

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy



Diplomová práce

Bc. Hana Doležalová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Problematika holistického pojetí zdraví
z pohledu pacientů praktického lékaře**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením paní doc. Mgr. Martiny Ciché, Ph.D. a uvedla v ní všechny použité zdroje.

V Olomouci dne

Bc. Hana Doležalová

.....

Děkuji paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, trpělivost a vstřícnost, kterými přispěla k vypracování mé diplomové práce. Dále děkuji osloveným respondentům za ochotu spolupracovat a všem, kteří se na práci jakýmkoliv způsobem podíleli.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| OBSAH | 4 |
| ÚVOD..... | 7 |
| 1 CÍL PRÁCE..... | 9 |
| 2 TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1.1 Objasnění klíčových pojmů zkoumané problematiky..... | 10 |
| 1.2 Současné pojetí zdraví a jeho přístupy..... | 15 |
| 1.2.1 Zdraví, jeho definice, dimenze a pojetí..... | 15 |
| 1.2.2 Subjektivní vnímání zdraví..... | 17 |
| 1.2.3 Současné přístupy ke zdraví | 18 |
| 1.3 Holistické pojetí zdraví | 19 |
| 1.3.1 Holismus a jeho historie | 19 |
| 1.3.2 Úrovně fungování jedince..... | 20 |
| 1.3.3 Holistická teorie vzniku nemoci | 23 |
| 1.3.4 Holistický a medicínský přístup k léčbě pacienta..... | 24 |
| 1.3.4.1 Homeopatie..... | 25 |
| 1.3.4.2 Akupunktura | 26 |
| 1.3.4.3 Shiatsu | 26 |
| 1.3.5 Psychosomatická interakce | 27 |
| 1.4 Faktory, které ovlivňují zdraví..... | 29 |
| 1.4.1 Teorie životního stylu | 29 |
| 1.4.2 Životní úroveň, podmínky, kvalita života a hodnotová orientace | 30 |
| 1.4.3 Determinanty zdraví | 31 |
| 1.4.4 Rizikové faktory životního stylu..... | 32 |
| 1.4.4.1 Výživa člověka | 33 |
| 1.4.4.2 Pohybová aktivita, odpočinek a spánek..... | 34 |
| 1.4.4.3 Stresová zátěž | 35 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1.4.4.4 | Návykové látky..... | 36 |
| 1.5 | Praktický lékař a jeho pacient | 38 |
| 1.5.1 | Primární zdravotní péče a její charakteristika..... | 38 |
| 1.5.2 | Všeobecné praktické lékařství | 39 |
| 1.5.3 | Osobnost všeobecného praktického lékaře | 41 |
| 1.5.4 | Důvody, proč navštěvujeme svého praktika | 42 |
| 1.6 | Osobnost žáka a jeho učitele | 45 |
| 1.6.1 | Role žáka a jeho životní styl | 45 |
| 1.6.2 | Žák střední zdravotnické školy | 47 |
| 1.6.3 | Role učitele střední zdravotnické školy | 49 |
| 2 | EMPIRICKÁ ČÁST | 52 |
| 2.1 | Současný pohled na zkoumanou problematiku..... | 52 |
| 2.2 | Výzkumné šetření a jeho charakteristika | 59 |
| 2.3 | Popis výzkumného šetření..... | 61 |
| 2.3.1 | Výzkumný cíl, dílčí cíle, výzkumné problémy a hypotézy | 61 |
| 2.3.2 | Výzkumný soubor a výběr prvků..... | 64 |
| 2.3.3 | Metodika výzkumného šetření a jeho realizace | 66 |
| 2.3.4 | Pilotní studie | 68 |
| 2.3.5 | Časový harmonogram tvorby diplomové práce..... | 68 |
| 2.4 | Interpretace zjištěných dat..... | 70 |
| 2.4.1 | Charakteristika vybraných respondentů..... | 71 |
| 2.4.2 | Studium/práce vybraných respondentů..... | 73 |
| 2.4.3 | Životní úroveň a sociální prostředí vybraných respondentů..... | 78 |
| 2.4.4 | Faktory životního stylu vybraných respondentů..... | 80 |
| 2.4.5 | Prevence a podpora zdraví vybraných respondentů | 88 |
| 2.4.6 | Životní podmínky vybraných respondentů | 90 |
| 2.4.7 | Subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů | 91 |
| 2.4.8 | Návštěva praktického lékaře vybraných respondentů | 94 |
| 2.4.9 | Holistické pojetí zdraví a psychosomatická příčina nemoci z pohledu vybraných respondentů | 100 |
| 2.5 | Vyhodnocení cílů výzkumu a práce s hypotézami..... | 105 |
| 2.5.1 | Vyhodnocení dílčího cíle č. 1 | 106 |
| 2.5.1.1 | Deskriptivní výzkumné problémy | 106 |

| | | |
|--------------------------|---|------------|
| 2.5.1.2 | Ověření hypotézy č. 1 | 107 |
| 2.5.2 | Vyhodnocení dílčího cíle č. 2 | 110 |
| 2.5.2.1 | Deskriptivní výzkumné problémy | 110 |
| 2.5.2.2 | Ověření hypotézy č. 2 | 111 |
| 2.5.3 | Vyhodnocení dílčího cíle č. 3 | 113 |
| 2.5.3.1 | Deskriptivní výzkumné problémy | 113 |
| 2.5.3.2 | Ověření hypotézy č. 3 | 114 |
| 2.5.4 | Vyhodnocení dílčího cíle č. 4 | 116 |
| 2.5.4.1 | Deskriptivní výzkumné problémy | 116 |
| 2.5.4.2 | Ověření hypotézy č. 4 | 117 |
| 2.6 | Diskuze | 120 |
| 2.6.1 | Možnosti využití získaných poznatků v pedagogické praxi | 127 |
| ZÁVĚR | ..... | 130 |
| SOUHRN | ..... | 132 |
| SUMMARY | ..... | 133 |
| REFERENČNÍ SEZNAM | ..... | 134 |
| SEZNAM ZKRATEK | ..... | 141 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | ..... | 142 |
| SEZNAM TABULEK | ..... | 143 |
| SEZNAM GRAFŮ | ..... | 146 |
| SEZNAM PŘÍLOH | ..... | 147 |
| PŘÍLOHY | ..... | 148 |
| ANOTACE | ..... | 159 |

ÚVOD

Jsme mladí, nebo se svěže jen cítíme. Jsme pokročilého věku, nebo se stroze pouze cítíme. Cítíme přítomnost nemoci, ale objektivně jsme zdraví. Cítíme se subjektivně dobře a zdraví, ale naše tělo a duše viditelně strádají. Naše tělo je zdravé, přitom psychika je na dně a tělo nám dává jasný impuls, že nefunguje jako celek. Jako celek, u kterého je tak důležité, aby fungovaly všechny jeho části společně, protože celek tvoří mnohem více než pouhá jeho část. Jako celek, jehož důležitost a význam si mnohdy ani neuvědomujeme.

Jsme individuální a jedinečné bytosti, které mají svůj charakter. Jsme bytosti, které se proplétají svým životem, plným radostí, slastí, ale i překážek. Bytosti, které mají svoji jedinečnou minulost, přítomnost a budoucnost. Žijeme svým životním stylem, který je ovlivněn nespočetným množstvím faktorů. Všude kolem nás jsou nástrahy, které mohou ovlivnit naše zdraví. Mnohdy je právě na nás, jestli se nástrahami necháme pohltit, nebo nikoliv. Jsme bojovníci, ale někdy ani naše síly nestačí.

Všichni jsme potenciálními pacienty, ať už plníme různé role, byť jsme žáky, učiteli, ekonomy, zdravotnickým personálem a mnoha dalšími. Jsme potenciálními pacienty praktického lékaře, kterého má každý z nás, ať jsme dětmi, adolescenty, osobami raného či středního věku nebo seniory. Právě náš praktický lékař by měl být první osobou, která nám podá pomocnou ruku, pokud potřebujeme odbornou zdravotnickou pomoc nebo následná odborná vyšetření. Právě náš praktický lékař by nás měl co nejlépe poznat, aby zvolil správnou medikaci a zohlednil všechny ostatní faktory, protože každý z nás je jedinečný a naše tělo potřebuje fungovat jako celek, ačkoliv hledání prvotní příčiny je mnohdy nejjednodušší. Uměním je najít tu pravou příčinu, která povede ke vzájemné spokojenosti a návratu našeho pocitu zdraví.

Tematické zaměření diplomové práce se úzce pojí s velmi zajímavou a v současné době řešenou problematikou holistického pojetí zdraví, ale také se studovaným oborem a mým vysokým osobním zájmem, který spočívá ve spojení s praktickým lékařstvím. Cílem diplomové práce je popsat a analyzovat faktory, které ovlivňují subjektivní vnímání zdraví pacientů praktického lékaře se zaměřením na holistické pojetí zdraví.

Problematika je zaměřena na život vybraných skupin jednotlivců, s přihlédnutím k možnostem využití v pedagogické praxi.

Diplomová práce je rozčleněna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část obsahuje objasnění klíčových pojmů zkoumané problematiky, současné pojetí zdraví a holistické pojetí zdraví. Dále se teoretická část věnuje faktorům, které ovlivňují zdraví, všeobecnému praktickému lékařství, osobnosti učitele a osobnosti žáka. Empirická část diplomové práce shrnuje současný pohled na zkoumanou problematiku a seznamuje nás s popisem výzkumného šetření. Empirická část také interpretuje zjištěná data, vyhodnocení výzkumných problémů a ověření hypotéz. Poslední část je věnována diskuzi a možnostem využití získaných poznatků v pedagogické praxi.

1 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl: Popsat a analyzovat faktory, které ovlivňují subjektivní vnímání zdraví vybraných pacientů praktického lékaře z holistického pojetí

Dílčí cíl č. 1

Zjistit aktuální stav subjektivního vnímání zdraví vybraných respondentů;

Dílčí cíl č. 2

Zjistit rizikové faktory životního stylu, které ovlivňují zdraví vybraných respondentů;

Dílčí cíl č. 3

Zjistit, zda se vybraní respondenti orientují v holistické problematice zdraví;

Dílčí cíl č. 4

Zjistit spokojenost vybraných respondentů s péčí jejich praktického lékaře.

2 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Objasnění klíčových pojmů zkoumané problematiky

Předtím, než se budeme podrobněji zabývat teoretickými poznatky zkoumané problematiky, objasníme si základní pojmy, které jsou stěžejní součástí diplomové práce, a v následujících textech se jim budeme věnovat podrobněji. Pro lepší přehlednost jsou jednotlivé pojmy chronologicky seřazeny podle důležitosti a struktury teoretické části. Všechny uvedené pojmy spolu vzájemně souvisí a aktivně kooperují.

Stěžejním teoretickým bodem diplomové práce je **zdraví**. Jak se dozvíme v druhé kapitole, existuje mnoho definic zdraví. Jednou z nejznámějších je definice podle světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organization), která poukazuje na zdraví jako nepřítomnost pouhé vady nebo nemoci, ale také na stav, kdy se cítíme duševně i tělesně zdrávi a v sociální pohodě.¹

Na zdraví se můžeme dívat z několika úhlů pohledu. Z hlediska subjektivity a objektivit zdraví je pro holistické zaměření práce důležité zejména subjektivní pojetí zdraví. **Subjektivní pojetí zdraví** nám objasňuje, jak se v aktuální chvíli cítí daný jedinec, jedná se tedy o individuální pocit jedince, kdy se jedinec cítí zdravý, nebo naopak nemocen. Z objektivního hlediska zdraví nás zajímá převážně schopnost organismu fungovat, pokud tedy nastane nemoc, lidský organismus ztrácí schopnost běžných aktivit a funkcí.²

Druhým, stěžejním pojmem práce, je **holismus**, jehož historie je bohatá. Tento pojem pochází z řečtiny, ze slova „holos“ (celek, celý). Pojem holismus byl poprvé použit jihoafrickým politikem Janem Christiaanem Smutsem, a to roku 1926, jako celek

¹ Srov. World Health Organization. *WHO definition of Health* [online]. [cit. 2016-07-08]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

² Srov. ANN ALLENDER, J., RECTOR, CH., D WARNER, K., *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*, 2014, s. 16

tento pojem vznikl ve 20. století v reakci na reakce na redukcionismus.³ Existuje několik definic holismu. Například podle Jandourka je holismus „*idea, že přírodu lze pochopit jen jako celek, a nikoli prostřednictvím jejích jednotlivých částí*“⁴. Další definice říká, že: „*Holismus je idealistická filozofie celistvosti.*“⁵ Holismus nám také označuje filosofický směr, který zdůrazňuje, že celek tvoří více než pouhý souhrn jeho částí.⁶

Z hlediska holistického pojetí zdraví nás zajímá, jak tento přístup vlastně funguje. Podstatu fungování tvoří biopsychosociální model, který nám umožňuje dokonalé pochopení fungování jedince z úrovně biologické, psychologické, sociální a spirituální.⁷ Holistické pojetí zdraví se také velmi propojuje s psychosomatickou interakcí a využívá celé škály medicínských technik, např. homeopatii, akupunkturu nebo shiatsu na lékařské i laické úrovni. Podrobněji se tématu věnuje třetí kapitola teoretické části.

Faktorům, které ovlivňují zdraví, se věnuje čtvrtá kapitola. Podstatu kapitoly tvoří pojmy, kterými jsou životní styl, životní způsob, životní úroveň, životní podmínky, kvalita života, determinanty zdraví a rizikové faktory životního stylu. Ve stručnosti si tyto pojmy vysvětlíme.

Životní styl znamená způsob, jak lidé bydlí, vzdělávají se, stravují se, pracují, vzájemně interagují, vychovávají své potomky, tedy celkově, jak žijí.⁸ Synonymem životního stylu je **životní způsob**, který je spíše obecný a pojednává o základní charakteristice konkrétního subjektu. Subjektem může být společenství, společnost, skupina nebo jednotlivec. Tyto subjekty jsou typické svými zvyklostmi, vzájemnými vztahy, činnostmi a životními projevy, které jsou ovlivněny svým významem.⁹

S životním stylem souvisí i životní úroveň, životní podmínky, kvalita života a hodnotová orientace. **Životní úroveň** je v současné společnosti chápána spíše jako materiální blahobyt, který se týká především spotřebitelské úrovně. Ukazatel, pomocí

³ Srov. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, 2010, s. 117

⁴ JANDOURKA, J., *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*, 2012, s. 99

⁵ KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*, 2009, s. 94

⁶ Srov. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, 2010, s. 117

⁷ Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 29

⁸ Srov. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., *Sociologie životního stylu*, 2008, s. 51 - 52

⁹ Srov. Tamtéž, s. 81 - 82

kterého se měří, je součet všech hodnot zboží a služeb, které jsou vyprodukovány občany.¹⁰ Aktuální reakci na životní styl tvoří **životní podmínky**, které jsou specifikovány demografickými, ekologickými, geografickými, biologickými, kulturními, ideovými faktory a řadou dalších.¹¹ Ve srovnání s životními podmínkami je **kvalita života** hodnocena velmi individuálně a úzce souvisí s uspokojováním lidských potřeb.¹² Významnou roli v životě člověka hraje i **hodnotová orientace**. Jednotlivé hodnoty mají různou sílu a význam, jejich důležitost není stejná. Jednotlivci si snadno kategorizují své hodnoty do určitého žebříčku, který je orientován podle jejich priorit.¹³

Determinanty zdraví můžeme obecně označit jako faktory, které objektivně nebo subjektivně ovlivňují zdraví. Tento souhrn jevů a podmínek je široce zaměřen, uplatňují se v něm prvky vnějších vlivů a genotypu.¹⁴ Z hlediska vnějších vlivů se uplatňují **rizikové faktory životního stylu**, které mohou být různorodé a je jich celá škála. Jako nejvýznamnější z nich můžeme uvést výživu, pohybovou aktivitu, spánek a odpočinek, stresovou zátěž a návykové látky.

Jelikož je práce zaměřena na holistickou problematiku zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře, pátá kapitola je věnována právě všeobecnému praktickému lékařství. Roli pacienta praktického lékaře plní každý z nás, podstatou kapitoly jsou tedy pojmy, jako jsou primární zdravotní péče a všeobecné praktické lékařství.

Zdravotní péče je poskytována na třech základních úrovních, a to na úrovni primární, sekundární a terciální. **Primární zdravotní péče** tvoří základní článek zdravotnického systému. V České republice ji zajišťují všeobecní praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, agentury domácí péče, stomatologové, ambulantní gynekologové, lékárny a lékařská služba první pomoci.¹⁵ Definice primární péče jsou obdobné a je jich několik. Například podle kolektivu autorů (Seifert, Beneš, Býma) je primární péče „...*koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná*

¹⁰ Srov. KRÄMER, W., *Statistika do vesty*, 2005, s. 48

¹¹ Srov. Tamtéž

¹² Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, 2011, s. 31

¹³ Srov. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., *Sociologie životního stylu*, 2010, s. 124 - 127

¹⁴ Srov. Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LFMU. *Na čem závidí, jak jsme zdraví* [online]. [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/rizika-nemoci/4-na-cem-zavisi-jak-jsme-zdravi.html>

¹⁵ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 5 - 10

zejména zdravotníky, jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejlépe vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.¹⁶

Jedním z poskytovatelů primární péče je právě všeobecný praktický lékař. **Všeobecné praktické lékařství** je základním oborem, který zajišťuje léčebnou a preventivní péči o děti a dorost a dospělou populaci, zahrnuje základní poznatky a praxi z řady lékařských oborů a uplatňuje je v diagnostice, léčbě, rehabilitaci i posudkových činnostech. Všeobecné praktické (rodinné) lékařství je také vědeckou a akademickou disciplínou, která se zabývá vzděláváním, výzkumem, klinickými aktivitami nebo klinickou specializací pro primární péči.¹⁷

Poslední, šestá kapitola, je věnována pedagogické praxi. Hlavní pojmy tedy tvoří žák a učitel se zaměřením na střední zdravotnickou školu.

Samotný pojem „žák“ je podle pedagogického slovníku „*označení pro člověka v roli vyučovaného subjektu, bez ohledu na věk. Žákem může být dítě, adolescent, dospělý.*“¹⁸ **Role žáka** střední školy je typicky spojena s věkovou kategorií mezi patnáctým a osmnáctým až devatenáctým rokem, obecně je udáván studentský věk do šestadvaceti let. Žák se po absolvování základního devítiletého vzdělávání nachází v adolescentním vývojovém období, které je spojeno s řadou psychických, sociálních a fyzických změn. Navštěvování jakékoliv školy je důležitým sociálním mezníkem, který dítěti přináší vyšší sociální prestiž a nespočet zátěžových situací.¹⁹ Žák střední zdravotnické školy je do reality uváděn velmi brzy, často ještě zcela nezralý, a to pomocí odborné praxe, která prohlubuje a uplatňuje dosavadně získané teoretické znalosti. Ošetřovatelství je specializovaný obor, jehož významnou součástí je vyhledávání a uspokojování potřeb, zejména v nemoci, a ukázkově tak propojuje holistickou problematiku zdraví. Je tedy velmi podstatné, aby si žák uvědomil tyto

¹⁶ SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 5

¹⁷ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 27

¹⁸ PRŮCHA, J., MAREŠ, J., WALTEROVÁ, E., *Pedagogický slovník*, 2003, s. 316

¹⁹ Srov. SEDLÁČKOVÁ, D., *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*, 2009, s. 52

souvislosti a uplatňoval je v praxi, protože i on sám stojí před volbou svého nového praktického lékaře, praktického lékaře pro dospělé.

Role učitele je klíčová ve výchovně-vzdělávacím procesu. Podle pedagogického slovníku je učitel „jeden ze základních činitelů vzdělávacího procesu, profesionálně kvalifikovaný pedagogický pracovník, spoluzodpovědný za přípravu, řízení, organizaci a výsledky tohoto procesu.“²⁰ Učitel motivuje žáky, nabádá je k procesu učení a plní několik funkcí. Úspěšný učitel by měl umět předat kulturní dědictví, měl by umět řídit a usměrňovat, nabádat žáky k sebevzdělávání a seberealizaci. Učitelská profese je ve své podstatě posláním, proto učitel plní mnoho funkcí, které vyplývají z jeho sociálního postavení.²¹

Učitelé středních zdravotnických škol mají určitá specifika. Jejich vzdělání je limitováno zákonem o pedagogických pracovnících č. 536/2004 Sb., je tedy nutné, aby se vzdělával oběma směry a udržoval si registraci nelékařského zdravotnického pracovníka. Mimo praktický předmět ošetřování nemocných učitel odborných předmětů pro zdravotnické školy vyučuje i předměty teoretické, jako je psychologie a komunikace, první pomoc, ošetřovatelství, výchova ke zdraví, veřejné zdravotnictví nebo somatologie. V centru jejich dění je žák a pacient. Odborní učitelé by měli zvládat soubor činností, zejména ovládnutí vědního oboru Ošetřovatelství, dále by měly působit výchovně na své žáky, dbát o své zdraví, zdraví svých žáků a pacientů a v neposlední řadě se aktivně vzdělávat.²² Odborného učitele můžeme chápat jako mentora, koordinátora žáka a zprostředkovatele jeho znalostí ve výchovném a vzdělávacím procesu. Právě on žáka seznamuje s holistickým pojetím zdraví a teoretické poznatky uplatňuje při praktické výuce.

²⁰ PRŮCHA, J., MAREŠ, J., WALTEROVÁ, E., *Pedagogický slovník*, 2003, s. 261

²¹ Srov. KOLÁŘ, Z., *Analýza vyučovacího procesu*, 1984, s. 68

²² Srov. VOLFOVÁ, J., *Osobnost učitele odborných předmětů na SZŠ a jeho profesní kompetence* [online]. 2006 [cit. 2016-09-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/26852/>, s. 19 - 20

1.2 Současné pojetí zdraví a jeho přístupy

V současné době je zdraví velmi řešenou a diskutovanou problematikou. Nespočet lékařů i pacientů se zaměřuje pouze na nemoc a snadno dochází k opomenutí pravé příčiny nemoci a vzájemných souvislostí. Následující kapitola definuje pojem zdraví, seznamuje nás s pojetím zdraví a jeho dimenzemi, subjektivním pocitem zdraví a současnými přístupy ke zdraví.

1.2.1 Zdraví, jeho definice, dimenze a pojetí

Zdraví je jednou z nejcennějších věcí, kterou člověk má, pro každého z nás však tento pojem může znamenat něco jiného. Pro někoho „být zdravý“ znamená pouze nemít přítomné výrazné zdravotní obtíže nebo bolest, druzí naopak vyhledávají součinnost s psychickou pohodou a vidí tak objektivně činnost více faktorů. Přítomnost jednotlivých aspektů zdraví je ovlivněna mnoha faktory, například faktory lékařskými, ekonomickými, kulturními nebo sociálními, a úzce souvisí s ontogenetickým vývojem jedince.²³

Existuje mnoho definic a teorií zdraví. Jednou z nejznámějších je definice podle Světové zdravotnické organizace, která poukazuje na zdraví jako nepřítomnost pouhé vady nebo nemoci, ale také na stav, kdy se cítíme duševně i tělesně zdraví a v sociální pohodě.²⁴ Tato definice zdraví je v současné době již částečně překonána tzv. deterministickou zodpovědností, tedy životním stylem, např. zda je člověk kuřák, drogově závislý nebo obézní. V současné době můžeme zdraví chápat spíše dynamicky, aby byl lidský organismus trvale schopný se přizpůsobovat měnícím se požadavkům a nárokům bez narušení jeho funkce. Vystihuje tak fylogenetickou i ontogenetickou adaptaci člověka na nároky zevního prostředí.²⁵ Celkový pocit zdraví přináší možnost realizace a uspokojování potřeb a očekávání. Ve své podstatě zdraví zahrnuje několik důležitých složek, a to tělesnou a psychosociální integritu, celistvost životních funkcí,

²³ Srov. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., a kol., *Výchova ke zdraví*, 2009, s. 12

²⁴ Srov. World Health Organization. *WHO definition of Health* [online]. [cit. 2016-07-08]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

²⁵ Srov. MÜLLEROVÁ, D., *Hygienu, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*, 2014, s. 14 - 15

společenských rolí a adaptabilitu. Aby byl jedinec schopen plně rozvinout svou osobnost, Světová zdravotnická organizace deklaruje novou koncepci tak, aby „zdraví“ mělo i společenskou dimenzi.²⁶ Zdraví také můžeme chápat v různých pojetích. Prvním z nich je zdraví jakožto stav člověka, kterému je dobře (angl. wellness). Druhým pojetím je zdraví jakožto stav člověka, který je v dobré tělesné kondici, plní všechny úkoly a dobře funguje sociálně (angl. fitness). Třetí pojetí zdraví je chápáno jako zboží, které se dá koupit, ale i ztratit, čtvrtým pojetím je zdraví jako určitá vnitřní síla, která pomáhá zvládat životní těžkosti. Pátým pojetím je zdraví současné společnosti, v kontextu životního prostředí, kultury a podobně.²⁷

Zdraví můžeme kategorizovat do několika dimenzí. Müllerová v rámci zdraví vyčleňuje zdraví **fyzické**, kdy nejsou přítomny fyzické nemoci. Tyto nemoci jsou chápány v klasickém slova smyslu. Další dimenzí je **mentální zdraví**, kdy je jedinec schopen koherentně a jasně myslet. **Emoční zdraví** umožňuje pociťovat a přiměřeně projevovat své emoce, jako je smutek, radost, strach, zlost a podobně. **Sociální zdraví** je důležité pro navazování a udržování vztahů s ostatními lidmi. **Sexuální a reprodukční** zdraví je charakteristické schopností mít potomstvo, vybudováním plnohodnotného partnerského vztahu, ale také i ochranou a prevencí před sexuálně přenosnými nemocemi. **Duchovní a duševní zdraví** je typické pro schopnost dosáhnout psychické homeostázy a duševní vyrovnanosti, ale také být v souladu se svým chováním a obecně přijímanými principy morálky. Důležité je rovněž umět nalézt optimální poměr mezi egoismem a altruismem. Do této oblasti patří touha a poznání smyslu života, dosažení pozitivní harmonie, pokory a sounáležitosti s Bohem/Bytím/Universem.²⁸ Následující dimenzí je **zdraví společenské**, typické pro možnost rozvinout své vlohy a naplnit vlastní potřeby. Potřeby mohou být různorodé, například potřeba svobody, vzdělání, seberealizace, ale i základní fyziologické potřeby. Poslední dimenzí je **environmentální zdraví**. Spadá sem zajištění čistého zdravotního prostředí, nezávadné pitné vody, stravy a vzduchu.²⁹ Jednotlivé dimenze se mohou vzájemně prolínat, a vytvářet tak individuální obraz zdraví.

²⁶ Srov. MÜLLEROVÁ, D., *Hygienu, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*, 2014, s. 15

²⁷ Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 20

²⁸ Srov. MÜLLEROVÁ, D., *Hygienu, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*, 2014, s. 17

²⁹ Srov. Tamtéž

1.2.2 Subjektivní vnímání zdraví

V předchozí kapitole jsme se mimo samotné pojetí zdraví dozvěděli, že existuje několik definic zdraví, které mohou být různě objektivně a subjektivně zabarveny. Z hlediska objektivity a subjektivity můžeme určit dvě základní dimenze zdraví. První z nich je **objektivní** dimenze, která nám označuje schopnost, jak je lidský organizmus schopen fungovat. Zdraví jedinci nebo komunity jsou schopni aktivit zdravého člověka, pokud nastane nemoc, dochází ke ztrátě možnosti těchto aktivit a funkcí. **Subjektivní** dimenze zdraví a nemoci je individuální pocit jedince, kdy se jedinec cítí zdrav, nebo naopak nemocen.³⁰

Každý z nás by byl schopný definovat svůj osobní, subjektivně zabarvený pocit zdraví svými vlastními slovy podle svého aktuálního cítění, prožívání, hodnotových orientací, ale například i podle aktuální kvality života. Každý z nás je individuální jedinec se všemi těmito vlastnostmi. Někdo prožívá již malý stupeň intenzity bolesti a i hned vyhledává farmaceutickou pomoc, druhý nad touto bolestí doslova mávne rukou, třetí tento bolestivý stav léčí bylinkami. Přitom všichni příkladoví jedinci mohou zároveň sdělit, že se cítí být zdraví, protože se jedná o občasný problém, u kterého vědí, jak jej vyřešit a zvládnout. Stejně tak by každý z nich mohl říci, že se cítí být nemocen, protože ho tíží zmíněný zdravotní problém, byť je zanedbatelného charakteru, nebo by se jednotlivé pohledy na jejich subjektivní vnímání zdraví prolínaly. Z uvedeného příkladu jasně vyplývá, že mimo klasickou definici zdraví bychom měli zohledňovat právě subjektivní vnímání zdraví a tázat se dotyčného jedince, co pro něj zdraví vlastně znamená.

Tuto skutečnost potvrzuje ve své literatuře Křivohlavý, který poukazuje na fakt, že mimo lékařsky potvrzenou diagnózu zdraví je stejně tak důležité subjektivní vnímání zdraví, které hraje rozhodující roli. V podstatě se jedná o osobní zhodnocení aktuálního zdravotního stavu, zda se člověk cítí být zdrav, šťasten, tedy celkově dobře a v sociální pohodě.³¹ Raudenská a Javůrková dále uvádějí, že na ovlivnění subjektivního pocitu zdraví se podílí klíčové faktory, jako jsou faktory demografické, zejména

³⁰ Srov. ANN ALLENDER, J., RECTOR, CH., D WARNER, K., *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*, 2014, s. 16

³¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*, 2006, s. 179

socioekonomický status a věk, dále faktory behaviorální a osobnostní, kde významnou roli hrají především vlastnosti temperamentu, faktory nezdolnosti a neuroticismu.³²

1.2.3 Současné přístupy ke zdraví

V současné době existuje několik přístupů ke zdraví. Definice zdraví a jejich různá pojetí vychází z náboženství, kultur, vzájemně se doplňují, nebo naopak vyvrací. Současné pojetí zdraví a jeho přístupy Havlínová spojuje do přístupu interakčního a holistického.

Interakční přístup je evolučně mladší, je výsledkem vývoje vědy a často bývá označován jako proces dynamický. Interakce mezi samotným prostředím a jedincem je rozlišena podle úrovně psychologické, biologické, environmentální, kulturní, sociální a interpersonální.³³

Holistický přístup je evolučně starší a je zaměřen na celistvost jedince. Hlavním principem tohoto přístupu je, že zdraví vychází z celistvosti lidské bytosti a jejího prostředí. Interakční přístup toto pojetí doplňuje o složky zdraví, které na sebe vzájemně působí a mají svou dynamiku. Kombinace těchto dvou přístupů vytváří podmínky pro podporu zdraví ve třech hlavních složkách. První z nich je složka individuální, která je spojená s člověkem jakožto celistvým jedincem. Druhou složku tvoří komunitní a institucionální zdraví, jež jsou výsledkem vztahů mezi organismem, psychikou a osobností jednice. Poslední složka je tvořena globálním zdravím, tedy propojeností společnosti a institucí se zdravím světa.³⁴

³² Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 19 - 20

³³ Srov. HAVLÍNOVÁ, M., *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole: rozšířený a aktualizovaný modelový program*, 2000, s. 15-30

³⁴ Srov. Tamtéž

1.3 Holistické pojetí zdraví

Předcházející kapitola nás seznámila s definicí zdraví, jeho pojetím, dimenzemi, subjektivním pocitem zdraví a současnými přístupy ke zdraví. Následující kapitola je věnována holistickému pojetí zdraví, tedy historii holismu, úrovněmi fungování jedince, holistické teorii vzniku nemoci, holistickému a medicínskému přístupu k léčbě pacienta a psychosomatickou interakcí.

1.3.1 Holismus a jeho historie

Pojem holismus pochází z řeckého slova „holos“ (celek, celý). Tento filozofický směr zdůrazňuje, že celek tvoří více než pouhý souhrn jeho částí. Pojem holismus poprvé použil, a sice roku 1926, jihoafrický politik Jan Christiaan Smuts. Ve smyslu celku tento pojem vznikl ve 20. století jako reakce na redukcionismus.³⁵

Předchůdce holismu můžeme vidět již v Aristotelovi, za zakladatele holismu novodobého můžeme považovat přírodovědce a filozofy Jana Christiaana Smutse a Ludwiga von Bertalanffyho. Na samotnou teorii holismu se uplatňuje několik pohledů. Podle československého lékaře Jan Bělohradka je holismus „*souhrn nových směrů myšlení, které bojují o právo celostního nazírání na vědu.*“³⁶ Bělohradek také zastával názor, že člověk ve vědě musí myslet jak komplexně, tak analyticky.³⁷

V holistické teorii se uplatňuje teorie systémů. Podle vztahu s okolím Ludwig von Bertalanffy rozlišuje systémy uzavřené (izolované) a otevřené (integrující). Izolované systémy se rozvíjí zcela autonomně, integrující systémy komunikují s okolím a chovají se jako komunikující celek, ve kterém jakákoliv změna jediné části způsobí změnu celku. Systém člověka v této teorii můžeme chápat jako holistickou interakci biologických, psychologických a sociálních vlivů. K významnému pojetí dospěla psychologie zdraví, která vychází z celostního přístupu ke zdraví a nemoci, respektuje tak biopsychosociální model zdraví v teorii i praxi.³⁸

³⁵ Srov. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, 2010, s. 117

³⁶ ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, 2010, s. 117

³⁷ Srov. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, 2010, s. 117

³⁸ Srov. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, 2010, s. 117

Biopsychosociální přístup ke zdraví a nemoci si systematicky všímá rizikových faktorů, které ovlivňují nemocnost a úmrtnost. Nedochozí tak k upřednostnění čistě chirurgických, invazivních či cenově a časově výhodných typů léčby, naopak léčba je zaměřena na dostatečné začlenění psychologických přístupů, využití epidemiologických dat, na prevenci, změny životního stylu a změny chování pacientů, které vedou k pocitu zdraví.³⁹

S biopsychosociálním přístupem úzce souvisí biopsychosociální model, který Raudenská definuje jako: „... *komplexní (angl. comprehensive) a systémový pohled na vztahy, které ovlivňují zdraví i nemoc vně i uvnitř jedince.*“⁴⁰ Z toho vyplývá jednoduchý fakt, že nemoc je podmíněna více faktory a zdraví je úměrné balancování mezi faktory biologickými, psychologickými, sociálními a faktory prostředí. Lékař může jedince adekvátně chápat pouze v případě, že zvažuje všechny úrovně fungování jedince (biologickou, psychologickou, sociální a spirituální).⁴¹

1.3.2 Úrovně fungování jedince

V předešlém textu jsme si vysvětlili fungování biopsychosociálního modelu. Pro dokonalé pochopení zdraví jedince je potřebné uvědomění si jeho jednotlivých úrovní fungování.

Biologická úroveň fungování

Biologická úroveň fungování má vztah k automatickým procesům vně vědomého uvědomování. Převážně se jedná o neuroendokrinní a vegetativní funkce centrálního nervového systému a periferního orgánového systému.⁴² Řada lékařů a pacientů upřednostňuje hledání příčin změny zdravotního stavu pouze na úrovni tělesné (biologické). Předepisovat a užívat léky, podstupovat různá vyšetření a zákroky bývá často mnohem jednodušší, než se zamýšlet nad pravou podstatou nemoci

³⁹ Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 30

⁴⁰ RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 29

⁴¹ Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 29

⁴² Srov. Tamtéž

a psychosociální situaci daného člověka. Biologická úroveň fungování je jednou z často opomíjených faktorů v léčbě pacienta.⁴³

Psychologická úroveň fungování

„*Psychologické fungování se vztahuje k vnitřnímu stavu jedince, který řídí informační procesy a komunikaci s vnějším světem, zahrnuje kortikální struktury a vědomé uvědomování.*“⁴⁴ Psychologické fungování tedy zahrnuje reprezentaci své osobnosti, osobních cílů, ideálů, potřeb, poznávacích procesů a mnoho dalších strategií, které určují chování jedince.⁴⁵ Na úrovni biologické, psychologické a sociální se velmi uplatňuje i emoční stránka jedince.⁴⁶ Pokud člověk prožívá kladný emocionální náboj, výrazně kladně se ovlivňuje citové prožívání jedince, které se uplatňuje na řadě činností. Psychologické fungování člověka také výrazně ovlivňuje kvalitu života jedince. Právě na této podstatě bylo založeno několik speciálních nástrojů pro hodnocení kvality života, například sepsání pěti nejdůležitějších oblastí života a jejich podrobný rozbor v souvislosti s rozsahem nemoci.⁴⁷

Sociální fungování jedince

Sociální fungování se primárně vztahuje k jedincovu chování k rodině, přátelům, k mezilidským vztahům, v profesi a mnoha dalším. Zahrnuje také vztahy ke společenským institucím, úřadům a kulturní očekávání. Všechny tyto faktory ovlivňují kontext, jak pacient reaguje na nemoc a její léčbu, stejně tak i na lékaře a diagnostiku nemoci.⁴⁸ Sociální fungování je ovlivněno sociálními podmínkami, které můžeme souhrnně charakterizovat jako podmínky, ve kterých se lidé nacházejí, žijí a v nichž mají možnost pečovat o své zdraví, včetně využívání služeb zdravotního systému. Z řady pojetí sociálního zdraví lze předpokládat, že významný faktor tvoří samotná

⁴³ Srov. OREL, M., FACOVÁ, M., *Člověk, jeho mozek a svět*, 2009, s. 117

⁴⁴ RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 29

⁴⁵ Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 29

⁴⁶ Srov. OREL, M., FACOVÁ, M., *Člověk, jeho mozek a svět*, 2009, s. 122

⁴⁷ Srov. AYERS, S., DE VISSER, R., *Psychologie v medicíně*, 2015, s. 128

⁴⁸ Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 29

osobnost člověka jako sociální bytost, která se vztahuje ke zdravotně-sociálnímu systému.⁴⁹

Spirituální fungování jedince

Spirituální úroveň tvoří nedílnou součást komplexního pohledu fungování v prevenci, diagnostice a léčbě jedince. Tento směr nám umožňuje pohled na život z úrovně duše, může nám umožnit obrácení negativního prožívání v pozitivní směr.⁵⁰ Velmi důležitá je práce s emocemi, určité „hledání“ podněcuje lidskou zkušenost. Emoce nás motivují a směřují na cestu, na které bychom chtěli být nebo si představujeme, že už zde jsme. Mimo faktor emoce je důležitá i niterní složka dohod. Mnoho z prožívaných věcí hodnotíme z omezené perspektivy. Právě proto se nám obtížně zjišťuje, když aktuální negativní prožívání vnímáme doslova jako katastrofu, přitom se může jednat o nejlepší věc, která se momentálně odehrává. Náš duševní svět ovlivňuje i samotný spánek, během něhož vstupujeme do jiné dimenze. Ze spirituálního pohledu můžeme říci, že se vyrovnáváme s určitými novými schopnostmi.⁵¹

Ve spiritualitě se uplatňují i tzv. indigoví a křišťáloví jedinci. Indigoví jedinci uplatňují názor, že každý z nás má jednu charakteristickou barvu, která jej provází životem a je nápomocna k hlubšímu pochopení našeho životního cíle a charakteru. Často se jedná o silné osoby, vizionáře s velkou citlivostí k energiím. Křišťáloví jedinci jsou typičtí svou pastelově zbarvenou aurou, jsou přizpůsobeni vyšším vibracím a „čistšímu“ způsobu života. Spirituální úroveň společně s dalšími úrovněmi tvoří velmi důležitou součást holistického přístupu ke zdraví jedince.⁵² Holistický přístup by měl brát v úvahu také neviditelný faktor vědomí, které má na tělo i duši silné dlouhodobé účinky.⁵³ Všechny úrovně fungování jedince se vzájemně prolínají a teprve po jejich detailním studiu jsme schopni chápat jednotlivé souvislosti.

⁴⁹ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 174

⁵⁰ Srov. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 2011, s. 29

⁵¹ Srov. Light worker. *Spirituální psychologie*. [online]. [cit. 2016-11-15]. Dostupné z:

<http://www.lightworker.cz/Spiritual.aspx>

⁵² Srov. Tamtéž

⁵³ Srov. CHOPRA, D., *Spirituální řešení: Odpovědi na nejdůležitější životní otázky*, 2013, s. 41

1.3.3 Holistická teorie vzniku nemoci

Představy o vzniku nemoci v průběhu vývoje lidstva se měnily. Každá z představ byla ovlivněna vědeckým a kulturním myšlením dané doby. Jednou z prvních představ o vzniku nemoci byla posedlost d'áblem. Mnoho kultur se domnívalo, že nemoc je trestem za hřích. Tyto teorie přetrvávaly po mnoho staletí. Jako typický příklad můžeme uvést hinduisty, kteří věřili, že epidemie moru byla trestem jejich boha Šivy.⁵⁴

V 19. století byla objevena infekční příčina nemocí. Moderní medicína se zrodila pomocí Pasteurovy bakteriální teorie. Ta byla vědci velmi podporována a dávala za příčinu vzniku nemoci patologický mikroorganismus. Zastávala také tvrzení, že infekční příčina může být léčena třemi způsoby, a to chirurgicky, lékem nebo preventivním očkováním. Díky této teorii vzniklo mnoho hygienických opatření a smrtelné epidemie začínaly být pod kontrolou.⁵⁵

Později docházelo k pokroku ve vědeckém výzkumu a bakteriální teorie vedla ke komplexnějším hypotézám. Zrodil se biomedicínský model, který označuje nemoc jako výsledek špatné funkce orgánu a buněk. Model obsahuje kritéria, která se zaměřují na vztah příznaku, příčiny a účinku. Tento model má však tendenci ignorovat psychosociální složku choroby. Ani jedna z těchto teorií nevysvětluje příčinu chronických onemocnění, která pohlcují moderní civilizaci. Dřívější obyvatelé nežili dostatečně dlouho, aby se u nich právě chronické onemocnění projevilo, a to zejména onemocnění, které je spojené s věkem.⁵⁶

Ve vyspělých zemích hraje významnou roli životní styl a chování jednotlivců. Tyto nemoci jsou statisticky významné pro vysokou morbiditu. U některých onemocnění je obtížné dokázat pravou etiologii, proto zde hraje podstatnou roli vzájemný vztah mezi jedincem a prostředím. Pro příklad můžeme uvést nemoci, jako je esenciální hypertenze nebo artritida. Dnes se již přihlíží ke vztahu nemoci a způsobu žití jednotlivce a k jejich vzájemné interakci. Při léčbě je vhodné zohlednit i stravovací návyky, konzumaci alkoholu, nedostatek pohybu, stres a další faktory. Se vznikem

⁵⁴ Srov. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 2007, s. 36

⁵⁵ Srov. Tamtéž

⁵⁶ Srov. Tamtéž, s. 36 - 37

nemoci je nerozlučně spjat životní styl člověka a životní prostředí.⁵⁷

Podstatou moderní vědy je určit, proč jsou někteří lidé náchylní k daným nemocem, stresu, proč je někteří zvládají a další nikoliv. Odpovědi na tyto otázky tvoří pravou příčinu holistické teorie vzniku nemoci.⁵⁸

1.3.4 Holistický a medicínský přístup k léčbě pacienta

V předchozích kapitolách jsme se seznámili s pojmem „holismus“ a jeho historií. Jaký je však rozdíl v holistickém přístupu ve srovnání s moderní medicínskou technikou? Odpověď není složitá. Každá z uvedených metod pracuje s parametry, které jsou vzájemně odlišné, stejně tak i zisk dat. **Tradiční medicína** se zaměřuje na stav biologických funkcí, stav jednotlivých orgánů, vyšetřuje fyzikální a chemické parametry. Dochází k aktuální dokumentaci výsledku daného procesu. **Holistická medicína** se zaměřuje na příčiny vzniku nemoci a na možnosti jejího odstranění. Nejedná se o fyzikální, chemickou nebo přímo medicínskou techniku, ale pracuje se s energiemi a jejich vzájemnou interakcí. Příčinou nemoci z holistického úhlu pohledu je právě nerovnováha ještě před samotnou manifestací choroby na fyzické úrovni. Ve stručnosti můžeme konstatovat základní rozdíly mezi klasickou a holistickou medicínou. Klasická medicína se zabývá léčením nemoci, je spojena se spoustou vyšetřovacích metod a odstraňování příznaků. Hlavním cílem je vyléčit nemoc.⁵⁹ Holistická medicína, často označována souhrnně jako medicína přírodní, celostní, integrující, alternativní, se zabývá předcházením nemocí, snaží se nalézt příčinu nemoci a pochopit vzájemné souvislosti. Hlavním smyslem je uzdravit celého člověka. Holistická medicína se zabývá nejen fyzickými problémy, ale i problémy duchovními a bere člověka jako celistvou bytost, která funguje jako jeden celek.⁶⁰

Holistická medicína uplatňuje celou škálu léčebných technik, jako je například homeopatie, akupunktura, shiatsu, léčba pomocí reflexních bodů, kineziologie a řada

⁵⁷ Srov. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 2007, s. 37

⁵⁸ Srov. Tamtéž

⁵⁹ Srov. ILGNER, M. *Holistická medicína* [online]. 2006 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://mujweb.cz/homeopatie/holistickamedicina.htm>

⁶⁰ Srov. SCANLAN, N., *Complementary medicine for veterinary technicians and nurses*, 2011

dalších. V současné době se poměrně rozvíjejí centra celostní medicíny, která se objevují ve stále více městech a zaměřují se na komplexní přístup ke svým pacientům. V následujícím textu je uvedeno stručné seznámení s vybranými metodami, které uplatňuje celostní medicína.

1.3.4.1 Homeopatie

Jednou z neznámějších alternativních léčebných metod je homeopatie, která se široce aktivně využívá více než dvě století. Metoda byla založena německým lékařem Samuelem Hahnemannem. V našich podmínkách se homeopatie řadí k alternativním způsobům léčby, avšak v chudých zemích lidé často nemají dostatek financí k návštěvě lékaře nebo zakoupení farmaceutických medikamentů, homeopatie tedy obstarává hlavní léčbu.⁶¹

Obecně známou věcí je, že homeopatie je celosvětově široce užívaná, některé literární zdroje uvádějí, že je homeopatie užívána mnohem častěji než klasická léčba. Homeopatie léčí celého člověka, nahlíží na všechny jeho stránky. V léčbě se využívají různá ředění a koncentrace přírodních látek, využívají se látky co nejmenších koncentrací a důležité je jejich napotencování (natřepání). Využívá se princip „podobné léčí podobné“, například k léčbě bolesti se využije přírodní látka, která bolest sama vyvolá. Hahnemann tento princip shrnuje do zákona podobnosti - látka, která onemocnění vyvolá, jej dokáže zároveň i vyléčit. Homeopatie je široce využívána i v jiných oborech, například v oborech veterinárních. Odpůrci homeopatie tuto metodu často označují jako placebo efekt. Tento argument však vyvrací právě veterinární homeopatie, podle dosavadních studií tato léčba funguje stejně dobře u zvířat jako u lidí.⁶²

⁶¹ Srov. ŠVARÍČKOVÁ, M., HOLZBAUER, V., *Poznáváme homeopatii: jak šetrně léčit psy a kočky*. 2011, s. 11 - 12

⁶² Srov. Tamtéž

1.3.4.2 Akupunktura

Neméně známou alternativní medicínskou metodou je akupunktura, která se vyvinula z tradiční čínské medicíny. Princip terapie spočívá v napichování určitých míst, tzv. akupunkturních bodů. Tyto body leží ve specifických drahách (meridiánech) a mají konkrétní význam, v meridiánech totiž proudí životní energie, označována Qi. K tomu, aby člověk byl zdravý, je nutné, aby byly všechny energie v harmonii a vzájemné rovnováze. Pokud se lidské tělo v rovnováze nenachází, vzniká určitý diskomfort a následně nemoc. V současné době akupunktura profiluje dva základní proudy, a to proud evropský, který je typický kontrolou lékaře, a proud tradiční, který respektuje čínskou medicínu a je dostupný i laikům. Specifika a kritéria pro provádění akupunktury na lékařské úrovni v České republice jsou uvedena ve Věstníku MZČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky), poprvé byla povolena lékařům v roce 1981.⁶³

1.3.4.3 Shiatsu

Shiatsu je technika, která je po řadu staletí hojně využívána v Japonsku a vychází z tradiční čínské medicíny. Hlavním principem této metody je síť drah, tedy akupunkturních bodů, které jsou masírovány a palpovány prsty, lokty, dlaněmi a koleny. Metoda je charakteristická detailní prací s tělem. Důležité je, aby byla zachována celková harmonie těla, metoda je díky palpačním bodům podobná akupunktuře. Metoda léčby shiatsu může být lokalizována do několika oblastí s charakteristickým názvem, například lokalizace břišní oblasti se nazývá ampuko. Využití této techniky je velmi široké a může probíhat jak na medicínské, tak i laické úrovni.⁶⁴

⁶³ Srov. KRÍŽOVÁ, E., *Alternativní medicína v České republice*, 2015, s. 78 - 82

⁶⁴ Srov. DUBISTKY, C., *BodyWork Shiatsu: Bringing the Art of Finger Pressure to the Massage Table*, 1997, s. 6 - 9

1.3.5 Psychosomatická interakce

Lidské tělo i psychika jsou v neustálé interakci. Mnoho lidí, často i zdravotníků, se bohužel mylně domnívá o opaku a odděluje tyto dvě složky. Řada z nás vyhledává zdravotní péči právě pro somatické symptomy, ale ve skutečnosti se jedná o poruchu komplexního charakteru. K tomu, aby došlo k pochopení psychosomatické homeostázy, je nezbytné si uvědomit tyto vzájemné interakce.⁶⁵ Existence psychosomatických interakcí je poměrně známá a v mnoha pohledech jednoduchá. Typickým příkladem je lechtání. Lechtání je mnohem více než dotek, avšak zajímavé je, že lechtat nás může pouze cizí osoba. Tuto teorii zpozoroval již Darwin. Mimo lechtání je dalším příkladem autosugesce, apatie nebo hypnóza.⁶⁶

Po staletí se utvářel komplex otázek, které se týkaly povahy „psychiky“ a „těla“, které vedly k řadě debat a diskuzí. Biologické pojetí vysvětluje, že psychika je produktem činnosti mozku. Někteří zastánci však tento názor kontrastují v tom, že my sami jsme svými mozky. Jiní kontrastují tvrzením, že naše psychika je království svého „já“ a naší duše, která vede k pochopení vyšších sil.⁶⁷

V minulosti se v různých obdobích pohlíželo na psychiku a tělo buď odděleně (dichotomie), nebo jako na celek. První poznatky utvrdil již Hippokrates (5. století před Kristem). Zdůraznil, že nemoc zahrnuje jak duši, tak i tělo člověka. V souladu s kulturou a duchovní vírou byl holistický přístup přítomen u babylonské, řecké a římské civilizace. Během renesance nastal převrat a došlo na oddělený pohled na duši a tělo. Touto změnou dominoval René Descartes a zavedl dichotomní model duše a tělo karteziánského dualismu. Od 17. století se mnoho věcí mění a na počátku 19. století Emil du Bois-Reymond vysvětloval všechny tělesné a chemické funkce mozku. William James a Carl Lange dospěli k závěru, že city jsou primárně fyziologického původu. Descartesův model karteziánského dualismu byl vyvrácen pomocí Freudova popisu lidského podvědomí. Ve Freudových teoriích pokračovali jeho následníci, Wilhelm Reich, Erich Fromm a Erik Erikson. V posledním období vznikaly různé terapie, které mají psychosomatický účinek. Pro příklad můžeme uvést bioenergetiku vyvinutou

⁶⁵ Srov. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 2007, s. 18

⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 25 - 27

⁶⁷ Srov. Tamtéž, s. 20

Alexandrem Lowenem, autogenní trénink nebo různé formy odborných metod.⁶⁸

Psychosomatická interakce má jasný vliv na to, jak vidíme sami sebe, naši nemoc a zdraví. Pokud dojde k pochopení toho, že psychika neexistuje odděleně od našeho těla, máme namířeno k cíli jménem zdraví. Psychosomatickou interakci by si měli uvědomovat jak samotní pacienti, tak především veškerý zdravotnický a školící personál.⁶⁹

⁶⁸ Srov. MASTILIAKOVÁ, D., *Holisticke přístupy v péči o zdraví*, 2007, s. 22 - 23

⁶⁹ Srov. Tamtéž, s. 20 - 21

1.4 Faktory, které ovlivňují zdraví

Stejně jako téma zdraví je životní styl velmi rozsáhlou a stále řešenou problematikou. Na ovlivnění životního stylu se podílí řada faktorů, které přibližuje následující kapitola. Následující text nás seznámí s teorií životního stylu, životní úrovní, životními podmínkami, kvalitou života, hodnotovou orientací, determinanty zdraví a rizikovými faktory životního stylu.

1.4.1 Teorie životního stylu

V teorii životního stylu se uplatňují tři základní pojmy. Prvním z nich je **životní způsob**. Životní způsob je spíše obecný a pojednává o základní charakteristice konkrétního subjektu. Subjektem může být společenství, společnost, skupina nebo jednotlivec. Tyto subjekty jsou typické svými zvyklostmi, vzájemnými vztahy, činnostmi a životními projevy, které jsou ovlivněny svým významem.⁷⁰ Kubátová dále uvádí, že životní způsob je kvantitativním souhrnem jeho jednotlivých prvků.⁷¹

Dalším pojmem je **životní styl**, který je konkrétnější, často je však považován za synonymum pojmu životní způsob. Definice životního stylu mohou být různé. Z širší roviny je možné životní styl definovat podle způsobu, jak lidé bydlí, vzdělávají se, stravují se, pracují, vzájemně interagují, vychovávají své potomky, tedy celkově, jak žijí.⁷² Životní styl má několik subjektů. Prvním z nich je **jednotlivec** (individuum). Jednotlivec se během vystupování v konkrétních životních situacích orientuje na své blízké, se kterými vede bezprostřední komunikaci. Bytosti, které spolu takto komunikují, jsou chápány jako jedinečné.⁷³ Následujícím subjektem je **skupina**. Skupiny jsou charakteristické obdobným sociálním původem, výchovou, stupněm vzdělání, povoláním nebo samotným životním stylem. Ve skupině mají jedinci svůj specifický životní styl a k němu adekvátní jednání.⁷⁴ Pokud zaujmeme sociologický

⁷⁰ Srov. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., *Sociologie životního stylu*, 2008, s. 81 - 82

⁷¹ Srov. KUBÁTOVÁ, H., *Sociologie životního způsobu*, 2010, s. 34

⁷² Srov. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., *Sociologie životního stylu*, 2008, s. 51 - 52

⁷³ Srov. BERGER, P., LUCKMANN, T., *Sociální konstrukce reality. Pojednávání o sociologii vědění*, 1999, s. 75

⁷⁴ Srov. WEBER, M., *Autorita, etika a společnost: Pohled sociologa do dějin*, 1997, s. 190 -191

pohled na skupinu, můžeme ji chápat jako určité seskupení lidí s obdobnou sociální vazbou. V této existenci je potřebné skupinu chápat jako reálnou, nikoliv empirickou.⁷⁵ Posledním subjektem životního stylu je **společnost**. Podle Kubátové společnost „...není subjektem způsobu života, je souhrnem podmínek způsobu života skupiny nebo jednotlivce. Životní podmínky jsou diferencované.“⁷⁶

Teorii životního stylu ukončíme pojmem **životní sloh**. Termín byl používán od 40. let 20. století, poprvé architektem Karlem Honzíkem. Shledání s architekturou nebylo náhodné, protože právě architekti zaznamenali, že nestačí pouze navrhnout stavbu, ale je potřebné ji spojit s návrhy na předměty denní potřeby. Honzík toto architektonické pojetí následně rozvíjel a doplnil jej o formy, které se netýkají pouze věcného prostředí.⁷⁷ Životní sloh je podle Honzíka soustava životních forem vzájemně vztažných, kterými se projevuje život v určité historické situaci a společnosti. V podstatě se jedná o formy určitého jednání, vztahů, věcného prostředí a vědomí.⁷⁸

1.4.2 Životní úroveň, podmínky, kvalita života a hodnotová orientace

Životní úroveň je v současné společnosti chápána spíše jako materiální blahobyť, který se týká především spotřebitelské úrovně. Ukazatel, pomocí kterého se měří, je součet všech hodnot zboží a služeb, které jsou vyprodukovány občany.⁷⁹ Často bývá životní úroveň jednotlivců odvozována od jejich příjmů nebo vybavení domácností. Pokud vezmeme v potaz jednotlivce, můžeme se spíše zaměřit na kulturnost životního stylu během volnočasových aktivit, vybavení domácnosti, výši vzdělání nebo složitost výkonu práce. Životní úroveň i kvalitu života ovlivňuje samotný smysl života a celková spokojenost.⁸⁰

Životní styl ovlivňuje mnoho vnitřních a vnějších faktorů. Vnitřní faktor neboli subjekt životního stylu působí jako možnost výběru v nabízených životních podmínkách. Subjekt tak hledá určitou životní podmínku, která v aktuální chvíli

⁷⁵ Srov. KUBÁTOVÁ, H., *Sociologie životního způsobu*, 2010, s. 23 - 24

⁷⁶ KUBÁTOVÁ, H., *Sociologie životního způsobu*, 2010, s. 35

⁷⁷ Srov. KUBÁTOVÁ, H., *Sociologie životního způsobu*, 2010, s. 16

⁷⁸ Srov. HONZÍK, K., *Co je životní sloh*, 1958, s. 7 - 13

⁷⁹ Srov. KRÄMER, W., *Statistika do vesty*, 2005, s. 48

⁸⁰ Srov. KUBÁTOVÁ, H., *Sociologie životního způsobu*, 2010, s. 21

uspokojí aktuální potřebu.⁸¹ Celý životní styl je ve své podstatě reakcí na aktuální **životní podmínky**, které jsou specifikovány demografickými, ekologickými, geografickými, biologickými, kulturními, ideovými faktory a řadou dalších.⁸²

Ve srovnání s životními podmínkami je **kvalita života** hodnocena velmi individuálně. Samotný pojem se objevuje na počátku 60. let minulého století pod politickým heslem.⁸³ Kvalita života úzce souvisí s uspokojováním lidských potřeb a přistupuje k nim s objektivním a subjektivním rozměrem. Je důležité si uvědomit, že kvalita života odráží pocit pohody, který vychází z tělesného, sociálního a duševního stavu jedince.⁸⁴

Významnou roli v životě člověka hraje i **hodnotová orientace**. Jednotlivé hodnoty mají různou sílu i význam, jejich důležitost není stejná. Jednotlivci si snadno kategorizují své hodnoty do určitého žebříčku, který je orientován podle jejich priorit.⁸⁵ Samotné hodnoty se vytváří dlouhodobě a jsou ovlivněny zkušenostmi, poznatky a prožitky. Stejně jako kvalita života i hodnotová orientace úzce souvisí s uspokojením aktuálních potřeb jednotlivce, skupiny a společnosti.⁸⁶ Říčan dále uvádí, že hodnoty jsou nejobecnější postoje, které určují orientaci člověka ve světě a celý jeho životní styl. V podstatě jsou hodnoty nejvyššími abstrakcemi konkrétních postojů.⁸⁷

Životní úroveň, podmínky, kvalita života i hodnotová orientace úzce souvisí s holistickým pojetím zdraví jedince, skupin i společnosti. Všechny tyto komplexní vlivy jsou předmětem zkoumání celostního pohledu na zdraví.

1.4.3 Determinanty zdraví

Příčin a faktorů, které ovlivňují naše zdraví celkově nebo jen subjektivně, je nespočetné množství, obecně tyto faktory definujeme jako determinanty zdraví. Tento souhrn jevů a podmínek je široce zaměřen, uplatňují se v něm prvky vnějších vlivů, ale

⁸¹ Srov. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., *Sociologie životního stylu*, 2008, s. 69 - 70

⁸² Srov. Tamtéž

⁸³ Srov. Tamtéž, s. 98 - 100

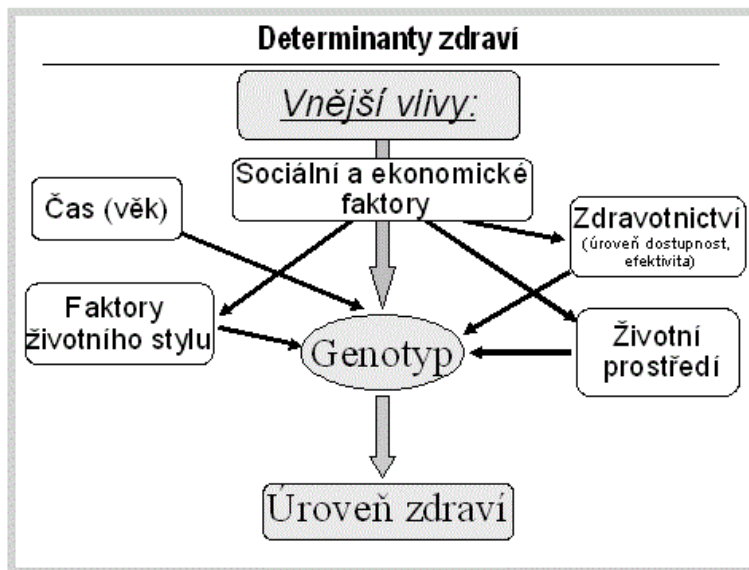
⁸⁴ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, 2011, s. 31

⁸⁵ Srov. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., *Sociologie životního stylu*, 2010, s. 124 - 127

⁸⁶ Srov. Tamtéž

⁸⁷ Srov. ŘÍČAN, P., *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*, 2010, s. 109

i genotypu. Individuální základ tvoří genotyp, který je často velmi rozdílný a určuje náchylnost a predispozice jedince k určitým nemocem. Do jaké míry se však genotyp uplatní, nezáleží pouze na samotném jedinci, ale rovněž na tzv. vnějších vlivech. Do skupiny vnějších vlivů můžeme zařadit faktory životního stylu, životního prostředí, sociální a ekonomické faktory, zdravotnictví, ale i faktor věku.⁸⁸ Propojenost těchto prvků objasňuje následující schéma.



Obr. č. 1 Determinanty zdraví⁸⁹

1.4.4 Rizikové faktory životního stylu

Životní styl je ovlivněn nespočtým množstvím faktorů. Následující text nás seznamuje s těmi nejvýznamnějšími.

⁸⁸ Srov. Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LFMU. *Na čem závidí, jak jsme zdraví* [online]. [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/rizika-nemoci/4-na-cem-zavisi-jak-jsme-zdravi.html>

⁸⁹ Obr. č. 1: Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LFMU. *Na čem závidí, jak jsme zdraví* [online]. [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/rizika-nemoci/4-na-cem-zavisi-jak-jsme-zdravi.html>

1.4.4.1 Výživa člověka

Zcela zásadní význam pro člověka má právě výživa. Na její skladbě a časovém rozložení se nejvíce podílí samotný jedinec. Zásadám zdravé výživy a hygieny se učí dítě již v předškolním věku, jedinec znalostí nabývá postupně a dochází k přizpůsobení se svým chutím, racionalitě a ostatním okolnostem.

Aby byl lidský organismus schopný fungovat, je samozřejmé, že potřebuje přísun energie, vitamínů a minerálních látek, které získává příjmem potravy. Neméně důležitý je i příjem tekutin. Příjem potravy by měl být přiměřený a zároveň by měl odpovídat i výdeji. Nadměrný přísun potravy v kombinaci s velmi nízkou pohybovou aktivitou způsobuje nadváhu, nedostatečný příjem naopak podvýživu.⁹⁰ Stručný přehled zastoupení výživových složek v potravě popisuje následující schéma.



Obr. č. 2 Potravinová pyramida⁹¹

Samotné stravování je problematické ve všech věkových kategoriích. Často bývá ovlivněno časovými možnostmi, shonem a stresem. Před zdravou stravou jedinci snadno upřednostní produkty rychlého občerstvení, jejichž výživová hodnota je energeticky náročná a z hlediska výživného obsahu mizivá. Mimo omezené časové možnosti je potřebné zohlednit i ekonomickou stránku stravování. Polotovary, uzeniny a sladkosti jsou cenově velmi přijatelné a často se můžeme setkat s názory lidí, že si

⁹⁰ Srov. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., a kol., *Výchova ke zdraví*, 2009, s. 10

⁹¹ Obr. č. 2: AMARYLLIS. *Zdravá životospráva* [online]. [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.amarylliscentrum.cz/zdrava-zivotosprava>

bohužel zdravou stravu nemohou dovolit právě z finančních důvodů. Faktem vedoucím k polemice je také to, že pojem „zdravá strava“ může pro každého z nás znamenat něco jiného.

Žákům základních i středních škol je umožňováno stravování ve školní jídelně, která podléhá aktuálním nařízením a vyhláškám. Žáci si zde mnohdy mají možnost vybrat ze dvou i více jídel, některé školy také poskytují bezlepkové stravování. Cena obědů je většinou přijatelná. Stejně tak i studenti vyšších odborných a vysokých škol mají obdobné možnosti výběru. Zaměstnanci firem mají zpravidla rovněž možnost výběru z několika jídel. Často bývají obědy zaměstnavatelem dotované a částečně hrazené, nebo zaměstnanci dostávají příspěvky a benefity různého charakteru. I přesto někteří z nás upřednostňují domácí stravování a každodenní přípravu pokrmu na následující den.

1.4.4.2 Pohybová aktivita, odpočinek a spánek

Pohybová aktivita je jedním z nejpřirozenějších a nezbytných mechanismů, které vedou k upevnění a zachování zdraví. Pohyb je také základní výrazový prostředek lidské komunikace a je důležitý pro vyjádření nálad a pocitů.⁹² Pohybová aktivita zasahuje do celotělového energetického metabolismu několika mechanismy. Pro příklad můžeme uvést ovlivnění a zvýšení energetického výdeje, termogeneze nebo zastoupení tuků při hrazení energetické spotřeby.⁹³ Hlavní funkcí pohybu je udržet tělesnou zdatnost, dalšími funkcemi je ovlivnění duševní svěžesti a pohody, okysličení tkání, působení proti bolesti, pro zpevnění kostí, pohyb má ale také socializační a preventivní význam.⁹⁴ V současné době je obecně známým faktem, že světová populace trpí nedostatkem pohybové aktivity a obezita se široce rozmáhá i v dětském věku. Existuje řada programů, které se současnou situací snaží zlepšit.

Stejně jako pohyb je pro lidský organismus důležitý **odpočinek a spánek**, nutný pro celkovou regeneraci. Každý z nás dodržuje své rituály před spánkem a má různou kvalitu spánku. Někomu z nás stačí pár hodin, druhý je schopen prospat celý den a stále

⁹² Srov. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., a kol., *Výchova ke zdraví*, 2009, s. 58

⁹³ Srov. HAINER, V., *Základy klinické obezitologie*, 2011, s. 217

⁹⁴ Srov. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., a kol., *Výchova ke zdraví*, 2009, s. 58

se necítí odpočatě.

Spánek je podle Trojana definován jako: „...*nehomogenní (heterogenní) funkční stav organismu, pro který jsou typické rytmické cykly různých stádií a přechodů, z nichž každé je charakterizováno specifickými formami chování, změnami elektrofyziologickými, vegetativními a endokrinními.*“⁹⁵ Kvalitu spánku ovlivňují desítky faktorů, jako jsou například faktory biologické, fyziologické, psychické a duchovní, ale také životní prostředí, sociální a kulturní podmínky.⁹⁶

1.4.4.3 Stresová zátěž

V běžném životě je při každodenních činnostech téměř samozřejmostí, že se setkáváme se stresovou zátěží. Stresová reakce je podle Bartůňkové definována jako „...*fylogeneticky zakódovaná neurohumorální a metabolicko-funkční příprava organismu na boj nebo útěk. Jedná se o výraznější odchylku od normálu, při které dochází k narušení integrity organismu. Mobilizují se silnější obranné nebo kompenzační mechanismy než při poruchách homeostázy.*“⁹⁷

Dominantní roli při stresové reakci hrají hormony, zejména adrenalin a noradrenalin. Při nepřiměřené stresové reakci a jejím opakování mohou vzniknout poruchy, které bývají příčinou řady onemocnění. Typicky se jedná o onemocnění zažívacího a kardiovaskulárního systému.⁹⁸ Faktory, které vyvolávají stresové reakce, označujeme jako stresory. Mohou být fyzikálního, chemického, biologického nebo psychosociálního původu.⁹⁹

Stresovým reakcím bohužel podléhá každý z nás a způsob vypořádání se s nimi může být odlišný. U žáků středních škol a studentů lze předpokládat, že stresová zátěž bude zvýšena u zkouškového období. Podle výzkumu Lažové jsou u studentů nejčastějšími stresory právě škola a rodina nebo partner, další pozice zaujímá zdraví

⁹⁵ TROJAN, S., *Lékařská fyziologie*, 2003, s. 677

⁹⁶ Srov. KELNAROVÁ, J., a kol., *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 2. ročník, I. díl*, 2009, s. 23

⁹⁷ BARTŮŇKOVÁ, S., *Stres a jeho mechanismy*, 2010, s. 16

⁹⁸ Srov. JOHSI, V., *Stres a zdraví*, 2007, s. 24 - 25

⁹⁹ Srov. BARTŮŇKOVÁ, S., *Stres a jeho mechanismy*, 2010, s. 16

a finance.¹⁰⁰ U dospělých lze naopak předpokládat, že příčinou stresu bude nejčastěji práce nebo společenský tlak. Podle psychoterapeuta Herdy jsou nejčastějšími příčinami stresu u dospělých jakákoliv ohrožení, strach, neurčitost, ale také práce, únava nebo různé životní události.¹⁰¹

1.4.4.4 Návykové látky

Návykové látky jsou snadno dostupným prostředkem, jak zmírnit stresovou zátěž. Nedostatek času, rodinné problémy, problémy související se studiem, prací, partnerem, finanční nebo existenční problémy, to vše mohou být faktory, které vedou k užívání návykové látky. Pravou příčinu většinou neřeší, vyhledávány jsou pro rychlou úlevu.

Návykové látky mohou snadno vyvolat závislost a nabádají k opakovanému užívání. Těchto látek je celá škála. Sedativní a hypnotický účinek má **alkohol**, který je společně s cigaretami jednou z nejužívanějších návykových látek. **Nikotin**, který je obsažen typicky v cigaretách, má na rozdíl od alkoholu centrálně stimulační účinek. **Extáze** je charakteristická svým halucinogenním účinkem. **Konopné drogy**, kam řadíme například hašiš nebo joint, vyvolávají pocit euforie. Mezi **stimulancia**, která mají povzbuzující účinek na centrální nervovou soustavu, řadíme kokain, amfetamin, nikotin a kofein. **Opioidy** jsou charakteristické pocitem euforie a analgetickým účinkem. Velmi toxické jsou **těkavé látky**, které vyvolávají psychoaktivní účinek.¹⁰² Mimo výše zmíněné látky mohou být někteří lidé závislí také na méně závažných výrobcích, jako je například čokoláda. Pojem „závislost“ je z určité míry individuální.

K zajímavému zjištění dospěl autorský kolektiv (Sovinová, Sadílek, Csémy) v roce 2011. Z výzkumné zprávy vyplývá, že častějšími kuřáky byli muži. Téměř čtvrtina populace mohla být označena za kuřáky, kouřící alespoň jednu cigaretu denně. Nejčastěji byla zastoupena věková kategorie 25 - 34 let. Většina kuřáků se nacházela v rozvedeném nebo svobodném stavu, s nižším stupněm vzdělání. Alarmujícím

¹⁰⁰ Srov. LAŽOVÁ, M. *Životní styl studentů na vysoké škole*. [online]. 2010 [cit. 20016-08-12]. Dostupné z: https://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11806/1a%C5%BEov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1, s. 56

¹⁰¹ Srov. HERDA, D. *Definícia stresu a jeho príčiny*. [online]. 2014 [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/clanok/53216/definicia-stresu-a-jeho-priciny>

¹⁰² Srov. PREISS, M., KUČEROVÁ, H., *Neuropsychologie v psychiatrii*, 2006, s. 175 - 177

zjištěním bylo, že kritický věk pro započetí kouření činil 14 - 15 let, většina oslovených respondentů však uvedla, že s kouřením začala před dovršením svých osmnáctých narozenin.¹⁰³

¹⁰³ Srov. SOVINOVÁ, H., SADÍLEK, P., CSÉMY, L., *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření: Výzkumná zpráva* [online]. 2012, 47 s. [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKuractvi2011.pdf> , s. 15 - 45

1.5 Praktický lékař a jeho pacient

Všeobecného praktického lékaře má každý z nás, ať už se jedná o lékaře pro děti a dorost, nebo pro dospělé. Právě on nám poskytuje první krůček, první odbornou pomoc, když jsme nemocní, potřebujeme nějaké potvrzení nebo následné odborné vyšetření. Zajišťuje nám prevenci, diagnostiku, léčbu a další odborná vyšetření. Jsme ale skutečně spokojeni s jeho péčí? Je pro nás důležité, aby nás náš praktik bral jako celek, aby se zajímal i o okolní faktory, rodinnou a příčinnou souvislost vzniklého onemocnění? S čím jsme s jeho péčí spokojeni, a co naopak postrádáme? To všechno jsou otázky, na které bychom si ze své role pacienta měli být schopni odpovědět. Následující kapitola spojuje problematiku holistického pojetí zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře, seznamuje nás s primární péčí, všeobecným praktickým lékařstvím, osobností praktického lékaře a přibližuje nám důvody, proč jej vůbec navštěvujeme.

1.5.1 Primární zdravotní péče a její charakteristika

Všeobecné praktické lékařství řadíme do primární péče. Celkově lze zdravotní péči poskytovat ve třech základních úrovních, které jsou charakterizovány faktory, jako je dostupnost péče pro občany, míra specializace pracovišť, jejich technické a personální vybavení, skladba pacientů, způsob, kterým k poskytování péče dochází, a hodnocení jejich výstupů.¹⁰⁴

První kontakt občana se zdravotnictvím zahrnuje **primární péče**. Ta je otevřena všem problémům, které jakkoliv souvisejí se zdravím. Primární péče v souvislosti s komplexním zajištěním zdravotních a sociálních služeb v obcích je často označována jako péče komunitní. Oborově specializovaná je péče **sekundární**, která může být ambulantní nebo nemocniční. Řeší dílčí zdravotní problémy pacientů, které nebyly řešitelné v péči primární. Nejvíce specializovanou je péče **terciální**, která je charakteristická špičkovými pracovišti a technikou, často podpořenou i výzkumným systémem.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 5

¹⁰⁵ Srov. Tamtéž

Definice primární péče jsou obdobné a je jich celá škála. Například podle kolektivu autorů (Seifert, Beneš, Býma) je primární péče: „ ...koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky, jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližše vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.“¹⁰⁶

Právě primární péče je základním článkem zdravotnického systému, a to z pohledu odborného, ekonomického i organizačního. Aby dostatečně plnila svoji funkci, měla by splňovat několik charakteristik. Základem je dostupnost a otevřenost. Během poskytování primární péče by mělo dojít k porozumění potřeb občanů a jejich uspokojení. Primární péče by rovněž měla být přehledná v jednotlivých procesech, citlivá a humánní. Pro společnost i systém zdravotní péče je primární péče místem uspokojování základních i hlubších potřeb populace, ale zároveň i využívání odborných služeb. Primární péči v České republice zajišťují všeobecní praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, agentury domácí péče, stomatologové, ambulantní gynekologové, lékárny a lékařská služba první pomoci.¹⁰⁷

1.5.2 Všeobecné praktické lékařství

Všeobecné praktické lékařství je základním oborem, zajišťujícím léčebnou a preventivní péči o děti a dorost a dospělou populaci. Tento obor je otevřen všem problémům, které souvisí se zdravím, a bere také na vědomí sociální a ekonomické faktory a prostředí, ve kterém se člověk nachází. Všeobecné praktické lékařství je svým pacientům nejbližše ve smyslu místa, času, kulturní i ekonomické dostupnosti. Zahrnuje základní poznatky a praxi z řady lékařských oborů a uplatňuje je v diagnostice, léčbě, rehabilitaci i posudkových činnostech. Všeobecné praktické (rodinné) lékařství je také

¹⁰⁶ SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 5

¹⁰⁷ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 5 - 10

vědeckou a akademickou disciplínou, která se zabývá vzděláváním, výzkumem, klinickými aktivitami nebo klinickou specializací pro primární péči.¹⁰⁸

Pro rozvoj všeobecného praktického lékaře je důležité celoživotní vzdělávání. V jeho řízení nese zodpovědnost sám lékař. Cílem je, aby poskytovaná péče byla kvalitní, a lékař tak pocítil osobní i profesionální seberealizaci. Mimo odborné a profesní kompetence je také nutné mít všestranné dovednosti, manažerské schopnosti a osobní i morální předpoklad pro výkon profese.¹⁰⁹

Všeobecné praktické lékařství má několik základních charakteristických znaků. První z nich je **všeobecnost**. Ve své praxi se lékař setkává s různými problémy celé populace, bez rozdílu věku, původu, rasy, víry, sociálního postavení nebo charakteru zdravotního problému. Neméně důležitým znakem je **dostupnost**. Je nezbytné, aby byl všeobecný praktický lékař snadno a rychle dostupný. Přístup k němu by neměl být limitován geografickými, rasovými, kulturními nebo finančními bariérami. Velmi důležitá je také **kontinuita** péče. Principiálně je hlavní orientací oboru člověk, nikoliv nemoc. Základem kontinuity péče je dlouhodobý vztah pacienta a jeho ošetřujícího lékaře. Lékař tedy neléčí pouze epizodu pacientovy nemoci, ale pečuje o významnou část pacientova života. Práce všeobecného praktického lékaře by měla být také **komplexní**, tedy zahrnovat podporu zdraví, prevenci nemocí, rehabilitaci a podpůrnou péči, která respektuje biologické, psychologické a sociální hlediska, v kombinaci s humánním a etickým přístupem. Lékař také plní funkci rádce a koordinátora ve využívání zdravotních a sociálních služeb. Pokud je to nutné, lékař zajistí včasné konziliární vyšetření a specializovanou péči pomocí odborného doporučení, popř. využije spolupráce se svými známými v oboru a kolegy se specializacemi. Tímto postupem se jeho péče stává **koordinovanou** a využívá **spolupráci**. Všeobecný praktický lékař by se měl **orientovat na rodiny a komunity** svých pacientů. Je nutné, aby vnímal pacienty v kontextu jejich rodinných, sociálních, kulturních a komunitních vlivů. Měl by si také být vědom potřeb jednotlivců i populace a spolupracovat s ostatními profesionály z oblasti zdravotní, sociální i laické, aby došlo k pozitivnímu ovlivnění zdraví.¹¹⁰

¹⁰⁸ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 27

¹⁰⁹ Srov. Tamtéž

¹¹⁰ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 27 - 28

1.5.3 Osobnost všeobecného praktického lékaře

Všeobecný praktický lékař působí jako průvodce pacienta zdravotnickým systémem a má jednu z největších možností ovlivnit zdraví jednotlivců a celé populace. Zároveň je významným prvkem, který reguluje spotřebu zdravotní péče.¹¹¹ Mnoho pacientů přichází ke svému praktikovi s důvěrou a sděluje mu své problémy. Často se nejedná o nic vážného a pacienti si chtějí jen povykládat. Pokud je však problém vážnějšího charakteru, právě praktický lékař má možnost ovlivnit další průběh. Zahájí léčbu, odešle pacienta na specializované vyšetření nebo jej předá k hospitalizační péči. Lékař tedy neplní pouze odbornou funkci, ale je i učitelem, jehož žákem je pacient. Dává mu rady, edukuje jej a napomáhá mu, jak svůj zdravotní stav zlepšit.

Samotná profese všeobecného praktického lékaře je velmi náročná, stejně jako cesta k jejímu dosažení. „*Vzdělávání lékaře nekončí úspěšným ukončením studia. Postgraduální vzdělávání upravuje zákon č. 95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v pozdějších právních úpravách zákona č. 189/2008 Sb. A novelizaci vyhlášky o specializačních oborech ve znění vyhlášky č. 55/2011 Sb.*“¹¹²

Pro výkon lékařské profese je nezbytné, aby byl lékař po své promoci členem České lékařské komory a pracoval na akreditovaném pracovišti pod vedením staršího a zkušeného lékaře do té doby, než prokáže své vědomosti a dovednosti složením atestační zkoušky. Nezbytné také je, aby byl lékař zdravotně způsobilý a právně bezúhonný.¹¹³

Mnoho mladých praktiků si zakládá soukromou praxi. Pro otevření soukromé praxe je potřebné udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Toto oprávnění se vyřizuje na místě příslušného státního úřadu: zdravotního odboru krajského nebo magistrátního úřadu, a to na základě žádosti. Pro vznik nového zdravotnického zařízení musí žadatel doložit doklad o odborné způsobilosti, tedy **lékařský diplom**. Odborná způsobilost se získává absolvováním minimálně šestiletého prezenčního studia

¹¹¹ Srov. KOŠTA, O., *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*, 2013, s. 16

¹¹² SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 41

¹¹³ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 42

v akreditovaném programu všeobecné lékařství. Mimo doložení vzdělání musí žadatel doložit také platné **členství v České lékařské komoře**. Co se týče samotné ordinace, je nezbytné, aby žadatel zajistil **prohlášení poskytovatele** o věcném, technickém a personálním vybavení a zabezpečení zdravotních služeb. Žadatel prohlašuje, že veškeré technické vybavení odpovídá předpisům, stejně tak i jeho pracovníci, kteří musí mít příslušné vzdělání. Povinnou přílohou je seznam zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Dalším nezbytným dokumentem k předložení je **provozní řád ordinace**. V tomto dokumentu je popsáno, jak zdravotnické zařízení každodenně funguje, jak zde probíhá úklid, praní, dezinfekce, sterilizace, odběry biologického materiálu, likvidace infekčního materiálu a podobně. Tento dokument musí být schválen příslušnou hygienickou stanicí. Mimo výše uvedené dokumenty žadatel dokládá potvrzení o zdravotní způsobilosti, které je vydáno na základě zdravotního vyšetření. Ve vyhlášce zákona č. 95/2004, resp. jeho novelizaci, jsou uvedeny vady, stavy a nemoci, které znemožňují tuto způsobilost. Posledním nutným dokumentem je doklad, z něhož vyplývá **oprávnění žadatele užívat stanovené prostory**.¹¹⁴

Pokud má mladý praktik rovněž zájem získávat prostředky z veřejného zdravotního pojištění, je nezbytné uzavřít smlouvu o úhradě zdravotní péče s příslušnými zdravotními pojišťovnami. Smlouvy však často podléhají výběrovému řízení. Mladý praktik může také získat svou praxi odkoupením již zavedené lékařské praxe. Prodej a koupě je však ovlivněna úpravami pro fyzickou a právnickou osobu, veškeré právní požadavky však zůstávají stejné.¹¹⁵

1.5.4 Důvody, proč navštěvujeme svého praktika

Každý z nás plní roli pacienta a měl by být registrován u svého praktického lékaře, ať už pro děti a dorost, nebo pro dospělé. Praktický lékař nám zajistí první pomocnou ruku a kontakt se zdravotnickým zařízením, pokud se k němu rozhodneme vydat. Pokud na náš zdravotní problém nestačí, odešle nás k odbornému vyšetření nebo hospitalizační péči. Zároveň dbá o naši prevenci.

Důvody návštěv jsou různé. Děti obvykle doprovází k lékaři rodič nebo zákonný

¹¹⁴ Srov. SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S., *Všeobecné praktické lékařství*, 2013, s. 42

¹¹⁵ Srov. Tamtéž, s. 42 - 44

zástupce, adolescenti a dospělí pacienti svého praktika navštěvují spíše bez doprovodu. Někteří pacienti, zejména důchodového věku a osamělí, svého praktika mohou navštěvovat z důvodu sociální izolace a potřeby sociálního kontaktu. Jejich zdravotní problémy často nejsou natolik závažné, že by nutně potřebovali odborné ošetření, a snadno dochází i ke zneužívání této péče. I toto byl jeden z důvodů, proč byly zavedeny regulační poplatky spojené s návštěvou zdravotnických zařízení.

Praxe všeobecného praktického lékaře v České republice je charakterizována především zajištěním péče o jedince v chronickém stavu, například stabilizace warfarizovaných pacientů. Přibližně čtvrtina pacientů navštěvuje praktika kvůli akutním problémům, o něco méně připadá kontrolám. V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost jsou nejčastějšími důvody návštěvy akutní onemocnění a preventivní výkony.¹¹⁶ Pro srovnání můžeme uvést nejčastější důvody návštěvy adolescentních pacientů ze zahraničí. Viner ve své literatuře uvádí, že nejčastějším důvodem návštěvy praktika adolescenty v Anglii a Walesu je respirační onemocnění, dále kožní onemocnění, problémy se svaly a skeletem, ušní, nosní a krční problémy a psychiatrické symptomy. Nejčastějšími bariérami mezi pacientem adolescentem a jeho lékařem jsou obavy z důvěry, vzdálenost, nedostatek informací, ordinační doba, souhlas rodičů s odbornou péčí, nepříjemný personál nebo ordinační doba. Viner také poukazuje na důležitost vhodné komunikace s adolescentem.¹¹⁷

Pokud nejsme spokojeni s péčí svého praktika, můžeme jej změnit. Obecně víme, že svého praktika můžeme změnit jedenkrát za tři měsíce. Důvody změny lékaře jsou různorodé, stejně jako důvody jeho návštěvy. Košta ve své literatuře uvádí návod, jak by si měl praktik své pacienty udržet. Patrně nejčastějším důvodem změny lékaře je vzdálenost jeho ordinace od místa bydliště pacienta. Dalším důvodem je chybná diagnostika a neadekvátní chování lékaře. V této souvislosti se upřednostňuje moderní přístup lékaře, který zohledňuje biologickou, psychologickou a sociální stránku jedince před tradičním přístupem, který je orientovaný na spíše na lékaře.¹¹⁸ Na pomezí volby praktického lékaře stojí i adolescent, který svého praktika mění obvykle mezi osmnáctým a devatenáctým rokem, měl by si tedy uvědomit, co od svého praktika

¹¹⁶ Srov. SEIFERT, B., ČELEDVÁ, L., *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*, 2012, s. 18

¹¹⁷ Srov. VINER, R., *ABC od adolescence*, 2005, s. 13

¹¹⁸ Srov. KOŠTA, O., *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*, 2013, s. 90

aktuálně potřebuje, co od něj čeká obecně, co od něj pravděpodobně bude potřebovat v budoucnu a jaký přístup by k němu měl uplatňovat.

1.6 Osobnost žáka a jeho učitele

Předcházející kapitoly nás seznámily s teorií zdraví a jeho determinanty, holistickým přístupem a základními informacemi o všeobecném praktickém lékařství. K aplikaci problematiky holistického pojetí zdraví do pedagogické praxe je věnována následující kapitola, která přibližuje roli žáka a jeho životní styl, roli učitele a specifika středních zdravotnických škol.

1.6.1 Role žáka a jeho životní styl

Být žákem střední školy je typicky spojené s věkovou kategorií mezi patnáctým a osmnáctým až devatenáctým rokem, obecně je udáván studentský věk do šestadvaceti let. Žák se nachází v adolescentním vývojovém období, které je spojeno s řadou psychických, sociálních a fyzických změn. Někteří autoři toto vývojové období kategorizují jako období mezi patnáctým až dvacátým rokem, další autoři naopak posunují spodní hranici již na desátý rok. Počátek i průběh adolescence je doprovázen biologickými změnami. Významnou roli hrají také psychologické a sociální faktory, které se podílí na utváření dospělého jedince. Období adolescence je typické kumulací těchto faktorů v souvislosti s problematikou vývoje biologické konstituce jedince, především pak pohlavních znaků, prohlubováním poznávacích, motivačních, emočních a morálních schopností, včetně volby osobních a pracovních perspektiv spojených s volbou povolání.¹¹⁹ Navštěvování jakékoliv školy je důležitým sociálním mezníkem, který dítěti přináší vyšší sociální prestiž. Mimo sociální prestiž se však pojí i s řadou zátěžových situací. Žák ve škole nemá prostředí jako doma, nemá takový pocit jistoty a bezpečí, není středem pozornosti a hlavně musí vynakládat své vlastní úsilí.¹²⁰

Žáci nastupují na střední školy po absolvování základního devítiletého vzdělávání, často nezralí a pod vlivem rodičů, kteří si ve svých dětech uplatňují vlastní ambice a směřují je tam, kde si je jednou přejí mít, nebo kde si přáli být oni,

¹¹⁹ Srov. BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, 2003, s. 28 - 29

¹²⁰ Srov. SEDLÁČKOVÁ, D., *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*, 2009, s. 52

a uskutečňují si tak své sny. Bohužel se často stává, že děti ke zvolenému oboru střední školy nebo učiliště nemají vztah a školu navštěvují spíše proto, aby měli nějaké vzdělání dokončené, nebo kvůli rodičům. Málokteré dítě má v patnácti letech přesnou a jasnou představu o své budoucí profesi.

Návštěva středních škol a učilišť přináší řadu povinností. Žák se učí být samostatnější a přizpůsobuje se nárokům školy, na které nebyl zvyklý. Pokud chce být úspěšný, je nutné se pravidelně připravovat. Vyučování je delší a náročnější než na základní škole, žáci se také často musí adaptovat na brzké vstávání a dojíždění, protože vybrané školy již nemusí být dostupné v místě jejich bydliště. Velké zastoupení odborných škol a učilišť je také propojeno povinnou odbornou praxí, která své žáky uvádí do reality a zaměřuje se na nezbytné praktické dovednosti. Žáci se mnohdy až v tomto prostředí seznamují se skutečnostmi a reálným životem, což přináší velkou zátěž pro adaptabilitu.

Nástupem žáků k dalšímu vzdělávání je velmi ovlivněn i jejich životní styl. Právě touto problematikou jsem se zabývala v předešlých letech u budoucích všeobecných sester. Z hlediska životního stylu studentů oboru Všeobecná sestra se projevil jako problematický způsob bydlení studentů a dojíždění, zejména každodenní. Studenti také uváděli pocit nedostatku času a stresovou zátěž, která byla zapříčiněna převážně náročností studia. Z výzkumu také vyplynulo, že oslovení studenti měli nedostatečnou pohybovou aktivitu a jisté rezervy se objevily i v preventivních opatřeních. Studenti, vzhledem k předpokladu studia svého oboru, neznali své základní hodnoty, jako je krevní tlak, hladina glykémie a cholesterolu.¹²¹

Z pohledu volnočasových aktivit žáka se můžeme zaměřit na přivýdělek a brigády, dobrovolnické aktivity, návštěvu kulturních akcí, zájem o aktuální dění ve světě, způsob trávení volného času, ale také na užívání internetu, které je velmi problematické. V současné době je totiž naše populace na internetu čím dál více závislá. K zajímavému zjištění jsem dospěla také ve výzkumu u budoucích všeobecných sester. Naprostá většina studentů uvedla, že každodenně užívá internet, nejčastěji v rozmezí dvou až třech hodin denně za účelem komunikace s přáteli a studijními povinnostmi.¹²²

¹²¹ Srov. DOLEŽALOVÁ, H., *Problematika životního stylu studentů oboru Všeobecná sestra* [online]. 2015 [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/409246/lf_b/, s. 104 - 105

¹²² Srov. Tamtéž, s. 52 - 54

V době svého studia jsou žáci také ovlivněni řadou rizikových faktorů. Nejčastěji se jedná o konzumaci alkoholu, tabákových výrobků, kofeinových přípravků, užívání drog a stresovou zátěž. I přes nezletilost žáků jsou návykové látky snadno dostupné. Je vhodné, aby žáci dodržovali zásady zdravého životního stylu. Jako problém se může jevit zejména stravování a pitný režim. V současné době je časté upřednostňování polotovarů a pokrmů rychlého občerstvení před zdravou výživou, což má úzkou souvislost s nárůstem obezity již v dětském věku. Podle zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny je v České republice obezitou postižena přibližně třetina dětské populace. Děti samy cítí problém se svojí nadváhou, dávají přednost slazeným nápojům, volný čas tráví u počítače a jediným sportem je pro ně často pouze školní tělocvik, řada dětí má navíc v tomto předmětu výjimky, především v podobě uvolnění z tělesné výchovy.¹²³ Ve školách mají žáci možnost obědů, často s výběrem z několika jídel. Mnoho školních jídelen nabízí i bezlepkovou stravu. Ceny jsou přijatelné, ale žáci jsou mnohdy nuceni oběd sníst v omezeném čase a v přeplněné školní jídelně. Nepříznivý vliv na životní styl žáků mohou mít i masmédiá. Žáci by také měli dbát na prevenci, absolvovat preventivní prohlídky, podstupovat pravidelná očkování a znát své základní hodnoty, jako je krevní tlak, hladina glykémie a cholesterolu.

1.6.2 Žák střední zdravotnické školy

Ošetřovatelství prošlo během svého vývoje několika vývojovými změnami, na kterých se uplatnily osobnosti, jako byla Florence Nightingaleová, Henri Jean Dunant, profesor Nikolaj Ivanovič Pirogov, Theodor Fleidner, Anežka Přemyslovna, Karolína Světlá, doktorka Alice Masaryková a řada dalších. Zpočátku bylo ošetřovatelství spojováno s magií, později se vznikem světských řádů, diakonií a charit. Významný rozvoj proběhl v 19. století během krymské války, později v českých zemích vznikaly útulky a hospice. Ošetřovatelské znalosti se zpočátku dědily z generace na generaci, později docházelo ke vzniku ošetřovatelských škol. Typické zdravotnické vzdělání na

¹²³ Srov. TICHÝ, Oldřich. *Až 30 % dětí trápí nadváha a obezita. Rodiče by jim měli zajistit i při škole dostatek pohybu* [online]. 2015 [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/az-30-deti-trapi-nadvaha-a-obezita-rodice-by-jim-meli-zajistit-i-pri-skole-dostatek-pohybu>

středních školách bylo zavedeno až v šedesátých letech minulého století. Po roce 2000 došlo k reformě a roku 2005 byl zaveden obor Zdravotnický asistent, který je platný až do současnosti, avšak s vyhlídkou brzkých změn.¹²⁴

Studium ošetrovatelství je velmi náročné po stránce fyzické i psychické, je zdlouhavé, nedocenené a odjakživa bývá spojováno s ženským pohlavím. K tomu, aby byl absolvent plnohodnotnou sestrou, již dávno nestačí střední odborné vzdělání. Současný systém středního zdravotnického a sociálního vzdělávání umožňuje vzdělání ve třech oborech, a to v oboru Zdravotnické lyceum, Zdravotnický asistent a Sociální činnost. Studium je zpravidla čtyřleté, prezenční, ukončeno maturitní zkouškou. Některé školy však umožňují i kombinovanou nebo večerní pomaturitní formu studia. Teoretické vyučování je brzy doplněno praktickým výcvikem, který žáky uvádí do reality. Žáci oboru **Zdravotnické lyceum** jsou spíše připravováni k dalšímu studiu zdravotnického a sociálního zaměření. Pokud se žák rozhodne ve studiu nepokračovat, může nalézt uplatnění prostřednictvím rekvalifikačních kurzů jako nelékařský zdravotnický pracovník nebo v charitativních a sociálních oblastech. Absolvent oboru **Zdravotnický asistent** může vykonávat práci středního zdravotnického pracovníka pod odborným dohledem. Rovněž se může uplatnit v řadě zdravotnických a sociálních zařízení ambulantního i hospitalizačního charakteru. I absolventi tohoto oboru jsou podporováni v dalším vzdělávání. Obor **Sociální činnost** je typický svým zaměřením na pečovatelskou činnost. Absolvent tohoto oboru se stává plně kvalifikovaným pracovníkem v sociální a zdravotnické oblasti. Může rovněž nalézt uplatnění pomocí přímému styku s handicapovanými, zdravotně nebo sociálně znevýhodněnými lidmi. Absolventi získávají vědomosti a dovednosti potřebné k zajištění osobní asistence a přímé péče, mohou také pečovat o dítě ve věku do tří let, nacházející se v denním režimu.¹²⁵

Žáci se setkávají s nemocničním prostředím velmi brzy, často nezralí a netknou realitou. Mnoho z žáků si není jisto, zda zvolený obor vybralo správně. Praktická výuka žáky učí zodpovědnosti, pečlivosti, organizaci času a práci v týmu. Žáci si také zvykají na směnný provoz, po dovršení dospělosti již mohou sloužit noční směny. Veškeré

¹²⁴ Srov. Plevová, I., a kol., *Ošetrovatelství I*, 2011, s. 13 - 27

¹²⁵ Srov. Střední zdravotnická škola Brno, Jaselská, příspěvková organizace. *Nabízené studijní obory pro školní rok 2015/2016* [online]. 2010 [cit. 2016-09-02]. Dostupné z: http://www.szs-jaselska.cz/studium/studijni_obory.php#ly

teoretické poznatky žáci aplikují v praxi a vykonávají je pod dohledem svého učitele, který je v roli mentora, přítele a rádce. Žáci se velmi brzy setkávají s řadou nemocí a tělesných omezení, poznávají hodnotu zdraví a setkávají se s darem života i se smrtí. Polemizující otázkou je však to, že řada žáků ještě není schopna v tak brzkém věku pochopit jednotlivé souvislosti a hodnotu samotného života. Pro některé z nich to může mít až traumatizující důsledek a rozhodnou se obor studia zcela změnit, někteří se naopak v oboru naleznou a jsou vysoce motivováni.

Zdravotnické školy byly dříve školami prestižními a výběrovými. Z doslechu řady bývalých studentek se můžeme dozvědět, že žáci, kteří základní školu ukončili bez vyznamenání, většinou nedostali šanci na zdravotnické škole studovat. Nyní však zájem o studium upadá a současné zdravotnictví postrádá své odborné pracovníky. A zde je prostor k velké změně v budoucnu.

V souvislosti s holistickou problematikou zdraví můžeme předpokládat, že právě žáci středních zdravotnických škol budou dobře zorientováni v této problematice, jelikož i oni stojí před volbou praktického lékaře pro dospělé a někteří z nich v budoucnu mohou být součástí jeho praxe a vytvářet tak odborný pracovní tým. Právě pro ně je posláním pečovat o své pacienty a uplatňovat k nim, stejně jako lékař, holistický přístup a zajímat se o celkovou stránku jedince. Na tuto skutečnost žáky připravuje mezipředmětová vazba teoretických předmětů, praktická výuka v nemocničních zařízeních a uplatňuje se zde i osobnostní stránka jedince. Velkou roli v tomto procesu hraje učitel střední zdravotnické školy, jemuž je věnována následující kapitola.

1.6.3 Role učitele střední zdravotnické školy

Učitel obecně plní klíčovou funkci ve výchovně-vzdělávacím procesu. Podílí se na motivaci žáků a nabádá je k procesu učení. Ve vyučovacím procesu obecně plní učitel několik funkcí. Jednou ze základních z nich je schopnost **předat kulturní dědictví** formou poznatků, mravních norem a zkušeností. Učitel by také měl umět **řídít a usměrňovat, nabádat žáky k sebevzdělávání a seberealizaci**. Měl by také plnit funkci inspirující, kontrolní a hodnotící. Učitelská profese je ve své podstatě posláním,

proto učitel plní mnoho funkcí, které vyplývají z jeho sociálního postavení.¹²⁶ Aby byl učitel úspěšný, je podle Holečka nutné, aby splňoval **osobnostní předpoklady**, jako je charakter, temperament, smysl pro spravedlnost, vůli a podobně. Neméně důležitou sférou jsou **didaktické schopnosti a dovednosti učitele**, tedy metodická a odborná připravenost, úroveň používaných metod a organizačních forem, zájem o obor, úroveň výkladu, motivace k práci a podobně. Posledním bodem je **pedagogická a psychologická charakteristika**, tedy sociální dovednosti učitele, jeho systém hodnocení nebo vztah k žákům.¹²⁷

Učitel si po studiu školního vzdělávacího programu a organizace školního roku zpracovává jednotlivé tematické celky, vyučovací cíle, stanovuje zvláštní didaktická hlediska a scénář učiva. Uplatňuje vhodné organizační formy a metody výuky, učební úlohy, materiální a didaktické prostředky. Měl by být také schopen uplatnit svou sebereflexi, zhodnotit dosažení cílů vyučovací jednotky a naplnit klíčové kompetence. Každý z těchto kroků vede ke vzdělávání žáků širokým směrem a učitel se stává úspěšným.¹²⁸

Zdravotnické školství je charakteristické přípravou pro praktickou činnost, významnou část vyučování tvoří samotná praktická výuka. Důležité je, aby žák pod vedením odborného učitele aplikoval získané teoretické vědomosti v praxi, a došlo tak k jejich upevnění, jednotným postupem. Nesmíme zapomenout na to, že odborný učitel je odborníkem ve své profesi a zároveň pedagogem. Jeho vzdělání je limitováno **zákonem o pedagogických pracovnících č. 536/2004 Sb.** Je tedy nutné, aby se vzdělával oběma směry a udržoval si registraci nelékařského zdravotnického pracovníka. Mimo praktický předmět ošetřování nemocných učitel odborných předmětů pro zdravotnické školy vyučuje i předměty teoretické, jako je psychologie a komunikace, první pomoc, ošetřovatelství, výchova ke zdraví, veřejné zdravotnictví nebo somatologie. V centru jejich dění je žák a pacient. Odborné učitelky by měly zvládat soubor činností, jako je ovládnutí vědního oboru Ošetřovatelství, působit výchovně na své žáky, dbát o své zdraví, zdraví svých žáků a pacientů, aktivně se

¹²⁶ Srov. KOLÁŘ, Z., *Analýza vyučovacího procesu*, 1984, s. 68

¹²⁷ Srov. HOLEČEK, V., *Psychologie v učitelské praxi*, 2014, s. 99 - 100

¹²⁸ Srov. OBST, O., *Didaktika sekundárního vzdělávání*, 2006, s. 17 - 37

sebevzdělávat.¹²⁹ Učitelská profese v kombinaci se zdravotnickým zaměřením je velmi důležitá a užitečná, protože učíme nejen sebe, ale především naše žáky a pacienty v péči o jednu z nejcennějších věcí, které člověk má, a tou je zdraví.

V holistické problematice zdraví je pozice odborného učitele rovněž nenahraditelná. Učitele můžeme chápat jako mentora, koordinátora žáka a zprostředkovatele jeho znalostí ve výchovném a vzdělávacím procesu. Právě on žáka seznamuje s holistickým pojetím zdraví a příklady uplatňuje při praktické výuce. Učitel žákovi vysvětluje a ukazuje souvislosti mezi jednotlivými dimenzemi zdraví, pojetí zdraví, subjektivním a objektivním zdravím, přístupy ke zdraví a aplikuje je v praxi v holistickém pojetí. Žák si tak již od počátku samotného studia uvědomuje důležitost využití holistických prvků v samotné ošetrovatelské péči, ale i v péči lékařské.

¹²⁹ Srov. VOLFOVÁ, J., *Osobnost učitele odborných předmětů na SZŠ a jeho profesní kompetence* [online]. 2006 [cit. 2016-09-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/26852/>, s. 19 - 20

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Současný pohled na zkoumanou problematiku

V úvodu empirické části si objasníme historii holistické problematiky zdraví a nahlédneme do současnosti, zejména na výzkumy z předešlých let. V teoretické části práce jsme se dozvěděli, že „*Holismus je idealistická filozofie celistvosti.*“¹³⁰

Samotným holismem se zabýval již Aristoteles v období antiky a popsal jej ve svém díle *Metafyzika*. Aristotela následoval Permenidés a Platón, později také německý filosof Georg Wilhelm Friedrich Hegel a německý teolog, filosof a vědec Gottfried Wilhelm Leibniz. Pojem holismus byl poprvé uveřejněn Janem Christiaanem Smutsem roku 1926 v díle *Holismus a evoluce*, ze kterého vychází známé rčení, že celek tvoří více než pouhý souhrn jeho jednotlivých částí.¹³¹ Dalším předchůdcem novodobého holismu byl Ludwig von Bertalanffy, rakouský biolog, filosof a zakladatel teorie systémů. Holismem se také zabývalo několik československých lékařů, např. Jan Bělohradský.¹³²

Za předchůdce holistické a psychosomatické medicíny můžeme považovat Maimonidese, židovského středověkého lékaře, teologa a filosofa. Maimonides sepsal *Alfadu*, tzv. návod k uzdravení. Alfada se opírala o biologickou, psychologickou a sociální složku a jejich vzájemné prolínání. Maimonides dobře chápal jednotlivé funkce těla jako spiritualitu, přírodní a tělesné vlivy, vlivy psychologické a sociální. Těmito interakcemi se také zabývalo několik klinických odborníků, např. profesor Jaro Křivohlavý.¹³³

V současné době je problematika holistického pojetí zdraví stále řešenou, stejně jako příbuzná témata, kterými je samotné zdraví, životní styl a péče všeobecného praktického lékaře, která s holistickou problematikou zdraví a zaměření diplomové

¹³⁰ KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*, 2009, s. 94

¹³¹ Srov. EBERWEIN, W., *Humanistische Psychotherapie: Quellen, Theorien und Techniken*. 2009, s. 13

¹³² Srov. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, 2010, s. 117

¹³³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, 2002, s. 9 - 10

práce úzce souvisí. Obecně je problematika zdraví široce medializovaným a stále řešeným trendem, což dokládá i existence celé škály odborných textů, knih, publikací, vědeckých článků, seminářů a kurzů. Vybraná témata jsou také velmi oblíbená, co se týče publicistiky a tvorby závěrečných prací. Tuto skutečnost potvrzuje i projekt Theses, který byl vytvořen Masarykovou univerzitou za účelem odhalování plagiátorství závěrečných prací. V současné době tento projekt registruje celkem 994 prací, které obsahují pojem „zdraví“, 843 prací obsahujících pojem „životní styl“, 796 prací obsahujících pojem „holismus“, 941 prací obsahujících pojem „praktický lékař“, 970 prací obsahujících pojem „pacient“, 797 prací obsahujících pojem „žák SZŠ“ a 819 prací obsahujících pojem „učitel SZŠ“.¹³⁴ V následujícím textu bude uveden přehled analýz jednotlivých výzkumů v souladu s cíli práce.

Zdraví je obecně považováno za jednu z nejdůležitějších věcí, které člověk má. Každý jedinec by měl být v plné míře informován o všech jeho náležitostech, tedy ovládat tzv. zdravotní gramotnost. Podle výzkumu Státního zdravotního ústavu z roku 2014 má česká populace velmi nízkou zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost spočívá v dostupnosti informací, jejich porozumění, vyhodnocení a následné aplikaci. Zaměřuje se na zdravotní péči, prevenci a podporu zdraví. Tento výzkum byl součástí projektu „Zdraví 2020“ a vyplývá z něj, že Češi neumí správně hledat a chápat informace o zdraví.¹³⁵

Do výzkumu se zapojilo celkově 8 zemí Evropské unie. Každá ze zemí byla reprezentována vzorkem minimálně 1000 respondentů starších 15 let, Česká republika byla reprezentována 1037 respondenty. Výzkum probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření s jádrem baterie 47 otázek a celkově 90 položek. Dotazník obsahoval kromě škál zdravotní gramotnosti také položky zaměřené na socioekonomický status, subjektivní zdravotní stav a zdravotní chování. Z analýzy výzkumu vyplývají důležitá zjištění.¹³⁶

¹³⁴ Srov. *Theses.cz* [online]. [cit. 2016-12-01]. Dostupné z: <http://theses.cz/>

¹³⁵ Srov. KUČERA, Z., *Výzkum: Češi neumějí hledat a správně chápat informace o zdraví* [online]. 2014 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/36042-vyzkum-cesi-neumeji-hledat-a-spravne-chapat-informace-o-zdravi>

¹³⁶ Srov. Tamtéž

V oblasti zdravotní gramotnosti tvořily špičku Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko. Česká republika zaujímala předposlední pozici. Nejvíce jsou obyvatelé České republiky informováni o zdravotní péči, dále o prevenci a nejmenší orientaci tvoří podpora zdraví. S rostoucím věkem také lineárně klesá frekvence pozitivního skóre zdravotní gramotnosti, naopak s rostoucím vzděláním vzrůstá pozitivní skóre zdravotní gramotnosti. S pozitivním bodováním zdravotní gramotnosti úzce souvisí rovněž vyšší sociální status, sociální gradient a finanční gramotnost. S rostoucí zdravotní gramotností se také zvyšuje subjektivní vnímání zdraví, je ovlivněno i zdravotní chování, tedy četnost sportovních aktivit, kuřáctví a užívání alkoholových nápojů. Poměrně silná negativní zdravotní gramotnost se propojuje s vyšší indexu tělesné hmotnosti.¹³⁷

Mimo zdravotní gramotnost je důležitý i mezník subjektivního hodnocení zdravotního stavu. Podle výzkumu organizovaného Českým statistickým úřadem z roku 2011 vyplývá, že většina obyvatel České republiky svůj zdravotní stav hodnotilo pozitivně, tedy velmi dobře a dobře, pouze 13 % obyvatel svůj zdravotní stav hodnotilo neuspokojivě. Odlišně však popisovali svůj zdravotní stav muži a ženy, ženy častěji svůj zdravotní stav hodnotily negativně, zejména ve vyšších věkových kategoriích. Subjektivní vnímání zdravotního stavu bylo také ovlivněno rodinným stavem, zejména u ovdovělých osob. Výsledky výzkumu také potvrdily, že kladné hodnocení zdravotního stavu souvisí s nižším věkem respondentů. Z výzkumu vyplývá, že nejvíce zdraví se cítili studenti, kteří pocit zdraví uvedli v 95 % procentech. Opačnou pozici zaujímalí respondenti v invalidním důchodu.¹³⁸

Z hlediska subjektivního vnímání zdravotního stavu se projevila souvislost také se vzděláním respondentů. Respondenti s nižším vzděláním častěji vybírali průměrnou kategorii zdraví, vyšší vzdělání naopak vedlo k dobrému hodnocení zdravotního stavu. Z výzkumu také vyplynulo, že ženy navštěvují lékaře častěji, četnost návštěv žen u lékaře v roce 2011 činila v průměru 4,4, četnost návštěv mužů 3,6. S rostoucím věkem respondentů se počet návštěv zvyšoval u obou pohlaví. Praktického lékaře nejméně

¹³⁷ Srov. KUČERA, Z., *Výzkum: Češi neumějí hledat a správně chápat informace o zdraví* [online]. 2014 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/36042-vyzkum-cesi-neumeji-hledat-a-spravne-chapat-informace-o-zdravi>

¹³⁸ Srov. Český statistický úřad. *Jak hodnotíme své zdraví* [online]. 2013 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve-zdravi/>

navštěvovali studenti, dospělí s vyššími příjmy a svobodní lidé. Výzkumu se celkově zúčastnilo 6,5 milionů osob starších šestnácti let.¹³⁹

Na to, aby se člověk cítil zdravý, má významný vliv jeho životní styl. Výzkumem této problematiky jsem se zabývala v minulých letech, a to u prezenčních studentů v oboru Všeobecná sestra. Celkově bylo do výzkumu zahrnuto 110 respondentů výše uvedených kritérií. Cílem výzkumu bylo zjistit faktory, které se podílejí na ovlivnění životního stylu studentů v oboru Všeobecná sestra. V rámci výzkumu byli osloveni vybraní respondenti na Masarykově univerzitě, Univerzitě Tomáše Bati a Univerzitě Palackého. Šetření bylo kategorizováno do pěti základních oblastí, z každé z nich byl zvolen nejvýznamnější faktor.¹⁴⁰

Z demografických údajů se jako nejvýznamnější faktor projevil způsob bydlení respondentů. Z výzkumu vyplynulo, že téměř 60 % respondentů má v místě studia zajištěno bydlení, přibližně 30 % respondentů bydlí doma a přibližně 10 % respondentů dojíždí. Dojíždění je faktor, který je úzce spjat s brzkým ranním vstáváním, nízkou kvalitou spánku a stresem, stejně je tomu i v případě privátního bydlení nebo ubytování na koleji. Studenti se o sebe musí starat sami, nakupovat si, stravovat se, uklízet a obstarávat spoustu dalších věcí, na které student doposud nebyl zvyklý, protože vše zajišťovali jeho rodiče. Z oblasti volnočasových aktivit vyplynulo, že studenti, kteří se zúčastnili výzkumu, pocítují nedostatek volného času. Zajímavé zjištění vyplynulo z přivýdělku respondentů, kdy jich více než 50 % uvedlo, že na přivýdělek nemá čas. Tato skutečnost však neznamenalala, že si studenti přivydělávat nechtěli nebo nepotřebovali. Tento fakt je pravděpodobně spojen s časovou náročností studia, jak ze stránky části teoretické, tak zejména odborné praxe.¹⁴¹

Z oblasti rizikových faktorů během studia se jako významná projevila stresová zátěž. Respondenti za nejčastější příčinu považovali samotné studium. Studenti však stres prožívají i během nemocniční praxe, kdy se mohou setkat s neochotou nemocničního personálu a zátěží směnného provozu. Druhou nejčastější příčinou stresu

¹³⁹ Srov. Český statistický úřad. *Jak hodnotíme své zdraví* [online]. 2013 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve-zdravi/>

¹⁴⁰ Srov. DOLEŽALOVÁ, H., *Problematika životního stylu studentů oboru Všeobecná sestra* [online]. 2015 [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/409246/lf_b/, s. 102 - 105

¹⁴¹ Srov. Tamtéž

byl podle studentů nedostatek času. Další oblastí výzkumu bylo dodržení zásad zdravého životního stylu. Alarmujícím zjištěním bylo, že přes 60 % respondentů upřednostňuje každodenní pasivní trávení volného času, ačkoliv přes 80 % z nich uvedlo, že sportuje. Lze tedy předpokládat, že pokud studenti sportují, praktikují tyto aktivity převážně ve dnech svého volna. Studenti pocítují nedostatek času, a přesto téměř 60 % z nich denně pasivně tráví 2 – 3 hodiny na internetu. Obecně podporovaným trendem je, že lidská populace se podvoluje moderní, informační společnosti. Poslední oblastí zkoumání bylo dodržení preventivního opatření. Z výzkumu vyplynulo, že oslovení studenti v převážné většině neznali své základní hodnoty, jako je krevní tlak, hladina glykémie a cholesterolu, ačkoliv díky zdravotnickému zaměření studia mají o této problematice přehled a často ji řeší v praxi. Znalost zmíněných hodnot je jednou z nejzákladnějších v péči o vlastní zdraví. A právě budoucí zdravotníci by měli jít příkladem.¹⁴²

K zajímavým výsledkům dospěl také výzkum Šimčíka a Pohlové u studentů středních zdravotnických škol. Celkově bylo osloveno 254 respondentů. Statistické výsledky odpovídají skutečnosti, že studenti v adolescentním věku nejsou plně schopni dodržovat vhodné zásady zdravého životního stylu, zejména zdravé životosprávy, a tomu následně odpovídá nadměrná přítomnost tukové tkáně. Jako nejvíce alarmující se projevila kondice studentů, která byla ve většině případů zcela nevyhovující. Tyto výsledky vedou k závěru, že studenti trpí nedostatkem pohybové aktivity a měla by se jednoznačně posílit zdravotní a vzdělávací činnost na základních a středních školách, protože pouze rodinný vliv je nedostačující.¹⁴³

Výskytem nadváhy a obezity se zabýval i výzkum Puklové z roku 2013. Pro výzkum byly vybrány dospělé osoby a děti ve věku 13 a 15 let. Z klíčového sdělení výzkumu vyplývá, že přibližně polovina dospělých v České republice má vyšší hmotnost než optimální. Počet Čechů s nadváhou od 90. let minulého století stoupá. Stejně tak stoupá i počet dětí s vyšší než normální váhou, a to převážně chlapců. Vzhledem ke zjištěné skutečnosti je potřebné, aby probíhala širší osvěta, včetně

¹⁴² Srov. DOLEŽALOVÁ, H., *Problematika životního stylu studentů oboru Všeobecná sestra* [online]. 2015 [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/409246/lf_b/, s. 102 - 105

¹⁴³ Srov. ŠIMČÍK, M., POHLOVÁ, Z., *Dodržování zásad zdravého životního stylu u studentů SZŠ* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/dodrzovani-zasad-zdraveho-zivotniho-stylu-u-studentu-szs-468678>

legislativních nástrojů a soukromých sektorů. Součástí výzkumu je i mezinárodní srovnání třináctiletých dětí v obezitě dětí, kde první pozici zaujímají Spojené státy americké, dále Řecko, Portugalsko, Polsko. Další pozice zaujímají Španělsko, Slovensko a Česká republika. Nejméně obézních dětí je v Holandsku a Dánsku.¹⁴⁴

Velmi přínosné informace o životním stylu v České republice přináší i tuzemská studie, která byla v roce 2014 organizována Vojenskou fakultní nemocnicí, Psychiatrickou klinikou první Lékařské fakulty a agenturou STEM/MARK. Výzkumu se zúčastnilo 1027 respondentů věkové skupiny 25 – 65 let, tedy lidí, kteří pracují. Šetření probíhalo pomocí standardizovaných rozhovorů. Z výzkumu vyplynulo, že pouze přibližně 17 % oslovených respondentů dodržuje zásady zdravého životního stylu. Dále přes 30 % respondentů uvedlo, že kouří, alkohol konzumuje příležitostně téměř 70 % respondentů. Přes 30 % oslovených Čechů nesportuje za účelem zlepšení zdraví ani jeden den v týdnu. Pravidelné stravování uvedlo téměř 60 % respondentů, přes 80 % z nich spí alespoň 6 hodin denně. Zajímavým zjištěním také bylo, že přes 50 % respondentů pravidelně dochází na preventivní lékařské prohlídky a téměř 80 % respondentů nikdy nevyhledalo odbornou psychiatrickou pomoc. Pro téměř 40 % respondentů je stálé zaměstnání příčinou stresu a téměř 70 % účastníků výzkumu se cítí bez projevů deprese.¹⁴⁵

Samotná role praktického lékaře je významná. Publikace zpracovaná Chudobovou ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR z roku 2014 přináší další zajímavá zjištění. Primární péči v roce 2013 zajišťovalo celkově 5331 praktických lékařů pro dospělé, na jeden úvazek lékaře připadalo v průměru 1623 registrovaných pacientů a 7,2 tisíce ošetření, přičemž preventivní prohlídky představovaly 6,5 % z celkového počtu ošetření. Nejvíce praktických lékařů bylo ve věkové kategorii 55 – 64 let, což činilo téměř 40 %. Nejvíce registrovaných pacientů mají praktičtí lékaři ve Středočeském kraji, dále v krajích Pardubickém, Ústeckém a na Vysočině. Střední příčku zaujímají kraje Jihomoravský a Karlovarský, nejméně pacientů mají praktici

¹⁴⁴ Srov. PUKLOVÁ, V., *Výskyt nadváhy a obezity* [online]. 2013 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/info_listy/Vyskyt_nadvahy_a_obezity_2013.pdf

¹⁴⁵ Srov. RABOCH, J., PTÁČEK, R. *Stres, deprese a životní styl v České republice podrobnější informace o studii* [online]. 2015 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://www.ceskenovinky.eu/2015/05/01/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-ceske-republice-podrobnejsi-informace-o-studii/>

v Praze a v Olomouckém kraji. V Jihomoravském kraji se v roce 2013 nacházelo přibližně 600 praktických lékařů s průměrem přes 7 tisíc ošetření, ze kterých bylo cirká 6 % preventivních prohlídek. Dispenzární péče byla nejčastěji věnována hypertonikům.¹⁴⁶

K zajímavému zjištění také došla Všeobecná zdravotní pojišťovna. Z šetření u praktických lékařů z roku 2016 vyplývá, že velikost ordinace a počet registrovaných pacientů nemá výrazný vliv na chování praktika. Praktičtí lékaři na vesnicích a v malých městech jsou více samostatní, řeší více problémů sami, provádějí více výkonů, předepisují více preskripcí a obecně mají nižší náklady na cizí preskripce a ambulantní specialisty. Ve velkých městech je péče o pacienty rozprostřena mezi ambulantní specialisty a obvodní lékaře.¹⁴⁷

Jak jsme již uváděli v teoretické části, práce praktického lékaře v České republice je charakterizována především zajištěním péče o pacienty s chronickým stavem, například stabilizací warfarizovaných pacientů nebo dispenzární péčí o hypertoniky. Přibližně čtvrtina pacientů navštěvuje praktika kvůli akutním problémům, o něco méně připadá kontrolám. V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost jsou nejčastějším důvodem návštěvy s akutním onemocněním a preventivní výkony.¹⁴⁸ Pro srovnání můžeme uvést nejčastější důvody návštěvy adolescentních pacientů ze zahraničí. Viner ve své literatuře uvádí, že nejčastějším důvodem návštěvy praktika adolescenty v Anglii a Walesu je respirační onemocnění, dále kožní onemocnění, problémy se svaly a skeletem, ušní, nosní a krční problémy a psychiatrické symptomy. Nejčastějšími bariérami mezi pacientem adolescentem a jeho lékařem jsou obavy z důvěry, vzdálenost, nedostatek informací, ordinační doba, souhlas rodičů s odbornou péčí, nepříjemný personál nebo ordinační doba. Viner také poukazuje na důležitost vhodné komunikace s adolescentem.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Srov. CHUDOBOVÁ, M., *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2013* [online]. 2014 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-prakticky-lekaru-pro-dospELE-roce-2013>

¹⁴⁷ Srov. VZP ČR. *Všeobecné praktické lékařství v roce 2015 (3. část) – rozdíly v chování praxí dle počtu pacientů a lokace* [online]. 2016 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/vseobecne-prakticke-lekarstvi-v-roce-2015-3-cast-rozdily-v-chovani-praxi-dle-poctu-pacientu-a-lokace-483122>

¹⁴⁸ Srov. SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L., *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*, 2012, s. 18

¹⁴⁹ Srov. VINER, R., *ABC od adolescence*, 2005, s. 13

Co se týče celostní medicíny, můžeme obecně říci, že je široce rozšířená po celém světě. Ze studie Národního centra komplementární a integrativní medicíny ve spolupráci s Národním informačním zdravotnickým systémem z roku 2007 vyplývá, že komplexní a alternativní medicínu (CAM - Complementary and alternative medicine) využívá téměř 40 % dospělé americké populace a přibližně 12 % dětí. Nejčastěji pacienti využívají přírodní a bylinnou léčbu, dále dechová cvičení, meditace a masáže. Nejméně je mezi americkými pacienty využívána homeopatie.¹⁵⁰

Homeopatie je v České republice na rozdíl od USA třetím nejznámějším způsobem léčby, kterou během svého života použila téměř třetina Čechů, a téměř dvě třetiny z nich léčí homeopatiky i své příbuzné. Tuto skutečnost podložila ve svém výzkumu u 1000 respondentů ve věku 18 – 25 let společnost MindBridge Consulting v roce 2011. Oslovení respondenti jako příčiny užívání homeopatie nejčastěji uváděli její účinnost, přirozenost a léčbu bez vedlejších účinků. Homeopatii jako účinnou uvedlo přes 70 % oslovených respondentů.¹⁵¹

V následujících kapitolách bude představeno výzkumné šetření, ve kterém se pokusíme popsat a analyzovat faktory, které ovlivňují subjektivní vnímání zdraví vybraných pacientů praktického lékaře z holistického pojetí. Získaná data nám představí současný stav zkoumané problematiky a mohou nám dát námět do budoucna, jak tato data využít a navrhnout případné nové možnosti zlepšení situace.

2.2 Výzkumné šetření a jeho charakteristika

V diplomové práci se uplatňuje kvantitativně orientovaný výzkum se snahou zajistit co největší, relevantní vzorek respondentů. Kořenem kvantitativně orientovaného výzkumu je logický pozitivismus. Kvantitativní výzkum uplatňuje

¹⁵⁰ Srov. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2007 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z:

<https://report.nih.gov/nihfactsheets/ViewFactSheet.aspx?csid=85>

¹⁵¹ Srov. MindBridge Consulting. *Homeopatie v České republice* [online]. 2011 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z:

<http://www.mindbridge.cz/cs/aktuality/homeopatie-v-ceske-republice/>

existenci pouze jedné objektivní reality vnějšího světa, která nezávisí na našem přesvědčení a citech. Ideál zkoumání tvoří přírodní vědy s nestranným a přesným pohledem na danou problematiku s dokonale vybroušenými výzkumnými metodami. Pozitivismus v sociologii prosadil Auguste Comte, který se zasloužil o jeho rozvoj, John Stuart Mill dále rozpracoval empirismus v psychologii a zaměřoval se na realitu v co nejmenších a nejpřesnějších segmentech a její následnou kategorizaci. Cílem kvantitativního výzkumu je vysvětlit jevy a ověřit je v teorii. Kvalitativní výzkum naopak uplatňuje tvrzení, že existuje více realit podle vymezení jednotlivců nebo skupin. Filozofický základ tvoří fenomenologie, jejímž zakladatelem byl Edmund Husserl. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumění smyslům a jevům a následné vybudování nové teorie.¹⁵²

Kvantitativní výzkum byl rozčleněn z hlediska inovačního cyklu na teoretickou, praktickou a současně empirickou část s uplatněním prvků, jako je výzkumné téma, výzkumná otázka, hypotézy, výzkumný vzorek, výzkumné metody, organizace průzkumu, zpracování získaných dat a jejich následná interpretace.¹⁵³ Teoretickým základem empirické části byly publikace profesora Petera Gavoryho a Miroslava Chrásky.

¹⁵² Srov. GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*, 2010, s. 37

¹⁵³ Srov. ŠVEC, Š., *Metodológia vied o výchove: kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume*, 1998, s. 52 - 57

2.3 Popis výzkumného šetření

Následující kapitola nám podrobněji popisuje dílčí kroky výzkumného šetření. Jednotlivé části jsou uspořádány podle chronologické návaznosti a obsahují prvky, které s výzkumem souvisí v obecné rovině. Kapitola se podrobněji věnuje výzkumným cílům, výzkumnému souboru, metodice výzkumného šetření, pilotní studii a časovému harmonogramu tvorby.

2.3.1 Výzkumný cíl, dílčí cíle, výzkumné problémy a hypotézy

Hlavním výzkumným cílem diplomové práce bylo popsat a analyzovat faktory, které ovlivňují subjektivní vnímání zdraví vybraných pacientů praktického lékaře z holistického pojetí. Vzhledem k obsáhlosti zkoumané problematiky byly k hlavnímu cíli zvoleny čtyři dílčí cíle, které se zabývají jednotlivými oblastmi. K těmto dílčím cílům byly nadále stanoveny deskriptivní a relační výzkumné problémy, s následnou formulací věcných a statistických hypotéz.

Proces tvorby výzkumných problémů podrobněji objasňuje ve své literatuře Chráska, který uvádí, že stanovení výzkumného problému je zcela klíčové pro následné stanovení hypotéz. Výzkumné problémy mohou být deskriptivní, které popisují stav dané problematiky, dále relační, popisující vztah dvou proměnných, a kauzální, ve kterých zkoumáme příčinnou souvislost. Pro relační výzkumný problém je typické stanovení hypotéz. Správně stanovená hypotéza obsahuje vztah dvou proměnných, přičemž jako proměnnou můžeme považovat vlastnost nebo jev, který se závisle nebo nezávisle mění. Dalším krokem je stanovení věcných hypotéz, ze kterých jsou následně vytvořeny hypotézy statistické.¹⁵⁴ Stručný přehled hlavního cíle diplomové práce, dílčích cílů, výzkumných problémů a hypotéz je uveden v následujícím textu.

¹⁵⁴ Srov. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*, 2007, s. 12 - 20

Hlavní cíl: Popsat a analyzovat faktory, které ovlivňují subjektivní vnímání zdraví vybraných pacientů praktického lékaře z holistického pojetí

Dílčí cíl č. 1: Zjistit aktuální stav subjektivního vnímání zdraví vybraných respondentů

Deskriptivní problémy:

- Co pro vybrané respondenty znamená „být zdrav“?
- Jak vybraní respondenti aktuálně hodnotí svůj zdravotní stav?
- Jaké jsou nejčastější kroky pro navrácení subjektivního vnímání zdraví u vybraných respondentů?

Relační problém:

- Jaká je souvislost mezi subjektivním vnímáním dobrého zdravotního stavu vybraných respondentů a využitím samoléčby?

Věcná hypotéza:

H1: Vybraní respondenti, kteří na základě subjektivního hodnocení uvádějí dobrý zdravotní stav, se své zdravotní problémy primárně snaží řešit sami, teprve poté navštěvují svého praktického lékaře.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit rizikové faktory životního stylu, které ovlivňují zdraví vybraných respondentů

Deskriptivní problémy:

- Jaké je zastoupení vybraných respondentů, kteří pravidelně sportují?
- S jakou frekvencí vybraní respondenti nejčastěji konzumují alkoholové nápoje?
- Jaká je nejčastější příčina stresové zátěže u vybraných respondentů, kteří jej často je často pocítují?

Relační problém:

- Jaká je souvislost mezi stresovou zátěží vybraných respondentů a psychosomatickou příčinou nemoci?

Věcná hypotéza:

H2: Vybraní respondenti, kteří se často cítí být pod vlivem stresu, mají větší sklon k psychosomatické příčině nemoci.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda se vybraní respondenti orientují v holistické problematice zdraví**Deskriptivní problémy:**

- Jaké je zastoupení vybraných respondentů, kteří se již někdy setkali s pojmem „holistické pojetí zdraví“?
- Jaké je zastoupení vybraných respondentů, kteří si uvědomují propojenost zdraví po stránce biologické, psychické a sociální?
- Je pro vybrané respondenty důležité, aby k nim jejich praktický lékař uplatňoval holistický přístup?

Relační problém:

- Jaká je souvislost mezi vzděláním vybraných respondentů a orientací v holistické problematice zdraví?

Věcná hypotéza:

H3: Vybraní respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním obecně a žáci střední zdravotnické školy se setkali častěji s pojmem „holistické pojetí zdraví“, než ostatní respondenti.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit spokojenost vybraných respondentů s péčí jejich praktického lékaře

Deskriptivní problémy:

- Jaká je nejčastější příčina návštěv praktického lékaře u vybraných respondentů?
- Jaké jsou nejčastější kroky, které praktický lékař vykonává při návštěvě oslovených respondentů?
- Jsou vybraní respondenti spokojeni s péčí svého praktického lékaře?

Relační problém:

- Jaký je vztah mezi subjektivním vnímáním zdraví vybraných respondentů a spokojeností s péčí jejich praktického lékaře?

Věcná hypotéza:

H4: Vybraní respondenti, kteří se cítí být zdraví, jsou spokojeni s péčí svého praktického lékaře.

2.3.2 Výzkumný soubor a výběr prvků

Základní soubor

Základní soubor podle Chrásky obsahuje všechny prvky, jež patří do určité skupiny, která je předmětem našeho zkoumání, v konečném rozsahu znamená přesné vymezení sledované oblasti.¹⁵⁵ Základní soubor ve výzkumu holistické problematiky zdraví představovali pacienti praktického lékaře v Jihomoravském kraji. Pro dosažení relevantních výsledků byli do výzkumného šetření zařazeni respondenti od sedmnácti let (respondenti, kteří aktuálně stojí před volbou svého nového praktika, praktického lékaře pro dospělé), s aktuálním pobytem v Jihomoravském kraji. Tyto dvě skutečnosti se zároveň staly kritériem pro zařazení respondentů do výzkumného šetření.

Praktického lékaře má každý z nás, proto potenciálním respondentem mohl být každý obyvatel České republiky, který aktuálně žije v Jihomoravském kraji a splňuje věkovou hranici nad sedmnáct let. Podle Českého statistického úřadu a posledního

¹⁵⁵ Srov. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*, 2007, s. 20

sčítání lidu z roku 2011, žije v Jihomoravském kraji „1 163 508 obyvatel“.¹⁵⁶ Vzhledem k věkové kategorizaci Českého statistického úřadu (15 – 24 let) do základního souboru zahrneme hodnoty od věkové kategorie patnácti let, přestože kritériem k zařazení respondentů do průzkumu bylo let sedmnáct. Z výše uvedeného počtu obyvatel z roku 2011, je pro nás tedy stěžejní, že „86 % obyvatel Jihomoravského kraje je věkové kategorie nad 15 let.“¹⁵⁷ Jednoduchým procentuálním výpočtem tak docházíme k fundovanému odhadu konečného rozsahu základního souboru, k počtu obyvatel ve věkové kategorii nad 15 let v Jihomoravském kraji, tedy k číslu **1 000 616,88**.¹⁵⁸

Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem rozumíme určitou část prvků, které byly vybrány ze základního souboru a zároveň tento základní soubor reprezentují.¹⁵⁹ Výzkumným vzorkem v diplomové práci se tedy stali vybraní pacienti praktického lékaře, kteří aktuálně žijí v Jihomoravském kraji, s věkovou hranicí nad sedmnáct let.

Pro zajištění co nejpřesnějších dat je vhodné zvolit náhodný výběr, avšak vzhledem k velikosti základního souboru, časové náročnosti a obsahu výzkumné metody bylo přistoupeno k výzkumu záměrnému. Výzkum probíhal metodou dotazníkového šetření v klasické, tištěné verzi a verzi elektronické. V tištěné verzi dotazníku byli záměrně osloveni respondenti několika firem v Jihomoravském kraji, Církevní střední zdravotnické školy v Brně a tři ordinace praktických lékařů v Jihomoravském kraji. Elektronická verze dotazníku byla distribuována prostřednictvím sociálních sítí.

¹⁵⁶ Český statistický úřad: *Obyvatelstvo* [online]. [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20533784/64413513a03.pdf/8aa77ba5-36c4-4798-adb6-1ccd00550408?version=1.0>

¹⁵⁷ Český statistický úřad: *Obyvatelstvo* [online]. [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20533784/64413513a03.pdf/8aa77ba5-36c4-4798-adb6-1ccd00550408?version=1.0>

¹⁵⁸ Srov. Český statistický úřad: *Obyvatelstvo* [online]. [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20533784/64413513a03.pdf/8aa77ba5-36c4-4798-adb6-1ccd00550408?version=1.0>

¹⁵⁹ Srov. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*, 2007, s. 20

2.3.3 Metodika výzkumného šetření a jeho realizace

Metodu můžeme obecně označit jako cestu k cíli. V pedagogickém výzkumu jsou to cesty, které vedou k získání dat a jejich následnému využití. Teoretická část diplomové práce byla převážně tvořena pomocí analýzy knižních a elektronických zdrojů, pro empirickou část byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník je podle Švece výzkumný vyhodnocovací hromadný nástroj, který zajišťuje poměrně rychlé zjišťování potřebných informací o současné nebo budoucí realitě.¹⁶⁰ Ve své podstatě je dotazník standardizovaný soubor otázek, které jsou připraveny na předepsaném formuláři a patří k efektivním metodám sběru dat.¹⁶¹ Základní terminologické pojmy dotazníku tvoří respondent, otázka a položka. Respondentem je osoba, která dotazník vyplňuje, jednotlivé prvky v dotazníku jsou otázky, jejichž synonymem je položka.¹⁶²

Dotazník určený pro výzkumné šetření byl strukturován do logické posloupnosti. Úvod dotazníku tvořilo logo Pedagogické fakulty univerzity Palackého, krátké seznámení s autorem a instrukce k vyplnění. Obsah dotazníku byl tvořen celkově 45 otázkami, některé z nich v sobě obsahovaly i podotázky. Respondent mohl volit jednu odpověď z nabídky, více možných odpovědí nebo napsat vlastní odpověď. Poslední otázka dotazníku byla volná, respondenti v ní mohli uvést své postřehy, doporučení, náměty, cokoli, co autorovi chtěli prostřednictvím dotazníku sdělit. Závěr dotazníku obsahoval poděkování, informaci o uveřejnění výsledků a přání hezkého dne. Dotazník je přiložen v příloze (Příloha č. 1).

Dotazník byl zcela anonymní a poměrně obsáhlý. Zaměřoval se na čtyři základní tematické oblasti, které byly v souladu se stanoveným cílem, dílčími cíli a výzkumnými problémy. Do těchto oblastí bylo zahrnuto subjektivní vnímání zdraví respondentů, životní styl, holistická problematika zdraví a péče praktického lékaře. Vzhledem k obsáhlosti dotazníku a následné interpretaci dat byly položky pro přehlednost kategorizovány do oblastí, které popisuje následující tabulka:

¹⁶⁰ Srov. ŠVEC, Š., *Metodológia vied o výchove: kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume*, 1998, s. 122

¹⁶¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*, 2009, s. 41

¹⁶² Srov. GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2010, s. 121

Tab. č. 1 Kategorizace položek dotazníku

| Kategorie | Číslo otázky |
|---|------------------------------------|
| Charakteristika vybraných respondentů | 1, 2, 3, 4, 5 |
| Studium/práce vybraných respondentů | 6, 7 |
| Životní úroveň a sociální prostředí vybraných respondentů | 8, 9 |
| Faktory životního stylu vybraných respondentů | 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 |
| Prevence a podpora zdraví vybraných respondentů | 18, 20, 21, 25, 26 |
| Životní podmínky vybraných respondentů | 19 |
| Subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů | 22, 23, 24, 28, 29 |
| Návštěva praktického lékaře vybraných | 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 |
| Holistické pojetí zdraví a psychosomatická příčina nemoci z pohledu vybraných respondentů | 27, 39, 40, 41, 42, 43, 44 |
| Volná otázka | 45 |

Dotazník byl distribuován v tištěné i elektronické verzi, jak popisuje předchozí kapitola. Tištěná verze byla distribuována metodou sněhové koule prostřednictvím kontaktních osob, které dotazníky předaly dále. Stejným způsobem došlo k navrácení dotazníků. K tištěné verzi bylo osloveno několik firem zabývajících se různými obory v Jihomoravském kraji (osloveni zaměstnanci daných firem), tři ordinace praktických lékařů v Jihomoravském kraji (osloveni pacienti) a Církevní střední zdravotnická škola v Brně (osloveni žáci 3. a 4. ročníků, učitelé). Vzhledem k časové náročnosti dotazníku, potenciálnímu narušení chodu ordinace praktického lékaře a stále se zvyšující nemocnosti v podzimním období spolupráci umožnila pouze jedna ze tří ordinací, která zajistila vyplnění několika dotazníků u pacientů sedících v čekárně. Ostatní oslovení respondenti vyplňovali dotazník v domácím prostředí, kancelářích a jiných místech.

Elektronická verze dotazníku byla totožná a byla distribuována prostřednictvím sociálních sítí a elektronických komunikačních prostředků. Dotazník byl umístěn na portále www.google.com a www.vyplnto.cz, respondenti tak mohli odpovídat z pohodlí domova, práce nebo školy. Tištěná i elektronická verze dotazníku byla distribuována během listopadu 2016.

Prostřednictvím tištěné i elektronické verze bylo celkově vyplněno 890 (100 %) dotazníků, přičemž 118 (13,3 %) z nich bylo z důvodu nesplnění kritérií pro výzkum a nedostatečného vyplnění vyloučeno. Vyloučení byli respondenti, kteří nedosáhli věku

17 let nebo na věk neodpověděli, a ti, kteří aktuálně nežijí v Jihomoravském kraji. Celkově bylo z původního počtu zpracováno 772 (86,7 %) dotazníků. Těchto 772 dotazníků tak pro statistické vyhodnocení můžeme považovat za 100 %.

2.3.4 Pilotní studie

Pilotní studie je podstatnou součástí jakéhokoliv výzkumu. Podle Dismana se jedná o studii, jež je prováděna na malé skupině respondentů cílové skupiny, kterou hodláme sledovat. Jejím hlavním cílem je zjistit, zda zjištění požadované informace je reálné a dosažitelné, zda v naší populaci vůbec existuje.¹⁶³

Pilotní studie výzkumného šetření byla uskutečněna během října 2016 a obsahovala několik kroků. Po závěrečné korektuře dotazníku byla vybrána jedna z firem v oboru cestovního ruchu a služeb, ve které je zaměstnáno velké množství zaměstnanců různého pohlaví, věku, vzdělání i odlišné kultury. Oslovení respondenti byli vyzváni k vyplnění dotazníku a sepsání nejasností, protože srozumitelnost a jasnost otázek jsou pro přesné vyplnění dotazníku velmi důležité.

Pro pilotní studii bylo distribuováno prostřednictvím kontaktní osoby celkem 30 dotazníků. Respondenti byli požádáni, aby případné nejasnosti vepsali přímo do dotazníku ke zpětné reflexi. Všech 30 dotazníků s poznámkami bylo prostřednictvím kontaktní osoby navráceno. Následně došlo k analýze dat, poznámek respondentů, vyhodnocení jednotlivých položek a úpravě dotazníku, zejména po jazykové stránce, a formulace jednotlivých otázek. Obsah a struktura dotazníku zůstala stejná. Dotazníky získané pilotáží se zpravidla neužívají v samotném výzkumu, proto tyto dotazníky do výzkumu nebyly zařazeny a sloužily pouze k získání předběžných informací.¹⁶⁴

2.3.5 Časový harmonogram tvorby diplomové práce

Následující text nás seznámí s časovým harmonogramem tvorby diplomové práce. Obecně podle časových harmonogramů můžeme zjistit, zda je jedná o výzkumy

¹⁶³ Srov. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*, 2011, s. 121

¹⁶⁴ Srov. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*, 2007, s. 26

dlouhodobé, střednědobé, nebo krátkodobé. Tvorba diplomové práce probíhala v několika po sobě jdoucích etapách.

1. etapa tvorby (říjen 2015 až květen 2016)

První etapa tvorby diplomové práce zahrnovala tvorbu určité představy o projektu, tedy vytyčení cílů práce, dílčích cílů a studium odborné literatury se souhlasem vedoucí práce.

2. etapa tvorby (červen 2016 až srpen 2016)

Po ujasnění cílů práce, tvorbě předběžných hypotéz a studiu odborné literatury byla sepsána teoretická část práce a byly navrženy metody výzkumu.

3. etapa tvorby (září 2016 říjen 2016)

Třetí etapa zahrnovala přípravu na empirickou část, tedy utvrzení hypotéz, detailní tvorbu dotazníku, přípravu na pilotní studii a její realizaci.

4. etapa tvorby (listopad 2016)

Následujícím krokem byla analýza dotazníků z pilotní studie, jazyková úprava jednotlivých položek a následná distribuce dotazníků v tištěné a elektronické verzi. V mezidobě byla do finální podoby upravena teoretická část a sepsána metodika výzkumu.

5. etapa tvorby (prosinec 2016 až únor 2017)

Pátá etapa se týkala analýzy jednotlivých položek dotazníku, převodu získaných dat do tabulek a grafů, statistického zpracování dat a jejich následné interpretace, tvorby diskuze a závěru práce.

6. etapa (březen 2017)

Posledním krokem byly finální úpravy, tisk diplomové práce.

2.4 Interpretace zjištěných dat

V následující kapitole jsou interpretovány a analyzovány výsledky, které byly získány v dotazníkovém šetření. Celkově bylo vyhodnoceno 772 (100 %) dotazníků. Pro zpracování dat byly použity programy Microsoft Word 2013, Microsoft Excel 2013. Získaná data byla následně interpretována a vložena do tabulek v absolutní a relativní četnosti, se zaokrouhlením na jedno desetinné místo. Statistickému vyhodnocení výzkumných problémů je věnována kapitola 2.5 Vyhodnocení cílů výzkumu a práce s hypotézami.

Respondenti mohli označit jednu odpověď, více možných odpovědí nebo doplnit svoji vlastní odpověď pod položkou „jiné“. Možnosti odpovědí jsou uvedeny v komentáři příslušné položky, stejně tak i vybrané slovní odpovědi respondentů. Číslování jednotlivých položek je v souladu s otázkami, obsaženými v dotazníku. Z důvodu obsáhlosti a za účelem zpřehlednění vyhodnocených položek č. 6, 7, 11, 13, 15, 16 a 17 bylo zvoleno dílčí řazení pomocí písmen A, B, C, D a E. Z důvodu možnosti vícenásobné volby respondentů byly u položek č. 23, 36 a 37 hodnoceny odpovědi. Poslední otázka dotazníku byla volná, jejím prostřednictvím se respondenti mohli vyjádřit k tématu nebo sdělit vlastní myšlenky. Tato otázka proto nebyla nadále zpracována a sloužila pouze k osobnímu využití a podnětům.

2.4.1 Charakteristika vybraných respondentů

Položka č. 1

Tab. č. 2 Zastoupení příslušníků pohlaví vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Žena | 623 | 80,7 |
| Muž | 149 | 19,3 |
| Neodpovědělo | 0 | 0,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 2 znázorňuje zastoupení příslušníků jednotlivých pohlaví vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů bylo 623 (80,7 %) „žen“, 149 (19,3 %) „mužů“ a 0 (0,0 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 2

Tab. č. 3 Věkové zastoupení vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Do 20 let | 191 | 24,7 |
| 21 - 30 let | 324 | 42,0 |
| 31 - 40 let | 165 | 21,4 |
| 41 - 50 let | 64 | 8,3 |
| 51 - 60 let | 22 | 2,8 |
| nad 61 let | 6 | 0,8 |
| Neodpovědělo | 0 | 0,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 3 znázorňuje věkové zastoupení vybraných respondentů. Položka byla zadána formou volné odpovědi. Jednotlivé odpovědi byly následně kategorizovány do intervalů uvedených v tabulce. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů bylo „do 20 let“ zastoupeno 191 (24,7 %), u „21 – 30 let“ 324 (42,0 %), u „31 – 40 let“ 165 (21,4 %), u „41 – 50 let“ 64 (8,3 %), u „51 – 60 let“ 22 (2,8 %), u skupiny „nad 61 let“ 6 (0,8 %) a 0 (0,0 %) respondentů „neodpovědělo“. Respondenti mladší 17 let nebyli do výzkumného šetření zahrnuti.

Položka č. 3

Tab. č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ZŠ | 119 | 15,4 |
| SOU | 25 | 3,2 |
| SŠ | 374 | 48,4 |
| VOŠ | 30 | 3,9 |
| VŠ | 219 | 28,4 |
| Neodpovědělo | 5 | 0,6 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 4 popisuje nejvyšší dosažené vzdělání vybraných respondentů. Z celkového počtu 77 (100 %) respondentů bylo 119 (15,4 %) ze „ZŠ“, 25 (3,2 %) z „SOU“, 374 (48,4 %) ze „SŠ“, 30 (3,9 %) z „VOŠ“, 219 (28,4 %) z „VŠ“ a 5 (0,6 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 4

Tab. č. 5 Počet obyvatel obce, ve které vybraní respondenti žijí

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| do 199 | 18 | 2,3 |
| 200 - 499 | 35 | 4,5 |
| 500 - 999 | 66 | 8,5 |
| 1 000 - 1 999 | 67 | 8,7 |
| 2 000 - 4 999 | 130 | 16,8 |
| 5 000 - 9 999 | 64 | 8,3 |
| 10 000 - 19 999 | 70 | 9,1 |
| 20 000 - 49 999 | 63 | 8,2 |
| 50 000 - 99 999 | 35 | 4,5 |
| 100 000 a více | 210 | 27,2 |
| Neodpovědělo | 14 | 1,8 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabula č. 5 popisuje počet obyvatel obce, ve které vybraní respondenti žijí. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „do 199“ 18 (2,3 %), „200 – 499“

35 (4,5 %), „500 – 999“ 66 (8,5 %), „1 000 – 1 999“ 67 (8,7 %), „2 000 – 4 999“ 130 (16,8 %), „5 000 – 9 999“ 64 (8,3 %), „10 000 – 19 999“ 70 (9,1 %), „20 000 – 49 999“ 63 (8,2 %), „50 000 – 99 999“ 35 (4,5 %), „100 000 a více“ 210 (27,2 %) a 14 (1,8 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 5

Tab. č. 6 Kraj, ve kterém vybraní respondenti žijí

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 772 | 100,0 |
| NE | 0 | 0,0 |
| Neodpovědělo | 0 | 0,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 6 popisuje kraj, ve kterém vybraní respondenti žijí. Aktuální pobyt v Jihomoravském kraji byl zároveň podmínkou k účasti ve výzkumném šetření. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 772 (100 %), „NE“ 0 (0,0 %) a 0 (0,0 %) respondentů „neodpovědělo“.

2.4.2 Studium/práce vybraných respondentů

Položka č. 6A

Tab. č. 7 Studium vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| SZŠ | 115 | 14,9 |
| Jiné | 266 | 34,5 |
| Nestudují | 391 | 50,6 |
| Neodpovědělo | 0 | 0,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 7 popisuje, zda vybraní respondenti studují. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvádí „SZŠ“ 115 (14,9 %), „jiné“ 266 (34,5 %), 391 (50,6 %) respondentů „nestuduje“ a 0 (0,0 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 6B

Tab. č. 8 Forma studia vybraných respondentů

| Odpoředi | Absolutní řetnost (n) | Relativní řetnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Prezenční | 232 | 60,9 |
| Kombinovanou | 147 | 38,6 |
| Neodpoředřelo | 2 | 0,5 |
| Celkem | 381 | 100,0 |

Tabulka ř. 8 popisuje formu studia vybraných respondentů. Z celkového počtu 381 (100 %) respondentů, kteří studují, uvedlo formu „prezenční“ 232 (60,9 %), „kombinovanou“ 147 (38,6 %) a 2 (0,5 %) respondentů „neodpoředřelo“.

Položka ř. 6C

Tab. ř. 9 Motivace vybraných respondentů ke studiu

| Odpoředi | Absolutní řetnost (n) | Relativní řetnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 304 | 79,8 |
| NE | 76 | 19,9 |
| Neodpoředřelo | 1 | 0,3 |
| Celkem | 381 | 100,0 |

Tabulka ř. 9 popisuje motivaci vybraných respondentů ke studiu. Z celkového počtu 381 (100 %) respondentů, kteří studují, uvedlo „ANO“ 304 (79,8 %), „NE“ 76 (19,9 %) a 1 (0,3 %) respondent „neodpoředřelo“.

Položka č. 6D

Tab. č. 10 Místo studia vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| V místě mého bydliště | 100 | 26,2 |
| Do školy denně dojíždím | 135 | 35,4 |
| Bydlím na internátě/koleji/privátu | 137 | 36,0 |
| Neodpovědělo | 9 | 2,4 |
| Celkem | 381 | 100,0 |

Tabulka č. 10 popisuje místo studia vybraných respondentů. Z celkového počtu 381 (100 %) studujících respondentů uvedlo „v místě mého bydliště“ 100 (26,2 %), „do školy denně dojíždím“ 135 (35,4 %), „bydlím na koleji/privátu“ 137 (36,0 %) a 9 (2,4 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 7A

Tab. č. 11 Pracovní zastoupení vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hlavní pracovní poměr | 245 | 31,7 |
| Jsem osoba samostatně výdělečně činná | 17 | 2,2 |
| Brigádně | 193 | 25,0 |
| Mateřská dovolená | 34 | 4,4 |
| Invalidní/starobní důchodce | 4 | 0,5 |
| Jsem nezaměstnaný | 11 | 1,4 |
| Nepracuji/jsem student | 243 | 31,5 |
| Neodpovědělo | 25 | 3,2 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 11 popisuje pracovní zastoupení vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „hlavní pracovní poměr“ 245 (31,7 %), „jsem osoba samostatně výdělečně činná“ 17 (2,2 %), „brigádně“ 193 (25 %), „mateřská dovolená“ 34 (4,4 %), „invalidní/starobní důchodce“ 4 (0,5 %), „jsem nezaměstnaný“ 11 (1,4 %), „nepracuji/jsem student“ 243 (31,5 %) a 25 (3,2 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 7B

Tab. č. 12 Obor, ve kterém vybraní respondenti pracují

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zdravotnictví | 130 | 28,6 |
| Sociální služby | 27 | 5,9 |
| Gastronomie | 40 | 8,8 |
| Cestovní ruch a služby | 84 | 18,5 |
| Strojírenství | 18 | 4,0 |
| Informační a komunikační technologie | 28 | 6,2 |
| Ekonomie a účetnictví | 20 | 4,4 |
| Zemědělství | 8 | 1,8 |
| Pedagogika a školství | 11 | 2,4 |
| Textilní průmysl a oděvnictví | 11 | 2,4 |
| Jiné | 73 | 16,0 |
| Neodpovědělo | 5 | 1,1 |
| Celkem | 455 | 100,0 |

Tabulka č. 12 popisuje obor, ve kterém vybraní respondenti pracují. Za pracující respondenty považujeme ty, kteří uvedli, že pracují na hlavní pracovní poměr, osoby samostatně výdělečně činné a respondenty, kteří pracují formou brigády. Z celkového počtu 455 (100 %) respondentů, kteří pracují, bylo zastoupeno „zdravotnictví“ 130krát (28,6 %), „sociální služby“ 27krát (5,9 %), „gastronomie“ 40krát (8,8 %), „cestovní ruch a služby“ 84krát (18,5 %), „strojírenství“ 18krát (4,0 %), „informační a komunikační technologie“ 28krát (6,2 %), „ekonomie a účetnictví“ 20krát (4,4 %), „zemědělství“ 8krát (1,8 %), „pedagogika a školství“ 11krát (2,4 %), „textilní průmysl a oděvnictví“ 11krát (2,4 %), „jiné“ 73krát (16,0 %) a 5 (1,1 %) respondentů „neodpovědělo“. Položka „jiné“ zahrnovala odpověď „státní služby“, „práce ve skladu“, „úklidové služby“ a podobně.

Položka 7C

Tab. č. 13 Směnnost pracovního provozu

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Jednosměnný | 267 | 58,7 |
| Vícesměnný | 179 | 39,3 |
| Neodpovědělo | 9 | 2,0 |
| Celkem | 455 | 100,0 |

Tabulka č. 13 popisuje směnnost provozu pracujících respondentů. Z celkového počtu pracujících respondentů 455 (100 %) uvedlo „jednosměnný“ 267 (58,7 %), „vícesměnný“ 179 (39,3 %) a 9 (2,0 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka 7D

Tab. č. 14 Motivace pracujících respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 363 | 79,8 |
| NE | 90 | 19,8 |
| Neodpovědělo | 2 | 0,4 |
| Celkem | 455 | 100,0 |

Tabulka č. 14 popisuje motivaci pracujících respondentů. Z celkového počtu 455 (100 %) pracujících respondentů uvádí „ANO“ 363 (79,8 %), „NE“ 90 (19,8 %) a 2 (0,4 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka 7E

Tab. č. 15 Místo výkonu zaměstnání

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| V místě mého bydliště | 244 | 53,6 |
| Do práce denně dojíždím | 131 | 28,8 |
| Mám zajištěné ubytování | 56 | 12,3 |
| Neodpovědělo | 24 | 5,3 |
| Celkem | 455 | 100,0 |

Tabulka č. 15 popisuje místo výkonu zaměstnání pracujících respondentů. Z celkového počtu 455 (100 %) pracujících respondentů uvedlo „v místě mého bydliště“ 244 (53,6 %), „do práce denně dojíždím“ 131 (28,8 %), „mám zajištěné ubytování“ 56 (12,3 %) a 24 (5,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

2.4.3 Životní úroveň a sociální prostředí vybraných respondentů

Položka č. 8

Tab. č. 16 Životní úroveň vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Výbornou | 71 | 9,2 |
| Velmi dobrou | 262 | 33,9 |
| Dobrou | 281 | 36,4 |
| Průměrnou | 137 | 17,7 |
| Špatnou | 12 | 1,6 |
| Katastrofální | 2 | 0,3 |
| Neodpovědělo | 7 | 0,9 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 16 popisuje subjektivní hodnocení životní úrovně vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „výbornou“ 71 (9,2 %), „velmi dobrou“ 262 (33,9 %), „dobrou“ 281 (36,4 %), „průměrnou“ 137 (17,7 %), „špatnou“ 12 (1,6 %), „katastrofální“ 2 (0,3 %) a 7 (0,9 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 9

Tab. č. 17 Sociální prostředí vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rodina | 1174 | 20,2 |
| Přátelé | 1404 | 24,1 |
| Pracovní/školní kolektiv | 1678 | 28,8 |
| Jiné | 1568 | 26,9 |
| Celkem | 5824 | 100,0 |

Tabulka č. 17 popisuje sociální prostředí vybraných respondentů. Respondenti přiřazovali hodnotu 1 až 4 ke každé z odpovědí. Z tabulky vyplývá, že sociální prostředí vybraných respondentů bylo převážně tvořeno „*pracovním/školním kolektivem*“ (28 %), dále prostředím „*jíným*“ (26,9 %), „*přáteli*“ (24,1 %) a „*rodinou*“ (20,2 %).

2.4.4 Faktory životního stylu vybraných respondentů

Položka č. 10

Tab. č. 18 Dodržení zásad zdravého životního stylu

| | Pravidelně | | Spíše ano | | Spíše ne | | Nikdy | | Neodpovědělo | | Celkem | |
|--|------------|--------|-----------|--------|----------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|
| | AČ (n) | RČ (%) | AČ (n) | RČ (%) | AČ (n) | RČ (%) | AČ (n) | RČ (%) | AČ (n) | RČ (%) | AČ (n) | RČ (%) |
| Dodržuji pitný režim | 251 | 32,5 | 327 | 42,4 | 176 | 22,8 | 15 | 1,9 | 3 | 0,4 | 772 | 100,0 |
| Užívám vitamíny a jiné doplňky stravy | 110 | 14,2 | 195 | 25,3 | 323 | 41,8 | 139 | 18,0 | 5 | 0,6 | 772 | 100,0 |
| Pravidelně snídám | 425 | 55,1 | 147 | 19,0 | 147 | 19,0 | 50 | 6,5 | 3 | 0,4 | 772 | 100,0 |
| Jím v pravidelných časových intervalech | 99 | 12,8 | 297 | 38,5 | 313 | 40,5 | 58 | 7,5 | 5 | 0,6 | 772 | 100,0 |
| Denně mám alespoň jedno teplé jídlo | 376 | 48,7 | 321 | 41,6 | 63 | 8,2 | 5 | 0,6 | 7 | 0,9 | 772 | 100,0 |
| Stravuji se ve fast foodech | 5 | 0,6 | 64 | 8,3 | 487 | 63,1 | 207 | 26,8 | 9 | 1,2 | 772 | 100,0 |
| Spím alespoň šest hodin denně | 312 | 40,4 | 337 | 43,7 | 111 | 14,4 | 8 | 1,0 | 4 | 0,5 | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 18 popisuje dodržení zásad zdravého životního stylu. Vybraní respondenti u každé z položek uváděli frekvenci její dodržení. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů vyplývá, že nejčastěji „*pravidelně*“ respondenti snídají (425, tj. 55,1 % z nich) a mají alespoň jedno teplé jídlo denně (376, tj. 48,7 %), „*spíše ano*“ spí alespoň šest hodin denně 337 (43,7 %) a pitný režim dodržuje 327 (42,4 %) z nich, „*spíše ne*“ se stravují ve fast foodech v počtu 487 (63,1 %) a užívají vitamíny a jiné doplňky stravy 323 (41,8 %), „*nikdy*“ se stravuje ve fast foodech 207 (26,8 %) respondentů a vitamíny a jiné doplňky stravy jich užívá 139 (18,0 %).

Položka č. 11A

Tab. č. 19 Sportovní aktivity vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 543 | 70,3 |
| NE | 221 | 28,6 |
| Neodpovědělo | 8 | 1,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 19 ukazuje, zda vybraní respondenti sportují, či nikoliv. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 543 (70,9 %), „NE“ 221 (28,6 %) a 8 (1,0 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 11B

Tab. č. 20 Frekvence sportovních aktivit

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Každý den | 25 | 4,6 |
| Několikrát týdně | 216 | 39,8 |
| Několikrát měsíčně | 119 | 21,9 |
| Nepravidelně | 169 | 31,1 |
| Neodpovědělo | 14 | 2,6 |
| Celkem | 543 | 100,0 |

Tabulka č. 20 popisuje frekvenci sportovních aktivit respondentů, kteří sportují. Z celkového počtu respondentů, kteří sportují, uvedlo „každý den“ 25 (4,6 %), „několikrát týdně“ 216 (39,8 %), „několikrát měsíčně“ 119 (21,9 %), „nepravidelně“ 169 (31,1 %) a 14 (2,6 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 12

Tab. č. 21 Udržení tělesné hmotnosti

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 573 | 74,2 |
| NE | 193 | 25,0 |
| Neodpovědělo | 6 | 0,8 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 21 popisuje, zda si vybraní respondenti udržují svou tělesnou hmotnost. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 573 (74,2 %), „NE“ 193 (25,0 %) a 6 (0,8 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 13A

Tab. č. 22 Stresová zátěž vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 522 | 67,6 |
| NE | 248 | 32,1 |
| Neodpovědělo | 2 | 0,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 22 popisuje, zda se vybraní respondenti často cítí pod vlivem stresu. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvádí „ANO“ 522 (67,6 %), „NE“ 248 (32,1 %) a 2 (0,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 13B

Tab. č. 23 Nejčastější příčina stresové zátěže vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Rodina | 55 | 10,5 |
| Práce | 103 | 19,7 |
| Studium | 239 | 45,8 |
| Zdravotní stav | 15 | 2,9 |
| Časové vypětí | 100 | 19,2 |
| Jiné | 10 | 1,9 |
| Neodpovědělo | 0 | 0,0 |
| Celkem | 522 | 100,0 |

Tabulka č. 23 popisuje nejčastější příčinu stresové zátěže vybraných respondentů. Z celkového počtu 522 (100 %) respondentů, kteří se často cítí být pod vlivem stresu, uvedlo „rodina“ 55 (10,5 %), „práce“ 103 (19,7 %), „studium“ 239 (45,8 %), „zdravotní stav“ 15 (2,9 %), „časové vypětí“ 100 (19,2 %) a „jiné“ 10 (1,9 %). Položka „jiné“ zahrnovala odpověď životní styl, ostatní lidé, přítel, spolužáci a podobě.

Položka č. 14

Tab. č. 24 Užití nelegální drogy vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 295 | 38,2 |
| NE | 474 | 61,4 |
| Neodpovědělo | 3 | 0,4 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 24 popisuje, zda vybraní respondenti někdy užívali nelegální drogu. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů bylo zastoupeno „ANO“ 295krát (38,2 %), „NE“ 474krát (61,4 %) a 3 (0,4 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 15A

Tab. č. 25 Užívání tabákových výrobků vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 196 | 25,4 |
| NE | 555 | 71,9 |
| Neodpovědělo | 21 | 2,7 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 25 popisuje užívání tabákových výrobků vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 196 (25,4 %), „NE“ 555 (71,9 %) a 21 (2,7 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 15B

Tab. č. 26 Frekvence užívání tabákových výrobků vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Několikrát denně | 68 | 34,7 |
| Každý den | 35 | 17,9 |
| Několikrát týdně | 18 | 9,2 |
| Několikrát měsíčně | 15 | 7,7 |
| Nepravidelně | 60 | 30,6 |
| Neodpovědělo | 0 | 0,0 |
| Celkem | 196 | 100,0 |

Tabulka č. 26 popisuje frekvenci užívání tabákových výrobků vybraných respondentů. Z celkového počtu 196 (100 %) respondentů, kteří užívají tabákové výrobky, uvedlo „několikrát denně“ 68 (34,7 %), „každý den“ 35 (17,9 %), „několikrát týdně“ 18 (9,2 %), „několikrát měsíčně“ 15 (7,7 %) a „nepravidelně“ 60 (30,6 %).

Položka č. 15C

Tab. č. 27 Druh užívaného tabákového výrobku vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Cigarety | 152 | 77,6 |
| Doutníky | 5 | 2,6 |
| Dýmku | 26 | 13,3 |
| Joint | 11 | 5,6 |
| Jiné | 2 | 1,0 |
| Neodpovědělo | 0 | 0,0 |
| Celkem | 196 | 100,0 |

Tabulka č. 27 popisuje druh užívaného tabákového výrobku vybraných respondentů. Z celkového počtu 196 (100 %) respondentů, kteří užívají tabákové výrobky, uvedlo „cigarety“ 152 (77,6 %), „doutníky“ 5 (2,6 %), „dýmka“ 26 (13,3 %), „joint“ 11 (5,6 %), „jiné“ 2 (1 %).

Položka č.16A

Tab. č. 28 Konzumace alkoholových nápojů vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 626 | 81,1 |
| NE | 140 | 18,1 |
| Neodpovědělo | 6 | 0,8 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 28 popisuje užívání alkoholových nápojů vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvádí „ANO“ 626 (81,1 %), „NE“ 140 (18,1 %) a 6 (0,8 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 16B

Tab. č. 29 Frekvence konzumace alkoholových nápojů vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Několikrát denně | 1 | 0,2 |
| Každý den | 10 | 1,6 |
| Několikrát týdně | 92 | 14,7 |
| Několikrát měsíčně | 204 | 32,6 |
| Nepravidelně | 317 | 50,6 |
| Neodpovědělo | 2 | 0,3 |
| Celkem | 626 | 100,0 |

Tabulka č. 29 popisuje frekvenci konzumace alkoholových nápojů u vybraných respondentů. Z celkového počtu 626 (100 %) respondentů, kteří alkohol konzumují, uvedlo „několikrát denně“ 1 (0,2 %), „každý den“ 10 (1,6 %), „několikrát týdně“ 92 (14,7 %), „několikrát měsíčně“ 204 (32,6 %), „nepravidelně“ 317 (50,6 %) a 2 (0,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 16C

Tab. č. 30 Druh užívaného alkoholového nápoje vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Pivo | 223 | 35,6 |
| Víno | 320 | 51,1 |
| Kvašené nápoje | 14 | 2,2 |
| Destiláty | 54 | 8,6 |
| Jiné | 11 | 1,8 |
| Neodpovědělo | 4 | 0,6 |
| Celkem | 626 | 100,0 |

Tabulka č. 30 popisuje, jaký druh alkoholového nápoje vybraní respondenti nejčastěji konzumují. Z celkového počtu 626 (100 %) respondentů, kteří alkohol užívají, pije „pivo“ 223 (35,6 %), „víno“ 320 (51,1 %), „kvašené nápoje“ 14 (2,2 %), „destiláty“ 54 (8,6 %) „jiné“ 11 (1,8 %) a 4 (0,6 %) respondentů „neodpovědělo“. Položka „jiné“ zahrnovala nejčastěji odpověď míchané nápoje nebo domácí drinky.

Položka 17A

Tab. č. 31 Užívání kofeinových přípravků vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 550 | 71,2 |
| NE | 218 | 28,2 |
| Neodpovědělo | 4 | 0,5 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 31 popisuje užívání kofeinových přípravků vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 550 (71,2 %), „NE“ 218 (28,2 %) a 4 (0,5 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 17B

Tab. č. 32 Frekvence užívání kofeinových přípravků vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Několikrát denně | 102 | 18,5 |
| Každý den | 180 | 32,7 |
| Několikrát týdně | 132 | 24,0 |
| Několikrát měsíčně | 63 | 11,5 |
| Nepravidelně | 72 | 13,1 |
| Neodpovědělo | 1 | 0,2 |
| Celkem | 550 | 100,0 |

Tabulka č. 32 popisuje frekvenci užívání kofeinových přípravků vybraných respondentů. Z celkového počtu 550 (100 %) respondentů, kteří kofeinové přípravky užívají, uvedlo „několikrát denně“ 102 (18,5 %), „každý den“ 180 (32,7 %), „několikrát týdně“ 132 (24,0 %), „několikrát měsíčně“ 63 (11,5 %), „nepravidelně“ 72 (13,1 %) a 1 (0,2 %) respondentů „neodpovědělo“.

2.4.5 Prevence a podpora zdraví vybraných respondentů

Položka č. 18

Tab. č. 33 Dodržení preventivního opatření a péče o své zdraví vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 636 | 82,4 |
| NE | 133 | 17,2 |
| Neodpovědělo | 3 | 0,4 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 33 popisuje, zda vybraní respondenti dodržují preventivní opatření a pečují o své zdraví. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 636 (82,4 %), „NE“ 133 (17,2 %) a 3 (0,4 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 20

Tab. č. 34 Životní podmínky vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 734 | 95,1 |
| NE | 33 | 4,3 |
| Neodpovědělo | 5 | 0,6 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 34 popisuje, zda vybraní respondenti hodnotí své životní podmínky jako příznivé. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 734 (95,1 %), „NE“ 33 (4,3 %) a 5 (0,6 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 21

Tab. č. 35 Zájem vybraných respondentů o současné problémy světa

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 543 | 70,3 |
| NE | 227 | 29,4 |
| Neodpovědělo | 2 | 0,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 35 popisuje, zda se vybraní respondenti zajímají o současné problémy světa. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 543 (70,3 %), „NE“ 227 (29,4 %) a 2 (0,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 25

Tab. č. 36 Genetická zátěž vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 482 | 62,4 |
| NE | 173 | 22,4 |
| Nevím | 115 | 14,9 |
| Neodpovědělo | 2 | 0,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 36 popisuje, zda si vybraní respondenti uvědomují genetickou zátěž ve své rodině. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 482 (62,4 %), „NE“ 173 (22,4 %), „nevím“ 115 (14,9 %) a 2 (0,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 26

Tab. č. 37 Chronické onemocnění vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 212 | 27,5 |
| NE | 554 | 71,8 |
| Neodpovědělo | 6 | 0,8 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 37 popisuje, zda se vybraní respondenti trvale léčí s chronickým onemocněním. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 212 (27,5 %), „NE“ 554 (71,8 %) a 6 (0,8 %) respondentů „neodpovědělo“.

2.4.6 Životní podmínky vybraných respondentů

Položka č. 19

Tab. č. 38 Hodnocení příznivosti životních podmínek vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 555 | 71,9 |
| NE | 213 | 27,6 |
| Neodpovědělo | 4 | 0,5 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 38 popisuje, zda vybraní respondenti hodnotí své životní podmínky jako příznivé, nebo nikoliv. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 555 (71,9 %), „NE“ 213 (27,6 %) a 4 (0,5 %) respondentů „neodpovědělo“.

2.4.7 Subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů

Položka č. 22

Tab. č. 39 Subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 603 | 78,1 |
| NE | 165 | 21,4 |
| Neodpovědělo | 4 | 0,5 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 39 popisuje, zda se vybraní respondenti v současné době cítí zdraví. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvádí „ANO“ 603 (78,1 %), „NE“ 165 (21,4 %) a 4 (0,5 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 23

Tab. č. 40 Co pro vybrané respondenty znamená „být zdrav“

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Být v celkové fyzické i psychické pohodě | 514 | 63,9 |
| Nemít žádné příznaky onemocnění | 165 | 20,5 |
| Mít jen občasné zdravotní problémy | 75 | 9,3 |
| Neznám pocit zdraví | 10 | 1,2 |
| Jiné | 41 | 5,1 |
| Celkem | 805 | 100,0 |

Tabulka č. 40 popisuje, co pro vybrané respondenty znamená „být zdrav“. U této položky mohl respondent zvolit více možností. Z celkového počtu 805 odpovědí bylo zastoupeno „být v celkové fyzické i psychické pohodě“ 514krát (63,9 %), „nemít žádné příznaky onemocnění“ 165krát (20,5 %), „mít jen občasné zdravotní problémy“ 75krát (9,3 %), „neznám pocit zdraví“ 10krát (1,2 %), „jiné“ 41krát (5,1 %). Položka „jiné“ zahrnovala nejčastěji odpověď ve smyslu váhy něčeho, co nelze koupit za peníze.

Položka č. 24

Tab. č. 41 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Výborný | 71 | 9,2 |
| Velmi dobrý | 327 | 42,4 |
| Dobrý | 267 | 34,6 |
| Průměrný | 80 | 10,4 |
| Špatný | 21 | 2,7 |
| Katastrofální | 4 | 0,5 |
| Neodpovědělo | 2 | 0,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 41 popisuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „výborný“ 71 (9,2 %), „velmi dobrý“ 327 (42,4 %), „dobrý“ 267 (34,6 %), „průměrný“ 80 (10,4 %), „špatný“ 21 (2,7 %), „katastrofální“ 4 (0,5 %) a 2 (0,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 28

Tab. č. 42 Faktory, který nejvíce působí na pozitivní subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Rodina | 415 | 53,8 |
| Přátelé | 151 | 19,6 |
| Práce/škola | 41 | 5,3 |
| Komunita | 24 | 3,1 |
| Jiné | 123 | 15,9 |
| Neodpovědělo | 18 | 2,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 42 popisuje faktory, které nejvíce působí na pozitivní subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 respondentů uvedlo „rodina“ 415 (53,8 %), „přátelé“ 151 (19,6 %), „práce/škola“ 41 (5,3 %), „komunita“

24 (3,1 %), „jiné“ 123 (15,9 %) a 18 (2,3 %) respondentů „neodpovědělo“.
 Položka „jiné“ zahrnovala nejčastěji vztahy, „já sám“ a lékaře.

Položka č. 29

Tab. č. 43 Nejčastější způsob vedoucí k navrácení pocitu zdraví vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Léčím se sám/a | 395 | 51,2 |
| Upřednostňuji přírodní léčbu/návštěvu léčitele | 55 | 7,1 |
| Nemoc ignoruji a přecházím | 55 | 7,1 |
| Navštívím lékaře a dbám jeho pokynů | 239 | 31,0 |
| Jiné | 15 | 1,9 |
| Neodpovědělo | 13 | 1,7 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 43 popisuje nejčastější způsob, který vede k navrácení pocitu zdraví vybraných respondentů. Z celkového počtu respondentů 772 (100 %) bylo zastoupeno „léčím se sám/a“ 395 (51,2 %), „upřednostňuji přírodní léčbu/návštěvu léčitele“ 55 (7,1 %), „nemoc ignoruji a přecházím“ 55 (7,1 %), „navštívím lékaře a dbám jeho pokynů“ 239 (31,0 %), „jiné“ 15 (1,9 %) a 13 (1,7 %) respondentů „neodpovědělo“. Položka „jiné“ zahrnovala nejčastěji odpověď „nedělám vůbec nic“ nebo respondenti uvedli, že nemocní vůbec nebývají.

2.4.8 Návštěva praktického lékaře vybraných respondentů

Položka č. 30

Tab. č. 44 Registrace vybraných respondentů u praktického lékaře

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pro děti a dorost | 144 | 18,7 |
| Pro dospělé | 621 | 80,4 |
| Neodpovědělo | 7 | 0,9 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 44 popisuje, zda jsou vybraní respondenti registrováni u praktického lékaře pro děti a dorost, nebo pro dospělé. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „*děti a dorost*“ 144 (18,7 %), „*pro dospělé*“ 621 (80,4 %) a 7 (0,9 %) respondentů „*neodpovědělo*“.

Položka č. 31

Tab. č. 45 Dostupnost praktického lékaře vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| V místě mého bydliště | 476 | 61,7 |
| Dojždím do 10 km | 176 | 22,8 |
| Dojždím 11 a více km | 110 | 14,2 |
| Nemám svého praktického lékaře | 4 | 0,5 |
| Neodpovědělo | 6 | 0,8 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 45 popisuje, v jaké dostupnosti mají vybraní respondenti svého praktického lékaře. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů bylo zastoupeno „*v místě mého bydliště*“ 476krát (61,7 %), „*dojždím do 10 km*“ 176krát (22,8 %), „*dojždím 11 a více km*“ 110krát (14,2 %), „*nemám svého praktického lékaře*“ u 4 jedinců (0,5 %) a 6 (0,8 %) respondentů „*neodpovědělo*“.

Položka č. 32

Tab. č. 46 Obvyklý důvod návštěvy vybraných respondentů u praktického lékaře

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Pouze v případě akutní potřeby | 196 | 25,4 |
| Pouze při zdravotním problému, který nejsem schopný/á vyřešit sám | 438 | 56,7 |
| Při každém zdravotním problému bez rozdílu míry závažnosti | 19 | 2,5 |
| K praktickému lékaři si chodím rád/a povykládat | 2 | 0,3 |
| Navštěvuji pouze, když něco potřebuji (výpisy, potvrzení) | 94 | 12,2 |
| Nenavštěvuji vůbec/nemám svého praktického lékaře | 8 | 1,0 |
| Jiné | 7 | 0,9 |
| Neodpovědělo | 8 | 1,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 46 popisuje obvyklý důvod návštěvy praktického lékaře vybraných respondentů. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „*pouze v případě akutní potřeby*“ 196 (25,4 %), „*pouze při zdravotním problému, který nejsem schopný/á vyřešit sám*“ 438 (56,7 %), „*při každém zdravotním problému bez rozdílu míry závažnosti*“ 19 (2,5 %), „*k praktickému lékaři si chodím rád/a povykládat*“ 2 (0,3 %), „*navštěvuji pouze, když něco potřebuji (výpisy, potvrzení)*“ 94 (12,2 %), „*nenavštěvuji vůbec/nemám svého praktického lékaře*“ 8 (1,0 %), „*jiné*“ 7 (0,9 %) a 8 (1,0 %) respondentů „*neodpovědělo*“. Položka „*jiné*“ zahrnovala nejčastěji odpověď „*prevence*“.

Položka č. 33

Tab. č. 47 Frekvence návštěv praktického lékaře vybranými respondenty

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Každý den | 1 | 0,1 |
| Několikrát týdně | 0 | 0,0 |
| Několikrát měsíčně | 13 | 1,7 |
| Několikrát ročně | 482 | 62,4 |
| Jednou za několik let | 265 | 34,3 |
| Nenavštívují vůbec/nemám svého praktického lékaře | 9 | 1,2 |
| Neodpovědělo | 2 | 0,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 47 popisuje frekvenci návštěv praktického lékaře vybranými respondenty. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „každý den“ 1 (0,1 %), „několikrát týdně“ 0 (0,0 %), „několikrát měsíčně“ 13 (1,7 %), „několikrát ročně“ 482 (62,4 %), „jednou za několik let“ 265 (34,3 %), „nenavštívují vůbec/nemám svého praktického lékaře“ 9 (1,2 %) a 2 (0,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 34

Tab. č. 48 Časový interval poslední návštěvy praktického lékaře vybranými respondenty

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Před několika hodinami | 5 | 0,6 |
| Před několika dny | 50 | 6,5 |
| Před několika týdny | 128 | 16,6 |
| Před několika měsíci | 384 | 49,7 |
| Je to déle než 1 rok | 148 | 19,2 |
| Nevzpomínám si | 25 | 3,2 |
| Neodpovědělo | 32 | 4,1 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 48 ukazuje, kdy vybraní respondenti naposledy navštívili svého praktického lékaře. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „před několika hodinami“ 5 (0,6 %), „před několika dny“ 50 (6,5 %), „před několika týdny“ 128

(16,6 %), „před několika měsíci“ 384 (49,7 %), „je to déle než 1 rok“ 148 (19,2 %), „nevzpomínám si“ 32 (4,1 %) a 32 (4,1 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 35

Tab. č. 49 Doprovod vybraných respondentů během návštěvy praktického lékaře

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Samostatně | 712 | 92,2 |
| S doprovodem | 54 | 7,0 |
| Neodpovědělo | 6 | 0,8 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 49 popisuje, zda vybraní respondenti navštěvují svého praktického lékaře samostatně, nebo s doprovodem. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvádí „samostatně“ 712 (92,2 %), „s doprovodem“ 54 (7,0 %) a 6 (0,8 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 36

Tab. č. 50 Kroky, které praktický lékař obvykle vykoná během návštěvy vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ochotně vyslyší | 170 | 20,1 |
| Poradí mi | 201 | 23,8 |
| Morálně a psychicky podpoří | 68 | 8,1 |
| Je velmi příjemný a ochotný | 123 | 14,6 |
| Předá mi doporučení a "dá ruce pryč" | 21 | 2,5 |
| Předepíše medikamenty | 164 | 19,4 |
| Je neochotný, nedůtklivý | 52 | 6,2 |
| Mám z něj pocit, že jej obtěžuji | 41 | 4,9 |
| Jiné | 4 | 0,5 |
| Celkem | 844 | 100,0 |

Tabulka č. 50 popisuje nejčastější kroky praktického lékaře během návštěvy vybraných respondentů. U této položky respondenti mohli označit více možných odpovědí. Z celkového počtu 844 odpovědí uvádí „ochotně mě vyslyší“ 170 (20,1 %),

„poradí mi“ 201 (23,8 %), „morálně a psychicky podpoří“ 68 (8,1 %), „je velmi příjemný a ochotný“ 123 (14,6 %), „předá mi doporučení a dá ruce pryč“ 21 (2,5 %), „předepíše medikamenty“ 164 (19,4 %), „je neochotný, nedůtklivý“ 52 (6,2 %), „mám z něj pocit, že jej obtěžují“ 41 (4,9 %), „jiné“ 4 (0,5 %). Položka „jiné“ obsahovala nejčastěji odpověď „co chci“, „myslí si, že simulují“, „můj lékař mě poškodil a zanedbal péči“.

Položka č. 37

Tab. č. 51 Kroky, které by respondenti chtěli, aby vykonal jejich praktický lékař během návštěvy

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ochotně mě vyslyšel a poradil mi | 124 | 15,3 |
| Morálně a psychicky mě podpořil | 79 | 9,7 |
| Měl lidský přístup a byl příjemný | 157 | 19,3 |
| Byl pečlivý a zajistil další vyšetření | 116 | 14,3 |
| Předepsal mi léky a já mohl/a domů | 41 | 5,0 |
| Poskytl mi dostatek informací | 146 | 18,0 |
| Informoval mě, zda dochází ke zlepšení | 52 | 6,4 |
| S péčí jsem zcela spokojen/a | 89 | 10,9 |
| Jiné | 9 | 1,1 |
| Celkem | 813 | 100,0 |

Tabulka č. 51 popisuje kroky, které by praktický lékař měl vykonat z pohledu vybraných respondentů během jejich návštěvy. U této položky mohli respondenti označit více možných odpovědí. Z celkového počtu 813 (100 %) odpovědí uvedlo „ochotně mě vyslyšel a poradil mi“ 124 (15,3 %), „morálně a psychicky mě podpořil“ 79 (9,7 %), „měl lidský přístup a byl příjemný“ 157 (19,3 %), „byl pečlivý a zajistil další vyšetření“ 116 (14,3 %), „předepsal mi léky a já mohl/a domů“ 41 (5,0 %), „poskytl mi dostatek informací“ 146 (18,0 %), „informoval mě, zda dochází ke zlepšení“ 52 (6,4 %), „s péčí jsem zcela spokojen/a“ 89 (10,9 %), „jiné“ 9 (1,1 %). Položka „jiné“ nejčastěji zahrnovala odpovědi „byl odborníkem ve své profesi“ a „nebyl moc svérázný“.

Položka č. 38

Tab. č. 52 Spokojenost vybraných respondentů s péčí praktického lékaře

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 629 | 81,5 |
| NE | 128 | 16,6 |
| Neodpovědělo | 15 | 1,9 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 52 popisuje, zda jsou vybraní respondenti spokojeni s péčí svého praktického lékaře. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů odpovědělo „ANO“ 629 (81,5 %), „NE“ 128 (16,6 %) a 15 (1,9 %) respondentů neodpovědělo.

Mezi nejčastější důvody **spokojenosti** s péčí patřilo: „pomůže mi“, „celkově má skvělý přístup“, „vyslyší mě a poradí mi“, „informuje mě“, „zajistí mi odborné vyšetření a nic nezanedbá“, „mám pocit, že mě řádně vyšetří a neléčí naslepo“, „zajímá se“, „je vždy hodná a milá“, „je velmi pečlivá“, „jedná se mnou v rámci norem“, „je rychlý a stručný“, „nemusím dlouho čekat“, „využívá moderní techniku a jde s dobou“, „v ordinaci je příjemná sestřička a celkově tvoří fajn tým“ a podobně.

Mezi nejčastější důvody **nespokojenosti** s péčí patřilo: „nepomůže mi“, „nevyřeší můj problém“, „chci svého lékaře změnit“, „má celkově špatné chování a přístup“, „vůbec nic ho nezajímá“, „léčí všechny příslušníky mé rodiny stejně“, „téměř vždy mi předepíše antibiotika a nezajímá se o jiné způsoby léčby“, „nevyslyší mě“, „poškodil mé příbuzné“, „neposkytne mi dostatek informací“, „lékař je starý, pomalý a jeho péče není adekvátní“, „je protivný, stejně tak i sestra“, „myslí si, že simulují a nevěří mi“, „nepříjemné prostředí a stará vybavenost ordinace“, „nic neví a léčí mě jen naslepo“, „dává mi pouze mechanické odpovědi“, „od té doby, co jsem se u něj registroval, neudělal mi jediný odběr“ a podobně.

2.4.9 Holistické pojetí zdraví a psychosomatická příčina nemoci z pohledu vybraných respondentů

Položka č. 27

Tab. č. 53 Ovlivnění zdravotního stavu vybraných respondentů jinou než organickou příčinou

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 541 | 70,1 |
| NE | 222 | 28,8 |
| Neodpovědělo | 9 | 1,2 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 53 popisuje, zda zdravotní stav vybraných respondentů byl někdy ovlivněn jinou než organickou příčinou. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 541 (70,1 %), „NE“ 222 (28,8 %) a 9 (1,2 %) „neodpovědělo“.

Položka č. 39

Tab. č. 54 Holistické pojetí zdraví z pohledu vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 301 | 39,0 |
| NE | 466 | 60,4 |
| Neodpovědělo | 5 | 0,6 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 54 popisuje, zda se vybraní respondenti již setkali s holistickou problematikou zdraví a vědí/tuší, co tento pojem znamená. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 301 (39,0 %), „NE“ 466 (60,4 %) a 5 (0,6 %) respondentů „neodpovědělo“.

Pokud respondenti odpověděli „ANO“, mohli se vyjádřit, kde se s tímto pojmem setkali, a mohli jej také stručně vysvětlit. Správnost jednotlivých odpovědí nebyla hodnocena. Příklady odpovědí popisuje následující tabulka.

Tab. č. 55 Vybrané odpovědi respondentů z holistické problematiky zdraví

| Kde se vybraní respondenti setkali s pojmem „holistické pojetí zdraví“ | Vysvětlení pojmu „holistické pojetí zdraví“ z pohledu vybraných respondentů |
|--|---|
| „VŠ“ | „celkové pojetí zdraví“ |
| „škola“ | „zdraví se bere jako celek“ |
| „práce“ | „biopsychosociální kontext“ |
| „samostudium“ | „komplexní propojenost znamená pohodu“ |
| „knihy“ | „vnímání zdraví jako celku“ |
| „zkušenost s alternativní medicínou“ | „celkový přístup, např. homeopatie a akupunktura“ |
| „na střední škole“ | „celkový pohled na lidskou bytost“ |
| „internet“ | „být v pohodě po všech stránkách“ |
| „vlastní zkušenost“ | „všechny pohledy na zdraví musí být ok“ |
| „odborné články“ | „celková pohoda a vyrovnanost organismu“ |

Položka č. 40

Tab. č. 56 Psychosomatické pojetí nemoci z pohledu vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 456 | 59,1 |
| NE | 306 | 39,6 |
| Neodpovědělo | 10 | 1,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 56 popisuje, zda se vybraní respondenti setkali s psychosomatickým pojetím nemoci. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 456 (59,1 %), „NE“ 306 (39,6 %) a 10 (1,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Pokud respondenti odpověděli „ANO“, mohli se vyjádřit, kde se s tímto pojmem setkali, a mohli jej také stručně vysvětlit. Správnost jednotlivých odpovědí nebyla hodnocena. Příklady odpovědí popisuje následující tabulka.

Tab. č. 57 Vybrané odpovědi respondentů z psychosomatického pojetí nemoci

| Kde se vybraní respondenti setkali s pojmem „psychosomatická příčina nemoci“ | Vysvětlení pojmu „psychosomatická příčina nemoci“ z pohledu vybraných respondentů |
|--|---|
| „škola“ | „nemoc způsobená psychikou“ |
| „samostudium“ | „propojení psychiky s fyzickou stránkou“ |
| „vlastní zkušenost“ | „psychika má vliv na fyzický stav“ |
| „hospitalizace“ | „nemoc způsobená stresem“ |
| „lékař“ | „nemoci způsobené psychickou stránkou“ |
| „rodina“ | „naš fyzický problém je způsoben psychickou, např. stresem“ |
| „internet“ | „naše tělo úzce souvisí s psychikou“ |
| „tisk“ | „nemoc pochází z psychiky“ |
| „moje homeopatička“ | „naše psychické vypětí nám způsobí fyzický problém“ |
| „manželka“ | „tělo ovlivňuje psychiku a naopak“ |

Položka č. 41

Tab. č. 58 Propojenost fyzického, psychického a sociálního zdraví z pohledu vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 727 | 94,2 |
| NE | 37 | 4,8 |
| Neodpovědělo | 8 | 1,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 58 popisuje, zda si vybraní respondenti uvědomují propojenost fyzického, psychického a sociálního zdraví. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 727 (94,2 %), „NE“ 37 (4,8 %) a 8 (1,0 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 42

Tab. č. 59 Zkušenost vybraných respondentů s alternativními holistickými technikami

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 247 | 32,0 |
| NE | 515 | 66,7 |
| Neodpovědělo | 10 | 1,3 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 59 popisuje, zda vybraní respondenti mají zkušenost s alternativními holistickými technikami. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů uvedlo „ANO“ 247 (32,0 %), „NE“ 515 (66,7 %) a 10 (1,3 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 43

Tab. č. 60 Přístup praktického lékaře vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Celostní (holistický) přístup | 154 | 19,9 |
| Zajímá se pouze o můj zdravotní problém | 456 | 59,1 |
| Zajímá se pouze o mou osobu | 29 | 3,8 |
| Nejedná se mnou tak, jak bych chtěl/a | 50 | 6,5 |
| Jiné/neznám tento pojem | 72 | 9,3 |
| Neodpovědělo | 11 | 1,4 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 60 popisuje přístup praktického lékaře k vybraným respondentům. Z celkového počtu 772 (100 %) uvedlo „celostní (holistický) přístup“ 154 (19,9 %), „zajímá se pouze o můj zdravotní problém“ 456 (59,1 %), „zajímá se pouze o mou osobu“ 29 (3,8 %), „nejedná se mnou tak, jak bych chtěl/a“ 50 (6,5 %), „jiné/neznám tento pojem“ 72 (9,3 %) a 11 (1,4 %) respondentů „neodpovědělo“.

Položka č. 44

Tab. č. 61 Důležitost celostního (holistického) přístupu praktického lékaře vybraných respondentů

| Odpovědi | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ANO | 358 | 46,4 |
| NE | 130 | 16,8 |
| Nevím/neznám tento pojem | 276 | 35,8 |
| Neodpovědělo | 8 | 1,0 |
| Celkem | 772 | 100,0 |

Tabulka č. 61 popisuje, zda je pro vybrané respondenty důležité, aby k nim jejich praktický lékař uplatňoval celostní (holistický) přístup. Z celkového počtu 772 (100 %) respondentů bylo zastoupeno „ANO“ 358krát (46,4 %), „NE“ 130krát (16,8 %), „nevím/neznám tento pojem“ 276krát (35,8 %) a 8 (1,0 %) respondentů „neodpovědělo“.

2.5 Vyhodnocení cílů výzkumu a práce s hypotézami

Následující kapitola je zaměřena na vyhodnocení cílů výzkumu a práci s hypotézami. Hodnocení je prováděno chronologicky, podle jednotlivých dílčích cílů. Nejprve jsou vyhodnoceny deskriptivní výzkumné problémy, následně výzkumné problémy relační se stanovením věcných a statistických hypotéz.

Odborným konzultantem pro statistickou část práce byl zkušený statistik s letitou praxí, Mgr. Tomáš Zdražil, se sídlem v Brně. Ke statistickému vyhodnocení nasbíraných dat byl použit program STATISTICA 10 CZ. Rozhodnutí o nulové hypotéze bylo provedeno na základě p-hodnoty s hladinou významnosti 0,05. P-hodnota je číslo v intervalu $<0,1>$, které vyjadřuje, nakolik data podporují nulovou hypotézu. Čím je toto číslo nižší, tím méně data podporují nulovou hypotézu a tím více svědčí ve prospěch hypotézy alternativní. Hranice pro rozhodnutí o nulové hypotéze se nazývá hladina významnosti a byla zvolena dle standardu na hodnotu 0,05. Pokud tedy byla vypočtená p-hodnota nižší než 0,05, došlo k zamítnutí nulové hypotézy ve prospěch hypotézy alternativní.

U všech zvolených hypotéz se jednalo o testování závislosti dvou nominálních proměnných, popř. jedné ordinální a jedné nominální proměnné. Jako metoda byl zvolen chí-kvadrát test, který bývá také označován jako test dobré shody. V této kategorii testů se ověřuje, jestli se četnosti získané v pedagogické realitě odlišují od teoretických četností, odpovídajících hypotéze nulové. Chí-kvadrát test je založen na kontingenční tabulce, která zobrazuje četnosti jednotlivých kombinací variant testovaných proměnných. Tento chí-kvadrát test porovnává četnosti, které pozorujeme, s tzv. četnostmi, které očekáváme, což jsou četnosti odpovídající nulové hypotéze o nezávislosti. Pokud nastane významný rozdíl mezi porovnávanými a očekávanými četnostmi, vyjde p-hodnota pro chí-kvadrát test nižší než 0,05 a nulová hypotéza je zamítnuta. Vztah mezi proměnnými je pak vyhodnocen jako závislost.¹⁶⁵ Aby bylo porovnání přehledné a vizuálně názorné, je v kontingenční tabulce uvedena očekávaná četnost v závorce za pozorovanými četnostmi. Výstupní tabulky, pro ověření hypotéz

¹⁶⁵ Srov. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*, 2007, s. 69 - 75

výzkumu, pro chí-kvadrát test z programu STATISTICA, jsou uvedeny v příloze (Příloha č. 2).

2.5.1 Vyhodnocení dílčího cíle č. 1

Dílčí cíl č. 1: Zjistit aktuální stav subjektivního vnímání zdraví vybraných respondentů

2.5.1.1 Deskriptivní výzkumné problémy

Deskriptivní problémy:

- Co pro vybrané respondenty znamená „být zdrav“?
- Jak vybraní respondenti aktuálně hodnotí svůj zdravotní stav?
- Jaké jsou nejčastější kroky pro navrácení subjektivního vnímání zdraví u vybraných respondentů?

Subjektivním vnímáním zdraví vybraných respondentů se zabývaly položky dotazníku č. 23, 24 a 29. Na základně subjektivního hodnocení vybraných respondentů z tabulky č. 39 (s. 91) vyplývá, že „být zdrav“ pro vybrané respondenty nejčastěji znamená „*být v celkové fyzické i psychické pohodě*“ (514krát, tj. u 63,9 %) a „*nemít žádné příznaky onemocnění*“ uvedlo 165 (20,5 %) respondentů. Během vyplňování dotazníku respondenti také hodnotili svůj aktuální zdravotní stav. Z tabulky č. 40 (s. 91) vyplývá, že vybraní respondenti nejčastěji svůj zdravotní stav hodnotili jako „*velmi dobrý*“ (327krát, tj. 42,4 %) a „*dobrá*“ (267krát, tj. 34,6 %). K tomu, aby se respondenti opětovně cítili zdraví, se nejčastěji „*léčí sami*“ (395, tj. 51,2 % z nich) a „*navštíví lékaře a řídí se jeho pokyny*“ 239 respondentů (31,0%), jak dokládá tabulka č. 42 (s. 92).

2.5.1.2 Ověření hypotézy č. 1

Relační výzkumný problém:

- Jaká je souvislost mezi subjektivním vnímáním dobrého zdravotního stavu vybraných respondentů a využitím samoléčby?

Věcná a statistické hypotézy:

H1: Vybraní respondenti, kteří na základě subjektivního hodnocení uvádějí dobrý zdravotní stav, se své zdravotní problémy primárně snaží řešit sami, teprve poté navštěvují svého praktického lékaře.

H1₀: Neexistuje souvislost mezi subjektivním vnímáním dobrého zdravotního stavu vybraných respondentů a využitím samoléčby.

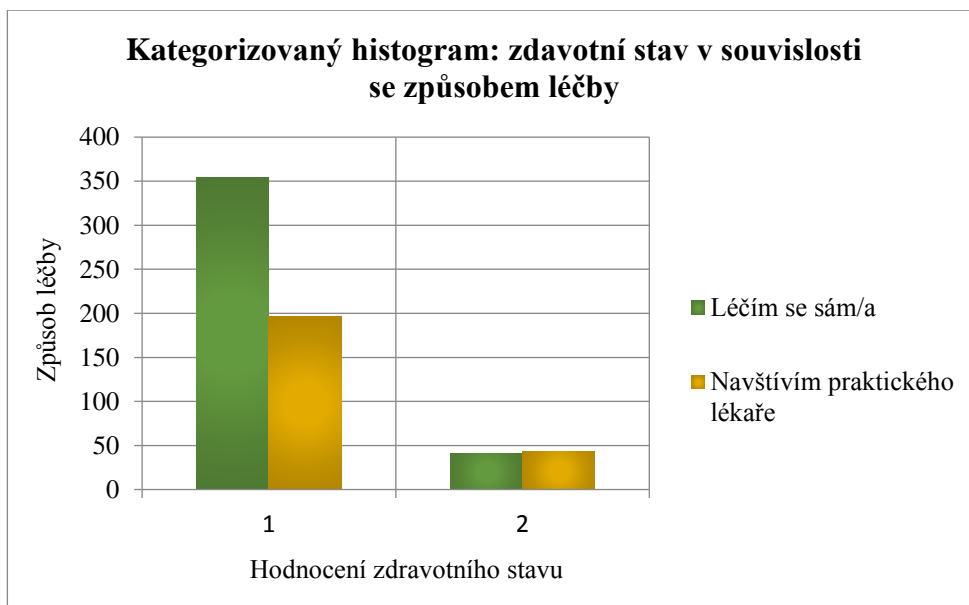
H1_A: Existuje souvislost mezi subjektivním vnímáním dobrého zdravotního stavu vybraných respondentů a využitím samoléčby.

První hypotéza zkoumá, jestli jsou statisticky významné shody mezi subjektivním vnímáním dobrého zdravotního stavu a využitím samoléčby vybraných respondentů. Zdravotní stav byl zjišťován prostřednictvím otázky č. 24: „Svůj zdravotní stav hodnotím jako“ s variantami odpovědí „výborný“, „velmi dobrý“, „dobrý“, „průměrný“, „špatný“ a „katastrofální“. Tyto odpovědi byly kategorizovány do dvou skupin. První skupinu tvořily odpovědi „výborný“, „velmi dobrý“ a „dobrý“, tedy „dobré“ hodnocení zdravotního stavu, a druhou skupinu odpovědi „průměrný“, „špatný“ a „katastrofální“. Tyto odpovědi byly zařazeny do skupiny „ostatní“. První skupina respondentů tedy vnímá svůj zdravotní stav pozitivně a druhá jej pozitivně nevnímá. Pro tyto dvě skupiny potom bylo prostřednictvím chí-kvadrát testu srovnáváno, jak často se léčí sami a jak často navštěvují praktického lékaře, dle otázky č. 29. Výsledky jsou uvedeny v následující kontingenční tabulce.

Tab. č. 62 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 1

| Chí-kvadrát test p = 0,006 | | K pocitu navrácení zdraví | | Celkem |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|--------|
| | | Léčím se sám | Navštívím praktického lékaře | |
| Zdravotní stav | Dobry, velmi dobry, výborný | 354 (342,7) | 196 (207,3) | 550 |
| | Ostatní | 41 (52,3) | 43 (31,7) | 84 |
| | Celkem | 395 | 239 | 634 |

Z tabulky č. 62 vyplývá, že skupina respondentů, kteří nehodnotí svůj zdravotní stav pozitivně, má četnost samoléčby a návštěv praktika přibližně stejnou. Naopak skupina respondentů, kteří hodnotí svůj zdravotní stav pozitivně, se výrazně častěji spoléhá na samoléčbu. Tuto skutečnost zhodnotil chí-kvadrát a pomocí vypočtené p-hodnoty 0,006 vyhodnotil vztah mezi proměnnými jako závislost. **Nulovou hypotézu tedy zamítáme** a interpretujeme, že **respondenti, kteří vnímají svůj zdravotní stav pozitivně, významně častěji preferují samoléčbu před návštěvou praktického lékaře než respondenti, kteří svůj zdravotní stav pozitivně nevnímají**. V závorkách vidíme, jaké četnosti bychom v dotazníku museli při daných součtech zjistit, aby byl vztah hodnocen jako nezávislost. Situaci názorně dokresluje níže uvedený kategorizovaný histogram, ve kterém hodnota 1 na ose x popisuje dobré (výborné, velmi dobré, dobré) hodnocení zdravotního stavu vybraných respondentů a hodnota 2 ostatní (průměrný, špatný, katastrofální).



Graf. č. 1 Kategorizovaný histogram: zdravotní stav v souvislosti se způsobem léčby

2.5.2 Vyhodnocení dílčího cíle č. 2

Dílčí cíl č. 2: Zjistit rizikové faktory životního stylu, které ovlivňují zdraví vybraných respondentů

2.5.2.1 Deskriptivní výzkumné problémy

Deskriptivní problémy:

- Jaké je zastoupení vybraných respondentů, kteří pravidelně sportují?
- S jakou frekvencí vybraní respondenti nejčastěji konzumují alkoholové nápoje?
- Jaká je nejčastější příčina stresové zátěže u vybraných respondentů, kteří ji často pociťují?

Sportovními aktivitami respondentů se zabývala položka dotazníku č. 11. Za pravidelné vykonávání sportovních aktivit můžeme považovat odpověď „*každý den*“, „*několikrát týdně*“ a „*několikrát měsíčně*“. Po sečtení těchto odpovědí v tabulce č. 19 (s. 81) vyplývá, že z respondentů, kteří uvedli, že „*sportují*“ (543, tj. 70,3 %), jich 360 (66,3 %) vykonává tuto činnost „*pravidelně*“.

Konzumací alkoholu vybraných respondentů se zabývala položka č. 16. Respondenti, kteří konzumují alkohol, což je celkem 626 (81,1 %) z nich, jej nejčastěji konzumují s frekvencí „*nepravidelnou*“ (uvádí 317 z nich, tj. 50,6 %) a „*několikrát měsíčně*“ (uvedlo 204 respondentů, tj. 32,6 %), jak dokládá tabulka č. 28 (s. 85). Životní styl vybraných respondentů také významně ovlivňuje stresová zátěž, kterou se zabývala položka dotazníku č. 13. Z tabulky č. 22 (s. 82) vyplývá, že respondenti, kteří se cítí často pod vlivem stresu, což přiznalo 522 z nich (45,8 %), uvedli jako nejčastější příčinu „*studium*“ (239 respondentů, tj. 45,8 %) a „*práci*“ (103 respondentů, tj. 19,7 %).

2.5.2.2 Ověření hypotézy č. 2

Relační problém:

- Jaká je souvislost mezi stresovou zátěží vybraných respondentů a psychosomatickou příčinou nemoci?

Věcná a statistické hypotézy:

H2: Vybraní respondenti, kteří se často cítí být pod vlivem stresu, mají větší sklon k psychosomatické příčině nemoci.

H2₀: Neexistuje souvislost mezi stresovou zátěží vybraných respondentů a psychosomatickou příčinou nemoci.

H2_A: Existuje souvislost mezi stresovou zátěží vybraných respondentů a psychosomatickou příčinou nemoci.

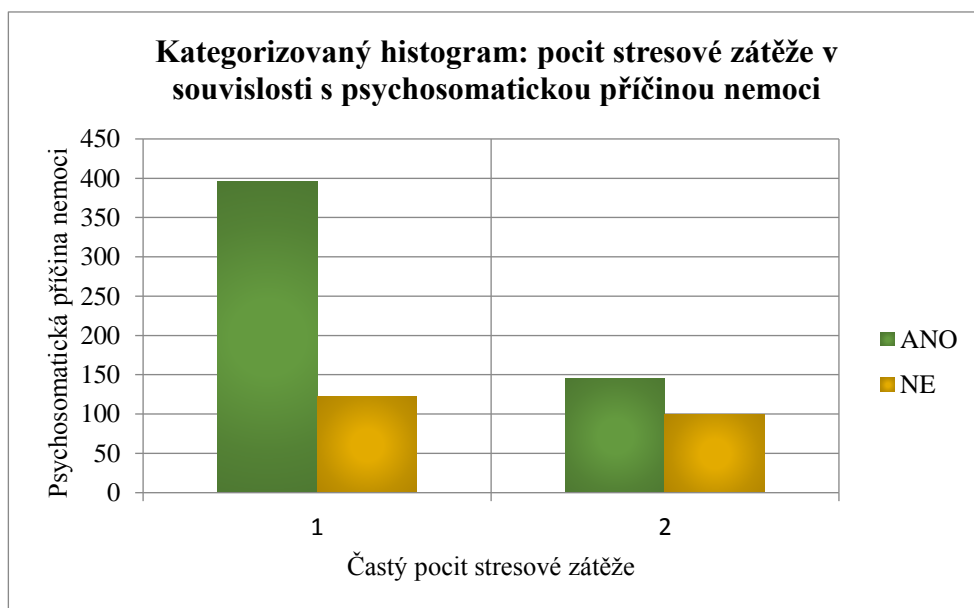
Druhá hypotéza zkoumá, zda jsou statisticky významné shody mezi stresovou zátěží a psychosomatickou příčinou nemoci vybraných respondentů. Pro vyhodnocení hypotézy byly testovány otázky dotazníku č. 13 a 27. Otázka č. 13 se zabývala stresovou zátěží (varianty odpovědi „ANO“, „NE“) se zaznamenáním psychosomatické příčiny nemoci podle otázky č. 27 (varianty odpovědí „ANO“, „NE“). Výsledkem je sestavení kontingenční tabulky 2x2, pro kterou byl vyhodnocen chí-kvadrát test, jak dokládá následující tabulka pozorovaných a očekávaných četností.

Tab. č. 63 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 2

| Chí-kvadrát test p = 0,000001 | | Psychosomatická příčina | | Celkem |
|----------------------------------|--------|-------------------------|-------------|--------|
| | | ANO | NE | |
| Pocit stresu | ANO | 396 (367,3) | 122 (150,7) | 518 |
| | NE | 145 (173,7) | 100 (71,3) | 245 |
| | Celkem | 541 | 222 | 763 |

Z tabulky č. 63 vyplývá, že vybraní respondenti, kteří se často cítí pod vlivem stresu, zaznamenali psychosomatickou příčinu ovlivnění zdravotního stavu v 396

případech, ve 122 případech tuto příčinu nezaznamenali. Poměr jejich odpovědí je přibližně 3:1 ve prospěch psychosomatické příčiny. Naopak respondenti, kteří se pod vlivem stresu necítí, mají tento poměr 145:100, což je přibližně 1,5:1. Tento rozdíl v poměrech byl pomocí chí-kvadrát testu vyhodnocen jako statisticky významný, jelikož p-hodnota vyšla 0,000001, což je nižší číslo než 0,05. **Zamítáme** tedy **nulovou hypotézu** a interpretujeme, že **vybraní respondenti, kteří se často cítí pod vlivem stresu, zaznamenávají psychosomatickou příčinu nemoci významně častěji než respondenti, kteří se pod vlivem stresu často necítí.** V závorkách jsou rovněž uvedeny četnosti, které by bylo možné očekávat v případě nezávislosti, tedy přijetí hypotézy nulové. Situaci opět dokresluje níže uvedený kategorizovaný histogram, ve kterém hodnota 1 na ose x popisuje odpověď vybraných respondentů, kteří se pod vlivem stresu často cítí, hodnota 2 odpověď těch, kteří se často pod vlivem stresu necítí.



Graf. č. 2 Kategorizovaný histogram: pocit stresové zátěže v souvislosti s psychosomatickou příčinou nemoci

2.5.3 Vyhodnocení dílčího cíle č. 3

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda se vybraní respondenti orientují v holistické problematice zdraví

2.5.3.1 Deskriptivní výzkumné problémy

Deskriptivní problémy:

- Jaké je zastoupení vybraných respondentů, kteří se již někdy setkali s pojmem „holistické pojetí zdraví“?
- Jaké je zastoupení vybraných respondentů, kteří si uvědomují propojenost zdraví po stránce biologické, psychické a sociální?
- Je pro vybrané respondenty důležité, aby k nim jejich praktický lékař uplatňoval holistický přístup?

Těmito deskriptivními výzkumnými problémy se zabývaly položky dotazníku č. 39, 41 a 44. Z tabulky č. 53 (s. 100) vyplývá, že 301 (39 %) vybraných respondentů se již „setkalo s holistickou problematikou zdraví“ a mají představu o tom, co to znamená. Příklady jednotlivých odpovědí jsou uvedeny v tabulce č. 54 (s. 100). Z tabulky č. 57 (s. 102) dále vyplývá, že 727 (94,2 %) vybraných respondentů si „uvědomuje propojenost zdraví po stránce fyzické, psychické a sociální“. Celkově 358 (46,4 %) respondentů také uvedlo, že je pro ně „důležité, aby k nim jejich praktický lékař uplatňoval právě celostní (holistický) přístup“, jak dokládá tabulka č. 60 (s. 103).

2.5.3.2 Ověření hypotézy č. 3

Relační problém:

- Jaká je souvislost mezi vzděláním vybraných respondentů a orientací v holistické problematice zdraví?

Věcné a statistické hypotézy:

H3: Vybraní respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním obecně a žáci střední zdravotnické školy se setkali častěji s pojmem „holistické pojetí zdraví“, než ostatní respondenti.

H3₀: Neexistuje souvislost mezi vzděláním vybraných respondentů a orientací v holistické problematice zdraví.

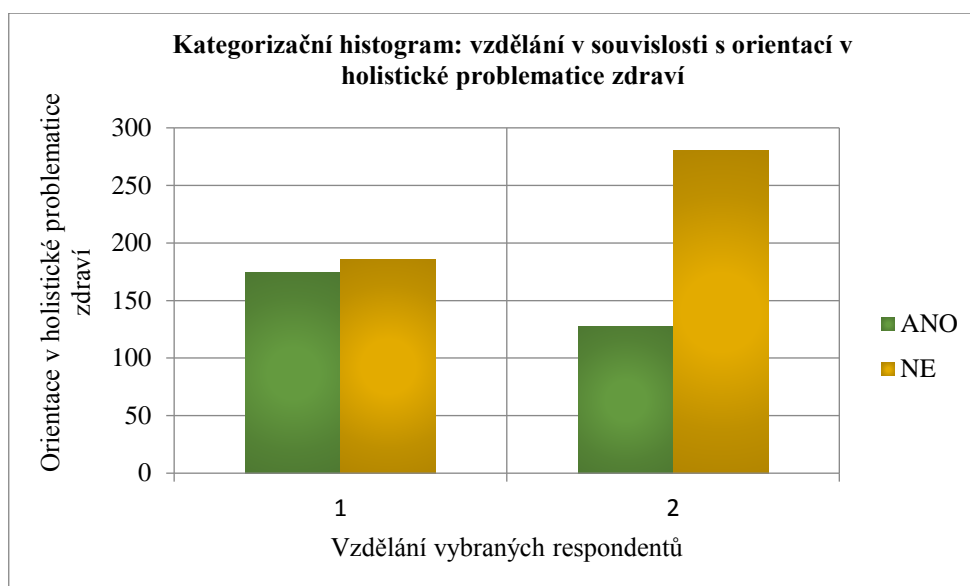
H3_A: Existuje souvislost mezi vzděláním vybraných respondentů a orientací v holistické problematice zdraví.

Třetí hypotéza se zabývala existencí statisticky významné souvislosti mezi vybranými stupni vzdělání a orientací respondentů v holistické problematice zdraví. Cílem této hypotézy bylo prokázat, že skupina respondentů s vyšším odborným, vysokoškolským vzděláním obecně a žáci střední zdravotnické školy se častěji setkali s pojmem „holistické pojetí zdraví“. Sledovaná skupina byla vytvořena na základě otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání) a otázky č. 6 (studium). Pokud respondent odpověděl na otázku č. 3 „VOŠ“, „VŠ“ nebo na otázku č. 6 „SZŠ“, byl zařazen do sledované skupiny, která je ve výsledcích označena jako „VŠ, VOŠ a SZŠ“. V opačném případě byl respondent zařazen do skupiny „ostatní“. Tyto skupiny byly srovnávány na základě odpovědi na otázku č. 39 z dotazníku, tedy zda se respondenti již setkali s pojmem „holistické pojetí zdraví a ví/tuší, co tento pojem znamená“. Respondenti volili odpověď „ANO“, nebo „NE“. Výsledné četnosti byly zaznamenány v kontingenční tabulce společně s výsledky chí-kvadrát testu.

Tab. č. 64 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 3

| Chí-kvadrát test p = 0,000001 | | Holistické pojetí zdraví | | Celkem |
|----------------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------|
| | | ANO | NE | |
| Vzdělání | VŠ, VOŠ, SZŠ | 174 (141,3) | 186 (218,7) | 360 |
| | Ostatní | 127 (159,7) | 280 (247,3) | 407 |
| | Celkem | 301 | 466 | 767 |

Z tabulky č. 64 vyplývá, že sledovaná skupina „VŠ, VOŠ, SZŠ“ se již s pojmem holistické pojetí zdraví setkala ve 174 případech a nesetkala ve 186 případech. Poměr odpovědí ANO:NE je tedy přibližně 1:1. Skupina „ostatních“ respondentů se s tímto pojmem setkala ve 127 případech a nezná jej ve 280 případech. Poměr odpovědí ANO:NE tedy překračuje 1:2 ve prospěch odpovědi „NE“. Tento rozdíl je na první pohled významný, což potvrzuje i chí-kvadrát test prostřednictvím p-hodnoty. $P=0,000001 < 0,05$, **zamítáme** tedy **nulovou hypotézu** a interpretujeme, že **respondenti, kteří mají vyšší odborné, vysokoškolské vzdělání obecně a žáci střední zdravotnické školy se s pojmem „holistické pojetí zdraví“ setkali významně častěji než ostatní respondenti**. Níže situaci graficky dokresluje kategorizační histogram, ve kterém hodnota 1 na ose x popisuje vzdělání vybraných respondentů „VOŠ“, „VŠ“, „SZŠ“, hodnota 2 „ostatní“ vzdělání.



Graf. č. 3 Kategorizační histogram: vzdělání v souvislosti s orientací v holistické problematice zdraví

2.5.4 Vyhodnocení dílčího cíle č. 4

Dílčí cíl č. 4: Zjistit spokojenost vybraných respondentů s péčí jejich praktického lékaře

2.5.4.1 Deskriptivní výzkumné problémy

Deskriptivní problémy:

- Jaká je nejčastější příčina návštěv praktického lékaře u vybraných respondentů?
- Jaké jsou nejčastější kroky, které praktický lékař vykonává při návštěvě oslovených respondentů?
- Jsou vybraní respondenti spokojeni s péčí svého praktického lékaře?

Odpověď na tyto deskriptivní výzkumné problémy zahrnuje analýza položek dotazníku č. 32, 36 a 38. Z tabulky č. 45 (s. 94) vyplývá, že vybraní respondenti svého praktického lékaře nejčastěji navštěvují z důvodu „*zdravotního problému, který nejsou schopni vyřešit sami*“ (438 z nich, tj. 56,7 %) a z důvodu „*akutní potřeby*“ (196 respondentů, tj. 25,4 %). Praktický lékař jim během jejich návštěvy nejčastěji

„poradí“ (201 respondentů, tj. 23,8 %), „ochotně vyslyší“ 170 z nich (20,1 %) a „předepíše medikamenty“ 164 respondentům (19,4 %), jak dokládá tabulka č. 49 (s. 97). Z tabulky č. 51 (s. 98) vyplývá, že je celkově s péčí svého praktického lékaře „spokojeno“ 631 (81,7 %) respondentů.

2.5.4.2 Ověření hypotézy č. 4

Relační problém:

- Jaký je vztah mezi subjektivním vnímáním zdraví vybraných respondentů a spokojeností s péčí jejich praktického lékaře?

Věcné a statistické hypotézy:

H4: Vybraní respondenti, kteří se cítí být zdraví, jsou spokojeni s péčí svého praktického lékaře.

H4₀: Neexistuje souvislost mezi subjektivním vnímáním zdraví vybraných respondentů a spokojeností s péčí jejich praktického lékaře.

H4_A: Existuje souvislost mezi subjektivním vnímáním zdraví vybraných respondentů a spokojeností s péčí jejich praktického lékaře.

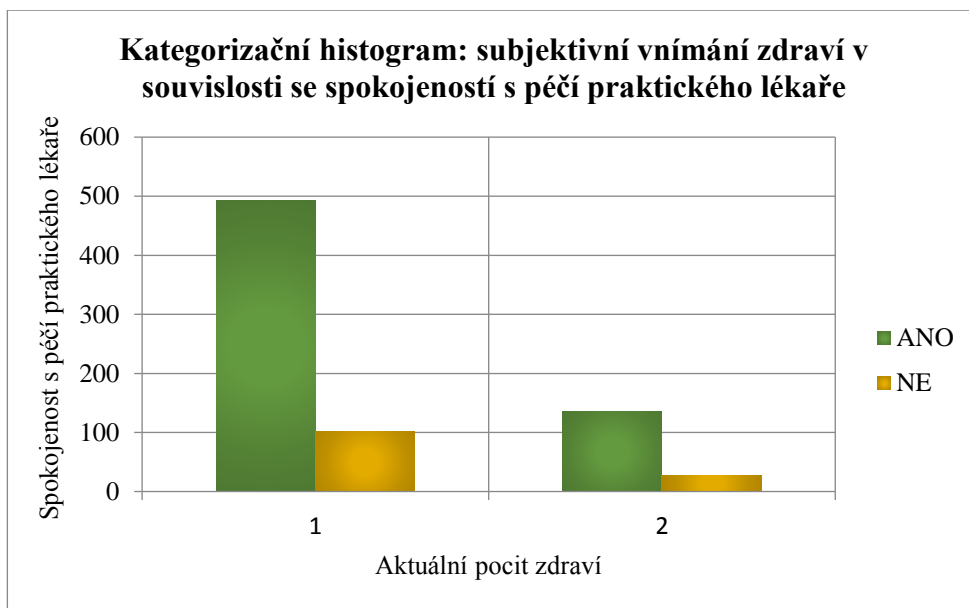
Třetí hypotéza se zabývala existencí statisticky významné souvislosti mezi subjektivním vnímáním zdraví a spokojeností s péčí praktického lékaře. U této hypotézy byly testovány otázky č. 22 a 38. Na obě otázky respondent odpovídal „ANO“, nebo „NE“. Výsledné četnosti jsou zaznamenány v kontingenční tabulce, společně s výslednou p-hodnotou chí-kvadrát testu.

Tab. č. 65 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 4

| Chí-kvadrát test p = 0,89 | | Spokojenost s praktikem | | Celkem |
|------------------------------|--------|-------------------------|-------------|--------|
| | | ANO | NE | |
| Pocit zdraví | ANO | 493 (493,6) | 101 (100,4) | 594 |
| | NE | 136 (135,4) | 27 (27,6) | 163 |
| | Celkem | 629 | 128 | 757 |

Z tabulky č. 65 vyplývá, že respondenti, kteří se cítí zdraví, jsou spokojeni s péčí svého praktického lékaře v 493 případech a ve 101 případech jsou nespokojeni. Respondenti, kteří se zdraví necítí, jsou spokojeni ve 136 případech oproti 27 případům nespokojenosti. Poměry 493:101 a 136:27 jsou velmi podobné, proto chí-kvadrát test nevyhodnotil mezi sledovanými odpověďmi závislost. Jiné vyjádření téhož, jsou očekávané četnosti, které nám říkají, že pokud máme celkem 594 respondentů, kteří se cítí být zdraví, 163 subjektivně nezdravých, 629 spokojených a 128 nespokojených, pak dokonalé nezávislosti mezi odpověďmi na sledované otázky odpovídají četnosti 493,6 pro kombinaci „*cítím se zdravý/á + jsem spokojen/a*“, 100,4 pro kombinaci „*cítím se zdravý/á + nejsem spokojen/a*“, 135,4 pro kombinaci „*necítím se zdravý/á + jsem spokojen/a*“ a 27,6 pro kombinaci „*necítím se zdravý/á + nejsem spokojen/a*“.

Řádkové četnosti mezi těmito poměry jsou přesně totožné, což znamená, že podíl respondentů spokojených s péčí svého praktického lékaře je stejný pro obě skupiny subjektivně zdravých i nezdravých. Tyto očekávané četnosti jsou také velmi podobné pozorovaným četnostem, proto naše data vykazují nezávislost. Chí-kvadrát test danou skutečnost vyjadřuje pomocí p-hodnoty, která je rovna 0,89, tedy vyšší, než 0,05. **Nulovou hypotézu proto nezamítáme. Spokojenost s praktickým lékařem nezávisí na subjektivním pocitu zdraví.** Situace je dokreslena pomocí níže uvedeného kategorizovaného histogramu, ve kterém hodnota 1 na ose x popisuje respondenty, kteří se aktuálně cítí „*zdraví*“, hodnota 2 „*nezdraví*“.



Graf. č. 4 Kategorizační histogram: subjektivní vnímání zdraví v souvislosti se spokojeností s péčí praktického lékaře

2.6 Diskuze

Diplomová práce se zabývala problematikou holistického pojetí zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře. Práce byla zaměřena na respondenty starší 17 let, tedy respondenty, kteří jsou aktuálně registrovaní mezi pacienty praktického lékaře pro dospělé nebo stojí před jeho volbou. Do výzkumného šetření bylo celkově zahrnuto 772 (100 %) respondentů žijících v Jihomoravském kraji, 623 (70,7 %) „žen“ a 149 (19,3%) „mužů“, nejčastěji mezi „21. a 30. rokem“ (324 z nich, tj. 42,0 %) se „středoškolským“ (374, tj. 48,4 %) a „vysokoškolským“ (219, tj. 38,4 % respondentů) vzděláním. Z těchto respondentů jich 381 (49,3 %) „studovalo“ a 455 (58,9 %) „navštěvovalo zaměstnání“. Respondenti nejčastěji žili v obci s počtem obyvatel nad „100 000“ (celkem 210, tj. 27,2 % z nich) a 130 (16,8 %) respondentů v obci s počtem obyvatel „2 000 – 4 999“. Podrobnější informace k charakteristice vybraných respondentů nalezneme v kapitole 11 Výsledky průzkumu.

Výsledky výzkumného šetření byly srovnávány s několika dalšími výzkumy a literaturou, která uvádí současný pohled na zkoumanou problematiku, podrobnější údaje lze dohledat v kapitole 7 Současný pohled na zkoumanou problematiku. V následující diskuzi je uveden výběr z výsledků, a to s ohledem na zaměření výzkumného cíle, na dílčí cíle a vyhodnocení výzkumných problémů, kterým je samostatně věnována kapitola 2.5 Vyhodnocení cílů výzkumu a práce s hypotézami.

Zdraví je obecně považováno za jednu z priorit, která je veřejností široce vnímána, avšak zdaleka není samozřejmá. První dílčí cíl se zabýval zjištěním aktuálního stavu subjektivního vnímání zdraví vybraných respondentů. Z deskriptivních výzkumných problémů vyplynulo, že „být zdrav“ pro vybrané respondenty nejčastěji znamená „být v celkové fyzické a psychické pohodě“, což uvedlo 514 z nich (63,9 %), a „nemít žádné příznaky onemocnění“ (uvedlo 165 (20,5 %) dotazovaných). Respondenti také svůj zdravotní stav ve většině hodnotili pozitivně, „velmi dobře“ ve 327 (42,4 %) případech a „dobře“ v 267 (34,6 %) případech. Nejčastěji se respondenti pro navrácení pocitu zdraví „léčí sami“ (395 z nich, tj. 51,2 %) a „navštíví lékaře a řídí se jeho pokyny“ (v 239 případech, tj. 31,1 %). V souladu s tímto cílem byla sestavena první věcná hypotéza, která se zabývala statisticky významnou shodou mezi pozitivním

subjektivním hodnocením zdravotního stavu a samoléčbou. Nulová hypotéza byla zamítnuta a bylo interpretováno, že respondenti, kteří hodnotí svůj zdravotní stav pozitivně, preferují samoléčbu před návštěvou svého praktického lékaře významně častěji než respondenti, kteří svůj zdravotní stav pozitivně nevnímají.

Subjektivním hodnocením zdravotního stavu se zabýval i výzkum Českého statistického úřadu z roku 2011, který dospěl k obdobnému zjištění. Z výzkumu vyplynulo, že většina obyvatel České republiky svůj zdravotní stav hodnotila pozitivně, pouze malá část obyvatel svůj zdravotní stav hodnotila jako neuspokojivý. Zajímavostí však bylo, že odlišně svůj zdravotní stav popisovali muži a ženy. Ženy svůj zdravotní stav častěji hodnotily negativně, a to převážně ve vyšších věkových kategoriích. Rovněž bylo prokázáno, že subjektivní hodnocení zdravotního stavu úzce souvisí i s aktuálním rodinným stavem a vzděláním.¹⁶⁶

K zajímavému zjištění dospěl i Státní zdravotní ústav v roce 2014 v projektu „Zdraví 2020“. Z tohoto projektu vyplynulo, že česká populace nedostatečně chápe informace o zdraví a nesprávně hledá a využívá informace. Do výzkumu se zapojilo 8 zemí Evropské unie, s reprezentací výzkumného vzorku každé země v počtu minimálně 1000 respondentů starších 15 let. V oblasti zdravotní gramotnosti tvořilo špičku Nizozemsko, poté Irsko, Německo a Polsko. Česká republika zaujímala jednu z posledních pozic. Z výzkumu také vyplynulo, že česká populace je nejvíce informována o zdravotní péči, ale jisté rezervy se projeví v podpoře zdraví. S pozitivním hodnocením zdravotní gramotnosti úzce souvisí i vzdělání, sociální status, finanční gramotnost a životní styl obecně.¹⁶⁷

Vzhledem ke komparaci zjištěných poznatků můžeme konstatovat, že vybrané aspekty subjektivního vnímání zdraví jsou obdobné s výsledky prvního dílčího cíle. V obecné rovině můžeme konstatovat, že hodnocení zdravotního stavu respondentů je spíše pozitivní, s uplatněním škály faktorů, např. sociálního prostředí, životního stylu a podobně, stejně tak i zdravotní gramotnosti. Ze zjištěných poznatků také můžeme vyvodit, že samoléčba je v současné době podporována jak samotnými pacienty, tak

¹⁶⁶ Srov. Český statistický úřad. *Jak hodnotíme své zdraví* [online]. 2013 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z:

<http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve-zdravi/>

¹⁶⁷ Srov. KUČERA, Z., *Výzkum: Češi neumějí hledat a správně chápat informace o zdraví* [online]. 2014 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/36042-vyzkum-cesi-neumeji-hledat-a-spravne-chapat-informace-o-zdravi>

i lékaři, a to nejen v České republice, ale i v zahraničí. Tento fakt dokládá výzkum britského svazu Proprietary Association od Great Britain, realizovaný roku 2002, který poukazuje na to, že přes 40 % praktických lékařů ve Velké Británii doporučuje svým pacientům léky, které jsou volně prodejné, a přes 30 % z nich své pacienty posílá domů bez doporučení jiných medikamentů. Zejména se jedná o stavy nachlazení nebo žaludeční nevolnosti.¹⁶⁸

V tom, aby se člověk cítil zdravý, hraje velmi významnou roli životní styl. Podstatou druhého dílčího cíle bylo zjistit rizikové faktory životního stylu, které ovlivňují zdraví vybraných respondentů. Samotná oblast životního stylu je velmi obsáhlá, proto se opět zaměříme zejména na oblast výzkumných problémů, podrobnější analýza je obsažena v kapitole 10.4 Faktory životního stylu vybraných respondentů.

Z deskriptivních výzkumných problémů vyplynulo, že „sportuje“ 543 (70,3 %) respondentů, z čehož 360 (66,6 %) vykonává tuto činnost „pravidelně“, nejčastěji s frekvencí „několikrát týdně“ (216 respondentů, tj. 39,8 %). Zajímavým zjištěním také bylo, že 626 (81,1 %) respondentů konzumuje alkohol, nejčastěji s frekvencí „nepravidelnou“ (317 z nich, tj. 50,6 %) a „několikrát měsíčně“ (204 dotázaných, tj. 32,6 %). Nejčastěji respondenti konzumují „víno“ (320 z nich, tj. 51,1 %) a „pivo“ (223, tj. 35,6 %). Pro srovnání je také uvedeno zastoupení respondentů, kteří „užívají tabákové výrobky“ - 196 (25,4 %), nejčastěji „cigarety“ (151, tj. 77,6 % respondentů) s obvyklou frekvencí „několikrát denně“ (68 z nich, tj. 34,7 %). Mimo konzumaci alkoholu a užívání tabákových výrobků nás zajímala také stresová zátěž. Z vybraných respondentů jich 522 (45,8 %) uvedlo, že se cítí „často pod vlivem stresu“. Nejčastějšími příčinami této zátěže bylo „studium“ (v 239 případech, což je 45,8 %) a „práce“ (u 103 respondentů, tj. u 19,7 %).

V souladu s tímto cílem byla stanovena druhá věcná hypotéza, která se zabývala vztahem mezi stresovou zátěží a psychosomatickou příčinou nemoci. Z analýzy dotazníkové položky č. 27 vyplynulo významné zjištění, že většina (přesněji 541, tj. 70,1 %) respondentů zaznamenala, že jejich zdravotní stav byl „ovlivněn jinou než organickou příčinou“. Prostřednictvím statistického ověření byla nulová hypotéza

¹⁶⁸ Srov. NEMEC, Miloš. *Samoléčba má ve Velké Británii stoupající tendenci* [online]. 2002 [cit. 2017-02-21]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/samolecba-ma-ve-velke-britanii-stoupajici-tendenci-147812?category=profesni-aktuality>

zamítnuta. Následně bylo interpretováno, že respondenti, kteří se často cítí pod vlivem stresu, zaznamenávají psychosomatickou příčinu nemoci významně častěji než respondenti, kteří se pod vlivem stresu často necítí.

Problematikou životního stylu jsem se zabývala v minulých letech u prezenčních studentů v oboru Všeobecná sestra. Šetření bylo kategorizováno do několika oblastí, přičemž z oblasti rizikových faktorů životního stylu se projevila jako problematická právě stresová zátěž studentů, jejíž nejčastější příčinou bylo právě studium, což se shoduje s výsledky výzkumu holistické problematiky zdraví, přestože zastoupení studujících respondentů je jen částečné (381 dotázaných, tj. 49,3 %). Z výzkumu u budoucích všeobecných sester také vyplynulo, že přes 60 % z nich upřednostňuje pasivní způsob trávení volného času, i když přes 80 % z nich uvedlo, že sportuje.¹⁶⁹

K přínosným závěrům dospěl také výzkum Šimčíka a Pohlové u žáků středních zdravotnických škol. Jejich statistické vyhodnocení poukazuje na skutečnost, že žáci nejsou schopni adekvátně dodržovat zásady zdravého životního stylu, zejména zdraví prospěšné životosprávy, a tomu následně odpovídá nadměrná přítomnost tukové tkáně.¹⁷⁰ Výskytem nadváhy a obezity se v roce 2013 zabývala také Puklová, jejíž výzkum potvrdil, že přibližně polovina dospělé populace v České republice má vyšší hmotnost než optimální. Počet dospělých i dětí od 90. let minulého století stále stoupá.¹⁷¹

Další zajímavá zjištění z oblasti životního stylu přináší i tuzemská studie organizovaná Vojenskou fakultní nemocnicí, Psychiatrickou klinikou první Lékařské fakulty a agenturou STEM/MARK z roku 2014. Z výzkumu vyplývá, že z celkového počtu 1027 respondentů pouze přibližně 17 % z nich dodržuje zásady zdravého životního stylu, přes 30 % respondentů uvedlo, že kouří a téměř 70 % z nich konzumuje i alkoholové nápoje. Přes 30 % oslovených Čechů nesportuje za účelem zlepšení zdraví ani jeden den v týdnu. Pravidelně se stravuje asi 60 % respondentů a alespoň šest hodin

¹⁶⁹ Srov. DOLEŽALOVÁ, H., *Problematika životního stylu studentů oboru Všeobecná sestra* [online]. 2015 [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/409246/lf_b/, s. 104 - 105

¹⁷⁰ Srov. ŠIMČÍK, M., POHLOVÁ, Z., *Dodržování zásad zdravého životního stylu u studentů SZŠ* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/dodrzovani-zasad-zdraveho-zivotniho-stylu-u-studentu-szs-468678>

¹⁷¹ Srov. PUKLOVÁ, V., *Výskyt nadváhy a obezity* [online]. 2013 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/info_listy/Vyskyt_nadvahy_a_obezity_2013.pdf

denně spí 80 % z nich. Zajímavým zjištěním také bylo, že přes 50 % respondentů pravidelně dochází na preventivní lékařské prohlídky a přes 40 % z nich uvedlo, že jejich stálou příčinou stresu je jejich zaměstnání. Odbornou psychiatrickou pomoc vyhledalo asi 20 % oslovených respondentů.¹⁷² Vzhledem k sumarizaci výše uvedených dat můžeme konstatovat, že životní styl je v současné době stále řešeným trendem a všechny jeho faktory jsou velmi podstatnou příčinou ovlivnění našeho zdraví, zejména oblast stresové zátěže, která je jen krůčkem ke vzniku psychosomatické příčiny nemoci. Tuto skutečnost potvrzuje i námi stanovená hypotéza č. 2.

Holismus jako pojem můžeme použít v několika významech. Orientací a znalostmi holistické problematiky zdraví se zabýval třetí dílčí cíl diplomové práce. Z deskriptivních výzkumných problémů vyplynulo, že 301 (39 %) vybraných respondentů se již „setkalo“ s pojmem „*holistické pojetí zdraví*“ a vědí/tuší, co tento pojem znamená. Podrobnější informace a příklady jednotlivých odpovědí respondentů popisuje kapitola 10.9 Holistické pojetí zdraví a psychosomatická příčina nemoci z pohledu vybraných respondentů. Zajímavým zjištěním také bylo, že 727 (94,2 %) oslovených respondentů si „*uvědomuje propojenost zdraví po stránce fyzické, psychické a sociální*“ a celkově 358 (46,4 %) z nich uvedlo, že je pro ně „*důležité, aby k nim jejich praktický lékař uplatňoval celostní (holistický) přístup*“. Přínosnou informací také bylo, že 247 (32,0 %) respondentů již „*vyzkoušelo*“ některou z technik holistické medicíny. Ze zjištěných údajů je tedy zřejmé, že respondenti jsou si vědomi propojení jednotlivých stránek, souvislostí a faktorů ovlivňujících jejich zdraví, ale pojem „*holismus*“ již v kontextu „*holistické pojetí zdraví*“ tak zřejmý není.

Existencí statisticky významné souvislosti mezi vzděláním vybraných respondentů a orientací/znalostí holistické problematiky se zabývala třetí věcná hypotéza. Lze předpokládat, že respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním obecně a žáci středních zdravotnických škol se s tímto pojmem setkají častěji. Nulová hypotéza byla zamítnuta a následně bylo konstatováno, že respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním obecně, dále žáci střední zdravotnické

¹⁷² Srov. RABOCH, J., PTÁČEK, R. *Stres, deprese a životní styl v České republice podrobnější informace o studii* [online]. 2015 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://www.ceskenovinky.eu/2015/05/01/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-ceske-republice-podrobnejsi-informace-o-studii/>

školy se s pojmem „holistické pojetí zdraví“ setkali výrazně častěji než ostatní respondenti.

Tuto skutečnost částečně potvrzuje i výše uvedený výzkum Českého statistického úřadu z roku 2011, který poukazuje na souvislost mezi vzděláním respondentů a subjektivním vnímáním zdravotního stavu. Bylo prokázáno, že respondenti s vyšším vzděláním svůj zdravotní stav častěji hodnotí pozitivně. Obdobnou souvislost tak můžeme předpokládat také v holistické problematice zdraví.¹⁷³ Přínosné závěry objasňuje i studie z Národního centra komplementární a integrativní medicíny (NCCIH - National Center for Complementary and Integrative Health) ve spolupráci s Národním informačním zdravotnickým systémem z roku 2007, ze které vyplývá, že alternativní medicínu využívalo přibližně 40 % dospělé americké populace a asi 12 % dětí. Nejvíce byly využívány meditace, masáže, přírodní a bylinná léčba, nejméně zastoupena byla homeopatie.¹⁷⁴ Naopak v České republice byla v roce 2013 homeopatie třetím nejznámějším způsobem léčby, kterou během života vyzkouší asi třetina Čechů, a přibližně 70 % z nich tuto léčbu považuje za účinnou.¹⁷⁵ Uvedené skutečnosti jsou rovněž v souladu s výsledky výzkumného šetření, ze kterého je patrné, že přibližně třetina vybraných respondentů již některou z technik celostní medicíny vyzkoušela.

Poslední hodnocenou oblastí výzkumu byla spokojenost vybraných respondentů s péčí jejich praktického lékaře, kterou zaštiťoval čtvrtý dílčí cíl. Z deskriptivních výzkumných problémů vyplynulo, že vybraní respondenti byli s péčí svého praktického lékaře „spokojeni“ v 631 (81,7 %) případech. Nejčastějším důvodem návštěvy lékaře byl „zdravotní problém, který respondenti nejsou schopni vyřešit sami“ (u 438, tj. 56,7 % z nich) a „akutní potřeba ošetření“ (u 196, tj. 25,4 % případů). Nejčastěji respondentům jejich praktický lékař „poradí“ (uvedlo 201 dotázaných, tj. 23,8 %), „ochotně je vyslyší“ (170 z nich, tj. 20,1 %) a „předepíše medikamenty“

¹⁷³ Srov. Český statistický úřad. *Jak hodnotíme své zdraví* [online]. 2013 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve-zdravi/>

¹⁷⁴ Srov. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2007 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <https://report.nih.gov/nihfactsheets/ViewFactSheet.aspx?csid=85>

¹⁷⁵ Srov. MindBridge Consulting. *Homeopatie v České republice* [online]. 2011 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://www.mindbridge.cz/cs/aktuality/homeopatie-v-ceske-republice/>

(164, tj. 19,4 % respondentů). Méně přínosným zjištěním bylo, že většina respondentů má svého praktického lékaře „v místě bydliště“ (476 dotázaných, tj. 61,7 %), což se dá předpokládat. Obvykle svého praktika respondenti navštěvují „několikrát ročně“, alespoň to tvrdilo 482 (62,4 %) z nich. Respondenti jako nejdůležitější faktory vedoucí ke spokojenosti s péčí praktického lékaře uvedli „lidský přístup“ (157 z nich, tj. 19,3 %) a „poskytnutí dostatku informací“ (u 146 dotázaných, tj. 18,0 %).

Souvislostí mezi subjektivním vnímáním zdraví a spokojeností s péčí praktického lékaře u vybraných respondentů se zabývala čtvrtá věcná hypotéza. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta a bylo konstatováno, že spokojenost s péčí praktického lékaře nezávisí na subjektivním pocitu zdraví.

Samotná role praktického lékaře je významná. Zajímavá zjištění přináší publikace z roku 2014, zpracovaná Chudobovou ve spolupráci s Ústavem zdravotnické informatiky a statistiky ČR. Z publikace vyplývá, že primární péči zajišťovalo v roce 2014 celkově 5331 praktických lékařů pro dospělé a na jeden úvazek lékaře připadalo v průměru 1623 registrovaných pacientů. Nejvíce pacientů bylo ve věkové kategorii 55 – 64 let. V Jihomoravském kraji se v roce 2013 nacházelo asi 600 praktických lékařů. Nejčastěji byla péče věnována hypertonikům a preventivním prohlídkám.¹⁷⁶ Jak je již uvedeno v teoretické části, péče praktického lékaře je převážně věnována chronickým stavům. Asi čtvrtina pacientů navštěvuje svého praktika pro akutní problémy, o něco méně připadá kontrolám. Praktický lékař pro děti a dorost nejčastěji řeší akutní onemocnění a preventivní prohlídky.¹⁷⁷ Pro srovnání je také uveden příklad ze zahraničí, jak uvádí ve své literatuře Viner. V Anglii a Walesu adolescenti svého praktika navštěvují nejčastěji pro respirační a kožní onemocnění. Nejčastější bariéru tvoří obava z nedůvěry, nepříjemný personál, nedostatek informací, ale například i ordinační doba. Viner také poukazuje na důležitost komunikace mezi lékařem a pacientem.¹⁷⁸ Shrnutím těchto poznatků můžeme konstatovat, že subjektivní vnímání zdraví nemá vliv na spokojenost s péčí praktického lékaře.

Ústředními faktory vedoucími ke spokojenosti s péčí praktického lékaře jsou (v souladu s využitými zdroji a výsledky výzkumu) komunikace, dostatek informací,

¹⁷⁶ Srov. CHUDOBOVÁ, M., *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2013* [online]. 2014 [cit. 2016-12-06].

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-prakticky-ch-lekaru-pro-dospele-roce-2013>

¹⁷⁷ Srov. SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L., *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*, 2012, s. 18

¹⁷⁸ Srov. VINER, R., *ABC od adolescence*, 2005, s. 13

ochota a vstřícnost. Neméně důležitým faktorem je i to, aby byl pacient brán a léčen jako celistvá bytost, nejen jako pouhá jeho část, protože celek je více než pouhý souhrn jeho částí.

2.6.1 Možnosti využití získaných poznatků v pedagogické praxi

Následující kapitola je věnována možnostem aplikace poznatků získaných z výzkumu do pedagogické praxe, a to se zaměřením na žáky středních zdravotnických škol.

Obecnou funkcí učitele je provázet žáka výchovně-vzdělávacím procesem. Žáci středních zdravotnických škol jsou specifictví tím, že teoretická výuka je velmi brzy doplněna odbornou nemocniční praxí, díky které se žáci setkávají s reálnými skutečnostmi, darem života i se smrtí, často však nezralí a zcela nepřipravení. Úkolem učitele je převážně motivovat je k jejich zdravotnickému zaměření, k procesu učení a provázet je celým studiem až k jeho úspěšnému dokončení.

Z hlediska vnímání zdraví by měl učitel před žáky klást důraz zejména v oblasti „subjektivity“. Pocit zdraví je sám o sobě subjektivní a každý z nás jej vnímá odlišně. Učitel by měl žáky vést k tomu, aby byli schopni se vcítit do role pacienta a nalézt cestu, jak jej doprovázet v procesu uzdravení, edukovat je, jak si mohou pomoci sami, kam se obrátit s žádostí o pomoc a podobně. Žák by měl také chápat skutečnost, že pacienti, kteří hodnotí svůj zdravotní stav pozitivně, mají predispozice lepší spolupráce a primárně mají tendence své problémy řešit sami, teprve poté vyhledávají pomoc. Stejně informace by měl umět aplikovat žák i sám na sobě nebo na svých příbuzných.

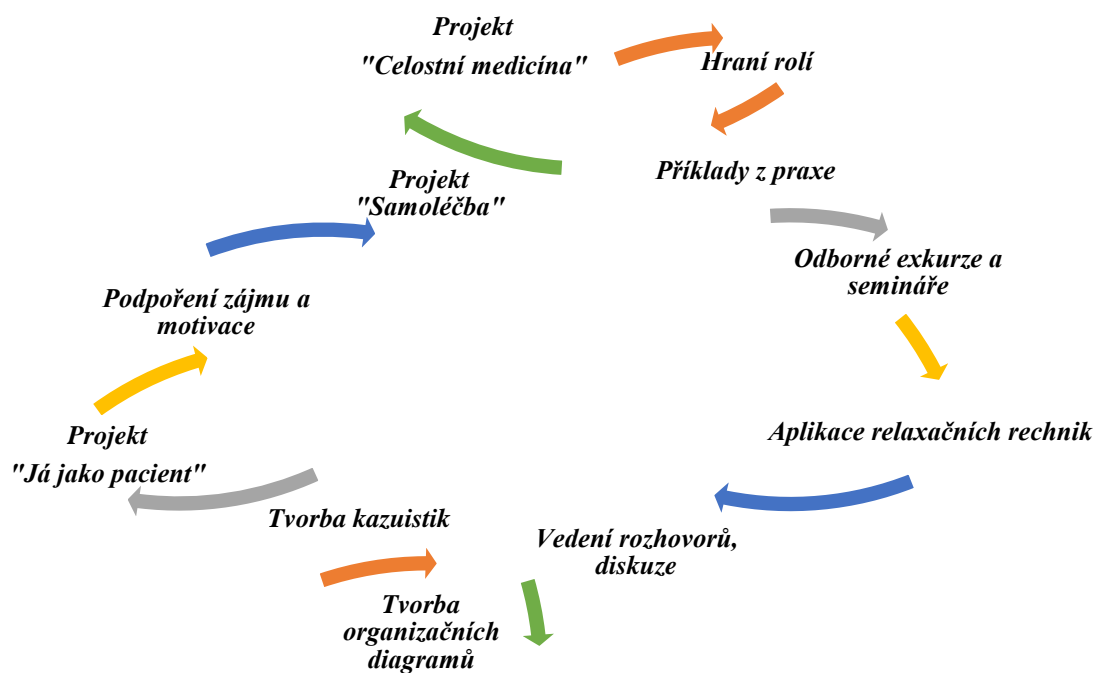
Z oblasti životního stylu je obecně důležitá osvěta, byť je toto téma široce medializováno a diskutováno. Učitel by měl apelovat na žáky, aby si byli vědomi důležitosti dodržování zásad zdravého životního stylu, zejména v oblasti výživy, pohybové aktivity a stresové zátěže. Jakákoliv stresová zátěž tvoří úzkou spojitost se vznikem psychosomatické nemoci. Žáci by měli chápat tyto souvislosti a ovládat základní techniky vypořádání se se stresem, ať už z pozice sebe samotných, nebo jejich pacientů.

Mimo okruh zdraví a životní styl by se měl odborný učitel zaměřit i na oblast holistického pojetí zdraví a praktické lékařství. Holismus v kontextu zdraví není tak

široce znám, lidé jsou si však vědomi propojenosti jednotlivých stránek zdraví, jak potvrdil výzkum. Učitel by měl s žáky hlouběji probrat tyto poznatky a vést je k tomu, aby sebe i své pacienty brali jako celek, ne jen jako jeho část. Žáci by také tyto informace měli umět předat svým pacientům, zejména těm, kteří se v této problematice neorientují.

V neposlední řadě by měl učitel vést své žáky k tomu, aby adekvátně volili svého následujícího praktického lékaře pro dospělé, pokud tak již neučinili. Žáci by měli vědět, proč jsou s péčí spokojeni a proč nikoliv, stejně tak, co je pro ně důležité a proč svého lékaře navštěvují. Také by měli brát ohled na to, aby pro ně jejich praktik byl dobře dostupný a vždy poskytl adekvátní pomoc a informace. Učitel by také žáky měl seznámit s tím, že spokojenost s péčí praktického lékaře a lékaře obecně není závislá na subjektivním vnímání zdraví pacientů, ale je ovlivněna spoustou dalších faktorů. Učitel by obecně měl žáky vést k tomu, aby své pacienty brali jako celek, vhodně s nimi komunikovali, uměli poskytnout odbornou péči a dostatek informací, protože právě oni mohou být v roli zdravotnického pracovníka, ale i pacienta, nebo může být pacientem jejich blízký.

Možností, jak uplatnit získané poznatky z výzkumu, je celá škála. Některé náměty přibližuje níže uvedené schéma.



Obr. č. 3 Náměty uplatnění získaných poznatků v pedagogické praxi, autor H. Doležalová, 2017

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou holistického pojetí zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře. Tematické zaměření přiblížilo můj osobní zájem, a sice zaměření studia na převážně holistickou problematiku zdraví a praktické lékařství.

Diplomová práce byla strukturována do teoretické a empirické části. Teoretická část nás seznámila s klíčovými pojmy zkoumané problematiky, současným pojetím zdraví a holistickým pojetím zdraví. Dále se věnovala faktorům, které ovlivňují zdraví, všeobecnému praktickému lékařství a osobnosti učitele a žáka. Empirická část práce shrnula současný pohled na zkoumanou problematiku a seznámila nás s metodikou a průběhem výzkumu. Dále interpretovala zjištěná data a vyhodnocení výzkumných problémů a hypotéz. Poslední část byla věnována diskuzi a možnostem využití získaných poznatků v pedagogické praxi.

Hlavním cílem výzkumu bylo popsat a analyzovat faktory, které z holistického pohledu ovlivňují subjektivní vnímání zdraví vybraných pacientů praktického lékaře. Vzhledem k celkovému shrnutí výzkumného šetření můžeme konstatovat, že hlavní cíl práce byl splněn prostřednictvím čtyř dílčích cílů, ze kterých vyplynuly faktory ovlivňující subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů:

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

Na základě statistického ověření první hypotézy můžeme konstatovat, že vybraní respondenti, kteří vnímají svůj zdravotní stav pozitivně, preferují samoléčbu před návštěvou praktického lékaře významně častěji než respondenti, kteří svůj zdravotní stav pozitivně nevnímají.

Rizikové faktory životního stylu

Na základě statistického ověření druhé hypotézy můžeme konstatovat, že vybraní respondenti, kteří se často cítí pod vlivem stresu, zaznamenávají psychosomatickou příčinu nemoci významně častěji než respondenti, kteří se často pod vlivem stresu necítí.

Orientace v holistické problematice zdraví

Na základě statistického ověření třetí hypotézy můžeme konstatovat, že vybraní respondenti, kteří mají vyšší odborné vzdělání, vzdělání vysokoškolské obecně a žáci střední zdravotnické vzdělání, se s pojmem „holistické pojetí zdraví“ setkali významně častěji než ostatní respondenti.

Spokojenost s péčí praktického lékaře

Na základě statistického ověření čtvrté hypotézy můžeme konstatovat, že spokojenost s péčí praktického lékaře nezávisí na subjektivním vnímání zdraví.

Významem diplomové práce bylo seznámit veřejnost s holistickou problematikou zdraví, jelikož praktického lékaře má každý z nás a všichni si v určitém ohledu můžeme tuto problematiku přiblížit, zejména laická veřejnost. Dále může být teoretický i empirický obsah práce použit k aplikaci v pedagogické praxi a sloužit jako námět pro následné odborné vzdělávání nebo výzkum. Vzhledem k obsáhlosti zkoumané problematiky by bylo vhodné se zaměřit především na stresovou zátěž v souvislosti se vznikem psychosomatického původu nemoci, uvést preventivní opatření a aplikovat možnosti, jak danou situaci zlepšit. Stejně tak shledávám jako vhodnou osvětu v holistické problematice zdraví obecně.

Jsem velmi ráda, že jsem se tomuto tématu mohla věnovat, protože je mi velmi blízké. Věřím, že závěry, ke kterým jsem ve své diplomové práci dospěla, budou přínosem nejen mně, ale každému čtenáři. Být zdravý totiž není samozřejmé, je ale tím nejcennějším, co si můžeme přát.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou holistického pojetí zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, části teoretické a empirické.

Teoretická část vymezuje základní pojmy pojící se s problematikou a přibližuje teorii zdraví, holismu, faktorů ovlivňujících zdraví, praktické lékařství a osobnost žáka a učitele. Empirická část uvádí současný pohled na zkoumanou problematiku, dále popisuje výzkumné šetření, interpretuje zjištěná data v tabulkách a ověřuje stanovené výzkumné problémy. Empirická část také obsahuje diskuzi, kde jsou konstatována zjištěná fakta se současným stavem zkoumané problematiky.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit faktory, které ovlivňují pocit zdraví pacientů praktického lékaře. Tento hlavní cíl byl splněn prostřednictvím čtyřech dílčích cílů a analýzy obsáhlého anonymního dotazníku. Práce přibližuje holistickou problematiku zdraví široké veřejnosti a nabádá k možnostem, jak zjištěnou situaci zlepšit a aplikovat v pedagogické praxi.

SUMMARY

The Master Thesis is focused on the holistic concept of health from the perspective of the patients of the general practitioner. This consists of two main parts, a theoretical and an empirical part.

The theoretical part defines basic terms attached to the issue and brings the theory of health, holism, determinants of health, practical medicine and the personality of pupil and teacher. The empirical part presents the contemporary view of the problem, describes the performed research, presents the collected data in overview tables and verifies the researched problems. The empirical section also contains a discussion where the established facts are discussed within the current state of the research questions.

The main objective of this thesis is to identify the factors that affect patients' wellbeing practitioner. The main objective has been achieved through four sub-goals and a comprehensive analysis of an anonymous questionnaire. Work describes holistic health issues to the general public and encourages the possibilities to improve founded situation and applied in educational practice.

REFERENČNÍ SEZNAM

Veškeré použité zdroje jsou uvedeny ve stávajícím moderním trendu, přičemž jsou všechny zdroje řazeny dohromady abecedně bez ohledu na to, o jaký typ zdroje se jedná. Citace vychází z citační normy ČSN ISO 690.

1. AMARYLLIS. *Zdravá životospráva* [online]. [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.amarylliscentrum.cz/zdrava-zivotosprava>
2. ANN ALLENDER, Judith, Cherie RECTOR a Kristine D. WARNER. *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*. 8th edition. Wolters Kluwer Health|Lippincott Williams & Wilkins, 2014. ISBN 1609136888.
3. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5230-3.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
5. BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6.
6. BERGER, Peter a Thomas LUCKMANN. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. ISBN 80-85959-46-1.
7. Citace.com. *Vygenerujte si citaci dle ČSN ISO 690* [online]. [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: <http://www.citace.com/vytvorit-citaci>
8. Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LFMU. *Na čem závidí, jak jsme zdraví* [online]. [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/rizika-nemoci/4-na-cem-zavisi-jak-jsme-zdravi.html>
9. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
10. Český statistický úřad. *Jak hodnotíme své zdraví* [online]. 2013 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve->

zdraví/

11. Český statistický úřad. *Obyvatelstvo* [online]. [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20533784/64413513a03.pdf/8aa77ba5-36c4-4798-adb6-1ccd00550408?version=1.0>
12. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
13. DOLEŽALOVÁ, Hana. *Problematika životního stylu studentů oboru Všeobecná sestra* [online]. 2015 [cit. 2016-08-28]. 124 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Hana Pinkavová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/409246/lf_b/
14. DUBITSKY, Carl. *BodyWork Shiatsu: Bringing the Art of Finger Pressure to the Massage Table*. Vermont: Healing Arts Press, 1997. ISBN 0-89281-526-4.
15. DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. Vysokoškolské učebnice. ISBN 978-80-7380-123-6.
16. EBERWEIN, Werner. *Humanistische Psychotherapie: Quellen, Theorien und Techniken*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2009. ISBN 978-3-13-143921-5.
17. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
18. *Google.com* [online]. [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: https://www.google.cz/?gfe_rd=cr&ei=maE-WKa0MPGv8weLyLyoCQ
19. HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
20. HAVLÍNOVÁ, Miluše. *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole: rozšířený a aktualizovaný modelový program*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-383-8.
21. HERDA, Daniel. *Definícia stresu a jeho príčiny*. [online]. 2014 [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/clanok/53216/definicia-stresu-a-jeho-priciny>
22. HOLEČEK, Václav. *Psychologie v učitelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3704-1.

23. HONZÍK, Karel. *Co je životní sloh*. Praha: Československý spisovatel, 1958. Otázky a názory.
24. CHOPRA, Deepak. *Spirituální řešení: odpovědi na nejdůležitější životní otázky*. Brno: BizBooks, 2013. ISBN 978-80-265-0066-7.
25. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
26. CHUDOBOVÁ, Miroslava. *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2013* [online]. 2014 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-prakticky-ch-lekaru-pro-dospELE-roce-2013>
27. ILGNER, Miroslav. *Holistická medicína* [online]. 2006 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://mujweb.cz/homeopatie/holistickamedicina.htm>
28. IVANOVÁ, Kateřina a Lubica JURÍČKOVÁ. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. Skripta / Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0992-5.
29. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.
30. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.
31. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4731-056.
32. KOLÁŘ, Zdeněk. *Analýza vyučovacího procesu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
33. KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4422-3.
34. KRÄMER, Walter. *Statistika do vesty*. Praha: Baronet, 2005. Do vesty. ISBN 80-7214-848-6
35. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 8024701790.
36. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
37. KŘÍŽOVÁ, Eva. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2498-3.

38. KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada, 2010. Sociologie. ISBN 978-80-247-2456-0.
39. KUČERA, Zdeněk. *Výzkum: Češi neumějí hledat a správně chápat informace o zdraví* [online]. 2014 [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/36042-vyzkum-cesi-neumeji-hledat-a-spravne-chapat-informace-o-zdravi>
40. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
41. LAŽOVÁ, Markéta. *Životní styl studentů na vysoké škole* [online]. 2010 [cit. 2016-08-12]. 70 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Jarmila Šťastná. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11806/la%C5%BEov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1
42. Light worker. *Spirituální psychologie* [online]. [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: <http://www.lightworker.cz/Spiritual.aspx>
43. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.
44. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.
45. MindBridge Consulting. *Homeopatie v České republice* [online]. 2011 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://www.mindbridge.cz/cs/aktuality/homeopatie-v-ceske-republice/>
46. MÜLLEROVÁ, Dana. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2510-2.
47. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2007 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <https://report.nih.gov/nihfactsheets/ViewFactSheet.aspx?csid=85>
48. NĚMEC, Miloš. *Samoléčba má ve Velké Británii stoupající tendenci* [online]. 2002 [cit. 2017-02-21]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/samolecba-ma-ve-velke-britanii-stoupajici-tendenci-147812?category=profesni-aktuality>

49. OBST, Otto. *Didaktika sekundárního vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1360-4.
50. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. Psyché. ISBN 978-80-247-2617-5.
51. *Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci* [online]. [cit. 2016-09-03]. Dostupné z: <http://www.pdf.upol.cz/>
52. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-573.
53. PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.
54. PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
55. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.
56. PUKLOVÁ, Vladimíra. *Výskyt nadváhy a obezity* [online]. 2013 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/info_listy/Vyskyt_nadvahy_a_obezity_2013.pdf
57. RABOCH, Jiří a Radek PTÁČEK. *Stres, deprese a životní styl v České republice podrobnější informace o studii* [online]. 2015 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://www.ceskenovinky.eu/2015/05/01/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-ceske-republice-podrobnejsi-informace-o-studii/>
58. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.
59. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-3133-9.
60. SCANLAN, Nancy. *Complementary medicine for veterinary technicians and nurses*. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell, 2011. ISBN 0813818621.
61. SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2685-4.

62. SEIFERT, Bohumil a Libuše ČELEDVÁ. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2082-4.
63. SEIFERT, Bohumil, Václav BENEŠ a Svatopluk BÝMA. *Všeobecné praktické lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-934-3.
64. SOVINOVÁ, Hana, Petr SADÍLEK a Ladislav CSÉMY. *Vývoj prevalence kouření v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření: Výzkumná zpráva* [online]. 2012, 47 s. [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKura ctvi2011.pdf>
65. Střední zdravotnická škola Brno, Jaselská, příspěvková organizace. *Nabízené studijní obory pro školní rok 2015/2016* [online]. 2010 [cit. 2016-09-02]. Dostupné z: http://www.szs-jaselska.cz/studium/studijni_obory.php#ly
66. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.
67. ŠIMČÍK, Michal a Zuzana Pohlová. *Dodržování zásad zdravého životního stylu u studentů SZŠ* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/dodrzovani-zasad-zdraveho-zivotniho-stylu-u-studentu-szs-468678>
68. ŠPALKOVÁ, Markéta. *Vzdělávací možnosti uvězněných osob* [online]. 2014 [cit. 2016-11-29]. 99 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií. Vedoucí práce René Szotkowski. Dostupné z: http://theses.cz/id/z1yn6j/Diplomov_prce_palkov.pdf
69. ŠVAŘÍČKOVÁ, Michaela a Václav HOLZBAUER. *Poznáváme homeopatii: jak šetrně léčit psy a kočky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3681-5.
70. ŠVEC, Štefan. *Metodológia vied o výchove: kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume*. Bratislava: Iris, 1998. ISBN 80-88778-73-5.
71. *Theses.cz* [online]. [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: <http://theses.cz/>
72. TICHÝ, Oldřich. *Až 30 % dětí trápí nadváha a obezita. Rodiče by jim měli zajistit i při škole dostatek pohybu* [online]. 2015 [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/az-30-deti-trapi-nadvaha-a-obezita-rodice-by-jim-meli-zajistit-i-pri-skole-dostatek-pohybu>

73. TROJAN, Stanislav et al. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
74. VINER, Russell. *ABC of adolescence*. Oxford: BMJ Books/Blackwell Pub., 2005. ISBN 9780727915740.
75. VOLFOVÁ, Jana. *Osobnost učitele odborných předmětů na SZŠ a jeho profesní kompetence* [online]. 2006 [cit. 2016-09-03]. 72 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Alena Vališová. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/26852/>
76. *Vyplňto.cz* [online]. [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: <https://www.vyplnto.cz/>
77. VZP ČR. *Všeobecné praktické lékařství v roce 2015 (3. část) – rozdíly v chování praxí dle počtu pacientů a lokace* [online]. 2016 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/vseobecne-prakticke-lekarstvi-v-roce-2015-3-cast-rozdily-v-chovani-praxi-dle-poctu-pacientu-a-lokace-483122>
78. WEBER, Max. *Autorita, etika a společnost: pohled sociologa do dějin*. Praha: Mladá fronta, 1997. Souvislosti. ISBN 80-204-0611-5.
79. World Health Organization. *WHO definition of Health* [online]. [cit. 2016-07-08]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|----------------------|--|
| CAM | komplementární a alternativní medicína |
| č. | číslo |
| ČR | Česká republika |
| H_A | hypotéza alternativní |
| H₀ | hypotéza nulová |
| MZČR | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| NCCIH | Národní centrum pro komplementární a integrativní zdraví |
| NZIS | Národní zdravotnický informační systém |
| Obr. | obrázek |
| s. | strana |
| SŠ | střední škola |
| SZŠ | Střední zdravotnická škola |
| Tab. | tabulka |
| USA | Spojené státy americké |
| VOŠ | vyšší odborná škola |
| VŠ | vysoká škola |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|-----|
| Obr. č. 1 Determinanty zdraví | 32 |
| Obr. č. 2 Potravinová pyramida | 33 |
| Obr. č. 3 Náměty uplatnění získaných poznatků v pedagogické praxi, autor H. Doležalová, 2017 | 129 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tab. č. 1 Kategorizace položek dotazníku..... | 67 |
| Tab. č. 2 Zastoupení příslušníků pohlaví vybraných respondentů | 71 |
| Tab. č. 3 Věkové zastoupení vybraných respondentů | 71 |
| Tab. č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání vybraných respondentů..... | 72 |
| Tab. č. 5 Počet obyvatel obce, ve které vybraní respondenti žijí | 72 |
| Tab. č. 6 Kraj, ve kterém vybraní respondenti žijí | 73 |
| Tab. č. 7 Studium vybraných respondentů | 73 |
| Tab. č. 8 Forma studia vybraných respondentů | 74 |
| Tab. č. 9 Motivace vybraných respondentů ke studiu | 74 |
| Tab. č. 10 Místo studia vybraných respondentů | 75 |
| Tab. č. 11 Pracovní zastoupení vybraných respondentů..... | 75 |
| Tab. č. 12 Obor, ve kterém vybraní respondenti pracují | 76 |
| Tab. č. 13 Směnnost pracovního provozu..... | 77 |
| Tab. č. 14 Motivace pracujících respondentů | 77 |
| Tab. č. 15 Místo výkonu zaměstnání | 78 |
| Tab. č. 16 Životní úroveň vybraných respondentů | 78 |
| Tab. č. 17 Sociální prostředí vybraných respondentů..... | 79 |
| Tab. č. 18 Dodržení zásad zdravého životního stylu | 80 |
| Tab. č. 19 Sportovní aktivity vybraných respondentů | 81 |
| Tab. č. 20 Frekvence sportovních aktivit..... | 81 |
| Tab. č. 21 Udržení tělesné hmotnosti | 82 |
| Tab. č. 22 Stresová zátěž vybraných respondentů | 82 |
| Tab. č. 23 Nejčastější příčina stresové zátěže vybraných respondentů | 83 |
| Tab. č. 24 Užití nelegální drogy vybraných respondentů | 83 |
| Tab. č. 25 Užívání tabákových výrobků vybraných respondentů..... | 84 |
| Tab. č. 26 Frekvence užívání tabákových výrobků vybraných respondentů..... | 84 |
| Tab. č. 27 Druh užívaného tabákového výrobku vybraných respondentů..... | 85 |
| Tab. č. 28 Konzumace alkoholových nápojů vybraných respondentů | 85 |
| Tab. č. 29 Frekvence konzumace alkoholových nápojů vybraných respondentů | 86 |

| | |
|--|-----|
| Tab. č. 30 Druh užívaného alkoholového nápoje vybraných respondentů | 86 |
| Tab. č. 31 Užívání kofeinových přípravků vybraných respondentů | 87 |
| Tab. č. 32 Frekvence užívání kofeinových přípravků vybraných respondentů | 87 |
| Tab. č. 33 Dodržení preventivního opatření a péče o své zdraví vybraných respondentů | 88 |
| Tab. č. 34 Životní podmínky vybraných respondentů | 88 |
| Tab. č. 35 Zájem vybraných respondentů o současné problémy světa | 89 |
| Tab. č. 36 Genetická zátěž vybraných respondentů | 89 |
| Tab. č. 37 Chronické onemocnění vybraných respondentů | 90 |
| Tab. č. 38 Hodnocení příznivosti životních podmínek vybraných respondentů | 90 |
| Tab. č. 39 Subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů | 91 |
| Tab. č. 40 Co pro vybrané respondenty znamená „být zdrav“ | 91 |
| Tab. č. 41 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu vybraných respondentů | 92 |
| Tab. č. 42 Faktory, který nejvíce působí na pozitivní subjektivní vnímání zdraví vybraných respondentů | 92 |
| Tab. č. 43 Nejčastější způsob vedoucí k navrácení pocitu zdraví vybraných respondentů | 93 |
| Tab. č. 44 Registrace vybraných respondentů u praktického lékaře | 94 |
| Tab. č. 45 Dostupnost praktického lékaře vybraných respondentů | 94 |
| Tab. č. 46 Obvyklý důvod návštěvy vybraných respondentů u praktického lékaře | 95 |
| Tab. č. 47 Frekvence návštěv praktického lékaře vybranými respondenty | 96 |
| Tab. č. 48 Časový interval poslední návštěvy praktického lékaře vybranými respondenty | 96 |
| Tab. č. 49 Doprovod vybraných respondentů během návštěvy praktického lékaře | 97 |
| Tab. č. 50 Kroky, které praktický lékař obvykle vykoná během návštěvy vybraných respondentů | 97 |
| Tab. č. 51 Kroky, které by respondenti chtěli, aby vykonal jejich praktický lékař během návštěvy | 98 |
| Tab. č. 52 Spokojenost vybraných respondentů s péčí praktického lékaře | 99 |
| Tab. č. 53 Ovlivnění zdravotního stavu vybraných respondentů jinou než organickou příčinou | 100 |
| Tab. č. 54 Holistické pojetí zdraví z pohledu vybraných respondentů | 100 |

| | |
|--|-----|
| Tab. č. 55 Vybrané odpovědi respondentů z holistické problematiky zdraví..... | 101 |
| Tab. č. 56 Psychosomatické pojetí nemoci z pohledu vybraných respondentů..... | 101 |
| Tab. č. 57 Vybrané odpovědi respondentů z psychosomatického pojetí nemoci | 102 |
| Tab. č. 58 Propojenost fyzického, psychického a sociálního zdraví z pohledu vybraných respondentů..... | 102 |
| Tab. č. 59 Zkušenost vybraných respondentů s alternativními holistickými technikami | 103 |
| Tab. č. 60 Přístup praktického lékaře vybraných respondentů | 103 |
| Tab. č. 61 Důležitost celostního (holistického) přístupu praktického lékaře vybraných respondentů..... | 104 |
| Tab. č. 62 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 1 | 108 |
| Tab. č. 63 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 2 | 111 |
| Tab. č. 64 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 3 | 115 |
| Tab. č. 65 Chí-kvadrát test, ověření hypotézy č. 4 | 117 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|-----|
| Graf. č. 1 Kategorizovaný histogram: zdravotní stav v souvislosti se způsobem léčby | 109 |
| Graf. č. 2 Kategorizovaný histogram: pocit stresové zátěže v souvislosti s psychosomatickou příčinou nemoci | 112 |
| Graf. č. 3 Kategorizační histogram: vzdělání v souvislosti s orientací v holistické problematice zdraví..... | 116 |
| Graf. č. 4 Kategorizační histogram: subjektivní vnímání zdraví v souvislosti se spokojeností s péčí praktického lékaře | 119 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|-----|
| Příloha č. 1 Dotazník vlastní tvorby | 148 |
| Příloha č. 2 Výstupní tabulky pro chí-kvadrát test z programu STATISTICA | 156 |

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník vlastní tvorby



UNIVERZITA PALACKÉHO
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravovědy

Dobrý den,

jmenuji se Hana Doležalová a jsem studentka oboru Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. Provádím výzkum, který se zabývá problematikou holistického pojetí zdraví z pohledů pacientů praktického lékaře. Tento výzkum je stěžejní součástí mé diplomové práce. Požádala bych Vás tedy o pár minut Vašeho času k vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a dobrovolný, každý z nich pro mě bude významným přínosem.

V dotazníku prosím označte pouze jednu možnost, pokud není uvedeno jinak nebo nevyplývá z otázky. U odpovědí, které mají doplňující odpověď, prosím o vyplnění vlastní odpovědi.

Děkuji za vyplnění a přeji příjemný den.
Hana Doležalová

1. **Pohlaví:** žena muž

2. **Váš věk (vypište):** _____

3. **Nejvyšší dosažené vzdělání:** ZŠ
 SOU
 SŠ
 VOŠ
 VŠ

4. **Žiji v obci s počtem obyvatel:** do 199
 200 - 499
 500 - 999
 1 000 – 1 999
 2 000 – 4 999
 5 000 – 9 999
 10 000 – 19 999
 20 000 – 49 999
 50 000 – 99 999
 100 000 a více

5. **Žiji v Jihomoravském kraji:** ANO
 NE

6. **Studuji:** SZŠ
 jiné (vypište) _____
 nestuduji (přejděte na následující otázku)

Studuji formu: prezenční
 kombinovanou

Studium mého oboru mě motivuje a baví: ANO NE

Škola, kde studuji, je: v místě mého bydliště
 do školy denně dojíždím
 bydlím na internátě/koleji/privátu

7. **Pracuji:** hlavní pracovní poměr
 jsem osoba samostatně výdělečně činná
 brigádně
 mateřská dovolená (přejděte na následující otázku)
 invalidním/starobní důchodce (přejděte na následující otázku)
 jsem nezaměstnaný/á (přejděte na následující otázku)
 nepracuji/jsem student (přejděte na následující otázku)

Obor práce, kterou vykonávám: zdravotnictví
 sociální služby
 gastronomie
 cestovní ruch a služby
 strojírenství
 informační a komunikační technologie
 ekonomie a účetnictví
 zemědělství
 pedagogika a školství
 textilní průmysl a oděvnictví
 jiné (vypište): _____

Chodím na provoz: jednosměnný
 vícesměnný

Moje práce mě motivuje a baví: ANO NE

Práci mám: v místě mého bydliště
 do práce denně dojíždím
 mám zajištěné ubytování

8. Svoji životní úroveň hodnotím jako: výbornou
 velmi dobrou
 dobrou
 průměrnou
 špatnou
 katastrofální

9. Mé sociální prostředí převážně tvoří:
 (očíslyte 1 - nejvíce, 4 - nejméně)

| | |
|--|--------------------------|
| | rodina |
| | přátelé |
| | pracovní/školní kolektiv |
| | jiné |

10. V následující tabulce zaškrtněte:

| | Pravidelně | Spíše ano | Spíše ne | Nikdy |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Dodržuji pitný režim</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Užívám vitamíny a jiné doplňky stravy</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Pravidelně snídám</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Jím v pravidelných časových intervalech</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Denně mám alespoň jedno teplé jídlo</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Stravuji se ve fast foodech</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Spím alespoň šest hodin denně</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Sportuji: ANO NE

- Pokud ano, nejčastěji s frekvencí: každý den
 několikrát týdně
 několikrát měsíčně
 nepravidelně

12. Udržuji si svou tělesnou hmotnost: ANO NE

13. Cítím se často pod vlivem stresu: ANO NE

Pokud ano: rodina

práce

studium

zdravotní stav

časové vypětí

jiné (vypište) _____

14. Vyzkoušel/a jsem někdy některou z nelegálních drog: ANO NE

15. Užívám tabákové výrobky: ANO NE

Pokud ano, nejčastěji je užívám s frekvencí: několikrát denně

každý den

několikrát týdně

několikrát měsíčně

nepravidelně

Pokud ano, nejčastěji užívám: cigarety

doutníky

dýmka

joint

jiné (vypište) _____

16. Konzumuji alkoholové nápoje: ANO NE

Pokud ano, nejčastěji je konzumuji s frekvencí: několikrát denně

každý den

několikrát týdně

několikrát měsíčně

nepravidelně

Pokud ano, nejčastěji konzumuji: pivo

víno

kvašené nápoje

destiláty

jiné (vypište) _____

17. Užívám kofeinové přípravky: ANO NE

Pokud ano, nejčastěji je užívám s frekvencí: několikrát denně

každý den

několikrát týdně

několikrát měsíčně

nepravidelně

18. Dodržuji preventivní opatření a pečuji o své zdraví: ANO NE

19. Své životní podmínky považuji za příznivé (zdravé ovzduší, půda, voda):

ANO NE

20. Zním zásady bezpečnosti a ochrany zdraví při práci/školní řád: ANO NE

21. Zajímám se/sleduji současné problémy světa: ANO NE

22. V současné době se cítím se zdravý/á: ANO NE

23. Zdraví pro mě znamená (více možných odpovědí):

- být v celkové fyzické i psychické pohodě
- nemít žádné příznaky onemocnění
- mít jen občasné zdravotní problémy
- neznám pocit zdraví
- jiné (vypište) _____

24. Svůj zdravotní stav hodnotím jako: výborný

- velmi dobrý
- dobrý
- průměrný
- špatný
- katastrofální

25. Jsem si vědom/a genetické zátěže ve své rodině: ANO NE Nevím

26. Léčím se trvale s chronickým onemocněním: ANO NE

27. Zaznamenal/a jsem někdy, že můj zdravotní stav byl ovlivněn jinou příčinou než organickou (stres, nervozita, těžké období): ANO NE

28. V tom, abych se cítil/a zcela zdrav/a, na mě nejvíce působí:

- rodina
- přátelé
- práce/škola
- komunita
- jiné (vypište) _____

29. Pro navrácení k pocitu zdraví obvykle:

- léčím se sám/a
- upřednostňuji přírodní léčbu/návštěva lékaře
- nemoc ignoruji a přecházím
- navštívím lékaře a dbám jeho pokynů
- jiné (vypište) _____

30. Jsem registrován/a u praktického lékaře pro: děti a dorost

dospělé

31. Můj praktický lékař: je v místě mého bydliště

- dojíždím do 10 km
- dojíždím 11 a více km
- nemám svého praktického lékaře

32. Svého praktického lékaře (PL) obvykle navštěvují:

- pouze v případě akutní potřeby
- pouze při zdravotním problému, který nejsem schopen/a vyřešit sám/a
- při každém zdravotním problému bez rozdílu míry závažnosti
- k praktickému lékaři si chodím rád/a povykládat
- navštěvuji pouze, když něco potřebuji (výpisy, potvrzení...)
- nenavštěvuji vůbec/nemám svého PL
- jiné (vypište) _____

33. Svého praktického lékaře obvykle navštěvuji s frekvencí:

- každý den
- několikrát týdně
- několikrát měsíčně
- několikrát ročně
- jednou za několik let
- nenavštěvuji vůbec/nemám svého PL

34. Svého praktického lékaře jsem naposledy navštívil/a:

- před několika hodinami
- před několika dny
- před několika týdny
- před několika měsíci
- je to déle, než 1 rok
- nevzpomínám si

35. Svého praktického lékaře obvykle navštěvují:

- samostatně
- s doprovodem

36. Můj praktický lékař mě obvykle při návštěvě (více možných odpovědí):

- ochotně vyslyší
- poradí mi
- morálně a psychicky podpoří
- je velmi příjemný a ochotný
- předá mi doporučení a dá „ruce pryč“
- předepíše medikamenty
- je neochotný, nedůtklivý
- mám z něj pocit, že jej obtěžuji
- jiné (vypište) _____

37. Chtěl/a bych, aby můj praktický lékař při návštěvě:

(více možných odpovědí)

- ochotně mě vyslyšel a poradil mi
- morálně a psychicky mě podpořil
- měl lidský přístup a byl příjemný
- byl pečlivý a zajistil další vyšetření
- předepsal mi léky a já mohl/a domů
- poskytl mi dostatek informací
- informoval se, zda dochází ke zlepšení
- s péčí jsem zcela spokojen/a
- jiné (vypište) _____

38. Jsem spokojen/a s péčí mého praktického lékaře: ANO NE

Pokud ano, v čem (volná odpověď)

Pokud ne, změnil/a bych (volná odpověď)

39. Setkal/a jsem se někdy s pojmem „holistické pojetí zdraví“ a vím, co znamená:

ANO NE

Pokud ano, kde (vypište):

Pokud ano, stručně vysvětlete (volná odpověď)

40. Setkal/a jsem se někdy s pojmem „psychosomatické pojetí nemoci“ a vím, co znamená: ANO NE

Pokud ano, kde (vypište):

Pokud ano, stručně vysvětlete (volná odpověď)

41. Uvědomuji si propojenost fyzického, psychického a sociálního zdraví:

ANO NE

42. Vyzkoušel/a jsem někdy některou z alternativních holistických medicínských technik (např. homeopatie, akupunktura apod.) pro zlepšení svého pocitu zdraví:

ANO NE

43. Můj praktický lékař ke mně uplatňuje: celostní (holistický) přístup

zajímá se pouze o můj zdravotní problém

zajímá se pouze o mou osobu

nejedná se mou tak, jak bych chtěl/a

jiné/neznám tento pojem

44. Je pro mě důležité, aby můj praktický lékař ke mně uplatňoval celostní (holistický přístup): ANO NE nevím/neznám tento pojem

45. Zde je Váš prostor. Máte možnost se vyjádřit k dotazníku prostřednictvím volného sdělení, osobních dojmů, pocitů nebo podnětů.

A to je poslední otázka dotazníku. Děkuji za jeho vyplnění a Váš čas, který k tomu byl potřebný. S vyhodnocením výsledků se můžete seznámit na portálu Univerzity Palackého v Olomouci nebo na internetových stránkách www.theses.cz, kde jsou uveřejněny vysokoškolské práce.

Přeji krásný den.

Příloha č. 2 Výstupní tabulky pro chí-kvadrát test z programu STATISTICA

| Kontingenční tabulka (statistik v PS 1) | | | |
|--|--|--|--------------|
| Tab. : | | | |
| H1A Svůj zdravotní stav hodnotím jako: kat | H1B Pro navrácení k pocitu zdraví obvykle léčím se sám/a | H1B Pro navrácení k pocitu zdraví obvykle navštívím lékaře a dbám jeho pokynům | Řádk. součty |
| Dobry, velmi dobry, vyborr | 354 | 196 | 550 |
| ostatni | 41 | 43 | 84 |
| Vš.skup. | 395 | 239 | 634 |

| Souhmná tab.: Očekávané četnosti (statistik v PS 1) | | | |
|---|--|--|--------------|
| Pearsonův chí-kv. : 7,50631, sv=1, p=,006148 | | | |
| H1A Svůj zdravotní stav hodnotím jako: kat | H1B Pro navrácení k pocitu zdraví obvykle léčím se sám/a | H1B Pro navrácení k pocitu zdraví obvykle navštívím lékaře a dbám jeho pokynům | Řádk. součty |
| Dobry, velmi dobry, vyborr | 342,6656 | 207,3344 | 550,0000 |
| ostatni | 52,3344 | 31,6656 | 84,0000 |
| Vš.skup. | 395,0000 | 239,0000 | 634,0000 |

| Kontingenční tabulka (statistik v PS 1) | | | |
|---|---|--|--------------|
| Tab. : | | | |
| H2A Cítím se často pod vlivem stresu | H2B Zaznamenal/a jsem někdy, že můj zdravotní stav byl ovlivněn jinou příčinou, než organickou (stres, nervozita, těžké období): NE | H2B Zaznamenal/a jsem někdy, že můj zdravotní stav byl ovlivněn jinou příčinou, než organickou (stres, nervozita, těžké období): ANO | Řádk. součty |
| NE | 100 | 145 | 245 |
| ANO | 122 | 396 | 518 |
| Vš.skup. | 222 | 541 | 763 |

| Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (statistik v PS 1) Pearsonův chí-kv. : 24,0305, sv=1, p=,000001 | | | |
|--|---|--|-------------|
| H2A Cítím se často pod vlivem stresu | H2B Zaznamenal/a jsem někdy, že můj zdravotní stav byl ovlivněn jinou příčinou, než organickou (stres, nervozita, těžké období): NE | H2B Zaznamenal/a jsem někdy, že můj zdravotní stav byl ovlivněn jinou příčinou, než organickou (stres, nervozita, těžké období): ANO | Řádk součty |
| NE | 71,2844 | 173,7156 | 245,0000 |
| ANO | 150,7156 | 367,2844 | 518,0000 |
| Vš.skup. | 222,0000 | 541,0000 | 763,0000 |

| Kontingenční tabulka (statistik v PS 1) Tab. : | | | |
|---|--|---|-------------|
| H3A | H3B Setkal/a jsem se někdy s pojmem „holistické pojetí zdraví“ a vím, co znamená: NE | H3B Setkal/a jsem se někdy s pojmem „holistické pojetí zdraví“ a vím, co znamená: ANO | Řádk součty |
| ostatní | 280 | 127 | 407 |
| VŠ, VOŠ, SZŠ | 186 | 174 | 360 |
| Vš.skup. | 466 | 301 | 767 |

| Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (statistik v PS 1) Pearsonův chí-kv. : 23,5085, sv=1, p=,000001 | | | |
|--|--|---|-------------|
| H3A | H3B Setkal/a jsem se někdy s pojmem „holistické pojetí zdraví“ a vím, co znamená: NE | H3B Setkal/a jsem se někdy s pojmem „holistické pojetí zdraví“ a vím, co znamená: ANO | Řádk součty |
| ostatní | 247,2771 | 159,7229 | 407,0000 |
| VŠ, VOŠ, SZŠ | 218,7229 | 141,2771 | 360,0000 |
| Vš.skup. | 466,0000 | 301,0000 | 767,0000 |

| Kontingenční tabulka (statistik v PS 1) | | | |
|--|---|--|-----------------|
| Tab. : | | | |
| H4A V současné době se cítím se zdravý/á: | H4B Jsem spokojen/a s péčí mého praktického lékaře ANO | H4B Jsem spokojen/a s péčí mého praktického lékaře NE | Řádk. součty |
| ANO | 493 | 101 | 594 |
| NE | 136 | 27 | 163 |
| Vš.skup. | 629 | 128 | 757 |

| Souhmná tab.: Očekávané četnosti (statistik v PS 1) | | | |
|---|---|--|-----------------|
| Pearsonův chí-kv. : ,017540, sv=1, p=,894636 | | | |
| H4A V současné době se cítím se zdravý/á: | H4B Jsem spokojen/a s péčí mého praktického lékaře ANO | H4B Jsem spokojen/a s péčí mého praktického lékaře NE | Řádk. součty |
| ANO | 493,5614 | 100,4386 | 594,0000 |
| NE | 135,4386 | 27,5614 | 163,0000 |
| Vš.skup. | 629,0000 | 128,0000 | 757,0000 |

ANOTACE

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Bc. Hana Doležalová |
| Katedra: | Katedra antropologie a zdravotní vědy |
| Vedoucí práce: | doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2017 |

| | |
|------------------------------|--|
| Název práce: | Problematika holistického pojetí zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře |
| Název v angličtině: | The Issue of the Holistic Concept of Health from the Perspective of Patients of General Practitioners |
| Anotace práce: | Diplomová práce se zabývá holistickou problematikou zdraví z pohledu pacientů praktického lékaře. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část vymezuje základní pojmy pojící se s problematikou a přibližuje teorii zdraví, holismu, faktorů ovlivňujících zdraví, praktické lékařství a osobnost žáka a učitele. Empirická část uvádí současný pohled na zkoumanou problematiku, dále popisuje výzkumné šetření, interpretuje zjištěná data, ověřuje výzkumné problémy a prostřednictvím diskuze srovnává výsledky výzkumu se současnými zdroji. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit faktory, které ovlivňují pocit zdraví pacientů praktického lékaře. Práce může přiblížit holistickou problematiku zdraví široké veřejnosti a navrhnout možnosti, jak danou situaci zlepšit. Zjištěná data mohou být přínosem v pedagogické praxi. |
| Klíčová slova: | Zdraví, holismus, životní styl, primární zdravotní péče, žák, učitel |
| Anotace v angličtině: | The Master Thesis deals with the issue of holistic health from the perspective of the patients' practitioner. The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part defines basic terms attached to the issue and brings the theory of |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>health, holism, determinants of health, practical medicine and the personality of pupil and teacher. The empirical part presents the contemporary view of the problem, describes the performed research, interprets the data, verifies and research problems through discussion compares the results of the research with current resources. The main objective of this thesis is to identify factors that affect patients' wellbeing practitioner. Work can bring holistic health issues closer to the general public and bring about the possibilities to improve the current situation. The conclusion can be beneficial in teaching practice.</p> |
| Klíčová slova v angličtině: | Health, holistic, lifestyle, primary health care, student, teacher |
| Přílohy vázané v práci: | <p>Příloha č. 1 Dotazník vlastní tvorby</p> <p>Příloha č. 2 Výstupní tabulky pro chí-kvadrát test z programu STATISTICA</p> |
| Rozsah práce: | 147 |
| Jazyk práce: | Český |