

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

**SROVNÁNÍ ÚROVNĚ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI A JEJICH
SLOŽEK A ÚROVNĚ POHYBOVÉ AKTIVITY U UNIVERZITNÍCH
STUDENTŮ V ČR A USA**

Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Bc. Kamila Hořejší, rekreologie
Vedoucí práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.
Olomouc 2018

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora:	Bc. Kamila Hořejší
Název diplomové práce:	Srovnání úrovně životní spokojenosti a jejich složek a úrovně pohybové aktivity u univerzitních studentů v ČR a USA
Pracoviště:	Katedra rekreologie
Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.
Rok obhajoby diplomové práce:	2018
Abstrakt:	Diplomová práce se zabývá srovnáním životní úrovně mezi vysokoškolskými studenty v České republice a v USA. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se specializuje na témata související s výzkumem, v praktické části jsem za pomoci dotazníku životní spokojenosti došla k výsledným datům, které jsem pak statistickou metodou zpracovala. Práce se zaměřuje především na hodnocení celkové životní spokojenosti a pohybové aktivity. Velký důraz je kladen i na složky zdraví a vlastní osoby. Získané výsledky jsem porovnála mezi hodnotícími zeměmi s ohledem na kulturní difference. Záměrem studie je analyzovat získaná data a díky výsledkům vyhodnotit životní úroveň současných vysokoškoláků.
Klíčová slova:	zdraví, pohybová aktivita, životní styl, životní spokojenost, studenti vysokých škol

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Bc. Kamila Hořejší

Title of the master thesis: Comparison of the level of life satisfaction and their components and level of physical activity at university students in the Czech Republic and the USA

Department: Department of Rekreology

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

The year of the presentation: 2018

Abstract: The diploma thesis deals with the comparison of living standards among university students in the Czech Republic and the USA. The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part is specialized in research-related topics, in the practical part I have reached the result data with the help of life satisfaction questionnaire, which I then processed by the statistical method. The work focuses primarily on the assessment of overall life satisfaction and physical activity. Great emphasis is also placed on the components of health and their own people. I compared the results obtained between the evaluating countries in terms of cultural differences. The aim of the study is to analyze acquired data and to evaluate the living standards of current university students through the results.

Keywords: health, physical activity, lifestyle, life satisfaction, college students

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

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

V Olomouci dne 18. května 2018

.....

Děkuji PhDr. Dr. Martinu Sigmundovi, Ph.D. za jeho odbornou pomoc, cenné rady a metodické vedení, trpělivost, profesionální přístup a v neposlední řadě i pochopení. Děkuji také své rodině, která mi byla po celou dobu studia oporou.

Obsah

1 Úvod.....	9
2 Přehled poznatků.....	10
2.1 Životní způsob	10
2.2 Definice životního způsobu a stylu.....	10
2.3 Životní styl.....	11
2.3.1 Moderní životní styl.....	12
2.3.2 Aktivní životní styl	13
2.4 Zdraví.....	14
2.4.1 Prevence zdraví.....	15
2.4.2 Determinanty zdraví	15
2.4.3 Lidská výživa	17
2.5 Nemoc	18
2.5.1 Biopsychosociální pojetí nemoci	19
2.5.2 Nemoci související se stresem	20
2.5.3 Kardiovaskulární onemocnění	21
2.6 Pohybová aktivita	24
2.7 Kvalita života.....	28
2.7.1 Sebepojetí.....	28
2.7.2 Životní spokojenost.....	30
2.8 Adolescence	32
2.8.1 Studenti univerzit.....	33
2.9 Kultura	35
2.9.1 Kulturní diference	35
3 Cíle a výzkumné otázky.....	38
3.1 Hlavní cíl.....	38
3.2 Dílčí cíle.....	38

3.3 Výzkumné otázky	38
4 Metodika	39
4.1 Metodika sběru dat.....	39
4.2 Dotazník životní spokojenosti	39
4.3 Statistické zpracování dat	40
4.4 Charakteristika výzkumu	41
4.4.1 Realizace výzkumu	42
4.4.2 Statistické zpracování	42
5 Výsledky	43
6 Diskuze	48
7 Závěry	53
8 Souhrn.....	54
9 Summary.....	55
10 Referenční seznam.....	56

Seznam zkratk:

BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
n	počet
PA	pohybová aktivita (Physical Activity)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotní organizace)
DŽS	Dotazník životní spokojenosti

1 Úvod

V předložené diplomové práci se pokusím co nejlépe a nejefektivněji využít nejen znalosti, ale i dovednosti, které jsem získala šestiletým studiem na fakultě tělesné kultury v oboru rekreologie a šestiměsíční pracovní praxí v USA. Inspirací k výběru tématu byly již předešlé výzkumy, a hlavně i má osoba, neboť sama patřím do této skupiny obyvatel ČR.

Univerzitní studenti reprezentují specifickou skupinu populace. Návyky k pohybovému chování si vytváříme již od raného dětství. Obecně se pohybová aktivita doporučuje na zvyšování psychické i fyzické odolnosti, snižování stresu a uvádí se, že rovněž pomáhá lépe zvládat náročnější životní situace, se kterými se v životě můžeme setkat, a také pomáhá k celkovému zdraví. Je zajímavé zkoumat úroveň životní spokojenosti právě u této skupiny dospívajících, která se potýká s nesnadnými a zásadními vývojovými úkoly.

Výzkumy, které studují kvalitu života lidí, by neměly mít charakter jednorázového šetření, neboť kvalita života se u jednotlivců i skupin mění v čase. Postihnout její proměny je zvláště důležité z pohledu pomáhajících profesí, které se snaží ve spolupráci s klienty kvalitu života zlepšit, anebo ve vážných případech alespoň udržet na přijatelné úrovni (Mareš, 2006).

2 Přehled poznatků

2.1 Životní způsob

Podle autorky Kubátové (2010) je pojem životní způsob považován za obecnější než pojem životní styl. Například podle české socioložky Duffkové je životní způsob systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických charakteristických pro určitý subjekt (jedince či skupinu, eventuálně i společenství či společnost coby konkrétního nositele životního způsobu)“ (Duffková, 2005, 80). Pojem životní styl je konkrétnější. Duffková rozlišuje životní styl jednotlivce a životní styl skupiny.

Životním stylem jednotlivce je možné rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si navzájem odpovídají, jsou ve vzájemném vztahu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný ‚styl‘, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. Životní styl skupiny pak představuje do určité míry vyabstrahované, typické společné rysy životního způsobu, resp. jeho hlavních, určujících momentů, které jsou příznačné pro převážnou většinu členů nějaké skupiny (častěji jde o větší či menší skupiny, jejichž členové se navzájem všichni neznají, ale obecně vzato mají společné něco, co je důležité pro vytváření životního způsobu/stylu – např. profesní skupiny či obecněji skupiny vytvářející se souvislosti s povoláním a přípravou na něj: životní styl lékařů, profesionálních sportovců, vysokoškolských studentů apod.) (Duffková, 2005, 81).

2.2 Definice životního způsobu a stylu

Tyto dva pojmy jsou denně běžně používány, ale málokdo cítí potřebu rozlišovat je na dva různé výrazy. V literatuře se můžeme setkat s mnohými definicemi obou výrazů.

I když bývají oba uvedené pojmy zaměňovány, je nutné mezi nimi vnímat zásadní rozdíl. Životní způsob je termín určitým způsobem nadřazený v tom smyslu, že se týká skupiny, třídy, populace. Má tedy skupinový charakter a může představovat určitou úroveň či dokonce normu, která je pro danou skupinu typická (životní způsob české populace, životní způsob manažerů atd.). Naproti tomu životní styl se týká jednotlivce, je od životního způsobu odvozen, je individualizován. Více či méně se blíží životnímu způsobu skupiny, jejíž je jednatel součástí (Hodaň, 2007, 154).

2.3 Životní styl

Životní styl je nejvýznamnější zdraví podmiňující faktor. Jedno z obecných vymezení životního stylu podle Duffkové, Urbana a Dubského (2008, 51-52): „Životní styl je způsob, jakým lidé žijí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd“. Z tohoto neúplného nástinu namátkou vybraných nejrůznějších momentů životního stylu je zřejmé, že životní styl je kategorií neobyčejně širokou, složitou, mnohodimenzionální a je možné jej vnímat jako problematiku multidisciplinární a zároveň interdisciplinární, kterou nelze v komplexnosti uchopit a studovat z pohledu jen jedné jediné vědy (Duffková, Urban, Dubský, 2008, 52).

Nezdravý životní styl významně přispívá ke vzniku nemoci. Některé lékařské zdroje uvádějí, že je pro lidi přínosnější se věnovat prevenci, a to změnou životního stylu u individuálních jedinců než absolvovat vlastní nákladnou léčbu již vzniklých nemocí. Tento fakt by měli podporovat tvůrčové politiky ve zdravotnictví, aby rozhodli kritérium individuální odpovědnosti za svoje zdraví, uvádí (Feiring, 2008).

Životní styl lze charakterizovat podle způsobu trávení volného času. Také jej lze rozdělit na konzumní nebo pohybově aktivní tedy zdravý životní styl. Zdravý životní styl se vyznačuje přiměřenou pohybovou aktivitou, udržováním dostatečného příjmu tekutin, zdravým stravováním, neuzíváním návykových látek např. drog, alkoholu, cigaret. Naopak konzumní životní styl, který díky celospolečenské změně je dnes hojně využívaný, je spojován se sedavým způsob života, s konzumováním nezdravým výrobků, pití alkoholu, nesprávným stravováním či nadbytečným energetickým příjmem (Sigmund & Sigmundová, 2011).

Životní styl je determinanta zdraví, která naše zdraví nejvíce ovlivňuje. Nesprávný životní styl má tedy s největší pravděpodobností veliký vliv na vznik různých chorob, například tzv. civilizačních onemocnění, kterými jsou lidé v současnosti postiženi, a na která se nejčastěji v dnešní době umírá. Zdravý životní styl je tedy základem našeho dobrého zdraví. ŽS může ovlivnit i genetické dispozice k určitým onemocněním či určité slabší stránky našeho těla. Pokud jsou nám známa nějaká zdravotní omezení, musíme tomu životní styl přizpůsobit. Znamená to v praxi, že přestože máme sklon k nějakému onemocnění, toto onemocnění se nikdy nemusí rozvinout, pokud vedeme zdravý životní styl, a naopak, pokud vedeme špatný životní styl, vznik tohoto onemocnění jen podpoříme (Kastnerová, 2011).

Každý z nás má svůj jedinečný životní styl, který zásadní měrou ovlivňuje náš zdravotní stav. Způsob života se na něm podílí z 50-60 %, životní prostředí asi z 10 %, úroveň zdravotní péče zhruba z 20 %. Rozhodujeme se sami za sebe, jak tento životní styl bude vypadat, a stejně tak jsme to my, kdo nese následky našich rozhodnutí.

Životní styl je ovlivňován množstvím faktorů. Jsou to například pohybová aktivita, výživa a pitný režim, pracovní režim, regenerace a volný čas, vliv okolního prostředí, sociální vztahy, úroveň lékařské péče a jiné. Tyto faktory utváří životní styl a dle jejich jednotlivé úrovně je pak životní styl kvalitní (Kebza, 1998).

2.3.1 Moderní životní styl

Společnost se stala tzv. konzumní, tudíž společností projevující se chováním, které vede ke spotřebě nad rámec nutnosti uspokojit základní lidské potřeby. Vždy za jistým účelem. I trávení volného času je povětšinou vyplněno aktivitami sedavého typu (Machová, et al., 2009). Proto je třeba dbát na optimalizaci životního stylu, který souvisí s optimalizací pohybového režimu. Jak již bylo zmíněno, tak pohybová aktivita má velký vliv na zdraví jedince. Proto vhodný pohybový režim či jeho optimalizací můžeme dosáhnout efektivních výsledků. Autoři Hodaň & Dohnal (2005, 90) popisují optimalizaci následovně: „pojem optimalizace pohybového režimu znamená záměrné zařazování takových pohybových činností (intervence), které jej účelně mění tak, aby jeho dopad na člověka byl pozitivní“, zároveň dodávají „ke změně životního stylu může dojít jakýmkoliv zásahem – změnou časové struktury, změnou obsahu určité oblasti, změnou stravovacích návyků, délkou spánku atd.“. Hlavním znakem je, že optimalizace je individuální, kdy by se mělo především dbát na subjektivní a objektivní potřeby jedince (Hodaň & Dohnal, 2005).

Dynamický životní styl populace na prahu třetího tisíciletí, vliv společenského prostředí a masové kultury, zlepšování socioekonomických podmínek, nové možnosti vzdělávání a rozvoj informačních technologií přispívají k faktu, že si lidé více uvědomují důležitost volného času i nové možnosti jeho využití (Charvát & Sekot, 2002). Poptávka po nových volnočasových programech vede ke stále se zlepšující nabídce těchto služeb, a to nejen ze strany lokálních a regionálních koncepcí neziskových organizací, ale zejména z komerční sféry. Obrovský boom ovlivnil sféru rekreačních aktivit, zaměřenou zejména na nejrůznější typy pohybových programů, aktivit a služeb (Hodaň & Dohnal, 2005). Vývoj současných volnočasových programů směřuje podle Hodaň a Dohnala (2005) k neorganizovanosti, prožitkovosti, individualismu, netradičnosti, trendovosti a k přírodě.

2.3.2 Aktivní životní styl

Aktivní životní styl je dnes spíše chápán jako zdravý životní styl, ve kterém hraje velkou roli pohybová aktivita. Je to forma bytí, interakce mezi jedincem a okolím. Pokud aktivní životní styl chápeme jako složku životního stylu, pak je to takový životní styl, který se vyznačuje přiměřenou, pravidelnou pohybovou aktivitou, která není zaměřena jen na biologickou složku, ale také na bio-psycho-sociální složku existence fungování lidského organismu. Důraz je kladen především na rovnováhu mezi duševním a fyzickým zdravím. Aktivní životní styl se vyznačuje také zdravou stravou, dodržováním pitného režimu, vyhýbání se návykovým látkám, přiměřeným sledováním TV a užíváním informačních technologií. Pravidelné provádění pohybové aktivity s sebou nese hned několik výhod. Nejen, že dává životu smysl, ale zlepšuje celkovou kvalitu života, a navíc tím i snižuje pozdější náklady na lékařskou pomoc.

Mezi všeobecné přínosy můžeme řadit:

- Zlepšení držení těla, udržení „svalového korzetu“ prevence degenerativního postižení vaziva a kloubů.
- Zvýšení kardio-respirační kondice, zlepšení svalové síly, vytrvalosti.
- Snížení krevního tlaku.
- Zvýšení počtu červených krvinek, zlepšení anemie.
- Snížení inzulínové resistance, snížení a vylepšení lipidového spektra.
- Zlepšení obranyschopnosti proti infekcím.
- Prevence úbytku svalové hmoty a úbytku kostní hmoty ve vyšším věku.
- Zlepšení držení těla, udržení „svalového korzetu“ prevence degenerativního postižení vaziva a kloubů.
- Prevence pádů a významné zlepšení soběstačnosti ve vyšším věku.
- Zlepšení nálady a sebedůvěry, zlepšení psychické výkonnosti i odolnosti, zlepšené zvládání společenských rolí.

Mezi další přínosy můžeme řadit:

- Radostnější a aktivnější využívání volného času.
- Méně depresí, hypochondrických těžkostí a stavů úzkosti.
- Lepší trávení.
- Klidnější, intenzivní spánek.

- Zlepšení vzhledu.
- Zapříčinění přirozené únavy a uklidnění.

Aktivní životní styl si každý z nás formuje sám, moderní technologie a celkový technologický pokrok rozhodně nepomáhá k aktivnímu přístupu v životním stylu. Česká republika patří do skupiny států, které jsou rozvinuté a kde je vysoká životní úroveň občanů, což má za následek bohužel sníženou pohybovou aktivitu občanů, tvrdí (Slepičková, 2001).

2.4 Zdraví

Moderní pojetí zdraví chápe Mlčák (2011) jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody. Toto pojetí zdraví, které vychází z definice Světové zdravotnické organizace (WHO), koncipuje zdraví jako složitě provázaný komplex biologických, psychických a sociálních aspektů. Úplné zdraví se pojí s pozitivním psychickým a tělesným stavem člověka, který kladně souvisí i s jeho uspokojivým sociálním fungováním, jež umožňuje člověku žít, pracovat a milovat. Nemoc v tomto pojetí představuje nesoulad mezi aspekty psychického a tělesného stavu člověka a úrovní jeho inteligence v obklopující síti sociálních vztahů.

Subjektivní chápání zdraví se u člověka přirozeně mění v průběhu života, a to v závislosti na jeho pohlaví, věku a vzdělání. Ukazuje se, že u mladších mužů je rozhodujícím faktorem zdraví hlavně fyzická zdatnost, zatímco u mladších žen je rozhodujícím atributem spíše zdatnost psychická. V mladším věku je zdraví dáváno spíše do spojitosti s energií a vysoce aktuální výkonností, zatímco ve středním věku převládá pojetí zdraví ve smyslu biopsychosociální pohody. V pozdním věku člověka nabývá chápání zdraví jako primární životní hodnoty. U osob s nižším vzděláním převládá pojetí zdraví ve smyslu nepřítomnosti somatické nemoci, u osob s vyšším vzděláním bývají oceňovány i psychické a sociální aspekty zdraví (Mlčák, 2011).

Blahutková, Řehulka, & Dvořáková (2005) uvádí, že definovat zdraví se musí vždy z několika hledisek, protože všichni jsme individuální a všichni chápeme zdraví zcela odlišně. Přesto v řadě faktorů můžeme vidět jisté společné prvky:

- Zdraví je prostředkem k naplňování životních cílů.
- Zdraví je dynamický prvek, který se pohybuje v obou směrech (póly kladné – zdraví, i záporné – nemoc).

- Fungování lidského těla s naplňováním psychických, sociálních i duchovních hodnot.
- Zdraví jako komunitní, ekologická a politická podmíněnost.
- Společenské zdraví.
- Vztah mezi zdravím a kvalitou života.

Vědci Beaudoin, Mathias & Fraser (2004) z Kanady zkoumali ve studii zaměřené na studenty středních škol, zdali se cítí ve svých tělech fit a plní zdraví. Celkem se studie zúčastnilo 86 studentů škol v kanadské Ottawě, z toho 53 dívek a 33 chlapců. Studenti byli zkoumáni ve tříletém cyklu, kdy vědci chtěli zjistit, co pro ně znamená být zdravý a cítit se fit. Po zodpovězení pár otázek v různých obměnách zjistili, že adolescenti si uvědomují obecně uváděné determinanty fyzické kondice, jako je flexibilita, síla a vytrvalost. Ale kromě těchto principů se zdá, že studenti věří, že životní styl a jejich chování může určit jejich úroveň zdraví. Díky výzkumu si také objasnili důležitost spánku a stravovacích návyků. Dále také zjistili, jak aktivní životní styl přispívá k lepší úrovni zdraví (tj. chůze do a ze školy).

2.4.1 Prevence zdraví

Prevence je činnost, podle Čeledové a Čevely (2010), která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a k prodloužení aktivní délky života. Prevenci zaměřujeme buď na jedince, nebo na celou společnost.

Rozlišujeme tři základní typy prevence:

- **Primární prevence** je určena k ochraně a posílení zdraví s cílem zabránit vzniku nemocí (preventivním lékařstvím, ochranou veřejného zdraví, výchovou ke zdraví).
- **Sekundární prevence** umožní časná diagnostika nemoci a její účinná léčba.
- **Terciální prevencí** rozumíme prevenci následků nemocí a handicapů, s cílem co nejvíce omezit následky nemocí a co nejdéle udržet kvalitu života (Machová et al., 2009).

2.4.2 Determinanty zdraví

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

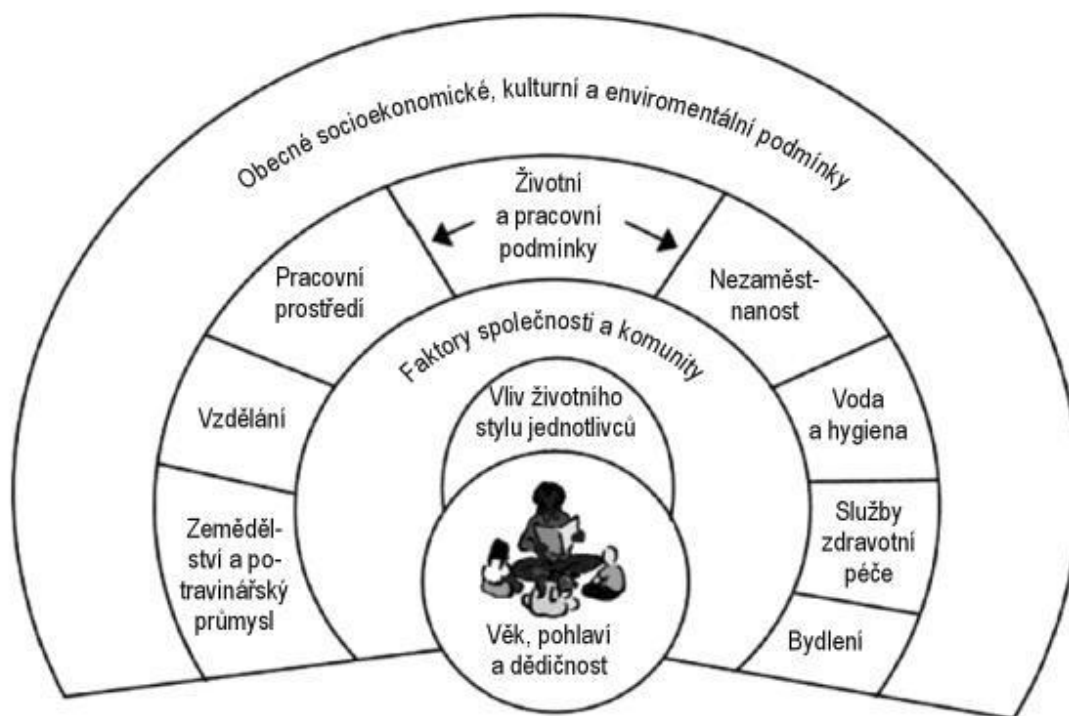
(Nutbeam, 1998). Zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince, stejně jako individuální charakteristiky a chování. Determinanty zdraví jsou propojeny komplexem velmi složitých vzájemných vztahů.

Základní skupiny determinant zdraví:

- Životní styl (způsob života) – např. životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, stres, kouření, způsob stravování, osobní hygiena, sexuální chování.
- Životní a pracovní prostředí (ovzduší, voda, hluk, bydlení, služby, doprava, předměty běžného užívání).
- Péče o zdraví a zdravotnictví (zdravotní politika, úroveň zdravotnictví, dostupnost zdravotní péče, rozvoj medicíny a lékařské techniky).
- Biologický a genetický základ (vrozené vady, rozdíly ve zdraví žen a mužů, úroveň intelektových schopností).

Kvalifikace vlivu takto definovaných determinant na zdraví:

- Faktory životního prostředí ovlivňují zdraví z cca 15–20 %.
- Genetické faktory z cca 10–15 %.
- Skupina faktorů životního stylu celými 50 %.
- Efektivita, kvalita a dostupnost zdravotní péče ovlivňuje zdraví z cca 10–15 % (Barták, 2010).



Obrázek 1. Hlavní determinanty zdraví populace (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Z 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. vzdělání, bydlení, pracovní prostředí, nezaměstnanost, zdravotnické služby a další determinanty, kterým jsou nadřazeny obecné společensko-ekonomické podmínky a charakteristiky životního prostředí. Zdravý životní styl člověka je nejlépe ovlivnitelný pro jedince.

2.4.3 Lidská výživa

Pod pojmem lidská výživa rozumíme zajištění živin potřebných pro udržení:

- Životní aktivity (plná výkonnost všech životních a pracovních funkcí).
- Zdraví (výživa by měla sloužit minimálně k udržení stávajícího zdravotního stavu, lépe k podpoře zdraví).
- Růstu (týká se dětí a mladistvých, u dospělých přichází v úvahu jen soustavná obměna tkání, regenerace po těžkých operacích nebo případný nárůst svalové hmoty).
- Rozmnožování (růst plodu v těle matky a výživa při kojení, spermatogeneze).

Při zkoumání lidské výživy a podmínek k jejímu naplnění musíme sledovat několik aspektů:

- Fyziologické (materiální potřeby organismu, v nichž se člověk v zásadě neliší od ostatních tvorů).
- Psychosociální a filozofické (vlastní pro člověka a lidskou společnost).

Výživová hodnota tedy sestává nejen z hodnoty fyziologické (obsahu živin a dalších složek potravy), ale má i hodnotu psychickou a sociální (Pánek, 2002).

Správné stravování má na zdraví člověka obrovský význam. Je důležité vybírat si hlavní jídla a přesnídávky, které působí na náš organismus příznivě, např. přírodní produkty bez obsahu chemických přísad. Čerstvé ovoce (nejlépe sezonní), zelenina a saláty si zachovávají svůj obsah živin – jsou takzvanými živými potravinami. Plánování jídelníčku by mělo zohlednit hledisko energetické, zahrnovat dostatek živin, a to jak makroživin, tak i mikroživin včetně dostatečného přívodu vody, vitaminů, minerálů a vlákniny, stejně jako esenciálních bílkovin a nenasycených mastných kyselin. Dále by měl být zahrnut do plánování tzv. *glykemický index*, který je dnes považován za velmi důležitý faktor rozvoje obezity (Astl, Astlová, & Marková, 2009).

2.5 Nemoc

Podle Mlčáka (2011) je nemoc přirozenou, i když obecně nežádoucí součástí lidského života. Vyřazuje člověka z běžného života, přináší jeho zásadní změny, je zdrojem utrpení, bolesti, strachu či úzkosti. Klade zvýšené nároky na adaptabilitu člověka a mobilizuje jeho tělesné a psychické síly. V neposlední řadě je nemoc také výzvou k zamyšlení se nad hodnotou zdraví, kvalitou a smyslem lidského života.

Fořt (2005) uvádí, že existuje řada faktorů, které negativním způsobem ovlivňují zdraví člověka a lidské populace. Tyto faktory mají vysoký podíl na vzniku a šíření civilizačních chorob. Výskyt těchto chorob je celosvětový, avšak různé oblasti mají svá různá specifika. V Česku jsou např. v poslední době rozšířené alergie, obezita, diabetes mellitus, nádorová onemocnění, onemocnění srdce a cév, poruchy činnosti žláz s vnitřní sekrecí, vysoký krevní tlak, vyšší hladiny krevních tuků v krvi, metabolický syndrom, onemocnění kloubního systému, nemoci zažívacího traktu, nemoci žlučníku, jaterní poškození, nemoci ledvin, psychosociální problémy a jiné. Tyto problémy se vyskytují i v

ostatních vyspělých státech Evropy. Důležitým faktorem při řešení většiny civilizačních chorob je prevence a základním prostředkem prevence vzniku civilizačních chorob je správný životní styl. V současné době není u nás systém prevence v dostatečném množství a odpovídající kvalitě zaveden. Je proto vhodné, aby se každý o svoje zdraví ve vhodné míře staral sám – aktivním způsobem života, správnou výživou, pravidelnou relaxací.

Prevalence obezity v evropských zemích se od roku 1980 ztrojnásobila a počty postižených nadále rostou alarmujícím tempem, a to zejména u dětí. Obezita je zodpovědná za 10–13 % všech úmrtí v regionu a na zdravotní péči související s léčením obezity je použito 2–8 % nákladů (WHO, 2017).

Podle odhadů Celosvětové zdravotnické organizace za rok 2008 mělo v evropském regionu více než 50 % mužů a žen nadváhu, z toho asi 23 % žen a 20 % mužů trpělo obezitou. Podle posledních odhadů v zemích Evropské unie postihuje nadváha 30–70 %, obezita 10–30 % dospělých (WHO, 2017).

V roce 2013 je každý třetí Američan obézní a totéž platí i pro děti. Obezita u dospívajících vzrostla od 80. let trojnásobně. A malým zázrakem je skutečnost, že Americká lékařská asociace začala nedávno oficiálně klasifikovat obezitu jako nemoc. Obezita a s ní spojená onemocnění jsou skuteční zabijáci. Naše generace je svědkem zásadní změny ve způsobu, jakým lidstvo na této planetě žije: poprvé v dějinách umírá více lidí na nemoci spojené s nadbytkem spíše než s nedostatkem stravy, uvádí ve své knize (Diaz & Bark, 2014). Kvalita a množství západní stravy, které konzumujeme, způsobuje, že se doslova projídáme k smrti.

2.5.1 Biopsychosociální pojetí nemoci

Pojem nemoci prošel dlouhým vývojem a někteří autoři jej dnes odlišují od pojmu choroba. Podle nich choroba představuje abstraktní soubor příznaků, kterých je zapotřebí ke stanovení diagnózy, zatímco nemoc je souborem příznaků (symptomů) projevujících se u daného konkrétního člověka.

Každá nemoc probíhá v určitých makrosociálních podmínkách – např. socioekonomická úroveň společnosti, v jistých mezosociálních podmínkách – např. kvalita zdravotnického systému, dále i ve specifických mikrosociálních podmínkách – např. kvalita interakce a komunikace lékaře s pacientem a jeho rodinou apod. Mlčák (2011) dělí pojetí nemoci na:

- Biologické pojetí nemoci se vyvinulo během minulého století, kdy byly objeveny mikroorganismy jako příčiny infekčních onemocnění. Člověk byl chápán jako velmi komplikovaný biologický systém, při jehož poruše je třeba opravit či odstranit vadný subsystém. Tento biologický systém byl rozdělen na rozhodující tělo, které vědeckými metodami zkoumala medicína. Příčiny nemoci byly hledány uvnitř organismu a pacient na vzniku nemoci nenesl žádnou vinu. Tento model zjednodušeně počítal s tím, že nemoc a zdraví jsou jasně definovanými stavy a evidentně silně podceňoval psychické a sociální vlivy.
- Psychoanalytické pojetí nemoci bylo vypracováno v prvních desetiletích dvacátého století a postupně se upevňovalo s rozvojem hlubinné psychologie. Sloužilo především pro pochopení neurotických a psychosomatických onemocnění. V tomto pojetí diagnóza nemoci nemá valný význam, protože každá porucha je pojmána jako originální jev. Duševní nemoc má svůj původ v raném dětství a je pacientem v jeho životě postupně vypěstována.
- Sociologické pojetí nemoci, které vznikalo zhruba od poloviny dvacátého století, vychází z předpokladu, že nemoc je sociální jev, jenž určuje chování jedince ve společnosti a současně vyvolává společenskou odezvu. Toto pojetí nepopírá biologické příčiny nemoci, ale zdůrazňuje, že vždy jde současně i o jev sociální, neboť nemoc představuje pro člověka vždy přidělení určité značky či etikety (např. psychopat apod.) Takový člověk má pak přidělenou roli nemocného a je zproštěn řady povinností (Mlčák, 2011).

2.5.2 Nemoci související se stresem

Somatické nemoci, v jejichž etiopatogenezi se uplatňují psychosociální faktory zahrnující působení stresových situací a nevhodného životního stylu, jsou někdy uváděny jako psychosomatické poruchy. Patří k nim široká škála kardiovaskulárních, onkologických, respiračních, gastroenterologických, endokrinologických, neurologických a dalších onemocnění (Mlčák, 2011).

2.5.3 Kardiovaskulární onemocnění

Tento druh onemocnění představuje v současnosti více než polovinu úmrtí z celkového počtu, které navíc postihují osoby v produktivním věku. K nejčastějším z nich řadíme esenciální hypertenzi a koronární sklerózu.

- **Esenciální hypertenze** je onemocněním, při kterém jsou hodnoty krevního tlaku pacienta dlouhodobě zvýšeny nad normální fyziologické parametry (tj. 90mmHg diastolického tlaku a 140mmHg systolického tlaku). Onemocnění probíhá ve třech stádiích: v prvním stádiu je přítomen pouze vyšší tlak bez poškození jiných orgánů, ve druhém stádiu dochází k hypertrofii levé srdeční komory, ke změnám na očním pozadí a v moči pacienta se objevují bílkoviny. Ve třetím stádiu tohoto onemocnění se objevují závažné poruchy orgánů (srdeční selhávání, změny na sítnici, postižení mozkových cév a narušení činnosti ledvin). Esenciální hypertenze představuje rizikový faktor pro vznik infarktu myokardu i pro cévní mozkové příhody. Významnou roli zde hraje dědičnost, obezita, klasické a metabolické aspekty, pravidelná konzumace vyšších dávek alkoholu.
- **Koronární skleróza**, také označována jako ateroskleróza představuje onemocnění tepen, které se ukládáním ložisek tuků a vytvářením kalcifikovaných plátů postupně uzavírají, čímž se zhoršuje prokrvení a tím i výživa zásobovaných tkání. Aterosklerotický proces na srdci způsobuje jednak chronické formy ischemické choroby srdeční, tj. anginu pectoris a srdeční nedostačivost, infarkt myokardu, jehož podstatou je odumření části srdeční svaloviny. Ateroskleróza je označení pro kornatění tepen, díky vysokému krevnímu tlaku, který je na ně vyvíjen jsou tepny dlouhodobě poškozovány a degenerovány. Tím je povrch vnitřní stěny tepny narušen, na této zdrsňené stěně se snadno zachytávají aterogenní látky (zejména lipidy), které jsou přenášeny krví. Poté dojde k jejich zúžení a uzávěru tepny takzvaným aterosklerotickým plátem, tím se přeruší přívod krve do zásobované části těla. Můžou nastat komplikace v podobě ischemické choroby srdeční (ICHS), cévní mozkové příhody (CMP) nebo ischemické choroby dolní končetin (ICHDK). Tato choroba není pouze stinnou stránkou moderní doby, ale pronásleduje lidstvo už po tisíciletí (Kastnerová, 2011).

2.5.4 Onkologická onemocnění

Nádorová onemocnění patří taktéž k častým civilizačním chorobám. Z hlediska úmrtnosti následují hned po kardiovaskulárních onemocněních. Nádorové bujení představuje exces tkáňového růstu, který je nedostatečně regulovaný, a který se vymyká principu zachování integrity organismu. Rozlišujeme dva druhy nádorů, maligní neboli zhoubný a benigní, nezhoubný. Maligní nádory svým růstem mohou ničit okolní tkáň a krevními či mízními cestami se šířit do dalších, i vzdálených částí těla. Tam vytvářejí nové nádory, které poškozují další tkáň. Nejčastěji nádory metastázuji do plic, jater, kostí či mozku. Maligní nádory zpravidla rostou rychleji než nádory benigní. V případě benigního nádoru se jedná o nekontrolovaný růst tkáň. Tento růst je však ohraničený a nádor se nemůže šířit do jiných částí těla (metastázovat). Většina benigních nádorů člověka výrazně neohrožuje, záleží však na místě, kde se nacházejí (Mlčák, 2011).

V etiopatogenezi nádorových onemocnění, která je velmi složitá a má multifaktoriální povahu, hrají roli synergicky působící faktory dědičnosti, spolu s rizikovými vlivy nepříznivého životního stylu, které se vztahují zejména ke kouření a k nezdravé dietě. Kouření nepříznivě ovlivňuje 85 % nádorového onemocnění plic a představuje rizikový faktor i u nádorů prsu žen. K nejvýznamnějším negativním rizikovým faktorům onkologických onemocnění patří také zvýšený konzum alkoholu, nadměrné opalování, promiskuitní sexuální chování, a hlavně nedostatek pohybové aktivity. Dále může vznik nádorového onemocnění podporovat existence těžkých životních situací (např. ztráta blízkého člověka). Každý jedinec má ve své genetické výbavě od svých předků určitou kombinaci genů, které jedince k chorobě predisponují a vlivem zevních faktorů se pak buď projeví nebo ne. Vždy musí být nějaký spouštěcí mechanismus, který toto onemocnění vyvolá. Velmi důležité je včasná a správná diagnóza a následná léčba či terapie (Mlčák, 2011).

2.5.5 Další onemocnění související se stresem

Z dalších častých onemocnění, v jejichž etiopatogenezi má významnou úlohu působení stresových událostí a jiných psychosociálních činitelů, je možné připomenout např. diabetes mellitus, psoriázu, bronchiální astma a peptický gastroduodenální vřed.

- Diabetes mellitus (cukrovka) je stav charakterizovaný absolutním nebo relativním nedostatkem inzulínu, který vede k poruše látkové přeměny cukrů, tuků, bílkovin, minerálů a vody v organismu. Také veřejností označována

jako nemoc z blahobytu. V minulých dobách se onemocnění nazývalo úplavice cukrová, v dnešní době užíváme zkrácený český název a to cukrovka (Vokurka & Hugo, 1998). Podle Mlčáka (2011) cukrovka představuje relativně často se vyskytující onemocnění, jehož podstata spočívá v trvalé poruše sacharidového metabolismu člověka. Rozlišuje se diabetes mellitus 1. typu tzv. inzulinodependentní a 2. typu noninzulinodependentní. V obou případech diabetu hraje významnou etiopatogenetickou roli dědičnost, obezita, snížená fyzická aktivita, nevhodný životní styl a působení psychosociálního stresu. Nemocní často vykazují tendenci k úzkostnému a depresivnímu prožívání. Češka (2010) uvádí, že Diabetes mellitus neboli cukrovka je metabolické onemocnění. Základní projev diabetu, ať I. nebo II. typu je porucha metabolismu cukrů a tuků, které ústí v hyperglykémii – zvýšenou hladinu krevního cukru. Diabetes mellitus je jedno z nejčastějších chronických onemocnění, které bez adekvátní léčby a prevence vede k řadě možných komplikací, a při dlouhodobém průběhu vede k poškození životně důležitých orgánů.

- Bronchiální astma je onemocnění, které se projevuje různě závažnými záchvaty dušnosti, jež probíhají na alergickém podkladě nebo na základě změněné reaktivity vegetativní nervové soustavy. Příčiny tohoto onemocnění nejsou zatím zcela známy, významnou roli má spoluúčast psychosociálních faktorů jako jsou emoční vlivy. Dynamické psychologické směry zdůrazňují zejména roli intrapsychického konfliktu pacienta vycházejícího ze závislosti na matce a strachu z jejího odmítnutí tvrdí (Mlčák, 2011).
- Peptický gastroduodenální vřed je onemocnění, které se projevuje různě hlubokými slizničními lézemi v oblasti žaludku či dvanáctníku. Za hlavního činitele se považuje dědičnost a psychosociální faktory. Základním problémem těchto nemocných jsou stresové situace, jejichž podstatou je zvýšená, většinou neuvědomovaná potřeba závislosti. V sociálních vztazích se tato potřeba jeví jako tendence získat souhlas, ochranu, vstřícnost určité osoby či konkrétního sociálního prostředí. Konflikt vzniká, jestliže se takové osoby mají samostatně rozhodovat nebo při hrozící či skutečné ztrátě osoby či sociálního prostředí, na něž jsou závislé (Mlčák, 2011).

2.6 Pohybová aktivita

Pravidelná pohybová aktivita výrazným způsobem přispívá ke kvalitě života, a to v oblasti tělesné i psychické. Vliv pohybové aktivity na lidské zdraví je jedním z nejdůležitějších témat z poslední doby nejen v oblasti sportu a lékařských věd, ale začíná být také univerzální sociální problém ve vyspělých zemích. Život dnešní generace může být charakterizován jako hypokinetický. To znamená, že je nedostatek pohybu a nastává převažující sedavý způsob života, pasivní a spotřebitelské využití volného času a snížení těžké práce. Dnešní doba žití přináší změny v životním stylu především u mladé generace, díky které zažívají úspěchy moderní technologie. Lidé tak provádějí pohybové aktivity v nižším měřítku než dříve jejich rodiče. To se projevuje snížením úrovně fyzické kondice, což vede ke zvýšení tzv. civilizačních onemocnění, u dětí je to především spojeno s nadváhou a obezitou. Lze konstatovat, že nedostatek pohybové aktivity negativně ovlivňuje nejen zdraví, ale i funkční a psychologickou zdatnost člověka. V současné době se stále častěji objevuje potřeba zdravotní péče (Jaromír, Pavel, Peter, & Lubica, 2017).

Život ve 21. století je ovlivněn trendem, který byl nastartován již v 18. století. Jedná se o úplně nové porozumění pohybové aktivity. Tento trend sem přinesla velká průmyslová revoluce, která se stala příčinou toho, že lidé přestali provozovat pro ně přirozenou pohybovou aktivitu a začali ji nahrazovat aktivitou uměle vytvořenou, která je nezbytná pro správný rozvoj lidské osobnosti. Pohyb, který existuje i v civilizovaném světě není spontánní, ale zformovaný. Převládá zde pohyb mechanický, zautomatizovaný. Ten umožňuje lepší výkonnost, abychom rychleji špli k pokroku uvádí (Martínková, 2012).

Pohybová aktivita reprezentuje jednu ze základních složek lidského života, která se podílí na všech složkách moderní společnosti a neodmyslitelně patří ke zdraví a ke kvalitnímu životu. Lidské tělo je k pohybu přizpůsobeno a udržuje organismus v dobrém zdravotním stavu, tělesné i duševní kondici. Pohybová aktivita má nezastupitelnou úlohu, a to jak v prevenci, tak i v léčbě řady civilizačních onemocnění. V posledních sto letech ovšem došlo k celkovému snížení objemu i intenzity pohybové aktivity a zvýšení sedavého způsobu života (Měkota & Cuberek, 2007).

WHO (2017) definuje pohybovou aktivitu jako „...jakoukoli aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“.

Keating, Ayers, Jingwen, Jianmin, Castro-Piñero, & Yong (2013) v americké studii zkoumali vzory tělesné aktivity studentů vysokých škol a jejich vztah k vnímání zdraví a indexu tělesné hmotnosti – BMI. Účastníci (n = 906) byli studenti středozápadní univerzity. Rozdíly PA v BMI a vnímané celkové zdraví byly zkoumány společností MANOVA. Pro

testování prediktorů pro PA bylo provedeno několik regresí. Výsledky společností MANOVA ukázaly, že studenti, kteří vnímali své zdraví jako "vynikající", měli mnohem více PA než ti, kteří vnímali své zdraví jako "dobrý" anebo "spokojený". Významnými prediktory pro PA byly: sportovní účast, vnímané obecné zdraví, romantické vztahy a etnicita. BMI však nebyl významným prediktorem.

Marková (2012) vnímá PA jako nezbytnou součást života lidí všech věkových kategorií. Autorka uvádí pozitiva, která s sebou PA přináší:

- Udržování silných a výkonných svalů, které drží kosterní skelet ve správném postavení.
- Udržování zdravých kostí.
- Správná činnost dýchací a srdečně cévní soustavy.
- Harmonizace psychického stavu.
- Udržování optimální tělesné hmotnosti.

Měkota a Cuberek (2007) uvádí čtyři charakteristické rysy, jimiž se lidská pohybová aktivita vyznačuje a odlišuje od zvířecí pohybové aktivity. Charakteristikou lidské pohybové aktivity je její podloženost inteligencí, tedy to, že lidé dokáží propojovat své pohybové projevy se sofistikovaným plánem a mentální imaginací a jsou schopni vytvářet a realizovat aktivity značně složité. Také dokáží svým pohybovým projevem vyjádřit hluboké a komplexní pocity, morální a estetické cítění. Lidská pohybová aktivita je velmi flexibilní, adaptabilní a lidské tělo umožňuje jedinečné kombinace a přizpůsobování pohybů. Člověk je schopen využívat pohybovou aktivitu při vědomém posilování zdraví, zdokonalovat a zvyšovat svoji hybnost a výkonnost prostřednictvím plánovaného cvičení a tréninku.

Pro zachování dobrého zdravotního stavu se doporučuje aerobní PA s frekvencí 3-5 x za týden, což je dle autora Stejskala ideálně ob den. Takto rozvržená aktivita přináší pro organismus největší účinky a nejlepší výsledky. Při tomto rozvržení aktivit má lidské tělo čas na regeneraci, opětovné získání energie a sil a zároveň se snižuje riziko zranění (Stejskal, 2004).

Podle Kučery (1999, 93) se s pohybovou aktivitou „...setkáváme prakticky při všech činnostech, nejen u zdravých jedinců, ale i u oslabených a nemocných“.

„Participací na pohybové aktivitě dochází k rozvoji týmové spolupráce, osvojování různých sociálních rolí, rozvoji etického a sociálního vědomí a smyslu pro odpovědnost v

sociálních vztazích, a to zejména u dětí“ (Rada Evropy, 1996) (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009, 38).

Jako motivační činitele pro pohybovou aktivitu ve volném čase Sekot (2004) uvádí prožitek, jenž je umocňován postupným rozvojem pohybových dovedností a také pocit subjektivního úspěchu. Dále mezi motivační činitele patří hodnota zdraví, a to již v době univerzitního studia, kdy se objevuje sílící důraz na zdravotní aspekty pohybových aktivit. Nicméně přestože je sport výrazně verbálně preferován, jeho praktické provozování ve skutečnosti stále více klesá, což může být jistými více či méně reálnými překážkami. Tyto překážky mohou být ekonomického charakteru, může se jednat o přesvědčení o nedostatku fyzických předpokladů nebo o nedostatku času.

Šimonek (2000) uvádí, že cílem každé rekreační pohybové aktivity je zvýšit individuální zdraví a prodloužit aktivní život. Rozhodujícími obdobími pro výkon pohybových aktivit jsou dětství a dospívající věk pro život každého jedince. V tomto období se tvoří základ po celý život pro pohybovou aktivitu, pozitivní vztah k ní a jejich pevnou integraci do aktivního stylu života, odpovídajících postojů a motivací jednat. Pohybová aktivita by měla být stabilní součástí zdravého životního stylu každé lidské bytosti. Sport pomáhá zlepšit život, dělat ho šťastnější, úspěšnější a vyváženější. Udržovat sám sebe ve zdravé fyzické výkonnosti je velmi důležitý a náročný úkol, který by měl patřit mezi hlavní úkoly každého jedince. Vyžaduje sebeovládání, silnou vůli a systematickou a trvalou snahu. Významnou roli hrají převážně tři faktory:

- Každodenní intenzivní duševní činnost (udržuje CNC tonus).
- Zájmové činnosti (zahradničení, sběr ovoce a léčivých rostlin apod.).
- Realizování pohybové a sportovní aktivity uvádí (Šimonek, 2000).

Vědci Jaromír, Pavel, Peter, & Lubica (2017) se zabývali na Slovensku obecnou úrovní pohybové aktivity vysokoškoláků. Autoři hodnotili celkovou úroveň fyzické kondice u 606 (344 chlapců a 262 dívek) slovenských studentů vysokých škol. Tělesná způsobilost byla hodnocena pomocí testové baterie Eurofit. K dispozici měli studenty z 8 různých fakult. Výsledky ukázaly, že studenti z fakulty sportu dosáhli vyšší úrovně obecné výkonnosti než studenti z jiných fakult. Jako výsledek vědci uvádí, že povinné tělesné vzdělání na vysokých školách nemá významně pozitivní vliv na fyzickou kondici. Rozhodující roli uvádí, že při zvýšení úrovně fyzické výkonnosti mají formy pohybové aktivity ve volném čase.

Abychom dokázali objektivně zhodnotit, jaká pohybová aktivita je pro člověka nejvhodnější, měla by se před stanovením jejího obsahu soustředit pozornost i na druh pracovního zatížení konkrétního člověka. Je nutné dodat, že zvyšování zapojení lidí do sportovních aktivit ve volném čase je hodně závislé na jejich motivech a motivaci ke sportu tvrdí (Labudová & Ramacsay, 2000).

Blahutová (2005) tvrdí, že pravidelná pohybová aktivita udržuje kondici, zdraví, psychickou stabilitu a přináší pocity uspokojení. Díky adaptačním mechanismům na pohybovou aktivitu dochází k celé řadě změn, a to k morfologickým, somatickým, funkčním a psychickým. Dochází také ke zvyšování motorické výkonnosti, zlepšování pohybových dovedností, zvyšování tělesné zdatnosti a k upevňování zdraví.

2.6.1 Zdravotní benefity pohybové aktivity

Pravidelná pohybová aktivita zůstává důležitým chováním pro podporu zdraví, odkládání nebo prevenci převládajících muskuloskeletálních poruch, jako je mechanická bolest zad, bolesti krku a ramen a snížení rizika vzniku koronárních onemocnění srdce, hypertenze, cukrovky, osteoporózy, obezity a rakoviny tlustého střeva uvádí (Arriaza Jones, Ainsworth, Croft, Macera, Lloyd, & Yusuf, 1998).

Dobry a Hendl (2011) uvádí, že pohybová aktivita má za následek zdravotní prospěch, užitek, zvýhodnění, výhody či hodnoty získané návyky pravidelně vykonávanými pohybovými aktivitami doporučené namáhavosti a frekvence.

Pohybová aktivita je označována za sekundární prevenci, a to z toho důvodu, že má za cíl zlepšit zdravotní stav pacienta, a hlavně předcházet projevům onemocnění. Také jakýkoliv tělesný pohyb, který má povahu spíše rekreačně sportovní či pracovní, kladně ovlivňuje zdravotní stav.

Jedním z dalších benefitů pohybové aktivity je hormonální rovnováha, protože tělo vylučuje některé hormony již před zátěží např. adrenalin (glukokortikoid). Při zátěži se uvolňují zásoby cukru (glukagonu). Méně znám je testosteron, který se také uvolňuje při pravidelné pohybové zátěži a je jedním z nejefektivnějších prostředků proti stárnutí. Po zátěži nastává regenerační fáze a tu má za úkol hormon somatotropin. Díky větší produkci melatoninu lépe spíme, výše zmíněný testosteron a estrogen podporují kvalitu sexuálního prožitku (Kukačka, 2009).

Pravidelná pohybová aktivita v přiměřené míře posiluje náš imunitní systém a chrání tělo před nachlazením i jinými infekcemi. Intenzivní tělesná činnost může ale někdy vyvolat reakci imunitního systému, jež se může spolupodílet na chronickém zánětu (Diaz

& Bark, 2014). Dále uvádí, že nadměrné sezení zvyšuje množství biomarkerů (molekul, jejichž přítomnost indikuje pravděpodobnost, že člověk onemocní) zánětlivého onemocnění.

2.7 Kvalita života

Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filosofii, teologii, sociální práci a psychologii. Ve zdravotnictví, které vztahuje kvalitu života ke zdraví a nemoci, se počet praktických aplikací neustále zvyšuje. S kategorií kvality života se pracuje v dlouhodobých výzkumech přežívání pacientů, v klinických výzkumech ověřujících nové léčebné postupy a nové léky, ale též při standardní léčbě chronických a velmi vážných onemocnění, uvádí (Mareš, 2006).

- Subjektivní kvalitou života je míněna všeobecná spokojenost s vlastním životem vycházející z kognitivního hodnocení a emočního prožívání.
- Objektivní kvalitou života se rozumí splnění základních sociálních a materiálních podmínek pro život, sociální status a fyzické zdraví (Hnilicová & Bencko, 2005).

2.7.1 Sebepojetí

Postoj k sobě samému je předmětem zkoumání sociální psychologie od konce 19. století. Již dříve vznikaly pokusy odhadovat vlastnosti a chování člověka v souvislosti s jeho tělesnou strukturou. Tloušťák byl dříve považován za veselého a zdravého člověka s celou řadou pozitivních vlastností. Dnes se na obézní jedince díváme s píše jako na lidi bez vůle, kteří mají rádi pohodlí a jsou líní. Pozitivní postoj se znenadání vytratil. Vědci se dlouhá desetiletí přeli o to, zda tělesný typ předurčuje některé charakteristiky osobnosti. Dnes převládá názor, že spíše ne. Sebepojetí bývá považováno za poznávací složku sebesystému. Jedná se především o poznatky a přesvědčení o sobě samém. Svě Já si uvědomujeme bezprostředně a v přesně daném okamžiku, kdy záměrně o něco usilujeme a kdy vědomě zapojujeme vlastní vůli. Tímto procesem se vytváří tzv. já-ská zkušenost, již můžeme nazývat zážitek vlastní jedinečnosti, který vzniká např. pohledem na vlastní obraz v zrcadle, pozorování se na videu či prožitkem (Fialová & Krch, 2012).

Německý psychiatr Ernst Kretschmer (1888-1964) vycházel při své koncepci z praxe v psychiatrické léčebně. Kretschmer popsal vztah mezi tělesnou stavbou (typem), vlastnostmi osobnosti a některými psychiatrickými chorobami.

Tabulka 1. Konstituční typologie (Fialová & Krch, 2012).

Typ tělesné konstrukce (konstituce)	Typ osobnosti (psychická stránka)
<p>PYKNICKÝ nizká otlá postava kulaté formy, krátké končetiny s ochablým svalstvem, kulatá hlava, široký obličej, střední vzrůst, sklon k ukládání tuků</p>	<p>CYKLOTYMNÍ dobrosrdečný, společenský, družný, otevřený – extrovert, požívačný, přizpůsobivý, přátelský, podnikavý, praktický, smysl pro humor, otevřený</p>
<p>ASTENICKÝ (leptosomní) – ostrý výrazný profil, vytáhlý, hubený, úzká ramena, dlouhé kostnaté končetiny, šlachovitý, hrudník úzký, břicho vpadlé, malá hlava</p>	<p>SCHIZOTYMNÍ dráždivý a nervózní nebo přísný až chladný, citlivý, náladový, vážný, bez humoru, důsledný až pedantický, zásadový, uzavřený</p>
<p>ATLETICKÝ souměrná postava, dobře vyvinutá kostra se silným svalstvem, široká ramena a hrudník, kostnatý obličej</p>	<p>VIKÓZNÍ vnitřně vyrovnaný až flegmatický, klidný, houževnatý, málomluvný, spolehlivý, věrný, setrvává na svých názorech</p>

Dle Fialové & Krcha (2012) se během vývoje jedinec postupně zbavuje své závislosti na tom, co si o něm myslí ostatní. Původně je zdroj tohoto pocitu v sociálním prostředí, ale postupně se od tohoto zdroje odpoutáváme. V závislosti na vývoji vnímání a myšlení se stává naše „já“ poměrně stabilní.

Základní významy sebepojetí

- **Obraz já – výpověď** o mě samotném – o tom, jaký jsem, jak se vnímám jako individualita. Týká se mých schopností, dovedností, vědomostí, úspěchů, vlastností, inteligence apod.
- **Hodnocení mám být**–citový, hodnotící vztah (např. láska, pocit viny, odpor). Jde často o rozpor ideální já versus skutečné já.

- **Směřování chci být** – činné směřování, např. rozhodnutí „měl bych vypadat jinak, proto změním svůj životní styl“.
- **Možnost ovlivnění** souvisí s představou, co mohu a co nemohu ovlivnit. Je to spojené s vnější a vnitřní kontrolou.
- **Role (mám učinit)** – společnost má určitá očekávání, která se liší např. pro osobu ženy, studenta nebo ředitele (Fialová & Krch, 2012).

2.7.2 Životní spokojenost

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

Ve výzkumech dochází k prolínání pojmu životní spokojenost (lifesatisfaction) s dalšími termíny, jako je subjektivní pohoda (subjectivewell-being, SWB) nebo štěstí (happiness). Lze tedy říci, že subjektivní pohoda tvoří zastřešující termín pro životní spokojenost a štěstí (Hamplová, 2004). Autorka zastává názor, že ať se jedná o jakoukoliv definici životní spokojenosti, důležité je, že téměř všechny kladou důraz na subjektivitu hodnocení. „Lidé jsou spokojeni tehdy, pokud se tak cítí nebo pokud o sobě říkají, že se tak cítí“, dodává (Hamplová, 2004, 13). Autorka dále udává, že subjektivita skýtá různé výhody i nevýhody. Výhodou je, že hlavní důraz je kladen na jedince. Člověk má v hodnocení svého života nejdůležitější slovo. Za nevýhodu je možné považovat to, že míra subjektivní pohody nemůže být chápána jako míra duševního zdraví. V sociálních vědách neexistuje ani přibližná shoda, co tyto pojmy znamenají a jaké jsou mezi nimi rozdíly.

Životní spokojenost je jedním ze zásadních a komplexních ukazatelů kvality života. V běžném životě se častěji setkáváme se synonymem „štěstí“, u kterého obvykle subjektivně hodnotíme momentální stav, který zahrnuje fyzické a duševní zdraví, materiální situaci, sociální interakci, eventuálně rodinné a partnerské vztahy a jiné důležité faktory každodenního života. Životní spokojenost by však na rozdíl od štěstí měla být komplexním hodnocením našeho dosavadního života. Výzkum životní spokojenosti, štěstí a subjektivního blaha se potýká se základním problémem – v sociálních vědách neexistuje ani přibližná shoda, co tyto pojmy znamenají a jaké jsou mezi nimi rozdíly. I když se kvalita života, spokojenost, štěstí a subjektivní či psychologické blaho obvykle kladou do protikladu k „objektivním“ ekonomickým, demografickým a materiálním faktorům, dále

také na zisk orientovaným kritériím, přesnější definice těchto pojmů stále chybí (Hamplová, 2004).

Deb, Banu, Thomas, Vardhan, Rao, & Khawaja (2016) ve své studii zveřejňují, že se výzkumu zúčastnilo celkem 717 studentů: 402 mužů a 315 žen ze čtyř univerzit. Studenti patřili do tří věkových skupin: 60,8 % ve věku 21-22 let, 30,8 % ve věku 23-24 let a zbývajících 8,4 % ve věkové skupině 25-26 let. Asi 45 % studentů mělo jednoho sourozence, zatímco 44,6 % mělo dva nebo více sourozenců. Asi 10 % studentů bylo jediné dítě rodičů. Studenti byli zapsáni v oborech managementu nebo humanitních a společenských věd. Metody výběru vícestupňového modelu a údaje byly shromážděny speciálně navrženým strukturovaným dotazníkem, rekordem o dosaženém výsledku a standardizovaným inventářem pro studenty trpící depresí. Když se studenti odklonili od pohodlí a bezpečnosti svých rodinných domovů pro terciární vzdělávání, musí se společně s novými lidmi setkat a vytvořit sociální síť, která může být příčinou utrpení. Vysokoškolské vzdělání je velmi drahé a může způsobit finanční potíže jak studentům, tak i rodičům. Vyšší pracovní zátěž a akademické nároky jsou rozsáhlejší než školní vzdělávání, což způsobuje stres pro některé studenty. Ti, kteří mají velmi vysoké očekávání od sebe samých a kritizují akademické výkony, mohou být ohroženi otázkami duševního zdraví. Pokračující nespokojenost s jejich vlastní akademickou výkonností může snížit jejich motivaci ke studiu, a tím brzdí akademickou výkonnost. Všechny tyto stresory mohou vybírat mýtné a zvyšovat riziko deprese a sebevraždy. Z těchto důvodů studenti obecně konzultují svůj život v univerzitních poradnách. Je důležité poznamenat, že v Indii dosud univerzity stále postrádají možnost poradenských center, kde mohou vyškolení poradci a psychologové pomáhat studentům v raném stádiu stresu, aby zabránili dalším komplikacím, jako je klinická deprese nebo sebevražda. Závěry uvádějí, že 37,7 % studentů ze 100 % zkoumaných trpí středně závažnou, závažnou a extrémně těžkou depresí. Výrazný rozdíl byl zjištěn v průběhu semestrů, z něhož vyplynulo, že studenti 2. semestru hlásili vyšší úroveň deprese než studenti 3. semestru. Pokud jde o akademický proud, bylo zjištěno, že studenti z humanitních a společenských věd trpí větší depresí ve srovnání se studenty z managementu. Studie dále zjistila, že studenti, kteří vykazovali pozitivní názory na univerzitní prostředí, měli nižší úroveň deprese ve srovnání s jejich protějšky. Bylo zjištěno, že osobní odolnost, jako například schopnost sdílet osobní problémy s ostatními a provádět pravidelné cvičení, je spojena s pozitivním duševním zdravím. Výsledky studie také zdůrazňují potřebu okamžitých služeb na podporu duševního zdraví pro přibližně 15,6

% studentů, kteří buď trpěli těžkou, nebo velmi těžkou depresí na univerzitě (Deb, Banu, Thomas, Vardhan, Rao, & Khawaja, 2016).

2.8 Adolescence

Období dospívání reprezentuje přechod od dětství k dospělosti a životní zvyky, jako je pravidelné cvičení, které se běžně začíná již v dětském věku.

Termín **adolescence** je odvozen z latinského slova **adolescere**, což znamená dospívat, dozrávat, dorůstat, mohutnět. Období adolescence je obdobím vývojovým a řadíme ho mezi dětství a dospělost (Vágnerová, 2008).

Vágnerová (2008) dále uvádí, že dnešní adolescenti se snaží co nejrychleji uspět ve světě dospělých. Mají tendence zbavit se co nejdříve dětských vlastností a usilují o co nejrychlejší získání práv a svobody rozhodování. Období adolescence prochází výraznou proměnou – dřív začíná, ale také později končí. Macek (2003) zastává názor, že adolescence zejména v posledních letech získala zvláštní význam. Má svůj pedagogický, ekonomický, sociální, kulturní a zdravotní rozměr. Společným rysem dnešních adolescentů bývá experimentování s identitou, touha vyjádřit svou individualitu. Společná snaha lišit se od ostatních však paradoxně vede k vzájemné podobnosti adolescentů.

Existuje mnoho autorů, kteří se obdobím adolescence zabývají. V této části bych se ráda zaměřila na Macka (2003) a Vágnerovou (2008) a provedla srovnání jejich časového vymezení období adolescence.

Macek (2003) taktéž chápe adolescenci jako přechodné stadium ve smyslu změny období nutné závislosti na druhých do stadia relativní nezávislosti na druhých lidech. Začátky autor spojuje s reprodukční zralostí a v jejím průběhu se dokončuje tělesný růst. Zatímco Macek (2003) rozděluje adolescenci do **tří fází**: raná, střední a pozdní adolescence, Vágnerová (2008) dělí toto období do **fází dvou**: raná a pozdní adolescence.

Macek (2003) uvádí, že **raná adolescence** trvá od deseti do třinácti let věku dítěte. V této etapě nastávají pubertální proměny, objevují se fyzické i biologické změny, probouzí se pohlavní pud, který je příčinou toho, že se u jedince objevuje zvýšený zájem o opačné pohlaví. Ukončení těchto procesů je u každého jedince značně individuální.

Vágnerová (2008) označuje ranou adolescenci termínem pubescence a časově ji vymezuje mezi jedenáctý až patnáctý rok věku jedince. V tomto období dochází k tělesnému dospívání, pohlavnímu dozrávání, mění se vzhled dospívajícího. Důležitým

mezníkem je ukončení povinné školní docházky v patnácti letech. Dospívající potřebuje citovou akceptaci i přijatelnou pozici ve světě dospělých.

Střední adolescence vymezuje pouze Macek (2003). Tato etapa probíhá od čtrnácti do šestnácti let věku člověka a je charakteristická tím, že jedinec touží být výjimečný a originální, snaží se odlišit od okolí. Nepochopení ze strany rodičů, či jiných dospělých, způsobuje těsnější orientaci na vrstevnickou skupinu.

Pozdní adolescence probíhá mezi sedmnáctým až dvacátým (případně dvacátým druhým) rokem. V tomto stadiu převažují pocity někam patřit, sdílet něco s druhými lidmi nebo se na něčem podílet. Mnoho adolescentů v této době ukončuje studium a hledá uplatnění na trhu práce. Uvažují rovněž o plánech do budoucna, ať už v oblasti kariéry či partnerských vztahů. Ukončení adolescence charakterizuje dosažení role dospělého, osobní autonomie, ukončení vzdělání či získání profesní kvalifikace (Macek, 2003).

Vágnerová (2008) definuje pozdní adolescence jako fázi mezi patnáctým a dvacátým rokem, v níž dochází k potvrzení sociální identity. Jedinec má za úkol porozumět sám sobě a ujasnit si, čeho chce v budoucnosti dosáhnout. Měl by se osamostatnit v určitých oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje.

2.8.1 Studenti univerzit

Podle Průchy (1999) je dnes studium na vysokých školách poměrně běžnou záležitostí a o jeho dostupnost usilují i samotné státy, protože může mít závažné ekonomické a sociální efekty. Univerzální terciální vzdělávání pak zvyšuje adaptabilitu většiny a potenciálně celé populace na neustálé sociální a technologické změny. Studentem univerzity se člověk stává ze své vlastní vůle se dále vzdělávat a připravovat na budoucí pracovní činnost a děje se tak po zakončení povinné školní docházky, absolvování středoškolského vzdělání a po úspěšném vykonání přijímacího řízení na vybranou vysokou školu. Toto důležité rozhodnutí a procesy s ním spojené se dějí zároveň v životní fázi, kdy je člověk na konci jedné etapy a čeká ho vstup do další životní etapy – dospělosti.

Věková charakteristika studentů univerzit je stáří osmnáct až dvacet šest let, a proto spadají podle Kurice (2001) a Vágnerové (2005) do dvou vývojových kategorií – adolescence nebo také pozdní adolescence a ranné dospělosti.

Období pozdní adolescence Vágnerová (2005) charakterizuje jako dobu komplexnější psychosociální proměny, kde je důležitým mezníkem ukončení profesní přípravy s nástupem do zaměstnání nebo volbou dalšího studia. Tato doba je v biologické rovině vymezena pohlavním dozráním, kdy dochází k prvnímu pohlavnímu styku a

rozvíjením vztahů, především v oblasti partnerství. V pozdní adolescenci je úkolem jedince, aby porozuměl sám sobě, zvolil si své cíle a osamostatnil se. Tyto úkoly však v současnosti bývají i zdrojem napětí, protože tempo biologického, psychického a sociálního vývoje je často rozdílné. To se projevuje například u vysokoškoláků, kteří díky své ekonomické závislosti nebývají považováni za rovnocenné dospělé.

V průběhu studia se však přece jen někteří studenti dříve či později přece jen stávají dospělými se všemi charakteristikami. Tento přechod se podle Kurice (2001) realizuje jako dynamický a plynulý proces vedoucí k zralosti člověka. Zralosti se všemi jejími atributy v dokonalé podobě je dosaženo jen teoreticky, neboť se jedná jen o jakýsi ideál, nicméně zralý člověk se dá charakterizovat jako plně pracovně výkonný, jenž má objektivní sebeobranu a žádoucí sebedůvěru, je citově vyzrálý a je materiálně a ekonomicky nezávislý.

Podobnou, i když širší paletu znaků, které obvykle platí pro dospělé, uvádí Farková (2009). Dospělý koná nějakou produktivní práci, která jej činí soběstačným, nebo se připravuje na budoucí povolání, samostatně hospodaří, je schopen spolupracovat bez zbytečných konfliktů, své věci vyřizuje samostatně, má realistické plány, bydlí ve „svém“, je schopen trávit volný čas sám, je schopen stýkat se s příslušníky opačného pohlaví bez zábran a poskytovat i přijímat lásku, cílevědomě rozšiřuje svou orientaci v prostředí, stará se o blaho rodiny, přátel a širšího společenství.

Životním stylem vysokoškoláků se zabývá Valjent (2010) když uvádí, že studenti vysoké školy se setkávají ve svém životě s řadou stresorů, které jsou pro ně zcela nové. Jde o započetí studia, osamostatnění se od rodičů, změna životních podmínek, změna osobních zvyklostí, změna bydliště. Tyto faktory, se kterými se každý student musí vypořádat, jsou často navíc kombinovány s více či méně náročným druhem výdělečné činnosti. Dále spojuje zatížení studentů a obecné trendy ve zhoršování životního stylu s rizikovými faktory ohrožujícími vysokoškoláky, které zahrnují sklony k nadváze a obezitě, nízkou konzumaci čerstvého ovoce a zeleniny, nedostatek pohybu, kouření, požívání alkoholu, nechráněný sex a rizikové sexuální chování a znečištění ovzduší ve městech.

Studenti vysokých škol jsou považováni za dospělé osoby, které jsou plně schopny odpovědnosti nejen za jejich studium, osobní a společenský život, ale měli by také mít velmi zodpovědný postoj k jejich úrovni zdraví a fyzické kondici. Vstup na univerzitu prakticky uvolňuje předchozí dohled nad rodiči, učiteli, společností atd., a tak tím studentům umožňuje větší okruh samorozhodování (Jaromír, Pavel, Peter, & Lubica, 2017).

2.9 Kultura

Je-li kultura chápána jako symbolický systém, je možné ji popisovat s využitím celé řady formálních disciplín, jako je logika, sémiotika, literární teorie a další. Kultura pochází z latinského základu „colocoloré“ a byl původně spojován s obděláváním zemědělské půdy („agri kultura“). Novou dimenzi pojmu kultura odkryl slavný římský filosof Marcus Tullius Cicero (106-43 př. N. l.), když nazval filosofii kulturou ducha. Tím dal základ pojetí kultury jako charakteristiky lidské vzdělanosti. Ve středověku se toto slovo používalo ve smyslu uctívání (Soukup, 2004).

„Neméně důležitým termínem z pohledu sociologie životního způsobu je kultura, která tvoří jeden z nejvýznamnějších kontextů (referenčních rámců) našeho života. Vnímat ji lze v různých rovinách, například jako sociální jev, stejně tak jako sociální vztah či proces“ (Duffková, Urban, & Dubský, 2008, 30).

„Každá kultura je dynamická a vyvíjí se v symbióze se společností. Jednak je výtvořem a výrazem určité společnosti a zároveň je i její podmínkou. Kultura je svobodným dílem člověka, není dílem přírody. Spíše by se dalo říci, že kultura je vše to, co není příroda, čemu dal člověk jistý symbolický „tvar a význam“ (Duffková, Urban, & Dubský, 2008, 30-31).

Podle Murphyho „je kultura celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím“ (Murphy, 2008, 32).

V jednotlivých úhlech pohledu lze vysledovat následující společné činitele: kulturu tvoří hodnoty, názory, postoje, normy a kulturní vzory, které ovlivňují způsob myšlení, chování a lidské produkty materiální i nemateriální povahy. To má za účel zajistit přežití jedince i celé skupiny. Kultura se předává z generace na generaci prostřednictvím sociálního učení. Kultura je relativně konzistentní, ovšem má potenciál ke změně z důvodu reakce na neustále se měnící prostředí, uvádí (Lukášová, Nový, & kol., 2004).

2.9.1 Kulturní diference

Kulturní odlišnost souvisí se společenskými praktikami, jako je náboženství, manželství, jazyk nebo práce. Etnická skupina, ale i lidé z majoritní společnosti musí ideologicky, ale i společensky přijmout kulturní odlišnost. Na základě tohoto faktu může být zachována kulturní identita (Eriksen, 2007).

Bittnerová & Moravcová (2005) uvádí, že v souvislosti se stále se prohlubujícími tendencemi směřujícími ke stírání zřetelných kulturních odlišností a k jejich obnovení, by se dalo usuzovat, že identita člověka v oblasti etnického a kulturního ukotvování nabývá uniformní povahy. Některé školy pro vyřešení odlišností mezi studenty používají stejný oděv, tzv. uniformu.

Nový & Schroll-Machl (2007) uvádí možné rozdělení kultury podle individualismu versus kolektivismu. V kolektivistických kulturách je důraz kladen primárně na skupinové cíle, jedinec je na základě různých kontrolních mechanismů skupinou více či méně ovlivňován. V individualistických kulturách je naopak do popředí stavěn jedinec, který si cíle a směr určuje sám. Velký důraz je kladen na osobní svobodu a nezávislost. Typickými kolektivistickými kulturami jsou ty asijské a do značné míry také jihoevropské. Individualistickými kulturami jsou např. severoamerická (USA, Kanada) či německá.

- Čechy lze charakterizovat jako silně vztahově orientované, často dokonce upřednostňující vztahy před věcnou stránkou problému. Přátelství a dobré vztahy mohou být pro Čechy důležitější než dodržení určitých cílů. Motivováni jsou především osobními nikoliv věcnými motivy. Češi nemají rádi konflikty a je-li to možné, konfliktu se raději vyhnou. Pokud není možné konfliktem se nezabývat, uchylují se Češi raději k písemné formě komunikace. Bývají nedůvěřiví vůči všemu novému a drží se především osvědčených nebo vyzkoušených postupů. Lidé v ČR dle jejich názorů jsou sebevědomí, avšak nejsou zvyklí, na rozdíl od USA, toto sebevědomí projevovali navenek. Za typicky negativní vlastnost Čechů bývá považována závist. Úplně jiná je situace v USA, kde je úspěch druhých považován za výrazný motivační faktor, nikoliv za zdroj závisti. Velmi těžké je určit sebevědomí Čechů, neboť výrazně kolísá. Často je velmi vysoké, či naopak velmi nízké, ale málokdy přiměřené. Češi jsou velmi nevyrovnaní v oblasti vlastního sebevědomí (Nový & Schroll-Machl, 2007).
- Občany USA můžeme označit spíše jako věcně orientované. Velmi důležitými jsou pro Američany především individuální výkony a také finanční výsledky jejich snažení. Důraz je kladen rovněž na mezilidské vztahy. Ty jsou však odlišné od těch českých. Soukromý a pracovní život výrazně oddělují. Vedoucí je silně respektován, ale určuje pouze hlavní body plánu a konkrétní provedení nechává na svých zaměstnancích. Hierarchie je stanovena především na základě výkonu a expertní znalosti. Komunikační kontext nebývá výrazný. Ochota zapojit se do otevřeného konfliktu není výrazná, neboť zaměstnanci neradi kazí přátelskou atmosféru na pracovišti. Ochota přijímat změny je

v USA velká a důraz je kladen na inovaci a přinášení stále nových produktů na trh, často na úkor kvality. V USA je velký důraz kladen na absenci diskriminace a rovnost šancí, což obsahuje také problematiku genderové rovnosti. Soutěživost je žádoucí a často je podporovaná akcemi. Každý je zodpovědný za svůj život a nelze se spoléhat na podporu okolí či nějaké instituce. Americkou kulturu lze považovat za typicky univerzalistickou, tedy řízenou pravidly, logickými přístupy a vírou v univerzální pravidla, která by se měla respektovat. Hlubší stránky osobnosti jsou však skryté a při neformálních rozhovorech se lidé vyhýbají osobním tématům, tvrdí (Nový & Schroll-Machl, 2007).

Dědina a Cejthamr (2005) upozorňují na tzv. „americký úsměv“. V Americe je celkem běžné, že člověk vyzařuje entusiasmem a nadšením, a to i ve chvíli, kdy ho skutečně necítí. Je to otázkou slušnosti. Cizinec tak může nabýt falešného přesvědčení, že je svému americkému kolegovi sympatický, což na základě pouhého úsměvu nemusí být pravda.

3 Cíle a výzkumné otázky

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je hodnocení úrovně životní spokojenosti a jejich složek a úrovně pohybové aktivity u univerzitních studentů v ČR a USA.

3.2 Dílčí cíle

- Studium literatury
- Sepsání teoretických poznatků
- Zpracování a analýza dat

3.3 Výzkumné otázky

1. Jaká je úroveň celkové životní spokojenosti u univerzitních studentů s ohledem na kulturní diference?
2. V jakých položkách životní spokojenosti existují významné diference u současných univerzitních studentů s ohledem na kulturní diference?
3. Jaká je úroveň pohybové aktivity současných studentů vysokých škol v ČR a v USA?

4 Metodika

4.1 Metodika sběru dat

Veškerá data dodal vedoucí práce. Kvantitativní výzkum byl prováděn převážně v letních měsících v letech 2016 a 2017. Pro výzkum byl použit dotazník LSQ (Life Satisfaction Questionnaire), u nás používaný pod názvem Dotazník životní spokojenosti (DŽS). Z celkového počtu 838 dotazovaných studentů bylo 523 českých (191 mužů a 332 žen) a 315 amerických studentů (103 mužů a 212 žen).

4.2 Dotazník životní spokojenosti

Pro hodnocení životní spokojenosti byl použit standardizovaný Dotazník životní spokojenosti autorů J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera a E. Brählera (2001). Dotazník byl standardizován na 2870 osobách a používá se k účelům jako např. v průběhu psychoterapie, v sociologických výzkumech apod. Dotazník je určen pro osoby starší 14 let. V České republice byl dotazník vydán Testcentrem. Přeložen a upraven autory T. Rodným a K. Rodnou (2001).

Tento dotazník vznikl v Německu. Je rozdělen do deseti částí, které zkoumají životní spokojenost v deseti významných oblastech. Mezi tyto oblasti patří:

1. Zdraví – hodnocení spokojenosti s celkovým zdravotním stavem, tělesnou i duševní kondicí, fyzickou výkonností a odolností proti nemocem.
2. Práce a zaměstnání – hodnocení spokojenosti se svou pozicí v zaměstnání, se svými pracovními úspěchy a možnostmi postupu, hodnocení atmosféry na pracovišti, míry požadavků a zátěže v zaměstnání a jistotu své profesionální budoucnosti.
3. Finanční situace – hodnocení spokojenosti se svým příjmem, finanční situací, výší majetku, životního standardu, hmotného zajištění sebe i rodiny a možnostmi výtěžku v budoucnosti.
4. Volný čas – hodnocení spokojenosti s délkou, kvalitou svého volného času a dovolenou, dále s délkou doby určenou pro koníčky a své blízké a hodnocení celkové pestrosti svého volného času.
5. Manželství a partnerství – hodnocení spokojenosti se svým manželstvím, resp. partnerským životem, se společnými aktivitami, pochopením partnera, s ochotou pomáhat a bezpečím.

6. Vztah k vlastním dětem – hodnocení spokojenosti vztahu k vlastním dětem, s úspěchy svých dětí, s radostí, s vlivem, který mají na své potomky i s uznáním, kterého se jim od dětí dostává a rovněž se společnými aktivitami.
7. Vlastní osoba – hodnocení spokojenosti s mnohými aspekty své vlastní osoby, se svými schopnostmi, dovednostmi, způsobem dosavadního života, vnějším vzhledem, sebevědomím, sebejistotou, charakterem a životní vitalitou.
8. Sexualita – hodnocení spokojenosti se svou fyzickou přitažlivostí, sexuální výkonností, četností sexuálních kontaktů, sexuálními reakcemi a s možností otevřeně hovořit o oblasti sexuality a harmonii s partnerem v této oblasti.
9. Přátelé, známí a příbuzní – hodnocení spokojenosti se svými sociálními kontakty, přáteli, příbuznými, dále s pomocí a podporou, která se jim dostává od přátel, společenskou angažovaností a četností styků s ostatními lidmi.
10. Bydlení – hodnocení spokojenosti se svými bytovými podmínkami a standardem bydlení, hodnocení velikosti, stavu, polohy bytu i nákladů na bydlení.

Do výsledného hodnocení životního stylu nejsou započítány hodnoty z oblastí práce a zaměstnání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem.

Odpovídat na otázky je možné pomocí sedmibodové stupnice, od velmi nespokojen(a), nespokojen(a), spíše spokojen(a), ani spokojen(a) ani nespokojen(a), spíše spokojen(a), spokojen(a), až po velmi spokojen(a). Na základě skóre dosaženého v těchto uvedených škálách je vypočítán tzv. index celkové životní spokojenosti (Roudný & Roudná, 2001).

4.3 Statistické zpracování dat

Data byla zpracována v programu Excel a Statistica. Při statistickém zpracování jsem použila standardní techniky, aritmetický průměr, směrodatné odchylky a rozptyl, dále pak medián a koeficient "effect size" Cohenovo d.

Data byla nejdříve zaznamenávána do programu Excel. Následně byla provedena úprava dat pro rozdělení na muže a ženy. V programu Excel byl proveden i výpočet aritmetického průměru, směrodatné odchylky, rozdílů a statistické významnosti u všech kategorií dotazníku životní spokojenosti (DŽS).

Výsledky pak byly mezi sebou porovnávány. Následně byl proveden test věcné (logické) významnosti pomocí koeficientu „effect size“ – Cohenovo d, výpočet proběhl v programu Microsoft Excel dle této rovnice (Thomas, Nelson & Silverma, 2011):

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

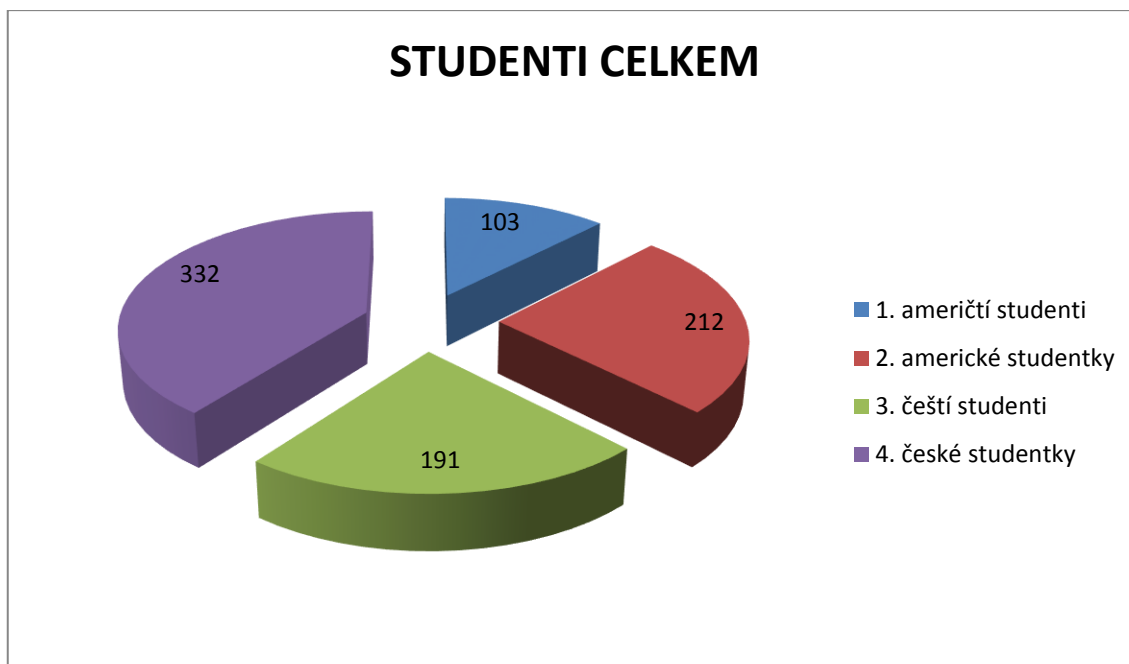
Nejčastější hodnocení effect size d je 0,2 - malý efekt, 0,5 - střední efekt, 0,8 – velký efekt (Thomas, Nelson, & Silverman, 2011).

4.4 Charakteristika výzkumu

Výzkumný soubor tvořilo 838 probandů (294 mužů a 544 žen). Věkový průměr českých studentů byl 21,2 let a amerických studentů 20,1 let. Jednalo se o adolescentní jedince. Výzkumu se všichni zúčastnili dobrovolně a byli předem informováni o postupu výzkumu. Nejmenší procento zastoupení tvořili studenti USA, 33 %, tj. 103 studentů, nejvíce studentek, které odpovídaly na dotazníkové otázky, byly Češky. Těch se výzkumu zúčastnilo 332.

Tabulka 2. Výzkumný soubor.

n = 838		Věk	Muži	Ženy	Muži	Ženy
		M±SD			%	%
Studenti CZ	523	21,2±1,29	191	332	37	63
Studenti USA	315	20,1±1,92	103	212	33	67
Celkem	838	20,8±1,61	294	544	35	65



Obrázek 2. Graf studentů celkem.

Z grafu lze vyčíst jednotlivé zastoupení mužů a žen, dále pak i zemi, kterou zastupují.

4.4.1 Realizace výzkumu

Všichni probandi byli informováni dopředu o výzkumném šetření a byl jim vysvětlen DŽS. Sběr dat probíhal v letech 2016 a 2017, jak na americké půdě, tak i v České republice. Byly dodrženy všechny podmínky pro průběh výzkumu.

4.4.2 Statistické zpracování

Použila jsem metodu matematické statistiky, díky níž jde ověřit, zda má náhodná veličina určité předem dané rozdělení pravděpodobnosti. Pomocí kontingentních tabulek byl aplikován test dobré shody (χ^2 – chí-kvadrát) (Magnello & Van Loon, 2010).

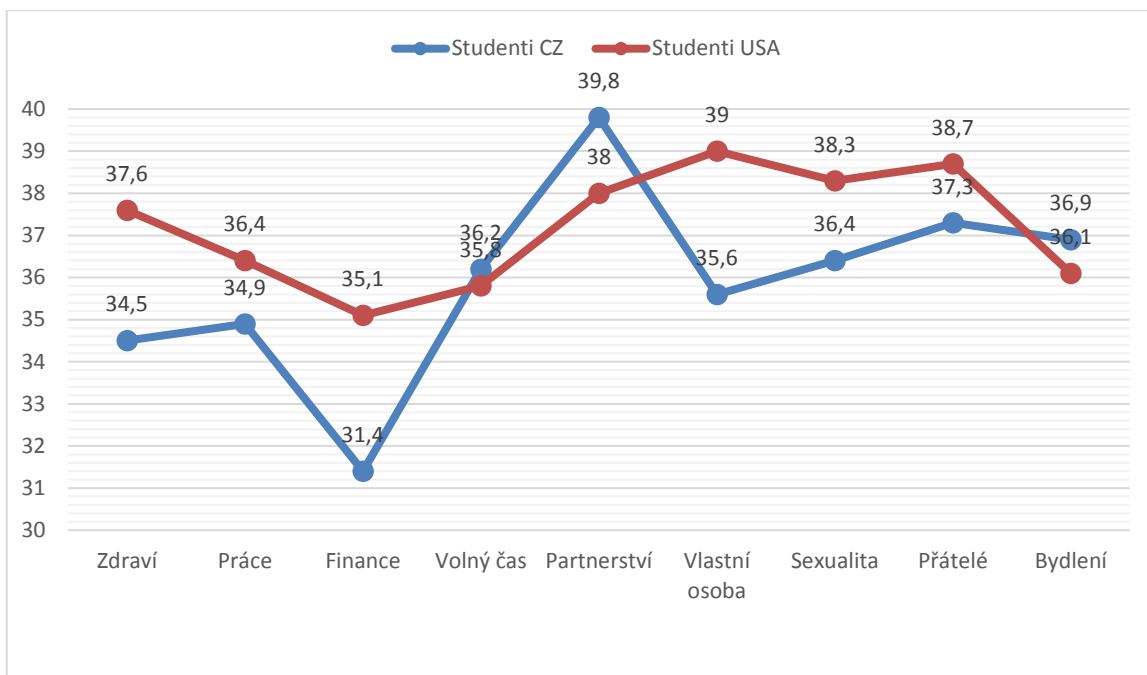
5 Výsledky

Z tabulky 3 životní spokojenosti vyplývá, že američtí studenti jsou výrazně spokojenější, než čeští. Většinu odpovědí hodnotili kladněji američtí studenti oproti českým, výjimky tvořily položky partnerství a bydlení, kde čeští studenti jsou výrazně spokojenější. Nejvíce vyrovnané byly výsledky v položce volný čas, kde se ovšem čeští studenti cítí lépe. Se svým zdravím jsou současní čeští studenti vysokých škol „pouze spokojeni“ oproti studentům z USA, kteří jsou se svým zdravím „velmi spokojeni“.

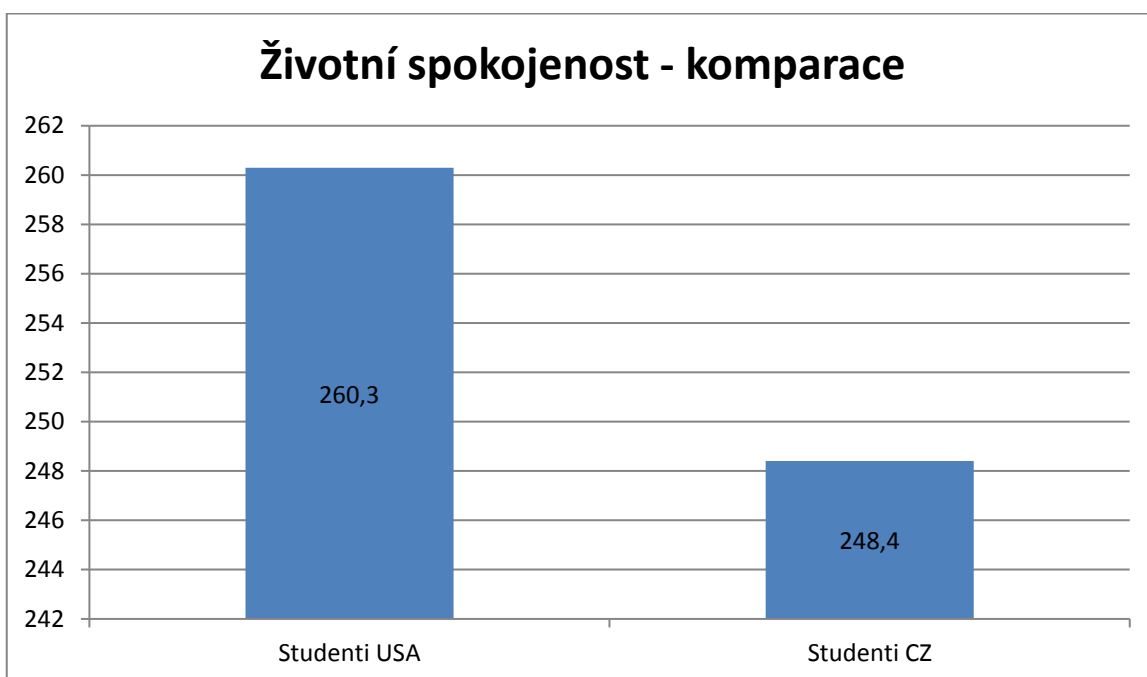
Tabulka 3. Životní spokojenost (ŽS).

Životní spokojenost	Studenti CZ		Studenti USA		Δ	<i>p</i>	<i>d</i>
	N = 523		N = 315				
	M \pm SD	Rozpětí	M \pm SD	Rozpětí			
Zdraví	34,5 \pm 6,55	11-49	37,6 \pm 7,11	14-49	3,1	0,01	0,46
Práce (zaměstnanost)	34,9 \pm 5,85	17-49	36,4 \pm 7,18	13-49	1,5	0,01	0,24
Finance	31,4 \pm 6,71	7-49	35,1 \pm 8,23	7-49	3,7	0,01	0,51
Volný čas	36,2 \pm 8,03	7-49	35,8 \pm 8,69	7-49	0,4	ns	0,05
Partnerství	39,8 \pm 9,72	7-49	38,0 \pm 9,02	15-49	1,8	0,01	0,19
Vlastní osoba	35,6 \pm 6,20	7-49	39,0 \pm 7,42	7-49	3,4	0,01	0,51
Sexualita	36,4 \pm 7,34	12-49	38,3 \pm 8,52	14-49	1,9	0,01	0,24
Přátelé a známí	37,3 \pm 5,13	17-49	38,7 \pm 7,35	7-49	1,4	0,01	0,23
Bydlení	36,9 \pm 6,80	7-49	36,1 \pm 8,36	7-49	0,8	ns	0,11
ŽS celkem	248,4 \pm 30,73	155-324	260,3 \pm 37,71	111-329	11,9	0,01	0,35

Vysvětlivky: M–aritmetický průměr; SD– směrodatná odchylka; Δ –rozdíly; *p*–statistická významnost; *d*–vliv velikosti (Cohen)



Obrázek 3. Složky životní spokojenosti.



Obrázek 4. Graf komparace životní spokojenosti.

Z grafu jasně vyplývá, že studenti z USA jsou výrazně spokojenější v úrovni životní spokojenosti než vysokoškoláci v ČR.

Tabulka 4. Složky zdraví.

Složky zdraví	Studenti CZ		Studenti USA		Δ	p	d
	N = 523		N = 315				
	M \pm SD	Rozpětí	M \pm SD	Rozpětí			
Somatický zdravotní stav	5,2 \pm 1,35	1-7	4,7 \pm 1,59	1-7	0,5	0,01	0,35
Mentální stav	5,1 \pm 1,31	1-7	5,5 \pm 1,32	1-7	0,4	0,01	0,3
Fyzická kondice	4,5 \pm 1,50	1-7	4,8 \pm 1,60	1-7	0,3	0,05	0,2
Duševní výkon	5,1 \pm 1,19	1-7	5,5 \pm 1,25	1-7	0,4	0,01	0,33
Imunita	5,2 \pm 1,55	1-7	5,7 \pm 1,42	1-7	0,5	0,01	0,33
Frekvence bolesti	4,5 \pm 1,70	1-7	5,6 \pm 1,48	1-7	1,1	0,01	0,68
Frekvence nemoci	4,9 \pm 1,71	1-7	5,9 \pm 1,32	1-7	1	0,01	0,63

Vysvětlivky: M–aritmetický průměr; SD–směrodatná odchylka; Δ –rozdíl; p –statistická významnost; d –vliv velikosti (Cohen)

V tabulce č.4 jsou zaznamenány složky zdraví. Studenti hodnotili na škále od 1 – 7. Mezi probandy byly vidět jasné rozdíly. Významná diference byla viditelná u vnímání frekvence bolesti, kdy studenti z České republiky ji vnímali hůře než američtí studenti. Frekvence nemoci měla také významný rozdíl vnímání, američtí studenti ji vnímali mnohem méně než čeští. V ostatních položkách jsou také patrné rozdíly, avšak ne tak markantní.

Tabulka 5. Vlastní osoba.

Vlastní osoba	Studenti CZ		Studenti USA		Δ	p	d
	N = 523		N = 315				
	M \pm SD	Rozpětí	M \pm SD	Rozpětí			
Schopnosti a dovednosti	5,1 \pm 1,06	1-7	5,6 \pm 1,14	1-7	0,5	0,01	0,46
Předchozí způsob života	5,1 \pm 1,17	1-7	5,6 \pm 1,16	1-7	0,5	0,01	0,43
Vzhled	4,8 \pm 1,29	1-7	5,2 \pm 1,50	1-7	0,4	0,01	0,29
Sebedůvěra a sebevědomí	4,4 \pm 1,51	1-7	5,3 \pm 1,53	1-7	0,9	0,01	0,59
Charakter	5,2 \pm 1,14	1-7	5,9 \pm 1,07	1-7	0,7	0,01	0,63
Vitalita	5,3 \pm 1,30	1-7	5,7 \pm 1,30	1-7	0,4	0,01	0,31
Schopnost vyrovnat se s ostatními	5,6 \pm 1,01	1-7	5,7 \pm 1,34	1-7	0,1	0,01	0,09

Vysvětlivky: M– aritmetický průměr; S –směrodatná odchylka; Δ –rozdíl; p –statistická významnost; d –vliv velikosti (Cohen)

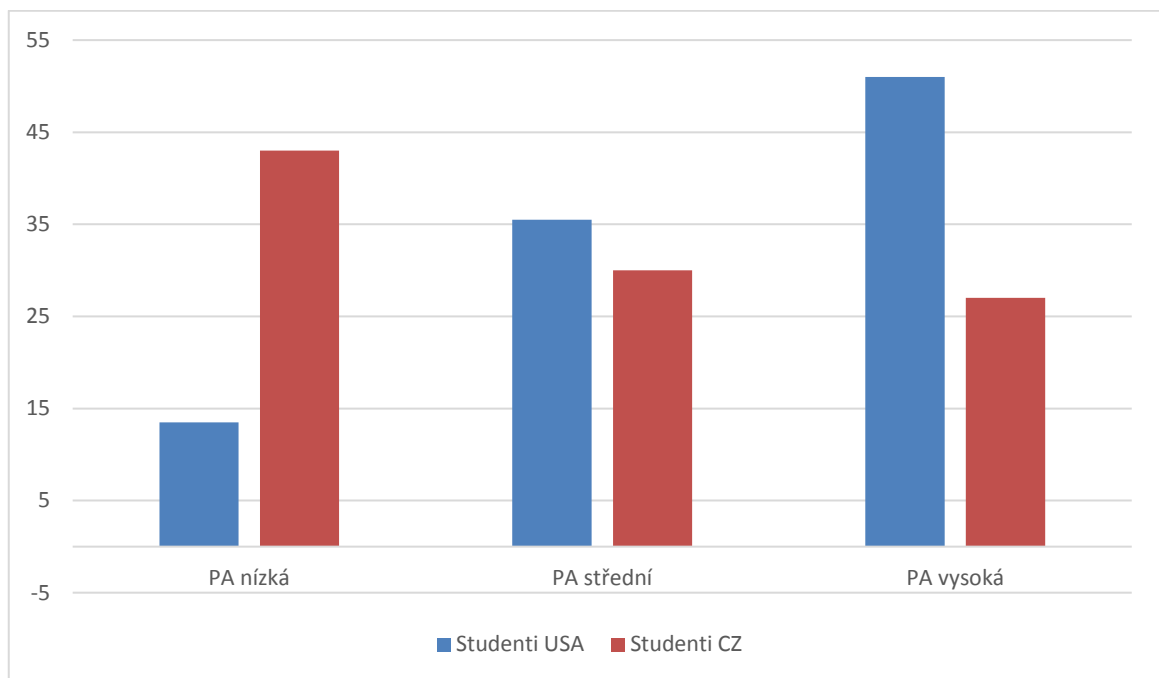
V tabulce č. 5 na škále od 1-7, studenti hodnotili své osoby podle otázek na vzhled, vitalitu, charakter a další složky. Zajímavé výsledky ukázaly ve všech směrech vždy vyšší hodnoty u studentů z USA, než z Čech a byly vždy vyšší než 5. U studentů z ČR se hodnoty propadly dokonce na 4,4 u sebedůvěry a 4,8 u hodnocení vzhledu. Z uvedeného vyplývá, že čeští studenti si oproti americkým méně věří a vykazují méně sebedůvěry.

Tabulka 6. Pohybová aktivita.

Pohybová aktivita	Studenti CZ		Studenti USA		Významnost rozdílů	
	Četnost (n)	%	Četnost (n)	%	X^2	p
PA nízká (\leq 600 METs/min)	71	13,5	135	43	90,936	<0,001
PA střední (600–3000 METs/min)	185	35,5	95	30	2,402	ns
PA vysoká (\geq 3 000 METs/min)	267	51	85	27	46,755	<0,001
Total	523	100	315	100		

Jestliže porovnáme pohybovou aktivitu nízké intenzity, američtí studenti jasně zaostávají za českými vysokoškoláky. PA nízká je významně nižší u amerických studentů. Střední pohybovou aktivitu měly obě složky poměrně vyrovnané, ale už začínají

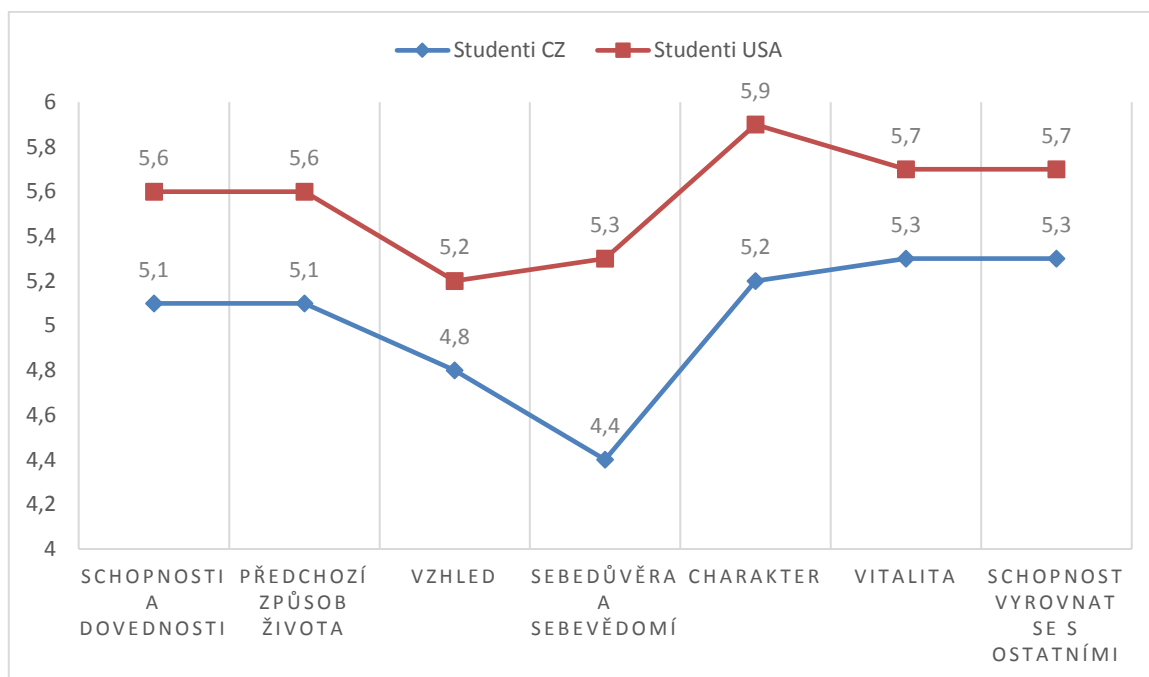
převyšovat američtí studenti. Vysoká intenzita pohybové aktivity je významně vyšší u studentů z USA a to 51 % ku 21 % českých studentů.



Obrázek 5. Srovnání PA mezi USA a ČR.

6 Diskuze

Čeští studenti hodnotili své sebevědomí a sebedůvěru výrazně hůře než američtí studenti. V ostatních hodnoceních vlastní osoby jsou rozdíly menší, avšak američtí studenti hodnotí vždy kladněji než studenti čeští. V žádné ze sledovaných položek nehodnotí vlastní osobu studenti z ČR lépe než studenti z USA.



Obrázek 6. Hodnocení vlastní osoby.

Studie od vědců Swanepoel, Surujlal, & Dhurup (2015) uvádí, že Univerzity poskytují studentům veliké množství aktivit pro sportovní vyžití a fyzickou aktivitu. Pro studenty je fyzická aktivita a účast ve sportu důležitou součástí univerzitního života, což může vést ke zlepšení tělesného a duševního zdraví. Pozitivní důsledky, jako je zvýšená sebeúcta a životní spokojenost, mohou vyplynout z účasti na sportu a fyzické aktivitě. Účast vysokoškolských studentů na sportovní aktivitě může být spojena se sociálními konstrukcemi genderových stereotypů. Cílem studie bylo tedy zkoumat vztah mezi postojem ke sportu, sebeúctě a životní spokojenosti studentů na základě pohlaví. Jako probandi posloužili studenti dvou vysokých škol (od prvního roku až po postgraduální). Na shromažďování údajů byl použit dotazník se čtyřmi oddíly obsahující otázky týkající se demografických proměnných, postoj účastníků ke sportu, sebeúcta a spokojenost se životem. Výsledky korelační analýzy ukázaly slabý, přesto pozitivní vztah mezi postojem studentů ke sportu a spokojenost se životem. Bohužel výsledky studie ukazují, že většina

z probandů se účastní pohybové aktivity třikrát a méně dnů v týdnu, a tak jim chybí výhody plynoucí ze sportovní účasti. Nejčastější PA byl oblíbený jogging (rychlá chůze). Postoj ke sportu a sebeúcty ukázal bezvýznamné sdružování se spokojeností v životech studentů. Průměrná hodnota naznačila, že muži mají větší motivaci na sport než jejich ženské protějšky.

Další z výsledků mezinárodních srovnávacích výzkumů adolescentů uvádí ve své knize Macek (1999). Adolescenti z ČR ve srovnání s adolescenty z dalších evropských zemí uvádí celkově nejnižší hodnocení životní spokojenosti. Neznamená to však, že by čeští adolescenti byli nespokojeni se svým životem, oni jsou pouze spokojeni méně než ostatní.

Cílem studie vydané v loňském roce bylo zkoumání vlivu sportu na úroveň štěstí a socializace studentů vysokých škol. Tato studie se uskutečnila v akademickém roce 2014-2015 v jarním semestru na Univerzitě Adnan Menderes. Probandi byli z fakulty Pedagogické a Tělesné výchovy a sportu: celkem 196 (n = 69 žen, n = 127 mužů) z fakulty Tělesné výchovy a sportu a celkem 229 (n = 148 žen, n = 81 mužů) studentů Pedagogické fakulty. K určení úrovně štěstí studentů byla použita metoda Oxford Happiness Scale (SHS), kterou vyvinuly společnosti Hills a Argyle (2002). K určení úrovně socializace studentů byla použita stupnice Socialization Scale (SS), kterou vypracoval (Şahan, 2007). Při analýze dat se pro stanovení rozdílu mezi těmito dvěma hodnotami použije t-test nezávislého vzorku a test One Way Anova. Na konci studia jsou studenti, kteří studují na vysokých školách tělesné výchovy a sportu, šťastnější a sociálnější než studenti na Pedagogické fakultě. Výsledky ukázaly, že studenti tělesné výchovy a sportu jsou sociálnější a šťastnější než studenti pedagogické fakulty. Sport ovlivňuje lidi pozitivně v mnoha ohledech. Další ze závěrů byl, že sport může být použit jako účinný nástroj ke zvýšení úrovně štěstí a socializace studentů vysokých škol (Yildiz & Ekici, 2017).

Na ruské Univerzitě Angela Kančeva proběhl výzkum motivace univerzitních studentů ohledně vnímání sportu. Probandi museli vyplnit několik dotazníků a odpovědět na různé otázky spojené s jejich motivy k tomu, zdali se zabývali sportem na univerzitě. Bylo testováno sto padesát studentů, kteří absolvovali různé sporty jako je basketbal, volejbal, atletika, badminton, házená, stolní tenis, fitness a sportovní orientace. Zkoumání ukázalo, že základní motivy pro fyzické cvičení a sportovní aktivity jsou: touha studentů dosáhnout špičkových výsledků; spokojenost, kterou získají ze samotné sportovní činnosti; ambice k sociálnímu uznání; profesionální realizace; zlepšení jejich sociálního a ekonomického postavení a v neposlední řadě i osobní motivy (Obreshkov, 2011).

Fyzická aktivita ve volném čase u vysokoškolských studentů z 23 zemí světa byla zkoumána ve studii díky autorům Haase, Steptoe, Sallis & Wardle (2004). Fyzická nečinnost byla spojena s chronickým onemocněním a obezitou ve většině západních populací. Nicméně prevalence nečinnosti, přesvědčení o zdraví a znalosti o rizicích nečinnosti byly zřídka hodnoceny v celé řadě vyspělých a rozvojových zemí. Byl proveden průřezový průzkum s 19 299 vysokoškolskými studenty s různou kulturou a s odlišnou úrovní hospodářského rozvoje. Byly shromážděny údaje o tělesné aktivitě volného času, zdravotních přesvědčeních a zdravotních znalostech. Výsledky ukázaly, že prevalence nečinnosti ve volném čase se lišila s kulturními a ekonomickými vývojovými faktory v průměru o 23 % (severozápadní Evropa a Spojené státy), 30 % (střední a východní Evropa), 39 % (Středomoří) a 44 % (rozvojové země). Pravděpodobnost fyzické aktivity ve volném čase byla pozitivně spojena se silou přesvědčení o přínosech pro zdraví a národním ekonomickém vývoji (hrubý domácí produkt na obyvatele). Znalosti o účinku na zdraví byly zklamáním, pouze 40-60 % si uvědomilo, že fyzická aktivita je významná pro riziko srdečních onemocnění. Závěry studie tvrdí, že tělesná aktivita je podprůměrná a souvisí s kulturními faktory a stadia národního hospodářského rozvoje. Vztah mezi zdravotním přesvědčením a chováním je v různých kulturách robustní, ale zdravotní znalosti jsou stále nedostatečné.

Fyzická aktivita je jakýkoli tělesný pohyb produkovaný kosterními svaly, který se provádí pravidelně, čímž zlepšuje fyziologické a psychické zdraví. Studie se zaměřila pouze na měření a hodnocení motivů k vykonávání fyzických aktivit u vysokoškolských studentů. Studie se zúčastnilo 500 probandů ve věku 19-38 let pomocí jednoduchého náhodného odběru vzorků. Výsledky uvedly významný rozdíl u všech testovaných proměnných ve výsledcích. Nejvyšší skóre bylo zaznamenáno u kategorie fitness. Na závěr bylo uvedeno, že většina účastníků reagovala více ve prospěch požitkových aktivit. Nicméně bylo důrazně doporučeno, aby byl zaveden povinný kurz fyzické gramotnosti pro všechny vysoké školy uvádí (Bebeley, Wu, & Liu, 2017).

Sigmund, Kvintová, Hřebíčková, Šafář, & Sigmundová, (2014) uvádí ve studii, že životní styl a zdraví jednotlivce jsou ovlivňovány mnoha faktory, významným faktorem je životní spokojenost. Životní spokojenost se chápe jako vícerozměrný konstrukt úzce související s oblastí osobního blahobytu a kvality života. Životní spokojenost vysokoškolských studentů představuje jednu z faktorů dobrého zdraví, vysokou motivaci ke studiu, produktivitu práce, uspokojivé mezilidské vztahy a celkový zdravý životní styl. Hlavním cílem studie je identifikovat a porovnat úroveň celoživotního uspokojení a

vybraných složek zdraví, sebehodnocení a sexuality u současných vysokoškolských studentů s ohledem na jejich specializaci ve studiu. Studie se zúčastnilo celkem 522 studentů z Univerzity Palackého ve věku 19 až 26 let. Studenti tří fakult: Fakulty tělesné kultury (n = 118), Pedagogické fakulty (n = 218) a Přírodovědecké fakulty (n = 186) odpověděli na dotazníkové otázky. Pro posouzení současné úrovně spokojenosti s životními aktivitami použila výzkumná studie standardizovaný psychodiagnostický nástroj-dotazník spokojenosti života (Life Satisfaction Questionnaire, LSQ). Výsledky této studie ukázaly, že nejvyšší úroveň celkové životní spokojenosti byla zjištěna u vysokoškolských studentů sportovních věd. Ve srovnání se studenty z Pedagogické fakulty a studenty přírodních věd je rozdíl významný. Spokojenost se zdravím mezi studenty sportovních věd je výrazně vyšší než u studentů vzdělávání a studentů přírodních věd. Podobné výsledky byly zjištěny v oblasti spokojenosti s vlastní osobou a sebehodnocení, kde hodnoty studentů sportovních věd byly výrazně vyšší ve srovnání se studenty vzdělávání a studenty přírodních věd. V oblasti sexuality jsme zjistili významně vyšší hodnoty u studentů sportovních věd ve srovnání se studenty přírodních věd. Ze studie vyplývá, že současní vysokoškolští studenti, kteří studují vědy o sportu, hodnotí životní spokojenost výrazně výše než studenti jiných oborů. Výsledky studie naznačily pozitivní korelaci mezi fyzickou aktivitou současných vysokoškolských studentů a subjektivně vnímanou úrovní spokojenosti, zdravím, sebehodnocení a sexuality.

Studie publikována v loňském roce zkoumala souvislost mezi pohybovou aktivitou (PA) a kvalitou života (QoL) u brazilských studentů medicíny. Hypotéza byla nastavena tak, že existuje pozitivní souvislost mezi objemem PA a různými oblastmi vnímání kvality života. Údaje byly vyhodnoceny z náhodného vzorku 1350 lékařských studentů z 22 brazilských lékařských škol. Údaje od účastníků zahrnovaly dotazník WHO Quality of Life - krátký formulář (WHOQOL-BREF), dotazník speciálně určený k hodnocení kvality QoL u studentů medicíny a otázky jak globálního QoL sebehodnocení, tak volného času PA. Podle množství metabolických ekvivalentů (MET) strávených v PA, dobrovolníci byli rozděleni do čtyř skupin, podle objemu PA: (a) žádný PA; (b) nízké PA, ≤ 540 MET min / týden; (c) mírný PA, od 541 do 1260 MET min / týden a (d) vysoký PA, > 1261 MET min / týden. Výsledky ukázaly, že čtyřicet studentů medicíny neuvádělo žádnou PA (46,0 % žen a 32,3 % mužů). Naopak 27,2 % bylo zařazeno do skupiny s vysokou úrovní PA (21,0 % žen a 34,2 % mužů). Byly zjištěny významné vztahy mezi střednědobou a vysokou úrovní PA a lepší kvalitou pro všechna měření. Při nízkých úrovních PA bylo toto spojení také významné pro většinu měření kvality života. Závěrem byl zaznamenán silný vztah

mezi dávkou PA a QoL ve volném čase u studentů a studentek vysokých škol lékařských, uvádí (Peleias, Tempski, Paro, Perotta, Mayer, Enns, ... & Carvalho, 2017).

V této průřezové studii byla zkoumána fyzická aktivita, sportovní účast a asociace s blahobytem, úzkostí a depresivními symptomy ve velkém reprezentativním vzorku evropských adolescentů. Průzkum byl dokončen s 11 110 dospívajícími probandy z deseti evropských zemí, kteří se zúčastnili studie SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe). Dotazník obsahoval položky hodnotící fyzickou aktivitu, sportovní účast a validované nástroje, které hodnotí pohodu (WHO-5), depresivní symptomy (BDI-II) a úzkost (SAS). Víceúrovňová smíšená efektivní lineární regrese byla použita ke zkoumání vztahů mezi fyzickou aktivitou / účastí sportu a opatřeními v oblasti duševního zdraví. Menšina vzorku (17,9 % chlapců a 10,7 % dívek) hlásila dostatečnou aktivitu na základě pokynů WHO (60 min + denně). Průměrný počet dnů a nejméně 60 minut mírné až silné aktivity v posledních 2 týdnech byl u chlapců $7,5 \pm 4,4$ a u dívek $5,9 \text{ dní} \pm 4,3$. Četnost aktivity byla pozitivně korelována s blahobytem a negativně korelovala s úzkostnými a depresivními příznaky až do prahu mírné frekvence aktivity. Ve víceúrovňovém modelu kombinovaných účinků se objevila častější fyzická aktivita a účast ve sportu, které nezávisle přispívají k většímu blahu a nižším úrovním úzkostných a depresivních symptomů u obou pohlaví. Zvyšování úrovně činnosti a účasti sportu mezi nejméně aktivní mladými lidmi by mělo být cílem komunitních a školních zásahů na podporu blahobytu. Zdá se, že neexistuje další přínos pro duševní zdraví spojený s dodržováním úrovní doporučené dle WHO uvádí (McMahon, Corcoran, O'Regan, Keeley, Cannon, Carli, ... & Balazs, 2017).

7 Závěry

Hlavním cílem předložené diplomové práce bylo srovnání úrovně životní spokojenosti a jejích složek a úrovně pohybové aktivity u univerzitních studentů v ČR a USA. Cíle se podařilo po pár letech sběru dat úspěšně dosáhnout. Studenti univerzit jsou velmi specifickou skupinou, vzhledem ke změně životní etapy a psychickému vypětí při studiích. Z celkového počtu 838 respondentů jsme došli k následujícím závěrům.

Celková životní spokojenost u univerzitních studentů s ohledem na kulturní difference se výrazně liší. Výsledky ukazují, že američtí studenti jsou výrazně spokojenější s celkovou životní úrovní než vysokoškoláci z ČR.

Nejvýraznější rozdíly u univerzitních studentů s ohledem na kulturní difference jsou v položkách životní spokojenosti hlavně u zdraví, financí a vlastní osoby. Ve zmiňovaných položkách převažují kladnější odpovědi amerických studentů nad českými studenty. Menší rozdíly jsou v položkách práce, partnerství a sexualita, stále však převažují kladnějším hodnocením studenti USA. Pouze ve dvou položkách, bydlení a volný čas, převažují kladné odpovědi studentů z Čech.

Z výzkumného šetření vyplývá, že úroveň pohybové aktivity u současných studentů vysokých škol v ČR a USA je rozdílná. Při porovnání nízké intenzity pohybové aktivity jsou čeští studenti výrazně na vyšší úrovni než američtí studenti, a to o pár desítek procent. Pohybová aktivita je tedy výrazně nižší u studentů z USA. Ve střední pohybové aktivitě nejsou výraznější rozdíly. Tuto aktivitu měly obě skupiny respondentů poměrně vyrovnanou, mírně v ní však začínají převyšovat američtí studenti. Ve vysoké intenzitě pohybové aktivity se ukázaly velké rozdíly. Studenti z USA měli výrazně vyšší úroveň této aktivity než studenti z České republiky, a to o celých 30 procent.

8 Souhrn

Diplomová práce se zabývá srovnáním úrovně životní spokojenosti a jejich složek a úrovně pohybové aktivity u univerzitních studentů v ČR a v USA. Výzkum probíhal více jak jeden rok. Dotazníkové šetření se provádělo ve dvou zemích, v ČR a v USA, a toho se celkem zúčastnilo 838 probandů.

V teoretické části jsem shrnula přehled poznatků a nastínila témata, kterými se celá práce zabývá. Popsala jsem hlavní témata, která úzce souvisí s úrovní životní spokojenosti a jejich složek a úrovní pohybové aktivity. Kromě definice životního stylu a jeho dalších forem jakými jsou moderní či aktivní životní styl dochází i na definování dalších složek. Využitím Dotazníku životní spokojenosti jsem zjišťovala hodnoty spokojenosti v oblastech zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volného času, partnerství a vztahů, vlastní osobnosti, sexuality, přátelství a bydlení. Důležitou oblastí, kterou jsem popsala v teoretické části je i mezikulturní diference studentů.

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

V metodické části popisují sběr dat a nástroje, které jsem použila na zpracování informací. Dále je v této části popsán výzkumný soubor a realizace výzkumu.

Výsledková část pak shrnuje všechny získané a vypočtené závěry, které jsou v diskuzi porovnávány s podobnými celosvětovými výzkumy. Díky výsledkům jsme zjistili, že jsou výrazné rozdíly v úrovni životní spokojenosti u českých a amerických vysokoškoláků. Dále byly zjištěny i rozdíly v úrovni pohybové aktivity. Práce odpovídá na položené dílčí cíle, hlavní cíl i výzkumné otázky.

Výzkum ukazuje, že američtí studenti mají mnohem vyšší životní spokojenost než čeští studenti vysokých škol. V pohybové aktivitě s vysokou a střední intenzitou také převyšují studenti z USA.

Byla bych ráda, kdyby tato má diplomová práce byla přínosem pro studenty k zamyšlení se nad důležitostí sportu a pohybu k souvislosti se zdravím a aby posloužila jako podklad k dalším výzkumům v této oblasti.

9 Summary

This diploma thesis deals with the comparison of the level of life satisfaction and its components and level of physical activity at university students in the Czech Republic and the USA. The research has been going on for over a year. The questionnaire survey was conducted in two countries, in the Czech Republic and in the USA, and 838 probands were involved.

In the theoretical part, I summed up an overview of the findings and outlined the themes that the whole thesis deals with. I outlined the main topics that are closely related to the level of life satisfaction and its components and levels of physical activity. In addition to the definition of lifestyle and its other forms such as modern or active lifestyles, the definition of other components also occurs. By using the Life Satisfaction Questionnaire, I have measured the levels of satisfaction in the areas of health, work and employment, financial situation, leisure, partnerships and relationships, personalities, sexuality, friendship and housing. An important area I have described in the theoretical part is the intercultural difference of students.

The general view of the problem of lack of physical activity in the current college population assumes that regular physical activity will lead to higher life satisfaction not only in health but also in other areas of life.

In the methodical section, I describe data collection and tools that I used to process information. In addition, the research group and the research are described in this part.

The result section summarizes all the obtained and calculated conclusions that are compared in the discussion with similar global research. Thanks to the results, we have found that there are significant differences in the level of life satisfaction among Czech and American college students. In addition, differences in the level of physical activity were also found. The work corresponds to the sub-objectives, the main objective and the research questions.

Research shows that American students have much higher life satisfaction than Czech university students. High-intensity and medium-intensity physical activity also exceeds US students.

I would like this diploma thesis to be a benefit for students to think about the importance of sport and to move towards a health link and to serve as a basis for further research in this area.

10 Referenční seznam

- Arriaza Jones, D., Ainsworth, B. E., Croft, J. B., Macera, C. A., Lloyd, E. E., & Yusuf, H. R. (1998). *Moderate leisure-time physical activity: who is meeting the public health recommendations? A national cross-sectional study*. *Archives of family medicine*, 7(3), 285.
- Astl, J., Astlová, E., & Marková, E. (2009). *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf.
- Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: WoltersKluwer Česká republika.
- Beaudoin, C., Mathias, M., & Fraser, J. (2004). *Students' perceptions of neing healthy and being fit*. *Avante*, 10(3), 1-13.
- Bebeley, S. J., Wu, Y., & Liu, Y. (2017). *Motives for physical activity for college students level of motivation in physical activity*. *International journal of science and research*, 6(5), 2377-2382.
- Bittnerová, D., & Moravcová, M. (2005). *Kdo jsem a kam patřím? Identita národnostních menšin a etnických komunit na území České republiky*. Praha: Sofis.
- Blahutková, M., Řehulka, E., & Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- Čeledová, L. & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: GradaPublishing, a.s.
- Češka, R. & kol. (2010). *Interna*. Praha: Triton.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promot social*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Deb, S., Banu, P. R., Thomas, S., Vardhan, R. V., Rao, P. T., & Khawaja, N. (2016). *Depression among Indian university students and its association with perceived university academic environment, living arrangements and personal issues*. *Asian journal of psychiatry*, 23108-117.
- Dědina, J. & Cejthamr, V. 2005. *Management a organizační chování: manažerské chování a zvyšování efektivity, řízení jednotlivců a skupin, manažerské role a styly, moc a vliv v řízení organizací*. Praha: Grada.
- Diaz, C. & Bark, S. (2014). *Body book: zákon hladu, vědomí vnitřní síly a jiné způsoby, jak milovat své tělo*. Brno: Jota.

- Duffková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o.
- Eriksen, T. H. (2008). *Antropologie multikulturních společností: rozumět identitě*. Praha: Triton.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada.
- Feiring, E. (2008). Lifestyle, responsibility and justice. *European Journal of Medical Health Economics*, 34, 1-2.
- Fialová, L., & Krch, F., D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Fořt, P. (2005). *Zdraví a potravní doplňky*. Praha: Ikar.
- Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J. F., & Wardle, J. (2004). *Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development*. *Preventive medicine*, 39(1), 182-190.
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hendl, J., & Dobrý, L. (2011). *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum.
- Hills, P., & Argyle, M., (2002). *The Oxford happiness questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being*. *Personality and individual differences*, 33(7), 1073-1082.
- Hnilicová, H., & Bencko, V. (2005). *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*. *Praktický lékař*. vol. 85, no.11.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie I*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Jaromír, S., Pavel, J., Peter, S., & Lubica, P. (2017). *General Motor Performance Level of Slovak university students determined by selected physical activity factors*. *Gymnasium: Scientific journal of education, sports & health*, 18(2), 73-82.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.

- Kastnerová, M. (2011). *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová.
- Keating, X. D., Ayers, S. F., Jingwen, L., Ke, Z., Jianmin, G., Castro-Piñero, J., & Yong, H. (2013). Physical activity patterns, perceived health, and bmi among university students. *American Journal Of Health Studies*, 28(4), 163-172.
- Kebza, V. (1998). *Zdravý životní styl*. Jihlava: Idea.
- Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada.
- Kučera, M. (1999). Význam pohybu. V M. Kučera, & I. a. Dylevský, *Sportovní medicína*. Praha: Grada Publishing.
- Kukačka, V. (2009). *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta.
- Kuric, J. (2001). *Ontogenetická psychologie*. Brno: Cerm.
- Labudová, J., & Ramacsay, L. (2002). *Pracovné zaťaženie občanov*. In *Pohybová aktivita a šport v živote dospelých* (pp. 11-18). Bratislava: Slovenský olympijský výbor – Komisi a šport pre všetkých.
- Lukášová, R., Nový, I., & kol. (2004). *Organizační kultura: Od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. Praha: Grada.
- Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Magnello, E., & Van Loon, B. (2010). *Statistika, Seznamte se...* Praha: Portál.
- Machová, J. & al. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů.
- Martínková, I. (2012). Harmonie, harmonizace a pohybové bytí člověka. In *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých*. Praha: Univerzita Karlova v Praze FTVS.
- McMahon, E. M., Corcoran, P., O'Regan, G., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., ... & Balazs, J. (2017). *Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being*. *European child & adolescent psychiatry*, 26(1), 111-122.

- Měkota, K. & Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti, činnosti, výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Murphy, R. (2006). *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
- Nový, I., & Schroll-machl, S. (2005). *Spolupráce přes hranice kultur*. Praha: Management Press.
- Obreshkov, D. (2011). *Students' motivation for going in for sport at russe university "angel kanchev"*. *Activities In Physical Education & Sport*, 1(1), 51-54.
- Pánek, J. (2002). *Základy výživy*. Praha: Svoboda Servis.
- Peleias, M., Tempski, P., Paro, H. B., Perotta, B., Mayer, F. B., Enns, S. C., ... & Carvalho, C. R. (2017). Leisure time physical activity and quality of life in medical students: results from a multicentre study. *BMJ open sport & exercise medicine*, 3(1), e000213.
- Průcha, J. (1999). *Vzdělávání a školství ve světě: základní mezinárodní komparace vzdělávacích systémů*. Praha: Portál.
- Rodná, K. & Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Test centrum.
- Şahan, H. (2007). *Üniversite Öğrencilerinin Sosyalleşme Sürecinde Spor Aktivitelerinin Rolü. Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Araştırma Yöntemleri Bilim Dalı. Konya.
- Sekot, A. (2004). *Kapitoly ze sportu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sportovních studií.
- Sigmund, E., & Sigmundová D. (2011). Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sigmund, M., Kvintová, J., Hřebíčková, H., Šafář, M., & Sigmundová, D. (2014). Life satisfaction, health, self-evaluation and sexuality in current university students of sport sciences, education and natural sciences. *Acta Gymnica*, 44(4), 231-241.
- Slepičková, I. (2001). *Sport a volný čas adolescentů*. Praha: FTVS UK.
- Soukup, V. (2004). *Dějiny antropologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.

- Swanepoel, E., Surujlal, J., & Dhurup, M. (2015). *Attitude towards sport and physical activity, self-esteem, life satisfaction relationships and variations in terms of gender: Perspectives from university students*. African Journal For Physical, Health Education, Recreation & Dance, 14-28.
- Šimonek, J. (2000). *Pohybová aktivita v životě současného člověka*. (Condition activity in present man life), In Hrabkova, N. et al.: Učebné texty preštudujúcich na univerzitet retieho veku. Bratislava: UK.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2011). *Research methods in physical activity (6th ed.)*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Valjent, Z. (2010). *Aktivní životní styl vysokoškoláků (studentů FEL ČVUT v Praze)*. Disertační práce. Praha: FTVS UK.
- Veenhoven, R. (1996). *The Study of Life Satisfaction*. V W. Sarris, & co., A Comparative Study of Satisfaction with Life in Europe. Budapest: Eötvös University press, 11-48.
- Vokurka, M., & Hugo, J. (1998) *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš. vyd. Praha: Maxdorf.
- World Health Organization. Obesity. Retrieved 5. 7. 2017 from World Wide Web: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>.
- Yildiz, Y., & Ekici, S. (2017). *Investigation of the effect of sports on the level of happiness and socialization of university students. / sporun üniversite öğrencileri üzerinde mutluluk ve sosyalleşme düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Journal Of Physical Education & Sports Science / Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi, 11(2), 181-187.