

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u jedinců v období adultus
(Bakalářská práce)

Autor: Sara Metelková, Rekreologie
Vedoucí práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.
Olomouc 2017

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Sara Metelková

Název diplomové práce: Hodnocení vybraných ukazatelů zdraví v období adultus

Pracoviště: Katedra rekreologie

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

Rok obhajoby bakalářské práce: 2017

Abstrakt:

Zaměření této bakalářské práce spočívá v hodnocení úrovně životní spokojenosti a aktuální míry spokojenosti s vlastním tělem ve vztahu k úrovni pohybové aktivity u jedinců v období adultus, v našem případě VŠ studentů. Výzkumu byl realizován dle časového harmonogramu v roce 2016 a celkem jsme nasbírali data od 102 VŠ studentů z Univerzity Palackého v Olomouci ve věkovém průměru 22 let. K dosažení stanovených cílů byla použita metoda dotazníkového šetření. Studenti z Pedagogické fakulty, Přírodovědecké fakulty a Fakulty tělesné kultury odpovídali na otázky těchto tří dotazníků: Dotazník životní spokojenosti (DŽS), Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě (IPAQ) a Dotazník body image.

Mezinárodní dotazník pohybové aktivity nám posloužil k rozdělení studentů do tří kategorií podle úrovně pohybové aktivity. Na základě kategorizace studentů jsme za pomoci DŽS nahlíželi na celkovou úroveň životní spokojenosti a na základě hodnocení BI na aktuální míru spokojenosti s vlastní tělem. Z výsledků práce vyplývá, že s přibývajícím PA se zvyšuje celkové hodnocení životní spokojenosti i vlastního vnímání Body image.

Klíčová slova: pohybová aktivita, BMI, IPAQ, nadváha a obezita, životní styl, kvalita života

Souhlasím s půjčováním diplomové bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Sara Metelková

Title of the thesis: Evaluation selected health indicators in the period adulthood

Department: Departmen of Recreology

Supervisor: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

The year of presentation: 2017

Abstract:

The focus of this thesis lies in the assessment of the level of life satisfaction and satisfaction with your own body in relation to the level of physical activity In individuals in adulthood, in our case university students. The research was realized out according to the timetable in 2016 and in total we collected data from 102 university students from Palacky University in Olomouc with an average age of 22 years. The objectives are achieved by the use of a questionnaire. Students from the Faculty of Physical Culture, Faculty of Science and Faculty of Physical Culture answered questions these 3 questionnaires: Life Satisfaction Questionnaire (DŽS), the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and Body Image Questionnaire.

International Physical Activity Questionnaire us served to divide students into three categories according to the level of physical activity. Based on the categorization of students, we assessed the total life satisfaction, trough a Life Satisfaction Questionnaire and and based on the Body Image evaluation of the current level of satisfaction with our own body. The results of the thesis show that with an increase in PA, the overall assessment of life satisfaction and body perception is increased.

Keywords: physical activity, BMI, IPAQ, overweight and obesity, lifestyle, quality of life

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 10. 7. 2017

Děkuji PhDr. Dr. Martinovi Sigmundovi, Ph.D. za odbornou pomoc, cenné rady, trpělivost, vstřícný přístup a v neposlední řadě za pochopení. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a pomoc při zpracování bakalářské práce, především mé mamince a mému příteli Martinu Pešlovi.

OBSAH

1	ÚVOD	10
2	PŘEHLED POZNATKŮ	11
2.1	KVALITA ŽIVOTA	11
2.2	ŽIVOTNÍ ZPŮSOB A ŽIVOTNÍ STYL	13
2.2.1	<i>Životní způsob</i>	13
2.2.2	<i>Životní styl</i>	13
2.2.3	<i>Aktivní životní styl</i>	16
2.2.4	<i>Zdravý životní styl</i>	17
2.2.5	<i>Životní styl současného člověka</i>	18
2.2.6	<i>Sedavý životní styl</i>	19
2.2.7	<i>Civilizační choroby</i>	19
2.2.8	<i>Výživa</i>	20
2.2.9	<i>Pohybová aktivita</i>	24
2.3	ZDRAVÍ	26
2.3.1	<i>Determinanty zdraví</i>	27
2.3.2	<i>Podpora zdraví</i>	27
2.3.3	<i>Prevence</i>	29
2.4	RIZIKOVÉ FAKTORY ZDRAVÍ	31
2.4.1	<i>Stres a jeho zvládnání</i>	31
2.4.2	<i>Příznaky stresu a jeho zvládnání</i>	32
2.4.3	<i>Alkohol</i>	34
2.4.4	<i>Kouření</i>	35
2.4.5	<i>Rizikové sexuální chování</i>	36
2.4.6	<i>Obezita</i>	37
2.5	CHARAKTERISTIKA MLADŠÍ DOSPĚLOSTI	38
2.5.1	<i>Vývojová stádia</i>	40
3	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
3.1	CÍL PRÁCE	41
3.2	DÍLČÍ CÍLE	41
3.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
4	METODIKA	42
4.1	METODIKA VÝZKUMU	42

4.2	METODY ZÍSKÁVÁNÍ ÚDAJŮ	42
4.2.1	<i>Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě – IPAQ</i>	42
4.2.2	<i>Dotazník životní spokojenosti – DŽS</i>	43
4.2.3	<i>Dotazník body image</i>	44
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	44
4.4	METODIKA SBĚRU DAT.....	46
4.5	METODY ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	46
4.5.1	<i>Použité statistické pojmy v bakalářské práci</i>	46
5	VÝSLEDKY	47
5.1	BMI STUDENTŮ Z HLEDISKA PA.....	47
5.2	ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST STUDENTŮ.....	49
5.3	SOUHRN VÝSLEDKŮ	51
6	DISKUZE	52
7	ZÁVĚRY	58
8	SOUHRN	60
9	SUMMARY	61
10	REFERENČNÍ SEZNAM	62
10.1	LITERÁRNÍ ZDROJE.....	62

Seznam zkratek

BI	Body image (Aktuální míra spokojenosti s vlastním tělem)
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
FTK	Fakulta tělesné kultury (Faculty of Physical Culture)
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire (Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě)
M	Aritmetický průměr
n	počet
PA	pohybová aktivita (Physical Activity)
S	Směrodatná odchylka
VŠ	Vysokoškolský studenti
WHO	World Health Organization (Světová zdravotní organizace)

1 ÚVOD

V dnešní době pojmy zdraví a životní styl slýcháváme velmi často. Jedním z důvodů je neustále se zhoršující situace dnešní mládeže a dětí v oblasti pohybové aktivity. Nedostatek pohybové aktivity a z toho vyplývající nadváha až obezita, má špatný vliv na zdraví celé populace, zejména naší mládeže. Mladí lidé dnes tráví spousty času s chytrými telefony v ruce, kde konverzují na sociálních sítích nebo brouzdají po internetu. Z jejich života se vytrácí obyčejné setkávání se se svými vrstevníky. Tím pádem dochází k velkému úbytku přirozeného pohybu stráveného při venkovní pohybových aktivitách např. (na hřištích, kole, kolečkových bruslích...). Jelikož pohybová aktivita je jednou z prevencí tzv. civilizačních onemocnění jako je vysoký tlak, cukrovka, obezita, akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, rakovina, chronický únavový syndrom či syndrom tzv. vyhoření... má toto „zavírání“ se doma za následek zhoršení celkového zdraví u mladé populace. Mladí lidé tloustnou a tím se snižuje jejich „kvalita života“, která má za následek, že nejsou spokojeni se svým životem jako celkem.

Co nazýváme „životní spokojeností“? Pro některé lidi to znamená být krásný, štíhlý, pro jiné zase být úspěšný v práci, pro další být zdravý a mít „střech nad hlavou“. Je to velice složitá otázka hodná filosofického rozboru, a proto jsem se zaměřila na věkovou skupinu mně nejbližší, a to jsou studenti v období Adultus, kteří studují na Univerzitě Palackého v Olomouci. Zajímalo mě, zda i tito mladí lidé mají problémy nebo jsou „ohroženi“ na zdraví svým přístupem k životu.

Na výsledcích této práce uvidíme, jak současný životní styl, přístup k životu a zdravotní péče z hlediska úrovně pohybové aktivity ovlivňuje zdraví a kvalitu života již zmiňované skupiny respondentů.

Jsem si vědoma, že téma mé bakalářské práce je v dnešní době velmi diskutovaný problémem, který je často zařazován i do preventivních programů Ministerstva školství, které si uvědomuje vážnost vlivu pohybu na další vývoj osobnosti naší mládeže. K pohybu jsem byla vedena již od dětství, což mě samozřejmě pozitivně ovlivnilo do dalšího života a také přivedlo až ke studiu na Fakultě tělesné kultury a jsem za to ráda. Do budoucna bych chtěla své poznatky ze studia z oblasti zdraví a životního stylu předat do podvědomí dalších lidí, hlavně dětí a mládeže, rozvíjet v nich pozitivní přístup ke zdravému stravování, pohybovým aktivitám a celkově péči o jejich zdraví.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Kvalita života

Každý z nás touží mít kvalitní a dobrý život. Prožít ho ve zdraví, bez starostí a příjemně. Kritéria pro posouzení, zda je náš život kvalitní či ne, jsou velmi rozmanitá. Někdo z nás považuje mít se dobře a žít kvalitním životem, pokud vlastní vilu, luxusní auta, pro jiného spočívá dobrý a spokojený život, pokud ho stráví s rodinou nebo se ve svém volném čase věnuje svým koníčkům např. tanci, cyklistice, cestování. Spojení „dobrý“ život většinou vyjadřuje spokojenost, materiální dostatek člověka, naopak „špatný“ život se pojí s materiálním nedostatkem, dluhy, s nemocí, válkou či nepříjemnostmi a útrapami každodenního života (Slepičková, 2005).

Již ve 20. letech byl poprvé zmíněn termín „kvalita života“ a to v souvislosti s materiální podporou státu nižších společenských vrstev a úvahách o ekonomickém vývoji. Zejména dopad státních dotací na život chudších lidí. Pojem kvalita života se objevil i v politickém kontextu v 60. letech, kdy tehdejší americký prezident Johnson ve svém projevu prohlásil svůj cíl domácí politiky, a to zlepšení kvality života Američanů. „Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží (*how much*), ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (*how good*)“ (Payne et al., 2005, 205).

Termín najdeme i v sociologii, kde slouží k odlišení podmínek života lidí, jako jsou například počet automobilů na domácnost, příjem od individuálního pocitu lidí (Payne et al., 2005).

Pojem kvalita života se začal používat od 70. let i v medicíně. „Zejména v průběhu 80. let se začíná stále častěji používat v klinických studiích. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále poměrně novou, ale zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou“ (Payne et al., 2005, 211).

Jak jsme se dočetli, vnímání kvality života nemusí být tak jednoznačné, jak se může na první pohled zdát. I každý člověk vnímá kvalitu života jinak, a to i podle životních událostí, které v životě prožil.

Člověk, který bojuje s těžkou či dokonce nevléčitelnou nemocí, směřuje se s trvalými zdravotními následky, v dobrém případě zvítězí nad zákeřnou nemocí, bere kvalitu života jinak jak osoba, které se nic takového nepříhodovalo. V jejich životě nastala potřeba se vyrovnat a přijmout životní krizi. I když pro mnoho lidí se to může zdát jako problematická, neradostná a těžká situace, oni ji mohou vidět v odlišném světle.

Jelikož daná situace změnila jejich postoj k životu, změnila jejich žebříček hodnot a dala do popředí ty, které v minulosti nezaujímalí důležité místo (např. intenzivní cvičení jako program při roztroušené skleróze). Určitý opak nalezneme u lidí, kteří se přejídají, kouří, nadměrně pijí alkohol a na správnou životosprávu ve svém životě nedbají. Většinou o kulturním životě u nich nemůže být řeč. Cítí se spokojení, když mají dostatek jídla, sladkostí, povalují se u televize nebo vysedávají u počítače (Slepičková, 2005).

Slepičková (2015,38) uvádí že, ze společenského hlediska je pochopitelně důležitá spokojenost jedince, příznivé vnímání kvality života jím samotným. Společnost by měla v tomto pomáhat vytvářením takových podmínek života, které mu osobní pozitivní hodnocení umožní (produkce dostatku potravin, ochrana před násilím atp.). Společnost na druhé straně však také potřebuje, aby jí byl jedinec užitečný, aby přispíval k celkové prosperitě. Je proto zapotřebí nějakým způsobem kvalitu života ovlivňovat.

Jelikož v dnešní době se preferují materiální hodnoty a individualismu, vede to k tomu, že téměř vše i život se hodnotí z pohledu peněz. Pro hodnocení kvality musíme počítat se 3 faktory, které se promítají do vnímání úrovně kvality života: psychologičtí ukazatelé, sociální ukazatelé a osobní spokojenost (Slepičková, 2005).

Vymezení kvality života není jednoznačné, proto není ani nějaká ustálená definice, která by kvalitu života popisovala. Autoři, kteří se snaží o pozitivní vymezení kvality života, rozvíjí pojetí „života“ jako kvalitu existence (bytí), kvalitativní parametry lidského života (životního způsobu, životního stylu nebo podmínek života) (Duffková, Urban, & Dubský, 2008).

Payne et al., (2005, 231) uvádí „mladí lidé více akcentují vliv životního prostředí na kvalitu života a vyjadřují protikonzumní sociálně kritické názory (obecně odsuzují současný způsob života)“.

Kvalitu života bezesporu ovlivňuje životní styl a důležité místo zaujímá také zdraví.

Häyry (in Slepíčková, 2005, 38) uvádí, že „je zřejmé, že kvalita života souvisí s naplňováním lidských potřeb, s uspokojováním přání a tužeb jedince“.

2.2 Životní způsob a životní styl

Tyto pojmy bývají velice často zaměňované, i když je mezi nimi zásadní rozdíl.

2.2.1 Životní způsob

Životní způsob můžeme brát jako termín, který je určitým způsobem nadřazený pojmu životní styl. Jelikož má skupinový charakter představující rozdílné chování, určitou úroveň či dokonce normu týkající se dané skupiny (životní způsob studentů, životní způsob managerů, životní způsob české populace, životní způsob seniorů, životní způsob dětí a mládeže atd.) (Hodaň & Dohnal, 2008).

Rozdílnost těchto skupin je více než patrná. A je samozřejmé že nebudou zastávat a žít stejným životním způsobem. Odráží se zde jedinečnost vzájemného vztahu, úroveň každého člověka žijící ve společenství.

„Životní způsob tedy vyjadřuje souhrn, strukturu a dynamiku všech životních činností členů skupiny. Jsou v něm zahrnuty všechny sféry a způsoby lidské aktivity, stejně jako podmínky jejich realizace, vztahů lidí ve společnosti i jejich individuální proměnlivost“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 84).

2.2.2 Životní styl

Životní styl je seberealizace každého jedince, který je ovlivňován do značné míry společností, ve které vyrůstá, žije a pracuje. Vytváří se v průběhu celého našeho života. Je proměnlivý, má vlastní dynamiku a čistě individuální charakter. Každý z nás si žije vlastním životním stylem, který se shoduje více či méně s ostatními členy dané skupiny. Na formování jedince má vliv výchova, sociální prostředí, kulturní tradice, ekonomické podmínky a mnohé další (Hodaň & Dohnal, 2008; Slepíčková, 2005).

Každý z nás si pod pojmem životní styl představí něco jiného. Většinou jakým způsobem lidé žijí, např. kde bydlí, jak se oblékají, stravují, vzdělávají se, kde pracují, jak se chovají v rozličných situacích nebo způsob trávení volného času (Čeledová & Čevela, 2010; Duffková, Urban, & Dubský, 2008).

Odborníci zabývající se tímto tématem jako např. Slepíčková (2005,41) charakterizuje životní styl „jako paletu prakticky všech lidských aktivit od myšlení, přes chování až po jednání a to takových, které zaujímají v životě trvalejší místo, většinou se opakují, jsou typické a předvídatelné. Nejčastěji se posuzuje podle názorů, postojů a chování“.

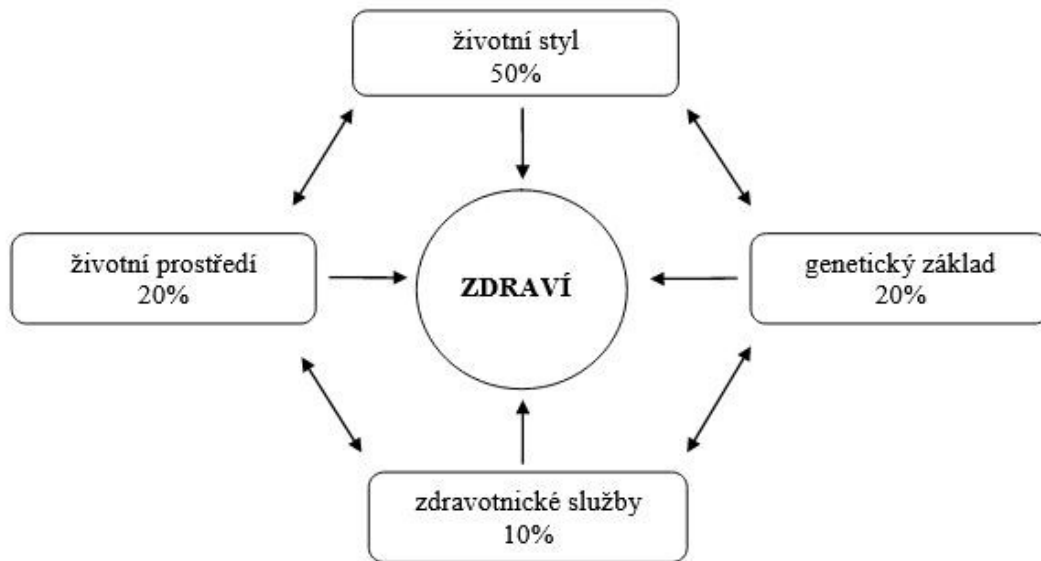
Machová (2009,16) říká, že životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností).

Životní styl je sám o sobě pojmem abstraktním, a proto je obtížné ho konkrétněji definovat. Proto i definice životního stylu, tíhnou k pojmům, pod kterými si každý může představit cokoliv. Konkrétnosti se nejvíce přibližuje shrnutí pojmu od Hodaň a Dohnal (2008, 92):

Životní styl je:

- relativně ustálenou soustavou konkrétních činností ve všech sférách života
- relativně ustáleným způsobem tvorby a uspokojování životních potřeb
- relativně ustálenou soustavou všech sociálních a životních vztahů
- ustáleným systémem všech životních hodnot a idejí, kterými jsou jednotlivé činnosti podmíněny

Důležité si je uvědomit, že do životní stylu nezapadají pouze zájmy a koníčky. Nevztahuje se pouze k volnému času. Dle definice Velkého sociologického slovníku (1996, 156) je volný čas charakterizován jako „obecně čas, v němž člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků plynoucích ze spol. dělby práce nebo z nutnosti zachování biofyziologického či rodinného systému.“ Životní styl souvisí s každodenní rutinou, vyrovnáváním se s náročnými životními situacemi, stresem a také s činnostmi pracovními.



Obrázek 1. Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví (Machová & Kubátová 2015, s.12)

Na obrázku č. 1 je patrné že životní styl je hlavní determinantou zdraví.

Na tuto problematiku poukazuje i Čeledová a Čevela (2010), kde podle odhadů studií 50 procent náhlých úmrtí je ovlivněno faktory, souvisejících s životním stylem.

Výchova ke zdraví klade důraz na jednotlivce, aby pečovali o své zdraví, bez ohledu na jejich věk.

Pokud člověk získá dostatek vědomostí o tom, co jeho zdraví upevňuje, a naopak co mu škodí, může se rozhodnout pro správný životní styl, který je pro jeho zdraví důležitý. Zásadní v tomto ohledu je postoj při výchově dítěte. Zdravé návyky by měla kromě rodiny podporovat také škola, aby bylo vedení celistvé a vedla k odpovědnosti za vlastní zdraví (Machová & Kubátová, 2009).

„Zaměření předmětu výchovy ke zdraví se odehrává na úrovni: jedinec, skupina, obyvatelstvo, a proto probíhá ve třech rovinách: na úrovni individuální, komunitní a celospolečenské“ (Čeledová & Čevela, 2010, 9).

Životní styl se vytváří, mění a vyvíjí s časem během celého života, neboť se mění i potřeby současného člověka, a i prostředí prochází různými změnami (Slepičková, 2005).

2.2.3 Aktivní životní styl

Termín aktivní životní styl není ve vědecké literatuře moc vysvětlený a je chápán nejvíce jako synonymum k pojmu zdravý životní styl, který je spojený s pohybovou aktivitou (tzv. optimalizovaný životní styl).

Asi nejvíce se tímto téma zabývá Valjent (2008, 1), který definoval aktivní životní styl „jako systém důležitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik zaměřených k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu mezi fyzickou a duševní stránkou člověka“.

Aktivní životní styl by měl být hlavně o rovnováze mezi duševní a fyzickým zdravím. Dále je charakterizován kombinací následujících faktorů: zdravé výživě, pitném režimu, zodpovědnému vztahu k rizikovým faktorům (kouření, pití alkoholu, drogy), uvážený konzum médií (TV, počítače) a vhodná pohybová aktivita (PA) (Valjent, 2008).

Valjent (2008,6) dále mluví, o pravidlech 3P, kterými by se měl jedinec řídit, aby úspěšně přijal aktivní životní styl, jsou jimi:

- 1) Přiměřenost v příjmu živin a energie,
- 2) Pravidelnost PA,
- 3) Prevence v předcházení nezdravým stravovacím a životním návykům.

Aktivní životní styl by měl být bližší studentům vysokých škol sportovních oborů. I u prováděných výzkumů se předpokládá, že pohybově aktivní jedinci se budou hodnotit pozitivněji, budou více spokojeni se svým životem a mít menší zdravotní potíže. Což potvrzuje (Fialová & Mrázek, 1999, 168): „Rizikové chování, které poškozuje zdraví, se vyskytuje v menším % ve skupině studentů sportu, kteří kouří méně než ostatní studenti, ženy méně než muži.“ A díky tomu „Celkové sebepojetí studentů sportu je pozitivnější, více o sobě přemýšlejí, vědí více o tom, co se v nich děje, hodnotí svou osobu lépe než jiní vysokoškolští studenti“ (Fialová & Mrázek, 1999, 168). Potvrzuje to i závěrečné tvrzení: „Studenti sportu zároveň hodnotili svou zdatnost i zdraví lépe, ve srovnání s druhými se cítí být zdravější, méně náchylní pro různá onemocnění, jejich zdravotní stav se příliš často nemění a jsou více spokojeni, než ostatní vysokoškoláci“ (Fialová & Mrázek, 1999, 169).

K totožnému názoru dospěli i Blahutková, Bedřich a Sebera (2005, 222), v jejichž výsledcích nalezneme, že „studenti vysokých škol se zaměřením na studium tělesné výchovy a sportu jsou většinou skutečně sportovně orientovaní a představují část populace, která vykazuje vyšší míru zdraví a kvality života v porovnání s běžnou populací.“

Za přínos aktivního životního stylu uvádějí Praško a Prašková (2001, 127), že „fyzicky trénované osoby mají sníženou spotřebu kyslíku, pomalejší dechovou frekvenci, zpomalenou srdeční frekvenci, jejich metabolismus pracuje efektivněji a jsou odolnější vůči tělesné i psychické zátěži.“

2.2.4 Zdravý životní styl

„V souvislosti s ovlivňováním životního způsobu lidí se v poslední době hovoří o zdravém životním stylu. Je to reakce na stav obyvatelstva na zemi, především v rozvinutých státech, na informační explozi, působení masmédií a současně na stav životního prostředí a všech negativních faktorů, které přinesl vědecký a technický pokrok, tj. civilizační rozvoj“ (Kraus et al., 2001, 158).

Autoři Astl, Astlová & Marková (2009, 10) popisují zdravý životní styl takto: „Jde o takový styl našeho života, kdy se cítíme ve fyzické a duševní pohodě, a tento styl života nás v tomto stavu udržuje na dlouhá léta.“ Dále uvádějí a popisují ho jako pocit tělesného, duševního a společenského blaha.

Kraus et al. (2001, 158-159) mezi základní okruhy zdravého životního stylu řadí:

1. **životní rytmus** – poměr pracovní činnosti a odpočinku, fyzické a psychické zátěže,
2. **pohybový režim** – aktivní a pravidelná tělesná kultura,
3. **duševní aktivita** – spojená s kulturními zájmy, dalším vzděláváním respektujícím zásady duševní hygieny včetně aktivit optimálního soužití s ostatními sociálními skupinami,
4. **životospráva a racionální výživa** – sloužící k zachování zdraví a tělesné a duševní výkonnosti,
5. **zvládání náročných životních situací.**

Kraus et al. (2001) považuje za nejvhodnější dobu pro uplatňování principů zdravého životního stylu volný čas. Je to proto, že zdravý životní styl přímo souvisí se základními funkcemi volného času, jakými jsou: regenerační a zdravotně hygienická funkce, vzdělávací a sebevzdělávací, kompenzační (relaxační) funkce a funkce socializační.

Myslím si, že zdravý životní styl by se měl stát nedílnou součástí života člověka. Na naší volbě je, do jaké míry se s ním ztotožníme. Zdravý životní styl by nám měl přispět k tomu, abychom byli zdraví, dobře naladěni a nic nás netrápilo. Měli dobrou fyzickou kondici, byli psychicky vyrovnaní, žili v příjemném prostředí s lidmi, s kterými nám je dobře.

Zdravý životní styl velkou mírou přispívá k našemu celkovému zdraví a příjemnému životu.

2.2.5 Životní styl současného člověka

Každý jedinec si volí svůj specifický životní styl, který definuje jeho pojetí života a tím pádem, utváří i jeho osobní charakteristiku. V současné době se většina lidí snaží nějakým způsobem vymezit právě tím, že se snaží žít unikátním životním stylem.

Blahutková et al. (2005) a Stejskal (2004) se shodují, že pohybová aktivita je důležitou částí životního stylu, ale u současného člověka je to činnost velmi zanedbávaná. PA s přiměřeným energetickým příjmem je z hlediska prevence i léčby, nejpodstatnější předpoklad zdraví, který se podílí na všech složkách našeho života.

Současný člověk žije v době, která se neustále technicky vyvíjí a jde nezadržitelně kupředu. Všude kolem nás jsme obklopeni moderní technikou, která nám pomáhá jak v práci, tak v domácnosti a usnadňuje nám i dopravu. V mnoha případech, už člověk ani po schodech nemusí chodit, poněvadž jsou nahrazeny výtahy a eskalátory.

V souvislosti s technickým pokrokem, který nám ulehčuje fyzickou námahu, a máme všeho nadbytek (obchodní domy, potraviny, roboti, zábava, neomezený přístup k návykovým látkám...) vede k tomu, že máme nepoměr pohybu k přijaté energii. Důsledkem toho je, že člověk začal žít z velké části sedavým životním stylem (Machová, Kubátová, & kol., 2009; Stejskal, 2004). „V pracovní době sedí, do práce a z práce se dopravuje autem nebo jiným dopravním prostředkem, nechodí pěšky po schodech, když je k dispozici výtah či eskalátor. Po práci opět sedí u televize nebo u počítače“ (Machová, Kubátová, & kol., 2009, 17).

„I do domácích prací zasáhla technika a zbavila člověka pohybu. Dříve jsme uklízeli pomocí rukou, klepali koberce, drhli podlahu, prali prádlo na valše – dnes máme vysavače, automatické pračky a myčky nádobí a dálkové ovladače, které nás zbavují i minimálního pohybu“ (Machová, Kubátová, & kol., 2009, 17).

Člověk se celým svým vývojem utvářel k tomu, aby přežil v prostředí, ve kterém žije, aby si dokázal obstarat potravu a uchránil se před nebezpečím. Základní předpokladem k tomu byl pohyb. Ten sehrál významnou úlohu při lovu, později i při práci na poli či útekem před nebezpečím.

Dle autorek Machové a Kubátové (2009) není řešení odmítnutí technického pokroku, ale v uvědomění si své biologické podstaty a z ní vyplývající potřeby pohybu, přiměřenosti mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem a také pěstování dobrých mezilidských vztahů založených na vzájemném porozumění, pochopení a úctě. Technický pokrok nezastavíme, ale ovlivnit můžeme náš životnostní styl a postoj k němu!

2.2.6 Sedavý životní styl

„ Sedavý životní styl je definován jako nedostatek tělesného pohybu jak v zaměstnání, tak i během volného času“ (Stejskal, 2004, 11).

Dle dostupných informací vede sedavý způsob života 40 až 60 % obyvatelstva EU. Proto je důležité podporovat pohybové aktivity a tím napomáhat k informovanosti o přínosech pohybové aktivity na zlepšení zdraví a změnu nezdravých životních návyků (EU Physical Activity Guidelines, 2008). „Je prokázáno, že každý, kdo zvýší úroveň své pohybové aktivity, může i po dlouhé době nečinnosti dosáhnout zlepšení svého zdraví, a to bez ohledu na svůj věk. Nikdy není příliš pozdě začít“ (EU Physical Activity Guidelines, 2008, 4).

Nedostatek PA v zaměstnání se negativně promítá i do způsobu trávení volného času. V důsledku nízké pohybové aktivity v zaměstnání, psychickým napětím se zvyšuje únava a aktivita jedince se snižuje do takové míry, kdy člověk dává přednost pasivnímu trávení volného času (PC, sledování TV) před aktivním (procházka, cvičení, tanec, kolo, běh). Tento způsob životního stylu může vést ke zdravotním problémům, které mohou život předčasně zkrátit nebo zhoršit jeho kvalitu. Nazýváme je civilizační nemoci ve spojitosti s komfortní dobou dnešní společnosti. Ovšem název není tak jednoznačný, jelikož technicky pokrok dnešní doby nesouvisí s tím, že lidé přínosy civilizace nesprávně využívají. Proto se používá i název hromadná neinfekční onemocnění. Výskyt těchto chorob se rozšířil jako infekce, jelikož jimi trpí velká část populace, i když infekční nejsou (Stejskal, 2004).

2.2.7 Civilizační choroby

Moderní technologie nám pomohly mnohé choroby potlačit, další spoustu věcí ulehčit, ale právě díky nim, nás začali trápit choroby civilizační. Mezi hlavní příčiny onemocnění řadíme změnu životního stylu, ve kterém ubývá fyzického pohybu, přibývá přejídání, užívání alkoholu, cigaret a stresu (Machová, Kubátová, & kol., 2009).

Za hlavní civilizační choroby se považuje:

- Kardiiovaskulární onemocnění
 - Ischemická choroba srdeční
 - Infarkt myokardu
 - Cévní mozkové příhody

- Hypertenze
- Předčasná ateroskleróza
- Poruchy příjmu potravy
 - Obezita
 - Anorexie
 - Bulimie
- Diabetes mellitus (cukrovka)
- Psychické potíže (zejména deprese, poté taky únavový syndrom, syndrom vyhoření)
- Nádory (Zdraví národa).

Ostatní civilizační choroby

- alergie, astma, lupénka, AIDS, předčasné stárnutí, zánětlivá onemocnění kloubů, některé vrozené vývojové vady nervového systému u novorozenců, demence včetně Alzheimerovy choroby (Zdraví národa).

Důsledkem výše popsaného se nejedná pouze o zhoršení našeho zdraví, ale dochází také ke zhoršení mezilidských vztahů a vazeb. Lidé jsou uzavřeni do svých domovů, kanceláří obklopení veškerou dostupnou komunikační technikou, a i přesto se mohou cítit osamělí. Je důležité se starat o své zdraví, životní styl a tím přecházet civilizačním onemocněním, dříve, než je pozdě.

2.2.8 Výživa

Výživu lze bez nadsázky považovat za nosný pilíř životního stylu. Původní potrava člověka byla potrava přirozená, v takovém stavu, v jakém ji poskytovala příroda. Více jako 100 tisíc let člověk existoval na nevařené stravě, bez podstatné úpravy. Až člověk neandrtálský začal používat ohně k vaření. Postupný vývoj civilizace zásadně změnil i způsob stravování a lidé si potraviny stále více upravují. Někdy je to ku prospěchu, např. vaření u některých potravin zvyšuje stravitelnost a odbourává některé škodlivé látky (např. v luštěninách), ale často i ke své škodě (Stratil, 1993). Během posledních desetiletí se výrazně zvýšila konzumace zpracovaných potravin. To vede k razantnímu nárůstu spotřeby cukru a

také celkovému kalorickému příjmu. Potraviny s vysokým obsahem cukru, tuku a soli u nás mohou do určité míry vyvolat i závislost.

Ta může vést i k přejídání. Na vině je hlavně špatný výběr potravin a jejich nadměrná konzumace (Walek & Tóth, 2015).

Pozitivní je, že se v současnosti zajímá o výživu velká část populace. Více řeší, jaké potraviny nakupují, čím se stravují, aby tělu dali co největší množství živin, které potřebuje. Z hlediska výživy dětí a mladistvých je pro jejich zdravý tělesný vývin důležitá pestrá, vyvážená strava. Ta by měla zabezpečovat dostatečný přísun energie, mít všechny potřebné živiny, vitamíny, minerály. Důležité je dodržovat i správný pitný režim, který se u každého člověka liší a záleží i na dalších faktorech (sport, těžká práce, pobyt v horku – příjem tekutin přiměřeně zvyšují, naopak pokud je naše strava složena hodně ze zeleniny, ovoce, mléčných výrobků může být příjem tekutin ve formě nápojů o něco nižší). Za optimální pitný režim se považuje 2-3 litry denně. Ideální je pít čistou vodu, třeba s plátky citronu, máty nebo nakrájeného ovoce (Klescht, 2008; Walek & Tóth, 2015).

Mezi základní živiny patří cukry, tuky a bílkoviny. Existuje-li ideální poměr těchto živin, je velmi diskutovaným tématem a názory se liší. Většina publikací uvádí poměr živin následující: bílkoviny 15 – 20%, sacharidy 50 – 55% a tuky 25 – 30% celkového denního příjmu. Walek & Tóth (2015) uvádí poměr živin následovný: 30% bílkovin/ 35-40% sacharidů/ 30-35% tuků. Proč dospěli k těmto číslům vysvětlují následovně:

Bílkoviny – Dostatek kvalitních bílkovin je důležitý pro budování svalové hmoty a také pro její udržení během kalorického deficitu. Vyšší konzumace bílkovin vede k vyššímu pocitu sytosti. O něco méně bílkovin potřebujeme při menší fyzické námaze (Walek & Tóth, 2015).

Sacharidy – Abychom měli kde brát energii, potřebujeme dostatek sacharidů. Jsou důležité jak pro běžné fungování, tak hlavně jako zdroj energie pro trénink a zároveň tělu připravili vhodné podmínky pro regeneraci. Jakmile je tohle splněné, nemusíme se o sacharidy již příliš starat (procentualní zastoupení se může u někoho ještě snížit). Autoři nechtějí tímto říct, že jsou sacharidy zlo, ale uvádějí, že je jednodušší se přejíst jídla s vysokým obsahem sacharidů než jídla s vysokým obsahem bílkovin a tuků (Walek & Tóth, 2015).

Tuky – Zbylý počet kalorií doplňují ve formě tuků. Také upozorňují na výběr kvalitních tuků a dosažení nejlepšího poměru omega-3 a omega-6 kyselin. Měli bychom dbát na to, abychom měli vyvážený poměr těchto živin a naše tělo nestrádalo. Každý z nás se liší stavbou těla, tak i potřebou daných živin a nejde vše brát podle tabulek. Můžeme si poměr těchto živin upravit dle svého pocitu, abychom se cítili dobře (Walek & Tóth, 2015).

Příjem energie z potravy by se měl rovnat výdeji energie při pohybu, nikoliv ho převyšovat. Pak dochází k negativním účinkům jako je např. nárůst váhy.

Cílem výživy není jen uspokojení nutričních potřeb, ale je to významný faktor determinující zdraví člověka. Dle skladby našeho jídelníčku může být jídlo lékem, ale může i vyvolávat závažná onemocnění.

Nevhodná nebo jednostranná výživa a špatné stravovací návyky mohou být příčinou oslabení imunitního systému, na základě nedostatků živin a zvýšeného rizika vzniku kardiovaskulárních či nádorových onemocnění. Můžeme se setkat i se způsoby stravování jako např. vegetariánství, veganství, makrobiotika nebo raw strava.

Pro snadnější orientaci o vhodné skladbě jídelníčku může sloužit potravinová pyramida (Obrázek 2).



Obrázek 2. Česká potravinová pyramida (fzv.cz, 2013)

Výživová doporučení nemají být návodem k asketismu a odříkání si lahodných pokrmů, ale jejich cílem je vyjádřit a naplnit reálné potřeby organismu na základě fyziologických potřeb a biochemických reakcí v našem těle (Stratil, 1993). Správnou výživou praktikujeme nejlepší prevenci proti civilizačním onemocněním.

2.2.9 Pohybová aktivita

Ruku v ruce jde spolu se zdravým stravováním i pohybová aktivita. Jak už je uvedeno výše, přijatou energii ze stravování vyvažujeme pohybovou aktivitou.

Nedostatečná fyzická aktivita je jednou z hlavních příčin úmrtnosti na světě a to díky tzv. nepřenositelným nemocem (jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, diabetes...). Fyzická aktivita má významný přínos pro zdraví a přispívá k prevenci nepřenositelných nemocí (WHO, 2017).

Pravidelná fyzická aktivita s mírnou intenzitou – například chůze, jízda na kole nebo účast na sportu – má významný přínos pro zdraví. Například může snížit riziko kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky, rakoviny tlustého střeva, prsu a deprese. Navíc přiměřená úroveň fyzické aktivity sníží riziko zlomeniny kyčle nebo vertebrálních poranění a pomáhá udržovat hmotnost (WHO, 2017).

„Bylo prokázáno, že dlouhodobá pohybová aktivita také prodlužuje lidský život a snižuje úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým životním stylem“ (Stejskal, 2004, 12).

Pohybová aktivita nemusí znamenat jenom hodiny strávené ve fitness centrech, jak si mnozí myslí.

WHO (2017) definuje pohybovou aktivitu jako „jakýkoli tělesný pohyb produkováný kosterním svalstvem, který vyžaduje výdej energie“. Kromě cvičení má jakákoliv jiná fyzická aktivita, která se děje během volného času zdravotní přínos. Můžeme sem zařazovat i cestování, rekreační činnosti, tak i běžné domácí práce. Nebo stačí změnit své návyky ve využívání dopravních prostředků. Jedná se o dopravu, kdy se člověk potřebuje dostat z místa na místo. K dopravě můžeme namísto auta a hromadné dopravy využívat kolo nebo chůzi. Místo výtahu, začít používat schody. A denní pohybová aktivita se rapidně zvýší jenom těmito malými změnami v každodenním životě (WHO, 2017).

Pravidelným pohybem se člověk dostává i do lepší psychické a emocionální pohody. Člověk má sám ze sebe lepší pocit. Může to mít i pozitivní vliv na sebedůvěru. Pohybem v těle člověka dochází k různým chemickým reakcím. Dochází ke zlepšení nálady, pocitu radosti a může vést ke snižování bolesti. To má za následek vyšší produktivitu v práci, pozitivní vliv na mezilidské vztahy a také lehčí zvládnání každodenních situací. Dokáže je poté řešit s klidem a čistou hlavou. Kromě těchto pozitivních vlivů na psychiku a emoce člověka, to má vliv i na posilování imunitního systému.

Podle Stejskala (2004, 12) „pravidelné cvičení i přirozená (obvyklá, habituální) pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním (a často i léčebným) prostředkem většiny civilizačních onemocnění“.

Národní pohybové doporučení

Kalman (2014) uvádí doporučení pohybové aktivity pro Českou republiku. Pohybové doporučení rozděluje do tří kategorií (dle věku):

- Děti a adolescenti (6-17 let)
 - Každé dítě a adolescent by měl být pohybově aktivní alespoň 60 a více minut každý den. V České republice toto pohybové doporučení nesplňuje 70 % chlapců a 85 % dívek (Kalman, 2014).
- Dospělí (18-64 let)
 - Každý dospělý člověk by měl být pohybově aktivní minimálně 30 minut 5 dní v týdnu. Toto doporučení v České republice nesplňuje třetina dospělé populace (Kalman, 2014).
- Senioři (65 a více)
 - Každý senior starší 65 let by měl být aktivní alespoň 30 minut 5 dní v týdnu. V České republice nesplňuje více než 50 % populace starší 65 let (Kalman, 2014).
 - Starší lidé se špatnou pohyblivostí by alespoň 3 dny v týdnu měli svůj trénink zaměřit na trénování rovnováhy, aby předcházeli pádům. Měli by být fyzicky aktivní tak, jak jim dovolí jejich schopnosti, zdravotní stav a podmínky okolí (WHO, 2017).

2.3 Zdraví

Je jedna z nejvýznamnějších hodnot v životě každého z nás. Vykonávání každodenních činností je ovlivňováno právě zdravím – můžeme pracovat, realizovat životní plány a plnit si své sny. V první řadě by si měl člověk o svém zdraví rozhodovat sám. Je však i v zájmu společnosti, aby měla zdravou populaci v důsledku sociálního rozvoje (Machová & Kubátová, 2009).

„Závisí tedy na tom, jak ke svému zdraví přistupuje sám člověk a jaké podmínky pro zdravý život vytváří společnost“ (Slepičková, 2005,42). Stejný názor zastává i Čevela, Čeledová a Dolanský (2009,11) kteří popsali, že zdraví, „je podmíněno tím, do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních v celé společnosti“.

Podobné pojetí zdraví vyjádřil i T. Parson (1981) (in Křivohlavý, 2001, 35) pěknou definicí: „Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“.

„Zdraví se tedy stalo jedním z prostředků vedoucích k životní spokojenosti. V tomto pojetí je definováno jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Člověk je tak na jedné straně schopen uskutečňovat svá přání a na druhé straně se přizpůsobovat svému okolí nebo je překonávat. Takto chápané zdraví také umožňuje hovořit o individuálním zdraví stejně jako o zdraví rodiny či celé společnosti“ (Slepičková, 2005, 43).

Podle WHO (World health organization – Světová zdravotnická organizace) z roku 1948 zní definice zdraví následovně: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. „Definice zdraví pro období dospívání zahrnuje ještě nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti“ (in Machová & Kubátová, 2009, 12).

Pojem zdraví se tedy skládá ze 3 složek – fyzické, psychické a sociální, které jsou vzájemně provázané, a projevují se na celkovém zdraví člověka. O zdraví se musíme starat celý život, není to jen jednorázová záležitost, když se necítíme dobře. Během celého života se musíme vypořádat s vlivy, které na nás působí a mohou ovlivňovat naše zdraví. Mezi ně patří např. kulturní a životní podmínky, vliv sociálních skupin (rodina, škola, zaměstnání aj.) a také stav životního prostředí ve kterém se pohybujeme (Machová & Kubátová, 2009; Slepičková, 2005).

Tajemství zdraví spočívá v životě bez stresů, přiměřeném jídle a dostatku pohybu na čerstvém vzduchu (Stratil, 1993).

2.3.1 Determinanty zdraví

Zdraví člověka je podmíněno mnoha faktory, které nazýváme determinanty zdraví. Faktory se navzájem ovlivňují a mohou na zdraví působit buď přímo nebo zprostředkovaně. Působení těchto faktorů může mít v konečném důsledku vliv pozitivní, který naše zdraví podpoří a ochrání nebo negativní – zdraví oslabí či může vyvolat nemoc. Determinanty zdraví dělíme na vnitřní a zevní:

- Vnitřní – genetické
- Zevní – životní styl, zdravotní péče, kvalita životního a pracovního prostředí

Vliv vnitřních a vnějších determinant zdraví, můžeme vidět na Obrázku 1. Obrázek vyjadřuje, že zdraví závisí více na determinantách z oblasti životního stylu (50%), životního prostředí (20%) a na našem genetickém základu (20%), než na zdravotnických službách (10%) (Čevela et al., 2009; Machová & Kubátová, 2009).

„Hlavní determinanty působící negativně na zdraví v celosvětovém měřítku 21. století (dle Dolla, USA) jsou znečišťování ovzduší s následným oteplováním zemské atmosféry, neregulovaný růst lidské populace a chudoba“ (Čevela et al., 2009, 18).

2.3.2 Podpora zdraví

Zdraví je jedno ze základních lidských práv, a proto v zájmu každého státu je usilovat o co nejlepší zdraví svých obyvatel. Dobré zdraví je velmi důležité pro ekonomický a sociální rozvoj. Hlavní vliv mám jak pro život každého jednotlivce, tak pro rodiny a celou společnost. Zdraví přispívá k větší produktivitě, efektivitě práce, zdravějšímu stárnutí a také menším výdajům za nemoci a léky. Špatný zdravotní stav a náchylnost k nemocem vede ke stavům, kdy si člověk připadá mnohdy nepotřebný pro společnost a odčerpává prostředky ze všech resortů (Zdraví, 2020).

Zdraví člověka ovlivňuje mnoho faktorů, dle WHO jsou to faktory sociální, biologické a ekonomické. WHO se podílí na strategii v péči o zdraví v programu s názvem Zdraví 21 - zdraví pro všechny do 21. století. V programu je zahrnuta komplexní péče společnosti o zdraví a její rozvoj. Zdraví 21 je impulsem a návodem k řešení otázek v péči o zdraví dle regionálních potřeb společnosti. Na zlepšení národního zdraví je potřebná účast a

odpovědnost všech složek a resortů společnosti (Čevela et al., 2009; Machová & Kubátová, 2009).

Existuje program, který se „zaměřuje na zlepšení zdraví a blahobytu obyvatelstva na překonávání nerovností v oblasti zdraví, posílení veřejného zdraví a zajištění univerzálních vysoce kvalitních zdravotních systémů“ (WHO, 2017).

Program s názvem „Zdraví 2020: je rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu“ (Zdraví 2020).

Dopodrobna popisuje, že dobré zdraví prospívá všem ve společnosti a je zásadní pro hospodářský a sociální rozvoj. Soustředí se na hlavní problémy současnosti a podrobně se zabývá posílením zdravotnických služeb a zdravotnického systému (Zdraví, 2020).

Národní projekty na podporu zdraví orientující se na jednotlivce, tak na specifické populační skupiny s cílem změnit chování a postoj ke zdraví směrem ke zdravému životnímu stylu. Zabývají se tematicky zdravým stravováním, omezením kouření, spotřeby alkoholu, prevenci stresu a podpory pohybových aktivit. Národní strategie vycházejí z projektu Světové zdravotnické organizace.

„Hlavní činitelé péče o zdraví nejsou jen finanční prostředky, materiál a technické vybavení zdravotnických služeb. Nejdůležitější v péči o zdraví jsou lidé, jak žijí, jak jsou ochotní se na péči o zdraví účinně podílet, a celá společnost, jaké vytváří ekonomické a sociální podmínky pro život lidí“ (Čeledová & Čevela, 2010, 33).

Podstatnou úlohu na podpoře zdravého životního stylu rodiny mají ženy. Zejména v oblasti výživy, utváření hygienických návyků dítěte. Takto získané návyky ovlivňují dítě i v pozdějším věku. Z toho hlediska je důležitá její vzdělanost a zájem o zdravý životní styl (Čevela et al., 2009).

2.3.3 Prevence

S podporou zdraví úzce souvisí prevence. Prevence se zaměřuje proti nemocem, zahrnuje širokou škálu aktivit orientované na snižování rizika či ohrožení zdraví. Zaměřuje se na jedince nebo na celou společnost.

Rozdíl mezi prevencí a podporou zdraví tkví v tom, že aktivity na podporu zdraví jsou koncipovány jako aktivity pro zdraví na rozdíl od aktivity proti nemocem (prevence). Jsou zaměřeny proti obecnými příčinám nemocí. Zahrnují jak prevenci, zdravotní výchovu, tak různé komunitní aktivity (např. Zdravé město,..) a vytváření příznivých podmínek. Zpravidla dělíme prevenci dle časového hlediska na primární, sekundární a terciální.

- PRIMÁRNÍ

Je to období, kdy nemoc ještě nevznikla. Cílem je zabránit onemocnění nebo zranění. V tomto období se uplatňují aktivity, které posilují zdraví (vyvážená a pestrá strava, zdravý životní styl), nebo odstraňující rizikové faktory (vyvarovat se nadměrné konzumaci alkoholu, nekouřit, mytí rukou před jídlem, používání bezpečnostních pásů...) popřípadě předcházení různým nemocím (očkování) (Institute for Work & Health, 2015; Machová & Kubátová, 2009).

- SEKUNDÁRNÍ

Cílem je snížit dopad nemoci nebo úrazu, který již nastal, včasnou diagnostikou a účinnou léčbou. Jde hlavně o předejití komplikacím a nepříznivým následkům nemoci. Patří sem například i pravidelné preventivní prohlídky, kde lékař může zachytit nemoc v jejím počátku (zubní prohlídky, gynekologické prohlídky...) (Institute for Work & Health, 2015; Machová & Kubátová, 2009).

- TERCIÁLNÍ

Má za cíl zmírnit dopady následků nemocí, vad, handicapů, dysfunkcí, které by mohly vést k imobilitě či invalidit pacienta (protézy, náhrady kloubů, chronické onemocnění...) a udržet co nejdéle kvalitu života (Institute for Work & Health, 2015; Machová & Kubátová, 2009).

Prevenzi můžeme dělit z hlediska kým je poskytována: na zdravotnickou, společenskou nebo osobní prevenci.

Většina lidí uznává důležitost prevence a chápe, že je **lepší nemocem předcházet než jimi trpět**. Uvědomují si, že preventivní opatření a preventivní prohlídky vedou ve svém důsledku ke zvýšení kvality života i jeho prodloužení. Přesto však někdy dobře míněná preventivní opatření přijímají lidé neochotně nebo na ně nedbají, zatímco i třeba nepříjemnému léčení se ochotně podrobují (Machová & Kubátová, 2009, 15).

2.4 Rizikové faktory zdraví

Mezi rizikové faktory zařazujeme chování, které negativně ovlivňuje naše zdraví. Rizikové chování sebou přináší spoustu komplikací a následků v životě dospívajícího. Mladí lidé si většinou následky svého rizikového chování nepřipouští, neuvědomují a většinou je i velmi podceňují. Mezi nejčastější problémové chování adolescentů v současnosti zařazujeme: užívání alkoholu a drog, kouření, nadváha a obezita, stres, rizikové sexuální chování nebo nově se rozšiřující patologické hráčství (gambling). Na zmíněných rizikových faktorech si člověk v této fázi vývoje může vytvořit i závislost.

2.4.1 Stres a jeho zvládnání

Stres je přirozenou a nezbytnou součástí lidského života. Navzdory nejlepším snahám ho nemůžeme ignorovat, nemůžeme ho vyhodit ven, zavřít před ním oči... Většina z nás se soustřeďuje především na své fyzické zdraví – hmotnost, výška, tělesný tlak, tepová frekvence...‘

Pokud přijde řeč na duševní nebo emocionální zdraví, lidé se moc neorientují. Duševní pochody ani emoce nemůžeme změřit jako tělesnou výšku, tlak, ale to neznamená že bychom je měli ignorovat. Fyzické, duševní a emocionální zdraví člověka spolu velmi úzce souvisí. Duševní ani fyzické zdraví není jen absence nemoci, je to něco více. Všichni bychom si přáli být stále šťastní, ale víme že tomu tak vždy není. Každý z nás je jednou „nahore“ a jindy „dole“ (Blahušová, 2009; Mlčák 2004).

Dle Mlčáka (2004, 23) můžeme stres nejobecněji vymezit jako fenomén, který vzniká v důsledku nerovnováhy mezi úrovní nejrůznějších životních nároků a adaptivních schopností člověka je přiměřeným způsobem zvládat. Míra a povaha této nerovnováhy určuje dopad stresu na kvalitu jeho zdraví i nemoci.

Blahušová (2009, 95) zase říká, že „stres je mentální, emocionální a fyziologická odpověď lidského těla na mimořádně silný podnět neboli stresor“.

Pro některé znamená stres zvýšení aktivity neboli pozitivní zátěž, pro druhé naopak negativní zátěž, která může jedince poškodit nebo vyvolat nemoc. Z toho vyplývá, že rozlišujeme 2 druhy stresu: eustres a distres.

Eustres – pozitivní odpověď organismu, která s přiměřeným zvětšováním stresu stimuluje jedince k vyšším nebo lepším výkonům a zlepšuje zdraví. Jako příklad může být sňatek. Jedná se o velkou životní změnu, která může být v mnoha ohledech stresující, ale jde o pozitivní stres.

Eustres souvisí se vztahem, zdravím a smysluplným naplněním. Koupit si nový dům, auto, získat nové zaměstnání, vdát nebo oženit se, mít dítě. Všechno jsou velká, mnohdy životní a stresující rozhodnutí, avšak pro většinu z nás jsou to pozitivní a šťastné události (Blahušová, 2009; Čevela et al., 2009).

Distres – je negativní odpověď na stres. Jde obvykle o mnoho stresorů, které udeří tak silně, že rozhodí tělesnou i duševní rovnováhu. Je prokázáno, že nejdůležitější vliv na tělesné i duševní zdraví člověka mají životní události distresové povahy. Patří sem například: dlouhodobá nezaměstnanost, disharmonické manželství, úmrtí blízkého člověka, vážné dlouhodobé onemocnění a další (Blahušová, 2009; Mlčák, 2004).

2.4.2 Příznaky stresu a jeho zvládnání

První a důležitým bodem v boji proti stresu, je rozeznat, že existuje problém. V tabulce 1 jsou uvedeny některé symptomy, které jsou známkou toho, že se jedná již o negativní distres a když ho nepodchytíme, může ohrozit naše zdraví.

Tabulka 1. Nejčastější signály stresu

Bušení srdce	Výkyvy nálad	Zhoršený pracovní výkon
Závratě	Neschopnost empatie	Zvýšený konzum alkoholu
Bolesti hlavy a migrény	Smutek	Vysoký krevní tlak
Zvětšená nebo zmenšená chuť k jídlu	Úzkostnost	Špatná koncentrace
Napětí a bolesti páteře	Svíravá bolest na prsou	Nespavost
Zvýšené pocení	Kožní vyrážky	Vlhké, studené ruce

Každý člověk je jinak fyzicky a duševně schopný se vyrovnat se stresem kolem nás. Jednou z možností je naučit se reagovat pozitivně na změny a omezit negativní reakce. K častým reakcím na stres patří i obranné mechanismy. Tyto mechanismy působí na vědomé úrovni a snaží se narušit úzkost, která přichází vlivem stresu. Jelikož se ale mnohdy jedná o

sociálně nevhodné chování, mohou se stávat i samy o sobě rizikovými faktory z hlediska zdraví (např. agrese – mstí se za utrpení na jiných objektech a dotyčný si může ublížit...).

Naštěstí člověk reaguje na stres i spoustou copingových neboli zvládacích strategií. Tyto strategie představují lepší přístup k zvládnání stresu, ve kterých neohrožujeme své zdraví. Probíhají taktéž na vědomé úrovni a pro duševní zdraví člověka mívají ochranný účinek (Blahušová, 2009; Mlčák, 2004).

„Zatímco obranné mechanismy slouží jedinci především k pasivnímu vyhýbání se zátěžovým a stresovým situacím, copingové strategie jsou orientovány spíše na jejich aktivní řešení“ (Mlčák, 2004, 33).

Mlčák (2004) rozlišuje copingové strategie zaměřené na problém, strategie zaměřené na emoce a dysfunkční strategie. Mezi první strategii zahrnuje aktivní zvládnání či plánování, mezi druhou hledání sociální, emocionální podpory, akceptaci nebo popření a na závěr do třetí skupiny řadí zaměření se na projevování emocí, odpoutání pomocí alkoholu a drog.

2.4.3 Alkohol

Alkohol, resp. účinná látka etanol, je kvůli své dostupnosti a omamnému a euforizačnímu účinku nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou v našich zeměpisných šířkách. Konzumace alkoholu však způsobuje mnohá somatická onemocnění (onemocnění jater, úrazy), duševní poruchy (epizody sekundární deprese) a společenské obtíže (narušené rodinné a pracovní vztahy) (Dlabal, 2013, 22).

Škodlivé pití u dospívajících je velkým problémem v mnoha zemích. Alkohol snižuje sebekontrolu a zvyšuje rizikové chování, jako například nechráněný sex nebo řízení dopravních prostředků pod jeho vlivem. Konzumace alkoholu je primární příčinou zranění (včetně těch, které jsou důsledkem nehod v silničním provozu), násilí (zejména partnerské) a předčasných úmrtí. To může také vést ke zdravotním problémům v pozdějším životě a ovlivnit délku života (WHO, 2017).

Česká společnost je vůči alkoholu mimořádně tolerantní. Alkohol je dostupný v každém obchodě s potravinami, kde je na očích všem návštěvníkům obchodu (ať už je to rodina s malými dětmi, dospívajícími...). I v reklamách během dne, kdy se na televizi koukají i děti, běží reklamy na pivo a další alkoholické nápoje. U nás si sice mladší 18 let alkohol koupit nesmějí, ale tento zákon jde velmi jednoduše obejít. V některých zemích (např. Švédsko) jsou specializované prodejny alkoholu, kde panují přísná pravidla prodeje a mají dokonce napsanou databázi alkoholiků, kterým nic neprodají. Alkohol se zde prodává na občanský průkaz a je určena maximální roční spotřeba.

Muži konzumují alkohol častěji a ve větším množství než ženy. Nejvyšší spotřebu alkoholu vykazují muži ve věku 35–64 let. Mladší respondenti konzumují alkohol méně často, ale ve větším množství, zatímco starší respondenti preferují konzumaci pravidelnou, zato v nižší míře. Nejčastěji konzumovaným typem alkoholu je pivo u mužů, víno u žen. Nejvyšší konzumace alkoholu bývá v dnech, po nichž následuje volno - tj. pátek a sobota (ÚZIS, 2008).

Akutní intoxikace alkoholem (opilost) způsobuje změnu stavu vědomí. V počáteční fázi se uvolňují zábrany a je patrná euforie. Následně dochází k útlumu jedince, což se projevuje narušenou pozorností, poruchami vnímání a zhoršenými úsudky. Intoxikovaný jedinec navíc hůře ovládá své emoce a motorickou koordinaci (kolísavá chůze, nesrozumitelná řeč). Intoxikace mnohdy mění i chování lidí, kteří se stávají podráždění, hádaví nebo agresivní (Dlabal, 2013).

2.4.4 Kouření

„Tabák, resp. účinná látka nikotin, je užíván kvůli svému uklidňujícímu a stimulačnímu účinku. Nebezpečí pro konzumenta spočívá v rychle se rozvíjející závislosti na nikotinu a následně vyšší pravděpodobnosti výskytu některého ze závažných somatických onemocnění (rakovina)“ (Dlabal, 2013, 26).

Drtivá většina lidí, kteří kouří v dospělosti, začali s užíváním tabáku, když byli mladiství. Mladí lidé začínají kouřit z různých důvodů. Někteří, aby mohli vypadat důležitě a nezávisle, jiní to odkoukají v rodině, od starších sourozenců. Další se kamarádí s přáteli, kteří kouří a oni nechtějí před nimi vypadat trapně nebo se pro mnoho mladistvých stávají jako vzory populární osobnosti, které kouří a oni se jim chtějí přiblížit (herci, zpěváci, hudebníci...). Epidemie tabáku je jednou z největších hrozeb veřejného zdraví. Zabíjí více než 7 milionů lidí ročně. Více než 6 milionů z těchto úmrtí jsou výsledkem přímého užívání tabáku, zatímco kolem 890 000 jsou výsledkem pasivního kouření. Pasivní kouření je kouř, který vyplňuje „uzavřený“ prostor (restaurace, kanceláře, diskotéky...), když lidé pálí tabákové výrobky, jako jsou cigarety, doutníky a vodní dýmky. V tabákovém kouři je přes 4000 chemických látek, z nich je alespoň 250 škodlivých a více než 50 je známo, že způsobují rakovinu. Z tohoto důvodu se v boji proti kouření postavila také vláda České republiky, která schválila tzv. „Protikuřácký zákon“, který platí od 31. 5. 2017. Zákona zakazuje kouření v restauracích a dalších veřejných prostorách.

V některých zemích děti z chudých rodin pracují v tabákovém zemědělství. Tyto děti jsou obzvláště náchylné k tzv. „zelené tabákové nemoci“, která je způsobena nikotinem, který se vstřebává přes kůži, díky manipulaci s mokkými tabákovými listy (WHO, 2017).

Celkem v české populaci je podle šetření 24,5 % denních kuřáků (30 % mužů a 19 % žen), 7,8 % příležitostných kuřáků, 16,5 % bývalých kuřáků a 51,1 % osob, které nikdy nekouřily. Průměrný počet vykouřených cigaret u denních kuřáků je 16 ks u mužů a 12 ks u žen. Vystavení tabákovému kouři uvnitř místnosti více než 1 hodinu denně doma se týká 9,1 % respondentů, ve veřejných budovách 6,4 % respondentů a na pracovišti 7,4 % z pracujících respondentů uvnitř místnosti (ÚZIS, 2008).

U intoxikované jedince se objevuje emoční nestabilita, nespavost, bolest hlavy a dále různé tělesné příznaky jako pocení, tachykardie, nauzea nebo zvracení (Dlabal, 2013).

2.4.5 Rizikové sexuální chování

Sexuální život je významnou součástí života každého z nás, avšak může být zdrojem zdravotních rizik. Zdravý sexuální život je obecně definován, jako akt, kdy dva pohlavně zralí lidé navážou sexuální vztah a zůstávají si v něm oboustranně věrní (Křivohlavý, 2001). Rizikové sexuální chování je charakterizováno předčasným začátkem pohlavního života, nechráněným pohlavním stykem, promiskuitou, prostitučním chováním, náhodnými známostmi a další. V širším slova smyslu se k rizikovému chování pojí i další faktory, jako agresivita, nadužívání alkoholu a drog nebo asociální chování. Dané chování může negativně ovlivňovat jedince, který se ho dopouští, a to jak v přítomnosti, tak i v budoucnosti. Problematika rizikového sexuálního chování je diskutována hlavně v souvislosti s pohlavně přenosnými chorobami (Jonášová, 2015).

Vzhledem k relativně vysoké promiskuitě české populace a snížení ochranných pomůcek při sexu (hlavně kondomu), vzrůstá riziko pohlavních chorob. Mezi smrtelné a obávané pohlavní choroby patří AIDS – nemoc způsobená virem HIV a syfilis. K další neméně závažným onemocněním, řadíme kapavku a chlamydie (Medicína, 2012).

2.4.6 Obezita

Obezita je v současné době jedním z nejrozšířenějších onemocnění látkové přeměny, jedná se o onemocnění metabolické. Obezita je charakterizována nadměrným uložením tukové tkáně v organismu. Patří k nejčastějším onemocněním v České republice, Evropě i Severní Americe. Řadí se k tzv. civilizačním chorobám (Mastná 1999; Svačina 2000; Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

Avšak ne každé zvýšení tělesné hmotnosti, znamená zvýšení tělesného tuku. Tak je tomu u sportovců, kteří mají tréninkem enormně vyvinuté svaly (např. kulturisti, vzpěrači). Nebo za okolností, kdy se nám v organismu zadržuje voda, tím se nám zvyšuje hmotnost a též se nejedná o obezitu. Existuje takzvaná latentní neboli skrytá obezita, kdy i při ideální hmotnosti máme vyšší procento podílu tuku v těle, než je považováno za normu. Normální hodnoty podíl tuku v organismu činí u mužů do 20–25 % a u žen do 25–30 % (Mastná 1999; Svačina 2000).

Nejčastěji používanou metodou k diagnostice obezity je v současnosti tzv. Queteletův index, který je dnes celosvětově označován jako body mass index (BMI). BMI se rovná hmotnosti v kilogramech dělené výškou na druhou v metrech (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

Použití BMI je celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovení diagnózy obezity, které může zároveň sloužit i jako ukazatel životní prognózy a rizika většiny komplikací (Svačina, 2000).

Tabulka 2. Klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI (Svačina & Bretšnajdrová, 2008, 12)

Klasifikace	BMI
Podvýživa	do 18,5
Normální hmotnost	18,5 – 24,9
Nadváha	25 – 29,9
Obezita 1. stupně (mírná)	30 – 34
Obezita 2. stupně (střední)	35 – 40
Obezita 3. stupně (těžká)	Nad 40

Jako normální hmotnost bývá udávána hodnota BMI 20 až 25 kg/m². Někdy se uvádí jako dolní hranice normy i hodnota 18 či 18,5. Pod touto úrovní klasifikuje již onemocnění jako podvýživu.... Nadváha je považována za předstupeň obezity. Zdravotní rizika však evidentně stoupají již od BMI 25 a riziko ostře stoupá od hodnoty 27. Morbidní obezita je pak závažným onemocněním a osoby s tímto stupněm nadváhy nepřežívají většinou 60 let. Optimální životní prognózu mívají podle řady studií jedinci s BMI 20 až 22 (Svačina, 2000, 14).

2.5 Charakteristika mladší dospělosti

Přechod z dospívání do dospělosti souvisí se sociální pozicí jedince. Osoby se základním vzděláním tuto pozici přijímají poměrně dříve, než třeba vysokoškolští studenti (Kelnarová & Matějková, 2010).

Dle Machové (2008) začíná období dospělosti již v 18 letech a trvá do 30 let. Vágnerová (2000) vymezuje mladší dospělost od 20 až do 35 let. Na začátku tohoto období se dosahuje definitivní výšky a dokončuje se prořezávání třetí stoličky. Roste kosterní svalstvo, narůstá i výkonost jedince, a díky tomu se zvyšuje i hmotnost. Narůstá i vrstva podkožního tuku.

„Z biologického hlediska je to optimální doba k založení rodiny. Někteří jedinci dosahují však sociální zralosti až uprostřed tohoto období, neboť ještě dokončují svou kvalifikační přípravu studiem“ (Machová, 2008, 236).

Za dospělost se považuje období mezi dospíváním a stářím. Každý se na dospělost dívá z různých pohledů, ale ohraničení, které je pro všechny stejné, je právní určení. To definuje dospělost jako období od dosažení zletilosti (v České republice jde o dosažení 18 let) a její ukončení odchodem do důchodu. Není tím myšleno, že úderem 18. narozenin se z člověka stává plně vyzrálý dospělý jedinec. Může sice pít alkohol, volit nebo uzavřít sňatek, ale zralost neurčuje věk, nýbrž zkušenosti, kterých člověk v 18 letech má velmi málo. K dosažení zralosti více přispívají různé životní události, jejich řešení než biologické faktory. Logické je, že rychleji dozrávají osoby, kterým se v dřívějším věku narodí dítě, než studenti a osoby žijící nezávislým způsobem života. Také další závažné životní události jako je rozvod, nebo smrt blízkého člověka (rodiče), často přispívají k vyšší osobní zralosti, díky nahlížení na svět z více perspektiv (Thorová, 2015).

Dospělost se projevuje změnou v mnoha oblastech:

- Dospělý člověk již není závislý na původní rodině, seberealizuje se a osamostatňuje se. Tím se uklidňují i možné neshody v rodině a vztah s rodiči se stává klidnější. Mění se i vztah k ostatním lidem. Mnohé vztahy přetrvávají ještě z doby adolescence, ale mladý dospělý je otevřený i novým kontaktům a věcem. Dospělý člověk je schopen zvládnout i soužití v páru, kde je nutnost vzájemné tolerance, kompromisu a harmonizace potřeb obou partnerů.
- Dospělost je dobou sexuální zralosti, a právě v této fázi je jedním z nejdůležitějších aspektů partnerského vztahu. V určitém stádiu sexuální touha vyúsťuje v potřebu mít dítě a na významu nabývá její reprodukční složka.
- Posléze je schopen naplnit požadavky i rodičovské role, která mu nepřináší jen potěšení, pocit nadřazenosti nad jinou lidskou bytostí, ale hlavně značnou zodpovědnost za nový život (Vágnerová, 2000).

Za ideál dospělosti uvádí Langemeier a Krejčířová (1995, 163):

Člověk se stává sociálně zralým. To znamená, že se plně rozvíjí ve své práci i v ostatních činnostech realizovaných ve volném čase, přičemž udržuje tyto oblasti vyrovnané, pojí ho hluboké a trvalé pouto k životnímu partnerovi, přejímá výchovné úkoly vůči svým potomkům a udržuje si nezávislý, ale kladný vztah ke svým rodičům.

V tomto období se mladý člověk setkává se třemi výraznými mezníky. Jsou to dokončení studia, nástup do zaměstnání, odpoutání a odchod od rodičů, dále vstup do manželství a zakládání vlastní rodiny.

2.5.1 Vývojová stádia

Období nejranější fáze dospělosti navazující na adolescenci, má dle mého názoru významnou funkci v některých případech i mnohem významnější než třeba přecházející období. Někteří slavní psychologové se věnují spíše fázi dětství a s končí s rozdělením fází u dospívání. Psychoanalytik a psychiatr Erikson (1999) se oproti jiným zabýval celoživotní vývojem a všimal si společenských, kulturních a historických podmínek. Domníval se, že každý jedinec si musí na určitém vývojovém stupni vyřešit psychosociální konflikt. Pokud se mu to podaří, nastává jeho růst, který může pokračovat úspěšně dál a vede k jeho ctnosti, naopak nevyřešené konflikty následující vývoj pozdržují a ohrožují. Jediná možnost nápravy je v dodatečné vyřešení konfliktu. V mladší dospělosti se jedná o konflikt intimity a izolace a ctnostní je podle něj láska. Dané období je specifické pro hledání vlastní identity, spojení dvou rozdílných identit a dosažení vzájemné intimity.

Erikson (1999) rozděluje život člověka na osm stádií, které nazval osm věků člověka. Podle něj v každém stádiu vývoje osobnosti existuje určitá věkově typická krize neboli konflikt:

1. období – první rok života: pocit důvěry x pocitům nejistoty
2. období – období batolete: pocit autonomie x pocitu studu
3. období – předškolní věk: iniciativa x pocitu viny
4. období – školní věk: pocit vlastní snaživosti x pocitům méněcennosti
5. období – věk dospívání: vlastní identita x nejistotě v roli
6. období – mladá dospělost: intimita x izolaci

V tomto období je člověk ochoten se vzdát vlastní totožnosti, která pro něj byla v dospívání nejvzácnější, nejzranitelnější a o kterou tolik usiloval. Měl by být schopen vytvořit intimní partnerský vztah splynutím vlastní identity s totožností druhého člověka. Pokud mladý člověk v této době není schopný navázat hluboký, citový a stabilní vztah, čeká jej izolace. Nezvládnutí této fáze hrozí to, že člověk bude mít sklon vyhýbat se všem možným vztahům, které „hrozí“ intimitou, emočním sblížením a současně také omezení vlastní svobody, přijetím zodpovědnosti a nových povinností.

7. období – dospělost: generativa x stagnaci
8. období – stáří: integrita x strach ze smrti

3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnocení celkové životní spokojenosti, míry spokojenosti s vlastním tělem na základě úrovně pohybové aktivity u jedinců v období adultus, v našem případě VŠ studentů.

3.2 Dílčí cíle

1. Rozdělení VŠ studentů do 3 skupin na základě úrovně pohybové aktivity za pomoci Dotazníku IPAQ.
2. Analýza aktuální životní spokojenosti VŠ studentů prostřednictvím Dotazníku životní spokojenosti (DŽS).
3. Analýza aktuální míry spokojenosti s vlastním tělem VŠ studentů pomocí Dotazníku body image.
4. Porovnání subjektivního vnímání životní spokojenosti, body image a dosaženého BMI na základě rozdělení dle PA (nízká, střední, vysoká)
5. Zhodnocení výsledku výzkumu a stanovení závěru.

3.3 Výzkumné otázky

- Jaký je podíl výskytu dle BMI v kategorii nadváhy a obezity u současných VŠ studentů?
- Jaká je úroveň životní spokojenosti u současných VŠ studentů ve vztahu k rozdílné úrovni pohybové aktivity?
- Dosahuje životní spokojenost VŠ studentů české normy?
- Jaká je úroveň subjektivního vnímání vlastní osoby z hlediska úrovně PA?

4 METODIKA

4.1 Metodika výzkumu

Metodikou výzkumu rozumíme postup, díky kterému postupně realizujeme úkon související s daným výzkumem a s realizací našeho výzkumného cíle. Výzkumná metoda je obecný metodologický nástroj, který slouží k získání a zpracování dat. V této bakalářské práci byla použita metoda výzkumu pomocí dotazníkového šetření.

4.2 Metody získávání údajů

K dosažení stanovených cílů v této bakalářské práci byla využita kvantitativní metoda vycházející z dotazníkového šetření. Výzkum byl prováděn pomocí těchto 3 standardizovaných dotazníků:

- Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě (IPAQ)
- Dotazník životní spokojenosti (DŽS)
- Dotazník body image

4.2.1 Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě – IPAQ

International Physical Activity Questionnaire (dále jen IPAQ) je celosvětově uznávaný dotazník, pomocí něhož se sbírají údaje z oblasti pohybové aktivity. Na základě získaných údajů je možné srovnání na národní i mezinárodní úrovni. Dotazník je určen pro jedince v rozmezí věku 15–69 let. Pracuje na bázi sebehodnocení, kdy se hodnotí vykonaná aktivita za posledních 7 dní. Respondenti určují četnost a délku trvání pohybové aktivity, u které rozlišují charakter její intenzity (Kudláček & Frömel, 2012). Z dotazník se dozvíme i řadu dalších informací o daném jedinci např. z oblasti demografie (pohlaví, věk, doba školní docházky, zaměstnání a pracovní doba, velikost města, kde žije...) a další doplňující informace (výška, hmotnost, národnost, kuřáctví, způsob života, organizovanost v pohybové aktivitě atd.).

Výzkum této bakalářské práce využívá dlouhou verzi dotazníku (IPAQ Long), která podrobněji zkoumá specifické druhy provozovaných aktivit. Dotazník hodnotí PA v 5 sledovaných oblastech:

- pohybová aktivita v rámci práce nebo studia,
- přesuny – pohybová aktivita při dopravě,
- domácí práce, údržba domu (bytu) a péče o rodinu,
- rekreace, sport a volnočasová pohybová aktivita,
- Čas strávený sezením.

Vyhodnocení je možné podle celkového skóre, které je dáno součtem času (trvání v minutách) a frekvencí (počet dnů) jednotlivých aktivit (chůze, středně zatěžující a intenzivní aktivity) všech oblastí. Údaje z IPAQ můžeme uvádět jako kontinuální proměnné, kdy vypočítáme objem aktivity v závislosti na jeho druhu. K rozlišení energetické náročnosti slouží hodnota METs (1 MET = 3,5 ml O₂ / kg-1/min-1), což jsou násobky energetického výdeje v klidu. MET skóre vynásobíme dobou trvání aktivity (v minutách) a dostaneme výsledek v MET-minutách. Jelikož tento údaj odpovídá člověku s hmotností 60 kg, k výpočtu kilokalorií vynásobíme MET-minuty hmotností (v kg) dělenou 60 kg. Všechny uvedené hodnoty pohybové aktivity jsou uváděny v jednotce MET-min/týden (Kudláček & Frömel, 2012).

Pomocí dotazníku, lze získat kategorické proměnné ukazatele stanovením mezních hodnot. V bakalářské práci jsem dotazník použila hlavně díky, rozdělení studentů do třech kategorií na základě úrovně pohybové aktivity. Pro zařazení do dané kategorie je nutné splnění následujících kritérií (Kudláček & Frömel, 2012):

1. kategorie – Nízká (málo aktivní jedinci nesplňující kritéria 2. a 3. kategorie).
2. kategorie – Střední (alespoň 20 minut intenzivní aktivity – 3 a více dnů v týdnu nebo alespoň 30 minut středně zatěžující aktivity/chůze – v 5 a více dnech v týdnu nebo 5 a více dní v kombinaci chůze, středně zatěžující a intenzivní aktivity dosahující minimálně 600 MET-minut/týden).
3. kategorie – Vysoká (alespoň 3 dny intenzivní aktivity s minimální hodnotou 1500 MET-minut/týden nebo 7 dní v kombinaci chůze, středně zatěžující a intenzivní aktivity s hodnotami minimálně 3000 MET-minut/týden).

4.2.2 Dotazník životní spokojenosti – DŽS

Životní spokojenost představuje jednu z dimenzí kvality života. Pro její měření jsme zvolili Dotazník životní spokojenosti (DŽS) od autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera, pocházející původně z Německa. Pro použití v českém prostředí jej přeložili Kateřina Rodná a Tomáš Rodný. Dotazník je určen pro osoby starší 14 let. Aplikace dotazníku má široké využití v psychologických a sociologických výzkumech, které se orientují na diagnostiku individuální nebo vybraných populačních skupin.

Tímto dotazníkem posuzujeme celkovou životní spokojenost člověka, která je diferenciována do deseti významných oblastí, utvářejících tuto spokojenost. Tyto oblasti – jednotlivé škály dotazníku – jsou v tomto pořadí: zdraví, práce a povolání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní a bydlení.

Celkově obsahuje dotazník 70 otázek rozdělených po 7 otázkách pro každou významnou oblast, kde na každou z nich lze odpovědět v sedmibodové hodnotící škále – velmi nespokojen(a), nespokojen(a), spíše nespokojen(a), ani spokojen(a) ani nespokojen(a), spíše spokojen(a), spokojen(a), velmi spokojen(a).

Do výpočtu celkové životní spokojenosti se započítávají pouze data z oblastí: zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátele, příbuzní a známí a bydlení. Nezařazené kategorie (práce a povolání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem) totiž nemusí nutně obsahovat život každého člověka.

Na základě dosaženého skóre vypočteme index tzv. celkové životní spokojenosti.

4.2.3 Dotazník body image

Tento dotazník zjišťuje aktuální míru spokojenosti s vlastním tělem. Každý z respondentů označí křížkem jedno číslo na škále o stupnici 0 až 100 (0 = nejnižší míra spokojenosti, 100 = nejvyšší míra spokojenosti), které představuje aktuální míru spokojenosti s vlastním tělem, tváří, jednotlivými segmenty těla, subjektivně vnímanou atraktivností a celkovým BI.

4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 102 studentů Univerzity Palackého ze tří fakult. Konkrétně se jednalo o studenty z Pedagogické fakulty, z Přírodovědecké fakulty a z Fakulty tělesné kultury ve věku od 19 do 32 let. Průměrný věk studentů činil 22 let (SD 1,9). Průměrná výška dosahovala 169 cm (SD 8,5), kdy nejmenší naměřené výšky dosáhl student měřící 153 cm a nejvyšší student měřil 193 cm. Průměrná hmotnost probandů byla 65,5 kg (SD 12,5), kdy nejmenší naměřená hodnota byla 46 kg a nejvyšší 115 kg. Hodnota BMI byla vypočítána na základě tělesné výšky a tělesné hmotnosti uvedené v dotazníku IPAQ. Průměrná hodnota BMI činila 22,8 kg/m² (SD 3,6), kde minimální hodnota byla 17,2 kg/m² a nejvyšší hodnota byla 41,2 kg/m².

Tabulka 3. Základní charakteristiky sledovaného souboru

n=102				
	M	SD	MIN	MAX
Věk (roky)	22	1,9	19	32
Tělesná výška (cm)	169	8,5	153	193
Tělesná hmotnost (kg)	65,5	12,5	46	115
BMI (kg/m²)	22,8	3,6	17,2	41,2

Legenda: n – velikost souboru, M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka, Min – minimum, Max – maximum

V rámci zpracování dat byli probandi členěni do tří kategorií z hlediska frekvence a intenzity pohybové aktivity. Kategorie první vykazuje nízkou hodnotu PA, kategorie druhá střední hodnotu PA a kategorie třetí zaznamenávala vysokou hodnotu PA. Data byla zjišťována pomocí zkrácené verze dotazníku IPAQ. V každé kategorii je 34 probandů a jejich základní charakteristiky udává následující tabulka.

Tabulka 4. Základní charakteristiky jednotlivých kategorií sledovaného souboru

	Kategorie 1, nízká PA (n = 34)				Kategorie 2, střední PA (n = 34)				Kategorie 3, vysoká PA (n = 34)			
	M	SD	MIN	MAX	M	SD	MIN	MAX	M	SD	MIN	MAX
Věk (roky)	22,18	1,55	19	25	21,56	1,42	19	25	22,09	2,61	19	32
Tělesná výška (cm)	169,50	8,08	154	185	168,35	8,34	153	193	170,09	9,13	154	193
Tělesná hmotnost (kg)	66,40	13,39	47	95	64,09	14,12	46	115	65,97	9,97	47	94
BMI (kg/m²)	23,02	3,85	17,2	32,0	22,49	4,02	18,7	41,2	22,78	2,89	18,8	33,7

Legenda: n – velikost souboru, M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka, Min – minimum, Max – maximum

4.4 Metodika sběru dat

Sběr dat probíhal na Univerzitě Palackého v Olomouci, konkrétně na Pedagogické fakultě, Přírodovědecké fakultě a Fakultě tělesné kultury podle časového harmonogramu v roce 2016. Dotazníky IPAQ +DŽS a hodnotící škála BI, byli spojeni v jeden svazek. Součástí toho svazku spolu s dotazníky se nacházely také úvodní informace o výzkumu. Z vytištěných a rozdaných dotazníků bylo vráceno 102 správně vyplněných dotazníků.

4.5 Metody zpracování a vyhodnocení získaných údajů

Na zpracování a vyhodnocování získaných údajů z DŽS, IPAQu a ze škály BI jsme použili matematicko-statistické zpracování s využitím počítačového programu Microsoft Excel 2016. U námi sledovaných proměnných jsme vypočítali základní statistické údaje (aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimum, maximum). Konečné hodnoty jsme vložili do přehledných tabulek a grafů. V tabulkách a grafech jsou uvedeny průměrné hodnoty zastupující jednotlivé kategorie.

4.5.1 Použité statistické pojmy v bakalářské práci

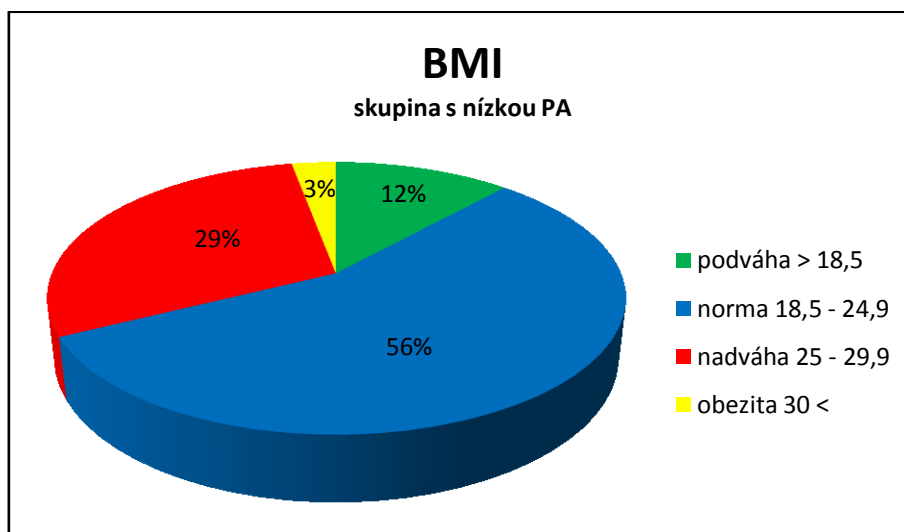
- *Aritmetický průměr (M)* je statistická veličina, která vyjadřuje typickou hodnotu popisující soubor mnoha hodnot. Je součet všech hodnot souboru vydělený jejich počtem.
- *Směrodatná odchylka (SD)* vypovídá o tom, jak moc se od sebe navzájem liší typické případy v souboru zkoumaných čísel. Je-li malá, jsou si prvky souboru navzájem podobné. Má-li velkou hodnotu, prvky jsou značně odlišné.

5 VÝSLEDKY

Praktická část bakalářské práce zpracovává výsledky jednotlivých dotazníků. Jako první posloužil dotazník IPAQ k rozdělení studentů do tří kategorií z hlediska PA. První kategorie dosahuje nejnižší pohybové aktivity, kategorie druhá střední pohybové aktivity a kategorie třetí dosahuje nejvyšší pohybové aktivity ze zkoumaného souboru. PA představovala kritérium pro vytvoření kategorií, na základě, které nahlížíme na celkovou životní spokojenost z (DŽS), na hodnotící škálu pro posouzení spokojenosti s vlastním Body image (dále jen BI) a rozdílnost BMI dle PA. Úvodem popisuji sledovaný soubor, následně nahlédneme na rozdílnost velikosti BMI vzhledem k úrovni PA. Nakonec představím výsledky spokojenosti studentů s vlastní BI a také celkovou životní spokojeností.

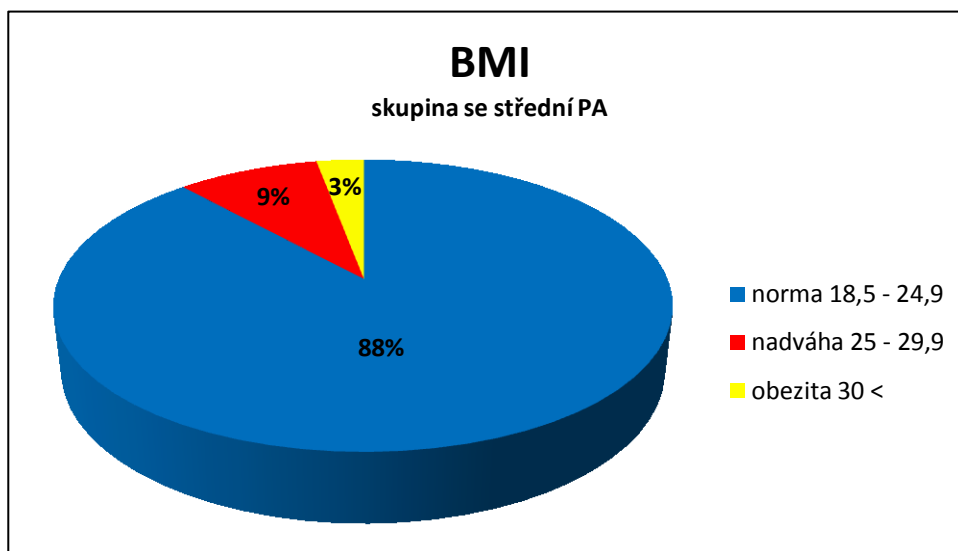
5.1 BMI studentů z hlediska PA

Výsledky faktoru BMI, byli zpracováni na základě údajů z dotazníku IPAQ. Ten nám pomohl studenty rozdělit do třech stejně velkých skupin po 34 probandech z hlediska úrovně PA. Na (Obrázku 3) máme skupinu s nízkou PA. Kategorie odpovídají obecně platným hodnotám BMI, kde normální hmotnost odpovídá rozmezí 18,5 – 24,9. Tuto hodnotu splňuje 56 % studentů. Ve skupině s nízkou PA se jako v jediné vyskytují i studenti s podváhou, která je pod hodnotou > 18,5, kterou zde splňovalo 12 % studentů. Osoby trpící nadváhou dosahují hodnot 25 – 29,9 a je jich zde zastoupeno 29 %. Zajímavostí je, že v nízké pohybové aktivitě se nacházejí pouhá 3 % studentů trpící obezitou s hodnotou BMI vyšší než 30.



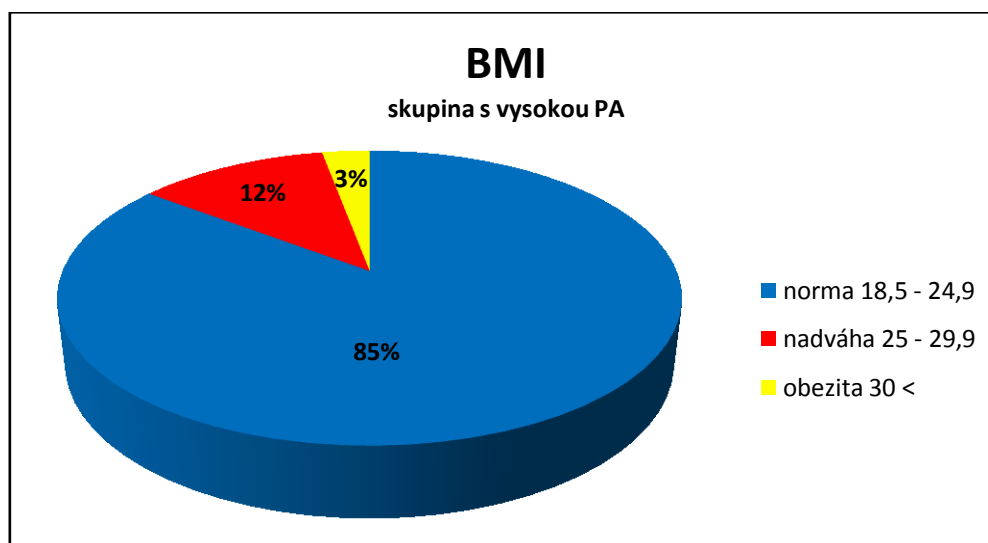
Obrázek 3. BMI studentů v kategorii s nízkou PA

(Obrázek 4) znázorňuje skupinu se střední PA, ve které se nejvíce studentů (88 %) nachází v rozmezí 18,5 – 24,9, což spadá do kategorie pro normální hmotnost. S nadváhou se zde potýká 9 % studentů a shodně jako v kategorii s nízkou PA mají 3 % studentů BMI vyšší než 30, a tím spadají do kategorie obezita.



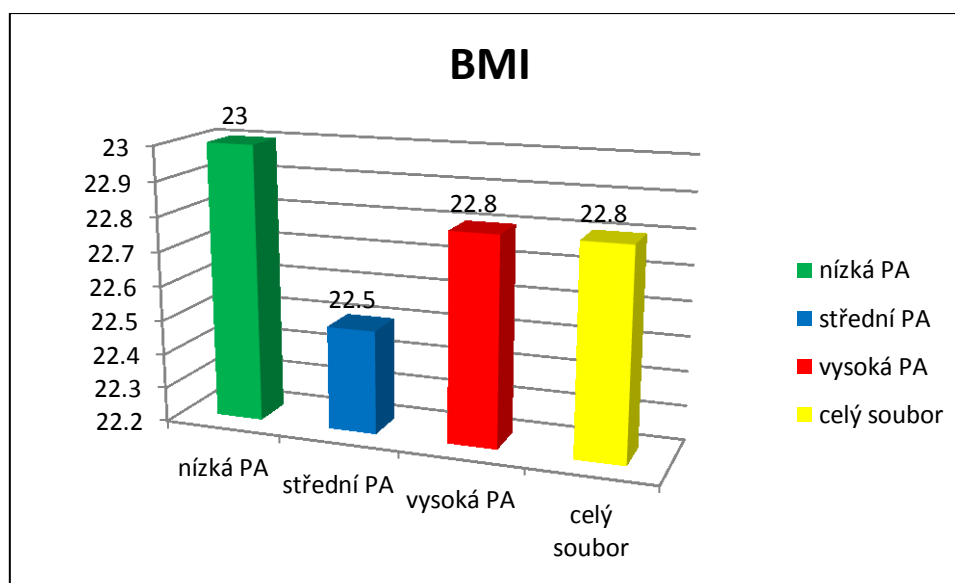
Obrázek 4. BMI studentů v kategorii se střední PA

U studentů s vysokou PA (Obrázek 5) splňuje kritérium pro normální hmotnost 85 % studentů. V této kategorii se nachází 12 % studentů v rozmezí 24,9 – 29,9, spadajících do kategorie nadváhy, což může být zapříčiněno i větším podílem svalstva. To nám mohou i dokázat následující grafy aktuální míry spokojenosti s vlastním body image. Jako v předchozích kategoriích i zde jsou zastoupena 3 % studentů trpících obezitou. Může to být taktéž zapříčiněno vysokým podílem svalstva.



Obrázek 5. BMI studentů v kategorii s vysokou PA

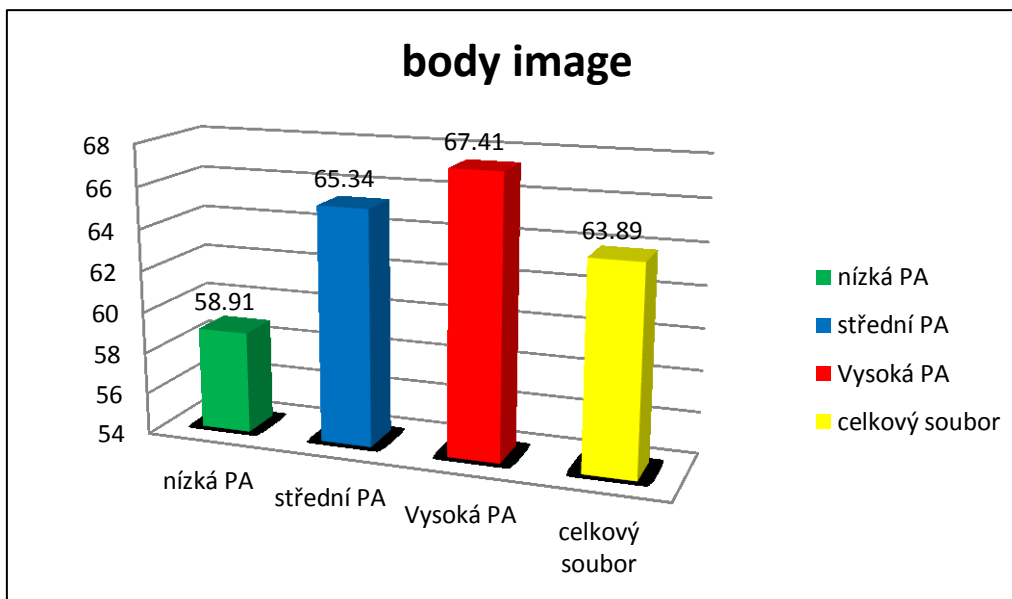
Na (obrázku 6) je vidět, že dle kategorií odpovídající obecně platným hodnotám BMI pro dospělou populaci, mají nejlepší výsledky studenti v kategorii střední PA. Naopak nejvyšší BMI mají studenti s nízkou PA. V kategorii studentů s vysokou PA může být výsledek BMI ovlivněn podílem svalové hmoty. Nicméně bez ohledu na rozdělení dle PA, všechna průměrná BMI jsou v kategorii normy v rozmezí 18,5 – 24,9. Na dnešní dobu je výsledek uspokojivý, ale může to být ovlivněno i tím, že v souboru jsou zastoupeni i studenti Fakulty tělesné kultury, kteří mají kladný vztah k pohybu. Více se zajímají o zdravější životní styl a mají větší povědomí o negativním dopadu nadváhy nebo až obezity na zdraví.



Obrázek 6. Výsledky BMI z hlediska PA

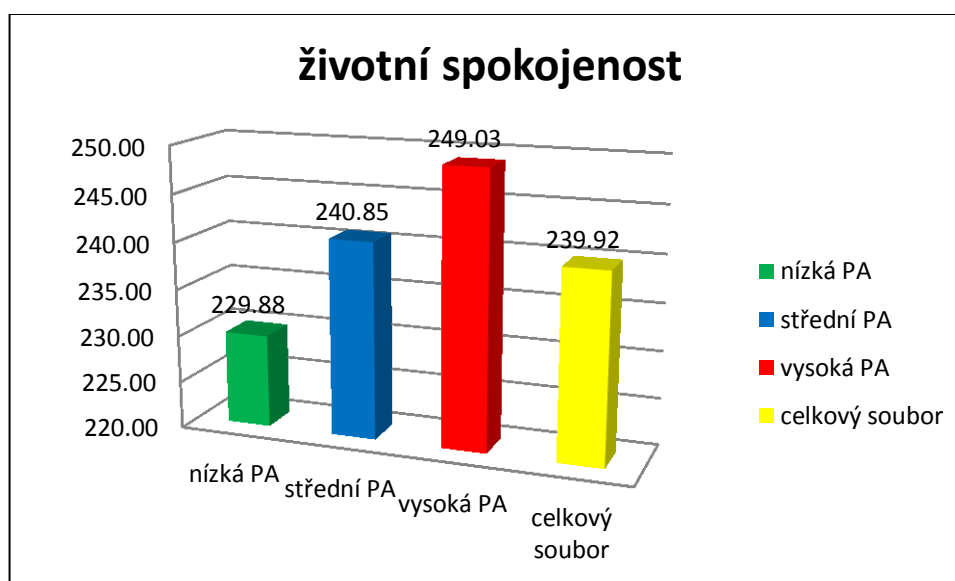
5.2 Životní spokojenost studentů

Data týkající se hodnocení vlastní body image zpracovává (obrázek 7). Každý ze studentů označil křížkem jedno číslo na škále o stupnici 0 až 100 (0 = nejnižší míra spokojenosti, 100 = nejvyšší míra spokojenosti). Průměrná hodnota spokojenosti s vlastní body image v rámci celkového souboru činila 63,89. Nejlépe se ohodnotili studenti v kategorii vysoké PA (64, 41). Studenti se střední PA se hodnotili z hlediska celkového souboru poměrně kladně (65, 34). Nejméně spokojeni s vlastní body image byli studenti s nízkou PA (58, 91).



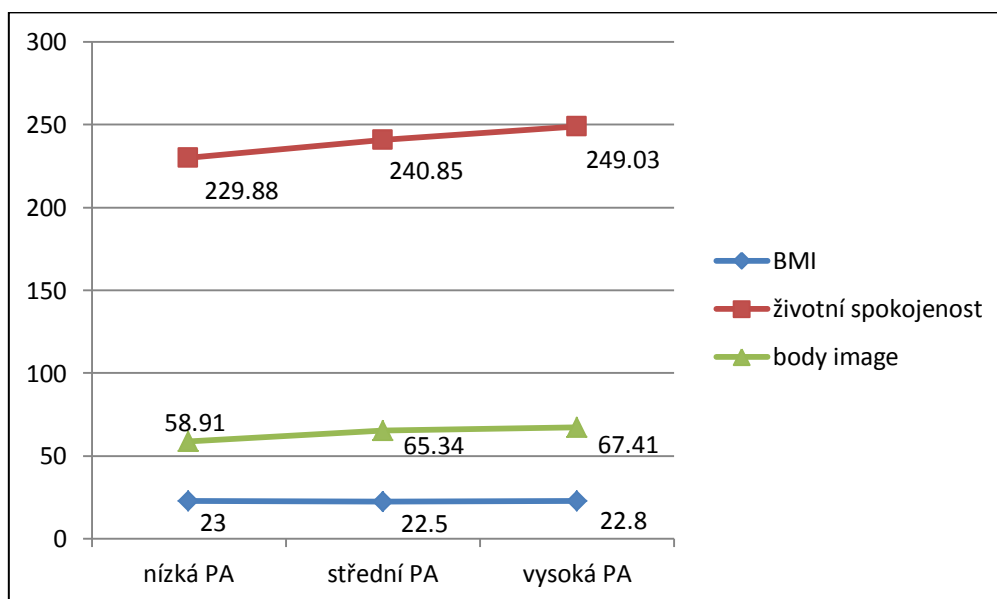
Obrázek 7. Výsledky BI dle kategorie PA

Hodnocení životní spokojenosti dle dotazníku DŽS nám představuje (Obrázek 8). Průměrná hodnota všech probandů s životní spokojeností byla 239, 92. Lidé s vysokou PA vyjadřovali nejvyšší celkovou životní spokojenost (249,03). Tak jako v předchozí tabulce se studenti se střední PA ke své celkové životní spokojenosti vyjádřili kladně (240,85) vzhledem k celkovému souboru. I zde projevili nejmenší životní spokojenost studenti s nízkou PA (229,88).



Obrázek 8. Celková životní spokojenost dle kategorie PA

5.3 Souhrn výsledků



Obrázek 9. Souhrn všech výsledků

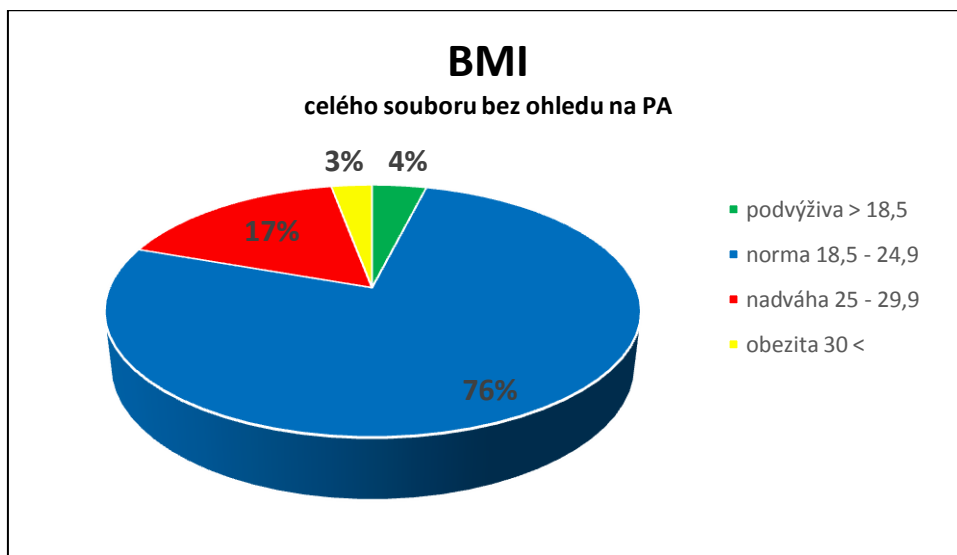
Průměrné hodnoty výzkumu u všech zkoumaných údajů vidíme na (Obrázku 9). Dle tohoto obrázku je zřejmé, že čím má člověk vyšší úroveň PA a dobré hodnoty BMI, tím roste i aktuální míra spokojenosti s vlastním tělem (body image), tak i celková životní spokojenost.

Myslím si, že právě v tomto věkovém období je nespokojenost s vlastním tělem jedním z hlavních motivačních faktorů tento stav změnit a nejefektivnějším řešením je zvýšení pohybové aktivity. Následně jedinci mají lepší hodnocení sebe samotného, a to se projevuje i v celkové životní spokojenosti.

6 DISKUZE

V této kapitole porovnávám výsledky a hodnoty zjištěné mým výzkumem s několika zdroji, které vystihují také údaje o vlivu úrovně PA. Výsledky těchto porovnávacích studií sice spojují některé ukazatele v jeden, ale i přesto si myslím, že nám poskytnou správný náhled a srovnání s mými zjištěnými výsledky. Na (Obrázku 10) můžeme vidět mé výsledky všech studentů dle kategorie BMI.

Na (Obrázku 11) již vidíme srovnání se studií Požárka (2014), kde z jedné z kapitol sledoval vliv fyzické aktivity na tělesnou hmotnost. Průzkum prováděl u 4 skupin populace: úředníků, studentů, hasičů a vojáků. Studenti tohoto výzkumu byli z Vysoké vojenské školy pozemního vojska ve Vyškově. Studentům bylo v průměru 20 let. Z (Tabulky 5) si můžeme dopočítat, že i u něj spadalo dle BMI 76 % studentů do kategorie s normální hmotností. Výsledek je určitě ovlivněn i tím, že se jedná o studenty vojenské školy, na které je kladena vysoká fyzická aktivita. Podváhu mělo 10 % studentů (byly to jen dívky) a některé z nich dokonce uvedly, že by mohly trochu zhubnout. A u 14 % studentů byla zjištěna nadváha.



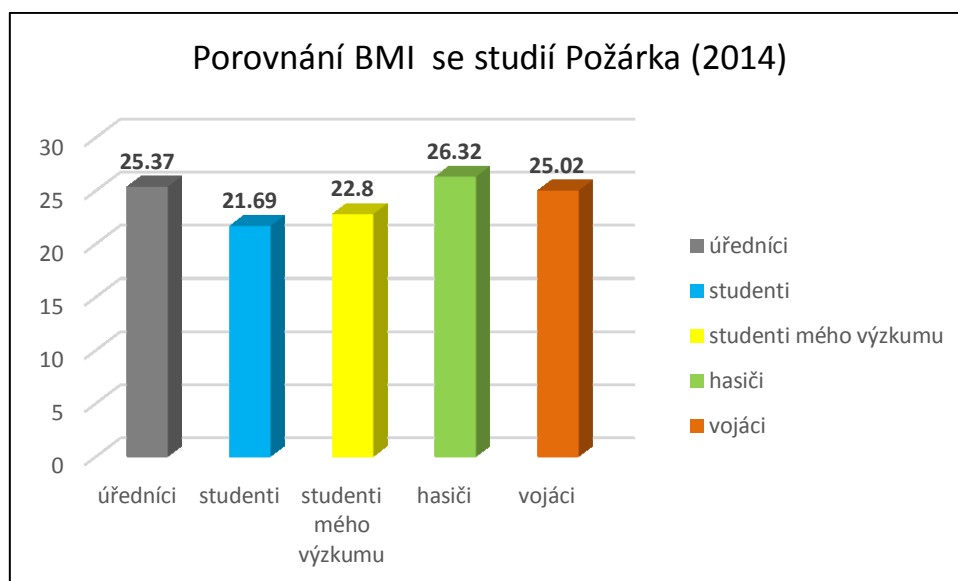
Obrázek 10. Rozdělení sledovaných studentů dle kategorií BMI – výsledky mého výzkumu

Legenda: n – velikost souboru

Skupina osob	Kategorie dle BMI					
	podváha	normální váha	nadváha	obezita I. st.	obezita II. st.	obezita III. st.
Úředníci	0	23	21	5	1	0
Studenti	5	38	7	0	0	0
Hasiči	0	22	19	9	0	0
Vojáci	0	25	25	0	0	0

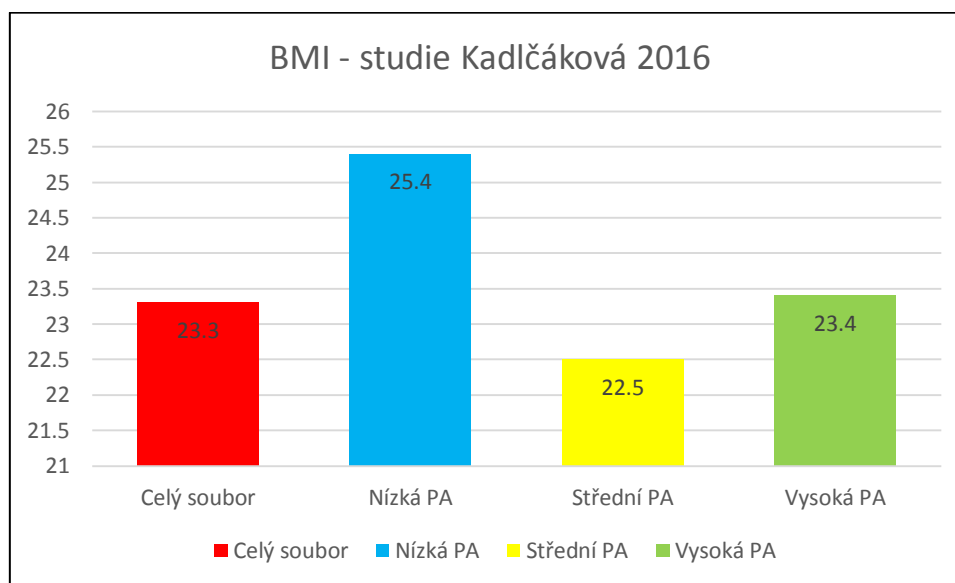
Tabulka 5. Rozdělení sledovaných skupin osob dle kategorií BMI (Požárek, 2014)

Porovnání průměrné hodnoty BMI všech sledovaných VŠ studentů s celkovou studií od Požárka (2014), vidíme znázorněnou na (Obrázku 11). Z grafu vyplývá, že studenti obou výzkumů mají hodnotu BMI v normě. Ve všech ostatních skupinách se nacházejí i osoby trpící nadváhou a obezitou. Podle výsledků Požárka (2014) byla nejrizikovější skupinou z hlediska obezity sledovaná skupina hasičů. Hodnoty BMI u úředníků, hasičů i vojáků, ukazují na nadváhu. U všech respondentů, které jsem zkoumala, tak i u studentů vojenských oborů se předpokládá značně vyšší PA během běžného dne, než např. u úředníků, kteří většinu pracovní doby tráví sedavým zaměstnáním. Z důvodu dobré fyzické kondice, kterou vyžaduje jejich zaměstnání, mají hasiči i vojáci vyšší PA (2x i vícekrát za týden) oproti úředníkům nebo lidem pracujícím v kanceláři.



Obrázek 11. Porovnání průměrných hodnot BMI s jinou studií

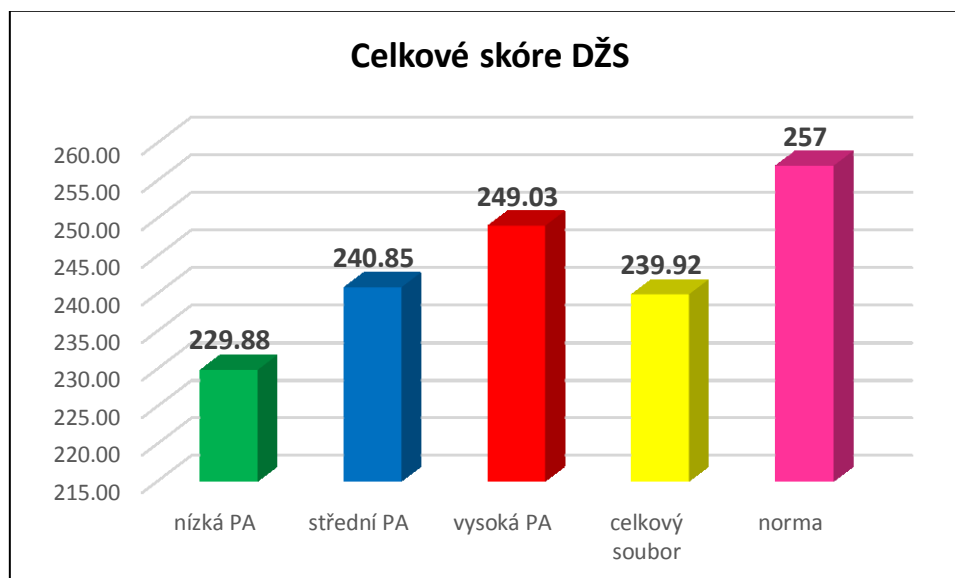
Druhá studie od Kadlčákové (2014) zkoumala dospělé ženy ve věku 18–50 let, a posuzovala úroveň životní spokojenosti a jejich složek ve vztahu k úrovni pohybové aktivity. (Obrázek 12) ukazuje BMI celého souboru žen a jednotlivých skupin úrovně PA. V porovnání s mým výzkumem se respondenti v rámci úrovně PA vzhledem k BMI shodovali. I zde měly nejnižší BMI ženy se střední PA, pak následovaly ženy s vysokou PA a jako poslední se umístily ty, které vykonávaly nízkou PA.



Obrázek 12. Průměrné hodnoty BMI ze studie Kadlčákové (2016)

V porovnání všech studií vidíme značný vliv úrovně PA na hodnoty BMI. Ne vždy existuje přímá úměra mezi vysokou úrovní PA a nízkou hodnotou BMI. Právě u vysoké úrovně PA, kde jak hasiči, vojáci tak i ženy spadali do kategorie nadváhy dle BMI, může být velikost BMI ovlivněna i např. větším množstvím svalstva. BMI studentů se u vysoké PA pohybovalo v normě.

Dotazník DŽS má psychologický a sociologický význam. Aplikací tohoto dotazníku byla u vybraných studentů zkoumána jejich aktuální úroveň životní spokojenosti. Hodnotu celkové spokojenosti tvoří součet skóre z oblastí zdraví, finance, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé, příbuzní a známí a také bydlení. Jelikož výzkumný soubor tvoří jedinci, kteří dosahují průměrného věku cca. 22 let, očekávala jsem vyšší úroveň spokojenosti, což se mi však nepotvrdilo. U výsledku životní spokojenosti jsem zjistila, že celkové skóre DŽS s porovnáním s normou je v této oblasti na podprůměrné úrovni.



Obrázek 13. Porovnání výsledků celkového skóre DŽS

Chromý (2015) ve své práci také zabýval životní spokojeností a pohybovou aktivitou, a to u jedinců navštěvujících pravidelně (alespoň 2x týdně) a dlouhodobě (min. 6měsíců) fitness centrum. Jeho výzkumný soubor tvořilo 66 respondentů, muži s průměrným věkem 27 let a ženy ve věkovém průměru 23 let, což je velmi podobné našemu souboru s průměrným věkem 22 let. Celková životní spokojenost VŠ studentů Univerzity Palackého dosahuje hodnot 239, 92 (Obrázek 13) a česká populační norma dosahuje hodnot 257. S porovnáním životní spokojenosti návštěvníků Fitcentra Na Tribuně, kteří dosahují celkového skóre 261,73 (Chromý, 2015) vykazují respondenti z Univerzity Palackého o hodně nižší úroveň životní spokojenosti. Jelikož jeho výzkumný soubor tvořili jedinci, kteří tráví alespoň část svého volného času pohybovou aktivností, lze od nich očekávat vyšší životní spokojenost než u některých mých probandů, kteří tak pohybově aktivní nebyli.

Dle mého očekávání nejhoršího výsledku dosáhla kategorie s nízkou úrovní PA a to pouze 229, 88 bodů. Naopak nejlépe dopadli studenti s vysokou PA s celkovým skórem 249,03. Avšak v pilotním výzkumu Kadlčákové (2016), tomu bylo právě naopak. Ženy s nízkou úrovní PA hodnotí svou celkovou životní spokojenost lépe než ženy s vysokou a střední úrovní PA. Podle mě tento výsledek může souviset s tím, že mladí lidé studující vysokou školu mají na sebe vyšší nároky, a tím hodnotí i svoji celkovou životní spokojenost kritičtěji. Než tito studenti docílí svého „životního cíle“, hodnotí svou celkovou životní spokojenost prozatím hůře. U Kadlčákové (2016) průměrný věk žen činil 31 let. Ženy v tomto věku uznávají jiné životní hodnoty než PA.

Pozitivní vliv PA na vnímání body image byl potvrzen mnoha studii (Araújo, Araújo, 2002; Ferrari, Silva & Petroski, 2012; Fermino, Pezzini & Rais, 2010; Hausenblas & Fallon, 2004). To se potvrdilo i v mém výzkumu, kdy pohybově aktivnější jedinci s vysokou úrovní PA se hodnotili pozitivněji 67,41, oproti studentům s nízkou úrovní PA 58, 91. I u Chromého (2015), jehož soubor tvořili jedinci, kteří alespoň část svého volného času tráví aktivním pohybem (návštěvníci fitness centra), se hodnotili na škále v průměru 74,47.

Ze studie (Ferrari, Silva & Petroski, 2012) jejichž cílem bylo zjistit vztah mezi vnímáním jejich těla a stupněm změny chování u studentů Tělesné výchovy v Brazílii, byl zjištěn vysoký výskyt tělesné nespokojenosti. Studie prokázaly, že studenti Tělovýchovných oborů z důvodu většího osobního zájmu o problematiku životního stylu, zdraví...mají tendenci vykazovat větší stupeň nespokojenosti s jejich body image ve srovnání se studenty jiných oblastí. A právě i tímto může být ovlivněn můj výsledek, že v souboru se nacházeli studenti jak z Fakulty tělesné kultury, kteří mohli být ke svému hodnocení body image kritičtější než třeba studenti z Přírodovědecké či Pedagogické fakulty.

U tohoto výzkumu nejsou stanovené limity. Jedná se zejména o subjektivní hodnocení bez využití monitorovací přístrojové techniky. Jelikož vyplňování dotazníků probíhalo během celého roku 2016, dle časového harmonogramu, můžeme říct, že se jedná o komplexní hodnocení BI, které není ovlivněno sezónností sběru.

7 ZÁVĚRY

Bakalářská práce si kladla za cíl posoudit úroveň životní spokojenosti a míry spokojenosti s vlastním tělem na základě úrovně pohybové aktivity u skupiny studentů ze 3 fakult Univerzity Palackého v Olomouci. Jednalo se o Fakultu tělesné kultury, Pedagogickou fakultu a Přírodovědeckou fakultu. Vlastní výzkum probíhal dle časového harmonogramu v roce 2016 a zúčastnilo se ho 102 studentů ve věkovém rozpětí 19–32 let, kde průměrný věk probandů činil 22 let (SD 1,9).

Studenti byli rozděleni do tří kategorií na základě úrovně jejich pohybové aktivity (nízká, střední, vysoká PA). K tomuto rozdělení nám posloužila zkrácená verze dotazníku IPAQ. K posouzení životní spokojenosti jsme využili standardizovaného Dotazníku životní spokojenost (DŽS). Srovnali jsme celkovou životní spokojenost u všech úrovní PA a poté jsem v diskuzi celkovou životní spokojenost porovnávala s normou. Dále nás zajímalo, jak se cítí a hodnotí své body image (BI) studenti v jednotlivých kategoriích PA. K těmto výsledkům jsme dospěli za pomoci jednoduché stobodové škály, kde probandi křížkem označili hodnotu, jak jsou spokojeni s vlastním tělem a s jednotlivými tělesnými segmenty jako je tvář, postava a její tvar či subjektivně vnímaná fyzická atraktivita.

Z výsledků studie vyplývá, že studenti s vysokou úrovní PA hodnotí svou celkovou životní spokojenost lépe než studenti se střední a nízkou úrovní PA. Avšak s porovnáním s normou se hodnotil celkový soubor velmi podprůměrně. K dosažení normy chybělo zaokrouhleně 17 bodů.

Je pozitivní, že BMI celkového souboru se pohybovalo v hodnotách normální hmotnosti. Nejnižší BMI měli studenti se střední úrovní PA s malým rozestupem následovali studenti s vysokou úrovní PA a taktéž s minimálním rozestupem studenti s nízkou úrovní PA.

Z výzkumů či dalších studií je dokázáno, že PA má pozitivní vliv na vnímání vlastního body image. Což se potvrdilo i v našem výzkumu, kdy v rámci kategorizace studentů dle úrovně jejich pohybové aktivity hodnotili své BI nejlépe studenti s vysokou úrovní PA, s minimálním odstupem následovali studenti se střední úrovní PA a s větším odstupem studenti s nízkou úrovní PA.

Na základě výsledků našeho výzkumu lze konstatovat, že s vyšší úrovní pohybové aktivity roste celková životní spokojenost i spokojenost s vlastním body image u námi sledovaného souboru.

Cíl mé bakalářské práce se nám podařil splnit, především na základě splnění cílů dílčích. Věřím, že výsledky tohoto výzkumu poslouží i při dalších výzkumech z oblasti životní spokojenosti.

8 SOUHRN

Již od dětství se pravidelně věnuji pohybové aktivitě. Čím jsem byla starší, tím jsem se více začala zajímat o svůj životní styl, jak a čím se stravuji, abych se cítila co nejlépe a dodávala svému tělu vše potřebné. Pohybová aktivita není součástí pouze mého života, ale i života všech ostatních. A právě při studiu na vysoké škole jsem si čím dál více začala uvědomovat své životní nároky a začala pozorovat, jak studenti FTK vnímají své tělo, spokojenost se životem, jak se zajímají o oblast zdraví a životního stylu. A právě z tohoto zájmu vyplynulo i téma mé bakalářské práce. Pohybová aktivita je jednou z prevencí proti několika různým onemocněním. Sama mohu potvrdit, že díky pravidelné pohybové aktivitě je můj zdravotní stav i životní styl na velmi dobré úrovni. Studenti vysoké školy, ale nejen ti jsou v dnešní hektické době vystavováni velkému stresu, poněvadž jsou na ně kladeny velké nároky, a to velmi ovlivňuje jejich psychiku.

Teoretická část uvádí čtenáře do problematiky kvality života, životního způsobu, životního stylu, zdraví, rizikových faktorů zdraví a civilizačních onemocnění. Dále popisuje základní charakteristiky mladší dospělosti ze stránky psychické, fyzické i sociální. K dosažení stanovených cílů byla použita metoda dotazníkového šetření. Mezinárodní dotazník pohybové aktivity sloužil pro kategorizaci studentů podle úrovně pohybové aktivity. Z dat IPAQu jsme nahlíželi i na BMI studentů. Tím jsme vyřešili první výzkumnou otázku, která se ptala, jaký je podíl výskytu dle BMI v kategorii nadváhy a obezity u současných VŠ studentů. Dotazník životní spokojenosti nám vyřešil další 2 výzkumné otázky. Jedna z nich se ptala na úroveň životní spokojenosti u současných VŠ studentů ve vztahu k rozdílné úrovni pohybové aktivity. Druhá se zaměřovala na porovnání životní spokojenosti VŠ studentů s normou. Poslední výzkumnou otázku nám vyřešila jednoduchá hodnotící škála pro posouzení vlastního body image. Následně jsme vyhodnotili, která ze tří skupin studentů dělených podle úrovně PA je se svým vzhledem nejvíce spokojena.

Výsledková část je zpracovaná za pomoci tabulek a grafů, doplněné o popis, což čtenáři usnadní orientaci ve výsledcích. V kapitole *Diskuze* jsem se snažila výsledky porovnat s jinými studii a dané výsledky diskutovat. V závěru jsem shrnula zjištěné skutečnosti a hodnotila splnění hlavního cíle na základě splnění cílů dílčích.

9 SUMMARY

I have been doing physical activity since childhood. The older I became, I became more interested in my lifestyle, how and what I was eating to make myself feel the best and to give my body everything I needed. Physical activity is not only part of my life but of everybody else's life. And just as I was studying at college, I became increasingly aware of my living demands and began to see how FTK students perceive their body, satisfaction with life, as they are interested in health and lifestyle. And it was from this interest that the topic of my bachelor thesis also emerged. Physical activity is one of the prevention against several different diseases. I myself can confirm that due to regular physical activity, my health and lifestyle is at a very good level. University students, but not just those who are in great heightened stress in today's hectic time, are facing great demands, and that greatly affects their psyche.

The theoretical part provides the reader into the issue of quality of life, lifestyle, health, Risk factors of health and lifestyle diseases. Next I describe the basic characteristics of younger and middle adulthood from look pages of mental, physical and social. The objectives are achieved by the use of a questionnaire. International Physical Activity Questionnaire was used to categorize students according to the level of physical activity. We also looked at BMI students from IPAQ data. This is how we solved the first research question, which asked what is the proportion of BMI incidence in the overweight and obesity category at current university students. The Life Satisfaction Questionnaire solved two other research questions. One of them asked the level of life satisfaction at current university students in relation to different levels of physical activity. The second one focused on comparing the life satisfaction of university students with the norm. The last research question has been solved by a simple evaluation scale for assessing our own body images. Consequently, we evaluated which of the three groups of students is the most satisfied with own body image.

The result section is processed using tables and graphs, accompanied by a description, which will help the reader to orient the results. In the Discussion chapter, I tried to compare the results with other studies and discuss the results. In conclusion, I summed up the facts and assessed the fulfillment of the main goal on the basis of fulfilling the partial objectives.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

10.1 Literární zdroje

Araújo, D. S. M. S., & Araújo, C. G. S. (2002). Self-preception of variables related to health-related physical fitness. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8, 37-49.

Astl, J., Astlová, E., & Marková, E. (2009). *Jak jíst a udržet si zdraví: Vyvážený zdravý životní styl pro každý den*. Praha: Mawdorf.

Blahušová, E. (2009). *Wellness: Jak si udržet zdraví a pohodu*. Published by TeMi CZ.

Blahutková, M., Bedřich, L. & Sebera, M. (2005). *Psychologická charakteristika osobnosti vysokoškolského studenta oboru tělesná výchova*. In *Tělesná výchova, sport a rekreace v procesu současné globalizace*. Sborník příspěvků z česko-slovensko-polského sympozia. 221-226. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Blahutková, M., Řehulka, E., & Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.

Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada publishing.

Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada publishing.

Dlabal, M. (2013). *Duševní a behaviorální poruchy* [Vysokoškolská skripta]. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Pedagogická fakulta.

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

Erikson, E., H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

EU Physical Activity Guidelines. (2008). *Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*. Retrieved 3. 6. 2017 from World Wide Web: http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf

Ferrari, E. P., Silva, D. A. S., & Petroski, E. L. (2012). Association between perception of body image and stages of behavioral changes among physical education university students. *Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance*, 14(5), 535-544.

Fermino, R. C., Pezzini, M. R., & Reis, R. S. (2010). Reasons for physical activity practise and body image among health clubs users. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 16, 18-23.

Fialová, L. & Mrázek, J. (1999). *Zdraví sebehodnocení a tělesné sebepojetí u pražských studentů. Pohyb a zdraví. Sborník z mezinárodní konference* (1st ed). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Fórum zdravé výživy. (2013). *Pyramida FZV*. Retrieved 24. 4. 2017 from World Wide Web: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>.

Hausenblas, H. A., Fallon, E. A. (2006). Exercise and body image: a meta – analysis. *Psychology and Health*, 21, 33-47.

Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.

Chromý, A. (2015). *Spokojenost a pohybová aktivita návštěvníků fitness*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Institute for Work & Health. (2015). *What researchers mean by... primary, secondary and tertiary prevention*. Retrieved 24. 4. 2017 from World Wide Web: <https://www.iwh.on.ca/wrmb/primary-secondary-and-tertiary-prevention>

Jonášová, I. (1999/2015). *Co dělat, když – intervence pedagoga, Rizikové chování ve školním prostředí. Příloha č.18 Rizikové sexuální chování*. Retrieved 4. 6. 2017 from World Wide Web: www.msmt.cz/uploads/Priloha_18_Riziikove_sexualni_chovani.doc

Kadlčáková, K. (2016). *Hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u žen v období mladší a střední dospělosti*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Kalman M. (2014). *Národní pohybové doporučení*. Retrived 20.6. 2017 from World Wide Web:

http://dataplan.info/img_upload/f96fc5d7def29509aeffc6784e61f65b/kalman_prezentace_olomouc.pdf

Kelnarová, J., & Matějčková, E. (2010). *Psychologie 1. díl*. Praha: Grada publishing.

Klescht, V. (2008). *5 pilířů zdravého života*. Brno: Computer Press.

Kraus, B., Poláčková, V., Lorenzová, J., Spousta, V., Stašová, L., & Žumárová, M. (2001). *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Kudláček, M., & Frömel, K. (2012). *Sportovní preference a pohybová aktivita studentek a studentů středních škol*. Olomouc, Česká republika: Univerzita Palackého.

Machová, J. (2008). *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum.

Machová, J., Kubátová, D., & kolektiv. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada publishing.

Mastná, B. (1999). *Nadváha a obezita*. Praha: Triton.

Medicína. (2012). *Sexuální chování v České republice a vliv na vznik pohlavních nemocí*. Retrieved 8. 6. 2017 from World Wide Web: <http://medicina.cz/clanky/9605/77/Sexualni-chovani-v-ceske-republice-a-vliv-na-vznik-pohlavnich-nemoci/>

Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. (2013). *Zdraví 2020*. Retrieved 23. 4. 2017 from World Wide Web: http://www.khspce.cz/wp-content/uploads/WHO-Zdrav%C3%AD-2020_P%C5%99eklad_CZ.pdf.

Mlčák, Z. (2004). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava.

Obesity NEWS. (2007). *Zelenina je pro hubnoucí nepostradatelná*. Retrieved 24. 4. 2017 from World Wide Web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=40>.

Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.

Požárek, P., & kolektiv. (2014). *Výzkum ve sportovním tréninku V*. Brno: Masarykova univerzita.

Praško, J., & Prašková, H. (2001). *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing.

Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas: vybrané kapitoly*. Praha: Karolinum.

Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.

Stratil, P. (1993). *ABC zdravé výživy I. díl*. Brno: Stratil.

Svačina, Š. (2000). *Obezita a diabetes*. Praha: Maxdorf.

Svačina, Š., & Bretštnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada publishing.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2008). *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR*. Praha: ÚZIS. Retrieved 4. 6. 2017 from World Wide Web: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/vyberova-setreni-studie/ehis-cr-2008>

- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Valjent, Z. (2008). *Pokus o vymezení pojmu aktivní životní styl*. Retrieved 20. 6. 2017 from World Wide Web: http://www.utvs.cvut.cz/lectors/zv_zivotni_styl.pdf
- Velký sociologický slovník. (1996). Praha: Karolinum vydavatelství Univerzity Karlovy.
- Výchova ke zdraví. (2009). *Podpora zdraví v ČR*. Retrieved 23. 4. 2017 from World Wide Web: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/podpora-zdravi-v-cr.html>.
- Walek, P., & Tóth, J. (2015). *Co vám výživový poradci neříkají? (Protože to nevědí)*. Praha: Fitstore.
- WebMD. (2016). *The Effects of Stress on Your Body*. Retrieved 23. 4. 2016 from World Wide Web: <http://www.webmd.com/balance/stress-management/effects-of-stress-on-your-body>
- World Health Organization. (2017). *About Health 2020*. Retrieved 23. 4. 2017 from World Wide Web: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.
- World Health Organization. (2017). *Adolescents: health risks and solutions*. Retrieved 4. 6. 2017 from World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
- World Health Organization. (2017). *Physical activity*. Retrieved 3. 6. 2017 from World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
- World Health Organization. (2017). *Physical activity and Adultus*. Retrieved 3. 6. 2017 from World Wide Web: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/
- World Health Organization. (2017). *Physical activity and young people*. Retrieved 3. 6. 2017 from World Wide Web: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/

World Health Organization. (2017). *Physical activity and Older Adults*. Retrieved 3. 6. 2017 from World Wide Web: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/

World Health Organization. (2017). *Tobacco*. Retrieved 4. 6. 2017 from World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

Zdraví národa. (n. d.). *Civilizační choroby*. Cit. Retrieved 26. 3. 2017 from World Wide Web: <http://www.zdravinaroda.cz/zdravotni-temata/civilizacni-choroby>.