

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

**Aktivní životní styl jako determinanta úrovně životní spokojenosti
a jejich složek u současných univerzitních studentů**

Magisterská práce

Autor: Bc. Barbora Císařová, Rekreatologie
Vedoucí práce PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Bc. Barbora Císařová

Název závěrečné písemné práce: Aktivní životní styl jako determinanta úrovně životní spokojenosti a jejich složek u současných univerzitních studentů

Pracoviště: KRL/FTK UP Olomouc

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

Rok obhajoby: 2016

Abstrakt:

Práce se zabývá životní spokojeností u studentů Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkumného šetření se zúčastnilo 523 studentů z celkem pěti fakult formou vyplnění Dotazníku životní spokojenosti. Studenti byli rozděleni do dvou skupin dle WHO - s aktivním životním stylem (119 studentů) a neaktivním životním stylem (404 studentů). Následně byly porovnány výsledky dotazníků u těchto dvou skupin. Skupina s aktivním životním stylem vykazovala lepší výsledky ve všech složkách životní spokojenosti zkoumaných dotazníkem, a to konkrétně ve složkách zdraví, práce, finance, volný čas, partnerství, vlastní osobnost, sexualita, přátelství a bydlení. Ve složkách práce, finance, volný čas, vlastní osoba a sexualita vykazovali studenti s aktivním životním stylem významně lepších výsledků. Z výsledků tohoto výzkumu lze tedy říci, že aktivní životní styl prokazatelně vede k vyšší životní spokojenosti.

Klíčová slova: životní styl, zdraví, pohybová aktivita, adultus

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Bc. Barbora Císařová

Title of the bachelor's thesis: Active lifestyle as a determinant of life contentment and their components in current university student`s life

Department: KRL/FTK UP Olomouc

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

The year of the presentation: 2016

Abstract:

This thesis is about life contentment among students of Palacký University in Olomouc. The questionnaire of life contentment was attended by 523 students from five faculties. The students were divided into two groups according to the WHO - with an active lifestyle (119 students) and nonactive lifestyle (404 students). Subsequently, the results of the questionnaire were compared between the two groups. The group with active lifestyle showed better results in all aspects of life contentment mentioned in the survey, namely in the components of health, work, finance, leisure, partnership, own personality, sexuality, friendship and housing. In categories work, finance, leisure, own personality and sexuality showed students with an active lifestyle significantly better results. According to the results of this survey we can say that an active lifestyle demonstrably leads to higher life satisfaction.

Keywords: lifestyle, health, physical activity, adultus

I agree with lending the thessis within the librarian services.

Prohlašuji, že jsem magisterskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala jsem zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 28. 11. 2015

Děkuji PhDr. Dr. Martinovi Sigmundovi, Ph.D. za vedení, metodickou pomoc, cenné rady a velmi vstřícný a profesionální přístup při zpracování magisterské práce.

OBSAH

1 ÚVOD	11
2 PŘEHLED POZNATKŮ	12
2.1 KVALITA ŽIVOTA.....	12
2.2 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	14
2.3 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	16
2.4 ŽIVOTNÍ STYL	17
2.4.1 <i>Aktivní životní styl</i>	19
2.5 ŽIVOTNÍ ZPŮSOB.....	19
2.6 ZDRAVÍ.....	20
2.6.1 <i>Determinanty zdraví</i>	21
2.6.2 <i>Enviromentální aspekty zdraví</i>	22
2.6.3 <i>Psychosociální aspekty zdraví</i>	24
2.6.3.1 <i>Stres</i>	28
2.7 POHYBOVÁ AKTIVITA	36
2.7.1 <i>Tělesná výchova</i>	37
2.7.2 <i>Pohybová rekreace</i>	38
2.7.3 <i>SPORT</i>	38
2.7.4 <i>Pohybová aktivita ovlivňující zdraví</i>	39
2.8 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ MLADŠÍ DOSPĚLOSTI.....	42
3 CÍL PRÁCE	44
4 METODIKA	45
5 VÝSLEDKY	48
5.1 ŽIVOTNÍ STYL STUDENTŮ UNIVERZITY PALACKÉHO	48
5.2 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	49
5.3 VNÍMANÉ ZDRAVÍ A JEDNOTLIVÉ SUBPOLOŽKY	51
6 DISKUSE	54
7 ZÁVĚR	59
8 SOUHRN	61
9 SUMMARY	62

10 REFERENČNÍ SEZNAM	63
-----------------------------------	-----------

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.	Škála sociální readaptace.....	32
Tabulka 2.	Obranné a zvládací reakce.....	34
Tabulka 3.	Charakteristika respondentů.....	46
Tabulka 4.	Životní styl studentů Univerzity Palackého.....	48
Tabulka 5.	Celková životní spokojenost.....	59
Tabulka 6.	Životní spokojenost.....	50
Tabulka 7.	Subpoložky zdraví.....	51

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1.	Model kvality života.....	14
Obrázek 2.	Vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví.....	22
Obrázek 3.	Psychosociální aspekty.....	25
Obrázek 4.	Struktura pohybové aktivity.....	37
Obrázek 5.	Životní styl studentů Univerzity Palackého.....	49
Obrázek 6.	Celková životní spokojenost.....	50
Obrázek 7.	Životní spokojenost.....	51
Obrázek 8.	Zdraví celkem.....	52
Obrázek 9.	Subpoložky zdraví.....	52
Obrázek 10.	Celková spokojenost ve srovnání s normou.....	55
Obrázek 11.	Jednotlivé složky životní spokojenosti ve srovnání s normou.....	56

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
PA	Pohybová aktivita
ŽS	Životní styl
UPOL	Univerzita Palackého v Olomouci
DŽS	Dotazník životní spokojenosti

1 ÚVOD

Jedním z hlavních témat mého vysokoškolského studia bylo, jak aktivní životní styl a pohyb pozitivně ovlivňuje aspekty kvalitního života. Pohyb je bezesporu přirozenou součástí našeho života. Mnoha výzkumy bylo dokázáno, že úroveň a celkový stav organismu se odvíjí od množství pohybové aktivity a celkové kvality života. Návyky k pohybovému chování si utváříme již od raného dětství. Obecně se pohybová aktivita doporučuje na snižování stresu, zvyšování fyzické i psychické odolnosti a uvádí se, že rovněž pomáhá lépe zvládat náročnější situace, se kterými se můžeme setkat, a také pomáhá k celkovému zlepšení zdraví.

K výběru tématu mě inspirovaly již realizované výzkumy u studentů v této oblasti. Sama patřím do této skupiny, a proto je mi tato oblast blízká.

Z výše uvedených důvodů jsem se zaměřila na pohybovou aktivitu a životní spokojenost studentů Univerzity Palackého v Olomouci s aktivním a neaktivním životním stylem. Konkrétně se jednalo o studenty Fakulty tělesné kultury, Pedagogické fakulty, Filozofické fakulty, Přírodovědecké fakulty a Lékařské fakulty.

V první části práce jsem se zaměřila na sběr poznatků a vzhled do problematiky. Vysvětluji pojmy týkající se zkoumané oblasti a uvádím determinanty životní spokojenosti.

Ve druhé praktické části zjišťuji, jestli studenti s aktivním životním stylem v subjektivním hodnocení dosahují vyšší životní spokojenosti než studenti s neaktivním životním stylem.

K získání údajů byl použit Dotazník životní spokojenosti (DŽS). Následným vyhodnocením a statistickým zpracováním byly zjištěny jednotlivé hodnoty životní spokojenosti u 523 studentů. Výsledná data a zjištění jsou přehledně charakterizována tabulkami a grafy.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Kvalita života

Zájem o kvalitu života byl již v řecké a římské mytologii, v tomto období otázku kvality života řešili osobnosti jako Aesculapa, Ascleipia aj. (Vaďurová, 2006).

„Termín kvalita života byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a v úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev“ (Payne et al., 2005, 205). Ve zdravotnictví se pojem začal používat od 70. let. „Zejména v průběhu 80. let se začíná stále častěji používat v klinických studiích. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále poměrně novou, ale zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou“ (Payne et al., 2005, 211).

Definic existuje celá řada. Pojem můžeme definovat např. z hlediska, pro jaký účel má sloužit. Odlišit definice můžeme rovněž z hlediska vědních oborů, které je zkoumají (např. psychologie, sociologie, medicína, ekonomie a další). Jiná definice bude v případě, zda se díváme na kvalitu života jedince, celé společnosti nebo jen určité konkrétní sociální skupiny obyvatel a zohledňujeme například pohlaví, věk, národnost.

Charakteristika pojmu kvalita života je obtížná i z toho důvodu, že není jasně daný a chápaný pojem kvalita života. „Vedle pojmu „quality of life“ (kvalita života) totiž existuje celá řada podobných pojmů, které jsou velmi často užívány jako synonyma, i když ani přesný význam není stále dostatečně definován. Jako příklad lze uvést pojmy „social well-being“ (sociální pohoda), „well-being“ (pocit pohody), „subjective well-being“ (individuální stav pohody), „human development“ (lidský rozvoj), „standard of living“ (životní úroveň)“ (Heřmanová, 2010, 409).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje pojem jako „individuální vnímání jedince svého postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho životním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“ (WHO, 1994, 1). „WHO rozeznává šest základních aspektů kvality života: fyzickou stránku a úroveň samostatnosti, psychické zdraví a duchovní oblast, sociální vztahy a životní prostředí“ (Slezáčková, 2012, 23).

Velký sociologický slovník kvalitou života označuje kvalitativní parametry lidského života, způsobu života, životního stylu a životních podmínek společnosti. Na úrovni života bývá idea jednotlivce stavěna proti tzv. konzumnímu životnímu stylu s jeho preferencí vlastnictví spotřebních předmětů, které samo o sobě nemůže člověka plně uspokojit a nahradit mu tak redukování či uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru (Velký sociologický slovník, 1996).

Diener a Suh (1997) popisují, že na kvalitu života lze pohlížet ve třech rovinách. V první rovině se sleduje kvalita života ovlivněná náboženstvím a filozofickými ideály, rovina druhá souvisí s možností využití vlastních zdrojů, díky kterým můžeme kvalitu života ovlivňovat. Ve třetí rovině spojují kvalitu života se subjektivními pocity štěstí a pohody.

Z mého pohledu je nejlepší a nejmýstižnější definice od Hodaň a Dohnal (2008, 94), kteří uvádějí toto: „za svoji vlastní „kvalitu“, za svoji vlastní úroveň je zodpovědný člověk sám. Je to problém jeho individuální zodpovědnosti, který nemůže přenášet na nikoho jiného. Z toho vyplývá, že kvalita konkrétních činností člověka se musí odvíjet z kvality jeho samotného.“

Mezi sociologické ukazatele kvality života řadí Hodaň a Dohnal (2008, 94):

- životní prostředí,
- zdraví a nemoc,
- bydlení a rekreaci,
- mezilidské vztahy,
- volný čas,
- sociální a technický charakter práce,
- možnost podílet se na řízení,
- osobní a kolektivní bezpečnost,
- sociální jistotu,
- občanské svobody.

Veškeré tyto ukazatelé jsou závislé na úrovni kvality života. Je velmi důležité, abychom si uvědomili, že kvalita života je pojem individuální a jde zejména o subjektivní hodnocení každého z nás.

2.2 Hodnocení kvality života

a) Metody hodnocení, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba:

- HSP (Health State Profiles) Profily zdravotního stavu pacienta
- APACHE II. (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)
- Karnofskyho index – PSI – Performance Status Index
- VAS (Visual Analogous Scale)
- Slovní vyjádření kvality života
- Symbolické vyjádření kvality života

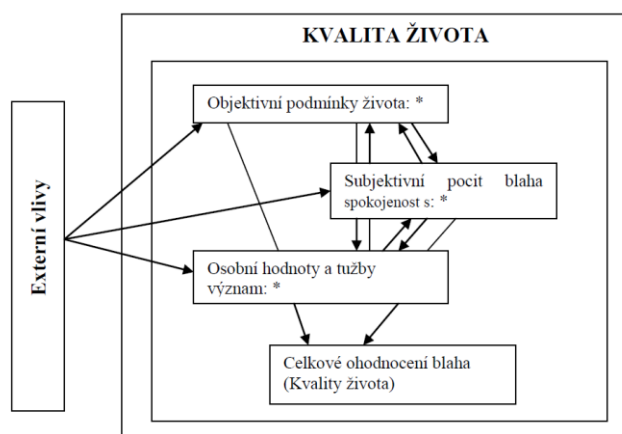
b) Metody, kde hodnotitelem je člověk sám:

- Repertory Grid
- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)

c) Metody smíšené, vzniklé kombinací zmíněných dvou metod:

- MANSA (Manchester Short Assesment of Quality Life)
- LqoLP (Lancashire Quality of Life Profile)
- LSS (Life Satisfaction Scale) (Křivohlavý, 2002).

Mnoho autorů se snažilo o vytvoření komplexního modelu kvality života, jako příklad uvedu model, který vytvořili David Falce a Jonathan Perry (2005). V jejich modelu se odrážejí subjektivní stránky každého jedince za stálého působení vnějších vlivů na jednotlivé složky zkoumaných faktorů.



Obrázek 1. Model kvality života – (Falce & Perry, 2005).

Kebza (2005) rozlišuje jednotlivé úrovně kvality života takto:

- úroveň osobní pohody,
- úroveň schopností postarat se sám o sebe,
- úroveň mobility,
- schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života.

Největší důraz je kladen na vlastní hodnocení života, to můžeme označovat jako subjektivní pohodu a štěstí. To zahrnuje spokojenost s jednotlivými oblastmi v životě, hodnocení nálady a celkovou spokojenost s vlastním životem. Nejvíce používaný pojem v této oblasti je „well-being“. V české literatuře se tento pojem spojuje s duševní pohodou (Marková, 2012).

Marková (2012) rozlišuje 4 základní komponenty subjektivní pohody:

- psychická osobní pohoda – nálada, shoda mezi cíli a realitou,
- sebeúcta,
- sebeuplatnění,
- osobní zvládnání každodenních nároků.

Do subjektivního hodnocení kvality života můžeme zařadit ještě další oblasti například úspěch, naději, vnímaný smysl života a celkovou spokojenost. Lidé, kteří se cítí ve svém životě spokojeni, do budoucna usilují o potvrzení vlastní sociální hodnoty. Lidé, kteří jsou naopak nespokojeni, nepřikládají společenskému ocenění takový význam jako zmíněná první skupina (Marková, 2012).

Do objektivního hodnocení kvality života řadíme vzdělání, zdravotní stav, materiální podmínky, stabilitu rodiny a další. Tyto subjekty mohou v menší míře ovlivňovat i subjektivní hodnocení. „Celková spokojenost se považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se jedinec snaží naplnit“ (Marková, 2012, 10).

2.3 Životní spokojenost

Charakteristika tohoto pojmu je poměrně rozsáhlá. Každý autor vysvětluje tento termín trochu jinak. Autoři se ale shodují, že jde o subjektivní hodnocení, tedy vlastní pojetí spokojenosti či nespokojenosti jedince s kvalitou jeho života.

„Životní spokojenost znamená, do jaké míry člověk pozitivně hodnotí celkovou kvalitu celého života. Jinými slovy, jak moc radostný vede život“ (Veenhoven, 1996,6).

Pavot a Diener (1993) uvádí, že proces hodnocení životní spokojenosti je ovlivněn těmito složkami:

- osobnost jedince,
- dlouhodobé životní podmínky a okolnosti,
- aktuální životní události a kognitivní schémata hodnocení a chápání těchto událostí,
- aktuální nálada a prožívání jedince.

Fahrenberg (2001, 23) charakterizuje životní spokojenost jako „individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti.“ Životní spokojenost hodnotí podle těchto deseti oblastí:

- zdraví,
- práce a zaměstnání,
- finanční situace,
- volný čas,
- manželství a partnerství,
- vztah k vlastním dětem,
- vlastní osoba,
- sexualita,
- přátelé, známí, příbuzní,
- bydlení.

Paulík (2010, 129) charakterizuje životní spokojenost jako „zážitkový fenomén vycházející z hodnocení aktuální i celkové životní situace jedince, je jednak průvodním jevem i výsledkem dosavadního adaptačního procesu na

pracovní i mimopracovní podmínky života jedince a jedním z jevů ovlivňující další adaptaci. Vzátažným momentem pro výsledný pocit spokojenosti či nespokojenosti je posuzování reality a očekávání. Toto posuzování vychází zejména z osobního hodnotového systému.“

2.4 Životní styl

Pojem životní styl se v dnešní době velmi často používá ve společenských vědách.

Velký sociologický slovník (1996, 1246) vysvětluje životní styl jako „strukturovaný soubor životních zvyků, obyčejů 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.“

Životní styl se vytváří v průběhu celého života, kdy se člověk dostává do kontaktu s okolím. Během celého života se životní styl jedince mění a vyvíjí. Jde o kombinaci vlivu výchovy, sociálního prostředí, ekonomických podmínek, kulturních zvyklostí a dalších vlivů, které nás formují. Vliv mají rovněž naše vrozené předpoklady a vlastnosti. Vyjadřuje hodnoty a zájmy jedince, skupiny nebo celé společnosti. Zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností (Čevela, Čeledová, & Dolanský, 2009).

Životním stylem je možné rozumět ve značné míře i životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si vzájemně odpovídají, jsou v souladu a vycházejí z jednotného základu (Duffková et al, 2008).

Životní styl je dle Hodaně a Dohnala (2008) závislý na těchto aspektech:

- způsob tvorby a reprodukci života,
- podílu na řízení společenských procesů,
- úrovni překonání protikladů mezi prací a nepracovní dobou,
- úrovni sblížení společenských a individuálních hodnot,
- druhů vykonávané činnosti,
- zpětném působení životního stylu na kvalitu daného jedince.

Jak jsem již uváděla, životní styl má individuální charakter i dynamiku. Svůj životní styl si utváříme postupně, dlouhodobě a spontánně. Je to výsledek vztahu realizovaných sociálních rolí a také je závislý na prostředí, ve kterém se člověk pohybuje (Hodaň & Dohnal, 2008).

Životní styl je dle WHO (2010) ovlivňován zdravotním stavem z cca 50 %, životním prostředím z cca 20 %, genetickou výbavou jedince z cca 20 % a zdravotnickou péčí z cca 10 %.

Nesprávně vedený životní styl může vést také k některým neinfekčním onemocněním. „V současné době jsou vyspělé, ale i rozvojové státy světa včetně ČR, postaveny před problémem nárůstu neinfekčních onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, diabetes mellitus 2. typu, chronické respirační onemocnění a další“ (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009, 20). Pokud chceme snížit riziko těchto onemocnění, je nutné optimalizovat vlastní životní styl, ideálně pomocí pohybové aktivity. Optimalizace pohybového režimu znamená záměrné zařazení takových pohybových aktivit, které mají pozitivní dopad na naše zdraví. Optimalizace je tedy proces, kdy se snažíme dosáhnout pozitivních změn v aktuálním stavu jedince. Je zřejmé, že životní styl lze optimalizovat různými způsoby, jako je změna životních návyků, změna využívání volného času, změna stravovacích návyků atd. (Hodaň & Dohnal, 2008). Optimalizace životního stylu je závislá na řadě činitelů - věk, pohlaví, aktuální zdravotní a výkonnostní úroveň, vzdělání, zájmy, ale i tradice, prostředí, životní úroveň apod. (Hodaň, 2007).

Marková (2012) uvádí zlepšení životního stylu ve 3 oblastech:

- výživová doporučení,
- pohybová aktivita,
- péče o psychické zdraví.

Závislost zdravého životního stylu na kvalitě života je zřejmá. Jakékoliv onemocnění výrazně snižuje kvalitu života. Vlivem nezdravě vedeného životního stylu jsme znevýhodněni nejen v rovině tělesné, ale rovněž v rovině psychické a sociální. Není vlastně ani tak důležité, jakým onemocněním člověk trpí, ale jak onemocnění prožívá. Některé výzkumy ukazují, že polovina populace může v průběhu života trpět některým typem duševní poruchy. Velmi důležité je

nezůstávat pasivní. V angličtině se tento pojem nazývá jako strategie „helping by doing“. Psychologie zdraví nám může být v této oblasti velmi nápomocná. Jejím cílem je vytvořit teorii zdravého jednání a chování a získat informace o tom, čím je naše zdraví posilováno nebo naopak oslabováno (Marková, 2012).

2.4.1 Aktivní životní styl

Aktivní životní styl je pojem, který ve vědecké literatuře dosud není dostatečně vysvětlen. Většinou je chápán jako životní styl spojený s určitou pohybovou aktivitou.

Aktivní životní styl je jistou formou životního stylu, který je specifikován reciproční interakcí mezi jednotlivcem a okolím, ve kterém se nachází. Tento druh interakce obsahuje dvě složky: biologickou a sociální (Bunc & Štilec, 2007).

Duffková et al (2008, 22) definuje aktivní životní styl jako „systém důležitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik zaměřených k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu mezi fyzickou a duševní stránkou člověka.“

„Fyzicky trénované osoby mají sníženou spotřebu kyslíku, pomalejší dechovou frekvenci, zpomalenou srdeční frekvenci, metabolismus pracuje efektivněji. Jsou odolnější vůči tělesné, tak i psychické zátěži“ (Praško & Prašková, 2001, 127).

2.5 Životní způsob

Životní způsob je pojem nadřazený pojmu životní styl. Týká se určité skupiny. Je to skupinový charakter, který může představovat určitou normu, která je svým způsobem pro danou skupinu charakteristická (životní způsob lidí z venkova, seniorů, lékařů, studentů, muzikantů, trenérů, atd.).

Činitelé ovlivňující životní způsob dle Hodaně a Dohnala (2008).

- a) Historický vývoj – podoba každé skupiny je vždy výsledkem historického vývoje. Jde o sled návazností jednotlivých etap, kdy jedna plynule přechází v další. Přerušování tohoto procesu vede k negativním důsledkům.

- b) Úroveň kultury – kulturní orientace je výsledkem historického vývoje, který je ovlivněn vnějšími vlivy.
- c) Významné hodnoty – přímo spojeny s kulturou. V každé zemi můžeme pozorovat kulturní hodnotové rozdíly mezi různými skupinami obyvatel. Velký vliv mají tradice typické pro danou společnost.
- d) Společenské tradice – každá společnost má určité způsoby chování a zvyky. Udržované zvyky se stávají tradicemi, které se můžou stát i součástí kulturního dědictví.
- e) Změny výrobního procesu – změna práce je způsobená změnou výrobního procesu, který se následně odráží i v dalších oblastech.
- f) Vlastnické vztahy – mají vliv na vlastní vnímání a vnímání okolí, zároveň mají vliv i na to, jakou míru zodpovědnosti máme vůči sobě a vůči ostatním.
- g) Postavení socioprofesionální skupiny – jde o otázku materiálního zabezpečení, která souvisí nejen s vlastnickými vztahy, ale i se skupinovými tradicemi a životní úrovní.
- h) Životní úroveň – vyplývá z příslušnosti socioprofesionální skupiny.
- i) Vliv různých druhů kultur a jiných skupin – v současné době dochází stále častěji k prolínání různých kultur a vznikají tak multikulturní společnosti. Vlivy jiných kultur velmi výrazně mění původní společnost a to jak pozitivně, ale také ji může měnit také negativně.
- j) Převažující filozofická orientace – projevuje se odlišně v různých skupinách.

2.6 Zdraví

„Zdraví má být chápáno nejen jako hodnota sama o sobě, ale také jako nejdůležitější hodnota pro dosahování ostatních cílů“ (Marková, 2012, 7).

Zdraví je na vrcholu hodnotového systému snad každého člověka. Je to jednak důležitý faktor lidského jednání, ale rovněž to je stěžejní prediktor života člověka obecně. Pojem zdraví pochází z latinského slova „salus“, což překládáme jako zdraví, blaho a štěstí. Velice významnou roli v oblasti zdraví sehrává životní styl jedince. Mezi základní prvky ovlivňující zdraví patří především stravovací návyky, pohybová aktivita, pracovní aktivita, sexuální aktivita, duševní pohoda, sociální vztahy, odolnost vůči stresovým situacím apod. Zdraví jako komplexní

pojem je možno vnímat ve třech různých dimenzích: tělesné zdraví, duševní zdraví a sociální zdraví (Čevela et al., 2009).

„Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění s historickým vývojem společnosti, ale také v průběhu vývoje jedince, závisí na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomice či rozvoji zdravotnictví v dané oblasti, kde jedinec vyrůstá“ (Machová et al, 2009,12).

Zdraví je charakterizováno různě. Všechny definice se ale shodují v tom, že zdraví je určitý stav člověka. Dále je velmi důležitá jak pohoda fyzická, tak i psychická a sociální. V sociální pohodě máme zahrnuté cíle a potřeby člověka. Definice WHO z roku 1948 formuluje zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnosti choroby či poruchy nebo tělesné vady.“

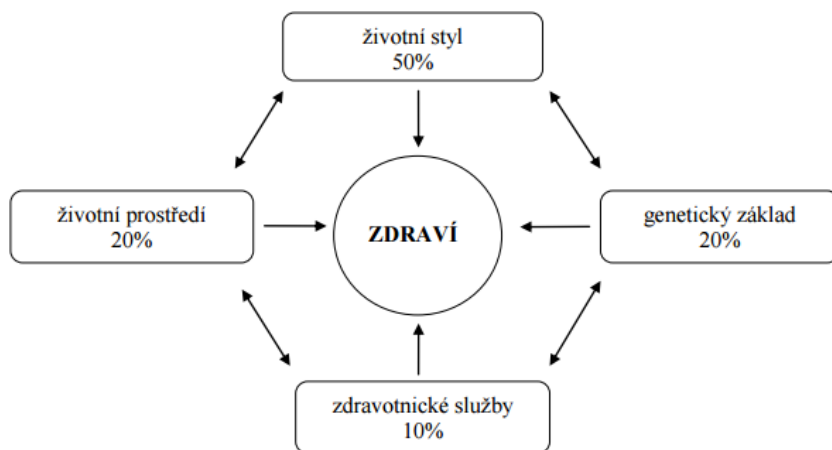
Hodaň a Dohnal (2008) ve své publikaci zmiňují, že definice dle WHO, není zcela správná, neboť zdraví není pouze stav, ale je to nikdy nekončící proces podpory zdraví.

2.6.1 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které na zdraví působí a mohou jej ovlivňovat a to jak pozitivně, tak také negativně.

Nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje zdraví, je již několikrát zmiňovaný životní styl.

Některé faktory jsou dědičné, získané výchovou, jiné jsou součástí životního prostředí. Tyto determinanty můžeme dělit na dvě skupiny, a to na vnější a vnitřní. Determinanty vnitřní jsou dědičné faktory. Každý jedinec získává svoji genetickou výbavu v průběhu ontogenetického vývoje. Do tohoto genetického základu se promítá vliv přírodního a společenského prostředí. Vnější faktory se dále dělí na 3 skupiny - životní styl, kvalita životního a pracovního života a kvalita zdravotní péče (Machová et al, 2009).



Obrázek 2. Vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví (Machová et al, 2009).

2.6.2 Enviromentální aspekty zdraví

Životní prostředí patří do vnějších determinantů zdraví člověka. Životním prostředím rozumíme souhrn fyzikálních, chemických, biologických a sociálních vlivů v okolí člověka. Zahrnujeme sem zdravotně významné vlivy oblasti životního prostředí (Nováková, 2011).

Zdravotně významné vlivy dle Novákové (2011)

- sociální – životní úroveň, postavení člověka ve společnosti,
- biologické – viry, parazité, ekologické podmínky,
- chemické – kyslík, voda, živiny,
- fyzikální – teplota, hluk,
- regionální – přírodní a klimatické podmínky (velmi málo ovlivnitelná oblast),
- lokální – dána menšími územními celky (hustota, charakter výstavby – ovlivnit může pouze člověk),
- pracovní,
- individuální – dána prostředím jednotlivých lidí (byt, chata, zahrada, atd.), odvíjí se od ekonomické a kulturní úrovně.

Čeledová a Čevela (2010) popisují pojem jako „environmental health“. Rozumí tím fyzikální, biologické a chemické faktory, které na nás působí a ovlivňují naše zdraví. Podle WHO je zhruba 20 % nemocí ve vyspělých zemích

způsobeno faktory životního prostředí. V rozvojových zemích je to už procent 42. Dle WHO ve vyspělých zemích může zdravější životní prostředí velmi významně snížit výskyt onemocnění rakovinou, kardiovaskulárních onemocnění, astma, onemocnění dolních cest dýchacích, onemocnění svalové a kosterní soustavy. Na uvedená onemocnění umírají v České republice více než 3/4 lidí. Tato onemocnění jsou způsobená zejména nezdravým životním stylem, vysokým energetickým příjmem a nedostatečným množstvím pohybové aktivity (Čeledová & Čevela, 2010).

Environmentální oblast jako okruh výchovy ke zdraví se podle Čeledové a Čevely (2010) zaměřuje na tyto tematické oblasti:

- analýzu vztahu člověka a přírody,
- biologickou, ekonomickou, sociální, psychologickou determinovanost ekologických problémů,
- vliv prostředí (nejen přírodního) na zdraví.

Podle WHO environmentální aspekty ovlivňují zdraví pozitivně, tak i negativně. Ke každé této skupině uvedu pár příkladů.

Pozitivní – zdroje výživy, voda, kvalita ovzduší, ozonová vrstva, prostor pro cvičení a odpočinek, hygiena, recyklace odpadu, atd.

Negativní – podmínky prostředí pro rozvoj chorob, environmentální narušení prostředí – sucha, povodně, zemětřesení, sopky, kvalita ovzduší vede k onemocnění dýchacích cest, kvalita vody. Je samozřejmé, že některé z výše uvedených environmentálních aspektů ovlivnit nemůžeme, ovšem některé z nich ovlivnit lze a na těch bychom měli pracovat (Čeledová & Čevela, 2010).

Programy podpory zdraví

WHO je řídicí a koordinující orgán pro mezinárodní spolupráce v oblasti péče o zdraví. Je to jediná zdravotnická organizace, kde jsou zastoupeni odborníci jednotlivých vlád, ale těmto vládám není organizace nadřazena. Cílem celé organizace je dosažení co možná nejvyšší úrovně zdraví pro všechny lidi po

celém světě bez rozdílu rasy, náboženství, hospodářského či sociálního postavení. WHO má následující úkoly:

- boj proti infekčním onemocněním,
- odbornou pomoc vládám, které o to požádají,
- organizaci a podporu výzkumu (Čevela et al, 2009).

Program Zdraví 21 - je na programu WHO a navazuje na program Zdraví pro všechny. Číslo 21 odpovídá století, kdy byl program realizován a zároveň charakterizuje počet cílů. Program Zdraví 21 má pět hlavních principů:

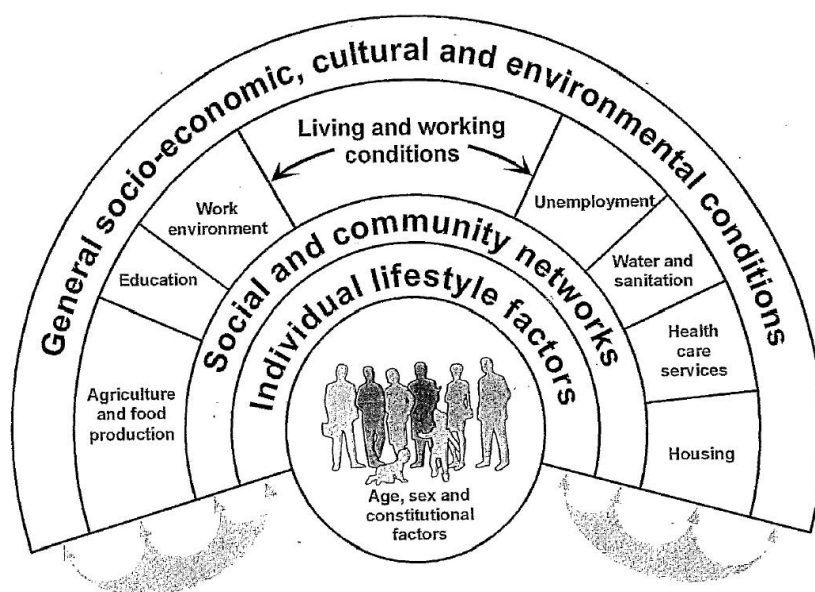
- spravedlnost,
- solidarita,
- trvalá udržitelnost,
- vlastní účast,
- etická volba.

Regionální programy a jejich příklady:

- ozdravení výživy – propagace zdravé výživy,
- omezování kuřáctví – programy pořádané zejména na základních a středních školách,
- prevence nemocí – primární prevence jednotlivých nemocí, kde cílem je snížit jejich výskyt,
- komunitní projekty – cílem projektů je přispívat k celkové pohodě, ke změně postojů a chování určité komunity (Čevela et al, 2009).

2.6.3 Psychosociální aspekty zdraví

Kebza (2005) mezi psychosociální aspekty zdraví řadí: úroveň a dostupnost poskytované zdravotní péče, vnější vlivy (životní prostředí), sociální vlivy, genetické predispozice organismu a zdraví životní styl. Za jeden z nejdůležitějších aspektů považuje životní styl, do kterého řadíme kromě výživy a fyzické aktivity, také vykonávanou práci, sexuální aktivity, osobní pohodu, vztahy k okolí, způsob a kvalitu zvládnutí zátěže a stresu a konzumaci návykových látek. Tyto determinanty podle Kebzy (2005) ovlivňují zdraví z 50-60%. Nejjednodušejší ovlivnitelný je zdravý životní styl.



Obrázek 3. Psychosociální aspekty Dahlgren, Whitehead (1991).

Z tohoto obrázku jasně vyplývá, že zdraví člověka, skupiny nebo celé společnosti, je ovlivňováno řadou aspektů v různém hierarchickém postavení. Ze sociálních faktorů jsou zde uvedeny např. bydlení, vzdělání, pracovní prostředí, nezaměstnanost, zdravotnické služby a další determinanty, kterým jsou nadřazeny obecné společensko-ekonomické podmínky a charakteristiky životního prostředí. Faktor nejnáze ovlivnitelný jednotlivcem je zdravý životní styl člověka.

Zátěžové situace

Většina autorů nevidí rozdíl mezi zátěží a stresem. Křivohlavý (2013) uvádí, že zátěž se používá pro nižší úroveň stresu.

Na zátěžové situace se ale nemusíme dívat pouze negativně. Můžeme o nich také říci, že mobilizují organismus, podněcují člověka k učení, k hledání nových cest a vedou ho k vyšším výkonům. Zároveň se však za určitých okolností (při nepřiměřeném stupňování náročnosti situace k možnostem jedince) stávají zdrojem nežádoucích stavů a reakcí.

Úroveň náročnosti zátěžové situace je různá. Rozlišuje se intenzita dané zátěže. Bedrnová (1999) rozlišuje zátěž reálnou a extrémní. Reálná zátěž vzniká zejména díky neustále se zvyšujícím a složitějším podmínkám pro život, kdy se jedinec musí vyrovnávat se stále většími překážkami. Jsou to sice náročné

situace, ale pro jedince zvládnutelné. Reálná zátěž vzniká při rozporu mezi objektivními požadavky na interakci jedince s prostředím a jeho předpoklady, jak si s nimi poradí. Člověk se s náročnými podmínkami vyrovnává pomocí psychických sil s určitým psychickým vypětím. Extrémní zátěž je zátěž enormní a člověk není schopný tuto zátěž zvládnout. Patří sem různé pohromy, války, dopravní nehody a přírodní katastrofy (Bedrnová, 1999).

Mezi jednotlivé zátěžové situace řadíme konflikt, frustrace a deprivace a stres (Vágnerová, 2008).

Konflikt

Slovo konflikt je odvozeno od latinského „conflictus“ – srážka. Konflikt tedy znamená střetnutí dvou nebo více zcela nebo jen do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných sil, snah a tendencí (Křivohlavý, 2002).

Jako další příklad charakterizující tento pojem může být, že konflikt je proces, v němž jedna strana vynakládá vědomé úsilí ve formě blokačních činů na zmaření snahy jiné strany, s cílem znemožnit dosažení jejich záměrů nebo sledování jejich záměrů (Čakrt, 2000).

Křivohlavý (1998) dělí konflikty podle počtu zúčastněných osob na konflikty intrapersonální, interpersonální, skupinové a konflikty meziskupinové.

Konflikty eskalují nebo slábnou podle toho, jak je dokážeme řešit. Je to dynamický moment a určujeme směr a konečný výsledek prostřednictvím procesů, které používáme pro vyřešení konfliktu (McConnon, 2009).

McConnon (2009) dále popisuje dvě základní situace, které mohou nastat po vyřešení konfliktu. První situaci nazývá „win-lose“ (výhra - prohra). Lidé místo toho, aby naslouchali jeden druhému, vytahují protiargumenty a dokonce snaží o protiútok. Druhou situaci nazývá jako „win-win“ (výhra - výhra). Jedná se o řešení, které je výhodné pro obě strany.

Frustrace

Termín frustrace pochází z latinského slova „frustratio“, které překládáme pojmem zmarnění. Frustrace jako psychický stav nastává, když je nějakým

způsobem znemožněno uspokojování potřeby či dosažení určitého cíle (Paulík, 2010).

„Frustrace je stav, který vzniká z toho důvodu, že jedinci nebylo dopřáno náležitého upokojení, byl oklamán ve svých nadějích“ (Sillamy, 2001, 62). Podle Švancary (2003) se frustrací chápe stav motivovaného jedince, který při směřování na cíl naráží na nějakou překážku. Vágnerová (2004, 48) definuje frustraci jako „neočekávanou ztrátu naděje na uspokojení. Člověku je znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude.“

Frustrace může být způsobena buď vlivy vnějšími - chování lidí, na kterých nám záleží, neočekávané komplikace nebo vlivy vnitřními - nemoc, nízké sebevědomí, atd. (Průcha, Walterová, & Mareš, 2003).

Nakonečný (2004) dělí frustraci na exogenní a endogenní. Exogenní frustrace může mít formu psychické nebo fyzické blokády, například nepojízdné auto. Endogenní frustrace vzniká tehdy, pokud si chceme uspokojit nějakou potřebu a vznikne nám překážka (vzít si něco bez svolení). Dále dělí frustraci do dalších dvou typů. Prvním typem frustrace označuje tzv. existenciální frustraci, která vede ke ztrátě smyslu života, může vést k depresím a extrémním případem je možný i pokus o sebevraždu. Druhým typem je reaktance, která vede k bezmoci z pocitu ztráty osobní svobody.

Jiné dělení používá např. Soroková (2006), která rozlišuje frustraci na sociální a materiální. Příkladem sociální frustrace může být snaha dostat se vysoko na sociálním žebříčku, avšak tato snaha se nám nedaří. Materiální frustrace představuje naproti tomu snahu být zabezpečený po materiální stránce, pracujeme, ale s výsledkem nejsme spokojeni, protože neodpovídá našim představám.

Pokud nejsme schopni vyrovnat se s frustrací, může docházet k závažným psychickým onemocněním. Každý člověk je individuální a je tedy i individuální frustrační tolerance, což je míra frustrační odolnosti (Nakonečný, 2002).

Hošek (1997) uvádí jako faktory ovlivňující frustrační toleranci dědičné vlivy (temperament), typologické vlivy (somatotyp, osobnost), vyčerpání, věk, nedodržování životosprávy a výchova.

Deprivace

Termín deprivace pochází z latinského „privatio“ – zproštění, zbavení nebo nedostatek něčeho. Pokud frustrace trvá delší dobu, může se z ní stát deprivace, což je už závažný psychický stav, který může negativně poznamenat další vývoj (Šamánková, 2011).

Langmeier a Matějček (1963) psychickou deprivaci definují jako psychický stav vzniklý následkem životních situací, kdy člověku není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní psychické potřeby v dostatečné míře a to po dlouhou dobu.

Termín deprivace bývá někdy nesprávně zaměňován s pojmem frustrace a s pojmem konflikt. Je ale třeba chápat rozdíly, protože tyto termíny nejsou shodné a zaměňovány by být rozhodně neměly. Deprivace je oproti frustraci daleko závažnější. Stejně tak se s deprivací zaměňuje pojem konflikt, který jsem také již charakterizovala.

Dělení deprivací je dle Langmaiera a Matějčka (1963) následující - deprivace biologická, deprivace motorická, deprivace senzorická, deprivace sociální, deprivace citová, deprivace psychická.

2.6.3.1 Stres

Většina definic uvádí stres jako nadměrnou zátěž. Mayerová (1997) uvádí, že slovo stres bylo do češtiny přijato z angličtiny a znamená tíseň, nesnáze nebo tlak. Sýkora a Dvořáček (2006, 61) charakterizují stres jako „celek stresující situace spolu se stresovou reakcí, jenž tato situace vyvolává. Stres má tedy stránku objektivní a subjektivní.“

Podle Hartla a Hartlové (2010) je stres fyziologicky nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci.

Křivohlavý (1994) vysvětluje stres obdobě a to tak, že je to vlastně důsledek různých tlaků na psychologické, fyziologické, sociální, ekonomické a podobné důsledky zátěže. Křivohlavý dále upřesňuje, že o stresu se u člověka hovoří tehdy, kdy na něj doléhá tlak z více stran.

Mikuláščík (2007) rozlišuje stres na stres pozitivní a negativní, tedy eustres a distres. Pozitivní stres slouží jako stimulace a výzva, je důležitý k akční připravenosti např. na sportovní výkon nebo na sebeobranu. V takovém případě může být vnímán jako příjemné napětí. Eustres může až pětinasobně zvyšovat výkonnost, je nezbytnou součástí života a je hnacím motorem aktivity. Naproti tomu distres je negativním stresem, který způsobuje nepříjemné pocity a situace.

Příčiny stresu

Dle Atkinsona (2003) jsou nejčastějším zdrojem stresorů traumatické události, které vybočují z běžných lidských zkušeností. Po každé traumatické události následuje sled psychických reakcí. Jako první reakce je zmatení, dále pasivita, pocity úzkosti, obavy a obtížné soustředění. Někteří z nás traumatické reakce vůbec nezažijí, ale stresová reakce může vzniknout i za běžných událostí. Dále charakterizuje stresory tím, že jsou neovlivnitelné, nepředvídatelné, hraničí s našimi schopnostmi a vedou nejen ke konfliktům vnějším, ale také ke konfliktům vnitřním. K vnitřním konfliktům dochází tehdy, když se člověk musí rozhodnout mezi vzájemně se vylučujícími cíli, jednání zaměřené na dosažení jednoho cíle brání dosažení toho druhého. Vnitřní konflikt může také vzniknout v případě, že proti sobě stojí dva vnitřní motivy.

Biologické pojetí stresu

Mezi nejvýznamnější představitele biologického pojetí stresu patří H. Selye, který je považovaný za autora systematického pojetí stresu. Popisuje stres jako „nespecifickou odpověď organismu na podněty narušující homeostázu“ (Paulík, 2010, 45). Aby se tělo mohlo dostat do homeostázy, tedy do rovnovážného stavu, musí člověk neustále reagovat a zvládat neustále se měnící podmínky a to jak fyzikální, tak i psychické a sociální stránky životního prostředí.

Fyziologické příznaky stresu dle Stackeové (2011) – nepravidelné bušení srdce, nechutenství, migréna, zvýšené pocení, dvojité vidění, zažívací potíže, časté močení, sexuální dysfunkce, atd.

Praško a Prašková (2001, 14) uvádí, že „ke stresové reakci organismu dochází při jeho setkání se stresorem.“ Stresová reakce uvádí organismus do stádia pohotovosti a připravenosti k boji nebo útěku, pokud se ovšem problém nevyřeší, organismus se dostává do fáze útlumu a rezignace. Úloha stresu je ochranná a chrání nás před nebezpečím.

Stresová reakce má 3 fáze:

- Fáze poplachová - „Sympatický nervový systém aktivizuje tělo k větší připravenosti na reakci, hladina adrenalinu stoupá“ (Brockert, 1993, 52). Po první poplachové fázi záleží, zda stres odezněl, nebo stále přetrvává. V prvním případě se vše vrátí k normálu. V druhém případě se jedinec snaží situaci přizpůsobit, a když se mu to podaří, dochází ke zmíněné fázi adaptace, rezistence, odolnosti (Irmiš, 1996). V této fázi se organismus připravuje na odstranění škodlivého podnětu.
- Fáze adaptace - „Jakmile je tělo aktivizováno v poplašné fázi, mění se v něm tolik chemických procesů, že jsou napadeny tělesné rezervy. Tělo proto začíná ihned s opravnými pracemi“ (Brockert, 1993, 53). „Jestliže však stres trvá příliš dlouho, je příliš silný nebo se často opakuje, dojde k vyčerpání adaptačních schopností organismu“ (Irmiš, 1996, 16). Tato fáze znamená zklidnění, protože si organismus na stresor zvyká. V této fázi organismus maximálně odolává stresu. Pokud je ale stres dlouhodobý, důsledkem může být porucha duševních i psychických funkcí (Stackeová, 2011).
- Fáze vyčerpání - „Vyčerpalo-li se tělo ve stresové situaci, dochází k protireakci, při které parasympatikus přebírá kontrolu nad všemi tělesnými pochody. Všechny procesy se zpomalují a mohou se dokonce zastavit“ (Brockert, 1993, 53).

Psychologické pojetí stresu

Pokud se na nás podepisuje stres fyzicky, může to mít pro nás velmi nepříjemné následky, pokud se ale stres podepisuje na psychické stránce, tělo se

tomu neumí přizpůsobit tak dobře, proto má většinou mnohem horší a závažnější následky.

Irmiš (1996) popisuje následující projevy stresu na psychice jedince - zvýšená vzrušivost, nebo naopak apatie, křečovitost, nesoustředěnost, neschopnost uvolnit se, projevy zkratkovitého jednání, narušená soudnost a myšlenková plynulost, roztržitost, zhoršená koordinace všech funkcí, nepohoda, ztráta radosti, neustálé přemýšlení o starostech, bolesti hlavy, sexuální poruchy, neschopnost přestat myslet na problém, depresivní postoj, ztráta vlastní sebeúcty, prudké afekty, vystupňování fantazijní a myšlenkové aktivity.

Behaviorální příznaky stresu dle (Stackeové, 2011) labilita v chování, nerozhodnost, nemocnost, pomalé uzdravování, nespavost, nízká sebedůvěra, zhoršení kvality práce, vyšší sklon k pití alkoholu, kávy, kouření, užívání omamných látek, nechutenství nebo naopak přehnaná konzumace jídla.

Typy stresorů

Dělení stresorů je rozdílné podle různých autorů. Myslím, že pro představu vystačí následující příklady dělení.

Praško a Prašková (2001) dělí stresory do čtyř kategorií. Jako první charakterizují stresory vztahové, kde příkladem mohou být neshody s rodiči, rozvod, rozchod, žárlivost, atd. Druhou kategorii označují jako pracovní a výkonové stresory, tam autoři řadí například nízký příjem, ztrátu práce, velké dluhy, atd. Třetí kategorií jsou stresory, které blízce souvisí se životním stylem, sem můžeme řadit nevyhovující bydlení, nedostatek příjemných aktivit, stereotypní životní styl. Do poslední kategorie řadí nemoci, závislosti a hendikepy, příkladem jsou vlastní tělesná či psychická nemoc, nemoc člena rodiny, závislost na drogách a alkoholu, tělesný nebo psychický hendikep, atd.

Mayerová (1997) se dívá na stresory z hlediska míry stresu a délky trvání. Stresory dělí na ministresory a makrostresory. Ministresory jsou mírné a průběh je také poměrně klidný. Pro příklad můžeme uvést nespokojenost ve vztahu, která může člověka uvést do stavu deprese. Makrostresory jsou pak děsivě působící vlivy, které mají pro všechny zúčastněné velice závažné důsledky.

Stresující životní události

Každý z nás se dostáváme do životních situací, které pro nás mohou být velmi psychicky náročné a mohou se odrážet i na našem zdraví.

Jako nejčastější stresory uvádí Machač a Macháčová (1991) konflikt, frustraci, práci v časové tísní, činnost spjatá s rizikem, deficit schopností vzhledem k úkolové situaci, deprivace emoční a sociální nepřátelské chování sociálního prostředí vůči jednotlivci, nedostatek soukromí aj.

V roce 1967 Holmes a Rache vytvořili škálu, která hodnotí náročnost jednotlivých životních situací. V České republice se používá pod názvem „Škála sociální readaptace.“ Skládá se ze 43 životních událostí, kterým je přidělen počet bodů podle závažnosti vlivu na zdravotní stav. Životní události použité ve Škále sociální readaptace byly vybrány na základě dlouhých a podrobných studií. Tyto životní události způsobují většinou značnou změnu v životě člověka a vyžadují tak přizpůsobení se novým podmínkám. Podle autorů je hraniční číslo za jeden rok 250 bodů, kdy organismus začíná být na pomezí rezerv. Pokud má jedinec nad 300 bodu, je podle autorů 80% šance, že jedinec onemocní.

POŘADÍ	UDÁLOST	BODY
1.	úmrť manželů/manželky	100
2.	rozvod	73
3.	rozchod s partnerem	65
4.	pobyt ve vězení	63
5.	úmrť v nejbližší rodině	63
6.	vlastní úraz nebo nemoc	53
7.	vlastní svatba	50
8.	ztráta v zaměstnání	47
9.	usmíření s partnerem	45
10.	odchod do důchodu	45
11.	nemoc rodinného příslušníka	44
12.	těhotenství	40
13.	sexuální potíže	39

14.	příchod nového člena rodiny	39
15.	změna postavení v zaměstnání	39
16.	změna ve vlastní finanční situaci	38
17.	smrt blízkého přítele	37
18.	změna zaměstnání	36
19.	přibývání partnerských hádek	35
20.	půjčka větší než 50 000 Kč	31
21.	větší dluhy	30
22.	změna odpovědnosti v zaměstnání	29
23.	syn nebo dcera opouští domov	29
24.	neshody s tchýní nebo tchánem	29
25.	mimořádný osobní úspěch	28
26.	vstup/odchod manželky do/ze zaměstnání	26
27.	zahájení nebo ukončení školy	26
28.	změna životních podmínek	25
29.	změna osobních zvyklostí	24
30.	spory s nadřízeným	23
31.	změna pracovních podmínek nebo doby	20
32.	změna bydliště	20
33.	změna školy	20
34.	změna trávení volného času	19
35.	změna činností v církevní oblasti	19
36.	změna ve společenské činnosti	18
37.	půjčka méně než 50 000 Kč	17
38.	změna návyků ve spánku	16
39.	změna četnosti rodinných setkání	15
40.	změna návyků v jídle	15
41.	dovolená	13
42.	Vánoce	12
43.	nepatrné přestupky zákona	11

Tabulka 1. Škála sociální readaptace (Holmes & Rahe, 1967, 214).

Podle Lazaruse (1993) probíhá zvládání stresové situace ve třech fázích a to primární hodnocení, sekundární hodnocení a zpětné hodnocení. Primární hodnocení používá jedinec ke zvažování významu určité události s ohledem na to, jak moc jej situace ohrožuje. Jedinec posuzuje danou událost ve vztahu ke svým hodnotám, cílům, víře v sebe a svět nebo plánům.

Coping

Pojem „coping“ byl poprvé použit v roce 1967 (Snyder, 1999). Od té doby lze zaznamenat výrazný a stálý nárůst literatury na toto téma.

Původ slova coping vychází z řeckého slova „colaphos“, což původně znamenalo úder do ucha při boxu. Současně pak tento pojem znamenal snahu vypořádat se s něčím náročným. Význam slova coping můžeme tedy chápat jako zvládání těžkostí (Výrost & Slaměnik, 2009).

Nejčastěji citovaný autor je Richard S. Lazarus. Z jeho pojetí vychází, případně ho přetváří mnoho autorů. Mezi nimi je například Křivohlavý (2001, 69), který charakterizuje coping jako „dynamický proces, v jehož rámci dochází ke vzájemným interakcím mezi člověkem a stresovou situací. Zvládání stresu je ovlivňováno celou řadou faktorů. Patří sem osobnostní charakteristiky lidí bojujících se stresem, styly a strategie zvládání. Taktéž zahrnuje využívání tzv. vnějších zdrojů, mezi které patří především sociální opora.“

Dle Urbanovské (2012, 22) „coping označuje vědomé a záměrné úsilí, jež zahrnuje všechny pokusy zdolat stres a zmírnit působení zátěžových situací na organismus.“

Mezi společné charakteristiky obranných a zvládacích reakcí patří redukce distresu, řízení emocí, dynamická povaha a potenciální vratnost. Rozvíjí se s věkem a lze v nich rozlišit dílčí složky. Rozdílné charakteristiky obranných a zvládacích reakcí jsou znázorněné v následující tabulce.

OBRANNÉ REAKCE	ZVLÁDACÍ REAKCE
• obsahují implicitní reakce	• obsahují explicitní reakce
• aktivovány intrapsychicky	• aktivovány prostředím, okolnostmi
• jedinec si je neuvědomuje	• jedinec si je uvědomuje
• obtížněji pozorovatelné	• snadněji pozorovatelné
• jedinec je neovládá vůlí	• jedinec je ovládá vůlí
• determinovány osobnostními rysy	• determinovány osobnostně i situačně
• základem je instinktivní chování	• základem jsou kognitivní procesy
• nepředchází zhodnocení situace	• předchází zhodnocení situace a vlastních možností
• výsledkem je automatické chování	• výsledkem je promyšlené chování

Tabulka 2. Obranné a zvládací reakce (Čáp & Mareš, 2001).

Copingové strategie

Copingové strategie vysvětlují reakce jedince na určitou zátěžovou situaci. Pomáhají mu se s ní vyrovnat a zvládnout ji. Nemusí přitom vždy jít o aktivní nasazení při řešení daného problému. Copingové strategie zahrnují celou škálu chování. Efektivita musí být vždy posuzována v daném kontextu.

Klasifikací a typů copingových strategií existuje celá řada. Téměř každý autor, který se tímto tématem zabývá, určil své vlastní strategie zvládání.

Copingové strategie jsou komplexní, dynamické a měnící se v průběhu života jedince (Aldwin, 2007).

Obecně lze hovořit o mnoha způsobech zvládnutí stresu. Různí autoři dělí copingové strategie podle různých kritérií. Nakonečný (2002) popisuje 3 základní způsoby zvládání stresu:

1. zaměření na změnu nebo odstranění vnějších podmínek, které v nás stres vyvolávají,
2. zaměření na změnu vnitřní - snaha eliminovat negativní emoce,
3. Zaměření na změnu významu situace pro jedince - přehodnocení situace.

2.7 Pohybová aktivita

V této kapitole se budu zabývat pohybovou aktivitou, jejím vlivem na zdraví, životní způsob a další činitele ovlivňující kvalitu života dnešní populace.

Pohybová aktivita (dále PA) reprezentuje jeden ze základních fenoménů lidského života, podílí se na všech složkách moderní společnosti.

Neoddělitelně patří ke kvalitě života a ke zdraví. Lidské tělo je k pohybu přizpůsobeno a udržuje organismus v dobrém zdravotním stavu, tělesné i duševní kondici. PA je velmi důležitou a podstatnou součástí zdravého životního stylu. Má nezastupitelnou úlohu a to jak v prevenci, tak i v léčbě řady civilizačních onemocnění. V posledním století došlo k celkovému snížení objemu i intenzity pohybové aktivity a zvýšení sedavého způsobu života (Měkota & Cuberek, 2007). Měkota a Cuberek (2007) označují sedavým způsobem života to, kdy člověk sedí osm hodin bez jakéhokoliv pohybu. Stejskal (2004) definuje sedavý způsob života jako „nedostatek tělesného pohybu jak v zaměstnání, tak i během volného času.“ PA tak už není brána jako samozřejmost, ale je stále brána jako mimopracovní aktivita. Je tedy pouze na nás, jestli nějakou pohybovou aktivitu budeme provozovat.

Při vymezení pojmu pohybová aktivita se setkáváme s řadou různorodých definic, uvedu následující:

„Pohybovou aktivitu chápeme jako komplex lidského chování, které zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka. Je uskutečňována zapojením kosterního svalstva při současné spotřebě energie. Je základním projevem a požadavkem zdravého lidského organismu“ (Frömel, Novosad, & Svozil, 1999, 132).

Kalman, Hamřík a Pavelka (2009) dále doplňují, že je nutné chápat pohybovou aktivitu jako celé spektrum činností, viz obrázek.



Obrázek 4. Struktura pohybové aktivity (Kalman & Hamřík, & Pavelka, 2009).

Obecně je však PA chápána v širším smyslu jako komplexní mnohorozměrné chování, které může být kvantifikováno a charakterizováno pomocí tzv. FITT charakteristik – frekvence, intenzity, typu a trvání (Miles, 2007).

Podle Měkoty a Cuberka (2007) je PA nejzákladnějším vyjádřením a procesem vedoucí k uspokojení lidských potřeb včetně potřeby pohybu. Pohybovou aktivitu dělí na habituální, cílenou, spontánní (samovolná, bezděčná), sportovní, volnočasovou a organizovanou, která je prováděna pod vedením tělovýchovného pedagoga ve škole nebo v jiném zařízení.

Mužík a Vlček (2010) rozdělují PA na dvě kategorie. V první kategorii jsou pohybové aktivity prováděné během dne, jsou neorganizované a nevyžadují tak speciální zařízení - chůze do práce, školy, atd. V druhé kategorii jsou aktivity sportovně pohybové, které mají jasně vymezená pravidla. Většinou vyžadují speciální zařízení nebo náčiní k jejich provedení.

Hodaň (1992) rozděluje pohybovou aktivitu na 3 složky - tělesnou výchovu, sport a tělocvičnou rekreaci.

2.7.1 Tělesná výchova

Tělesná výchova je školní předmět, který je součástí povinné školní docházky. Je zde nesoutěžní charakter. Cílem je všeobecný a všestranný rozvoj jedince (Hodaň, 2006). Hodaň (1992) dále uvádí, že tělesná výchova je druh tělocvičné aktivity, kde je dominantní formativní a vzdělávací zaměření, kdy se

zejména pomocí tělesných cvičení přispívá k harmonickému rozvoji člověka, zejména zajištěním fyzického, psychického a sociálního rozvoje. Zároveň upevňuje zdraví, fyzickou i psychickou zdatnost, rozvíjí se pohybové schopnosti, dovednosti i morální kvality. Tělesnou výchovu považujeme pro její pozitivní vlastnosti za nedílnou součást výchovy. Hlavním cílem tělesné výchovy je vytvoření pozitivního vztahu k pohybové aktivitě a zdravému životnímu stylu.

2.7.2 Pohybová rekreace

Pohybová rekreace, nebo také tělocvičná rekreace je spojena s volným časem a s určitým prožitkem. Jde o vlastní rozhodnutí, jak sami volný čas naplníme. Také je spojena s regenerací sil a s kompenzací negativních, zejména civilizačních vlivů, kterým je člověk vystaven. Jak uvádí Hodaň (2006), pohybová rekreace v moderní, průmyslové společnosti dostává zcela záměrný charakter, spojený s rozvojem člověka, kompenzací negativních vlivů práce, regenerací a naplňuje se podstata slova rekreace ve smyslu obnovování člověka. Hodaň považuje pohybovou rekreaci za nejdůležitější oblast tělesné kultury. Pohybovou rekreaci lze tedy považovat za smysluplnou náplň volného času. Toto tvrzení lze vztáhnout zejména k dospívajícím, kteří mají sklony naplňovat volný čas nevhodně zvolenými aktivitami.

2.7.3 Sport

Hodaň (1992) charakterizuje sport jako specifickou, organizovanou činnost, která má tělocvičný, pohybový, technický nebo intelektuální charakter. Cílem je absolutní nebo relativně maximální výkon ve vymezených podmínkách soutěže. Sport je tedy zaměřen na soutěživost a snahu dosáhnout co nejvyšší výkon.

Je velmi obtížné a složité vymezit jednoznačné vymezení sportu, Slepíčková (2005) určuje strukturu sportu dle:

- úrovně výkonnosti – zde se nahlíží spíše podle výkonnostní úrovně a účasti v soutěžích (vrcholový, rekreační, masový sport),

- etap jeho vývoje – zaměřuje se na vnější společenské impulsy (tradiční sport, sociokulturně orientovaný sport, alternativně orientovaný sport),
- motivace – naplnění vlastních hodnot.

2.7.4 Pohybová aktivita ovlivňující zdraví

Pojmy pohybová aktivita, zdraví a kvalita života jsou úzce spojeny a provázány. Lidské tělo je stvořené k pohybu a proto k optimálnímu fungování a zamezení nemocí potřebuje pravidelnou PA. Je více než jasné, že sedavý životní styl je velmi rizikový, zejména pro rozvoj mnoha chronických nemocí, včetně kardiovaskulárních chorob. Aktivní způsob života poskytuje další sociální a psychologické přínosy. Existuje přímá spojitost mezi pohybovou aktivitou a průměrnou délkou života, proto pohybové aktivní lidé obvykle žijí déle než ti, kteří se pohybové aktivitě v průběhu života záměrně nevěnovali. (Nykodým & Mitáš, 2010).

Pravidelná PA má neoddiskutovatelné pozitivní účinky na zdravotní stav a kvalitu života. Jako preventivní faktor se uplatňuje v léčbě neinvazivních neinfekčních onemocnění jako je obezita, diabetes II. typu, deprese či kardiovaskulární choroby. Ukotvení základních pozitivních principů a vedení zdravého životního stylu v období dospívání je předpokladem pro udržování aktivního života i v dospělosti (Nykodým & Mitáš, 2010).

Pokud si člověk uvědomuje důležitost PA a rozhodne se ji pravidelně vykonávat, velmi významně tak snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. Lidé, kteří mají vysokou úroveň PA, mají tedy nejmenší riziko výše zmíněných chorob. Lidé, kteří provozují PA o střední úrovni, značně snižují riziko výskytu civilizačních onemocnění ve srovnání s lidmi, kteří volí spíše sedavý způsob života.

Pravidelná PA a přiměřený energetický příjem je nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním prostředkem proti většině civilizačních onemocnění (Stejskal, 2004).

Pohybová aktivita, která je provozována pravidelně podporuje zdraví a zamezuje vzniku řady nemocí, zlepšuje kvalitu života, společenskou konektivitu.

Dále nám poskytuje ekonomické výhody a přispívá k podpoře ekologické udržitelnosti prostředí (Sigmundová, Sigmund, & Šnoblová, 2010).

Kalman, Hamřík a Pavelka (2009) popisují výhody, které nám přináší pravidelná PA:

- zvyšuje duševní potenciál – lepší paměť a soustředění,
- stimuluje produkci endorfinů,
- harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému,
- uvolňuje svalové napětí a odstraňuje záporné emoce,
- upravuje biochemické hodnoty tuků v krvi, mění metabolismus tuků - ztráta nadbytečných kilogramů, oddalování procesu kornatění tepen srdce a mozku, u diabetiků lze postupně snižovat dávky inzulínu,
- prevence osteoporózy,
- zvýšená pevnost a pružnost kloubních vazů a úponů šlach,
- podporuje krevní oběh,
- zlepšuje schopnost krve přenášet kyslík,
- snižuje klidovou hodnotu srdeční frekvence, zlepšuje činnost srdce, normalizuje krevní tlak,
- zpomaluje proces stárnutí,
- preventivní vliv na vznik chronického únavového syndromu,
- vypomáhá s vyrovnáním s abstinencí,
- snižuje riziko potratu, usnadňuje porod - dokázáno, že aktivním matkám se rodí zdravější děti.

„Cvičení ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka, má vliv i na zlepšení řady psychických projevů. Příkladem může být pozitivní vliv cvičení na zlepšování psychiky zatížené depresí a snižování úrovně úzkosti, zvyšování kladného sebehodnocení a posilování psychiky v boji se stresem“ (Křivohlavý, 2001, 139).

Výzkumy ukazují, že pokud je člověk v mládí fyzicky aktivní, je větší pravděpodobnost, že bude aktivní i v dospělosti a stáří (Kalman et al., 2009). Rovněž byla prokázána souvislost mezi aktivními dětmi a lepšími studijními výsledky (Kalman et al., 2009).

„Mnohostranný přínos vyšší pohybové aktivity pro všechny věkové kategorie je již dlouho uznávanou skutečností, nicméně její uplatnění se v posledních desetiletích nijak významně nemění, spíše se zdá, že se zvyšuje počet lidí, kteří i s tímto vědomím dávají přednost sedavému způsobu života“ (Máček & Radvanský, 2011, 15).

Zmínila jsem poměrně velké množství přínosu pro zdraví díky provozování PA, je ale třeba zmínit, že zde existují i některá rizika. Jedná se v zejména o zranění pohybového aparátu a akutní kardiovaskulární příhody, které jsou často spojeny s nadměrnou intenzitou vykonávané PA, přetížením organismu kvůli nepřiměřené délce vykonávaného pohybu. (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009).

Mezi základní parametry, na které bychom se při výběru PA měli zaměřit je intenzita, doba trvání, frekvence a samozřejmě druh PA. Kalman, Hamřík a Pavelka (2009) uvádí, že největším problémem je stanovení minima pohybové aktivity tak, aby docházelo k optimálnímu rozvoji organismu. Dále je také nutné znát maximum, abychom si zdraví zbytečně nepoškozovali. Můžeme říci, že se obecně doporučuje pravidelná PA třikrát v týdnu o trvání 30 – 50 minut, kdy již dochází k potřebným změnám a zlepšení tělesné zdatnosti.

Doporučení dle WHO pro dospělé ve věku 18 - 64 let lze doplnit o poznatky Biddleho, Sallise a Cavilla (in Sigmund & Frömel, 2005), kteří doporučují pro adolescenty provádět pohybové aktivity 60 minut denně minimálně střední intenzitou. Z toho minimálně 2krát v týdnu by měla pohybová aktivita vést k udržení a zvýšení svalové síly, pohyblivosti a pevnosti podpůrně pohybového aparátu.

Frömel et al. (1999) doporučuje následující:

- nejméně jednou v týdnu by zatížení mělo po dobu 3-5 minut přesáhnout hranici anaerobního prahu,
- na střední a vysoké škole by měla být zařazena organizovaná pohybová aktivita alespoň třikrát v týdnu po dobu 70 minut,
- podíl energetického výdeje při pohybových aktivitách na celkovém energetickém výdeji by měl dosáhnout více než 25 %.

2.8 Charakteristika období mladší dospělosti

V odborné literatuře je jako mladší dospělost označované věkové období mezi dvacátým až třicátým rokem života, někteří autoři však popisují, že toto období je až do 40 let (Vágnerová, 2008).

Český psycholog Nakonečný (2002) uvádí následující znaky emocionální zralosti charakterizující období adultus (mladší dospělost):

- Způsobilost mít kontakt a reagovat přiměřeně na své okolí, nepodléhat dojmům a projevovat vyrovnanost mezi tím, co jedinec poskytuje, a co vyžaduje, a také být schopen oběti.
- Dostatečná míra sebevědomí, korespondující s osobními schopnostmi, tj. nepřítomnost pocitu méněcennosti, pocit důvěry v sebe sama, tendence spíše ke spolupráci než ke konkurenci.
- Emoční nezávislost na nejbližším prostředí.
- Naučit se reagovat tak, jak to vyžaduje prostředí, v němž žijeme.
- Sexuální život vede k založení rodiny, integruje se s péčí o rodinu, respektuje partnera a nevybízí se v sexuálních dobrodružstvích.
- Ovládnutí zloby a zřeknutí se jejích hrubých forem, a dále obrana vůči pocitům nenávisti.
- Přiměřené prožívání situací zejména sociálních vztahů.
- Realistické postoje ke skutečnosti, harmonie mezi rozumem, citem a současně únosná míra individualismu.

Protože je věkové rozmezí pro toto období poměrně velké, je pochopitelné, že proces socializace je u jedinců různý. Zatímco někdo je ve dvaceti letech zcela samostatný, jiní jsou ještě stále finančně a emočně závislí na svých rodičích. Přesto ale platí, že dochází k velkému osamostatňování, protože společnost po jedinci vyžaduje plnit role, ve kterých se začíná vyskytovat. Jakým způsobem ale role bude plnit, závisí zejména na jeho sociální zralosti a samostatnosti.

Sak (2007) uvádí, že sociální zrání probíhá ve dvou rovinách. V oblasti vědomí a v oblasti osvojování si sociální kompetence. V průběhu sociálního zrání jedinec ztrácí spontánnost a jedinečnost svých individuálních projevů a stále více ovlivňují jeho chování i hodnotový systém normy, vzory a stereotypy platné ve

společnosti a v referenčních společenských skupinách. Jedinec už má poměrně velké množství zkušeností, na základě kterých získává vlastní identitu. Sak (2007) dále upozorňuje, že s nástupem informačních technologií vzniká virtuální realita, která má také značný vliv na začleňování do společnosti.

V období adolescence je ještě pro jedince primárním zázemím zejména rodina, v období adultus hledají jedinci zázemí u přátel či partnerů. „Zatímco v začátku mladé dospělosti usilují mladí lidé o co největší rozšíření své sociální sítě, v závěru mladé dospělosti síť redukují „aby maximalizovali emoční zisky a minimalizovali rizika“ (Vágnerová, 2008, 23).

Velmi důležitou oblastí pro období mladší dospělosti je sexuální aktivita. Dle Vágnerové už není partnerství jen snahou o prestiž před okolím, ale „stává se skutečnou potřebou, která má několik úrovní – psychickou, sociální i tělesnou.“ (Vágnerová, 2000, 287).

Sak (2000) uvádí jako nejdůležitější mezníky v období adultus právě tyto:

- ukončení studia a nástup do prvního zaměstnání,
- odchod od rodičů do vlastního bydlení,
- uzavření manželství a postupné zakládání rodiny.

Obecně lze konstatovat, že právě tato věková kategorie patří do skupiny s nejnižší morbiditou (nemocnost) i mortalitou (úmrtnost). Co se týče konkrétně vysokoškolských studentů, kteří byly součástí mého výzkumu, tak právě u této skupiny se z výsledků prováděných výzkumů ukázalo, že studenti vysokých škol mají horší zdravotní stav než vrstevníci, kteří nestudují. Dále se ukázalo, že i míra distresu je vyšší u studující populace než u nestudující. (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton (2001).

3 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je srovnání subjektivní úrovně zdraví a životní spokojenosti u jednotlivých kategorií u vysokoškolských studentů s ohledem na aktivní a neaktivní životní styl.

Dílčí cíle:

- studium literatury
- zpracování dat
- vyhodnocení dat

Výzkumná otázka:

Jaká je úroveň subjektivního hodnocení zdraví a životní spokojenosti u současných vysokoškolských studentů s ohledem na aktivní a neaktivní životní styl?

4 METODIKA

Prováděného výzkumu se celkem zúčastnilo 523 vysokoškolských studentů Univerzity Palackého v Olomouci z různých fakult. Konkrétně se sbíraly informace od studentů Fakulty tělesné kultury, Pedagogické fakulty, Filozofické fakulty, Přírodovědecké fakulty a Lékařské fakulty. Abychom získali stejný vzorek, byl jasně charakterizovaný typ studenta, který byl pro výzkum vhodný. Jednalo se vždy o studenty, kteří byli řádně zapsáni jako studenti denního studia a věk odpovídal studovanému ročníku, šlo tedy o věkovou kategorii mezi 19 – 26 rokem. Všichni studenti byli řádně seznámeni s šetřením, jeho účelem a možnostmi kdykoliv dobrovolně odstoupit bez udání důvodu. Studentům byla zaručena anonymita, každý respondent se tedy účastnil dobrovolně a souhlasil se zpracováním dat a jejich publikací.

V rámci výzkumu byli jedinci rozdělení do dvou kategorií a to do kategorie aktivního životního stylu a do kategorie neaktivního životního stylu. Kategorizace těchto dvou pojmů (aktivní a neaktivní životní styl) vychází z frekvence, intenzity a doby trvání pravidelně prováděné pohybové aktivity. Kategorie aktivní životní styl je charakteristická tím, že studenti provozují pravidelnou pohybovou aktivitu alespoň 3x v týdnu o vysoké intenzitě po dobu 20 minut nebo pokud student pět dní v týdnu kombinuje chůzi s pohybovou aktivitou o střední intenzitě po dobu 30 minut. Souhrn celkové PA by měl dosahovat minimálně 600 MET-minut za týden (World Health Organization, 2010, 2012).

V rámci tohoto rozdělení se z celkového počtu respondentů (523) zařadilo do kategorie provozující aktivní životní styl 119 studentů. V kategorii neaktivního životního stylu bylo celkem studentů 404.

Celkový počet respondentů (n)	523
Muži (n)	231
Ženy (n)	292
Muži (%)	44
Ženy (%)	56

Tabulka 3. Charakteristika respondentů

Dotazník životní spokojenosti

Pro psychologické hodnocení byl použit dotazník LSQ (Life Satisfaction Questionnaire) u nás používaný pod názvem DŽS (dotazník životní spokojenosti).

Tento dotazník vytvořil Jochen Fahrenberg, Michael Kurtek, Jorg Schumacher a Almar Brahler v Německu v 80. letech minulého století a v překladu Kateřiny Rodné a Tomáše Rodného vyšel v Testcentru v roce 2001. Původně byl složen z osmi škál, později byl rozšířen na 10 škál, kterými jsou práce a mzdy, zdraví, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní a bydlení. Dotazovaný jedinec se vyjadřuje k 70 výrokům a vyplňuje položky, kdy vybírá odpověď ze sedmi možností: velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen, ani spokojen ani nespokojen, spíše spokojen, spokojen, velmi spokojen. Výsledkem je deset hodnot z jednotlivých škál a celková spokojenost jako jejich součet. Součástí dotazníku je poskytnutí informací o pohlaví, dosaženém vzdělání, rodinném stavu, počtu členů domácnosti a místě zaměstnání.

Statistická analýza

Statistické zpracování výsledků bylo provedeno pomocí programu Statistica 10.0 (Statistica, Tulsa, USA). Pro všechny proměnné byly vypočteny základní statistické veličiny a ověřena normalita rozložení. Pro posouzení normality byl použit Shapiro-Wilkův test. Vícenásobná komparace byla provedena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Úroveň statistické významnosti byla testována na

hladině $\alpha \leq 0.05$; $\alpha \leq 0.01$; $\alpha \leq 0.001$. 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).

Diference mezi hodnotami byly dále hodnoceny pomocí věcné významnosti (Effect Size).

Výsledky průměrů a směrodatných odchylek byly posuzovány na základě Cohenova d podle vzorce:

$$d = \frac{M_2 - M_1}{SD_{pooled}}, \text{ kde } SD_{pooled} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) \cdot SD_1^2 + (n_2 - 1) \cdot SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

5 VÝSLEDKY

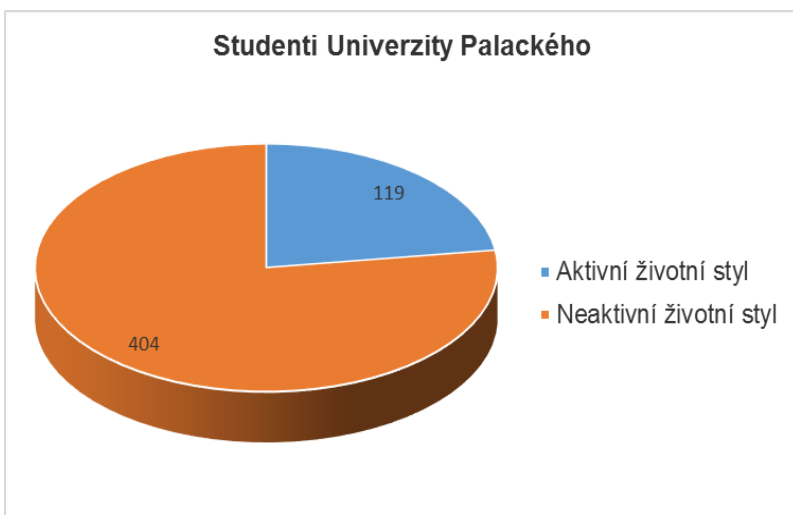
Výsledková část je rozdělena na několik oblastí. První část vypovídá o poměru studentů s aktivním životním stylem a studentů s neaktivním životním stylem. Dále budu uvádět výsledky z oblasti životní spokojenosti, subpoložek zdraví a celkové životní spokojenosti vždy jako srovnání těchto dvou skupin.

5.1 Životní styl studentů Univerzity Palackého

Celkem byly sesbírány dotazníky od 523 studentů Univerzity Palackého na různých fakultách (Fakulta tělesné kultury, Pedagogická fakulta, Filozofická fakulta, Přírodovědecká fakulta a Lékařská fakulta). V následujícím grafu vidíme poměr mezi aktivním a neaktivním životním stylem, podmínky pro přiřazení do těchto dvou kategorií jsem uvedla v kapitole Metodika. Z celkového počtu se tedy ukázalo, že 119 studentů žije aktivním životním stylem a 404 studentů má neaktivní životní styl.

Studenti UPOL	Počet (n)	Muži (n)	Ženy (n)	Muži (%)	Ženy (%)
Aktivní životní styl	119	51	68	43	57
Neaktivní životní styl	404	180	224	45	55
Celkem	523	231	292	44	56

Tabulka 4. Životní styl studentů Univerzity Palackého



Obrázek 5. Životní styl studentů Univerzity Palackého

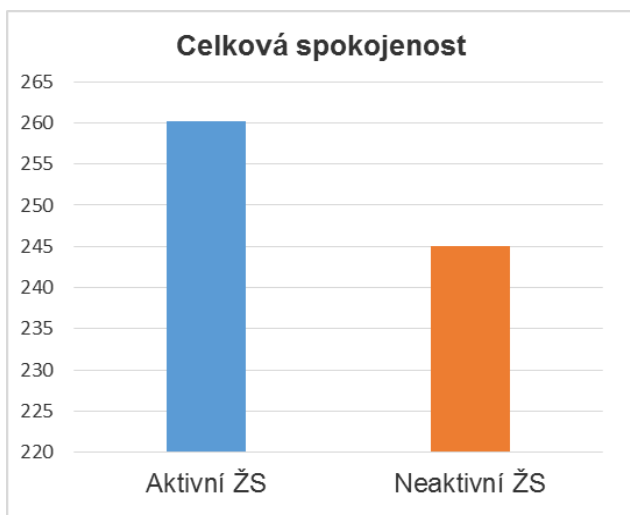
5.2 Životní spokojenost

DŽS uvádí i celkovou životní spokojenost, která se určuje součtem spokojenosti v jednotlivých oblastech. Následující tabulka a graf ukazují, že studenti s aktivním ŽS hodnotí svoji celkovou životní spokojenost lépe než studenti neaktivním ŽS.

Celková životní spokojenost	Studenti s aktivním ŽS		Studenti s neaktivním ŽS		Δ	p	d
	M \pm SD	Rozpětí	M \pm SD	Rozpětí			
Celková životní spokojenost	260,2 \pm 31,95	188-354	245,1 \pm 29,66	155-316	15,1	0,001	0,39

M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka, Rozdíl – nejnížší a nejvyšší zaznamenaná hodnota, Δ – rozdíl mezi M akt. a neakt. ŽS, p – pravděpodobnost, d – koeficient diference

Tabulka 5. Celková životní spokojenost



Obrázek 6. Celková životní spokojenost

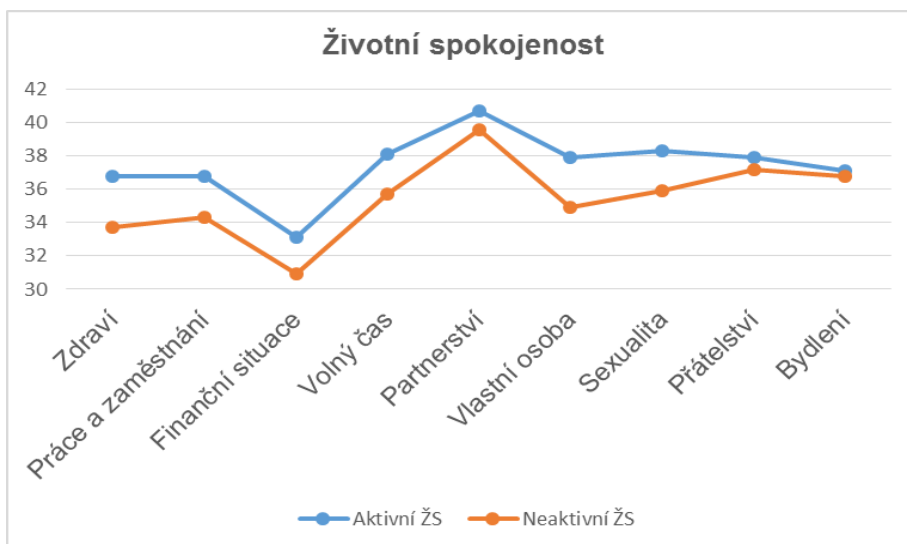
V této části je zaznamenána celková životní spokojenost. Významně vyšší celkovou životní spokojenost mají studenti s aktivním životním stylem. V následujících grafech a tabulkách je vidět, z čeho byla celková životní spokojenost vyhodnocena.

Studenti s aktivním ŽS získali i mimo položku Zdraví lepší skóre ve všech ostatních oblastech DŽS. Viz tabulka níže.

Životní spokojenost	Studenti s aktivním ŽS		Studenti s neaktivním ŽS		Δ	p	d
	M ± SD	Rozpětí	M ± SD	Rozpětí			
Práce	36,8 ± 5,92	19 - 49	34,3 ± 5,72	17 - 49	2,5	0,001	0,36
Finanční situace	33,1 ± 6,67	11 - 49	30,9 ± 6,65	7 - 46	2,2	0,007	0,24
Volný čas	38,1 ± 8,05	15 - 49	35,7 ± 7,95	7 - 49	2,4	0,001	0,28
Partnerství	40,7 ± 7,81	15 - 49	39,6 ± 10,18	7 - 49	1,1	0,811	0,03
Vlastní osoba	37,9 ± 6,14	15 - 49	34,9 ± 6,04	7 - 49	3	0,001	0,45
Sexualita	38,3 ± 7,08	16 - 49	35,9 ± 7,38	12 - 49	2,4	0,032	0,19
Přátelství	37,9 ± 4,72	19 - 49	37,2 ± 5,24	17 - 49	0,7	0,240	0,10
Bydlení	37,1 ± 7,26	17 - 49	36,8 ± 6,66	7 - 49	0,3	0,576	0,05

M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka, Rozdíl – nejnížší a nejvyšší zaznamenaná hodnota, Δ – rozdíl mezi M akt. a neakt. ŽS, p – pravděpodobnost, d – koeficient diferenciacie

Tabulka 6. Životní spokojenost



Obrázek 7. Životní spokojenost

Významně vyšší hodnoty uváděli studenti s aktivním životním stylem v oblasti celkového zdraví, kde vidíme rozdíl nejvyšší. Dále je vyšší skóre mají studenti s aktivním ŽS u oblasti vlastní osoby, práce a zaměstnání, sexualita, volný čas. Nejmenší rozdíl a tedy nevyšší shoda byla ve složkách bydlení, přátelství a partnerství.

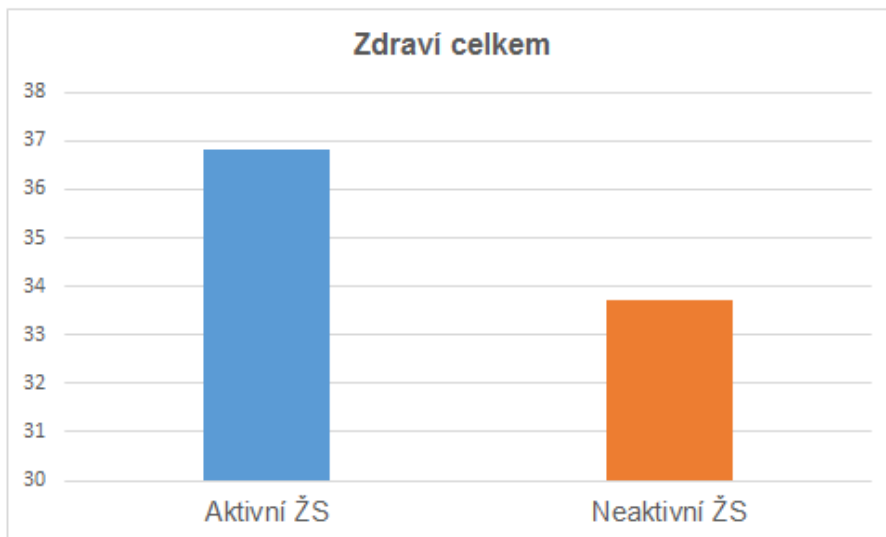
5.3 Vnímané zdraví a jednotlivé subpoložky

Z následující tabulky vidíme přehledně získaná data o vnímaném zdraví studentů a porovnání skupiny s aktivním ŽS a neaktivním ŽS.

Zdraví + subpoložky	Studenti s aktivním ŽS		Studenti s neaktivním ŽS		Δ	p	d
	M \pm SD	Rozpětí	M \pm SD	Rozpětí			
Somatický zdrav. stav	5,6 \pm 1,19	1 - 7	5,0 \pm 1,37	1 - 7	0,6	0,001	0,38
Psychický stav	5,4 \pm 1,20	1 - 7	4,9 \pm 1,32	1 - 7	0,5	0,003	0,26
Fyzická kondice	5,4 \pm 1,13	1 - 7	4,3 \pm 1,50	1 - 7	1,1	0,001	0,65
Duševní výkonnost	5,3 \pm 1,19	1 - 7	5,0 \pm 1,19	1 - 7	0,3	0,004	0,25
Imunita	5,4 \pm 1,54	1 - 7	5,2 \pm 1,55	1 - 7	0,2	0,130	0,13
Frekvence bolesti	4,8 \pm 1,83	1 - 7	4,4 \pm 1,65	1 - 7	0,4	0,026	0,20
Frekvence nemoci	4,9 \pm 1,80	1 - 7	4,9 \pm 1,67	1 - 7	-	0,683	0,04
Celkové zdraví	36,8 \pm 6,17	19 - 49	33,7 \pm 6,51	11 - 49	3,1	0,001	0,39

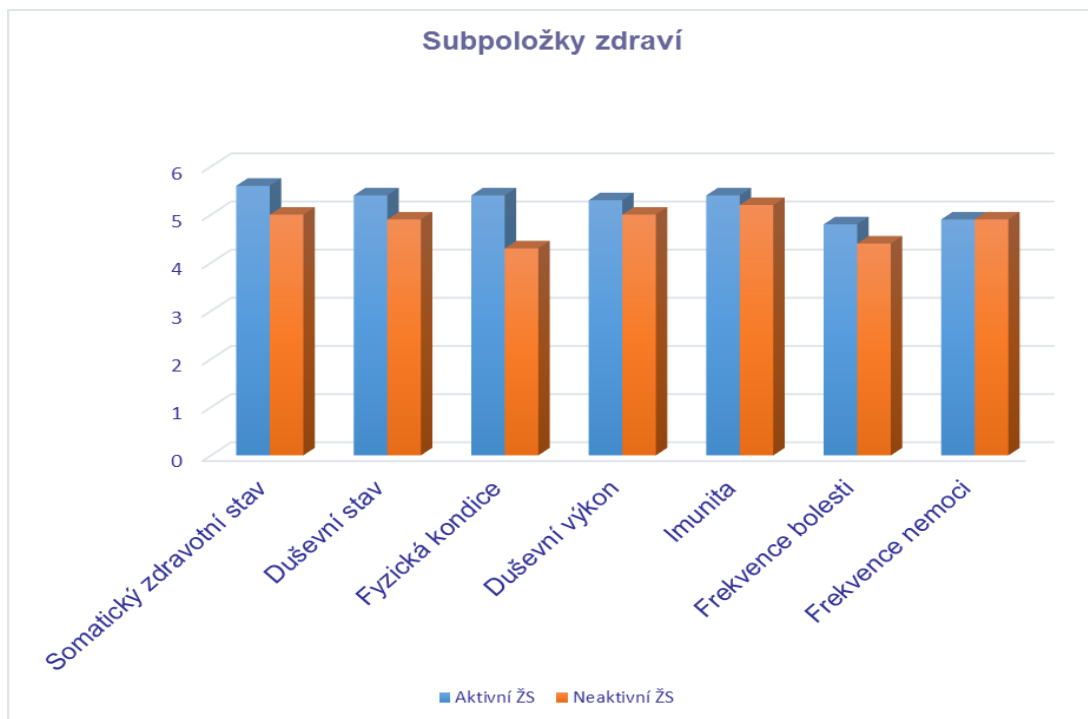
M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka, Rozdíl – nejnižší a nejvyšší zaznamenaná hodnota, Δ – rozdíl mezi M akt. a neakt. ŽS, p – pravděpodobnost, d – koeficient diferenciacie

Tabulka 7. Subpoložky zdraví



Obrázek 8. Zdraví celkem

V obrázku 9. je zaznamenáno celkové zdraví u obou skupin. Studenti s aktivním ŽS dosáhli skóre 36,8 a studenti s neaktivním ŽS měli skóre o poznání nižší a to 33,7. V následujícím grafu vidíme, jaké subpoložky tvořily celkové zdraví.



Obrázek 9. Subpoložky zdraví

Celkový rozdíl ve skóre mezi skupinou s aktivním ŽS a neaktivním ŽS tvoří 3,1 bodů. Jak v tabulce vidíme, aktivní ŽS nepomáhá k nižší frekvenci onemocnění, přesto aktivní ŽS vytvořil pozitivní rozdíl ve všech ostatních subpoložkách zdraví, z čehož se na něm nejvíce podílí subsložky fyzická kondice, somatický zdravotní stav a mentální kondice.

Z těchto výsledků tedy vyplývá následující:

- Vyšší celkovou životní spokojenost vnímají studenti Univerzity Palackého s aktivním ŽS než studenti, kteří mají neaktivní ŽS.
- Vnímané zdraví má vyšší hodnoty u studentů s aktivním ŽS než u studentů s ŽS neaktivním.
- Ve většině subpoložek zdraví dosahují opět vyšších hodnot studenti s aktivním ŽS.
- Ve všech oblastech životní spokojenosti dosahují studenti s aktivním ŽS vyšších hodnot než studenti s neaktivním ŽS (především ve složkách zdraví, vlastní osoba, práce a zaměstnání, sexualita a volný čas).
- V oblasti bydlení přátelství a partnerství nebyly zaznamenány až tak výrazné rozdíly.

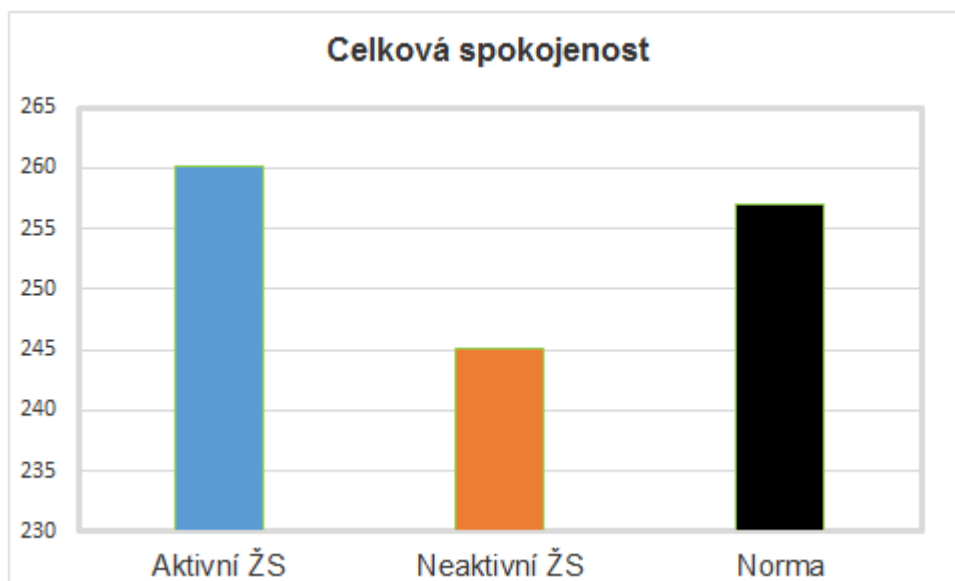
6 DISKUSE

Smyslem práce bylo potvrdit předpoklad, že studenti s aktivním ŽS vedou obecně spokojenější život než studenti, kteří vedou neaktivní ŽS. K tomuto zjištění byl využit dotazník životní spokojenosti. Abych měla relevantní měřítko, jaké množství pohybové aktivity musí student mít, aby byl jeho ŽS považován za aktivní, řídila jsem se doporučením WHO s odkazem na jejich Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), kde aktivní ŽS je definován s pravidelnou pohybovou aktivitou minimálně tři dny v týdnu o vysoké intenzitě alespoň v rozsahu 20 minut, nebo pět dní v týdnu kombinuje chůzi s pohybovou aktivitou střední intenzity s dobou trvání 30 minut. Celkově by souhrn pohybové aktivity měl dosahovat minimálně 600 MET-minut za týden. Pro zjišťování údajů týkajících se životní spokojenosti studentů byl použit Dotazníku životní spokojenosti Fahrenberga a kol. (2001), který je rozšířeným nástrojem pro právě tato měření.

Z celkového počtu 523 dotazovaných studentů bylo 119 s aktivním ŽS a 404 s neaktivním ŽS. To mě překvapilo. Čekala jsem sice, že bude více zastoupena skupina neaktivních studentů, což se mi potvrdilo, ale nečekala jsem, že rozdíl bude tak velký. Výrazná většina neaktivních tak poukazuje na trend dnešní společnosti, že pravidelný pohyb není samozřejmost a je třeba jej proaktivně plánovat. To ovšem nebylo cílem mého výzkumu.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda pravidelná pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje další aspekty životního stylu a životní spokojenosti. Na základě obecně známých faktů fyziologie zátěže lze předpokládat, že vhodně zvolená pravidelná pohybová aktivita o vhodné intenzitě a frekvenci ovlivní celkové zdraví jedince.

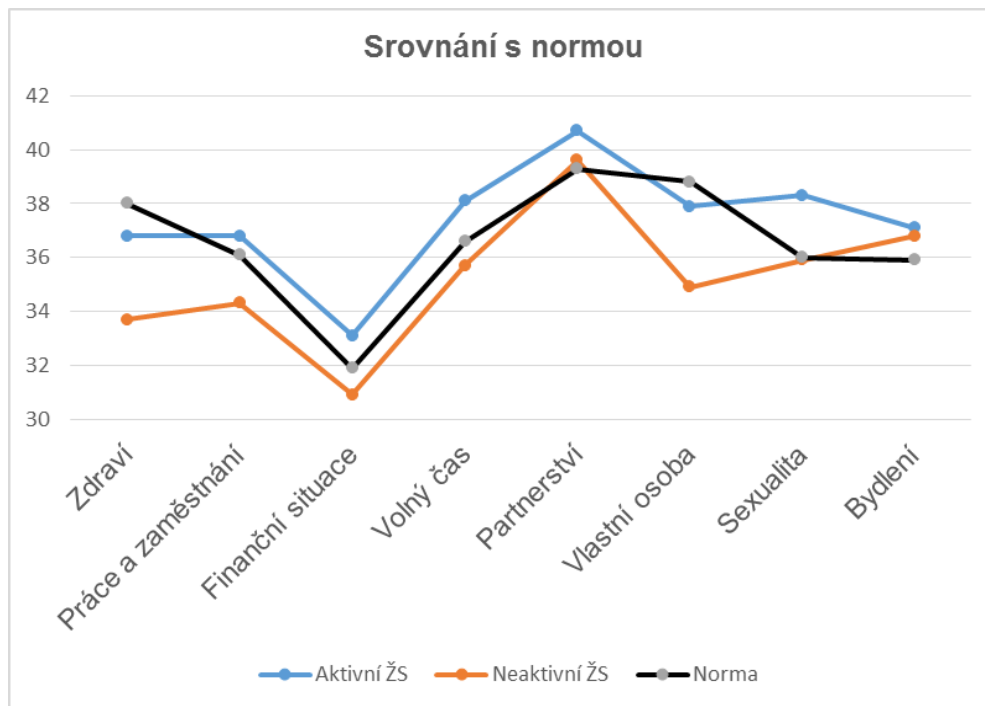
Kvalita života ve spojení s životním stylem a pohybovou aktivitou se zabývá poměrně velké množství studií, například Kebza & Šolcová (2003), Sigmund & Kvintová (2012), Fox (2007), podobné téma můžeme dohledat i u diplomových prací například u Rakové (2014), Novotné (2012) a Figurové (2010).



Obrázek 10. Celková spokojenost ve srovnání s normou

Budeme-li porovnávat celkové skóre životní spokojenosti s obecně udávanou normou, můžeme z obrázku jasně vyčíst, že studenti s aktivním životním stylem mají skóre vyšší. Praško a Prašková (2001) uvádí, že pravidelný pohyb přispívá k pocitu zdraví, síly, klidu a je považován za základní prostředek proti stresu. Můj výsledek se shoduje s výsledkem Figurové (2010). Pravidelnou pohybovou aktivitou působíme pozitivně na fyzickou, psychickou a sociální stránku, takže studenti s aktivním ŽS by tedy měli dosahovat vyšších výsledků, což se potvrdilo. Oproti tomu studenti s neaktivním ŽS měli skóre o poznání nižší, což uvidíme ještě podrobněji v následujícím grafu, kde budu porovnávat jednotlivé oblasti životní spokojenosti.

Sociologický pohled na problematiku předpokládá, že pohybově aktivní jedinec dosáhne kvalitně stráveného volného času díky interakci s dalšími účastníky pohybových aktivit, např. díky pravidelnému setkávání při skupinových sportovních aktivitách vybuduje nová a silnější přátelství. Z hlediska psychologie osobnosti dochází při pravidelné PA k lepšímu pocitu ze sebe sama. Pokud jedinec pravidelně sportuje, dochází u něj k postupnému zlepšení výkonu v dané oblasti PA. Tyto úspěchy pozitivně ovlivní psychiku jedince. Rekreaologický pohled na věc v sobě pojí výše uvedené domněnky. Pokud ovšem budu hodnotit volný čas, předpokládám, že pravidelný pohyb vede ke zkvalitnění trávení volného času.



Obrázek 11. Jednotlivé oblasti životní spokojenosti ve srovnání s normou

Tento obrázek nám umožňuje sledovat odchylky studentů s aktivním ŽS a neaktivním ŽS od normy. Zaměříme-li se tedy na výsledky, zjistíme, že studenti s aktivním ŽS převyšují ve všech oblastech studenty s neaktivním ŽS. Zahraniční studie (Valois et al., 2004), která byla zaměřena na studenty středních škol v Kalifornii, ukazuje, že studenti, kteří více než týden neprovozovali žádnou významnou pohybovou aktivitu, rovněž hodnotili svoji životní spokojenost nižší, než aktivnější studenti.

Vůbec největší rozdíly můžeme vidět v oblasti zdraví (3,1) a vlastní osoby (3). U oblasti zdraví jsem předpokládala, že bude tvořit největší rozdíl, protože pravidelná pohybová aktivita by se v této oblasti určitě měla odrazit. Aktivní studenti dosahovali vyššího skóre ve všech subpoložkách zdraví, nejvíce se aktivní styl projevil v oblasti fyzické kondice (1,1 bodu), což je pochopitelné. Překvapilo mě, že aktivní ŽS nepomáhá k nižší frekvenci onemocnění. V této oblasti bylo u obou skupin naprosto stejné skóre. Figurová (2010), která testovala sportující a nesportující studenty Univerzity Palackého v Olomouci, ve své práci popisuje a potvrzuje svoji hypotézu, že nesportující studenti jsou více nemocní než studenti sportující, z mého výzkumu ale toto nevyplývalo.

Oblast spokojenosti s vlastní osobou také tvořila velký rozdíl (3,0 bodu). Fox (1997) ve své studii uvádí, že vnímání vlastní osoby souvisí s tělesným pojetím jedince. Toto sebepojetí slouží k pochopení sebe samého skrze tělesné prožívání. Zdůrazňuje jeho vliv na způsob chování jedince, vztah k aktivnímu životnímu stylu, k vlastní prezentaci, osobní pohody a zvládnání stresu. Stackeová (2004) popisuje, že je nespočet studií, které potvrzují přímé souvislosti mezi budováním sebevědomí a sportovním výkonem, kdy sportující lidé mají celkově vyšší odolnost, motivaci a lépe zvládají stresové situace.

V oblasti práce se výsledky skupin lišily o 2,5 bodu. Farenberg (2001) uvádí, že jedinci s vyššími hodnotami v této oblasti jsou schopni lépe zvládat požadavky zaměstnání. Křivohlavý (2013) vysvětluje, že celková spokojenost v této oblasti se odráží od těchto nejdůležitějších aspektů - finanční ohodnocení, kariérní růst a spokojenost se spolupracovníky.

Skóre v oblasti práce bylo vyšší u studentů s aktivním ŽS, které činilo 36,8 bodů oproti studentům neaktivním se skórem 34,3 bodů. Jako norma se uvádí 36,1 bodů. Můžeme zde tedy vidět, že spokojenost v oblasti práce není zase až tak výrazně vyšší než uvádí norma. Fahrenberg (2001) uvádí, že jedinci, kteří dosahují v této oblasti nadprůměrných hodnot, jsou schopni zvládat veškeré požadavky svého zaměstnání. Stejskal (2004) tvrdí, že v dnešní společnosti vlivem technického rozvoje hrozí velké nebezpečí v podobě nedostatečného pohybu, neboť přibývá sedavých zaměstnání a člověk je psychicky velmi zatěžován. Toto se nám vlastně v práci také potvrdilo, neboť z výsledků jasně vyplynulo, že studenti méně aktivní měli významně nižší skóre v oblasti zdraví, které tvořilo ze všech oblastí největší rozdíl.

Čtvrtý nejvyšší rozdíl (2,4 bodů) byl v oblastech sexuality a volného času. I zde se potvrdilo, že v obou oblastech jsou spokojenější studenti s aktivním životním stylem. V oblasti sexuality jsou aktivní studenti dokonce výrazně nad normou, studenti s neaktivním životním stylem mají více méně stejné skóre, která uvádí norma (36 bodů).

Rozdíl 2,2 bodů byl v oblasti finance. Neaktivní studenti (30,9 bodů) byli pod udávanou normou (31,9 bodů). Jedinci s aktivním životním stylem byli opět spokojenější i v této oblasti. Kebza a Šolcová (2003) zjistili, že finanční ohodnocení práce má pro celkový pocit osobní pohody zásadní význam, ale tento

vztah platí jen do dosažení určité úrovně ekonomického standardu. Tento vztah je také ovlivněn i efektem vzájemného srovnávání mezi lidmi.

V oblasti partnerství (rozdíl 1,1), přátelství (rozdíl 0,7) a bydlení (rozdíl 0,3) nebyly výsledky významně rozdílné. Překvapily mě hodnoty v oblasti přátelství. Čekala, že budou výrazně vyšší hodnoty ve prospěch aktivní skupiny. Sociologický pohled na věc u pravidelných pohybových aktivit předpokládá vyšší sociální interakci. Samozřejmě musíme mít na vědomí, že jedinci mohou provozovat pouze individuální sporty. Členové sportovního týmu díky pravidelnému setkávání a společným cílům by měli vybudovat silnější přátelství než jedinci, kteří se těchto aktivit neúčastní. Tuto domněnku ovšem můj výzkum nepotvrdil. Hodnoty v oblasti přátelství vykazovaly jen nepatrný rozdíl (0,7).

7 ZÁVĚR

Cílem magisterské práce bylo porovnání zdraví a životní spokojenosti u jednotlivých kategorií u vysokoškolských studentů s ohledem na aktivní a neaktivní životní styl. Předpokládala jsem, že studenti s aktivním životním stylem budou mít ve většině složkách skóre vyšší než studenti neaktivní. To se v práci potvrdilo.

První část je část teoretická, kde vysvětluji pojmy související s tématem práce. Druhá část byla praktická a probíhala formou získaných dotazníků a informací od 523 studentů Univerzity Palackého v Olomouci z celkem 5 fakult - Pedagogické fakulty, Filozofické fakulty, Fakulty tělesné kultury, Přírodovědecké fakulty a Lékařské fakulty. Tito studenti vyplnili Dotazník životní spokojenosti, zkoumající subjektivní hodnocení oblastí zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, partnerství, vlastní osobnost, sexualita, přátelství a bydlení.

V rámci výzkumu byli jedinci rozčleněni do dvou kategorií, a to do kategorie aktivního životního stylu a do neaktivního životního stylu. Kategorizace těchto dvou skupin vychází z frekvence, intenzity a doby trvání pravidelně prováděné pohybové aktivity. Kategorie aktivní životní styl je charakteristická tím, že studenti provozují pravidelnou pohybovou aktivitu alespoň 3x v týdnu o vysoké intenzitě po dobu 20 minut nebo pokud student pět dní v týdnu kombinuje chůzi s pohybovou aktivitou o střední intenzitě po dobu 30 minut. Souhrn celkové PA by měl dosahovat minimálně 600 MET-minut za týden (World Health Organization, 2010, 2012).

Skupina s aktivním ŽS byla zastoupena cca 20% z celkového počtu, tedy 119 studenty, skupina s neaktivním ŽS zahrnovala 404 studentů. Výsledky výzkumu ukázaly, že studenti s aktivním ŽS vykazují celkovou vyšší životní spokojenost oproti studentům s neaktivním ŽS i oproti normativu. Tyto výsledky potvrzují české i zahraniční studie.

Výsledky dotazníkového šetření pomohly zjistit hodnocení celkové životní spokojenosti u studentů výše zmiňovaných fakult, výsledky jsem porovnávala s normou.

Studenti s aktivním ŽS vykazovali vyšší spokojenost ve všech oblastech. Nejvyšší rozdíly ve prospěch aktivní skupiny byly vykázány v oblastech zdraví, vlastní osobnost, práce, volný čas a sexualita. Ukazuje se tak, že pravidelná pohybová aktivita zkvalitňuje v subjektivním pohledu jedince více klíčových oblastí života než pouze fyzickou kondici. K podobným závěrům došly i další studie provedené mezi studenty na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Výzkum byl proveden standardizovanými metodami, výsledky jsou aplikovatelné pro další studie a uplatnitelné v praxi.

8 SOUHRN

Práce se zabývá životní spokojeností studentů Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník životní spokojenosti ukazuje hodnoty spokojenosti v oblastech zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, partnerství a vztahy, vlastní osobnost, sexualita, přátelství a bydlení.

Multidisciplinární pohled na problematiku nedostatku pohybové aktivity u současné populace předpokládá, že pravidelná pohybová aktivita povede k vyšší životní spokojenosti nejen v oblasti zdraví, ale i dalších oblastech života.

Smyslem práce bylo zjistit, jak aktivní životní styl ovlivňuje životní spokojenost studentů Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazníkové šetření bylo provedeno s 523 studenty z 5 fakult – Pedagogické fakulty, Filozofické fakulty, Fakulty tělesné kultury, Přírodovědecké fakulty a Lékařské fakulty.

Tito studenti byli rozděleni na dvě skupiny dle WHO – s aktivním ŽS (119 studentů) a neaktivním ŽS (404 studentů). Výsledky výzkumu vykazaly celkovou vyšší životní spokojenost u skupiny s aktivním ŽS.

Ve všech jednotlivých oblastech zkoumaných Dotazníkem životní spokojenosti vykazovali studenti s aktivním ŽS vyšší spokojenost než studenti s neaktivním ŽS. Studenti s aktivním ŽS vykazovali významné rozdíly v oblastech zdraví, vlastní osobnost, práce a zaměstnání, volný čas a sexualita.

Výzkum tak potvrzuje, že pravidelná pohybová aktivita prokazatelně ovlivňuje vyšší spokojenost s prožíváním vlastního života, a to nejen v oblastech zdraví, ale i dalších klíčových oblastech života.

9 SUMMARY

This thesis deals with a life contentment of students of Palacký University in Olomouc. The life contentment questionnaire includes values of welfare in the areas of health, work and employment, finance, leisure, partnerships and relationships own personality, sexuality, friendship and housing.

Multidisciplinary perspective on the issue of insufficient physical activity in the current population assumed that regular physical activity leads to a higher life contentment not only in health aspects but also in other areas of life.

The purpose of the survey was to determine how active lifestyle influences life satisfaction of students of Palacký University in Olomouc. The questionnaire survey included 523 students from five faculties - the Faculty of Education, Faculty of Arts, Faculty of Physical Culture, Faculty of Science and the Faculty of Medicine.

These students were divided into two groups according to the WHO - with active lifestyle (119 students) and nonactive lifestyle (404 students). The research results showed an overall higher life contentment in the group with an active lifestyle.

Results in all various areas surveyed by the `Questionnaire of life contentment` showed students with active lifestyle as more satisfied than students with nonactive lifestyle. There were significant differences obvious in favour of an active groups, mainly in the aspects of health, own personality, work and employment, leisure and sexuality.

The research confirms that regular physical activity demonstrably affects well-being, not only in health aspects, but also in other aspects of life.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton, T. B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American Collage Health, 50*(2), 67–72.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. New York: Guilford Press.
- Atkinson, R. a kol. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Bedrnová, E. (1999). *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna.
- Brockert, S. (1993). *Ovládání stresu*. Praha: Melantrich.
- Bunc, V., & Štílec, M. (2007). Tělesné složení jako indikátor aktivního životního stylu seniorek. *Česká kinantropologie, 11*(3), 17–25.
- Cortina, J. M., & Nouri, H. (2000). *Effect size for ANOVA design*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Čakrt, M. (2000). *Konflikty v řízení a řízení konfliktů*. Praha: Management Press.
- Čáp, J., & Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing.
- Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední školy*. Praha: Grada.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research, 189–216*.
- Duffková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Příbram: Aleš Čeněk s.r.o.
- Eckenrode, J. (1991). *The Social Context of Coping*. New York: Plenum Press.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Bräler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.

- Figurová, Z. (2010). *Souvislost fyzických aktivit s psychickým a fyzickým zdravím*. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Olomouc.
- Fox, K. R. (1997). *Physical Self: From Motivation to Well-Being*. USA: Human Kinetics.
- Fox, K. R. (2007). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3), 411–418.
- Frömel, K., Novosad, J., & Svozil, Z. (1999). *Pohybová aktivita a sportovní zájmy mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hodaň, B. (1992). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouci.
- Hodaň, B. (2006). *Sociokulturní kinantropologie I*. Brno: Masarykova univerzita.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Holmes, T. H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Hošek, V. (1997). *Psychologie odolnosti*. Praha: Univerzita Karlova.
- Irmiš, F. (1996). *Nauč se zvládat stres*. Praha: Nakladatelství Alternativa.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinant zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47, 333–345.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2001). *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí*. Praha: Grada.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (1963). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Státní Zdravotnické nakladatelství.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A History of. *Annual Reviews Psychol.*, 1–22.
- Máček, M., Radvanský, J. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.

- Machač, M., & Macháčová, H. (1991). *Psychické rezervy výkonnosti: stres, hypnosugesce, autoregulace*. Praha: Karolinum.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: NCO NZO.
- Mayerová, M. (1997). *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing.
- McConnon, S. (2009). *Jak řešit konflikty na pracovišti*. Praha : Grada Publishing.
- Měkota, K., & Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti, činnosti, výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mikuláščík, M. (2007). *Manažerská psychologie*. Praha: Grada.
- Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 32 (4), 314–363.
- Mužík, V., & Vlček, P. (2010). *Škola a zdraví pro 21. Století. Škola, pohyb a zdraví. Výzkumné výsledky a projekty*. Brno: Masaríkova Univerzita.
- Nakonečný, M. (2002). *Základy psychologie*. Praha: Akademie věd ČR.
- Nakonečný, M. (2004). *Úvod do psychologie*. Praha: Akademie věd České republiky.
- Nováková, I. (2011). *Zdravotní nauka*. Praha: Grada Publishing.
- Novotná, T. (2012). *Životní spokojenost studentů speciální pedagogiky*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Brno.
- Nykodým, J., & Mitáš, J. (2010). *Pohybová aktivita vysokoškoláků*. Brno: Masarykova univerzita.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164–172.
- Payne, J., & kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON.
- Praško, J., & Prašková, H. (2001). *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing.
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2003). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Raková, P. (2014). *Životní spokojenost, copingové strategie a pohybová aktivita u studentů 1. Ročníku*. FTK UP. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Rodná, K., & Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Sak, P. (2000). *Proměny české mládeže*. Praha: Petrklíč.
- Sak, P. (2007). *Člověk a vzdělání v informační společnosti*. Praha: Portál.

- Sigmund, E., & Frömel, K. (2005). Pohybová aktivita dětí a mládeže: ukazatele k hodnocení z hlediska podpory zdraví. *Medicina sportiva Bohemica et Slovaca*, 106–114.
- Sigmundová, D., Sigmund, E., & Šnoblová, R. (2010). Návrh doporučení k provádění pohybové aktivity pro podporu pohybově aktivního a zdravého životního stylu českých dětí. *Tělesná kultura*, 35(1), 9–27.
- Sillamy, N. (2001). *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas: vybrané kapitoly*. Praha: Karolinum.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Snyder, C. R. (1999). *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Soroková, T. (2006). *Fragmenty psychologie*. Bratislava: Elfa.
- Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada Publishing.
- Stackeová, D. (2004). *Pohybová aktivita a sport v životě mužů a žen*. Univerzita Karlova Praha. Fakulta tělovýchovy a sportu.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Sýkora, J., & Dvořáček, J. (2006). *Člověk v krizi*. Praha: Česká zemědělská Univerzita v Praze.
- Šamánková, M. a kol. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Švancara, J. (2003). *Emoce, motivace, volní procesy*. Brno: Psychologický ústav FFMU v Brně.
- Urbanovská, E. (2012). *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vaďurová, H. (2006). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Valois, F., et al. (2004). Physical Activity Behaviors and Perceived Life Satisfaction Among Public High School Adolescents. *Journal of School Health*. 74 (2), 59–65.

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

Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. V W. Sarris, & kolektiv, *A comparative study of satisfaction with life in europe*. Budapešť: Eötvös University press, 11–48.

Výrost, J., & Slaměník, I. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.

World Health Organization, (2010). *Global recommendations on physical activity For health*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization, (2012). *Global physical activity questionnaire analysis guide*. Geneva: WHO Press.