

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

DIPLOMOVÁ PRÁCE

(Magisterská)

2015

Štěpán BYRTUS

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

ŽIVOTNÍ STYL JEDINCE V KONTEXTU HOLISTICKÉHO PŘÍSTUPU KE ZDRAVÍ
V PŘIROZENÉM EKOLOGICKÉM PROSTŘEDÍ

Diplomová práce

(Magisterská)

Autor: Bc. Štěpán Byrtus, rekreologie,

Management životního stylu

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

Olomouc 2015

Jméno a příjmení: Štěpán Byrtus

Název diplomové práce: Životní styl jedince v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí

Pracoviště: Katedra rekreologie

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt: Práce se zabývá hodnocením životního stylu a vybraných ukazatelů zdraví u jedinců preferujících holistický přístup ke zdraví a žijících v ekologickém prostředí. V teoretické části práce je analyzován životní styl, životní způsob a kvalita života v souvislosti s modelem holistického přístupu ke zdraví akceptující spirituální dimenzi. Vymezuje negativní a pozitivní faktory ovlivňující lidského zdraví. Zasaduje člověka do ekologických souvislostí vzhledem k nezbytným podmínkám životní existence. Praktická část je založena na deskriptivních technikách kvantitativního dotazníkového šetření v oblastech kvality života, životní spokojenosti, úrovně pohybové aktivity a strategiích zvládání stresu. Výsledkem práce je, že výzkumný soubor má nadprůměrnou kvalitu života a spokojenost se svým zdravím, má nadprůměrnou úroveň životní spokojenost, má uspokojivou úroveň pohybové aktivity a preferují pozitivní strategie zvládání zátěžových situací.

Klíčová slova: Kvalita života

Životní styl

Holistický přístup

Ekologie

Zdraví

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb

Author's first name and surname: Štěpán Byrtus

Title of the master thesis: Lifestyle individuals in the context of a holistic access to health in a natural ecological environment

Department: Department of Recreology

Supervisor: PhDr. Martin Sigmund, Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract: The work deals with the evaluation of lifestyle and selected health indicators of individuals preferring a holistic access to health and living in the ecological environment. In the theoretical part of the thesis is analyzed the lifestyle, way of life and quality of life related to the model of holistic access to health accepting spiritual dimension. The work defines the positive and negative factors affecting human health. Advocates man in environmental contexts due to the necessary conditions of life existence. The practical part is based on descriptive techniques of quantitative questionnaire survey in the field of quality of life, life satisfaction, level of physical activity and coping strategies. The result of this work is that the research group perceives the overall quality of life and satisfaction with health better than the average population. The research group has an above average level of life satisfaction, a satisfactory level of physical activity and prefers positive coping strategies.

Keywords: Quality of life

Lifestyle

Holistic access

Ecology

Health

I agree this paper to be lent within library service

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením PhDr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

Děkuji PhDr. Martinu Sigmundovi, Ph.D. za odbornou pomoc a cenné rady, které mi poskytl při zpracování diplomové práce. Dále Nikole Pokorné za podporu a trpělivost.

OBSAH

1 ÚVOD	10
2 PŘEHLED POZNATKŮ.....	12
2.1 Životní styl a životní způsob.....	12
2.1.1 Vymezení pojmů.....	12
2.1.2 Životní styl jedince.....	14
2.1.3 Životní způsob skupiny.....	15
2.1.4 Životní způsob v kontextu tendence vývoje rekreačních aktivit.....	16
2.1.4.1 Hédonistický životní způsob.....	17
2.1.4.2 Venkovský a městský životní způsob.....	18
2.1.4.3 Alternativní životní způsob.....	19
2.2 Kvalita života.....	20
2.1.5 Životní smysl a kvalita života.....	22
2.1.6 Kvalita života ve městech.....	24
2.3 Zdraví	25
2.3.1 Holistický přístup ke zdraví.....	27
2.3.2 Biologické zdraví.....	30
2.3.3 Psychologické zdraví.....	31
2.3.4 Sociální zdraví.....	34
2.3.5 Spirituální zdraví.....	37
2.4 Faktory ohrožující zdraví.....	40
2.4.1 Rizikové biopsychosociální faktory dle Jara Křivohlavého.....	40
2.4.1.1 Kouření.....	40
2.4.1.2 Alkohol a alkoholismus.....	41
2.4.1.3 Drogy.....	42
2.4.1.4 Rizikový sex.....	42
2.4.1.5 Přejídání.....	43
2.4.1.6 Nehody a úrazy.....	44
2.4.2 Příčiny zdravotních komplikací dle Michaila Tombaka.....	44
2.4.2.1 Nepochopení vlastního organismu.....	45
2.4.2.2 Nedostatek pozitivního přístupu k životu.....	45
2.4.2.3 Nedostatek vnitřní tělesné hygieny.....	46
2.4.2.4 Zanedbaná páteř.....	47

2.4.2.5 Nesprávné dýchání.....	48
2.4.2.6 Nesprávné stravovací návyky.....	48
2.5 Faktory podporující zdraví.....	50
2.5.1 Aktivní životní styl.....	50
2.5.2 Preventivní vliv PA na zdraví člověka.....	52
2.5.3 Strava a stravovací návyky.....	56
2.5.4 Vnitřní hygiena.....	60
2.5.4.1 Půst.....	60
2.5.4.2 Očista klystýrem.....	61
2.5.4.3 Očisty zeleninovými a ovocnými šťávami.....	61
2.5.5 Duševní hygiena.....	61
2.6 Ekologické prostředí.....	62
2.6.1 Faktory prostředí.....	63
2.6.1.1 Stavba a reliéf zemské kůry.....	63
2.6.1.2 Klima.....	64
2.6.1.3 Voda.....	64
2.6.1.4 Půda.....	64
2.6.1.5 Vegetace a živočišstvo.....	65
2.6.1.6 Člověk.....	65
2.6.2 Ekologie a člověk.....	66
2.6.3 Faktory prostředí a jejich vliv na zdraví člověka.....	67
2.6.4 Životní prostředí České republiky.....	69
2.6.5 Vliv znečištění prostředí na zdravotní stav obyvatelstva.....	71
2.6.6 Ekologického myšlení.....	71
3 CÍLE.....	74
4 METODIKA.....	75
4.1 Metodika teoretické části.....	75
4.1.1 Sběr dat.....	75
4.2.2.1 Katalogy knihoven.....	75
4.2.2.2 Databáze.....	76
4.2.2.3 Relevantní internetové stránky.....	76
4.1.2 Analýza dat.....	77
4.1.2.1 Sekundární analýza dat.....	77

4.2 Metodika praktické části.....	77
4.2.1 Výzkumný soubor.....	78
4.2.2 Sběr a zpracování dat.....	79
4.2.3 Statistické zpracování dat.....	79
4.2.3 Popis výzkumných technik – dotazníky.....	80
4.2.3.1 Dotazník kvality života (WHOQOL) – BREF.....	81
4.2.3.2 Dotazník životní spokojenosti (DŽS).....	82
4.2.3.3 Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě (IPAQ).....	83
4.2.3.2 Dotazník strategie zvládnání stresu (SVF 78).....	84
4.2.4 Interpretace výsledků.....	86
5 VÝSLEDKY.....	87
5.1 Proband 1.....	87
5.2 Proband 2.....	90
5.3 Proband 3.....	94
5.4 Proband 4.....	97
5.5 Proband 5.....	101
5.6 Proband 6.....	104
6 DISKUZE.....	108
7 ZÁVĚRY.....	115
8 SOUHRN.....	118
9 SUMMARY.....	120
10 REFERENČNÍ SEZNAM.....	122

1 ÚVOD

Osobní životní styl je vizitkou jedince. Není obsáhlejšího pojmu, který by vystihl projev chování, jednání a charakteristiky lidské bytosti. Náš životní styl je takový, jací jsme. Lidský rod čelí v současné době výzvě, se kterou se doposud ještě nesetkal – snaží se přežít. V honbě za pokladem ve formě neomezeného ekonomického růstu, v touze po národním blahobytu a uspokojení konzumních potřeb si člověk podkopává podloží své vlastní existence.

Vykořisťováním přírodních zdrojů si ničí přirozeně zdravé životní prostředí. Systémové nastavení klade na člověka požadavky vysokého pracovního nasazení. Díky tomu je vytvořeno stresové prostředí. Nahromaděný stres, který se musí kompenzovat, pak dává společnosti předpoklad podléhat mnoha rizikovým faktorům, které negativně ovlivňují lidské zdraví a vyvolávají rizikové chování. Hromadný výskyt neinfekčních civilizačních onemocnění, nádorová onemocnění, špatný psychický stav a devastované přírodní prostředí je jen malý výčet negativních důsledků, které si člověk způsobil sám.

Během svého studia jsem se v bakalářské etapě věnoval vztahu putování jako specifické formy pohybové aktivity a spirituality a jejich rolí v životě soudobého člověka. Tato etapa mi přinesla otevřenost vůči světu spirituality nenáboženského charakteru a touha zvnitřnit spiritualitu v kontextu mého celkového pohledu na lidské zdraví. Význam spirituality mi pomohl vyplnit pro mne redukované vnímání lidského zdraví pouze na bázi biologické, sociální a psychologické komponenty.

Oporou pro hlubší porozumění problematice spirituality mi byla hlavně literatura Viktora Emanuela Frankla a systematický výzkum lidské spirituality Stanislava Grofa. Kladením otázek po smyslu mého života, rozšiřováním poznání v oblasti spirituality, rozplétání psychických problémů, zájmu o vegetariánský způsob stravování, detoxikace a očista organismu pomocí technik Michalila Tombaka, a mým kladným vztahem k přírodě se krystalizoval i můj okruh přátel, kteří sdíleli totéž. Tím se ve mně probudila potřeba komplexního uchopení problematiky lidského zdraví a přirozeného ekologického prostředí v kontextu životního stylu jedince.

Vztahová souvislost mezi lidským zdravím a kinantropologickou vědní disciplínou je zřejmý. Z hlediska vědního oboru rekreologie je současným trendem prosadit v zákonech České republiky podporu zdraví a nadále integrovat pohyb do společnosti a výchovy mládeže. Ale jaký má vztah ekologie k vědnímu oboru rekreologie? Během mého studia se této

problematice věnoval předmět teorie rekreace v přírodě přednášející panem doktorem Kratochvílem a ekologické aspekty rekreace přednášející paní Buriánkovou. O důležitosti ekologického myšlení se vyjádřil i garant studijního oboru rekreologie pan profesor Jirásek (2007, 21); proč by se měl nekrolog zajímat o ekologicky zaměřené myšlenky? Protože si uvědomí provázanost lidského způsobu bytí s celkovým přírodním zázemím, získá impuls ke kladení otázek po smyslu svého života i činorodé aktivity, bude uvažovat o svých hodnotách a jejich souladu s hodnotami realizovanými společnostmi, v níž žije.

Mým záměrem je vytvořit práci, která přinese čtenáři základní vhled do problematiky životního stylu jedince s holistickým přístupem ke zdraví, který žije v souladu s přirozeným ekologickým prostředím. Práce chce vyzdvihnout provázanost tří základních oblastí. Významu životního stylu a způsobu jedince, holistický neboli celistvý přístup jedince ke zdraví a úzkou vazbu přírodního a ekologického prostředí pro celkovou kvalitu života člověka. Je třeba mít na paměti, že záměr tématu vykazuje širokou obecnost uchopení obsahu problematiky a cíle práce ani neaspírají vysokou míru detailního vymezení jejího obsahu. Záměrem práce rozhodně není popularizace či marketing nabízeného manuálu k realizaci nějakého ideálu mého životního stylu.

Pro dosažení výše uvedeného záměru diplomové práce byla pro svou vhodnost zvolena práce teoretického analyticko-deskriptivního charakteru. Výsledkem takto pojaté práce jsou výstupní profily probandů, kteří absolvovali kvantitativní dotazníkové šetření. Popisné charakteristiky profilů jednotlivých respondentů odrážejí kvalitu života, kvalitu životní spokojenosti, úroveň pohybové aktivity a preferované strategie zvládnání zátěžových situací u jedinců, jejichž životní styl je charakteristický holistickým přístupem ke zdraví a žijí v souladu s přirozeně ekologickým prostředím.

Předkládaná práce je pro mne introspektivním pohledem, na dosavadní sebepoznávání ve vysokoškolském procesu. Kinantropologický vědní obor rekreologie je mi i nadále velice blízký. Mé odborné vzdělání rozhodně nepovažuji touto prací za ukončené, ale spíše jakousi křižovatkou na mé cestě v dalším osobním vývoji. Sdílím názor panem profesorem Frömlerem (2002, 27), který nepovažuje diplomovou práci „jako konečný vrchol písemného zpracování odborného textu, ale jako určitý významný odborný stupeň v celoživotním vzdělávání...“.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Životní styl a životní způsob

Každý člověk je jako lidská bytost nezaměnitelným a originálním projevem své vlastní existence. Jeho jedinečnost se projevuje v rozmanitosti svého vlastního jednání v každodenním životě nejen vzhledem k jiným lidem, ale i k ostatním formám živých organismů ve světě fauny a flóry stejně tak i k prostředí, ve kterém žije. Oním projevem, tedy jakým způsobem člověk v současné civilizaci žije, popisujeme životním stylem a životním způsobem. Tyto pojmy jsou v současné době stále více skloňovány v souvislosti s kvalitou života a se zdravím jedince a populace.

2.1.1 Vymezení pojmů životní styl a životní způsob

Přestože se jedná o významově stejné pojmy, jejich podstata je svým způsobem odlišná. Z hlediska historického exkurzu lze životnímu stylu nebo životnímu způsobu nalézt ekvivalent již v začátku 17. stol, kdy podle Daněk & Teplý (1974) přešlo latinské slovo „stillus“ do moderní řeči jako označení „způsobu chování a života“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 89).

V českých publikacích se setkáváme v sociologickém kontextu s tvrzením, že se tyto pojmy, v sociologii „prolínají s celou řadou jiných pojmů, jako jsou *kvalita života*, *životní sloh* (Honzík, 1965); *životní dráha* (Nový, 1989; Kubátová 2001); a mnohdy jej nelze odlišit od *podmínek života* (Duffková, 2007; Pácl, 1989)“ (Valjent, 2008, 2). Avšak vymežit a odlišit od sebe životní styl a životní způsob je možné.

Jana Duffková definuje životní styl jednotlivce v publikaci *Sociologie životního způsobu* (2010) následovně:

„Životním stylem jednotlivce je možné rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé součásti si navzájem odpovídají, jsou ve vzájemném vztahu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný styl, který se jako červená linka prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele životního stylu“ (Duffková, 2005, 80).

Životní způsob je považován za obecnější pojem než pojem životní styl. Taktéž podle české socioložky Jany Duffkové je životní způsob: „*systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý subjekt (jedince či skupinu, eventuálně i společenství či společnost coby konkrétní nositele životního způsobu)*“ (Duffková, 2005, 80).

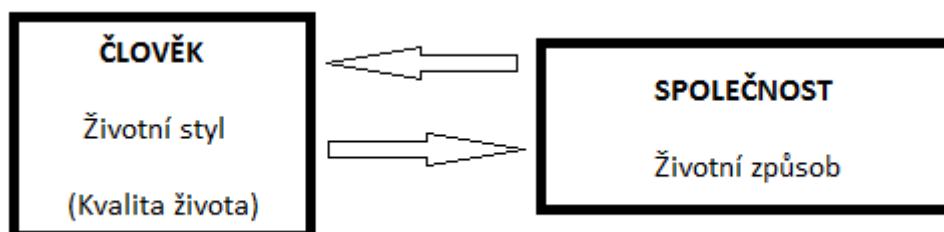
Z definicí Duffkové vyplývá, že na „životní styl a životní způsob lze pohlížet jako na odlišné pojmy. To za předpokladu, pokud se zaměříme na jejich kvalitativní stránku, tedy na míru vnitřní uspořádanosti a konzistentnosti prvků způsobu života“ (Kubátová, 2010, 13).

Vycházíme li z předpokladu, že „životní způsob je nikoliv systém, ale *kvantitativní souhrn* (činností, vztahů, projevů, aspektů apod.) a životní styl je systémem, pro něj je charakteristická provázanost těchto částí životního způsobu. Provázanost životního stylu je tedy založena na *kvalitativní souvislosti* všech těchto částí. Životní způsob bychom pak mohli postihnout výčtovou definicí (co všechno do něj patří), zatímco definice životního stylu by vycházela z předpokladu provázanosti jednotlivých prvků životního způsobu“ (Kubátová, 2010, 13-14).

V otázce o vztahu mezi životním způsobem a stylem je zřejmé, že je velice úzký a oba pojmy se navzájem ovlivňují, jak ukazuje schéma (Obrázek 1). Avšak lze u nich pozorovat jistou hierarchii.

„Životní způsob je určitým způsobem nadřazený v tom smyslu, že se týká skupiny, třídy, populace. Má tedy skupinový charakter a může představovat určitou úroveň či dokonce normu, která je pro danou skupinu typická“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 84).

„Na rozdíl od životního způsobu se tedy životní styl týká jednotlivce. Je od životního způsobu odvozen, je individualizován. Více či méně se blíží životnímu způsobu skupiny, jíž je jedinec součástí“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 89).



Obrázek 1. Vztah životního stylu a životního způsobu (Dohnal, 2010, 23)

2.1.2 Životní styl jedince

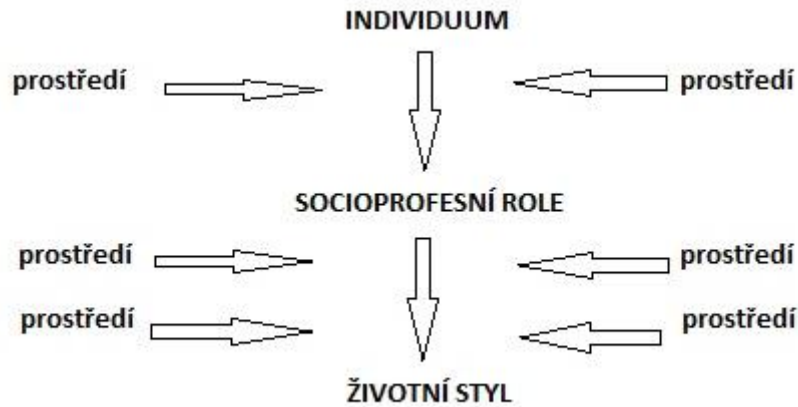
Dostupné odborné publikace naznačují, že je životní styl multidisciplinárním pojmem a názorů na jeho význam je mnoho. Můžeme na něj nahlížet z „aspektů sociologických, psychologických, ekonomických, medicínských aj“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 89). Avšak pro potřeby této práce je důležité paradigma sociologické a kinantropologické.

Podle českého sociologa Jiřího Linharta je „životní styl používán v rámci kulturologického pohledu na život jedince ve společnosti. Životní styl se interpretuje za pomoci pojmu kulturní vzorec a analýzy procesů enkulturace a socializace. Životní styl je chápán jako vnitřní jednota tíhnoucí k jednolitému a průkaznému vyjádření... Kvalitativní přístup k životnímu stylu nevychází pouze z předpokladu vnitřní uspořádanosti prvků životního stylu v systém, ale také z předpokladů významů, kterými aktéři interpretují svět“ (Kubátová, 2010, 13).

Jelikož se lidské individuuum během života vyvíjí a formuje, tak i jeho životní styl podléhá vlastní dynamice. „Životní styl je vyjádřením konkrétního člověka jako člena určité skupiny a nelze si jej představit jako neměnně existující skutečnost. U člověka se mění jeho kvality hodnot, postojů a názorů vzhledem k historicky definované společnosti. Každé etapě společenského vývoje odpovídá určitý charakter životního stylu jako výsledek historického procesu. Z toho vyplývá, že životní styl je sociokulturně a filozoficky určen a jeho individuální konkretizace odpovídá konkrétní době a konkrétní společnosti“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 89). Konkrétní, individuální životní styl je závislý na (Hodaň, 1997):

- způsobu tvorby a reprodukci života,
- podílu na řízení společenských procesů,
- úrovni překonání protikladů mezi prací a ne-prací,
- úrovni sblížení společenských a individuálních hodnot,
- druhu vykonávané činnosti, způsobu jejího vykonávání,
- zpětnovazebním působením životního stylu na kvalitu daného individua.

Je tedy příznačné, že životní styl se postupně, dlouhodobě, neuvědoměle a spontánně vytváří a ve své základní podobě je výsledkem vztahu realizovaných sociálních rolích a prostředí podle schématu (Obrázek 2), ve kterém žije“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 93).



Obrázek 2. Vztah životního stylu individua na socioprofesionální roli a prostředí (Hodaň & Dohnal, 2008, 93)

2.1.3 Životní způsob skupiny

Z dostupných relevantních zdrojů vyplývá, že je „životní způsob možno pokládat za určité vyjádření kvality života dané skupiny, či společnosti“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 88). Podle Drbal & Bencko se způsob života promítá do utváření zdraví či nemoci asi 50 % (Payne, 2005, 234). To vypovídá o životním způsobu jako o významné determinantě lidského života.

Přestože můžeme jak na životní styl, tak na životní způsob jedince pohlížet z mnoha aspektů jako například z hlediska předmětu a teorie, možností proměn, vztahu ke smyslu života, ale také faktoru času a prostoru, lze fenomén životního způsobu kategorizovat.

Podle J. Linharta je ve srovnání s kvalitativním pojetím životního stylu používán v rámci sociálně-ekonomického pohledu na život jedince ve společnosti pojem životní způsob (Kubátová, 2010, 15). Kubátová také na základě analýzy výzkumů na téma životního způsobu usuzuje, že je považován za jednu z dimenzí sociálního statusu.

Sociální status vnímáme jako indikátor životního stylu, podle kterého kategorizujeme a hodnotíme projev ostatních lidí kolem nás. Status nabývá dvou konkrétních kategorií. První je mocensko – materiální status, který je charakteristický postavením v řízení a výši příjmu. Druhý je kulturně – meritokratický status, který je charakteristický stupněm vzdělání, složitostí vykonané práce a životním stylem. Obecně se nabízí dvě základní úrovně životního stylu (Kubátová, 2010, 15):

- *Materiální aspekt životního stylu*: odpovídá pojmu životní úroveň a je operacionalizován indikátorem vybavenosti domácnosti předměty dlouhodobé potřeby
- *Kulturní aspekt životního stylu*: je chápán jako kulturní úroveň a je operacionalizován indikátory kulturních aktivit

Životní způsob je velice komplexním pojmem, který podle definice Duffkové postihuje celý systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí charakteristických pro určitý subjekt. Proto i činitelů podmiňujících životní způsob mnoho. Převládající činitelé podmiňující životního způsobu (Hodaň & Dohnal, 2008, 84 - 88):

- historický vývoj
- úroveň dané kultury
- významné hodnoty
- společenské tradice
- změny výrobního procesu
- vlastnické vztahy
- postavení socioprofesionální skupiny
- životní úroveň dané skupiny
- vliv různých druhů kultur a jiných skupin
- převládající filozofická orientace

„Celá suma těchto podmiňujících činitelů se velmi výrazně promítá do všech činností, které jsou pro danou skupinu typické. Mezi jednotlivými socioprofesionálními skupinami tak dochází k typickým rozdílům“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 88). Je tedy patrné, že i jednotlivé skupiny mají i jiný životní způsob.

2.1.4 Životní způsob v kontextu tendence vývoje rekreačních aktivit

V sociologickém kontextu, můžeme podle publikace *Sociologie životního způsobu* najít genezi i kategorizaci pojmu životního způsobu. V proměnách času popisuje životní způsoby vztahující se např. k strukturálnímu funkcionalismu, interakcionismu, postpragmatismu, postmarxismu a postmodernismu. Pragmaticky lze říci, že životní způsob nabývá desítek i možná sta podob, do kterých H. Kubátová stylizuje celou populaci a záměrem práce také není

analyzovat každý způsob zvlášť. Avšak vzhledem k tématu práce se některé k bližší specifikace životního způsobu vybízí.

Životní způsob má velice úzkou vazbu na volný čas. Podle sociologa volného času Joffre Dumazediera má „volný čas zpětnovazební vztah člověka ve vlivu na kulturu, sociální vztahy a životní styl resp. životní způsob (Hodaň & Dohnal, 2008, 55). Z čehož je patrné, že „volný čas hraje a bude hrát v životě člověka (a tím i společnosti) významnou roli a to zejména v oblasti tvorby a rozvoje lidského zdraví, kultivace a socializace“ (Dohnal & Hobza, 2011, 213), což se opět promítne do kvality životního způsobu.

Z úzkých vazeb mezi životním stylem jedince a životním způsobem skupiny či společnosti, v návaznosti na způsob trávení volného času vyplývá, že jedince nebo skupinu budou ovlivňovat rekreační aktivity, které ve volném čase realizují. Dílčí kategorizaci užšího vymezení životního způsobu stanovují tendence vývoje rekreačních aktivit, které směřují (Dohnal & Hobza, 2011, 214):

- od organizovaného k neorganizovanému
- od výkonu k prožitku
- od kolektivního k individuálnímu
- od tradičního k netradičnímu
- od dlouhodobých vlivů ke krátkodobým trendům
- od města k přírodě

Vývoj tendence rekreačních aktivit směřuje k neorganizovanému trávení volného času se silným akcentem na prožitkovou stránku člověka s emocionálním nábojem. Aktivity jsou vyhledávány spíše netradiční s krátkodobým charakterem se záměrem o seberealizaci vlastní individuality především v přírodním prostředí. Podle Kubátové (2010) můžeme najít charakteristiky tendence vývoje rekreačních aktivit v souvislosti s některými druhy životních způsobů.

2.1.4.1 Hédonistický životní způsob

Charakteristickým životním stylem současné populace je *hédonistický životní způsob*. Jeho hlavním znakem je prožitkářský záměr a je podmíněn kvalitou života jedince vzhledem k pracovnímu procesu a možnostem nakládání s volným časem. „D. Bell vymezil *hédonismus*

jako způsob života, který vznikl v důsledku zaměření ekonomiky nikoliv na práci, ale na spotřebu“ (Kubátová, 2010, 43). Tím, jak se západní společnost začala v 50. letech 20. stol. díky pop-artové kultuře formovat do triviálního, konzumního a spotřebního životního stylu „*homo konsumens*“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 57), stal se jedinec obětí masové kultury. Obecně i „marketing podporuje hédonistický životní styl, který je založen na myšlence, že všechna myslitelné potřeby je třeba uspokojit ihned“ (Kubátová, 2010, 44).

2.1.4.2 Venkovský a městský životní způsob

I nadále je v populaci rošířena zřetelná míra ztotožnění se s městským a nebo s venkovským způsobem života. Jedná se i v současné za významné kulturní postoje, které jsou navzájem v neustálém rozporu. „Venkov umí být co nejvíc nezávislý na civilizaci a kultuře. Město chce být co nejvíc nezávislé na přírodě. Tyto dva vyhrocené způsoby bytí není šťastné slévat dohromady“ (Blažek, 2004, 22). Na druhou stranu však není tolik životních způsobů, které by byly pro současnou společnost typické.

Venkovský způsob života je spojen s přírodou. Ašak nikoliv v idealizovaném obrazu J.J. Rousseaua všeobecně rozšířeného jako mýtu venkova, ale jako materiální zdroj přírodního bohatství, který slouží k obživě, ale také něčeho, čeho by se měl člověk obávat a mít respekt. Ze sociologického hlediska není venkov definován, ale vzhledem k zemědělské produkci vesničanů byly definovány podle Ireny Herové čtyři základní životní styly (Kubátová, 2010, 162):

- tradiční venkovský styl, kterým žijí lidé, kteří většinu času věnují domácímu hospodářství, obdělávají pole nebo větší zahradu;
- styl obyvatel rodinného domu, kteří mají pozemek, na kterém pěstují zeleninu jen pro svou potřebu, a pokud chovají zvířata, pak jen malá hospodářská;
- styl obyvatel venkova, kteří nemají žádné domácí hospodaření a kteří většinu času tráví ve městě, kde mají práci a přátele;
- styl lidí toužících žít v souladu s přírodou, zdravě a v klidu.

Naopak *městský způsob života* je více spojen s vědecko-pokrokovým smýšlením a klade důraz spíše na osvětu individuality a nezávislost na přírodě.

„G. Simmel se zaměřil na specifický typ velkoměstské individuality, která v protikladu k venkovskému a maloměstskému životu plyne z rychlého a neustáleho střídání vnějších a vnitřních dojmů“ ... Tato individualita je založena na intelektuálním duševním životě, který se vyznačuje prožíváním rozumu, tedy vědomými duševními pochody a odklonem od neuvědomovaných a emociálních duševních stavů a vztahů k prostředí“ (Kubátová, 2010, 171).

Jelikož se s vývojem společnosti mění i názor na míru ztotožnění se buď s venkovským a nebo s městským způsobem života, tak přibývá jedinců, kteří hranice mezi těmito styly stírají a hledají společné jmenovatele, jenž z obou z těchto stylů vybírají ty podstatné charakteristiky pro svůj vlastní životní způsob. Ten je jakousi fúzí obou těchto životních způsobů a tvoří podklad pro akceptování různých alternativ v přístupu k životu.

2.1.4.3 Alternativní životní způsob

Jestliže se tedy člověk necítí být součástí jakéhokoliv stabilního životního stylu, a nebo na druhou stranu, ztotožňuje se hned s několika, může zastávat *alternativní životní způsob*. Tento způsob lze vymezit na základě tří faktorů, kterými člověk definuje situaci. Podle W. Thomase se jedná o (Thomas & Znaniecki, 1927, 68):

- souhrn kulturních hodnot
- sociálně psychologické postoje
- aktualizace hodnot a postojů

Pokud je jedinec schopen aktualizovat své kulturní hodnoty a psychologické postoje, je schopen flexibilně reagovat na měnící se situace. „Podle W. Thomase má každá osobnost určitý charakter, přičemž osobnosti lidí se odlišují...na základě míry organizace charakteru rozděluje osobnosti na tři typy, ke kterým směřují lidé při svém vývoji: komformista, bohém a kreativní člověk“ (Kubátová, 2010, 52).

„V případě kreativního člověka se jedná o změnu psychologických postojů a kulturních hodnot, které na jedné straně tvoří harmonický celek, na druhé straně však mají takovou povahu, která je umožňuje měnit, ovšem na základě předem stanoveného plánu... Kreativní člověk organizuje svůj vlastní život nikoli za předpokladu neměnitelnosti hodnot, ale na tendenci modifikovat je“ (Kubátová, 2010, 53).

2.2 Kvalita života

V posledních letech se do popředí zájmů a priorit obyvatel evropské civilizace promítá slovo kvalita. Toto slovo nabývá v žebříčku hodnot na stále větším významu. Setkáváme se s nutkavou potřebou kvality ve službách, u potravin, výrobků, charakterních vlastností osobnosti člověka, ale i ve sportu a v kultuře. V první řadě se však setkáváme s pojmem kvalita vlastního života.

„Pojem „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev“ (Payne & kol, 2005, 205). V této době byl tento pojem chápán ve vztahu k ekonomické bilanci v sociální struktuře obyvatelstva v USA. Kritériem kvality života byly výrobní kapacity státu a následné možnosti nákupu výrobků a služeb. Ekonomické vnímání tohoto pojmu převládalo až do 70. let. Tehdy se změnilo paradigma kvality života na více sociální. Změnu zapříčinila sociální politika v USA, kde proběhlo „první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory ukazující jak lidé sami hodnotí svůj život, a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou úroveň bydlení, kriminalita, hluchost či znečištění ovzduší“ (Payne & kol, 2005, 206). Podobná situace nastala v Německu, kdy „německý politik Willy Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany“ (Payne & kol, 2005, 205). Avšak zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence jsou významné pouze do určité míry, a to pokud uspokojení potřeb nedosáhne hranice chudoby. Tím pádem se přesunula potřeba skloňovat pojem kvality života i v souvislosti s úrovní zdravotní péče. Navzdory tomu je zřejmé, že vysoká kvalita života v socioekonomické sféře nemůže být v přímé úměře se špatným biologickým zdravím.

V posledních letech se tedy význam pojmu kvalita života přesouvá do hledání roviny a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí. Z globálního hlediska je současným trendem „podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou „užít“ (*enjoyment*)“ (Payne & kol, 2005, 206). Významným impulzem pro toto pojetí kvality života a jejího vztahu k lidskému zdraví přispěl koncept salugeneze, který se objevil v roce 1987 díky profesoru Aaronu Antonovskému. „Salugeneze se zabývá obecnými faktory, které posilují zdraví“

(Křivohlavý, 2009, 24). Na nebývalý zájem o kvalitu života ve vědeckých kruzích zareagovala také World Health Organization (WHO), která v 80. letech vytvořila hned několik významných dokumentů, mezi které patří například Otawská charta z roku 1986 či hnutí Zdravých měst.

Definice a vymezení pojmu kvality života nalezneme v odborné literatuře mnoho, neboť je vnímána rozdílně v ekonomice, sociologii, medicíně i psychologii. Kniha *Kvalita života a zdraví* nabízí definici, která vymezuje teoretický rámec pro vědecké zkoumání kvality života v Centre for Health Promotion University of Toronto (CHPUT). Kvalita života je podle ní „*stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“ (Payne & kol, 2005, 208). Možnosti přitom vyvěrají z příležitostí a omezení, které ve svém životě člověk má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. Současně se stanovily podle CHPUT důležité životní domény jak je znázorněno v tabulce (Tabulka 1), ve kterých se kvalita života odráží (Payne & kol, 2005, 208 - 209):

ŽIVOTNÍ DOMÉNY	SUBDOMÉNY	AKTIVITY, DĚJE A PROCESY
Bytí (being – who is one)	<i>Fyzické bytí</i>	Fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled
	<i>Psychologické bytí</i>	Psychologické zdraví, kognice, citění, self-concept, sebeúcta a sebekontrola
	<i>Spirituální bytí</i>	Osobní hodnoty a přesvědčení, víra
Přilnutí (belonging)	<i>Fyzické přilnutí</i>	K domovu, pracovišti/škole, sousedství, komunitě
	<i>Užší sociální přilnutí</i>	K rodině a přátelům, spolupracovníků a sousedům
	<i>Přilnutí k širšímu prostředí (komunitě)</i>	Prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátním životním příjmů, zdravotní péče a sociální práce, vzdělávacích a rekreačních možností
Realizace (becoming)	<i>Praktické uskutečňování</i>	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální začlenění
	<i>Relaxační aktivity</i>	Redukce stresu a relaxace
	<i>Uskutečňování růstu</i>	Aktivity pomáhající zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu

Tabulka 1. Životní domény kvality života upraveno dle (Payne, 2005, 208 - 209)

Je zřejmé, že význam a paradigma pojmu kvalita života velice pružně reaguje na měnící se hodnotovou orientaci, jak vědeckého, tak i společenského světonázoru civilizace. Úzce koreluje s životním stylem a způsobem obyvatel, u nichž se díky měnícímu se postoji k vlastnímu životu mění i pohled na kvalitu života. Nicméně, díky vysokým pracovním a

zejména psychickým nárokům postmoderní výrobní společnosti na jedince, se přesunula problematika kvality života v současné době do roviny terapeutické psychologie a nereligiózní spirituality.

2.2.1 Životní smysl a kvalita života

Více než potřeba uspokojení ekonomicko-sociálních a materiálních hodnot je vysoce vnímanou potřebou člověka po psychické vyrovnanosti a transpersonálním přesahu lidské existence neboli spirituality. Ta může mít podobu klasického monoteistického religiózního charakteru, ale také i stále populárnějšího nereligiózního přístupu ke spiritualitě, charakteristický projevem vlastního pohledu na transpersonální přesah své vlastní lidské existence. Oba přístupy mají svůj průnik v hledání smyslu existence. Význam životního smyslu není jednoznačně definován a neexistuje žádný globální konsenzus na toto téma, ale je příznačné, že hraje významnou roli v životech jedinců současné civilizace. Naplňování osobního životního smyslu je vysoce individuální záležitostí každého člověka. O to více přináší jeho absence osobních problémů, které se projevují na zhoršené kvalitě života.

Velice výmluvným příkladem absence životního smyslu jsou případy jedinců, kteří jsou úspěšní na poli socioekonomických hodnot, jenž si stěžují na pocit bez smyslnosti. V souboru přednášek V. E. Frankla *Vůle ke smyslu* nacházíme v této souvislosti anamnézu: „Je mi 22 let, mám akademický titul, luxusní vůz, jsem finančně zajištěn a mám k dispozici více sexu a moci než mohu zvládnout. Jenomže se musím ptát, jaký to má všechno smysl“ (Frankl, 1988, 5). Jeho pacienti si však stěžovali nejen na pocit bez smyslnosti, nýbrž také na pocit prázdnoty. Tuto prázdnotu označil a popsal V. E. Frankl jako „existenciální vakuum“.

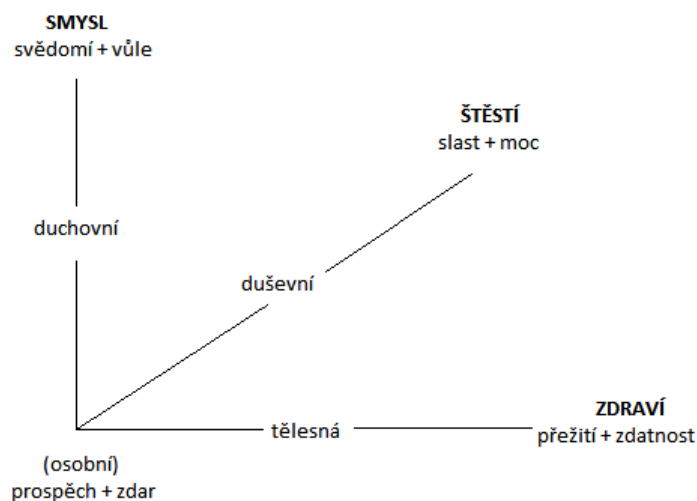
„Podle Frankla není samo osobě existenciální vakuum nemocí; je to jen stav duchovní nouze, kterou může v nějakém stupni zakoušet každý člověk. Avšak hluboký a trvalý nedostatek smyslu v životě působí nejen duchovní utrpení, nýbrž má i patologické účinky projevující se v jeho duševním, společenském i tělesném stavu. Tyto účinky jsou zprostředkovány odpovídajícími regulačními mechanismy, jakými jsou třeba jeho sebepojetí, jeho myšlenky a city, na jeho neuroimunitní děje, jeho společenské vztahy a chování“ (Payne, 2005, 256).

Z výzkumu Alouise Habingera provedeného v 70. letech na 500 učních vyplývá, že existenční vakuum stouplo během dvou až tří let z 30 až 40% na 70 až 80 %. U sledovaných

subjektů se zjistilo, že „trpí méně klinicky postiženými symptomy než spíše nedostatkem životního obsahu“ (Frankl, 1988, 5). Frankl ve své psychotherapeutické praxi a logoterapii zavedl pojem „vůle ke smyslu“, který „považoval za normálních okolností za hlavní motivační sílu, která stojí za směřováním a snažením člověka v jeho životě“ (Payne & kol, 2005, 253).

Avšak „*mysl nemůže být dán, nýbrž musí být nalezen*“ (Frankl, 1988, 5). V souvislosti smyslu ke kvalitě života musíme přistupovat multidimenziálně, tak jako k životu samotnému. Je zapotřebí stanovit „dimenze“ (stánky, životní kvality) v nichž pojmově a operacionálně kvalitu života vymezujeme a zjišťujeme. Obecné rozlišení těchto dimenzí v zaměření člověka vůči světu a vůči sobě samému ukazuje (obrázek 3), kde jsou uvedeny některé typické znaky pozitivního zacílení. Podle Balcara (Payne, 2005, 256) rozlišujeme tři dimenze:

- Kvalita života v dimenzi *tělesné* či fyzické se zaměřujeme na ideální normu fyzické harmonie a zdatnost tělesných funkcí, což je tradičně pojímané jako zdraví člověka.
- Kvalita života v dimenzi *duševní* či prožitkové se zaměřujeme na její tradiční znaky v podobě prožívané slasti a uplatňované moci člověka, které v úspěšném případě vystihuje tradiční pojem prožívaného štěstí.
- Kvalita života v dimenzi *duchovní* či noické nebo existenciální, ji vnímáme jako prožitek smysluplnosti vylastního života, který je v životě člověka zakotven v jeho odezvaách na hodnotové výzvy, které mu poskytuje svědomí, a v činech, které ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci.



Obrázek 3. Životní kvality a kvalitní život (Payne & kol, 2005, 255).

2.2.2 Kvalita života ve městech

Velice významným kritériem pro úroveň kvality života je v souvislosti se zdravím výběr prostředí. Podle „kanadského ministra zdravotnictví ze 70. let Landoneho, je prostředí vedle, genetických předpokladů, úrovně zdravotnictví a životního stylu, jedním z hlavních determinant ovlivňujících lidské zdraví. Přičemž samotné prostředí se podílí na celkovém zdraví 20%“ (Payne & kol, 2005, 234). Výběr prostředí k životu má také významnou roli v naplňování životních cílů a v seberealizaci jedince.

Současné tendence vývoje naznačují, že moderním trendem současné společnosti je směřovat své bydlení směrem k městům, ve kterých cítí možnost co nejlepšího pracovního uplatnění a s co nejvyšší kvalitou života ve městě. Podle „výzkumného centra Economist Intelligence Unit byla vytvořena studie, která na základě vyhodnocení kritérií, jakými jsou stabilita, úroveň zdravotní péče, kultury, životního prostředí a vzdělávání provedla kontinuální průzkum mezi 140 městy z celého světa“ (www.ihned.cz, 28. 8. 2015). Nejlépe se v tomto hodnocení umístily v TOP 10 země z Austrálie a Kanady jak ukazuje tabulka (Tabulka 2).

V české republice byla v roce 2010 provedena odborná studie společností Master Card Worldwide. Jejím cílem bylo vytvořit „projekt Česká centra rozvoje, který by posoudil kvalitu života v 50-ti nejvýznamnějších měst České republiky. Indikátory pro posouzení studie se hledaly v ekonomické oblasti, sociální oblasti a v oblasti životního prostředí“ (www.czechtop100.cz, 29. 8. 2015). Nelépe se v této studii umístil Hradec Králové, který předčil hlavní město Praha. Velice dobře si v průzkumu vedly i Pardubice a Písek, kteří se umístili na třetí respektive čtvrté příčce, jak ukazuje tabulka (Tabulka 3).

1	Hradec králové	88,83
2	Praha	88,73
3	Pardubice	85,4
4	Písek	85,39
5	České Budějovice	85,12
6	Plzeň	84,8
7	Mladá Boleslav	84,68
8	Brno	84,23
9	Havlíčkův Brod	84,13
10	Tábor	83,92

Tabulka 2. Výsledky Master Card Studie

(www.czechtop100.cz, 29. 1. 2015)

1	Melbuerne	Austrálie
2	Vídeň	Rakousko
3	Vancouver	Kanada
4	Toronto	Kanada
5	Calgary	Kanada
6	Adelaide	Austrálie
7	Sydney	Austrálie
8	Helsinki	Finsko
9	Perth	Austrálie
10	Auckland	Nový Zéland

Tabulka 3. Výsledky EIU

(www.ihned.cz, 28. 1. 2015)

2.3 Zdraví

Žádné jiné slovo není skloňováno se samotným bytím člověka jako je zdraví. Je neoddělitelným atributem smyslupného a kvalitního prožití okamžiku života, který začíná narozením a končí naší smrtí. Z kvality či nekvality zdraví naší individuality je závislý celkový obraz našeho života ve společnosti, ve které žijeme. Když jsme zdraví, daří se nám dobře. Jestliže nejsme zdraví, daří se nám špatně. Zdraví si přejeme při důležitých životních momentech jako jsou narození, jmeniny různá výročí, ale hlavně v momentech kdy jsme nemocní a nemůžeme naplno prožívat náš život.

Fenomén zdraví se chápe mnoha způsoby. Avšak celospolečenský koncesus definice pro „západní“ civilizaci na pojem zdraví nabízí WHO, která zní *„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“* (WHO, 2006, 1). Do češtiny se pak volně překládá tak, že zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti. Této definici se však již řadu let vyčítá její reálnost a možnost dlouhodobého naplnění. Velice praktické znění definice zdraví nabízí Čevela (2009), který jej chápe jako *„schopnost vyrovnat se s nároky vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“*, nebo také definice Davida Seedhouse, která zní: *„optimální stav zdraví určité osoby, závisí na stavu souboru podmínek, které ji umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)“* (Křivohlavý, 2009, 39).

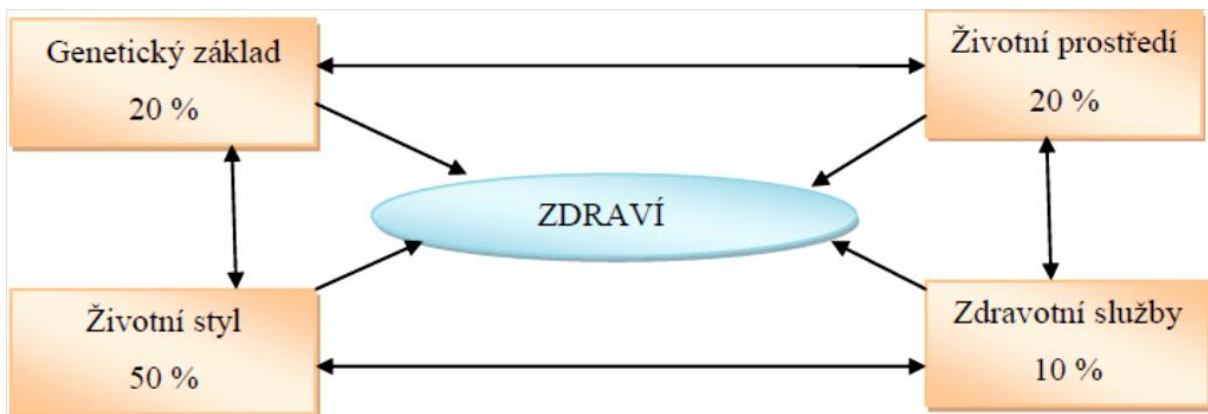
Urbanizovaná společnost je svým nastavením „zakonzervována“ v technologicky ekonomickém prostředí, které vytěsňuje potřebu přírody a spirituálního (duševního) rozměru lidského bytí. Podle Křivohlavého (2009, 38):

„definice WHO opomíjí duchovní oblast člověka, tj. nehovoří o duchovním (spirituálním) zdraví. Podle ní by mezi „naprosto zdravé“ lidi patřil např. Hitler, stejně jako dr. Albert Schweitzer. Chápeme-li duchovní oblast jako sféru osobního zaměření v oblasti hodnot, potom je třeba respektovat v ní také oblast „zdravých“ ekologických, sociálních, politických či náboženských hodnot“.

Jak můžeme zpozorovat, tak v publikaci *Psychologie zdraví* (2009, 30) nacházíme u Davida Seedhouse různé představy pod pojmem zdraví z hlediska odlišných profesí:

- *Lékař*: pojmem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.
- *Sociolog*: rozumí pojmem „zdravý člověk“ člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích
- *Humanista*: slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytou.
- *Ideista*: pod pojmem „zdravý člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře tělesně, duševně, duchovně i sociálně

Definování obsahu zdraví je značně determinováno celospolečenskou neshodou názorů na toto téma. Na druhou stranu komponenty, které do jeho obsahu vstupují, jsou jasné a těmi jsou genetická výbava, vliv prostředí, úroveň zdravotnické péče a životní styl popř. životní způsob jedince. V publikaci *Výchova ke zdraví* (2009), je vztah mezi těmito komponentami podle schématu (Obrázek 4) následující:



Obrázek 4. Vzájemné vztahy mezi zdravím i determinantami zdraví (Machová & Kubátová, 2009, 13)

Z popisu schématu vyplývá, že úroveň zdraví jedince závisí především na komponentách, které může jedinec ovlivnit svým vlastním jednáním. Genetický základ ovlivnit nelze. Úroveň zdravotnických služeb dané státní institucí také ne. Avšak co může jedince ovlivnit nejvíce je jeho způsob života a výběr životního prostředí, ve kterém chce žít.

2.3.1 Holistický přístup ke zdraví

Podle všeobecně akceptovaných komponent Lalondeho ovlivňující lidské zdraví zaujímá lékařská péče 10-15%. I když se jedná o relativně malé číslo, hraje medicína významnou roli v řešení případů nemoci. Západní medicína je založena na hmatatelných důkazech. Vykazuje díky vědecko-technologickému pokroku nebývalých úspěchů na poli boje s lidskými nemocemi, které by byly ještě před sto lety nemyslitelné. Zejména pak na poli chirurgie, při záchraně životů smrtelně raněných pacientů, transplantacích orgánů, onkologických onemocnění, operací zrakových orgánů atd.

Postupem času se však ze západní medicíny stal monopol na problematiku řešení následků nemocí a většinou společnosti jediným možným přístupem jak vyléčit nemoc. „Západní medicína koná s člověkem ve jménu svého vědeckého, chemicko-technologického výkladu veškerého světa. Věda o životě je založena na poznacích o vlastnostech neživé hmoty, zatímco živá příroda a životní prostor, živý, žitý svět člověka začínají být fatálně pomíjeny v globalizujícím se mechanicko-biologickém sebepojetí téhož člověka“ (Šavlík, 2014, 15).

Vyvstávají nové otázky o jinak bezchybně fungujících farmaceutických medikamentech a jejich vedlejších účincích. Otázky týkající se pacienta jako objektu farmaceutického loby atd. „Přírodní léčitelství, které je podle naší legislativy činností vykonávanou léčitелеm, tedy osobou bez odpovídajícího medicínského vzdělání, stejně tak i alternativní medicína, jež se souborem specifických metod vykonávané jak léčitелеm, tak lékařem“ (Heřt, 2010, 17), jsou postaveny do role šarlatánství nebo pověr a nejsou hodny solidního vědeckého zkoumání.

Současná společnost ale stále více slyší na téma alternativní medicíny k lidskému zdraví. Alternativní medicína se definuje podle Jiřího Heřta jako „*soubor metod které všeobecně vědecká medicína nepoužívá, protože principy metod alternativní medicíny odporují vědeckým poznatkům, jejich účinnost nebyla prokázána standardním vědeckým postupem a účinek má být zprostředkován duchovními nebo neznámými silami*“ (Heřt, 2010, 17).

Poptávka po péči o duši „prosakuje“ do většiny společnosti, která si uvědomuje stále více své příčiny nemocí v oblasti psychologické a duchovní nerovnováhy. Přestože se můžou zdát současné alternativní přístupy ke zdraví jako nové, mají svou dlouhou historii. Podle Heřta rozeznáváme několik přístupů jak k alternativní, tak ke klasické medicíně (Tabulka 4).

ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA	VĚDECKÁ MEDICÍNA
Nekonvenční	Konvenční
komplementární	Evidence based medicine (EBM)
CAM (complementary and alt.)	Ortodoxní
Tradiční (ale i netradiční)	Oficiální
Naturální (přírodní)	Západní
Holistická (celostní)	Klasická
Kvantová	
Regulační	
Informační	
Nevědecká	
Biologická	
Integrovaná	
Mind-body medicína	
Léčitelství	
	<i>Názvy pejorativní</i>
Paramedicína	Alopatická
Šarlatánství	Školní

Tabulka 4. Nejčastěji používané termíny alternativní a vědecké medicíny (Hořt, 2010, 19)

Náhled na zdraví z holistického hlediska vychází ze samotného významu slova holismus. Tento „pojem vychází z anglického (*whole, tedy celek*), kterým se chápe zdraví z širšího (*celistvého*) hlediska“ (Čeledová, 2010, 14). Podle McClanahan & kol (2006, 2092) se v USA se akceptuje holistický přístup ke zdraví již přes 30 let. Holistické chápání zdraví ve smyslu jednoty duše a těla je natolik důležité, že je součástí zdravotnictví a zdravotní péče. „V USA vznikly dvě významné asociace, které sdružují holistický přístup ke zdraví; American Holistic Medical Association, založena 1979 a American Holistic Health Association, založena 1989“ (McClanahan & kol, 2006, 2092).

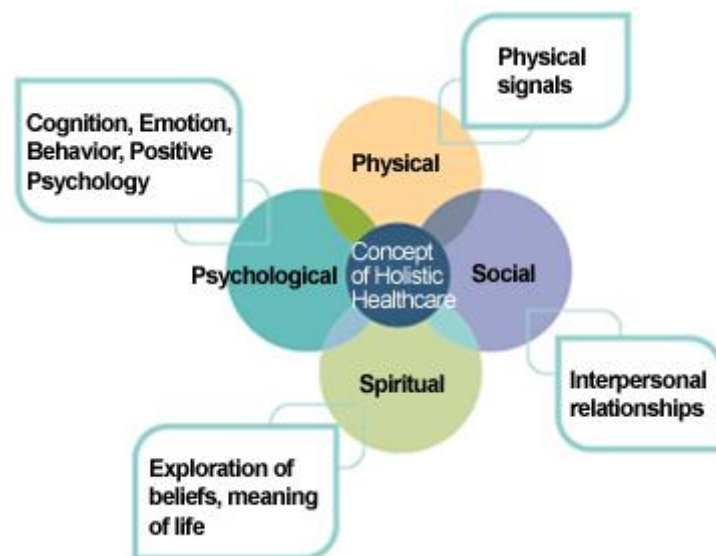
Holismus není náboženství, víra nebo přesvědčení. William Bloom z British Holistic Medical Asociaton vysvětluje jeho význam tak, že „spojuje otevřený a upřímný přístup k jedinci, akceptuje propojení všech aspektů života a respektuje podstatu všech světových duchovních tradic. Podstata holismu spočívá v propojení zdravých duchovních hodnot se zdravím planety, o kterou pečuje s láskou“ (www.bhma.org, 10.3.2015).

Tento pohled na lidské zdraví není ve své podstatě novotvarem. Komplexní pojetí lidské bytosti ve všech jeho projevech spatřujeme již v antickém Řecku, kde „*ideálem výchovy byl harmonický rozvoj fyzických i duševních vlastností a schopností každého občana, tzv. kalokagáthia (kalos kai agathos = krásný a dobrý)*“ (Valjent, 2008, 6).

Člověk je v moderním pojetí vnímán a definován celistvě jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, např. v pojetí V. E. Frankla, který chápe člověka jako „*tělesně-duševně-duchovní totalitu*.“ (Frankl, 1995, 123). Oporu pro celistvé vymezení zdraví nalezneme opět v definici Seedhouse. Ten zdraví chápe jako „*celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobného snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2009, 40). V české provenienci se komplexním pojetím zdraví zabývali Kubátová a Kroufek (2006), kteří uvádějí tyto dimenze (složky) zdraví:

- *fyzické (tělesné) zdraví*: nepřítomnost nemoci, fyzická pohoda,
- *psychické (duševní) zdraví*: nepřítomnost psychické poruchy, schopnost jasně myslet,
- *sociální (společenské) zdraví*: schopnost navazovat a udržet vztahy s ostatními, začlenit se do společnosti,
- *spirituální (duchovní) zdraví*: mít smysl života, chovat se v souladu s principy morálky, přijatým náboženstvím a podobně,
- *emoční (citové) zdraví*: schopnost přijímat a projevovat emoce,
- *reprodukční zdraví*: schopnost počít dítě, vybudovat partnerský vztah.

Kategorizace dimenzí dle Kubátové obohacuje původní obsah definice WHO nejen o dimenzi spirituální, ale rozvíjí pohled holistický přístup ke zdraví o emoční a reprodukční dimenzi. Základním a všeobecně akceptovaným konceptem holistického přístupu jako např. v Hong Kong Baptist Hospital je bio-psycho-socio-spirituální model (Obrázek 4).



Obrázek 4. Bio-psycho-socio-spirituální model (www.bhma.org, 10. 3. 2015)

Dobrym príkladem holistického pristupu ke zdravi je životni styl jógy. Prospektivni, kontrolovana a otevrena studie Yogendra & kol (2004, 289) pracovala s „pacienty, kteří aplikovali při svém léčení s onemocněním srdce meditační techniky, cvičili (asány), prováděli dechové cvičení (pránájáma), plný jógový dech (mudry) a vytvářeli pozitivní postoj k sociálnímu a individuálnímu prostředí (kriji)“. Studie Yogendry & kol (2004, 283) dospěla k závěru, že „změny životního stylu na bázi jógy přináší pomoc při regresi koronárních lézí a zlepšuje perfuzi myokardu. Životní styl jógy má klinický přínos pro zlepšení symptomů spojených s onemocněním srdce“.

O perspektivách veřejného zdravotnictví v Anglii v souvislosti s holistickým přístupem ke zdraví se vyjádřil Mark Dooris (2009, 34) následovně: „Po přezkoumání historických souvislostí o vzniku teorií, na kterých je založena podpora zdraví, jsem se zaměřil na důsledky, výzvy a možnosti, které vyplývají z praxe a ovlivňují veřejné zdraví. Došel jsem k závěru, že podpora zdraví se bude zlepšovat za předpokladu, že bude navržena takovým způsobem, který v celkovém nastavení přístupu v otázce lidského zdraví bude zahrnovat holistický přístup“.

2.3.2 Biologické zdraví

Zdraví označováno jako biologické je hlavní determinantou pro předpoklad dobrého zdraví. Z holistického hlediska je biologické zdraví výsledkem harmonického a vyváženého nastavení všech komponent zdraví včetně dimenze psycho-sociální a spirituální. Biologické zdraví je z hlediska diagnostiky nejzřetelnějším indikátorem, neboť zdravý jedinec je zdravý jak vizuálně, tak i pocitově. Nic jej nebolí, má dostatek životní energie a na pohled vypadá spokojeně a šťastně.

O kvalitě zdraví jedince vypovídá vzhled jedince. Jeho barva a struktura kůže, kvalita vlasů, obličejové charakteristiky, ale i profil a pevnost nehtů může o kvalitě zdraví mnohé vypovídat. Základní zdravotní ukazatele se běžně vyšetřují u příležitosti preventivní prohlídky lékaře. O správném či nesprávném fyziologickém fungování organismu vypovídají např. vyšetření krevního tlaku a krevního obrazu. Dále pak vyšetření dalších tělních tekutin jakou např. moč. Jeden z hlavních ukazatelů dobrého biologického zdraví je i kvalita zubního chrupu. S hromadným nárůstem nádorových onemocnění jsou v povědomí i preventivní vyšetření prostaty a tlustého střeva u mužů a vyšetření děložního čípku a prsu u žen.

Obecných indikátorů dobrého biologického zdraví, kterými se běžná populace zabývá, je tedy celá řada a diagnostika západní medicíny je schopna odhalit a vyléčit nebo zmírnit drtivou většinu všech akutních i chronických onemocnění.

V případě snahy o zlepšování fyzického zdraví u populace s výskytem hromadných neinfekčních onemocnění ale i běžné populace se snahou pracovat na své fyzické kondici se využívají metody preskripce pohybové aktivity. Při standardních procedurách podléhá tělo pacienta „*morfologickým vyšetřením jakým je antropometrický profil, somatotyp, držení těla, stav kloubů a struktura kloubů*“ (Heller, 2013). Nedílnou součástí diagnózy celkového zdravotního stavu jsou indikátory nervosvalové koordinace. Mezi ně patří analyzátory zvuku, sluchu, prostoru, hmatu a čichu. Nejdůležitějším indikátorem pro následnou aplikaci pohybové aktivity je úroveň fyzické zdatnosti. Jedná se o „*schopnost organismu optimálně reagovat na změny vnitřního prostředí*“ (Heller, 2013). Při práci s pacienty se posuzuje „*funkce srdečně-cévního a dýchacího systému, tělesné složení (tělesný tuk, a množství tukuprosté hmoty, svalová síla (statická nebo dynamická) a flexibilita*“ (Heller, 2013). Na základě vstupních vyšetření se následně na základě vstupní anamnézy vytvoří odpovídající pohybový režim, který se následně realizuje několik týdnů nebo měsíců.

Tělesné zdraví je tedy jedním z nejdůležitějších základů našeho života. Z indických tradic je významným holistickým přístupem ke zdraví jóga. Z ní můžeme použít „*pro zachování nebo obnovení zdraví tělesná cvičení (ásany), dechová cvičení (pránájáma) a relaxační techniky*“ (Maheshwarananda, 2006, 10).

2.3.3 Psychologické zdraví

Druhou komponentou holistického přístupu ke zdraví je psychologické zdraví. Tato složka má úzkou spojitost se zdravím celkovým. Definice Brannonové a Feista (1997) definuje vědní obor psychologie zdraví jako „*větev obecné psychologie, která se zabývá individuálním chováním člověka a životními styly, které mají vliv na jeho tělesné zdraví*“ (Křivohlavý, 2009, 24). Podobně poukazuje na úzký vztah mezi psychikou a tělem člověka psychosomatická medicína. Podle Brannonové a Feista (1997) „*vznikla jako samostatný vědní obor z poznání, že fyzické (tělesné) nemoci mají své emocionální a psychické složky (komponenty) a že psychologické a somatické faktory jsou spolu v interakci tam, kde vznikají nemoci*“ (Křivohlavý, 2009, 22). Exaktně se k propojení těla a mysli staví

psychoneuroimunologie, která vznikla na základě poznání empirických průkazů, že imunitní systém je úzce vázán na činnosti endokrinního systému a mozku. Imunitní systém je pak v interakci nejen s nervovou činností, ale jejím prostřednictvím i s činností psychickou (Křivohlavý, 2009, 49).

Se zájmem o psychologické zdraví lze spatřit v zahraničních odborných studiích. Brown & Ryan (2003, 822–848) analyzovali zájem o aspekty duševního zdraví v kontextu zvýšení lidského blahobytu. Během analýzy zájmu o duševní zdraví se zaměřili na schopnosti sebedpřijetí, samoregulaci duševní pohody, korelaci duševní pohody s jinými psychickými aspekty, skupinové rozdíly duševní pohody a vztahu duševní pohody v klinickém kontextu. Došli k závěru, že zájem o duševní zdraví vzrůstá jak v mezinárodních tak v individuálních podmínkách. Oporou pro zájem o duševní zdraví v kontextu zvyšování lidského zdraví prokázali podle Brown & Ryan (2003, 844) v posledních letech i jiné odborné studie (e.g., Ryan & Deci, 2001; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

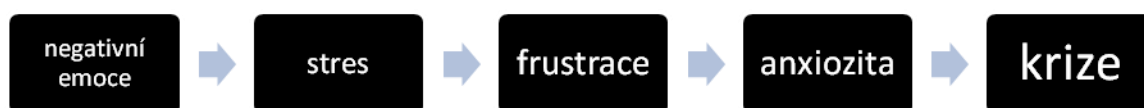
Lidská psychika jakožto ohromný celek mysli a smyslů člověka je založena hlavně na kognitivních neboli poznávacích funkcích. Prostřednictvím nich vnímá člověk svět kolem sebe, jedná, reaguje a zvládá různé úkoly. Díky myšlenkovým procesům dávají tyto funkce možnost učit se, pamatovat si a přizpůsobovat se neustále měnícím se podmínkám okolního prostředí. Psychika nám také umožňuje koncentrovat se, být pozorný, schopnost řeči, korigovat rychlost myšlení a schopnost pochopit informace. Atributy mysli, které nám umožňují posuzovat a řešit problémy, plánovat nebo organizovat, dělají z člověka kreativní a vynalézavou bytost.

Člověk vynakládá na svůj běžný provoz mysli každý den mnoho energie. Vzhledem k vysokým nárokům a tlakům v našem sociálním prostředí, je mysl často zatěžována. Díky zátěžovým situacím se může mysl zatížit natolik, že je vyvedena z duševní rovnováhy. Při déle trvajícím stavu mimo duševní rovnováhu může dojít k psychosomatickým problémům, které mají vliv na celkové zdraví člověka. Příklady známky duševní rovnováhy (Tabulka 5) charakterizoval Míček (1984):

ZNÁMKY DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	VÝZNAM ZNÁMKY
1. Mens sana in corpore sano (Ve zdravém těle zdravý duch)	Upevněním tělesného zdraví zlepšujeme podmínky duševní rovnováhy.
2. Přirozenost	Život s těsným sepětím s přírodou a s přírodními zákony.
3. Schopnost čelit nesnázím	Vysoká frustrační tolerance jako schopnost zvládat životní.
4. Nezávislost a vnitřní autonomie	Zaměřenost na vnitřní rovnováhu; umění získat sebedůvěru a sebeovládání.
5. Objektivní pohled na sebe sama, sebepoznání	Otevřenost vůči zkušenosti, schopnost korigovat své jednání a nechat se poučit, citlivě vidět svět a lidi kolem sebe a reagovat na druhé.
6. Sebeakceptace	Sebepřijetí (radost z toho, že jsem sám sebou)
7. Odvaha ke stálému začínání	Reálná snaha o duševní růst a pokrok.
8. Spokojenost, tichá radostnost	Subjektivní spokojenost a pocity štěstí.
9. Jemnost a smysl pro krásu	Estetické vnímání vedoucí ke kultivovanosti.
10. Akceptace druhých lidí a sociální akceptace	Vytváření kladného vztahu k druhým lidem.
11. Zmenšování vlastního já	Nesobeckost a nezdůrazňování vlastní osoby, skromnost.
12. Smysl pro etiku	Respektování základních morálních pravidel.

Tabulka 5. Znamky duševní rovnováhy. (Blahutková & Řehulka & Dvořáková, 2005, 29-30)

Ze známek duchovní rovnováhy vyplývá, že pro člověka je typické a přirozené, aby se cítil dobře. Negativní emoce a jednání není v dlouhodobém měřítku příznivým faktorem pro lidské zdraví. Jestliže se ale jedinec nachází dlouhodobě v poli negativního myšlení, je pravděpodobné, že bude vystaven stresu, jenž povede k negativní reakci organismu vyplývající ze schématu (Obrázek 5). Tato reakce „přispívá velkou měrou ke ztrátě životní rovnováhy a ke změnám chování člověka (apatie, agresivita), které může vést až k patologickým změnám organismu (vnější projevy) nebo i ke krizi“ (Blahutková & Řehulka & Dvořáková, 2005, 31).



Obrázek 5. Schéma negativních reakcí organismu (Blahutková & kol, 2005, 31)

Stres je z hlediska psychosomatického jednou z hlavní příčin vzniku onemocnění. V souvislosti s negativně prožívaným stresem hovoříme o tzv. *distresu*. „*Distes se dnes obvykle vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho průvodními, často výrazně negativními emocionálními příznaky*“ (Křivohlavý, 2009, 171). Podle Křivohlavého (2009, 185-188) má distres velký vliv na vznik mnoha nemocí jako je např.

infekční nemoci, kardiovaskulární onemocnění, hypertenze, bolesti hlavy, astma, diabetes mellitus, revmatická artritida. Z hlediska negativních emocionálních stavů má pak negativní stres vliv na vznik depresí, úzkostí a na vlastní identitu.

V každodenní interakci jedince se sociálním prostředím dochází ke styku s celou řadou stresorů, které mají vliv na lidské zdraví. Podle Křivohlavého (2009, 175-179) patří mezi tyto stresory: přetížení množstvím práce, časový stres, neúměrně velká odpovědnost, nevyjasnění pravomocí, vysilující snaha o kariéru, kontakt s lidmi, nezaměstnanost, hluk, nedostatek spánku, vztahy mezi lidmi, obavy z kriminálních vlivů, nesvoboda a pocit bezmoci, dlouhodobá napětí a omezený prostor.

Život v moderní západní civilizaci tedy klade na člověka vysoké nároky. Tuto nesnadnou situaci se snaží pochopit i indický jógínský mistr Maheshwarananda (2006, 11). Ten se k otázce psychického zdraví vyjadřuje:

„mysl a smysly bychom měli mít pod kontrolou; zatím nás však ovládají, místo toho abychom my ovládali je. K tomu abychom mohli mysl kontrolovat, potřebujeme nejdříve vnitřní analýzu a očištění. Negativní myšlenky a strach vytvářejí nerovnováhu v tělesných a nervových funkcích a stávají se příčinou mnoha nemocí a utrpení. Základem duševní pohody je čistota myšlení, vnitřní svoboda, spokojenost a zdravé sebevědomí. Proto usilujeme vždy o to, abychom překonali negativní vlastnosti a smýšlení a postupně rozvinuli pozitivní myšlení a jednání“.

2.3.4 Sociální zdraví

Třetí dimenzí v holistickém přístupu ke zdraví je zdraví sociální. Jedná se o výsledek fungování všech sociálních procesů akulturace a enkulturace jedince v procesu socializace ve společnosti. Během socializace se jedinec formuje, navazuje, prohlubuje nebo naopak „rozplétá“ sociální vazby s ostatními jedinci nebo skupinami. Socializace má tři stupně, které celoživotně ovlivní vývoj jedince:

- První je *primární socializace*; „setkáváme se s ní v novorozeneckém věku. Dětství celkově je označováno jako nejintenzivnější období kulturního učení. Tento druh socializace se děje prostřednictvím nejbližších lidí, jako jsou členové rodiny nebo přátelé“ (Jandourek, 2009, 60).

- Druhou je *sekundární socializace*; „připravuje jedince na jeho roli ve společnosti. Nastává zpravidla později v dětství (po třetím roce života) a pokračuje do dospělosti. Během tohoto období ovlivňují jiní socializační faktory, jako jsou školy, věkové skupiny, organizace, média a místo pracoviště“ (Giddens, 2013, 269).
- Třetí fází je *terciální socializace*; uskutečňuje v dospělosti a označuje přejímání, které jedinec neustále uskutečňuje v interakci se svým okolím“ (Výrost & Slaměník, 2008).

Během všech tří částí socializace si jedinec také formuje svůj životní styl a životní způsob, který má pak výsledný vliv na jeho kvalitu života. Člověk se nachází hned v několika sociálních rolích a to především v rodině, u přátel a známých, v pracovním kolektivu nebo v zájmových aktivitách. Celým svým společenským životem si vytváří sociální kapitál. Jana Hanečková popisuje sociální kapitál jako „výsledek kolektivních, sociálně dohodnutých vazeb a vztahů a z nich plynoucích norem a hodnot lidí. Postupně u něj vzniká rozumný systém fungování, který sociálním skupinám umožňuje dosahovat efektivněji jejich specifických cílů“ (Payne & kol, 2005, 327).

Kvalita sociálního zdraví tedy podléhá úrovni a kvalitě mezilidských vztahů, kterými jedinec oplývá ve svém sociálním kapitálu. Jedinec má ze své přirozené podstaty mnoho sociálních potřeb jak je patné v tabulce (Tabulka 6), které potřebuje ve svém sociálním prostředí uspokojit. A také ono samotné sociální prostředí vyžaduje od jedince uspokojení „svých“ specifických sociálních potřeb. Je tedy příznačné, že úroveň sociálního zdraví jedince je přímo úměrně zdraví jeho sociálního kapitálu.

SOCIÁLNÍ POTŘEBA	VÝZNAM POTŘEBY
Potřeba afiliace (sociálního kontaktu)	styku s druhými lidmi
Potřeba přátelského vztahu	mít člověka, kterému je možno důvěřovat
Potřeba sociálního připoutání (attachment)	např. vztah matky s dítětem
Potřeba vzájemnosti	být v něčí péči a o někoho pečovat
Potřeba sociální komunikace	s někým mluvit, vést rozhovor, sdílet, nejen sdělovat
Potřeba sociálního přirovnávání (komparace)	porovnání sebe sama s ostatními lidmi
Potřeba spolupráce (kooperace)	překračovat omezené individuální možnosti
Potřeba zajištění sociálního bezpečí	proti nežádoucím útokům (agresivitě) druhých lidí
Potřeba kladného sociálního hodnocení (evalvace)	potřeba uznání vlastní hodnoty druhými lidmi, potřeba respektu (úcty), sociálního uznání, pochvaly apod.
Potřeba sociální identity	být „někým“ v rámci určité sociální skupiny (nebýt „nikým“)
Potřeba lásky	být milován, vážen, uznáván, jako člověk sui genesis a potřeba někoho milovat

Tabulka 6. Přehled druhů sociálních potřeb upraveno dle (Křivohlavý, 2009, 103)

Pakliže dochází k nerovnováze v interpersonálních vztazích v pracovním kolektivu, nebo k zhoršení vztahů v rodině, mezi přáteli a příbuznými, nebo také v kolektivu volnočasových aktivit, má tato disbalance nepříznivý vliv na kvalitu sociálního zdraví. Ke krajním sociálně patogenickým případům patří např. chudoba a sociální vyloučení ze společenské třídy. Podle odborného článku Naymara (2007, 335) jsou „chudoba a sociální vyloučení důležitou sociálně-ekonomickou proměnnou, jejíž účinky se často považují jako samozřejmé při zohlednění špatného zdravotního stavu“. Naymar (2007, 335) vycházel z údajů založených na poznacích Family Health Survey II které zdůrazňují značný vliv třídní rozdílu na oblast zdraví. Z výzkumu údajů o výskytu anémie, léčbě průjmů, kojenecké úmrtnosti vzhledem k možnostem využití mateřské zdravotní péče a očkování dětí mezi různými skupinami sociálních tříd v Indii vyplývá, že skupiny identifikované jako chudé, sociálně vyloučené nebo také kmenové skupiny, jsou v některých případech považovány jako zaostalé. Tyto sociální skupiny jsou ve společnosti znevýhodňovány a mají vyšší pravděpodobnost žít v nepříznivých životních podmínkách.

Člověk totiž nežije sám, žije ve společenství s druhými lidmi a je společenským tvorem. Závěr současného názoru na psychologické zdraví říká: „Je jen málo psychických jevů, které nejsou sociální povahy“ (Křivohlavý, 2009, 94). Problémy v sociální oblasti se pak mohou projevit v psychosomatické rovině a projevit se i na celkovém zdraví jedince projevem nemoci.

„Sociálním zdravím tedy chápeme schopnost být šťastný a šťastnými učinit i druhé. Znamená to pěstovat kontakt a komunikaci s ostatními lidmi, převzít zodpovědnost ve společnosti a pracovat pro ni. Je to i schopnost odpočívat a prožívat život v celé jeho kráse“ (Maheshwarananda, 2006, 12).

2.3.5 Spirituální zdraví

Čtvrtou komponentou holistického přístupu ke zdraví je zdraví spirituální. Přestože všeobecně uznávaná definice WHO tuto dimenzi nezahrnuje, je tato komponenta stále více brána v potaz jakožto významná determinanta nejen lidského zdraví, ale otevřenosti člověka vůči světu. Slovo spiritualita je „odvozeno od latinského *spiritus* – duch, tedy něco duchovního, duchovní oblast člověka“ (Babyrádová & Havlíček, 2006, 85). „Spirituální oblast je tedy velmi osobní část v nitru člověka, ve které jsou prožívány zásadní jistoty i

nejistoty. Je to oblast nejdůležitějších vztahů, smyslu a náplně života a vnímání skutečností, které přesahují lidské bytí“ (Občasník české myelinové skupiny, 2007, 13).

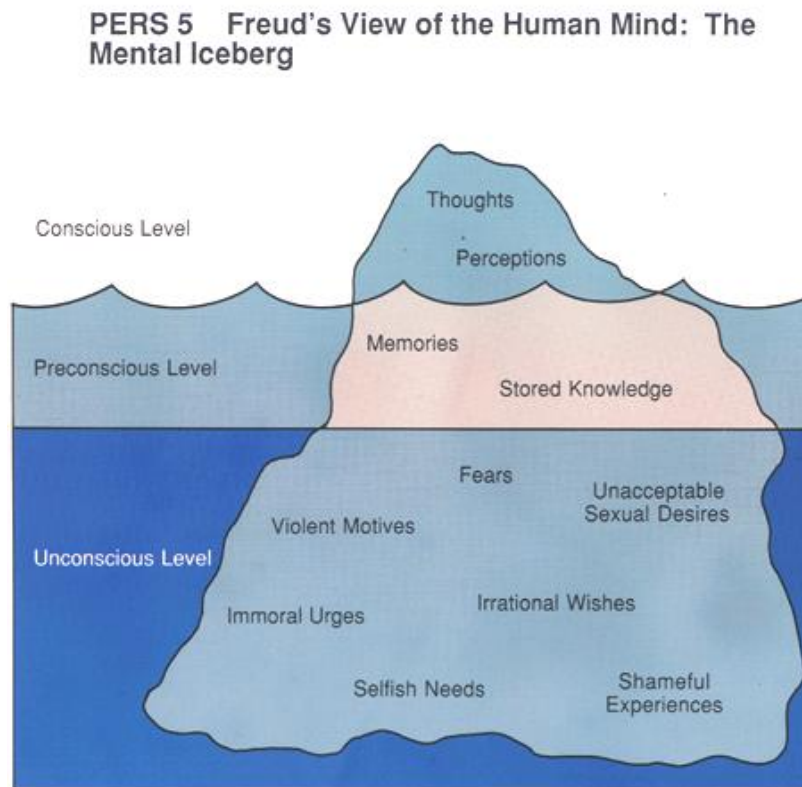
Spiritualita je často vnímána jako synonymum pro náboženství. Dlouho byla vnímána jako spíše filozofická doména. Avšak díky dlouhodobé práci Stanislava Grofa v oblasti transpersonální psychologie vznikl v 70. letech institut International Transpersonal Association, ve kterém začal první seriózní empirický výzkum duchovních stavů vědomí, a tím se spiritualita stala akceptovatelným vědním termínem. Ostatně vztah mezi spiritualitou a náboženstvím popsal Grof (2013, 39) následovně:

„Spiritualita je soukromá a záležitost, odrážející vztah mezi jedincem a vesmírem. Náboženství oproti tomu představuje organizovanou aktivitu, která vyžaduje zvláštní místo a systém jmenovaných, hierarchicky uspořádaných zprostředkovatelů. V ideálním případě by náboženství mělo svým členům poskytovat prostředky a podporu pro prožívání spirituální zkušenosti“ (László & Grof & Russell, 2013, 39).

Spiritualita sice souvisí s náboženstvím, ale není to věc totožná a nemusí být na náboženství vázaná. Má nekonečně mnoho podob a projevů, v dávné historii šamanismus, mýty a báje, okultní vědy, přírodní a definovaná náboženství, sekty či obyčejnou víru „v něco“. Samotný prožitek spirituality je svébytný okamžik, ve kterém jedinec prožívá pocit božství na vlastním těle. Nejedná se tedy o jev, který je pozorován u představitele náboženství, který by byl vytržen z prožitkové oblasti jedince.

Grof ostatně popisuje duševní stavy u vrcholných projevů mystiky předních představitelů hlavních světových náboženství, které by v současné době byly chápány jako projevy psychologické patologie: „Sv. Atonín byl nazýván jako schizofrenik, Sv. Jan z Kříže by označen jako hereditárně degenerativní, Sv. Tereza z Avily byla zamítnuta jako těžká hysterická psychotička, a Mohamed při jeho mystických zkušenostech, jenž byly brány jakožto projevy epilepsie. Mnoho dalších náboženských a duchovních osobností, stejně jako je Buddha, Ježíš, Ramakrishna, a Šrí Ramana Maháriši trpěli pravděpodobně psychózami a jejich vizionářské zkušenosti byly považovány mnoha současníky jako bludy“ (Grof, 2008, 47).

Spirituální prožitky reprezentují projevy psyché, které jsou uloženy v hlubokých vrstvách lidského vědomí. Nejvíce akceptovanou teorií, jež popisuje lidskou psychiku, je Freudův topografický model psychiky model lidské psyché vyplývající z obrázku (Obrázek 6).



Obrázek 6. Topologický model vědomí - vědomí, předvědomí, nevědomí (Klimeš, 2006)

Topografický model naznačuje jak širokou oblastí lidská psyché oplývá. Jednotlivé části psyché popsal Freud jako vědomí předvědomí a nevědomí jak kategorizuje Vymětal (2004, 234).

- *Vědomí* (rámeček biologie): (pomyslná špička ledovce), které je vázáno na vnímání, zahrnuje tu část osobnosti, kterou si jedinec plně uvědomuje.
- *Předvědomí* (rámeček postnatální biologie): obsahuje zapomenuté, ale vybavitelné myšlenky, zážitky, konflikty, rozhodnutí, atd. Obsahy předvědomí a vědomí lze verbalizovat (vyjádřit slovy)
- *Nevědomí* (freudovské nevědomí): je nejrozsáhlejší a vědomí nepřístupná část psychiky, představuje změť neorganizovaných představ, přání, obav, zkrácených obrazů skutečnosti. Do nevědomí jsou vytěsněny myšlenky a city, které by pro jedince

byly při uvědomění příliš zraňující, ponižující, budily pocity úzkosti nebo viny (viz obranné mechanismy dále).

Podle Freuda co je nevědomé, má stálou tendenci stát se vědomým a psychika musí vynakládat energii, aby se tomu nestalo. Proto například lidé, kteří toho moc vytěsnili, mohou podle Freuda cítit únavu bez zjevné příčiny. Právě vytěsněnými myšlenkami a city se zabýval Grof, který vyvinul metodu holotropního dýchání, která jako nefarmakologická metoda pomáhá naplno prožít a integrovat tyto traumata. Velkou část výzkumu věnoval i Grof (2004, 7-8) předvědomí a nevědomí, který na základě dlouhodobého výzkumu naznačuje další rozšíření psyché o nové oblasti:

- *perinatální* (vztahuje se především k porodnímu traumatu)
- *transpersonální* (obsahující rasové, kolektivní a fylogenetické vzpomínky na vývoj živočišných druhů, karmické zážitky neboli vzpomínky z minulých životů, archetypální dynamiku i vzpomínky předků.

Spirituální zdraví je tedy dimenzí lidského zdraví, která nabízí nové možnosti, jak zkvalitnit svůj dosavadní život. Transpersonální psychologie nabízí zcela nové výzvy v přístupu k sobě samému. Spiritualita přináší nejenom možnosti, lidského přesahu jako jsou životní smysl, existence božství, jiné perspektivy krásy, ale také možnost objevování jiných dimenzí lidského bytí. Odblokování nezpracovaných traumat z dětství, těžkých životních zkušeností nebo také porodu či dokonce potlačené traumata společensko-historického významu.

Obecně k dobrému spirituálnímu zdraví přispívá i studium náboženských knih jako Bible, Korán, Bhagavadgíta, Buddhistické spisy a mnohé další duchovní literatury. Aplikace správných duchovních zásad je velice člověku prospěšné. „Hlavní zásadou duchovního života a současně nejvyšší příkaz lidství zní: Neubližování je nejvyšší zákon. To znamená neubližovat chováním, slovy, myšlenkami a city. K duchovnímu zdraví vede modlitba, meditace, mantra, pozitivní myšlení a tolerance (Maheshwarananda, 2006, 12).

2.4 Faktory ohrožující zdraví

Zdravotní stav ovlivňuje podle holistického přístupu ke zdraví mnoho biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Existuje mnoho přístupů, jakými si člověk může své zdraví udržet nebo zlepšit. Avšak v současné společnosti nacházíme i spoustu faktorů, které lidské zdraví zhoršují nebo ničí. Výzkum v oblasti psychologie zdraví odhalil

nejfrekventovanější biopsychosociální (BPS) faktory, které jsou přisuzovány vlivu vnějšího socio-ekonomického prostředí. Dalším přístupem k příčinám zdravotních komplikací je holistické pojetí Michaily Tombaka.

2.4.1 Rizikové biopsychosociální faktory dle Jara Křivohlavého

„Těžké životní situace byly, jsou a budou. Není divu, že se nad nimi a nad tím, jak je lidé zvládají či nezvládají, lidé od nepaměti zabývali“ (Křivohlavý, 2009, 166). Lidé jsou vystaveni během svých životních nesnází mnoha „patogenům“, které jejich zdraví negativně ovlivňují. V souvislosti se stresem, které již byly v kapitole o psychickém zdraví zmíněny, člověk podléhá mnoha psychologickým patogenům, které jsou odborně nazývány rizikové BPS faktory. Hlavní a nejčastěji vyskytující faktory popisuje Křivohlavý (2009, 189-225) jsou kouření, alkohol a alkoholismus, drogy, rizikový sex, přejídání, nehody a úrazy.

2.4.1.1 Kouření

Kouření neboli tabakismus, je velice častým projevem citové deprivace a únikovým mechanismem, s nímž se setkáváme u mužů i žen, u dospělých i dospívajících. V současné době jak poukazuje Kalman & kol. (2011, 76) se kuřáctví vyskytuje i u dětí. Podle „prohlášení American Cancer Societ z roku 1989 se odhaduje, že plných 30% úmrtí na rakovinu připadá na vrub kouření“ (Křivohlavý, 2009, 190). Vysoký vliv na úmrtnost následkem kuřáctví zmiňuje i Kalman & kol. (2011, 76), který říká, že „podle oficiálních informací Světové zdravotnické organizace (WHO, 2008) umírá ročně na následky užívání tabáku 5,4 milionu lidí, hlavně v důsledku kardiovaskulárních chorob a zhoubných nádorů“.

Jedná se tedy o významný negativní patogen, který decimuje velkou část populace. Tradiční představa o tom, že kuřáctví dominují spíše muži, podle posledních průzkumů mylná. Podle Kalmana & kol. (2011, 76) je „klesající tendence kuřáctví u adolescentů jak v Americe, tak v Evropě. To naznačuje zvýšení počtu kouřících žen v budoucnosti společně s příslušnými zdravotními dopady na populaci“. Z výzkumu Kalman & kol. (2011, 76) vyplývají o kuřáctví mezi adolescenty následující klíčová zjištění:

- Výskyt kouření roste u mládeže s věkem; kouřila již více než polovina 13letých a tři čtvrtiny 15letých.

- Desetina 13letých a čtvrtina 15letých kouřila v posledním týdnu.
- Dynamika výskytu s věkem je vyšší u dívek, což potvrzuje posun v behaviorálních faktorech dospívání.
- V porovnání se Slovenskou republikou je v České republice ve všech věkových skupinách výskyt vyšší (relativně o 20–30 p. b.) a děvčata kouří víc než chlapci.

2.4.1.2 Alkohol a alkoholismus

Dalším častým negativním patogenem je alkohol a alkoholismus. „Hlavním důvodem zájmu např. psychologie zdraví o konzumaci alkoholu je existence rizika při jeho pití. V souvislosti s jeho užíváním se objevují termíny jako návyk, závislost, odvykání a ústupové příznaky...příkladem přímého rizikového působení je cirhóza jater a korsakovův syndrom“ (Křivohlavý, 2009, 168-169). Podle vědecké studie Rehma & kol. (2009) „*jeho konzumace se v evropské populaci podílí na předčasně ztrátě zdraví v 11,6 % (17,3 % u mužů a 4,4 % u žen) a zapříčiňuje 6,5 % všech úmrtí (11,0 % u mužů a 1,8 % u žen)*“ (Kalman & kol., 2011, 80).

S alkoholem se setkáváme téměř všude, kde funguje trh s komoditami. Je velice dostupný a často návykový. „Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití... Přestože legální věk pro dostupnost alkoholu je věk zletilosti, tj. věk 18 let, okusí více než polovina českých dětí alkohol poprvé do věku 13 let“ (Kalman & kol., 2011, 80). Z výzkumu Kalman & kol. (2011, 76) vyplývají o konzumaci alkoholu mezi adolescenty následující klíčová zjištění:

- Dvě třetiny 15letých pily alkohol poprvé před svými třináctinami a většina z nich se takto brzy rovněž poprvé opila.
- Pravidelné pití alespoň jednou týdně stoupá s věkem, častější je u chlapců. V 15 letech pije třetina dívek a téměř polovina chlapců.
- Pití všech druhů alkoholu stoupá s věkem. Pivo pijí významně více chlapci.
- Bezmála polovina 15letých dívek se opakovaně opila, tři čtvrtiny z nich nejméně jedenkrát za poslední měsíc.
- Třetina 15letých se opila v posledním měsíci, většina z nich již vícekrát za život.
- Až polovina mládeže se opije ve 13 letech

2.4.1.3 Drogy

V posledních několika letech se objevil další fenomén negativního patogenu a tím je konzumace *drog*. A to především konzumace marihuany. „V případech, kde se u příjmu určité drogy setkáváme s projevy závislosti a odvykání, hovoříme o narkomanii, toxikomanii a návyku“ (Křivohlavý, 2009, 196). „V České republice je marihuana třetí nejvíc užívanou návykovou látkou, hned po tabáku a alkoholu“ (Kalman & kol., 2011, 91). „Marihuana má negativní vliv na některé psychologické jevy – na krátkodobou paměť, soustředěnou pozornost, na procesy rozhodování a na percepci času“ (Křivohlavý, 2009, 196). Podle zjištění European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) užívání konopí představuje u adolescentů bránu k užívání jiných drog, což také zvyšuje společenskou závažnost této problematiky (Kalman & kol., 2011, 91). Z výzkumu Kalman & kol. (2011, 90) vyplývají o užívání marihuany mezi adolescenty následující klíčová zjištění:

- Zkušenost s marihuanou má asi 30 % 15letých.
- Každý sedmý chlapec či dívka v 15 letech s marihuanou experimentují nebo ji užívá často směrem k pravidelnosti.
- Během posledního měsíce je uživatelem marihuany asi desetina 15letých.
- K pravidelnosti užívání zřejmě směřují více chlapci než dívky.

2.4.1.4 Rizikový sex

V kombinaci s rizikovými faktory jako je kouření, alkohol, užívání drog se ve společenském kontaktu zvyšuje pravděpodobnost rizikového sexuálního chování. „*Sexuální život patří k podstatně důležitým aspektům našeho bytí*“ (Křivohlavý, 2009, 207). „Okolnosti zahájení partnerského sexuálního života jsou jistě jedním ze základních ukazatelů lidského sexuálního chování. Začátek může mít rozhodující vliv na pozdější sexuální chování jedince“ (Kalman & kol., 2011, 94).

„Důvodem proč řešit sexuální otázky bylo HIV/AIDS a zjištění, že se ve světě zvyšuje počet přenosných pohlavních onemocnění“ (Křivohlavý, 2009, 207). „Brzké sexuální zkušenosti jsou v našem socio-kulturním prostředí spojovány s více rizikovými faktory dalšího vývoje osobnosti...Samotná předčasná sexualizace dětí a mládeže je prokazatelně často důsledkem neurovnaného rodinného prostředí, horší ekonomické pozice rodiny“

(Kalman & kol., 2011, 94). Z výzkumu Kalman & kol. (2011, 94) vyplývají o konzumaci alkoholu mezi adolescenty následující klíčová zjištění:

- Více než pětina chlapců a čtvrtina dívek v devátých třídách základních škol (převážně 15letých) již získala zkušenost s pohlavním stykem.
- Mezi dívkami uvádí první zkušenost 9 % ve čtrnácti a dalších 14 % v patnácti letech.
- Zkušenost s pohlavním stykem před 14. rokem je sporadická

2.4.1.5 Přejídání

V situaci jedince ohroženého psychickými problémy nemusí být vyvarování se návykovým látkám a rizikovému sexuálnímu chování dostatečnou zárukou, že se vyhne dalším rizikovým BPS faktorům. Častým únikovým mechanismem je i přejídání, které může vést ke vzniku obezity.

Podle Křivohlavého (2009, 214) „je doposud známo 27 různých psychodynamických teorií obezity, které se od sebe značně liší“. Jedna z nich se nazývá teorie neuspokojeného afektu, která vychází z předpokladu, že „vztah mezi neuspokojeným afektem a obezitou je podmíněn podvědomým nadměrným příjmem jídla s neuspokojenými potřebami a tužbami, z nichž mnohé pocházejí z raného mládí daného člověka (Křivohlavý, 2009, 214). Kalman & kol. (2011, 55) zmiňuje stanovisko WHO, že Podle Světové zdravotnické organizace nabyl výskyt nadváhy a obezity dětí ve vyspělých zemích epidemických rozměrů (Currie et al., 2008; Janssen et al., 2005).

„Obezita v dětském věku má závažné zdravotní důsledky na kosterní a svalový systém a psychické změny, které mohou vést až k depresivním stavům“ (Kalman & kol., 2011, 55). Kalman & kol. (2011, 55) dokládá, že *„obezita je podmíněna geneticky, ale především způsobem životního stylu a stravovacího režimu“*.

2.4.1.6 Nehody a úrazy

Posledním z řady rizikových BPS faktorů jsou nehody a úrazy. Ty jsou do určité míry výsledkem interakce člověka s prostředím. Kalman & kol. (2011, 55) upozornil, že:

„úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí dětí a dospívajících ve věku 5 až 19 let. Nejčastějšími příčinami jsou dopravní nehody, utopení, otravy, pády a požáry (tamtéž). Mužské pohlaví, psychické potíže, hyperaktivita, agresivní a antisociální chování, rizikové chování (kouření, konzumace alkoholu, užívání marihuany), vyšší počet sourozenců a nižší věk matky byly ve více studiích potvrzeny jako rizikové faktory úrazů“.

Rizikové BPS faktory, které poškozují a ničí lidské zdraví, jsou ve společnosti spíše běžnou realitou. Výskyt psychologický patogenů typu kouření, alkohol a alkoholismus, drogy, rizikový sex, přejídání, nehody a úrazy se úměrně zvyšuje s nízkým socio-ekonomickým statusem, nezdravým životním stylem, psychickou zátěží a s celkovou kultivovaností jedince. Tyto jevy poškozují celou společnost, ale zejména adolescenty.

Z celé řady faktorů ovlivňující zdravotní stav jedince, jakými jsou genetické faktory, úroveň zdravotní péče, životního způsobu a faktorů životního prostředí nejvíce vystupují v popředí vnější faktory vyvěrající z nezdravého životního stylu. Jsou to hlavně Křivohlavého rizikové BPS faktory, které doplňuje Čevela (2009, 52-67) o šikanování, gamblerství a sebevraždnost. Nelze ani vyloučit běžná přenosná infekční onemocnění jako jsou angína nebo chřipka. Je však zřejmé, že zdravotní komplikace se objevují i u jedinců, kteří nejsou BPS faktory nijak ohroženi, žijí relativně zdravým životním stylem a zdravotní komplikace se jich týkají.

2.4.2 Příčiny zdravotních komplikací dle Michaila Tombaka

Římský filozof Seneca řekl: „*Lidé neumírají – oni zabíjejí sami sebe*“ (Tombak, 2013, 25). Bylo by absurdní myslet si, že člověk jako tělesná schránka neumírá. Citát ale naznačuje, že skutečná hrozba ohrožující zdraví není jen ve vnějších vlivech, ale také uvnitř nás samotných. „Když hledáme příčiny našeho vnitřního rozpoložení, stěžujeme si na srdce, žaludek nebo klouby, ale důvod všech našich chorob nehledáme nikdy u sebe“ (Tombak, 2013, 23). „*Máme sklony vinit všechny ostatní, jen abychom zakryli naši lenost a nevědomost základních zásad zdravého způsobu života. Nicméně nikdy nezmiňujeme skutečnou příčinu, protože tou jsme my sami*“ (Tombak, 2013, 23). Tombak (2013, 24) dále upozorňuje na další příčiny, které ničí zdraví člověka. Těmi jsou nepochopení vlastního organismu, nedostatek pozitivního přístupu

k životu, nedostatek vnitřní tělesné hygieny, zanedbaná páteř, nesprávné dýchání a nesprávné stravovací návyky

2.4.2.1 Nepochopení vlastního organismu

Jednou z hlavních příčin, proč nedokážeme včas diagnostikovat nemoc, nebo proč býváme často nemocní, je nepochopení vlastního organismu. Tombak staví své názory na holistickém přístupu ke zdraví. Akceptuje poznatky západní medicíny v kombinaci s tradičním léčitelstvím indické medicíny ájurvedy i tradiční čínskou medicínou. Tombak (2013, 28-29) říká, že mnoho užitečných informací o pochopení zdraví člověka přináší „zdroj čínské medicíny. Ta je založena na předpokladu, že všechny životní procesy v organismu souvisejí s cirkulací energie Qi (či). V těle každého z nás jsou tři druhy energie) První Qi získáváme ze Slunce, planet a vzduchu. Druhá Qi je dědičná energie získaná od předků. A třetí Qi získáváme z jídla“. Harmonickým tokem energie Qi pak tělo, mysl a duše člověka optimálně funguje. Jestliže je systém energií Qi v nerovnováze projevují se zdravotní komplikace, které se dají diagnostikovat ze vzhledu člověka. Diagnostickými oblastmi jsou podle Tombaka (2013, 32-41) tvar hlavy (ukazatel životních sil), stav vlasů (filtrační schopnosti jater), vrásky na čele, vzhled očí (vitální síly a zdravotní stav), víček (zátěž nervového systému), nosu (duševní život), úst (stav krve), zubů (úroveň stravování), jazyku (zrcadlo organismu), uší (tvůrčí síly), podbradku (vlastnosti charakteru), šije (ukazatel biologického věku), kůže (stav vnitřních orgánů).

2.4.2.2 Nedostatek pozitivního přístupu k životu

Druhou příčinou, která lidskému zdraví neprospívá, je nedostatek pozitivního přístupu k životu. Jedno přísloví říká „Jak nahoře tak dole“. Myšlenky rozhodují nejen o našich úspěších a životních nezdarech, ale také sehrávají významnou roli pro naše zdraví (Tombak, 2013, 53).

„Myšlenky řídí naše činy, a pokud jsou naplněné hněvem nebo obavami, bolestí, smutkem a pocitem pomsty, co myslíte, na jaké činy se mohou přerodit? Když jsou naše myšlenky pozitivní, v životě nás čeká jen to nejlepší. Dominují li negativní myšlenky, život se stává nepovedený a těžký“ (Tombak, 2011, 35).

Všichni lidé se různí ve svých vnějších projevech. Jedni jsou spíše pozitivní jiní negativní. Je příznačné, že lidé negativní, závistiví, agresivní, panovační atd., si často stěžují na špatný zdravotní stav. Podle Tombaka (2013, 53) např. „tvrdohlaví jedinci neuznávají kompromis, zbavení schopnosti pohledu na věc očima svého oponenta, budou vždy pociťovat bolesti zad šíje a zad“. Dále také uvádí, že jestliže si člověk zvykl kritizovat všechno a všechny, bolí ho často klouby a svaly (Tombak, 2013, 53). Psychosomatická medicína je důkazem toho, jakým způsobem je mysl propojená s fyzickým tělem. Jestli chce své zdraví člověk chránit, je důležité, aby se co nejdéle nacházel ve stavu pozitivního myšlení. To znamená, aby se snažil o tolerantní chování, se smyslem respektovat ostatních, nevyvolával konflikty a aby byl pozitivním prvkem ve společnosti.

2.4.2.3 Nedostatek vnitřní tělesné hygieny

Dalším z řady faktorů, které nepříznivě ovlivňují zdravotní stav, je nedostatek vnitřní tělesné hygieny. Tělesná hygiena je spíše chápána ve smyslu vnější hygieny. Péče o chrup, čištění uší, péče o nehty, čištění jazyka a nosu je společenským standardem. Naopak hygiena vnitřní orgánů je píše výjimkou. Podle Tombaka (2013, 109) „lidský organismus zahrnuje sedm očišťovacích systémů. Ty plní funkci čištění od hlenu, dehtových látek a jiných nečistot, které nevědomky hromadíme celý život“. Mezi tyto systémy patří „*tlusté střevo, játra, ledviny, tuková tkáň, svaly a vazy, nos, uši nebo oči, plíce a kůže*“ (Tombak, 2013, 109). Jestliže jeden ze systémů neplní svou funkci, přichází na pomoc jiný systém. Například „když nejsou tlusté střevo a játra schopny plnit svou očišťující systémy, jako jsou nos, oči, kůže a plíce, přičemž se na kůži objevuje vyrážka, ekzémy alergie, teče hlen z nosu, z plic odchází hlen a z očí sekret“ (Tombak, 2013, 109).

Podle Tombakových zjištění (2013, 109) je stav očišťujících systémů u většiny lidí v alarmujícím stavu. „V tlustém střevě u průměrně 40letého dospělého člověka nahromadí za celý život 8 až 15kg výkalových kamenů“ (Tombak, 2013, 115). „*Trávicí trakt je tedy tak znečištěn, že ani nevíme, jestli z tlustého střeva do krve proniká více špíny či užitečných látek*“ (Tombak, 2013, 109). „Už u pětiletých dětí s prvky nadváhy bývají játra částečně vyplněná kameny, zátkami cholesterolu a „slupkami“ bilirubinu“ (Tombak, 2013, 121). „Játra nebo žlučník jsou tedy tak zaneseny kameny, cholesterolem a černozelelou žlučí, že nemůže být řeč o jakékoliv očištění krve od jedovatých látek. Ledviny nemohou plnit svou funkci, protože jsou naplaveny kameny a pískem“ (Tombak, 2013, 115). „*Klouby a kosti jsou pokryty vrstvou*

solí do takové míry, že při ohnutí šije, rukou a kolen vzniká bolest či praskání“ (Tombak, 2013, 115). Tím si vytváříme potenciál pro pozdější vznik osteoporózy a artritidy v pozdějším věku. Je diskutabilní, jestli tělo v takovém stavu může optimálně fungovat.

2.4.2.4 Zanedbaná páteř

V důsledku sedavého způsobu života je častou příčinou zdravotních problémů zanedbaná páteř. Většina lidí pravidelně sedí při transportu do zaměstnání, sedí v práci, sedí při transportu ze zaměstnání a sedí také doma. V důsledku pohybové inaktivity dochází k problémům s páteří a s ní související další onemocnění. *„Páteř je osa, která drží celé tělo. Dost často se objevují minimální vychýlení obratlů. Svalstvo u takového obratle začíná tuhnout, což mu znemožňuje vrátit se na původní místo“* (Tombak, 2013, 61). *„Vychýlený obratel tlačí nejen na nervy, ale také na cévy, které jsou spojeny s konkrétními orgány. Jestliže je nerv poškozený, poškozený je i orgán, který je jím řízen, a následně špatně funguje“* (Tombak, 2013, 63). *„Stále více přibývá lidí, kteří mají už tak zdegenerovanou páteř, že pro její uzdravení potřebuje spoustu času a trpělivosti“* (Tombak, 2013, 61). *„Jestli ji neustále zanedbáváme, musíme počítat s faktem, že přijde moment, kdy bolest překročí hranici naší odolnosti“* (Tombak, 2013, 72). Tombak také uvádí příklady onemocnění (Tombak, 2013, 63), které vznikají špatným stavem páteře popsaných v tabulce (Tabulka 7):

LOKACE VYCHÝLENÍ OBRATLU	SEZNAM NEMOCÍ
Krční páteř	bolesti hlavy, podráždění, nervozita, nespavost, rýma, vysoký tlak, neustálá vyčerpanost, alergie, hluchota, oční nemoci, ekzém, vyrážky, bolesti v krku, nachlazení, onemocnění štítné žlázy
Hrudní obratle	astma, kašel, těžký dech, sípání, bolesti rukou (od lokte dolů), zad, srdeční onemocnění, bronchitida (zánět průdušek), zánět plic, onemocnění žlučníku a jater, nízký tlak, potíže krevního oběhu, zánět kloubů, žaludeční onemocnění, pálení žáhy a vředy na dvanácterníku, ledvinová onemocnění, stavy vyčerpanosti, kožní onemocnění (uhry, vyrážky, ekzémy, vředy), revmatismus, bolesti břicha, neplodnost
Bederní obratle	Zácpy, průjmy, křeče v nohou, onemocnění močového měchýře, deregulace menstruačního cyklu, bolestivá menstruace, impotence, silné bolesti kolen, ischias, lumbago, bederní bolesti, špatný krevní oběh v dolních končetinách, oteklé kotníky, studené nohy, slabé nohy, křeče ve svalech nohou, hemeroidy

Tabulka 7. Seznam nemocí v důsledku zanedbané páteře. (Tombak, 2013, 63)

2.4.2.5 Nesprávné dýchání

Neméně důležitým faktorem, který má vliv na naše zdraví, je nesprávné dýchání. Dýchání je neviditelná potrava, bez které nemůže člověk přežít ani 5 minut. Podle některých německých vědců dokonce 9 z 10 osob nesprávně dýchá“ (Tombak, 2013, 139). V dětství je naše dýchání správné, protože dýcháme tzv. bráničním dýcháním. Při vdechování vzduchu se dětem zvedá břicho, zvětšuje se a při výdechu zmenšuje. *„Při takovém způsobu dýchání dáváme spoustu prostoru plicím, které nabírají vzduch centrální a dolní částí. Čím více kyslíku se dostane do plic při vdechu, tím lepší je jejich ventilace a větší množství červených krvinek dostává energii a kyslík“* (Tombak, 2013, 139). Díky bráničnímu dýchání jsou děti, pohyblivější, energičtější a veselejší.

„Vzhledem k malému množství pohybové aktivity, se nám věkem křiví páteř a máme nadváhu. Typ dýchání je tedy u dospělého člověka zcela jiný“ (Tombak, 2013, 139). Nádech je omezen zvedáním ramen a klíční kostí, žebra se posunují na bok, břicho je vtáhnuté, hrudník se rozšiřuje. „Tím, že využíváme k dýchání pouze horní část plic, chybí nám obvykle vzduch, jsme nuceni dýchat častěji (obzvlášť u korpulentních osob)“ (Tombak, 2013, 139). Organismus pociťuje neustálý kyslíkový „hlad“, což je příčinou nemocí nejen dýchacích orgánů, ale i krevního oběhu, srdce, slinivky, jater, ledvin, žaludečního a střevního ústrojí a mnoha jiných. „U kuřáků, kteří kouří neustále, se vytváří neustálý kyslíkový hlad. Ten způsobuje nedostatek okysličených buněk, čímž vzniká potenciál pro různé nemoci“.

„Deset vykouřených cigaret za den v průběhu dvou let vytváří v organismu kuřáka 2kg toxického dehtu. Po deseti letech kouření se množství dehtu zvětšuje na 4kg. Ten kdo kouří více než dvacet let má ve svém organismu přes 6kg „jedovaté špíny“. Všechn tento toxický odpad musí tělo někde rozložit. Všechny nemoci oběhového systému, trávicího traktu, oteklých žil u žen, bolesti nohou u mužů a spousta dalších nemocí má za důsledek kouření“ (Tombak, 2013, 63).

2.4.2.6 Nesprávné stravovací návyky

Poslední z řady faktorů, které způsobují zdravotní komplikace, jsou nesprávné stravovací návyky. Lidé si často pod vlivem „uspěchané doby“ vybírají k jídlu potraviny, které musí být kalorické, aby se nasýtili menším množstvím potravy. Když je jídlo připravováno musí být jednoduché na přípravu, protože lidé mají na přípravu pokrmu málo času. Dále musí být

strava jednoduše rozmělněná, aby zuby nevykonávaly zbytečnou činnost, protože současný člověk nemá ani čas žvýkat svůj oběd. V drtivé většině případů všedního dne konzumujeme rafinovanou stravu.

Vzhledem k marketingovému tlaku na specifickou, chuť, barvu a vzhled potraviny podléhá potravina procesu čištění (rafinace). Při rafinaci se potraviny tepelně zpracovávají, vaří, smaží atd. jakýmkoliv zpracováním je potrava zbavena biologické informace (nadměrný obsah chemických prvků v přírodních výrobcích), kterou získala ze slunce, půdy a vody.

Ve svých stravovacích návycích jsme si zvykli nesprávně kombinovat uhlovodany, tuky a bílkoviny. Náš organismus ztrácí spoustu energie při trávení pokrmu. Nedostatek vitamínů, makro a mikro elementů v našem organismu můžeme podle Tombaka (2013, 159) vysvětlit následovně:

- Jíme především vařenou stravu a jak je známo, tak enzymy a vitamíny ztrácejí při vaření nad 100 °C své vlastnosti.
- Během vaření se v potravinách ničí kyslík, což vede k zastavení procesů trávení a nedokysličování organismu.
- Konzumujeme hlavně pasterizované šťávy, kde je smíšená hladina vitamínů a přidány cukr zakyseluje krev a vyplavuje vápník
- Konzumujeme velké množství sladkých a moučných jídel. Při jejich trávení je potřebné velké množství mikro a makro elementů, kvůli tomu snižujeme jejich zásoby v organismu.
- Jíme velmi rychle, strava se nestíhá promíchat s enzymy, a proto nemůžeme využít plné hodnoty konzumovaných výrobků
- Konzumujeme vysoké množství bílkovin a živočišného tuku. K jejich trávení organismus využívá vitamíny, hlavně vitamín C a K, vápník, fosfor, zinek mangan aj. K neutralizaci masitých pokrmů organismus spotřebuje všechny zásoby, což vede k anémii a poruchám cévní činnosti. Důsledkem toho vznikají onemocnění kostí, kloubů, srdce a fakticky všech orgánů

Tombakovy poznatky o příčinách zdravotních komplikací poukazují na skutečnost, že člověk nepodléhá pouze rizikovým BPS faktorům z vnějšího socio-ekonomického prostředí,

ale také faktorům vnitřním. Jestliže se člověk začne více zajímat fyziologii vlastního organismu, bude mít tendence přistupovat k životu pozitivněji, začne se věnovat vnitřní tělesné hygieně, bude věnovat péči své páteři, začne správně dýchat a zlepší stravovací návyky, může vytvořit pevné základy svého zdraví. Preventivně bude předcházet onemocněním, prodlouží svou aktivní délku života, bude se cítit dobře a kvalita jeho života.

2.5 Faktory podporující zdraví

Věnování pozornosti faktorům podporujících zdraví, je základním předpokladem k dlouhodobému, zdravému a kvalitnímu životu. Pozitivní faktory, jež zdraví ovlivňují kladným způsobem, jsou zřetelné v Lalondeho modelu. Faktory, které jsou výběrem jedince nejméně determinované, je životní prostředí, ve kterém žije a hlavně jeho životní styl. Ten se odráží na jeho celkovém zdraví největším podílem. Racionální úvahou by měl člověk mít tendenci směřovat ke zdravému životnímu stylu. Základním předpokladem pro zdravý životní styl je pravidelná pohybová aktivita (PA) a správné zásady stravovacích návyků. Příznivě působí na lidské zdraví také vnitřní hygiena.

2.5.1 Aktivní životní styl

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života; v rodině, ve škole, na pracovišti, volnočasových aktivitách atd. Pojem životní styl je napříč vědeckým spektrem konsenzuálně akceptovaný termín. Avšak pojem „aktivní životní styl“ ve vědecké literatuře dosud není patřičně vysvětlen a podrobně zkoumán. V odborné studii *Pokus o vymezení pojmu aktivní životní styl* (2008) lze nalézt jeho definici. Aktivní životní styl je „systém důležitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik zaměřených k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu mezi fyzickou a duševní stránkou člověka“ (Valjent, 2008, 16). Valjent (2008) také stanovil složky aktivního životního stylu:

- *biologické*: pohybová činnost, zdravá výživa, rizikové faktory
- *psychosociální*: duševní rovnováha, sociální prostředí, osvětová a vzdělávací činnost, technologický pokrok, preventivní zdravotní péče

Tento BPS model vyzdvihuje významné determinanty zdraví, a proto upozorňuje na skutečnost, že aktivní životní styl je „většinou je chápán jako synonymum k pojmu zdravý životní styl, resp. jako životní styl spjatý s PA“ (Valjent, 2008, 5).

PA provází člověka po celou jeho evoluci. „Za padesát tisíc let, které uplynuly od vzniku homo sapiens sapiens, došlo jen k relativně malým změnám, které modifikovaly životní funkce člověka. Urbanizovaný člověk je ve srovnání s „lovcem a sběračem“ vystaven zcela jiným životním podmínkám. Především nedostatek pohybu a nadbytek energetického příjmu, kterým se vyznačuje sedavý životní styl, vede k poruchám regulačních systémů „nastavených“ na jiné životní podmínky“ (Stejskal, 2004, 11).

„Sedavý životní styl je definován jako nedostatek tělesného pohybu jak v zaměstnání, tak i během volného času. Např. i manuálně pracující lidé se v zaměstnání pohybují méně, než tomu bylo před desítkami let. Tato redukovaná PA v zaměstnání se často přenáší i do volného času, kdy únava způsobená psychickým napětím a nedostatkem pohybu v zaměstnání snižuje aktivitu člověka natolik, že je schopen spíše konzumovat než vydávat, tedy například vysedávat u televize nebo počítače a méně číst, vyprávět nebo cvičit“ (Stejskal, 2004, 11).

Na nedostatek PA poukazuje *Strategický dokument Zdraví 21* (2004, 63-64) v cíli 11. Ten deklaruje, že „více než polovina české populace nesplňuje doporučovanou úroveň PA. Nedostatek středně intenzivní pohybové zátěže způsobuje časté vady držení těla, podílí se na vzniku mnoha chronických neinfekčních onemocnění, které postihují značný počet lidí produktivního věku a jsou častou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti“.

Pohybová inaktivita v kombinaci se špatnými stravovacími návyky vede k výskytu hromadných neinfekčních onemocnění. Stejskal mezi tyto onemocnění řadí onemocnění srdce, krevního oběhu a dýchacího systému (ischemická choroba srdeční, hypertenze, periferní cévní onemocnění, cévní mozková příhoda), metabolická onemocnění (metabolický syndrom, nadváha a obezita, diabetes mellitus 2 typu – cukrovka, osteoporóza) a nádorová onemocnění.

„Onemocnění, souhrnně označovaná jako hromadná neinfekční onemocnění, jsou podle WHO (2002) příčinou 60% všech úmrtí na světě. Kardiovaskulární onemocnění (KVO) jsou také hlavní příčinou smrti v ČR. Přesné statistické údaje o mortalitě v důsledku KVO nabízí Zdraví 21 v cíli 8:

„V roce 2000 na KVO zemřelo 58 192 osob, na celkové úmrtnosti se podílely 53,4 % (48,2 % muži; 58,6 % ženy). Ve věku do 65 r. jsou KVO rovněž nejčastější příčinou úmrtí, jejich podíl na celkové úmrtnosti je však obdobně jako v ostatních evropských zemích nižší (v roce 2000 byla KVO příčinou úmrtí u 39,5 % mužů a 47,8 % žen)“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, 41).

Stejskal (2004) považuje pravidelné cvičení spolu s přirozenou (habituální) PA a přiměřeným příjmem energie za nejlepší, nejbezpečnější a ekonomicky nejméně náročné preventivní a léčebné prostředky v boji proti výše zmiňovaným onemocněním“ (Kalman, M. & kol., 2009, 29).

2.5.2 Preventivní vliv pohybové aktivity na zdraví člověka

Je všeobecně známo, že lidé rekreačně sportující, nebo jinak pohybově aktivní, mají menší riziko vzniku hromadných neinfekčních onemocnění než populace inaktivních jedinců podléhajících rizikovým faktorům ovlivňující zdraví. Lidé pohybově aktivní např. v pracovním procesu či rekreačních činnostech se vyznačují pozitivním přístupem ke světu, jsou vitální a působí na sociální prostředí kladným způsobem.

Pohybová aktivita je definována dle WHO (2004), „*jakoukoli aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence*“. Tedy PA nemusí být pouze provázena sportovní činností a „je ji tedy nutné chápat jako celé spektrum činností v řadě oblastí lidského konání“ (Kalman & kol., 2009, 29) jak znázorňuje schéma (obrázek 7).



(Obrázek 7) Struktura pohybové aktivity dle Strategic Inter-Governmental forum on Physical Activity and Health (Kalman, M. & kol., 2009, 29)

Ze schématu vyplývá, že i jedinec, který není sportovec ani se nijak neúčastní tělocvičné rekreace, může být pohybově aktivní. Především díky aktivnímu transportu vyznačujícího se pěší chůzí nebo jízdám kole. Dále pak aktivními domácími pracemi vykoná jedinec značné množství vynaložené energie. „Rozhodujícími faktory pro energetické nároky PA, a tedy i pro její zdravotní účinky, jsou intenzita, trvání, frekvence a typ cvičení. Energetický výdej se obecně nazývá FIT (anglicky „v dobré kondici“) a je dán součinem frekvence, intenzity a trváním PA“ (Stejskal, 2004, 45).

Z hlediska efektivity energetického výdeje při cvičení je nejdůležitějším faktorem, ale taky rizikovým, intenzita zatížení. „Příliš vysoká intenzita zatížení výrazně zvyšuje možnost zranění nebo jiného zdravotního poškození. Naopak trvale nízká intenzita zatížení vede k tomu, že efektivita cvičení klesá a postupně ztrácí z hlediska pozitivního ovlivňování zdravotního stavu smysl“ (Stejskal, 2004, 46-47). Z toho vyplývá, že intenzita PA by měla být optimální.

K vyjádření intenzity zatížení vzhledem ke klidovému metabolismu se používá metabolický ekvivalent MET. Jeho hodnota je vyjádřena rovnicí $MET = 3,5 \text{ VO}_2 \text{ ml/min/kg}$, což znamená, že se jedná o množství kyslíku vztaženého na kilogram tělesné hmotnosti, které spotřebuje lidské tělo za 1 minutu. Intenzitou zatížení v jednotkách MET lze tedy podle Stejskala (2004, 48) vyjádřit energetický výdej u běžných činností volného času (Tabulka 9).

Podle Hellera (2005) se praxi také může pro výpočet energetického výdeje za 24 hodin využít tabulek (Tabulka 8). K jednotlivým činnostem vyhledáváme hodnotu tzv. náležitého bazálního metabolismu (nál. BM). Ten procentuálně vyjadřuje o kolik je hodnota jednotlivé činnosti náročnější než je hodnota bazálního metabolismu (100%).

Habituální aktivita	% nál. BM	Habituální aktivita	% nál. BM
Spaní	110	Řízení auta	190
Ležení (bdění)	115	Oblékání	210
Čtení	120	Vaření	235
Drobná manuální práce	130	Mytí, hygiena	245
Psaní	135	Kulečnick	260
Studium	140	Nakupování	290
Zpívání, mluvení	140	Mytí oken	310
Konzumace jídla	145	Tanec	450-690
Psaní na počítači	160	Hraní si s dětmi	450-910
Práce v laboratoři	180-250	Práce na zahradě	500

Tabulka 8. Průměrné zvýšení energetického výdeje u habituálních aktivit upraveno dle (Heller, 2005)

DRUH ČINNOSTI	METs
Sběr lesních plodů	2,5
Zametání, vaření, mytí nádobí	2,9
Čištění oken, leštění podlahy, nákupy	3,7
Hrabání listí	3,9
Chůze rychlostí 5km/hod po rovině	4,1
Klepání koberce, leštění nábytku	4,5
Rytí, okopávání	5,0
Házení lopatou 5kg/10x za min	6,6
Štípání dřeva	6,7
Řezání ruční pilou	7,8
Chůze rychlostí 5km/hod do kopce	8,0

Tabulka 9. Energické hodnoty vybraných činností volného času upraveno dle (Stejskal, 2004, 48)

Fyzická nebo PA je součástí všech aktivit pracovního procesu, pracovních aktivit údržby domu nebo zahrady, ale také pohybové rekreace. Pravidelné opakování fyzické či PA má na zdraví člověka mnoho pozitivních výhod. Pravidelná adekvátní PA přináší z hlediska preventivního působení na lidské zdraví následující výhody (Kalman, M. & kol., 2009, 29):

- stimuluje produkci endorfinů v mozku (dobrá, nálada, lepší snášení bolesti, pocit uvolnění a štěstí)
- zvyšuje duševní potenciál (jste schopni více a déle přemýšlet, zlepšuje se paměť),
- harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému (cítíte se klidnější, vyrovnanější, zvyšuje se sexuální aktivita, jste odolnější vůči všem druhům stresu)
- uvolňuje svalové napětí a odstraňuje záporné emoce (zvyšuje sebevědomí, zmírňuje rozčilení, problémy se vám zdají méně závažné, snadněji se s nimi vyrovnáte)
- upravuje biochemické hodnoty tuků v krvi, mění metabolismus tuků (ztráta nadbytečných kilogramů, oddalování procesu kornatění tepen srdce a mozku, u diabetiků lze postupně lze postupně snižovat dávky inzulínu)
- má preventivní vliv na úbytek vápníku z kostí (prevence osteoporózy)

- zvyšuje pevnost a pružnost kloubních vazů a úponových svalových šlach, ohebnost kloubů, svalovou sílu, vytrvalost a klidové napětí svalu
- podporuje krevní oběh, zvyšuje vytrvalost, je lépe zajištěna výměna látková i na periférii končetin, lépe pracují ledviny, játra a další vnitřní orgány, má preventivní vliv na vznik křečových žil, zvýšenou srážlivost krve, trombózu hlubokých žil dolních končetin a poruchu lymfatické cirkulace
- zlepšuje schopnost krve přenášet kyslík
- snižuje klidovou hodnotu srdeční frekvence, zlepšuje činnost srdce, normalizuje krevní tlak
- zpomaluje proces stárnutí, prodlužuje délku života a aktivní délku života ve stáří,
- stimuluje hluboké břišní dýchání
- má preventivní vliv na vznik chronického únavového syndromu
- pomáhá lidem přestat kouřit, potlačuje abstinenci příznaky
- snižuje riziko potratu, usnadňuje porod a je dokázáno, že aktivním matkám se rodí zdravější děti

Z hlediska preventivních výhod PA na lidský organismus je zřejmé, že ačkoliv není z hlediska vynaložených financí prakticky vůbec náročná, má blahodárný vliv na lidské zdraví. PA je dostupná všem bez neomezení, je přirozená člověku, má příznivý dopad na sociální status a na tělesné i duševní zdraví. K PA je zapotřebí ochota vykonávat ji, vytvořit si k ní adherenci a kontinuitu. Je pochopitelné, že realizaci PA ovlivňuje celá řada faktorů, jak je znázorněno na obrázku (obrázek 8). Přes všechny proměnné, které realizaci PA determinují je optimální doporučení pro PA podle Kalmana & kol. (2009, 30) následující:

„Z hlediska preventivního působení na zdraví člověka je u PA podstatná její frekvence (PA by měla být vykonávána pravidelně), délka trvání a intenzita s jakou je PA vykonávána (některá doporučení udávají např. min. 30 min. PA střední intenzity ve většině dní v týdnu) a druh vykonávané PA“.



Obrázek 8. Faktory ovlivňující realizaci pohybové (fyzické) aktivity ve společnosti (Karásková & Dohnal, 2011)

Preventivní vliv PA na pozitivní lidské zdraví platí pro všechna věkové kategorie. Nelson & kol (2007, 1102) dospěli v závěru odborného článku ke zjištění, že prakticky všichni starší lidé 65 let by měli být fyzicky aktivní. Senioři by měli k PA přistupovat s ohledem na svůj zdravotní stav. Je důležité, aby fyzická aktivita měla terapeutický vliv na zdraví seniorů. Kromě toho by se senioři se zdravotními komplikacemi měli zapojit do fyzické aktivity takovým způsobem, aby předcházeli vzniku dalších chronickým onemocněním souvisejících se stářím. S ohledem na množství a průkaznost důkazů o pozitivním vlivu PA na lidské zdraví, měla by mít PA nejvyšší prioritu v prevenci a léčbě onemocnění vyskytujících se u seniorů. Podpora PA by si zasloužila účinnou intervenci s širokým praktickým uplatněním.

2.5.3 Strava a stravovací návyky

Vedle PA je strava a správné stravovací návyky, základním předpokladem, zdravého životního stylu. Starodávná tibetská moudrost praví: „Lidé stůňou převážně ze dvou příčin, z obžerství nebo z hladu (Tombak, 2011, 26). Proto by strava i stravovací návyky měly být vyvážené. Lidská strava se skládá z bílkovin (maso ryby, vejčička atd.), uhlovodanů (chleba med, sladkosti, brambory atd.), tuků (máslo, olej, sádlo) a z rostlinných výrobků (zelenina ovoce, šťávy). „Potraviny tvoří z hlediska životních nákladů stále vysoký podíl v rodinném rozpočtu. To vede nezdědky k jednostrannému nákupu levných druhů potravin, jejichž

sortiment a nutriční složení nemusí být v některých obdobích roku plně ve shodě s výživovými doporučeními“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, 65).

„Doporučené výživové dávky uvádějí vhodný denní příjem, jednotlivých živin tak, aby pokryly potřebu většiny zdravých příslušníků populace. Pro názornější ilustraci doporučených výživových dávek jsou obvykle používány tzv. pyramidy zdravé výživy“ (Klimešová, 2013, 164). Pyramida zdravé výživy je dobrým nástrojem pro výběr vhodných potravin, musíme ji však brát jen jako orientační prostředek, protože neřeší množství přijaté energie a jeho rozložení během dne. Aktuální pyramidou vztahující se na českou populaci vyvinulo Fórum zdravé výživy. Jejím názvem je Česká potravinová pyramida, která je znázorněna na obrázku (Obrázek 9).

Pro optimální výživové doporučení není rozhodujícím kritériem pouze skladba stravy, ale také její vzájemné kombinování. „Hippokrates řekl, že *„strava by měla být pro všechny lékem“*. Abychom mohli aplikovat tuto starou moudrost do našeho každodenního života, musíme změnit naše stravovací návyky a dodržovat jisté zásady (Tombak, 2011, 94). „Kvůli nesprávné kombinaci potravy vznikají v organismu hnilobné procesy, v důsledku čehož se vytvoří sirovodík, indol, fenol, což jsou velmi silné jedy“ (Tombak, 2011, 94). Tyto procesy jsou v trávicím traktu běžné, avšak správnou kombinací složek potravy lze vznik těchto jedů eliminovat na minimum. Trávicí trakt nebude vynakládat velké množství energie na procesy trávení, což přinese tělu více energie, svěžesti a lehkosti. Správnou kombinaci složek potravy předkládá Tombak (2011). Jak je uvedeno v tabulce (Tabulka 10):



Obrázek 9. Česká potravinová pyramida (www.fzv.cz, 30. 3. 2015)

Produkty s převahou bílkovin	Tuky a „živé produkty“	Produkty s převahou uhlovodanů
maso, ryby, vejce, bujóny, vývary, lilek, fazole, boby, ořechy, mléčné výrobky, a kyselá, slunečnicová semínka,	Sádlo, máslo, oleje, margaríny a jiné. Zeleniny (kromě brambor), ovoce, sušené ovoce, šťávy, borůvky melouny, suché víno, mléko	pečivo, kaše, brambory, cukr med
můžeme kombinovat		Neměli bychom kombinovat

Tabulka 10. Správná kombinace potravinových produktů (Tombak, 2011, 94)

Dalším způsobem, jak zkvalitnit své zdraví je zamyslet se nad vegetariánským způsobem stravování. Podle Tombaka (2013, 167-168) je prokázáno, že na každých tisíc osob do 60 let stravujících se smíšenou masitou stravou, připadá jeden vegetarián. Na každých tisíc „masožravců“ po 70 letech připadá 100 vegetariánů. A ve věku nad 80 let připadá 600 vegetariánů na tisíc „masožravců“. Maheshwarananda (2006, 422) říká, že konzumace masa má nejen ekologický dopad, ale je především ohromným plýtváním potravin. „K vypěstování 1kg pšenice je zapotřebí 60 l vody; při výrobě 1 kg masa se spotřebuje mezi 2500 – 6000 l vody, která se pak promíchá se zbytky exkrementů, dostává se do půdy jako močůvka a proniká i do podzemní a pitné vody“ (Maheshwarananda, 2006, 422).

Na „výrobu“ 1 kg masa spotřebujeme 7 až 15 kg obilí nebo luštěnin. Většina obilí vypěstovaná zemědělci tedy není použita pro výživu lidí, ale jako krmení pro zvířata. 90% bílkovin a 99% uhlohydrátů se znehodnotí, když člověk konzumuje obilí v podobě masa (Maheshwarananda, 2006, 422).

Strava v konečném důsledku „ovlivňuje nejen tělo, ale i psychiku, zvyky a vlastnosti, krátce řečeno působí na celé naše bytí, je zdroje tělesné energie i vitality. Vyváženou stravou je z vegetariánského hlediska obilí, zelenina, luštěniny, ovoce, ořechy, mléko, a mléčné výrobky, med klíčky, salát, semena, bylinky a koření – ať už jako syrový pokrm nebo čerstvě tepelně zpracované“ (Maheshwarananda, 2006, 422).

2.5.4 Vnitřní hygiena

Během života se v tělesném organismu hromadí mnoho organických nečistot a jedovatých látek. Zaneseno není jen tělo, ale i mysl, která je ztěžována psychickými bloky v důsledku potlačeného stresu. Přestože je lidské tělo vybaveno schopností samo filtrovat a odstraňovat nahromaděné nečistoty z těla ven, je zahlceno ohromným množstvím „odpadu“, které, nemůže samo z organismu odstranit. Játra nebo žlučník zanesený kameny, cholesterolovými slupkami a černo-zelenou žlučí, ledviny naplavené pískem a kameny, klouby obalené solnými usazeninami, zanesené tlusté střevo v jeho záhybech hnijícími výkalovými kameny ve formě slupek či očista krve a lymfy od toxických sloučenin, tyto všechny nečistoty lze z těla odstranit díky jednoduchým, ale efektivním prostředkům. Mezi ně patří půsty, očista klystýrem a očisty zeleninovými a ovocnými šťávami. Tyto metody nejsou finančně náročné, přispívají k prevenci před vznikem onemocnění a při dodržování správných zásad při aplikaci těchto metod, vykazují dobré výsledky. Tyto metody jsou specifickými prostředky vnitřní hygieny. Také mysl se dá očistit; metodami duševní hygieny.

2.5.4.1 Půst

Jednou z nejstarších praktik očisty těla je půst. Jeho přítomnost lze pozorovat v hinduistické, islámské, ale i křesťanské tradici. „Ze zdravotních důvodů se využívá půstu k pročištění těla, zhubnutí, odstranění poruch spánku, dosažení vnitřní harmonie a k překonání únavy“ (Maheshwarananda, 2006, 425). Z Laiperovy studie (2003, 31) vyplývá, že obecně při půstu během ramadánu platí, že frekvence stravování se snižuje na minimum. Díky redukovanému příjmu energie dochází k úbytku tělesné hmotnosti a tělesného tuku (Angel & Schwartz, 1975; Hallack & Nomani, 1988). Podle Leipera (2003, 33) má také „půst během ramadánu potenciál přispívat ke snížení pravděpodobnosti vzniku KVO. Bylo také zjištěno, že půst zvyšuje množství HDL cholesterolu a snižuje koncentraci LDL cholesterolu (Adlouni et al, 1997). Dlouhodobější půst by se měl ale „provádět pouze pod dohledem; půst s duchovním cílem pod vedením mistra, půst pro zlepšení fyzického zdraví pod dohledem lékaře“ (Maheshwarananda, 2006, 425).

2.5.4.2 Očista klystýrem

Další efektivní praktikou, která se používá k očištění tlustého a tenkého střeva je klystýr. Klystýr je mnoha odborníky považován za zdraví škodlivý; při proplachování tlustého střeva ničí zdravou střevní mikroflóru. „Avšak najít člověka se zdravou střevní mikroflórou je při způsobu života, jaký vedeme téměř nemožné. Díky špatným stravovacím návykům, nedostatku pohybu, nadměrnému používání léků obzvláště pak antibiotik, má drtivá většina populace zdegenerovanou trávicí soustavu a narušenou mikroflóru“ (Tombak, 2013, 115). V praxi se používá tzv. Walkerův klystýr. Americký doktor Walker (žil 106 let) prováděl klystýr při léčbě různých chorob přes 50 let. Ten říkal, „že neexistuje levnější, jednodušší a účinnější prostředek k očištění těla od vnitřní špíny než je klystýr“ (Tombak, 2013, 115).

2.5.4.3 Očisty zeleninovými a ovocnými šťávami

Očisty organismu lze také dosáhnout díky konzumaci zeleninových a ovocných šťáv. Zelenina a ovoce jsou nezbytnými složkami potravy, které mají příznivý vliv na lidské zdraví. Z experimentální studie Lampeové (1999, 487) vyplývá, že na „lidi podstupující zelenino-ovocné diety mají tyto diety příznivý vliv na antioxidační procesy, detoxikaci enzymů, od škodlivých látek, na autoimunitní systém, na regulaci LDL cholesterolu, optimální koncentraci steroidních hormonů a celkový vliv na metabolismus“. Příznivé účinky ovoce a zeleniny potvrzuje i prospektivní studie Michauda & kol (2009, 612), která dochází k závěru, že existuje „silný inverzní vztah mezi příjmem brukvovité zeleniny a rizikem vzniku rakoviny močového měchýře. Vysoký příjem brukvovité zeleniny, jakou je brokolice, může významně snížit riziko vzniku rakoviny močového měchýře“. Vhodně zvolené a adekvátně přizpůsobené dietní očisty organismu, můžou tedy lidskému zdraví prospět.

2.5.4.4 Duševní hygiena

Očistit mysl lze na základě duševní hygieny. Duševní hygiena je v obecném povědomí oproti tělesné či komunální hygieně poměrně méně známým pojmem. Podle Křivohlavého (2009, 143) duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví nebo duševní rovnováhy (Míček, 1984, 9). Mezi metody duševní hygieny patří podle Křivohlavého (2009,

144-152) adaptace, sebevýchova, sebepoznávání, autoregulace konativní činnosti, autoregulace vlastního myšlení, autoregulace emocí a relaxace.

Také technik duševní hygieny je mnoho. Avšak v poslední době se objevuje např. technika redukce stresu založená na vnímavostní bázi Mindfulness-Based Stress Reduction. Tato technika podle odborné studie Grosamana (2007, 226) „navrhuje systematický program pro zmírnění utrpení spojeného s širokou škálou zdravotních komplikací. Pomocí ní dochází ke zlepšení obecných aspektů lidského blahobytu, včetně kvality života (QoL), má pozitivní vliv na zvládnání úzkosti a depresí a jejich snížení“.

2.6 Ekologické prostředí

Prostředí má vysoký vliv na chování člověka. Člověk je natolik adaptabilní bytost, že se podvědomě snaží za jakýchkoliv okolností přizpůsobit vlivům prostředí, nebo jim dokonce vědomě podléhá. Prostředí, které člověka formuje, nabývá mnoho podob; sociální prostředí, pracovní prostředí, kulturní prostředí a mnoho dalších. Základním prostředím, do kterého byl člověk zrozen je přírodní prostředí planety Země. Člověk dospěl během své evoluce k takové úrovni poznání, že je dokonce schopen do jisté míry své životní prostředí přetvářet. Avšak základní podmínky života v životě na Zemi jsou neměnné, a pokud chce člověk v budoucnu na Zemi žít, musí respektovat i její podmínky života.

Planeta Země zaujímá v rámci planetárního systému sluneční soustavy ideální pozici vzhledem k ideálním podmínkám pro vznik a rozvoj života. Nachází se tzv. obyvatelné zóně, která není natolik blízko ani natolik daleko od slunce, aby Země byla vystavena příliš vysokým teplotám a množství slunečního záření nebo přílišnému chladu a nízké sluneční intenzitě záření. Země se chová jako obrovský organismus, který je neustále v pohybu a podléhá neustálým změnám. Díky aktivitě zemského jádra dochází k neustálým vulkanickým činnostem napovrch zemského pláště v podobě vulkanické činnosti, posunu tektonických desek, který má vliv na formování, vzniku a zániku zemského povrchu. Tyto a mnohé další přirozené děje formují v interakci se složkami prostředí i životní prostředí člověka.

2.6.1 Faktory prostředí

Přirozené životní prostředí poskytuje člověku ideální možnost postupovat vpřed v jeho evolučním vývoji. „Základní potřebou lidského organismu (obecně každého živého systému), které podmínky prostředí musí zajistit, jsou zajišťování energie a materiálu pro metabolismus a růst, zprostředkování reprodukce a zabraňování nepříznivých vlivů na organismus, naopak vytváření vhodných podmínek pro jeho život“ (Kvasničková & kol., 1984, 9). Tyto podmínky pro život ovlivňují podle Kvasničkové (1984, 9) faktory prostředí, které jsou jednak neživé (abiotické), jednak (biotické):

- *abiotické faktory prostředí*: vytváří sluneční záření (světlo a teplo), litosféra (půda), hydrosféra (voda) a atmosféra (vzduch)
- *biotické faktory prostředí*: vyplývají ze vzájemných vztahů živých organismů a projevují se na velmi různých úrovních; na úrovni celé biocenózy nebo jejích částí (tj. fytoocytózy či souboru rostlin nebo zoocenózy či souboru živočichů v daném prostředí

Tyto faktory živé a neživé přírody, tvoří základní atributy, pro život člověka v přirozeném prostředí. Lidé pak žijí a utvářejí svůj život v menších územních jednotkách, které se obecně označují za krajiny. „Krajina je pojmem, používaným pro označení území v přírodě ohraničeného určitým způsobem. Krajina se dělí na menší území, na části krajiny“ (Kvasničková & kol., 1984, 35). „Nejmenší částí krajiny v ekologickém smyslu se označují jako ekotypy a mají vyjadřovat souvislost mezi biosystémy s abiotickými prvky krajiny“ (Kvasničková & kol., 1984, 35). Mezi biosystémy a abiotické prvky krajiny patří:

- stavba a reliéf zemské kůry
- klima
- voda
- půda
- rostlinstvo a živočišstvo
- člověk.

2.6.1.1 Stavba a reliéf zemské kůry

„Geomorfologické utváření zemského povrchu závisí na stavbě zemské kůry, zejména na vlastnostech a úložných poměrech hornin. Vlastnosti hornin závisejí na jejich vzniku, zejména

na chemickém složení původních horninotvorných materiálů (Kvasničková & kol., 1984, 36). „Reliéf Země se v průběhu času utvářel vlivem sil vnitřních (endogenních) a sil vnějších (exogenních)“ (Kvasničková & kol., 1984, 36). V České republice rozlišujeme několik typů reliéfu; „nížina (0-200 m.n.m.), pahorkatina (200/300-450-600 m.n.m.), vrchovina (600-750-900 m.n.m.) a hornatina (900-1200-1600 m.n.m.)“ (Kvasničková & kol., 1984, 37).

2.6.1.2 Klima

„Podnebím se rozumějí výrazné stavy atmosféry a povětrnostní pochody, vyjádřené ročními proměnami meteorologických činitelů. Klima je proto významným ekologickým faktorem, který více nebo méně ovlivňuje ostatní krajinné faktory, a jež je nutné uvažovat a využívat při tvorbě a ochraně krajiny“ (Kvasničková & kol., 1984, 37). Mezi meteorologické činitele patří: „sluneční záření, teplota, vlhkost vzduchu a rozdíly v tlaku vzduchu“ (Kvasničková & kol., 1984, 37-38). „V České republice rozeznáváme tři základní klimatické oblasti a těmi jsou teplá oblast, mírně teplá a chladná oblast“ (Kvasničková & kol., 1984, 39).

2.6.1.3 Voda

Voda „padá na pevninu ve formě srážek a nevypaří se zpět do atmosféry, proniká, z části do půdy, z části odtéká po jejím povrchu do vodotečí spolu s prameny podzemní vody, které na různých místech ze země vyvěrají“ (Kvasničková & kol., 1984, 39-40). „Tyto dva druhy vody jsou hlavním předmětem vodohospodářských zájmů v krajinách“ (Kvasničková & kol., 1984, 39-40). Půdní vodu rozeznáváme „zásadovou (podzemní voda) a kapilární (obsažená v půdních pórech). Povrchovou vodu pak tekoucí (potoky, řeky) a stojatou (nádrže, rybníky)“ (Kvasničková & kol., 1984, 40).

2.6.1.4 Půda

Jedná se o „povrchovou vrstvu zemské kůry, jejíž vlastnosti určuje matečná hornina čili horninový substrát, podnebí, činnost organismů, zvláště vegetace, poloha v terénu s reliéfem povrchu a doba, po kterou tyto faktory působí“ (Kvasničková & kol., 1984, 40-41). „Půdy sestávají v podstatě z částic půdotvorných hornin a z novotvarů, vznikajících jejich

zvětráváním, a z organické substance půdy, jež se mineralizuje vlivem živých organismů a působením vody a vzduchu (Kvasničková & kol., 1984, 41). Mezi půdní typy patří hlavní složka půdy humus, dále půdní organismy a živé organismy (Kvasničková & kol., 1984, 41-42). Půda se dále „klasifikuje na zonální (např. hnědozemě, černozemě, ilimerizované půdy, hnědé půdy, podzoly) a intrazonální (např. gleje a oglejené půdy, slatiny)“ (Kvasničková & kol., 1984, 42).

2.6.1.5 Vegetace a živočišstvo

Vegetací (rostlinstvem) určité krajiny nebo oblasti se rozumí rostlinná pokrývka, jejíž floristické složení, životní formy a růst jednotlivých druhů dávají rostlinným společenstvům a tím i krajině charakteristický ráz. Složení a fyziognomie vegetace jsou výrazem působení činitelů prostředí (Kvasničková & kol., 1984, 42). Na rozdíl od vegetace má živočišstvo jako činitel krajiny menší význam. Přesto však jeho úlohu v krajině nelze podceňovat (Kvasničková & kol., 1984, 44). „*Platí to nejen o velkých v přírodě volně žijících zvířatech, jako je užitková zvěř, ale i o drobných živočiších, kteří nemálo ovlivňují rovnováhu biotických prvků v krajině zejména z hlediska hygienického*“ (Kvasničková & kol., 1984, 40-41).

2.6.1.6 Člověk

Člověk „ve svých interakcích se svým životním prostředím a tím s krajinnými systémy jako celkem i s jejich jednotlivými složkami a prvky došel nejdále ze všech organismů“ (Kvasničková & kol., 1984, 44). „*Nejvíce dokázal přírodu ovlivnit ve svůj prospěch, nejlépe dokázal využít téměř všech obnovitelných a neobnovitelných zdrojů, nejúčinněji dokázal upravovat a přetvářet krajinu, pozměňovat, vytvářet a rušit pochody a vazby uvnitř ekosystémů a mezi nimi*“ (Kvasničková & kol., 1984, 44).

Všechny prvky krajiny jsou v neustálé interakci a v optimálních podmínkách tvoří životní prostředí. Neustálým procesem reprodukce a sebe obnovy se krajina neustále přetváří. Každý prvek krajiny má vliv na ostatní prvky přírodního prostředí. Krajina svou rozmanitostí, hierarchickým uspořádáním umožňuje téměř neomezenou biodiverzitu rostlinné a živočišné říše. Přirozené fungování přírodních procesů, může vychýlit jen extrémní přírodní katastrofy nebo člověk svým chováním a jednáním.

2.6.2 Ekologie a člověk

První myšlenkou, která se nabízí při zamyšlení se nad otázkami životního prostředí člověka, je ekologie. „Ekologie je vědou o vzájemných vztazích mezi živými organismy a jejím prostředím, přesněji řečeno mezi živými subjekty (systémy) a jejich prostředím“ (Kvasničková & kol., 1984, 3). Ekologie tedy zkoumá vztahy mezi biotickými a abiotickými prvky přírody. Máli do těchto vztahů vstoupit člověk, který má kvalitu životního prostředí významný podíl hovoříme o ekologii člověka.

Podle Kleina (1996, 26) je „ekologie člověka je i zároveň filosofií přežití neboť ekologie člověka je nauka o vzájemných vztazích a vlivech člověka a životního prostředí v dílčích i globálním ekosystému Země (Vesmíru) probíhající ve výrazných kompetitivních interakcích forem života“. „*V éře 3. tisíciletí je pro lidský rod člověka i filozofií přežít*“ (Klein & Bencko, 1996, 26). Toto přežití je vysoce závislé na míře využívání přírodních zdrojů a způsobu jejich obnovy a reprodukce. Člověk vytváří s životním prostředím určité společenství, které je z hlediska ekologie nazýváno ekosystémem. Podle Kleina (1996, 26) je „ekosystém prostorové a časové uspořádání, ve kterém jsou integrována životní společenstva (biocenóza) biotop“. „*Ekosystém je souhrn živé hmoty v určitém ohraničeném prostoru rostlinných a živočišných organismů, mrtvé organické hmoty a části anorganického, pro živou hmotu nezbytného životního prostředí (substrátu, vody, přizemní vrstvy ovzduší*“ (Klein & Bencko, 1996, 26). „Ekosystém je základní funkční jednotkou zahrnující biotický a abiotický svět. Obě tyto složky jsou mezi sebou v trvalé interakci, jedna z nich ovlivňuje druhou a společně jsou důležité pro udržení života na Zemi“ (Kvasničková & kol., 1984, 21).

Podle Kleina (1996, 31) je základním článkem ekologie člověka „ekologie rodiny – rodina. Na této úrovni našeho mikrokosmu existují faktory, které významnou měrou formují jak duševní tak fyzický vývoj dítěte i dospělého člověka. Jedná se jak o interakce sociálně – psychologického charakteru, které vytváří morální, citové a duševní postoje příslušníka rodiny“. Rodina má bezprostřední vliv na výchovu dítěte a hraje tak nezaměnitelnou roli při je formování a osvojování ekologických postojů. Ty pak následně sdílí se společností. Jestliže jsou v dítěti probuzeny ekologické postoje jako např. třídění komunálního odpadu, šetření přírodních zdrojů, vegetariánský způsob stravování a celková ohleduplnost k životnímu prostředí, je předpokladem, že toto pozitivní chování může mít kladný dopad na společnost. Jeli tomu naopak, tak budou uplatňovány negativní postoje vytvořené průmyslovou

urbanizovanou společností, které jsou směřovány spíše k plýtvání přírodními zdroji a znečištění životního prostředí.

Lidskou společnost zastupuje z hlediska ekologie pojem lidská populace. Podle Kleina (1996, 61) je „*populace skupina živočichů či rostlin daného druhu, mezi kterými je pravděpodobnost vzájemného křížení větší než pravděpodobnost křížení se členy jiných skupin (populací)*“. Vývoj lidské populace a jejich základních charakteristik může být zrcadlem životních podmínek okolního světa. Lidský druh ovlivňuje životní prostředí díky hlavně díky své populační explozi a filosofii, se kterou k životnímu prostředí přistupuje. Nosná kapacita Země se odhaduje na 12-50 miliard lidí, ale již v současné době významná část světové populace strádá hladem a podvýživou.

Díky tomu, že má lidská populace problémy vybalancovat vztah mezi možnostmi využívání přírodních kapacit a možnostech reprodukce a obnovy, vznikla nová úvaha, jakým směrem by se měla lidská populace ubírat. Jedná se „sustainable development“. V češtině je tento pojem znám jako „trvale udržitelný rozvoj“. Vzhledem ke společnosti se jedná o trvale udržitelná společnost, která je podle Kleina (1996, 58) tak, že „*trvale udržitelná je taková společnost, která může přetrvat generace, ta která je dostatečně pružná, předvídatavá a moudrá na to, aby si nepodkopala jak fyzické, tak sociální systémy, které ji podporují*“.

2.6.3 Faktory prostředí a jejich vliv na zdraví člověka

Nezbytné faktory prostředí, kterými jsou hlavně ovzduší, voda a půda, jsou činností člověka znečišťovány. Na jedné straně je člověk okolím pozitivně nebo negativně ovlivňován a na druhé straně toto prostředí neustále pozměňuje, ať kladně nebo záporně. Člověk velmi aktivně zasahuje do prostředí s cílem adaptovat jej svým potřebám. Z dlouhodobého hlediska je řada těchto změn nepříznivá, často s katastrofálními důsledky. Faktory, které jsou pro lidské zdraví škodlivé, uvádí Klein & Bencko, (1996, 86-103) v tabulce (Tabulka 11):

FAKTORY PROSTŘEDÍ	TYP ZNEČIŠTĚNÍ	ZDRAVOTNÍ DOPAD
Znečištění ovzduší	<p>Tuhé imise, prach a aerosoly</p> <p>Plynné imise (sloučeniny síry a dusíku, oxidy uhlíku, halogenové sloučeniny, organické sloučeniny)</p> <p>Radioaktivní emise (radioaktivní stroncium, izotopy jódu, cesia atd.)</p> <p>Sekundární imise, smog (spodiny vzniklé spalováním tuhých, kapalných a plynných paliv)</p>	<p>Rozptýlují světlo, snižování viditelnosti, snižování UV záření, jedovaté pro živé organismy, zaprášení plic, plicní konjunktivitida.</p> <p>Poruchy správného fungování krve, karcinogenní, mutační účinky atd.</p> <p>Patofyziologické důsledky a toxicita.</p>
Voda a odpady	<p>Odpadní vody splaškové (koncentrace organických látek, hnilobné procesy, mikroorganismy, paraziti)</p> <p>Odpadní vody průmyslové (kyanid, kovy, organické látky, ropné výrobky, chlorované uhlovodíky, organofosfáty, pesticidy, herbicidy, saponáty atd.)</p> <p>Pevné odpady ze sídlišť (vznik skládek – prašnost, znečištění ovzduší, rozmnožování hlodavců a hmyzu)</p> <p>Pevné odpady z průmyslu a zemědělství (toxické sloučeniny, výkaly hospodářských zvířat, uhynulá zvířata zápachy,</p>	<p>Epidemiologické onemocnění (střevní nákazy, leptospinózy, virové infekční onemocnění, dětská obrna, nakažlivý zánět jater, benigní bradavice, hořečnaté onemocnění spojené s průjmy, helmintózy, škrkavka, svědicí záněty kůže, svrab plavců, schistosomóza, záněty mozkových blan, epidemie břišního tyfu salmonely, tuberkulózy, hnisavé kožní onemocnění, úplavice atd.)</p> <p>Vysoká toxicita a kontaminace organismu</p>
Hluk	<p>Pracovní prostředí – 85 dB</p> <p>Obytné budovy – 40 dB</p> <p>Venkovní prostor – 50 dB</p>	<p>Akustické trauma, ušní šelesty, vzestup krevního tlaku, snížená pracovní výkonnost, významný faktor rušení</p>
Neionizující záření	<p>Rádiové vlny (rozhlas, televize)</p> <p>Mikrovlny (generátory, ohřevné trouby)</p> <p>Radarové vlny (radiolokátory)</p>	<p>Změny růstu, virulence bakterií, inaktivace virů, změny chromozomů v průběhu dělení buněk</p>
UV záření	<p>UVA záření</p> <p>UVB záření</p> <p>UVC záření</p>	<p>Časný a pozdní erytém, bolesti hlavy, pokles krevního tlaku, horečka, podrážděnost, sněžná slepota, kožní malignity</p>
Ionizující záření	<p>Radionuklidy (přírodní nebo umělé)</p> <p>Kosmické záření</p> <p>Urychlovače částic (cyklotron, betatron, RTG lampa)</p>	<p>Akutní nemoc z ozáření, akutní lokální poškození, nenádorová pozdní poškození, poškození plodu v děloze, maligní nádory, genetické změny</p>

Tabulka 11. Rizikové faktory prostředí a jejich vliv na zdraví praveno dle Klein & Bencko, (1996, 86-103)

2.6.4 Životní prostředí České republiky

„Na životní prostředí v ČR má vliv mnoho faktorů, například osídlení a pohyb obyvatelstva, výroba a spotřeba, odpadové hospodářství, staré ekologické zátěže především z dob socialismu a v neposlední řadě změna klimatu“. (Ministerstvo životního prostředí a Český statistický úřad, 2008) „V rámci životního prostředí se posuzuje zejména stav ovzduší (znečištění ovzduší, ozónová vrstva), vodní poměry (znečištění vody, její spotřeba a nakládání s ní), znečištění a celkový stav půd, stav krajiny (lesnatost, chráněná území) či například hluk, světelné znečištění a radioaktivita“ (Ministerstvo životního prostředí a Český statistický úřad, 2008). Podle Kleina (1996, 121-129) se ekologická problematika v ČR vztahuje především na znečišťování ovzduší, hospodaření s vodou, zemědělskou půdu a degradaci lesů.

Podle Kleina (1996, 121) je „téměř na celém území státu dosud neuspokojivá a zejména v období inverzí špatná kvalita ovzduší, hlavně v Severočeském kraji, ostravsko-karvinské průmyslové aglomeraci, Praze, a Plzni, způsobená emisemi vznikajícími zejména při výrobě tepla a energie, technologických procesech a v dopravě“. „Nejzávažnější situace zůstává v aglomeraci Ostrava, Karviná, a Frýdek-Místek, kde k překračování imisních limitů dochází ve všech zónách“. (Český hydrometeorologický ústav, 2014) „Vysoké koncentrace škodlivin zde způsobuje po obou stranách hranice vysoká koncentrace průmyslové výroby, hustá zástavba s lokálním vytápěním pevnými palivy a rozvinutá dopravní infrastruktura. Ovzduší ČR je nejvýznamněji zatížené částicemi PM 10 a PM 2,5, benzo[a]pyrenem a přízemním ozonem“ (Český hydrometeorologický ústav, 2014). Podle ČHMU (2014) situace znečištění ovzduší následující:

„Imisní limit suspendovaných částic PM10 byl překročen na 5,7 % území ČR, kde žije 15,9 % obyvatel. Imisní limit suspendovaných částic PM 2,5 byl překročen na 2,4 % území ČR, kde žije 9,6 % obyvatel. Roční průměrné koncentrace benzo[a]pyrenu překročily imisní limit na 17,4 % území ČR, kde žije 54,5 % obyvatel. Část území i obyvatel ČR byla v roce 2013 vystavena i nadlimitním koncentracím přízemního ozonu (25,6 % území a 8,2 % obyvatel)“.

Patříme ke státům s nadměrnou spotřebou pitné i užitkové vody. V ČR „stouply požadavky na dodávku vody od roku 1965 přibližně dvojnásobně, spotřeba podzemních vod stoupla přibližně pětinašobně. Na rozdíl od vyspělých států stoupá u nás zejména spotřeba pitné vody“ (Klein & Bencko, 1996, 125). V Praze „stoupla spotřeba pitné vody od roku 1960 z 230 l na osobu denně na 540 l; zatímco v Mnichově v roce 1990 činil tento ukazatel 290 l,

ve Vídni v roce 1985 270 l“ (Klein & Bencko, 1996, 125). Podle databáze České tiskové kanceláře (www.vodarenstvi.cz, 2015) „spotřeba pitné vody na osobu za posledních 20 let o více než třetinu“. Tuto regulaci zapříčinila především zvyšující se cena pitné vody. „Obyvatelé Prahy spotřebovávají stále zhruba o čtvrtinu více vody, než činí celorepublikový průměr. Avšak průměrná spotřeba vody klesla o více než čtyři litry na 138 litrů na osobu denně“ (www.vodarenstvi.cz, 2015). „U samotných domácností tento ukazatel klesl o tři litry na 89,5 litrů“ (www.vodarenstvi.cz, 2015).

Závažná situace se objevuje především u zemědělské půdy. Dochází k degradaci zemědělské půdy způsobenou aplikací technických hnojiv. „Půda je kontaminována rezidui pesticidů a průmyslových hnojiv, chlorovanými uhlovodíky, rtutí, kadmíem a arsénem. Rozloha kontaminovaných půd činí v ČR 465 tis. Ha (Klein & Bencko, 1996, 127). „Výměra zemědělské půdy (včetně orné půdy) u nás klesla od roku 1950 z 0,61 ha na obyvatele na 0,43 ha v roce 1990. Výměra zemědělské půdy se snížila v důsledku výstavby, těžební činnosti a vznikem skládek“ (Klein & Bencko, 1996, 126). „Ztráta půdy erozí se odhaduje na 5 mil. tun ročně. Erozí je u nás ohroženo 54% z celkové plochy, z toho 42 % erozí vodní a 12% erozí větrnou“ (Klein & Bencko, 1996, 126).

Lesy pokrývají jednu třetinu našeho území. Podle Kleina (1996, 127) je „vývoj lesů je na většině území negativně ovlivňován antropogenním působením zejména imisemi a depozicemi škodlivých látek, především sloučenin síry, dusíku, fluóru, těžkých kovů (As, Zn, Pb, Cd), uhlovodíků, ozónu a prachových částic“. „Lesní půda, na kterou kumulativně působí všechny uvedené substance, bývá v těžce postižených lokalitách kontaminována a acidifikována až do hloubky 1 m. U nás jsou tímto znečištěním nejvíce postiženy smrkové a borové porosty“ (Klein & Bencko, 1996, 126). Vlivem holosečné těžby a pěstování smrkových monokultur dochází také k značné degradaci lesních půd, odplavování živin, změnám struktury půdy a až k erozi (www.orlickehory.net, 6. 4. 2015). „I přes výrazný pokles emisí škodlivin do ovzduší během 90. let 20. století zůstává stav českých lesů nadále nejhorší ve střední Evropě“ (Ministerstvo životního prostředí ČR, 2009). „Stále roste míra defoliace, které je v ČR nejvyšší ze všech států Evropské unie. V roce 2006 byla míra defoliace v Česku 56,2 %, v Bulharsku 37,4 %, ve Francii 35,6 % a Itálii 30,5 %“ (Ministerstvo životního prostředí ČR, 2009).

2.6.5 Vliv znečištění prostředí na zdravotní stav obyvatelstva

Nejen v ČR, ale i ve zbytku Evropy se projevila touha po lidském blahobytu na životním prostředí. Nadměrné využívání především neobnovitelných zdrojů vedlo k devastaci krajiny. Díky průmyslové výrobě je krajina zasažena kontaminovaným a toxickým odpadem, kterým je zamořeno ovzduší, voda, půda i lesy. Vysokou míru zodpovědnosti na současném ekologickém stavu na našem území zanechal komunistický totalitní režim, který díky své výrobní budovatelské strategii poškodil krajinu. „Dědictvím totalitního režimu je nejen značně znečištěné ovzduší a vodí toky, půda otrávená atmosférickými depozicemi škodlivin, nadměrnou chemizací zemědělství a nedbale skladovanými odpady“ (Klein & Bencko, 1996, 129). „Důsledkem je především ochuzování přírody, rozvrat ekologické stability a estetických hodno krajiny v rozsáhlých oblastech a v neposlední řadě zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva“ (Klein & Bencko, 1996, 129).

Podle Kleina (1999, 128) se znečištění prostředí ČR podílí do jisté míry na „doposud neuspokojivém zdravotním stavu obyvatelstva, na stagnaci střední délky života, na vyšší úmrtnosti v nižších věkových skupinách, na přetrvávajícím trendu růstu výskytu alergií a zhoubných nádorů, v dětském a mladém věku a narušení psychického zdraví, či spíše pohody části obyvatelstva“. V ČR „žije přibližně 0,5 mil. obyvatel na extrémně narušeném území, 3,3 mil. v silně narušeném území“ (Klein & Bencko, 1996, 128). Zhoršený zdravotní stav lze pozorovat především v zatížených oblastech těžkým průmyslem. „Zvlášt' nepříznivý trend úmrtnosti vykazuje teplický region díky vysokým emisím oxidu siřičitého a popílku. Podobně jsou na tom i střední Čechy; konkrétně Neratovice a Kralupy“ (Klein & Bencko, 1996, 128). „V těchto regionech je u dětí do 15 let zvýšený výskyt onemocnění dýchacích cest, nezralost kostí podobně jako v polsko-slezské oblasti Karvinska, Havířovska a Frýdecko-Míšecka. Zde se nejvíce vyskytují včetně onemocnění dýchacích cest i alergie respiračního typu jako průduškové astma“ (Klein & Bencko, 1996, 128). „Ohrožené jsou i děti v okolí olovené huti v Příbrami, kde byly nalezeny vysoké hladiny olova v krvi a zubních tkáních“ (Klein & Bencko, 1996, 129).

2.6.6 Ekologické myšlení

Kvalita životního prostředí v globálním ale i regionálním měřítku není jistě uspokojivá. Přední český filozof Josef Vavroušek, který zastával myšlenky trvale udržitelného rozvoje

života, prohlásil: „*Jsem přesvědčen o tom, že ekologická krize, regionální či globální, které jsme svědky, není náhodným jevem, ale logickým důsledkem způsobu života, který se v průběhu posledních 200 let prosadil v Evropě a v Severní Americe*“ (Klein & Bencko, 1996, 160). Hon za ekonomickým růstem a hospodářskou prosperitou rozvojových zemí včetně ČR poznamenal životní prostředí natolik, že je pro existenci člověka na nedůstojné úrovni. Tuto situaci popisuje významný český sociolog a filosof Jan Keller když prohlásil:

„Přestaňme se už konečně tvářit, že se vlastně nic neděje. Nesnažme se podobat onomu pánovi, který padaje z desátého poschodí s každým dalším patrem s úlevou zjišťuje, že se opět nic nestalo. Prý byla jeho spokojenost nejvyšší zhruba metr nad zemí“ (Klein & Bencko, 1996, 158).

Při vnímání ekologických otázek je nutné akceptovat morální postoje založené na trvale udržitelném rozvoji. Zkvalitnění životního prostředí rozhodně neprospívá horlivá snaha ekologického aktivizmu ani moralizování konzumního životního způsobu urbanistické společnosti. Stejně tak je důležitý lidský rozvoj, ale i péče o životní prostředí. Podobně se vyjádřil i Vavroušek. „*Ani životní prostředí, ani ekonomický náhled. Nikdy bych nesouhlasil s žádným ekologickým fundamentalismem, stejně jako nesouhlasím s nějakým ekonomickým nebo jinak jednostranným náhledem*“ (Klein & Bencko, 1996, 160).

„*Ekologie a ekologie člověka přichází v tomto období do nové etapy s možným názvem deep ecology. Dochází k výraznému interdisciplinárnímu přístupu se zaměřením na globální ekologické problémy Země, které mohou ohrozit existenci člověka na této planetě*“ (Klein & Bencko, 1996, 160). Na provázanost ekologické problematiky poukazuje i Jirásek (2007, 21), který konstatuje, že „*řešení globálních problémů lidstva je nemyslitelné bez environmentální dimenze jako samozřejmosti zahrnuté ve všech aspektech a souvislostech činnosti člověka a společnosti (politické, kulturní, vědecké, ale především ekonomické)*“.

Jedním z mnoha důvodů, proč je kvalita životního prostředí ohrožena, je neadekvátně nastavena filozofie kultury lidstva směrem k nakládání s planetou. „*Jsou vytvořeny dva zcela odlišné řády, řád pozemské přírody a její opozitní řád kultury* (Jirásek, 2007, 21). Josef Šmajz, který je považován za nástupce Vavrouška v Kultuře proti přírodě hovoří o problému lidské kultury: „*Během krátké doby vytvořil člověk planetární přírodě nepřizpůsobenou kulturu. Strategie úspěšná v regionálním tedy v měřítku planety neodpovídá a selhává v něm*“ (Klein & Bencko, 1996, 162)

Přestože není kvalita životního prostředí v ČR uspokojivá, tak podle Ernsta Ulricha von Weizsäckera, jenž hovořil na přednášce Univerzity Karlovy roku 1995 o revoluci ekologické efektivity, není v porovnání s jinými zeměmi v tak špatné situaci. Podle Kleina (1996, 163) Weizsäcker prohlásil, že „*kdo dnes přichází na Taiwan nebo do Koreje, nevidí nic než zoufale zničené prostředí*“. Ve srovnání s tím je „tzv. černý trojúhelník na česko-polské hranici ještě téměř neškodný. Toto ničení životního prostředí většina žijících tam lidí stále ještě v současné době odhaluje. Říkají, to je právě cena za pokrok“ (Klein & Bencko, 1996, 163). Jedním z mnoha názorů, jak tuto vzniklou situaci řešit, je názor Vavrouška:

„Zásadní obrat celé evropské civilizace musí spočívat v přehodnocení řady základních otázek, což je třeba promítnout do všech oblastí života. Vytvořit legislativní předpoklady. Vyvažovat statisíce protichůdných krátkodobých zájmů. My už vlastně víme, co by být mělo, ale jakákoliv nová myšlenka má šanci jen tehdy, když se s ní ztotožní větší množství lidí. A pokud za ní stojí nějaká politická síla, která ji bude schopna prosadit v systému pluralitní demokracie. Jede tedy o to vypracovat koncepci, a pak ještě o víc, totiž přesvědčit o ní občany“ (Klein & Bencko, 1996, 162).

3 CÍLE A HYPOTÉZY

3.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem práce je hodnocení životního stylu a vybraných ukazatelů zdraví u jedinců preferujících holistický přístup ke zdraví a žijících v ekologickém prostředí.

3.2 Dílčí cíle

- Dílčí cíl 1: vytvořit teoretické podklady pro holistický přístup ke zdraví včetně analýzy životního stylu a způsobu, kvality života, faktorů ohrožujících a podporujících lidské zdraví.
- Dílčí cíl 2: vytvořit teoretické podklady přirozeného ekologického prostředí včetně analýzy faktorů prostředí, vlivu negativních aspektů znečištěného prostředí na zdravotní stav člověka a ekologického myšlení.
- Dílčí cíl 3: vypracovat profily probandů výzkumného vzorku pomocí deskriptivních technik kvantitativního výzkumu.

3.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jak hodnotí úroveň kvality života jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí pomocí dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF?

Výzkumná otázka č.2: Jak hodnotí úroveň životní spokojenosti jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí pomocí dotazníku životní spokojenosti (DŽS)?

Výzkumná otázka č.3: Jakou úroveň pohybové aktivity mají jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí hodnocenou na základě mezinárodního dotazníku o pohybové aktivitě (IPAQ)?

Výzkumná otázka č.4: Jaké strategie zvládání stresu volí jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí na základě dotazníku zvládání zátěžových situací (SVF 78)?

4 METODIKA

4.1 Metodika teoretické části

Tato práce je teoretického charakteru. Práce je založena na shrnutí dosavadního poznání v dané problematice, snaží se přesně vymezit výzkumné téma a zdůvodnit výzkumný problém a definovat jeho hlavní teoretické konstrukty a pojmy zvoleného problému.

4.1 Sběr dat

Z hlediska datových informací byly pro podklad diplomové práce využity sekundární data. Při sběru dat jsme zacílili pozornost na české i zahraniční relevantní data z informačních zdrojů vztahujících se k tématu. Zaměřili jsme se na publikace, dokumenty, odborné studie, vědecké články a internetové zdroje. Ze zahraničních zdrojů jsme věnovali pozornost při vyhledávání polským a anglickým zdrojům. Výzkumný vzorek byl definován pomocí klíčových slov (životní styl, životní způsob, volný čas, rekreace, hédonismus, město, venkov, alternativní, kvalita života, životní smysl, zdraví, holismus, sociologie, psychologie, spiritualita, biologie, rizikový faktor, kouření, přejídání, alkoholismus, stres, očista, pohybová aktivita, ekologie) a jejich vzájemnou kombinací vyskytujících se v nadpisech či celých textech. Pro výběr výzkumného vzorku nebyl omezen časový výběr. Při sběru dat jsme použili metodu analýzy dokumentů.

Metodu analýzy dokumentů považuje Miovský (2006) za „studium jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům práce. Hendl (2005, 132) za tyto dokumenty považuje „knihy, novinové články, ... veškeré stopy lidské existence“.

Sběr dat probíhal na několika úrovních. Vyhledávání informací souvisejících se tématem práce proběhlo v katalogu knihoven, databáze a internetových relevantních zdrojů.

4.1.1 Katalogy knihoven

Vyhledávání informačních zdrojů proběhlo v katalogu knihovny Univerzity Palackého v Olomouci a v on-line katalogu městské knihovny v Třinci podle klíčových slov a jejich vzájemnou kombinací zmíněných výše. Vyhledávání nebylo omezeno rokem vydání

publikace. Z celkového množství odborné literatury uvedené v referenčním seznamu jsme vyhledávali zdroje na základě názvu. Analýzou obsahů jsme se dopátrali k příslušným relevantním informacím, které by byly přínosem pro tuto práci. Ty jsme následně podrobili studiu a přenesli do textu. Na základě této strategie jsme se pomocí metody sněhové koule dopracovali k dalším zdrojům.

Metodu sněhové koule popisuje Šanderová (2005). „Metodu sněhové koule uvádíme v případě, kdy odkazy v již nalezených zdrojích (např. literatuře) využíváme k vyhledávání dalším relevantních zdrojů, takže se nám zdroje neustále nabalují“.

4.1.2 Databáze

Dalším nástrojem pro vyhledávání informací byla databáze <http://scholar.google.cz>, pomocí které byly vyhledávány pouze zahraniční zdroje. Na základě anglických názvů klíčových slov (uvedených výše) a jejich vzájemných kombinací; pomocí metody sněhové koule jsme kumulovali vědecké články vztahující se k problematice práce.

4.1.3 Relevantní internetové stránky

Posledním nástrojem k vyhledávání informačních zdrojů byly relevantní internetové stránky. Virtuální data získané tímto nástrojem byly vyhledávány pomocí internetového prohlížeče Google. Internetový vyhledávač, posloužil jako pomocný mechanismus, pomocí něhož byly vyhledávány rozšiřující informace z již prostudovaných materiálů vztahujících se k tématu. Mezi tyto informace patřily statistické informace, obrázkové ilustrace aj.

Celkem bylo pomocí výše uvedených metod nalezeno 84 zdrojů, které jsou uvedeny v referenčním seznamu. Počty jednotlivých zdrojů jsou uvedeny v tabulce (Tabulka 12).

Tabulka 12. Použité zdroje v diplomové práci

DRUH ZDROJE	NMŮŽSTVÍ VYHLEDANÝCH TITULŮ
Knihy	50
Odborné časopisy	2
Učební texty a studijní materiály	3
Vědecké články	13
Data z internetových zdrojů	16
Celkem	84

Pro transfer a implementaci poznatků získaných na základě studia informačních zdrojů do konkrétní podoby práce, byl použit textový editor Microsoft Word metodou ruční analýzy. Ruční analýza byla použita jako pomocná metoda záznamu. Pro tvorbu tabulek a zápis datových informací byl použit opět Microsoft Word. Pro tvorbu schémat byl použit program Malování a Microsoft Word.

4.2 Analýza dat

Základní metodou, která byla pro tuto práci při její realizaci použita, byla analýza, jakožto nezbytný empirický přístup u práce teoretického charakteru. Analýza (z řeckého „ana-lyó“ – rozvažují, rozpouštím) je postupem, jímž se zkoumaný jev rozkládá na jeho jednotlivé části a zjišťují se vztahy mezi prvky celku a navzájem mezi každým prvkem a celkem (Geist, 1992, 22).

4.2.1 Sekundární analýza dat

Sekundární analýza dat představuje analytickou metodu diplomové práce. Tato metoda byla použita pro zhotovení 2. kapitoly, která nese název „Přehled poznatků“. „Jako analýzu sekundárních dat označujeme užití již existujících dat, abychom odpověděli na novou výzkumnou otázku“ (Jandourek, 2012, 46). „Sekundární analýzu popisujeme jako zvláštní metodu, která systematicky hodnotí několik tematicky stejně zaměřených prací, vyhodnocuje je z nových kritérií a zobecňuje poznatky na kvalitativně nové úrovni“ (Čihovský, 2006, 10).

Výstupem sekundární analýzy dat je nejen zhotovení přehledu poznatků, ale také vytvoření referenčního seznamu čítajícího 84 titulů.

4.2 Metodika praktické části

Práce využívá empirické deskriptivně – analytické metody kvantitativního výzkumu k ucelenému zpracování, utřídění a kritickému analyzování přehledu poznatků o aktuálním odborném problému. Metodou výběru výzkumného vzorku byl záměrný výběr z populace. Při terénním sběru dat byla použita metoda testování. Pro testování osob bylo použito

deskriptivní metody dotazníkového šetření. Pro toto dotazníkové šetření byla zvolena jedna z explorativních metod, kterou je výzkumná technika dotazník.

4.2.1 Výzkumný soubor

Do výzkumu byli zařazeni jedinci, jejichž životní styl obsahuje atributy holistického přístupu ke zdraví a žijí v souladu s přirozeným ekologickým životním prostředím na území Třineckého regionu. K participaci na výzkumu byli vyzváni všichni jedinci, kteří by měli potenciálně pozitivní vztah vzhledem k výzkumnému problému.

Celkem bylo takto osloveno 12 osob. Účast na výzkumu přislíbilo všech 12 dotázaných (8 mužů a 4 ženy). Absolvování dotazníkového šetření se mohli zúčastnit všichni probandi, kteří splňovali všechny předpoklady pro holistický přístup ke zdraví tj. (akceptování bio-psycho-socio-spirituálního přístupu k životu) a žít v souladu s přirozeně ekologickým prostředím. Na základě tohoto kritéria muselo být z dotazníkového šetření vyloučeno 6 osob (4 muži a 2 ženy), kteří nespĺňovali předepsané kritéria. A to z důvodu ignorování spirituality jako součásti života nebo nezájmu o ekologické životní prostředí.

Výsledný počet respondentů, kteří předepsané kritéria splnili, čítal 6 lidí (4 muži a 2 ženy). Výzkumný soubor lze charakterizovat, jako jedince, jejichž životní styl akceptuje holistický přístup ke zdraví a žijí v souladu s přirozeně ekologickým životním prostředím. Podrobnější popis probandů je uveden v tabulce (Tabulka 13).

Tabulka 13. Popis souboru – sociodemografické údaje

POČET RESPONDENTŮ	CELÝ SOUBOR (n=6)	MUŽI (n=4)	ŽENY (n=2)
Průměrný věk	32,8	28,5	41,5
Počet respondentů ve věku 20-35 let	5	4	1
Počet respondentů ve věku 36-60 let	1	0	1
Vzdělání			
Středoškolské s maturitou	2	2	0
Vysokoškolské	4	2	2
Zaměstnání			
Pracující	5	3	2
Student	1	1	0
Způsob bydlení	Sám/sama	S partnerem (kou)	S rodiči
	2	4	0

Ve smyslu etických aspektů sběru dat, nebyl nikdo vyloučen z dotazníkového šetření. Probandi byli seznámeni s etickými principy nakládání s jejich daty; byli seznámeni s účelem dotazníkového šetření, obeznámeni s dotazníkovými technikami (dotazníky), vysvětleny nejasnosti při nepochopení zadání a zachování anonymity.

4.2.2 Sběr dat

Za účelem splnění cíle diplomové práce bylo realizováno dotazníkové šetření čtyřmi dotazníkovými technikami (Dotazník kvality života (WHOQOL) – BREF, Dotazník životní spokojenosti (DŽS), Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě (IPAQ) a Dotazník strategie zvládání stresu (SVF 78)) a to formou vyhodnocení pomocí standardizovaných manuálů a statistickým zpracováním dat. Jelikož se jednalo o individuální sezení, bylo probandům poskytnuto libovolné množství času na vyplnění čtyř dotazníků. Aby nedošlo k ovlivnění testování únavou nebo časovou tenzí, byla pro sezení zvolena neutrální doba konce týdne (sobota a neděle). Časové rozmezí vyplňování dotazníků u jednotlivých probandů se pohybovalo mezi 1hodinou a 30 minut až 2 hodinami a 30 minut. Po ukončení sezení byly standardizované dotazníky založeny do obálky, aby byla zachována validita dotazníků a ochráněna autorská práva vydavatelů. Pro zájem probandů o výsledky hodnocení jejich kvality života, životní spokojenosti, úrovně jejich pohybové aktivity a preferované strategie zvládání stresu, byly tyto výsledky po zpracování a vyhodnocení jednotlivým probandům předloženy.

4.2.3 Zpracování dat

Získaná data byla podrobena zpracování dat. To probíhalo hned několika způsoby. Vzhledem k tematické rozdílnosti charakteristik jednotlivých testovacích nástrojů byla data zpracována, ústním hodnocením, vyhodnocováním pomocí předepsaných vyhodnocovacích manuálů a statistickým zpracováním dat pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel.

Data, získaná pomocí dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF, byla přepsána tabulkového editoru Microsoft Excel, kde byla následně vyhodnocena pomocí vyhodnocovacího manuálu. Pro vytvoření hrubých skóru domén a jejich transformaci na hodnotu 4-20 je použita metodika dle Dragomirecké (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, 23).

Jako výstupní číselné hodnoty pro vyhodnocení kvality života jednotlivých probandů byly použity finální skóre jednotlivých domén a minimální a maximální hodnoty jak tomu je např. u (Bužgová & Hájková & Jasioková, 2009, 250).

Data, získaná pomocí dotazníku životní spokojenosti (DŽS), byla přepsána do tabulkového editoru Microsoft Excel, kde byla vyhodnocena pomocí statistického zpracování dat. K popisu výstupných odpovědí probandů a dalším charakteristikám souboru byly stanoveny základní popisné charakteristiky, kterými jsou celková suma, směrodatná odchylka, aritmetický průměr, četnost probandů skórujících na 7bodové škále, procentuální vyjádření celkové sumy a celkové subjektivní životní spokojenosti, které slouží jako výstupní číselné hodnoty k hodnocení životní spokojenosti probandů.

Data, získaná pomocí mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ), nebyla nijak statisticky zpracována. Výstupní charakteristiky dotazníku o pohybové aktivitě probandů, byly vyhodnocovány ústním hodnocením. K popisu úrovně pohybové aktivity probandů byly použity informace o intenzitě, frekvenci a druhu pohybové aktivity.

Data, získaná pomocí dotazníku strategie zvládání stresu (SVF 78) byla přepsána tabulkového editoru Microsoft Excel, kde byla vyhodnocena pomocí vyhodnocovacího manuálu dle Švancary (2003). Výsledné číselné hodnoty byly vyhodnocovány podle subtestů SVF 78 (Janke & Erdmannová, 2003). Na základě výsledných hodnot sub testů byly stanoveny preferované dopingové strategie všech probandů.

4.2.4 Popis výzkumných technik – dotazníky

Pro získávání informací pro praktickou část práce bylo použito deskriptivně – analytických metod kvantitativního výzkumu. Specifickou metodou bylo kvantitativní dotazníkové šetření. P. Gavora (2000) vymezuje dotazník jako „způsob kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“ (Chráska, 2007, 163). Pro samotnou realizaci dotazníkového šetření byly použity čtyři standardizované dotazníky: Dotazník kvality života (WHOQOL) – BREF), Dotazník životní spokojenosti (DŽS), Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě (IPAQ) a Dotazník strategie zvládání stresu (SVF 78). Těmito nástroji se získávaly podklady pro hodnocení

životního stylu a vybraných ukazatelů zdraví u jedinců preferujících holistický přístup ke zdraví a žijících v ekologickém prostředí.

4.3.1 Dotazník kvality života (WHOQOL) – BREF

Tento dotazník byl vyvinut The World Health Organization. V originálním znění nese název Quality of life (WHOQOL) – BREF. Překlad do českého znění byl koordinován WHO pro Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti v ČR (NFP).

Dotazník „WHOQOL-100 sestává ze 100 položek. Dotazník WHOQOL-BREF sestává z 24 položek sdružených do čtyř domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek). Tato zkrácená forma dotazníku vychází z dotazníku WHOQOL-100. Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Znění položek bylo beze změn převzato z plné verze dotazníku“ (www.adiktologie.cz, 16. 3. 2015).

Mezi dané domény patří fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dvě samostatné položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Dílčí členění jednotlivých domén je následující:

- Doméně *fyzického zdraví* odpovídají položky dotazníku WHOQOL-BREF 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.
- Doméně *prožívání* odpovídají položky dotazníku WHOQOL-BREF 5, 6, 7, 11, 19, 26.
- Doméně *sociálních vztahů* odpovídají položky dotazníku WHOQOL-BREF 20, 21, 22, 8.
- Doméně *prostředí* odpovídají položky dotazníku WHOQOL-BREF 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

Pro stanovení kritérií, na základě kterých byly výsledné hodnoty tranpondovány pomocí „vyhodnocovacího manuálu“ (Dragomírecká & Bartoňová, 2006, 23), byly dané „populační normou (n – 310) Dragomírecké“ (Dragomírecká, Bartoňová, 2006b, 42). Kritéria dané populační normou jsou uvedeny v tabulce (Tabulka 14).

DOMÉNY	POPULAČNÍ NORMA (n – 310)		
	průměr	minimum	maximum
Dom 1 – fyzické zdraví	15,55	5,14	20,00
Dom 2 – duševní zdraví	14,78	6,67	20,00
Dom 3 – sociální vztahy	14,98	4,00	20,00
Dom 4 – životní podmínky	13,30	6,00	18,50
Q 1- celková kvalita života	3,82	1,00	5,00
Q2 – spokojenost se svým zdravím	3,68	1,00	5,00

Tabulka 14. Průměrné skóre domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení u běžné populace (Dragoírecká & Bartoňová, 2006b, 42).

4.3.2 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

Dotazník také známý jako DŽS (dotazník životní spokojenosti) byl vyvinut v Německu v roce 2001 Jochenem Fahrenbergem, Michaellem Myrtekem, Jörgem Schumacherem a Elmarem Brählerem. První české vydání přeložil a upravil Tomáš Rodný a Kateřina Rodná. Tento dotazník se používá pro individuální diagnostiku i pro posuzování kvality života u vybraných skupin populace (Rodná & Rodný, 2001).

„DŽS je určen k objektivnímu posuzování celkové životní spokojenosti a životní spokojenosti v deseti významných oblastech, utvářejících tuto spokojenost. Tyto oblasti či jednotlivé škály dotazníku jsou: zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí, příbuzní a bydlení“ (www.testcentrum.com, 16. 3. 2015).

„Každá ze škál je sycena sedmi položkami. Do výpočtu celkové životní spokojenosti se započítávají pouze zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí, příbuzní a bydlení“ (www.testcentrum.com, 16. 3. 2015). Pro názornou představu hodnotící škály je uvedena tabulka (Tabulka 15). Pro hodnocení dílčích oblastí DŽS a celkové hodnocení životní spokojenosti se používá normativních hodnot (Rodná & Rodný, 2001), které jsou uvedeny v tabulce (Tabulka 16),

Tabulka 15. Hodnotící škály dotazníku životní spokojenosti

Příklad:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	velmi nespokojen (a)	nespokojen (a)	Spíše nespokojen (a)	Ani spokojen (a) ani nespokojen	Spíše spokojen (a)	Spokojen (a)	Velmi spokojen (a)
S počasím jsem...							

Tabulka 16. Normativní hodnoty DŽS (Rodná & Rodný, 2001).

Oblast DŽS	Zdraví	Práce	Finance	Volný čas	Manželství	Děti	Vlastní osoba	Sexualita	Přátelé	Bydlení	SUMA
Norma	41,17	36,14	31,92	36,62	39,31	40	38,88	35,96	37,58	35,94	258,08

4.3.3 Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě (IPAQ)

Pro zjištění dat o pohybové aktivitě a inaktivitě v posledních sedmi dnech byla aplikována standardizovaná krátká verze administrativní verze Mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) (Craig et al., 2003; Fogelholm et al., 2006; Frömel et al., 2004).

„Dotazník obsahuje otázky hodnotící dobu trvání a týdenní četnost provádění intenzivní pohybové aktivity, středně zatěžující pohybové aktivity a chůze při aktivitách v rámci zaměstnání, při přepravě, v rámci práce doma a v okolí domu a ve volném čase. Samostatnou kategorií tvoří otázky zaměřené na čas strávený sezením a doplňkové demografické a osobní údaje o respondentovi (věk, pohlaví, placené zaměstnání, velikost místa bydliště, kuřáctví, vlastnictví psa, kola, chaty či auta, typ bydlení, způsob života, účast v organizovaných

formách pohybové aktivity a nejčastěji realizovaný a preferovaný druh pohybové aktivity)“ (Feltlová, D & kol., 2010). Otázky kladené na probandy jsou časově vztaženy na realizovanou pohybovou aktivitu v posledních 7 dnech. Znění otázek je následující:

1. V kolika dnech, během posledních 7 dnů, jste prováděl/a intenzivní pohybovou aktivitu, například zvedání těžkých břemen, kopání rytí, aerobik nebo jízdu na kole?
2. Kolik času jste obvykle strávil/a při intenzivní pohybové aktivitě v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?
3. V kolika dnech, během posledních 7 dnů, jste prováděl/a středně zatěžující pohybovou aktivitu například nošení lehčích břemen, jízdu na kole běžnou rychlostí nebo čtyřhru v tenise? Nezahrnuje chůzi.
4. Kolik času jste obvykle strávil/a při středně zatěžující pohybové aktivitě v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?
5. V kolika dnech, během posledních 7 dnů, jste chodil/a nepřetržitě alespoň 10 minut?
6. Kolik času jste obvykle strávil/a chůzí v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?
7. Kolik času denně jste obvykle strávil/a sezením v pracovních dnech (v průměru za jeden pracovní den)?

4.3.4 Dotazník strategie zvládnání stresu SVF 78

Pro schopnost zvládnání zátěžových situací byl zvolen dotazník strategie zvládnání stresu SVF 78 (Strategie zvládnání stresu). Tento dotazník vyvinuli Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová. České znění dotazníku vydalo Testcentrum v Praze roku 2003. „O přeložení a úpravu dotazníku do české podoby se postaral Josef Švancara“ (Švancara, 2003).

Test se využívá při „individuální diagnostice i při srovnávání skupin vystavených různým formám zátěže jako jsou náročné situace, v oblasti klinické psychologie, pracovní a poradenské psychologii atd. Dotazník SVF umožňuje zachytit variabilitu způsobů, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zpracování a zvládnání zátěžových situací. „Pro první české

vydání byla zvolena nová verze SVF 78, která obsahuje 13 škál.“ (www.testcentrum.com., 18. 3. 2015).

Jako „dotazníková metoda vychází SVF z předpokladu, že strategie určité osoby při zpracování stresu jsou natolik vědomé, že se lze na ně pomocí verbálních technik dotázat. Zpracování výsledků SVF 78 umožňuje analýzu strategií směřujících k redukci stresu (pozitivní strategie) nebo vedoucích k zesílení stresu (negativní strategie)“ (www.testcentrum.com. 18. 3. 2015). Po vyhodnocení odpovědí probandů pomocí „subtestů“ (Janke & Erdmannová, 2003), lze stanovit preferované strategie zvládání stresu, které jsou uvedeny v tabulce (Tabulka 18).

Pro celkové hodnocení zjišťujeme celkovou pozitivní strategii a negativní strategii. V rámci celkové pozitivní strategie dále rozlišujeme ještě tři dílčí strategie: *Pozitivní strategie 1* (strategie podhodnocení a devalvace viny) zahrnující strategie podhodnocení a odmítání viny, *Pozitivní strategie 2* (strategie odklonu) zahrnující strategie odklon a náhradní uspokojení a *Pozitivní strategie 3* (Strategie kontroly) zahrnující strategie kontrola situace, kontrola reakce a pozitivní sebeinstrukce. *Negativní strategie* sestává z následujících strategií: úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Celkové výsledky dále podléhají komparaci s populační normou (Tabulka 17) Jankeho & Erdmannové (2003).

Tabulka 17. Populační normy (PN) Jankeho & Erdmannové (2003)

Strategie SVF 78	Pozitivní strategie	Negativní strategie	Podhodnocení	Odmítání viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Sociální opora	Vyhýbavost	Únikové tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
PN	12,22	10,52	9,48	10,71	11,83	8,91	16,78	15,41	16,37	12,89	11,97	8,24	15,13	8,04	10,64

Tabulka 18. Popis subtestů SVF 78 (Janke & Erdmannová, 2003)

Název subtestu	Charakteristika
Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout
Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

4.2.4 Interpretace výsledků

Jelikož se jednalo o malý výzkumný soubor, byla pro interpretaci výsledků probandů záměrně zvolena forma profilu probanda. Šest profilů vykazuje výsledky dotazníkového šetření. Obsahuje demografické údaje probandů, strukturovaný text obsahující výsledky, grafologické znázornění výsledků a tabulkové znázornění výsledků.

5 VÝSLEDKY

5.1 Proband 1

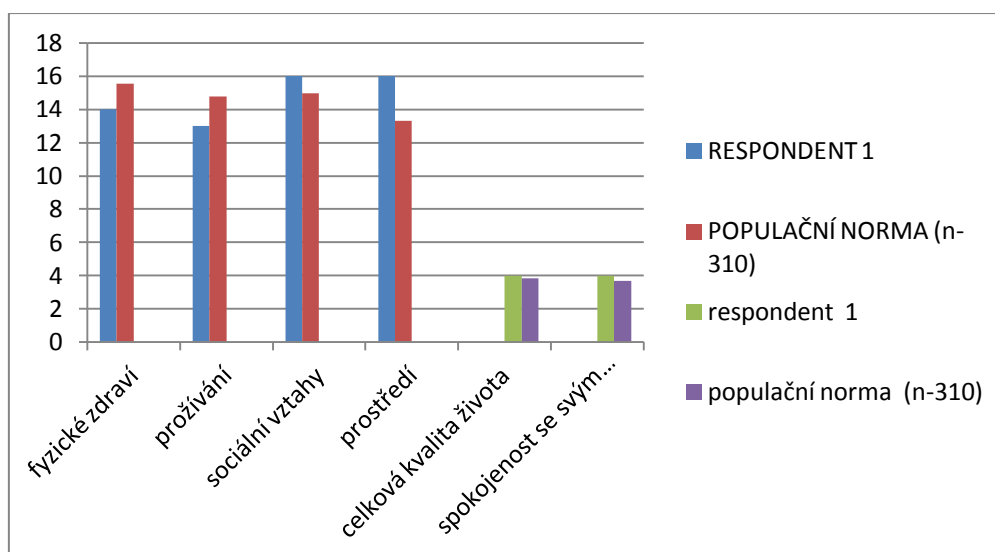
První proband je muž ve věku 28 let. Vysoký 185 cm a váží 77 kg. Proband je české národnosti narozený v okrese Frýdek - Místek. Je svobodný a žije se svou partnerkou v malé obci Bukovec v rodinném domě. Proband má ukončené vysokoškolské vzdělání a v současné době je zaměstnaný. Je kuřák, vlastní jízdní kolo, automobil, chatu a nevlastní žádné domácí zvíře.

Výsledky dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF

První proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých domén: fyzické zdraví 14, prožívání 13, sociální vztahy 16, prostředí 16, celková kvalita života 4, spokojenost se svým zdravím 4. Minimální dosažená hodnota 13 a maximální dosažená hodnota 16. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Dragomirecké & Bartoňové (2006) je znázorněno na obrázku (Obrázek 10).

Proband se pohybuje ve dvou případech pod hranicí populační normy a to v případě domény fyzické zdraví a prožívání. Proband převyšuje populační normu v doménách sociální vztahy, prostředí, celková kvalita života a spokojenost se svým zdravím. Ve svých dosažených výsledcích se proband nepřibližuje ve všech doménách ani k populačním minimům ani k populačním maximům.

Obrázek 10. Hodnoty probanda vzhledem k normě Dragomirecké & Bartoňové (2006)



Výsledky dotazníku životní spokojenosti (DŽS)

První proband vykazuje následující četnosti u jednotlivých bodovacích škál; bodovací škála 1-3 čítá 3 odpovědi, bodovací škála 4 čítá 8 odpovědí a 45 odpovědí v bodovací škále 5-7. Proband dále dosáhl v jednotlivých oblastech životní spokojenosti v rozmezí 0-49 bodů následujícího skóre: oblast zdraví 31, oblast práce a zaměstnání 38, oblast finanční situace 39, oblast volného času 33, oblast vlastní osoby 35, oblast sexuality 40, oblast přátelé, známí, příbuzní 41, oblast bydlení 35.

Z celkového množství 392 bodů dosáhl proband celkového skóre 292. Suma vzhledem k hodnotící normě Rodný & Rodná (2001) činí 254. Všechny uvedené hodnoty jsou znázorněny v tabulce (Tabulka 19).

V procentuálním hodnocení odpovídá výsledná hodnota 292 bodů 74,5%. Proband ohodnotil svou celkovou subjektivní životní spokojenost 70%.

Tabulka 19. Četnost probandů skórujících na 7 bodové škále a celková suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)

Oblast DŽS Respondent 1	Bodová škála - četnost bodování			Skóre
	1-3	4	5-7	
Zdraví	1	3	3	31
Práce a zaměstnání	0	1	6	38
Finanční situace	0	0	7	39
Volný čas	0	2	5	33
Vlastní osoba	1	0	6	35
Sexualita	0	0	7	40
Přátelé, známí a příbuzní	0	1	6	41
Bydlení	1	1	5	35
Suma	3	8	45	292
Suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)	Suma – práce a zaměstnání =			254

Výsledky mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ)

První proband v posledních 7 dnech prováděl intenzivní PA 2 dny v týdnu a obvykle strávil při intenzivní PA v jednom z těchto dnů v průměru 1 hodinu a 30 minut. Během posledních 7 dnů prováděl proband středně zatěžující PA 6 dnů v týdnu a obvykle strávil při

středně zatěžující PA v jednom z těchto dnů průměrně 2 hodiny denně. Proband v posledních 7 dnech chodil nepřetržitě alespoň 10 minut 6 dnů v týdnu a obvykle strávil chůzí v jednom z těchto dnů průměrně 2 hodiny denně. V pracovních dnech pak respondent obvykle strávil v průměru 5 hodin sezením za jeden pracovní den.

Proband se pravidelně účastní organizované PA po většinu roku s frekvencí 2x týdně. Sportovní činnost, kterou proband během roku nejčastěji provozuje je stolní tenis. Tu také provozuje nejraději. Proband se také účastní pohybové rekreace. Mezi činnostmi, které nejraději během pohybové rekreace provozuje, patří pěší turistika a jízda na jízdním kole.

Včetně habituálních aktivit, kterými jsou, spánek, čtení, psaní, studium, konzumace jídla, psaní na počítači, řízení auta, vaření, mytí a hygieny, nakupování atd., Proband vzhledem k ročnímu období realizuje činnosti spojené s údržbou rodinného domu, kterými jsou např, hrabání listí, rytí a okopávání, házení sněhu lopatou, štípání dříví a řezání ruční pilou aj.

Výsledky dotazníku strategie zvládnání stresu (SVF 78)

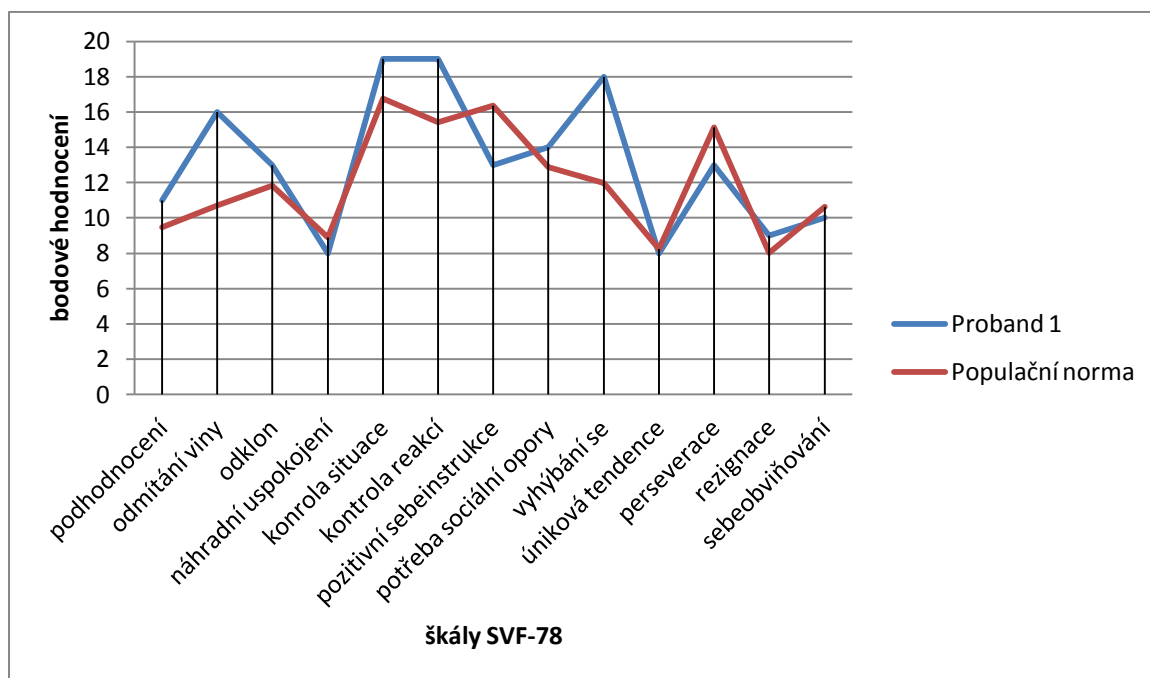
První proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých subtestů: podhodnocení 11, odmítání viny 16, odklon 13, náhradní uspokojení 8, kontrola situace 19, kontrola reakcí 19, pozitivní sebeinstrukce 13, potřeba sociální opory 14, vyhýbání se 18, úniková tendence 8, perseverace 13, rezignace 9, sebeobviňování 10. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003) je znázorněno na obrázku (Obrázek 11).

Ve srovnání s populační normou se nachází proband z hlediska pozitivních strategií nad hranicí populační normy v případech podhodnocení, odmítání viny, odklonu, kontrola situace a kontrola reakcí. Pod hranicí se nachází proband v případě náhradního uspokojení a pozitivní sebeinstrukce.

Z hlediska negativních strategií se proband ve srovnání s populační normou nachází pod hranicí populační normy v případě perseverace a sebeobviňování. Nad hranicí se nachází proband v případě únikové tendence a rezignace.

V celkovém hodnocení strategií zvládnání stresových situací se proband ve srovnání s populační normou nachází hodnotou 14,1 nad populační normou v pozitivních strategiích a hodnotou 10 pod hranicí negativních strategií.

Obrázek 11. Hodnoty probanda vzhledem k normě Jankeho & Erdmannové (2003)



5.2 Proband 2

Druhý proband je žena ve věku 55 let. Vysoká 168 cm a vážící 65 kg. Proband je české národnosti narozená v okrese Frýdek - Místek. Je ovdovělá a žije se svým partnerem v malé obci Ropice v bytovém domě. Proband má ukončené vysokoškolské vzdělání a v současné době je zaměstnaná. Je nekuřačka, vlastní jízdní kolo, automobil, chatu a vlastní psa.

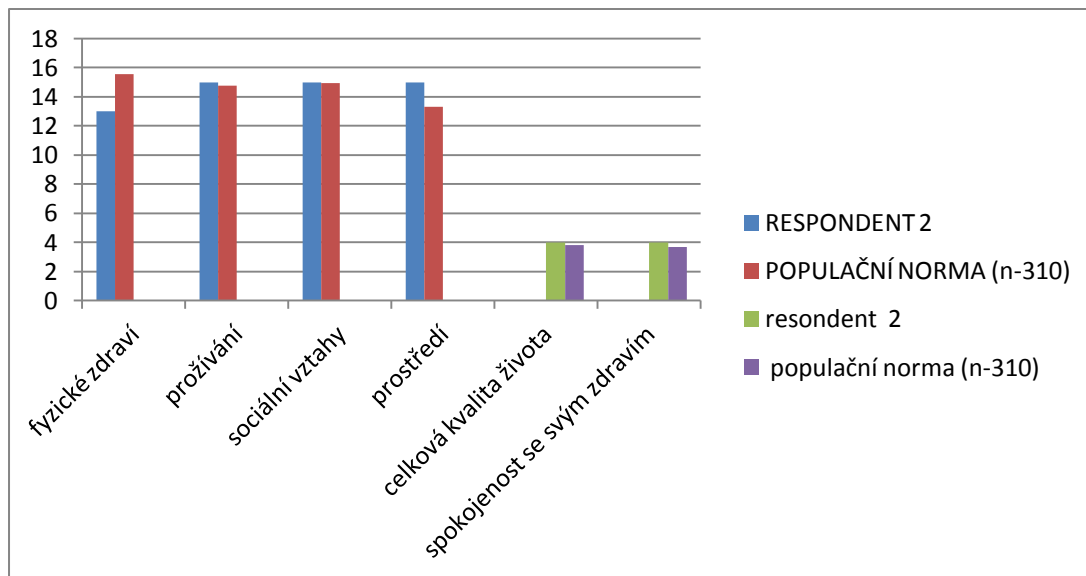
Výsledky dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF

Druhý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých domén: fyzické zdraví 13, prožívání 15, sociální vztahy 15, prostředí 15, celková kvalita života 4, spokojenost se svým zdravím 4. Minimální dosažená hodnota 13 a maximální dosažená hodnota 15. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Dragomirecké & Bartoňové (2006) je znázorněno na obrázku (Obrázek 12).

Proband se pohybuje pouze v jediném případě pod hranicí populační normy a to v doméně fyzické zdraví. Proband převyšuje populační normu v doménách prožívání, sociální vztahy, prostředí, celková kvalita života a spokojenost se svým zdravím. Ve svých dosažených

výsledcích se proband nepřibližuje ve všech doménách ani k populačním minimům ani k populačním maximům.

Obrázek 12. Hodnoty probanda vzhledem k normě Dragomirecké & Bartoňové (2006)



Výsledky dotazníku životní spokojenosti (DŽS)

Druhý proband vykazuje následující četnosti u jednotlivých bodovacích škál; bodovací škála 1-3 nečítá žádnou odpověď, bodovací škála 4 čítá 6 odpovědí a 50 odpovědí v bodovací škále 5-7. Proband dále dosáhl v jednotlivých oblastech životní spokojenosti v rozmezí 0-49 bodů následujícího skóre: oblast zdraví 42, oblast práce a zaměstnání 41, oblast finanční situace 39, oblast volného času 41, oblast vlastní osoby 39, oblast sexuality 40, oblast přátel, známí, příbuzní 31, oblast bydlení 41.

Z celkového množství 392 bodů dosáhl proband celkového skóre 314. Suma vzhledem k hodnotící normě Rodný & Rodná (2001) činí 273. Všechny uvedené hodnoty jsou znázorněny v tabulce (Tabulka 20).

V procentuálním hodnocení odpovídá výsledná hodnota 314 bodů 80,1%. Proband ohodnotil svou celkovou subjektivní životní spokojenost 80%.

Tabulka 20. Četnost probandů skórujících na 7 bodové škále a celková suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)

Oblast DŽS Respondent 2	Bodová škála - četnost bodování			Skóre
	1-3	4	5-7	
Zdraví	0	0	7	42
Práce a zaměstnání	0	0	7	41
Finanční situace	0	1	6	39
Volný čas	0	0	7	41
Vlastní osoba	0	0	7	39
Sexualita	0	0	7	40
Přátelé, známí a příbuzní	0	5	2	31
Bydlení	0	0	7	41
Suma	0	6	50	314
Suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)	Suma – práce a zaměstnání =			273

Výsledky mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ)

Druhý proband v posledních 7 dnech neprováděl žádnou intenzivní PA. Během posledních 7 dnů prováděl proband středně zatěžující PA 3 dny v týdnu a obvykle strávil při středně zatěžující PA v jednom z těchto dnů průměrně 1 h denně. Proband v posledních 7 dnech chodil nepřetržitě alespoň 10 min 7 dnů v týdnu a obvykle strávil chůzí v jednom z těchto dnů průměrně 2 hodiny a 30 minut denně. V pracovních dnech pak proband obvykle strávil v průměru 4 hodiny sezením za jeden pracovní den.

Proband se organizované PA neúčastní. Sportovní činnosti neprovozuje. Proband provozuje činnosti spojené s pohybovou rekreací. Nejčastěji provozuje jízdu na jízdním kole, plavání, chůzi se psem a sběr lesních plodů. Tyto činnosti také provozuje nejraději.

Včetně habituálních aktivit, kterými jsou, spánek, čtení, psaní, studium, konzumace jídla, psaní na počítači, řízení auta, vaření, mytí a hygieny, nakupování atd., proband vzhledem k ročnímu období realizuje činnosti spojené s údržbou bytového domu, kterými jsou např. zametání, vaření, mytí nádobí, čištění oken, leštění podlahy, klepání koberce, čištění nábytku aj.

Výsledky dotazníku strategie zvládání stresu (SVF 78)

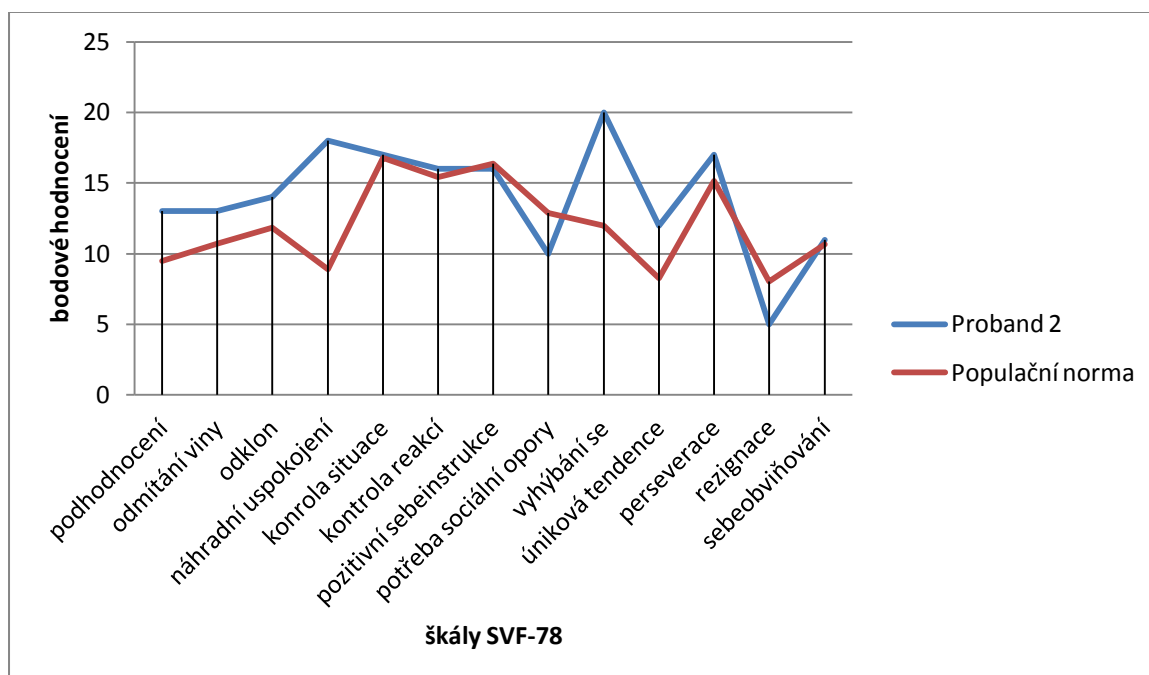
Druhý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých subtestů: podhodnocení 13, odmítání viny 13, odklon 14, náhradní uspokojení 18, kontrola situace 17, kontrola reakcí 16, pozitivní sebeinstrukce 16, potřeba sociální opory 10, vyhýbání se 20, úniková tendence 12, perseverace 17, rezignace 5, sebeobviňování 11. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003) je znázorněno na obrázku (Obrázek 13).

Ve srovnání s populační normou se nachází proband z hlediska pozitivních strategií nad hranicí populační normy v případech podhodnocení, odmítání viny, odklonu, náhradního uspokojení, kontroly situace a kontroly reakcí. Pod hranicí se nachází proband v případě pozitivní sebeinstrukce.

Z hlediska negativních strategií se proband ve srovnání s populační normou nachází pod hranicí populační normy pouze v případě rezignace. Nad hranicí se nachází proband v případě únikové tendence perseverace a sebeobviňování.

V celkovém hodnocení strategií zvládání stresových situací se proband ve srovnání s populační normou nachází hodnotou 14,1 nad populační normou v pozitivních strategiích a hodnotou 10 pod hranicí negativních strategií.

Obrázek 13. Hodnoty probanda vzhledem k normě Jankeho & Erdmannové (2003)



5.3 Proband 3

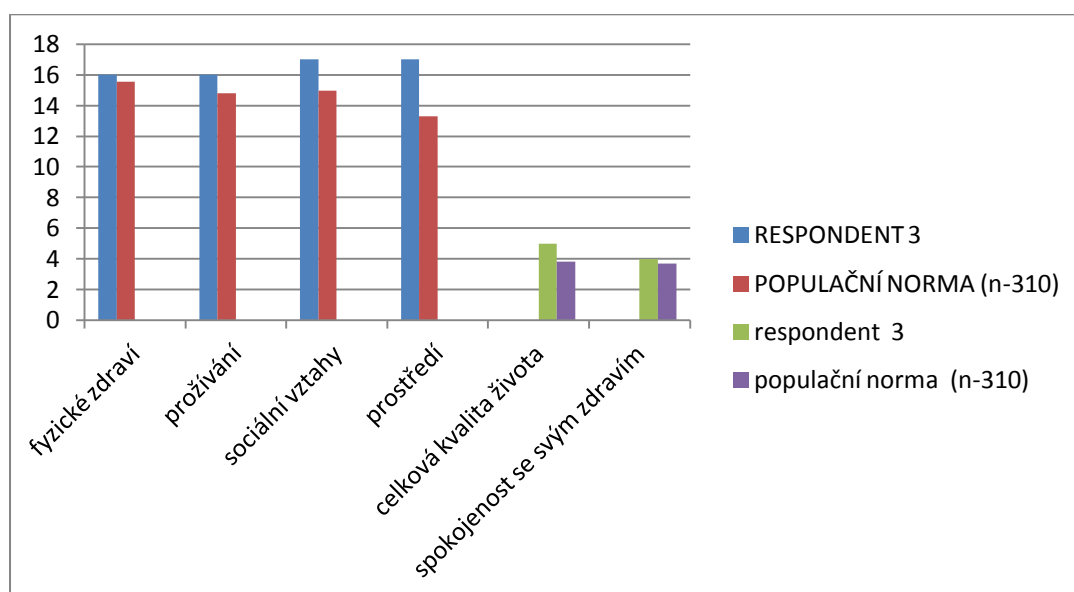
Třetí proband je žena ve věku 28 let. Vysoká 160 cm a váží 53 kg. Proband je české národnosti narozená v okrese Praha. Je svobodná a žije se svým partnerem v malé obci Bukovec v rodinném domě. Proband má ukončené vysokoškolské vzdělání a v současné době je zaměstnaná. Je nekuřačka, vlastní jízdní kolo, automobil, chatu a nevlastní žádné domácí zvíře.

Výsledky dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF

Třetí proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých domén: fyzické zdraví 16, prožívání 16, sociální vztahy 17, prostředí 17, celková kvalita života 5, spokojenost se svým zdravím 4. Minimální dosažená hodnota 16 a maximální dosažená hodnota 17. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Dragomirecké & Bartoňové (2006) je znázorněno na obrázku (Obrázek 14).

Proband se pohybuje ve všech případech nad hranicí populační normy. Proband převyšuje populační normu v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí, celková kvalita života i spokojenost se svým zdravím. Ve svých dosažených výsledcích se proband nepřibližuje ani v jedné doméně k populačním minimům. V doméně celkové kvality života dosáhla populačního maxima. Ve všech ostatních doménách se populačním maximům nepřibližuje.

Obrázek 14. Hodnoty probanda vzhledem k normě Dragomirecké & Bartoňové (2006)



Výsledky dotazníku životní spokojenosti (DŽS)

Třetí proband vykazuje následující četnosti u jednotlivých bodovacích škál; bodovací škála 1-3 čítá 1 odpověď, bodovací škála 4 čítá 7 odpovědí a 48 odpovědí v bodovací škále 5-7. Proband dále dosáhl v jednotlivých oblastech životní spokojenosti v rozmezí 0-49 bodů následujícího skóre: oblast zdraví 34, oblast práce a zaměstnání 37, oblast finanční situace 39, oblast volného času 49, oblast vlastní osoby 42, oblast sexuality 43, oblast přátelé, známí, příbuzní 38, oblast bydlení 41.

Z celkového množství 392 bodů dosáhl proband celkového skóre 323. Suma vzhledem k hodnotící normě Rodný & Rodná (2001) činí 286. Všechny uvedené hodnoty jsou znázorněny v tabulce (Tabulka 21).

V procentuálním hodnocení odpovídá výsledná hodnota 323 bodů 82,4%. Proband ohodnotil svou celkovou subjektivní životní spokojenost 80%.

Tabulka 21. Četnost probandů skórujících na 7 bodové škále a celková suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)

Oblast DŽS Respondent 3	Bodová škála - četnost bodování			Skóre
	1-3	4	5-7	
Zdraví	0	2	5	34
Práce a zaměstnání	0	2	5	37
Finanční situace	0	1	6	39
Volný čas	0	0	7	49
Vlastní osoba	0	0	7	42
Sexualita	0	0	7	43
Přátelé, známí a příbuzní	1	0	6	38
Bydlení	0	2	5	41
Suma	1	7	48	323
Suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)	Suma – práce a zaměstnání =			286

Výsledky mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ)

Třetí proband v posledních 7 dnech neprováděl žádnou intenzivní PA. Během posledních 7 dnů prováděl proband středně zatěžující PA 3 dny v týdnu a obvykle strávil při středně zatěžující PA v jednom z těchto dnů průměrně 1 hodinu a 30 minut denně. Proband

v posledních 7 dnech chodil nepřetržitě alespoň 10 min 1 den v týdnu a strávil v tomto dni 30 minut chůzí. V pracovních dnech pak proband obvykle strávil sezením v průměru 1 hodinu a 30 minut za jeden pracovní den.

Proband se organizované PA účastní s frekvencí 1x za týden. Sportovní činnost, kterou respondent během roku nejčastěji provozuje je lyžování, stolní tenis a plavání. Činnost, kterou by nejraději proband provozoval běh, skialpinismus a jízda na jízdním kole. Proband se také účastní pohybové rekreace. Mezi činnostmi, které nejraději během pohybové rekreace provozuje, patří pěší turistika a jízda na jízdním kole.

Včetně habituálních aktivit, kterými jsou, spánek, čtení, psaní, studium, konzumace jídla, psaní na počítači, řízení auta, vaření, mytí a hygieny, nakupování atd., proband vzhledem k ročnímu období realizuje činnosti spojené s údržbou rodinného domu, kterými jsou např, zametání, vaření, mytí nádobí, čištění oken, leštění podlahy, klepání koberce, čištění nábytku, práce na zahrádce aj.

Výsledky dotazníku strategie zvládnání stresu (SVF 78)

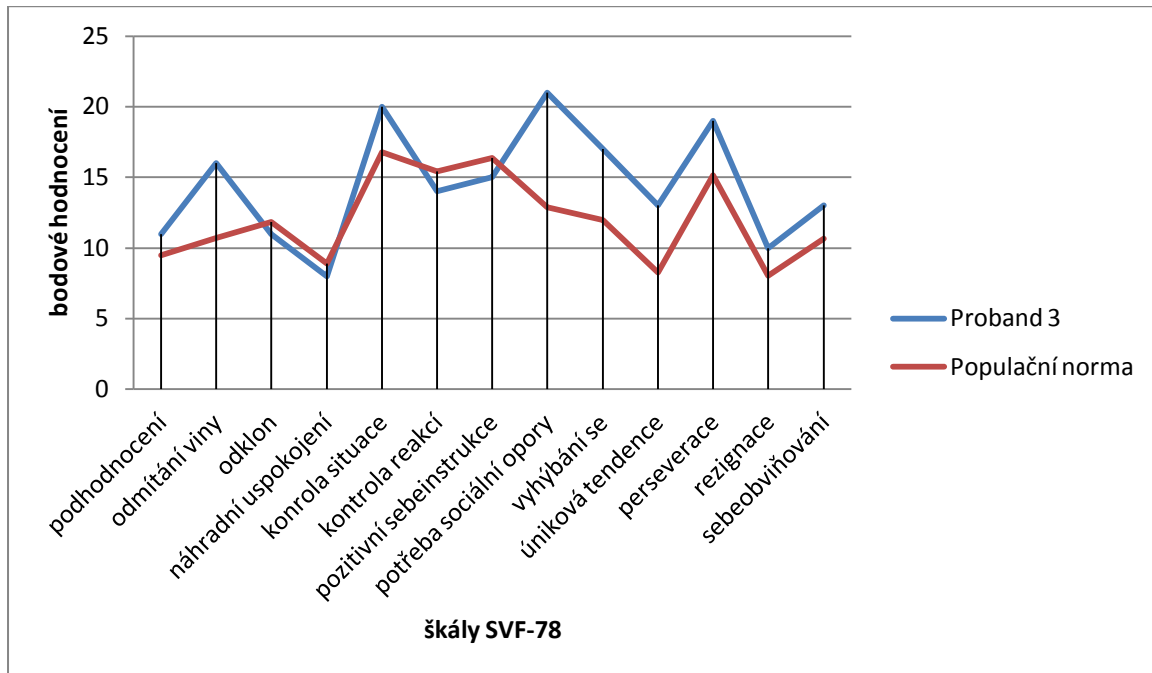
Třetí proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých subtestů: podhodnocení 11, odmítání viny 16, odklon 11, náhradní uspokojení 8, kontrola situace 20, kontrola reakcí 14, pozitivní sebeinstrukce 15, potřeba sociální opory 21, vyhýbání se 17, úniková tendence 13, perseverace 19, rezignace 10, sebeobviňování 13. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003) je znázorněno na obrázku (Obrázek 15).

Ve srovnání s populační normou se nachází proband z hlediska pozitivních strategií nad hranicí populační normy v případech podhodnocení, odmítání viny a kontroly situace. Pod hranicí se nachází proband v případě odklonu, náhradního uspokojení, kontroly reakcí a pozitivní sebeinstrukce.

Z hlediska negativních strategií se proband ve srovnání s populační normou nachází pod hranicí populační normy ve všech případech. Tedy v případě únikové tendence, perseverace, rezignace i sebeobviňování.

V celkovém hodnocení strategií zvládnání stresových situací se proband ve srovnání s populační normou nachází hodnotou 15,3 nad populační normou v pozitivních strategiích a hodnotou 11,3 nad hranicí negativních strategií.

Obrázek 15. Hodnoty probanda vzhledem k normě Jankeho & Erdmannové (2003)



5.4 Proband 4

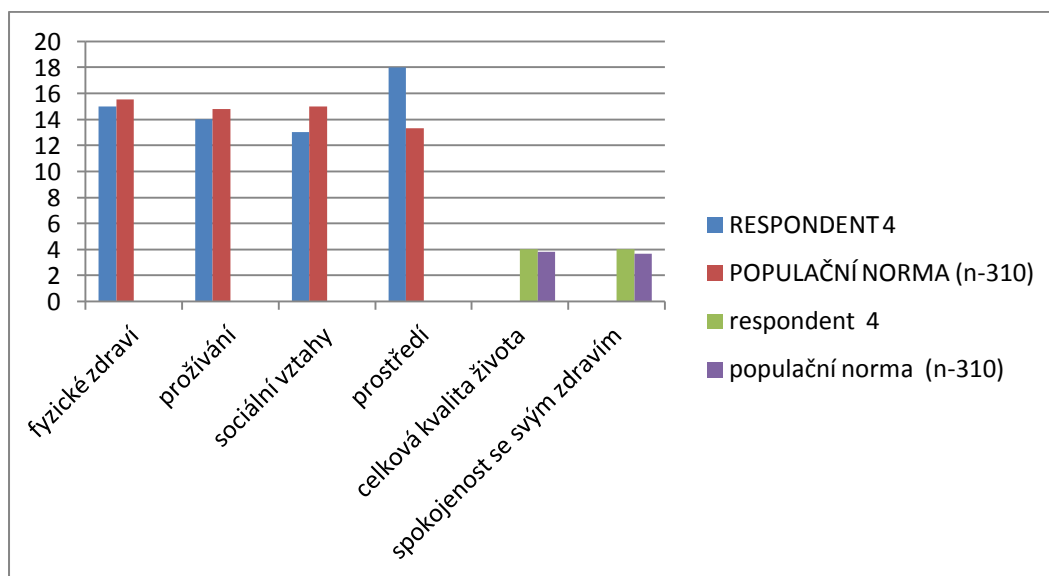
Čtvrtý proband je muž ve věku 29 let. Vysoký 192 cm a vážící 90 kg. Proband je české národnosti narozený v okrese Frýdek - Místek. Je svobodný a žije sám v menším městě Třinec v bytovém domě. Proband má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a v současné době je zaměstnaný. Je nekuřák, vlastní jízdní kolo, automobil, chatu, a nevládní žádné domácí zvíře.

Výsledky dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF

Čtvrtý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých domén: fyzické zdraví 15, prožívání 14, sociální vztahy 13, prostředí 18, celková kvalita života 4, spokojenost se svým zdravím 4. Minimální dosažená hodnota 13 a maximální dosažená hodnota 18. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Dragomirecké & Bartoňové (2006) je znázorněno na obrázku (Obrázek 16).

Proband se pohybuje ve třech případech pod hranicí populační normy a to v případě domény fyzické zdraví, prožívání a sociální vztahy. Proband převyšuje populační normu v doménách prostředí, celková kvalita života a spokojenost se svým zdravím. Ve svých dosažených výsledcích se proband nepřibližuje k populačním minimům, ale blíží se populačnímu maximu v doméně prostředí. Ve všech ostatních doménách se populačním maximům nepřibližuje.

Obrázek 16. Hodnoty probanda vzhledem k normě Dragomirecké & Bartoňové (2006)



Výsledky dotazníku životní spokojenosti (DŽS)

Čtvrtý proband vykazuje následující četnosti u jednotlivých bodovacích škál; bodovací škála 1-3 čítá 5 odpovědí, bodovací škála 4 čítá 13 odpovědí a 38 odpovědí v bodovací škále 5-7. Proband dále dosáhl v jednotlivých oblastech životní spokojenosti v rozmezí 0-49 bodů následujícího skóre: oblast zdraví 35, oblast práce a zaměstnání 33, oblast finanční situace 36, oblast volného času 35, oblast vlastní osoby 29, oblast sexuality 31, oblast přátelé, známí, příbuzní 35, oblast bydlení 44.

Z celkového množství 392 bodů dosáhl proband celkového skóre 278. Suma vzhledem k hodnotící normě Rodný & Rodná (2001) činí 245. Všechny uvedené hodnoty jsou znázorněny v tabulce (Tabulka 22). V procentuálním hodnocení odpovídá výsledná hodnota 278 bodů 70,9%. Proband ohodnotil svou celkovou subjektivní životní spokojenost 85%.

Tabulka 22. Četnost probandů skórujících na 7 bodové škále a celková suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)

Oblast DŽS Respondent 4	Bodová škála - četnost bodování			Skóre
	1-3	4	5-7	
Zdraví	0	1	6	35
Práce a zaměstnání	1	2	4	33
Finanční situace	0	2	5	36
Volný čas	0	2	5	35
Vlastní osoba	1	3	3	29
Sexualita	2	2	3	31
Přátelé, známí a příbuzní	1	1	5	35
Bydlení	0	0	7	44
Suma	5	13	38	278
Suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)	Suma – práce a zaměstnání =			245

Výsledky mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ)

Čtvrtý proband v posledních 7 dnech prováděl intenzivní PA 2 dny v týdnu a obvykle strávil při intenzivní PA v jednom z těchto dnů v průměru 2 hodiny. Během posledních 7 dnů prováděl proband středně zatěžující PA 3 dny v týdnu a obvykle strávil při středně zatěžující PA v jednom z těchto dnů průměrně 3 hodiny denně. Proband v posledních 7 dnech chodil nepřetržitě alespoň 10 minut 6 dnů v týdnu a obvykle strávil chůzí v jednom z těchto dnů průměrně 2 hodiny denně. V pracovních dnech pak proband obvykle strávil v průměru 6 hodin sezením za jeden pracovní den.

Proband se pravidelně účastní organizované PA po většinu roku s frekvencí 5x týdně. Sportovní činnost, kterou proband během roku nejčastěji provozuje je stolní tenis. Nejraději by ale proband provozoval běh v horském terénu. Proband se také účastní pohybové rekreace. Mezi činnostmi, které nejraději během pohybové rekreace provozuje, patří pěší turistika, jízda na jízdním kole, plavání, sálový fotbal a basketbal.

Včetně habituálních aktivit, kterými jsou, spánek, čtení, psaní, studium, konzumace jídla, psaní na počítači, řízení auta, vaření, mytí a hygieny, nakupování atd., Proband vzhledem k ročnímu období realizuje činnosti spojené s údržbou rodinného domu, kterými jsou např., hrabání listí, rytí a okopávání, házení sněhu lopatou, štípání dříví, práce na zahrádce aj.

Výsledky dotazníku strategie zvládnání stresu (SVF 78)

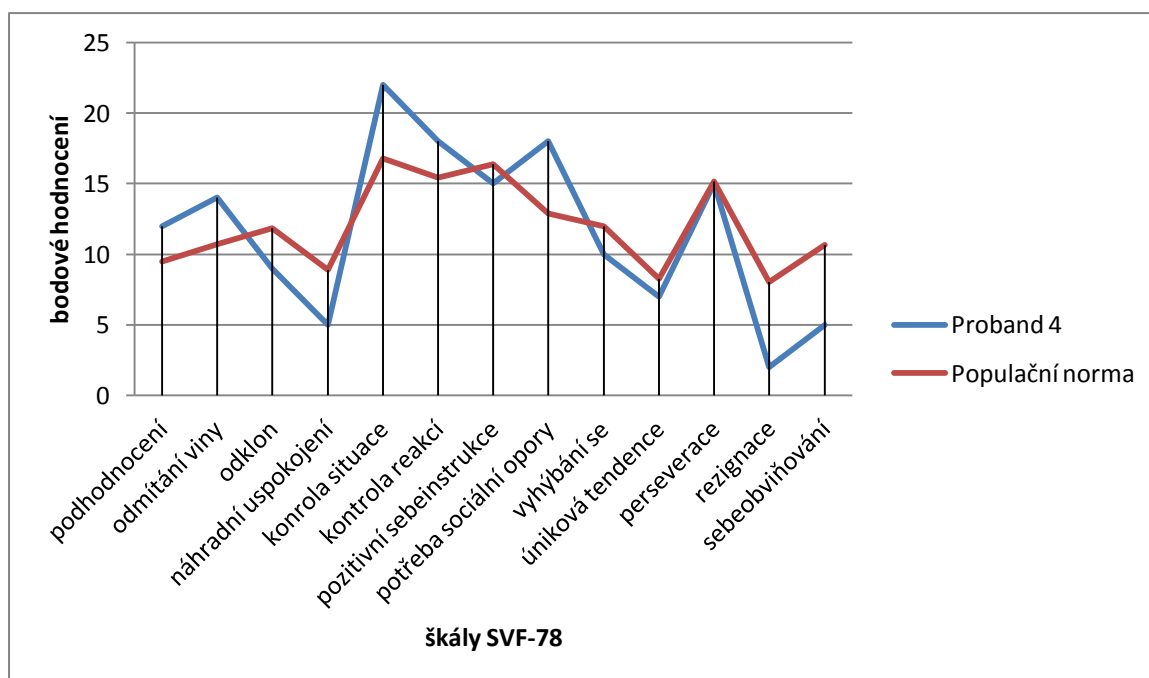
Čtvrtý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých subtestů: podhodnocení 12, odmítání viny 14, odklon 9, náhradní uspokojení 5, kontrola situace 22, kontrola reakcí 18, pozitivní sebeinstrukce 15, potřeba sociální opory 18, vyhýbání se 10, úniková tendence 7, perseverace 15, rezignace 2, sebeobviňování 5. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003) je znázorněno na obrázku (Obrázek 17).

Ve srovnání s populační normou se nachází proband z hlediska pozitivních strategií nad hranicí populační normy v případech podhodnocení, odmítání viny, kontroly situace a kontroly reakcí. Pod hranicí se nachází proband v případě odklonu, náhradního uspokojení a pozitivní sebeinstrukce.

Z hlediska negativních strategií se proband ve srovnání s populační normou nachází pod hranicí populační normy ve všech případech. Tedy v případě únikové tendence, perseverace, rezignace i sebeobviňování.

V celkovém hodnocení strategií zvládnání stresových situací se proband ve srovnání s populační normou nachází hodnotou 13,5 nad populační normou v pozitivních strategiích a hodnotou 13,8 nad hranicí negativních strategií.

Obrázek 17. Hodnoty probanda vzhledem k normě Jankeho & Erdmannové (2003)



5.5 Proband 5

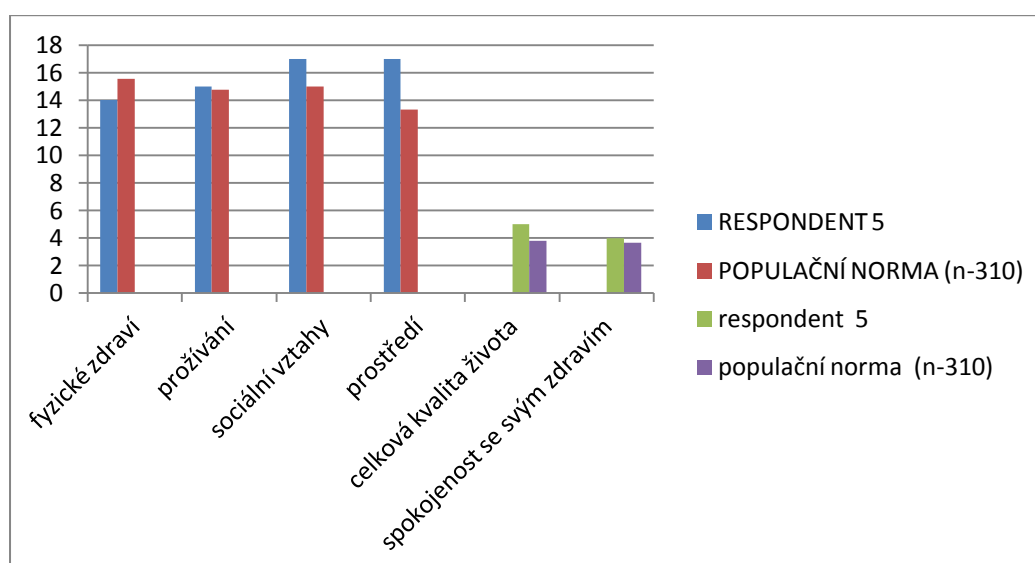
Pátý proband je muž ve věku 32 let. Vysoký 182 cm a váží 76 kg. Proband je české národnosti narozený v okrese Frýdek - Místek. Je ženatý a žije se svou manželkou v menším městě Třinec v bytovém domě. Proband má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a v současné době je zaměstnaný ve vlastní firmě. Je nekuřák, vlastní jízdní kolo, automobil, nevlastní chatu, a nevlastní žádné domácí zvíře.

Výsledky dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF

Pátý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých domén: fyzické zdraví 14, prožívání 15, sociální vztahy 17, prostředí 17, celková kvalita života 5, spokojenost se svým zdravím 4. Minimální dosažená hodnota 14 a maximální dosažená hodnota 17. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Dragomirecké & Bartoňové (2006) je znázorněno na obrázku (Obrázek 18).

Proband se pohybuje pouze v jediném případě pod hranicí populační normy a to v případě domény fyzické zdraví. Proband převyšuje populační normu v doménách prožívání, sociální vztahy, prostředí, celková kvalita života a spokojenost se svým zdravím. Ve svých dosažených výsledcích se respondent nepřibližuje ani v jedné doméně k populačním minimům. V doméně celkové kvality života dosáhl populačního maxima. Ve všech ostatních doménách se populačním maximům nepřibližuje.

Obrázek 18. Hodnoty probanda vzhledem k normě Dragomirecké & Bartoňové (2006)



Výsledky dotazníku životní spokojenosti (DŽS)

Pátý respondent vykazuje následující četnosti u jednotlivých bodovacích škál; bodovací škála 1-3 nečítá žádnou odpověď, bodovací škála 4 čítá 3 odpovědi a 53 odpovědí v bodovací škále 5-7. Proband dále dosáhl v jednotlivých oblastech životní spokojenosti v rozmezí 0-49 bodů následujícího skóre: oblast zdraví 45, oblast práce a zaměstnání 43, oblast finanční situace 44, oblast volného času 47, oblast vlastní osoby 43, oblast sexuality 41, oblast přátelé, známí, příbuzní 42, oblast bydlení 47. Z celkového množství 392 bodů dosáhl proband celkového skóre 352. Suma vzhledem k hodnotící normě Rodný & Rodná (2001) činí 309. Všechny uvedené hodnoty jsou znázorněny v tabulce (Tabulka 23). V procentuálním hodnocení odpovídá výsledná hodnota 352 bodů 82,4%. Proband ohodnotil svou celkovou subjektivní životní spokojenost 90%.

Tabulka 23. Četnost probandů skórujících na 7 bodové škále a celková suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)

Oblast DŽS Respondent 5	Bodová škála - četnost bodování			Skóre
	1-3	4	5-7	
Zdraví	0	0	7	45
Práce a zaměstnání	0	1	6	43
Finanční situace	0	1	6	44
Volný čas	0	0	7	47
Vlastní osoba	0	0	7	43
Sexualita	0	0	7	41
Přátelé, známí a příbuzní	0	1	6	42
Bydlení	0	0	7	47
Suma	0	3	53	352
Suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)	Suma – práce a zaměstnání =			309

Výsledky mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ)

Pátý proband v posledních 7 dnech prováděl intenzivní PA 3 dny v týdnu a obvykle strávil při intenzivní PA v jednom z těchto dnů v průměru 2 hodiny. Během posledních 7 dnů prováděl proband středně zatěžující PA 3 dny v týdnu a obvykle strávil při středně zatěžující PA v jednom z těchto dnů průměrně 2 hodiny denně. Proband v posledních 7 dnech chodil nepřetržitě alespoň 10 minut 7 dnů v týdnu a obvykle strávil chůzí v jednom z těchto dnů

průměrně 2 hodiny denně. V pracovních dnech pak proband obvykle strávil v průměru 3 hodiny sezením za jeden pracovní den.

Proband se organizované PA neúčastní. Sportovní činnost, kterou proband během roku nejčastěji provozuje je běh v horském terénu. Ten také provozuje nejraději. Proband se také účastní pohybové rekreace. Mezi činnosti, které nejraději během pohybové rekreace provozuje, patří pěší turistika, jízda na jízdním kole, skialpinismus a lyžování.

Včetně habituálních aktivit, kterými jsou, spánek, čtení, psaní, studium, konzumace jídla, psaní na počítači, řízení auta, vaření, mytí a hygieny, nakupování atd., proband vzhledem k ročnímu období realizuje činnosti spojené s údržbou bytového domu a dobrovolné práci při zpracování dřeva, kterými jsou např. klepání koberce, leštění nábytku, mytí nádobí, házení sněhu lopatou, štípání dříví řezání ruční pilou aj.

Výsledky dotazníku strategie zvládání stresu (SVF 78)

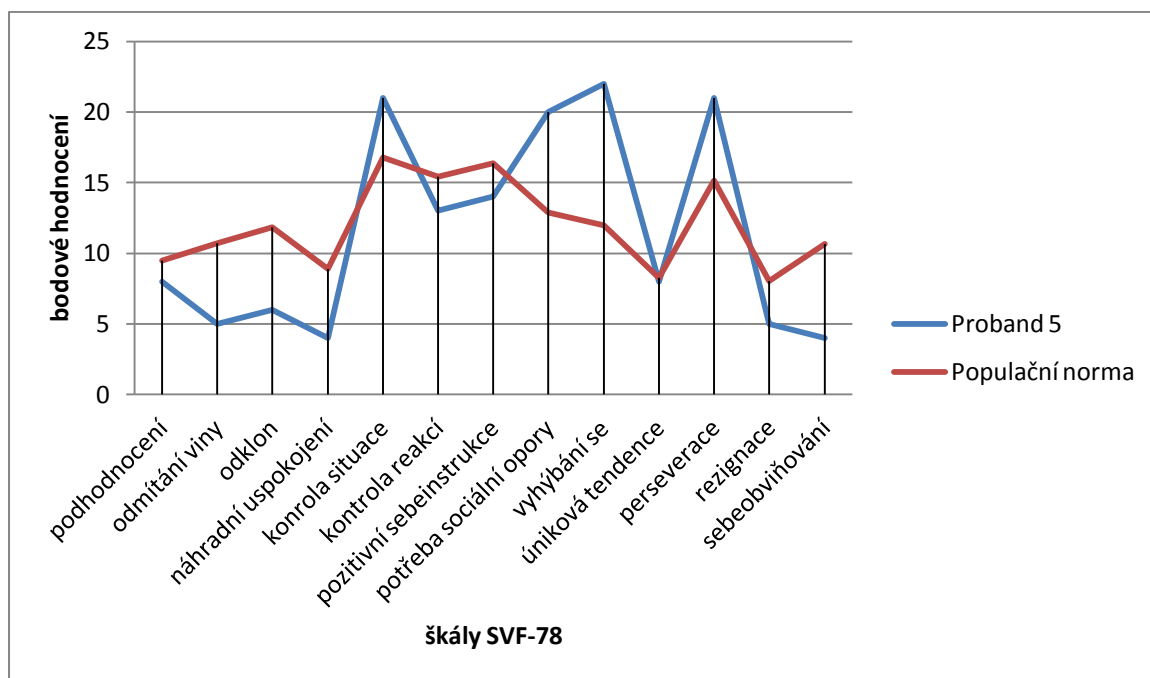
Pátý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých subtestů: podhodnocení 8, odmítání viny 5, odklon 6, náhradní uspokojení 4, kontrola situace 21, kontrola reakcí 13, pozitivní sebeinstrukce 14, potřeba sociální opory 20, vyhýbání se 22, úniková tendence 8, perseverace 21, rezignace 5, sebeobviňování 4. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003) je znázorněno na obrázku (Obrázek 19).

Ve srovnání s populační normou se nachází proband z hlediska pozitivních strategií nad hranicí populační normy pouze v případě kontroly situace. Pod hranicí se nachází proband v případě podhodnocení, odmítání viny, odklonu, náhradního uspokojení, kontroly reakcí a pozitivní sebeinstrukce.

Z hlediska negativních strategií se proband ve srovnání s populační normou nachází pod hranicí populační normy v případě únikové tendence, rezignace a sebeobviňování. Nad hranicí populační normy se nachází pouze v případě perseverace.

V celkovém hodnocení strategií zvládání stresových situací se proband ve srovnání s populační normou nachází hodnotou 13,5 nad populační normou v pozitivních strategiích a hodnotou 7,3 pod hranicí negativních strategií.

Obrázek 19. Hodnoty probanda vzhledem k normě Jankeho & Erdmannové (2003)



5.6 Proband 6

Šestý proband je muž ve věku 25 let. Vysoký 178 cm a vážící 70 kg. Proband je české národnosti narozený v okrese Frýdek - Místek. Je svobodný a žije sám ve středně velkém městě Brno v bytovém domě. Proband má ukončené vysokoškolské vzdělání a v současné době je studentem. Je nekuřák, vlastní jízdní kolo, nevlastní automobil, nevlastní chatu, a nevlastní ani žádné domácí zvíře.

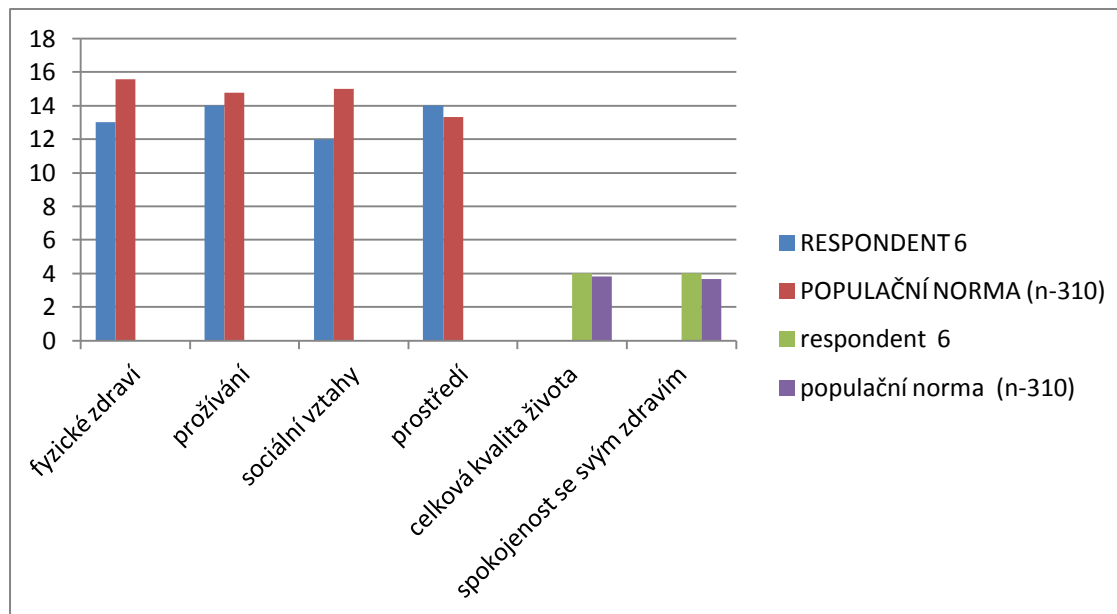
Výsledky dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF

Šestý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých domén: fyzické zdraví 13, prožívání 14, sociální vztahy 12, prostředí 14, celková kvalita života 4, spokojenost se svým zdravím 4. Minimální dosažená hodnota 12 a maximální dosažená hodnota 14. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Dragomirecké & Bartoňové (2006) je znázorněno na obrázku (Obrázek 20).

Proband se pohybuje ve třech případech pod hranicí populační normy a to v případě domény fyzické zdraví, prožívání a sociální vztahy. Proband převyšuje populační normu v doménách prostředí, celková kvalita života a spokojenost se svým zdravím. Ve svých

dosažených výsledcích se proband nepřibližuje ve všech doménách ani k populačním minimům ani k populačním maximům.

Obrázek 20. Hodnoty probanda vzhledem k normě Dragomirecké & Bartoňové (2006)



Výsledky dotazníku životní spokojenosti (DŽS)

Šestý proband vykazuje následující četnosti u jednotlivých bodovacích škál; bodovací škála 1-3 čítá 10 odpovědí, bodovací škála 4 čítá 7 odpovědí a 39 odpovědí v bodovací škále 5-7. Proband dále dosáhl v jednotlivých oblastech životní spokojenosti v rozmezí 0-49 bodů následujícího skóre: oblast zdraví 30, oblast práce a zaměstnání 34, oblast finanční situace 33, oblast volného času 43, oblast vlastní osoby 34, oblast sexuality 30, oblast přátel, známí, příbuzní 43, oblast bydlení 38.

Z celkového množství 392 bodů dosáhl proband celkového skóre 285. Suma vzhledem k hodnotící normě Rodný & Rodná (2001) činí 255. Všechny uvedené hodnoty jsou znázorněny v tabulce (Tabulka 24).

V procentuálním hodnocení odpovídá výsledná hodnota 285 bodů 72,7%. Proband ohodnotil svou celkovou subjektivní životní spokojenost 70%.

Tabulka 24. Četnost probandů skórujících na 7 bodové škále a celková suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)

Oblast DŽS Respondent 5	Bodová škála - četnost bodování			Skóre
	1-3	4	5-7	
Zdraví	3	0	4	30
Práce a zaměstnání	0	3	4	34
Finanční situace	2	1	4	33
Volný čas	0	0	7	43
Vlastní osoba	2	0	5	34
Sexualita	2	2	3	30
Přátelé, známí a příbuzní	0	1	6	43
Bydlení	1	0	6	38
Suma	10	7	39	285
Suma vzhledem k normě Rodný & Rodná (2001)	Suma – práce a zaměstnání =			251

Výsledky mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ)

Šestý proband v posledních 7 dnech neprováděl žádnou intenzivní PA. Během posledních 7 dnů prováděl proband středně zatěžující PA 6 dnů v týdnu a obvykle strávil při středně zatěžující PA v jednom z těchto dnů průměrně 4 hodiny denně. Proband v posledních 7 dnech chodil nepřetržitě alespoň 10 minut 7 dnů v týdnu a obvykle strávil chůzí v jednom z těchto dnů průměrně 1 hodinu denně. V pracovních dnech pak proband obvykle strávil v průměru 3 hodiny sezením za jeden pracovní den.

Proband se organizované PA neúčastní. Sportovní činnost, kterou respondent během roku nejčastěji provozuje je cykloturistika. Tu také provozuje nejraději. Proband se také účastní pohybové rekreace. Mezi činnostmi, které nejraději během pohybové rekreace provozuje, patří pěší turistika, skialpinismus a lyžování.

Včetně habituálních aktivit, kterými jsou, spánek, čtení, psaní, studium, konzumace jídla, psaní na počítači, řízení auta, vaření, mytí a hygieny, nakupování atd., Proband vzhledem k ročnímu období realizuje činnosti spojené s údržbou bytového domu a dobrovolné práci při zpracování dřeva v lese, kterými jsou např. klepání koberce, leštění nábytku, čištění oken, sběr lesních plodů, drobná manuální práce, mytí nádobí, házení sněhu lopatou, štípání dříví řezání ruční pilou aj.

Výsledky dotazníku strategie zvládání stresu (SVF 78)

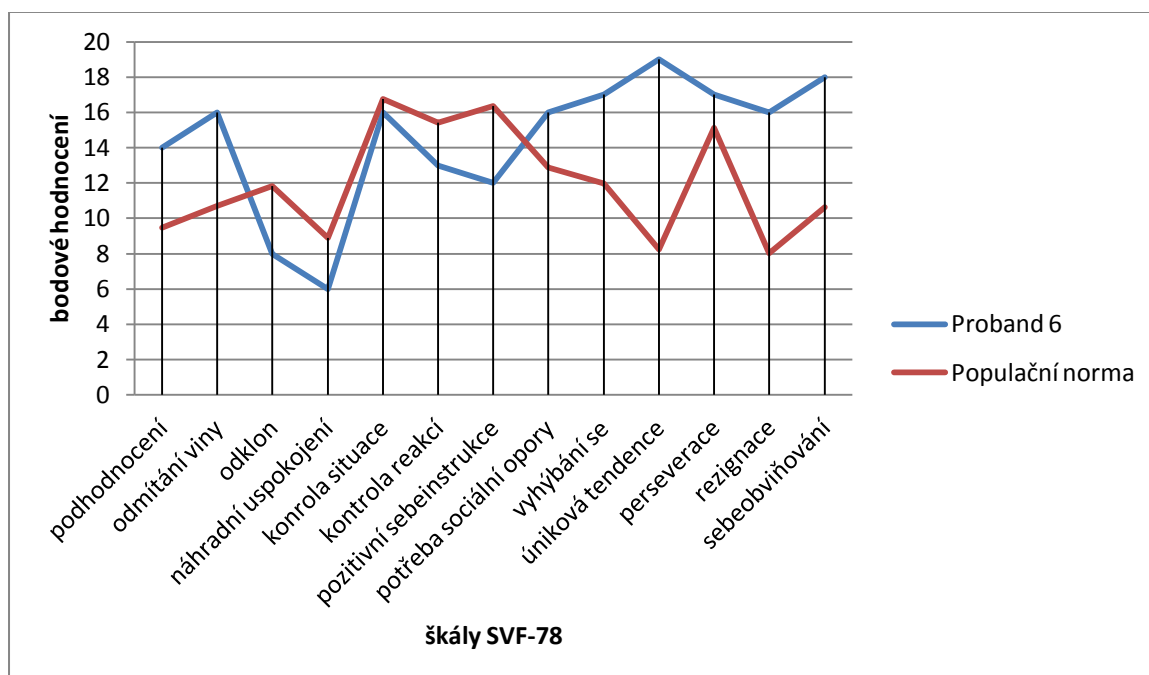
Šestý proband vykazuje následující dosažené hodnoty u jednotlivých subtestů: podhodnocení 14, odmítání viny 16, odklon 8, náhradní uspokojení 6, kontrola situace 16, kontrola reakcí 13, pozitivní sebeinstrukce 12, potřeba sociální opory 16, vyhýbání se 17, úniková tendence 19, perseverace 17, rezignace 16, sebeobviňování 18. Grafické znázornění dosažených hodnot v porovnání s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003) je znázorněno na obrázku (Obrázek 21).

Ve srovnání s populační normou se nachází proband z hlediska pozitivních strategií nad hranicí populační normy v případech podhodnocení a odmítání viny. Pod hranicí se nachází proband v případě odklonu, náhradního uspokojení, kontroly situace, kontroly reakcí a pozitivní sebeinstrukce.

Z hlediska negativních strategií se proband ve srovnání s populační normou nenachází pod hranicí populační normy ani v jediném případě. Nad hranicí populační normy se tedy nachází v případech únikové tendence, perseverace, rezignace i sebeobviňování.

V celkovém hodnocení strategií zvládání stresových situací se proband ve srovnání s populační normou nachází hodnotou 10,1 pod populační normou v pozitivních strategiích a hodnotou 9,5 pod hranicí negativních strategií.

Obrázek 21. Hodnoty probanda vzhledem k normě Jankeho & Erdmannové (2003)



6 DISKUZE

Životní styl jedince v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí se jeví jako specifický fenomén. Nejedná se pouze o filosofický názor, který by nebyl prakticky realizován. Tento způsob životního stylu má podle výzkumného souboru své příznivce, kteří jej přijali za svůj a aplikují jej na každodenní přístup k vlastnímu životu. Záměrem životního stylu jedince v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí je zlepšovat nebo trvale udržovat úroveň kvality života a životního prostředí. Jedná se tedy o fúzi podstatných aspektů kvality života, které ovlivňují kvalitu života člověka pozitivním způsobem.

Z výsledků dotazníkového šetření zjišťování úrovně kvality života vyplynulo, že jedinci, jako celkový výzkumný soubor vykazovali průměrně v jednotlivých doménách (fyzické zdraví 14,2, prožívání 14,5, sociální vztahy 15, prostředí 16,5) vzhledem k populační normě (n=310) Dragomirecké (2006, 42) v případě domény fyzického zdraví a prožívání mírný podprůměr, v doméně sociálních vztahů průměr a v doméně prostředí vyšší nadprůměr.

Z hlediska nejvyšších a nejnižších dosažených hodnot výzkumného souboru v jednotlivých doménách (fyzické zdraví 13-16, prožívání 13-16, sociální vztahy 12-17, prostředí 14-18) vzhledem k populační normě lze usoudit, že vzhledem úzkému rozpětí hodnot se jedná o vyváženou skupinu nejvíce znaky extrémního výkyvu hodnot. Totéž platí pro minimální a maximální hodnoty výzkumného souboru, které činily hodnoty 12 a 18. Z celkového možného množství 24 hodnot vyjadřujících úroveň kvality život, vykazoval výzkumný soubor 8 hodnot pod hranicí populační normy a 16 hodnot nad populační normou z čehož lze usoudit, že výzkumný soubor má vyšší kvalitu života nežli průměrná populace.

Vysokou kvalitu života výzkumného souboru potvrzuje i celkové hodnocení. Celková kvalita života výzkumného souboru činí v průměru hodnotu 4,3 a celková spokojenost se svým zdravím činila hodnotu 4, což svědčí o populačním nadprůměru. Z celkového množství 12 hodnot celkového hodnocení byly všechny hodnoty nad populační normou.

Z vybraného výzkumného souboru se tři jedinci vyznačují genetickou predispozicí rizika vzniku diabetes mellitus 2 typu. Podle Kalman & kol (2009, 71) v současnosti žije v České republice více než 686 000 osob trpících diabetem, z toho asi 88,5 % tvoří diabetici 2. typu a asi 6,6 % diabetici 1. typu (Škrha, 2005), (Svačina, 2003), (Rybka, 2005). Podle výzkumu kvality života u pacientů trpících dlouhodobými zdravotními problémy bylo prokázáno, že

zhoršený zdravotní stav negativně ovlivňuje všechny oblasti kvality života (Dragomirecká & Bartoňová, 2006a, 71). Výzkum Bužgové & Hájkové & Jasiokové, (2009) provedený na pacientech s diabetem mellitus o velikosti výzkumného souboru (n=100), jenž byli vedeni v evidenci diabetologické ambulance DIKa centrum, s.r.o. v Havířově zjistil, že pacienti vykazovali v jednotlivých doménách průměrné hodnoty: fyzické zdraví 14,20, prožívání 14,75, sociální vztahy 14,86, prostředí 14,30. Celkovou kvalitu života a spokojenost se svým zdravím pak ohodnotili 3,71 a 3,17. Porovnáme-li data diabetiků s vyhodnocenými daty výzkumného souboru, zjistíme, že v doméně fyzického zdraví, prožívání a sociálních vztahů se tyto skupiny nijak významně neliší. Liší se však výrazně v doméně prostředí, kterou převyšuje výzkumný soubor diabetiky o hodnotu 2,2. Vzhledem ke škálovému hodnocení 0-20 se jedná o významný rozdíl. Také s celkovou kvalitou života a spokojenosti se svým zdravím výzkumný soubor diabetiky převyšuje. Celkovou kvalitu života převyšuje o 0,59 hodnoty a celkovou spokojenost se svým zdravím o 0,83 hodnoty, což je u škálového hodnocení 0-5 významný rozdíl. Jedinci výzkumného souboru se tedy těší vzhledem k průměrné populaci (n=310) a populaci diabetiků (n=100) průměrnému fyzickému zdraví, nevybočují z normy svým prožíváním, mají důstojné sociální vztahy. Vysoká dosažená hodnota v doméně prostředí svědčí o vysoké spokojenosti s životním prostředím, ve kterém jedinci žijí. Také tento důkaz potvrzuje fakt, že přirozené ekologické prostředí k životu má pro tyto jedince klíčovou roli v rozhodování o jejich kvalitě života.

Z výsledků dotazníkového šetření zjišťování úrovně životní spokojenosti vyplynulo, že jedinci, jako celkový výzkumný soubor vykazovali v jednotlivých oblastech dotazníku životní spokojenosti průměrných hodnot (zdraví 36,2, práce a zaměstnání 37,7, finanční situace 38,3, volný čas 41,3, vlastní osoba 37, sexualita 37,5, přátelé, známí a příbuzní 38,3, bydlení 41) při směrodatné odchylce (zdraví 6,05, práce a zaměstnání 3,88, finanční situace 3,67, volný čas 6,38, vlastní osoba 5,33, sexualita 5,54, přátelé, známí a příbuzní 4,63, bydlení 4,24) na bodovací škále 0-49. Hodnoty směrodatné odchylky dokazují nejmenší a nejméně dosažené hodnoty výzkumného souboru v jednotlivých oblastech životní spokojenosti (zdraví 30 a 45, práce a zaměstnání 33 a 43, finanční situace 33 a 44, volný čas 33 a 49, vlastní osoba 29 a 43, sexualita 30 a 43, přátelé, známí a příbuzní 31 a 43, bydlení 35 a 47).

Porovnáme-li dosažené hodnoty výzkumného souboru s populační normou Rodný & Rodná (2001), (zdraví 41,17, práce a zaměstnání 36,14, finanční situace 31,92, volný čas 36,62,

vlastní osoba 38,88, sexualita 35,96, přátelé, známí a příbuzní 37,58, bydlení 35,94) tak zjistíme, že jedinci výzkumného souboru převyšují populační normu v případech práce a zaměstnání, finanční situace, volného času, sexuality, přátel, známých, příbuzných a v případě bydlení. Pod hranici populační normy se nachází výzkumný soubor v případě zdraví a vlastní osoby. Z toho vyplývá, že jedinci jsou v průměru nejvíce spokojeni s volným časem při vysokém variačním rozpětí a bydlením s nízkým variačním rozpětím. Méně jsou spokojeni se zdravím, ovšem při vysokém variačním rozpětí, a s vlastní osobou při středním variačním rozpětí výzkumného souboru. Uprostřed zůstávají oblasti životní spokojenosti sexualita, práce a zaměstnání, finanční situace a přátelé, známí a příbuzní.

Výzkumný soubor lze považovat za jedince s nadprůměrnou úrovní životní spokojenosti. Toto tvrzení podporuje četnost na bodovací škále 0-7, celková suma v procentuálním vyjádření a subjektivní hodnocení jednotlivých respondentů. Výzkumný soubor vykazoval v oblasti bodovací škály 1-3 (velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen) v průměru 3,2 odpovědi. V oblasti bodovací škály 4 (ani spokojen ani nespokojen) v průměru 7,3 odpovědi a v oblasti bodovací škály 5-7 (spíše spokojen, spokojen, velmi spokojen) v průměru 45,5 odpovědí. Největší četnost odpovědí vykazuje tedy bodovací škála 5-7.

Porovnáním dosažené hodnoty výzkumného souboru v celkové sumě životní spokojenosti (1. respondent 254, 2. respondent 273, 3. Respondent 286, 4. respondent 245, 5. respondent 309 a 6. respondent 251) s populační normou sumy 258,08 Rodný & Rodná (2001), tak zjistíme, že tři jedinci se pohybují pod populační normou a tři jedinci nad ní. Aritmetický průměr celkové sumy všech jedinců činí 269,67. To znamená, že výzkumný soubor převyšuje jako skupina populační normu o hodnotu 11,59. Srovnáme-li celkovou průměrnou sumu výzkumného souboru o hodnotě 269,67 s měřením Martina Sigmunda, tak zjistíme, že celková životní spokojenost skupiny je na úrovni manažerů (268,75) nebo lékárníků (269,59). O nadprůměrné úrovni životní spokojenosti svědčí i procentuální vyjádření celkové dosažené sumy jednotlivých respondentů (1. respondent 74,5%, 2. respondent 80,1%, 3. respondent 82,4%, 4. respondent 70,9%, 5. respondent 82,4% a 6. respondent 72,7%) vzhledem k maximálnímu množství 392 bodů. Všechny hodnoty převyšují hranici 70 %. Kupodivu všechny výsledky odpovídaly celkovému subjektivnímu hodnocení pouze s malými odchylkami až na jediného, který reálnou zjištěnou procentuální hodnotu životní spokojenost nadhodnotil o téměř 15 %.

Z výsledků dotazníkového šetření zjišťování úrovně pohybové aktivity vyplynulo, že v posledních 7 dnech prováděli 3 jedinci intenzivní pohybovou aktivitu a to v průměru 2,33 dnů v týdnu obvykle strávili při intenzivní pohybové aktivitě v jednom z těchto dnů v průměru 1 hodinu 50 minut. Během posledních 7 dnů prováděli všichni jedinci středně zatěžující pohybovou aktivitu v průměru 4 dny v týdnu a obvykle strávili při středně zatěžující PA v jednom z těchto dnů průměrně 2 hodiny a 15 minut. Jedinci v posledních 7 dnech chodili nepřetržitě alespoň 10 minut 5,67 dnů v týdnu a obvykle strávili chůzí v jednom z těchto dnů průměrně 1 hodinu 40 minut denně.

Pravidelně organizované pohybové aktivity se po většinu roku účastní 3 jedinci s frekvencí průměrně 2,67 x týdně. Tito jedinci se zaměřují na stolní tenis. Sportovní činnosti, které jedinci jako celý výzkumný soubor nejčastěji během roku provozují během pohybové rekreace, jsou stolní tenis, lyžování, plavání, jízda na jízdním kole, chůze se psem, sběr lesních plodů, pěší turistika, sálový fotbal, basketbal, skialpinismus, cykloturistika.

Včetně habituálních aktivit, kterými jsou, spánek, čtení, psaní, studium, konzumace jídla, psaní na počítači, řízení auta, vaření, mytí a hygieny, nakupování atd., celý výzkumný soubor vzhledem k ročnímu období realizuje činnosti spojené s údržbou bytového nebo rodinného domu, a také při dobrovolné práci v lese, kterými jsou hrabání listí, rytí a okopávání zahrady, házení sněhu lopatou, štípání dříví a řezání ruční pilou, klepání koberce, leštění nábytku, čištění nábytku, čištění oken, sběr lesních plodů, drobná manuální práce, mytí nádobí, práce na zahrádce, zametání, leštění podlahy.

Porovnáme-li tento pohybový profil výzkumného souboru s minimálním doporučením Particip Action (2004) 30 minut pohybové aktivity střední intenzity ve většině dní v týdnu podle Kalmana & kol (2009, 30), zjistíme, že výzkumný soubor nejenže vykonává středně zatěžující pohybovou aktivitu v průměru 4 dny v týdnu, ale také převyšuje doporučenou délku trvání pohybové aktivity o 1 hodinu a 45 minut. Výzkumný soubor vykazuje pestrou paletu sportovních, zájmových, habituálních, ale i nezbytných údržbových pohybových činností souvisejících s bydlením v bezprostřední blízkosti přírodního prostředí. Habituální aktivity se pohybují vzhledem k energetickému výdeji v rozmezí 110 až 290 (nál. BM). U zájmových a nezbytných údržbových se pohybuje energetický výdej od 2,5 MET u sbírání lesních plodů až po hodnotu 6,7 MET při ručním štípání dřeva. V případech řezání ruční pilou až 7,8 MET. Vzhledem k faktu, že někteří jedinci vykonávají pravidelně intenzivní pohybovou aktivitu v průměru více než 2x týdně a všichni jedinci výzkumného souboru pravidelně chodí více než

5x týdně téměř 2 hodiny denně a pestrosti pohybových aktivit, lze usoudit, že jejich úroveň pohybové aktivity je uspokojivá. Jedinci výzkumného souboru tak mohou čerpat podle Kalmana & kol (2009, 29) výhody z pravidelné adekvátní pohybové aktivity, které mají preventivní vliv na lidské zdraví a jsou podpořeny seriózním výzkumem (Vondruška & Barták, 1999), dále také (Clapp, Kim, & Burciu, 2000), (Marcus, Albrecht, & King, 1999), (Stejskal, 2004), (Ferrucci, Izmirlian, & Leveille, 1999), (World Health Organization, 2007)

Z výsledků dotazníkového šetření zjišťování preferovaných strategií zvládnání stresu vyplynulo, že jedinci, jako celkový výzkumný soubor vykazovali v jednotlivých oblastech dotazníku strategií zvládnání stresu průměrných hodnot (podhodnocení 11,50, odmítání viny 13,33, odklon 10,17, náhradní uspokojení 8,17, kontrola situace 19,17, kontrola reakcí 15,50, pozitivní sebeinstrukce 14,17, potřeba sociální opory 16,50, vyhýbání se 17,33, úniková tendence 11,17, perseverace 17,00, rezignace 7,83, sebeobviňování 10,17).

Porovnáme li dosažené hodnoty výzkumného souboru s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003), která je stanovena hodnotami (podhodnocení 9,48, odmítání viny 10,71, odklon 11,83, náhradní uspokojení 8,91, kontrola situace 16,78, kontrola reakcí 15,41, pozitivní sebeinstrukce 16,37, potřeba sociální opory 12,89, vyhýbání se 11,97, úniková tendence 8,24, perseverace 15,13, rezignace 8,04, sebeobviňování 10,64), tak zjistíme, že se výzkumný soubor ve srovnání s populační normou nachází z hlediska pozitivních strategií nad hranicí v případech podhodnocení (o hodnotu 2,02), odmítání viny (o hodnotu 2,62), kontrola situace (o hodnotu 2,39), kontrola reakcí (o hodnotu 0,09). Pod hranicí populační normy se nachází výzkumný soubor z hlediska pozitivních strategií v případech odklon (o hodnotu -1,66), náhradního uspokojení (o hodnotu -0,74) a pozitivní sebeinstrukce (o hodnotu -2,2). Z hlediska negativních strategií se výzkumný soubor ve srovnání s populační normou nachází pod hranicí v případech rezignace (o hodnotu -0,21) a sebeobviňování (o hodnotu -0,47). Nad hranicí populační normy se nachází výzkumný soubor z hlediska negativních strategií v případech únikové tendence (o hodnotu 2,93) a perseverace (o hodnotu 1,87). Vzhledem k neutrálním strategiím se nachází výzkumný soubor nad hranicí populační normy v případě sociální opory (o hodnotu 3,61) i vyhýbání se (o hodnotu 5,36).

Ze srovnání jedinců výzkumného souboru s populační normou vyplývá, že ve srovnání s ostatními lidmi si při konfliktních situacích přisuzují menší míru stresu, kladou důraz na to, že nejde o jejich vlastní zodpovědnost a snaží se analyzovat, plánovat a uskutečnit jednání za

účelem kontroly a řešení problému, což potvrzuje významný statistický rozdíl o hodnotu zhruba 2 nad populační normou. Téměř průměrná rozdílová hodnota 0,09 svědčí o zajištění nebo udržení kontroly nad vlastními reakcemi při stresových situacích v takové míře, jak je tomu u populační normy. Avšak ve srovnání s ostatními lidmi je schopnost odklonu od zátěžových situací, případně příklonu k situacím neslučitelných se stresem či schopnost přisuzovat si kompetenci nebo schopnost kontroly zátěžové situace je u výzkumného souboru výrazně slabší, což dokazuje významný statistický rozdíl (-1,66) a (-2,2). Téměř průměrná rozdílová hodnota (-0,74) svědčí, že se jedinci obracejí k jiným pozitivním aktivitám nebo situacím stejně často jako běžná populace. Ve srovnání s ostatními lidmi podléhají jedinci výzkumného souboru při stresových situacích o něco málo méně pocitu vzdávání se s pocitem bezmocnosti nebo beznaděje a připisují stresovou zátěž na vrub svého vlastního chybného jednání, což potvrzuje malý statistický rozdíl o hodnotu (-0,21) a (-0,47). Avšak ve srovnání s populačním průměrem, mají jedinci výzkumného souboru vyšší tendenci rezignovaně vyváznout ze zátěžové situace, a nedokážou se od této situace myšlenkově odpoutat, neboť o ní dlouho přemítají, což potvrzuje významný statistický rozdíl (2,93) a (1,87). Nejvíce významným statistickým rozdílem je charakteristická oblast sociální opory (3,61) a vyhýbání se (5,36). Je tedy možné usoudit, že si jedinci výzkumného souboru při zátěžových situacích přejí zajistit rozhovor s blízkými lidmi, kde mohou očekávat pomoc ve formě sociální opory. Ale především se tito jedinci se snaží zamezit stresovým zátěžím nebo se jim vyhýbají.

Preferování spíše pozitivních strategií zvládnání stresových zátěžových situací dokazuje i celkové hodnocení pozitivních a negativních strategií. Zde jedinci vykazovali jako celkový výzkumný soubor průměrné hodnoty 13,43 u pozitivních strategií a 10,32 u negativních strategií. Ve srovnání s populační normou Jankeho & Erdmannové (2003), kdy je populačním průměrem pozitivní strategie hodnota 12,22 a u negativní strategie 10,52, je výzkumný soubor o hodnotu 1,21 nad hranicí populační normy v pozitivních strategiích a (-0,2) pod hranicí negativních strategií.

Jedinci s životním stylem v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí projevují zájem komplexní pojetí lidského zdraví a dbají na čistotu a přirozenou funkčnost přírodního prostředí.

Projevují zájem o biologickou, psychickou, sociální a spirituální stránku života. Projevují se charakteristikami, které jsou v souladu s holistickým přístupem. Uvědomují si skutečnost,

že nelze donekonečna bojovat s příznaky následků nemoci klasickým farmaceutickým přístupem západní medicíny, ale jsou si vědomi skutečných příčin svých nemocí.

Jsou otevřeni vůči alternativním přístupům k prevenci a léčbě fyzických onemocnění. Užívají půsty, klystýry, zeleninové a ovocné šťávy k očištění organismu. Upřednostňují bylinnou léčbu před medikací a preferují vegetariánský způsob stravování. Dbají na kvalitu mezilidských vztahů tím, že upřednostňují smírná řešení prostřednictvím dialogu před konfliktním řešením. Dbají na duševní hygienu tím, že se snaží kompenzovat nahromaděný stres, relaxací, pohybovou aktivitou v přírodě a rozpravou s přáteli. Nebáli se vyrovnat s vytěsněnými traumaty z dětství nebo s těžkými životními situacemi pomocí psychoterapeutických přístupů. Učinili tak prostřednictvím odborného psychoterapeuta, metodami holotropního dýchání, pobytem ve tmě, absolvováním dlouhé pouti, aby se tak vyhnuli alkoholové nebo drogové závislosti či jiným rizikovým bio-psycho-sociálním rizikovým faktorům.

Uvědomují si skutečnost, že svým vlastním přístupem mohou ovlivnit kvalitu prostředí, ve kterém žijí. Upřednostňují aktivní transport a městskou hromadnou dopravu. Třídí poctivě komunální odpad. Používají mycí a prací prostředky neztěžující odpadní vodu chemickými látkami. Jeví zájem o obnovitelné zdroje energie, elektrifikaci dopravních prostředků atd. Podporují regionální pěstitele ovoce a zeleninky a dávají jim přednost před konzumními obchodními řetězci. Upřednostňují regionální farmářské, rukodělné a výrobní spolky, čímž podporují pozitivně ekonomiku regionu.

Vztah mezi životním stylem jedince a životním prostředním popisuje v souvislosti s negativním dopadem na lidské zdraví výstižně Klein & Bencko (1996, 129). Analýza dostupných dat poskytuje dvě základní schémata, z nichž první, úmrtnost na respirační choroby a zvýšená dětská úmrtnost připomíná situaci v rozvojových zemích, druhé, charakterizované zvýšenou úmrtností na nádorová onemocnění a poruchy krevního oběhu, charakterizuje nejen zvýšené znečištění prostředí ale i nárůst faktorů přispívajících k rozvoji civilizačních nemocí nepochybně patřících do oblasti životního stylu naší populace (nedostatek pohybu, přejídání, kouření a v neposlední řadě rostoucí míra stresu)

7 ZÁVĚRY

Jedinci s životním stylem v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí mají vzhledem k populačním normám nadprůměrnou kvalitu života a spokojenost se svým zdravím, mají nadprůměrnou úroveň životní spokojenosti, mají uspokojivou úroveň pohybové aktivity a preferují pozitivní strategie zvládnání stresových zátěžových situací. Nejvíce jsou spokojeni s prostředím, ve kterém bydlí a také s možnostmi, které jim poskytuje jejich volný čas. Méně jsou pak spokojeni s fyzickým zdravím a s vlastní osobou.

Hlavním cílem práce bylo hodnocení životního stylu a vybraných ukazatelů zdraví u jedinců preferujících holistický přístup ke zdraví a žijících v ekologickém prostředí. Životní styl a vybrané ukazatele zdraví jedinců preferující holistický přístup ke zdraví žijící v ekologickém prostředí byly zhodnoceny. Hlavní cíl se podařil splnit díky zodpovězení výzkumných otázek.

- Dílčí cíl 1: vytvořit teoretické podklady pro holistický přístup ke zdraví včetně analýzy životního stylu a způsobu, kvality života, faktorů ohrožujících a podporujících lidské zdraví.
 - Dílčí cíl 1 byl splněn pomocí sekundární analýzy dat relevantních českých a zahraničních zdrojů podle metodiky popsané v kapitole 4. Vytvořené teoretické podklady tvoří většinou část přehledu poznatků v podkapitolách 2.1 až 2.5.
- Dílčí cíl 2: vytvořit teoretické podklady přirozeného ekologického prostředí včetně analýzy faktorů prostředí, vlivu negativních aspektů znečištěného prostředí na zdravotní stav člověka a ekologického myšlení.
 - Dílčí cíl 2 byl splněn pomocí sekundární analýzy dat relevantních českých a zahraničních zdrojů podle metodiky popsané v kapitole 4. Vytvořené teoretické podklady tvoří menšinou část přehledu poznatků v podkapitole 2.6.
- Dílčí cíl 3: Vypracovat profily probandů výzkumného vzorku pomocí deskriptivních technik kvantitativního výzkumu.
 - Dílčí cíl 3 byl splněn. Vypracované profily probandů výzkumného souboru jsou předloženy v kapitole 5.

Výzkumná otázka č.1: Jak hodnotí úroveň kvality života jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí pomocí dotazníku kvality života (WHOQOL) – BREF?

Jedinci s životním stylem v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí mají vzhledem k populační normě průměrné fyzické zdraví, nevybočují z normy svým prožíváním života, mají důstojné sociální vztahy a jsou vysoce spokojeni s prostředím, ve kterém žijí. Tito jedinci vnímají celkovou kvalitu života a spokojenost se svým zdravím lépe nežli průměrná populace.

Výzkumná otázka č.2: Jak hodnotí úroveň životní spokojenosti jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí pomocí dotazníku životní spokojenosti (DŽS)?

Jedinci s životním stylem v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí převyšují populační normu v případech práce a zaměstnání, finanční situace, volného času, sexuality, přátel, známých, příbuzných a v případě bydlení. Pod hranicí populační normy se tito jedinci nacházejí v případě zdraví a vlastní osoby. Tito jedinci jsou nejvíce spokojeni se svým volným časem a především s bydlením. Lze je považovat za jedince s nadprůměrnou úrovní životní spokojenosti, protože jejich celková životní spokojenost je na úrovni manažerů nebo lékárníků.

Výzkumná otázka č.3: Jakou úroveň pohybové aktivity mají jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí hodnocenou na základě mezinárodního dotazníku o pohybové aktivitě (IPAQ)?

Jedinci s životním stylem v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí vykonávají středně zatěžující pohybovou aktivitu průměrně 4 dny v týdnu a převyšují doporučenou délku trvání pohybové aktivity o 1 hodinu a 45 minut. Tito jedinci výzkumného souboru pravidelně chodí více než 5x týdně téměř 2 hodiny denně a vykazují pestrou paletu sportovních, zájmových, habituálních, ale i nezbytných údržbových pohybových činností souvisejících s bydlením v bezprostřední blízkosti přírodního prostředí. Vzhledem k pestrosti a množství pohybových aktivit, intenzitě a frekvenci, je jejich úroveň pohybové aktivity uspokojivá.

Výzkumná otázka č.4: Jaké strategie zvládnání stresu volí jedinci preferující holistický přístup ke zdraví a žijící v ekologickém prostředí na základě dotazníku zvládnání zátěžových situací (SVF 78)?

Jedinci s životním stylem v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí převyšují populační normu v pozitivních strategiích zvládnání stresových zátěžových situací. Z hlediska negativních strategií se nachází těsně pod hranicí populační normy. Tito jedinci preferují pozitivní strategie zvládnání stresových zátěžových situací před negativními. Jedinci převyšují populační průměr nejvíce v případech potřeby sociální opory a vyhýbání se. Důvodem je potřeba zajištění rozhovoru s blízkými lidmi, kteří jim poskytují sociální oporu a jejich snaha zamezit stresovým zátěžím nebo se jim vyhýbají.

Význam předkládané práce spočívá v poukázání na fenomén holistického přístupu nejen ke zdraví, ale i v celkovém přístupu člověka ke světu. Ten se odráží v životním stylu jedince tím, že si uvědomuje souvislosti mezi kvalitou životního prostředí a jeho zpětnovazebním působením na kvalitu lidského života. Dalším přínosem této práce je fakt, že pohybová aktivita nemusí být pouze a výlučně spjata se sportovní činností, ale i s běžnými habituálními aktivitami, zájmovou činností a s činnostmi nezbytnými pro údržbu a chod bydlení v blízkosti přírodního prostředí.

V praktickém slova smyslu práce přináší výzkumný potenciál především v oblasti výzkumu jedinců, kteří se vyznačují stejným přístupem k životu. Díky rostoucímu počtu komunitních ekologických vesniček v České republice, ale i v Evropě, může práce díky předloženým teoretickým podkladům a množství kvantitativních dotazníkových technik aspirovat na podklad pro vytvoření seriózního výzkumného manuálu.

Práci je možno přisoudit i malé nezdary. Výzkumný soubor mohl čítat více probandů než je 6. Přes přísně nastavená kritéria umožňující účast na kvantitativním dotazníkovém šetření se nepodařilo zapojit alespoň 10 probandů. Práce byla intenzivně realizována 4 měsíce. I přes relativně dlouhou dobu určenou k jejímu zhotovení byla realizace komplikována mou nedostatečnou znalostí metodických postupů a praktickou nevyzrálostí při tvorbě díla takového rozsahu jakým je diplomová práce.

8 SOUHRN

V předkládané práci je hodnocen životní styl jedince v kontextu holistického přístupu ke zdraví v přirozeném ekologickém prostředí. V úvodu práce představujeme problematiku tématu, vyvěrající z její aktuálnosti a vztahu k rekreologickému oboru.

V teoretické části práce jsme přistoupili analyticky k vytvoření teoretických východisek. Důkladně vymezujeme životní styl od životního způsobu hlavně díky komparaci rekreologické odborné literatury a sociologie životního způsobu, výsledkem čehož jsme dosáhli kategorizace životních způsobů v kontextu tendence vývoje rekreačních aktivit. Následně jsme zkoumali kvalitu života jakožto jednu z výstupních charakteristik hodnocení výzkumného souboru. Termín kvality života jsme podrobili historickému exkursu, ve kterém byl mapován jeho význam vzhledem k vývoji společnosti. Výstupem je popis pojmu kvalita života od socioekonomického atributu lidského kapitálu až po akceptování psychologické a spirituální dimenze v pojetí V. E. Frankla a měřítko kvality života ve městech.

Nalezení Lalondeho modelu determinant ovlivňujících lidské zdraví mělo zásadní vliv na směřování práce a kategorizaci zdraví. Model podtrhl rozhodující vliv životního stylu a prostředí na lidské zdraví. Zdraví bylo definováno podle standardů WHO a následně kritickými argumenty renomovaných autorů doplněno o spirituální dimenzi zdraví, což vytvořilo živnou půdu pro holistický přístup ke zdraví. Díky analýze domácích a zahraničních zdrojů byl předložen model holistického přístupu ke zdraví a následně popsán ve všech jeho kategoriích. Ze všech čtyř dimenzí holistického přístupu ke zdraví byla věnována největší pozornost z hlediska argumentace spirituální dimenzi, která je opřena o poznatky Stanislava Grofa.

Práce staví v otázce lidského zdraví záměrně do protikladu faktory ohrožující a faktory podporující lidské zdraví. Činí tak proto, aby podkryla přístup životního stylu výzkumného souboru ke zdraví. Na jedné straně jsou zastoupeny negativní rizikové biopsychosociální faktory dle Jara Křivohlavého a příčiny zdravotních komplikací dle Miachaila Tombaka. Na druhé straně jsou to pozitivní faktory opírající se o poznatky kinantropologického výzkumu v oblasti aktivního životního stylu, ale také o možnostech vnitřní a duševní hygieny.

Teoretický rámec práce uzavírá zasazení člověka do ekologických souvislostí vzhledem k nezbytným podmínkám životní existence. Zde zaujímá nejdůležitější roli vliv znečištěného přírodního prostředí na zdravotní stav člověka a ekologické myšlení.

Aby bylo zřejmé, co je hlavním záměrem práce a oč vlastně práce usiluje, bylo třeba stanovit výzkumné cíle a výzkumné otázky. Dílčí cíle byly formulovány tak, aby jejich naplňování vedlo k naplnění hlavního cíle práce, což je hodnocení životního stylu a vybraných ukazatelů zdraví u jedinců preferujících holistický přístup ke zdraví a žijících v ekologickém prostředí. Výzkumné otázky jsou formulovány tím způsobem, aby byly ověřitelné kvantitativními technikami dotazníkového šetření.

Nedílnou součástí práce je metodika, která hrála rozhodující roli v použití správných výzkumných metod a technik, pro konzistentní uchopení teoretické a praktické části této práce. Metodika práce je vzhledem typu práce značně rozsáhlá. Důvodem, proč bylo takto učiněno, je záměr, aby bylo jasné, odkud a jakým způsobem byly data sbírány, o jaký výzkumný soubor se jedná, a jak bylo přistupováno k výzkumnému souboru a tvorbě práce z hlediska vědecké etiky.

V praktické části práce přistupujeme deskriptivně ke kvantitativnímu dotazníkovému šetření výzkumného souboru. Zde jsou probandi podrobena poctivému a detailnímu zkoumání díky čtyřem výzkumným technikám. Na základě jednotlivých technik, vytváříme výsledkové profily probandů v oblastech kvality života, životní spokojenosti, pohybové aktivity a strategie zvládání stresu. Výsledky jsou zpracovány pomocí grafického znázornění, tabulek a strukturovaného textu.

Aby měly výsledky určitou výpovědní hodnotu, uvádíme je v diskuzi do širších souvislostí. Výsledky podléhají komparaci s již akceptovanými populačními nebo národními normami a také s výsledky vědeckých studií, provedených na větších výzkumných souborech. Z výsledků vyplynulo že, výzkumný soubor má nadprůměrnou kvalitu života a spokojenost se svým zdravím, má nadprůměrnou úroveň životní spokojenosti, má uspokojivou úroveň pohybové aktivity a preferuje pozitivní strategie zvládání stresových zátěžových situací. Z diskuze také vyplývá, jakým způsobem přistupují jedinci výzkumného souboru k vlastnímu zdraví a životnímu prostředí.

Pomyslnou tečku za celou diplomovou prací dělá závěr. Odpovídáme zde na splnění hlavního cíle a dílčích cílů, bez kterých by nebylo hlavního cíle možné dosáhnout. Odpověď na výzkumné otázky zprostředkovaly výsledky kvantitativního dotazníkového šetření, které byly komparovány v diskuzi.

9 SUMMARY

In the present thesis is evaluated the lifestyle of the individual in the context of a holistic access to health in a natural ecological environment. The introduction presents the problem of the topic, springing from its timeliness and relation to recreologic field.

In the theoretical part we approach analytically to create a theoretical background. Thoroughly we define the lifestyle of way of life mainly due to the comparison recreologic scientific literature and sociology way of life, which results that we achieved categorization ways of life in the context of the development trend of recreational activities. Subsequently, we investigated the quality of life as one of the output characteristics evaluation of the research group. The term quality of life we subjected to the historical excursus, in which was mapped its importance due to the development of society. The output is a description of the concept of quality of life from the socio-economic attribute of human capital to the acceptance of psychological and spiritual dimension in the concept of V. E. Frankl and scale of quality of life in cities.

Finding LaLonde model of the determinants that affect human health has had a major influence on the direction of the thesis and categorization of health. Model underlined the crucial influence of lifestyle and environment on human health. Health was defined according to WHO standards and then the critical arguments of renowned authors completed the spiritual dimension of health, which has created fertile ground for a holistic approach to health. By analyzing the domestic and foreign sources was presented model of holistic approach to health and subsequently described in all its categories. Of all the four dimensions of a holistic approach to health the most attention has been paid in terms of argumentation to the spiritual dimension, which is supported by findings of Stan Grof.

Deliberately in the issue of human health the thesis puts into the opposite threatening factors and factors promoting human health. It does so in order to uncover approach of the research group's lifestyle to health. On one side are represented negative biopsychosocial risk factors by Jara Křivohlavý and causes of health complications according to Michail Tombak. On the other side, there are positive factors based on findings kinanthropology research in the field of active lifestyle, but also based on internal and mental hygiene.

The theoretical framework of the thesis concludes the inclusion of human to the environmental contexts due to the necessary conditions of life existence. Impact of polluted

natural environment on human health and ecological thinking here occupies the most important role.

It was necessary to establish research objectives and research questions to be clear what is the main goal of this thesis and what this work actually seeks. Sub-objectives were formulated so that their implementation led to the fulfillment of the main goals of this work, which is an evaluation of lifestyle and selected health indicators in individuals preferring a holistic approach to health and living in the ecological environment. The research questions are formulated in such a way that they are verifiable by quantitative techniques of questionnaire survey.

An integral part of the work is a methodology, which played a decisive role in the proper use of research methods and techniques for consistent prehension of theoretical and practical parts. The methodology of work is quite extensive given the type of thesis. The reason why it was done this way is the intention to make it clear where and how the data were collected, about what the research group is in question, and how it was approached to the research group and the creation of thesis in terms of scientific ethics.

In the practical part of the thesis we approach descriptively to a quantitative questionnaire survey of research file. Probanda are subjected to honest and detailed analysis by its four research techniques. On the basis of individual techniques, are created profiles of results of probanda in the areas of quality of life, life satisfaction, physical activity and coping strategies. The results are processed using graphical representation, tables and structured text.

The results are involved into a broader context in discussion to give them some predictive value. Results are subjected to comparison with already accepted population or national standards and also with the results of scientific studies, conducted on larger research files. The results showed that, the research group perceives their overall quality of life and satisfaction with their health better than the average population. The research group has an above average level of life satisfaction, a satisfactory level of physical activity and prefers positive coping strategies. The discussion also shows how individuals of research group approach to their own health and the environment.

An imaginary dot for the whole dissertation makes a conclusion. We respond here to fulfill the main objectives and sub-objectives, without which it would not be possible to achieve the main goals. The answer to the research question brokered results of a quantitative survey that has been compared in discussion.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Babyrádová, H. & Havlíček, J. (2006). *Spiritualita: fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců*. Brno: Masarykova univerzita.
- Blahutková, M. & Řehulka, E. & Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- Blažek, B. (2004). *Venkovy: anamnéza, diagnóza, terapie*. Šlapanice: ERA.
- Bloom, W. (2015). *British Holistic Medical Asociaton*. Velká Británie: BHMO. Retrieved 10.3.2015 from the Word Wide Web: <http://www.bhma.org/pages/about.php>.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Bužgová, R. & Hájková, M. & Jasioková, A. (2009). Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů. *Sestra a pacient v klinickém ošetřovatelství*, 11(1), 246 -251.
- Craig, C. L., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12 - country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 35, 1381-95.
- Čeledová, L. & Čevela, R (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
- Český hydrometeorologický ústav. (2014). *Znečištění ovzduší na území České republiky v roce 2013*. Praha: Author. Retrieved 5. 4. 2015 from the Word Wide Web: http://www.chmi.cz/files/portal/docs/uoco/zpravy/TZ_rocenka2013.pdf.
- Čevela, R & Čeledová, L. & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing.
- Čihovský, J. (2006). *Sociologický výzkum* [Učební text]. Olomouc: FTK UP.
- Databáze České tiskové kanceláře. (2015). *ČSÚ: Spotřeba vody v ČR loni dále klesala, cena šla nahoru*. Praha: Author. Retrieved 5. 4. 2015 from the Word Wide Web: <http://www.vodarenstvi.cz/clanky/csu-spotreba-vody-v-cr-loni-dale-klesala-cena-sla-nahoru>.
- Dohnal, T. (2010). *Tělesná kultura*. Systémový přístup k rekreologii. 33 (2), 7-29.
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129(1), 29-36.

- Dragomirecká, E. (2006). Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*, 10(2).
- Dragomirecká, E & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Duffková, J. (2005). Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. In Fazík, A. & Matějů, M. (Eds). *Aktuální problémy životního stylu*. Praha: Masarykova česká sociologická společnost při AV ČR.
- Fanta, J & kol. (2006). *Stav lesů – stanovisko*. Praha: Author. Retrieved 5. 4. 2015 from the Word Wide Web: http://www.orlickehory.net/aktuality/stav_lesu.htm.
- Feltlová, D. & Mitáš, J. & Kubičková, L. & Frömel, K. & Šmíd, P. & Dygrýn, J. (2010). *Vliv vzdělání a socioekonomického statusu na pohybovou aktivitu dospělých obyvatel východních Čech a Vysočiny v letech 2005-2009*. Hradec králové: Univerzita HK PF.
- Frankl, V. (1988). *Vůle ke smyslu*. Brno: Prameny.
- Frankl, V. (1995). *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 123.
- Fórum zdravé výživy. (2014) Česká potravinová pyramida. Praha: Author. Retrieved 30. 3. 2015 from the Word Wide Web: : http://www.fzv.cz/wpcontent/uploads/2014/01/FZV_pyramida.pdf.
- Frömel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: UP FTK.
- Gaist, B. (1992). *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing.
- Giddens, A. (2013). *Sociologie*. Praha: ARGO.
- Grof, S. (2004). *Psychologie budoucnosti: poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Perla.
- Grof, S. (2008). International Journal of Transpersonal Studies. *Brief History of Transpersonal Psychology*, 27, 46-54.
- Grossman, P. & Tiefenthaler-Gilmer, U. & Raysz, A. & Kesper, U. (2007). Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychother and Psychosomatic*, 76, 226–233.

- Havlíková, M. & Vencálková, E & Jana Havlová, J (2008). *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole: aktualizovaný modelový program podpory zdraví* [dokument a metodika]. Praha: Portál.
- Heller, J. (2005). *Laboratory Manual for Human and Exercise Physiology*. Praha: Karolinum.
- Heller, J. (2013). *Biologické aspekty životního stylu*. Praha: Česká televize. Retrieved 18. 3. 2015 from the Word Wide Web: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/kultura/222848-zdravejsi-spokojenejsi-biologicke-aspekty-a-pohled-sociologie/>.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Heřt, J. (2010). *Alternativní medicína a léčitelství: Kritický pohled*. Chomutov: Creative comon.
- Hnízdil, J. (2014). *Mým marodům: Jak vyrobit pacienta*. Praha: Lidové noviny.
- Hodaň, B. & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Hogrefe Testcentrum. (2015). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum. Retrieved 16. 3. 2015 from the Word Wide Web: <http://www.testcentrum.com/testy/d%C5%BEs>.
- Hogrefe Testcentrum. (2015). *Strategie zvládání stresu - SVF 78*. Praha: Testcentrum. Retrieved 18. 3. 2015 from the Word Wide Web: <http://www.testcentrum.com/testy/svf-78>.
- Hong Kong Baptist Hospital. (2015). *Concept of Holistic Healthcare*. Hong Kong: Author. Retrieved 10. 3. 2015 from the Word Wide Web: http://www.hkbh.org.hk/eng/community_services_holistic_healthcare_centre.php.
- Jandourek, J. (2009). *Úvod do sociologie*. Praha: Portál.
- Jandourek, J. (2012). *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada Publishing.
- Jirásek, I. (2007). *Ideové podloží rekreologie*. Olomouc: UP FTK.
- Kalman, M. & Hamřík, Z. & Pavelka, J (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kalman, M. & Sigmund, E. & Sigmundová, D. & Hamřík, Z & Beneš, L. & Benešová, D. Csémy, L. (2011). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: UP FTK.
- Karášková, V. & Dohnal, T. (2011). *Zoorekreace* [Učební text]. Olomouc: UP FTK.

- Kleim, O. & Bencko, V. (1996). *Ekologie člověka a zdraví*. Praha: UK LF.
- Klimeš, J. (2006). *Freude, Freude, Freude, když už na tě dojde?*. Praha: Author. Retrieved 25. 3. 2015 from the Word Wide Web: <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/freud.htm>.
- Klimešová, I. & Stelzer, J. (2013). *Fyziologie výživy*. Olomouc: UP Olomouc.
- Klimeš, D. (2014). *Nejlepším městem k životu je Melbourne. Praha si polepsila*. Praha: Hospodářské noviny. Retrieved 28. 1. 2015 from the Word Wide Web: http://blog.ihned.cz/c3-62668420-06b000_d-62668420-06b000_d-62668420-nejlepsim-mestem-k-zivotu-je-melbourne-praha-si-polepsila.
- Klinika adiktologie. (2007). *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Praha: Author. Retrieved 16. 3. 2015 from the Word Wide Web: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kubátová, D. & Kroufek, R. (2006). *Člověk, zdraví a životní prostředí: příručka pro učitele na pomoc při realizaci Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
- Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing.
- Kultura fizyczna (2011). *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie Kultura Fizyczna*. In Dohnal & Hobza. *Rekreologie jako studijní obor, stav a tendence vývoje*. Czestochow: Instytut Wychowania Fizycznego.
- Kvasničnová, D. & kol. (1984). *Životní prostředí člověka I*. Praha: VŠ zemědělská v Praze.
- Lampe, J. (1999). Health effects of vegetables and fruit: assessing mechanisms of action in human experimental studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 70, 475–490.
- László, E. & Grof, S, & Russell, P. (2013). *Revoluce vědomí: Transgalaktický dialog*. Praha: Carpe Momentum.
- Leiper, J. B. & Molla, A. M. & Molla, A. M. (2003). Effects on health of fluid restriction during fasting in Ramadan. *European Journal of Clinical Nutrition* 57(2), 30–38.
- Machová, M. & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha Grada.

- Maheshwarananda, S. (2006). *Systém jóga v denním životě*. Praha: Mladá fronta.
- MasterCard Europe. (2010). *Výsledky odborné studie*. Praha: VŠE Praha. Retrieved 29. 1. 2015 from the Word Wide Web: <http://www.czechtop100.cz/files/download/mastercard/kompletni-vysledky-projektu-ccoc-2010.pdf>
- McClanahan, K & Huff, M & Omar, H. (2006). Holistic Health: Does It Really Include Mental Health? *The ScientificWorld JOURNAL*, 6, 2092–2099.
- Michaud, D. & Spiegelman, D. & Clinton, S. & Rimm, E. & Willett, W. & Giovannucci, E (1999). Fruit and Vegetable Intake and Incidence of Bladder Cancer in a Male Prospective Cohort. *Journal of the National Cancer Institute*, 91(7), 605-13.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2004). *Zdraví 21: Výklad základních pojmů, Úvod do evropské zdravotní strategie: Zdraví pro všechny v 21. Století*. Praha: MZ ČR.
- Ministerstvo životního prostředí ČR. (2009). *Tisková zpráva - Zpráva o životním prostředí*. Praha: Author. Retrieved 5. 4. 2015 from the Word Wide Web: http://www.mzp.cz/cz/news_091130_zpravaoZP.
- Ministerstvo životního prostředí a Český statistický úřad. (2008). *Statistická ročenka životního prostředí České republiky*. Praha: Author. Retrieved 5. 4. 2015 from the Word Wide Web: [http://www.cenia.cz/web/www/web-pub2.nsf/\\$pid/CENMSFT2346T](http://www.cenia.cz/web/www/web-pub2.nsf/$pid/CENMSFT2346T).
- Národní centrum podpory zdraví. (1992). *Podpora zdraví ve městě: studijní materiál k projektu WHO Zdravá města*. Praha: NCPZ.
- Naymar, K. (2007). Social exclusion, caste & health: A review based on the social determinants framework. *Indian Journal of Medical Research*, 126, 355-363.
- Nelson, M. & Rejeski, W. & Blair, S. & Duncan, P. & Judge, J. & King, A. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1094-1105.
- Občasník české myelinové skupiny. (2007). *Spirituální aspekty bolesti*, 5, 13 Brno: Author.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Rodná, K. & Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se správně hýbat*. Břeclav: Presstempus.

- Šanderová, J. (2005). *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách: několik zásad pro začátečníky*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Šavlík, J. & Hízdil, J. & Houdek, F. (2014). *Jak léčit nemoc šílené medicíny aneb Hippokratova noční můra*. Praha: Andrej Šťastný.
- Švancara, J. (2003). *Strategie zvládání stresu - SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- Thomas, W. & Znaniecki, F. (1927). *The Polish Peasant in Europe and America*. New York: Alfred A. Kroft.
- Tombak, M. (2011). *Je možné žít 150 let?*. Český Těšín: Nakladatelství Beskydy.
- Tombak, M. (2013). *Cesta ke zdraví*. Český Těšín: Nakladatelství Beskydy.
- Valjent, Z. (2008). Pokus o vymezení pojmu „Aktivní životní styl“. *Česká kinantropologie*, 12 (2), 42-50.
- Vondruška, V. & Barták, K. (1999). *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*. Hradec králové: KTL FN a LFUK.
- Vymětal, J. & kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- World Health Organization. (2006). *WHO Constitution*. Ženeva: WHO. Retrieved 9. 3. 2015 from the Word Wide Web: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Yogendra, J. & Yogendra, H. J. & Ambardekar, S. & Lele, R. & Shetty, S. & Dave, M. & Husein, N. (2004). Beneficial Effects of Yoga Lifestyle on Reversibility of Ischaemic Heart Disease: Caring Heart Project of International Board of Yoga. *Journal of The Association of Physicians of India*, 52(4), 283-2