

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Fakulta tělesné kultury**

**Životní spokojenost a copingové strategie  
studentů FTK UP Olomouc**

Diplomová práce

Autor: Mgr. Jana Vlčková, rekreologie – management životního stylu

Vedoucí práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Olomouc 2016

**Jméno a příjmení autora:** Jana Vlčková

**Název diplomové práce:** Životní spokojenost a copingové strategie studentů  
FTK UP Olomouc

**Pracoviště:** Katedra rekreologie

**Vedoucí závěrečné práce:** PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

**Rok obhajoby:** 2016

**Abstrakt:**

Předložená práce se zaměřuje na problematiku životní spokojenosti a preference strategií zvládnání stresu vysokoškolských studentů FTK UP v Olomouci. Vysokoškoláci tvoří specifickou skupinu v populaci nacházející se ve vývojové fázi tzv. vynořující se dospělosti. Životní spokojenost studentů může být ukazatelem zdraví, životního stylu, motivace ke studiu, .... K úspěšnému studiu je potřeba mít schopnost vyrovnávat se stresem, přičemž za vhodnější jsou považovány pozitivní strategie zvládnání zátěže.

Výzkumný soubor tvořilo 120 studentů FTK UP v Olomouci. Jako hodnotící nástroj byl použit Dotazník životní spokojenosti (DŽS) a dotazník Strategie zvládnání stresu SVF 78. Výsledky výzkumu byly u sledovaného souboru porovnány s normativními hodnotami a analyzovány z hlediska genderových rozdílů.

**Klíčová slova:** kvalita života, pohybová aktivita, zdraví, životní spokojenost, životní styl, stres, coping, vysokoškolský student

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

**Author's first name and surname:** Jana Vlčková

**Title of the diploma thesis:**

**Department:** Department of Recreology

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

**The year of presentation:** 2016

**Abstract:**

Presented thesis focuses on issues of life satisfaction and preference of strategies for stress coping by college students on FTK UP Olomouc. The college students are specific group in population situated in the development stage so called emerging adulthood. Their life satisfaction can be indicator of health, life style, study motivation etc. It is need the ability of stress coping for successful studies, while the positive strategies of load coping are considered as more appropriate.

The research group was consisted of 120 students on FTP UP Olomouc. It was used Life Satisfaction Questionnaire (DŽS) and Questionnaire Coping Strategies SVF 78. The research results by the used group was compared with normative values and analyzed in terms of gender differences.

**Key words:** quality of life, physical activity, health, life satisfaction, lifestyle, stress, coping, college student

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., že jsem uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne .....

.....

Děkuji vedoucímu práce PhDr. Dr. Martinu Sigmundovi, Ph.D. za podporu, pomoc a odborné vedení při psaní závěrečné diplomové práce. Také děkuji své rodině za trpělivost.

## Obsah

1	Úvod.....	8
2	Přehled poznatků .....	9
2.1	Kvalita života .....	9
2.1.1	Vymezení pojmu kvalita života .....	9
2.1.2	Různé pohledy na kvalitu života .....	10
2.1.3	Měření kvality života .....	13
2.2	Životní spokojenost .....	15
2.2.1	Pozitivní psychologie .....	15
2.2.2	Well-being .....	17
2.2.3	Vymezení pojmu životní spokojenost .....	18
2.3	Zdraví .....	19
2.3.1	Vymezení pojmu zdraví .....	19
2.3.2	Různá pojetí pojmu zdraví.....	20
2.3.3	Podpora zdraví.....	21
2.3.4	Determinanty zdraví .....	23
2.4	Životní styl .....	25
2.4.1	Vymezení pojmu životní způsob a životní styl.....	25
2.4.2	Životní styl a zdraví .....	29
2.4.3	Životní styl a kvalita života .....	31
2.5	Zdravý životní styl a jeho složky .....	32
2.5.1	Pohybová aktivita.....	33
2.5.2	Výživa .....	36

2.6	Stres .....	44
2.6.1	Vliv stresu na zdraví .....	47
2.6.2	Zvládání stresu - coping .....	48
2.7	Vysokoškolský student.....	52
2.7.1	Věkové zvláštnosti období adolescence .....	52
2.7.2	Charakteristika období mladší (časně) dospělosti.....	53
2.7.3	Psychologické zvláštnosti studentů VŠ .....	55
3	Cíle .....	58
4	Metodika .....	59
4.1	Metody výzkumu .....	59
4.2	Charakteristika výběrového souboru .....	61
4.3	Zpracování výsledků .....	62
5	Výsledky .....	63
5.1	Životní spokojenost studentů FTK.....	63
5.2	Strategie zvládání stresu - SVF 78 .....	66
6	Diskuze .....	70
7	Závěr .....	76
8	Souhrn.....	77
9	Summary .....	78
10	Referenční seznam (seznam citované a použité literatury) .....	79
11	Seznam tabulek a grafů .....	86

## 1 Úvod

Roky studií na vysoké škole pro mne byly jednou z nejlepších etap mého dosavadního života. Studovala jsem na počátku 90. let krátce po sametové revoluci. Byla to doba bez starostí, s minimem odpovědnosti, plná návštěv kin a divadel. Většina studentů bydlela na koleji a díky tomu byly studentské koleje místem, kde se společensky žilo. S trochou peněz od rodičů šlo vyjít a na cestování po právě „otevřeném“ světě během prázdnin jsme si vydělali na brigádách.

Dnešní doba přinesla mnohé změny. Na jednu stranu přináší více příležitostí a možností, na druhou stranu však klade velké požadavky na osobnost jedince, jeho výkonnost a úspěšnost. Člověk je vystaven mnohem větší nejistotě, musí zvládnout velké množství informací a přizpůsobovat se rychlému technologickému pokroku. Náklady na studium se stále zvyšují a vysokoškolský titul již nezaručuje dobré uplatnění v praxi. Studenti jsou tak mnohdy nuceni začít s budováním kariéry již během studia. Neoddělitelnou součástí života každého jedince se stal stres.

*„Studenti vždy měli problémy, ale současný společenský trend s sebou přináší závažnější problémy, obtížněji řešitelné a mnohdy i obtížně rozpoznatelné. Studenti se setkávají s problémy, které nejsou schopni sami zvládnout. Tyto problémy jsou různého druhu – běžné starosti každodenního života (např. problémy se zdravím, vztahy, bydlením, financemi), závažné krize (úrazy, psychické selhání, sebevražda, ztráta blízké osoby) a především specifické problémy spojené se studentským životem (volba studijního a profesního oboru, akademické záležitosti, studijní problémy, život na koleji).“*

*(Provazníková, 2003)*



## 2 Přehled poznatků

### 2.1 Kvalita života

#### 2.1.1 Vymezení pojmu kvalita života

„Kvalita života“ je v dnešní době velmi frekventovaný pojem, je užíván laiky i politiky, objevuje se v řadě vědeckých disciplín (medicína, psychologie, sociologie, pedagogika, ekonomie, a další). Zpočátku byl užíván hlavně v souvislostech ekonomických a politických, kdy byla kvalita života posuzována ve spojitosti s materiálními hodnotami, blahobytem a ekonomickým vývojem. Později se objevil také v medicíně, nebo ve spojitosti s životním prostředím. *„Výrazněji se problematika kvality života dostala do popředí ze dvou příčin: ekonomický růst a rozvoj vědy a techniky vytváří pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby, zároveň se však objevuje dopad tohoto ekonomického růstu, který sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence.“* (Vaňurová & Mühlpachr, 2005, 8)

V 70. letech se termín zabydluje také v sociologii a začíná být chápán ne jako „žít lépe“, ale stále častěji jako „žít jinak“. Heřmanová (2012, 410) uvádí, že je možné v tomto období sledovat *„odklon od analýzy ekonomických a sociálních životních podmínek a příklon k hodnocení životních stylů a způsobů života obyvatel. Z rozdílů mezi realizovaným a chtěným způsobem života byla pak často odvozována i míra subjektivní spokojenosti s vlastním životem.“*

V oblasti medicíny byla kvalitě života věnována pozornost hlavně v souvislosti s úrovní zdravotní a sociální péče, zmírňováním útrap v nemoci (paliativní péče, postižení, stáří, mírnění bolesti, ...). V současnosti se zájem zkoumání přesouvá z lidí nemocných na jedince zdravé. Výzkumy jsou orientovány na osobnost člověka a její složky, převažuje pojetí kvality života založené na subjektivním vnímání a hodnocení vlastního života. Ve středu zájmu stojí měření a analýza pohody a štěstí.

Většina autorů (Řehulková et al., 2008; Hnilicová in Payne, 2005; Křížová in Payne, 2005; Kebza, 2005; Mareš, 2010) se shoduje, že kvalita života je složitý a pro svou multidimenzionalitu a komplexnost těžce uchopitelný pojem. *„Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí*

*a sebezpochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka.*“ (Svobodová in Šubrt, 2008, 122)

V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“, ale jak upozorňuje Hnilicová in Payne (2005), ale ani jedna není všeobecně akceptována. Podle ní je *„na nejobecnější úrovni kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.*“ (Hnilicová in Payne, 2005, 207)

Heřmanová (2012, 411) uvádí, že *„kvalita života je reflexí objektivních environmentálních podmínek (vnějšího prostředí) a sebereflexí (vnitřního prostředí) člověka v kontextu kulturních, hodnotových, sociálních a prostorových (geografických) systémů a ve vztahu k individuálním motivacím, schopnostem, cílům a očekáváním*“.

Hnilica in Payne (2005) chápe kvalitu života jako celkovou spokojenost se životem, přítomnost kladných a relativní absenci záporných emocí, pocit celkového fyzického i duševního zdraví, pocit dobré tělesné kondice a absenci častých bolestí. Naproti tomu je v psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2000, 284) kvalita života definovaná jako *pouhé „vyjádření pocitu životního štěstí“*.

### **2.1.2 Různé pohledy na kvalitu života**

Z výše uvedených definic vyplývá, že kvalitu života můžeme zkoumat a definovat z různých úhlů. *„Podle Světové zdravotnické organizace WHO je kvalita života definována jako to, jak člověk vnímá svoji pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, přičemž přihlíží k jeho cílům, očekáváním a normám.*“ (Slezáčková, 2012, 23). WHO rozeznává 6 základních aspektů (faktorů) kvality života, které ovlivňují kvalitu lidského života (Slezáčková, 2012):

- **fyzickou stránku a úroveň samostatnosti** (posouzení míry únavy, závislost na lécích, vnímání bolesti, subjektivní hodnocení fyzické zdatnosti, pohyblivost, pracovní způsobilost, ...)
- **psychické zdraví a duchovní oblast** (sebepojetí a sebehodnocení, prožívání pozitivních a negativních emocí, selfkoncept, funkce myšlení, schopnost koncentrace, schopnost učit se, ale také osobní víra a spiritualita)
- **sociální vztahy** (osobní vztahy, intimní soužití, zdroje sociální opory, ...)
- **životní prostředí** (finanční zdroje, dostupnost lékařské a sociální péče, podmínky domácího prostředí, ale i vnější prostředí – klimatické podmínky, míra znečištění a hluku, ...)

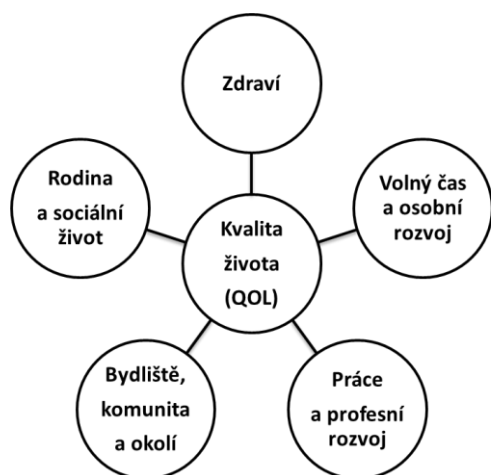
Podobný rámec pro své výzkumné projekty vymezuje ve svém modelu Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu:

<b><i>BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka</i></b>	
<i>Fyzické bytí</i>	<i>Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled</i>
<i>Psychologické bytí</i>	<i>Psychologické zdraví, vnímání, citění, sebeúcta, sebekontrola</i>
<i>Spirituální bytí</i>	<i>Osobní hodnoty, přesvědčení, víra</i>
<b><i>PATŘIT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím</i></b>	
<i>Fyzické napojení</i>	<i>Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita</i>
<i>Sociální napojení</i>	<i>Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)</i>
<i>Komunitní napojení</i>	<i>Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)</i>
<b><i>REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace</i></b>	
<i>Praktická realizace</i>	<i>Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování</i>
<i>Volnočasové realizace</i>	<i>Relaxační aktivity podporující redukci stresu</i>
<i>Růstová realizace</i>	<i>Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny</i>

**Tab. 1 Model kvality života, Centrum pro podporu zdraví, Univerzita Toronto. Upraveno Heřmanovou (2012, 413).**

Jak dále uvádí Heřmanová (2012, 413) je podle tohoto modelu „skutečná kvalita života konkrétního jedince dána jednak subjektivně (sociálně, hodnotově a kulturně) podmíněným významem jednotlivých vymezených oblastí, jednak také mírou, v níž se jedinci daří tyto oblasti života reálně naplňovat a tím, jak toto naplňování sám opět subjektivně hodnotí.“

„Objektivně měřitelnými charakteristikami lidského života či životního způsobu, tj. zejména zdravotním stavem, pracovními podmínkami a podmínkami pro profesní rozvoj, možnostmi a způsoby trávení volného času“ se zabývá model používaný v prostředí kanadských ozbrojených sil. „Model vyhodnocuje sociální život a kvalitu sociálních vazeb, ať již v rámci rodiny, lokální či profesní komunity. Nezabývá se však již vazbou na hodnotovou orientaci lidí či na subjektivně prožívanou životní spokojenost.“ (Heřmanová, 2012, 416)



Obr. 1 Model kvality života armády Kanady – převzato z Heřmanová (2012)

Jak vyplývá z předchozích modelů, „na kvalitu života můžeme nahlížet z hlediska subjektivního, tak objektivního. Zatímco objektivní dimenze kvality života odpovídají životním podmínkám daného člověka (zdravotnímu stavu, socioekonomickému statusu apod.), subjektivní stránku tvoří jeho osobní pohoda a životní spokojenost. Pro posouzení kvality života daného člověka je důležité znát jeho hodnotový systém a očekávání i to, nakolik jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou realitou.“ (Slezáčková, 2012, 23)

Skutečná kvalita života jedince tedy závisí na subjektivním vnímání individuální životní reality. Podle Balcara in Payne (2005) má kvalita života tři dimenze:

- tělesné „zdraví“ (zdraví ve smyslu fyzické zdatnosti), tj. soulad a výkonnost tělesných funkcí
- duševní (prožitkovou, chápanou jako štěstí), tj. radost ze života a úspěšnost v něm
- duchovní (existenciální, prožitek smysluplnosti vlastního života), tj. účinné uplatňování vůle a svědomí, uskutečňování hodnot ve světě, sebepřesaznost – „mít něco, pro co stojí žít“

Praktické naplňování smyslu života zpravidla přispívá k duševnímu, ale také tělesnému zdraví. Pocit pohody, který přináší tělesná, duševní a sociální vyrovnanost, je základem kvality života každého jedince.

### **2.1.3 Měření kvality života**

Podle Hnilicové in Payne (2005) v zásadě existují 3 přístupy ke zkoumání kvality života:

1. psychologický – snaha postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem
2. sociologický – důraz na znaky sociální úspěšnosti, tj. status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav, ...
3. medicínský – zkoumá oblast psychosomatického a fyzického zdraví (kvalita života pacientů trpících různými nemocemi, dopad určité terapie na kvalitu života, ...) – „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“

Zatím neexistuje přesné měření kvality života, na kterém by se shodla většina odborníků. Jedním z důvodů je to, že v sobě obsahuje dvě relativně samostatné složky – objektivní a subjektivní.

**Subjektivní metody měření** dále můžeme dělit podle toho, co měří (celkovou spokojenost, spokojenost s jednotlivými oblastmi života, jednotlivé aspekty kvality života). Křivohlavý (2009) uvádí 3 základní skupiny metod měření:

1. metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba (objektivní metody) – např. slovní hodnocení daných kritérií
2. metody měření, kde hodnotitelem je sama daná osoba (subjektivní metody) – např. rozhovor, popř. sebeposuzovací dotazník (metoda SEIQOL, dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-100.)
3. metody smíšené

**Objektivní metody:** jednou z možností měření kvality života je tzv. index lidského rozvoje. Je vypočítáván z řady kategorií, k nimž patří např. lidské zdraví, úroveň vzdělanosti a hmotná životní úroveň.

- **lidské zdraví** je vyjádřeno jako průměrná očekávaná délka života při narození (tento demografický ukazatel v sobě zahrnuje negativní i pozitivní vlivy, které lidské zdraví ovlivňují).
- **úroveň vzdělanosti** se stanovuje jako podíl gramotného obyvatelstva a jako kombinovaný podíl populace z příslušné věkové skupiny navštěvující školy prvního, druhého a třetího stupně.
- **hmotná životní úroveň** je vyjádřena jako hrubý domácí produkt na osobu v USD, přepočteném na paritu kupní síly.

Index lidského rozvoje je od roku 1990 každoročně zveřejňován ve statistické publikaci „Zpráva o lidském rozvoji“ (Human Development Report) vydávanou pod záštitou UNDP (United Nations Development Programme). (Svobodová in Šubrt, 2008) V roce 2014 byla v tomto žebříčku ČR na 28. místě.

Na závěr této kapitoly bych společně s Hnilicovou in Payne (2005, 206) ráda zdůraznila význam měření kvality života: „Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou „užít“.“

## 2.2 Životní spokojenost

### 2.2.1 Pozitivní psychologie

Rozvíjející se zájem o oblast kvality života a osobní pohody (well-being) vedl na přelomu 20. a 21. století ke vzniku nového psychologického směru - **pozitivní psychologie**. Tento směr vznikl jako reakce na dosavadní psychologické bádání zaměřené spíše na oblasti problémové (odchylky od normy, poruchy, rizikové faktory) a málo se věnující pozitivním stránkám osobnosti. Navazuje na práce z oblasti humanistické psychologie (např. hierarchii potřeb A. H. Maslowa) a psychologie zdraví.

Za hlavního představitele pozitivní psychologie je považován americký psycholog Martin Seligman. Se svou teorií prožitku „flow“ k ní spadá také psycholog maďarského původu Mihaly Csikszentmihalyi. U nás byl zastáncem pozitivní psychologie např. prof. Jaro Křivohlavý (2004, 8), který ji chápal jako „doplnění - komplementarizaci - celkového obrazu lidské psychiky, v němž byla dosud věnována větší pozornost negativním jevům. Jde o doplnění stávajícího souboru poznatků psychologie o ty jevy, které lze chápat jako kladné – salutogenní, provitální (podporující život a zdraví).“

*„Dnešní pozitivní psychologie se deklaruje především jako věda zabývající se studiem pozitivních emocí (radost, štěstí, láska, naděje, zážitek plynutí flow, atd.), výzkumem pozitivních individuálních vlastností a rysů osobnosti (jako např. optimismus, zvědavost, nezdolnost nebo smysl pro humor) a hledáním faktorů uplatňujících se v pozitivně fungujících společenstvích a institucích.“ (Slezáčková, 2012, 15)*

Vedle výzkumu kvality života a životní spokojenosti se pozornost pozitivní psychologie zaměřuje na silné stránky osobnosti člověka. Podle Slezáčkové (2012, 21) jednou z hlavních myšlenek je předpoklad, že *„skrze cílenou orientaci na to, co je v životě člověka zdravé, nosné a funkční, lze posílit mechanismy zvládnání těch situací a úkolů, které jsou obtížné, konfliktní a náročné.“*

Pozitivní psychologie přináší větší důraz na sociální dimenzi psychického života člověka, tj. na jevy ovlivňující dobré vztahy mezi lidmi. Jako prosociální chování zvyšující kvalitu života Křivohlavý (2004) zmiňuje např. schopnost odpouštění či empatie. Dalšími tématy jsou altruismus, tolerance, vděčnost či pokora, smíření, naděje, otázky tvořivosti, moudrosti nebo schopnosti kladení si cílů.

Pozitivní psychologie studuje pozitivní emoce a jejich vliv na zdraví člověka i na celkovou kvalitu jeho života. Podle Křivohlavého (2007) nám pozitivní emoce *„pomáhají vytvářet osobní zdroje (fyzické, psychické, duchovní či sociální), které zůstávají v našem repertoáru i poté, co pozitivní emoce odezněly. Jsou výzbrojí, jež nám pomáhá úspěšně zvládat a přežít obtížné životní situace.“* To má význam zejména v prevenci výskytu negativních jevů a prožitků.

Z různých výzkumů vyplývá, jak uvádí Slezáčková (2012), že celkové pozitivní emocionální naladění činí člověka kreativnějším, vnímavějším k okolí, rozšiřuje pozornost a podporuje celostní pohled na svět. Pozitivně naladění lidé snadněji získávají nové znalosti a dovednosti, mají lepší mezilidské vztahy, lépe zvládají stres, podávají vyšší pracovní výkon a jsou zdravější.

Mezi nejaktuálnější pojmy současné pozitivní psychologie patří „flourishing“. Podle Slezáčkové (2012, 36) jím rozumíme *„všestranné úspěšné fungování jedince, jež přesahuje zjednodušující, na pozitivní emocionalitě postavená pojetí štěstí nebo životní spokojenosti. Optimálně prospívající lidé se cítí lépe po duševní i tělesné stránce, mají jasnou představu o účelu svého života, udržují vřelé sociální vztahy a daří se jim i v pracovní oblasti.“*



### 2.2.2 Well-being

Pro popis stavu, kdy je člověku dobře, můžeme najít v literatuře mnoho rozličných pojmů, např. pohoda (well-being), spokojenost (satisfaction), štěstí (happiness), optimální prospívání a vzkvétání (flourishing), ...

V ČR se asi nejvíce setkáváme s pojmem **osobní pohoda (well-being)**. Podle autorů, kteří se jím zabývají (Kebza, 2005, Kebza & Šolcová 2003, 2005), je subjektivní pocit osobní pohody tvořen hlavně psychickou osobní pohodou, sebeúctou (self – esteem), vědomím vlastní účinnosti (self- efficacy) a osobním zvládnutím (personal mastery). Psychická osobní pohoda zahrnuje pozitivní i negativní afektivitu, pocity štěstí, životní spokojenost, atd. Osobní pohoda je nejen významnou složkou a ukazatelem kvality života, ale také jednou z významných složek zdraví. (Kebza, 2005)

Podle Blatného et al. (2005, 84) je osobní pohoda definována jako *„dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s jeho životem“* a je tvořena dvěma složkami: kognitivní (vědomé hodnocení vlastního života) a emoční (souhrn nálad, emocí a afektů). *„Osobní pohoda je dána vysokou mírou pozitivních emocí a nízkou mírou negativních emocí.“* Mezi emoční komponenty řadí Blatný et al. (2005) „štěstí“, jako hodnocení prožitkové stránky vlastního života. Hlavní kognitivní komponentou osobní pohody je pak podle něj životní spokojenost, neboli vědomé, globální hodnocení vlastního života jako celku.

Důležitým aspektem osobní pohody jsou sociální vztahy a hodnocení vlastní sociální hodnoty jedince pro společnost. Jako další determinanty uvádí Kebza (2005) např. zdravotní stav a subjektivní posouzení celkového zdraví, socioekonomický status, věk, ale také rodičovství, sociální opora, životní události, sebeúcta, apod.

Prof. Křivohlavý (2007) vyzdvihuje integritu osobnosti, jako významnou charakteristiku osobnosti přispívající k osobní pohodě a životní spokojenosti jedince: *„Díky dosavadním psychologickým výzkumům můžeme dnes již s určitou mírou jistoty říci, že dobře, případně poměrně lépe je těm lidem, kteří jsou charakterizováni integrovanou osobností a že dobře je i těm lidem, v jejichž osobnosti je možno diagnostikovat tvořivé, kreativní, generativní prvky.“* K dobrému subjektivnímu stavu

podle něj vedou konkrétně definované, splnitelné osobní cíle, vycházející z vlastního osobního rozhodnutí dané osoby, apod.

*„Významnou dimenzí komplexu osobní pohody je též **tělesná zdatnost** (wellness či fitness). Zpracován je zejména vliv pohybové aktivity na osobní pohodu či její komponenty: Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi, percepci stresu.“* (Kebza & Šolcová 2005, 16) Vyšší úroveň tělesné zdatnosti významně prodlužuje celkovou nezávislost, sebeobslužnost a samostatnost, a tím přispívá k vyšší kvalitě života, zejména v pozdějším věku. Význam tělesné složky pro osobní pohodu vyzdvihuje také Hošek (2010). Subjektivní prožívání vlastního těla, zejména spokojenost s ním, je její důležitou součástí, stejně tak k pocitu osobní pohody výrazně přispívá aktivní odpočinek.

*„Z medicínského pohledu je pojem „well-being“ kromě psychologické podstaty úzce propojen jednak s holisticky pojímaným zdravím, jednak s komplexně založeným pojetím životního stylu, zahrnujícím množství potenciálně působících rizikových i protektivních faktorů.“* (Kebza & Šolcová 2005, 16)

### **2.2.3 Vymezení pojmu životní spokojenost**

Dříve byl termín životní spokojenost užíván jako ekvivalent k pojmu osobní pohoda. Kebza (2005) považuje životní spokojenost, pozitivní emoce a negativní emoce za oddělitelné a odlišné komponenty osobní pohody. Paulík (2010, 129) mluví o spokojenosti jako o zážitkovém fenoménu *„vycházejícím z hodnocení aktuální i celkové životní situace jedince, který je jednak průvodním jevem i výsledkem dosavadního adaptačního procesu na pracovní i mimopracovní podmínky života jedince, jednak jedním z jevů ovlivňujícím další adaptaci.“*

Dle Kalmana et al. (2010, 53) je životní spokojenost definována jako *„hodnocení rozmanitých oblastí života jednotlivcem a je poměrně stálá v průběhu života v porovnání se spontánními pocity, které se člověku spojují s právě prožitou zkušeností“*. Dále pak Kalman uvádí, že významnými determinantami životní spokojenosti (podle mnohých

studií) jsou věk, zdravotní stav, fyzická výkonnost, sociální vztahy, socioekonomický status, životní události a spiritualita jedince v širokém slova smyslu (celkový životní postoj, transcendence, smysl života, víra, religiozita).

Úroveň osobní pohody a životní spokojenosti můžeme posuzovat z pohledu lidského zdraví, subjektivně prožívané osobní spokojenosti a postavení člověka v sociální hierarchii. Fahrenberg in Rodná & Rodný (2001, 23) charakterizuje životní spokojenost jako „individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti.“ Dotazník životní spokojenosti hodnotí spokojenost jedince v 10 oblastech: zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní a bydlení.

## 2.3 Zdraví

### 2.3.1 Vymezení pojmu zdraví

Právo na zdraví a zdravé životní prostředí je zakotveno v Chartě základních lidských práv Evropské unie. Zdraví, jak ho v dnešní době chápeme, není pouhá nepřítomnost nemoci. Zdraví je žádoucí prvek lidského života, je jedním z aspektů kvality života. Abychom se mohli realizovat a dosahovat svých cílů, potřebujeme být zdraví. Na druhou stranu dělá dnešní konzumní doba ze zdraví jakousi společenskou povinnost, vytváří kult zdraví a krásy – kdo není zdravý je „neplnohodnotný“.

Nejčastěji citovanou a mezinárodně uznávanou definicí zdraví je vymezení pojmu od Světové zdravotnické organizace. Ta jej popisuje jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady.“ (WHO, 1946).

Toto vymezení je chváleno i kritizováno. Jednou z jeho předností je ale skutečnost, že představuje zdraví jako multidimenzionální pojem a připomíná 3 základní aspekty zdraví:

- **duševní zdraví**, které zahrnuje i zdraví emocionální

- **tělesné zdraví**, které obvykle znamená nepřítomnost nemoci nebo vady

(fyziologické funkce orgánů a biologická integrita jedince)

- **sociální zdraví**, tj. schopnost navazovat sociální kontakty a rozvíjet uspokojivé

mezilidské vztahy

*Definice zdraví byla upřesňována a doplňována. V programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (přijato v roce 1977 na 30. valném shromáždění) byla doplněna o charakteristiku zdraví jako „schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život.“ Zdraví se tak stalo prostředkem k realizaci harmonického rozvoje jedince.*

### **2.3.2 Různá pojetí pojmu zdraví**

Existuje mnoho pojetí a teorií zdraví. Lze se na něj dívat např. jako na zdroj fyzické a psychické síly, která pomáhá člověku zvládat životní těžkosti nebo mu umožňuje dosahovat „vyšších“ cílů. Velmi rozšířený je pohled na zdraví jako na schopnost dobrého fungování (fitness). Současné zdravotní instituce a farmakologické firmy nám také předkládají zdraví jako produkt, který je možno zakoupit.

Seedhouse (in Křivohlavý, 2009, 33) rozděluje teorie zdraví následně:

1. teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness)
2. teorie, které chápou zdraví jako fitness – normální dobré fungování
3. teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží
4. teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“

Křivohlavý (2009) pak tuto řadu rozšiřuje o schopnost adaptace na různé výzvy života a pokouší se o vlastní definici:

*„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý, 2009, 40)*

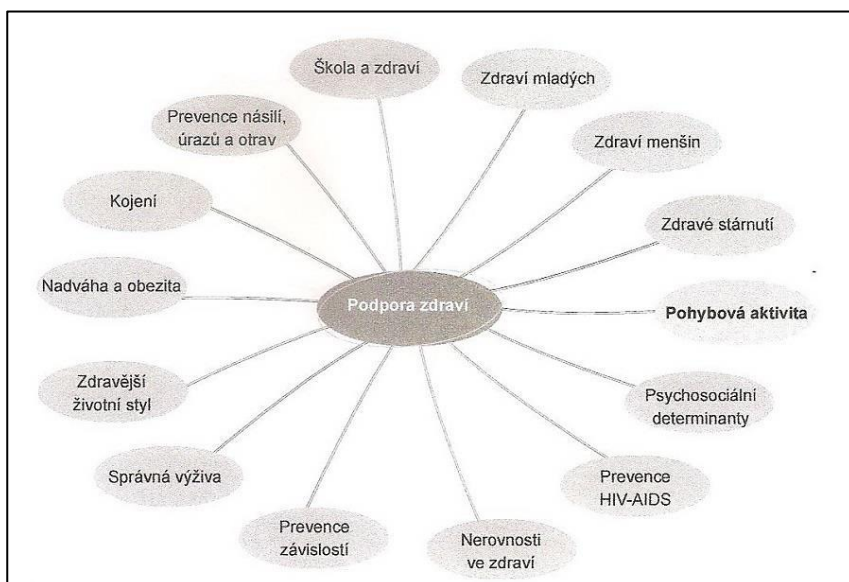
### 2.3.3 Podpora zdraví

Problémem dnešní doby z hlediska zdraví obyvatel jsou neinfekční chronická onemocnění (kardiovaskulární nemoci – především onemocnění srdce a ikty, nádory, chronická respirační onemocnění a diabetes), která jsou hlavní příčinou úmrtí. Na jejich vzniku a rozvoji se podílí mnoho rizikových faktorů souvisejících se způsobem života moderní konzumní společnosti - kouření, nezdravá strava, nízká pohybová aktivita, alkohol, psychosociální stres, apod. Tato onemocnění jsou velkou ekonomickou zátěží, a to nejen ve zdravotnictví. Je tedy v zájmu celé společnosti těmto chorobám předcházet. Proto je tolik kladen důraz na podporu zdraví a prevenci.

Ottawská charta vymezuje podporu zdraví jako „proces umožňující lidem zlepšit své zdraví a zvýšit kontrolu nad ním. (WHO 1998). Podpora zdraví, jak uvádí Kebza (2005), je zaměřena na populaci jako celek v každodenních souvislostech a orientuje se na ovlivnění determinant či podmínek zdraví. Neznamená tedy pouze zodpovědnost zdravotnického resortu za zdraví jednotlivců a populace, ale zdůrazňuje jeho ovlivnitelnost a individuální odpovědnost za zdraví prostřednictvím životního stylu každého jedince. Základními prostředky podpory zdraví jsou podle Ottawské charty:

- zdravá veřejná politika promítající se do politických aktivit ve všech resortech a na všech úrovních
- tvorba podporujícího životního prostředí – ve všech strategiích podpory zdraví musí být zahrnuta ochrana životního prostředí a přírodních zdrojů
- posilování aktivity v obcích a komunitách
- rozvoj schopností lidí pro podporu a posilování zdraví
- reorientace systému péče o zdraví - zdravotnictví se musí více věnovat podpoře zdraví a posílení primární prevence (Kernová, 2006)

Úspěšně realizovaná podpora zdraví tedy vyžaduje nejen spolupráci mezi resortem zdravotnictví a ostatními resorty, ale také pozitivní odezvu ve společnosti, tj. účast jednotlivců, skupin, komunit i organizací. „*Podpora zdraví se týká především ozdravení životního stylu, v němž jsou dosud velké rezervy ke zlepšování zdravotního stavu a prevence řady nemocí.*“ (Kernová, 2006, 22)



Obr. 2 Členění podpory zdraví dle SZÚ (Kalman, 2009)

Součástí podpory zdraví je:

- výchova ke zdraví, edukace pacientů
- prevence a intervenční programy podporující zdraví (Zdravé město, Škola podporující zdraví, apod.)
- veřejná zdravotní politika zaměřená na ochranu a podporu zdraví s důrazem na rizikové determinanty životního stylu (Zdraví 21, Národní program podpory zdraví)

Hlavní součástí podpory zdraví je prevence chorob. Návaznost jejich vzájemného působení lze vyjádřit takto (Kernová, 2006, 15):

podpora zdraví → prevence chorob → léčba → rehabilitace

**Prevenčí** rozumíme soubor opatření, který má předcházet nějakému nežádoucímu jevu a jeho následkům, v našem případě nemoci. Vychází z předpokladu, že předcházení nemocem, úrazům a jiným poruchám je ze zdravotních, psychických, etických i ekonomických hledisek výhodnější, než zákroky proti již vzniklým problémům. Rozeznáváme:

- **primární prevenci**, která je zaměřena na veškeré obyvatelstvo, její snahou je předcházení vzniku nemocí a ovlivňování determinant působících na zdraví. Základní prevencí v případě civilizačních nemocí je přiměřený příjem energie a dostatečná pohybová aktivita. Primární prevenci dělíme na **specifickou** (cíleně

zaměřenou na konkrétní riziko nemoci) a **nespecifickou**, která je prevencí tzv. nežádoucího chování a jejímž cílem je přijmout odpovědnost za vlastní zdraví. Nespecifická prevence je orientovaná na posílení osobnosti člověka – na jeho dovednosti a schopnosti zvládat a řešit problémy. Primární prevence týkající se životního stylu by měla začít již v časném dětství, kdy se začínají formovat hodnoty a postoje jedince.

- **sekundární prevenci** zaměřenou na včasné objevení latentních příznaků nemoci (např. preventivními prohlídkami a screeningovými programy), cílem je předejít rozvoji choroby, komplikacím nebo chronicitě. Zacílena je na zvláště ohrožené skupiny. Pohybová aktivita je významnou součástí také – velký význam při léčbě řady onemocnění, zlepšuje zdravotní stav nemocného
- **terciární prevenci**, která spočívá ve snaze o zmírnění důsledků nemoci. Zahrnuje léčbu a rehabilitaci, rekonvalescenci. Směřuje na předcházení důsledků nemoci a zabránění jejímu opakování, např. srdečního infarktu.
- Mluví se také o tzv. **kvartérní prevenci** zaměřené na udržení zbytkových fyzických, psychických i sociálních funkcí organismu a udržení úrovně kvality života nemocného jedince. Zabývá se také aktivitami zdravotní péče zaměřenými na zmírnění dopadů či vyhnutí se následkům nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí.

#### **2.3.4 Determinanty zdraví**

Naše zdraví je ovlivňováno celou řadou faktorů (vnějších i vnitřních), které utvářejí zdravotní stav a určují kvalitu života. Mohou působit samostatně nebo společně, vzájemně se posilovat, oslabovat nebo dokonce rušit. Existuje jich nepřeberné množství, některé mají na naše zdraví výrazný vliv, jiné jej ovlivňují zanedbatelně.

**Determinanty zdraví** tedy můžeme definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí

nebo společnosti. (Nutbeam in Kebza, 2005). Zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince, stejně jako jeho individuální charakteristiky a chování (dědičnost, životní styl apod.). Mohou zdraví podporovat (protektivní determinanty) nebo naopak způsobit vznik nemoci (determinanty rizikové). Determinanty zdraví můžeme dělit na:

1. **vnitřní** - osobnostní charakteristiky, kognitivní, emocionální a konativní proměnné, např. osobní pohoda (well-being), podněty pozitivní psychologie
2. **vnější** - sociální, environmentální, ekonomické, politické a kulturní proměnné

Nebo také na:

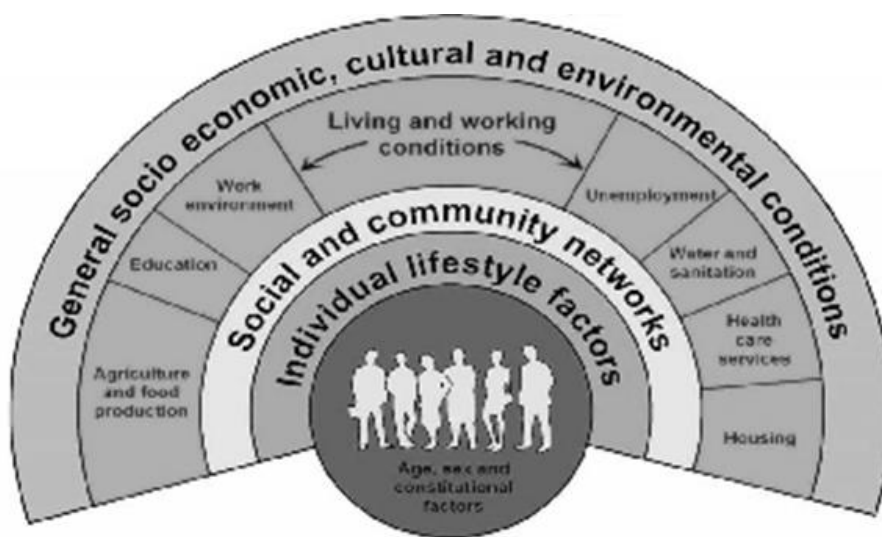
1. **nepřímé** - nepůsobí přímo na organismus, ale vliv na zdravotní stav přesto mají (spíše však na celé populace); patří sem např. kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, demografická situace, sociální stratifikace, sociální prostředí, ....
2. **přímé** – působí přímo na lidský organismus: životní prostředí, genetický základ, zdravotnictví a životní styl

Podle WHO zdravotní stav člověka nejvíce ovlivňuje (vychází ze statistik mortality a jejích příčin) životní způsob/styl (z 50–60 %), druhou determinantou je prostředí (20 – 25 %) a na třetím a čtvrtém místě se shodně umístil vliv genetické výbavy a organizace zdravotnické péče (10–15 %):

1. *Životní styl (způsob života) – např. životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, způsob práce, stres, úroveň vzdělání, způsob stravování, pohybová aktivity, abusus drog či alkoholu, kouření, postoj k vlastnímu zdraví a péče o něj, osobní hygiena, sexuální chování, spotřební chování.*
2. *Životní a pracovní prostředí (ovzduší, voda, půda, hluk, elektromagnetické záření, klimatické podmínky, potravinový řetězec, výrobní technologie, pracovní prostředí, předměty běžného užívání, bydlení, služby, doprava, urbanistika, kultura).*
3. *Péče o zdraví a zdravotnictví (rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, organizace financování a řízení zdravotnictví).*



4. *Biologický (genetický) základ (vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, věk, rozdíly ve zdraví mužů a žen...).*



Obr. 3 **Determinanty zdraví populace, Whitehead & Dahlgren, 2006**

Mezi determinanty zdraví patří také otázky osobní pohody (well-being), psychické odolnosti (resilience), zranitelnosti (vulnerability), zvládání zátěže a stresu, ...

## 2.4 Životní styl

### 2.4.1 Vymezení pojmu životní způsob a životní styl

*„V ČR spadá 35 % dospělé populace do kategorie nadváhy (BMI 25,1–29,9 kg/m<sup>2</sup>) a dalších 23 % do kategorie obezity (BMI nad 30 kg/m<sup>2</sup>). S obezitou jsou spojena i další onemocnění, zejména cukrovka 2. typu a vysoký krevní tlak. Ta jsou ještě o něco nebezpečnější nežli samotná obezita, jelikož je často odhalíme až ve fázi komplikací (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a další). Vysoký krevní tlak má v dospělé populaci každý pátý člověk (22 %), v případě lidí s nadváhou toto riziko již mírně stoupá (26 %). U obézních lidí pak platí, že vysoký krevní tlak má již téměř polovina z nich (45 %). Diabetiků je v populaci cca 7–8 %, z nichž 95 % jsou diabetici 2. typu, a z nich přes 90 % má nadváhu či obezitu.“* (Matoulek, 2011)

Obezita, cukrovka, kardiovaskulární nemoci a další tzv. civilizační choroby jsou důsledkem špatného životního stylu. Životní styl totiž patří mezi faktory významně ovlivňující zdraví.

V životě se setkáváme s pojmy nezdravý životní styl, aktivní životní styl, městský a venkovský životní styl, konzumní životní styl, apod. Jde o složitý fenomén, jehož vymezení je poměrně komplikované. Jinak je vymezen z pohledu sociologie, jinak z hlediska psychologie či rekreologie, jiný je také pohled ekonomický či medicínský.

Velký sociologický slovník (1996, 1246) definuje životní styl jako *„strukturovaný soubor zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a celkové stylizaci. Předpokládá se, že životní styl nějakým způsobem vyjadřuje hodnoty a zájmy jedince.“*

Pojem **životní styl** bývá často ztotožňován či zaměňován s obsahově blízkým pojmem životní způsob. Z pohledu sociologie se oba pojmy týkají jak jedince, tak skupiny.

*„Životní způsob můžeme stručně charakterizovat jako systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý subjekt (jedince či skupinu, event. i společenství či společnost coby konkrétní nositele životního způsobu).“* (Duffková, 2006)

Podle Kubátové (2010, 28) je z pohledu sociologie životní způsob člověka chápán jako *„způsob realizace jeho hodnotové orientace, jako strukturu jeho postojů a jako způsoby jeho chování. Životní způsob je konceptem, který zahrnuje osobnost člověka a jeho životní podmínky (sociální podmínky, tj. vliv sociální skupiny na sebepojetí a sebeprožívání).“*

Podle Kubátové (2010) lze pojmy životní způsob a životní styl až do okamžiku vymezení považovat za synonyma. Životní způsob je pojmem obecnějším než pojem životní styl a pro účely této práce se přikláním k jeho nadřazenosti nad konkrétnějším pojmem životní styl, kterým se tato práce dále zabývá.

Jak uvádí Duffková (2006, 81) „*Životním stylem individua je možné rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si vzájemně odpovídají, jsou ve vzájemném souladu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný „styl“, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele daného životního stylu.*“

„*Životní styl skupiny pak představuje do určité míry vyabstrahované, typické společné rysy životního způsobu, resp. jeho hlavních, určujících momentů, které jsou příznačné pro převážnou většinu členů nějaké skupiny (častěji jde o větší či menší skupiny, jejichž členové se vzájemně všichni neznají, ale obecně vzato mají společné něco, co je důležité pro vytváření životního způsobu/stylu – např. profesní skupiny či obecněji skupiny vytvářející se v souvislosti s povoláním a přípravou na něj: životní styl lékařů, profesionálních sportovců, vysokoškolských studentů apod.)*“ (Duffková, 2006, 82)

Životní způsob/styl závisí na:

1. **vnějších faktorech** – na obecných (celospolečenských), případně i na užších skupinových (např. rodinných) životních podmínkách
2. **subjektivním činiteli**, tj. na osobnosti jednotlivce se všemi jeho potřebami, hodnotami, zájmy, aspiracemi, dovednostmi, schopnostmi, ...

Také kinantropologie považuje pojem životní způsob za nadřazený termínu životní styl. Podle Hodaně (2007) však v tom smyslu, že se „*týká skupiny, třídy, populace. Má tedy skupinový charakter a může představovat určitou úroveň či dokonce normu, která je pro danou skupinu typická (životní způsob české populace, životní způsob manažerů, životní způsob venkovské populace, životní způsob seniorů, studentů atd.). Diferenciace těchto skupin je díky rozdílnosti jejich charakteristik pochopitelně velmi rozmanitá. Naproti tomu životní styl se týká jednotlivce, je od životního způsobu odvozen, je individualizován. Více či méně se blíží životnímu způsobu skupiny, jejíž je jedním z součástí.*“ (Hodaň, 2007, 154)

Životní styl je tedy „vyjádřením konkrétního člověka jako člena určité skupiny. Je to způsob, jak se člověk vyjadřuje a chová, jak se aktivně chápe svých úkolů v životě a jak se začleňuje do společenského dění. Obráží se v něm i zaměření člověka na různé osobní i společenské cíle, o jejichž dosažení usiluje i jeho celkový životní projekt vývoje sebe sama, své rodiny i skupin, do nichž je zapojen.“ (Hodaň & Dohnal, 2005, 78)

Životní způsob určité skupiny lidí je podmíněn např. historickým vývojem, úrovní dané kultury, významnými hodnotami, společenskými tradicemi, apod. „*Toto velké množství podmiňujících činitelů způsobuje existenci značných rozdílů mezi jednotlivými skupinami, má tedy základní orientační význam, informující o kvalitě života konkrétní skupiny lidí.*“ (Hodaň, 2007, 155). Dále pak Hodaň uvádí, že obecně lze životní styl považovat „*za soustavu činností ve všech sférách života, tvorbu a uspokojování životních potřeb, soustavu všech sociálních a životních vztahů, systém všech životních hodnot a idejí, kterými jsou jednotlivé činnosti podmíněny.*“ Životní styl je tedy podmíněn:

- a) individuálním rozvojem a jeho aktuálním stavem
- b) úrovní kulturnosti daného individua
- c) individuální filosofickou a hodnotovou orientací
- d) rodinnými tradicemi
- e) konkrétním podílem na výrobním procesu
- j) individuálním postavením v socioprofesionální skupině
- g) množstvím a úrovní realizovaných sociálních rolí
- h) dosaženou individuální životní úrovní
- i) vlivem okolního prostředí

„*Životní styl má zcela individuální charakter, je proměnlivý, má svoji dynamiku. Utváření životního stylu v jeho základní podobě je dlouhodobé, spontánní, neuvědomělé, je především výsledkem realizace převažujících sociálních rolí a prostředí, ve kterém člověk žije. Je pochopitelné, že zpětný dopad tohoto životního stylu na člověka je opět spontánní, náhodný, tedy v podmínkách současné civilizace, zdá se, spíše negativní. Životní styl je totiž ve své základní podobě určen požadavky člověkem přijatých a realizovaných sociálních rolí (ne požadavky samotného člověka) a náhodným vlivem prostředí.*“ (Hodaň, 2007, 157)

Každý jedinec má tedy svůj životní styl - vykonává určitou činnost, určitým způsobem tráví volný čas, vyznává své hodnoty a ty se projevují v jeho chování i ve způsobu využívání a ovlivňování materiálních i sociálních životních podmínek. „*Životní styl pokrývá celý náš život a rozhoduje o jeho kvalitě i o kvalitě nás samých*“ (Hodaň & Dohnal, 2005, 86), přičemž za kvalitu a úroveň životního stylu je zodpovědný každý jedinec sám. Životní styl tedy tvoří: zdraví (limitující faktor našeho ŽS), bydliště, socioprofesionální role, pohlaví, ekonomika, politika, pohybový režim, rodina, hodnoty, věk, vzdělání, ...

#### **2.4.2 Životní styl a zdraví**

*„Stále se zrychlující tempo vývoje konzumní společnosti, její liberalizace a postmoderní tendence přinesly existenci širokého spektra životních stylů, ale i nástrojů (médií, reklama, ekonomický tlak, atp.) jejich ovlivnitelnosti“* (Slepičková, 2008). V této souvislosti mluvíme o pasivním, konzumním, nezdravém či sedavém životním stylu. Ačkoliv všechny tyto pojmy se jeví jako synonyma a pojmenování jednoho problému, někteří autoři, např. Slepičková (2008), ukazují na rozdíly: *„Problém konzumního životního stylu se prolíná v mnohém s problémem pasivního životního stylu, nicméně nelze je ztotožňovat. Je tím míněna situace postihující stále větší část populace, kdy lidé pouze přijímají vlivy z vnějšího okolí jak v práci, v dalších povinnostech i ve svém volném čase a nevnáší do těchto sfér svého života tvořivé momenty, projev vlastních názorů a přání, vlastní úsilí se snahou ovlivňovat a popřípadě záměrně měnit jak sebe, tak své okolí. Pokud tak však naopak činí, lze hovořit o aktivním způsobu života.“*

V současnosti je stále častěji kladen důraz na potřebu aktivního životního stylu v souvislosti se zdravím a chováním či zvyklostmi, které mají na zdraví dopad, jako jsou stravovací návyky, kouření, nadužívání alkoholu, kávy, čaje, povzbuzujících či uklidňujících látek (legálních nebo ilegálních), trávení volného času, povaha a četnost pohybové aktivity, apod. Z tohoto pohledu rozlišujeme:

**Sedavý životní styl** vyznačující se podle Stejskala (2004) nedostatkem tělesného pohybu jak v zaměstnání, tak i během volného času. „*Redukovaná pohybová aktivita v zaměstnání se často přenáší i do volného času, kdy únava způsobená psychickým napětím a nedostatkem pohybu v zaměstnání sníží aktivitu člověka natolik, že je ochoten spíše konzumovat než vydávat, tedy např. více vysedávat u televize nebo počítače a méně číst, vyprávět nebo cvičit.*“ Navíc je často doprovázen nezdravou stravou s nadměrným příjmem energie.

Sedavý životní styl je spojován hlavně s civilizačními chorobami, jako jsou kardiovaskulární choroby, diabetes, obezita, ... Důsledkem ale mohou být také některé nemoci dýchacího systému, osteoporóza, některá onemocnění páteře, oslabení imunitního systému a zhoršení jeho reakcí vůči infekčním chorobám, větší množství úrazů v důsledku ochabnutí pohybového systému (oslabení svalů, svalové dysbalance). Zvyšuje se také výskyt psychických onemocnění a zhoršuje se kvalita života, zejména ve stáří.

Opakem je životní styl vedoucí k minimalizaci rizik onemocnění, který bývá v závislostech na autorech označován jako zdravý nebo **aktivní životní styl**. Osobně se domnívám, že důležitější než pojmenování, je obsah tohoto pojmu. Předkládám tedy několik definic:

„*Aktivní životní styl je chápán jako takový životní styl, v němž podstatné místo zaujímá také přiměřená pravidelná pohybová aktivita. Pohybová aktivita přitom není chápána jenom biologicky, ale respektuje i biopsychosociální složky existence a fungování lidského organismu.*“ (Bunc, 2008, 23)

„*Aktivní životní styl je systémem důležitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik zaměřených k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu mezi fyzickou, sociální a duševní stránkou člověka*“ (Vajlent, 2008, 19).

„*Pohybově aktivní a zdravý životní styl podporuje zdraví dostatečnou pohybovou aktivitou, vyváženou výživou, vyrovnaným a pravidelným denním a pitným režimem, odpovědným chováním (zahrnujícím neuzívání drog, většího množství alkoholu a nekuřáctví, předcházení opakovaným stresovým a konfliktním situacím). Typickým*

znakem je aktivní trávení nezanedbatelné části volného času zdravotně prospěšnou pohybovou aktivitou.“ (Sigmund & Sigmundová, 2011).

### 2.4.3 Životní styl a kvalita života

„Kvalita životního stylu nepodmiňuje jen tvorbu zdraví, ale kvalitu celého života člověka ve všech jeho oblastech. A právě to je pro kvalitu životního stylu zásadní a rozhodující. Život člověka je třeba vnímat v celém jeho komplexu s vědomím toho, že jeho jednotlivé části se mohou jak negativně, tak pozitivně ovlivňovat.“ (Hodaň, 2007, 156)

Dnešní medicína dokáže zajistit poměrně dlouhý život. Ale o jeho kvalitě, zejména ve vysokém věku, rozhoduje často **zdatnost**. Jako zdatnost obvykle označujeme schopnost organismu čelit zátěži, přesněji jeho připravenost konat práci, vyrovnat se s vnějšími nároky a odolávat aktuálním vlivům okolí. Tělesná zdatnost je chápána jako součást celkové zdatnosti, která zahrnuje také zdatnost duševní, emocionální a sociální.

**Tělesnou zdatnost** pak Svatoň a Tupý (1997, 9) definují jako „*optimalizaci funkcí organismu při řešení vnějších úkolů spojených s pohybovým výkonem a způsobilosti odolávat vnějšímu stresu.*“ Podle Měkoty a Cuberka (2007) je tělesná zdatnost do značné míry podmíněna geneticky, během života ji rozvíjíme a udržujeme prostřednictvím tělesných cvičení, otužováním, přiměřenou zdravou výživou a životosprávou.

Pojem tělesná zdatnost je často spojován s fyzicky náročnou činností nebo sportovním výkonem. Přestože většina z nás nepodává denně vrcholové výkony, není tělesná zdatnost žádným přežitkem. Určitou úroveň zdatnosti potřebujeme nejen pro zvládnutí náročných pohybových činností nebo pro přežití v mimořádných situacích, ale i v běžném životě (vyjít schody, přestěhovat nábytek, doběhnout ujíždějící autobus, apod.). Chápání tělesné zdatnosti se v současnosti mění. Od výkonově orientované zdatnosti, která je podmínkou k podání maximálního výkonu v pracovním, sportovním nebo jiném prostředí, k zdravotně orientované, která působí preventivně na problémy

spojené s hypokinezí. **Zdravotně orientovaná zdatnost** vytváří předpoklady pro účelné fungování lidského organismu, pro dobrý zdravotní stav i pracovní výkonnost.

*„Zdravotně orientovaná tělesná zdatnost je výsledek záměrného pohybového chování, který je charakteristický optimální reakcí organismu na běžnou životní (pracovní, zájmovou) zátěž a na negativní vlivy okolního prostředí“* (Hodaň, 2005, 166). Úroveň takto charakterizované zdatnosti je relativní, v každé etapě života je vystavena jiným nárokům - jiná je u dítěte připravujícího se na sociální role, jiná u člověka v jednotlivých fázích produktivního věku, jiná u seniora.

Zdravotně orientovaná zdatnost má podle Bunce (1995) tyto složky: aerobní (kardiovaskulární) zdatnost, svalová zdatnost (svalová síla a vytrvalost), kloubní pohyblivost (flexibilita) a složení těla.

## **2.5 Zdravý životní styl a jeho složky**

Jako vyplývá z předchozích poznatků, jako zdravý životní styl můžeme označit pozitivní způsoby jednání a chování, které vedou k udržení optimálního zdraví a kvality života. To se pak projeví dobrou tělesnou kondicí a výkonností, dobrou psychickou pohodou, přiměřenou hmotností, normálním krevním tlakem, dobrou odolností vůči nemocem, atd.

Nejdůležitější složky zdravého životního stylu, které můžeme ovlivnit svým chováním, jsou:

- pohybová aktivita
- výživa – pestrá a vyvážená strava v přiměřeném množství
- omezená konzumace alkoholu a nekouření

K dalším zásadám patří dostatek spánku a odpočinek, psychická pohoda a minimalizace stresu, pravidelnost a obecně se vyvarovat působení škodlivých a rizikových faktorů.



### 2.5.1 Pohybová aktivita

V průběhu posledního staletí se v důsledku vědecko-technického pokroku, zejména v tzv. vyspělých západních zemích, změnil způsob života. Ztratila se nutnost chůze a běhu jako transportu a potřeba fyzické práce jako nutnosti k obstarání základních životních potřeb. Sedavý životní styl, hypokineze, obezita a nadváha se staly typickým znakem dnešní konzumní společnosti.

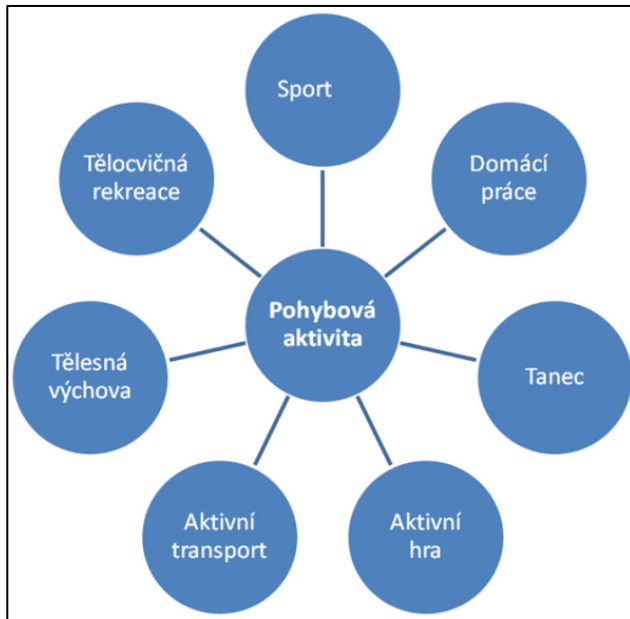
Potřeba pohybu je však člověku zakódována v genech. Pohybová aktivita, zdraví a kvalita života jsou tak spolu velmi úzce spojeny. Pravidelná pohybová aktivita je nejlepší prevencí mnoha chronických nemocí způsobených nedostatkem pohybu, ale také vede k větší spokojenosti a sebedůvěře, kvality života obecně.

*Bohužel však „přibližně pouze třetina lidí se věnuje sportu soustavně a dlouhodobě, třetina příležitostně a až třetina nesportuje téměř vůbec. Snížená pohybová aktivita a zvýšené psychické nároky často vedou ke vzniku únavy, při které je jedinec upřednostňuje pasivní relaxaci. Volný čas tráví pasivním sledováním televize nebo zábavou na počítači, namísto aktivního čtení nebo cvičení. (Marinov, 2012, 15).*

Pohybovou aktivitu můžeme definovat jako souhrn všech motorických aktivit jedince. V životě se nelze nehýbat, hýbeme se při oblékání, úklidu, vaření, chůzi, při práci, ... Pohybová aktivita je potřebná pro správný růst a vývoj jedince, udržování tělesných i duševních funkcí organismu. Nepohyblivost organismus poškozuje. Dle WHO (2004) je pohyb *„jakákoliv aktivita produkovaná kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence.“* (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009, 21).

Pohybová aktivita patří mezi faktory, které výrazně ovlivňují růst a vývoj jedince. Organismus se přizpůsobuje tomu, jak je stimulován a to se odráží na jeho výkonnosti (promítá se do fyzické výkonnosti, myšlení i schopnosti podávat další výkony) a zdraví. *„Zatímco u dítěte a adolescenta se pohyb přímo podílí na utváření funkce i tvaru, u dospělého je důležitý pro udržování všech tělesných funkcí, spoluzajišťuje normální činnost orgánů i organismu jako celku, má vliv na celkovou homeostázi. Dětství je rozhodující pro pohybový projev v dospělosti.“* (Kučera, 1996, 23)

Pohybovou aktivitu je pak nutné chápat jako celé spektrum činností (obr. 3):



Obr. 4 **Struktura pohybové aktivity dle SIGPAH** (Kalman, 2009)

Pravidelná pohybová aktivita podporuje naše zdraví, je nejlepší prevencí vzniku některých onemocnění, zlepšuje kvalitu života i kvalitu společenského života. Má příznivý vliv na naši psychiku. Dle WHO (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009) dále:

- stimuluje produkci endorfinů v mozku (dobrá nálada, pocit štěstí, lepší snášení bolesti)
- zvyšuje duševní potenciál, harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému (vyšší odolnost vůči stresu, vyrovnanost)
- uvolňuje svalové napětí, odstraňuje záporné emoce, zvyšuje sebevědomí
- má pozitivní vliv na léčbu civilizačních chorob (metabolismus sacharidů a tuků),
- má preventivní charakter v případě osteoporózy
- pozitivní vliv na pohybový aparát (klouby, šlachy, napětí svalu)
- podpora krevního oběhu a zvýšení transportní kapacity kyslíku, snížení krevního tlaku, klidové tepové frekvence a zlepšení činnosti srdce
- zpomaluje proces stárnutí a prodlužuje délku života i aktivní dobu života ve stáří
- má preventivní vliv na vznik chronického únavového syndromu
- pomáhá přestat kouřit a potlačuje abstinenční příznaky
- snižuje riziko potratu a usnadňuje porod, pohybově aktivnější matky také mívají zdravější děti

Stejskal (2004) považuje pravidelné cvičení spolu s habituální (přirozenou) pohybovou aktivitou a přiměřeným příjmem energie za nejlepší, nejbezpečnější a ekonomicky nejméně náročné preventivní a léčebné prostředky v boji s civilizačními onemocněními. V každém věku by měl člověk provádět pohybovou aktivitu, která odpovídá jeho věku a zdravotnímu stavu, s přihlédnutím k pohlaví, k vrozeným předpokladům a pohybové aktivitě v dětství, k charakteru povolání (podíl fyzické práce) a prostředí, ve kterém vyrůstal a žije. Z hlediska preventivního působení na zdraví člověka je u pohybové aktivity podstatná její frekvence (tj. jak často), délka trvání, intenzita s jakou je vykonávána a druh pohybové aktivity (tzv. FITT charakteristiky). Největší zdravotní význam má pravidelná pohybová aktivita střední intenzity, která je navrhována v mnohých doporučeních. Pro zdravé dospělé ve věku 18 až 65 let WHO doporučuje jako cíl dosažení minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity po 5 dnů týdně, nebo alespoň 20 minut pohybové aktivity vysoké intenzity po 3 dny týdně. Potřebnou dávku pohybové aktivity lze sestavit z více částí v trvání alespoň 10 minut a může ji tvořit kombinace bloků o střední a vysoké intenzitě. Doporučení dále obsahují doplnění aktivit pro zvýšení svalové síly a vytrvalosti dvakrát až třikrát týdně.

V národním doporučení pro pohybovou aktivitu dospělých (18-64 let) se uvádí, že každý dospělý člověk by měl být pohybově aktivní alespoň 30 min. pohybové aktivity střední intenzity 5x týdně, nebo 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3x týdně + posilovací a protahovací cvičení 2x týdně. *(„Pohybová aktivita střední intenzity se projevuje začínajícím pocením, prohloubeným dýcháním, subjektivním pocitem zahřátí organismu a zvýšenou srdeční frekvencí. Příkladem aktivity je: rychlá chůze, jízda na kole. Pohybová aktivita vysoké intenzity se projevuje intenzivním pocením, zrychleným dýcháním a značným zvýšením srdeční frekvence. Příkladem aktivity je: běh, fotbal, aerobik.“)*

Vedle přínosů na zdraví má pohybová aktivita pozitivní vliv také na tvorbu a kvalitu sociálních vztahů a formování osobnosti člověka a jeho systému životních hodnot a idejí.

## 2.5.2 Výživa

Výživa představuje výhradní způsob získávání energie. „*Posláním potravy je dodat organismu správné množství nezbytných živin – tuků, bílkovin, glycidů, vitamínů, minerálů, vlákniny a vody. Je žádoucí dodávat toto vše – všelijak pestré – v přiměřeně potřebné a vyvážené míře i v nejchutnější formě a vhodných časových relacích. Nedodrželi se tyto zásady, může se nesprávná výživa stát zdraví škodlivou.*“ (Křivohlavý, 2009, 220)

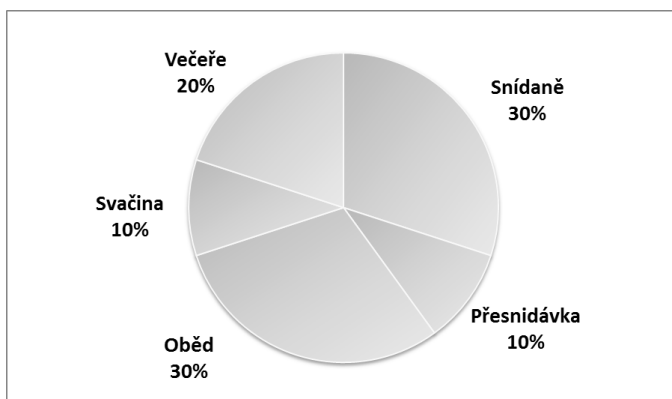
Vlivem rozvoje zemědělství a potravinářského průmyslu v průběhu uplynulého století se způsob stravování radikálně změnil. Člověk konzumuje stále větší množství masa, mléka a mléčných výrobků, tedy živočišných bílkovin, ale také cukru, soli, různých potravinářských aditiv, atd. Zároveň se výrazně snížil příjem bílkovin rostlinných (luštěnin a obilovin) a ryb, nedostatečná je konzumace zeleniny a ovoce. To společně se snížením podílu fyzické práce a pohybové aktivity vede k nadbytečnému příjmu energie, jejímž důsledkem je obezita, civilizační choroby (ateroskleróza, diabetes, ...), onemocnění jater, zubní kaz, ...

### Výživová doporučení:

Obecně platí, že energetický příjem by neměl převyšovat výdej energie. V opačném případě hrozí nárůst hmotnosti. Přesto, že podle obecného povědomí se názory na správnou výživu neustále mění, jsou obecná doporučení velmi podobná. „*Od prvních doporučení zdravé výživy z počátku 50.let minulého století například stále platí, že množství tuku v dietě má představovat 25-35 energetických procent a nasycené mastné kyseliny (především živočišné tuky) mají tvořit méně než 1/3 tohoto množství.*“ (Piňha, 2009, 9)

Máček (2002) uvádí jako nejvhodnější poměr základních živin 15% bílkovin, 25% tuků a 60% sacharidů, u Klimešové (2013) nalezneme vhodné zastoupení základních živin ve stravě následující:

komplexní sacharidy	50-60%
lipidy	20-30%
proteiny	15-20%
cukry	10%



**Obr. 5** Vhodné rozložení energie během dne (zpracováno dle Klimešová, 2013)

**Doporučené výživové dávky** (DVD) uvádějí vhodný denní příjem jednotlivých živin tak, aby pokryly potřebu většiny zdravých příslušníků populace. V ČR jsou tato doporučení vydávána Státním zdravotním ústavem.

**Denní doporučené množství** (GDA - guideline daily amounts), poskytuje spotřebitelům jednoduchou informaci o tom, jaký podíl tvoří jedna porce dané potraviny z doporučeného denního příjmu energie, případně živin (bílkovin, sacharidů, cukru a dalších významných látek – vlákniny, tuků, nasycených mastných kyselin a sodíku) na osobu.

Pro potřebu značení GDA byl doporučený denní příjem energie stanoven ve výši 2000 kcal (8400kJ), což je hodnota odpovídající pro zdravou ženu s průměrnou tělesnou hmotností a střední fyzickou aktivitou. Doporučený denní příjem energie ale není pro všechny stejný, mění se v závislosti na věku, hmotnosti, výšce, pohlaví a úrovni fyzické aktivity. Pohybuje se v rozmezí (dle [www.fzv.cz](http://www.fzv.cz)):

Děti: 5800 až 13000 kJ (1400 až 3100 kcal)

Muži: 9240 až 11340 kJ (2 200 až 2 700 kcal)

Ženy: 7560 kJ až 9240 kJ (1 800 až 2 200 kcal)

Výživová doporučení jsou určena zdravým osobám a jejich smyslem je jednoduchým a srozumitelným způsobem pomoci veřejnosti zorientovat se v požadavcích na zdravou výživu, a předejít tak zdravotním rizikům, která z nevhodného výživového chování vyplývají. V ČR se můžeme setkat s následujícími doporučeními:

**Zdravá 13** - výživové doporučení pro obyvatelstvo České republiky, které vypracovala Společnost pro výživu společně s Fórem zdravé výživy. Poprvé byla Zdravá třináctka publikována v roce 2005 v časopise Výživa a potraviny. (Dostálová et al, 2006)

1. Udržujte si přiměřenou stálou tělesnou hmotnost charakterizovanou BMI (18,5-25,0) kg/m<sup>2</sup> a obvodem pasu pod 94 cm u mužů a pod 80 cm u žen.
2. Denně se pohybujte alespoň 30 minut např. rychlou chůzí nebo cvičením.
3. Jezte pestrou stravu, rozdělenou do 4-5 denních jídel, nevynechávejte snídani.
4. Konzumujte dostatečné množství zeleniny (syrové i vařené) a ovoce, denně alespoň 500 g (zeleniny 2x více než ovoce), rozdělené do více porcí; občas konzumujte menší množství ořechů.
5. Jezte výrobky z obilovin (tmavý chléb a pečivo, nejlépe celozrnné, těstoviny, rýži) nebo brambory nejvýše 4x denně, nezapomínejte na luštěniny (alespoň 1x týdně).
6. Jezte ryby a rybí výrobky alespoň 2x týdně.
7. Denně zařazujte mléko a mléčné výrobky, zejména zakysané; vybírejte si přednostně polotučné a nízkotučné.
8. Sledujte příjem tuku, omezte množství tuku jak ve skryté formě (tučné maso, tučné masné a mléčné výrobky, jemné a trvanlivé pečivo s vyšším obsahem tuku, chipsy, čokoládové výrobky), tak jako pomazánky na chléb a pečivo i při přípravě pokrmů. Pokud je to možné nahrazujte tuky živočišné rostlinnými oleji a tuky.
9. Snižujte příjem cukru, zejména ve formě slazených nápojů, sladkostí, kompotů a zmrzliny.
10. Omezujte příjem kuchyňské soli a potravin s vyšším obsahem soli (chipsy, solené tyčinky a ořechy, slané uzeniny a sýry), nepřisolujte hotové pokrmy.
11. Předcházejte nákazám a otravám z potravin správným zacházením s potravinami při nákupu, uskladnění a přípravě pokrmů; při tepelném zpracování dávejte přednost šetrným způsobům, omezte smažení a grilování.

12. Nezapomínejte na pitný režim, denně vypijte minimálně 1,5 litru tekutin (voda, minerálka, slabý čaj, ovocné čaje a šťávy, nejlépe neslazené).
13. Pokud pijete alkoholické nápoje, nepřekračujte denní příjem alkoholu 20 g (200 ml vína, 0,5l piva, 50 ml lihoviny).

### Potravinová pyramida

Dalším vodítkem ke zdravému stravování může být potravinová pyramida, která je vytvořena „na míru“ české populaci. Přehledně podává základní doporučení o skladbě výživy: potraviny jsou umístěny v jednotlivých patrech dle vhodnosti ke konzumaci. Potraviny umístěné v základně pyramidy by se měly jíst nejčastěji a v největším množství, směrem k vrcholu pyramidy by lidé při výběru potravin z jednotlivých pater měli být střídmejší. Ve špičce jsou umístěny potraviny, bez kterých se lze obejít, proto by se v jídelníčku měly objevovat jen výjimečně. V rámci každého patra jsou pak potraviny podle vhodnosti ke konzumaci seřazeny ve směru zleva doprava.

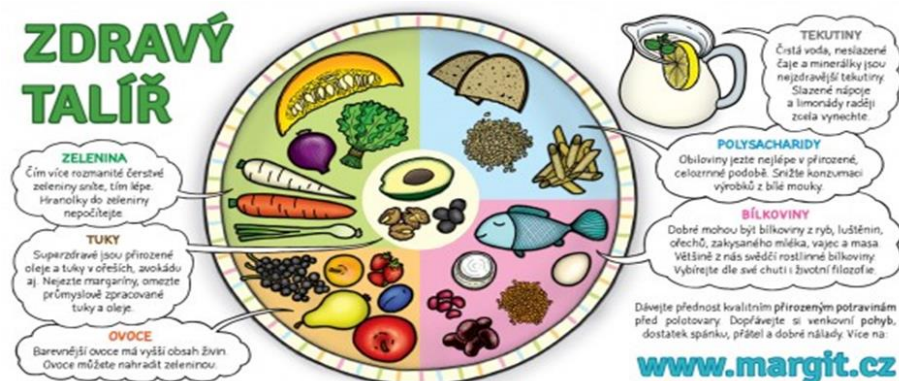


Obr. 6 **Potravinová pyramida** (www.fzv.cz, 2013)

### Zdravý talíř

V současnosti se objevují kritici platných výživových doporučení, zejména potravinové pyramidy. Vyčítán je zejména důraz na příjem polysacharidů a nerozlišování mezi jejich typy, který vede k nadměrné konzumaci bílé mouky, apod. Jedním z těchto

kritiků je PharmDr. Margit Slimáková, která propaguje doporučení v podobě zdravého talíře. Tato jednoduchá pomůcka zdravé výživy vychází z amerického My Plate, dle doporučení The Physicians Committee for Responsible Medicine (USA).



Obr. 7 Zdravý talíř ([www.healthyplate.eu/cz](http://www.healthyplate.eu/cz))

### 2.5.3 Zneužívání návykových látek (tabák, alkohol, ...)

Mezi rizikové faktory ovlivňující životní styl a zdraví patří užívání psychoaktivních látek. Jako psychoaktivní označujeme látky, které mohou ovlivnit psychický stav, chování, vědomí či náladu. Většinou subjektivně žádoucím způsobem, neboť umožňují dosáhnout snadného uspokojení, bez námahy zažít pocit štěstí, pohody, najít inspiraci nebo prožít mimořádné zážitky. Tyto látky lidé používali od pradávna k relaxaci, povzbuzení, k navození spánku či naopak k udržení bdělosti. Pomáhají po určitou dobu zbavit se nejistoty, starostí, strachu, zlepšit sebevědomí, snižují bolest a únavu.

Některé tyto látky jsou společností tolerovány, jejich užívání je zcela legální. Do této kategorie spadají např. léky na uklidnění a povzbuzení, kofein, nikotin a alkohol. Jiné tolerovány nejsou, jejich užívání je sankcionováno a obvykle bývají označovány jako drogy.

Podle definice WHO (1969) je vlastně drogou **jakákoliv substance, která, vpravena do živého organismu, může měnit jeho funkce**. V současnosti drogou označujeme jakoukoliv omamnou látku (přírodní nebo syntetickou) užívanou k jiným účelům než léčebným, která má psychotropní efekt a je schopna vyvolat vznik závislosti.



Důsledkem užívání psychoaktivních látek může být: (Vágnerová, 2012, 547):

**Akutní intoxikace** jako přechodná změna fyziologických i psychických funkcí, která může mít až charakter poruchy.

**Zneužívání** (abúzus): Psychické nebo somatické změny, resp. poškození, která vznikají v důsledku obvykle dlouhodobého užívání této látky. Konzumaci látky, která má podobné účinky, lze označit jako sebepoškozující chování.

**Závislost** (addikce) **na užívání psychoaktivní látky**. Míra závislosti označuje pravděpodobnost jejího zneužívání, to znamená, že závislý člověk bude danou látku užívat bez ohledu na její negativní důsledky pro své zdraví. Závislost je onemocněním, které postupně vede k narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí.

Obvykle rozlišujeme mezi drogovou závislostí a **škodlivým užíváním (abúzem)** drog. Jako abúzus se obvykle označuje stálé užívání drogy se závažnými důsledky, ale bez vzniku závislosti (jedinec nevykazuje známky tolerance, nepociťuje abstinenci příznaky ani psychickou závislost).

Existuje několik teorií, proč lidé zneužívají psychoaktivní látky, některé z nich uvádí Křivohlavý (2009):

- Teorie expektance – nadměrné očekávání (placebo efekt)
- Teorie snížení napětí v důsledku pití, kouření, ...
- Teorie sociálního učení (př. dětské šampaňské, cigaretové žvýkačky,...) – výchova budoucích konzumentů

## **Kouření**

Kouření je dnes bohužel zcela běžným a poměrně tolerovaným jevem. Reklama vytváří obraz dokonalého muže či atraktivních žen pohybujících se v jejich společnosti. Podle statistik patří kouření cigaret mezi nejrizikovější faktory způsobující rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemocí dýchacího ústrojí. Je hlavní příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů.

Rizikovost zvyšuje také nízká úroveň ochrany nekuřáků před tabákovým kouřem, zejména dětí předškolního a školního věku. Kouření tak představuje nejen vážné zdravotní riziko, ale také společensky nevhodné chování. Prevalence kuřáků je vysoká hlavně v populaci dospívajících a mladých dospělých do 34 let. V roce 2000 bylo denními kuřáky 18% patnáctiletých dětí (15,8% chlapců a 19,8% dívek) (Csémy, Sovinová, 2013).

Některé negativní důsledky kouření (Křivohlavý, 2009):

- 30% úmrtí na rakovinu má v pozadí vliv kouření
- zvyšuje riziko úmrtí na kardiovaskulární choroby
- zvyšuje riziko chronické bronchitidy, vzniku žaludečních vředů
- má negativní vliv na řadu fyziologických funkcí, např. tvorbu cholesterolu, zvyšuje srážlivost krve,...
- má negativní vliv na vývoj plodu, matky kuřačky rodí děti s nižší porodní váhou
- často slouží jako úvodní druh závislosti k dalším drogám
- zvyšuje nebezpečí nehod (při řízení vozidel, vzniku požárů, ...)
- negativně ovlivňuje nekuřáky (tzv. sekundární negativní vliv kouření)

Při odvykání kouření se snižuje schopnost soustředění, psychomotorický výkon, zvyšuje se pocit úzkosti a psychického napětí, zvyšuje se dráždivost a špatná nálada.

Podle Křivohlavého (2009) je kouření multifaktoriálním jevem - má své důvody fyziologické, psychologické i sociální. Odvykání kouření je proto mimořádně těžké a často také neúspěšné. Z pohledu kuřáků má kouření subjektivně pozitivní hodnoty: zvyšuje soustředěnost, snižuje napětí a úzkost, zlepšuje výkon a kapacitu paměti. V krátkodobém pohledu může mít kladný vliv například na pocit zvládnutí stresu, zvýšení pocitu sebevědomí, překonání pocitu nejistoty, získání pocitu dospělosti. Důvodem ke kouření je také vliv druhých lidí, tlak vrstevníků nebo touha po přijetí do žádoucí skupiny lidí. Mluvíme o tzv. „sociální nakažlivosti“ – sociální ovlivnění zrodu rizikového chování. Kuřácké zvyklosti významně ovlivňuje rodina (biologická i sociální dědičnost). Proto i výchova k nekuřáctví by měla začínat právě v rodině a postupovat

přes školy všech stupňů až po informační kampaně a motivační soutěže pořádané státem, městy a obcemi, podniky a nestátními organizacemi.

## **Alkohol**

Alkohol provází člověka od počátku dějin, znám byl již ve starém Babylonu, Egyptě, Řecku, Římě. V průběhu historie se postoje lidské společnosti k požívání alkoholických nápojů, stejně jako k výstřelkům s tím spojeným, měnily. Jeho pití je v uměřené míře většinou dovoleno, opilství je ale závažný a společensky nežádoucí jev.

V ČR je pití alkoholických nápojů rozšířeným a docela běžným fenoménem. Dle výzkumu SZÚ (Sovinová, Csémy, 2015) pravidelné a časté pití, tj. denně, případně obden, udává 12,5% dospělé populace. U mužů je výskyt častého pití 18,9%, u žen 6,4%. Pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně uvedla téměř polovina mužů a čtvrtina žen. Celkovou hladinu spotřeby alkoholu ve společnosti ukazuje průměrná roční spotřeba alkoholu na hlavu (v litrech čistého lihu na hlavu). V roce 2014 dle zjištění SZÚ činila 7,2 l. Nejvyšší průměrnou spotřebu vykazuje věková kategorie do 25 let (7,5 l). Starší věkové skupiny pijí relativně nejméně. V rámci HBSC studie uvedlo pití piva alespoň jednou týdně 17% 13letých chlapců a 10% děvčat stejného věku, u 15letých jsou hodnoty výrazně vyšší (39% a 20%).

Za zvlášť rizikové je považováno časté pití nadměrných dávek (pokládá se za prediktor problémů s alkoholem). Rizikové je z hlediska možných problémů (např. úrazy, dopravní nehody, násilné chování). Časté pití udává 17% respondentů.

Výzkum také sledoval souvislost mezi alkoholem a kouřením. Bylo zjištěno, že s rostoucí konzumací alkoholu vzrůstá prevalence kuřáků. Nejsilněji je prokázána souvislost mezi kouřením a pitím alkoholu u nejmladší skupiny dotázaných (15 – 24 let), kde mezi rizikovými konzumenty je 55% kuřáků a mezi těmi, kdo pijí škodlivě 53% kuřáků.

O škodlivém užívání alkoholu (abúzu) mluvíme v případě, že spotřeba alkoholu vede k poškození zdraví. Tento stav obvykle předchází závislost. Příjem většího množství alkoholu může mít na člověka důsledky:

1. Přímé, v podobě zdravotních následků (onemocnění jater, mozková mrtvice, hypertenze, kardiovaskulární a některá nádorová onemocnění, deprese). Výrazně negativní vliv má alkohol v těhotenství, u dětí alkoholiček se objevuje fetální alkoholový syndrom.
2. Nepřímé, které se projevují v oblasti společenské (dopravní nehody, časté úrazy, kriminální činy, absence v práci, špatný pracovní výkon vlivem kocoviny, problémy v rodině, násilnické chování).

Stejně jako mnohé další látky, má alkohol také příznivý vliv na lidský organismus. *„Vliv konzumace malých dávek alkoholu byl zjištěn především u snižování kardiovaskulární mortality.“* (Křivohlavý, 2009, 197)

Mladí lidé často považují pití alkoholu za součást společenského života, neboť přispívá k dobré zábavě, podporuje soudržnost, snižuje napětí, uvolňuje zábrany, ... Například u vysokoškolských studentů ale může vést nadměrné pití alkoholu k absencím na přednáškách a zanedbávání studia, k nechráněnému sexu, problémům s policií. Čím mladší jedinci pijí alkohol, tím větší je riziko pozdějšího přechodu na jiné tvrdé drogy.

## 2.6 Stres

Slovo stres původně pochází z fyziky, kde označuje stav napětí, tlak či deformaci. Fyziolog Hans Selye přenesl tento pojem do fyziologie, když tak nazval nespecifickou fyziologickou reakci organismu na zátěžovou situaci. Později se pojem přenesl také do psychologie. Dnes doslova zlidověl, jako stres bývá označována jakákoliv náročná situace, událost či požadavek, stejně jako stav jedince nacházejícího se v těžké životní situaci, atd.

Publikována byla celá řada definic stresu, např.: „Stres je nárok na jedince, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vypořádat a bez problémů mu čelit. Je to jakýkoli vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, psychologický, politický), který ohrožuje zdraví některých citlivých jedinců.“ (Machač in Kirchner, 2009, 31)

„Stres je stav organismu, který je celkovou odezvou na subjektivně prožívanou zátěž.“ (Klose & Kebza in Baštecká, 2009, 382)

Výraz stres užíváme ve vztahu k událostem, které člověk vnímá jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody. Obecně lze tedy říci, že je reakcí organismu na mimořádně zátěžové situace. Podle Křivohlavého (2009, 170) je pro určení stresové situace podstatný poměr mezi velikostí (intenzitou) stresogenní situace a schopností („silou“) tuto situaci zvládnout. O stresu pak hovoříme pouze v situaci, kdy je míra intenzity stresové situace vyšší, než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout.

„Pro vznik stresu je rozhodující působení stresoru. Stresor chápeme jako činitel působící nadměrnou zátěž, jako podnět, který je považován jedincem za ohrožující a vyvolává stresovou reakci.“ (Klose & Kebza in Baštecká, 2009, 384). Stresory mohou být **fyzikální** (prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota), **fyziologické** (porod, fyzická námaha, nedostatek spánku, kouření, ...), **psychické** (strach, frustrace, zodpovědnost, nesplněná očekávání), **sociální** (osobní vztahy, konflikt, nevěra, ztráta zaměstnání, ztráta životní role, ...).

Stresory můžeme také dělit na:

- **akutní**, které trvají obvykle jen krátce (např. přijímací pohovor), organismus je vystaven zátěži náhle a jeho odpověď bývá prudká (zvýšení obranyschopnosti organismu, ale i prudké zhoršení nemoci, ....)
- **chronické působení** stresoru po delší dobu nebo dokonce trvale (nešťastné manželství, ...), organismus se do určité míry dokáže přizpůsobit, ale zároveň se vyčerpává, často nepozorovaně. Důsledky chronického působení se mohou projevit na zdravotním stavu v podobě některých z civilizačních onemocnění.

Podle Kirchnera (2009) může být stres fyzický nebo psychický, a objevuje se vždy, když nás čeká nějaká zátěž (fyzická nebo psychická). Tato zátěž může být pro člověka motivační, v přiměřené míře tedy může stimulovat jedince k vyšším anebo lepším výkonům. V tom případě mluvíme o pozitivně působícím, stimulujícím stresu, tzv. **eustresu**. Eustres je také významným aktivačním činitelem. Zvladatelná zátěž může

působit na rozvoj osobnosti člověka, překonávání zátěže posiluje sebedůvěru. Podle Nakonečného (1997) může přiměřené množství stresu, zachová-li si jedinec své životní perspektivy, vést k „psychickému zocelení“. Někteří lidé vyhledávají stresové situace zcela cíleně, protože jim mohou navozovat příjemné pocity (extrémní sporty, nadměrné výkony, ...).

Pokud je však pro organismus zátěž nadlimitní, adaptační mechanismy selhávají, dochází k vyčerpání organismu a tzv. distresu. **Distres** je negativně prožívaný stres, nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění či dokonce smrt.

*„Při distresu je danou osobou subjektivně vnímáno a výrazně negativně hodnoceno její osobní ohrožení v poměru k možnostem zvládnutí situace“* (Křivohlavý, 2001, 171). K distresu tedy dochází tehdy, kdy se jedinec domnívá, že nemá dost sil zvládnout zatěžující situaci vlastními možnostmi.

Podle Atkinsonové (in Vágnerová, 2012) vnímáme události jako stresové, jestliže se jedná o:

- **traumatické události**, tj. události přesahující obvyklý rámec lidských zkušeností (katastrofy – válka, zemětřesení, ... fyzické útoky – pokus o vraždu, znásilnění, ...).
- **nekontrolovatelné a nepředvídatelné události** - události, které nelze ovlivnit ani jim zabránit (smrt blízké osoby, ztráta zaměstnání, ...)
- **události představující zásadní změnu životních podmínek** – životní změna vyžadující četná přizpůsobení, může být vnímána jako stresová (svatba, odchod do důchodu)

Typickým znakem stresových situací je:

- pocit neovlivnitelnosti situace: čím méně ovlivnitelná je událost, tím spíše ji vnímáme jako stresovou
- pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace
- pocit nezvládnutelnosti situace (subjektivně nepřiměřené nároky)
- nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn

Zdrojem stresu mohou být také nevyřešené vnitřní konflikty, a to vědomé i nevědomé (*konflikt nastává, když si jedinec musí vybrat mezi dvěma vylučujícími se nebo neslučitelnými cíli, potřebami, ...*).

Stres vyvolává v organismu obranné reakce. Fáze reakce na stresovou situaci popsal jako první Hans Selye (in Kirchner, 2009, 37):

1. **Poplachová fáze** – u jedince, který se dostal do stresového šoku, začínají pracovat obranné mechanismy a člověk se pokouší svůj stres zvládnout.
2. **Fáze odolávání** (rezistence) – rozvoj specifických způsobů obrany, tělo se brání za cenu likvidace rezerv.
3. **Fáze destrukce** a vyčerpání – je přímým důsledkem dlouhodobého zvládání stresu. Znamená selhání organismu po vyčerpání rezerv, což může vést k těžkým zdravotním onemocněním a ke smrti.

Vágnerová (2012) popisuje fáze reakce organismu na stres následovně:

1. Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění si zátěže – aktivace obranných reakcí – fyziologických (vyplavení katecholaminů, aktivace hypotalamo – hypofyzální osy a aktivace depotních tuků) i psychických. Prožitek stresu je spojen se změnou emočního prožívání i kognitivních funkcí, zaktivizují se psychické obranné reakce.
2. Fáze hledání účelných strategií, které by mohly vést ke zvládnutí nebo by alespoň přispěly ke zmírnění účinků stresu
3. Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch – projev selhání obranných reakcí, tj. trvalejší potíže, psychosomatické poruchy

### **2.6.1 Vliv stresu na zdraví**

Akutní stres vyvolá v organismu určité fyziologické reakce - zrychlení metabolismu, zvýšení tlaku, zrychlení dýchání, uvolňování krevního cukru z jater, svalové napětí, atd. Je to fylogeneticky zakódovaná příprava na zvládnutí zátěže. Organismus může na stres reagovat úzkostí, vztekem a agresí, nebo naopak apatií, depresí či oslabením

kognitivních funkcí. Pokud je však stres chronický může mít negativní účinek na zdraví. „Projevuje se to např. v jeho vlivu na infekční nemoci, kardiovaskulární onemocnění, hypertenzi, bolesti hlavy, astma, diabetes mellitus či revmatickou artritidu“ (Křivohlavý, 2009, 185). „Zatímco krátkodobý, akutní stresor vede v principu k vzestupu činnosti imunitního systému, chronický, dlouhodobý stres způsobuje pokles jeho činnosti“ (Kebza, 2005, 127).

Dle Křivohlavého (2009) může stres působit na negativní změnu zdravotního stavu přímo nebo nepřímo. Přímým účinkem se rozumí jeho vliv na imunitní, endokrinní nebo nervový systém, nepříмым pak vliv stresu na chování člověka, např. změnu životního stylu.

Náchylnost člověka k nemocem může významně zvyšovat určité chování, např. kouření, nadměrná konzumace alkoholu, tučných potravin, ... Jedinec nacházející se ve stresové situaci, např. student během zkouškového období, se se zvýšenou pravděpodobností bude chovat rizikověji k svému zdraví (nepravidelná a nevhodná strava, nedostatek spánku, žádná pohybová aktivita, apod.). Naopak zdravé chování může pocity každodenního stresu zmírnit. Pozitivní vliv na zvládání stresu a psychickou pohodu má např. pohybová aktivita. Podle Kirchnera (2009, 39) příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, percepci stresu, zlepšuje mentální funkce. „*Pohybová aktivita, je –li prováděna pravidelně a dlouhodobě, výrazně ovlivňuje reaktivitu na stres a filtruje agresi, kterou může stres vyvolat.*“

### **2.6.2 Zvládání stresu - coping**

Zvládání stresu je proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými stavy. Podle Baštecké (2009) a Křivohlavého (2009) se s pojmem „**coping**“ můžeme setkat ve významu:

- zvládací reakce jako vrozené formy reakce na stresovou situaci
- zvládací strategie jako vědomě řízené aktivity zaměřené na zvládnutí stresové situace



Zvládáním životních těžkostí se zabýval americký psycholog Richard Stanley Lazarus (in Křivohlavý, 2009, 69): „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu vyhodnoceny jako zdroje ohrožení (stresory).“

„**Coping**, tj. zvládání zátěžové situace, je vědomou volbou určité strategie. Tato volba je závislá na hodnocení dané situace i posouzení vlastních možností“ (Vágnerová, 2004, 57). Obvykle se uvádějí 2 přístupy k řešení:

1. Coping zaměřený na řešení problému, který vychází z představy, že problém je možné řešit a jedinec je toho schopen, nebo je možno alespoň vylepšit stávající situaci, popř. snažit se v budoucnosti této situaci vyhnout.
2. Coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody – vychází z představy, že problém není možné řešit, a proto je k němu nutno přistupovat jinak (smířit se s ním). Řešením je změna postoje, zaměření se na zmírnění emocí souvisejících se stresovou situací.

Podle Kebzy (2005) dále někteří autoři rozlišují třetí skupinu strategií zvládání, a to **vyhýbavé zvládání**, které je zaměřeno na vyhýbání se stresové situaci cestou odvrácení pozornosti nebo rozptýlení.

Janke a Erdmannová (2003) rozdělují copingové strategie do dvou základních skupin: pozitivní strategie a negativní strategie zvládání zátěže. Mezi pozitivní copingové strategie řadí:

1. **Podhodnocení** – strategie, která má subjektu pomoci zachovat „chladnou hlavu“. Jedinec má tendenci podhodnocovat vlastní reakce na stres, snižovat významnost a hrozivost stresoru.
2. **Odmítání viny** – jedinec po zvážení odmítá zodpovědnost za zátěž, jde především o vyhnutí se neoprávněným pocitům viny.
3. **Odklon** – snaha odklonit pozornost k něčemu jinému, než je prožívaný stres (příjemná činnost, ale i práce). Smyslem je navození si takových psychických stavů, které stres zmírňují.

4. **Náhradní uspokojení** - jedinec si prostřednictvím jednání zaměřeného na kladné city (dobré jídlo, příjemný zážitek nebo aktivita, atraktivní věci) posiluje vnitřní vyladění.
5. **Kontrola situace** - jedinec se snaží analyzovat aktuální situaci, příčiny jejího vzniku, plánuje opatření ke zlepšení stavu a aktivní zásah do situace, a tím získává nad zátěžovou situací kontrolu.
6. **Kontrola reakcí**, tj. snaha v zátěžové situaci se ovládat, zachovat klid, nebo to alespoň nedat na sobě znát.
7. **Pozitivní sebeinstrukce** - tato strategie spočívá ve snaze jedince posilovat v zátěžových situacích sám sebe, dodávat si odvalu, navodit si pocit vlastní kompetentnosti situaci zvládnout.

K negativním copingovým strategiím pak autoři řadí:

8. **Únikové tendence** - rezignační tendence, jedinec se ze zátěžové situace snaží uniknout, a to fyzicky nebo pomyslně, např. užíváním látek zmírňujícím prožívání negativních emočních stavů (alkohol, léky apod.).
9. **Perseverace**, nebo-li prodloužené přemítání – jedinec se nedokáže odpoutat od prožívaných problémů, stále nad nimi přemýšlí a opakovaně si je zpřítomňuje. Prodlužuje si tak zátěžovou situaci a ztěžuje se obnovení výchozí stavu.
10. **Rezignace** – jedinec se vzdává dalšího snažení o zdolání situace a odevzdaně v ní setrvává. Převládají pocity bezmocnosti a beznaděje, subjektivní pocit nemožnosti zátěžovou situaci zvládnout.
11. **Sebeobviňování** - přehnané přisuzování chyb vlastnímu jednání.

Styl zvládání těžkostí do značné míry charakterizuje daného jedince. Techniky jsou velmi rozmanité a u jednotlivých lidí se liší, závisí na jejich osobnosti. Lze rozlišit vědomé a neuvědomované techniky. Podle Čápa (1993) jsou dvě vývojově počáteční techniky vyrovnávání se s náročnými životními situacemi: agrese a únik. *„Pod tlakem společnosti, která zavrhuje elementární agresi i únik, a s využitím modelů z nejbližšího prostředí dochází k tomu, že se obě vývojově původní techniky přeměňují ve větší počet odvozených technik“* (Čáp, 1993, 129). Pozměněnou formou agrese mohou být např.

výhrůžky, nadávky, jízlivost a ironie, přesun vzteku na jinou osobu či předmět. Agrese se může obrátit i vůči vlastní osobě formou obviňování sebe sama, sebelítosti, egocentričnosti nebo upoutáváním pozornosti na svou osobu. Formou úniku bývá útek před obtížným úkolem, rezignace na dosažení cílů při neúspěchu, vyhýbání se nepříjemnostem, únik do samotářství či nemoci, denní snění, útek do fantazie, atd.

Každý v životě čelí různým situacím, které jsou pro něj náročné a svým způsobem zatěžující, a každý volí jiné způsoby jejich zvládnání. Zdroje zvládnání stresu dělí Kebza (2005) na:

- vnější (sociální opora, finance), přičemž sociální oporou je myšlena podpora v rodině, důvěrný vztah, pocit sounáležitosti, atd.
- vnitřní (vlastnosti osobnosti, schopnosti a dovednosti).

Při zvládnání stresových situací hrají velkou roli osobnostní charakteristiky jedince a styl jejich zvládnání do určité míry charakterizuje určitého člověka. Schopnost překonávat zátěž bez poklesu práceschopnosti nazýváme **odolnost**. Psychická odolnost je jedním z aspektů charakterizujících osobnost člověka. „Charakterizujeme jako způsobilost jedince vyrovnat se v mezích svých individuálních možností se zátěží bez poklesu práceschopnosti.“ (Kirchner, 2009, 36). Odolnost jedince se zvyšuje se volným úsilím. K zvládnutí stresu je nutná motivace a předpoklady pro úspěšné zvládnání závisí na našem sebehodnocení. K dalším osobnostním charakteristikám přispívajícím k úspěšnému zvládnání stresu patří optimismus, důvěra ve vlastní schopnosti a přesvědčení o schopnosti řídit a ovlivňovat dění kolem sebe (self-efficacy), nezdolnost (hardiness) – vnitřní houževnatost a schopnost nevzdávat své úsilí.

Stres může být zvládnán či regulován řadou aktivit, především tréninkem, fyzickou námahou, postupným zvyšováním odolnosti, strukturováním času. Mezi postupy zvládnání patří např. různé relaxační techniky, meditace, dechová cvičení, ....

Prevenčí chronického stresu a s ním spojených psychosomatických nemocí se zabývá psychologie zdraví (ochranné faktory a účinné zvládnání působení stresu) a v poslední době také pozitivní psychologie, která zkoumá pozitivní prvky lidského života a jejich roli mezi zdravím a nemocí.

## 2.7 Vysokoškolský student

Doba vysokoškolského (prezenčního pregraduálního) studia zpravidla spadá do věkového rozpětí mezi 19. a 26. rokem. Z hlediska periodizace lidského života tak zasahuje do dvou období, a to **adolescence** (14 – 20 let) a období časně, resp. **mladé dospělosti**, která se liší v závislosti na autorech a je ohraničována 20. až 40. rokem života. Například Langmeier (1998) vymezuje časnou dospělost jako přechodné období mezi adolescencí a plnou dospělostí, tedy zhruba od 20 do 25 let, Říčan (2004) píše o zlatých dvacátých (20 – 30 let) a Vágnerová (2007) ohraničuje období mladé dospělosti horní hranicí 40 let.

### 2.7.1 Věkové zvláštnosti období adolescence

Období adolescence je obdobím hledání a budování identity (Říčan, 2004; Vágnerová, 1996). Je to přechodné období směřování k dospělosti, které podle Vágnerové (1996, 298) „*poskytuje jedinci čas a možnost, aby dosáhl předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje.*“ Podle současného práva se člověk stává dospělým v 18 letech se všemi důsledky, které z toho vyplývají, tj. trestní odpovědností za své činy, možností uzavřít manželství, apod. Na konci tohoto období jedinec dosahuje významného sociálního mezníku, kterým je ukončení střední školy a nástup do zaměstnání. Ekonomická samostatnost se stává určitým potvrzením dospělosti. Vysokoškoláci vzhledem k prodloužení své profesní přípravy často zůstávají ekonomicky závislí na rodičích a jejich postavení v roli dospělého tak není zcela rovnocenné.

Hledání vlastní, osobní identity znamená pro adolescenta přijetí nové výzvy a nových úkolů. Prvním úkolem je ztotožnění se se svým tělem, přijetí vlastního těla s jeho přednostmi i nedostatky. Vágnerová (1996, 299) uvádí, že „*tělové schéma může být dokonce i nejdůležitější součástí vlastní identity. Pokud splňuje aktuální ideál krásy, vytváří oporu vlastního sebevědomí. Podporuje jistotu, že je jedinec sociálně akceptován.*“ V adolescenci již nedochází k výrazným tělesným změnám, ukončuje se tělesný růst, proporce jsou již vyrovnané, pohyb je koordinovaný a harmonický, fyzická

výkonnost roste. Mladí lidé tak mohou dosáhnout výrazného úspěchu ve sportu, který má v současné společnosti velkou společenskou prestiž. Fyzická zdatnost v tomto období je velmi důležitá, protože posiluje sebevědomí. Dosaženo je rovněž plné reprodukční zralosti.

*„Hledat svou identitu znamená především poznat sám sebe. Adolescent u sebe objevuje nové vlastnosti, které vznikají v tomto období, a uvědomuje si i vlastnosti, které měl už dříve, ale nikdy si jich nevšímal, nepřemýšlel o nich.“* (Řičan, 2004, 221) Hledat svou identitu také znamená experimentovat (v koníčcích, zájmech, sexu, změně studijního oboru, ...). Někteří adolescenti, jak uvádí Vágnerová (1996) vytvářejí svou identitu nápodobou vzorů, které znají a považují je za přijatelné.

Důležitým úkolem období adolescence je dosažení emocionální nezávislosti na rodičích, odpoutání se z rodinných vazeb a nalezení subjektivního smyslu rodinných hodnot. V souvislosti s osamostatněním se od rodiny získávají nový význam také vztahy s vrstevníky. Vrstevníci postupně nahrazují rodinu v oblasti uspokojování potřeby citové jistoty a bezpečí. Jde zejména o sdílení hodnot, zájmů i problémů, účasti na nějakých aktivitách, vzájemné poznání. Adolescenti dozrávají k naplnění sexuální role, pro trvalejší vztah však nejsou dostatečně zralí. (Vágnerová, 1996)

Období adolescence je optimální pro efektivní učení. Rozvoj inteligence dosahuje maxima, typická pro tento věk je flexibilita a schopnost používat nové způsoby myšlení. Adolescenti nejsou zatíženi zkušeností, která by je regulovala. Formálně abstraktní způsob myšlení je dobrým předpokladem k pochopení učební látky, na druhou stranu ale způsobuje častou kritičnost, nespokojenost a pesimismus. Djačenko & Kandybovič (1987, 45) označují adolescenci jako *„období nejaktivnějšího rozvoje mravního a estetického cítění, fixace a stabilizace charakteru“*.

### **2.7.2 Charakteristika období mladší (časné) dospělosti**

Časná dospělost je dobou největší fyzické síly, energie a zdraví. K výrazným tělesným změnám již nedochází, zvyšuje se svalová síla (cca do 25 let). V tomto období kulminuje sportovní aktivita, ve většině sportů jde o věk dosahování vrcholné

výkonnosti. Z biologického hlediska je významná proměna sexuality, která se stává důležitým aspektem v partnerském vztahu. „*Období mladé dospělosti je označováno jako fáze intimacy, jejíž úkolem je vytvoření důvěrného, spolehlivého a stabilního vztahu, který by mohl sloužit jako zdroj citové jistoty a bezpečí a v této podobě by se mohl stát základem budoucího manželství a rodiny*“ (Vágnerová, 2007, 15).

Psychosociální vymezení dospělosti je podle Vágnerové (2007) složitější, nelze ji jednoznačně časově vymezit. V jednotlivých složkách probíhá u různých lidí v různou dobu. Psychosociální znaky dospělosti jsou:

1. změna osobnosti, tj. osamostatnění, svoboda v rozhodování, ochota přijmout zodpovědnost za svá rozhodnutí a činy, odhad vlastních sil a kompetencí, schopnost lépe ovládat svoje emoce i jednání
2. socializační rozvoj: nezávislost na původní rodině, objektivní hodnocení svých rodičů, symetrické vztahy s vrstevníky, schopnost zvládnout párové soužití, zvládnutí interakce s osobami v nadřazeném i podřazeném postavení, ....
3. ekonomická nezávislost

Základní psychologické funkce jsou v mladé dospělosti plně rozvinuty, probíhá upevnění temperamentových a charakterových vlastností. Dochází ke stabilizaci emočního prožívání, postupně se zlepšuje emoční regulace, emoční prožívání je vlivem hormonální podmíněnosti odlišné u mužů a u žen. Může se objevovat impulzivita, nadměrná aktivita a silná tendence k sebeprosazování.

Období mladší dospělosti je obdobím formování pracovní motoriky a získávání zkušeností. Dovršuje se rozvoj analyticko-syntetických činností. Myšlení je tzv. postformální, rozvoj myšlení ovlivňuje hlavně zkušenost. Dosud získané základní způsoby uvažování dospělý dále rozvíjí získáváním nových informací, řešením různých situací. Rozvíjí se schopnost vybírat a neformálně používat získané poznatky, dospělý bere v úvahu mnohoznačnost i celý kontext problému a řeší věci komplexněji než dříve. Dospělý člověk se stává sebekritičtější, dovede pracovat s protiklady, je otevřený ke změně.

Dochází k dalšímu rozvoji kognitivních kompetencí, tedy způsobu jejich užívání: „Mnohé životní události mohou změnit způsob uvažování, a tak přispět ke kognitivnímu rozvoji. Takovou zkušeností může být ztráta zaměstnání, narození dítěte, rozpad partnerství a nalezení nového vztahu, ... Míra úspěšnosti může postupně korigovat sebepojetí mladého člověka. Vhodná volba studia může rozvinout dosud latentní předpoklady, naopak špatná volba a studijní selhání mohou vést ke zhoršení sebehodnocení a úbytku sebejistoty“. (Vágnerová, 2007, 22)

### 2.7.3 Psychologické zvláštnosti studentů VŠ

Studenti prezenčního vysokoškolského studia jsou specifickou sociální skupinou. Většinu svého času i úsilí věnují studiu, někteří se snaží skloubit studium se zaměstnáním či alespoň brigádou. Jejich hodnotové orientace a postoje jsou ovlivňovány akademickým prostředím vysoké školy a vysokoškolských kolejí, na kterých mnozí studenti žijí.

Americký psycholog J. J. Arnett (2000) označuje věkové rozmezí 18 -25 let, do kterého většinou studium na vysoké škole spadá, pojmem „**Emerging Adulthood**“, volně přeloženo „vynořující se dospělý“. Pro toto období je charakteristické experimentování a zkoumání vlastní identity, zejména v oblasti kariéry (školy a zaměstnání) a partnerských vztahů. Mladí lidé v tomto období procházejí významnými změnami, jako je např. časté stěhování, střídání zaměstnání, navazování nových mezilidských vztahů. Je to období nestability a velkých možností. Pro toto vývojové období mezi adolescencí a dospělostí je typický pocit mezidobí, kdy se jedinec necítí ani jako adolescent, ale ani jako dospělý. Díky menší závislosti na rodičích a zároveň chybějícím závazkům v rámci dospělých rolí, poskytuje toto období prostor pro objevování vlastních možností. Mladý jedinec není omezován určitými pravidly či standardy daného systému a může se tak zaměřit zcela sám na sebe. Možnost nezávisle se rozhodovat otevírá mnoho různých příležitostí, které nebudou v dalších životních obdobích v takovém počtu dostupné.

Také podle profesora Macka (2015) z Institutu výzkumu dětí, mládeže a rodiny Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně dochází v dnešní době k velkým

změnám v procesu přijetí role dospělého. „U dřívější generace platila tato cesta vývoje: ukončení střední školy, odchod na vojnu, svatba, děti a najít si stálou práci a vychovávat děti. To byla dřívější správná linie. V dnešní době a speciálně u vysokoškolských studentů je cesta vývoje většinou následovná: ukončení střední školy, začátek nového studia, možná začít někde pracovat, začít s cestováním, nezůstávat dlouhou dobou na jednom místě, nabít řady zkušeností a zážitků, v oblasti partnerství hledat a zkoušet, pokud partnera nalezneme, zkusit s ním žít, nevdávat se však, nemít brzy děti, možná až někdy ve třiceti letech. Daleko větší důležitost začaly mít tzv. krátkodobé závazky a cíle.“ (Macek, Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny, 2013).

Asi 70% studentů přichází na vysokou školu těsně po maturitě. Motivy ke studiu podle Menclové a Baštové (2005) jsou: touha získat možnost dobré profesionální kariéry a dobře placeného zaměstnání, lepší pracovní uplatnění, dále pak získání vysokoškolského titulu a dobré postavení ve společnosti. Mnohé studenty přivede na vysokou školu zájem o obor či profesi. Pro tyto studenty představují získané vědomosti vysokou hodnotu. Naproti tomu na školy přicházejí také studenti s malou motivací ke studiu, kteří se rozhodli studovat pod tlakem rodičů nebo chtějí oddálit nástup do zaměstnání. Vstupní motivace ovlivňuje to, jak studenti vysokou školu zvládají, jak se během studia cítí, do jaké hloubky se mu věnují, jak je studium naplňuje a uspokojuje či jak jsou na studiu úspěšní.

Zahájení vysokoškolského studia představuje v životě člověka mnoho náročných změn (fyzických, psychických i sociálních), které jsou náročné. Podle Konečného et al. (1996, 8) se tyto změny rozdělují do dvou základních kategorií:

a) Ztráta, zánik či omezení některých dosavadních možností - omezení kontaktu s rodinou, změna životního prostředí, kterou ztrácí soukromí a materiální vybavení, omezení kontaktu s přáteli a partnery, omezení zájmových aktivit.

b) Objevení se nových požadavků, nároků, podmínek, se kterými se student musí vyrovnat. Týkají se především větších nároků na množství učební látky, větších nároků na samostatnou přípravu a zpracování látky a větších nároků na pozornost v průběhu výuky.



Právě schopnost adaptace na nové podmínky a požadavky je pro úspěšné zvládnutí školy zásadní. Mnohé studijní i mimo studijní problémy, které jsou vysokoškoláci nuceni během studia na vysoké škole zvládat, mohou podle Provoznikové (2002) vést ke ztrátě sebedůvěry, nespokojenosti se studiem i vlastním životem. *„Jedinec vystavený dlouhodobě nebo opakovaně nepřiměřené zátěži je vnitřně nevyrovnaný, směřuje k jednostrannosti, poškozuje sám sebe, dostává se do konfliktů, způsobuje problémy sobě i druhým. Student pak zapojuje náhradní mechanismy s cílem uniknout z problému. Tento únik může vést jak ke studijnímu selhání, tak ke zdravotním problémům, až ke vzniku řady onemocnění.“* (Provozniková, 2003).

Studenti VŠ tak paradoxně tvoří zvláštní skupinu populace, která se nachází ve zvýšeném riziku vzniku zdravotních problémů. Podle mnohých studií (Provozniková a kol., 2002, Linhartová, 2008, ...) dochází u studentů v období zvýšeného stresu ke zhoršování kvality výživy, snižuje se pohybová aktivita a celková péče o sebe, dochází k poklesu dobré nálady a nárůstu negativních emocí. Rovněž se v tomto období vyskytuje vyšší adherence k užívání návykových látek. Nepřiměřená a nezvládnutá zátěž může vést u studenta k poruchám fyziologických funkcí (tepu, tlaku, vylučování hormonů, poruchy trávicího ústrojí, poruchy spánku, bolesti hlavy a páteře), k změnám v kognitivních funkcích (nepřesnost, nepozornost, poruchy myšlení, poruchy koncentrace pozornosti) a k negativním emočním stavům (frustrace, strach, úzkost, deprese a pocity viny, pocity únavy a méněcennosti).

*Velmi častým problémem v období vysokoškolského studia, který přispívá ke stresu, výkyvům nálad, větší nervozitě či pocitům beznaděje, je problém prokrastinace. Prokrastinace je nemocí moderní doby. Tendence odkládat povinnosti na poslední chvíli způsobuje jejich nahromadění a posléze i obtížnou zvladatelnost. „Odkládání úkolů na nejzazší možný termín je živnou půdou stresu, výčitek a neefektivity.“* (Ludwig, 2013)

### 3 Cíle

Cílem diplomové práce je zjistit úroveň celkové životní spokojenosti a jejích složek u studentů denního studia FTK UP v Olomouci ve srovnání s normativními hodnotami a s ohledem na intersexuální diference a jejich preference při volbě strategií zvládání stresu. Sledované veličiny patří k determinantám zdraví a zdravého životního stylu.

Výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň celkové životní spokojenosti a jejích složek u současných vysokoškolských studentů FTK?
2. Vykazuje významné intersexuální diference?
3. Jaké jsou preferované strategie zvládání stresu?
4. Vykazují zvolené strategie významné intersexuální diference?

## 4 Metodika

### 4.1 Metody výzkumu

Pro výzkum byla použita kvantitativní metoda dotazování. Výzkumnými nástroji byl dotazník životní spokojenosti a dotazník strategie zvládání stresu SVF 78.

*„Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explodovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.“ (Hendl 2005, 48)*

Výhodou dotazníků je podle Plevové (2006) snadný a rychlý sběr dat umožňující získat velký počet údajů od mnoha osob. Vyhodnocení probíhá většinou pomocí zhotovených šablon a je poměrně rychlé a přesné. Nevýhodou je ale možnost záměrného zkreslení odpovědí respondentem jemu žádoucím směrem.

#### **Dotazník životní spokojenosti (DŽS)**

DŽS je standardním nástrojem určeným k posuzování celkové životní spokojenosti a životní spokojenosti v deseti významných oblastech, utvářejících tuto spokojenost. Tyto oblasti (jednotlivé škály dotazníku) jsou:

- a) Zdraví – respondenti hodnotí spokojenost se svým celkovým zdravotním stavem, tělesnou i duševní kondicí, fyzickou výkonností a odolností proti nemocem.
- b) Práce a zaměstnání – vysoká škálová hodnota znamená spokojenost s pozicí v zaměstnání, pracovními úspěchy, atmosférou na pracovišti i mírou požadavků a zátěže v zaměstnání, a také jistotou profesionální budoucnosti.
- c) Finanční situace – hodnocen je příjem, finanční situace, výše majetku a životní standard, hmotné zajištění rodiny i možnosti výtěžku v budoucnosti.

- d) Volný čas – hodnocena je délka a kvalita volného času a dovolené, celková pestrost volného času a spokojenost s dobou, kterou má respondent k dispozici pro své koníčky a své blízké.
- e) Manželství a partnerství – hodnocena je spokojenost s manželským, resp. partnerským životem, se společnými aktivitami, pochopením partnera, s bezpečím poskytovaným partnerem a ochotou pomáhat.
- f) Vztah k vlastním dětem – hodnocen je vzájemný vztah s dětmi, jejich úspěchy. Respondent hodnotí také svou spokojenost se společnými aktivitami, s vlivem, který na své potomky má i s uznáním, kterého se mu od dětí dostává.
- g) Vlastní osoba – hodnoceny jsou různé aspekty vlastní osoby - schopnosti, dovednosti, způsob dosavadního života, vnější vzhled, sebevědomí, sebejistota, charakter a životní vitalita.
- h) Sexualita, tj. spokojenost s fyzickou přitažlivostí, sexuální výkonností, četností sexuálních kontaktů i sexuálními reakcemi. Hodnocena je také možnost otevřeně hovořit o oblasti sexuality a harmonie s partnerem v této oblasti.
- i) Přátelé, známí a příbuzní – tato škála vyjadřuje spokojenost se sociálními kontakty, přáteli, příbuznými. Hodnocena je pomoc a podpora, které se jim dostává od přátel, společenská angažovanost a četnost styků s ostatními lidmi.
- j) Bydlení – respondenti hodnotí spokojenost se svými bytovými podmínkami a standardem bydlení. Hodnotí velikost, stav, polohu bytu i náklady na bydlení.

Každé škále odpovídá 7 položek, které respondenti hodnotí sedmibodovou stupnicí: od velmi nespokojen(a), nespokojen(a), spíše spokojen(a), ani spokojen(a) ani nespokojen(a), spíše spokojen(a), spokojen(a), až po velmi spokojen(a). Vyplnění záznamového archu zabere 5 až 10 minut.

Do výpočtu celkové životní spokojenosti se pak započítávají pouze položky: zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí, příbuzní a bydlení.

### **Dotazník strategie zvládání stresu SVF 78**

Dotazník umožňuje zachytit variabilitu způsobů, které jedinec uplatňuje při zvládání zátěžových situací. Je sestaven ze 78 položek a obsahuje řadu výroků, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen, vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry. Je třeba si přečíst každý výrok a uvést, nakolik odpovídá způsobu reagování dotazovaného. Potřebný čas k vyplnění dotazníku je 10 až 15 minut. Respondent svou odpověď označí přeškrtnutím zvoleného čísla na škále: 0 – vůbec ne, 1 – spíše ne, 3 – možná, 4 – velmi pravděpodobně. Dotazník SVF 78 obsahuje celkem 13 subtestů: Podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování. Prvních sedm strategií, které vedou k redukci stresu, patří mezi pozitivní copingové strategie. Poslední čtyři položky pak náleží mezi strategie negativní, tzn. že tyto strategie k redukci stresu nevedou (dokonce mohou míru stresu zvýšit).

V rámci celkové pozitivní strategie zvládání stresu se rozlišují tři typy: POZ 1 (zahrnuje podhodnocení a odmítání viny), POZ 2 (zahrnuje odklon, náhradní uspokojení), POZ 3 (zahrnuje kontrolu situace, kontrolu reakce a pozitivní sebeinstrukci).

Jako dotazníková metoda vychází SVF z předpokladu, že užití určité strategie při zpracování stresu je natolik vědomé, že se lze na ně pomocí verbálních technik dotázat.

## **4.2 Charakteristika výběrového souboru**

V práci jsou prezentována parciální data z výzkumu studentů University Palackého v Olomouci. Za studenta je považován jedinec studující v prezenční formě studia ve věku 19 – 26 let, tj. v období mladší dospělosti (adultus). Soubor respondentů tvoří studenti

FTK UP v Olomouci, u kterých se předpokládá zvýšená úroveň pohybové aktivity. Data ohledně pohybové aktivity proto nejsou v této práci prezentována.

### **4.3 Zpracování výsledků**

Sběr dat probíhal v průběhu roku 2014 – 2015. Statistické zpracování výsledků bylo provedeno pomocí programu Statistica v. 10.0 (Statistica, Tulsa, USA). Pro posouzení věcné významnosti byl aplikován Effect of Size podle Cohena, přičemž hodnota  $d$  0,2 = malá změna,  $d$  0,5 = střední změna a  $d$  0,8 = velká změna (Cortina & Nouri, 2000; Thomas, Nelson, & Silverman 2011).

## 5 Výsledky

V následující kapitole jsou shrnuty výsledky získané z dotazníkových šetření provedeného u vysokoškolských studentů FTK Univerzity Palackého v Olomouci. V první části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníku životní spokojenosti (DŽS), ve druhé část pak popisuje strategie zvládání stresu (dotazník SVF 78).

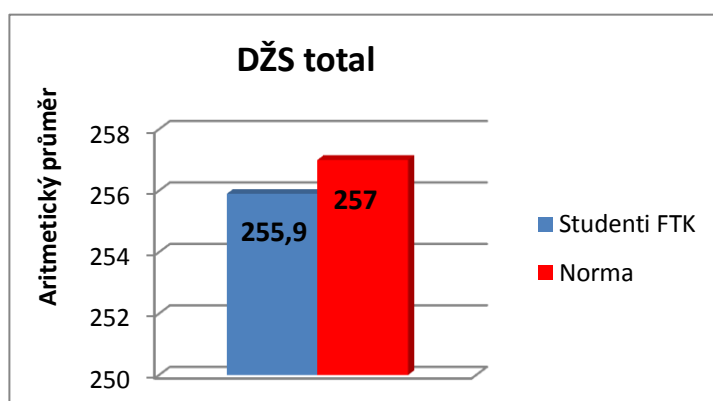
### 5.1 Životní spokojenost studentů FTK

Následující tabulka nám ukazuje průměrné hodnocení jednotlivých položek životní spokojenosti studentů FTK (*N* – počet respondentů, *Min* – minimální hodnota získaných dat, *Max* – maximální uváděná hodnota, *SD* – směrodatná odchylka):

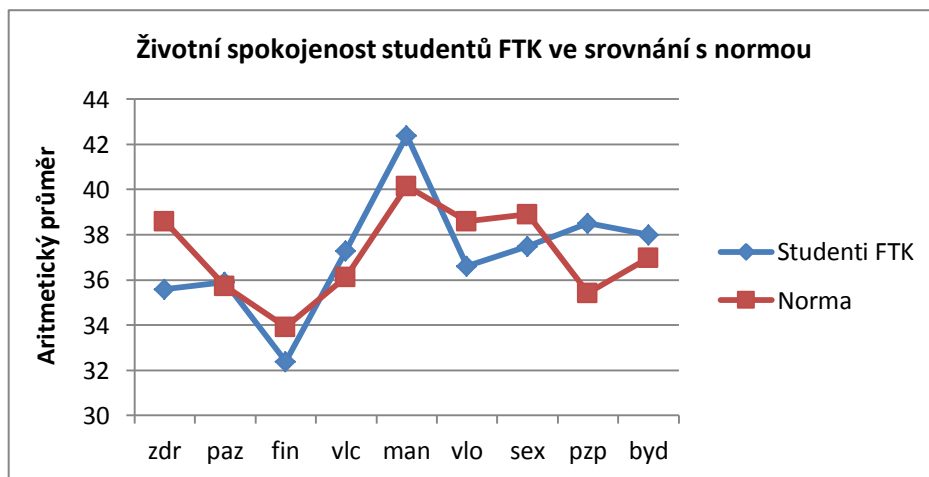
DŽS	N	Průměr	Min	Max	SD
Věk	120	21,8	19	26	1,32
Zdraví	120	35,6	11	49	6,68
Práce	120	35,9	17	49	5,97
Finance	120	32,4	7	49	6,84
Volný čas	120	37,3	7	49	8,19
Partnerství	72	42,4	15	49	6,63
Vlastní osoba	120	36,6	7	49	6,32
Sexualita	120	37,5	12	49	7,48
Přátelé	120	38,5	17	49	5,23
Bydlení	120	38,0	7	49	6,94
DŽS total	120	255,9	155	354	31,34

Tab. 2 Hodnocení životní spokojenosti studentů denního studia FTK

Životní spokojenost studentů FTK byla následně porovnána s populační normou. S následujícího grafu je patrné, že celková životní spokojenost studentů (DŽS total) je ve srovnání s populační normou nižší:



Graf 1 Srovnání úrovně celkové životní spokojenosti studentů FTK s normou



Graf 2 Srovnání jednotlivých položek životní spokojenosti studentů FTK s normou

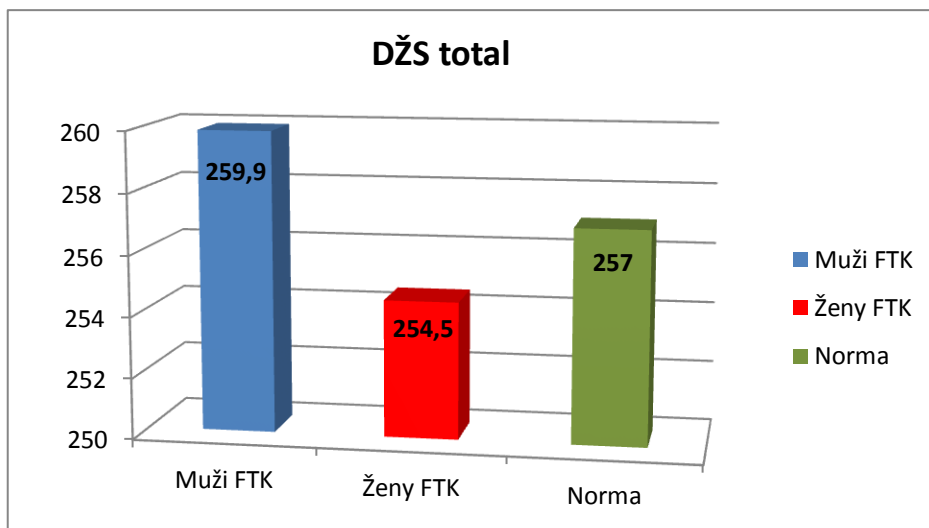
Pokud se zaměříme na jednotlivé oblasti životní spokojenosti, můžeme z grafu 2 vyčíst, že studenti FTK vykazují vyšší životní spokojenost oproti normativu pouze v oblastech: manželství a partnerství, volný čas, přátelé, příbuzní a známí a bydlení. Nejhůře hodnocenými jsou: finance a zdraví. Méně spokojeni ve srovnání s normou jsou studenti také v hodnocení vlastní osoby a sexuality.

Dále se výzkum zajímal o genderové rozdíly v hodnocení životní spokojenosti. Hodnocení mužů-studentů FTK a žen-studentek FTK tedy můžeme porovnat v následující tabulce a grafech:

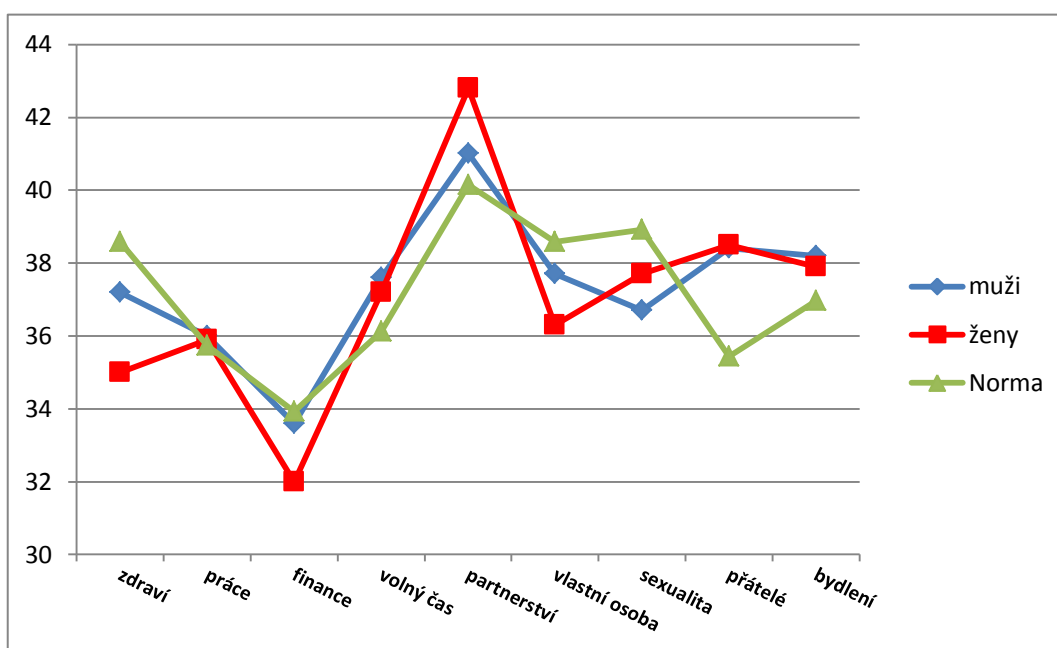
	Muži					Ženy				
	N	Průměr	Min	Max	SD	N	Průměr	Min	Max	SD
Věk	49	21,7	19	26	1,42	71	21,8	19	26	1,28
Zdraví	49	37,2	11	49	6,48	71	35,0	15	49	6,67
Práce	49	36,0	17	49	6,26	71	35,9	18	49	5,88
Finance	49	33,6	7	49	6,55	71	32,0	7	45	6,91
Volný čas	49	37,6	12	49	8,61	71	37,2	7	49	8,06
Partnerství	22	41,0	15	49	7,72	50	42,8	20	49	6,26
Vlastní osoba	49	37,7	7	49	6,94	71	36,3	15	47	6,07
Sexualita	49	36,7	13	49	7,80	71	37,7	12	49	7,34
Přátelé	49	38,4	17	49	5,44	71	38,5	18	49	5,17
Bydlení	49	38,2	16	49	7,11	71	37,9	7	49	6,89
<b>DŽS total</b>	<b>49</b>	<b>259,9</b>	<b>155</b>	<b>354</b>	<b>34,65</b>	<b>71</b>	<b>254,5</b>	<b>158</b>	<b>316</b>	<b>30,08</b>

Tab.3 Intersexuální diference v životní spokojenosti studentů denního studia FTK (N – počet respondentů, Min – minimální uváděná hodnota, Max – maximální hodnota, SD – směrodatná odchylka)





**Graf 3** Intersexuální diference v celkové životní spokojenosti (a jejich srovnání s normou)



**Graf 4** Intersexuální diference v jednotlivých kategoriích životní spokojenosti (a jejich srovnání s normou)

Muži vykazovali vyšší celkovou životní spokojenost nejen ve srovnání s ženami, ale také ve srovnání s normou. Stejně jako ženy hodnotili nejlépe položku manželství a partnerství, dále pak oblasti přátelé, známí a příbuzní a bydlení. Nejméně spokojeni byli muži se svou finanční situací.

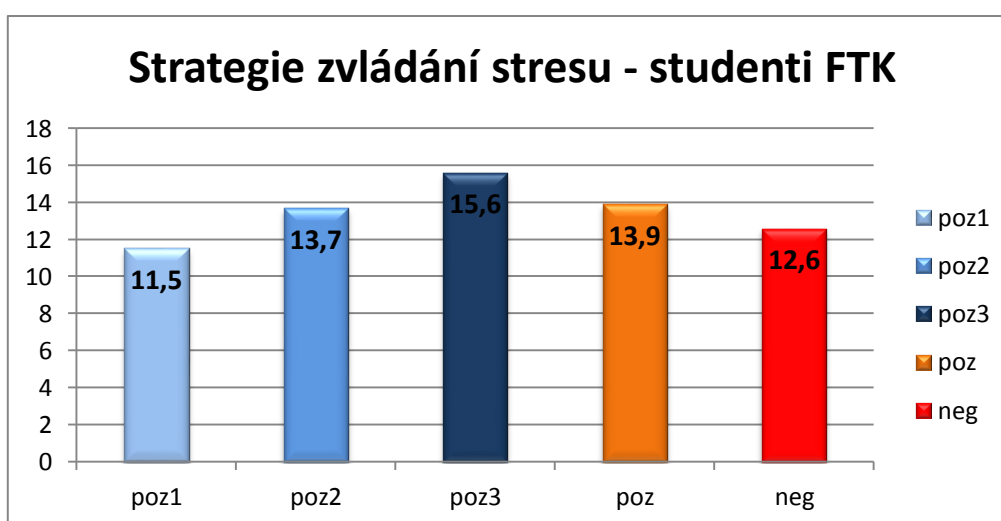
Ženy vykazovaly celkovou životní spokojenost ve srovnání s normativem poněkud nižší. Jako nejhorší hodnotily oblasti finance a zdraví. Největší rozdíly v hodnocení u mužů a žen nalezneme v oblastech: zdraví ( $d=0,33$ ), finance ( $d=0,24$ ), partnerství ( $d=0,02$ ) a vlastní osoba ( $d=0,03$ ). Na základě statistického vyhodnocení je možné konstatovat, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi hodnotami celkové životní spokojenosti mužů a žen ( $d=0,16$ ). Stejně tak nebyl nalezen významný rozdíl v hodnocení jednotlivých položek životní spokojenosti.

## 5.2 Strategie zvládnání stresu - SVF 78

V dotazníkovém šetření strategií zvládnání stresu SVF 78 byla zjištěna následující data uvedená v tabulce:

	N	Průměr	Min	Max	SD
<b>poz1</b>	120	11,5	1	24	3,36
<b>poz2</b>	120	13,7	1,5	22,5	3,40
<b>poz3</b>	120	15,6	3,3	24,0	2,72
<b>poz</b>	120	13,9	4,9	19,7	2,21
<b>neg</b>	120	12,6	2	23,5	3,63

**Tab. 4 Strategie zvládnání zátěže – celkové položky SVF 78** (*N – počet respondentů, Min – minimální uváděná hodnota, Max – maximální hodnota, SD – směrodatná odchylka*)



**Graf 5 Strategie zvládnání zátěže – celkové položky SVF 78**

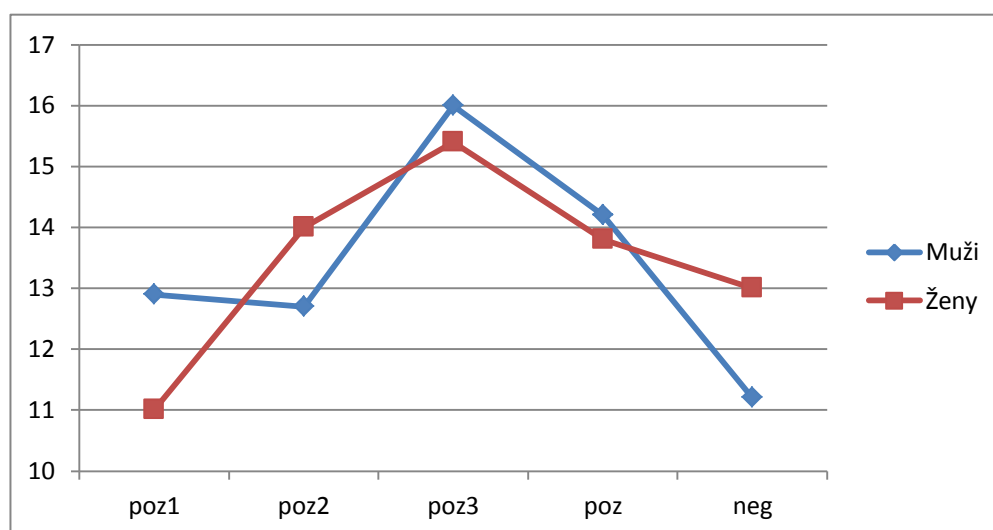
Na základě grafického zpracování údajů z tabulky č. 4 je možné zhodnotit preferované způsoby zvládnání zátěžových situací. Studenti FTK tedy nejvíce upřednostňují strategie spadající do kategorie POZ3, tj. strategie vyznačující se snahou o kontrolu a hledání řešení stresové situace. Celkově převažuje využívání pozitivních strategií zvládnání stresu nad negativními, avšak rozdíl není příliš výrazný. Studenti dokonce více užívají negativní strategie, které mohou míru stresu zvyšovat, než strategie podhodnocující a snižující vážnost situace (pozitivní strategie POZ1).

Následující tabulka (Tab. 5) ukazuje zpracované údaje dotazníku SVF 78 s přihlédnutím na genderové rozdíly při zvládnání zátěžových situací.

SVF 78	Ženy					Muži				
	N	Průměr	Min	Max	SD	N	Průměr	Min	Max	SD
poz1	71	11,0	1	23,5	3,13	49	12,9	1	24	3,62
poz2	71	14,0	2	22,5	3,25	49	12,7	1,5	21	3,63
poz3	71	15,4	3,3	24,0	2,68	49	16,0	9,0	23,3	2,82
poz	71	13,8	4,9	19,6	2,17	49	14,2	4,9	19,7	2,30
neg	71	13,0	3,3	23,5	3,38	49	11,2	2,0	23,0	4,03

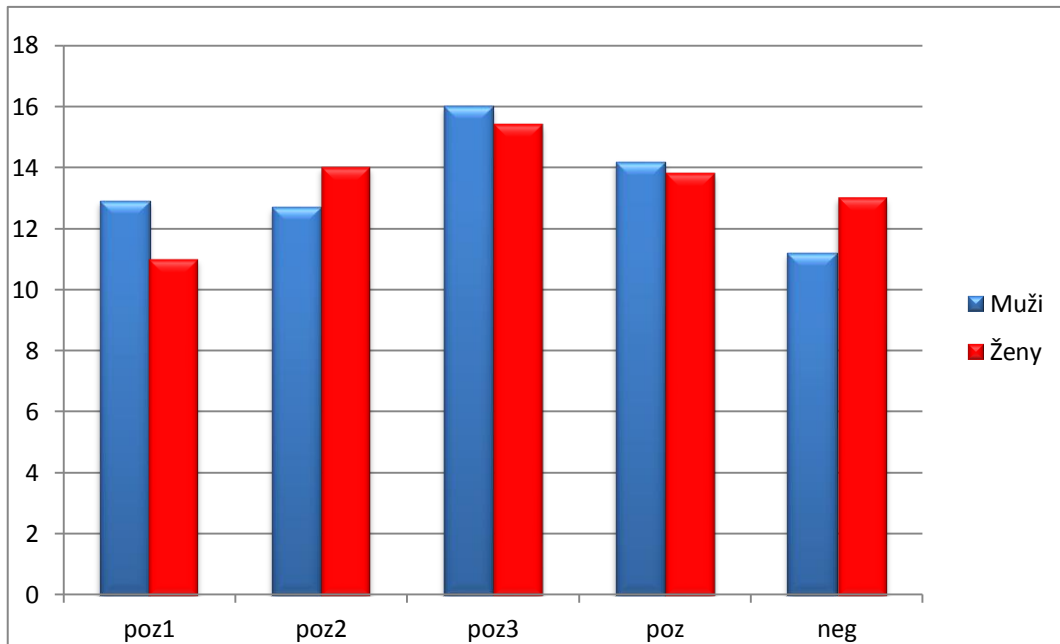
**Tab. 5 Strategie zvládnání zátěže – intersexuální rozdíly** (N – počet respondentů, Min – minimální uváděná hodnota, Max – maximální hodnota, SD – směrodatná odchylka)

Grafickým zpracováním získáme přehlednější vyhodnocení intersexuálních rozdílů při copingových strategiích.



**Graf 6 Porovnání copingových strategií u mužů a žen**

Porovnáme-li copingové strategie využívané muži a ženami, vidíme, že nejméně využívají ženy strategie skupiny POZ 1. Muži ze všeho nejméně využívají negativní strategie a oproti ženám mnohem více užívají strategie POZ3. Z pozitivních strategií se u mužů nejméně objevují strategie POZ2. Ženy využívají pozitivní strategie ve stejné míře jako negativní strategie.

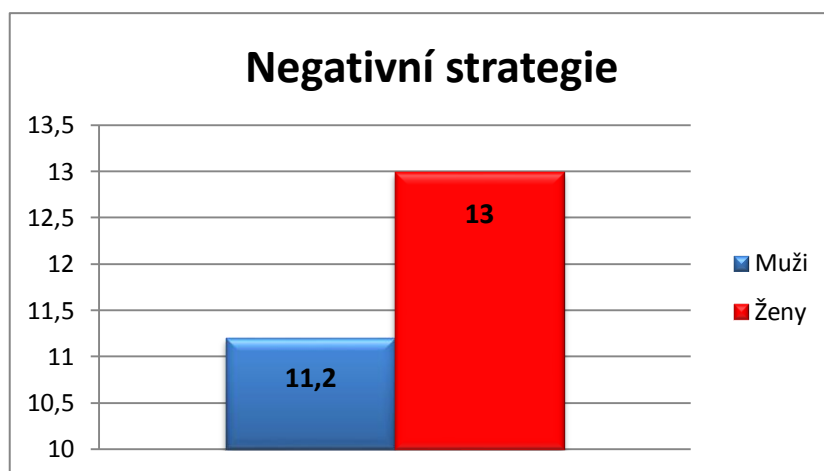


**Graf 7 Copingové strategie - intersexuální rozdíly**

Zaměříme-li se pouze na skupinu pozitivních strategií – POZ (celkem), je z následujícího grafu mezi muži a ženami patrný jen minimální rozdíl v jejich užívání.



**Graf 8 Pozitivní strategie - intersexuální diference**



**Graf 9** Negativní strategie – intersexuální diference

U negativních copingových strategií již zjišťujeme mnohem významnější intersexuální diference. Na základě výsledků statistického zpracování dat (viz. následující tabulka) byla zjištěna hodnota Cohenova koeficientu  $d = 0,49$ . Lze tedy tvrdit, že při využívání copingových strategií existuje signifikantní rozdíl na úrovni střední věcné významnosti.

	Ženy (N=71)	Muži (N=49)	Cohenovo d
<b>POZ 1</b>	11,0 SD= 3,13	12,9 SD=3,62	<b>0,56</b>
<b>POZ 2</b>	14,0 SD= 3,25	12,7 SD= 3,63	<b>0,38</b>
<b>POZ 3</b>	15,4 SD= 2,68	16,0 SD= 2,82	<b>0,22</b>
<b>POZ</b>	13,8 SD= 2,17	14,2 SD= 2,30	<b>0,17</b>
<b>NEG</b>	13,0 SD= 3,38	11,2 SD= 4,03	<b>0,49</b>

**Tab. 6** Vyhodnocení věcné významnosti při využívání strategií zvládnání stresu - intersexuální rozdíly

Střední hladinu věcné významnosti ( $d = 0,56$ ) nalezneme také u pozitivních strategií kategorie POZ 1. Je tedy možné říct, že při užívání copingových strategií existují genderové rozdíly. U ostatních kategorií copingových strategií byla v intersexuálních diferencích zjištěna pouze nízká hladina věcné významnosti.

## 6 Diskuze

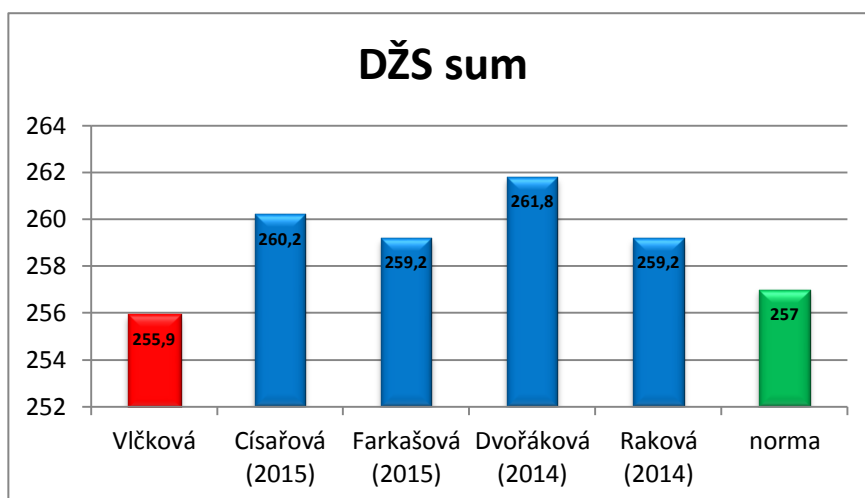
Tato diplomová práce řeší problematiku životní spokojenosti vysokoškolských studentů. Životní spokojenost je významný ukazatel kvality života. Na její úroveň má vliv nejen sebehodnocení, či sociální zázemí (rodina, přátelé, ...), ale také socioekonomický status nebo subjektivní pocit dobrého zdraví. Univerzitní vzdělání zvyšuje u české populace téměř jedenapůlkrát pocit osobní pohody v porovnání se základním vzděláním. (Šolcová, Kebza, 2005)

Během vysokoškolského studia mladý člověk dosahuje dospělosti v oblasti mentální, emocionální a sociální, a také „dotváří svůj životní styl a osobnostní vývoj“ (Valjent, 2010). Studium vysoké školy je náročným obdobím v životě jedince, které je provázeno nutností adaptovat se na náročné podmínky studia, jako je např. stres zkouškového období a s ním spojený možný neúspěch, apod. (Provazníková, 2002). K nejčastějším problémům v průběhu studia patří nedostatek financí, skloubení příležitostného zaměstnání a studia, složité dojíždění a skládání zkoušek a zápočtů (Menclová, Baštová, 2005). Zvýšená studijní zátěž a stres přináší různé psychosomatické potíže. Jak potvrdil výzkum Provazníkové et. al. (2002), během vysokoškolského studia se zdravotní stav studentů zhoršuje. Tři čtvrtiny studentů v tomto výzkumu připustili změnu životního stylu, 16% uvedlo změnu k horšímu.

Hodnocené oblasti životní spokojenosti zastupují významné faktory životního stylu a psychosociální determinanty zdraví a mohou tak být jedním z ukazatelů studijní úspěšnosti a prediktorem pro úspěšné ukončení studia.

Zkoumaný soubor tvořili studenti FTK UP v Olomouci. V přijímacím řízení procházejí studenti talentovou zkouškou z tělesné výchovy, a s ohledem na studijní zaměření je fyzická aktivita a sport také součástí studijního oboru. U studentů této fakulty je tak předpoklad vyšší úrovně fyzické kondice i aktivního životního stylu s velkým podílem pohybové aktivity. Pohybová aktivita patří mezi významné faktory ovlivňující kvalitu života a životní spokojenost. Jak dokazují také mnohé práce a výzkumy (Kebza, & Šolcová, 2003; Turocz, a Olech, 2011; Sigmund, Kvintová, et. al., 2014; Slováčková, Dosedlová a Klimusová, 2008; Chromý, 2015), uvádějí aktivní lidé s vyšší mírou pohybové aktivity také vyšší hodnoty životní spokojenosti.

Životní spokojeností studentů FTK byla zkoumána také v dalších diplomových pracích. Dvořáková (2014) srovnávala životní spokojenost studentů FTK se studenty pedagogické a přírodovědné fakulty UP v Olomouci, podobné srovnání provedla také Farkašová (2015) a Císařová (2015), která porovnávala životní spokojenost vysokoškolských studentů z různých fakult UPOL s ohledem na aktivní a neaktivní životní styl. Pouze na studenty prvního ročníku studia je zaměřen výzkum Rakové (2014), která srovnává životní spokojenost vysokoškolských studentů sportovních a nespportovních fakult v rámci Univerzity Palackého v Olomouci. Všechny tyto práce ukázaly v porovnání s jinými fakultami, ale také s normou, vyšší úroveň životní spokojenosti u studentů FTK. Hodnoty celkové životní spokojenosti zjištěné u studentů FTK v této diplomové práci však nejen, že nepotvrzují původní předpoklad vyšší spokojenosti, ale nedosahují ani hodnot normativní populace. Podrobnější srovnání poskytuje následující graf:

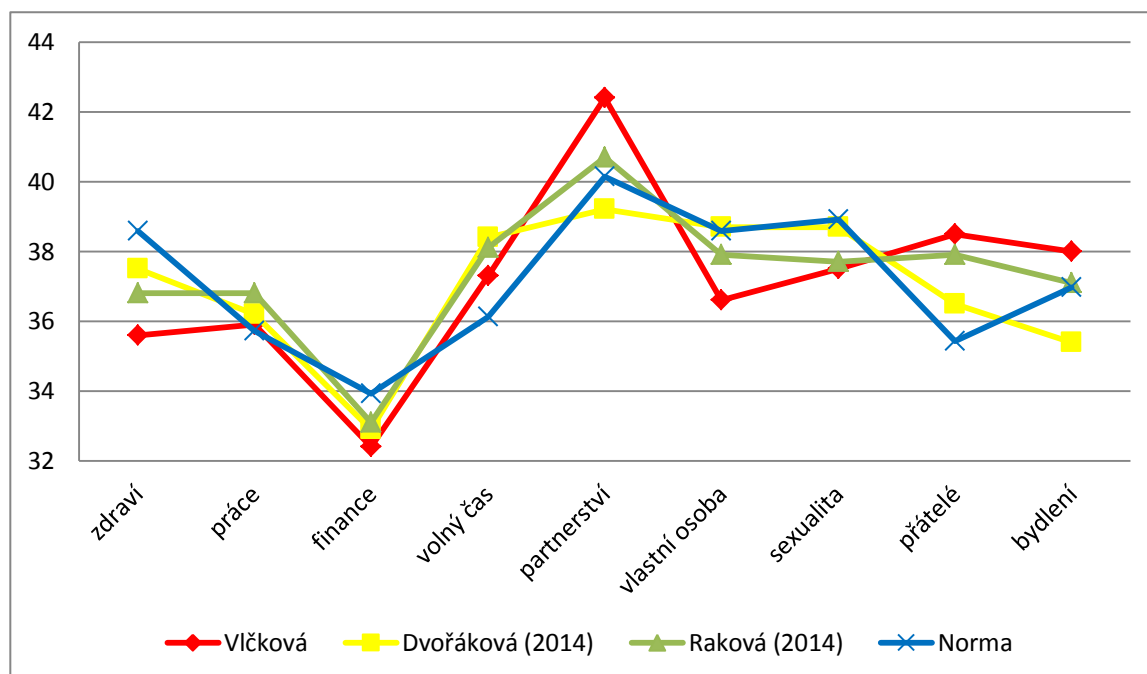


**Graf 10** Srovnání celkové životní spokojenosti v jednotlivých výzkumech.

Z hlediska genderového byla zjištěna mnohem vyšší spokojenost studentů (mužů), než studentek. Zatímco podle Hřebíčková, Blatný & Jelínek (2010) jsou obecně vysokoškolačky spokojenější než vysokoškoláci, námi zjištěné výsledky tento fakt nepotvrzují. Celková životní spokojenost mužů ve srovnání s ženami nejenže vykazovala výrazně vyšší hodnoty, ale byla dokonce vyšší než hodnota normativní. S těmito skutečnostmi korespondují také výsledky Hanákové (2012) zjišťované u pracovníků státní správy, Dvořákové (2014), která rovněž zjistila nejvyšší míru životní spokojenosti u studentů-mužů studujících sportovní obory, nebo Chromého (2015). I přes námi zjištěný rozdíl v celkové životní spokojenosti mužů a žen ale musíme na základě

statistických výpočtů konstatovat, že celková úroveň životní spokojenosti u sledovaného souboru studentů FTK nevykazuje významné intersexuální rozdíly. Na obdobný závěr, že prožitek osobní pohody není determinován pohlavím ani věkem, poukazují ve své studii Šolcová, Kebza (2005).

Pokud analyzujeme jednotlivé položky, které tvoří součást celkové životní spokojenosti, tak respondenti sledovaného souboru nejvýše ohodnotili položky manželství a partnerství, přátelé, známí a příbuzní, bydlení a volný čas. Nejhůře hodnocena je oblast finance, ale také zdraví, vlastní osoba a sexualita. Srovnání s obdobnými pracemi vypadá následovně:



**Graf 11 Srovnání životní spokojenosti v jednotlivých výzkumech.**

Jak je vidět, průběh jednotlivých křivek je velmi obdobný. Nabízí se tedy otázka, co způsobilo nižší úroveň životní spokojenosti sledovaného souboru studentů oproti normativu i studentům FTK z předchozích výzkumů. Jak jsem zmínila dříve, vysokoškolští studenti tvoří zvláštní skupinu populace. Řada studií, která se zabývá rizikovými faktory působícími na studenty vysokých škol, upozorňuje na fakt, že zdravotní stav vysokoškoláků je horší, než u stejně staré nestudující populace (Provazníková, 2002). Tento fakt potvrdila také Bisová (2015), která ve své diplomové práci zjistila, že největší



celkovou životní spokojenost prokázali pracující mladí lidé, nejméně spokojeni byli studenti věnující se pouze studiu.

S výše uvedenými fakty také korespondují nižší hodnoty spokojenosti (oproti normativu) se zdravím, vlastní osobou a sexualitou zjištěné v této práci, stejně jako v pracích Dvořákové (2014) a Rakové (2014). Domnívám se, že vedle již zmiňovaných důvodů (nároky studia, problémy s adaptací, stres, apod.), je možné hledat příčinu v samotném zaměření studia na FTK. Nespokojenost v těchto oblastech pramení z rozporu mezi teoretickými znalostmi a dovednostmi, které studenti studiem na této fakultě získávají ohledně zdraví a životního stylu, a možnostmi je plně uplatňovat v životě (studenti tráví mnoho času v posluchárnách a u skript na úkor vlastních sportovních a pohybových aktivit). Na celkové skóre DŽS mohla mít vliv také převaha žen nad muži ve zkoumaném souboru, protože ženy ve srovnání s muži uváděly nižší míru životní spokojenosti.

Úroveň životní spokojenosti ovlivňuje také schopnost vyrovnávat se se stresem. Orzechowska a kol. (2009) uvádí, že jedinci více životně spokojeni (měřeno pomocí rodinné situace a socio-ekonomického stavu) využívají častěji efektivní pozitivní copingové strategie, než jedinci vykazující sníženou úroveň životní spokojenosti.

Ve srovnání s nestudující populací stejného věku jsou studenti častěji vystaveni stresovým situacím. Student, který se nezvládl dostatečně adaptovat na studium, nebo je dlouhodobě a opakovaně vystaven nepřiměřené zátěži *„je vnitřně nevyrovnaný, směřuje k jednostrannosti, poškozuje sám sebe, dostává se do konfliktů, působí problémy sobě i druhým. Může také zapojit náhradní mechanismy s cílem uniknout z problémů. Tento únik může vést jak ke studijnímu selhání, tak ke zdravotním problémům, až ke vzniku řady onemocnění.“* (Manuál prevence V.) V prevenci negativního stresu a jeho důsledků hrají důležitou roli přiměřené copingové strategie. Schopnost umět se vyrovnat se zátěžovou situací je k úspěšnému studiu nezbytná.

Řada výzkumů potvrzuje, že pohybově aktivní lidé snáze odolávají stresovým situacím a při řešení zátěžové situace volí spíše pozitivní copingové strategie. Tento fakt prokazuje Raková (2014), ale i Farkašová (2015). Obě autorky zjistily, že sportující studenti nejčastěji využívají pozitivní strategie zvládnání stresu, a z nich nejvíce strategie

skupiny POZ 3, nejméně pak užívají strategie negativní. Také u studentů z našeho výzkumného souboru převažují preference pozitivních copingových strategií oproti strategiím negativním. Stejně jako u zmiňovaných prací jsou nejčastěji využívány strategie skupiny POZ 3, které se vyznačují snahou o kontrolu a zvládnutí situace. Nejméně užívané strategie však nebyly strategie negativní, jako u obou jmenovaných autorek, ale strategie skupiny POZ 1, tedy strategie podhodnocující danou stresovou situaci. Podobné zjištění u studentů FTK nalezneme také ve výzkumu u Sigmunda, Kvintové a Dostálové (2013).

Volbu copingové strategie mohou ovlivňovat další specifické faktory. Podle Urbanovské (2010) patří mezi významné modifikátory stresu vedle osobnostních charakteristik a aktuálního zdravotního stavu také věk, pohlaví nebo předchozí zkušenosti se zvládáním obdobné situace. Podle Paulík (2010), Kebza (2005) genderové charakteristiky ovlivňují způsob adaptace na zátěž. Muži reagují na stress větší mírou aktivity (agrese, útok, rivalita), bagatelizace, externalizace (tendence shledávat příčiny stresových situací ve vnějších okolnostech) než ženy, které častěji volí rezignaci, odmítání, sebelítost, snahu o únik nebo náhradní uspokojení. Také Sigmund, Kvintová a Dostálová (2013) ve své studii tvrdí, že akademický stres a pocit úzkosti jinak zvládají muži a jinak ženy. Muži podle nich obecně využívají mnohem více pozitivní strategie, zatímco ženy mají větší tendenci používat negativní copingové strategie. Urbanovská (2010) na základě vyhodnocení výsledků výzkumu u adolescentů uvádí, že chlapci ve srovnání s dívkami pociťují nižší hladinu stresu, disponují vyšší hladinou sebevědomí a frustrační tolerance, mají tendenci volit častěji copingové strategie podhodnocení a odmítání viny. Dívky naopak pociťují vyšší hladinu stresu, disponují nižší hladinou sebevědomí a frustrační tolerance a mají tendenci preferovat více negativní copingové strategie, strategie sociální opory, vyhýbání se a náhradního uspokojování.

K podobným závěrům jsme došli také v této diplomové práci. Genderovým porovnáním negativních strategií zvládnutí stresu (NEG), bylo zjištěno, že ženy využívají negativní strategie významně více než muži. Ve shodě s našimi výsledky rozdíl mezi muži a ženami ve využívání negativních zvládacích strategií prokázala také Josífková (2013), Hanáková (2012) a Kvintová (2011). Stejně jako v práci Urbanovské (2010) nebo Chýlové a Navotové (2012) muži - studenti FTK statisticky významně více užívají

strategie POZ 1 (podhodnocení a odmítání viny) než ženy – studentky FTK. Ke stejnému zjištění došla také Kvintová (2011), ve shodě jsou také zjištění, že ženy více než muži využívaly pozitivní strategie typu odklon a náhradní uspokojení (POZ 2), i když v našem případě pouze na nízké hladině věcné významnosti ( $d = 0,38$ ).

Posuzujeme-li pozitivní strategie jako celek, lze na základě získaných výsledků konstatovat, že studenti a studentky sledovaného souboru při jejich používání nevykazují významné rozdíly. Muži i ženy vykazují vysokou míru užívání pozitivních strategií zvládnání stresu POZ 3. Jde o strategie, v nichž se osoba nejvíce zaměřuje na dosažení cíle - kontrolu situace, kontrolu reakcí a pozitivní sebeinstrukce. Tento fakt svědčí nejen o dobrých schopnostech zvládnání stresových situací, ale také motivovanosti studentů ke studiu. Obojí je k úspěšnému ukončení studia potřebné a důležité.

## 7 Závěr

V diplomové práci jsme se zabývali životní spokojeností a strategiemi zvládání stresu s ohledem na genderové rozdíly u studentů FTK UP v Olomouci. Ve sledovaném souboru bylo zastoupeno 71 studentek a 49 studentů.

Sledovaný soubor studentů FTK vykazuje nižší index celkové životní spokojenosti oproti průměrným normativním hodnotám. Nejlépe respondenti hodnotili položku partnerství, přátelé a známí, o něco hůře pak oblast bydlení a volný čas. Hodnoty těchto položek vykazovaly vyšší spokojenost studentů než normativní populace. Nejmenší spokojenost vykazali studenti v oblasti finance a zdraví, které také hůře hodnotili oproti normativu. Nižší spokojenost než je norma vykazali studenti také v položkách vlastní osoba a sexualita. Muži sice vykazovali ve srovnání se ženami vyšší celkovou životní spokojenost, tento rozdíl však nebyl statisticky významný. Ženy hodnotili mnohem hůře než muži zdraví, vlastní osobu a finance, ale ani u těchto položek nebyl nalezen signifikantní rozdíl.

Při zkoumání problematiky zvládání zátěže u sledovaného souboru vyplynulo, že studenti FTK preferují pozitivní copingové strategie oproti strategiím negativním. Nejčastěji užívanými strategiemi jsou strategie POZ 3, tedy strategie zaměřené na řešení stresové situace. Dále bylo zjištěno, že ženy mnohem častěji než muži užívají negativní strategie zvládání zátěže, a to na úrovni střední věcné významnosti ( $d = 0,49$ ). Na základě získaných výsledků lze rovněž konstatovat, že existují signifikantní intersexuální rozdíly na střední hladině věcné významnosti ( $d = 0,56$ ) při používání pozitivních copingových strategií POZ 1, tj. strategií zaměřených na zmírnění dopadů stresu formou podhodnocování a odmítání viny.

## 8 Souhrn

Jak již bylo řečeno, doba vysokoškolského studia je specifickým obdobím v životě člověka. Studenti v tomto období dosáhnou dospělosti po stránce tělesné, mentální, emocionální i sociální. Přestože se jedná o věkové období s nejnižší nemocností a mortalitou, jsou studenti vysokých škol skupinou populace se zvýšeným rizikem zdravotních problémů. To je dáno nároky a požadavky, které jsou na studenta kladeny, a se kterými se musí v průběhu studia vyrovnávat. Právě schopnost vyrovnat se se zátěží je pro úspěšné studium zásadní. Životní spokojenost je pak jedním z prediktorů zdravotního stavu a životního stylu studentů, úrovně sebehodnocení a interpersonálních vztahů, jejich motivace studovat, atd.

Životní spokojeností a copingovými strategiemi zvládání stresu se zabývá tato práce. Výzkumu se zúčastnilo 120 studentů denního studia Fakulty tělesné kultury University Palackého v Olomouci. Ve sledovaném souboru bylo nerovné zastoupení mužů a žen (71 žen a 49 mužů).

Životní spokojenost byla zjišťována pomocí Dotazníku životní spokojenosti, výsledky byly porovnány s normativní populací a zhodnoceny z hlediska intersexuálních diferencí. Jako celek vykazovali studenti FTK ve srovnání s populační normou nižší životní spokojenost. Z pohledu genderu byli muži spokojenější než ženy, dokonce vykazovali hodnotu vyšší než normativ, tento rozdíl však nebyl statisticky významný.

Vyhodnocením dotazníku Strategie zvládání stresu SVF 78 bylo zjištěno, že studenti jako celek upřednostňují pozitivní copingové strategie před negativními. Rozdíl ale není příliš výrazný. Z hlediska intersexuálních diferencí byl zjištěn signifikantní rozdíl na úrovni střední věcné významnosti při užívání negativních strategií, kdy ženy užívají negativní strategie mnohem více než muži. Muži naopak významně více než ženy užívali pozitivní strategie POZ 1.

Zjištěná fakta mohou být ovlivněna nerovnoměrným zastoupením mužů a žen ve sledovaném souboru.

## 9 Summary

The period of college study is a specific époque in each personal live. The students reach their adulthood in this time in all aspects – corporal, mental, emotional and social. Although it is age period with lowest incidence of illness and mortality, there is an increased risk of health issues by the population group of college students. It is caused by demands and requirements laid on each student, with which he deal to cope during the study. Just the ability to copy the load is basic for the successful study. The life satisfaction is one of predictors of health condition and life style of students, self-assessment level and interpersonal relationships, their study motivation etc.

The aim of this thesis is just the life satisfaction and coping strategy. There are 120 students of regular study program of FTK UP Olomouc joined this research. The gender representation in the monitored sample was not equal (71 women, 49 men).

The life satisfaction was determined by the Life Satisfaction Questionnaire, the results are compared with normative population and evaluated from the intersexual differences point of view. The students of FTK as a group show lower life satisfaction in to comparison with the normative population. From the gender point of view the men are more satisfied as the women, they even show the level higher as the normative, but the difference was not statistically significant.

It was determined by the evaluation of Questionnaire Coping Strategies, that the students as a group prefer the positive coping strategies before the negative ones. But the difference is not very significant. It was found difference on the medial substantive significance level in the intersexual point of view, where the woman are using the negative strategies much more often as the men. The men are using significantly more the positive strategy POZ 1 instead.

The determined results can be influenced by the unequal representation of women and men in the research group.

## 10 Referenční seznam (seznam citované a použité literatury)

Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.

Baštecká, B. a kol. (2009). *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.

Bisová, A. (2015). *Smysl života a životní spokojenost v období vynořující se dospělosti*. Diplomová práce. Psychologický ústav FF MU Brno.

Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., Šolcová, I. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Vydavatelství MSD.

Bunc, V. (1995). *Pojetí tělesné zdatnosti a jejích složek*. *Tělesná výchova a sport mládeže* 5, 6–9.

Bunc, V. (2008). *Aktivní životní styl mládeže jako determinant jejich zdatnosti a tělesného složení*. *Studia Kinanthrologica*, 9 (1), 19-23.

Císařová, B. (2015). *Aktivní životní styl jako determinanta úrovně životní spokojenosti a jejích složek u současných univerzitních studentů*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Cortina, J. M., & Nouri, H. (2000). *Effect size for ANOVA design*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Čáp, J. (1993). *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Djačenko, M. I. & Kandybovič, L. A. (1987). *Vysokoškolská psychologie*. Praha: SPN.

Dosedlová, J. a kol. (2008). *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: MSD.

Dostálová, J. a kol. (2006). *Zdravá 13 – stručná výživová doporučení pro širokou veřejnost*. Společnost pro výživu. Retrieved 12. 10. 2015 from the World Wide Web: <http://www.vyzivapol.cz/zdrava-trinactka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-sirokou-verejnost/>

Duffková, J. (2006). *Životní způsob/styl a jeho variantnost. (Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením „alternativní životní styl“)*. In: Aktuální problémy životního stylu. Praha: FF UK. 79-90.

- Dvořáková, H. (2014). *Analýza životní spokojenosti a jejích složek u současných vysokoškolských studentů s ohledem na studijní zaměření*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Farkašová, J. (2015). *Problematika životního stylu současných vysokoškolských studentů*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Fórum zdravé výživy. GDA. (2015). Retrieved 18. 10. 2015 from the World Wide Web: <http://www.fzv.cz/gda/>
- Fórum zdravé výživy. *Pyramida zdravé výživy*. (2014). Retrieved 2. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>
- Frömel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: UP
- Hanáková, A. (2012). *Analýza faktorů životní spokojenosti a strategie zvládnání stresu u zaměstnanců státní správy*. Diplomová práce, Pedagogická fakulta, Olomouc.
- Hodaň, B. & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005) *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Heřmanová, E. (2012). *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Sociológia. 44(4), 407-425.
- Hošek, V. (2010). *Wellness, well-being a pohybová aktivita*. In: Wellness jako odbornost. Sborník sdělení z mezinárodní konference „Východiska pro odborné vzdělávání wellness specialistů“. Praha, Palestra s.r.o.
- Hřebíčková, M., Blatný, M., Jelínek, M. (2010). *Osobnost jako prediktor osobní pohody v dospělosti*. Československá psychologie 54 (1), 31-41.
- Chromý, A., (2015). *Spokojenost a pohybová aktivita návštěvníků*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Chýlová, H., Natovová, L. (2012). *Stress Coping Strategies at University Students - Part I: Gender Differences*. Journal on Efficiency and Responsibility in Education and Science 5, 3, 135-147. Retrieved 18. 3. 2016 from the World Wide Web: [www.eriesjournal.com/\\_papers/article\\_172.pdf](http://www.eriesjournal.com/_papers/article_172.pdf)
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu*. Testcentrum, Praha.



- Josífková, J. (2013). *Úspěšnost a spokojenost vysokoškolského studenta a jejich souvislost s osobnostními faktory a zvládacími strategiemi*. Disertační práce, Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Olomouc.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2010). *Národní správa o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: VUP.
- Kalman, M., Sigmund, E., Pavelka, J., Sigmundová, D., Vašíčková, J., Vokáčová, J., Hollein, T., Hamřík, Z. Národní doporučení pro pohybovou aktivitu. Retrieved 12. 9. 2014 from: [http://www.labearena.cz/Labe\\_Arena\\_Usteckeho\\_kraje/Sport\\_2.0/Seznam/2013/11/12\\_Narodni\\_doporuceni\\_pro\\_pohybovou\\_aktivitu\\_files/doporuceni\\_A4\\_dospeli\\_FINAL.pdf](http://www.labearena.cz/Labe_Arena_Usteckeho_kraje/Sport_2.0/Seznam/2013/11/12_Narodni_doporuceni_pro_pohybovou_aktivitu_files/doporuceni_A4_dospeli_FINAL.pdf)
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. *Československá psychologie*, 47, 333-345.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*, 49, 1-6.
- Kernová, V. (2006). *Podpora zdraví a intervenční programy v primární prevenci*. Praha: SZÚ.
- Kirchner, J. (2009). *Psychologie prožitku a dobrodružství pro pedagogiku a psychoterapii*. Brno: C-press.
- Klimešová, I., Stelzer, J. (2013). *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Konečný, J., Holoušová, D. & Krobotová, M. (1996). *Úvod do vysokoškolského studia*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie: Radost naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2007). *K čemu slouží pozitivní emoce*. Retrieved 28. 9. 2015 from the World Wide Web: <http://jaro.krivohlavy.cz/cemu-slouzi-positivni-emoce-0>.
- Křivohlavý, J. (2007). *Budoucnost psychologie zdraví*. Retrieved 28. 9. 2015 from the World Wide Web: <http://jaro.krivohlavy.cz/budoucnost-psychologie-zdravi-0>.

- Křivohlavý, J. (2007). *Kdy je člověku dobře*. Retrieved 28. 9. 2015 from the World Wide Web: <http://jaro.krivohlavy.cz/kdy-je-cloveku-dobre-0>.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Grada.
- Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada.
- Kučera, M. (1996). *Pohyb v prevenci a terapii*. Praha: Karolinum.
- Kvintová, J. (2011). *Vybrané osobnostní charakteristiky a strategie zvládnání stresu u vysokoškolských studentů ve vztahu k intersexuálním diferencím a studijnímu zaměření*. Disertační práce. Olomouc.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Linhartová, D. (2008). *Vysokoškolská psychologie*. Brno: MZLU.
- Ludwig, P. (2013). *Konec prokrastinace*. Brno: Jan Melvil Publishing.
- Macek, P., Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny. (2015) Retrieved 20.1.2016 from the World Wide Web: <http://ivdmr.fss.muni.cz/projekt-cesty-do-dospelosti/>
- Máček, Máčková (2002). *Fyziologie tělesných cvičení*. Brno: Masarykova univerzita.
- Mareš, J. (2010). *Kvalita života žáků a škola*. *Pedagogika.sk* 1, (1), 47-72.
- Marinov, Z., Pastucha, D., a kol.(2012): *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada.
- Matoulek, M. (2011): *Výskyt obezity v České republice v roce 2011*. *Obesity news*. Retrieved 28. 3. 2012 from the World Wide Web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=uvod&id=307>.
- Měkota, K., Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti-činnosti-výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Menclová, L., & Bašťová, J. (2005). *Vysokoškolský student v České republice roku 2005*. Praha: MŠMT.
- Menclová, L., & Bašťová J. (2006). *Vysokoškolský student v České republice – komparace dat z výzkumů z let 1992–2005*. *Aula* 14 (1): 83–91.
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Orzechowska, A., Florkowski, A., Gruszczyński, W., Zboralski, K., Wysokiński, A., Gałecki, P., & Talarowska, M. (2009). *Socio-economic Status, Aggressive Behaviours and Coping with Stress*. *Psychiatria Polska*, 43, 53–63.

- Payne, J. & kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Pastucha, D., a kol. (2012): *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada.
- Paulík, K. (2010): *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Piřha, J., Poledne, R. (2009). *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada.
- Plevová, I. (2006). *Kapitoly z obecné psychologie II*. Olomouc: Universita Palackého.
- Pokyny EU pro pohybovou aktivitu. *Doporučená politická opatření na podporu zdraví upevňujících pohybových aktivit*. Schváleno pracovní skupinou „Sport a zdraví“ EU na jejím zasedání dne 25. září 2008. Retrieved 29. 10. 2015 from the World Wide Web: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/Legislativa/EU\\_pohybova\\_aktivita\\_1\\_.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/Legislativa/EU_pohybova_aktivita_1_.pdf)
- Provazníková, H. et al. (2002). Determinanty zdraví vysokoškolských studentů. *Vita nostra revue*, 2, 69- 75.
- Provazníková, H. (2003). *Zátěž vysokoškolským studiem* in Provazník K. at kol. *Manuál prevence v lékařské praxi V – Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*.
- Raková, P. (2014). *Životní spokojenost, copingové strategie a pohybová aktivita u studentů 1. ročníku FTK UP*. Diplomová práce, Universita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Rodná, K., & Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Řehulková, O., Řehulka, E., Blatný, M., Mareš, J. et al. (2008). *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí*. Brno. Masarykova universita.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Slavík, M. a kol. (2012). *Vysokoškolská pedagogika*. Praha: Grada.
- Sigmund, E. & Sigmundova, D. (2011). *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Sigmund, M., Kvintová, J., Hřebíčková, H., Šafář, M. and Sigmundová, D. (2014). *Life satisfaction, health, self-evaluation and sexuality in current university students of sport sciences, education and natural sciences*. *Acta Gymnica*, 44 (4), 231-241.
- Sigmund, M., Kvintová, J., Dostálová, I. (2013). *Selected Personality Traits and Stress Management in Current University Students of Education, Physical Culture and Natural Science*. E-pedagogicum.

- Slepičková, I. (2008). Sociology of lifestyle. In Slepíčka (Ed.) *Sport and life style*. Praha: Karolinum. Retrieved 5. 11. 2013 from the World Wide Web: [http://www.ftvs.cuni.cz/FTVS-1308-version1-sociologie\\_zv\\_stylu.doc](http://www.ftvs.cuni.cz/FTVS-1308-version1-sociologie_zv_stylu.doc)
- Slezáčková, A. (2012). *Pozitivní psychologie. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.
- Slezáčková, A. (2013). *Co přispívá k duševní pohodě vysokoškoláků?* Věda.muni.cz. Brno, Masarykova univerzita. Masarykova univerzita, Brno. Retrieved 11. 10. 2015 from the World Wide Web: <http://www.veda.muni.cz/veda-a-vyzkum/3846-co-prispiva-k-dusevni-pohode-vysokoskolaku#.Vho3h8JlvIW>
- Sovinová, H., Csémy, L. (2013). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice v roce 2012*. Praha: SZÚ.
- Sovinová, H., Csémy, L. (2015). *Užívání tabáku a alkoholu v ČR v roce 2014*. Praha: SZÚ.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Svatoň, V., Tupý, J. (1997). *Program zdravotně orientované zdatnosti*. Praha: NS Svoboda.
- Šubrt, J. (2008). *Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností*. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Karolinum.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2011). *Research methods in physical activity* (6th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Turocz, A. M. (2011). *Diversity of personal resources vs. the quality of life of students from The University of Physical Education in Warsaw*. Polish Journal of Sport & Tourism, 18, 311-318. Retrieved 3. 2. 2016 from EBSCO database on the World Wide Web: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=eb193e1a-20af-4c4c-b495-1a221e79ca19%40sessionmgr112&hid=120>.
- Turocz, A. M. & Olech A. (2011). *The Quality of Life and Contentment with the Realisation of Partial Satisfaction of Students from the Faculty of Physical Education and Sport in Biala Podlaska*. Polish Journal of Sport & Tourism, 18, 234-243. Retrieved 6. 2. 2016 from EBSCO database on the World Wide Web: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=eb193e1a-20af-4c4c-b495-1a221e79ca19%40sessionmgr112&hid=120>
- Urbanovská, E. (2010). *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vaďurová, H., Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova universita.

Valjent, Z. (2008). *Pokus o vymezení pojmu Aktivní životní styl*. Česká kinantropologie, 12 (2), 42- 50.

Valjent, Z. (2010). *Aktivní životní styl vysokoškoláků (studentů fakulty elektrotechnické ČVUT v Praze)*. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta tělesné výchovy a sportu.

Vágnerová, M. (1996). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II, Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Vagnerová M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Grada.

Velký sociologický slovník (1996). Praha: Karolinum vydavatelství Univerzity Karlovy.

Zdraví 2020: *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2014.

*Zdravý talíř - praktická pomůcka zdravé výživy*. Retrieved 2. 4. 2015 from the World

Wide Web: <http://www.healthyplate.eu/cz/>

## 11 Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1: Model kvality života armády Kanady. ....	12
Obrázek 2: Členění podpory zdraví dle SZÚ. ( <i>Kalman, 2009</i> ).....	22
Obrázek 3: Determinanty zdraví populace. ( <i>Whitehead &amp; Dahlgren, 2006</i> ) .....	25
Obrázek 4: Struktura pohybové aktivity dle SIGPAH. ( <i>Kalman, 2009</i> ) .....	34
Obrázek 5: Vhodné rozložení energie během dne. ( <i>dle Klimešové, 2013</i> ) .....	37
Obrázek 6: Potravinová pyramida. ( <i>www.fzv.cz, 2013</i> ) .....	39
Obrázek 7: Zdravý talíř. ( <i>www.healthyplate.eu/cz</i> ) .....	40
Tabulka 1: Model kvality života. ....	11
Tabulka 2: Hodnocení životní spokojenosti studentů denního studia FTK. ....	63
Tabulka 3: Intersexuální diference v životní spokojenosti studentů FTK. ....	64
Tabulka 4: Strategie zvládání zátěže – celkové položky SVF 78. ....	66
Tabulka 5: Strategie zvládání zátěže – intersexuální rozdíly. ....	67
Tabulka 6: Vyhodnocení věcné významnosti při využívání strategií zvládání stresu - intersexuální rozdíly. ....	69
Graf 1: Srovnání úrovně celkové životní spokojenosti studentů FTK s normou. ....	63
Graf 2: Srovnání jednotlivých položek životní spokojenosti studentů FTK s normou ....	64
Graf 3: Intersexuální diference v celkové životní spokojenosti. ....	65
Graf 4: Intersexuální diference v jednotlivých kategoriích životní spokojenosti. ....	65
Graf 5: Strategie zvládání zátěže – celkové položky SVF 78. ....	66
Graf 6: Porovnání copingových strategií u mužů a žen. ....	67
Graf 7: Copingové strategie – intersexuální diference. ....	68
Graf 8: Pozitivní strategie – intersexuální diference. ....	68
Graf 9: Negativní strategie – intersexuální diference. ....	69
Graf 10: Srovnání celkové životní spokojenosti v jednotlivých výzkumech. ....	71
Graf 11: Srovnání životní spokojenosti v jednotlivých výzkumech. ....	72