

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**SOUVISLOST SPIRITUALITY A RELIGIOZITY
S CHOVÁNÍM SOUVISEJÍCÍM SE ZDRAVÍM
V ČESKÉ POPULACI**

**THE ASSOCIATION OF SPIRITUALITY AND RELIGIOSITY
WITH HEALTH-RELATED BEHAVIOUR IN THE CZECH
POPULATION**



Magisterská diplomová práce

**Autor: Bc. Helena Pipová
Vedoucí práce: Mgr. Klára Maliňáková**

**Olomouc
2016**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Souvislost spirituality a religiozity s chováním souvisejícím se zdravím v české populaci“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsobu jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

V Olomouci dne Podpis

~

Poděkování

Chtěla bych zde poděkovat vedoucí své práce Mgr. Kláře Maliňákové za její trpělivost, cenné rady, profesionální vedení a správné nasměrování, když to bylo nejvíce potřeba.

Ráda bych také poděkovala svým přátelům za neustávající slova povzbuzení a oporu.

Děkuji svým sourozencům Lubošovi a Anně a rodičům, že mi dali kořeny a křídla.

~

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Zdraví.....	8
1.1 Biomedicínský a celostní (holistický) přístup.....	9
1.2 Mentální a fyzické zdraví.....	9
1.3 Determinanty zdraví.....	9
1.4 Kouření.....	11
1.4.1 Uvedení do problematiky.....	11
1.4.2 Situace v České republice	12
1.5 Body mass index	13
1.5.1 Body mass index uvedení do problematiky	13
1.5.2 Výživa a nadváha/obezita v ČR	15
1.6 Pohybová aktivita.....	16
1.6.1 Pohybová aktivita – situace v ČR	17
2 Spiritualita a religiozita.....	18
2.1 Spiritualita.....	18
2.1. 1 Pojem spiritualita	19
2. 1. 2 Způsoby nahlížení na spiritualitu.....	19
2.1. 3 Religiózní spiritualita.....	20
2.1. 4 Nerelegiózní spiritualita.....	20
2.2 Religiozita	21
2.3 Vztah mezi religiozitou a spiritualitou.....	21
2.3.1 Co mají religiozita a spiritualita společné.....	22
2.3.2 V čem se religiozita a spiritualita liší	22
2.4 Náboženství a česká společnost	23
2.4.1 Český ateismus.....	23
2.4.2 Současná víra Čechů	24
2.4.3 Náboženské organizace v České republice	24

3	Propojení religiozity, spirituality a zdraví.....	26
3.1	Modely působení religiozity a spirituality na zdraví.....	27
3.2	Pozitivní vliv bohoslužeb.....	28
	EMPIRICKÁ ČÁST	31
4	Hlavní výzkumné problémy.....	31
4.1.	Cíle výzkumu a hypotézy.....	32
5	Etika výzkumu	33
6	Aplikovaná metodika	34
6.1	Sociodemografické údaje.....	34
6.1.1	Kouření.....	34
6.1.2	Fyzická aktivita	34
6.1.3	BMI	34
6.1.4	Religiozita	35
6.1.5	Spiritualita	35
6.1.6	Diferenciace vzorku dle spirituality a religiozity	36
7	Technický plán výzkumu	37
8	Základní a výběrový soubor.....	38
8.1.	Výběr respondentů	40
9	Příprava datového souboru a zpracování dat	42
9.1	Metody statistického zpracování dat	42
10	Výsledky	44
10.1	Popisná statistika.....	44
10.2	Statistický model.....	49
10.3	Výsledky statistické analýzy v souvislosti s testovanými hypotézami	52
11	Diskuze.....	54
	Závěr	59
	Souhrn	
	Citovaná literatura	
	Abstrakt diplomové práce v českém jazyce	
	Abstract of thesis	
	Seznam zkratek	

Seznam grafů a tabulek

Přílohy

Příloha 1: Podklad pro zadání diplomové práce

Příloha 2: Dotazník SWBS

Úvod

Žijeme v době, kdy probíhá asi nejrychlejší a nejdramatičtější vývoj v historii lidstva. Dnešní svět nabízí téměř neomezené možnosti ve všech oblastech našeho bytí, a tak se mění náš životní styl, naše vnímání i prožívání. Asi největší změnu v oblasti prožívání za posledních několik dekád představuje stále menší potřeba náboženství či spirituality v našich životech, což vyplývá z výsledků posledního sčítání lidu především v zemích západního světa. Rostou však údaje o počtu lidí s obezitou, cukrovkou či rakovinou plic. Tento nárůst zdravotních komplikací je jistě dán mnoha dílčími vlivy prostředí i životního stylu. V této práci si však klademe otázku, zda může existovat souvislost mezi religiozitou či spiritualitou a chováním spojeným se zdravím. V současných výzkumech se zájem odborníků začíná čím dál častěji soustředit právě na fenomény spirituality a religiozity, na jejich vztah k mentálnímu, ale i fyzickému zdraví, k léčbě závislostí či jiných onemocnění.

Mají lidé, kteří jsou členy církve nebo mají vztah k nějakému druhu transcendentna, jiný vztah ke konzumu, svému tělu či drogám? J. Křivohlavý (2003) uvádí, že zdravý životní styl souvisí s vírou (náboženstvím) jedince. Věřící lidé například tolik neinklinují ke kouření a zneužívání alkoholu jako lidé nevěřící.

V teoretické části této práce vymezujeme problematiku zdraví a „health-related behaviour“, tedy „chování spojeného se zdravím“. Dále vysvětlujeme pojmy religiozita, spiritualita a to, jak spolu souvisí. Existuje veliké množství proměnných zdraví, my jsme se rozhodli vybrat BMI, které do určité míry prezentuje naše stravování; dále pak kouření, které reprezentuje rizikové chování, a fyzickou aktivitu, která se pojí se zdravým způsobem života. Češi jsou považováni za nejateističtější národ světa. Náboženství je však významnou součástí naší kultury, utvářelo naše zvyky, hodnoty i postoje a stále ovlivňuje naše životy na úrovni individuální i celospolečenské. Otázku postojů Čechů k náboženství rovněž objasňujeme v teoretické části této práce.

Šetření bylo realizováno v rámci výzkumu „Spirituální rozměry zdraví občanů ČR“. Celé šetření proběhlo pod záštitou Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Empirická část této práce je unikátní v tom, že shromáždil a zpracovala data popisující reprezentativní vzorek české populace, a výsledky se tak dají zobecnit na celou českou dospělou populaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdraví

George Stone (in Brannon & Feist, 1997) píše, že existují dvě kategorie definic zdraví. První popisují zdraví jako nepřítomnost nemoci, kde nemoc nebo zranění jsou odchylkou od dobrého zdraví, a odstraněním této odchylky je možné stav zdraví vrátit. Tento typ definice však nevystihuje případy osob s postižením, například slepý houslista, který kvůli svému nevléčitelnému postižení nebude nikdy zdravý, je přesto maximálně přínosný společnosti. Druhá kategorie definic představuje zdraví jako kontinuum, po kterém se jedinec pohybuje od výborného zdraví (ideální stav) až po nemoc a zdravotní problémy. Zdraví chápeme jako multidimenzionální konstrukt, a proto je nutné uvažovat všechny aspekty života – biologické, psychologické, sociální i spirituální.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation – WHO) uvádí definici z roku 1948 následovně: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.*“ Definuje tedy zdraví jako „stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, nikoli pouze absenci nemoci nebo slabosti“. Tento holistický přístup nebere v úvahu jen fyzickou složku, být zdravý tedy neznamená jen nebýt nemocný. I přes velikou popularitu má tato definice i své kritiky (Kaplan, Sallis, & Peterson, 1993).

Zdraví a nemoc jsou výsledky dynamických procesů, při nichž je zdraví utvářeno v každé chvíli našeho života. V tomto pojetí je zdraví chápáno jako vnitřní odolnost. (autoregulační síla). Egger (2013, 26) uvádí definici zdraví: „*Zdraví je dostatečná schopnost člověka vyrovnávat se pomocí seberegulace s jakoukoli poruchou na jakémkoli stupni poškození systému. Zdraví nevzniká nepřítomností patogenu (viru, bakterie...).*“ Zdraví není nepřítomností psychického stresu nebo konfliktu, je schopností se s těmito situacemi adekvátně vyrovnat a kontrolovat je.

Základy našeho budoucího vztahu ke zdraví v dospělosti vytváří faktory jako rodičovská opora, vzor, hodnoty, preferované školní aktivity, zájmy vrstevníků, fyzický vývoj nebo specifické biologické a sociální změny (Sawyer et al., 2012).

1.1 Biomedicínský a celostní (holistický) přístup

Původní biomedicínský přístup začali vědci na konci 20. století nahrazovat holistickým přístupem, který při léčení nemocí zohledňuje sociální, psychologické, fyzické a dokonce spirituálního hledisko (Brannon & Feist, 1997). Podle bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu je pro chápání nemoci a volbu léčby důležitá nejen kvalita zdravotní péče, ale také sám pacient, jeho duchovní prožívání a sociální zázemí.

Biomedicínský model určuje nemocnost člověka čistě na základě biologických odchylek. Holistický model částečně hledá léčbu na základě toho, jak se jedinec cítí (zdravý či nemocný) a jak vnímá svou nemoc. Je třeba brát ohled na to, jak pacient léčbu zvládá, zda je ochoten spolupracovat a jak se vyrovnává se svou nemocí. Problémy objevující se v souvislosti s nemocí nemusí plynout jen z nemoci samotné, ale mohou být důsledkem pacientova momentálního prožívání, nedostatku opory v okolí nebo jeho neschopnosti se adekvátně se zátěží vyrovnat (Engel, 2012).

1.2 Mentální a fyzické zdraví

Pojem mentálního zdraví je v jednotlivých kulturách vnímán rozdílně a je charakterizován subjektivním pocitem osobní pohody, vědomí vlastní produktivity, autonomie, kompetence a sebeaktualizace. Mentální zdraví nelze definovat pouze jako nepřítomnost psychické poruchy. Ve většině zemí stále panuje přesvědčení, že fyzické zdraví je důležitější než psychické, a je patrná přetrvávající stigmatizace psychických poruch. Mentální poruchy postihují přibližně 12 % světové populace a jejich počet stále roste. Na jejich léčbu je vyhrazeno pouze přibližně 1 % rozpočtu zdravotnictví (WHO, 2001).

Fyzická stránka zdraví se často spojuje s fyzickou aktivitou, stravováním a nepřítomností nemoci. Fyzická aktivita a stravování jsou spojovány s životním stylem (Bauman, 2004).

1.3 Determinanty zdraví

Na naše zdraví má vliv řada faktorů, jedním z nejdůležitějších je životní styl, který můžeme ovlivnit. Naše zdraví může být přímo ovlivněno cvičením, zdravou výživou, dostatkem spánku. Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské, ekonomické a environmentální faktory, které se vzájemně ovlivňují a

ovlivňují zdravotní stav jedince nebo společnosti. Některé determinanty nelze měnit, například pohlaví a genetické predispozice. Další, jako životní styl nebo kouření tabáku, jsou modifikovatelné chováním jednotlivců. Determinanty zahrnují například i sociální status, vzdělání, příjem, pracovní podmínky, adekvátní zdravotní péči a životní prostředí (Nutbeam, 1998).

Dle WHO existují čtyři skupiny determinant zdraví (WHO, 2001 in Kříž, 2011):

1. Životní styl (50 %)

Tato determinanta zahrnuje rozložení práce a odpočinku, výživu, pohyb, konzumaci škodlivých návykových látek, odolnost a schopnost vyrovnávat se s problémy a stresem, zvládání obtížných životních situací, vzdělání, příjem a ekonomický status.

2. Genetický profil (20 %)

Vrozené vlastnosti určují, zda nemoc u člověka propukne a jak se s ní vyrovná. Patří sem genetika a dále také pohlaví a věk, některé nemoci propukají v různém věku a jednotlivá pohlaví mohou mít pro určitou chorobu vyšší vulnerabilitu.

3. Životní pracovní prostředí (20 %)

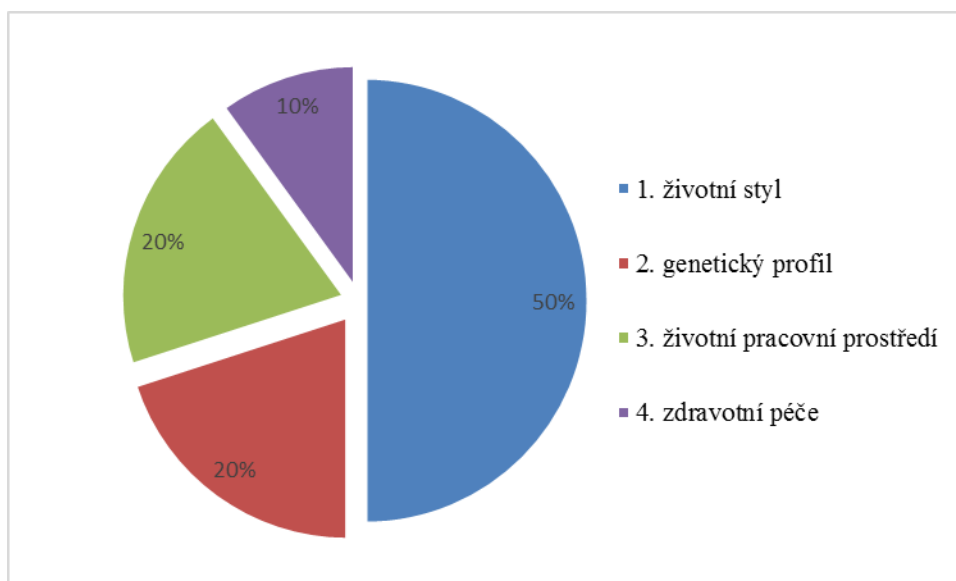
Do této kategorie se řadí životní prostředí, tedy čistota ovzduší, nezávadná voda, zdravé a čerstvé potraviny, bezpečnost prostředí a úroveň hluku, bezpečné bydlení, dále pracovní podmínky, zaměstnání, sociální sítě (podpora od přátel, rodiny), kultura a tradice, důvěra v rodinu.

4. Zdravotní péče (10 %)

Zahrnuje zdravotnictví, dostupnost lékařské pomoci a preventivních služeb.

Rozložení determinant zdraví pro větší přehlednost znázorňuje i Graf 1.

Graf 1: Rozložení základních determinant zdraví



Zdroj: Kříž (2011)

V následujících podkapitolách se budeme podrobněji věnovat hlavním proměnným, zdravého chování, které jsme se rozhodli zkoumat, tedy BMI, kouření a pohybové aktivitě.

1.4 Kouření

1.4.1 Uvedení do problematiky

Cigarety v současném chápání pochází až z 20. století. Kouření cigaret bylo však považováno za zženštilé, zároveň ale měly ženy kouření zakázáno (Brannon & Feist, 1997). Modernější pohled spojil cigarety spíše s mužností, kouření bylo považováno za husarský kousek. Konzumace tabáku však způsobuje předčasná onemocnění a úmrtí. Ve 20. století na následky užívání tabáku zemřelo 100 miliónů lidí a v současnosti je to 5,4 miliónu každý rok. V roce 2030 se předpokládá nárůst na více než 8 miliónů úmrtí za rok (WHO, 2008).

V České republice se od roku 1997 do roku 2013 se pohyboval počet kuřáků kolem 30 %, jedná se tedy o poměrně stálý počet, který se zatím nedaří snižovat. Úmrtí následkem konzumace tabáku se u nás pohybují okolo 17 %. Přesto většina kuřáků žádné zdravotní problémy neuvádí nebo je nedává do souvislosti s kouřením (Sovinová, Sadílek, & Csémy, 2014).

K hlavním nemocem způsobeným kouřením tabáku se řadí rakovina (hrtanu, průdušnice, průdušek, plic, žaludku, ledvin, slinivky, tlustého střeva, děložního hrdla a

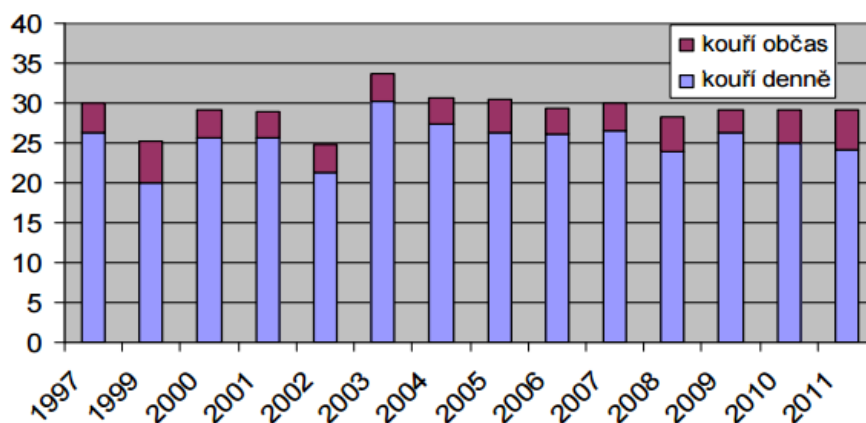
močového měchýře) a chronická onemocnění (cévní mozková příhoda, slepota, ischemická choroba srdeční, zápal plic, aterosklerotická vaskulární onemocnění, astma, dýchací problémy, chronická obstrukční plicní nemoc, problémy s plodností). Kouření patří mezi hlavní rizikové faktory řady chorob. Přestože se jedná o faktor, kterému se lze z velké části vyhnout, tvoří úmrtí související s kouřením tabáku v ČR ročně 19 % z celkové úmrtnosti. Prevalence denně kouřící dospělé populace v ČR je 24,6 %. Roční spotřeba cigaret na osobu je 2 125 kusů, což odpovídá 10. místu v Evropě (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 29. září 2016).

Křivohlavý (2009) ale zároveň zmiňuje některé pozitivní účinky tabáku a také důvody, proč lidé kouří. Patří k nim například zvýšení soustředěnosti, výkonu, kapacity paměti i učení, dočasná podpora kladných emocí jako je radost a pohoda, snížení napětí a úzkosti, kladný vliv na pocit zvládnutí stresových situací, začlenění se do sociální skupiny, zvýšení pocitu autonomie a soběstačnosti, vnímání sebe sama jako dospělejšího apod. Z podobných důvodů začíná kouřit většina lidí už v období dospívání, kdy si formují postoj k cigaretám a například se chtějí stát součástí referenční skupiny. Z výzkumu Sarafina (1994) vyplývá, že na to, zda člověk začne kouřit, mají vliv zejména vrstevníci a rodiče (ať už jejich napodobování nebo naopak touha vymezení se a opozice vůči nim). Dospívající, jejichž rodiče nebo vrstevníci kouří, budou s velkou pravděpodobností kouřit také. Dalším aspektem, proč lidé začínají (popřípadě odmítají přestat) kouřit, může být vliv kouření na obezitu. Předpokládá se, že kuřáci jsou méně náchylní k přibývání na váze než nekuřáci. U věkové skupiny do 40 let se vztah mezi kouřením a obezitou neprokázal jako signifikantní. Je zjevné, že bývalí kuřáci mají větší šanci stát se obézními než ti, kteří ještě kouřit nepřestali, anebo úplní nekuřáci. Nebezpečí obezity u bývalých kuřáků ovšem stoupá také s počtem vykouřených cigaret, přičemž lidé, kteří byli v minulosti silnými kuřáky, mají mnohem větší predispozice k obezitě než bývalí lehčí kuřáci (Dare, Mackay, Pell & Matsuo, 2015).

1.4.2 Situace v České republice

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (29. září 2016) uvádí, že kuřáctví je nejvyšší ve věkové skupině 15–24letých (44,7 %). Z dlouhodobého hlediska nebyl v dospělé populaci zaznamenán trend signalizující významnější pokles kuřáctví.

Graf 2: Kuřáci cigaret u dospělé populace v ČR ve věku 15–64 let v letech 1997–2011. Hodnoty jsou vyjádřeny v %.



Zdroj: Český statistický úřad (2016)

V posledních dvou dekádách je prevalence kouření u dospělé populace poměrně stabilní a pohybuje se mezi 28 % a 32 %. V celé populaci je více kuřáků mezi muži, ale mezi dětmi 13–15 let kouří častěji dívky. Z hlediska vzdělání kouří nejméně lidé s ukončenou vysokou školou (24,8 %), (Český statistický úřad, 2016).

Nejméně 137 studií zkoumalo vztah mezi R/S a kouřením a z nich 123 (90 %) zjistilo statisticky signifikantní inverzní vztah. Z 83 metodologicky nejpřísnějších studií, 75 (90 %) uvedlo inverzní vztah kouření k R/S (J. Nonnemaker, C. A. McNeely, and R. W. Blum, 2006; J. M. Beyers, J. W. Toumbourou, R. F. Catalano, M. W. Arthur a J. D. Hawkins 2004; H. G. Koenig, L. K. George, H. J. Cohen, J. C. Hays, D. B. Larson, a D. G. Blazer, 1998). Provedli jsme výzkum, kterého se účastnilo 102 respondentů (29 mužů a 73 žen), ve věku od 50 až 91 s průměrným věkem 70,7 let. Současní kuřáci byli mladší než nekuřáci (73,3 % vs. 26,7 %). Muži byli častěji kuřáci než ženy (54,8 % vs. 45,2 %).

1.5 Body mass index

1.5.1 Body mass index uvedení do problematiky

Nejrozšířenějším ukazatelem přiměřené tělesné hmotnosti je Body Mass Index (BMI). Poprvé BMI popsali Adolph Quetelet a vyvinul jej pro výpočet relativní hmotnosti jedince, a to pomocí následujícího vzorce:

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

Ancel Keys v roce 1972 tento výpočet zpopularizoval a nazval jej BMI. Dnes se BMI používá především ke screeningu pro hrubý odhad, přestože jeho hodnoty poměrně přesně korelují s podílem tuku v těle. Tento index je dobrým počátečním ukazatelem pro zvažování zdravotních problémů v důsledku vysoké (popřípadě nízké) tělesné váhy. Pro upřesnění výsledků je však nutné provést další vyšetření a zohlednit individualitu každého jedince (NHLBI, 2013).

Tabulka 1: Kategorie Body Mass Index

BMI	Kategorie
méně než 18,5	podváha
18,5 - 24,9	normální váha
25,0 - 29,9	minimální nadváha
29,9 a více	obezita

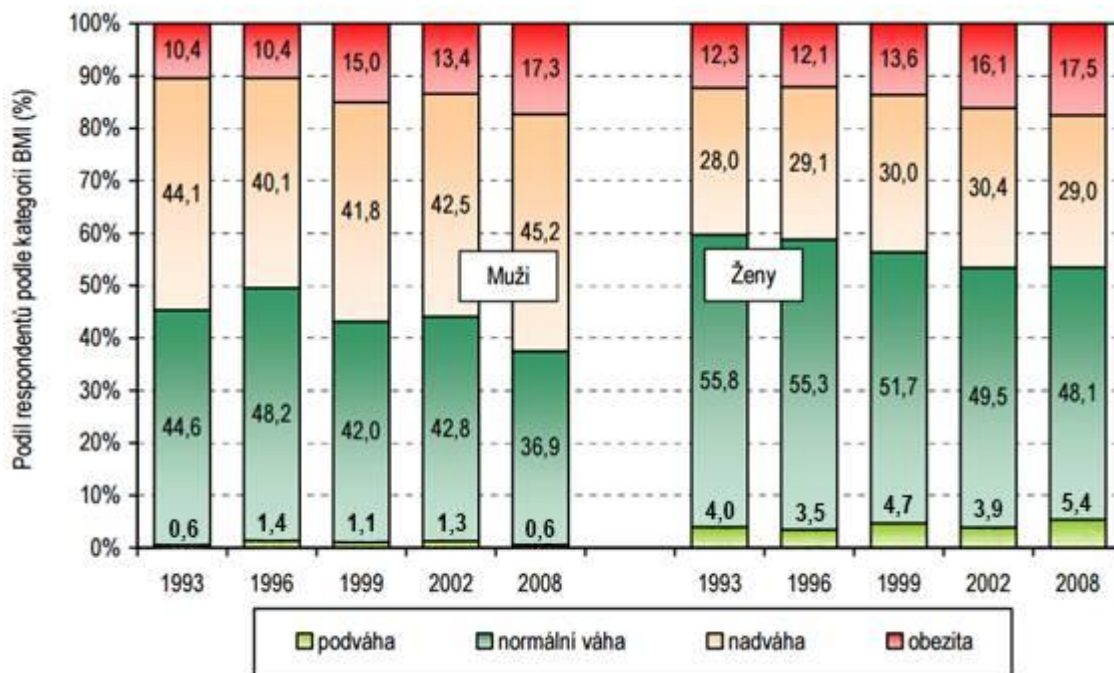
Zdroj: NHLBI, 2013

Z přehledu hodnot BMI uvedených v tabulce 1 vyplývá, že do kategorie chování poškozujícího zdraví můžeme zařadit problémy s udržováním tělesné hmotnosti ve smyslu obezity i ve smyslu podváhy (Jonsson et al., 2002).

Většina výzkumů zabývajících se obezitou užívá BMI jako jeden z jejich ukazatelů. Nelze jej však použít jako jediný ukazatel, neudává totiž poměr mezi tukovou a svalovou složkou, nespécifikuje rozložení tuku v těle. Například lidé s průměrným BMI, kterým se ovšem tuk nadměrně ukládá v břišních partiích (důležitý je poměr obvodu boků a pasu), mají větší pravděpodobnost kardiovaskulárních onemocnění a dokonce smrti než ti, kteří mají v normě BMI i rovnoměrné rozložení tuku po těle (Sahakyan, 2015).

Obezita může mít své počátky již v dětství, přičemž až 80 % obézních dětí se s tímto onemocněním potýká až do dospělosti (Machová & Kubátová, 2009). Uvědomovat si důležitost zdraví a zejména přístupu k němu tedy není důležité jen pro zdravotní stav samostatných a odpovědných dospělých, ale zejména dětí, které jsou v tomto ohledu na svých rodičích závislé.

Graf 3: Vývoj podílu dospělých osob dle pohlaví (nad 15 let) s podváhou, normální váhou, nadváhou (BMI 25–29,9), obezitou (BMI nad 30) v ČR v letech 1993–2008. Jedná se o procentuální vyjádření.



Zdroj: Daňková & Láchová (2010)

I přes stále se rozšiřující kampaně propagující zdravý životní styl a stravování, se nedaří zastavit všeobecný trend zvyšování energetického příjmu a s ním spojeného rozvoje nadváhy či dokonce obezity, což potvrzuje graf 3.

1.5.2 Výživa a nadváha/obezita v ČR

Více než polovina (57 %) dospělé populace v České republice má nadváhu nebo obezitu. Tento údaj se nedaří snižovat. Obezitou trpí 17 % dospělých a jejich počet, zejména mužů, od počátku 90. let minulého století stoupá. Narůstá také podíl dětí s vyšší než normální hmotností, zejména chlapců. V rámci Evropy se ČR s Británií, Maltou a Maďarskem řadí mezi státy s nejvyšším počtem obézních obyvatel. Od roku 1996 se ztrojnásobil počet dětí a mladistvých sledovaných s diagnózou obezita a jejími následky.

Nejvyšší nárůst výskytu obézních (dle údajů MZ) nastává ve věkové skupině 35–44letých mužů, u žen ve věkové skupině 65–74letých (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 29. září 2016). Podobné údaje uvádí také Matoulek (2010), z jehož výzkumu, který byl proveden v letech 2008–2009 na reprezentativním vzorku české populace (n = 2 058), vyplývá, že v České republice je celkem 23 % dospělé populace

s obezitou a 34 % osob s nadváhou. Za poslední tři roky vzrostl jejich počet o 5 procentních bodů (na 17 % a 22 %), počet lidí s nadváhou zůstává téměř stejný (35 % a 34 %). Dle zjištění autora je pro nárůst hmotnosti nejrizikovějším obdobím mezi 50. a 59. rokem. Z výše uvedených šetření plyne, že kvalita života a spokojenost se zdravím je více spojena s BMI než s věkem. Přestože hmotnost se v dospělosti zvyšuje podobně u sportovců a lidí pohybově aktivních, vzhledem k jejich nižší počáteční hmotnosti je nižší i jejich konečné BMI.

Při srovnávání s cíli WHO byl u všech populačních skupin v ČR zjištěn zvýšený příjem tuků a jednoduchých cukrů, nedostatek zeleniny a ovoce ve stravě, vysoká konzumace soli, nepravidelné stravování, to vše v kombinaci s nedostatečnou pohybovou aktivitou. Poměrně časté je také používání méně vhodných způsobů přípravy jídel, jako je smažení nebo fritování (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 29. září 2016).

1.6 Pohybová aktivita

Pohyb je jednou z nejzákladnějších aktivit našeho života, fyzická neaktivita tak vede k zásadnímu zvýšení rizika nemocí. Důležitou tělesnou zdatnost si člověk může budovat pravidelnou aerobní činností. Pro zdraví je nejdůležitější taková pohybová aktivita, při níž práce svalů a metabolické procesy probíhají za přítomnosti kyslíku. Lze sem zařadit jakékoliv cvičení, které zapojuje větší skupiny svalů, trvá déle než 15 minut a při němž se tepová frekvence pohybuje mezi 55 % a 80 % svého maxima (Čeledová & Čevela, 2010; Sallis & Owen, 1999). U lidí, kteří se fyzické aktivitě pravidelně věnují, se méně často vyskytuje cukrovka 2. typu, vysoký tlak, osteoporóza a srdeční onemocnění. Dá se u nich předpokládat delší život než u osob, které se fyzické aktivitě vyhýbají (Bauman, 2004). Přestože se tato onemocnění projevují v dospělosti, jejich počátek a rozvoj se váže již k adolescenci. Aktivity prováděné v období dospívání totiž značně určují, jak se bude vyvíjet životní styl v pozdějších letech (Parsons et al., 1999; Tammelin et al., 2003).

Pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko vzniku některých typů rakoviny (např. rakoviny prsu a tlustého střeva), pomáhá udržovat optimální tělesnou hmotnost a zlepšuje i psychický stav (snižuje stres, zvyšuje sebevědomí a sebekontrolu i schopnost koncentrace) a zvyšuje imunitní odolnost organismu. Pohyb je významný i ve vyšším věku pro zachování fyzického, psychického i kognitivního zdraví. WHO doporučuje pro zdravé dospělé ve věku 18 až 65 let minimálně 30 minut pohybové aktivity střední

intenzity 5x týdně nebo 20–25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3x týdně. Podle výsledků studie GPAQ z roku 2011 má v ČR 32 % dospělých nízkou fyzickou aktivitu, 21 % střední a 46 % vysokou fyzickou aktivitu. Největší rozdíly v pohybové aktivitě mezi muži a ženami (ve prospěch mužů) byly ve věkové kategorii 18–39 let, zato nejmenší genderové rozdíly byly u starších 65 let (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 29. září 2016).

Také u žáků základních a středních škol dochází k ubývání pohybu, hlavně kvůli využívání dopravních prostředků, modernizaci a rozvoji služeb (Machová & Kubátová, 2009). V přehledové studii Van Sluijs, McMinn a Griffin (2007) se po porovnání 57 výzkumů ukázalo, že na zvýšení fyzické aktivity u adolescentů mají nejvyšší vliv intervence z rodiny a školy. V adolescenci vykonává pravidelnou fyzickou aktivitu zhruba polovina jedinců. Během dospělosti dochází ke snižování procenta pravidelného cvičení a aktivních jedinců je již pouze kolem 40 % (Bauman, 2004).

Pohled náboženských denominací na fyzickou aktivitu a cvičení je také . Některé náboženské skupiny považují fyzickou aktivitu za nedůležitou pro zachování zdraví, protože člověk by se měl zaměřovat na duchovní věci. Jiné náboženské skupiny chápou tělo jako „chrám Ducha Svatého“ a fyzickou aktivitu a fitness podporují (Cline & Ferraro, 2006).

1.6.1 Pohybová aktivita – situace v ČR

Ačkoliv ČR patří v celosvětovém srovnání mezi země s malým počtem osob s nízkou pohybovou aktivitou, při porovnání výsledků se zdá, že stejně jako ve světě, i u nás dochází k úpadku. Například podíl osob středního věku (45 – 54 let), které se ve volném čase vůbec nevěnují sportu, stoupl mezi lety 2005 a 2010 o 7 % u mužů (na 38 %) a o 12 % u žen (na 44 %). (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 29. září 2016).

2 Spiritualita a religiozita

Religiozita je vyjádřením afiliace člověka ke konkrétní církvi či náboženské skupině a jeho prožívání a aktivity v této oblasti (Pechová, 2011). Pojem religiozita chápeme ve smyslu zahrnujícím náboženské prožívání i jednání, jež je s ním neoddělitelně spjato. Spiritualitou v našem výzkumu rozumíme niterný aspekt religiozity, který vystupuje do popředí v modlitbě, meditaci apod., v centru přitom může být i vlastní mysl a nitro. Podobný, snad něco širší a nepříliš určitý, význam má v češtině slovo duchovní, například ve spojení duchovní život (Říčan, 2002).

Pro termín religiozita (z angličtiny *religiousness*) existuje český ekvivalent pobožnost. Ačkoliv i pro pojem *spirituality* existují české ekvivalenty, z důvodu větší jasnosti jsme se v práci rozhodli používat termín spiritualita. V posledních letech přestává být vnímána pouze jako součást náboženství, ale stává se součástí života lidí, kteří se snaží pracovat na svém duchovním životě, i když nevyznávají žádné konkrétní náboženství (Říčan, 2002).

Aldwin (2014) zdůrazňuje stále rostoucí význam rozlišování mezi religiozitou a spiritualitou. Religiozita je podle ní často hodnocena jednoduše jako příslušnost k náboženství nebo návštěva bohoslužeb. Zatímco duchovno je obecně hodnoceno jako pocit blízkosti k Bohu a sebetranscendence a/nebo zapojení technik jako je meditace nebo mindfulness.

2.1 Spiritualita

„Spiritualita je způsob života, pohled na svět, je to způsob, jakým jednáme se svou rodinou, přáteli, jak přistupujeme ke své práci, je to cesta světla.“

David Fontana (1999, 69)

Štampach (2008) nám předkládá dva obrazy spirituality. Prvním je obraz poustevníka, který poznal, že svět je zkažený do morku kostí, a proto od něj utekl, aby zachránil svou duši. Protipólem může být upracovaná matka od rodiny, obětavý lékař nebo třeba statečný iniciátor občanského sdružení pečující o práva menšin – tito lidé nemají na duchovno ani minutu času. Tyto tak rozdílné životy ilustrují, jak složité je chápání pojmu spiritualita a jak rozdílné může být její prožívání a projevy. Pokud se chceme seznámit s podstatou spirituality, je třeba ji nějakým způsobem definovat a zařadit. S vymezením tohoto pojmu se dosud pojí nejasnosti a nepřesnosti. Existuje mnoho

pojetí spirituality a velká část populace si není zcela jista svým vztahem k institucionalizované víře.

Morberg (in Stříženeč, 2007) sestavil klasifikaci 35 definic spirituality. Ve své klasifikaci rozlišuje definice na historicko-kontextové s důrazem na zkušenost z dějin, teologické, které spiritualitu definují ve vztahu k transcendentnu, a antropologické, jež kladou důraz na zkušenost člověka.

2.1.1 Pojem spiritualita

Latinské slovo *spiritus* (základ slova spiritualita) bývá překládáno jako duch či dech. Samotné slovo spiritualita vychází z latinského označení *spiritualis*, ve významu „duchovní“. Původní význam slova spiritualita pochází z římskokatolického prostředí, kde vyjadřovalo působení Ducha svatého na člověka a význam tohoto působení pro život jedince. Spiritualitou se míní bezprostřední osobní prožívání vztahu k transcendentní skutečnosti, v tomto případě k trojjedinému Bohu (Štampach, 2006). V křesťanské tradici spiritualita reprezentuje duchovní život „*iniciováný působením Ducha a prodchnutý Bohem*“ (Vojtíšek et al., 2012, 10). V této souvislosti se často užívá termínů kněžská, ignaciánská či mystická spiritualita.

2.1.2 Způsoby nahlížení na spiritualitu

Cicirelli (2011) rozlišuje spiritualitu na religiózní a nereligiózní. Spiritualitou religiózní označuje hledání smyslu života a s ním souvisejících prožitků s Bohem, zatímco nereligiózní spiritualitou rozumí nacházení smyslu života v porozumění vesmíru, v umění, vědě či filosofii.

Reich hovoří o přirozené spiritualitě (Reich, 2000) a vychází tak z konceptualizace spirituality Stifosse-Hanssena (1999 in Reich, 2000), který takovou spiritualitu odlišuje nejen od náboženství, ale i od religiózní spirituality. Podle Reicha se spiritualita projevuje, pokud jedinec prožívá něco transcendentního či velmi hodnotného. Podotýká, že pro každého může mít transcendence jiný význam – pro jednoho to může být vztah s Bohem, pro druhého transcendentní láska mezi členy rodiny či přáteli, či rovnost všech lidí. Z této perspektivy pak Reich vyvozuje, že život plný přirozené spirituality může vést i ateista.

Obecně dnes spiritualita představuje poměrně módní pojem, hovoří se o spiritualitě sportu, volného času, práce, spiritualitě je věnován i široký zájem ve výchově či psychoterapii (Stříženeč, 2007).

2.1.3 Religiózní spiritualita

Říčan (2002) rozumí spiritualitou niterný aspekt religiozity, který nabývá na významu, pokud se jedinec vztahuje k božským bytostem (v modlitbě, meditaci) a obrací se k vlastní mysli a do svého nitra. Spiritualitu zmíněný autor definuje jako „*to, co věřící lidé prožívají tam, kde hledají to, co je posvátné, a to, jakým způsobem se tato jejich víra projevuje jak v jejich slovních projevech, tak činech*“ (Říčan, 2003). Pavel Říčan řadí spiritualitu mezi integrující komponenty osobnosti a popisuje ji jako integrující centrum motivů, postojů, citů i kognitivní orientace, jádro osobní identity a smyslu života. (Říčan, 2010, 152). Autor uvažuje o spiritualitě i v kontextu vztahů s druhými lidmi a to nejen z hlediska jejich ovlivnění spiritualitou. Tyto vztahy a s nimi související city mají samy za určitých okolností spirituální povahu (především ve smyslu nenáboženské spirituality). Jedná se například o okouzlení krásou, intimitu, respekt, soucit, ale i nenávisť (Říčan, 2010).

2.1.4 Nereligiózní spiritualita

V posledních čtyřech desetiletích se užívá výrazu spiritualita i ve významu nesouvisejícím s náboženstvím. Tím jen velmi volně navazuje na původní význam – duchovní život. Pechová (2011, 15) píše, že v současnosti slovo spiritualita užíváno v širším pojetí, tedy jako „*jakékoliv snahy o dosažení transcendence*“. V takovém významu bychom za spirituální mohli považovat téměř cokoli. Můžeme se setkat s pojmem nenáboženská spiritualita, tj. zcela nezávislá na náboženství. Zde vzniká problém, co je ještě možno nazvat spiritualitou (Štampach, 2006). Spiritualita je v tomto pojetí vnímána jako duchovní přístup k životu, cesta vnitřního rozvoje, která na rozdíl od náboženství není spojována s žádnou institucí. Spirituální jedinec, aniž by žil v souladu s náboženskými obřady či praktikami, může prožívat svůj duchovní život silněji než osoba, jež se pravidelně těchto aktivit účastní (Slezáčková, 2012).

Od 80. let 20. století došlo k rozšíření spirituality jako fenoménu vyjadřujícího niterní, osobní náboženství, které není spjata křesťanstvím. O to se zásadním způsobem zasadilo náboženské hnutí New Age (Nový věk), které tvrdilo, že díky spiritualitě přijde tzv. blažený věk. Spiritualita oproti křesťanství (tzv. starému věku) sjednocuje, je osobní, nedogmatická, založená na náboženském zážitku, vyhýbající se institucí, čímž přivádí člověka k celistvosti a lidskou společnost v harmonii. V průběhu historie se pojem spirituality odpoutal od svých křesťanských kořenů a pro mnohé se stal symbolem pro odmítnutí organizovaného duchovního života – spirituální může být

jedinec bez příslušnosti k instituci, dokonce s minimálními znalostmi z oblasti náboženství (Vojtíšek et al., 2012).

2. 2 Religiozita

Pavel Říčan popisuje náboženství následující definicí: „*Náboženstvím rozumíme to, čím se zabývá religionistika, věda o náboženství.*“ (Říčan, 2007, 33). Tímto způsobem upozorňuje na neúplný a historický proměnlivý konsensus religionistů ohledně náboženství a uvádí definici J. Hellera (Říčan, 2007, 34), podle kterého jde v náboženství o „*vztah člověka (ať teoretický, v učení nebo praktický – v etice a kultu) k tomu, co má vůči němu roli boha.*“

Již William James (1930) poukazoval na fakt, že existuje mnoho různých vymezení náboženství, což potvrzuje, že slovo náboženství je třeba užívat jako jméno hromadné, protože nemůže znamenat jedinou samostatnou věc či jediný základní pojem. James také zmiňuje, že pokus o definici náboženství se velmi snadno zvrátí do diskuze o slova. Ve svém výkladu pracuje s nezřetelným pojmem „osobní náboženství“. Zaměřuje se na náboženství, jako osobní stavy člověka, „*city, skutky a zkušenosti jednotlivých lidí v jejich osamocenosti, pokud si sami uvědomují svůj vztah k božstvu, ať za toto božstvo pokládají cokoli*“ (James, 1930, 31). O vztahu mluví i Hejna, který náboženství vymezuje jako „*jednu z forem vědomého vztahování člověka k celku světa*“ (Hejna, 2010, 9), a to vedle umění a filosofie. Autor také zmiňuje, že každá kultura v historii vykazovala znaky náboženskosti.

S vývojem náboženského života a postojů k náboženství během druhé poloviny minulého století, sekularizací Západu, tj. vytvoření kultury do značné míry nezávislé na tradičním náboženství se objevuje spojení „Spiritual, but not religious“, které je překládáno jako „*Náboženství ne, ale duchovní život - to ano!*“. Tento model se objevil v Americe v 60. letech minulého století, kdy mládež začala opouštět tradiční formy náboženství, ale zároveň hledala něco, co by vyplnilo vzniklé vakuum. V New Age pak mladí často našli zachování hodnot křesťansky orientovaného humanismu a obohatili je o náboženství Východu (Říčan, 2007).

2. 3 Vztah mezi religiozitou a spiritualitou

Odborníci rozlišují mezi pojmy religiózní a spirituální, ale jak je to u běžné populace? Sám Zinnbauer (1997 in Pargament, 1999) zkoumal rozdíly mezi spirituálním a religiózním pomocí toho, do jaké skupiny se respondenti zařadili.

Ukázalo se, že většina z nich neměla potřebu rozlišovat mezi těmito konstrukty. Například 74 % osob z možností, zda se považují za religiózní, ale ne spirituální, spirituální, ovšem ne religiózní, spirituální i religiózní, či se nepovažují ani za jedno, vybralo, že se považují za spirituální i religiózní. Téměř všichni respondenti se označili zároveň jako spirituální.

Mnozí autoři popisovali dříve faktory religiozity jako náboženské chování, náboženské projevy člověka, náboženskou zkušenost, subjektivní stránky náboženství a osobní náboženství. Hartl a Hartlová (2000, 505) uvažují o religiozitě jako o „*zbožnosti, víře v pravost a pravdivost náboženství, síle víry, náboženském přesvědčení, jeho různé míře a jeho odrazu v chování*“. Spiritualitu pak popisují jako „*duchovnost, vyhraněnou zaměřenost na psychickou stránku člověka, důraz na co nejmenší závislost psychiky na tělesných faktorech*“. Dále autoři uvádí, že spiritualita by neměla zůstat omezená na prožívání na určitých místech či v určitý vyhrazený čas, ale měla by být prožívána každým okamžikem a odrážet se v našem chování a jednání.

2.3.1 Co mají religiozita a spiritualita společné

Spiritualita i náboženství je tedy určitou formou sebepřesahu, transcendence či existenciálního prožitku. Spiritualita se může realizovat v rovině náboženství nebo mimo něj, přičemž, pokud se realizuje v rovině náboženství, tvoří jeho ústřední pilíř.

Dříve autoři příliš nerozlišovali mezi vírou, spiritualitou a religiozitou, tato označení používali mnohdy jako synonyma, s nimiž pracovali ve svých úvahách o spiritualitě. Wulff (1999, in Stříženeč 2001) věnuje pozornost vztahu mezi vírou, religiozitou a spiritualitou.

Zinbauer (2005, in Říčan 2007) říká, že spiritualita je širší pojem, jelikož se může realizovat v oblasti náboženství i mimo něj. Podle něho spiritualita náboženství zahrnuje, nikoli podmiňuje.

2.3.2 V čem se religiozita a spiritualita liší

Belzen (2009) vidí religiozitu a spiritualitu jako dvě oddělené oblasti, které se mohou překrývat. Podle Belzena tedy religiózní osoba nemusí být nutně spirituální. Takového člověka si můžeme představit jako věřícího určitého náboženství, který však svůj vztah k transcendenci nevyjadřuje žádnou aktivitou – náboženskou ani nenáboženskou.

Hood (2005) ve své práci široce pojednává o spiritualitě a jejím vztahu k náboženství. Podle něj spiritualita není synonymem náboženství, ačkoli si mohou být tyto dva koncepty blízké. Nejdůležitějším rozdílem je, že náboženství se děje na makro úrovni, jako kulturní fenomén, zatímco spiritualita je jev odehrávající se na mikro, osobní úrovni. Náboženství autor přisuzuje religiozitu, kterou rozumí „*osobní korelát určitého náboženství*“ (tamtéž, 7). Spiritualita je podle Belzena užší pojem odkazující na určitou kategorii lidského chování a jednání, zatímco religiozita zahrnuje víc než jen toto jednání, například boží obrazy, ale i formu organizace, hierarchie, což spiritualita obsahovat nemusí.

Náboženství má rovněž, na rozdíl od spirituality, konkrétní jména pro kategorie transcendence a říká, komu má být jedinec zavázán – zda Alláhovi, Ježíšovi aj. Toto vše můžeme zahrnout do dalšího, dle Belzena, zásadního rozdílu mezi náboženstvím a spiritualitou, totiž, že náboženství vždy vyžaduje nějaký druh spirituality, kdežto spiritualita může být zcela nenáboženská.

2.4 Náboženství a česká společnost

Slovní spojení náboženství a česká společnost asociuje často proklamovanou frází o tom, že Češi jsou snad nejateističtějším národem světa.“ Česká republika obsadila třetí místo mezi „ateistickými státy“ za Čínou a Japonskem, největší podíl věřících v národní populaci vykazuje naopak západoafrická Ghana, kde se za zbožné označilo 96 procent obyvatelstva, Nigérie (93%) a v Arménii (92%). Největší podíl ateistů má Čína – 47% a Japonsko – 31%, Česká republika – 30% a Francie 29%. (Česko je třetí „nejateističtější“ země na světě, 28. 12. 2012).

2.4.1 Český ateismus

Podle celé řady výzkumů však Češi mezi ostatními národy nevynikají ani tolik počtem ateistů, jako spíše nedůvěrou k náboženským institucím. Vysoké procento Čechů má nedůvěru k církvím, z čehož vyplývá, že tuto nedůvěru chovají nejen lidé stojící mimo církve, ale také nemalé procento těch, kteří jsou sami jejími členy. Do jisté míry to souvisí s poklesky a hříchy představitelů církve, které občas bývají medializovány a vzbudí veřejné pohoršení. Hamplová (2009) tuto interpretaci dokládá tvrzením, že oslabení vlivu tradičního náboženství neznamená pokles víry jako takové, ale spíše působení jiného typu religiozity. Češi neodmítají nadpřirozeno jako celek, ale spíše tradiční náboženské systémy a organizované náboženství.

2.4.2 Současná víra Čechů

Asi 20 % Čechů je tradičních věřících, kteří věří v Boha, modlitby a zázraky. Až 60 % lidí vyznává alternativní náboženské a spirituální směry jako horoskopy, předpovídání budoucnosti a amulety. Zajímavé je, že asi 80% tradičních věřících zároveň patří mezi alternativní věřící (Hamplová, 2008).

Bohoslužby v ČR navštěvuje jen asi 10 % populace, a to hlavně ženy a starší lidé (Hamplová, & Řeháková, 2009). O existenci Boha je přesvědčeno 11 % populace a tradiční křesťanské chápání Boha vyznává 10 % dotazovaných. Výzkum ukázal předpokládané rozdíly spojené s věkem a pohlavím. V osobního Boha věří nejvíce starší lidé (více než 17 %) a ženy (13 %), u mužů je to jen 7 %. Muži (17 %) se častěji hlásí k ateismu. 50 % dotázaných věří v předpovídání budoucnosti a horoskopy, 40 % věří v amulety přinášející štěstí a léčitele. Výzkum ISSP 2008 ukázal, že jen pětina Čechů nevěří v existenci žádného nadpřirozena (Hamplová, 2009). Je docela přirozené, že člověk hledající duchovno se v našem českém prostředí obrátí se svým problémem nejprve na křesťanství, případně judaismus, tedy duchovní směry, které u nás mají tradici a spoluutvářely naše dějiny (Štampach, 2000).

2.4.3 Náboženské organizace v České republice

V roce 2011 působilo na území České republiky 32 registrovaných církví a náboženských společností. Podle sčítání lidu z roku 2011 se z celkového počtu 10, 4 mil. obyvatel, přihlásilo k náboženské víře 2, 2 mil. osob, což ve srovnání s výsledky sčítání lidu v roce 2001 představuje pokles o více než jeden milion. Oproti výsledkům z roku 1991 zaznamenáváme pokles dokonce o více než dva miliony osob (Český statistický úřad, 2014). Tři největší církve, tedy církve římskokatolická, církev československá husitská a církev českobratrská evangelická mají podle posledního sčítání z roku 2011 (ve stejném pořadí) 1 083 000, 52 000 a 39 000 stoupenců, což je velmi málo (Hošek, 2012). Václavík (2010) dodává, že jen u 33 % českých křesťanů možné mluvit o silné nebo velmi silné ortodoxii. Úbytek členů zaznamenávají především církve římskokatolická (a další velké církve), některá menší církevní uskupení naopak zažívají mírný nárůst počtu členů (Nešpor, 2004).

Nešpor (2008) dodává, že tradiční křesťanská víra se nejlépe reprodukuje u jedinců, kteří od dětství navštěvovali bohoslužby, zatímco jedinci v dětství občasně navštěvující bohoslužby tíhnou k alternativní religiozitě. Vedle lidí, kterým jsou otázky spojené s náboženstvím zcela lhostejné, existuje velké procento tzv. něcistů. Český

„něcismus“ (víra v „něco“) je kompatibilní s volně pojatým hnutím New Age, ke kterému se v České republice hlásí několik set tisíc občanů (Hošek, 2012).

Následující tabulka přesně popisuje podíl věřících v jednotlivých věkových kohortách i rozložení věřících dle pohlaví v české populaci. Mezi věřícími je více žen a počet věřících roste s věkem, nejméně věřících je zastoupeno ve věkové skupině 15-19 let.

Tabulka 2: Věřící v ČR dle pohlaví a věku k 26. 3. 2011

Věk	Věřící celkem	podle pohlaví					
		muži			ženy		
		abs.	podíl v % z		abs.	podíl v % z	
			úhrnu	věk.sk.		úhrnu	věk.sk.
Věřící celkem	2 168 952	960 076	100,0	44,3	1 208 876	100,0	55,7
v tom:							
0-14	195 495	98 743	10,3	50,5	96 752	8,0	49,5
15-19	87 168	43 488	4,5	49,9	43 680	3,6	50,1
20-29	234 219	112 604	11,8	48,1	121 615	10,1	51,9
30-39	309 628	148 135	15,5	47,8	161 493	13,3	52,2
40-49	259 869	125 025	13,0	48,1	134 844	11,2	51,9
50-59	285 373	127 731	13,3	44,8	157 642	13,0	55,2
60-69	367 290	153 927	16,0	41,9	213 363	17,7	58,1
70+	427 020	149 001	15,5	34,9	278 019	23,0	65,1
nezjištěno	2 890	1 422	0,1	49,2	1 468	0,1	50,8

Zdroj: Český statistický úřad, 2016

V současné době jsou vývojové trendy české religiozity částečně podobné těm v západní Evropě. Na významu získávají nová religiozita New Age a nová charismatická hnutí uvnitř křesťanství (Nešpor, 2004). Lužný (2008) pod New Age a alternativní religiozitu zahrnuje magii a okultismus, například víru v amulety, věštce, horoskopy, převtělování, spiritismus nebo různé další fenomény.

3 Propojení religiozity, spirituality a zdraví

„Přímá úměra mezi náboženstvím a zdravějším, více prosociálním životem není žádnou záhadou. Mnohá náboženství zavrhnou drogy, zločiny a nevěru a podporují lásku k bližnímu, zdrženlivost a tvrdou práci. Pravděpodobným základním kamenem toho, proč víra tak účinně překonává zoufalství a zvyšuje míru prožívaného štěstí, je vztah mezi nadějí do budoucna a náboženskou vírou.“

(Hoskocová & Ryntová, 2009, 121)

Spojování náboženství a spirituality s mentálním i fyzickým zdravím je pevně zakotveno ve vědecké literatuře (Koenig, 2008; Levin, Chatters, & Joseph, 2011 in Aldwin, 2014). Mechanismy působení R/S na mentální zdraví jsou poměrně dobře prozkoumány. Ačkoliv existuje i názor, že náboženství a spiritualita možná mají více pozitivních účinků, když jsou lidé zdravější, než když onemocní (Chida, Steptoe, & Powell, 2009 in Aldwin, 2014).

Literatura o R/S a zdraví se dramaticky rozrostla v poslední dekádě, tato problematika se ale stále potýká s nedostatkem komplexních teoretických modelů a dobře definovaných konstruktů. Na základě teorie seberegulace byla vyslovena hypotéza o efektu náboženství (např. návštěva bohoslužeb) na chování ovlivňující zdraví seberegulací. Naproti tomu efekt spirituality (např. meditace, sebetranscendence) na zdraví je způsoben regulací emocí. Zbožnost (religiousness) je silně spojena s lepšími zdravotními návyky, zahrnujícími nižší četnost kouření a konzumace alkoholu (Aldwin, 2014).

Koenig (2012) zkoumal vliv náboženství a spirituality na fyzické a psychické zdraví a vytvořil systematický přehled původních dat výzkumů publikovaných v recenzovaných časopisech mezi lety 1872 a 2010, včetně několika klíčových článků publikovaných od roku 2010. Ukázalo se, že výsledky naprosté většiny studií dokazují, že R/S zlepšuje zdraví prospěšné chování a je spojena s menším počtem vykouřených cigaret, větší fyzickou aktivitou a cvičením a lepším stravováním. Může ale existovat několik mechanismů, jimiž R/S na zdraví působí. (Koenig, 2012).

Obecně výzkumy na dospělých i adolescentech ukazují silný vztah mezi religiozitou a zdravým chováním, včetně chování, které není součástí náboženského učení. Například celonárodní studie v USA zjistila, že religiózní studenti, v porovnání se svými nevěřícími vrstevníky, pravidelněji snídají, jedí zeleninu a ovoce, pravidelně cvičí a denně spí minimálně 7 hodin (Strawbridge, 2001).

3.1 Modely působení religiozity a spirituality na zdraví

Existují různé modely a teorie s řadou mediátorů, nicméně konkrétní mechanismy působení religiozity a spirituality na fyzické zdraví nejsou zatím dobře objasněny. (Krause, 2011; Levin et al., 2011 in Aldwin, 2014). Většina teoretických modelů jsou takové, které Levin et al. (2011) nazývá “*Tense IV*” modely, které určují mediátory mezi R/S a zdravím a poskytují náhled především do psychosociálních procesů (McFadden, 2005; Aldwin, 2001). Z množství modelů, uvedeme Levinův, neboť nejkomplexněji popisuje působení religiozity a spirituality na zdraví.

Prvním vysvětlením může být pomoc ostatních členů náboženské skupiny, při kompenzaci negativního vlivu stresujících životních událostí. Za druhé, bez ohledu na tuto funkci komunity při zvládání stresu, náboženská opora může být důležitým faktorem zdraví sama o sobě (model přímého účinku). Lze předpokládat, že tyto výhody vznikají proto, že lidé jsou součástí úzké skupiny, která zvyšuje sebeúctu, pocit kontroly a v některých případech podporuje osvojení si žádoucího zdravotního chování. Například některé skupiny podporují své členy, aby se vyhýbali alkoholu a tabáku. Existují důkazy o tom, že sociální podpora zlepšuje zdraví tím, že posiluje funkci imunitního systému (Fetzer, 2003). Na míře rezilience se významně podílejí rizikové a protektivní faktory. Šolcová (2009) popisuje rizikové faktory jako soubor stresorů a rizik zvyšujících pravděpodobnost maladaptace jedince. Tato rizika mohou působit na různých rovinách: biologické, psychologické, sociální i spirituální.

Byla prokázána pozitivní spojitost spirituality a religiozity (dále jen R/S) s nadějí, optimismem a smyslem života. Při prozkoumání 14 studií o těchto vztazích byly ve 12 nalezeny významné pozitivní souvislosti mezi všemi třemi výše zmíněnými proměnnými a R/S a dvě studie neprokázaly žádný vztah. Žádná studie neprokázala, že by věřící měli menší naději nebo optimismus než nevěřící (Idler & Kasl, 1997; Ringdal et al., 1995; Ringdal, 1996 in Koenig & Larson, 2001). Náboženská víra a praxe podporují optimistický, pozitivní pohled na svět, který dává zkušenosti význam. Ten poskytuje pocit smyslu a směru, který zvyšuje naději a motivaci. Náboženský pohled pracuje s představou Boha odpouštějícího, slitovného, všemocného, který má pod kontrolou životní podmínky a dokonce i věčnost. Zároveň má zájem o lidi, zabývá se jejich problémy a reaguje na jejich prosby o pomoc. Tento pohled na svět přináší vnímání vesmíru jako osobního a přátelského místa pro život. Můžeme jej porovnat s pohledem na svět, který je vnímán skrze úspěchy a tragédie vyplývající z čisté náhody či štěstí. V důsledku tohoto přístupu

může být vesmír chápán jako neosobní, nepřátelské a nevlídné místo obývané lidmi, kteří jsou poměrně bezvýznamnými bytostmi ve velkém rozsahu věcí. Jestli je náboženský pohled na svět zbožným přáním, nelze objektivně vyhodnotit. Nicméně jeho důsledky pro duševní zdraví mohou být hluboké, zvláště ve stresujícím období nebo při dlouhodobém trápení. Při hledání smyslu může být klíčem k přežití (Frankl, 1959 in Koenig & Larson, 2001). Dokonce i Freud (1930 in Koenig & Larson, 2001) připustil, že jedině náboženství může odpovědět na otázku účelu života. Vnímání smysluplného života stojí na náboženském systému.

Většina náboženských učení podporuje péči o sebe navzájem. Zdůrazňuje význam odpuštění, soucitu, laskavosti a velkorysosti k jiným lidem, posiluje vazby osob v komunitě a vybízí k zaměření mimo sebe sama. Tato doporučení vhodného chování mohou odvrátit osobu od vlastních problémů a pomoci jí zaměřit se na prospěch druhých, čímž se usnadňuje řešení vlastní duševní tísně. Dále náboženské víry a praxe mohou zvýšit míru sociální podpory (posilují totiž vliv rodiny, manželských vazeb a rozvoj sociálních sítí i mimo rodinné vztahy). Přítomnost těchto podpůrných vztahů v době krize může zlepšit zvládání psychických problémů nebo eliminovat užívání návykových látek, které by se mohlo objevit v náročných situacích nebo při bolestivé ztrátě.

Náboženství ale nemusí vždy podporovat pozitivní emoce a vhodné vztahy. To může vyvolat pocit viny, stud a strach. Podpoří také sociální izolaci a nízké sebevědomí u těch, kteří nejednají v souladu s náboženskými normami. Náboženství může zamezovat a bránit osobnímu růstu a podporovat jednostranné myšlení. Někteří jedinci mohou používat náboženství jako maladaptivní obranu. Nicméně se zdá, že náboženská víra a postupy zakořeněné v náboženské tradici jsou obvykle spojeny s lepším duševním zdravím, sociálním fungováním a menším výskytem sebedestruktivních tendencí (Koenig & Larson, 2001).

3.2 Pozitivní vliv bohoslužeb

Návštěva bohoslužeb zlepšuje zdraví třemi způsoby. Zaprvé, pravidelná návštěva náboženských obřadů poskytuje prostor pro pěstování a udržování trvalých sociálních sítí, tato forma sociální opory je klíčovým mechanismem, díky němuž lze dosáhnout zdraví prospěšných výsledků a zmírnit negativní vlivy nemocí (George et al. 2002; House et al. 1988; Rogers et al. 2010 in Mason & Bartkowski, 2013). Zadruhé, pravidelná návštěva bohoslužeb podporuje a posiluje zdraví prospěšné chování a také averzi k chování škodlivému. (např. abstinenci alkoholu nebo jeho střídmé užívání) (George et al. 2002;

Rogers et al. 2010 in Mason & Bartkowski, 2013). Mnoho náboženských organizací poskytuje na víře založené zdraví podporující služby, jako jsou kurzy pro odvykání kouření, programy drogové prevence pro mladé apod.) (Rogers, et al. 2010 in Mason & Bartkowski, 2013).

Je třeba zmínit, že za vztah mezi R/S a zdravím mohou být zodpovědné nadpřirozené mechanismy. Cesty, kterými R/S může ovlivňovat fyzické zdraví, ale musí být zkoumány vědecky, tedy se zaměřením na psychologické, sociální, behaviorální a genetické vlivy. Proto se v naší diskuzi nebudeme dále zmiňovat o existenci nadpřirozených nebo transcendentních sil (což je záležitost víry), ale spíše se se budeme ptát, zda víra v takové síly (a chování plynoucí z této víry) má vliv na zdraví. Máme všechny důvody myslet si, že ano (Koenig, 2012).

Náboženství není všelék. Za určitých okolností může praktikované náboženství zdraví poškodit. V některých náboženských tradicích mohou věřící například oddalovat užívání medikamentů kvůli své víře, že Bůh jejich nemoc vyléčí (Blocker et al. 2006, Lannin et al. 1998; Mitchell et al. 2002 in Mason & Bartkowski, 2013).

Tabulka 3: Modely religiozity, spirituality a zdraví

Náboženský rozměr	Zprostředkování	Zprostředkující faktor	Salutogenní mechanismy
Náboženský závazek	Chování související se zdravím a životní styl	Omezení kouření, pití, užívání drog, špatné stravy, nechráněného sexu atd.	Nižší riziko onemocnění a zvýšená životní pohoda
Nábožensko-etnická identita	Dědičnost	Fenotyp	Dědičný přenos
Náboženské zapojení a společenství	Sociální podpora	Sociální vztahy, podpůrné sítě, přátelé a rodina	Ukládání stresu do vyrovnávací paměti a adaptace
Náboženské vyznání a modlitba	Psychodynamika rituálu	Relaxace, naděje, odpuštění, katarze, zplnomocnění, láska, spokojenost, pozitivní emoce	Psychoneuroimunologie, psychoneuroendokrinologie, psychofyziologie
Náboženská a teologická víra světónázor	Psychodynamika víry/důvěry	Zdraví prospěšné přesvědčení, osobní styly a vzorce chování	Souznění mezi náboženským a se zdravím souvisejícím poznáním
Náboženská víra	Psychodynamika vyznání	Optimismus a pozitivní očekávání	Placebo efekt

Náboženské, duchovní, mystické nebo posvátné zážitky	Nadpřirozené jevy	Aktivace hojení bioenergií nebo životní silou a zkušenost změn stavů vědomé	Naturalistické subtilní energie a nelokální efekty
Náboženská poslušnost (přes víru, chování, uctívání nebo modlitbu)	Běžnou zkušenost přesahující vlivy	Požehnání	Přímluva nadpřirozena

Zdroj: Levin, 1996

V tabulce výše vidíme velmi podrobný popis mechanismů, kterými může R/S ovlivňovat zdraví. Levin určil osm různých aspektů religiozity, které by mohly mít vliv na zdraví, patří mezi ně náboženský závazek, identita, zapojení, praxe, poslušnost, víra, vyznání, zkušenosti. Každý z nich má odlišné zprostředkování, mediátory a salutogenní účinky. Například zprostředkování mezi náboženským závazkem a zdravím je považována za chování související se zdravými životními návyky jako je omezení kouření, pití alkoholu, užívání drog, nechráněného sexu atd. Salutogenní mechanismus je tudíž snížení rizika onemocnění a zvýšení pohody (Levin, 1996). Přestože existuje mnoho modelů vysvětlujících vliv R/S na fyzické zdraví, není snadné dojít ke konzistentním závěrům, které by byly dobře zobecnitelné.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Hlavní výzkumné problémy

Pravděpodobně nejrozsáhlejší oblast výzkumů spirituality a religiozity se spojuje se zdravím. Na náboženství existují různé, často protichůdné pohledy, podle Ellise (1965 in Hackney a Sanders, 2003) náboženství reprezentuje iracionalitu, a tak našemu zdraví škodí. Naopak například Jung v něm spatřuje zázemí v nejistém světě, protože poskytuje smysluplnost a stabilitu. Na otázku, zda je náboženství škodlivé, neutrální, či prospěšné není jednoduché odpovědět, protože existuje velké množství výzkumů, jejichž výsledky podporují všechny tři názory. Hackney a Sanders (2003) zpracovali metaanalýzu z celkem 35 studií publikovaných mezi léty 1990 a 2001, na základě které se snažili vysvětlit existenci tolika rozdílných výsledků. Podle jejich názoru je nejasnost výsledků rozdílných studií způsobena nejasnou operacionalizací religiozity i zdraví. V obou případech se totiž jedná o nejednoznačně vymezené konstrukty.

Existuje mnoho oblastí života, které může R/S ovlivňovat, jedná se o oblast sociální, tedy oblast našich vztahů s druhými, R/S může ovlivňovat také vztah k sobě samému, vnímání zvládnutelnosti života a přístup k sobě i světu, v našem případě byl zkoumán vztah mezi R/S a našim fyzickým zdravím a chováním spojeným se zdravím.

Koenig a Larson (2001) publikovali systematický přehled výsledků 800 studií. Podle analyzovaných zjištění jsou religiózní lidé oproti nereligiózním šťastnější, méně užívají alkohol a drogy, mají stabilnější manželství a vidí svůj život jako smysluplný. Makwana (2012) dodává, že náboženské a spirituální hodnoty také podporují optimismus, který zvyšuje odolnost ve stresových situacích. Podle výsledků výzkumné studie Van Nesse a Larsona (2002) osoby s větší mírou religiozity vykazují nižší úroveň deprese, obecně vyšší úroveň životní spokojenosti a subjektivní pohody. Lidé, kteří sami sebe považují za religiózní či spirituální vykazují také vyšší míru sebeúcty, efektivnější copingové strategie, větší štěstí a lepší fyzické zdraví (Sodhi, 2014). Náboženské či spirituální hodnoty mají vliv na nižší míru problematického sociálního chování, pozitivně korelují se zdravým životním stylem, který podporuje duševní zdraví, včetně cvičení, zdravé životosprávy a nekuřáctví (Makwana, 2012).

Kvůli výše zmíněným nejasnostem a různorodým výsledkům šetření z různých zemí jsme se rozhodli ověřit, jestli tyto souvislosti existují i v české populaci a v jaké míře.

Za důležité považujeme srovnání samostatného působení spirituality či religiozity, stejně jako jejich kombinace. Jako výzkumnou otázku jsme si stanovili, zda existuje vliv religiozity a/nebo spirituality na pozitivní přístup k našemu zdraví (BMI, fyzická aktivita) a jak souvisí s rizikovým chováním (s kouřením). Tento výzkumný projekt může být unikátním přínosem pro objasnění protektivního vlivu religiozity či spirituality a posloužit k objasnění těchto prvků ve vztahu ke zdraví v české populaci.

4.1. Cíle výzkumu a hypotézy

Cílem výzkumného šetření je zjistit jaký vztah mají spiritualita a religiozita k chování spojenému se zdravím.

Stanovili jsme si tyto základní hypotézy:

Pro oblast kouření

H1: Věřící v církvi mají nižší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než ostatní skupiny respondentů.

H2: Skupina spirituálních respondentů má nižší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než skupina nespirituálních.

H3: Spirituální věřící v církvi mají nižší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než ostatní skupiny.

Pro oblast BMI

H4: Věřící v církvi mají vyšší pravděpodobnost, že budou mít zvýšenou hodnotu BMI než ostatní skupiny respondentů.

H5: Existuje rozdíl v hodnotě BMI mezi skupinou spirituálních a nespirituálních respondentů.

H6: Existuje rozdíl v hodnotě BMI mezi skupinou spirituálních věřících v církvi a ostatními skupinami.

Pro oblast fyzické aktivity

H7: Věřící v církvi mají vyšší pravděpodobnost, že se budou věnovat pravidelné fyzické aktivitě než ostatní skupiny respondentů.

H8: Existuje rozdíl v pravidelné fyzické aktivitě mezi skupinou spirituálních a nespirituálních respondentů.

H9: Existuje rozdíl v pravidelné fyzické aktivitě mezi skupinou spirituálních věřících v církvi a ostatními skupinami.

5 Etika výzkumu

„Výzkum by měl vést k poodkryvání opony, za kterou se skrývají neviditelné prsty řídicí chod světa. Někdo je nazývá Bohem, jiný přírodními zákony. To není důležité. Nikdo by však neměl vědomě vydávat svoje vlastní fikce“ (Ferjenčík, 2000, 63).

V rámci celého šetření jsme se řídili etickými standardy dle APA, které následně blíže popisujeme. Ferjenčík (2000) se ve své publikaci odkazuje na Etické principy při výzkumu s lidmi, které přijala Americká psychologická asociace v roce 1982 a shrnuje základní principy obsažené v tomto kodexu:

- Respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu Badatel musí zvážit, zda vědecká hodnota výzkumu není v konfliktu se zájmy a právy zkoumaných osob. Výzkumník prokazuje úctu a respekt zkoumaným lidem. Psychologický výzkum by neměl způsobovat bolest, utrpení či jiné nepříjemné důsledky a výzkum by neměl představovat větší riziko než každodenní život, v případě, že nežádoucí následky vlivem výzkumných postupů či procedur nastanou, badatel má povinnost je co nejdříve odstranit.
- Právo na informace. Účastníci mají právo na to vědět, čeho se účastní, tedy jaké jsou cíle a smysl výzkumu. V případě, že metodologie výzkumu vyžaduje tyto informace zatajit, výzkumník je účastníkům sdělí bezprostředně po ukončení pokusu či zkoumání.
- Právo na soukromí a důvěrnost informací o účastnících. Všechny informace o účastnících bádání mají zůstat důvěrné. Výjimkou je situace, kdy probandi dají souhlas s neanonymitou ještě před začátkem výzkumu.
- Právo odstoupit z výzkumu. Výzkum musí být založen na dobrovolnosti a nikdo nemůže nutit jiné k účasti, a to ani z pozice nadřízeného, učitele nebo zaměstnavatele.

Při provádění našeho výzkumu byly dodržovány etické standardy a normy ve vztahu k ostatním zúčastněným osobám a získaným datům. Byla dodržena anonymita a zúčastněným byly sděleny všechny potřebné informace. Informovaný souhlas byl získán ode všech participantů před zahájením testování. Po zpracování výsledků byly dotazníky skartovány.

6 Aplikovaná metodika

6.1 Sociodemografické údaje

Respondenti byli v úvodu šetření dotazováni na věk, pohlaví, bydliště, vzdělání a jiné sociodemografické údaje. Tyto informace slouží v této práci k charakterizování vzorku. Věk byl měřen jako spojitá proměnná, ostatní údaje byly získány prostřednictvím otázek s výběrem možností.

Následně se zaměříme na aplikovanou metodiku užitou pro posuzování sledovaných proměnných, tedy kouření, BMI a pohybové aktivity.

6.1.1 Kouření

V oblasti kouření jsme se dotazovali: „Kouříte v současné době tabák každý den, méně než jednou denně, nebo vůbec ne?“ Všechny tři odpovědi byly posuzovány v dalším srovnávání. Tato proměnná byla následně dichotomizována tak, že jsme vzorek diferencovali na skupinu kuřáků a nekuřáků, do skupiny kuřáků spadali pouze ti jedinci, kteří souhlasili s tvrzením, že v současné době užívají tabák každý den. Skupina nekuřáků zahrnovala ty, kteří kouří méně často než denně či nekouří vůbec.

6.1.2 Fyzická aktivita

Na proměnnou fyzická aktivita jsme se v celé studii dotazovali několika dílčími otázkami, které se týkaly například intenzivního sportu nebo způsobu dopravy do práce, zajímalo nás, zda respondenti chodí pěšky či jezdí na kole alespoň deset minut denně, nakonec jsme se ale rozhodli využít dotaz na středně zatěžující sportovní aktivitu. Formulace otázky byla následující: „Věnujete se nějakým středně zatěžujícím sportům, cvičení nebo rekreačním (volnočasovým) aktivitám, které způsobují malý nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu, jako je rychlá chůze (jízda na kole, plavání, volejbal) nepřetržitě po dobu alespoň deset minut?“

Odpověď byla dichotomická ano, či ne, na jejím základě jsme respondenty opět rozdělili do dvou skupin (Sportuje/Nesportuje).

6.1.3 BMI

Respondenti byli dotazováni na následující dva údaje, ze kterých byl následně vypočítán koeficient BMI: „Jaká je Vaše tělesná výška v centimetrech?“ „Jaká je Vaše váha (hmotnost) v kilogramech?“. Index tělesné hmotnosti (BMI) umožňuje statistické

porovnávání tělesné hmotnosti s ohledem na různou výšku. BMI lze určit jako podíl hmotnosti člověka a druhé mocniny jeho výšky.

Do vzorce se dosazuje hmotnost v kilogramech a výška v metrech.

Z následné analýzy byla vyloučena kategorie podváha, protože se ve vzorku objevilo jen 32 takových případů, což neumožnilo samostatnou statistickou analýzu.

6.1.4 Religiozita

Pro měření religiozity byla použita následující otázka: „Jste věřící?“ Respondenti volili jednu ze tří odpovědí: ano a jsem člen církve, náboženské společnosti; ano, ale nejsem člen církve, náboženské společnosti; ne.

6.1.5 Spiritualita

Pro zjištění spirituality jsme využili nástroj Škála spirituální pohody (SWBS). SWBS je sebeposuzovací 20položkový nástroj. SWBS byla přeložena z angličtiny do češtiny dvěma nezávislými českými rodilými mluvčími. Tyto dvě verze, zejména rozdíly v překladu, byly projednány v rámci pracovní skupiny skládající se z překladatele a výzkumných pracovníků Olomouckého Univerzitního institutu sociálního zdraví (OUSHI) s cílem vytvořit jednu verzi nástroje. Poté byla česká verze přeložena z češtiny do angličtiny metodou zpětného překladu, profesionálním anglickým rodilým mluvčím hovořícím plynulou češtinou a srovnána s originální verzí SWBS. Po odsouhlasení konečné verze, byla její jednoznačnost a srozumitelnost testována na ohniskové skupině. Výsledky byly uspokojivé, ani jedna položka nebyla shledána jako problematická a česká verze SWBS byla zhodnocena jako vyhovující pro další výzkum.

Každá položka má 6bodovou Likertovu škálu v rozmezí „rozhodně souhlasím“ (1) po „rozhodně nesouhlasím“ (6). SWBS měří dva rozměry osobní pohody: vertikální (vztah k Bohu) a horizontální (smysl života a životní spokojenost). Vertikální rozměr se nazývá náboženská duchovní pohoda – Religious Well-Being (RWB) a horizontální existenciální pohoda – Existential Well-Being (EWB). Deset položek je navrženo k měření RWB a obsahují slovo „Bůh“, a deset položek měří EWB a ptá se na životní spokojenost a směr. Polovina položek je reverzních, ty slouží k minimalizování možné předpojatosti v odpovědích. Každá SWBS položka se skóruje od 1 do 6, takže vyšší číslo představuje lepší životní pohodu. Negativně formulované položky jsou skórovány opačně. Položky se sudými čísly posuzují existenciální životní pohodu a položky označené lichými čísly hodnotí náboženskou životní pohodu. Tudíž celkový SWB skór se pohybuje v rozmezí 20

až 120. V každé dílčí škále může konečný skór variovat od 10 do 60. Pro naši analýzu jsme použili škálu RWB. Provedli jsme dichotomizaci tak, že skór 50 a vyšší ukazuje, v naší studii, vysokou spiritualitu. Dichotomizace byla provedena, neboť spiritualita ve středu škály je velmi neurčitá a nemusí mít vypovídající hodnotu.

Hodnota Cronbachova alfa v našem vzorku byla 0,82 pro celou SWBS a 0,91 pro RWB. Pro účely naší studie jsme použili pouze dílčí škálu RWB, která je přímo spojena se vztahem k Bohu. Vyšší skór reprezentuje větší náboženskou životní pohodu. Při dichotomizaci byli respondenti se skórem 28 a vyšším považováni za spirituální a ostatní za nespituální.

6.1.6 Diferenciace vzorku dle spirituality a religiozity

Pro účely naší analýzy jsme na základě kombinací religiozity a spirituality vytvořili tři skupiny. První skupina se skládala z participantů, kteří uvedli, že věří v Boha a jsou členy církve nebo náboženské společnosti a zároveň jsou spirituální – jejich skór v RWB byl vyšší než 50. Druhá skupina se skládala z participantů se smíšenou kombinací religiozity a spirituality. Jednalo se o lidi, kteří uvedli, že jsou věřící, ale nejsou členy církve nebo jsou věřící v církvi v kombinaci s nízkou spiritualitou či nereligiózní v kombinaci s vysokou spiritualitou. Třetí skupina se skládala ze všech participantů, kteří uvedli, že nejsou věřící a zároveň nejsou spirituální (RWB pod 50).

7 Technický plán výzkumu

Výzkum byl realizován v rámci rozsáhlého šetření s názvem „Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života“. Část výzkumu, se kterou pracujeme v této práci, nesla název „Spirituální rozměry zdraví občanů ČR“. Celé šetření proběhlo pod záštitou Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Nejdříve byla vytvořena testová baterie průvodních listin pro výzkumníky, tabulkových dokumentů apod. Testová baterie byla pilotně ověřena v předvýzkumu, na základě získané zpětné vazby byly odstraněny nedostatky a doplněny potřebné informace. V následující fázi byli vybráni respondenti. Testování probíhalo metodou tváří v tvář (face to face) a metodou tužka papír. Na každého respondenta byl vymezen čas 60 minut. Administraci předcházelo vysvětlení účelu studie, poučení o anonymitě i dobrovolnosti. Respondenti byli dále informováni o způsobu zaznamenání odpovědí a postupu oprav. Informovaný souhlas byl získán od všech participantů před začátkem testování.

Výzkum byl koncipován jako projekt s využitím výzkumných instrumentů zpracovaných zadavatelem a připomínkových kompetentními pracovníky realizátora výzkumu. Terénní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu. Sběr dat byl zabezpečován 311 profesionálními tazateli Institutu pro studium zdraví a životního stylu v celé České republice. Na základě výsledků analýzy byla provedena interpretace dat a byly zpracovány příslušné tabulky a grafy. V rámci celého výzkumného šetření byly zjišťovány další proměnné, které nejsou v diplomové práci analyzovány.

8 Základní a výběrový soubor

Základní populaci výzkumného projektu tvoří obyvatelé České republiky od 15 let. Podle údajů Českého statistického ústavu v roce 2011 žilo v České republice 8 912 005 osob nad 15 let (Český statistický úřad, 2016b). Následující tabulka 4 popisuje základní soubor dle jednotlivých věkových skupin a jejich rozdělení dle krajů.

Tabulka 4: Základní soubor dle věkových skupin a krajů.

Kraj	Obyvatelstvo ve věku					
	0 - 14 let		15 - 64 let		65 a více	
	abs.	v %	abs.	v %	abs.	v %
Česká republika	1 488 928	14,3	7 267 169	69,6	1 644 836	15,8
Hlavní město Praha	153 622	12,1	908 321	71,6	201 029	15,8
Středočeský kraj	199 300	15,5	895 024	69,4	190 911	14,8
Jihočeský kraj	91 119	14,5	435 187	69,3	100 000	15,9
Plzeňský kraj	79 469	13,9	396 468	69,5	92 734	16,3
Karlovarský kraj	42 159	14,3	207 480	70,2	44 538	15,1
Ústecký kraj	121 692	15,0	565 358	69,9	117 899	14,6
Liberecký kraj	64 597	14,9	301 267	69,7	64 949	15,0
Královéhradecký kraj	79 127	14,4	374 898	68,4	92 020	16,8
Pardubický kraj	75 093	14,7	352 543	68,9	82 330	16,1
Kraj Vysočina	73 798	14,6	347 663	68,8	82 741	16,4
Jihomoravský kraj	162 794	14,0	808 861	69,5	188 684	16,2
Olomoucký kraj	90 398	14,4	434 573	69,2	101 647	16,2
Zlínský kraj	82 267	14,2	399 942	69,0	96 398	16,6
Moravskoslezský kraj	173 493	14,4	839 584	69,6	188 956	15,7

Zdroj: Český statistický úřad, 2016b

Celá studie zahrnovala 1797 respondentů z České republiky. Respondenti byli vybráni náhodným výběrem pomocí kvót reflektujících rozložení české populace dle věku a krajů, reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva České republiky ve věku od 15 let. V našem vzorku byli zastoupeni respondenti 15 až 92 let, s průměrným věkem 45,9 (SD = 17,8). V celém vzorku mělo 721 osob základní vzdělání, 737 respondentů mělo středoškolské vzdělání a 339 vyšší/vysokoškolské vzdělání.

Složení výběrového souboru v intencích základních demografických znaků je následující. Z hlediska pohlaví tvoří soubor 874 (48,6 %) mužů a 923 (51,4 %) žen, což odpovídá skladbě populace ČR ve věku od 15 let. Následující tabulka (Tabulka 5) popisuje věkové skupiny v kombinaci se skupinami dle pohlaví a jejich procentuální zastoupení ve výběrovém souboru.

Tabulka 5: Složení výběrového souboru dle pohlaví a věku

	Muži			Ženy		
	N	%	Odchyłka	N	%	Odchyłka
15 - 19 let	54	3,0	-0,1	55	3,1	+0,2
20 - 24 let	70	3,9	+0,1	66	3,7	0,0
25 - 34 let	159	8,8	-0,2	155	8,6	+0,1
35 - 44 let	165	9,2	-0,2	162	9,0	+0,1
45 - 54 let	139	7,7	0,0	132	7,3	-0,1
55 - 64 let	147	8,2	+0,2	152	8,5	-0,1
nad 65 let	140	7,8	+0,1	201	11,2	0,0

Z hlediska relativních četností byla zjištěna odchyłka výběrového souboru od základního souboru v rozmezí 0,1%, což znamená, že výzkum je z hlediska pohlaví reprezentativní pro obyvatelstvo České republiky ve věku nad 15 let. Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchyłka 0,2%. Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro jednotlivé věkové skupiny obyvatelstva České republiky nad 15 let.

Následující tabulka 6 ukazuje, jak byli respondenti našeho vzorku zastoupeni dle krajů. Nejvíce (12 %) respondentů pocházelo z Prahy, nejméně (3 %) z Karlovarského kraje.

Tabulka 6: Složení výběrového souboru dle krajů

Kraj	N	%	Odchyłka
Praha	216	12,0	0,0
Středočeský	214	11,9	-0,1
Jihočeský	109	6,1	0,0
Plzeňský	99	5,5	0,0
Karlovarský	54	3,0	+0,1
Ústecký	141	7,8	0,0
Liberecký	71	4,0	-0,1
Královohradecký	95	5,3	0,0
Pardubický	90	5,0	+0,1
Vysočina	88	4,9	0,0
Jihomoravský	201	11,2	+0,1
Olomoucký	109	6,1	0,0
Zlínský	99	5,5	-0,1
Moravskoslezský	211	11,7	0,0

Pozn.: K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných slouží členění dle krajů ČR, platné od roku 2001.

Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka 0,1 %, lze tedy konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci České republiky nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.

Předběžná analýza získaných údajů ukázala, že z uvedených hledisek, jimiž je možné daný soubor popsat a charakterizovat, osvědčují nejlépe svou požadovanou diferenční funkci základní demografické ukazatele, a sice znaky pohlaví, věku a regionální příslušnosti.

8.1. Výběr respondentů

V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 2089 náhodně vybraných občanů s žádostí o rozhovor k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života populace. Rozhovor odmítlo poskytnout 292 respondentů, tj. 13,4 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1797 respondentů, tj. 86,6 % oslovených. Charakteristika odmítnutí rozhovoru z hlediska pohlaví a věku je patrná z následující tabulky 7.

Tabulka 7: Odmítnutí účasti ve výzkumu dle pohlaví a věku

Věková skupina	Muži			Ženy			Celkem		
	Osl.	Odm.	%	Osl.	Odm.	%	Osl.	Odm.	%
15 - 19 let	66	12	18,2	72	17	23,6	138	29	21,0
20 - 24 let	83	13	15,7	81	15	18,5	164	28	17,1
25 - 34 let	183	24	13,1	174	19	10,9	357	43	12,0
35 - 44 let	207	42	20,3	182	20	11,0	389	62	15,9
45 - 54 let	171	32	18,7	159	27	17,0	330	59	17,9
55 - 64 let	163	16	9,8	173	21	12,1	336	37	11,0
65 a více	154	14	9,1	221	20	9,0	375	34	9,1
Celkem	1027	153	14,9	1062	139	15,5	2089	292	13,4

Analýza odmítnutí účasti ve výzkumu z hlediska pohlaví signalizuje, že ochota mužů a žen účastnit se výzkumu byla srovnatelná. Nejméně byli ochotni zapojit se do výzkumu muži ve věku 35-44 let a ženy ve věku 15-19 let. Platí, že ochota k účasti ve výzkumu je nižší v nejmladší věkové skupině, naopak nejvíce byli ochotni zapojit se do výzkumu respondenti z věkové skupiny 65 a více let.

Celkově lze konstatovat, že míra odmítnutí účasti ve výzkumu byla ve srovnání s obdobnými výzkumy nižší. Vyššímu procentu odmítnutí zabránila speciální příprava

tazatelů, zaměřená na způsob navázání kontaktu, vyvolání důvěry respondenta a způsob komunikace s cílem získat ho pro účast ve výzkumu, která proběhla v rámci instruktáží.

Z hlediska důvodů byl nejčastější příčinou odmítnutí účasti ve výzkumu nedostatek času (uvedlo ho 49,5 % respondentů). Druhou nejčastější příčinou byl nezájem o účast či lhostejnost k výzkumu, nedůvěra k výzkumu a pochybnosti o jeho smyslu (21,4 %), 13,2 % respondentů uvedlo jako příčinu odmítnutí skutečnost, že dotazník je příliš dlouhý, 6,5 % oslovených se výzkumů zásadně neúčastní, 3,8 % respondentů požadovalo za rozhovor finanční odměnu, zbývajících 5,6 % uvedlo jiné důvody (obavy ze zneužití, přílišná administrativa, nedostatek zkušeností s výzkumy, nerozumí zkoumané problematice) nebo příčinu odmítnutí neuvedlo.

Všichni respondenti byli součástí z rozsáhlého „Výzkumu názorů a postojů českých občanů týkající se zdravotní péče a zdraví“. Tato studie byla založena na stratifikovaném vzorku reprezentujícím statistická data o populaci v České republice a byl kontrolován věk, pohlaví, manželský status, vzdělání a místo trvalého pobytu. Do výzkumu byli zařazeni pouze respondenti ve věku od 15 výše.

9 Příprava datového souboru a zpracování dat

Každý vyplněný tazatelský arch prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby a úplnost a věrohodnost vyplnění. Vyřazeno bylo 16 tazatelských archů s nefunkčními logickými vazbami a chybějícími odpověďmi (zpravidla ty, u kterých se respondent odmítl odpovídat na otázky a rozhodl se předčasně ukončit rozhovor a část tazatelského archu tak zůstala nevyplněná). Tyto tazatelské archy byly zahrnuty do non-response.

Po ukončení kontroly byla data převedena do elektronické podoby pomocí tabulkového programu Microsoft Office Excel 2015, kde dále proběhlo čištění a kontrola dat. Následně byla provedena deskripce a matematickostatistická analýza dat s využitím softwaru IBM SPSS Statistic Version 21.

Použitá výzkumná metodika zahrnovala u vybraných znaků několik úrovní filtrace během rozhovoru. Pochopitelně zde vznikl problém dvou typů chybějících hodnot – za prvé tzv. strukturálních chybějících hodnot, to jsou případy, kdy údaj chybí, protože otázka nebyla položena na základě podmínky filtru, za druhé tzv. pravých chybějících hodnot, kdy otázka měla být položena a nebyla nebo byla položena a nebyla zodpovězena – takovýchto chybějících údajů nebylo mnoho, nicméně se vždy v dotazových šetřeních vyskytují. Vzhledem k tomu, že pro matematickostatistické analýzy je potřeba definovat chybějící nebo nevalidní údaje jako jednu hodnotu, sloučili jsme oba typy chybějících hodnot. Vlastní analýzy pak byly provedeny na základě validních hodnot každého znaku.

9.1 Metody statistického zpracování dat

Byl zohledněn fakt, že žádná kontinuálně proměnná data nebyla normálně distribuována, což jsme ověřili použitím Shapiro-Wilkova testu stejně jako analýzu šikmosti a špičatosti.

Cronbachova alfa vypovídá o reliabilitě nástroje na základě vnitřní konzistence položek. Předpokládá, že pokud položky měří stejný fenomén, bude korelace mezi nimi vysoká. Tento koeficient může nabývat hodnoty od 0 do 1, přijatelná úroveň reliability, které by měl nástroj dosahovat, není jednoznačná. Zdroje ale většinou uvádí, že hodnota nad 0,7 je považována za přijatelnou (Foster, 1998).

Logistická regrese je název pro metodu matematické statistiky, která se zabývá odhadem pravděpodobnosti jevu (závislé proměnné, v našem případě kouření, BMI, fyzické aktivity) na základě určitých známých skutečností (nezávislé proměnné, v naší studii spirituality,

religiozity, pohlaví, věku), které mohou ovlivnit výskyt jevu. Jedná se o regresní model s binární (dichotomickou) závisle proměnnou. Logistická regrese se od lineární regrese liší v tom, že predikuje pravděpodobnost toho, zda jev nastane či nikoliv a používá kategorickou vysvětlovanou (závislou proměnnou), zatímco u lineární regrese je vysvětlovaná proměnná spojitá (Hendl, 2015).

Podíl šancí/rizik (OR - Odds ratio) v logistické regresi udává skutečně podíl šancí výskytu (rizika výskytu) pro dvě různé hodnoty nezávisle proměnných. Konfidenční interval spolehlivosti (CI) udává, kde se zjištěný poměr nachází ve velké populaci, jedná se o interval, ve kterém s určitou pravděpodobností 95%, 99% apod. leží skutečná hodnota veličiny odhadované na základě studia vzorku z populace, např. průměru, podílu nebo relativního rizika. V literatuře se často používá devadesáti pěti procentní interval spolehlivosti označovaný jako 95CI. Náš interval spolehlivosti byl 95 %. Obecně platí, že čím větší vzorek, tím se interval spolehlivosti zmenšuje, jeho hodnota rovněž klesá nepřímo úměrně k mocnosti toho rozdílu.

Logistickou regresí jsme vytvořili tři modely. Model 1 pro religiozitu, model 2 pro spiritualitu a model 3 pro kombinaci religiozity a spirituality ve vztahu k chování spojenému se zdravím. Všechny modely logistické regrese jsme adjustovali pro pohlaví a věk. Každá nezávisle proměnná byla v modelu testována odděleně. Všechny analýzy byly provedeny ve statistickém programu IBM SPSS verze 21.

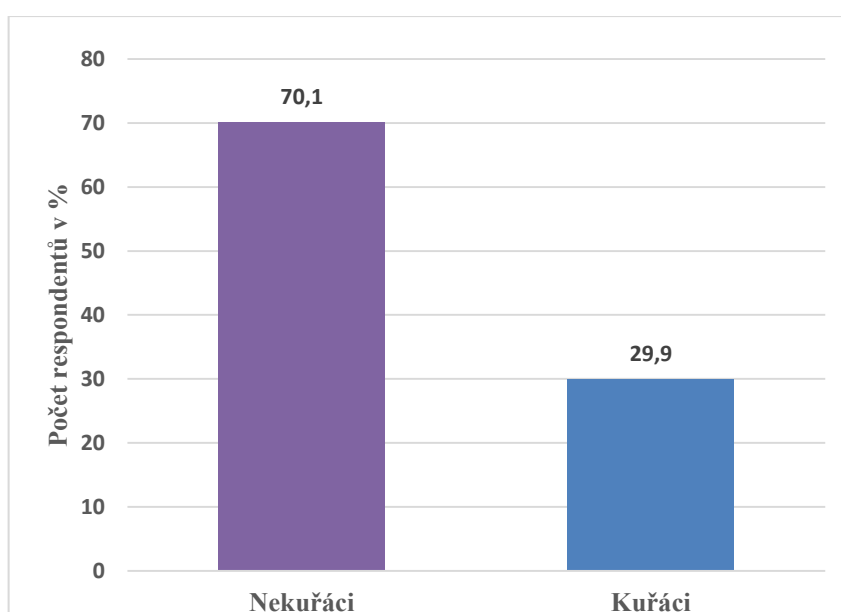
10 Výsledky

10.1 Popisná statistika

Kouření

V našem šetření 70,1 % dotazovaných uvedlo, že jsou nekuřáci. Jak jsme již zmínili v teoretické části práce, prevalence kuřáctví v dospělé české populaci je 28 % až 32 % (ČSÚ, 2016). Procentuální poměr lidí 29,9 % v našem vzorku, kteří uvedli, že jsou kuřáci, odpovídá prevalenci kouření v české populaci.

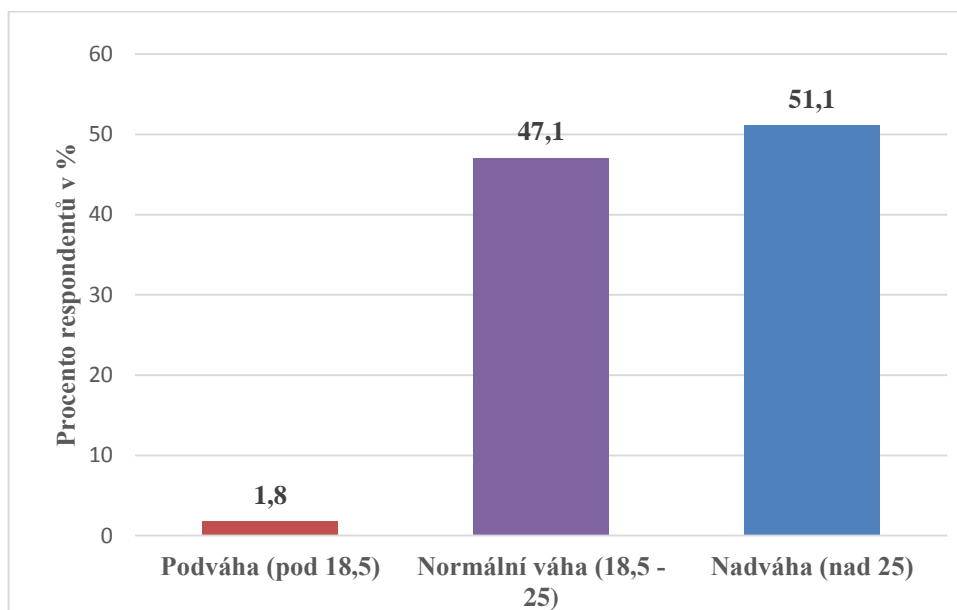
Graf 4: Rozložení odpovědí na otázku kouření



Body Mass Index

Dle získaných hodnot jsme shledali, že 47,1% respondentů spadá do pásma normální váhy a 51,1% přesahuje hodnotu BMI nad 25, takže spadá do kategorie nadváhy či obezity. Pro přehlednost uvádíme hodnoty v sloupcovém grafu 6.

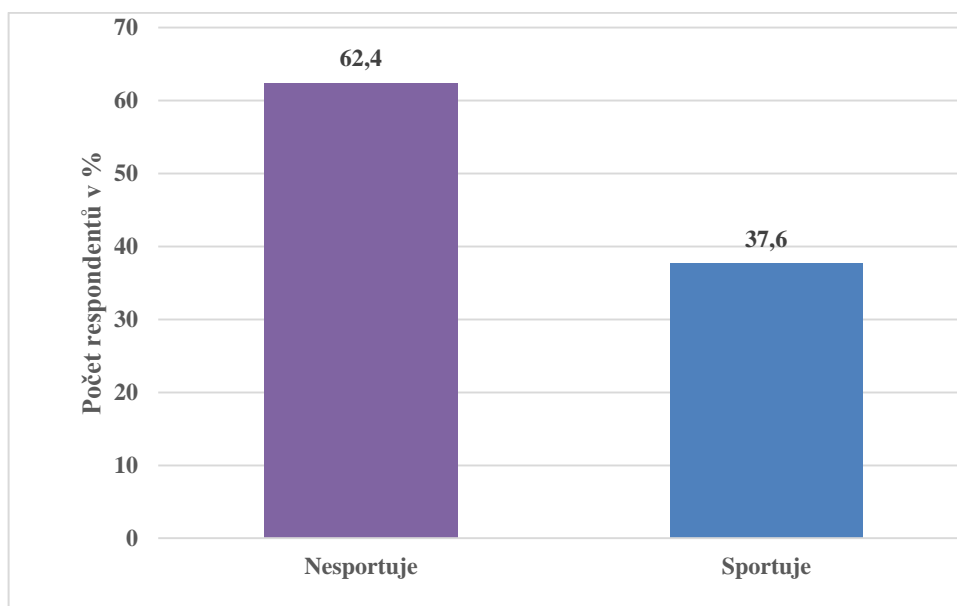
Graf 5: Rozdělení BMI ve vzorku na základě hodnot hmotnosti a výšky uvedených respondenty



Fyzická aktivita

Jen 37,6 % dotazovaných uvedlo, že se věnují pravidelné středně zatěžující fyzické aktivitě.

Graf 6: Rozložení odpovědí na otázku zaměřenou na pohybovou aktivitu

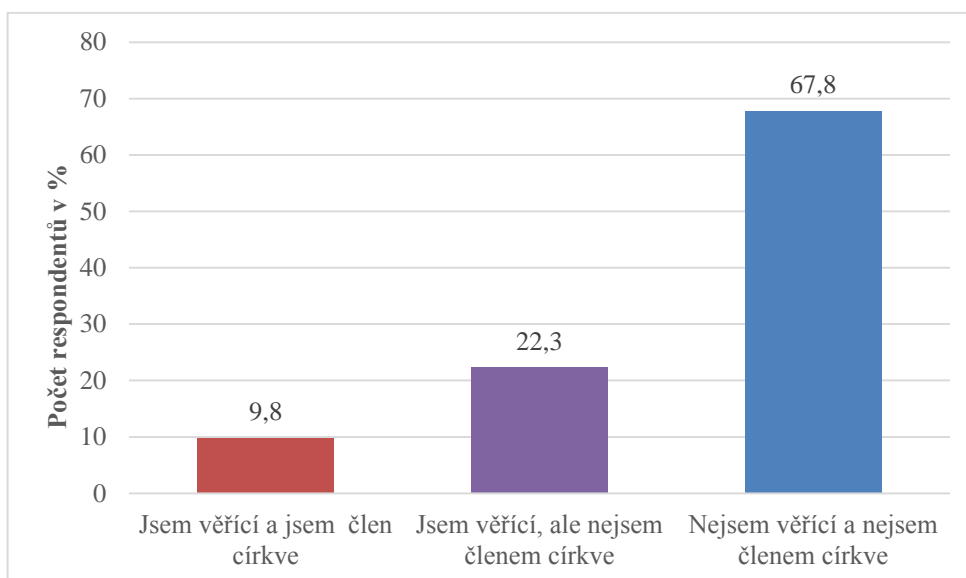


Religiozita

V teoretické části jsme uvedli výsledky šetření dle Hamplové & Řehákové (2009), podle kterých v ČR navštěvuje bohoslužby jen asi 10 % populace. Výsledek 9,8 % respondentů,

kteří jsou věřící a zároveň členové církve tak odpovídá výše zmíněnému šetření. Z našeho vzorku se 22,3 % osob považuje za věřící, ale nejsou členy žádné církve a 67,8 % uvádí, že nejsou členy žádné církve a považují za nevěřící.

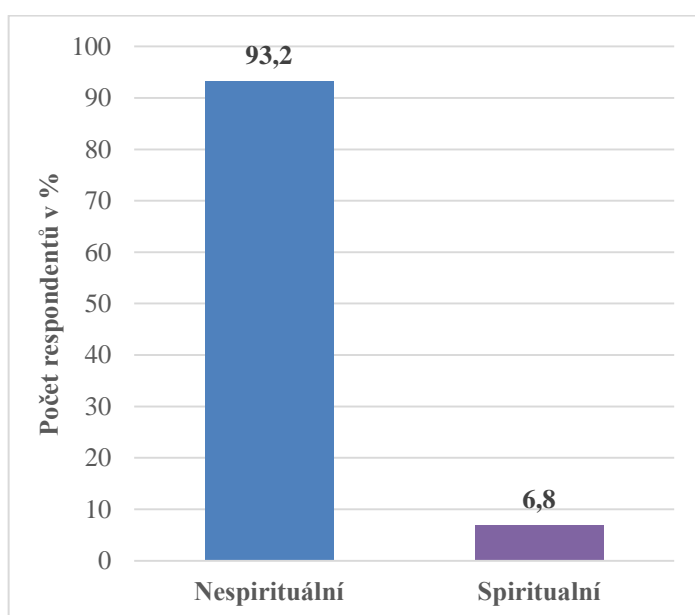
Graf 7: Rozložení religiozity v našem vzorku



Spiritualita

Pro naši analýzu jsme použili spiritualitu vyjadřující prožívání ve vztahu k Bohu, která je vyjádřena skórem v dílčí škále RWB, větším než 50.

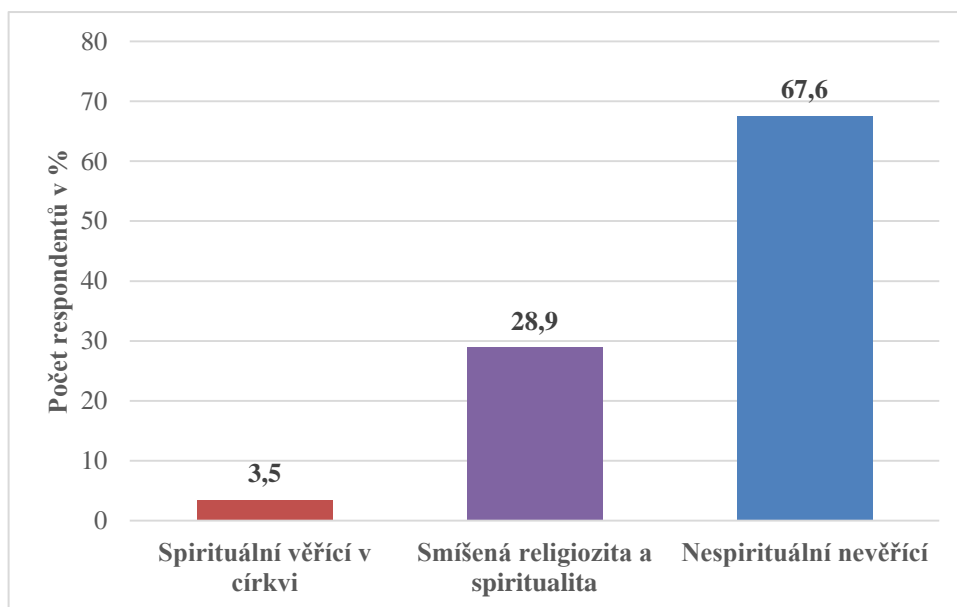
Graf 8: Rozdělení spirituality v našem vzorku vypočítané na základě odpovědí získaných pomocí nástroje SWBS



Kombinace spirituality a religiozity

Následující graf ukazuje, jak byli respondenti distribuováni do tří kategorií kombinací religiozity a spirituality, které jsme vytvořili.

Graf 9: Rozdělení kombinace spirituality a religiozity v našem vzorku



Tři skupiny kombinací spirituality a religiozity jsou blíže popsány v tabulce 6, ve které můžeme vidět, že věřících a spirituálních jedinců jsme ve vzorku 1797 lidí našli 62 % a nejpočetnější byla skupina nespirituálních a zároveň nevěřících. Skupina spirituálních věřících byla dle věku dotazovaných, nejstarší (průměrný věk 64 let) a kategorie nespirituálních nevěřících byla naopak nejmladší (s průměrným věkem 42 let).

Náš vzorek byl vyrovnaný v zastoupení obou pohlaví, mírně převládaly ženy. Na otázku ohledně víry se v našem vzorku 1797 respondentů, 1219 (67,8 %) lidí označilo za nevěřící, 401 (22,3 %) za věřící, ale ne členy církve nebo náboženské společnosti a 177 (9,8 %) za věřící a členy církve nebo náboženské společnosti. V následující tabulce 9 jsou popsány frekvence odpovědí i v dalších kategoriích.

Tabulka 8: Přehled frekvence odpovědí v jednotlivých kategoriích.

	Celkem	
	n	%
Pohlaví		
Muž	874	48,6
Žena	923	51,4
Religiozita		
Věřící v církvi	177	9,8
Věřící mimo církev	401	22,3
Nevěřící	1219	67,8
Spiritualita		
Spirituální	122	6,8
Nespirituální	1644	93,2
Kombinace religiozity a spirituality		
Spirituální věřící v církvi	62	3,5
Smíšená religiozita a spiritualita	520	28,9
Nespirituální Nevěřící	1215	67,6
Zdravotní chování		
Kouření	537	29,9
Pohybová aktivita (středně zatěžující sport)	675	37,6
BMI¹		
Nadváha /obezita (25,0 a více)	918	51,1
Norma (18,5 - 24,9)	847	47,1
Podváha	32	1,8

Pozn.:¹ BMI bylo vypočítáno dle uvedených hodnot pro váhu a výšku a poté byli respondenti rozřazeni do intervalů dle kategorií BMI

U indexu tělesné hmotnosti byli hodnoceni pouze respondenti s normální váhou nebo nadváhou, tj. 32 respondentů s podváhou nebylo do analýz zahrnuto. U těchto 32 respondentů by analýza spirituality a religiozity kvůli jejich nízkému počtu, nebyla signifikantní.

Počet lidí s nadváhou či obezitou je v našem vzorku 918 (51,1%), což je hodnota než je prevalence výskytu nadváhy/obezity v české populaci (57%).

Tabulka 9: Přehled získaných výsledků – popisná statistika

Religiozita	Kouření		Nadváha		Pohyb		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Věřící v církvi	38	21,5	97	56,1	47	7,0	177	9,8
Věřící mimo církvev	130	32,4	215	54,3	142	21,0	401	22,3
Nevěřící	369	30,3	606	50,7	486	72,1	1219	67,8
Spiritualita								
Spirituální	27	22,1	63	52,1	39	2,2	122	6,8
Nespirituální	510	30,4	855	52	636	35,4	1675	93,2
Kombinace religiozity a spirituality								
Spirituální věřící v církvi	8	12,9	35	56,5	16	25,8	62	3,5
Smíšená religiozita a spiritualita	161	31	279	53,7	174	33,5	520	28,9
Nevěřící, nespirituální	368	30,3	604	49,7	485	37,9	1215	67,6

Kvůli vyřazení podváhy ve statistické analýze chyběli respondenti pro následující proměnné: Spirituální kuřáci -1; Věřící v církvi nadváha -4; Smíšená religiozita a spiritualita nadváha -9; Nevěřící nespirituální nadváha -23.

10.2 Statistický model

Nyní uvedeme přehled výsledků, které přináší odpověď na výzkumné hypotézy. Budou objasněny souvislosti mezi religiozitou, spiritualitou, chováním spojeným se zdravím, v našem případně konkrétně s kouřením, BMI a fyzickou aktivitou.

Následující výsledky vypovídají o tom, že jsme nenalezli statisticky významnou souvislost ve frekvenci pravidelné fyzické aktivity u respondentů, kteří vykazovali kombinaci spirituality a religiozity.

Jedinec, který bude patřit do skupiny věřících mimo církvev, bude mít 1.66 ($p < 0,01$) větší pravděpodobnost, že bude kuřák v porovnání s referenční skupinou věřících v církvi.

Udělalí jsme Model 1 pro religiozitu, Model 2 pro spiritualitu a Model 3 pro jejich kombinaci. Použili jsme logistickou regresi adjustovanou na pohlaví a věk. Každá nezávisle proměnná byla v modelu testována odděleně. Pro lepší přehlednost uvádíme výsledky modelů logistické regrese v následující tabulce číslo 10.

Tabulka 10: Výsledky logistické regrese

	Kouření		Nadváha/ obezita	OR (95% CI)	Pohyb	OR (95% CI)
	N ¹ (%)	OR ² (95% CI ³)	n (%)		n (%)	
Model 1: Religiozita						
Věřící v církvi	38 (21.5)	1	97 (56.1)	1	47 (7.0)	1
Věřící mimo církev	130 (32.4)	1.66 (1.09-2.54)**⁴	215 (54.3)	1.09 (0.749-1.6)	142 (21.0)	1.37 (0.92-2.05)
Nevěřící	369 (30.3)	1.26 (1.09-2.54)	606 (50.7)	1.15 (0.82-1.63)	486 (72.1)	1.36 (0.95-1.97)
Model 2: Spiritualita						
Spirituální	27 (22.1)	1	63 (52.1)	1	39 (2.2)	1
Nespirituální	510 (30.4)	1.25 (0.80-1.97)	855 (52.0)	1.37 (0.93 -2.03)	636 (35.4)	0.982 (0.65-1.48)
Model 3: Kombinovaná religiozita a spiritualita						
Spirituální věřící v církvi	8 (12.9)	1*⁵	35 (56.5)	1	16 (25.8)	1
Smíšená religiozita a spiritualita	161 (31)	2,84 (1.41-6.15)**	279 (53.7)	1.15 (0.65-2.02)	174 (33.5)	1.25 (0.68-2.31)
Nespirituální nevěřící	368 (30.3)	2,28 (1.06-4.89)*	604 (49.7)	1.22 (0.71-2.12)	485 (37.9)	1.34 (0.74-2.45)

¹N - počet respondentů

²OR - Odds ratio - podíl šancí/rizik

³CI - konfidenční interval spolehlivosti My jsme pracovali s intervalem spolehlivosti 95 %.

⁴** hladina významnosti $\alpha = 0,01$

⁵*hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Členové skupiny věřících v církvi budou s významně nižší pravděpodobností patřit mezi kuřáky, než věřící bez napojení na církevní struktury, s poměrem šancí 1,66 (konfidenční interval (1.09-2.54), hladina významnosti $p < 0,01$. Nereligiózní respondenti se od respondentů v církvi statisticky významně nelišili.

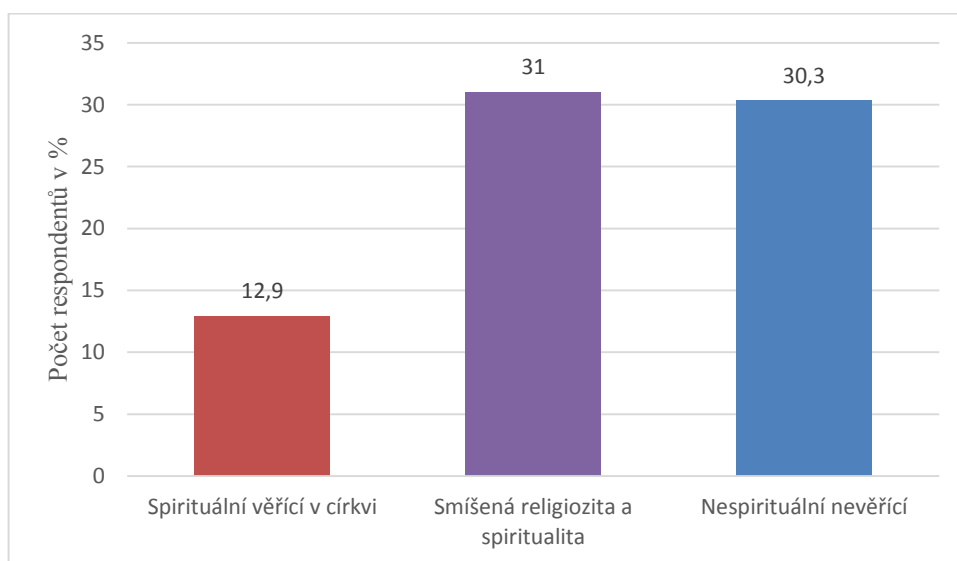
Kombinace religiozity v církvi s vysokou úrovní spirituality, byla spojena s významně nižší pravděpodobností kouření než ostatní kombinace. V porovnání s touto skupinou patřili respondenti se smíšenou religiozitou a spiritualitou (religiozita bez napojení na církevní struktury, religiozita v církvi v kombinaci s nízkou spiritualitou, nereligiozita v kombinaci s vysokou spiritualitou) s 2,84x vyšší pravděpodobností (1.41-6.15), $p < 0,01$ mezi kuřáky, podobně jako nevěřící respondenti, u nichž byl poměr šancí 2,28 (1.06-4.89), $p < 0,05$.

Jako nejrizikovější skupina se ukázala smíšená religiozita a spiritualita, to znamená věřící mimo církev, kteří jsou ale spirituální, nevěřící spirituální a věřící v církvi nespirtuální s poměrem pravděpodobností 2,84 (1.41-6.15) $p < 0,01$.

Výsledky pro proměnné BMI a pohybovou aktivitu nebyly signifikantní pro věřící, pro spirituální, ani pro jejich kombinace, což znamená, že skupina těch, spiritualita ani religiozita nemají vliv na hodnotu BMI, tedy příjem potravy. Tento výsledek je velice zajímavý v porovnání s výzkumy z ostatních zemí, kde byl ve většině výzkumů tento rozdíl nalezen. V diskuzi se k tomuto výsledku vrátíme a vysvětlujeme ho. Nebyl prokázán ani vztah mezi vzájemných kombinacemi ne/spirituality a ne/religiozity a pohybovou aktivitou, což znamená, že skupina těch, co sportují/nesportují se neliší ve spiritualitě a religiozitě.

Následující graf znázorňuje naše nejvýznamnější zjištění a to, že jedinci, kteří jsou věřící v církvi a spirituální zároveň, budou s menší pravděpodobností patřit mezi kuřáky

Graf 10: Kombinace religiozity/spirituality a kouření



Nejmenší procento kuřáků (20 %) bylo ve skupině jedinců, kteří byli religiózní ve skupině věřící v církvi a zároveň spirituální. Zde se ukazuje protektivní vliv kombinace religiozity a spirituality. Náš výzkum ukázal, že samotná religiozita není dostačující, aby mohla ovlivnit život jedince, aby měla reálný dopad, musí být ukotvena v církvi.

10.3 Výsledky statistické analýzy v souvislosti s testovanými hypotézami

Na základě zjištěných výsledků hodnotíme naše hypotézy následovně:

Pro oblast kouření

H1: *Věřící v církvi mají nižší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než ostatní skupiny věřících.*

Statistický model našel rozdíl v kouření mezi skupinami věřících v církvi a věřících mimo církev. Věřící v církvi měli 1,66x menší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než věřící mimo církev.

H2: *Skupina spirituálních lidí má nižší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než skupina nespirtuálních.*

Nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl v kouření mezi skupinou spirituální a nespirtuální.

H3: *Spirituální věřící v církvi mají nižší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než ostatní skupiny.*

Statistický model našel rozdíl v kouření mezi skupinou věřících v církvi a ostatními skupinami. Respondenti se smíšenou religiozitou a spiritualitou, tedy takoví, kteří jsou religiózní, ale nejsou členy církve a respondenti spirituální a zároveň, religiózní v církvi, respondenti religiózní v kombinaci s nízkou spiritualitou a nereligiózní v kombinaci s vysokou spiritualitou, mají vyšší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky. Jedinci ze skupiny nevěřících mají ještě větší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky.

Pro oblast BMI

H4: *Věřící v církvi mají vyšší pravděpodobnost, že budou mít zvýšenou hodnotu BMI než ostatní skupiny věřících.*

Statistický model nenalezl rozdíl v hodnotách BMI mezi skupinou věřících v církvi, věřícími mimo církev a nevěřícími.

H5: *Existuje rozdíl v hodnotě BMI mezi skupinou spirituální a nespirtuální.*

Statistický model nenalezl rozdíl v hodnotách BMI mezi skupinou spirituální a nespirtuální.

H6: *Existuje rozdíl v hodnotě BMI mezi skupinou spirituální věřící v církvi a ostatními skupinami.*

Nebyl prokázán rozdíl v kouření mezi skupinou spirituálních věřících v církvi a ostatními skupinami s jinou kombinací religiozity a spirituality

Pro oblast fyzické aktivity

H7: *Věřící v církvi mají vyšší pravděpodobnost, že se budou věnovat pravidelné fyzické aktivitě než ostatní skupiny respondentů.*

Na základě statistické analýzy jsme nenalezli rozdíl v hodnotách BMI mezi skupinou věřících v církvi a věřícími mimo církev a nevěřícími.

H8: *Existuje rozdíl v pravidelné fyzické aktivitě mezi skupinou spirituální a nespirtuální.*

Statistický model nenalezl rozdíl v pravidelné fyzické aktivitě mezi skupinou spirituální a nespirtuální.

H9: *Existuje rozdíl v pravidelné fyzické aktivitě mezi skupinou spirituální věřící v církvi a ostatními skupinami respondentů.*

Statistický model nenalezl rozdíl v pravidelné fyzické aktivitě mezi skupinou věřících v církvi a ostatními skupinami.

Tabulka 11: Shrnutí výsledných zjištění ve vztahu k hypotézám

Hypotéza	p	Závěr
H1	< 0,01	Přijímáme
H2	> 0,05	Zamítáme
H3	< 0,05	Přijímáme
H4	> 0,05	Zamítáme
H5	> 0,05	Zamítáme
H6	> 0,05	Zamítáme
H7	> 0,05	Zamítáme
H8	> 0,05	Zamítáme
H9	> 0,05	Zamítáme

Na základě našeho výzkumného šetření jsme přijali jednu hypotézu z celkového počtu devíti, které jsme si stanovili. V následující kapitole budeme vycházet z těchto výsledků, shrneme je a porovnáme s dosavadními výzkumy.

11 Diskuze

Zjistili jsme, že proto, aby měla spiritualita či religiozita významný protektivní účinek ve vztahu ke kouření, je nutná jejich vzájemná kombinace. Ze všech možných kombinací zahrnujících religiozitu se jako zásadní ukázalo spojení religiozity v církvi a vysoké spirituality. Kombinace nevěřící nespirituální se ukázala jako méně riziková pro kouření než kombinace se smíšenou religiozitou a spiritualitou.

Při porovnávání tří skupin věřících jsme zjistili, že skupina věřících v církvi se odlišovala od skupiny lidí, kteří jsou věřící, ale nejsou členy žádné církevní organizace a od skupiny nevěřících. Věřící v církvi mají dle našich výsledků významně nižší pravděpodobnost, že budou kouřit než věřící mimo církev. U nevěřících byla pravděpodobnost výskytu kouření nižší než u věřících mimo církev, tento výsledek ale nebyl signifikantní. Když jsme analyzovali samostatně spirituální/nespirituální nebo věřící mimo církev, žádný rozdíl jsme nenašli. U proměnných BMI a pohybová aktivita jsme mezi jednotlivými skupinami rozdíl nenašli.

Na základě těchto zjištění jsme přijali jednu hypotézu, a to hypotézu číslo jedna, že věřící v církvi mají nižší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky než ostatní skupiny respondentů.

U skupiny věřících v církvi se prokázala významně nižší pravděpodobnost, že její členové budou patřit mezi kuřáky než u věřících mimo církev. Významně zvýšené riziko kouření u věřících mimo církev je tak pravděpodobně způsobeno absencí náboženského učení, které přímo vybízí k vyhýbání se rizikovému chování, tedy například kouření. Mullen a kol. (1996) zjistili tento jev na irské populaci, kde jedinci vykazovali vyšší procento užívání tabáku, pokud se nepovažovali za religiozni. Tento vztah ale může kolísat mezi jednotlivými denominacemi. Některé denominace totiž kladou na zdravý životní styl výrazně vyšší důraz než jiné. Příslušnost k jednotlivým denominacím se ukazuje jako signifikantní faktor spojený s užíváním tabáku, alkoholu a drog (Merrill & Thygeson, 2001; Miller, Davies, & Greenwald, 2000).

Například v židovsko-křesťanské Bibli čteme například důraz na péči o tělo jako „Chrám Ducha Svatého.“ (Korint’anům, 6:19-20). Denominace jako Mormoni a Adventisté sedmého dne, stejně jako jiná křesťanská náboženství, uvádějí vyšší míru zdravého chování, které je přímo součástí jejich nauky (Koenig, George, Cohen, Hays, Larson, & Blazer, 1998; Levin, 1994). Merrill and Thygeson (2001) zjistili nižší výskyt kouření u členů Církve Ježíše Krista Svatých posledních dnů (LDS) v Utahu, ve srovnání s

příslušníky jiných církví a s těmi, kteří nemají žádné náboženské preference. Koenig, King & Carson ve své knize *Handbook of religion and spirituality* uvádí, že ze 135 studií zkoumajících vztah mezi R/S a náboženstvím, 122 (90 %) prokázalo, že R/S souvisí se sníženým výskytem kouření. V našem výzkumu se podařilo prokázat stejný trend.

Další spojitost na nižší výskyt rizikového chování může mít účast na bohoslužbách, která je také spojena s nižší úrovní užívání tabáku, alkoholu a dalších drog (Koenig et al., 1998; Merrill & Thygeson, 2001). Sodhi (2014) v dřívějších studiích zjistil, že mezi pravidelnými návštěvníky bohoslužeb (navštěvujícími kostel minimálně každý týden), bylo méně těch, kteří nejednali v souladu se zásadami zdravého životního stylu, tj. kouřili, nadměrně jedli a neměli žádnou fyzickou aktivitu. Méně častá účast na organizovaných formách náboženských aktivit souvisí se zvýšenou pravděpodobností, že jedinec bude kuřák (Moore & Laflin 1996). Strawbridge (1997) ve své longitudinální studii zjistil, že pravidelní návštěvníci kostela kouřili méně. V příštím výzkumu bychom proto doporučovali zaměřit se nejen na druh denominace, ale také na přesnou frekvenci návštěv bohoslužeb, která může dle výše zmíněného výzkumu mít zásadní význam pro míru vlivu R/S na praktický život jedince. Například vzorek starších dospělých Afroameričanů ukázal, že jedinci, kteří uvedli méně častou účast na organizovaných náboženských aktivitách, byli také s větší pravděpodobností kuřáci (Williams, 2001). Kromě toho by příští výzkum měl zohlednit postoj návštěvníků bohoslužeb ke zkoumaným odchylkám od zdravého životního stylu v závislosti na jejich vyznání, bylo by zajímavé sledovat, jak a zda se vnímaná hříšnost jednotlivých poklesků liší například u nadměrného kouření a nadměrného přejídání.

Kombinace religiozity v církvi, která je spojena s vysokou úrovní spirituality se prokázaly jako zásadní ochranné faktory před výskytem kuřáctví. V porovnání s touto skupinou patřili respondenti se smíšenou religiozitou a spiritualitou, tedy religiózní respondenti mimo církev, religiózní v církvi v kombinaci s nízkou spiritualitou či nereligiózní v kombinaci s vysokou spiritualitou, s vyšší pravděpodobností mezi kuřáky, podobně jako nevěřící respondenti. Ukázalo se tedy, že nestačí jen chodit na bohoslužby, neboť forma, v níž není přítomný obsah, tedy spiritualita, nemá dopad na chování. Dle našich zjištění nejen religiozita samotná, ale právě vzájemná kombinace se spiritualitou významně snižuje výskyt kuřáctví. Význam spirituality popisuje ve své studii Jirásek (2015) a uvádí 5 způsobů, jakými spiritualita zdraví ovlivňuje. Spiritualita má vliv na vztah k sobě, vztah k druhým, vztah k přírodě, zájem o smysl života a uvědomování si přesahu a

transcendence v každodennosti. Spirituální vnímání světa ovlivňuje i jednu z nejdůležitějších složek života, tedy zdraví.

U proměnné BMI jsme na základě obdobných výzkumů ze zahraničí očekávali vyšší hodnoty BMI u věřících. V souvislosti s tím, že kouření pravděpodobně snižuje BMI, protože nikotin způsobuje snížení chuti k jídlu (Gillum, 2006 in Mason & Bartkowski, 2013), a s ohledem na skutečnost že v našem šetření se ukázala významně nižší pravděpodobnost výskytu kouření u skupiny věřících, jsme vyšší hodnoty BMI silně očekávali. V našem výzkumu se ale nepodařilo prokázat vztah spirituality nebo religiozity a BMI.

Výzkumy, které zkoumaly vztah mezi R/S a BMI nejméně v 21 studiích prokázaly vztah mezi R/S a zdravou výživou (Koenig, 2012). Jeden výzkum našel horší stravu (S. M. Underwood & R. L. Powell, 2006). Podobně D. Neumark-Sztainer, M. Story a S. A. French (1997) zjistili ve své studii, že náboženská víra a praxe pozitivně ovlivňují zdravé stravování. Na jedné straně byl tedy zjištěn pozitivní vliv náboženství na výběr zdravého jídla. Další výsledky ale ukazují korelaci mezi věřícími a množstvím přijatého zdravého jídla (J. M. Wallace a T. A. Forman, 1998 in Holman, 2012), a proto existují studie, které poukazují na vztah religiozity k obezitě. I když religiózní lidé mají tendenci jíst zdravější stravu, také jedí větší objemy. Nejméně 36 studií zkoumalo asociace mezi hmotností (nebo body mass indexem) a R/S. Z nich, 14 (39 %) zaznamenalo pozitivní vztah (R/S spojené s větší hmotností), zatímco pouze sedm (19 %) uvádí inverzní vztah. Někteří výzkumníci uvádí, že zvyšující se riziko nadváhy u konzervativních náboženských skupin může být způsobeno náboženskými normami a učením, které odrazuje věřící od kouření a pití, ale selhává v nabídce v podpoře zdravého stravování (Cline and Ferraro 2006; Sack 2001 in Mason & Bartkowski, 2013). Kim, Sobal a Wethington (2003) našli u konzervativní protestantské denominace větší pravděpodobnost zvýšeného BMI než u jiných denominací nebo mužů bez vyznání. Toto zjištění ale neplatí pro ženy. Dimenze náboženství jako návštěva bohoslužeb, sociální podpora, závazek a identita byly spojeny s vyšším BMI, ale všechny tyto souvislosti zmizely po adjustaci na kouření. Autoři argumentují, že většinu vztahu mezi náboženstvím a obezitou lze vysvětlit jako důsledek sníženého výskytu kouření mezi věřícími (Cline & Ferraro, 2006). Výsledky našeho výzkumu ale tuto souvislost popírají, protože jsme prokázali výrazně nižší výskyt kouření u věřících, ale neprokázala se zvýšená hodnota BMI. Sledované denominace v zahraničních výzkumech totiž nedefinují přejídání jako nemorální, na rozdíl od užívání alkoholu a tabáku. Kromě

toho, že neodrazují od přejídání ani nepodporují pohybové aktivity (Mason & Bartkowski, 2013).

Výzkumy vztahu mezi náboženstvím a tělesnou hmotností obecně prokazují vyšší tělesnou hmotnost, ale výsledky mohou mít různá vysvětlení. První je, že mnohá náboženství upozorňují na hříchy, jakými jsou kouření, nadužívání alkoholu a sexuální promiskuita, ale přejídání je přijímáno lépe. Dokonce je možné, že omezení kouření u věřících a spirituálních osob může vést ke zvýšenému výskytu nadváhy/obezity (Kim, Sobal a Wethington, 2003 in Cline & Ferrarro, 2006). Za druhé, mnoho náboženských obřadů užívá k oslavám jídlo raději než alkohol (Sack, 2001 in Cline & Ferrarro, 2006). Za třetí, náboženství nemusí vést k nadváze nebo obezitě, ale možná poskytuje „náboženské nebe“ – útěchu a přijetí lidem, kteří jsou obézní a hledají ochranu před sociálním stigmatem (Cline & Ferrarro, 2006). Společná konzumace jídla bohatého hlavně na sacharidy při setkáních kongregace může ke zvýšení BMI rovněž přispět (Mason & Bartkowski, 2013). Proto možným důvodem, proč se nám nepodařilo prokázat vztah mezi spiritualitou/religiozitou a zvýšenou hodnotou je skutečnost, že věřící v České republice nemají výrazné vazby k náboženské komunitě, neslaví společně ani se nescházejí tak často, roto mají méně příležitostí konzumovat vysokoenergetické potraviny bohaté na jednoduché sacharidy. Velká část výše popsaných výzkumů byla provedena na americké populaci, může se proto jednat o jiné kulturní rozdíly přímo či nepřímo spojené s religiozitou. Otevřeným problémem zůstává vysvětlení klíčových mechanismů, za důležitou považujeme realizaci dalších výzkumů na evropské a české populaci.

V našem výzkumu nebyl prokázán žádný rozdíl v pohybové aktivitě mezi jednotlivými skupinami. Výsledky našeho výzkumu neprokázaly souvislost mezi spiritualitou/religiozitou a pohybovou aktivitou na vzorku české populace. Mechanismus, kterým náboženské vyznání a účast na bohoslužbách ovlivňuje pohybovou aktivitu, není dosud zřetelně objasněn. Hypotéza zdraví prospěšného chování tvrdí, že religiózní člověk se účastní více aktivit, které zdraví podporují (Merrill & Thygerson, 2001).

Z 37 studií zkoumajících tento vztah, 25 (68 %) uvedlo významné pozitivní vztahy (dva na úrovni trendu) mezi R/S zapojení a větší mírou cvičení nebo fyzické aktivity, zatímco šest (16 %) zjistilo významný inverzní vztah. 21 studií s nejvyšším hodnocením kvality, 16 (76 %) uvedlo pozitivní vztah a dvě (10%) zjistily negativní vztah.

Skupina věřících je, jak vyplývá z popisné statistiky našeho výzkumu, starší. Naše data jsme proto adjustovali na věk a pohlaví, protože starší lidé méně kouří. Neadjustovaná data ukazovala na významnější vztah, než jaký se skutečně prokázal po adjustaci. Naše

výsledky před adjustací ukázaly, že nespirituální nevěřící mají v porovnání se spirituálními věřícími 2,28 krát větší šanci, že budou patřit mezi kuřáky. Podobně mají 2,84 krát větší šanci respondenti se smíšenou religiozitou a spiritualitou.

Silnou stránkou této studie je rozsáhlý výběrový soubor a reprezentativnost, přesto nízký počet věřících ve vzorku snižuje vypovídající hodnotu výsledků. Odpovědi respondentů mohly být také ovlivněny problémem s chápáním některých otázek ohledně spirituality.

Závěr

Religiozita a spiritualita hrají důležitou roli v životě mnoha lidí. Pohledy jednotlivých autorů na spiritualitu se od sebe výrazně liší, někdo ji omezuje pouze na spiritualitu v rámci církve, jiní autoři zase považují za spirituální například projevy krásna. Na proklamovaný český ateismus je možné nahlížet spíše jako na nedůvěru v církve a organizované náboženství než jako na nedůvěru v transcendentno jako takové. Existuje několik teorií o tom, jak víra ovlivňuje praktický život jedince, může se jednat o sociální oporu, kterou náboženská skupina poskytuje, náboženské učení či víru v moc transcendentna. Pro účely našeho výzkumu bylo nejprve nutné zvolit si vhodné pojetí konceptů religiozity a spirituality.

Ve výzkumu jsme se zaměřovali na dospělou českou populaci starší 15 let. Hodnoty spirituality byly získávány nástrojem SWBS. Dále jsme participanty rozdělili do tří skupin dle skóru ve škále SWBS a jejich víry na spirituální věřící v církvi, osoby se smíšenou religiozitou a spiritualitou a nevěřící nespirituální respondenty. Kombinace religiozity a spirituality se ukázala jako protektivní faktor výskytu kouření. Věřící v církvi, kteří jsou zároveň spirituální, mají vyšší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky. Zásadním zjištěním je, že religiozita či spiritualita samy o sobě nestačí, protektivní účinek má jen kombinace obou faktorů. Proměnná, u níž jsme našli statisticky významný rozdíl, je kouření a to na hladině statistické významnosti $p < 0,01$. Spirituální věřící v církvi mají 1,66 krát menší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky.

V hodnotách BMI se jednotlivé skupiny statisticky významně nelišily, což je výsledek velmi rozdílný s porovnání s výzkumy z ostatních zemí, kde věřící lidé ve většině případů dosahovali vyšších hodnot BMI. Při shrnutí našich zjištění je možné říci, že v české populaci se pravděpodobnost kouření liší v závislosti na spiritualitě a religiozitě jedince. Hlavním zjištěním je, že jedinci, kteří jsou spirituální a religiózní zároveň, kouří s menší pravděpodobností než respondenti s jinými kombinacemi religiozity a spirituality.

Nenašli jsme však statisticky významnou souvislost mezi BMI a frekvencí fyzické aktivity.

Objasnění vztahu mezi chováním spojeným se zdravím a religiozitou a spiritualitou na vzorku 1797 českých dospělých může být přínosem pro odborníky z klinické praxe při léčbě i prevenci tělesných nemocí. Nutné jsou další výzkumy na evropské a české populaci, které se podrobněji zaměří na vliv jednotlivých denominací či frekvence návštěvy bohoslužeb.

Souhrn

Spojování náboženství a spirituality s mentálním i fyzickým zdravím je zakotveno ve vědecké literatuře. Tato práce se zabývá posouzením vztahu mezi religiozitou, spiritualitou s chováním spojeným se zdravím.

Celý text je koncipován do dvou částí – teoretického ukotvení výzkumného problému a empirického výzkumu. V teoretické části jsme se zaměřili na pojem zdraví a jeho jednotlivé determinanty. Blíže jsme popsali problematiku kouření, výživu, která je spjata s hodnotou koeficientu BMI, a pohybovou aktivitu. V posledních letech je prevalence kouření u dospělé české populace poměrně stabilní a pohybuje se mezi 28 až 32 %. V České republice je celkem 23 % dospělé populace s obezitou a 34 % osob s nadváhou. Během dospělosti dochází ke snižování výskytu pravidelného cvičení a aktivních jedinců je již pouze kolem 40 % (Bauman, 2004).

Při vysvětlování pojmů spiritualita a religiozita a jejich vzájemného propojení a vlivu na náš život, jsme uvedli několik vlivných teorií a pohledů na problematiku. Například pohled českého religionisty Pavla Říčana (2002), který chápe spiritualitu jako niterný aspekt religiozity nebo Cicirelliho (2011), který rozlišuje spiritualitu na religiózní a nereligiózní. Belzen (2009) říká, že religiozitu a spiritualitu je třeba chápat jako dvě oddělené oblasti, které se však mohou překrývat. Podle Belzena nemusí být religiózní člověk nutně spirituální. Je tedy zřejmé, že se jedná o částečně nejasné konstrukty.

Jelikož byl náš výzkum proveden na reprezentativním vzorku české populace, byl také podrobně popsán vztah Čechů k náboženství a víře jako takové. Zároveň jsme provedli krátký historický exkurz pro lepší pochopení vývoje vztahu respondentů k náboženství i objasnění často proklamovaného českého ateismu. V ČR v roce 2011 působilo 32 registrovaných církví. Podle sčítání lidu z roku 2011, se z celkového počtu 10 436 560 obyvatel, přihlásilo k náboženské víře 2 168 952 osob, což je o více než milion lidí méně než při sčítání lidu v roce 2001 a ve srovnání s rokem 1991 jde o pokles o více než dva miliony věřících. (Český statistický úřad, 2014).

Výzkumy ukazují, že existuje významná souvislost mezi religiozitou, spiritualitou a mentálním i fyzickým zdravím. V poslední kapitole teoretické části (Současné modely religiozity, spirituality a zdraví), se tedy pokoušíme odpovědět na nejjednodušší otázku, jaké mechanismy působí ve vztahu mezi R/S a chováním spojeným se zdravím. Lidé, kteří sami sebe považují za religiózní či spirituální vykazují vyšší míru sebeúcty, efektivnější copingové strategie a lepší fyzické zdraví (Sodhi & Manju, 2014). Náboženské či

spirituální hodnoty se pojí s nižší mírou problematického sociálního chování, pozitivně korelují se zdravým životním stylem podporujícím duševní zdraví, včetně cvičení, zdravé životosprávy a nekuřáctví (Makwana, 2012). Náboženská víra a praxe podporují optimistický, pozitivní pohled na svět, který dává zkušenosti význam. Ten poskytuje pocit smyslu a směru, který zvyšuje naději a motivaci. Jestli je náboženský pohled na svět zbožným přáním, nelze objektivně vyhodnotit. Nicméně jeho důsledky pro duševní zdraví mohou být hluboké, zvláště ve stresujícím období nebo při dlouhodobém trápení. Při hledání smyslu může být klíčem k přežití (Frankl, 1959 in Koenig 2001). R/S mohou na zdraví působit učením konkrétní církve (zákaz zdraví poškozujícího chování); silnější sociální oporou náboženské skupiny, které se dostává jejím členům nebo vlivem osobní víry na psychiku jedince, kterému víra pomáhá nalézat smysl a účel života.

Dle dostupných výzkumů z jiných zemí byl prokázán negativní vliv R/S na kouření, souvislost R/S se zvýšeným BMI, vliv R/S na pohybovou aktivitu a variuje v jednotlivých výzkumech především v závislosti na typu výzkumu, konkrétní církvi či náboženské skupině, na které byl výzkum prováděn a na definici pohybové aktivity. I když R/S lidé mají tendenci jíst zdravější stravu, zároveň konzumují jídla více.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda některé tyto souvislosti existuje také v české populaci. Vliv R/S se nejvíce projevuje na kouření cigaret. Nejméně 137 studií zkoumalo vztah mezi R/S a kouřením a z nich 123 (90 %) zjistilo statisticky signifikantní inverzní vztah a žádná studie přitom neprokázala signifikantní vztah nebo dokonce trend ukazující opačným směrem. Z 83 metodologicky nejpřísnějších studií, 75 (90 %) uvedlo inverzní vztah s R/S zapojením (Nonnemaker et al., 2006; Beyers et al., 2004). Jako významná se ukázala také frekvence návštěv bohoslužeb. Lidé, kteří uvedli týdenní účast na náboženských aktivitách, byli s menší pravděpodobností současně kuřáci než ti, kteří uvedli méně častou organizovanou náboženskou aktivitu (Lee, 2005).

Nejméně 36 studií zkoumalo vztahy mezi hmotností (nebo body mass indexem) a R/S. Z těchto studií, 14 (39 %) našlo pozitivní vztah (R/S spojené s větší hmotností), zatímco pouze sedm (19 %) uvádí inverzní vztah. Mezi 25 studiemi s nejvyšším hodnocením kvality 11 (44 %) uvádí, vyšší hmotnost u osob vykazujících více R/S a pět studií (20 %) zjistilo, nižší hmotnost (nebo menší podváhu (M. A. Musick, J. S. House, & D. R. Williams, 2004). Nižší hmotnost mezi osobami vykazujícími více R/S se objevuje jen v několika náboženských skupinách, jako jsou židé či buddhisté (Koenig, 2012).

Úroveň cvičení a fyzické aktivity se také jeví jako spojená s R/S. Z 37 studií, které zkoumaly tento vztah, 25 (68 %) uvedlo významné pozitivní vztahy mezi R/S a větší mírou

cvičení nebo fyzické aktivity, zatímco šest (16 %) zjistilo významné inverzní vztah. 21 studií s nejvyšším hodnocením kvality, 16 (76 %) uvedlo pozitivní vztah a dvě (10 %) zjistily negativní vztah (Koenig, 2012).

Výzkumným souborem v naší studii bylo 1797 respondentů z dospělé české populace ve věku 15 až 92 let, s průměrným věkem 45,9 (SD = 17,8). Složení výběrového souboru pohlaví tvoří soubor 874 (48,6 %) mužů a 923 (51,4 %) žen, což odpovídá skladbě populace ve věku od 15 let v ČR. Výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci České republiky nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu. Terénní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face).

Stanovili jsme si devět hypotéz. Tři hypotézy pro oblast kouření, tři hypotézy pro oblast BMI a tři hypotézy pro oblast pohybové aktivity. K měření spirituality jsme použili RWB, dílčí škálu SWBS, která je zaměřena na vztah respondenta k Bohu. Jako proměnné chování souvisejícího se zdravím jsme vybrali determinanty zdraví kouření, BMI a pohybovou aktivitu.

Pro další analýzu jsme participanty rozdělili do tří skupin dle skóru ve škále SWBS a jejich víry na spirituální věřící v církvi, lidi se smíšenou religiozitou a spiritualitou a nevěřící nespirtuální. Použili jsme logistickou regresi, kde byla nezávislými proměnnými religiozita, pohlaví a věk a závislou proměnnou kouření, BMI a pohybová aktivita. Na základně srovnání jednotlivých skupin statistický model nenalezl rozdíly v hodnotách BMI a pohybové aktivity u věřících a nevěřících na hladině $p < 0,05$. Proměnná, ve které jsme našli statisticky významný rozdíl, je kouření a to na statisticky významné hladině $p < 0,01$. Religiozita ukotvená v církvi byla spojena s významně nižší pravděpodobností kouření než religiozita mimo církev, s poměrem šancí 1,66 (konfidenční interval (1.09-2.54)). Kombinace religiozity a spirituality, tedy příslušnost k církvi v kombinaci s vysokou úrovní spirituality byla spojena s významně nižší pravděpodobností kouření než ostatní kombinace. V porovnání s touto skupinou patřili respondenti se smíšenou religiozitou a spiritualitou (religiozita bez příslušnosti k církvi, religiozita v církvi v kombinaci s nízkou spiritualitou, nereligiozita v kombinaci s vysokou spiritualitou) s 2,84x vyšší pravděpodobností (1.41-6.15), $p < 0,01$ mezi kuřáky, podobně jako nevěřící respondenti, u nichž byl poměr šancí 2,28 (1.06-4.89) $p < 0,05$. Religiozita či spiritualita však samy o sobě nestačí, aby měly dopad na život, je nutná kombinace obojího. Na základě našich výsledků jsme tedy přijali jednu hypotézu.

Spiritualita je součástí holistického přístupu, proto naše zjištění považujeme za důležitá pro práci odborníků z praxe, kněze a odborníky pracující nejen v náboženském prostředí, kteří by mohli duchovní stránku jedince využít při prevenci rizikového chování.

Citovaná literatura

1. Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(1), 9-21. doi:10.1037/a0034416.
2. Antošová, D., & Kodl, M. (Ed.). (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-49-3.
3. Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M. W. & Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: The United States and Australia. *Journal of Adolescent Health*, 35(1), 3–16.
4. Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. 3rd ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub. Co. ISBN 0534343066.
5. Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: An epidemiological review 2000-2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*, [online]. 7(1),(6-19) [cit. 2016-09-07]. Získáno z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1440244004802731>.
6. Belzen, J. A. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. *Československá psychologie*, 53 (4), 396- 407.
7. *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih) : český ekumenický překlad*. (2009). Přeložil Bič, M., Souček, J. B., Mánek, J. 17., (8. opr.) vyd. Praha: Česká biblická společnost. ISBN 978-80-87287-22-4.
8. Cicirelli V. G. (2011). Religious and nonreligious spirituality in relation to death acceptance or rejection. *Death Studies*. Routledge Taylor & Francis Group. 35(2) 124– 146.
9. Cline, K., & Ferraro, K. F. (2006). Does religion increase the prevalence and incidence of obesity in adulthood?. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(2), 269-281.
10. Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
11. Česko je třetí „nejateističtější“ země na světě (28. prosince 2012). Získáno 1. listopadu z Česká televize:<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/1126267-cesko-je-treti-nejateistictejsi-zeme-na-svete>

12. Český statistický úřad. (2014). *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu. Lidé a společnost* (online). Praha. Získáno z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>
13. Český statistický úřad (8. 11. 2016) Získáno z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>
14. Český statistický úřad, 2016b, Získáno z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf/9f50d576-fb17-4b2a-a221-01b0ff96ee3b?version=1.0>
15. Daňková, Š., Láčková, J. (2010). *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR (Index tělesné hmotnosti, fyzická aktivita, spotřeba ovoce a zeleniny)*. Praha: ÚZIS ČR.
16. Dare, S., Mackay, D. F. Pell, J. P. & Matsuo, K. (2014). Relationship between smoking and obesity: A cross-sectional study of 499,504 middle-aged adults in the UK general population. *Plos One*, 10(4), e0123579-. doi: 10.1371/journal.pone.0123579
17. Egger, J. W. (2013). Biopsychosocial medicine and health – the body mind unity theory and its dynamic definition of health. *Psychologische Medizin* 1, 24-29.
18. Ellison, C. G., Boardman, J. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (2001). Religious involvement, stress, and mental health: Findings from the 1995 Detroit area study. *Social Forces*, 80(1), 215-249.
19. Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* [online]. 196(4286),129-136 [cit. 2016-09-07]. DOI: 10.1126/science.847460. ISSN 0036-8075. Získáno z: <http://www.sciencemag.org/cgi/doi/10.1126/science.847460>
20. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.
21. Fetzer, I. (2003). Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/National institute on aging working group. *Kalamazoo, MI: John E. Fetzer Institute*.
22. Fontana, David. (1999). *Cesty ducha v moderním světě: Možnosti duchovního růstu z pohledu psychologie a spirituálních tradic*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-239-4.

23. Foster, J. J. (1998). *Data analysis using SPSS for Windows - Version 6: A beginner's guide*. London: SAGE Publications.
24. Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43-55.
25. Hamplová, D. (2008). Religiozita dospělých v České republice na počátku 21. století. In D. Lužný, & Z. R. Nešpor. *Náboženství v menšině: religiozita a spiritualita v současné české společnosti (20-30)*. Praha: Malvern. ISBN 978-80-87580-08-0.
26. Hamplová, D., & Řeháková, B. (2009). *Česká religiozita na počátku 3. tisíciletí: výsledky Mezinárodního programu sociálního výzkumu ISSP 2008 - Náboženství*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 978-80-7330-163-7.
27. Hartl, P., Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
28. Hejna, D. (2010). *Náboženství a společnost: Věda o náboženství a její historické kořeny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2427-0.
29. Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.
30. Holm, N. G. (1998). *Úvod do psychologie náboženství*. Praha: Portál.
31. Holman, A. (2012). Religion and the body: An overview of the insertions of religion in the empirical psycho-social research lines on the body. *European Journal of Science and Theology*, 8(3), 127-134.
32. Hood, R. W., & Belzen, J. A. (2005). Research methods in the psychology of religion. In Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (Eds.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, (62-79). New York, NY, US: Guilford Press.
33. Hoskovcová, S. H., & Ryntová, L. S. (2009). *Výchova k psychické odolnosti dítěte*. Grada.
34. Hošek, P. (2012). *A bohové se vracejí: proměny náboženství v postmoderní době*. Jihlava: Mlýn. ISBN 978-80-86498-48-5.
35. James, W. (1930). *Druhy náboženské zkušenosti*. Praha: Melantrich.
36. Jirásek, I. (2015). Spiritualita a zdraví: Ideové podloží pro zkoumání empirických dat. *Československá psychologie*, 59(2), 174-186.
37. Jonsson, S., Hedblad, B., Engström, G., Nilsson, P., Berglund, G., & Janzon, L. (2002) Influence of obesity on cardiovascular risk: Twenty-three-year follow-up of 22025 men from an urban Swedish population. *International journal of obesity*, 26(8), 1046-1053. doi: 10.1038/sj.ijo.0802060.

38. Kaplan, R. M., Sallis, J. F. & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill. ISBN 0-07-033566-4.
39. Kim, K. H., Sobal, J., & Wethington, E. (2003). Religion and body weight. *International Journal of Obesity*, 27(4), 469-477.
40. Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012.
41. Koenig, H. G., George, L. K., Cohen, H. J., Hays, J. C., Larson, D. B., & Blazer, D. G. (1998). The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *Journals of Gerontology*, 53(6), M426–M434.
42. G. Koenig, H., & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67-78.
43. Koenig, H., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. OUP, USA.
44. Kříž, J. (2011). Determinanty zdraví. In Komárek, L., Provazník, K. *Ochrana a podpora zdraví* (16-27). Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha. ISBN 978-80-260-1159-0.
45. Lee, D., Bell, D. C., & Moon, C. (2005). Religiosity, tobacco use, and poverty. *American journal of Health Studies*, 20(1/2), 15.
46. Levin, J. S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis, and host resistance. *Social Science & Medicine*, 43(5), 849-864.
47. Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal?. *Social science & medicine*, 38(11), 1475-1482.
48. Lužný, D., & Nešpor, Z. R. (2008). *Náboženství v menšině: religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern. ISBN 978-80-87580-08-0.
49. Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.
50. Makwana, S. (2012). Impact of spirituality on mental health. *Indian Journal of Positive Psychology*, 3(3), 242.
51. Mason, P. B., Xu, X., & Bartkowski, J. P. (2013). The risk of overweight and obesity among Latter-Day Saints. *Review of Religious Research*, 55(1), 131-147.7
52. Matoulek, M., Svačina, Š., & Lajka, J. (2010). Výskyt obezity a jejích komplikací v České republice. *Vnitřní lékařství*, 56(10), 1019-1027.

53. Merrill, R. M., & Thygeson, A. L. (2001). Religious preference, church activity, and physical exercise. *Preventive medicine*, 33(1), 38-45.
54. Miller, L., Davies, M., & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1190-1197.
55. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 29. září 2016. Získáno z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/cesi-ziji-deletrapi-je-ale-civilizacni-nemocizmenit-to-muze-narodni-strategi_9418_3030_1.html
56. Moore, S., Laflin, M. T., & Weis, D. L. (1996). The role of cultural norms in the self-esteem and drug use relationship. *Adolescence*, 31(123), 523.
57. Mullen, K., Williams, R., & Hunt, K. (1996). Irish descent, religion, and alcohol and tobacco use. *Addiction*, 91(2), 243-254.
58. Musick, M. A., House, J. S., & Williams, D. R. (2004). Attendance at religious services and mortality in a national sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 198-213.
59. Nešpor, Z. R. (Ed.). (2004). *Jaká víra?: Současná česká religiozita/spiritualita v pohledu kvalitativní sociologie náboženství*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. ISBN 80-7330-061-3.
60. Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A., & Resnick, M. D. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health education research*, 12(1), 37-52.
- NHLBI. (2013). Managing overweight and obesity in adults: Systematic evidence review from the Obesity expert panel. Získáno z: <http://www.nhlbi.nih.gov/sites/www.nhlbi.nih.gov/files/obesity-evidence-review.pdf>
61. Nonnemaker, J., McNeely, C. A. & Blum, R. W. (2006). Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions. *Social Science and Medicine*, 62(12) 3084–3095.
62. Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary 1. *Health Promotion International*, 13(4), 349-64.
63. Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International* [online]. 13(4),349-364. [cit. 2016-11-07]. DOI: 10.1093/heapro/13.4.349. ISSN 0957-4824. Získáno z: <http://www.heapro.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/13.4.349>

64. Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality?: Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16.
65. Parsons, T. J., Power, C., Logan, S. & Summerbell, C. D. (1999). Childhood predictors of adult obesity: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 23(8),1-107. Získáno z: <http://www.bewegenismedicijn.nl/files/downloads/Parsons%20et%20al.%201999.pdf>
66. Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2927-4. Získáno z: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M14-2525>
67. Reich, K. H. (2000). What characterizes spirituality?: A comment on Pargament, Emmons and Crupler and Stifoss-Hanssen. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(2), 125–128.
68. Říčan, P. (2002). *Psychologie náboženství*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-547-4.
69. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., v Grada Publishing 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.
70. Říčan, P. (2003). Spirituality in psychology: The concept and its context. *Studia Psychologica*, 45(3), 249-257.
71. Sahakyan, K. R., Somers, V. K. & Rodriguez-Escudero, J. P. et al. (2015). Normal weight central obesity: Implications for total and cardiovascular mortality. *Annals of Internal Medicine*[online]. 163(11), 827- [cit. 2016-11-07]. DOI: 10.7326/M14-2525. ISSN 0003-4819.
72. Sarafino, E. P. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons. ISBN 0-471-52454-9.
73. Sawyer, S., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C. & Patton, G. C. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640.
74. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3507-8.
75. Sodhi, R. (2014). Spirituality and religiosity as predictors of mental and physical health. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(2), 273.
76. Sovinová, H., Csémy, L. & Kernová, V. (2014). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-335-8.

77. Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87(6), 957-961.
78. Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Cohen, R. D., & Kaplan, G. A. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 68-4.
79. Stříženeč, M. (2001). Psychologické aspekty spirituality: Psychological aspects of spirituality. *Československá psychologie*. 45(2), 118-126. ISSN 0009-062x.
80. Stříženeč, M. (2007). *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
81. Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada Publishing.
82. Štampach, O. I. (2000). *A nahoře nic-: o možnostech postmoderního člověka žít duchovně*. Praha: Portál.
83. Štampach, O. I. (2006). Nahradila spiritualita náboženství? In Babyrádová, H., Havlíček, J. (Eds.). *Spiritualita: fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců: sborník transdisciplinárních esejů s mezinárodní účastí*, 99-105. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-4206-0. Získáno z: <http://www.sekty.cz/www/stranky/studie/Spiritualita.pdf>
84. Štampach, O. I. (2008). *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-384-0.
85. Tammelin, T., Näyhä, S., Laitinen, J., Rintamäki, H., & Järvelin, M. R. (2003). Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood. *Preventive medicine*, 37(4), 375-381.
86. Underwood, S. M., & Powell, R. L. (2006). Religion and spirituality: Influence on health/risk behavior and cancer screening behavior of African Americans. *ABNF Journal*, 17(1), 20.
87. Václavík, D. (2010). *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada.
88. Van Ness, P. H., & Larson, D. B. (2002). Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 386-397.
89. Van Sluijs, E. M., McMinn, A. M. & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. *BMJ* [online]. 335(7622), 703-703 [cit. 2016-11-07]. DOI:

10.1136/bmj.39320.843947.BE. ISSN 0959-8138. Získáno z:
<http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.39320.843947.BE>.

90. Vojtíšek, Z., Dušek, P. & Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0088-8.
91. Williams, D. R., & Sternthal, M. J. (2007). Spirituality, religion and health: Evidence and research directions. *Medical Journal of Australia*, 186(10), S47.
92. WHO. (2001). *The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
93. WHO. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic 2008: The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization. [cit. 2016-11-07]. Získáno z:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf

Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Název práce: SOUVISLOST SPIRITUALITY A RELIGIOZITY S CHOVÁNÍM SPOJENÝM SE ZDRAVÍM V ČESKÉ POPULACI

Autor práce: Bc. Helena Pipová

Vedoucí práce: Mgr. Klára Maliňáková

Počet stran a znaků: 71 stran, 122 753 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 93

Abstrakt (800 – 1200 zn.):

Diplomová práce se zabývá religiozitou (R), spiritualitou (S), a jejich souvislostí se zdravým chováním. V práci podrobně vysvětlujeme různá chápání R/S, jejich vzájemný vztah a náboženskou situaci v České republice. Jako proměnné pro chování spojené se zdravím jsme vybrali kouření, příjem potravy, respektive hodnotu BMI, a pohybovou aktivitou.

Studie byla provedena na reprezentativním vzorku 1797 respondentů z české populace ve věku 15-82 let. Spiritualita byla měřena sebesupozovací škálou SWBS. Ke statistické analýze byla použita logistická regrese adjustovaná na věk a pohlaví.

Na rozdíl od zahraničních výzkumů nebyl prokázán rozdíl v BMI a fyzické aktivitě u populace věřících a nevěřících. U proměnné kouření jsme našli statisticky významný rozdíl ($p < 0,01$), věřící v církvi mají 1,66x menší pravděpodobnost, že budou patřit mezi kuřáky (CI 1.09-2.54). Kombinace religiozity v církvi a vysoká úroveň spirituality byla spojena s 2,84x nižší pravděpodobností kouření (1.41-6.15), $p < 0,01$ oproti spirituálním věřícím v církvi. Nevěřící respondenti bez spirituality měli poměr šancí 2.28 (CI 1.06-4.89) $p < 0,05$, že budou patřit mezi kuřáky.

Klíčová slova: chování spojené se zdravím, religiozita, spiritualita, česká populace, kouření, BMI, fyzická aktivita, logistická regrese

Abstract of thesis

Title: THE ASSOCIATION OF SPIRITUALITY AND RELIGIOSITY WITH HEALTH-RELATED BEHAVIOUR IN THE CZECH POPULATION

Author: Bc. Helena Pipová

Supervisor: Mgr. Klára Maliňáková

Number of pages and characters: 71 pages, 122 753 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 93

Abstract (800 – 1200 characters):

The main aim of this study was to evaluate spirituality and religiosity and their influence on health-related behaviour. We provided explanations of spirituality and religiosity, their relation and religious situation in the Czech Republic. Among the variables of health-related behaviour we chose smoking, food intake (Body Mass Index BMI) and physical activity. With respect to spirituality we used the SWBS scale. The base population consists of Czech people, aged 15–82. The sample included 1797 participants from all regions of the Czech Republic. We processed statistical data with the SPSS Version 21. In statistical analysis we used logistic regression, adjusted for age and sex.

In compare to other studies, we found no differences in BMI and physical activities of religious and non-religious people. The most important result of the research is the significant relation between religiosity and smoking ($p < 0,01$). Based on the results, believers who regularly attend church are 1.66 less likely to be smokers in compare with believers outside the church. The combination of religiosity in church and spirituality was associated with a lower probability of smoking, 2,84x less (1.41 to 6.15), $p < 0.01$ than other mixed combinations of spirituality and religiosity. Nonspiritual nonbelievers had a ratio of 2.28 (1.06 to 4.89), $p < 0.05$ of being smokers in compare with spiritual believers in church.

Key words: health-related behaviour, spirituality, religiosity, Czech population, smoking, BMI, physical activity, logistic regression

Seznam zkratek

APA – Americká Psychologická Asociace

B – konstanta beta v logistické regresi

BMI – Body Mass Index

CL – konfidenční koeficient

ČSÚ – Český Statistický Úřad

OR – Odds Ratio

R/S – Religiozita/Spiritualita

SWBS – Škála spirituální pohody

WHO – World Health Organisation

LDS – Církev Ježíše Krista Svatých posledních dnů

Seznam grafů a tabulek

Graf 1: Rozložení základních determinant zdraví	11
Graf 2: Kuřáctví cigaret u dospělé populace v ČR ve věku 15–64 let v letech 1997–2011. Hodnoty jsou vyjádřeny v %.	13
Graf 3: Vývoj podílu dospělých osob dle pohlaví (nad 15 let) s podváhou, normální váhou, nadváhou (BMI 25–29,9), obezitou (BMI nad 30) v ČR v letech 1993–2008. Jedná se o procentuální vyjádření.	15
Graf 4: Rozložení odpovědí na otázku kouření	44
Graf 6: Rozdělení BMI ve vzorku na základě hodnot hmotnosti a výšky uvedených respondenty	45
Graf 5: Rozložení odpovědí na otázku zaměřenou na pohybovou aktivitu	45
Graf 7: Rozložení religiozity v našem vzorku	46
Graf 8: Rozdělení spirituality v našem vzorku vypočítané na základě odpovědí získaných pomocí nástroje SWBS	46
Graf 9: Rozdělení kombinace spirituality a religiozity v našem vzorku	47
Graf 10: Kombinace religiozity/spirituality a kouření.....	51
Tabulka 1: Kategorie Body Mass Index	14
Tabulka 2: Věřící v ČR dle pohlaví a věku k 26. 3. 2011	25
Tabulka 3: Modely religiozity, spirituality a zdraví	29
Tabulka 4: Základní soubor dle věkových skupin a krajů.	38
Tabulka 5: Složení výběrového souboru dle pohlaví a věku	39
Tabulka 6: Složení výběrového souboru dle krajů	39
Tabulka 7: Odmítnutí účasti ve výzkumu dle pohlaví a věku	40
Tabulka 8: Přehled frekvence odpovědí v jednotlivých kategoriích.	48
Tabulka 9: Přehled získaných výsledků – popisná statistika.....	49
Tabulka 10: Výsledky logistické regrese.....	50
Tabulka 11: Shrnutí výsledných zjištění ve vztahu k hypotézám.....	53

Přílohy

Příloha 1: Podklad pro zadání diplomové práce

Příloha 2: Dotazník SWBS

Příloha 1: Podklad pro zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. PISOVÁ Helena	Bobruvka 81, Bobruvka	F140358

TÉMA ČESKY:

Souvislost spirituality a religiozity s chováním souvisejícím se zdravím v české populaci

TÉMA ANGLICKY:

The association of spirituality and religiosity with health-related behaviour in the Czech population

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Klára Maliňáková - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Práce bude vycházet z rešerše relevantní literatury a z výzkumů v oblasti spirituality, religiozity a chováním spojeným se zdravím. Praktickou část bude tvořit kvantitativní výzkum. Následovat bude diskuze nad výsledky a limity metodologie vzhledem k pojmové obtížnosti tématu. V rámci výzkumné části budou dodržována etická pravidla a s daty bude nakládáno dle zákonných norem. Parametry práce budou odpovídat metodickým pokynům Katedry psychologie Univerzity Palackého.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Harold G., K. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatri, doi:10.5402/2012/278730
- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology Of Religion And Spirituality*, 6(1), 9-21. doi:10.1037/a0034416
- Hamplová, D. & Řeháková, B. (2009). Česká religiozita na počátku 3. tisíciletí, Praha: SOÚ AV ČR.
- Hacklová, R., & Kebza, V. (2014). Religiozita, spiritualita a zdraví. *Československá Psychologie*, 58(2), 120.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American psychologist*, 58(1), 24.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American psychologist*, 58(1), 36.
- Koenig, H.G. (Ed.). (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press.

Příloha 2: Dotazník SWBS

SWB škála

Předložíme Vám nyní dvacet výroků. U každého výroku označte číslo, které nejvíce vyjadřuje Váš souhlas nebo nesouhlas s Vaší osobní zkušeností:

1 = Rozhodně souhlasím	4 = Nesouhlasím
2 = Spíše souhlasím	5 = Spíše nesouhlasím
3 = Souhlasím	6 = Rozhodně nesouhlasím

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel/přišla a kam směřuji. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Mám pocit, že život je pozitivní zkušenost. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Dělán si starosti ohledně své budoucnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Mám osobní smysluplný vztah s Bohem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Cítím se opravdu naplněný/á a spokojený/á se svým životem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Od Boha nedostávám příliš osobní síly a podpory. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Mnoho radosti v životě nezažívám. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Nemám osobní uspokojivý vztah s Bohem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Díky vztahu s Bohem se necítím sám/sama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Mám pocit, že život je plný rozporů a smutku. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Nejvíce se cítím naplněný/á, když jsem v úzkém spojení s Bohem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Život nemá příliš smysl. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Můj vztah s Bohem přispívá k mému pocitu životní spokojenosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |