

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

Kvalita života u studentů prezenční formy oboru Výchova ke zdraví, PF JU v Českých
Budějovicích
Bakalářská práce

Autor: Pavla Munduchová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2013

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

The Quality of Life of Full-time Health Education Students, Faculty of Education, University
of South Bohemia in České Budějovice
Bachelor Thesis

Author: Pavla Munduchová

Study programme: Specialization in Education

Field of study: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2013

Jméno a příjmení autora: Pavla Munduchová

Název bakalářské práce: Kvalita života u studentů prezenční formy oboru Výchova ke zdraví, PF JU v Českých Budějovicích

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

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2013

Abstrakt:

Bakalářská práce Kvalita života u studentů prezenční formy oboru Výchova ke zdraví, PF JU v Českých Budějovicích se v teoretické části zabývá především definováním pojmů zdraví, kvalita života a životní styl současného člověka. Zabývá se hodnocením kvality života a přístupy ke zkoumání kvality života. V dalších kapitolách se věnuje charakteristice dospělosti a především období mladé dospělosti. Soustředí se na rozvoj poznávacích procesů, vztahu k normám a socializaci v tomto období. Ve výzkumné části jsem si kladla za cíl zhodnotit kvalitu života studentů oboru Výchova ke zdraví. Výzkum práce byl realizován dotazníkovým šetřením pomocí dotazníku WHOQOL – BREF a několika vlastními otázkami. Z výsledků dotazníků jsem vyhodnotila, že většina studentů má zdravotní stav dobrý a 93,2% z nich je spokojena se svým zdravím a prostředím, ve kterém žijí. 97,2% respondentů považuje svou kvalitu života za dobrou nebo dokonce velmi dobrou. Z odpovědí z poslední části dotazníku vyplynulo, že více než polovina respondentů žije zdravým způsobem života, nebo se o to alespoň snaží. Závěrečná část mé práce obsahuje odpovědi na cíle a výzkumné otázky. Po srovnání výsledků všech tří ročníků, jsem došla k závěru, že obor Výchova ke zdraví nejvíce ovlivnil studenty 2. ročníku a to v pozitivním slova smyslu. Výsledky jsou zajímavou sondou do života studentů poměrně mladého oboru Výchova ke zdraví.

Klíčová slova: kvalita života, zdraví, mladá dospělost

Name and Surname: Pavla Munduchová

Title of Bachelor Thesis: The Quality of Life of Full-time Health Education Students,
Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Department: Health Education, Faculty of Education, university of South Bohemia
in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph. D.

The year of presentation: 2013

Abstrakt:

The bachelor thesis “The Quality of Life of Full-Time Health Education Students” at Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice is in its theoretical part primarily focused on the definition of the concept of health, quality of life and lifestyle of contemporary people. It deals with evaluation of quality of life and approaches to investigation of the quality of life. The next chapters are devoted to characteristics of adulthood, especially the period of young adulthood. It concentrates on the development of cognitive processes, attitudes towards standards and socialization in this phase of life. In the empirical part I set the goal to evaluate the quality of life of students of Health Education program. The research was done by survey with the help of questionnaire WHOQOL – BREF and couple of my own questions. What I evaluated from the results of this survey is that most of the students are in a good state of health and 93, 2% of them are satisfied with their health and environment in which they live. 97, 2% of respondents find their quality of life quite good or even very good. It was clear from the answers of the last part of the questionnaire that more than half of respondents live by the rules of healthy lifestyle, or they at least try to. The final part of my thesis holds the answers to my goals and the research questions. After comparing the results of all three grades I came to a conclusion that students of second grade were the most affected by the program “Health Education”, and the influence was positive. The results are an interesting probe to the life of students attending a relatively young program "Health Education".

Keywords: quality of life, health, young adulthood

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne

.....

Pavla Munduchová

Poděkování:

Tímto děkuji především paní Mgr. Petře Vojtové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji studentům prezenční formy oboru Výchova ke zdraví za spolupráci.

OBSAH

1	ÚVOD.....	9
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	10
2.1	KVALITA ŽIVOTA.....	10
2.1.1	<i>Definice pojmu kvalita života.....</i>	11
2.1.2	<i>Hodnocení kvality života.....</i>	12
2.1.3	<i>Přístupy ke zkoumání kvality života.....</i>	13
2.1.4	<i>Vymezení pojmu zdraví.....</i>	14
2.1.5	<i>Determinanty zdraví.....</i>	14
2.1.5.1	<i>Zdraví a jeho determinanty v kontextu výchovy ke zdraví.....</i>	15
2.1.6	<i>Životní styl.....</i>	16
2.1.6.1	<i>Životní styl současného člověka.....</i>	17
2.2	DEFINICE DOSPĚLOSTI.....	18
2.2.1	<i>Charakteristika mladé dospělosti.....</i>	21
2.2.2	<i>Rozvoj poznávacích procesů v době mladé dospělosti.....</i>	22
2.2.3	<i>Socializace v období mladé dospělosti.....</i>	24
2.2.3.1	<i>Vztah k normám, morální uvažování dospělého.....</i>	24
2.2.4	<i>Profesní role.....</i>	25
2.2.5	<i>Partnerství.....</i>	26
3	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	29
3.1	CÍL PRÁCE.....	29
3.2	ÚKOLY PRÁCE.....	29
3.3	VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY.....	29
4	METODIKA.....	30
4.1	CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY (19 – 26 let).....	30
4.2	POUŽITÉ METODY.....	31
4.3	POPIS PRŮBĚHU VÝZKUMU.....	32
5	VÝSLEDKY A DISKUSE.....	33
5.1	VÝSLEDKY K OBLASTI ZDRAVÍ.....	33
5.2	VÝSLEDKY K CELKOVÉ SPOKOJENOSTI S KVALITOU ŽIVOTA.....	37
5.3	VÝSLEDKY K OTÁZKÁM OBLASTI ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.....	47
5.4	DISKUSE.....	52

6	ZÁVĚR.....	55
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	56
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	58

1 ÚVOD

„Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.“

D. Seedhouse

V dnešní době se čím dál častěji setkáváme s pojmem kvalita života. Každý z nás si pod tímto pojmem může představit něco zcela odlišného. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. Abraham Harold Maslow, americký psycholog, vypracoval stupňovité řazení potřeb, které v hierarchickém systému seřadil podle jejich naléhavosti pro člověka. Základní hierarchie je tvořena potřebami fyziologickými, bezpečí a jistoty, sociálními (láska, přátelství, sounáležitost), uznání (ocenění, prestiž, kompetence), seberealizace (poznání, estetické potřeby). Vyšší potřeba se objevuje až po uspokojení nižších potřeb (Maslow, 1954). Světová zdravotnická organizace (WHO) pak definuje kvalitu života takto: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (VÁGNEROVÁ, 2007).

Bakalářská práce je zaměřená na studenty denní formy oboru Výchova ke zdraví. Věk sledované skupiny se pohybuje od 19 do 26 let. V tomto období je člověk nazýván jako mladý dospělý. V tomto věku obvykle přichází určitá samostatnost, zodpovědnost a vlastní volba. Mladí dospělí si volí svůj vlastní způsob života, životní styl a snaží se být nezávislí. Mladý člověk se také vyrovnává s řadou dilemat, která mu přináší nová role, tato dilemata, jak uvádí Vágnerová (2007) spočívají převážně v rozporu potřeby svobody a nezávislosti s potřebou zkusit nové role.

Teoretická část mé práce se zabývá vymezením pojmu kvality života, životní úrovní a především faktory ovlivňující kvalitu života. Tyto faktory jsou zdravotní, sociální, ekonomické, rizikové a pozitivní. Jednotlivé faktory jsou podrobněji rozvedeny do dalších pojmů, jako jsou například vztahy, partnerství, rodina, pohyb, sportovní aktivita, životospráva, uspokojování potřeb a některé druhy závislostí.

V praktické části bakalářské práce jsou stanoveny cíle, úkoly a metodologie práce. Úkolem je zjistit kvalitu života studentů denního studia oboru Výchova ke zdraví v Českých Budějovicích. Realizovala jsem zde výzkum dotazníkovou metodou, použila jsem dotazník Světové zdravotnické organizace WHO – QOL (Quality of life). Na základě získaných dat jsem provedla vyhodnocení a závěry.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 KVALITA ŽIVOTA

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii použit ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s přemýšlením o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Zkoumán byl především vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí. Poté se objevil tento termín v poválečném období v 60. letech v USA. Tehdejší americký prezident Johnson prohlásil za svůj politický cíl zlepšování kvality života Američanů. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není pouze množství spotřebovaného zboží, ale především to, jak se lidem za určitých podmínek žije. Ukázalo se, že ekonomický růst nemá vliv na spokojenost lidí, ale spíše vede k nárůstu jejich požadavků (HNILICOVÁ, 2005).

Tento termín se později začal používat v sociologii, kde sloužil k odlišení podmínek života. Jedná se například o příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost od vlastního pocitu lidí. V 70. letech se poprvé použil termín kvalita života pro výzkumné účely, a to konkrétně pro monitorování dopadu společenských změn na život lidí. V těchto letech proběhlo také v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, které mělo za cíl zjistit subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami dokážou hodnotit svůj život, a které by doplňovaly objektivní ukazatele životních podmínek, jako jsou například úroveň bydlení, kriminalita a další. Zjistilo se, že subjektivní vnímání kvality života nemusí být v přímé úměře s objektivními ukazateli, jako je třeba ekonomický status. Studium kvality života se odborníci zabývají zejména v posledních deseti letech. Hlavním cílem pro studium kvality života je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, ve kterém nacházejí smysl a pocit štěstí (HNILICOVÁ, 2005).

Kvalita života je podle Hofstedeho (1984) především záležitostí hodnot. I když hodnoty závisejí do jisté míry na osobní volbě, tak to, co je posuzováno jako dobré či špatné, je z velké části diktováno kulturou a společností, ve které žijeme. Každá kultura a společnost má své hierarchie potřeb a z toho plyne, že lidé v různých zemích a kulturách budou považovat za kvalitní život něco jiného (HOFSTEDE, 1984, In KŘÍŽOVÁ 2005).

2.1.1 Definice pojmu kvalita života

V souvislosti se životem jsme většinou zvyklí hovořit spíše o kvantitě, než o kvalitě. Kvantita života je jednoznačně a jednoduše vymezena počtem let. Slovo kvalita je odvozeno od latinského slova qualis a to od kořene qui – kdo, ve významu kdo to je, případně jaké to je? Český kořen zájmena kdo nás může dovést až ke slovům kýžený, žádoucí stav. Významově se kvalitou rozumí jakost nebo hodnota. Ta může být dobrá, nebo naopak špatná. Je to charakteristický rys, kterým se určitý jev odlišuje jako celek od jiného celku, např. život jednoho člověka od života druhého člověka. Zatímco kvantita života se dá určit jednoznačně, totéž nemůžeme říct o kvalitě života. Známý je výrok Aristotela. Ten tvrdil, že různí lidé spatřují štěstí, a tím do určité míry i kvalitu života, v něčem jiném. Stejně tak se ale může měnit názor jedince na kvalitu života s různými životními okolnostmi (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Medicína a zdravotnictví vycházejí zejména z definic Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, dále jen WHO). Podle WHO není zdraví chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, sociální a psychické pohody. Kvalitou života je potom to, jak člověk vnímá své postavení ve světě v rámci kultury a společenských hodnot, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života v tomto pojetí není pouze součtem životních podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu podmínek a zdravotního stavu na jedince. Důležitou roli zde hraje zidealizovaná představa člověka o sobě samém. Centrum pro podporu zdraví v Torontu chápe kvalitu života jako stupeň, ve kterém člověk využívá možnosti svého života (HNILICOVÁ, 2005).

WHO definuje kvalitu života také jako jedincovu percepci jeho pozice v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, ovlivněný mnoha faktory – jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (VAĎUROVÁ, MÜHLPACHR, 2005).

I přesto, že není stanovena žádná všeobecně uznávaná definice kvality života, lze podle shody mnoha autorů vyjádřit podstatu kvality života jako jedincem (nebo skupinou) vytvářený mnohaúrovňový pohled na možnosti jeho (jejího) fyzického, psychického a sociálního uplatnění v životě. Někdy jsou do tohoto pojetí ještě zahrnovány další dimenze, např. spiritualita nebo tělesné pocity. V novější literatuře má pojem kvalita života též širší

význam a objevuje se také jako samostatně užívaný pojem. Vyjadřuje kombinaci prožitku vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti a často také sociální postavení (KEBZA, 2005).

Z psychologického pohledu se kvalita života spojuje s termínem „well-being“. Well znamená „dobře“ a being je odvozeno od „to be“, to je v překladu „býti“. Jedná se o hodnocení kvality života jako celku a doslova znamená „je mi dobře“, „jsem v pohodě“ nebo také „životní pohoda“. Je tím míněn dlouhodobý stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Otázkou „Kdy je člověku dobře?“ se lidstvo zabývalo od nepaměti. Jedná se o pojetí všeho, co je pro člověka podstatné a nezbytné. Osobní pohoda musí být posuzována subjektivními potřebami a měřena prostřednictvím získávání obecných poznatků a procesů chápání (emoce - pozitivní nebo negativní, životní spokojenost, osobní růst, sebedpřijímání, atd.). Je ovlivněna časem a danou situací (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Velice známý je model kvality života WHO, který je výsledkem mezinárodního projektu z roku 1997. Tento model předpokládá, že se na kvalitě života podílejí čtyři základní oblasti (domény), které jsou vnitřně dále členěny podle dalších indikátorů. Základní oblasti kvality života podle WHO jsou:

- *Tělesné zdraví a úroveň nezávislosti*

Indikátory: energie a únava, bolest a nepohoda, spánek a odpočinek, mobilita, aktivity v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách, pracovní kapacita.

- *Psychické funkce*

Indikátory: image vlastního těla a zjevu, negativní emoce, pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, spiritualita, osobní přesvědčení.

- *Sociální vztahy*

Indikátory: finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, zdravotní a sociální péče, prostředí domova, možnosti získat informace a kompetence, participace na volnočasových a rekreačních aktivitách, fyzikální prostředí, doprava (ČORNANIČOVÁ, 2004).

2.1.2 Hodnocení kvality života

Na kvalitu života lze pohlížet dvěma úhly: subjektivně a objektivně. Subjektivní kvalita života se týká lidských emocí, prožívání a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění všech požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek pro život, sociálního statusu a fyzického zdraví (HNILICOVÁ, 2005).

Hodnotit kvalitu svého života lze celkem obtížně, každý ji může vnímat jinak, má rozdílný žebříček hodnot. Co je pro někoho důležité, je pro jiného nepodstatné. Mareš rozlišuje objektivně dobré a objektivně špatné podmínky, v nichž lidé žijí, a jejich dopady na kvalitu života. Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního vnímání a prožívání není jednoduchý: zpravidla dobré životní podmínky vytvářejí dobrou kvalitu života a špatné životní podmínky špatnou kvalitu života. Jsou však případy, kdy i přes špatné životní podmínky převládá u jedince dobré naladění, pocit dobré kvality života. A naopak, při objektivně vzato dobrých životních podmínkách převládá u jedince špatné naladění, nespokojenost se životem. Ať se mu daří cokoliv, stále v něčem hledá chyby. Neumí rozpoznat a vychutnat si období, kdy je mu dobře. Většinou si to uvědomí až později, kdy se mu jeho životní podmínky zhorší (MAREŠ, 2006).

2.1.3 Přístupy ke zkoumání kvality života

Podle Hnilicové (2005) existují tři přístupy ke zkoumání kvality života – psychologický, sociologický a medicínský.

Psychologické pojetí kvality života se vztahuje ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem. V psychologii lze vysledovat tři koncepty toho, co se pod pojmem kvalita života skrývá. Jde o: spokojenost se životem – tj. zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaké faktory přispívají ke spokojenosti a jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí. Dále sem patří prožívaná subjektivní pohoda – *subjective well-being*, štěstí – *happiness*, *flow*, přirozené plynutí - kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života (HNILICOVÁ, 2005).

V sociologickém pojetí kvality života jsou naopak zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání a rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je definována jako subjektivní životní pocit. V medicínském pojetí se termín kvalita života užívá od 70. let 20. století. Těžiště zkoumání kvality života je posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se operuje s pojmem „*health related quality of life*“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Lékaři se dnes zajímají o to, jakou kvalitu života mají pacienti trpícími různými onemocněními či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života (HNILICOVÁ, 2005).

2.1.4 Vymezení pojmu zdraví

Světová zdravotnická organizace WHO v roce 1948 definovala zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady. Pokud jsou v harmonii tři dimenze našeho života (tělesná, duševní a sociální stránka), které se navzájem prolínají a ovlivňují, jsme zdraví. Zdraví je nejcennější a nejvýznamnější hodnota našeho života (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

Seedhouse pravil: „*Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.*“ Zdraví lze také považovat za významný prostředek k dosažení cílů a tužeb, které mohou být pro každého jiné. Základem je, že pokud se chceme realizovat, ať už v profesním či soukromém životě, naplnit vlastní představy, ideje a plány, je nezbytné být zdraví. Tématem zdraví se nezabýváme pouze dnes, této otázce se věnovali už antičtí filosofové, kde pod pojmem zdraví a žít zdravě se skrývalo „žít moudře a dobře“. Řecké „*ischio*“ znamenalo „být zdrav a silný“ a v hebrejštině se zase slovem „*šalom*“ rozumělo „celé zdraví“ nebo také „vnitřní klid a mír, celost a neporušenost“. Dnes, ve 21. století, se setkáváme s velice rozmanitým pojetím významu slova zdraví. Některá pojetí se až příliš vztahují na fyzické zdraví těla. Jednotlivé definice se od sebe liší, podstata je ovšem stejná. Zdraví je nejcennější dar našeho života (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

2.1.5 Determinanty zdraví

Zdraví člověka je složitě podmíněno kladným i záporným působením nejrůznějších faktorů. Tyto faktory se nazývají determinanty zdraví. Některé patří do výbavy jedince (dědičné i získané výchovou), jiné jsou součástí jeho životního prostředí (přírodního nebo společenského) (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009, s. 13).

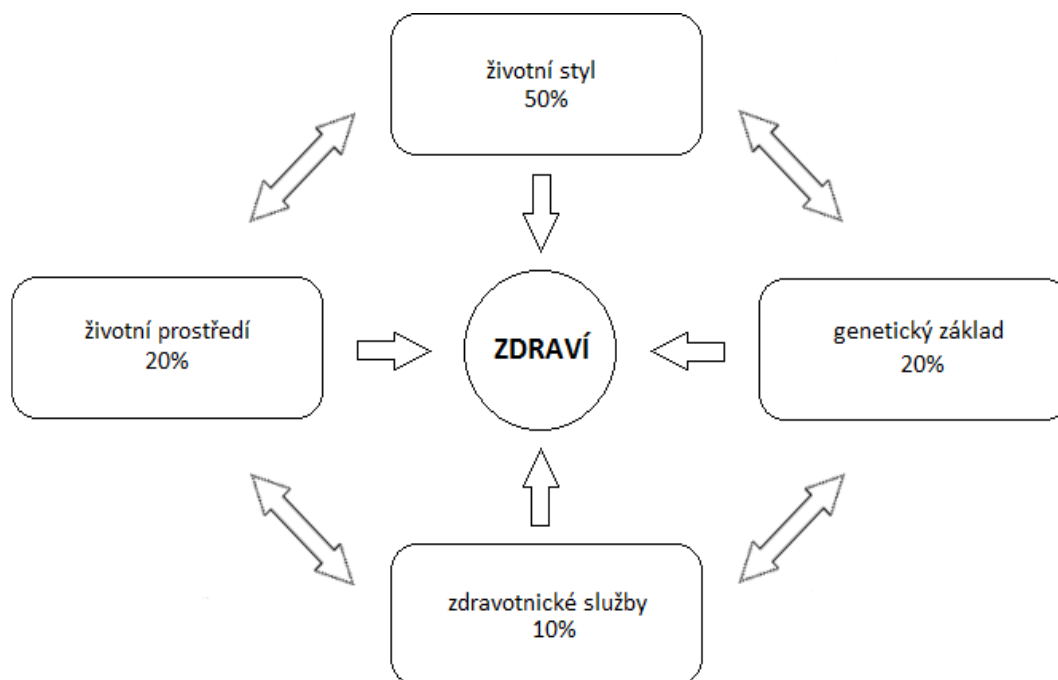
Determinanty zdraví můžeme rozdělit na vnitřní a zevní. Determinanty vnitřní jsou dědičné faktory, Dědičnou (genetickou) výbavu získává každý jedinec již na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů při splnutí jejich pohlavních buněk. Do tohoto genetického základu se promítají vlivy přírodního a společenského prostředí i určitý způsob života (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009, s. 13).

Zevní faktory, které mají vliv na zdraví, se člení do tří základních skupin:

- životní styl,

- kvalita životního a pracovního prostředí,
- zdravotnické služby, (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče).

Vzájemné vztahy mezi vnitřními a vnějšími determinanty zdraví můžeme vyjádřit schématem, které zároveň ukazuje, jak velký relativní vliv determinanty mají. Schéma ukazuje, že zdraví záleží více na determinantách z oblasti životního stylu, životního prostředí a genetického základu než na samotných zdravotnických službách (obr. 1) (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009, s. 13).



Obr. 1 Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví. (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009, s. 14).

2.1.5.1 Zdraví a jeho determinanty v kontextu výchovy ke zdraví

Již v roce 1983 analyzoval odborník na zdravý životní styl MUDr. Karel Daněk pojem „zdraví“. Uvádí, že slovanský výraz „zdraví“ souvisel s indoevropským výrazem „dru“, což znamenalo „dřevo, strom“ včetně všech vlastností – pevnost, pružnost a odolnost a předponou „su“, která znamenala „dobrý“. „Su-dru“ tedy označovalo „dobré dřevo“ a ve vztahu k člověku to znamenalo „máš dobrý kořínek“. Ze spojení „su-dru“ vzniklo výslovností „zdru“, což bylo základem pro slovanský výraz zdraví. Další výrazy vznikaly z uvědomění si nezbytnosti správné životosprávy pro zdraví. I když zdraví závisí především na vrozených faktorech, lze ho ovlivnit správnou životosprávou – střídmou výživou, dostatkem pohybu,

čerstvého vzduchu, duševní rovnováhou, dostatkem spánku a tělesnou čistotou. Podle WHO se propojují čtyři důležité oblasti zdraví, které spolu úzce souvisejí, tj. oblast tělesného zdraví, duševního zdraví, sociálního zdraví a duchovního zdraví. Zjednodušeně lze říci, že tělesné zdraví znamená být v dobré kondici a plný energie; duševní zdraví znamená mít dobrou paměť, rychlé a správné reakce a radost ze života; sociální zdraví vyjadřuje schopnost kontaktů ve společnosti a prostředí a duchovní zdraví znamená postupně dojít k poznání proč a jak žít. Duchovní zdraví je založeno na skutečném poznání sebe sama. Jednotlivé oblasti jsou propojeny a ovlivňují jedna druhou (KREJČÍ, 2011).

2.1.6 Životní styl

Z obrázku 1 vyplývá, že největší vliv na zdraví má způsob života – životní styl. Ten je tedy stěžejní determinantou zdraví (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

Životní styl můžeme definovat jako formu dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru. Možnost volby nabízí se rozhodnout pro zdravé alternativy a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován jako souhra dobrovolného chování (výběru) a životní situace (možností) (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

Rozhodování člověka o svém chování však nemůže být zcela svobodné. Důležitou roli zde hraje několik faktorů, které toto chování zásadně ovlivňují. Jedná se o rodinné zvyklosti a tradice společnosti, které jsou zároveň limitované ekonomickou situací společnosti i vlastní a v neposlední řadě také se sociální pozicí člověka. Záleží tedy na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví a hodnotové orientaci a postojích každého (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

Aby se člověk mohl správně rozhodnout, měl by mít dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví podporuje a upevňuje, ale také o tom, co mu škodí. Vzhledem k zásadnímu významu životního stylu je pro zdraví nutné, aby poskytování odpovídajících znalostí, včetně rozvíjení dovedností a návyků a formování postojů, bylo součástí výchovy dítěte od útlého věku v rodině i ve škole a aby bylo spojeno s výchovou k odpovědnosti za vlastní zdraví (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

Zdravotní stav společnosti se hodnotí na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují:

- kouření,

- nadměrný konzum alkoholu,
- zneužívání drog,
- nesprávná výživa,
- nízká pohybová aktivita,
- nadměrná psychická zátěž,
- rizikové sexuální chování.

Žádný z rizikových faktorů však nepůsobí samostatně, ale ve vazbě na jiné faktory životního stylu a jednotlivé jeho součásti nelze od sebe oddělovat. Proto pozitivní působení životního stylu se uplatňuje jen v komplexním dodržování správných zásad (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

2.1.6.1 Životní styl současného člověka

Velký technický pokrok a bydlení ve výškových budovách na sídlištích, které jsou typické pro druhou polovinu 20. století, zásadně změnily životní styl dnešních obyvatel vyspělých zemí. Současný člověk začal vést převážně sedavý způsob života. V pracovní době sedí, do práce i z práce se většinou dopravuje autem nebo jiným dopravním prostředkem, nechodí pěšky po schodech, pokud je dispozici výtah či eskalátor. Po práci často usedne opět za počítač nebo před televizi. Už se mu nechce vyjít ani ven na procházku. I do domácích prací již zasáhla technika a zbavila člověka pohybu. Dříve jsme uklízeli pomocí rukou, klepali koberec, drhli podlahu, prali prádlo na valše. A dnes? Dnes máme vysavače, automatické pračky, myčky na nádobí a dálkové ovladače, díky kterým nemusíme vykonávat ani minimální pohyb. Také se zhoršují mezilidské vztahy. Mnoho lidí se neustále žene za získáváním nových věcí, za úspěchem, mocí a penězi. Pracovní vytíženost, která je spojena s neustálým spěchem a nedostatkem času na sebe, na ostatní členy rodiny a děti, poznamenává život celé rodiny. Vytvářejí se stresové situace, které bývají příčinou rozpadu manželství a tím i celé rodiny (VÁGNEROVÁ, 2007).

Fylogenetickým vývojem se člověk utvářel k tomu, aby obstál v životním prostředí, obstaral si potravu a uchránil se před nebezpečím. K tomu byl základním předpokladem pohyb – potravu si lovil nebo ji získával namáhavou prací na poli a před nebezpečím utíkal. Aby přežil při tomto stylu života, musel se opírat i o pomoc druhých (VÁGNEROVÁ, 2007).

Na začátku nového tisíciletí člověk stojí na rozcestí. Na jedné straně létá do kosmu, využívá nových poznatků moderní chemie, atomové fyziky, objevuje podstatu genetické informace, dovede zlikvidovat mnohé infekční choroby. Na druhé straně se objevují nové problémy, se kterými se člověk v dřívější době nemusel potýkat. Jsou to civilizační choroby – kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, obezita a cukrovka, které jsou důsledkem změny životního stylu, v němž chybí dostatek pohybu a přibývá přejídání se. Tyto problémy dnešnímu člověku předčasně zkracují život nebo zhoršují jeho kvalitu. Řešením není odmítnutí technického pokroku, ale uvědomění si své biologické podstaty a z toho vyplývající potřeby pohybu, přiměřenosti energetické hodnoty potravy energetickému výdeji a také pěstování dobrých mezilidských vztahů na základě vzájemného porozumění, pochopení a úcty (VÁGNEROVÁ, 2007).

2.2 DEFINICE DOSPĚLOSTI

„Dospělý bude tehdy, až si na sebe bude vydělávat.“

(45letý otec o svém synovi)

„Dospělý člověk může všechno. Má samé výhody, může se sám rozhodovat, co bude dělat a co si koupí.“

(12letý žák základní školy)

„Dospělý má povinnosti, které musí plnit, musí být zodpovědný a nemůže být lehkomyšlný, jako byl dřív, v mládí. Dospělostí člověk mnoho ztrácí, ta doba volnosti je už pryč.“

(38letá matka dvou dorůstajících dětí)

Počátek dospělosti není v naší společnosti jednoznačně vymezen nějakým specifickým mezníkem či rituálem, který by tuto zásadní změnu potvrzoval. Jediným definovatelným faktorem je dosažení právní dospělosti, zletilosti. Ta však není společností akceptována jako zásadní signál pro změnu statusu mladého člověka. Primárně je dospělost určena biologicky, její dosažení je vázáno na zrání, tj. na věk. Další vymezení dospělosti je psychosociální, které je složitější. Problém spočívá v tom, že tato proměna nebývá jednoznačně časově vymezena a

probíhá u různých lidí v odlišnou dobu. Navíc nemá v jednotlivých oblastech různé tempo, např. student uzavře manželství (VÁGNEROVÁ, 2007).

Šimíčková-Čížková považuje dospělost za etapu nejvyšší zralosti lidského jedince. Tím má na mysli životní období, kdy je jedinec na vrcholu svých tvůrčích sil a je samostatný. V této fázi zakládá svou vlastní rodinu, je citově vyrovnaný a naplno využívá své rozumové schopnosti. Často také projevuje zájem o společnost, ve které žije. Již od dvacátého roku je jedinec schopen vykonávat samostatné činnosti a od třicátého roku dosahuje člověk vyššího stupně sociálních a psychických dovedností a je schopen lépe využívat minulé zkušenosti a řešit obtížnější situace (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2008).

I když zcela jednoznačně nelze vymezit periodizaci dospělosti, Nakonečný přesto rozděluje fáze dospělosti: mladá dospělost (19-30 let), střední dospělost (do 45 let), starší dospělost (do 60 let) (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2008).

Za nejvýznamnější psychické znaky dospělosti lze považovat samostatnost, relativní svobodu vlastního rozhodování a chování, která je spojena se zodpovědností ve vztahu k druhým lidem a se zodpovědností za svá rozhodnutí i činy. S dosažením dospělosti souvisí i větší sebejistota a sebedůvěra, což je spojeno i s vědomím vlastních sil a kompetencí, které jsou předpokladem k soběstačnosti a které se projeví i větší osobní samostatností. Dalším důkazem dospělosti je schopnost a ochota přijmout zodpovědnost, která z role dospělého vyplývá. Dospělý člověk se dovede lépe ovládat a umí se vzdát vlastního uspokojení, pokud to považuje za nutné. Dovede své aktuální osobní potřeby podřídit sociálně významnějším hodnotám i ohledům na jiné lidské bytosti. Dospělost se projeví změnou v mnoha oblastech:

- Dospělý člověk již není závislý na své původní, orientační rodině. Mění se i vztahy s rodiči, jsou symetričtější a klidnější. V období dospívání byly zatíženy napětím, neporozuměním a konflikty. Tyto problémy se ve vztahu dospělých dětí a jejich stárnoucích rodičů již většinou nevyskytují (pokud je tento vztah i nadále konfliktní. Jeho příčina bývá jiná). Mladý dospělý už nezávislý je, proto si nepotřebuje svou nezávislost vymáhat. Jeho názor na rodiče je realistický, není ani dětsky nekritický ani pubertálně negativistický. Hodnotí svoje rodiče objektivněji, dokáže uznat jejich zkušenosti a přijmout jejich rady (VÁGNEROVÁ, 2007).
- Jistou nevýhodou pro další rozvoj osobnosti mladého dospělého může být pokračující soužití s rodiči a z toho vyplývající větší závislost než by bylo nutné. Tento fakt je dán jednak ekonomicky (nedostatek financí, bytů) a jednak určitou tradicí českou

společností, která považuje za samozřejmé, že člověk žije s rodiči, dokud je svobodný (a leckdy i po uzavření manželství) (VÁGNEROVÁ, 2007).

- Předpokladem další diferenciaci v oblasti sociálního chování je osamostatnění, přijetí nových rolí a vyjasnění vztahu k hodnotám a normám prezentovaným různými skupinami (vrstevníky, rodinou, školou).
- Celková proměna osobnosti se projeví změnou vztahu k ostatním lidem. V období mladé dospělosti jsou nejvýznamnější symetrické vztahy se svými vrstevníky. Mnohé z nich přetrvávají ještě z doby adolescence, ale mladý dospělý je otevřený i novým kontaktům. Dospělý člověk by měl být schopen zvládnout párové soužití, které je spojeno s nutností akceptovat a přijímat potřeby svého partnera a harmonizovat je s vlastními. Posléze je schopen plnit požadavky rodičovské role, která mu přináší nejenom nadřazenost a moc nad jinou lidskou bytostí, ale i značnou zodpovědnost.
- Dospělost je i dobou sexuální zralosti, v této vývojové fázi je sexualita jedním z nejdůležitějších aspektů partnerského vztahu, v určité fázi je ovlivněna potřebou mít dítě.
- Dospělost je definována ekonomickou samostatností. Člověk získává svou soběstačnost v rámci profesní role, která ovlivňuje jeho identitu tak, že ho zbavuje závislosti na jeho původní rodině a přispívá k uspokojení v oblasti potřeby seberealizace (VÁGNEROVÁ, 2007).

Současná dospělost je typická posunem od tradičního rodového předurčení k osobní volbě a k individualismu. Dnešní mladý člověk se emancipuje z vazby na vlastní rodinu a není ochoten se brzy poté vázat na široké příbuzenstvo, spojené s jeho prokreační rodinou. V rámci tohoto posunu se uvolňuje většina příbuzenských vztahů. Tyto kontakty se opět oživují až ve stáří, kdy jsou podporou určité složky identity a jistoty stárnoucího jedince (VÁGNEROVÁ, 2007).

Role dospělého je typická většími právy i nárůstem povinností a zodpovědností. Má větší sociální prestiž – snad právě proto, že je její zvládnutí náročnější a obtížnější, než byly předcházející vývojové role. Dospělost je spojena s určitým sociálním očekáváním, jehož plnění potvrzuje novou kvalitu, status dospělého. Společnost utváří určitý tlak, směřující k respektování jejích norem. Tyto sociální normy (např. kdy je vhodné se usadit, najít si stále zaměstnání, uzavřít manželství a mít dítě) určují, kdy se s největší pravděpodobností objeví zásadní životní změny. Lidé, kteří se tímto sociálním očekáváním řídí, jsou společností

obvykle lépe akceptováni než ti, kteří se těmto normám vymykají. Sociální očekávání se vztahuje především na chování směřující k postupnému zvýšení vazby na společnost a zdůrazňuje vlastnosti, které podporují zodpovědnost a spolehlivost (VÁGNEROVÁ, 2007).

2.2.1 Charakteristika mladé dospělosti

Mladá dospělost zahrnuje období od 20 do 35 let života. Dosažení dospělosti signalizuje ochotu přijmout a schopnost zvládnout určité vývojové úkoly, jako jsou profesní role, stabilní partnerství (popřípadě manželství) a rodičovství. Je to doba nadějí, plánování, sociálních proměn, lidé v ní zažívají hodně nových zážitků a získávají nové zkušenosti. Mladý člověk přijímá nové role, které jsou důkazem splnění určité sociální normy. Dospělost je spojována se samostatností a nezávislostí, člověk si sám volí svůj životní styl a své role, současně je společností tlačěn k přijetí určité definitivní společenské pozice a s ní spojených závazků – omezení svobody (VÁGNEROVÁ, 2007).

Role dospělého nemusí být pro dvacetileté lidi jednoznačně atraktivní. Uvědomují si, že tato životní fáze nemá jen výhody, ale i nevýhody. Dospělost je spojována s ekonomickou soběstačností a s možností svobodně hospodařit se svými penězi, se svobodnou volbou přátelských a partnerských vztahů. V období mladé dospělosti čeká člověka několik životních mezníků: volí si profesi, uzavírá manželství a stává se rodičem. V této etapě převažuje orientace na právo a pořádek, tj. orientace na společnost, ubývá radikalismu, negativismu a odpor k respektování jakýchkoliv norem. Dochází k uvolnění vazeb na skupinu a nárůstu individuální zodpovědnosti. Významným faktorem, který ovlivňuje způsob pojetí vlastní dospělosti je zkušenost s dospělými lidmi z dětství. Vzory, které člověk poznal, a byly pro něj důležité, jej ovlivňují i po dvacátém roce života (VÁGNEROVÁ, 2007).

Dvacátá léta jsou tedy obvykle klidnější, psychicky harmoničtější, méně bouřlivá a rozháraná než adolescence. Začíná realizace toho, co se v adolescenci načrtlo jako program. Dvacátník dokončuje své hledání ve sféře práce a společenského uplatnění, po kratším nebo delším experimentování se rozbíhá po definitivní profesionální dráze. Nalézá a uskutečňuje zralý milostný vztah, který často vyústí v manželství. Stane se rodičem a začíná se pohybovat v novém rozměru existence, který tím pro něj vznikl. Provizoria a koncepty patří minulosti, teď už píše definitivní čístopis svého života (ŘÍČAN, 2004, s. 232).

Langmeier označuje mladou dospělost termínem časná dospělost. Považuje ji za přechodnou životní etapu zhruba mezi 20. a 25. rokem života, kdy mladý člověk ještě řeší

některé vývojové úkoly předchozího období a současně už musí čelit novým úkolům, které souvisí s dospělostí a samostatností. Vysokoškolák končí svá studia a brzy začíná pracovat. Většina lidí v tomto období hledá svého stálého a životního partnera a mnozí jedinci se začínají starat o své děti. Nejvýznamnějším úkolem tohoto období je nalezení intimního vztahu k někomu, s nímž bude ochoten a schopen sdílet lásku, pracovní úsilí, zájmy a s nímž bude ochoten nadále tento vztah posilovat a udržovat. Pouze tak je možné vyjít z izolace, ve které by se člověk ocitl po emancipaci ze svého vlastního rodinného hnízda. Ovšem dnešní vysokoškoláci zůstávají dlouho po dovršení dospělosti bydlet u svých rodičů. Obvykle je k tomu vede ekonomická situace, ale i pohodlí, kdy na sebe ještě nemusí převzít plnou zodpovědnost (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2002).

2.2.2 Rozvoj poznávacích procesů v době mladé dospělosti

U adolescentů převažuje radikální způsob uvažování, který nebere v úvahu nejednoznačnost většiny problémových situací ani vznik různých alternativ (VÁGNEROVÁ, 2007).

Problém je definován jako situace, kdy máme cíl, ale zatím neznáme způsob, jak jej dosáhnout (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 98).

Zdůrazňuje hlavně technickou stránku a logiku řešení na úkor jiných složek. Důvodem je nezkušenost adolescentů, převažuje školský způsob uvažování, který je zaměřený především na teoretické řešení problémů (tyto problémy slouží jako modelové situace, a proto musí být jednoznačné). Uvažování dospívajících rozvíjí a koriguje hlavně škola: úspěšnost řešení školských problémů bylo sociálně zdůrazněné na úkor jiných situací, které vyžadují odlišné způsoby uvažování. Adolescenti jsou tedy schopni zvládnout mnohé problémy teoreticky, ale pokud by se jich nějak osobně dotýkaly, trvali by na jednom způsobu řešení, který by považovali za nejlepší. M. Perlmutterová a E. Hallová (1992) upozorňují, že ještě na počátku dospělosti podléhají mladí lidé iluzi, že existuje vždycky jen jeden správný způsob řešení. Mají sklon uvažovat příliš abstraktně, protože nemají dost vlastních konkrétních zkušeností. Někdy však může být příliš abstraktní uvažování neúčelné (VÁGNEROVÁ, 2007).

Rozvoj myšlení ovlivňuje ve fázi mladé dospělosti především zkušenost. S rostoucími zkušenostmi mladý člověk přehodnocuje význam různých situací a způsob jejich řešení. V této době se nemění jen způsob myšlení, ale i postoj k vlastnímu uvažování. Mladý člověk

již chápe fakt, že vlastní názor je jen jeden z mnoha potencionálně platných názorů, že se úvahy různých lidí mohou lišit, a přesto nemusí být zásadně nesprávné. Velmi mladí lidé si sice uvědomují rozdíly v názorech, ale mají tendenci zaujmout určitou pozici a trvat na své pravdě. Dospělý člověk je schopný kompromisu, který ale není projevem rezignace na svůj názor. Je projevem schopnosti uvažovat komplexněji a akceptovat řešení, které by mohlo být přijatelné z více hledisek. Dospělí také se svými úvahami méně experimentují a uvědomují si, že nelze dosáhnout jednoznačné absolutní pravdy. Chápe, že ani jeho vlastní názor nemusí být definitivní a že se mění i podle toho jak se prohlubují jeho znalosti a zkušenosti (VÁGNEROVÁ, 2007).

Dospělý člověk umí být sebekritický, je schopen akceptovat, že jeho uvažování nemusí být zcela přesné. Ví, že může být ovlivněn subjektivním zkreslením, nedostatkem potřebných informací, a proto neprosazuje své řešení jako jediné možné. Nabývá zkušeností, je více kritický k vlastním úvahám a v rozhodování je méně radikální. Dospělý člověk se pomalu smiřuje s faktem, že různé problémy, které jsou součástí životní reality, bývají složité a nejednoznačné a že se v průběhu času mění. Dospělý člověk dokáže pracovat s protiklady, umí je integrovat do jednoho celku. Ví, že mohou koexistovat v rámci jednoho názoru a nemusí se vzájemně vylučovat (např. dobré a špatné vlastnosti partnera). Dospělý člověk je realistický, uvědomuje si mnohoznačnost životní reality, její rozpory i proměny. Ve svém uvažování je mnohem pragmatičtější. Více se zabývá praktickými úkoly, které jsou spojeny s profesní rolí a mezilidskými vztahy. Při řešení těchto problémů bývá člověk pochopitelně více emočně angažovaný, než kdyby se jednalo o teoretickou otázku problému (VÁGNEROVÁ, 2007).

Mladá dospělost je typická tím, že člověk své znalosti a kompetence chápe jako prostředek k dosažení nějakého konkrétního cíle. Myšlení dovede být flexibilní a otevřené. Umí kombinovat formálně logický způsob uvažování se subjektivním přístupem, vázaným na vlastní zkušenost. V době mladé dospělosti se rozvíjejí i jiné složky inteligence, než je ta, na níž byla závislá úspěšnost ve škole. Odlišná stimulace a různý obsah problémů dávají impuls k rozvoji jiných schopností. Míra úspěšnosti v dalších oblastech (kromě školy, s níž má jedinec dlouhodobou zkušenost) může postupně korigovat sebehodnocení mladého člověka. V mladé dospělosti bývá završeno základní bilancování vlastních schopností a z nich vyplývají představy o možnostech dalšího svého uplatnění. Také dochází ke stabilizaci sebehodnocení v oblasti vlastních kompetencí, tzn. v oblasti inteligence (obvykle ve vztahu k profesi). Sebehodnocení, které má kořeny v dětství, se v této době často zafixují jako

definitivní a nezměnitelné, a to i tehdy, pokud by plně neodpovídalo skutečnosti. Toto je jakýsi osobní mýtus, který lze jen obtížně změnit. V tomto směru bude ovlivňovat i další chování a rozhodování dospělého člověka (VÁGNEROVÁ, 2007).

2.2.3 Socializace v období mladé dospělosti

Doba na hranici adolescence a mladé dospělosti se dost často vyznačuje určitou sociální bezprizorností a omezením trvalejších sociálních vazeb, protože mnozí mladí lidé mění zaměstnání, bydliště i partnery. Na základě působení mnoha různých faktorů dochází postupně ke stabilizaci a k celkové sociální proměně. Dospělý si vyhraňuje určitý životní styl, vyplývající ze zafixovaných hodnot a postojů mladého dospělého. S tím souvisí i určitá proměna vztahu k obecným normám a individuálně specifický způsob pojetí nejvýznamnějších rolí dospělosti – profesní, partnerské a rodičovské (VÁGNEROVÁ, 2007).

2.2.3.1 Vztah k normám, morální uvažování dospělého

Pro mladé dospělé Čechy je velice důležité (LN, 24. 1. 1998):

- *Žít bez rizik a napětí* 54%
- *Moci vždy říkat pravdu* 42%
- *Mít hodně peněz a dobře si žít* 41%
- *Žít podle vlastních zásad* 33%

„Já osobně cítím jistou potřebu řádu. V životě je to jako s hrou. Každá hra má svoje pravidla.“

(Lucie, 24 let)

„Důležitá je individuální svoboda přístup k informacím. Zbytek je na mně.“

(Václav, 21 let)

(VÁGNEROVÁ, 2007, s. 309)

V době mladé dospělosti má již každý člověk zafixovaný určitý systém norem. Základ těchto norem je v dominantní míře zprostředkován především rodinou. Na konci adolescence

a ještě na počátku mladé dospělosti dochází k určitému posunu v chápání těchto norem. Jedince už není dítě, a tak už nepodléhá kontrole jiné dospělé osobě, stává se svobodnějším a může se sám rozhodovat, které normy bude respektovat a které ne. Mladý člověk si dovede zdůvodnit svá chování a rozhodnutí, která se mu zdají být správná. Je známo, že v této době dochází ke zjevnému nárůstu kriminálního chování (VÁGNEROVÁ, 2007).

V období mladé dospělosti převažuje orientace na právo a pořádek, tedy orientace na společnost. Mladý dospělý je schopen nejenom chápat perspektivu jiných lidí, ale umí i generalizovat a vidí mezilidské vztahy jako celý systém. Uvědomuje si svou vázanost na lidské společenství (VÁGNEROVÁ, 2007).

V dospělosti dochází k uvolnění vazeb na skupinu a k nárůstu individuální zodpovědnosti. Tímto způsobem se mění vztah k normám jak v rámci uvažování, tak v jednání mladých dospělých (VÁGNEROVÁ, 2007).

Přechod z adolescence do dospělosti je spojen se změnou očekávání. Společnost je k dospělému méně tolerantní, čeká od něho více zodpovědnosti. Sociální tlak vede k určité změně v postojích mladých lidí, kteří většinou novou společenskou normu akceptují. Činí tak i proto, že je jejich přijetí spojeno s posílením statusu dospělého. Společnost má odlišné očekávání ve vztahu k mužům a ženám, a tím stimuluje vznik rozdílů v jejich postojích. Od mužů se očekává nezávislost a dominance v rozhodování. To znamená rychlé a racionální řešení problémů. Od žen se očekává ohleduplnost a citlivost, počítá se s emocionálnější přístupem (VÁGNEROVÁ, 2007).

2.2.4 Profesionální role

Mladý člověk přijímá určitou variantu profesionální role, která má trvalejší charakter. Už nejde o řešení potenciální, budoucí alternativy, jejíž uskutečnění bude zatím na delší dobu odloženo. Tato role se stává aktuální realitou. V této době je položen základ profesionální kariéry, která sice může být později nějak modifikována, ale většinou již nejde o zcela zásadní změnu. Schopnost zvládnout přiměřeným způsobem profesionální roli je jedním z psychosociálních kritérií dospělosti. To znamená, že člověk dokáže systematicky pracovat, omezit své aktuální potřeby ve prospěch povinností. Profesionální role uspokojuje různé základní psychologické potřeby mladého člověka. Potřeba změny, nových zkušeností a rozvoje nových kompetencí může být uspokojována i v zaměstnání, zejména na počátku profesionální kariéry. Potřeba sociálního kontaktu, tedy zaměstnání, kde je možno setkávat se s různými lidmi. Potřeba seberealizace je

také v době dospělosti důležitá. Člověk by chtěl něco dokázat, potvrdit svoje kompetence a sociálně se prosadit. Potřeba seberealizace mívá poněkud odlišný obsah ve vztahu k pohlaví, u mužů je zaměřena na výkon, úspěch a ocenění. U žen je zase důležité potvrzení smysluplnosti a užitečnosti jejich práce a jejího významu pro druhé. Potřeba samostatnosti a nezávislosti, kde je zaměstnání prostředkem k dosažení ekonomické soběstačnosti a nezávislosti na rodině. Potřebu otevřené budoucnosti uspokojuje představa možnosti dalšího profesního rozvoje. Mladý člověk může hodnotit určité pracovní místo i z hlediska jeho další perspektivy, nejenom podle jeho aktuálních výhod (VÁGNEROVÁ, 2007).

V zaměstnání se plně projevují vývojové podmíněné změny v uvažování a v přístupu k různým situacím. Profil mladého člověka má typický charakter, např. nadšení, odvaha a ochota riskovat při volbě určitých zejména nových způsobů řešení. Optimismus, očekávání pozitivního nebo alespoň přijatelného výsledku. Tento postoj vyplývá z vysoké sebedůvěry a sebejistoty mladého člověka, a také z jeho nezkušenosti, která se může projevit i nedostatkem kritičnosti k sobě samému. Pocit sebejistoty daný přeceňováním dosažených znalostí a podceněním zkušeností. Projeví se nejen v přístupu k práci, ale i ke vztahu ke starším spolupracovníkům. Netrpělivost a potřeba dosáhnout svých cílů co nejrychleji, potvrdit svoje kvality a využít svoje šance. Odolnost a schopnost zvládat stres, intenzivně pracovat a obětovat leccos pro realizaci svého cíle. Potřeba perspektivy a profesního vzestupu podporuje úsilí k rozvoji vlastních kompetencí (VÁGNEROVÁ, 2007).

2.2.5 Partnerství

„Nacházím jistou poetiku v pevném partnerském svazku i ve střídání partnerů.“

(Václav, 21let)

„Dávám přednost trvalejšímu vztahu, ale pokud by se nepovedl, je lepší jej změnit.“

(Pavlína, 21let)

(VÁGNEROVÁ, 2007, s. 326)

V období mladé dospělosti nahrazují přátelské a partnerské vztahy původní rodinné vazby, od nichž se dospívající odpoutávají již v průběhu adolescence (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 35)

Jednou z oblastí, kde v této době probíhá zásadní změna je právě partnerství. E. H. Erikson považuje za hlavní úkol mladé dospělosti dosažení intimity. Intimita je protikladem povrchních, více či méně anonymních vztahů. Je signálem kvalitativní proměny vrstevnického vztahu. Prožitek naplněného intimního vztahu vytváří zkušenostní základ, který v době dospělosti ovlivní další vztahy k blízkým lidem. Má vliv i na rozvoj osobnosti, přispívá k její harmonizaci. Pozitivně ovlivňuje schopnost porozumění jiným lidem a určitým způsobem přispívá i k sebepoznání. Má obdobný smysl, jaký mělo prožití vzájemného vztahu s matkou v raném dětství. Jedním z předpokladů k dosažení intimity je přiměřený rozvoj vlastní identity. Člověk, který si vybudoval vlastní identitu, se stává jistějším a vyrovnanějším. Dovede navázat takový citový vztah, kdy se zčásti své identity vzdává ve prospěch partnerství (VÁGNEROVÁ, 2007).

Základními znaky intimity v partnerském vztahu jsou sdílení přítomnosti (potřeba kontaktu, vzájemné tělesní i duševní blízkosti), potřeba otevřenosti (dát se poznat a zároveň poznat partnera), výlučnost (intimita), sdílení budoucnosti (potřeba společných cílů) a vzájemná důvěra a respekt. V rané dospělosti nabývá na významu vztahová kvalita spojená s perspektivou určité stability. Jedinec se definitivně emancipuje z vázanosti na svou původní rodinu. Určitou dobu experimentuje a poté obvykle pokládá základy pro vytvoření nového rodinného zázemí (VÁGNEROVÁ, 2007).

Partnerský vztah v rané dospělosti prochází určitými standardními fázemi, fází romantické lásky a následující fází realistického vztahu. Období romantické lásky dochází ke stylizaci partnera i sebe sama, běžná je idealizace i iluze v očekávání dalšího rozvoje tohoto vztahu, která se projevuje i přesvědčením o jeho výlučnosti. Avšak ani v době zamilovanosti nemohou mít oba partneři úplně stejné potřeby a představy, což často vede ke zklamání a hledání příčin tohoto nesouladu. V tomto období se navíc ani příliš neznají a nemají dostatek společných zkušeností a zážitků. Párový vztah, který projde obdobím napětí a deziluze, se může stát realističtější a stabilnějším. Jak ubývá zamilovanosti a euforie, může vzrůst skutečná intimita vztahu, která je sice méně vzrušující, ale zato stabilnější variantou (VÁGNEROVÁ, 2007).

Přechodné období je obtížné, přináší nepříjemné pocity a zvyšuje riziko rozpadu partnerského vztahu. Zejména pokud partneři nejsou zralí přijmout určité nejistoty, dané uvolněním vztahu a zmenšením vzájemné závislosti. Zvládnout vystřízlivění z pocitu ideální lásky je těžké. Drobná nedorozumění, občasné pocity nepohody a zklamání a přesycení mohou být podnětem k ukončení vztahu. Realistický vztah je tolerantnější, respektuje odlišné

vlastnosti, postoje, projevy partnera a ponechává mu určité osobní teritorium, které je respektováno. Přiznává partnerovi i sobě větší individuální práva a akceptuje oboustranné povinnosti. Na této úrovni je přijatelným základem manželství (VÁGNEROVÁ, 2007).

Pro dospělého člověka je velmi významná stabilita a uspokojivost partnerství, resp. manželství. Takový vztah je předpokladem k dosažení pocitu životní pohody, který naopak pravděpodobnost jeho rozpadu výrazně snižuje. Osobnostní charakteristiky jsou důležitými faktory při formování a udržování jakéhokoli intimního vztahu, tedy i partnerského. Ovlivňují charakter vazby k partnerovi, převažující chování k tomuto člověku i výslednou spokojenost se vztahem a v konečné fázi i sám se sebou (VÁGNEROVÁ, 2010).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit celkovou kvalitu života studentů třech ročníků oboru Výchova ke zdraví prezenční formy bakalářského studia. Do celkové kvality života jsem zařadila otázky týkající se zdraví, spokojenosti s dostupností služeb, spokojenosti sám se sebou, oblasti vztahů a životního stylu.

3.2 ÚKOLY PRÁCE

- Vyhledat a analyzovat odbornou literaturu a internetové zdroje.
- Sestavit obsah bakalářské práce na základě konzultací s vedoucím práce.
- Provést dotazníková šetření mezi studenty.
- Zpracovat získaná data a vyhodnotit dané výsledky výzkumu.
- Provést prezentaci výsledků a diskusi nad výsledkem výzkumu.
- Definovat závěry z provedených výzkumů.

3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

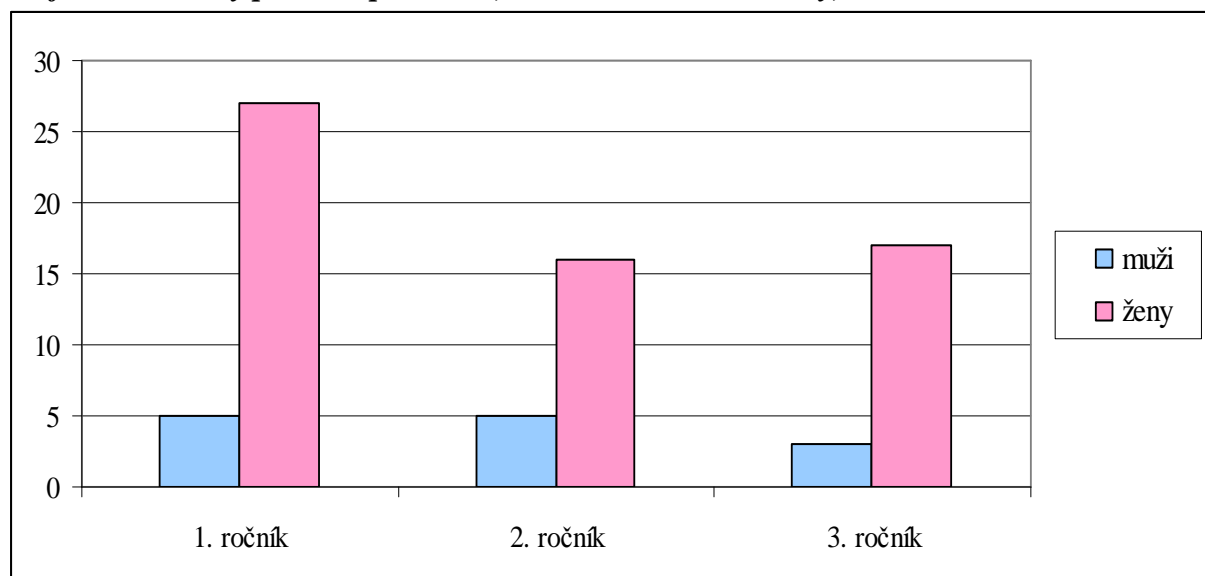
1. Předpokládám, že 60% studentů prezenční formy Výchovy ke zdraví je spokojeno s celkovou kvalitou života.
2. Předpokládám, že zhruba 25% studentů Výchovy ke zdraví prezenčního studia kouří.
3. Předpokládám, že studium oboru Výchova ke zdraví ovlivnilo dosavadní životní styl studentů.

4 METODIKA

4.1 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY

Cílovou skupinou jsou studenti prvního, druhého a třetího ročníku oboru Výchova ke zdraví prezenční formy studia Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Věkové rozmezí se pohybuje od 18 do 26 let. Graf 1 (viz níže) znázorňuje počet dotazovaných studentů, kteří se účastnili tohoto výzkumu: celkem odpovídalo 73 studentů, z nichž bylo 60 žen (82,2%) a 13 mužů (17,8%). V 1. ročníku odpovídalo 32 studentů, ve 2. ročníku odpovídalo 21 studentů a v 3. ročníku odpovídalo 20 studentů. V přehledu je v absolutních hodnotách znázorněno kolik žen a kolik mužů odpovídalo z jednotlivých ročníků. Viz graf č. 1.

Graf č. 1 – celkový počet respondentů, rozlišení na muže a ženy, n = 73



Zdroj: vlastní výzkum

Úvodní část dotazníku sloužila ke zjištění základních osobních údajů o studentech jako je datum narození, nejvyšší ukončené vzdělání a rodinný stav. V prvním ročníku uvedlo všech 32 studentů nejvyšší ukončené vzdělání střední s maturitou, 29 odpovědělo, že jsou svobodní a 3 probandi uvedli, že žijí v partnerském svazku jako by byl/a ženatý/vdaná. V druhém ročníku uvedlo 20 studentů jako nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou, pouze jeden z nich dosáhl vyššího odborného vzdělání. Všech 21 studentů zaškrtnulo, že jsou svobodní. Z třetího ročníku se výzkumu zúčastnilo 20 studentů, z toho 18 uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou, jeden student dosáhl vyššího odborného

vzdělání a jeden vysokoškolského. 18 studentů uvedlo rodinný stav svobodní, jeden žije v partnerském svazku jako by byl/a ženatý/vdaná a jeden uvedl, že žijí odděleně.

4.2 POUŽITÉ METODY

Při zpracování bakalářské práce jsem použila tyto metody:

1. Obsahová analýza dat

V teoretické části je analyzována odborná literatura a knižní zdroje. Na základě těchto zdrojů je přiblížena problematika, které se bakalářská práce věnuje a to: vymezení pojmů mladý dospělý, zdraví, kvalita života.

2. Dotazník

Ke sběru dat jsem použila nejobvyklejší metodu a to dotazník, který je nejběžnější formou kvantitativního výzkumu. Výhodou dotazníků je jejich snadné a časově nenáročné získávání dat od většího počtu dotazovaných. Nevýhodou je ale jejich nepřesnost a nemožnost zúčastněných jednotlivců vyjádřit přesně své pocity. Pro zmapování kvality života byl použit anonymní dotazník WHOQOL – BREF, ke kterému jsem připojila několik svých otázek. Dotazník zjišťuje, jak studenti vnímají kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Je sestaven ze souboru otázek, pomocí kterých se přiblíží daná témata. Skládá se z úvodní části, ve které je vysvětleno, co je předmětem zkoumání a instrukce k vyplnění. Dále jsou zde zjišťovací otázky typu: datum narození, pohlaví, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání a momentální zdravotní stav. Poté následuje 29 otázek z dotazníku WHOQOL – BREF pojednávajících o kvalitě života v různých oblastech za poslední dva týdny. Studenti odpovídali na otázky typu, jak se cítí ve svém každodenním životě, jestli se cítí bezpečně, jestli jim ve vykonávání běžných věcí brání nějaká bolest, jak jsou spokojeni se svým tělesným vzhledem, zdravotní péčí, zdali uspokojují své potřeby, co se týče zálib, spánku a sexuálního života. K základním otázkám dotazníku WHOQOL – BREF jsem doplnila 9 svých otázek, které mě v této oblasti zajímaly. Jednalo se o otázky týkající se životního stylu. Dotazovala jsem se, jestli pijí alkohol a pokud ano, jaký a kolik za týden, dále na počet cigaret týdně a na stravovací návyky. Také mě zajímalo, jestli se po nástupu na obor Výchova ke zdraví změnil jejich životní styl.

3. Metody vyhodnocení dotazníků

Vyhodnoceny jsou otázky z dotazníků probandů týkající se kvality života a jejich zdraví. Pro názornost jsou výsledky znázorněny graficky v programu Excel 2003. Zajímavější výsledky z hlediska tématu Kvalita života studentů Výchovy ke zdraví prezenční formy jsou znázorněny grafy, ostatní tabulkami. U každé otázky je nad grafem či tabulkou umístěn komentář. Data jsou zpracována popisnou statistikou.

4.3 POPIS PRŮBĚHU VÝZKUMU

Předpokladem pro provedení výzkumu bylo domluvení spolupráce se studenty všech tří ročníků prezenční formy oboru Výchova ke zdraví na Jihočeské univerzitě. Dotazníkové šetření probíhalo během října a listopadu 2012. Nejdříve jsem kontaktovala vyučující daných ročníků určitého předmětu, zdali mohou vstoupit do jejich hodiny. Po jejich souhlasu jsem ročníky navštívila individuálně. Ve 2. ročníku jsem musela návštěvu zopakovat, jelikož jsem se při první návštěvě setkala jen s malou účastí studentů. Vždy jsem se představila a studentům vysvětlila, o jaký dotazník se jedná a kde bude použit. Všichni studenti mi bez problému vyhověli a dotazník vyplnili, nikdo neodmítl. Velkou absenci odpovědí jsem zaznamenala v poslední otázce, ve které měli uvést, jak konkrétně jim nástup na obor Výchova ke zdraví změnil dosavadní životní styl. Nakonec se mi podařilo shromáždit 73 dotazníků ze všech tří ročníků, které jsem později vyhodnocovala.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

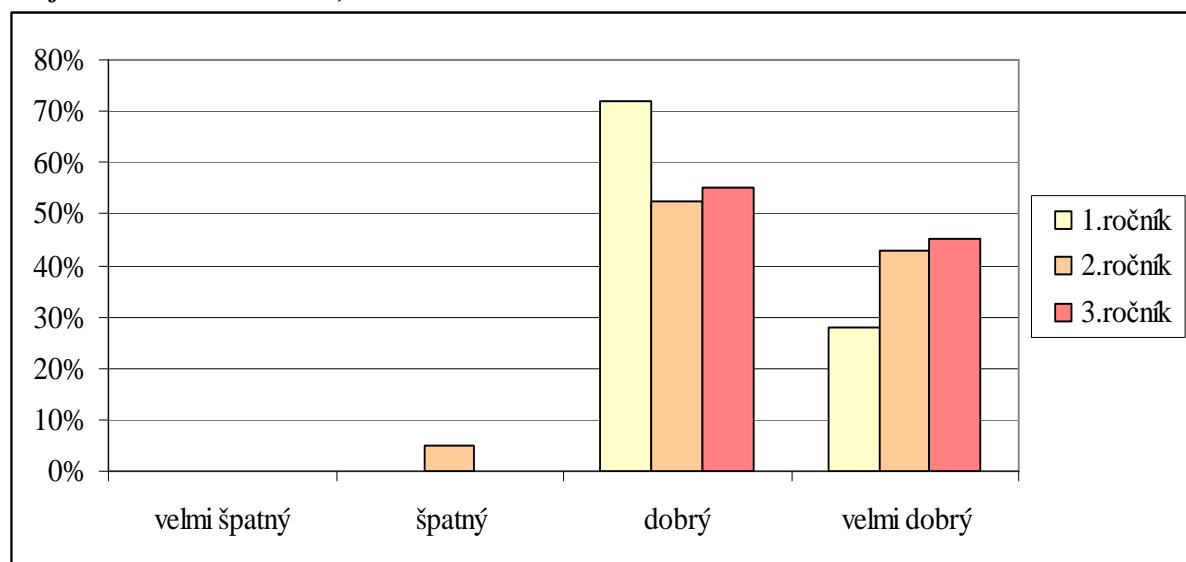
5.1 VÝSLEDKY K OBLASTI ZDRAVÍ

Po úvodní části, kde jsem se dotazovala na základní osobní údaje, jsem se zaměřila na otázky ohledně zdraví a zdravotního stavu. V této oblasti jsem u vybraných grafů záměrně rozlišila všechny tři ročníky kvůli porovnání.

Vyhodnocení Dotazníku WHOQOL – BREF

Na úvodní otázku „**Jaký je Váš zdravotní stav?**“ nikdo ze studentů neodpověděl velmi špatný. 23 respondentů z 1. ročníku (71,9%) odpovědělo dobrý a zbylých 9 respondentů (28,1%) odpovědělo velmi dobrý. 1 respondent z 2. ročníku (4,8%) odpověděl špatný, 11 respondentů (52,3%) odpovědělo dobrý a zbylých 9 studentů (42,9%) odpovědělo velmi dobrý. 11 studentů z 3. ročníku (55%) odpovědělo dobrý a zbývajících 9 studentů (45%) odpovědělo velmi dobrý. Viz graf č. 2.

Graf č. 2 – Zdravotní stav, n = 73

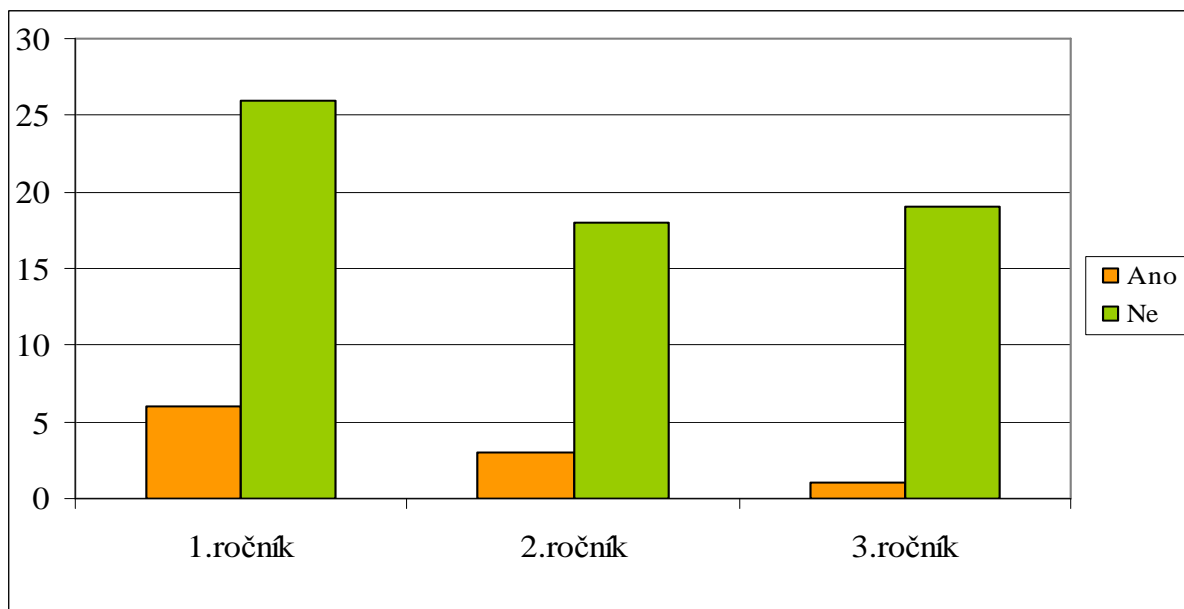


Zdroj: vlastní výzkum

Další úvodní otázka byla „**Jste v současné době nemocný/á?**“. Ano odpovědělo 6 studentů z 1. ročníku, 3 studenti z 2. ročníku a jeden student z 3. ročníku. Odpověď ne zaškrtnulo 26 studentů z 1. ročníku, 18 studentů z 2. ročníku a 19 studentů z 3. ročníku. Ti

studenti, kteří odpověděli, že jsou v současné době nemocní, uvedli, že trpí například onemocněním středního ucha, srdeční arytmií, skoliózou páteře, metabolickým syndromem a bolestí hlavy po lehkém otřesu mozku. Viz graf č. 3.

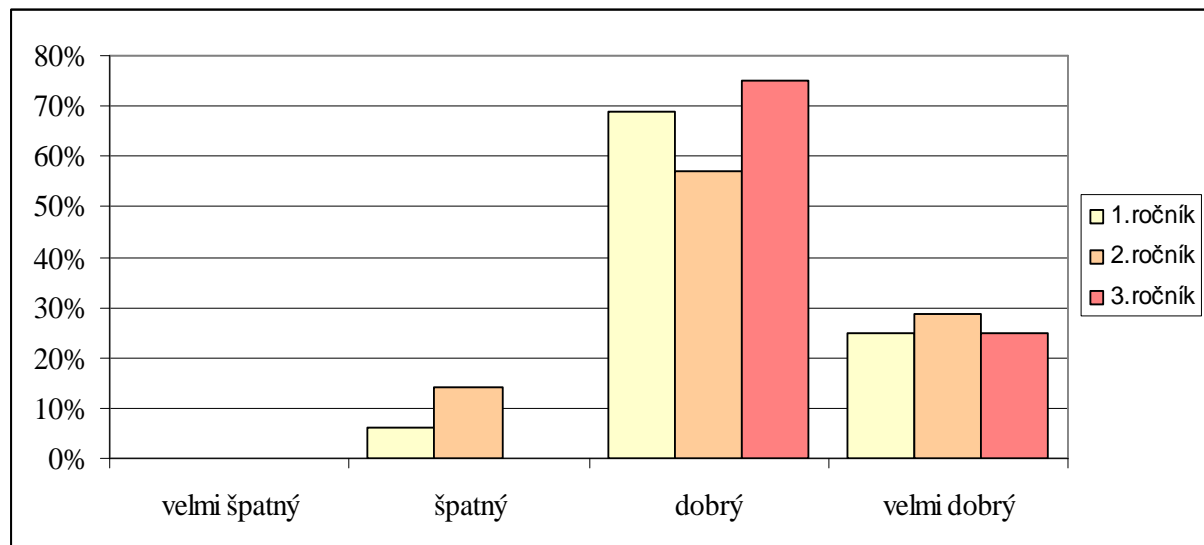
Graf č. 3 – Nemoc, n = 73



Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázka č. 2 zněla „**Jak jste spokojen/a se svým zdravím?**“. Žádný z respondentů neodpověděl, že velmi špatný. Odpověď špatný označili pouze dva studenti z 1. ročníku (6,2%) a 3 (14,3%) z 2. ročníku. Z 3. ročníku tuto odpověď neoznačil nikdo. Odpověď dobrý zaškrtnulo 22 studentů z 1. ročníku (68,8%), 12 studentů z 2. ročníku (57,1%) a 15 studentů z 3. ročníku (75%). Jako velmi dobrou spokojenost se svým zdravím uvedlo 8 respondentů z 1. ročníku (25%), 6 z 2. ročníku (28,6%) a 5 studentů 3. ročníku (25%). Viz graf č. 4.

Graf č. 4 – Spokojenost se zdravím, n = 73



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 3 „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?“ odpovědělo 32 respondentů (43,8%) vůbec ne, 35 respondentů (48%) trochu, 6 respondentů (8,2%) hodně. Žádný respondent neoznačil odpověď maximálně. Viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 - Bolest a nepříjemné pocity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	32	43,8
2 - trochu	35	48,0
3 - hodně	6	8,2
4 - maximálně	0	0
Celkem	73	100

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 4 „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v běžném životě?“ odpovědělo 40 respondentů (54,8%) vůbec ne, 32 respondentů (43,8%) trochu, 1 respondent (1,4%) hodně a žádný respondent neoznačil odpověď maximálně. Viz tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 – Závislost na lékařské péči

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	40	54,8
2 - trochu	32	43,8
3 - hodně	1	1,4
4 - maximálně	0	0
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 9 „**Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?**“ odpovědělo 15 respondentů (20,6%) trochu, 52 respondentů (71,2%) hodně a 6 respondentů (8,2%) maximálně. Odpověď vůbec ne neoznačil žádný z respondentů. Viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 – Zdravé prostředí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	0	0
2 - trochu	15	20,6
3 - hodně	52	71,2
4 - maximálně	6	8,2
Celkem	73	100

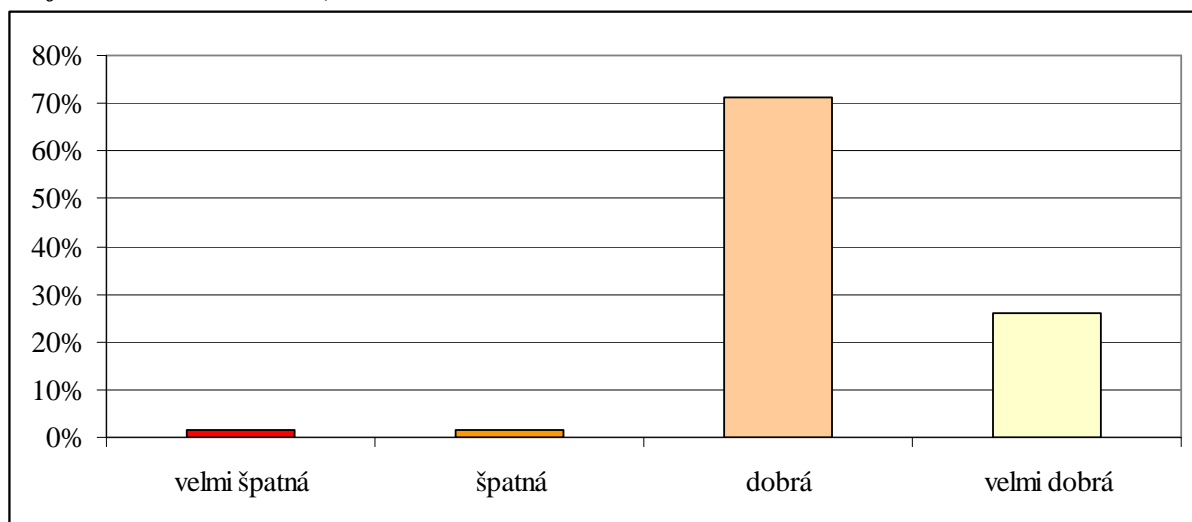
Zdroj: Vlastní výzkum

5.2 VÝSLEDKY K OBLASTI CELKOVÉ SPOKOJENOSTI S KVALITOU ŽIVOTA

V této části jsem se dotazovala na otázky ohledně kvality života studentů. Studenty jsem již nerozdělovala podle ročníků, ale jejich odpovědi jsem sčítala dohromady. Odpovědi jsou znázorněny v grafech a tabulkách.

Na otázku č. 1 „**Jak byste ohodnotila/a kvalitu svého života?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) velmi špatná, 1 respondent (1,4%) špatná, 52 respondentů (71,2%) dobrá a 19 respondentů (26,0%) velmi dobrá. Viz graf č. 5.

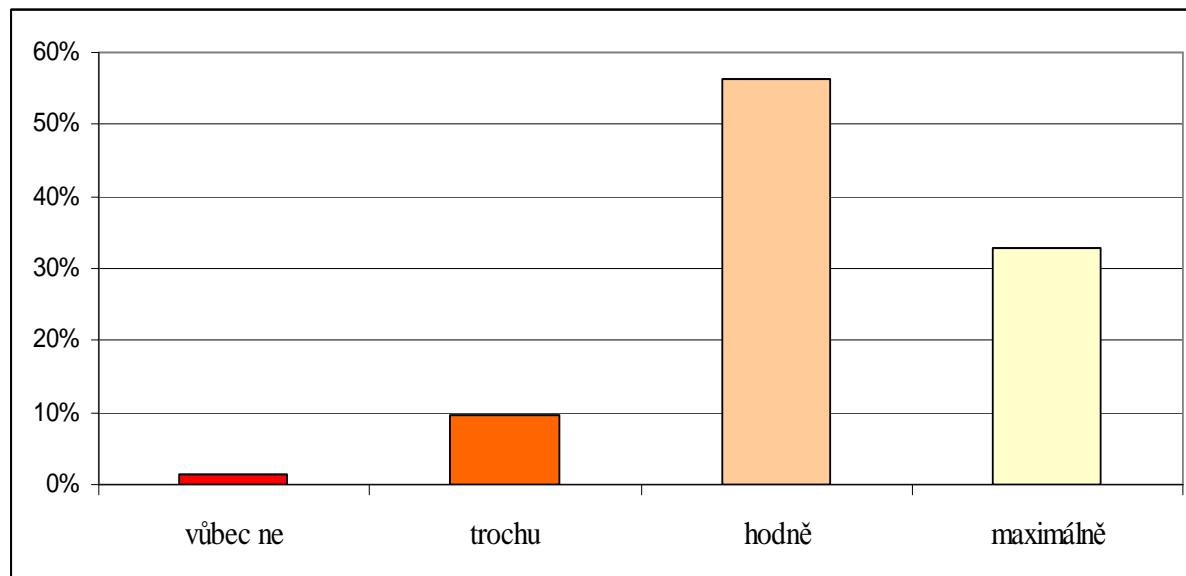
Graf č. 5 – Kvalita života, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 5 „**Jak moc Vás těší život?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) vůbec ne, 7 respondentů (9,6%) trochu, 41 respondentů (56,2%) hodně a 24 respondentů (32,8%) maximálně. Viz graf č. 6.

Graf č. 6 – Potěšení ze života, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 6 „Na kolik se Vám zdá, že má Váš život smysl?“ odpověděli 2 respondenti (2,7%) vůbec ne, 13 respondentů (17,8%) odpovědělo trochu, 37 respondentů (50,7%) odpovědělo hodně a 21 respondentů (28,8%) odpovědělo maximálně. Viz tabulka č. 4.

Tabulka č. 4 – Smysl života

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	2	2,7
2 - trochu	13	17,8
3 - hodně	37	50,7
4 - maximálně	21	28,8
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 7 „Jak se dokážete soustředit?“ odpověděli 3 respondenti (4,1%) vůbec ne, 20 respondentů (27,4%) odpovědělo trochu, 43 respondentů (58,9%) zaškrtno hodně a 7 respondentů (9,6%) zaškrtno maximálně. Viz tabulka č. 5.

Tabulka č. 5 - Soustředění

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	3	4,1
2 - trochu	20	27,4
3 - hodně	43	58,9
4 - maximálně	7	9,6
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 8 „**Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?**“ odpovědělo 16 respondentů (21,9%) trochu, 47 respondentů (64,4%) odpovědělo hodně a 10 respondentů (13,7%) odpovědělo maximálně. Žádný z respondentů (0%) neodpověděl vůbec ne. Viz tabulka č. 6.

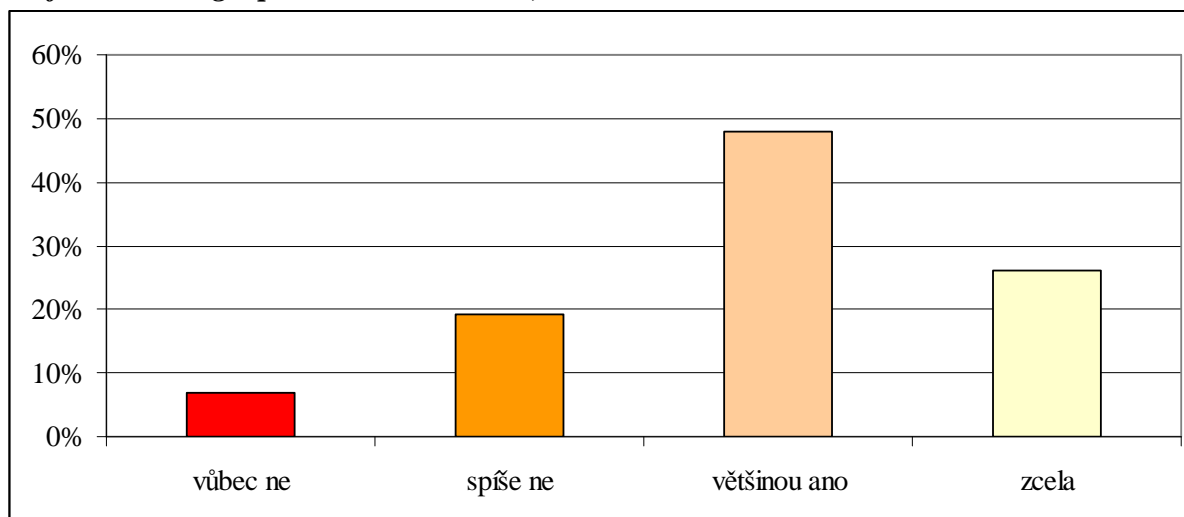
Tabulka č. 6 – Bezpečnost v každodenním životě

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	0	0
2 - trochu	16	21,9
3 - hodně	47	64,4
4 - maximálně	10	13,7
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 10 „**Máte dost energie pro každodenní život?**“ odpovědělo 5 respondentů (6,9%) vůbec ne, 14 respondentů (19,1%) odpovědělo spíše ne, 35 respondentů (47,9%) odpovědělo většinou ano, 19 respondentů (26%) odpovědělo zcela. Viz graf č. 7.

Graf č. 7 – Energie pro každodenní život, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 11 „**Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) vůbec ne, 12 respondentů (16,4%) odpovědělo spíše ne, 39 respondentů (53,4%) odpovědělo většinou ano a 21 respondentů (28,8%) odpovědělo zcela. Viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 – Přijetí tělesného vzhledu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	1	1,4
2 - spíše ne	12	16,4
3 - většinou ano	39	53,4
4 - zcela	21	28,8
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 12 „**Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?**“ odpovědělo 6 respondentů (8,2%) vůbec ne, 14 respondentů (19,2%) odpovědělo spíše ne, 38 respondentů (52,1%) odpovědělo většinou ano a 15 respondentů (20,5%) odpovědělo zcela. Viz tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 – Finanční situace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	6	8,2
2 - spíše ne	14	19,2
3 - většinou ano	38	52,1
4 - zcela	15	20,5
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 13 „Máte přístup k informacím, které potřebujete pro každodenní život?“ odpověděl 1 respondent (1,4%) spíše ne, 38 respondentů (52,1%) odpovědělo většinou ano, 34 respondentů (46,5%) zcela a žádný respondent (0%) neodpověděl vůbec ne. Viz tabulka č. 9.

Tabulka č. 9 – Přístup k informacím

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	0	0
2 - spíše ne	1	1,4
3 - většinou ano	38	52,1
4 - zcela	34	46,5
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 14 „Máte možnost věnovat se svým zálibám?“ odpovědělo 9 respondentů (12,3%) spíše ne, 35 respondentů (47,9%) odpovědělo většinou ano, 29 respondentů (39,8%) odpovědělo zcela. Žádný respondent (0%) neodpověděl vůbec ne. Viz tabulka č. 10.

Tabulka č. 10 - Záliby

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	0	0
2 - spíše ne	9	12,3
3 - většinou ano	35	47,9
4 - zcela	29	39,8
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 15 „**Jak moc se dokážete pohybovat?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) špatně, 36 respondentů (49,3%) odpovědělo dobrý a 36 respondentů (49,3%) odpovědělo velmi dobrý. Žádný respondent neodpověděl velmi špatný. Viz tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 – možnost pohybu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi špatný	0	0
2 - špatný	1	1,4
3 - dobrý	36	49,3
4 - velmi dobrý	36	49,3
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 16 „**Jak jste spokojen/a se svým spánkem?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) velmi nespokojen/a, 18 respondentů (24,7%) odpovědělo nespokojen/a, 37 respondentů (50,7%) odpovědělo spokojen/a a 17 respondentů (23,2%) odpovědělo velmi nespokojen/a. Viz tabulka č. 12.

Tabulka č. 12 – Spokojenost se spánkem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	1	1,4
2 - nespokojen/a	18	24,7
3 - spokojen/a	37	50,7
4 - velmi spokojen/a	17	23,2
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 17 „**Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) velmi nespokojen/a, 6 respondentů (8,2%) odpovědělo nespokojen/a, 55 respondentů (75,3%) odpovědělo spokojen/a, 11 respondentů (15,1%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz tabulka č. 13.

Tabulka č. 13 – Každodenní činnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	1	1,4
2 - nespokojen/a	6	8,2
3 - spokojen/a	55	75,3
4 - velmi spokojen/a	11	15,1
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 18 „**Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) velmi nespokojen/a, 17 respondentů (23,3%) odpovědělo nespokojen/a, 48 respondentů (65,8%) odpovědělo spokojen/a a 7 respondentů (9,5%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz tabulka č. 14.

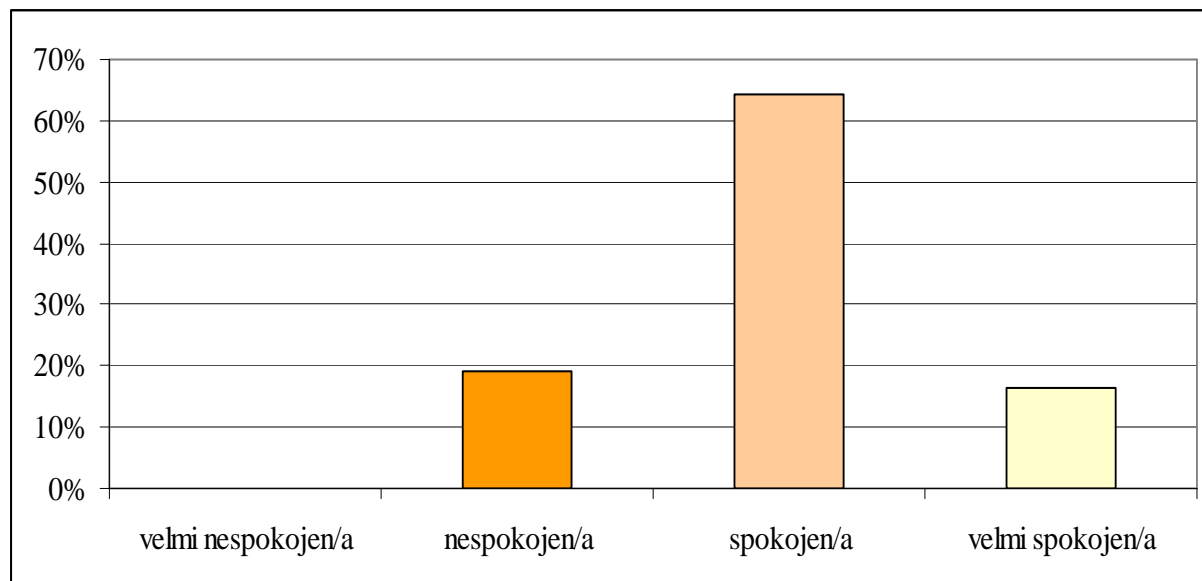
Tabulka č. 14 – Pracovní výkon

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	1	1,4
2 - nespokojen/a	17	23,3
3 - spokojen/a	48	65,8
4 - velmi spokojen/a	7	9,5
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 19 „**Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?**“ neodpověděl žádný respondent velmi nespokojen/a, 14 respondentů (19,2%) odpovědělo nespokojen/a, 47 respondentů (64,4%) odpovědělo spokojen/a, 12 respondentů (16,4%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz graf č. 8.

Graf č. 8 – Spokojenost se sebou, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 20 „**Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) velmi nespokojen/a, 14 respondentů (19,1%) odpovědělo nespokojen/a, 34 respondentů (46,6%) odpovědělo spokojen/a, 24 respondentů (32,9%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz tabulka č. 15.

Tabulka č. 15 – Osobní vztahy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	1	1,4
2 - nespokojen/a	14	19,1
3 - spokojen/a	34	46,6
4 - velmi spokojen/a	24	32,9
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 21 „**Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?**“ odpověděli 3 respondenti (4,1%) velmi nespokojen/a, 13 respondentů (17,8%) odpovědělo nespokojen/a, 29 respondentů (39,7%) odpovědělo spokojen/a, 28 respondentů (38,4%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz tabulka č. 16.

Tabulka č. 16 – Sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	3	4,1
2 - nespokojen/a	13	17,8
3 - spokojen/a	29	39,7
4 - velmi spokojen/a	28	38,4
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 22 „**Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?**“ neodpověděl žádný respondent velmi nespokojen/a, 4 respondenti (5,5%) odpověděli nespokojen/a, 37 respondentů (50,7%) odpovědělo spokojen/a, 32 respondentů (43,8%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz tabulka č. 17.

Tabulka č. 17 – Podpora přátel

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	0	0
2 - nespokojen/a	4	5,5
3 - spokojen/a	37	50,7
4 - velmi spokojen/a	32	43,8
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 23 „**Jak jste spokojen/a s podmínkami, kde žijete?**“ neodpověděl žádný respondent velmi nespokojen, 9 respondentů (12,3%) odpovědělo nespokojen/a, 44 respondentů (60,3%) odpovědělo spokojen/a, 20 respondentů (27,4%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz tabulka č. 18.

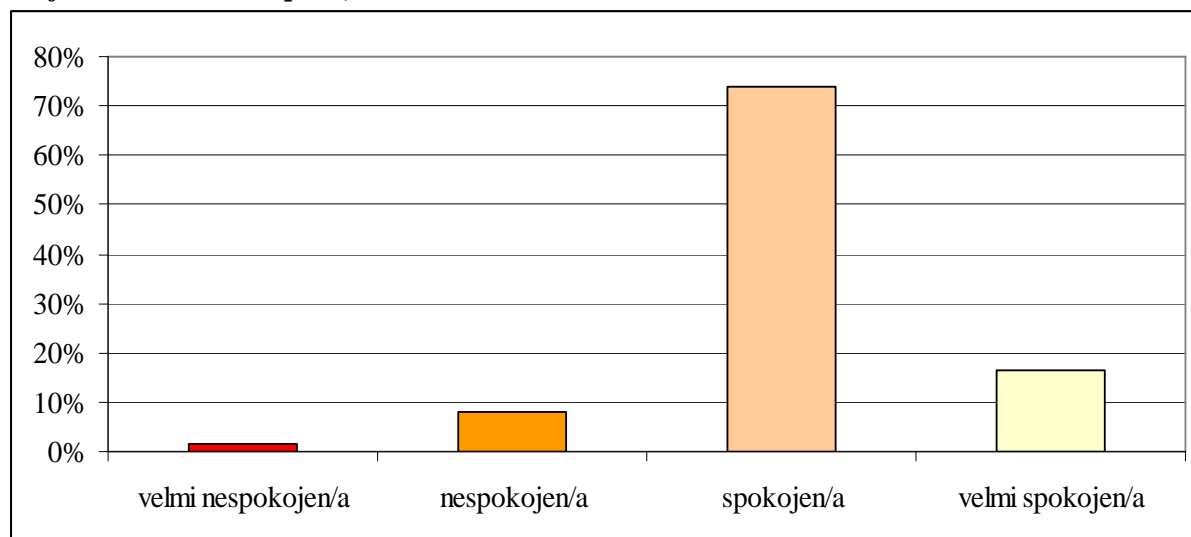
Tabulka č. 18 – Prostředí v okolí bydliště

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	0	0
2 - nespokojen/a	9	12,3
3 - spokojen/a	44	60,3
4 - velmi spokojen/a	20	27,4
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 24 „**Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?**“ odpověděl 1 respondent (1,4%) velmi nespokojen/a, 6 respondentů (8,2%) odpovědělo nespokojen/a, 54 respondentů (74%) odpovědělo spokojen/a a 12 respondentů (16,4%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz graf č. 9.

Graf č. 9 – Zdravotní péče, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 25 „**Jak jste spokojen/a s dopravou?**“ odpověděli 4 respondenti velmi nespokojen/a, 12 respondentů (16,4%) odpovědělo nespokojen/a, 49 respondentů (67,1%) odpovědělo spokojen/a a 8 respondentů (11%) odpovědělo velmi spokojen/a. Viz tabulka č. 19.

Tabulka č. 19 - Doprava

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	4	5,5
2 - nespokojen/a	12	16,4
3 - spokojen/a	49	67,1
4 - velmi spokojen/a	8	11
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 26 „**Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?**“ odpověděli 4 respondenti (5,5%) nikdy, 52 respondentů

(71,2%) odpovědělo někdy, 15 respondentů (20,5%) odpovědělo celkem často a 2 respondenti (2,8%) odpověděli neustále. Viz tabulka č. 20.

Tabulka č. 20 – Negativní pocity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - nikdy	4	5,5
2 - někdy	52	71,2
3 - celkem často	15	20,5
4 - neustále	2	2,8
Celkem	73	100

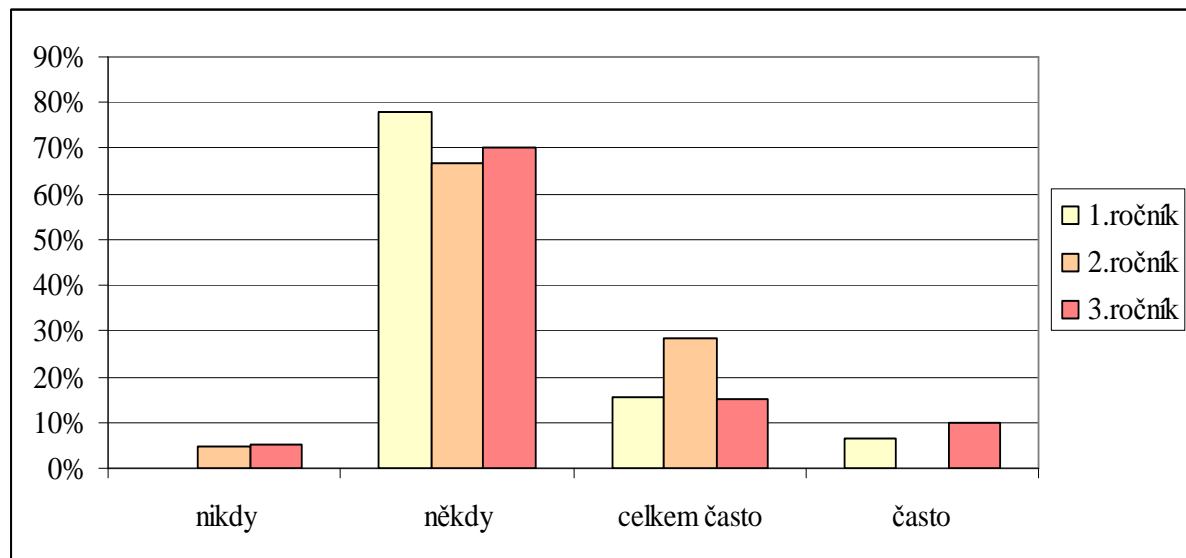
Zdroj: Vlastní výzkum

5.3 VÝSLEDKY K OTÁZKÁM ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

V poslední části vyhodnocování dotazníku jsem se zaměřila na oblast životního stylu respondentů. Tyto otázky jsou mé vlastní a připojila jsem je k dotazníku WHOQOL – BREF. Odpovědi jsou znázorněny v grafech a tabulkách. Většinu z nich jsem dělila podle ročníků pro porovnání.

Na otázku č. 27 „Pijete alkohol?“ odpovědělo 25 respondentů z 1. ročníku (78,1%) někdy, 5 respondentů (15,6%) odpovědělo celkem často a 2 respondenti z 1. ročníku (6,3%) odpověděli často. 1 respondent z 2. ročníku (4,8%) odpověděl nikdy, 14 respondentů (66,6%) odpovědělo někdy, 6 respondentů (28,6%) odpovědělo celkem často a žádný respondent (0%) z 2. ročníku neodpověděl často. 1 respondent z 3. ročníku (5%) odpověděl nikdy, 14 respondentů (70%) odpovědělo někdy, 3 respondenti (15%) odpověděli celkem často a 2 respondenti z 3. ročníku (10% odpověděli často. Viz graf č. 10.

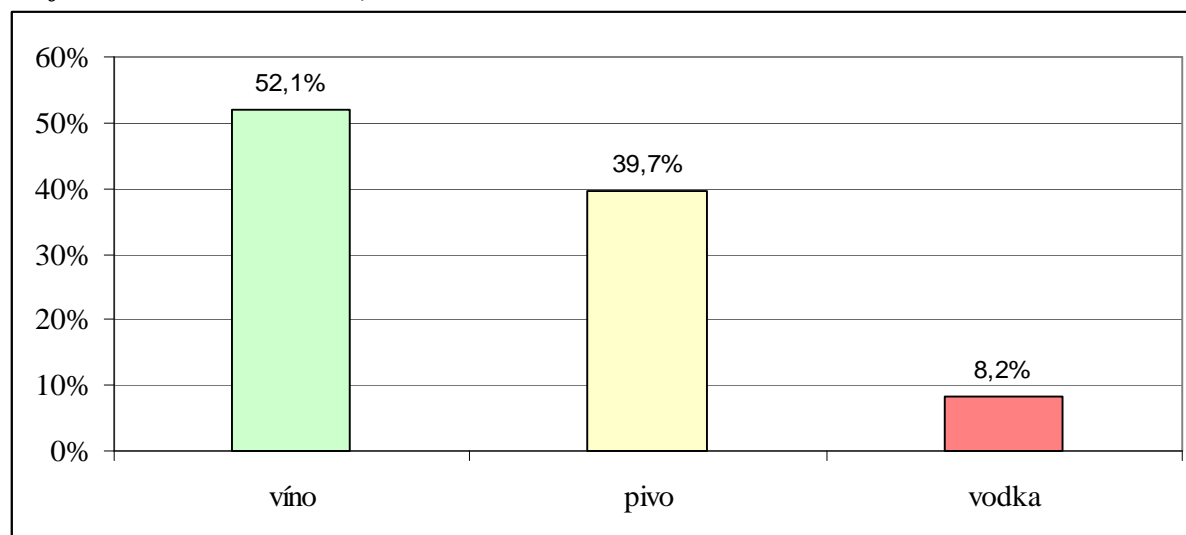
Graf č. 10 – Alkohol, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 28 „**Jaký alkohol pijete nejčastěji?**“ odpovědělo nejvíce respondentů – 38 (52,1%) víno, 29 respondentů (39,7%) odpovědělo pivo a 6 respondentů (8,2%) vodku. Ti, co v předchozí otázce odpovídali, že nepijí alkohol nikdy, přesto uvedli druh alkoholu, který si dají ve výjimečných situacích. Viz graf č. 11.

Graf č. 11 – Druh alkoholu, n = 73



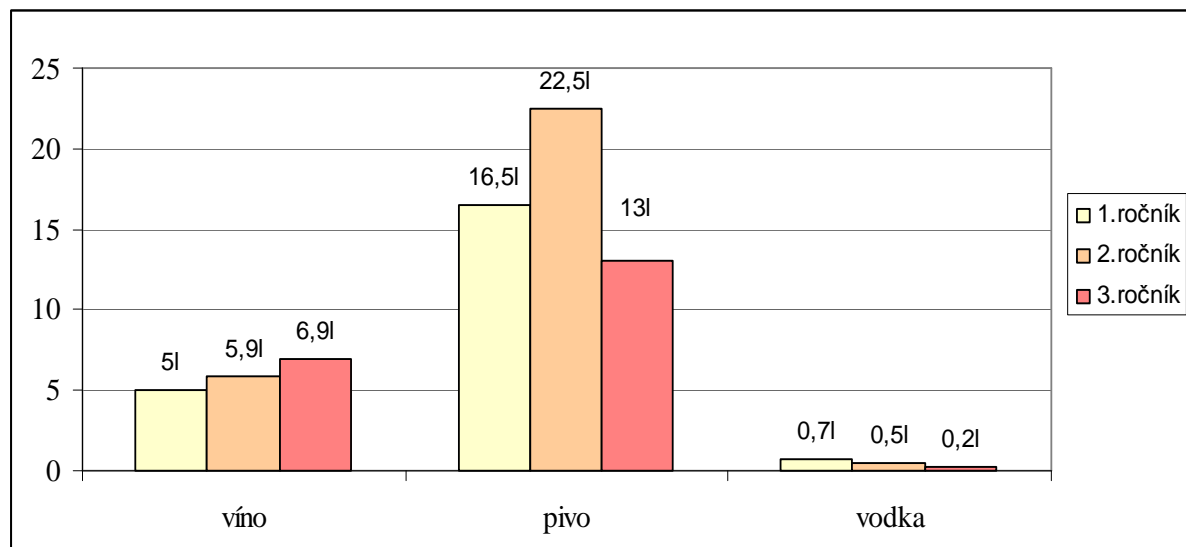
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 29 „**Uveďte jeho množství za týden.**“ se vztahuje k otázce předchozí, která se ptá na druh alkoholu, který pijí nejčastěji. Nejvíce litrů týdně se spotřebuje piva – 1. ročník 16,5 l, 2. ročník 22,5l a 3. ročník 13 l. Vína spotřebuje 1. ročník 5 l, 2. ročník 5,9 l a 3. ročník

6,9 l. Nejméně se spotřebuje vodky a to – 1. ročník 0,7 l, 2. ročník 0,5 l a 3. ročník 0,2 l.

Z grafu č. 12 vyplývá, že nejvíce alkoholu za týden vypije 2. ročník – 28,9 l, poté 1. ročník – 22,2 l a nejméně spotřebuje 3. ročník – 20,1 l.

Graf č. 12 – Množství spotřebovaného alkoholu za týden v litrech, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 30 „Kouříte?“ odpovědělo 35 respondentů (47,9%) nikdy, 24 respondentů (32,9%) odpovědělo někdy, 9 respondentů (12,3%) odpovědělo celkem často a 5 respondentů (6,9%) odpovědělo často.

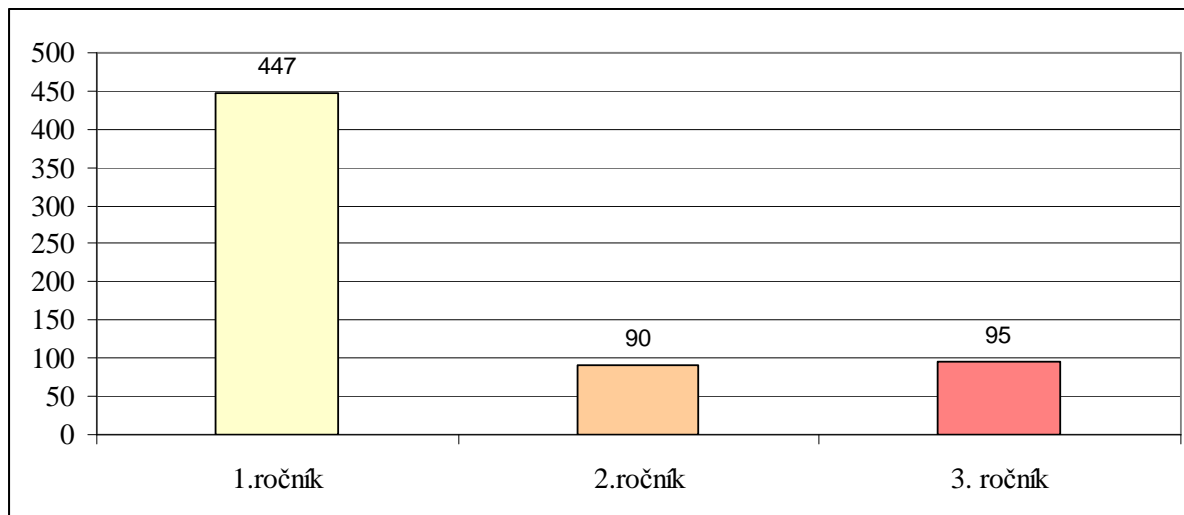
Tabulka č. 21 – Počet kuřáků

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - nikdy	35	47,9
2 - někdy	24	32,9
3 – celkem často	9	12,3
4 - často	5	6,9
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 31 „Uveďte počet cigaret za týden.“ uvedl po sečtení jednotlivých odpovědí 1. ročník 447 vykouřených cigaret za týden, 2. ročník 90 cigaret a 3. ročník 95 vykouřených cigaret. Viz graf č. 13.

Graf č. 13 – Počet vykouřených cigaret za týden, n = 38



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku **č. 32 „Jíte pravidelně?“** odpověděli 3 respondenti (4,1%) vůbec ne, 16 respondentů (21,9%) odpovědělo spíše ne, 43 respondentů (58,9%) odpovědělo spíše ano a 11 respondentů (15,1%) odpovědělo zcela. Viz tabulka č. 22.

Tabulka č. 22 – Pravidelnost stravování

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	3	4,1
2 - spíše ne	16	21,9
3 - spíše ano	43	58,9
4 - zcela	11	15,1
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku **č. 33 „myslíte si, že se stravujete zdravě?“** odpověděli 4 respondenti (5,5%) vůbec ne, 26 respondentů (35,6%) odpovědělo spíše ne, 37 respondentů (50,7%) odpovědělo spíše ano a 6 respondentů (8,2%) odpovědělo zcela. Viz tabulka č. 23.

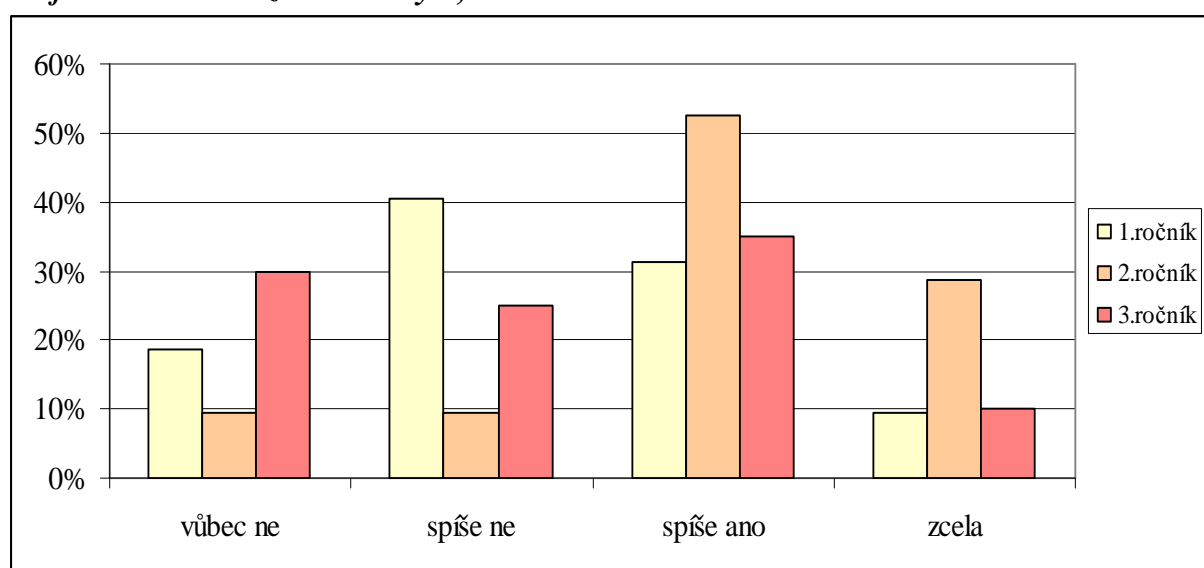
Tabulka č. 23 – Zdravé stravování

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	4	5,5
2 - spíše ne	26	35,6
3 - spíše ano	37	50,7
4 - zcela	6	8,2
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 34 „Změnil se nějak Váš životní styl po nástupu na obor Výchova ke zdraví?“ odpovědělo 6 studentů z 1. ročníku (18,8%) vůbec ne, 13 studentů (40,6%) odpovědělo spíše ne, 10 studentů (31,2%) odpovědělo spíše ano a 3 studenti (9,4%) odpověděli zcela. Z 2. ročníku odpověděli 2 studenti (9,5%) vůbec ne, 2 studenti (9,5%) spíše ne, 11 (52,4%) studentů odpovědělo spíše ano a 6 studentů (28,6%) odpovědělo zcela. Z 3. ročníku odpovědělo 6 studentů (30%) vůbec ne, 5 studentů (25%) odpovědělo spíše ne, 7 studentů (35%) odpovědělo spíše ano a 2 studenti (10%) odpověděli zcela. Viz graf č. 14.

Graf č. 14 – Změna životního stylu, n = 73

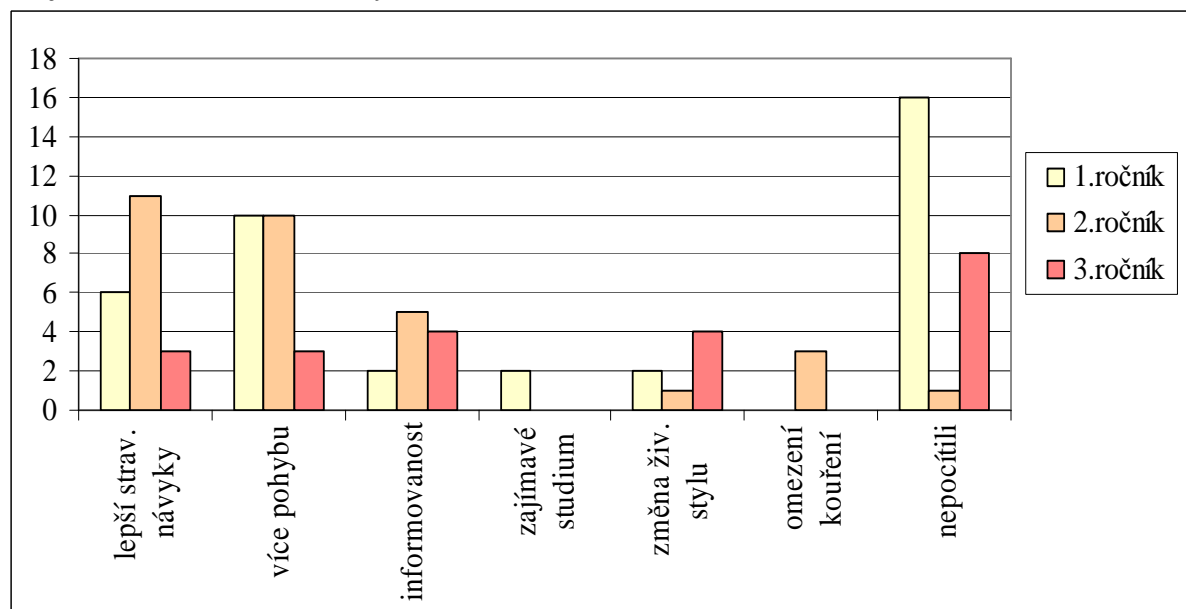


Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední otázka č. 35 „Uveďte jak:“ se vztahuje k předešlé otázce, která se zabývala změnou životního stylu po nástupu na obor Výchova ke zdraví. Graf znázorňuje několik typů odpovědí, které studenti zmínili a jejich počet zařazený podle ročníků. Nejvýraznější odpovědí u 1. ročníku byla odpověď, že změnu nepocítily a více pohybu. U 2. ročníku převládala odpověď lepší stravovací návyky a více pohybu. Také byla zajímavá odpověď 3

respondentů, kteří přiznali, že přestali kouřit. U 3. ročníku převažovala odpověď, že změnu nepocítí, ale mají větší informovanost. Více odpovědí lze vyčíst z grafu č. 15.

Graf č. 15 – Konkrétní změny, n = 73



Zdroj: Vlastní výzkum

5.4 DISKUSE

V diskusi jsem se snažila potvrdit nebo vyvrátit tři předpoklady, které jsem si stanovila na začátku výzkumu a zamyslet se nad nimi.

1. Předpokládám, že 60% studentů prezenční formy Výchovy ke zdraví je spokojeno s celkovou kvalitou života.

V dotazníku, který jsem použila pro svou bakalářskou práci, jsem hodnotila kvalitu života menší sociální skupiny. Měření tedy probíhalo v pojetí mezo-rovinu, ovšem stojí na hranici s personální rovinou, kdy ve středu zájmu stojí život jednotlivce. Do hodnocení kvality života patří subjektivní pocity, zdravotní stav, osobní hodnoty a celková spokojenost (VAĎUROVÁ, 2005). Všechny tyto faktory měli studenti zvážit a zahrnout do hodnocení své kvality života. Na otázku č. 1 „**Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?**“ odpovědělo 2,8% studentů nespokojen/a a 97,2% spokojen/a, nebo dokonce velmi spokojen/a. Hypotéza, že 60% studentů Výchovy ke zdraví prezenční formy studia je spokojeno s celkovou kvalitou života,

se nepotvrdila. S celkovou kvalitou života jsou spokojeni téměř všichni studenti, a to 97,2%.

2. Předpokládám, že 26% studentů Výchovy ke zdraví prezenčního studia kouří.

Podle Křivohlavého (2009) je kouření jevem, s nímž se setkáváme u mužů i u žen, u dospělých i dospívajících. Proč lidé kouří? A proč lidé nekouří? Obecně se dá říci, že lidé kouří proto, že je k tomu vedou určité kladné hodnoty (pozitiva), a nekouří pak z toho důvodu, že ve hře jsou určité záporné momenty (negativa). Dočasná pozitiva mohou být: lepší zvládnání stresu, zvýšení pocitu sebehodnocení, překonání pocitu nejistoty a další. K negativům přispívá zvýšené riziko chronické bronchitidy, dýchací potíže, vznik žaludečních vředů a mnoho dalších nemocí.

Na otázku č. 30 „**Kouříte?**“ odpovědělo 38 studentů (52,1%) ano a 35 studentů (47,9%) ne. Největší zastoupení měla odpověď, že kouří pouze někdy a to 32,9% ze všech studentů. Podle posledního průzkumu Českého statistického úřadu z roku 2012 kouří v České republice 26% obyvatel starší 18 let. Z toho vyplývá, že počet procent studentů Výchovy ke zdraví prezenční formy studia, kteří kouří, převyšuje více než dvojnásobně (52,1%) procento dospělých kuřáků (26%) v České republice. Když se podíváme na počet vykouřených cigaret u jednotlivých ročníků, tak zjistíme, že 2. a 3. ročník mají velmi podobné výsledky. Z 2. ročníku připadá na studenta, ať je kuřák či nekuřák, 0,6 cigarety denně. V 3. ročníku je výsledek téměř shodný, a to 0,67 cigarety denně na jednoho studenta ze třídy. Největší počet vykouřených cigaret připadá na 1. ročník, s průměrem 2 cigarety denně na jednoho studenta ze třídy značně převyšují ostatní dva ročníky. Proč právě 1. ročník má tolik převyšující výsledky než další dva ročníky? Většina studentů z 1. ročníku se pohybuje na hranici 18 a 19 let. V tomto věku podle Křivohlavého (2009) ještě mladý člověk bývá snadněji ovlivnitelný a podléhá tlakům a svádění svého okolí, kamarádů. Tento jev je označován jako „sociální nakažlivost“. Je tedy možné, že tito mladší studenti ještě nedokážou odolávat podobným tlakům.

3. Předpokládám, že studium oboru Výchova ke zdraví ovlivnilo dosavadní životní styl studentů.

Vyhodnotit otázku č. 34 „**Změnil se nějak Váš životní styl po nástupu na obor Výchova ke zdraví?**“ je velmi těžké, neboť odpovědi si byly procentuálně velmi podobné. 19,2% respondentů odpovědělo vůbec ne, 27,4% spíše ne, 38,3% spíše ano a 15,1%

respondentů odpovědělo zcela. Pokud si tyto údaje rozdělíme do jednotlivých ročníků, zjistíme, že 1. ročník odpovídal nejvíce spíše ne (40,6%, 2. ročník odpovídal nejvíce spíše ano (52,4%) a u 3. ročníku byl výsledek velmi sporný, 35% odpovědělo spíše ano a 30% uvedlo, že se jejich životní styl nezměnil vůbec. V grafu č. 15 můžeme vidět konkrétní změny, které studenti zmínili ve své volné výpovědi na konci dotazníku WHOQOL BREF. V grafu je na první pohled vidět velký počet studentů z 1. ročníku (50%), kteří odpověděli, že jakoukoli změnu nepocítili vůbec. Tuto odpověď dále uvedlo 40% studentů 3. ročníku a pouze 4,8% z 2. ročníku. Největší změnu zaznamenali studenti 2. ročníku ve stravování, kde 52,4% z nich uvedlo, že se snaží jíst více pravidelně a zamýšlet se nad skladbou svého jídelníčku. Druhým nejčastěji zmiňovaným tématem byl pohyb. Více sportuje 47,6% studentů z 2. ročníku a 31,3% studentů z 1. ročníku. Studenti 3. ročníku volnou výpověď o změnách po nástupu na obor Výchova ke zdraví ve většině případů proškrtli nebo nenapsali nic, takže nelze objektivně vyhodnotit výsledky od pár jedinců. Životní styl je forma dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založeny na individuálním výběru. Je ovlivněn rodinnými zvyklostmi, tradicí společnosti, zároveň je ale limitován ekonomickou situací společnosti i vlastní. Aby se člověk mohl správně rozhodnout, je nutné, aby věděl, co jeho zdraví podporuje a upevňuje (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

Myslím si, že díky oboru Výchova ke zdraví studenti mohou získat dostatečné množství informací o tom, co je pro zdraví člověka žádoucí.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života studentů prezenční formy studia oboru Výchova ke zdraví na Jihočeské univerzitě. Zdá se, že studenti Výchovy ke zdraví jsou se svou kvalitou života a zdraví spokojeni.

Ze získaných výsledků si myslím, že většině studentů Výchovy ke zdraví záleží na jejich způsobu života, a že umí zvolit zdravý přístup, který jim může pomoci k dlouhodobé spokojenosti. Obor Výchova ke zdraví se snaží naučit své studenty, jak se správně mají starat o své tělo, ale i duši. Rozvíjí pohybové dovednosti a zároveň učí provádět duševní hygienu, která je pro člověka velmi důležitá. Osobně se domnívám, že je velmi důležité aktivně přistupovat ke svému zdraví a tento přístup vštěpovat i dětem. Umět si určit a utřídit hodnoty ve svém životě a věnovat se jim. Všechny oblasti života jsou navzájem propojené a neoddělitelné, neboť člověk je bytost bio-psycho-sociálně-spirituální.

Mladý člověk by si měl umět zdůvodnit svoje chování a rozhodnutí, měl by sám posoudit, které normy bude respektovat a které ne (VÁGNEROVÁ, 2007). Studenti výchovy ke zdraví nejsou výjimkou. Měli by být zodpovědní za rozhodnutí, která ve svém životě učiní, ať už se týkají studia, práce, osobních vztahů či životního stylu. Výsledky jsou pro mě, ale zajisté i pro ostatní zajímavou sondou do života studentů poměrně mladého oboru Výchova ke zdraví.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ČORNANIČOVÁ, R. Kvalita života v senu. In *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. 1.vyd. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004, s. 143-152. ISBN 80-7326-026-3

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Payne Jan a kolektiv, 1.vyd. Praha: Triton, 2005, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1.vyd. Praha: ACADEMIA, 2005, s. 263. ISBN 80-200-1307-5

KREJČÍ, M. *Výchova ke zdraví: Strategie výuky duševní hygieny ve škole*. 1. vyd. Tiskárna ČB: Vlastimil Johanus, 2011, s. 256. ISBN 978-80-7394-262-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In *Kvalita života a zdraví, Payne Jan a kolektiv*, 1.vyd. Praha: Triton, 2005, s. 217-233. ISBN 80-7254-657-0

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. MZK-UK Brno, 2002, 132 s. ISBN 80-7319-016-8

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. A KOL. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 296. ISBN 978-80-247-2715-8.

MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006. ISBN 80-86633-65-9.

PAYNE, J. a kolektiv: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál s.r.o., 2004. ISBN 8073671247

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU, 2005. ISBN 80 – 210 – 3754 – 7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. 1.vyd. UK Praha: Karolinum, 2010, s. 467. ISBN 978-80-246-1832-6

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. UK Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. UK Praha: Karolinum, 2004. s. 356. ISBN 80-246-0841-3

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. UP Olomouc, 2008. s. 176. ISBN 80 – 244 – 2141 - 4

INTERNETOVÉ ZDROJE

WHO, *Mental health*. 2013 [online, 2013]. Poslední aktualizace neuvědlena [cit. 2013-04-06]. Dostupné z WWW: http://www.who.int/topics/mental_health/en/

MUDr. KRÁLÍKOVÁ, E. *Množství kuřáků v ČR a počet vykouřených cigaret za rok. 2012* [online, 2013]. Poslední aktualizace 08/2012. [cit. 2013-04-22]. Dostupné z WWW: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html

8 SEZNAM PŘÍLOH

I. Dotazník kvality života

Kvalita života
dotazník Světové zdravotnické organizace
WHOQOL-BREF (krátká verze)

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. **OSOBNÍ ÚDAJE**

Pohlaví: muž žena

Datum :

Datum narození: _____ (den, měsíc, rok)

Ročník :

Nejvyšší ukončené vzdělání:

základní

střední bez maturity

střední s maturitou

vysokoškolské

vyšší odborné

Rodinný stav:

svobodný/á

ženatý/vdaná

žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná

žiji odděleně

rozvedený/á

ovdovělý/á

Jaký je Váš zdravotní stav?

velmi špatný	špatný	dobry	velmi dobrý
1	2	3	4

Jste v současné době nemocný/á? Ano Ne

Pokud ano, uveďte diagnózu_____

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatný	špatný	dobry	velmi dobrý
	1	2	3	4

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi špatný	špatný	dobry	velmi dobrý
	1	2	3	4

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních **dvou** týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete udělat?	1	2	3	4
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v běžném životě?	1	2	3	4
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4
6. Na kolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních **dvou** týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4
12. Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?	1	2	3	4
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro každodenní život?	1	2	3	4
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4

15. Jak moc se dokážete pohybovat?	velmi špatný	špatný	dobry	velmi dobrý
	1	2	3	4

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních **dvou** týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4

25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4
-------------------------------------	---	---	---	---

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních **dvou** týdnů.

	nikdy	někdy	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4

Následující otázky se týkají **Vašeho životního stylu**.

	nikdy	někdy	celkem často	často
27. Pijete alkohol?	1	2	3	4

28. Jaký alkohol pijete nejčastěji? _____

29. Uveďte jeho množství za týden _____

	nikdy	někdy	celkem často	často
30. Kouříte?	1	2	3	4

31. Uveďte počet cigaret za týden _____

	vůbec ne	spíše ne	spíše ano	zcela
32. Jíte pravidelně?	1	2	3	4
33. Myslíte si, že se stravujete zdravě?	1	2	3	4
34. Změnil se nějak Váš životní styl po nástupu na obor Výchova ke zdraví?	1	2	3	4

35. Uveďte jak :