

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

**Diplomová práce**

Bc. Havlíčková Martina

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Postoje žáků vybraných typů gymnázií ke zdraví**

Olomouc 2018

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, PhD

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 3. března 2018

Bc. Havlíčková Martina

Děkuji PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, poskytnutí rad a materiálních podkladů k práci. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celé svojí rodině, která mi byla oporou nejen po dobu psaní této diplomové práce, ale i během celého mého studia.

# OBSAH

ÚVOD .....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
1.1 Dílčí cíle .....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY .....	9
2. 1 Zdraví a hodnoty .....	9
2.1.1 Determinanty zdraví a jejich vliv na kvalitu života .....	10
2.1.1.1 Duševní hygiena .....	11
2.1.1.2 Životní styl.....	13
2.1.1.3 Zdravá výživa .....	14
2.1.1.4 Nesprávná výživa .....	14
2.1.1.5 Pohybová aktivita a tělesné cvičení.....	15
2.1.1.6 Stres .....	16
2.1.1.7 Kouření .....	21
2.1.1.8 Alkohol .....	23
2.1.1.9 Drogy .....	25
2.1.1.10 Rizikové sexuální chování.....	26
2.1.2 Psychologie zdraví.....	27
2.1.2.1 Hlavní charakteristiky psychologie zdraví .....	28
2.1.2.2 Podpora zdraví v intencích psychologie zdraví.....	28
2.1.3. Programy na podporu zdraví.....	30
2.1.3.1 Zdraví 21 .....	31
2.1.3.2 Zdraví 2020 .....	32
2.1.4 Výchova ke zdraví .....	34
2.2 Osobnost adolescenta .....	39
2.2.1 Osobnost.....	39
2.2.2 Adolescence.....	40
2.2.2.1 Časové vymezení adolescence.....	41
2.2.2.2 Kognitivní změny .....	42
2.2.2.3 Emoční změny .....	43
2.2.2.4 Identita dospívajících.....	44

2.2.2.5 Socializace .....	44
2.2.2.6 Sexualita a partnerství .....	45
2.2.2.7 Adolescent a zdraví .....	46
2.3 Postoje .....	46
2.3.1 Složky postojů .....	47
2.3.2 Vytváření postojů.....	48
2.3.3 Změna postojů .....	49
2.3.4 Měření postojů.....	50
2.3.5 Postoj ke zdraví a zdravému životnímu stylu .....	52
3 METODIKA PRÁCE .....	53
3.1 Cíle výzkumu .....	53
3.2 Výzkumné problémy .....	53
3.3 Výzkumné předpoklady (hypotézy).....	53
3.5 Organizace a realizace výzkumu.....	57
3.6 Popis výzkumné metody .....	58
3.6.1 Dvoufaktorový sémantický diferenciál.....	58
3.6.2 Tvorba měrného nástroje sémantického diferenciálu .....	59
3.7 Výsledky výzkumného šetření a jejich diskuze .....	59
3.7.1 Potvrzování výzkumného předpokladu .....	60
3.7.2 Dokazování hypotéz .....	63
DISKUSE.....	66
ZÁVĚR .....	69
SOUHRN .....	71
SUMMARY .....	72
REFERENČNÍ SEZNAM .....	73
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	77
SEZNAM GRAFŮ .....	77
SEZNAM TABULEK .....	78
SEZNAM ZKRATEK .....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80
ANOTACE	

## ÚVOD

Postoje žáků vybraných typů gymnázií ke zdraví, jsou tématem mé diplomové práce. Tuto problematiku jsem si vybrala proto, že zdraví je velice diskutovaným tématem, považujeme ho za nejvýznamnější a nejdůležitější hodnotu lidského života a v neposlední řadě, každý chce být zdravý. V roce 1948 Světová zdravotnická organizace definovala zdraví jako: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“, jedná se v dnešní době snad o nejnámější definici zdraví. Bohužel, velká část lidí začne vnímat význam zdraví až tehdy, kdy o něj začíná přicházet.

Další důvod pro zvolení této problematiky, byl můj osobní. Mám dva syny, kteří studují gymnázium a zajímali mne tedy postoje ke zdraví nejen jich samotných, ale i jejich vrstevníků. Téma jsem si zvolila mimo jiné i proto, že synové jsou již ve věku, kdy se postupně vymaňují z vlivu nás, rodičů a začínají si vytvářet své vlastní názory či stanoviska. Zkoumání postojů žáků gymnázií, kteří jsou ve vývojové fázi adolescence, kdy dochází k celkové proměně dítěte v dospělé osobu, vnímám proto jako zajímavé. Je to období, ve kterém by si mladý jedinec měl uvědomit, že zdraví není nejen samozřejmé, ale že o něj musí pečovat, dodržovat prevenci a měl by si být vědom, že tímto může jak pozitivně, tak i negativně ovlivňovat své zdraví.

Důležitou součástí zdraví jsou vnitřní a vnější determinanty, které skrze působení na naše zdraví, ovlivňují i náš život. Faktory, které mohou zdraví ovlivnit, jsou jak pozitivní, tak i negativní. K negativním faktorům můžeme zařadit problematiku kouření, užívání drog, ale i problematiku stresu. Proto, abychom byli zdraví, je důležité se těchto negativních vlivů co nejvíce vyvarovat. K pozitivním vlivům můžeme zařadit jak správnou skladbu stravy, tak i dostatek vhodné pohybové aktivity.

Postoje se mohou rozvíjet na podkladě zprostředkovaného učení, jedinec se učí určité věci od druhých. Pomocí procesů zprostředkovaného učení děti mnohokrát získávají představy, názory, zaujatosti nebo výhrady k ostatním jedincům nebo velkým sociálním skupinám od svých rodičů. Rodina již od dětství tvoří základ pro utváření postojů.

Má diplomová práce je složena ze dvou částí. První částí je část teoretická, která se věnuje zdraví a hodnotám. Popisuje, co je pojem zdraví a hodnota, vymezuje determinanty zdraví a jejich vliv na kvalitu života a podrobně se věnuje stresu. Součástí této kapitoly jsou

i modely podpory zdraví, mezi které zařazuji prevenci, ochranu zdraví a zdravotní výchovu. Jsou zde zmíněny programy na podporu zdraví a podpora zdraví ve školách. Poté se věnuji vývojovému období adolescence, což je období, ve které se nacházejí žáci gymnázií. Časové vymezení adolescence, ale i kognitivní a emoční změny, identita dospívajících, jejich socializace, sexualita a partnerství a v neposlední řadě adolescent a zdraví. Závěr teoretické části jsem zaměřila na postoje, kdy se věnuji jejich složkám, vytváření, změnám a měřením postojů. Druhou částí diplomové práce je část metodická. Její náplní je zjistit postoje žáků vybraných typů gymnázií ke zdraví. K výzkumu jsem použila dotazníkové šetření a metodu dvoufaktorového sémantického diferenciálu.

# 1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je charakterizovat věkovou skupinu žáků gymnázií a zejména zjištění jejich postojů ke zdraví. Vzhledem k tomu, že období studia na gymnáziích je doprovázeno vývojovým obdobím adolescence, kdy dochází k celkové změně dítěte v dospělou osobu a je to období, ve kterém by si mladý jedinec měl uvědomit, že zdraví není nejen samozřejmé, ale že o něj musí pečovat. Zdraví patří k diskutovaným tématům a považujeme ho za nejvýznamnější a nejdůležitější hodnotu lidského života.

## 1.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jakou důležitost přikládají žáci pojmům spojeným se zdravím.
2. Zjistit, jak vnímají žáci postoje ke svému zdraví.
3. Zjistit, zda se liší postoje mezi žáky mužského a ženského pohlaví.
4. Zjistit, zda se postoje ke zdraví liší podle studijního zaměření.
5. Zjistit, zda se postoje ke zdraví liší u žáků podle typu studovaného gymnázia.
6. Zjistit, zda se liší postoje ke zdraví u žáků podle ročníku studia na gymnáziu.



## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

Teoretické poznatky budou zaměřeny na pojmy, které se přímo váží k našemu tématu. Popisujeme hodnotu zdraví pro člověka, období adolescence a dále se zaměřujeme na charakteristiku oblasti postojů.

### 2.1 Zdraví a hodnoty

Zdraví řadíme k nejdůležitějším hodnotám v životě každého člověka. Nemá však význam pouze pro jedince, ale i pro společnost. Patří k jednomu ze základních lidských práv (Machová et al., 2015). Hodnotou nazýváme věci člověka nebo myšlenku, která je někomu potřebná, drahá nebo na níž lpí, nebo cíl, kterého chce dosáhnout (Kohout, 2006). Hodnoty jsou ideje, které se týkají toho, co je správné a žádoucí, přinejmenším pro většinovou společnost. Posledním zdůvodněním jsou tím, proč se jedinec chová tak, a ne jinak. Hodnoty jsou velmi obecné, i když mluvíme o tom, že sdílíme stejné hodnoty, mohou se v závěru velmi lišit (Jandourek, 2012).

Hodnota zdraví je uznávána téměř ve veškerých dobách, ale i kulturách. Zdraví i nemoc jsou zpravidla chápány jako jiné kvality a jsou v bezprostřední opozici (Vašina, 2009). Základ hodnotového systému se v dějinách civilizace a dané společnosti vytvořil jako zobecněná civilizační a společenská zkušenost s osobní dynamikou a zákonitostmi dané dynamiky, které umožní změnit základní hodnotový systém (Kraus et al. 2006). Cakirpaloglu (2009, s. 291) ve své publikaci vymezuje hodnotu jako: „*specifickou psychickou kategorií, která je součástí poměrně stabilní struktury osobnosti a souvisí s procesem individuální, sociální a historické realizace člověka*“. Zdraví je výsledkem mnoha vztahů, kterými je jedinec propojen do široké lidské společnosti (Machová et al., 2015).

Vyslovit přesnou definici zdraví je velice složité. Nejčastěji si společnost myslí, že zdraví jsme tehdy, pokud nás nic nebolí, a když nejsme nemocní (Machová et al., 2015). V roce 1948 vydala Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) definici zdraví takto: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. „Definice zdraví pro období dospívání zahrnuje ještě nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti*“ (Machová et al. 2015, s. 10). Díky této definici se pojetí zdraví posunulo do zcela jiné roviny. Je chápáno jako souhrnný úkaz, na který se studiem kromě biologie podílí i jiné vědy zejména z řad psychologických, ale

i sociologie. Tato definice znamená nesporně průlom s věcným dosahem (Vašina, 2009). Zdraví má tři rozdílné rozměry, které jsou vzájemně těsně propojené. Jedná se nejen o rozměr tělesného zdraví, ale i duševního a sociálního zdraví. V dnešní péči o zdraví se stává prioritou podpora zdraví a prevence nemocí. Snahou je pozvednutí komplexní úrovně zdraví, a to nejen při posilování celé tělesné, duševní a sociální pohody, ale také napomáhání odolnosti proti chorobám (Machová et al., 2015).

Existují různé představy jedinců pod pojmem zdraví. Lékař si pod pojmem zdraví představuje nepřítomnost choroby nebo úrazu. Sociolog si vysvětluje pod pojmem zdravý člověk jedince, který má schopnost fungovat ve všech jeho sociálních rolích. Zdravý člověk je humanistou označován za takového jedince, který je schopen pozitivně se vyrovnat s životními úkoly, před které je postaven. Idealista pod pojmem zdravý člověk má představu takovou, že jedinci je dobře nejen po stránce somatické, ale i duševní, duchovní a sociální (Křivohlavý, 2009).

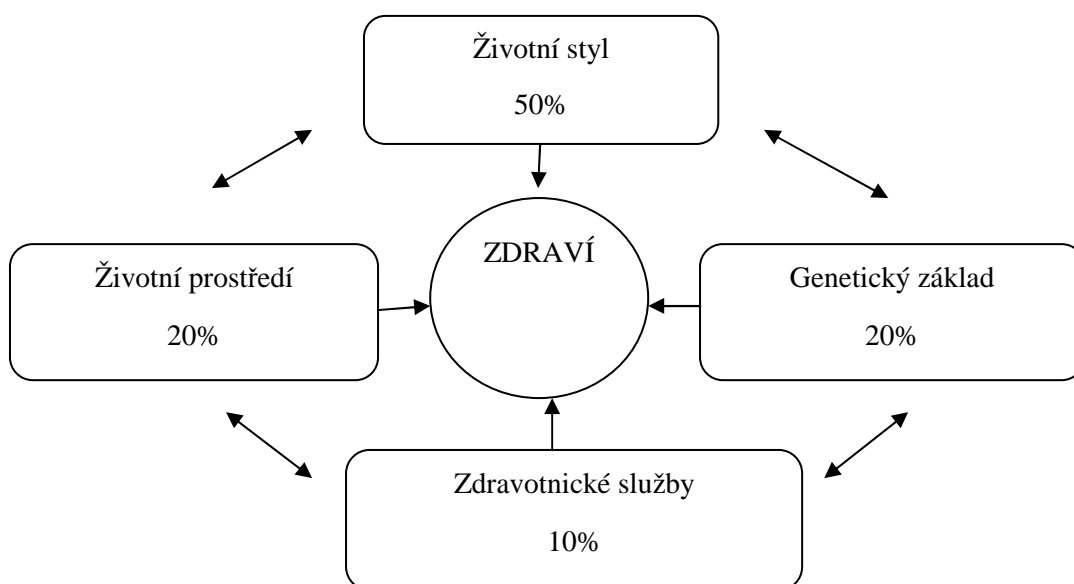
### **2.1.1 Determinanty zdraví a jejich vliv na kvalitu života**

Determinanty zdraví jsou okolnosti, které působí na kapacitu zdraví a mohou na zdraví působit pozitivně, ale i negativně. Systém determinant ve svých základních dimenzích je velmi složitý a měnitelný. V péči a podpoře zdraví je nejdůležitější poznat faktory, které zdraví mohou ovlivnit. Pojem zdraví v naší společnosti v poslední době je v žebříčku hodnot posunován na první místo. Zdraví obyvatelstva je v první řadě fenomén, který určuje nejen kvalitu bytí jedince, ale také výkonost ekonomiky a zaměření, kvalitu a sílu společenského rozvoje. Zdraví by mělo být chápáno nejen jako hodnota sama o sobě, ale i jako jedna z nejdůležitějších hodnot k dosažení ostatních cílů (Marková, 2012).

Mezi jedinci neustále přetrvává názor, že kvalitní zdraví rovná se dobré zdravotnictví. Je nutné si ale uvědomit, že i když zdravotnická činnost doznala v poslední době značný vědecký i technický rozvoj, ovlivňuje zdraví jedinců maximálně z 15-20 %. Jeho vliv na zdraví jedince je naopak nedoceněn. K nejzákladnějším znakům životního stylu řadíme výživu, tělesnou aktivitu, sexuální zdraví, požívání alkoholu, tabáku a drog. I když v současné době můžeme hovořit o vcelku dobré informovanosti jedinců o rizikových faktorech na zdraví, řada lidí se proti tomu prohřešuje. Tento negativní sklon v poslední době koná problematiku životosprávy a zdravého životního stylu za zejména závažnou a aktuální. Zdraví úzce souvisí i s prostředím, psychickým stavem, proto pokud mluvíme o zdravém životním stylu, měli bychom zkoumat také prostředí, ve kterém jedinci bydlí,

ale i mezilidské vztahy, myšlení a postoje. Pokud hodnotíme životní styl, je nutné charakterizovat také nepřímé determinanty zdraví, mezi kterými hraje důležitou roli sociální prostředí. Obrázek č. 1 nám ukazuje, do jaké míry životní styl ovlivňuje kvalitu života (Marková, 2012).

Determinanty zdraví překračují hranice tradičních odvětví zdravotní péče a veřejného zdraví, mezi které můžeme zařadit vzdělávání, bydlení, dopravu, zemědělství a životní prostředí. Determinanty se stávají důležitými aspekty ve zlepšování zdraví obyvatelstva (Determinants of health, 2013).



**Obrázek 1. Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví** (zdroj: Machová et al., 2015, s. 13)

### 2.1.1.1 Duševní hygiena

Kromě tělesné hygieny se během vývoje postupně rozvíjela i duševní hygiena. Tuto změnu lze chápat jako spojení s humanistickým a moderním přístupem k duševním nemocem a osobám, které jsou takto postižené. S pojmem mentální hygiena se setkáváme v polovině 19. století v publikaci lékaře W. Sweetsera. Tak, jak nelze jednoznačně vymezit fyzické zdraví, nelze jednoznačně vymezit pojem duševního zdraví nepřítomností duševní nemoci. Duševní choroba může být dlouho nerozpoznána. Definovat duševní zdraví jednoduše je těžké. Duševní zdraví je stav, při kterém duševní pochody probíhají

optimálně, jedinec je schopný správně vnímat skutečnost, jeho reakce na podněty jsou pohotové a přiměřené, dokáže řešit jak běžné, tak i nenadálé úkoly, a přitom má zejména pocit spokojenosti a radosti z činností (Vašina, 2009).

Duševní hygienou je myšlen určitý systém rad a pravidel sloužící k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševní rovnováhy a duševního zdraví (Heller, 2014). Duševní hygiena se věnuje problematice péče o duševní zdraví jedince. Je složena z celé řady poznatků a propracovaných předpisů, doporučených metod a opatření, jejichž pochopení a použití by mělo napomoci udržení, prohloubení nebo znovuzískání psychosomatického a psychického zdraví a napomoci zvýšení odolnosti vůči škodlivým vlivům (Urbanovská, 2012).

Význam duševní hygieny se uplatňuje v prevenci psychických i somatických chorob. Člověk, který je duševně vyrovnaný, bývá méně často nemocný a celkově odolnější. Pokud dojde ke zlepšení psychického stavu, současně selepší i stav somatický. Velký význam duševní hygieny je i v oblasti sociálních vztahů, pokud člověk duševně vyrovnaný má prospěšný vliv na své okolí. Pokud dojde k narušení duševní rovnováhy, má to negativní vliv na vztahy sociální a ve vztazích vznikají konflikty. Jedinci se stávají přecitlivělými a vztahovačnými. Duševní hygiena se významně podílí i na pracovním výkonu, což je obzvláště důležité u profesí pracujících s lidmi. K ostatním pozitivním důsledkům duševně vyrovnaného člověka patří spokojené žití v souladu sám se sebou, kdežto jedinec duševně nevyrovnaný žije v napětí (Heller, 2014).

### **Duševní hygiena ve škole**

Ve škole je důležité žáky nepřetěžovat učením, ale ani zkoušením. K důležitým aspektům je nutné přiřadit dodržování rozvrhu hodin, který je sestaven promyšleně s ohledem na výkonnostní křivku žáků, důležité je také respektování týdenní duševní křivky a nemá docházet ke zkracování přestávek. Zkoušení patří k zátěžovým testům a žák se s ním musí vyrovnat. Pro podání co nejlepšího výkonu je velmi důležité hospodaření s časem. Negativně duševní rovnováhu ovlivňuje časový stres, který působí i negativně na výkonnost. Důležité je snižovat časové ztráty. Odstranění lehké únavy jde odpočinkem lépe než při velkém vyčerpání. Důležité je si i odpočinek rozdělit na kratší, ale častější úseky (Heller, 2014).

### 2.1.1.2 Životní styl

Podle WHO je nejdůležitějším faktorem, který ve velké míře rozhoduje o hodnotě lidského zdraví, zejména způsob života. Předpokládá se, že ten ovlivňuje zdraví z 50 %. Vliv životního prostředí se předpokládá na 20 % stejně jako působení genetického základu osoby. Zbylých 10 % tvoří zdravotnické služby. Získání si zdravého životního stylu předpokládá prosazení kladně působících stylů jednání, k nim patří zejména odpovídající fyzická činnost, nekouření, decentní užívání alkoholu, vyřazení nealkoholické drogy, absence rizikových forem sexuálního života, udržení vhodných dietních zásad a předjímání úrazů nebo nehod. Ke zdravému způsobu života řadíme také dodržování hlavních principů duševní hygieny (Mlčák, 2011).

Životní styl je stěžejním determinantou zdraví. Lze jej definovat jako styl, který zahrnuje formy dobrovolného chování v určených životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru rozličných možností. Podstatným znakem životního stylu je souhra dobrovolného chování a životní situace (Machová et al., 2015).

Co je zdravý životní styl může být vyjádřeno jako souhrn relativně ustálených zvyklostí a vzorců chování provádějící každý den jedince, které průkazně pozitivně ovlivňuje jeho celkové zdraví. Na zdraví se z 60 % podílí způsob života, životní prostředí má vliv z 20 %, zdravotní péče a genetika mají každá vliv z 10 %. Životní styl patří ke klíčové determinantě zdraví. Může být ovlivněn výchovou a správně zaměřenou prevencí v programech a projektech konaných od časného dětství ve škole (Švamberk Šauerová et al., 2016)

Dá se rozlišit životní styl jedince a životní styl skupin. Pod pojmem životní styl jednotlivce je možné rozumět soudržnost životního způsob člověka, jehož jednotlivé části si vzájemně odpovídají a jsou ve vzájemném vztahu, které vycházejí z jednotného základu a mají společné jádro, které se prolíná činnostmi, které jsou podstatné. Životní styl skupiny představuje typické společenské rysy životního způsobu, které jsou vhodné pro většinu členů nějaké skupiny. Životní styl a životní způsob lze považovat za synonyma. Životní styl lze považovat za konkrétnější, kdežto životní způsob je považován za obecnější (Čeledová, Čevela, 2010).

Otázka zdravého životního stylu je značně obšírná vzhledem k tomu, že na komplexním zdraví se podílí celá řada faktorů, jak fyzických, sociálních, duševních, tak

i duchovních. Zdravý životní styl je ve značném vzájemném vztahu s vysokou kvalitou života, která je vyjádřena spokojeností daného jedince s dosahováním záměrů, které určují směřování jeho života (Marková, 2012).

### 2.1.1.3 Zdravá výživa

Tělo potřebuje k zajištění své činnosti energii a stavební látky k výstavbě orgánů a tkání. Obojí jedinec získává potravou. Potrava dětí a mladistvých musí zabezpečit jejich růst s odpovídajícím přírůstkem hmotnosti a výšky. Racionální výživa je taková, která má vyváženost jak po stránce kvalitativní, tak i kvantitativní a zabezpečuje organismu dostatečný a pravidelný přísun energie, všech živin, vitamínů, minerálů a vody. **Z kvalitativního hlediska** musí být výživa rozmanitá a vyvážená, aby byl zabezpečen pestrý a dostatečný vyvážený přísun živin. K základním živinám řadíme cukry, tuky, bílkoviny. Nesmí zůstat v opomenutí ani přísun minerálů, stopových prvků, vitamínů a vody. Jednostranná a nevyvážená potrava při nevhodných stravovacích zvyklostech může být příčinou nedostatku některých živin, zvýšeného rizika nádorových nebo kardiovaskulárních chorob i oslabení imunitního systému. Mezi zdravotním stavem a výživou jedince existuje těsné spojení. **Z kvantitativního hlediska** musí potrava zajišťovat energetický příjem, který odpovídá jeho výdeji. Lze tedy říct, že příjem energie má odpovídat energii vydané. Velké energetické příjmy jsou nutné u osob, které těžce fyzicky pracují, ale i v dětství, v období dospívání, těhotenství, a i v době kojení (Machová et al., 2015).

Pyramida zdravé výživy vyjadřuje doporučené složení stravy. Základ je tvořen přílohami, mezi které můžeme zařadit těstoviny, obiloviny, celozrnné pečivo s vyšším obsahem vlákniny, ořechy a luštěniny. Jedná se o potraviny, které tvoří základ zdravé výživy. Druhé patro pyramidy tvoří ovoce a zelenina. Třetí patro je tvořeno živočišnými potravinami jak mléčnými, tak masovými. Potraviny, které jsou umístěny na vrcholu pyramidy, by měly být konzumovány ve velmi malém množství anebo se jim spíše vyhýbat. Jedná se o tuky a sladkosti (Čeledová, Čevela, 2010).

### 2.1.1.4 Nesprávná výživa

Člověku škodí nesprávná výživa. Při nedostatečné výživě, přejídání, nevyvážené výživě nebo při psychogenně podmíněné poruše příjmu potravy dochází postupně k poškození zdraví. Závažným rizikem je nevhodná výživa, protože se uplatňuje na vzniku

neinfekčních epidemií neboli civilizačních chorob. Na vznik civilizačních nemocí se podílí především nadměrný energetický příjem, velké množství kuchyňské soli v potravě, živočišných tuků, cukrů a cholesterolu. **Cholesterol a živočišné tuky** zvyšují hladinu cholesterolu v krvi a tím se podílí na vzniku aterosklerózy a na jejích útrobních projevech, mezi které můžeme zařadit ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu, ale i infarkt myokardu. Ateroskleróza není doménou pouze dospělosti, ale začíná již v první dekádě života. **Vysoký energetický přísun** zapříčiňuje vznik obezity, dochází k zátěži páteře, kolenních a kyčelních kloubů a stává se rizikovým faktorem pro vznik cukrovky, cévních mozkových příhod a srdečně-cévních onemocnění (Čeledová, Čevela, 2010). Při obezitě může být tuk uložen v těle různě. Důležitý je poměr tuku uloženého v břišní partii a v oblasti stehen. Důležitou roli hraje i poměr mezi množstvím tuku a svalové hmoty. Nejrozšířenějším určováním obezity na světě je metoda, která bere v úvahu váhu a výšku člověka, jde o tzv. ukazatel hmotnosti těla (BMI – body mass index). Hodnota se počítá tak, že se tělesná hmotnost v kilogramech podělí druhou mocninou výšky v metrech. Hodnoty BMI byly měřeny u velkého počtu populace a zaneseny do tabulek ve vztahu k věku u žen i u mužů. Tyto hodnoty byly dohodou normovány do hranic podnormálu, normálu a nadnormálu. Hodnoty nadnormální byly ještě rozděleny do několika úrovní a to tak, že nadnormál je tvořen 10 %, 20 %, nebo i více než je hranice normálu (Křivohlavý, 2009). Pokud se přidá i **nízký obsah vlákniny** v potravě, zvyšuje se riziko rakoviny prsu, konečníku, žaludku a tlustého střeva. Na vznik rakoviny žaludku a vysokého krevního tlaku se podílí i vysoký příjem kuchyňské soli (Čeledová, Čevela, 2010).

#### 2.1.1.5 Pohybová aktivita a tělesné cvičení

Pohybová aktivita pro lidský organizmus všech věkových skupin je nezbytná. Tělesnou aktivitou je jakýkoliv pohyb, nejen sportovní aktivity, ale i každodenní činnosti, domácí práce, práce, která souvisí se zaměstnáním, rychlá chůze. Podle doporučení WHO v roce 2008 vydala Evropská unie směrnici pro občany „EU Physical Activity Guidelines“, kde je doporučováno minimálně 20 minut mírně intenzivní aktivity 5 dnů v týdnu nebo aspoň 3x týdně provádět 20 minut usilovné aktivity (Marková, 2012).

Pravidelná fyzická činnost a správný způsob tělesného cvičení má průkazný **pozitivní vliv** na psychiku jedince a hlavně na jeho citové ladění, dává lidem možnost lépe sledovat svoji hmotnost a je nápomocna i k lepšímu zvládnutí stresu a zátěže. Pohybová aktivita a tělesné cvičení napomáhá činnosti endokrinního, oběhového, ale i svalového systému

(Mlčák, 2011). Pohyb má významný vliv na vývoj všech živočišných organismů. Pohybem se zdokonalovala nejen pohybová soustava, ale i ostatní soustavy.

Autoři Čeledová, Čevela (2010), ale i Machová et al. (2015) se shodují na tom, že pohyb patří k jednomu ze základních projevů existence života. Lidské tělo se vyvíjelo k aktivitě a pohybu, činností pohybového aparátu zajišťuje pohyb. I když je lidské tělo zdánlivě v klidu, dochází k dechovým pohybům, srdečním stahům, k cirkulaci krve, pohybům střev a ostatních orgánů, ale i jednotlivých buněk, jako jsou spermie nebo krvinky. Pokud dochází k přemisťování těla v prostoru, mluvíme o **aktivním pohybu** za pomoci vlastní pohybové aktivity nebo **pasivním pohybu**, a to za pomoci technických prostředků. Pro upevnění a zachování zdraví je nezbytným a nejpřirozenějším aktivní pohyb (Machová et al., 2015). Tělesná zdatnost je složena z vytrvalosti, svalové síly, pohyblivosti kloubů a koordinaci pohybů. Pro zdraví je nejdůležitější vytrvalost. Pokud celkovou tělesnou zdatnost chceme zlepšit, musíme zlepšovat úroveň všech jejích součástí. Nedostatek pohybu vede u každého jedince k velkému konfliktu mezi vrozenou dispozicí k pohybu a skutečným pohybovým režimem. Pravidelný pohyb napomáhá podpoře zdraví a měl by být důležitou součástí zdravého životního stylu (Čeledová, Čevela, 2010).

#### 2.1.1.6 Stres

Křivohlavý (2009) definuje stres nejprve jako **negativní citový zážitek**, který je doprovázen jistým souborem biochemických, fyziologických, poznávacích a behaviorálních změn, které jsou zaměřeny na změnu stavu, která jedince ohrožuje nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit. Pojem stres je v současné době užíván k vyjádření citového stavu jedince v situaci ohrožení. Autorky Blahutková, Matějčíková a Brůžková (2010) ve své publikaci označují stres za jakoukoliv zátěž, často se ani nerozlišuje, zda je žádoucí či nežádoucí. Pojem stres se používá jako pojem univerzální, který slouží k označení jakéhokoliv požadavku, kterému je třeba vyhovět, a to v jakékoliv části stresové reakce. Přitom pro život jedince je určitá míra stresu potřebná (Blahutková, Matějčíková, Brůžková, 2010). O stresu lze obecně říct, že jde o stav organismu, který je zapříčiněn vzájemným působením vnějších a vnitřních zátěžových vlivů a schopností organismu odolat této zátěži. Jedna z teorií říká, že stres je reakce organismu a jde tedy o nespecifickou reakci na jakýkoliv škodlivý stimul. Fyziologická odpověď na škodlivý stimul je pokaždé stejná a zapříčiňuje spouštění adaptačního syndromu v organismu. Další teorie je stres jako vnější podnět. Ta popisuje stres jako synonymum pro závažné zevní



vlivy, pro životní události, kterou je myšlen stres vyžadující od člověka adaptační úsilí. A v neposlední řadě je stres popsán jako transakce mezi člověkem a prostředím. Což znamená, že stres je označení pro vzájemné působení zevních i vnitřních jevů, jde o soubor subjektivních jevů, ke kterým můžeme zařadit kognitivní ohodnocení toho, co člověk prožívá a svých vlastních možností situaci zvládnout. Člověk prožívá i stresové emoce, pokouší se použít zvládací strategie a přehodnocuje situaci. Člověk prožívá stres, pokud požadavky dané situace značně zatěžují nebo dokonce i přesahují zdroje určitého člověka (Průcha, Walterová, Mareš, 2013).

**Distres** je situace, při které dochází k subjektivnímu prožívání ohrožení daného jedince s jeho průvodními, často značně negativními emocionálními projevy. K distresu dochází tehdy, kdy si myslíme, že nemáme dost sil a možností zvládnout to, čím jsme ohroženi a emocionálně nám není dobře (Křivohlavý, 2009). Jde o škodlivý stres, který je příliš intenzivní nebo pokud trvá příliš dlouho (Orel, Facová, 2010).

**Eustres** je popisován jako stav, kdy nejde o negativní emocionální zážitek. Eustres je doprovázen situací, při které se snažíme zvládnout to, co nám přináší radost, ale vyžaduje to určitou námahu. K situacím, které vyvolávají eustres patří kladné zážitky (Křivohlavý, 2009). Eustres lze nazvat jako přiměřený stres, který je přirozenou součástí života a zastává pozitivní roli, mobilizuje k akci a stává se účelnou ochrannou reakcí. Hranice mezi distresem a eustresem je neostrá a značně individuální (Orel, Facová, 2010).

Fyziologie stresu je vyjádřena důsledkem různých tlaků na fyziologické (endokrinologické, hormonální ...), sociální, psychologické, ekonomické a podobné důsledky zátěže. Pokud hovoříme o stresu u člověka, jde o situaci, kdy na něho doléhá různý druh tlaku. V tomto smyslu slovo stres znamená zátěž, která na organismus dolehla (Křivohlavý, 2009).

**Stresory**, negativní životní faktory, jsou různé faktory, které jedince vystavují tlaku, nebo jde o jednotlivé nepříznivé vlivy, které způsobují tíživé osobní situace jedince (Křivohlavý, 2009). Míra intenzity stresogenní situace je vyšší možnost a schopnost určitého jedince tuto situaci zvládnout. Stresory mohou mít povahu fyzickou (chemické a fyzikální látky) nebo emocionální (ovlivňující situace intenzivně prožívané jedincem). Mezi situace, které navozují stres, patří nepříznivé a neočekávané změny, nadkapacitní zatěžování, zmateční okolnosti, úspěchanost, nereálné očekávání, opuštěnost a osamocení, definitivnost řady skutečností (Vobořilová, 2015). Stresorem se stává

jakýkoliv rušivý, škodlivý podnět způsobující rozvoj stresové reakce, dochází k navození tíživého pocitu nejistoty, napětí nebo ohrožení. Zařazují se sem události, které jsou vnímané jako situace ohrožení. Některé z těchto podnětů působí nepříznivě jen na určité jedince, a naopak některé z těchto podnětů mají negativní vliv na celou populaci (Urbanovská, 2012).

Stresorem mohou být jak vlivy zevní, tak i vnitřní. Zevní vlivy mohou být povahy fyzikální, chemické, biologické, psychické, sociální, ale i vlivy časové, ekonomické a politické. K vnitřním vlivům můžeme zařadit nevyřešené konflikty, pocity vlastní nedostatečnosti, úzkostné rysy osobnosti, snížené sebehodnocení (Orel, Facová, 2010).

### **Školní stresory v období adolescence**

V období adolescence jsou specifika stresorů spojena se zvládnáním úkolů, s kterými se téměř všichni dospívající jedinci dokáží bez větších problémů vypořádat, a to tehdy, pokud mají pocit, že jsou na jejich zdolávání připraveni a tehdy, pokud nedojde k jejich nadměrnému nahromadění. K těmto úkolům lze zařadit touhu po svobodě a dosažení samostatnosti, hledání identity, vývoj systému hodnot, přijetí nových sociálních rolí, navazování nových mezilidských vztahů. Škála adolescentních stresorů je pestrá a důležitost je závislá na věku (Urbanovská, 2010).

**Salutory**, pozitivní životní faktory, jsou faktory, které v tíživé situaci jedince posilují, povzbuzují a dodávají mu výdrž, sílu v boji i odvalu k dalšímu boji se stresem (Křivohlavý, 2009).

Pokud se jedinec dostane do stresu, zvýšená hladina hormonů nadledvinek ovlivní zvýšenou produkci adrenalinu a noradrenalinu a důsledkem zvýšené hladiny těchto hormonů začne tělo ovlivňovat sympatický nervový systém. Dochází ke zvýšené látkové výměně a nedostatečnému prokrvení kůže a zažívacích orgánů. Plíce pracují intenzivněji, dochází k tachykardii, zvyšování krevního tlaku, dochází k uvolňování cukru z jater do krve. Dochází k nástupu psychických reakcí, zejména strach, agrese a hněv. Pokud nedojde k vypořádání stresující události ve fázích poplachu a odporu, dojde ke zhroucení přízpůsobovacích systému a organismus se dostane do stavu vyčerpání (Vobořilová, 2015).

#### **Průběh stresu:**

- ✓ **Tělesná reakce** – bývá komplexní a postihuje všechny integrační a řídicí systémy těla i systémů řízených. Ovlivňuje funkci smyslových orgánů. Stresová reakce je

zcela přirozená, má umožnit obnovu stálosti vnitřního prostředí a fyziologicky míří k přežití organismu v podmínkách, které se mění. Reakce tělesná se označuje jako obecný adaptační syndrom (GAS) má tři fáze:

1. **Poplachová reakce** – dochází k povzbuzení činnosti autonomního nervového systému, což způsobuje bušení srdce, zrychlení dýchání a dochází k mobilizaci energetické rezervy těla. V této fázi dochází k vyplavování adrenalinu a noradrenalinu, prvotně se zvyšuje hladina cukru v krvi, krevní tlak a činnost srdce
  2. **Odolnost – rezistence** – dochází k vyrovnání organismu se stresem a výkonost a odolnost je maximální. V této fázi se zvyšuje hladina ACTH a vyplavují se glukokortikoidy (kortizol) a současně dochází ke zvýšení také další hladiny hormonů předního laloku hypofýzy potom i štítné žlázy. Tímto se pokouší organismus zajistit tělu dostatek energie u upravit krevní oběh.
  3. **Vyčerpání** – dochází k tomu, že organismus není schopen dobře reagovat na přetrvávající stresor a následuje vyčerpání, nevratné poškození nebo smrt.
- ✓ **Emoční reakce** – jde o úzkost, vztek, strach, ale i apatie a deprese. Osobnostní dispozice vysoce přispívají k projevům emocí, ale mohou přispět i dřívější zkušenosti, včetně zkušeností z dětství.
  - ✓ **Změna obsahu a rychlosti kognitivních funkcí, myšlení a vnímání.** Vyskytují se potíže se soustředěním, logickým uspořádáním myšlenek, dochází ke zvýrazněnému výběrovému vnímání, kdy dochází k přeceňování nebo naopak ignorování některých informací.
  - ✓ **Úroveň chování je geneticky danou a vrozenou odpovědí na stres boj nebo útěk.** K tomu jsou směřovány všechny tělesné a psychické změny, které připravují na zmiňované činnosti. Další popisovanou činností je strnutí, projevující se pasivitou (Orel, Facová, 2010).

Stres patří k přirozené a nutné součásti života jedince, který v nejlepším případě, v němž je udržena rovnováha mezi životními nároky a možnost jedince je zvládat, napomáhá k vytvoření nových způsobů úpravy chování a prožívání, zvyšuje jeho celistvost, trvanlivost a zdraví (Mlčák, 2011).

## Koncepce stresu

**Biologická koncepce** je definována jako biologická nespecifická odpověď organismu na požadavky, které jsou na tento organismus kladeny. Odezva má stejné znaky i tehdy, pokud jsou vyvolány faktory, které jsou zcela rozdílné, představují specifickou reakci. Tato koncepce byla přijata, ale měla různé výhrady (Křivohlavý, 2009).

**Psychologická koncepce** vychází z faktu, že proměnlivost daných reakcí na zátěžové situace, a to značná rozdílnost, souvisí s čistě psychologickými vlivy. Takto vznikají koncepce, které se snaží vysvětlit zejména psychologické mechanismy redukce a produkce stresu (Křivohlavý, 2009).

## Zvládání stresu

Odpověď na stresový podnět může probíhat automaticky a neuvědomovaně. Týká se to zejména fyziologických a adaptačních nebo i obranných mechanismů. Člověk se se stresem vyrovnává také pomocí vědomých psychických a behaviorálních procesů zvládání, které se označují jako **copingové strategie**. Coping neboli zvládání, je popisováno jako vědomé a záměrné úsilí, které zahrnuje všechny snahy zdolat stres a snížit působení zátěžových situací a organismus. Jde o vědomé zvykání na stresor, probíhá jak v rovině behaviorální, tak i v rovině psychické. Nejde o jednorázovou ani automatickou záležitost. Jde o proces vzájemného působení člověka a stresové situace, kterou se jedinec snaží řídit. Mezi procesy zvládání zahrnujeme postupy, které směřují ke skutečnému, opravdovému řešení stresové situaci. Proces zvládání stresu si dává za cíl snížit úroveň toho, co jedince ve stresu ohrožuje, ale také ustát nepříjemné stavy tak, aby se sám za sebe nemusel stydět. Dále se snaží o zachování duševní rovnováhy a klidu, zlepšit podmínky pro obnovení sil po stresu a posléze pokračovat v normálním životě a kontaktu s ostatními lidmi (Urbanovská, 2012).

Strategie zvládání stresu neboli copingové strategie jsou všeobecně označovány způsoby, kterými se člověk vědomě snaží vyrovnat se stresem. Nejčastěji se rozdělují za strategie, které se zaměřují na zvládání problému a zaměřené na zvládání emocí. Dělí se podle toho, zda úsilím je snaha změnit nebo ovládnout faktory prostředí nebo vlastní nepříjemné emoce. Zvládání, které je zaměřeno na problém směřuje k rozpoznání a odstranění stresoru, ale i ke změně daných podmínek, které vyvolávají stresový stav včetně vnitřních psychických změn, mezi které můžeme zařadit změny motivace, změny

obtížných cílů, úrovně dovedností, schopností a vědomostí. Zvládání, které je zaměřeno na emoce, se snaží o usměrnění emocionálního stavu, o opětovné dosažení emoční rovnováhy. Nejčastěji jde o snížení intenzity úzkosti, hněvu, strachu nebo i zlosti. Jde sem zahrnout jak postupy kognitivní, tak i postupy behaviorální (Urbanovská, 2012).

### **Stres a zdraví**

Spojitosť mezi nezvládnutým stresem a zdravím je nepochybná. Kromě krátkodobých, nejčastěji vratných změn, může dojít v důsledku silné nebo dlouhodobé zátěže k závažným změnám v psychice. Mohou se objevit různé neurotické příznaky, ale i onemocnění, vážnější psychické i tělesné choroby, kde podíl psychologických činitelů na jejich incidenci je nezanedbatelný (Křivohlavý, 2009).

Přímo a specificky ovlivňují nervový systém psychologické faktory, a to zejména psychický a emoční stres. Typickým projevem je dojem tělesné, duševní nebo sociální nepohody, neurotičce směřující do neuróz nebo psychóz. Může se jednat i o přímé nespecifické účinky v tělesné oblasti. Chronická zátěž se silnou emoční složkou může způsobit onemocnění, která jsou nazývána jako psychosomatická (Křivohlavý, 2009). Psychické faktory mohou více či méně zhoršovat většinu nemocí. Zjistilo se, že vedle psychických faktorů hraje v psychosomaticke roli vrozená dispozice k určitému onemocnění. Není jedna příčina vzniku nemoci, ale jde o souhrn negativních vlivů psychických, sociálních a biologických dispozic (Danzer, 2001). Mezi psychosomatická onemocnění můžeme zařadit vředovou chorobu žaludku, dvanáctníku, ischemickou chorobu srdeční, potíže se zády, astma a mnoho dalších. Centrální nervový systém má význam v patologickém procesu, tím, že jako řídicí orgán vyvolává změny v endokrinním systému a díky tomu se stres stává jedním z faktorů, který se podílí na vzniku těchto nemocí. Stres má nepřímý nespecifický účinek na imunitní systém, proto dochází ke stavům, při kterých člověk není schopen v dostatečné míře odolávat infekcím a stávají se vnímavým pro různé patogenní činitele (Křivohlavý, 2009).

#### **2.1.1.7 Kouření**

Vliv kouření na mozek není zcela objasněn a je komplikovaný. Vlivem kouření dochází k vyplavování některých látek, které mají význam na pozitivní emoční ladění. Kuřáci užívají cigaretu nejen pro navození příjemného pocitu, ale i pro zahnání potíží, kterými se projevuje nikotinový abstinenci syndrom (Machová et al. 2015).

Kouření patří k jevu, se kterým se společnost setkává jak u mužů, tak i u žen, dospělých, adolescentů. V době přibližně před sto lety kouřilo více mužů než žen. Udává se, že asi 30 % úmrtí na karcinom připadá na vrub kouření. Něco více než kuřáků a kuřáček, než zemře na rakovinu, umírá na komplikace spojené s kardiovaskulárním onemocněním (Křivohlavý, 2009). Ve 20. století kouření zabilo více jedinců než obě světové války dohromady, přibližně 100 miliónů. Dle WHO na konci 20. století v Evropě patřilo k pravidelným kuřákům 30 % lidí. Pravidelné sledování zdravotního stavu obyvatel v České republice zjistilo, že na konci 20. století pravidelně denně kouřilo 32 % mužů a 20 % žen starších 15 let. Dlouhodobé sledování kuřáctví zaznamenává mírný, ale trvalý pokles u mužů, ale snížení kuřáctví žen se dotklo velmi málo (Machová et al., 2015).

Otázkou je, proč lidé kouří? Vedou je k tomu určité kladné hodnoty. Můžeme k nim zařadit jak fyziologické, sociologické, ale i psychologické důvody. Z tohoto mnohostranného podmínění kouření je také důvodem, proč odvykání kouření patří k nejtěžším psychoterapeutickým problémům (Křivohlavý, 2009).

Tabák je jedním z nejrizikovějších faktorů působících na životní styl, protože patří k nejčastějším a zbytečným příčinám onemocnění a úmrtí. Nikotin, dehet, amoniak, oxid uhelnatý, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a mnoho dalších patří k základním škodlivým součástem tabákového kouře. Řada těchto látek je rakovinotvorných a prudce jedovatých. **Nikotin** se téměř okamžitě vstřebává do krve a tím se dostává ihned do mozku. Jde o návykovou látku, která způsobuje závislost. K projevům abstinčních příznaků dochází při poklesu hladiny nikotinu v krvi. Abstinční příznaky se projevují nervozitou, nesoustředěností, úzkostí, nutkavou touhou po cigaretě, špatnou náladou, poruchou spánku a zvýšenou chutí k jídlu. Nikotin zapříčiňuje zvýšení krevního tlaku, stažení srdečních cév a zrychluje srdeční činnost. Tyto účinky patří k rizikovým faktorům, které se podílí na vzniku ischemické choroby srdeční a infarktu myokardu, cévních mozkových příhod a postižení obvodových cév. Na vzniku kardiovaskulární choroby se také podílí oxid uhelnatý. **Dehet** se usazuje v plicích a je příčinou vzniku rakoviny plic. Tabákový kouř je celkově karcinogenní a podílí se na vzniku rakoviny řady orgánů, jako je dutina ústní, hrtan, močový měchýř, ledviny, slinivky břišní, ale i děložního čípku. Nebezpečí vzniku rakovinového bujení v důsledku inhalace kouře je závislé na denním množství vykouřených cigaret, počtu kuřáckých let, na hloubce inhalace cigaretového kouře a je vyšší při brzkém zahájení kouření. Kromě rizika vzniku rakoviny způsobuje **cigaretový kouř** nadměrnou sekreci hlenových žlázek v průduškách, poškozují pohyblivost řasinek

epitelové výstelky a tím dochází k zadržování sputa v dýchacích cestách a k zánětlivým změnám průdušek, a to způsobuje vznik chronického zánětu průdušek. K dalšímu poškození dochází v oblasti dutiny ústní, jsou poškozeny dásně v důsledku poruch krevního oběhu a zánětlivých změn, dochází k rozkladu kostní hmoty okolo zubů a dochází k jejich viklavosti (Machová et al., 2015).

Rozhodné období pro vznik návyku kouření je věk mezi jedenáctým a patnáctým rokem. Děti mladšího věku také zkoušejí kouřit, ale jejich pokusy patří k nevydařeným. Hlavní snahou v období puberty je snažit se vypadat dospěleji, nezávisleji, a proto se vrací ke kouření. Jde o období, při kterém nekouří pro potěšení, ale kouření je z jejich strany považováno za chování, které jim v kolektivu svých vrstevníků pomáhá vytvářet úspěšnou pozici. Skupina kuřáků v období adolescence se rozpadá a kouřit nepřestávají pouze ti, jimž kouření zachutnalo a chtějí kouřit (Machová et al., 2015).

Velmi nebezpečné se stává pro plod **kouření v době těhotenství**, způsobuje růstovou a vývojovou retardaci. Novorozenci matek kuřáček se vyznačují sníženou hmotností v průměru o 200-300 gramů než novorozenci matek nekuřáček. Oxid uhelnatý se dostává do placenty, dojde k jeho navázání na hemoglobin, dojde k tvorbě karboxyhemoglobinu, který způsobí sníženou schopnost červených krvinek navázat kyslík. Plod je postižen nedostatkem kyslíku, dochází k opoždění mentálního vývoje plodu matky kuřáčky a tento vývoj se vyrovnává až kolem desátého roku života. Kuřáčky častěji prodělávají samovolné potraty, nitroděložní smrt plodu, ale i vyšší výskyt úmrtí novorozenců (Machová et al., 2015).

#### 2.1.1.8 Alkohol

Běžně se alkohol používá pro jeho působení na nervovou soustavu jako snadný, rychlý a příjemný způsob, jak se cítit dobře, pomáhá usnadnění společenských kontaktů, povzbuzuje chuť k jídlu, zahání stres a nudu a u dospívajících se stává způsobem, jak být akceptován jako dospělý. Množství vypitého alkoholu, ale i fyzický a psychický stav konzumenta závisí na účinek alkoholu. Při přítomnosti alkoholu v krvi dochází k omezení napětí, úzkosti, strachu, způsobuje uklidnění a poskytuje sebedůvěru. Při vyšší koncentraci alkoholu v krvi dochází ke ztrátě zábran, rozjařenosti, nastupuje mnohomluvnost a k narušení svalové koordinaci a potřebě sdružování. Pocity zvýšené duševní i fyzické výkonnosti jsou, ale čistě subjektivní. Alkohol v krvi může být doprovázen **těžkou poruchou hybnosti, poruchou vnímání a soudnosti**, často bývá doprovázeno agresivním

chování, v citové oblasti dochází k obratu do smutku. Při vysokých koncentracích alkoholu v krvi dochází k bezvědomí a následně ke smrti způsobenou zástavou dechu srdečním a oběhovým selháním při útlumu prodloužené míchy (Machová et al., 2015).

Mimo účinku na nervovou soustavu způsobí alkohol i další změny v těle. Za následek rozšíření vlásečnic zrudne obličej, konzumující pociťuje horko, ale rozšířenými kožními cévami dochází ke ztrátě tepla. Cévy hlouběji uložené se naopak zužují a rychlost věnčitými cévami se snižuje. S narůstající hladinou alkoholu v krvi dochází ke zvýšenému vylučování moči, proto dochází k dehydrataci organismu a pocitu žízně (Machová et al., 2015).

Pro dětský organismus je alkohol ještě nebezpečnější než pro dospělé, protože disponují menšími tělesnými rozměry, malou tělesnou hmotností a také menším objemem krve, proto stejné množství alkoholu dosáhne v krvi dítěte vyšší koncentraci než u dospělého jedince. U dětí dochází k pomalejšímu odbourávání než u dospělých. K prudkému poklesu hladiny cukru v krvi dojde ihned po požití alkoholu, což může způsobit bezvědomí. V dětském a dospívajícím období také vzniká snadněji závislost (Machová et al., 2015).

Z výčtu účinků alkoholu je jasné, že alkohol může mít i pozitivní účinky, ale pouze u dospělých a jen tehdy pokud se ho požívá malé množství. Prospěch alkoholu je ale převyšeno poškozením fyzického a mentálního zdraví a poškozením sociálních vztahů v rodině, s přáteli a zaměstnání při užívání alkoholu (Machová et al., 2015).

K opilosti vede požití většího množství alkoholu, pokud se alkohol dlouhodobě zneužívá, vzniká závislost, protože alkohol je **návykovou látkou**. Alkoholismus (závislost na alkoholu) je progresivní, chronická choroba. K nebezpečným patří alkoholismus mladistvých, protože se rozvoj alkoholismu rozvíjí mnohem rychleji tím, že je vysoká citlivost nezralého organismu k této látce. Závislost na alkoholu se projevuje ztrátou kontroly konzumace alkoholu, zaujetím v alkoholu a pokračováním v konzumaci i přes jeho nepříznivé důsledky na zdraví a na sociální vztahy. Pokud alkoholik nemá alkohol, objevuje se u něho **abstinenční syndrom**, který se projevuje různým způsobem a různou intenzitou. Rozlišuje abstinenční syndrom fyzický a psychický. Fyzický abstinenční syndrom znamená přítomnost souboru nepříjemných fyzických projevů, mezi které patří bolest svalů a kloubů, průjemem, nutkáním ke zvracení, slzením a žaludečními křečemi. U psychického abstinenčního syndromu dochází k projevům neklidu, úzkosti,



podrážděnosti, skleslosti, emoční labilitou, útlumem a až k depresivnímu ladění (Machová et al., 2015).

Pokud dochází k dlouhodobému zneužívání alkoholu, způsobuje tento řadu vážných onemocnění jako cirhózu, zánět jater, zánět sliznic v téměř celém rozsahu zažívacího traktu, ale i onemocnění věnčitých tepen a psychické poruchy. Při užívání alkoholu v době těhotenství dochází k procházení alkoholu placentou do krevního oběhu plodu a může způsobit fetální alkoholový syndrom, který se projevuje poškozením jeho mozku a růstovou retardací (Machová et al., 2015).

### 2.1.1.9 Drogy

Drogou je označena každá látka, a to buď přírodní, nebo syntetická, která má tzv. psychotropní účinek; to je, že působí na psychiku tím, že mění prožívání okolní skutečnosti, ale mění i vnitřní naladění člověka. Drogou je také látka, která může vyvolat závislost. Míra nebezpečí vzniku závislosti je u rozdílných drog odlišná, může být menší nebo větší, ale je přítomna vždy. V běžném společenské souvislosti jsou v současné době drogy označovány téměř výsadně ty psychotropní a omamné látky, které jsou v naší republice zakázány, tedy je zakázána jejich výroba a distribuce, jsou to tzv. **nelegální drogy**.

Pokud se mluví o drogách, je nutné se zmínit o pojmu **drogová závislost** (toxikomanie). WHO definovala toxikomanií jako „*duševní, a někdy také tělesný stav vyplývající ze vzájemné interakce mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují puzení brát drogu stále nebo opakovaně pro její účinky na psychiku, někdy také z obav před vznikem velice nepříjemných abstinčních příznaků*“ (Machová et al., 2015, s. 76). Průcha, Walterová a Mareš (2013, s. 60) definují drogovou závislost jako „*důsledek pravidelného užívání drogy, které nutí jedince k jejímu trvalému konzumování. Drogou se obvykle rozumí chemická látka či alkohol*“. Nižší stádium, než závislost je označováno jako zneužívání drog. Je to závažné u mladistvých, protože se drogová závislost může vyvinout velice rychle, dochází k zasažení stále větší části lidí, ale i k postupnému vstupu do nižších věkových skupin. Závislost na drogách má velmi závažné somatické, psychické, ale i sociální (Průcha, Walterová, Mareš, 2013). V současné době se termín toxikomanie používá pro označení skutečnosti a osob, které zneužívají nealkoholové drogy, i přes to, že by přesnější termín měl být nealkoholová toxikomanie. Narkomanie je pojem užší, správně by ho mělo být

používáno v souvislosti s látkami, které tlumí bolest a současně mají uspávací a uklidňující účinky, tedy narkotika. Tělesnost a psychika spolu úzce souvisejí, proto se z praktických důvodů rozlišuje **závislost duševní a tělesná**. **Duševní závislost** je považována za nejsilnější faktor, který vede k opětvné a nutkavé užití drogy. Psychická závislost je požitkovou záležitostí. Její vytváření je spojené s prožitky s okolnostmi, které užití drogy doprovázely. Patří k velice závažným, obzvláště v období dospívání. Projevuje se neodolatelným nutkáním a přáním užití drogy, i když si jedinec vnitřně uvědomuje, že to není správné. Dochází k poškození centrální nervové soustavy. Pokud dojde k opakovanému užití drogy, mozek se za pomoci přizpůsobivých mechanismů adaptuje na narušení stálosti vnitřního prostředí. **Fyzická závislost** se po vysazení drogy projevuje somatickými abstinenciími příznaky. K vývoji dochází dlouhodoběji a častým užíváním drogy. Vlivem adaptačních mechanismů dochází k činnosti vegetativního systému, a to se projevuje rozvojem velkého množství změn, které jsou vyvolány drogou mimo centrální nervovou soustavu. Dochází k poškození srdce, jater, ale i dalších orgánů. Somatické abstinencií příznaky mohou být velmi nebezpečné a drastické (Machová et al., 2015).

Pokud dojde k přerušení přísunu drogy, které je pro jedince ze zdravotních důvodů žádoucí, poté se neočekávaně projeví poruchou, nepříjemnými abstinenciími příznaky, kterých je celá řada, zejména pocení, třes, zácpa, nechutenství, průjem, zácpa, změny krevního tlaku, touha po droze. Souhrn abstinencií projevů, které se u dané drogy příznačně vyskytují pohromadě, se označuje jako **abstinencií syndrom** neboli **syndrom z odnětí drogy**. U rozdílných drog je odlišný (Machová et al., 2015).

#### 2.1.1.10 Rizikové sexuální chování

Sexuální život řadíme k důležitým aspektům našeho života (Křivohlavý, 2009). K charakteristickým rysům 21. století patří žít naplno, zkoušet všechny přístupné prostředky rozptýlení. Tato skutečnost s sebou nese i obrovská rizika. Mladí jedinci sdílí názor, že musí života užívat každý den. Jejich sexuální život počínají ze zvědavosti už na základní škole. Studenti, kteří nemají sexuální zkušenost, se často sami sebe vnímají jako špatné a nesměle se to snaží přiznat (Blahutková, Matějíčková, Brůžková, 2010).

Pod pojmem rizikový sex si můžeme představit mnoho. Přítomnost pohlavních nemocí ukazuje, že jde o něco jednoznačně rizikového. Bylo období, kdy vědomosti o tom, které pohlavní choroby existují, bylo všeobecně vyšší. Bohužel, ale v dnešní době se ukazuje, že znalosti o existenci pohlavních chorob jsou mizivé (Křivohlavý, 2009).

V současné době je pozorováno, že mizí zvyklé dospívání, které je spojeno s pozvolným navozováním nejdříve emocionálních a teprve později sexuálních poměrů k osobám druhého pohlaví, protože poskytuje dostatek času pro rozvoj jedince. Mladiství začínají žít sexuálním životem předčasně z důvodu společenského tlaku konzumního přístupu k sexualitě. Ke zdravotním důsledkům předčasného pohlavního života řadíme zvýšené riziko nálezů pohlavně přenosných onemocnění včetně virem HIV a také možnost otěhotnění v době, která není pro těhotenství a mateřství vhodná. Důvodem je nepoužívání, (při velmi časném zahájení pohlavního života koitální aktivitou) antikoncepce a vyznačuje se častým střídáním partnerů, tedy promiskuitou. Dalším zdravotním důsledkům jsou častěji postiženy dívky více než chlapci, a to v oblasti reprodukčního zdraví. Zahájení pohlavního života není vhodné před dosažením biologické zralosti, ale také sociální i psychické zralosti. Ke konci puberty pohlavní žlázy dosáhly základní zralosti a jedinec je schopný reprodukce. Není, ale dosaženo plné reprodukční zralosti ani ve funkci pohlavních žláz, ale ani ve stavbě pohlavních orgánů. Ve věkové skupině mezi patnáctým až dvacátým čtvrtým rokem se zvýšeně vyskytují na celém světě pohlavně přenosné choroby, důvodem je výskyt cylindrického epitelu na děložním čípku u dospívajících dívek, který méně chrání před mikrobiálními infekcemi do vnitřních pohlavních orgánů (Machová et al., 2015).

Zdravý sexuální život je tehdy, pokud dva pohlavně zralí jedinci spolu navážou oboustranně uspokojivý sexuální kontakt a zůstávají si v něm věrni. Věrností se rozumí neexistence pohlavních styků s druhými jedinci ani ze strany ženy, ani ze strany muže (Křivohlavý, 2009).

### **2.1.2 Psychologie zdraví**

Psychologie zdraví je jednou ze speciálních psychologických vědních disciplín. Podle Rolfa Schwarzera (1992) se zabývá „rolí psychických faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, při zvládnutí negativních zdravotních stavů, při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu uzdravy a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi“ (Schwarzer, 1992 in Křivohlavý 2009, s. 24). Cílem je tvořit teorii zdravého člověka a chování jedince a získávat dostatečné vědomosti z oblasti psychologie – v první řadě o tom, co naše zdraví utužuje, a na opačné straně to našemu zdraví ubližuje (Marková, 2012). Jako samostatný specializační obor psychologie byla psychologie zdraví obecně uznána v roce 1978 Americkou psychologickou společností (Křivohlavý, 2009).

### 2.1.2.1 Hlavní charakteristiky psychologie zdraví

Psychologie zdraví je zaměřena na psychicky relativně zdravé jedince. Vychází z toho, že lidé jsou z psychologického hlediska zdraví, nemají psychologické potíže.

Další charakteristikou psychologie zdraví je její zaměření na prevenci tělesných těžkostí. Jde tedy o předcházení, a ne o léčbu. Jde o to, aby se udržoval dobrý zdravotní stav, posilovalo zdraví, podporovalo a utužovalo zdraví a psychicky povzbuzováno zdraví.

Třetí charakteristika této vědecké disciplíny se snaží budovat své teorie i svou poznatkovou základnu vědeckými způsoby. Uvědomuje si, že existuje velké množství rozdílných pojetí, podnětů, návodů a škol, které se vyjadřují k problematice nemoci a zdraví.

Úkolem psychologie zdraví je tvořit teorii zdravého jednání a chování jedince a získávat spolehlivé poznatky z oblasti psychologie, na jedné straně o tom, co naše zdraví posiluje, a na opačné straně o tom, co našemu zdraví škodí (Křivohlavý, 2009).

### 2.1.2.2 Podpora zdraví v intencích psychologie zdraví

Podpora zdraví různých skupin populace patří k hlavním zájmům psychologie zdraví. Při podpoře zdraví jde o snahu zlepšit komplexní úroveň zdraví, a to jak podporou úplné fyzické, duševní i sociální pohody, tak navyšováním odolnosti vůči chorobám. Jedná se o proces, který vede k většímu rozsahu samostatného rozhodování o zdraví a tím zvýšit jejich způsobilost posilování svého zdraví (Blahutková, Matějková, Bružková, 2010).

Podpora zdraví je řazena k důležitým prvkům v péči o zdraví. Zdraví jedince je chápáno jako dynamická skutečnost, jako proces s nejvíce možným rozvojem organismu v souvislosti s proměnami systému organismu. Proto se podpora zdraví stává úkolem nejenom zdravotnictví, ale všech oblastí společnosti. Podpora zdraví společností se uplatňuje vytvořením podmínek pro realizaci zdravého životního stylu jedinců a ochranou a tvorbou životního prostředí. Úkolem společnosti je pečovat o dobrou životní úroveň, vytváření pracovních příležitostí a pracovních podmínek, vytvářet příležitosti pro rekreační a sportovní aktivity a napomáhat vzdělávání a rozšiřování informací, které mají vztah ke zdraví (Čeledová, Čevela, 2010).

Model podpory zdraví rozlišuje 3 navzájem se prolínající oblasti: **prevence, ochrana zdraví, zdravotní výchova.**

**Prevence** je činnost, která vede k utužení zdraví, má zabránit vzniku nemocí a zejména k prodloužení aktivní délky existence. Prevence je buď prováděna u jedince, nebo na úrovni celé společnosti. Rozlišení prevence od podpory zdraví umožňuje jejich směr. Všeobecně se zdůrazňuje důležitost prevence a většina jedinců chápe, že lepší nemocem předcházet než, jimi trpět. Lidé, kteří jsou zdraví, se často nechtějí zabývat svým zdravím, protože se domnívají, že jim určité onemocnění nehrozí (Čeledová, Čevela, 2010).

#### **Preventivní činnosti mají dvojitý charakter:**

- ✓ **Obecné, nespecifické** – směřující na podporu zdravého způsobu života a tvoření vhodného životního prostředí, které je možné vnímat jako součást podpory zdraví.
- ✓ **Specifické, profylaktické** – zaměřené cíleně na prevenci vzniku dané nemoci, popřípadě jejich následků, jsou považovány jen za činnost preventivní (Čeledová, Čevela, 2010).

#### **Dělení prevence podle časového hlediska:**

- ✓ **Primární** – má za cíl zabránit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických i sociálních stavů, které způsobují poruchu zdraví (Blahutková, Matějková, Brůžková, 2010). Autoři Čeledová a Čevela (2010) primární prevenci definují tak, že má ochránit a posílit zdraví, ale také zabránit rozvoji nemoci. Jde o ochranu zdravých životních a pracovních podmínek, na podpoření zdravého životního stylu i na určitá zdravotnická opatření. Neodmyslitelnou složkou primární prevence je očkování, které má v ČR dlouholetou tradici. Očkování je řízeno očkovacím kalendářem, který je dán Vyhláškou ministerstva zdravotnictví č.537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.
- ✓ **Sekundární** – zachytává, snižuje, někdy i odstraňuje stávající poruchy zdraví běžnými lékařskými postupy (Blahutková, Matějková, Brůžková, 2010). Cílem je předcházení nepříznivým následkům již vzniklé choroby, jejím komplikacím, nevratným změnám, nemohoucnosti. K hlavním prostředkům patří časná a účinná preventivně zaměřená léčba. Obsahem jsou preventivní prohlídky, při kterých jsou zjišťovány data nutná pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik jedinců. Preventivní prohlídky mají převahu v sekundární prevenci a primární zdravotní péči (Čeledová, Čevela, 2010).

- ✓ **Terciární** – snaží se zmírnit následky poruchy zdraví, snížení vlivu faktorů vzniku nové ataky choroby nebo dekompenzaci zdravotního stavu (Blahutková, Matějková, Brůžková, 2010). Terciární prevence představuje rehabilitaci, tedy návratnou péči, která si dává za cíl oživit ztracené nebo snížené funkce těla tak, aby jedinec mohl opět plnit své běžné role, aby se mohl opět zapojit do pracovního procesu anebo aby se sám o sebe dokázal postarat a byl soběstačný. Rehabilitace je léčebná, pracovní, pedagogická a sociální. Rehabilitaci lze definovat jako proces, který má za cíl umožnit jedincům se zdravotním postižením, aby dosáhli a zachovali si nejlepší fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a nabídnout jim prostředky pro změnu jejich žití k dosažení vyšší úrovně nezávislosti (Čeledová, Čevela, 2010).

**Ochrana zdraví** vychází ze stanovení pravidel chování jedinců při vytváření a ochraně životních, ale i pracovních podmínek, prevenci vzniku šíření a omezení výskytu infekčních chorob, chorob z povolání a dozoru nad jejich dodržováním. Součástí musí být i sledování rizikových faktorů na všech úrovních bio-psycho-sociálního systému.

**Zdravotní výchova** by měla celkově zahrnovat znalosti, postoje a chování populace k aktivnímu zdraví. Do zdravotní výchovy je zahrnuta mimo formalizované formy vzdělání ve školách a zařízeních také sociální učení v primární rodině (Vosečková, Hrstka, 2007).

### **2.1.3. Programy na podporu zdraví**

Problém zdraví není věcí pouze úřadem působení ministerstva zdravotnictví, ale měl by se jí věnovat i stát, ale i všechna odvětví, protože rostoucí množství chronických onemocnění má vliv na celou ekonomiku. Jsou vynakládány značné finanční prostředky na lékovou politiku, které neúměrně zatěžují státní rozpočet. Státu se v každém případě vyplatí investovat do prevence (Marková, 2012).

Podpora zdraví se v rozličných podobách objevovala už v dokumentech, které předcházely zákonu č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon). Mezi dokumenty můžeme zařadit Bílou knihu (Národní program rozvoje vzdělávání v České republice), ale také dlouhodobé plány vzdělávání, jak České republiky, ale i krajů. Výchova ke zdravému životnímu stylu je v těchto dokumentech považována za jeden z hlavních cílů kurikulární reformy a stává se

důležitým nástrojem postupného a dlouhodobého ovlivňování průběhu vzdělávání (Řehulka, 2011).

K dalším dokumentům můžeme zařadit Strategii prevence sociálně patologických jevů 2001-2004 a Školní preventivní program pro MŠ, ZŠ a školská zařízení, z roku 2001. Tyto dokumenty poskytují některé faktické cesty vedoucí k tomu, aby školy začaly podporovat zdravý životní styl a vytvářely vhodné podmínky pro prevenci společensky nežádoucích jevů. Vytvoření takových strategií bylo dáno zjištěním, že mnoho mladistvých se nedokázalo vyrovnat se školními problémy a rozličnými životními situacemi. Zástupným řešením pro ně bývá zneužívání drog, alkoholu. K jednomu z doporučených programů pro zavádění prevence patologických jevů byl Program škol podporujících zdraví (Řehulka, 2011).

### 2.1.3.1 Zdraví 21

Problematiku prevence chorob a podpory zdraví se snaží řešit důležité dokumenty WHO, k těmto dokumentům můžeme zařadit **Zdraví pro všechny v 21. století**, které navazuje na program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny do roku 2000 a vychází z jeho zkušeností (Čeledová, Čevela, 2010). Podpora zdraví v České republice vycházela z vládního dokumentu **Zdraví 21 – dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století**. Program představuje celkový model péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj. Vypracovalo ho Ministerstvo zdravotnictví České republiky, s pomocí odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku společně s odpovídajícími oblastmi. Jde o rozsáhlý soubor aktivit, které jsou zaměřeny na neustálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu populace. V pojetí tohoto programu je systém péče o zdraví širokým sociálním systémem a jeho součástí je nejen zdravotnictví, ale i činnosti ostatních institucí, organizací, skupin i jedinců (Blahutková, Matějková, Brůžková, 2010). Tento program představuje model celkové péče společenství o zdraví a jeho rozvoj. Pro členské státy WHO je návrhem a návodem k řešení otázek péče o zdraví podle oblastních potřeb. Toto řešení žádá společnou účast všech skupin společnosti na zlepšování národního zdraví a společné odpovědnosti všech úřadů. V naší republice je spolupráce daných ministerstev umožněna při plnění „Akčního plánu zdraví a životního prostředí České republiky“ a podílením na plnění úkolů „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky, Zdraví pro všechny v 21. století“. Číslo 21 je odezvou na století, ve kterém je

program konán, ale i počtu cílů. Program byl pro jednotlivé země Evropy a plní jeho cíle podle svých konkrétních potřeb a podmínek (Machová et al., 2015).

Program Zdraví 21 je založena na pěti principech, a to: spravedlnost, solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast, etická volba. Obsahem spravedlnosti je, že všichni jedinci mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál. Obsahem solidarity je poskytnutí pomoci těm, kteří mají omezené možnosti nebo jsou ohroženi nepříznivými podmínkami. Trvalá udržitelnost je rozšířením předpokladu spravedlnosti o časový rozměr. Uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo ohrozit možnosti budoucích generací uspokojit své vlastní potřeby. Jedním ze základních lidských práv a zároveň i podmínkou bytí a rozvoje občanské společnosti je v tomto smyslu vlastní účast. Obecnou zásadou je etická volba, jednak protože, konzumní a tržní povaha společnosti může způsobit podcenění výše jmenovaných principů (Čeledová, Čevela, 2010).

Cílem programu Zdraví 21 je dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny, a to ochranou lidského zdraví v průběhu celého života. Program je určen celé společnosti, orientuje se na jejich potřeby, ale je nutná její účast. Možnost rozvíjet a udržovat svůj vlastní potenciál mají mít právo všichni lidé. Program znamená hodnotovou normu, kterou nelze legislativně vynutit (Čeledová, Čevela, 2010).

### 2.1.3.2 Zdraví 2020

8. ledna 2014 bylo vydáno usnesení vlády České republiky o **Zdraví 2020 -Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**. Národní strategie čerpá z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020.

Je rámcovým souborem pro rozvíjení veřejného zdraví v ČR a současně i nástrojem pro naplnění programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“ v ČR. Tato strategie navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21, je uskutečněním potřeby vlády na aktualizaci tohoto strategického dokladu a vychází z jeho analýzy. Také Národní strategie čerpá i z ratifikované Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví. Tato strategie je rozpracována do implementačních dokumentů podle stanovených priorit zdravotního stavu lidstva ČR, podpory a ochrany veřejného zdraví a prevence nemoci a dalším předmětem veřejného zdravotnictví a zdravotní péče.

Hlavním cílem Národní strategie je vylepšit zdravotní stav obyvatelstva ČR a snižovat přítomnost chorob a předčasných úmrtí, kterým lze zabránit.



Dosáhnout naplnění této hlavní mety lze dosáhnout rozvojem spolupráce mezi úřady a zapojením všech úrovní veřejné správy do plnění dvou strategických cílů vzájemně souvisejících:

- ✓ Zlepšit zdraví jedinců a snížit rozdílnosti v oblasti zdraví;
- ✓ Posílit roli veřejné administrativy ve sféře zdraví a přizvat k vedení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jedince.

Důležitou podmínkou k dosažení hlavních ideálů a priorit Národní strategie je začlenění nejen všech součástí státní správy a společnosti s důrazem na účast skupin i jednotlivců. Výsledný dopad, tedy dobrý zdravotní stav společnosti, bude výhodou pro všechny skupiny i celé společnosti.

Nejdůležitější vizí je rozvíjení systému veřejného zdravotnictví a upevnění systému prevence nemoci a podpory a ochrany zdraví s navozením efektivních a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva (Zdraví 2020).

Otázka zdraví není věcí jenom oblasti ministerstva zdravotnictví; touto otázkou by se měl zabývat stát, ale i všechna odvětví, protože roste počet chronických onemocnění, což má dopad na celou ekonomiku. Jsou vynakládány značné finanční prostředky na lékovou politiku, což značně zatěžuje rozpočet státu. Proto se v každém případě vyplatí státu investovat do prevence. Existuje velké množství poraden pro podporu zdraví, které jsou součástí zdravotních ústavů nebo jsou součástí specializovaných ambulancí nebo i jiných zdravotnických zařízení. Mnoho z těchto zařízení má stanovy nestátní neziskové organizace, občanského sdružení nebo svépomocné skupiny. Zmíněné poradny poskytují poradenství odděleně od jednotlivých oblastí životního stylu, nejčastěji jde o poradny zdravé výživy nebo odvykání kouření (Marková, 2012).

Intervenční projekty podpory zdraví mají za cíl vhodně ovlivňovat životní podmínky a výchovu ke zdravému způsobu bytí v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných skupinách na regionální i celostátní úrovni. V různých programech a projektech se vyskytuje koncepce podpory zdraví v České republice. Pro snazší orientaci ve velkém množství preventivních programů a projektů podporujících zdraví jsou rozděleny podle různých hledisek.

#### **Třídění programů podpory zdraví podle definice cílové skupiny:**

- ✓ programy pro skupiny s definovaným rizikem (ČR se přihlásila k mezinárodní iniciativě „Rámcová úmluva o kontrole tabáku“, díky této smlouvě je předpoklad vzniku Center léčby závislosti na tabáku přímo ve zdravotnických zařízeních),

- ✓ programy pro specifická společenství,
- ✓ programy pro sociální kontexty,
- ✓ programy pro cílové věkové skupiny.

**Třídění programů podpory zdraví podle věcného obsahu:**

- ✓ programy, které jsou zaměřeny na rizika,
- ✓ programy orientované na diagnózy.

**Třídění programů podpory zdraví podle použitých metodologií:**

- ✓ zdravotněpolitické,
- ✓ mediální,
- ✓ osvětové,
- ✓ komunitní,
- ✓ aktivistické.

Třídění programů může být rozděleno také podle toho, kdo je realizátorem preventivních aktivit. Můžeme sem zařadit ministerstva, příspěvkové organizace odvětví, obce, mikroregiony, kraje, školy a školská zařízení, neziskové organizace, zdravotní pojišťovny.

Pro školní děti a mládež mohou být preventivní aktivity pro podporu zdraví v podobě informačních materiálů, besed a přednášek, interaktivních programů (soutěže pro děti), mediálních aktivit (kampaně, propagační akce) a v neposlední řadě mohou být v podobě poradenských služeb (Blahutková, Matějková, Brůžková, 2010).

### **2.1.4 Výchova ke zdraví**

Výchova patří k základním pojmům a tématům pedagogické psychologie. V naší kultuře patří výchova ke vzdělání a vzdělávání, proto se tradičně píše a mluví o výchovně vzdělávacím procesu. Společenskou praxí prověřená pravidla, kterými se při výchově musíme řídit, jsou zásady obecně platné. K těmto zásadám patří soustavnost, plánovitost, přiměřenost, důslednost, zásada jednoty výchovného přístupu, aktivita a názornost (Heller, 2014). Výchova je proces, který je zaměřena na osobnost jedince a má za cíl dosáhnout kladných změn v jeho vývoji. Rozdílná pojetí výchovy byla ovlivněna sociokulturními podmínkami a rozdílnými koncepcemi pojetí člověka. Někteří autoři chápou výchovu tak, že jde o plně řízený proces, při kterém dochází k ovlivnění nehotového člověka učitelem nebo institucí, který je naplněn snahou podřídit ho normám společnosti. Účinek výchovy může být závislý na míře zvnitřňování výchovných vlivů vychovávaným člověkem. K tomu dochází tehdy, zda je jedinec otevřen pedagogickému působení, odpovídají jeho

zkušenosti, pokud se vytvoří v jeho podvědomí potřeby zdokonalení, stát se subjektem vlastního utváření. Pokud se na výchovu podíváme z moderního hlediska, je výchova zejména procesem záměrného a cílevědomého vytváření a ovlivňování podmínek, které umožňují optimální rozvoj každého člověka v souladu s individuálními vlohami a podnětná jeho vlastní snaha stát se skutečnou, vnitřně sjednocenou osobností (Průcha, Walterová, Mareš, 2013)

Reforma ve školství, která probíhá, plně zohledňuje potřebu výchovy ke zdraví, což je vymezeno v cílech základního vzdělání (Řehulka, 2011). Je potřeba žáky učit aktivně rozvíjet a ochraňovat duševní, fyzické a sociální zdraví a být za tento rozvoj zodpovědný (RVP ZV, 2013). Výlučná role v tomto směru připadá vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, a to ve vzdělávacích sférách Člověk a jeho svět. Tělesná výchova a výchova ke zdraví, navíc je vzdělávací obor Výchova ke zdraví propojen s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova. Pro uskutečnění účelné výchovy ke zdraví poskytují reformní doklady všechny nezbytné předpoklady, jasně stanoví cíle, vymezují odpovídající obsah otázek, které se vztahují ke zdraví, poskytují metodické pokyny, návody. Bohužel i přes to výchova ke zdraví nedosahuje očekávané výsledky. Jde o další neočekávání, které vyplývá ze současné běžné skutečnosti reality (Řehulka, 2011).

Rámcově vzdělávací program pro gymnázia se sportovní přípravou (dále jen RVP GSP) přibližně rozděluje vzdělávací obsah na čtyřletých gymnáziích se sportovní přípravou a na vyšším stupni víceletých gymnáziích se sportovní přípravou na osm vzdělávacích oblastí. Dané vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově nedalekými vzdělávacími obory. Vzdělávací oblast Člověk, sport a zdraví se vzdělávacími obory Výchova ke zdraví, Tělesná výchova a Sportovní trénink ve svých jednáních navazuje na vzdělávací oblast v základním vzdělávání. Pro nadané sportovce, kteří absolvují uspořádaný sportovní trénink, se tato oblast stává stěžejní oblastí. Pokud srovnáme obdobnou oblast všeobecného vzdělání na gymnáziu je obsah i výstupy značně rozšířeny. Při vzdělávání na gymnáziích se sportovní přípravou má výchova ke zdraví zejména praktický a aplikační charakter, tělesná výchova usiluje o neustálý vztah k pohybovým činnostem a nejlepší rozvoj fyzické, psychické a sociální zdatnosti. Sportovní trénink žáků začleňuje samotný trénink ve zvolené sportovní specializaci, všestrannou motorickou přípravu a teorii sportovní přípravy (RVP GSP, 2007; RVP G, 2007).

Výchovu ke zdraví můžeme v širší představě chápat, jako snahu o oporu zdraví a o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, a to uplatňované v průběhu celoživotního vzdělávání. U žáků má vést výchova ke zdraví k uvědomění si zdraví jako hodnoty a tvořit si žádoucí postoje ke svému vlastnímu zdraví, poskytnout základní vědomosti o ochraně a prevenci zdraví, upevňovat správné stravovací, hygienické, pracovní a mnohé další potřebné návyky, ochraně proti škodlivým látkám, předcházením úrazů a situacím, které ohrožují zdraví v každodenních situacích, v souvislosti života rodiny, vrstevnických skupin, hlavně v období adolescence (Průcha, Walterová a Mareš, 2013).

Výchova ke zdraví si klade za cíl motivovat jedince bez ohledu na stáří k péči o své zdraví. Přiměřené znalosti a vědomosti, jak pečovat o své zdraví, by měl mít každý člověk. Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, které zvětší zdravotní povědomí jednotlivce i společnosti, rozšiřují vědomosti o zdraví, učí zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví. Pozornost výchovy ke zdraví je zaměřena na úroveň jedince, skupiny, obyvatelstva, a proto probíhá na třech úrovních, a to na individuální, komunitní a celospolečenské. Zahrnuje činnosti, jejichž cílem je poskytnout jedincům přístupným způsobem velké množství informací o možnostech a činnostech, jak předcházet onemocněním, zlepšit vědomosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést jedince k aktivnímu zájmu o své zdraví a také ke změně chování, které vede k posílení zdraví. Výchova ke zdraví je obor využívající poznatky z řad vědních oborů jako lékařských, sociálních, psychologických a pedagogických (Čeledová, Čevela, 2010).

### **Podpora zdraví ve škole**

Podpora zdraví a zdravého způsobu života ve školním prostředí patří k významným součástem práce školy. Škola se sama svou činností podílí na zdravotních rizicích. Stránka duševní je ovlivněna přetěžováním a uvádí žáky do napětí a stresových situací, stránka tělesná je ovlivněna nucením polohy vsedě a celkově omezuje tělesný pohyb, dochází k těsnému kontaktu dětí a dochází k zvýšené pravděpodobnosti přenosu nákazy, po stránce sociální je riziko konfliktů. Výše zmíněná rizika je nutné v maximální možné míře potlačit a minimalizovat jeho negativní důsledky (Machová et al., 2015).

K ochraně žáků před přetěžováním a stresem patří respektování biorytmu; na to by se nemělo zapomínat při sestavování rozvrhu hodin, určování doby plnění náročných úkolů. Je nutné respektovat délku doby udržení pozornosti při vyučování, je nutné pamatovat při výuce na brzké střídání jedné činnosti druhou, aby došlo k zátěži jiné oblasti mozku

a umožnila obnovení neuronů, které byly zatíženy při předchozí činnosti. Nutné je také dodržovat denní pracovní dobu žáka, proto nepřetěžovat žáky náročnými domácími úkoly, a to hlavně ve dnech odpoledního vyučování. K další ochraně žáka před přetěžováním a stresem patří dodržování délky přestávek mezi vyučováním. Není přístupné zkracovat přestávky žáků učiteli. Žáci mají o přestávkách opravdu relaxovat a nemají v této době pokračovat ve školní práci. Je nutné věnovat péči žákům s trvalou či přechodnou změnou stavu nebo v období rekonvalescence po nemoci a to tím, že se doporučuje neklasifikovat žáka po návratu do školy po dobu, která odpovídá přibližně polovině dnů z celé absence. Na začátku čtvrté vyučovací hodiny je vhodné zařazovat každodenně relaxační cvičení. Je nutné zamezit neúměrným nárokům a tlakům rodičů na děti ohledně školním výsledkům práce. Nutné je dbát o hodnotu mezilidských vztahů a bezpečnosti školního prostředí a tím dochází k zabraňování a předcházení konfliktů mezi žáky (Machová et al., 2015).

Ochrana žáků před nedostatkem pohybu by měla být zabezpečena v průběhu vyučování prováděním podle potřeby tělesných cvičení a relaxací, a pokud to dovolí charakter práce, je vhodné umožnit žákům pohyb z místa. V průběhu přestávek příležitostně zabezpečit pohybovou aktivitu, ale musí být zajištěna bezpečnost. Preferovat radost z pohybu v hodinách tělesné výchovy, neklást důraz na výkonost a snažit se přivést dítě k oblibě některé ze sportovních činností, která by se mu pak stala potřebou celoživotní (Machová et al., 2015).

Ochranu žáků před statickým zabezpečením má zajistit sedací nábytek, aby měl nutnou stabilitu a odpovídal vzrůstu jednotlivých dětí. Při psaní a čtení je nutné dbát o správné dodržování pracovní polohy a v době vyučování dbát na správné sezení a správné držení těla. Rodiče i žáci jsou poučeni o vhodné hmotnosti aktovek. Žákům, kteří jsou zdravotně oslabeni, je škola podle doporučení lékaře povinna zajistit uložení všech pomůcek k výuce ve škole (Machová et al., 2015).

Ochrana žáků před infekcemi je zajištěna častou a účinnou výměnou vzduchu větráním a zajištěním správné teploty a vlhkosti vzduchu v učebně. Vzduch nesmí být příliš suchý, ale ani příliš vlhký. K zabráněním kapénkové infekce, ale i alimentárním nemocem je vhodné používat kapesníky při kašli, rýmě, dodržovat hygienu rukou a zajistit zdravotní osvětlu. Je nutné provádět soustavně otužování vzduchem, ale i vodou (Machová et al., 2015).

Ochranu žáků před dehydratací je nutné zajistit distribuci nápojů hygienicky nezávadným způsobem a dbát o správný výběr nápojů (Machová et al., 2015).

### **Projekt „Škola podporující zdraví“**

V celoevropském měřítku se úspěšným projektem podpory zdraví ve školní prostředí stal projekt „**Škola podporující zdraví**“. K publikování této myšlenky došlo Školskou jednotkou zdravotní výchovy ve spolupráci s WHO už v roce 1989 nesoucí název „Zdravá škola“. Projekt vycházel z holistického modelu zdraví, měl svou vlastní filozofii a orientoval se na soustavné včlenění podpory zdraví do všech činností, které škola vytváří, a to na nejširší možné základně. Konkrétní cíle byly shrnuty do čtyř bodů, které zahrnují orientaci na zdravý životní styl u všech členů školského prostředí, vytváření kladné atmosféry, nenucená spolupráce s rodiči a obcí a k poslednímu bodu bylo přiřazeno zavádění a užívání takových vyučovacích metod podporující zdravý rozvoj dítěte po všech stránkách (Machová et al., 2015).

Rada Evropy, Evropská komise a Evropská regionální úřadovna Světové zdravotnické organizace se sídlem v Kodani stály na počátku celosvětového hnutí škol, které podporovaly zdraví. K tomuto hnutí se přidala skupina zemí a v roce 1992 i Česká republika pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky. K prvotním sítím škol bylo přijato jednorázově celkem 94 škol povinné úrovně vzdělání. Rok 1995 byl rokem, kdy byly zveřejněny výsledky pilotního výzkumu, který prokázal, že k nejvýznamnějším přínosům projektu patřilo mimo zlepšení zdraví fyzického zejména zlepšení aspektů zdraví psychosociálních. V tuto dobu projekt získal i podporu MŠMT České republiky (Machová et al., 2015).

Rokem 1996 převzal záštitu na projektu Státní zdravotní ústav. Pro novou etapu byly zpracovány tzv. rukověti podpory zdraví pro předškolní a povinné školní vzdělávání. Vzniklé materiály se staly velkou inspirací pro učitele. Nápad školy, které podporují zdraví, se rozšířil i do škol, které oficiálně do projektu nebyly zapojeny (Machová et al., 2015).

Program podpory zdraví ve škole obsahuje tři pilíře podpory zdraví, a to pohodu prostředí, zdravé učení a otevřené partnerství. Rokem 2000 je vstup do Národní sítě umožněn novým zájemcům ze strany škol a síť zůstává trvale otevřená (Machová et al., 2015).

Existující výsledky ukazují, že k největšímu přínosu školám podporující zdraví patří kladná atmosféra, která se v daných školách podařila vytvořit a s tím i související příznivé výsledky socializace dětí v oblasti chování. Toto jsou důležité předpoklady pro rozvoj zdravého a duševního a tělesného vývoje dětí a efektivity práce školy (Machová et al., 2015).

Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání a pro základní vzdělávání jsou plně v souladu s filozofií projektu „Škola podporující zdraví“. K velkým výhodám škol, které jsou v projektu nebo do něho nově vstupují, patří to, že je podporován státem, tedy Ministerstvem zdravotnictví České republiky a opatřován a konán Státním zdravotním ústavem a krajskými koordinačními týmy. Proto nakládá značnou metodickou oporou; o tom svědčí každý rok bohatá nabídka přednášek, workshopů a mnoho dalších akcí pro učitele daných škol a velké množství metodických publikací, které byly v rámci tohoto projektu vydány. Školy, které jsou certifikovány a jsou zapojeny do projektu, se rozlišují emblémem Zdravá škola nebo Zdravá mateřská škola (Machová et al., 2015).

Podpoře zdraví a primární prevenci se musíme věnovat dříve, než onemocníme. Předcházení chorobám je podobné jako předcházení požáru. Pokud již došlo k vypuknutí požáru, je potřeba rychle uhasit, aby škody byly minimální. Vždy se to, ale nepodaří, podobně jako s nemocí. Po zjištění příčin požáru se často zjistí, že jej způsobilo zbytečná nedbalost nebo riskování. Aby se snížilo riziko, stačí přijmout taková preventivní opatření, aby požár vůbec nevznikl. Stejně tak je důležité, aby škola motivovala žáky, ale i jejich rodiče), aby přijali takový životní styl, který bude co nejméně poškozující zdraví v období, kdy jsou ještě zdraví (Boudová et al., 2015).

## **2.2 Osobnost adolescenta**

Žáci, kteří studují na gymnáziích, spadají z hlediska vývojové psychologie do skupiny dospívání, jež se nazývá adolescence.

### **2.2.1 Osobnost**

Osobnost lze velmi jednoduše charakterizovat jako celkový a poměrně ustálený řád, který pracuje jako komplex, složený se navzájem propojených tělesných a duševních znaků a projevuje se odezvou na rozdílné motivy a případy. Na rozvoj osobnosti se podílí nejen faktor dědičnosti, ale i vliv prostředí, tedy faktory vnitřní a vnější. Osobnostní vlastnosti neboli rysy, jsou zobecňující charakteristiky, které umožňují formulovat individualitu

osobnosti jedince, a tím i jeho odlišnost od ostatních osob. Jsou to relativně věčné a pevné vlastnosti, projevují se velice podobně za rozdílných okolností a zásadně se nemění ani v rozdílném čase. Soubor základních osobnostních rysů tvoří pro každého jedince typický osobnostní charakter (Vágnerová, 2010).

Kohoutek (2006, s. 54) definuje „*osobnost je konkrétní člověk formující se v přírodních, historických a společenských podmínkách a procházející svou individuální životní vývojovou cestou*“. Osobnost je utvářena během společensko-historického vývoje. Je nejenom produktem, ale současně i spolutvůrcem. Toto utváření je ovlivněno nejen dědičností, ale i biologickou kvalitou organismu. U osobnosti popisujeme primární a sekundární vlastnosti. Primární neboli vrozené jsou přírodní, přirozenou podstatou jedince. Dochází zde k projevům rodové zvláštnosti jedince. O sekundárních neboli získaných vlastnostech mluvíme tehdy, kdy vznikly na základě ontogenetického vývoje jedince. Jak uvádí Kohoutek (2006), jsou tyto vlastnosti ovšem závislé na vrozených vlastnostech.

### **2.2.2 Adolescence**

V období adolescence dochází k celkové změně dítěte v dospělé osobu. Období je doprovázeno změnou sebepojetí, dochází k utváření dospělé identity a budování sebeúcty. Vývoj biologický, psychický a sociální zahrnuje tělesnou zralost, schopnost rozmnožování, rozvoj kognitivních schopností a introspekce, emoční vývoj, dochází k postupné stabilizaci prožívání a regulaci chování. K sociálnímu vývoji můžeme zahrnout postupné přijímání role dospělého a k tomu lze zařadit i přípravu na budoucí povolání. Jde o období, kdy jedinci získávají první partnerské i sexuální zkušenosti (Blatný, 2016).

Ze sociologického hlediska je adolescence obdobím, kdy se dospívající učí hrát roli dospělého jedince, začlenit se do společenského života a organizací společnosti. Jde o jakousi vložku mezi dětstvím a dospělostí. Důležité je to, aby byl jedinec schopný sám rozlišit svou sociální pozici a věděl, co společnost po něm žádá. Je to období dvoustranné, protože mladý jedinec se současně zaučuje do života ve společnosti a zároveň se často vůči ní kriticky vymezuje. Toto období vymezuje výraz, že jsou „samá ruka, samá noha“, což vyjadřuje překotnost tohoto vývoje, danou neohrabaností a problémy, které jsou spojeny se svým sebeprožíváním. Toto způsobuje adolescentovi značnou zátěž. Jde o období hájení, společnost by je měla posuzovat shovívavěji, aby byly zmírněny krize, které doprovázejí hledání a rozvoj adolescenta. Samozřejmě toto je ideál, který nebývá vždy dosažen, hlavně



z důvodu, že není jasné v čem má hájení spočívat. Požadavky na adolescenta jsou relativně vysoké, výjimkou je to, že se o sebe velmi často nemusí starat ekonomicky. Uznání a existenci mladých jedinců jako společenskou skupinu zpětně ovlivňuje i starší příslušníky společnosti, kteří usilují o působení vypadat mladistvě, pokud jde o fyzický vzhled, ale i chováním a oblékáním (Jandourek, 2012).

Průcha, Walterová a Mareš (2013) označují adolescenci věkovým obdobím dospívání. V české literatuře nacházíme čtyři pojetí dospívání. Tradiční **pojetí pedagogicko – psychologické** vychází ze starších, výchovně psychologických publikací a dospíváním se rozumí období mezi ukončením puberty a příchodem časné dospělosti. V dnešní době se v naší psychologii je prosazováno anglosaské pojetí, které vypouští pubertu a rozlišuje adolescenci na ranou, střední a pozdní adolescenci. **Pediatrický přístup** se přiklání ke kombinaci obou zmíněných. Pediatrie používá rozsáhlejší označení dospívání pro celé období adolescence, ale pojem puberta vztahuje pouze pro endokrinně podmíněný proces somatického zrání a stoupajícího výšvihu. V **sociologickém a pedagogickém pojetí** jsou jedinci v období označováni jako mládež. Mládež je sociální skupina, kterou tvoří jedinci ve společnosti již neplnící roli dětí, ale společnost je neuznává ještě jako dospělé. Mládež se vyznačuje typickým chováním a myšlením, má jiný systém vzorů, hodnocení a norem. Každé pokolení mládeže napodobuje určité kulturní hodnoty dané společností, jiné odmítá a tvoří nové hodnoty. Proto v období socializace mládeže vzniká určité napětí, které je způsobené větší schopností prosazovat nové věci, ale naopak menší ochotou společnosti tyto změny připustit. Účast mládeže na vzdělání z pedagogického hlediska se stává důležitým faktorem pro rozvoj lidských zdrojů, vzdělanosti a ekonomických možností země. Pojem mládež se v legislativních dokumentech třeba v oblasti sociální péče je užíván pro děti a mladé jedince do dosažení 18. roku, aniž by byla vymezena dolní hranice věku, či s dolní hranicí kolem tří let.

#### 2.2.2.1 Časové vymezení adolescence

**Raná adolescence**, též označovaná jako pubescence. Toto období zahrnuje prvních pět let adolescence. Je to období přibližně mezi 11. – 15. rokem, s určitou individuální variabilitou. Jde o období, při kterém dochází k nejnápadnější změně v tělesném dospívání, společně s pohlavním dozríváním. Dochází ke změně zevnějšku, což se stává podnětem ke změně sebepojetí a chování okolí. Dochází ke změně způsobu myšlení, emočnímu prožívání. Začíná osamostatňování, velký význam mají pro jedince vrstevníci. Starší

pubescenti se snaží odlišit od dětí, ale i dospělých. Významným mezníkem tohoto období je ukončení povinné školní docházky. Dochází ke ztrátě starých jistot a snaží se posilovat potřebu orientaci v nové situaci a potřebu nové stabilizace. Potřebu jistoty v tomto období je potřeba zaměřit jinam než rodinu, která tuto funkci již splnila. Potřeba citové akceptace velmi úzce souvisí s potřebou jistoty. Je potřeba přijatelné pozice ve světě. Je nutné si tuto pozici vydobýt. Je to období zvýšené nejistoty (Vágnerová, 2012).

**Pozdní adolescence** je období dalších 5 let života, asi od 15 do 20 let, samozřejmě s individuální variabilitou, a to zejména v oblasti sociální a psychické. Pohlavní dozrání je biologicky vymezeno vstupem do pozdní adolescence. Je to období, ve kterém dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Je to období komplexnější psychosociální proměny, dochází ke změně osobnosti dospívajícího, ale i jeho společenské pozice. Sociálním mezníkem tohoto období je ukončení profesionální přípravy, společně s nástupem do zaměstnání nebo pokračováním studia. Na základě tady těchto skutečností dochází k dosažení nebo naopak oddálení ekonomické samostatnosti. Dochází k potvrzení určité sociální identity, dospívající získávají nové role s vyšší prestiží. Dochází ke stabilizaci a zklidnění vztahů s rodiči. Dochází k rozvoji vztahů s vrstevníky, zejména v oblasti partnerské. V 18 letech dosahuje plnoletosti, která nemá pouze právní charakter, ale je i sociálním mezníkem dospělosti. Jde o období, které je zaměřené na hledání a rozvoje vlastní identity. Je zde snaha o sebepoznání uskutečňované v rámci vrstevnické skupiny. Jedinci usilují o různé změny a snahou je jejich prosazování. Pozdní adolescence je vnímána jako období volnosti, dostatek svobody, ale minimální odpovědnost. Významem pozdní adolescence je poskytnou jedinci možnost a čas, aby porozuměl sám sobě, osamostatnil se, zvolil si, čeho chce v budoucnu dosáhnout. Je to období, ve kterém je zdroj napětí, protože tempo psychického, sociálního, ale i biologického vývoje bývá rozdílné (Vágnerová, 2012).

#### 2.2.2.2 Kognitivní změny

Na začátku adolescence dochází k nárůstu kognitivních schopností. Jedinci začínají mít schopnost uvažovat abstraktně a hypoteticky. Z tohoto důvodu se mohou věnovat různým abstraktním tématům – zejména, co je demokracie, spravedlnost nebo smysl života, čím se mladí lidé často zabývají. Jejich zájem je i o abstraktní jevy, často se zabývají i kreativním myšlením (Blatný, 2016).

V období adolescence pokračuje rozvoj kognitivních schopností, které jedinec dosáhl v předchozích letech. Mezi 9. a 17. rokem dochází k rozvoji schopnosti rozumově

zpracovat větší množství vstupních informací. Dochází k rychlejšímu zpracování těchto informací v průměru o polovinu. Mezi 9. a 15. rokem dochází k narůstání schopnosti potlačovat nežádoucí podněty (Blatný, 2016).

Adolescenti mají přesnější a podrobnější představu o svých rozumových schopnostech, více se jimi zabývají a lépe je využívají. Rozvíjí se jejich schopnost porozumět vlastním paměťovým schopnostem a učení. Díky těmto schopnostem mohou zjistit, jakou strategii učení a přípravy do školy mají použít, aby byli co nejefektivnější.

V tomto období dochází k rozvoji schopnosti organizovat myšlení a chování, jejichž účelem je dosažení určitého cíle. Dokáží dobře plánovat (Blatný, 2016).

U dospívajících dochází k vývojovým změnám v oblasti sociálně kognitivního myšlení. Jde o oblast kdy, uvažují o druhých jedincích a vztazích mezi nimi. Adolescent uvažuje o tom, jak ostatní lidé uvažují o jeho myšlení (Blatný, 2016).

Jazykové a výrazové prostředky jedinců v tomto období vývoje se v podstatě neliší od jazykové vybavenosti dospělých. V řeči jedinců se však objevují slangové výrazy, zvláštní slovní obraty, které si tvoří uvnitř svých společenství. Tento slang se rychle mění a projevuje se v něm i způsob komunikace, která je používaná v elektronických komunikačních prostředcích. Tvoří systém zkratk pro určité výrazy, ale i slovní spojení (Blatný, 2016).

### 2.2.2.3 Emoční změny

Biologické změny jsou spojeny s oslabením autoregulace emocí a chování. V počátku adolescence dochází k určitému nárůstu citových potíží, problémů v chování a častějším konfliktům s autoritami (Blatný, 2016).

V tomto období dochází k nerovnoměrnému dozrání mozkových center, což má u adolescentů za následek nedostatek sebeovládání. Zvýšená impulzivita a silné emoci souvisejí se změnami v limbickém systému. Dospívající jedinci nedokáží v emočně vypjatých situacích schopnost využít svých kognitivních schopností (Blatný, 2016).

Zvýšená hladina dopaminu má za následek silnější potřebu vzrušujících zážitků a z toho plyne často problém rizikového chování. Tato potřeba svou přizpůsobivou stránku. Nějaká míra rizika je pro tvorbu nezávislosti na dospělých nutná. Jedinci v tomto věku mají menší obavy pouštět se do nebezpečných aktivit, zkoušet nové věci v různých

oblastech života a využívat nové možnosti. Bohužel, rizikové chování sebou může nést celoživotní nepříznivé následky (Blatný, 2016).

V období rané dospělosti se často vyskytují různé psychické potíže. Labilita emocí má sklon k obsedantnímu uvažování. Jedinci bývají velmi citliví na různé poznámky jak od dospělých, tak i spolužáků, kterým často přiřazují přílišný význam. Často se v tomto období vyskytují sebevraždy. Kromě kognitivních a emočních změn mohou zde hrát roli školní požadavky, které se stávají náročnějšími, které vyplývají z přechodu na vyšší stupeň (Blatný, 2016).

Jedinec v období rané adolescence projevuje v jednání i myšlení zvýšenou pozornost zaměřenou na vlastní osobu. Věnují velkou pozornost úpravě svého zjevu a svému chování. Nepříjemnou stránkou je obava ze ztrapnění a pocitu studu i v úplně neodůvodněných situacích (Blatný, 2016).

#### 2.2.2.4 Identita dospívajících

K jednomu z hlavních úkolů adolescenta je rozvíjet pocit sebe jako samostatného jedince. Jedinci v tomto období postupně přijímají nové role, které jsou spojené s dospělostí a vybírají si hodnoty a dlouhodobé cíle. Utváření identity je dlouholetý průběh, do kterého je zařazeno velké množství výzev a úkolů. Některé závazky byly přijímány ještě před dopíváním, některé budou přijímány až v období mladé dospělosti. Utváření totožnosti se odráží v jejím postupném rozlišení. V počátku dospívání jde zejména o celkové úsilí odmítnout alespoň navenek všechny podstatné znaky dětství. Potřeba k vytvoření a předvádění vlastní totožnosti má často podobu veřejné svéráznosti (Blatný, 2016).

#### 2.2.2.5 Socializace

Od přechodu dětství v dospívání zvolna narůstá potřeba odstupu od rodičů. Adolescenti s nimi již nesdílejí své vnitřní záležitosti, ztrácí se i jejich komunikační přirozenosti. Udílení rad a nadměrná rodičovská starostlivost dospívajícím vadí. Zejména první polovina dospívání je charakteristická značnou kritičností k rodičům, která je naopak v kontrastu k vrstevníkům. V období mezi 13. a 17. rokem značně slábne kladné ztotožnění s rodiči (Blatný, 2016).

Na vývoj v období adolescence má vliv i výchovný rodičovský styl. Pokud převládalo násilné a autoritářské vedení, má negativní vliv, způsobuje nadměrnou sebekontrolu

a sníženou sebeúctu adolescenta. Pokud mladí lidé byli v období dospívání provázeni minimem těchto konfliktů, mají větší sebedůvěru, tvoří si dobré vztahy s učiteli (Blatný, 2016).

Jde o období vývoje, při kterém u dospívajících dochází k postupnému prohlubování nezávislosti na dospělých. Je pravda, že se někdy může jednat spíše o určitou pózu před svými vrstevníky. Osamostatňování napomáhá, pokud adolescent ví, že se jemu drží palce a věří v jeho způsobilost. V určitém období dospívající potřebují sdílet své zkušenosti a rozmlouvat o různých tématech s jinými dospělými než s rodiči (Blatný, 2016).

Se svými vrstevníky adolescenti tráví více někdy až dvojnásobný, oproti času strávenému s rodiči či jinými dospělými. Skupina vrstevníků tvoří stěžejní oporu při utváření osobní identity. K jedné z nejdůležitějších sociálních potřeb tohoto období je přijetí vrstevnickou skupinou. Podmínkou je ale přizpůsobení se požadavkům skupiny, což může vést i u bezproblémového dítěte k nejrůznějším přestupkům. V dnešní době, díky internetovým sociálním sítím nemusí dnešní adolescenti tyto skupinové potřeby naplňovat pouze prostřednictvím osobních vztahů (Blatný, 2016).

Nejen na osobnostním, profesním, ale i sociálním vývoji se podílí další socializační prostředí, mezi která můžeme zařadit zájmové kroužky a volnočasové skupiny. Účast v těchto skupinách je vhodná zejména pro dospívající, kteří žijí v nepříliš funkčních rodinách (Blatný, 2016).

#### 2.2.2.6 Sexualita a partnerství

Období dospívání je spojeno s experimentováním v oblasti erotiky a témata týkajících se vztahů jsou nejčastějším námětem rozhovorů. Somatické zrání sebou přináší zájem o druhé pohlaví jiným pohledem než doposud. Tento zájem, zejména u chlapců se objevuje erotická zvědavost, aniž by měli touhu po partnerství. V průběhu dospívání však narůstá touha po partnerství a s věkem získávají partnerské vztahy na kvalitě. V druhé polovině dospívání nejčastěji dochází k zahájení pohlavního života. První pohlavní styk znamená mezník v psychickém, sociálním a biologickém smyslu (Blatný, 2016).

V období dospívání sexuální prozkoumávání může zahrnovat i homosexuální experimenty, které jsou přítomny i bez ohledu na sexuální orientaci jedince. Homosexuálně orientovaní jedinci si v této době začínají uvědomovat svou rozdílnou sexuální orientaci (Blatný, 2016).

### 2.2.2.7 Adolescent a zdraví

Adolescent, který je zdravotně gramotný, ví, co zahrnuje správný životní styl a chápe důležitost životosprávy pro zdraví v dlouhodobém měřítku. Uvědomuje si, že životní styl je v jeho rukou (Janovská, 2016). Zdravotní gramotnost má být předpokladem pro zdravý životní styl, který se prolíná do kvality života a vyjadřuje celkovou spokojenost se životem a paušální pocit pohody osobní, psychické a životní spokojenost (Řehulka, 2016). Světová zdravotnická organizace definuje zdravotní gramotnost jako kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci jednotlivců a jejich schopnost přijímat, chápat a využívat informace zdravým způsobem (Rask, 2014).

Zdravotní gramotnost patří ke klíčovým determinantům zdraví v současné společnosti, která je charakterizovaná bohatými informacemi. Výsledky studií naznačují, že k odstranění nedostatků v oblasti zdravotní gramotnosti obyvatelstva jsou důležité politické intervence, které se musí zaměřit na propagaci zdravotní gramotnosti, a to zejména u osob, které žijí v sociodemograficky znevýhodněné společnosti (Furuya 2013). Zdravotní gramotnost by neměla zahrnovat pouze zdravotní výchovu, která se týká individuálního životního stylu, ale měla by zahrnovat i podporu posílení postavení jednotlivců a komunit k činnostem na ekonomických, sociálních a politických faktorech (Mogford, 2011).

V tomto věku by si jedinec měl uvědomit, že zdraví není samozřejmé a je nutné o něho pečovat. Chápe nutnost o své zdraví pečovat, dodržovat prevenci a uvědomuje si, že může negativně i pozitivně ovlivnit nejen své zdraví, ale celý svůj další život svým chováním (Janovská, 2016).

U zdravotně vzdělaných osob se očekává, že dokáží rozpoznat základní příznaky nemoci, mají povědomí o volně prodejných lécích. Rozumí skutečným rizikům vzniku úrazu nejen v normálním životě, ale i při mimořádných činnostech a jeho chování je zodpovědné (Janovská, 2016).

## 2.3 Postoje

Postoj *„lze chápat jako individuální protějšek společenské hodnoty a hodnotu jako to, co je objektem společensky důležitým“* (Švamberk Šauerová, et al. 2016, s. 16). Jinými slovy postoj určuje vztah ke konkrétní hodnotě. Postoj lze také definovat jako naučené sklony k celkově příznivé nebo nepříznivé činnosti na daný předmět, jedince nebo událost.

Zmíněná definice zdůrazňuje tři rysy postojů a to, že jsou naučené, soudržné a týkají se nepříznivých i příznivých činností. Další definice postoje popisuje jako pevné systémy kladného nebo záporného hodnocení, emoční dojmy a technik jednání, které se týkají sociálních záměrů. Tato definice ještě zdůrazňuje, že postoje se týkají jak jednání, tak i činností. Ostatní definice zase zdůrazňují, že nás postoje mají připravit ke konání. Zapřičiňují častější chování určitým způsobem (Hayesová, 2007). Průcha, Walterová a Mareš (2013) popisují postoj jako hodnotící vztah, který je zaujímaným jedincem vůči svému světu, sobě samému, ale i jiným subjektům. Začleňuje snahu chovat se nebo reagovat specificky stabilním způsobem. Postoj je získáván na podkladě samovolného učení jak v rodině, tak i v jiných sociálních oblastech. Postoje souvisejí s hodnotovými systémy, a proto jsou závislé nejen na kulturních, ale i etnických a vzdělanostních vlivů. I když školní edukace je často zaměřena na utváření potřebných postojů žáků, dokládá sociální psychologie, že ke změně naučených postojů dochází velmi těžce nebo dokonce nedochází vůbec.

Žákovský postoj je hodnotící vztah k sobě samému, ke společnosti, k učení a učivu, ke škole jako zavedené organizaci a k okolnímu světu. Zrcadlí se v něm nejen rozumové poznání, ale i značně i citové hodnocení jedinců, jevů a věcí. Navenek se projevuje snahou reagovat na učitele, situace, spolužáky, rodiče, názory, věci poměrně ustáleným způsobem. Postoje žáků se vyznačují výběrovostí, intenzitou, orientovaností, přenosností, relativní stálostí a zobecněností (Průcha, Waltrová, Mareš, 2013).

### 2.3.1 Složky postojů

Každý postoj má tři složky a to kognitivní, konativní a emotivní. Každá z nich může být dominantní, ale zpravidla jsou vyvážené. Pokud má převahu **kognitivní** složka, mluvíme o smýšlení, pokud převazuje složka **emotivní** je označována slovem sentiment. **Kognitivní** složka v sobě zahrnuje to, co subjekt o objektu svého postoje ví, jde o jeho poznatky o objektu postoje. Emotivní složky zahrnují emoce, které objekt postoje v subjektu vyvolá např. hněv, sympatie. Tato složka určuje sílu postoje, protože mu propůjčuje subjektivní význam, a to jak extrémně negativní, tak i pozitivní jsou postoje nejsilnější a souvisí s osobností člověka tak, že plní určitou sjednocovací funkci. Určuje intenzitu postoje. Konativní složky vyjadřují pohotovost nebo snahu chovat se vůči objektu postoje určitým způsobem (Nakonečný, 2009).

Každá ze složek má zvláštní determinanty a základ je formován zvláštními procesy: afektivní jsou utvářeny prostřednictvím klasického podmiňování, konativní pomocí instrumentálního učení a poznávací prostřednictvím kognitivního učení. Jak již bylo zmíněno výše, vztahy mezi jednotlivými složkami by měly být ve vzájemné konzistenci (Výrost, Slaměník, 2008).

Výzkumy v oblasti složek postojů ověřovaly předpoklad, že postoje každého člověka jsou seskupeny do určitých významných celků a tvoří tak interně organizované, uspořádané struktury. Další směr výzkumu předpokládal, že postoje jsou součástí obecnější, hierarchicky uspořádané struktury (Výrost, Slaměník, 2008).

### **2.3.2 Vytváření postojů**

K tomu, jak se postoje vyvíjí, existuje mnoho teorií; některé se přiklánějí k tomu, že jsou postoje naučené, to znamená, že získáváme postoje během běžného sociálního života, tedy částečně z rodiny, ve které vyrůstáme, ale i částečně od jedinců se kterými se setkáváme (Hayesová, 2007). Také autoři Koťa, Trpišovská, Vacínová (2013) se přiklánějí k tomu, že jedinci se s hotovými postoji k jednotlivým lidem nebo objektům nerodí. K formulování postojů dochází teprve v průběhu socializace a na jejich zrod a vytváření má výrazný vliv uspokojování potřeb.

Vyskytují se i teorie, které zastávají názor, při kterém se přiklánějí k názoru, že postoje jsou ze značné části vrozené. Tato idea vychází z toho, některé osobnostní rysy jsou vrozené, mezi které můžeme zařadit neuroticismus a stabilitu, a ti jsou tvořiteli základu postojů. Podobné názory jsou založeny zejména na sledování, že u některých členů dané rodiny se často vyskytují podobné rysy a stejné postoje od jedné generace ke druhé (Hayesová, 2007).

Prostřednictvím principů učení lze objasnit jeden ze základních procesů tvorby postojů a jejich vývoj. Procesy klasického podmiňování pomáhají vyjasnit, jak jsou formovány postoje. Jedinci si tvoří spojení neboli asociace mezi rozdílnými objekty a citovými reakcemi, které je provázejí. Asociace se mohou vyvinout pomocí klasického podmiňování (Koťa, Trpišovská, Vacínová, 2013).

K dalším významným procesům učení patří operativní podmiňování. Postoje posilovány slovně a souhlasnými pohyby těch, na kterých nám záleží, máme snahu udržovat. Naproti tomu, pokud jedinec projevující postoje, které vyvolávají úšklebky



ostatních, bude je postupně přetvářet nebo se může stát, že některé postoje opustí. Pokud se jedinec chce stát součástí některé skupiny lidí, je nutné nejdříve za své přijmout postoje členů této skupiny osob, aby mohl do ní vstoupit a být ostatními akceptován. Pokud někdo nechce sdílet nejpodstatnější postoje významné členy skupiny, je touto skupinou potrestán nebo z ní je jednoduše vyloučen (Kořa, Trpišovská, Vacínová, 2013). Sociální totožnost a sounáležitost se skupinou značně ovlivňuje postoje, které si osvojíme. Značně zvnitřňujeme své členství ve skupinách, které vytváří značnou část sebeúcty (Hayesová, 2007).

Na rozvoj postojů se může podílet i zprostředkované učení, při kterém se jedinec učí určité věci od druhých a to především, pokud jedinec nemá osobní zkušenosti s objekty nebo idejemi, ke kterým si postoje vytváří. Pomocí procesů zprostředkovaného učení děti mnohokrát získávají představy, názory, zaujatosti nebo výhrady k ostatním jedincům nebo velkým sociálním skupinám od svých rodičů. Pokud děti nemají například vlastní zkušenost, může se stát, že přijmou za své předsudky svých rodičů. K zprostředkování osvojení postojů může proběhnout pomocí knih, časopisů, novin, ale i televize, filmů nebo ostatních médií (Kořa, Trpišovská, Vacínová, 2013).

Postoje, které vyjadřují vztah k hodnotám, předpokládají menší či větší míru orientace ve světě těchto hodnot, která jsou založena na zkušenosti, a proto jsou jako takové výtvořem učení. Hodnotová orientace je vytvářena u dítěte již v raném dětství v období prvotní socializace, dochází k postupnému odpoutávání od světa smyslových vrozených hodnot a obecným měřítkem je smyslová příjemnost a dochází k seznamování s hodnotami vlastního sociálního prostředí (Nakonečný, 2009).

### **2.3.3 Změna postojů**

Mnoho výzkumů se zabývalo změnou postojů, tedy můžeme ostatní jedince přesvědčit, aby změnil názor. Výzkumy se týkaly nejen možnosti snížení předsudků, ale také psychologických hledisek změn postojů a toho druhu přesvědčování, který se nachází v reklamách. Reklama se snaží přesvědčit veřejnost, že nákup daného výrobku nebo využití určité služby je dobrý nápad (Hayesová, 2007).

Postoje, které jsou produkty učení, se mohou za určitých podmínek měnit, protože to, co je vše naučené je podmíněné, tedy jsou relativně trvalé, ale i přes to mohou některé zkušenosti vést k trvalým důsledkům. Významné postoje jsou v běžném životě

stabilizované a obvykle se nemění. Pokud dojde ke změně, pak je to pod vlivem značné korektivní zkušenosti, mezi které můžeme zařadit psychický otřes, životní krize. Tlaku na změnu významného postoje se jedinec snaží bránit, protože takový postoj, má velmi důležitou funkci tím, že přispívá k psychickému procesu člověka. Pravděpodobnější je, že dochází ke změně intenzity, a to buď k zeslabení nebo zesílení, a to ve směru negativním nebo pozitivním. Naivní názory si myslí, že změny postojů mohou ovlivňovat fakta, která jsou předložena, ale rozhodující je vztah člověka k faktům, ale ne fakta sama, protože ta mohou být deformována nebo popírána. Důležitá je souvislost, jak jsou fakta představena, a zdrojová důvěryhodnost (Nakonečný, 2009).

*Krech, Crutchfield a Ballachey (1968) rozlišují druhy změn postojů: 1. sourodé změny, které se týkají zesilování pozitivního nebo negativního postoje, 2. nesourodé změny, kde se určitá míra pozitivního postoje mění v určitou míru negativního postoje nebo naopak. Současně tito autoři formulovali dvě hypotézy týkající se změn postojů: Za jinak stejných podmínek je vždy lehčí navodit sourodou než nesourodou změnu. Čím je postoj extrémnější, více multiplexní, konzistentnější, čím je propojenější a shodnější, čím více slouží potřebám a je centrálně hodnocený, tím s poměrně lehčeji dosáhne sourodá změna (Nakonečný, 2009, s. 268).*

## **Předsudky**

Zvláštním druhem postojů jsou předsudky, kde již toto slovo samo o sobě naznačuje, že jde o něco dopředu vytvořeného, převzatého. Pojem předsudek má hanlivý význam, protože bývá, i když nesprávně spojován s neodůvodněnými a negativním postoji. Předsudek prošel několika vývojovými fázemi, nejdříve měl význam předčasného úsudku, později získává tento pojem citový důraz ať přízně či nepřízně. Na předsudky lze pohlížet také jako na neschvalované postoje, a to z pohledu určitých skupin. K podstatným znakům předsudků lze pokládat to, že jsou velmi emočně akcentované postoje a jsou velmi odolné vůči změnám jako takové (Nakonečný, 2009).

### **2.3.4 Měření postojů**

Nejen měření postojů, ale i jejich pouhá identifikace, nese s sebou řadu problémů. Pokud respondenti odpovídají v dotaznících, jejich odpovědi bývají často zkreslené. Důvodem je to, že jedinci neradi vyjadřují své skutečné postoje, pokud se domnívají, že s nimi nebude nikdo souhlasit. Dalším problémem v měření postojů je uspořádání otázek,

na které má respondent odpovědět. Názory a postoje mají značnou variabilitu a jedinci si při vyplňování dotazníků často ani neuvědomují složitost a souvislosti svých postojů. Další skupinou problémů je představa interpretace vyjádření postojů. Výzkum zaměřený na postoje většinou předpokládá, že verbální vyjádření postoje je jednoznačné a jasné. Jako poslední problém je kvantifikace. Výzkumy zaměřené na postoje přepokládají, že je možné přesně změřit sílu nebo stupeň postoje, ale ve skutečnosti je to velmi těžké (Heyesová, 2007).

### **Techniky měření postojů:**

- ✓ **Likertová škála** – skládá se výroků, u kterých je vždy pětibodová škála zahrnující od „zcela nesouhlasím“ přes „nevím“, což je střední bod škály až po „zcela souhlasím“ na opačném konci. Tato škála zjišťuje nejen obsah postoje, ale i jeho přibližnou sílu.
- ✓ **Sémantický diferenciál** – zajišťuje nuance, které obsahuje daný postoj. Pro zjištění reakcí respondenta na cílové slovo používá několik různých dimenzí. Škály jsou sedmibodové. Jejich konce zastupují extrémy hodnotící dimenze, jako např. silný – slabý, hezký – ošklivý. Každé postojové slovo se tak hodnotí za pomoci osmi nebo devíti dimenzí, které odhalují asociace a konotace, které cílové slovo má nebo vyvolává u respondenta.
- ✓ **Sociometrie** – její největší význam, je pro zjišťování vzájemné percepce členů přirozené skupiny, ale je možné ji použít i u skupin, jejich členové se podílejí na společném díle. Každý člen z dané skupiny má za úkol vybrat z celé skupiny jednoho člena, kterého by označil za svého přítele, jako vůdce a jako upřednostňovaného partnera při dané činnosti. Na podkladě těchto odpovědí se sestavuje sociogram, který zaznamenává přátelské skupiny.
- ✓ **Bogardova škála sociální vzdálenosti** – měří rasismus a jiné etnické předsudky. Je složena z výroků, které mají ukázat, jakou sociální vzdálenost respondenti pociťují mezi sebou a jinými skupinami. Odpovědi ukazují, jaký vztah a jak blízký kontakt se členy těchto skupin by respondent akceptoval nebo toleroval.
- ✓ **Analýza rozhovoru** – mnoho forem výpovědi nebo analýzy rozhovoru se věnuje identifikací postojů, které jsou v nich naznačeny nebo vyjádřeny (Heyesová, 2007).

### **2.3.5 Postoj ke zdraví a zdravému životnímu stylu**

Cílem života by nemělo představovat zdraví, ale mělo by jednou z podmínek smysluplného života. Dalo by se říct, že by zdraví mohlo být hodnotou cílovou, současně i hodnotou instrumentální, prostřednictvím této hodnoty dosahujeme ostatních cílů a hodnot. Pokud se většina z nás cítí dobře, jsme spokojeni se svým způsobem života, a to i tehdy pokud máme nezdravé návyky. Pokud toto zjistíme, mělo by to nás vést k počátku úvah a hledat cesty k utváření vhodných postojů k dodržování životního stylu dříve, než dojde k projevům nemoci, ale i nepohody. V průběhu dospívání jsou důležitá rozhodnutí o životním stylu. Adolescenti si volí pohybové aktivity, staví na cvičebních návycích, které jsou již utvářeny od dětství, mohou si sami rozhodovat o stavbě stravy, ale i o konzumaci nebo nekonzumování drog, alkoholu a kouření, dodržování režimu spánku (Švamberg Šauerová, et al., 2016).

## 3 METODIKA PRÁCE

### 3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit, jaké mají žáci vybraných typů gymnázií postoje k pojmům spojeným se zdravím. Tyto postoje dále porovnat podle pohlaví, typu studovaného gymnázia (čtyřleté a osmileté), studijního zaměření (církvní, klasické a sportovní) a ročníku studia. Cílem bylo tedy zjistit, **jaké postoje zaujímají žáci gymnázií ke zdraví.**

#### Dílčí cíle:

1. Zjistit, jakou důležitost přikládají žáci pojmům spojeným se zdravím.
2. Zjistit, jak vnímají žáci postoje ke svému zdraví.
3. Zjistit, zda se liší postoje mezi žáky mužského a ženského pohlaví.
4. Zjistit, zda se postoje ke zdraví liší podle studijního zaměření.
5. Zjistit, zda se postoje ke zdraví liší u žáků podle typu studovaného gymnázia.
6. Zjistit, zda se liší postoje ke zdraví u žáků podle ročníku studia na gymnáziu.

### 3.2 Výzkumné problémy

Na základě studia odborné literatury, ale i na základě vlastních zkušeností byly stanoveny následující **výzkumné problémy**:

**P1:** Jaká je u žáků gymnázií hierarchie pojmů spojených se zdravím?

**P2:** Které pojmy žáci gymnázií hodnotí odlišně v závislosti na jejich pohlaví? Je rozdíl ve vnímání zdraví mezi žáky gymnázií mužského a ženského pohlaví?

**P3:** Je rozdíl ve vnímání zdraví žáků podle studijního zaměření?

**P4:** Odlišují se postoje ke zdraví podle závislosti na typu studovaného gymnázia?

**P5:** Liší se postoje ke zdraví podle ročníku studia na gymnáziu?

### 3.3 Výzkumný předpoklad a hypotézy

**VP1:** Pojmy zdraví, zdravý životní styl a pohybová aktivita patří mezi tři nejlépe hodnocené pojmy ve spojení s vnímáním zdraví u žáků gymnázií.

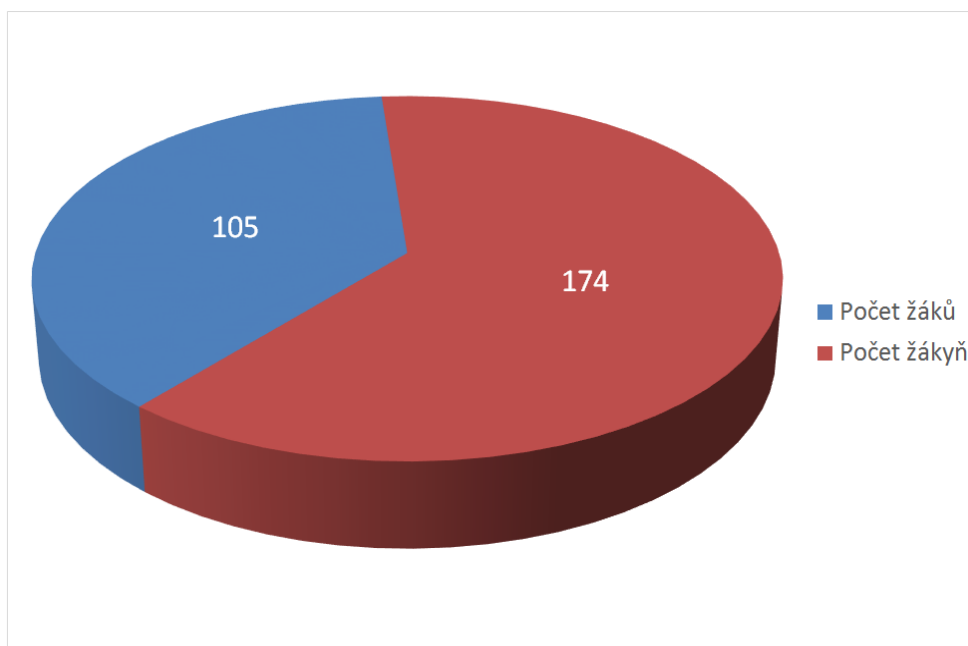
- H1:** Postoje žáků gymnázií k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na jejich pohlaví. Žákyně gymnázií hodnotí pojem zdraví lépe než žáci gymnázií a současně je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.
- H2:** Postoje žáků gymnázií se odlišují v závislosti na zaměření gymnázia. Žáci gymnázia se sportovní přípravou hodnotí zdraví lépe než studenti klasického a církevního gymnázia a tento pojem je pro ně méně energeticky náročný.
- H3:** Postoje žáků gymnázií se odlišují v závislosti na typu gymnázia. Žáci osmiletého gymnázia hodnotí pojem zdraví lépe než žáci čtyřletého gymnázia a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.
- H4:** Žáci absolventských ročníků (čtvrtý, oktáva) gymnázií hodnotí pojem zdraví lépe než žáci nižších ročníků gymnázií (první, kvinta).

### 3.4 Charakteristika výzkumného vzorku žáků gymnázií

Výzkum byl realizován u žáků různých typů gymnázií. Výzkumné šetření probíhalo na církevním osmiletém gymnáziu, jež má ve svém mottu: Vzdělávat děti všech rodičů, kterým záleží na kvalitním vzdělání a křesťanské výchově jejich dětí. Dalším typem bylo gymnázium zajišťující klasické humanitní vzdělání ve čtyřleté formě studia a třetím bylo gymnázium se sportovním zaměřením. Pro lepší prostorovou představu uvádíme složení výzkumného vzorku vždy nejen v tabulce, ale i následně v grafu.

**Tabulka 1. Zastoupení žáků gymnázií (mužů a žen) ve výzkumném vzorku**

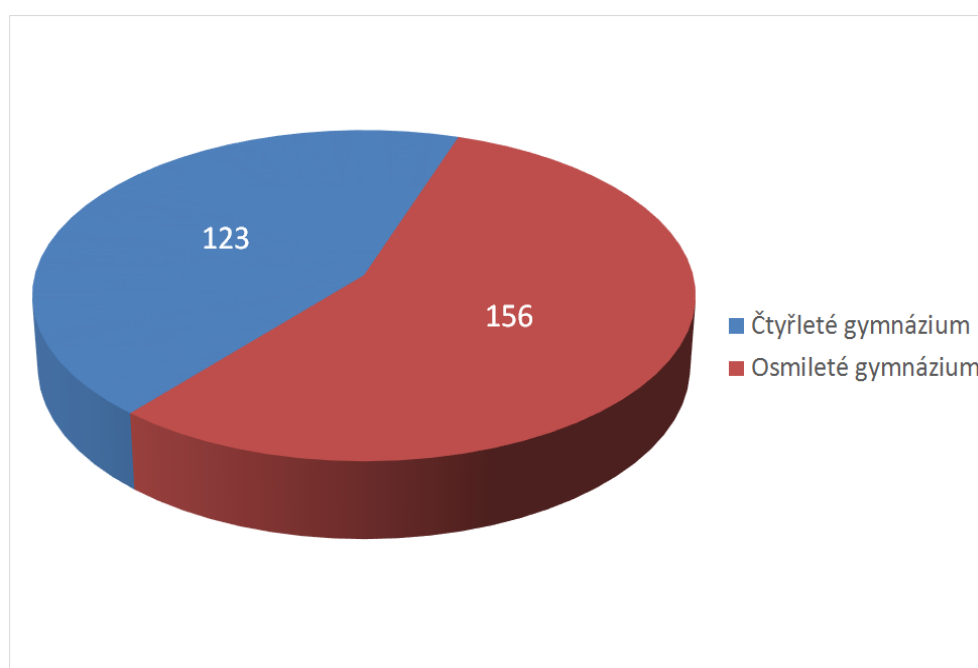
	<b>Absolutní četnost</b> -n-	<b>Relativní četnost</b> -%-
<b>Počet žáků (mužů)</b>	174	62,4
<b>Počet žákyň (žen)</b>	105	37,6



**Graf 1. Počet žáků a žákyň gymnázií ve výzkumném vzorku (n = 279)**

**Tabulka 2. Počet žáků čtyřletého a osmiletého gymnázia ve výzkumném šetření**

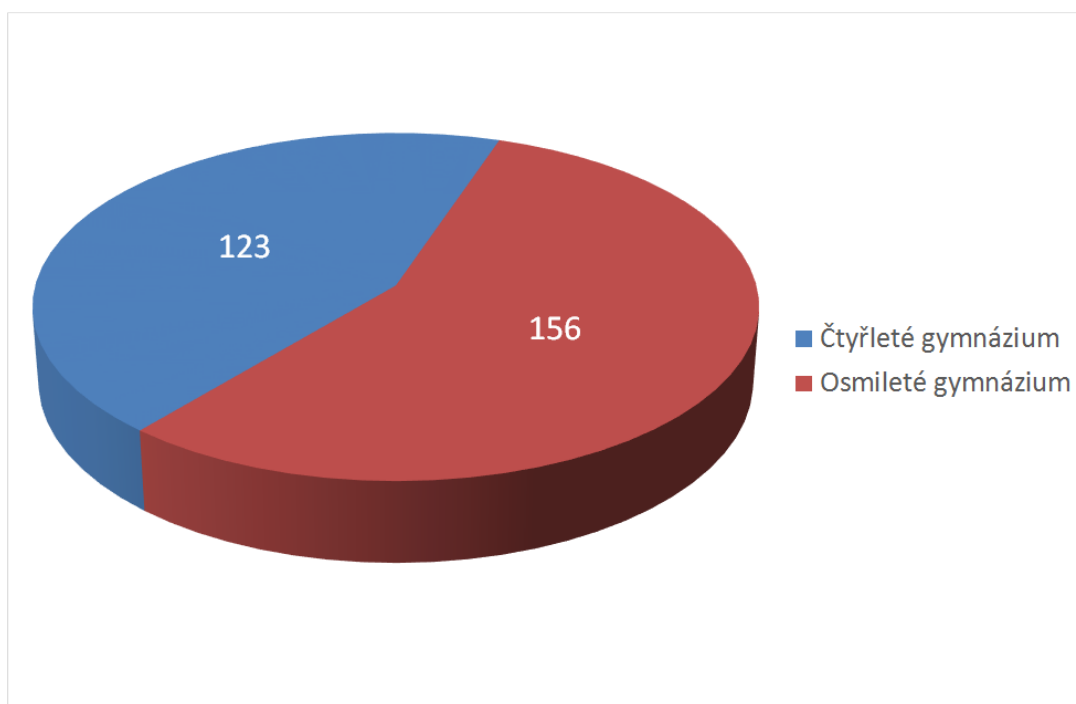
	Absolutní četnost -n-	Relativní četnost -%-
Čtyřleté gymnázium	123	44,1
Osmileté gymnázium	156	55,9



**Graf 2. Počet žáků navštěvujících čtyřleté a osmileté gymnázium (n = 279)**

**Tabulka 3. Počet žáků gymnázia podle studijního zaměření ve výzkumném vzorku**

	<b>Absolutní četnost -n-</b>	<b>Relativní četnost -%-</b>
<b>Klasické gymnázium</b>	177	63,4
<b>Gymnázium se sportovní přípravou</b>	34	12,2
<b>Církevní gymnázium</b>	68	24,4

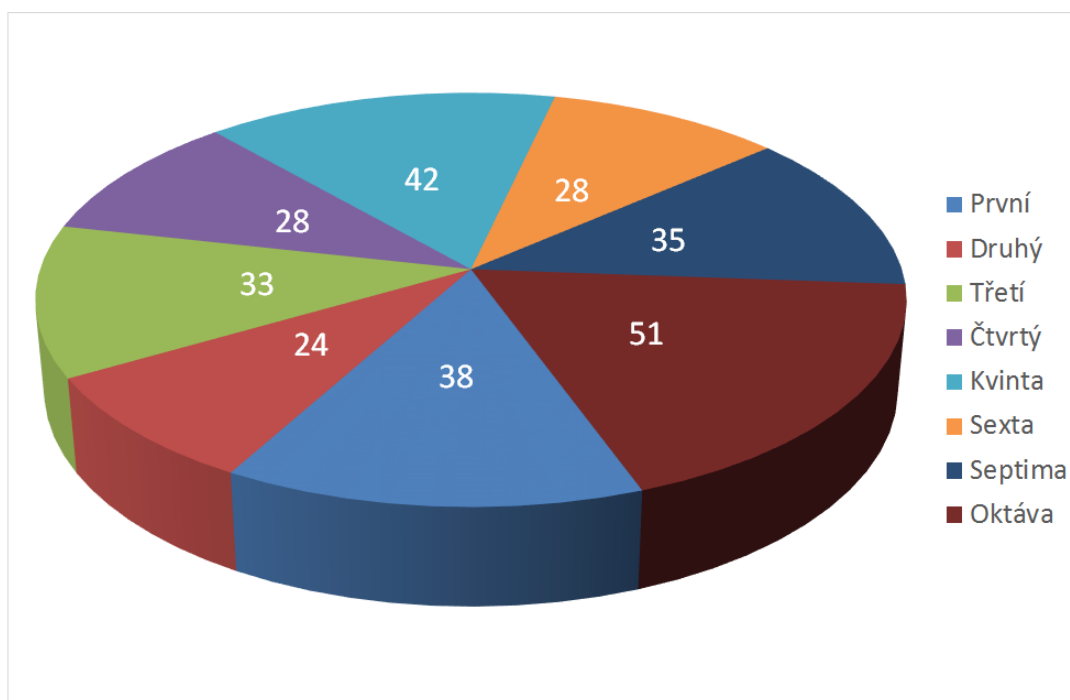


**Graf 3. Složení výzkumného vzorku respondentů podle jejich studijního zaměření (n = 279)**

**Tabulka 4. Počet žáků podle navštěvovaného ročníku studia ve výzkumném vzorku**

<b>Ročník</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>První</b>	38	13,6
<b>Druhý</b>	24	8,6
<b>Třetí</b>	33	11,8
<b>Čtvrtý</b>	28	10,0
<b>Kvinta</b>	42	15,1
<b>Sexta</b>	28	10,0
<b>Septima</b>	35	12,5
<b>Oktáva</b>	51	18,3





**Graf 4. Složení výzkumného vzorku respondentů podle navštěvovaného ročníku jejich studia (n = 279)**

### 3.5 Organizace a realizace výzkumu

Jak již bylo zmíněno výše, výzkumného šetření se zúčastnila výše uvedená gymnázia. Na výzkumném šetření se podílelo celkem 279 žáků.

Před výzkumným šetřením byla gymnázia osobně navštívena a bylo zde s ředitelstvím škol dohodnut souhlas s realizací výzkumného šetření. Předání dotazníků bylo realizováno prostřednictvím sekretariátu obou škol, bylo podáno vysvětlení, jakým způsobem dotazníky vyplňovat. Zástupkyně sekretariátů škol mi přislíbily rozdání dotazníků do tříd prostřednictvím třídních učitelů. Výzkumné šetření probíhalo v období měsíce března až května v roce 2017. Bylo rozdáno 600 dotazníků, navraceno bylo 315 dotazník a pouze 279 dotazníků bylo možno použít k výzkumnému šetření. Důvodem bylo nejčastěji nedostatečné nebo i nevhodné vyplnění dotazníků.

### 3.6 Popis výzkumné metody

Pro výzkumné šetření se jevila jako nejideálnější **metoda sémantického diferenciálu**.

Metoda sémantického diferenciálu vznikla v roce 1957, vytvořil ji americký profesor C. Osgood, důvodem byla možnost měření vedlejších psychologicky významných pojmů (Chráska, 2016).

Poměrně často používanou metodou používanou pro měření postojů je metoda sémantického diferenciálu nejen v České republice, ale i v zahraničí. Prosté přejímání již připravených škál sémantického diferenciálu se však ukazuje, jako ne vždy vhodně přiměřeně přenositelné do rozdílných sociokulturních prostředí. Což může způsobovat velké nesrovnalosti při srovnávání postojů u kulturně odlišných skupin respondentů při používání stejného měřicího nástroje (Chrásková, 2017).

Tato metoda při měření individuálních významných pojmů užívá určitého počtu posuzovacích škál, které nejčastěji jsou sedmibodové. Dotazovaní zaznamenávají svoje postoje o posuzovaných objektech tím, že vybírají určitý bod na dané škále. Okraje škál jsou tvořeny dvojicí přídavných jmen majících opačný význam. Takže respondenti vyjadřují volbou na škále rozsah vlastnosti, která je formulována danou dvojicí přídavných jmen. Poté se k jednotlivým bodům na škále přiřazují číselné hodnoty od 1 až do 7. Osgood nabádá, aby byl každý pojem posuzován z hlediska tří faktorů, a to faktor hodnocení, faktor potence a faktor aktivity (Chráska, 2016).

V edukační a pedagogické oblasti je vhodné použít **dvoufaktorový sémantický diferenciál**, kde jsou pojmy posuzovány ze dvou hledisek faktorů – faktor hodnocení a faktor energie.

#### 3.6.1 Dvoufaktorový sémantický diferenciál

Pokud dochází k posuzování pojmů z hlediska tří faktorů, je velmi podrobné a nepřináší mnohem více informací, než pokud se posuzuje z hlediska dvou faktorů (Chráska, 2016), proto po dohodě s vedoucí diplomové práce, byl vybrán **dvoufaktorový sémantický diferenciál** (Chrásková, 2017).

První faktor je označen, jako **faktor hodnocení**, označován písmenem „h“. Pomocí tohoto faktoru se vyjadřuje, jak moc je posuzovaný postoj dotazovanými vnímán jako „špatný“ nebo „dobrý“ (Chráska, 2016).

Druhý faktor je označen, jako faktor energie, označován písmenem „e“. Pomocí tohoto faktoru se vyjadřuje, jak moc dotazovaní chápou pojmy jako „něco“ spojené s aktivitou, námahou, změnami nebo různými obtížemi (Chráska, 2016).

Sémantický diferenciál se hodnotí nejdříve pro každý pojem za pomoci jeho průměrného skóre ve všech faktorech. Na základě tohoto si můžeme vytvořit sémantický prostor (Chráska, 2016).

### 3.6.2 Tvorba měrného nástroje sémantického diferenciálu

Prvním a nejdůležitějším krokem při tvorbě sémantického diferenciálu je výběr pojmů, které chceme hodnotit a jejichž význam bychom chtěli sledovat.

Pro vlastní výzkumné šetření postoje žáků bylo vybráno 26 pojmů, ke kterým se žáci vyjadřovali. Jednalo se o tyto pojmy v tomto pořadí: **Přátelství; Budoucnost; Spánek; Osobní počítač, notebook, tablet; Já; Stres; Rizikové sexuální chování; Drogy; Alkohol; Kouření; Zdraví; Nemoc; Pohybová aktivita; Psychická závislost na technologiích (PC, mobil, Internet ...); Mezilidská komunikace; Relaxace; Zdravý životní styl; Stáří; Vzdělání; Rodiče; Moje příprava na budoucí zaměstnání/studium na VŠ; Peníze; Znalost cizího jazyka; Moje budoucí úspěšnost v zaměstnání; Spolužáci; Láska.**

Záměrně byly vybrané pojmy promíchány, aby na sebe postupně nenavazovaly. Důležitým krokem bylo **vybrat škály**, výběr párů přídavných jmen. Výběr škál: **Užitečné – Neuzitečné; Pomalé – Rychlé; Silné – Slabé; Nenáročné – Náročné; Jednotvárné – Pestré; Mladé – Staré; Vzdálené – Blízké; Obtížné – Snadné; Krásné – Ošklivé; Pasivní – Aktivní; Hluboké – Povrchní; Jednoduché – Složité; Nudné – Zajímavé; Pružné – Tuhé; Úzké – Široké.**

### 3.7 Výsledky výzkumného šetření a jejich diskuze

Námi získaná data, byla následně zpracována prostřednictvím programů Microsoft Word a Excel 2016. Statistické zpracování bylo provedeno v prostředí programu STATISTICA 12 CZ, kde byly provedeny všechny potřebné analýzy a pro lepší názornost byly výsledky shrnuty do tabulek a grafů.

### 3.7.1 Potvrzování výzkumného předpokladu

**VP1:** Pojmy zdraví, zdravý životní styl a pohybová aktivita patří mezi tři nejlépe hodnocené pojmy ve spojení s vnímáním zdraví u žáků gymnázií.

Pro všechny pojmy bylo spočítáno jejich hodnocení všemi studenty gymnázií a tato hodnocení byla seřazeno od nejhoršího (nejnižší průměrné hodnocení má pojem nemoc – 1,98) k nejlepšímu (nejlepší průměrné hodnocení má pojem spánek 6,55) – viz tab. 5.

**Tabulka 5. Pořadí zkoumaných pojmů podle jejich hodnocení žáky gymnázií**

Proměnná	Vš. skupiny Popisné statistiky (Havlíčková - Data SD)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Nemoc h	278	1,978417	1,000000	7,000000	1,264441
Kouření h	278	2,017986	1,000000	7,000000	1,501996
Stres h	279	2,406810	1,000000	7,000000	1,430748
Psychická závislost na technologiích (PC, mobil, internet ...) h	278	2,575540	1,000000	7,000000	1,490540
Drogy h	279	2,722222	1,000000	7,000000	1,861888
Rizikové sexuální chování h	279	2,958781	1,000000	7,000000	1,747841
Stáří h	278	3,827338	1,000000	7,000000	1,534457
Alkohol h	277	4,115523	1,000000	7,000000	1,710796
Spolužáci h	277	5,171480	1,000000	7,000000	1,378674
Moje profesní příprava h	277	5,180505	1,000000	7,000000	1,171019
Já h	279	5,471326	1,000000	7,000000	1,342138
Peníze h	278	5,643885	1,000000	7,000000	1,289005
Vzdělání h	278	5,645683	1,000000	7,000000	1,116580
Osobní počítač, notebook, tablet h	279	5,779570	1,000000	7,000000	1,064796
Budoucnost h	279	5,818996	2,000000	7,000000	1,116600
<b>Zdravý životní styl h</b>	278	5,825540	1,000000	7,000000	1,170159
Moje budoucí úspěšnost v zaměstnání h	276	5,884058	1,000000	7,000000	1,164302
Rodiče h	278	6,030576	2,000000	7,000000	0,998175
Mezilidská komunikace h	278	6,041367	1,000000	7,000000	1,126918
Znalost cizího jazyka h	278	6,143885	1,000000	7,000000	1,071866
<b>Pohybová aktivita h</b>	278	6,160072	1,000000	7,000000	1,161393
Láska h	277	6,182310	2,000000	7,000000	1,163365
Přátelství h	279	6,344086	2,500000	7,000000	0,816793
Relaxace h	277	6,379061	1,500000	7,000000	0,982083
<b>Zdraví h</b>	278	6,546763	2,000000	7,000000	0,833400
Spánek h	279	6,551971	1,000000	7,000000	0,900632

Z hodnot v tabulce je patrné, že pojmy zdraví, zdravý životní styl a pohybová aktivita nepatří mezi tři nejlépe hodnocené pojmy ve spojení s vnímáním zdraví u žáků gymnázií.

**Výzkumný předpoklad 1 tak nebyl potvrzen.**

Pro srovnání dále uvádíme i energii zkoumaných pojmů, kterou jim přiřadili studenti gymnázií (viz tab. 6). Z ní je patrné, že jde pojmy, které studenti vnímají jako „energeticky náročné“.

**Tabulka 6. Pořadí zkoumaných pojmů podle vnímání jejich energie žáky gymnázií**

Proměnná	Vš. skupiny Popisné statistiky (Havlíčková - Data SD)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Spánek e	279	2,471924	1,000000	7,000000	1,371132
Relaxace e	277	2,647413	1,000000	7,000000	1,423446
Osobní počítač, notebook, tablet e	279	3,215054	1,000000	7,000000	1,429096
Alkohol e	277	3,478941	1,000000	7,000000	1,366164
Kouření e	278	3,492806	1,000000	7,000000	1,626516
Rizikové sexuální chování e	279	3,691756	1,000000	7,000000	1,685910
Spolužáci e	277	4,216606	1,000000	7,000000	1,173210
Psychická závislost na technologiích (PC, mobil, internet ...) e	278	4,220624	1,000000	7,000000	1,502801
Přátelství e	279	4,273596	1,000000	7,000000	1,326276
Mezilidská komunikace e	278	4,305755	1,000000	7,000000	1,613856
Drogy e	279	4,420550	1,000000	7,000000	1,603591
Rodiče e	278	4,691847	1,000000	7,000000	1,263739
<b>Pohybová aktivita e</b>	278	4,737410	1,000000	7,000000	1,514004
Peníze e	278	4,906475	1,000000	7,000000	1,311817
<b>Zdravý životní styl e</b>	278	4,929257	1,000000	7,000000	1,325863
Moje budoucí úspěšnost v zaměstnání e	276	4,938406	1,000000	7,000000	1,369447
Stáří e	278	5,016787	1,000000	7,000000	1,407289
<b>Zdraví e</b>	278	5,038369	1,000000	7,000000	1,547265
Já e	279	5,088411	1,000000	7,000000	1,359805
Znalost cizího jazyka e	278	5,207434	1,000000	7,000000	1,406726
Budoucnost e	279	5,213859	1,000000	7,000000	1,434161
Láska e	277	5,317690	1,000000	7,000000	1,409136
Moje profesní příprava e	277	5,373045	1,000000	7,000000	1,257036
Nemoc e	278	5,410072	1,000000	7,000000	1,427098
Stres e	279	5,438471	1,000000	7,000000	1,464780
Vzdělání e	278	5,741007	1,000000	7,000000	1,239181

Zajímavé je i srovnání hodnocení pojmů z hlediska pohlaví žáků – viz tab. 7 a 8. Pojem zdraví je žáky gymnázií hodnocen jako úplně nejdůležitější ze všech, žákyně je uvádí na druhé místo. Žáci také hodnotí pohybovou aktivitu lépe než dívky a dívky naopak preferují zdravý životní styl před pohybovými aktivitami.

**Tabulka 7. Pořadí zkoumaných pojmů podle jejich hodnocení žáky (muži) gymnázií**

Proměnná	Pohlaví=m Popisné statistiky (Havlíčková - Data SD)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Nemoc h	104	2,096154	1,000000	7,000000	1,372541
Kouření h	104	2,298077	1,000000	7,000000	1,695968
Stres h	105	2,590476	1,000000	7,000000	1,452420
Psychická závislost na technologiích (PC, mobil, internet ...) h	104	3,043269	1,000000	7,000000	1,593541
Drogy h	105	3,095238	1,000000	7,000000	2,068648
Stáří h	104	3,697115	1,000000	7,000000	1,450508
Rizikové sexuální chování h	105	3,771429	1,000000	7,000000	1,859265
Alkohol h	103	4,427184	1,000000	7,000000	1,760692
Spolužáci h	104	5,043269	1,000000	7,000000	1,489625
Moje profesní příprava h	104	5,139423	1,000000	7,000000	1,215708
<b>Zdravý životní styl h</b>	104	5,394231	2,000000	7,000000	1,253487
Já h	105	5,480952	1,000000	7,000000	1,365657
Vzdělání h	104	5,485577	1,500000	7,000000	1,272290
Budoucnost h	105	5,642857	2,000000	7,000000	1,174067
Rodiče h	104	5,663462	2,000000	7,000000	1,124403
Peníze h	104	5,716346	2,500000	7,000000	1,216322
Moje budoucí úspěšnost v zaměstnání h	104	5,793269	1,000000	7,000000	1,212016
Mezilidská komunikace h	104	5,812500	1,000000	7,000000	1,271776
<b>Pohybová aktivita h</b>	104	5,913462	1,000000	7,000000	1,339182
Osobní počítač, notebook, tablet h	105	5,928571	3,000000	7,000000	0,936515
Láska h	104	5,951923	2,000000	7,000000	1,298840
Znalost cizího jazyka h	104	5,971154	1,000000	7,000000	1,127388
Relaxace h	104	6,038462	1,500000	7,000000	1,194023
Přátelství h	105	6,180952	4,000000	7,000000	0,759946
Spánek h	105	6,357143	1,000000	7,000000	1,011269
<b>Zdraví h</b>	104	6,379808	2,000000	7,000000	0,981615

**Tabulka 8. Pořadí zkoumaných pojmů podle jejich hodnocení žákyněmi gymnázií**

Proměnná	Pohlaví=ž Popisné statistiky (Havlíčková - Data SD)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Kouření h	174	1,850575	1,000000	7,000000	1,350690
Nemoc h	174	1,908046	1,000000	7,000000	1,193743
Stres h	174	2,295977	1,000000	6,500000	1,410135
Psychická závislost na technologiích (PC, mobil, internet ...) h	174	2,295977	1,000000	7,000000	1,354733
Rizikové sexuální chování h	174	2,468391	1,000000	7,000000	1,479291
Drogy h	174	2,497126	1,000000	7,000000	1,691954
Stáří h	174	3,905172	1,000000	7,000000	1,581478
Alkohol h	174	3,931034	1,000000	7,000000	1,658177
Moje profesní příprava h	173	5,205202	1,000000	7,000000	1,146190
Spolužáci h	173	5,248555	1,000000	7,000000	1,305873
Já h	174	5,465517	1,000000	7,000000	1,331680
Peníze h	174	5,600575	1,000000	7,000000	1,332107
Osobní počítač, notebook, tablet h	174	5,689655	1,000000	7,000000	1,128305
Vzdělání h	174	5,741379	1,000000	7,000000	1,003929
Budoucnost h	174	5,925287	2,500000	7,000000	1,069895
Moje budoucí úspěšnost v zaměstnání h	172	5,938953	1,000000	7,000000	1,134543
<b>Zdravý životní styl h</b>	174	6,083333	1,000000	7,000000	1,038400
Mezilidská komunikace h	174	6,178161	2,000000	7,000000	1,009999
Znalost cizího jazyka h	174	6,247126	1,000000	7,000000	1,026734
Rodiče h	174	6,250000	3,500000	7,000000	0,844482
<b>Pohybová aktivita h</b>	174	6,307471	1,000000	7,000000	1,016626
Láska h	173	6,320809	2,000000	7,000000	1,053635
Přátelství h	174	6,442529	2,500000	7,000000	0,836056
Relaxace h	173	6,583815	2,500000	7,000000	0,762625
<b>Zdraví h</b>	174	6,646552	3,500000	7,000000	0,715287
Spánek h	174	6,669540	2,000000	7,000000	0,807295

Z hlediska vnímání obtížnosti (a s tím i spojené míry vynakládané energie) pojmů spojených se zdravím a životním stylem žáků – viz tab. 9 a 10 se ve srovnání obou pohlaví objevují minimální rozdíly. Žáci i žákyně vnímají pojmy Zdraví a Zdravý životní styl stejně, pouze žáci (muži) vnímají Pohybovou aktivitu spojenou s nižší mírou vynakládané energie.

**Tabulka 9. Pořadí zkoumaných pojmů podle vnímání jejich energie žáky (muži) gymnázií**

Proměnná	Pohlaví=m Popisné statistiky (Havlíčková - Data SD)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Spánek e	105	2,565079	1,000000	6,333333	1,361971
Relaxace e	104	2,814103	1,000000	6,000000	1,387902
Alkohol e	103	3,359223	1,000000	7,000000	1,400816
Osobní počítač, notebook, tablet e	105	3,390476	1,000000	7,000000	1,314333
Rizikové sexuální chování e	105	3,501587	1,000000	7,000000	1,627832
Kouření e	104	3,618590	1,000000	7,000000	1,591793
Spolužáci e	104	3,948718	1,000000	7,000000	1,197597
Psychická závislost na technologiích (PC, mobil, internet ...) e	104	3,993590	1,000000	7,000000	1,336550
Mezilidská komunikace e	104	4,012821	1,000000	7,000000	1,507924
Přátelství e	105	4,047619	1,000000	6,666667	1,335278
Drogy e	105	4,203175	1,000000	7,000000	1,598941
<b>Pohybová aktivita e</b>	104	4,407051	1,000000	7,000000	1,447355
Rodiče e	104	4,615385	1,000000	7,000000	1,192180
Moje budoucí úspěšnost v zaměstnání e	104	4,618590	1,000000	7,000000	1,321483
<b>Zdravý životní styl e</b>	104	4,657051	1,333333	7,000000	1,234576
Peníze e	104	4,673077	1,000000	7,000000	1,337357
Já e	105	4,695238	1,000000	7,000000	1,386068
<b>Zdraví e</b>	104	4,714744	1,000000	7,000000	1,533810
Stáří e	104	4,775641	1,000000	7,000000	1,424430
Stres e	105	4,831746	1,000000	7,000000	1,574451
Znalost cizího jazyka e	104	4,916667	1,333333	7,000000	1,423148
Budoucnost e	105	4,926984	1,666667	7,000000	1,286004
Nemoc e	104	4,983974	1,000000	7,000000	1,595828
Moje profesní příprava e	104	5,016026	1,000000	7,000000	1,246683
Láska e	104	5,025641	1,000000	7,000000	1,433677
Vzdělání e	104	5,365385	1,000000	7,000000	1,368090

**Tabulka 10. Pořadí zkoumaných pojmů podle vnímání jejich energie žákyněmi gymnázií**

Proměnná	Pohlaví=ž Popisné statistiky (Havlíčková - Data SD)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Spánek e	174	2,415709	1,000000	7,000000	1,377490
Relaxace e	173	2,547206	1,000000	7,000000	1,439068
Osobní počítač, notebook, tablet e	174	3,109195	1,000000	7,000000	1,487764
Kouření e	174	3,417625	1,000000	7,000000	1,646872
Alkohol e	174	3,549808	1,000000	7,000000	1,344275
Rizikové sexuální chování e	174	3,806513	1,000000	7,000000	1,714417
Psychická závislost na technologiích (PC, mobil, internet ...) e	174	4,356322	1,000000	7,000000	1,582088
Spolužáci e	173	4,377649	1,000000	6,666667	1,131514
Přátelství e	174	4,409962	1,000000	7,000000	1,305786
Mezilidská komunikace e	174	4,480843	1,000000	7,000000	1,653498
Drogy e	174	4,551724	1,000000	7,000000	1,596663
Rodiče e	174	4,737548	1,000000	7,000000	1,305866
<b>Pohybová aktivita e</b>	174	4,934866	1,000000	7,000000	1,522547
Peníze e	174	5,045977	1,000000	7,000000	1,279925
<b>Zdravý životní styl e</b>	174	5,091954	1,000000	7,000000	1,355016
Moje budoucí úspěšnost v zaměstnání e	172	5,131783	1,000000	7,000000	1,365384
Stáří e	174	5,160920	1,000000	7,000000	1,381000
<b>Zdraví e</b>	174	5,231801	1,000000	7,000000	1,527075
Já e	174	5,325670	1,000000	7,000000	1,290723
Znalost cizího jazyka e	174	5,381226	1,000000	7,000000	1,371657
Budoucnost e	174	5,386973	1,000000	7,000000	1,493616
Láska e	173	5,493256	1,000000	7,000000	1,368523
Moje profesní příprava e	173	5,587669	2,666667	7,000000	1,217148
Nemoc e	174	5,664751	1,000000	7,000000	1,253126
Stres e	174	5,804598	1,000000	7,000000	1,264659
Vzdělání e	174	5,965517	1,000000	7,000000	1,099465

### 3.7.2 Dokazování hypotéz

**H1:** Postoje žáků gymnázií k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na jejich pohlaví.

Žákyně gymnázií hodnotí pojem zdraví lépe než žáci gymnázií a současně je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

#### *Operacionalizace hypotézy:*

Vzhledem k tomu, že postoje nejsou přímo měřitelné, je pro jejich měření využívána maskovaná a strukturovaná metoda sémantického diferenciálu, respektive jeho modifikovaná dvoufaktorová forma (Chrásková, 2017). Za postoje se považují skóre žáka ve faktoru hodnocení a energie u předloženého pojmu. Nezávisle proměnná – pohlaví žáka je přímo měřitelná.

Obecně při dokazování hypotéz nejdříve formulujeme nulovou a alternativní hypotézu a na základě výpočtu testového kritéria potom rozhodneme o tom, zda můžeme na zvolené hladině významnosti odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní, nebo že nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu (Chráska, 2016). Při výpočtech v programu STATISTICA je však výstupem statistické procedury přímo

vypočítaná hladina signifikance (významnosti)  $p$ , na základě, které můžeme přímo rozhodnout o tom, zda můžeme danou hypotézu na námi zvolené hladině významnosti 0,05 přijmout. Pro úplnost v případě dokazování hypotézy  $H_1$  uvedeme i znění  $H_0$  a  $H_{A1}$ .

$H_0$ : Postoje žáků ke zkoumaným pojmům jsou u žáků i žákyň stejné.

$H_{A1}$ : Postoje žáků ke zkoumaným pojmům se u žáků i žákyň odlišují.

**Tabulka 11. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle pohlaví pomocí t-testu**

Proměnná	Vš. skupiny t-testy; grupováno: Pohlaví (Havlíčková - Data SD) Skup. 1: m Skup. 2: ž								
	Průměr m	Průměr ž	t	sv	p	Poč.plat m	Poč.plat. ž	Sm.odch. m	Sm.odch. ž
Zdraví h	6,379808	6,646552	-2,60925	276	0,009569	104	174	0,981615	0,715287
Zdraví e	4,714744	5,231801	-2,72729	276	0,006795	104	174	1,533810	1,527075

Na základě vypočítaných hodnot  $p$  (0,010 a 0,007) můžeme rozhodnout o tom, že **hypotéza  $H_1$  byla dokázána**.

**$H_2$ :** Postoje žáků gymnázií se odlišují v závislosti na zaměření gymnázia. Žáci gymnázia se sportovní přípravou hodnotí zdraví lépe než studenti klasického a církevního gymnázia a tento pojem je pro ně méně energeticky náročný.

**Tabulka 12. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle zaměření gymnázia pomocí t-testu**

Proměnná	t-testy; grupováno: Studijní zaměření - kód (Havlíčková - Data SD) Skup. 1: jiné než sportovní Skup. 2: sportovní								
	Průměr jiné než sportovní	Průměr sportovní	t	sv	p	Poč.plat jiné než sportovní	Poč.plat. sportovní	Sm.odch. jiné než sportovní	Sm.odch. sportovní
Zdraví e	5,076503	4,764706	1,101249	276	0,271748	244	34	1,563640	1,415473
Zdraví h	6,561475	6,441176	0,787994	276	0,431377	244	34	0,830434	0,859569

Na základě vypočítaných hodnot  $p$  (0,27 a 0,43) můžeme rozhodnout o tom, že **hypotéza  $H_2$  nebyla dokázána** (na zvolené hladině významnosti 0,05 nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu  $H_0$ ). Zajímavé přitom je, že studenti gymnázia se sportovním zaměřením **pojem zdraví nehodnotí lépe** než studenti klasického a církevního gymnázia.



**H3:** Postoje žáků gymnázií se odlišují v závislosti na typu gymnázia. Žáci osmiletého gymnázia hodnotí pojem zdraví lépe, než žáci čtyřletého gymnázia a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

**Tabulka 13. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle typu gymnázia pomocí t-testu**

Proměnná	t-testy; grupováno: Typ studované střední školy (Havlíčková - Data SD) Skup. 1: osmileté gymnázium Skup. 2: čtyřleté gymnázium								
	Průměr osmileté gymn.	Průměr čtyřleté gymn.	t	sv	p	Poč.plat osmileté gymn.	Poč.plat. čtyřleté gymn.	Sm.odch. osmileté gymn.	Sm.odch. čtyřleté gymn.
Zdraví h	6,564516	6,524390	0,398	276	0,690855	155	123	0,854153	0,809406
Zdraví e	5,081720	4,983740	0,524	276	0,600891	155	123	1,554374	1,542863

Na základě vypočítaných hodnot p (0,69 a 0,60) můžeme rozhodnout o tom, že **hypotéza H3 nebyla dokázána** (na zvolené hladině významnosti 0,05 nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu H0).

**H4:** Žáci absolventských ročníků (čtvrtý, oktáva) gymnázií hodnotí pojem zdraví lépe než žáci nižších ročníků gymnázií (první, kvinta).

**Tabulka 14. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle absolventského a nižšího ročníku gymnázia pomocí t-testu**

Proměnná	t-testy; grupováno: Ročník studia (Havlíčková - Data SD) Skup. 1: nižší ročník Skup. 2: absolventský ročník								
	Průměr nižší ročník	Průměr absolvent. ročník	t	sv	p	Poč.plat nižší ročník	Poč.plat. absolvent. ročník	Sm.odch. nižší ročník	Sm.odch. absolvent. ročník
Zdraví h	6,588608	6,379747	1,519072	156	0,130768	79	79	0,696877	1,003887
Zdraví e	5,080169	4,970464	0,460984	156	0,645452	79	79	1,486133	1,505157

Na základě vypočítaných hodnot p (0,13 a 0,65) můžeme rozhodnout o tom, že **hypotéza H4 nebyla dokázána** (na zvolené hladině významnosti 0,05 nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu H0).

## DISKUSE

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit u žáků různých typů gymnázií jejich postoje ke zdraví. Při výzkumném šetření jsme se zaměřili na vyhodnocování 26 pojmů, které se váží ke zmíněné problematice.

Ze zkoumaných pojmů, které se váží ke zdraví je jako nejlépe hodnocen Spánek jak žáky, tak i žákyněmi všech typů gymnázií, na druhém místě v hodnocení je pojem Zdraví a dále Relaxace, nejhůře je hodnocena Nemoc, Kouření a Stres. Co se týče energetické náročnosti, je pro výdej energie nejvíce náročné Vzdělání, Stres a Nemoc. K nejméně energeticky náročným pojmům žáci i žákyně řadí Spánek, Relaxaci a Osobní počítač. Je nutné si uvědomit, že tabák je jedním z nejrizikovějších faktorů působící na životní styl a zdravotní stav jedinců. Pravidelným sledováním zdravotního stavu obyvatel v České republice bylo zjištěno, že na konci 20. století pravidelně denně kouřilo 32 % mužů a 20 % žen starších 15 let. Dlouhodobým sledováním kuřáctví dochází k zaznamenání mírného, ale trvalého poklesu kuřáctví u mužů, ale snížení kuřáctví žen se dotklo zatím velmi málo (Machová et al. 2015).

Pokud mluvíme o postojích ke zdraví nelze si nevsimnout postojů, které žáci (muži i ženy) zaujímají k pojmům Alkohol a Drogy. Pojem Alkohol mezi žáky (muži i ženy) byl lépe hodnocen než Drogy a také je i méně energeticky náročný. Za tento výsledek jsme velice rádi, protože dnešní doba s sebou nese problematiku zneužívání drog a opět patří k jednomu ze znaků rizikového chování. Závislost na drogách má velmi závažné somatické, psychické, ale i somatické důsledky (Průcha, Walterová, Mareš, 2013). Proto je obecně značná potřeba postoje k těmto látkám měnit pozitivním směrem.

K nejlépe hodnoceným pojmům vztahujícím se ke zdraví u žáků (mužů) gymnázií patří pojem Zdraví následován Spánkem a Přátelstvím. K nejhůře hodnoceným žáci (muži) řadí Nemoc, Kouření a Stres. Žákyně hodnotí pojem Spánek, Zdraví a Relaxaci nejlépe, nejhůře hodnotí pojem Kouření, Nemoc a Stres. Jak uvádí Machová et al. (2015) zdraví je řazeno k nejdůležitějším hodnotám v životě každého člověka. Význam zdraví není důležitý jen pro jedince, ale i pro společnost. V tomto věku by si jedinec měl uvědomit, že zdraví není samozřejmé a je nutné o něho pečovat. Období adolescence je specifické pro zvládání stresorů, kdy téměř všichni dospívající se dokáží se stresem bez větších problémů

vypořádat, ale jen tehdy pokud nedojde k jeho nadměrnému nahromadění (Urbanovská, 2012).

Hodnota pojmu Zdravý životní styl je vnímána žákyněmi gymnáziích lépe než žáky gymnáziích. To může ukazovat na fakt, že žákyně se v této problematice orientují lépe, více jim na ní záleží a přikládají jí větší důležitost než žáci (muži). Energeticky náročnější je pojem Zdravý životní styl, který je vnímán žákyněmi gymnáziích obtížněji, než žáky na gymnáziích, což je dáno pravděpodobně tím, že dívkám záleží na zdravém životním stylu více než žákům. Postoje žáků i žákyň ke zdravému životnímu stylu se v průběhu studia utvářejí a je nutné brát v úvahu i individualitu jedince.

Vzhledem k tomu, že studium na gymnáziu je společností vnímáno jako nejtěžší středoškolské vzdělání, ukázalo se, že také vnímání pojmu Vzdělání samotnými žáky je obtížné, a to bez rozdílu, zda jde o žáky (muže) nebo žákyně. U dívek se potvrdilo, že Vzdělání je spojeno se Stresem.

Pro žákyně je pojem Já obtížnější než pro žáky. Děvčata vnímají sebe sama hůře. Při vnímání Kouření je dívkami pojem vnímán mnohem jednodušší, než u chlapců. Chlapci obtížně vnímají Vzdělávání, ale na druhém místě v tomto věku je pojem Láska, důvodem mohou být vývojové zákonitosti vázané k tomuto životnímu období.

Velmi překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že žáci gymnázia se sportovním zaměřením nehodnotili lépe pojem Zdraví, než žáci klasického a církevního gymnázia. Je zajímavé, že adolescenti, kteří studují tento typ gymnázia, by měli své zdraví hodnotit velmi dobře a také mu věnovat dostatečnou míru energie. Z hlediska budoucího fungování těchto jedinců a míry možného opotřebování organismu vlivem sportovních aktivit, by se mělo ve výchově a vzdělávání více zaměřit na zlepšení postojů ke zdraví. V RVP GSP (2007) je uvedeno, že vzdělávání na gymnáziích se sportovní přípravou má výchova ke zdraví zejména praktický a aplikační charakter, což neodpovídá našemu výsledku z výzkumného šetření.

Žáci osmiletého gymnázia hodnotí pojem Zdraví lépe než žáci čtyřletého gymnázia, ale vnímají ho obtížněji, jde tedy o pojem, který je energeticky náročný. Obtížné vnímání tohoto pojmu je důsledkem přetěžování žáků osmiletých gymnázií již od staršího školního věku. Proto je určitě vhodná motivace, pokud si dítě vybírá pro studium čtyřleté nebo osmileté gymnázium.

Žáci nižších ročníků gymnáziích (kvinta a první ročník) hodnotí pojem Zdraví lépe a mají ho spojený s větší energetickou obtížností, což je na rozdíl od žáků v absolventských ročnících do určité míry dané i tím, že tito žáci řeší závěrečné období svého studia.

Uvědomujeme si, že našim výzkumem nelze odpovědět na zcela všechny otázky, které se pojí s postoji žáků gymnáziích ke zdraví a životnímu stylu, proto je možné tento výzkum rozšířit o další aspekty, které se týkají takto rozsáhlého tématu. Tyto rozšiřující otázky se mohou stát předlohou k dalším výzkumům a vědeckým pracím.

## ZÁVĚR

Smyslem předložené práce bylo charakterizovat věkovou skupinu žáků gymnázií a zejména zjistit jejich postoje ke zdraví.

Zdraví patří k velmi diskutovanému tématu, považujeme ho za nejvýznamnější a nejdůležitější hodnotu lidského života. Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 279 žáků různých typů gymnázií, kteří obdrželi dotazník a sémantický diferenciál, se kterým jsme během výzkumného šetření pracovali.

Jako první nás zajímalo, zda Zdraví, Zdravý životní styl a Pohybová aktivita patří mezi tři nejlépe hodnocené pojmy ve spojení s vnímáním zdraví u žáků gymnázií. Ukázalo se, že tyto pojmy nepatří mezi tři nejlépe hodnocené pojmy ve spojení s vnímáním zdraví u žáků gymnázií, ale při zkoumání energie těchto pojmů vyplývá, že jsou žáky vnímány jako energeticky náročné. Pojem Zdraví je žáky gymnázií hodnocen jako úplně nejdůležitější ze všech, žákyně je uvádí na druhé místo. Žáci také hodnotí Pohybovou aktivitu lépe než dívky a dívky naopak preferují Zdravý životní styl před Pohybovými aktivitami. Výzkumný předpoklad 1 tak nebyl potvrzen.

Dalším záměrem bylo ověřit, zda se postoje žáků gymnázií k pojmu Zdraví odlišují v závislosti na jejich pohlaví. Výsledky šetření ukázaly, že mezi žákyněmi a žáky jsou významné rozdíly. Domnívali jsme se, že žákyně gymnázií hodnotí pojem zdraví lépe než žáci gymnázií a současně je pro ně tento pojem méně energeticky náročný. Hypotéza H1 byla dokázána.

Také jsme se zaměřili na to, zda se liší postoje žáků gymnázií v závislosti na zaměření gymnázia. Domnívali jsme se, že žáci gymnázia se sportovní přípravou hodnotí Zdraví lépe, než studenti klasického a církevního gymnázia a tento pojem je pro ně méně energeticky náročný. Dospěli jsme k zajímavému zjištění, že žáci gymnázia se sportovním zaměřením pojem Zdraví nehodnotí lépe, než studenti klasického a církevního gymnázia. Hypotéza H2 tedy nebyla dokázána.

Naše pozornost byla zaměřena na odlišnost postojů žáků gymnázií ke zdraví v závislosti na typu gymnázia. Domnívali jsme se, že žáci osmiletého gymnázia hodnotí pojem Zdraví lépe, než žáci čtyřletého gymnázia a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný. Rozdíly ale mezi žáky osmiletých a čtyřletých gymnázií byly velmi

malé. Co se týče míry vynakládané energie žáky na osmiletých gymnáziích, je pojem Zdraví vnímán jako energeticky náročnější. Hypotéza H3 se nepotvrdila.

Posledním záměrem bylo zjistit, zda žáci absolventských ročníků (čtvrtý ročník a oktáva) gymnázií hodnotí pojem Zdraví lépe, než žáci nižších ročníků gymnázií (první ročník a kvinta). V nižších ročnících byl pojem Zdraví hodnocen lépe, než u žáků absolventských ročníků. Hypotéza H4 nebyla dokázána.

## SOUHRN

Diplomová práce je zaměřená na zjišťování postojů ke zdraví a dalším aspektům životního stylu u žáků různých typů gymnázií.

V teoretické části přibližuje pojem zdraví, včetně výchovy ke zdraví. Dále adolescenci, jako vývojové období, ve kterém se žáci gymnázií nacházejí. Popisuje její časové vymezení, změny kognitivní a emoční, identitu a socializaci dospívajících, jejich vztah k sexualitě a partnerství a v neposlední řadě také ke zdraví. Závěr teoretické části je věnován postojům, principům jejich utváření, změn a jejich měření a také postoji ke zdraví a zdravému životnímu stylu. V praktické části jsou zjišťovány postoje žáků gymnázií ke zdraví měřené prostřednictvím metody modifikovaného dvoufaktorového sémantického diferenciálu.

Výsledky našeho šetření ukázaly, že žákyně gymnázií hodnotí pojem Zdraví lépe než žáci gymnázií, a také jej mají spojený s vyšší mírou vynakládané energie. Toto zjištění je velmi pozitivní, protože můžeme očekávat, že tento postoj žákyň ke zdraví se v budoucnu promítne i do péče a výchovy jejich dětí.

Dále jsme srovnávali postoje respondentů, zda se odlišují v závislosti na zaměření studovaného typu gymnázia. Zajímavým zjištěním je, že studenti gymnázia se sportovním zaměřením pojem Zdraví nehodnotí lépe, než studenti klasického a církevního gymnázia. K dalšímu srovnání postojů k pojmu Zdraví došlo mezi žáky čtyřletých a osmiletých gymnázií. Žáci osmiletých gymnázií hodnotí pojem Zdraví lépe, než žáci čtyřletého gymnázia, i když jen minimálně. Další analýzou jsme zjistili, že žáci nižších ročníků (první a kvinta) hodnotí pojem Zdraví lépe, než žáci absolventských ročníků (čtvrtý a oktáva). U těchto sledovaných proměnných však již nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

**Klíčová slova:** zdraví, životní styl, adolescence, postoje, sémantický diferenciál

## **SUMMARY**

The diploma thesis is focused on high school students' attitude towards health and other aspects of life-style.

The theoretical part is defining health, including health education. After that defining adolescence as a transitional stage the high school students are in. We are describing its time demarcation, cognitive and emotional changes, identity and socialisation of adolescents, their relation to sexuality and relationships and health. The end of theoretical part is dedicated to attitudes, principles of their creation, changes and attitude to health and healthy life-style. Practical part is based on measuring the attitudes of students with modified two-factor semantic differential method.

The results of our diploma thesis showed that the female high school students can describe the health better than the male high school students. Female students also consider health to be connected with spending more energy. We consider this finding to be very positive and we hope it will be reflected into the education of their future children.

We were comparing different attitudes of students based on type of high school they were attending. We found out that students of sports high school didnt rate health better than students of classic or church school. We also compared students of 4-year and 8-year high school. The students of 8-year high schools rated health better than the students of 4-year high schools. We also found out that students in lower grades (1st and 5th) had better view on health than students of higher grades (4th and 8th). However, those results were not statistically significant.

**Keywords:** health, lifestyle, adolescence, attitudes, semantic differential



## REFERENČNÍ SEZNAM

1. BALADA, Jan et al. 2007. *Rámcový vzdělávací program pro gymnázia: RVP G*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, ©2007. 100 s. ISBN 978-80-87000-11-3.
2. BALADA, Jan et al. 2007. *Rámcový vzdělávací program pro gymnázia se sportovní přípravou: RVP GSP*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, ©2007. 103 s. ISBN 978-80-87000-12-0.
3. BLAHUTKOVÁ, Marie, MATĚJKOVÁ, Eva a Lucie, PERIČKOVÁ. 2010. *Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. Brno: Masarykova univerzita. 128 s. ISBN 978-80-210-5417-2.
4. BLATNÝ, Marek, ed. 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 290 s. ISBN 978-80-246-3462-3.
5. BOUDOVÁ, Jaroslava et al. 2015. *Program Škola podporující zdraví*. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze v NLN s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 104 s. Učební texty. ISBN 978-80-7422-406-5.
6. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. 2009. 2. dopl. a přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4.
7. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav, ČEVELA,. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
8. DANZER, Gerhard. 2001. *Psychosomatika*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-456-7.
9. Determinants of health. 2013. In: *Healthypeople.gov*. [online]. 2013. [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://www.healthypeople.gov/2020/about/DOHAbout.aspx#individual>
10. FIALOVÁ, Ludmila et al. 2014. *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum, 234 s. ISBN 978-80-246-2885-1.
11. FURUYA, Y. et al. 2013. Health Literacy, Socioeconomic Status and Self-Rated Health in Japan. *Oxford Journals* [online]. Oxford university press, 30(3), 505-513 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/10/16/heapro.dat071.full.pdf>.
12. HAYESOVÁ, Nicky. 2007. *Základy sociální psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál, 166 s. ISBN 978-80-7367-283-6.
13. HELLER, Daniel. 2014. *Sociální a pedagogická psychologie*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 78 s. ISBN 978-80-7290-680-2.

14. CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 254 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
15. CHRÁSKOVÁ, Marie. 2017. Mezikulturní rozdíly v postojích vysokoškolských studentů ke zdraví v kontextu pedagogické antropologie. In CICHÁ, Martina. a kol. 2017. *Pedagogická antropologie v podmínkách současné školy*. Olomouc: UP, s. 181–205. ISBN 987-80-244-5246-3.
16. JANDOUREK, Jan. 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
17. JANOVSÁ, Kateřina et al. 2016. *Zdravotní gramotnost dětí, mladých dospělých, dospělých, seniorů*. Praha: Národní síť podpory zdraví, 4 svazky (14; 18; 18; 18 stran). ISBN 978-80-270-1271-8.
18. KOHOUTEK, Rudolf. 2006. *Úvod do psychologie: psychologie osobnosti a zdraví žáka*. Brno: Masarykova univerzita, 167 s. ISBN 80-210-4077-7.
19. KOŤA, Jaroslav, TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a Marie, VACÍNOVÁ. 2013. *Sociální psychologie: vybrané kapitoly*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 176 s. ISBN 978-80-7452-029-7.
20. KRÍVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
21. MACHOVÁ, Jitka et al. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada, 312 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
22. MARKOVÁ, Marie. 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.
23. MLČÁK, Zdeněk. 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 107 s. Studijní texty. ISBN 978-80-7368-951-3.
24. MOGFORD, E. et al. 2011. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health: *Oxford Journals*. Health Promotion International [online]. 2011. (PMC3218635), pp. 4-13 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3218635/>
25. NAKONEČNÝ, Milan. 2009. *Sociální psychologie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Academia, 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
26. OREL, Miroslav a Věra, FACOVÁ. 2010. *Stres, zátěž a jejich zvládnutí*. Ostrava: Základní škola Ostrava-Dubina. 75 s. ISBN 978-80-904576-8-3.

27. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a Jiří, MAREŠ. 2013. *Pedagogický slovník*. 7. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
28. RVP ZV. 2013. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Stařeč: INFRA, 2004, ©2005. 113 S. ISBN 80-86666-24-7.
29. RASK, M. et al. The Fourth Level of Health Literacy. *International Quarterly of Community Health Education*. [online]. 2014, 34(1), pp. 51-71 [cit. 2018-03-15]. ISSN 1541-3519. Dostupné z: <http://qch.sagepub.com/content/34/1/51.abstract>
30. ŘEHULKA, Evžen, ed. 2010. *Škola a zdraví pro 21. století, 2010: výchova ke zdraví: mezinárodní zkušenosti*. Brno: Masarykova univerzita, 426 s. ISBN 978-80-210-5451-6.
31. ŘEHULKA, Evžen. 2016. *Zdraví – učitelé – škola*. Brno: Masarykova univerzita, 211 s. ISBN 978-80-210-8254-0.
32. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta et al. 2016. *Analýza postojů populace v různých věkových skupinách k vybraným složkám zdravého životního stylu*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s r.o., 70 stran. ISBN 978-80-87723-24-1.
33. URBANOVSKÁ, Eva. 2012 *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 65 s. Studijní opora. ISBN 978-80-244-3366-0.
34. URBANOVSKÁ, Eva. 2010. *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 159 s. ISBN 978-80-244-2561-0.
35. VÁGNEROVÁ, Marie. 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6.
36. VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. dopl. a přeprac.vyd. Praha: Karolinum, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
37. VAŠINA, Bohumil. 2009. *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 123 s. ISBN 978-80-7368-757-1.
38. VOBOŘILOVÁ, Jarmila. 2015. *Duševní hygiena a stres*. V Praze: České vysoké učení technické, 123 s. ISBN 978-80-01-05724-7.
39. VOSEČKOVÁ, Alena, HRSTKA, Zdeněk a Pavel, CELBA. 2007. *Kapitoly z psychologie zdraví: učební text pro vysokoškolskou výuku*. [Brno]: Univerzita obrany, sv. Učební texty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové; sv. 348, 358, 361, 365. ISBN 978-80-7231-317-4.

40. VÝROST, Jozef a Ivan, SLAMĚNÍK. 2008. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 404 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1428-8.
41. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ V PRAZE. 2004. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Stařeč: Infra, ©2005. 113 s. ISBN 80-86666-24-7.
42. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. 36, [75] s. ISBN 978-80-85047-47-9.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví .....	11
---	----

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Počet žáků a žákyň gymnázií ve výzkumném vzorku (n = 279).....	55
Graf 2. Počet žáků navštěvujících čtyřleté a osmileté gymnázium (n = 279) .....	55
Graf 3. Složení výzkumného vzorku respondentů podle jejich studijního zaměření (n = 279).....	56
Graf 4. Složení výzkumného vzorku respondentů podle navštěvovaného ročníku jejich studia (n = 279) .....	57

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Zastoupení žáků gymnázií (mužů a žen) ve výzkumném vzorku.....	54
Tabulka 2. Počet žáků čtyřletého a osmiletého gymnázia ve výzkumném šetření.....	55
Tabulka 3. Počet žáků gymnázia podle studijního zaměření ve výzkumném vzorku .....	56
Tabulka 4. Počet žáků podle navštěvovaného ročníku studia ve výzkumném vzorku.....	56
Tabulka 5. Pořadí zkoumaných pojmů podle jejich hodnocení žáky gymnázií .....	60
Tabulka 6. Pořadí zkoumaných pojmů podle vnímání jejich energie žáky gymnázií .....	60
Tabulka 7. Pořadí zkoumaných pojmů podle jejich hodnocení žáky (muži) gymnázií.....	61
Tabulka 8. Pořadí zkoumaných pojmů podle jejich hodnocení žákyněmi gymnázií .....	62
Tabulka 9. Pořadí zkoumaných pojmů podle vnímání jejich energie žáky (muži) gymnázií.....	62
Tabulka 10. Pořadí zkoumaných pojmů podle vnímání jejich energie žákyněmi gymnázií .....	63
Tabulka 11. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle pohlaví pomocí t-testu .....	64
Tabulka 12. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle zaměření gymnázia pomocí t-testu .....	64
Tabulka 13. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle typu gymnázia pomocí t-testu .....	65
Tabulka 14. Srovnání postojů žáků gymnázia k pojmu zdraví podle absolventského a nižšího ročníku gymnázia pomocí t-testu .....	65

## **SEZNAM ZKRATEK**

ACTH – Adrenokortikotropní hormon

BMI – Index tělesné hmotnosti (Body mass index)

ČR – Česká republika

GAS – Obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome)

RVP G – Rámcově vzdělávací program pro gymnázia

RVP GSP – Rámcově vzdělávací program pro gymnázia se sportovní přípravou

RVP PV – Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Anonymní dotazník a modifikovaný měrný nástroj ATER



# Příloha: Anonymní dotazník a modifikovaný měrný nástroj ATER

## Anonymní dotazník pro studenty SŠ

Studijní zaměření:

Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů (zakřížkujte)

Ročník:

Typ studované střední školy:

Rok narození:

Pohlaví (Zakroužkujte!)      muž – žena

Otec	Nejvyšší dosažené vzdělání	Matka
	Základní	
	Vyučen(a)	
	Učební obor s maturitou	
	Střední škola s maturitou	
	Nadstavbové studium po střední škole	
	Vysoká škola	

hodin minut

Kolikrát za měsíc používáte počítač pro potřeby výuky?  krát, jak dlouho trvá obvykle 1 sezení?

Kolikrát za měsíc používáte počítač pro zábavu?  krát, jak dlouho trvá obvykle 1 sezení?

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

Jaké pohybové aktivity preferujete? .....

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

Jakým volnočasovým aktivitám se věnujete? .....

Pokud jste v krátkodobé stresové situaci, jaké kompenzační aktivity a kolikrát za měsíc  je provádíte pro její eliminaci? .....

Jaké kompenzační aktivity a kolikrát za měsíc  provádíte pro eliminaci dlouhodobého stresu? .....

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

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

## Pokyny pro vyplnění sémantického diferenciálu pro studenty SŠ

### 1. Vysvětlení smyslu výzkumné metody

Každý člověk má poněkud jiné pocity při vyslovení nebo při představě určitého slova (pojmu). Cílem výzkumu je zjistit, jaké pocity máte právě Vy při vyslovení následujících pojmů, vztahujících se k vybraným složkám životního stylu. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky dotazníku nebudou sdělovány žádné třetí osobě.

### 2. Způsob vyplňování záznamových listů

Před sebou máte 9 tzv. záznamových listů s 18 pojmy, ke kterým se máte vyjádřit. Každý pojem je třeba posoudit pomocí všech uvedených dvojic přídavných jmen zapsáním křížku do sedmibodové škály podle Vašich pocitů a názorů. Nenechte se zaskočit tím, že se o pojmech budete vyjadřovat i poněkud nezvyklým způsobem (např. budete mít posoudit, jak dalece je vaše Budoucnost „mladá“ či „stará“ apod.). Vaším úkolem je vždy posoudit, jaký pocit ve vás určitý pojem vyvolává a ne jen jeho skutečný vzhled nebo podobu.































## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>Bc. Martina Havlíčková</b>
<b>Katedra:</b>	<b>Katedra antropologie a zdravotní vědy</b>
<b>Vedoucí práce:</b>	<b>PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.</b>
<b>Rok obhajoby:</b>	<b>2018</b>

<b>Název práce:</b>	<b>Postoje žáků vybraných typů gymnázií ke zdraví</b>
<b>Název v angličtině:</b>	<b>Attitudes of pupils of selected gymnasium towards health</b>
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce mapuje postoje žáků gymnázií ke zdraví. Práce má dvě části. V teoretické části se zabýváme zdravím a jeho determinantami a výchovou ke zdraví. Poté se věnujeme adolescenci, což je vývojové období, ve kterém se žáci gymnázií nacházejí. Popisujeme její časové vymezení, změny kognitivní a emoční, identitu a socializaci dospívajících, jejich vztah k sexualitě a partnerství a v neposlední řadě také ke zdraví. Závěr teoretické části je věnován postojům a jejich vytváření, změně a jejich měření a také postoji ke zdraví a zdravému životnímu stylu. Druhou částí je část metodická. Náplní je zjistit postoje žáků gymnázií ke zdraví. K výzkumu jsme použili metodu dvoufaktorového sémantického diferenciálu. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že postoje žáků gymnázií se odlišují v závislosti na pohlaví, u dalších sledovaných proměnných nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl. Vzhledem k vývojovému období respondentů a důležitosti jejich postojů ke zdraví a životnímu stylu by bylo vhodné věnovat se tomuto tématu nadále.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	zdraví, životní styl, adolescence, postoje, sémantický diferenciál
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The aim of this diploma thesis was to focus on the attitude of high school students towards health. The thesis has two parts. The theoretical part is based on health, its determinants and health education. The centre of our interest is adolescence, a transitional stage of high school students. We describe its time definition, cognitive and emotional changes, identity and socialisation of young adults, their connection to sexuality, relationships and health. The end of the theoretical part is dedicated to students' attitude, how</p>

	<p>they build it, change it and its measuring, their attitude towards health and healthy life-style. The second part is practical. The aim of this part is to identify high school students' attitude towards health. We used a two-dimensional semantic differential method. We found that students' attitude varies based on gender. We didn't find any statistically significant results in other variables. Considering the transitional stage the respondents are in and the importance of their attitude towards health we suggest it is necessary to continue focusing on this topic.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	health, lifestyle, adolescence, attitudes, semantic differential
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1: Anonymní dotazník a modifikovaný měrný nástroj ATER
<b>Rozsah práce:</b>	<b>80 stran</b>
<b>Jazyk práce:</b>	<b>český</b>