

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravovědy

Kamila Sekaninová

III. ročník – prezenční studium

Obor: Hudební kultura se zaměřením na vzdělávání - Výchova ke zdraví
se zaměřením na vzdělávání

**Sociální opora jako faktor utváření zdravého životního
stylu a její percepce u studentů Univerzity Palackého
Olomouc**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Sociální opora jako faktor utváření zdravého životního stylu a její percepce u studentů UP Olomouc*“ zpracovala samostatně a použila pouze literaturu uvedenou v referenčním seznamu.

V Olomouci dne 8. dubna 2011 _____

„Kdyby na sebe lidé přestali vzájemně působit, společnost by zcela jistě přestala existovat.“

Thomas Hylland Eriksen

Poděkování

Děkuji MUDr. Miladě Bezděkové, Ph.D. za odborné vedení práce a patřičné připomínky, které mi poskytovala při její realizaci. Také chci poděkovat všem respondentům, kteří se ochotným vyplněním dotazníků nepřímo podíleli na realizaci výzkumného šetření, jež je součástí praktické části mojí bakalářské práce.

ÚVOD.....	5
1 VÝZNAM A FUNKCE SOCIÁLNÍ OPORY	7
1.1 GENEZE VNÍMÁNÍ SOCIÁLNÍ OPORY.....	9
1.2 KLASIFIKACE SOCIÁLNÍ OPORY	10
1.2.1 <i>Sociální opora poskytovaná jednotlivcem, skupinou nebo společenstvím.....</i>	<i>10</i>
1.2.2 <i>Důležitost vrstevnických vztahů.....</i>	<i>11</i>
1.2.3 <i>Institucionální sociální opora.....</i>	<i>12</i>
2 RODINA JAKO HLAVNÍ PILÍŘ SOCIÁLNÍ OPORY.....	13
2.1 VÝVOJ RODINY V HISTORICKÝCH SOUVISLOSTECH	14
2.2 RODINA A JEJÍ FUNKCE.....	19
2.2.1 <i>Rodina jako instituce a systém interakcí.....</i>	<i>20</i>
3 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL V OBLASTI BIO – PSYCHO – SOCIÁLNÍ.....	22
3.1 RODINA A JEJÍ ŽIVOTNÍ STYL.....	26
4 RODINA JAKO FAKTOR FORMACE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU ..	27
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	33
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	33
5.2 CÍL VÝZKUMU.....	33
5.3 HYPOTÉZY	33
5.4 VÝZKUMNÁ METODA	34
5.4.1 <i>Proměnné.....</i>	<i>35</i>
5.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	35
5.5.1 <i>Charakteristika výzkumného vzorku podle pohlaví respondentů</i>	<i>36</i>
5.5.2 <i>Charakteristika výzkumného vzorku podle typu studia.....</i>	<i>36</i>
5.5.3 <i>Charakteristika výzkumného vzorku podle fakulty</i>	<i>37</i>
5.6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	37
5.6.1 <i>H1: Úroveň zdravého životního stylu rodiny ovlivňuje jedince v utváření vlastního životního stylu.....</i>	<i>37</i>
5.6.2 <i>H2: Rodiny s vyšším sociálním statusem mají větší tendence ke zdravému životnímu stylu, než rodiny se sociálním statusem nižším.</i>	<i>42</i>

5.6.3	<i>H3: Abúzus drog, či návykových látek v rodině do značné míry predikuje abúzus drog u dětí, které v této rodině vyrůstají.....</i>	47
5.7	ANALÝZA ZAJÍMAVÝCH VÝSLEDKŮ	48
6	ZÁVĚR	51
7	SOUHRN	52
8	SUMMARY	53
9	REFERENČNÍ SEZNAM.....	54
10	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	58
11	PŘÍLOHY.....	59
12	ANOTACE	

Úvod

Sociální opora zastává v životě člověka velice důležitou úlohu. Je tvořena vztahovou sítí v prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje. Je to zejména rodina a rodinné prostředí, ve kterém se člověk nachází bezprostředně po narození, a poté až širší sociální prostor. V této práci se zaměřím na primární sektor sociální opory, a tedy na sociální oporu v rodině. Hlavní úloha rodiny spočívá jak v uspokojení základních biologických potřeb, tak také v upevňování sociální adaptace a podpory psychologického vývoje jedince.

Důležitou oblastí působení sociální opory je oblast formace zdravého životního stylu. Každá fáze lidského vývoje má své charakteristiky. Osobnost jedince se utváří kontinuálně a jeho posun ve vývoji, ať už v jakékoli oblasti, navazuje na předchozí vývojová stádia. Člověk se přizpůsobuje svému sociálnímu prostředí, tím pádem má zásadní podíl na jeho výchově především rodina. Pro zdravý vývoj jedince je stěžejní determinantou koordinovanost utváření sociální sítě, v jejímž prostředí jedinec vyrůstá.

Hlavním cílem mojí bakalářské práce je upozornit na důležitost sociální opory v rodině, zejména v oblasti formace zdravého životního stylu v jeho holistickém pojetí. V této práci se budu zabývat jak úrovní biologického zdraví, tedy oblastí výživy a stravování, zapojení pohybových aktivit do života jedince a prevencí rizikových (sociálně-patologických) faktorů, tak také úrovní psychického (duševního) zdraví, v oblasti psychického vývoje jedince a v oblasti duševní hygieny. Třetí částí, bio-psycho-sociálního modelu zdraví, je úroveň sociálního zdraví, a tedy zejména oblast sociálních vztahů, sociálních interakcí, podnětů ze strany sociálního prostředí (rodiny, přátel, vrstevnických skupin). K vedlejším cílům mojí práce řadím deskripci problematiky v jejím širším kontextu. Zaměřuji se především na význam sociální opory, genezi jejího vnímání. V další kapitole popisuji vývoj rodinného prostředí, a jeho působení na jedince v historickém kontextu. Součástí deskriptivní části mojí bakalářské práce je také upozornění na jisté nedostatky v dnešní struktuře rodiny, na aktuální trendy, a také na často diskutovanou krizi dnešní rodiny.

Hlavní výzkumnou otázku teoretické části mojí bakalářské práce představuje vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu jedince, zejména v raném období života a její možné projekce do dalších vývojových fází.

Celou práci pojmám jako studii, jejímž hlavním cílem je přispět k souboru prací, týkajících se problematiky sociální opory a formace zdravého životního stylu a případně nastínit, ve které oblasti je deskripce či bližší analýza problematiky oslabená.

V teoretické části práce využívám deskriptivní metodu a snažím se tedy obsažně popsat vývoj a funkce sociální opory, sociální oporu v rodině, a zdravý životní styl, který tato opora do značné míry spoluutváří.

Další část mojí bakalářské práce tvoří praktický výzkum situace mezi studenty Univerzity Palackého v Olomouci. V tomto výzkumu se zaměřuji na percepci sociální opory jako faktoru utváření zdravého životního stylu u studentů napříč fakultami Univerzity Palackého v Olomouci. Za hlavní cíl výzkumu považuji zjištění míry vnímání poskytované sociální opory, ve smyslu utváření zdravého životního stylu, zejména ze strany rodiny, a její faktický dopad na životní styl a zdraví respondentů.

V bakalářské práci jsem pracovala, v teoretické části zejména s literaturou z oboru sociologie rodiny, psychologie, psychologie zdraví, sociální psychologie, kulturní antropologie, výchovy ke zdraví, atp. Dosavadní zpracování tématu sociální opory je z teoretického hlediska zpracované především v publikacích Mareše et. al. (2002), okrajově se jej v některých kapitolách dotýkají i publikace Matějčka (1999), či Matouška (1993). Konkrétně se tito autoři však problematikou sociální opory ve smyslu formace zdravého životního stylu ve svých publikacích výrazně nezabývají. Aktuální informace z oblasti zdravého životního stylu, genetického vlivu na životní styl a oblasti výživy dětí, čerpám také z, v referenčním seznamu uvedených, elektronických zdrojů (např. Odborné fórum lékařů a farmaceutů on-line). Při realizaci praktické části využívám informací především z publikací Dismana (2000) a Reichla (2009).

Tato problematika prozatím není v literatuře jednotně a celistvě zpracována. Navzdory dobře popsaným partikulárním částem, se autoři podrobně nevěnují spojení sociální opory s formací zdravého životního stylu. Proto zde vidím otevřený prostor jak k teoretické deskripci, tak i k praktickému výzkumu a hlubší analýze této problematiky.

1 Význam a funkce sociální opory

Slovo „sociální“ je nejčastěji užíváno v souvislosti sociálních vztahů, tedy to, co je společné lidem, nebo určitému společenství, a také to, co se odtud zpět k jedinci vztahuje. Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010) sociální oporu definuje takto: „*Je to vztahová opora v okolí člověka, jež je tvořena partnerem, rodinou, přáteli, případně členy komunity. Sociální opora je považována také za pilíř duševního zdraví*“.

Sociální opora je tedy, v širším pojetí, pomoc poskytovaná někomu, kdo se nachází v zátěžové situaci, za účelem usnadnění této situace, nebo zmírnění důsledků této zátěžové, krizové situace. Podle Mareše (2002) se o sociální opoře předpokládá, že jedinci usnadňuje zvládnutí této krizové situace. Ne vždy má ovšem sociální opora pouze pozitivní dopad, tzn., že ne vždy dochází k usnadnění této situace. Existují případy, kdy jedinci sociální oporu odmítají, a kterým v danou chvíli naopak sociální opora situaci komplikuje. Křivohlavý (2001) mluví v této souvislosti o odvrácené straně sociální opory. Ta může být vnímána buď jako nadměrná, nebo nevhodná. V jiných případech sociální opora, ve chvíli kdy je poskytována, nemusí připadat jejímu příjemci dostačující, adekvátní. Výrazně negativní dopady mají případy úplné absence sociální opory. Jedná se tedy o jistý druh selhání sociální sítě a sociální opory. Podle Mareše (2001 b) pak dochází nejen ke stresu ze samotné krize, nebo problému, který dotyčný prožívá, ale především k další frustraci a zklamání z očekávané a neposkytnuté sociální opory. Sociální opora má, podle výše zmíněného, význam především jako pomoc v případě nějaké krize, riziku, nebo nebezpečí. V této práci se ovšem budeme zabývat také její primární, preventivní, tedy především výchovnou funkcí.

Mareš ve své publikaci z roku 2002 (s. 38) modifikoval původní funkce sociální opory stanovené podle Willse a Shinara takto:

Opora emocionální, je opora, která vede k lepšímu zvládnutí zátěžových situací a především k motivaci k této snaze. Nejčastěji je poskytována ze strany přátel nebo partnerů. Jedná se tedy o blízký, důvěrný, osobní vztah. Člověk, který se nachází v krizové situaci má možnost si o tom s někým promluvit. Je to tedy opora na úrovni citů, porozumění, a tím zlepšení emocionálního, psychického stavu dané osoby.

Opora instrumentální. Jedná se o materiální zázemí. Pomoc v poskytnutí materiálních prostředků, praktická hmotná pomoc dotyčné osobě.

Opora informační, tkví v poskytnutí rad a doporučení, jak by se v určitých situacích jedinec měl zachovat, pokud si neví rady. Tento druh sociální opory by měl jedinci poskytnout dostatek informací nebo jejich zdrojů k tomu, aby dotyčný byl schopen efektivněji zvládat úkoly a činit svá vlastní rozhodnutí.

Opora sociálního prostředí. Tento typ sociální opory tkví především v socializaci jedince, a tedy ve snaze začlenit jej do určité společnosti, určitého kolektivu lidí. Člověk, který prožívá nějakou krizi je schopen se od ní na určitou dobu odpoutat, rozebrat tyto problémy, nebo je alespoň na určitou dobu vypustit. Pomáhá tedy především jako určitý druh psychické, duševní hygieny.

Opora potvrzením platností je v podstatě zpětná vazba, která je brzdou a zároveň hnacím motorem lidského chování. Lidé okolo nás nám dávají najevo, jak se jim líbí, či nelíbí, nebo nakolik souhlasí či nesouhlasí s tím, co děláme, jak se chováme, do jaké oblasti společnosti se zařazujeme. Vyjadřuje tedy normu, normalitu, nebo její přesah.

Jiné funkce sociální opory nabízejí, v té stejné publikaci (Mareš, 2002), Richman, Rosenfeld, Hardy (1993), kteří přisuzují sociální opoře osm funkcí, a sice sociální oporu poskytovanou nasloucháním, emocionální oporu, ve smyslu útěchy a péče, emocionální oporu apelem, která vede k přehodnocení dosavadních postojů, hodnot a vzorů chování. Dále sociální oporu, jež jedinci stvrzuje realitu. Existuje tedy někdo, kdo na věci nazírá stejným pohledem. Takzvaně „vidí svět stejnýma očima“, nebo to pouze v rámci sociální opory předstírá. Opora oceněním, probíhá na základě kladného hodnocení práce jedince jeho sociálním okolím. Jeho sociální prostředí si jej cení za jeho snahu a práci, kterou vykonal. Odborný apel je ve své podstatě emocionální opora apelem ve zvýšené míře. Jedinec je výrazně motivován k přehodnocení svých postojů, svého chování a jednání. Opora poskytnutá v hmotné nouzi a opora osobní pomocí je paralelou k původnímu rozdělení funkcí sociální opory tak, jak je definoval Mareš (2000) podle Willse a Shinara, kde je jednoslovně označena oporou instrumentální. Mareš, ve své publikaci z roku 2002, sociální oporu úmyslně popisuje jako pomoc jedinci v tísní. To, jak později uvidíme, však není jediný význam sociální opory.

1.1 Geneze vnímání sociální opory

Genezi vnímání sociální opory je třeba posuzovat v jejich širších, interdisciplinárních souvislostech. O genezi, jako o formaci lidské psychiky, pojednává mnoho studií především z oblasti vývojové psychologie, sociální psychologie, či pedagogická psychologie, jež většinou participují na výzkumech spolu s předměty, jako jsou kulturní antropologie, anatomie, či neurofyziologie. V literatuře tedy nalezneme širokou škálu period, ve kterých dochází ke genezi vnímání určité úrovně sociální opory. Od té úplně základní, která je na bázi především pocitové, až po její rozvinutou, racionální podobu. Uvedené vědní obory došly, na poli zkoumání geneze sociální opory, k postupnému konsenzu, a sice, že sociální opora je vnímána již od raného životního stádia. Přesvědčit se o její funkčnosti či nefunkčnosti může již dítě v novorozeneckém či kojeneckém věku a tuto zkušenost později vnímá při utváření vlastních vzorců poskytování sociální opory. Většina lidských vlastností a rysů chování je ovlivněna výchovou, pouze některé charakterové vlastnosti jsou geneticky determinovány (jako například temperament, charakter, apod.). V otázce vývoje lidské, nebo chceme-li, dětské psychiky se setkáváme se dvěma postoji. Ten první, nativistický postoj (endogenistický) považuje za základní faktory ty vrozené – genetické a nebere v úvahu vliv okolního prostředí. Druhým pólem je tzv. environmentální (exogenistická, empirická) koncepce, která naopak spíše přeceňuje vliv působení okolního prostředí a nahlíží tedy na člověka, jako na bytost snadno a lehce ovlivnitelnou, vychovatelnou a vnějšími faktory formovatelnou. V současné době však mezi těmito dvěma protipóly vznikl jistý konsenzus ve smyslu interakčního pojetí determinace psychického vývoje (Holásková, 2009).

V kontextu vývoje a utváření lidského vnímání a lidské psychiky se formuje taktéž vnímání sociálního prostoru, a tím také sociální opory. Zde je nutné podotknout vývojové periodizace několika významných osobností na poli zkoumání lidské psychiky. Zejména důležitou se v tomto případě stává psychosociální vývojová periodizace podle Eriksona a také Freudova psychoanalýza. Obě tyto analýzy potvrzují, že člověk, respektive dítě, vnímá okolní svět a utváří si podle vlastních zkušeností jisté obrazy skutečnosti (světa) a prototypy chování (vzory), na základě nichž později sám jedná (Šimčíková-Čížková, 2008). Z toho tedy vyplývá, že také určitá míra percepce sociální opory je patrná již v raném životním stádiu člověka, kdy se utváří určitá vztahová schémata. Dítě vnímá sociální oporu nejprve na bázi fyzické, primárně vnímá matku (Matějček, 1999), nebo její

náhradu, z důvodu hlavního zdroje potravy, ochrany a útočiště. Zde se utváří pravotní představa o sociální opoře prostřednictvím základní důvěry (basic trust), získané v matčině náručí. Díky tomuto získanému pocitu se dítě může dále psychicky vyvíjet. V případě, že je tato fáze porušena, budují se u dětí základy depresivních, deprivacních a později maladaptacních stavů ve vztahu k prostředí. Jakmile je tato primární úroveň uspokojena, tvoří se další vztahy a sociální sítě, a dítě se stává sociálním elementem, takže začíná vnímat své širší sociální prostředí (Říčan, Krejčová, et. al., 1995). Podle zkušeností si postupně s celkovým vývojem uvědomuje širší kontext sociální opory a jejího významu. V publikaci Mareše (2002) je dalším prvkem sociální opory relační neboli vztahové schéma, které hraje roli v utváření sociální opory jako obousměrného, recipročního vztahu. Je zde popisováno jako vztah kognitivních struktur, které reprezentují pravidelnosti ve vzorech a komplexech interpersonálního styku, tzn. ustálených postupů jednání v typických interakcích jedince s jinými lidmi (Mareš, 2002). Dítě se tedy učí z vlastních zkušeností a ze vzorů chování, které má k dispozici. Schémata sociální opory se utvářejí z osobních zkušeností s vlastními (klíčovými) poskytovateli sociální opory.

1.2 Klasifikace sociální opory

Klasifikovat jednotně sociální oporu je velmi nesnadný úkol. Literatura nejčastěji uvádí klasifikaci podle poskytovatele sociální opory (Mareš, 2002). Primárně tedy dělíme sociální oporu podle množství poskytovatelů na oporu poskytovanou jedincem, skupinou, či společenstvím a podle vztahu mezi nimi na sociální oporu rodinnou (příbuzenskou), přátelskou, laickou, profesionální, nebo institucionální. Další důležitou determinantou dělení sociální opory je její aktuálnost, urgentnost. V takovém případě rozlišujeme dvojí typ sociální opory, oporu běžnou (kontinuální) a oporu urgentní (jednorázovou). Podle Mareše (2002) bychom mohli pokračovat dále v dělení sociální opory na oporu, jež je příjemcem vyžadovaná, dále na oporu, jejíž žádanost byla pouze naznačena a tu, která nebyla příjemcem vyžádána, či naznačena vůbec.

1.2.1 Sociální opora poskytovaná jednotlivcem, skupinou nebo společenstvím

V případě klasifikace sociální opory podle subjektu, který ji poskytuje, rozlišujeme tři základní kategorie, od nichž se pak odvíjí další dělení. V případě sociální opory poskytované jedincem se můžeme setkat s oporou od jednotlivých blízkých členů rodiny,

například od rodiče-tedy matky či otce, s oporou od sourozenců, prarodičů, tet, strýců a širší rodiny, nebo s oporou širšího sociálního kruhu (sociální sítě) tedy od přátel, vrstevnických skupin, nebo také s oporou ze strany profesionála (lékař, psycholog), či oporou institucionální (učitel, sociální pracovník, apod.) (Mareš, 2002). Je zapotřebí si však uvědomit, že struktury sociální opory, tak jak jsme je klasifikovali, nelze od sebe striktně oddělovat. Zejména v praxi se vzájemně propojují a doplňují, a vzniká tak řada dalších rozličných variant jejich klasifikace.

Co se týče sociální opory ze strany skupin a společenství, je sociální opora významná zejména jako socializace a zpětná vazba v podobě hodnocení chování jedince ze strany širší společnosti, společenské skupiny (Mareš, 2002). Už zde můžeme vidět, že se v případě sociální opory, nejedná výhradně o pomoc v krizi, nebo nouzi, ale také o prevenci a napomáhání před vznikem krize, či krizovým chováním jedince. V případě sociální opory poskytované ze strany skupiny či společenství je zapotřebí nejprve vymezit základní kritéria, a to zda se jedná o příbuzenský vztah, o rodinu, či vzdálenější mezilidské vztahy. Je třeba také upozornit na rostoucí vliv sociální opory poskytované či přijímané prostřednictvím virtuálních sociálních sítí, jež se stávají fenoménem dnešní doby. Virtuální realita je stále více součástí lidského života a stejně tak i svět médií, který často přebírá výchovnou funkci společnosti, což v sobě skýtá také jistá rizika a hrozby¹.

1.2.2 Důležitost vrstevnických vztahů

Vztahy s vrstevníky jsou velmi důležitou komponentou sociální opory. Poprvé se dítě výrazněji setkává s vrstevníky nástupem do mateřské školy (kolem 3 let). V tomto období poprvé nastává intelektová zralost pro styk s vrstevníky (Matějček, 2002). Ve vztahu s vrstevníky se poprvé začíná samostatně upevňovat schéma přijímané a poskytované sociální opory. Ve věku do 7 let se sociální vazba upevňuje nejčastěji společnou hrou. Mareš (2002) o tomto období hovoří jako o egocentrickém - dítě ještě není schopno odlišit svůj pohled na věc od pohledu ostatních. Ve věku do 9 let se dítě již samo pokouší o navázání jednostranných vztahů, avšak pouze je-li to pro něj nějak výhodné, jedná se o tak zvanou subjektivní perspektivu, například pomáhá někomu, kdo si s ním

¹ Více o této problematice např. v publikacích *Fenomén facebook* (Kulhánková, Čamek), *Všude a nikde: vliv elektronických médií na sociální chování* (Joshua Meyrowitz).

hraje jeho oblíbenou hru, apod. Později, přibližně kolem 12. roku věku dítěte, nastává období „reciproční“. Dítě si uvědomuje důležitost vztahů a spolupracuje na vyšší intelektuální úrovni. Do 15 let je již zřetelná společná perspektiva, dítě je schopno vnímat i odlišný pohled na věc, než pouze svůj vlastní. Budují se důvěrná přátelství, pro která je charakteristické „přivlastňování“ si jeden druhého. Dítě má potřebu zařadit se do nějaké skupiny, být součástí i něčeho jiného, než do té doby „pouze“ rodiny a jejích členů. Od tohoto období až do období dospělosti se formuje vnímání a uvažování v širších souvislostech, člověk již věci nevidí tak striktně jasně, ale je schopen vnímat také širší kontext událostí. V navazování vztahů jsou již jedinci sebevědomější, a vztahy, které navazují, jsou flexibilnější a proměnlivější, než v ranějších stádiích života.

1.2.3 Institucionální sociální opora

Tato oblast sociální opory má především roli sekundárně výchovnou, to znamená, že v případě selhání primární výchovné role sociální opory nastupuje její institucionální paralela. Pojmem institucionální opora se rozumí zejména opora v oblasti školství, opora v oblasti sociální státní sféry a státu, jako takového (např. soudnictví, oblast práva, apod.), opora v oblasti neziskových organizací a spolků, církví, ale také role sdělovacích prostředků a médií. Touto oblastí sociální opory a jejího konkrétního obsahu a působení se však práce blíže zabývat nebude, ačkoli její vliv mimo jiné na životní styl jedince, je značný².

² Blíže k tématu institucionální sociální opory např. publikace *Výživa a vývoj osobnosti dítěte* (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). *Sociologie životního stylu* (Dufková, Urban, Dubský, 2008). *Mediální zlo - mýty a realita: souvislost mezi sledováním televize a agresivitou u dětí* (Suchý, 2007).

2 Rodina jako hlavní pilíř sociální opory

Rodina je obecně chápána jako jedno ze základních center, do nichž se dítě po narození dostává. Od pravěku zde probíhá primární socializace a rozvoj dítěte (Dunovský, 1986). Podle Dunovského (1986) je rodina také průsečíkem života jedince a společnosti. Rodina je v užším pojetí definována jako skupina lidí spojená pokrevním příbuzenstvím nebo příbuzenstvím právních svazků, jako je například adopce, či sňatek. V širším pojetí lze považovat za rodinu i skupinu lidí, která se jako rodina deklaruje pouze na základě vzájemné náklonnosti, zejména některých státech USA a EU. Rodina se v historických souvislostech mění, avšak její základní funkce zůstávají.

Primárně je tedy sociální opora poskytována v rodině, ihned po narození. Nejprve zastávají roli primárních poskytovatelů sociální opory rodiče (zejména matka), později se síť sociální opory rozšiřuje o další osoby, především o vzdálenější členy rodiny, o vrstevnické skupiny, které hrají v období dospívání neméně důležitou roli v poskytování sociální opory (Mareš, 2002). Lze tedy konstatovat, že vnímání sociální opory přijímané je zřejmé už od narození dítěte. Nejprve na základě pudové vazby a emočních vztahů k matce, později na základě širšího sociálního citění. Pokud jsou tyto primární vazby v pořádku, dítě si vytváří pocit jistoty. Vztahy v raném dětství tedy výrazně poznamenávají prosociální a antisociální chování dětí v pozdějším věku. Důležité je podotknout, že vztah pečující osoby, sociálního prostředí a dítěte, je vztah obousměrný, reciproční. Dítě, pokud mu je sociální opora poskytována, učí se ji přijímat a zároveň poskytovat, jedná se tedy o reciproční vztah (Mareš, 2002).

Sociální oporu a její správný vývoj je třeba chápat v širších souvislostech. Ovlivňuje nejen jedince, ale nepřímou i celou společnost. Při správném poskytování sociální opory a jejího vnímání, si jedinec utváří také obraz společnosti, a je tedy rozhodující pro budoucí pozitivní vývoj sociální interakce (Mareš, 2002).

2.1 Vývoj rodiny v historických souvislostech

„Rodina, ačkoli se mění, je tím nejstabilnějším společenským útvarem, který byl, je a bude“ (Matějček, 2000)

Spřízněné rodiny – kmeny – stát

Historie rodiny je archeologicky doložena již od mladší doby kamenné³. Již zde se objevovala primitivní forma socializace člověka. Člověk chtěl, ale zároveň byl také nucen okolnostmi, patřit do určité skupiny či kmenu. Lze tedy mluvit o určitém stupni „naprogramování“ člověka, žít ve společenstvech, nikoli v izolaci. Typickým rysem rodiny, skupiny, či tlupy z mladší doby kamenné, je její velikost. Rodina v tehdejších podmínkách nemohla být příliš rozsáhlá, vzhledem k praktickým potřebám rodin neustále se přemísťovat, putovat za lepšími podmínkami a potravou. Pokud by rodina měla vysoký počet členů, zejména dětí, nebyl by jejich transport bezpečný (Matoušek, 1993). Zlom nastává s výrobním hospodářstvím v období neolitu, jež se začíná postupně formovat. S neolitickou revolucí⁴, jak je často toto období nazýváno, přichází nové fungování rodiny tím, že došlo k usazení, vlivem příznivějších podmínek, regulací a kontrolou nad získáváním potravy, rodina mohla delší dobu setrvat na jednom místě – utváří se širší rodové kmeny, roste populace těchto rodových společenství, vznikají osady a utváří se rodové kmeny (několik rodů). S dalším vývojem společnosti a tím také rodiny, přichází bližší sjednocení nejen v pokrevní příbuznosti, ale také v příbuznosti teritoriální, náboženské, ekonomické, atp. V tomto případě již nehovoříme o rodové skupině, či kmenovém společenství, ale o klanu. Klan, v této souvislosti, blíže specifikuje ve své publikaci Eriksen (2008), který uvádí, že na rozdíl od rodu je klan vícečetná skupina, která odvozuje svůj původ od společných předků, avšak není schopna jej blíže doložit a specifikovat. Je to tedy spojenecký svazek vyšší systematické úrovně.

Socializace, jakožto základní rys lidství, se v pozdější době diferencuje a vlivem potřeby po její vyšší organizovanosti se utvářejí národnosti, státní, nebo říšská skupenství a rodová společnost se rozpadá. Postupně lidé osídlují jednotlivá území a tvoří vyšší

³ S ohledem na přesnou lokalitu je přibližně stanovena v rozmezí od 10. do 6. tisíciletí př.n.l.

⁴ Neolitická revoluce – 8. tisíciletí př.n.l.

společnosti v podobě říší a států, čímž se mění také struktura společnosti jako takové a objevuje se další potřeba, potřeba náležitosti k určitému národu (Eriksen, 2008).

Starověk a římská rodina

Už v období starověkého Říma byla rodina chápána jako základní stavební prvek společnosti. Utváří se zde několikrát zákonná ustanovení, zanikají staré formy uzavírání manželství a budují se nové, dochází k formulaci prvních zákonů. Například zákon, jenž upřednostňuje a zvýhodňuje vícepočetné rodiny s více dětmi⁵, zákony sloužící k upevnění tradičního rodinného pouta, zákon proti cizoložství, a podobně (Matoušek, 1993). Tím se také upevňuje rodina, jako instituce. Období starověkého Říma je obdobím patriarchální rodiny, kde otec představuje absolutní autoritu (Lenderová, 2005).

Středověká rodina

Rodina v období starověku a středověku se nám z dostupných zdrojů jeví jako plně patriarchální, na rozdíl od rodiny v období neolitu, jež můžeme, vzhledem k její funkční struktuře a organizaci, označit spíše za matriarchální typ. Mimo to je období starověké rodiny charakteristické také příznivým postojem k mnohoženství, k tak zvané polygarii. Naproti tomu polyandrie, tak zvané mnohomužství, se praktikuje velice omezeně (Lenderová, 2005).

V období středověku hraje velkou úlohu, v utváření obrazu rodiny zejména církev. Ta nejčastěji a nejpřesvědčivěji charakterizuje rodinné role. V podstatě křesťanská ideologie ve středověku vyjadřovala velmi podobný pohled na manželství jako dnes, avšak byla ve vyšším měřítku dogmatizována. Například z období předhusitského je nám známo, že církev zakazovala jakoukoli možnost rozlučitelnosti manželství (Klabouch, 1962). Rozvod byl možný pouze za určitých, velice složitých okolností, probíhal u konzistorního soudu, a prakticky na něj dosáhly pouze třídy vyšší feudální společnosti. Dogmata církve a problematická rozvodovost v této době vedla k nemanželským vztahům, k cizoložství, nebo končila únikem některého člena z manželství. Faktický únik však úředně nebyl možný. Zajímavostí bylo, že v té době se takzvaní manželští dezertéři (Klabouch, 1962),

⁵ V období prvního desetiletí našeho letopočtu jej sestavil první římský císař Augustus.

znovu ženili v novém prostředí (případy dvojího manželství), ačkoli tento zločin byl trestán hrdelním trestem.

Dalším významným vlivem v utváření obrazu středověké rodiny byla ekonomika, rodina má charakter spíše výrobní jednotky, nežli svébytné instituce (Matoušek, 1993). Je zcela běžné větší uskupení členů rodiny, čítající až tři generace. Až do počátku 18. století je slovem rodina myšleno velké množství lidí setrvávajících pod jednou střechou - pro tento typ rodiny se ustálilo označení *nukleární rodina*. Záleželo však především na velikosti majetku. V tomto případě platí, že čím větší majetek, tím větší rodina (dnes by bylo tohle spojení přinejmenším sporné. Na jedné straně vidíme svobodné bezdětné milionáře, na straně druhé sociálně slabé rodiny s vysokým počtem členů, zejména dětí). Počátkem 16. století se také začíná postupně uvolňovat do té doby ryze patriarchální postavení rodiny.

Středověká rodina plnila zejména roli reprodukční a, co je pro středověk charakteristické, roli výrobní. Pouze v ojedinělých případech také roli výchovnou. Rodina spolu s církví byla v té době jedinou institucí, která tuto roli mohla zastávat. Děti měly ovšem na studia a vzdělávání povětšinou velmi omezené prostředky a také čas, který mohly studiu věnovat. Délka dětství v tomto období je dokládána pouze do osmého roku věku dítěte, poté se dítě stává součástí výrobního procesu (Matoušek, 1993).

Od novověku po současnost

Z výše uvedeného je patrné, že rodina, navzdory tomu, že mění svou strukturu, stále zůstává morfostatickou institucí. Otec, matka, děti. Tento stabilní vzorec principiálně přetrvává od pravěku až dodnes (Možný, 1999). V průběhu 17. a 18. století dochází k značným problémům nejen v rodině, ale také v celé společnosti. Problémy pramení z nedostatku zdrojů obživy, jež souvisí s přelidněním země (Klabouch, 1962)⁶. Vystává tedy jistý požadavek na regulaci dětí v rodině a tedy přímou regulaci populace. Tento požadavek se později, díky vyspělým průmyslovým zemím, začíná také uplatňovat. Častým problémem novověké rodiny je také odloučení dítěte od rodiny, k čemuž dochází

⁶ Přelom 17. a 18. století

zejména vlivem zavedení školní docházky⁷, díky které děti odcházely na značnou část dne z domova. Děti z rodin často odcházely také z důvodu nedostatku zdrojů na jejich obživu a byly odkládány do nalezince. V tomto období dochází mimo jiné k značné změně ve struktuře rodiny. Konec feudalismu je pomyslným rozmezím, kde se řešení rodinných a manželských poměrů emancipuje od církve a církevního dogmatismu a začíná být formováno zákonodárstvím jednotlivých států (Klabouch, 1962). Vliv buržoazie značně bojuje proti pozůstatkům feudální společnosti⁸. Odstraňuje přečetná omezení sňatků, sjednocuje občanská práva, a tím i právo manželské, majetkové a dědické (Klabouch, 1962). Vlivem emancipace je narušen kult ryze patriarchální rodiny, avšak muž stále zůstává v jejím čele. Feministická hnutí, která poprvé artikulovala své nároky a žádosti ve Francii v roce 1791, dosáhla rovnosti mužů a žen před zákonem, a také svobodu volby manželského svazku. Od tohoto okamžiku je ryze patriarchální rodina narušena. Důležitým mezníkem je také rok 1812, kdy vstoupil v platnost *Všeobecný občanský zákoník* a platil po celé období kapitalismu. V tomto zákoníku bylo mimo jiné formulováno osobní i majetkové manželské právo, právní poměry rodičů a dětí, právní poměry o poručnictví a adopci. Dalším impulsem v narušení patriarchátu bylo volební právo žen. To se začalo rozšiřovat od roku 1869, kdy bylo poprvé artikulováno v USA ve státě Wyomingu. Do první poloviny 20. století bylo volební právo žen uzákoněno ve většině zemí světa (www.ta-gita.cz)⁹. Postupem času tedy ustupuje klasický společenský statut rodiny, kde má výhradní postavení muž. Mužské a ženské role v rodině se prolínají a rozdíly mezi nimi se čím dál více stírají (Matoušek, 1993). Ustupuje také ryze funkční důvod k založení manželství. Sňatky se, místo ekonomických důvodů, začínají uzavírat také z lásky. Rodina stále zůstává místem útočiště a je protiváhou veřejného prostředí. Ženy se pod vlivem průmyslové revoluce a nastupujícího kapitalismu, dostávají také na trh práce a do výrobního procesu. Muž přestává být jediným živitelem rodiny a rodina tím ztrácí svůj, do té doby klasický, společenský statut (Matoušek, 1993).

⁷ Habsburská monarchie 1774

⁸ Za nejpokrokovější (mimo jiné také ve vývoji manželských poměrů) považujeme Francouzskou buržoazní revoluci 1789-1793 (Klabouch, 1962).

⁹ S výjimkou například Maďarska (1958), Kypru (1960), Švýcarska (1971), Iráku (1980), Lichtenštejnska (1984) a Kuvajtu (2005).

Po roce 1918 se začínají ve výchově dětí prosazovat zdravotnická hlediska. Dítě je považováno za nepopsanou tabuli (*tabula rasa*) a je tedy kladen důraz na upevnění jeho správných návyků. Například se poprvé klade důraz na pravidelné krmení dítěte (Matoušek, 1993).

V průběhu první poloviny 20. století dochází také k výrazným reformám občanského zákoníku a manželského a rodinného práva. K jeho završení dochází až implementací Československé manželské novely v roce 1919. Upravovali se zde, mimo jiné také vyživovací povinnosti, např. *Zákon na ochranu osob oprávněných požadovat výživu nebo zaopatření* č. 4/1931 Sb. Další snahy o reformy manželského a rodinného zákona byly zmařeny okupací a následně druhou Světovou válkou. V období fašismu a nacismu se opět vracíme ve vývoji zpět k nejprimitivnějším středověkým přežitkům. Rodina má sloužit vyšším cílům a má produkovat lidi k obrazu božímu. Od konce druhé Světové války až po současnost dospěla rodina k značnému pokroku, alespoň co se právních záležitostí týče, prošla mnohými úpravami a zákonnými novelizacemi až vykryštovala v současnou rodinu s jejími charakteristikami a právními náležitostmi tak, jak ji známe dnes (Klabouch, 1962; Možný, 1999).

Současná rodina ve většině případů sestává z rodičů a jejich svobodných dětí, takovou rodinu dnes označujeme za *nukleární*. Jako pozůstatek středověké patriarchální rodiny se dnes setkáváme s *patrilinearitou*, která spočívá v ponechání si mužského jména jak pro manželku, tak také pro dítě, není tomu tak už v případě majetku, který se v historii automaticky dědil ze strany otce, manžela, dodnes se s tímto případem můžeme setkat v některých afrických společnostech. Typickým faktorem dnešní prokreační¹⁰ rodiny je neolokalita. Rodina se dnes většinou stěhuje do vlastní „nové“ domácnosti. Rodina je považována za instituci se všemi svými náležitostmi, je tedy samostatně vymezeným právním subjektem, jenž upravuje zákon o rodině č. 94/1963 Sb.

Historický vývoj rodiny úzce souvisí s vývojem celé společnosti. Jelikož je rodina jejím základním pilířem, dochází k jejich postupnému prolínání. Jak v pravěku, tak i dnes rodinu ovlivňovalo především prostředí, společnost, stát a podmínky, ve kterých se

¹⁰ Prokreační rodina – nově založená, zahrnuje pouze nové členy (Lenderová, 2005)

nacházela a naopak rodina ovlivňovala nebo nepřímo působila na své prostředí, společnost, potažmo stát.

Z demografického hlediska s sebou změny v dnešní, demokratické, liberalizované rodině, přinesly také mnohá rizika. Je obecně známo, že jedním z problémů rodiny je například přibývání neformálních svazků, a s tím spojený pokles sňatečnosti a nárůst rozvodovosti. Nárůst rozvodovosti v roce 2008 dosáhl rekordní hodnoty, kdy bylo ze všech uzavřených sňatků 49,6 % rozvedeno. Problémem jsou takové případy, kdy jsou v rozvedeném manželství nezletilé děti. Například v roce 2010 byly nezletilé děti v 57,3 % případů rozvodových řízení. Sňatečnost oproti tomu dlouhodobě klesá. Podle údajů Českého statistického úřadu (www.czso.cz) klesl v roce 2009 zájem o sňatky nejvíce od roku 1918. Dalším trendem ve vývoji populace, a tím také rodiny, je trvale se zvyšující věk těhotných matek. Pro rodinu alarmujícím faktem je plynule se zvyšující počet dětí, narozených mimo manželství. Z toho vyplývá jisté nabourání klasického modelu rodiny a jeho historickém konceptu, jež s vývojem demokratické společnosti vzrůstá. Dochází k liberalizaci antikoncepce, interrupcí, plánovaného rodičovství, uplatnění práva ženy při rozhodování o svém mateřství, apod. Na základě této demokratizace a liberalizace společnosti dochází k dovršení procesu oddělování sexuality od reprodukce, která se dříve striktně vymezovala ve vztahu k manželství.

Podle slov Matějčka (2000) však rodina, ani při negativních demografických prognózách, neprochází žádnou zvláštní krizí: *„Lidé budou mít vždy rádi své děti, budou po nich toužit, a děti svou přítomností budou rodičům uspokojovat jejich základní psychické potřeby. Mezi rodiči a jejich dětmi probíhá psychická směna, většina dospělých lidí potřebuje mít děti a děti potřebují rodiče.“* Základní principy rodiny pravděpodobně zůstanou zachovány.

2.2 Rodina a její funkce

Za hlavní funkci rodiny je nejčastěji označována funkce biologicko-reprodukční a socializačně-výchovná. Rodina je tedy sociální skupinou, která zajišťuje biologické trvání společnosti a zajišťuje, zejména v prvních letech života dítěte, nezastupitelnou výchovnou roli. Rodina zabezpečuje kulturní kontext společnosti, předáváním kulturního dědictví a socializací další generace. Navíc, poskytuje svým dětem jistou společenskou pozici.

Vzdělání a úroveň rodičů do jisté míry determinuje prvotní rozhled a možnosti dítěte. Rodina funguje také jako primární společenská kontrola (Szczeпаńsk, 1966), pokud něco není v pořádku, primárně dojde k zjištění této skutečnosti právě zde.

Jisté shrnutí těchto základních funkcí rodiny uvádí ve své publikaci Dunovský (1986), který se opírá o tehdejší marxistickou sociologii, a vymezuje funkce rodiny na funkce: biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, kulturně-psychologickou, a socializačně-výchovnou. Jako zcela zásadní a nenahraditelnou zde Dunovský vyzdvihuje především funkci socializačně-výchovnou. Plnění rolí jednotlivých členů rodiny, a tím také záruka fungování rodiny, je určeno zejména vzájemnými vazbami a citovými vztahy, ale determinuje je také lokální společnost, stát a v některých případech také církve a speciální instituce, jako je například ústav péče o matku a dítě (Szczeпаński, 1966). Rodinné prostředí dítěte, ať už je, či není spojené pokrevním příbuzenstvím, zásadně udává, jak se dítě bude vyvíjet. Rodina se snaží formovat dítě podle svého hodnotového schématu (Matoušek, 1993), podle toho, jak její jednotliví členové byli sami vychováváni, nebo jak sami žijí. Rodina, a její vliv, by se tedy dala charakterizovat jako primární faktor zevního prostředí, který má na dítě zásadní vliv ve všech obdobích jeho života (Brachfeld, Černayová, 1980). Při utváření zdravého (či nezdravého), životního stylu má rodina nebo sociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá nezastupitelnou funkci. Dítě je, přinejmenším v prvních letech života, plně odkázáno na své rodiče a sociální prostředí, ve kterém vyrůstá.

2.2.1 Rodina jako instituce a systém interakcí

Rodina je považována za primární instituci, do které je člověk přiveden. Institucionální charakter nabývá zejména se zvýšením legislativních opatření ve vztahu k ní. V kapitole o historii rodiny jsme stručně nastínili její vývoj a fungování v průběhu tisíciletí. Dnes jsou na rodinu kladeny velice vysoké požadavky, rodina je daleko více kontrolována, než v historii a také vzhledem k moderní době a vývoji společnosti se rodina a její funkce posouvají daleko za hranici pouhé obživy a elementárního zaopatření dítěte. Dnes více než dříve platí, že se rodina jako instituce zodpovídá institucím vyšším. Její funkce a správné fungování je jasně artikulováno a její chybné fungování je přísně kontrolováno, a v případě pochybování také přísně posuzováno. Rodina zastává v životě člověka pevné místo. Zůstává záchytným bodem, ke kterému se jedinec může vracet. Má

svá pevná pravidla komunikace i vzorce vztahů, které jsou v každé rodině individuálně odlišné, avšak přesto vykazují jisté shody. Rodina si během svého fungování utváří různé účelové konfigurace spolenectví (podsystémy), ve kterých se uplatňují konkrétní interakční zvyklosti. Má-li být rodina funkční, musí být subsystémové hranice striktně definovány (Matoušek, 1993).

3 Zdravý životní styl v oblasti bio – psycho – sociální

Pokud budeme vycházet z definice Světové zdravotnické organizace WHO¹¹, tvoří zdravý životní styl tři základní oblasti. Je to oblast fyzická-čili biologická, oblast duševního-čili psychologického zdraví a oblast sociálního zdraví. Zdravý životní styl, nebo také kvalita života, či životní způsob, si můžeme představit jako souhrn toho, jakým způsobem člověk žije - je to tedy volba z určitých možností, způsobů života. Můžeme se dříve či později sami rozhodnout, zda se budeme zdravě stravovat, pravidelně pohybovat, vypustíme ze života rizikové faktory (drogy a alkohol, jiné návykové látky), eliminujeme stres na nejnižší možnou míru, anebo opačně, budeme spojení zdravý životní styl, ignorovat. Zdravý životní styl sestává z více komponent. Primární oblastí je, jak už jsme zmínili, oblast výživy člověka, jež má na zdravý životní styl velmi významný vliv. Ne nadarmo se říká, že *jsme to, co sami jíme*. Následky konzumace „špatných“, nezdravých, nebo kalorických potravin, mají projevy zejména vysoké nadváhy a s tím spojených civilizačních chorob. Pólovým důsledkem nesprávné výživy je podvýživa, případ, kdy tělu chybí základní stavební materiál, jenž si nemůže samo vybudovat. Druhou oblastí je vliv negativních faktorů, jako je kouření, pití alkoholu, užívání ostatních drog, či návykových látek, jež mají neméně výrazný dopad na zdraví člověka. Další součástí zdravého životního stylu je pohybová aktivita, ta jde ruku v ruce s výživou. Poslední, neméně důležitou komponentou zdravého životního stylu, je zdraví sociální a psychické. Všechny výše zmíněné oblasti životního stylu jsou z pohledu holistického modelu zdraví rovnocenné a při celkovém hodnocení zdravého životního stylu je třeba brát v úvahu každou z nich.

Zdravý životní styl můžeme charakterizovat jako volbu určitých vzorů chování. Tento vzor si jedinec formuje v prostředí, ve kterém vyrůstá a později v sociálním prostředí, které na něj má nějaký vliv. Primárním centrem člověka je rodina nebo rodinné prostředí, ve kterém se nachází aktuálně po narození. K primární formaci životního stylu dochází tedy především zde, a to již v období raného dětství. Rodina jako instituce, do které se člověk dostává hned po narození (Matoušek, 1993), má tedy první možnost formovat u člověka pozitivní, či negativní stravovací návyky a svým vzorem u něj vybudovat výše

¹¹ Definice zdraví podle WHO: Stav optimální fyzické, duševní a sociální pohody (Duffková, Urban, Dubský, 2008).

zmíněné vzorce chování. Na utváření zdravého životního stylu nemá samozřejmě vliv pouze rodina, později tuto roli přebírá blízké okolí jedince a nakonec i celá společnost. Ve všech uvedených případech je zdravý životní styl více či méně otázkou volby, výběru chování (Čeledová, Čevela, 2010). O možnosti této volby však lze plošně hovořit nejdříve po roce 1945, i tady je však tato otázka sporná. Společnost byla, je a bude vždy rozdělena do určitých ekonomických tříd a je tedy samozřejmé, že třídy ekonomicky vyšší měli a budou mít ve svém prostředí více možností uvažovat o „zdravém“ životním stylu, než skupiny a třídy ekonomicky nižší. I dnes tento fakt není výjimkou a zdravý životní styl je do značné míry determinován otázkou finančních prostředků rodiny, či jednotlivce.

Výživa

Pro správný růst a vývoj tkání a také správné plnění funkcí a orgánů těla je potřeba optimálního příjmu energie a jednotlivých funkčních látek, díky kterým lidský organismus může fungovat. Pokud mluvíme o zdravé výživě, je třeba ji chápat v její komplexní podobě, to znamená jako optimální přívod energie a živin, úměrně k věku, fyzickému-zdravotnímu stavu a životnímu stylu jedince. Nevhodná strava se uplatňuje, spolu s ostatními negativními komponentami životního stylu, při vzniku a prohloubení velkého množství onemocnění. Problémem ve výživě je zejména nepoměr v příjmu energie (zejména v podobě vysokého příjmu nasycených, živočišných tuků) a naopak nedostatkem v příjmu polynenasycených mastných kyselin, polysacharidů, vlákniny, vitaminů a minerálů. Spolu s těmito faktory nesprávné výživy a tím nezdravého životního stylu dochází ke zvýšenému výskytu civilizačních chorob (cukrovka, zejména II. typ, obezita, vysoký cholesterol a s ním související ateroskleróza, rakovina tlustého střeva, konečníku, apod.). Toto jsou dopady dlouhodobého nezdravého životního stylu, špatné životosprávy a výživy. U dětí se nejprve setkáváme s projevy nadváhy, nebo naopak neprospívání dítěte, důsledkem nezdravého stravování a špatné životosprávy dětí je také vysoký výskyt zubního kazu a dále narušení imunitního systému, zejména vlivem nedostatku vitaminů přijímaných v běžné stravě (zejména nízká spotřeba zeleniny a ovoce) (www.ordinace.cz).

Vyloučení negativních faktorů

Za negativní faktory, které můžeme vědomě ovlivnit, považujeme zejména kouření, nadměrné množství alkoholu a zneužívání dalších drog (Čeledová, Čevela, 2010). Výskyt

těchto negativních faktorů výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav jednotlivce i celé populace (například kouření ovlivňuje nepřímo také nekuřáky, kteří jsou mnohdy nedobrovolně stavěni do role pasivních kuřáků). Kouření je zdravotnický vymezeno jako návyk, který je třeba léčit, jelikož způsobuje dalších nejméně padesát druhů závažných onemocnění. Jsou to především nemoci srdce a cév, rakovina plic, chronická plicní onemocnění, a další komplikace spojené například s plodností a celkovým stavem jedince. Tabákový kouř obsahuje až pět tisíc chemikálií, které vesměs obsahují kancerogenní látky, jež způsobují, nebo nějakým způsobem participují na vzniku rakoviny. Závislost vzniká nejprve v kontextu psychosociálním, podle toho kde se dotyčný pohybuje (v jaké společnosti) a zda se společnost k této závislosti staví s benevolencí, vyžaduje ji, anebo naopak je vůči kouření značně netolerantní. V průběhu dětství tedy hraje opět významnou roli rodina a sociální zázemí, ve kterém se dítě pohybuje (viz. níže). Závislostní chování má jisté ustálené postupy-vzorce. Nejprve tedy závislost (u cigaret a alkoholu) probíhá povrchně, na bázi psychosociální. Pokud tato psychosociální primární závislost proběhne, a ustálí se, dostavuje se závislost pravá, tedy fyzická. Její rezistence u jednotlivce je do jisté míry ovlivněna také geneticky, vlivem stavby receptorů v mozku a tedy náchylností k propuknutí závislosti (www.ordinace.cz). Nadměrná konzumace alkoholu obdobně negativně zatěžuje náš organismus, jako tomu bylo v případě kouření, avšak postihuje jeho jiné části. S nadměrným až chronickým užíváním alkoholu fyzicky souvisejí zejména jaterní choroby, vředové choroby, porucha centrální nervové soustavy, a zejména poruchy duševní-alkoholické psychózy, demence, deliria, apod. Závažné jsou v tomto případě zejména dopady psychosociální. Vzhledem k progresivitě tohoto typu závislosti roste také riziko sociálního vyloučení. V případě vzniku této závislosti hrají opětovně roli zejména faktory genetické-osobnostní, rodinné predispozice a faktory vnějšího prostředí (Adamová, 2007).

Pohybová aktivita

Pohybová aktivita úzce souvisí s životním stylem dítěte. Každé dítě chce provozovat nějaký sport, je třeba ho k jeho pravidelné realizaci, ze strany rodiny potažmo školy, motivovat. Pohybová aktivita slouží také jako prevence před psychickými potížemi, díky tomu, že se jedinec prostřednictvím sportovních aktivit, pohybu a her může začlenit

do určitého kolektivu a jako prevence před sociálně patologickými jevy¹². Sportovní či pohybová aktivita z fyzického hlediska nesouvisí pouze s podporou tělesné aktivity a tím dobrého fyzického stavu, ale také s držením těla. Zejména v období dětství a dospívání se budují u dětí nežádoucí vady páteře. Tyto získané vady jsou v dětství způsobeny zejména špatnými návyky při sezení (časné posazování dítěte), nošením aktovky na jednom rameni, přetížením v období růstové akcelerace, jednostranně zaměřenou aktivitou, dále nadbytečným, nebo nedostatečným přísunem živin. V poslední době se však setkáváme také s vadami idiopatickými, u nichž není známa přesná příčina. K získaným vadám páteře jsou zejména náchylné děti s ochablým svalstvem, a také děti z rodin s pozitivní rodinnou anamnézou. Problém tedy vzniká častěji u jedinců, kteří nesportují, nebo u jedinců, kteří žijí v nadstandardních životních podmínkách. Oba tyto případy mají za následek vznik některých vad páteře, kterými nejčastěji bývá skolióza, vadné držení těla (vlivem svalové nerovnováhy), hyperkyfóza, hyperlordóza, plochá záda a další. Těmto vadám lze u dětí předcházet, a to zejména dostatečnou informovaností rodičů, prevencí a časnou diagnostikou ze strany rodičů a odborníků (Deriánová, 2006).

Zdraví sociální a psychické

Poslední predikovanou komponentou zdravého životního stylu v mojí bakalářské práci je zdraví sociální a psychické (duševní). Tyto dva okruhy zdraví, jako součásti zdravého životního stylu, spolu úzce souvisejí a vzájemně se prolínají. Zdraví sociální je charakterizováno jako zdraví v mezilidských vztazích. V tomto ohledu je důležitá zejména komunikace s lidmi, v jistém věku také začlenění se „zapadnutí“ do určitého kolektivu, apod. Co se týká zdraví psychického neboli duševního, je podstatou zejména psychohygiena. Psychohygienou chápeme péči o svůj duševní stav. Duševní hygienou si také zvyšujeme odolnost vůči různým negativním vlivům (stres, krizové situace) a navozujeme si duševní pohodu (well-being). Duševní zdraví odpovídá adekvátnímu poměru mezi zátěží a odpočinkem a celkovým životním rytmem člověka. S duševním stavem člověka ovšem souvisí také pocit jistoty, pocit sociálního zařazení, pocit sociální opory, seberealizace, atp., jež jsou utvářeny v průběhu celého života a zejména v období dospívání se bouřlivě mění (Čeledová, Čevela, 2010).

¹² Sociálně patologické jevy-společensky nežádoucí-vandalismus, šikana, drogové závislosti, apod. (Kohoutek, 2005).

3.1 Rodina a její životní styl

Životní styl rodiny má dominantní úlohu v utváření zdravého životního stylu jejich členů, a to zejména dětí, které v rodině vyrůstají. Rodina dává svým příkladem dítěti zřetelný vzor a dítě si tak v rámci rodiny, zejména v období raného dětství, buduje jasný názor na to, jak by se měl stravovat, jak by měl žít, jak by se měl chovat, respektive, jaký je „normální“ model. Tuhle normálnost, či normalitu určuje právě jeho nejbližší okolí. Ještě před tím, než se dítě dostane do prostředí širší společnosti, nemá možnost posoudit co je, či není v pořádku a normalitu tedy určuje rodina, nebo instituce, ve které vyrůstá bezprostředně po narození.

Životní styl rodiny v zásadě ovlivňují zejména existenční podmínky, organizace života, rodinné vztahy a chování jednotlivce (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). Tyto čtyři prvky v podstatě obsahují vše, co si pod pojmem zdravý životní styl, jsme schopni představit. Existenční podmínky jsou výraznou determinantou životního stylu. Ne každá rodina má finanční prostředky na adekvátní materiální zázemí odpovídající požadavkům jednotlivců, stejně tak si nemůže každá rodina dovolit pravidelnou spotřebu kvalitních potravin. Druhou stranou věci je fakt, že ne každá rodina je ochotná za kvalitu zaplatit. Co se týče organizace života, tento pojem úzce souvisí s psychickým zdravím člověka. Pokud má rodič sám ujasněné priority, je lépe schopný vychovávat nového člověka, a předá mu spolu s vědomostmi a vzory také určitý pocit klidu, pohody, jistoty a pocit jasných struktur, který dítě v období dětství potřebuje. Do organizace života však nespadá pouze ujasnění vyšších priorit, ale také krátkodobější organizace práce, volného času, společných aktivit, odpočinku, atp. Pro dítě je důležité mít před sebou stále nové výzvy, potřebuje aktivní podněty k tomu, aby se rozvinulo. Otázka trávení času tedy vyvstává nejen na poli zdravého životního stylu fyzického, ale také na poli psychického, duševního zdraví. Stejně tak i v případě negativních faktorů záleží z velké části na rodinném prostředí, které, jak jsem již výše zmínila, nastavuje „formuje“ stav, který si dítě osvojuje a považuje poté za normální, tuto normálnost si pak projektuje do vlastního chování.

„Má-li být osvojen zdravý životní styl, je třeba s jeho utvářením začít u dítěte. Pokud však chceme navozovat pozitivní změny u dětí, musíme začít sami u sebe“ (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 92).

4 Rodina jako faktor formace zdravého životního stylu

Rodina zastává při formování životního stylu prvořadou úlohu. Primárně je nutné věnovat pozornost jednotlivým aspektům rodiny, jako jsou vlastnosti rodičů, jejich chování, výchovný styl, vztah k dítěti, jejich vlastní zkušenosti, vztah k životnímu stylu, atp. Je ovšem třeba věnovat pozornost také aspektům, které na poli formace zdravého životního stylu rodinu do značné míry limitují. Jsou to především aspekty demografické, ekonomické a sociální (sociální postavení rodiny).

Genetika a vliv výživy matky v období intrauterinního vývoje

K primární formaci zdravého životního stylu dochází ve velmi raném životním stádiu. Pokud bychom se zaměřili na celkový psycho-biologický proces formování nového jedince a jeho vlastností, museli bychom začít již u genetické výbavy, kterou disponují rodiče, a tedy má „jakýsi“ vliv na formaci budoucího zdraví, potažmo determinuje budoucí životní styl jedince. Materiál, ze kterého byl jedinec zplozen - takzvané genetické predispozice - jej do jisté míry ovlivňují celý život. Pokud je genetický materiál v pořádku, dochází k vývoji zdravého jedince, pokud je genetický materiál na určitém vývojovém stupni poškozen, může to jedince buď negativně ovlivnit v dalším vývoji, nebo vývoj může být poškozen natolik, že plod není schopen dalšího života, a vývoj je uměle ukončen. V dnešní době země disponují moderními přístroji a technikami, jako jsou screeningová vyšetření, díky nimž jsou schopni fatální důsledky špatného vývoje (například v nesouladu genetického materiálu matky a otce, nebo v poškození embrya či plodu vlivem vývojových vad), zjistit a eliminovat ve velmi raném stádiu. Genetický materiál tedy výrazně ovlivňuje jedince v otázce zdravého životního stylu. Co se týká zdraví a životního stylu, můžeme zde připomenout například fakt podložený řadou odborných studií (např. studie Childhood Obesity Programme), která upozorňuje na genetické faktory, jež mají vliv na míru dysbalance mezi kalorickým příjmem a energetickým výdejem organismu. Genetické faktory spočívají v genetickém kódu metabolických drah, které jsou v období časného dětství trvale „naprogramovány“ pro budoucí funkci. Obezita však není plně geneticky determinována. Je to polygenně determinované onemocnění, na které má z poloviny vliv genetická informace, a z poloviny je ovlivněna faktory vnějšího prostředí. Vliv vnějšího prostředí je kritický zejména v časném vývoji, a to už ve vývoji intrauterinním (vliv teratogenů, infekce, výživy těhotné matky).

Ovlivnitelné jsou tedy především stádia embryonálního a prenatálního vývoje, kdy jsou budovány jisté predispozice, se kterými jedinec přichází na svět. Tato ovlivnění formace zdraví a životního stylu jedince, jsou vyvíjena ze strany těhotné matky, již je dítě součástí. Vzhledem k tomu, že embryo, později plod je zcela závislé na vnějším přísunu živin, měla by matka myslet na to, že vše co přijme působí na embryo, později na plod. Stravovací a výživový výběr matky, neboli nutriční programing, je důležitý pro budoucí zdraví jedince. Bude-li se matka stravovat nezdravě a rizikově, bude-li kouřit, nebo pít alkohol, budou mít tyto faktory fatální dopad na plod, a to jak ve vývoji intrauterinním, tak také po narození (například v oblasti obezity, metabolických poruch, závislostí, mentálního a duševního vývoje, apod.). Stejnou, nebo podobnou situaci můžeme předpokládat i v jiných, méně fatálních, případech. Několikeré lékařské studie popsaly jaké zdravotní důsledky má na dítě nesprávná výživa plodu, zapříčiněná špatným životním stylem matky, v průběhu těhotenství. Již v prenatálním vývoji se tedy dá hovořit o vlivu, formaci, zdraví a zdravého životního stylu dítěte (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000; Bronský, 2007).

Kojení a výživa v období raného dětství

Po narození se vliv vnějších podmínek na utváření zdravého životního stylu mnohonásobně zvýší a zvýší se tedy i nároky na primární prostředí, ve kterém se dítě nachází, tedy nejčastěji na rodinu. V prvních letech života si dítě utváří psycho-fyzikální vztah k jídlu, který se může vyvinout pozitivně, nebo negativně. To se v pozdějších letech projeví neprospíváním dítěte, anebo častými poruchami příjmu potravy. O stádiu utváření vztahu dítěte k jídlu můžeme hovořit zejména v prvním roce života dítěte, v tomto období dítě zažívá první okamžiky libosti z nasycení a formuje si tak pozitivní vztah k jídlu¹³ (Šimíčková-Čížková et al., 2008). Lze počítat s tím, že pokud k uspokojování biologických potřeb nasycení, bude docházet za nepříjemných okolností, ve stresu, strachu, nebo nepříjemném prostředí, u dítěte se v budoucnosti může projevit například porucha příjmu potravy, právě díky tomuto negativnímu spojení. Dítě se v první řadě socializuje a zvyká si na prostředí pomocí matky, která mu dává pocit bezpečí, pocit sociální opory. Tento pocit se v prvním půlroce po narození utváří zejména prostřednictvím kojení dítěte. Od odborníků se dozvíme, že mateřské mléko je pro dítě nejvyváženějším druhem stravy a je

¹³ Freudova psychoanalýza popisuje toto stádium jako stádium orální.

přizpůsobeno všem jeho potřebám. Je známo, že obsahuje vyvážené množství bílkovin, cukrů, tuků, vitaminů a minerálních látek. Dále obsahuje protilátky specifické imunity, kterými jsou B lymfocyty, tyto obranné látky si organismus sám tvoří až od 6 měsíce (Volf, Volfová, 2000). Další velkou výhodou mateřského mléka je schopnost přizpůsobovat se dlouhodobým potřebám podle vývoje dítěte (jeho trávicímu systému)¹⁴, a také potřebám aktuálním, například pije-li dítě málo, produkce mléka v prsu klesá a mléko obsahuje více tuku, naopak pije-li více, mléka je více a je méně tučné, což je oproti umělé výživě výrazná výhoda (www.vyzivakojence.cz). Z již zmíněné studie Childhood Obesity Programme¹⁵ navíc vyplývá, že děti, které jsou krmeny umělou výživou, mají častěji problémy s obezitou, než děti kojené přirozeně. Tento fakt vyplývá ze dvou důvodů. Tím prvním je vysoké množství proteinů v umělé stravě, jež vede také k přírůstku hmotnosti během časného dětství. Druhým důvodem je fakt, že kojené děti pijí mateřské mléko častěji a po menších dávkách, než děti krmené umělou výživou (Bronský, 2007). Z psycho-sociálního hlediska pak hraje nezastupitelnou úlohu zejména pouto mezi matkou a kojeným dítětem. Už zde tedy můžeme vidět další aktivní podíl rodiny, respektive matky na utváření zdraví, či předpokladů zdravého životního stylu dítěte.

Dalším důležitým okamžikem formace zdravého životního stylu, je přechod od sání k tuhé stravě. V první řadě proto, že si dítě zvyká na stravovací režim, tzn., že se stravuje v pravidelných časových intervalech, učí se základním stravovacím návykům (sezení na židlička, potrava podávána lžičkou) a především proto, že získává první zkušenosti s tuhou potravou různých textur. Předčasné nebo opožděné zařazení tuhé stravy může mít v příjmu potravy výrazné negativní důsledky, například v podobě některých poruch příjmu potravy, v podobě alergií, apod. Další podstatnou součástí výživy dítěte, je regulace množství potravy, dítě má sice jisté regulační mechanismy, avšak ne vždy jsou správné a ne vždy jsou rozpoznatelné, proto je třeba být obezřetní, zejména v extrémních případech podvýživy, nebo naopak v případě dlouhodobého překrmování, jenž může být příčinou pozdější nadváhy a obezity (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

¹⁴ Mlezivo (bezprostředně po porodu) - přechodné mléko - zralé mateřské mléko.

¹⁵ Studie financované z prostředků Evropské unie zaměřené na vliv výživy v raných fázích života na pozdější vývoj jedince

Výživa a její psychosociální význam

Jak jsme již v některých bodech naznačili, výživa, potažmo stravování, nemá pouze fyziologický rozměr, jako uspokojení biologické potřeby, ale je také spjata s koncepcí domova, s pocitem bezpečí a pohody. Zásadní roli hraje také při budování a udržování rodinných vztahů mimo jiné prostřednictvím komunikace (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). Dítě, díky správnému fungování stravovacích návyků, získává potřebné informace, jako je zdánlivě automatická znalost přípravy jídla, jeho základního složení, základní představa o vaření, o stolování. Dítě se převážnou většinu těchto věcí učí pozorováním a později vlastní zkušeností, když si sám může zkusit například oddělit žloutek od bílku, uříznout krajíc chleba, apod. Zde bych upozornila na fakt, že k těmto, pro nás automatických, zkušenostem nemusí docházet vždy. Například v případě dětí zanedbávaných, děti z problémových rodin, děti, které jsou umístěny v kojeneckých ústavech, dětských domovech. Přestože zde dítě, co se nutričních hodnot týče, má stravu plně vyváženou, nelze říci, že by celkový proces výživy a výchovy ke zdravému životnímu stylu po všech jeho stránkách, probíhal regulérním způsobem. Podle magistry Vlad'ky Marciánové (odborná stáž Kojenecký ústav Olomouc) děti z kojeneckých ústavů či dětských domovů, kde výrazně chybí rodinný vzor, nemají povědomí o běžných procesech jako je oddělení žloutku od bílku, či existence pecne chleba. Vše co dostávají je připravené ke spotřebě, průběh přípravy jídla, a jeho využití, jim však uniká. Tento fakt mimo jiné dokládá, že výživu nelze striktně izolovat od jejích ostatních konsekvencí, které s sebou nese nejen na úrovni biologické (nutriční), ale také na úrovni psychologicko-sociální (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Vliv rodičů na pohybovou aktivitu dítěte

Dalším pilířem, který v této práci nastíníme, bude vliv rodičů na pohybovou aktivitu, jakožto pilíř zdravého životního stylu. Opět je třeba začít u raného psychomotorického vývoje dítěte. Už zde hraje rodič velmi důležitou roli. V první řadě jako „motivátor“, který v dítěti podněcuje aktivitu, komunikuje s ním, nenechá je pouze ležet v postýlce, ale snaží se, nějakým způsobem jej aktivně zapojovat. Vývojový proces, zejména páteře, vývin kostí, chrupavčitých částí těla a na druhé straně vývin svalového tonu, je v dětském věku velice nevyvážený. Proto v tomto období zejména, může dojít k mnohým poškozením vlivem předčasného zapojení aktivit dítěte (např. předčasné

posazování dítěte, časné a časté posazování do chodítka, apod.). Zde je tedy důležité apelovat zejména na dobrou informovanost rodičů, v tomto ohledu. Poškození se může projevit v pozdějším věku, například špatným držením těla (zvětšenou bederní lordózou, či hrudní kyfózou, skoliózou páteře, apod.). Tyto zásadní změny páteře a pohybového aparátu dítěte probíhají přibližně do jednoho roku věku. Přibližně okolo jednoho roku, kdy je dítě většinou již schopné chodit, by se rodič měl snažit o jeho aktivní pohybové zapojení. Pohybová aktivita nepřináší dítě pouze zdravý pocit únavy, jakožto dobré ventilace přebytečné energie, ale především působí, jako aktivní prevence před nežádoucími jevy, jako je již zmiňované špatné držení těla vlivem svalové dysbalance, nadváha, obezita, a také sociální frustrace. Opět pohybová aktivita nabývá bio-psycho-sociální význam.

Rezistence před negativními vlivy

V úvodu kapitoly zdravého životního stylu jsme již nastínili, jak obšírnou oblastí zdravý životní styl je. Negativní vlivy, nebo také rizikové faktory, jakými je zejména kouření, nadměrný konzum alkoholu, a jiných návykových látek, nebo také rizikové sexuální chování, můžou ohrozit jak jedince samotného, tak také jeho okolí. Toto riziko se zvyšuje především v období těhotenství, ovšem po narození se u dítěte může plně rozvinout. V období raného dětství je dítě vysoce náchylné k negativním vlivům prostředí, tyto vlivy primárně vnímá fyzicky, později je ovšem vnímá také na úrovni psychologické. Jak jsme již uvedli, děti se chovají podle jistých vzorců chování, které vidí kolem sebe a přijímají je za jistou normu. To znamená, že podle tohoto úsudku budou mít děti z kuřáckých rodin, děti z rodin alkoholiků či narkomanů, pravděpodobně vyšší tolerantnost vůči těmto návykovým látkám právě proto, že u nich v dětství tato tolerance byla vypěstována. Existuje také korelační vztah mezi orientační rodinou, ve které byl zřetelný abúzus drog a prokreační rodinou, která je v takovém případě vysoce ohrožena (Matoušek, 1993). Nejvíce náchylné jsou k rizikovým faktorům, podle poslední informace WHO, zejména dospívající. Tento fakt je zapříčiněn zejména rychlým hormonálním růstem, intenzivní potřebou participace od rodiny a utvoření si vlastní identity. Tyto změny jsou často spojeny s rizikovými faktory, které můžeme pro názornost rozdělit do tří základních oblastí. První oblastí je oblast psychosociální, dále oblast poruch sexuálního zdraví a toxikomanie (Helerová, 1998). Opět zde platí, že děti/dospívající z dysfunkčních rodin, nebo z rodin se špatnou anamnézou jsou k takovému chování náchylnější, než

děti/dospívající z rodin „normálních“. Ve všech výše zmíněných oblastech je zapotřebí zejména prevence, jež spočívá v intenzivní informovanosti jedince (ze strany školy, odborné veřejnosti, médií) a případné aktivní pomoci především ze strany rodiny a odborníků. Rodina zde hraje opět hlavní roli jak preventivní-primární pomoci (vzory, aktivní zapojení jedince, všímání si negativních změn, časnému zabránění patologickým jevům, apod.), tak také roli sekundární pomoci, kdy už se dítě/dospívající v některém výše zmíněném problémovém chování samo realizuje.

5 Výzkumné šetření

Jedná se o kvantitativní výzkum, který je proveden prostřednictvím standardizovaného dotazníku, dotazníkovým šetřením. Cílem tohoto výzkumu je testování hypotéz o vybraném vzorku studentů Univerzity Palackého v Olomouci.

5.1 Výzkumný problém

Jako výzkumný problém (nebo také hlavní výzkumnou otázku) jsem stanovila tuto:
Existuje vztah mezi sociální podporou a formací zdravého životního stylu?

5.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz. Za hlavní cíl výzkumu považuji zjištění míry vnímání poskytované sociální opory, ve smyslu utváření zdravého životního stylu, zejména ze strany rodiny, a její faktický dopad na životní styl respondentů.

5.3 Hypotézy

Pro dosažení maximální vypovídající hodnoty dotazníku jsem si stanovila tři základní hypotézy, které budu v analýze a interpretaci výzkumu podrobně rozebírat a hodnotit.

H1: Životní styl rodiny ovlivňuje jedince v utváření jejich vlastního životního stylu.

H2: Ekonomicky stabilnější rodiny mají větší tendence ke zdravému životnímu stylu, než rodiny ekonomicky slabší.

H3: Abúzus¹⁶ drog či návykových látek v rodině do značné míry predikuje užívání drog u dětí, které v této rodině vyrůstají.

¹⁶ Abúzus - nadměrné užívání, zneužívání, nadužívání drog, nebo také jejich užívání v nevhodnou dobu-při práci, v těhotenství (Slovníky on-line).

5.4 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila metodu dotazníkového šetření, jež je pro tento typ kvantitativního výzkumu, s ohledem k počtu respondentů, nejvýhodnější. Disman (2000) ve své publikaci u dotazníku vyzdvihuje zejména jejich efektivitu, s ohledem na vysoký počet dotazovaných, dále pozitivně hodnotí jejich vysokou anonymitu, která je často pro respondenta jedním ze základních kritérií pro jejich vyplnění. Dotazník je, podle Gavory (2010), způsob písemného dotazování a získávání písemných odpovědí. Je tedy patrné, že bude mít také jisté nevýhody. Nejčastěji zmiňovanou nevýhodou je jeho nízká návratnost (Disman, 2000; Reichel, 2009; Gavora, 2010). Konkrétní struktura mého dotazníku vychází z předem promyšlených, konkrétně formulovaných otázek. Otázky v dotazníku jsou standardizované, což podle Reichlovy klasifikace (2009) znamená převážný výskyt otázek uzavřených, pouze několik málo polouzavřených, a výjimečně otevřených či volných otázek. V předloženém dotazníku jsou ve většině případů otázky uzavřené, jen v malém množství (3 otázky) jsou otázky polouzavřené. Jako další způsob dotazování v mém dotazníku, používám odpovědi prostřednictvím škál a seřazení předem stanovených možností (3 otázky).

Předložený dotazník můžeme rozdělit do tří částí. První část sestává ze základních údajů o respondentovi ve smyslu věku respondenta, typu studia a studijního programu, který studuje, dále zjišťujeme přibližné rodinné zázemí respondenta, atp. Druhou část tvoří otázky směřované na rodinu, respektive na rodiče respondenta tak, abychom pomocí nich mohli zjistit existenci vztahů mezi těmito odpověďmi a odpověďmi respondenta na vlastní osobu. Třetí část tvoří otázky, jež se v odpovědích vyznačují zcela subjektivním charakterem a snaží se zjistit, jak respondent sám vnímá dopad sociální opory na svůj životní styl, a jak hodnotí jednotlivé druhy sociální opory.

Dotazníky byly respondentům rozeslány ve formě elektronického odkazu, a to prostřednictvím elektronických komunikací, jako jsou email a virtuální sociální sítě. Dotazník byl po dobu průzkumu umístěn v elektronické podobě na portálu Vyplňto.cz, který byl zpřístupněn pouze kontaktovaným osobám. Respondenti se pomocí odeslaného odkazu přihlásili na stránky toho portálu a dotazník zde elektronicky vyplnili a odeslali.

5.4.1 Proměnné

„Znak (neboli proměnná) symbolicky vyjadřuje jistou vlastnost (charakteristiku) zkoumaného objektu“ (Reichel, 2009, s. 53). Znak (proměnná) se ve výzkumu mění, takže nabývá různých hodnot a obsahů. Znak je nositelem různých podob určité vlastnosti. Podle Reichela (2009) můžeme proměnné rozdělit na závislé a nezávislé proměnné. Vlastnost, která ovlivňuje, můžeme nazvat jako nezávisle proměnnou, a znak, který chápeme jako účinek, který byl ovlivněn, označujeme jako závisle proměnnou. Podle Chrástky (2007) je tento vztah, závislé a nezávislé proměnných, vysvětlen tak, že závisle proměnná vlastnost je výsledkem působení nezávisle proměnné vlastnosti. Ovšem podle Dismana (2000, s. 85) „termín „závislá“ a „nezávislá“ proměnná neznamená existenci kauzální závislosti“ a tedy mohou být tyto pojmy terminologicky zkresleny.

Ve své práci budu pracovat s následujícími proměnnými:

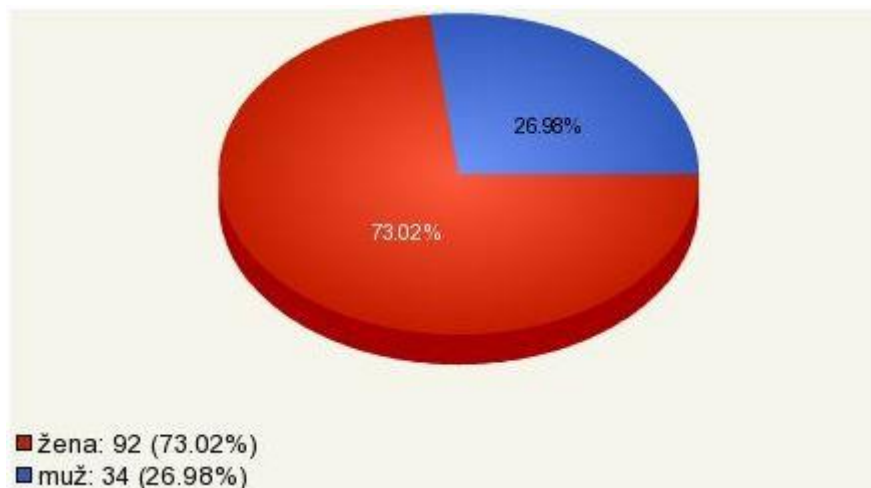
- › pohlaví respondenta
- › studijní program
- › fakulta studia respondenta
- › subjektivní odpovědi respondenta
- › chování rodiny respondenta
- › ekonomická situace rodiny respondenta

5.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří celkem 126 respondentů ženského (73,02 %) a mužského (26,98 %) pohlaví. Respondenti byli voleni podle studijního statusu, to znamená pouze z vysokoškolského prostředí. Dotazník byl nasměrován na všech osm fakult vysoké školy Univerzity Palackého v Olomouci, avšak reagovali na něj pouze respondenti z šesti fakult (Lékařské, Cyrilometodějské teologické, Pedagogické, Fakulty zdravotních věd, Filozofické a Právnické fakulty). Respondenti byli k dotazníkovému šetření vybráni zcela účelově, záměrně, a to z důvodu předem stanoveného zadání výzkumu „...u studentů Univerzity Palackého v Olomouci“. Dotazované osoby jsem oslovila v měsíci březnu 2011

prostřednictvím hromadně rozeslaných emailů s odkazem na elektronický portál na internetu a také prostřednictvím odkazu umístěného na elektronických nástěnkách některých kateder.

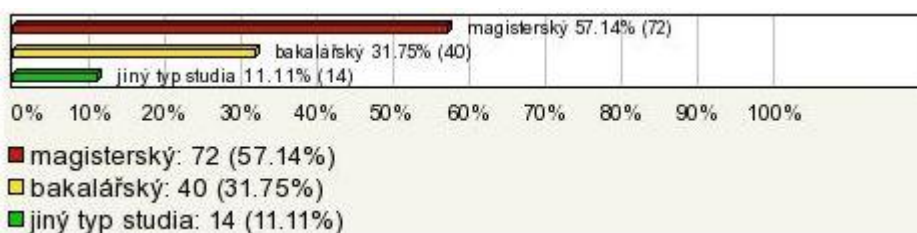
5.5.1 Charakteristika výzkumného vzorku podle pohlaví respondentů



Graf 1: Složení respondentů podle pohlaví

Mezi respondenty byly více zastoupeny ženy, v počtu 92 respondentek, což je z celkového počtu dotázaných 73 %. Muži byli zastoupeni v počtu 34 respondentů, což je 27 % z celkového počtu dotázaných.

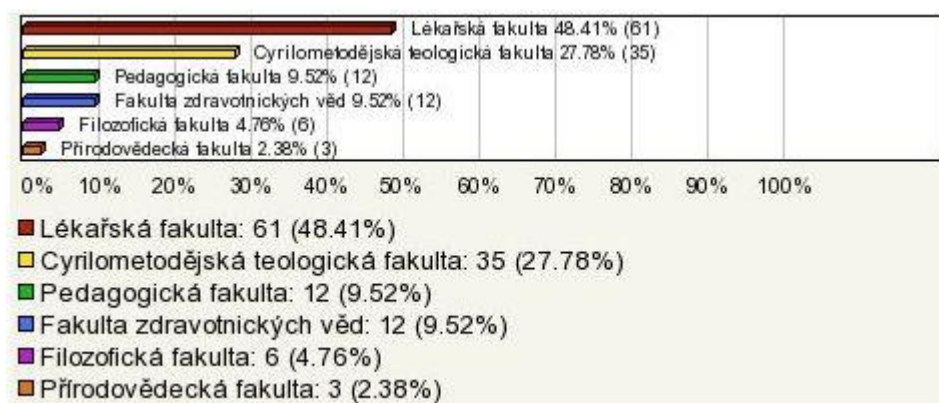
5.5.2 Charakteristika výzkumného vzorku podle typu studia



Graf 2: Složení respondentů podle typu studia

Respondenti odpovídající v tomto výzkumném šetření byli nejčastěji studenty magisterského studijního programu, a to v počtu 72 respondentů (57,1 %). Studenti, kteří aktuálně studují program bakalářský byli v dotazníkovém šetření zastoupeni v počtu 40 (31,7 %). Pod pojmem „jiný ty studia“ jsou zastoupeni studenti doktorského studijního programu Univerzity Palackého, a to v případě 14 respondentů (11,1 %).

5.5.3 Charakteristika výzkumného vzorku podle fakulty



Graf 3: Složení respondentů podle fakulty, na které studují

Odkaz na dotazník byl respondentům předložen na osmi fakultách Univerzity Palackého v Olomouci. Reagovali však pouze respondenti z uvedených šesti fakult. Největší počet respondentů byl v zastoupení Lékařské fakulty, a to v počtu 61 dotazovaných (48,4 %), naopak nejnižší počet respondentů odpovídalo z Přírodovědecké fakulty, pouze 3 respondenti (2,4 %).

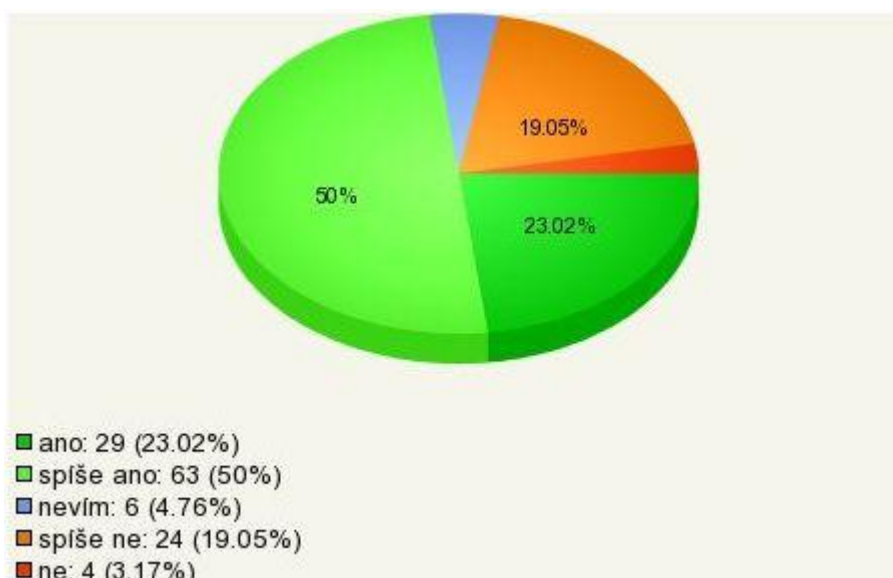
5.6 Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření budou vyhodnoceny na základě potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz a dalšího rozboru jednotlivých vztahů mezi konkrétními odpověďmi v dotazníku. Tyto vztahy jsou vybrány záměrně, podle zajímavosti a důležitosti vzhledem k tématu bakalářské práce. Zdaleka nerozebíráme všechny vazby, které by z dotazníku mohly vyplynout, a to z důvodu toho, že zde není prostor k takovému rozboru, anebo vztahy nejsou pro tuto práci přínosné.

5.6.1 H1: Úroveň zdravého životního stylu rodiny ovlivňuje jedince v utváření vlastního životního stylu.

V otázce životního stylu rodiny budu posuzovat v první řadě to, jak respondenti hodnotí fyzický stav svých rodičů, jejich stravovací návyky, přístup k negativním faktorům v otázce zdravého životního stylu, především v podobě užívání návykových látek v období dětství respondentů, a to, jak se tento stav promítne do životního stylu respondentů.

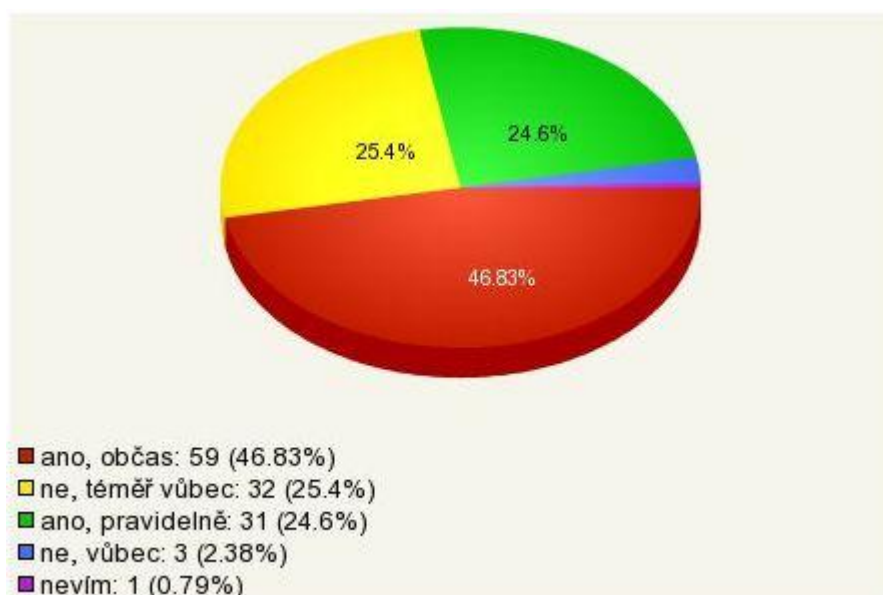
14. Dodržovali členové Vaší rodiny zásady zdravého stravování v období Vašeho dětství?



Graf 4: Zásady zdravého stravování rodiny (pravidelnost, pestrost, vyváženost)

Z uvedeného grafu je patrné, že členové rodin respondentů v nadpoloviční většině, 92 respondentů (73 %) spíše dodržovali zásady zdravého stravování. Pouze v 28 případech ze 126 odpovědí na tuto otázku respondenti odpověděli záporně (spíše ne 19 %, ne 3,2 %). Můžeme tedy říci, že tato otázka má relativně pozitivní výsledek v otázce zdravého stravování rodiny.

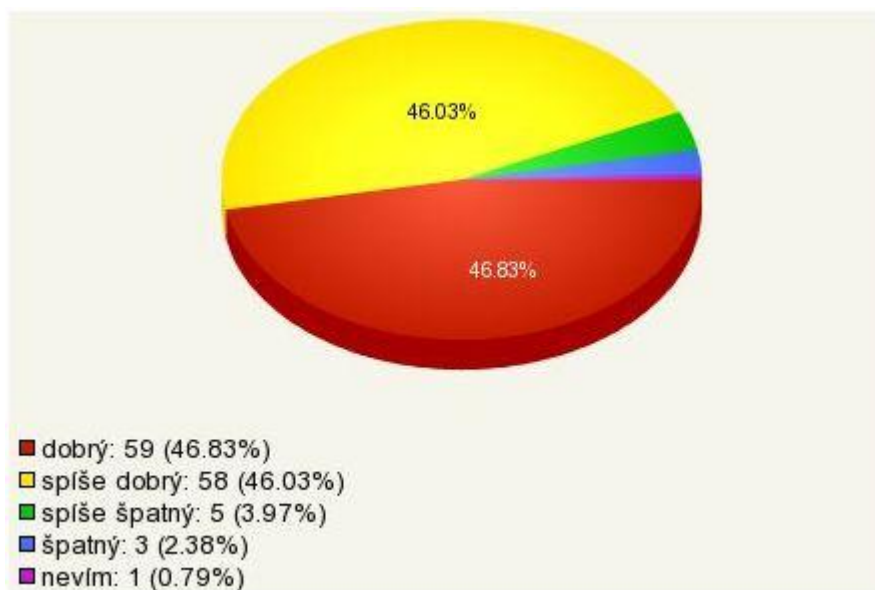
16. Věnovala se Vaše rodina v období Vašeho dětství/dospívání nějakým sportovním aktivitám?



Graf 5: Sportovní aktivity rodiny

V tomto ohledu opět graf hovoří, ve výsledku vztahu zdravého životního stylu rodiny a zdravého životního stylu jedince, spíše pozitivně. 91 respondentů (71,4 %) zodpovědělo tuto otázku kladně – ano, rodina se věnovala sportovním aktivitám pravidelně, nebo ano, rodina se věnovala sportovním aktivitám občas. Na druhou stranu je však alarmující, že 32 dotázaných na tuto otázku odpovědělo záporně. V případě 32 respondentů (25,4 %) se rodina sportovním aktivitám nevěnovala téměř vůbec a ve 3 odpovědích (2,4 %) se setkáváme s variantou odpovědi ne, vůbec.

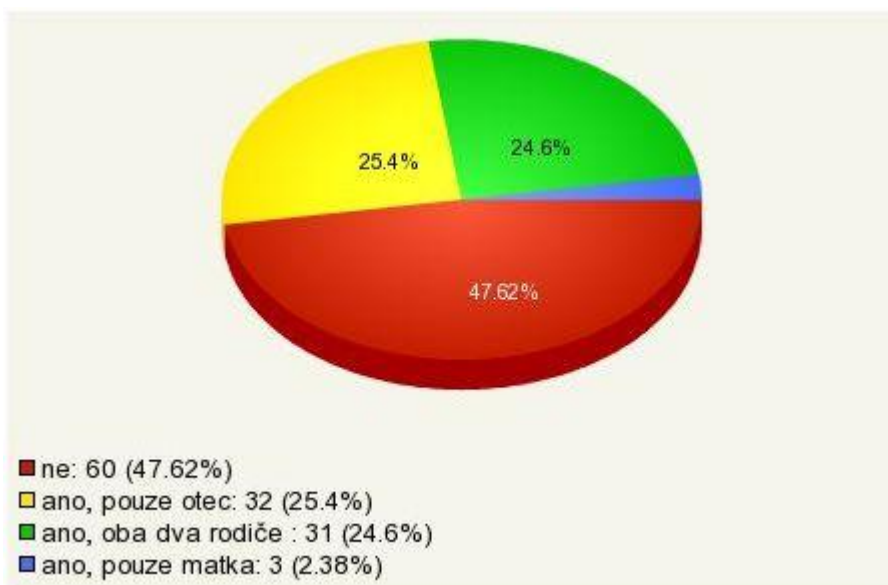
17. Uvedte přibližný fyzický stav rodičů v období Vašeho dětství/dospívání



Graf 6: Fyzický stav rodičů.

Fyzický stav rodiny je důležitým indikátorem několika znaků, kterými se budeme v práci blíže zabývat později. Graf vyjadřuje velice pozitivní výsledek. 117 respondentů ze 126 (tj. 92,9 % dotázaných) hodnotí fyzický stav rodičů, jako dobrý a spíše dobrý. Pouze v 8 případech (6,3 %) jsou odpovědi negativní.

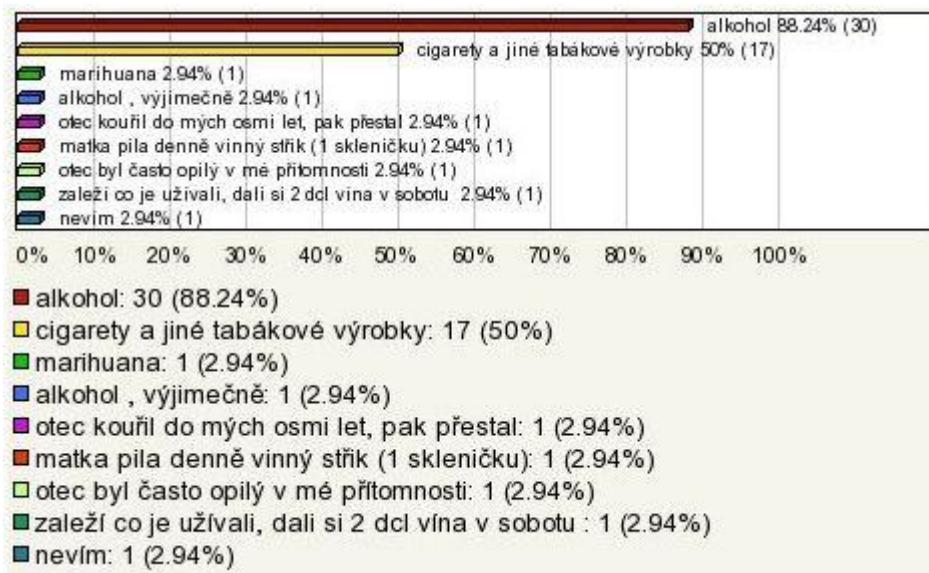
8. Užíval některý z rodičů v období Vašeho dětství/dospívání návykové látky?



Graf 7: Užívání drog a návykových látek u rodičů

V nadpoloviční většině odpovědí, konkrétně v 66 případech odpovědí respondentů (52,4 %) jsme se setkali s faktem, kdy alespoň jeden z rodičů užíval nějaké návykové látky v období dětství respondenta. V 60 případech (47,6 %) rodiče neužívali žádné návykové látky v období dětství a dospívání respondenta.

9. Jaké druhy návykových látek rodič/rodiče užíval/i?



Graf 8: Druh návykové látky, kterou rodiče užívali.

Na tomto grafu vidíme, že alkohol v naší společnosti zastává stále dominantní roli. Za hlavní návykovou látku vyskytující se mezi rodiči jej uvedlo 34 respondentů¹⁷, a je tedy častěji se vyskytujícím jevem, než cigarety a ostatní tabákové výrobky (17 respondentů). Alkohol výjimečně zvolilo pouze malé procento dotázaných. Podle svého subjektivního úsudku tuto možnost v odpovědích uvedli pouze 3 respondenti, pokud přistoupíme na fakt, že za občasné pití alkoholu lze považovat jak skleničku vinného stříku denně, tak také 2 dcl vína v sobotu¹⁸. Ačkoli se, v souvislosti s rostoucím užíváním marihuany, vedou v poslední době časté diskuze, v našem případě je její výskyt mezi rodiči minimální (1 respondent).

Vztahy mezi chováním rodičů a chování respondenta

Výzkumné šetření potvrdilo některé relační vazby mezi chováním rodičů respondenta (jakožto výchovného vzoru) a následným promítnutím tohoto vzoru do vlastního chování, jednání respondenta. Následně budeme rozebírat **čtyři** relační vazby dvou daných subjektů.

1. Stravovací návyky rodičů vs. stravovací návyky respondentů.

Respondenti, u kterých rodiče dodržovali, nebo alespoň spíše dodržovali zásady zdravého stravování, mají 65,2% pravděpodobnost kladné odpovědi, v případě jejich vlastního dodržování zásad správného stravování. Můžeme tedy s jistotou říci, že vliv stravovacích návyků, provozovaných v rodině v období dětství výrazně ovlivňuje pozitivní výsledek ve smyslu zdravého životního stylu a zásad zdravého stravování (pestrost, pravidelnost, vyváženost) v pozdějším životě jedince.

2. Fyzický stav rodičů vs. fyzický stav respondenta

V tomto bodě sledujeme závislost fyzického stavu rodičů na aktuálním fyzickém stavu respondenta. To znamená, zda fakt, že stav rodičů je spíše dobrý či dobrý, měl pozitivní vliv v odpovědích na aktuální fyzický stav respondenta. Z výsledků průzkumu

¹⁷ Tvrzení „*Otec byl často opilý v mé přítomnosti*“ považuje také za abúzus alkoholu.

¹⁸ Smyslem této otázky je to, zda se dítě v kritickém období svého vývoje u rodičů setkávalo s alkoholem, to znamená, že jakákoli jeho míra je zde zásadní.

jsem zjistila, že tento vztah existuje a míra pravděpodobnosti kladných odpovědí respondenta, v závislosti na dobrém, či spíše dobrém fyzickém stavu rodičů, je 53 %. Pozitivní fyzický stav rodičů v období dětství respondenta má podle výsledků výzkumu pozitivní dopad na fyzický stav respondentů dnes.

3. Pohybové aktivity rodiny v období dětství respondenta vs. pohybové aktivity respondenta dnes

Podle výsledků dotazníků existuje přímá souvislost mezi tím, zda v období dětství respondenta rodina provozovala nějakou sportovní aktivitu, a zda respondent provozuje nějakou sportovní aktivitu dnes. Pokud respondent na otázku, zda se věnovala jeho rodina v období dětství/dospívání nějakým sportovním aktivitám, odpověděl kladně, byla pravděpodobnost kladné odpovědi na otázku jeho aktuálních sportovních aktivit 50 %. Pokud naopak rodina nesportovala téměř vůbec, má tento fakt výrazný negativní vliv na sportovní aktivity respondenta dnes, a to v 73 % případů.

4. Užívání návykových látek rodiči vs. užívání návykových látek respondentů

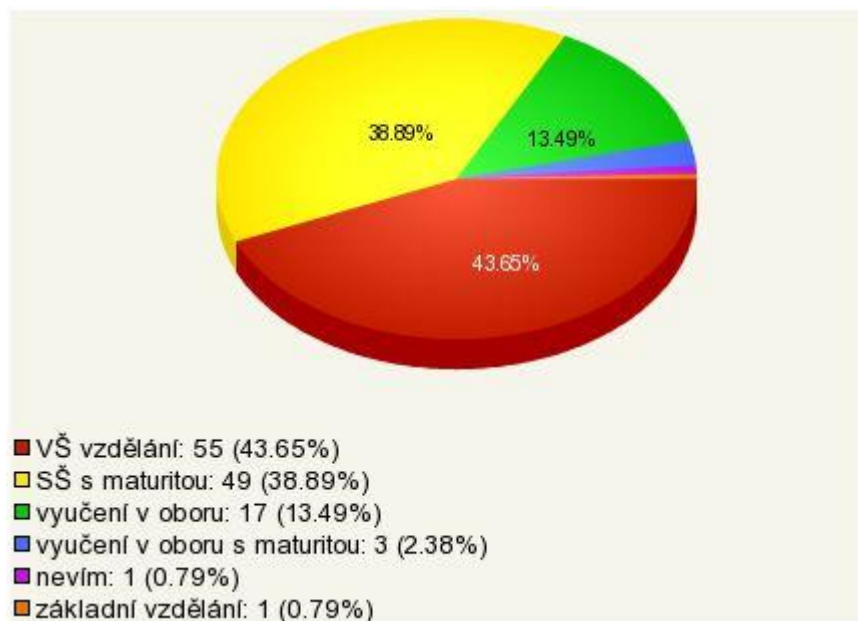
V případě, že rodiče jsou uživateli drog či návykových látek, jsou v nadpoloviční většině (59,1 %) uživateli i jejich děti. 47 % respondentů užívá drogy rekreačně, 12,1 % pravidelně. Můžeme tedy téměř s jistotou potvrdit negativní dopad vlivu chování rodičů (v oblasti užívání drog, či návykových látek) na chování dětí v oblasti drog a návykových látek. Z výše uvedeného je tedy patrné, že se hypotéza **H1**: Úroveň zdravého životního stylu rodiny ovlivňuje jedince v utváření vlastního životního stylu, **potvrzuje**.

5.6.2 H2: Rodiny s vyšším sociálním statusem¹⁹ mají větší tendence ke zdravému životnímu stylu, než rodiny se sociálním statusem nižším.

V otázce ekonomické vazby na zdravý životní styl budeme hodnotit prostředí, ve kterém respondent vyrůstal (vzdělání rodičů, ekonomická situace) jež následně budeme porovnávat se životním stylem (stravování, pohybová aktivita, abúzus drog, fyzický stav).

¹⁹ Ukazatele získaného sociálního statusu = v našem případě nejvyšší dosažené vzdělání rodičů a ekonomická situace rodiny (Duffková, Urban, Dubský, 2008).

4. Uveďte nejvyšší dosažené vzdělání Vašich rodičů



Graf 9: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů.

Podle výsledků dotazníkového šetření jsme se, v otázce úrovně vzdělání rodičů respondentů, setkali s téměř nadstandardní situací. V 43,6 % je alespoň jeden z rodičů respondenta vysokoškolsky vzdělaný. Středoškolské vzdělání je druhou nejčastější odpovědí respondentů a zastává téměř 40 %. Na druhou stranu se vyskytuje pouze jediný případ, kdy rodiče respondenta mají nejvyšší dosažené vzdělání pouze základní.

Z výsledků dotazníkového šetření můžeme potvrdit existenci vztahu mezi vzděláním a **zdravým stravováním** rodiny respondenta. Tato návaznost je postavená na faktu, že 49 % vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaných osob dodržuje zásady zdravého stravování.

U **pohybových aktivit** už to neplatí stoprocentně. Na první pozici ve výskytu pohybových aktivit jsou rodiny, kde je nejvyšší dosažené vzdělání rodičů středoškolské. Tyto rodiny prováděly pohybové aktivity pravidelně a občas v 77,5 % případů, na rozdíl od rodin, kde bylo nejvyšší dosažené vzdělání rodičů vysokoškolské a pohybové aktivity se zde objevovali v o něco menší míře v 74,5 % případů. V případě rodičů, kteří dosáhli vzdělání „vyučení v oboru“, se pravidelně s pohybovou aktivitou nesetkáváme vůbec, občas pouze v 47,1 % případů, a stejné procento (47,1 %) rodin dokonce nesportuje vůbec.

Ve vztahu vzdělání a **fyzická aktivita** rodičů se opět potvrdilo, že rodiny s vyšším sociálním statusem v oblasti vzdělání mají lepší fyzický stav, nežli rodiny s nižším sociálním statusem v oblasti vzdělání. Tento fakt potvrzuje následné procentuální vyjádření: VŠ vzdělání rodiče mají v 94,5 % případů spíše dobrý a dobrý fyzický stav. Rodiče SŠ vzdělání mají spíše dobrý a dobrý fyzický stav v 91,8 % případů a rodiče, kteří jsou vyučeni v oboru (těch bylo v dotazníku 17) mají spíše dobrý a dobrý fyzický stav pouze v 88,2 % případů. Zbývá procenta náleží případům, ve kterých byl fyzický stav rodičů spíše špatný, špatný, nebo respondent uvedl odpověď nevím²⁰. Podle výsledků dotazníků, můžeme obecně říci, že čím vyšší vzdělání, tím lepší fyzický stav.

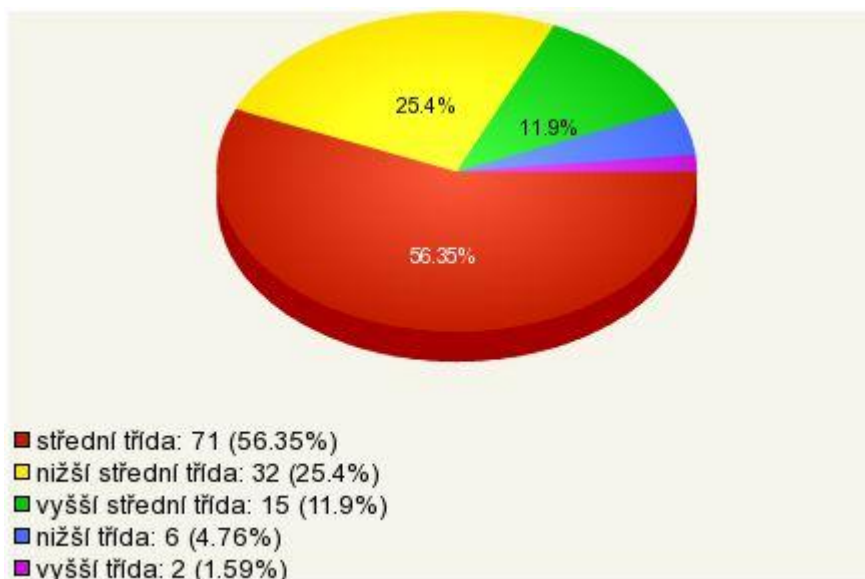
Vzdělání rodiny má vliv na její **chování v oblasti drog a návykových látek**. V rodinách, kde bylo nejvyšší dosažené vzdělání rodičů VŠ, se drogy vyskytují²¹ nejméně, pouze v 36,4 % případů, za nimi následují rodiny s nejvyšším dosaženým vzděláním SŠ. Zde už byl výskyt uživatelů drog v rodině vyšší, a to celkem v 61,2 % případů. Nejčastěji jsou uživateli drog, či návykových látek rodiče s nejvyšším dosaženým vzděláním „vyučeni v oboru“, zde je to 64,7 % případů. Obecně lze tedy říci, že výzkum potvrdil tezi, že rodiny s vyšším sociálním statusem v oblasti vzdělání mají menší tendence k užívání drog a návykových látek, nežli rodiny, kde je sociální status v oblasti vzdělání nižší.

O něco výraznější vliv na zásady správného stravování má ekonomická situace rodiny respondenta (v období dětství).

²⁰ Vzhledem k velmi nízkému počtu takových odpovědí není možný podrobnější rozbor.

²¹ Slovo „vyskytují“, charakterizuje situaci, kdy alespoň jeden z rodičů je uživatelem drog

6. Uvedte přibližnou ekonomickou situaci Vaší rodiny v období Vašeho dětství



Graf 10: ekonomická situace rodiny (zařazení do škály ekonomických tříd)

Podle tohoto grafu je zřejmé, že „drtivá“ většina respondentů vyrůstala v rodině ze střední a nižší střední třídy 81,7 %, což mělo ve výsledku pozitivní vliv na zdravý životní styl jak rodiny, tak i jednotlivce v pozdějším období, a to ve 3 dimenzích (pohybová aktivita, stravovací návyky, fyzický stav).

V případě ekonomické třídy, do které svoji rodinu respondenti zařadili, a **zásadami zdravého stravování** existuje několik zajímavých vztahů. U respondentů, jejichž rodina pocházela z vyšší ekonomické třídy se výrok „ano“ na otázku zda dodržovali členové rodiny zásady zdravého stravování, v období dětství respondenta objevil nejčastěji, a to v 26,7 % případů. Stejně tak u této socioekonomické skupiny nejčastěji zazníval výrok „spíše ano“, a to v 66,7 % případů. Naopak nejméně často se tato socioekonomická skupina stravovala spíše nezdravě (pouze 1 respondent z rodiny vyšší střední třídy). Na druhém místě v četnosti odpovědí „ano“ a „spíše ano“, rodina dodržovala zásady zdravého stravování v období dětství respondenta, se umístila socioekonomická skupina z nižší střední třídy, kde byl tedy druhý nejčastější výskyt těchto odpovědí. Poslední místo zastává skupina střední ekonomické třídy, kde jsou rozdíly odpovědí nejvíce vyvážené, a odpověď „spíše ne“ se zde objevila v 21,1 % případů (což znamená, že 15 respondentů, jež zařadilo rodinu do střední třídy, odpovědělo na otázku, zda rodina dodržovala zásady zdravého stravování v období dětství, spíše ne).

Zde tedy můžeme potvrdit, že ekonomická situace rodiny má, do jisté míry vliv, na zásady zdravého stravování, ale tento vliv již není stoprocentní.

Pohybovou aktivitu nejčastěji provozovaly rodiny z vyšších příjmových skupin. Například občasně provozovali sportovní aktivity rodiny z vyšší střední třídy v 66,7 % případů. Pravidelně sportovní aktivity provozovalo 26,7 % rodin z vyšší střední třídy. Rodiny středních tříd nejčastěji provozovaly pohybovou aktivitu občas, a to v 47,9 % případů. V 25,3 % provozovaly pohybovou aktivitu pravidelně a ve zbylých 26,8 % případů rodina neprovozovala téměř žádnou nebo vůbec žádnou pohybovou aktivitu. V případě rodin z nižší střední třídy byl nejčastější výskyt pohybové aktivity opět občasný, a to v 43,7 %, pravidelně provozovaly pohybovou aktivitu rodiny nižších středních tříd pouze v 21,9 % případů. Zbylá procenta náležejí případům téměř žádné a vůbec žádné pohybové aktivity v rodině v období respondentova dětství.

Z výše uvedených údajů tedy vyplývá, že se nejvíce pohybové aktivitě věnovaly rodiny z vyšších středních tříd. Z uvedených informací tedy můžeme usoudit, že souvislost mezi ekonomickým statutem rodiny a četností pohybových aktivit, které v období dětství respondenta rodina provozovala, existuje.

Vztah mezi ekonomickou situací rodiny a **fyzickým stavem** rodičů respondenta, má malou vypovídající hodnotu. Rozdílly se zde překrývají, a jsou zde velmi malé (v řádu několika procent), proto tuto vazbu v souvislosti se sledovanou hypotézou zamítáme.

Drogy a návykové látky užívané oběma rodiči, se nejčastěji vyskytovaly u rodin vyšších středních tříd, a to v 33,3 % případů. Avšak, co se týče výskytu drog v rodině, tzn. alespoň u jednoho z rodičů, je procentuálně nejčastěji tato odpověď zastoupena v případě rodin z nižších ekonomických tříd (53,1 %), poté středních tříd 49,3 %, a nakonec vyšších středních tříd 40 %, to znamená, že celkový výsledek rozdílu mezi výskytem drog a neuzíváním drog vůbec, je nejpozitivnější u rodin vyšších ekonomických tříd. Můžeme tedy potvrdit, že vyšší ekonomický status rodiny, má pozitivní vliv na rezistenci vůči drogám a návykovým látkám.

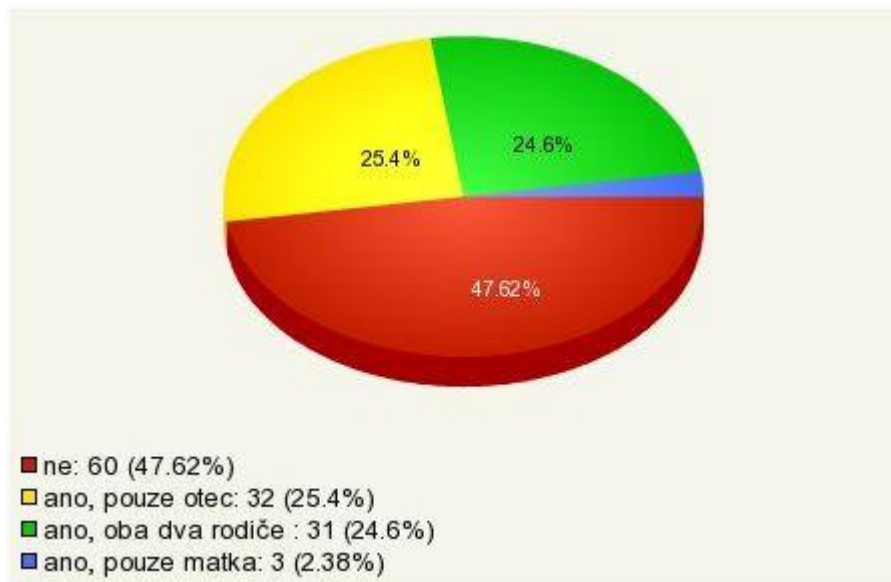
H2: Rodiny s vyšším sociálním statutem mají větší tendence ke zdravému životnímu stylu, než rodiny se sociálním statutem nižším. Výsledky vztahů, které jsme pro posouzení této hypotézy sledovali, hovoří ve prospěch tohoto tvrzení. V šesti případech

z osmi sledovaných vztahů, se tvrzení potvrdilo, v jednom vztahu se potvrdilo z části a jednu vazbu jsme, pro nedostatečnou vypovídající hodnotu, zamítli úplně. Z toho tedy vyplývá, že tuto hypotézu **H2** můžeme **potvrdit**.

5.6.3 H3: Abúzus drog, či návykových látek v rodině do značné míry predikuje abúzus drog u dětí, které v této rodině vyrůstají.

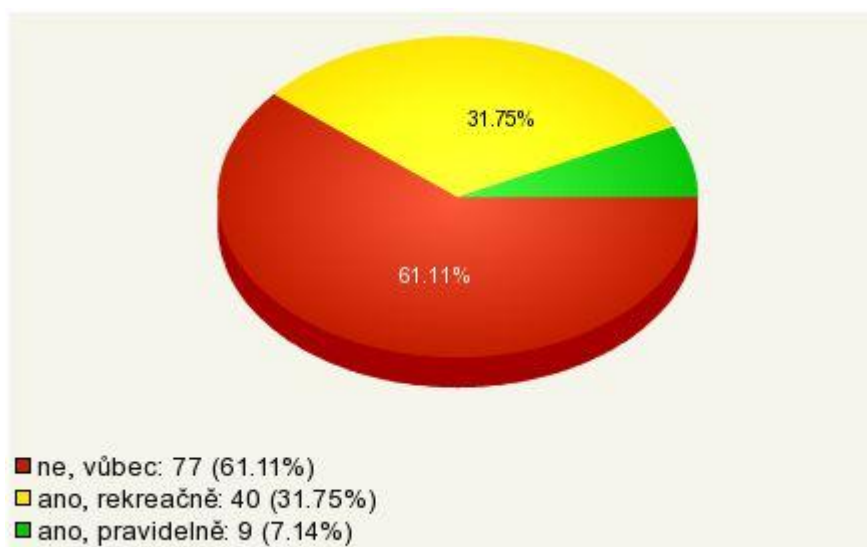
Tuto hypotézu budeme ověřovat na základě výsledků dotazníku, týkajících se užívání drog či návykových látek rodiči, a užívání drog, či návykových látek dětmi. Pokusíme se zde nalézt souvislost, mezi těmito dvěma faktory, a ověřit zda se vzájemně ovlivňují.

8. Užíval některý z rodičů v období Vašeho dětství/dospívání návykové látky (včetně alkoholu a tabáku)?



Tento graf, jak jsme již jednou uvedli, vyjadřuje výskyt uživatelů drog mezi členy rodiny respondentů. Z grafu je patrné, že se drogy vyskytují, v zastoupení alespoň jednoho rodiče, v 52,4 % případů. Respondenti, kteří uvedli, že alespoň jeden z rodičů je uživatelem drog či návykových látek, byli v 49,2 % případů později sami uživateli drog či jiných návykových látek.

10. Jste Vy sám/sama uživatelem/uživatelkou drog, či jiných návykových látek



Graf 11: Užívání drog mezi respondenty

Tento fakt vyplývá z porovnání pozitivních odpovědí (ve vztahu k drogám) u rodičů, s pozitivními odpověďmi užívání drog samotnými respondenty. Fakt, že jsou rodiče uživateli drog, má tedy výrazný dopad na pozdější abúzus jejich dětí. Z tohoto důvodu se tedy **potvrzuje** hypotéza **H3**.

5.7 Analýza zajímavých výsledků

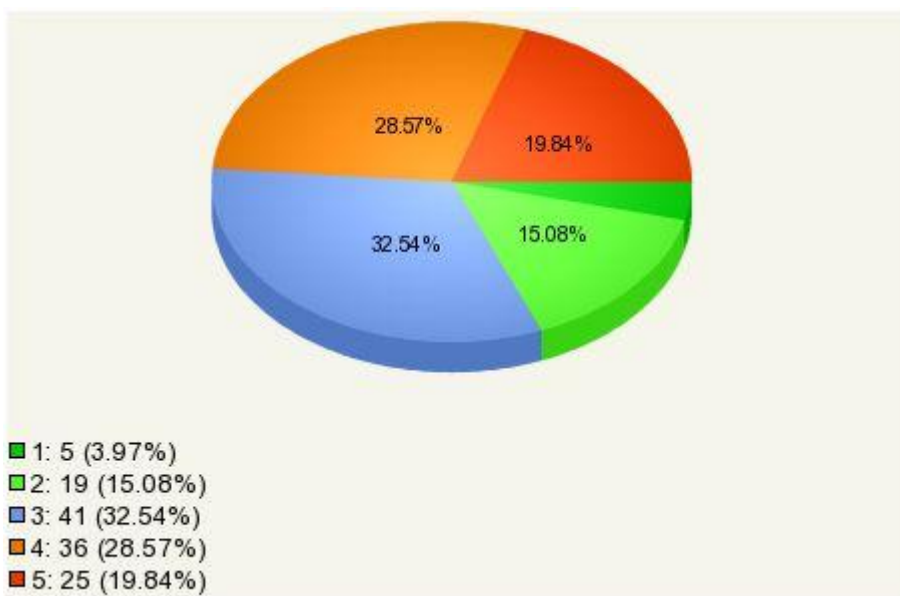
V dotazníkovém šetření jsme, kromě již zmíněných vztahů mezi životním stylem rodičů a jeho vlivem na životní styl jedince, zjišťovali také vnímání sociální opory v povědomí respondenta. Této oblasti se týkají zejména otázky č. 21, 22, 23 a otázka č. 25 a 26. Zjišťujeme zde subjektivní názor respondenta na sociální oporu, její hlavní funkce a také její postavení v oblasti školství a státních institucí. Tyto výsledky se v naší studii projeví jako velmi pozitivní.

Otázka č. 21: V čem spatřujete nejdůležitější roli sociální opory?

V odpovědích na tuto otázku respondenti nejčastěji uvedli jako roli sociální opory roli výchovnou, poté se nejčastěji objevovala sociální opora, jako pomoc v zátěžových, krizových situacích. Na poslední místo uváděli respondenti roli protektivní, ochrannou.

Otázka č. 22: Uved'te, jak důležitou roli pro Vás představuje sociální opora, ve výchově ke zdravému životnímu stylu (1 – nepodstatnou, 5 – velmi podstatnou)?

Na hodnotící škále sociální opory jako faktoru výchovy ke zdravému životnímu stylu, respondenti nejčastěji její důležitost ohodnotili 3. stupněm (41 respondentů – 32,5 %), nižší hodnocení (36 respondentů – 28,6 %) získal vliv sociální opory ve výchově ke zdravému životnímu stylu na 4. stupni. 25 respondentů (19,8 %) uvedlo, že tato role je velmi podstatná, tzn. 5. stupeň, 19 respondentů (15,1 %) její důležitost hodnotilo stupněm 2, a pouze 5 respondentů (4 %) si myslí, že tato role je nepodstatná (stupeň 1).



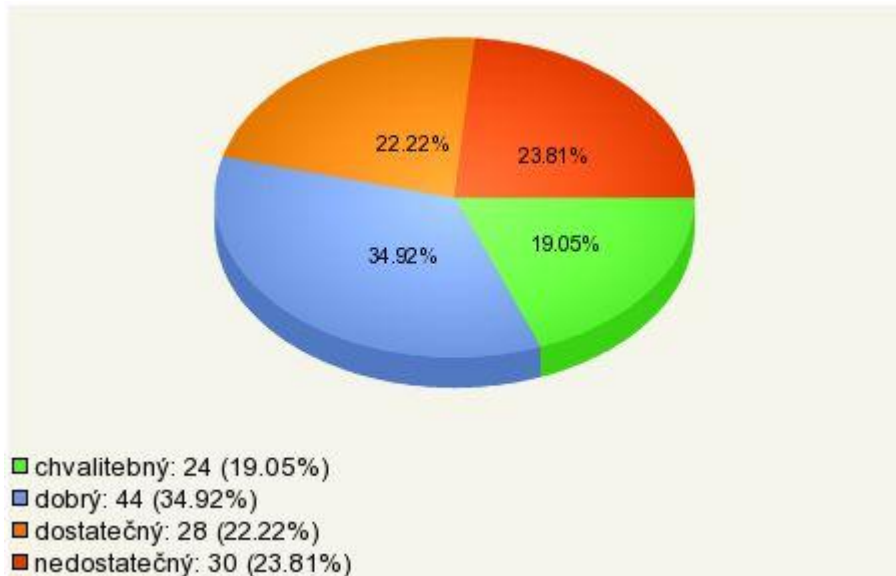
Graf 12: role sociální opory ve výchově ke zdravému životnímu stylu

Otázka č. 23: Očíslujte uvedené možnosti podle důležitosti. Kdo, nebo co by mělo zastávat nejdůležitější roli při utváření zdravého životního stylu?

Ve výzkumném šetření se potvrdila hlavní role sociální opory, jako faktoru utváření zdravého životního stylu, v oblasti rodinného prostředí. Na druhém místě se umístil význam školy, poté role státu, přátel a nakonec vliv společnosti a mediálního obrazu.

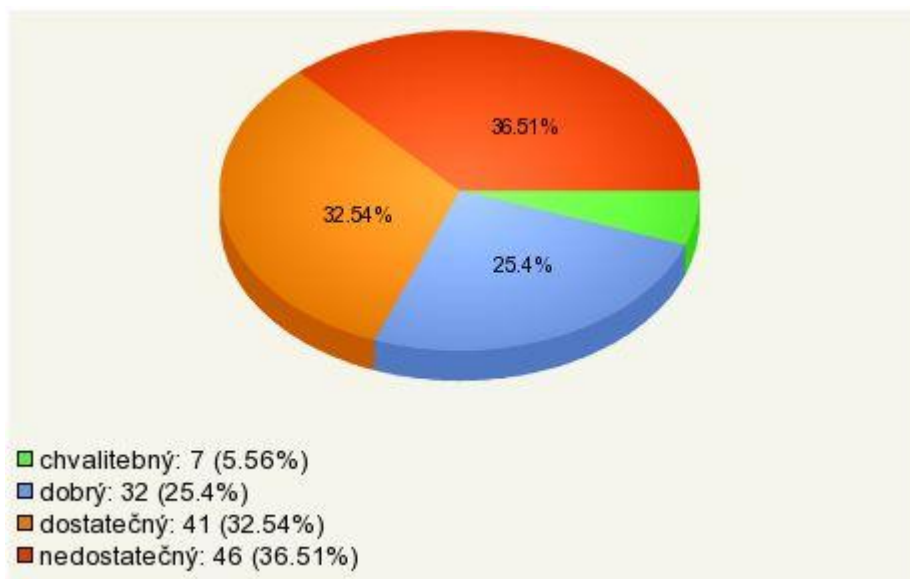
Otázka č. 25: Jaký postoj podle Vás zaujímá škola k výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku?

Nejčastěji se ve výzkumu vyskytlo hodnocení-dobrý, a to v případě 44 respondentů (34,9 %). Ovšem odpovědi v této otázce jsou velice vyrovnané.



Graf 13: Hodnocení školy v oblasti zdravého životního stylu

26. Jak hodnotíte preventivní opatření státu (např. ze strany Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, neziskových organizací), před důsledky nezdravého životního stylu?



Graf 14: Hodnocení preventivních opatření státu, před důsledky nezdravého životního stylu.

6 Závěr

Jedním z hlavních cílů a úkolů mé bakalářské práce byla deskripce a následné ověření vlivu sociální opory v rodině a rodinném prostředí, zejména v oblasti utváření zdravého životního stylu v jeho holistickém pojetí, a faktického dopadu těchto skutečností na jedince. Tato oblast je, v teoretické části bakalářské práce, důkladně popsána a následně, v empirické části práce, je ověřena její platnost.

V teoretické části je oblast sociální opory a jejího vlivu nejprve popsána v širším kontextu a později je vyprofilována její užší část - sociální opora jako faktor utváření zdravého životního stylu, která je v metodické části práce dále ověřena.

Metodická část byla realizována formou dotazníkového šetření. Výzkumný vzorek tvořilo 126 respondentů, studentů vysoké školy Univerzity Palackého v Olomouci. Respondenti byli v zastoupení všech typů studia, které Univerzita Palackého v Olomouci realizuje. Na dotazník reagovali respondenti z 6 fakult z původních 8 oslovených.

Cílem metodického výzkumu bylo ověření tří, předem stanovených hypotéz, přičemž všechny tři hypotézy výzkumu byly potvrzeny. Výsledky dotazníkového šetření konstatují, že životní styl rodiny výrazně ovlivňuje jedince v utváření jejich vlastního životního stylu. Dále poukazují na vliv ekonomického zázemí rodiny prostřednictvím faktu, že ekonomicky stabilnější rodiny mají větší tendence ke zdravému životnímu stylu, než rodiny ekonomicky slabší. V poslední hypotéze se potvrzuje negativní dopad abúzu drog dospělými členy rodiny, jež výrazně predikuje užívání drog u dětí, které v této rodině či sociálním prostředí vyrůstají.

Vedlejším cílem metodické části práce byla analýza zajímavých výsledků výzkumu. Zde se hodnotil subjektivní názor respondentů v otázkách sociální opory. Intenzita vnímání sociální opory, hodnotící škála jednotlivých druhů sociální opory, apod. Stěžejní otázky byly směřovány zejména na oblast působení sociální opory na výchovu ke zdravému životnímu stylu prostřednictvím školských a jiných státních institucí.

7 Souhrn

Bakalářská práce se zabývá tématem sociální opory v oblasti formace zdravého životního stylu. V metodické části srovnává chování rodičů, v oblasti zdravého životního stylu v holistickém pojetí a následný dopad tohoto chování na chování a životní styl sledovaných jednotlivců.

Výzkumná část ověřuje vztahy mezi chováním rodičů a jejich dětí v oblasti zdravého životního stylu, a to především v oblasti výživy a stravovacích zvyklostí, v oblasti pohybových aktivit a v oblasti rezistence či abúzu drog a návykových látek.

Její dílčím úkolem je také vliv a dopad celkového sociálního statutu rodiny na životní styl rodiny a sledovaného jednotlivce.

Data výzkumu jsou získána prostřednictvím dotazníkového šetření, které bylo realizováno v letošním roce 2011 mezi studenty Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 126 respondentů z 6 fakult Univerzity Palackého v Olomouci.

8 Summary

This Bachelor thesis deals with the theme of social back-up in the sphere of healthy lifestyle formation. In the methodical part it compares parents' behaviour in the healthy lifestyle sphere in the holistic approach and the consequential impact of this behaviour on the behaviour and lifestyle of the researched individuals.

The experimental part verifies the relations between the parents' behaviour and the behaviour of their children in the healthy lifestyle sphere, especially in the area of nutrition and the allimentation habits, in the area of physical activities and in the area of drug resistance or addiction.

Its partial task is also to verify the influence and impact of global social family status on the healthy lifestyle of the family and the observed individual.

The research data were gained through the questionnaire survey amongst 126 students of 6 faculties of Palackeho University in Olomouc in 2011.

9 Referenční seznam

1. ADAMOVIČ, MUDr. Zdenka, et al. Alkoholismus: Závislost na alkoholu. *Ordinace.cz: Odborník vždy po ruce* [online]. 16. března 2007 [cit. 2011-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.ordinace.cz/clanek/zavislost-na-alkoholu/?chapter=1>. ISSN 1801-8467.
2. BRACHFELD, Karel; ČERNAYOVÁ, Elena. *Pediatric. 2*, 1.vyd. Praha: Avicenum, 1980. 388 s.
3. BRONSKÝ, Jiří. Vliv genetických faktorů a časné výživy v kojeneckém období na riziko vzniku obezity. *ZDN: Zdravotnické noviny* [online]. 2.7 2007, 7/2007, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vliv-geneticky-faktoru-a-casne-vyzivy-v-kojeneckem-obdobu-na-r-311981>
4. ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
5. Český statistický úřad. Obyvatelstvo. In Český statistický úřad. *Pohyb obyvatelstva* [online]. 3. verze. Praha: Český statistický úřad, 2011, Aktualizováno 29.11 2010 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/kalendar/aktual-oby>
6. Český statistický úřad. Rychlá informace. In Český statistický úřad. *Sňatků i narozených dětí ubývá - Pohyb obyvatelstva - rok 2010* [online]. 3. verze. Praha: Český statistický úřad, 2011, Aktualizováno 14.3 2011 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031411.doc>
7. DERIÁNOVÁ, Věra. Vady páteře u dětí. *ZDN: Zdravotnické noviny* [online]. 6.11 2006, 11/2006, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vady-patere-u-deti-278903>. ISSN 1214-7664.
8. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. 372 s. ISBN 80-246-0139-7.
9. DUFFKOVÁ, Jana; URBAN, Lukáš; DUBSKÝ, Josef. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. s. 237. ISBN 978-80-7380-123-6
10. DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 139 s.

11. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. s. 261. 978-80-7315-185-0.
12. *Gita: Genderová informační a tisková agentura* [online]. 2006-2009. Praha: Projekt gitA, proFem, o.p.s., 2006-2009, 10. března 2011 [cit. 2011-03-10]. Volební právo žen ve světě. Dostupné z WWW: <http://www.ta-gita.cz/prehledy-a-statistiky/prehledy3/>. ISSN 1802-3894.
13. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 2010. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
14. HELEROVÁ, A., et al. Syndrom rizikového chování v dospívání. In *Medicína: Odborné fórum lékařů a farmaceutů* [online]. 1998. FN Praha-Motol: Česká pediatrická společnost, 15. listopadu 1998 [cit. 2011-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html>.
15. *Historie lidstva* [online]. 9. března 2011. 2011, 2011 [cit. 2011-03-09]. Učebnice dějepisu on-line. Dostupné z WWW: <http://www.ucebnice-dejepisu.ic.cz/index.php>.
16. JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1992. Skripta FSV UK.
17. KLABOUC, Jiří. *Manželství a rodina v minulosti*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Orbis, 1962. 281 s.
18. KOHOUTEK, Rudolf. *ABZ: slovník cizích slov* [online]. 2005, 15. března 2011 [cit. 2011-03-15]. Pojem sociálně patologické jevy. Dostupné z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-jevy>.
19. KŘIHOVLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2001, 279 s. 80-717-8551-2.
20. LENDEROVÁ, Milena, et al. *Dějiny každodennosti "dlouhého" 19. století: II. díl Život všední i sváteční* [online]. Vyd. 1. Pardubice: Tiskařské středisko Univerzity Pardubice, duben 2005 [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: <http://uhv.upce.cz/cs/e-knihy-a-skripta/>. ISBN 80-7194-756-3.

21. MAREŠ, Jiří, et al. Sociální opora u dětí a dospívajících II. Hradec Králové: Nucleus, 2002, 188 s. ISBN 80-86225-25-9.
22. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 2. Vyd. Praha: Portál, 1999, 143 s. 80-7178-320-X.
23. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1993. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1993. 124 s. ISBN 8090142478.
24. Maxdorf s.r.o. *Slovníky on-line* [online]. 4. vydání. 18. března 2011 [cit. 2011-03-18]. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK ON-LINE. Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/abuzus>>.
25. PETROVÁ, Alena, et al. *Vybrané kapitoly z psychologie* [online]. 2009. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009, 2009 [cit. 2011-03-01]. Dostupné z WWW: <http://pdf.psych.upol.cz/?page=sm>. ISBN 978-80-244-2422-4.
26. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
27. ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍKOVÁ, Dana, et al. *Dětská klinická psychologie*, 1. Vyd. Grada: Publishing, s.r.o., 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2.
28. Složení mateřského mléka. *Výživa kojence: Výživa kojence on-line* [online]. 2005 [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.vyzivakojence.cz/kojeni/slozeni-materskeho-mleka>>
29. ŠIMČÍKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.
30. *Škola zdraví: ordinace.cz* [online]. MZ ČR, Národní program zdraví - Projekty podpory zdraví, 2004, 1.3 2011 [cit. 2011-03-15]. Výživa. Dostupné z WWW: http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=5
31. *Škola zdraví: ordinace.cz* [online]. MZ ČR, Národní program zdraví - Projekty podpory zdraví, 2004, 1.3 2011 [cit. 2011-03-15]. Kouření. Dostupné z WWW: http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=6

32. TOMAN, Pavel. S profesorem Matějčkem o dnešní rodině. *Rodina: Každodeník o dětech i rodičích* [online]. 3.1 2000, č. 45, [cit. 2011-03-10]. Dostupný z WWW: <http://www.rodina.cz/clanek430.htm>
33. VOLF, Vladimír; VOLFOVÁ, Hana. *Pediatric: Pro střední a zdravotnické školy*. 2.Vyd. Praha: Informatorium, 2000. 248 s. ISBN 80-86073-62-9.

10 Seznam grafů a tabulek

Graf 1: Složení respondentů podle pohlaví.....	34
Graf 2: Složení respondentů podle typu studia.....	34
Graf 3: Složení respondentů podle fakulty, na které studuje.....	35
Graf 4: Zásady zdravého stravování rodiny (pravidelnost, pestrost, vyváženost).....	36
Graf 5: Sportovní aktivity rodiny.....	36
Graf 6: Fyzický stav rodičů.....	37
Graf 7: Užívání drog a návykových látek u rodičů.....	38
Graf 8: Druhy návykových látek rodičů.....	38
Graf 9: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů.....	42
Graf 10: ekonomická situace rodiny (zařazení do škály ekonomických tříd).....	44
Graf 11: Užívání drog mezi respondenty.....	47
Graf 12: role sociální opory ve výchově ke zdravému životnímu stylu.....	48
Graf 13: Hodnocení školy v oblasti zdravého životního stylu.....	49
Graf 14: Hodnocení preventivních opatření státu, před důsledky nezdravého životního stylu.....	49

11 Přílohy

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Kamila Sekaninová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Cílem předloženého dotazníku je zjistit, do jaké míry studenti UP v Olomouci vnímají sociální oporu, ve smyslu faktoru formace zdravého životního stylu a jakou roli sociální opora sehrála při utváření zdravého životního stylu u studentů samotných. Dotazník je **anonymní** a slouží jako podklad pro moji bakalářskou práci.

Za jeho vyplnění Vám předem děkuji.

Pokud není uvedeno jinak, zaznačte vždy jednu odpověď, jež se nejvíce blíží pravdě.

1. Uveďte prosím Vaše pohlaví

- a. žena
- b. muž

2. Uveďte prosím, do jaké věkové skupiny patříte

- a. 18 – 20
- b. 21 – 23
- c. 24 – 26
- d. 27 a více

3. Jste student/ka (zde můžete uvést více možností)

- a. bakalářského studia
- b. magisterského studia
- c. jiný typ studia

4. Na které z uvedených fakult studujete (zde můžete uvést více možností)

- a. Cyrilometodějská teologická fakulta
- b. Lékařská fakulta
- c. Filozofická fakulta
- d. Přírodovědecká fakulta
- e. Pedagogická fakulta
- f. Fakulta tělesné kultury
- g. Právnická fakulta
- h. Fakulta zdravotnických věd

5. V jakém domácím prostředí jste vyrůstal/a v období Vašeho dětství

- a. úplná rodina
- b. neúplná rodina
- c. jiné (adoptivní péče, dětský domov, atp.)

6. Uvedte (na škále ekonomických tříd) přibližnou ekonomickou situaci Vaší rodiny v období Vašeho dětství

- a. nižší třída
- b. nižší střední třída
- c. střední třída
- d. vyšší střední třída
- e. vyšší třída

7. Uvedte nejvyšší dosažené vzdělání Vašich rodičů (označte písmenem M-vzdělání matky a O-vzdělání otce)

- a. bez základního vzdělání
- b. základní vzdělání

- c. vyučení v oboru
- d. vyučení v oboru s maturitou
- e. SŠ s maturitou
- f. VŠ vzdělání

8. Postoj rodičů k drogám v období Vašeho dětství/dospívání

- a. rodiče jakékoli drogy striktně odmítali
- b. rodiče některé drogy striktně odmítali, u jiných byli tolerantní
- c. rodiče byli vůči drogám tolerantní
- d. jiné

9. Užíval některý z rodičů v období Vašeho dětství/dospívání nějaké návykové látky (včetně alkoholu a tabáku)

- a. ano, oba rodiče
- b. ano, pouze matka
- c. ano, pouze otec
- d. ne (pokračujte prosím otázkou č.11)
- e. nevím (pokračujte prosím otázkou č.11)

10. Jaké druhy návykových látek rodiče/rodič užíval/i (zde můžete uvést více možností. Opět označte písmenem M-matka, O-otec).

- a. alkohol
- b. cigarety a jiné tabákové výrobky
- c. jiné návykové látky. Uveďte:

11. Jste vy sám/sama uživatelem/uživatelkou drog, či jiných návykových látek

- a. ano
- b. ano, výjimečně (rekreačně)
- c. ne (pokračujte prosím otázkou č. 13)

12. Které drogy to jsou (zde můžete uvést více možností)

- a. alkohol
- b. cigarety jiné tabákové výrobky
- c. jiné návykové látky. Uveďte:

13. Kde jste se v dětství/dospívání nejčastěji stravoval/a

- a. výhradně doma
- b. převážně doma, ale i ve školní jídelně
- c. ve školní jídelně, či bufetu, doma pouze o víkendech

14. Mělo prostředí, ve kterém jste se stravoval/a, pozitivní vliv na Váš zdravotní stav a životní styl

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

15. Dodržovali členové Vaší rodiny zásady zdravého stravování, v období Vašeho dětství (pravidelnost, pestrost, vyváženost stravy)

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

16. Měl/a jste, v období Vašeho dětství, nějaké potíže s výživou či stravováním (např. podvýživa, obezita, poruchy příjmu potravy)

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

17. Věnovala se Vaše rodina v období Vašeho dětství/dospívání nějakým sportovním aktivitám

- a. ano, pravidelně
- b. ano, občasně
- c. ne, téměř vůbec
- d. ne, vůbec

18. Uvedte přibližný fyzický stav Vašich rodičů v období Vašeho dětství/dospívání (zaznačte písmenem, zda šlo o matku-M, nebo o otce-O)

- a. dobrý
- b. spíše dobrý
- c. spíše špatný
- d. špatný

19. Jaký je Váš aktuální fyzický stav

- a. dobrý
- b. spíše dobrý
- c. spíše špatný
- d. špatný

20. Dodržujete dnes zásady správného stravování vy sám/sama (pravidelnost, pestrost, vyváženost stravy)

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

21. Provozujete aktuálně nějaké sportovní aktivity

- a. ano, pravidelně
- b. ano, občasně
- c. ne, téměř vůbec
- d. ne, vůbec

22. Která funkce sociální opory se Vám jeví nejdůležitější (1. nejdůležitější, 3. méně důležité)

- a. preventivní funkce – výchova
- b. pomoc v zátěžových, krizových situacích
- c. protektivní funkce - ochrana před rizikovými faktory

23. Uveďte na škále 1 – 5 jak důležitou roli pro Vás představuje, ve výchově ke zdravému životnímu stylu, sociální opora (1 – nepodstatnou, 5 – velmi podstatnou)

1 2 3 4 5

24. Očíslujte uvedené možnosti podle důležitosti. Kdo, nebo co by mělo zastávat nejdůležitější roli při utváření zdravého životního stylu (1. nejdůležitější, 4. méně důležité)

- a. rodina, sociální zázemí

- b. škola
- c. stát, státní instituce
- d. přátelé
- e. společnost, média

25. Co si myslíte, že Vás osobně nejvíce ovlivnil/lo v utváření zdravého životního stylu.

- a. rodina - sociální zázemí
- b. škola
- c. stát
- d. přátelé, společnost, média
- e. jiné

26. Jaký postoj podle Vás zaujímá škola, k výchově ke zdravému životnímu stylu, u dětí školního věku

- a. výborný
- b. chvalitebný
- c. dostatečný
- d. dobrý
- e. nedostatečný

27. Jak hodnotíte preventivní opatření státu (např. ze strany Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, neziskových organizací), před důsledky nezdravého životního stylu

- a. výborný
- b. chvalitebný

- c. dostatečný
- d. dobrý
- e. nedostatečný

12 ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kamila Sekaninová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Sociální opora jako faktor utváření zdravého životního stylu a její percepce u studentů Univerzity Palackého v Olomouci
Název v angličtině:	Social backup as a factor of formation of healthy life style and its perception by students at the Palacký University in Olomouc
Anotace práce:	Bakalářská práce se v teoretické části zabývá deskripcí jednotlivých druhů sociální opory a jejího působení v oblasti utváření zdravého životního stylu. Hlavním výzkumným cílem práce je míra percepce této problematiky u studentů Univerzity Palackého v Olomouci a její faktický dopad.

Klíčová slova:	sociální opora, geneze vnímání sociální opory, funkce sociální opory, sociální prostředí, rodina, životní styl, bio-psycho-sociální model zdraví, zdravý životní styl
Anotace v angličtině:	The Bachelor Thesis deals, in the theoretical part, with description of particular kinds of social backup and its influence in the field of healthy lifestyle formation. The main research target of this thesis is to quantify the volume of perception of this issue by students of Palackeho University and its real impact.
Klíčová slova v angličtině:	social backup, genesis of perception of social backup, social backup function, social environment, family, lifestyle, bio-psycho-social model of the health, healthy lifestyle.
Přílohy vázané v práci:	dotazník

Rozsah práce:	CZ
Jazyk práce:	65 s.