

Univerzita Karlova
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Vypracovala: Jitka Buriánková

**Příležitosti a limity formování zdravého
životního stylu**

Opportunities and limits of forming a healthy lifestyle

Disertační práce

Vedoucí práce: prof. PhDr. Marek Waic, CSc.

Praha 2025

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury.

V Hostivici

.....

Jitka Buriánková

Abstrakt

Cíle: Tato studie poskytuje základní analytický vhled do problematiky zdravého životního stylu skrze prizma různých teoretických a empirických perspektiv. V tomto smyslu navazuje na konceptuální rámec William C. Cockerhama (2005, 2022, 2023), který představuje komplexní paradigma pro zkoumání zdravotně relevantního chování v kontextu sociálních struktur. Ústřední otázkou je zde klasické napětí mezi strukturální determinací a individuálním jednáním, tedy problém vztahu mezi *strukturou* a *agency* při formování zdravého životního stylu.

Primárním cílem výzkumu je analyzovat míru strukturální a situační podmíněnosti jednotlivých složek zdravého životního stylu. Vzhledem k obtížnosti operacionalizace jednoho syntetického indikátoru jsou zkoumány jednotlivé komponenty odděleně – konkrétně stravovací návyky, sportovní a pohybová aktivita, subjektivně vnímaný wellbeing, a dále pak doplňkově i výskyt rizikového chování, reprezentovaného kouřením a nadměrnou konzumací alkoholu.

V analýze jednotlivých dimenzí zdravého životního stylu bereme ohled vedle základních sociodemografických proměnných také na informovanost, postoj, wellbeing a kompenzační strategii jako zprostředkující faktory zdravého životního stylu. Obohacením analýzy je začlenění kompenzační teorie, protože tyto strategie oslabují racionalitu jednání. V případě rizikového chování hraje kompenzační strategie významnou roli. V tomto jsou naše poznatky v českém prostředí unikátní.

Data: Pro účely výzkumu jsme zvolili kvantitativní typ studie. Ke sběru dat jsme použili dotazník (standardizovaný), vycházející z dostupných výzkumů o zdravém životním stylu. Hypotézy jsou ověřovány na reprezentativním souboru výzkumu „Zdravý životní styl 2023“, (N=1095), realizován agenturou Median s.r.o. a výzkumný soubor Aktér 2013 (N=1088), realizovaného agenturou STEM, v němž byly zařazeny baterie otázek z oblasti zdravého životního stylu. Prevalence vybraných položek byla kontrolována na vybraném souboru ISSP (2011).

Výsledky: Z analýzy vyplynulo, že zdravé stravovací návyky jsou výrazně ženskou záležitostí, genderová diferenciaci jasně nastane až u položky konzumace masa ve prospěch mužské části populace. Sportovní a pohybová aktivita roste. Pitný režim častěji dodržují ženy, také informovanost a péče o zdraví je blíží ženám.

Dosažené výsledky svědčí o tom, že ve sportovní a pohybové oblasti aktivita s přibývajícím věkem klesá, ženy sportují méně a vzdělání mírně podporuje sport. Informovanost a snaha pečovat o své zdraví sport podporují. Další analýza ukázala, že ženy

konzumují v menší míře alkohol rizikovým způsobem. Pravidelní sportovci více tolerují alkohol. Konzumace alkoholu se s věkem mění. Nejvíce kuřáků nacházíme ve střední generaci. Kuřáctví silně provází přesvědčení o možnosti své chování kompenzovat. Kompenzační strategie v tomto případě působí velmi silně. Naopak informovat nemá v daném modelu vliv.

V českém prostředí je kompenzační chování velmi běžné. Neorganizovaní sportovci pečují o svoje stravovací návyky. Sportovci na závodní úrovni neprojevují žádné kompenzační chování.

V naší práci jsme zkusili vytvořit i typologii zdravého životního stylu, která ukazuje zajímavé propojení zdravého životního stylu a sociálního postavení. Souvislosti této typologie se sociálními proměnnými prokazují realistické založení a vytváří šanci jejího budoucího použití. Práce ukazuje, že zdravý životní styl není pouze záležitostí postojů a ryze individuálního rozhodování a zároveň že sociální a kulturní podmínky hrají nezanedbatelnou roli (s odlišnými efekty v různých vrstvách).

Klíčová slova

zdravý životní styl; stravovací návyky; pohybová aktivita; psychická pohoda; kompenzační strategie

Abstract

Objectives: This study provides a basic analytical insight into the issue of healthy lifestyles from various theoretical and empirical perspectives. In this regard, it draws on the conceptual framework of William C. Cockerhama (2005, 2022, 2023), who offers a comprehensive paradigm for the study of health-related behavior in the context of social structures. The central issue addressed is the classical tension between structural determination and individual agency in shaping a healthy lifestyle.

The primary aim of the research is to assess the extent to which the components of a healthy lifestyle are structurally and situationally conditioned. Given the challenges of operationalizing a single synthetic indicator, individual components are examined separately—specifically dietary habits, physical and sporting activity, subjective wellbeing, and, additionally, the occurrence of risky behaviors, represented by smoking and excessive alcohol consumption.

In the analysis of the dimensions of a healthy lifestyle, we consider not only basic sociodemographic variables but also information levels, attitudes, wellbeing, and compensatory strategies as mediating factors. A key contribution of this analysis is the inclusion of compensation theory, as these strategies undermine the rationality of action. In the context of risky behavior, compensatory strategies play a particularly significant role. In this respect, our findings represent a unique contribution within the Czech context.

Data: A quantitative research design was adopted. Data collection was conducted using a standardized questionnaire based on existing surveys on healthy lifestyles. Hypotheses were tested on a representative sample from the "Healthy Lifestyle 2023" survey (N=1095), conducted by Median s.r.o., and the Aktér 2013 survey (N=1088), conducted by the STEM agency, which included a battery of questions related to healthy lifestyle. Selected item prevalence was controlled using data from the ISSP 2011 dataset.

Results: The analysis shows that healthy eating habits are significantly gendered, with women being more engaged, while meat consumption is more typical among men. Physical and sporting activity is on the rise. Women are more likely to maintain proper hydration and are generally more informed and concerned about their health.

Results also indicate that physical activity declines with age; women tend to be less physically active, and higher education is a modest predictor of increased sports participation. Health awareness and concern for one's health support sporting engagement. Further analysis revealed that women are less likely to engage in risky alcohol consumption. Regular athletes tend to be more tolerant of alcohol use, and alcohol consumption patterns shift with age. The

highest smoking prevalence is observed among the middle-aged population. Smoking is strongly linked with the belief in the ability to compensate for one's behavior—here, compensatory strategies are especially pronounced. Conversely, health information does not show a significant effect within the tested model.

Compensatory behavior is widespread in the Czech context. Unorganized athletes are attentive to their dietary habits, while competitive athletes show almost no signs of compensatory behavior.

We also attempted to construct a typology of healthy lifestyles, which revealed compelling links between healthy lifestyle patterns and social status. The associations between this typology and various social variables suggest a grounded framework with potential for future application. The findings demonstrate that a healthy lifestyle is not solely a matter of attitudes or purely individual choices, but is significantly shaped by social and cultural conditions, which have varied effects across social strata.

Keywords: healthy lifestyle; dietary habits; physical activity; psychological wellbeing; compensatory strategies

Obsah

1	ÚVOD	10
2	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	15
2.1	Životní styl v kontextech sociologických teorií.....	15
2.1.1	Akcent na jednání v přístupech Maxe Webera	19
2.1.2	Teorie habitu P. Bourdieu jako východisko studia životních stylů	22
2.2	Teorie plánovaného chování v aplikaci na zdravý životní styl.....	28
3	KONCEPTUALIZACE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU	32
3.1	Vymezení problematiky.....	32
3.2	Zdravý životní styl.....	39
3.3	Dimenze zdravého životního stylu	43
3.3.1	Stravovací návyky.....	43
3.3.2	Efekty sociální kontroly: stigmatizace obezity	49
3.3.3	Wellness životní styl a psychická pohoda (wellbeing).....	54
3.3.4	Sport a pohybová aktivita jako součást zdravého životního stylu.....	58
3.3.1	Alkohol a kouření	63
3.3.2	Závěry k dimenzím	70
3.4	Socio-demografické faktory	71
3.4.1	Pohlaví	72
3.4.2	Věk.....	73
3.4.3	Socioekonomické postavení	74
3.4.4	Vzdělání a náboženství	76
3.4.5	Další faktory asociované se zdravým životním stylem	79
4	KOMPENZAČNÍ TEORIE	82
5	METODIKA PRÁCE	90
5.1.	Vybrané otázky zdravého životního stylu v datovém souboru ISSP	91
6	METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA: DATA A PLÁN ANALÝZY.....	96
6.1	Plán analýzy	98
6.1.1	Postup analýzy datových souborů 2013, 2023.....	98
6.1.2	Konceptuální rámec na datech z roku 2013	99
6.1.3	Konceptuální rámec na datech z roku 2023	101
6.1.4	Výzkumné otázky a hypotézy k oběma datovým souborům	102
7	DIMENZE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU, JEJICH NÁPLŇ A VZÁJEMNÉ SOUVISLOSTI	104

7.1	Správné (zdravé) stravování návyky.....	104
7.2	Kouření	115
7.3	Alkohol	116
7.4	Sportovní a pohybová aktivita	119
8	POSTOJE, INFORMOVANOST JAKO ZPROSTŘEDKUJÍCÍ FAKTORY	
	FORMOVÁNÍ ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU	125
8.1	Postoje ke zdraví a uvědomělá péče o zdravý životní styl	125
8.2	Informovanost a zájem o problematiku zdraví jako zprostředkující činitel	127
8.3	Psychická pohoda a wellbeing.....	127
9	ODOLNOST VŮČI POKUŠENÍ KOMPENZACE	133
9.1	Počáteční analýza odolnosti vůči svodům	133
9.2	Kompensace po jednotlivých oblastech	138
9.2.1	Celková odolnost kompenzačních položek.....	138
9.2.2	Celková odolnost kompenzačních položek (oblasti kompenzování).....	139
9.3	Kompenzační strategie a jejich podmíněnost statusovými komponenty	141
9.3.1	Oblast kompenzace stresu.....	141
9.3.2	Správné stravovací návyky a pohybová aktivita.....	143
9.3.3	Sportovní a pohybová aktivita	143
9.4	Faktorová analýza kompenzačních výroků.....	145
9.5	Možnosti typologie kompenzačních výroků.....	149
10	SOUVISLOST JEDNOTLIVÝCH KOMPONENT ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO	
	STYLU A JEJICH PODMÍNĚNOST SOCIÁLNÍM POSTAVENÍM A POSTOJI	154
10.1	Podmíněnost jednotlivých dimenzí na datech z roku 2013	157
10.2	Zdravé stravování z hlediska konzumu zeleniny a hlídání pitného režimu.....	157
10.2.1	Alkohol	160
10.2.2	Kouření	161
10.2.3	Sportovní a pohybová aktivita	162
10.3	Podmíněnost jednotlivých dimenzí na datech z roku 2023	163
11	MOŽNOSTI TYPOLOGIZACE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU	166
12	DISKUZE	173
13	ZÁVĚR.....	179
14	PRAKTICKÉ PŘÍNOSY DISERTAČNÍ PRÁCE.....	185
15	SEZNAM LITERATURY	187
16	SEZNAM GRAFŮ.....	217

17	SEZNAM TABULEK	218
18	SEZNAM GRAFŮ.....	220
19	SEZNAM PŘÍLOH	221
	DOTAZNÍK ISSP RESEARCH GROUP (2015). INTERNATIONAL SOCIAL SURVEY PROGRAMME: HEALTH AND HEALTH CARE – ISSP	
2011.....	220	221
	DOTAZNÍK „AKTÉR 2013“ – ČÁST O ZDRAVÉM ŽIVOTNÍM STYLU	
(N=.....	221	221
	DOTAZNÍK „ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL 2023“ (N=1095)	
		221
20	PŘÍLOHY	222
21	DOTAZNÍK ISSP RESEARCH GROUP (2015). INTERNATIONAL SOCIAL SURVEY PROGRAMME: HEALTH AND HEALTH CARE – ISSP 2011. (N=1804) – POUZE POUŽITÉ OTZ.	
		222
22	DOTAZNÍK „AKTÉR 2013“ – ČÁST O ZDRAVÉM ŽIVOTNÍM STYLU (N=1088).....	
		222
	<i>POKYN: PŘEČTĚTE VARIANTY ODPOVĚDÍ!</i>	
		222
	<i>POKYN: PŘEČTĚTE VARIANTY ODPOVĚDÍ!</i>	
		224
	<i>POKYN: PŘEDLOŽTE KARTU 20!</i>	
		225
23	DOTAZNÍK – „ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL 2023“ N=1095	
		225
24	ETICKÁ KOMISE – VYJÁDŘENÍ.	
		228

1 ÚVOD

V soudobé společnosti, a to nejen ve světě nových médií, se člověk může cítit doslova zavalen nejrůznějšími radami a návody, jak dosáhnout zdravého a šťastného života. Nabídka je vsutku obrovská a láká k investicím, jejichž efekt však nemusí být vždy průkazný, případně varuje před riziky způsobem, který evidentně není vždy účinný. Propagovaný zdravý životní styl tak v sobě zahrnuje mnoho prvků prospěšných a eliminaci těch, které nám neprospívají, na nichž se experti víceméně shodují. Problém spočívá spíše v tom, nakolik je možné ze všech těchto různorodých podnětů vytvořit konzistentní a zároveň přiměřeně variabilní skládku a narysovat tak určitý životní program, jak utvářet životní styl s ohledem na konkrétní podmínky, v nichž se jednotliví aktéři a celé sociální skupiny pohybují. Úkolem zdravého životního stylu v soudobé společnosti je hledat rovnováhu mezi dostupnými informacemi, individuálními potřebami a například i různými omezeními každého jedince ve společnosti. Snaha o zdravý životní styl se stává nejen společenskou normou v ekonomicky vyspělých zemích, ale zároveň také povinností. Zdravý životní styl je vnímán jako úspěch, nebo cíl ke kterému je možné směřovat. Dalo by se říci, že skrze holistický přístup ke zdravému životnímu stylu v interakci s každodenním životem jedinců ve společnosti můžeme efektivně a komplexně zvládat nejrůznější epidemie a pandemie. Tento postoj jsme si mohli v nedávné minulosti ověřit, když jsme čelili pandemii COVID - 19. A to zejména proto, že zdravý životní styl hraje klíčovou roli v prevenci a celkové prevalenci infekčních nemocí. Zároveň poskytuje významnou podporu během rekonvalescence.

Adams (1995, s. 183) reaguje na provokativní otázku Aarona Wildavskyho „Proč jsou právě ty nejzdravější národy s nejdelší délkou života tak zneklidněny péčí o své zdraví?“ poukazem na korelaci s technickým a ekonomickým pokrokem. Zároveň však může jít právě o vliv aktivního a odpovědného přístupu k životu, který se na dosaženém výsledku dozajista podílí. Uvedenou otázku bychom ovšem mohli parafrázovat do sociologicky relevantnější polohy, tedy nahradit jednoduše národy vrstvami, anebo přenést veškerou váhu do roviny aktéra. Ono zneklidnění samozřejmě chápeme jako východisko ve smyslu zájmu o problém a hledání cest k jeho řešení. Mimo jiné pak na úrovni aktéra může platit zdánlivý paradox, že o své zdraví více pečují ti relativně zdravější, zatímco ohrožená část populace má dokonce sklon více riskovat. Přístup k lékařským službám a prevenci může snižovat riziko vážných onemocnění a přispívat k celkovému zdraví populace. Dnešní moderní doba přináší také rozsáhlou dostupnost informací, což umožňuje lépe porozumět zásadám péče o zdraví

a individuálně přizpůsobit své životní návyky. Informovanost a dostupnost informací vystupuje jako efektivní způsob, jak udržovat své zdraví na optimální úrovni a může pomoci při prevenci různých onemocnění. Jinými slovy, rozhodnutí plynoucí z dostupných informací o zdravém životním stylu se stává pro mnoho aktérů prioritou a slouží jako prostředek k dlouhodobému udržení zdraví, a to nejen fyzického, ale i duševního. Klíčovou roli v každém případě zastává lidské chování, zejména v oblasti označované jako zdravý životní styl a snaha o jeho formování.

Zdravý životní styl bývá často interpretován nebo diskutován v kontextu péče o sebe a o zdravou životosprávu, kdy se aktéři stávají (nebo mají stávat) zodpovědnějšími za své zdraví a péči o sebe. Tato situace má samozřejmě svůj původ v jistých změnách ve společnosti, které s sebou přinesly vznik nových nebo typicky civilizačních onemocnění neinfekčního typu, ale také změnu v přístupu a péči k pacientovi ze strany lékařů. Zásadním prvkem této změny byl vznik a počátek používání internetu ke zrychlení předávání lékařských znalostí, což přináší větší kontrolu jedinců nad svým zdravím, ale paradoxně také větší znejistění části klientely a rozmach alternativních přístupů.

S ohledem na univerzální, i když z historického pohledu proměnlivý, význam hodnoty zdraví, která vystupuje také jako kritérium pokroku, zde stojíme před praktickým problémem, jak vést občany k aktivní péči o své zdraví, a tak podporovat zdravotní politiku státu. Nemluvě o kalkulaci úspor, které by vznikly omezením výdajů na léčení jednotlivých zdravotních problémů, kterým by bylo možno takto alespoň zčásti předcházet, je třeba také zmínit pozitivní vliv fyzické a psychické pohody na pracovní výkon i na celkovou kvalitu života jedince. Žít zdravě se sice stává v moderní společnosti uznávanou zásadou, ne vždy je ovšem jasné, co vše toto úsilí obnáší, které okolnosti či jevy aktivní snahu podporují a co naopak vytváří rámce nebo dokonce bariéry pro její realizaci. Takto směřované otázky jsou výzvou pro sociologické zkoumání a tvoří základy této disertační práce.

V této práci využijeme možnosti zúžení tématu tím, že necháme stranou otázku, zda Češi žijí zdravě ve smyslu hodnocení výsledku, který jako sociologové neumíme fundovaně zjišťovat. Bude nás zajímat, co pro onen výsledek dělají, a to v rovině aktivit nebo vzorců chování (např. v oblasti stravovacích návyků, pohybové aktivity). Vedle základní sociální podmíněnosti jednotlivých složek zdravého životního stylu nás bude zajímat subjektivní stránka jednání, tj. postoje, zájem o informace a způsoby rozhodování v situacích, kdy se motivace z různých důvodů kříží, kdy je nabízený požitek spojen s určitou mírou rizika. Upozorníme na dosud neupozorněný fenomén kompenzačních strategií v českém prostředí. V závěru se pak pokusíme zjistit, zda jednotlivé dimenze životního stylu vytvářejí přeci jen

konzistentnější rysy jednání a zda tedy má smysl uvažovat o vyčlenění určitých typů životního stylu. V tomto ohledu se raději vyhneme normativnímu pohledu na problematiku v jednoduché optice „zdravý – nezdravý“, už jen z toho důvodu, že takto zjednodušená škála čítající kladné i záporné body by stejně nemohla vystihnout dynamiku tak komplexního jevu, jakým životní styl populace je. V návaznosti na Adamse můžeme připomenout, že moderní člověk je mimo jiné hráčem, který pracuje s rizikem a může se pokoušet o jeho dodatečnou kompenzaci. Moderní člověk disponuje nejenom větší mírou autonomie, ale i rozhodovacích pravomocí rychle reagovat, přizpůsobovat se a preferovat třeba zdravý životní styl.

Téma zdravého životního stylu je náročné tím, že zahrnuje velké množství různých aspektů, a vybízí tak k interdisciplinárnímu pohledu. Chceme se zaměřit na to, jak lidé vnímají téma zdravého životního stylu, jakou roli hraje v jejich hodnotovém systému a co pro dosažení většího zdraví dělají (anebo nedělají). I když v této optice již jde o téma bytostně sociologické, přesto je potřeba vymezit se proti přístupům medicínsko-biologickým, které nahlízejí problém jako otázku optimálních nutričních dávek nebo dodržování pitného režimu, a stejně tak vůči přístupům ekonomickým, které mohou studovat podmíněnost konzumace (nebo i produkce) biopotravin nebo cenové hladiny léků a podpůrných prostředků. Cílem práce je prozkoumat vzájemné vztahy jednotlivých komponent zdravého životního stylu a hledat možnosti jeho typologizace tak, aby pak bylo možno určit podmínky, které zdravému životnímu stylu přispívají a další souvislosti či důsledky, k nimž určité chování vede. Vzhledem ke komplexnosti problému je nutno počítat se značnou variabilitou motivů a strategií, které volí jednotliví aktéři. Nemůžeme také aspirovat na vyčerpávající pokrytí všech aspektů – z tohoto pohledu nelze slibovat ani jejich úplnou deskripci, na druhé straně je možné zaměřit se na vystižení hlavních složek a směrů formování zdravého životního stylu v české společnosti.

Zdravý životní styl v moderní společnosti naplňuje pragmatické potřeby jedince, ale stává se také současně společenským ukazatelem či symbolem, jehož prostřednictvím se utvářejí spotřební vzorce, které přispívají k výrazným odlišnostem v sociálních identitách jedinců. Mnohé z těchto fenoménů už sociologie dokázala pojmenovat (Bourdieu, 1979), proto je na místě uvažovat o tom, zda již existuje jasná teorie zdravého životního stylu, anebo alespoň hledat její základy v dílech významných teoretiků, jak činí Cockerham (2005, 2022, 2023).

V úvodní části se proto stručně věnujeme teoretickému rámování zdravého životního stylu v kontextu sociologických teorií. Užitečným prostředkem bude proto „návrat ke klasikům“ ve snaze přinejmenším zpřehlednit základní teoretickou otázku, do jaké míry

je životní styl určité společnosti determinován strukturálně a nakolik umožňuje individuální volbu, nebo se stává přinejmenším distinktivním znakem zakládajícím současně jeho variabilitu.

Následně je pozornost věnována komplexnímu popisu jednotlivých dimenzí zdravého životního stylu. V této části práce nastiňujeme možné souvislosti dimenzí se socioekonomickými parametry a rovněž upozorňujeme na sociologicky relevantní otázky. Ty jsou empirickým objektem analytické části práce.

Přechod k empirické analýze je podpořen využitím teorie, která má parciální ráz. Jedná se o kompenzační teorii užitečnou pro vysvětlení problému omezené racionality lidského jednání. Její přínos spočívá v možnosti vysvětlit pomocí této teorie typický konflikt mezi deklarovanými hodnotami a aktivitami lidí, které mají vést k jejich dosažení.

V empirické části zjišťujeme chování aktérů v jednotlivých dimenzích zdravého životního stylu. Nejprve jednotlivé dimenze analyticky popisujeme, následně sledujeme sociální podmíněnost v těchto dimenzích, které tvoří kupříkladu sportování, zdravé stravování, psychická pohoda (životní pohoda – wellbeing), ale třeba také rizikové chování, tedy konzumace alkoholu a kouření. Téma kouření a spotřebu alkoholu zkoumáme spíše okrajově, ale jako součást zásad, dimenzí. Následně věnujeme pozornost postoji (ve smyslu uznání důležitosti zdravého životního stylu) a informovanosti, jakožto dalšímu zprostředkujícímu faktoru zdravého životního stylu či komponentu sledovaného chování. Dále bude naším cílem také analyzovat předpoklady specifické reakce v rámci sledované problematiky, tj. odolnost jedince vůči pokušení uchýlit se ke kompenzační strategii.

Tato práce se tedy bude snažit podat základní vhled do problematiky zdravého životního stylu z hlediska různých perspektiv, proto ještě před započítím konkrétního vymezování životního stylu, jeho jednotlivých komponent a determinant (což je samozřejmě důležité z hlediska zaměření empirické analýzy), věnujeme krátce pozornost teoretickému zarámování nebo širšímu kontextu naší práce. Tento postup umožní vyhnout se krajnostem při řešení základní otázky, tedy náhledu na volbu určitého životního stylu jako na čistě individuální záležitost probíhající nanejvýš v konkrétním společenském kontextu, anebo – jednoduše řečeno – jako produkt poměrů. Ať již jako výsledek aktuálního uspořádání, tlaku společnosti či předchozí socializace. V tomto ohledu můžeme navazovat na studie Cockerhama (2005, 2022, 2023), která nabízejí ucelené paradigma zkoumání zdravého životního stylu. Jedná se ovšem o vysoce teoretický pokus o propojení různých perspektiv (explicitně jde o tradiční téma propojení *agency* a *structure*), který považujeme spíše za program nebo soubor propozic než za testovatelný model.

Nezbytnému sociologickému vymezení problematiky zdravého životního stylu je věnována následující kapitola o teoreticko-metodologických přístupech, které spatřujeme vzhledem ke zvolenému tématu práce jako stěžejní pro začlenění problematiky do širšího tematického rámce a pro hledání relevantní sociologické perspektivy.

Zdravý životní styl má symbolickou moc a vytváří sociální hranice mezi lidmi. Různé asociace zdravého chování a života se sociálními skupinami odlišovat a vnímat se navzájem podle těchto charakteristik. Tato symbolická síla posouvá chování do oblasti zdravotní politiky a nerovnosti, protože lidé na nižších sociálních úrovních mají méně příležitostí pro zdravý životní styl.

Vzhledem k tomu, že tato práce představuje druhý pokus o sepsání disertační práce, potvrzujeme určité dílčí shody s předchozím textem. Avšak je důležité zdůraznit, že oba texty byly samostatně sepsány autorkou. Empirická část práce byla obohacena o nový datový soubor, který využívá rozšířenou sadu otázek pro měření sledované problematiky zdravého životního stylu.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Teoretický rámec, ze kterého v této práci vycházíme, tvoří studie amerického sociologa Cockerhama (2005, 2022, 2023), které přinášejí právě typický teoretický pohled na problematiku a snaží se o vytvoření širšího pojmového rámce. Cockerham vychází z klasiků sociologického myšlení a do svého pojetí integruje i reprezentativní autory novější doby. Tímto způsobem se snaží o zaplnění jistého teoretického vakua, které ve vztahu ke zkoumání životního stylu pociťuje. Přestože jeho řešení problému zůstává v poměrně obecné poloze vztahu struktury a jednání, otevírá cestu k další specifikaci východisek. V první fázi budeme proto sledovat jeho linii uvažování, abychom následně připojili další inspirace, které by dle našeho názoru mohly jeho přístup obohatit. Roli takového prostředníka ve vztahu k zamýšlené empirické analýze by mohly plnit některé parciální teorie. Teorie plánovaného chování představuje určitý krok směrem k upřesnění významných proměnných a jejich vzájemných vazeb, koncept kulturního všezroutství zase inovuje koncepci P. Bourdieu tím, že zdůrazňuje pluralitu možností při formování životního stylu.

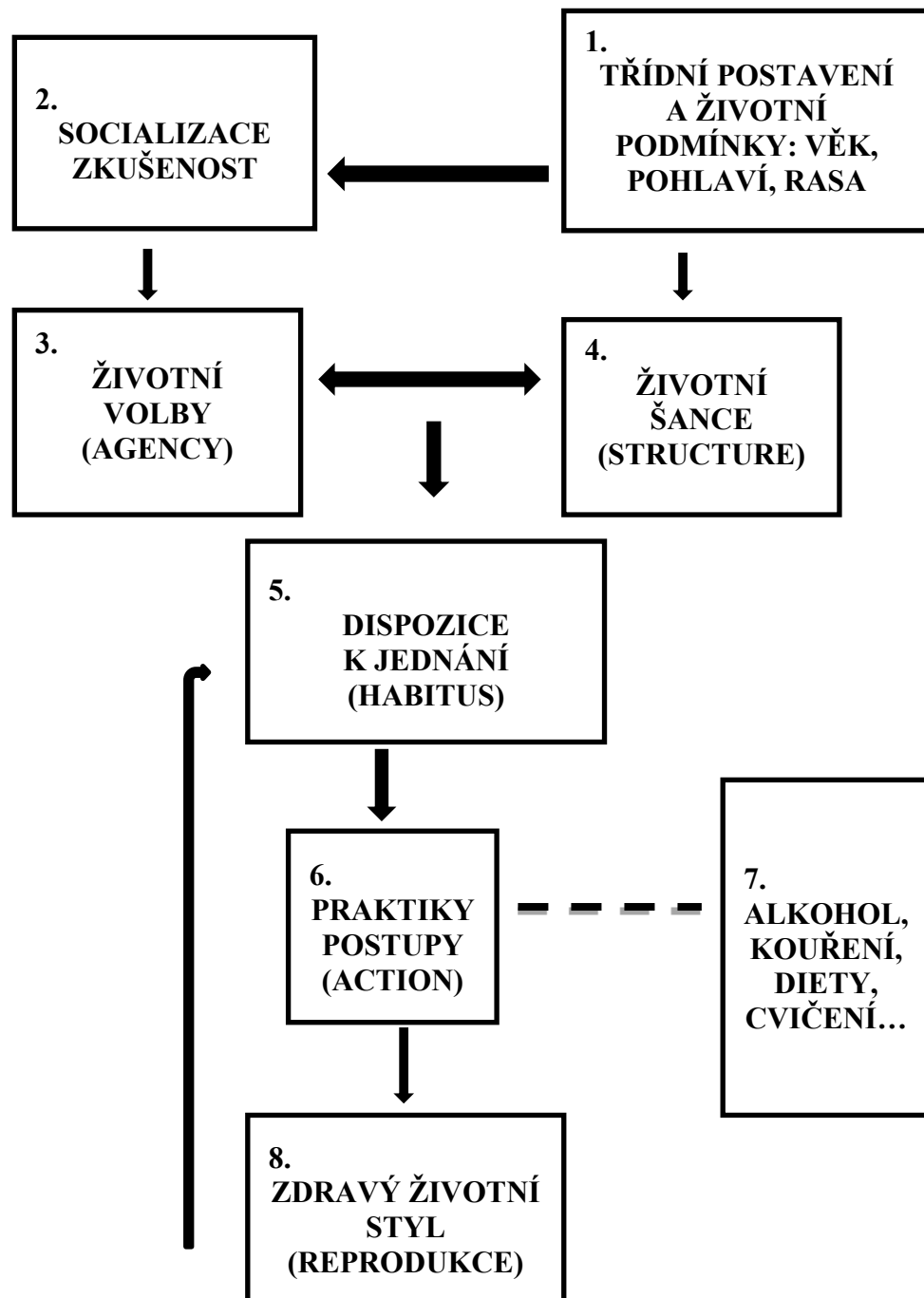
2.1 Životní styl v kontextech sociologických teorií

První varianta sociologického přístupu k problematice životního stylu vychází z Marxova teoretického pohledu jakožto příkladu strukturální systémové teorie, na niž navazuje i sociologismus E. Durkheima. Jistou opozici proti Marxovu jednostrannému determinismu představuje weberovský koncept pluralistického pojetí tří dimenzí sociálního postavení v sociální struktuře, které se liší různými životními styly. Syntézou obou těchto přístupů se zdá být Bourdieuho teorie o aktech klasifikace a třídění jedince, který je prostřednictvím habitu schopen diferenciací životních stylů. V návaznosti na syntetizující pojetí vztahu struktury a jednání A. Giddense (Giddens, 2005) tak vzniká šance na ustavení relativně ucelené a vnitřně konzistentní teorie o zdravém životním stylu, což by nemuselo být úkolem mimořádně obtížným, jak ostatně ukazuje níže uvedené Cockerhamovo paradigma.

Právě jeho studie přináší užitečný přehled teoretických konceptů, které by měly jasně vymezit a osvětlit preference aktérů při výběru zdravého životního stylu. Jak je patrné, styčné body v samotném rozhodování o zdravém životním stylu tkví v jednání, které samotný výběr potvrzuje. Podle Cockerhama ovšem v současné společnosti stále přetrvává debata o tom, zda volba zdravého životního stylu připadá spíše strukturálním vlivům, rozhodování jedinců, či obojímu. V těchto přístupech sledujeme různá řešení problému, zda rozhodnutí o zdravém životním stylu (tj. výběr správného stravování, dostatek pohybové aktivity apod.)

je podmíněno proměnnými, jako jsou pohlaví, věk, sociální postavení, vzdělání či třídní příslušnost, nebo je pouze individuální volbou jedince. Současná debata přistupuje ke zdravému životnímu stylu skrze oba tyto přístupy a hledá důkazy o tom, který je více dominantní a podtrhuje samotnou volbu.

Obrázek 1 Paradigma Zdravého životního stylu.



Zdroj: sestaveno autorkou dle Cockerhama (2005, s. 57, 2022 s 12.)

Paradigma zdravého životního stylu podle Cockerhama (2005, 2022, 2023) zobrazuje výše uvedené schéma. V tomto kontextu se zabývá životními podmínkami, socializací a životní volbou v rámci životních stylů. Životní podmínky tvoří kategorii proměnných, které se týkají rozdílů v kvalitě bydlení, přístupu k základním prostředkům (jako např. elektřina, plyn, kanalizace), vybavenosti okolí (např. obchody s potravinami) a osobní bezpečnosti. Springmann et al. (2020) ve svém výzkumu prokázal souvislost mezi životními podmínkami a výběrem zdravého životního stylu. Jiný zahraniční výzkum analyzuje pocit bezpečí a aktivní pohyb na čerstvém vzduchu. Výsledky této studie naznačují, že život v méně bezpečném okolí výrazně přispívá k nízké účasti při aktivním pohybu venku. Sociální normy jsou odborníky na podporu zdraví považovány za efektivní nástroj pro intervence zaměřené na zlepšení stravovacích návyků. Dále se ukazuje, že odborníci na podporu zdraví považují sociální normy za efektivní nástroj pro intervence zaměřené na zlepšení stravovacích návyků (Stok et al., 2018). Jiné výzkumy se zaměřují na vztah mezi zdravými, respektive vyváženými stravovacími návyky a jejich vlivem na životní prostředí v dnešních globálních společnostech (Romanello et al., 2023; Springmann et al. 2025). V těchto studiích je kladen důraz na současnou stravu, která je považována za významný faktor změny klimatu. Zároveň se navrhuje preferovat zdravější, rostlinnou stravu, jež by mohla mít menší dopad na globální oteplování.

Je tedy zřejmé, že konkrétní životní podmínky mohou výrazně zhoršovat (nebo vylepšovat) výběr zdravého životního stylu. V této souvislosti Cockerham hovoří o životních možnostech (představující strukturu viz obrázek 1). Tento výraz používá se spojení s Weberovou tezí (samostatná kapitola o Weberovi 2.1.2), že struktura je soubor uspořádaných životních možností, které jsou zakotveny v třídních pozicích konkrétních jedinců.

Přirozený rozměr studia životního stylu představují také životní volby jakožto přirozená součást socializačních procesů při utváření osobní volby zdravého životního stylu. Cockerham (2005, 2022, 2023) přirovnává výraz životní volba k výrazu Lebensführung (Weber), což doslova znamená vedení, sebeřízení jedince. Problematiku životní volby označujeme za řízený proces při rozhodování, jehož prostřednictvím jedinci vyhodnocují a volí směr svého jednání, tj. zda zvolí nebo nezvolí zdravý životní styl (Cockerham, 2005, 2022, 2023). Volby a možnosti životního stylu fungují ve vzájemné interakci a vytvářejí životní styl jedince či skupiny. Koncept zdravého životního stylu spočívá dále také v optimálním využití životních šancí, kterými jedinec disponuje. Životní volby (*choice* i *agency*, jako hodnoty a postoje) se týkají aktivity jednotlivců při výběru chování, zatímco

životní šance se vztahují k sociálním podmínkám (struktuře), které určují pravděpodobnost, že jednotlivci své volby realizují. Proto není volba životního stylu lidí zcela autonomní, ale je omezena nebo umožněna jejich společenským postavením a přístupem k ekonomickým a jiným zdrojům. Při studiu Cockerhamovy teorie z hlediska otázky, kterou tato práce sleduje, lze na tato východiska bezpečně navázat. Cockerham (2005, 2022, 2023) apeluje na vznik celistvé teorie zdravého životního stylu, která by vysvětlovala motivace lidí a jejich identifikaci se zdravým životním stylem, ale i případnou inklinaci k nezdravému způsobu života.¹ Cockerham se stal inspirací také pro jiné autory zabývající se touto problematikou z hlediska výběru zdravého životního stylu a vazby na sociální postavení v systému stratifikace. Jednoduše řečeno, životní podmínky, životní možnost a životní volby fungují společně a vytvářejí individuální životní styl jednotlivce (či skupiny).

Chceme-li proniknout do hlubší analýzy zdravého životního stylu, jeví se jako efektivní zahrnout do tohoto zkoumání proces socializace (popřípadě předešlou zkušenost) v rámci zdravého životního stylu (Cockerham, 2005, 2022, 2023). Ve svých úvahách o kapitálu Bourdieu (1979) naznačil, že dispozice pro sociální jednání jsou tvořeny prostřednictvím socializace a získané zkušenosti, přičemž třídní pozice určuje sociální podmínky samotné socializace. Primární socializace vytváří základní hodnoty a normy, zatímco sekundární socializace hraje důležitou roli ve výběru, osobní kontrole a trvalé udržitelnosti životního stylu. Získané zkušenosti jsou pak výsledkem dlouhodobých každodenních aktivit jdoucích směrem ke zdravému životnímu stylu.

Sociální determinanty udržitelnosti životního stylu se projevují jako nemedicínské faktory, které souvisí s životní dráhou jedince a jsou zároveň i jeho určujícím směrem. Jinými slovy, lidé během svého života procházejí sledem stádií v rámci sociální struktury, kterou reprezentují. Většina studií (Cockerham, 2022; Burdette et al., 2017; Dannefer et al., 2016; Mirowsky et al., 2017) zabývající se tímto problémem využívají longitudinální data, která sledují aktéra v jeho přirozeně měnícím se prostředí v interakci s jeho chováním. Demonstrujeme na příkladu nadváhy jedince, která vyvěrá (dle Cockerhama, 2022, 2023) ze socioekonomického postavení rodiny (vyšší riziko obezity je u dětí nižším socioekonomickým postavením). Nezdravý životní styl, nedostatek pohybové aktivity, špatná výživa, emocionální a výchovné problémy tvoří významné proměnné při utváření životního stylu jedince (včetně obezity) (Ross et al., 2016). Dalším názorným příkladem může být studie (Ross et al., 2016), že příslušnost k sociální třídě přímo souvisí s tělesnou hmotností,

¹ Jedná se například o konzumaci nezdravých potravin a podobně.

stravovacími návyky a pohybovou aktivitou. Jinými slovy, sociální zázemí předpovídá životní styl dětí, dospívajících a dospělých.

Cockerham (2005, 2022, 2023) shrnuje své závěry v následujících bodech. K některým argumentům samotným i jako motivům k námětům se v následující kapitole ještě vrátíme.

- Představené paradigma uvádí existenci 6 kategorií: (1) strukturální proměnné (věk, třídní poměry, pohlaví, rasová / etnická příslušnost a životní podmínky jako základ (2) socializace a zkušenosti, jež ovlivňuje (3) životní volby (samotnou volbu životního stylu).
- Uvedené strukturální proměnné společně tvoří (4) životní možnosti (strukturu). Životní volby a možnosti se ovlivňují a vytvářejí (5) dispozice k jednání (habitus) směřující ke konkrétním praktikám (jednání) (6), zahrnujícím (7) konzumaci alkoholu, kouření, stravu (dimenze zdravého životního stylu).
- Zdravotní praktiky tvoří vzorce (8) zdravého životního stylu, jehož rekonstrukce ústí v jejich reprodukci (nebo modifikace) prostřednictvím zpětné vazby habitu.

2.1.1 Akcent na jednání v přístupech Maxe Webera

Není pochyb o tom, že sociální postavení determinuje životní způsob celých skupin obyvatelstva, konkrétně pak tříd. Tedy stejně jako ekonomická a technologická stránka určuje základní parametry životního způsobu, sociální struktura determinuje pozice jednotlivců, čímž určuje i šance, na které různé životní styly pomyslně nasedají. Právě tento akcent vyzdvihuje Cockerham (2005, 2022, 2023) a výslovně zmiňuje K. Marxe jako představitele přístupu zdůrazňujícího strukturní podmíněnost životního stylu.

V případě potřeby tuto myšlenku dramaticky ilustrovat, mohli bychom tento motiv najít také u B. Engelse, který se poměrně podrobně a vlastně v empirické poloze věnoval postavení dělnické třídy v Anglii. V této jedné z jeho prvních studií z roku 1845 se píše: „*Donutíte-li lidi žít v poměrech, v nichž se může cítit dobře jen zvíře, nezbude jim nic jiného, než bud' se vzbouřit, nebo podlehnout a stát se zvířetem.*“ (Engels, 1961, s. 358). Tímto způsobem autor vysvětluje většinu negativních prvků způsobu života, které v tomto prostředí zaznamenal.²

² Nicméně i zde je podlehnutí poměrům jenom jednou variantou řešení, marxismus předpokládal možnost zásadní společenské změny. Marx navíc vycházel vedle ekonomie i z filozofické koncepce odcizení, která obsahuje rovněž určitý inspirační potenciál ve vztahu ke konceptu životního stylu v moderní společnosti

Max Weber je Cockerhamovi bližší jako představitel klasické teorie jednání, která vychází z představy o rozhodujícím významu lidského jednání v rámci tzv. chápatel sociologie. Toto cílené a záměrné jednání vystupuje jako zásadní předpoklad při rozhodování o preferencích a při výběru zdravého životního stylu jedinců či skupin. Dá se říci, že v kontextu obecných sociologických teorií je problematika zdravého životního stylu často rámována právě ve vztahu k teorii jednání. Hlavní vyústění Weberovy metodologie v kontextu zdravého životního stylu spočívá ve zdůraznění jeho významu a smyslu jako hlavního zkoumaného jevu. Aktéři si zpravidla uvědomují rámec svého jednání a vědomě se podle něj v dílčích úkonech řídí. Často totiž očekáváme, že cílevědomě směřujeme k určitému účelu jakožto podstatnému předpokladu jednání vedoucího k našemu prospěchu. K naplnění naší vůle je třeba podle Webera vnější svět jakoby ovládnout a propojit naši vůli s prostředky a dosáhnout tak implementace našeho vytyčeného cíle. Spektrum možností v našem poměrně málo omezeném světě vybízí ke konkretizaci prostředků, které se stanou perspektivnějšími při výběru životního stylu.

Weber je jednoznačně přesvědčen o významu lidského jednání a tato dispozice je nejzákladnějším předpokladem Weberovy chápatel sociologie. Sociální jednání označuje jako lidské chování orientované na druhé, které je podmíněno subjektivním smyslem, jemuž jedinec připisuje nějaký význam.

V tomto bodě by ovšem nebylo šťastné setrvat u interpretace Webera jako teoretika racionální volby (tento podtón je možno u Cockerhama identifikovat), jakkoli princip racionality na mnoha místech svého díla zdůrazňuje. Weber totiž rozlišuje hned čtyři druhy sociálního jednání. Kromě účelově-racionálního, kdy jedinec zvažuje vztah mezi prostředky a účelem, mezi účelem a vedlejšími důsledky i vzájemný vztah různých možných účelů, nabízí také variantu hodnotově-racionálního jednání. To je určené přesvědčením bez ohledu na možné důsledky jednání. Pro tvorbu teorie zdravého životního stylu by mohly znamenat přínos i pohledy zdůrazňující jednání afektivní nebo tradiční. Důvodem k držení diety totiž může být nejen varování lékaře nebo společenská hodnota krásné postavy, ale třeba také učinění radosti někomu blízkému. Podobně může být důvodem k porušování životosprávy jednání tradiční (např. stravovací návyky typu knedlíků, piva nebo vánočního cukroví). Domníváme se, že hranice mezi uvedenými druhy sociálního jednání jsou velmi křehké,

(např. problematika fetišismu peněz a spotřeby). V této souvislosti popisuje Marx svoji vizi osvobození člověka jako otevření prostoru volby, kdy se člověk může svobodně realizovat v mnoha různých oborech a činnostech (být pastevcem, kritickým kritikem...). Co do metody výkladu projevů způsobu života je marxismus založen na primátu struktury a její vnitřní rozpornosti, na druhé straně nepopírá zcela možnosti individuální volby (tyto otázky rozvíjel později úspěšně třeba E. Fromm).

protože každá hodnota je svého druhu také účel. Jedná se o různorodou motivaci k určitému jednání, potažmo individuální volbu. Sociální jednání by pak ztratilo smysl bez vzájemného propojení hodnoty a účelu, přičemž samotný pojem hodnoty by mohl být chápán dosti široce.

Důraz ale Weber klade v duchu zásad interpretativní sociologie převážně na smysl, na který jednání bere ohled: *„Pro naše zkoumání je „účelem“ představa úspěchu, která se stává příčinou nějakého jednání; přihlížíme k ní, stejně jako přihlížíme ke každé příčině, která přispívá nebo může přispět k nějakému úspěchu, který je významný. A její specifický význam spočívá pouze v tom, že lidské jednání nejen konstatujeme, ale chceme mu i porozumět.“* (Weber, 1998, s. 37–38).

Max Weber jednoznačně vycházel z individuální volby jedince a z jednotlivých komponent statusu, který vede k samotnému sociálnímu jednání a stává se tak ve svých úvahách o objektivnosti sociálního jednání inspirací pro mnoho různých sociálních teorií a myšlenek (viz zdravý životní styl). Pro Webera je zásadní pojem status (Stande), který vnímá jako konkrétní sociální pozici nezaloženou pouze na ekonomické základně a postavení na jakémkoliv trhu. Status je podle Webera více či méně utvářen coby produkt interakce a hodnocení druhých lidí, kteří jsou reprezentanty různých životních stylů. Pro zkoumání jednotlivých komponent životních stylů je především důležitá samotná interakce mezi jednotlivými členy, která tak vytváří koncept statusové kultury při utváření vnitřní solidarity skupiny a schopnosti vyvážení odstupu od ostatních skupin společnosti (srov. Šafr, 2008). Tento posun ke statusovým skupinám se ale nevztahuje na ekonomickou třídu, kterou Weber chápe jako určitou uzavřenou skupinu lidí, kteří se nacházejí ve stejné ekonomické situaci a jsou definováni ekonomicky na základě zdroje příjmu. Ekonomické třídy preferují ekonomické zájmy a jsou určeny majetkem, původem nebo povoláním. Weber přistupoval k sociální struktuře pragmaticky, a to tak, že využíval třech dimenzí sociálního postavení, tj. rozlišoval ekonomické třídy, politické strany a posléze stavy, které se liší právě různým životním stylem. Weber si je vědom skutečnosti, že stavy nemusely reprezentovat ekonomické nebo politické síly. Například aristokracie nemusela nutně zaujímat žádné místo v třídní struktuře, i přesto však zůstávala stavem a diferencovala se podle životního stylu. Jinak řečeno, tyto statusové skupiny jsou definovány specifickým životním stylem a jsou založeny na jeho jednotlivých preferencích.

Weberova sociologie přináší do teorie o životním stylu mnoho aspektů, které by bylo potřeba ve vznikající teorii o zdravém životním stylu patřičně zohlednit. Pochopení lidského jednání je základním požadavkem jeho práce a zdůrazňuje roli životního stylu ve vztahu ke stratifikaci sociálních skupin, které jsou diferencovány na základě různých životních stylů.

Weber určuje životní styl jako produkt sociální diferenciací formující preference jedince (Horváth et al., 2007).

Tento pluralitní pohled na soudobou společnost dává možnost uplatnit nový pohled na životní styl v ní. Bylo by možné dokonce odvodit, že pro jedince není důležité to, co v životě dělají, kolik mají peněz, ale jaký životní styl žijí.³ V kontextu těchto myšlenek lze uvažovat i nad různými formami lidského kapitálu, který významně souvisí s životním stylem, což vztaženo na zdravý životní styl může přivodit otázku, zda například být komplexní a objektivní informace o tom, co je a není zdravé, jedinci poskytnou dostatečnou oporu pro volbu v rámci spektra zdravého životního stylu v celé jeho šíři. Zda jedinec nepodlehne svodům a tlaku reklamních spotů, ve kterých vystupují zdraví, opálení a svalnatí lidé, kteří dávají najevo příslušnost k určité vrstvě, a nakolik zároveň vezme v úvahu jemu dostupné finanční prostředky.

2.1.2 Teorie habitu P. Bourdieu jako východisko studia životních stylů

Pierre Bourdieu se snaží osvětlit základní přístup k životnímu stylu, a zejména pak otázku individuální volby jedince při preferenci zdravého životního stylu, a také sociální faktory, které s volbou více či méně souvisejí. Jeho empirická analýza kulturního pole představuje základní aspekt vzorce životních stylů, které jsou následně příkladem nerovnosti kulturního kapitálu. Studium této nerovnosti vychází ze stěžejního autorova díla („La distinction“, 1979), ve kterém analyzuje klíčový pojem habitus, distinkci, životní styly a stratifikaci a zabývá se také analýzou vkusu, homologie a homogenity. Nejprve se zaměříme na pojem habitus v kontextu životních stylů a posléze na samotnou preferenci zdravého životního stylu.

Bourdieu je inspirován strukturalistickými teoriemi ve smyslu hlavní tendence, a to hledat objektivní struktury skryté za každodenním jednáním (Knechtlová, 2008). Společnost je pro Bourdieua sociálně diferencovaná a sociální svět se skládá ze sociálního prostoru a sociálních polí. Tato sociální pole jsou navzájem strukturována ve vzájemných vztazích a jednotlivé dimenze se tak navzájem podmiňují. Jedná se o systém jednotlivých vzájemně propojených vztahů a pozic, které jsou závislé na míře kapitálů a tím ovlivňují sociální jednání aktérů. Bourdieu v tomto případě rozlišuje sociální strukturu v objektivitě prvního řádu, tj. která je vytvářena distribucí hmotných statků a hodnot. Tyto hodnoty

³ Tímto způsobem interpretuje sociologie sportu uvolnění vazeb na sociální status nebo gender v post-industriální společnosti (Sekot, 2008).

bezpečně zajišťují jednotlivé sociální pozice v rámci sociálního řádu. Dále pojednává o objektivitě druhého řádu, tj. jedná se o mentální a tělesná schémata, která fungují jako symboly vzorců aktivit jednotlivých aktérů ve společnosti. Sociální prostor je pak tedy konkrétní model sociálních pozic směřující k celkovému kapitálu (ekonomickému, sociálnímu a kulturnímu) reprezentující hlavní princip v sociální diferenciaci jednotlivých pozic ve společnosti (Knechtová, 2008). Konkrétní podobu v sociálním prostoru vytvářejí skupiny, které jsou charakteristické různým vkusem, způsobem trávení volného času, tj. reprezentující různé životní styly. Jinak řečeno sociální prostor vystupuje jako prostor diferencí konsolidující systém sociálních pozic. Do sociálního prostoru Bourdieu řadí také prostor dispozic, tj. habitů. Pojetí sociálního prostoru a struktury je nejznámějším příspěvkem k teoriím stratifikace a představuje tak empirickou základnu pro model sociálních pozic ve společnosti (Šafr, 2008).

2.1.2.1 Habitus jako možnost

Bourdieuovo pojetí habitusu poskytuje klíčovou koncepci spojující sociální podmínky s rozvojem vzorců chování specifických pro daný status jedince, které jsou neustále reprodukovány v čase (Cockerham, 2005, 2022, 2023). Pojem habitus lze nejobecněji podle P. Bourdieu definovat jako systém klasifikačních schémat (generujících schémat), sociální kategorii vnímání, jednotící princip rozlišování, systém dispozic a způsobu vystupování (Šubrt et al., 2010). Habitus představuje zabudované tendence vnímat a jednat způsobem, který je v souladu s pevně vytyčenými hranicemi sociální třídy konkrétního jedince. Proto můžeme habitus chápat jako kognitivní mapu sociálních podmínek, která vytváří trvalé a rutinní vzorce vnímání a myšlení, kdy je-li jednáno v souladu s nimi, mají sklon reprodukovat sociální podmínky, ze kterých byly odvozeny. Habitus tvoří systém interiorizovaných dispozic, které jsou sociálně diferencovány a jsou produktem struktury kapitálu. Jinými slovy, habitus podporuje ve všech oblastech systematické volby jedince a samotné dispozice určují zájem přivlastnit si nebo uzurpovat vlastnictví. Dispozice stanovují „přirozený sklon“ k vlastnictví jako charakteristickému vztahu k nabízeným možnostem (Bourdieu, 1979). Habitus postupuje mechanismy, které spoluurčují dispozici k určitému jednání. Habitus se stává klíčovým pojmem komunikace mezi sociálním prostorem a prostorem postojů. Habitus představuje určitý kognitivní návyk, jehož součástí je právě vkus sloužící jako sociální orientace příslušící dané pozici v rámci sociálního prostoru.

Habitus v postmoderní společnosti přináší větší prostor pro kvalitnější a různorodější volbu, a to pro většinu společnosti. Zatímco ve společnosti industriální šlo stále ještě víceméně o holé přežití nižších vrstev, v postindustriálním světě i dělník disponuje volbou (například

možností zdravého stravování, jako jednoho z prvků zdravého životního stylu), přičemž samotné přežití je již zajištěno prakticky pro všechny občany díky sociální politice státu. Je zde však ještě jedna poznámka, která se vztahuje k dispozicím k jednání, tou je chování. Habitus diferencuje praktické činnosti i směrem k formování zdravého životního stylu, a to různým způsobem, tedy kupříkladu to, čím se dělník stravuje, především pak jakým způsobem se stravuje, se významně a systematicky liší od způsobu stravování továrníka. Bourdieu uvádí, že tuto optiku vnímání způsobu lze spatřovat i ve způsobu pěstování sportovních aktivit, politických názorů apod. Rozvinutí této myšlenky je obohacující i faktem, že jedno a totéž chování, či majetnictví jedné věci, se jednotlivci může zdát vysoce elegantní, jinému pak krajně nevkusné, namyšlené, afektované či vulgární (Bourdieu, 1979). Habitus plní také symbolickou funkci ve smyslu dávání najevo odlišností či názorů jako symbolů sociálního postavení jedince.

2.1.2.2 Životní styly a jejich diferenciaci

Životní styly jsou utvářeny pomocí klasifikačních schémat, tj. konkrétních habitů, které nám naznačují, jak se chovat a jak vypadat v určitých sociálních situacích, kdy jsme právě reprezentanty daných sociálních tříd. V tomto případě již hovoříme o třídním habitu jako produktu diferenciaci vnímané zcela přirozeně a skutečně na základě vybraných charakteristik jisté pozice. Jde o princip, který ve své podstatě sjednocuje naše konkrétní individuální jednání. Jednotlivé životní styly reprezentují rozmanitou nabídku sociálních pozic a zejména pak sociálních způsobů života. Dominantní roli představuje již zmiňovaný vkus, který zároveň důsledně rozděluje jednotlivé skupiny ve společnosti a spolehlivě identifikuje, kdo není členem skupiny (vytříbenost vyšších tříd v porovnání s nekulturním vkusem třídy nižší, což lze nenásilně konkretizovat, např. preference v oblasti stravování). Vkus vystupuje jako manifestní preference formující sociální vztahy (Šafr, 2008). Jednoduše řečeno, jedná se o praktickou aplikaci vztahu mezi vkusem a životním stylem, kterou Bourdieu rozpracovává pomocí pojmu distinkce. Tyto odlišnosti lze vnímat jako zcela přirozené a vrozené, přičemž jde o vyjádření sociálních pozic v rámci sociální stratifikace. Teorie o životním stylu představuje zmiňované odlišnosti a vkus jako základ pro postavení jedince ve společnosti. Bourdieu dokazuje, že mezi prostorem sociálních pozic a prostorem životních stylů existuje princip ekvivalence, tj. že ke každé vzniklé sociální pozici v sociálním prostoru jsou přiřazeny specifické symboly určitého způsobu života (Šubrt et al., 2010). Bourdieu ve své teorii rozlišuje tři formy vkusu (*1. legitimní vkus horní třídy, 2. střední vkus maloburžoazie, 3. vkus populární*), které slouží k diferenciaci životního stylu a disponují

celou řadou distinktivních znaků, jež od sebe odlišují vkus výše postavené třídy a níže postavené třídy. Dalo by se říci, že vkus jedince není individuální záležitostí, ale celospolečenským produktem (Šubrt et al., 2010). Z výše uvedeného také vyplývá, že pro P. Bourdieu je jednotícím principem právě habitus, který diferencuje životní styl. Dalo by se říci, že habitus je v tomto případě terminologicky shodný se samotným vkusem. Distinkce vkusu prostupují všechny hlavní indikátory pro samotný životní styl, tj. jedná se o rozdílnosti ve stravování, oblékání, vnímání umění a potřebě kultury. V kontextu zdraví by toto mohlo výzkumníky nabádat k řadě otázek či řešení témat, například k ochotě (nebo nutnosti) přijmout třeba i značná zdravotní rizika nějaké profese v zájmu výdělku, k prosté snaze zdraví chránit a nezatěžovat organismus zbytečnými riziky nebo excesy, nebo naopak k podpoře zdraví všemi dostupnými prostředky (masivní investice do zdraví v podobě podpůrných výživových preparátů, služeb kondičních trenérů, relaxačních či lázeňských pobytů atd.).

Jedním z ústředních témat v problematice životního stylu je princip *homologie* – konsenzus ve vztahu mezi sociálními pozicemi a sociálními charakteristikami. Jedná se o souznění jednotlivých preferencí kulturního vkusu, kupříkladu způsobu trávení volného času aj. Podstatou je konsenzus v podobě stejných výpovědí při myšlení na stejné věci. Třídní postavení by mělo tedy v tomto případě odpovídat kulturnímu zaměření, a to v různých oblastech (tj. děti dělníků hrají fotbal a děti inteligence chodí hrát golf). Princip *homogeneity* vymezuje příslušníky stejné třídy se společným životním stylem. Tyto dva principy bývají označovány také jako relační paradigma, při němž je upozorňováno na multidimenzionalitu sociálního prostoru, který je tvořen konkrétními lidmi ve strukturovaných reálných vztazích a vzájemných interakcích (Šafr, 2008). Šafr dále uvádí, že existuje jistý trend ve smyslu „homologické argumentace“, který lze vypožorovat u zdravého životního stylu, tj. „čím vyšší třída, tím zdravější způsob života.“ (Šafr, 2008, s. 132).

Životní styl se jeví jako produkt kulturního vývoje a je vázán na podmínky (ekonomické, politické, technologické), na vědění a vzdělání, také na podmínky kulturní a komunikační, hodnotové a normativní či duchovní. Životní styl představuje potenciál, sumář možností, které daná společnost má. Perspektivu životního stylu tvoří tzv. „přednastavený životní styl“, na jehož základě jedinec jeho individualizací dotváří vlastní životní styl.

Bourdieuův pohled na životní styl se od svého počátku zdá být velmi ambiciózní. Usiluje o propojení mezi kulturní a ekonomickou dimenzí, ve snaze uniknout ekonomickému determinismu akcentuje roli kulturního kapitálu, což mu umožňuje lépe vysvětlit reálnou diferenciaci životních stylů uvnitř jednotlivých tříd nebo vrstev. Do rozhodování aktéra a jeho

jednání tak vstupuje kognitivní složka v podobě hodnotových a postojevých základů pro volby v konkrétních životních situacích, aniž by se ztrácelo jejich hlubší strukturální ukotvení.

Předešlé odstavce nám přiblížily Bourdieuv pohled na preference při výběru životního stylu. Diferenciované sociální třídy a národnostní, rasové a etnické skupiny disponují charakteristickými potravin, které vyjadřují jejich identitu a celkovou náklonost k jídlu samotnému. Pro vyšší třídu jsou podle Bourdieua charakteristická lehká, zdravá a netučná jídla. Naopak dělnická třída dávala přednost jídlům, která byla sytá a levná. Vyšší třída upřednostňovala konzumaci kvalitního vína a dělnická třída dávala přednost konzumaci piva. Je patrné, že různé třídy vykazovaly rozdílné preference, což tvořilo jejich specifický životní styl. Domníváme se, že kulturní kapitál záměrně působí na vyvážení se nerovností při preferenci zdravého životního stylu. Kulturní kapitál dokáže vysvětlit souvislosti mezi sociálním původem jedinců a přístupem ke zdravému životnímu stylu (dodržování stravovacích návyků atp.). Studie (Braveman et al., 2005; Sato et al., 2016) tvrdí že, zdravý životní styl se proměňuje v čase a mechanismus produkující konkrétní vzorce vytváří významnou složku kulturního kapitálu, tj. kulturní kapitál je korelovaný s preferencí o zdravém životním stylu. Všechny tři složky Bourdieuova kapitálu jsou také spojovány mnohými epidemiologickými studiemi. Ukazuje se (Pinxten, 2014; Abel et al., 2008), že mají negativní vliv na duševní a fyzické zdraví. Kulturní kapitál právě spojuje sociální a zdravotní nerovnost, což potrhuje fakt, že úroveň vzdělání koreluje s duševním a fyzickým zdravím. Studie (Oncini et al., 2018) ukázala, že dodržování stravovacích návyků u dětí je ovlivněno kulturním zázemím v jejich rodině. Tradiční potraviny přenesené do moderního životního prostředí, které nevyžaduje vysokou energii pro manuální práci, způsobuje například obezitu. Jinými slovy, sociální a biologické determinanty působí společně při výběru zdravého životního stylu (Cockerham, 2005, 2022, 2023).

Určitým problémem ovšem zůstává to, že v řadě oblastí se souvislost mezi statusem a životním stylem uvolnila natolik, že se v obecnější poloze hledá a prokazuje jen velmi obtížně. Ani Bourdieu nemohl pružně reagovat na stále se rozvíjející pluralitu možností (např. na postmoderní revitalizaci kýče). V obecné poloze konceptuálního modelu tento jev přirozeně nedokáže vyřešit ani Cockerham. To vše představuje dobrý důvod k dalšímu hledání možností doplnění nebo rozšíření dosud prezentovaných přístupů.

2.1.2.3 Fenomén všežroutství

Rozšířené možnosti volby samozřejmě nabízí otázky množství a kvality aktivit, z nichž se individuální životní styl skládá. Na rostoucí pluralitu variací životního stylu

v návaznosti na vkus a preference nižší a vyšší třídy reaguje teorie kulturního všežroutství. Domníváme se, že při studiu zdravého životního stylu je cenné tuto teorii zmínit a otevřít tak prostor pro její případné využití při vysvětlování dříve sotva představitelných průníků nebo mixů životního stylu. Studium stratifikace životních stylů v českém prostředí dostalo nový impuls zejména poté, kdy J. Šafr výrazně upozornil na Petersonovu teorii o proměně kulturních preferencí nazvanou „všežrouti–vyhranění“ (Omnivore-Univore) (Šafr, 2008; Peterson, 1992). Myšlenka kulturního všežroutství je spojována s analýzou preferencí hudebních žánrů v USA. Peterson v rámci této myšlenky upozornil na nové vymezení statusu elit (Peterson, 1992) ve smyslu statusu a kulturní spotřeby, kdy žijeme ve společnosti rozdělené na všekonzumenty (omnivore) a vyhraněné (univore), tj. nižší vrstvy (třídy) se věnují nižší kultuře a vyšší vrstvy (třídy) konzumují vysokou, avšak také nízkou kulturu. V podstatě tedy čím výše se v sociální hierarchii ocitáme, tím rozmanitější je naše kulturní spotřeba. Toto si můžeme předvést na konkrétním příkladu, kdy všichni lidé mají potřebu dovolené u moře, což je součástí životního stylu bez ohledu na to, zda tuto sociální skupinu tvoří dělníci či zbohatlíci (rozdíl bychom mohli demonstrovat na tomto příkladu jednání při výběru destinace – dělník pojedje autem do Chorvatska a zbohatlík poletí na Maledivy). Všichni zmínění trpí určitou kolektivní představou o tom, že tento typ dovolené musí absolvovat. Takový koncept myšlení představuje právě všekonzumního člověka, který jaksi sofistikovaně kupí svoje volnočasové aktivity. Obecně to pro životní styl znamená, že na sociálním postavení stále závisí, ale chápeme jej jinak než v minulosti a dochází tak k výraznému posunu, tj. kulturní vkus v soudobé společnosti je silně proměnlivý a získává čím dál větší vliv na spotřební chování (Peterson, 1992).

V nedávné studii De Vries a Reeves (2022) byla navržena koncepční diferenciací mezi silnou a slabou verzí kulturní všežravosti. Podle autorů silná verze této teorie důsledně odmítá jakékoli třídní omezení v kulturní spotřebě, čímž podporuje úplnou inkluzivnost napříč různými kulturními oblastmi. Naopak slabší verze všežravosti se soustředí na vysokou míru kulturní angažovanosti, a umožňuje určité selektivní odmítnutí masové a populární kultury. Obecně vzdělání, sociální postavení a příjem se ukázaly jako klíčové faktory, které formují kulturní všežravost. Zatímco respondenti ze střední třídy vykazují nejvyšší míru všežravosti, lidé z nižších a vyšších sociálních vrstev měli tendenci k omezenější kulturní angažovanosti (Chan et. al, 2017).

Šafr tuto teorii dále rozvíjí, když se zaměřuje na moderní aspekty všežravectví, zahrnující kulturní, sociální a ekonomické faktory, které ovlivňují stravovací návyky jednotlivců a celých společností. Šafr také analyzuje, jak změny ve stravovacích trendech,

například rostoucí konzumace průmyslově zpracovaných potravin a potravin s vysokým obsahem tuků a cukrů, ovlivňují zdraví lidí a mohou dlouhodobě měnit jejich stravovací chování.

Protože však naším tématem zůstává zdravý životní styl, je vhodné položit si otázku, zda se fenomén všežroutství může objevit i v této sféře. V naší dřívější práci jsme ukázali, že jistá možnost napojení zde existuje. Tato teorie také naznačuje, že jedinci, kteří mají tendenci k všežravosti, čelí větší flexibilitě při přijímání nových trendů a hodnot, což může vést k větší otevřenosti vůči novým zkušenostem, ale i k určitému odmítání běžně přijímané kultury, pokud to vyžaduje jejich osobní nebo sociální identita. Tímto způsobem sociální identita pomáhá formovat, jak jedinci vnímají a adaptují různé kulturní vzory, což má přímý vliv na jejich zapojení do kulturní všežravosti (Chan et al., 2019).

Pokud by ovšem platilo, že rozšiřování možností volby vede k oslabení vazby na sociální postavení a že životní styl dnes představuje silně individualizovanou volbu, bylo by nutné hledat další sociologicky relevantní zakotvení zdravého životního stylu. Jednu z možností představuje studium hodnotových základů, které však podle naší dosavadní zkušenosti pravděpodobně nemůže mnoho přinést (necháme-li stranou možnosti kvalitativního výzkumu), a to zřejmě pro status zdraví jakožto univerzálně přijímané hodnoty. Další možností, jak výklad obohatit, je soustředit se na motivační složku jednání. Abychom nesklouzli k psychologickému přístupu, budeme se držet problematiky postoje k péči o zdraví. Spokojíme-li se se skutečností, že nevysvětlujeme formování zdravého životního stylu jako celku, ve vztahu k jednotlivým aktivitám nám v tomto případě může pomoci přístup představovaný teorií plánovaného chování.

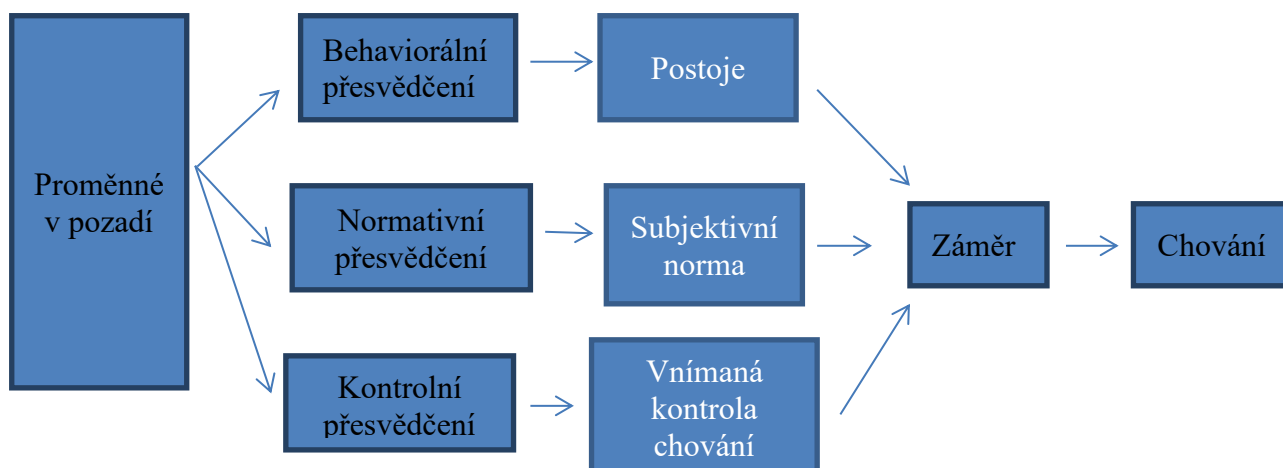
2.2 Teorie plánovaného chování v aplikaci na zdravý životní styl

Praktickou stránku našeho tématu představuje zájem společnosti podporovat zdravý životní styl. Případným snahám o změnu chování lidí nebo o prevenci nezdravých fenoménů může pomoci právě přístup, který nabízí teorie plánovaného chování. Tuto teorii lze v daném případě použít jako jedno z možných vysvětlení mechanismů prosazování zdravého životního stylu. Protože zdravý životní styl obvykle spojujeme s výzkumem hodnot a postojů respondentů, má smysl zde zmínit její snahu o řešení dílčích otázek (např. vztah informovanosti a hodnot či možnosti proměny postojů v jednání). Teorie plánovaného chování může být spíše vnímána jako potenciální interpretační rámec, ale její plné využití v tak širokém konceptu jako je zdravý životní styl není zcela realizovatelné (ve smyslu

přiměřeného pokrytí postulovaného modelu vhodnými proměnnými). Berme tuto teorie spíše jako možný smysl našeho uvažování a možné použití v individualizované formě dimenzí zdravého životního stylu. Naše studie se snaží napojit získaná data na již existující teorii, nesnaží se ji však otestovat (to učinila již řada výzkumů) ani pokrýt její rámec vyčerpávajícími informacemi. Můžeme ji využít jako určitý podklad pro úvahy o významu informovanosti a postojů ve vztahu k jednání, v tomto smyslu může sloužit jako východisko pro studium dílčích korelací. Jinými slovy, studium zdravého životního stylu nelze pojmut ani v tomto kontextu jako ryze konfirmační výzkum (kdy komplexní teorii testujeme na datech), nýbrž jako inspiraci pro řešení dílčích otázek zdravého životního stylu.

Teorie plánovaného chování (Theory of Planned Behavior), jejímž autorem je Icek Ajzen (vycházel z teorie zdůvodněného jednání – M. Fishbein) se zaměřuje na konkrétní a individuální chování a jeho příčiny (Conner, 2003, 2011, 2020, 2022). Aplikovatelnost spočívá ve skutečnosti, že celkem bezpečně predikuje specifické chování, tj. otevírá širokou škálu použití v různých oblastech sociologického zkoumání. Tato teorie nabízí komplexnější vysvětlení velmi konkrétního jednání, a proto se užívá zejména v oblastech environmentálních výzkumů (viz český sociolog Jan Urban), marketingových výzkumů, pomocí této teorie se sleduje například také volební chování (a sexuální chování aj.). Tato behaviorální teorie postuluje předpoklad o tom, že jednání předchází záměr toto jednání v praxi provést, tj. náš záměr (INT – intence) je veskrze ovlivněn určitými reálnými omezeními (viz dovednosti, schopnost, faktory prostředí aj.) (Horváth et al., 2007). Samotný záměr (intence) se formuje na základě (1) vnímání sociálních norem vztahujících se k danému chování, tj. sociální tlak na vykonávané chování (SN – subjective norms), (2) postojů ke konkrétnímu chování (ATT – attitude) a (3) vnímané kontroly chování (PBC – perceived behavior control). Měření těchto komponent zde představuje samotný záměr, který předpokládá, že představitel tohoto chování jedná pomocí zvážení dostupných informací a možných důsledků jednání, přičemž toto jednání je vyjádřeno rozhodnutím jedince jednat určitým způsobem. Záměrné chování je případně ovlivněno i negativními vlivy, které způsobují konkrétní bariéry při jeho samotné realizaci, tj. pokud není chování zcela pod kontrolou jedince (viz Obrázek 2) (může se jednat o celkovou informovanost, fyzickou náročnost, finanční dostupnost aj.) (Kyselá, 2012).

Obrázek 2 Teorie plánovaného chování.



Zdroj: sestaveno autorkou dle Kyselá (2012, s. 20)

Ve výzkumech životních stylů se s touto teorií v českém prostředí setkáváme u výzkumníků z olomoucké lékařské fakulty Horváta a Ivanové (2007), kteří ve svém článku aplikovali teorii plánovaného chování na vybrané aspekty životního stylu, tj. zaměřili se na budoucí chování zdravotníků. Měřili jejich postoje ke kouření, konzumaci alkoholu a sportovní aktivitu, tj. z jakého důvodu zdravotníci tyto zásady nedodržují stejně jako příslušníci běžné (méně „informované“) populace. Výsledek výzkumu přinesl na první pohled paradoxní zjištění⁴, že chování je v tomto případě určujícím faktorem při konstituování postoje. Se zdravým životním stylem se v tomto případě pracuje jako s komplexním chováním v rámci sledování rozdílu mezi běžnou populací a zdravotníky (testoval teorii plánovaného chování jako celek).

V zahraničním prostředí se setkáváme se studií Connera (2003, 2011, 2020; Hill et al., 2022), jejímž hlavním záměrem bylo testovat jednu dimenzi zdravého životního stylu, kterou tvoří stravovací návyky americké populace. Přesvědčení či normativní chování v tomto výzkumu předpokládá, že předchozí chování vystupuje jako nejlepší indikátor chování budoucího, kde klíčovou roli hraje stabilita mezi záměrem a budoucím chováním. Zdravé stravování je výsledkem informovanosti, vychází z přechozího chování, které při časové stabilitě vykazuje i budoucí zdravé chování, tj. zdravé stravování.

⁴ Teorie plánovaného chování předpokládá kauzální vztah mezi postojem a chováním. Nezabývá se ovšem hlouběji kořeny postoje, takže v tomto specifickém případě by bylo možné připustit i to, že habitus zpětně definuje nebo upevňuje postoj. Postoj může reprezentovat i dodatečnou racionalizaci jednání, odrážet velmi dílčí zkušenost atd.

Obecně lze teorii plánovaného chování hodnotit tak, že je možné ji bezpečně aplikovat na širokou škálu chování, neboť dokáže vystihnout daná specifika zkoumaného chování, což je její nespornou výhodou. Jako obecnější problém se jeví zmiňovaná časová souslednost, která je spojena se samotnou preferencí chování, kdy je zároveň měřeno chování i záměr najednou.

Typický problém daného modelu spočívá v tom, že povětšinou vyjde, že změna postoje je klíčovým předpokladem změny chování. Často ovšem dochází ke konstatování, že úroveň informovanosti nemá takový vliv, což by vysvětlovalo zjištění, že původní chování má stabilizující vliv, zvláště chybí-li normativní tlak na změnu. Zajímavou hypotézou by mohlo být vysvětlení skutečnosti, proč i u poměrně informovaných lidí (zdravotníků) nedochází tak snadno ke změně postoje. Informovanost totiž může posilovat úvahy kompenzačního typu (nebo relativizaci hrozeb obecně).

Teorii plánovaného chování chápeme jako jeden z možných výkladových rámců, k němuž se v některých částech empirické analýzy přiblížíme. Nebylo by ovšem korektní prohlásit například hodnotové důrazy na jednotlivé aspekty životního stylu za subjektivně percipovanou normu a deklarované úsilí za odraz postoje. Nadto v datech nemáme údaje o míře informovanosti respondenta v dané oblasti.

3 KONCEPTUALIZACE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

V následující části práce se pokusíme zaměřit na povahu a strukturu životního stylu. Záměrně postupujeme od vymezení problematiky životního stylu k problematice tématu práce, zdravému životnímu stylu, abychom demonstrovali okruhy charakteru každodennosti jednotlivce či skupiny, a abychom tak mohli uchopit problematiku v širších souvislostech. V dalším textu definujeme jednotlivé dimenze zdravého životního stylu (strava, alkohol, kouření, psychická a osobní pohoda a sport), jež vytvářejí zdravý životní styl a pokoušíme se je řadit do širokého kontextu postojů a názorů na koncept zdravého životního stylu. Dimenze zdravého životního stylu se tak stávají odrazovým můstkem k naší empirické analýze. V závěru této části práce se věnujeme sociodemografickým ukazatelům jakožto případným třídícím znakům zmiňovaných dimenzí.

3.1 Vymezení problematiky

Obor, jež ze sociologické perspektivy formuje jednotlivé dimenze zdravého životního stylu, je životní styl jako takový. Jedná se o obor vztahující se k charakteru každodennosti jednotlivce či skupiny. Mezi tradiční tematické okruhy, jimiž se tato disciplína zabývá, jsou (1) fyzické prostředí (město/venkov) a (2) sociální prostředí (skupina, společnost), v němž se jedinec pohybuje; (3) sociální formy života; (4) životní projevy (vztahy); (5) životní zvyklosti apod. V širším záběru tato disciplína zkoumá systém navzájem provázaných činností existujících na pozadí životních hodnot, na nichž jedinec staví svůj každodenní život. Konkrétně vyvozuje závěry o chování jedinců v závislosti na sociodemografických ukazatelích, z čehož vycházíme i v našem výzkumu v empirické části práce. Badatelé působící v tomto odvětví v kontextu svých úvah rozlišují *životní styl – životní způsob – životní sloh*. Duffková (2005, s. 80) charakterizuje životní způsob takto: „*Životní způsob je možné charakterizovat jako strukturovaný souhrn relativně ustálených způsobů realizace každodenních činností a praktik v různých sférách lidské existence. Životní způsob je obecná kategorie zdůrazňující spíše reálnou existenci jednotlivých možných způsobů realizace každodenních činností a způsobů chování ve vazbě na obecnější životní podmínky; životní způsob se týká spektra existujících variant životních praktik.*“ Do životního způsobu řadíme veškerý volný čas a volnočasové aktivity, vkus a hodnoty. Současně lze životní způsob chápat jako soubor každodenních a strukturálně ustálených činností (Duffková et al., 2003). Objektem volného času jsou pak internalizované vzorce sociálního jednání, jež tvoří nejlepší

odraz našich preferencí. Volný čas napomáhá spíše naplnění vlastních potřeb, zájmů a hodnot než zvenčí více či méně vnucených daností a povinností či stereotypů (Duffková et al., 2003). V tomto pojetí je životní styl konkrétním způsobem života jednotlivce nebo skupiny. Životním stylem individua „je možné rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si vzájemně odpovídají, jsou ve vzájemném souladu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný „styl“, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele daného životního stylu. Životní styl skupiny pak představuje do určité míry vyabstrahované, typické společné rysy životního způsobu, resp. jeho hlavních, určujících momentů, které jsou příznačné pro převážnou většinu členů nějaké skupiny (častěji jde o větší či menší skupiny, jejichž členové se vzájemně všichni neznají, ale obecně vzato mají společné něco, co je důležité pro vytváření životního způsobu/stylu – např. profesní skupiny či obecněji skupiny vytvářející se v souvislosti s povoláním a přípravou na něj: životní styl lékařů, profesionálních sportovců, vysokoškolských studentů apod.)“ (Duffková, 2005, s. 82). Pojem životní styl se pak častěji používá v marketingu či médiích. Životní sloh však spíše představuje určitou estetickou integraci společenského života a představuje souhrn norem, které jsou s těmito činnostmi spojeny.

Pojmy životní styl a životní způsob představují v intencích sociologického chápání reciproční vztah. Životní způsob má spíše skupinový charakter a vytváří skupinovou normu, tedy úroveň, která je pro danou skupinu typická. Životní styl aktivuje jedince a podílí se na realizaci jedincem přijatých rolí v rámci sociální skupiny (Hodaň, 2000). Linhart (1996) viděl životní způsob jako stabilní formu života společnosti, historicky danou a celostní. Chápal přitom životní způsob z pohledu teorie stratifikace, vzorce vybavenosti, konzumu a využívání volného času. Souhrnně řečeno, životní styl vyjadřuje životní způsob aktérů v jejich myšlení, chování, jednání a odráží hodnoty jedince nebo sociální skupiny. Životní styl souvisí také s kulturou, životní zkušeností a sociálním postavením jedince. V neposlední řadě se váže na životní podmínky a potřeby, ke kterým zaujímají jedinci rozličné postoje. Duffková (2005, s. 85) shrnuje na závěr, „že životní styly jednotlivců jsou natolik obdobné a natolik rozmanité, nakolik jsou obdobné a rozmanité jednak podmínky, v nichž jednotlivci žijí, jednak i tito jednotlivci sami.“

Nejčastěji se v tomto kontextu hovoří o životním stylu jako běžně používaném výrazu, který má ráz každodennosti a je spojen s řadou asociací a představ. Životní styl se váže na módu a odívání, zdraví a pohyb, ekologické chování, konzumní chování atp. Již z předešlého nástinu je zřejmé, že životní styl je multidimenzionální a interdisciplinární

problematika. Životní styl má celou řadu komponent, aspektů, složek a ovlivňuje ho celá řada faktorů. Životní projevy, životní formy či vztahy se považují za jádro problematiky, jež jsou vzájemně provázané v každodenním životě jedince (Lebenswelt). V sociologickém zaměření tato klasická koncepce Lebenswelt (Albert Schutz) pojednává o každodenním životě o pravidelnosti lidských činností, které jsou základem sociální reprodukce jedince. Většina zmiňovaných činností je regulována pomocí pravidel, norem a je časově a prostorově uspořádána, přičemž jejich přítomnost si uvědomujeme pomocí zdravého rozumu (comon sense) (Duffková et al., 2008; Šafr, 2008). Přímými nositeli životního stylu jsou samotní jedinci, skupiny a společnost, jakožto nejobecnější subjekt.

Další možné vysvětlení kategorie životního stylu v rámci životního způsobu autorka formuluje tak, že životní styl je konkrétnější kategorií, která má úzkou vazbu na individuum nebo malou sociální skupinu, a to ve dvou souvislostech (Duffková, 2005). Jedná se o pojetí, kdy do životního stylu mnohem více intervenují subjektivní faktory a okolnosti, zejména individuální hodnoty, a dále pak je hlavní důraz kladen na souvislosti (i provázanost) mezi způsoby realizace činností a praktikami v různých oblastech každodennosti, tedy na jejich určitý celek, komplex, systém. Je zde tedy respektován význam obecného pojetí termínu styl, který reprezentuje celkový ráz a utvářenost, typický způsob uspořádání, specifický a jednotný způsob výběru a kombinace dílčích prvků a postupů při vytváření určitého celku. Jednota stylu je přitom podmíněna jistou ideou. Výzkumy tohoto zájmu se zaměřují z hlediska systematizace předmětu zájmu o konkrétní rovinu, do které se promítají poznatky psychologické, a také sociálně psychologické. Nejčastěji se zaměřují na otázku subkultury, kdy jde o určitou skupinu se stejnými společnými rysy, které jsou nositeli konkrétního životního stylu. O jistotu nejobecnějším a nejproblematičtějším subjektem představuje společnost, tj. o shrnutí či sumaci životních stylů a zdali lze vůbec hovořit o životním stylu celé společnosti. Mezi okruhy tohoto výzkumu lze řadit nejrozšířenější životní styl dané společnosti se zaměřením na to, jak jedinci žijí ve svých sociálních rolích. Jde o to, jak a proč jedinci žijí v rámci i mimo sociální skupiny, tj. jak žijí jako občané, členové rodiny, spotřebitelé, pracovníci atp. Na této úrovni je nutné zohlednit i otázku genderu, fáze životního cyklu, profese, zdravotního stavu, rodinného stavu a postavení v sociální struktuře dané společnosti. Dalším směrem je i životní prostředí, které má sociálně vědní význam a zahrnuje problémy přírodního a člověkem upraveného prostředí (viz problematika konzumu, nadbytku). Nicméně aplikace sociologických teorií pracuje i se současnými podmínkami, tj. jedná se uvolňování vazby jedince na jedno místo. Patří sem i tematika tzv. novodobého nomádství, mobilního člověka (Alvin Toffler) a systematická sociologicky hlubší analýza

zkoumá v této souvislosti aspekty globalizace a multikulturalismu stále zrychlujícího se tempa života zasahující všechny sféry lidského života (Duffková et al., 2008).

Zkoumání životního stylu se úzce váže na životní dráhy „... jako řetězce úzce propojených událostí nebo stavů v různých oblastech života, které člověk zažívá od narození až do smrti“ (Chaloupková, 2009, s. 241). Ze sociologické perspektivy můžeme na životní dráhu pohlížet jako na sumu rozdílných rolí a různorodých stavů, kterými jedinec prochází v rozličných životních oblastech a životních sekvencích. Do kvantitativní analýzy se životní dráhy počítají zejména při výzkumu historických událostí, (event history analysis) se sledují pak také rodinné dráhy, dráhy bydlení, dráhy vzdělání, profesní dráhy a dráhy zdraví, tj. dráhy různých životních stylů (Chaloupková, 2009). Mnozí badatelé (Hamplová et al., 2018; Dudová et al., 2020) se v této oblasti soustředí na analýzu přechodu z jednoho stavu do druhého a zkoumají následnosti událostí či stavů (mateřská dovolená a návrat do práce, vstup do manželství aj.). Životní dráhy v kontextu problematiky životních stylů vystupují jako dráhy se specifickými znaky měnícími se v průběhu času. V tomto kontextu je důležité také spojení životní cyklus, který diferenciuje životní styl na konkrétní vyjádření biologického věku (dítě, mladý člověk, dospělý a senior). Jednou z rovin, které rozlišují etapy životního stylu, jsou sociální věkové normy a jsou definované jako sociální pravidla vhodného chování (on – time vs. off – time), a to včetně významných událostí (sňatek, rodičovství, důchod).

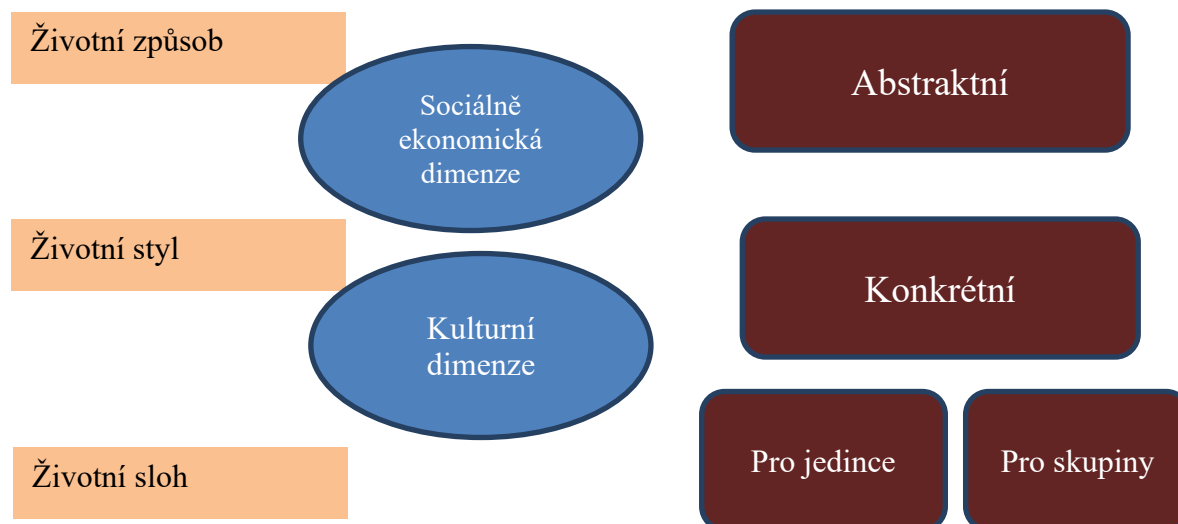
Z perspektivy sociálního prostředí je pozornost v této souvislosti s životním stylem soustředěna na mikroprostředí, a to na nejbližší sociální okolí (rodinu, přátele). Právě mezilidské vztahy jsou pro životní styl výrazným vlivem na formování jednotlivce, zejména pak prostřednictvím hodnot a vzorců chování (Duffková et al., 2008; Slepíčková et al., 2008).

Kategorie životního stylu koncipuje obecné východisko veškerých projevů jednotlivců a skupin společnosti. V sociologické literatuře se studiu životního stylu věnuje pozornost od konce 90. let, kdy se objevují různé přístupy v jeho zkoumání. Souhrnně můžeme do problematiky životního stylu při utváření zdravého životního stylu zahrnout tyto základní oblasti: (1) hodnotové a postojevé orientace (životní strategie), (2) trávení volného času (aktivity zdravého životního stylu), (3) materiální spotřebu (nákup potravin potřebných ke zdravému stravování).

V českém sociologickém prostředí tato sociologická subdisciplína patří zejména do oblasti (1) sociologie volného času, (2) sociologie sportu, (3) sociologie životního stylu, (4) sociologie jídla. Pojem životní styl se v sociologii týká také jednotlivých prostředí, která se vyznačují různým životním stylem. V tomto případě se analýzy přesouvají do oblasti urbanistické (architektonické) sociologie: (1) sociologie města, nebo (2) sociologie venkova.

Pojem životní styl bývá redukován i na jednotlivé sociální skupiny či kategorie (sociologie rodiny).

Obrázek 3 Plastické znázornění osy životního slohu – životního způsobu – životního stylu.



Zdroj: sestaveno autorkou dle (Duffková, 2008, s. 113)

Životní styl (způsob) je také vázán na životní úroveň ve sféře individuální spotřeby, která zajišťuje materiální i nemateriální složku životního stylu. Životní úroveň vystupuje jako ekonomická kategorie, která zajišťuje postupující diferenciaci společnosti. V tomto kontextu vazbu životního stylu a životního způsobu zpracoval také český sociolog Jiří Šafr. Poukazuje přitom na to, že životní způsob lze chápat jako materiální složku životního stylu zahrnující finanční stránku v podobě bydliště, dopravy apod., zároveň jde o sociální schopnosti a lidské investice, které si osvojujeme během socializace v dětství. Vlastní zkušenost člověka, který takový životní styl získá, důrazně ovlivní jeho sociální interakci a budoucí vztahy. Šafr (2008) dále rozšiřuje životní styl o další tři oblasti, tj. jídlo, vkus a sebe prezentaci, které v sobě obsahují aspekty diferenciaci životního stylu ve vztahu ke společenské stratifikaci. Jedná se o tyto oblasti: volnočasové aktivity (aktivní/pasivní), stravovací zvyky a jídlo, návštěva kulturních akcí a kulturní vkus spojený s kulturou vysokou i masovou, elegance v oblékání, zájem o témata (v médiích), okázalá spotřeba a aktivity zdravého způsobu života. Přirozený rozměr životních stylů souvisí především s hodnotovou orientací jakožto základní složkou v oblasti životních strategií.

Každý životní styl se odehrává v určitém prostoru a prostředí, a to v současné době a v našich podmínkách hovoříme ve městě, za městem a na venkově, kde fungují jiné sociální vazby, kontakty a struktura sociálních rolí. Sociální role jsou úzce vázané na životní styl,

neboť jsou spojeny s určitými normami, tj. modely životního stylu. Jde o to, jak žije jedinec ve svých sociálních rolích.

Životní styl v sobě zahrnuje i etiku, která se stává aktuálním problémem kulturní diferenciaci a vytváří souvislosti při volbě životního stylu. Hlavním kritériem je schopnost rozlišit společensky vhodné a nevhodné chování, umění vystihnout situaci a prostředí. Dalším důležitým faktorem je péče o vzhled a image ve společnosti. Samostatnou oblastí vyžadující důkladnou přípravu jsou pravidla komunikace a korespondence, které se v dnešní informační společnosti týkají především elektronických prostředků. Přijímaná pravidla tvoří základ norem při vzájemné komunikaci a představují adekvátní jazykové prostředky, pravidla konverzace, ale také třeba způsob odívání a šatník jako součást společenského vystupování.

Abychom příliš neredukovali šíři záběru práce na výklad o kategorii životního stylu, bude vhodné se dále věnovat tématu této práce, zdravému životnímu stylu. Sociologie zdravého životního stylu představuje disciplínu, jež ze sociologické perspektivy vymezuje zdravý životní styl a dílčí dimenze široce pojaté problematiky životních stylů, životních slohů a životních způsobů. Stojí na pomezí sociologie medicíny, sociologie zdraví, sociologie volného času, sociologie životních stylů, sociologie práce a konečně sociologie kultury. Jedná se o podobor sociologie, který je tak určitou filozofií jednání a propojuje dílčí prvky jednání jednotlivce v určitou identitu (Kubátová, 2010; Kubátová et al., 2016).

Jak si můžeme povšimnout, v samotném pojmenování této subdisciplíny panuje jistá terminologická nejednotnost. Řada (převážně zahraničních autorů) (Cockerham, 2005, 2022; Binkley, 2007; Troost et al., 2012) užívá namísto sousloví sociologie zdravého životního stylu („sociology of healthy lifestyle“), označení sociologie zdraví a nemoci („*sociology of health and illness*“), sociologie medicíny („*sociology of medicine*“ a „*sociology in medicine*“), lékařské sociologie („*medical sociology*“), případně sociomedicínský přístup („*sociology approach*“), a to v závislosti na typu epidemiologické studie, která je předmětem zájmu autorů. Výzkumy tohoto oboru (Korp, 2010; Obidovna et al., 2022; Tomiyama et al., 2019) většinou neanalyzují zejména zdravý životní styl komplexně, nýbrž se (1) soustředí na jednotlivé dimenze, (2) zevrubně je definují, (3) měří je především podle počtu konzumace zeleniny, ovoce, vykouřených cigaret, konzumace alkoholu, (4) dále se zaměřují na konstrukci případných dietních indexů reprezentujících zdravý životní styl. V obecnější rovině tyto výzkumy zkoumají například výskyt a průběh nemocí v sociálním prostředí nebo sociologické souvislosti civilizačních chorob. V tomto důsledku se ukazuje, že studie zabývající se významem životního stylu se věnují převážně chování jedinců, ale neproblematizují sociální kontext, který na jedince působí a zároveň životní styl formuje. Jednotliví aktéři se liší

ve svých zájmech, způsobech jejich prosazování i vlivu na rozhodovací procesy o životním stylu. Jejich často antagonistické zájmy vyvolávají otázku o míře odpovědnosti každého z nich. Vzniká proto potřeba tyto zájmy vyhodnotit a smysluplně vyvážit, aniž by došlo k zanedbání některé významné skupiny.

Ze společenskovědní perspektivy má tento podobor nejbližší k sociální epidemiologii s důrazem na statistické analýzy epidemiologických a demografických dat. Dalo by se říci, že sociální epidemiologie svým předmětem zájmu o životní styl reflektuje širokou škálu faktorů, které mohou více či méně úspěšně predikovat zdravý životní styl. Výzkumy (Kawasaki et al., 2023; Baumeister et al., 2023; Baek et al., 2023; Loefer et al., 2012) tohoto typu publikují výsledky o užívání alkoholu a tabáku, zdravotním stavu populace, obezitě rizikových skupin apod. Výsledky těchto studií přinášejí zjištění o rozmanitosti životního stylu, vycházejí především z longitudinálních dat a zejména se soustřeďují na adolescentní skupiny a jejich vztah k návykovým látkám, přičemž mladí lidé s těmito aktivitami začínají význačně dříve věku (Gázquez et al., 2023).

Životní styl bývá také definován jako individuálnost, sebevyjádření. Jinými slovy oblečení, jazykovou gramotnost, preferenci jídla a pití, vlastnictví auta, nemovitosti považujeme za indikátory životního stylu vázané na samotné jedince v společnosti. Ze sociologické perspektivy životní styl určuje identitu jedince a zároveň vytváří odlišnosti vůči ostatním sociálním skupinám. Dalo by se říci, že životní styly spojují subjektivní charakteristiky a objektivní struktury, které působí na jednání jedince. Moderní pojetí identity a životního stylu doslova vyváří proměnlivé a nestabilní prostředí, charakteristické nejistotou jedince, a je odvozené z rychle měničícího se dnešního prostředí spotřebitelské společnosti.

Dále se často upozorňuje na zvětšující se úsilí jedince aktivně pracovat na své vlastní identitě prostřednictvím, ať už estetických nebo různých specifických manažerských strategií. V konečném důsledku tyto způsoby doslova konkrétně říkají jedincům, čím by „měli“ být a jak se „jimi stát“. Všepronikající obecnou tendencí charakteristikou pro dnešní moderní společnost je kult spotřeby, který expanduje do finální podoby životního stylu (Binkley, 2007).

Hlavním těžištěm našeho zájmu je zdravý životní styl a jeho dílčí dimenze, které vzájemně působí na aktéry a výrazně ovlivňují jejich chování při preferenci žít zdravě. Nyní se tedy přehledově zaměříme na to, v jakých souvislostech vystupuje zdraví v hledání vhodné definice zdravého životního stylu při utváření jeho jednotlivých dimenzí.

3.2 Zdravý životní styl

Do sociologické perspektivy definice zdravého životního stylu vstupuje definice zdraví (dle WHO). Zdraví je chápáno podle Světové zdravotnické organizace jako „*stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti*“ (WHO, 1946)⁵. Tato definice je založena na skutečnosti, že zdraví je chápáno jako ideální stav a nepřítomnost nemoci. Proto je toto pojetí často považováno za jakýsi ideální model nevystihující realitu skutečného života. Pokud bychom tuto definici brali doslova, bylo by v celé populaci jen velmi malé procento tzv. „zdravých“ jedinců. Není totiž možné zdraví definovat jako stav, ale musí být viděno jako proces nepřetržitého přizpůsobování měnícím se požadavkům života a měnícímu se významu, který životu dáváme. Mezi základní faktory, které výrazně ovlivňují zdraví jedince, řadíme zvolený životní styl, genetický základ, socioekonomické prostředí, životní prostředí a zdravotní péči. Komplexně však není k definici zdraví zahrnuto široké spektrum dalších aspektů, tj. dnes by bylo vhodné tuto definici doplňovat o pocit zdraví a ochranu před případnými riziky, nemocemi a také případným úmrtím. Jinými slovy, aktuální definice se formuluje nepřítomností nemoci a schopnosti vykonávat volnočasové a pracovní aktivity (Bunc, 2018). S cílem objasnit původ zdravého životního stylu v kontextu sociálního prostředí a identifikovat hlavní působící tendence každodenní zkušenosti aktérů při preferenci zdravého životního stylu, docházíme k závěru, že zdraví je nejen důležitou komponentou, ale určujícím mechanismem. Důležitým faktem však zůstává skutečnost, že žít zdravě není zaručeným předpokladem odvrácení nemoci. Tady je důležité si uvědomit, že za aktuální zdravotní stav odpovídá z více než 60 % jedinec svým jednáním a chováním (Bunc et al., 2007).

Emberson et al. (2005), zkoumal vztah mezi zdravým životním stylem a rizikem kardiovaskulárních onemocnění. Výsledky odhalily již známý fakt, že riziko kardiovaskulárních onemocnění spojených s kouřením cigaret, fyzickou nečinností a zvýšeným BMI jsou přímo úměrné s výběrem životního stylu. Jinými slovy, vhodná volba či popřípadě úprava nezdravého životního stylu vede ke snížení zmiňovaných rizik. Sociologové medicíny a odborníci se zapojují do široké diskuze ohledně chápání zdraví jako širokého komplexu všech možných příčin a takové pojetí implikuje chápání zdraví jako něčeho víc než pouhé absence nemoci. Zdraví je spíše vnímáno jako zdroj (prostředek) pro

⁵ „The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), and entered into force on 7 April 1948. Amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies (resolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23) came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005 respectively and are incorporated in the present text.“ – WHO, 1946.

naplnění potřeb v každodenním životě. V tomto kontextu výraz „zdraví“ odkazuje nejen, nebo dokonce primárně, na vyhýbání se rizikům, ale také na otázky ohledně kvality života, která v posledních desetiletích prochází velkým vývojem (Kaminsky et al., 2022). Mění se nejen její postavení a vztah k ostatním aktérům v systému péče o zdraví, dochází i k vnitřní proměně profese lékaře jako takové a lékaři jsou nuceni se s těmito změnami vyrovnávat. Dále se často upozorňuje na situaci, co by aktéři „měli dělat“, nikoliv, co by „neměli dělat“ v rámci svého přístupu ke zdraví, zdravému životnímu stylu. V neposlední řadě tento významný obrat přispívá i k tomu, že se i rozšiřuje definice zdravého životního stylu o složku individuální volby a sebe prezentace v rámci sociálního kontextu (Korp, 2010).

Zdravý životní styl je kategorií velmi rozsáhlou a jednotlivé zásady zdravého životního stylu jsou často popisovány tak, že nemají navzájem nic společného kromě toho, že aktivují zdraví jedince (Mirowsky et al., 1998, 2017; Ross et al., 2016). Aktéři pak dodržují jednotlivé zásady, čímž jejich chování obecně směřuje ke zlepšení zdraví, tj. k dlouhodobému zachování tohoto stavu. Všechny tyto postoje a aktivní úsilí o dosažení všech složek zdravého životního stylu nelze chápat izolovaně, nýbrž coby soubor individuálních aktivit jedinců a je tedy nutné se jimi zabývat komplexně. Mirowsky (1998, 2017) tvrdí, že jedinci ze stejného sociálního postavení mají tendenci praktikovat stejné aktivity spojené se zásadami zdravého životního stylu. Podle autorů je to právě jedinec, kdo přebírá „*jinak nesouvislé nebo diametrální zvyky určené silami dané subkultury*“ a slučuje je do zdravého stylu života (Mirowsky et al., 1998, s. 435).

Zahraniční studie často definují zdravý životní styl z pohledu biomedicínského a převážně měří vztah respondentů k jednotlivým dimenzím zdravého životního stylu. Dále se zaměřují na jednotlivé faktory spojené se vznikem nemoci a snaží se prokázat roli těchto faktorů na vzniku a rozvoji konkrétní nemoci. Všechny tyto epidemiologické studie se v konečném důsledku věnují vypracování, navrhnutí a ověření preventivních opatření předcházení konkrétní choroby, která souvisí s dlouhodobým nedodržováním zásad zdravého životního stylu (Braveman et al., 2005; Hale, 2013; Ernsting et al., 2012; Obidovna et al., 2022, Hassen et al., 2022).

V českém prostředí je od šedesátých let minulého století životní styl významnou dimenzí analýzy sociálních nerovností (Šafr, 2008), ve zmíněné době začal být životní styl sledován převážně z pohledu volnočasových aktivit, které byly vzhledem k socialistickým poměrům značně omezeny. Od osmdesátých let se pozornost obracela k roli kulturní diferenciaci jako odlišnosti, zejména pak byly sledovány aktivity ve volném čase v souvislosti

se sociální nerovností (reprodukce vzdělanostní nerovnosti – Gabal) (Boguszak et. al. 1990). Také současný výzkum se orientuje především na diferenciaci volnočasových aktivit.

V českých sociologických kruzích v rámci oborových subdisciplín nenalezla dodnes problematika zdravého životního stylu své pevné místo. Obsahově samozřejmě stojí nejbliž k sociologii zdraví a nemoci a patří zároveň do oblasti sociologie medicíny. V českých vědeckých pracích a učebnicích však bývá definován pouze již zmiňovaný pojem životní styl, který je vázán na chování jedince. Ke zdravému životnímu stylu se z českých badatelů vyjadřuje pouze česká socioložka Jana Duffková a okrajově sociolog Jiří Šafr. Lze ale konstatovat, že případná teorie by v sobě mohla nést aspekty ekonomické, sociologické a třeba i psychologické. Zdravý životní styl podle Duffkové je souborem sociálních rolí a norem. Přechody mezi sociálními rolemi a normami jsou často flexibilní a determinují je podmínky, ve kterých se jedinec při utváření zdravého životního stylu ocitá. Zdravý životní styl implikuje jednotlivé principy, dimenze, které rozhodují o tom, co je zdravé či nikoliv. Do oblastí zdravého životního stylu řadíme i podmínky životního prostředí, tj. ochranu životního prostředí, ekologii, ochranu přírodní krajiny a trvale udržitelný zdroj (Duffková et al., 2008). Do oblastí zdravého životního stylu pak řadíme i obecně ochranu před riziky a tendenci k aktivní ochraně například před průmyslovými zplodinami, odpady a rizikovým zařízením (např. radioaktivní plyn, radon). Dále je častá tendence upozorňovat na rodinné zázemí, které má primární vliv na zdravý životní styl. Zejména jde o potřeby vázané na zdárný vývoj dětí, a to celkově o péči, nejen její materiální složku. Řadíme sem i zajištění místa a uspokojení potřeby někam patřit, mít stálé místo k zajištění legitimních potřeb jedince. K dalším faktorům patří pocity bezpečí v rodinném zázemí a zvládání eventuálních rizik. Důležitá je i podpora ze strany rodiny a bezprostředního okolí jedince. V neposlední řadě právě rodina stanovuje hranice, předepisuje normy a určuje řád. Podstatným kritériem je funkce, kterou rodina zajišťuje, a tím přináší diferenciaci životního stylu a výběr (například) toho zdravého. Obecně lze říci, že rodina v sobě nese možnost volby a způsoby řešení, které zajišťují funkce ekonomické, socializační a emocionální.

Vycházíme-li z výše uvedeného (včetně dříve uvedeného paradigmatu Cockerhama), lze konstatovat, že zdravý životní styl je komplexní problematikou, která má své kořeny v rodinném zázemí a v životních podmínkách.

Pojetí zdravého životního stylu lze definovat jako souhrnné vzorce určitého jednání vztahující se obecně ke zdraví na základě výběru z možností, které jsou jedincům dostupné v závislosti na jejich životních šancích (Cockerham, 2005, 2022, 2023). Obecně vzato podstatou zdravého životního stylu je dodržování určitých pravidel či zásad, které vycházejí

z konkrétních podmínek. Mezi tyto podmínky lze řadit okolní prostředí a organismus jedince, přičemž tyto normy, pravidla se týkají tří okruhů. První jsou zásady týkající se biologického organismu jedince, které v sobě zahrnují pravidla pro výživu, pohybovou aktivitu a užívání (i nadužívání) návykových látek. Druhý okruh zásad se vztahuje na psychické zdraví jedince, zejména pak zvládání stresových situací (stress managementu). Třetí okruh není zcela jednotný, patří sem pravidla sociálního života. Jde o souvislosti mezi zdravým životním stylem a kvalitou života, úrovní, rodinnými vztahy atp. (Duffková et al., 2008). V současné vědecké literatuře se zmiňovaná kritéria omezují na to, že jednotlivé zásady se výrazně mění v čase, v různých obdobích jedinceho života, ale především „žít zdravě“ spočívá v naplnění těchto šesti požadavků (Stefansdottir et al., 2007; Marques et al., 2020).

- *Konzumovat dostatek zeleniny a ovoce.*
- *Být tělesně aktivní.*
- *Být psychicky odolný.*
- *Nekouřit.*
- *Konzumovat v rozumné míře alkohol.*
- *Udržovat si zdravou váhu.*

Porušování těchto zásad může mít dokonce podobu chování vysloveně rizikového a otázkou je, do jaké míry nás nedodržení těchto aspektů zdravého životního stylu může přímo a zásadně determinovat. Obvykle však známe obecné výroky, např. že dlouhodobý nedostatek spánku vede k obezitě a ke zvýšení krevního tlaku, a naopak redukce tělesné hmotnosti vede k jeho snížení apod. Gochman (1997) jako jeden z prvních rozvádí myšlenku, že dodržování zásad zdravého životního stylu je právě oním protikladem k rizikovému chování, tj. zdravá strava je opakem nezdravé stravy. Jedná se o binární charakter praktikování zdravého životního stylu, tj. že konečný výsledek je tvořen ze součtu výběrů (zdravé vs. nezdravé) a takové jednání tedy má buď kladný, nebo záporný dopad na zdraví jedince. Gochman také vyzníval, že aktivní zdravý životní styl předchází obecně riziku a je zaměřen na celkové zdraví a kondici jedinců.

Všechny výše uvedené principy představují jednotlivé dimenze zdravého životního stylu. Zdravý životní styl je právě kombinací všech těchto rovin, které ho tvoří. V rovině fyzické se jedná o dodržování výše uvedených zásad, v rovině duševní se pak hovoří zejména o pozitivním myšlení, pozitivním vnímání sebe sama a v neposlední řadě o vnitřním harmonickém klidu jedince, tzn. aktivně zvládat *stress management*. Americká studie (Baban,

2007) dokládá fakt, že další charakteristikou zdravého životního stylu je potřeba takzvaného pěstování radostných vztahů se sebou i ostatními, dokonce zažívání častých pocitů štěstí a radosti. Konečně všechny uvedené aspekty by měly koexistovat v souladu a vyváženě. Životní styl není jen určitý neměnný stav, ale jedná se o neustálé zlepšování jeho důležitých složek. Neexistuje hranice, o které bychom mohli tvrdit, že je nejvyšší úroveň zdravého životního stylu. Vždy se najde něco, čím můžeme náš životní styl vylepšit.

Zdravý životní styl je do jisté míry normativní pojem, který představuje hledisko společnosti potažmo institucí, jímž vytváří tlak na jedince. Zároveň však platí, že zdravý životní styl odráží hledisko jednotlivce, což znamená, že jde o otázku výběru alternativ a zejména o volbu role autority, kterou jedinec potřebuje ke zdůvodnění samotného výběru. Zdravý životní styl lze tedy charakterizovat také jako způsob chování, kdy si neškodíme biologicky, psychicky ani sociálně, a naopak kompenzujeme negativní dopady civilizace, společnosti a vlastního života na své zdraví. Zdravý životní styl má v sobě zakomponovanou ochranu a protiváhu proti vlastnímu sebepoškozování a poškozování společností (Kolesárová, 2004). Zdravý životní styl se v současnosti chápe často intuitivně, jeho podstatou je respektovat určitá pravidla, normy, které směřují k upevnění strategie o zachování zdraví jedince. Dnešní společnost přináší mnoho podnětů a informací o tom, co je vhodné dělat a čemu se vyhnout. Problémem tak není nedostatek stimulů nebo informací, ale připravenost lidí k tomu, aby žádoucí změnu navodili a učinili ji trvalou. Předmětem této změny je pomyslná osa, která začíná u určitých hodnot, přes které se dostáváme k informacím, vytváříme si postoj a volíme vhodné aktivity k dosažení optimálního stavu. Konečnou fází představuje konzistentní životní styl jako dlouhodobě trvající fakt.

Následně je věnována pozornost jednotlivým dimenzím zdravého životního stylu soudobé společnosti, jež jsou objektem výzkum představeného v této práci. Text nastiňuje chování dimenzí a snaží se najít souvislosti se zkoumanou problematikou, a to nejen českých, ale – i zahraničních datech odborné literatury.

3.3 Dimenze zdravého životního stylu

3.3.1 Stravovací návyky

Zdravý životní styl a stravovací návyky jsou dvě klíčové složky, které mají významný vliv na celkové zdraví jednotlivců. Jedná se o synergický vztah, kde vhodné stravovací návyky podporují a posilují zdravý životní styl a naopak. Konzumace různorodých potravin

a minimalizace potravin s vysokým obsahem cukru, tuků a solí je klíčová pro prevenci onemocnění spojených s nezdravým stravováním. Odpovědný přístup a respektování individuálních potřeb těla s vědomým přístupem k potravě podle konkrétních potřeb jednotlivce vede k trvale udržitelnému zdravému životnímu stylu a slouží zároveň jako dobrá prevence proti civilizačním onemocněním neinfekčního typu.

Zaměříme-li se však na jednotlivé dimenze, zjistíme, že aspektem zdravého životního stylu je mimo jiné faktor zdravé a správné výživy (Varraso et al., 2015). Epidemiologické studie dokládají (Hoek, 2003; Guo et al., 2004; Varraso et al., 2015; Blüher et al., 2020), že vztah mezi stravou a zdravím je problematický, ale stravovací návyky v postmoderní společnosti jsou především vázány na kvalitu potravin, která je nedílnou součástí utváření zdravého životního stylu. Jde například nejen o výběr samotných biopotravin⁶, ale také potravin takzvaně zdravých a cenově dostupných v normálních řetězcích (Ministerstvo zemědělství, 2023). Dalo by se říci, že ačkoliv mají jedinci kontrolu nad svým stravováním, ale trendy moderního potravinářského průmyslu produkují stále větší množství potravin s vysokým obsahem cukru. Mnoho těchto charakteristických potravin v sobě obsahuje celou řadu pro zdravý neprospěšných až návykových látek, které mohou zvyšovat rychle hladinu cukru v krvi, což vede k nadměrnému hladu, a dokonce nekontrolovatelnému přejídání. Zahraniční studie (Gorski et al., 2015), které se tímto tématem zabývají tyto reakce přirovnávají k návykovým látkám (viz abúzus alkoholu apod.), zejména tento stav je aktuální v dětství a kulminuje v dospívání jedince, který tento typ potravin rád preferuje. Konečně, tyto potraviny také kumulují redukci váhy u jedinců s důkazem na udržení váhy (viz jo-jo efekt). Samozřejmě pak obtížnost udržet si váhu vede k pocitům selhání, což vyvěrá v cyklický stav a vyvolává falešné iluze o tom, jak navodit trvalou změnu životního stylu směrem k zdravému a udržitelnému (Gorski et al., 2015).

Výběr a konzumace potravin je spojena i s jinými důležitými faktory, například jídlo může být propojeno s emocemi, se sociálním tlakem skupiny. Ale také hladovění vytváří celou škálu prvků životního stylu, především však problematizuje dosahování toho zdravého. To,

⁶ V posledních letech dochází v České republice k systematickému růstu trhu s biopotravinami, přičemž tento trend pokračoval i v roce 2022. Podle Zprávy o trhu s biopotravinami v ČR (MZE, 2023) dosáhl celkový obrat biopotravin 10,52 miliardy korun, což oproti předchozímu roku (2021: 9,37 mld. Kč) představuje nárůst o 12 %. Největší podíl prodeje biopotravin byl realizován prostřednictvím maloobchodních řetězců, které tvoří 55 % trhu (5,77 mld. Kč). Druhým nejvýznamnějším prodejním kanálem byly internetové obchody s podílem 21 % (2,17 mld. Kč), následovaly specializované prodejny zdravé výživy a biopotravin (14 %, 1,43 mld. Kč) a drogerie (5 %, 507 mil. Kč). Tyto údaje potvrzují stabilní růst spotřebitelského zájmu o ekologicky certifikované produkty a současně ukazují na změnu spotřebitelských preferencí směrem k širší dostupnosti biopotravin nejen v tradičních prodejnách zdravé výživy, ale i v běžné maloobchodní síti a online prostředí. Vývoj trhu s biopotravinami tak odráží širší kulturní posun směrem k udržitelnějšímu a zdravě orientovanému životnímu stylu, jenž je v české společnosti stále zřetelnější. Je třeba zdůraznit, že trh s bioprodukty představuje samostatné sociologické téma, které se v českém prostředí zkoumá například sociolog Jan Urban.

jak vybíráme potraviny, pozitivně působí na výběr životního stylu. Zdravé stravovací návyky podporují automaticky zdravý životní styl, ovšem individuální představy člověka o jeho podobách jsou různé a také expertní názory se v průběhu času mění.

Zdravé stravovací návyky se zdají být dobrým prediktorem při řešení zdravotního problému (Christakis et al., 2007; Moreno et.al 2008; Nepper et. al., 2016; Cho et al., 2022; Dohle et al., 2022). Za základ správných stravovacích návyků lze považovat rovnováhu příjmu a výdeje energie jedince (Nigg et al., 2022). Klíčová dimenze spočívá právě v dodržování vhodného množství energie a správného poměru živin (bílkoviny 15-17 %, sacharidy 50-55 %, tuky 15-25 % a dostatečný příjem zeleniny 400/ 600 g a ovoce^{7,8}) a zastoupení dalších potřebných látek (vláknina, vitaminy a minerální látky). Ideální praktickou pomůckou představuje tzn. denní talíř, který působí jako velmi funkční nástroj pro správné stravovací návyky (Ostratická K., 2021). (ÚHIS 2008, 2018; OECD 2023; WHO, 2020). Na základě tohoto faktu zmiňujeme i pravidelnost, tj. zásadu rozložit příjem energie ze stravy do pěti menších dávek konzumovaných v průběhu celého dne Podle odborníků v této oblasti, z celkového denního příjmu energie by měla 20 % pokrýt snídaneč, 15 % dopolední svačina a 35 % oběd. Na odpolední svačinu připadá 10 % přijaté energie a zbývajících 20 % patří večeři, a to s pauzou minimálně 3 hodiny (existují také různé směry, viz intermittent fasting) mezi jednotlivými jídly (De Cabo et. al., 2019). Mezi další pravidla optimálního chodu metabolismu obecně řadíme střídmost, pravidelnost, plánování jednotlivých jídel, pestrost a lokálnost při výběru potravin. Obecně řečeno, pro zdravý životní styl se tedy doporučuje vysoký příjem správného poměru živin a vyhýbat se vysoké hladině nasycených tuků a cukru (Nigg et al., 2022; Ostratická K., 2021). Má-li organismus nepravidelný příjem energie, naučí se vytvářet si i z mála zásoby, což může mít za následek nadváhu či obezitu (v důsledku nadváhy nebo obezity ročně zemře až 4 miliony lidí, WHO 2019). Podle marketingových výzkumů je zajímavým trendem tzv. *snacking*, tj. způsob stravování, kdy lidé jedí právě menší porce, ale o to častěji (Christakis et al., 2007, Nigg et al., 2022). Další průvodním jevem výše uvedených principů, jež jsou součástí zásad zdravého stravování, bývá dodržování pitného režimu (denní dávka cca 2 litry čisté vody) (Liaqat et al., 2022).⁹

⁷ Za dostatečný příjem zeleniny se považuje 3-5 porcí zeleniny. 2-4 porce ovoce (například. 100 ml čerstvé šťávy) (Liaqat et al., 2022).

⁸ WHO (2019) odhaduje, že 3,9 milionu úmrtí na celém světě bylo způsobeno nedostatečnou spotřebou ovoce a zeleniny. Doporučuje také 400/600 g zeleniny jako prevence proti výskytu některých nemocí.

⁹ Potřeba volných tekutin představuje čistě individuální záležitost. Denní dávka pitného režimu se stanovuje podle různých faktorů. Například jde o tělesnou hmotnost, věk, pohlaví, složení a množství stravy (obsah vody, soli, bílkovin a kalorií), tělesnou aktivitu, teplotu, vlhkosti prostředí včetně proudění vzduchu, druhu oblečení a teplotě těla, aktuálním zdravotním stavu, zavodnění organismu atd. (Kožíšek, 2005).

Vedle zdravého stravování existují alternativní formy stravování, jako je například vegetariánství, veganství (a všechny jeho formy), makrobiotika, organická strava, dělené strava, frutariánství apod. (Kudlová, 2010). Je třeba upozornit na fakt, že tyto formy stravování nezařazujeme do zdravých stravovacích návyků, pouze zmiňujeme jejich existenci. Právě tyto formy stravování jsou často spojovány s komercializací, a to převážně s trhem s nejrůznějšími doplňky a bioprodukty. Zájem o tyto alternativy v dnešní společnosti má vzrůstající tendenci, a nejde jen o podporu ekologického zemědělství, ale o tzv. trendy záležitost, která se v českém prostředí těší značnému zájmu spotřebitelů. Samozřejmě média patří k důležitým faktorům při výběru zdravého životního stylu. Co se týče globální osvěty, hrají média důležitou roli, navíc životní styl se stal výrazným předmětem zájmu marketingových výzkumů (Hemmingsson et al., 2023; Cotruvo, 2017). Na podporu zdravého životního stylu se v české prostředí pořádají nejrůznější dny výživy a existuje také mezinárodní den zdravé výživy při OSN. Také v Evropě WHO pravidelně organizuje kampaně a různé webináře zaměřené na podporu zdravé výživy u dětí. V České republice existuje projekt „Zdravá svačina“ a program „Zdravý start“, další akcí na podporu zdravého životního stylu pak lze uvést „Dny zdraví“. Již tradičně a řadu let se tématu obezity věnuje organizace STOB, která nejenom pořádá každoročně akci k Mezinárodnímu dnu obezity (WDO – World obesity day, 4.3.)¹⁰, ale zaměřuje také na osvětu prevence proti obezitě. Pořádá různé druhy kurzů zdravého životního stylu, které jsou zaměřené nejenom individuálně, ale i na rodiny s dětmi. Projektů, které se této aktuální problematice věnují existuje momentálně velké množství, ale zajímavou aktivitou, kterou jsme zaznamenali na sociálních sítích je neziskový projekt – „Pohyb dětem proti obezitě – 6 hodin“, který vytváří mnoho zajímavých nápadů pro využití pohybu s dětmi ve variabilním prostředí.

Nesprávné stravovací návyky¹¹ jsou vázány na výběr potravin a jejich kvantitativní a kvalitativní stránku. Jedna studie dokládá (Schnettler et. al, 2022), že zdravé stravovací návyky jsou provozovány převážně s rodinnými příslušníky a ty nezdravé souvisí potom s konzumací s přáteli a blízkým okolím. S nekontrolovatelným přejídáním obvykle souvisí obezita a s obezitou různé nemoci (především nemoci oběhové soustavy). Například za sociologickou relevanci lze považovat sociální vazby. Studie dokládají (Nepper et al., 2016), že sociální vazby¹² představují propojené osoby, které jsou vystaveny společným environmentálním faktorům, sdílejí souběžné prožití událostí, nebo mají jiné společné znaky

¹⁰ <https://www.worldobesityday.org/>

¹¹ Analýzou odlišné inklinace k ne/zdravému způsobu života (stravovací návyky jako např. konzumace smažených hranolků) u sociálních tříd v britské společnosti se věnuje podrobně Tomlinson (2008).

¹² Uvnitř těchto sociálních vazeb je důležitá sociální, nikoliv geografická vzdálenost.

(geny), které jsou považovány za obvyklou příčinu přibývání a úbytku na váze (Christakis et al., 2007).

Zdravý životní styl má také svou symbolickou složku, vyjadřuje vztah jedince ke společnosti. Nejedná se pouze o vymezení sociální pozice či potvrzení prestiže. Úsilí o zdravý životní styl může za určitých okolností znamenat také alternativu k běžným formám životního způsobu, nebo dokonce formu jistého protestu (vegetariánství ve svých extrémních podobách).

Obecně lze říci, že zodpovědnost individuální i kolektivní za zdravý životní styl v dnešní moderní společnosti by měla růst. Na zdravém životním stylu musíme neustále pracovat, abychom pořád zlepšovali jeho kvalitu. Aktéři jsou v moderní společnosti více zodpovědní za své zdraví, doslova za vzhled svých těl (Kaminsky et al., 2022).

Jak jsme již naznačili, stravovací návyky naší populace jsou posuzovány na základě konzumace určitých potravin (zejména těch zdravích prospěšných). Ve výzkumech (Buriánková 2011, 2021; Willett, 2019; Christakis et al., 2007; Varraso et al., 2015) se obvykle sleduje dodržování pravidel zdravého životního stylu pomocí kritérií zásad zdravého životního stylu. Dostupné studie se jednoznačně zaměřují na konzumaci zdravých potravin a měří ji pomocí týdenní četnosti. Svoji roli pak hraje analýza podle sociodemografických ukazatelů. Zmiňovaný výzkumný postup také ověřujeme v analytické části práce. Obecně výsledky ilustrují fakt, že naprostá většina jedinců se návykům zdravého stravování úspěšně vyhýbá.

Výzkumy provedené v českém prostředí neobsahují žádné statistické údaje, které by nám napověděly, jaký je skutečný stav v oblasti zdravého životního stylu. Jak jsme již zmiňovali, zkoumání zdravého životního stylu nemá v sociologii velkou tradici, ba dokonce mu nebyla věnována žádná pozornost a nejedná se o běžně používanou charakteristiku. Přesto existují výjimky a v datovém souboru „Aktér 2013“ a „Zdravý životní styl 2022“, který používáme v analytické části práce, byla uplatněna standardní baterie otázek zahrnující zdravý životní styl v jeho podobách.

Cockerham (2005, 2022, 2023) upozorňuje na fakt, že veškeré přechody mezi vývojovými stádii společnosti bývají přirovnávány ke změnám. Ilustrací této skutečnosti z pohledu zdravého životního stylu je zjištění, že hlavní změnu v dnešní moderní společnosti představuje epidemiologický přechod z akutních onemocnění na onemocnění chronická, označovaných jako civilizační choroby. Podle dostupných údajů některým chronickým onemocněním neinfekčního typu trpí až 60 % obyvatelstva (Eurostat, 2022). Žít podle zásad zdravého životního stylu znamená nejen závazek pro jednotlivce, ale i pro celou společnost a zájem o veřejné zdraví vystupuje jako morální závazek úspěchu vlastního života jedince.

Přesto pozorujeme živelný nárůst obezity, která právě v důsledku nových stravovacích návyků a sedavého způsobu života značně přispívá k rozšiřování již zmiňovaných chronických onemocnění. Podle aktuálních výsledků (OECD, 2023) obezitou (nadváhou¹³) trpí 55,4 % dospělé populace. Studie EHIS (2019) dokládá údaje, že obezitou trpí častěji muži a nadváha s přibývajícím věkem stoupá (u mužů i žen).

Otázka, jakým způsobem české zdravotnictví bojuje proti této epidemii, je tedy naprosto legitimní. Podle dostupných strategií jednotlivých institucí zabývajících se aktivně touto problematikou je doloženo, že je proti této hrozbě opravdu boj veden. Preventivní programy přispívají k šíření osvěty, a to od úrovně celospolečenské přes skupiny až k potřebám jednotlivců. Je snaha tyto preventivní programy dostat do povědomí obyvatelstva, a to v podobě informace o výhodách zdravého stravování, tj. snaží se zlepšit nutriční informovanost. V médiích a na sociálních sítích se této problematice věnuje značná pozornost a reklama na propagaci zdravého životního stylu tak bývá považována za standardní způsob marketingové komunikace. V této souvislosti je nutno zdůraznit, že pro zdravý životní styl se vyvinulo samostatné odvětví.

Televizní průmysl a osvětové zdravotní kampaně ve formě televizních pořadů o chronických onemocněních vzdělávají veřejnost v oblasti zdraví a poskytují důležité informace o možnostech léčby, jež mohou jedinci využívat ve prospěch zlepšení svého zdravotního stavu. Obecně lze zvyšovat úroveň dostupnosti většího spektra informací s použitím internetu, který spočívá v podpoře určité „samoléčby“ jedince majícího snahu aktivně bojovat s civilizačním onemocněním, obezitou. V tomto případě se jedná o informovaného spotřebitele, který vzniklé problémy řeší aktivně, nikoliv jako pasivní účastníci spotřebitelského trhu informací. I přes takový dostatek informací o zdravém stravování nelze tvrdit, že jde o aktivní řešení tohoto celospolečenského problému, nýbrž závisí především na vůli jedince.

Informovanost v oblasti zdravého stravování (potažmo v oblasti zdravého životního stylu) tvoří důležitou proměnnou pro náš výzkum v analytické části práce. Informace lze chápat jako zprostředkující faktory formování zdravého stylu. Aktér se stává kompetentním jedincem a příjemcem informací o zdravém životním stylu, které jsou mu prostřednictvím médií nabízeny. Stále populárnější se stává představa radit se o svých problémech s kompetentní osobou, konzultantem či odborníkem. Lze si povšimnout, že nárůst těchto služeb v posledních letech je přisuzován stále větším zájmem stran jedinců konzultovat svůj

¹³ BMI – Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index) je počítán jako poměr hmotnosti (v kg) a druhé mocniny výšky (v metrech). Kategorie BMI obezita jsou vymezeny dle doporučení WHO.

zdravotní problém a řešit jej aktivně s fundovanou osobou. V tento okamžik získává váhu právě sociologický aspekt, který nám dokazuje, že nejsme schopni svoje zdravotní komplikace, tj. obezitu řešit sami a potřebujeme, i přes veškerou dostupnou informovanost na internetu, rady expertů, odborníků.

Internetové vyhledávání informací ohledně zdraví s sebou přináší mnoho informací o diferenciaci životních stylů. Vzhledem k tomu, že se internet stal všudypřítomným a zcela zásadním faktorem pro řadu každodenních činností a zejména pak nástrojem hledání a sdílení informací, je pravděpodobné, že je také důležitým zdrojem informací týkajících se zdravého stravování a prostředkem řady činností souvisejících se zdravým životním stylem (a zdravím obecně). Studie zaměřující se na zdravý životní styl v oblasti hledání informací na internetu se jednoznačně shodují, že k vyhledávání informací vede především špatný zdravotní stav jedinců (Hale, 2013). Další výzkumy dávají odpověď na otázku, zda se aktéři podle těchto vyhledaných informací skutečně řídí (Lupton, 2021; Steube et al., 2022). Hale (2013) dokazuje, že aktivní online chování se stává přímo závislé na společenském postavení. V tomto případě hovoříme o digitální nerovnosti v přístupu vyhledávání informací, které závisí na dovednostech a tvoří významný zdroj sociální nerovnosti při výběru zdravého životního stylu. Společenské postavení, zkušenost a obecný přístup k technologiím zvyšují výkonnost při hledání informací o zdraví. Data dále naznačují, že sociální nerovnosti jsou základní možnou příčinou rozdílů v kvalitě získaných informací z internetu. Hale (2013, s. 510) poukazuje na to, že v „*dynamickém systému se změnami nemocí, rizik a znalostí rizik není přetrvávající vztah mezi znevýhodněnými skupinami a špatnými výsledky zdraví způsoben jedním konkrétním mechanismem, ale vzniká z důvodu rozdílů podmíněných statusem ve schopnosti mít přístup a efektivně využívat řadu zdrojů, které prospívají zdraví a zlepšují dlouhověkost*“.

Jak již bylo naznačeno, internet (potažmo sociální sítě) se stále ve větší míře stává součástí zdravého životního stylu a je čím dál více spojen s konkrétní volbou při získávání informací o životních stylech.

3.3.2 Efekty sociální kontroly: stigmatizace obezity

V současnosti však vysoká hmotnost a jistá mohutnost postavy nebývají vnímány většinou společností jako znaky bohatství a luxusu (jak tomu bylo v minulosti), ale na jedince vyznačující se obézní postavou se začíná pohlížet jako na stigmatizované. Téma stigmatizace rozpracoval Erwing Goffman (2009), díky němuž se pak rozšířilo do celé sociologie. Ke stigmatizaci obezity dochází podle toho, zda je velká tělesná hmotnost v dané

společnosti sociálně definována jako dominantní nebo jako marginální. To určují normy dané společnosti podle toho, co je kolektivně přijímáno jako normální (Silva et al., 2018). Po druhé světové válce byl konzumerismus charakterizován intenzivním důrazem na materialismus. Obezita se stala vysoce stigmatizující a stereotypizující (Lupton, 2013, 2021). Obézní lidé s nadváhou byli vnímáni jako lidé s nedostatkem osobní kontroly, jako povrchní a málo výkonní; zatímco štíhlí jako moderní a módní. Obézní lidé jako by se ve vnímání ostatních „zasekli v minulosti“, jako by byli „míjeni moderním světem“ (Gutin et. al, 2013; Cecchini et al., 2010, 2016; Pearl et al., 2015, 2018, 2021). Stigmatizující efekt nadváhy je stále častěji aplikován na děti. To, co bylo ve 20. a 30. letech 20. století považováno pouze za nevinný „dětský špíček“, se nyní stalo zdrojem sociálního znepokojení rodičů. Mít dítě s nadváhou bylo zdrojem překážek pro rodiče, nikoliv však zdrojem reflexe pro rodiče samotné. V 60. letech výzkum ukázal, že děti s nadváhou jsou svými vrstevníky považovány za nervózní, spíše schopné podvodu, hádající se, škádlené, zapomínající, líné, nedbalé, zlé, lakomé, ošklivé, špinavé a hloupé. V kontrastu s tímto byly děti s více sociálně žádanou postavou hodnoceny příznivějšími osobnostními rysy. Toto je tedy důkazem platícím ve více různých kulturách, tedy že silnější děti zažívají větší sociální odstup svých vrstevníků (Vartanian, et al., 2014).

Na základě zjištění z výzkumu HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) lze u adolescentů v České republice dlouhodobě pozorovat zřetelnou souvislost mezi výskytem obezity a nižším socioekonomickým statusem, což zároveň zvyšuje riziko sociální stigmatizace. Dlouhodobá data ukazují setrvalý růst podílu dospívajících s nadváhou nebo obezitou. V období 2002–2014 došlo k nárůstu těchto hodnot u patnáctiletých chlapců z 16 % na 21 % a u dívek ze 7 % na 11 % (Hamřík et al., 2017). Tato tendence však pokračuje i v dalších letech.

Aktuální data (HBCS 2019) ukazují, že více než pětina českých dětí ve věku 11–15 let má nadváhu nebo obezitu, přičemž chlapci jsou nadměrnou hmotností ohroženi častěji než dívky. Výrazný nárůst obezity je patrný zejména mezi patnáctiletými chlapci, zatímco nadváha častěji přibývá u dívek ve věku 13 a 15 let. Výskyt nadměrné hmotnosti je přitom výrazně častější u dětí pocházejících z rodin s nižšími příjmy, což potvrzuje trvalé nerovnosti ve zdraví napříč sociálními skupinami.

Regionální rozdíly dále ukazují, že nejnižší podíl dětí s nadváhou a obezitou je v hlavním městě Praze (14,7 %), zatímco nejvyšší hodnoty vykazuje Ústecký kraj (25,9 %). Kromě problémů s nadměrnou hmotností však nelze přehlížet ani opačný pól: přibližně 5 % dětí má podváhu, přičemž její výskyt s věkem klesá. Klíčový je ovšem dlouhodobý trend –

skupiny dětí s nadměrnou hmotností i podváhou mírně rostou na úkor většinové skupiny s normální hmotností (Kalman, 2019).

Jaké jsou osobní následky, je-li (nejen) mladý jedinec poznamenaný „velkým tělem“? Nedostatek sociální akceptace mezi vrstevníky může vyústit v takové sociálně-psychologické problémy, jsou jimi poruchy vnímání a předsudky při posuzování těla, nepřátelství vůči více obézním lidem a závist vůči štíhlým osobám. Nicméně je zde určitý důkaz, že jakkoliv je stigma nadváhy spojené s určitými skupinami, neznamena to, že se tito lidé musí nezbytně cítit špatně. Jinými slovy lidé s nadváhou nemusí vnímat svou „velikost“ negativně na rozdíl od jejich okolí. Některé stigmatizující aspekty si však přisvojují lidé, kteří jsou extrémně obézní nebo ti, kteří se velmi zabývají svou váhou (Puhl et al., 2021; Pearl, 2018).

Koritzky (2012) ve své studii o obezitě uvádí tři běžná témata indikující složitosti obézních žen při vlastním sebehodnocení. První byla starost, že stejně jako v jejich očích i v očích ostatních lidí obezita reprezentuje zneuctění samotného významu ženství. Obézní žena je v americké společnosti považována za neženskou, neatraktivní nebo asexuální. Někdy jsou téměř nevědomým způsobem nadbytečná kila váhy vnímána v souvislosti s „nepřiměřenou nebo zapovězenou sexualitou“. Druhým tématem pro mnoho obézních žen je symbol nepořádku, neschopnosti či nechtěnosti dokázat osobní kontrolu. Přejídání paradoxně bylo také vnímáno jako prostředek kontroly nad zkušenostmi, např. jako způsob boje proti rodičovské vůli. Jako třetí téma mnoha obézních žen je uváděna fantazie, tedy představy, jak by vypadaly po zhubnutí (obdobné těm v reklamách demonstrujících tzv. stav „před“ a „po“ užití „zázračného“ přípravku) a jak by se jejich život změnil (Puhl et. al, 2021; Buriánková, 2011, 2021).

Co se týče přístupů k obezitě, feministický přístup poukazuje na to, že některá stigmata spojená s obezitou jsou do značné míry ovlivněna pohlavím jedince. Ženy jsou kvůli své obezitě stigmatizovány ve větším měřítku než muži. Je to dáno tím, že ženy jsou celkově častěji souzeny podle svého vzhledu a tělesné hmotnosti než muži. Avšak dva hlavní přístupy, ze kterých se při výzkumu stigmatizace obezity nejčastěji vycházelo, jsou funkcionalismus a symbolický interakcionismus. Zatímco funkcionalistická analýza stigmatizace obezity se zaměřuje na přítomnost, rozsah a zdroje stigmatizace obézních jedinců, interakcionalistická analýza se zabývá způsoby, jak lidé svá stigmata zvládají a jak bojují se svým osudem ve světě, kde panují hodnoty štíhlosti. Funkcionalistický přístup hodnotí stigma jako bariéru v přístupu k sociálním rolím a privilegiím. K jejich zkoumání používá kvantitativní metody, experimenty nebo dotazníkové výzkumy. Naopak interakcionismus využívá spíše kvalitativní

metody výzkumu jako zúčastněné pozorování nebo hloubkové rozhovory (Tyszkowski et al., 2023, Cuning et al, 2023).

Z hlediska rozvoje stigmatizace vinou obezity lze tvrdit, že zasahuje do mnoha oblastí lidského života. Nezřídka se právě obezita stává spouštěcím mechanismem v tzv. mobbingu či bosingu (Divincová et al., 2014) na pracovištích či dětské šikaně ve školách nebo jiných skupinách vrstevníků. V soukromé sféře působí stigma obezity snad ještě mnohem dramatičtěji. Stigmatizovaní jedinci se totiž velice často potýkají také s nedostatkem sebevědomí, sebedůvěry a ztotožnění se s vlastním tělem, což se velice negativně projevuje i na jejich sociální jistotě v navazování kontaktů s okolím či hledání životního partnera (Buriánková, 2011).

Jak již bylo řečeno, v posledních letech dochází k nárůstu stigmatizace zabývající se obezitou. Empirické výzkumy (Hübner et al., 2016; Puhl et al., 2021; Pearl, et al., 2018, 2021) se touto problematikou jasně dokazují, že jedinci jsou vystaveni váhové stigmatizaci v mnoha oblastech jejich života. Stigmatizované osoby jsou vystaveny tlaku ze strany okolí, zejména pak v mezilidských vztazích, zaměstnání, ale i ve zdravotnických zařízeních a médiích.

Výsledky (Puhl et al., 2004, 2021) přinášejí také informaci o tom, že prožívání tohoto stigma je silně spojeno s psychosomatickou zátěží, která má vliv na celkový stav jedince. U klinických výzkumů internalizace váhového stigma ze strany okolí jasně prokazuje stagnaci a negativní vlivy při redukci jedince s nadváhou či obezitou. Pro zkoumání tohoto postoje byly vytvořeny standardizované dotazníky – Weight Self-Stigma Questionnaire (Lillis et al., 2010) a Weight Bias Internalization Scale, (Durso et.al., 2008), které se snaží zmapovat stigmatizaci obezity.

Z výše uvedeného je patrné, že hmotnostní stigma utváří sociální problém popisující stereotypy a předsudky založené na váze. Mezinárodní výzkumy (Meadows et al., 2019; Vartanian et al., 2014) stanovily i dopady, které mohou mít jedinci s váhovým stigmatem, což kromě psychologických dopadů zahrnuje i fyziologické stresové reakce (např. zvýšený kortizol, chronický stres) a i behaviorální dopady ve smyslu snížené motivace „s tím něco dělat“. Jinými slovy, potencionální behaviorální důsledky stigma jsou zvláště důležité, protože mohou snížit pravděpodobnost, že jedinci s obezitou zhubnou, a mohou dokonce časem přispívat ještě k většímu nárůstu hmotnosti. Kvůli všudypřítomnému celospolečenskému opovržení jedinců s nadváhou/obezitou jsou stereotypně považováni ti lidé za líné, postrádající sílu vůle a sebeovládání, jsou také neatraktivní a méně kompetentní než jejich protějšky s nižší hmotností (Pearl et al., 2015, 2021, Puhl et al., 2004, 2021). Tato

forma zaujatosti vede k diskriminaci na základě hmotnosti napříč všemi oblastmi (viz zaměstnání atp.) a neusnadňuje úsilí o regulaci ba právě naopak. Je zřejmé, že pokud se bude pozitivně intervenovat v této oblasti, podpoří se následné kroky stigmatizovaných osob směrem ke zdravému životnímu stylu ve všech jeho aspektech.

Co se týče intervence ze strany společnosti Evropská asociace pro studium obezity (European Association for the Study of Obesity, EASO) každoročně pořádá Evropský den obezity, nebo Světová obezitologická federace (World Obesity Federation, WOF), která téma stigmatizace osob s vyšší tělesnou hmotností rovněž velmi intenzivně komunikuje.

Za zahraničních výzkumů jednoznačně vyplývá (Brochu et al., 2014, 2020; Burmeister et al., 2017; Pearl et al., 2015, 2021) že stigmatizace nadváhy a obezity je fenomén rozšířený, který má závažné negativními dopady na zdraví a každodenní život osob spadajících do stigmatizované skupiny. Zjistilo se také, že jedinci s nadváhou či obezitou jsou skutečně vysoce stigmatizovanou skupinou čelící různým formám předsudků a diskriminace (Puhl et al., 2004, 2021; Pearl, et al., 2018, 2021; Hemmingsson et al., 2023). Data z výzkumu v USA ukazují, že diskriminace na základě vyšší tělesné hmotnosti, nadváhy je v případě žen druhou nejčastěji zažívanou formou diskriminace. (Puhl et al., 2021). Analýza (Hemmingsson et al., 2023) navíc hovoří o tom, že za poslední desetiletí vzrostla prevalence tohoto typu diskriminace o 66 % a je, podle tvrzení některých autorů (Pearl et al., 2018, 2021; Brochu et al., 2020), téměř srovnatelná s mírou výskytu rasově podmíněné diskriminace (Vartanian et al., 2014). Autoři této studie rovněž upozorňují na to, že předsudky vůči lidem s nadváhou a obezitou jsou velmi silné, a to dokonce srovnatelně s předsudky genderovými a rasovými (Vartanian et al., 2014). Jiné zahraniční studie (Brochu et al., 2014; Burmeister et al., 2017) testovali stigmatizaci osob s vyšší tělesnou hmotností pomocí dvou variant „nálepek“, tj. slovních označení běžně užívaných pro tyto osoby, jejichž české překlady jsou „tlustý“ („fat“) a „mající nadváhu“ („overweight“) (Brochu et al., 2014; Burmeister et al., 2017). Z čehož vyplynulo, že pocíťované stigma může u lidí s vyšší tělesnou hmotností podpořit nadváhu a vznik obezity a být jedním z faktorů jejího udržení.

Další oblastí, kterou bychom mohli do tohoto tématu zařadit jako stále více diskutovaným problémem (ÚZIS, 2018) se jeví i různé typy poruch příjmu potravy, zejména pak mentální anorexie a mentální bulimie. Tato onemocnění jsou předmětem mnoha psychologických výzkumů a zaměřují se primárně na faktory, které mohou tyto poruchy detekovat a vytvářet tak sociální konstrukt boby image dnešní doby (Del Saz Bedmar et al., 2023).

Východiskem z této situace je psychologická intervence a terapie, například pomocí pozitivního sebeobrazu. Právě ale samotná volba zdravého životního stylu je řešením a zároveň se dotýká základních předpokladů prevence akutních i chronických onemocnění neinfekčního typu. Ačkoliv samotný fakt, že tomuto společenskému trendu čelíme, jež vystupuje jako významná charakteristika dnešní moderní společnosti, lze zabránit alespoň preventivně, zvyšovat informovanost v klíčových oblastech, například ve zdravotnictví. Jinými slovy, zdravý životní styl je jedním z nejdůležitějších faktorů determinant zdraví, přičemž jeho vliv se uplatňuje v rodinách, ve školách, na pracovišti i při volnočasových aktivitách.

3.3.3 Wellness životní styl a psychická pohoda (wellbeing)

V současné době se jako nejúčinnější nástroj v boji proti obezitě i různým poruchám stravování jeví zdravý životní styl kombinovaný s wellness programy, jež jsou nabízeny stále širšímu spektru populace jako alternativa ochrany zdraví a úspěšné prevence mnohých onemocnění. Wellness představuje novou vlnu péče o zdraví, která přerůstá známý, i v naší republice zdomácnělý, fitness. Nejedná se tedy již jen o tělesnou zdatnost, ale o celý náš životní styl, ve kterém fitness hraje nejdůležitější roli jako základ zdravého života a z něj plynoucí celkové pohody (Cathala, 2007; Swarbrick et al., 2006).

Wellness životní styl vyžaduje změnu chování a postoje, což vede ke zlepšení zdraví a kvality života, k prodloužení života a k celkové životní pohodě. Wellness zahrnuje cestu, postup či přístup, který jsme zaujali k sobě samému a ke svému okolí, zároveň je to filozofie, kterou si svobodně zvolíme a kterou budeme vyznávat. Je to pojem komplexní, jedná se o pohled na kvalitu našeho stravování, naši vnitřní rovnováhu, vztah k přírodě, osobní návyky, pohled na péči, kterou věnujeme našemu tělu i osobnímu růstu. Vlastní snahou o kompenzaci každodenní zátěže a nalezení harmonie těla i duše neprospíváme pouze svému zdraví, nýbrž také zvyšujeme kvalitu svého života a radost z něj (Blahušová, 2005). Wellness znamená péči o zdraví, přičemž zdraví se chápe jako absence nemoci (viz odkazovaná definice zdraví WHO). Výživa, cvičení a duševní terapie mohou mít větší vliv na lepší průběh onemocnění než užívání léků nebo léčebných procedur. Léčebná péče začíná s onemocněním a snaží se nemocného zbavit nepříjemných příznaků nemoci. Prevence onemocnění však začíná péčí o zdraví a chrání jedince před onemocněním. Péče o zdraví se týká zdravých lidí, zlepšuje vlastní životní styl až k dosažení životní pohody – a je podstatou životního stylu wellness. Pojem wellness generuje vnitřní motivaci a aktivní účast jedinců na tom, aby se naučil zvládat problémy, stress a jako prevence proto krizovým situacím V rámci wellness

jedinec přebírá osobní odpovědnost a osobní kontrolu nad péčí o sebe. Jde o zachování emocionální a fyzické rovnováhy, která zahrnuje dimenze tělesnosti, mysli, ducha a prostředí jedince.

Pocity spokojenosti, štěstí, absence nemoci (mentální i fyzické) jsou často spojovány také s osobní pohodou (wellbeing) (Kebza et al., 2003; Diener, 2000). Studie zabývající se touto problematikou se soustředí na pocity štěstí a radosti i seberealizaci jedince, který se cítí ve všech směrech plně funkční (je doslova naplněn) (Ryan et al., 2001; Diener, 2000). Stejně studie pocity osobní pohody definují jako převahu pozitivních emocí nad negativními, zapojení se do aktivit, které přináší stabilní pocity životní spokojenosti. Ve směru našeho uvažování bereme osobní pohodu jako zajímavou proměnou, která je součástí úsilí o zdravý životní styl.

Koncept subjektivního pocitu štěstí se týká optimálního psychického fungování a prožívání. Wellbeing je součástí každodenních interpersonálních vztahů, zejména pak, že to, jak pocítujeme pohodu v našem každodenním životě implicitně i explicitně definuje naše vztahy s okolím. Všechny tyto proměnné se stávají součástí vědeckého zkoumání, ať již v oblasti psychologické (viz výzkumy emocí), ale i sociologické (viz výzkumy subjektivní sociální pohody) ve vztahu ke společnosti. Obecně pocity štěstí a spokojenosti jsou dobrým prediktorem kvality života. Šťastnější jedinci si lépe najdou práci, vydělají více peněz a budou žít déle (Hamplová et al., 2018). Je zřejmé, že míra osobní pohody je výsledkem dlouhodobých psycho – sociálních procesů a genetických predispozic, nikoliv aktuální krátkodobé situace v životě jedince. Do výzkumu životní pohody řadíme i životní dráhy jedince (viz Dudová et al., 2020). S důrazem na klíčový význam podmínek v dětství, a to jak po ekonomické stránce, tak důležitou roli hraje i kvalita vztahu mezi rodiči (Hamplová et al., 2018). Jinými slovy v osobní pohodě a duševní pohodě ve vztahu ke kvalitě života se se řadí citová a rozumová stránka, která řeší jednoduchou otázku toho, jak šťastný a spokojený člověk je (Diener, 2000).

Ve většině zahraničních studií, zejména pak v klinické psychologii, jako mezinárodní srovnávací měřítko se používá WHO-5- Items of wellbeing měřící subjektivní pohodu, jako spolehlivý a standardizovaný nástroj měření (Dudová et al., 2021; Topp et al., 2015). Výzkumným polem těchto studií se stává pojem euthymie (Carrozzino et al., 2021), který je připisován řeckému filozofovi Démokritovi, podle kterého je euthymický člověk spokojen s tím, co je přítomné a dostupné. Vyznačuje se tím, že málo dbá na lidi, kteří mu závidí, obdivuje a pozoruje životy těch, kteří trpí, a přesto snáší (Carrozzino et al., 2021, Jami et al., 2020). V dnešním společenském nastavení se euthymie vnímá jako psychická síla, která

v sobě zahrnuje psychickou flexibilitu a odolnost vůči stresu (jako například odolnost a toleranci k úzkosti nebo frustraci). Ústředním tématem je pozitivní pohled na život, který řídí aktérovo jednání (Bech, 2016; Fava et al., 2020).

Dalším termínem, který v současné společnosti akcentuje a dostává se čím dál více do povědomí je „Emoční přejídání“. Emoční konzumace představuje běžný problém u jedinců bojujících s obezitou (Konttinen, 2020). Osoby se sklony k emočnímu přejídání mají zvláštní tendenci konzumovat potraviny s vysokým obsahem tuku, cukru a kalorií jako reakci na negativní emocionální vlivy (Konttinen, 2020). Tyto stravovací návyky, spolu s vyšší hmotností těla, zvyšují riziko vzniku diabetes a srdečních onemocnění u jedinců trpících emočním přejídáním (Wang et al., 2023). Dále je třeba zdůraznit, že emoční přejídání může představovat první krok směrem k rozvoji poruchy přejídání, včetně jejích extrémních forem, jako je potravinová závislost (Davis, 2013). Navíc se projevuje odlišně u mužů a žen. U mužů bylo spojeno s indexem tělesné hmotnosti a nekontrolovaným stravováním; naopak u žen bylo emoční přejídání spojeno s nekontrolovaným stravováním, úzkostí a nízkou kvalitou spánku (Amoako et al., 2023). Zároveň bylo zjištěno, že důsledná intervenční opatření zaměřená na wellbeing a správné stravovací návyky mohou snížit problémy k přístupu ve stravování (Arbinaga et al., 2023).

Možným východiskem se zdá být intuitivní stravování, které vychází z přirozeného fyzického hladu a signálů sytosti, zastává odmítání dietních omezení a rozdělení potravin jako "dobrých" nebo "špatných". Studie naznačuje, že praktikování intuitivního stravování je spojeno se stabilnější hmotností a nižším indexem hmotnosti u jedinců. Kromě toho je také spojeno se spokojeností s tělem, pozitivním vnímáním vlastního těla, sebeúctou a celkovým psychickým zdravím (Markey et al., 2023).

V neposlední řadě se za významný obrat považují také stále se prosazující úsilí dostat do školní výuky předmět – *wellbeing*. Odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání připravila metodiku 4R (respekt, rozmanitost, rovnost a resilience, tj. schopnost překonávat krize, zvládat nepříznivé situace). Jde o ucelený program, který je změřený na rozvoj emoční gramotnosti. Do této oblasti řadíme silné stránky osobnosti, řešení problémů, zvládání stresu a poznávání vlastní identity žáka. Pomocí tohoto procesu se mladí lidé se snaží porozumět emocím a zvládat navazovat a udržet pozitivní vztahy (Šára, 2022).

Výsledky z našeho výzkumu, kde jsme měřili wellbeing jako součást zdravého životního stylu přinášíme v empirické části práce.

Poslední oblastí, na kterou bychom v této podkapitole chtěli upozornit, je role tzv. hormetických strategií – tedy cílených a řízených forem mírného fyziologického stresu –

v rámci podpory zdravého životního stylu a dlouhověkosti. V současném diskurzu o zdravém životním stylu a prevenci civilizačních onemocnění se stále více prosazují přístupy založené na hormézi, tedy využití mírných, kontrolovaných stresorů k posílení adaptačních mechanismů lidského organismu. Mezi tyto tzv. hormetické strategie patří především saunování a otužování, jež v posledních letech získávají pozornost nejen mezi odborníky v oblasti preventivní medicíny, ale také v rámci populárního hnutí tzv. biohackingu. Tento přístup akcentuje vědecky podložené a individualizované intervence směřující ke zpomalení biologického stárnutí, zlepšení celkové výkonnosti a optimalizaci fyzické i mentální kondice (Rattan, 2008; de Cabo & Mattson, 2019).

Podle Františka Knoblocha – odborníka na dlouhověkost, výživového poradce a popularizátora zdravého životního stylu – představuje pravidelná expozice extrémním teplotám, zejména ve formě saunování a otužování, efektivní prostředek, jak stimulovat mitochondriální funkce, buněčné regenerační procesy a odolnost vůči zánětlivým a stresovým reakcím (Knobloch, 2023). V případě saunování dochází ke zvýšené srdeční činnosti, rozšíření cév, urychlení metabolismu a podpoře termoregulačních funkcí (Laukkanen et al., 2015). Otužování, zejména prostřednictvím studených sprch či pobytu ve studené vodě, aktivuje sympatický nervový systém, zlepšuje cirkulaci a dlouhodobě přispívá ke snížení výskytu infekčních onemocnění (Knechtle et al., 2020). Obě strategie zároveň působí jako psychologický trénink odolnosti, čímž přispívají k duševní stabilitě a posilování seberegulačních schopností.

Z pohledu konceptu aktivního zdraví a dlouhověkosti lze tyto intervence vnímat jako formy vědomé práce s tělem, které zprostředkovávají nejen zdravotní benefity, ale i pocit autonomie a kompetence ve vztahu k vlastnímu tělu. Biohacking tak v tomto smyslu odráží širší postmoderní trend, v němž je péče o zdraví chápána jako osobní projekt, vyžadující informovanost, motivaci a disciplinovanost (Knobloch., 2024). Knobloch zdůrazňuje, že klíčovým prvkem účinnosti těchto strategií je dlouhodobost, přiměřenost a pravidelnost, nikoli extrémní výkony nebo nárazové změny (Knobloch, 2024). V tomto pojetí se biohacking přibližuje ideálům zdravotní prevence zaměřené na udržitelné návyky, které mohou hrát významnou roli nejen v prevenci nemocí, ale i v celkovém zvyšování kvality života ve vyšším věku.

3.3.4 Sport a pohybová aktivita jako součást zdravého životního stylu

V této souvislosti je nutné zmínit také pojem „*aktivní životní styl*“¹⁴ (Rychtecký et al., 2018; Vajlent, 2008; Bunc et al., 2007), který je kategorií sice často užívanou, ale ne vždy jasně definovanou. V různých vědeckých oblastech může být chápání aktivního životního stylu poněkud odlišné. To naznačuje např. Slepíčková (2008, s. 13), když staví do protipólu pojmy „pasivní způsob života“ a „aktivní způsob života“ takto *„problém konzumního životního stylu se prolíná v mnohém s problémem pasivního životního stylu, nicméně nelze je ztotožňovat. Je tím míněna situace postihující stále větší část populace, kdy lidé pouze přijímají vlivy z vnějšího okolí jak v práci, v dalších povinnostech i ve svém volném čase a nevnášejí do těchto sfér svého života tvořivé momenty, projev vlastních názorů a přání, vlastní úsilí se snahou ovlivňovat a popřípadě záměrně měnit jak sebe, tak své okolí. Pokud tak však naopak činí, lze hovořit o aktivním způsobu života.“*

Samotný aktivní životní styl představuje formu životního stylu zaměřenou na samotnou interakci jedince s okolím. Zaměříme – li se však na Aktivní životní styl, zjistím, že jeho základním aspektem je samotná interakce jedince s okolím, a to na úrovni sociální nebo biologické. Právě ale samotná pohybová aktivita (řízená a pravidelná) je jeho základní složkou (Bunc et al., 2007). Takovým typickým příkladem Aktivního životního stylu je Cooperova metoda kondiční zdatnosti.¹⁵

Tělesná aktivita je tedy důležitým činitelem, který významně ovlivňuje postoj ke zdravému životnímu stylu. Hovoříme-li o aktivním životním stylu (Janssen et al., 2017), měli bychom se zmínit o sportu, a to v souvislosti pro něj charakteristické, s podporou zdraví. Nicméně spojení sportu a životního stylu má i další konsekvence. Sport může například představovat dominantní hodnotu v životě jedince či určité skupiny osob, ti mu potom výrazně podřizují zbývající sféry svého života. Může se jednat o vrcholové sportovce, kdy je sport jejich pracovní náplní, tedy stojí mimo sféru volného času. V českém prostředí již vzniklo mnoho výzkumů věnujících se právě sportu jako nedílné součásti volného času (Sekot, 2006, 2008; Blahušová, 2005; Slepíčka, 2009; Bunc 2008, 2011). Merlíčková (2008) ve své studii tvrdí, že pohodlnost jedince převažuje nad jeho tělesnou aktivitou, ale i přes to se sport dnes

¹⁴ V roce 2019 trávilo v EU 37 % mužů 150 nebo více minut týdně sportem a fyzickými aktivitami, které nesouvisí s prací, ve srovnání s 29 % žen. Podíl se pohyboval u mužů od 12 % v Rumunsku do 65 % v Nizozemsku a u žen od 4 % v Rumunsku do 59 % v Nizozemsku (Eurostat, 2022).

¹⁵ **Kenneth H. Cooper** (1968). Jedná se o test tělesné a fyzické zdatnosti (původně sloužil k armádním účelům), při kterém se měří vzdálenost, kterou člověk uběhne za rovných 12 minut. K vyhodnocování testu slouží několik tabulek, při kterých je zohledněno pohlaví a věk. Test je vhodný pro začátečníky i pokročilé. Zmiňovaná verze testu se používá i při měření výkonu při plavání, tj. při zjišťování kondiční připravenosti.

stává dominantní hodnotou života mnoha lidí a směřují k němu své životní usilování. Na základě tohoto zjištění vyvstává otázka vzrůstajících nároků na jedince v jeho pracovním prostředí a následná regenerace právě v podobě tělesné aktivity či relaxace. Práce je pro mnohé jedince pouze nezbytností přinášející finance pro sportovní volnočasovou zálibu, tak jak o tom hovoří např. Rojek (2005) (Sogari et al., 2023). Pohybová aktivita je komplexem lidského jednání a tvoří pak až skoro 20–40 % energetického výdeje jedince a 30 minut denně pohybové aktivity (Bunc, 2008; Moreno et al., 2008). Do tohoto souboru pohybové aktivity řadíme veškerou volnočasovou pohybovou aktivitu, tělesné a fyzické cvičení jakéhokoliv typu a druhu, pracovní pohybovou aktivitu včetně domácích prací. S touto skutečností souvisí další faktory, který významně ovlivňují kvalitu života, těmi jsou množství a struktura pohybové aktivity jedince. V této souvislosti je samozřejmě diskutován i vliv pohybové aktivity na délku života. To znamená, že bychom měli více diskutovat negativní dopady pohybové inaktivity jako vzrůstajícího problému dnešní společnosti a podporovat nové trendy a úrovně pohybové aktivity, které mohou kvalitu a délku života bezprostředně ovlivňovat (Mudrák et al., 2014). Pravidelnost pohybové aktivity je dobrým znakem v předcházení nezdravých životních návyků, zejména pak v přiměřenosti a příjmu živin a energie. Aktivní životní styl je životní styl, který je charakterizován vzájemným působením jedince a okolí. Tato interakce se dělí na dvě části: biologickou a sociální. V konečném důsledku je Aktivní životní styl definován jako úroveň tělesné zdatnosti a motorické výkonnosti, kterou lze vyjádřit na ose: pohybová aktivita – tělesná zdatnost – zdraví a zdravý životní styl (Henderson et al., 2021).

Se sportovní a pohybovou aktivitou se pojí pojem Grit, což je psychologický termín, který slouží k měření vytrvalosti jedince v řešení složitých úkolů a výzev. Osoby s vysokou mírou gritu jsou charakterizovány svou schopností neúnavně pracovat na dosažení svých cílů, i když se setkávají s obtížemi a překážkami. Vytrvalost se skládá z dvou klíčových dimenzí: vytrvalosti a úsilí, což zahrnuje ochotu vytrvale a trpělivě pracovat na dosažení stanovených cílů, a pevnosti zájmu, což se týká schopnosti udržet zájem a motivaci, aniž by se snížila při dlouhodobých snahách. Zajímavým zjištěním přichází studie Hamplová (2018), že ženy mohou být v oblasti vytrvalosti úspěšnější než muži, což poukazuje na rozdíly v této psychologické charakteristice mezi pohlavími.

Přímým opakem aktivního životního stylu je sedavý způsob, tj. sedentismus (sedanterismus) (Sekot, 2016). V tomto kontextu hovoříme o sedavé společnosti, kde se ztrácí fyzická námaha a zároveň upadá pohybová aktivita jako součást každodenního života. Celkové snižování pohybové aktivity je charakteristické pro dnešní soudobou, konzumní společnost. V současnosti je sedavý způsob života předmětem mnoha odborných studií, které

mají společný závěr: Sedavý životní styl, charakterizovaný nízkou úrovní denní aktivity a dlouhým časem stráveným v sedu, má zásadní negativní dopad na zdraví populace (Bahrami et al., 2025).

V neposlední řadě pohybová aktivita souvisí i se spokojeností s vlastním tělem, s celkovým sebehodnocením (péči o tělo a o sebe) (viz sociologický problém těla a ideálu těla v proměnách doby) (Buriánková, 2011). Tělo, jako ztělesnění, vyjádření člověka, je tedy komplikovaný systém, projevující se v oblasti fyzické, psychické i sociální, je to suma symbolů, informujících o podstatě člověka. Tělo je i tvůrcem a prostředníkem společenských vztahů. Je soukromé i společenské, vyjadřuje pozornost vlastní i svého okolí (Buriánková, 2011). Tělo je pouze do určité míry biologickou daností. Především je sociální kategorií, výsledkem individuálně-společenské tvorby, která odpovídá různým věkům, kulturám, skupinám i názorům (Buriánková, 2011). V mnoha oblastech života společnosti stojí dnes v popředí zájmu lidské tělo. Mladí lidé chtějí „hezky vypadat“ (viz body image), chtějí se dobře cítit a chtějí prožívat intenzivně to, že jsou tělem, a to buď formou příjemného pohodlí anebo naopak extrémní námahy. V této souvislosti se někdy mluví dokonce o jakémsi „kultu těla“. Někteří kulturologové tvrdí (Matějková, 2022), že silné zvýraznění tělesnosti a smyslových zážitků je reakcí na útlak, kterého se moderní civilizace dopouští na lidském těle. Německý sociolog Kurt Weiss (1990) například uvádí řadu znaků tohoto násilí, kterého se moderní civilizace dopouští na člověku a na jeho těle:

- a) tělesnost a tělesná zdatnost ztratily svůj přirozený význam pro fungování společnosti a společenského systému
- b) intelektualizace společenského života způsobila, že tělesná síla a rychlost je zdrojem uznání nikoli v běžném životě, ale v prostředí sportovního soutěžení
- c) zdokonalením strojů a nástrojů se tělesná práce stále více vytrácí
- d) vytrácí se rovněž používání a využívání smyslů
- e) vnímání je stále více redukováno na vidění, vlastní zážitek je nahrazován informacemi z druhé ruky
- f) můžeme sledovat všeobecný trend k abstrahování (ignorování) lidského těla – čas je chápán abstraktně – peníze jsou abstraktní – přístroje reagují jen na nepatrné podněty (zmáčknutí knoflíku, hlas) - možnost virtuální reality – člověk přestává potřebovat vnější prostředí
- g) bohužel i křesťanské církve někdy přispívají k tomuto trendu (odtělesnění)
- h) také ve válečné technice poslední doby dochází k „derealizaci“
- i) informace jsou předávány stále menšími a výkonnějšími médii

j) pro komunikaci se už nevyžaduje fyzická přítomnost, ba ani ne komunikace ve stejném čase.

Další významně problémy vyplývají z rozporu mezi vnímáním těl u adolescentních dívek a chlapců, tj. mezi touhou „vypadat dobře“ a samotnou tělesnou „krásou“. V tomto duchu je i u stejné skupiny vnímána pohybová aktivita, která se stává silným motivem a touhou po tom „vypadat dobře“ (body image). K dívkám patří spíše motiv sociálního charakteru, a u chlapců jde čistě o výkonnostní stimul. S přibývajícím věkem ale obecně pohybová aktivita spíše klesá, a to obou pohlaví. (Hallal et al., 2006).

Postavení sportu v životním stylu různých populačních skupin je tématem sociologických výzkumů nejen ve sportovní oblasti (Johansson et al., 2000; Inchley et al., 2017). Nejčastěji jsou sledovány skupiny dětí a mládeže (Kutáč et al., 2020; Bunc 2016, 2009; Janda et al., 2020) a dospělých (Bunc, 2016; Sigmund et al., 2020). Protože do vývojového trendu v oblasti sportu, a pohybových aktivit patří v posledních desetiletích také větší zapojení seniorů a hendikepovaných, není důvod tyto skupiny opomíjet i v rovině výzkumu. Faktor věkové diferenciacie tak může hrát významnou roli při sledování stavu populace, bude ovšem kombinován s působením dalších souvislostí. Konkrétní čísla jasně dokládají, že aktivnější skupinou (ÚZIS, 2018; OECD, 2023) jsou vzdělanější lidé, kteří se ve svém volném čase stále častěji věnují tělesným aktivitám. Tímto způsobem si kompenzují nedostatek přirozeného pohybu, který vyplývá z disproporce mezi sedavým charakterem zaměstnání a potřebou udržet adekvátní úroveň fyzické i psychické zdatnosti. Naopak lidé s nižším vzděláním preferují spíše sedavou aktivitu. Studie EHIS (2019) potvrdila, že častěji fyzickou aktivitu vykonávají muži a aktivita s přibývajícím věkem klesá.

V různých odborných pracích o seniorech (Sak et.al., 2012; Sekot, 2016) a jejich chování vyplývá, že současná situace otevírá vnímání paradigmatu periodizace života a pojetí smyslu stáří pozitivně a otevírá nový prostor v návaznosti na transformaci služeb, podpory a péče o seniory. Současná podoba stáří se jeví jako koncept „dlouhověké“ či „bezvěké“ společnosti a zdůvodňují to poznatky, že věk není jednotným kritériem vnímání stáří či zařazení jedince do kategorie senior. Tělesná aktivita, která je součástí udržování somatického i psychického zdraví včetně sociability jedince, je ve vyspělých společnostech integrována do péče o duševní zdraví. Pravidelné cvičení se ukazuje jako efektivní preventivní strategie proti chronickým neinfekčním onemocněním, zejména kardiovaskulárním chorobám, některým typům nádorových onemocnění a diabetu 2. typu. Pokud jde o pohybovou aktivitu seniorů, ukazuje se, že zejména u žen má pravidelná organizovaná činnost a fyzická aktivita pozitivní dopad na kvalitu mezilidských vztahů a pocit sociální opory. Ze studií

(Hatlová et al., 2023; Mudrák et al., 2014) vyplývá, že ženy, které se nacházejí v nové životní fázi spojené s odchodem do důchodu, často ztrácejí vazbu na své původní sociální prostředí. Právě zapojení do pravidelných pohybových aktivit jim pomáhá znovu se sociálně ukotvit, posilovat identitu a překonávat riziko izolace či osamělosti, které mohou tuto životní etapu doprovázet. U mužů se naproti tomu organizovaná činnost a pohybová aktivita jeví jako aktivity do určité míry relaxační formy aktivního přizpůsobování se změně postavení ve společnosti.

Pro seniory je dlouhodobá pohybová samostatnost velice přínosná, protože prodlužuje kvalitu života a celkový komfort jedince. Tento fakt nelze redukovat pouze hledisko tělesného účinku, neboť jakákoli pohybová aktivita se týká celé osobnosti člověka, tudíž i její psychosociální dimenze. Sportovní a pohybová aktivita přináší v každé životní etapě obohacení, a ovlivňuje nejen fyzickou, ale i psychickou odolnost. Aktivní životní styl seniorské populace pomáhá překonávat pocity sociální izolace a podporuje sociální komunikaci (Mudrák et al., 2014; Sas-Nowosielski et al., 2022).

Co se týče sportovní aktivity u dětí, ta je závislá na sociálním postavení rodičů jakožto základního prediktoru vykonávané aktivity. Studie dokazují (Slepičková, 2008; Slepička, 2009; Moreno et al., 2008; Nooijer et al., 2010; Sigmund et al., 2020; Buriánková, 2014), že pestré sportovní aktivity jsou bezesporu také závislé na ekonomickém kapitálu, osobnostních charakteristikách i geografickém prostředí, v němž mladí lidé žijí. Tak se mohou navzájem lišit i jejich životní styly (Slepičková, 2008; Marques et al., 2020). Jedna zahraniční studie (Owen et al., 2022) přináší výsledek o tom, že děti z rodin s vyšším socioekonomickým statutem se pravidelně více věnují sportovní a pohybové aktivitě a zabráňuje tak negativním vlivům okolního prostředí a zároveň je dobrým prediktorem i v dospívání. Sportovní aktivita mimo jiné umožňuje vybití přebytečné energie a usměrňuje případnou agresivitu (Bunc, 2018). Data dokládají, že u aktivních obou rodičů je předpoklad, že ze 75 % budou aktivní i jejich děti a u aktivního jednoho rodiče se tento předpoklad snižuje na 50 % (Bunc, 2018). Obecně ale zájem o sportovní aktivity u dětí a dospívajících spíše klesá, vzniká tak problém tzv. hypomobility (Řezaninová et al., 2015). Pokud se děti a dospívající připravují na další studium nebo zaměstnání, jejich sportovní činnost často zvolna upadá. Přitom sport představuje náplň volného času a samotné tréninky slouží k seberegulaci mladistvých a výrazně pronikají do kvality jejich života. Sportovní aktivita podporuje také význam kolektivu a sdružování, prostřednictvím kterého mladiství přijímají hodnoty dané sociální skupiny. Výzkumy pohybové aktivity u dětí a dospívajících se zaměřují na deskripci stavu,

na aktuální trendy a na nejrůznější proměnné, které na četnost aktivity působí. Zejména pak na pozitivní podporu pohybové aktivity (Neuls et al., 2016).

Zajímavou alternativou je nový fenomén ve sportu – Esport, který se těší i značnému rozmachu u nás v českém prostředí (viz esportové centrum na FTVS UK). Tato forma soutěživého elektronického hraní her se stala nejen zábavnou aktivitou, ale také profesionálním odvětvím s rychle rostoucí fanouškovskou základnou a vysokými finančními odměnami pro nejlepší hráče. Nicméně vedle všech pozitivních aspektů, které esport nabízí, se objevují také otázky spojené se zdravým životním stylem a vlivem na zdraví jedince. Zahraniční studie zabývající se touto problematikou ukázaly pozitivní spojitost mezi hraním esportu a zdravým životním stylem (Chan et al., 2022; AlMarzooqi, et al., 2022). Jedna studie ukázala, že hráči esportu měli nízkou tendenci k internetové závislosti a vysokou úroveň fyzické aktivity (Poon et al., 2021). Další studie prokázala (Lelonek-Kuleta et al., 2021), že hráči esportu byli převážně aktivní sportovci, kteří pravidelně provozovali fyzickou aktivitu a udržovali celkově zdravý životní styl, a i dostatečnou fyzickou aktivitu. Jiná studie provedená u vysokoškolských hráčů esportu ukázala, že hraní esportu podpořilo jejich aktuální spokojenost se životem (Cheng et al., 2023). Celkově lze říci, že esport je pozitivním fenoménem, který přináší do života mladých jedinců a do společnosti jako celku mnoho přínosů, a to nejen zábavou, ale také rozvojem dovedností, komunitním duchem a kariérními příležitostmi.

Sportovní pohybová aktivita podporuje socializaci jedince a zvyšuje pocit sounáležitosti. Dospívající, kteří jsou součástí sportovního týmu, či jiného podobného uskupení si vytvářejí přátelství, což zvyšuje jejich emociální pohodu a pozitivně působí proti nežádoucím společenským vlivům. Sport u dětí a mladistvých, který vyvolává zdravou soutěživost a poskytuje pocit, že jsou jedinci součástí týmu, podporuje zjištění, že zábavný aspekt pohybové aktivity působí jako motivátor k dosažení sportovních výsledků. Návyk se hýbat získaný během dětství a dospívání lze v nějaké podobě úspěšně přenést do dospělosti a eliminovat tím některá zdravotní rizika (Neuls et al., 2016). Z uvedeného konečně vyplývá, že zájmové sportování (ať již organizované či neorganizované) by mělo být běžnou součástí života, která přispívá pouze ke snižování či udržování tělesné hmotnosti, ale také k relaxaci po náročném pracovním či studijním výkonu a jako prevence různých onemocnění.

3.3.1 Alkohol a kouření

Pokud se pokusíme nastínit obraz průměrného českého konzumenta alkoholu, je to člověk, jehož životní situace je průměrná – má středně dobrý životní standard, středně dlouho

spí, má středně velké starosti a nachází se ve středním věku (Mahdalová, 2023). Je to člověk, který se pohybuje v průměru a jeho konzumace alkoholu zrcadlí obecné trendy v české společnosti, kde pití alkoholu má silné kulturní kořeny a je spojeno s různými sociálními situacemi.

Alkohol a kouření jsou faktory, které mohou výrazně ovlivnit naše fyzické a duševní zdraví. Alkohol často bývá spjat s příjemnými okamžiky a sociálními událostmi, přesto bychom si měli být vědomi jeho potenciálních negativních dopadů. Nadměrná konzumace alkoholu může vést k vážným zdravotním problémům a negativním sociálním důsledkům. Omezení konzumace alkoholu a uvědomění si individuálních limitů jsou klíčové kroky směrem k udržitelnému zdravému životnímu stylu.

V naší práci se nezabýváme aktuálním zdravotním stavem jedince ani epidemiologickými dopady na zdraví jedinců ve vztahu ke konzumaci alkoholu a kouření. Jako sociologové se zaměřujeme se na rozdíly mezi jednotlivými skupinami jedinců, tj. vliv sociodemografických ukazatelů na spotřebu alkoholu a kouření. Zabýváme se na sociálními problémy, efekty a celkovou odolností vůči definovaným rizikovým faktorům. Téma (kouření a alkohol) bereme víceméně spíše okrajově, ale jako nedílnou součást naší zkoumané problematiky. Rizikové dimenze životního stylu odhalují z odborného pohledu znepokojující tendence v současné české společnosti. Následující text se proto věnuje zejména sociálním nerovnostem, jež se v těchto dimenzích odrážejí a mohou sloužit jako souhrnný ukazatel nezdravého životního stylu.

Oblast užívání alkoholu u dospělé populace v českém prostředí je mapována prostřednictvím rozmanitých studií. Některé z těchto výzkumů se opakují v pravidelných intervalech, zatímco jiné jsou prováděny méně pravidelně nebo mají jednorázový charakter. Jde o výzkumy pocházející ze Státního zdravotního ústavu (ČR) (studie NAUTA) od Ústavu zdravotních informací a statistik v ČR (studie EHIS). Pro porovnání mezinárodní situace jsou využívána data z organizací OECD a WHO. Tyto organizace pravidelně poskytují informace o rizikovém chování, což umožňuje systematické hodnocení a srovnání různých států. V naší analýze pak přinášíme dílčí výsledky četnosti sledovaných proměnných.

Dalšími aspekty, které reflektují zásady zdravého životního stylu je již zmíněno nekouření a rozumná konzumace alkoholu. Protože empirická část odhalila dílčí nesouvislosti mezi jednotlivými faktory, a odhalila jejich vzájemnou nezávislost. Dalo by se říci, že následující faktory reprezentují spíše nezdravý životní styl. Epidemiologické studie

jednoznačně směřují ke společnému závěru, že nadměrná konzumace alkoholu¹⁶ a kouření¹⁷ představuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, popřípadě celou škálu jiných civilizačních onemocnění neinfekčního typu, avšak konzumace rozumného množství alkoholu (a nekouření) může pozitivně ovlivňovat imunitu jedince. Nicméně nadužívání alkoholu a kouření mají negativní vliv i na ekonomickou zátěž jednotlivých států a jejich systémů zdravotní péče. Za rizikové se považuje především tzv. „těžké epizodické“ pití, nepanuje však shoda, jak jej definovat. Jiné studie používají běžně čtyři nápoje při jedné příležitosti (Bollen et al., 2023). Jiným příkladem může být definice podle WHO (2019), která pokládá „těžké epizodické pití (heavy episodic drinking)“ jako konzumaci nejméně 60 g čistého alkoholu při nejméně jedné příležitosti pro obě pohlaví (což odpovídá čtyřem malým skleničkám vína nebo čtyřem plechovkám či lahvím piva nebo cideru (WHO, 2019, 2022). Státní zdravotnický ústav obecně ve svých studiích popisuje nárazové pití jako konzumaci čtyř a více nápojů u žen a pěti a více nápojů u mužů. Nicméně obecný konsenzus nepanuje ani u proměnné frekvence „těžkého epizodického pití“ jakožto zdravotního rizika. Některé studie (Vosgerau et al., 2020; Marczinski et al., 2017) rozlišují mezi těmi, kteří takové chování vykazují alespoň jednou měsíčně a mezi těmi, kteří tomuto chování podléhají ještě méně často. Dokonce se i najdou takové studie, které považují ještě menší riziko za ohrožující, který reprezentuje jakákoliv epizoda v opilosti za posledních 6 až 12 měsíců (Weerakoon et al., 2021). Další studie definují pijáky, kteří se epizodickému pití věnují alespoň jednou týdně (Gao et al., 2018). Shoda nepanuje ani v tom, jaká frekvence „těžkého epizodického pití“ představuje zdravotní riziko. Mnoho studií rozlišuje mezi jednotlivci, kteří se takovému chování oddávají pravidelně, a těmi, kteří tak činí pouze příležitostně (Vosgerau et al., 2020; Pajak et al., 2013). Jiní považují za riziko ještě nižší frekvenci a měří jakoukoli epizodu opilosti v posledních 6 nebo

16

V České republice se ročně spotřebuje 100–150 litrů etanolu, což představuje 10–14,5 litrů na jednoho obyvatele, včetně dětí a seniorů. Z této celkové spotřeby připadá přibližně 46 % na pivo, 29 % na lihoviny a 25 % na víno. V pěstelských pálenicích se v posledních letech vyrobí 11–14 % etanolu, který je spotřebován v lihovinách. V rámci výdajů českých domácností na alkoholické nápoje dosáhly v roce 2021 průměrně 3 584 Kč na osobu za rok. Z této částky tvořily výdaje za pivo 1 580 Kč, za víno 1 095 Kč a za lihoviny 909 Kč (Souhrnná zpráva o závislostech, 2022).

17

Nejrozšířenější formou tabákového produktu v České republice zůstávají průmyslově vyráběné cigarety, následované tabákem určeným pro ruční balení cigaret. Každoročně se v ČR spotřebuje přibližně 23 miliard cigaret, což odpovídá zhruba 2 000 cigaretám, tedy asi 100 krabičkám na jednoho obyvatele.

Na trhu je dostupných více než pět různých typů tabákových či bylinných výrobků určených ke kouření, včetně přibližně 500 značek cigaret. Nabídka alternativních nikotinových produktů v České republice neustále roste. V současnosti je registrováno více než 5 000 různých e-cigaret, včetně řady značek zahříváných tabákových výrobků. Vedle toho se rozšiřuje také trh s nikotinovými sáčky. Jednorázové e-cigarety, které si získávají značnou oblibu zejména mezi mladými lidmi, jsou dalším významným trendem. (Souhrnná zpráva o závislostech, 2022).

12 měsících (Busto et al., 2021; Naimi et al., 2003; Fortier et al., 2022). Ještě jiní definují nárazové pijáky jako ty, kteří se věnují „těžkému epizodickému pití“ alespoň jednou týdně (Olecká et al., 2023). Obecně platí zásada, že pravidelná konzumace nadměrných dávek alkoholu, představuje značné riziko s ohledem na možné nepříznivé důsledky, jako jsou úrazy, dopravní nehody, agresivní chování a další (WHO, 2022).

Jak jsme již naznačili, existují i další negativní efekty spojené s kouřením a nadměrnou konzumací alkoholu, což významně ovlivňuje zdravý životní styl a zdraví jedince (podle všeho mnohem více než strava – OECD, 2023). Evropská unie je částí světa s nejvyšším podílem rizikových uživatelů alkoholických nápojů a nejvyšší úrovni spotřeby alkoholu na obyvatele (WHO, 2022). Alkohol je po kouření a vysokém krevním tlaku třetím nejvýznamnějším rizikovým faktorem poškození zdraví a následné úmrtnosti, dokonce je významnějším faktorem zdravého životního stylu než nadváha (OECD, 2023). Kouření a nadměrná konzumace alkoholu má negativní dopad na zdraví populace a působí značné ekonomické ztráty. Odborné publikace naznačují (WHO, 2022), že zneužívání alkoholu přináší 60 možných typů závažných onemocnění, která mají negativní a dlouhotrvající následky pro zdraví. Alarmující je i fakt, že nadužívání alkoholu vytváří podnět či příčinu celé řady kriminálních činů, domácího násilí a agresivního jednání v intoxikaci. Častá konzumace alkoholických nápojů je považována za prediktora akutních problémů způsobených pod vlivem alkoholu (zejména pak dopravních nehod, úrazů). Alkohol neohrožuje jen samotného uživatele, „ale i osoby v jeho okolí včetně, a to i těch dosud nenarozených, dalších členů rodiny, obětí kriminálních deliktů, násilí a nehod s účastí alkoholu“ (SZÚ, 2023). Další citace vystihující aktuální stav rizikového chování v českém prostředí, pochází od národního protidrogového koordinátora Jindřicha Vobořila: „Úmrtnost spojená s alkoholem v ČR v posledních letech roste, zejména v souvislosti s alkoholickým onemocněním jater. Roste také počet nehod a sebevražd pod vlivem alkoholu. Alkohol je také nejčastější příčinou domácího násilí a mnoha sociálně nežádoucích jevů.“ (Souhrnná zpráva o závislostech, 2022). Dopady alkoholově podmíněných nehod představují závažnou žádost pro společnost v oblasti veřejné bezpečnosti a zdravotní péče. Prevence nejen incidentů, ale i jejich důsledků, se tak stává klíčovým aspektem snižování zátěže na zdravotním systému.

Jak jsme již naznačili, existuje hranice konzumace alkoholu, kterou lze považovat za rizikovou. Odborné studie dokládají (Bayer et al., 2006; EHIS, 2019), že za rizikovou konzumaci alkoholu považujeme pět a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti. Stejně studie dále ukazují, že alkohol konzumují častěji muži. Podle nedávného průzkumu provedeného agenturou Behavio (2023) vynikají Češi ve statistikách týkajících se konzumace

alkoholu. Zjištění naznačují, že Češi dominují nejen v dlouhodobém nadměrném pití, ale také v případě nárazové konzumace, kdy vypijí pět a více nápojů za sebou (Mahdalová, 2023).

Nadměrná konzumace alkoholu je měřena pomocí určitých kritérií, která pomáhají k rozpoznání závislosti. Samotný úkol rozpoznat pravého alkoholika pak padá na zdravotnický personál, který by měl nabídnout odbornou pomoc. Principy rozpoznání závislosti na alkoholu vycházejí z komplexu znalostí, který je podložen empirickými výsledky a zejména klinickými zkušenostmi. Konzumace alkoholu představuje kulturní fenomén a nemusí být spojován pouze se zneužíváním, tj. kultura vytváří určité vzorce chování, z nichž mnohé mohou být považovány za legitimní nebo dokonce žádoucí (viz například spojení alkoholu a různých druhů oslav). Chopení na pivo představuje výraznou stylovou konstantu v našem českém prostředí. Lze jej samozřejmě řadit mezi tradice vázané na sociální prostředí. Jedním z vysvětlení této skutečnosti je fakt, že taková aktivita představuje podporu udržování sociálních vztahů a vazeb. Celkově konzumace piva nijak výrazně nepodléhá změně, i když jistá střídmost se projevuje, a to zejména v dostupnosti (příjmy vs. cena za jednotku). Jedním z faktorů, který výrazně ovlivňuje konzumaci, představuje úloha marketingu a reklamy, která v této souvislosti působí i na volbu jedince při výběru značky piva (Foret, 2014, Čejka et al. 2011).

Další výsledky tohoto výzkumu upozorňují na vztah konzumace alkoholu s finanční situací. Jedinci s menšími finančními rezervami konzumují mnohem častěji alkohol. Typický konzument alkoholu spadá podle výsledků z tohoto výzkumu do střední finanční kategorie, přičemž tento fakt nesouvisí přímo s finanční tísní, ale zároveň tento jedinec není ani výrazně zajištěný. Toto zjištění potvrzuje spojení ekonomického postavení s konzumací alkoholu. Jednotlivci ve středním finančním spektru se mohou dostat do situace, kdy pravidelně konzumují alkohol, pravděpodobně jako způsob relaxace nebo úniku z každodenních stresů. Zajímavé je i porovnání České republiky se státy střední Evropy. Konzumace alkoholu ve frekvenci – několikrát za týden, představuje následující pořadí: Češi, Rakušané, Slováci a Maďaři. Tento aspekt ukazuje na komplexní faktory ovlivňující konzumaci alkoholu a nutnost multidimenzionálního přístupu k pochopení této problematiky (Mahdalová, 2023). Výsledky frekvence konzumace alkoholu sledujeme také v empirické části práce, kde vycházíme z mezinárodních dat, ale i z vlastního datového souboru.

Co se týče konzumace alkoholu u mladistvých, SZÚ (2023) dokládá, že užívání alkoholu mezi dospívajícími má v posledních deseti letech mírně vzrůstající tendenci. Použité sociodemografické ukazatele v rámci stejné studie doložily, že u chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u dívek vína a destilátů. Častou konzumací nadměrných

dávek alkoholu (tedy konzumaci 5 a více sklenic alkoholu třikrát a častěji v posledních 30 dnech) uvedlo v roce 2021 celkem 21 % studentů (27 % chlapců a 16 % dívek). Dlouhodobě ale dochází k postupnému vyrovnávání rozdílu mezi chlapci a dívkami, avšak stále jsou pozorované rozdíly mezi studenty podle typu studované školy. Nejvyšší hodnoty sledovaných ukazatelů se objevují u studentů středních škol, kteří ještě nematurovali. Přibližně od 18 let se rozdíly mezi jednotlivými typy škol začínají postupně vyrovnávat. Existence jevu zneužívání alkoholu u mládeže ovšem představuje celoevropský problém, jakkoli se poslední trend ukazuje jako celkem příznivý.

Podle nejnovějších údajů ze studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) z roku 2022 konzumují patnáctiletí školáci v České republice alkohol výrazně méně často než jejich vrstevníci před deseti a více lety. V roce 2022 uvedlo zkušenost s alkoholem 72 % patnáctiletých, zatímco v roce 2002 to bylo až 92 %. Pravidelné pití alkoholu alespoň jednou týdně pokleslo z 35 % v roce 2011 na 17 % v roce 2014, a tento trend pokračoval i v dalších letech. V celoevropském měřítku došlo k poklesu z 26 % na 13 % (Inchley et al., 2017; Zdravá generace, 2023).

Závažnějším ukazatelem je však míra opakované opilosti v této věkové skupině. V Evropě klesl její výskyt z 36 % na 23 %, zatímco v České republice byl pokles mnohem mírnější – z 33 % na 30 % podle údajů z roku 2014 (Inchley et al., 2017).

Novější data z roku 2022 však ukazují pozitivnější vývoj: opakovanou opilost přiznalo 23 % českých patnáctiletých, což je významný pokles oproti 43 % v roce 2010 (Zdravá generace, 2023; Český statistický úřad, 2023).

O kouření se vedou rozsáhlé debaty a vědecké studie, které zkoumají jeho dopady na lidské zdraví. Zatímco celosvětově klesá prevalence kouření, stále představuje vážný veřejný zdravotní problém. Kouření tabáku je spojeno s řadou chronických onemocnění, včetně respiračních chorob, srdečních problémů a rakoviny. Samotné aktivní kouření je dnes v celosvětovém měřítku vnímáno velmi negativně. Tento fakt souvisí i s nově přijatým zákonem o zákazu kouření v restauracích, hospodách, čekárnách veřejné dopravy, na nástupištích, ve školách, na dětských hřištích, ve vnitřním prostoru sportovišť či v zoologických zahradách (viz zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek). Protože všechna tato omezení jsou společností zcela korektně přijímána, resp. dotažena do důsledků, největší dopad tak mají na samotného spotřebitele čili kuřáka. V běžném životě můžeme vidět shluky těchto uživatelů před budovami, kde pracují, a to za každého počasí. Bayer et. al. (2006, s. 48) tvrdí, že v evropských zemích privátní firmy stanovily pravidla, že nadále nebudou zaměstnávat kuřáky, „z důvodů nadbytečných výdajů a

pro hanobení celkové image firmy“. Ve stejné studii se můžeme dočíst, že „... v posledním půl století se pohled na cigaretu proměnil. Z „voňavé“ se stala „odporně páchnoucí“... Kouření již není atraktivní záležitostí, vyvolává spíše odpor...“. Z atributu vzájemné družnosti kuřáků „se stalo něco deviantního ve vztahu k hodnotám systému společnosti“ (Bayer et al., 2006). Bayer et. al. (2006, s. 49) dále upozorňuje na to, že toto veřejné chování se přeměnilo doslova v soukromou záležitost, „... a nejenže se proměnil význam cigarety, ale ještě více význam kuřáka...stal se z něj vyvrhel...předmět opovržení a nepřátelství.“

Data OECD (2023) jasně ukazují, že kouření je hlavní příčinnou úmrtnosti a představuje největší riziko vzniku různých onemocnění. Podle stejné studie vyčleňuje kategorie denních kuřáků v České republice 19 % a studie EHIS (2019) dokládá, že mnohem častěji kouří muži.

Co se týče užívání tabáku, jak jsme uvedli, je spojeno s celou řadou zdravotních rizik (WHO, 2023). Závislost na nikotinu, obsaženém v tabákových výrobcích, může ztížit odvykání, a často vede k trvalému užívání. V České republice je rozšířené jak klasické kouření cigaret, tak i užívání alternativních produktů, jako jsou elektronické cigarety a bezdýmné tabákové výrobky. Prevence a omezení této problematiky vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje jak osvětu, legislativní opatření, tak i podporu (výchovné materiály a preventivní programy)¹⁸ pro odvykání kouření. Efektivní strategie mohou přispět k výraznému zlepšení veřejného zdraví a snížení zátěže související s užíváním tabáku. Výsledky prezentované v Národním výzkumu o užívání tabáku a alkoholu v ČR z roku 2022 (NAUTA, 2022) předkládají následující poznatky. V české populaci se kouří tradiční cigarety a nejčastěji uváděným množstvím vykouřených cigaret denně je stále 15–24 kusů. Průměrný počet cigaret vykouřených denně současnými kuřáky vzrostli z 10,9 kusů v roce 2021 na 11,9 kusů v roce 2022. Rozdíly v intenzitě kouření jsou patrné mezi pohlavími. Muži kouří nejčastěji 15–24 cigaret denně a ženy preferují 5–9 cigaret denně. Celkový podíl kuřáků, kteří vykouří průměrně 25 a více cigaret denně, vzrostl z 2,9 % v roce 2021 na 5,6 % v roce 2022, přičemž u nejmladší věkové kategorie u této studie 15–24 let tento trend nebyl zaznamenán. V roce 2022 užívalo elektronické cigarety 10,2 % populace, z toho 5,1 % denně. Zajímavé zjištění této studie spočívá v tom, že pohlaví v užívání nehraje žádnou roli, možná i proto, že více než třetina uživatelů elektronických cigaret kouří současně i klasické cigarety, 27,7 % jsou bývalí

¹⁸ Centrum podpory veřejného zdraví v ČR se v této oblasti zaměřuje zejména na prevenci zdravotně rizikového chování ve vztahu k užívání tabáku, nikotinu a pití alkoholu. Dále se ve vztahu k této problematice podílí na tvorbě koncepčních a strategických dokumentů, legislativních norem, přípravě stanovisek k právním předpisům, realizaci akčních plánů Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním a účastní se práce v odborných komisích a dalších poradních orgánech. V rámci Centra jsou pro širokou veřejnost vydávány zdravotně výchovné materiály či realizovány preventivní programy.

kuřáci klasických cigaret. Na závěr autoři uvádějí, že až 37,9 % před užíváním elektronických cigaret, nikdy nekouřilo. Bezdýmné tabákové výrobky (určené ke šňupání, žvýkání nebo sání) byly ve sledovaném vzorku používány v poměrně vysoké míře, přičemž současní uživatelé představují 5,0 % respondentů. Denně bezdýmné tabákové výrobky užívá 1,5 % respondentů. Zvážíme-li všechny možná rizika nadměrného užívání alkoholu, kouření a záměrného přejídání, vstupuje do tohoto individuálního chování i zájem veřejného zdraví a následná implementace několika opatření. Zejména pak jde o získávání pozornosti a podpory pro cíle národní politiky omezování celkové spotřeby alkoholu a kouření a snižování poptávky prostřednictvím daňových a cenových mechanismů. Předmětem léčby obezity v praxi by měla být globální strategie a důsledná intervence v problematice rizikového a škodlivého přejídání. (SZÚ, 2023). K ukončení tohoto oddílu lze poznamenat, že v mezinárodním měřítku patří Česká republika mezi země s velmi vysokou spotřebou alkoholu. Jak jsme naznačili, spotřeba alkoholu je úzce spojena s kouřením tabáku. Pouze 22,7 % umírněných (rozumných) konzumentů alkoholu jsou kuřáci. U jedinců, kteří nadměrně konzumují alkohol, se přirozeně rizika sčítají a vyskytuje se zde i vyšší podíl kuřáků až okolo 50 % (SZÚ, 2023).

Kouření je fenomén, který nese hluboké sociologické implikace v nastavení společenského chování. Toto chování nejen odráží individuální rozhodnutí, ale také je silně zakotveno v sociokulturním prostředí. Sociologové zkoumají, jaké faktory tvoří postoj jednotlivců ke kouření, a jak tato aktivita odrazí sociální struktury a normy. Například v některých sociokulturních obdobích může kouření sloužit jako forma sociální interakce nebo projev příslušnosti k určitému sociálnímu prostředí. Zároveň mohou existovat sociální tlaky, které jedince podněcují k začátku kouření nebo naopak k jeho omezování. Společnost by se pak měla soustředit na faktory, které ovlivňují rozhodnutí jedince začít kouřit nebo s kouřením přestat. Tím se otevírá prostor pro diskusi o proměnlivosti postojů ke kouření ve vztahu ke společenskému naladění a jeho roli v utváření sociální struktury.

3.3.2 Závěry k dimenzím

Jednotlivým dimenzím zdravého životního stylu se věnuje celá řada zahraniční i české odborné literatury. Většina těchto studií vznikala v posledních třiceti letech, což by mohlo souviset se zdokonalováním technických možností, které jsou k tomuto účelu často využívány. Jak jsme již naznačili výše, největší pozornost je věnována oblasti biomedicínského výzkumu a životního stylu, jakožto prvkům preventivního zájmu v boji a ochraně proti civilizačním chorobám. V odborných kruzích se nejčastěji diskutuje mezi

metodami a několika technikami, které by se k výzkumům zdravého životního stylu hodily nejlépe. Nejméně využívanou metodou je metoda kvalitativní, v níž se většinou zachycuje realita každodenního života jedince, a to včetně jeho návyků. Tento mikrosociologický postup soustřeďující se na jedince nezdůrazňuje tolik vliv struktury na osobní volbu jakéhokoliv životního stylu jedince. Zdravý životní styl ve své sociologické dimenzi nicméně představuje spíše prostor pro využití kvantitativní metody. Dříve se využívala korespondenční analýza, která organizovala data a dokázala zkoumat odlišnosti mezi kategoriemi zvolených proměnných zdravého životního stylu ve vztahu k sociodemografickým proměnným (Cockerman, 2005, 2022, 2023). V současnosti je sledována frekvence určitého chování v jednotlivých výše uvedených dimenzích (například s využitím clusterové analýzy či strukturálního modelování). Jednoznačnou výhodou použití těchto technik je možnost objevení skupin respondentů, kteří reprezentují jednotlivé návyky zdravého životního stylu a dokáží oddělit zdravé a nezdravé (také někdy označováno jako „návykové“) chování jedinců, na jejichž základě lze formulovat doporučení k postupu další validní statistické komparace v této problematice (Janssen et al., 2017). Další možnost zkoumání představuje regresní analýza, jejíž aplikací lze zjistit vliv jednotlivých nezávislých proměnných (věk, pohlaví, status) na zdravý životní styl jako závislou proměnnou.

Ve většině odborné biomedicínské literatury jsou charakterizovány pouze vybrané dimenze zdravého životního stylu ve vztahu k jednotlivým sociodemografickým ukazatelům. Je zřejmé, že mezi ty, kterých se sledování nejvíce týká, můžeme řadit především ženy, starší osoby a jedince s vyšším (anebo naopak extrémně nízkým) socioekonomickým statutem (zřejmě také proto, že podporují mezinárodní komparace). Postavení žen, dětí nebo vliv chudoby patří mezi strategické otázky. S těmito hledisky pracujeme v naší analýze dat zaměřené na české prostředí.

3.4 Socio-demografické faktory

Následující odstavce se věnují základním parametrům, které jsou důležitými faktory formování zdravého životního stylu. Formou určité rekapitulace na tomto místě stručně nastíníme prokázané vlivy pohlaví, věku, socioekonomického postavení a vzdělání na zdravý životní styl v kontextu současného stavu a v perspektivě případného dalšího sociologického zkoumání. Existenci závislosti jednotlivých položek na věku, pohlaví, vzdělání a sociálním statusu (v jednotlivých vztazích i po kontrole v regresním modelu) sledujeme v empirické části práce.

3.4.1 Pohlaví

Pohlaví je dlouhodobě označováno za jeden z důležitých faktorů působící na zdravý životní styl. Ačkoliv jsou to právě ženy, které jsou podle oficiálních statistik označovány za aktivnější (Deshmukh-Taskar et al., 2007), zároveň vzrůstá zájem mužů o zdravý životní styl a jeho zásady. Možné vysvětlení genderových rozdílů při výběru zdravého životního stylu spočívá v samotných úkonech spojených se zdravým stravováním. Gough (2006) ve své studii dochází k jednoznačným závěrům, že muži tráví více času vařením, tj. přípravou jídla, a hlavně je tento akt těší, což by mělo zaručit větší rozmanitost a různorodý zájem o zdravé stravování. V takovém případě sledujeme rozdílný přístup v konzumaci potravin. Ženy obvykle vybírají pestřejší a barevnější stravu, ale muži ji právě rádi zpracovávají. Dalším argumentem ve prospěch mužů je, že muži se stále více angažují ve zdravém životním stylu, pravidelně sportují a věnují se aktivitě minimálně třikrát týdně, a to pravidelně (Gough et al., 2006). Studie zabývající (Šafr, 2008; Horváth et al., 2007), se dimenzemi zdravého životního stylu vysvětlují, že pohlaví je významnou komponentou socioekonomického postavení z hlediska postojů k výběru správných živin. Sociální status jedince samozřejmě vypovídá o tom, do jaké míry dokáže nepodlehnout nedodržování zásad zdravého životního stylu, čemuž se budeme věnovat v následujících odstavcích.

Obecně platí, že muži cvičí mnohem častěji než ženy, ale ženy se výrazně omezují v konzumaci nezdravých potravin a dbají více na péči o sebe a svá těla (EHIS, 2019). Pohlaví je tedy poměrně konzistentní proměnnou, která ukazuje, že ženy častěji dodržují zásady zdravého životního stylu než muži. Je tedy zřejmé, že na ženy je vyvíjen mnohem větší tlak ze strany společnosti a jsou mnohem častěji souzeny podle svého vzhledu (viz oddíl o stigmatizaci obezity). Genderové rozdíly ve vztahu ke zdravému životnímu stylu jsou častým předmět právě takto zaměřených výzkumů. De Vries et. al. (2008) například zjistil, že na prahu dospělosti muži a ženy užívají praktiky týkající se zdravého životního stylu osvojené převážně od svých rodičů, čímž si stanoví svoje vlastní kritéria pro genderově specifický přenos zdravého životního stylu do budoucího rodinného života (reagují na životní styl svých rodičů odlišně).

K tomu se vyjadřuje i další studie, která se zabývá problematikou pohlaví ve vztahu k fyzické aktivitě (Khan et al., 2017). Jistě není překvapením, že souvislost mezi fyzickou aktivitou a pohlavím u dospívajících představuje tělesná nespokojenost (viz předchozí oddíl o stigmatizaci obezity), a spíše chlapci tendují k fyzické inaktivitě při nespokojenosti s fyzickým vzhledem, tělesností (body image). Dívky naopak tuto nečinnost přetvářejí v pravidelnou pohybovou aktivitu a jejich motivace souvisí s fyzickou přitažlivostí a dobrým

pocitem ze sebe. Mladí lidé zvláště reagují na sociální sítě (mediální sdělení), která vykazují dokonalé a ideální tělesné tvary, a jsou vystaveni riziku, že se budou zabývat svým fyzickým vzhledem a vytvoří si negativní představu o těle. Chlapci se více věnují skupinovým sportovním aktivitám s cílem být součástí vrstevnických vztahů, což přímo nesouvisí s tím, jak sami sebe vnímají (Shiver et al., 2013; Ricardo et al., 2022). Cílem je vytvořit relativně dobré vnímání svého fyzického vzhledu (body image) při zachování dostatečné a pravidelné pohybové aktivity, jejíž návyk přetrvává i do dospělosti jedince.

Pohlaví představuje silný indikátor zdravého způsobu života, ovšem důležitou roli hrají i proměnné jako je věk, socioekonomické postavení a vzdělání v interakci s pohlavím jedince. Autoři zahraničních studií došli k jednoznačnému závěru (Gough et al., 2006; Mirovsky et al. 2017; Mize et al., 2017), že lidé na vyšších příčkách socioekonomického žebříčku bez ohledu na pohlaví se převážně zdravě stravují (a méně kouří atd.) a častěji se účastní pohybových aktivit v rámci volného času. Ženy s nižším postavením se méně často (zřejmě proto, že více pracují v domácnosti) ve svém volném čase aktivně pohybují a daleko méně často konzumují vyváženou a zdravou stravu (Gough et al., 2006).

Otázkou je, do jaké míry jsou dimenze zdravého životního stylu závislé na individuálních charakteristikách jedince a do jaké na ně působí právě prostředí, z kterého jedinec pochází a kde je vychováván. Sociologové často ve svých studiích tyto indikátory nesledují. Bohužel ani datové soubory našeho výzkumu údaje o kontextu sociálního prostředí neobsahují, sledují převážně individuální a postojoyé aspekty zdravého životního stylu. Zde bychom spatřovali prostor pro budoucí výzkumnou aktivitu v této oblasti.

3.4.2 Věk

Vliv pohlaví a věku je velmi často dokumentován v řadě odborných studií a autoři se ve většině případů shodují, že ženy v produktivním věku mají větší zájem o zdravý životní styl, zároveň také lépe zvládají dodržování jednotlivých zásad. Nedávná studie (Troost et al., 2012) zabývající se touto problematikou dokládá, že věk má značný vliv na životní styl a je pravděpodobnější, že starší osoby mají výraznější sklony o sebe více pečovat a starají se tak mnohem důsledněji o skladbu svého jídelníčku, více odpočívají a méně kouří (OECD, 2023; EHIS, 2019). Z hlediska věku je zdravý životní styl u dětí kromě socioekonomického postavení rodičů určován školní dráhou jedince. Kde lze předpokládat zvýšenou konzumaci nezdravých jídel (viz fast food atp.). V této fázi je zřejmé, že jedincovo chování je určováno spíše vlastním rozhodnutím a podléhá skupinovým tlakům.

Patrná je i diskuze kolem aktivního životního stylu, kdy právě cvičení je výraznou složkou zdraví, ovšem s přibývajícím věkem takto aktivita výrazně klesá. Starší lidé se sice zdravě stravují, ale méně cvičí (vyjma fyzické aktivity například na zahradě) (EHIS, 2019).

Troost et al. (2012) dále upozorňuje na to, že mladí lidé z nižších společenských vrstev kouří a konzumují alkohol výrazně častěji než jejich vrstevníci s vyšším sociálním postavením. Z hlediska dostupnosti drog ovšem může být situace méně jednoznačná (srovnej Moravcová et al., 2015). Ve stejné studii autor uvádí, že výsledky analýzy naznačují tendenci starších lidí s nízkými příjmy chovat se ve svém stravování konzervativněji a svému zdraví v budoucnu nepřikládat žádnou důležitost. Starší lidé s vyšším socioekonomickým postavením s postupujícím věkem na svůj jídelníček dbají mnohem intenzivněji, zároveň jejich zájem vzrůstá i u ostatních dimenzí zdravého životního stylu.

Jak jsme již v úvodních kapitolách naznačili, strukturální proměnná věk je přímým determinantem zdravého životního stylu. Cockerham ve svých studiích o zdravém životním stylu uvádí, že pohlaví, věk a socioekonomické postavení spolu významně souvisí a určuje i vzorce chování u dětí, mládeže. Americká socioložka Burgard (2020) ve svém výzkumu vypožadovala, že děti začínají život s přijatým životním stylem od svých rodičů, či jiných pečovatelů a postupně přecházejí na dosažený zdravotní životní styl v dospívání. Věk je tedy důležitou proměnnou při výběru zdravotního životního stylu. Jedna longitudinální studie mapovala po dobu 25 let život respondentů a jeden z jejich závěrů zněl, že stabilita partnerských vztahů zaručuje i stabilitu životního stylu, respektive zdravého životního stylu. Prokázala se i souvislost mezi obezitou a chudobou, kterou ale přirozeně ovlivňuje i celá řada dalších faktorů (Lawrence et al., 2017).

3.4.3 Socioekonomické postavení

V České republice se zdravý životní styl řadí k diskutovaným tématům, v oblasti výzkumu mu však není doposud věnována výrazná pozornost. Česká společnost na počátku 90. let podléhala změnám spojeným s evropskou integrací a zejména pak stále rozšiřující se globalizací, která výrazně přispěla k veřejné diskuzi na téma zdravého životního stylu. Někteří sociologové zdůrazňovali stále se více rozšiřující sociální nerovnost tehdejší postkomunistické společnosti. Diferenciace životních stylů v této době dosáhla značného rozmachu a přispěla tak výrazně k rozvrstvení společnosti. Jedinci patřící do určité sociální skupiny začínají disponovat stále častěji stejnými atributy, ustavuje se tak pro ně charakteristický způsob života, zvyklosti se mění a usazují v prostoru sociálních pozic. Tento

třídní stav společnosti se dle Bourdieu nazývá homologií (viz kapitola 2.1.3.1). Šafr (2008) dále uvádí, že kulturní spotřeba horních tříd se stává dominantní ve smyslu toho, co je společensky žádoucí. Jednoduše řečeno, spotřeba a její praktiky určují životní styl a ostře vymezují hranice sociálních tříd (Šafr, 2008).

Postavení jedince ve společnosti je oprávněně považováno za důležitý faktor ovlivňující postoje ke zdravému životnímu stylu. Sociální status nejenom vypovídá o tom, do jaké míry je jedinec schopen žít zdravým životním stylem a jak může předcházet nezdravému životnímu stylu, ale také jak se vypořádat s nástrahami a překážkami spojenými s jeho důsledným dodržováním. Koncepce zdravého životního stylu zdůrazňuje vliv společenského postavení na utváření životních šancí jedinců pro způsoby jednání, které jsou specifické pro daný status, tj. chování vztahující se ke zdravému životnímu stylu (fyzické cvičení, výběr jídla aj.). Obecně tedy předpokládá, že lidé s vyšším socioekonomickým statusem žijí aktivněji, konzumují specifické druhy potravin, tedy kladou větší důraz na celkovou kvalitu surovin než lidé s nižším postavením (Šaderová, 2022).

Zahraniční výzkumy ukazují (Deshmukh-Taskar et al., 2007; Walsemann et al., 2011; Mize et al., 2017), že zdravý životní styl a socioekonomické postavení jsou opravdu významné proměnné, která ukazují, že zdravý životní styl je především závislý na sociálním postavení jedinců. Autoři dokládají, že životní styl středních a vyšších vrstev je celkově zdravější. Reprezentanti těchto sociálních tříd jsou více zapojováni do volnočasových aktivit, tedy fyzického cvičení, zdravé stravy, umírněnějšího pití alkoholu, absolvují preventivní kontroly, pravidelně relaxují a lépe zvládají stresové situace (Cockerham, 2005, 2022, 2023).

Postavení jedinců ve společnosti vypovídá také o jejich povědomí o zdravém životním stylu. Tito jedinci se pravidelně zajímají o nová zdravotní rizika, tj. chování směřující k eliminaci rizik, která jsou dnes stále více diskutovanými tématy. Tito jedinci jsou také mnohem lépe připraveni na adaptaci s novými omezeními v jejich stravě, tj. přípravy kaloricky vyvážených jídel, příprava stravy na snížení špatného cholesterolu v krvi či snížení nadměrné kyseliny močové (vysoký výskyt purinů v jídle) apod. (Brennan et al., 2009). Při zkoumání vztahu zdravého životního stylu a socioekonomického postavení jsme také svědky konkrétních výsledků reflektujících sociální prostředí jedince a vytvářejících vztah mezi fyzickými a ekonomickými problémy (horší kvalita potravin při výběru apod.). Lidé s nižším socioekonomickým statutem dnes ve své stravě konzumují více živočišného tuku a přidaného cukru, zatímco méně obilovin a vlákniny, a to v souvislosti s tím, že vykonávají práci, která vyžaduje méně fyzické aktivity než v minulosti. Tato změna vedla ke zvýšení obezity v nižších socioekonomických skupinách, včetně těch v rozvojových zemích. Naopak, osoby s vyšším

socioekonomickým statusem mají více znalostí a prostředků k tomu, aby se stravovaly zdravěji, pravidelně se věnovaly zdraví prospěšnému cvičení a vnímají obezitu jako nežádoucí jak u sebe, tak i u ostatních (Cockerham, 2005, 2022, 2023).

Zahraniční analýzy dokazují, že socioekonomické postavení má výrazný vliv na různá onemocnění. Konkrétně jde o onemocnění obezitou, a zejména pak o diabetes a kardiovaskulární poruchy, které často vystupují jako důsledek již mnohokrát v tomto textu zmiňovaných špatných stravovacích návyků a nízké pohybové aktivity (Eggink et al., 2022).

V těchto souvislostech zdravého životního stylu a socioekonomického postavení se lze zaměřit na možnosti výzkumu, který by cílil na kontextuální charakteristiky sociálního prostředí jako individuální proměnné, kterážto by ovlivňovala to, jaký životní styl si jedinci nakonec vyberou. Jiná studie (Tyszkowski et al., 2023; Eggink et al. 2022) naznačuje, že sociální prostředí vykazuje jasné normy a pravidla přijatelného společenského chování včetně takových záležitostí, jako je účast na pravidelných pohybových aktivitách, úroveň spotřeby potravin, konzumu alkoholu a postoje ke kouření. Je jasné, že subjekty v nižších socioekonomických skupinách budou kouřit z důvodu sociální koheze spíše než subjekty ve vyšších socioekonomických skupinách. Za rámec sledování této jediné souvislosti se dostává osvěta zaměřující se na tyto rizikové skupiny, která by měla významně podpořit stabilitu vývoje zdravého životního stylu (Wang et al., 2023).

Ve světle prezentovaných výsledků se jeví jako vhodné připomenout hypotézu o tom, že pravděpodobnost dožití vyššího věku ve zdraví přímo úměrně roste se sociálním statusem jedince. Nakonec Šafr (2008) hovoří o způsobu života i ve smyslu určité investice do lidských zdrojů. Na jedné straně uvádí materiální složky životního stylu, které si lze pořídit prostřednictvím peněz (bydliště, doprava, oblečení, jídlo aj.) a na straně druhé pak poukazuje na sociální manipulaci ve formě používání adekvátního jazyka, chování a vztahující se k sociálnímu statusu. Na závěr je nutné podotknout, že socioekonomický status vystupuje spíše jako rádce při volbě stylu, který chceme aktivně a zejména stabilně provozovat po celý život.

3.4.4 Vzdělání a náboženství

Další spíše sociologické vysvětlení, které by nemělo být při úvahách o zdravém životním stylu opomenuto, pochází z teorie o lidském kapitálu. Ta říká, že lidský kapitál bývá definován jako soubor získaných kompetencí a znalostí, které pochází ze vzdělání, zkušeností a trénování (Matějů et al., 2017). Tato myšlenka potřebuje podpořit i v definici o zdravém

životním stylu jakožto souboru různých indikátorů, které podporují samotné preference volby a podporují dlouhodobé cíle zdravého životního stylu. Mezi tyto znaky řadíme vytrvalost, plánování, jistý způsob sebeovládání při zdolávání těžkých zkoušek zdravého životního stylu, přičemž důležitou roli hrají právě komponenty, jakými jsou vzdělání, socioekonomické postavení a příjem.

V ekonomické literatuře se setkáváme s klasickou koncepcí lidského kapitálu, tj. vzdělání nás činí produktivnějšími, a zdravý životní styl tuto teorii ve všech směrech podporuje. Vzdělání signalizuje větší osobní kontrolu nad životním stylem jedince a zajišťuje dlouhodobý výsledek v dodržování jeho jednotlivých složek. Vzdělání představuje indikátor v tom směru, že vyšší vzdělání podporuje šanci jedince žít zdravým životním stylem a je silným ukazatelem klinického výskytu morbidit (Mirowsky et al., 1998, 2017). Zároveň vyšší vzdělání podporuje přístup k hledání informací o zdravém životním stylu a určuje, že tyto dimenze indikují postavení v sociální komunitě a odráží tak socioekonomický status celé rodiny, kam jedinec patří. Většina vzdělanějších lidí přistupuje ke svému zdraví zodpovědněji. Existuje menší pravděpodobnost, že zažijí stresové situace z nedostatku finančních prostředků spojené s nezaměstnaností, proto se v těchto situacích ocitají zcela ojediněle (Mercês et al., 2019). Výzkumy dále ukazují, že zajištění optimálního životního stylu plyne z klidného rodinného zázemí, osobní aktivity (např. procházky v přírodě) a dobrých vztahů zakotvených v bezprostředním okolí jedince (Ross et al., 2006). Pokud tedy psychické i fyzické zdraví souvisí se vzděláním, je jasné, že méně vzdělaní lidé jsou častěji nemocní a zažívají často finanční nesnáze (což ovšem nesouvisí pouze s jejich zdravotním stavem), při kterých ztrácející osobní kontrolu nad svým zdravím, potažmo životním stylem (Mirowsky et al., 1998, 2017).

Vzdělání a náboženství představuje skupinu činitelů vázaných dohromady prostřednictvím určitých sociálních vztahů, těmi jsou příbuzenství, komunita, malé skupiny apod. Jejich sdílené hodnoty a ideály odráží určitý pohled na svět. Cockerham (2005, 2022, 2023) připodobňuje představu společného myšlenkového aparátu k Meadovu konceptu generalizovaného druhého, v němž jsou tyto hodnoty abstrakcemi sociálních kolektivit, které vstupují do myšlení a jednání samotných jedinců. Příkladem kolektivních perspektiv při volbě zdravého životního stylu jsou právě náboženství a ideologie. Ve stejné studii empirická data dokládají, že věřící lidé preferují zdravý životní styl, neboť převážně aktivně žijí asketickým způsobem života, tj. nekouří, konzumují v rozumné míře alkohol nebo jsou abstinenti a volí zdravé potraviny (Cockerham, 2005, 2023). Jednotlivé dimenze zdravého životního stylu tak vstupují do interakce s ideologiemi.

V českém prostředí hraje stále ještě určitou roli zkušenost části populace z období socialismu.¹⁹ Přes nepochybné úspěchy v péči o zdraví lidu (viz např. u nás příznivé statistiky kojenecké úmrtnosti, efekty očkování populace aj.) a okázalé propagování sportu a fyzické zdatnosti (uved'me třeba českou tradici spartakiád), přinášel komunismus z hlediska zdraví jednotlivce řadu škodlivých efektů. Nejen v oblasti znečištění životního prostředí, ale právě pokud jde o slabší důraz na individuální odpovědnost občanů. Nicméně míru, ve které ideologie obecně ovlivňovala zdravý styl života, nejsme s to přesněji odhadnout (Bambra, 2009).

V literatuře se objevuje mnoho výkladů toho, jak a proč je zdraví jedince vázáno na jeho vzdělání. Vzdělanější lidé mají obecně větší tendence ke zdravému životnímu stylu, protože jejich osobní kontrola navazuje na jejich vzdělání a určuje jejich uvažování ve výběru zdravého životního stylu. Mirowsky et al. (1998) vysvětluje, že prostřednictvím formálního vzdělání se lidé učí řešit problémy a považují se za aktivnější a efektivnější ve svém jednání. Lidé, kteří mají svůj život pod kontrolou, jsou nezávislí jedinci, kteří se aktivně podílejí na vylepšování svého zdraví, tj. detailněji se zaměřují na nové trendy v této oblasti a snaží se je zapojovat do svých každodenních činností. Tento koncept vnímané osobní kontroly je dispozicí vzdělaných lidí, kteří vědí více o zdraví a jsou ochotni se v této oblasti neustále vzdělávat. Dále je pro ně příznačné, že se věnují preventivnímu chování a jsou schopni snadněji přestat například s kouřením či přejídáním. Zároveň jim to přináší větší potěšení, přičemž tyto znalosti jim slouží k vylepšení jejich sociálního statusu. Vzdělanější lidé mnohem úspěšněji a efektivněji provozují zvyky spojené se zdravým životním stylem, a to na základě informací ohledně zdraví, s nimi aktivně pracují a spoluutvářejí je. Vzdělání pozitivně působí na zdravý životní styl a v neposlední řadě představuje sebe prezentaci jedincovy životosprávy.

Vazbu životního stylu a vzdělání rozpracovává hned celá řada empirických studií (Šafr 2008; Mirowsky et al. 2017; Ross et. al. 2006; Hale 2013; Johansson 2000) Poukazují přitom na vliv vzdělání na utváření a reprodukci společenských rozdílů. Pokud vzdělání jedinci sdílají životní styl a jeho hodnoty a zejména pak návyky zdravého životního stylu, je velká pravděpodobnost, že jejich děti si tyto praktiky osvojí již během procesu socializace v dětství.

¹⁹ Zajímavý výzkum vlivů dědictví socialismu v současném Rusku ukazuje, že pro-socialisté (ti, kteří jsou pro návrat k socialismu z dob před Gorbačevem) vedou méně zdravý styl života než antisocialisté, ačkoliv žádná skupina neprokázala mimořádně příznivé zdravotní praktiky (Cockerham, et al., 2002). Pro-socialisté mají zvláště pasivní přístup ke zdravému stylu života, což se zdá být pozůstatkem sovětské doby. Volba jednotlivců byla v sovětské společnosti omezena na jedinou sociální a politickou ideologii (komunismus) a očekávalo se od nich, že se jí přizpůsobí. Pokud ale jedinec onemocněl, bylo naopak zodpovědností státu se o něj postarat v důsledku benefitů státního socialismu. Individuální pohnutky v záležitostech zdraví nebyly podporovány.

Osvojení si takového životního stylu závisí převážně na sociální interakci, která orientuje společné činnosti směřující ke zdravému životnímu stylu (Funée et al., 2008). Celkově jsou tedy vzdělání, socioekonomický status, věk a pohlaví klíčovými koreláty oblasti životního stylu a působí na dodržování norem zdravého životního stylu.

Dosažené vyšší vzdělání je tak logicky spojeno s lepším zdravím, vyšší osobní kontrolou nad svým zdravím, kvalitním rodinným zázemím jako základním zdrojem při výběru samotného životního stylu a zaručuje také vyšší pravděpodobnost dodržování správných stravovacích návyků. Vzdělanější lidé mají obecně větší tendenci se vyhnout ekonomickým problémům determinujícím samotné podmínky zdravého životního stylu. Zjednodušeně řešeno mají méně problémů s placením účtů za jídlo, což jim umožňuje větší výběr a představuje pozitivní ukazatel zdravého životního stylu. Vzdělání vytváří samostatnějšího jedince, který aktivně zlepšuje svoje zdraví a podporuje myšlenku postmoderní individualizace ve smyslu individuálního rozhodnutí při výběru zdravého životního stylu.

3.4.5 Další faktory asociované se zdravým životním stylem

Další zdroje v kontextu sociálního postavení hovoří o příjmu v závislosti na zdravém životním stylu. Mnozí autoři zmiňují (Contoyannis, et al., 2004; Johansson et al., 2000), že příjem je v jistém smyslu jeho nedílnou součástí (jde o jistou minimální úroveň příjmů) a ovlivňuje míru dodržování jednotlivých zásad reprezentujících zdravý životní styl. Příjem spolu se sociálním postavením zodpovídá otázku, jakým způsobem jedinec volí kvalitu potravin. Ekonomické strádání je odpovědné za výběr a konzumaci nekvalitních surovin, čímž strava připravená na těchto základech výrazně ovlivňuje zdraví a diferenciaci životního stylu. S tím nutně nemusí souviset skutečnost, že zdravý životní styl je výsadou bohatých lidí, ale jistý trend (nákup kvalitnějších surovin) lze v tomto směru vypořádat.

Další oblastí, která ovlivňuje přístup ke zdravému životnímu stylu, je sféra interpersonálních vztahů, konkrétně reprezentovaná například rodinným stavem. Do hry tak vstupují další sociodemografické proměnné, a to sňatek stejně tak jako rozvod nebo ovdovění. Například Brennan (2009) ve své studii identifikuje fakt, že rodinný stav hraje důležitou roli při preferenci zdravého životního stylu. Svobodní lidé často konzumují nezdravé potraviny a často volí rychlá občerstvení. Lidé žijící v manželství často konzumují „něco na zub“ a mají větší spotřebu dezertů, i když častěji volí zdravější potraviny při přípravě jídel. I přes tato dílčí

pozitiva vdaní/ženatí jedinci postupem času v manželství mají větší tendenci stát se obézními a často se jim zvyšuje energetický příjem.

V rámci problematiky zdravého životního stylu a sociálního postavení zmiňme ještě problém sociální nerovnosti ve využívání internetu v rámci digitálního chování jedinců při výběru zdravého životního stylu. Řada odborných a převážně ekonomických studií (v českém prostředí se tomuto tématu věnuje sociolog Petr Lupač) se zaměřuje na analýzu vztahu zdravého životního stylu a digitálního chování jedinců. V těchto ekonomických výzkumech můžeme být svědky procesu využívání internetu v rámci digitální nerovnosti (Lupač, 2015). Nerovnost v naší vyspělé digitální společnosti beze zbytku neřeší postupné rozšiřování internetu a zejména samotného přístupu k němu. Některými odborníky je tento problém popisován ve vztahu k dovednostem a k samotnému použití, které způsobuje digitální nerovnost a v postmoderní společnosti rozvíjí nůžky sociální nerovnosti. Postoje starších lidí ovlivňuje jejich výkonnost při používání internetu a vyhledávání informací například právě o zdravém životním stylu. Hale (2013) ve své studii o internetu a životním stylu zdůrazňuje myšlenku tzv. „internetového habitu“ jako nositele společenského postavení, kdy kvalita připojení spolu s dalšími atributy tvoří jeho významnou složku a přispívá k jeho rozvoji. Šafr (2008) k tomu dodává, že sociální nerovnosti dále porostou a budou se usazovat právě v kulturních vzorcích jednání. Koncept zdravého životního stylu ve spojení s internetem se stává výrazně individuálním prvkem v analýze sociálních nerovností. Internet a moderní technologie jsou považovány za novou éru transformace medicíny, tj. nové představy percepce zdravého životního stylu. Je třeba uvědomit si, že technický vývoj jde ruku v ruce s vývojem zdravotní péče na úrovni lokální, regionální, ale i celosvětové (Hale, 2013). Eysenbach (2001) uvádí, že internet vytváří novou kulturu zdraví a zdravotní péče a nastavuje duševní stav, způsob myšlení a postoje jedinců.

Duševní stav jako model stresového procesu u aktérů tvoří jádro volby preference zdravého životního stylu. Podstatné jsou i chronické proměnné, jako jsou trvalé konflikty, tj. přetížení rolí či zjetí rolí (viz špatné manželství atp.) je zdrojem výběru nezdravého životního stylu, respektive špatných stravovacích návyků, nedostatku pohybové aktivity, a dokonce dle studií (Ferraro et al., 2016; Daniel et al. 2018) mohou zaručit nárůst hmotnosti ze 7 % na 36 % při přechodu z produktivního věku do seniorského.

Další oblastí, která působí na přístup ke zdravému životnímu stylu, tvoří sociální síť skládající se ze sociálních vztahů, v kterých je jedinec aktivně zainteresován (Cockerham, 2022). Různé formy sociálních sítí na jedince působí rozdílně, ale společně se snaží určovat směr jeho životního stylu. Jinými slovy, podstata vztahu na sociálních sítích je zhmotněna až

ve chvíli, kdy jedinec postupuje konkrétní kroky ve svém aktivním chování. Například může jít o správné stravovací návyky, kdy aktér sleduje svého „influencera“ a ztotožňuje se s jeho aktivitami. Samozřejmě vliv na jedince může mít jak pozitivní nebo negativní povahu, a to v závislosti na normy a hodnoty svolené sociální sítě. Je patrné, že všechny zmiňované sociální faktory spojené se zdravým životním stylem se stávají klíčovými proměnnými a působí tak na jedince souběžně při preferenci zdravého životního stylu.

4 KOMPENZAČNÍ TEORIE

V následující části textu se pokusíme zaměřit na povahu kompenzačního chování. Část textu definuje jednotlivé oblasti (strava, psychická a osobní pohoda a pohybová aktivita), jež vytváří zdravý životní styl a pokoušíme se je řadit do širokého kontextu postojů a názorů na koncept kompenzačních teorií. Definice jednotlivých dimenzí zdravého životního stylu ve vztahu ke kompenzačním teoriím se stávají odrazovým můstkem empirické analýzy.

Každodenní život je naplněn množstvím různých rozhodnutí, protože se dostáváme do situací, které musí být uvedeny na patřičnou míru, je nutné účastnit se vytváření příběhu našich životních etap, což má pochopitelně vliv na spousty různých situací, jež kolem nás vznikají a mechanicky se opakují v různých intervalech. Mohli bychom říci, že těchto stavů či situací, ve kterých jsme vystaveni nějakému rozhodnutí, je každodenně spousta. Přitom v sobě zahrnují nejrozličnější strategie a vycházejí z obecných podmínek a z kontextu situací, ve kterých se ocitáme a aktivně rozhodujeme. Někdy cítíme, že máme situaci pevně v rukou, jindy marně tápeme po něčem alespoň v určité míře adekvátním, jež by nám mohlo dát jasný a smysluplný směr. Zmiňme například výchovu dítěte, kdy dítě mnohdy trpělivě přesvědčujeme o naší pravdě, ale když nám následně přetečou nervy, dítě fyzicky potrestáme, přičemž mu následující den cítíme vinu za své předchozí jednání koupíme hračku. Zmíněným způsobem chování se snažíme „omluvit“ naše předchozí jednání a usilujeme o jistou podobu našich budoucích jednání. Naše reakce na tyto situace mají spíše emocionální ráz a vycházejí z rozdílné zkušenosti jedinců. Otázka, která nás zde bude zajímat, zní, za jakých podmínek jsme ochotni své „prohřešky“ či chyby omlouvat případně kompenzovat a do jaké míry nám to bude lhostejné. Abychom se vrátili k problematice, které je tato práce věnována, podívejme se blíže na kompenzační teorie vázající se ke zdravému životnímu stylu. V tomto případě se dostaneme k proaktivní zacílené strategii jedinců, jimž se vlastní jednání jeví jako vysoce efektivní v jejich životní strategii, potažmo v životním stylu.

Z teoretického pohledu nás nebude tolik zajímat otázka, jak některé negativní tendence vznikají. Teorie sociálního učení (Bandura, 2001) by nám v tomto ohledu snadno osvětlila, jak se jedinec zachází s těmito požitky učí, jaká je třeba role nápodoby vzorů nebo subkultur. Teorie kontroly (Hirschi, 2017) by spoléhala na reakci systémů sociálních vazeb v případě, že se jedinci ocitají na šikmé ploše, a učila by je sebekontroly ve smyslu vnitřní regulace jednání na straně subjektu. Do analýzy vzniku závislostí se nebudeme vůbec pouštět. Z hlediska ovlivňování lidí směrem k žádoucímu chování stojí za zmínku teorie plánovaného chování I. Ajzena (1991), která tvrdí, že chování (tedy i to správné, žádoucí), závisí především

na záměru (ochotě, snaze vyvinout úsilí), ale ten je výslednicí řady dalších vlivů: působení postojů k danému chování i jeho výsledkům, vnímané kontroly chování (tedy vnímaných bariér i usnadňujících principů a sociálních norem (zde definovaných jako postoje klíčových druhých k chování), ale také objektivních překážek chování. Vždy však zůstává otázkou, zda je možno v průběhu socializace získaný a do životního stylu pevně zakomponovaný návyk anebo zafixované přesvědčení snadno a rychle změnit.

Teorie protektivní motivace představuje spíše hybrid, který převzal koncepty ze starších modelů formování zdravotního přesvědčení a sociálně kognitivní teorie (Conner et al. 2003, 2011, 2020, 2022). Za jistou výhodu lze považovat to, že může zahrnovat i chování maladaptivní nebo přímo rizikové. Ochranná motivace vyplývá z hodnocení hrozby a z hodnocení zvládnutí situace (Armitage et al., 2004, 2021; Conner et al. 2003, 2011, 2020, 2022). Do hodnocení rizika vstupuje závažnost ohrožení a posouzení vlastní zranitelnosti. Musíme ovšem brát v potaz i protichůdný efekt výhod maladaptivního chování: například u alkoholu jde nejen o chuťové požitky, ale též o zábavu nebo společenské uznání. Názor na zvládnutí situace se zaobírá možnými strategiemi, které pomáhají se s ohrožením vypořádat (tzv. *coping strategies*), a je založen na hodnocení vlastní schopnosti adaptivní chování realizovat (*self-efficacy*). Do hry pak vstupuje ještě hodnocení účinnosti adaptivního chování ve vztahu k dané hrozbě (*response efficacy*). Do strategie zvládání rizik tak vstupují představy jedince o schopnosti své rizikové chování regulovat nebo kompenzovat (Matley et al., 2018; Varghese et al., 2015; Deng et al., 2021). Abychom se vrátili k problematice, které je tato práce věnována, podívejme se blíže na kompenzační teorie. V tomto případě se dostaneme k proaktivní zacílené strategii jedinců, jimž se vlastní jednání jeví jako vysoce efektivní v jejich životní strategii, potažmo v životním stylu.

Tématem, kterému se dnes věnuje velká pozornost, je konkrétní chování spojené se zdravým životním stylem, respektive to, jak lidé dodržují zásady zdravého životního stylu (Janssen et al., 2017), Dnešní informační společnost přináší mnoho zpráv o tom, co bychom měli zdravě konzumovat, jaké aktivity bychom měli volit, zejména pak jakým negativním vlivům bychom se měli vyhýbat (nadměrné užívání alkoholu, kouření, přejídání atp.). Problémem proto není ani tak nedostatek podnětů, jako spíše stále ještě nepřipravenost lidí k tomu, aby žádoucí změnu navodili a učinili ji trvalou. Empirické studie (SZÚ, 2023) například dokládají, že lidé, kteří rapidně ubyli na své váze tyto kilogramy, tak je do pěti let znovu nabrali zpět. Podobné výsledky jsou patrné i u sportovních aktivit. Lidé, kteří začínají s aktivitou, s ní obvykle do šesti měsíců také skončí. Mnohé z těchto studií (Brown, 2011; Zao et al., 2021) se zabývají otázkou, jak zapojit zdravé chování do běžného života a jak si jej

aktivně udržet. Převážně jde o psychologickou motivaci na úrovni jedince, která je podpořena ze strany státu jako subjektu, jenž by měl o negativních jevech informovat a do jisté míry je i preventivně ovlivňovat. Podrobnému kauzálnímu vysvětlení zmíněné motivace se věnujeme v kapitole o dimenzích zdravého životního stylu. České odborné studie se kompenzačním teoriím nevěnují, proto jsme se rozhodli základní myšlenku těchto teorií do našeho textu zařadit.

Konfrontace zásad zdravého životního stylu s každodenní realitou pracovního stresu, nezdravého stravování a dalších negativních fenoménů působí u mnoha jedinců jako typický příklad kognitivní disonance (Cooper, 2012). Jediným pozitivním řešením této situace na straně jedince je pracovat se svými samoregulačními procesy, což zřejmě vedlo i ke vzniku kompenzační teorie (Radtke et al., 2012; Nooijer et al., 2009; Nooijer et al., 2010; Knäuter et al., 2004; Ernsting et al., 2012). Tato teorie ve svém základu pracuje s jednoduchým principem „guilty – pleasure“. Mezi typické kompenzační výroky například patří kupříkladu „Mohu sníst koláč, když si pak půjdu zacvičit“. Jedná se tedy o teorii, která spíše vysvětluje to, jak se lidé se situací vyrovnávají, než by dávala návod ke správnému chování (racionálnější by nesporně bylo vyhybat se přímo škodlivým vlivům).

Na kompenzaci orientovaný výzkum (Mollborn et al. 2020; Cho et al. 2022; Buriánková et al., 2021) se zaměřuje na vzorec chování, který lidé používají k ospravedlnění nezdravého jednání. Kompenzaci lze nejlépe demonstrovat na příkladu: Mám před sebou dort. Samozřejmě vím, že má vysoký obsah nasycených tuků, cholesterolu, cukru, a proto je nezdravý, ale přesto po něm toužím a představuji si, jak dobře může chutnat. Ačkoli si jedinec uvědomuje, že daná potravina není z hlediska výživy zdravá, může zároveň pociťovat silnou chuť ji konzumovat a představovat si její příjemnou chuť. Tento vnitřní rozpor vede k hledání ospravedlnění, které by umožnilo sladit touhu s představou o zdravém životním stylu. Jedním z častých způsobů racionalizace je představa, že následná fyzická aktivita – například plánované odpolední cvičení – kompenzuje přijaté kalorie a eliminuje potenciální negativní dopady na tělo (Radtke et al., 2012; Roberts et al., 2019; Kronick et al., 2011). Člověk je ochoten věřit tomu, že negativní dopady nezdravých potravin se „neutralizují“ následným cvičením. Kalorické výdaje plánované v budoucnosti mohou „ospravedlnit“ touhu a následnou konzumaci vysoce kalorických potravin.

Jinými slovy, jedinec si může vytvořit přesvědčení, že fyzická námaha v blízké budoucnosti „vyváží“ aktuální odklon od zdravého stravování, čímž se snižuje subjektivně vnímaný pocit viny a zachovává se pozitivní sebepojetí. Jedná se tedy o automaticky regulačně motivované procesy, které snižují kognitivní disonanci s odůvodněním nezdravého

chování a s plánem zapojení sportovní aktivity jako kompenzace předešlé konzumace, čímž se zapojují do zdravého chování. Samotný princip kompenzace nemusí být nutně škodlivý, pokud je realizován v přiměřeném čase a rozsahu. Riziko však nastává ve chvíli, kdy jedinec začne odkládat plánované „vyrovnání“ kalorického příjmu – například fyzickou aktivitu – na neurčito či ji zcela vynechá. Takové opakované posouvání kompenzace může vést k dlouhodobé energetické nerovnováze, a tím i k negativním zdravotním důsledkům, jako je například nárůst tělesné hmotnosti nebo obezita (Brown, 2011).

Zásady zdravého životního stylu bývají v současném diskurzu prezentovány jako ideální vzorce chování podporující zdraví a prevenci civilizačních onemocnění. Tyto normativní představy však často narážejí na každodenní realitu, v níž jednotlivci čelí celé řadě zátěžových faktorů, jako je pracovní stres, časová vytíženost, emoční tenze či omezený přístup ke zdravým volbám. V důsledku této konfrontace vzniká napětí mezi ideálem a praxí, které se mnozí snaží překlenout prostřednictvím kompenzačních strategií.

Kompenzační teorie (Radtko et al. 2012, 2018; Lippke et al., 2011, 2014, 2021; Grimaldi et al., 2021) je založena na principu zdánlivé racionality kompenzačních mechanismů, kterými můžeme vyvážit negativní stránky konzumu. Samozřejmě platí, že vždy je možné částečně kompenzovat některé škodlivé stránky jednání, ale:

- a) jejich efekt nemůže být nikdy dostatečně účinný,
- b) spoléhání na kompenzační schémata podporuje fixaci nežádoucích návyků.

V centru naší pozornosti stojí automaticky regulačně motivované procesy, které snižují kognitivní disonanci s odůvodněním nezdravého chování a s plánem zapojení sportovní aktivity jako kompenzace předešlé konzumace, čímž se zapojují do zdravého chování. Kompenzace sama o sobě nemusí být problematická, pokud je prováděna důsledně a bez výrazného časového odstuhu. Rizikovou se stává tehdy, když jedinec odkládá realizaci zamýšlené „neutralizace“ na neurčito, což může při opakovaném výskytu vést k narušení zdravotní rovnováhy a dlouhodobému zhoršení kondice (WHO, 2020; Cho et al, 2022; Söllner et al., 2022). Dopady nedodržení procesu neutralizace je předmětem kognitivního procesu, který se nazývá – „What the hell effect“, kdy se jedinci vystavují konfliktu s nedodržením svých osobních cílů, tj. vědomě porušují svoje stravovací návyky, ale přitom chtějí zhubnout. Jedním z typických výroků demonstrující zmiňované chování představuje: „Tento dort je příliš sladký a lákavý na to, abych mu odolal“. Jedinec ztrácí motivaci a doslova se oddává a uvolňuje svoje zábrany. Jedním z možných řešení prezentuje kompenzační strategie jako proces ospravedlnění a utužení schopnosti přemoci onu rizikovou situaci (Kronick et al., 2011; Nigg et al., 2022). Jiná psychologická studie dokládá, že lítost vystupuje jako negativní

emoce, když si jedinec uvědomí, že kdyby „nehřešil“, byla by pro něj současná situace přijatelnější (Grimani et al., 2021).

4.1. Wellbeing, Stress ve vztahu ke kompenzačnímu chování

Jak vyplývá z výše uvedeného, problematika kompenzačního chování je vázána na osobní pohodu, a i na osobní nepohodu, která je základním impulsem k vyvolání stresu. Stres sám o sobě se kompenzuje především dostatkem spánku a různými formami relaxace (viz různé druhy pohybové aktivity, wellness atd.). Zajímavým tématem v tomto směru uvažování tvoří nezdravé stravovací návyky, které se spojují s „emočním stravováním“, tj. zajídání stresových a rizikových situací (Cho et al., 2021). Jiný empirický výzkum ukázal, že stres v konfliktních situacích, ať už v práci nebo v rodině je spojen se zvýšenou spotřebou vysokokalorických jídel a nezdravých potravin (Roberts et al. 2019). Studie sledující každodenní chování, deníková studie (Liu et al., 2021) zjistila, že nezdravé stravování na úrovni jednotlivce úzce souvisí s délkou pracovní doby, charakteristikou pracovní aktivity a celkovým rozpoštěním jedince, které určí preferenci výběru potravin ke konzumaci. Jedinci, kteří se nezdravě stravují v tomto případě zajídají přívál momentálních emocí a očekávají okamžité zlepšení jejich nálady. Obecně vztaženo, jedinci disponující vyšší emoční stabilitou mají tendenci hodnotit rizikové situace méně negativně a volí efektivnější strategie odolnosti vůči pokušení (Cho et al. 2021).

4.2. Stravovací návyky ve vztahu ke kompenzačnímu chování

Studie zaměřující se na kompenzační chování a stravovací návyky (Roberts et al. 2019; Harvey et al., 2022) jasně dokládají, že kompenzace nezdravých stravovacích návyků by mohla přispět k vyváženému zdravotnímu stylu. Jedním z možných vysvětlení je, že faktor kompenzace předešlé nezdravé konzumace nevytváří na jedince takový „tlak“ a nezpůsobuje výčitky, jako denní konzumace vysokokalorických potravin. Jinými slovy, občasné zhřešení a následná kompenzace přispívá k udržení tělesné hodnoty, nikoliv k samotné redukci, ale zároveň nepodporuje růst obezity jako takové. Tuto strategii můžeme pozorovat u jedinců s pozitivním vztahem odkazujícím ke zvládání stresových situací, tj. jedinci v dobré psychické a fyzické kondici. Lidé, kteří reprezentují výše uvedené charakteristiky, jsou nejenom celkově zdravější, ale vykazují vyšší míru subjektivního blaha, štěstí (Hamplová, 2018). Z dalších psychologických studií vyplývá, že zcela jasnou a efektivní roli hraje plánovací strategie, která proaktivně vytváří jedinci mentální reprezentaci cílové situace. Samotné předvídání

a plánování, jak rizikovou situaci zvládnout a vyhnout se nežádoucím dopadům se připisuje zvládnutí této situace s dostatečně připravenými prostředky (Kronick et al., 2011; Grimaldi et al., 2021).

Obecný sklon ke kompenzaci nezdravé konzumace je dále spojen s motivací jedince k lepšímu stravování. Podobně platí, že konflikt mezi touhou po vysokokalorických potravinách a „dobrou postavou“ právě aktivuje kompenzaci. Ukazuje se ale, že pokud se kompenzace správně nezavede do každodenního života, dochází k nárůstu hmotnosti, a to v případě nevyváženého přebytku kalorického příjmu (Kronick et al., 2011; Knäuper et al. 2004; Lippke et al., 2021). Otázkou dále je, jak se jedinci vypořádávají s výše uvedenými spouštěči nadměrné spotřeby vysokokalorických potravin. Například někteří jedinci se domnívají, že vynechání snídaně by mohlo vykompenzovat konzumaci sladkých jídel (sladkostí). V této souvislosti zůstává ovšem otázkou, že zdravě kompenzovat zároveň nelze srovnávat se skutečným chováním jedince. Zahraniční autoři uvádějí různé faktory, které mají na inklinaci jedinců ke kompenzačnímu chování ve stravování potenciální vliv (Vandevijvere et al. 2015; Carrière, et al. 2018; Raedke et al. 2018). Těmito faktory plánování jsou problémy s iniciováním akce s překonáváním překážek a potřebou vytrvalého úsilí k dosažení a udržení vytyčeného cíle. Všechny tyto faktory byly identifikovány ve vztahu s jedincovou vůlí v rizikové situaci, a především k jejímu úspěšnému zvládnutí v každodenních činnostech. Většina studií o tom, že zmíněné individuální charakteristiky zvyšují šance na úspěšnou kompenzaci na dosažení vytyčeného cíle, je spíše psychologické povahy a pracuje s poměrně omezeným a mnohdy úzce specifickým vzorem respondentů (Conner et al., 2011; Thompson et al., 2020). Reprezentativních výzkumů a reprezentativních longitudinálních výzkumů, kde byl zjišťován vliv kompenzačního chování ve stravování ve vztahu k individuálním charakteristikám, je velmi málo. Výběr a konzumace potravin je spojena ale i s jinými důležitými fakty, například jídlo může být propojeno s emocemi, ale i se sociálním tlakem skupiny. Ale také hladovění vytváří celou škálu životního stylu, a především problematizuje dosahování toho zdravého. To, jak vybíráme potraviny, pozitivně působí na výběr životního stylu. Zdravé stravovací návyky podporují automaticky zdravý životní styl, přičemž ovšem individuální představy člověka o jeho podobách jsou různé, a také expertní názory se občas v průběhu času mění. Konceptualizace „nezdravého stravování“ také vymezuje široké spektrum položek souvisejících s nutričním obsahem potravin, doporučeným množstvím (přejídáním), metodou přípravy, vysokým obsahem cukrů a kalorií, umělých barviv, stravování v nočních hodinách, konzumace v rychlých občerstveních apod. Dalo by se říci, že nezdravé stravování představuje samostatný životní styl (nezdravý životní styl) než pouhou

konzumaci nezdravých potravin (Torres et al., 2007; Cho et al. 2021; Werle et al. 2019). Výsledky analýzy baterie otázek o kompenzačním chování na sledovaných datových souborech přinášíme ve výsledkové části.

4.3. Pohybová aktivita ve vztahu ke kompenzačnímu chování

Co se týče pohybové aktivity a samotného stravování, spatřujeme úzkou až neoddělitelnou provázanost, tj. je obtížné změnit jedno, aniž byste změnili druhé. Behaviorální zahraniční výzkumy zabývající se psychologií stravovacích návyků a pohybové aktivity, tj. samotného fyzického cvičení jasně dokazují, že (Dohle et al., 2022; Albarracin et al., 2009; Foright et al., 2020; Thompson et al. 2020; Lippke et al., 2021) pohybová aktivita zároveň zvyšuje příjem potravy. Dokonce reklamy, které propagují jakoukoliv „fitness“ či pohybovou aktivitu ovlivňují spotřebu jídla u jedinců s nadváhou. Kromě toho výzkumy ukazují, že samotná pohybová aktivita nemusí vést ke ztrátě hmotnosti u jedinců s nadváhou či obezitou, ale k otevřenosti vůči přístupu ke zdravému životnímu stylu a jeho udržitelnosti. Obezita zde vystupuje jako multifaktorový fenomén, který vyžaduje komplexní přístup analýze (Bunc 2018, 2016). Obecně můžeme říci, že vztahu mezi „mírou“ stravování a pohybovou aktivitou nebyla dosud věnovaná značná pozornost. Konkrétně „míra“, do jaké jedinci věří, že pohybová aktivita kompenzuje spotřebu potravin, vede k ovlivňování množství samotné konzumace (Dohle et al. 2022; Harvey et al., 2022). Ospravedlnit si nezdravou konzumaci u jedinců, kteří pravidelně cvičí, ukazuje, že zdravý životní styl, který je s nimi každodenně spjat usnadňuje pomyslné rozhodnutí o nezdravém výběru potraviny. Mezi typické výroky reprezentující toto chování patří například (již uvedené) - „Člověk si může dát trochu více jídla aniž je zdravé, když si pak jde zacvičit“ (jednotlivé výroky analyzujeme ve výsledkové části). Kompenzační „odměna“ je formována především vnitřní motivací a nemusí nutně vést k nárůstu hmotnosti jedince. Odměna přejímá roli reflexe ocenění za předešlý výkon, pokud je výdej energie a příjem v žádoucí rovnováze. Některé výzkumy také ukazují, že pravidelní cvičenci, kteří jsou aktivní po dobu až 5 hodin týdně, nemusí dodržovat speciální stravovací doporučení (Shahar et al. 2005; Torres et al., 2007). Další studie ale potvrzuje (Harvey et al., 2022), že jedinci, kteří se pravidelně pohybují, by měli být ve své volbě konzumace potravin po cvičení velice opatrní, tj. předešlá fyzická aktivita se ztratí při konzumaci vysokoenergetických potravin. Studie (Dohle et al. 2022), zaměřující se na vztah stravovacích návyků a pohybové aktivity dokládá, že aktivní jedinci, (tj. pravidelně pohybově aktivní jedinci) automaticky ztrácejí pocit viny z nezdravé konzumace při kompenzaci fyzickou aktivitou. Ta samá studie také zjistila, že zdravý životní

styl je úzce vázán na pohybovou aktivitu, tj. v neaktivních dnech (bez pohybu) jedinci automaticky konzumovali více kalorická jídla.

Pohybová a sportovní aktivita hraje zcela zásadní roli v kompenzačním chování, protože spolu s kvalitní stravou a občasnou kompenzací přispívají pozitivně ke zdravému životnímu stylu (Harvey et al., 2022; Knäuper et al. 2004; Al-Mhanna, et al. 2023). Jinými slovy kompenzace předešlé nezdravé konzumace pohybovou aktivitou přispívá k udržení tělesné hmotnosti, ale nikoliv k samotné redukci. Problém ale spíše spočívá v tom, že kompenzační chování není v tomto smyslu aktivní ve skutečném chování jedince, tj. zdravé stravovací návyky nebudou kompenzovat nadměrné kouření, nebo nadměrnou konzumaci alkoholu. Samotné zdravé stravovací návyky a dostatek pohybové aktivity nevyrovnají negativní účinky alkoholu a kouření, a nejsou v tomto případě dobrým prediktorem celkového pozitivního působení na zdraví jedince.

Hlavním záměrem zmiňovaného fenoménu kompenzační strategie je zmapovat postoje situace tohoto specifického chování v českém prostředí. Protože jsme měli možnost včlenit typické dotazy na kompenzační strategie, které lze pojednat i jako odolnost vůči pokušení takové „racionalizaci“ podlehnout, do šetření zaměřeného na komponenty zdravého životního stylu, považujeme za užitečné zjistit, nakolik jsou uvedené tendence zastoupené v české populaci. Výsledky přináší analytická část práce.

5 METODIKA PRÁCE

Hlavním cílem práce je ověření míry determinace jednotlivých složek zdravého životního stylu. S ohledem na obtížné hledání jednoho ukazatele zkoumáme odděleně podmíněnost správného stravování, sportovní a pohybové aktivity, wellbeing a doplňkové kouření a nadměrnou konzumaci alkoholu. V analýze jednotlivých dimenzí zdravého životního stylu bereme ohled vedle základních sociodemografických proměnných také na informovanost, postoj, wellbeing a kompenzační strategii jako zprostředkující faktory zdravého životního stylu. Obohacením analýzy je začlenění kompenzační teorie, protože tyto strategie oslabují racionalitu jednání. V případě rizikového chování hraje kompenzační strategie významnou roli.

V následující části práce se reflektuje zdravý životní styl v datech provedených sociologických analýz a na změření hlavního cíle práce využíváme tři datové soubory. Nejprve si problematiku analyticky přiblížíme z dat mezinárodního výzkumu ISSP (2011), který slouží k porovnávání dílčích dimenzí mezi vybranými evropskými zeměmi. Následně čerpáme z dat provedeného výzkumu „Aktér 2013“ a výzkumu společnosti Median, s.r.o. 2023 – „Zdravý životní styl“, kam se nám podařilo zakomponovat baterie otázek o zdravém životním stylu, o jeho limitech a formách.

Data sledovaného souboru ISSP (2011) poskytují určitý úvodní obrázek problematiky zdravého životního stylu z hlediska empirické analýzy, přičemž mezinárodní srovnání by nám mělo posloužit ke zmapování situace sledované problematiky v Česku v širším kontextu. Volně přístupná data ISSP (Program mezinárodního sociálního průzkumu) jsou mezinárodní data, a většinou každoročně prostřednictvím analýz se sledují společensko – vědní témata, která pokrývají nejrozličnější země celého světa. Modul – „Zdraví a vyhledávání zdravotní péče“, který je relevantní pro analyzované téma práce, se sleduje přibližně jednou za deset let. Aktuálně je dostupný pouze dotazník za rok 2021, ale data z tohoto modulu zatím nejsou bohužel k dispozici. Co se týče obsahu dotazníku, otázky ohledně zdravého životního stylu jsou z obou vln, a to z roku 2011 a roku 2021 zcela identické. Než se dostaneme k hlavním datovým souborům, které tvoří pole hlubších analýz naší práce, přiblížíme si vybrané otázky zdravého životního stylu na datech ISSP z roku 2011.

5.1. Vybrané otázky zdravého životního stylu v datovém souboru ISSP

V tomto oddíle se věnujeme postavení České republiky v souvislostech a srovnání napříč vybranými evropskými státy. Při hledání odpovědí jsme využili dat ISSP 2011 Health and Health Care (ISSP Research Group, 2015). Mezinárodní výzkum ISSP týkající se problematiky zdraví a zdravotní péče byl realizován v roce 2011 a v České republice se jej zúčastnilo 1 804 respondentů²⁰. Pro potřeby naší analýzy jsme vybrali sousední země středoevropského kontextu, přičemž Itálie a Švédsko slouží jako kontrast s ohledem na konzumaci ovoce a zeleniny a Nizozemí reprezentuje západní Evropu. Obecně jde o zachycení vlivu geografických podmínek a tradice, což se dá hypoteticky předpokládat zejména u konzumu ovoce a zeleniny. V této kapitole netestujeme žádné rozdíly, ale popisujeme fenomén zdravého životního stylu v datech ISSP.

Data obsahují dvě baterie otázek týkající se zkoumané problematiky zdravého či nezdravého životního stylu. První z nich se týká kouření (viz Tabulka 1) a druhá baterie otázek měří spotřebu alkoholu, pohybovou aktivitu a frekvenci konzumace ovoce a zeleniny (viz Tabulka 2).²¹ Kouření je v datech ISSP měřeno na sedmibodové škále, v datech Aktér na pětibodové. Z hlediska srovnatelnosti údajů chceme připomenout, že pro potřeby další analýzy stačí používat dichotomické rozlišení na kuřáky a nekuřáky (s rozlišením těch, kteří buď nikdy nekouřili, anebo kouřili v minulosti). Studie dokládají (Hamplová, 2018; Nooijer et al., 2010; Durazzo et al., 2020), že toto rozlišení bez ohledu na intenzitu kouření se zcela běžně používá v různých typech srovnávacích analýz. I když častěji se využívá nejjednodušší rozlišení na kuřáky a nekuřáky. Specifickou analýzu rizikového chování napříč evropskými zeměmi pak přináší Hamplová (2018).

²⁰ Základní deskriptivní charakteristiky datového souboru: muži 44,7 %, ženy 55,3 %, věk 18–65 a 65+.

²¹ Za ovoce jsou zde považovány všechny druhy ovoce (včetně mraženého, kompotovaného, vylisovaného ovoce), vyjma ovocných džusů z koncentrátu. Do zeleniny jsou zahrnuty zeleninové šťávy, zeleninové saláty, vyjma brambor a šťáv připravených z koncentrátu.

Tabulka 1 Frekvence kouření v ČR (v %).

Kouříte, a pokud ano, přibližně kolik cigaret denně?

Nekouřím a nikdy jsem nekouřil/a	46
Nekouřím, ale dříve jsem kouřil/a	21
Kouřím 1–5 cigaret denně	8
Kouřím 6–10 cigaret denně	11
Kouřím 11–20 cigaret denně	12
Kouřím 21–40 cigaret denně	2

Zdroj: ISSP, 2011.

Tabulka 2 Frekvence konzumace alkoholu, ovoce a zeleniny a zapojení do pohybových aktivit v ČR (v %).

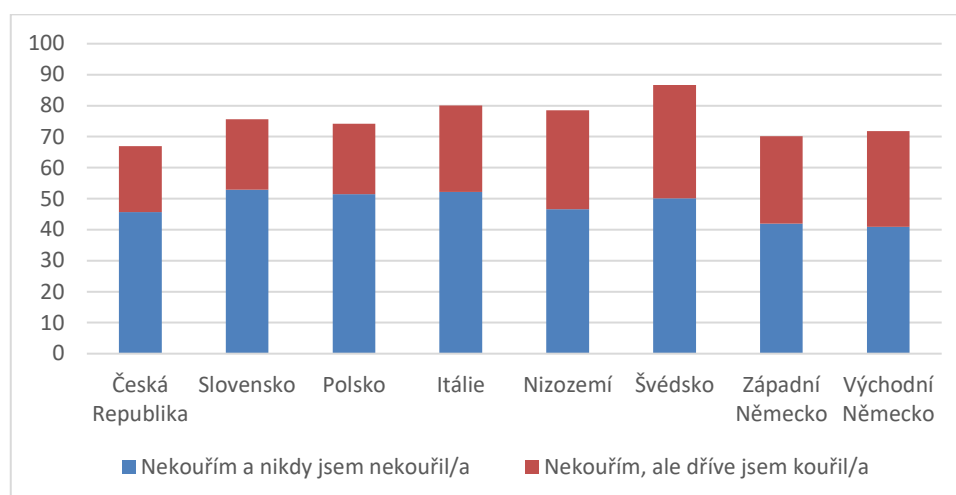
Jak často?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Několikrát za měsíc	Několikrát za týden	Denně
V jednom dni vypijete pět nebo více alkoholických nápojů?	46	34	15	5	0
Děláte nejméně 20 minut nějakou fyzickou aktivitu, při které se zapotíte nebo zadýcháte víc, než je obvyklé?	15	17	31	25	12
Jíte čerstvé ovoce nebo zeleninu?	1	4	19	41	35

Zdroj: ISSP, 2011.

Nejprve se podívejme na procentuální zastoupení podílu nekuřáků pro Českou republiku a další evropské země. Graf ukazuje, že v Česku stejně jako ve většině zemí, tvoří téměř 50 % populace trvalí nekuřáci. V případě nekuřáků, kteří v minulosti kouřili, se výrazněji odlišuje jen Švédsko, v postkomunistických zemích je tento podíl o něco nižší. V Česku je ovšem podíl kuřáků nejvyšší, naopak nejpriznivější je situace ve Švédsku a v Itálii (rozdíl je zhruba dvacet procentních bodů).²²

²² Podle dat EHIS (2019) je na Slovensku o něco vyšší podíl denních kuřáků (23 %) než v Česku. Platí tedy spíše to, že vzorce kouření jsou si dosti podobné.

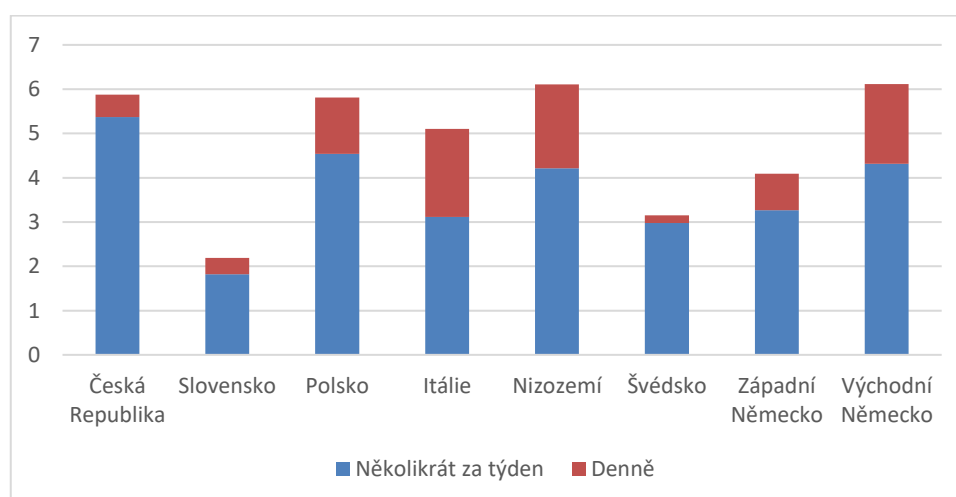
Graf 1 Podíl nekuřáků napříč vybranými zeměmi (v %).



Zdroj: ISSP, 2011.

Co se konzumace alkoholu týče, odborné studie dokládají skutečnost, že za rizikovou konzumaci alkoholu považujeme pět a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti (Hamplová, 2018; Bayer et al., 2006; EHIS, 2019). Například WHO (2022) uvádí, že státy Evropské unie tvoří největší počet rizikových konzumentů alkoholu. Pro potřeby srovnání spotřeby alkoholu v tomto případě stanovujeme, že pití této dávky označujeme za rizikové v kategorii s frekvencí „několikrát za týden“²³ a vyšší. Jak ukazuje Graf 2, Češi v kategorii „několikrát za týden“ zaujímají první příčku, ovšem v denní konzumaci je dohánějí postupně Poláci, Holanďané, Italové a Němci (jde ovšem o rozdíly v řádu procent).

Graf 2 Riziková konzumace alkoholu napříč vybranými zeměmi (v %).

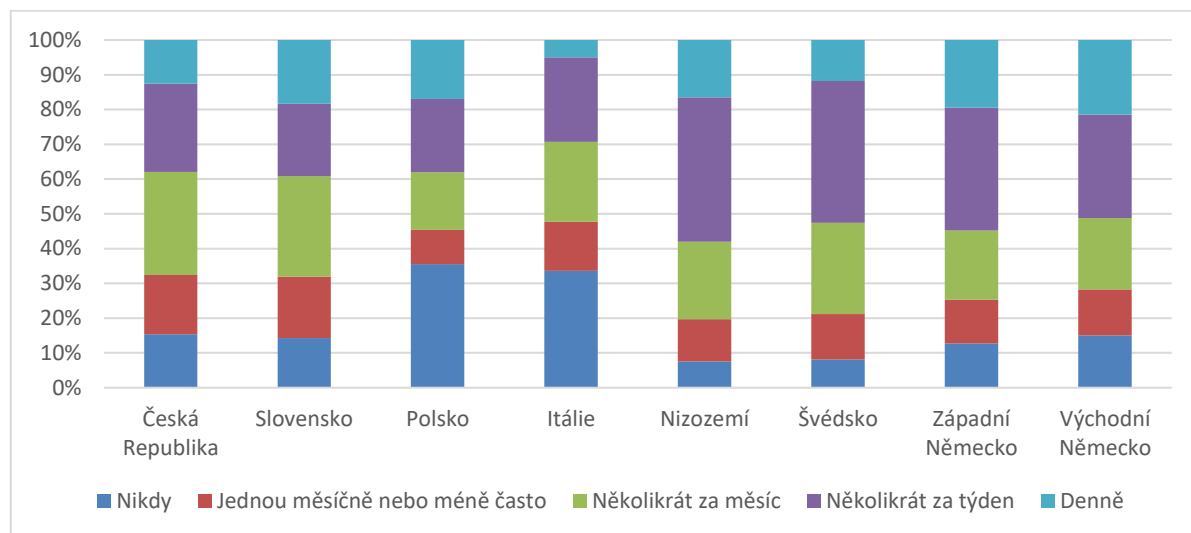


Zdroj: ISSP, 2011.

²³ Studie dokládají (Hamplová, 2018; Pajak et al., 2013; Naimi et al., 2003), že za rizikovou konzumaci alkoholu považují pět a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti, a to jednou měsíčně. Data ISSP samostatnou kategorii „jednou měsíčně“ neposkytují. Pracují pouze s variantou „jednou za měsíc nebo méně často“. Pro potřeby srovnání a lepší vizualizaci jsme vybrali kategorie „několikrát za týden“ a „denně“.

Procentuální zastoupení pohybové aktivity ve srovnání zemí zobrazuje Graf 3. V českém prostředí určitou aktivitu v kategorii „několikrát za týden nebo denně“ nahlásila třetina dotazovaných. Pro srovnání můžeme uvést, že počet odpovědí v kategorii „několikrát za týden a častěji“ překročil hranici 50 % v pořadí Holandsko, Švédsko a Německo. Denní pohybovou aktivitu zaznamenáváme nejvíce v Německu.

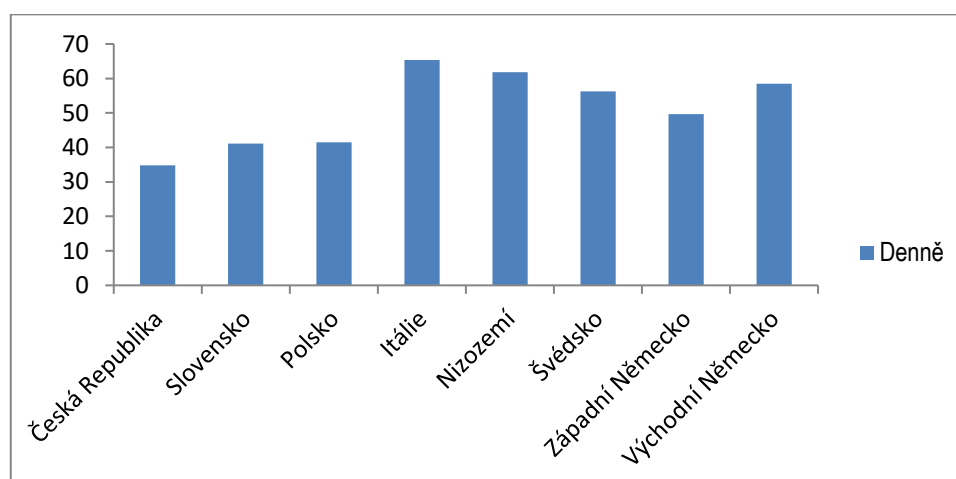
Graf 3 Pohybová aktivita napříč vybranými zeměmi (v %)



Zdroj: ISSP, 2011.

Dostatečný příjem ovoce a zeleniny tvoří jeden z ukazatelů zdravých stravovacích návyků. Graf 4 dokládá skutečnost, že z hlediska denního příjmu ovoce a zeleniny jsme na tom výrazně hůře oproti sledovaným evropským zemím. Určitě nepřekvapí, že respondenti žijící na jihu Evropy (zde Itálie – ve více než 60 %) častěji konzumují ovoce a zeleninu než Středoevropané, důležité však budou i další faktory jako dostupnost (viz tradiční produkce těchto komodit v Nizozemí), nebo v kultuře založené tradice, druhové složení apod.

Graf 4 Denní příjem ovoce a zeleniny napříč vybranými zeměmi (v %)



Zdroj: ISSP, 2011.

V tomto oddíle jsme se zaměřili na zmapování kontextu zkoumané problematiky a na srovnávání České republiky s vybranými evropskými zeměmi. Problémovou charakteristiku ČR představuje vyšší podíl kuřáků a nižší spotřeba zeleniny, v otázkách rizikového pití alkoholu a míry pohybových aktivit patříme spíše do pásma průměru. Data ISSP jsme použili proto, že obsahují podobné baterie otázek jako výzkumy Aktér 2013 a Zdravý životní styl 2023, rovněž tedy měří zdravé/nezdravé chování. Umožňují tak určitou kontrolu validity zjištění vyplývajících z následující analýzy situace v ČR.

6 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA: DATA A PLÁN ANALÝZY

V teoretické části disertační práce jsme se pokusili o teoretické zarámování zdravého životního stylu, přičemž jsme nastínili i povahu jeho jednotlivých dimenzí a upozornili na zajímavý fenomén kompenzačních přístupů. Jak jsme mohli vidět na vybraných zahraničních studiích, nabízí se celá řada přístupů k empirickému zkoumání pojednávané problematiky. Pro naše empirické ukotvení představuje hlavní cíl práce prozkoumat vliv strukturálních charakteristik jednotlivých aktivit zdravého životního stylu a porovnat jejich váhu s informovaností a postoji se zvláštním zřetelem na roli kompenzačních postojů. Nakonec je pozornost věnována na výzkumné otázky a hypotézy, které navazují na výzkumné otázky a konceptuální schémata a uplatňují se ve všech krocích analýzy.

Z předešlého oddílu je patrné, že pro potřeby naší analýzy využíváme několik datových souborů. První soubor dat slouží ke srovnání analyzované problematiky s ad hoc vybranými zeměmi tvoří výše popsany mezinárodní výzkum ISSP. Data z tohoto výzkumu nicméně slouží pouze k vyjádření kontextu a zakomponování situace České republiky do evropských souvislostí. Základní zdroje dat jsou výzkumná šetření „Aktér 2013“ a data Median, s.r.o. 2023 s názvem „Zdravý životní styl“ 2023, které slouží k dílčí i hlubší analýze. S pomocí těchto dat vysvětlujeme fenomén zdravého životního stylu a zkoumáme jeho souvislosti s relevantními společenskými faktory.

Z hlediska časové osy by bylo na místě zdůraznit, že data „Aktér 2013“ slouží spíše jako pilotní ověření zkoumané problematiky a zároveň odrazový můstek pro další analýzu. Postup práce s daty, popsany v následném podkapitole "Plán analýzy", umožňuje flexibilně pracovat s oběma datovými soubory podle specifik našich výzkumných otázek. V některých případech jsme rozšířili baterie otázek na základě analýzy z roku 2013, některé otázky jsme do analýzy z roku 2023 nezařadili na základě výsledků.

Jedním ze základních zdrojů dat tvoří výzkum „Aktér 2013“, jehož data jsou intenzivně využívána. Dotazník tohoto šetření obsahuje několik baterií otázek o zdravém životním stylu, které se nám podařilo do výzkumu zakomponovat. Výzkum byl v České republice realizován v roce 2013 (agenturou STEM) a hlavním cílem víceméně omnibusového projektu Aktér 2013 bylo postihnout zejména posun ve vývoji historického vědomí, ověřit metodologii při výzkumu hodnotových orientací, sledovat rizika, životní styly a perspektivy v české společnosti. Výzkumný vzorek tvořilo 1 088 respondentů představujících kvazi-reprezentativní výběr populace ve věku 18 až 65 let. Sběr dat proběhl

formou kvótního výběru, přičemž jednotlivé kvóty byly stanoveny na úrovni rozdělení pohlaví, vzdělání, věku, velikosti obce a kraje (tabulka 3).

Dalším zdrojem dat se stává výzkum, který byl realizován agenturou Median, s.r.o. s názvem „Zdravý životní styl 2023“ prostřednictvím jehož jsme rozšířili baterie otázek o zdravém životním stylu a kompenzačních strategií. Výběr respondentů odpovídal standardům, mezi které patří reprezentativnost vzorku respondentů, věk respondentů, starší 15 let, a standardizovaný sběr dat. Reprezentativní vzorek respondentů je v tomto výzkumu zajištěn kvótním výběrem a vzorek populace tvořilo 1095 respondentů. Základní charakteristiky datových souborů (kvótní znaky) dokládá Tabulka 3.

Tabulka 3 Kvótní znaky datového souboru „Aktér 2013“, Kvótní znaky datového souboru „Zdravý životní styl 2023“.

	N=1088	N=1095
<i>Pohlaví</i>		
Muži	49 %	48 %
Ženy	51 %	52 %
<i>Vzdělání</i>		
Základní	13 %	11 %
Vyučen (bez maturity)	37 %	38 %
Maturita	36 %	41 %
VŠ	15 %	10 %
<i>Věková kategorie</i>		
18–29 let	19 %	25 %
30–44 let	29 %	24 %
45–59 let	25 %	26 %
60–65 let	27 %	25 %

Zdroj: Aktér 2013, N=1088, Zdravý životní styl 2023, N=1095.

Předložená analýza shrnuje hlavní výsledky uskutečněných výzkumných šetření v souladu s předem stanovenými průzkumnými okruhy a rozšiřuje je o další, konkrétnější analýzy. Použitý aparát zahrnuje výsledky třídění 1. stupně, třídění 2. stupně, studia dílčích korelací, a také faktorové analýzy, ANOVY a clusterové analýzy. Ke všem typům analýz jsme využili statistického programu IBM SPSS 24.

6.1 Plán analýzy

Na základě výše uvedených poznatků po uvedení do empirické části práce, je třeba upozornit na to, jak budeme postupovat. Nejprve si popíšeme konceptuální rámec analýzy, který nám přiblíží vazby sledovaných proměnných a jejich explanační potenciál. Hlavní hledisko spočívá v prozkoumání charakterizovaných dimenzí zdravého životního stylu, jejich vzájemných souvislostí, vlivu strukturálních proměnných s důrazem na kompenzační chování. S ohledem na jejich výše popsany popis oba datové soubory k analýzám vzájemně kombinujeme, což nám zaručuje získat kontinuitu a výpovědní hodnotu zkoumané problematiky zdravého životního stylu.

Snaha o zevrubné analyzování zdravého životního stylu, jak předmětu našeho výzkumu nás dohnala k tomu, že využíváme hned dva datové soubory. K prvotním analýzám v kapitole o dimenzích a zdravého životního stylu využíváme oba datové soubory „Aktér 2013“ a „Zdravý životní styl 2023“. U dimenzí ohledně kouření a konzumace alkoholu využíváme data výzkumu „Aktér 2013“, neboť jejich existence nám připadá jako univerzálně přítomná, proto nejsou záměrně součástí aktuálnější verze dotazníku (Zdravý životní styl 2023), jeví se jako celkem jasné. Sportovní a pohybovou aktivitu a správné stravovací návyky měříme pomocí obou datových souborů (Aktér 2013, Zdravý životní styl 2023). Na měření postojů k zdravému životnímu stylu, informovanosti a psychické pohody jsme se zaměřili také oba datové soubory (Aktér 2013, Zdravý životní styl 2023). Nicméně v této kapitole přistupujeme ke zmiňovaným proměnným jinou optikou, než na datech z roku 2013. Vzájemné souvislosti zdravého životního stylu a strukturálních proměnných se mapují převážně pomocí obou souborů, jako v předešlé kapitole. U položek o konzumaci alkoholu a kouření vycházíme se starších dat (Aktér 2013, viz výše). Odolnost vůči kompenzaci je nejprve měřena pomocí starších dat a následně využíváme rozšířené baterie otázek o kompenzačním chování z roku 2023. Analytickým pohledem na data je zkoumána i poslední kapitola, které využívá taktéž datového souboru z roku 2013.

Pro lepší pochopení procesu analýzy jsme pro oba soubory dat vytvořili konceptuální rámec plánu analýzy.

6.1.1 Postup analýzy datových souborů 2013, 2023

V návaznosti na teoretickou část práce si klademe za cíl v části empirické postihnout chování aktérů v jednotlivých dimenzích zdravého životního stylu. V našich analýzách (kapitolách) se soustředíme na stav a vzájemné souvislosti dimenzí zdravého životního stylu,

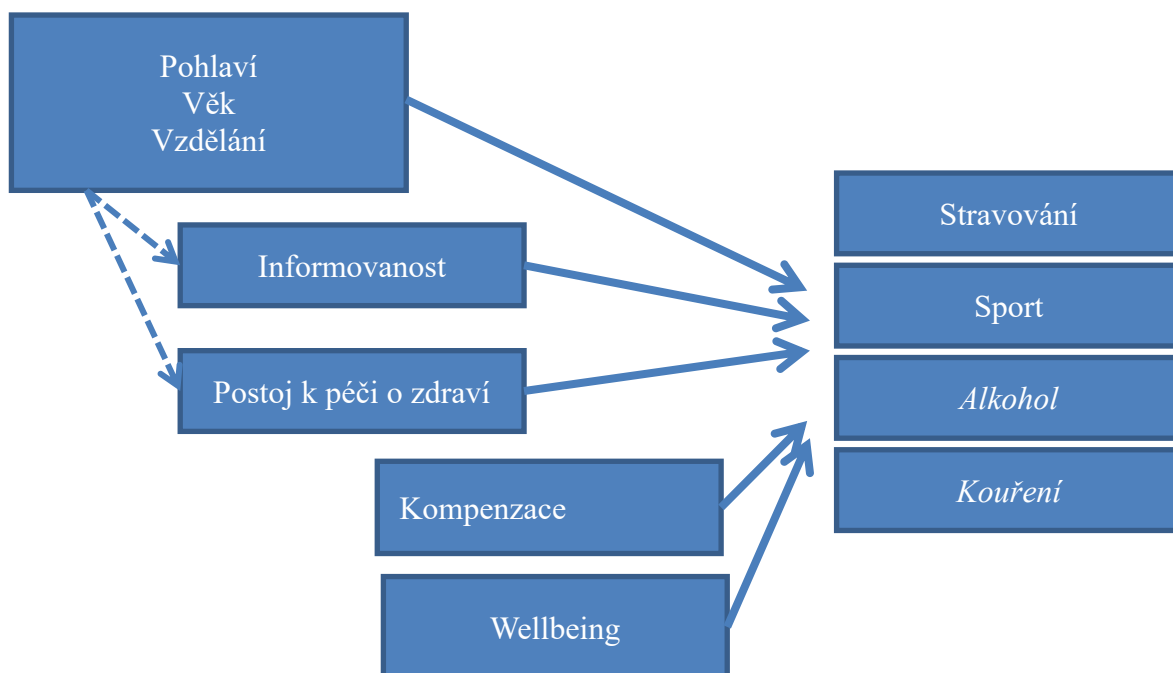
tj. sportování, zdravého stravování, psychické pohody (životní pohody), ale třeba také rizikového chování, jakým je konzumace alkoholu a kouření. Tyto dimenze dostatečně pokrývají klíčový koncept zdravého životního stylu (Stefansdottir et al., 2007; Marques et al., 2020; Johansson et al., 2000, Cockerham 2005, 2022, 2023), přitom umožňují poměrně detailní sledování chování lidí a jeho podmíněnost sociálními faktory. Konstrukce jedné syntetické proměnné ovšem zůstává problémem už proto, že jednotlivé dimenze nemusejí být na úrovni jednotlivce vždy v souladu, jakkoli mohou korelovat. Přesto se můžeme o určitou syntézu pokusit.

Další kapitola se věnuje postoji (ve smyslu uznání důležitosti zdravého životního stylu a péče o něj) a informovanosti jako dalšímu zprostředkujícímu faktoru zdravého životního stylu či komponentě sledovaného chování. Navazující kapitola analyzuje spektrum postojových otázek, jež mohou silně ovlivňovat specifické chování. Věnujeme jí kompenzační teorii, která nabízí vysvětlení pro často zjišťovanou inkongruenci mezi postoji, informacemi a chováním. Představy o tom, že některá rizika je možno efektivně kompenzovat, budou zřejmě dosti rozšířenou komplikací při formování skutečně zdravého životního stylu. Budeme postupovat od popisu jednotlivých dimenzí, přes tvorbu sumačních indexů k regresním modelům zkoumajícím prediktory utváření zdravého životního stylu. Využívat budeme také faktorovou a klastrovou analýzu při zkoumání různých podob kompenzačních strategií (odolnosti vůči svodům). Kapitola o podmíněnosti jednotlivých dimenzí tuto část uzavře. Poslední kapitola se věnuje možnosti typologie zdravého životního stylu.

6.1.2 Konceptuální rámec na datech z roku 2013

Postup analýzy bychom mohli přiblížit zpřesněním určitého konceptuálního rámce (Obrázek 4). Nejedná se o model, avšak naznačujeme východiska pro pozdější konstrukci modelů (vždy v několika krocích), které budeme v pokročilé fázi analýzy ověřovat pomocí regrese. Před analýzou základních vazeb v modelu znázorněných šipkami prozkoumáme samostatně vliv indikátorů sociálního postavení na ostatní faktory (naznačeno přerušovanou čarou). To bude důležité i u faktoru kompenzace, který může být korelován s ostatními. Ochotu něco kompenzovat může pochopitelně zvyšovat jak subjektivně pociťovaná vyšší míra péče o své zdraví, tak třeba i malá informovanost. Nepředpokládáme však, že vzájemné korelace mezi faktory by měly mít jakkoli zásadní vliv.

Obrázek 4 Konceptuální rámec postupu analýzy.



Zdroj: sestaveno autorkou. Proměnné „alkohol“ a „kouření“ jsou v rámci analýzy chápány jako rizikové faktory. V analýze jsou zohledněny pouze okrajově, a to při posuzování vlivu sociodemografických proměnných. Proměnné jsou značeny kurzívou.

Považujeme za více než pravděpodobné, že stejný přístup budeme muset zvolit pro každou ze sledovaných dimenzí zdravého životního stylu zvlášť, poněvadž i na této straně nebudou vzájemné korelace silné (pokud se vůbec podaří nějaké prokázat). Přičemž samozřejmě počítáme s odlišností výsledků v jednotlivých dimenzích. Kupříkladu větší efekt kompenzačních postojů lze očekávat v oblasti rizikového chování. Sportování může být také jedním z nástrojů kompenzační strategie, ale zároveň nelze opomenout, že nedostatek pohybu může být zároveň předmětem kompenzačního uvažování. V našem přístupu se soustředíme na hlavní vazby mezi faktory a dimenzemi zdravého životního stylu. Je nám jasné, že přidávání dalších proměnných do analýzy by oživilo problém složitých vzájemných interakcí, pro jejichž vysvětlování by se těžko nacházel konzistentní teoretický rámec.

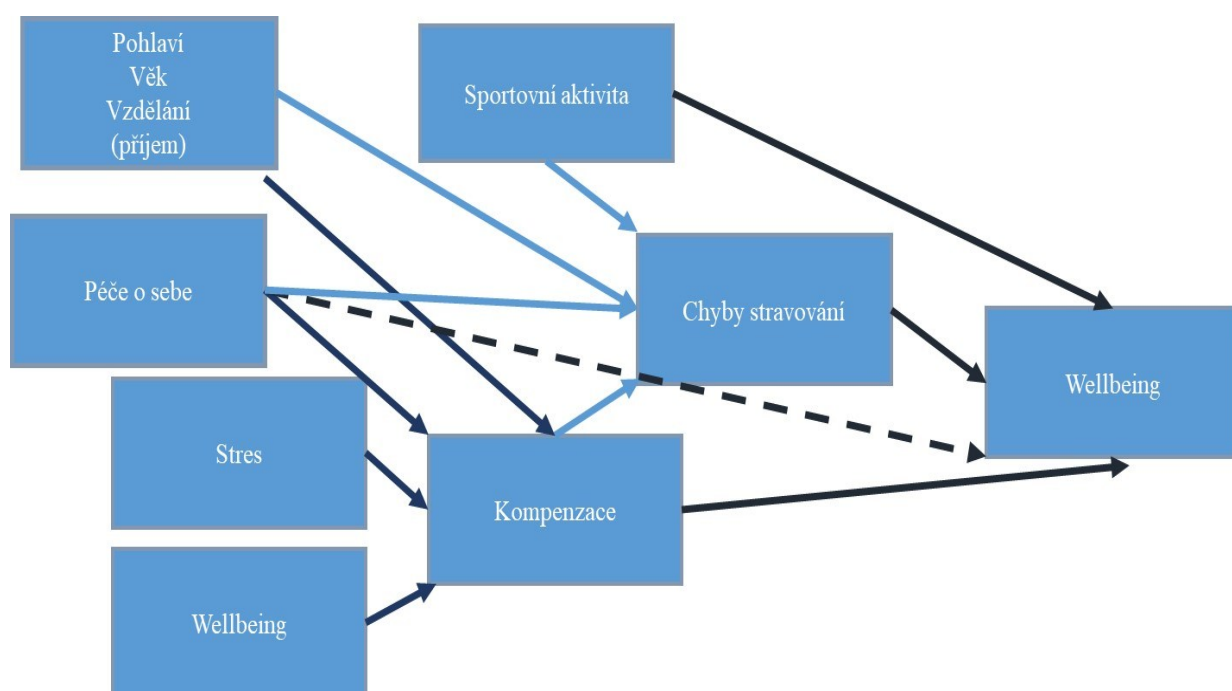
Proměnnou psychické pohody (wellbeing) ponecháváme na straně prediktorů, i když si ji dovedeme představit i v roli samostatné dimenze samotného zdravého životního stylu, případně dokonce i jakési výsledné závisle proměnné. V modelech by tak či onak měla reprezentovat silnou závislost a zvyšovat jejich explanační potenciál.

Pokud jde o sociodemografické proměnné, pro dílčí analýzy použijeme čtyři základní (pohlaví, věk, vzdělání, subjektivní sociální status). V regresní analýze se soustředíme na první tři, protože subjektivně deklarovaný sociální status zahrnuje kromě dimenze ekonomické situace také efekt vzdělání, který již zachycuje samostatná proměnná.

Ke statusovým souvislostem se vrátíme až po konstrukci typologie zdravého životního stylu. Ve snaze otevřít další směry zkoumání totiž připojíme ještě explorativně pojatou kapitolu, v níž se pokusíme na základě proměnných, které máme k dispozici, o hledání možností typologizace životních stylů. Klastrovou analýzu ale využíváme i v kapitole o možnostech typologie kompenzačních výroků, kde využíváme její potenciál o hledání typů kompenzačních postojů.

6.1.3 Konceptuální rámec na datech z roku 2023

Obrázek 5 Konceptuální rámec postupu analýzy 2023.



Zdroj: sestaveno autorkou.

Konceptuální rámec se zakládá na předchozím modelu, nicméně je aktualizován s důrazem na odolnost v kompenzačních strategiích. Analytický postup, který jsme pro tento datový soubor zvolili, se zaměřuje na to, kdo tyto strategie využívá a jaké to má důsledky. Důraz je kladen na roli kompenzačních mechanismů při formování zdravého životního stylu, což zahrnuje odpovědi na dvě hlavní otázky: jak často jsou tyto mechanismy využívány a kdo je uplatňuje, a dále, jaké to má následky pro zdravé stravování a wellbeing.

Hlavním obohacením tohoto schématu je, že koncept wellbeingu se v posledním kroku stává proměnnou závislou. Lze totiž diskutovat o tom, zda wellbeing směřuje ke kompenzačnímu chování, nebo naopak, zda je vyústěním procesu kompenzace a reprezentuje jeho konec. Z předchozí analýzy vyplývá, že wellbeing není příčinou kompenzace a vystupuje

jako míra celkové efektivity konceptu. Jinými slovy, ukazuje, zda respondenti dosahují duševní pohody či nikoliv.

Podle obrázku bychom mohli nejprve analyzovat model Kompenzace, který zahrnuje proměnné – sociodemografické ukazatele, Index péče o sebe, vystavení se stresu a index wellbeingu. Rozšířený model v sobě zahrnuje proměnné sportovní a pohybovou aktivitu, péči o sebe a strukturální proměnné, zkoumá jejich vliv na proměnnou Chyby ve stravovacích návycích. Konečně výsledný model, který v sobě zahrnuje chyby ve stravování a proměnné, které je ovlivnily, tj. kompenzaci, sportovní a pohybovou aktivitu a péči o sebe, sociodemografické proměnné, můžeme značit jako Wellbeing, který vystupuje v roli konečného výsledku.

6.1.4 Výzkumné otázky a hypotézy k oběma datovým souborům

Již v úvodu práce jsme zmínili, na které výzkumné otázky by měla práce odpovědět:

- V jaké míře lidé naplňují ve svém chování jednotlivé dimenze zdravého životního stylu, jaká část dospělé populace vykazuje rysy zdravého životního stylu?
- Jsou jednotlivé dimenze zdravého životního stylu mezi sebou závislé? Zakládá to možnost jejich integrace do určitého jednoduchého indexu?
- Ovlivňují jednotlivé ukazatele nebo jejich latentní dimenze (souhrnné indexy) sociodemografické proměnné?
- Jakou roli hrají informace a postoje ke zdravému životnímu stylu?
- Do jaké míry aktéři využívají kompenzační strategie?
- Je možné rozlišit nějaké výraznější typy zdravého, respektive nezdravého životního stylu?
- V jaké míře jsou v České republice zastoupeny prvky kompenzačních strategií?
- Na kolik jsou kompenzační strategie (resp. odolnost vůči nim) diverzifikovány podle základních statusových charakteristik?
- Jaké kompenzační mechanismy jsou dominantní?
- Je možné rozlišit nějaké typy kompenzačních strategií (odolnosti vůči pokušení kompenzace)?
- Je možné rozlišit nějaké výraznější typy zdravého, respektive nezdravého životního stylu?

Na základě revize dosavadního poznání pak stanovujeme následující hypotézy:

- Jednotlivé aspekty životního stylu je sice možné integrovat do dimenzí, avšak jejich konzistence (vyjádřená korelacemi) nebude nijak vysoká.
- Jednotlivé dimenze nevytvoří dohromady dostatečně konzistentní škálu.
- Existuje závislost jednotlivých položek na věku, pohlaví, vzdělání a sociálním statusu (v jednotlivých vztazích i po kontrole v regresních modelech M1).
- Determinaci chování v jednotlivých dimenzích vysvětlují vedle sociodemografických charakteristik také informovanost a postoje (regresní modely M2 a M3).
- Přesvědčení o efektivitě kompenzačního chování je v České republice silně rozšířeno.
- Navržené typologie jsou konzistentní z hlediska obsahu a vztahů k dalším proměnným. Některé vnitřně inkonzistentní typy odrážejí kompenzační postoje.
- Odolnost vůči kompenzačním postojům patří mezi determinanty zdravého životního stylu.
- Pokud jsou jednotlivé dimenze (či položky) relativně nezávislé, měla by existovat možnost zajímat se spíše o jednotlivé typy zdravého životního stylu (jako předpoklad explorativního postupu).

7 DIMENZE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU, JEJICH NÁPLŇ A VZÁJEMNÉ SOUVISLOSTI

Protože využíváme data z výzkumu Aktér 2013 a data výzkumu o Zdravém životním stylu 2022, je vhodné na tomto místě zdůraznit, že spektrum otázek identifikujících zdravý životní styl jsme tvořili již před několika lety jako součást postupného²⁴ mapování tématu. Vzhledem k zařazení některých nových otázek jsme dlouho neuvažovali o testování komplexnějších modelů či dokonce jakékoli teorie. Jednotlivé dimenze nejsou pokryty stejnou měrou a stejně měřitelnými znaky, proto rozdílnost metrik místy komplikuje analýzu. Data z roku 2022 sice pracují u některých analyzovaných témat s rozšířenějšími bateriemi, ale naopak u některých jiných témat jsme využívali starší data. Cílem výzkumu tedy zůstává relativně systematická deskripce dílčích sledovaných parametrů zdravého životního stylu, i když v rámci jednotlivých dimenzí bude možné standardně testovat hypotézy o vlivu faktorů sociálního postavení i kognitivních a motivačních aspektů (souhrnně v kapitole 9).

7.1 Správné (zdravé) stravování návyky

Stravovací návyky naší populace jsou posuzovány na základě konzumace určitých potravin, a to zejména zdraví prospěšných (vyvážený poměr sacharidů, tuků a bílkovin) (WHO, 1990; OECD, 2023). Náš výzkum (Aktér 2013) měřil zdravé stravovací návyky v omezené míře pomocí níže uvedených otázek. Jsme si vědomi faktu, že v případě dimenze zdravého stravování by bylo možno baterii rozšířit o další proměnné racionálního stravování, abychom mohli detailněji prozkoumat strukturu dimenze, což jsme provedli na datech z roku 2022. Pro naši analýzu však budou mít klíčový význam pouze dvě položky, tj. otázka (viz Tabulka) „*Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu?*“²⁵, kategorie odpovědí jsou „vůbec ne“, „méně často“, „tak jednou za týden“, „několikrát týdně“, „jedenkrát denně“ a „dva a vícekrát denně“. Druhou položku reprezentuje (viz Tabulka 4) výrok „*Pečlivě dodržuji pitný režim formou dodávání vody organismu*“, kategorie odpovědí v tomto případě byly, „rozhodně ano“, „spíše ano“, „jak kdy“, „spíše ne“ a „rozhodně ne“.²⁶

²⁴ Poprvé jsme zkoumali vztah hodnot, postojů a deklarovaného úsilí na datech z výzkumu Aktér 2011 v rámci diplomové práce. Výsledky viz Buriánková (2011, 2014).

²⁵ Nezdravé stravovací návyky ve výzkumu Aktér 2013 a Zdravý životní styl 2023 neřešíme.

²⁶ Potřeba volných tekutin představuje čistě individuální záležitost. Denní dávka pitného režimu se stanovuje podle různých faktorů. Například jde o tělesnou hmotnost, věk, pohlaví, složení a množství stravy (obsah vody, soli, bílkovin a kalorií), tělesnou aktivitu, teplotu, vlhkost prostředí (včetně proudění vzduchu), druhu oblečení a teplotě těla, aktuálním zdravotním stavu, zavodnění organismu atd. (Tkadlec, 2022).

Do základní tabulky dat z roku 2013 přidáváme ještě získané údaje o konzumaci masa a ryb, abychom se pokusili o detailnější popsaní dimenze stravovacích návyků. Spotřeba masa je sice někdy považována za indikátor kvality života (a pokroku), ale ve vztahu k současným trendům podporujícím vegetariánské stravování musíme s touto položkou pracovat velmi obezřetně. U indikátoru na spotřebu ryb a mořských plodů musíme brát v úvahu kulturní podmíněnost, tedy fakt, že v České republice ryby nebývají zcela běžnou součástí jídelníčku.

Tabulka 4 Frekvence odpovědí položek správného stravování a pitného režimu 2013 (v %).

	Vůbec ne	Méně často než 1x týdně	Tak 1x týdně	Několikrát týdně	1x denně	2x i vícekrát denně
Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu	2	8	16	37	26	11
Jak často jíte maso nebo masové výrobky?	1	5	11	57	21	5
Jak často jíte ryby nebo mořské plody?	8	50	27	10	3	2
	Rozhodně ano	Spíše ano	Jak kdy	Spíše ne	Rozhodně ne	
Pečlivě dodržuji pitný režim formou dodávání vody organismu.	18	37	31	13	2	

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Data (2013) dále ukazují, že nadpoloviční většina (54 %) víceméně pečlivě dodržuje pitný režim konzumací vody. Tyto kategorie zdravého stravování můžeme považovat za hrubou indikaci zdravého životního stylu v následujících analýzách.

Maso konzumuje denně čtvrtina české populace, což se zdá být trochu málo (také jednorozměrný podíl vegetariánů není zrovna vysoký – OECD, 2023). Proto i v tomto případě můžeme považovat denní konzumaci za indikaci zdravého způsobu života (za předpokladu, že u zbytku populace pravděpodobně nejde o plnohodnotnou náhradu bílkovin jinými zdroji). U konzumace ryb²⁷ posunujeme hranici pozitivního hodnocení na kategorii „několikrát týdně“, i tak žije v těchto intencích zdravě jen 13 % dotázaných.

²⁷ Evropská studie z roku 2018 přináší aktuální výsledky o spotřebě ryb v EU. „Nejvyšší spotřeba na úrovni EU je v Portugalsku (61,5 kg na osobu), zatímco mimo EU jsou nejvyšší spotřebitelé Korea (78,5 kg na osobu) následovaná Norskem (66,6 kg na osobu). Celková spotřeba ryb na hlavu se odhaduje na 22,3 kg.“ (EU, 2018).

Tabulka 5 Indikace zdravého stravování podle sociodemografických proměnných.

		Denně zelenina	Denně maso	Několikrát týdně ryby	Pitný režim	
		Ano	Ano	Ano	Pravidelně	Celkem
Pohlaví	Muž	32 %	34 %	15 %	47 %	100 %
	Žena	42 %	18 %	11 %	61 %	100 %
Věková kategorie	18–30	40 %	22 %	15 %	55 %	100 %
	31–45	36 %	32 %	13 %	52 %	100 %
	46–60	36 %	26 %	14 %	54 %	100 %
	60 a více	37 %	20 %	11 %	56 %	100 %
Vzdělání	základní	31 %	18 %	8 %	50 %	100 %
	střední	32 %	27 %	12 %	50 %	100 %
	maturita	41 %	28 %	15 %	58 %	100 %
	VŠ	46 %	23 %	17 %	60 %	100 %
Status	Dolní	26 %	22 %	15 %	51 %	100 %
	Nižší střední	32 %	23 %	11 %	51 %	100 %
	Střední	42 %	27 %	15 %	56 %	100 %
	Vyšší střední	43 %	39 %	14 %	61 %	100 %
Celkem		37 %	26 %	13 %	54 %	100 %

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Signifikantní vztahy značeny tučně, $p < 0,05$. Cramerovo V pro pohlaví 0,11***, 0,19***, 0,06*, 0,14***, pro věk N, 0,1**, N, N, pro vzdělání 0,12**, N, N, 0,07*, pro status 0,13**, N, N, N.

Volba dvou samostatných ukazatelů – frekvence konzumace ovoce a zeleniny a dodržování pitného režimu – jako hlavních reprezentantů zdravého stravování je podložena korelační analýzou (viz Tabulka 6), která zkoumala míru souvislostí mezi jednotlivými složkami jídelního chování. Cílem bylo zjistit, zda by bylo možné tyto položky syntetizovat do jedné škály, která by vyjadřovala celkovou orientaci na zdravé stravování.

Tabulka 6 ukazuje, že korelace mezi jednotlivými položkami jsou relativně nízké. Nejvyšší korelace byla zjištěna mezi pitným režimem a konzumací ovoce a zeleniny ($\tau = 0,242$), což značí slabou až mírnou souvislost. Ostatní korelace jsou ještě slabší – například mezi konzumací ovoce a zeleniny a konzumací ryb ($\tau = 0,181$), nebo mezi pitným režimem a konzumací ryb ($\tau = 0,117$). Velmi slabá, je korelace mezi pitným režimem a konzumací masa ($\tau = -0,069$).

Výsledky naznačují, že jednotlivé prvky jídelního chování spolu sice mírně souvisejí, ale netvoří jednotný a vnitřně konzistentní celek. Reliabilita případné škály by proto byla nízká a nebyla by vhodným nástrojem pro zachycení „zdravé stravy“ jako jednoho souhrnného konstruktů.

Z tohoto důvodu bylo rozhodnuto ponechat pitný režim a konzumaci ovoce a zeleniny jako samostatné indikátory, které reprezentují vybrané, výrazně symbolické a behaviorálně odlišné aspekty zdravého stravování.

Tabulka 6 Korelace položek stravování.

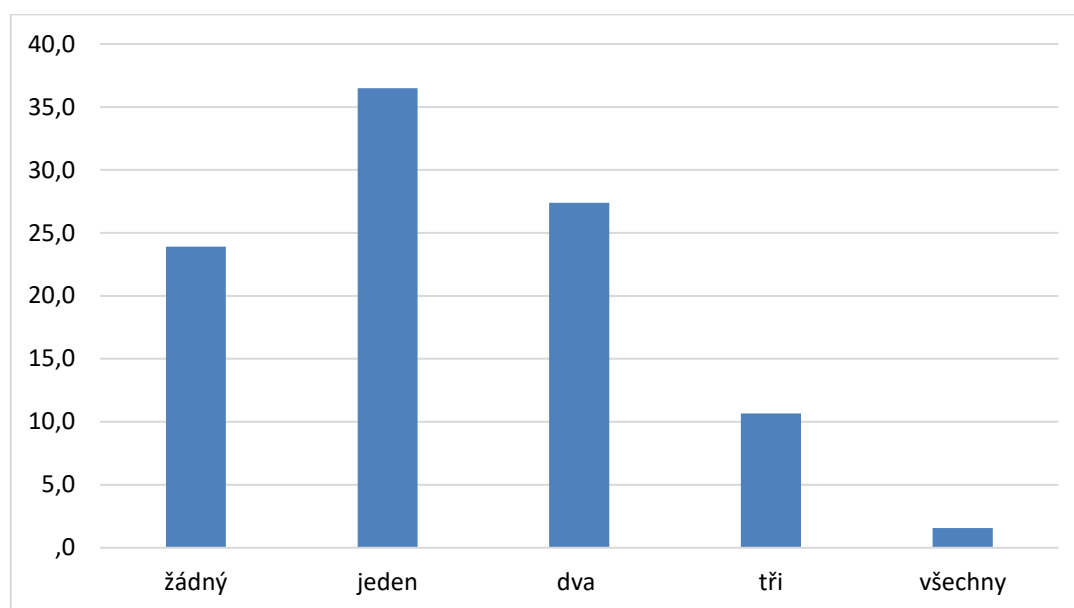
Kendallovo Tau	Dodržuje pitný režim.	Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu.	Jak často jíte maso nebo masné výrobky.	Jak často jíte ryby nebo mořské plody.
Pitný režim	1	0,242	-0,069	0,117
Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu?	0,242	1	0,14	0,181
Jak často jíte maso nebo masné výrobky?	-0,069	0,14	1	-0,012

Zdroj: Aktér 2013, N=1088. Poznámka: Všechny korelace signifikantní $p < 0,01$. Kendallovo tau jako koeficient pořadové korelace. Nabývá hodnot v intervalu $[-1, +1]$.

I přes tyto potíže s konstrukcí ukazatelů bychom rádi postihli skutečnost, zda alespoň někteří jedinci dodržují zásady zdravého životního stylu. Přijmeme-li výše uvedené dichotomické vymezení jednotlivých indikací, můžeme pro každého jedince vypočítat, v kolika položkách dosahuje „správné“ úrovně stravování. Vytváříme *index sumy pozitivních stravovacích návyků*²⁸, který plasticky ukazuje, že čtvrtina dospělé populace nevykazuje ani jeden ze čtyř prvků zdravého životního stylu. Naopak zhruba každý osmý Čech dosahuje alespoň tří pozitivních bodů.

²⁸ Když jsme se v rámci prvního seznámení s daty pokusili o konstrukci indexu na základě frekvencí z původních položek stravování a pitného režimu (případně dalších), nedosáhli jsme přiměřené reliability, nicméně jeho korelace se sumou zdravých návyků činí 0,7.

Graf 5 Rozložení sumy pozitivních stravovacích návyků.



Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Index pozitivních návyků jsme také podrobili třídění podle základních sociodemografických proměnných, které potvrzuje (tabulka 7), že v souhrnném pohledu se některé rozdíly ztrácejí (viz nesignifikantní vliv věku), na druhé straně je možné poukázat na to, že u skupin s nižším vzděláním nebo nižším sociálním statusem se častěji setkáváme s absencí jakéhokoli pozitivního návyku.

Tabulka 7 Rozsah zdravých stravovacích návyků podle indikátorů sociálního postavení.

		Suma zdravých návyků					
		0	1	2	3	4	Celkem
Pohlaví	Muž	27 %	34 %	26 %	11 %	2 %	100 %
	Žena	20 %	39 %	29 %	11 %	1 %	100 %
Věková kategorie	18–30	24 %	37 %	26 %	11 %	2 %	100 %
	31–45	24 %	36 %	27 %	11 %	2 %	100 %
	46–60	24 %	36 %	28 %	11 %	1 %	100 %
	60 a více	24 %	38 %	27 %	10 %	1 %	100 %
Vzdělání	Základní	29 %	42 %	25 %	3 %	1 %	100 %
	Střední bez maturity	29 %	36 %	23 %	10 %	2 %	100 %
	Střední s maturitou	20 %	36 %	29 %	13 %	2 %	100 %
	VŠ	17 %	35 %	35 %	11 %	2 %	100 %
Status	Dolní	26 %	40 %	28 %	5 %	1 %	100 %
	Nižší střední	27 %	41 %	22 %	9 %	1 %	100 %
	Střední	21 %	34 %	30 %	13 %	2 %	100 %
	Vyšší střední	22 %	25 %	32 %	16 %	5 %	100 %
Celkem		24 %	36 %	27 %	11 %	2 %	100 %

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Signifikanční vztahy značeny tučně, $p < 0,05$. Cramerovo V pro pohlaví 0,1*, věk N, vzdělání 0,1**, status 0,06**.

V roce 2023 jsme se snažili o lepší pokrytí proměnné zdravého životního stylu, a proto jsme vytvořili dvě baterie otázek. Nová baterie otázek o oblast péče o sebe v roce 2023 je významným krokem, který by mohl pomoci lépe zkoumat proměnnou zdravého životního stylu (Tabulka 8.). Celkové rozšíření otázek nám umožní získat podrobnější a komplexnější pohled na životní styl respondentů a jejich postoj k péči o své zdraví. Jsme schopni lépe porozumět souvislostem mezi různými aspekty péče o sebe a zdravým životním stylem. Aktuální verze dotazníku z roku 2023 přináší tedy rozšířenou baterii otázek o správných stravovacích o klíčové položky v této oblasti. Rozdělili jsme otázku o konzumaci ovoce a zeleniny a celkově jsme rozšířili a specifikovali otázky týkající se bílkovin a sacharidů. Navíc jsme do baterie otázek zahrnuli téma proteinových výrobků. Je třeba poznamenat, že nemůžeme porovnávat jednotlivé položky, protože došlo k jejich úpravě. Nicméně, při celkovém pohledu na frekvenci stravovacích návyků v obou vlnách výzkumu dospíváme k závěru, že nedochází k výrazným změnám. Deskriptivní statistiky z roku 2013 ukazují, že 37 % dotazovaných konzumuje čerstvé ovoce nebo zeleninu alespoň jednou denně. Ke stejné podobným výsledkům docházíme i na datech z roku 2023, kde pozorujeme mírně vzrůstající tendence v oblasti konzumace ovoce a zeleniny. Kategorie odpovědí jsou stejné jako u dat

z 2013. Přičemž 35 % respondentů konzumuje ovoce denně a 37 % respondentů konzumuje zeleninu denně. Dále jsou v hojném množství konzumovány uzeniny a párky, následně luštěniny a potraviny bohaté na proteiny. Výsledky přináší tabulka 8.

Tabulka 8 Frekvence odpovědí položek správného stravování 2023 (v %).

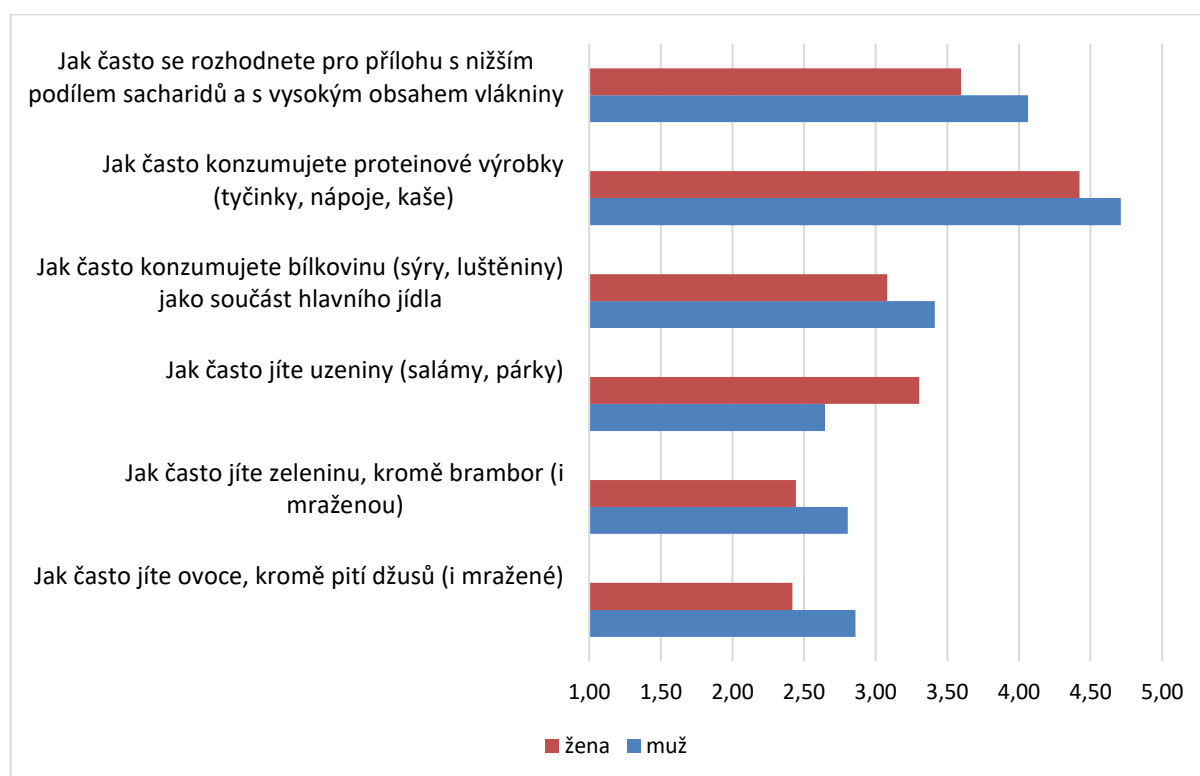
	Vůbec ne	Méně často než 1x týd.	Tak 1x týd.	Několikrát týd.	1x denně	2x i vícekrát denně
Jak často jíte ovoce? (zahrnuje i mražené) Kromě pití džusů.	1	2	15	37	35	10
Jak často jíte zeleninu? (zahrnuje i mraženou) Kromě brambor.	2	5	10	42	32	9
Jak často jíte uzeniny (salámy, párky)?	3	7	15	42	23	10
Jak často konzumujete bílkovinu (sýry, luštěniny) jako součást hlavního jídla?	2	10	26	40	18	4
Jak často konzumujete proteinové výrobky (tyčinky, nápoje, kaše)?	34	23	18	15	8	2
Jak často se rozhodnete u hlavního jídla pro přílohu s výrazně nižším podílem sacharidů a s vysokým obsahem vlákniny?	14	16	23	33	12	2

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Jak jsme již naznačili, v roce 2023 jsme použili obsáhlejší baterii položek (Tabulka 9.) a zároveň obrátili škály odpovědí. Faktorová analýza ukázala, že poslední dvě položky se trochu odlišují (vytvářejí relativně samostatný faktor), u položky na konzum uzenin se logicky musela objevit záporná faktorová zátěž, protože jejich častý konzum představuje špatný návyk. Konstrukce sumačního indexu – *chyby ve správném stravování*²⁹ pak nabídla graf rozložení celkově problematického chování v české populaci. Je zajímavé, že se histogram přibližuje prakticky ideálně normálnímu rozdělení.

²⁹ Šlo o součet šesti položek, rozšířená baterie z roku 2023 (viz frekvenční tabulka č 9.).

Graf 6 Stravovací návyky u mužů a žen – průměrné hodnoty na pětibodové škále (5 = nikdy).

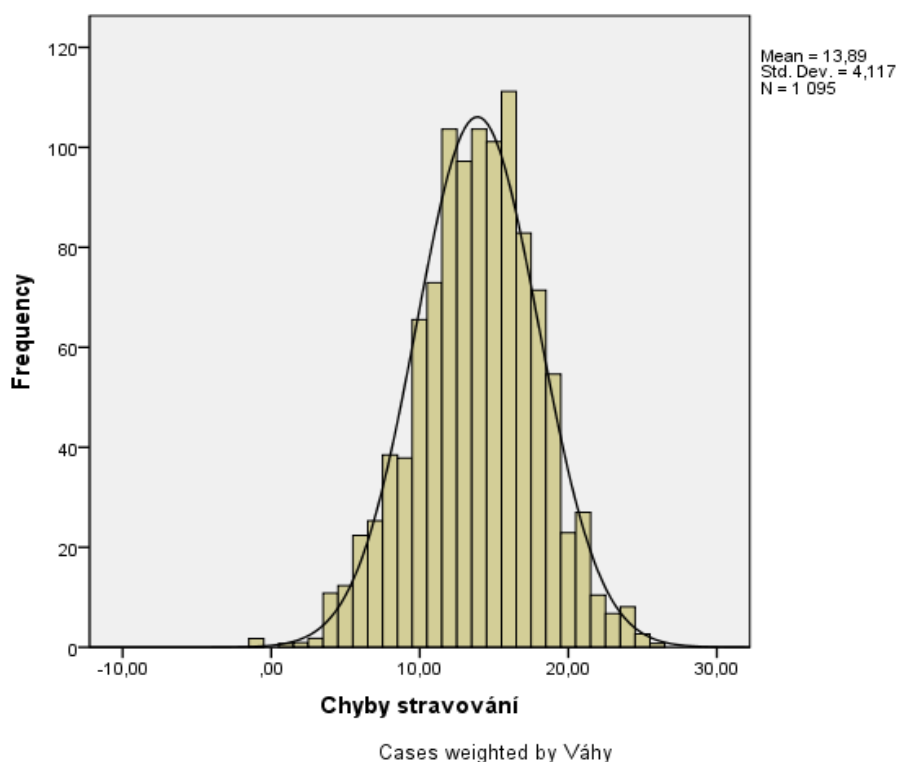


Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

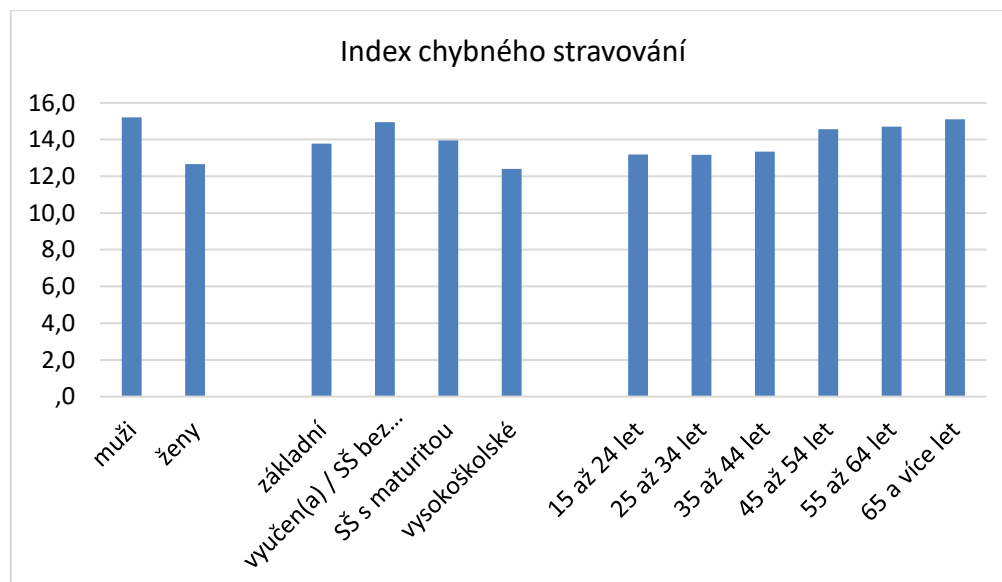
Index jsme podrobili třídění podle dostupných sociodemografických ukazatelů (Graf. 6). Čím vyšší hodnota indexu, tím více se daná kategorie stravuje podle nesprávných stravovacích návyků. Z grafu jasně vyplývá, že muži mají tendenci stravovat se méně zdravě než ženy. Respondenti s nižším vzděláním vykazují vyšší hodnoty na našem indexu. Bohužel s přibývajícím věkem se ukázalo, že jedinci mají tendenci se stravovat méně zdravě.

Graf 7 Index chybných stravovacích návyků 2023.



Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Graf 8 Index chybných stravovacích návyků podle pohlaví, vzdělání a věku 2023.



Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Druhá baterie otázek se zabývá péčí o zdraví, což je oblast, ve které se lidé často pohybují mezi dvěma extrémy. Na jedné straně jsou lidé, kteří se intenzivně starají o své

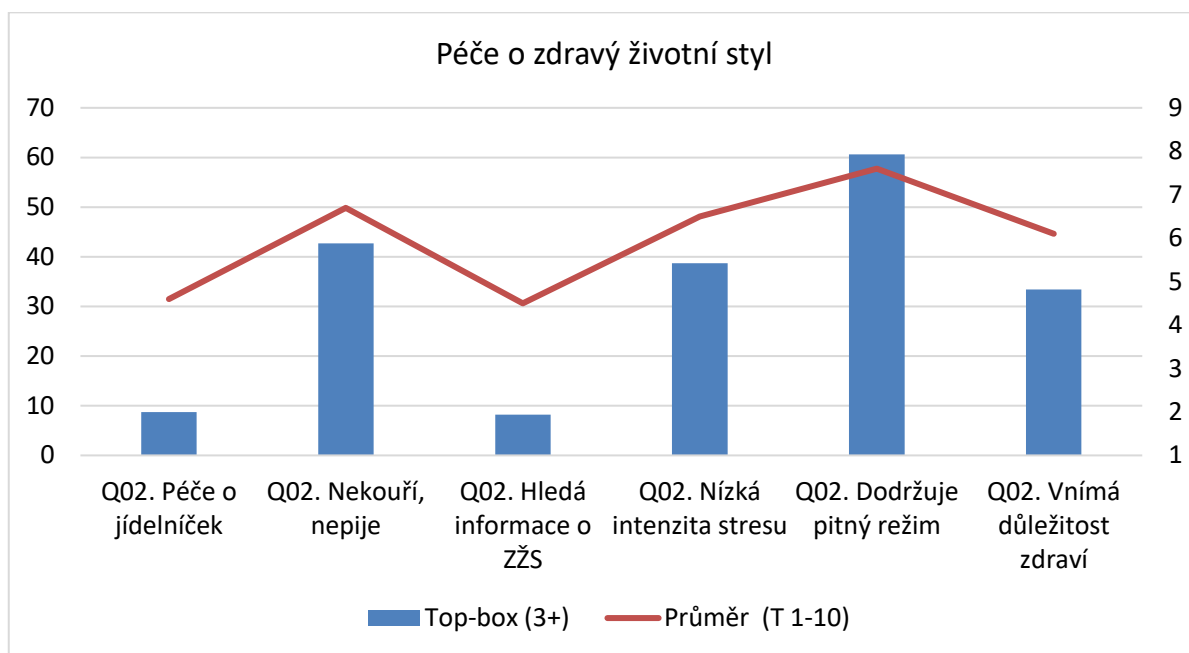
zdraví, vyhledávají informace, pravidelně cvičí a dbají na vyváženou stravu. Na druhé straně jsou jedinci, kteří přehlížejí své zdravotní potřeby, zanedbávají cvičení a nezajímají se moc o to, co konzumují. Tato variabilita v přístupu k péči o zdraví odrazuje různorodost životních stylů a hodnot, které jednotlivci preferují. Tabulka (9) – frekvence – Baterii otázek můžeme také vnímat jako zájem o jednotlivé aspekty zdravého životního stylu. Česká populace dodržuje pitný režim. 43 % uvádí, že pravděpodobně nekouří a víceméně nekonzumuje alkohol a 39 % nezažívá v práci větší stres. Vysoká péče o sebe a o informace zahrnuje v sobě pouze 8 % dotazovaných, což se jeví jako docela překvapivý výsledek. Plasticky je také znázorněno v grafu 9.

Tabulka 9 Frekvence odpovědí položek správného stravování 2023.

	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Podíl tří pozitivních odpovědí (%)	Podíl tří negativních odpovědí (%)
Q02. Péče – jídelníček	1095	4,62	2,08	9	31
Q02. Péče – neřeší alkohol a kouření	1095	4,26	2,55	43	13
Q02. Péče – informace o ZŽS	1095	4,49	2,12	8	34
Q02. Péče – intenzita stresu	1095	4,45	2,46	39	12
Q02. Péče – nedodržuje pitný režim	1095	3,36	1,98	61	3
Q02. Péče – důležitost zdraví	1095	6,13	2,53	34	17

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Graf 9 Péče o zdravý životní styl.



Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

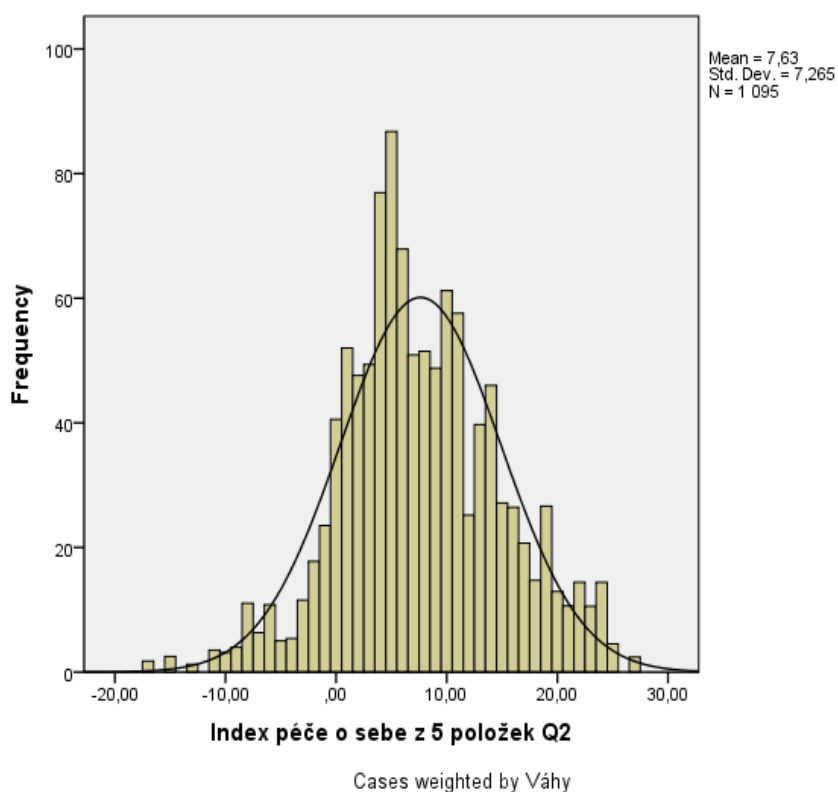
Poznámka: Škály transformované tak, aby odrážely pozitivní tendenci.

Z důvodu našich předchozích zkušeností práce s datovými soubory jsme se rozhodli vytvořit *index péče o sebe*,³⁰ který obsahuje pouze pět položek. Záměrně jsme vynechali proměnnou týkající se konzumace alkoholu a kouření. Jak jsme již naznačili, index z baterie otázek péče o sebe můžeme také vnímat jako zájem o specifické složky zdravého životního stylu.

Celkově lze říci, že v české populaci narůstá zájem o různé aspekty péče o zdraví – řada lidí dbá na pitný režim, vnímá zdraví jako důležitou hodnotu a snaží se snižovat každodenní stres. Ačkoli komplexní a systematický přístup ke zdravému životnímu stylu zatím přijímá jen menší část respondentů (přibližně 8 %), právě tato skupina ukazuje cestu, kterou se může ubírat širší společenský vývoj – směrem k informovanější, vyváženější a preventivně orientované péči o vlastní zdraví.

³⁰ Index je složen z pěti položek – Stravujete se podle možností a neřešíte, jak moc je to zdravé, anebo není. Pokud jde o téma zdravého stravování, nezajímáte se o články v časopisech a dalších médiích. Vaši situaci necharakterizuje vysoká pracovní zátěž nebo stres. Pečlivě dodržujete pitný režim. Zdraví je to, co člověk prostě má, případně nemá, nemá smysl se tím příliš zabírat nebo trápit.

Graf 9 Index Péče o sebe.



Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

7.2 Kouření

Jak jsme na začátku naznačili, v následujícím odstavci se budeme věnovat rizikovému chování, a vycházíme z dat z roku 2013. Vzhledem k tomu, že se těmito tématy zabýváme spíše okrajově, neměli jsme potřebu rozšiřovat nebo zopakovat otázky primárně zaměřené na kouření a alkohol v aktuálních datech z roku 2023.

Kouření je součástí nezdravého životního stylu, v dnešní společnosti je vnímáno stále negativněji a bývá označováno za rizikové chování. Dimenzi kouření v našem výzkumu reprezentuje jedna základní otázka, tj. „*Kouříte cigarety nebo dýmku?*“ Kategorie odpovědí byly „ano, kouřím každý den, jsem silný kuřák“, „ano, každý den, ale jsem slabý kuřák“, „ano“. Tendenci ke vnímání kouření jako jednoho ze znaků méně moderního a nezdravého životního stylu v našem výzkumu naznačuje fakt, že mezi mladými lidmi je méně silných kuřáků a více nekuřáků, z čehož však nelze vyvozovat, že v budoucnu kouřit nebudou. Generace středního věku (31–45 let) je z tohoto hlediska nejrizikovější. Lze si povšimnout fázového posunu směrem k nekuřáctví, tedy že ve starších věkových kategoriích je relativně více těch, kteří s kouřením přestali. Jedním z možných vysvětlení je to, že dřívější kuřáci přestávají kouřit z důvodů finančních (důchod), ale i v důsledku zdravotních omezení, která

se stoupajícím věkem začala hromadit. Za statisticky významnou proměnnou považujeme také vzdělání. Lze si povšimnout, že v kategorii „střední s maturitou“ pozorujeme výrazný nárůst podílu nekuřáků proti kategorii „střední bez maturity“. Dotazovaným s vyšším vzděláním zájem o kouření výrazně klesá, maturita vystupuje jako pomyslný řez podílu kuřáku a nekuřáků. Výsledky přináší Tabulka 10. Konečně v našem vzorku je více mužů umístěných v kategorii silných kuřáků.

Tabulka 10 Prevalence kouření a třídění podle vzdělání, věku a pohlaví.

Kouříte cigarety, dýmku nebo doutníky?	Ano, kouřím každý den, jsem silný kuřák	Ano, každý den, ale jsem slabý kuřák	Ano, ale ne každý den	Ne, ale v minulosti jsem kouřil	Ne, nikdy jsem nekouřil	Celkem
Základní	18 %	18 %	8 %	15 %	41 %	100 %
Střední bez maturity	18 %	10 %	7 %	28 %	37 %	100 %
Střední s maturitou	10 %	12 %	7 %	21 %	50 %	100 %
VŠ	8 %	12 %	7 %	19 %	54 %	100 %
18–30	9 %	15 %	12 %	11 %	53 %	100 %
31–45	19 %	15 %	7 %	21 %	38 %	100 %
46–60	13 %	10 %	7 %	29 %	41 %	100 %
60 a více	9 %	8 %	4 %	31 %	48 %	100 %
Muž	17 %	13 %	7 %	26 %	37 %	100 %
Žena	10 %	11 %	8 %	19 %	52 %	100 %
<i>Celkem</i>	13 %	12 %	7 %	23 %	45 %	100 %

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: U všech tří (chí-kvadrát test, sig: $p < 0,05$). Všechny rozdíly jsou signifikantní. Sig. je značena tučně.

7.3 Alkohol

Rozumná konzumace alkoholu tvoří součást dodržování zásad zdravého životního stylu a je v této míře společností tolerována. V našem výzkumu jsme konzumaci alkoholických nápojů sledovali pomocí dvou otázek, tj. „*Jak často pijete alkoholické nápoje?*“ a „*Jak často při jedné příležitosti vypijete 4 a více alkoholických nápojů?*“. Kategorie odpovědí v tomto případě byly „vůbec ne“, „méně často“, „tak jednou za týden“, „několikrát týdně“, „jedenkrát denně“ a „dva a vícekrát denně“. Za rizikovější pití se obvykle považuje dávka 5 a více jednotek (60 g alkoholu) (WHO, 2023), v našem případě jsme použili kritérium 4 a více jednotek, ale z hlediska frekvence užití nastavujeme jako hranici rizika také variantu

„několikrát týdně“ a více. Tato otázka na rizikovost (Tabulka 13) pro nás bude důležitější než indikátor frekvence (viz Tabulka 14) konzumu (bez ohledu na dávku).

Tabulka 11 Pití větších dávek alkoholu /dichotomizovaná i úplná forma/ podle sociodemografických proměnných.

Jak často pijete alkoholické nápoje								
		Vůbec ne	Méně než 1x týdně	Tak 1x týdně	Několikrát týdně	1x denně	2x i vícekrát denně	Celkem
Pohlaví	Muž	9 %	26 %	25 %	27 %	9 %	4 %	100 %
	Žena	23 %	43 %	21 %	11 %	2 %	1 %	100 %
Věk kategorie	18–30	16 %	33 %	31 %	17 %	2 %	0 %	100 %
	31–45	10 %	36 %	24 %	20 %	8 %	1 %	100 %
	46–60	13 %	38 %	19 %	20 %	5 %	4 %	100 %
	60 a více	27 %	32 %	17 %	15 %	5 %	4 %	100 %
Vzdělání	Základní	26 %	28 %	20 %	18 %	5 %	4 %	100 %
	Střední bez maturity	16 %	34 %	23 %	19 %	6 %	3 %	100 %
	Střední s maturitou	16 %	36 %	23 %	17 %	5 %	2 %	100 %
	VŠ	10 %	40 %	23 %	21 %	4 %	2 %	100 %
Status	Dolní	18 %	33 %	19 %	15 %	7 %	8 %	100 %
	Nižší střední	20 %	33 %	22 %	21 %	4 %	1 %	100 %
	Střední	14 %	37 %	24 %	18 %	5 %	2 %	100 %
	Vyšší střední	4 %	34 %	32 %	20 %	7 %	4 %	100 %
Celkem		16 %	35 %	23 %	19 %	5 %	2 %	100 %

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Cramerovo V pro pohlaví 0,17***, 0,32***, věk N, 0,14***, vzdělání N, N., status 0,10*, 0,10*. Všechny rozdílly jsou signifikantní, $p < 0,05$. Sig. je značena tučně.

Tabulka 12 Frekvence pití alkoholu podle sociodemografických proměnných.

		Jak často pijete alkoholické nápoje						
		Vůbec ne	Méně než 1x týdně	Tak 1x týdně	Několikrát týdně	1x denně	2x i vícekrát denně	Celkem
Pohlaví	Muž	9 %	26 %	25 %	27 %	9 %	4 %	100 %
	Žena	23 %	43 %	21 %	11 %	2 %	1 %	100 %
Věk kategorie	18–30	16 %	33 %	31 %	17 %	2 %	0 %	100 %
	31–45	10 %	36 %	24 %	20 %	8 %	1 %	100 %
	46–60	13 %	38 %	19 %	20 %	5 %	4 %	100 %
	60 a více	27 %	32 %	17 %	15 %	5 %	4 %	100 %
Vzdělání	Základní	26 %	28 %	20 %	18 %	5 %	4 %	100 %
	Střední bez maturity	16 %	34 %	23 %	19 %	6 %	3 %	100 %
	Střední s maturitou	16 %	36 %	23 %	17 %	5 %	2 %	100 %
	VŠ	10 %	40 %	23 %	21 %	4 %	2 %	100 %
Status	Dolní	18 %	33 %	19 %	15 %	7 %	8 %	100 %
	Nižší střední	20 %	33 %	22 %	21 %	4 %	1 %	100 %
	Střední	14 %	37 %	24 %	18 %	5 %	2 %	100 %
	Vyšší střední	4 %	34 %	32 %	20 %	7 %	4 %	100 %
Celkem		16 %	35 %	23 %	19 %	5 %	2 %	100 %

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Všechny rozdíly jsou signifikantní. $p < 0,05$. Sig. je značena tučně.

Výsledky představené tabulky frekvence pití alkoholu podle sociodemografických ukazatelů

- Muži uvádějí častější konzumaci alkoholu několikrát týdně ve srovnání se ženami.
- Frekvence pití alkoholu se s věkem proměňuje, nicméně ne lineárně. Nejvyšší podíl pravidelných konzumentů se nachází ve věkové kategorii 31–45 let.
- Mezi respondenty se základním vzděláním se častěji objevují osoby, které deklarují abstinenci (nepijí vůbec).
- Příslušníci vyšší střední třídy mají vyšší pravděpodobnost, že konzumují alkohol několikrát týdně.

Riziková konzumace alkoholu se vyskytuje jak u osob z nižších, tak i vyšších sociálních tříd – vztah mezi sociálním statutem a rizikovou konzumací tedy není lineární. Největší podíl rizikových konzumentů spadá do věkové skupiny 31–45 let.

Výsledky potvrzují, že konzumace alkoholu je významně ovlivněna sociodemografickými faktory, přičemž žádný z těchto faktorů nelze posuzovat izolovaně. Při tvorbě preventivních strategií zaměřených na omezení rizikového pití alkoholu je nutné zohlednit nejen věk a pohlaví, ale i kulturní a sociální kontext jednotlivých skupin.

7.4 Sportovní a pohybová aktivita

Z teoretického pohledu není pochyb o tom, že sportování a pohybová aktivita představují významnou složku zdravého životního stylu. Aktivní životní styl je jednou ze základních proměnných, které ovlivňují životní styl jedinců a přináší pozitivní účinky na jejich zdraví. Pohybová aktivita vyžaduje především plánování a s tím spojené úsilí si fyzickou zdatnost do jisté míry udržet, a to ideálně trvale. Dobrý fyzický stav je chápán jako osobní hodnota, kterou je třeba kultivovat a podporovat životní vitalitu a s tím spojenou i kvalitu života. Situace, kdy jedinec vykonává nějakou pohybovou aktivitu je jednou z kategorií zdravého životního stylu.

V teoretické části práce jsme se snažili popsat rozmanitost tělesné aktivity, jakožto důležitého ukazatele při preferenci zdravého životního stylu. V této části práce se budeme věnovat tomu, kdo sportuje, a jak jsou tyto aktivity strukturálně podmíněny. V datech se nám podařilo zajistit kontinuitu proměnných a položky, které byly předkládány respondentům byly identické, a to jak v roce 2013 i v roce 2022. Na úvod si pouze připomeneme základní údaj o zapojení české dospělé populace do sportování. Následující tabulka č. 13 ukazuje frekvence odpovědí respondentů na položku týkající se sportovní aktivity (srovnání 2013, 2023).

Tabulka 13 Sportovní aktivity (srovnání 2013, 2023) (v %).

	2013	2023
Pěstují závodně alespoň jeden sport	3	2
Pravidelně sportují a občas se zúčastní nějaké soutěže	4	3
Sportují pravidelně, ale víceméně neorganizovaně	14	19
Občas zajdu na nějaké cvičení, některým sportům sezónně	18	26
Sportuji opravdu velmi málo, spíše výjimečně	22	23
Nesportuji	39	27

Zdroj: Aktér 2013, N=1088, Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Data z roku 2013 ukázala i situaci, kdy pohybová aktivita často přesáhla rámec sportu a měřili jsme ji na odlišných otázkách, těmi byly „Jak často vykonáváte nějakou fyzicky náročnou aktivitu (rychlá jízda na kole, aerobic, fyzická aktivita na zahradě), při které se zadýcháte více než obvykle?“ a „Jak často vykonáváte nějakou fyzicky méně náročnou aktivitu? (rekreační jízda na kole rychlá chůze, běžná práce na zahradě či nošení lehkých břemen). Počítejte jen aktivitu, která trvá více než 20 minut.“ Kategoriemi odpovědí v tomto případě byly „vůbec ne“, „méně často“, „tak jednou za týden“, „několikrát týdně“, „jednou denně“ a „dvě a vícekrát denně“. Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí respondentů zobrazuje Tabulka 14.

Na základě distribuce odpovědí usuzujeme, že méně náročnou činnost aktéři vykonávají i několikrát týdně a náročnější činnost alespoň jednou v týdnu. I v tomto případě jsme v dalším kroku vytvořili *Index sportovní a pohybové aktivity*³¹, avšak Cronbachovo alfa 0,61 nám naznačilo poměrně slabou reliabilitu škály. Proto i v této oblasti budeme dále užívat jenom jednoduchou indikaci rozlišující „sportuje – nesportuje“³².

Tabulka 14 Frekvence pohybové aktivity (v %).

	Vůbec ne	Méně často než 1x týdně	Tak 1x týdně	Několikrát týdně	1x denně	2x i vícekrát denně
Jak často vykonáváte nějakou náročnou fyzickou aktivitu? (méně jak 20minut)	21	30	23	18	5	5
Jak často vykonáváte nějakou náročnou fyzickou aktivitu? (více jak 20minut)	7	23	22	30	12	7

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Ve věci vlivu vzdělání a pohlaví na sportovní aktivitu, data naznačila, že je poměrně patrný. Vliv věku je pak zcela zásadní. Na základě údajů v Tabulce 13 můžeme shrnout, že více sportují muži (rozdíl ovšem není signifikantní), respondenti ve věkové kategorii do 30 let a vysokoškolsky vzdělaní lidé, k výraznému poklesu zapojení dochází s rostoucím věkem (všechny další rozdíly signifikantní, p menší než 0,001).

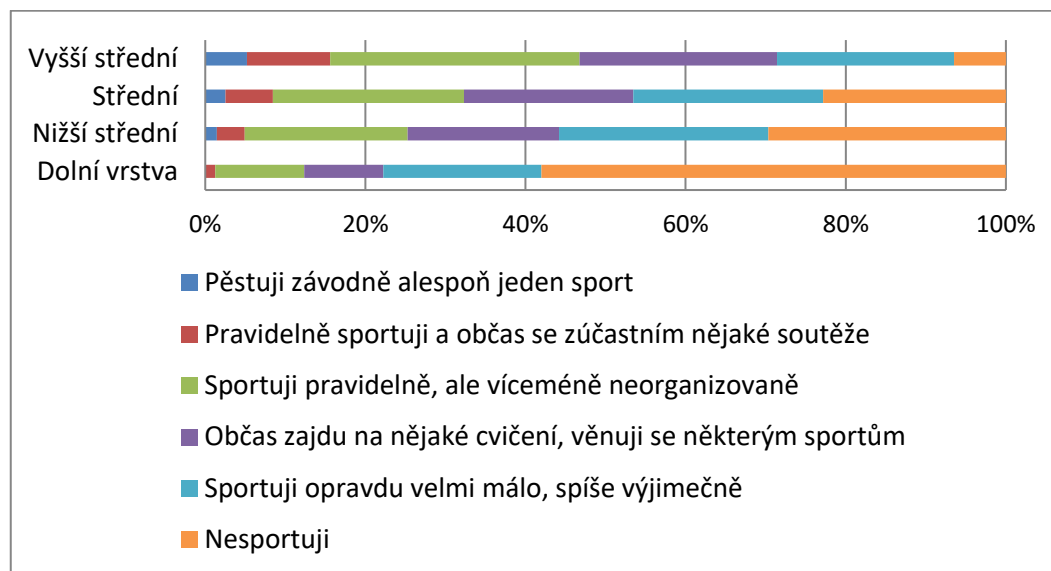
Vliv sociálního statusu zpřesníme pomocí Grafu 7, s vyšší úrovní subjektivně vnímaného zařazení roste plynule i podíl soutěžní formy sportování. Soutěžní provozování sportu (ale stejně tak třeba využití některé služby typu fitness) je dnes poměrně náročné

³¹ Šlo o součet tří položek, dvou na pohybovou aktivitu a jedné na sport.

³² Kategorii nesportujících reprezentují ti, kdo uvedli „vůbec ne“ nebo „málo“ (dohromady 61 %).

z hlediska financování, to by mohlo představovat jeden z důvodů pro poměrně silnou diferenciaci.

Graf 11 Úrovně sportování podle subjektivního sociálního statusu.

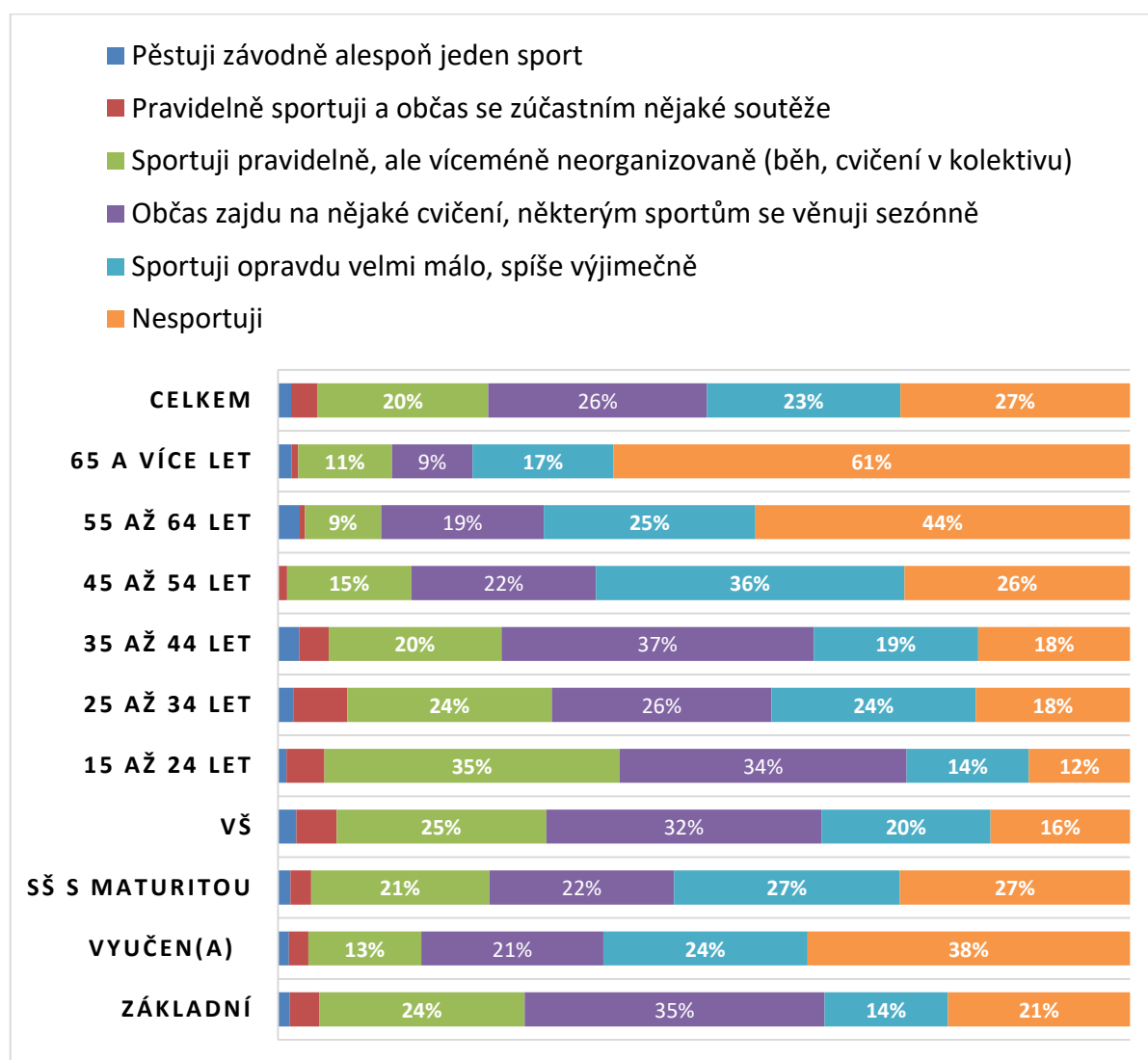


Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

V následujícím oddíle věnujícím se pohybové aktivitě se obracíme pozornost k datům z roku 2023. Po frekvenční analýze jsme data podrobili kontingenční tabulce, kde sledujeme vliv strukturálních proměnných (pohlaví, věk, vzdělání). Výsledky analýzy přinášejí zjištění, že muži a ženy se v tomto případě neliší. Výsledky nejsou statisticky významné. Naopak vysoce signifikantní výsledky přináší analýza proměnných podle vzdělání a věku. Je zřejmé, že vzdělanější lidé středního věku se často věnují pohybové aktivitě. Dokonce se i občas zúčastní nějaké soutěže. Tato analyzovaná proměnná je charakteristická amatérskými soutěžemi pro veřejnost (běh, závody překážkového sportu apod). Naopak lidé 65+ víceméně nesportují. Výsledky najdeme v grafu č.12.

Graf 12 Pohybové sportovní aktivity podle věku a vzdělání.



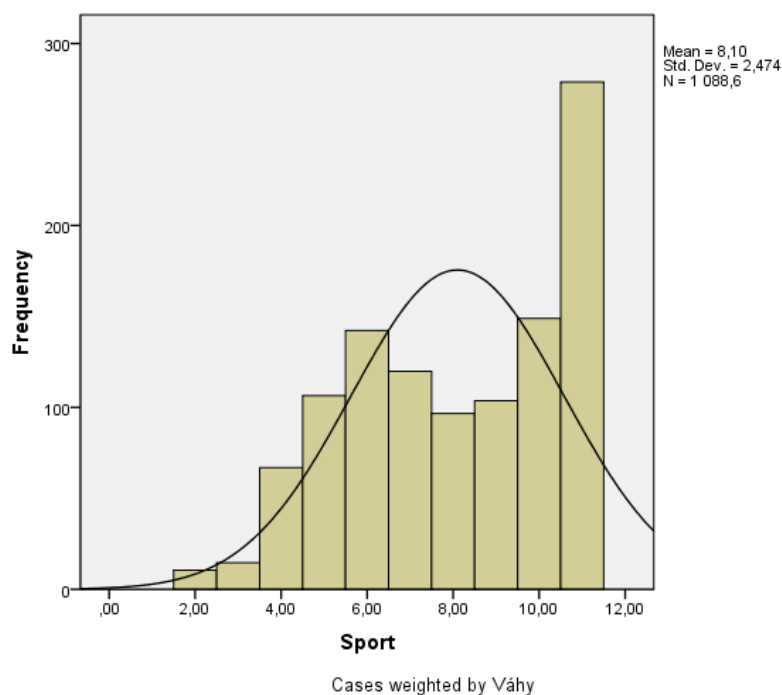
Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095,

Poznámka: sig: $p < 0,01$, Cramerovo V (Věk) = 0,14, Cramerovo V (Vzdělání) = 0,200.

I zde se nám jevílo jako příznačné se pokusit o vytvoření sumačního *indexu sportovní a pohybové aktivity 2023*³³. Cronbachovo alfa vyšlo 0,82, což pro sociology značí vyšší reliabilitu škály (graf č 12). Vliv věku, pohlaví a vzdělání na index zobrazuje tabulka č.15, ovšem pohlaví není signifikantní.

³³ Index vznikl ze dvou proměnných, vedle vztahu ke sportu šlo o frekvenci sportování.

Graf 12 Index pohybové a sportovní aktivity 2023.



Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Poznámka: Hodnota 11 značí respondenty, kteří nesportují.

Tabulka 15 Index sportovní a pohybové aktivity 2023 podle vzdělání, věku a pohlaví (průměr).

Věkové kategorie	Sportovní a pohybová aktivita
15 až 24 let	7,06
25 až 34 let	7,66
35 až 44 let	7,74
45 až 54 let	8,60
55 až 64 let	8,95
65 a více let	9,33
Muž	8,03
Žena	8,17
Základní	7,65
Vyučen(a) / SŠ bez maturity	8,77
SŠ s maturitou	8,10
Vysokoškolské	7,50
	8,10

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095,

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Sportovní a pohybovou aktivitu jsme zkoumali i z hlediska frekvence, s důrazem na intenzivní sportovní aktivity, tedy fyzickou zátěž. Namísto použití stejných proměnných jako v předchozím souboru jsme zavedli měření frekvence sportovních a pohybových aktivit na škále četnosti - 4–7 dnů v týdnu, 3 dny, 2 dny, 1 den ani jeden den. Tyto údaje jsme následně analyzovali a třídili podle sociodemografických charakteristik. Zde je patrné, že alespoň 3 dny v týdnu sportuje větší část dotazovaných (42 %), což by mohlo kopírovat doporučené dávky pohybu týdně. Obecná opatření tvrdí, že nejenom četnost, ale zejména pravidelnost pohybové aktivity pozitivně působí ve všech aspektech na jedince a podporuje zdravý životní styl jako takový. Data naznačují tendenci, že pravidelně v týdnu (2 až 3 dny) se hýbou mladší a vzdělanější jedinci (pohlaví není signifikantní, tabulka č.16).

Tabulka 16 Pohybová (sportovní) aktivita podle věku a vzdělání.

Frekvence sportování za týden	Vzdělání					Věková kategorie						
	Základní	Vyučen	SŠ s maturitou	VŠ	Celkem	15 až 24 let	25 až 34 let	35 až 44 let	45 až 54 let	55 až 64 let	65 a více let	Celkem
4-7 dní	10 %	7 %	18 %	14 %	13 %	14 %	11 %	13 %	10 %	14 %	14 %	13 %
3 dny	17 %	11 %	8 %	14 %	11 %	19 %	14 %	9 %	9 %	5 %	7 %	11 %
2 dny	28 %	15 %	15 %	25 %	19 %	31 %	22 %	23 %	16 %	9 %	4 %	19 %
1 den	12 %	13 %	15 %	14 %	14 %	12 %	19 %	19 %	13 %	13 %	4 %	14 %
Ani jeden den	34 %	55 %	44 %	33 %	43 %	25 %	33 %	36 %	52 %	59 %	71 %	43 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095,

Poznámka: sig: $p < 0,01$, Cramerovo V (Věk) = 0,18, Cramerovo V (Vzdělání) = 0,14

8 POSTOJE, INFORMOVANOST JAKO ZPROSTŘEDKUJÍCÍ FAKTORY FORMOVÁNÍ ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

Při hledání indikací zdravého životního stylu jsme narazili také na další indikátory, které do samostatných dimenzí svým obsahem nepatří, ale tvoří významné zprostředkující faktory zdravého životního stylu. Intenzivněji s nimi pracuje teorie plánovaného chování (viz podkapitola 2.2). Mezi tyto předpoklady zdravého životního stylu řadíme indikátor informovanosti a indikátor postoje ke zdraví. V této sekci pracujeme jak s daty z výzkumu „Aktér 2013“, tak i průběžně s daty „Zdravý životní styl 2023“.

Ve starších datech jsme považovali za vhodné zkoumat informovanost jako samostatnou proměnnou, složenou z různých aspektů a položek. Nicméně při analýze nových dat jsme zjistili, že není nutné informovanost zvlášť dále rozkládat, a spíše jsme se zaměřili na její celkové vnímání jako jeden z indikátorů péče o sebe. Tento směr analýzy jsme jasně vyjádřili v plánu analýzy v našem výchozím schématu z roku 2023.

8.1 Postoje ke zdraví a uvědomělá péče o zdravý životní styl

V této kapitole se zaměříme na zkoumání postoje jednotlivců k informovanosti. Postoje hrají klíčovou roli v tom, jak lidé vnímají a uplatňují informace, které mají k dispozici. Postoje k informovanosti mohou být různé a mohou být ovlivněny různými faktory, včetně hodnotových orientací, které hrají významnou roli právě při jejich utváření. V tomto bloku pracujeme s daty Aktér 2013, prostřednictvím jich tyto postoje měříme.

Postoj jedince ke zdraví může být ovlivněn jeho hodnotovými orientacemi. Ačkoli konkrétní hodnota zdraví nemusí nutně jednoznačně určovat jeho chování (jak bylo demonstrováno v dřívější studii Buriánkové v roce (2011) vypovídá přinejmenším o celkovém nastavení jedince, které může být dosti diferencované.

Procentuální rozložení odpovědí u dvou pro nás nejdůležitějších otázek v dotazníku přináší Tabulka 17.

Tabulka 17 Postoje ke zdraví (v %).

	1	2	3	4	5
1. O své zdraví pečuji opravdu svědomitě	13	38	33	14	2
2. Být zdravý	81	17	2	0	0

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: První výrok (1) měl stupnici: 1 = rozhodně ano, 5 = rozhodně ne. Druhý výrok (2) hodnocen na škále: 1 = velmi důležité, 5 = zcela nedůležité. Znění otázky bylo v tomto případě komplikovanější.

Je však třeba upozornit na to, že postoj ke zdraví byl zjišťován pomocí několika různých otázek zařazených do různých baterií. Korelační analýza mezi těmito položkami (viz Tabulka 18) ukazuje, že vzájemné souvislosti mezi nimi jsou relativně slabé. To naznačuje, že postoj ke zdraví je mnohohrstevnatý a komplexní konstrukt, který nelze jednoduše zachytit jednou či dvěma otázkami.

Tabulka 18 Korelace mezi položkami hodnoty zdraví a postoje ke zdraví.

Kendallovo tau	O své zdraví pečuji opravdu svědomitě	Být zdravý	Udržet si současnou váhu nebo třeba trochu zhubnout	Je pro mě důležité žít zdravě
O své zdraví pečuji opravdu svědomitě	1,000	0,210	0,143	0,381
Být zdravý	0,210	1,000	0,271	0,283
Udržet si současnou váhu nebo třeba trochu zhubnout	0,143	0,271	1,000	0,252

Zdroj: Aktér 2013, N=1088

Poznámka: Korelace vysoce signifikantní p 0,000. Kendallovo tau jako koeficient pořadové korelace. Nabývá hodnot v intervalu [-1, +1].

Nejsilnější korelace se objevuje mezi výpověďmi „O své zdraví pečuji opravdu svědomitě“ a „Je pro mě důležité žít zdravě“ ($\tau = 0,381$), což dává smysl – lidé, kteří deklarují svědomitý přístup ke zdraví, zároveň častěji považují zdravý životní styl za důležitý. Ostatní korelace jsou slabé až mírné, například mezi „Být zdravý“ a „Udržet si současnou váhu nebo třeba trochu zhubnout“ ($\tau = 0,271$) nebo mezi „Být zdravý“ a „Je pro mě důležité žít zdravě“ ($\tau = 0,283$).

Tyto výsledky ukazují, že jednotlivé aspekty postoje ke zdraví (např. subjektivní význam zdraví, konkrétní chování či motivace ke změně váhy) se sice částečně překrývají, ale nejsou jednoznačně propojené. To podporuje představu, že „postoj ke zdraví“ není jednotný konstrukt, ale skládá se z více dílčích dimenzí, které lidé mohou chápat a prožívat různými způsoby.

8.2 Informovanost a zájem o problematiku zdraví jako zprostředkující činitel

Než se soustředíme na indikátor informovanosti, jakožto ukazateli, který slouží k vyhodnocení úrovně informovanosti aktérů v této oblasti. Jeví se jako připomenout detailněji jeho obsah, aby čtenáři bylo jasnější, že se jedná spíše o deklarovanou snahu takové informace získávat. Původní proměnné naznačovaly poměrně výrazně snahy v jednotlivých otázkách. (Tabulka 19).

Tabulka 19 Úsilí o informovanost (v %).

	Pravidelně	Občas	Výjimečně	Vůbec ne
V oblasti celkového tělesného zdraví, předcházení nemocem	5	37	33	24
V oblasti péče o psychickou pohodu, o rozvoj osobnosti, prostě „o duši“	3	25	32	40
V oblasti hlídání tělesné hmotnosti, diet apod.	6	29	29	36
V oblasti zdravé výživy, kvality potravin	10	41	27	22
V oblasti zdravého životního stylu	7	37	30	26

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Při konstrukci součtového *indexu informovanosti*³⁴ jsme sice získali reliabilní škálu (Cronbach 0,89), avšak s vysokým podílem těch, kteří se o informace v této oblasti vůbec nezajímají (17 % populace). Index je škálován tak, aby vysoká hodnota ukazovala vysoký zájem, resp. informovanost. Škála přitom signifikantně koreluje se vzděláním (tau 0,17) i se sociálním statusem (0,12). Při další analýze dojdeme k závěru, že aktivita v oblasti získávání informací o zdravém životním stylu je závislá na pohlaví a. V tomto případě platí, že ženy se výrazněji zajímají o informace spojené se zdravým životním stylem a vzdělání je i v tomto případě silným činitelem, tj. respondenti s VŠ vzděláním se zajímají intenzivněji.

8.3 Psychická pohoda a wellbeing

V této části se zaměřujeme na otázky duševního zdraví a pohody ve vztahu ke zdravému životnímu stylu. Jak vyplývá z teoretické části práce, výzkum propojení pozitivní emoční pohody (např. pocitu štěstí) a zdravého životního stylu se v posledních letech dynamicky rozvíjí. Řada zahraničních studií dokumentuje souvislosti mezi sníženou psychickou pohodou a zhoršeným fyzickým zdravím (Steptoe, 2019). Longitudinální populační výzkumy opakovaně prokázaly vztah mezi duševní nepohodou a vyšším rizikem

³⁴ Syntax: COMPUTE sumZ=28 a + 28b + 28c + 28d+ 28e.

srdečních onemocnění (Carney et al., 2017), cévních mozkových příhod (Li et al., 2015) nebo diabetu 2. typu (Hackett et al., 2017). Otázka duševní pohody je komplikovaná a není snadná operacionalizovat, přičemž my o ní uvažujeme jako o zajímavé a atraktivní proměnné ve vztahu k tématu práce. Psychická pohoda se nám jeví jako samostatný faktor, který je jak zprostředkujícím, tak i výsledným faktorem zdravého životního stylu. Ve velkých dotazníkových šetřeních se na měření psychické pohody používá standardní baterie otázek měřící celkovou životní spokojenost, pohodu či štěstí (Diener, 2020). Nicméně v této práci pracujeme s psychickou pohodou jako samostatným faktorem, ale i jako možnou kompenzační položkou (viz kapitola 9).

Určitou výhodou je skutečnost, že ve výzkumu „Aktér 2013“ a výzkumu „Zdravý životní styl 2023“ byly uplatněny zmiňované standardní baterie WHO (WHO-5)³⁵ na měření osobní pohody (wellbeing), kterou můžeme v kontextu dosavadního postupu chápat nejen jako komponentu nebo přinejmenším zprostředkující faktor zdravého životního stylu (bez dostatečné míry psychické i fyzické pohody lze sotva považovat určitý životní styl za zdravý, nicméně pohodu mohou vykazovat i jedinci, kteří zdravě nežijí), ale také jako možné finální kritérium pro hodnocení dosaženého stavu³⁶. Jako sociologové samozřejmě nemáme možnost koncové proměnné jakkoli objektivizovat na základě fyziologických testů nebo monitoringu laboratorních hodnot. Ve směru našeho uvažování však jde o zajímavou proměnnou, kterou můžeme chápat přinejmenším jako součást úsilí o zdravý životní styl (ve zkoumaných bateriích položek jej dobře reprezentuje poslední, částečně i třetí položka). Proto s ní budeme pracovat i v dalších analýzách (a její vliv tak bude možno alespoň kontrolovat). Výzkum se respondentů z roku 2013 se konkrétně ptal na jednotlivé pocity v posledních dvou týdnech (kategorii odpovědí byly „celou dobu“, „většinu doby“, „více než polovinu doby“, „méně než polovinu doby“, „občas“, „nikdy“) (tabulka 18). Data z roku 2023 obsahovala stejné položky, ale škála četnosti odpovědi se lišila, avšak pouze v názvosloví jednotlivých pojmů. Kategorie odpovědi byly „vždy“, „často“, „občas“, „zřídka“, „nikdy“. Tabulka 19 a tabulka podává informaci o frekvenci odpovědi na jednotlivé výroky.

Škály jsme opět kvůli snazší interpretaci obrátili, tak aby kategorie „celou dobu“ odpovídala nejvyšší hodnotě (6). Následně jsme pomocí těchto indikátorů vytvořili souhrnný *index psychické a osobní pohody*³⁷, který vznikl na základě součtu bodů získaných

³⁵ Dostupné: <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/the-world-health-organisation-five-well-being-index-who-5/>

³⁶ V tomto případě by bylo třeba pojmut pohodu jako závisle proměnnou, která by zřejmě závisela nejen na zdravém životním stylu, ale na řadě dalších parametrů, např. na objektivním zdravotním stavu.

³⁷ Syntax: $COMPUTE\ sumZ=24a + 24b + 24c + 24d + 24e.$

za odpovědi na otázky příslušné baterie. Cronbachovo alfa (0,89) naznačuje relativně vysokou reliabilitu nové škály.

Tabulka 20 Psychická pohoda 2013 (v %).

	Celou dobu	Většinu doby	Více než polovinu doby	Méně než polovinu doby	Občas	Nikdy
Byl(a) jsem veselý(á) a v dobré náladě	4	33	31	18	13	1
Byl(a) jsem klidný(á) a uvolněný(á)	3	34	32	19	10	1
Byl(a) jsem aktivní a plný(á) elánu	4	25	31	23	15	3
Probouzel(a) jsem se osvěžený(á) a odpočínutý(á)	4	25	29	20	18	4
Můj každodenní život byl naplněn věcmi, které mě zajímají a těší	6	28	32	16	16	2

Zdroj: Aktér 2013, N=1088. Poznámka: 1 = celou dobu, 2 = většinu doby, 3 = více než polovinu doby, 4 = méně než polovinu doby, 5 = občas, 6 = nikdy.

Tabulka 21 Psychická pohoda 2022 (v %).

	Vždy	Často	Občas	Zřídka	Nikdy
Byl(a) jsem veselý(á) a v dobré náladě	15	47	32	6	0,4
Byl(a) jsem klidný(á) a uvolněný(á)	13	49	30	7	1
Byl(a) jsem aktivní a plný(á) elánu	16	39	34	10	1
Můj každodenní život byl naplněn věcmi, které mě zajímají a těší	13	45	35	7	0,3

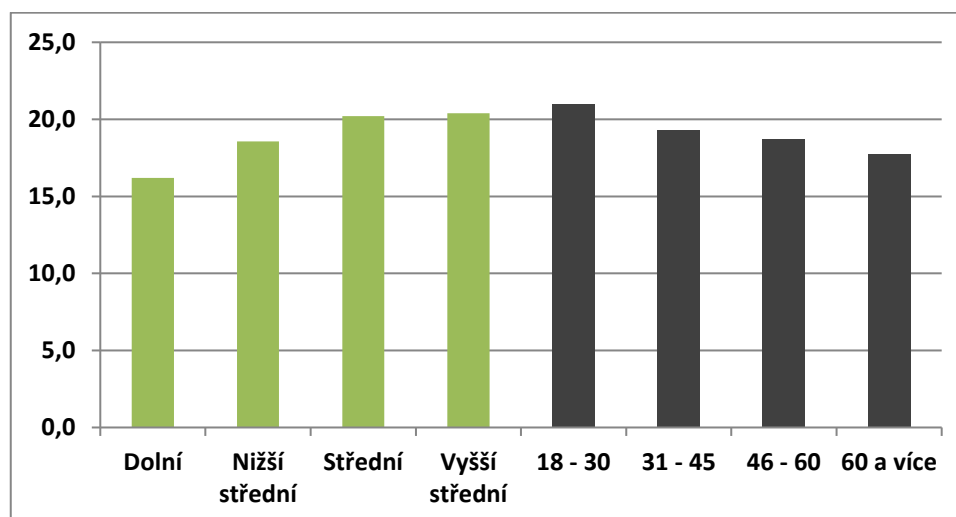
Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: 1=vždy, 2=často, 3=občas, 4=zřídka, 5 = nikdy.

Pracujeme s daty z roku 2013, kde statisticky významné vztahy vyjevuje navazující analýza (ANOVA), která sleduje vliv pohlaví, věku a vzdělání. Na průměrných hodnotách indexu se ukazuje, že muži a respondenti vysokoškolsky vzdělání pociťují větší psychickou pohodu. Index je dále zřetelně závislý na věku s tím, že s věkem nepohoda narůstá.

V grafickém vyjádření jsme do deskriptivní statistiky přidali sociální status jakožto další možnou třídící proměnnou. Zjistili jsme, že z hlediska sociálního statusu jeho vyšší úroveň nepohodu zmírňuje. Je zjevné, že pocit zdraví a dobré pohody je dosti závislý na životních podmínkách a že ekonomická deprivace může přinejmenším snížit subjektivní percepci wellbeingu (to by vysvětlovalo částečně i souvislost s věkem), viz Graf 14.

Graf 14 Závislost indexu wellbeing na věku a sociálního statusu

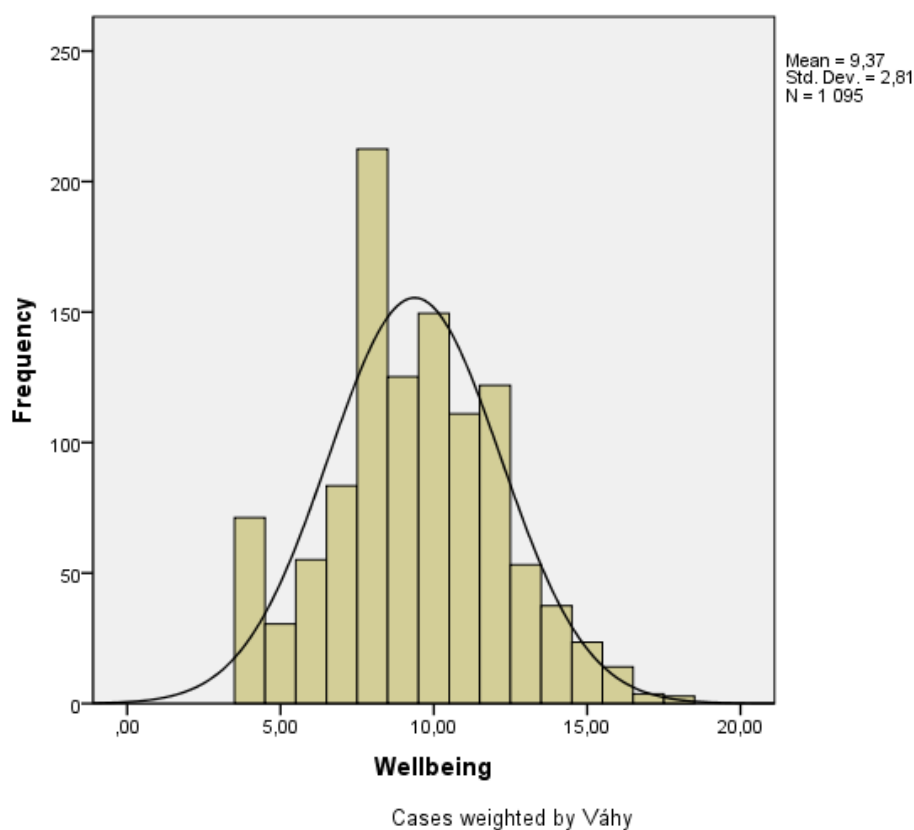


Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Podobně jako v předchozí analýze jsme i u dat z roku 2023 nejprve provedli frekvenční analýzu a následně zkonstruovali součtový *index psychické a osobní nepohody*³⁸. Škála dosahuje vysoké vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa = 0,86), což potvrzuje její spolehlivost. Rozložení výsledků názorně ukazuje graf č. 14 – lze si všimnout, že hodnoty indexu se pohybují od 4 do přibližně 19. Hodnota 4, jako nejnížší možná, reprezentuje osoby s nejvyšší mírou subjektivní pohody. Výsledky zobrazeny v grafu č. 15.

³⁸ Syntax: COMPUTE sumZ=14a + 14b + 14c + 14d + 14e.

Graf 15 Index osobní a psychické nepohody 2023.



Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Index jsme dále podrobili bivariační analýze pomocí metody ANOVA, přičemž jsme se zaměřili na vliv vybraných strukturálních proměnných – věku, pohlaví a dosaženého vzdělání (viz tabulka č. 22).

Analýza ukázala, že s rostoucím věkem respondenta klesá jeho subjektivní pohoda – tedy starší osoby vykazují vyšší hodnoty celkové nepohody. Významné rozdíly se ukázaly i mezi skupinami dle vzdělání: respondenti s vyšším vzděláním mají obecně nižší skóre nepohody, a tudíž se jeví jako psychicky a osobně spokojenější. Naopak pohlaví se jako významný faktor v tomto kroku analýzy neprokázalo – průměrné hodnoty indexu jsou u mužů a žen téměř totožné a rozdíl nebyl statisticky významný.

Tabulka 22 Průměrné hodnoty Indexu psychické a osobní pohody podle statusových komponent.

Věkové kategorie	wellbeing
15 až 24 let	8,18
25 až 34 let	8,98
35 až 44 let	9,46
45 až 54 let	9,81
55 až 64 let	10,10
65 a více let	10,29
Muž	9,38
Žena	9,37
Základní	8,08
Vyučen(a) / SŠ bez maturity	10,09
SŠ s maturitou	9,51
Vysokoškolské	8,98
Celkem	9,37

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095

Poznámka: Pohlaví nesignifikantní. sig: $p < 0,05$.

9 ODOLNOST VŮČI POKUŠENÍ KOMPENZACE

V této kapitole se zabýváme měřením postojů a názorů respondentů ke kompenzačnímu chování. Jak jsme již v teoretické části naznačili, jde o ospravedlnění se předešlé nezdravé konzumace, a to například vyšší pohybovou aktivitou (Lippke et al. 2011, 2014, 2021; Grimani et al., 2021). Jedno z reálných omezení formování zdravého životního stylu vyplývá z přítomnosti kompenzačních postojů, které lze rozpoznat i v české populaci. V návaznosti na inspiraci rozvedenou v teoretické části práce konstatujeme, že kompenzační teorie se v konkrétních postojích české veřejnosti odráží docela silně, a proto má smysl zkoumat blíže její možné souvislosti.

Postojovou dimenzi kompenzace, založenou na různých variantách neutralizace, jsme sledovali na obou datových souborech, přičemž datový soubor z roku 2013 pracoval se základními výroky (tabulky č. 20, 21) popisující toto specifické chování. Naopak soubor z roku 2023 analyzoval rozšířenější baterii výroků (tabulka č.), prostřednictvím kterých respondenti kompenzují nejen pomocí pohybové aktivity, menších porcí při další konzumaci, ale i například i dostatečnou relaxací a spánkem atp.

9.1 Počáteční analýza odolnosti vůči svodům

Nejprve podstupuje analýzu baterie otázek z roku 2013, kde nás zajímala možnost sestavení *indexu anti-kompenzačního postoje* (ve smyslu určité odolnosti jedince vůči svodům). Výsledky dosažené v první baterii otázek potvrzují zmíněnou teorii kompenzace v tom, že většina dotazovaných je ochotna konzumovat mírně větší množství jídla, než by bylo zdravé nebo prospěšné, pokud pak konají sportovní aktivitu.

Tabulka 23 Reflexe kompenzačních položek (pro konzumaci nezdravé pochutiny v %).

	1	2	3	4	5
Můžu ji sníst a vynahradím to menší porcí při příštím jídle.	19	28	27	13	12
Můžu ji sníst, když půjdu později sportovat.	26	18	26	20	9

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Škála odpovědí byla - 1 = Velmi pravděpodobné, 2 = Spíše pravděpodobné, 3 = Ani pravděpodobné, ani nepravděpodobné, 4 = Spíše nepravděpodobné, 5 = Velmi nepravděpodobné.

V našem výzkumu byla dále zařazena baterie výroků, z nichž se část týkala významu zdravého vzhledu pro vnímání jedince a další část explicitně postojů k péči o zdraví. Zbývající položky této baterie z hlediska obsahu zjevně tvoří škálu, kterou můžeme chápat jako alternativu přijetí či naopak nepřijetí kompenzačního postoje. Proti předchozí baterii se ukazuje, že v takto konkretizované podobě lidé kompenzační princip výrazněji odmítají (Tabulka č. 24).

Tabulka 24 Míra souhlasu s konkrétními projevy kompenzačních postojů (v %).

	1	2	3	4	5
Když člověk zdravě jí, nevadí, když si občas dá skleničku alkoholu navíc.	12	36	27	19	6
Pokud člověk nepije alkohol během všedních dnů, může si dát o víkendu pár skleniček navíc.	9	25	28	27	11
Alkohol neškodí, pokud člověk pije dostatečné množství vody.	5	15	26	33	21
Když člověk zdravě jí, nevadí, když si čas od času zapálí.	4	13	18	27	38
Sport a fyzická aktivita zmírňuje negativní vliv kouření.	5	15	22	24	34
Sport a fyzická aktivita zmírňuje negativní efekt vyšší spotřeby alkoholu.	4	22	26	16	32
Pokud člověk vynechá hlavní jídlo, může si dát tolik moučníku, kolik chce.	3	7	14	33	43
Člověk si může dát trochu víc jídla, než je zdravé, když si pak jde zacvičit.	7	28	30	22	13

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Škála odpovědí byla - 1 = Velmi pravděpodobné, 2 = Spíše pravděpodobné, 3 = Ani pravděpodobné, ani nepravděpodobné, 4 = Spíše nepravděpodobné, 5 = Velmi nepravděpodobné.

Po zjištění posunu měřítek v odpovědích respondentů v obou bateriích (v první baterii jsme se tázali spíše na to, co člověka napadne, nikoli tendenci takto jednat) jsme se rozhodli pro jednu společnou explorační analýzu hlavních komponent, abychom lépe porozuměli struktuře dat a mohli případně najít některé specifitější faktory.

Výchozí nerotované řešení ukázalo, že nelze počítat s jednou silnou hlavní komponentou (pouze 29 % vysvětlené variance). S ohledem na počet komponent jsme přistoupili k jejich rotaci, celkově model vysvětlil 66,5 % variance, což ovšem není špatný výsledek. Jak jsme již předeslali, druhá baterie obsahovala blok položek na hodnoty zdraví, které vytvořily samostatnou (čtvrtou) komponentu. Přesto pro analýzu kompenzace zbývá více faktorů (Tabulka č. 25).

Tabulka 25 Tolerance kouření a spoléhání na sport.

	Kouření ±	Alkohol	Jídlo – význam	Hodnota zdraví	Kompenzace – pochutiny
Můžu ji sníst a vynahradím si to menší porcí při příštím jídle.	-0,051	0,077	0,151	-0,043	0,82
Můžu ji sníst, když půjdu později sportovat.	0,143	0,064	-0,071	0,145	0,804
Lidé, kteří vypadají zdravě a sportovně, jsou v životě úspěšnější.	0,01	0,037	0,081	0,799	0,116
Lidé, kteří mají nadváhu, mívají problémy jak v osobním, tak pracovním životě.	0,056	0,04	0,007	0,779	-0,15
Je pro mě důležité žít zdravě.	-0,147	-0,07	-0,163	0,662	0,149
Když člověk zdravě jí, nevadí, když si občas dá skleničku alkoholu navíc.	0,106	0,858	0,081	0,121	0,088
Pokud člověk nepije alkohol během všedních dnů, může si dát o víkendu pár skleniček navíc.	0,27	0,79	0,233	-0,051	0,061
Alkohol neškodí, pokud člověk pije dostatečné množství vody.	0,431	0,59	0,216	-0,104	0,045
Když člověk zdravě jí, nevadí, když si čas od času zapálí.	0,66	0,307	0,234	-0,105	0,012
Sport a fyzická aktivita zmírňuje negativní vliv kouření.	0,875	0,146	0,092	0,03	0,049
Sport a fyzická aktivita zmírňuje negativní efekt vyšší spotřeby alkoholu.	0,843	0,176	0,171	0,005	0,043
Pokud člověk vynechá hlavní jídlo, může si dát tolik moučnicku, kolik chce.	0,411	0,024	0,617	-0,09	0,012
Člověk si může dát trochu víc jídla, než je zdravé, když si pak jde zacvičit.	0,147	0,192	0,742	0,04	0,132
Člověk si nemusí dělat starosti s tím, co jí, pokud je zdravý a nemá nadváhu.	0,072	0,179	0,758	-0,031	-0,037

Zdroj: Aktér 2013, N=1088

Poznámka: Rotace Varimax. Variance jednotlivých komponent: 17, 14, 13, 13, 10 (%). Sig. je značena tučně.

Výsledek potvrzuje, že dvě položky z první baterie vytvořily zcela specifický faktor („Kompenzace pochutiny“), který se liší od faktoru třetího, jenž zřejmě nejlépe vystihuje obecnější tendenci ke kompenzačnímu chování (resp. k odolnosti). U prvních tří faktorů

dochází k určitému prolínání, interpretaci prvního faktoru by bylo možno rozšířit o položky se zátěží nad hodnotu 0,4 (kompenzační efekt pitného režimu nebo vynechání hlavního jídla).

První faktor se sice obsahově váže zejména ke kouření, je ale současně výrazně orientován na spoléhání na kompenzační význam sportu (jako kompenzačního prostředku). Nepřekvapuje nás, že trochu jiné faktory odolnosti v oblasti alkoholu a v oblasti kouření, což odpovídá obsahu položek. Pro další analýzu se tak otevírá možnost užívat vždy příslušný specifický faktor v roli prediktoru konkrétního chování (využijeme faktorové skóry, jejich průměry a metodu ANOVA).

Vliv pohlaví se projevuje u kompenzace alkoholu (průměr faktorového skóru u mužů -0,1, u žen 0,09, signifikantní) a jídla (muži -0,08, ženy 0,07, signifikantní). Z hlediska věku je pro-kompenzační ve vztahu ke kouření kategorie 31 až 45 let (-0,11), odolnější kategorie nad 60 let (0,21), u nejstarších se podobně projevuje i reakce na pochutiny (0,22). U vzdělání se objevuje jediný signifikantní rozdíl ve vztahu k pochutině, tj. málo kompenzační jsou lidé se základním vzděláním (0,22), naopak pochopení pro kompenzaci projevují vysokoškoláci (-0,18). Relativně nejvíce signifikantních vztahů nacházíme v případě třídění dle subjektivního sociálního statusu (viz Tabulka 26).

Tabulka 26 Průměry faktorových skóre kompenzace podle sociálního statusu.

	N	Kouření	Alkohol	Jídlo	Pochutiny
Dolní	132	-0,188	0,042	-0,359	0,322
Nižší střední	356	-0,07	0,053	-0,063	-0,002
Střední	496	0,1	-0,052	0,132	-0,085
Vyšší střední	56	0,053	0,019	0,065	0,004
Celkem	1040	0,003	0	-0,001	0

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: sig: $p < 0,05$. Sig. je značena tučně.

O možnosti kompenzovat kouření nebo jídlo je výrazněji přesvědčena dolní vrstva, ve vztahu k nezdravým pochutinám ovšem inklinuje k odpovědi „nepravděpodobné“. Zřejmě někde v pozadí stojí motiv užít si, objeví-li se relativně vzácná příležitost. Nejsilněji projevují odolnost vůči pokušení kompenzace příslušníci střední třídy. Hypoteticky tento jev můžeme vysvětlit tak, že příslušníci střední třídy již mají dostatek kulturního kapitálu, ale ne tolik ekonomického, aby byli často vystavováni pokušení (a svodům kompenzace).

9.2 Kompenzace po jednotlivých oblastech

V předchozí analýze na datech z roku 2013 jsme využili lehce jiný způsob operacionalizace při utváření indexu a následnému třídění podle sociodemografických proměnných. Jak jsme již naznačili, data z roku 2013 poskytují spíše hrubý obraz v tak rozsáhlém tématu, jakým se zabýváme, zatímco aktuální data přinášejí výsledky, které jsou snadněji interpretovatelné a srovnatelné.

V této části analýzy se zaměříme na rozšířenou sadu baterie otázek proměnných kompenzačních postojů a přinášíme tak jiný pohled na data. V tomto bloku pracujeme s daty z roku 2023 a kompenzační chování zachycujeme v jedné kompletní baterii, která mapuje jeho jednotlivé oblasti a naše analýza se zaměřuje na systematický popis jednotlivých sledovaných kompenzačních strategií. Hlavním cílem této podkapitoly je zkoumat kompenzační chování v české společnosti a analyzovat jeho vztahy k sociodemografickým ukazatelům. V mezifázi jsme testovali celkovou odolnost kompenzačních položek v podobě součtového indexu. Dalším krokem v naší dílčí analýze je faktorová analýza, kde zkoumáme vliv strukturálních proměnných, a zároveň nás tato analýza posunuje směrem k typologii (shlukové analýze).

9.2.1 Celková odolnost kompenzačních položek

V prvním kroku naší analýzy mapujeme kompenzační strategie v českém prostředí. Výsledky deskriptivní analýzy přináší tabulka č. 26, která uvádí všechny výroky (kompenzace) a odpovědi v %, včetně průměru. Data ukazují, že nejvýraznější tendence se projevila u výroku o konzumaci sladkého, pokud nejíme dezerty pravidelně. Tento postoj vyjádřilo 62 % dotazovaných. Nadpoloviční většina (59 %) stres prožívaný během týdne kompenzuje relaxací během víkendu. Opačnou inklinaci nalezneme u výroku o večerním stravování, pokud se člověk během dne dostatečně nestravoval (44,5 %). Dotazovaní dále výrazně nesouhlasí s položkou o tom, že: „*Když někdo jí, nemusí cvičit*“ (38,4 %). Výsledky našeho výzkumu ale potvrzují, že Češi obecně inklinují ke kompenzaci negativních důsledků sportovní a pohybovou aktivitou.

9.2.2 Celková odolnost kompenzačních položek (oblasti kompenzování)

Následující oddíl si klade za cíl hledat souvislosti mezi jednotlivými kompenzačními položkami a statusovými komponenty. Tabulka č. 27 přináší rozdělení výroků na jednotlivé oblasti, které jsme vlastní konstrukcí vytvořili k detailnější analýze.

Tabulka 27 Míra souhlasu s konkrétními projevy kompenzačních postojů v %, 1=rozhodně souhlasím.

	1	2	3	4	5	Průměr ø
Stres prožívaný během týdne se dá překonat tím, že o víkendu důsledně relaxuji.	27	31	29	9	4	2,1
Každodenní stres zmizí, když si večer pustím TV nebo video.	8	23	40	17	12	3
Negativní důsledky stresu můžeme odstranit pravidelným cvičením, sportem.	23	37	31	7	2	2,27
Kvalitní spánek odstraní následky stresu.	40	28	25	5	2	2
Je docela v pořádku dát si něco sladkého, abychom snížili míru stresu.	10	34	34	8	3	2,4
Nedostatek spánku v průběhu týdne můžeme dohonit delším spánkem během víkendu.	14	32	33	13	8	2,7
Nevadí, když jdu spát pozdě v noci, pokud si ráno mohu přispat a celková doba spánku se nezkrátí.	14	36	34	11	5	2,55
Nedostatek spánku v noci se dá nahradit tím, že se krátce zdřímnu přes den, dám si "šlofika".	17	30	29	17	7	2,65
Člověk si může dát trochu víc jídla, než je zdravé, když si pak jde zacvičit.	12	34	38	12	4	2,61
Můžu sníst i něco těžšího a nezdravého, pokud to vynahradím menší porcí při příštím jídle.	9	26	38	18	9	2,93
Najíst se pořádně večer je v pořádku, pokud člověk přes den mnoho nesnědl.	6	17	31	22	24	3,4
Nevadí vzít si kus dortu, čokolády nebo zmrzliny, pokud nejíme dezerty pravidelně.	25	37	27	8	3	2,28
Když už poruším dietu, mohu začít zítra novou.	13	27	39	13	8	2,75
Potravinové doplňky s vitamíny a stopovými prvky mohou dostatečně kompenzovat nedostatky ve složení stravy.	7	29	43	12	9	2,88
Nedostatek pohybu mohu zmírnit tím, že jím méně.	10	28	37	16	9	2,86
Když někdo jí zdravě, nemusí cvičit.	5	20	38	30	13	3,22
Cvičením na jaře a v létě můžeme dohnat nedostatek pohybu v zimě.	7	21	41	13	12	3,07
Když tento týden nebudu moci cvičit, dám si další týden dvojitou dávku.	4	18	44	22	12	3,19
Když člověk zdravě jí, nevadí, když si občas dá skleničku alkoholu navíc.	12	32	37	12	7	2,7
Pokud člověk nepije alkohol během všedních dnů, může si dát o víkendu pár skleniček navíc.	7	26	41	16	10	2,95
Alkohol neškodí, pokud člověk pije dostatečné množství vody.	6	15	35	20	24	3,4
Sport a fyzická aktivita zmírňuje negativní vliv kouření.	12	29	33	13	13	2,84

Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: Škála odpovědí byla - 1 = Rozhodně souhlasím, 2 = Spíše souhlasím, 3 = Ani souhlasím, ani nesouhlasím, 4 = Spíše nesouhlasím, 5 = Rozhodně nesouhlasím

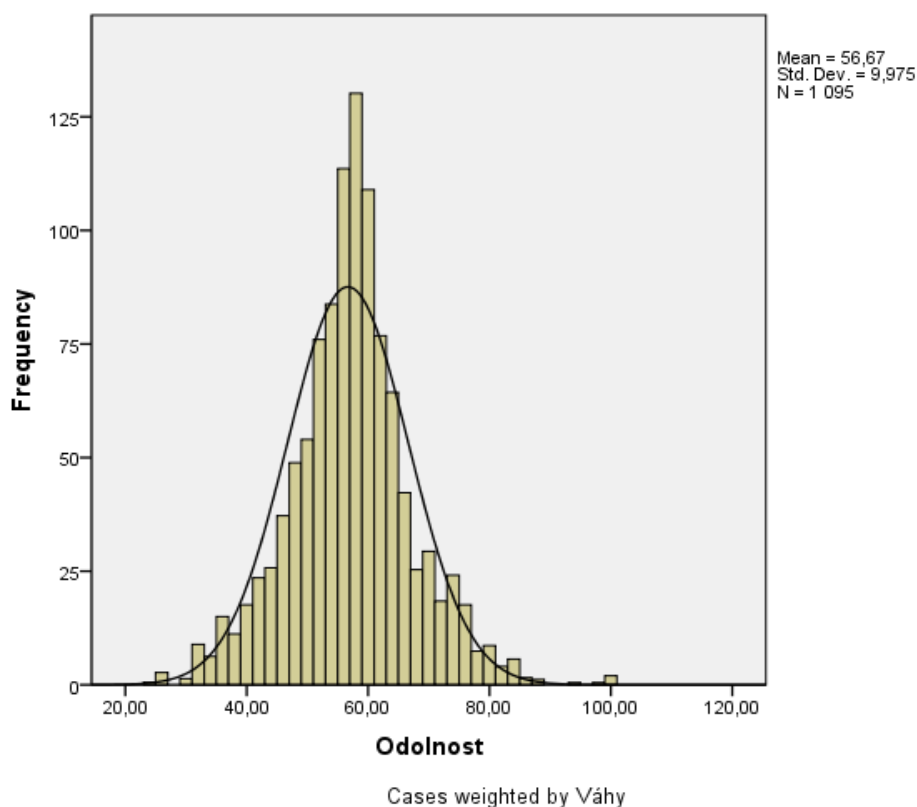
Během procesu analýzy vytváření sumačního indexu celkové odolnosti kompenzace jsme se rozhodli vyřadit dvě proměnné z rozsáhlé baterie otázek, a to „*Negativní důsledky stresu můžeme odstranit pravidelným cvičením, sportem*“ a „*Kvalitní spánek odstraní následky stresu*“ z důvodu nesouladu s tematikou kompenzace, tj. z věcného hlediska tyto

položky s kompenzačními mechanismy nesouhlasí. Tuto změnu jsme provedli na základě hodnocení spolehlivosti pomocí Cronbachova alfa (0,5).

Při vytváření *celkového indexu odolnosti*³⁹ jsme zaznamenali poměrně vysokou spolehlivost (Cronbach 0,87) a následně jsme provedli analýzu o vlivu sociodemografických proměnných na vytvořený index odolnosti. Výsledky nám potvrdily, že ženy jsou obecně odolnější vůči kompenzačnímu chování. Stejně tak jsme zaznamenali, že starší jedinci jsou odolnější v některých aspektech kompenzačního chování, avšak tato zjištění nejsou vždy jednoznačná. Vzdělávání také přispívá k vyšší odolnosti, což je v souladu s očekáváním, protože jedinci s vysokoškolským vzděláním jsou obvykle schopni racionálněji hodnotit možnost kompenzace.

Na základě našich získaných dat můžeme konstatovat, že kompenzační index celkové odolnosti funguje dobře tam, kde jsou k dispozici položky pro jeho konstrukci. Plastické znázornění přináší graf č 16.

Graf 16 Celková odolnost kompenzačních položek.



Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

³⁹ Syntax: COMPUTE sumZ= Q01A + Q01B + Q01E + Q01F + Q01G + Q01H + Q01J + Q01I + Q01K + Q01L + Q01M + Q01N + Q01O + Q01P + Q01Q + Q01R + Q01S + Q01T + Q01U + Q01V.

Diferenciace podle sociodemografických faktorů však neprobíhá příliš výrazně. To znamená, že různé sociodemografické skupiny používají různé strategie kompenzace. Zjištěná fakta naznačují, že jednotlivci často preferují specifické kompenzační strategie spíše, než aby se snažili kompenzovat jako celek.

Může nás ovšem zajímat rozebírání jednotlivých položek kompenzace, přičemž si vybereme právě ty, kde je největší elementární diferenciace. K těmto zjištěním používáme již naznačené bloky kompenzační strategie a zmiňované kontingenční tabulky. Obecně řečeno, všechny výroky o kompenzačních strategiích (dle stanovených oblastí) třídíme podle statusových komponent (věk, pohlaví a vzdělání).

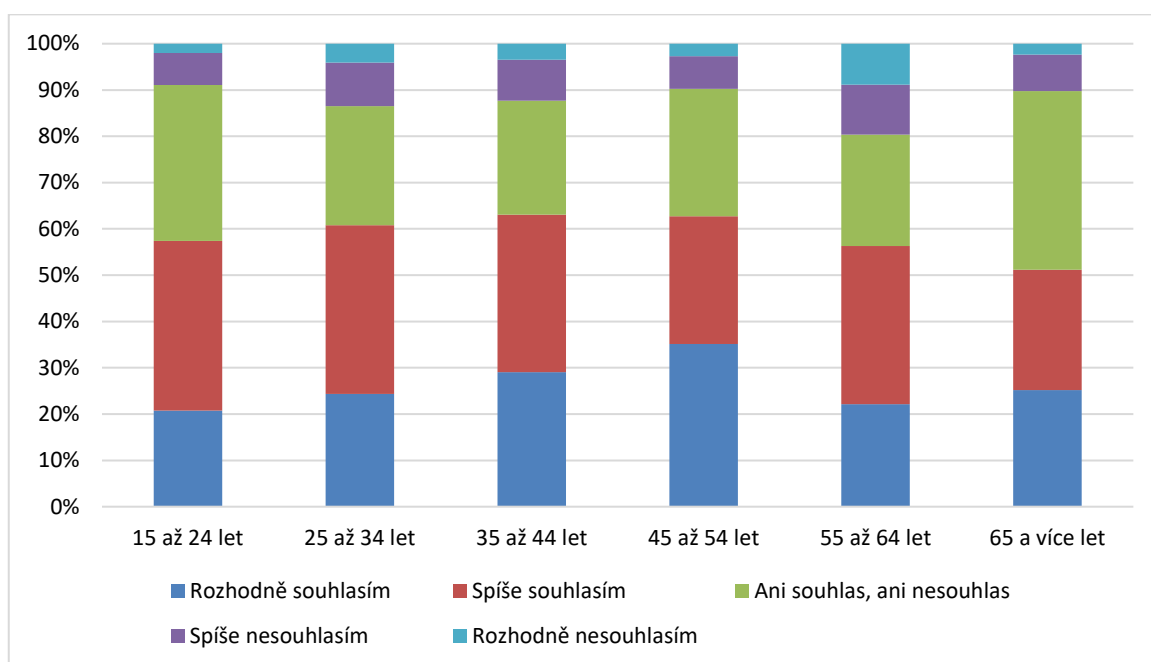
9.3 Kompenzační strategie a jejich podmíněnost statusovými komponenty

Hlavním úkolem následující fáze analýzy je zjistit, jaký vliv mají statusové proměnné na jednotlivé oblasti kompenzačních proměnných. K zjištění těchto výsledků využíváme bivariační analýzy, a to již zmíněných kontingenčních tabulek.

9.3.1 Oblast kompenzace stresu

Tato oblast je reprezentována konkrétními tvrzeními: "*Stres prožívaný během týdne se dá překonat tím, že o víkendu důsledně relaxuji*", "*Každodenní stres zmizí, když si večer pustím TV nebo video*", a "*Negativní důsledky stresu můžeme odstranit pravidelným cvičením, sportem*". Významné statistické vztahy se projevují právě u těchto proměnných a jsou ovlivněny faktory věku a vzdělání. Jak ukazuje graf č. 17, tato strategie je nejtypičtější pro střední generaci ve věku 45-55 let. Zajímavým poznatkem je, že starší generace ve věku 55-65 let se věnuje relaxaci prostřednictvím televize věku častěji než ostatní věkové skupiny. Jinak řečeno, věkové kategorie se v tomto ohledu výrazně neliší. Pokud jde o strategii minimalizace negativních důsledků stresu prostřednictvím pravidelné fyzické aktivity, souhlas s touto strategií s věkem výrazně klesá. Výsledky přináší graf č. 18.

Graf 17 Kompenzace v oblasti stresu prožívaného během týdne podle věku.

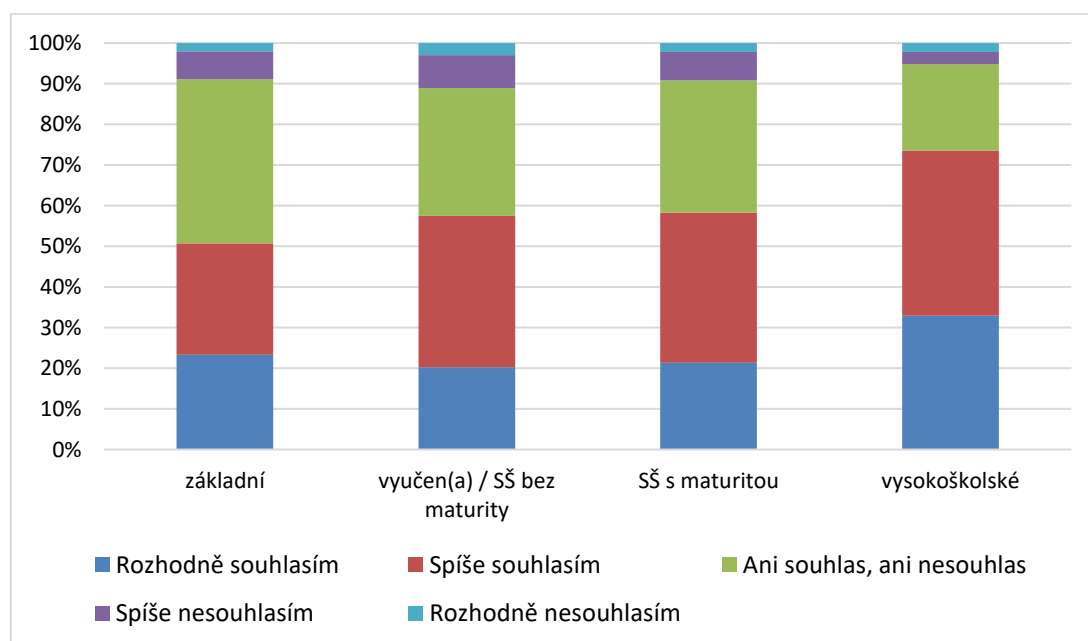


Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Většinou jsou vysokoškoláci ti, kteří více souhlasí s tvrzením o odstranění negativních důsledků stresu pomocí pohybu. Jinými slovy, tato strategie jim představuje spolehlivý nástroj ke zvládnutí stresu. Naopak, co se týče snahy zmírnit stres sledováním televize, vysokoškoláci tento postoj razantně odmítají.

Graf 18 Kompenzace v oblasti stresu prožívaného během týden podle vzdělání.



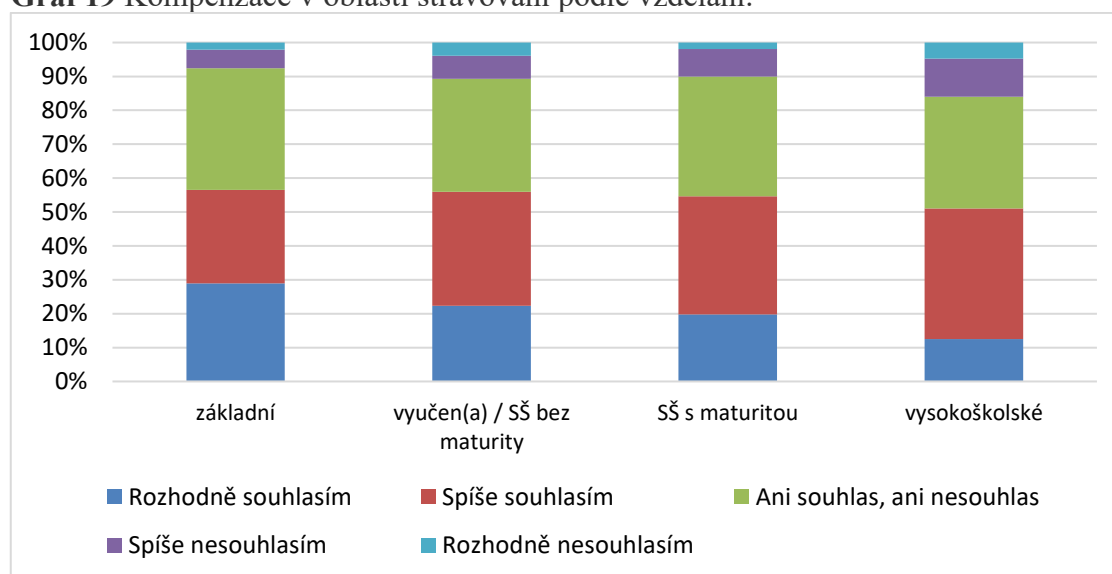
Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

9.3.2 Správné stravovací návyky a pohybová aktivita

Tuto oblast zejména pak reprezentuje výrok: *“Je docela v pořádky dát si něco sladkého, abychom snížili míru stresu”* a zásadní vliv se projevuje u vzdělání. Znovu můžeme vidět, že mezi vysokoškoláky je tento přístup výrazně odmítán, naopak skupina jedinců s nižším vzděláním tuto strategii výrazně podporuje (viz graf č. 19). Co se týče kompenzace prostřednictvím konzumace sladkostí, tuto strategii preferují zejména mladí lidé a jedinci ve střední věkové kategorii. Celkově lze pozorovat větší ochotu ke kompenzaci sladkostí u mladší generace.

Graf 19 Kompenzace v oblasti stravování podle vzdělání.



Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

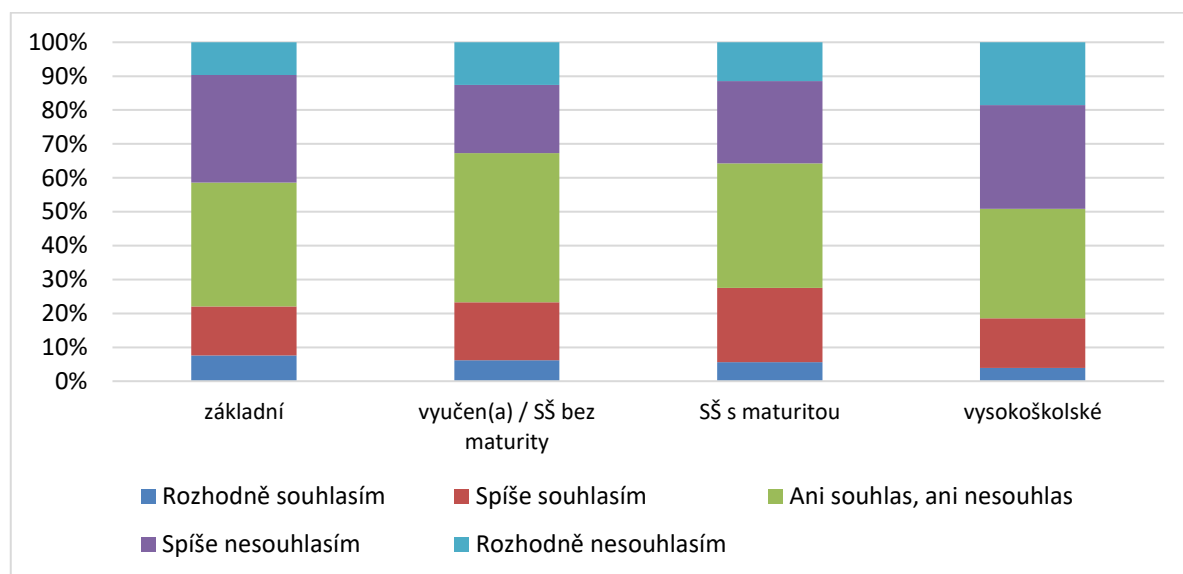
9.3.3 Sportovní a pohybová aktivita

Pokud se zaměříme na rozdílnost v rámci bloku otázek týkajících se pohybových a sportovních aktivit dochází k následujícím závěrům.

Obecně je kompenzace více typická pro ženy, které ji podporují ze 41 % a u mužské populace se tato strategie objevuje ve 34 %. Signifikantní výsledky přináší také kategorie věku. Senioři ve věkové skupině 45 % souhlasí s kompenzací, což může být spojeno s nedostatečným pohybem v této věkové skupině. Naopak, mladí lidé mají výrazně negativní postoj k názoru, že zdravá strava nahrazuje potřebu cvičení. Naopak, střední generace má největší míru souhlasu s prezentovanou kompenzační strategií. Ohledně tvrzení souhlasí se *„Cvičením na jaře a v létě můžeme dohnat nedostatek pohybu v zimě“* převážně senioři, kteří mají přirozeně větší strach se venku věnovat pohybovým aktivitám. Na management

organizace sportovních a pohybových aktivit rezignují spíše také respondenti senioři. Zajímavým zjištěním jsou ale aktéři ocitající se ve středním věku, kteří v této fázi života začínají být aktivnější. Tato fáze života jim umožňuje být aktivnějšími, neboť mají více volného času a obvykle ubývá starostí o péči o děti. To znamená, že se můžou začít více věnovat sami sobě a svým pohybovým aktivitám.

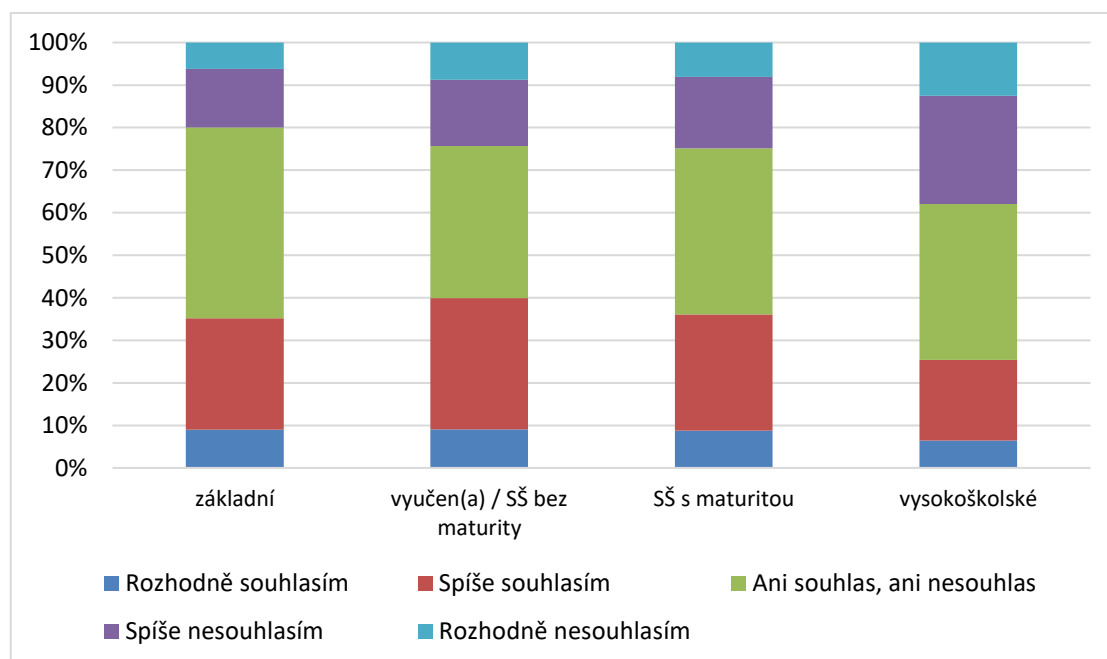
Graf 20 Kompenzace v oblasti pohybové aktivity podle vzdělání.



Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Graf 21 Kompenzace v oblasti stravovacích návyků podle vzdělání.

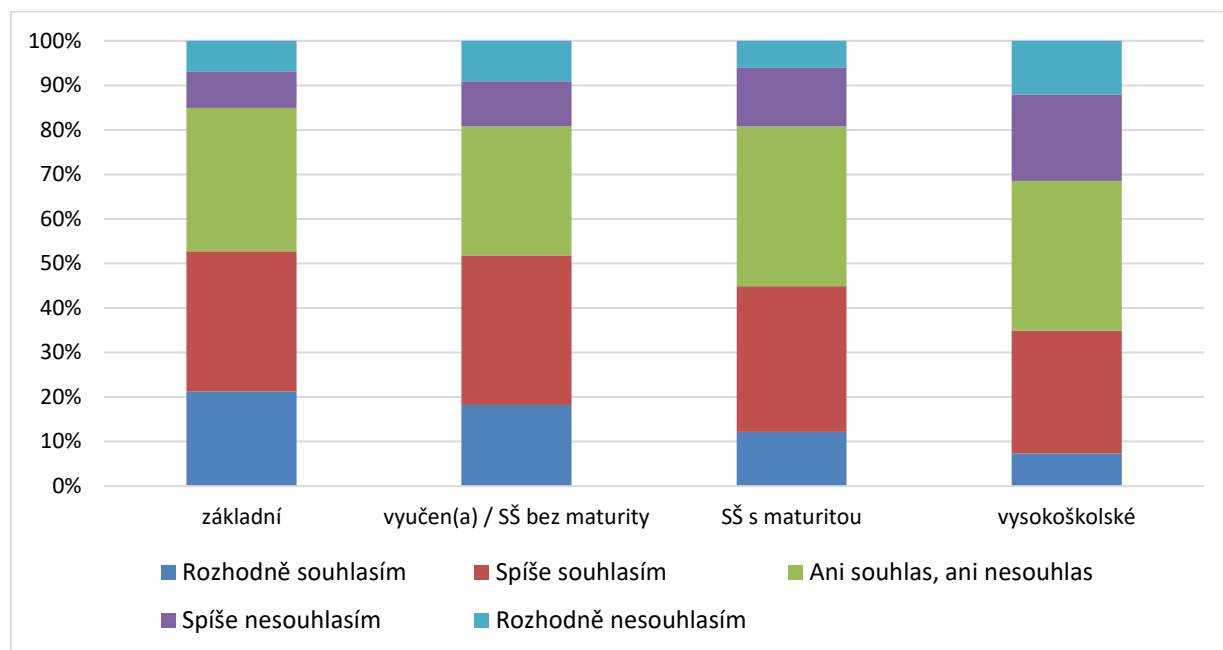


Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

V této fázi analýzy jsme se zvláště věnovali bloku otázek o spánku, tj. o kompenzaci nedostatku spánku. Získaná data ukázala, že s těmito tvrzeními většinou souhlasí jedinci s nižším vzděláním, zatímco vysokoškoláci tyto možnosti odmítají s větším důrazem. Výsledky zobrazuje graf č. 22.

Graf 22 Kompenzace v oblasti spánku podle vzdělání.



Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Je celkem příznačné, že jsme postupovali osvědčeným způsobem a vycházeli jsme z kroků předešlé analýzy. Klíčovou procedurou se pro nás stala faktorová analýza, tj. zda skupina sledovaných položek, bez apriorního rozdělení podle oblastí kompenzace, vytvoří jeden z faktorů v rámci explorační faktorové analýzy. V rámci této analýzy jsme explorovali obsah baterie, která ale odpovídá teoretickým předpokladům.

9.4 Faktorová analýza kompenzačních výroků

Obecně výše uvedené výroky deskriptivní analýzy naznačují celou řadu kompenzačních strategií, přičemž faktorovou analýzou si postupně ověřujeme existenci struktury. Identifikované komponenty vysvětlují polovinu celkové variance, kterou nalezneme v těchto položkách. Některé položky kompenzačního chování nesou specifickou informaci, jsou samostatné, tudíž přímo nekorelují s ostatními položkami. Data dále naznačují, že nerotované řešení faktorové analýzy neodhalilo jednoduchou silnou komponentu, protože kompenzační chování vykazuje mnoho podob a variant. Z provedené

faktorové analýzy, jež vysvětlila 50 % vysvětlené variance, lze vyvodit pět hlavních faktorů, které lze označit následovně (Výsledky přináší tabulka č. 28):

1. **Všestranná kompenzace stresu** (14 % vysvětlené variance). Jde o různé formy kompenzace stresu. Jinými slovy tento specifický faktor vysvětluje, jak lidé reagují na stres a jakým způsobem kombinují škálu kompenzačního chování (víkendová relaxace, kvalitní spánek, sladké).
2. **Kompenzace náhradou, pasivní** (11 % vysvětlené variance). Tento faktor je reprezentován výroky, které bychom si mohli představit pod pojmem „lenost“ či jakási celková „nepravidelnost“. Pro tyto respondenty je typické najíst se pořádně večer, pokud člověk nic nesnědl přes den, kompenzace potravinovými doplňky, nedostatečná pohyblivá aktivita atp.
3. **Kompenzace bezprostřední, návazná** (9 % vysvětlená variance). Tento faktor je zastoupen okamžitou kompenzací, jako je nedostatek spánku, který jedinec vykompenzuje spánkem přes den, nebo předešlou nezdravou konzumací si vynahradí menší porcí při dalším jídle.
4. **Tolerance vůči větším dávkám alkoholu** (8 % vysvětlené variance). U těchto faktorů lze vysledovat společnou tendenci směrem k rizikovému chování (kouření a konzumace alkoholu), které je kompenzováno správným stravováním, menší konzumací alkoholu během týdne a pohybovou aktivitou.
5. **Kompenzace restriktivní, expresivní** (8 % vysvětlené variance). Nejsilnější zátěže v tomto faktoru nesou položky, které předpokládají příště větší dávku cvičení a slibují lepší a nový začátek.

Tabulka 28 Faktorová analýza baterie otázek kompenzace.

	Všestranná kompenzace stresu	Kompenzace náhradou, pasivní	Kompenzace bezprostřední, návazná	Tolerance vůči větším dávkám alkoholu	Kompenzace restriktivní, expresivní
Stres prožívaný během týdne se dá překonat tím, že o víkendu důsledně relaxuji.	0,64	0,26	-0,10	0,00	0,09
Každodenní stres zmizí, když si večer pustím TV nebo video.	0,06	0,64	0,26	-0,03	0,03
Negativní důsledky stresu můžeme odstranit pravidelným cvičením, sportem.	0,62	-0,13	-0,14	0,10	0,12
Kvalitní spánek odstraní následky stresu.	0,66	0,06	-0,14	-0,05	-0,07
Je docela v pořádku dát si něco sladkého, abychom snížili míru stresu.	0,64	0,24	0,03	-0,01	0,09
Nedostatek spánku v průběhu týdne můžeme dohonit delším spánkem během víkendu.	0,38	0,52	0,04	0,10	0,22
Nevadí, když jdu spát pozdě v noci, pokud si ráno mohu přispat a celková doba spánku se nezkrátí.	0,48	0,16	0,34	0,24	0,12
Nedostatek spánku v noci se dá nahradit tím, že se krátce zdřímnu přes den, dám si "šlofika".	-0,03	0,18	0,71	-0,02	0,00
Člověk si může dát trochu víc jídla, než je zdravé, když si pak jde zacvičit.	0,34	-0,02	0,26	0,03	0,51
Můžu sníst i něco těžšího a nezdravého, pokud to vynahradím menší porcí při příštím jídle.	0,00	0,04	0,66	0,22	0,18
Najíst se pořádně večer je v pořádku, pokud člověk přes den mnoho nesnědl.	-0,36	0,46	0,44	0,13	0,00
Nevadí vzít si kus dortu, čokolády nebo zmrzliny, pokud nejíme dezerty pravidelně.	0,66	-0,12	0,13	0,19	0,10
Když už poruším dietu, mohu začít zítra novou.	0,22	0,08	0,08	-0,07	0,67
Potravinové doplňky s vitamíny a stopovými prvky mohou dostatečně kompenzovat nedostatky ve složení stravy.	0,16	0,60	0,04	0,16	0,05
Nedostatek pohybu mohu zmírnit tím, že jím méně.	0,08	0,38	-0,01	0,03	0,53
Když někdo jí zdravě, nemusí cvičit.	-0,07	0,58	0,22	0,06	0,32
Cvičením na jaře a v létě můžeme dohnat nedostatek pohybu v zimě.	-0,01	0,45	-0,11	0,31	0,38
Když tento týden nebudu moci cvičit, dám si další týden dvojitou dávku cvičení.	-0,19	0,15	0,03	0,40	0,57
Když člověk zdravě jí, nevadí, když si občas dá skleničku alkoholu navíc.	0,22	-0,05	0,22	0,68	-0,01
Pokud člověk nepije alkohol během všedních dnů, může si dát o víkendu pár skleniček navíc.	0,00	0,16	0,34	0,54	0,26
Alkohol neškodí, pokud člověk pije dostatečné množství vody.	-0,33	0,29	0,43	0,46	0,00
Sport a fyzická aktivita zmírňuje negativní vliv kouření.	0,25	0,36	-0,21	0,59	-0,02
<i>Procento variance</i>	<i>14</i>	<i>11</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>8</i>

Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: Rotace Varimax. Variance jednotlivých komponent: 14, 11, 9, 8, 8 (%). Sig. je značena tučně.

V další části analýzy jsme sledovali, jak vytvořené faktory diferencují podle věku, pohlaví a vzdělání. K tomuto účelu jsme použili metodu compare means (Tabulka č.29). Z provedené analýzy jednoznačně vyplývá, že na věk ovlivňuje poslední dva faktory. Lze vysledovat tendenci k tomu, že ve věku v kompenzační sílu větší dávky pohybové aktivity nesledujeme u kategorie 65+, zatímco kategorie 55+ s tímto výrokem souhlasí výrazně méně. Tato provedená analýza ukazuje různé postoje napříč věkovými kategoriemi ve vnímání kompenzačního chování.

Co se týče diferenciací faktorů podle pohlaví, ženy více věří na kompenzaci cvičením. Naopak mužská část populace více věří na kompenzaci uvedených položek u faktoru stresu. Pro muže je dále příznačné kompenzovat menší následnou konzumací a krátkým spánkem přes den.

Z dat je patrné, že vzdělanostní rozdíly nalezneme i u odolnosti vůči kompenzaci. Zatímco jednotlivci s nižším vzděláním častěji spojují různé strategie kompenzačního chování, zdá se, že vysokoškoláci jsou více odolní v každodenním střetu mezi svými hodnotami a realitou běžného života. Nicméně, pokud jde o faktor tolerance vůči konzumaci alkoholu, směr tohoto vztahu není zcela jednoznačný.

Tabulka 29 Diferenciace faktorů kompenzace podle statusových komponent.

<i>Věková kategorie</i>		Všestranná kompenzace stresu	Kompenzace náhradou, pasivní	Kompenzace bezprostřední, návazná	Tolerance vůči větším dávkám alkoholu	Kompenzace restriktivní, expresivní
15 až 24 let	Průměr	-0,03	0,04	-0,073	-0,169	-0,081
25 až 34 let	Průměr N	-0,03 221	0,12 221	0,08 221	-0,02 221	0,01 221
35 až 44 let	Průměr N	0,013 202	-0,01 202	0,063 202	0,024 202	0,047 202
45 až 54 let	Průměr N	-0,093 185	-0,102 185	0,071 185	-0,035 185	-0,047 185
55 až 64 let	Průměr N	0,088 157	-0,044 157	-0,121 157	0,094 157	0,221 157
65 a více let	Průměr N	0,059 127	-0,049 127	-0,083 127	0,208 127	-0,16 127
<i>Pohlaví</i>						
Muž	Průměr N	0,004 527	-0,071 527	-0,128 527	-0,059 527	0,074 527
Žena	Průměr N	-0,004 568	0,066 568	0,119 568	0,055 568	-0,069 568
Základní	Průměr N	0,049 145	-0,131 145	-0,06 145	-0,081 145	-0,15 145
<i>Vzdělání</i>						
Vyučen(a) / SŠ bez maturity	Průměr N	-0,0058 308	-0,062 308	-0,097 308	0,021 308	-0,059 308
SŠ s maturitou	Průměr N	0,023 411	-0,025 411	-0,063 411	0,005 411	-0,007 411
Vysokoškolské	Průměr N	0,005 232	0,209 232	0,279 232	0,013 232	0,185 232
Celkem		1095	1095	1095	1095	1095

Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámka: sig: $p < 0,05$. Sig. je značena tučně.

9.5 Možnosti typologie kompenzačních výroků

V tomto okamžiku přeneseme pozornost směrem ke klastrové analýze, přičemž se snažíme klasifikovat objekty podle příbuznosti a podobnosti. V našem sledovaném případě jde o to, že se snažíme definovat, zda se respondenti seskupují a jak hodnotí kompenzační výroky.

Shluková analýza odhalila pět typů klastrů. Prvním typem je většina dotazovaných ze souboru, tj. odmítají krátkodobou kompenzaci pohybovou aktivitou a přiklání se spíše ke kvalitnímu spánku a správným stravovacím návykům. Významně zastávají položku názoru o toleranci alkoholu. Klastř v tomto případě označujeme za **striktní**.

Třetinové zastoupení respondentů v našem sledovaném souboru představuje typ lidí, jejichž chování v rámci kompenzačního chování není tolik aktivní. Tito lidé odmítají kompenzaci stresu sportem, relaxací o víkendu a konzumaci něčeho sladkého. Zřejmě žádný výrazný stres nemají. V rámci našeho uvažování bychom jej označili za **běžné respondenty**.

Dalším typem respondentů tvoří lidé, jejichž chování je silně pro kompenzační. Jejich postoje ve všech faktorech jsou silně pozitivní. V tomto případě je popisujeme jako plně **kompenzační typ**.

Příležitostní konzumenti jsou typem lidí, kteří jsou tolerantnější vůči větším dávkám konzumace alkoholu, ale nevěří na kompenzaci pohybovou aktivitou.

Posledním typem v rámci výsledků shlukové analýzy představuje typ lidí, kteří netolerují konzumaci alkoholu, zároveň neřeší stravu. Důležitým faktem, který analýza přináší je, že by tito lidé kompenzovali pomocí menších porcí při dalším jídle a víkendovou relaxací. Tuto skupinu respondentů nazýváme **netolerantní**.

Klastry jsou charakteristické vysokou, střední nebo nízkou hodnotou Z-skóru a čísla v tabulce nám ukazují standardizované odchylky od průměru, který je vždy 0. Výsledky sledujeme v tabulce č. 30.

Tabulka 30 Výsledky klastrové analýzy: 5 typů kompenzačního chování.

	Striktní	Běžní	Kompenzační	Příležitostní	Netolerantní
Kompenzace stresu	-0,93	0,94	-0,49	-0,13	-0,54
Nepravidelnost	0,12	-0,17	-0,80	0,06	1,06
Bezprostřední kompenzace	1,37	-0,05	-0,66	0,00	-0,72
Tolerance alkoholu	0,07	0,05	-0,73	-0,36	0,99
Kompenzace cvičením	-0,41	-0,11	-0,60	1,34	-0,21
N	176	386	186	190	157

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095

Poznámky: Interpretačně relevantní odchylky jsou značeny tučně.

Tabulka 31 Typy (clustery) podle statusových proměnných.

		Striktní	Běžní	Kompenzační	Příležitostní	Netolerantní	Celkem	Cramerovo V
Pohlaví	Muž	14 %	37 %	17 %	19 %	13 %	100 %	0,05
	Žena	19 %	34 %	14 %	16 %	17 %	100 %	
Vzdělání	Základní	18 %	38 %	20 %	15 %	9 %	100 %	0,05
	vyučen(a) / SŠ bez maturity	17 %	34 %	16 %	18 %	15 %	100 %	
	SŠ s maturitou	14 %	39 %	16 %	15 %	16 %	100 %	
	Vysokoškolské	21 %	29 %	12 %	22 %	16 %	100 %	
Věková kategorie	15 až 24 let	16 %	36 %	16 %	18 %	14 %	100 %	NS
	25 až 34 let	17 %	32 %	16 %	18 %	17 %	100 %	
	35 až 44 let	16 %	35 %	15 %	18 %	16 %	100 %	
	45 až 54 let	20 %	35 %	18 %	17 %	10 %	100 %	
	55 až 64 let	14 %	38 %	14 %	20 %	14 %	100 %	
	65 a více let	18 %	39 %	12 %	10 %	21 %	100 %	
Celkem		17 %	35 %	16 %	17 %	15 %	100 %	

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095

Poznámky: Významné odchylky (adjustovaná rezidua, $p < 0,05$). Signifikance u číselných hodnot Cramerova V $p < 0,01$. NS = nesig. Sig. je značena tučně.

Abychom klustry zrealističtější budeme zkoumat vazbu na sociální parametry. Dalším krokem naší analýzy je podrobení klustrů kontingenční tabulkou. Jde o třídění jednotlivých skupin podle věku, pohlaví a vzdělání. Můžeme tedy říci, že klastř s názvem „striktní“ tvoří relativně více vysokoškoláků. Skupina „běžní“ respondenti je zastoupena relativně méně vysokoškoláky. V klastřu „netolerantních“ je relativně více jedinců se základním vzděláním. Proměnná věk sice nevyšla signifikantně, ale naznačuje tendenci k tomu, že starší jedinci se přiklání k toleranci alkoholu, naopak spíše věří ve více spánku a ve správné startovací návyky.

Na základě zhodnocení provedené analýzy usuzujeme, že skupiny respondentů deklarují značný význam kompenzačním výrokům, i když vliv statusových komponent není zásadně významný, i přes to lze pozorovat nepatrné rozdíly.

Úplně na závěr této analýzy jsme se zaměřili na klustry a jejich souvislost s pohybovou aktivitou (proměnné jsou popsány v oddílu 7.4). Jak vyplývá ze samotné koncepce práce, pohybová aktivita slouží jako dobrý ukazatel preference zdravého životního stylu a zároveň se stává podstatným nástrojem kompenzačních strategií. Vzhledem k těmto nastaveným okolnostem jsme zvolili opět kontingenční tabulku. Vztahy provedené analýzy vyšly zcela signifikantně (viz tabulka 32).

Tabulka 32 Clustery podle pohybové aktivity.

	Striktní	Běžní	Kompenzační	Příležitostní	Netolerantní	Celkem
Pěstují závodně alespoň jeden sport	12 %	59 %	6 %	18 %	5 %	100 %
Pravidelně sportují a občas se zúčastní nějaké soutěže	9 %	34 %	13 %	31 %	13 %	100 %
Sportují pravidelně, ale víceméně neorganizovaně (běh, cvičení v kolektivu)	27 %	36 %	8 %	14 %	15 %	100 %
Občas zajdu na nějaké cvičení, některým sportům se věnuji sezónně	13 %	36 %	17 %	19 %	15 %	100 %
Sportuji opravdu velmi málo, spíše výjimečně	16 %	26 %	21 %	20 %	17 %	100 %
Nesportuji	15 %	41 %	17 %	14 %	13 %	100 %
Celkem	17 %	36 %	16 %	17 %	14 %	100 %

Zdroj: Median, s.r.o., 2022, N=1095.

Poznámky: Sig. u číselných hodnot Cramerova V, $p < 0,01$. Cramerovo V = 0,111.

Závodní sportovci by mohli představovat skupinu jednotlivců, jejichž chování není tolik kompenzační, ale spíše disciplinované. Aktéři, které pravidelně sportují, se jeví jako skupina příležitostných konzumentů, což znamená, že mají větší toleranci vůči vyšším dávkám alkoholu. Respondenti, kteří sportují neorganizovaně, mohou tvořit skupinu striktního chování. Jedinci s minimálním sportovním výkonem by se mohli nacházet v rámci plně kompenzačního typu, což znamená, že jejich chování je silně kompenzačního charakteru. Nakonec nesportující jedinci by mohli být součástí klastru spolu se závodními sportovci, což je skupina jedinců s běžnými zvyky a chováním.

Výsledky celkově ukazují, že mezi stylem zdravého životního stylu a mírou sportovní aktivity existuje statisticky významný, avšak relativně slabý vztah (Cramerovo V = 0,111) (tabula č.32). Největší rozdíly jsou patrné u běžných, kteří se vyskytují napříč všemi úrovněmi pohybové aktivity a tvoří jádro jak mezi aktivními, tak i méně aktivními respondenty. Kompenzační a netolerantní styly jsou častější mezi osobami s nízkou sportovní aktivitou. Tato struktura potvrzuje, že životní styl není přímo vázán pouze na míru fyzické aktivity, ale odráží širší spektrum postojů, motivací a přístupů ke zdraví.

Na základě získaných dat z obou měření kompenzačních oblastí jsme schopni provést následující závěry. Kompenzační chování je v české populaci výrazně rozšířené. Určité oblasti se ukázaly jako dobré prediktory různých variant kompenzačních strategií. Bez ohledu na to, zda jsme zkoumali jednotlivé oblasti, faktory kompenzace a možnosti typologie, vždy jsme dospěli k podobným závěrům. Naše výsledky naznačují, že respondenti častěji volí jednotlivé kompenzační strategie, než aby se pokoušeli kompenzovat všechny současně. Jinými slovy,

aktéři preferují specifické způsoby kompenzace, které jim nejlépe vyhovují. To znamená, že si vybírají specifické strategie kompenzace podle svých potřeb.

Tato unikátní datová sada o postojích ke kompenzačnímu chování nám poskytuje cenné informace a otevírá nové možnosti pro zkoumání dalších souvislostí v oblasti zdravého životního stylu. Naše předběžné analýzy také naznačují, že by mohla existovat spojitost mezi kompenzací a celkovým zdravotním stavem. Nicméně v rámci této studie budou tato data použita pouze jako koreláty pro naše dříve definované indikátory zdravého životního stylu.

10 SOUVISLOST JEDNOTLIVÝCH KOMPONENT ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU A JEJICH PODMÍNĚNOST SOCIÁLNÍM POSTAVENÍM A POSTOJI

V této kapitole se pokusíme zodpovědět otázku o možných vzájemných souvislostech mezi jednotlivými dimenzemi zdravého životního stylu. Odpovídáme tedy na meritorní hypotézu, kterou si stanovujeme na začátku – v plánu analýzy. Samozřejmě postupujeme v analýze chronologicky, jak jsme již z předešlých analýz zvyklí, vycházíme nejprve z prvního sledovaného souboru z roku 2013. Zde ještě využijeme korelaci a regresi.

Předcházející bivariační analýza nám ukázala, zda vůbec a do jaké míry ovlivňují vybrané sociální faktory zdravý životní styl v jeho jednotlivých dimenzích. Nyní se pokusíme odpovědět na základní otázku, kterou si pokládáme v úvodu, o vzájemné souvislosti jednotlivých dimenzí zdravého životního stylu. Existenci vztahu nejprve sledujeme v rovině korelace. Výsledky přináší Tabulka 33.

Tabulka 33 Vzájemné korelace indikátorů zdravého životního stylu (Kendallovo tau_b).

Kendallovo tau	Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu	Jak často jíte maso nebo masné výrobky	Jak často jíte ryby nebo mořské plody	Kouříte cigarety, dýmku či doutníky	Jak často při jedné příležitosti vypijete 4 a více alkoholických nápojů	Pečlivě dodržuji pitný režim formou dodávání vody organismu	Věnujete se systematicky nějakému sportu
Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu	1,000	0,140	0,181	0,143	-0,177	-0,242	-0,124
Jak často jíte maso nebo masné výrobky	0,140	1,000	-0,012	-0,104	0,071	0,069	0,009
Jak často jíte ryby nebo mořské plody	0,181	-0,012	1,000	0,098	0,070	-0,117	-0,129
Kouříte cigarety, dýmku či doutníky	0,143	-0,104	0,098	1,000	-0,234	-0,107	-0,061
Jak často při jedné příležitosti vypijete 4 a více alkoholických nápojů	-0,177	0,071	0,070	-0,234	1,000	0,129	-0,126
Pečlivě dodržuji pitný režim formou dodávání vody organismu	-0,242	0,069	-0,117	-0,107	0,129	1,000	0,101
Věnujete se systematicky nějakému sportu	-0,124	0,009	-0,129	-0,061	-0,126	0,101	1,000

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Vše signifikantní ($p < 0,01$), neprůkazné výsledky značeny tučně. U dodržování pitného režimu 1 = kladná odpověď, u sportování a kouření 6 = vůbec ne. Kendallovo tau jako koeficient pořadové korelace. Nabývá hodnot v intervalu $[-1, +1]$.

Dosažený výsledek potvrzuje naši výchozí hypotézu, že jednotlivé komponenty jsou sice korelovány, avšak ne natolik silně, aby bylo možné uvažovat o jakékoli jednoduché syntéze. V tabulce nacházíme nanejvýš dvojice silnějších korelací. V oblasti zdravého stravování je zřejmě nosným základem spojení pravidelného konzumu ovoce a zeleniny s hlídáním pitného režimu. Druhou dimenzi by bylo možné skládat v oblasti rizikového chování vzhledem ke korelaci mezi kouřením a rizikovým pitím alkoholu. Také tady ovšem platí, že společná variance u těchto dvou proměnných činí jen 5 %.

Do korelační analýzy jsme zapojili i výše popsané zprostředkující faktory zdravého životního stylu, a to index informovanosti a indikátor postoje ke zdraví.

Tabulka 34 Korelace vybraných faktorů s dimenzemi životního stylu.

Kendallovo tau	Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu	Jak často jíte maso nebo masné výrobky	Jak často jíte ryby nebo mořské plody	Kouříte cigarety, dýmku či doutníky	Jak často při jedné příležitosti vypijete 4 a více alkoholických nápojů	Pečlivě dodržujete pitný režim formou dodávání vody organismu	Věnujete se systematicky nějakému sportu	O své zdraví pečujete opravdu svědomitě
O své zdraví pečujete opravdu svědomitě	-0,182	0,083	-0,141	-0,159	0,135	0,449	0,031	1
Index informovanosti	0,2	-0,096	0,124	0,123	-0,14	-0,241	-0,165	-0,229

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Vše vysoce signifikantní, $p < 0,01$. U péče o zdraví (1 = souhlas), u dodržování pitného režimu 1 = kladná odpověď, u sportování a kouření 6 = vůbec ne. Kendallovo tau jako koeficient pořadové korelace. Nabývá hodnot v intervalu $[-1, +1]$.

Z tabulky (34) čerpáme důkaz, že zařazení indexu informovanosti a indikátoru postoje ke zdraví naši analýzu prohlubuje. Informovanost má určitý vliv na všechny základní dimenze (u alkoholu platí, že nízká informovanost spíše zvyšuje riziko), podobně působí také charakteristika postoje. Pouze v případě sportovní aktivity téměř nemůžeme prokázat souvislost s postojem ke zdraví. Korelace ovšem může být kontaminována působením faktoru věku (starší lidé méně sportují, ale hodnota zdraví u nich stoupá na významu), případně dalšími proměnnými. To ještě ověříme regresní analýzou v příslušné subkapitole.

V každém případě získané výsledky ukazují, že postoj ke zdraví a informovanost mají vliv na životní styl, proto bude vhodné tento vliv kontrolovat prostřednictvím regresní analýzy v kontextu dalších faktorů. Do ní tyto proměnné zahrneme ve druhém kroku jako významné potenciální prediktory.⁴⁰

Na datovém souboru z roku 2023 jsme provedly korelace mezi syntetickými proměnnými, tj. mezi jednotlivými indexy, které jsme již vytvořili. Tabulka (35) přináší výsledky o tom, že jednotlivé proměnné spolu sice korelují, ale nikoliv tak výrazně, aby se s nimi nedalo pracovat jako se samostatnými proměnnými. Zajímavým poznatkem, že odolnost vůči kompenzaci se posiluje s prožíváním stresem. Na druhé straně jde o korelaci (může být falešná), která si zaslouží ověření v regresní analýze.

⁴⁰ Postoj ke zdraví upravíme transformací z, s ohledem na orientaci škály ho pracovně definujeme jako „nepečuje o zdraví“.

Tabulka 35 Korelace proměnných vstupujících do modelů.

	Z skór Odolnost	Perseverace stresu	Index nepohody	Index absence sportu	Z skór (Péče)	Chyby stravování
Z skór Odolnost	1	0,278	0,119	-0,074	0,231	-0,004
Perseverace stresu	0,278	1	0,088	0,062	-0,279	0,134
Index nepohody	0,119	0,088	1	0,230	0,145	0,316
Index absence sportu	-0,074	0,062	0,230	1	-0,219	0,246
Z skór (Péče)	0,231	-0,279	-0,145	-0,219	1	-0,291
Chyby stravování	-0,004	0,134	0,316	0,246	-0,291	1

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Poznámka: Nesignifikantní vztahy pro lepší přehlednost podbarveny. Korelace, které nejsou statisticky signifikantní ($p \geq 0,01$), jsou z důvodu přehlednosti značeny tučně. Uvedeny jsou Pearsonovy korelační koeficienty.

10.1 Podmíněnost jednotlivých dimenzí na datech z roku 2013

10.2 Zdravé stravování z hlediska konzumu zeleniny a hlídání pitného režimu

Po deskriptivních statistikách přistupujeme k regresní analýze (viz Tabulka 32), v níž zjišťujeme, do jaké míry jsou výsledky naměřené v jednotlivých proměnných závislé na sociodemografických charakteristikách (při kontrole jejich vzájemné podmíněnosti). Model 1 ukazuje vliv vzdělání, pohlaví a věku. Model 2 je obohacen o postoj k péči o zdraví a informovanost.⁴¹ Model 3 pak rozšiřuje pole možných prediktorů výsledného chování o souvislost s psychickou pohodou a s odolností vůči svodům kompenzačních postojů. Poslední zmíněný model tak nabízí širší možnosti studia podmíněnosti chování zejména v oblasti dynamiky rozhodovacích procesů, přičemž psychická pohoda by měla volbu zdravého životního stylu posilovat, zatímco tendence ke kompenzačnímu přístupu naopak spíše oslabovat. Modely ukazují, nakolik se zvyšuje šance dosažení vždy dané pozitivní hodnoty závisle proměnné.

⁴¹ Hypotézy o vlivu informací a postojů na chování sleduje především teorie plánovaného chování.

Tabulka 36 Prediktory denní konzumace zeleniny (binární logistická regrese).

	M1		M2		M3	
ZELEENINA	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Ženy	0,00	1,5	0,57	1,08	0,42	1,12
Věk	0,90	1,00	0,42	1,00	0,83	1,00
Maturita +	0,00	1,51	0,11	1,24	0,07	1,29
Nepečuje o zdraví			0,00	0,70	0,00	0,71
Informovanost			0,00	1,39	0,00	1,38
Psychická pohoda					0,01	1,20
Odolnost vůči kompenzaci					0,94	1,00
Nagelkerke R2	0,03		0,10		0,11	

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah k denní konzumaci zeleniny na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R² udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

Model vhodně reflektuje změny významu jednotlivých prediktorů při komplexnějším pohledu. V původních analýzách se zdálo, že denní konzumace zeleniny je výrazně ženskou záležitostí, v prvním modelu se tento vliv ještě potvrzuje. Model 2 ale svědčí o tom, že se jedná především o efekty péče o zdraví a informovanosti, které, jak jsme již ukázali, jsou ženám bližší. Model 3 naznačuje, že určitý vliv má i celková psychická pohoda. Ta může zastupovat řadu dílčích okolností v pozadí (u majetnějších vrstev se objevuje vyšší míra pohody, může však jít také o odraz zdravotního stavu respondenta). Její příspěvek k vysvětlené varianci je ovšem skromný. Naopak kompenzační postoje do hry nevstupují (není důvodu se domnívat, že jedinci, kteří zastávají kompenzační postoj, budou více konzumovat zeleninu, anebo ji naopak vynechávat).

Systematická snaha o dodržování pitného režimu (viz Tabulka 35) nabízí v prvním kroku velmi podobný obrázek determinace, jako tomu bylo u zeleniny. Také zde je ovšem mnohem silnější model opírající se o péči o zdraví a informovanost. Zajímavé je, že se neproказuje souvislost s kompenzačními postoji a jen minimální s celkovou psychickou pohodou jedince.

Tabulka 37 Prediktory cílené regulace pitného režimu (binární logistická regrese).

	M1		M2		M3	
PITNÝ REŽIM	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Ženy	0,00	1,73	0,64	1,07	0,66	1,07
Věk	0,39	1,00	0,13	0,99	0,15	0,99
Maturita +	0,02	1,35	0,63	0,93	0,72	0,95
Nepečuje o zdraví			0,00	0,37	0,00	0,36
Informovanost			0,00	1,51	0,00	1,51
Psychická pohoda					0,44	1,06
Odolnost vůči kompenzací					0,09	0,88
Nagelkerke R2		0,04		0,29		0,30

Zdroj: Aktér2013, N=1088.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah k cílené regulace pitného režimu na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustanným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R^2 udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

Tabulka 38 Prediktory denní konzumace masa (binární logistická regrese).

	M1		M2		M3	
MASO	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Ženy	0,00	0,4	0,00	0,44	0,00	0,45
Věk	0,20	0,99	0,29	1,00	0,45	1,00
Maturita +	0,19	1,21	0,09	1,29	0,14	1,25
Nepečuje o zdraví			0,23	1,09	0,25	1,09
Informovanost			0,21	0,9	0,34	0,92
Psychická pohoda					0,19	1,11
Nagelkerke R2	0,06		0,06		0,07	

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah k denní konzumaci masa na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustanným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R^2 udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

Spíše jen pro ilustraci doplňujeme tabulku s výsledky logistické regrese pro pravidelnou konzumaci masa (v denní frekvenci) (viz Tabulka 38). Zde se potvrzuje již zmíněná genderová diferenciaci, a to i po kontrole vlivu všech dalších proměnných. Explanace založená na jediné proměnné ovšem nemůže být příliš silná. Výsledky regresní analýzy pro indikátor konzumace ryb a mořských plodů již neuvádíme, protože nabízí ještě slabší, resp. prakticky nulový explanační potenciál. Naznačuje, že tento vzorec stravování je dosti individuálně založen.

Dosažené výsledky svědčí o tom, že v oblasti stravování hraje faktor pohlaví jen omezenou roli, také vliv vyššího vzdělání upřesňuje a specifikuje snaha o informovanost

v dané oblasti. Pro dodržování pitného režimu je velmi důležitá postojová složka, tj. snaha aktivně pečovat o své zdraví, zatímco kompenzační postoje nehrají zásadnější roli. V závěru této kapitoly si položíme otázku, zda se podobná tendence projeví ve vztahu ke komplexu stravovacích návyků jako celku.

Je třeba podotknout, že obdobný model regresní analýzy byl aplikován rovněž na novější datovou sadu, přičemž výsledky této replikace zůstaly v zásadě konzistentní s výstupy z předchozího šetření z roku 2013—a to jak z hlediska směru, tak i síly působení jednotlivých prediktorů. Tato opakovaná analýza posiluje validitu identifikovaných vztahů a zároveň poukazuje na relativní stabilitu chování i motivačních vzorců v čase. Tuto konzistenci lze interpretovat jako potvrzení, že rozhodování v dané oblasti nevzniká nahodile či jako okamžitá reakce na vnější podněty, ale opírá se o dlouhodobě utvářené vzorce jednání, zakořeněné v osobních dispozicích, osvojovaných návycích a širším kulturním rámci. Výsledné jednání tak odráží souhru individuálních rozhodnutí a sociálního ukotvení, přičemž jeho proměna bývá spíše výsledkem postupného přeuspořádání hodnot, významů a přístupnosti konkrétních zdrojů než důsledkem krátkodobých změn prostředí.

10.2.1 Alkohol

Jak jsme již několikrát zmínili, alkohol a kouření sledujeme spíše okrajově, ale stále jako nedílnou součást analýzy. V této části analýzy proto vycházíme ze starých dat z roku 2013. V nových datech jsme se rozhodli vynechat tyto univerzálně přítomné položky, protože jsme považovali jejich přítomnost za zcela zřejmou.

Model 1 v Tabulce 39 dokládá základní vliv pohlaví na kategorii rizikového (inspiratione data ISSP) užívání alkoholu, tj. ženy méně často konzumují alkohol v takové míře. V následujícím modelu (2) se jako druhý prediktor připojuje také informovanost. Model však stále není explanačně silný, což vylepší až zařazení položky (faktorového skóru) vyjadřující odolnost vůči kompenzační strategii v případě škodlivých důsledků alkoholu. Rizikové pití nemá vztah k psychické pohodě, zde by zřejmě bylo zapotřebí rozlišovat mezi krátkodobými efekty a dlouhodobými důsledky rizikového chování. To však naše data neumožňují.

Tabulka 39 Prediktory častější konzumace rizikového množství alkoholu (binární logistická regrese).

	M1		M2		M3	
ALKOHOL	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Ženy	0,00	0,33	0,00	0,42	0,00	0,41
Věk	0,90	1,00	0,76	1,00	0,73	1,00
Maturita +	0,05	0,68	0,30	0,81	0,28	0,79
Nepečuje o zdraví			0,19	1,14	0,54	1,07
Informovanost			0,00	0,72	0,01	0,73
Psychická pohoda					0,80	0,97
Odolnost alkohol					0,00	0,61
Nagelkerke R2		0,06		0,09		0,13

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah k častější konzumaci rizikového množství alkoholu na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R² udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

10.2.2 Kouření

Při analýze faktorů v problematice kouření jsme rovněž použili logistickou regresi (závislou proměnnou bylo jakékoli kuřáctví v současné době), kde jsme přistoupili rovnou k ověření komplexního modelu. Preventivní efekt na kouření má vzdělání i věk. Po zahrnutí dalších prediktorů zmizí vliv pohlaví a silným prediktorem se ukazuje být postoj ke zdraví. Kompenzační postoje působí velice silně, jsou vlastně klíčovým prvkem racionalizace rizikového chování (viz Tabulka 40).

Tabulka 40 Prediktory kouření (binární logistická regrese).

KOURENÍ	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ženy	-0,15	0,15	1,000	1,00	0,32	0,86
Věk	-0,02	0,00	16,05	1,00	0,00	0,98
Maturita +	-0,32	0,15	4,530	1,00	0,03	0,73
Nepečuje o zdraví	0,27	0,08	12,18	1,00	0,00	1,31
Informovanost	-0,18	0,08	4,840	1,00	0,03	0,84
Psychická pohoda	-0,16	0,08	4,090	1,00	0,04	0,86
Odolnost alkohol	-0,69	0,08	83,430	1,00	0,00	0,50
Nagelkerke R2	0,21					

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah ke kouření na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R² udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

10.2.3 Sportovní a pohybová aktivita

Z předešlých analýz usuzujeme, že sportovní a pohybová aktivita s přibývajícím věkem klesá, ženy sportují méně a vzdělání mírně podporuje sport, což samozřejmě model potvrdí. Po připojení dalších proměnných do modelu zjistíme, že se neztrácí vliv vzdělání, který spíše doplňuje informovanost. Zájem o informace z oblasti zdravého životního stylu tak působí jako specifický faktor rozvoje sportovních aktivit. Postoj ke zdraví kupodivu nehraje příliš silnou roli, signifikantní ovšem je, tedy sportování zůstává projevem zájmu o vlastní zdraví. Psychická pohoda koreluje pozitivně se sportováním. Sportovci méně sdílejí kompenzační iluze. Výsledky přináší Tabulka 41. V porovnání s ostatními modely jde o poměrně vysoký díl vysvětlené variance, což znamená, že při znalosti řady dílčích postojových charakteristik a sociálního postavení lze poměrně spolehlivě odhadnout míru zapojení do sportovní aktivity. Dalo by se říci, že sport je přiměřeně distinktivní (v sociologickém smyslu slova).

Tabulka 41 Prediktory sportování (binární logistická regrese).

	M1		M2		M3	
SPORTOVCI	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Ženy	0,07	0,78	0,00	0,46	0,00	0,462
Věk	0,00	0,94	0,00	0,94	0,00	0,94
Maturita +	0,00	2,24	0,00	1,86	0,00	1,78
Informovanost			0,00	1,85	0,00	1,82
Nepečuje o zdraví			0,01	0,81	0,04	0,84
Psychická pohoda					0,00	1,26
Odolnost vůči kompenzací					0,02	1,20
Nagelkerke R2		0,25		0,33		0,35

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah ke sportování na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R² udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

9.1.5 Podmíněnost komplexu zdravých stravovacích návyků

Na závěr této kapitoly se vrátíme k tématu stravování a ověříme si, zda je přínosné uvažovat o určitém synteticktějších ukazateli pozitivních návyků v této oblasti, a to na pozici závisle proměnné. Využijeme dříve popsaného indexu sumy zdravých stravovacích návyků.

Vzhledem k možnosti převést index do podoby Z-skóru, můžeme využít metodu lineární regrese. Použijeme stejné prediktory a přistoupíme rovnou k analýze složitějších modelů.

Tabulka 42 Prediktory rozsahu správných stravovacích návyků (lineární regrese).

STRAVOVACÍ NÁVYKY	M1		M2	
	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Pohlaví (ženy)	-0,10	0,00	-0,09	0,00
Věk	-0,06	0,04	-0,04	0,17
Maturita+	0,06	0,06	0,06	0,05
Z index informovanosti	0,16	0,00	0,16	0,00
Z nepečuje o zdraví	-0,28	0,00	-0,27	0,00
Z index psychické pohody			0,09	0,01
R2	0,13		0,14	

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady $\text{Exp}(B)$ získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah ke správným stravovacím návykům na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R^2 udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

Také v tomto případě vícenásobná regrese potvrdila, že efekt pohlaví je po zohlednění dalších prediktorů spíše zprostředkovaný. Ženy sice mírně častěji vykazují nižší rozsah správných návyků, klíčovým mechanismem však není samotné pohlaví, ale informovanost a subjektivní motivace pečovat o zdraví – obě proměnné, u nichž lze zároveň předpokládat závislost na pohlaví. Správné stravovací návyky pozitivně souvisejí s psychickou pohodou, zatímco vyšší odolnost vůči svodům kompenzace spíše snižuje míru dodržování těchto návyků. Platí přitom i obrácený vztah: lepší návyky zvyšují ochotu uvažovat o využití kompenzačních mechanismů. Je však obtížné uvažovat o těchto vazbách jako jednoznačně kauzálních.

Zatímco v roce 2023 byly některé proměnné z výzkumu vyřazeny jako analyticky méně přínosné, aktuální modely se soustředí na hledání výstižnější závislé proměnné. Psychická pohoda tak nově zastává roli klíčového výstupového ukazatele (reprezentujícího subjektivní wellbeing), byť s upravenou operacionální definicí a reverzním škálováním ve srovnání s předchozími fázemi výzkumu.

10.3 Podmíněnost jednotlivých dimenzí na datech z roku 2023

V prvním z obou modelů zkoumajících podmíněnost kompenzačního chování (odolnosti vůči pokušení) se jako klíčový ukazuje faktor pohlaví, kdy ženy jsou odolnější. Ve

druhém, jen o málo silnějším modelu přebírá tuto úlohu index péče o sebe, zjevně proto, že právě ženy věnují větší péči zdravému životnímu stylu.

Tabulka 43 Prediktory Kompenzačního chování (Lineární regrese).

	M1		M2	
Kompenzace/odolnost	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Pohlaví (ženy)	0,22	0,00	0,03	0,33
Maturita, VŠ	0,09	0,00	0,09	0,00
Věk (6 kat.)	-0,08	0,01	0,02	0,54
Z skór: (Péče o sebe)			0,22	0,00
R2	0,061		0,064	

Zdroj: Median, 2023, N=1095.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah ke kompenzačnímu chování na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R^2 udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

Chyby ve stravování demonstrují význam všech prediktorů zařazených do modelu. Všechny vlivy – koeficienty vyšly signifikantně. V prvním modelu projevují menší tendenci k chybám ženy a ti kteří pečují o sebe. S věkem chyb ve stravování přibývá. Vzdělanější respondenti chybují ve stravování méně. Druhý model tyto tendence jen mírně oslabí, ale důležitá role případně hlavně vlivu nízké sportovní a pohybové aktivity na chyby ve stravování. Tento model je klíčovým pro interpretace kompenzace, jako faktoru, který spíše podporuje správné stravovací návyky, i když jenom mírně.

Tabulka 44 Prediktory Chyby ve stravování (Lineární regrese).

	M1		M2	
Chyby stravování	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Pohlaví (ženy)	-0,26	0,00	-0,28	0,00
Maturita, VŠ	-0,12	0,00	-0,11	0,00
Věk (6 kat.)	0,18	0,00	0,13	0,00
Z skór: (Péče o sebe)	-0,21	0,00	-0,20	0,00
Z skór: Odolnost (kompenzace)			0,09	0,00
Index absence sportu			0,16	0,00
R2	0,192		0,221	

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah k chybám ve stravování na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší

přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R² udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

Poslední krok analýzy přináší slabší výsledky z hlediska explanačního potenciálu modelu, wellbeing je ovšem závislý na větším počtu životních okolností, které ve výzkumu nezachycujeme. Jako kritérium efektu zdravého životního stylu ovšem model potvrzuje předchozí poznatky. S věkem pocit nepohody narůstá, vliv vzdělání slábne, pohlaví respondenta se projevuje většinou zprostředkovaně přes další faktory. Do hry vstupuje čistý měsíční příjem, ale vliv je slabý a spíše nabízí interpretaci, že lidé s nejnižšími příjmy si tolik nestěžují (nevážou pocit pohody na finanční situaci). Odolnost vůči kompenzaci zvyšuje pocit nepohody, podobně jako absence pohybových aktivit. Přidání proměnné chyb ve stravování (model 3) z ní učiní hlavní prediktor pohody / nepohody. Je to logické, protože předchozí kroky analýzy ukázaly, že právě ona může být mediátorem dílčích vlivů.

Tabulka 45 Prediktory duševní pohody/nepohody (Lineární regrese).

	M1		M2		M3	
Wellbeing	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Pohlaví (ženy)	0,00	0,97	0,01	0,70	0,09	0,004
Maturita, VŠ	-0,08	0,01	-0,06	0,07	-0,03	0,336
Věk (6 kat.)	0,22	0,00	0,17	0,00	0,13	0,000
Z skór: čistý měsíční příjem respondenta	0,10	0,00	0,08	0,02	0,09	0,004
Z skór (Péče)			-0,13	0,00	-0,08	0,010
Odolnost			0,16	0,00	0,13	0,000
Index absence sportu			0,15	0,00	0,11	0,001
Chyby stravování					0,27	0,000
R2	0,07		0,126		0,181	

Zdroj: Median, s.r.o., 2023, N=1095.

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny odhady Exp(B) získané z binární logistické regrese a jejich příslušné hladiny statistické významnosti (p). Proměnné, které nevykazují statisticky významný vztah k dušení pohodě/ nepohodě na hladině $p < 0,01$, jsou pro lepší přehlednost značeny tučně. Statistická významnost byla posuzována dvoustranným testem. Modely byly postupně rozšiřovány o další prediktory, hodnota Nagelkerke R² udává míru vysvětlené variance pro jednotlivé modely.

11 MOŽNOSTI TYPOLOGIZACE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

Možnosti typologizace zdravého životního stylu se nám nabídla data z roku 2013, kde jsme se pokusili o tvorbu jednotlivých typů zdravého životního stylu. Samotnou klastrovou analýzu jsme použili již v kapitole o kompenzační teorii, a to v baterii z roku 2023, kde jsme nepracovali s omezeným počtem proměnných, ale s rozšířenou baterií položek měřící tyto strategie. Nicméně tato kapitola stojí samostatně na konci analýzy jakožto určitá inspirace našeho sociálně – vědního výzkumu.

Předchozí kapitoly ukázaly, že jednotlivé dimenze se vzájemně prolínají. Určitou šanci, jak směřovat k alespoň dílčí syntéze výsledků, tak vidíme v pokusu o tvorbu typologie zdravého životního stylu. Bude sice rovněž mírně trpět omezeným počtem proměnných, nicméně pro předběžnou exploraci postačit může. Bude záležet na tom, zda se podaří získané typy sociálně ukotvit.

Do klastrové analýzy zapojíme všechny hlavní proměnné, které jsme průběžně konstruovali. Vedle indikátoru sportovní aktivity využijeme index zdravého stravování, index psychické a osobní pohody, index odolnosti vůči svodům kompenzačního přístupu, index informovanosti a indikátory postoje ke zdraví, rizikového pití alkoholu a kouření. Všechny tyto proměnné převedeme na Z-skór a použijeme v proceduře K-means cluster.

Zvolili jsme řešení s pěti klastry, které je přiměřeně detailní, přitom člení pole celkem rovnoměrně na pět srovnatelných kategorií, přičemž nabízí vcelku jasnou interpretaci. Pro jednotlivé klastry volíme ryze pracovní označení ve snaze vyjádřit základní směřování typu. Klastry jsou charakteristické vysokou, střední nebo nízkou hodnotou Z-skóru a čísla v tabulce nám ukazují standardizované odchylky od průměru, který je vždy 0.

Tabulka 46 Výsledky clusterové analýzy: 5 typů životního stylu.

	Sportovci	Zdraví uvědomělí	Nepečliví nekuřáci	Asketové v nepohodě	Ignorantští kuřáci
Z suma Zdravých návyků stravování	0,77	0,51	-0,73	0,37	-0,56
Z Rizikový alkohol	1,23	-0,38	-0,24	-0,65	0,43
Z Nekuřáctví	0,08	0,32	0,56	0,42	-1,53
Z Nepečuje o zdraví	-0,19	-0,66	0,59	-0,63	0,7
Z Sportovní aktivita	0,7	0,43	-0,06	-0,95	-0,19
Z Index informovanosti	-0,13	0,89	-0,28	-0,06	-0,62
Z Index psychické pohody	0,44	0,48	-0,19	-0,54	-0,14
FS odolnost vůči kompenzaci	-0,58	0,7	0,17	-0,48	-0,26

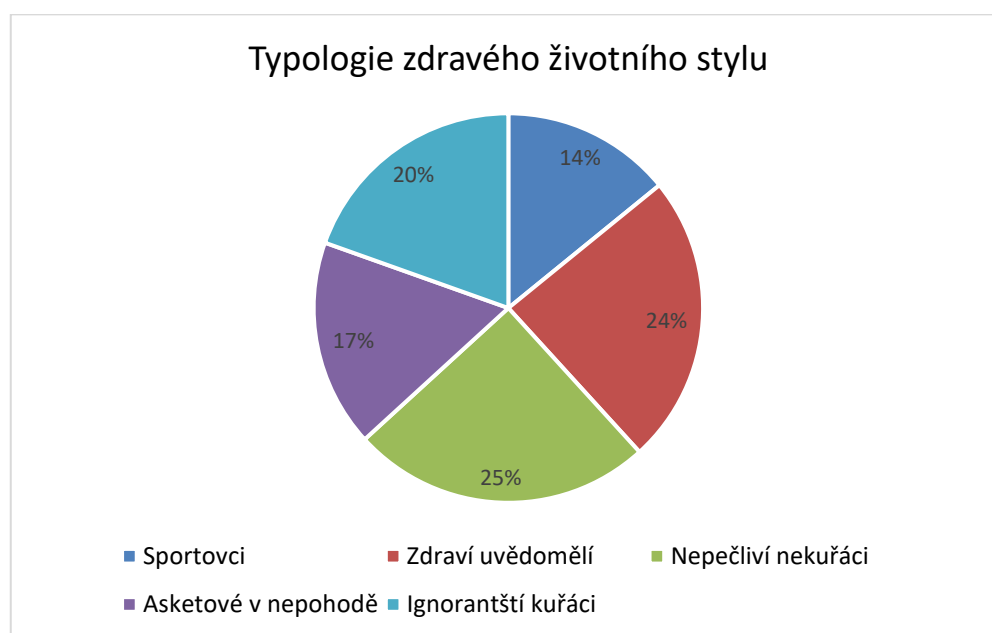
Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámky: Interpretačně relevantní odchylky jsou značeny tučně.

Pracovní označení jednotlivých klastrů v tabulce můžeme samozřejmě rozvést. Jistý optimismus provází respondenty, které nacházíme v třetím klastru s označením **nepečliví nekuřáci**. I když nekouří, o svůj životní styl se příliš nestarají a zároveň vykazují nejhorší stravovací návyky. Dá se říci, že jsou poněkud lehkomyšní, spíše je nezajímají informace. **Zdraví a uvědomělí** jsou pravými zastánci zdravého životního stylu. Ve všech sledovaných kategoriích jsou vzorní, včetně odolnosti vůči kompenzaci. Graf (20) ukazuje, že v dospělé populaci je takových necelá čtvrtina, tedy prakticky stejný podíl jako nepečujících nekuřáků.

Sportovci vynikají zejména ve sportovní aktivitě a mají dobré stravovací návyky, jejich nevýhodou zůstává doprovodný jev, kterým je častější konzumace rizikového množství alkoholu. V určité míře spoléhají na kompenzaci. **Asketové** jsou nejvýrazněji v psychické nepohodě, nesportují, ale jejich spotřeba alkoholu je výrazně podprůměrná, nekouří a o zdraví pečují. Hypoteticky můžeme předpokládat, že v tomto typu najdeme větší zastoupení lidí vyššího věku. **Hazardéry** svého druhu tvoří skupina málo informovaných silných kuřáků, kteří nejsou aktivní v péči o zdraví a mají horší stravovací návyky, konzumují častěji alkohol. Představují poměrně velkou skupinu, tvoří pětinu populace.

Graf 23 Zastoupení jednotlivých typů životního stylu.



Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Vytvořené klastry jsme podrobili nejprve třídění dle pohlaví, věku, vzdělání a sociálního statusu, přičemž všechny proměnné lze označit za výrazné koreláty (spíše ovšem ve smyslu statistické signifikance, nejvyšší Cramerovo $V=0,29$). Musíme ovšem připomenout, že užitím standardizovaných skóre srovnáváme typy s průměrem, který má ve vzorku určitou konkrétní hodnotu (viz předchozí kapitoly). Může tedy sám o sobě reprezentovat pozitivní, ale i problematickou úroveň nastavení české společnosti v každé ze sledovaných oblastí. Ustaveným typům proto nechceme přikládat přehnaně silně hodnotící význam.

Tabulka 47 Typy životního stylu podle indikátorů sociálního postavení.

Typologie životního stylu							
	Sportovci	Uvědomělí zastánci	Pasivní nekuřáci	Asketové	Hazardéři	Celkem Cramerovo V	
Muž	19 %	15 %	28 %	13 %	25 %	100 %	0,29
Žena	9 %	33 %	23 %	21 %	14 %	100 %	
18–30	22 %	29 %	25 %	7 %	17 %	100 %	
31–45	14 %	26 %	25 %	8 %	27 %	100 %	0,2
46–60	10 %	26 %	26 %	19 %	19 %	100 %	
60 a více	11 %	16 %	24 %	37 %	13 %	100 %	
Základní	11 %	19 %	23 %	16 %	31 %	100 %	0,13
Střední bez maturity	14 %	17 %	27 %	17 %	25 %	100 %	
Střední s maturitou	17 %	28 %	23 %	18 %	14 %	100 %	
VŠ	11 %	36 %	25 %	16 %	10 %	100 %	
Dolní	15 %	16 %	20 %	18 %	31 %	100 %	0,13
Nižší střední	10 %	19 %	26 %	24 %	21 %	100 %	
Střední	16 %	30 %	25 %	13 %	16 %	100 %	
Vyšší střední	18 %	25 %	32 %	16 %	9 %	100 %	
Celkem	14 %	24 %	25 %	17 %	20 %	100 %	

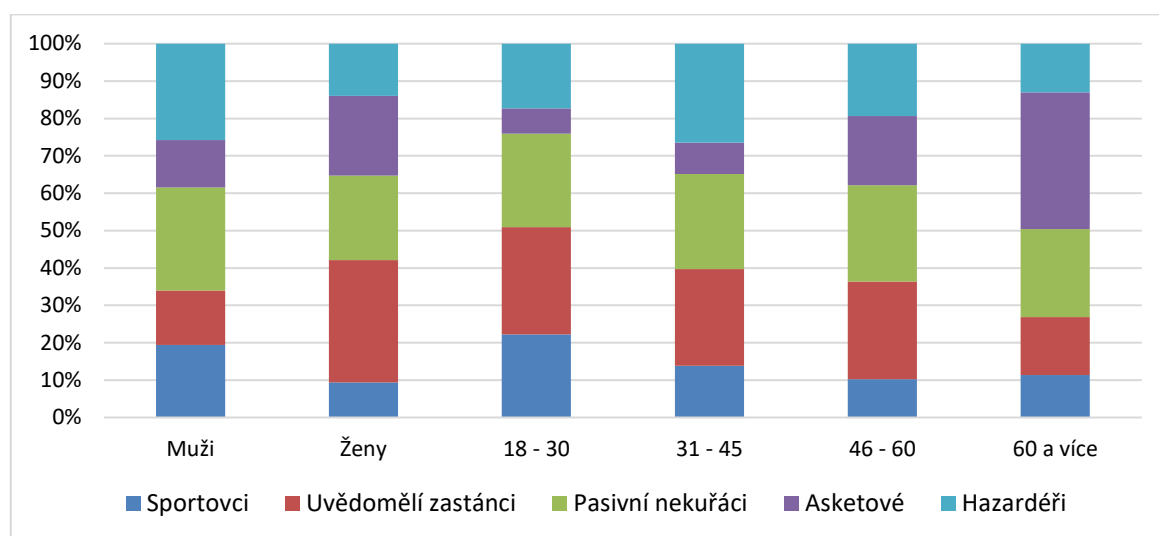
Zdroj: Aktér 2013, N=1088

Poznámka: Významné odchylky (adjustovaná rezidua, $p < 0.05$). Sig. je značena tučně. Sig. u číselných hodnot Cramerova V $p < 0,01$.

Protože se do sociálního statusu promítají efekty vzdělání i příjmu, také zde se ukazují vysoce signifikantní rozdíly mezi typy. V dolní vrstvě nacházíme velké zastoupení hazardérů (31 %), od střední vrstvy výše pozorujeme vyšší podíl uvědomělých (30 %). Z hlediska statusu nejsou ostatní typy nijak zvlášť výrazné. U asketů pozorujeme jejich menší zastoupení ve střední třídě a větší podíl v nižší střední třídě (hypoteticky to může souviset s přechodem do penzijního věku).

Plastickému srovnání pak třídění podle věku a pohlaví odpovídá (viz Graf 21). S přibývajícím věkem pravděpodobně stoupá podíl nesportujících pohodlných asketů v nepohodě. V mladším středním věku a ve starším středním věku se nachází relativně mnoho hazardérů. Ostatní typy se objevují rovnoměrně ve všech věkových kategoriích. U žen výrazně dominují dva typy – uvědomělé reprezentantky zdravého životního stylu a asketické typy.

Graf 24 Typy životního stylu podle věku a pohlaví.



Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Na dokreslení výsledků naší clusterové analýzy jsme využili i proměnnou ekonomického postavení. Zmíněná proměnná částečně reprezentuje vliv faktoru věku. Asketický typ tvoří vyšší podíl důchodců. Mezi nezaměstnanými vystupuje do popředí typ hazardérů.

Tabulka 48 Složení jednotlivých typů z hlediska socioekonomického postavení.

	Zaměstnanec	Soukromý podnikatel	Nezaměstnaný	V domácnosti včetně MD	Důchodce vč. invd. důch.	Student, učeň	Ostatní	Celkem
Sportovci	50 %	10 %	7 %	2 %	21 %	9 %	1 %	100 %
Uvědomělí zastánci	56 %	8 %	4 %	5 %	18 %	9 %		100 %
Pasivní nekuřáci	50 %	8 %	5 %	4 %	24 %	6 %	0 %	100 %
Asketové	32 %	4 %	2 %	3 %	57 %	2 %		100 %
Hazardéři	52 %	8 %	16 %	3 %	17 %	4 %	0 %	100 %
Celkem	49 %	8 %	7 %	4 %	26 %	6 %	0 %	100 %

Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: Významné odchylky (adjustovaná rezidua, $p < 0,05$) tučně. Signifikance u Cramerova $V = 0,19$ odpovídá $p < 0,01$. Signifikanční výsledky vyznačeny tučně.

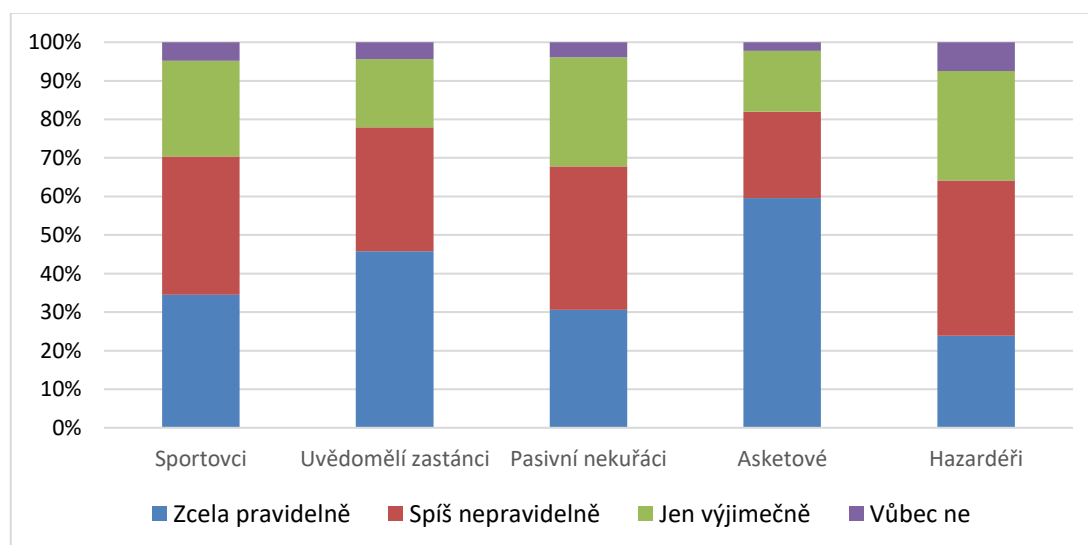
V následujícím kroku jsme chtěli ověřit, zda klastry projevují některé další charakteristiky, ať už postoje či chování. Vidíme zde určitý důkaz toho, že vytvořené klastry reprezentují cosi poměrně reálného a sociologicky relevantního. Ke třídění jsme vybrali proměnné, jež jsou obsaženy v dotazníku a mají vztah k námi prezentovanému tématu. Uvedeme však jenom některé výraznější odchylky.

Průkazná je vazba na zdravotní stav. Žádné problémy nepociťují sportovci (40 %) a lidé uvědomělí (35 %). Mezi askety je takových jen 13 %, zato 37 % hodnotí vlastní problémy jako velké a 18 % jako neřešitelné. Asketové častěji užívají léky (72 %), sportovci jen ve 30 % případů (v celé populaci uvedlo 43 %, Cramerovo $V=0,28$).

V naší dříve publikované studii (Buriánková, 2014) jsme se dotkli problematiky diet ve vazbě na typologii péče o životní styl. V tomto kontextu můžeme uvést, že dvě třetiny populace žádnou dietu v poslední době nedržely, avšak mezi uvědomělými reprezentanty zdravého životního stylu to byla pouze polovina ($V=0,15^{**}$). Toto téma ovšem nebudeme dále rozvádět, protože diskuze o míře racionality těchto kroků je bez dalších údajů málo efektivní.

S péčí o zdravý životní styl může souviset také péče o vlastní zdraví formou pravidelných prohlídek u praktického lékaře. V této oblasti lze prokázat vazbu na typy ($V=0,15^{**}$), která sice není příliš silná, ale dobře ilustruje zaměření jednotlivých typů. Pravidelný přístup asketů je zřejmě spíše reakcí na problémy se zdravotním stavem, u hazardérů jde o jistý syndrom ignorantství nebo rezignace.

Graf 25 Preventivní prohlídky u praktického lékaře podle typů.



Zdroj: Aktér 2013, N=1088.

Poznámka: sig: $p < 0,05$.

Zdravý životní styl sice není v mnoha ohledech výrazněji distinktivní (v návaznosti na myšlenky P. Bourdieu), základní princip sociální diferenciace ovšem nepopírá. Reprezentanti klastru uvědomělých se od dalších typů přeci jen výrazně odlišují a projevují velmi konzistentní postoje doprovázené odpovídajícím chováním. Strukturální determinace⁴² je ovšem zřejmě oslabována prostorem, který vzniká pro individuální volbu aktérů. V moderní společnosti je povědomí o významu zdravého životního stylu poměrně rozšířeno a informace jsou všeobecně dostupné. Jedinec se následně samostatně rozhoduje nejen o tom, zda a jak pravidelně bude sportovat, ale také o tom, zda se bude zdravě stravovat a jak bude tolerantní k vlastním nedůslednostem či hříchům v této oblasti.

Navržená typologie představuje první pokus o zpřehlednění velmi komplexní problematiky zdravého životního stylu. Jsme si vědomi skutečnosti, že clusterová analýza mnohdy nenabízí zcela stabilní výsledky a že by mohla reagovat na přidání dalších proměnných, navíc některé z proměnných jsou vzájemně korelovány. Avšak jejím dílčím přínosem je přinejmenším ta okolnost, že ukázala na význam kompenzačních postojů.

⁴² Záměrně ponecháváme stranou otázku determinace možností zdravotním stavem, jejíž význam jsme pouze okrajově naznačili.

12 DISKUZE

Tato práce se zaměřila na Zdravý životní styl jako komplexní jev, který vyžaduje interdisciplinární přístup. Zdravý životní styl je multidimenzionálním fenoménem, který by měl být zkoumán z různých perspektiv. Naše výzkumné práce vycházela z klasických sociologických myšlenek a následovala paradigma amerického sociologa Cockerhama (2005, 2022, 2023). Mezinárodní studie, jako například práce Stefansdottir et al. (2007) a Marques et al. (2020), ukazují, že dodržování zásad zdravého životního stylu spočívá v naplnění šesti klíčových požadavků: 1. Konzumovat dostatek zeleniny a ovoce, 2. Být fyzicky aktivní, 3. Mít psychickou odolnost, 4. Nekouřit, 5. Omezit konzumaci alkoholu, 6. Udržovat zdravou váhu. Porušení těchto zásad může představovat rizikové chování, které automaticky vede k různým druhům onemocnění.

Zdravý životní styl bývá obvykle definován jako kolektivní vzorec chování související s naším zdravím a je založen na volbách možností dostupných lidem v závislosti na jejich životních šancích (Cockerham 2005, 2022, 2023). Jak již dávno poznamenal klasický sociolog Max Weber (Cockerham 2005, 2022, 2023), životní šance jedinců jsou sociálně determinovány, a sociální struktury zároveň utvářejí šance. Proto definice zdravého životního stylu zahrnuje jak strukturální aspekty (životní šance), tak individuální volby (životní volby), protože existuje interakce mezi strukturou a individuálními rozhodnutími. Tento postup jsme nastínili v úvodu práce jako základní linii našeho uvažování nad problematikou, nicméně klíčovou otázkou se stává, který z přístupů zaujímá převládající pozici. Ostatně tento přístup je potvrzen i ve studii, z které vycházíme a která představuje základní vhled do problematiky a vytváří tak samostatné paradigma zdravého životního stylu (Cockerham, 2005).

Zdravý životní styl nás upozorňuje na to, jak silný vliv mají sociální struktury na naše jednání a rozhodnutí. Místo abychom přisuzovali jednotlivcům dominantní roli při formování svého životního stylu, musíme brát v úvahu také ty hranice, na kterých tato rozhodnutí spočívají. Sociální struktury mají zásadní dopad na náš způsob života, a proto je životní styl často charakteristickým vzorcem chování pro různé skupiny a sociální třídy, do nichž patříme. Jinými slovy, preference v oblasti jídla, pití a sportu odhaluje rozdíly v sociálním postavení jedinců. Současně ti, kteří se aktivně snaží o zdravý životní styl, získávají pozitivní sociální identitu a kulturní kapitál.

Lze konstatovat, že paradigma zdravého životního stylu úzce koresponduje s proměnami v společnosti a reaguje na aktuální trendy. Tyto transformace naznačují potřebu,

formují koncepty a mohou buď posílit vysvětlující sílu paradigmatu, nebo způsobit jeho zastarání (Cockerham 2005, 2022, 2023; Buriánková, 2021).

Zdraví je v dnešní moderní době normálně vnímáno jako úspěch („cíl, na kterém se pracuje a ke kterému se směřuje“) spíše než jako samozřejmost, kterou jedinci pasivně přijímají. (Cockerham 2005, 2022). Snaha o zdraví prostřednictvím zdravého životního stylu se stala nejen společenskou normou v ekonomicky rozvinutých zemích (Crawford, 2006), ale také povinností (Lupton, 2013). Volba zdravého životního stylu, umožňuje jedincům větší kontrolu nad udržováním či zlepšováním svého zdraví zároveň zlepšuje jejich kvalitu života.

V rámci našeho výzkumu jsme se zaměřily na specifické dimenze, které byly důkladně popsány v úvodu naší práce. Z našich předchozích studií (Buriánková, 2011, 2014, 2021) jednoznačně vyplývá, že koncept zdravého životního stylu zahrnuje několik klíčových aspektů. První důležitou dimenzi představují správné stravovací návyky. Současná společnost preferuje koncept správných stravovacích návyků spíše než koncept zdravého stravování. Obojí v kontextu stravování konotuje nejen čerstvost a pestrost surovin, ale především zahrnuje systematický proces plánování a přípravy adekvátní stravy. Čerstvost znamená optimalizaci časového intervalu mezi získáním surovin a jejich konzumací s cílem maximalizovat nutriční hodnotu a chuťové vlastnosti. Pestrost zahrnuje diverzifikaci stravy, což napomáhá zajistit rozmanitost nutričních látek a podporuje tak vyvážený příjem živin. Klíčovým prvkem je rovněž plánování jídelníčku, což vyžaduje analýzu nutričních potřeb, preferencí a omezení konkrétního jednotlivce. Příprava vhodného jídla pak spočívá v dovednostech manipulace se surovinami a technikách vaření, aby bylo dosaženo optimálního spojení estetiky a nutriční hodnoty stravy. Celkově se lze domnívat, že tato kombinace faktorů reflektuje zdůraznění významu plánované a vyvážené stravy pro udržení optimálního stavu fyzického a duševního zdraví (Buriánková 2011; Liu et al. 2024). Celkově dochází k poklesu konzumace zeleniny (Buriánková 2011; ČSÚ, 2023), což je také spojeno s aktuálním trendem mnoha domácností šetřit a minimalizovat plýtvání potravinami, což bylo v minulosti běžnější (ČSÚ, 2023). Správné stravovací návyky prokazatelně korelují s pozitivním stavem duševní pohody, přičemž tento fakt se projevuje více dominantněji u ženské populace (Cho et al., 2022; Dohle et al., 2022; Gorski et al., 2015). V rámci naší výzkumné studie byly tyto výsledky ověřeny, což podtrhlo význam informovanosti v dimenzi správného stravování. Naše studie naznačila, že respondenti s nižším vzděláním mají tendenci vykazovat špatnější stravovací návyky. Tento fakt může být způsoben několika faktory, a to zahrnující omezeného přístupu k informacím o správném stravování a finančních omezení, která mohou ovlivnit rozhodnutí o volbě správného stravování.

Dalším faktem, na který upozorňujeme je, že s přibývajícím věkem se stravovací návyky jedinců zhoršují. Tento trend by mohl být nejen spojen s fyzickými změnami spojenými s věkem, jako je snižující se metabolismus, ale také s překážkami přizpůsobovat svoje stravovací zvyklosti změnám v životním stylu. Prevence a osvěta mohou pomoci starším jedincům udržet si zdravé stravovací návyky a snížit riziko chronických onemocnění spojených s nezdravou a nesprávnou stravou.

Následující dimenzí je duševní a psychická pohoda (wellbeing), kterou jsme měřili pomocí standardní baterie otázek, aplikované na oba soubory dat. Jak jsme již dříve konstatovali, významná je propojenost mezi správně utvářenými stravovacími návyky a psychickou pohodou, pohlavím, věkem a vzděláním, což považujeme za nezanedbatelné faktory (Nea et al., 2018; Buriánková 2021). Emoce a volba správných potravin jsou nedílně spojeny a společně formují rozhodnutí o zdravém životním stylu jako klíčový aspekt.

Sport a pohybová aktivita představují významný faktor podpory zdraví a zdravého životního stylu a jsou spojeny s celkovým pocitem spokojenosti jednotlivců bez ohledu na jejich věkovou skupinu. Studie jednoznačně ukazují (Buriánková 2021; Rychtecký et al., 2018; Vajlent, 2008; Bunc et al., 2007), že sportovní a pohybová aktivita mají významný preventivní účinek v prevenci a řešení široké škály zdravotních onemocnění. Pravidelná tělesná aktivita také zlepšuje duševní zdraví a pomáhá snižovat stres a úzkost. Sport a pohyb přinášejí nejen zdravotní výhody, ale také sociální aspekty, jako je posilování sociálního propojení a vytváření komunitního prostředí. Tyto faktory přispívají k celkovému pocitu spokojenosti a kvality života jedinců ve společnosti.

Pokud jde o vliv vzdělání a pohlaví na sportovní aktivitu, data ukazují jasné trendy. Vliv věku je pak klíčovým faktorem. Na základě dat jsme potvrdili, že vyšší míru zapojení od pohybové aktivity prokazují obě pohlaví nastejno, jedinci ve věkové kategorii do 30 let a lidé s vysokoškolským vzděláním. Z našich dat lze dále vyčíst, že mladší a vzdělanější jedinci mají tendenci se pravidelně se pohybovat v průběhu týdne (2 až 3 dny). S postupujícím věkem dochází k výraznému poklesu úrovně sportovního zapojení. Je zřejmé, že věk a vzdělání mají významný dopad na úroveň zapojení aktérů do sportovních aktivit. V českém prostředí se sleduje především návštěvnost sportovišť a jaké sporty jsou Čechům nejbližší. Obecně lze ale konstatovat, že oproti roku 2020, kdy byla sportovní aktivita Čechů v průběhu sledovaného období na svém vrcholu, zaznamenala návštěvnost sportovišť v roce 2023 téměř o čtvrtinu nárůst, tj. více jak 60 % dospělých jedinců vykonává středně zatěžující pohybovou aktivitu

(tisková zpráva Multisport, 2024). Nedílnou součástí jsou i programy speciálně zaměřené na pohyb dětí a mládeže, turistické kluby, jejichž tradice je v českém prostředí velice rozšířená.

Další sledovanou dimenzí je konzumace alkoholu a kouření. I když jsou kouření a konzumace alkoholu důležitými tématy ve vztahu ke zdravému životnímu stylu, naše práce se na tyto aspekty soustředí spíše okrajově. Naše data jednoznačně prokázala následující fakta. Muži mají tendenci pít alkohol několikrát týdně častěji než ženy. S věkem dochází ke změně v konzumaci alkoholu, přičemž nejvyšší frekvence se objevuje v kategorii 31–45 let. Zároveň je mezi respondenty s nižším vzděláním vyšší podíl těch, kteří jsou abstinenty a nepijí alkohol vůbec. Naopak střední vrstva se častěji, než ostatní sociální skupiny věnuje konzumaci alkoholu několikrát týdně. Dlouhodobě sledovaná data ukazují, že rizikové pití alkoholu je mezi respondenty stále méně časté v porovnání s předchozími obdobími. Tento trend naznačuje, že lidé si stále více uvědomují nebezpečí spojené s nadměrnou konzumací alkoholu a snaží se o zdravější životní styl. Zároveň je v posledních letech pozorován nárůst popularity alternativních produktů, zejména elektronických cigaret (vaporizérů), zahřívaných tabákových výrobků a nikotinových sáčků, především mezi mladší a střední generací. Tato změna v konzumačním chování poukazuje na to, že někteří lidé hledají alternativy ke kouření tradičních cigaret, a snaží se o snížení rizika spojeného s tabákovými výrobky (SZÚ, 2023).

Zcela unikátním aspektem našeho výzkumu bylo odhalení kompenzačního chování, které je v našem prostředí široce rozšířené. Naše analýzy odhalily specifické vzorce formování kompenzačního chování, které jsme zkoumali v rámci našeho provedeného výzkumu. Záměrně jsme se však nezaměřovali na kompenzační chování související s konzumací alkoholu a kouřením, neboť tyto faktory jsou samy o sobě významným rizikovým chováním a zasloužily si samostatnou studii (Buriánková, 2021). Téma kompenzačních strategií je v současnosti velmi aktuální a diskutované v rámci zdravého životního stylu (Radtkea et al. 2012; Nooijer et al. 2009; Nooijer et al. 2010; Knäuter et al. 2004; Ernsting et al. 2012, Renting et al. 2012; Cho et al. 2022; Buriánková et al. 2021) a zároveň nám poskytl pevný základ pro provádění empirických analýz. Naše data odhalila zajímavé souvislosti mezi kompenzačními strategiemi a napříč sledovanými dimenzemi, jako je wellbeing, způsoby zvládání stresu, stravovací návyky a fyzická aktivita. Kompenzační strategie charakterizuje nejen respondenty s tendencí k nezdravému stravování, ale také určité skupiny specifických jedinců. Například vysokoškoláci, kteří se snaží dosáhnout ideálního zdraví a kondice, projevují menší potřebu kompenzačního chování ve srovnání s jinými skupinami. Bylo zjištěno, že kompenzační chování má pozitivní vliv na zdravý životní styl a přispívá tak k jeho dlouhodobé udržitelnosti.

Limitem naší studie zůstává omezený počet proměnných, které jsme mohli použít k pokrytí dimenzí zdravého životního stylu (zejména oblast zdravého stravování vybízí k rozšíření záběru), ale i některých zprostředkujících proměnných. Tím byly vymezeny i určité hranice pro analytické zpracování dat. Jsme si vědomi toho, že explanační potenciál některých našich modelů (výjimku tvoří sportování) není nikterak vysoký. Podmíněnost chování bude mít komplexnější ráz. Programově jsme se nevěnovali zdravotnímu stavu a jeho vlivu, omezili jsme také odkazy na hodnotové aspekty a na normativní tlaky okolí. Stranou zůstaly aktuální problémy medikalizace životního stylu, důsledků alternativních životních stylů, otázka komercializace péče a komodifikace zdraví. Kdybychom chtěli dostat plně weberovské tradici odhalování smyslu jednání, museli bychom uvažovat o nasazení kvalitativních metod.

Velkou otázkou v pozadí zůstává možnost syntetického uchopení kategorie zdravého životního stylu. To je možno dokumentovat na otázce sportování, kteréžto podle většiny autorů do konceptu patří, nicméně v kontextu výskytu určité choroby nebo hendikepu může mít tento typ aktivity povahu rizika. Podobně ambivalentní ráz může mít kupříkladu hlídání tělesné hmotnosti. Proto se přikláníme k závěru, že další výzkum by se mohl intenzivněji věnovat jednotlivým dimenzím s přihlédnutím k jejich specifičnosti. To by mělo umožnit detailnější zkoumání podmíněnosti chování aktérů, a následně hledat zdůvodněné cesty k propagaci a prosazování zdravého životního stylu včetně prevence tendencí nežádoucích. Což se týká i vysvětlování rizik kompenzačních strategií, na jejichž význam naše práce upozornila.

V závěru diskuse je nutné upozornit na fakt, že zdravý životní styl není pouze náhodným chováním izolovaných aktérů; naopak, vykazuje charakteristiky a preference skupin a sociálních tříd, do kterých jedinci patří. Teorie či paradigma zdravého životního stylu, které z hlediska výzkumu zkoumá vztah mezi životním stylem a zdravím různých sociálních skupin ve společnosti, se nyní musí adaptovat na dopady pandemie COVID-19 a rostoucí digitalizaci společnosti. Další výzkum by se mohl soustředit na potenciální změny životního stylu po pandemii a detailněji zkoumat vliv současného trendu digitalizace na zdravý životní styl.

Dále bychom rádi upozornili na zajímavý fenomén nového směřování medicíny v rámci naší problematiky. Dle aktuální odborné literatury psychologie lékařství je dokázáno, že životní styl má zásadní vliv na aktivaci a inhibici genů, což následně ovlivňuje procesy spojené se zdravím a nemocemi. Epigenom, tedy soubor chemických modifikací našich genů, hraje klíčovou roli v tom, jak se naše tělo vyvíjí a jak reaguje na různé faktory. Skrze životní styl

můžeme tuto epigenetickou regulaci ovlivnit a naprogramovat ji tak, aby podpořila naše zdraví. Až 85 % nemocí můžeme ovlivnit sami prostřednictvím toho, jak žijeme. Proto medicína zaměřená na zdravý životní styl není jen o léčbě, ale i o prevenci, a může být dokonce důležitější než užívání samotných léků. Na základě tohoto uvažování, spatřujeme, potenciální spojení našeho zkoumání s tímto novým přístupem a zapojení do široké škály nových myšlenkových směrů ve společenskovědním výzkumu.

13 ZÁVĚR

Základní teoretická perspektiva vztahu struktury a jednání, která je v oblasti studia životního stylu rozvíjena po linii M. Weber a P. Bourdieu až k současným autorům (viz prezentovaný model J. Cockerhama), dává solidní základy empirického zkoumání. Jedná se však o poměrně obecný konceptuální rámec, který spíše podporuje interpretaci výsledků, než aby mohl být převeden do podoby komplexního a testovatelného modelu. Typickou komplikací je fakt, že k dispozici zde není snadno měřitelná závisle proměnná, neboť zdravý životní styl je spíše složeninou různých dimenzí, jež nemusejí být na úrovni jedince vždy v souladu.

Cílem práce proto bylo popsat zdravý životní styl v jednotlivých dimenzích a zkoumat jejich podmíněnost. Datovou základnu poskytly dvě reprezentativní výzkumná šetření české veřejnosti, omnibusové šetření Aktér 2013 a Zdravý životní styl (Median, s.r.o. 2023). Nešlo ovšem pouze o relativně jednoduché závislosti na proměnných sociálního postavení (věk, pohlaví, vzdělání), což obvykle charakterizuje epidemiologické studie. Provedená regresní analýza odhalila poměrně specifické vzorce formování jednotlivých komponent životního stylu. Přitom mezi analyzované faktory začlenila také informovanost jedince, jeho postoje k péči o zdraví, psychickou pohodu a odolnost vůči kompenzační strategii.

Zjištěné míry prevalence vybraných položek byly kontrolovány na souboru ISSP (2011). Data ISSP (2011) jsme použili ke zmapování kontextu zkoumané problematiky a srovnávání České republiky s vybranými evropskými zeměmi. Češi se téměř ve všech sledovaných kategoriích pohybují okolo průměru:

- 50 % trvalých nekuřáků
- rizikové pití patří do pásma průměru
- 3/4 dotazovaných uvedlo fyzickou aktivitu
- nižší spotřeba konzumace ovoce a zeleniny

V průběhu našeho výzkumu jsme se zabývali kompenzačním chováním, přičemž jsme použili data z roku 2013. V následujícím období, konkrétně v roce 2023, jsme rozšířili naši baterii otázek, což nám umožnilo provést ještě podrobnější a komplexnější analýzu této problematiky. Jedním z důležitých cílů této práce se tak stalo ověření významu a použitelnosti kompenzační teorie, jejíž předností je schopnost vysvětlit, proč aktéři navzdory své informovanosti a deklarované snaze nevolí vždy zcela adekvátní způsoby jednání. Analýza z roku 2013 ukázala, že kompenzační strategie působí silně v oblasti rizikového chování (častý konzum větších dávek alkoholu, kouření). Výsledky studie tak představují významnou

inspiraci pro širší uplatnění této parciální teorie při studiu jevů, kdy se projevuje omezená racionalita jednání.

Češi se skoro ve všech sledovaných kategoriích zaměřujících se na kompenzační chování v českém prostředí se ve srovnání drží okolo průměru:

- *nadpoloviční většina kompenzuje pomocí konzumace něčeho sladkého*
- *59 % respondentů kompenzuje stres prožívaný během týdne relaxací o víkendu*
- *3/4 dotazovaných má fyzickou aktivitu jako kompenzační mechanismus*
- *kvalitní spánek odstraní následky stresu*

Dále naše data jednoznačně prokázala:

- *kompenzace (odolnost) je výrazně ženskou záležitostí*
- *silným statusovými komponenty, které se v analýze projeví jako významné prediktory napříč všemi kompenzačními oblastmi jsou věk a vzdělání*

Další výsledky analýz ukazují, že kompenzační strategie charakterizují nejen kuřáky nebo osoby se sklonem k nezdravému stravování, ale také určité skupiny respondentů. Některé rysy nese například identifikovaný typ respondentů-sportovců, kteří své úsilí o realizaci ideálu zdraví a dobré kondice zároveň spojují s vyšším konzumem alkoholu. Právě tyto disproporce v naplňování zásad zdravého životního stylu stojí za zjištěním, že jednotlivé dimenze zdravého životního stylu spolu sice korelují, avšak ne dostatečně k tomu, aby bylo možno uvažovat o konstrukci jednoho syntetického ukazatele.

Na novějším datovém souboru jsme provedli analýzu, která byla obohacena o pokročilé analytické metody, které jsme mohli aplikovat na naše dostupná data. Mezi tyto metody patřila faktorová analýza a clusterová analýza. Faktorová analýza byla pro nás klíčovým krokem a odhalila 5 výše popsaných faktorů (Všestranná kompenzace stresu, Kompenzace náhradou (pasivní), Kompenzace bezprostřední (návazná). Tolerance vůči větším dávkám alkoholu, Kompenzace restriktivní, expresivní).

Následně jsme se zaměřili na to, jak tyto vytvořené faktory diferencují jednotlivce podle věku, pohlaví a vzdělání. Zjistili jsme, že kategorie jedinců ve věku 65+ nevykazuje tak výraznou tendenci k víře v kompenzační sílu cvičení, na rozdíl od kategorie 55+, která s tímto tvrzením souhlasí více. Tato analýza nám tedy poskytla důležité informace o různých postojích a vnímání kompenzačního chování napříč různými věkovými skupinami. Pokud jde o rozdíly mezi pohlavími, ukázalo se, že ženy více věří v kompenzaci cvičením, zatímco muži více upřednostňují kompenzaci uvedených faktorů ve vztahu ke stresu. Dále jsme zjistili, že muži mají tendenci kompenzovat menší následnou konzumací alkoholu a krátkým spánkem přes den. Vzdělanostní rozdíly byly také zřetelné, a to zejména v souvislosti s odolností vůči

kompenzaci. Respondenti s nižším vzděláním častěji uplatňují různé strategie kompenzačního chování. Naopak vysokoškoláci se zdají být odolnější v konfrontaci svých hodnot s realitou běžného života. Co se týče faktoru tolerance vůči konzumaci alkoholu, zde vztah není zcela jednoznačný.

Nyní se zaměříme na klastrovou analýzu, kde jsme se pokusili klasifikovat objekty na základě jejich podobnosti a vzájemné příbuznosti. Naším cílem bylo zjistit, zda existují určité seskupení respondentů a jakým způsobem hodnotí kompenzační výroky. Výsledky shlukové analýzy ukázaly existenci pěti různých typů klastrů (striktní, běžní respondenti, kompenzační typ, příležitostní konzumenti, netolerantní).

Klastry podle sociodemografických proměnných dokázaly následující:

- *Vysokoškoláci se výrazněji vyhybají stresu, kladou větší důraz na kvalitní spánek a pečují o správné stravovací návyky.*
- *V klastru, který je zcela zaměřen na kompenzaci, jsou zastoupeny všechny skupiny respondentů víceméně stejně.*
- *Skupina netolerantních jedinců, kteří zásadně nevyužívají kompenzaci pomocí stravy, je charakterizována nízkou tolerancí vůči konzumaci alkoholu a nepřikládá velkou pozornost stravovacím návykům. Tato skupina častěji zahrnuje respondenty se základním vzděláním.*
- *Starší jedinci se nepřiklánějí k toleranci alkoholu a spíše věří ve více spánku a dodržování správných stravovacích návyků.*

Na závěr jsme provedli analýzu klastrů a zkoumali jejich vztah k pohybové aktivitě, která je jedním z klíčových ukazatelů zdravého životního stylu.

- *Závodní sportovci jsou disciplinovaní, nikoliv kompenzační.*
- *Pravidelní sportovci více tolerují alkohol.*
- *Neorganizovaní sportovci pečují o svoje stravovací návyky.*
- *Minimálně sportující kompenzují naplno.*
- *Nesportující překvapivě reprezentují běžné stravovací návyky.*

V závěrečné kapitole o podmíněnosti jednotlivých dimenzí jsme v oblasti kompenzace (odolnosti vůči svodům) na základě novějších dat potvrdili, že v analýzách regresních modelů jsou ženy obvykle více odolné a věnují větší pozornost péči o sebe v rámci zdravého životního stylu.

Při další regresní analýze prediktorů chyb ve stravování jsme znovu potvrdili význam všech proměnných zahrnutých do modelu. Všechny vlivy - tj. koeficienty – jsou statisticky významné. Ukázalo, že ženy a jedinci, kteří dbají na své zdraví, mají menší tendenci k chybám ve stravování. S věkem se pak tyto chyby ve stravování zvyšují. Respondenti s vyšším vzděláním pak chybují méně často. Další model zdůrazňuje význam nízké sportovní a pohybové aktivity jako možného hlavního faktoru ovlivňujícího chyby ve stravování. Jinými slovy, regresní analýza se stala důležitou pro pochopení kompenzace jako faktoru, který podporuje správné stravovací návyky.

Jedním z dalších zajímavých výsledků, který by mohl stimulovat další výzkum, je explorativně založená typologie orientace jedinců v oblasti zdravého životního stylu. Vedle již zmíněných aktivně sportujících jedinců (14 %) charakterizuje českou populaci vcelku solidní podíl pozitivně zaměřených lidí (24 %), případně respondentů představujících spíše pohodlnou nebo pasivní variantu, jež se o zdraví příliš nezajímá, i když nekouří (25 %). Kategorie asketů zahrnuje jedince, kteří se vyhýbají rizikům a snaží se žít zdravě, ale mají problém s fyzickou a psychickou pohodou. Její podstatnou část tvoří senioři. Nejrizikovější typ je výrazně nadprůměrný v konzumu alkoholu i kouření a o zdravý životní styl neusilující. Je výrazně spojen s nízkým sociálním statutem.

Analýza podle sociálního statusu (v našem výzkumu jsme se většinou omezili na subjektivně definované postavení) potvrdila, že řada aspektů životního stylu se na tuto charakteristiku stále váže. Prokázalo se, že horší ekonomické podmínky ztěžují možnost zdravého stravování, v koincidenci s faktory kulturními mnohdy vedou k rizikovému chování, a zřejmě také celkově limitují možnosti volby životního stylu. V tomto ohledu naše práce navazuje také na studie naznačující vztah mezi nízkým sociálním statutem a obezitou.

I když se v komplexnějších modelech váha sociálního postavení obvykle snižuje, a naopak stoupá role informovanosti nebo aktivního postoje, nemůžeme zřejmě přisoudit zásadní roli zcela individualizovanému rozhodování. Vliv sociálního postavení se spíše složitě zprostředkovává, nižší vzdělání může být nahrazeno zájmem o informace v dané oblasti, dokonce ani podcenění péče o zdraví nemusí mít fatální důsledky, protože u kategorie respondentů mladšího věku současné nastavení kultury již některé pozitivní prvky podporuje (např. dodržování pitného režimu).

Celkově lze shrnout, že jsme v průběhu analýzy v podstatě potvrdili všechny testované meritorní hypotézy, tj. naše data prokázala, že:

- *Správné stravovací návyky jsou výrazně ženskou záležitostí, genderová diferenciaci nastane až u položky konzumace masa ve prospěch mužské části*

populace. Pitný režim častěji dodržují ženy, zároveň informovanost i péče o zdraví je bližší ženám.

- *Respondenti s nižším vzděláním dělají více chyb ve stravování.*
- *Pozorujeme, že s přibývajícím věkem mohou respondenti často vykazovat horší stravovací návyky. Existuje několik faktorů, které by mohly přispět k tomuto jevu:*
 - *Fyzické změny:* S věkem dochází k fyziologickým změnám v těle, včetně snižujícího se metabolismu a poklesu svalové hmoty. To může vést k menší potřebě kalorií a změnám v potravinových preferencích.
 - *Změny v životním stylu:* Starší lidé mohou mít tendenci vést méně aktivní životní styl, což může ovlivnit jejich stravovací návyky. Méně pohybu a fyzické aktivity může znamenat nižší energetickou potřebu.
 - *Sociální faktory:* S věkem mohou respondenti také procházet změnami v sociálním prostředí, například v důsledku odchodu do důchodu nebo změn ve společenských aktivitách. To může mít vliv na jejich stravovací chování a preference.
 - *Zdravotní problémy:* Starší věk může být spojen s různými zdravotními problémy a potřebou specifické stravy. To může vést k omezení výběru potravin a ovlivnit stravovací návyky.
- *Sportovní a pohybová aktivita s přibývajícím věkem klesá, obě pohlaví sportují stejně a vzdělání mírně podporuje sport. Sportovní aktivita a pohybová aktivita oproti prvnímu sledovanému souboru v roce 2022 výrazně roste. Informovanost a snaha pečovat o své zdraví sport podporují.*
- *Ženy konzumují alkohol rizikovým způsobem v menší míře. Konzumace alkoholu se s věkem mění.*
- *Kouření je nejvíce zastoupeno ve střední generaci. Kuřáctví silně provází přesvědčení o šanci svoje chování kompenzovat a tato strategie v daném případě působí velmi silně. Naopak informovanost nemá ve zmíněném modelu vliv.*

Dále můžeme potvrdit následující:

- *Závěrem můžeme konstatovat, že pohlaví a vzdělání mají vliv na to, jak aktivně jednotlivci hledají informace o zdravém životním stylu.*

- *V tomto kontextu lze pozorovat, že ženy projevují výraznější zájem o informace týkající se zdravého životního stylu. Důležitou roli hraje i vzdělání, protože respondenti s vysokoškolským vzděláním projevují větší intenzitu zájmu o tyto informace.*
- *S postupujícím věkem klesá úroveň subjektivní pohody. Zároveň tak narůstá pocit nepohody. Současně lze také konstatovat, že respondenti s vyšším vzděláním mají tendenci být šťastnější. Pokud do sledovaného modelu přidáme čistý příjem, docházíme ke zjištění, že lidé s nižšími příjmy si mnohem méně stěžují (pocit pohody není tak významně spojen s finanční situací).*
- *Správné stravovací návyky jsou spojeny s pozitivním pocitem duševní pohody a zároveň pomáhají vyhnout se chybám ve stravování.*

Výchozí předpoklady o propojenosti struktury a jednání jsou tak našimi výsledky potvrzeny. Dynamická povaha zdravého životního stylu skutečně nabízí jedincům mnoho možností volby. Je však důležité zdůraznit, že tato variabilita možností je závislá na sociálním postavení nebo na sdílených hodnotách. Spíše bychom mohli říci, že větší variabilita se otevírá těm jedincům, kteří ve své životní situaci nemusí usilovně řešit zajištění elementární reprodukce, a kteří nejsou omezeni věkem, zdravotním stavem ani nízkým sociálním statutem. Jinými slovy, hypotézy, které jsme si stanovili v rámci naší analýzy a které kopírovaly naše výzkumné otázky, byly potvrzeny ve všech krocích našeho výzkumu.

14 PRAKTICKÉ PŘÍNOSY DISERTAČNÍ PRÁCE

Hlavní teoretický i praktický přínos této disertační práce spočívá v aplikaci interpretačního rámce kompenzačních strategií, které dosud v českém sociologickém prostředí nebyly systematicky zkoumány. Jako významný přínos lze vnímat také samotné testování různých variant metodického přístupu, které přináší inspiraci pro další výzkum v oblasti životního stylu a zdraví. Analytická část práce zároveň ověřila vhodnost formulace jednotlivých otázek v dotazníkovém šetření zaměřeném na zdravý životní styl, jeho limity a formy.

Postupným zkoumáním tématu jsme dospěli k závěru, že právě porozumění funkci kompenzačních mechanismů výrazně přispívá k efektivní osvětě a propagaci zdravého životního stylu. Z hlediska sociologie představují kompenzační strategie nástroje, které jednotlivci (či celé skupiny) využívají ke zvládnutí negativních vlivů prostředí, společenských tlaků nebo vlastních limitací v kontextu péče o zdraví. V současné společnosti, kde zdravé návyky často kolidují s komerčními a kulturními normami, mohou být tyto strategie chápány jako způsob, jak vyvažovat vnitřní i vnější napětí – například prostřednictvím relaxačních aktivit, vědomého odpočinku či dílčích odklonů od ideálu, které však nejsou zcela rezignační.

Zásadní přitom je, že kompenzační strategie nejsou pouze individuálními volbami, ale jsou významně formovány širším sociálním kontextem – dostupností informací, převládajícími normami a hodnotami. Jde tedy o strategie, které mohou napomáhat udržení rovnováhy mezi zdravým životním stylem a každodenní realitou, ale zároveň mohou vést k iluzím kompenzace, jež brání skutečné změně chování.

V aktuálním společenském kontextu je zřejmé, že šíření informací o zdravém životním stylu a jeho rizicích nestačí samo o sobě k vyvolání trvalé změny chování. Právě kompenzační strategie mohou sehrávat klíčovou pozitivní roli – umožňují jednotlivcům vyrovnat se s nároky každodenního života, aniž by zcela rezignovali na principy zdravého životního stylu. Namísto toho, aby sloužily jako výmluva, mohou tyto strategie pomáhat vytvářet udržitelnější a flexibilnější přístup ke zdraví, který bere v úvahu i lidské limity a potřebu rovnováhy. V prostředí plném informačního tlaku a chronického stresu tak kompenzační přístupy představují reálný nástroj, jak dlouhodobě udržet motivaci a zapojení do zdravě orientovaného chování – bez nutnosti absolutní disciplinovanosti.

Kompenzační postoje samy o sobě nelze chápat jako škodlivé. Naopak – v kontextu zdravého životního stylu mohou představovat model chování, inspiraci nebo dlouhodobý vzor, jak si udržet zdraví a psychickou rovnováhu. Práce tak ukazuje, že kompenzace není

slabostí, ale potenciálně funkční součástí životního stylu, pokud je reflektovaná a zakotvená v širším rámci vědomého jednání.

15 SEZNAM LITERATURY

Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), e13.

Adams, J. (1995). Risk. London: UCL Press.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Amrein, M. A., Rackow, P., Inauen, J., Radtke, T., & Scholz, U. (2017). The role of Compensatory Health Beliefs in eating behavior change: A mixed method study. *Appetite*, 116, 1-10.

Amoako, M., Amoah-Agyei, F., Du, C., Fenton, J. I., & Tucker, R. M. (2023). Emotional Eating among Ghanaian University Students: Associations with Physical and Mental Health Measures. *Nutrients*, 15(6), 1526.

Armitage, C. J., Sheeran, P., Conner, M., & Arden, M. A. (2004). Stages of Change or Changes of Stage?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 491-499.

AlMarzooqi, M. A., Alhaj, O. A., Alrasheed, M. M., Helmy, M., Trabelsi, K., Ebrahim, A., & Ben Saad, H. (2022, January). Symptoms of nomophobia, psychological aspects, insomnia and physical activity: A cross-sectional study of esports players in Saudi Arabia. In *Healthcare (Vol. 10, No. 2, p. 257)*. MDPI.

Albarracin, D., Wang, W., & Leeper, J. (2009). Immediate Increase in Food Intake Following Exercise Messages. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(7), 1451-1452.

Arbinaga, F., Mendoza-Sierra, M. I., & Fernández-Acosta, G. (2023). Index of healthy eating and emotional eating in relation to psychological inflexibility in dance students. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1), 1-9.

Al-Mhanna, S. B., Rocha-Rodriguesc, S., Mohamed, M., Batrakoulis, A., Aldhahi, M. I., Afolabi, H. A., ... & Badicu, G. (2023). Effects of combined aerobic exercise and diet on cardiometabolic health in patients with obesity and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 15(1), 165.

Armitage, C. J., Conner, M., Prestwich, A., Bruin, M. de, Johnston, M., Sniehotta, F., & Epton, T. (2021). Investigating which behaviour change techniques work for whom in which contexts delivered by what means: Proposal for an international collaboratory of Centres for Understanding Behaviour Change (CUBiC). *British Journal of Health Psychology*, 26(1), 1-14.

Baban, A., & Craciun, C. (2007). Changing health-risk behaviors: A review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 7(1).

Bambra, C., Gibson, M., Amanda, S., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2009). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(4), 284-291.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.

Bayer, R., & Stuber, J. (2006). Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations. *American Journal of Public Health*, 96(1), 47–50.

Blahušová, E. (2005). *Wellness, fitness*. Praha: Karolinum.

Baek, S. U., Yoon, J. H., & Won, J. U. (2023). Associations between precarious employment and smoking and regular exercise: Results from a Korean longitudinal panel study from 2005 to 2020. *Preventive Medicine*, 107420.

Burmeister, J. M., Taylor, M. B., Rossi, J., Kiefner-Burmeister, A., Borushok, J., & Carels, R. A. (2017). Reducing obesity stigma via a brief documentary film: A randomized trial. *Stigma and Health*, 2(1), 43.

- Busto Miramontes, A. Moure-Rodríguez, L., Mallah, N., Díaz-Geada, A., Corral, M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2021). Alcohol consumption among freshman college students in Spain: Individual and pooled analyses of three cross-sectional surveys (2005, 2012 and 2016). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2548.
- Baumeister, H., Kraft, R., Baumel, A., Pryss, R., & Messner, E. M. (2023). Persuasive e-health design for behavior change. In *Digital phenotyping and mobile sensing* (pp. 347-364). Springer, Cham.
- Bahrami, M., Burdette, J. H., Laurienti, P. J., Nicklas, B. J., Rejeski, W. J., & Fanning, J. (2025). Neural Determinants of Sedentary Lifestyle in Older Adults: A Brain Network Analysis. *Brain and Behavior*, 15(1), e70085.
- Bech, P. (2016). *Measurement-based care in mental disorders*. Springer International Publishing.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *Jama*, 294(22), 2879-2888.
- Blüher, M. (2020). Metabolically healthy obesity. *Endocrine Reviews*, 41(3), bnaa004.
- Boguszak, M., Gabal, I., & Matějů, P. (1990). Ke koncepcím vývoje sociální struktury v ČSSR: Příspěvek k sebereflexi československé sociologie. *Sociologický časopis*, (Čís. 3), 168-186.
- Bourdieu, P. (1979). 1984. *Distinction. A social critique of judgement of taste*. London.
- Binkley, S. (2007). Governmentality and lifestyle studies. *Sociology Compass*, 1(1), 111-126.
- Brennan, S. L., Henry, M. J., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A., & Pasco, J. A. (2009). Socioeconomic status and risk factors for obesity and metabolic disorders in a population-based sample of adult females. *Preventive Medicine*, 49(2), 165–171.

Brown, H. (2011). Birds of a Feather Flock together? Investigating the role of marriage duration on peer effects and obesity, smoking, and binge drinking outcomes. *Unpublished manuscript*. Retrieved

from: [https://www.melbourneinstitute.com/downloads/hilda/Bibliography/Working_Discussion_Research_Papers/2011/Brown_Birds_of_a_Feather.pdf](https://www.melbourneinstitute.com/downloads/hilda/Bibliography/Working_Discussion_Research_Papers/2011/Brown_Birds_of_a_Feather.pdf)

Brochu, P. M., Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2014). Do media portrayals of obesity influence support for weight-related medical policy?. *Health Psychology*, 33(2).

Brochu, P. M. (2020). Weight stigma as a risk factor for suicidality. *International Journal of Obesity*, 44(10), 1979-1980.

Bunc, V., & Štilec, M. (2007). Tělesné složení jako indikátor aktivního životního stylu seniorek. *Studia Kinanthropologica*, (3), 17-23.

Burgard, S. A., Lin, K. Y., Segal, B. D., Elliott, M. R., & Seelye, S. (2020). Stability and change in health behavior profiles of US adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(3), 674-683.

Bollen, Z., Pabst, A., Masson, N., Suárez-Suárez, S., Carbia, C., & Maurage, P. (2023). Tell me how you feel, I will tell you what you look at: Impact of mood and craving on alcohol attentional bias in binge drinking. *Journal of Psychopharmacology*, 37(5), 498-509.

Bunc, V. (2008). Aktivní životní styl dětí a mládeže jako determinant jejich zdatnosti a tělesného složení. *Studia Kinanthropologica*, (1), 13-17.

Bunc, V. (2009). Nadváha a obezita dětí – životní styl jako příčina a důsledek. *Studia Kinanthropologica*, (3), 11-17.

Bunc, V. (2018). *Pravidelný pohyb – nezbytný předpoklad kvalitního života*. UK FTVS.

- Burdette, A. M., Needham, B. L., Taylor, M. G., & Hill, T. D. (2017). Health Lifestyles in Adolescence and Self-rated Health into Adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 58(4), 520–536. <https://doi.org/10.1177/0022146517735313>
- Buriánková, J. (2011). *Vzhled jako strategie a hodnota* (master's thesis, Charles University, Praha, Czechia).
- Buriánková, J., & Návarová, J. (2014). Zdravý životní styl a rizikové chování. *Acta Universitatis Carolinae Philosophica et Historica*, XX(2), 13-27.
- Buriánek, J., & Buriánková, J. (2021). Rizika nezdravého způsobu života a důvody jejich reprodukce. *Život v průsečíku rizik*, 128.
- Cathala, H. (2007). *Wellness-od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. Praha: Grada.
- Carrozzino, D., Christensen, K. S., Mansueto, G., Brailovskaia, J., Margraf, J., & Cosci, F. (2021). A clinimetric analysis of the euthymia, resilience, and positive mental health scales. *Journal of Affective Disorders*, 294, 71-76.
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2017). Depression and coronary heart disease. *Nature Reviews Cardiology*, 14(3), 145–155.
- Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, J. A., Lee, Y. Y., Guajardo-Barron, V., & Chisholm, D. (2010). Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *The Lancet*, 376(9754), 1775–1784.
- Cecchini, M., & Warin, L. (2016). Impact of food labelling systems on food choices and eating behaviours: a systematic review and meta-analysis of randomized studies. *Obesity Reviews*, 17(3), 201-210.
- Cunning, A., & Rancourt, D. (2023). Stigmatization of anorexia nervosa versus atypical anorexia nervosa: An experimental study. *Stigma and Health*.

Cotruvo, J. A. (2017). 2017 WHO guidelines for drinking water quality: first addendum to the fourth edition. *Journal-American Water Works Association*, 109(7), 44-51.

Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401–420. <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>

Čejka, P., Dvořák, J., Kellner, V., Čulík, J., & Olšovská, J. (2011). Pitelnost piva a metoda jejího stanovení: Drinkability of Beers and the Methods Applied for its Assessment. *Kvasný průmysl*, 57(11-12), 406-412.

Cockerham, W. C., Snead, M. C., & DeWaal, D. F. (2002). Health lifestyles in Russia and the socialist heritage. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(1), 42-55.

Český statistický úřad. (2023). A co děti, žijí zdravě? Výsledky HBSC studie 2022. <https://statistikaamy.csu.gov.cz/a-co-deti-ziji-zdrave>.

Carrière, K., Khoury, B., Günak, M. M., & Knäuper, B. (2018). Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(2), 164-177.

Cooper, K. H. (1968). A means of assessing maximal oxygen intake: correlation between field and treadmill testing. *Jama*, 203(3), 201-204.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., & Mravčík, V. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. *Praha: Úřad vlády České republiky*.

Crippa, M., Solazzo, E., Guizzardi, D., Monforti-Ferrario, F., Tubiello, F. N., & Leip, A. J. N. F. (2021). Food systems are responsible for a third of global anthropogenic GHG emissions. *Nature Food*, 2(3), 198-209.

Cooper, J. (2012). Cognitive dissonance theory. *Handbook of theories of social psychology, 1*, 377-397.

Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior, 46*(1), 51–67.

Cockerham, W. C. (2022). Theoretical approaches to research on the social determinants of obesity. *American Journal of Preventive Medicine, 63*(1), S8-S17.

Cockerham, W. C. (2023). Health Lifestyle Theory in a Changing Society: The Rise of Infectious Diseases and Digitalization. *Journal of Health and Social Behavior*.

Conner, M., Hugh-Jones, S., & Berg, C. (2011). Using the two-factor Theory of Planned Behaviour to predict adolescent breakfast choices. *Educational and Child Psychology, 28*(4), 37.

Conner, M., Povey, R., Sparks, P., James, R., & Shepherd, R. (2003). Moderating role of attitudinal ambivalence within the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology, 42*(1), 75-94.

Conner, M., Harreveld, F., & Norman, P. (2022). Attitude stability as a moderator of the relationships between cognitive and affective attitudes and behaviour. *British Journal of Social Psychology, 61*(1), 121-142.

Conner, M. (2020). Theory of planned behavior. *Handbook of sport psychology, 1-18*.

Contoyannis, P., & Jones, A. M. (2004). Socio-economic status, health and lifestyle. *Journal of Health Economics, 23*(5), 965–995.

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2021). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 [NAUTA]. *Praha: Státní zdravotní ústav*.

De Cabo, R., & Mattson, M. P. (2019). Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease. *New England Journal of Medicine, 381*(26), 2541-2551.

De Cabo, R., & Mattson, M. P. (2019). Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease. *The New England Journal of Medicine*, 381(26), 2541–2551. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1905136>

De Vries, H., van't Riet, J., Spigt, M., Metsemakers, J., van den Akker, M., Vermunt, J. K., & Kremers, S. (2008). Clusters of lifestyle behaviors: results from the Dutch SMILE study. *Preventive Medicine*, 46(3), 203–208.

De Vries, R., & Reeves, A. (2022). What does it mean to be a cultural omnivore? Conflicting visions of omnivorousness in empirical research. *Sociological Research Online*, 27(2), 292-312.

Del Saz Bedmar, M. V., & Ayensa, J. I. B. (2023). La influencia de las redes sociales como factor de riesgo en el desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosas durante la adolescencia. *Revista Tecnología, Ciencia y Educación*, 141-168.

Dannefer, D., Kelley-Moore, J., & Huang, W. (2016). Opening the social: Sociological imagination in life course studies. *Handbook of the life course: Volume II*, 87-110.

Daniel, H., Bornstein, S. S., Kane, G. C., & Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. (2018). Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: an American College of Physicians position paper. *Annals of internal medicine*, 168(8), 577-578.

Deng, J., Li, S., & Hansen, P. (2021). Exploring the Effect of Rational Factors and Trust in Health Behavior Change. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, 58(1), 104-116.

Deshmukh-Taskar, P., Nicklas, T. A., Yang, S. J., & Berenson, G. S. (2007). Does food group consumption vary by differences in socioeconomic, demographic, and lifestyle factors in young adults? The Bogalusa Heart Study. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(2), 223–234.

Diener, E. (2000). Subjective Well-being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.

Divincová, A., & Siváková, B. (2014). Mobbing at workplace and its impact on employee performance. *Human Resources Management & Ergonomics*, 8(2).

Dohle, S., Schreiber, M., Wingen, T., & Baumann, M. (2022). Blaming others for their illness: The influence of health-related implicit theories on blame and social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 52(4), 210-219.

Dudová, R., Hašková, H., & Klímová Chaloupková, J. (2020). Disentangling the link between having one child and partnership trajectories: a mixed-methods life-course research. *Journal of Family Studies*, 1-22.

Duffková, J., & Tuček, M. (2003). Proměny způsobu života. In M. Tuček, (Ed.) *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí* (1st ed. pp. 168-202). Praha: SLON.

Duffková, J. (2005). Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. *Aktuální problémy životního stylu: sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce Sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce Sociologie kultury a volného času: Praha 6. 10. 2005*, 79–90.

Duffková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, 16(S2), S80-S86.

Durazzo, T. C., & Meyerhoff, D. J. (2020). Neurocognitive effects of chronic cigarette smoking and alcoholism. *Frontiers in Bioscience*, 25, 1–23.

EC.EUROPA. (2018). How much fish do we consume? First global seafood consumption footprint published. Retrieved from: [<https://ec.europa.eu/jrc/en/news/how-much-fish-do-we-consume-first-global-seafood-consumption-footprint->

published](<https://ec.europa.eu/jrc/en/news/how-much-fish-do-we-consume-first-global-seafood-consumption-footprint-published>)

Engels, B. (1961). Postavení dělnické třídy v Anglii (1845). In Marx. K. Engles, B. Spisy 2. Praha: SNPL.

Emberson, J. R., Whincup, P. H., Morris, R. W., Wannamethee, S. G., & Shaper, A. G. (2005). Lifestyle and cardiovascular disease in middle-aged British men: the effect of adjusting for within-person variation. *European Heart Journal*, 26(17), 1774-1782.

Ernsting, A., Schwarzer, R., Lippke, S., & Schneider, M. (2012). "I do not need a flu shot because I lead a healthy lifestyle": Compensatory health beliefs make vaccination less likely. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 825-836.

Eggink, E., Hafdi, M., Hoevenaar-Blom, M. P., Richard, E., & van Charante, E. P. M. (2022). Attitudes and views on healthy lifestyle interventions for the prevention of dementia and cardiovascular disease among older people with low socioeconomic status: a qualitative study in the Netherlands. *BMJ Open*, 12(2), e055984.

Eurostat. (2022). Health and the European Union – facts and figures. <https://doi.org/10>. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>.

EHIS. (2019). Výběrové šetření o zdraví. Praha: EHIS ČR.

Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e833.

Ferraro, K. F., Schafer, M. H., & Wilkinson, L. R. (2016). Childhood disadvantage and health problems in middle and later life: Early imprints on physical health? *American Sociological Review*, 81(1), 107-133.

Foright, R. M., Johnson, G. C., Kahn, D., Charleston, C. A., Presby, D. M., Bouchet, C. A., & MacLean, P. S. (2020). Compensatory eating behaviors in male and female rats in response to exercise training. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 319(2), R171-R183.

- Fortier, J., Taillieu, T., Salmon, S., Stewart-Tufescu, A., Davila, I. G., MacMillan, H. L., ... & Afifi, T. O. (2022). Adverse childhood experiences and other risk factors associated with adolescent and young adult vaping over time: a longitudinal study. *BMC public health*, 22, 1-10.
- Fava, G. A., & Guidi, J. (2020). The pursuit of euthymia. *World Psychiatry*, 19(1), 40-50.
- Foret, M. (2014). Consumer behavior and decision making at beverage purchases. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 53(6), 63-74.
- Gázquez Linares, J. J., Barragán Martín, A. B., Molero Jurado, M. D. M., Simón Márquez, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Martos Martínez, Á., & Del Pino Salvador, R. M. (2023). Perception of Parental Attitudes and Self-Efficacy in Refusing Alcohol Drinking and Smoking by Spanish Adolescents: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 808.
- Gao, Z., Wang, Z., Cao, B. R., He, Y., Xu, R. J., & Li, J. (2018). Determinants of drinking relapse after treatments in patients with alcohol dependence in Sichuan Province. *Sichuan da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Sichuan University. Medical Science Edition*, 49(2), 264-270.
- Giddens, A. (2005). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Gochman, D. S. (1997). Provider determinants of health behavior. In D. S. Gochman, *Handbook of Health Behavior Research* (2nd ed., pp. 397–417). Boston: Springer.
- Gough, B., & Conner, M. T. (2006). Barriers to healthy eating amongst men: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 62(2), 387-395.
- Gorski, M. T., & Roberto, C. A. (2015). Public health policies to encourage healthy eating habits: recent perspectives. *Journal of Healthcare Leadership*, 81-90.

Guo, X., Warden, B. A., Paeratakul, S., & Bray, G. A. (2004). Healthy eating index and obesity. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58(12), 1580.

Gutin, I. (2018). In BMI we trust: reframing the body mass index as a measure of health. *Social Theory & Health*, 16, 256-271.

Grimani, A., Goffe, L., Tang, M. Y., Beyer, F., Sniehotta, F. F., & Vlaev, I. (2021). Effectiveness of personal letters to healthcare professionals in changing professional behaviours: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 10(1), 94-94.

Hale, T. M. (2013). Is there such a thing as an online health lifestyle? Examining the relationship between social status, internet access, and health behaviors. *Information, Communication & Society*, 16(4), 501–518.

Hátlová, B., Chalupová, E., & Wedlichová, I. (2023). Dlouhodobý vliv sportovního aktivačního programu na duševní zdraví ambulantních psychiatrických pacientů. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 119(2).

Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports medicine*, 36, 1019-1030.

Hamplová, D. (2018). Marital Status, Smoking and Binge Drinking in Comparative Perspective. *Sociológia*, 50(6), 647–671.

Hamplová, D., & Trusínová, R. (2018). Konflikty v rodině původu, osobní pohoda a duševní zdraví v dospělosti. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 54(2), 199-218.

Hamřík, Z., Sigmundova, D., Pavelka, J., Kalman, M., & Sigmund, E. (2017). Trends in overweight and obesity in Czech school children from 1998 to 2014. *Central European Journal of Public Health*, 25(1), 10–14. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5099>

- Harvey, A. G., Callaway, C. A., Zieve, G. G., Gumport, N. B., & Armstrong, C. C. (2022). Applying the science of habit formation to evidence-based psychological treatments for mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 17(2), 572-589.
- Hassen, H. Y., Bowyer, M., Gibson, L., Abrams, S., & Bastiaens, H. (2022). Level of cardiovascular disease knowledge, risk perception and intention towards healthy lifestyle and socioeconomic disparities among adults in vulnerable communities of Belgium and England. *BMC Public Health*, 22(1), 1-9.
- Henderson, R. C., & Shing, T. L. (2021). Characterization of patients in a lifestyle medicine practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(3), 330-346.
- Hemmingsson, E., Nowicka, P., Uliaszek, S., & Sørensen, T. I. (2023). The social origins of obesity within and across generations. *Obesity Reviews*, 24(1), e13514.
- Hill, D., Conner, M., Clancy, F., Moss, R., Wilding, S., Bristow, M., & O'Connor, D. B. (2022). Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(2), 280-304.
- Hirschi, T., & Gottfredson, M. R. (2017). Control theory and the life-course perspective. In *The Craft of Criminology* (pp. 241-254). Routledge.
- Henderson, K. A., & Bialeschki, M. D. (2005). Leisure and active lifestyles: Research reflections. *Leisure Sciences*, 27(5), 355-365.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Horváth, M., & Ivanová, K. (2007). Aspekty zdravého životního stylu u budoucích zdravotníků: aplikace teorie plánovaného chování. *Kontakt*, 9(2), 304-313.

Hübner, C., Schmidt, R., Selle, J., Köhler, H., Müller, A., de Zwaan, M., & Hilbert, A. (2016). Comparing self-report measures of internalized weight stigma: the Weight Self-Stigma Questionnaire versus the Weight Bias Internalization Scale. *PloS One*, *11*(10), e0165566.

Chaloupková, J. (2009). Výzkum životní dráhy a analýza sekvencí: možnosti studia rodinných drah. *Data a výzkum-SDA Info*, *3*(2), 241–258.

Chan, T. W., & Goldthorpe, J. H. (2017). Social stratification and cultural consumption: Music in England. In *Music and Identity Politics* (pp. 309-327). Routledge.

Chan, T. W. (2019). Understanding cultural omnivores: Social and political attitudes. *The British Journal of Sociology*, *70*(3), 784-806.

Chan, G., Huo, Y., Kelly, S., Leung, J., Tisdale, C., & Gullo, M. (2022). The impact of eSports and online video gaming on lifestyle behaviours in youth: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, *126*, 106974.

Cheng, M., Chen, L., Pan, Q., Gao, Y., & Li, J. (2023). E-sports playing and its relation to lifestyle behaviors and psychological well-being: A large-scale study of collegiate e-sports players in China. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *101731*.

Cho, S., & Kim, S. (2022). Does a Healthy Lifestyle Matter? A Daily Diary Study of Unhealthy Eating at Home and Behavioral Outcomes at Work. *Journal of Applied Psychology*, *107*(1), 23-39.

Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, *357*(4), 370–379.

Inchley, J., Currie, D., Jewell, J., Breda, J., & Barnekow, V. (2017). Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

ISSP Research Group. (2015). International Social Survey Programme: Health and Health Care – ISSP 2011. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5800 Data file Version 3.0.0.

Janda, D., Gába, A., Rubín, L., Materová, E., Jakubec, L., & Dygrýn, J. (2020). Vztah mezi vybranými rodičovskými charakteristikami a nadváhou a obezitou dětí. *Tělesná kultura*, 42(2), 55-61.

Jami, W. A., & Kemmelmeier, M. (2020). Assessing Well-Being Across Space and Time: Measurement Equivalence of the WHO-5 in 36 European Countries and Over 8 Years. *Journal of Well-Being Assessment*, 4(3), 419-445.

Janssen, L. K., Duif, I., van Loon, I., Wegman, J., de Vries, J. H., Cools, R., & Aarts, E. (2017). Loss of lateral prefrontal cortex control in food-directed attention and goal-directed food choice in obesity. *Neuroimage*, 146, 148-156.

Johansson, L., Thelle, D. S., Solvoll, K., Bjørneboe, G. E. A., & Drevon, C. A. (2000). Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors. *British Journal of Nutrition*, 81(3), 211–220.

Kalman, M. (2019). České děti přibírají. Pětina z nich má problém s hmotností. *Zdravá Generace*.

Korp, P. (2010). Problems of the healthy lifestyle discourse. *Sociology Compass*, 4(9), 800-810.

Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479.

Kawasaki, Y., Nagao-Sato, S., Yoshii, E., & Akamatsu, R. (2023). Integrated consumers' sustainable and healthy dietary behavior patterns: Associations between demographics, psychological factors, and meal preparation habits among Japanese adults. *Appetite*, 180, 106353.

Kaminsky, L. A., German, C., Imboden, M., Ozemek, C., Peterman, J. E., & Brubaker, P. H. (2022). The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*.

Knechtle, B., Wirth, A., Hill, L., & Rosemann, T. (2020). Cold exposure and its impact on health and performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 899.

Knobloch, F. (2023). Zpomal biologické stárnutí [Osobní blog, veřejné prezentace a rozhovory]. EliteMedical & All4Longevity.cz. <https://all4longevity.cz>.

Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. GRADA Publishing as.

Kudlová, E. (2010). *Hygienu výživy a nutriční epidemiologie*. Karolinum.

Kubátová, H., Čada, K., Fafejta, M., Chorvát, I., Ivanová, K., Jarošová, E., ... & Zich, F. (2016). *Ways of life in the late modernity*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47(4), 333–345.

Knäuter, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs: Scale development and psychometric properties. *Psychology and Health*, 19(5), 607–624.

Knechtlová, J. (2008). Distinkce v sociologické teorii Pierra Bourdieu (master's thesis, Charles University, Praha, Czechia).

Khan, M. A., Shabbir, F., & Rajput, T. A. (2017). Effect of gender and physical activity on internet addiction in medical students. *Pakistan journal of medical sciences*, 33(1), 191.

Kolesárová, K. (2004). *Mládež na křižovatce: sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace*. Praha: Svoboda Servis.

Koritzky, G., Dieterle, C., Rice, C., Jordan, K., & Bechara, A. (2014). Decision-making, sensitivity to reward and attrition in weight management. *Obesity*, 22(8), 1904–1909.

Kožíšek, F. (2005). *Pitný režim*. Praha: SZU.

Kutáč, P., Bunc, V., & Sigmund, M. (2020). Determination of Body Fat Ratio Standards in Children at Early School Age Using Bioelectric Impedance. *Medicina*, 56(12), 641.

Kronick, I., Auerbach, R. P., Stich, C., & Knäuper, B. (2011). Compensatory beliefs and intentions contribute to the prediction of caloric intake in dieters. *Appetite*, 57(2), 435–438.

Kyselá, E. (2012). Faktory ovlivňující rozhodnutí rodičů o očkování dětí (master's thesis, Charles University, Praha, Czechia).

Lawrence, E. M., Mollborn, S., & Hummer, R. A. (2017). Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health. *Social Science & Medicine*, 193, 23–32.

Laukkanen, T., Kunutsor, S. K., Zaccardi, F., & Laukkanen, J. A. (2015). Sauna bathing is inversely associated with dementia and Alzheimer's disease in middle-aged Finnish men. *Age and Ageing*, 46(2), 245–249. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw212>

Lelonek-Kuleta, B., & Bartczuk, R. P. (2021). Online gambling activity, pay-to-win payments, motivation to gamble and coping strategies as predictors of gambling disorder among e-sports bettors. *Journal of Gambling Studies*, 37(4), 1079–1098.

Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 55(3), 163–170.

Liu, K. S., Chen, J. Y., Ng, M. Y., Yeung, M. H., Bedford, L. E., & Lam, C. L. (2021). How does the family influence adolescent eating habits in terms of knowledge, attitudes and practices? A global systematic review of qualitative studies. *Nutrients*, 13(11), 3717.

.

- Liu, R., Menhas, R., & Saqib, Z. A. (2024). Does physical activity influence health behavior, mental health, and psychological resilience under the moderating role of quality of life? *Frontiers in Psychology*, *15*, 1349880.
- Li, M., Zhang, X.-W., Hou, W.-S., & Tang, Z.-Y. (2015). Impact of depression on incident stroke: a meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, *180*, 103–110.
- Linhart, J. (1996). Styl životní. *Velký sociologický slovník*, 1246–1247.
- Liaqat, S., Dashtipour, K., Rizwan, A., Usman, M., Shah, S. A., Arshad, K., ... & Ramzan, N. (2022). Personalized wearable electrodermal sensing-based human skin hydration level detection for sports, health and wellbeing. *Scientific Reports*, *12*(1), 3715.
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, *18*(5), 971-976.
- Lippke, S., Nigg, C. R., & Maddock, J. E. (2011). Health-Promoting and Health-Risk Behaviors: Theory-Driven Analyses of Multiple Health Behavior Change in Three International Samples. *International Journal of Behavioral Medicine*, *19*(1), 1-13.
- Lippke, S. (2014). Modelling and supporting complex behavior change related to obesity and diabetes prevention and management with the compensatory carry-over action model. *J Diabetes Obes*, *1*(2), 1-5.
- Lippke, S., Dahmen, A., Gao, L., Guza, E., & Nigg, C. R. (2021). To what extent is internet activity predictive of psychological well-being? *Psychology Research and Behavior Management*, *14*, 207.
- Lupač, P. (2015). *Za hranice digitální propasti: nerovnost v informační společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Lupton, D. (2013). *Fat politics: Collected writings*. Available at SSRN 2273419.

Lupton, D. (2021). Young people's use of digital health technologies in the global north: narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e18286.

Matley, F. A. I., & Davies, E. L. (2018). Resisting temptation: alcohol specific self-efficacy mediates the impacts of compensatory health beliefs and behaviours on alcohol consumption. *Psychology, health & medicine*, 23(3), 259-269.

Matějů, P., & Anýžová, P. (2017). Krása jako kapitál: Role atraktivity v úspěchu na trhu práce. *Sociologický Casopis*, 53(4), 503.

Markey, C. H., Strodl, E., Aimé, A., McCabe, M., Rodgers, R., Sicilia, A., ... & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2023). A survey of eating styles in eight countries: Examining restrained, emotional, intuitive eating and their correlates. *British Journal of Health Psychology*, 28(1), 136-155.

Mahdalová, K. (2023). Jak vypadá průměrný český pijan: Úplně obyčejný člověk s běžnými starostmi. Praha: Behavio.

Matějková, A. (2022). Tělesnost ve Fenomenologii vnímání M. Merleau-Pontyho. (bachelor thesis, FHS UK, Praha, Czechia). Retrieved from https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/177726

Marques, A., Bordado, J., Tesler, R., Demetriou, Y., Sturm, D. J., & de Matos, M. G. (2020). A composite measure of healthy lifestyle: A study from 38 countries and regions from Europe and North America, from the Health Behavior in School-Aged Children survey. *American Journal of Human Biology*, 32(6), e23419.

Marczinski, C. A., Fillmore, M. T., Maloney, S. F., & Stamates, A. L. (2017). Faster self-paced rate of drinking for alcohol mixed with energy drinks versus alcohol alone. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(2), 154.

Merlíčková, K. (2008). Zdravý životní styl. (master's thesis, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín).

Mercês, P. L. S. C., França, L. C. M., & da Silva, A. N. (2019). Spirituality and religiosity in health care: an integrative review. *Cogitare Enferm*, 24, e58692.

Meadows, A., & Higgs, S. (2019). The multifaceted nature of weight-related self-stigma: validation of the two-factor weight bias internalization scale (WBIS-2F). *Frontiers in Psychology*, 10, 808.

Ministerstvo zemědělství ČR. (2023). Zpráva o trhu s biopotravinami v ČR v roce 2022. [https://eagri.cz/public/web/file/779066/Zprava_o_trhu_s_biopotravinami_2022.pdf](https://eagri.cz/public/web/file/779066/Zprava_o_trhu_s_biopotravinami_2022.pdf)

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health: A human capital hypothesis. *Research on Aging*, 20(4), 415–449.

Mirowsky, J. (2017). Education, social status, and health. USA: Routledge.

Mize, T. D. (2017). Profiles in health: Multiple roles and health lifestyles in early adulthood. *Social Science & Medicine*, 178, 196-205.

Mollborn, S., Lawrence, E. M., & Hummer, R. A. (2020). A gender framework for understanding health lifestyles. *Social Science & Medicine*, 265, 113182.

Moravcová, E., Podaná, Z., & Buriánek, J. (2015). Delikvence mládeže: trendy a souvislosti. Praha: Triton.

Moreno, L. A., Gonzalez-Gross, M., Kersting, M., Molnar, D., De Henauw, S., Beghin, L., & Ortega, F. B. (2008). Assessing, understanding and modifying nutritional status, eating habits and physical activity in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutrition*, 11(3), 288–299.

Mudrák, J., Slepíčka, P., & Slepíčková, I. (2014). Vnímané zdraví a motivace k pohybové aktivitě u seniorů. *Kontakt*, 1, 50-57.

MultiSport. (2024). Sportovní aktivita Čechů je na vzestupu. Návštěva sportovišť v prvním čtvrtletí meziročně stoupla více než o třetinu. <https://multisport.cz/blog/navsteva-sportovist-v-prvnim-ctvrtleti-vzrostla-o-tretinu/>

Naimi, T. S., Brewer, R. D., Mokdad, A., Denny, C., Serdula, M. K., & Marks, J. S. (2003). Binge drinking among US adults. *JAMA*, 289(1), 70–75.

Nepper, M. J., & Chai, W. (2016). Parents' barriers and strategies to promote healthy eating among school-age children. *Appetite*, 103, 157–164.

Neuls, F., & Frömel, K. (2016). Pohybová aktivita a sportovní preference adolescentek. Univerzita Palackého v Olomouci.

Nooijer, J., Puijk-Hekman, S., & Assema, P. (2010). Smoking-specific compensatory health beliefs and the readiness to stop smoking in adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 16, 610–624.

Nooijer, J., Puijk-Hekman, S., & Assema, P. (2009). The compensatory health beliefs scale: psychometric properties of cross-culturally adapted scale for use in The Netherlands. *Health Education Research*, 24(5), 811–817

Nigg, C., Burchartz, A., Reichert, M., Woll, A., & Niessner, C. (2022). Children and adolescents do not compensate for physical activity but do compensate for sedentary behavior. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 52(2), 273-281.

Obidovna, D. Z., & Sulaymonovich, D. S. (2022). Koncept „zdravého životního stylu“ v psychologickém výzkumu. *ResearchJet Journal of Analysis and Inventions*, 3(06), 53-64.

Oncini, F., & Guetto, R. (2018). Cultural capital and gender differences in health behaviours: A study on eating, smoking and drinking patterns. *Health Sociology Review*, 27(1), 15-30.

Ostraktická, K. (2021). *Restart jídelníček*. Restartujeme, s.r.o.

OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.

Olecká, I., & Pospíšil, J. (2023). Návykové látky v české populaci. UPO.

Owen, K. B., Nau, T., Reece, L. J., Bellew, W., Rose, C., Bauman, A., & Smith, B. J. (2022). Fair play? Participation equity in organised sport and physical activity among children and adolescents in high income countries: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1), 1-13.

Pajak, A., Szafraniec, K., Kubinova, R., Malyutina, S., Peasey, A., Pikhart, H., Nikitin, Y., Marmot, M., & Bobak, M. (2013). Binge drinking and blood pressure: cross-sectional results of the HAPIEE study. *PLoS One*, 8(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065856>.

Peterson, R. A. (1992). Understanding audience segmentation: From elite and mass to omnivore and univore. *Poetics*, 21(4), 243–258.

Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Dovidio, J. F. (2015). Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 20(12), 1626-1632.

Pearl, R. L. (2018). Weight bias and stigma: public health implications and structural solutions. *Social Issues and Policy Review*, 12(1), 146-182.

Pearl, R. L., Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). Prevalence and correlates of weight bias internalization in weight management: A multinational study. *SSM-Population Health*, 13, 100755.

Poon, L. Y., Tsang, H. W., Chan, T. Y., Man, S. W., Ng, L. Y., Wong, Y. L., & Pakpour, A. H. (2021). Psychometric properties of the internet gaming disorder scale–short-form (IGDS9-SF): Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(10), e26821.

Pinxten, W., & Lievens, J. (2014). The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 1095-1110

Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., & Schwartz, M. B. (2004). Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 15(1), 19–23.

Puhl, R. M., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *International Journal of Obesity*, 45(9), 1976-1985.

Radtke, T., Scholz, U., Keller, R., & Hornung, P. (2012). Smoking is ok as long as I eat healthily: Compensatory Health Beliefs and their role for intentions and smoking within the Health Action Process Approach. *Psychology and Health*, 27(2), 91–107.

Rattan, S. I. S. (2008). Hormesis in aging. *Ageing Research Reviews*, 7(1), 63–78. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2007.03.002>.

Rojek, C. (2005). Leisure and Tourism. In Calhoun, C., Rojek, C., & Turner, B. (Eds.), *The Sage Handbook of Sociology* (1st ed., pp. 302-314). London – Thousand Oaks – New Delhi: Sage Publications.

Roberts, S., Pilard, L., Chen, J., Hirst, J., Rutter, H., & Greenhalgh, T. (2019). Efficacy of population-wide diabetes and obesity prevention programs: An overview of systematic reviews on proximal, intermediate, and distal outcomes and a meta-analysis of impact on BMI. *Obesity reviews*, 20(7), 947-963.

Romanello, M., Di Napoli, C., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., ... & Costello, A. (2023). The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: The imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *The Lancet*, 402(10419), 2346–2394. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7)]([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7))

Ross, C. E., Hill, T. D., & Mirowsky, J. (2016). Reconceptualizing health lifestyles: The case of marriage. In *Special social groups, social factors and disparities in health and health care*. Emerald Group Publishing Limited.

Ricardo, L. I. C., Wendt, A., dos Santos Costa, C., Mielke, G. I., Brazo-Sayavera, J., Khan, A., & Crochemore-Silva, I. (2022). Gender inequalities in physical activity among adolescents from 64 Global South countries. *Journal of Sport and Health Science*, 11(4), 509-520.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/>.

Rychtecký, A., & Tilinger, P. (2018). Životní styl české mládeže: Pohybová aktivita, standardy a normy motorické výkonnosti. Charles University in Prague, Karolinum Press.

Řezaninová, J., Dopitová, K., Králová, D. M., & Dovrtělová, L. (2015). Hypermobility in sport. *Studia sportiva*, 9(2), 70–76.

Shahar, D., Shai, I., Vardi, H., Shahar, A., & Fraser, D. (2005). Diet and eating habits in high and low socioeconomic groups. *Nutrition*, 21(5), 559-566.

Sato, P. M., Gittelsohn, J., Unsain, R. F., & Roble, O. J. (2016). The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles study food and eating: a narrative review. *Appetite*, 96, 174–86.

Spahić, A. (2019). The role of applied medical sociology in public policies making and analysis. *Sociološki diskurs*, 9(17-18), 5-25.

Sas-Nowosielski, K., & Szopa-Wiśnios, S. (2022). Correlates of Physical Activity Older Adults Attending to Senior Citizens' Clubs. *The New Educational Review*, 67, 80-90.

Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada.

Steube, F., Löwe, B., & Weigel, A. (2022). “Belly Only Pregnancy” content on social media and in internet blogs: a qualitative analysis on its definition and potential risks and benefits. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(7), 2435-2445.

Steptoe, A. (2019). Happiness and health. *Annu Rev Public Health*, 40(1), 339–359.

Stok, F. M., Renner, B., Allan, J., Boeing, H., Ensenauer, R., Issanchou, S., & Hoffmann, S. (2018). Dietary behavior: an interdisciplinary conceptual analysis and taxonomy. *Front Psychol*, 9, 1689.

Sekot, A. (2006). *Sociologie sportu*. Brno: Masarykova univerzita a Paido.

Sekot, A. (2008). *Sociologické problémy sportu*. Praha: Grada.

Sekot, A. (2016). Pohybové aktivity v kontextu konzumní sedavé společnosti. *Studia sportiva*, 10(2), 8-18.

Schnettler, B., Grunert, K. G., Lobos, G., Miranda-Zapata, E., Denegri, M., Ares, G., & Hueche, C. (2018). A latent class analysis of family eating habits in families with adolescents. *Appetite*, 129, 37-48.

Söllner, M., Dürnberger, M., Keller, J., & Florack, A. (2022). The impact of age stereotypes on well-being: strategies of selection, optimization, and compensation as mediator and regulatory focus as moderator: findings from a cross-sectional and a longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 23(2), 635-665.

Springmann, M., Spajic, L., Clark, M. A., Poore, J., Herforth, A., Webb, P., & Scarborough, P. (2020). The healthiness and sustainability of national and global food based dietary guidelines: modelling study. *bmj*, 370, p. 2322.

Springmann, M., Dinivitzer, E., Freund, F., Jensen, J. D., & Bouyssou, C. G. (2025). A reform of value-added taxes on foods can have health, environmental and economic benefits in Europe. *Nature Food*, 1-9.

Slepičková, I. (2008). Sociology of lifestyle. In Slepička (Ed.) *Sport and life style* (1st ed., pp. 11-38). Praha: Karolinum.

Slepička, P., Hošek, V., & Hátlová, B. (2009). *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum.

Sogari, G., Pucci, T., Caputo, V., & Van Loo, E. J. (2023). The theory of planned behaviour and healthy diet: Examining the mediating effect of traditional food. *Food Quality and Preference*, 104, 104709.

Sigmund, E., Baďura, P., & Sigmudová, D. (2020). Nadváha a obezita dětí ve vztahu k pohybové aktivitě a nadměrné tělesné hmotnosti jejich rodičů. *Prakt. Lék*, 100(2), 83-87.

Silva, B. L., & Cantisani, J. R. (2018). Interfaces between fatphobia and the professionalization in nutrition: an essential debate. *Demetra: Food, Nutrition & Health/Alimentação, Nutrição & Saúde*, 13(2).

Stefansdottir, I. K., & Vilhjalmsón, R. (2007). Dimensions of health-related lifestyle in young adulthood: results from a national population survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 321-328.

Shriver, L. H., Harrist, A. W., Page, M., Hubbs-Tait, L., Moulton, M., & Topham, G. (2013). Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. *Body image*, 10(1), 78-84.

Swarbrick, M. (2006). A wellness approach. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(4), 311.

SZÚ. (2023). Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR 2022. Souhrnná zpráva.

SZÚ. (2023). Téměř čtvrtina obyvatel je závislá na tabáku, mladé častěji lákají alternativy. Tisková zpráva.

Šanderová, J. (2022). *Sociální stratifikace*. Praha: Karolinum Press.

Šára, F. (2022). Do školy má přijít i wellbeing. Praha: Eduin.cz.

Šafr, J. (2008). *Životní styl a sociální třídy: vytváření symbolické kulturní hranice diferenciací vkusu a spotřeby*. Praha: SOÚ.

Šubrt, J., & Balon, J. (2010). *Soudobá sociologická teorie*. Praha: Grada.

Tkadlec. (2022). Správný pitný režim jako jeden z klíčů k lepšímu zdraví. Aktin. https://aktin.cz/2249-spravny-pitny-rezim(<https://aktin.cz/2249-spravny-pitny-rezim>)

Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 23(11), 887-894

Troost, J., Rafferty, A., Luo, Z., & Reeves, M. (2012). Temporal and Regional Trends in the Prevalence of Healthy Lifestyle Characteristics: United States, 1994–2007. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1392–1398.

Thompson, W. R., Sallis, R., Joy, E., Jaworski, C. A., Stuhr, R. M., & Trilk, J. L. (2020). Exercise is medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 14(5), 511-523.

Tomlinson, I. (2008). Re-thinking the transformation of organics: the role of the UK government in shaping British organic food and farming. *Sociologia Ruralis*, 48(2), 133-151.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Wellbeing Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176.

Tomiyama, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 703-718.

Tyszkowski, R., & Mehrzad, R. (2023). The obesity pandemic: How we are failing our patients. In *Inflammation and Obesity* (pp. 5-17). Academic Press.

ÚHIS. (2004). Světové šetření o zdraví (7. díl). Výživa a fyzická aktivita. Praha.

Urban, J., Zvěřinová, I., & Scasný, M. (2012). What motivates Czech consumers to buy organic food? *Sociologický časopis*, 48(3), 709.

ÚZIS. (2018). Praha: ÚZIS ČR.

ÚZIS. (2008). Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice. Praha: EHIS.

Varghese, R., Norman, T. S., & Thavaraj, S. (2015). Perceived stress and self efficacy among college students: A global review. *International Journal of Human Resource Management and Research*, 5(3), 15-24.

Vartanian, L. R., Pinkus, R. T., & Smyth, J. M. (2014). The phenomenology of weight stigma in everyday life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 196-202.

Vajlent, Z. (2008). Pokus o vymezení pojmu Aktivní životní styl. *Česká kinantropologie*, 12(2), 42-50.

Varraso, R., Chiuve, S. E., Fung, T. T., Barr, R. G., Hu, F. B., Willett, W. C., & Camargo, C. A. (2015). Alternate Healthy Eating Index 2010 and risk of chronic obstructive pulmonary disease among US women and men: prospective study. *BMJ*, 350. <https://doi.org/>.

Vosgerau, J., Scopelliti, I., & Huh, Y. E. (2020). Exerting self-control ≠ sacrificing pleasure. *Journal of Consumer Psychology*, 30(1), 181-200.

Vries, H., Riet, J., Spigt, M., Metsemakers, J., Akker, van den M., Vermunt, J., & Kremers, S. (2008). Clusters of lifestyle behaviors: Results from the Dutch SMILE study. *Preventive Medicine*, 46, 203–208.

Walsemann, K. M., & Ailshire, J. A. (2011). BMI trajectories during the transition to older adulthood: persistent, widening, or diminishing disparities by ethnicity and education? *Research on Aging*, 33(3), 286-311.

Wang, X., Bakulski, K. M., Paulson, H. L., Albin, R. L., & Park, S. K. (2023). Associations of Healthy Lifestyle and Socioeconomic Status with Cognitive Function in US Older Adults. *medRxiv*, 2023-01.

Weber, M. (1998). *Metodologie, sociologie a politika*. Praha: OIKOYMENH.

Weerakoon, S. M., Jetelina, K. K., Knell, G., & Messiah, S. E. (2021). COVID-19 related employment change is associated with increased alcohol consumption during the pandemic. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 47(6), 730-736.

Werle, C. O. C., Wansink, B., & Payne, C. R. (2019). Corrigendum to “Just Thinking about Exercise Makes Me Serve More Food. Physical Activity and Calorie Compensation. *Appetite*, 135, 159.

Weiss, K. (1990). Sport in society, sociology and journals: Missing perspectives and cultural idiosyncrasies in an international social institution. *International Review for the Sociology of Sport*, 25(1), 19-31.

WHO. (2019). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO. <https://doi.org/>.

WHO. (2019). Global strategy to accelerate tobacco control: advancing sustainable development through the implementation of the WHO FCTC 2019-2025. Geneva: WHO. <https://doi.org/>.

WHO. (2023). Tobacco: Key facts. Geneva: WHO. <https://doi.org/>.

WHO. (2022). Alcohol: Key fact. Geneva:

WHO. <https://doi.org/> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

WHO. (2020). Healthy diet. Doi. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.

WHO. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution <https://doi.org/> <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>.

Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., ... & Murray, C. J. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The lancet*, 393(10170), 447-492.

Zdravá generace. (2023). Rizikové chování – HBSC ČR 2022. <https://zdravagenerace.cz/report/rizikove-chovani>.

Zhao, K., Xu, X., Zhu, H., & Xu, Q. (2021). Compensatory Belief in Health Behavior Management: A Concept Analysis. *Frontiers in psychology*, 12.

16 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Podíl nekuřáků napříč vybranými zeměmi (v %).	
.....	93
Graf 2 Riziková konzumace alkoholu napříč vybranými zeměmi (v %).	
.....	93
Graf 3 Pohybová aktivita napříč vybranými zeměmi (v %)	
.....	94
Graf 4 Denní příjem ovoce a zeleniny napříč vybranými zeměmi (v %)	
.....	95
Graf 5 Rozložení sumy pozitivních stravovacích návyků.	
.....	108
Graf 6 Stravovací návyky u mužů a žen – průměrné hodnoty na pětibodové škále (5 = nikdy).	
.....	111
Graf 8 Index chybných stravovacích návyků 2023.	
.....	112
Graf 7 Index chybných stravovacích návyků podle pohlaví, vzdělání a věku 2023.	
.....	112
Graf 9 Péče o zdravý životní styl.	
.....	114
Graf 10 Index Péče o sebe.	
.....	115
Graf 11 Úroveň sportování podle subjektivního sociálního statusu.	
.....	121
Graf 12 Pohybové sportovní aktivity podle věku a vzdělání.	
.....	12
Graf 13 Index pohybové a sportovní aktivity 2023.	
.....	123
Graf 14 Závislost indexu wellbeing na věku a sociálního statusu	
.....	130
Graf 15 Index osobní a psychické nepohody 2023.	
.....	131
Graf 16 Celková odolnost kompenzačních položek.	
.....	140
Graf 17 Kompenzace v oblasti stresu prožívaného během týdne podle věku.	
.....	142
Graf 18 Kompenzace v oblasti stresu prožívaného během týden podle vzdělání.	
.....	142
Graf 19 Kompenzace v oblasti stravování podle vzdělání.	
.....	143
Graf 20 Kompenzace v oblasti pohybové aktivity podle vzdělání.	
.....	144
Graf 21 Kompenzace v oblasti stravovacích návyků podle vzdělání.	
.....	144
Graf 22 Kompenzace v oblasti spánku podle vzdělání.	
.....	145
Graf 23 Zastoupení jednotlivých typů životního stylu.	
.....	168
Graf 24 Typy životního stylu podle věku a pohlaví.	
.....	170
Graf 25 Preventivní prohlídky u praktického lékaře podle typů.	
.....	171

17 SEZNAM TABULEK

Tabulka 5 Frekvence kouření v ČR (v %) 92

Tabulka 2: Frekvence konzumace alkoholu, ovoce a zeleniny a zapojení do pohybových aktivit v ČR (v %). 92

Tabulka 3: Kvótní znaky datového souboru „Aktér 2013“, Kvótní znaky datového souboru „Zdravý životní styl 2023“. 97

Tabulka 4: Frekvence odpovědí položek správného stravování a pitného režimu 2013 (v %). 105

Tabulka 5: Indikace zdravého stravování podle sociodemografických proměnných. 106

Tabulka 6: Korelace položek stravování..... 107

Tabulka 7: Rozsah zdravých stravovacích návyků podle indikátorů sociálního postavení. 109

Tabulka 8: Frekvence odpovědí položek správného stravování 2023 (v %). 110

Tabulka 9: Frekvence odpovědí položek správného stravování 2023. 113

Tabulka 10: Prevalence kouření a třídění podle vzdělání, věku a pohlaví. 116

Tabulka 11: Pití větších dávek alkoholu /dichotomizovaná i úplná forma/ podle sociodemografických proměnných. 117

Tabulka 12: Frekvence pití alkoholu podle sociodemografických proměnných. 118

Tabulka 13: Sportovní aktivity (srovnání 2013, 2023) (v %). 119

Tabulka 14: Frekvence pohybové aktivity (v %). 120

Tabulka 15: Index sportovní a pohybové aktivity 2023 podle vzdělání, věku a pohlaví (průměr). 123

Tabulka 16: Pohybová (sportovní) aktivita podle věku a vzdělání. 124

Tabulka 17: Postoje ke zdraví (v %). 126

Tabulka 18: Korelace mezi položkami hodnoty zdraví a postoje ke zdraví. 126

Tabulka 19: Úsilí o informovanost (v %). 127

Tabulka 20: Psychická pohoda 2013 (v %). 129

Tabulka 21: Psychická pohoda 2022 (v %). 129

Tabulka 22: Průměrné hodnoty Indexu psychické a osobní pohody podle statusových komponent. 132

Tabulka 23: Reflexe kompenzačních položek (pro konzumaci nezdravé pochutiny v %). 133

Tabulka 24: Míra souhlasu s konkrétními projevy kompenzačních postojů (v %). 134

Tabulka 25: Tolerance kouření a spoléhání na sport. 136

Tabulka 26: Průměry faktorových skóre kompenzace podle sociálního statusu. 137

Tabulka 27: Míra souhlasu s konkrétními projevy kompenzačních postojů v %, 1=rozhodně souhlasím. 139

Tabulka 28: Faktorová analýza baterie otázek kompenzace. 147

Tabulka 29: Diferenciace faktorů kompenzace podle statusových komponent. 149

Tabulka 30: Výsledky klastrové analýzy: 5 typů kompenzačního chování. 150

Tabulka 31: Typy (clustery) podle statusových proměnných. 151

Tabulka 32: Clustery podle pohybové aktivity. 152

Tabulka 33: Vzájemné korelace indikátorů zdravého životního stylu (Kendallové tau_b). 155

Tabulka 34: Korelace vybraných faktorů s dimenzemi životního stylu. 156

Tabulka 35: Korelace proměnných vstupujících do modelů. 157

Tabulka 36: Prediktory denní konzumace zeleniny (binární logistická regrese). 158

Tabulka 37: Prediktory cílené regulace pitného režimu (binární logistická regrese).	159
Tabulka 38: Prediktory denní konzumace masa (binární logistická regrese).	159
Tabulka 39: Prediktory častější konzumace rizikového množství alkoholu (binární logistická regrese).	161
Tabulka 40: Prediktory kouření (binární logistická regrese).	162
Tabulka 41: Prediktory sportování (binární logistická regrese).	162
Tabulka 42: Prediktory rozsahu správných stravovacích návyků (lineární regrese).	163
Tabulka 43: Prediktory Kompenzačního chování (Lineární regrese).	164
Tabulka 44: Prediktory Chyby ve stravování (Lineární regrese).	164
Tabulka 45: Prediktory duševní pohody/nepohody (Lineární regrese).	165
Tabulka 46: Výsledky clusterové analýzy: 5 typů životního stylu.	167
Tabulka 47: Typy životního stylu podle indikátorů sociálního postavení.	169
Tabulka 48: Složení jednotlivých typů z hlediska socioekonomického postavení.	170

18 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Podíl nekuřáků napříč vybranými zeměmi (v %).	
.....	93
Graf 2 Riziková konzumace alkoholu napříč vybranými zeměmi (v %).	
.....	93
Graf 3 Pohybová aktivita napříč vybranými zeměmi (v %)	
.....	94
Graf 4 Denní příjem ovoce a zeleniny napříč vybranými zeměmi (v %)	
.....	95
Graf 5 Rozložení sumy pozitivních stravovacích návyků.	
.....	108
Graf 6 Stravovací návyky u mužů a žen – průměrné hodnoty na pětibodové škále (5 = nikdy).	
.....	111
Graf 8 Index chybných stravovacích návyků 2023.	
.....	112
Graf 7 Index chybných stravovacích návyků podle pohlaví, vzdělání a věku 2023.	
.....	112
Graf 9 Péče o zdravý životní styl.	
.....	114
Graf 10 Index Péče o sebe.	
.....	115
Graf 11 Úrovně sportování podle subjektivního sociálního statusu.	
.....	121
Graf 12 Pohybové sportovní aktivity podle věku a vzdělání.	
.....	12
Graf 13 Index pohybové a sportovní aktivity 2023.	
.....	123
Graf 14 Závislost indexu wellbeing na věku a sociálního statusu	
.....	130
Graf 15 Index osobní a psychické nepohody 2023.	
.....	131
Graf 16 Celková odolnost kompenzačních položek.	
.....	140
Graf 17 Kompenzace v oblasti stresu prožívaného během týdne podle věku.	
.....	142
Graf 18 Kompenzace v oblasti stresu prožívaného během týden podle vzdělání.	
.....	142
Graf 19 Kompenzace v oblasti stravování podle vzdělání.	
.....	143
Graf 20 Kompenzace v oblasti pohybové aktivity podle vzdělání.	
.....	144
Graf 21 Kompenzace v oblasti stravovacích návyků podle vzdělání.	
.....	144
Graf 22 Kompenzace v oblasti spánku podle vzdělání.	
.....	145
Graf 23 Zastoupení jednotlivých typů životního stylu.	
.....	168
Graf 24 Typy životního stylu podle věku a pohlaví.	
.....	170
Graf 25 Preventivní prohlídky u praktického lékaře podle typů.	
.....	171

19 SEZNAM PŘÍLOH

Dotazník ISSP Research Group (2015). International Social Survey Programme: Health and Health Care – ISSP 2011.....	220
Dotazník „Aktér 2013“ – část o zdravém životním stylu (N=.....	221
Dotazník „Zdravý životní styl 2023“ (N=1095)	226

20 PŘÍLOHY

21 DOTAZNÍK ISSP RESEARCH GROUP (2015). INTERNATIONAL SOCIAL SURVEY PROGRAMME: HEALTH AND HEALTH CARE – ISSP 2011.

(N=1804) – POUZE POUŽITÉ OTZ.

A23. Kouříte, a pokud ano, tak přibližně kolik cigaret denně?

TAZ: Respondent může uvést pouze jednu možnost

Pokud je příležitostný kuřák, zvolte možnost 3.

TAZ: PŘEDLOŽTE KARTU KOUŘENÍ

- Nekouřím a nikdy jsem nekouřil(a) ☐ 1
- Nekouřím, ale dříve jsem kouřil(a) ☐ 2
- Kouřím 1-5 cigaret denně ☐ 3
- Kouřím 6-10 cigaret denně ☐ 4
- Kouřím 11-20 cigaret denně ☐ 5
- Kouřím 21-40 cigaret denně ☐ 6
- Kouřím více než 40 cigaret denně ☐ 7
- Neumí vybrat ☐ 8

A24. Jak často ...

TAZ: Možno uvést pouze jednu odpověď v každém řádku.

TAZ: PŘEDLOŽTE KARTU SITUACE

		Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Několikrát za měsíc	Několikrát za týden	Denně	Neumí vybrat
		1	2	3	4	5	8
A	v jednom dni vypijete čtyři nebo více alkoholických nápojů	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	děláte nejméně 20 minut nějakou fyzickou aktivitu, při které se zapotíte nebo zadýcháte víc, než je běžné	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C	jíte čerstvé ovoce nebo zeleninu	☐	☐	☐	☐	☐	☐

A25. Celkový počet lidí, kteří jsou v dané situaci ... 9

22 DOTAZNÍK „AKTÉR 2013“ – ČÁST O ZDRAVÉM ŽIVOTNÍM STYLU

(N=1088)

1. Věnujete se systematicky nějakému sportu?

Pokyn: Přečtete varianty odpovědí!

Pěstuji závodně alespoň jeden sport

1

Pravidelně sportuji a občas se zúčastním nějaké soutěže	2
Sportuji pravidelně, ale víceméně neorganizovaně, spíše pro svoji potřebu	3
Občas zajdu na nějaké cvičení, věnuji se některým sportům jenom sezónně – lyžování v zimě, plavání v létě	4
Sportuji opravdu velmi málo, spíše výjimečně	5
Nesportuji	6

2. Jak důležité pro Vás je:

Pokyn: Předložte KARTU 16, zakroužkujte příslušnou odpověď v každém řádku!

1	Velmi důležité	4	Spíše nedůležité
2	Spíše důležité	5	Zcela nedůležité
3	Ani důležité, ani nedůležité		

A. Být zdravý	1	2	3	4	5
B. Udržet si současnou váhu nebo třeba trochu zhubnout	1	2	3	4	5

3. Následující otázky se týkají toho, jak často děláte některé věci.

Pokyn: Předložte KARTU 17, zakroužkujte příslušnou odpověď v každém řádku!

1	Vůbec ne
2	Méně často než 1x týdně
3	Tak 1x týdně
4	Několikrát týdně
5	1x denně
6	2x i vícekrát denně

A. Jak často vykonáváte nějakou náročnou fyzickou aktivitu? Za náročnou fyzickou aktivitu lze například počítat rychlou jízdu na kole, aerobik, kopání na zahradě či další aktivity, při které se zadýcháte více, než je obvyklé.	1	2	3	4	5	6
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Pokyn: Pokračování otázky č. 17, ponechte KARTU 17!

B. Jak často vykonáváte nějakou méně náročnou fyzickou aktivitu? Za méně náročnou fyzickou aktivitu lze například počítat rekreační jízdu na kole, rychlou chůzi, běžné práce na zahradě či nošení lehkých břemen. Počítejte jen aktivitu, která trvá více než 20 minut.	1	2	3	4	5	6
C. Jak často jíte čerstvé ovoce či zeleninu (pití džusů prosím nepočítejte)?	1	2	3	4	5	6
D. Jak často pijete alkoholické nápoje?	1	2	3	4	5	6
E. Jak často při jedné příležitosti vypijete 4 a více alkoholických nápojů (např. 4 piva nebo 4 skleničky vína)?	1	2	3	4	5	6
F. Jak často jíte maso nebo masové výrobky?	1	2	3	4	5	6
G. Jak často jíte ryby nebo mořské plody?	1	2	3	4	5	6

4. Kouříte cigarety, dýmku či doutníky?

Pokyn: Přečtěte varianty odpovědí!

Ano, kouřím každý den, jsem silný kuřák (např. 10 a více cigaret denně)	1
Ano, každý den, ale jsem slabý kuřák	2
Ano, ale ne každý den	3
Ne, ale v minulosti jsem kouřil(a)	4
Ne, nikdy jsem nekouřil(a)	5

5. Představte si, že Vám někdo nabídne Vaši oblíbenou pochoutku, o které víte, že byste si ji neměl(a) jíst z důvodu hlídání tělesné hmotnosti. Jak pravděpodobné je, že si pomyslíte:

Pokyn: Předložte KARTU 19, zakroužkujte příslušnou odpověď v každém řádku!

Velmi pravděpodobné	1	2	3	4	5	Velmi nepravděpodobné
A. Můžu ji sníst a vynahradím si to menší porcí při příštím jídle.	1	2	3	4	5	
B. Můžu ji sníst, když půjdu později sportovat.	1	2	3	4	5	

6. Nakolik souhlasíte s následujícími výroky?

Pokyn: Předložte KARTU 20!

23 DOTAZNÍK – „ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL 2023“ N=1095

+ sociodemografie: pohlaví, věk, vzdělání, velikost místa bydliště, kraj, ekonomická aktivita

Q01. Do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky?

Rotace výroků

1. **Rozhodně souhlasím.**
 2. **Spíše souhlasím.**
 3. **Ani souhlas, ani nesouhlas.**
 4. **Spíše nesouhlasím.**
 5. **Rozhodně nesouhlasím.**
-
- A. Stres prožívaný během týdne se dá překonat tím, že o víkendu důsledně relaxuji.
 - B. Každodenní stres zmizí, když si večer pustím TV nebo video.
 - C. Negativní důsledky stresu můžeme odstranit pravidelným cvičením, sportem.
 - D. Kvalitní spánek odstraní následky stresu.
 - E. Je docela v pořádku dát si něco sladkého, abychom snížili míru stresu.
 - F. Nedostatek spánku v průběhu týdne můžeme dohonit delším spánkem během víkendu.
 - G. Nevadí, když jdu spát pozdě v noci, pokud si ráno mohu přispat a celková doba spánku se nezkrátí.
 - H. Nedostatek spánku v noci se dá nahradit tím, že se krátce zdřímnu přes den, dám si "šlofika".
 - I. Člověk si může dát trochu víc jídla, než je zdravé, když si pak jde zacvičit.
 - J. Můžu sníst i něco těžšího a nezdravého, pokud to vynahradím menší porcí při příštím jídle.
 - K. Najíst se pořádně večer je v pořádku, pokud člověk přes den mnoho nesnědl.
 - L. Nevadí vzít si kus dortu, čokolády nebo zmrzliny, pokud nejíme dezerty pravidelně.
 - M. Když už poruším dietu, mohu začít zítra novou.
 - N. Potravinové doplňky s vitamíny a stopovými prvky mohou dostatečně kompenzovat nedostatky ve složení stravy.
 - O. Nedostatek pohybu mohu zmírnit tím, že jím méně.
 - P. Když někdo jí zdravě, nemusí cvičit.
 - Q. Cvičením na jaře a v létě můžeme dohnat nedostatek pohybu v zimě.
 - R. Když tento týden nebudu moci cvičit, dám si další týden dvojitou dávku cvičení.
 - S. Když člověk zdravě jí, nevadí, když si občas dá skleničku alkoholu navíc.
 - T. Pokud člověk nepije alkohol během všedních dnů, může si dát o víkendu pár skleniček navíc.
 - U. Alkohol neškodí, pokud člověk pije dostatečné množství vody.
 - V. Sport a fyzická aktivita zmírňuje negativní vliv kouření.

Q02. V oblasti péče o své zdraví se lidé často pohybují mezi dvěma krajnostmi. Na každé z následujících stupnic označte, kde se nacházíte Vy osobně?

Respondent vybírá vždy na škále mezi 2 výroky – sémantický diferenciál.

Rotace výroků

Škála mezi výroky A a B je 1-10

- A. Stravuji se podle možností a neřeším, jak moc je to zdravé, anebo není.
A. Úzkostlivě si hlídám jídelníček, aby tam byl dostatek bílkovin, vlákniny a potřebných živin.
B. Vyhýbám se kouření nebo pití alkoholu.
B. V pití alkoholu nebo kouření se nikterak neomezuji, rád(a) si dopřeji nějaký ten požitek.
C. Pokud jde o téma zdravého stravování, nezajímám se o články v časopisech a dalších médiích.
C. Intenzivně se zajímám o všechno, co se zdravou výživou souvisí (v časopisech, na internetu, apod.).
D. Běžně nepociťuji vysokou pracovní zátěž nebo stres.
E. Pečlivě dodržuji pitný režim.
E. Nevidíme žádný důvod, proč se zabývat doplňováním tekutin a pitným režimem.
F. Zdraví je to, co člověk prostě má, případně nemá, nemá smysl se tím příliš zabírat nebo trápit.
F. Být zdravý je pro mě vysoce důležité, usiluji o to.

Q03. Jak často:

Rotace výroků

- A. jíte ovoce, kromě pití džusů (zahrňte i mražené)
B. jíte zeleninu, kromě brambor (zahrňte i mraženou)
C. jíte uzeniny (salámy, párky)
D. konzumujete bílkovinu (sýry, luštěniny) jako součást hlavního jídla
E. konzumujete proteinové výrobky (tyčinky, nápoje, kaše)
F. se rozhodnete u hlavního jídla pro přílohu s výrazně nižším podílem sacharidů a s vysokým obsahem vlákniny
1. **2x i vícekrát denně**
 2. **1x denně**
 3. **Několikrát týdně**
 4. **Tak 1x týdně**
 5. **Méně často než 1x týdně**
 6. **Nikdy**

Q04. Jak často jste byl(a) za poslední týden...

Rotace výroků

- A. veselý(á) a v dobré náladě
B. klidný(á) a uvolněný(á)
C. aktivní a plný/á elánu
D. Můj každodenní život byl naplněn věcmi, které mne zajímají a těší
1. **Vždy**
 2. **Často**

3. Občas
4. Zřídka
5. Nikdy

Q05. Zaškrtněte to, co vás charakterizuje nejlépe:

Jedna možnost odpovědi

1. Pěstuji závodně alespoň jeden sport
2. Pravidelně sportuji a občas se zúčastním nějaké soutěže
3. Sportuji pravidelně, ale víceméně neorganizovaně (běh, cvičení v kolektivu)
4. Občas zajdu na nějaké cvičení, některým sportům se věnuji sezónně
5. Sportuji opravdu velmi málo, spíše výjimečně
6. Nesportuji

Q06. Kolik dní za poslední týden jste věnoval(a) nějaké sportovní aktivitě?

1. Každý den
2. 6 dní
3. 5 dní
4. 4 dny
5. 3 dny
6. 2 dny
7. 1 den
8. Ani jeden den
9. Nevím

24 ETICKÁ KOMISE – VYJÁDRĚNÍ.

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Mártino 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Přiliehlosti a limity pro formování zdravého životního stylu

Forma projektu: výzkumná práce

Období realizace: březen 2021 – březen 2023

Výzkum bude realizován v souladu s platnými epidemiologickými opatřeními Ministerstva zdravotnictví ČR.

Předkladatel: Mgr. Jitka Buriánková (UK FTVS + katedra základů kinantropologie a humanitních věd)

Hlavní řešitel: Mgr. Jitka Buriánková (UK FTVS + katedra základů kinantropologie a humanitních věd)

Místo výzkumu (pracoviště): Katedra základů kinantropologie a humanitních věd, UK FTVS

Spolupřítel(é): prof. PhDr. Marek Waic, Sc. (UK FTVS + katedra základů kinantropologie a humanitních věd)

Finanční podpora: GAUK

Popis projektu: Projekt se zabývá tématy spojenými se zdravým životním stylem, jakými jsou problémy diet, stravovacích návyků, kouření, konzumace alkoholických nápojů, sportovní a pohybová aktivita. Jednotlivým tématům budou věnovány pasáže, které budou popisovat zdravý životní styl v jeho jednotlivých dimenzích (Frank-Stromborg et al., 2004; Reeves et al., 2005). Při tom se nevyhne ověření míry determinace jednotlivých složek (dimenzí) zdravého životního stylu. V analýze jednotlivých dimenzí zdravého životního stylu zohledníme veškeré základní sociodemografické proměnné také na informovanost, postoje, psychickou pohodu (well-being) a kompetenční strategii jako zprostředkující faktory zdravého životního stylu.

Hlavním cílem je mapování zdravého životního stylu v české společnosti. Dalším důležitým cílem je ověřit míru determinace jednotlivých složek zdravého životního stylu. Vzhledem k obtížím hledání jednoho ukazatele zkoumáme odděleně podmíněnost zdravého stravování, kouření, konzumace alkoholu, sportu. V analýze jednotlivých dimenzí zdravého životního stylu budeme brát ohled na veškeré základní sociodemografické proměnné i na informovanost, postoje, psychickou pohodu a kompetenční strategii jako zprostředkující faktory zdravého životního stylu. Obsahem analýzy nabízí začlenění kompetenční teorie, protože tyto strategie oslabují racionalitu jednání.

Hypotézy budou ověřovány na reprezentativním (N = 1000) souboru výzkumu, který bude za finanční pomoci GAUK prostřednictvím agentury (MEDIAN) možná realizován. Bude se jednat o omnibusové šetření, v jehož rámci bude zařazeno několik osvědčených baterií otázek týkajících se problematiky zdravého životního stylu. Prevalenci vybraných položek kontrolují na vybraném souboru ISSP (2011), ESS (2014). Sběr dat by měla zajistit výše vybraná agentura, protože disponuje online panelem respondentů. Základním metodologickým nástrojem kvantitativního výzkumu bude strukturovaný elektronický a papírový dotazník.

S agenturou MEDIAN bude podepsána smlouva o sběru dat.

Rozhovory: Rozhovory budou probíhat formou online na panelu respondentů, kterou disponuje agentura MEDIAN. Agentura předá v online prostředí každému respondentovi dotazník k vyplnění, dle předem stanovených instrukcí. Instrukce budou obsahovat předem stanovené a domluvené etické požadavky k rozhovorům. Rozhovory budou probíhat anonymně, nebudou spojovány se jménem respondenta s důvodů ochrany jeho soukromí. Respondent bude moci během rozhovoru kdykoliv odstoupit. Výsledky budou použity pro potřeby výzkumné práce a především publikace v odborných časopisech. Výzkumník dostane technickou zprávu z výzkumu, přičemž odpovědi na otázky v dotazníku jsou vyjádřeny relativní četností v %.

Otázky nebudou zjišťovat žádná citlivá data.

Získaná data budou vyhodnocena pomocí statistických metod. Mezi plánované metody patří regresní a korelační analýza, faktorová analýza a klastrová analýza.

Charakteristika účastníků výzkumu:

Dotazník: Výzkumný vzorek by mělo tvořit cca 1000 respondentů představujících kvazi-reprezentativní výběr populace ve věku 18 až 65 let. Sběr dat by měl být proveden formou kvótního výběru, přičemž jednotlivé kvóty by měly být stanoveny na úrovni rozdělení pohlaví, vzdělání, věku, velikosti obce a kraje.

Rozhovory: Rozhovory budou prováděny pomocí tazatelů agentury MEDIAN na online panelové skupině respondentů, které poskytne také výzkumná agentura. Provedených rozhovorů tazatelem za účelem sběru dat, a to prostřednictvím dotazníkového šetření, by mělo být provedeno orientačně 1000 rozhovorů. Účastníci výzkumu budou respondenti ve věku 18 – 65 let.

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Mártino 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Zajištění bezpečnosti: Společenskovědění povaha výzkumu nevykazuje žádná bezpečnostní rizika. Jedná se o neinvazivní metodu výzkumu (rozhovor, dotazník), jehož bezpečná realizace bude zajištěna prostřednictvím profesionálního výzkumného týmu agentury Median. Rizika prováděného průzkumu nebudou vyšší než rizika běžně očekávaná u tohoto typu výzkumu.

Etické aspekty výzkumu: Respondenti budou plnoletí a nebudou patřit do zranitelných skupin.

Potenciální střet zájmů:

Jedná se čistě o vědecký výzkum orientující se na nový a v českém prostředí nepopsaný fenomén. Jde čistě o výzkumníkův zájem poznat chování s ohledem na zneužitou problematiku. Nemám soukromý zájem na výsledku výzkumu a ani výzkum nevede k osobnímu prospěchu.

Ochrana osobních dat: Ve všech uvedených případech sběru dat bude respondentům zaručena anonymita. Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízeními Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje: odpovědi na dotazy (viz výše), které budou bezpečně uchovány (na heslem zajištěném počítači v uzamčeném prostoru), přístup k nim bude mít Mgr. Jitka Buriánková (po jejich převzetí od agentury Median). Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivci či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby – budu dbát na to, aby jednotliví účastníci nebyli rozpoznatelní v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou do 1 dne po testování anonymizována. Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě ve výzkumné práci, případně v odborných časopisech, mezinárodních a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

Přiznání fotografií a videí: Nebudu pořizovat žádné fotografie, videa ani nahrávky.

Text informovaného souhlasu (IS): bude zajišťovat agentura Median - v příloze je seznam základních informací, které bude obsahovat.

Povinnosti všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a poskytovat k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všechny účastníky výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.

Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakémkoli změně projektu, zejména použitých metod, ze strany Etické komise UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 3. 11. 2020

Podpis předkladatele:

Datum a podpis odpovědného pracovníka z místa výzkumu:

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: Předsedkyně: doc. PhDr. Irena Parý Martinová, Ph.D.
Členové: prof. MUDr. Jan Heller, CSc. Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.
prof. PhDr. Pavel Šlepička, DrSc. Mgr. Tomáš Rada, Ph.D.
PhDr. Pavel Hráský, Ph.D. MUDr. Simona Majovská

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jedním číslem: 4.11.2020
doc. 4.11.2020

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a nezhodila rozpor s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise UK FTVS.

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu
Josef Mártino 31, 162 52 Praha 6

podpis předsedkyně EK UK FTVS