice stále orientované na dodržování pravidel a pořádku, ale také zároveň je nechápe jako absolutně platné. Proto bývá označován jako **hodnotové relativistické morální uvažování** (Vágnerová, 2007, s. 30).

V dospělosti **dochází k postupné proměně rolí** a rozvíjí se různé sociální dovednosti. Dospělí jedinci se stávají účastníky společenského dění. Prožívají svůj život v rámci mnoha sociálních skupin, kde získávají tyto různé role. **Rodina** přestala být nejdůležitějším sociálním zázemím, slouží spíše jako zdroj jistoty a opory. **Partnerské vztahy** jsou důležitým zdrojem osobní i sociální zkušenosti a jsou základem budoucí prokreační (rozmnožovací) rodiny, kterou většina dospělých v průběhu mladé dospělosti zakládá a získává tak roli manžela či manželky a posléze i roli rodiče. Možnost získat zkušenosti s různými sociálními kontakty nabízejí **přátelé a známí**. Ti vytvářejí velkou sociální síť, která funguje jako rezervoár pro navázání trvalejších a hlubších vztahů. Profesní role zahrnuje **kontakty se spolupracovníky** a dalšími lidmi, kteří jsou součástí buď profesního společenství, nebo s ním nějakým způsobem souvisejí (Vágnerová, 2007).

2.3 Postoje

V dnešní době se s pojmem postoj setkáváme nejen v psychologii, ale v celé řadě dalších vědních oborů. Příčiny lze hledat v explanační síle tohoto pojmu při vysvětlování příčin chování jedince i sociální skupiny. Poznání postojů umožňuje utvářet platné předpoklady o směrech budoucího chování. Podle existujících analýz se tento pojem objevuje v Evropě již počátkem 18. století, kdy se používal při popisu polohy těla při jeho výtvarném znázorňování, poté se uplatňuje i v dramatickém umění. Díky práci **Charlese Darwina** „Výraz emocí u člověka a zvířat“ se dostává do jazyka vědy. Hlavní kategorií vědní disciplíny – sociální psychologie se stává na počátku 20. století (Výrost, Slaměnik, 2008).

W. I. Thomas a **F. Znaniecki** zavedli pojem postoj do sociální psychologie a sociologie. Chápali postoj jako vědomý vztah jedince k hodnotě (Nakonečný, 1997).

H. B. English a **A. Ch. Englishová** chápou postoj, jako setrvávající naučenou predispozici chovat se stálým způsobem vůči daným třídám objektů; stav pohotovosti a chování k určitým objektům, ale s takovým rozdílem, že chování k oněm objektům je naučené a subjektivní, to znamená takové, za jaké je jedinec považuje a ne takové, jaké jsou doopravdy (Nakonečný, 1997).

Hartl a **Hartlová** popisují postoje jako stálé a schopny reagovat ustáleným způsobem na předměty, osoby, situace a dělí se do devíti skupin: citové a poznávací, kladné a záporné, verbální a neverbální, skryté a zjevné, silné a slabé, soudržné a nesoudržné, vědomé a nevědomé, individuální a skupinové, stálé a proměnlivé (Hartl, Hartlová, 2009).

2.3.1 Vývoj postojů

V průběhu studií postojů můžeme vymezit tři základní etapy. V **první etapě** jde o snahu specifikování pojmu, jeho osobnostních znaků prostřednictvím porovnání s příbuznými pojmy, vytvoření nástroje pro měření postojů a taky široká aplikace do různých oblastí společenského života. Tato etapa se datuje od začátku století do konce čtyřicátých let. **Druhá etapa** začíná od počátku padesátých let a končí v letech šedesátých. V této etapě se zaměřuje na výzkum změny postojů. Na začátku sedmdesátých let začíná **třetí etapa**, která vysvětluje vztah postoje k chování (Výrost, Slaměnik, 2008).

2.3.1.1 První etapa vývoje postojů

V polovině třicátých let, tedy v **první etapě** vývoje postojů, významný americký psycholog **G. W. Allport** na základě převládající nejednotnosti ve výkladu obsahu pojmu, definoval postoj jako „*mentální a nervový stav pohotovosti organizovaný skutečností, vyvíjející dynamický a direktivní vliv na odpověď jedince vůči všem objektům a situacím, se kterými je ve vztahu*“. Do toho období zasahuje i práce **M. B. Smitha**, který definuje postoj jako tříložkovou strukturu (Výrost, Slaměnik, 2008, s. 129). Tato struktura, též označována jako **tříložkový model postojů** dle G. W. Allporta, předpokládá existenci afektivní, kognitivní (poznávací) a behaviorální. Afektivní složka postoje popisuje emoční vztahy vzhledem na předmět postoje; kognitivní složka postoje znázorňuje stupeň vědomostí o předmětu postoje a behaviorální složka postoje vyjadřuje tendenci ve smyslu postoje existujícího (Kohoutek, 2008). První etapa tedy znamenala období diskuze o obsahu samotného pojmu, snahy o specifikování jeho charakteristických znaků díky porovnávání s příbuznými pojmy, zahrnovala také práci na vzniku metodologické báze potřebné pro realizaci empirických výzkumů. Ovšem mezi přístupy jednotlivých autorů

jsou značné odchylky a jde o období plné protiřečení, které však mají jisté společné znaky (Výrost, Slaměnik, 2008).

2.3.1.2 Druhá etapa vývoje postojů

Druhá etapa výzkumu postojů začíná v padesátých letech a považuje se za významný mezník ve studiu postojů. Postoj přestává sehrávat úlohu ústředního pojmu a pozornost se věnuje na oblast skupinové dynamiky. Co se týče rozsahu záběru, tak čím vzrůstá, tak tím vzrůstá zájem o postoje. Avšak místo stálého upřesňování a charakterizování pojmu se pozornost věnuje na využití poznatků o postojích v různých oblastech praktického života. **C. I. Hovland**. Je považován za nejvýznamnějšího představitele tohoto období. Věnuje se hlavně psychologickým aspektům komunikačního procesu a rozčleňuje jej na tři části: vlastnosti podnětu, odpovědi jedince a psychologické procesy, jež obstarávají vztahy mezi podněty působícími na jedince a jeho odpověďmi. Poté Hovland vytváří pracovní skupinu psychologů v Yale, kdy rozvíjí výzkum determinant změny postojů. Výsledky výzkumu byly zveřejněny jako tzv. „Yaleské monografie“ (Výrost, Slaměnik, 2008).

Vztah postojů a chování tvoří jádro koncepce **D. J. Bema**. Bem popisuje postoj jako „*individuální sebepopis přitažlivosti nebo odporu jedince k určitému identifikovatelnému aspektu jeho prostředí*“. Tuto etapu, která je volně ohraničená roky 1950 – 1970, popisuje mohutný rozmach empirického výzkumu, ale k tomu i určitý ústup od cíle vypracovat ucelenou teorii postojů. Na konci etapy se vytvořila situace, ve které se začíná pochybovat o produktivnosti samotného pojmu. Tato situace se také označuje jako za krizi. Objevily se pochybnosti o platnosti předpokládaného těsného vztahu mezi postojem a aktuálním chováním, což tohle vše tvoří jádro příspěvku **A. W. Wicker**. Wicker rozhodujícím a výrazným způsobem ovlivnil další práci v této problematice. Výzkum, který poprvé naznačoval možnost nesouladu mezi verbálně vyjádřeným postojem a aktuálním chováním byl popsán **R. T. LaPierem** v roce 1934. R. T. LaPiere v roce 1930 až 1932 cestoval s manželským mladým párem Číňanů po USA a sledoval, jak budou obslouženi v různých hotelech, restauracích, a autocampincích. Výsledky byly příznivé kromě jednoho případu. Poté LaPiere napsal 250 listů, kde byla sepsána žádost o ubytování

čínských hostů. Získal tak 128 odpovědí, z toho 92 % bylo negativních – přesto, že ve skutečnosti to respondenti předtím už udělali. LaPiere to uzavírá tvrzením, že dotazník je laciný a mechanický. Výsledek často závisí na výzkumníkovi. Dále říká, že studium reálného lidského chování je velmi náročné hlavně časově a intelektuálně. „*Mělo by být tedy jasné, že o moc více stojí za to pronikavě hádat, co je podstatné, jako přesně měřit něco, co se ukáže jako úplně irelevantní.*“ Tento rozpor byl v 70. letech označen jako „Lapierův paradox“. Jako další zdroj pro ukázání nesouladu slovně vyjádřeného postoje a skutečného chování se velmi často uvádí výzkum **B. Kutnera**, **C. Witkinase** a **P. R. Yarrowa**. Tito autoři použili podobný výzkumný projekt jako LaPiere. Jejich cílovou skupinou bylo 11 restaurací na severovýchodě USA. První vstoupily do restaurace dvě ženy bílé pleti, požádaly o místo pro tři a usadily se. Poté přišla žena černé pleti, řekla panu číšníkovi, že je zde se přítelkyněmi a sedla si. Uvádí se, že ve všech případech byly tyto osoby normálně obsloužené. Uplynuly dva týdny a autoři se ohlásili v uvedených restauracích. Ohlásili se přes telefon a požádali o rezervaci stolu pro smíšenou společnost. Byli odmítnutí ve všech případech. Podobně **L. Festinger** v roce 1964 došel k závěru, že výzkum nepodporuje jeho předpoklady o tom, že změna v postoji osob změní jejich chování (Výrost, Slaměník, 2008, s. 130 – 131).

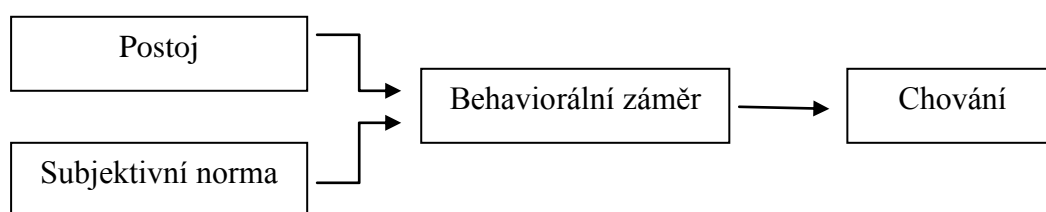
2.3.1.3 Třetí etapa vývoje postojů

Současná, nebo taky označována jako třetí, **etapa** rozvoje teorie a výzkumu postojů se odráží od kritické analýzy A. W. Wickera, která je zmíněna v předcházející části. Seahrála velmi významnou úlohu při přehodnocování nynějšího stavu poznání v této problematice. Na tuto analýzu se snažila v nejucelenější podobě dát odpověď koncepce **M. Fishbeina** a **I. Ajzena**. Tato koncepce byla v průběhu sedmdesátých let systematicky rozvíjena a pomalu a postupně zaujala přední místo v rozpracování teoretických i metodologických otázek výzkumu postojů (Výrost, Slaměník, 2008).

Na konci padesátých let M. Fishbein a I. Ajzen publikovali více studií. Výsledkem jejich výkladu je řešení dvou základních otázek. První otázka se týká toho, že za podstatný nedostatek předchozího zkoumání postojů považují skutečnost, že se záměr osoby vykonávat určité chování s aktuálním chováním ztotožňuje. A to v takových reálných

životních situacích, jako i v laboratorních podmínkách. Druhá otázka vyjadřuje, že pojem postoj se obvykle používal na označení složité kognitivně-emocionálně-konativní struktury (Výrost, Slaměnik, 2008).

Tito autoři označují pojem postoj jen tu část struktury, která se chápala jako afektivní složka. Vyhrazují pojem přesvědčení a v chování rozlišují záměr a aktuální chování. Mezi nimi existují kauzální souvislosti (Obrázek 1). Pojem postoj autoři využívají na označení emocionální přitažlivosti anebo nevábnosti objektu pro danou osobu (Výrost, Slaměnik, 2008).



Obrázek 1: Model M. Fishbeina a I. Ajzena (Slaměnik, 2008, s. 133)

2.3.1.4 Shrnutí současných směrů ve výzkumu postojů

Výzkum postojů mezi roky 1986 – 1995 je dominantně orientovaný do čtyř základních směrů a to: řešení vztahů postoj – chování, dále výzkumu selektivity, třetí směr se týká přesvědčování jako prostředek navození změny a nakonec otázka poslání postoje ve struktuře stálých charakteristik (Výrost, Slaměnik, 1997).

První směr je směřován na **vliv postojů na chování**. Doposud je mimořádně populární model M. Fishbeina a I. Ajzena, jako i teorie odůvodněného konání. Kromě tohoto modelu existuje mnoho dalších modelů, které většinou vycházejí z **modelu očekávání x hodnota**. Jeden ze spoluautorů se věnoval revizi původního modelu – teorie plánovaného chování kromě dvou známých ukazatelů (postoj ke konání a subjektivní norma) přidává ještě třetí: vnímavou kontrolu chování (Výrost, Slaměnik, 1997).

Charakteristické pro studium přístupnosti (attitudinal accessibility) je chápání postojů jako hodnotícího vztahu osoby k sociálním objektům. Vychází z předpokladu, že v individuální struktuře postojů jsou takové, které se aktivují skoro jako jiné. R. H. Fazio na základě toho, že postoje mohou být automaticky aktivované, vypracoval

model spontánního fungování vztahu mezi postoji a chováním. Tento model znázorňuje, že postoj, který je přístupný automaticky, zkrusluje vnímání objektu a vzniká chování v souladu s tímto vnímáním (Výrost, Slaměník, 1997).

Postoji podmíněná selektivita a její vliv na zpracování informací jsou obsahem **druhého směru**. Na základě všeobecných principů, že vnímání a poznání je ovlivňováno psychologickými faktory, se předpokládá, že i postoje působí na všech úrovních zpracování informací. S touto myšlenkou se můžeme již seznámit v klasických pracích G. W. Allporta, M. Sherifa nebo S. Ascha. Přestože se podařilo ukázat podíl postojů na selektivitě vnímání, sociálního usuzování a paměti, tak se v něm objevují stále určité rezervy (Výrost, Slaměník, 1997).

Třetí směr se zaměřuje na **persuase** (přesvědčování): **vliv informací na postoje**. Tento směr se liší od dvou předešlých a to tím, že v tomto směru jsou postoje závislou proměnnou. Výzkumníci se soustředí na jasnější určení podmínek, kdy při jejich splnění vlivem informací a jejich zpracování dojde ke změně postoje (Výrost, Slaměník, 1997).

Čtvrtý směr je nazýván „**attitudinal advocacy**“. Již teorie L. Festingera a jeho následovníků řešila tuto problematiku. Teorie kognitivní disonance ukazovala, jak může působení zdánlivě proti postoji působit jako prostředek upevnění jeho stálosti a stability. To přimělo otázky začlenění postojů do širšího kontextu stabilních psychologických popisů (Výrost, Slaměník, 1997).

2.3.2 Základní charakteristika postojů

Z různých definic postojů je patrný jejich vztah k hodnocení a hodnotám. Stejně tak na postoje nahlíží **G. D. Wilson**. Wilson právě považuje za hlavní znak postojů jejich orientaci na hodnoty a na to, že jsou afektivní. Uvádí také, že postoje jsou podmíněny individuální zkušeností a vlivy určitého kulturního prostředí; jsou orientovány na hodnoty a akcentovány emocemi; jsou to hypotetické konstrukty, které nemohou být přímo pozorovány, ale z chování a mínění odvozovány (Nakonečný, 1997b).

Postoje mají pět základních vlastností: **komplexnost** – postoje mají 3 složky (kognitivní, emotivní a snahovou složku); **konzistence** – uvedené složky se charakterizují větší či menší soudržností; **konsonance** – postoje utvářejí kategorie a ty se mohou

charakterizovat určitou mírou konsonance postojů; **rezistence vůči změně** – odolnější vůči změně jsou centrální a extrémní postoje; **intenzita** – postoje můžeme chápat jako body na ose od extrémně kladného, přes neutrální až po extrémně záporné hodnocení (Nakonečný, 1997a).

Pojem postoje může být dále vymezen jako hodnotící vztah – postoj vůči něčemu. Předmětem postoje může být cokoli, vyjadřuje hodnocení objektu subjektem. Z pohledu subjektivní významnosti rozlišujeme centrální a okrajové postoje. **Postoje centrální** jsou ty, které se týkají významných objektů, například rodiče, daňové politiky státu, zaměstnání. **Postoje okrajové** jsou méně významné, například politika Číny, vedoucí místního školského úřadu. Ovšem tentýž objekt může být u různých osob předmětem odlišných postojů (Nakonečný, 1997a).

2.3.3 Vnitřní struktura postoje

V klasické teorii se postoj chápe jako komplexní pojem, který se skládá z poznávací složky – kognitivní, citové složky – emocionální resp. afektivní a konativní složky – behaviorální (Výrost, Slaměník, 2008).

Složka kognitivní představuje souhrn informací, ze kterých vyplývá názor na situaci nebo objekt, ke kterému jedinec zaujímá nějaký postoj. **Složka afektivní** se věnuje významu této situace nebo objektu pro daného jedince, který se projeví emocionálním hodnocením, prožitkem, kdy ho tento podnět obvykle vyvolává. Podnět může být příjemný nebo nepříjemný a vzhledem k tomu lze rozlišovat pozitivní nebo negativní postoje. Tyto postoje mívají různou intenzitu. Citová složka postoje může zásadním způsobem ovlivnit rozumové hodnocení. Ovlivňování rozumového hodnocení se děje prostřednictvím výběru příslušných podnětů, ale i jejich interpretací nebo vytěsněním. Vede k zaměření na informace, které ji potvrdí. Emocionální složka určuje také motivační charakter postoje a z toho vyplývající zaměřenost chování. **Složka konativní** je vnějším projevem postoje. Je to tendence reagovat neboli jednat určitým způsobem. Rozumová a emoční složka postoje ovlivňuje chování. Ale takto to může platit opačně. Dle teorie sebepercepce D. Bema odhadujeme své postoje díky vlastnímu chování. Zejména se takhle děje, když si svým postojem nejsme zcela jisti (Vágnerová, 2010).

A. G. Greenwald je takového názoru, že každá z těchto složek má osobité determinanty a základním jejich formováním jsou zvláštní procesy. Tvrdí, že afektivní složka se utváří díky klasickému podmiňování, složka poznávací prostřednictvím kognitivního učení a konativní složka prostřednictvím instrumentálního učení (Výrost, Slaměnik, 2008).

Další významnou alternativou výkladu vnitřní struktury postoje je jeho ztotožnění jen se složkou emocionální. Tato myšlenka jednosložkového modelu tvoří jádro koncepce **M. Fishbeina** a **I. Ajzena**. Mají názor, že postoj vyjadřuje stupeň přitažlivosti daného konání pro osobu. **R. P. Bagozzi** představuje třetí alternativu. Bagozzi postoje chápe jako dvojdimenzionální strukturu, která je složená z kognitivní a emocionální složky. Obě tyto složky tak ovlivňují záměr osoby vykonat konkrétní chování, tak i chování samo. Existence dvousložkové struktury je nejspíš závislá od povahy zkoumaného postoje. Pokud analyzujeme relativně specifický postoj, obsah poznávací složky bude relativně nízký, stejný jako počet variant konání, které budou zformulované v podobě záměrů. Toto omezení bude tedy v menší míře postihovat emocionální složku (Výrost, Slaměnik, 2008).

Klasifikace postojů, která se považuje pravděpodobně za nejužitečnější, sestavili **Katz** se **Stotlandem**, kteří vycházeli ze tříložkového modelu vnitřní struktury postoje. Postoje tak rozdělují do pěti kategorií podle převládajícího obsahu jednotlivých složek. První kategorie se nazývá **afektivní asociace**, která zahrnuje postoje, které se skládají z emocionálně hodnotícího vztahu k objektu postoje při současném nedostatku znalostí o něm a také nedostatku činností k němu určených. Nelze předpovídat jednání jedince ze znalosti pouze této kategorie, protože v ní nenacházíme orientaci na činnost. Do této kategorie můžeme zařadit například estetické postoje. Druhou kategorií jsou **intelektualizované postoje**. Je to kategorie, která obsahuje postoje s rozvinutou kognitivní složkou spolu se složkou emocionální. Třetí složka, která se vztahuje k činnosti jedince vůči objektu postoje, chybí. Ani nyní není možné přesně předpovídat jedincovo jednání na základě znalosti této kategorie postojů. Další kategorií jsou **postoje orientované na jednání**, kdy je tato kategorie tvořena postoji se silně rozvinutými tendencemi k jednání vůči objektu postoje a také málo rozvinutou složkou kognitivní. Můžeme zde zařadit například stereotypy a předsudky. **Vyvážené postoje** spadají do čtvrté

kategorie postojů. Zahrnují postoje, které obsahují rozvinuté všechny tři složky, tedy kognitivní, afektivní a behaviorální. Poslední, pátou kategorií, jsou **postoje na obranu Ega**. Kategorie se skládá z postojů, které mají taktéž rozvinuty všechny tři složky, ale také zároveň slouží k udržení sebepojetí osobnosti. Postoje se tak úzce pojí se sebeúctou, sebehodnocením a jsou velmi odolné vůči změnám (Janoušek, 1988).

2.3.4 Posloupnost postojů

Dalším důležitým směrem ve výzkumu je ověřování předpokladu, že postoje každého jedince se řadí do určitých významových skupin a vytvářejí tak vnitřní organizování tedy hierarchicky uspořádané struktury. Původně se skrývala myšlenka možnosti identifikace malého počtu nejvíce generalizovaných postojů. Tyto postoje si jedinec v průběhu života utváří na základě své osobní životní zkušenosti. Modelem přístupu k takto stanovenému cíli se potom stávaly postupy, které se používají v psychologii osobnosti, nazývané faktorová analýza. **H. J. Eysenck** se jako první věnoval pokusu, kdy výsledky jemu dostupných postojových měř vložil do analýzy a získal tak dva faktory: **I. faktor konzervativismu – radikalismu** a **II. faktor rozumového – citového postoje** (Výrost, Slaměnik, 2008).

Konzervativní pól bipolárního faktoru popisoval také postojovou konfiguraci, která směřovala k zachování existujícího stavu v sociální oblasti. Snahu po jeho změně vyjadřoval zase **radikální pól**. **Praktický pól** bipolárního faktoru charakterizoval konfiguraci, která v sociálním chování vyjadřovala tendenci k použití vědeckého přístupu anebo síly. **Teoretický pól** vyjadřoval zase tendenci k hloubání, filozofování a konání podle víry (Výrost, Slaměnik, 2008).

2.3.5 Funkce postojů

L. Festinger tvrdí, že postoje pomáhají jedinci v adaptaci na prostředí. **Katz** vytyčil dvě základní **funkce**: **poznávací**, kdy postoje organizují zkušenost, a **funkci instrumentální**, kdy postoje maximalizují zisky a minimalizují ztráty. Později přibýly ještě další tři funkce postojů: **funkce výrazu hodnot**, kdy postoje jsou nástroji, kterými člověk vyjadřuje, že je nositelem jistých konkrétních hodnot, **funkce sociální adjustace**,

kdy postoje zprostředkovávají vztahy člověka k jiným lidem a tou třetí je **funkce sebeobranná**, kdy postoje tím, že udržují stabilitu sebeobrazu jedince, jsou prevencí proti hrozbám z okolí a umožňují tedy snadněji zvládat konflikty a náročné životní situace (Výrost, Slaměník, 2008).

Bohner a **Wänke** dělí funkce postojů do dvou oblastí. V první oblasti postoje organizují poznání. To znamená, že dělí všechno okolo nás na „dobré a špatné“. **Shavitt** nazývá tuto **funkci** jako **utilitární**. Podle něj vědění, že existuje něco dobrého nebo špatného je užitečné v tom, že nám to pomáhá například při rozhodování. Druhá oblast představuje postoje, které slouží **k naplnění vyšších psychologických potřeb**. Tak postoje udržují sociální vztahy, protože vyznávání určitého postoje může být u určitých jedinců chápáno pozitivně. **Katz** nazývá tuto funkci jako hodnotově – expresivní a **Smith** sociálně – adjustivní (Bohner, Wänke, 2002).

J. W. McGuire představuje **adaptivní funkce** postojů, do kterých patří **utilitaristické funkce**, to jsou postoje, které nás zaměřují na objekty a které jsou prostředky k dosažení cíle. Další funkcí je **funkce ekonomická**, to jsou postoje, které zjednodušují vidění světa na „dobré“ a „špatné“. Třetí funkce se nazývá **expresivní funkce**, kdy postoje upevňují a zvyšují sebevědomí, podporují určité způsoby chování a sebevyjádření. Poslední funkcí je funkce obrany Ega, kdy postoje pomáhají překonat nejistotu, vnitřní konflikt a úzkost (Nakonečný, 1997b).

2.3.6 Vznik postojů

Eysenck a **Wilson** tvrdí, že postoje jsou z převládající část vrozené. Tento názor vyjádřili na podkladě, že některé osobnostní rysy a stabilita jsou vrozené a tyto jsou pak základem postojů (Hayesová, 2003). S tím, že postoje jsou vrozené, souhlasí **A. Tesser** (Výrost, Slaměník, 2008).

Brendl a **Higgins** zastávají zcela opačný názor než Wilson, Eysenck a Tesser. Brendl a Higgins uvádějí, že většinu postojů si člověk osvojuje v průběhu svého života a to přímou zkušeností s objekty nebo díky sociálnímu učení (Výrost, Slaměník). Další názor je takový, že se postojům nemusíme přímo učit, ale že si je osvojujeme

sociálním učením, konkrétně nápodobou druhých. Tento výrok uvádí **Bandura** s **McDonaldem** (Hayesová, 2003).

Petty a **Caccioppo** jsou názoru, že náš postoj není vytvořený najednou. Tvrdí, že se vyvíjí postupně v závislosti na tom, jak se seznamujeme s objektem. Je zřejmé, že o objektu, který dost dobře neznáme, nebo s ním nemám žádnou zkušenost, uvažujeme o faktech. Tomuto vztahu se říká **deskriptivní přesvědčení**. A poté při bližším seznámení s objektem si o něm vytváříme nějaký názor a zjišťujeme jeho další aspekty. To se nazývá **deduktivní přesvědčení**. V další fázi dochází k formování vlastního postoje, kdy hodnotíme ono deduktivní přesvědčení (Hayesová, 2003).

2.3.7 Změna postojů

Zvláště pro výzkum postojů v sociální psychologii je charakteristické, že ve většině koncepcí se zkušebním kamenem jejich platnosti nakonec stála otázka formování a změny postojů. Autoři přehledových studií, které se věnovaly hodnocení existujících stavu chování v této oblasti, toto konstatování potvrzují. Říkají, že za hlavní prostředek navození změny postojů se považuje **přesvědčování** (Výrost, Slaměník, 2008).

Se vzrůstajícím zájmem výzkumníků o oblast změny postojů, stále můžeme hovořit o používání přesvědčování jako hlavního prostředku navození změny v centru pozornosti. Ovšem postupně vzniká a formuje se další zaměření, které vychází z předpokladu, že působení pasivního jedince nemůže být tak efektivní jako práce s jedincem, u kterého změnu postoje navodíme aktivní účastí v různých sociálních situacích. Ta představuje odrazový most pro ucelenější pochopení vlivů, které vyúsťují do změny postoje, ale i pro pojetí podstaty samotné změny. Je stále často kladena sociálními psychology otázka, zda snaha změnit určitý postoj může vést k pozitivnímu a v čase stabilnímu výsledku, aniž známe „hlubší psychologický kontext“ (Výrost, Slaměník, 2008).

Můžeme vyčlenit tři základní skupiny proměnných na základě výzkumu změny postojů prostřednictvím přesvědčování. Tyto tři skupiny proměnných jsou předmětem studia i experimentální manipulace. První skupinu tvoří proměnné komunikačního procesu. Ty zaostávají v pěti prvcích – zdroje, obsah přesvědčování, kanál informace, příjemce a cíle anebo určení informace. Druhá skupin obsahuje proměnné vysvětlující procesy

změny postoje, kdy se předpokládá, že tento proces zaostává v minimálně pěti krocích – pozornost, porozumění, přijetí, podržení a konání. Nakonec třetí skupinu tvoří vnitřní, strukturální postojoyé komponenty (Výrost, Slaměník, 2008).

Ačkoli **zdrojem přesvědčovací informace** nemusí být jenom určitá osoba, může to být například zpráva z novin, sociálně-psychologický výzkum se doposud orientoval hlavně na charakteristiky komunikátora. Největší pozornost byla věnována na věruhodnost, sílu a atraktivnost zdroje. Věruhodnost se obvykle chápe jako objektivnost zdroje, která je vyjádřena očekáváním příjematele, že daná osoba poskytne informaci bez subjektivního zkreslení. Předpokládá se, že mezi mírou změny postoje příjematele a věruhodností zdroje je přímo úměrný vztah. V případě atraktivnosti zdroje jde o mechanismus s výrazným emocionálním podbarvením. I v této oblasti existuje názor, že přitažlivější zdroj zvyšuje efekt přesvědčovací komunikace. Zdroj informací může hodnotit příjematel z hlediska, jaký konkrétní vliv nebo nátlak může na jeho konání uplatnit. **W. McGuire** působení této charakteristiky zdroje vysvětluje, že recipient se může nejdříve zajímat o to, jaké sankce může na něj zdroj uplatnit a potom to, jakou pozornost věnuje zdroj akceptování svých názorů a nakonec o to, do jaké míry je zdroj schopný prověřit akceptování vlastního názoru. Tento autor upozorňuje, že v případě působení síly zdroje vždy jde o povrchovou, ne skutečnou změnu postoje. Reálnost působení této charakteristiky zdroje v přesvědčovací komunikaci přiznávají ve většině výzkumů. Převládá však názor, že časově velmi omezené a zpravidla se bezprostředně váže na přítomnost osoby, která daný obsah komutací zprostředkovala (Výrost, Slaměník, 2008).

Výzkumy, které se soustřeďují na **obsah přesvědčovací informace**, rozdělují tuto otázku do několika oblastí. První otázka byla ve vztahu **pathos a logos** – emocionálního a racionálního v obsahu přesvědčovací informace. Cílem je navození změny postoje prostřednictvím vyvolání intenzivní emocionální odezvy, která by měla ulehčit osvojení přesvědčovací zprávy jedincům. **M. Galico** a **C. Hendrick** zjistili, že příjemná hudební kulisa zvyšuje efektivnost přesvědčování. Existují také postoje, u kterých je změnu možno navodit vyvoláním negativních emocí. Jde o takové postoje jako například postoj

ke zdraví, dopravě, životnímu prostředí a jeho vlivu na člověka a podobně (Výrost, Slaměnik, 2008).

Výzkumy informačního kanálu byly inspirované názorem, že prostředky komunikace mají obvykle větší vliv na její efekt, jako samotný obsah. Zkoumal se také vliv osobní zkušenosti versus jiné zdroje zprostředkovaných názorů; vliv mluvené versus psané přesvědčovací informace na změnu postojů; vliv komunikace v situaci tváří – v tvář versus působení masově-komunikačních prostředků. Výsledky výzkumů poukazují na význam osobní zkušenosti, která má na změnu postojů nejhlavnější vliv. Přesvědčovací informace v mluvené podobě má větší vliv na změnu postojů jako v psané podobě. Na druhé straně, míra porozumění informacím, hlavně pokud ta je rozsáhlejší, je v psané podobě vyšší. Záleží tedy na tom, v jakém rozsahu přesvědčovací informace upoutá pozornost příjematele, do jaké míry ji porozumí, akceptuje ji a podrží v paměti (Výrost, Slaměnik, 2008).

Co se týče **faktorů na straně příjematele**, tak tento pojem se chápe, jako všechny činitele a projevy, kterými můžeme vyjádřit momentální psychický stav recipienta. Pozornost se tady soustředí hlavně na otázku osobní zainteresovanosti. Původní předpoklad byl, že se v tomto případě efekt přesvědčovací komunikace nedostaví, to znamená, že se postoje nezmění. Postupně docházelo k upřesňování v tom smyslu, že to platí pro mírnější argumenty. Když se v přesvědčovací komunikaci používají silné argumenty, osobní silnější zainteresované subjekty mění svůj postoj dříve. Můžeme rozlišovat dva druhy zainteresovanosti, na obsahu a na odpovědi. Existují jisté důkazy, že jak osoba je silně zainteresovaná na svoje původní postojové odpovědi, tak přesvědčovací efekt klesá. V oblasti faktorů příjematele se zkoumal i vliv relativně stabilnějších charakteristik jednotlivce. Nejčastěji byly předmětem pozornosti věk, pohlaví a sebe-obraz. Předpokládalo se, že postoje starších lidí, když se zakládají na dlouhodobější životní zkušenosti, jsou těžce měnitelné. Tohle se týká také efektu přesvědčovací komunikace. Pokud jde o vliv pohlaví, tak W. McGuire říká, že je výraznější u žen než u mužů. Mezi sebehodnocením a změnou postojů indukovaným přesvědčovacím působením se nepodařilo přímý vztah potvrdit. Výsledky výzkumů se protiřečily (Výrost, Slaměnik, 2008).

Dále se zkoumaly dvě otázky podle toho, o jaké míry se podařilo dosáhnout chtěného efektu přesvědčování. První otázka se týkala **stability postojových změn v čase** a druhá otázka byla o **stabilitě navozených změn postojů vůči protiargumentům**. Stabilita změn postojů v čase byla předmětem výzkumu sama o sobě, ale protože závislost od množství faktorů je tady zřejmá, postupně se pozornost přesunula na otázky, které souvisí s nejdůležitějšími činiteli, které ovlivňují stabilitu postojové změny. McGuire uvádí dva časové údaje – po jednom týdnu se ztrácí efekt navozené změny v 40 % případech, po šesti týdnech v 60 % případech. Pokud se jedná o činitele, které ovlivňují stabilitu postojové změny v čase, prokazatelné souvislosti se dokumentují ve vztahu ke zdroji, informaci a příjemci přesvědčovací komunikace. Už v šedesátých letech zkoumal McGuire odolnost získaného postoje vůči protiargumentům. Vycházel z předpokladu existence mechanismu, který přirovnal k účinkům očkování. Tím myslel, že osoby, které nejdříve záměrně připravíme na možnost výskytu vlivů orientovaných na změnu jejich postoje, jsou potom v situaci aktuálního působení takového vlivu odolnější vůči změně. Výzkumy potvrdily platnost tohoto zkoumání. V dnešní době se toto poznání využívá v působení reklamy (Výrost, Slaměník, 2008).

Vychází se tedy z předpokladu, že změna postoje představuje náhodný proces, který se skládá z mnoho na sebe navazujících kroků. Nejčastěji se vychází z existence pěti kroků – pozornosti, porozumění, přijetí, podržení a konání. Každý uvedený krok má vliv na efekt přesvědčovací komunikace a slouží jako prostředek pro vyjádření (Výrost, Slaměník, 2008).

Úloha přesvědčení při změně postoje podle názoru **Fishbeina** a **Ajzena** je významná. Přesvědčení osoby o objektu se chápe jako vnímavý vztah mezi objektem a nějakou vlastností. Existují dva přímé způsoby jeho změny. První způsob popisuje, že můžeme navodit situaci, ve které osoba sama může vnímat, že daný objekt má právě takové vlastnosti. Tomuto způsobu se nazývá strategií aktivní účasti. Druhý způsob, který se nazývá, persuáze (přesvědčování), představuje to, že můžeme osobě z určitého zdroje zprostředkovat informaci, že daný objekt má takové vlastnosti. V obou případech si však podle názoru autorů musíme uvědomit, že nepůsobíme na všechny přesvědčení osob, které jsou z hlediska jejich postoje důležité, ale pouze na některé z nich. Autoři tak rozlišují

proximální (jsou to ty přesvědčení osob, na které přímo působíme naším experimentálním zásahem), externální a primární (ze všech přesvědčení osob týkajících se vlastností objektu pouze některé mají klíčový charakter) přesvědčení. Takovéto rozlišení umožňuje pochopit, proč ne vždy změna přesvědčení osoby způsobí změnu jejího postoje. Změna na úrovni proximálního přesvědčení, kdy není zároveň primárním, nemusí mít na postoj osoby nějaký vliv (Výrost, Slaměník, 2008).

2.4 Zdravý životní styl

Každoročně je příchod na vysokou školu pro mnoho studentů výraznou změnou zdravého životního stylu. Jde o náročnou situaci, se kterou se student má vyrovnávat vhodným a žádoucím způsobem. Vzniká tak mnoho problémů ve zdravé výživě z časového hlediska a taky z toho, že většina studentů již nebydlí u rodičů a musí se o sebe v tomto směru postarat sami (Kohoutek, 2006).

Zdravý životní styl je velmi důležitý, kdy předcházíme možným problémům. Dle studií Chiuve a kol. (2012) se díky zdravému životnímu stylu snižuje riziko srdečních chorob, cukrovky, kardiovaskulárního onemocnění a celkového zdraví člověka. A proto bychom ke zdravému životnímu stylu měli přistupovat zodpovědně a neničit si zdraví zbytečnými „nezdravými lákadly“, kterých je v současné době kolem nás nekonečně.

V této kapitole si tedy nejdříve definujeme zdraví a nemoc, zdůrazníme podporu zdraví a její prevenci. A dále se budeme věnovat zdravému životnímu stylu a všemu, co k tomu patří.

2.4.1 Zdraví a nemoc

Zdraví je nejvýznamnější hodnota života každého člověka. V historii lidské kultury je zdraví stavěno vždy na přední místo v hierarchii hodnot. Zdraví by mělo představovat jednu z podmínek smysluplného života. Zdraví (latinsky *salus* = zdraví, blaho, štěstí, nebo *valetudo* = zdraví, zdravotní stav, anglicky *health*) je popisováno od abstraktní až po konkrétní pojem. Slovo zdraví znamenalo původně celek (od řeckého slova *holos* = celý, celek). Na pojem zdraví nemůžeme nahlížet izolovaně, protože vždy je výsledkem

interakcí mnoha jevů, které podmiňují bytí člověka jako svéprávné a svobodné bytosti. Mezi základní prvky životního stylu patří výživa, pohybová aktivita, sexuální aktivita, práce, duševní pohoda, sociální vztahy, odolnost proti stresu nebo různé závislosti (Čeledová, Čevela, 2010).

Jedinečně definovat zdraví není ale tak jednoduché. Zdraví má velkou škálu aspektů, kdy jejich důležitost se mění s historickým vývojem společnosti, ale také v průběhu ontogenetického vývoje jedince, závisí na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomice, ale také na rozvoji lékařské vědy. Nejčastěji si myslíme, že když nás nic nebolí, když nejsme nemocní, tak jsme zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Definice zdraví, která je v dnešní době velmi rozšířená, definuje zdraví jako **schopnost dobrého fungování**. T. Parson vyjádřil toto pojetí nejpregnantněji: „*Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován*“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 16).

Kohoutek (2006) uvádí, že zdraví je systémová a celostní záležitost. Zdraví je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu, osobnosti člověka a jeho životního prostředí. Zdraví podle něj pojednává o zdravé stravě, zdravém životním stylu, zdravých mezilidských vztazích, zdravé krajině, městě nebo zdravé škole.

Zdraví má dvě složky. A to složku subjektivní a složku objektivní. Objektivně se cítíme zdraví, když se cítíme zcela dobře a nebyla u nás objevena žádná nemoc. Subjektivně se cítíme zdraví, pokud je nám zcela dobře a nemáme žádnou zdravotní potíž (Křivohlavý, 2009).

Zdraví můžeme taky chápat jako důležitý prostředek k dosáhnutí cíle, který jsme si stanovili. Abychom dosáhli tomuto cíli, potřebujeme být zdraví, potřebujeme mít dobrý zdravotní stav. Pokud se necítíme dobře, cítíme se nemocní, máme málo energie, tak jen stěží dosáhneme našich cílů (Čeledová, Čevela, 2010).

Nejznámější definice zdraví publikovala v roce 1948 Světová zdravotnická organizace takto: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Pro období dospívání definice zdraví zahrnuje ještě

nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 12).

Pojem zdraví má tedy **tři různé dimenze**, mezi kterými je těsná návaznost. Nepatří zde pouze dimenze tělesného zdraví, ale i zdraví duševního a sociálního. Definice Světové zdravotnické organizace ale nevysvětluje, co se myslí pohodou. Ve vztahu ke zdraví pocit pohody prožívá každý jedinec jinak, a proto zdraví je velmi subjektivní a podoba zdraví je u každého člověka jiná, jedinečná a relativní (Machová, Kubátová a kol., 2009). **Duševní zdraví** můžeme chápat jako nepřítomnost symptomů poruch, které souvisejí s naší duševní výkonností, emocemi nebo klidem mysli. Člověk by měl být schopen uplatňovat své předpoklady ve smyslu dobrého života a stát se svobodný po stránce psychologické (Kohoutek, 2005). V některých publikacích, obzvláště nábožensky orientovaných, se můžeme setkat i s pojmem duchovní zdraví. Jeho význam nabývá z historického, sociálního, geografického i etnického hlediska. **Tělesné zdraví** se často spojuje s nepřítomností nemoci nebo vady, tedy udržení fyziologických funkcí orgánů. **Sociální zdraví** představuje navazování sociálních kontaktů, rozvíjení mezilidských vztahů a zvládání sociálních rolí. Sociální role do jisté míry předznamenávají jak riziko nemocí, tak i možnosti diagnostiky, léčení a rehabilitace (Holčík, 2010).

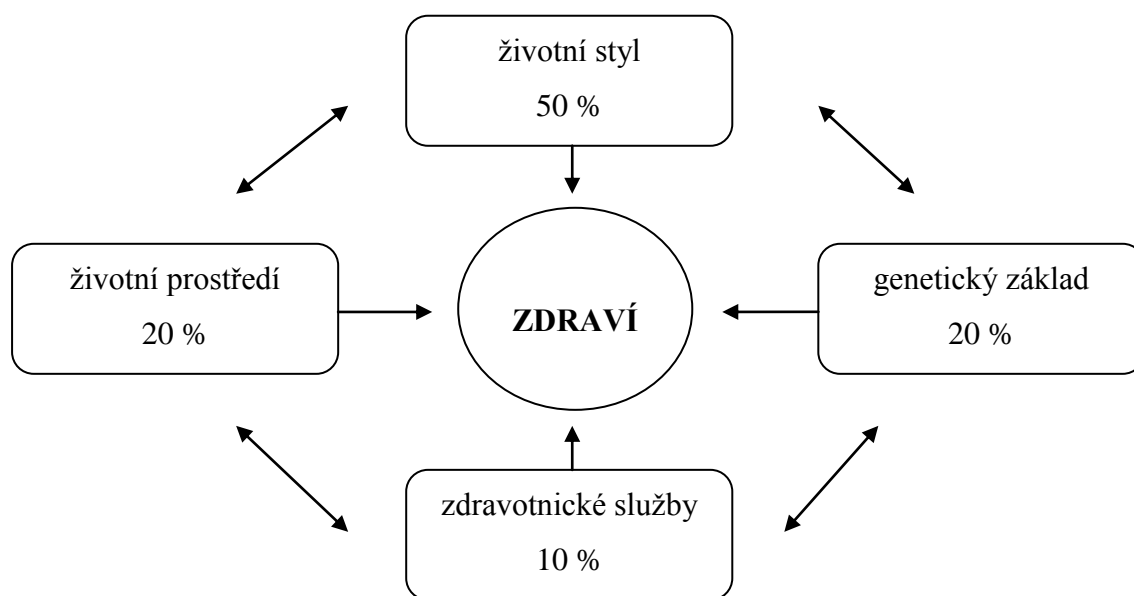
Při definování **nemoci** se vychází z pojetí jednoty organismu a prostředí. Nemoc lze obecně označit jako porucha zdraví. Je to potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s konkrétními nároky vnitřního a vnějšího prostředí a to bez porušení životních funkcí. Pojem nemoc můžeme tedy označit jako poruchu adaptace člověka, nedostatečnost či selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Kohoutek (2006, s. 133) popisuje nemoc následovně: „*Nemoc je dynamický proces, kterým se snaží organismus odstranit vzniklou poruchu zdraví. Na tomto procesu se podílejí adaptační, imunitní a obranné mechanismy organismu. V nemoci je stabilita vnitřního prostředí organismu porušena*“.

2.4.2 Základní determinanty zdraví

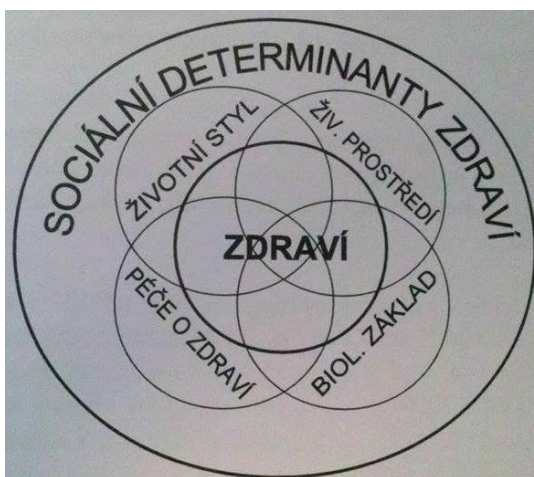
Determinanty zdraví jsou faktory, které působí komplexně na zdraví člověka. Tyto determinanty zdraví můžeme rozdělit na vnitřní a zevní. **Vnitřní determinanty** jsou dědičné faktory, kdy dědičnou výbavu získává každý jedinec už na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů. Do tohoto základu se promítají i vlivy společenského a přírodního prostředí a i určitý způsob života (Čeledová, Čevela, 2010). **Zevní determinanty** se člení do tří skupin: životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnická péče (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Mezi zevními a vnitřními determinanty jsou **vzájemné vazby**. Tyto vazby znázorňuje schéma (Obrázek 2) a zároveň ukazuje, jak velký relativní vliv mají. Ze schématu lze vyvodit, že zdraví záleží na determinantách z oblasti životního stylu, životního prostředí i genetického základu než jen na zdravotnických službách (Machová, Kubátová a kol., 2009).



Obrázek 2: Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2009)

To, jak lidé žijí, je do jisté míry ovlivňováno kulturou, sociální pozicí, tradicemi společnosti, ekonomickými okolnostmi, dřívějšími zkušenostmi, výchovou v dětství, rodinnou situací a v řadě případů i nebezpečnými návyky (alkohol, kouření, drogy), které jsou navíc spojeny s obchodními zájmy nebo i kriminalitou. Situaci dále komplikuje i skutečnost, že jednotlivé determinanty zdraví jsou velice úzce spjaty a výrazně ovlivňované sociálními okolnostmi (Obrázek 3), kdy některé z nich, jsou jen těžce ovlivnitelné (Holčík, 2010).



Obrázek 3: Provázanost determinant zdraví a rozhodující vliv sociálních determinant zdraví (Holčík, 2010)

Hlavní biopsychosociální faktory, které poškozují a ničí zdraví

Stres

Stres je definován jako: „*Negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit*“. Rozlišujeme distres a eustres. **Distres** je jednoduše stres, který prožíváme velmi negativně. K distresu dochází tam, kde si myslíme, že nemáme dost sil a možností, kdy nezvládneme to, co nás ohrožuje, a emocionálně nám není dobře. Distres nám přináší řadu negativních důsledků jak pro naše zdraví, tak i pro naši běžnou činnost. Tam, kde nejde o negativní emocionální zážitek, nemluvíme o stresu, ale o **eustresu**. Jako příklad eustresu můžeme uvést situaci, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší

radost, avšak vyžaduje to určitou námahu. Patří zde tedy kladné zážitky jako svatba, různé oslavy nebo třeba výhra (Křivohlavý, 2009, s. 170 – 174).

Je spousta druhů faktorů (stresorů), které způsobují stres. Konkrétně pro studenty vysoké školy to mohou být: **přetížení množstvím práce, časový stres, vztahy mezi lidmi**, ale také to může být způsobeno **nedostatkem spánku** (Křivohlavý, 2009).

Pojem **přetížení** se v psychologii zdraví v oblasti pracovní činnosti myslí situace, kdy množství práce, kterou má daný jedinec vykonat, je vyšší, než je daný jedinec schopen vykonat za čas, který má k tomu k dispozici. Ovšem musíme brát do úvahy, že to, co je pro jednoho člověka nadměrné, může být pro člověka druhého v mezích normálu. A také to, co je pro daného člověka nadměrné dnes, může být v jiném časovém úseku normální. **Časový stres**, ten se určitě mezi studenty vysoké školy objevuje hojně. Co se týče časového stresu versus zdraví, tak v roce 1979 se uskutečnil výzkum s dělníky. Ukázalo se, že pracovníci, kteří uváděli časový stres jako jednu z charakteristik své práce, měli třikrát vyšší míru úmrtnosti než ti, kteří časovému stresu vystaveni nebyli. **Vztahy mezi lidmi** také mohou jistým způsobem způsobovat stres. Soustavně byly zjišťovány stresory i u vysokoškolských studentů. Ukázalo se, že plnou třetinu tvořily těžkosti, které vznikaly z mezilidského styku. U studentů to byly hlavně konflikty s druhými studenty. V běžném životě se jedná často o těžkosti ze styku s druhými lidmi v zaměstnání a v rodině. I **nedostatek spánku** a stres jsou ve vzájemném vztahu. Nedostatek spánku je velmi závažný stresor, který má vliv na snížení pozornosti, zhoršení koncentrace apod. Je zjištěno, že nedostatek spánku vede k nadměrným pocitům únavy, těžkostem v uvažování apod. V dnešní době se hodně sleduje a studuje negativní vliv nedostatku spánku na činnost imunitního systému. Tyto zjištění naznačují tomu, že existuje vztah mezi nedostatkem spánku a nemocí. Znamená to tedy, že nedostatek spánku může být příčinou stresu a naopak i stres může vést k poruchám spánku (Křivohlavý, 2009).

Obezita

Odhaduje se, že 30 % školních dětí v Evropské unii má nadváhu nebo je obézních. Nepříznivé změny ve výživě jsou podmíněny skutečností, že nezdravé potraviny jsou mnohdy levnější než ty zdravé (Holčík, 2010).

Současná společnost má správnou představu o tom, že obezita je jevem, který zdraví neprospívá. Obezita má přímý vztah s krevním oběhem a jeho onemocněním, mozkovou mrtvicí a úmrtím na selhání srdce (Křivohlavý, 2009).

Prevence obezity je jak ve správné výživě, ve zdravém životním stylu, tak i v pohybové aktivitě, o které se budeme zmiňovat dále.

Kouření

Kouření v České republice patří k nejzávažnějším rizikovým faktorům. Podle odhadů v České republice kouření zabíjí 18 000 osob ročně. Je zjištěno, že téměř jedna čtvrtina lidí ve věku 15 – 24 let pravidelně kouří. Mírný kuřák je vystaven více než dvojnásobnému riziku úmrtí na zhoubný nádor než nekuřák. Silní kuřáci mají toto riziko až třikrát větší než nekuřáci. Podobné neblahé následky jako aktivní kouření má i kouření pasivní (Holčík, 2010).

Kouření zvyšuje vyplavování některých látek, které mají pozitivní emoční ladění. To je jeden z důvodů, proč někteří lidé kouří (Machová, Kubátová a kol., 2009). Kouření má na určité složky kladný vliv, ovšem musíme brát v úvahu pouze krátkodobý pohled. Má kladný vliv na pocit zvládnání stresu, na zvýšení pocitu sebehodnocení, na překonání pocitů nejistoty, na odstranění pocitů závislosti na druhých lidí, na přijetí do skupiny lidí, kteří kouří a na získání pocitu dospělosti. Kouření také dočasně: zvyšuje soustředěnost, zvyšuje kladné pocity, zlepšuje výkon, zvyšuje kapacitu paměti, snižuje napětí a snižuje úzkost (Křivohlavý, 2009).

Studie, které probíhaly u 12 – 18letých mladistvých kuřáků ukázaly, že začali kouřit hlavně na naléhání, přání či svádění jejich kamarádů a kamarádek. Proto start kouření bývá označován jako „sociální nakažlivost“ (Křivohlavý, 2009).

Samozřejmě kouření představuje mnoho **zdravotních rizik**, které je nutné zdůraznit. Kouření má v dlouhodobé perspektivě vliv na rakovinu a na kardiovaskulární onemocnění. Kouření dále zvyšuje riziko chronické bronchitidy, zvyšuje riziko dýchacích obtíží, zvyšuje riziko vzniku žaludečních vředů, zvyšuje nebezpečí nehod, má na svědomí nízkou porodní hmotnost novorozenců, zvyšuje srážlivost krve a způsobuje mnoho dalších nejen zdravotních problémů (Křivohlavý, 2009).

Nejkritičtější období pro vznik návyku na cigaretě je věk mezi 11. a 15. rokem. Ovšem v adolescenci, okolo 17. roku, se skupina kuřáků rozpadá a dále kouří už jen ti, kterým kouření zachutnalo a kouřit chtějí (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Mezi **hlavní zásady prevence** můžeme zařadit například: informovanost studentů a veřejnosti o negativních následcích kouření a varovat je před nimi, být vzorem nekuřáckého chování nebo zavést účinné preventivní programy proti kouření (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Alkohol

Alkohol se podílí na vzniku více než 60 různých onemocnění a v Evropské unii způsobuje ročně kolem 200 000 úmrtí. Závislost na alkoholu neohrožuje jen samotné jedince, ale celou společnost. Alkohol se také podílí na jedné čtvrtině dopravních nehod v Evropské unii. Alkohol je běžně konzumován pro jeho působení na nervovou soustavu jako příjemný, rychlý a snadný způsob, jak se cítit dobře, k usnadnění společenských kontaktů, k povzbuzení chuti k jídlu, k zahnání nudy, stresu (Holčík, 2010).

Konzumace většího množství alkoholu může mít na člověka jak přímé, tak i nepřímé negativní účinky. **Přímý negativní vliv** alkoholu představuje rizika nemocí jater, ale také rizika nádorových onemocnění, či negativní působení na krevní oběh. Samozřejmě průkazné jsou negativní vlivy alkoholu na průběh těhotenství a na zdravotní stav dětí alkoholiček. **Nepřímé negativní vlivy** alkoholu představují dopravní nehody, kriminální činy, vraždy, mění se koordinace, pozornost. Do nepřímého nepříznivého vlivu se zařazuje i rizikové sexuální chování (Křivohlavý, 2009).

Drogy

V letech 1990 – 2003 došlo v Evropské unii zhruba k 10 000 náhlým úmrtím a to v důsledku užívání drog a jejich předávkování. Jedinci, kteří si aplikují opiáty injekčně, mají 20krát větší úmrtnost než všeobecná populace stejného věku. Zde nepatří jen úmrtnost z předávkování, ale i v důsledku násilí a nemoci. Většina obětí předávkování jsou muži ve věku 20 – 40 let (Holčík, 2010).

V současnosti k relativně nejrozšířenějšímu druhu drog patří **marihwana**. Zájem o kouření této drogy si zájem veřejnosti získalo díky schopnosti navodit euforii (veselou

náladu), pocity relaxace, zvýšené sexuální aktivity apod. Na opačné straně má marihuana negativní vliv na psychické jevy a to na krátkodobou paměť, soustředěnost, na procesy rozhodování a na proces vnímání času. Další skupinou drog jsou **sedativa**, která navozují v malých dávkách také relaxaci a ve větších dávkách vedou k negativnímu ovlivnění činností a ke snížení schopnosti přijímat informace, celkově snižují činnosti mozku a také mají nepříznivý vliv na vznik a zesílení deprese. Mezi sedativa můžeme zařadit např. opiáty jako je heroin nebo morfiu. Třetí skupinou jsou **stimulanty**, které povzbuzují psychickou aktivitu. Zvyšují duševní činnost a pozornost. Povzbuzují veselou náladu, snižují pocity únavy a zvyšují chuť k jídlu. Ve vyšších dávkách způsobují zvýšený krevní tlak, zvýšení srdeční frekvence, rozšíření zornic, zvýšení frekvence i hloubky dýchání. Kokain je příkladem ze skupiny stimulací. Ten také může ohrožovat krevní systém a je velmi nebezpečný s kombinací alkoholu, kdy může přivodit i úmrtí. Psychologické studie postojů u mladých lidí však ukazují, že v průběhu času roste povědomí o nebezpečnosti této drogy (Křivohlavý, 2009).

Pozornost prevence se soustřeďuje hlavně na zábranu startu – začátku příjmu drog. Pozornost se dále zaměřuje i na zjišťování představ, postojů a přesvědčení dětí, adolescentů a i mladých dospělých o věcech, které se týkají drog (Křivohlavý, 2009).

2.4.3 Podpora a prevence zdraví

„Péče o zdraví je široce pojatý soubor zdravotnických, organizačních, ekonomických, psychologických, sociologických, pedagogických, rodinně výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví“ (Kohoutek, 2006, s. 131).

Marinov a kol. (2011) považují jako největší podporu zdraví **rodinu**. Uvádí, že rodina od dětství rozhoduje, jak člověk naplní svůj životní potenciál, jak se seberealizuje ve vzdělávání a v jak prožije svůj produktivní život i jak bude soběstačný ve stáří.

Podpora zdraví tedy zahrnuje všechny snahy o zvýšení celkové úrovně zdraví, a to jak posilování tělesné, duševní i sociální pohody, tak pozvednutí odolnosti vůči nemocem. V péči o zdraví jsou nejdůležitější činitelé **lidé** (to jak žijí, jak jsou schopni sami

pečovat o své zdraví) a celá **společnost** (jaké vytváří ekonomické a sociální podmínky pro život lidí). Podpora zdraví se uskutečňuje za aktivní účasti jednotlivých skupin, komunit, organizací i společnosti jako celku. Jednotlivec může podporovat své zdraví díky zdravému životnímu stylu. Společenská podpora zdraví znamená vytváření podmínek pro realizaci zdravého životního stylu jednotlivců a ochrana a tvorba zdravého životního stylu (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Prevence zdraví úzce navazuje na podporu zdraví. Prevence je zaměřena **proti nemocem** a je vedena snahou jim **předcházet**. Stejně tak jako podpora zdraví, tak i prevence se provádí u jedince nebo na úrovni celé společnosti. Prevence je zaměřena proti obecným příčinám nemocí. Zahrnuje jak samotnou prevenci, tak i zdravotní výchovu, komunitní aktivity nebo tvorbu celkově příznivého prostředí (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciární. **Primární prevence** zapadá do období, kdy nemoc ještě nepropukla. Cílem je tedy zabránit vzniku nemoci. Uplatňují se zde především aktivity posilující zdraví nebo odstraňující rizikové faktory (např. vyvarovat se nadměrné konzumace alkoholu nebo zavádět nekuřácká místa). Základem **sekundární prevence** je časná diagnostika a účinná léčba nemoci. Cílem je předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím. **Terciární prevence** se zaměřuje hlavně na prevenci následků nemocí, vad a handicapů, které by vedly k invaliditě a k imobilitě pacienta. Cílem je tedy omezit na nejnižší míru následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky. Můžeme tedy říci, že prevence sekundární a terciární je spíše záležitostí medicínskou (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Většina lidí chápe a uznává důležitost prevence zdraví a berou na vědomí, že je lepší nemocem předcházet než jimi trpět. Preventivní opatření a preventivní prohlídky vedou ke zvýšení kvality života i k jeho prodloužení. Přesto však někteří lidé tyto preventivní opatření přijímají neochotně nebo na ně nedbají, zatímco i třeba nepříjemnému léčení se ochotně podrobují. Jedná se o přístup, kdy jedinci, dokud jsou zdraví a nemají žádné obtíže nebo bolesti, necítí potřebu navštěvovat lékaře. Proto **výchova ke zdraví má důležitý úkol a cíl změnit chování lidí tak, aby si uvědomili důležitost a nutnost**

přechodu z oblasti léčení nemocí do oblasti podpory zdraví a prevence (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Zdraví 21 – Zdraví pro všechny do 21. století

Světová zdravotnická organizace se zabývá podporou a prevencí zdraví a přijala program „**Zdraví pro všechny do 21. století**“. Cíl této strategie je dosáhnout v prvních dvou desetiletích 21. století podstatného zlepšení zdraví u lidí v evropských státech. Nejedná se o nařízení, ale o doporučení a návod na dosažení pokroku v úrovni zdraví (Bašková a kol., 2009).

Program zdraví 21 se skládá z **21 jasných cílů**. Významnou komponentou celého programu je tedy **prevence nemocí a podpora zdraví a zdravého životního stylu**. Program Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století je zakládán na pěti principech. **Spravedlnost** je zásadním principem. Všichni lidé mají právo na spravedlivé a rovné možnosti rozvíjet svůj plný zdravotní potenciál. Dalším principem je **solidarita**, kdy je smyslem poskytnout pomoc těm, kteří mají omezené možnosti nebo jsou ohroženi nepříznivými podmínkami. Třetí princip je **trvalá udržitelnost**, což je vlastně rozšíření principu spravedlnosti o časový rozměr. Uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo ohrozit možnosti budoucích generací, aby i oni mohli uspokojit své potřeby. **Vlastní účast** je dalším principem. V tomto kontextu je jedním ze základních lidských práv a i podmínkou existence a rozvoje občanské společnosti. Jde zde o možnost pečovat o své zdraví a také o podíl na rozhodování, které zdraví ovlivňuje. Posledním principem je **etická volba**. Je to obecná zásada. Konzumní a tržní povaha společnosti může vést k podcenění výše popsaných principů jednak proto, že technologický a vědecký rozvoj ovlivňuje základní období lidské existence (Machová, Kubátová a kol., 2009).

2.4.4 Životní styl

Největší vliv na naše zdraví má způsob života neboli životní styl. Můžeme říci, že je tedy stěžejní determinantou zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Machová, Kubátová a kol. (2009, s. 16) definují životní styl takto: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené*

na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování a životní situace“.

Ovšem rozhodování jedince o jeho chování není tak zcela svobodné, jelikož je v souladu s rodinnými tradicemi a zvyklostmi společnosti a je limitováno také ekonomickou situací společnosti i vlastní a také s jeho sociální pozicí. Jedinec se může správně rozhodnout jen tehdy, kdy má dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví prospívá a upevňuje, ale také o tom, co mu škodí (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Zdravotní stav se hodnotí hlavně na základě nemocnosti a úmrtnosti. Zdraví nejvíce poškozují, jak je zmíněno již výše: **kouření, alkohol, drogy, stres, rizikové sexuální chování**. Dále je to **nesprávná výživa a nízká pohybová aktivita**, čemu se budeme věnovat v následujících kapitolách (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Životní styl mladší dospělosti a poté střední dospělosti má pravděpodobně největší vliv na to, jak dlouho a v jaké pohodě budeme žít. Péčí o své tělo připravujeme kosti a svaly na příjemné a zdravé stárnutí, preventivními opatřeními se vyhneme nemocem v pozdějším věku (Blahušová, 2009).

2.4.5 Zdravá výživa

Klima, medicína, věda, škola, příjem, zemědělství, náboženství, rodina, kultura, společnost, tradice, média, noviny – to jsou všechno faktory, které mohou ovlivňovat naši výživu (Konopka, 2004, s. 21). Ale i my sami můžeme zdravou výživu ovlivnit a můžeme ji mít zcela pod kontrolou. Pokud chceme jíst zdravě, měli bychom se zajímat o stále nové ověřené informace z této oblasti (Kunová, 2011).

Potravou člověk získává energii k zajištění své činnosti a také stavební látky k výstavbě tkání a orgánů. Správná výživa musí být vyvážená jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní. Z **kvantitativního hlediska** by měla výživa zajišťovat příjem energie, který odpovídá jejímu výdeji. Při přijímání potravy, která je energeticky bohatší, než odpovídá energetickému výdeji organismu, se v těle ukládá zásobní tuk a vzniká nadváha až obezita. Z **kvalitativního hlediska** by měla být strava vyvážená a rozmanitá, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený přísun živin, vitamínů i minerálů. Nesmíme také zapomínat

na příjem vody. Jednostranná nebo nevyvážená strava může být příčinou nedostatku některých živin, oslabení imunitního systému a zvýšení rizik onemocnění. Můžeme tedy říct, že mezi výživou a zdravotním stavem jedince existuje úzká spojitost (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Mnoho dospívajících se požadavky na zdravou výživu bohužel neřídí. Jejich jídelníček je jednostranný, nutričně chudý, ale zato velice energeticky bohatý. Rodiče v této době už neprosadí žádné zásadní změny, strava už je většinou složena podle vlastního uvážení dospívajících po vzoru v jejich okolí a to spíš kamarádů než rodiny. Proto je důležité stále propagovat zdravou výživu a s ním spojené i zdraví člověka (Piřha, Poledne a kol., 2009).

Složky, které jsou součástí potravy, se označují také jako živiny. Jsou to tedy **bílkoviny, tuky, cukry, vláknina, vitamíny, minerální látky** a také **voda** (Kotulán a kol., 2005).

Tyto složky výživy se rozdělují na dvě velké skupiny a to na makronutrienty a mikronutrienty. Za **makronutrienty** považujeme bílkoviny, tuky a cukry. Za **mikronutrienty** považujeme minerály, vitamíny a stopové prvky (Grofová, 2007).

Doporučený poměr živin v celkové denní dávce potravy je pro bílkoviny 10 – 15 %, pro tuky 30 % a pro cukry 55 % (Machová, Kubátová, 2009).

2.4.5.1 Makronutrienty

Mezi makronutrienty zařazujeme bílkoviny, tuky a cukry, jak bylo uvedeno výše. Do této kapitoly se také navíc zařazuje vláknina, která sice není makronutrientem. Pro svou chemickou strukturu a pro své příznivé účinky ve výživě běžně i umělé si však toto zařazení zaslouží (Grofová, 2007).

Bílkoviny

Bílkoviny neboli proteiny jsou základní složkou všech živých organismů. Bílkoviny člověk získává potravou a to jak rostlinou, tak i živočišnou (Kopecký, 2010).

Základní stavební jednotkou jsou aminokyseliny. Ty se dělí na esenciální a neesenciální. **Esenciální aminokyseliny** si organismus nedovede sám vytvořit

a je odkázán na jejich přísun stravou. Jsou obsaženy v potravinách živočišného původu, jako je maso, mléko a vejce. **Aminokyseliny neesenciální** organizmus také potřebuje, ale ty si dokáže vytvořit, a proto je nemusí získávat stravou. Do této skupiny patří luštěniny, obiloviny, ořechy a brambory (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Fyziologická denní potřeba bílkovin závisí na věku, pohlaví a fyzické aktivitě. U dospělého člověka je doporučená dávka přibližně 0,8 g bílkovin na 1 kg tělesné váhy jedince. U dětí je doporučená dávka vyšší, a to v prvním roce života 3 – 4 g/kg a v dalších letech pozvolný pokles až k doporučené dávce dospělého jedince (Kotulán a kol., 2005).

Ovšem naopak pokud strava obsahuje hodně bílkovin, více než je doporučená potřeba, snižuje se vytrvalost člověka. Například u sportovců se klade větší důraz na sacharidy než na bílkoviny. A také nadměrná konzumace bílkovin představuje přílišnou zátěž pro ledviny (Diehl, Ludington, 2001).

Tuky

Tuky nebo taky lipidy jsou v těle součástí všech buněk jako jejich stavební materiál nebo jsou uloženy jako zásobní látka v buňkách podkožního tukového vaziva a tukové tkáně kolem některých orgánů. Zásobní tuk je rezervou energie, kdy se při nedostatečném přísunu sacharidů (cukrů) v potravě uvolňuje a spotřebovává (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Tuky obsahují mastné kyseliny, které se dělí na dva základní druhy. Některé mastné kyseliny jsou nám prospěšné a některé nám škodí. **Mastné kyseliny nasycené** jsou nejvíce nezdravé a nebezpečné. Téměř všechny jsou živočišného původu. Zůstávají při běžné pokojové teplotě v pevném stavu. Velká spotřeba nasycených mastných kyselin zvyšuje hladinu cholesterolu v krvi a úmrtnost v důsledku kardiovaskulárních chorob (Roger, Uhrin, 2002). Cholesterol není pravý tuk, je přijímán ve stravě, která má živočišný původ, zejména z červeného masa (Čeledová, Čevela, 2010). Nasycené mastné kyseliny se objevují ve vysoké konzumaci masa, sýrů, pizzy, plnotučného mléka, másla a sladkého pečiva (Diehl, Ludington, 2001, s. 149). Další jsou **nenasycené mastné kyseliny**, které pocházejí z rostlinné říše, jedná se hlavně o ořechy, mandle apod. Nachází se také v olivovém oleji. Nenasycené mastné kyseliny, obzvláště obsažené v pšenici, v ořeších,

ve slunečnicových semínkách, jsou bezpochyby nejzdravější. Navíc snižují i hladinu cholesterolu (Roger, Uhrin, 2002).

Doporučená denní potřeba tuků ve stravě není jednoznačně stanovena. Doporučuje se, aby tuky v potravě nepřilíš fyzicky aktivních jedinců hradily nanejvýš 30 % celkového energetického příjmu. Zvyšování tohoto podílu je možné jen u těžce pracujících a u sportovců (Kotulán a kol., 2005).

Cukry

Cukry neboli sacharidy mají hlavní význam pro **zdroj energie**. Kryjí většinu energetické potřeby, a to až **55 %**. Ovšem dávka sacharidů je závislá na fyzické aktivitě a věku jedince (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Po chemické stránce se dělí na monosacharidy (glukóza, fruktóza, galaktóza), disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza) a na polysacharidy (škroby, dextriny, glykogen a další). Nejdůležitější je **glukóza**, tedy hroznový cukr, který se při nadbytku přeměňuje v zásobní tuk. Glukóza se v potravinách vyskytuje vzácně. **Fruktóza** neboli ovocný cukr, se vyskytuje v některém ovoci a v medu. **Galaktóza** je složkou laktózy, kdy **laktóza** je mléčný cukr, je přítomna v mléce a štěpí se na glukózu a galaktózu. **Škrob** nejvíce ve stravě získáváme z cereálních (obilninových) výrobků a z brambor (Kotulán a kol., 2005).

Bylo zjištěno, že každý občan České republiky ročně zkonsumuje v průměru 39 kg cukru – to představuje 21 kávových lžiček cukru denně. Toto číslo je až k neuvěření, ale musíme si uvědomit, že většinou konzumujeme tzv. skrytý cukr. Potraviny, které mají vysoký obsah cukru, jsou například: sladké limonády (kdy jedna 0,3litrová slazená limonáda může obsahovat až 12 kostek cukru) a zákusky. Jedinou možností, jak se vyvarovat potravinám s vysokým obsahem cukru, je číst etikety (Diehl, Ludington, 2001).

Vláknina

Vláknina je pojem, který označuje části rostlin a jejich plodů, které nejsou stráveny v těle. Vláknina nás dokáže **nasytit na dlouhou dobu**, zpomaluje zažívací proces a pomáhá regulovat uvolňování cukru do krevního řečiště. Nedostatek vlákniny způsobuje

řadu onemocnění, včetně srdeční choroby, žlučnickových kamenů, cukrovky, nemoci tlustého střeva nebo cukrovky. Vlákna se dělí na dvě skupiny – rozpustnou a nerozpustnou vlákninu. **Rozpustná vlákna** je přítomna v jablkách, mrkvi, ovsu a pomáhá snižovat cholesterol a srovnává hladinu cukru v krvi. **Vlákna nerozpustná** je v celozrnné pšenici, kukuřici, hnědé rýži a zvyšuje objem stolice a omezuje riziko zácpy (Scott-Moncrieffová, 2001).

Vlákna je velmi prospěšná. Prodlužuje vstřebávání živin, působí jako stabilizační faktor při vstřebávání cukru a zaručuje stálý zdroj energie v průběhu celého dne. Jídla s nízkým obsahem vlákniny jsou zdraví nebezpečná, proto bychom se měli soustředit na potraviny, které mají vlákniny co nejvíce – tedy celozrnné cereálie a pečivo, čerstvé ovoce, zelenina a dostatek luštěnin. To je ten nejzdravější a nejlevnější zdroj vlákniny (Diehl, Ludington, 2001).

2.4.5.2 Mikronutrienty

Do mikronutrientů patří minerály, vitamíny a stopové prvky. Tyto látky nám nepřinášejí chemickou energii, jsou však pro fungování ostatních systémů nezbytné (Grofová, 2007). Navíc jsme do této kapitoly zařadili i vodu, která je velmi prospěšná a důležitá pro naše zdraví.

Vitamíny

Vitamíny se nacházejí v malém množství v rostlinné a živočišné stravě. Každá z potravin má různou koncentraci svých specifických vitaminů. Pro lidskou výživu je důležitých asi dvacet vitaminů, kdy jejich funkce na sebe navzájem navazují a doplňují se a tím pomáhají k zachování zdraví. Některé vitamíny si naše tělo může vytvořit samo, ostatní musí být tělu dodávány ve stravě. Ovšem vitamíny nám nedodávají energii, protože neobsahují žádné kalorie, tudíž nepřispívají k přibývání na váze. Jsou však velmi důležitou složkou enzymů, které jsou organickými katalyzátory, bez kterých by nemohly probíhat biologické procesy. Bez vitaminů si nelze představit život. Jsou opravdu životodárné. Tvoří kůži, krev, kosti, zbavují tělo toxických látek, uvolňují energii, také umožňují rozmnožování a prodlužují život (Sharon, 1994).

Po chemické stránce mají vitamíny velmi rozmanitou strukturu, kdy vedle názvu bývají často označovány písmeny, případně ještě číselným indexem. Vitamíny se dělí na dvě skupiny: vitamíny rozpustné v tucích a vitamíny rozpustné ve vodě. První skupinu tvoří tedy **vitamíny rozpustné v tucích –vitamíny A, D, E, K**. Tyto vitamíny je tělo schopné získat ze zažívacího ústrojí jen tehdy, pokud jsou v potravě obsaženy i tuky a organismus je schopen je vstřebat. Jiný způsob, jak by se tyto vitamíny mohly v těle vstřebat, neexistuje, a tak může v případě nepřítomnosti tuků v potravě dojít ke vzniku chorobného stavu. Vitamíny rozpustné v tucích jsou ukládány ve velkém množství v játrech. Jejich vylučování jde složitější cestou, proto může dojít až k předávkování (Čermák, 2002).

Vitamín A může být přijímán potravou buď ve své konečné podobě jako retinol, nebo jako beta-karoten. Doporučuje se zhruba 1 miligramu na den (Čermák, 2002). Po stravení je beta-karoten v těle přeměněn na vitamín A. Nejvíce se nachází v ovoci a zelenině oranžové a žluté barvy a zelené zelenině (Kleiner, Greenwood-Robinson, 2010). Vitamín A je nezbytný pro zrak (včetně nočního vidění) a také pro odolnosti vůči infekcím. Je dále obsažen v tučných rybách, žloutku, játrech, plnotučném mléce (Scott-Moncrieffová, 2001).

Vitamín D je důležitý pro zdravé srdce a celý nervový systém. Je obsažen v oleji z rybích jater, houbách, listové zelenině, vejcích, másle a mléce (Scott-Moncrieffová, 2001). Doporučená denní dávka je kolem 3 – 5 mikrogramu na den (Čermák, 2002).

Vitamín E je velmi důležitý pro plodnost, vitalitu a také je výborný proti stáří. Vyskytuje se v oleji z pšeničných klíčků, ořechách, semínkách a celozrnných obilovinách (Scott-Moncrieffová, 2001). Denní potřeba tohoto vitamínu je okolo 15 miligramů na den (Čermák, 2002).

Vitamín K je významný pro srážlivost krve, zdravé zuby a kosti. Vyskytuje se v listové zelenině, sýrech a játrech (Scott-Moncrieffová, 2001). Denní doporučená dávka vitamínu K není nijak oficiálně stanovena, ale okolo 30 mikrogramu je považováno za dostatečnou dávku, kdy se stářím se dávka zvyšuje (Čermák, 2002).

Vitamíny **rozpustné ve vodě** – vitamíny **B₁, B₂, B₆, B₁₂, C**, kyselina listová, jsou druhou velkou skupinou. Tyto vitaminy organismus není schopen skladovat ve větší množství a tak se jejich nedostatek může projevit brzy. Avšak jejich rozpustnost ve vodě také umožňuje jejich rychlejší vyloučení močí a tudíž jsou onemocnění způsobená jejich nadměrným přísunem poměrně vzácná (Čermák, 2002).

Vitamin B₁ je důležitý pro zdravý nervový systém a plodnost. Je obsažen v obilninách a celozrnných výrobcích, slunečnicových semínkách, fazolích a mořských plodech (Scott-Moncrieffová, 2001).

Vitamin B₂ udržuje zdravé vlasy, pokožku, nehty i dobrý zrak. Vyskytuje se v játrech, vejcích, sýrech, mandlích a listové zelenině (Scott-Moncrieffová, 2001).

Vitamin B₆ je nezbytný pro zdravý imunitní systém a také pro vyrovnané hormonální změny u žen. Je obsažen v otrubách, slunečnicových semínkách, fazolích, játrech a ve vejcích (Scott-Moncrieffová, 2001).

Vitamin B₁₂ je důležitý pro prevenci chudokrevnosti, infekcí a duševní degenerace ve stáří. Potraviny bohaté na tento vitamin jsou játra, žlutky a tučné ryby (Scott-Moncrieffová, 2001).

Vitamin C je nezbytný pro boj proti infekcím, dobré hojení ran a prevenci srdeční choroby (Scott-Moncrieffová, 2001). Velmi významná funkce vitamínu C spočívá v posilování imunitního systému, kdy vzrůstá odolnost organismu proti infekcím. Mezi časté projevy nedostatku tohoto vitamínu patří nachlazení, časté infekce, alergie, pomalé hojení ran, zubní kazivost, častá únava, nechutenství a sklon k depresím. Za nejvydatnější zdroje vitamínu C se považují čerstvé citrusové plody, paprika, brokolice, kapusta, zelí, papaya a kiwi. Doporučená denní dávka je 100 miligramu. Tato dávka nás ochrání, avšak jako prevence před dalšími chorobami je nedostačující. Vhodné je dávkovat vyšší množství vitamínu C, a to až 1 000 miligramu denně (Sharon, 1998).

Kyselina listová je nezbytná pro prevenci chudokrevnosti, srdeční choroby a vrozených vad. Je obsažena v listové zelenině, ovoci, mléce a celozrnných obilovinách (Scott-Moncrieffová, 2001). Dokonce se i uvádí, že dle realizovaných studií kyselina listová zlepšuje myšlení (Fořt, 2007). Denní potřeba je poměrně malá,

a to 0,1 – 0,2 miligramu na den. Zvyšuje se však v těhotenství a šestinedělí (Čermák, 2002).

Minerály a stopové prvky

Minerály látky a stopové prvky hrají důležitou roli ve složce výživy člověka. Do organismu vstupují převážně díky potravě, nápojů, vody a někdy i vdechovaným vzduchem a přes kůži (Čermák, 2002). Naše tělo potřebuje přísun asi 20 látek pro život. Jedná se o látky, které si tělo nedokáže vyrobit samo, ale nutně je potřebuje ke svému fungování. Mezi hlavní patří vápník, železo, hořčík, sodík, jód, draslík a fosfor (Klescht, 2008).

Vápník je obsažen v mléce a mléčných výrobcích, sezamových semínkách, ořechách, zelenině a v chlebu. Posiluje zuby, kosti, nehty a nervy, také zlepšuje prokrvení, posiluje srdce a oběhový systém. Denní doporučená dávka vápníku je 1 000 miligramů (Gabriel, 2009).

Železo je obsaženo v potravinách, jako je maso, fazole, celozrnné produkty a čočka. Ovlivňuje hlavně krvetvorbu a transport kyslíku, také prospívá pokožce. Pokud tento prvek chybí, způsobuje to únavu a chorobný vzhled (Gabriel, 2009).

Hořčík obsahují především luštěniny, celozrnné produkty anebo zelená zelenina. Výborně podporuje zažívání a spalování tuků, také pomáhá při křečích v lýtkách a při menstruačních bolestech (Gabriel, 2009).

Sodík je obsažen v chřestu, mořských rybách, tvrdých sýrech, houbách, rýži, špenátu, celozrnných produktech, uzeninách, rozinkách, jižním ovoci a také v soli. Při nedostatku sodíku dochází k suché pleti a sliznici, člověk trpí průjmem, má svalové křeče, pálí ho žába a je nervózní (Gabriel, 2009).

Jód se nachází ve všech druzích mořských ryb, mušlích, produktech z řas, špenátu, citronech, jodizované soli i pitné vodě. Posiluje nervový systém a svaly, reguluje produkci žaludečních kyselin a hydratuje organismus (Gabriel, 2009).

Draslík – bez něho by organismus člověka nemohl fungovat tak, jak má. Bohatým zdrojem této minerální látky je hlavně ovoce a zelenina. Hlavně ořechy, avokádo, různá semena, celozrnné obiloviny, luštěniny, sušené ovoce, zelenina, rajčata, houby, brambory,

banány, meruňky a pomeranče. Posiluje nervy, reguluje hospodaření těla s vodou a kyselinami a také vytváří napjatou plet' (Gabriel, 2009).

Fosfor je obsažen hlavně v kravském mléku, mořských rybách, obilninách, mase, bramborech a ve žloutcích vajec. Je uložen převážně v kostech a zubech. Jeho nedostatek může způsobit růstové poruchy a to hlavně kostí a zubů (Gabriel, 2009).

Voda

Voda má pro náš život nezastupitelný význam a to ještě větší než potrava. Bez potravy je jedinec schopen přežít několik dní, ale bez vody začíná organismus po několika hodinách křičet o pomoc (Klescht, 2008).

Denní doporučená dávka tekutin se pohybuje od **1,5 – 3 litry denně**. Ovšem množství tekutin, které je nutné vypít, závisí na několika dalších okolnostech. A to na věku, hmotnosti, námaze, zdravotním stavu, teplotě vzduchu, vlhkosti nebo i na nadmořské výšce, ve které se zrovna nacházíme. Nesmíme také zapomenout na příjem tekutin stravou. Pokud jíme zeleninu, ovoce, polévky a sýry, můžeme si připsat na konto až jeden litr vody denně přijaté ve stravě. Na paměti bychom měli mít i to, že musíme pít průběžně. Naše ledviny jsou schopny během jedné hodiny zpracovat 300 – 350 ml vody. Pokud vypijeme najednou více tekutin, ledviny to přestanou zvládat a močí odchází i potřebné minerály, stopové prvky a vitaminy (Klescht, 2008).

Dále je důležité i to, co vlastně pijeme (Klescht, 2008). Nejideálnější je **čistá stolní voda**. Velký pozor bychom si měli dát na **limonády**. Mají vysoký obsah jednoduchých cukrů, většinou obsahují umělá barviva a příchutě a mohou způsobovat poškození zdraví (Fořt, 2007). I ovocné „nektary“, minerální slazené vody včetně slazených umělými sladidly bychom se měli vyhnout nebo pít opravdu minimálně (Fořt, 2007).

Fenoménem doby u mladých jedinců, hlavně u studentů, se staly i **energetické nápoje**, které samozřejmě taky nejsou zdraví prospěšné a dokonce je u nich doporučená maximální denní dávka a při nedodržení můžou nastat zdravotní problémy. I těmto nápojům bychom se měli co nejvíce vyhnout (Fořt, 2005).

I **káva** a **čaj** je v dnešní době velmi oblíben a to díky své jedinečné vůni a povzbuzujícím účinkům. Ovšem **kofein** má jisté tělesné a psychické účinky, které jsou

škodlivé pro naše zdraví. Zvyšuje hladinu mastných kyselin v krvi, zvyšuje krevní tlak, může způsobovat pálení žáky, může vést ke vzniku žaludečních vředů. Měli bychom pít kávy omezit na minimum, případně ji nepít vůbec a vyměnit ji třeba za kávové náhražky nebo bylinkové čaje, které neobsahují kofein (Foster, 1993).

2.4.6 Pyramida zdravé výživy

Vznikla doporučení složení stravy, které představuje pyramida zdravé výživy (Obrázek 4). Základ pyramidy tvoří přílohy, jako je rýže, těstoviny, obiloviny, celozrnné pečivo s vyšším obsahem vlákniny, luštěniny a ořechy. To jsou potraviny, které představují základ zdravé stravy. Potraviny umístěné na vrcholu pyramidy bychom měli konzumovat v tom nejmenším množství. Zelenina a ovoce jsou ve druhém patře pyramidy. Ve třetím patře jsou živočišné potraviny jak mléčné, tak masové. Na vrcholu pyramidy jsou tuky a sladkosti, kterým bychom se měli vyhýbat (Čeledová, Čevela, 2010).



Obrázek 4: Pyramida zdravé výživy (Čeledová, Čevela, 2010)

Mezi **obecné zásady** patří častý pobyt na čerstvém vzduchu, střídmost v jídle, jíst spíše častěji a menší porce (doporučuje se až 6x), jídlo si v průběhu dne vhodně rozdělit, jíst v klidu a v příjemném prostředí, preferovat bílkoviny a vitamíny před sacharidy, nekouřit a nepít větší množství alkoholu (Čeledová, Čevela, 2010).

2.4.7 Pohybová aktivita

„Fyzická aktivita je vše, co děláme v průběhu dne a u čeho se pohybujeme, takže nemusí se nutně jednat o „týrání těla“ ve fitness centru“ (Klescht, 2008, s. 112). Je všeobecně známo, že pohybová aktivita je pro nás prospěšná, jen málokdo si ale uvědomuje, že pro dobrý zdravotní stav je naprosto nezbytná. Nejenom mladí lidé mají v dnešní době výběr z mnoha pohybových aktivit, jen už je těžší si zvyknout na pravidelnost. Mnoho mladý jedinců se také vymlouvá na nedostatek času. Ovšem musíme vědět, že cvičení nám pomáhá a přináší nám příjemné pocity. Přiměřený pohyb nám může pomoci daleko více než množství léků (Foster, 1993).

Nyní si uvedeme širokou škálu pozitiv, které získáváme díky tělesné aktivitě. **Pohybová aktivita podporuje** srdeční činnost a **zvyšuje** výkon, **normalizuje** krevní tlak, **zlepšuje** schopnost krve přenášet kyslík, **snižuje** klidovou hodnotu pulsu, **podporuje** krevní oběh. Dále pohyb díky reflexní činnosti a chemickým přeměn **stimuluje** hluboké břišní dýchání, **zlepšuje** činnosti plic, **uvolňuje** napětí svalů. Pohyb je příjemný i při depresi, proti záporným emocím, příjemně čistí hlavu od starostí. **Zvyšuje** sebevědomí, zmírňuje rozčilení. **Podporuje** trávení, **snižuje** plynatost a **pomáhá** při zácpě. Také **zpomaluje** proces stárnutí, **zvyšuje** vytrvalost a **předchází** únavě. **Stimuluje** produkci endorfinů v mozku, kdy endorfiny vyvolávají pocit uvolnění a dobré nálady (Foster, 1993).

Jak je výše uvedeno, tak existuje mnoho druhů pohybové aktivity. Konopka (2004) rozlišuje sportovní odvětví na: vrcholový sport, výkonnostní, zdravotní a rekreační sport. Ve **vrcholovém sportu** musí sportovci opakovaně dosahovat vynikajících výsledků. Mezi cíle patří vítězství v soutěži, získání medaile nebo překonání rekordu. Ve **výkonnostním sportu** jde také o dosahování maximální výkonnosti. Cílem je zúčastnit se závodu a dosáhnout nejlepšího výsledku. Rozdílem oproti vrcholovému sportu je snaha dosáhnout nadprůměrných výkonů. Do **zdravotního cvičení** zařazujeme cvičení, které má zdravotní cíl. Hlavním cílem a motivací je dosáhnoutí a udržení si dobrého zdravotního stavu. **Rekreační sportování** je založeno na sociálních kontaktech.

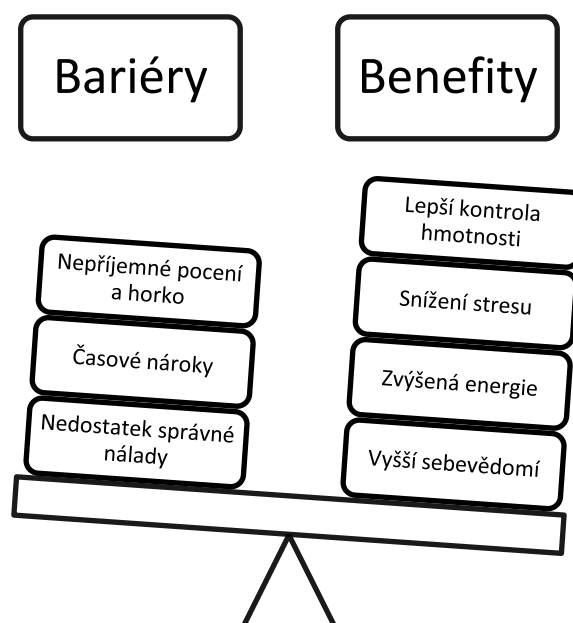
Hlavním rozdílem mezi těmito druhy sportů je ve stupni intenzity zatížení.

U rekreačního sportu a zdravotního cvičení jde o zatížení se střední intenzitou a s odpovídající látkovou výměnou a energetickou náročností (Konopka, 2004).

Jako nejlepší, nejsnadnější a nejlevnější činnost je **rychlá chůze**. Dále i **běh na lyžích** vyžaduje mnoho energie a řadí se na horní místo tabulek, které porovnávají nejrůznější typy cvičení. **Plavání** je dokonalé cvičení pro pěstování svalové hmoty horních končetin, trupu a nohou. **Běh** je v dnešní době velmi oblíbeným sportem mladých lidí. Hlavní výhodou běhu je úspora času a i finančních prostředků (Foster, 1993).

V současné době se doporučuje, aby se lidé věnovali nejméně **30 minut středně namáhavým pohybovým aktivitám** (jízda na kole, rychlá chůze, tanec, práce na zahradě, golf, turistika, volejbal, vysávání, mytí auta apod.) aspoň **5 dnů v týdnu**, nebo nejméně **20 minut velmi namáhavým pohybovým aktivitám** (kondiční běh, lekce spinningu) aspoň **3 dny v týdnu** (Marcus, Forsyth, 2010).

Jedinci v mladší dospělosti jsou na vrcholu fyzické zdatnosti. Ovšem úroveň fyzické aktivity nevydrží stále stejná a proto v průběhu života klesá. Studie uvádějí, že v tom hrají úlohu jak sociální, psychické, tak i biologické faktory (Bouchard, Blair, Haskell, 2012). **Marcus a Forsyth** (2010) uvádějí, že lidé mají vyšší motivaci ke cvičení či pohybové aktivitě, pokud si myslí, že benefity převažují nad bariérami (Obrázek 5).



Obrázek 5: Bariéry versus benefity (Marcus, Forsyth, 2010)

Machová, Kubátová a kol. (2009, s. 58) uvádějí: „*Na pohyb nelze pohlížet pouze jako na prostředek ovlivňující fyzické zdraví a kondici, ale je třeba si uvědomit také jeho další hodnoty. Kromě účinků socializačních a komunikačních jsou to účinky psychoregenerační, psychoregulační a psychorelaxační, které příznivě působí na duševní stav jedince, neboť jsou prevencí stresu, negativních emocí a dalších nežádoucích jevů. Cíleně prováděný aktivní pohyb by se proto měl stát nezbytnou součástí životního stylu dnešního člověka, jeho denního režimu*“.

Pohybová aktivita se mnohdy může překrývat s **volnočasovou aktivitou**. Mnoho jedinců považují pohyb za koníček a berou tento čas jako čas zábavy. Jiní volný čas mohou věnovat četbě knihy, procházkám, díváním se na televizi nebo trávení volna u počítače. Ovšem dvě poslední uvedené aktivity by opět měly být s mírou a jedinci mi měli myslet i na svůj zdravý životní styl a pohyb, který, jak bylo uvedeno, je velmi důležitý pro náš život. Sigmund, Sigmundová (2011) uvádějí doporučení pro adolescenty, že by jejich nepřetržité sledování televize či monitoru počítače nemělo překročit 2 hodiny denně.

2.4.8 Odpočinek a spánek

2.4.8.1 Odpočinek

Život v moderní době je pro jedince rychlý, vzrušující a vyčerpávající. Proto by každý člověk měl dodržovat a dopřát si řádný odpočinek. Odpočinek umožňuje tělu zregenerovat se. Dochází k vylučování odpadních látek z těla a doplňují se zásoby různých enzymů. Odpočinek také podporuje proces hojení při poranění, infekci, nemoci a mnoha jiných obtížích včetně stresu. I imunitní systém se díky odpočinku posiluje a tak se aktivně podílí na boji proti různým nemocem (Diehl, Ludington, 2001).

Foster (1993, s. 37) tvrdí: „*Abychom byli zdraví, musíme odpočívat*“. A je to tak. Odpočinek je doba, kdy se získává energie. Pokud člověk nedbá na příznaky únavy, může následovat vyčerpání a tělesné zhroucení. Lidé by měli pracovat podle svých možností a nepřekračovat rozumné hranice.

Odpočívat můžeme různě. Někdo rád odpočívá na pláži, s knížkou doma, u televize nebo i sportem. Je mnoho způsobů odpočinku a každý jedinec musí sám přijít na to, co mu dělá dobře.

Můžeme zde zařadit i pojem **relaxace**, který vypovídá o různých způsobech uvolnění psychického napětí, jejichž principem je nejčastěji napínání a uvolňování svalů, dechová cvičení, soustředění pozornosti na různé fyziologické pochody v těle a výcvik sebeovládání (Křivohlavý, 2009).

Relaxace je vhodným nástrojem v boji s různými těžkostmi, jako je bolest hlavy úzkost, chronická bolest a jiné (Křivohlavý, 2009).

Co tedy můžeme dělat pro odpočinek a relaxaci? Nejdůležitější je, si na odpočinek a uvolnění udělat čas. Nepokoušejme se dělat více, než stačí udělat jeden člověk. Nevystavujme se pracovnímu či studijnímu zatížení nad své možnosti. Naučme se relaxovat i při práci, učení, studiu. Dopřejme si po každých dvou hodinách práce pětiminutové přestávky. Plánujme si čas pro svoji rodinu i přátele. Nezapomínejme na dovolenou a zvykněme si pravidelně cvičit (Foster, 1993).

2.4.8.2 Spánek

Foster (1993, s. 45) uvádí: „*Spánek je období sníženého vědomí, z něhož může být osoba správným podnětem probuzena*“.

Praško, Espa-Červená a Závěšická (2004, s. 11) píší: „*Spánek lze charakterizovat jako stav snížené mentální i pohybové aktivity, který slouží k obnově psychických i fyzických sil a svojí kvalitou citlivě reaguje na fyziologické i patologické změny v organismu*“.

Střídání období klidu a aktivity je jednou ze základních vlastností všech živých organismů. Běžný spánek dospělého člověka je obvykle takový, že člověk ulehne do postele, přichystá se ke spaní, uvolní se a do 15 až 30 minut usne. Probouzí se zhruba 2 – 3 krát za noc, ale ihned usne. Definitivní probuzení pak přichází ráno, většinou po 6 – 8 hodinovém spánku (Praško, Espa-Červená a Závěšická, 2004).

Spánek je klasifikován do dvou hlavní kategorií – **REM** (rapid eye movements, tj. rychlé oční pohyby) je první kategorie a **non-REM** (no rapid eye movements, tj. bez rychlých očních pohybů) je kategorie druhá (Foster, 1993).

Náš mozek obsahuje miliardu nervových buněk – neuronů zapojených do různých okruhů. Neurony jsou schopny vytvářet, přijímat a vysílat elektrické signály. Přístroj EEG – elektroencefalografie umožňuje snímat a zaznamenat malé elektrické proudy na povrchu hlavy. Elektrická aktivita našich neuronů se velmi liší, když jsme bdělí – aktivita je velmi rychlá, a když spíme – aktivita se začíná pomalu zpomalovat (Praško, Espa-Červená a Závěšická, 2004).

Non-REM spánek má **4 stadia**. **1. stadium** nastává, když dojde ke zpomalení aktivity jedince, která odpovídá stavu usínání. Člověk se postupně psychicky uvolňuje, relaxuje jeho svalstvo, zpomaluje se srdeční tep, dýchání, kontakt s okolím se pozvolna ztrácí a člověk se začíná propadat do spánku. Pokud nás nic nevyruší, nastává další spánkové stadium – **stadium 2**, kdy probíhá nehluboký spánek. V tomto stadiu může být jedince probuzen i malými podněty, jako je dotek či zvuk. Když se v tomto stadiu člověk probudí, může mít pocit, že vůbec nespál. Jak spánek pokračuje, tak se stává čím dál více hlubším. V EEG záznamu můžeme vidět vysoké a velmi pomalé vlny. Nastává **stadium 3 a 4**, kdy se jedná o nejhlubší spánek, svalstvo je úplně uvolněné, dech je zpomalen, tep srdce také a klesá krevní tlak i tělesná teplota. Kvalita a množství stadií 3 a 4 mají velký a rozhodující vliv na pocit odpočatosti a svěžesti po probuzení (Praško, Espa-Červená a Závěšická, 2004).

Těmito čtyřmi spánkovými stadii prochází člověk postupně tak, jak bylo uvedeno. Ovšem zhruba po 1 – 2 hodinách dochází k významné změně v mozkové aktivitě. V EEG záznamu se objeví rychlá elektrická aktivita, která je hodně podobná záznamu během bdělého stavu. Přesto ale stále spíme. Oči se za zavřenými víčky rychle a nepravidelně pohybují a právě proto nazýváme toto stadium jako **REM stadium spánku**. První stadium spánku REM trvá asi 10 – 15 minut, poté spánek pokračuje jako během usínání – stadii 2 a 3 do stadia 4 a pak následuje zase další REM stadium. Stadia 1 – 4 a jedna perioda spánku REM se nazývá **spánkový cyklus**. Ten obvykle trvá 90 – 120 minut, během noci

tedy můžeme napočítat až 4 – 5 úplných spánkových cyklů (Praško, Espa-Červená a Závěšická, 2004).

Potřeba spánku je velmi individuální. Zdravý dospělý člověk spí denně průměrně 6 – 8 hodin. Jsou však lidé, kterým stačí pouhých 5 – 6 hodin spánku. 2 % populace vyžadují méně než 5 hodin spánku a 2 % populace potřebují spát o hodně déle a to až 9 hodin (Praško, Espa-Červená a Závěšická, 2004).

Vysokoškolští studenti jsou známi svým častým ponocováním. Buď přicházejí závěrečné zkoušky a v jejich oknech se svítí celou noc anebo se koná nějaká společenská akce. Učení na poslední chvíli po nocích může zlepšit jejich konečné výsledky jen nepatrně. Mohou se pak objevit výpadky paměti až ztráta koncentrace – a to vše způsobuje nedostatek spánku. Ovšem jsou jedinci, kterým se zdá, že se jim lépe pracuje v pozdější části dne než brzy ráno. Ale i oni by měli myslet na řádný spánek a odpočinek (Foster, 1993).

Nejběžnější porucha spánku je **nespavost**. Zahrnuje potíže při usínání nebo způsobuje předčasné vstávání a buzení. Tato porucha může být způsobena emočními poruchami, jako je úzkost a deprese, které vznikají, když opakovaně „řešíme“ své denní záležitosti nebo se trápíme nad různými představami. Příčiny nespavosti mohou být i původu tělesného, jako je bolest, hlad, zima nebo teplo, kašel apod. Obecně cokoli nám způsobuje nepohodlí, tak zabraňuje usínání a spánku (Foster, 1993).

Co bychom si měli o spánku pamatovat a podle čeho se řídit, aby se nám spalo co nejlépe a spánek byl efektivním odpočinkem? Důležitá je klidná ložnice a pohodlné lůžko. Před spánkem bychom měli vyvětrat ložnici na 16 – 21 °C. V místnosti by mělo být ticho a dostatečně zatemněno. Měli bychom před spaním zapomenout na silný černý čaj nebo dokonce i kávu. Také strava by neměla být na noc náročná a měli bychom jíst pouze lehce stravitelná jídla. Co jednou za čas neuškodí, jsou dvě deci kvalitního červeného vína. K snazšímu usínání ale také pomáhá teplé mléko se lžičkou medu anebo teplé kakao (Gabriel, 2009).

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Cíle výzkumu

Cílem empirické části diplomové práce bylo analyzovat postoje studentů pedagogické fakulty a zjistit, jak studenti vnímají zdravý životní styl a jak je pro ně důležitý. Cílem tedy bylo zjistit, **jaké postoje zaujímají studenti pedagogické fakulty ke zdravému životnímu stylu.**

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak vnímají důležitost zdravého životního stylu studentky (ženy) a studenti (muži) pedagogické fakulty.
2. Zjistit, zda se postoje studentů pedagogické fakulty ke zdravému životnímu stylu odlišují v závislosti na délce jejich studia na fakultě (tj. v 1. a končícím roce studia).
3. Zjistit, zda se postoje studentů pedagogické fakulty ke zdravému životnímu stylu odlišují v závislosti na jejich studijním oboru.

3.2 Výzkumné problémy

Na základě studia odborné literatury a vlastních zkušeností jsme stanovili následující **výzkumné problémy:**

- P1:** Je rozdíl ve vnímání životního stylu studentek (žen) a studentů (mužů) pedagogické fakulty?
- P2:** Je rozdíl ve vnímání životního stylu u studentů 1. ročníku a studentů končícího ročníku pedagogické fakulty?
- P3:** Odlišují se postoje ke zdravému životnímu stylu v závislosti na studovaném oboru?
- P4:** Odlišují se postoje k nemoci v závislosti na studovaném oboru?
- P5:** Je alkohol vnímán studenty pedagogické fakulty odlišně než drogy?

3.3 Hypotézy

H1: Studentky (ženy) pedagogické fakulty hodnotí pojem „zdravý životní styl“ lépe než studenti (muži) pedagogické fakulty a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

H2: Studenti v končícím ročníku pedagogické fakulty hodnotí pojem „zdravý životní styl“ lépe než studenti 1. ročníku pedagogické fakulty a tento pojem je pro ně méně energeticky náročný.

H3: Studenti pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „výchova ke zdraví“ lépe než studenti oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

H4: Studenti pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy hodnotí pojem „nemoc“ lépe než studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

H5: Studenti pedagogické fakulty hodnotí pojem „alkohol“ lépe než pojem „drogy“ a tento pojem „alkohol“ je pro ně méně energeticky náročný než pojem „drogy“.

3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl realizován u studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Do výzkumného šetření bylo zapojeno celkem 150 studentů (viz Tabulka 1), kterým byl rozdán dotazník a sémantický diferenciál ATER (Chráška, 2007), modifikovaný podle Chráskové (2015) – viz Příloha 1, se kterým jsme po celou dobu výzkumné části pracovali.

Tabulka 1: Složení výzkumného vzorku

Obor	Ročník a typ studia	Pohlaví studenta	Počet studentů
Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání, Pedagogická fakulta, UPOL	1. ročník, bakalářský program	6 mužů 27 žen	33
Společenské vědy se zaměřením na vzdělávání, Pedagogická fakulta, UPOL	1. ročník, bakalářský program	10 mužů 20 žen	30
Učitelství pro mateřské školy, Pedagogická fakulta, UPOL	2. ročník, bakalářský program	0 mužů 9 žen	9
Učitelství pro mateřské školy, Pedagogická fakulta, UPOL	3. ročník, bakalářský program	0 mužů 12 žen	12
Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika, Pedagogická fakulta, UPOL	3. ročník, magisterský program	0 mužů 19 žen	19
Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy, Pedagogická fakulta, UPOL	1. ročník, navazující magisterský program	5 mužů 16 žen	21
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, Pedagogická fakulta, UPOL	1. ročník, navazující magisterský program	2 muži 9 žen	11
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, Pedagogická fakulta, UPOL	2. ročník, navazující magisterský program	1 muž 14 žen	15

3.5 Výzkumná metoda

Pro náš výzkum se jevila jako nejideálnější **metoda sémantického diferenciálu**.

Chráska (2007, s. 221) uvádí: „*Tato zajímavá metoda umožňuje měřit individuální, psychologické významy určitých objektů (obyčejně pojmů) u jednotlivých osob. Je známou skutečností, že posuzuje-li jeden objekt více posuzovatelů, každý z nich jej „vidí“ poněkud (někdy dokonce velmi) odlišně. Vedle společného kulturního významu má totiž každý pojem ještě další, vedlejší významy, které charakterizují jednotlivé posuzovatele.*“

Metoda sémantického diferenciálu vznikla v roce 1957, kdy ji vytvořil americký profesor C. Osgood, aby mohly být měřeny vedlejší, psychologické významy pojmů (Chráska, 2007).

U této metody se individuální významy pojmů měří pomocí určitého počtu posuzovacích škál, které bývají obvykle sedmibodové. Respondenti tak zaznamenávají svůj postoj o posuzovaných objektech výběrem určitého bodu na těchto škálách. U škál jsou krajní body tvořeny dvojicí přídavných jmen, které mají protikladný význam. Respondenti tedy vyjadřují volbou na škále míru vlastnosti, která je vyjádřena příslušnou dvojicí přídavných jmen. Potom se přiřazují k jednotlivým bodům na škále číselné hodnoty 1 až 7. C. Osgood doporučuje, aby se každý pojem posuzoval z hlediska tří faktorů: **faktor hodnocení** – dobro či zlo pojmu, označován písmenem „h“, **faktor potence** – síla pojmu, označován písmenem „p“ a **faktor aktivity** – vztah pojmu k pohybu a změnám, označován písmenem „a“ (Chráska, 2007).

Pokud určíme u konkrétního pojmu tyto tři faktory, tak podle C. Osgooda je určen individuální psychologický význam pojmu. Potom lze graficky znázornit význam jednotlivých pojmů jako body v **trojdimenzionálním prostoru**, neboli jako **sémantický prostor** (Chráska, 2007).

V pedagogické neboli edukační oblasti je možné využít **dvoufaktorový sémantický diferenciál**, kdy jsou pojmy posuzovány z hlediska dvou faktorů – **faktoru hodnocení** a **faktoru energie** (Chráska, 2007).

3.5.1 Dvoufaktorový sémantický diferenciál

Při posuzování pojmů z hlediska tří faktorů je příliš detailní a nepřináší o mnoho více informací než posuzování z hlediska dvou faktorů (Chráska, 2007). Proto jsme si vybrali dvoufaktorový sémantický diferenciál.

První faktor se označuje jako **faktor hodnocení** a je ve shodě s C. Osgodem. Vyjadřuje, jak moc je posuzovaný pojem respondenty vnímán jako „dobrý“ nebo „špatný“ (Chráska, 2007).

Druhý faktor, který se označuje, jako **faktor energie** vyjadřuje, jak moc respondenti chápou pojmy jako „něco“ spojeného s námahou, různými obtížemi, změnami či aktivitou (Chráska, 2007).

Pokud respondent posuzuje více pojmů, tak by každý tento pojem měl být posuzován na zvláštním listu. Hodnocení provádí respondent tak, že na každé škále vyznačí „x“ v příslušné zvolené škále (Janoušek a kol., 1986).

Sémantický diferenciál se vyhodnocuje nejprve pro každý pojem pomocí jeho průměrného skóre ve všech faktorech. Díky tomu si tak můžeme vytvořit sémantický prostor. Osgood pro svůj klasický třífaktorový diferenciál využívá trojrozměrného prostoru k zobrazení sémantického prostoru, ale někdy lze použít pro grafické znázornění i dvojrozměrné zobrazení sémantického prostoru, který se využívá při dvoufaktorovém sémantickém diferenciálu a jeho vyhodnocováním, do něhož se nepromítají výsledky ve faktoru aktivity (Chráska, 2007).

3.5.2 Vytváření měrného nástroje sémantického diferenciálu

Prvním hlavním krokem při vytváření sémantického diferenciálu je výběr pojmů, které chceme hodnotit a jejichž význam bychom chtěli sledovat. Kerlinger (1972) uvádí, že pojmy by měli být schopny vyvolat velkou variaci a různé odpovědi.

V našem výzkumu se pojmy vztahovaly k obsahu teoretické části. Vybrány byly následující pojmy:

kolegové studenti; vysoká škola, na které studuji; osobní počítač; budoucnost; peníze; dieta; rodiče; výchova ke zdraví; vzdělání; já; moje vztahy s lidmi; alkohol;

kouření; fast food; tělesné zdraví; psychické zdraví, rizikové sexuální chování; pohybová aktivita; psychická závislost na technologiích (PC, mobil, Internet ...); ovoce a zelenina ve stravě; moje profesní příprava; přátelství; nemoc; láska; zdravý životní styl; civilizační nemoci; psychická zátěž (stres); obezita; můj vztah k osobám s postižením; stáří.

Vybrané pojmy byly záměrně promíchány a postupně na sebe nenavazují. Je to takto provedeno záměrně, aby se pro studenty „zajímavější“ pojmy smíchaly s „méně zajímavými“. Dalším důležitým krokem byl **výběr škál**, tedy výběr párů přídavných jmen. Ze zmiňovaného výzkumu jsme převzali škály: **dobrý – špatný, nenáročný – náročný, nepříjemný – příjemný, problémový – bezproblémový, světlý – tmavý, lehký – těžký, ošklivý – krásný, snadný – obtížný, sladký – kyselý, přísný – mírný.**

Aby se předešlo nebezpečí stereotypního posuzování ve škálách, byly některé škály prezentovány v tzv. **reverzní podobě**, kdy tyto škály mají převrácené krajní body. Reverzní škály jsou číslo pod číslem 3, 4, 7 a 10 (Obrázek 6) v záznamovém listu (Chráska, 2007).

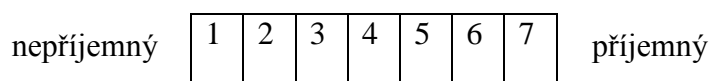
V následující ukázce (Obrázek 6) našeho sémantického diferenciálu jsou v závorkách vyznačeny předpokládané faktory – faktor energie jako (e) a faktor hodnocení jako (h).

ALKOHOL

1	dobrý	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	špatný (h)
2	nenáročný	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	náročný (e)
3	nepříjemný *	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	příjemný (h)
4	problémový *	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	bezproblémový (e)
5	světlý	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	tmavý (h)
6	lehký	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	těžký (e)
7	ošklivý *	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	krásný (h)
8	snadný	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	obtížný (e)
9	sladký	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	kyselý (h)
10	přísný *	<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	mírný (e)

Obrázek 6: Záznamový list se škálami sémantického diferenciálu (Chrásková, 2015)

Od jednotlivých škál pomocí přiřazených čísel (od 1 do 7) poskytuje sémantický diferenciál velké množství dat. Vyhodnocovali jsme tímto způsobem:



Názornou představu o chápání významu vybraných pojmů u studentů pedagogické fakulty jsme si udělali na základě grafického zobrazení jejich **sémantického prostoru** (Obrázek 7). A to dvourozměrný sémantický prostor z výpočtů průměrů v obou faktorech – pro každý pojem průměr faktoru hodnocení i faktoru energie – viz dále (Chráska, 2007).

3.6 Průběh vlastního šetření

Našeho výzkumu se zúčastnilo 150 studentů pedagogické fakulty, kteří vyplnili měrný nástroj ATER v plném rozsahu. Tato získaná data jsme vyhodnotili dle předešlého popisu v kapitole 3.5.2 Vytváření měrného nástroje sémantického diferenciálu.

Pro vlastní zhodnocení výsledků a následnou diskuzi jsme nakonec vybrali 11 pojmů, které se nejvíce vztahují k našim vytyčeným cílům a hypotézám: „Alkohol“, „Civilizační nemoci“, „Drogy“, „Fast Food“, „Kouření“, „Nemoc“, „Ovoce a zelenina ve stravě“, „Psychická zátěž (stres)“, „Pohybová aktivita“, „Výchova ke zdraví“ a „Zdravý životní styl“.

Hodnocení pojmu se počítalo z výsledků na škálách: nepříjemný x příjemný a ošklivý x krásný, **energie pojmu** se počítala ze škál nenáročný x náročný a snadný x obtížný (Chrásková, 2015).

Dále jsme pro přesnější posouzení významnosti jednotlivých pojmů použili **Studentův t-test**, který je stručně popsán v následující kapitole (3.7).

3.6.1 Použitá metoda na ověřování stanovených hypotéz – Studentův

t-test

Studentův t-test je jedním z nejznámějších statistických testů významnosti, využívá se při testování hypotéz. Pomocí něho můžeme rozhodnout, zda dva soubory dat, které jsme získali měřením ve dvou různých skupinách objektů (v našem případě studentů), mají stejný aritmetický průměr. Porovnává se vypočítaná hodnota testového kritéria t s hodnotou kritickou na zvolené hladině významnosti. V našem případě t-testu jsme použili hladinu významnosti 0,05, tedy 5 % (Chráska, 2007).

Před výpočtem byla data zapsána do tabulkového programu EXCEL a následně převedena do programu STATISTICA 12 CZ, kde byl realizován i vlastní výpočet Studentova t-testu.

3.7 Zjištěné výsledky výzkumu

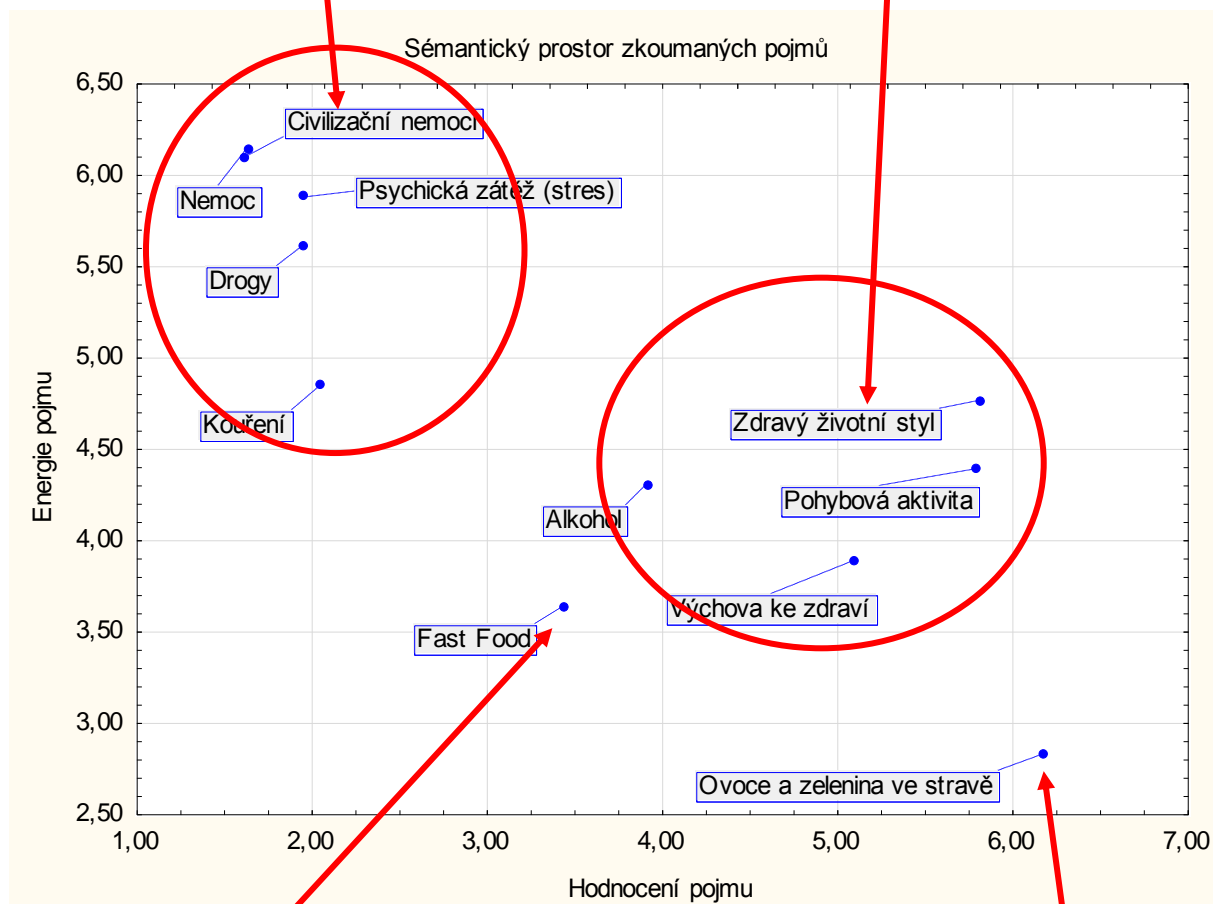
Jak jsme již zmínili výše, pro názornou představu o chápání významu vybraných pojmů u studentů pedagogické fakulty, jsme vytvořili **dvourozměrný sémantický prostor** (Obrázek 7) těchto pojmů. Jedná se tedy o pojmy: „Alkohol“, „Civilizační nemoci“, „Drogy“, „Fast Food“, „Kouření“, „Nemoc“, „Ovoce a zelenina ve stravě“, „Psychická zátěž (stres)“, „Pohybová aktivita“, „Výchova ke zdraví“ a „Zdravý životní styl“.

Také je výhodné určit, jak daleko jsou jednotlivé pojmy v sémantickém prostoru od sebe. Získáme tím přesnější popis sémantického prostoru. Jestliže se dva pojmy nalézají blízko u sebe v sémantickém prostoru, pak jsou si podobné významem. Naopak, jsou-li v sémantickém prostoru daleko od sebe, separovány, liší se významem, který pro studenta mají (Chrásková, 2007).

Tento sémantický prostor nám umožňuje nahlédnout do postojů studentů pedagogické fakulty, protože zobrazuje jejich chápání a posuzování těchto konkrétních pojmů. Můžeme vidět, že pojmy „Civilizační nemoci“, „Nemoc“, „Psychická zátěž (stres)“, „Drogy“ si jsou v těsné blízkosti, tedy jsou si u studentů pedagogické fakulty podobné významem. Pojem „Kouření“ už se od těchto zmiňovaných pojmů vzdaluje, tedy se významem u studentů pedagogické fakulty liší. Pojmy „Zdravý životní styl“, „Pohybová aktivita“ a „Výchova ke zdraví“ se nalézají také blízko u sebe v sémantickém prostoru a jsou si tedy u studentů pedagogické fakulty podobné významem. Dále například pojem „Ovoce a zelenina ve stravě“ je v sémantickém prostoru daleko od pojmů „Nemoc“ nebo „Civilizační nemoci“, tedy se liší významem, který pro studenta pedagogické fakulty má.

Zde jsou pojmy, které jsou vztahem ke zdravému životnímu stylu špatné, tzn., že jsou studenty tyto pojmy nízké hodnocené a zároveň jsou pro ně velmi obtížné.

Zde se nacházejí pojmy, které jsou studenty dobře hodnocené a studenti je považují za středně obtížné.



Obrázek 7: Sémantický prostor zkoumaných pojmů

Zde můžeme vidět, že studenti mají správné povědomí o tom, že pojem „Fast Food“ vzhledem ke zdravému životnímu stylu není vhodný a má nízké hodnocení.

Je velmi zajímavé, že v pojmu „Ovoce a zelenina ve stravě“ paradoxně studenti nevidí problém. Tento pojem je vysoce hodnocen a studenti jej z hlediska energie nepovažují za něco obtížného.

Při posuzování platnosti hypotéz nejdříve formulujeme nulovou hypotézu a alternativní hypotézu. Alternativní hypotéza se ověřuje přímo, nejčastěji proti nulové hypotéze, kdy nulová hypotéza je domněnka, která tvrdí, že mezi proměnnými, které zkoumáme, není vztah (Chráska, 2007).

Pro posouzení hypotéz jsme dále nejdříve spočítali signifikance rozdílů mezi hodnocením a energií dvou konkrétních pojmů u dvou konkrétních skupin studentů. K tomuto byl využit Studentův t-test (výstupy z programu STATISTICA 12 CZ k jednotlivým hypotézám jsou v podobě tabulek uvedeny v přílohách – viz dále). Dle vypočítané hodnoty signifikance „p“ (= riziko neoprávněného odmítnutí nulové hypotézy, kdy $p = 0,05$), jsme následně vyhodnotili pravdivost hypotéz.

H1: Studentky (ženy) pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti (muži) pedagogické fakulty a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

H_{01} : Studentky (ženy) pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ stejně jako studenti (muži) pedagogické fakulty a zároveň je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

H_{A1} : Studentky (ženy) pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti (muži) pedagogické fakulty a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

Z tabulky (Příloha 2, Tabulka 2) můžeme vyčíst, že mezi studentkami (ženami) pedagogické fakulty a studenty (muži) pedagogické fakulty jsou statisticky významné rozdíly ve faktoru hodnocení pojmu „Zdravý životní styl“, kdy studentky (ženy) hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti (muži). Avšak ve vynaložené energii ve spojitosti s pojmem „Zdravý životní styl“ mezi studentkami (ženami) a studenty (muži) nejsou statisticky významné rozdíly.

Závěr: Nemůžeme odmítnout H_{01} : Studentky (ženy) pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ stejně jako studenti (muži) pedagogické fakulty a zároveň je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

Hypotézu H1 se nám proto jako celek nepodařilo dokázat.

H2: Studenti v končícím ročníku pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti 1. ročníku pedagogické fakulty a tento pojem je pro ně méně energeticky náročný.

H₀₂: Studenti v končícím ročníku pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ stejně jako studenti 1. ročníku pedagogické fakulty a tento pojem je pro ně stejně energeticky náročný.

H_{A2}: Studenti v končícím ročníku pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti 1. ročníku pedagogické fakulty a tento pojem je pro ně méně energeticky náročný.

Z uvedené tabulky (Příloha 2, Tabulka 3) je patrné, že mezi studenty končícího ročníku pedagogické fakulty a studenty 1. ročníku pedagogické fakulty v hodnocení pojmu „Zdravý životní styl“ a v energii pojmu „Zdravý životní styl“ nejsou statisticky významné rozdíly.

Závěr: Nemůžeme odmítnout H₀₂: Studenti v končícím ročníku pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ stejně jako studenti 1. ročníku pedagogické fakulty a tento pojem je pro ně stejně energeticky náročný.

Hypotézu H2 se nám nepodařilo dokázat.

H3: Studenti pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ lépe než studenti oboru Sociálních věd se zaměřením na vzdělávání a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

H₀₃: Studenti pedagogické fakulty Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ stejně jako studenti oboru Sociálních věd se zaměřením na vzdělávání a zároveň je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

H_{A3}: Studenti pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ lépe než studenti oboru Sociálních věd se zaměřením na vzdělávání.

věd se zaměřením na vzdělávání a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

Z tabulky (Příloha 3, Tabulka 4) je patrné, že mezi studenty pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a studenty oboru Společenský věd se zaměřením na vzdělávání jsou statisticky významné rozdíly v hodnocení pojmu „Výchova ke zdraví“. Studenti oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí tento pojem lépe než studenti oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání. Ovšem vynaložená energie ve spojitosti s pojmem „Výchova ke zdraví“ se neliší mezi studenty pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a studenty oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání.

Závěr: Nemůžeme odmítnout H_{03} : Studenti pedagogické fakulty Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ stejně jako studenti oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání a zároveň je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

Hypotézu H3 se nám proto jako celek nepodařilo dokázat.

H4: Studenti pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy hodnotí pojem „Nemoc“ lépe než studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

H_{04} : Studenti pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy hodnotí pojem „Nemoc“ stejně jako studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika a zároveň je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

H_{A4} : Studenti pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy hodnotí pojem „Nemoc“ lépe než studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

Z výpočtů v tabulce (Příloha 3, Tabulka 5) můžeme vyčíst, že mezi studenty pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy a studenty oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika v hodnocení pojmu „Nemoc“ a v energii pojmu „Nemoc“ nejsou statisticky významné rozdíly.

Závěr: Nemůžeme odmítnout H_{04} : Studenti pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy hodnotí pojem „Nemoc“ stejně jako studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika a zároveň je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

Hypotézu H4 se nám nepodařilo dokázat.

H5: Studenti pedagogické fakulty hodnotí pojem „Alkohol“ lépe než pojem „Drogy“ a tento pojem „Alkohol“ je pro ně méně energeticky náročný než pojem „Drogy“.

H_{05} : Studenti pedagogické fakulty hodnotí pojem „Alkohol“ stejně jako pojem „Drogy“ a tento pojem „Alkohol“ je pro ně stejně energeticky náročný jako pojem „Drogy“.

H_{A5} : Studenti pedagogické fakulty hodnotí pojem „Alkohol“ lépe než pojem „Drogy“ a tento pojem „Alkohol“ je pro ně méně energeticky náročný než pojem „Drogy“.

Z předložené tabulky (Příloha 4, Tabulka 6) je patrné, že mezi faktorem hodnocení pojmu „Alkohol“ a faktorem hodnocení pojmu „Drogy“ u studentů pedagogické fakulty jsou statisticky významné rozdíly. Totéž to platí i pro jejich energetickou náročnost. Pojem „Alkohol“ je u studentů pedagogické fakulty lépe hodnocen než pojem „Drogy“ a tento pojem „Alkohol“ je pro ně také méně energeticky náročný než pojem „Drogy“.

Závěr: Přijímáme H_{A5} : Studenti pedagogické fakulty hodnotí pojem „Alkohol“ lépe než pojem „Drogy“ a tento pojem „Alkohol“ je pro ně méně energeticky náročný než pojem „Drogy“.

Hypotéza H5 byla dokázána.

3.8 Diskuze výsledků výzkumu

Prioritou předchozího textu bylo soustředit se na studenty pedagogické fakulty a jejich postoje ke zdravému životnímu stylu. Vyhodnocení výzkumného šetření bylo zaměřeno na vybraných 11 tematických pojmů nejvíce se vztahujících k naší problematice.

Nepřekvapil nás výsledek, že studentky (ženy) pedagogické fakulty hodnotí lépe pojem „Zdravý životní styl“ než studenti (muži) pedagogické fakulty. To může ukazovat na fakt, že ženy se v této problematice orientují lépe, více jim na ní záleží a přikládají jí větší důležitost než muži. Ovšem u energie pojmu jsme mezi studentkami (ženami) a studenty (muži) pedagogické fakulty nezjistili žádné statisticky významné rozdíly. Tedy obě tyto skupiny vynakládají stejně velkou energii spojenou s pojmem „Zdravý životní styl“. Studenti (muži) mají povědomí o tom, že by měli žít zdravě, ale neztotožňují se s tímto tvrzením. Je to pro ně náročnější než pro studentky (ženy). Studentky (ženy) se totiž zdravému životnímu stylu věnují více a vidí v něm daleko více souvislostí se zdravím, nemocí a případnými zdravotními riziky. Všeobecně u studentů vysokých škol není vždy časový prostor pro zdravé stravování a pohybovou aktivitu. Myslíme si, že je to způsobeno velkou časovou studijní zátěží, dojížděním z trvalého bydliště do školy, případné brigády studentů, finanční zajištění apod.

Příliš nás nepřekvapilo, že v hodnocení pojmu „Zdravý životní styl“ a v energii pojmu „Zdravý životní styl“ mezi studenty končícího ročníku pedagogické fakulty a studenty 1. ročníku pedagogické fakulty nejsou statisticky významné rozdíly. I když studenti z hlediska vývojové psychologie jsou ve fázi dospívání, tak stále mezi těmito skupinami jsou významné vývojové rozdíly. Postoje ke zdravému životnímu stylu se během studií ještě formují a mohou se projevovat ne zcela vyhraněně vzhledem k chování studentů. Samozřejmě ale musíme brát v úvahu i individualitu člověka.

Dále jsme se správně domnívali, že studenti pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ lépe než studenti oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání. Studenti oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ určitě lépe proto, že je to pro ně velmi blízká a prioritní problematika, kterou se zabývají podstatně

více než studenti oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání. Ovšem vynaložená energie k pojmu „Výchova ke zdraví“ se neliší mezi studenty uvedených oborů pedagogické fakulty. Přestože míra vynakládané energie nebyla statisticky významná mezi těmito skupinami, tak absolutní hodnota energie byla u oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání vyšší. Objevují se zde tendence, že tito studenti vynakládají v souvislosti s pojmem „Výchova ke zdraví“ více energie a vidí ho složitěji. To je tedy způsobeno tím, že studenti oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání mají k této problematice opravdu blízko, jelikož se tím zabývají v rámci svého studijního oboru. Energie vynakládaná v souvislosti s pojmem „Výchova ke zdraví“ je obecně velká, proto je velmi složité pečovat o svoje zdraví.

Velmi překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že mezi studenty pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy a studenty oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika v hodnocení pojmu „Nemoc“ a v energii pojmu „Nemoc“ nejsou významné rozdíly. Domnívali jsme se, že studenti oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy budou hodnotit pojem „Nemoc“ s výrazným rozdílem než studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika. Dále jsme zjistili, že obě tyto skupiny přisuzují pojmu „Nemoc“ vysokou míru vynakládané energii, což může vysvětlovat jejich zkušenosti s nemocí v jejich oboru. Studenti oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy ovšem v absolutní hodnotě vnímají pojem „Nemoc“ lépe než studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika, ale není to kvůli neznalosti tohoto pojmu, ale kvůli vynakládané velké energii, jelikož se tito studenti s nemocí setkávají prakticky denně. Kdežto studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika se s tímto pojmem denně nesetkávají a prakticky ho neřeší.

Jako poslední nás zajímalo, zda studenti pedagogické fakulty hodnotí pojem „Alkohol“ lépe než pojem „Drogy“ a zda je tento pojem „Alkohol“ méně energeticky náročný než pojem „Drogy“. Správně jsme předpokládali, že pro studenty pedagogické fakulty bude pojem „Alkohol“ lépe hodnocený než pojem „Drogy“ a také méně energeticky náročný. Za tento výsledek jsme velice rádi. V dnešní době je problematika zneužívání drog jedním ze znaků rizikového chování v dospívání, ovšem můžeme říci,

že se tyto problémy s drogami vyskytují spíše u sociálně nižších skupin jedinců (Szluz, 2010), což se netýká „našich“ studentů pedagogické fakulty. Velmi často tato drogová problematika vyúsťuje i do bezdomovectví (Szluz, 2014). Proto je obecně velká potřeba tyto postoje měnit pozitivním směrem.

ZÁVĚR

Smyslem této práce bylo charakterizovat věkovou skupinu vysokoškolských studentů a především zjistit jejich postoje ke zdravému životnímu stylu.

Vzhledem k důležitosti výchovy k podpoře zdraví a v návaznosti na programy podpory zdraví ve společnosti jsme se pro výzkum zaměřili na studenty pedagogické fakulty, tedy budoucí učitele. Do výzkumného šetření bylo zapojeno celkem 150 studentů, kterým byl rozdán dotazník a sémantický diferenciál, se kterým jsme po celou dobu výzkumné části diplomové práce pracovali.

Jako první nás zajímalo, zda se liší vnímání pojmu „Zdravý životní styl“ z hlediska pohlaví. Ukázalo se, že mezi studentkami (ženami) pedagogické fakulty a studenty (muži) pedagogické fakulty jsou statisticky významné rozdíly ve faktoru hodnocení pojmu „Zdravý životní styl“, kdy studentky (ženy) hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti (muži). Avšak ve vynaložené energii ve spojitosti s pojmem „Zdravý životní styl“ mezi studentkami (ženami) a studenty (muži) nejsou statisticky významné rozdíly. Domnívali jsme se, že studentky (ženy) pedagogické fakulty budou hodnotit pojem „Zdravý životní styl“ lépe a zároveň bude pro ně tento pojem energeticky méně náročný. Hypotézu H1 jako celek se nám tedy nepodařilo dokázat.

Dalším záměrem bylo ověřit, zda se postoje studentů pedagogické fakulty k pojmu „Zdravý životní styl“ odlišují v závislosti na délce studia na fakultě (v 1. a končícím roce studia). Výsledky našeho šetření zaznamenaly, že mezi studenty končícího ročníku pedagogické fakulty a studenty 1. ročníku pedagogické fakulty v hodnocení pojmu „Zdravý životní styl“ a v energii pojmu „Zdravý životní styl“ nejsou statisticky významné rozdíly. Hypotéza H2 nebyla dokázána, jelikož jsme se domnívali, že studenti v končícím ročníku pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti 1. ročníku pedagogické fakulty a tento pojem je pro ně méně energeticky náročný.

Také jsme se zaměřili na to, zda se odlišují postoje studentů pedagogické fakulty v závislosti na jejich studijním oboru. Předpokládali jsme, že studenti pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ lépe než studenti oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání a zároveň

je pro ně tento pojem méně energeticky náročný. Ani hypotézu H3 se nám nepodařilo jako celek dokázat, i když mezi studenty pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a studenty oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání jsou statisticky významné rozdíly v hodnocení pojmu „Výchova ke zdraví“, kdy studenti oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí tento pojem lépe než studenti oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání, tak vynaložená energie ve spojitosti s pojmem „Výchova ke zdraví“ se neliší mezi studenty pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a studenty oboru Společenských věd se zaměřením na vzdělávání.

Další zjištění pro nás bylo velmi překvapující. Mezi studenty pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy a studenty oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika v hodnocení pojmu „Nemoc“ a v energii pojmu „Nemoc“ nejsou statisticky významné rozdíly. Domnívali jsme se, že studenti oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy budou hodnotit pojem „Nemoc“ s výrazným rozdílem než studenti oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika. Dále jsme zjistili, že obě tyto skupiny přisuzují pojmu „Nemoc“ vysokou vynakládanou energii, což může vysvětlovat jejich zkušenosti s nemocí v jejich oboru. Hypotézu H4 se nám tedy nepodařilo dokázat.

Naším posledním záměrem bylo zjistit postoje studentů pedagogické fakulty k pojům „Alkohol“ vs. „Drogy“. Správně jsme předpokládali, že studenti pedagogické fakulty hodnotí pojem „Alkohol“ lépe než pojem „Drogy“ a tento pojem „Alkohol“ je pro ně méně energeticky náročný než pojem „Drogy“. Hypotéza H5 tedy byla dokázána.

Jsme si vědomi, že našim výzkumem nelze odpovědět na zcela všechny otázky, které se týkají postojů studentů pedagogické fakulty na zdravý životní styl, proto se otevírají další otázky týkající se tohoto rozsáhlého tématu. Tyto otázky se tak mohou stát předlohou k dalším empirickým výzkumům a odborným pracím.

SOUHRN

Diplomová práce je zaměřená na postojovou orientaci z hlediska zdravého životního stylu, zkoumá postoje studentů pedagogické fakulty k této problematice.

Výsledky našeho šetření ukazují, že studentky (ženy) pedagogické fakulty hodnotí pojem „Zdravý životní styl“ lépe než studenti (muži) pedagogické fakulty a rozdíly v hodnocení pojmu „Zdravý životní styl“ mezi studenty pedagogické fakulty v prvním a končícím ročníku nejsou výrazné.

Dále jsme srovnávali postoje respondentů jednotlivých oborů ke konkrétním uvedeným pojmům a zjistili jsme, že studenti pedagogické fakulty oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání hodnotí pojem „Výchova ke zdraví“ lépe než studenti oboru Společenský věd se zaměřením na vzdělávání. Studenti pedagogické fakulty oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy hodnotí pojem „Nemoc“ bez výrazného rozdílu vůči studentům oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika.

Studenti pedagogické fakulty také považují a hodnotí pojem „Alkohol“ lépe než pojem „Drogy“ a pojem „Alkohol“ je pro ně spojený s menší mírou vynakládané energie než pojem „Drogy“, tzn., že pojem „Drogy“ považují za daleko náročnější.

Klíčová slova:

Zdravý životní styl, zdraví, nemoc, pohybová aktivita, spánek, odpočinek, postoje, adolescent, mladá dospělost.

SUMMARY

This thesis focuses on postural orientation in terms of healthy life style, explores attitudes among Faculty of Education students in this area.

The results of our survey show that female students of the Faculty of Education evaluate the "Healthy Lifestyle" concept better than male students of the Faculty of Education and differences in the assessment of the concept of "Healthy Lifestyle" between students and teaching faculty in the first and last year are not significant.

Next, we compared the attitudes of respondents in specific study programs to these set terms and we found that the students of Health Education evaluate the concept of "Health Education" better than Students of Social.

Students of Special Education Teacher Training for Medical School evaluate the term "disease" without a significant difference to students in the program Primary School Teacher Training and Special Education.

Students of the Faculty of Education also consider and evaluate the concept of "Alcohol" better than the word "Drugs" and the term "Alcohol" is linked with less expended energy than the term "Drugs", i.e. that the term "Drugs" is considered more challenging.

Keywords:

Healthy lifestyle, health, illness, physical activity, sleep, rest, attitudes, adolescent, young adulthood.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta. 226 s. ISBN 978-808-0633-202.
2. BLAHUŠOVÁ, E. 2009. *Wellness: jak si udržet zdraví a pohodu*. Velké Bílovice: TeMi CZ. 149 s. ISBN 978-808-7156-339.
3. BOHNER, G. a M. WÄNKE. 2002. *Attitudes and attitude change*. Hove: Psychology Press. 295 s. ISBN 978-0-86377-779-0.
4. BOUCHARD, C., S. N. BLAIR a W. L. HASKELL. c2012. *Physical activity and health*. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics, XIII. 441 p. ISBN 978-0-7360-9541-9.
5. ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
6. ČERMÁK, B. a kol. 2002. *Výživa člověka*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta. 224 s. ISBN 80-7040-576-7.
7. DIEHL, H., A. LUDINGTONOVÁ a P. PRIBIŠ. 2006. *Síla zdraví*. Praha: Advent-Orion. 258 s. ISBN 80-717-2183-2.
8. FOŘT, P. 2007. *Tak co mám jíst?* Praha: Grada. 417 s. ISBN 978-80-247-1459-2.
9. FOSTER, V. W. 1993. *Nový začátek: kniha o zdravém životním stylu*. Praha: Advent-Orion. Život a zdraví (Advent-Orion). 229 s. ISBN 80-717-2000-3.
10. GABRIEL, R. 2009. *Dobré rady pro naše zdraví*. Praha: Euromedia Group, k. s. – Ikar. 295 s. ISBN 978-80-249-1256-1.
11. GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
12. HALL, C. S. 1997. *Psychológia osobnosti: úvod do teórií osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 510 s. ISBN 80-080-0994-2.
13. HAVLÍNOVÁ, M. 1998. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. Praha: Portál. 275 s. ISBN 80-717-8263-7.
14. HAYESOVÁ, Nicky. 2003. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál. 166 s. ISBN 978-80-7367-283-6.

15. HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. 2009. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál. 774 s. ISBN 978-807-3675-691.
16. HAVIGHURST, R. 1952. *Developmental tasks and education*. 2. ed., VII. New York: McKay Company, 100 s. Bez ISBN.
17. HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita. 293 s. ISBN 978-807-3921-293.
18. HRODEK, O. a J. VAVŘINEC. 2002. *Pediatric*. Praha: Galén. 767 s. ISBN 80-726-2178-5.
19. CHIUVE, S. E., K. M. REXRODE, D. SPIEGELMAN a kol. 2008. Primary Prevention of Stroke by Healthy Lifestyle. *Circulation* [online]. Vol. 118, issue 9, s. 947-954 [cit. 2015-02-12]. DOI: 10.1161/circulationaha.108.781062.
20. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
21. CHRÁSKOVÁ, M. Formative Effect of Study at Faculty of Education on Students' Attitudes to Wider Educational Reality. In *SGEM Conference on Psychology & Psychiatry, Sociology & Healthcare Education*. Albena: International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences & Arts, 2014. Volume 1. p. 175-186. ISBN 978-619-7105-22-3. ISSN 2367-5659.
22. CHRÁSKOVÁ M., S. STŘELEČEK S. 2015. Attitudes to health of Czech and Polish university students. *CZECH-POLISH HISTORICAL AND PEDAGOGICAL JOURNAL*. ISSN 1803-6546. (V tisku).
23. JANOUŠEK, J. a kol. 1986. *Metody sociální psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 256 s. Bez ISBN.
24. JANOUŠEK, J. a kol. 1988. *Sociální psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 185 s. Bez ISBN.
25. KLEINER, S. M. a M. GREENWOOD-ROBINSON. 2010. *Fitness výživa: Power Eating program*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3253-4.
26. KLEMENTA, J., MACHOVÁ, J., MALÁ, H. 1981. *Somatologie a antropologie*. SPN, Praha. 504 s. Bez ISBN.

27. KLESCHT, V. 2008. *5 pilířů zdravého života*. Brno: Computer Press. 176 s. Zdraví. ISBN 978-802-5121-498.
28. KOČÁREK, E. 2010. *Biologie člověka*. Praha: Scientia. 336 s. ISBN 978-80-86960-47-0.
29. KOHOUTEK, R. 2005. *Úvod do psychologie: normalita a abnormalita psychiky a osobnosti*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 63 s. ISBN 80-210-3795-4.
30. KOHOUTEK, R. 2006. *Úvod do psychologie: psychologie osobnosti a zdraví žáka*. Brno: Masarykova univerzita. 167 s. ISBN 80-210-4077-7.
31. KONOPKA, P. 2004. *Sportovní výživa: kniha o zdravém životním stylu*. České Budějovice: Kopp. 125 s. Život a zdraví (Advent-Orion). ISBN 80-723-2228-1.
32. KOTULÁN, J. 2005. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 258 s. ISBN 80-2103-844-6.
33. KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. 279 s. ISBN 9788073675684.
34. KUNOVÁ, V. 2011. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-802-4734-330.
35. LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
36. MACEK, P. 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. 141 s. ISBN 8071787477.
37. MACHOVÁ J. 2002. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum. 269 s. ISBN 80-7184-867-0.
38. MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
39. MARCUS, B. H. a L. H. FORSYTH. 2010. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Praha: Portál. 223 s. Život a zdraví (Advent-Orion). ISBN 978-80-7367-654-4.
40. MARINOV, Z. 2011. *S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!* Praha: IFP Publishing & Engineering. 99 s. ISBN 9788087383094.

41. NAKONEČNÝ, M. 1997a. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozš. vyd. Praha: Academia. 437 p. ISBN 80-200-0628-1.
42. NAKONEČNÝ, M. 1997b. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vyd., v Akademii vyd. 1. Praha: Academia. 437 p. ISBN 80-200-0625-7.
43. NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.
44. PÍTHA, J., R. POLEDNE a kol. 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. 143 s. Zdraví. ISBN 978-80-247-2488-1.
45. PLEVOVÁ, I. 2006. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 57 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1412-0.
46. PRAŠKO, J., K. ESPA-ČERVENÁ a L. ZÁVĚŠICKÁ. 2004. *Nespavost: zvládnutí nespavosti*. Praha: Portál. 102 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 8071789194.
47. PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ. 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
48. PŘÍHODA, V. 1967. *Ontogeneze lidské psychiky. II., Vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. Vyd. 2. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 231 s. Bez ISBN.
49. ROGER J. D. P. ROGER, R. UHRIN. 2002. *S chutí za zdravím*. Překlad: J. HNÁT a E. BĚLÍČKOVÁ. Praha: Advent-Orion. 258 s. ISBN 80-717-2397-5.
50. SCOTT-MONCRIEFFOVÁ, Ch., 2005. Z ang. orig. přeložila L. MAŘÍKOVÁ. *Očistné kúry pro zdraví: plnohodnotný život bez toxinů*. Praha: Ikar. 126 s. ISBN 80-249-0391-1.
51. SEDLÁČKOVÁ, D. 2009. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-802-4726-854.
52. SHARON, M. 1994. *Komplexní výživa: správná cesta ke zdraví*. Praha: Pragma. 193 s. ISBN 80-8521-354-0.
53. SHARON, M. 1998. *Moderní výživa od A až do Z: Malá encyklopedie výživy*. Praha: Euromedia. 225 s. ISBN 80-902502-1-1.
54. SIGMUND, E. a D. SIGMUNDOVÁ. 2011. *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 171 s. ISBN 978-80-244-2811-6.

55. SZLUZ, B. 2010. *Świat społeczny bezdomnych kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Bonus Liber, 367 s. ISBN 978-83-61312-97-0.
56. SZLUZ, B. 2014. *Zjawisko bezdomności w wybranych krajach Unii Europejskiej*. Rzeszów: Wydawnictwo UR, 282 s. ISBN 978-83-7996-075-0.
57. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2004. *Kompendium obecné a vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 111 s. Studijní opora pro kombinovaná studia. ISBN 80-704-2364-1.
58. ŠMARDA, J., 2004. *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha: Portál. 420 s. ISBN 80-7178-924-0.
59. VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-802-4621-531.
60. VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
61. VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. 2008. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
62. VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. 1997. *Sociální psychologie = Sociálna psychológia*. Praha: ISV. 453 s. ISBN 80-858-6620-X.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Model M. Fishbeina a I. Ajzena (Slaměnik, 2008, s. 133)	29
Obrázek 2: Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2009)	42
Obrázek 3: Provázanost determinant zdraví a rozhodující vliv sociálních determinant zdraví (Holčík, 2010)	43
Obrázek 4: Pyramida zdravé výživy (Čeledová, Čevela, 2010)	59
Obrázek 5: Bariéry versus benefity (Marcus, Forsyth, 2010).....	61
Obrázek 6: Záznamový list se škálami sémantického diferenciálu (Chrásková, 2015)	72
Obrázek 7: Sémantický prostor zkoumaných pojmů	75

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Složení výzkumného vzorku.....	68
Tabulka 2: Pohlaví.....	112
Tabulka 3: Ročník studia.....	112
Tabulka 4: Obor – Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání, Společenské vědy se zaměřením na vzdělávání.....	113
Tabulka 5: Obor – Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika.....	113
Tabulka 6: Pojem „Alkohol“ vs. pojem „Drogy“	114

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Měrný nástroj sémantického diferenciálu ATER (Chrásková, 2014)

Příloha 2: Tabulky (2,3) s charakteristikou respondentů

Příloha 3: Tabulky (4,5) studijních oborů

Příloha 4: Tabulka (6) Výsledky pojmů „Alkohol“ vs. „Drogy“

Příloha 1: Měrný nástroj sémantického diferenciálu ATER (Chrásková, 2014)

DOTAZNÍK
pro studenty vysokých škol

1. Studijní obor: Ročník:
2. Rok narození:
3. Typ vystudované střední školy:
- A. Gymnázium
 - B. Střední zdravotnická škola
 - C. Střední průmyslová škola
 - D. Střední průmyslová škola elektrotechnická
 - E. Obchodní akademie
 - F. Konzervatoř
 - G. SOU, jaké?
 - H. Jiný typ, jaký?
4. Pohlaví (Zakroužkujte !)
muž – žena
5. Znamka z matematiky na konci posledního ročníku střední školy
6. Znamka z českého jazyka na konci loňského posledního ročníku střední školy
7. Znamky u maturity:

Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů (zakřížkujte)

Otec	Nejvyšší dosažené vzdělání	Matka
<input type="checkbox"/>	Základní	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vyučen(a)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Učební obor s maturitou	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Střední škola s maturitou	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nadstavbové studium po střední škole	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vysoká škola	<input type="checkbox"/>

Máte doma svůj vlastní počítač? (zakroužkujte) Ano Ne

Jste připojeni k Internetu Ano Ne

hodin minut

Kolikrát za měsíc používáte počítač pro potřeby výuky? krát, jak dlouho trvá obvykle Vaše práce?

Kolikrát za měsíc používáte počítač pro zábavu? krát, jak dlouho jej obvykle při tom používáte?

Kolikrát za měsíc se věnujete pohybovým aktivitám? krát, jak dlouho trvá Vaše jedna aktivita?

Jaké pohybové aktivity preferujete?

Kolikrát za měsíc se věnujete volnočasovým aktivitám? krát, jak dlouho trvá Vaše jedna aktivita?

Jakým volnočasovým aktivitám se věnujete?

Stravujete se pravidelně? (zakřížkujte) **Vždy** **Občas** **Nikdy** Kolik denních dávek jídla přijímáte?

Zajímáte se o vyvážený příjem živin a složení potravin, které přijímáte? **Vždy** **Občas** **Nikdy**

Příloha 2: Tabulky (2,3) s charakteristikou respondentů

Tabulka 2: Pohlaví

Proměnná	t-testy; grupováno: Pohlaví (Steinerová - Výzkum SD)										
	Skup. 1: m Skup. 2: ž										
	Průměr m	Průměr ž	t	sv	p	Poč.plat m	Poč.plat. ž	Sm.odch. m	Sm.odch. ž	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Zdravý životní styl h	5,06250	5,97619	-3,6834	148	0,00032	24	126	1,45447	1,03895	1,95982	0,02024
Zdravý životní styl e	4,81250	4,75000	0,1830	148	0,85499	24	126	1,55208	1,52937	1,02991	0,86841

Tabulka 3: Ročník studia

Proměnná	t-testy; grupováno:Ročník studia (Steinerová - Výzkum SD)										
	Skup. 1: 1 Skup. 2: 3										
	Průměr 1	Průměr 3	t	sv	p	Poč.plat 1	Poč.plat. 3	Sm.odch. 1	Sm.odch. 3	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Zdravý životní styl h	5,71052	6,04838	-1,3653	124	0,17461	95	31	1,28530	0,85979	2,23472	0,01414
Zdravý životní styl e	4,72631	4,82258	-0,2966	124	0,76721	95	31	1,55188	1,62043	1,09029	0,73125

Příloha 3: Tabulky (4,5) studijních oborů

Tabulka 4: Obor – Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání, Společenské vědy se zaměřením na vzdělávání

Proměnná	t-testy; grupováno: Obor (Steinerová - Výzkum SD) Skup. 1: VZ Skup. 2: SV										
	Průměr VZ	Průměr SV	t	sv	p	Poč.plat VZ	Poč.plat. SV	Sm.odch. VZ	Sm.odch. SV	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Výchova ke zdraví h	5,59090	4,58333	3,83208	61	0,00030	33	30	0,88789	1,18963	1,79517	0,10895
Výchova ke zdraví e	4,15151	3,76666	1,10340	61	0,27418	33	30	1,31389	1,45467	1,22577	0,57323

Tabulka 5: Obor – Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika

Proměnná	t-testy; grupováno: Obor (Steinerová - Výzkum SD) Skup. 1: UOPZŠ Skup. 2: U1SPP										
	Průměr UOPZŠ	Průměr U1SPP	t	sv	p	Poč.plat UOPZŠ	Poč.plat. U1SPP	Sm.odch. UOPZŠ	Sm.odch. U1SPP	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Nemoc h	1,38461	1,92105	-1,5746	43	0,12267	26	19	0,60510	1,59219	6,92355	0,00001
Nemoc e	6,44230	6,36842	0,2618	43	0,79468	26	19	0,77880	1,11607	2,05364	0,09585

Příloha 4: Tabulka (6) Výsledky pojmů „Alkohol“ vs „Drogy“

Tabulka 6: Pojem „Alkohol“ vs. pojem „Drogy“

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Steinerová - Výzkum SD) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky										
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Alkohol h vs. Drogy h	3,92000	1,96333	11,3129	298	0,00000	150	150	1,54037	1,45410	1,12217	0,48258

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Steinerová - Výzkum SD) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky										
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Alkohol e vs. Drogye	4,30000	5,61000	-7,3424	298	0,00000	150	150	1,46434	1,62186	1,22671	0,21351

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Eva Steinerová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Studenti pedagogické fakulty a jejich postoje ke zdravému životnímu stylu
Název v angličtině:	Faculty of education Students and their Stand on Healthy Lifestyle
Anotace práce:	<p>Diplomová práce mapuje postoje studentů pedagogické fakulty ke zdravému životnímu stylu.</p> <p>Práce má dvě části. První částí je část teoretická, kdy se zabýváme vývojovými fázemi, ve kterých se nachází student vysoké školy – tedy pozdní adolescencí a mladší dospělostí. Vymežujeme jejich biologické, kognitivní, biologické a emoční změny a také popisujeme jejich aktuální společenské chování. Poté charakterizujeme pojem postoje. Závěr teoretické části je věnován zdravému životnímu stylu.</p> <p>Popisujeme pojem zdraví a nemoc, vymežujeme základní determinanty zdraví a klademe důraz na zdravou výživu, spánek a odpočinek. Druhou částí je část metodická. Náplní je zjistit postoje studentů pedagogické fakulty ke zdravému životnímu stylu. K výzkumu jsme použili metodu dvoufaktorového sémantického diferenciálu ATER.</p>

Klíčová slova:	Zdravý životní styl, zdraví, nemoc, pohybová aktivita, spánek, odpočinek, postoje, adolescent, mladá dospělost.
Anotace v angličtině:	<p>This thesis surveys the attitudes of Faculty of Education students towards a healthy lifestyle.</p> <p>The work has two parts. The first part is theoretical, when we are dealing with developmental stages of college student – i.e. late adolescence and young adulthood. We define their biological, cognitive, biological and emotional changes and describe their current social behavior. Then we describe the concept of attitude. Conclusion of the theoretical part is devoted to a healthy lifestyle. We describe the concept of health and disease, define the basic determinants of health and we place great emphasis on healthy nutrition, sleep and rest. The second part is methodological. The scope was to ascertain attitudes of Faculty of Education students to a healthy lifestyle. We used two-factor method of semantic differential ATER.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Healthy lifestyle, health, illness, physical activity, sleep, rest, attitudes, adolescent, young adulthood.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1: Měrný nástroj sémantického diferenciálu ATER</p> <p>Příloha 2: Tabulky s charakteristikou respondentů</p> <p>Příloha 3: Tabulky studijních oborů</p> <p>Příloha 4: Tabulka s výsledky pojmů „Alkohol“ vs „Drogy“</p>
Rozsah práce:	94
Jazyk práce:	český