

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

**Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu
u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let**

Lenka Jirušková

Katedra pedagogiky

Školitel: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Pedagogika – Výchova ke zdraví

2014

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 - 56 let vypracovala pod vedením školitele samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato disertační práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 9.11.2014

.....

podpis

Ráda bych poděkovala PaedDr. Evě Marádové, CSc. za cenné rady při vypracování disertační práce. Poděkování patří také PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za pomoc při získání potřebných materiálů a podkladů pro realizaci výzkumného šetření. Speciální poděkování patří doc. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc.

V Praze 9.11.2014

.....

podpis

NÁZEV:

Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu u vysokoškolských učitelů
Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let

AUTOR:

Lenka Jirušková

KATEDRA:

Katedra pedagogiky

ŠKOLITEL:

PaedDr. Eva Marádová, CSc.

ABSTRAKT:

Práce ověřuje roli osobní nezdolnosti typu smysl pro soudržnost v adherenci ke zdravému životnímu stylu u cílové skupiny vysokoškolský učitel ve věku 45 – 56 let. V teoretické části pojednává o zdravém životním stylu, jeho přístupech a faktorech, které jej ovlivňují se zaměřením na osobní pohodu a pohybovou aktivitu. S využitím dotazníků *Stress Profile*, Nezdolnost typu smysl pro soudržnost a Sebeuposuzovací škálou SCL – 90 ověřuje vzájemné vztahy mezi osobní nezdolností a zdravými podporujícími faktory u sledovaného souboru. Na základě výsledků výzkumného šetření předkládá doporučení ke změně způsobu života směrem ke zdravému životnímu stylu s akcentem na zvýšení úrovně pravidelné pohybové aktivity. Závěrem je představen „Model stádií motivační připravenosti ke změně“.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Zdravý životní styl, smysl pro soudržnost, pohybová aktivita, vysokoškolský učitel, osobní pohoda

TITLE:

Sense of Coherence and Adherence to a Healthy Lifestyle of Academics in the Age Group 45-56 Years

AUTHOR:

Lenka Jirušková

DEPARTMENT:

Department of Pedagogy

SUPERVISOR:

PaedDr. Eva Marádová, CSc.

ABSTRACT:

The study examines personal resilience of the sense of coherence type related to healthy lifestyle adherence of university teachers between 45 and 56 years. The theoretical part deals with healthy lifestyle, its approaches and impacting factors with main focus on individual well-being and physical activity. Using the Stress Profile, the Resilience of the Sense of Coherence Type, and Self-assessment Scale SCL – 90 questionnaires, the study examines mutual relationships between personal resilience and health supporting factors of the observed target group. Based on the results of research, lifestyle changes are recommended toward the healthy lifestyle, emphasizing the need to increase regular physical activity. Finally, “The Stages of Motivational Readiness for Change Model” is presented.

KEYWORDS:

Healthy lifestyle, sense of coherence, physical activity, university teacher, individual well-being

Obsah

Úvod	9
Cíle disertační práce	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Zdravý životní styl a salutogeneze	12
1.1 Životní styl	12
1.2 Zdraví a vybrané přístupy ke zdraví	15
1.2.1 Faktory zdravého životního stylu	21
1.3 Zdravý životní styl a osobní pohoda	25
1.4 Zdravý životní styl a nezdolnost	28
1.4.1 Stres	28
1.4.1.1 Proaktivní zvládnání zátěže a stresu	30
1.4.1.2 Zátěž učitelské profese	32
1.4.1.3 Syndrom vyhoření u učitele	37
1.4.2 Zdraví a zranitelnost	39
1.4.3 Zdraví a nezdolnost	40
1.4.3.1 Nezdolnost typu smysl pro soudržnost	41
1.4.3.2 Nezdolnost typu <i>hardiness</i>	44
1.5 Osobnostní charakteristiky jako předpoklad zvládnání těžkostí	46
1.6 Sociální opora	48
1.6.1 Sociální opora a zvládnání zátěže	51
1.7 Zdraví a kvalita života	53
2 Pohybová aktivita	57
2.1 Historický kontext pohybové aktivity	58
2.2 Vymezení základních pojmů	59
2.3 Doporučení pohybové aktivity	61
2.4 Přínos pohybové aktivity	70
2.4.1 Vliv pohybové aktivity na tělesné zdraví člověka	70
2.4.1.1 Negativní dopad pohybové aktivity na tělesné zdraví člověka	72
2.4.2 Vliv pohybové aktivity na psychické zdraví člověka	73
2.4.2.1 Negativní dopad pohybové aktivity na psychiku člověka	74
2.4.3 Vliv pohybové aktivity na sociální zdraví člověka	75
2.5 Důsledky pohybové nedostatečnosti	75
2.6 Vliv pohybové aktivity na zvýšení kvality života	79
3 Problematika zdraví se zaměřením na věk 45 – 56 let	82

3. 1 Důsledky stárnutí	85
3.1.1 Biologické hledisko stárnutí	86
3.1.2 Psychologické hledisko stárnutí	90
3.1.3 Sociologické hledisko stárnutí	92
4 Profesní skupina vysokoškolský učitel	96
4.1 Požadavky na profesi učitele	96
4.1.1 Vysokoškolský učitel	97
4.1.2 Požadavky na profesi vysokoškolského učitele	103
4.2 Prestiž profese	106
PRAKTICKÁ ČÁST	108
5 Hypotézy práce	108
6 Charakteristika výzkumného prostředí	110
7 Metodika práce	113
7.1 Použité výzkumné metody	113
8 Výsledky práce	119
8.1 Respondenti z hlediska pohlaví, věku a délky praxe	119
8.2 Respondenti z hlediska zdravotního stavu	119
8.3 Hodnoty dotazníku <i>Stress Profile</i>	121
8. 4 Hodnoty smyslu pro soudržnost	129
8.5 Subjektivně vnímaný distres u zkoumaného souboru	132
8.6 Úroveň pohybové aktivity	134
8.7 Vztah smyslu pro soudržnost k subjektivně vnímanému distresu	142
8.7.1 Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu	144
8.7.2 Vztah smyslu pro soudržnost k vybraným proměnným	146
8. 8 Vztahy mezi vybranými faktory nezdolnosti	150
9 Shrnutí výsledků práce a ověření hypotéz	152
9.1 Ověření hypotéz	156
10 Diskuze a závěry	165
11 Závěr	176
Seznam tabulek	179
Seznam grafů	181
Seznam obrázků	182

Seznam příloh	183
Seznam použité literatury	184
Internetové zdroje	193
Přílohy	194

Úvod

Současný svět nabízí jedinci plno možností, ale zároveň vyžaduje značné nároky, aby v něm jedinec obstál. Na jedné straně je zde široká nabídka služeb, zboží, dostupnost informací, na straně druhé jsou zvyšující se nároky na člověka. Moderní člověk musí umět bez ohledu na věk plyně komunikovat alespoň jedním světovým jazykem, ovládat práci na počítači, umět kriticky vyhledávat informace na internetu, být součástí respektované sociální skupiny a neustále být dobře naladěný. K tomu, aby obstál v této společnosti a zachoval si zdraví v celé jeho komplexnosti (fyzickou, psychickou a duševní pohodu) je potřeba žít v souladu se zásadami zdravého životního stylu.

Pro mladou generaci dospívajících a mladších dospělých se již zdravý životní styl pomalu stává samozřejmostí. Výše uvedené požadavky na schopnosti jedince považují za přirozenou součást svých dovedností. Obtížněji se s těmito nároky může vyrovnávat generace starších dospělých a seniorů. V současné době se obrací pozornost na věkovou kategorii 50+. Vznikají různé podpůrné programy na zaměstnanost těchto jedinců, cvičební lekce speciálně pro tento věk aj. Společnost si začala uvědomovat potenciál jedinců 50+. Je všeobecně známo, že se v České republice rodí méně dětí a tím populace stárne. Průměrný věk v České republice v roce 2013 byl 41,3 roků, o deset let dříve to bylo 39,1 roků. S ohledem na neustálé změny v sociální, zejména důchodové politice, kdy se posouvá hranice věku odchodu do starobního důchodu, je nutné podporovat v populaci zdravý životní styl a chování, které pomáhá jedinci být v dobré psychické i fyzické pohodě a zvyšovat si tím kvalitu života. Nikdy není pozdě začít a čas na pozitivní změnu je vhodný v jakémkoliv věku. Každá změna s sebou nese určitý dopad. Pokud se jedinec ve středním věku rozhodne k aktivní změně směrem ke zdravému životnímu stylu, prodlouží si produktivní věk i stáří prožité ve zdraví.

O způsobu čelení všem nárokům, které nejen moderní společnost, ale také sám život jedinci přináší, vypovídá osobní nezdolnost. Jedním z typů osobní nezdolnosti je smysl pro soudržnost A. Antonovského (1985, 1987), který je považován za významný psychosociální zdroj podporující zdraví jedince. Může smysl pro soudržnost ovlivnit chování jedince směrem ke zdravému životnímu stylu? Jakou bude hrát roli hodnota

smyslu pro soudržnost u protektivních faktorů zdravého životního stylu? To jsou jen některé z otázek, na které bude tato práce hledat odpovědi.

Věk padesát let je často považován za jakýsi mezník. “Padesátku“ lidé oslavují, ale také hodnotí svůj uplynulý život a vyhlídky do budoucnosti. Jsou již v pozici, kdy mají zkušenosti s partnerskými vztahy, většinou mají rodinu, určité postavení v práci. Na druhé straně mohou přicházet obavy o budoucnost, jaká bude a co přinese. Projevují se také první zdravotní obtíže související s věkem a záleží na síle nezdolnosti, charakteru, ale také i způsobu života, jak se s tím jedinec vyrovná.

Vysokoškolští učitelé se z hlediska prestiže povolání drží na předních příčkách společenského postavení. Veřejnost si jich váží, obdivuje je a určitým způsobem k nim i vzhlíží. Na hierarchii učitelských povolání stojí nejvýše, působí na nejvyšším stupni školské soustavy. Během výkonu své práce přicházejí do styku se studenty různého věku (studenti studující v prezenčních a kombinovaných studijních programech, čím dál oblíbenější univerzita třetího věku a studenti v seniorském věku). Jejich práce je náročnější oproti učitelskému povolání na nižších stupních škol, protože navíc obsahuje vědeckou a badatelskou činnost. Jak bude z textu patrné, nároky na tuto profesi jsou skutečně nadměrné. Jací jsou jedinci, kteří se touto profesí zabývají? Na jedné straně jsou odborníky ve svém oboru, ale co vše své práci obětují? Zbývá jim volný čas na záliby? Jak relaxují od své náročné práce? Jsou ohroženi nemocemi, jejichž příčinou je stres? Jaká je míra jejich stresového zatížení a jaké techniky používají při odbourávání stresu? Jakou roli hraje osobní nezdolnost typu smysl pro soudržnost v adherenci ke zdravému životnímu stylu u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let? Na tyto a další otázky hledá odpovědi předkládaná disertační práce.

Cíle disertační práce

Cílem disertační práce je postihnout problematiku role osobní nezdolnosti typu smyl pro soudržnost k adherenci ke zdravému životnímu stylu se zaměřením na vysokoškolské učitele Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let.

Dílčí úkoly disertační práce

- Na základě literární rešerše charakterizovat zdravý životní styl a jeho determinanty, analyzovat benefity pohybové aktivity na zdraví jedince a kvalitu života, charakterizovat nezdolnost jako předpoklad zdravého životního stylu
- Zrealizovat dotazníkové šetření u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let zaměřené na nezdolnost a faktory životního stylu
- Provést analýzu získaných dat a ověřit roli nezdolnosti u sledované profesní skupiny
- Na základě zjištěných výsledků výzkumu vypracovat doporučení v oblasti zdravého životního stylu a osobní nezdolnosti

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdravý životní styl a salutogeneze

Zdravý životní styl je trendem současné doby, představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících zdraví. Ovlivňuje celou řadu oblastí života člověka. K zamyšlení o podpoře zdravého životního stylu a posilování zdraví, je nutné nejprve vymezit základní pojmy, které budou v práci užívány.

1.1 Životní styl

Životní styl představuje určitý způsob života jedince. Zahrnuje celou řadu faktorů, které se na něm podílejí. Životní styl je zcela individuální, každý jedinec preferuje svůj životní styl. H. Kubátová (2010) uvádí synonymní pojmenování k životnímu stylu, a to životní způsob nebo životní sloh. Problematikou životního stylu se zabývá aplikovaná sociologická disciplína - sociologie životního stylu. Jejím cílem je aplikovat sociologické teorie na způsob života, empiricky zkoumat životní způsob a teoreticko-empiricky pohlížet na různé aspekty života a jednání různých sociálních skupin či jednotlivců.

Přestože řada autorů považuje pojmy životní styl a životní způsob za synonymní (např. Možný 2002), setkáme se u některých sociologů s nadřazeností pojmu životní způsob (Linhart a kol. 1996; Duffková 2005; Kubátová 2010), který je považován za obecnější oproti pojmu životní styl. Jedním z takovýchto autorů je J. Duffková, jejíž definice zní (2005, s. 80): „Životní způsob můžeme stručně charakterizovat jako systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý subjekt (jedince či skupinu, společenství či společnost co by konkrétního nositele životního způsobu).“

Oproti tomu H. Kubátová (2010) namítá, že životní způsob je kvantitativní souhrn činností, vztahů, projevů, aspektů apod. Životní styl pak chápe jako systém, pro nějž je charakteristická provázanost výše uvedených elementů životního způsobu. Podle J. Linharta a kolektivu (1996, s. 1449 - 1450) se způsob života zabývá především specifikem společnosti a individua, „z čeho konkrétní životní formy pramení a jak působí

na stabilitu a vývoj společnosti i jedinců nakolik, a v čem jsou život společnosti a jedinců komplementární.“ Autor spojuje životní způsob se sociálně-ekonomickým pohledem na život jedince. Na základě výzkumů¹ H. Kubátová (2010) podotýká, že životní způsob je skutečně považován za jednu z dimenzí sociálního statusu, který se dělí na mocensko-materiální status, jehož indikátorem je zejména výše příjmu, a pak na kulturně-meritokratický status, jehož indikátory jsou dosažený stupeň vzdělání, složitost vykonávané práce a životní styl.

Ve 40. letech 20. století se používal termín životní sloh. V díle K. Honzíka (1958) se můžeme dočíst, že se jedná o soustavu vzájemně vztažných životních forem, jimiž se projevuje život určité společnosti v určité historické situaci. Podle autora se jedná o všechny životní formy. Ty, které nás obklopují v prostoru a provází nás všedním životem, nazýváme jako věcné prostředí. Určující úlohu pro životní sloh, mají formy vztahů mezi lidmi, formy práce, jednání a vědomí. Životní sloh je také tvořen uměleckými formami (Hončík 1958). Autor se řadí k autorům, kteří nezaměňují termíny životní sloh a životní způsob. Uvádí, že nelze tyto dva termíny považovat za synonyma. Životní způsob zahrnuje především ekonomické a účelové jednání. Životní sloh má širší význam, představuje vše, co společnost vytváří pro svou potřebu, jak upravuje vztahy mezi lidmi, které tradice přejímá, jaké formy k tomu využívá. Představuje také citový, smyslový a estetický vztah k věcem a jednání (Hončík 1958).

Životní způsob lze považovat za pojem nadřazený, který je nutné chápat v širokém slova smyslu. Oproti tomu životní styl představuje cosi konkrétního, určité způsoby chování a jednání.

Toto tvrzení potvrzuje i definice životního stylu od J. Machové (2009, s. 16): „Formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování – výběrem a životní situace – možnostmi.“

Životní styl se netýká pouze jednotlivce, ale může být společný pro skupiny. Rozdíly mezi životním stylem jednotlivce a skupiny popisuje J. Dufková (2005, s. 15):

¹ Machonin, Tuček 1996; Tuček a kol. 2003

„Životním stylem jednotlivce je možné rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si navzájem odpovídají, jsou ve vzájemném vztahu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný styl, který se prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi nositele životního stylu.“ Životní styl skupiny definuje jako typicky společné rysy životního způsobu, které jsou charakteristické pro většinu členů nějaké skupiny. Je příznačný spíše pro velké skupiny, kdy se členové vzájemně nemusejí znát, ale mají společného něco, co je podstatné pro vytvoření životního stylu – např. profesní skupiny, zájmové skupiny, etnické skupiny apod. (Dufková 2005).

Sociologický slovník (Linhart a kol. 1996) objasňuje termín životní styl jako „strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a v celkové stylizaci.“ Životní styl má vyjadřovat hodnoty jedince, skupiny i celé společnosti. Je odrazem života jedince, jeho přesvědčení, rolí. Je dynamický, reaguje na životní změny, vnitřní i vnější podmínky života. Autor dále uvádí, že jedinec může žít jedním životním stylem, nebo „více po sobě následujících stylů utvářejících se v logice fyzického stáří a životního cyklu“ (Linhart a kol. 1996, s. 1246 – 1247).

Také L. Čeledová a R. Čevela (2010) jsou přesvědčeni, že životní styl zahrnuje zejména formy dobrovolného chování, které jedinec volí z různých možností. Právě výběr zvolených alternativ a chování charakterizuje životní styl.

Možnost svobodné volby znamená nutnost volby, povinnost pro něco se rozhodnout a nést za svoje rozhodnutí odpovědnost. Ovšem ještě horší je nemít šanci na volbu v prostředí, které volby nabízí a kde si lidé mohou svobodně vybírat (Možný 2002). Z pohledu sociologie není životní styl individualizovaný, ač jej tak řada autorů vnímá. Jak I. Možný (2002, s. 143) vysvětluje „lidi v tradičních společnostech prostě ani nenapadlo, že by měli být něčím jedinečným.“ Od jedince se očekává chování v souladu se sociálními normami, na čemž závisí jeho osobní úspěšnost. V současné době se může zdát, že člověk má neomezené možnosti volby, jak utvářet svůj životní styl, ovšem je v tom léčka. Řada technických i institucionálních vynálezů, které mají umožnit jedinci individuaci životního stylu, se jejich masovým využitím stávají formujícím a limitujícím

prvkem. To podporuje naopak unifikovaný životní styl, čehož využívají například média (upraveno podle Možný 2002).

O vlivu společnosti na životní styl hovoří také P. Sak (2012). Podle něj se nejedná o výsledek naší svobodné volby, která vyplývá z našich zájmů a potřeb. Jsme ovlivňováni také životním prostředím. P. Sak (2012, s. 98) definuje životní styl jako: „Dynamizovaný hodnotový systém člověka, modifikovaný jeho endogenními a exogenními danostmi, promítnutý do časoprostoru životního a sociálního pole přirozeného světa v konkrétní společnosti.“

Pro potřeby této práce bude užíváno pojmu životní styl, jelikož se práce zabývá životním stylem konkrétní cílové skupiny, kterou spojuje více kategorií, zejména věk, profese, zaměstnavatel aj.

1.2 Zdraví a vybrané přístupy ke zdraví

Podle etymologie slovo „zdraví“ v řečtině i latině původně znamenalo „celek“. Dalším řeckým výrazem pro zdraví bylo „*ischio*“, což znamená být zdravý a silný, „*hygiaio*“ jako „být zdravý a schopen života“ nebo „*holokteria*“, přeloženo „dokonalé zdraví“ (Křivohlavý 2001). Zdraví je součástí člověka po dobu celé jeho fylogeneze. Definice a přístupy ke zdraví se vytvářejí a mění od historie po současnost. Na zdraví lze nahlížet z různých oborů např. medicíny, sociologie, psychologie, biologie či pedagogiky.

Dlouhou dobu byla za zdraví považována pouze nepřítomnost nemoci. Na člověka se pohlíželo jako na bytost biologickou. Tento model se označuje jako **biomedicínský model zdraví**. Jedná se o přístup, který se uplatňoval na počátku 20. století, kdy se rozvinul na základě prudkého rozvoje přírodovědeckého poznání. Všechny děje v lidském organismu byly vysvětlovány na základě biochemických, fyziologických a dalších biologicky definovaných příčin (Pelcák 2013). Charakteristický je tento přístup v tom, že jeho prvořadým zájmem je nemoc, kterou vysvětluje jako poruchu normální činnosti (malfunkci) a zdraví považuje za samozřejmé a je opozitem k nemoci. Vychází z předpokladu, že nemoc je do značné míry nezávislá na psychických a sociálních faktorech; pacient není za nemoc zodpovědný a nemůže vznik nemoci ovlivnit. Nepodporuje prevenci a posilování zdraví, ani individuální zodpovědnost za zdraví

(Pelcák 2013). Model selhával v hledání příčin nemocí, které nebyly způsobeny vnější příčinou (např. mikroorganismy, chemickými nebo fyzikálními noxami²) či dědičně. Ve 30. letech 20. století prochází tento model krizí.

Odpověď na biomedicínský model zdraví přináší v polovině 20. století **psychosomatická medicína**³, které přinesla změnu pohledu na pacienta jako na jednotu duševní a tělesnou (Kebza 2005). Ukázalo se, že emoce doprovázejí tělesné změny, ale také je mohou způsobovat. Změny dále mohou vyvolat fyzickou nemoc. Zrodila se představa, že existuje určitý vztah jak mezi emocionálními a tělesnými jevy, tak mezi osobnostními charakteristikami a nemocí. Velká pozornost se věnovala studii stresu; zjišťoval se vliv stresu na zdravotní stav. Prokázalo se, že na vzniku nemoci se nepodílí pouze jeden faktor, ale že se jedná o souhrn mnoha faktorů (Křivohlavý 2001). Stávající modely byly přepracovány do podoby **biopsychosociálního modelu zdraví**, jenž biologické činitele rozšiřuje o psychologické a sociální faktory zdraví a nemoci (Kebza 2005). Ukázalo se také, že na vzniku nemoci se podílí „nezdravé“, či přímo rizikové chování.

Směr, který chápe zdraví a péči o něj ze širokého hlediska, je nazýván *holismus*. **Holistický přístup** zahrnuje péči o člověka jako bio-psycho-sociálního celku. Tento směr měl významnou roli pro ustavení biopsychosociálního modelu zdraví. Termín je odvozen od anglického *whole* – celek. Holismus je filozofický směr, tzv. filozofie celistvosti, který vznikl ve 20. letech 20. století z idealismu. Jeho název zavedl jihoafrický generál Jan Christian Smuts v knize *Holismus a evoluce* (1926). Podle holistické teorie jsou živé organismy jako celky složené z mnoha částí, které jsou ve vzájemné interakci (ne jen součástí vedle sebe), kde porucha jedné části vyvolá poruchu celého systému (Kašpárková, Mádlová 2009). J. Křivohlavý (2001) vysvětluje, že podstatou celku z biologického hlediska je celý organismus člověka, člověk jako celek. Ze sociologického

² Noxou se rozumí škodlivina. Mezi fyzikální škodliviny patří teplota, vlhkost a proudění vzduchu, hluk, vibrace, záření a obsah volných atmosférických iontů, které mohou v životním prostředí dosáhnout úrovně poškozující zdraví (upraveno podle Šamánek a kol. 2008).

³ Psychosomatická medicína je vědní obor, který vznikl z poznání, že fyzické (tělesné) nemoci mají své emocionální a psychické složky (komponenty) a že psychologické a somatické faktory jsou spolu v interakci tam, kde vznikají nemoci (Brannon, Feist 1997 in Křivohlavý 2001).

pojetí tvoří celek nejen jednotlivý člověk, ale i malá sociální skupina (rodina, komunita, pracovní tým, skupina přátel).

Zmíněný přístup chápe zdraví jako rovnováhu, která udrží všechny složky ve vzájemném rovnocenném vztahu. J. Kašpárková a I. Mádlová (2009) uvádějí, že holistické je vše, co se týká člověka - jeho jedinečnosti jako osobnosti, živého organismu, jedinečnosti jeho mysli, životního stylu, vztahu a postoje k prostředí, k lidem a sama k sobě. Zahrnuje také schopnost člověka bránit se fyzickému a emočnímu stresu, zvládat jej, znát své hranice a možnosti a náležitě je využívat. V. Kebza (2005) chápe holistický přístup zdraví jako nezastupitelný celek (komplex), který je více než soubor jeho částí a jehož jedinečnost spočívá právě v celistvosti (komplexitě) a vzájemné propojenosti jednotlivých částí.

„Nezdravé“ chování se stalo předmětem zkoumání hnutí, které se označuje termínem behaviorální⁴ zdraví. Přístup se zrodil v 70. letech 20. století. Cíle hnutí popisuje J. Křivohlavý (2001, s. 22 – 23) takto: „Pozornost se soustředila v první řadě na rizikové formy chování, např. na kouření, nadměrné holdování alkoholu na jedné straně, ale i na „salutogenetické“ (zdraví podporující) aktivity typu tělesných cvičení či zdravé formy stravování na straně druhé. Jedná se o studium zrodu nemocí a možností jejich prevence. Probudil se zájem také o způsoby zvládnání bolesti.“ Důraz na prevenci, podporu a posilování zdraví jsou hlavními principy této disciplíny a odpovědnost za své zdraví si každý jedinec nese sám (Křivohlavý 2001).

Většina zde představených přístupů studovala příčinu nemoci; hlavní otázkou bylo, co nemoc způsobilo. Opačně ve svých úvahách smýšlel A. Antonovsky (1987). Zavedl nový termín *salutogeneze* jako protiklad tradičního pojmu *patogeneze*⁵. *Salutogeneze* z řeckého *saluz* – zdraví, blaho, *genesis* – vznik, zrod, přináší nový pohled na zdraví a nemoc jedince. Zabývá se hlavní myšlenkou, jak udržet lidské zdraví. *Salutogeneze* vyjadřuje pozitivní orientaci, zabývá se otázkami hledání a zkoumání zdraví, nikoliv nemoci (Zvírostký 2009). Zmíněný autor si kladl hlubší a širší otázky – např. proč někdo při působení určitého patogenu onemocní, a jiný ne? Neptal se na patogenní

⁴ *Behavior* z angl., znamená chování, jednání, činnosti člověka

⁵ Patogenetický biomedicínský model nemoci hledá vždy jako příčinu nemoci určitý patogen – virus, bakterii aj.

faktory – co zdraví ničí, ale na salutogenní faktory – co zdraví posiluje (Křivohlavý 2001). Zabýval se hledáním faktorů, které udržují člověka v dobrém zdravotním stavu, zlepšují zdravotní stav, pomáhají zvládat stres. Jak shrnuje S. Pelcák (2013, s. 19) „salutogeneze se zabývá zkoumáním podmínek pevného, nezdolného zdraví vzdor nepříznivým vlivům prostředí.“

Podobně jako se měnily přístupy ke zdraví, prochází svým vývojem také definice zdraví. Dnes již klasická definice Světové zdravotnické organizace (dále WHO)⁶ formuluje zdraví jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady.⁷ Přínos lze spatřit v tom, že překonala tradiční vymezení zdraví jako absence nemoci. Zohledňuje různé dimenze zdravotního stavu, včetně tělesných, duševních, a sociálních aspektů. Upozornila na význam sociální pohody (in Pelcák 2013).

Tato definice, ač nejznámější a pravděpodobně nejcitovanější, má řadu kritiků.⁸ Ideálu zdraví podle této definice nelze prakticky dosáhnout. Definice byla v době svého vzniku (1948) pokroková, obsahuje jednak prvek negativního vymezení zdraví (nepřítomnost nemoci či vady) i prvek pozitivní (stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody). Definice však neříká, co se myslí pohodou *well-being* (Zdraví 21 2004). I když zahrnuje tři složky komplexního pohledu na člověka (tělesné, duševní, sociální), opomíjí duchovní oblast. M. Zvírotsky (2009, s. 16) upozorňuje na nedostatky tohoto vymezení: „Na jedné straně přiznává zdraví člověku s banální fyzickou vadou a na straně druhé jej přiznává i osobnosti s vážnou poruchou v oblasti spirituální.“

Podle dokumentu Zdraví 21 vhodně rozšiřuje biomedicínské vymezení zdraví **ekologicko-sociální model zdraví** (Zdraví 21 2004). Jedná se o model, který říká, že zdraví je podmíněno sociálním a přírodním prostředím, že vnímání a zvládání zdravotních obtíží je do určité míry ovlivněno také kulturou, ekonomickými a politickými okolnostmi (Zdraví 21 2004). Mezi hlavní charakteristiky patří zaměření na celou osobnost jedince jako člena rodiny a společnosti příslušejícího k určité kultuře a plnění

⁶ World Health Organization (WHO) vznikla v roce 1946. <http://www.who.int/en/>

⁷ *A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (Who 1948).

⁸ Např. D. Seedhouse 1995 in Křivohlavý 2001; Zdraví 21 2001; M. Zvírotsky 2008, 2009; V. Kebza 2005.

odpovídající občanské a sociální role. Zájem je i o sociální charakteristiky zdraví (úroveň zdraví v závislosti na příjmu, pohlaví, věku, vzdělání), snaha porozumět kulturním, sociálním a individuálním hodnotám a posoudit jejich vztah ke zdraví; vědomí, že zdraví je do značné míry důsledkem aktivit jedince i společnosti; ponětí, že existuje široká škála metod péče, léčení a uzdravování (Zdraví 21 2004).

Dokument Zdraví 21 (2001, s. 22) představuje časté chápání zdraví jako „jeden z důležitých předpokladů plného, plodného a skutečně kvalitního lidského života. Zdraví lidí je rovněž nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje.“

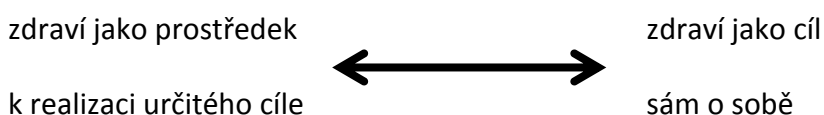
S další definicí zdraví, která je již dnes považována za klasickou, přichází D. Seedhouse (1995). Domnívá se, že optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti - potenciály (Seedhouse 1995 in Křivohlavý 2001). Zdraví chápe jako prostředek k dosažení cíle. Konstatuje: „Aby lidé mohli dělat to, co dělat chtějí (realizovat se), potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatnou věcí pro naši spokojenost s naplněním našich životních tužeb. Zdraví je žádoucí“ (Seedhouse 1995 in Křivohlavý 2001, s. 29). Teorii D. Seedhouse lze rozumět tak, že všichni máme určité tělesné a intelektuální možnosti (potenciály), ovšem co se z těchto možností aktualizuje, závisí na člověku a jeho životních podmínkách. Uznává, že všechny možnosti nelze realizovat (Křivohlavý 2001).

Jak uvádí D. Seedhouse (1995) lze teorii zdraví dělit do čtyř skupin podle charakteru jejich podstaty (in Křivohlavý 2001) :

1. Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře -
wellness
2. Teorie, které chápou zdraví jako *fitness* – normální dobré fungování
3. Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží
4. Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh síly

Uspořádání teorií zdraví podle toho, zda zdraví chápou jako prostředek k realizaci určitého cíle, nebo jako cíl, představuje ve své práci J. Křivohlavý (2001):

Dimenze, v nichž se pohybují různé teorie zdraví:



J. Křivohlavý (2001) rozdělil teorie zdraví do sedmi skupin podle hlavních komponent, kterými se vyznačují:

1. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly
2. Zdraví jako metafyzická síla
3. Salutogeneze – individuální zdroje zdraví
4. Zdraví jako schopnost adaptace
5. Zdraví jako schopnost dobrého fungování
6. Zdraví jako zboží
7. Zdraví jako ideál

J. Křivohlavý (2001) při formulování svého vymezení zdraví uvažuje o vztahu zdraví a kvality života. Zdraví tak vidí jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Autor je zastáncem holistického přístupu ke zdraví, který se uplatňuje v zdravotní a sociální péči.

Dalším autorem, který hovoří o zdraví, je V. Kebza (2005). Podle něj lze zdraví přinejmenším teoreticky pojmout též jako spontánně, nahodile se vyvíjející proces, v němž ovlivňující proměnné vstupují jako faktory náhodných dějů (deterministický chaos).

Výčet teorií a definic zdraví by mohl být nekonečný, neboť na zdraví pohlíží každá vědní disciplína jinak, ani teoretikové jedné vědy nejsou vždy ve shodě, pokud jde

o vymezení pojmu zdraví.⁹ Jisté je, že zdraví zaujímá přední místo nejen odborných diskuzí, ale také rozhovorů obyčejných lidí. Zdravím se lidé zabývají již od počátku svého vývoje,¹⁰ v současnosti a předmětem rozprav bude i v budoucnu. Zdraví je něco, co se týká všech lidí. Zdraví je základní hodnota lidského života, něco, co je každému člověku vlastní. Se zdravím lidé nakládají různě. Zdravý životní styl je vhodným prostředkem k upevnění zdraví. Je to trend současné doby (21. století). Se zdravím souvisí osobní spokojenost jedince, která tvoří jednu z komponent zdraví.

1.2.1 Faktory zdravého životního stylu

Každý jedinec má možnost zvolit si svůj životní styl, který má značný vliv na kvalitu života jedince, ale také na jeho zdraví. Životní styl je významnou determinantou¹¹ zdraví jedince. Faktory, které ovlivňují zdravý životní styl, dělíme na:

- **Vnitřní** – jedná se o samotného jedince, nelze je ovlivnit; genetický základ, vrozené dispozice, věk, pohlaví
- **Vnější** – zahrnují životní podmínky jedince, které může ovlivnit; životní styl, kvalitu životního prostředí, úroveň zdravotnictví a kvalita zdravotní péče

Podle dokumentu Zdraví 21¹² ovlivňuje životní styl zdraví člověka až z 50 %. Mezi ostatní faktory (determinanty) zdraví patří životní prostředí, genetický základ a úroveň zdravotnické služby (viz obrázek č. 1). Podle dalšího hlediska mezi determinanty zdraví, které ovlivňují zdravotní stav jedince i společnosti, patří tyto faktory:

- **Osobní**
- **Sociální**
- **Ekonomické**
- **Environmentální**

⁹ Srov. Kebza 2005

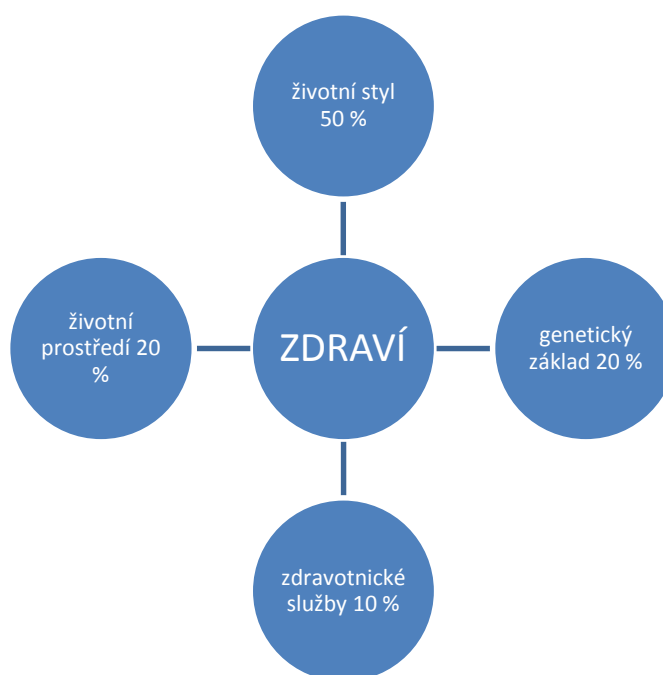
¹⁰ Řecká medicína byla prvním vědním oborem, který vznikl v 8. - 6. století před Kristem v rámci tehdy vzniklé filosofie (upraveno podle Bednář 2005).

¹¹ Determinanty zdraví jsou faktory, které mohou zdraví ovlivnit pozitivně nebo negativně.

¹² http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

Tyto faktory se vzájemně ovlivňují. P. Háva (2006) označuje jejich vztah za synergický. Jak autor dále uvádí: „Proto také při působení zaměřeném na podporu zdraví je nutno sledovat nejen odděleně jednotlivé faktory související s činností jednotlivce, jeho životním stylem a chováním ve vztahu ke zdraví, ale celou šíři sociálních aspektů, které tvoří životní podmínky a ovlivňují zdraví.“¹³

Obrázek č. 1 Determinanty zdraví



Zdroj: Zdraví 21 – výklad základních pojmů, 2004

Trendem současné doby je podporovat v populaci zdravý životní styl. Lidské zdraví se dostává do popředí zájmu jak jednotlivce, tak veřejnosti. C. Drbal (2001) vysvětluje tento fenomén za důležitý pro zvýšení kvality života jedince, růstu ekonomiky, kvality a intenzity společenského rozvoje. Zdraví má být chápáno jako hodnota sama o sobě, ale také jako důležitý předpoklad pro dosahování ostatních cílů v životě člověka. Podporu zdraví lze podle P. Hávy (2006) definovat jako „proces, který umožňuje jednotlivcům i celým společenstvím zvyšovat kontrolu nad determinantami

¹³http://www.eridanus.cz/_E-larning/fsv/Ucebnice_VP/Kapitola_12.htm#3_5_Zdravi_a_jeho_determinanty

zdraví a tím zlepšovat jejich zdraví.“ Bylo prokázáno, že životní styl má ze všech zevních faktorů¹⁴ největší vliv na zdraví (Machová 2002).

Pod pojmem zdravý životní styl je chápáno:

- Vyvážená, pestrá a pravidelná strava
- Pravidelná pohybová aktivita
- Omezení užívání návykových látek (kuřáctví, alkohol, drogy)
- Vyloučení stresu a zátěžových situací
- Dostatek spánku

Respektování těchto doporučení zdravého životního stylu vede ke snížení výskytu tzv. civilizačních onemocnění, která jsou nejčastější příčinou úmrtí člověka v současné společnosti. Technický a vědecký pokrok, který člověku usnadňuje každodenní práci nejen v zaměstnání, ale také v domácnosti, či na zahradě apod., má za důsledek značné omezování přirozeného pohybu. Člověk je bytost, jejíž přirozenou součástí od počátku svého fylogenetického vývoje tvořil pohyb. K obstarání si potravy, přežití v přírodních podmínkách, k ochraně rodu, k tomu všemu bylo zapotřebí pohybu. Pohyb je základním předpokladem života člověka. Až ve 20. století dochází ke změně. Bytost, která je po miliony let zvyklá na pohyb jej najednou nahrazuje používáním dopravních prostředků, automatických praček, dálkových ovladačů apod. Pohyb se vytrácí z každodenního života jedince. Nahrazuje jej hypokinetický způsob života. Hypokineze označuje nedostatek pohybu. Machová (2009, s. 54) uvádí, že „často ve spojení s relativním přejídáním se stává charakteristickým rysem současného životního stylu, s negativním dopadem na zdraví.“

O nově se utvářejícím konceptu determinant zdraví v posledních desetiletích hovoří P. Háva (2006). Jedná se o tzv. sociálně – psychologicko - ekonomickém konceptu determinant zdraví. Tento koncept má význam zejména z hlediska chápání a pohledu na spektrum příčin nemocí, či faktorů, které se na vzniku průběhu nemoci spolupodílejí. Zdraví je v tomto pojetí kategorií s mnohem širšími sociálními vazbami

¹⁴ Mezi zevní faktory, které ovlivňují zdraví, patří životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí, úroveň zdravotnictví a kvalita zdravotní péče (Machová 2002).

(Detels 1997). Zdravotní stav je v rámci citovaného konceptu významně ovlivňován sociálním postavením osob (vzdělání, pracovní zařazení a jeho vývoj v průběhu života, životní úroveň, výše příjmu, nezaměstnanost). Průběh života jedince ve společnosti a jeho klíčové etapy jsou tedy významnou determinantou zdravotního stavu (Háva 2006).

Zdravým životním stylem lze předcházet mnoha neinfekčním nemocem. Jak uvádí L. Komárek a K. Provazník (2011, s. 56): „Podpora zdraví směřuje ke snížení nebo vyloučení vystavování těmto známým a ovlivnitelným příčinám mnoha nemocí. Zatímco prevence nemocí je cíleně zaměřena na jednotlivá onemocnění, podpora zdraví usiluje o dosažení takového stavu organismu a způsobu života, které obecně chápeme jako „zdraví.“ Bezprostředním cílem podpory zdraví je zdravý životní styl.“

Mezi faktory, které naopak zdraví nejvíce poškozují, patří (podle Machová 2002):

- Kouření
- Nadměrná konzumace alkoholu
- Zneužívání drog
- Nesprávná výživa
- Nízká pohybová aktivita
- Nadměrná psychická zátěž
- Rizikové sexuální chování

Řada těchto faktorů má prokazatelný vliv na vznik civilizačních onemocnění, například ischemické choroby srdeční, aterosklerózy, *diabetes mellitus*, hypertenzi, obezitu a dalších.

Kromě výše uvedených faktorů (determinant), charakterizujeme zdraví ukazateli (indikátory) a prediktory¹⁵ zdraví (Kebza 2005).

¹⁵ *Prediktora* podle slovníku cizích slov (Kohoutek) znamená ukazatele úspěšnosti nebo neúspěšnosti průběhu procesu či vývoje jevu, odhadce dobré i špatné prognózy. <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/prediktor>

Indikátory zdraví vymezujeme jako kvantitativní i kvalitativní ukazatele zdraví, proměnné, jejichž prostřednictvím lze přímo nebo nepřímo hodnotit změny ve zdravotním stavu a eventuálně i rozsah naplnění záměrně navozovaných změn (Kebza 2005, podle WHO 1993).

Predikátory zdraví jsou proměnné, umožňující prostřednictvím analýzy dostupných dat odhadnout budoucí trendy vývoje v konkrétní oblasti zdraví za předpokladu zachování jeho hlavních linií a tendencí (Kebza 2005).

1.3 Zdravý životní styl a osobní pohoda

Termín osobní pohoda (*well-being*) je spojován s prožitkem, duševní či psychickou pohodou. Prožitek osobní pohody tvoří jednu z důležitých složek zdraví. Jedná se o pojem i jev, jehož význam se primárně vysvětluje psychologicky a z tohoto hlediska jej řadíme mezi nálady, afekty, osobní rysy, ale také osobní postoje. Význam termínu je třeba chápat interdisciplinárně. Jak uvádí V. Kebza (2005), zasahuje i do dalších přírodovědných a společenských oborů (např. filosofie, sociologie, pedagogika, lékařské vědy apod.).

Termín osobní pohoda se v odborné literatuře začal objevovat zhruba od 50. let 20. století, kdy se změnil pohled na zdraví jedince. Svůj podíl na tom nese také založení WHO (1946) a připravovaná definice zdraví (1948). Termín se v souvislosti se zdravím užívá v mnoha významech. V. Kebza a I. Šolcová (in Blatný 2005) uvádějí několik způsobů opisu výrazu *well-being*. V anglosaské terminologii se užívá termínu *satisfaction* (spokojenost) nebo *life satisfaction* (životní spokojenost), také pojmu *welfare* (blaho), *pleasure* (radost), *prosperity* (úspěšnost). V české terminologii je pojem *well-being* více spojován s duševní pohodou. Pro vyjádření celkové duševní, tělesné i sociální spokojenosti se užívá termínu osobní pohoda.

Osobní pohoda bývá chápána jako součást kvality života. Autoři J. Levin a L. Chatters (1998 in Blatný 2005) uvádějí dvě základní dimenze osobní pohody –

subjektivní osobní pohodu a objektivní osobní pohodu. Subjektivní osobní pohoda podle výše uvedených autorů je tvořena čtyřmi komponentami:

- Psychická osobní pohoda v užším smyslu – tvoří ji různé emoční a kognitivní dimenze jako pocit štěstí, životní spokojenost, shoda mezi očekávanými a dosaženými cíli, nálada aj.
- Sebeúcta
- Sebeuplatnění
- Osobní zvládnání

Objektivní osobní pohoda je tvořena třemi složkami:

- Funkční kapacita organismu
- Zdravotní stav
- Socioekonomický status

Studie C.D. Ryffové a C.L.M. Keyesové (1995 in Blatný 2005) předkládá šest základních dimenzí osobní pohody:

- Sebepřijetí – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým
- Pozitivní vztahy s druhými – vřelé vztahy s druhými, včetně zájmu o jejich blaho, schopnost empatie¹⁶
- Autonomie – nezávislost, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor
- Zvládnání životního prostředí – přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitost a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby
- Smysl života – pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů

¹⁶ Empatií se rozumí vcítění, které se uplatňuje zejména v situacích vyvolávající soucit (Nakonečný 2009).

- Osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje včetně otevřenosti novému, nepřipouštění si nudy, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já

Osobní pohoda úzce souvisí se životním stylem. Jednotlivé složky životního stylu ovlivňují pozitivně či negativně osobní pohodu jedince. Předmětem výzkumů se stává úroveň osobní pohody u osob s nejrůznějšími chorobami, poruchami či úrazy (Kebza 2005). Osobní pohoda je prožívaná na úrovni psychické i fyzické (Kebza 2005).

Zásadní význam pro celkový pocit osobní pohody má finanční ohodnocení vykonávané práce a vzdělání. Pro pocit osobní pohody je potřeba dosáhnout určité minimální úrovně financí, která jedinci zajistí určitý ekonomický standard. Pocit osobní pohody stoupá s platovým ohodnocením odpovídajícím stupni dosaženého vzdělání a naopak klesá se ztrátou zaměstnání (Kebza 2005). Podobně V. Kebza (2005) zmiňuje význam víry na vyšší úroveň osobní pohody, což dokládá na studiích L.F. Berkmana a L. Breslowa (1983), M. Strážence (2001) a J. Křivohlavého (2002).

Dalším významným zdrojem, který se podílí na pocitu osobní pohody, jsou sociální kontakty. Důležitá je jak jejich kvantita, tak kvalita jejich rozvoje. Úzce souvisí s pojetím sociální opory (Kebza 2005 in Blatný 2005). Nesmíme opomenout ani osobnostní charakteristiky a vlastnosti, zejména sebehodnocení, duševní stabilitu a psychickou odolnost (Kebza 2005).

Vzájemnou propojenost zdraví a osobní pohody dokládají faktory osobní pohody podle J.S. Levina a L.M. Chattersové (1998 in Kebza 2005). Jsou to:

- Zdravotní stav
- Objektivní ukazatele činnosti a fyzických funkcí
- Subjektivní posouzení celkového zdraví
- Socioekonomický status
- Věk

Studie, které zkoumaly vliv pohlaví na úroveň osobní pohody, prokázaly, že ženy posuzují pozitivněji své vztahy s druhými lidmi a svůj osobní rozvoj, oproti mužům. S přibývajícím věkem narůstá kladné hodnocení zvládnutí prostředí, zatímco hodnocení smyslu života a osobnostního rozvoje poněkud klesá, a to bez rozdílu na pohlaví. Úroveň osobní pohody se zvyšuje s vyšší úrovní vzdělání, jako významné složky socioekonomického statusu jedince. Naopak s nižším postavením na společenském žebříčku klesá pravděpodobnost prožívání pocitu osobní pohody. Tím vzrůstá u této skupiny riziko oslabení osob vlivem důsledku stresu (Kebza 2005).

1.4 Zdravý životní styl a nezdolnost

Ve vztahu k osobní pohodě a ke zdraví se uplatňují skupiny faktorů, které se podílejí na utváření zdravého životního stylu. Kromě osobnostních a sociálních proměnných jsou to způsoby či strategie vyrovnávání se s náročnou životní situací, tedy se stresem.

1.4.1 Stres

Stresem je označována zátěž, kdy její míra přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek. Stres nejčastěji spojujeme s obtížnými, ohrožujícími situacemi, které narušují rovnováhu organismu a způsobují změny v oběhovém, hormonálním i imunitním systému (Paulík 2010). Při dlouhodobém působení stresu může dojít až k závažnějším změnám v psychice; mohou se objevit vážnější psychická a somatická onemocnění (Vašina 1999). Stres se vlivem rostoucího životního tempa, narůstajícím požadavkům na výkon a zvyšujícím se časovému tlaku, stává v posledních letech již přirozenou součástí běžného života, na což poukazuje V. Kebza (2005).

Termín stres se používá ve dvou různých významech. Jak uvádí J. Křivohlavý (2001), za prvé jsou to situace, kdy se člověk nachází v napětí či tlaku nepříznivých životních podmínek; za druhé jsou to faktory, které vystavují jedince tlaku. Nepříznivé vlivy, které způsobují náročnou životní situaci člověka, označujeme za *stresory*. Známé

jsou také faktory, které naopak člověka v těžké situaci povzbuzují, posilují, ty nazýváme *salutory*¹⁷.

Stres lze hodnotit buď pozitivně, nebo negativně. Negativně prožívaný stres se označuje jako *distres*, k němu řadíme charakteristiky jako nežádoucí, ohrožující, prožívaný jako nepříjemný. „K distresu dochází tam, kde se domníváme, že nemáme dost sil a možností zvládnout to, co nás obtěžuje, a emocionálně nám není dobře“ (Křivohlavý 2001, s. 171). Opakem jsou situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, přestože to vyžaduje určitou námahu, prožíváme je příjemně. Tento stres pojmenováváme jako *eustres*. Příkladem eustresu může být narození potomka, svatba, výhra (Křivohlavý 2001).

Na vzniku nemoci se mohou podílet také drobné denní potíže. Za drobné denní potíže označujeme malé životní události, které prožívá každý. Události jsou specifikovány jako dráždivé, frustrující a stresující požadavky, kterým jedinec čelí každý den. Teorii drobných denních potíží představil R.S. Lazarus (1981). Mezi deset nejčastějších drobných denních potíží autor řadí problémy s váhou, zdraví členů rodiny, růst cen běžného zboží, udržování domácnosti, dělat příliš mnoho činností najednou, ztráta nebo založení věcí, práce na zahradě nebo venkovní opravy domu, majetek, investice, daně, zločiny, tělesný vzhled. Za drobné denní potíže jsou také považováni každodenní příprava stravy, zpoždění v dopravě, dělat příliš mnoho věcí najednou, pomluvy, byrokracie a další. Autor zjistil, že frekvence drobných denních potíží (*daily hassles*) více přispívá ke vzniku onemocnění, než intenzita potíží. Samovytváření drobných denních potíží má tendenci k opakování a je svou povahou chronické. Prožívání drobných denních potíží se liší podle věku jedince a jeho socioekonomického statusu.

Opakem drobných denních potíží jsou drobné denní radosti (*daily uplifts*). Podle R.S. Lazaruse (1981) jsou zdrojem pozitivního prožitku každodenního života. Působí preventivně proti onemocněním. Mezi deset nejčastějších drobných denní radosti patří dobrý vztah s manželem nebo partnerem, dobré vztahy s přáteli, dokončení úkolu, cítit

¹⁷ Vhodnými salutory jsou pochvala a uznání lidí, kterých si vážíme, přesvědčení o hodnotě toho, o čem se snažíme, smysluplnost vykonávané činnosti (Křivohlavý 2001).

se zdravý, dostatek spánku, zajít si na jídlo do restaurace, splnění všech svých povinností, návštěva nebo zatelefonování někomu, trávení času s rodinou. Denní radost přináší také útulnost domova, trávení času s rodinou a jiné.

1.4.1.1 Proaktivní zvládání zátěže a stresu

Pro boj člověka se stresem se užívá pojmu zvládání; častěji je již běžný anglický termín *coping*. Podle K. Paulíka (2010) se *coping* uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadměrná a je potřeba vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnávání se s ní. Podobně termín vysvětluje J. Křivohlavý (2001, s. 67): „Problematika zvládání (čelení) stresu je v psychologické literatuře tradována pod termínem *coping*. Termín je odvozen od řeckého *kolaphus* – rána uštědřená protivníkovi v boxu. Tím, kdo ránu dává, je člověk, který se do těžké životní situace – do stresu – dostal. Tím, na co je tato rána zaměřena, je nejčastěji těžkost, která daného člověka do stresu dovedla, stresor.“ *Coping* představuje zvládání stresových situací. Klasická definice zvládání pochází od R. S. Lazaruse (1966 in Křivohlavý 2001, s. 69). „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující zdroje.“ Tato definice zvládání klade důraz na čtyři skutečnosti (Křivohlavý 2001):

1. Zvládání není jednorázovou záležitostí, je to dynamický proces
2. Zvládání není automatickou reakcí
3. Zvládání vyžaduje určitou (vědomou) snahu a námahu jednající osoby
4. Zvládání je snahou řídit dění (*stress management*)

Psycholog poukazuje na několik momentů, které pomáhají člověku v boji se stresem. Jsou to dobrý zdravotní stav a dostatek síly, pozitivní postoj člověka k možnostem úspěšného zvládnutí situace, dobré znalosti a dovednosti zvládání těžkostí i dovednosti sociálního chování a kladný vliv sociální opory (Křivohlavý 2001).

R.S. Lazarus (1966) rozdělil typy copingu podle jejich působnosti (in Paulík 2010):

1. **Coping zaměřený na problém (*problem-focussed coping*)** – přímé jednání, spočívá v úsilí získat a využít potřebné informace ke změně vlastního chování, aktivnímu jednání nebo vyhledávání pomoci od druhých lidí. Používá se, pokud jedinec vyhodnotí situaci, že je možné něco dělat.
2. **Coping zaměřený na emoce (*emotion-focussed coping*)** – snaha o regulaci emocí doprovázejících stresové situace, zahrnuje snahu jedince vyhnout se myšlenkám na ohrožení, změnit názor na to, co se děje nebo bude dít, dávat událostem jiný význam. Strategie převládá, pokud jedinec vyhodnotí situaci, že se nedá nic dělat.

U některých autorů se objevuje ještě třetí skupina postupů zvládnání (Kebza 2005):

3. **Vyhýbavé zvládnání (*avoidance-oriented coping*)** - strategie spočívá ve vyhýbání se stresové situaci v podobě odvrácení pozornosti nebo rozptýlení.

Jak V. Kebza (2005) upozorňuje, obranné mechanismy jsou považovány spíše za náhradní, neplnohodnotný způsob zvládnání, neboť v nich nejde o skutečné řešení situace, ale spíše o neskutečnou náhradu související s vyrovnáváním se s potlačenými komplexy. Autor dále uvádí, že pro schopnost snášet a zvládnout stres je nutné mít kontrolu nad vývojem náročných situací. V jeho práci odkazuje na řadu studií, které se problematikou zvládnání stresu zabývají.

A. Antonovsky (1985 in Pelcák 2013) navrhuje rozlišovat u copingové strategie tři základní komponenty:

1. **Racionalita** - jako přesné objektivní kognitivní hodnocení situace nebo stresoru
2. **Flexibilita** - dostupnost různých zvládacích strategií, překonání stresoru a ochotu všechny vzít v úvahu, zahrnuje také výběr nejvhodnější strategie v rámci našich kulturních omezení

3. **Prozíravost** - schopnost předvídat různé následky zvládacích strategií, formulace hypotéz a jejich mentální testování, anticipace důsledků chování

Mezi proaktivní zvládnání stresu, kromě copingu, patří také **adaptace**, která se vztahuje ke zvládnání zátěže jako takové (Paulík 2010). Adaptací rozumíme takové chování organismů, které jim umožňuje přizpůsobení se podmínkám (prostředí), v nichž žijí, a je nezbytnou podmínkou přežití. Adaptace je zajišťována schopností neustále se vyrovnávat s nároky prostředí a udržovat vnitřní rovnováhu. Zároveň umožňuje hledat nové způsoby chování, či novým podmínkám přizpůsobovat již osvědčené adaptační mechanismy (Paulík 2010). Adaptací se rozumí vyrovnávání se se zátěží (stresem), která je v relativně běžné, obvyklé, člověku (organismu) zvládnutelné toleranci (Pelcák 2013).

1.4.1.2 Zátěž učitelské profese

Stres se nevyhýbá ani učitelské profesi. Studie Státního zdravotního ústavu v Praze (2002) prokázala vysokou pracovní zátěž u 80 % učitelů, nadměrnou míru stresu u 60 % z nich, sníženou odolnost u 25 % a nedostatky v životosprávě dokonce u 90 % (in Kohoutek, Řehulka 2011). Všudypřítomný stres označuje za důsledek existujících problémů učitelů J. Vašutová (2004). Stres se u učitele vyskytuje ve škole jako pracovním prostředím, ve vyučování, ve vlastní rodině i osobním životě učitele. Stres zvyšují především výchovné a vzdělávací problémy, vztahové problémy, kterým je učitel nucen čelit. Zátěž je každodenní součástí pedagogické praxe.

Autorka za původ stresu považuje:

- Feminizaci učitelských sborů
- Výchovné a vzdělávací problémy mající kořeny v hodnotách společnosti
- Způsob života společnosti
- Přímý i nepřímý nátlak společnosti na učitele
- Úroveň vzdělávací politiky
- Stav pedagogických věd

Psychická pracovní zátěž má dopady na psychiku jedince, projevuje se sníženou pozorností a zvýšeným pocitem zodpovědnosti, odráží se v motivaci k práci, ve vztazích na pracovišti, v jednání s lidmi, v pracovních i zdravotních rizicích, v napětí, únavě, poklesu pracovní výkonnosti. Z tělesných obtíží pociťují učitelé problémy s výkonností a fyzickou kondicí (zvýšená únavnost, krátkodobá nemocnost), bolesti hlavy, závratě, pocení. U učitelů se projevují některé obtíže vycházející z psychického stavu; trpí přetrvávající duševní i tělesnou únavou po práci, nespavostí, zažívacími potížemi, depresemi, poruchami soustředění, prokázány byly také neurotické obtíže (Kohoutek, Řehulka 2011). J. Vašutová upozorňuje na skutečnost, že přes tyto vědecky doložené poznatky, se nevěnuje pozornost péči o zdraví učitelů a o jejich životní styl (Vašutová 2004).

Jako další možný zdroj stresu u učitele považuje J. Koťa (in Vališová, Kasíková 2007) určité sebezapření. Po učitelích je vyžadováno, aby byli plnohodnotnými osobnostmi. Ve své profesi nesmějí projevit soukromé starosti, únavu, bolest či obavu. Očekává se od nich, že vždy budou příjemně naladěni. Autor použil příměru, že „jsou nuceni vykonávat svou činnost jako zproletarizovaní světcí bez nároku na svatozář“ (Koťa in Vališová, Kasíková 2007, s. 25).

Nadměrná psychická zátěž způsobující stresové situace u učitelů, má různé příčiny. Některé z nich vyjmenovává J. Průcha (2005):

- Protiklad mezi rozsahem učiva vymezeného normou (rámčovými vzdělávacími programy) a množstvím času (počtem vyučovacích hodin), který je pro učivo k dispozici
- Povinnosti učitelů mimo vyučování (jednání s rodiči, vypracování příkazů pro školskou administrativu a jiné)
- Stále agresivnější chování žáků vůči učitelům

Podle Pedagogického slovníku (Mareš, Walterová, Průcha 2003) souvisí stres učitelů s výkonem učitelské profese a jeho hlavními zdroji jsou:

- Žáci se špatnými postoji k práci a vyrušující
- Rychlé změny vzdělávacích projektů a organizace

- Špatné pracovní podmínky, včetně osobních vyhlídek na zlepšení postavení v práci
- Časový tlak
- Konflikt s kolegy
- Pocit, že společnost nedoceňuje práci učitele

Ze zjištění některých zahraničních studií zabývajících se analýzou pracovní zátěže učitelů vyplývá, že k nejstresovějším situacím ve vyučování patří činnosti související s hodnocením žáků, tedy jejich zkoušení a klasifikování (Rudow 1985 in Průcha 2005). Problémy způsobuje také celkový rozsah pracovní doby. Za zátěž učitelé považují jednak nedostatek času na předání učiva, ale také na činnosti nepřímo související s výukou. Výzkum ruských učitelů (Kolesnikov 1985 in Průcha 2005) zjistil, že pracovní doba učitelů je v průměru 51,9 hodiny týdně a u učitelů oborů, kde více času zaberou opravy písemných prací žáků (mateřský jazyk, matematika) až v průměru 56,9 hodiny týdně. Ke stejnému závěru, že celková pracovní doba učitele je delší, než normovaný počet vyučovacích hodin týdně, dospěl také P. Urbánek (1999). Z celkové pracovní doby zahrnuje polovina času vyučování a druhá polovina přípravu na něj a další učitelovy činnosti.

Délka učitelské praxe má negativní vliv na výskyt neurotických obtíží u učitelů. Vysoký stupeň neurotických potíží zjistil E. Řehulka (1997). Uvádí u 42 % učitelek zvýšený neuroticismus a v 11 % dokonce patologické hodnoty. Tento trend potvrzuje také výzkum Z. Žídkové a J. Martinkové (2003), kde neurotické potíže uvedla třetina dotázaných učitelů.

Autorky ve svém výzkumu sledovaly pomocí dotazníků 142 učitelů (na 13 základních školách v různých lokalitách okresu Blansko). Zaměřily se na subjektivní hodnocení pracovní psychické zátěže, fyzické příznaky únavy, dlouhodobé neurotické potíže. Učitelé negativně hodnotili časový tlak a zatěžující zodpovědnost. Dále zaznamenaly pocity zvýšené nervozity, psychické ochablosti, únavy i úbytek výkonnosti po delší době výkonu profese. Za nejvíce stresové označili respondenti tyto situace:

- Problémy s žáky, nezájem žáků o učení
- Odpovědnost za zdraví a bezpečnost jiných
- Kázeňské problémy
- Postavení učitele ve společnosti

Autorky zjišťovaly také životní styl u učitelů. Došly k závěrům, že 40 % učitelů nesportuje vůbec, nedostatek spánku pociťuje 42,1 % z nich, nedostatek času na klidné jídlo uvádí 33,1 %, nepravidelné stravování 48,6 %. Kouří 14,4 % učitelů, ale dalších 14,8 % je bývalých kuřáků (Žídková, Martínková 2003).

Rozsáhlý výzkum zátěže učitelského povolání provedli ve Velké Británii D. Fontana a R. Abouserie (1993 in Fontana 2010). Podle jejich zjištění mírným stresem trpí 72 % učitelů prvního a druhého stupně britských základních škol a 23 % učitelů vážným stresem. Mezi důvody řadí:

- Zvýšené nároky ze strany žáků, kolegů, rodičů, řídicích pracovníků – mnohé z nich si navzájem odporují a mnohým z nich je nemožné vyhovět
- Neustálá snaha udržet kázeň ve třídě
- Chybí jasně vymezené hodiny potřebné k výkonu práce
- Plno práce si učitelé nosí domů, tím si omezují možnost na odpočinek
- Obava z kritiky inspektorů, ředitelů školy, rodičů, sdělovacích prostředků
- Nedostatek příležitostí k pravidelnému dalšímu vzdělávání, například nedostatek finančních možností
- Citově prožívají úspěchy a selhání svých žáků
- Frustrace z pocitu, že plně nedosahují profesní úrovně
- Osamělost během dne – učitel po celý den pracuje s dětmi v relativní izolaci od kolegů, ostatních dospělých, tím se mu omezuje prostor požádat o radu, prohodit nesnáze s kolegy

Zjistili také těsný vztah mezi neuroticismem a vysokou úrovní stresu a také mezi introverzí a stresem (zvláště u mužů). Prostředí školní třídy se sociální interakcí, aktivní činností, stálými změnami, hlukem a velkou rozmanitostí podnětů je stresovější pro introverty než pro extraverty (Fontana 2010).

Stupnici čtrnácti zátěžových stresorů sestavil K. Paulík (1998) na základě svého dotazování učitelů:

1. Nízké společenské hodnocení – prestiž
2. Neodpovídající plat
3. Podřizování se administrativě, se kterou často nesouhlasí
4. Nedostatek času pro odpočinek a relaxaci
5. Učení ve třídách s velmi rozdílnou úrovní žáků
6. Nedostatečná spolupráce s rodiči
7. Špatné postoje žáků k práci
8. Nedostatek pomůcek a potřeb pro vyučování
9. Špatné chování žáků
10. Učení ve třídách s velkým počtem žáků
11. Práce spojená se shonem a chvatem
12. Mnoho žáků nenosí do školy potřebné pomůcky
13. Potíže s motivováním žáků
14. Nedostatek prostoru pro skupinovou práci

V současné době se na vysoké pracovní zátěži učitelů podílejí žáci s poruchami chování a učení. R. Kohoutek (2009) ve své studii, zaměřené na stresy učitelů způsobené jejich žáky, dospěl ke zjištění, že vážnou stresovou situaci způsobenou žáky s poruchami chování, ve své praxi již pocítilo 65 % dotázaných učitelů.

Výše byly publikovány výsledky několika prací zabývajících se mírou stresu u učitelů, zejména základních škol. Chybí ovšem studie zjišťující míru stresu u vysokoškolských učitelů. Studie zaměřující se na životní styl vysokoškolských učitelů.

1.4.1.3 Syndrom vyhoření u učitele

Dlouhodobě působící stres vyvolává syndrom vyhoření (*burnout effect*). Syndrom vyhoření označuje vyčerpání fyzických a psychických sil, ztrátu zájmu o práci, lhostejnost v profesionálních postojích. Typická je u něj také neschopnost znovu zahořet pro práci (Procházková 2008 in Bendl, Kucharská 2008). Projevuje se zejména u pomáhajících profesí (sociální pracovníci, pedagogové či poradci). Značný podíl na tomto jevu mají stres a časová náročnost povolání (Mareš, Walterová, Průcha 2003).

Mezi fyzické příznaky syndromu vyhoření patří celková únava organismu, ochablost, bolesti hlavy, zažívací potíže, bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, dýchací obtíže (nemožnost nadechnout se), poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu. Na psychické úrovni se projevuje pocitem duševního vyčerpání, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti situace, depresivní nálada, bezsmyslnost vynaloženého úsilí, objevuje se přesvědčení o vlastní bezcennosti, pokles až naprostá ztráta zájmu o vše, co souvisí s profesí, sebelítost, intenzivní prožívání nedostatku uznání. Zasahuje také do sociálních vztahů. Projevuje se snahou omezovat kontakt s kolegy a všemi osobami mající vztah k profesi, nízká schopnost vcítit se (empatie), narůstání konfliktů v důsledku nezájmu, lhostejnosti k sociálnímu okolí.

Syndromem vyhoření jsou ohroženi učitelé všech stupňů škol. Možnost vzniku syndromu vyhoření ovlivňuje prožitek úspěchu či neúspěchu ve vztahu k očekávání druhých osob (studentů), nedostatečná podpora od vedení školy, nedobré vztahy na pracovišti, nemožnost kreativní práce a přemíra neustálého řešení problémů (Procházková 2008 in Bendl, Kucharská 2008).

Proces vyhoření probíhá v několika fázích (podle Procházková 2008 in Bendl, Kucharská 2008):

1. **Fáze nadšení** – učitel má vysoké ideály, hodně se angažuje pro školu a žáky
2. **Fáze stagnace** – realizace ideálů se nedaří, mění se i jejich zaměření, požadavky vedení školy, žáků a rodičů začínají učitele obtěžovat
3. **Fáze frustrace** – učitel vnímá žáky převážně negativně, na problémy s kázní reaguje často omezeně, preferuje donucovací prostředky, učitelské povolání je pro něj zklamání
4. **Fáze apatie** – učitel dělá jen to nejnnutnější, vyhýbá se i odborným aktivitám, rozhovorům s kolegy, k žákům pociťuje nepřátelství stejně jako od žáků k sobě
5. **Syndrom vyhoření** – stadium úplného vyčerpání

Podle C. Henninga a G. Kellera (1996 in Průcha 2005) postihuje syndrom vyhoření asi 15 – 20 % učitelů. Častější je u učitelů ze škol s vysokým počtem problémových žáků. Autoři odhadují, že se s přibývajícím problémy ve školách a zvyšujícím se průměrným věkem učitelů, bude tento počet navyšovat. Většina učitelů ve věku 45 – 56 let, který byl zvolen jako cílový pro tuto disertační práci, má za sebou několikaletou praxi a mohou se u nich objevovat první příznaky syndromu vyhoření. Z opakovaných studií syndromu vyhoření u českých učitelů E. Urbanovské a P. Kusáka (2005, 2009, 2011) vyplynulo, že jsou nejvíce zasaženy oblasti v pořadí emocionální, tělesné, kognitivní a sociální. U mužů se s narůstající délkou praxe projevila výrazná vzestupná tendence pocitu vyhoření, u žen tomu bylo naopak. Jak se autoři domnívají: „Vyšší skóre v emocionální rovině je možné vysvětlit větší citlivostí, obecně vyšší vnímavostí jedince k vlastním emocionálním prožitkům. Může to souviset i s tím, že se příznaky v rovině emocionální projevují nejdříve. Nejnižší skóre v oblasti sociální je pak možné interpretovat různými způsoby. Jedna z možností je, že jedinci nevnímají problémy v sociálním kontaktu realisticky, mohou je potlačovat. Na druhé straně to může vypovídat také o tom, že problémy

v sociálním kontaktu přicházejí později nebo si je jedinec uvědomuje až v dalších, rozvinutějších fázích“ (Urbanovská 2011, s. 318).

Syndrom vyhoření je často spojován s profesemi pracujícími s lidmi, kam patří také vysokoškolští učitelé. Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu vyhoření se dostavuje jako reakce na pracovní stres. Jak uvádí V. Kebza (2005) stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím, organizačními aspekty a obsahem práce. Pracovní zátěž, stejně jako mimopracovní stres, mohou být zdrojem zdravotních rizik. Podle M. Slavíka (2012) souvisí syndrom vyhoření také se selháním při hledání smyslu života. Jestli jsou syndromem vyhoření ohroženi také vysokoškolští učitelé, zatím nepojednává žádná odborná studie. V rámci podpory zdravého životního stylu u vysokoškolských učitelů je nutné zjistit aktuální riziko syndromu vyhoření u této profesní skupiny.

1.4.2 Zdraví a zranitelnost

V důsledku stresu, pocitu beznaděje, nekontrolovatelnosti a nevladatelnosti situace se může u jedince projevit dispozice reagovat funkční poruchou na stres. Jejím následkem mohou být některé duševní i tělesné poruchy (Kebza 2005). Zvýšená citlivost, křehkost, vnímavost k rušivým vlivům, snížená tolerance, náchylnost k obtížím se označuje termínem **zranitelnost** (*vulnerabilita* – původně z latiny *vulnero* - ranit, ublížit a angličtiny *vulnerability* - zranitelnost). **Vulnerabilita** se společně s adaptací na zátěž podílí na nedostatečném vyrovnávání se se situací (Paulík 2010). *Vulnerabilita* je vlastně opakem odolnosti. „Při styku s podněty ohrožujícími zdraví představuje snížení obranyschopnosti organismu a zvýšení pravděpodobnosti onemocnění“ (Paulík 2010, s. 39). Podobně uvažuje V. Kebza (2005, s. 93): „Na biologické úrovni může mít biologický podklad, zatímco na psychické úrovni se může v důsledku vlivu stresorů a s ním souvisejícím navozením prožitku nízké či nulové kontroly nad vývojem situace, bezmoci a beznaděje zvýšit *vulnerabilitu* jedince vůči některým duševním a pravděpodobně i tělesným chorobám.“

Podle doby, kdy se *vulnerabilita* utváří, rozlišujeme primární a sekundární *vulnerabilitu* (Brandstätter, Eye 1982):

1. **Primární *vulnerabilita*** – člověk ji získává v průběhu prvních šesti měsíců života, zahrnuje vrozené předpoklady pro vznik různých onemocnění
2. **Sekundární *vulnerabilita*** – získává se v pozdějším období vývoje v procesu učení a v důsledku působení nežádoucích vývojových vlivů

Vulnerabilita se u člověka rozvíjí na základě vlastní zkušenosti s náročnými situacemi, nebo vlivem pozorování a přebírání některých vzorců chování osob v okolí. Je považována za faktor rozhodující o důsledcích prožívané náročné situace (Paulík 2010).

1.4.3 Zdraví a nezdolnost

Protipólem *vulnerability* je nezdolnost či odolnost, která vystihuje charakteristiku osobnosti jako „nedat se a bojovat s těžkostí“. Pro nezdolnost se užívá odborný termín *resilience*, který se překládá jako pružnost, nezlomnost, mrštnost. Původ slova pochází z latiny, kdy *salite* - skákat a přepona *re* - zpět (Křivohlavý 2001). Používá se pro označení dispozic jedince odolávat působení stresových situací, posilovat zdraví a osobní pohodu (také pro označení některých druhů odolnosti viz níže). Klasická definice nezdolnosti pochází od M. Ruttera (1985 in Paulík 2010). Jak autor uvádí, je *resilience* schopnost úspěšně zvládnout nepříznivé, nepřátelské podmínky a vrátit se zpět do původního funkčního stavu.

Podle K. Paulíka (2005) se *resilience* dělí na fyzickou a psychickou:

- **Fyzická odolnost** – v případě, kdy se jedná o zvládání nároků primárně kladených na lidský organismus, namáhající především kosterně-svalovou soustavu a oběhovou soustavu, fyzická námaha je spojena s tělesnými pocity jedince
- **Psychická odolnost** – zahrnuje protektivní prvky ve vztahu k osobní pohodě a zdraví

Jiný způsob dělení *resilience* představuje V. Kebza (2005):

- **Skutečná (autentická) odolnost** – založena na skutečných vnitřních a sociálních předpokladech působících vůči stresogenním vlivům
- **Zdánlivá (pseudo) odolnost** – je pouhou stylizací spojenou s účelovým chováním, projevuje se některými vlastnostmi (mužnost, síla, udatnost), které jsou v různých sociokulturních kontextech chápány jako žádoucí

Důsledkem *resilience* je efektivní *coping*, ovládnutí zátěžové situace. *Resilienci* posilují některé osobnostní charakteristiky, patří mezi ně vysoká očekávání a sebedůvěra, pozitivní mezilidské vztahy a sociální opora, smysl pro humor, sebevědomí, přesvědčení o vlastní účinnosti (podle Earvolinová-Ramirezová 2007 in Paulík 2010). Ovšem jak poukazuje J. Křivohlavý (2001) s odkazem na studie nezdolnosti se ukazuje, že odolnost v jedné oblasti neznamena automaticky nezdolný postup i v jiných směrech.

1.4.3.1 Nezdolnost typu smysl pro soudržnost

Jedním z typů psychické odolnosti je smysl pro soudržnost (smysl pro integritu či koherenci) *Sence of coherence* (dále SOC), který definoval A. Antonovsky (1985, 1987). Autor se zabýval studiem příslušníků židovského vyznání, kteří přežili holokaust, a soustředil se na myšlenku, co pomohlo lidem zvládnout maximální napětí.¹⁸ Ukázalo se, že charakteristika postoje k životu (SOC) pomohla lidem nejen přežít koncentrační tábory, ale i dále zvládat náročné životní situace. Pod pojmem koherence chápe A. Antonovsky pevnou soudržnost skupiny lidí a skloubenost osobnosti člověka

¹⁸ A. Antonovsky se ve své studii zaměřil na příslušníky židovského vyznání, kteří přežili holokaust. Studoval dvě skupiny těchto příslušníků. První skupinu tvořili jedinci, kteří se po propuštění z koncentračního tábora jen obtížně adaptovali na změněnou situaci. Druhou skupinu tvořili lidé, kteří po relativně stejné zkušenosti naopak vykazovali schopnost nezdolně se vyrovnávat se životními problémy. Ukázalo se, že rozdíl mezi těmito dvěma skupinami nebyl ve fyzickém, ale v psychickém stavu. Autor došel k závěru, že nejde o dílčí psychické schopnosti, ale o celkovou charakteristiku postoje k životu, kterou pojmenoval „*Sence of coherence*“ (Křivohlavý 2001).

(Křivohlavý 2001). Smysl pro soudržnost¹⁹ tvoří tři hlavní složky, které jsou chápány jako dimenze, mají svůj kladný a negativní pól:

1. **Srozumitelnost (*comprehensibility*)** – charakterizuje vnímání a chápání světa a místo člověka v něm. Osobnost s vysokým smyslem pro srozumitelnost očekává, že podněty a situace, se kterými se v budoucnosti setká, budou předvídatelné nebo alespoň vysvětlitelné a budou mít určitý řád a strukturu. Vysoká srozumitelnost je spojena s pocitem, že události dopadnou tak, jak se dá v rozumné míře očekávat, a že se lze na další vývoj připravit. Svět je chápán jako strukturovaný celek, do kterého je integrován také jedinec.

Na negativním pólu srozumitelnosti se nachází dojem, že svět je neuspořádaný, plný nejasností a chaosu, kde neplatí žádná pravidla. Nic ve světě není pevné a spolehlivé. Jednotlivé události jsou příliš obtížné na to, aby je šlo pochopit či na ně adekvátně reagovat.

2. **Zvládnutelnost (*manageability*)** – zahrnuje pocit, že předpoklady vlastní i lidí z okolí umožňují úspěšně situaci řešit a vyřešit. Člověk je přesvědčen, že situaci zvládne, že je k tomu dostatečně silný a způsobilý. Případně využije pomoci dalších lidí.

Záporný pól zvládnutelnosti představuje pocit bezvýchodnosti situace, kdy ji jedinec hodnotí nad svoje síly, nedisponuje potřebnými prostředky ke zvládnutí situace. Z tohoto postoje pramení deprese, úzkost, strach a obava.

3. **Smysluplnost (*meaningfulness*)** – se vztahuje k emocionální složce celkového postoje k životu a dění v něm. Člověk s vysokou úrovní smysluplnosti je přesvědčen, že problémy, před které je postaven, stojí za to, aby investoval úsilí a energii do jejich řešení. Jsou pro něho výzvou k aktivitě, domnívá se, že v jejich řešení uplatní svoji tvořivost.

¹⁹ Mezi autory, kteří se u nás zabývají SOC, patří J. Křivohlavý (2001), V. Kebza (2005), H. Janečková (2005), S. Pelcák (2008), K. Paulík (2010) a další.

Uvědomuje si, že jeho práce je a bude okolím příznivě hodnocena, že jeho úsilí přinese i sociální uznání.

Negativní pól představuje citovou neangažovanost až odcizení od toho, co se děje. Jedinec se k situaci staví lhostejně a ocitá se také v sociální izolaci. Styk s druhými lidmi je mu nepříjemný a záměrně se mu vyhýbá.

SOC je chápáno jako významný psychosociální zdroj podporující zdraví jedince, kterým je jedinec vybaven a přispívá k úspěšnému zvládnutí stresorů. „Předpokládá, že člověk má pocit porozumění, kontroly a smyslu, který vzniká jako opakovaná životní zkušenost v jeho sociálním prostředí, že má svoji roli ve společnosti, ve své rodině, na svém pracovišti. K upevnění zdraví jednotlivců i celé populace tedy přispívá, jestliže rozumějí světu, v němž žijí, mají nad ním kontrolu, podílejí se na jeho utváření a vnímají smysl událostí a sociálních změn“ (Janečková 2005 in Payne 2005, s. 333 – 334). Lidé se silným SOC jsou motivováni zátěž zvládnout. Naopak nedostatek SOC je spojen s pocitem chaosu, který vládne světem, náročné situace nelze zvládnout, ničemu se nedá věřit, ani sám sobě. SOC se měří pomocí dotazníku o 29 položkách²⁰, které vyvinul A. Antonovsky (1987).

Bylo prokázáno, že osoby s vysokou hodnotou SOC vykazují více způsobů zvládnání těžkostí a dokáží pružně reagovat na situace, kterým jsou vystaveny.²¹ Dosud nebyly provedeny studie měřící hodnoty SOC u vysokoškolských učitelů ve věku 45 – 56 let. Jelikož se jedná o věk, ve kterém jedinec prochází řadou změn a výzev, bude zajímavé zjistit postoje učitelů v tomto věku k životu a také ke zvládnání náročných životních situací.

²⁰ Jsou dostupné též zkrácené varianty o 13 či 9 položkách. Dotazník lze použít také u dětí.

²¹ U nás byly například provedeny studie zabývající se SOC: K. Paulík (1999) – Pracovní spokojenost a zátěž učitelů; V. Hošek (2003) – SOC u sportujících studentů; E. Sollárová a M. Popelková (2004) – SOC v souvislosti se zvládnáním studijních nároků; S. Pelcák (2008) – využití SOC v preventivně-léčebné praxi.

1.4.3.2 Nezdolnost typu *hardiness*

Dalším pojetím psychické odolnosti je osobní tvrdost – *hardiness*. Tuto koncepci představila S. Kobasová (1979), která se zabývala problémem rozvoje osobnostních předpokladů zvyšujících rezistenci jedince vůči onemocněním.²² Autorka chápe život jako neustálou změnu, v čemž spatřuje důvod vzniku stresujících událostí, se kterými je život spojen. Namítá, že člověk nemusí být bezmocný proti těmto událostem (výzvám) z jeho prostředí. Podle ní může jedinec využít stresujících událostí jako možností k osobnostnímu vývoji a využít jich ve svůj prospěch (Kobasová 1982 in Vašina 1999). *Hardiness* znamená tuhost, pevnost, zdatnost, nezdolnost, vyjadřuje schopnost vytrvale a usilovně bojovat se zátěží (Paulík 2010).

Odolnost ve smyslu *hardiness* je propojenost osobnostních rysů složená z angažovanosti, kontroly, odpovědnosti, zvládnání a výzvy (Pelcák 2008). Jednotlivé složky *hardiness* jsou²³:

1. **Výzva (*challenge*)** – vyjadřuje schopnost spatřovat v každodenních situacích výzvy či příležitosti pro další rozvoj osobnosti, či změření sil ve smyslu sportovního utkání, nikoliv destruktivně působící stres. Tito jedinci považují životní změny za normální jev, který lze využít k posílení a rozvoji vlastní osobnosti, nikoliv za ohrožení. Člověk, který je otevřený zajímavým, stimulujícím zkušenostem a zážitkům, si vytváří pružné způsoby zvládnání i jistou vytrvalost a podněcuje toto i ve svém prostředí (Šolcová 1994 in Pelcák 2008).
2. **Odpovědnost, oddanost, ztotožnění se s něčím (*commitment*)** – předpokládá plnou angažovanost, osobní zaujetí jedince ve veškeré vykonávané činnosti. Jedinci s touto vlastností jsou si vědomi vlastní ceny, vědí, proč věci dělají. Mají jasně vymezené své cíle a priority. Jsou

²² S. Kobasová (1982) se zabývala studiem vedoucích pracovníků střední sociální vrstvy, které rozdělila podle výsledků vyšetření tzv. škály sociálního přizpůsobení na dvě skupiny. První skupinu tvořili jedinci, kteří v posledních třech letech byli častěji v pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a zažili hodně stresu. Ve druhé skupině byli ti, kteří také zažili mnoho stresu, ale nebyli tak často nemocní (in Křivohlavý 2001; Kebza 2005).

²³ Výkladem *hardiness* se u nás zabývají ve svých pracích například J. Křivohlavý (1991, 2001); I. Šolcová, V. Kebza (1996, 2005); V. Hošek (1994); B. Vašina (1996, 1999); S. Pelcák (2005, 2008); K. Paulík (1999, 2010).

připraveni převzít odpovědnost za úkol či vztah. Životní aktivity vnímají jako účelné a smysluplné. Významnou součástí angažovanosti je také pocit sounáležitosti k ostatním. Ztotožnění se projevuje snahou čelit událostem, ne se jim vyhýbat. Opakem je nízká angažovanost, kterou lze považovat za odcizení.

3. **Kontrola, zvládnání (*control*)** – zahrnuje schopnost jedince udržet vývoj událostí pod kontrolou a ovlivňovat je i v případě, že se jedná o události s nepříznivým vývojem. Znamená odpovědnost člověka za své chování a přesvědčení o vlastních schopnostech jednat, zasáhnout, zvládnout situaci. Vědomí, že při zvládnání situací mohou uplatnit své znalosti a dovednosti. Nízká úroveň této dimenze *hardiness* je spojována s pocity bezmocnosti a neschopnosti událostem vzdorovat (upraveno podle Pelcák 2008; Kebza 2005).

Jedinci, kteří dosahují vyšších hodnot v dimenzi *hardiness*, jsou tělesně i psychicky zdravější, lépe se o sebe starají, používají účinné strategie v řešení problémů, oproti vyhýbání se těžkostem, častěji využívají sociální opory (Křivohlavý 2001). Jednají aktivně a iniciativně, jdou si za svým cílem i za nepříznivých okolností. Neobvyklé či obtížné situace považují za výzvu, řeší je na základě svých schopností s vědomím, že vzniklé události mohou ovlivnit (Paulík 2010).

Jak výše uvedený autor konstatuje, u osoby s nedostatečně rozvinutou odolností ve smyslu osobní tvrdosti převažuje pocit bezmoci a beznaděje s pocitem marnosti snahy o zásah do událostí. Převažují také další vlastnosti jako nerozhodnost, neujasněná hodnotová orientace, nedůvěra v sebe i ostatní, odcizení, pesimismus, nespokojenost, deprese.

1.5 Osobnostní charakteristiky jako předpoklad zvládnání těžkostí

Stejná zátěž může být u různých osob různě vnímána, odlišně vykládána a rozdílně zvládána. Stejně tak různá zátěž může u různých osob vyvolávat podobné reakce. Ukázalo se, že schopnost zvládnání zátěže je ovlivněna osobností jedince. Za klíčový vnitřní faktor psychické odolnosti je považována osobnost jedince, za vnější klíčový faktor sociální opora (Slavík 2012).

Osobnostní charakteristiky jedince ovlivňují hodnocení náročných životních situací a výběr copingových strategií. Je prokázán také vztah mezi typem osobnosti a druhem onemocnění, kterému jedinec podléhá. V 50. letech 20. století představili M. Friedman a R.H. Rosenman studii o vztahu mezi typem osobnosti a zdravotními těžkostmi (Křivohlavý 2005). Popsali osobnost typu A/B.

Osobnost typu A je nazývána také koronární, protože se u ní častěji vyskytují kardiovaskulární obtíže. Mezi charakteristické projevy osobnosti patří potřeba vyhrát; chronický nedostatek času; potřeba stálého uznání; chce si hodně v životě užít; netrpělivost, neklid, úzkostnost; zlost, průbojnost, hostilita; osobnost je stále pohyblivá, živá; ve vztazích udržuje odstup; v rodině se většinou málo zdržuje; přehnaně kritická vůči ostatním lidem; je nervózní, když musí čekat ve frontě, jet za autem, které jede příliš pomalu; rychlý a hlasitý způsob mluvy; velká gestikulace (Slavík 2012).

Pedagogům s osobností typu A, ale také ostatním lidem, se doporučuje učit se sociální citlivosti²⁴, srdečnosti²⁵, sociálním technikám²⁶ a flexibilitě²⁷. Jedinci tohoto typu se učí zpomalit osobní tempo, zvolnit chůzi, zpomalit pohyby, gesta a také sebeuvědomění (Slavík 2012). Změna chování je jednou z možných prevencí vzniku kardiovaskulárních onemocnění u osobnosti typu A (Kebza 2005).

²⁴ Sociální citlivost je schopnost kvalitně vnímat druhé lidi, rozpoznávat jejich emocionální a fyzické rozpoložení (Slavík 2012).

²⁵ Srdečností se míní laskavý přístup k lidem, úsměvnost, vstřícnost, hraní otevřené hry, vyhýbání se škodlivým afektům, nepřítomnost škodolibosti (Slavík 2012).

²⁶ Sociální techniky zahrnují umění jednat s lidmi. Jedná se o dovednost požádat o laskavost, projevit pochvalu, uznání, vhodně vyjádřit nesouhlas, povzbudit nemluvného partnera k řeči, vyjadřovat se korektně – vyhýbat se vulgarismům, hyperkritičnosti, ironii, znechucení, pomlouvání a shazování druhých (Slavík 2012).

²⁷ Flexibilitou je myšlena pohotovost, pružnost, umožňuje dobře vycházet s rozmanitými typy lidí. Patří sem také smysl pro priority, dovednost snášet nepohodu, o které člověk ví, že odezní, a optimistický pohled do budoucna (Slavík 2012).

Osobnost typu B je protikladem k A typu, vykazuje opačné charakteristiky. Představuje spíše zdravější způsob chování, větší odolnost vůči stresu. Vystihují ji charakteristiky přímé držení těla; pevný oční kontakt; přiměřeně silný hlas, nemá zrychlenou řeč; zdvořilost; uvolněnost, klid; trpělivost; nesoutěživé chování; pozitivní vztahy se spolupracovníky; tráví čas ve vlastní rodině; v práci je adekvátně výkonný; má zájmy; nevzdává se dovolené či prázdnin (Slavík 2012).

Lékaři pracující na onkologických odděleních začali pozorovat spojitost mezi onkologickými pacienty a osobnostními rysy, které pro ně byly společné. Určili proto **osobnost typu C**, nazývanou také jako karcinogenní. Mezi typické charakteristiky jedinců, kteří snadněji onemocní rakovinou, patří: výrazně potlačují negativní pocity; pocit, že nemají průběh svého života pod kontrolou; syndrom bezmocnosti a beznaděje (tzv. HH syndrom); chtějí být společensky na výši, přijatelní; jsou přátelští; vyznačují se ochotou druhým pomáhat; vyhýbají se konfliktům; usilují o spolupráci; chovají se závisle, pasivně, vnitřně se trápí; mají deprese; příliš trpěliví; nemají potřebu prosadit se; potlačují a popírají depresi, zlost; jsou neustále v napětí; mají specifický způsob zvládnání těžkostí - často se vzdávají bez boje; bývají svědomití (Slavík 2012).

Souvislost mezi typem osobnosti a onkologickým onemocněním je studována od 60. let 20. století. Zabývali se jím např. B. Temoshokem (1987) a H. J. Eysenck (1994). Proti této koncepci byla vznesena řada námitek, v některých dalších studiích nebyl prokázán vztah mezi těmito osobnostními charakteristikami a zvýšením úmrtí na nádorová onemocnění (Kebza 2005). K podobnému závěru se přiklání také M. Blatný a Z. Adam (2008): „Pravděpodobně není nadále možné mluvit o „*cancer personality*“²⁸, neboť jednoznačný kauzální vztah mezi specifickou osobností a vznikem rakoviny nebyl prokázán, ale jistě je oprávněné brát v úvahu osobnostní charakteristiky, které – i když nemusejí jednoznačně vést ke vzniku rakoviny – mohou působit jako rizikové faktory.“

²⁸ Označení pro osobnost typu C.

1.6 Sociální opora

Se sociální dimenzí zdraví a také se zvládnutím zátěže úzce souvisí tzv. sociální opora. Jedná se o poměrně mladý termín, který se v odborné literatuře začal objevovat v 80. letech 20. století. Zavedli jej tři badatelé (psychiatr J. Caplan 1974, lékař G. Cassel 1976 a psychiatr S. Cobb 1976). V literatuře se vyskytuje celá řada výkladů tohoto pojmu. Jak upozorňuje J. Mareš (2001) mnozí autoři se spoléhají na to, že obsah pojmu je intuitivně srozumitelný a nezabývají se hlouběji jeho definováním. Ve své práci (2001) uvádí analýzu běžných definic sociální opory.

Podle S. Cobba (1976) sociální oporou rozumíme informování alespoň v jednom ze tří případů:

1. Informaci, která vede jedince k přesvědčení, že je o něj pečováno nebo že ho má někdo rád
2. Informaci, která vede k přesvědčení, že si ho někdo váží
3. Informaci, která vede jedince k přesvědčení, že patří do komunikační sítě a sítě vzájemných závazků, vzájemné odpovědnosti

J. Křivohlavý (1999) chápe sociální oporu v širším slova smyslu jako pomoc, která je poskytována druhými lidmi danému člověku, nacházejícímu se v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která tomuto člověku jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.

P. Hartl a H. Hartlová (2000) vysvětlují sociální oporu jako vztahovou oporu v prostředí, v němž člověk žije, zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize - důležitý pilíř duševního zdraví.

Dalším příkladem je definice sociální opory B. Vašiny (1999) jako existence nebo přístupnost, blízkost osob, které mají k nám vztah, které mají o nás starost, cení si nás a mají nás rády.

Vymezením pojmu se u nás zabývají také I. Šolcová a V. Kebza (1999). Podle nich sociální opora poskytuje ochranný (protektivní) účinek jednak v závislosti na jejích jednotlivých druzích a formách, jednak v součinnosti s dalšími faktory. Jak v další odborné práci V. Kebza (2005) uvádí, jedná se o jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat

v případě potřeby systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů. Zdroje sociální opory jsou součástí systému sociálních vztahů jedince.

Přirozeným zdrojem sociální opory je rodina, která se podílí na utváření pocitu bezpečí a jistoty od raného dětství a pomoc, či podpora člena rodiny, je součástí jejích funkcí (Paulík 2010).

Rozlišujeme tři úrovně pojetí sociální opory (Křivohlavý 2001; Kebza 2005):

1. **Makroúroveň sociální opory** – je celospolečenská forma pomoci potřebným, zahrnuje sociální a ekonomickou pomoc potřebným, uplatňuje se na celostátní úrovni, ale také pomoci přes hranice (pomoc lidem v oblastech postižených záplavami, zemětřesením, neúrodou), často bývá zajišťována neziskovými organizacemi.
2. **Mezoúroveň sociální opory** – představuje podpůrnou síť sociálních kontaktů jednotlivce, pomoc sociální skupiny svým členům, příkladem může být pomoc spolupracovníků či kolegů, pomoc sdružení či klubu apod.
3. **Mikroúroveň sociální opory** – je na úrovni intimních vztahů jedince, jde o pomoc a podporu poskytovanou nejbližším člověkem, například pomoc matky dítěti a naopak, pomoc manželů, partnerů, nejbližších přátel.

Osoby, které poskytují sociální oporu, jsou označovány za pomáhající. Osoby, kterým je opora poskytována, označujeme za příjemce sociální opory. Podle funkcí, které sociální opora plní, rozlišujeme typy sociální opory. Jejich přehled podává tabulka č. 1. Předpokladem sociální opory je pozitivní, či ochranný efekt, ovšem v některých případech může mít i negativní účinky (Mareš 2002).

Tabulka č. 1 Přehled funkcí sociální opory

Funkce sociální opory	Terminologické varianty	Praktické příklady	Teoreticky uvažovaný přínos sociální opory
Emocionální opora	Opora ujišťující o respektu, úctě, ceně, důležitosti, osobní, důvěryhodný vztah.	Člověk má možnost bez obav ventilovat své pocity, starosti, trápení, vyjádřit sympatie, náklonnost, projevít péči, akceptovat druhé.	Posun, změny v hodnocení subjektivní míry ohrožení událostmi, posiluje sebedůvěru, redukuje úzkost, strach, motivuje ke zvládnání zátěžových situací.
Instrumentální opora	Opora poskytnutím hmotné pomoci, praktická opora, pomáhající chování, materiální pomoc.	Poskytnout nebo obstarat peníze, věci do domácnosti, zajistit dopravu, hlídání dětí, pomoc při zajištění provozu domácnosti, údržbě a opravách.	Pomáhá jedinci řešit praktické problémy, rozšiřuje časový prostor pro jiné aktivity, pro relaxaci, posiluje jeho snahy zvládat zátěž.
Informační opora	Poskytnutí rady, doporučení, opora posouzením (situace), zhodnocením (situace), kognitivní poučení, řešení problému.	Nasměrovat zájemce k potřebným zdrojům informací, informačním pramenům, doporučit alternativní způsoby činnosti, poskytování rad o účinnosti postupů apod.	Poskytuje jedinci více užitečných informací, snadnější dostupnost informací, které potřebuje, poskytuje mu konkrétní pomoc při získávání potřebných služeb, což může vést k efektivnějšímu zvládnání úkolů.
Opora poskytována (sociálním) společenstvím	Pocit sounáležitosti, socializování, začlenění, včlenění.	Účastnit se nějakých společných aktivit (zasportovat si společně, rekreovat se, posedět v restauraci, jít na večírek, za kulturou), účastnit se akcí zájmových organizací, náboženských obřadů.	Navozuje u jedince kladné emoce, což mu umožňuje na chvíli se odpoutat od zátěže, pookrát, odvádí jeho myšlenky od neustálého zabývání se problémy.
Opora potvrzením platnosti	Zpětná vazba, sociální srovnávání.	Dosáhnout konsenzu ve vidění problému, vhodnosti/nevhodnosti chování jedince, vyjadřování jeho emocí, o jeho postavení v konkrétní sociální skupině, ve společenství lidí.	Snižuje pocit jednotlivce, že je mimo normu, dává mu zažít pocit, že to, co prožívá, lidé kolem akceptují, umožňuje srovnání, které pro něj dopadá příznivě.

Zdroj: upraveno podle Wills, Shinar 2000 in Mareš 2002

1.6.1 Sociální opora a zvládání zátěže

Sociální opora má jedinci usnadnit zvládání zátěže. Jak uvádí J. Baštecký (1993 in Mareš 2001, s. 17): „Sociální opora je vnější pomoci při zvládání zátěžových situací. Chrání člověka před následky životních událostí.“ Do sociální opory zahrnujeme lidi, kteří jsou jedinci blízcí, pozitivně jej hodnotí, stojí o něj a vyjadřují mu uznání (Paulík 2010). Autor dále uvádí, že „podstata pozitivního působení sociální opory spočívá jednak v přesvědčení o blízkosti a dostupnosti pomoci a porozumění od lidí v okolí, jednak v reálné existenci této pomoci“ (Paulík 2010, s. 24). Sociální oporu jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů ovlivňujících nepříznivý vliv náročných životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka vnímá také J. Křivohlavý (2001). Hovoří o vlivu sociální opory na pohodu (*well-being*) člověka a na kvalitu jeho života.

Podle účinku lze sociální oporu rozlišit na dva základní modely (Bakal 1992 in Kebza 2005):

1. **Nárazníkový (*buffering*) model** – model zaměřený na stres, sociální opora má příznivý vliv na zdravotní stav pouze nebo především tehdy, je-li člověk vystaven působení stresu
2. **Model přímého či hlavního účinku** - předpokládá, že sociální opora má protektivní účinek na zdravotní stav nezávisle na tom, zda lidé jsou, nebo nejsou vystaveni účinku stresu

Nárazníkový model předpokládá snazší vznik nemoci u osob s vyšší úrovní stresu a nižší úrovní sociální opory. Model přímého či hlavního účinku předpokládá nejvyšší výskyt zdravotních důsledků u osob s nízkou sociální oporou, nezávisle na vlivu stresorů (Bakal 1992 in Kebza 2005).

Bylo prokázáno, že lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí déle a opora pozitivních mezilidských vztahů pomáhá lidem také zvládat nemoci (Kebza 2005). Výzkumy se zabývaly vztahem sociální opory ke kardiovaskulárním nemocem, depresím, nemocem pohybového ústrojí, ale také vlivu sociální opory při mimořádných událostech (Kebza 2005).

Vztahem mezi zvládáním zátěže a sociální oporou se zabýval i J. Mareš (2001). Určil celkem čtyři typy těchto vztahů:

1. Sociální opora ovlivňuje zvládání zátěže; člověk v tísní zažívá oporu, a tím snadněji zvládá zátěž; sociální opora má podobu „pomoci při zvládání“ (*coping assistance*)
2. Zvládání ovlivňuje sociální oporu; způsob, jakým člověk zvládá či nezvládá zátěž, signalizuje jeho sociálnímu okolí, zda vůbec potřebuje pomoc, případně který typ pomoci potřebuje
3. Sociální opora a zvládání zátěže neovlivňují jeden druhého nějakým konzistentním způsobem
4. Sociální opora i zvládání zátěže se ovlivňují navzájem a navíc jsou obě ovlivňovány dalším faktorem stojícím v pozadí

Nejvíce příznivců má první varianta (Mareš 2001). Přesto, že je sociální opora považována za jeden z pilířů zvládání stresu, jsou dostupné studie, které pozitivní vliv neprokázaly. Důvodem může být, jak uvádí V. Kebza (2005), že se jedná o složitý jev, ve kterém je potřeba odlišit specifické pojmy, které se liší svými časovými charakteristikami, východisky, vlivem na pohodu a zdraví. Těmito pojmy jsou:

- **Očekávaná (anticipovaná) sociální opora** – znamená přesvědčení, že významné blízké osoby jsou připraveny v případě potřeby pomoci, pojí se k pocitu, že druhým lidem na jedinci záleží. Je u ní předpokládán pozitivní vliv na zdraví a pohodu, řadí se mezi zdroje zvládání stresu.
- **Získaná (obdržená) sociální opora** – představuje faktickou pomoc (emocionální, instrumentální a materiální povahy), které se jedinci skutečně dostalo. Nejsou u ní vyloučeny negativní důsledky. Závisí na tom, nakolik je poskytovatel schopen změnit vzniklou situaci nebo zmírnit její dopad na jedince. Získaná sociální opora je součástí procesu zvládání stresu, který obsahuje mobilizaci, získání a hodnocení obdržené pomoci.

Aktivace (mobilizace) sociální opory může být chápána jako strategie zvládnání stresu – „hledat sociální oporu“ (podle Folkmanová, Lazarus 1989).

Sociální opora může mít také negativní účinky, v odborné literatuře (např. Křivohlavý 2001; Kebza 2005) se hovoří o „odvrácené tváři“ sociální opory. Sociální opora může působit negativně zvláště tehdy, není-li požadována, ohrožuje sebedůvěru a sebeúctu, je v rozporu s širokým chápáním toho, jak se má zachovat „správný“ muž či žena, navozuje-li pocity bezmoci, představuje riziko sebe-znevážení a neodpovídá-li potřebám jedince. Důsledky se mohou projevit i u poskytovatelů pomoci, u kterých se mohou objevit pocity zatížení, břemene, frustrace, při dlouhodobém či profesionálním pečování i syndrom vyhoření (Kebza 2005).

J. Mareš (2002) spatřuje negativní dopad sociální opory v rozdílném vnímání pomoci. Jinak může potřebu sociální opory vnímat jedinec, který prožívá náročnou situaci, jinak poskytovatel. Poskytovatel sociální opory se do nepříjemné situace dostává také tehdy, když byla jeho pomoc odmítnuta. Další problém nastává tehdy, kdy má člověk vystavený zátěži konkrétní představu o tom, jak by měla sociální opora vypadat, ale v takové podobě mu není poskytována. Selhávající sociální opora nastává tehdy, kdy jedinec, ocitající se v nouzi, očekává sociální oporu, ale ta se mu nedostává, nebo je z jeho pohledu zanedbatelná. Zažívá zklamání, které více prohlubuje distres.

1.7 Zdraví a kvalita života

V posledních desetiletích se, nejen v souvislosti se zdravím, začal užívat termín kvalita života (*quality of life*, běžná je také zkratka QOL). Kvalitou se běžně vyjadřuje jakost, označuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, kterým se daný předmět odlišuje od jiného (ve smyslu lepší, či horší, než). Slovo kvalita je odvozeno od latinského *qualis*, jehož kořen je *qui* = kdo?, ve významu “kdo to je”, případně “jaké to je” (Křivohlavý 2004). Termínu kvality života se užívá k vystižení individuální charakteristiky zdraví jedince, kdy se uvažuje o psychických, sociálních a behaviorálních determinantech lidského života (Kebza 2005).

Vývoji pojmu se věnuje H. Hnilicová (2005). Zmiňuje, že termín byl poprvé použit ve 20. letech 20. století v diskuzi o vlivu státních dotací, v podobě materiální podpory

nižším sociálním vrstvám na kvalitu života chudších lidí a na ekonomický vývoj státu. Později se termín kvalita života objevil v poválečné době, v 60. letech 20. století, kdy se zlepšování kvality života stalo cílem politiky amerického prezidenta A. Johnsona (byl prezidentem v letech 1865 – 1869). Začalo se ukazovat, že pouze kvantita spotřebovaného zboží není ukazatelem společenského blaha, ale že tímto ukazatelem je, jak se lidem za určitých podmínek žije. Od 70. let 20. století se tento termín ukotvil v sociologii, kde se používá k odlišení podmínek života. Podle H. Haškovcové (1985) můžeme kvalitu života definovat z různých aspektů například ekonomických, sociálních, pracovních. „Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí“ (Hnilicová 2005, s. 206).

Kvalita života se stala předmětem zkoumání mnoha disciplín, především psychologie, sociologie, sociální psychologie, medicíny, antropologie. V souladu s H. Hnilicovou (2005), rozlišujeme tři odlišné přístupy zkoumání kvality života:

- **Sociologický přístup** – zaměřuje se na sledování kvality života u různých sociálních skupin v populaci i mezikulturně, hledá faktory, které ji předurčují
- **Psychologický přístup** – zkoumá subjektivní pohodu jedince a hledá nástroje, jak ji změřit
- **Zdravotnický přístup** – hodnotí poskytovanou péči, zdravotnické programy, kvalitu života u pacientů s různými onemocněními

Podobně rozlišuje přístupy ke kvalitě života V. Kebza (2005). První přístup můžeme označit za medicínský, zkoumá vztah kvality života a zdraví. Druhý přístup je obecnější, prezentován sociálními vědami. Vztahuje se ke společnosti a kvalitu života chápe jako ukazatele spokojenosti či blahobytu.

Jelikož je kvalita života označována jako multidimenzionální, je těžko uchopitelná a je obtížné ji přesně vystihnout. Jednu z prvních definic tohoto pojmu představila v roce 1993 WHO: „Kvalita života je subjektivní vnímání lidí a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním,

standardům, zájmům, starostem a obavám.“ Podle této definice lze usoudit, že na kvalitu života má vliv představa o sobě samém a svém životě. Jak shrnuje H. Hnilicová (2005, s. 207) „na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha faktorů. Jedná se o sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a často neznámým (neprobádaným) způsobem integrují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.“

Do kladného pólu kvality života řadí K. Hnilica (2005) celkovou spokojenost se životem, přítomnost kladných a relativní absenci záporných emocí, pocit celkového fyzického i duševního zdraví, pocit dobré tělesné kondice, absenci intenzivních a častých bolestí.

Úskalím s definováním kvality života, přehledem rozdílných přístupů a složitostí pojímání kvality života jako součást subjektivní pohody, se ve své práci zabývá E. Gurková (2011). Za kvalitu života považuje „mentální stav, osobní rys, vnímání, reakce v dané situaci, kognitivní hodnocení vlastního života, emoční stav, racionální posouzení“ (Gurková 2011, s. 24).

Někteří autoři zaměřují kvalitu života se sociální či psychosociální pohodou (Možný 2002; Hnilica 2005; Hnilicová 2005; Křížová 2005; Řehulková, Řehulka 2008). Oproti tomu V. Kebza (2005) považuje osobní pohodu za jednu z úrovní kvality života, přiřazovanou ke standardu kvality života. Za další úrovně promítající se do kvality života jsou podle něj úroveň schopnosti postarat se o sebe a úroveň schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života.

O vymezení modelu kvality života se také pokusil slovenský psycholog D. Kováč (2007), který uvádí tří úroňový model:

1. Základnu tvoří tělesný a psychický stav, funkční rodina, ekonomické zabezpečení, životní prostředí, schopnosti a návyky pro přežití
2. Střední část pojímá pevné zdraví, prožitek osobní spokojenosti, sociální status, kulturní a vzdělanostní úroveň, jistota a nepřítomnost katastrof, přátelské prostředí

3. Nejvyšší úroveň je daná bezproblémovým stárnutím, společenským uznáním, podporou života, sebe rozvojem

Úroveň kvality života lze zjišťovat dvěma způsoby, jak uvádí M. Zvírotsky (2009). Domnívá se, že hodnotitelem může být sám subjekt (pacient, klient, zkoumaná osoba) nebo druhá osoba (lékař, výzkumník apod.). H. Hnilicová (2005) předkládá přehled některých metod, které se u nás používají. Psychologický rozměr se měří pomocí „Škály spokojenosti se životem“ (dále jen SWLS) v překladu V. Smékala a zaměřuje se na emocionální prožívání života. Na sociologické pojetí kvality života se zaměřuje Mezinárodní společnost pro studium kvality života (*International Society for Quality of Life Studies*).²⁹ Zabývá se sociálními atributy úspěšnosti, jako je rodinný stav, vzdělání, vybavení domácnosti a jejich vztahem ke kvalitě života. Důležitá je také životní úroveň. V posledních letech se klade důraz na zjišťování kvality života v oblasti medicíny, kdy se pozornost soustředí na kvalitu života pacientů s různým onemocněním, dopad zvolené terapie, kvalitu života ovlivněnou zdravím. Pro tato měření byla vyvinuta celá řada nástrojů, nejčastěji se jedná o dotazníky. Dotazníky jsou zaměřeny na měření kvality života pacientů u konkrétních onemocnění (onkologická, onemocnění dýchací soustavy, *diabetes mellitus*, karcinom kůže aj.), ale za standard se považuje dotazník „SF-36“ (36 – *Item Health Survey*)³⁰, který je víceúčelový a doporučuje se ke zjišťování dopadu určitých medikamentů na kvalitu života pacientů.

Výzkum v oblasti kvality života H. Hnilicová (2005, s. 214) zdůvodňuje následovně: „Výsledky různě orientovaných výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka i k pochopení podstaty jeho lidské existence.“

²⁹ <http://www.isqols.org/>

³⁰ <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je čím dál častěji zdůrazňována jako důležitá složka zdravého životního stylu. Prokazatelně příznivě ovlivňuje zdraví jedince, a to nejen z hlediska fyzického, kdy je důležitým činitelem v prevenci zejména civilizačních onemocnění, ale také v oblasti psychosociální pohody jedince.

Průvodním jevem způsobu života současného člověka se naopak stává nedostatek pohybu (*hypokinéza*). J. Novotný a kol. (2003) uvádějí, že sedavý způsob života se současnou psychickou zátěží je v protikladu s tělesnými dispozicemi k pohybu, které se u člověka vyvíjely po milióny let a jsou stále zakódovány v genech. Tento rozpor často vede ke zdravotním problémům. Upozorňují i na to, že dochází také k nerovnováze mezi tělesnou a duševní zátěží a duševní zátěží a odpočinkem. Podle M. Kučery (in Máček, Radvanský 2011) má dnešní generace změněný pohybový režim. *Hypokinéza* zahrnuje pouze dynamický a lokomoční pohybový projev. U dnešní generace převažuje statická složka nad dynamickou. Autor tvrdí, že celková suma pohybu sice zůstává stejná, ale mění se charakter aktivit směrem ke statické činnosti. Statickou složku zvyšuje sedavé zaměstnání a pasivní využívání volného času. Jak autor uvádí: „Vlastní dynamický pohyb je potlačován statickým. Cílený pohyb má pak vyrovnávat tento nepoměr. Člověk k tomu využívá nejen sportu, ale i tělesných cvičení, pohybových her a činností“ (Kučera in Máček, Radvanský 2011, s. 163).

M. Máček a J. Máčková (1999) se zmiňují o výhodách dlouhodobé pravidelné pohybové aktivity na metabolický syndrom³¹, zejména aterosklerózu, ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi a *diabetes mellitus*. Výraznou redukci některých

³¹ Metabolický syndrom představuje současný výskyt typických rizikových faktorů, které se často vyskytují společně a vznikají pravděpodobně na podkladě inzulínové rezistence. Jedná se o společný výskyt nadváhy či obezity abdominálního typu, hypertenze a poruchy metabolismu glukózy. Přítomnost Metabolického syndromu znamená riziko předčasného rozvoje aterosklerózy, kardiovaskulárních nemocí, či vznik *diabetu mellitu* 2. typu. Základní podmínkou pro stanovení diagnózy Metabolického syndromu je přítomnost alespoň 3 z následujících složek (Karen, Souček 2007):

- abdominální obezita, kdy hodnoty obvodu pasu musí překročit hranici 102 cm u mužů a 88 cm u žen
- triglyceridy $\geq 1,7$ mmol.l-1
- hypertenze $\geq 130/\geq 85$ mmHg
- HDL cholesterol $< 1,3$ mmol.l-1 u žen a $< 1,0$ mmol.l-1 u mužů
- glykémie na lačno $\geq 5,6$ mmol.l-1

onemocnění vlivem pravidelné pohybové aktivity popisují ve své práci také L. Dobrý a I. Čechovská (in Hendl, Dobrý 2011). Vyjmenovávají snížení rizika úmrtí na kardiovaskulární choroby, riziko mrtvice, které se snižuje o 30 – 50 %; rakoviny tlustého střeva, *diabetu mellitu* II. typu a vysokého krevního tlaku. K dobrému zdraví pravidelná pohybová aktivita přispívá také tím, že pomáhá udržovat tělesnou hmotnost, přispívá ke zdraví kostí, svalů a kloubů, u starších jedinců snižuje riziko pádů, bolest při artritidě, ale také snižuje příznaky úzkosti a deprese, vede ke snížení návštěv lékaře a užívání léků (Dobrý, Čechovská 2011 in Hendl, Dobrý 2011). Podle M. Kučery (1998) je pohybová aktivita u dospělého důležitá pro udržení funkce; podílí se na stálosti vnitřního prostředí, normální činnosti orgánů i organismu jako celku. „Zdravotním přínosem mírné tělesné aktivity je lepší nálada a vyšší sebevědomí, lepší vzhled i držení těla a podstatné snížení rizika předčasného úmrtí, obezity, zvýšeného krevního tlaku, kardiovaskulárních chorob, *diabetu* a osteoporózy“ (Zdraví 21 2001, s. 96).

2.1 Historický kontext pohybové aktivity

Názor, že pohybová činnost je zdraví prospěšná, nepřevažuje jen v současné době, ale již Hippokrates (460 – 375 let před Kristem) považoval mírnou tělesnou zátěž za zdraví prospěšnou a důležitou pro dosažení dlouhověkosti (Hendl, Dobrý 2008). V první polovině 3. tisíciletí před Kristem vzniklo v Číně zdravotně zaměřené cvičení *Kung-fu*. Indie je místem vzniku jógy. Jóga zde vznikla ve 2. tisíciletí před Kristem, jako prostředek kultivace těla i ducha. V antickém Řecku kladli důraz na harmonický rozvoj duševních i fyzických schopností. Ideálem výchovy byl tzv. *kalokagathia*, odvozeno od slov *kalos kai agathos* - krásný a dobrý. Na odkaz tohoto ideálu navazuje období humanismu a renesance, kdy začaly o tělesném cvičení vycházet také knihy. Za mimořádně významné je považováno dílo lékaře Hieronyma Mercuria (1530 – 1606) „O umění gymnastickém knihy šestery“. Kniha se zabývá druhy gymnastiky a účinky cvičení na lidský organismus. Propagaci tělesné výchovy a výchovy krásných, zdravých a silných občanů zmiňuje v knize *Utopia* Thomas More (1478 – 1535). Zdravotní a estetickou důležitost pohybu prosazoval Vittorino Ramboldini da Feltre (1378 – 1446), který působil ve škole Dům radosti (*Casa giocosa*), kde výuka probíhala v souladu s řeckým ideálem harmonického rozvoje. Hodnotu pohybu pro zdárný tělesný a duševní

vývoj dítěte zdůrazňuje ve svých dílech Jan Amos Komenský (1592 – 1670). Z aktivit doporučoval hru, procházky v přírodě, běhy, skoky. Anglický osvícenský filosof John Locke (1632 – 1704) pro zdraví a fyzickou kondici doporučoval otužování, plavání, pobyt v přírodě, dodržovat správnou životosprávu, pravidelný pohyb ve formě tance, jízdy na koni, šermu a zápase (Kašpar 2007 in Jansa, Dovalil a kol. 2007).

M. Kučera (1998) spatřuje dnešní význam pohybu v regeneraci pracovní síly, ale i udržování a vytváření aktivního zdraví. Přesto, že je význam pohybu na zdraví všeobecně známý, převažuje v současné době u dětí, dospívajících, ale také dospělých spíše hypokinetický životní styl. Ten se vyznačuje pohybovou nedostatečností.

2.2 Vymezení základních pojmů

V odborné literatuře se vyskytuje několik pojmů, které se vztahují k pohybové aktivitě, ale jejich terminologie není jednotná. V této práci budou užívány pojmy podle terminologického slovníku autorů J. Hendla a L. Dobrého³² (2011). Jedná se o tyto pojmy:

- **Pohybová aktivita (*Physical activity*)** – označuje druh pohybu člověka, který je výsledkem svalové práce provázené zvýšením energetického výdeje, charakterizovaný svébytnými vnitřními determinantami a vnější podobou. Pohybové aktivity představují mnohovýznamový konstrukt a podle kontextu jsou dále různě označovány jako strukturované, nestrukturované, zdraví podporující, bazální, běžné každodenní, sportovní apod.
- **Sportovní pohybová aktivita (*Sports physical activity*)** – je strukturovaná, druhově specifická pohybová aktivita vykonávaná podle pravidel, pojí se s účastí v organizovaných sportovních soutěžích a se snahou dosáhnout subjektivně maximálního výkonu ve specifické sportovní disciplíně.

³² Terminologický slovník je autorskou součástí překladu publikace Marcusová, B.H.; Forsythová, L.H. *Psychologie aktivního způsobu života*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-654-4.

Vyžaduje adekvátní prostor, zařízení, náčiní a oblečení. Podstatná je jednotka času, vzdálenosti, intenzity a frekvence.

- **Pohybová aktivnost (*Total physical activity*)** – představuje souhrn bazálních, zdraví podporujících, sportovních i jiných pohybových aktivit v určité časové jednotce, vykonávaných v jednom intervalu nebo nashromážděných v několika oddělených intervalech. Pohybová aktivnost je komplexní záležitostí. Zahrnuje mnoho různých druhů pohybových aktivit, například chůzi, hraní volejbalu s dětmi, hrabání listů na zahradě, ale také cvičební aktivity jako je běh, aerobik apod. Pohybovou aktivnost lidí ovlivňuje několik faktorů. Patří mezi ně sebevědomí, přesvědčení, že člověk něco pohybovou aktivností získá, podpora ze strany rodiny a přátel, radost ze snahy něčeho dosáhnout. Pravidelná pohybová aktivnost v doporučeném týdenním objemu, včetně stupně namáhavosti, je považována za jeden z nejdůležitějších faktorů podpory zdraví každého lidského jedince v kterémkoli věku.
- **Pohybová nedostatečnost (*Physical inactivity*)** – vyjadřuje chování jedince projevující se velmi nízkým objemem běžných denních (bazálních) pohybových aktivit a deficitem strukturovaných pohybových aktivit, s převahou sedavého způsobu života.
- **Zdravotní benefity pohybových aktivit (*Health benefits of physical activity*)** – zahrnují hromadné účinky pohybových aktivit na zdraví (zdravotní prospěch, užitek, zvýhodnění, výhody či hodnoty získané pravidelně vykonávanými pohybovými aktivitami doporučené namáhavosti a frekvence).
- **Aktivní způsob života (*Active way of life*)** – způsob života, jehož trvalou součástí jsou pohybové aktivity odpovídající doporučením zdravotnických institucí.
- **Doporučené postupy, směrnice (*Guidelines*)** – směrnice vydané oborově reprezentativní institucí na národní či mezinárodní úrovni.

2.3 Doporučení pohybové aktivity

Podpora pohybové aktivity v rámci zdravého životního stylu je jedním z cílů programu Zdraví 21 (2001).

Cíl 11 – zdravější životní styl:

- 11.1 zásadně by se měla zvýšit odpovědnost za zdravější chování v oblasti výživy, tělesné aktivity a sexuálního života

Od 60. let 20. století vycházejí různá doporučení na objem pohybové aktivity pro zlepšení fyzické zdatnosti nebo zdraví. Lepší fyzická zdatnost se projevuje zvýšením aerobní kapacity a svalové síly a poklesem procenta tělesného tuku. Prvním dokumentem, který si kladl za cíl motivovat dospělou populaci k obohacení životního stylu o pohybovou aktivitu, byl program vydaný v roce 1965 Prezidentským výborem tělesné zdatnosti a sportů³³ (Dobry, Čechovská 2011 in Hendl, Dobry 2011). Výbor funguje dodnes a stále podporuje jedince každého věku; od dětí, přes adolescenty, dospělé, po seniory, s cíli zvyšování jejich pohybové aktivity, zdatnosti, ale také s úpravou jídelníčku. Od roku 1972 vydává tato doporučení také Americká asociace pro srdeční choroby (AHA – *American Heart Association*³⁴). Doporučuje minimálně 150 minut střední pohybové aktivity týdně, nebo 75 minut intenzivního tělesného cvičení týdně, jako prevenci vzniku srdečních onemocnění. Mezi aktivity s nejlepším účinkem řadí aerobní cvičení ve formě chůze, běhu, plavání a cyklistiky.

Americká společnost sportovního lékařství (ACSM – *American College of Sport Medicine*³⁵) publikovala v roce 1978 doporučení pro objem a druhy pohybových aktivit, jejichž cílem je zlepšení tělesné zdatnosti. Doporučení se vztahovalo k aktivitám vykonávaným ve vyšší intenzitě. Až v 90. letech 20. století se přišlo na zjištění, že „nízká intenzita i mírný objem pohybových aktivit vedou k důležitým fyziologickým adaptacím“ (Dobry, Čechovská 2011 in Hendl, Dobry 2011). Americká společnost sportovního lékařství reagovala na tyto údaje vydáním stanoviska, kdy uznala potenciál pravidelné

³³ <https://www.presidentschallenge.org/about/index.shtml>

³⁴ http://www.heart.org/HEARTORG/Encyclopedia/Heart-Encyclopedia_UCM_445084_Encyclopedia.jsp?levelSelected=16&title=physical%20activity

³⁵ <http://www.acsm.org/about-acsm>

pohybové aktivity vykonávané častěji, po delší čas, avšak s nižší intenzitou, než jaká byla do té doby doporučována (Dobry, Čechovská 2011 in Hendl, Dobry 2011). Od konce 20. století se přechází „od tělesné zdatnosti k pravidelné pohybové aktivitě, která přináší prokazatelné zdravotní benefity a následně může zvyšovat i tělesnou zdatnost“ (Dobry, Čechovská 2011 in Hendl, Dobry 2011, s. 37).

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvedla své doporučení k pohybové aktivitě v roce 2002. Podle ní má být člověk pohybově aktivní minimálně 30 minut každý den. V roce 2007 svá doporučení upřesňuje a konkretizuje pro různé věkové skupiny. Zdravým dospělým jedincům ve věku 18 – 65 let doporučuje pravidelnou pohybovou aktivitu ve střední intenzitě 30 minut 5krát týdně nebo 20 minut intenzivního cvičení 3krát týdně. Aktivity trvající déle jak 10 minut lze počítat a je možné kombinovat intenzitu. Podle doporučení WHO je potřeba se 2 – 3krát týdně věnovat také posilovacím cvičením a tréninku vytrvalosti.³⁶ K. Frömel a A. Bauman s kolektivem (2006) uvádějí, že tyto požadavky splňuje v České republice pouze 45,58 % mužů a 26,93 % žen v případě intenzivního pohybu a doporučení pro středně zatěžující pohybovou aktivitu splňuje pouze 31,32 % mužů a 23,76 % žen. Autoři dále uvádějí, že se pohybová aktivita snižuje s věkem.

Jiná doporučení pohybové aktivity, než je minutový objem a míra zatížení, představuje doporučení dostatečného počtu kroků. Ten je stanoven na 10 000 kroků za den. Chůze je základním a nejpřirozenějším lokomočním pohybem. „Chůze je součástí pohybové aktivity v různých kontextech a je přijatelná zejména pro ty osoby, které mají strach z pohybových aktivit vyžadujících vysokou intenzitu nebo tradiční nabídky na zvýšení zdatnosti“ (Dobry, Čechovská 2011 in Hendl, Dobry 2011). Počet kroků je možné měřit pomocí krokoměrů (pedometrů). Stav, kdy je počet kroků denně nižší jak 5 000, se označuje za sedavý způsob života. Běžná životní aktivita je vyjádřena počtem kroků 6 000 – 7 499, což znamená mírnou aktivitu a střední aktivita představuje 7 500 až 9 999 kroků denně. Přiměřený a žádoucí výdej se projevuje od 10 000 kroků denně. Vysoce aktivní osoby s pravidelným tréninkem dosahují i více než 12 500 kroků za den (Máček, Radvanský 2011).

³⁶ http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf

Pohybovou činností, aby přinesla očekávaný efekt, je nutné provozovat trvale po dobu několika měsíců. M. Máček a J. Radvanský (2011) uvádějí, že zlepšení u sedavých osob se začíná projevovat až po několika týdnech či měsících, kdy se projeví větší odolnost proti svalové únavě a zvýší se využití kyslíku, což přispívá k větší výkonnosti. L. Dobrý a I. Čechovská (2011) dodávají, že doporučený objem má zaručit zdravotní benefity dospělým jedincům se sedavým způsobem života; nevztahuje se k redukci tělesné hmotnosti. K aerobním aktivitám radí přidat cviky na zvětšení kloubní pohyblivosti (flexibility), což vede k udržování tukuprosté hmoty a ke zlepšení svalové zdatnosti. Jedincům, kteří jsou pohybově aktivní 30 minut denně, se doporučuje postupně prodlužovat dobu trvání pohybové aktivity na 60 minut denně. Tím si zajistí další zdravotní benefity.

WHO představila v roce 2005 projekt *HEPA Europe*³⁷ (*European Network for the Promotion of Health-enhancing Physical Activity*³⁸). Cílem projektu je podpořit a posílit úsilí a aktivity, které motivují obyvatele evropského regionu k účasti na pohybových aktivitách a podílejí se na zlepšování podmínek pro zdravý životní styl (Brian a kol. 2006). Zároveň eviduje zjištění a výsledky výzkumů o vlivu pohybové aktivity na zdraví jedince, přístupů k pohybové aktivitě a poskytuje tyto ověřené odborné znalosti dalším partnerům s cílem přispět k rozvoji národních politik a strategií *HEPA*. Její vizí je rozvíjet, podporovat a šířit účinné strategie, programy, přístupy a další ověřené praxe. Činí tak prostřednictvím konferencí, výročních setkávání členů a také pomocí internetových stránek³⁹ (Brian a kol. 2006). Za nový prvek lze považovat podporu běžných pohybových aktivit, jako je chůze či jízda na kole využívaných místo dopravního prostředku. Uvádí, že u osob, kteří pravidelně každý den jezdí do práce na kole, bylo prokázáno snížení úmrtí na neinfekční onemocnění až o 40 %.

³⁷ *Health enhancing physical activity* (HEPA) – pohybové aktivity podporující zdraví a přinášející žádoucí zdravotní benefity. Naplánované, pravidelně vykonávané pohybové aktivity odpovídající objemem i namáhavostí ověřeným doporučením založeným na evidenci (Hendl, Dobrý 2008).

³⁸ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe>

³⁹ <http://www.euro.who.int/hepa>

Dalším ze způsobů WHO podpory zdraví prostřednictvím pohybu je projekt *Move for Health Day*⁴⁰ – Pohybem ke zdraví, což je den věnovaný pohybu. Vždy kolem 10. května vyzývá WHO členské státy k realizaci aktivit vedoucích k podpoře pohybové aktivity na národní úrovni. Cílem dne je informovat širokou veřejnost o přínosu fyzické aktivity v prevenci nepřenositelných nemocí (jako jsou obezita, nemoci pohybové soustavy, kardiovaskulární onemocnění, *diabetes mellitus* aj.). Z členských států se každoročně k této výzvě připojují Rakousko, Malta, Turecko, Slovinsko, Lucembursko, Finsko a Norsko. Česká republika bohužel chybí. Konkrétní podoba dne a aktivity jsou v kompetenci jednotlivých členských států. Musí však být dodrženy hlavní cíle celého globálního projektu, které jsou⁴¹:

- Vytvoření veřejného povědomí o přínosech fyzické aktivity v prevenci nepřenositelných nemocí
- Propagovat výhody fyzické aktivity a uvádět je do praxe
- Zvýšit účast na fyzických aktivitách v populaci ve všech oblastech (volný čas, doprava, práce) a institucích (škola, obec, domov, pracoviště)
- Podporovat zdravý životní styl a řešit záležitosti týkající se zdraví prostřednictvím sportu a fyzické aktivity, zdravou výživou, redukcí stresu, násilí a sociální izolace, omezit kouření

Důležitým mezinárodním dokumentem, vyzývajícím k činnosti v oblasti podpory pohybové aktivity, je **Torontská charta pohybové aktivity: globální výzva** (dále jen Torontská charta). Tento globální dokument byl přijat v rámci *3rd International Congress on Physical Activity and Public Health*⁴² v kanadském Torontu v květnu 2010 a na jeho tvorbě se podílelo několik stovek předních světových odborníků na problematiku pohybové aktivity a zdraví. Cílem Torontské charty je vytvořit lidem příležitost vést pohybově aktivní život. Má podněcovat k činnosti a zároveň současně přesvědčovat o potřebě pohybových aktivit. Torontská charta je nástrojem pro

⁴⁰<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/move-for-health-day>

⁴¹<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/move-for-health-day>

⁴² <http://64.26.159.200/icpaph/en/index.php>

organizace zabývající se podporou pohybové aktivity, jehož pomocí mohou působit na osoby s rozhodovací pravomocí na národní, regionální či místní úrovni a umožňuje jim dosáhnout společného cíle (Globální rada pro pohybovou aktivitu 2010).

Kromě přínosu pravidelného pohybu na zdraví jedince uvažuje charta také o jeho vlivu v oblasti udržitelného rozvoje a ekonomiky. „Torontská charta pohybové aktivity přichází se čtyřmi opatřeními založenými na devíti hlavních zásadách a je výzvou všem zemím, regionům a široké veřejnosti k intenzivnějšímu politickému a sociálnímu úsilí o podporu zdraví prospěšné pohybové aktivity pro všechny“ (Globální rada pro pohybovou aktivitu 2010). Hlavní zásady vycházejí z Akčního plánu pro boj s hromadnými neinfekčními onemocněními⁴³ (2008) a Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví⁴⁴ (2004) Světové zdravotnické organizace a jiných mezinárodních chart zabývajících se zdravým životním stylem. Ke zvýšení úrovně pohybové aktivity a omezení sedavého způsobu života doporučuje:

1. Přijmout vědecky podložené (*evidence based*) strategie, které jsou zaměřeny na celou společnost i její dílčí skupiny, zvláště pak na ty, které jsou z hlediska přístupu k pohybové aktivitě nejvíce ohroženy
2. Zajistit rovný přístup s cílem snížit sociální a zdravotní nerovnosti a rozdíly v dostupnosti pohybové aktivity
3. Zabývat se environmentálními, sociálními a individuálními faktory pohybové *inaktivity* (nedostatečnosti)
4. Spolupracovat na realizaci udržitelných opatření na národní, regionální a místní úrovni napříč různými sektory za účelem dosažení optimálních výsledků
5. Rozvíjet lidský a materiálně-technický kapitál a podporovat výzkum, praxi, politiku, evaluaci a monitoring
6. Uplatňovat celoživotní přístup naplňováním potřeb dětí, rodin, dospělých i lidí vyššího věku

⁴³ http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

⁴⁴ http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

7. Přesvědčovat osoby s rozhodovací pravomocí i širokou veřejnost o potřebě intenzivnějšího politického úsilí a navýšení prostředků ve prospěch pohybové aktivity
8. Brát ohled na kulturní jedinečnost a uzpůsobit strategie tak, aby odpovídaly místním specifikám, kontextu a zdrojům
9. Podporovat volbu aktivního životního stylu, protože tato volba je nejen zdraví prospěšnější, ale i snazší

Torontská charta (2010) vyzývá k činnosti ve čtyřech klíčových oblastech:

1. **Přijetí a zavedení národní politiky a akčního plánu** – zaručí podporu a koordinaci všech zapojených sektorů, musí stanovit klíčového aktéra zodpovědného za řízení pohybových aktivit, mají za úkol definovat role a další související činnosti, které vykonávají spolupracující instituce (státní i nevládní), představit realizační plán, včetně financování, přijmout vědecky podložené příručky a využívat strategie podporující aktivní životní styl.
2. **Šíření politiky podporující pohybovou aktivitu** - politická podpora je důležitá k dosažení udržitelných změn ve společnosti, národní politika má definovat společný cíl ke zvýšení úrovně pohybové aktivity, který bude závazný pro ostatní sektory. Dílčí cíle již mohou být v kompetenci dalších sektorů. Příkladem podpůrné strategie jsou městské a obecní plány a normy stavebních projektů, které podporují chůzi, jízdu na kole, využití veřejné dopravy, sport a rekreaci se zvláštním důrazem na rovný přístup a bezpečnost. Fiskální politika, jako jsou dotace, pobídky a daňové odpočty, které mohou podporovat účast na pohybové aktivitě nebo snížení daňové zátěže vedoucí k zmírnění překážek. Vzdělávací strategie, které podporují povinnou tělesnou výchovu na vysoké kvalitativní úrovni, aktivní dopravu do školy, pohybovou aktivitu během dne a zdravé školní prostředí. Sportovní a rekreační politika a systémy financování, které zvýhodňují vyšší zapojení celého spektra veřejnosti. Vytvoření podmínek

pro zapojení médií s cílem podpořit zvýšení politické odpovědnosti v oblasti pohybové aktivity.

3. **Změna charakteru služeb a financování pohybové aktivity** – mohou přinést mnohé výhody, jako je pevnější zdraví, čistší vzduch, snížená intenzita dopravy, úspora nákladů a lepší schopnost utvářet společenské vazby. V oblasti vzdělávání upřednostňovat vzdělávací programy s povinnou tělesnou výchovou na vysoké kvalitativní úrovni, jež kladou důraz na nesoupeřivé sporty ve školách a proškolení všech učitelů v tělesné výchově, umožnění aktivního pohybu studentům i během vyučování a o přestávkách. V oblasti dopravy a plánování výstavby stezek, cyklostezek, veřejných sportovišť. Na pracovištích zařazovat programy, které vedou zaměstnance i jejich rodiny k aktivnímu životnímu stylu, podporovat aktivní dopravu do práce nebo cestování veřejnou dopravou. V oblasti sportu, parků a rekreace povzbuzovat masové zapojení a sport pro všechny, včetně osob se speciálními potřebami a vrcholovými sportovci. V oblasti zdraví zdůrazňovat prevenci a podporu zdraví, u pacientů s některým neinfekčním onemocněním doporučovat adekvátní pohybovou aktivitu jako součást léčby.
4. **Rozvoj spolupráce pro realizaci činností** – představuje spolupráci na národní, regionální i místní úrovni, na které se podílí veřejný i soukromý sektor i samotná veřejnost. Úspěch spolupráce spočívá v nalezení společných hodnot a programových činností a sdílení odpovědnosti a informací. Příkladem možnosti spolupráce jsou mezinárodní pracovní skupiny realizující akční plány, veškeré další politiky či organizace, které podporují pohybovou aktivitu u obyvatelstva.

„Přijetí Torontské charty staví pevné základy a určuje směr zdraví prospěšné pohybové aktivity na celém světě“ (Globální rada pro pohybovou aktivitu 2010). Na překladu Torontské charty do českého jazyka se podílel tým M. Kalmana z Univerzity

Palackého v Olomouci.⁴⁵ Česká republika zatím bohužel chybí na seznamu podporovatelů této charty.⁴⁶

Podpora pohybové aktivity je také součástí nových a aktuálních mezinárodních strategií - americké *Healthy People 2020*⁴⁷ a evropské *Health 2020*⁴⁸. Strategie podporují aktivity směřující k podpoře zdraví na mezinárodní, národní i lokální úrovni. Evropská strategie *Health 2020* se především zaměřuje na nerovnosti ve zdraví, finanční krizi a související snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví a nárůst výskytu chronických neinfekčních onemocnění. Podobné cíle si klade také americká strategie *Healthy People 2020* - zvýšit kvalitu života, delší život bez zranění, zdravotních postižení a předčasných úmrtí, odstranit nerovnosti ve zdraví a vytvořit prostředí podporující zdravý životní styl.

Výše uvedená doporučení pohybové aktivity se vztahují k dospělé zdravé populaci (18 – 65 let) a nelze je považovat za jednotný návod vhodný pro všechny. Vždy je nutné přistupovat individuálně a doporučení pohybové aktivity musí vycházet z věkové kategorie jedince, jeho zdravotního stavu, kondice, časových a finančních možností, či zájmů.

Doporučení pro pohybovou aktivitu shrnula J. Dřevová (2007) do „Pyramidy pohybové aktivity“, která je znázorněna na obrázku č. 2.

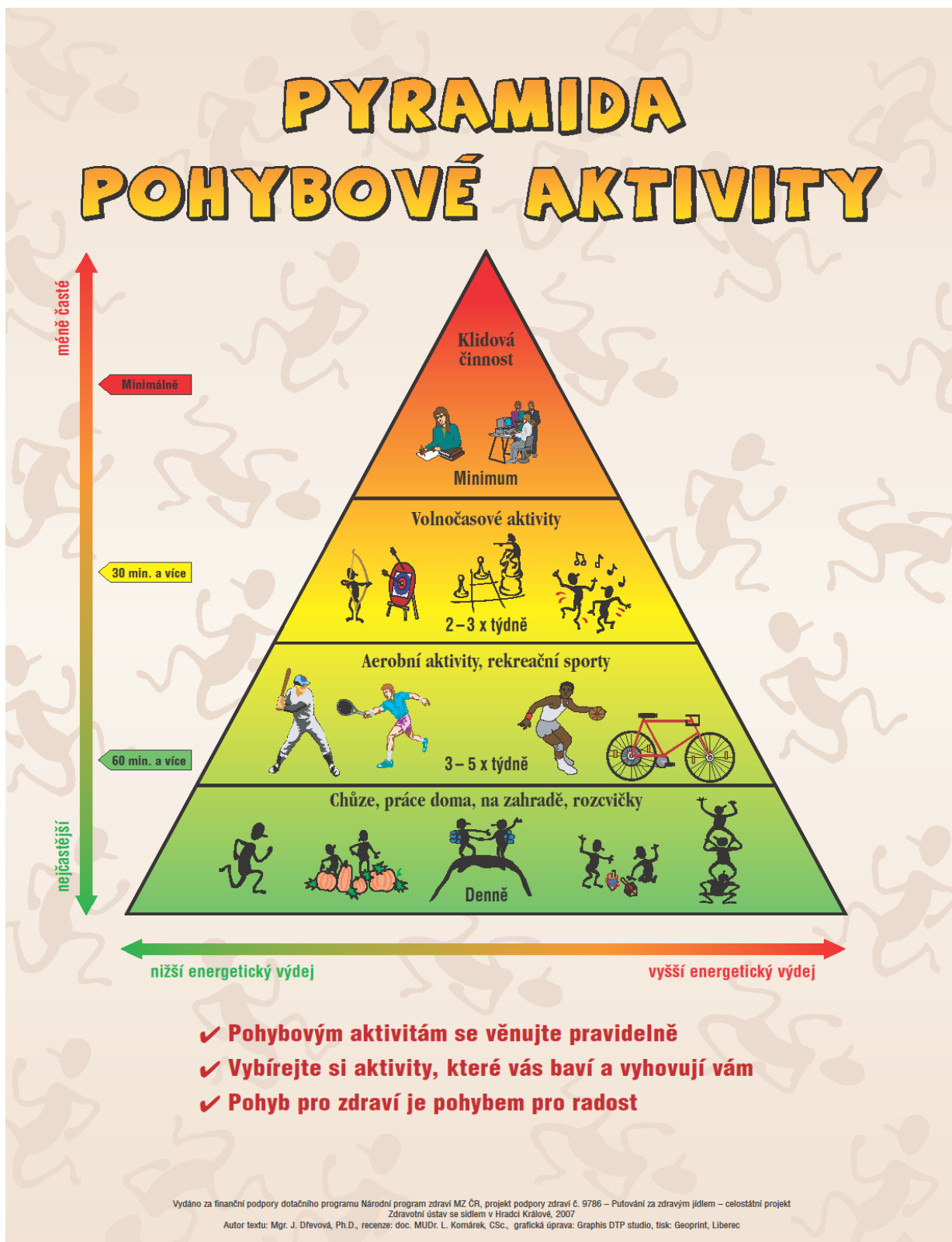
⁴⁵ <http://www.globalpa.org.uk/charter/translation.php>

⁴⁶ <http://www.globalpa.org.uk/charter/supporters-orgs.php>

⁴⁷ <http://healthypeople.gov/2020/about/default.aspx>

⁴⁸ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/about-health-2020>

Obrázek č. 2 Pyramida pohybové aktivity



Zdroj: Státní zdravotní ústav v Hradci Králové 2007

2.4 Přínos pohybové aktivity

Řada epidemiologických výzkumů potvrdila, že pohybová aktivita je významným prostředkem v boji proti neinfekčním onemocněním a podílí se na zdraví člověka i celé populace (Kalman, Hamřík, Pavelka 2009). Tento vliv byl prokázán zejména u onemocnění, která představují hlavní příčiny úmrtí ve zdravotnický stabilizovaných státech (více kapitola 2.5).

2.4.1 Vliv pohybové aktivity na tělesné zdraví člověka

V dospělosti je pohyb důležitý pro udržování tělesné stavby a funkce. Podílí se na stálosti vnitřního prostředí, činnosti orgánů i organismu jako celku, uvádí M. Kučera (1998). Řada studií, jak již bylo výše uvedeno, prokázala snížení nemocnosti a úmrtí na kardiovaskulární choroby, rakovinu tlustého střeva, *diabetes mellitus* II. typu, vysokého krevního tlaku; i riziko mrtvice klesá o 30 – 50 % vlivem pravidelné pohybové aktivity. Pravidelný pohyb přispívá také ke zdraví kostí, kloubů a svalů, pomáhá udržovat tělesnou hmotnost (Dobry, Čechovská 2011 in Hendl, Dobry 2011). Podle L. Dobrého a I. Čechovské (in Hendl, Dobry 2011) mezi nejčastěji uváděné výhody (*benefity*) pohybové aktivity na tělesné zdraví patří:

- Zvýšení úrovně HDL⁴⁹ cholesterolu
- Snížení vysokého krevního tlaku
- Spalování tuku, které pomáhá zlepšovat složení těla
- Udržování příznivé hladiny krevního cukru
- Zvyšování hustoty kostní dřevě
- Posilování imunitního systému
- Ve spojení s vyváženou stravou udržování přijatelné tělesné hmotnosti

⁴⁹ HDL cholesterol znamená „*high-density lipoprotein*“, často se označuje jako tzv. „dobrý“ cholesterol. Cholesterol je látka, kterou organismus potřebuje pro udržení správné funkce nervového systému, tvorbu hormonů a vitamínu D. Cholesterol je přijímán ze stravy živočišného původu, nejvíce z červeného masa. Cholesterol pomáhá tělu zpracovávat tuky, je také důležitý při tvorbě buněčných membrán. Příliš vysoká koncentrace v krvi však nese pro organismus zdravotní rizika, především onemocnění srdce. Vysoký podíl HDL cholesterolu je známkou dobré schopnosti vyloučit nadbytečný cholesterol z organismu (Blahušová 2005).

- Vylepšování tělesného vzhledu (body image)
- Snížení klidové srdeční frekvence
- Zvýšení výkonnosti energetických systémů
- Zlepšení metabolismu
- Rychlejší usínání, lepší spánek

M. Kalman, Z. Hamřík a J. Pavelka (2009) uvádějí tyto přínosy pravidelné pohybové aktivity na tělesné zdraví:

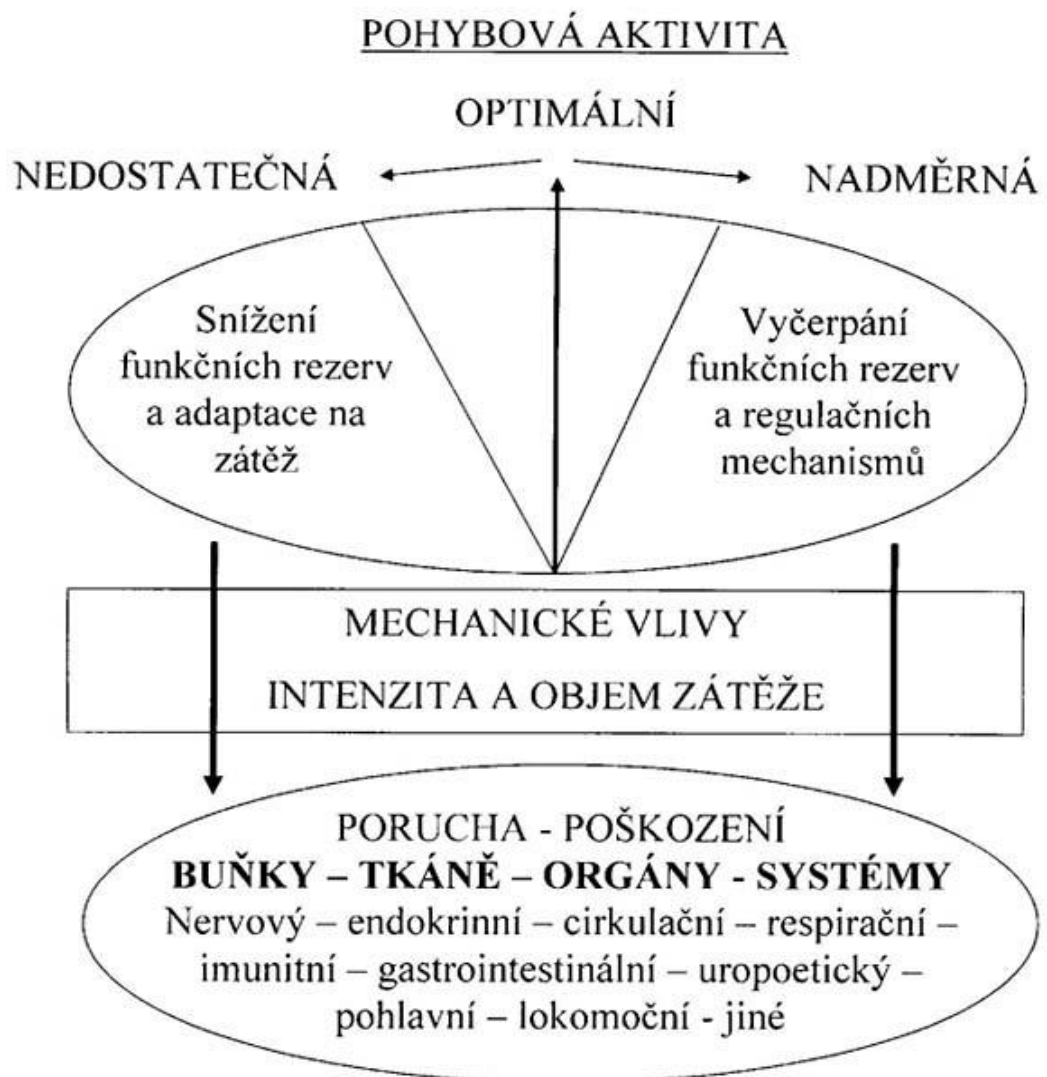
- Harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinní systém (pocit většího klidu, vyrovnanosti, zvyšuje se sexuální aktivita, odolnost vůči všem druhům stresu)
- Upravuje biochemické hodnoty tuků v krvi, mění se metabolismus tuků (ztráta nadbytečných kilogramů, oddalování procesu kornatění tepen srdce a mozku, u diabetiků lze postupně snižovat dávky inzulínu)
- Preventivně ovlivňuje úbytek vápníku z kostí (prevence osteoporózy)
- Zvyšuje se pevnost a pružnost kloubních vazů a úponových svalových šlach, ohebnost kloubů, svalová síla, vytrvalost a klidové napětí svalu
- Podporuje krevní oběh, zvyšuje vytrvalost, je lépe zajištěna výměna látková i na periférii končetin, lépe pracují ledviny, játra a další vnitřní orgány, má preventivní vliv na vznik křečových žil, zvýšenou srážlivost krve, trombózu hlubokých žil dolních končetin a poruchu lymfatické cirkulace
- Zlepšuje se schopnost krve přenášet kyslík
- Snižuje klidové hodnoty srdeční frekvence, dochází ke zlepšení činnosti srdce, normalizuje se krevní tlak
- Stimuluje hluboké břišní dýchání
- Preventivně předchází vzniku chronického únavového syndromu
- Pomáhá lidem přestat kouřit, potlačuje abstinenci příznaky

- Snižuje riziko potratu, usnadňuje porod

2.4.1.1 Negativní dopad pohybové aktivity na tělesné zdraví člověka

Negativní dopad na tělesné zdraví člověka může způsobit buď nedostatečný pohyb, nebo i nadměrné zatěžování až přetěžování. Obojí může být příčinou poruch organismu. Potíže způsobené nedostatečným či nadměrným zatížením zobrazuje obrázek č. 3.

Obrázek č. 3 Objem a intenzita zatížení



Zdroj: Novotný 2003, s. 15

Při sníženém pohybu dochází v organismu ke strukturálním změnám; úbytek svalové hmoty, zkrácení vazivových struktur, svalů. Změny se objevují také ve struktuře páteře. Nadměrný pohyb s sebou nese riziko vzniku úrazu, únavy, objevuje se bolest z přetížení a může dojít až ke strukturálním poruchám ovlivňující nepříznivě pohybové chování (Velé 1997). Na rizika, která jsou u člověka s pohybovými aktivitami spojena, upozorňují ve své publikaci také autoři M. Kalman, Z. Hamřík a J. Pavelka (2009). Jedná se o zranění pohybového aparátu a akutní kardiovaskulární příhody, které jsou spojeny především s nadměrnou intenzitou vykonávané pohybové činnosti, či přetížení organismu z nadměrné délky prováděné pohybové aktivity.

2.4.2 Vliv pohybové aktivity na psychické zdraví člověka

Známý je i příznivý účinek pohybové aktivity na psychickou pohodu. Jak uvádí M. Blatný (2005) pohyb ovlivňuje zejména sebeúctu, úzkost, depresi, napětí, vnímání stresu. Vztah mezi aerobní kondicí a náladou prokázali T.W. Pelman a P.D. Campagna (1991). Vliv pohybové aktivity na pocity psychické pohody doložili ve své studii R. Norris, D. Carrol a R. Cochrane (1991 in Blatný 2005). J. Křivohlavý (2001) navíc zmiňuje zvyšování kladného sebehodnocení u pravidelně cvičících jedinců. Ve své publikaci se odvolává na výzkum R.J. Sonstroema (1984), který dospěl k závěru, že ke zvyšování sebehodnocení nedochází přímo, ale spíše postupně přes zvyšování sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty, pocitu zdraví, povědomí o zlepšeném celkovém fyzickém vzhledu, pocitu zvýšené energie apod.

Nejznámější výhodou pohybových aktivit na psychické zdraví člověka je zlepšování nálady, ke které dochází vlivem vyplavování hormonů endorfinů (známých také jako hormony štěstí) při aerobní činnosti. Endorfiny zlepšují náladu, navozují pocit štěstí a tlumí bolest (Blahušová 2005).

M. Kalman, Z. Hamřík a J. Pavelka (2009) mezi výhody pravidelné pohybové aktivity na psychické zdraví jedince řadí:

- Stimulaci produkce endorfinů v mozku (dobrá nálada, lepší snášení bolesti, pocit uvolnění, štěstí)
- Zvýšení duševního potenciálu (schopnost více a déle přemýšlet, zlepšuje se paměť)
- Uvolnění svalového napětí a odstranění záporných emocí (zvyšuje se sebevědomí, zmírňuje rozčilení, problémy se zdají méně závažné, snadněji se s nimi jedinec vyrovnává)
- Zpomalení procesu stárnutí, prodloužení délky života a aktivní délky života ve stáří

2.4.2.1 Negativní dopad pohybové aktivity na psychiku člověka

Přes veškeré přínosy pravidelného cvičení na psychiku nelze opomenout ani možná negativa. Tělesný pohyb může nabýt charakteru návykové činnosti. Ta je označována jako psychologická addikce. J. Křivohlavý (2001) zmiňuje dvě rozlišení závislosti na pohybu:

- a) **Pozitivní addikce** – při přerušení pohybové činnosti se objevují u jedince odvykací příznaky převážně psychologického druhu (pocit viny, úzkosti, napětí, nepokoje, neklidu). Tyto příznaky byly pozorovány u sportovců v mezidobí, kdy zrovna necvičili. Týká se zejména běžců, horolezců, návštěvníků fitness center.
- b) **Negativní addikce** – představuje neustálé zvyšování sportovní mety (hranice výkonu), stanovování si stále vyšších a nebezpečných cílů. Kromě rizik samotné sportovní činnosti a jejího druhu, dochází k zanedbávání ostatních sfér života sportujícího jedince. Dopad se odráží v rovině vztahové, rodinné i v zaměstnání. Setkáváme se s ní například u běžců, kteří zvyšují délku běhu, nebo plavců.

2.4.3 Vliv pohybové aktivity na sociální zdraví člověka

Provozování pohybové aktivity, či vykonávání sportovní činnosti je považováno za významný socializační činitel. Podle zprávy Rady Evropy (1996) „participací na pohybové aktivitě dochází k rozvoji týmové spolupráce, osvojování různých sociálních rolí, rozvoji etického a sociálního vědomí a smyslu pro odpovědnost v sociálních vztazích a to zejména u dětí.“ M. Kalman, Z. Hamřík a J. Pavelka (2009, s. 38) uvádějí: „Participace obyvatelstva na pohybové aktivitě dále zvyšuje míru sociální koheze, odvádí mladé lidi od antisociálního chování, včetně kriminality (vandalismus, závislost na návykových látkách, páchaní drobných přestupků z nudy atd.), zlepšuje psychickou kondici a sebeúctu jedince a podporuje a rozvíjí pozitivní sociální hodnoty a základní kompetence člověka potřebné pro život.“

Zapojení se do pohybových aktivit je vhodným prostředkem k navázání nových sociálních kontaktů, napomáhá učení se různým sociálním rolím, hodnotám a pravidlům. Vhodným prostředkem je také sportovní činnost, jejíž sociální význam uvádějí L. Flemer a Z. Vajlent (2010, s. 82): „Sport je otevřen pro všechny bez ohledu na barvu pleti, vyznání či politické přesvědčení, pro děti, mládež, dospělé, i seniory. Sportovní diváci i aktivní sportovci mohou pocházet z odlišných poměrů, mohou být na naprosto odlišné intelektuální úrovni, přesto je sport, jako jedna z mála aktivit, dokáže spojovat, a dokonce si díky sportu mají co říci.“

2.5 Důsledky pohybové nedostatečnosti

Sedavý způsob života, pro nějž je charakteristická pohybová nedostatečnost (pohybová *inaktivita*), s sebou nese negativní důsledky nejen v oblasti zdraví jedince, ale i ve společenské a ekonomické sféře. Pohybová nedostatečnost je čtvrtou hlavní příčinou chronických onemocnění s následkem smrti. Jedná se zejména o onemocnění srdce, mozkové ataky, *diabetes mellitus*, nádorová onemocnění. Vede také k nárůstu obezity u dětí i dospělých. „V důsledku nedostatku pohybové aktivity tak dochází na celém světě k více než třem milionům zbytečných úmrtí ročně“ (Globální rada pro pohybovou aktivitu 2010). V oblasti ekonomiky uvádí Torontská charta (2010) důsledek

pohybové nedostatečnosti v navýšení přímých i nepřímých nákladů na zdravotní péči a významný vliv na produktivitu a délku aktivního života.

Podle odhadů WHO (2002) civilizační onemocnění způsobují až 60 % úmrtí na světě. Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou smrti také v České republice. Ročně zde zemře na kardiovaskulární choroby 600 osob na 100 000 obyvatel. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky⁵⁰ (dále ÚZIS ČR) byl v roce 2010 zaznamenán nárůst léčených diabetiků o 3 %, nárůst novotvarů o 2 % a na kardiovaskulární onemocnění stále připadá více jak 50 % úmrtí, tedy více, jak na ostatní choroby dohromady (Zdravotnictví České republiky 2010 ve statistických údajích 2011). *Diabetes mellitus* postihuje 6,5 – 7 % české populace, převažuje onemocnění druhého typu. Osteoporóza⁵¹ postihuje 15 % mužů a 33 % žen ve věku nad 50 let. S přibývajícím věkem počet nemocných osob touto nemocí stoupá (Kalman, Hamřík, Pavelka 2009).

V průběhu posledních let zaznamenáváme nárůst hmotnosti u mužů i žen. Hmotnost posuzujeme podle *Body Mass Index* (dále BMI). Index vypočítáme vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky. Kategorie podle BMI jsou uvedeny v tabulce č. 2:

⁵⁰ <http://www.uzis.cz/>

⁵¹ Osteoporóza je nemoc kostí, při které ubývají minerály a organické součásti kostí. Kostní tkáň řídne, zmenšuje se vnější pevnost kosti (Blahušová 2009).

Tabulka č. 2 Kategorie *Body Mass Index*

Kategorie	rozsah BMI – kg/m ²
Těžká podvýživa	≤ 16,5
Podváha	16,5 – 18,5
Ideální váha	18,5 – 25
Nadváha	25 – 30
Mírná obezita	30 – 35
Střední obezita	35 – 40
Morbidní obezita	> 40

Zdroj: Fialová 2006

Zatímco v roce 1993 bylo v České republice 12,3 % obézních dospělých žen a 10,4 % obézních dospělých mužů, v roce 2008 se obezita týkala již 17,4 % dospělých mužů a 17,5 % žen. Nadváha byla zaznamenána u 45 % dospělých mužů a 29 % žen, což je téměř stejná hodnota, jako v roce 1993. Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví (2014) uvádí celkem 57 % dospělých mužů a žen trpících nadváhou či obezitou.⁵² Naopak u ideální váhy je zaznamenána klesající tendence. Procento mužů s ideální váhou kleslo v průběhu patnácti let o 8 % a u žen o 7 %. Je patrné, že muži jsou více náchylní k nadváze či obezitě, kdežto ženy bilancují nad oběma krajními protipóly, nadváze či podváze (Český statistický úřad 2012). Podle průzkumu Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále VZP) z roku 2010 je v České republice ve věku 40 – 60 let 25 % lidí obézních a nadváhou trpí ve stejném věku téměř 40 % jedinců.⁵³ Z údajů průzkumu také vyplynulo, že s přibývajícím věkem se tělesná hmotnost zvyšuje a dokáží tomu zabránit pohybové aktivity a zdravé stravovací návyky. Nejvíce obézních jedinců v populaci (34 %) je mezi věkem 60 – 80 let (VZP 2011). Jedince ve věkové skupině 45 – 56 let, kterou se tato práce zabývá, je v rámci prevence vzniku obezity a z ní vycházejících dalších civilizačních

⁵²http://www.mzcr.cz/dokumenty/cesi-ziji-deletrapi-je-ale-civilizacni-nemocizmenit-to-muze-narodni-strategi_9418_3030_1.html

⁵³ <http://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>

onemocnění potřeba podpořit v chování vedoucí ke zdravému životnímu stylu a pravidelné pohybové aktivitě.

Výskyt obezity je celosvětový problém a podle zprávy WHO (2006) se týká vyspělých i rozvojových zemí. Na světě trpí nadváhou 1,6 miliardy lidí starších patnácti let, z toho je 400 milionů lidí obézních. Prognózy říkají, že v roce 2015 by mohlo být na světě 2,3 miliardy dospělých s nadváhou a více než 700 milionů lidí trpících obezitou (Kalman, Hamřík, Pavelka 2009).

Na vzniku civilizačních onemocnění nese příčinu také pokles pohybové aktivity u české populace. Z údajů studie *Global Physical Activity Questionnaire* (Dotazník celkové pohybové aktivity) z roku 2011 má 32 % dospělé české populace nízkou úroveň pohybové aktivity, 21 % střední a 46 % vysokou úroveň pohybové aktivity a bohužel dochází k poklesu pohybové aktivity u jedinců⁵⁴. „Podíl osob středního věku (45 – 54 let), kteří se ve volném čase vůbec nevěnují sportu, stoupl mezi lety 2005 a 2010 o 7 procentních bodů u mužů na 38 % a o 12 procentních bodů u žen na 44 %“ (Zpráva o zdraví obyvatel České republiky 2014, s. 100).

Nedostatek aktivního pohybu způsobuje onemocnění pohybového aparátu, který je v ČR druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti a také chronické bolesti. „Příčiny vzniku onemocnění pohybového aparátu je třeba hledat již v dětství, kdy se vlivem nesprávného zatížení pohybového aparátu rozvíjí svalová nerovnováha, která vede k vadnému držení těla“ (Kratěnová, Žejglicová 2007). Kromě vnitřních faktorů (vrozené vývojové vady, úrazy) se mezi příčiny vzniku těchto onemocnění řadí sedavý způsob života, pasivní trávení volného času, pohodlnost, nesprávné pohybové návyky, jednostranné přetěžování, aj.

Nedostatek pohybu může vyústit v psychické problémy. Slepíčka a kol. (2006) považují pohyb za nejdůležitější projev života, projev individua vůči okolí, ale i nositele informace o procesech ve vnitřním prostředí, nejen o stavu vnitřních orgánů, ale především o stavu mysli. Podle autora je možné analýzou pohybového projevu člověka předpokládat úroveň aktuálního tělesného a duševního stavu.

⁵⁴ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23889330>

V hospodářsky vyspělých zemích světa trpí pohybovou nedostatečností až 70 % dospělé populace (Dobrý, Čechovská 2011 in Hendl, Dobrý 2011). Zpráva WHO (2008) hovoří o 31 % dospělých, kteří byli v roce 2008 pohybově neaktivní v evropském regionu. Ze zjištění WHO (2008) vyplynulo, že více pohybově aktivní jsou muži.⁵⁵ Z výzkumné zprávy K. Frömla a A. Baumana (2006) o úrovni pohybové aktivity u české dospělé populace vyplývá následující:

- Pouze 45,58 % mužů a 26,93 % žen splňují požadavky stanovené v *Healthy People 2010* pro intenzivní pohybovou aktivitu (nejméně 3krát v týdnu po dobu 20 minut)
- Pro středně zatěžující pohybovou aktivitu (nejméně 5krát v týdnu po dobu 30 minut) splňuje požadavky 31,32 % mužů a 23,76 % žen
- Žádnou intenzivní pohybovou aktivitu nevykazuje 24,62 % mužů a 23,01 % žen v ČR
- Žádnou středně zatěžující pohybovou aktivitu neprovozuje 19,19 % mužů a 23,01 % žen
- Celkový objem pohybové aktivity se snižuje s věkem zejména u mužů, celkově jsou ale muži aktivnější než ženy

Většinu z těchto chorob lze předcházet dodržováním zásad zdravého životního stylu. Životní styl jedince v období reprodukčního věku je rozhodující pro to, jak dlouho a v jaké pohodě bude jedinec žít i ve stáří.

2.6 Vliv pohybové aktivity na zvýšení kvality života

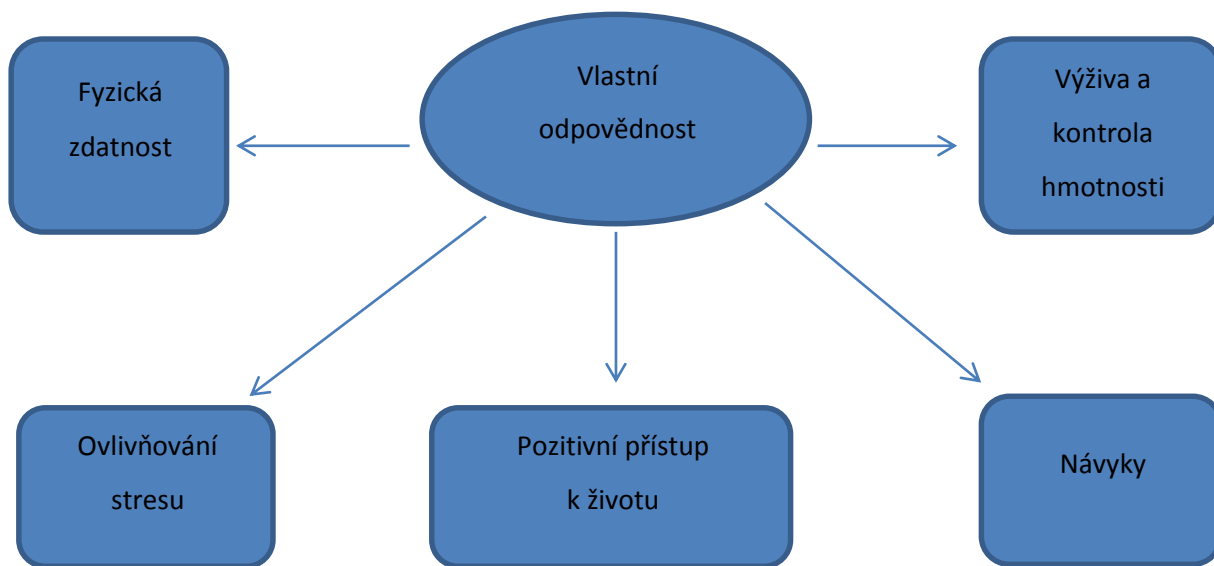
Pohybová aktivita příznivě ovlivňuje osobní pohodu jedince. Se zvyšující se úrovní pohybové aktivity stoupá tělesná zdatnost, která je významnou dimenzí osobní pohody a která se vztahuje k hodnocení kvality života jedince (Kebza 2005). S vyšší úrovní tělesné zdatnosti se zvyšuje kvalita života.

⁵⁵ http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/

V. Kebza a I. Šolcová (in Blatný 2005) zmiňují krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek pohybové aktivity na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi a vnímání stresu. Účinky byly prokázány u zdravých i nemocných osob, u dospělých jedinců i dospívajících. Hlavní přínosy tělesné zdatnosti pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu shrnul ve své studii A. Hunt (2003). Jde především o významnou celkovou nezávislost, sebeobslužnost a samostatnost, zvláště u starších osob, jejichž úroveň se s vyšší úrovní tělesné zdatnosti prodlužuje v čase a zvyšuje z hlediska kvality. Tělesná zdatnost příznivě působí na metabolismus a pomáhá tak udržovat optimální tělesnou hmotnost, čímž ovlivňuje výskyt a částečně i prevenci řady poruch a onemocnění, jako jsou různá svalová poranění, bolesti v zádech, onemocnění kloubů a s nimi související bolesti a omezení hybnosti kloubů (in Blatný 2005).

Dosažení a udržení nejvyšší možné kvality života je cílem *wellness*. E. Blahušová (2005) definuje *wellness* jako stálé a uvážené úsilí k udržení zdraví a dosažení nejvyšší úrovně životní pohody. *Wellness* není statický tělesný stav, ale stále se měnící úroveň fungování orientovaná k maximální kapacitě a závislá na vlastní zodpovědnosti. Autorka spojuje vysokou úroveň *wellness* s rovnováhou mezi fyzickou, emocionální, sociální, intelektuální a spirituální dimenzí života. Kromě kvality života, ovlivňuje také délku života. M. Máček a J. Máčková (1999) uvádějí, že se na základě dlouhodobých sledování ukazuje prodloužení života u pohybově aktivních osob proti neaktivním okolo dvou let. Jak podotýká E. Blahušová (2009) prodlužující se délka života nemusí nezbytně znamenat, že je život lepší. Kvalita života, zejména v pozdějším věku, závisí na kvalitě lidského zdraví. Podle autorky je způsobem, který zajistí produktivitu také ve vyšším věku, být zodpovědný za své zdraví již v mládí. Jedinec má odstranit negativní vlivy na zdraví a posílit ty pozitivní. Docílit toho může prostřednictvím *wellness* životního stylu. Nejdůležitější součásti životního stylu, které mají význam pro zlepšení úrovně *wellness* zobrazuje obrázek č. 4.

Obrázek č. 4 Schéma procesu rozvoje *wellness*



Zdroj: Blahušová 2009, s. 22

3 Problematika zdraví se zaměřením na věk 45 – 56 let

Práce se zabývá jedinci ve věkové skupině 45 – 56 let. V tomto věku dochází u člověka k několika změnám v oblasti psychické, fyzické, sociální, profesní aj. Jedinci ve věku 45 – 56 let patří do kategorie středního věku (40 – 50 let) a období starší dospělosti (50 – 60 let). Jedná se o období, kdy začíná proces stárnutí. V. Příhoda (1974) označuje věk od 45 do 60 let obdobím *interevia*⁵⁶, jehož začátek je spojen s nástupem klimakteria u žen a podobnými změnami u mužů. Úzce se těchto jedinců dotýká věk 50 let, který je označován za určitý mezník lidského života (Vágnerová 2008).

Jelikož odborná literatura nevymezuje přímo věk 45 – 56 let, je nutné v práci vycházet z pramenů charakterizujících období středního věku a vymezujících proces stárnutí a na základě studia těchto zdrojů budou popsána specifika jedinců ve věku 45 – 56 let. Zároveň nejsou pro tuto věkovou skupinu dostupné výzkumné práce, zabývající se zvláštnostmi daného věku, ze kterých je možné čerpat informace. Dílčím úkolem této práce je charakterizovat specifika jedinců v tomto věkovém období.

Jedním z úspěchů moderní společnosti je skutečnost, že se lidé dožívají vyššího věku ve zdraví. Pro hodnocení zdraví obyvatel členských zemí Evropské unie (dále EU) se v současnosti využívá tzv. ukazatel „*Healthy Life Years*”⁵⁷, který označuje průměrný počet roků prožitých ve zdraví, tedy bez omezení v běžných činnostech (Hrkal 2009). Tabulka č. 3 znázorňuje údaje o průměrné délce života prožité ve zdraví u mužů a žen ve věku 50 let z České republiky v roce 2010.

Tabulka č. 3 Naděje dožití a délka života ve zdraví ve věku 50 let v České republice

Pohlaví	Naděje dožití	Délka života ve zdraví	Délka života s mírným omezením činnosti	Délka života se závažným omezením činnosti
Ženy	32,17	18,61	9,2	4,36
Muži	26,81	17,16	6,79	2,87

Zdroj: www.healthy-life-years.eu

⁵⁶ *Interevium* z řeckého *inter* = uprostřed, *aevum* = věk

⁵⁷ *Healthy Life Years* = délka života ve zdraví (Národní zpráva EHLEIS, 2013)

Stárnutí populace vyvolává potřebu prodloužit produktivní období života, čímž se zvýší kvalita života jedince i ve stáří. „Kvalita a délka života, úroveň zdraví, stupeň pracovní výkonnosti i míra osobní spokojenosti každého jednotlivce jsou ve vyspělých ekonomikách stále více závislé na tom, jak úspěšně se společnosti daří rozvíjet zdravý způsob života, který kompenzuje působení negativních civilizačních faktorů“ (Štorová, Rabušicová a kol. 2012, s. 14). Jak uvádí J. Pavelková (2013, s. 138): „V kontextu dnešního komplikovaného světa, v kterém je pro dospělou populaci složité se vůbec vyznat, se nejvíce zaskočenou jeví starší generace občanů – seniorů. Demokracie a nově vzniklý pocit svobody, ve skutečnosti život pod tlakem konzumní společnosti, s sebou přináší naléhavé krize v osobním životě, kdy právě pro tuto věkovou kategorii je obtížné – v důsledku snížení schopností – vlastními silami zvládnout svoji životní situaci.“

Podle L. Bočkové, Š. Hastrmanové a E. Havrdové (2011) lze z důvodu delšího období života předpokládat, že bude docházet k posouvání jednotlivých fází životního cyklu (prodlužování aktivní fáze života), k rozšiřování obzorů, znalostí a dovedností. Jedinci ve věkové kategorii 50+ se nyní dostávají do popředí zájmů nejrůznějších oborů. Přestože se dnes mladá generace považuje za chtěnou a žádoucí, jak uvádějí zmíněné autorky, vzhledem ke stárnutí společnosti je nutné zaměřit pozornost na věkovou skupinu 50+. Tato kategorie se stává, zejména na pracovním trhu, ohroženou. Ze statistik vyplývá, že postavení lidí 50+ na trhu práce je v současné době vnímáno jako problém. Je zřejmé, že vyšší věk je zásadním faktorem znesnadňujícím uplatnění lidí na trhu práce (Štorová, Rabušicová a kol. 2012).

Stárnutí společnosti je frekventovaný pojem. M. Hetteš (2011) uvádí, že stárnutí populace, hospodářský růst a trvale udržitelný důstojný život jsou navzájem propojené problémy. Stárnutí populace se často chápe jako něco nevhodného, dokonce škodlivého. Prodlužování lidského věku je neoddělitelnou součástí vývoje civilizace. Autor upozorňuje na fakt, že pokud se lidé naučí (či dostanou možnost) stravovat se kvalitněji, více se o sebe starat a budou žít aktivněji, věk 80 let bude brzy úplně běžným, a to dokonce bez výrazného navýšení výdajů na zdravotní péči. Tento proces je celosvětový. P. Sak a K. Kolesárová (2012) vnímají význam prodlužování délky života nejen k jednotlivci, ale také pro společnost. Podle těchto autorů: „Prodlužování střední

délky života obsahuje potenciál zpětného vlivu na kvalitu společnosti na její proměnu v dlouhověkovou společnost“ (Sak, Kolesárová 2012, s. 11).

S prodlužující se délkou lidského života se klade důraz na zvyšování kvality života. Podle P. Saka a K. Kolesárové (2012) se za posledních padesát let při narození v Evropské unii prodloužila naděje dožití⁵⁸ o deset let. V roce 2010 byla v České republice naděje dožití 76,9 roku (muži 74,4 let, ženy 80,6 let). Oproti tomu v 17. století v Evropě byl průměrný věk života 27 let; v 18. století 37 let a v 19. století vzrostl na 48 let (Hetteš 2011). Naděje dožití obyvatel České republiky byla v roce 2010 pod průměrem EU a to o 2,3 roků u žen i mužů. Hodnota délky života prožitého ve zdraví u obyvatel České republiky byla v roce 2010 o 0,2 roku nižší než průměr zemí EU (EHLEIS, 2013). Jak uvádějí L. Čeledová a R. Čevela (2010), prodloužení střední délky života znamená, že v průměru máme možnost prožít delší život, na který je třeba se připravovat v již tzv. produktivním věku. Podle dokumentu Zdraví 21 (2000) by příprava na stáří měla začít mnohem dříve a aktivita lidí by se měla rozvíjet od mládí a přetrvávat až do vysokého věku.

V roce 2008 dosahoval podíl osob ve věku 50+ v České republice 36 % populace. Podle demografických údajů z roku 2009 je patrné, že nejpočetnější věková skupina 30 – 35 let se za dvacet let přemění ve skupinu jedinců 50+ a za třicet let za seniorskou skupinu. S ohledem na stále klesající porodnost, budou tyto skupiny v populaci převažovat (Štorová, Rabušicová a kol. 2012).

Úroveň střední délky života závisí na spolupůsobení vnitřních i vnějších faktorů zdraví, mezi nimiž mají významnou roli společensko-ekonomické poměry, včetně úrovně vzdělanosti a převládajícího životního stylu obyvatel dané země (Sak, Kolesárová 2012).

Dosáhnout nejlepšího možného zdravotního stavu člověka, zároveň zvrátit proces stárnutí a podpořit produktivitu jedince, je cílem nově se utvářející medicínské specializace – medicíny proti stárnutí (*anti-aging medicine*). „Medicína proti stárnutí se zabývá dosažením co nejlepší kvality života při dlouhověkosti; výsledkem má být

⁵⁸ Nadějí dožití se rozumí odhad průměrného počtu let, kterého se může daná osoba dožít, jestliže budou zachovány stávající úmrtnostní poměry po zbytek jejího života (Sak, Kolesárová 2012). Jiní autoři používají termínu střední délka života.

spokojený a kvalitní život, nezávislost a soběstačnost“ (Golková 2010, s. 16). Autorka dále uvádí, že tato medicína je určena pro všechny věkové kategorie, jejím základem je péče o zdraví jedince od útlého věku a ovlivnění životního stylu člověka. Považuje se za součást prevence. Celoživotní přístup podpory zdraví a prevence onemocnění jako příčiny zdravého životního stylu a následně vyšší kvality života zdůrazňuje také M. Hetteš (2011).

3. 1 Důsledky stárnutí

Stárnutí je procesem změn v čase, které má biologické, sociologické a psychologické důsledky. Jak uvádí M. Vágnerová (2007), je stárnutí spojeno s vědomím, že začal proces postupného zhoršování vlastní tělesné i psychické kondice, sociálního postavení, a že se jedná o změny nevratné. Autorka označuje za mezník, kdy s definitivní platností začíná proces stárnutí, věk 50 let. Odůvodňuje to zvýšenou únavou, zhoršením některých tělesných funkcí a prvními viditelnými změnami u jedince.

Zdravý životní styl významně zvětšuje pravděpodobnost vysoce kvalitního života s menším počtem chorob a snížením biologického věku, který se podílí na vzniku řady onemocnění. Cílem je vytvořit takový životní program, který je schopný redukovat rizika degenerativních chorob, jež by mohly negativně ovlivňovat člověka už od středního věku a neumožnily by mu žít plnohodnotný život (Blahušová 2005). Podle tzv. deficitního modelu stárnutí se člověk nachází na vrcholu sil ve věku okolo 30 let, poté klesají s přibývajícím věkem duševní, tělesné a emocionální schopnosti (Štikar, Hoskovec, Šmolíková 2011 in Gillernová, Kebza, Rymeš a kol. 2011).

V období kolem věku 50 let nejsou biologické a psychické změny dané věkem natolik velké, že život jedince příliš neomezují. „Padesátiletý člověk je sice méně výkonný, pomalejší, hůře přizpůsobivý, ale na druhé straně nemusí být tato životní fáze spojena s většími nároky, a ty obvyklé dokáže snadno plnit rutinním způsobem“ (Vágnerová 2007).

3.1.1 Biologické hledisko stárnutí

Období od 50 do 60 let označují někteří autoři za starší dospělost. Někdy bývá starší dospělost vymezena věkem od 45 do 60/65 let. Horní hranice je vymezena odchodem jedince do starobního důchodu. V tomto období se musí jedinec vypořádat s prvními příznaky biologického stárnutí, přizpůsobit životní tempo aktuálním možnostem, uvědomit si sníženou výkonnost a nižší odolnost i k běžným stresovým situacím. Člověk ztrácí možnosti seberealizace, které jsou typické pro mladší či střední dospělost⁵⁹ (Vágnerová 2007).

Největší změny vlivem stárnutí jsou popisovány v souvislosti se zdravotním stavem, úbytkem senzorických a motorických funkcí. Obecně se uvádí, že zhruba po 40. roce věku (s ohledem na individuální odlišnosti) dochází obvykle k výraznějšímu úbytku svalové hmoty, přibývá nemocí pohybového ústrojí, oběhového systému a častější jsou i poruchy spánku (Štorová, Rabušicová a kol. 2012). Biologické změny, ke kterým dochází mezi 30. a 70. rokem zobrazuje tabulka č. 4 (Blahušová 2005). Jak uvádí M. Vágnerová (2007) je proces stárnutí spojený s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí, které se začínají projevovat po padesátce. Jelikož ke změnám dochází pozvolně, některých si člověk ani nevšimne. Proměnu vlastního těla a jeho funkcí si uvědomí zpravidla náhle, při reakci na nějakou zátěž. To je moment, kdy si jedinec uvědomí, že změnu není možné popírat.

⁵⁹ Období mladší dospělosti je vymezeno věkem 20 – 40 let. Období střední dospělosti pak věkem 40 – 50 let (Vágnerová 2007).

Tabulka č. 4 Biologické změny vyskytující se mezi 30. a 70. rokem

Fyziologické parametry	Biologické změny
Výkonnost srdce	pokles o 30 %
Krevní tlak	zvýšení diastolického i systolického tlaku o 20 %
Vitální kapacita plic	pokles o 40 – 50 %
Bazální metabolismus	zpomalení v průměru o 10 %
Svalová hmota a síla	zmenšení o 20 – 25 %
Flexibilita	zmenšení o 20 – 25 %
Kostní minerály	méně o 15 – 30 % (u žen větší pokles)
Smyslové schopnosti	změny zrakové a sluchové ostrosti, chuti, čichu
Funkce ledvin	pokles filtrační rychlosti o 50 %
Sexuální funkce	u žen kvalitativní změny v kluzkosti vaginy u mužů snížení hladiny testosteronu a opožděná erekce

Zdroj: Blahušová 2005

Od 46. roku života jedince se mění regulační mechanismy v organismu, které se promítnou do funkcí dalších orgánů, projevují se na kloubech, svalech a cévách (Kučera 1998). Změny se dále projevují podle E. Blahušové (2005) ve:

- **Složení těla** – představuje poměr mezi množstvím podkožního tuku a svalovou tkání; v mládí se množství tukové tkáně pohybuje mezi 10 – 25 % (u průměrné hmotnosti), ve stáří se množství tukové tkáně zvyšuje až na 20 – 40 % z celkové tělesné hmotnosti. S věkem ubývá svalová hmota i svalová síla. S úbytkem svalové hmoty ve starším věku klesá současně kvalita koordinace pohybů i rychlost svalové kontrakce. Zpomalení a nejistota se projeví při snaze o zrychlení pohybu – při rychlejší chůzi do a se schodů, běhu, ale i zvedání břemene (Máček, Radvanský 2011). Ve stáří se snižuje pružnost (*flexibilita*), která je ovlivněna změnami ve

svalech, kloubech a šlachách. Změna ve složení těla ovlivňuje metabolismus.

- **Kosti** – kosti jsou tvořené kostní tkání, kterou tvoří kostní buňky (*osteocyty*). Kostní buňky jsou od sebe odděleny mezibuněčnou hmotou, která má organickou (*ossein*) a anorganickou (především fosforečnan a uhličitan vápenatý) složku. Kostní tkáň houbovitá (*spongióza*) je tvořena sítí nepravidelně uspořádaných trámčů, které jsou orientované ve směru zatížení kosti a podle jeho aktuální změny se pohotově přestavují. Tvoří architektoniku kosti. Kostní tkáň hutná (*compacta*) je velice pevná a zároveň pružná, tvoří ji kostní lamely. (Merunová, Orel 2009).

S věkem se mění složení kostí, a to může mít vliv na řadu zdravotních komplikací. Struktura kosti se oslabuje úbytkem minerálních látek, a tím snadněji dochází ke zlomeninám. Tento jev se označuje jako řídnutí kostní tkáně (*osteoporóza*). Nejvíce postihuje dlouhé kosti nohou, kyčelní klouby, kosti předloktí a zápěstí. U žen se kolem padesáti let, v období menopauzy, zvyšuje rychlost řídnutí kostí o 2 – 3 % ročně. Druhým kloubním onemocněním, vyskytujícím se u starších osob, je *osteoartróza* (*osteoartritida*). Jedná se o onemocnění způsobující destrukci kloubních chrupavek. Často vede k bolesti a ztuhlosti kloubů (Ettinger, Wright, Blair 2007).

- **Změny paměti** – obecně je ztráta paměti považována za přirozený projev stárnutí. Ztrátě paměti a stárnutí mozku lze do jisté míry předcházet. Staří lidé trpí nejčastěji stařeckou demencí⁶⁰, která je většinou způsobena

⁶⁰ Demence (F00–F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek (MKN 10, 2008).

Stařecká demence je patologická porucha postihující stárnoucího člověka. Příčinou může být vrozená dispozice, degenerativní změny vedoucí k atrofii mozku (bývají vyvolané životem v nevhodném prostředí), nedostatečné léčení duševní choroby. Projevuje se úbytkem intelektu, poruchami paměti a zvýrazněním nepříjemných povahových vlastností (Strnadová in Hájková 2006).

malou mozkovou mrtvicí, která vznikla z nedostatku kyslíku v mozku, nebo degenerací mozkové tkáně, která se nazývá *Alzheimerova choroba*.

- **Imunitní systém** – v imunitním systému může vlivem stárnutí dojít k defektu, který může způsobit zvětšení rizika artritických potíží. Vlivem zmenšování kloubní pohyblivosti a artritidou se klouby zanítí, otečou a jsou bolestivé (Blahušová 2005).

M. Vágnerová (2007) popisuje tyto tělesné změny po 50. roce:

- **Zhoršují se základní smyslové funkce, zrak a sluch** – dochází ke zhoršování akomodační schopnosti oka, oční čočka již není dostatečně pružná, aby se přizpůsobovala vidění na různou vzdálenost. U lidí v tomto věku se zhoršuje vidění na blízko.

Mění se kvalita sluchového vnímání, člověk přestává dobře slyšet vysoké tóny. Více je zatížena pozornost a naslouchání se stává namáhavějším.

- **Klesá tělesná síla a pohybová koordinace** – zpomaluje se rychlost a pohotovost reakcí.
- **Objevují se zdravotní potíže** – mnozí lidé v období starší dospělosti jsou postiženi chronickou chorobou (*diabetes mellitus*, vysoký krevní tlak, záněty kloubů apod.). Stárnoucí člověk si také uvědomuje svoji zranitelnost a případné choroby přijímá sice se smutkem, kdy si uvědomuje konečnou ztrátu zdraví, ale zároveň odevzdaně. Chorobu vnímá jako nepříjemnost, která je obvyklá pro jeho věk.
- **Hormonální proměny** – u mužů klesá s věkem produkce mužského pohlavního hormonu testosteronu, tento jev se označuje termínem *andropauza*. U žen dochází mezi 45. – 55. rokem k úbytku ženského pohlavního hormonu estrogeneru a následkem toho k poklesu frekvence ovulace, menstruační cyklus ztrácí svou pravidelnost, až nakonec zcela ustane. Tento jev se označuje jako menopauza.

Změny tělesných funkcí podpoří rozhodování stárnoucích osob přijmout nový, zdravější životní styl (Vágnerová 2007). Pravidelná pohybová aktivita je preventivním opatřením, které může snížit a oddálit výskyt těchto změn. Přesto u starších osob klesá počet dnů v týdnu, kdy se věnují intenzivní pohybové aktivitě a klesá také čas, po který se cílenému pohybu věnují. Celoživotní účast na pohybové aktivitě střední intenzity může zpomalit pokles funkční kapacity ve stáří a předcházet tak snižování kvality života. V důsledku se snižuje riziko pádů a úrazů s tím spojených, prodlužuje se nezávislost jedince a zlepšuje se kvalita života (Kalman, Hamřík, Pavelka 2009). Podle M. Kučery (1998, s. 24) můžeme shrnout, že: „potřeba pohybu trvá celý život a pokud nedojde k naplnění této potřeby, vznikají poruchy.“

3.1.2 Psychologické hledisko stárnutí

Psychické změny ve stáří mohou být chápány pozitivně - ve smyslu moudrosti ve stáří, nebo negativně - ve vztahu k přibývajícím introverzi, úzkostnosti a depresivitě. Změny osobnosti jsou předmětem vědy psychologie stárnutí (Štikar, Hoskovec, Šmolíková 2011 in Gillernová, Kebza, Rymeš a kol. 2011).

Poznávací (kognitivní) funkce jsou jednou z hlavních oblastí lidské psychiky. Jejich prostřednictvím člověk vnímá svět, jedná, zvládá různé úkoly. Kognitivní stárnutí je úzce spojeno s tělesnými, emočními a sociálními aspekty stárnutí. Jak uvádějí I. Štorová, M. Rabušicová a kolektiv (2012, s. 22 – 24): „Věkem vyvolané změny kognitivních procesů a intelektových schopností jsou založeny na komplexní souhře biologicky podmíněných ztrát a kulturně zprostředkovaných zisků. Soudobé teorie, které se snaží vysvětlit vlivy stárnutí na změny v kognitivních funkcích a na inteligenci, pracují s pojmem *plasticita mozku*, či *plasticita psychických funkcí*, kterým se označuje dynamický vztah mezi strukturou a funkcí mozku. Naznačuje se tím tvárnost a proměnnost psychických funkcí vlivem různých, mnohdy ještě nerozpoznaných faktorů.“ Autorky dále uvádějí, že se rychlost vnímání, myšlení a reakcí s věkem postupně snižuje, ovšem vědomosti a zkušenosti vykazují stabilitu. Tyto ztráty jsou patrné až po 70. roce života.

Mezi 50. a 60. rokem se mění vliv genetických dispozic. Genetické předpoklady určují tempo stárnutí a s ním spojené negativní změny i v oblasti poznávacích

schopností. Zhoršení kognitivních funkcí podle M. Vágnerové (2007) závisí na dědičných dispozicích, na dosažené úrovni jednotlivých schopností a dovedností, osobních vlastnostech a dalších aktuálních vnějších vlivech.

K.W. Schaie (2004 in Vágnerová 2007) shrnuje tyto vnější vlivy:

- Celkové zdraví
- Dosažené vzdělání, tvořivá, nerutinní pracovní činnost a životní styl spojený se zajímavou intelektuální aktivitou
- Dobré rodinné zázemí a intelektuálně stimulující manželský partner
- Flexibilní životní styl a ochota akceptovat změnu
- Osobní spokojenost, vyrovnanost a stabilita

Ke změnám dochází i v oblasti sebehodnocení. Sebehodnocení se s přibývajícím věkem snižuje. Některé studie dokládají, že funkční schopnost, nenarušené sebevědomí, dobrý duševní stav a spokojenost s vlastním stářím jsou s přibývajícím věkem stabilnější (Štorová, Rabušicová 2012).

Cílem starší dospělosti je podle M. Vágnerové (2007) udržení osvojených kognitivních kompetencí, než získávání nových poznatků a dovedností. V 50 letech se nemění schopnosti, ale může se měnit výkon. Úbytek výkonu ovlivňují výkyvy pozornosti a krátkodobé paměti. Autorka zdůrazňuje důležitost postoje stárnoucího jedince, jeho důvěru ve vlastní schopnosti. Více než o úbytek kompetencí jde o změnu sebedůvěry. Strach ze selhání zvyšuje riziko zhoršení výkonu. Pozitivním důsledkem těchto změn je zlepšení schopnosti organizovat vlastní činnost s ohledem na výkonnost.

Prožitá zkušenost se odráží ve způsobu řešení různých situací. V tomto věku upřednostňují jedinci kompromis, neulpívají na hledání absolutní pravdy; připouštějí, že není vždy možné najít ideální řešení (Vágnerová 2007).

V období starší dospělosti jedinec určitým způsobem bilancuje své celoživotní profesní uplatnění, prochází fází postupného uzavírání profesní kariéry, která vrcholí odchodem do důchodu (Vágnerová 2007).

E. Erikson vypracoval osm fází psychosociálního vývoje jedince, jimiž musí každý člověk projít. Každá fáze představuje určitý úkol pro jedince, který musí zvládnout, aby mohl přejít do další fáze. Sedmé období představuje dospělost. Dospělost podle E. Eriksona není věkově vymezena, rozděluje ji na dvě stadia – mladá dospělost a dospělost. Je obdobím mezi adolescencí a stářím. Hlavní antitezí dospělosti je tvořivost (*generativita*) proti sebezaujetí a stagnaci. Ctnost, která vychází z těchto protikladů je péče o osoby, produkty a ideje. Protichůdným jevem je naopak neochota péče o určité osoby nebo skupiny. Podle autora musí být dospělý připraven stát se uctívaným modelem pro další generace, tím, kdo předává ideální hodnoty. Dospělost je také stádiem, ve kterém musí osoby z nejrůznějších zázemí spojit své navyklé způsoby, aby utvořili nové prostředí pro sebe a pro své potomky (Erikson 1999).

3.1.3 Sociologické hledisko stárnutí

S přibývajícím věkem se mění i vztahy mezi lidmi. Pro stárnoucího jedince jsou důležité trvalé a stabilní vztahy, v dlouhodobých partnerských vztazích se uplatňuje tolerance a pochopení, sexuální výkonnost není tolik důležitá, důraz se klade na psychické porozumění. Jednu z nejvýznamnějších složek identity člověka tvoří rodinné vztahy. Vrcholem zakotvené generativity⁶¹ je narození vnoučat. Role prarodiče potvrzuje hodnotu jedince z hlediska generativity a zároveň uspokojuje potřebu intimity. Citový vztah k vnoučeti naplňuje život stárnoucího člověka (Vágnerová 2007).

Autorka ovšem také zdůrazňuje významné změny ve složení rodiny, ke kterým dochází v období mezi 45 – 60 lety. Nejzásadnější změnou je odchod dospělých dětí z primární rodiny, kdy rodiče zůstávají sami a rodina tím přechází do fáze prázdného hnízda (Vágnerová 2007). Odchod dospělých dětí z rodiny je jednou z tranzitorní krize v životě člověka. Tranzitorní, nebo také vývojové, krize souvisejí s nahromaděnými

⁶¹ Generativita označuje potřebu, zájem o plození a vedení příští generace. Podle E. H. Eriksona (1902-1994) je generativita v první řadě zájem o plození a vedení příští generace, ačkoliv jsou jedinci, kteří pro neštěstí nebo proto, že mají speciální a opravdové nadání v jiných směrech, nevyužijí tohoto pudu pro své vlastní potomstvo. Je to i potřeba něco vytvářet, být nějak produktivní, o něco pečovat, něco předávat. Generativita zahrnuje i obecně produktivitu, tvořivost. Ctností je něčím konstruktivně a reálně přispět, být prospěšný a pečovat o někoho (Kohoutek dostupný z: http://www.ped.muni.cz/wpsy/old/stud_materialy.htm).

vývojovými nároky v určitém čase. Jejich úspěšné zvládnutí posiluje odolnost jedince a zdravý vývoj. Patří mezi ně narození dítěte, vstup dítěte do školy, puberta, svatba, klimakterium, odchod dospívajících dětí z domova, odchod do důchodu aj. (Paulík 2005).

Odchod dospělých dětí z rodiny může přispět k větší spokojenosti v manželství. Důvodem je méně konfliktů souvisejících s problémy s dospívajícími dětmi. Osamělí rodiče si ovšem musejí zvyknout na novou situaci, najít další směřování manželství, zvolit si náplň volného času. „Osamostatnění dětí může odkrýt vyprázdňenost manželského vztahu, odlišnost potřeb a cílů obou partnerů, které činí jeho přetrvávání nesmyslným a návrat k dyadickému soužití, byť i na jiné, zralejší úrovni, nemožný“ (Vágnerová 2007, s. 268). Podle autorky je toto důvodem rozpadu mnoha manželství ve starším věku.

Podle I. Štorové, M. Rabušicové a kolektivu (2012) je ve starším věku potřeba sociálních kontaktů spíše nasycena. S věkem roste rezervovanost, odcizování, někdy i podrážděnost a úzkost, naopak se zvyšuje tolerance a schopnost nadhledu. Autorky za podstatný faktor adaptace na stáří považují sociální oporu.

Jak uvádí M. Vágnerová (2007), stárnoucí člověk splnil všechna společenská očekávání; vychoval děti, dosáhl určitého profesního postavení. Mezi 50. a 60. rokem se mění postoj člověka ke světu i k sobě samému (Vágnerová 2007):

- **Stárnutí mění postoj ke světu** – postupně klesá zvědavost a otevřenost k nové zkušenosti; stárnoucí člověk upřednostňuje stereotyp, protože je lépe zvládnutelný a posiluje pocit jistoty. Jedinec se více zaměřuje na sebe a své prožitky, postupně se prohlubuje introverze.
- **Stárnutí mění postoj k jiným lidem** – stárnoucí člověk má jiná kritéria na druhé osoby, než mladí lidé. Preferuje jiné psychické vlastnosti, jiné projevy chování. S přibývajícím věkem se lidé více stahují do rodiny, nenavazují tak snadno nové kontakty a nemají ani tuto potřebu. Jak již bylo výše zmíněno, potřeba sociálních kontaktů je nasycena.

- **Stárnutí mění postoj k sobě samému i vlastnímu jednání** – stárnoucí lidé uvažují jiným způsobem, pod vlivem zkušenosti kladou důraz na jiné vlastnosti, role i vztahy. Jedinci bývají svědomití a zásadoví, nejsou ochotni měnit své způsoby uvažování či hodnoty.

E. Blahušová (2005) představuje tři teorie úspěšného stárnutí, které pomáhají jedinci přizpůsobit se sociálním změnám:

- **Teorie aktivity** – vychází z předpokladu vysoké aktivity, která působí na pocit osobní pohody (*wellness*). Aktivity, které přinášejí uspokojení ve středním věku (zaměstnání, péče o děti, partnera), s přibývajícím stářím ustupují do pozadí a pokud si chce jedinec udržet pocit životní spokojenosti, měl by si najít nový typ aktivit, které ho budou naplňovat.
- **Teorie kontinuity** – úzce souvisí s teorií aktivity; podle ní si má jedinec přenést určité aktivity či role ze středního věku až do stáří. Vhodným prostředkem je zájmová činnost. Aktivita, o kterou se jedinec zajímá již v produktivním věku, mu pomáhá v odpoutání se například od pracovního programu.
- **Teorie sociální rekonstrukce** – teorie závisí na třech aspektech:
 1. Osvobodit se od mýtů přiměřenosti k věku – nebát se dál provozovat obvyklou činnost, nebo začít s novou, protože by to mohlo být společensky nevhodné
 2. Připustit si potřebu některých služeb – naučit se využívat služeb, na které má nárok (lékařská péče, výjimky v hromadné dopravě aj.)
 3. Mít svůj život neustále pod kontrolou – je posledním předpokladem úspěšného stárnutí

Mezinárodní výzkum SHARE⁶² se také zabývá otázkou pocitů generace 50 plus. Ze zjištění tohoto výzkumu u obyvatel České republiky vyplývá, že pocity štěstí zažívá 85 % jedinců ve věku nad 50 let. O tom, že život má smysl, je přesvědčeno 92 % dotázaných a energii do života pociťuje 74 % respondentů. S přibývajícím věkem klesá míra spokojenosti se životem. „Tento stav ovlivňuje do velké míry zdravotní stav, který přináší ve vyšším věku určitá omezení, jež mohou bránit prožívání života aktivně a podle vlastních představ, dalším důvodem může být i osamělost starších lidí a menší příležitost ke společenským aktivitám“ (Bočková, Hastrmanová, Havrdová 2011, s. 11). Jedinci ve věku 50 plus pociťují omezení fyzické kondice, s tímto tvrzením souhlasilo 58 % dotázaných.

Otázku spokojenosti se životem, míru stresového zatížení, úroveň sociální opory a míru pohybové aktivity jako součást kvality života u jedinců profesní skupiny vysokoškolský učitel Univerzity Karlovy v Praze ve věku kolem 50 let řeší také tato práce.

⁶² Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) je mezinárodní longitudinální výzkum, jehož hlavním cílem je popsat proces stárnutí Evropanů v sociálním kontextu jednotlivých států. Výzkum je zaměřen na populaci ve věku 50+ a titíž respondenti jsou v rámci panelového výzkumu dotazováni každé dva roky. Hlavními tématy jsou tělesné a duševní zdraví, zdravotní péče, vzájemná podpora a finanční pomoc v rodině, sociální sítě, vzdělání, ekonomická aktivita, bydlení, příjmy a spotřeba domácností, kvalita života, očekávání do budoucnosti a demografické charakteristiky (Bočková, Hastrmanová, Havrdová 2011).

4 Profesní skupina vysokoškolský učitel

Učitelskou profesí se zabývají vědy pedagogika, sociologie či filosofie. Mezi nejdiskutovanější otázky patří, zda je učitelské povolání poslání, nebo skutečnou profesí. Stejně složitá diskuze se vede v otázce, kdo je kvalitním učitelem. „Různé pokusy uchopit povahu učitelství dospívají jednak k základním charakteristikám, které jsou typické i pro jiná srovnatelná povolání, a také k identifikaci jeho specifických zvláštností“ (Štech 2008 in Bendl, Kucharská a kol. 2008, s. 139). Přibývá studií zaměřujících se na zátěž tohoto povolání. Jak uvádí D. Fontana (2010), je učitelství svou povahou stresovým zaměstnáním (více v kapitole 1.4.1.2). O vyskytujícím se syndromu vyhoření u učitelů pojednává také například J. Průcha (2005).

Disertační práce se zabývá profesní skupinou vysokoškolských učitelů ve věku 45 – 56 let. Sleduje jedince ve starším věku, kdy jsou ještě v produktivním období, ale již si uvědomují počáteční proces stárnutí a změny, které s ním souvisejí (více kapitola 3). Z hlediska profese mají již vybudovanou kariéru a posilují svoji pozici tím, že získávají vyšší akademické tituly a hodnosti.

4.1 Požadavky na profesi učitele

Profese učitele patří k nejstarším v kulturních dějinách lidstva. „Učitel je označení pro pracovníky, jejichž činnost je přímo spjata s realizací edukačních procesů ve školním prostředí, ať se jedná o mateřskou či o vysokou školu“ (Průcha 2005, s. 173). Na složitost vymezení náplně učitelského povolání poukazuje též J. Koťa (2007 in Vališová, Kasíková 2007). Podle něj je smyslem učitelství předávání kulturního dědictví z jedné generace na druhou, uvádění nových generací do světa dospělých. Učitelé předávají poznatky, hodnoty, kulturní vzorce jednání, návyky a tradice. Náplní profese je duchovní činnost a řadí se mezi intelektualizované profese. Jak autor podotýká: „Být učitelem znamená vzít vážně požadavek celoživotního vzdělávání, ovládnutí mnoha dovedností, které se v průběhu let výrazně mění. Podmínky práce a nároky kladené na učitelství se mění tak, jak se proměňuje život ve společnosti a všech těch, na něž je většina výchovného úsilí zaměřena – děti a mládež.“

Učitelé vykonávají pedagogickou činnost. Oborem jejich práce jsou aktivity, kterými se uskutečňuje péče, výchova a vzdělávání dětí, mládeže a dospělých (Vašutová 2004).

Podle J. Průchy (2005) zastává učitel výchovně-vzdělávací činnost, a proto by měl být do jisté míry pro studenty vzorem. Svým způsobem prezentuje kulturu, hodnoty a způsoby jednání, proto jsou kladeny vysoké nároky na osobní vlastnosti učitele. Učitelství je profesí, kde osobnostní charakteristiky hrají velkou roli.

D. M. Windham (1988 in Průcha 2005) považuje za podstatné osobnostní charakteristiky učitelů vlastnosti, které podmiňují kvalitu učitele. Mezi tyto vlastnosti patří stupeň učitelovy kvalifikace (dosažené formální vzdělání), rozsah výcviku, specializace (v předmětech, oborech), věk, profesní zkušenost, etnická příslušnost, verbální schopnost a postoje.

O ideálních vlastnostech učitele pojednává J. Koťa (1998). Za ideální vlastnosti považuje ty, které se blíží k určitému stupni dokonalosti, ale podotýká, že žádný učitel není a ani se nemůže stát zcela ideálním. Ideální vlastnosti, které představuje, mají charakter hypotetické teoretické struktury.

Být učitelem, znamená být v první řadě osobností. Tomu se nelze naučit. „Věrohodným učitelem se může stát pouze ten, kdo vychovává sám sebe, kdo na sobě zakouší a je schopen prožívat veškerou problematičnost lidské existence, kdo dokáže studovat sám sebe a klade si otázky, zda je schopen vykonat to, co požaduje od jiných“ (Koťa 2007 in Vališová, Kasíková 2007, s. 16).

4.1.1 Vysokoškolský učitel

Na vysoké škole zastává funkci učitele akademický pracovník. Podle vysokoškolského zákona (1998) § 70, odstavec 1, jsou akademickými pracovníky zaměstnanci vysoké školy, kteří vykonávají jak pedagogickou, tak vědeckou, výzkumnou, vývojovou, uměleckou nebo další tvůrčí činnost. Akademičtí pracovníci jsou povinni dbát dobrého jména vysoké školy. „Být vysokoškolským učitelem znamená být příslušníkem akademické profese, která je předurčena k produkování vědeckého, technického a kulturního bohatství společnosti a k jeho zprostředkování mladé generaci budoucích

intelektuálů, vědců, umělců, techniků, expertů, profesionálů v náročných profesích a zaměstnáních“ (Vašutová 2002, s. 107).

U osobnosti vysokoškolského učitele navíc zdůrazňuje J. Maňák (2008) cosi specifického. „Totiž jeho vysokou morální a profesní úroveň, ale též étos zaníceného badatele. Očekává se, že oba tyto aspekty jsou v harmonické rovnováze, a tím působí na své prostředí, zejména vědychtivou mládež.“

Podle V. Spousty (2008) je vysokoškolský učitel aktivní, iniciativní, samostatně a kreativně se projevující osobnost, jež se utváří a zdokonaluje v neustálém procesu autoregulace a sebehodnocení ve třech dimenzích, které autor rozděluje následovně:

1. **Axiologická (hodnotová) dimenze osobnosti** – ovládá svůj temperament a formuje svůj charakter, individuální a profesionální hodnotovou orientaci
2. **Gnozeologický (vědní a vědomostní) profil osobnosti** – staví na poznacích, znalostech, vědomostech a teoriích nejen svého oboru, ale také z psychologie, didaktiky, sociologie aj.
3. **Praxeologická (konativní, činnostní a dovednostní) dimenze osobnosti** - určuje rozvoj svých schopností, dovedností a návyků v oblasti komunikační a realizační

Pro zajištění kvality vysokoškolské výuky musí vysokoškolský učitel disponovat **profesionálními kompetencemi**. Za kompetence se označuje soubor profesních dovedností a dispozic, kterými má být učitel vybaven, aby mohl efektivně vykonávat své povolání. Mezi hlavní kompetence patří osobnostní a profesní kompetence. Osobnostní kompetence zahrnují zodpovědnost, tvořivost, schopnost řešit problémy, týmově spolupracovat, být sociálně vnímavý a reflektivní. Profesní kompetence se vztahují k obsahové složce výkonu profese, ale dnes jsou zdůrazňovány komunikativní, řídicí, diagnostické a další kompetence (Walterová, Mareš, Průcha 2003). Podle J. Vašutové (2002) se na vysoké škole více než o kompetencích učitelů hovoří o erudici. Erudice vyjadřuje učenost, vědeckou vzdělanost, vysokou úroveň odbornosti, zatímco kompetence konkretizuje nezbytné způsobilosti pro výkon určitých činností, jednání a chování spojených s výkonem profese.

Pro výkon vysokoškolského učitele je důležitá pedagogická a vědeckovýzkumná kompetence.

1. Pedagogická kompetence vysokoškolského učitele

Pedagogické kompetence vysokoškolského učitele jsou podobné, jako u pedagogických pracovníků na jiné úrovni školního vzdělávání. Vykonávají stejnou pedagogickou činnost, jejímž hlavním cílem je předávat studentům znalosti, vědomosti a dovednosti. Pedagogické působení vysokoškolského učitele navíc předpokládá implementaci nejnovějších vědeckých poznatků z daného oboru do vzdělávacího obsahu na vysokých školách a také zapojení studentů do badatelské činnosti (Slavík 2012). „Učitel na vysoké škole se stává školitelem – manažerem studentské vědecké činnosti, konzultantem svého oboru, projektantem výzkumných úkolů“ (Slavík 2012, s. 230).

Podle J. Vašutové (2002) představuje pedagogická kompetence soubor specifických a vysoce odborných znalostí, dovedností, postojů a zkušeností, které reflektují dynamiku vzdělávacích procesů na vysokoškolské (terciální) úrovni, dále proměny studentské populace, jejich intelektové a osobnostní předpoklady, vzdělávací potřeby a také osobní zájmy.

2. Vědeckovýzkumná kompetence

Vědeckovýzkumná kompetence je důležitým předpokladem pro vykonávání této profese. Znamená hlubokou znalost vědního oboru a metodologii výzkumné práce. Je jedním z aspektů odbornosti vysokoškolského učitele (Vašutová 2002). Profese vysokoškolského učitele je náročnější na odbornost oproti učitelům z jiných stupňů škol. To ji také odlišuje a dělá specifickou.

Vysoké školy mají status výzkumných pracovišť, a proto vysokoškolští učitelé plní také roli vědeckých pracovníků. Důraz na vědecko-výzkumnou činnost vysokoškolských pracovníků zmiňují autoři Z. Stránský a V. Švec (2003, s. 108): „Vysokoškolští učitelé musí v rámci svého oboru (předmětu) stále sledovat nové poznatky z vědeckovýzkumného prostředí, jejich výsledky zpracovávat do metod řešení výukových problémů a umět uplatňovat různé autodiagnostické metody ke zdokonalování vlastní pedagogické

činnosti. S využitím adekvátních vědeckých metod rozvíjet oborovou didaktiku, umět zpracovat učební text a podílet se na tvorbě výukových pomůcek, jako jsou např. videopořady, výukové počítačové programy apod.“

Vědeckou práci lze obecně definovat jako racionální poznávání skutečnosti, jedná se o nepřetržitý proces poznávání přírody, společnosti, člověka, kultury či techniky. Na vědecké pracovníky jsou kladeny velmi vysoké nároky. Podle Kariérního řádu vysokoškolsky vzdělaných pracovníků Akademie věd ČR vydaného Akademickou radou AV ČR (2008) se za vědeckého pracovníka označuje pracovník, který získal ve svém oboru vědeckou hodnost CSc., či akademický titul Ph.D. Pracuje samostatně, vykonává náročné a obtížné práce ve svém vědním oboru. Pravidelně publikuje vědecké práce v domácích i zahraničních recenzovaných časopisech a obvykle je řešitelem grantových nebo programových projektů.⁶³

Etický kodex Univerzity Karlovy⁶⁴ uvádí tyto zásady pro vědecké pracovníky:

- Vědecký pracovník je přístupný týmové spolupráci a odbornému diskursu; komunikuje věcným a otevřeným způsobem s korektní argumentací, bez ponižování druhých či znevažování jejich činnosti
- Neznevažuje vědecké postupy a respektuje jiný vědecký názor
- Ke svým kolegům se chová s přiměřenou kritičností, kterou v nemenší míře uplatňuje i vůči veškeré vlastní vědecké a tvůrčí práci
- Při své vědecké práci reflektuje nejnovější vývoj ve svém oboru, odpovídá za přiměřenost, přesnost a objektivitu použitých metod a dbá, aby nedošlo k jejich zkreslování; obdobným způsobem dbá o data či zkoumané materiály, o jejich přesný popis a standardní způsoby archivace; dbá o to, aby postupy i výsledky vědecké práce byly přezkoumatelné
- Prohlubuje své odborné znalosti a dovednosti; o nabyté vědomosti a zkušenosti se vhodným způsobem dělí s akademickou obcí

⁶³ http://www.cas.cz/o_avcr/zakladni_informace/dokumenty/karierni_rad_vs_pracovniku_avcr.html

⁶⁴ <http://www.cuni.cz/UK-5317.html>

Mezi základní pracovní činnosti vědeckých pracovníků patří:

- Samostatné provádění výzkumných a vývojových prací, řešení či spoluřešení grantů
- Formulace výstupů výzkumu
- Publikování výstupů výzkumu v tuzemských i zahraničních vědeckých časopisech a sbornících
- Aktivní účast na vědeckých konferencích a seminářích v tuzemsku i zahraničí
- Autorství nebo spoluautorství na vědecké monografii
- Členství v mezinárodních vědeckých společnostech

Vysokoškolský zákon (1998, § 70, odstavec 2) definuje kategorie akademických pracovníků. Jsou to profesori, docenti, odborní asistenti, asistenti, lektori, vědečtí, výzkumní a vývojoví pracovníci podílející se na pedagogické činnosti. Jedním z rysů akademické profese je tzv. profesní či akademická dráha/kariéra. Akademická profese má dynamický charakter, který umožňuje jedinci získávat vyšší akademické hodnosti, což je výsledkem profesionálního zrání (Vašutová 2002).

- **Asistent** – začínající pozice profesionální akademické dráhy; asistent se připravuje na plnohodnotnou akademickou profesi, předpokládá se u něj kariérní růst; hlavní náplní činnosti je vlastní studium, zapojení se do badatelských a výzkumných aktivit, minimálně se věnuje výuce, případně pod vedením zkušenějšího kolegy
- **Odborný asistent** – má již alespoň jednu akademickou hodnost (doktorát), praxi v oboru nebo na vysoké škole; hlavní náplní jeho práce je výuka, ze všech akademických hodností má nejvyšší výukový úvazek; vede cvičení a semináře, přednáší (zejména na školách, kde je nedostatečný počet docentů a profesorů), vede diplomové práce, je členem zkušebních komisí pro státní a rigorózní zkoušky, plní další odborné i organizační úkoly; jeho povinností je podílet se na

vědeckovýzkumných činnostech; předpokládá se u něj postup do vyšší kategorie

- **Docent** - jejich výukové úvazky jsou nižší (u nás šest až deset semestrálních hodin týdně), zaměřují se na vědeckou a výzkumnou činnost; mezi jejich povinnosti patří přednášet a vést semináře, vést diplomové práce, být předsedy zkušebních komisí v pregraduálním a postgraduálním studiu, vést postgraduální studenty; předpokládá se u nich přímá zodpovědnost a větší podíl na řešení výzkumných úkolů a rozvíjení vědních disciplín; také angažovanost v akademických samosprávných orgánech, oborových radách, v řídicích funkcích vysokých škol a fakult
- **Profesor** – vrcholná pozice akademické dráhy, které lze dosáhnout, nejvýznamnější pozice ve struktuře akademické profese; vyznačuje se vysokou mírou profesionální autonomie ve výzkumu a výuce; výukový úvazek je ještě nižší (u nás šest až osm semestrálních hodin týdně), zahrnuje především přednášky v postgraduálním a pregraduálním studiu; dále předsedají zkušebním komisím pro státní, rigorózní a doktorské zkoušky, habilitačním a hodnotícím komisím; vedou doktorandy; jsou členy vědeckých rad a expertních komisí; vedou výzkumné týmy; vykonávají akademické funkce; jsou angažováni v mezinárodních organizacích, kde vykonávají významné funkce

Za typické znaky akademické profese se považuje (Vašutová 2002):

- Vysokou míru společenské prestiže
- Autonomii spojenou s akademickými svobodami
- Vysokou úroveň vědecké/umělecké znalosti
- Tvorbu vědeckého/technického/kulturního poznání
- Odborné zprostředkování tohoto poznání mladé generaci
- Etapy profesní dráhy

- Vysokou náročnost profesionálního výkonu spojenou se značnou pracovní zátěží

Jak uvádí J. Poláček (2008) „každý učitel na vysoké škole by měl manifestovat svůj status náležitým chováním, jednáním a vystupováním, kultivovanou mluvou, ba i oblékáním. Měl by usilovat o osobnostní vyhraněnost a nebát se jisté aristokratičnosti, ale zároveň by se neměl chovat povýšeně; součástí jeho vnitřní výbavy by měla být stálá sebereflexe a pokora, vyvažující určitou výlučnost akademického prostředí.“

4.1.2 Požadavky na profesi vysokoškolského učitele

Učitelské povolání na terciální úrovni souvisí jednak s profesí vědeckého pracovníka, neboť předpokládá vědomosti, dovednosti v oboru, schopnosti, zájmy a některé rysy osobnosti. Souvisí také s profesemi, které vyžadují neustálý kontakt s lidmi. To předpokládá specifickou motivaci, schopnosti a dovednosti ve styku s lidmi, v jejich poznávání, působení na ně, organizování a řízení jejich činnosti. Z toho je patrné, že učitelské povolání patří k těm náročnějším, neboť jsou kladeny vysoké nároky jednak na osobnost učitele, ale také na jeho schopnosti, dovednosti, musí disponovat odbornými kompetencemi a v neposlední řadě umět odolávat náročným životním situacím.

„Vysokoškolský učitel je tradičně vnímán jako bezproblémová profese, která se vyznačuje řadou historicky daných předností a společenských výhod, jako profese, která je podřízena pouze zákonitostem akademického světa, ohraničeného a nezávislého na okolním světě“ (Vašutová 2005, s. 75). Autorka tuto domněnku vyvrací tvrzením, že vysokoškolský učitel se ve skutečnosti ocitá pod tlakem společnosti a vzdělávací politiky určující cíle vzdělávání a očekávané výsledky. Vysokoškolský učitel se musí vypořádat se změnami, které jsou podle Vašutové (2005) podmíněny:

- Transformací vysokého školství (institucionální diverzifikace, diverzifikace studijních programů do různých vysokoškolských stupňů, vícestupňové studium)

- Vzdělávacími požadavky trhu práce (příprava nových studijních oborů a předmětů, uplatnitelnost absolventů disponujícími klíčovými kompetencemi)
- Novými informačními a komunikačními technologiemi (výuka podporovaná počítačem)
- Zaváděním rozmanitých forem a způsobů organizace vysokoškolského studia (prezenční, kombinované a distanční studium, modulový a kreditový systém)
- Proměnou studentské populace (různorodá věková a zkušenostní struktura studentů, osobnostní proměna studentů a úroveň jejich socializace)
- Rozvíjením pokrokových (progresivních) koncepcí a modelů vysokoškolské výuky pro podporu učení studentů a utváření klíčových kompetencí
- Transformací systému vědeckovýzkumné a vývojové práce na vysoké škole (grantový systém, trans-institucionální týmy, mezinárodní týmy)
- Změnami pracovních podmínek – limitované pracovní smlouvy, nadúvazky, souběžné smlouvy na více institucích

Vypořádání se s těmito změnami vyžaduje od vysokoškolských učitelů vysokou úroveň profesionální reflexe, přizpůsobivosti a jisté flexibility (Vašutová 2005).

Mnoho problémů je spojeno s vědeckou prací, která je nezbytnou součástí práce vysokoškolského učitele. Tyto problémy shrnul J. Poláček (2008): „Příliš se preferují grantové projekty, zatížené značnou formalizací, kterou trpí i různé akreditace, habilitační řízení a řízení ke jmenování profesorem či hodnocení publikační činnosti. V něm jsou některé aktivity přeceňovány a jiné naopak podhodnocovány, což má negativní dopad na jednotlivé vědecké obory i na každého učitele.“

Mezi základní předpoklady, které ovlivňují realizaci výchovně-vzdělávacího procesu, patří také osobnostní charakteristiky učitelů. Podle M. Slavíka (2012) jsou za žádoucí osobnostní charakteristiky považovány:

- Morální bezúhonnost
- Schopnost komunikace
- Odolnost vůči zátěži
- Emocionální inteligence
- Schopnost sebepoznání sebereflexe

Kvalita vysokoškolských učitelů jednoznačně souvisí s kvalitou výuky, výzkumu a ostatních tvůrčích činností školy. Přesto je nedostatek habilitovaných pracovníků a jejich věková struktura největším problémem na převážné většině především nově vznikajících vysokých škol (Bílá kniha 2001). Kvalitu výuky zabezpečuje tzv. Boloňská deklarace.

Boloňský proces je dohoda evropských i mimoevropských států, kteří se přihlásili k vytvoření otevřeného prostoru vysokého školství v Evropě. Cílem bylo přispět ke zlepšení volného pohybu studentů a akademických pracovníků v Evropě a umožnit každému vysokoškolskému studentovi strávit alespoň jeden semestr studia na některé zahraniční vysoké škole s tím, že domácí instituce mu jej uzná jako součást jeho studijního programu. Boloňský proces byl zahájen v červnu 1999 podpisem Boloňské deklarace, kterou podepsalo 31 ministrů z 29 evropských zemí. Evropský prostor vysokoškolského vzdělávání byl slavnostně vyhlášen ve dnech 11. - 12. března 2010 na konferenci ministrů v Budapešti a ve Vídni. Společnou deklaraci přijalo již 47 zemí. Nezávislí experti i jednotlivé instituce a zájmové skupiny se shodli, že bylo dosaženo významného pokroku, a zdůraznili obrovskou změnu, která se udála s vysokým školstvím zejména na kontinentální Evropě⁶⁵ (MŠMT ČR, Boloňský proces).

Kvalita patří mezi priority Boloňského procesu. Jedním z šesti cílů Boloňské deklarace byla „podpora evropské spolupráce v oblasti udržování kvality se zřetelem na

⁶⁵ <http://bologna.msmt.cz/>

vypracování srovnatelných kritérií a metodologie.“ V roce 2005 byly přijaty „Evropské zásady a postupy pro zabezpečení kvality v Evropském prostoru vysokoškolského vzdělávání.“⁶⁶

Zapojení se do Boloňského procesu mohou vysokoškolští učitelé vnímat jako příležitost, nebo naopak jako požadavek, který zvyšuje zátěž na ně kladenou.

4.2 Prestiž profese

Z hlediska společenské prestiže se profese vysokoškolského učitele dlouhodobě drží na předních příčkách uznání (Sociologický ústav AV ČR, 2012). Dosahují nejvyšší prestiže ze všech učitelských povolání. Akademičtí pracovníci jsou považováni za nositele pokroku, dostává se jim uznání, a to je zavazuje k vysoké míře zodpovědnosti vůči společnosti a k neustálému zdokonalování se (Vašutová 2002).

Českou škálu prestiže povolání vytvořili sociologové P. Machonin a M. Tuček (1993). Český výraz slova prestiž je vážnost, významnost, důležitost aj. Vystihuje hodnotové soudy. Prestiž jednotlivých povolání zkoumá sociologie. Sestavuje stupnice či pořadí profesí, které jsou hodnoceny na základě potřebného vzdělání k jejich výkonu, zodpovědnosti, finančního příjmu, vlivu ve společnosti a další (Průcha 2005).

Česká škála prestiže povolání (Machonin, Tuček 1993 in Průcha 2005):

1. Lékař na poliklinice
2. Ministr
3. **Docent, profesor na VŠ**
4. Vědec
5. Ředitel podniku
6. Právník, advokát
7. **Učitel ZŠ**

⁶⁶ <http://bologna.msmt.cz/ostatni-dokumenty/standardy-a-smernice-pro-zajisteni-kvality-v-evropskem-prostoru-terciarniho-vzdelavani>

8. Zdravotní sestra

Podle výsledků Centra pro výzkum veřejného mínění (Sociologický ústav AV ČR 2012) je zřejmé, že prestiž vysokoškolského učitele, ale také profese učitele na základní škole, si dlouhodobě drží svoji pozici, jak zobrazuje tabulka č. 5.

Tabulka č. 5 Prestiž povolání

Profese/pořadí	11/2004	6/2007	6/2011	6/2012
Lékař	1.	1.	1.	1.
Vědec	2.	2.	2.	2.
Učitel VŠ	3.	3.	4.	3.
Zdravotní sestra			3.	4.
Učitel ZŠ	4.	4.	5.	5.
Soudce	6.	7.	7.	6.
Ministr	13.	17.	24.	24.

Zdroj: Sociologický ústav AV ČR, 2012

Vysoké hodnocení učitelského povolání se shoduje se zahraničními výzkumy v oblasti prestiže. Také v USA se učitelství řadí k profesím s vysokou prestiží (Průcha 2005). Přestože z dlouhodobého hlediska vykazuje tato profese značnou stabilitu v hodnocení prestiže, poukazuje J. Kořá (2007 in Vališová, Kasíková 2007) na rozšířený mýtus o nízké prestiži učitelského povolání. Problémem je i podhodnocování ze strany samotných učitelů, kteří odhadují prestiž svého povolání daleko níže. Autor to objasňuje tím, že sebedoceňování je dáno povahou práce, jejíž výsledky jsou obtížně vykazatelné. Dalším faktorem je výše platu. Obecně profese umisťující se na prvních příčkách žebříčku prestiže, nikdy nedosahují nejvyšších míst v platových třídách. Dalšími příčinami je nízké sebevědomí učitelů a nedokončená profesionalizace tohoto povolání, včetně profesních standardů.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Hypotézy práce

Jelikož nejsou dostupné výzkumy nezdolnosti typu smysl pro soudržnost u vysokoškolských učitelů ve věku 45 – 56 let, je možné vycházet z prací zabývajících se smyslem pro soudržnost u jiných profesních skupin. Zjištěná data budou porovnána s výsledky S. Pelcáka (2008, 2013), který realizoval výzkum nezdolnosti a adherence ke zdravému životnímu stylu u různých profesních skupin. Na základě studia literatury a provedené literární rešerše byly stanoveny tyto hypotézy.

H1 Průměrná hodnota smyslu pro soudržnost u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let bude vyšší než u souboru zdravá česká populace.

H1.1 Smysl pro soudržnost vyjádřený průměrnou hodnotou SOC u zkoumané cílové skupiny bude nižší než u tzv. exponovaných profesí.

H2 Průměrná hodnota smyslu pro soudržnost bude mít záporný vztah k míře subjektivně prožívaného distresu vyjádřeného škálou SCL 90.

H3 Průměrná hodnota smyslu pro soudržnost bude mít kladný vztah k vybraným protektivním faktorům zdravého životního stylu měřených pomocí dotazníku *Stress Profile*.

H4 Jedinci, kteří vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu minimálně v rozsahu podle doporučení WHO, budou mít vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost, než jedinci, u kterých byla prokázána pohybová nedostatečnost.

H4.1 Úroveň týdenní pohybové aktivity bude kladně korelovat s celkovým smyslem pro soudržnost.

H5 Úroveň sociální opory kladně ovlivňuje celkovou sílu smyslu pro soudržnost.

Výzkumný cíl

- Zjistit úroveň psychické odolnosti typu smysl pro soudržnost u vybrané profesní skupiny vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let
- Zjistit míru subjektivně vnímaného distresu u sledovaných respondentů
- Vyhodnotit vztah smyslu pro soudržnost k vybraným rizikovým a protektivním faktorům životního stylu
- Zjistit roli nezdolnosti typu smysl pro soudržnost v adherenci ke zdravému životnímu stylu
- Analyzovat vztah mezi mírou stresového zatížení a úrovní pravidelné pohybové aktivity u sledovaného souboru

6 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkum byl proveden na Univerzitě Karlově v Praze. K účasti na výzkumu bylo osloveno čtrnáct fakult zmíněné univerzity v Praze a jejich katedry, ústavy či oddělení. Jedná se o tyto fakulty:

- Katolická teologická fakulta
- Evangelická teologická fakulta
- Husitská teologická fakulta
- Právnická fakulta
- 1. lékařská fakulta
- 2. lékařská fakulta
- 3. lékařská fakulta
- Filozofická fakulta
- Přírodovědecká fakulta
- Matematicko-fyzikální fakulta
- Pedagogická fakulta
- Fakulta sociálních věd
- Fakulta tělesné výchovy a sportu
- Fakulta humanitních studií

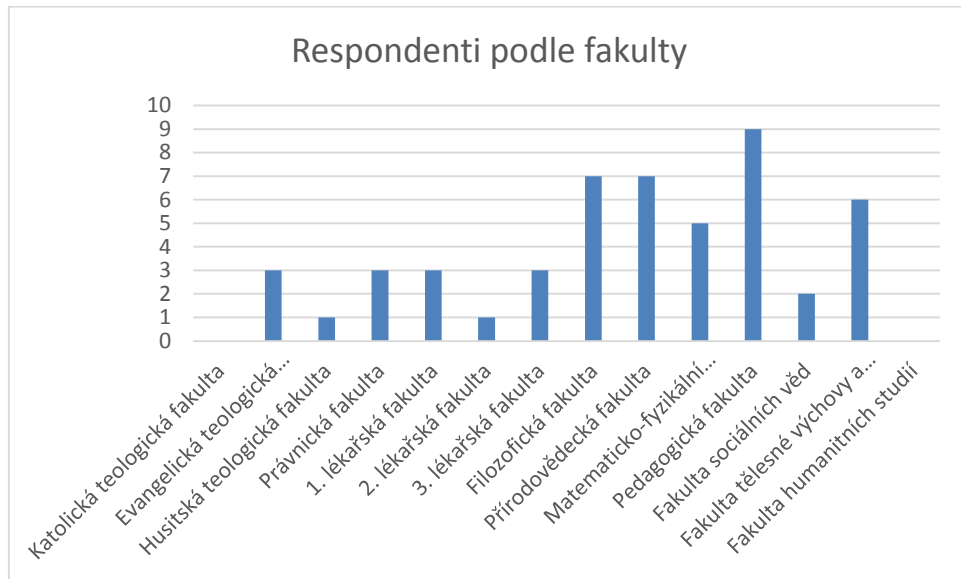
Žádost o účast na výzkumu byla realizována písemnou formou s využitím emailové pošty adresované vedoucím kateder, ústavů či oddělení s prosbou o svolení k účasti akademických pracovníků z řad zaměstnanců kateder, ústavů či oddělení. Cílovou skupinu tvořili akademičtí pracovníci narození mezi lety 1959 – 1967. Jak se v průběhu kontaktování respondentů ukázalo, v požadovaném věkovém rozpětí působí na Univerzitě Karlově v Praze málo akademických pracovníků. Na mnoha katedrách se v požadované věkové kategorii dokonce nevyskytují žádní pracovníci. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 50 akademických pracovníků z dvanácti fakult univerzity.

V případě jedné fakulty (Katolická teologická fakulta) neodpovídal základnímu kritériu věku žádný respondent. Na další fakultě (Fakulta humanitních studií) byl jeden vhodný respondent, který neprojevil na participování zájem. Počet respondentů z jednotlivých fakult znázorňuje tabulka č. 6. a graf č. 1.

Tabulka č. 6 Respondenti z jednotlivých oslovených fakult

Název fakulty	Počet respondentů
Katolická teologická fakulta	0
Evangelická teologická fakulta	3
Husitská teologická fakulta	1
Právnická fakulta	3
1. lékařská fakulta	3
2. lékařská fakulta	1
3. lékařská fakulta	3
Filozofická fakulta	7
Přírodovědecká fakulta	7
Matematicko-fyzikální fakulta	5
Pedagogická fakulta	9
Fakulta sociálních věd	2
Fakulta tělesné výchovy a sportu	6
Fakulta humanitních studií	0

Graf č. 1 Respondenti podle fakulty



7 Metodika práce

Vlastní výzkum byl realizován s využitím metody dotazování. Ke sběru dat byly použity tři standardizované dotazníky, jeden vstupní dotazník orientující se na zdravotní stav a jeden záznamový arch. Metody byly zvoleny s ohledem na cíle práce. Výběr metod byl limitován časovou náročností zvolených metod, dostupností a ochotou respondentů, osobním sběrem dat a ekonomickým hlediskem.

Respondenti byli osloveni emailovou žádostí a na základě vlastního zájmu o spolupráci s nimi byla domluvena schůzka. Sběr dat probíhal v období od prosince 2012 do dubna 2013. Vlastní šetření zpravidla probíhalo na pracovišti respondentů v jejich pracovnách. U dotazování byli vždy přítomni pouze respondent a autorka práce. Respondent vyplňoval dotazníky sám. Všechny dotazníky byly navraceny kompletně vyplněné.

7.1 Použité výzkumné metody

Při zjišťování vzájemných vztahů mezi smyslem pro soudržnost a vybranými korelátory zdraví byly použity standardizované verze dotazníků. Výběr metod vycházel z uvedeného pojetí salutogeneze. Při výzkumu byly použity tyto metody:

1. Dotazník o zdravotním stavu
2. *Stress Profile* K. M. Nowack (2006)
3. Nezdolnost typu SOC A. Antonovsky (1987)
4. Sebeuposuzovací škála SCL – 90 (1973, 1985)
5. Deník pohybové aktivity

1. Dotazník o zdravotním stavu – obsahuje čtyři části; osobní anamnéza zjišťuje závažnější nemoci v minulosti, úrazy a otravy, alergie a operace; přehled skupin onemocnění, se kterými se respondent dlouhodobě léčí či léčil; užívané léky v současnosti; omezení způsobená nemocí či úrazem. Respondent označuje ty položky, které se ho týkají. Vyplnění dotazníku trvá 5 – 10 min. Cílem dotazníku je zjistit skutečnosti, které by mohly negativně ovlivnit průběh dotazování.

2. Stress Profile K. M. Nowack – dotazník byl standardizován pro českou populaci autory J. Klosem a P. Králem (2006). Dotazník je určen pro dospělou populaci nad 20 let s minimálně základním vzděláním. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, který je zaměřen na přístup ke stresu a vyrovnávání se s ním, určuje míru odolnosti vůči stresu. Cílem *Stress Profile* je poskytnout informace o psychologických faktorech, které ovlivňují vztah mezi stresem a nemocí. Dále o specifickém životním stylu a zdravotním chování, které se u jedince může podílet na vzniku onemocnění a poruchách ovlivňovaných stresem. Pomáhá identifikovat oblasti, které člověku pomáhají odolat škodlivým účinkům každodenního stresu a oblasti, které ho činí náchylnějším k onemocněním spojovaným se stresem.

Dotazník obsahuje 123 položek rozložených do osmi částí a zaměřených na 15 oblastí, které se týkají stresu a zdravotního rizika. Doba vyplnění je 20 – 30 minut. Oblasti se týkají zdraví, práce, finanční situace, rodiny, společenských povinností, životního prostředí, zdravotních návyků, cvičení, odpočinku aj. Dále je tvořen položkami na chování typu A, kognitivní nezdolnost, pozitivního a negativního pohledu na sebe sama a zhodnocení vlastní psychické pohody.

Tabulka č. 7 Škály *Stress Profile*

	Počet položek
Index inkonzistentních odpovědí	(10 párů)
L-skóre	5
Stres	6
Zdravotní návyky (celkový skór)	25
Cvičení	3
Odpočinek / spánek	5
Jídlo / výživa	5
Prevence	11
Trs položek ARC*(konzumace alkoholu, rekreačních drog a cigaret)	3
Sociální podpora zdraví	15
Chování typu A	10
Kognitivní nezdolnost	30
Zvládací strategie (bez celkového skóru)	
Pozitivní pohled	5
Negativní pohled	5
Minimalizace hrozeb	5
Zaměřenost na problém	4
Psychická pohoda	12

Zdroj: Klose, Král 2006

U každé položky je zjišťován hrubý skóre, který je pomocí převodních tabulek pro českou populaci převeden na T-skóre. Průměrná hodnota T-skóre je 50 a směrodatná odchylka je 10. Výsledky T-skóre 60 a vyšší jsou považovány za vysoké, naznačují vysokou odolnost jedince. Výsledky 39 a nižší se považují za nízké, naznačují zdravotní rizika. Hodnoty v rozpětí 40 – 59 jsou v normě. U škál stres, ARC, chování typu A a negativní pohled naznačují vysoké T-skóre zdravotní riziko a nízké T-skóre odolnost.

3. Nezdolnost typu SOC A. Antonovsky – dotazník vytvořil A. Antonovsky (1987) pod původním názvem „*The Orientation to Life Questionnaire*“ – Dotazník orientace na život. Škála obsahuje celkem 29 položek, které měří celkovou koherenci životní orientace a její tři dimenze: srozumitelnost (11 položek), zvládnutelnost (10 položek) smysluplnost (8 položek). Respondenti vybírají odpověď na 7 bodové škále se dvěma zakotvujícími frázemi. Třináct položek je formulováno negativně, z tohoto důvodu musí být hodnoceny obráceně. Respondent musí zodpovědět všechny otázky, při nezodpovězení více než 4 z 29 položek není výsledek validní. Podle A. Antonovského snižuje validitu také tendence k extrémní odpovědi (1 nebo 7). Vyplnění dotazníku trvá 15 – 20 minut.

Metoda SOC je vhodná pro sledování efektivity zvládnání stresu. Vysoké skóre vyjadřuje silný pocit soudržnosti (*koherence*). Jedinci s vysokými hodnotami SOC jsou motivováni zátěž zvládnout, jsou připraveni k úspěšnému zvládnutí stresu.

4. Sebeuposuzovací škála SCL – 90 – Sebeuposuzovací škála Symptom Checklist – 90 (Derogatis, Lipman, Covi 1973, 1985) patří k nejčastěji používaným měřicím nástrojům v oblasti péče o duševní zdraví. Dotazník byl původně určen pro ambulantní pacienty za účelem sledování změn psychického stavu v klinických psychofarmakologických zkouškách (Derogatis, Lipman, Covi 1973). Dnes se využívá v psychologických službách, u somaticky nemocných pacientů slouží pro zjišťování výskytu psychopatologických symptomů. Vyjadřuje míru prožívaného distresu.

Dotazník obsahuje 90 položek. Je konstruován jako vícerozměrná škála měřící aktuální psychický stav posouzením intenzity výskytu subjektivních psychopatologických symptomů. Dotazník je rozdělen do devíti symptomatických škál a dále obsahuje nezařazené položky, které se týkají poruch spánku a chuti k jídlu. Kromě skóre ze všech

škál je vyhodnocen také Index celkové závažnosti, který vyjadřuje celkovou míru distresu.

Respondent zaznamenává na pěti bodové škále Likrtova typu (v rozpětí od 0 – vůbec ne po 4 – velmi silně) intenzitu uvedeného symptomu, do jaké míry se za uvedené období (v tomto případě několika posledních dnů) vyskytuje. Vyplnění dotazníku trvá 5 – 10 minut.

Škály sebeposuzovacího dotazníku SCL – 90:

- Somatizace (SOM) – 12 položek
- Obsese, kompulze (OBS) – 10 položek
- Interpersonální senzitivita (INT) - 9 položek
- Deprese (DEP) – 6 položek
- Anxieta (ANX) – 10 položek
- Hostilita (HOS) – 6 položek
- Fóbie (PHOB) – 7 položek
- Paranoidní ideace (PAR) – 6 položek
- Psychoticismus (PSY) – 10 položek
- Nezařazené (NEZ) – 7 položek
- Index celkové závažnosti (GSI)

Pro jednotlivé položky je určena hranice normy pro muže a ženy. Hranici normy a mezní hodnotu psychopatologie uvádí tabulka č. 8. V této práci budou zjištěná data porovnána s hodnotami v této tabulce. Dotazník byl zařazen pro zjištění míry negativně prožívaného stresu a také pro vyloučení psychopatologií u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze.

Tabulka č. 8 Hranice normy a hodnoty psychopatologie symptomových dimenzí a souhrnného ukazatele GSI

Dimenze	Hranice normy		Mezní hodnota psychopatologie	
	ženy	muži	ženy	Muži
SOM	0,92	0,75	1,32	0,81
OBS	1,26	0,99	1,39	1,07
INT	0,88	0,65	1,28	0,99
DEP	0,97	0,66	1,56	0,99
ANX	1,03	0,80	1,58	1,23
HOS	0,68	0,71	0,98	0,78
PHOB	0,48	0,36	0,81	0,54
PAR	0,61	0,61	1,00	0,82
PSY	0,32	0,34	0,56	0,50
NEZ	0,87	0,79	1,34	1,26
GSI	0,81	0,64	1,18	0,89

Zdroj: Honzák in Chromý 2005

SOM – somatizace, OBS – obsese-kompulze, INT – interpersonální senzitivita, DEP – deprese, ANX – anxieta, HOS – hostilita, PHOB – fobie, PAR – paranoidní ideace, PSY – psychoticismus, NEZ – nezařazené, GSI – index celkové závažnosti

5. Deník pohybové aktivity – deník slouží k záznamu pohybové aktivity po dobu dvou týdnů. Deník se zaměřuje na klíčové parametry pohybové aktivity jako je frekvence (jak často), intenzita (jak obtížně), dobu trvání (po jak dlouhou dobu) a typ pohybové aktivity (chůze, běh, jízda na kole, plavání, tenis a další). Zapisují se pohybové aktivity, které byly u dotázaných vysokoškolských učitelů prováděny po dobu delší jak 15 minut. Deník byl vytvořen autorkou práce, která se inspirovala Deníkem pohybové aktivity Americké kardiologické asociace (2005). Výzkumná metoda deníku byla zvolena pro svoji snadnou proveditelnost, ač se její validita může zdát nízká (záleží na pečlivosti zaznamenávání vykonané pohybové aktivity respondenta). Deník slouží jako doplňkový nástroj pro ověření úrovně pohybové aktivity u zkoumané skupiny. Data budou vyhodnocena s vědomím, že mohou být ovlivněna subjektivním úsudkem respondenta.

Doba vyplnění deníku je přibližně 10 minut.

Celková doba vyplnění testové baterie je 55 - 70 minut.

8 Výsledky práce

8.1 Respondenti z hlediska pohlaví, věku a délky praxe

Celkový počet oslovených respondentů byl genderově téměř vyrovnaný. Výzkumu se zúčastnilo 48 % žen a 52 % mužů. Věkové rozpětí respondentů je v rozmezí 45 – 56 let, jak ukazuje tabulka č. 9.

Tabulka č. 9 Respondenti z hlediska pohlaví a věku

Pohlaví	Věk											Celkový součet
	45	46	48	49	50	51	52	53	54	55	56	
Muž	1	0	1	0	6	5	5	4	1	2	1	26
Žena	0	1	1	5	2	1	4	2	5	2	1	24
Celkový součet	1	1	2	5	8	6	9	6	6	4	2	50

Zajímavé je také složení respondentů z hlediska délky praxe, tedy počtu let, po která vyučují na vysoké škole. Srovnání uvádí tabulka č. 10.

Tabulka č. 10 Respondenti z hlediska počtu let praxe

Pohlaví	Počet let praxe																					Celkový součet	
	4	5	6	7	10	11	13	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	27	28	29		30
Muž	1	1	1	0	0	0	1	3	3	2	2	1	1	1	1	0	0	5	1	0	1	1	26
Žena	0	1	0	1	3	1	2	1	0	1	3	2	2	0	1	3	1	0	1	1	0	0	24
Celkový součet	1	2	1	1	3	1	3	4	3	3	5	3	3	1	2	3	1	5	2	1	1	1	50

8.2 Respondenti z hlediska zdravotního stavu

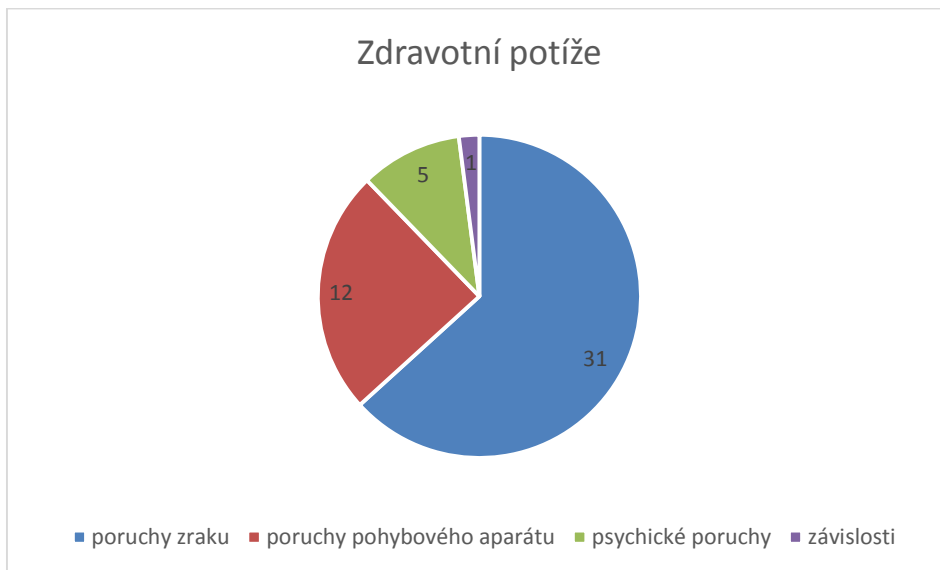
Cílem informačního dotazníku o zdravotním stavu respondentů bylo vyloučit zdravotní omezení ovlivňující průběh a výsledky dotazování a zjistit zdravotní stav respondentů. V době dotazování byli všichni respondenti v dobré zdravotní kondici, neléčili se s žádným onemocněním. Z dlouhodobých zdravotních obtíží převládají u vysokoškolských učitelů ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 –

2013 poruchy zraku. Celkem 31 dotázaných (62 %) z celkového počtu 50 má poruchu zraku. Brýle na čtení pravidelně používá 27 respondentů (54 %), brýle na dálku 10 respondentů (20 %) a 6 respondentů (12 %) má kombinovanou vadu zraku, kdy používá brýle na dálku i na čtení. Grafické znázornění četnosti poruch zraku zobrazuje graf č. 3.

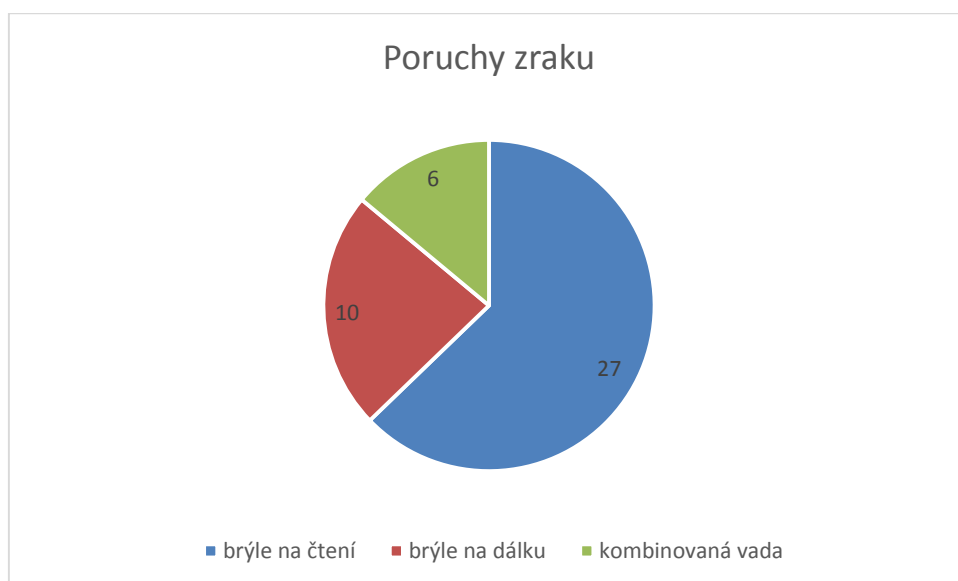
Druhým nejfrekventovanějším onemocněním jsou poruchy pohybového aparátu, nejčastěji se jedná o bolesti zad, poruchy páteře, případně v minulosti léčené úrazy a zlomeniny. Poruchy pohybového ústrojí byly zjištěny u 12 dotázaných (24 % z N = 50).

K psychickým poruchám se přiznalo 5 respondentů (10 % z N = 50), čtyři respondenti se v minulosti léčili pro deprese a jeden respondent pro nespavost. Jeden respondent přiznal závislost na tabáku. Grafické znázornění vybraných sledovaných zdravotních obtíží u zkoumaného souboru zobrazuje graf č. 2.

Graf č. 2 Zdravotní potíže



Graf č. 3 Poruchy zraku



8.3 Hodnoty dotazníku *Stress Profile*

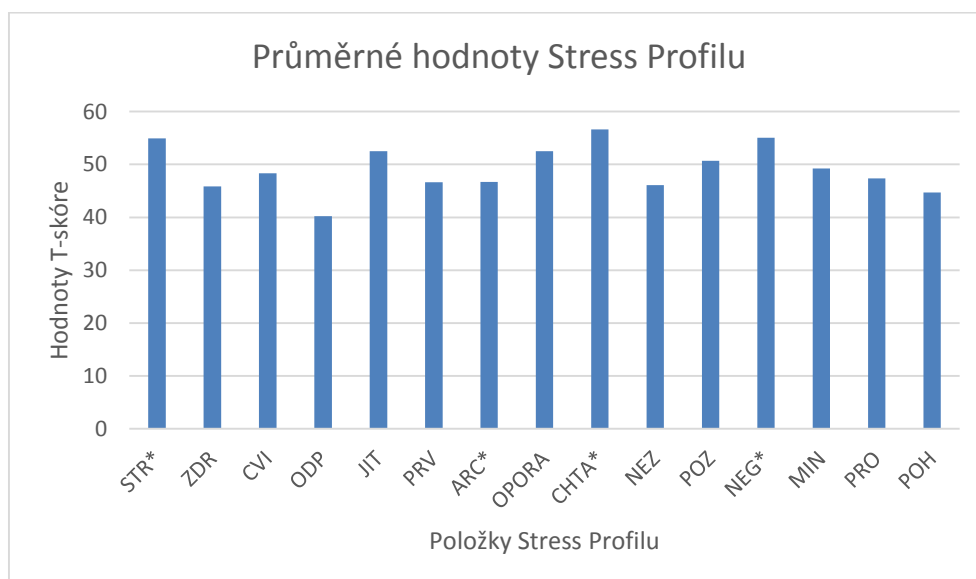
Úroveň pracovního a životního stresu byla zjišťována dotazníkem *Stress Profile*. Hrubé skóre byly převedeny pomocí převodní tabulky standardizované pro českou populaci na T-skóre. Hodnoty T-skóre v rozmezí 40 – 59 jsou v normě, hodnoty 60 a více znamenají vysokou odolnost a naopak hodnoty 39 a méně značí zdravotní riziko. U škál označených * znamenají vysoké hodnoty T-skóre zdravotní riziko a nízké T-skóre odolnost. Hodnoty *Stress Profile* u sledovaného souboru znázorňuje tabulka č. 11. Graf č. 4 zachycuje průměrné hodnoty T-skóre vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 - 2013.

Tabulka č. 11 Hodnoty *Stress Profile* u vysokoškolských učitelů ve věku 45 – 56 let

	STR*	ZDR	CVI	ODP	JIT	PRV	ARC*	OPORA	CHTA*	NEZ	POZ	NEG*	MIN	PRO	POH
Průměr	54,96	45,82	48,34	40,22	52,54	46,62	46,68	52,5	56,62	46,12	50,68	55,06	49,22	47,34	44,68
Medián	58	46	50,5	39	53	47	45	52	55	45	51	57,5	48	49	44
SMODCH	11,74	9,14	11,38	11,90	9,92	9,72	7,22	9,13	10,62	11,34	8,88	10,81	10,18	9,56	9,56
Max	80	64	65	63	72	67	71	72	78	69	72	77	76	70	66
Min	33	26	28	20	28	23	39	33	34	22	33	25	26	20	23

Vysvětlivky: STR* – stres, ZDR – zdravotní návyky, CVI – cvičení, ODP - odpočinek, spánek, JIT - jídlo, výživa, PRV – prevence, ARC* – alkohol, drogy, cigarety, OPORA – sociální opora, CHTA* – typ chování A, NEZ – kognitivní nezdolnost, POZ – pozitivní pohled, NEG* – negativní pohled, MIN – minimalizace hrozeb, PRO – zaměření na problém, POH – psychická pohoda, SMODCH – směrodatná odchylka

Graf č. 4 Průměrné hodnoty *Stress Profil*

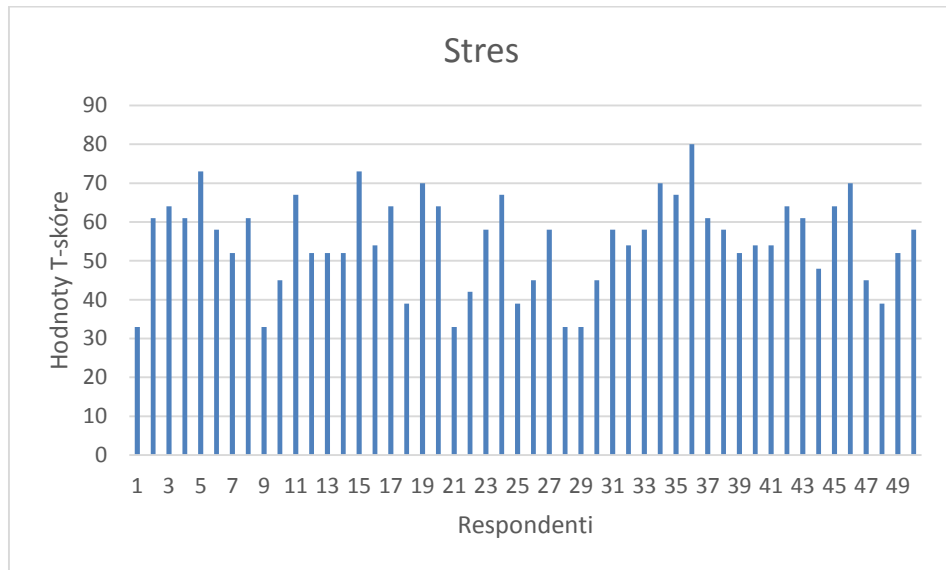


Vysvětlivky: STR* – stres, ZDR – zdravotní návyky, CVI – cvičení, ODP - odpočinek, spánek, JIT - jídlo, výživa, PRV – prevence, ARC* – alkohol, drogy, cigarety, OPORA – sociální opora, CHTA* – typ chování A, NEZ – kognitivní nezdolnost, POZ – pozitivní pohled, NEG* – negativní pohled, MIN – minimalizace hrozeb, PRO – zaměření na problém, POH – psychická pohoda. Hodnoty T-skóre v rozmezí 40 – 59 jsou v normě, hodnoty 60 a více znamenají vysokou odolnost a naopak hodnoty 39 a méně značí zdravotní riziko. U škál označených * znamenají vysoké hodnoty T-skóre zdravotní riziko a nízké T-skóre odolnost.

Z grafu č. 4 vyplývá, že sledovaný soubor jako celek nepřekračuje hodnoty normy v žádné položce *Stress Profile*. Průměrné hodnoty jednotlivých škál dotazníku *Stress Profile* uvádí tabulka č. 11. Na spodní hranici normy je položka odpočinek, což může souviset s časovou náročností vykonávané profese, které obnáší často i práci mimo pracovní dobu, či v noci, kdy jedinci nepocítují dostatek času pro odpočinek a stěžují si na nedostatek spánku či poruchy spánku. Jedinci profese vysokoškolský učitel věnují svůj volný čas publikační činnosti, konzultacím se studenty, přípravě na přednášky a semináře, vědeckým konferencím aj. Jedná se o časově náročnou profesi.

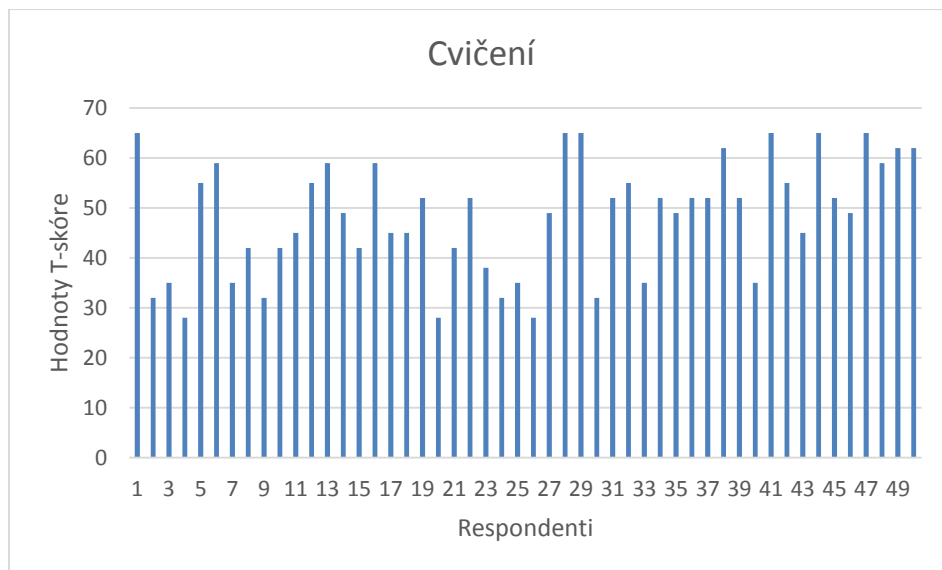
Pro zjištění úrovně pracovního a životního stresu u respondentů byla analyzována položka stres samostatně. Jak ukazuje graf č. 5, jsou značné rozdíly u jednotlivých respondentů. U osmi respondentů (16 % z N = 50) byla zjištěna vysoká odolnost vůči stresu (hodnoty <40). Ukázalo se, že u devatenácti respondentů (38 % z N = 50) byla překročena hranice normy (hodnoty >59). Tito jedinci za období posledních 3 měsíců prožívali zvýšený pracovní a životní stres. Stres pro ně představuje zdravotní riziko.

Graf č. 5 Hodnoty položky stres



Samostatně byla také analyzována položka cvičení, neboť jedním z cílů výzkumu je zjistit úroveň pohybové aktivity u zkoumaného souboru. Z grafu č. 6 jsou opět zřejmé velké rozdíly u jednotlivých respondentů. Pouze devět jedinců (18 %) z celkového souboru 50 překračuje hranici normy (T-skóre >59). Objem pohybové aktivity u těchto respondentů převyšuje týdenní doporučený objem podle WHO (více kapitola 2. 3). Celkem 28 respondentů (56 %) se věnuje aerobní pohybové aktivitě alespoň třikrát týdně po dobu 20 – 30 minut a třikrát týdně po dobu 20 – 30 minut rozvoji svalové síly a vytrvalosti. Nedostatečná úroveň pohybové aktivity byla zjištěna u 13 respondentů (26 %).

Graf č. 6 Hodnoty položky cvičení



Na prožívání a vnímání stresu má vliv také sociální opora. Vliv sociální opory na prožívání stresu byl popsán v kapitole 1.6.1. Vysoká úroveň sociální opory byla prokázána u 11 respondentů (22 %), u čtyř respondentů (8 %) z celkového počtu 50 byla zjištěna nízká úroveň sociální opory. Výsledky zobrazuje graf č. 7.

Graf č. 7 Hodnoty položky sociální opora

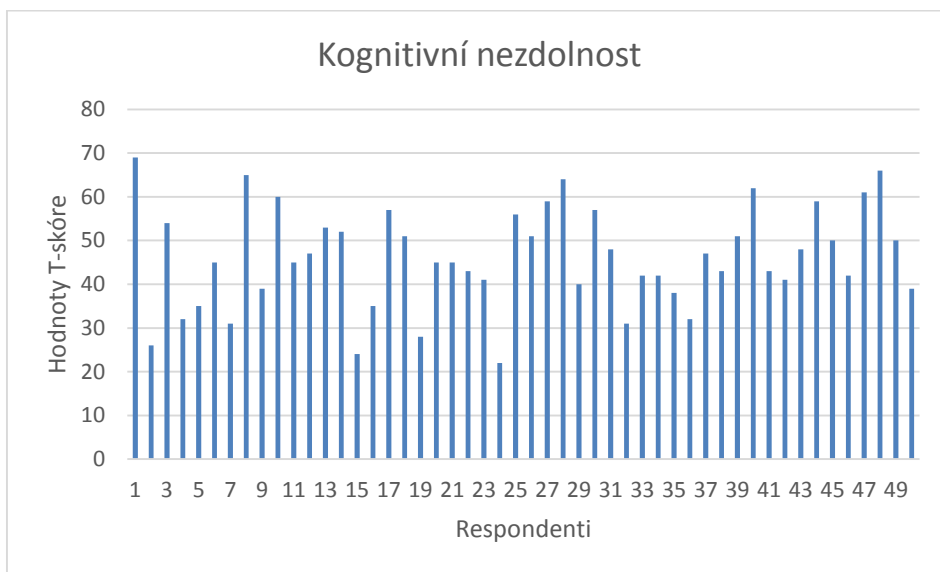


Dalším faktorem, který ovlivňuje schopnost jedince odolávat stresu je nezdolnost (více v kapitole 1.4.3). Při pohledu na graf č. 8 zjistíme, že se hodnoty položky nezdolnost pohybují spíše ve spodní hranici normy a pod ní. Vysoká nezdolnost byla naměřena pouze u šesti respondentů (12 %). Tito jedinci vnímají životní změny jako výzvy, celkově jsou více odolní vůči působení stresu.

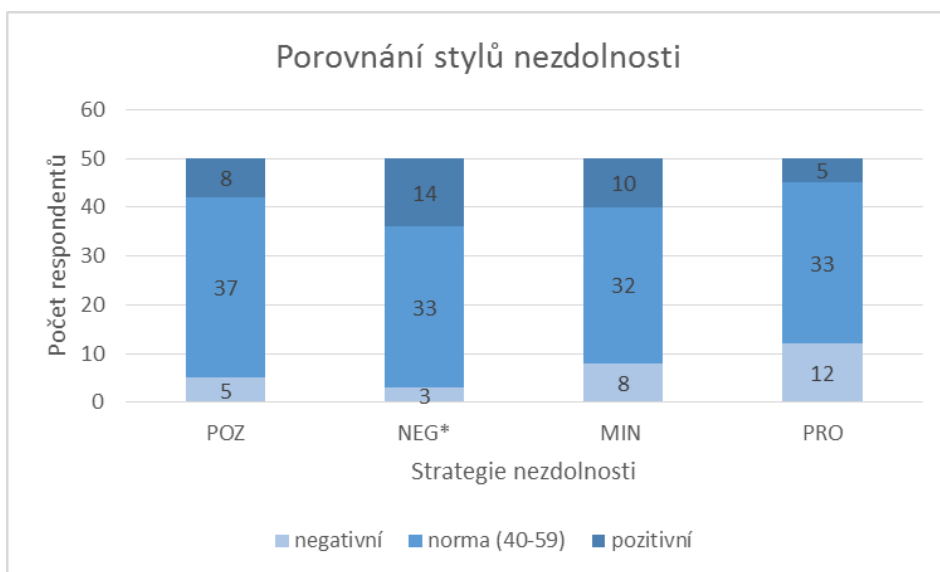
Velmi nízká hranice nezdolnosti, která již naznačuje zdravotní rizika, byla zjištěna u 14 respondentů (28 %). Toto zjištění je v rozporu s předpokladem, že vysokoškolští učitelé ve věku 45 – 56 let se umí se stresem vyrovnávat snadněji, v boji se stresem uplatňují své zkušenosti a již ovládají účinné techniky vyrovnávání se se stresem a zároveň prevenci jeho vzniku.

Ze zvládacích strategií vyrovnávání se se stresem nejvíce respondentů využívá pozitivní pohled. Jedinci se soustředí na pozitiva, která pro ně z nastalé situace plynou. Položka negativní pohled je hodnocena opačně, 14 respondentů (28 %) stresovou situaci řeší tímto způsobem, což není z hlediska zdraví optimální. Často používanou strategií je také minimalizace hrozeb, kdy si jedinci zmírňují dopad náročné životní situace například tím, že si říkají a myslí pozitivní věci. Porovnání hodnot jednotlivých zvládacích strategií shrnuje graf č. 9.

Graf č. 8 Hodnoty položky kognitivní nezdolnost



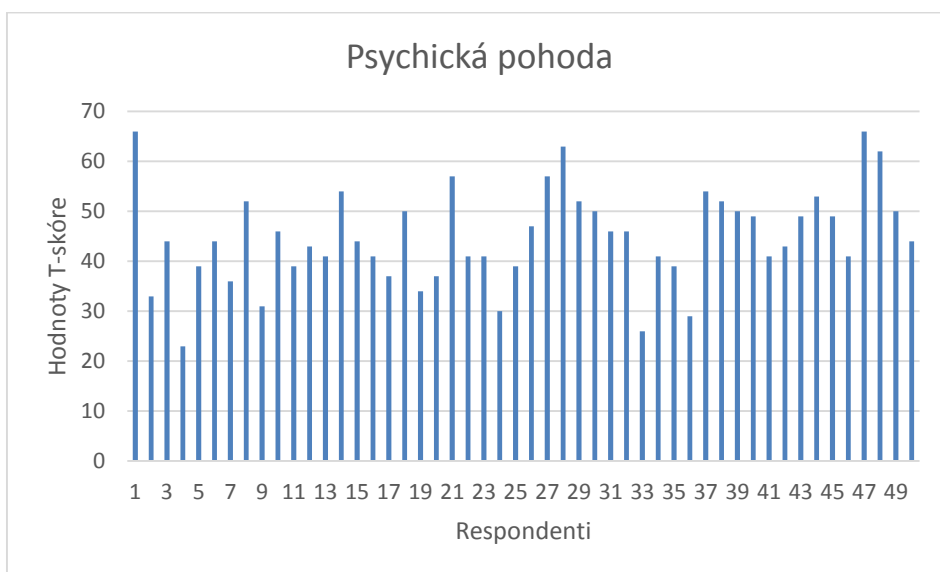
Graf č. 9 Porovnání hodnot stylů nezdolnosti



Vysvětlivky: POZ – pozitivní pohled, NEG* - negativní pohled, MIN – minimalizace hrozeb, PRO – zaměřenost na problém. Položka NEG* je hodnocena opačně.

V jaké psychické pohodě se respondenti v době dotazování a předchozích třech měsících nacházeli, zobrazuje graf č. 10. Ve velmi dobré celkové psychické pohodě byli pouze 4 respondenti (8 %). Hodnoty T-skóre v normě byly naměřeny u 31 respondentů (62 %) a 15 dotázaných (30 %) dosáhlo nízkých hodnot T- skóre. Sběr dat probíhal v období prosinec – duben. Období kolem Vánoc je obecně stresově náročnější. Na škále životních stresových událostí (Holmes, Rahe 1967) jsou Vánoce ohodnoceny dvanácti body. Pro profesi vysokoškolského učitele jsou také náročná období leden – březen, kdy končí zimní semestr, nastává zimní zkouškové období a příprava na letní semestr, která pro vysokoškolské učitele znamená časovou náročnost. Také je to období, kdy jsou v intenzivnějším kontaktu se studenty a zejména období zkoušek mohou považovat za více stresující. Zajímavé by bylo srovnání psychické pohody v jiném ročním období, zejména po letních prázdninách.

Graf č. 10 Hodnoty položky psychická pohoda



8. 4 Hodnoty smyslu pro soudržnost

K posouzení individuální dispozice ke zvládnání psychické zátěže a stresu je důležité umístění jedince na pomyslném kontinuu nízký smysl pro soudržnost až silný smysl pro soudržnost. Nízký smysl pro soudržnost je ukazatelem psychické zranitelnosti (*vulnerability*). Naopak silný smysl pro soudržnost předpovídá vysokou odolnost (*resilienci*) vůči stresu. Jedinec se silným SOC je odhodlán a motivován stres zvládnout, uvědomuje si smysl svého nasazení, orientuje se ve vzniklé situaci a ví, jak situaci zvládnout. Hodnota smyslu pro soudržnost je vyjádřena jeho celkovým skóre.

Průměrná hodnota celkového skóre smyslu pro soudržnost u souboru české populace (N = 2 757) je $145,6 \pm 18,6$ (Pelcák 2008, 2013). K. Paulík (2011) zjistil u souboru českých učitelů (N 972) průměrnou hodnotu celkového skóre SOC 136,62. Tabulka č. 12 uvádí průměrnou hodnotu celkového skóre SOC u souboru (N 50) vysokoškolských pracovníků Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 - 2013. Tento průměr je $144,74 \pm 17,04$. Tabulka č. 13 porovnává hodnoty SOC u vybraných skupin české populace a některých profesí (Pelcák 2008, 2013). Hodnoty smyslu pro soudržnost se neuvádějí zvlášť pro muže a ženy. Také v tomto výzkumu se pohlaví ukázalo jako nezávislý faktor, podobně jak konstatoval A. Antonovsky či S. Pelcák (2008, 2013).

Tabulka č. 12 Hodnota smyslu pro soudržnost u vysokoškolských pracovníků ve věku 45 – 56 let

	SOC	C	MA	ME
Průměr	144,74	4,40	5,11	5,66
Medián	142	4,41	5,05	5,82
Směrodatná odchylka	17,04	0,72	0,70	0,72
Minimum	83	1,55	2,8	4,13
Maximum	177	5,45	6,7	7,00

Vysvětlivky: SOC – smysl pro soudržnost, C – srozumitelnost, MA – zvládnutelnost, ME – smysluplnost

Z výsledků jsou zřejmé velké rozdíly mezi jednotlivými respondenty. Maximální hodnota byla naměřena SOC 177, naopak minimální hodnota pouze 83.

Tabulka č. 13 Porovnání síly smyslu pro soudržnost s vybranými skupinami české populace

Soubor populace	SOC	C	MA	ME
*Soubor zdravá populace (n = 372, věk = 36,04 ± 10,9)	147,8	4,50	5,35	5,57
**Obyvatelé Mladoboleslavska (n = 150, věk = 48,3 ± 18,0)	135,7	4,10	4,90	5,20
Zdravotní sestry (n = 78, věk = 39,4 ± 9,5)	146,9	4,57	5,22	5,05
Zdravotníci IZS (n = 93, věk = 43,8 ± 11,3)	148,8	4,53	5,39	5,61
Zdravotníci pečující o seniory (n = 51, věk = 41,5 ± 11,1)	131,4	4,00	4,77	4,93
Kynologové-záchranáři (n = 79, věk = 40,5 ± 10,9)	152,1	4,51	5,63	5,70
Hasiči-záchranáři (n = 753, věk = 37,6 ± 10,2)	147,5	4,48	5,39	5,54
Policisté - specialisté (n = 85, věk = 42,5 ± 9,8)	147,4	4,56	5,31	5,49
Policie URNA (n = 49, věk = 27,9 ± 4,3)	161,9	5,01	5,91	5,97
Sociální pracovnice v přímé péči (n = 82, věk = 39,7 ± 10,4)	139,2	4,52	4,92	5,03
Studenti kombinovaného studia PedF (n = 104, věk = 36,8 ± 8,6)	144,4	4,28	5,23	5,62
Pracovníci probační a mediační služby (n = 54, věk = 35,03 ± 6,9)	145,6	4,42	5,27	5,54
Vysokoškolští učitelé (n = 50, věk 51,6 ± 5,0)	144,74	4,40	5,11	5,66

Zdroj: Pelcák 2013

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost), * Soubor zdravá populace – tvoří účastníci studie Genetika závislostí. Soubor byl získán na somatických odděleních Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, na transfuzních stanicích v Praze a Brně. Soubor představuje jedince bez závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách (vyjma kávy), současné i minulé

nekuřáctví, absence psychiatrické diagnózy (řešitel studie je P. Zvolský, Interní grantová agentura MZ ČR NF/5991-3/2000). ** Vzorek obecná populace obyvatel Mladoboleslava oslovený prostřednictvím tazatelské sítě, soubor se blíží reprezentativnímu výběru (Pelcák 2008).

Průměrné hodnoty celkového skóre a dimenzí smyslu pro soudržnost u zkoumané profesní skupiny jsou vyšší, než u souboru obecná populace z Mladoboleslava, u sociálních pracovníků v přímé péči a u zdravotníků pečujících o seniory. Stejnou hodnotu celkového skóre SOC vykazují vysokoškolští studenti kombinované formy studia Pedagogické fakulty. Studenti kombinované formy studia většinou působí na různých stupních škol jako učitelé. Stejný charakter povolání, pedagogická práce, avšak bez vědecké práce, může být příčinou toho, že u studentů kombinované formy studia, byla naměřena stejná hodnota SOC. Vyšší hodnoty celkového skóre a dimenzí SOC vykazují pracovníci tzv. exponovaných profesí, to může být ovlivněno charakterem výkonu těchto profesí, specifickým výběrem jedinců pro tato povolání, jejich odbornou přípravou a podle S. Pelcáka (2013) také opakovaným vystavováním se stresorům.

8.5 Subjektivně vnímaný distres u zkoumaného souboru

Pro zjištění míry subjektivně prožívaného distresu byla použita Sebeuposuzovací škála SCL – 90. Míru distresu vyjadřuje GSI (*Global Severity Index* – Index celkové závažnosti). Tabulka č. 14 porovnává míru distresu s jinými vybranými profesemi.

Tabulka č. 14 Porovnání míry distresu s vybranými profesemi

	SOM	OBS	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	NEZ	GSI
ZP	0,326	0,501	0,416	0,362	0,256	0,255	0,155	0,275	0,128	0,326	0,308
SPPP	0,489	0,900	0,716	0,659	0,452	0,520	0,265	0,655	0,259	0,563	0,555
MED	0,478	1,007	0,804	0,633	0,619	0,472	0,260	0,705	0,305	0,659	0,601
HZS	0,563	0,786	0,594	0,496	0,454	0,359	0,314	0,517	0,350	0,534	0,449
KYN	0,239	0,789	0,413	0,335	0,232	0,430	0,146	0,529	0,196	0,401	0,364
ZZS	0,521	0,907	0,781	0,763	0,559	0,614	0,459	0,693	0,452	0,674	0,537
LEK	0,414	0,928	0,681	0,532	0,497	0,463	0,222	0,658	0,277	0,578	0,527
DKO	0,548	0,988	0,654	0,709	0,453	0,505	0,239	0,641	0,266	0,599	0,583
LDN	0,690	0,938	0,887	0,834	0,565	0,525	0,463	0,614	0,304	0,821	0,677
VŠU	0,31	0,920	0,404	0,550	0,334	0,487	0,138	0,371	0,192	0,649	0,449

Zdroj: Pelcák 2013

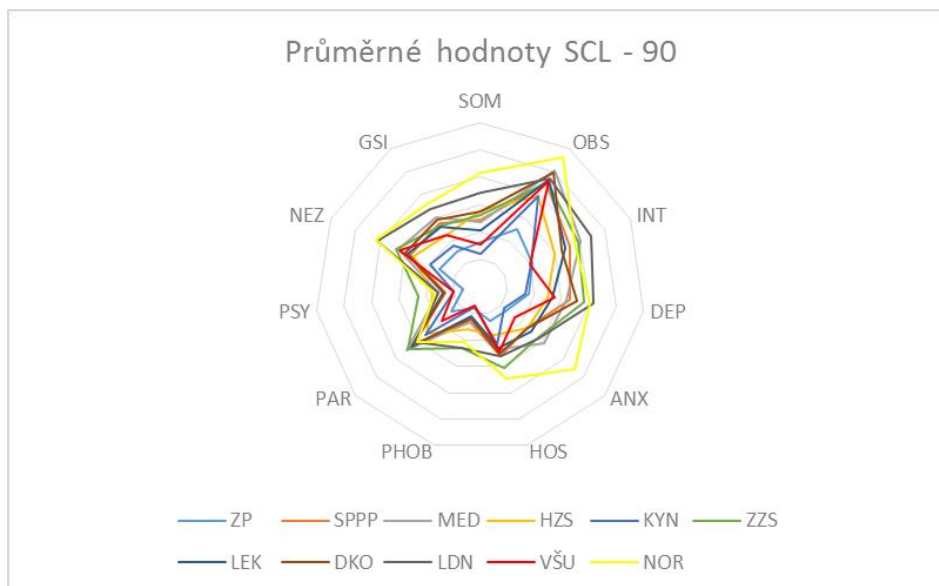
Vysvětlivky: ZP - zdravá populace, SPPP – sociální pracovníci v přímé péči, MED – studenti 1. ročníku medicíny, HZS – hasiči-záchranáři, KYN - kynologové-záchranáři, ZZS - zdravotníci záchranného systému, LEK – lékaři, DKO – daňový kontrolóři, LDN – zdravotní personál v léčebně dlouhodobě nemocných, VŠU – vysokoškolští učitelé. Položky dotazníku SCL 90: SOM – somatizace, OBS – obsese-kompulze, INT – interpersonální senzitivita, DEP – deprese, ANX – anxieta, HOS – hostilita, PHOB – fobie, PAR – paranoidní ideace, PSY – psychotismus, NEZ – nezařazené, GSI – index celkové závažnosti

V položce GSI multisymptomatické škály SCL – 90 se průměry sledovaných skupin pohybují od 0,308 u souboru zdravé populace, přes 0,449 u hasičů-záchranářů a vysokoškolských učitelů, 0,555 u sociálních pracovníků v přímé péči až po 0,677 u pracovníků LDN přímé péče, u nichž je stresové zatížení nejvyšší.

Z tabulky č. 14 vyplývá, že intenzita subjektivně prožívaného distresu u vysokoškolských učitelů ve věku 45 - 56 let podle výběrového souboru v období 2012 - 2013 je vyšší, než u souboru zdravá populace. V porovnání se zdravotními pracovníky byla míra subjektivně prožívaného distresu nižší. Zjištěná míra distresu u zkoumaného souboru nepřekračuje hranici normy, která je v rozpětí 0,64 – 0,81 GSI. Ovšem u 20 % respondentů (10 z N = 50) byla hranice normy GSI překročena. U těchto jedinců může subjektivně prožívaný distres předpovídat první příznaky syndromu vyhoření.

Porovnání průměrných hodnot položek multisymptomatické škály SCL – 90 u vybraných profesních skupin znázorňuje graf č. 11.

Graf č. 11 Porovnání průměrných hodnot položek multisymptomatické škály SCL – 90 u vybraných profesních skupin



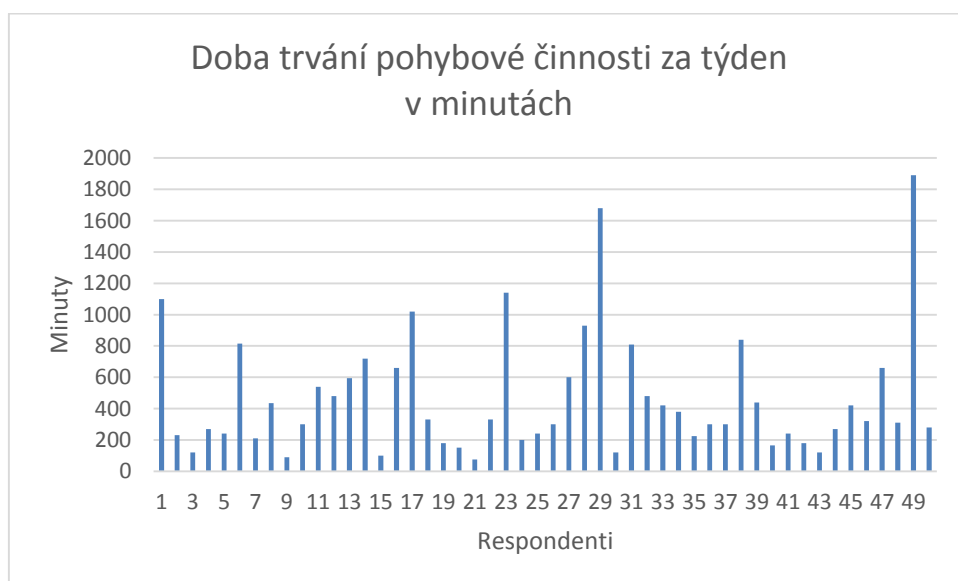
Vysvětlivky: SOM – somatizace, OBS – obsese-kompulze, INT – interpersonální senzitivita, DEP – deprese, ANX – anxieta, HOS – hostilita, PHOB – fobie, PAR – paranoidní ideace, PSY – psychoticismus, NEZ – nezařazené, GSI – index celkové závažnosti. ZP - zdravá populace, SPPP – sociální pracovníci v přímé péči, MED – studenti 1. ročníku medicíny, HZS – hasiči-záchranáři, KYN - kynologové-záchranáři, ZZS - zdravotníci záchranného systému, LEK – lékaři, DKO – daňový kontrolóři, LDN – zdravotní personál v léčebně dlouhodobě nemocných, VŠU – vysokoškolští učitelé, NOR – průměrná hranice normality pro obě pohlaví

Sledovaný soubor vysokoškolští učitelé (červená linie) ve zkoumané věkové kategorii nepřekračují hranice normy (žlutá linie) v žádných položkách tohoto dotazníku. V porovnání se zdravou populací vykazují vyšší hodnoty v položkách obsese-kompulze (OBS), deprese (DEP), hostilita (HOS), paranoidní ideace (PAR), psychoticismus (PSY) a u nezařazených položek (NEZ). V porovnání se zdravotními pracovníky vykazují nižší průměrné hodnoty SCL - 90.

8.6 Úroveň pohybové aktivity

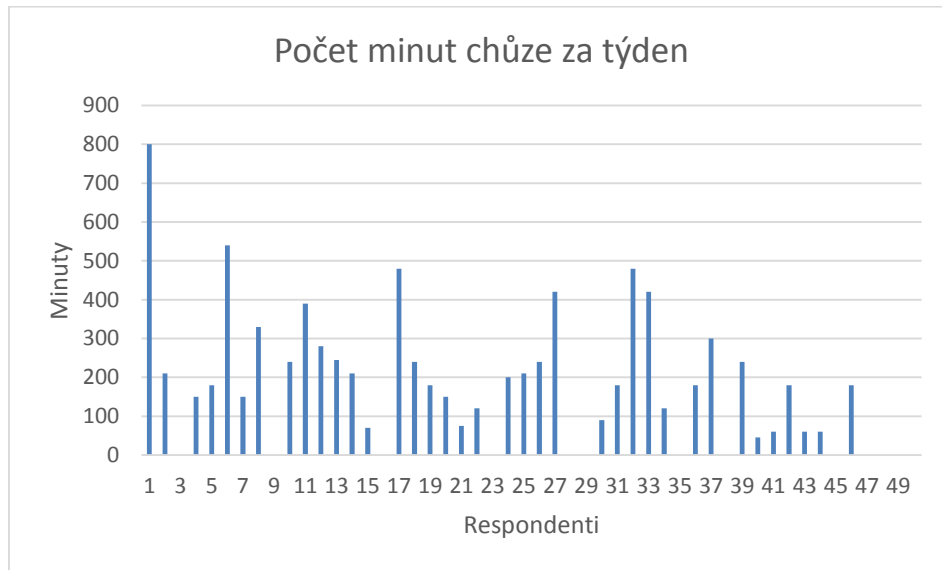
Deník pohybové aktivity byl určen pro zaznamenávání všech denních pohybových aktivit za dobu 14 dnů. Respondenti zaznamenávali druh pohybové činnosti, dobu trvání a její intenzitu. Cílem deníku bylo vysledovat úroveň, intenzitu a pravidelnost pohybové aktivity. Graf č. 12 shrnuje dobu trvání veškerých aktivit za dobu jednoho týdne. Průměrně věnují vysokoškolští učitelé pohybové činnosti 465 minut týdně, tedy 66 minut každý den o průměrné intenzitě 2,4 (mírná – střední intenzita). Nejčastěji uváděným typem pohybové aktivity byla chůze. Týdenní frekvence chůze u vysokoškolských učitelů je 174 minut, tedy 25 minut každý den. Čas věnovaný chůzi zaznamenává graf č. 13. Graf č. 14 naopak porovnává týdenní dobu věnovanou pohybovým aktivitám vyjma chůze. V tomto grafu jsou zahrnuty jen sportovní pohybové činnosti. Bez chůze věnují vysokoškolští učitelé týdně průměrně 222 minut pohybové aktivitě. Každý den to představuje 30 minut, čímž splňují doporučení WHO na denní úroveň pohybové aktivity.

Graf č. 12 Doba trvání pohybové činnosti za týden v minutách



Úroveň celkové týdenní pohybové aktivity je udávána v minutách. Byly započítány veškeré činnosti trvající v kuse minimálně 15 minut. Mezi aktivity respondenti zahrnovali také péči o domácnost, práci na zahradě, či odklízení sněhu. Jelikož sběr dat probíhal v období prosinec – duben, zaznamenávali do deníku někteří respondenti i celodenní sjezdové nebo běžecké lyžování. Celková týdenní doba, kdy se věnují pohybovým aktivitám tak narostla. Ovšem tito respondenti v jarních, letních a podzimních měsících nahrazují lyžování jízdou na kole, takže lze předpokládat, že čas věnovaný sportu je u nich velmi podobný.

Graf č. 13 Počet minut chůze za týden

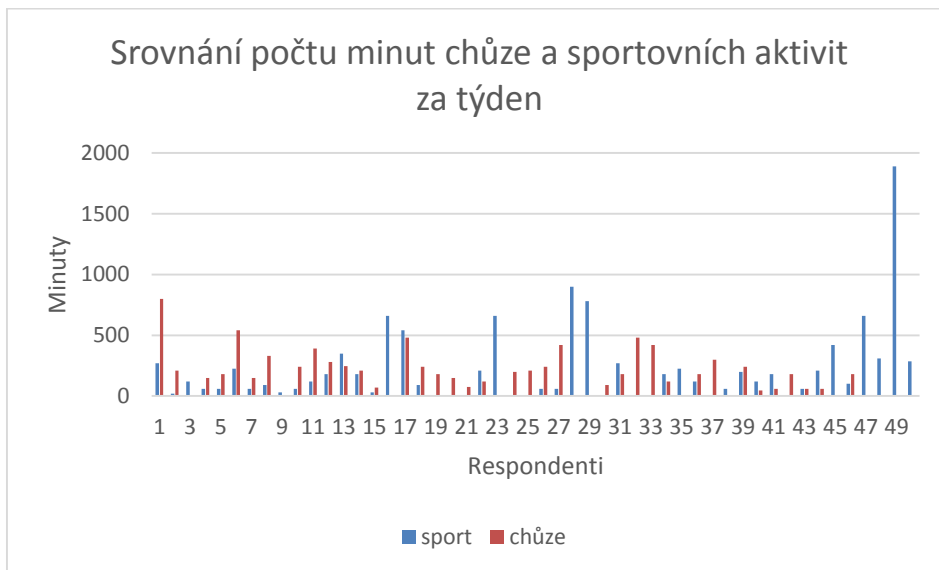


Graf č. 14 Počet minut sportovních pohybových aktivit za týden



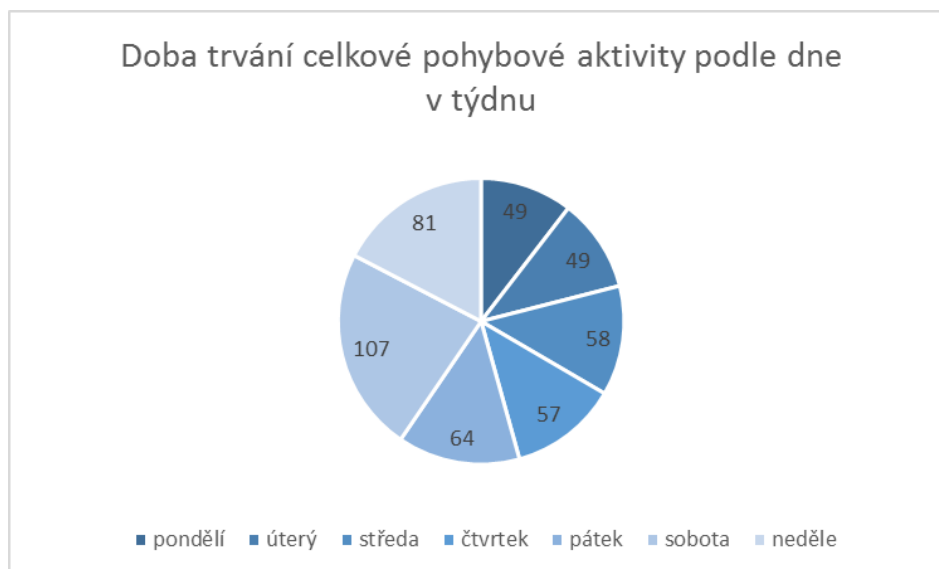
Z grafu č. 13 a č. 14 vyplývá obliba chůze u sledovaného souboru. Pro některé respondenty je chůze jediným typem vykonávané pohybové aktivity. Naopak respondenti, kteří se věnují sportovním aktivitám a cvičení, do deníku ani běžnou chůzi nezaznamenávali. Srovnání doby trvání chůze a sportovní činnosti u jednotlivých respondentů je patrné z grafu č. 15.

Graf č. 15 Srovnání počtu minut chůze a sportovních aktivit za týden



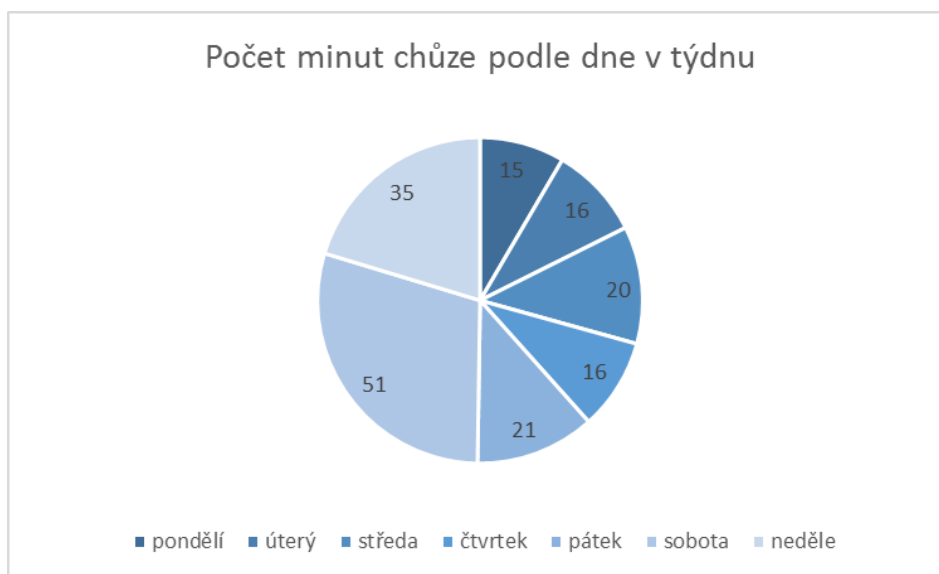
Který den v týdnu jsou vysokoškolští učitelé pohybově aktivnější? Sportují více ve všedních dnech, nebo o víkendu? Výsledky zobrazují grafy č. 16 – 18.

Graf č. 16 Doba trvání celkové pohybové aktivity podle dne v týdnu



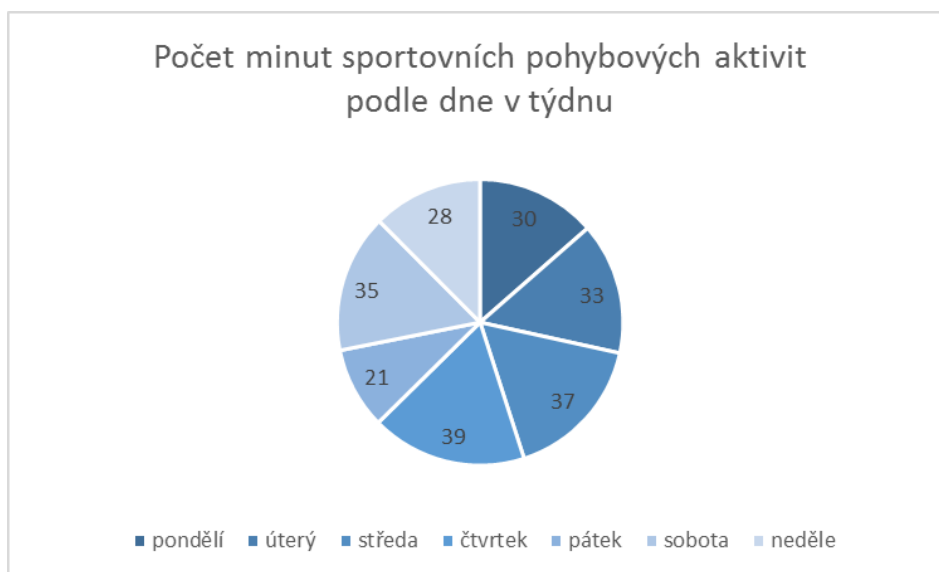
Z grafu vyplývá, že více času věnují respondenti pohybovým aktivitám o víkendu, nejvíce v sobotu, následuje neděle. V pracovních dnech jsou vysokoškolští učitelé průměrně pohybově aktivní téměř 60 minut každý den.

Graf č. 17 Počet minut chůze podle dne v týdnu



Stejně výsledky ukazuje také graf č. 17 porovnávající objem chůze podle dne v týdnu. Největší minutový objem chůze je v sobotu, následuje neděle. Ve všední dny doba strávená chůzí klesá.

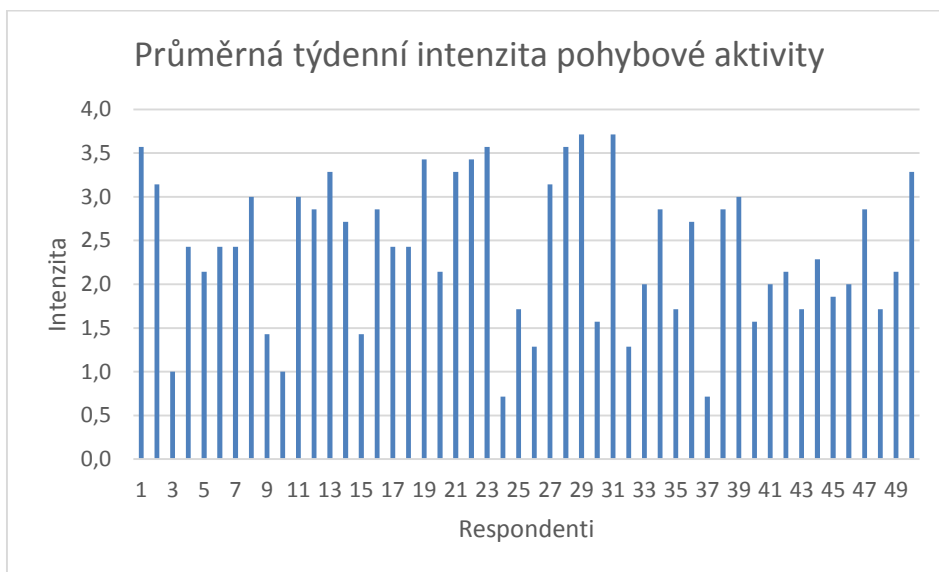
Graf č. 18 Počet minut sportovních pohybů pohybových aktivit podle dne v týdnu



Z grafu č. 18 vyplývá, že nejvíce se sportovním pohybovým aktivitám vysokoškolští učitelé věnují ve čtvrtek, následuje středa a sobota. Naopak v pátek a neděli je průměrná doba trvání sportovní pohybové aktivity nejnižší.

Kromě doby trvání pohybové aktivity je z hlediska udržení zdraví důležitá také intenzita, v jaké je pohyb vykonáván. Podle doporučení WHO (podrobně v kapitole 2.3) pro udržení zdraví a dobré kondice je optimální být pohybově aktivní 30 minut pět dní v týdnu ve střední intenzitě (střední intenzita byla v Deníku pohybové aktivity vyjádřena hodnotou 3), nebo 20 minut tři dny v týdnu ve vysoké intenzitě (vysoká intenzita byla vyjádřena hodnotou 5). Průměrná intenzita týdenní pohybové aktivity u sledovaných vysokoškolských učitelů je 2,4. Graf č. 19 udává průměrnou týdenní intenzitu pohybové aktivity u respondentů.

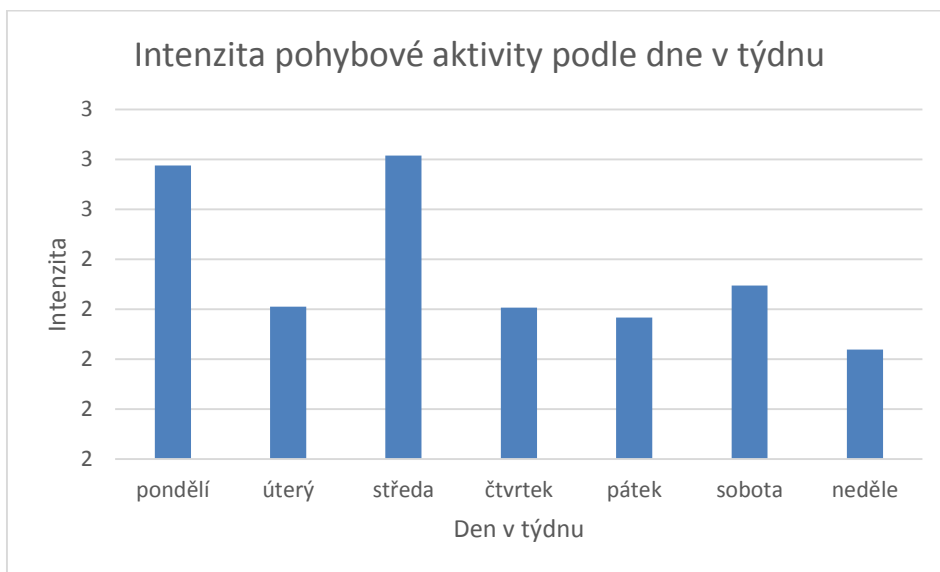
Graf č. 19 Průměrná týdenní intenzita pohybové aktivity



Jak vyplývá z grafu č. 19 na pěti bodové škále intenzity, kdy 1 je velmi mírná až 5 těžká, dávají respondenti přednost velmi mírné až mírné intenzitě. Týdenního průměru střední intenzity dosáhlo pouze 15 respondentů a z nich 12 tento průměr lehce převýšili. Tito respondenti se věnují také intenzivnějšímu pohybu. Velmi nízká intenzita může souviset s nejčastějším typem pohybu, kterým je chůze. U chůze volili respondenti intenzitu mírnou (stupeň 2).

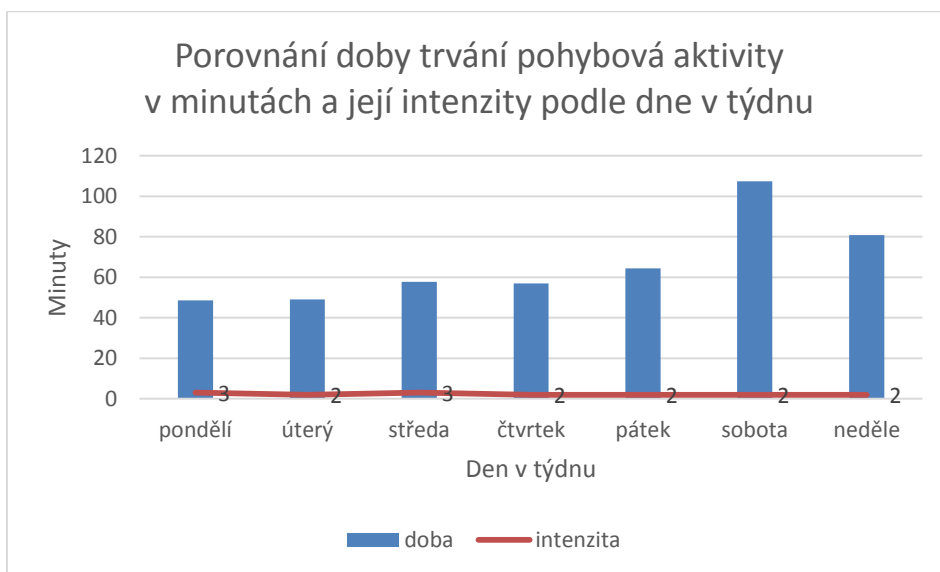
Jak se liší průměrná intenzita pohybové aktivity v jednotlivých dnech v týdnu, ukazuje graf č. 20.

Graf č. 20 Intenzita pohybové aktivity podle dne v týdnu



Také v jednotlivých dnech v týdnu se průměrná intenzita pohybové aktivity pohybuje v mírném pásmu. Pouze v pondělí a ve středu dosahuje průměrná intenzita stupně 3, tedy stření. Graf č. 21 znázorňuje porovnání průměrné doby věnované pohybové aktivitě a její intenzitu v daný den.

Graf č. 21 Porovnání doby trvání pohybové aktivity a její intenzity podle dne v týdnu



Nelze konstatovat, že by intenzita pohybové aktivity byla závislá na době trvání. V sobotu, kdy je minutový objem pohybové aktivity největší, je intenzita mírná. V sobotu převládá z druhu pohybových aktivit chůze, pravděpodobně se jedná o delší procházky v mírnějším tempu, intenzitě.

8.7 Vztah smyslu pro soudržnost k subjektivně vnímanému distresu

Vztah mezi smyslem pro soudržnost a mírou subjektivně prožívaného distresu byl zjišťován pomocí korelační analýzy dat mezi dotazníky Nezdolnost typu smysl pro soudržnost A. Antonovského (1987) a Sebeuposuzovací škála SCL – 90 (1973, 1985). Pro tento vztah platí, čím vyšší hodnoty nezdolnosti SOC, tím nižší hodnoty prožívaného distresu (GSI).

Korelační analýza dat zjišťuje vzájemnou závislost dvou metod. Vyjadřuje intenzitu vzájemného vztahu. Hodnoty korelace určuje Pearsonův korelační koeficient, který se pohybuje v intervalu od – 1 do 1. Vztah dotazníku Smysl pro soudržnost a Sebeuposuzovací škála SCL - 90 zobrazuje tabulka č. 10.

Tabulka č. 15 Korelace mezi smyslem pro soudržnost a dimenzemi SCL – 90

		SOC	C	MA	ME
Smysl pro soudržnost	SOC	1			
	C	0,87	1		
	MA	0,89	0,71	1	
	ME	0,69	0,34	0,47	1
SCL - 90	SOM	-0,28*	-0,19	-0,30*	-0,22
	OBS	-0,46**	-0,36**	-0,46**	-0,29*
	INT	-0,42**	-0,30*	-0,52**	-0,22
	DEP	-0,60**	-0,41**	-0,65**	-0,45**
	ANX	-0,48**	-0,37**	-0,48**	-0,32*
	HOS	-0,46**	-0,35**	-0,50**	-0,28*
	PHOB	-0,53**	-0,52**	-0,41**	-0,34*
	PAR	-0,54**	-0,45**	-0,57**	-0,27*
	PSY	-0,52**	-0,45**	-0,54**	-0,25
	NEZ	-0,51**	-0,36**	-0,40**	-0,53**
	GSI	-0,60**	-0,45**	-0,62**	-0,41**

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost), SOM – somatizace, OBS – obsese-kompulze, INT – interpersonální senzitivita, DEP – deprese, ANX – anxieta, HOS – hostilita, PHOB – fobie, PAR – paranoidní ideace, PSY – psychotismus, NEZ – nezařazené, GSI – index celkové závažnosti

Výsledky korelační analýzy dat potvrzují statisticky významné vztahy mezi proměnnými. Za statisticky významnou byla určena hranice korelace (–) 0,42, jelikož se nejedná o veličiny přesně měřitelné, ale kvalitativně určené. Tabulka č. 15 ukazuje zjištěné statisticky signifikantní vztahy na hladině pravděpodobnosti * $p < 0,05$ a ** $p < 0,01$ mezi celkovým skóre SOC a dimenzemi SCL – 90. Statisticky významné záporné korelace potvrzující salutoprotektivní vztah mezi nezdolností a symptomatikou jedince byly zjištěny mezi smyslem pro soudržnost a položkami multisymptomatické škály SCL – 90: obsese-kompulze (hodnoty korelačního koeficientu $r = - 0,46$), interpersonální senzitivita ($r = - 0,42$), deprese ($r = - 0,60$), anxieta ($r = - 0,48$), hostilita ($r = - 0,46$), fobie ($r = - 0,53$), paranoidní ideace ($r = - 0,54$), psychotismus ($r = - 0,52$) a GSI ($r = - 0,60$). Vysoké hodnoty SOC také souvisejí s nižší intenzitou psychosomatických symptomů a emočního vyčerpání při prožívání stresu. Vysoké hodnoty SOC souvisejí s nižším výskytem drobných zdravotních problémů v každodenním životě.

Z jednotlivých dimenzí nezdolnosti typu smysl pro soudržnost u sledované profesní skupiny má hlavní vliv dimenze „zvládnutelnost“ (*Manageability*). Při řešení problémů převládá tato složka, jedinec věří ve vlastní předpoklady situaci zvládnout.

Na základě zjištěných statisticky významných vztahů mezi smyslem pro soudržnost a mírou subjektivně prožívaného stresu lze potvrdit zprostředkující vliv smysl pro soudržnost na intenzitu prožívaného distresu. Čím silnější je nezdolnost SOC, tím méně stresu jedinec prožívá. Samozřejmě, že tento vztah platí i obráceně. S vyšší hladinou negativního stresu se snižuje úroveň nezdolnosti SOC.

8.7.1 Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu

Informace o životním stylu a zdravotním chování jedince ukazují výsledky korelační analýzy dotazníku *Stress Profile*. Souvislosti mezi smyslem pro soudržnost a položkami *Stress Profile* jsou zřejmé z tabulky č. 16.

Tabulka č. 16 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a *Stress profile*

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>
Smysl pro soudržnost	SOC	1			
	C	0,87	1		
	MA	0,89	0,71	1	
	ME	0,69	0,34	0,47	1
Stress Profile	STR	-0,40**	-0,29*	-0,37**	-0,35**
	ZDR	0,54**	0,48**	0,52**	0,32*
	CVI	0,35**	0,21	0,33*	0,36**
	ODP	0,27*	0,26	0,30*	0,09
	JIT	0,17	0,18	0,22	0,02
	PRV	0,41**	0,45**	0,31*	0,22
	ARC	0,19	0,19	0,02	0,28
	OPORA	0,25	0,21	0,29*	0,11
	CHTA	-0,23	-0,34*	-0,22	0,04
	NEZ	0,71**	0,47**	0,72**	0,61**
	POZ	0,08	0,02	0,11	0,07
	NEG	-0,55**	-0,44**	-0,64**	-0,25
	MIN	0,63**	0,49**	0,72**	0,32*
	PRO	0,08	-0,01	0,10	0,14
POH	0,63**	0,36**	0,64**	0,62**	

Vysvětlivky: *SOC* – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, *C* – *Comprehensibility* (srozumitelnost), *MA* – *Manageability* (zvládnutelnost), *ME* – *Meaningfulness* (smysluplnost), *STR* – stres, *ZDR* – zdravotní návyky, *CVI* – cvičení, *ODP* – odpočinek, spánek, *JIT* – jídlo, výživa, *PRV* – prevence, *ARC* – alkohol, drogy, cigarety,

OPORA – sociální opora, CHTA – typ chování A, NEZ – kognitivní nezdolnost, POZ – pozitivní pohled, NEG – negativní pohled, MIN – minimalizace hrozeb, PRO – zaměření na problém, POH – psychická pohoda

Výsledky korelační analýzy dat potvrzují vysoce signifikantní vztahy mezi sledovanými proměnnými. Za hranici statistické významnosti byla stanovena hranice 0,27, jelikož se nejedná o veličiny přesně měřitelné, ale kvalitativně určené. Tabulka č. 16 ukazuje zjištěné statisticky signifikantní vztahy na hladině pravděpodobnosti $*p < 0,05$ a $**p < 0,01$ mezi celkovým skóre SOC a položkami *Stress Profile*. Statisticky významný vztah u souboru vysokoškolských učitelů (N = 50) byl zjištěn u specifického chování, které přispívá k fyzické a psychické pohodě ($r = 0,54$). Škála zdravotních návyků je složena z položek, jež podrobně popisují obvyklé chování jedince. Tyto položky jsou – cvičení; odpočinek, spánek; jídlo, výživa a prevence. Souvislost mezi SOC a pravidelnou pohybovou aktivitou byla potvrzena na hranici $**p < 0,01$ ($r = 0,35$), v dimenzi „zvládnutelnost“ na $*p < 0,05$ ($r = 0,33$). Potvrdil se také vztah mezi celkovým skóre smyslu pro soudržnost a odpočinkem ($r = 0,27$). Paradoxně nebyla potvrzena souvislost mezi SOC a pravidelnou, vyváženou stravou ($r = 0,17$). Statisticky nejvýznamnější vztah mezi SOC a zdravotními návyky se ukázal v položce preventivního zdravotního a hygienického chování ($r = 0,41$). Nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi smyslem pro soudržnost a chování spojeným se zdravotními riziky – alkohol, drogy, cigarety ($r = 0,19$). Otázkou zůstává, zda se respondenti k tomuto chování při dotazování přiznali.

Dále byl sledován vztah mezi smyslem pro soudržnost a spokojeností s mírou a kvalitou sociální opory. Tento vztah není překvapivě statisticky nijak významný ($r = 0,25$). Nepotvrdila se tak souvislost mezi smyslem pro soudržnost a stabilními sociálními vztahy. Tuto souvislost předpokládal K. Hnilica (2005). Autor se domnívá, že vyšší hodnoty nezdolnosti spojené se subjektivně prožívanou srozumitelností, zvládnutelností a smysluplností života pravděpodobně ovlivňují subjektivně vnímanou dostupnost sociální opory, ale také aktivní vyhledávání instrumentální pomoci. Tento vztah u sledovaného souboru vysokoškolských učitelů nebyl potvrzen.

Statisticky vysoce významný vztah byl zjištěn mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a nezdolností ($r = 0,71$). Vysoká nezdolnost snižuje subjektivně vnímanou intenzitu distresu. Další statisticky významný vztah se potvrdil mezi SOC a minimalizací hrozeb ($r = 0,63$) a psychickou pohodou ($r = 0,63$).

Statisticky významně záporně korelující vztah byl potvrzen mezi smyslem pro soudržnost a prožívanou úrovní distresu za období uplynulých 3 měsíců před dotazováním ($r = -0,40$). Obdobný vztah vykazují všechny 3 dimenze smyslu pro soudržnost a percipovaná úroveň stresu. Mezi celkovým skórem smyslu pro soudržnost a negativním pohledem na svět byl zjištěn také záporně korelující statisticky signifikantní vztah ($r = -0,55$).

Uvedené výsledky potvrzují moderující roli smyslu pro soudržnost v procesu zdraví a nemoci. Podle řady autorů vyjadřují vysoké hodnoty SOC pohyb jedince směrem k aktivnímu zdraví. (Pelcák 2013, s. 109). Autor dále uvádí, že naopak nízké hodnoty smyslu pro soudržnost jsou spojeny s významně pomalejší adaptací na náročné životní situace.

8.7.2 Vztah smyslu pro soudržnost k vybraným proměnným

Jaký vliv má délka učitelské praxe či index tělesné hmotnosti na smysl pro soudržnost? Je délka praxe závisle proměnná, nebo nezávisle? Vztah mezi délkou učitelské praxe a celkovou silou smyslu pro soudržnost je zřejmý z tabulky č. 17.

Tabulka č. 17 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a délkou pedagogické praxe

		SOC	C	MA	ME	Praxe
Smysl pro soudržnost	SOC	1				
	C	0,87	1			
	MA	0,89	0,71	1		
	ME	0,69	0,34	0,47	1	
	Praxe	0,16	0,32*	0,10	-0,10	1

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost), Praxe – délka pedagogické praxe na vysoké škole

Na statisticky významné hladině pravděpodobnosti $*p < 0,05$ byl potvrzen vztah mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a délkou v praxe v dimenzi „srozumitelnost“ ($r = 0,32$). S přibývajícím délkou praxe narůstá přesvědčení, že vzniklé situace budou předvídatelné a vysvětlitelné a události dopadnou podle očekávání. S přibývajícím délkou praxe ovšem ztrácejí vysokoškolští učitelé na smysluplnosti ($r = -0,10$). Tento fakt může ukazovat na syndrom vyhoření, který ale nebyl předmětem tohoto výzkumu.

Za parametr zdraví a dobré kondice se označuje také *Body mass index* (Index tělesné hmotnosti). Jeho vztah k smyslu pro soudržnost je uveden v tabulce č. 18.

Tabulka č. 18 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a *Body mass indexem*

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>	<i>BMI</i>
Smysl pro soudržnost	SOC	1				
	C	0,87	1			
	MA	0,89	0,71	1		
	ME	0,69	0,34	0,47	1	
	BMI	-0,06	0,05	-0,09	-0,14	1

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost), BMI – *Body mass index* (index tělesné hmotnosti)

Překvapivě nebyl prokázán vztah mezi smyslem pro soudržnost a BMI. Index tělesné hmotnosti se zde ukázal jako nezávislý faktor ovlivňující celkovou sílu SOC.

Další sledovanou proměnou byla průměrná doba trvání pohybové aktivity za týden. Vztah mezi smyslem pro soudržnost a délkou trvání pohybové aktivity znázorňuje tabulka č. 19.

Tabulka č. 19 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a průměrnou délkou pohybové aktivity za týden

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>	<i>Doba PA</i>
Smysl pro soudržnost	SOC	1				
	C	0,87	1			
	MA	0,89	0,71	1		
	ME	0,69	0,34	0,47	1	
	Doba PA	0,22	0,11	0,06	0,45**	1

Vysvětlivky: *SOC* – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, *C* – *Comprehensibility* (srozumitelnost), *MA* – *Manageability* (zvládnutelnost), *ME* – *Meaningfulness* (smysluplnost), *Doba PA* – průměrná doba trvání pohybové aktivity za týden

Vztah mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a dobou trvání pohybové aktivity prokázán nebyl. Nebyl vyvrácen vztah na statisticky významné hladině pravděpodobnosti $*p < 0,01$ v dimenzi smysluplnost. Cvičení je spojeno se smysluplnými účinky. Aktivní pohyb je pomocníkem ve vyrovnávání se stresem. Dokáže navodit příjemné pocity a zvyšovat nejen fyzickou, ale také psychickou odolnost vůči stresu. Podle J. Křivohlavého (2007) se smysluplnost života podílí na tom, jak jedinec zvládá stres. Zde se potvrdil vztah mezi smysluplností a délkou trvání pohybové aktivity.

Vztah mezi smyslem pro soudržnost a intenzitou pohybové aktivity je zřejmý z tabulky č. 20.

Tabulka č. 20 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a průměrnou intenzitou pohybové aktivity za týden

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>	<i>I</i>
Smysl pro soudržnost	SOC	1				
	C	0,87	1			
	ME	0,89	0,71	1		
	ME	0,69	0,34	0,47	1	
	I	0,21	0,18	0,13	0,22	1

Vysvětlivky: Vysvětlivky: *SOC* – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, *C* – *Comprehensibility* (srozumitelnost), *MA* – *Manageability* (zvládnutelnost), *ME* – *Meaningfulness* (smysluplnost), *I* – intenzita pohybové aktivity

Vztah mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a průměrnou intenzitou pohybové aktivity nebyl prokázán a to ani v jednotlivých dimenzích *SOC*. Intenzita pohybové aktivity je u sledovaného souboru nezávislý faktor.

8. 8 Vztahy mezi vybranými faktory nezdolnosti

Zjištěná data byla použita pro ověření vzájemného vztahu mezi nezdolností a vybranými ukazateli zdraví. Tabulka č. 21 zachycuje vzájemné vztahy mezi vybranými ukazateli zdraví a osobní nezdolností u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 – 2013 (N = 50). Data byla vyhodnocena s využitím korelační analýzy na hladině pravděpodobnosti *p < 0,05 a **p < 0,01.

Tabulka č. 21 Vztahy mezi vybranými faktory nezdolnosti

		STR	ZDR	CVI	ODP	OPORA	CHTA	NEZ	POH	SOM	DEP	ANX	GSI
Smysl pro soudržnost	STR	1											
	ZDR	-0,43**	1										
	CVI	-0,14	0,37**	1									
	ODP	-0,36**	0,59**	-0,16	1								
	OPORA	-0,35**	0,35**	0,15	0,37**	1							
	CHTA	-0,02	-0,13	0,08	-0,16	0,15	1						
	NEZ	-0,50**	0,47**	0,18	0,43**	0,33*	-0,10	1					
	POH	-0,52**	0,48**	0,51**	0,31*	0,31*	0,06	0,70**	1				
SCL - 90	SOM	0,44**	-0,24	0,01	-0,12	0,00	0,08	-0,28*	-0,27	1			
	DEP	0,50**	-0,39**	-0,27*	-0,23	-0,09	0,21	-0,56**	-0,57**	0,55**	1		
	ANX	0,32*	-0,34*	-0,16	-0,16	0,03	0,26	-0,35**	-0,40**	0,69**	0,76**	1	
	GSI	0,39**	-0,38**	-0,16	-0,27*	0,02	0,32*	-0,52**	-0,48**	0,63**	0,91**	0,89**	1

Vysvětlivky: STR - stres, ZDR – zdravotní návyky, CVI – cvičení, ODP - odpočinek, spánek, OPORA – sociální opora, CHTA – typ chování A, NEZ – kognitivní nezdolnost, POH – psychická pohoda, SOM – somatizace, DEP – deprese, ANX – anxieta, GSI – index celkové závažnosti

Statisticky významný vztah byl prokázán mezi stresem a somatizací ($r = 0,44$), depresí ($r = 0,50$), úzkostností ($r = 0,32$) a celkovou mírou subjektivně prožívaného distresu ($r = 0,39$). Tyto korelace potvrdily přímý vliv na působení stresu a snížení míry nezdolnosti.

Statisticky signifikantní záporné korelace potvrdily vztah mezi stresem a vybranými ukazateli zdraví. Mezi zdravými posilujícími faktory zvyšujícími nezdolnost patří dobré zdravotní návyky ($r = -0,43$), dostatek odpočinku ($r = -0,36$), sociální opora ($r = -0,35$), nezdolnost ($r = -0,50$) a psychická pohoda ($r = -0,52$).

Překvapivě mezi statisticky nesignifikantními vztahy, které nepotvrdily vliv na úroveň stresu a nezdolnost patří pravidelný pohyb ($r = -0,14$) a osobnost typu chování A ($r = -0,02$).

9 Shrnutí výsledků práce a ověření hypotéz

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 50 vysokoškolských učitelů ve věku 45 – 56 let z jednotlivých fakult Univerzity Karlovy v Praze. Sběr dat probíhal v období prosinec 2012 – duben 2013. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit úroveň psychické odolnosti typu smysl pro soudržnost u vybrané profesní skupiny vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let. Dále byla sledována úroveň pohybové aktivity u sledované profesní skupiny.

Nejprve byla vyhodnocena data z jednotlivých výzkumných nástrojů a následně byla provedena jejich korelace pro ověření hypotéz.

Dotazník o zdravotním stavu přinesl tato zjištění:

- V době dotazování se respondenti neléčili s žádným onemocněním
- Celkem 31 respondentů (62 % z N = 50) má nějakou poruchu zraku, poruchy zraku se u většiny respondentů objevily kolem věku 45 let, u některých respondentů již v dětství
- U 12 respondentů (24 %) byly zjištěny poruchy pohybového aparátu jako bolesti zad, onemocnění páteře a úrazy léčené v minulosti
- Psychické poruchy byly zjištěny u 5 dotázaných (10 %), z toho se 4 (8 %) respondenti léčili pro deprese, jeden pro poruchy spánku

Dotazník *Stress Profile* poskytl tyto informace o specifickém životním stylu a zdravotním chování:

- Sledovaný soubor respondentů v žádných položkách dotazníku nepřekročil hranici normy, pouze v položce „odpočinek“ dosáhl spodní hranice normy
- Zajímavější výsledky přinesla analýza položek dotazníku u jednotlivých respondentů, v položce stres 19 respondentů (38 %) z celkového počtu 50 dosáhlo vysokých hodnot T-skóre. Pro tyto jedince je stres spojen se zdravotními riziky. Naopak vysoká odolnost vůči stresu byla naměřena u 8 respondentů (16 %).

- Nedostatečná úroveň týdenní pohybové aktivity byla zjištěna u 13 dotázaných (26 %)
- Vysoká úroveň sociální opory byla naměřena u 11 respondentů (22 %), nízká úroveň sociální opory u 4 dotázaných (8 %)
- V položce nezdolnost dosáhlo 6 dotázaných (12 %) vysokých hodnot, naopak velmi nízká úroveň nezdolnosti a tím i schopnost odolávat náročným životním situacím byla zjištěna u 14 respondentů (28 %)
- Při řešení zátěžových situací převládá technika pozitivní pohled a minimalizace hrozeb
- V době dotazování a 3 měsíců před ním se pouze 4 respondenti (8 %) cítili v dobré psychické pohodě, naopak u 15 respondentů (30 %) byla tato položka vyhodnocena s nízkým skórem pod hranicí normy

Hodnoty smyslu pro soudržnost u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 – 2013 jsou:

- Celková síla smyslu pro soudržnost (SOC) je $144,74 \pm 17,04$, což je nižší, než u souboru české populace a tzv. exponovaných profesí
- Celková síla smyslu pro soudržnost u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 – 2013 je vyšší, než u sociálních pracovníků v přímé péči a zdravotníků pečujících o seniory

Výsledky Sebeuposuzovací škály SCL – 90:

- Míra subjektivně prožívaného distresu byla naměřena 0,449 GSI (*Global Severity Index* – Index celkové závažnosti) hranice normy je v rozpětí 0,64 – 0,81 GSI
- Míra distresu je u sledovaného souboru vyšší, než u skupiny zdravé populace (0,308 GSI)
- Míra distresu je u respondentů shodná s profesní skupinou hasiči-záchranáři

- Analýza jednotlivých respondentů odhalila vysokou míru distresu u 10 dotázaných (20 % z N = 50), u kterých hodnota GSI překročila hranici normy
- Analýza položky deprese u jednotlivých respondentů ukázala vysoké hodnoty u 11 dotázaných (22 %), z toho u 4 respondentů (8 %) naměřená hodnota překročila hranici normy a u 7 (14 %) z nich mezní hodnotu psychopatologie
- V ostatních položkách Sebeuposuzovací škály SCL – 90 naměřené hodnoty sledovaného souboru nepřekročily hranici normy

Úroveň pohybové aktivity u sledovaného souboru:

- Průměrná doba pohybové aktivity za týden je u respondentů 465 minut, tedy 66 minut každý den o průměrné intenzitě 2,4 (mírná – střední intenzita)
- Nejčastěji uváděným druhem pohybové činnosti je chůze, které se respondenti průměrně věnují 174 minut, tedy 25 minut každý den
- Sportovním pohybovým činnostem se respondenti věnují průměrně 222 minut týdně, tedy 30 minut každý den. Dotazování probíhalo v zimních měsících, kdy několik respondentů trávilo dny volna lyžováním. Celodenní sjezdové, nebo běžecké lyžování zaznamenali do dotazníku, a tím se zvýšil objem pohybové aktivity.
- Z hlediska délky trvání pohybové činnosti jsou respondenti aktivnější o víkendu

Výsledky korelační analýzy dat mezi Nezdolností typu smysl pro soudržnost a Sebeuposuzovací škálou SCL – 90:

- Statisticky významné záporné korelace potvrzující salutoprotektivní vztah mezi nezdolností a symptomatikou jedince byly zjištěny mezi celkovým skórem smyslu pro soudržnost, dimenzemi SOC a vybranými položkami symptomatické škály SCL – 90: obsese, deprese, anxieta,

psychoticismus. Vysoké hodnoty SOC souvisejí s nižší intenzitou psychosomatických symptomů a emociálního vyčerpání při prožívání stresu. Dokazuje to vztah mezi celkovou silou SOC a hodnotou GSI, která ve vzájemné korelaci prokázala vztah na úrovni $r = -0,60$.

- Z dimenzí SOC má hlavní vliv „zvládnutelnost“ (*Manageability*). Při řešení problémů převládá tato složka, jedinec věří ve vlastní předpoklady situaci zvládnout.

Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu:

- Statisticky významný vztah u sledovaného souboru byl zjištěn u specifického chování, které přispívá k fyzické a psychické pohodě (cvičení; odpočinek, spánek; jídlo, výživa a prevence)
- Souvislost mezi SOC a pravidelnou pohybovou aktivitou byla potvrzena pouze na hranici pravděpodobnosti $*p < 0,05$ ($r = 0,35$)
- Potvrdil se vztah mezi celkovým skórem smyslu pro soudržnost a odpočinkem
- Paradoxně nebyla potvrzena souvislost mezi SOC a pravidelnou, vyváženou stravou
- Nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi smyslem pro soudržnost a kvalitou sociální opory
- Statisticky významný kladný vztah byl zjištěn mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a osobní nezdolností
- Statisticky významně záporně korelující vztah byl potvrzen mezi smyslem pro soudržnost a prožívanou úrovní distresu
- Smysl pro soudržnost není ovlivněn délkou profese
- Vztah mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a dobou trvání pohybové aktivity byl prokázán pouze v dimenzi smysluplnost

Faktory ovlivňují nezdolnost:

- Osobní nezdolnost zvyšují tyto zdravé posilující faktory - dobré zdravotní návyky, dostatek odpočinku, sociální opora a psychická pohoda
- Negativní vliv na osobní nezdolnost mají somatizace, deprese, úzkostnost a stres

9.1 Ověření hypotéz

H1 Průměrná hodnota smyslu pro soudržnost u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let bude vyšší než u souboru zdravá česká populace.

H1.1 Smysl pro soudržnost vyjádřený průměrnou hodnotou SOC u zkoumané cílové skupiny bude nižší než u tzv. exponovaných profesí.

V tabulce č. 13 jsou uvedeny hodnoty celkové síly smyslu pro soudržnost a jednotlivých dimenzí (srozumitelnost, zvládnutelnost, smysluplnost) naměřených u různých skupin obyvatelstva a profesních skupin. Pro ověření platnosti hypotézy č. 1 jsou v tabulce č. 22 uvedeny pouze hodnoty smyslu pro soudržnost u zdravé populace a vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 – 2013.

Tabulka č. 22 Hodnoty smyslu pro soudržnost u vybraných skupin

Soubor populace	SOC	C	MA	ME
*Soubor zdravá populace (n = 372, věk = 36,04 ± 10,9)	147,8	4,50	5,35	5,57
Vysokoškolští učitelé (n = 50, věk 51,6 ± 5,0)	144,74	4,40	5,11	5,66

Zdroj: Pelcák 2013, vlastní výsledky

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost), * Soubor zdravá populace – tvoří účastníci studie Genetika závislostí. Soubor byl získán na somatických odděleních Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, na transfuzních stanicích v Praze a Brně. Soubor představuje jedince bez závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách (vyjma kávy), současné i minulé

nekuřáctví, absence psychiatrické diagnózy (řešitel studie je P. Zvolský, Interní grantová agentura MZ ČR NF/5991-3/2000).

Celková síla nezdolnosti typu smysl pro soudržnost je u souboru zdravá populace vyšší, než u sledované profesní skupiny. Pouze v dimenzi smysluplnost dosáhli vysokoškolští učitelé vyšších hodnot. Lze předpokládat, že jejich profese má vliv na pojetí světa a života jako smysluplného a stejný postoj volí i při řešení stresových situací.

H1 byla zamítnuta.

Pro ověření hypotézy č. 1.1 znázorňuje tabulka č. 23 porovnání hodnoty smysl pro soudržnost u exponovaných profesí a vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let dle výběrového souboru v období 2012 - 2013.

Tabulka č. 23 Hodnoty smyslu pro soudržnost u exponovaných profesí a profese vysokoškolského učitele

Soubor populace	SOC	C	MA	ME
Zdravotníci IZS (n = 93, věk = 43,8 ± 11,3)	148,8	4,53	5,39	5,61
Kynologové-záchranáři (n = 79, věk = 40,5 ± 10,9)	152,1	4,51	5,63	5,70
Hasiči-záchranáři (n = 753, věk = 37,6 ± 10,2)	147,5	4,48	5,39	5,54
Policisté – specialisté (n = 85, věk = 42,5 ± 9,8)	147,4	4,56	5,31	5,49
Policie URNA (n = 49, věk = 27,9 ± 4,3)	161,9	5,01	5,91	5,97
Vysokoškolští učitelé (n = 50, věk 51,6 ± 5,0)	144,74	4,40	5,11	5,66

Zdroj: Pelcák 2013, vlastní výsledky

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost)

Vykonavatelé exponovaných profesí vykazují vyšší nezdolnost v průměrných hodnotách celkové síly smyslu pro soudržnost a v dimenzích srozumitelnost a zvládnutelnost, než vysokoškolští učitelé. V dimenzi smysluplnost byly vyšší hodnoty zjištěny jen u kynologů-záchranářů a u policistů z Útvaru rychlého nasazení.

H1.1 nebyla zamítnuta.

H2 Průměrná hodnota smyslu pro soudržnost bude mít záporný vztah k míře subjektivně prožívaného distresu vyjádřeného škálou SCL 90.

Tato hypotéza je ověřena v tabulce č. 15. Korelační koeficient závislosti mezi průměrnou hodnotou celkové síly SOC a mírou subjektivně vyjádřeného distresu GSI byl vypočítán – 0,60. Tím byl prokázán salutoprotektivní vztah mezi nezdolností a mírou prožívaného distresu. Platí tedy, že čím vyšší hodnoty nezdolnosti, tím se snižuje prožívaný distres.

H2 nebyla zamítnuta.

H3 Průměrná hodnota smyslu pro soudržnost bude mít kladný vztah k vybraným protektivním faktorům zdravého životního stylu měřených pomocí dotazníku *Stress Profile*.

Třetí a nejhlavnější hypotéza byla sledována v tabulce č. 16. Nezdolnost typu smysl pro soudržnost příznivě ovlivňují správné zdravotní návyky, mezi které patří pravidelná pohybová aktivita, dostatek odpočinku a spánku, vyvážená a pestrá strava a úroveň preventivního zdravotního chování. Vztah mezi zdravotními návyky a smyslem pro soudržnost je patrný z tabulky č. 24.

Tabulka č. 24 Vztah smyslu pro soudržnost a vybranými faktory zdravého životního stylu

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>
Smysl pro soudržnost	SOC	1			
	C	0,87	1		
	MA	0,89	0,71	1	
	ME	0,69	0,34	0,47	1
Stress Profile	ZDR	0,54**	0,48**	0,52**	0,32*
	CVI	0,35**	0,21	0,33*	0,36**
	ODP	0,27*	0,26	0,30*	0,09
	JIT	0,17	0,18	0,22	0,02
	PRV	0,41**	0,45**	0,31*	0,22

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost), ZDR – zdravotní návyky, CVI – cvičení, ODP - odpočinek, spánek, JIT - jídlo, výživa, PRV – prevence

Vztah mezi nezdolností typu smysl pro soudržnost u sledované profesní skupiny a zdravotními návyky nebyl zamítnut na statisticky významné úrovni $r = 0,54$. Statisticky významný vztah nebyl zamítnut také pro položku cvičení, zahrnující pravidelnou pohybovou aktivitu ($r = 0,35$) a spánek, odpočinek ($r = 0,27$). Paradoxně byla zamítnuta souvislost mezi SOC a pravidelnou, vyváženou stravou ($r = 0,17$). Statisticky významnější vztah mezi SOC a zdravotními návyky se ukázal v položce preventivního zdravotního a hygienického chování ($r = 0,41$). Vysokoškolští učitelé kladou důraz na prevenci a osobní hygienu.

Z dalších zdraví podporujících faktorů nebyl zamítnut statisticky významný vztah mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a kognitivní nezdolností ($r = 0,71$) a vlastní psychickou pohodou ($r = 0,63$). Vliv smyslu pro soudržnost na zdraví či nemoc jedince ukazuje také záporná korelace mezi SOC a úrovní stresu ($r = - 0,40$).

H3 nebyla zamítnuta.

H4 Jedinci, kteří vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu minimálně v rozsahu podle doporučení WHO, budou mít vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost, než jedinci, u kterých byla prokázána pohybová nedostatečnost.

H4.1 Úroveň týdenní pohybové aktivity bude kladně korelovat s celkovým smyslem pro soudržnost.

Pro ověření této hypotézy byla analyzována data zvláště pro respondenty, kteří dosáhli v položce cvičení v dotazníku *Stress Profile* hodnoty T-skóre 40 – 59 (norma), hodnoty T-skóre 60 a více (pozitivní; jejich týdenní úroveň pohybové aktivity je vyšší, než minimum stanovené WHO) a hodnoty T-skóre 39 a méně (negativní; nedostatečná pohybová aktivnost). U každé z těchto skupin byla zvláště vypočítána průměrná hodnota celkové síly smyslu pro soudržnost. Porovnání hodnot celkové síly smyslu pro soudržnost v závislosti na úrovni pravidelné pohybové aktivity jedinců znázorňuje tabulka č. 25.

Tabulka č. 25 Hodnoty smysl pro soudržnost v závislosti na úrovni pravidelné pohybové aktivity

<i>T-skóre</i>	<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>
<40	135,2	4,12	4,70	5,36
40 – 59	146,3	4,48	5,18	5,66
>59	153,8	4,59	5,50	6,07

Vysvětlivky: T-skóre – hodnoty T-skóru v rozmezí 40 – 59 jsou v normě, hodnoty 60 a více znamenají vysokou odolnost a naopak hodnoty 39 a méně značí zdravotní riziko, SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost)

Z tabulky č. 25 se ukazuje, že úroveň pohybové aktivity ovlivňuje celkovou nezdolnost typu smysl pro soudržnost a zároveň všechny její dimenze. Jedinci, kteří pravidelně cvičí více, než je doporučováno WHO, mají vyšší hodnoty SOC a jejích dimenzí, než jedinci, u kterých byla prokázána pohybová nedostatečnost. Jedinci, kteří dosáhli T-skóre 60 a více, mají vyšší hodnotu celkového SOC, než zdravá populace a vykonavatelé některých exponovaných profesí (srov. tabulka č. 13).

H4 nebyla zamítnuta.

Pro ověření hypotézy 4.1 byly pomocí korelační analýzy dat porovnány dosažené T-skóre respondentů v položce cvičení s hodnotami smyslu pro soudržnost. Tabulka č. 26 sleduje vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení v rozmezí 40 – 59. Tabulka č. 27 sleduje vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení 39 a méně a tabulka č. 28 sleduje vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení 60 a více.

Tabulka č. 26 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení v rozmezí 40 - 59

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>	<i>CVI</i>
Smysl pro soudržnost	<i>SOC</i>	1				
	<i>C</i>	0,90	1			
	<i>MA</i>	0,85	0,70	1		
	<i>ME</i>	0,74	0,46	0,45	1	
	<i>CVI</i>	-0,12	-0,09	-0,32	0,09	1

Vysvětlivky: SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost), CVI – cvičení

Jedinci, kteří dosáhli v položce cvičení T-skóre mezi 40 – 59, splňují požadavek WHO na týdenní objem a intenzitu pohybové aktivity. U těchto jedinců však nebyl zjištěn žádný statisticky významný vztah mezi celkovou silou SOC a pohybovou aktivitou. Statisticky významný vztah nebyl zjištěn ani v žádné z dimenzí nezdolnosti.

Tabulka č. 27 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení 39 a méně

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>	<i>CVI</i>
Smysl pro soudržnost	SOC	1				
	C	0,86	1			
	MA	0,89	0,71	1		
	ME	0,47	0,06	0,26	1	
	CVI	0,19	-0,07	0,19	0,46	1

Vysvětlivky: *SOC* – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, *C* – *Comprehensibility* (srozumitelnost), *MA* – *Manageability* (zvládnutelnost), *ME* – *Meaningfulness* (smysluplnost), *CVI* – cvičení

V tabulce č. 27 jsou sledovány vztahy mezi smyslem pro soudržnost a cvičením u jedinců, kteří jsou pohybově neaktivní. Také u těchto jedinců nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi cvičením a nezdolností, ani v dimenzích nezdolnosti typu *SOC*.

Tabulka č. 28 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení 60 a více

		<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>	<i>CVI</i>
Smysl pro soudržnost	SOC	1				
	C	0,85	1			
	MA	0,94	0,77	1		
	ME	0,73	0,37	0,55	1	
	CVI	0,59*	0,77**	0,50	0,24	1

Vysvětlivky: *SOC* – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, *C* – *Comprehensibility* (srozumitelnost), *MA* – *Manageability* (zvládnutelnost), *ME* – *Meaningfulness* (smysluplnost), *CVI* – cvičení

Hodnot T-skóre 60 a více dosáhli jedinci, jejichž týdenní úroveň pohybové aktivity je častější, než 20 minut třikrát týdně intenzivní aerobní činnosti a 20 minut třikrát týdně tréninku svalové síly a vytrvalosti. U těchto jedinců byla na hladině pravděpodobnosti $*p < 0,05$ se ukazuje souvislost mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a úrovní cvičení ($r = 0,59$). V dimenzi srozumitelnost se ukázala závislost na hladině pravděpodobnosti $**p < 0,01$, hodnota korelace je $r = 0,77$. Cvičením se posiluje tato složka nezdolnosti, u jedinců převládá pocit, že události dopadnou tak, jak se dá v rozumné míře očekávat, a že se lze na další vývoj připravit. Vysoká fyzická kondice příznivě ovlivňuje osobní nezdolnost a způsob vyrovnávání se se stresem. Z celkového počtu 50 respondentů, toto platí jen pro 13 z nich (26 %).

H 4.1 byla zamítnuta.

H5 Úroveň sociální opory kladně ovlivňuje celkovou sílu smyslu pro soudržnost.

Pro ověření této hypotézy byla analyzována data zvláště pro respondenty, kteří dosáhli v položce sociální opora v dotazníku *Stress Profile* hodnoty T-skóre 40 – 59 (norma), hodnoty T-skóre 60 a více (pozitivní; vysoká úroveň sociální opory je spojena

s odolností) a hodnoty T-skóre 39 a méně (negativní; velmi nízká úroveň sociální opory). U každé z těchto skupin byla zvlášť vypočítána průměrná hodnota celkové síly smyslu pro soudržnost. Porovnání hodnot celkové síly smyslu pro soudržnost v závislosti na úrovni sociální opory respondentů znázorňuje tabulka č. 29.

Tabulka č. 29 Hodnoty smysl pro soudržnost v závislosti na úrovni sociální opory

<i>T-skóre</i>	<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>
<40	134,5	3,96	4,63	5,60
40 - 59	144,7	4,43	5,11	5,62
>59	147,7	4,47	5,26	5,76

Vysvětlivky: T-skóre – hodnoty T-skóru v rozmezí 40 – 59 jsou v normě, hodnoty 60 a více znamenají vysokou odolnost a naopak hodnoty 39 a méně značí zdravotní riziko, SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – *Comprehensibility* (srozumitelnost), MA – *Manageability* (zvládnutelnost), ME – *Meaningfulness* (smysluplnost)

Porovnání průměrných hodnot SOC podle úrovně dosažené sociální opory ukázalo na protektivní účinek sociální opory na osobní nezdolnost. Čím vyšší úroveň sociální opory, tím vyšší hodnoty celkové nezdolnosti, ale i jejích dimenzí. Podle V. Kebzy (2005, s. 151) je zkušenost člověka se stresem sociálně ovlivněna. Jak autor uvádí, opora, která se jedinci dostává od druhých osob, skupin a širší společnosti, může ovlivnit způsob vyrovnávání se se stresovými situacemi, ale i jeho psychickou pohodu a zdraví. Škodlivé účinky stresu na duševní pohodu a zdraví jsou moderovány nebo snižovány osobnostními a sociálními zdroji zvládnání náročných situací.

H5 nebyla zamítnuta.

10 Diskuze a závěry

Předložená disertační práce ověřovala vztah mezi smyslem pro soudržnost a zdravým životním stylem u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let. Cílová skupina byla vybrána na základě několika důvodů. Vysokoškolští učitelé nemohou charakterem a náplní svého povolání být srovnáváni s učiteli na nižších stupních škol. Kromě učitelské práce vykonávají také vědeckou činnost, která předpokládá vysoké nároky na orientaci a hlubokou znalost vědního oboru i metodologii a metodiku práce. Výsledky svého vědeckého poznání musí publikovat, reflektovat je a předávat široké společnosti. Jako pedagogové předávají své znalosti, vědomosti a zkušenosti studentům. Přestože se profese vysokoškolského učitele dlouhodobě řadí mezi ty nejprestižnější, její význam není ve společnosti zdaleka doceněn. Řada výzkumů, která sledovala míru stresového zatížení, byla realizována u učitelů základních a středních škol (např. Kohoutek 2009; Fontana 2010; Paulík 1998). Obdobné výzkumy nejsou dostupné u vysokoškolských učitelů.

Věková hranice byla zvolena s ohledem na prodlužující se délku života a trend společnosti podporovat věkovou skupinu 50+. Obecně je tento věk jedinci vnímán za určitý životní mezník, hranici, kdy začíná proces stárnutí. V tomto věku má již jedinec svoji pracovní pozici, je na vrcholu pracovní kariéry, zpravidla má trvalý partnerský vztah, dospělé děti, se svým životem je spokojený. Jak upozorňuje M. Vágnerová (2008), střední věk je dobou protikladů. Na druhé straně se nacházejí jedinci, u nichž převažují ztráty v podobě rozpadlého manželství, neúspěšné kariéry aj. Podle autorky může být střední věk obdobím, kdy méně úspěšní jedinci usilují o dosažení důležitých cílů, kterých se jim zatím nepodařilo dosáhnout. „Střední věk může být dobou zvládnutí různých ztrát, které mohou působit jako výzva a stimulovat změny v adaptivních strategiích, takže nakonec mohou mít i pozitivní význam“ (Vágnerová 2008, s. 179).

Z hlediska zvládnutí zátěžových životních situací se předpokládá, že jedinec ve středním věku již má bohatou zkušenost s řešením těchto situací, lze očekávat, že se s nimi umí vypořádat. Jak podotýká M. Vágnerová (2008), taková jistota může na druhé straně znamenat pocit prázdnoty. Jedinec v tomto věku již neočekává, že by jej něco

mohlo překvapit. O celkovém postoji osob k životu vypovídá úroveň smyslu pro soudržnost, kterým se tato práce zabývá.

První hypotéza předpokládala, že průměrná hodnota nezdolnosti typu smysl pro soudržnost bude u sledované profesní skupiny vyšší, než u souboru zdravé české populace. Očekávalo se, že respondenti vzhledem ke svému věku a typu povolání budou vykazovat vyšší odolnost, než soubor zdravá česká populace. Kromě celkové míry smyslu pro soudržnost byla sledována také síla nezdolnosti v dimenzích SOC – srozumitelnost, zvládnutelnost, smysluplnost. Průměrná úroveň smyslu pro soudržnost u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let v období 2012 - 2013 byla zjištěna $144,7 \pm 17,04$. Průměrné hodnoty SOC jsou nižší, než u souboru zdravé české populace. Hodnota SOC u této skupiny je 147,8. Vysokoškolští učitelé vykazují vyšší hodnoty pouze v dimenzi smysluplnost (5,66), která je podle A. Antonovského (1985) nejdůležitější. Jak uvádí V. Kebza (2005), smysluplnost dotváří celek smyslu pro soudržnost předpokladem chápat svoji životní pozici jako hodnou úsilí pochopit ji a aktivně zvládat. Jde o úroveň nalezení smyslu své existence. Hodnota smysluplnosti u souboru zdravá česká populace je 5,57.

Za druhou nejdůležitější složku SOC je považována srozumitelnost. Vyjadřuje dispozici chápat svět a vlastní místo v něm jako srozumitelný a uspořádaný celek, který funguje s vysokou mírou předvídatelnosti (Kebza 2005). V této dimenzi ve srovnání se zdravou českou populací vykazují vysokoškolští učitelé nižší hodnotu. U sledované profesní skupiny je hodnota smysluplnosti 4,40 a u souboru zdravé české populace 4,50. Osoby se silným smyslem pro srozumitelnost jsou přesvědčeni, že disponují vhodnými prostředky pro úspěšné zvládnutí stresové situace a zároveň dokáží vzniku zátěžových situací předcházet. Smysluplnost se může posilovat opakovaným úspěšným zvládnutím zátěžové situace.

Také ve třetí dimenzi nezdolnosti SOC vykazují respondenti nižší hodnoty, než kontrolní soubor. V dimenzi zvládnutelnost dosáhli hodnoty 5,11 a kontrolní soubor 5,35. Zvládnutelnost je důležitou složkou nezdolnosti, vypovídá o vlastním přesvědčení dostatku sil vzniklou situaci zvládnout. Ale také schopnost ovlivňovat a zvládat své životní role a cíle.

Smysl pro soudržnost představuje určitou sílu jedince úspěšně zvládat zátěžové situace a zároveň podporuje v jedinci zdravé prvky (*salutory*). Jak uvádí H. Janečková (2005), člověk se silným SOC získal opakovanou zkušenost, že svět dává smysl. Tato zkušenost se tvoří ve společnosti. Lze tedy souhlasit s A. Antonovským (in Janečková 2005), že SOC je ovlivněna pozicí jedince v sociální struktuře a kulturou sociální skupiny, do níž jedinec patří. K upevnění zdraví jedince přispívá porozumění světu, v němž žije, mít nad ním kontrolu, podílet se na jeho utváření a vnímat smysl událostí a sociálních změn.

S. Pelcák (2013) vyjmenovává tři způsoby, jak se smysl pro soudržnost podílí na úspěšném zvládnutí stresorů a tím přispívá k udržení zdraví:

1. Vlivem na endokrinní a imunologický systém dochází ke zvýšení odolnosti organismu vůči zátěži
2. Prostřednictvím zdraví podporujícího chování
3. V procesu hodnocení intenzity, závažnosti, míry ohrožení a volby způsobu zvládacích strategií (*coping*)

První hypotéza byla zamítnuta.

Druhá hypotéza předpokládala záporný vztah mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost a mírou prožívaného negativního stresu. Základem pro stanovení této hypotézy byl předpoklad, že pokud smysl pro soudržnost posiluje zdraví prospěšné chování, distres jej naopak musí snižovat. Také výsledek tohoto výzkumného šetření potvrdil zápornou závislost mezi smyslem pro soudržnost a distresem.

Učitelství povolání bývá pro svou povahu označováno za stresové. Výzkum D. Fontany (1993) u učitelů britských základních škol zjistil u 72 % učitelů mírný stres a u 23 % z nich vážný stres. Podle J. Průchy (2005) jsou stresové situace u učitelů způsobovány nadměrnou psychickou zátěží, jež má několik příčin. M. Slavík (2012) vyjmenovává tyto kompetence vysokoškolského učitele, které mohou souviset s vyšším stresovým zatížením. „Učitel na vysoké škole se stává školitelem – manažerem studentské vědecké činnosti, konzultantem svého oboru, projektantem výzkumných úkolů. Důležitou roli hraje svým příkladem i při výchově budoucích odborníků. Na poli pedagogickém hraje roli vzdělavatele a poradce, roli diagnostika a examinátora při

kontrole a hodnocení výsledků studia. V rámci své přípravy na výuku je učitel i tvůrcem studijních materiálů – textů a didaktických pomůcek – dostává se tak do role designéra a autora skript a učebnic“ (Slavík 2012, s. 230).

Pro zjištění míry negativně prožívaného stresu u vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let v období 2012 – 2013 byla použita multisymptomatická škála SCL – 90. Tento nástroj vyjadřuje hodnotu distresu položkou GSI (*Global Severity Index* – Index celkové závažnosti). Hodnota GSI byla u respondentů naměřena 0,449, což odpovídá normě. Při podrobnější analýze položky GSI byla odhalena vysoká hranice distresu u 10 respondentů, což je 20 % ze sledovaného souboru N = 50. Tento výsledek je porovnáván s hodnotami naměřenými dotazníkem *Stress Profile* v položce stres, které znázorňuje tabulka č. 5. Z výsledků je zřejmé, že celkem 19 respondentů, tj. 38 % z celkového počtu 50 dotázaných, prožívalo v době dotazování a 3 měsíce před ním zvýšený stres. Pro tyto jedince může prožívaný stres znamenat zdravotní riziko. Vysoká míra prožívaného stresu, naměřená multisymptomatickou škálou SCL – 90 může předpovídat první příznaky syndromu vyhoření, který není v učitelském povolání výjimkou.

Několik starších výzkumů českých i zahraničních autorů zabývajících se pracovní zátěží učitelů představuje ve své publikaci J. Průcha (2005). Mimo jiné poukazuje na souvislost mezi výskytem neurotických potíží a délkou učitelské praxe. U učitelů s praxí 1 – 10 let trpí neurotickými potížemi 8,3 % jedinců, u učitelů s praxí 20 a více let již 31 % osob (Buhr in Průcha 2005). Tato domněnka se potvrdila také v této studii, s přibývajícím délkou praxe ztrácejí vysokoškolští učitelé na smysluplnosti (více v kapitole 8.7.2).

Příčinou syndromu vyhoření jsou velká očekávání a chronický (dlouhodobý) pracovní stres (Slavík 2012). Na ovlivňování kvality života osob, u nichž se syndrom vyhoření vyskytuje, upozorňuje také V. Kebza (2005). Jeho příznaky i důsledky jsou téměř shodné s některými duševními poruchami. Syndrom vyhoření nebyl předmětem výzkumného šetření této práce, ale jelikož dílčí výsledky upozornily na možné ohrožení cílové skupiny syndromem vyhoření, je potřeba tento fakt zde zmínit. Na základě tohoto zjištění se nabízí zrealizovat výzkumné šetření na výskyt syndromu vyhoření u vysokoškolských učitelů v rámci prevence jejich duševního zdraví.

Někteří autoři se domnívají, že vznik a rozvoj syndromu vyhoření v určitém sociálním prostředí podporuje jeho šíření ve stejném nebo blízkém sociálním prostředí jedné instituce. Jak uvádí Ch. Maslachová (2000 in Kebza 2005) je syndrom vyhoření možná systémovou, než osobní záležitostí. Autorka se domnívá, že syndrom vyhoření nějakého pracovníka je signálem něčeho, co nefunguje dobře v organizaci. Vedla ji k tomu zkušenost, že problémy mají učitelé v určité škole, zatímco v jiné škole se učitelé se syndromem vyhoření nevyskytli.

Informace o životním stylu, zvycích a zdravotním chování, které se může podílet na vzniku onemocnění a poruchách způsobených stresem, či může zvyšovat nebo ohrožovat životní pohodu, byly sledovány s využitím dotazníku *Stress Profile*. Ukázalo se, že sledovaný soubor nepřekročil svými dosaženými skóre v jednotlivých položkách dotazníku rozmezí hodnot pro zdravou populaci. Respondenti ovšem nedosáhli ani vysokých skóre, která znamenají vysokou odolnost. A pouze v položce „odpočinek, spánek“ se přiblížili k hodnotám nízkých skóre, která mohou předpovídat zdravotní potíže.

V úvodním informačním dotazníku o zdravotním stavu respondentů uvedla jedna (2 % z celkového počtu 50 dotázaných) osoba, že se léčila pro poruchy spánku. Podle zjištění z dotazníku *Stress Profile* má problémy se spánkem celých 27 dotázaných (54 % z N = 50). Jedná se o potíže s usínáním, přerušovaným spánkem či nedostatkem času pro odpočinek a spánek. Pouze dva respondenti (4 %) nemají se spánkem žádné potíže a 21 respondentů (42 %) dosáhlo hodnot skóre v normě. Potíže se spánkem a hlavně jeho nedostatek může souviset s časově náročnou prací, prací přes čas a někdy také prací v noci. Vysokoškolský učitel musí obstát v několika rolích a neustále rozvíjet profesní kompetence. U profese vysokoškolského pedagoga se k učitelským kompetencím přidávají také kompetence vědecké a náročnost vědecké práce. Vysokoškolský učitel netráví svůj pracovní čas jen přednáškovou činností, vedením seminářů, konzultacemi a vedením studentských prací a projektů, zkoušením studentů, ale také se věnuje vlastní vědecké a publikační činnosti, aktivně vystupuje na konferencích, zúčastňuje se nejrůznějších seminářů, symposií, výzkumů, zapojuje se do řešení grantů, v rámci expertní činnosti vypracovává posudky, analýzy, poskytuje odborné poradenství. Výčet odborných činností spojených s touto profesí je rozmanitý

a bohatý. Jak uvádí B. Kraus (2001) nepravidelná pracovní doba, práce do pozdních až večerních hodin je v rozporu s výkonnostní křivkou. To vše se odráží ve výsledné produktivitě. Celková náročnost pedagogické profese se nutně odráží v jeho psychice a poznamenává také zdraví.

Druhá hypotéza nebyla zamítnuta.

Podle třetí a zároveň nejdůležitější hypotézy budou vybrané položky dotazníku *Stress Profile*, označovány za zdraví posilující, kladně ovlivňovat hodnotu smyslu pro soudržnost. Třetí hypotéza byla ověřována pomocí korelační analýzy dat v tabulce č. 16. Úroveň SOC ovlivňují zdravotní návyky, mezi které patří cvičení; odpočinek, spánek; jídlo, výživa a prevence. Vztah mezi zdravotními návyky a smyslem pro soudržnost byl potvrzen na statisticky významné hladině $r = 0,54$. Z jednotlivých položek měla největší sílu položka prevence. To znamená, že respondenti dodržují osobní hygienu, zdravotní návyky, navštěvují pravidelné lékařské prohlídky, pokud mají užívat předepsané léky, pravidelně je užívají. Pozitivně korelující položky, které můžeme označit za zdraví posilující, se potvrdily položky zdraví, cvičení, odpočinek, prevence, nezdolnost, minimalizace hrozeb a psychická pohoda. Negativní korelace se ukázaly v případě položek stres a negativním pohledem.

Za další zdraví posilující faktor je považována pravidelná pohybová aktivita. Hodnota korelace mezi smyslem pro soudržnost a cvičením byla u sledovaného souboru naměřena $r = 0,35$. Vztahem mezi pravidelnou pohybovou aktivitou a silou nezdolnosti SOC se zabývá hypotéza č. 4. V dotazníku *Stress Profile* byla u 13 respondentů (26 % z $N = 50$) zjištěna pohybová nedostatečnost, výsledky znázorňuje graf č. 6. Z analýzy Deníku pohybové aktivity se ukázalo, že průměrná denní doba věnovaná pohybové činnosti je u sledovaného souboru 66 minut. Zde je nutné vzít v úvahu faktory, které tento časový údaj ovlivnily. Sběr dat probíhal v zimních měsících, kdy řada respondentů trávila volné dny celodenním lyžováním a respondenti z kateder tělesné výchovy ($N = 7$, což odpovídá 14 % z $N = 50$) na zimních lyžařských kurzech, kde se aktivně věnovali lyžařskému sportu každý den. Údaje o celkové délce trvání pohybové činnosti u sledovaného souboru jsou díky tomu navýšeny. Z hlediska jednotlivých respondentů se nejedná o náhodné výkyvy v navýšení délky trvání pohybové aktivity. Tito jedinci mají

ke sportu velice kladný vztah a v létě tráví několik hodin jízdou na kole a podobnými pohybovými aktivitami.

Nejčastěji uváděným druhem pohybové aktivity byla chůze. Chůzi se respondenti věnují průměrně 25 minut každý den. Sportovním aktivitám, vyjma chůze, se průměrně věnují 30 minut každý den. Zajímavější je ovšem porovnání počtu minut chůze a sportovních aktivit, které znázorňuje graf č. 15. Z údajů v tomto grafu je zřejmé, že pro deset respondentů (20 % z celkového počtu 50 respondentů) je chůze jediným zdrojem pohybu. Naopak 13 respondentů (26 % z N = 50) do záznamu chůzi ani neuvedlo. Tito respondenti se pravidelně věnují sportovním aktivitám a běžnou chůzi do svého programu pohybové aktivity nezahrnují.

Třetí hypotéza nebyla zamítnuta.

Jak potvrdila hypotéza číslo 4, úroveň pohybové aktivity ovlivňuje nezdolnost typu smysl pro soudržnost a také jeho dimenze. Hodnota SOC u jedinců, kteří dosáhli v položce cvičení vysokých skóre, je 153,8. Lze předpokládat, že pohybově aktivní jedinci s vysokou hodnotou SOC, budou aktivní i při řešení složitých situací. Jak uvádí J. Křivohlavý (2006) jedinci s vysokými hodnotami SOC se vyznačují mimořádnou odolností k vnějším tlakům, nepodléhají snadno stresům, nevzdávají se v těžkých situacích. Tyto osobnostní předpoklady lze upevňovat také pomocí sportu. Naopak hodnota SOC u jedinců, kteří jsou pohybově neaktivní, je pouhých 135,2. Pohybová aktivita příznivě ovlivňuje nezdolnost osob.

Mezi zdravotní návyky podílející se na síle SOC patří odpočinek, spánek. O úrovni odpočinku a spánku bylo diskutováno výše.

Součástí zdravého životního stylu je také pravidelná a vyvážená strava. Korelace mezi položkou jídlo a smyslem pro soudržnost u sledované profesní skupiny paradoxně nebyla potvrzena. Přitom dvanáct respondentů dosáhlo v položce jídlo vysokých skóre. Tito respondenti pravidelně snídají, hlídají si složení stravy, její pravidelnost, vyhýbají se jídlům z rychlého občerstvení a mají zajištěný dostatečný přísun vitamínů a minerálů z potravy. Pouze u třech dotázaných bylo zjištěno nízké skóre v této položce a 35 dotázaných dosáhlo skóre normálních hodnot.

Statisticky významný vztah byl potvrzen mezi SOC a zdraví podporujícími faktory - kognitivní nezdolnost a vlastní psychická pohoda. Úroveň psychické pohody působí na zdraví, prožívanou osobní spokojenost a sociální kontakty (Kebza, Šolcová in Blatný 2005). Sociální opora má příznivý vliv na psychickou pohodu jedince, protože mu poskytuje pocit sociální příslušnosti a sounáležitosti (Kebza 2005). Vztah mezi sociální oporou a smyslem pro soudržnost byl předmětem zkoumání páté hypotézy.

Sociální opora je jedním z faktorů, které jsou označovány za moderující v nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví jedince (Kebza 2005). Výsledky tohoto výzkumného šetření nepotvrdili statisticky významný vztah mezi sociální oporou na nezdolnosti smyslu pro soudržnost u sledované profesní skupiny. Potvrdila se pouze souvislost mezi úrovní sociální opory a celkovým skóre SOC. Jedinci, kteří v dotazníku *Stress Profile* dosáhli vysokých hodnot v položce sociální opora, mají vyšší celkové skóre SOC, než jedinci, kteří dosáhli průměrného celkového skóre nebo nízkých hodnot (tabulka č. 29). Nízká úroveň sociální opory je spojována s narůstající zranitelností (*vulnerabilitou*), naopak vysoká úroveň sociální opory je zdrojem protektivního účinku ve vztahu k příznakům deprese (Kebza 2005). Autor dále uvádí, že při řešení náročné životní situace je dostupnost sociální opory pro jedince jedním ze zdrojů zvládnání stresu. Vědomí dostupnosti sociální opory může pozitivně ovlivnit poměr mezi ohrožením, které představuje stresová situace a zdroji zvládnání, které má jedinec k dispozici.

V České republice bylo v roce 2000 zaměstnáno na pozici vysokoškolský učitel a vědecký pracovník 15 tisíc osob. V roce 2010 se touto profesí zabývalo již 21 tisíc osob a tím se na celkové zaměstnanosti v ČR podíleli 0,4 %. Podle odhadů Národního ústavu pro vzdělávání se počet osob této profesní skupiny do roku 2020 zvýší na 23 tisíc.⁶⁷ Jelikož se jedná o profesní skupinu, kterou mohou vykonávat jedinci s nejvyšším možným stupněm dosaženého vzdělání, a kteří si v rámci své praxe vzdělání neustále doplňují a zvyšují, je potřeba zaměřit se na kvalitu života těchto osob a podporovat je ve zdravém životním stylu a pečovat o jejich duševní zdraví.

⁶⁷ www.infoabsolvent.cz/Temata/ClanekAbsolventi?Stranka=8-8-09

Výše diskutované výsledky zrealizovaného výzkumného šetření podaly informace o specifikách životního stylu profesní skupiny vysokoškolský učitel Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let. Odhalily faktory, které je třeba u jedinců v rámci podpory zdravého životního stylu posílit a tím i zvýšit osobní nezdolnost a kvalitu života respondentů. Závěrečná doporučení vycházejí z dílčích výsledků výzkumného šetření a zejména z těch položek, u kterých se potvrdil moderující vliv na osobní nezdolnost, ale pouze u jedinců, kteří v dané položce dosáhli vysokých skóre. Jednou z těchto položek je pohybová aktivita a její úroveň, pravidelnost.

Jak již bylo uvedeno v textu práce, tělesná zdatnost se významně podílí na komplexu osobní pohody a výsledky této práce prokázaly také vliv na vysokou nezdolnost. Během šetření byly zjištěny značné rozdíly v úrovni pohybové aktivity u jednotlivých respondentů. Z celkového počtu 50 respondentů je 13 (26 %) pohybově nedostatečných a pro 10 (20 %) respondentů je zdrojem jediného pohybu chůze. Pohybová nedostatečnost má negativní dopad na zdraví osob. Také chůze, základní lokomoční pohyb, může přinášet zdravotní benefity. Aby tomu tak bylo, je nutné denně ujít 10 tisíc kroků (více kapitola 2.3). Než se pohybově neaktivní jedinci, preferující sedavý způsob života, rozhodnou pro změnu v aktivní životní styl, musí projít pěti stádií modelu motivační připravenosti ke změně chování. Autory modelu jsou J. O. Prochaska a C. C. DiClement (1983 in Marcus, Forsyth 2010). Model se zabývá pomocí dospělým jedincům k vyšší pohybové aktivitě a podle autorek vychází z přesvědčení, že když se lidé připravují na dlouhotrvající změnu, mění se jejich motivace od stavu, kdy o změně neuvažují, až ke skutečné změně stávajícího chování. Stádií v cestě za změnou je celkem pět (Marcus, Forsyth 2010):

1. Pohybová nedostatečnost bez úvah o pohybové aktivitě
2. Pohybová nedostatečnost s úvahami o zahájení pohybové aktivity
3. Občasné pokusy o pohybovou aktivitu
4. Zahájení pravidelných pohybových aktivit
5. Pravidelné pohybové aktivity se zárukou dlouhodobosti

Přechod mezi jednotlivými stadii má cyklickou povahu, neboť se jedinci v cestě za změnou pohybují z jednoho stadia do druhého a zpět. Aby nastalá změna byla trvalá, musí jedinec projít všemi stadii. U některých jedinců může změna návyků probíhat v různých cyklech, než dosáhnou stadia trvalé změny. Opakovaně se o změnu pokouší, ale nejsou schopni ji dosáhnout. Trvalá změna směrem k aktivnímu životnímu stylu, jehož součástí se stala pravidelná pohybová aktivnost, nastává tehdy, když jedinec splňuje doporučovanou úroveň pohybové aktivity déle než šest měsíců (Marcus, Forsyth 2010).

Podpořit jedince ke změně směrem k aktivnímu způsobu života může také zaměstnavatel. Zájmem zaměstnavatele je profesní a osobní růst svých zaměstnanců a v poslední době zaměstnavatelé nabízejí různé benefity. Univerzita Karlova věnuje péči o své zaměstnance od ubytování a stravování přes možnosti rekreace až k možnosti čerpat prostředky ze sociálního fondu⁶⁸. Univerzita disponuje také sociálním fondem, jehož prostředky lze mimo jiné použít na „úhradu daňově uznatelných výdajů spojených s udržením nebo zlepšením zdravotního stavu zaměstnance v mezích potřeby pro univerzitu⁶⁹“. Na svých webových stránkách univerzita odkazuje na možnost využití pohybové aktivity na sportovištích univerzity a nabídku pravidelně pořádaných sportovních událostí, ale jedná se o jednorázové akce např. Rektorský sportovní den aj. Bohužel většina sportovních událostí cílí na studenty, nikoliv na zaměstnance univerzity.

Přínos pravidelné pohybové aktivity byl podrobně popsán v 2. kapitole. Za zmínku stojí připomenout hlavní výhody pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu, které shrnul A. Hunt (2003 in Blatný 2005). Těmito výhodami je celková nezávislost a samostatnost, která se projeví ve vyšším věku jedince prodloužením kvality života. Pravidelná pohybová aktivita pomáhá udržet optimální tělesnou hmotnost a tím příznivě ovlivňuje výskyt a částečně i prevenci poruch pohybového aparátu (bolesti v zádech, svalová poranění, omezení hybnosti kloubů aj.), na které si respondenti v dotazníku o zdravotním stavu stěžovali. Nelze opomenout ani možnost otužování a navazování sociálních kontaktů prostřednictvím pohybových aktivit, čímž se posiluje

⁶⁸ www.cuni.cz/UK-9.html

⁶⁹ www.cuni.cz/UK-3974.html

sociální opora. Pravidelná pohybová aktivita by mohla být také vhodným mediátorem prevence syndromu vyhoření, kterým jsou vysokoškolští učitelé Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let ohroženi.

Univerzita Karlova by měla rozšířit nabídku sportovních aktivit pro své zaměstnance. Může k tomu využít svá sportoviště, která má na vysoké úrovni. Další z možností je poskytovat v rámci zaměstnaneckých benefitů finanční příspěvek na sport, nebo *wellness* služby. Cílem je podpořit vysokoškolské učitele v jejich cestě za zdravým životním stylem, dopřát jim možnost odreagování se od náročné práce a relaxovat. Přínosem pak budou odpočatější a aktivnější učitelé, což se pozitivně odrazí v jejich práci.

Jak bylo v práci potvrzeno, vysoký smysl pro soudržnost souvisí s adherencí ke zdravému životnímu stylu. V práci byly podrobně rozebrány faktory zdravého životního stylu, které zvyšují hodnoty celkové síly smyslu pro soudržnost. Závěrečná doporučení představila model stadií motivační připravenosti ke změně a poukázala na možnosti podpory zdravého životního stylu ze strany zaměstnavatele. Také dala doporučení pro realizaci dalších výzkumů sledované profesní skupiny v rámci obohacení pedagogiky jako vědy. Vysokoškolští učitelé si vzhledem k náročnosti a důležitosti své profese zaslouží větší pozornost a péči.

11 Závěr

Hlavním cílem disertační práce bylo zjistit roli osobní nezdolnosti typu smysl pro soudržnost a adherenci ke zdravému životnímu stylu vysokoškolských učitelů Univerzity Karlovy v Praze ve věku 45 – 56 let. Současně charakterizovat jejich životní styl a sledovat faktory, které se podílejí na jeho utváření a posilování. Výzkumné šetření poukázalo i na další skutečnosti, které nebyly předmětem zájmu této práce, ale bude vhodné se zjištěním dále věnovat (např. syndrom vyhoření u vysokoškolských učitelů aj.).

Profese vysokoškolského učitele patří k jedněm z nejnáročnějších povolání. Vyžaduje vysoké nároky na osobnostní předpoklady jedince a profesní kompetence. Přestože se dlouhodobě řadí k prestižnějším povoláním, není této profesi věnována dostatečná pozornost, která by podala informace o jedincích této profese z hlediska životního stylu, náročnosti povolání a dalších relevantních údajů. Řada výzkumů se zabývá životním stylem, úrovní stresu, pracovní náročností aj. u učitelů působících na základních a středních školách. Tyto údaje ovšem nejsou dostupné o vysokoškolských učitelích. Vysokoškolští pedagogové jsou důležitým článkem ve vzdělávacím procesu a zároveň předními odborníky a výzkumníky svých oborů. V souladu se salutogenetickým přístupem ke zdraví jedince je potřeba hledat způsoby, které jedince pomáhají udržovat v dlouhodobé fyzické, psychické, sociální i zdravotní pohodě. Jedině tak může člověk docílit kvality života, která se pozitivně odrazí také v pracovním životě osob.

V teoretické části práce byl na základě studia odborné literatury objasněn termín zdravý životní styl a představeny některé faktory, které se kladně podílejí na jeho utváření, zejména osobní pohoda a sociální opora. Podrobně byla rozebrána problematika stresu, jeho negativního působení na zdraví jedince a byly představeny konkrétní typy osobní nezdolnosti, jako podpůrné dovednosti pro zvládnání těžkostí. Na všechny faktory bylo pohlíženo s ohledem na cílovou věkovou skupinu této práce. Stěžejní pro tuto práci je nezdolnost typu smysl pro soudržnost A. Antonovského (1987), která byla předmětem tohoto výzkumu.

Druhá kapitola se zabývá pohybovou aktivitou jako důležitým prvkem zdravého životního stylu. Uvádí přehled doporučení objemu pohybové aktivity a seznamuje

s Torontskou chartou pohybové aktivity (2010), významným dokumentem na podporu pohybové aktivity, který do současné doby zatím nebyl v České republice přijat. Řešen byl i vliv pohybové aktivity, či pohybové nedostatečnosti na všechny dimenze zdraví a kvalitu života.

Ve třetí kapitole je řešena problematika zdraví se zaměřením na věk 45 – 56 let. Střední věk je obdobím, kdy se začínou u osob projevovat různá zdravotní onemocnění, ale zároveň je to období, kdy mohou nastat u člověka závažné sociální změny. Jedná se o období, kdy jedinec začíná bilancovat svůj život. Z hlediska podpory zdravého životního stylu a osobní pohody je v tuto chvíli vhodné motivovat jej ve změně směrem k aktivnímu životnímu stylu, jako součásti vhodné podpory aktivního stárnutí.

Čtvrtá kapitola je věnována profesi vysokoškolského učitele. Popisuje a představuje sledovanou profesi z hlediska nároků na jedince. Analyzuje pedagogické kompetence i náročnost vědecké práce, které jsou neoddelitelnou součástí učitelského poslání.

Praktická část ověřuje na základě výzkumu stanovené hypotézy a hledá odpověď na výzkumné otázky a cíle. V závěrečné diskuzi jsou na základě získaných výsledků práce uvedena doporučení, zaměřující se na podporu jedinců ke změně životního stylu s důrazem na pravidelnou pohybovou aktivitu a osobní pohodu.

U 38 % respondentů (19 z N = 50) byla zjištěna vysoká úroveň stresu v době sběru dat a 28 % dotázaných (14 z N = 50) dosáhlo nízkých skóre v položce nezdolnost, tedy schopnosti odolávat stresu a náročným životním situacím; 30 % (15 z N = 50) se necítilo v dobré psychické pohodě. Jelikož byl prokázán vliv nezdolnosti smyslu pro soudržnost na zdravý životní styl, je potřeba zaměřit se u vysokoškolských učitelů na chování, které vede ke zdravému životnímu stylu. Zvýšit úroveň pravidelné pohybové aktivity, dostatek spánku a relaxace a tím posílit osobní pohodu jedinců.

V roce 2010 působil na pozici vysokoškolský učitel nebo vědecký pracovník 21 tisíc osob a podle odhadů se očekává nárůst do roku 2020 o další dva tisíce osob (údaje pro rok 2013 nejsou dostupné). Cílem této práce bylo poukázat na specifika životního stylu vysokoškolských pedagogů a na jejich základě specifikovat zdraví podporující faktory, které podpoří jedince ve zdravém životním stylu a přispívají k osobní pohodě.

Vysokoškolští učitelé jsou nositeli moudrosti, kterou předávají dále svým studentům. Ač na terciální úrovni, kde studují již dospělí lidé, přesto se vysokoškolští učitelé stávají často určitým vzorem. Neměli by být vzorem pouze z hlediska odbornosti, ale také jako osobnosti, které dokáží motivovat studenty nejen ke studiu, ale také při utváření jejich životního stylu. Podobně jako učitelé na nižších stupních škol, i na terciální úrovni, mají jít příkladem.

Současný vývoj civilizace v 21. století přináší nové individuální a společenské životní úkoly, které dokáže řešit a splnit jen jedinec disponující kompetencemi, jejichž podstatou je tvorba, výměna a používání informací, poznatků a vědomostí a jejich účelná implementace do praktického života. Jen uvědomělé využívání potenciálu člověka (kognitivní, emocionální, motivační, vůle, sociální dispozice a vlastnosti) pomůže život prožívat úspěšně v profesní realizaci, bohatém sociálním životě a realizaci v individuálních seberealizačních aktivitách.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Přehled funkcí sociální opory	50
Tabulka č. 2 Kategorie <i>Body Mass Index</i>	77
Tabulka č. 3 Naděje dožití a délka života ve zdraví ve věku 50 let v České republice	82
Tabulka č. 4 Biologické změny vyskytující se mezi 30. a 70. rokem	87
Tabulka č. 5 Prestiž povolání	107
Tabulka č. 6 Respondenti z jednotlivých oslovených fakult	111
Tabulka č. 7 Škály <i>Stress Profile</i>	114
Tabulka č. 8 Hranice normy a hodnoty psychopatologie symptomových dimenzí a souhrnného ukazatele GSI	117
Tabulka č. 9 Respondenti z hlediska pohlaví a věku	119
Tabulka č. 10 Respondenti z hlediska počtu let praxe	119
Tabulka č. 11 Hodnoty <i>Stress Profile</i> u vysokoškolských učitelů ve věku 45 – 56 let	122
Tabulka č. 12 Hodnota smyslu pro soudržnost u vysokoškolských pracovníků ve věku 45 – 56 let	129
Tabulka č. 13 Porovnání síly smyslu pro soudržnost s vybranými skupinami české populace	130
Tabulka č. 14 Porovnání míry distresu s vybranými profesemi	132
Tabulka č. 15 Korelace mezi smyslem pro soudržnost a dimenzemi SCL – 90	142
Tabulka č. 16 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a <i>Stress profile</i>	144
Tabulka č. 17 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a délkou pedagogické praxe	146
Tabulka č. 18 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a <i>Body mass indexem</i>	147
Tabulka č. 19 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a průměrnou délkou pohybové aktivity za týden	148
Tabulka č. 20 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a průměrnou intenzitou pohybové aktivity za týden	149
Tabulka č. 21 Vztahy mezi vybranými faktory nezdolnosti	150
Tabulka č. 22 Hodnoty smyslu pro soudržnost u vybraných skupin	156
Tabulka č. 23 Hodnoty smyslu pro soudržnost u exponovaných profesí a profese vysokoškolského učitele	157

Tabulka č. 24 Vztah smyslu pro soudržnost a vybranými faktory zdravého životního stylu	159
Tabulka č. 25 Hodnoty smysl pro soudržnost v závislosti na úrovni pravidelné pohybové aktivity	160
Tabulka č. 26 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení v rozmezí 40 - 59	161
Tabulka č. 27 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení 39 a méně	162
Tabulka č. 28 Vztah mezi smyslem pro soudržnost a T-skóre položky cvičení 60 a více	163
Tabulka č. 29 Hodnoty smysl pro soudržnost v závislosti na úrovni sociální opory	164

Seznam grafů

Graf č. 1 Respondenti podle fakulty	112
Graf č. 2 Zdravotní potíže	120
Graf č. 3 Poruchy zraku	121
Graf č. 4 Průměrné hodnoty <i>Stress Profil</i>	122
Graf č. 5 Hodnoty položky stres	124
Graf č. 6 Hodnoty položky cvičení	125
Graf č. 7 Hodnoty položky sociální opora	126
Graf č. 8 Hodnoty položky kognitivní nezdolnost	127
Graf č. 9 Porovnání hodnot stylů nezdolnosti	127
Graf č. 10 Hodnoty položky psychická pohoda	128
Graf č. 11 Porovnání průměrných hodnot položek multisymptomatické škály SCL – 90 u vybraných profesních skupin	133
Graf č. 12 Doba trvání pohybové činnosti za týden v minutách	135
Graf č. 13 Počet minut chůze za týden	136
Graf č. 14 Počet minut sportovních pohybových aktivit za týden	136
Graf č. 15 Srovnání počtu minut chůze a sportovních aktivit za týden	137
Graf č. 16 Doba trvání celkové pohybové aktivity podle dne v týdnu	137
Graf č. 17 Počet minut chůze podle dne v týdnu	138
Graf č. 18 Počet minut sportovních pohyb pohybových aktivit podle dne v týdnu	139
Graf č. 19 Průměrná týdenní intenzita pohybové aktivity	140
Graf č. 20 Intenzita pohybové aktivity podle dne v týdnu	141
Graf č. 21 Porovnání doby trvání pohybové aktivity a její intenzity podle dne v týdnu	141

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Determinanty zdraví	22
Obrázek č. 2 Pyramida pohybové aktivity	69
Obrázek č. 3 Objem a intenzita zatížení	72
Obrázek č. 4 Schéma procesu rozvoje wellness	81

Seznam příloh

- I. Informativní dotazník
- II. Souhlas se zpracováním osobních údajů
- III. Dotazník o zdravotním stavu
- IV. *Stress Profile* K. M. Nowack (2006) – záznamový list
- V. Dotazník nezdolnost typu smysl pro soudržnost A. Antonovsky (1987)
- VI. Dotazník nezdolnost typu smysl pro soudržnost A. Antonovsky (1987) – záznamový list
- VII. Dotazník Sebeuposuzovací škála SCL – 90 (1973, 1985)
- VIII. Deník pohybové aktivity

Seznam použité literatury

1. ANTONOVSKY, A. *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987. 218 s. ISBN 10: 1555420281/ISBN 13: 9781555420284.
2. BENDL, S.; KUCHARSKÁ, A. a kol. *Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2008. 237 s. ISBN 78-80-7290-366-5.
3. BLAHUŠOVÁ, E. *Wellness, fitness*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 235 s. ISBN 80-246-0891-X.
4. BLAHUŠOVÁ, E. *Wellness. Jak si udržet zdraví a pohodu*. 1. vyd. Velké Bílovice : TeMi CZ, 2009. 152 s. ISBN 978-80-87156-33-9.
5. BLATNÝ, M.; ADAM, Z. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum. *Vnitřní lékařství*. 2008, roč. 54, č. 6, s. 638-645. ISSN 0042-773X.
6. BLATNÝ, M.; KEBZA, V. a kol. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno : MU § Nakladatelství MSD Brno, 2005 b. ISBN 80-86633-35-7.
7. BLATNÝ, M.; DOSEDLOVÁ, J.; KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno : Masarykova univerzita § Nakladatelství MSD, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.
8. BOČKOVÁ, L.; HASTRMANOVÁ, Š.; HAVRDOVÁ, E. *50+ Aktivně. Fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. 1. vyd. Praha : Respekt institut, 2011. ISBN 978-80-904153-2-4.
9. BRIAN, W. M. a kol. *Evidence-based Physical Activity Promotion - HEPA Europe, the European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity*. *Journal of Public Health*, 2006, Volume 14, Number 2. The original publication is available at <http://springerlink.com> (DOI: 10.1007/s10389-006-0029-5) Springer [citováno dne 2013-06-17].
10. CATHALA H. *Wellness*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-2323-5.
11. ČELEDVÁ, L.; ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. DELONGIS, A.; FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988, roč. 54, č. 3, s. 486–495. ISSN 0022-3514.
13. DETELS, R.; HOLLAND, W.W. et al. *Oxford Textbook of Public Health*. 3rd ed. Oxford : Oxford Medical Publications, 1997. Volume I, II, III. ISSN sine.
14. DUFFKOVÁ, J. Životní způsob/životní styl a jeho varianty. In FAZIK, A.; MATĚJŮ, M. (Eds.) *Aktuální problémy životního stylu*. Praha : Masarykova česká sociologická společnost při AV ČR, 2005, s. 79 – 90. ISBN 80-7308-131-8.

15. DRBAL, C. Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví. *Zdravotnictví v České republice*. 2001, č. 1-2, roč. 4, s. 17-21. ISSN 1213-6050.
16. DŘEVOVÁ, J. Pyramida pohybové aktivity. Hradec Králové : Státní zdravotní ústav, 2007.
17. ERIKSON, E. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291_X.
18. EHLEIS. *Národní zpráva : Naděje dožití podle zdravotního stavu v České republice*. [online] [cit. dne 2013-04-07] Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/u10/Ceske%20Republice.pdf>.
19. EHLEIS. *European Healthy Life Years Information System*. [online] [cit. dne 2013-04-07] Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010 - 2013 Dostupné z: <http://www.uzis.cz/jaehleis> .
20. ETTINGER, W.H.; WRIGHT B.S.; BLAIR, S.N. *Fit po 50: aktivním životem k dobré kondici a zdraví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-2203-0.
21. EU Working Group "Sport & Health". *EU Physical Activity Guidelines*. Brussels : 2008. [online] [cit. dne 2013-06-11] dostupné z: http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf.
22. FIALOVÁ, L. *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0.
23. FLEMR, L.; VAJLENT, Z. Socializace sportem. *Studia sportiva*. 2010, roč. 4, č. 1, s. 75 – 91. ISSN 1802-7679.
24. FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. 3. vyd. Praha : Portál, 2010. 384 s. ISBN 978-80-7367-725-1.
25. FRÖMEL, K.; BAUMAN, A. et al. Intenzita a objem pohybové aktivity 15 až 69leté populace České republiky. *Česká kinantropologie*, 2006, roč. 10, č. 10, s. 13-29. ISSN 1211-9261.
26. GOLKOVÁ, M. *Anti-aging - Jak si zachovat mládí a krásu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2106-4.
27. GILLERNOVÁ, I.; KEBZA, V.; PYMEŠ, M. *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha : Grada 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
28. Globální rada pro pohybovou aktivitu, Mezinárodní společnost pro pohybovou aktivitu a zdraví. *Torontská charta pohybové aktivity: globální výzva k činnosti*. [online] 20. května 2010, [citováno dne 2013-06-17] dostupné z: <http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-czech-20may2010.pdf>.
29. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha : Grada 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

30. HÁJKOVÁ, V. a kol. *Specifika pro handicapované klienty služeb cestovního ruchu*. Praha : MMR ČR, 2006. 56 s. ISBN sine.
31. HAMŘÍK, Z., SIGMUNDOVÁ, D., KALMAN, M., PAVELKA, J., SIGMUND, E. Physical Activity and Sedentary Behaviour in Czech Adults: Results from the GPAQ Study. *European Journal of Sport Science* [online]. 2014, 14(2) [cit. 2014-13-06]. ISSN1536-7290. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23889330>.
32. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha : Panorama, 1985. ISBN 11-147-02.
33. HÁVA, P. *Zdravotní politika*. In: POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. 1. vyd. Praha : SLON, 2006. 396 s. ISBN 80-86429-50-4.
34. HAVLÍK, R; KOŤA, J.; SPILKOVÁ, V. *Učitelství povolání z pohledu sociálních věd*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 1998. 146 s. ISBN80-86039-72-2.
35. HENDL, J.; DOBRÝ, L. *Zdravotní benefity pohybových aktivit – Monitorování, intervence, evaluace*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-2000-8.
36. HENDL, J.; DOBRÝ, L. Teorie a modely programů intervence pro zvýšení pohybové aktivity. *Česká kinantropologie*. 2008, roč. 12, č. 3, s. 26-33. ISSN 1211-9261.
37. HETTES, M. *Starnutie spoločnosti. Vybranej kapitoly sociálnej práce so seniormi*. 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 192 s. ISBN 978-80-8132-031-6.
38. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7256-657-0.
39. HOLČÍK, J. 2004. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
40. HONZÍK, K. *Co je životní sloh*. 1. vyd. Praha : Československý spisovatel, 1958. 102 s. ISBN sine.
41. HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 2003. 69 s. ISBN 80-7184-889-1.
42. HRKAL, J. *Střední délka života prožitá ve zdraví v České republice v roce 2006* [Healthy Life Expectancy in the Czech Republic in 2006]. *ÚZIS ČR*. 2009 (12) : 1-6.
43. JANEČKOVÁ, H. Životní události a kvalita života. In: PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7256-657-0.
44. JANSÁ, P.; DOVALIL, J. a kol. *Sportovní příprava*. 1. vyd. Praha : Q-art, 2007. ISBN 80-903280-8-3.

45. KALMAN, M.; HAMŘÍK, Z.; PAVELKA J. *Podpora pohybové aktivity: pro odbornou veřejnost*. 1. vyd. Olomouc : ORE-institut, 2009. 172 s. ISBN 978-80-254-5965-2.
46. KAREN, I.; SOUČEK, K. *Metabolický syndrom - diagnostika a léčba*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007. ISBN 80-86998-11-8.
47. KAŠPÁRKOVÁ, J.; MÁDLOVÁ, I. Ošetrovatelství jako vědní obor. *Výukový portál Lékařské fakulty v Plzni* [online] 12.11.2009, poslední aktualizace 24.9.2012 [cit. 27.6.2013] Dostupný z [www: <http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=18>](http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=18). ISSN 1804-4409.
48. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005 a. ISBN: 80-200-1307-5.
49. KOHOUTEK, R.; ŘEHULKA, E. Stresory učitelů a učitelek základních a středních škol. In: *Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem*. Škola a zdraví 21, 2011. s. 105 – 117. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5524-7.
50. KOHOUTEK, R. *Osobnost učitele*. [online] 4.11.2009, [cit. 2013-08-10] dostupný z:
<http://rudolfkohoutek.blog.cz/0911/psychologie-osobnosti-ucitele-a- vychovatele>.
51. KOHOUTEK, R. *Terminologický slovník psychologie a věd příbuzných*. [online] [cit. 2013-08-10] Brno : Masarykova univerzita. Dostupný z:
http://www.ped.muni.cz/wpsy/old/stud_materialy/slovník.htm.
52. KODL, M., editor. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. 155 s. ISBN 978-80-85047-49-3.
53. KOMÁREK, L.; PROVAZNÍK, K. a kol. *Ochrana a podpora zdraví*. 1. vyd. Praha : Nadace CINDI, 3. lékařská fakulta UK, 2011. ISBN 978-80-260-1159-0.
54. KOVÁČ, D. *Psychologíou k metanoi*. 1. vyd. Bratislava : Veda, 2007. 475 s. ISBN 978-80-224-0965-0.
55. KRAUS, B. *Člověk, výchova, prostředí*. 1. vyd. Brno : Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
56. KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In: HNILICOVÁ, H. *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
57. KŘIVOHLAVÝ, J. *Problematika smysluplnosti života v psychologii* [online] 3.2.2007, [cit. 2014-08-02] Dostupný z: <http://jaro.krivohlavy.cz/problematika-smysluplnosti-zivota-v-psychologii>.
58. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
59. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

60. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního stylu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
61. KUČERA, M. a kol. *Pohyb v prevenci a terapii*. Praha : Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-042-4.
62. LAZARUS, R. S. Little Hassles Can Be Hazardous to Health. *Psychology Today*. July 1981, s. 58–62. ISSN: 1939-0599.
63. LINHART, J. Způsob života. In: *Velký sociologický slovník*. Praha : Karolinum, 1996. s. 1449 – 1450. ISBN 80-7184-310-52.
64. LINHART, J. Způsob života. In: *Velký sociologický slovník*. Praha : Karolinum, 1996. s. 1246 - 1247. ISBN 80-7184-310-52.
65. MÁČEK, M; MÁČKOVÁ, J.: Může pravidelná pohybová aktivita prodloužit život? *Medicina Sportiva Bohemica & Slovaca*. 1999, roč. 8, č. 3, str. 65 – 71. ISSN 1210-5481.
66. MÁČEK, M.; RADVANSKÝ, J. et. al. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. 1. Vyd. Praha : Galen, 2011. 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.
67. MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
68. MAŇÁK, J. Osobnost vysokoškolského učitele. *Universitas*. 2008, roč. 41, č. 4. s. 46 - 46. ISSN 1211-3387.
69. MARCUS, B.H.; FORSYTH, L.H. *Psychologie aktivního způsobu života*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-654-4.
70. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové : Nucleus, 2001. 152 s. ISBN 80-86225-19-4.
71. MAREŠ, J. a kol.; *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové : Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-25-9.
72. MAREŠ, J.; WALTEROVÁ, E.; PRŮCHA, J. *Pedagogický slovník*. 4. upr. vyd. Praha : Portál, 2003. 324 s. ISBN 80-7178-772-8.
73. MARTINÍK, K. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2007. 80 s. ISBN 978-80-7041-177-3.
74. MERKUNOVÁ, A.; OREL, M. *Anatomie fyziologie člověka*. Praha : Grada, 2009. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
75. MKN – 10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*: desátá revize. aktualizované vydání k 1.1.2013. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. ISBN: 978-80-904259-0-3.
76. MOŽNÝ, I. *Česká společnost*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1.
77. MŠMT ČR. *Standard kvality učitele v otázkách a odpovědích*. [online] [cit. dne 2013-08-08] Praha : 2009. Dostupný z: <http://www.msmt.cz/standarducitele/standard-v-otazkach-a-odpovedich>.

78. MŠMT ČR. *Tvorba profesního standardu kvality učitele*. [online][cit. dne 2013-08-08] Praha : 2009. Dostupný z: <http://www.msmt.cz/standarducelete/navrh-standardu> cit.
79. MŠMT ČR. *Boloňský proces*. [online] [cit. dne 2013-08-11] Dostupný z: <http://bologna.msmt.cz/>.
80. MŠMT ČR. *Boloňský proces. Evropské zásady a postupy pro zabezpečení kvality v Evropském prostoru vysokoškolského vzdělávání*. [online] poslední změna 4.8.2011 [cit. dne 2013-08-11] Dostupný z: <http://bologna.msmt.cz/ostatni-dokumenty/standarty-a-smernice-pro-zajisteni-kvality-v-evropskem-prostoru-terciarniho-vzdelavani>.
81. MŠMT ČR. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice. Bílá kniha*. Praha, Ústav pro informace ve vzdělávání : Tauris, 2001. ISBN 80-211-0372-8.
82. MZ ČR, WHO. *Zdraví 21 - zdraví do 21. století*. Praha : 2001. 147 s. ISBN 80-85047-49-5.
83. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2. vyd., rozšířené a přepracované. Praha : Academia, 2009. ISBN 978-80-800-1679-9.
84. MZ ČR. *Češi žijí déle, trápí je ale civilizační nemoci. Změnit to může Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [tisková zpráva] publikováno 23.7.2014 [cit. dne 2014-15-8]. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/cesi-ziji-deletrapi-je-ale-civilizacni-nemocizmenit-to-muze-narodni-strategi_9418_3030_1.html.
85. NOVOTNÝ, J.; SEBERA, M.; HRAZDÍRA, L.; NOVOTNÁ, M. *Kapitoly sportovní medicíny*. 1. vyd. Brno: Paido / Fakulta sportovních studií MU, 2003. Forma: CD a <http://www.fsps.muni.cz/ucebniceNovotny/>. ISBN 80-7315-064-6.
86. PAULÍK, K. Co obtěžuje učitele různých typů škol. *Učitelé a zdraví*. 1998, s. 35 – 40. ISSN 80-902653-0-8.
87. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
88. PAVELKOVÁ, J. Kompetence finanční gramotnosti u starší populace. In *Ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách*. Praha : Vysoká škola aplikované psychologie, 2013, s. 133-146. ISBN 978-80-87871-00-3.
89. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
90. PELCÁK, S. *Osobní nezdolnost a zdraví*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2013. 206 s. ISBN 978-80-7435-342-0.
91. PELCÁK, S. *Smysl pro soudržnost A. Antonovského v prevenci, léčbě a podpoře zdraví* : Disertační práce. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta Sociálních studií, 2008. 155 s., XLII příl. Vedoucí disertační práce Ivo Plaňava.
92. POLÁČEK, J. Osobnost jako umělecké dílo. *Universitas*. 2008, roč. 41, č. 3, s. 52-55. ISSN 1211-3484.

93. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha : Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.
94. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1974. ISBN sine.
95. ŘEHULKOVÁ, O.; ŘEHULKA, E.; BLATNÝ, M.; MAREŠ, J. et al.; *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno : MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
96. ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. Učitelky ZŠ a zdraví. In: *Člověk na počátku nového tisíciletí*. 1. vyd. Bratislava : Slovenská psychologická společnost, 1998, s. 80 – 83. ISBN 80-967228-9-1.
97. SAK, P.; KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
98. SLAVÍK, M. a kol. *Vysokoškolská pedagogika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-4054-6.
99. SLEPIČKA, P.; HOŠEK, V.; HÁTLOVÁ, B. *Psychologie sportu*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 230 s. ISBN 80-246-1290-9.
100. SEEDHOUSE, D. *Health: the Foundations for Achievement*. 1. vyd. Chichester : John Wiley & Sons, 2001. 160 s. ISBN 0-471-49011-3.
101. SPOUTA, V. Osobnost vysokoškolského učitele. *Universitas*. 2008, roč. 41, č. 1. s. 61. ISSN 1211-3395.
102. STRÁNSKÝ, Z.; ŠVEC, V. V roli vysokoškolského učitele: pedagogicko-psychologické zamyšlení. *Annales psychologici*. 2003, roč. 51, č. P7, s. 107 - 116. ISBN 80-210-3130-1. ISSN 1211-3522.
103. SPILKOVÁ, V. (ed.). *Současné proměny vzdělávání učitelů*. 1. vyd. Brno : Paido, 2004. 272 s. ISBN 80-7315-081-6.
104. SPILKOVÁ, V. Evropské přístupy k pojetí kvality učitele – optikou formálních dokumentů. *Cesty ke kvalitě učitelství. Pedagogika*. 2010, roč. 59, č. 3-4, s. 70 – 80. ISSN 0031-3815.
105. Státní zdravotní ústav. *Témata zdraví a bezpečnosti : Nemoci pohybového aparátu, vadné držení těla u dětí*. [online] KRATĚNOVÁ, J. aj. Praha, Státní zdravotní ústav, 2007 [cit. 2010-30-4]. Dostupný z [www : <http://www.szu.cz/tema/prevence/vadne-drzeni-tela-u-deti>](http://www.szu.cz/tema/prevence/vadne-drzeni-tela-u-deti).
106. ŠTOROVÁ, I.; RABUŠICOVÁ, M. *Age Management pro práci s cílovou skupinou 50+*. 1. vyd. Praha : Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, 2012. ISBN 978-80-904531-5-9.
107. TUČEK, M. Prestiž povolání. Tisková zpráva. Praha : Sociologický ústav AV ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2012. [online] [cit. dne 2013-08-08] Dostupný z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6869/f3/eu120720.pdf.

108. URBÁNEK, P. Profesionální časové zatížení učitelů ZŠ. *Pedagogika*. 1999, roč. XLIX, č. 5, s. 277-288. ISSN 3330-3815.
109. URBANOVSKÁ, E. Profesionální stresory učitelů a syndrom vyhoření. In ŘEHULKA, E.; JANDA, M. *Škola a zdraví 21*. Brno : Masarykova univerzita, 2011, s. 309 – 322. ISBN 978-80-210-5532-2.
110. Usnesení vlády ČR č. 1046/2002, Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR.
111. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
112. VALIŠOVÁ, A.; KASÍKOVÁ, H. a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 404 s. ISBN 978-80-247-1734-0.
113. VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Ostravská univerzita : Filozofická fakulta, 1999. 84 s. ISBN 80-7042-546-6.
114. VAŠUTOVÁ, J. Pedagogické vzdělávání vysokoškolských učitelů jako aktuální potřeba. *Aula*. 2005, roč. 13, č. 3, s. 73-78. ISSN 1210-6658.
115. VAŠUTOVÁ, J. *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-082-4.
116. VAŠUTOVÁ, J. *Strategie výuky ve vysokoškolském vzdělávání*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-100-1.
117. VELÉ, F. *Kineziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. 271 s. ISBN 80-7169-256-5.
118. VZP ČR. *V České republice je 55 % lidí s nadváhou a obezitou*. [tisková zpráva] publikováno 25.1.2011 [cit. dne 2014-10-8]. Dostupný z: <http://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>
119. WHO: Health for All Targets: the Health Policy for Europe. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe 1993 a.
120. WHO: Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHQOL). *Quality of Life Research* 2, 1993 b, 153 – 159.
121. WILLIAMSON, J.; ROBINSON, M. Psychosocial Interventions, or Integrated Programming for Well-being. *Intervention: The International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*. 2006, číslo 4 (1), s. 4 - 25: [online] [cit. dne 2013-06-11] dostupné z: <http://www.interventionjournal.com/index3.html>.
122. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, *Zdravotnictví České republiky 2010 ve statistických údajích*. Praha : ÚZIS ČR, 2011. ISSN 0862-5883. ISBN 978-80-7280-943-1.

123. Zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: *Sbírka zákonů*. 22. 4. 1998. ISSN 1211-1244.
124. ZVÍROSTKÝ, M. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy*. Praha : PedF UK, 2009. ISBN sine.
125. ZVÍROTSKÝ, M. Operační definice zdraví v oblasti lidské sexuality. In *15. celostátní kongres k sexuální výchově*. Pardubice : SPRSV, 2007. ISBN 978-80-86559-80-3.
126. ŽÍDKOVÁ, Z.; MARTINKOVÁ, J. Psychická zátěž učitelů základních škol. *České pracovní lékařství*. 2003, č. 3, s. 122 – 126. ISSN 1212-7191.

Internetové zdroje

1. <https://www.presidentschallenge.org/about/index.shtml>, [cit. dne 2013-06-11]
2. http://www.heart.org/HEARTORG/Encyclopedia/Heart-Encyclopedia_UCM_445084_Encyclopedia.jsp?levelSelected=16&title=physical%20activity [cit. dne 2013-06-11]
3. <http://www.acsm.org/about-acsm> [cit. dne 2013-06-11]
4. http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf [cit. dne 2013-06-11]
5. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe> [cit. dne 2013-06-13]
6. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity>-<http://www.globalpa.org.uk/charter/translation.php> [cit. dne 2013-06-18]
7. <http://www.globalpa.org.uk/charter/supporters-orgs.php> [cit. dne 2013-06-18]
8. <http://healthypeople.gov/2020/about/default.aspx> [cit. dne 2013-06-18]
9. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/about-health-2020activity/activities/move-for-health-day> [cit. dne 2013-06-18]
10. http://www.cas.cz/o_avcr/zakladni_informace/dokumenty/karierni_rad_vs_pracovniku_avcr.html [cit. dne 2014-01-04]
11. <http://www.cuni.cz/UK-5317.html> [cit. dne 2014-01-04]
12. <http://www.healthy-life-years.eu/> [cit. dne 2014-03-02]

Přílohy