

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

ŽENA A ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Bc. Jana Seidlová, rekreologie
Vedoucí práce: doc. PhDr. Ludmila Miklánková, Ph.D.
Olomouc 2013

Jméno a příjmení autora: Bc. Jana Seidlová
Název diplomové práce: Žena a zdravý životní styl
Pracoviště: Katedra rekreologie
Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Ludmila Miklánková, Ph.D.
Rok obhajoby diplomové práce: 2013

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá analýzou názorů a postojů současných žen na zdravý životní styl. Šetření probíhalo prostřednictvím vytvořené ankety v období listopad 2012 až leden 2013. Výzkumný soubor tvořilo 274 žen ve věku 18 – 60 let. Z výsledků anketního šetření je patrné, že s věkem respondentů se zvyšuje index BMI, a i počet respondentů bez pohybové aktivity. Z tohoto pohledu byl nejvyšší počet sledovaných žen ve věkové kategorii 31 – 45 let. Zájem o informace o zdravém životním stylu a následném vlivu na chování respondentů byl zaznamenán mezi respondenty s vysokoškolským vzděláním. V oblasti výskytu rizikových faktorů kouření a alkoholu jsme mezi sledovanými věkovými kategoriemi a kategoriemi vzdělání nezaznamenali signifikantní. Zásady správného a pravidelného stravování dodržuje nejvíce žen s indexem BMI v pásmu normální hmotnost.

Klíčová slova: žena, životní styl, zdraví, pohybová aktivita, výživa, BMI.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Bc. Jana Seidlová
Title of the master thesis: Woman and a healthy lifestyle
Department: Department of Recreology
Supervisor: doc. PhDr. Ludmila Miklánková, Ph.D.
The year of presentation: 2013

Abstract:

The thesis deals with analysis of opinions and attitudes of women towards healthy lifestyle. Our survey was realized from November 2012 to January 2013 showed, the group consisted of 274 women aged 18 – 60. The results of the survey showed that BMI index rises with increasing age as well as the number of respondents without movement activity. From this point of view the highest number was found in 31 – 45 age group. The interest for information about healthy lifestyle and subsequent influence on behaviour of the respondents was found only in the group of women with university degree. In the area of risk factors of smoking and alcohol drinking incidence we have found no significant differences in observed age groups. The principles of healthy and regular meals are most followed in women with normal values of BMI index.

Keywords: woman, lifestyle, health, movement activity, nutrition, BMI.

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

Prohlašuji, že jsem diplomovou (magisterskou) práci zpracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Ludmily Miklánkové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. 4. 2013

.....

Děkuji doc. PhDr. Ludmile Miklánkové, Ph.D. za podporu, odbornou pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce. Za odbornou pomoc při zpracování a interpretaci výsledků děkuji RNDr. Milanovi Elfmarkovi.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 PŘEHLED POZNATKŮ	9
2. 1 Charakteristika věkové kategorie dospělost	9
2. 2 Klasifikace věku dospělosti	10
2. 2. 1 Časná dospělost	11
2. 2. 2 Střední dospělost	12
2. 2. 3 Pozdní dospělost	13
2. 3 Specifika dospělosti u žen	13
2. 3. 1 Biologické změny ženy v dospělosti	15
2.3.1.1 Menopauza a klimakterium	15
2. 4 Životní styl	17
2. 4. 1 Životní styl a životní způsob	18
2. 4. 2 Zdravý životní styl	19
2. 5 Faktory ovlivňující životní styl	21
2. 5. 1 Rizikové faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné	22
2. 6 Výživa	23
2. 6. 1 Výživa žen	25
2. 6. 2 Komponenty výživy	26
2. 6. 3 Pravidelnost a pestrost stravy	29
2. 6. 3. 1 Pyramida zdravé výživy	30
2. 6. 3. 2 Česká potravinová pyramida	31
2. 6. 3. 3 Jak pracovat s pyramidou	32
2. 6. 3. 4 Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR	32
2. 6. 4 Pitný režim	33
2. 7. Pohybová aktivita	34
2. 7. 1 Benefity pohybové aktivity	35
2. 7. 2 Pohybová aktivita ženy	37
2. 7. 3 Hodnocení tělesné hmotnosti (klasifikace obezity)	37
2. 7. 3. 1 Nadváha a obezita	38
2. 7. 3. 2 Obezita u žen	40
2. 8 Stres	40
2. 9 Alkohol	41

2. 10 Kouření	42
2. 11 Drogy	43
2. 12 Zdraví	45
2. 12. 1 Podpora zdraví	47
2. 12. 2 Světová zdravotnická organizace a podpora zdraví	48
2. 12. 3 Prevence	48
2. 12. 4 Determinanty zdraví	49
3 CÍLE	52
4 METODIKA	53
4. 1 Charakteristika šetřeného souboru	53
4. 2 Metodika sběru dat	54
4. 3 Způsob zpracování a interpretace dat	54
4. 4 Charakteristika anketního šetření	55
5 VÝSLEDKY A DISKUSE	56
5. 1 BMI v kontextu věku	56
5. 2 Zájem o zdravý životní styl v závislosti na vzdělání, věku, indexu BMI	58
5. 3 Analýza životního stylu respondentů ovlivněného získanými informacemi o zdravém životním stylu a věkem, indexem BMI a vzděláním	62
5. 4 Analýza rozdílů výskytu rizikových faktorů zdravého životního stylu (kouření, alkohol) v závislosti na věku a vzdělání	63
5. 5 Analýza pravidelného stravování v závislosti na indexu BMI a vzdělání	67
5. 6 Analýza výskytu pohybové aktivity v závislosti na věku a indexu BMI	69
6 ZÁVĚRY	72
7 SOUHRN	74
8 SUMMARY	77
9 REFERENČNÍ SEZNAM	79
10 PŘÍLOHY	86

1 ÚVOD

Umět vytvářet životní pohodu sobě a jiným, střídme konzumovat pestrou stravu, mít dostatek přiměřeného pohybu, účelně vynakládat čas na práci i odpočinek a být nezávislý na návykových látkách - to jsou hlavní zásady moderního zdravého životního stylu. Cílem mé diplomové práce je zdravý životní styl, tak jak jej vnímají ženy. Toto téma jsem si zvolila, protože mě silně oslovilo, a to z několika důvodů. Jednak proto, že jsem žena a zajímalo mě, jak ostatní ženy žijí a jak na ně působí běžně dostupné informace na téma zdravého životního stylu. Jako další důvod bych uvedla, že vnímám zdravý životní styl jako velmi aktuální a diskutovanou oblast lidského života. O životním stylu lze obsáhle diskutovat, je to problematika týkající se mnoha oblastí, která se nevyhnutelně podepisuje na zdraví člověka. Problémy se týkají různých oblastí, od stravování, pohybové aktivity, volného času až po sociálně patologické jevy jako jsou kouření, alkoholismus, užívání drog, poruchy příjmu potravin apod. Velká část prací na téma otázek týkajících se životního stylu a způsobu je řešena více či méně v obecné rovině. Požadavek žít zdravě se stal všudypřítomným fenoménem, se kterým se setkáváme na každém kroku. Strmý nárůst zájmu lze spojovat do jisté míry s obrovskou medializací, ale také s dostupností informací a vlivem západní kultury, která začala ovlivňovat názory lidí na život zejména po roce 1989. Díky masmédiím jsou ženy zavaleny různými názory a upozorněními na důležitost dodržování zdravého životního stylu, jeho vlivu na zdraví, zlepšení duševní i fyzické pohody, nacházejí nepřehledné množství rad, doporučení a metod, jak tohoto optimálního stavu mohou docílit. Informace jsou však velmi často neúplné, zavádějící a leckdy i mohou uškodit než pomoci. Vznikají tak často i mýty a předsudky, že pokud chceme žít zdravě, musíme se vzdát všeho, co máme rádi.

Na druhou stranu existuje celá řada odborných publikací a článků a narůstá počet televizních pořadů přinášejících názory odborníků, jež se zabývají touto problematikou. Přes tyto skutečnosti je mnoho lidí, kteří se těmito radami vůbec neřídí, leckdy se ani nezamyslí nad důležitostí a aktuálností daného problému nebo zkrátka nevědí, co si za těmito pojmy přesně představit. Cílem diplomové práce bylo zjištění, jakým způsobem se současné ženy staví k životnímu stylu a problematice spojené s tímto pojmem. Zajímalo mě, zda je pro ženy zdravý životní styl aktuální téma, o které se zajímají.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2. 1 Charakteristika věkové kategorie dospělost

„Dospělost je období vrcholu zrání jedince“ (Hartl, Hartlová)

Vývoj člověka je osobitý a značně složitý proces a to od samotného početí až do zániku. Hodnotový žebříček a cíle osobnosti jsou zčásti stálé, některé se mění v průběhu jeho vývoje. Celý proces je poznamenán řadou faktorů a činitelů.

Autoři, kteří se zabývají vývojovou psychologií, člení životní cyklus člověka různými způsoby. Nejčastěji jsou období tříděna dle chronologického věku osob v kombinaci s důležitým vývojovým úkolem (Machová, 2006).

Vývojovým obdobím člověka, a tedy i dospělosti, se zabývá řada autorů a shodují se v nejednoznačném a velmi obtížném vymezení tohoto období.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) vývojové (evoluční) změny a postupné stárnutí představují kontinuální změny, jejichž rozčlenění je vždy do jisté míry libovolné. To platí dvojnásob pro dospělost, kde nenacházíme tak výrazné mezníky rozdělující jednotlivé vývojové etapy jako v dětství a dospívání (snad s výjimkou menopauzy). Přesto je velký rozdíl v myšlení, cítění a sociálním chování dvacetiletého, čtyřicetiletého či člověka, kterému je více jak šedesát let.

Střední věk nelze v populaci tak jednoznačně vymezit jako například dosažení zletilosti. Mezníky, které ji oddělují od předchozího a následujícího období, nemají stanoveny pevné hranice a ani standardní životní proměny zde nejsou zastoupeny v takové míře, jako v období před středním věkem a v období pozdějším (Vágnerová, 2007).

Dospělost lze uchopit a vnímat z různých pohledů. V sociologii je označována jako série dílčích přechodů, které zahrnují přijetí sociálních rolí v určité společnosti se statusem dospělého. Přesun obnáší nezávislost na rodičích, ekonomickou nezávislost, ukončení studia, hledání zaměstnání, vstup do manželství, založení vlastní rodiny, rodičovství. Součástí sociální konstrukce dospělosti souvisí i s představou, v jakém věku a v jakém pořadí se mají jednotlivé životní změny odehrávat. V posledních desetiletích se proces vstupu do dospělosti prodlužuje a stává se složitějším – jednotlivé dílčí kroky se vzájemně oddalují a zvyšuje se variabilita jejich časování. Tyto změny ovlivňují podmínky na pracovním trhu, prodlužování studia či rodinné chování a hodnotová orientace mladých lidí (Chaloupková, 2011).

2. 2 Klasifikace věku dospělosti:

Dospělost zahrnuje poměrně dlouhé věkové období života člověka. Proto jsou v jejím průběhu, a na základě anatomických, fyziologických, psychických a sociálních specifik jednotlivých životních etap, klasifikovány dílčí období.

Vágnerová (2007) člení období dospělosti na:

období mladé dospělosti (20 – 40 let),

období střední dospělosti (40 – 50 let),

období starší dospělosti (50 – 60 let).

Zajímavý pohled na vnitřní členění věkové kategorie dospělost nabízí Říčan (2004), který ji nazývá „cestou životem“ a dělí následujícím způsobem:

zlatá dvacátá léta (20 – 30 let),

životní poledne (30 – 40 let),

druhý dech (40 – 50 lety),

jaké je to po padesátce (50 – 60 let).

Přes různé názory na vývojové etapy většina autorů uvádí dělení obdobné, i když věkové hranice (pouze jedno z hodnotících kritérií) bývají různě posunuty (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Současnost nám přináší řadu změn souvisejících s věkem. Díky dostupnosti, zkvalitňování a pokrokům v lékařské péči se posouvají hranice věku, současně se zvyšuje i věk při uzavírání manželství a rodičovství a v neposlední řadě i odchodu do starobního důchodu. Díky těmto změnám dochází zákonitě i ke změnám hranic mezi jednotlivými životními cykly.

Uváděná vnitřní členění věku dospělosti tedy můžeme obecně shrnout takto:

1. Časná dospělost (zhruba od 20 do 25 – 30 let) je přechodným obdobím mezi adolescencí a plnou dospělostí s přihlédnutím ke třem kritériím: věku, převzetí určitých vývojových úkolů a dosažení určitého stupně osobní zralosti.
2. Střední dospělost (asi do 45 let) je obdobím plné výkonnosti a relativní stability.
3. Pozdní dospělost je dobou do začátku stáří (tj. asi do 60 – 65 let).

2. 2. 1 Časná dospělost

Časnou dospělost vymezují Langmeier a Krejčířová (2006) a Nakonečný (1997) zhruba od 20 do 25 až 30 let (mnohdy i později). Za jedno z kritérií dosažení dospělosti je udávána osobní zralost. Souvisí to mimo jiné s přejímáním plné občanské a osobní zodpovědnosti, ekonomické nezávislosti, s pomocí při rozmnožování obecných statků, legalizací vztahu k životnímu partnerovi, přebíráním odpovědnosti za výchovné úkoly svých potomků a naopak s přizpůsobováním se svým stárnoucím rodičům. Dle Bühlerové (in Langmeier & Krejčířová, 2006) a na základě jejího studia celého lidského běhu je zralost vymezena jako věk naplnění základních životních tendencí. U každého člověka může být ovšem ona doba odlišná. Je zřejmé, že různí lidé dosahují různé míry zralosti v různém čase a různým tempem. Přechod do dospělosti se neodehraje v jediný den, ale zdá se, že dnes zabírá jedno celé, poměrně dlouhé životní období.

Nejčastěji je zralost rozlišována ve třech rovinách, a to biologické, psychologické a sociální. Biologická rovina se vyznačuje ukončením fyzického růstu a dosažením vrcholu fyzické výkonnosti, ale i sexuální zralostí a schopností reprodukce. Psychologická rovina vykazuje duševní rovnováhu, žádoucí sebedůvěru, citovou vyzrálost a prolomení vlastní identity, autenticitu a přiměřené sebehodnocení a sociální rovina značí materiální a ekonomickou nezávislost na rodičích, eticky stabilní osobnost, založení vlastní rodiny. Přejímání dospělosti přestává být uniformní, některé děti zůstávají v rodině déle nebo se tam opět vracejí, studium kombinují s prací, preferují volné svazky soužití s partnerem, zvyšuje se nárůst dětí narozených mimo manželství, jde o jevy, které jsou společností tolerovány. „Sociální hodiny“ ztrácejí na důrazu. Shoda na optimálním věku pro sňatek, narození dítěte, odchodu do důchodu platící před dvaceti či třiceti lety je dnes jen velmi malá. V současnosti se klade důraz na rozvoj individuality, nároky na mladé lidi jsou volnější a jsou tolerovány stále větší odchylky od normálních vzorců. Úkolem časné dospělosti je tedy nalézt konkrétní dlouhodobé cíle a nastartovat svou životní dráhu (Kuric, 2000; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Toto období je zejména pro ženy biologicky vhodné pro mateřství, které významně proměňuje jak jejich pojetí sebe, tak i jejich role ve společnosti, jejichž jsou nositelkami, a jejich každodenní fungování (mateřství i otcovství) je spojeno s kvalitativně novým druhem odpovědnosti nejen za sebe, ale i druhou osobu, která je na nich závislá. Přechod mezi ukončením vzdělání a nástupem do zaměstnání je mnohem plynulejší, trvá v některých

případech i řadu let a končí u jednotlivců ve velmi různém věku. Společnost podléhá výrazným proměnám, počet pracujících žen se neustále zvyšuje, mění se struktura zaměstnání, existuje širší varieta životních stylů a jednotlivých verzí dělby odpovědnosti v partnerství (Kroeger, 2000).

2. 2. 2 Střední dospělost

Období středního věku lze obtížně vymezit ve srovnání s jinými obdobími, například s dosažením zletilosti. Mezníky, které ho oddělují od předchozího a následujícího období, nemají stanoveny pevné hranice a ani standardní životní proměny zde nejsou zastoupeny v takové míře jako v období před středním věkem a v období pozdějším Vágnerová (2007). Langmeier a Krejčířová (2006) udávají, že střední dospělost je vymezena zhruba do 45 let a lze ji považovat za období relativní stability a plné výkonnosti.

Ze společenského hlediska je střední dospělost obdobím, kdy u jediného člověka může docházet ke kumulaci rolí. Žena může být zároveň dcerou, vnučkou, matkou i babičkou žijících příbuzných. Současně však mohou lidé stejného věku poprvé zažívat rodičovství malých dětí či být už babičkou. Tato pestrost vede některé autory k závěru, že žádné sociální hodiny, které by určovaly posloupnost jednotlivých zkušeností, už téměř neexistují (Kroeger, 2000).

Nejrozšířenější tělesnou změnou ve středním věku je zhoršení základních smyslových funkcí, zraku a sluchu. Oční čočka ztrácí pružnost, a jedinec má větší problémy s viděním na blízko. Mění se kvalita sluchového vnímání, zvláště vysokých tónů, některé zvuky, např. šum, působí rušivě. Naslouchání se tak stává namáhavějším. Nastává také pozvolný a plynulý pokles tělesné síly a pohybové koordinace, dochází ke zpomalení rychlosti a pohotovosti reakcí (Vágnerová, 2007). Člověk je v mysli mlád, ale začíná ho zrazovat vlastní tělo. Muže více trápí ztráta mladistvého držení těla, ženy úbytek tělesné atraktivity. K oběma pohlavím pak častěji přicházejí běžnější nemoci a typické tělesné změny (Hrdlička et al., 2006). Hormonální hladina u žen a mužů se vyrovnává. Některé ženy začnou přebírat typické mužské povahové vlastnosti, jsou ráznější, průbojnější a mnohdy přebírají dominantní roli v partnerském vztahu. Muži se naopak stávají méně výbojní, laskaví, umírnění (Farková, 2009; Říman, 2004).

2. 2. 3 Pozdní dospělost

Pozdní dospělost, třetí etapa dospělosti, je vymezena do začátku stáří. Za tuto etapu je považováno období kolem 50. roku do začátku stáří, což je zhruba do 60 až 65let. Člověk má před sebou poslední třetinu života, ve které nastává řada změn jak fyzických, tak i psychických, při nichž dochází k úbytku sil. Tyto změny mohou vést k tomu, že je toto období pro člověka méně uspokojivé. V oblasti fyzických změn dochází k poklesu tělesné síly a pohybové koordinace, zhoršení základních smyslových funkcí, především zraku, sluchu. Objevují se zdravotní potíže, které jsou stále častější, a stárnoucí jedinec si začíná uvědomovat svou zranitelnost. Hormonální změny způsobují vedle fyziologických změn také změny psychické. U žen dochází k menopauze, u mužů k andropauze (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan, 2007; Vágnerová, 2007). Říčan (2004) navíc dodává, že dochází ke zhoršení smyslového vnímání, nejvíce je postižen sluch pro vysoké tóny, nastávají problémy se spaním (problematické usínání, brzké probouzení nebo opakované přerušování spánku během noci) apod.

Vedle fyzických změn se objevují i psychické změny v oblasti pojetí intimity, která se projevuje zaměřením na sdílení, jistotu akceptace a oporu. Lidé staršího věku uspokojují trvalé vztahy, psychické sdílení s druhou osobou. Sexuální výkonnost jde stranou a naproti tomu je kladen důraz na citový prožitek a souznění. Velice významnou roli v tomto období hraje rodina, rodinné vztahy jsou pro ně jednou z nejdůležitějších složek jejich identity. Dochází ke změnám v zaměření a pojetí generativity. Stárnoucí člověk by měl přijmout fakt, že jeho možnosti jsou již více omezeny, měl by tudíž zmírnit své úsilí a také změnit své zaměření. V tomto období je prostor k tomu, aby si člověk začal uvědomovat, čeho v životě dosáhl, a těšil se z toho. Ztotožnil se s tím, co vytvořil a byl si vědom toho, že nejdůležitější jsou hodnoty trvalého charakteru (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan, 2007; Vágnerová, 2007).

2. 3 Specifika dospělosti u žen

Ženy dlouhodobě zaujímaly ve společnosti předem připravené role, které v průběhu života plnily, a také se s těmito rolami převážně ztotožňovaly. Smysl života byl spatřován v manželství a rodičovství. Každá společnost, každá doba si vytváří vlastní obraz ženství a mužství vyznačující se souhrnem očekávání, předsudků a společenských norem. Ženskou a mužskou roli vlastně diktuje společnost, přestávají hrát roli biologické faktory a mnohem

více se uplatňuje sociální pohlaví – gender. Každý člověk jiného pohlaví ví, co se od něj „tradičně“ očekává, a reaguje na požadavky tím, že je buď přijímá, nebo odmítá. Nepřijatím očekávaných požadavků typických pro ženské či mužské pohlaví pak riskuje podezření ze zženštilosti (jde-li o muže) nebo ztráty ženství (jde-li o ženu). Nesrovnalosti v pojetí ženské a mužské role nalézáme nejen napříč kulturami, nýbrž také napříč časem. Žena již historicky přijímá roli mateřství a rodičovství, ale i roli pracovní, kdy si buduje kariéru, což je dáno vlivem fenoménu doby a společností, která je zaměřená na úspěch a výkon. Skloubit tyto dvě důležité životní role je pro mnohé ženy velmi složité. Uznání rovnocennosti žen a mužů je výdobytkem vlastně až posledního století, ne-li posledních desetiletí. Ve 40. letech minulého století začaly probíhat diskuze na téma genderové problematiky, rovnoprávného postavení pohlaví, došlo k převratnému vnímání pozice mužské a ženské role, s čímž souvisí pojem feministické hnutí, které je reprezentováno kampaní za ženská práva. U nás se s těmito pojmy setkáváme až po roce 1989 (Kasal, 2003; Oakleyová, 2000; Valderová, 2004).

Postupem doby docházelo k vývoji postavení žen ve společnosti, jejich myšlení a v neposlední řadě i přijímání nových rolí žen ve společnosti. Změny nastaly v oblasti samostatného rozhodování, ekonomické nezávislosti, postavení ve společnosti, získávání nových pracovních příležitostí. Všechny tyto změny se nejvýrazněji odrazily ve vzájemném propojení životní role ženy (mateřství) a role profesní. Jeníček (2004) uvádí, že žena je anatomicky i funkčně přizpůsobena a vybavena především jako nositelka života. Jejím biologickým posláním je schopnost rodit děti, aby byl zachován lidský rod. Období pohlavní zralosti je časově omezeno, nejčastěji od 18 do 45 let. Šeremetěvová (2007) vidí v moderní ženskosti duševnost, hloubku, intuici, schopnost tvořit a zároveň vykonávat mravenčí a monotónní práci.

V období dospělosti žena prochází řadou změn tělesných, psychických, sociálních. Řadíme k nim např. (Farková, 2009; Jeníček, 2004; Vágnerová, 2010):

- fyzický rozvoj,
- citovou stabilitu a realistický pohled na život,
- plnění vlastních cílů,
- osamostatnění, zapojení do pracovního procesu, finanční nezávislost,
- navazování nových vztahů, nacházení životního partnera, zakládání rodiny,
- rodičovství a výchovu dětí.

U žen v dnešní době se výrazně zvyšuje i zájem o zdraví a pohyb, jehož cílem není jen sportovní výkonnost, ale především kompenzace nedostatku pohybového zatížení jako důsledku současného způsobu života. Požadavkem je často potřeba vylepšení tělesného vzhledu i zvýšení tělesné zdatnosti, což je podmínkou ke zvýšení vlastního sebevědomí a samostatnosti (Novotná et al., 2006).

2. 3. 1 Biologické změny ženy v dospělosti

Jak již bylo zmíněno, v období dospělosti žen dochází k řadě změn v jejich organismu. Blahušová (2005) uvádí, že se tak děje po třicátém roku života. U žen dominují následující biologické změny: pokles výkonnosti srdce, zvýšení krevního tlaku, pokles vitální kapacity plic, zpomalení bazálního metabolismu, úbytek svalové hmoty, síly a flexibility a úbytek kostních minerálů. V této souvislosti hovoříme o tzv. biologickém věku, který „je měřen funkční kapacitou v daném chronologickém věku“ (Blahušová, 2005, 177). Proto komplexní zlepšení životního stylu může významně pomoci ke snížení biologického věku, a tím k zlepšení funkční kapacity tělesných orgánů (Blahušová, 2005).

2. 3. 1. 1 Menopauza a klimakterium

S pojmem klimakterium mnohé ženy spojují stárnutí, tělesné změny, snížení fyzické a sexuální atraktivity. Po psychické stránce je klimakterium častým obávaným obdobím, v němž má žena pocit, že má vše za sebou a nastávají pouze nepříjemné stavy, které k tomuto období patří. Je třeba si ale uvědomit, že každé vývojové období člověka má své kouzlo. Vrublová (2005, 9) dodává „ ženy se často v tomto období musí rozhodnout, zda vyhledají lékařskou pomoc, aby klimakterium prožily co nejlépe, také zda začnou užívat hormonální substituční terapii, nebo budou provozovat jiné aktivity, které jim umožní toto období překlenout“.

Klimakterium, obecněji řečeno „přechod“, výraz vyskytující se spíše u laické veřejnosti a v knihách psaných pro ženy než v lékařském prostředí, jako ekvivalent klimakteria (Donát, 1989), nastává v životě ženy obvykle mezi 45. až 55. rokem věku. V tomto období dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječníků a snižování hladiny pohlavních hormonů. Počátek je individuální, u některých žen může přijít dříve, ve výjimečných případech později. Lze hovořit i o existenci různých faktorů, které ovlivňují poslední menstruaci, jako jsou např. zeměpisná poloha, rasa, nadmořská výška, věk první menstruace, výživa, prodělání chorob, rodinné dispozice, kouření. Jejich význam je však zanedbatelný. Do nástupu klimakteria může

výrazně zasáhnout gynekologická operace (odnětí vaječnicků). Potíží spojených s přechodem je mnoho a nemusí se u některých žen projevit v celém svém rozsahu. Tento stav je charakterizován menopauzou, což je vlastně poslední menstruace až po její postupné vymizení způsobené přirozeným skončením cyklické ovariální činnosti. K vlastnímu „přechodu“ dochází však už několik let před menopauzou a podle současných názorů končí jeden rok po menopauze (Cittebart, 2001; Donát, 2001; Jandásková, 2009; Leplége & Dennerstein, 2000; Northrupové, 2008).

Menopauza je normální fyziologický proces, kterým projdou všechny ženy ve věku přibližně padesáti let. Na menopauzu je také nahlíženo jako na přirozený přechod zahrnující nejen biologické změny, ale i sociální a kulturní změny spojené přirozeným procesem stárnutí, včetně toho, jak žena vidí sebe a jak ji vidí její okolí (Moravcová, 2011, 6).

V posledních letech, obdobně jako u puberty, kdy pozorujeme včasnější nástup, u klimakteria pozorujeme opačnou tendenci. Ženy v rozvinutých zemích prodělávají přechod až kolem 50. roku. Pozdější nástup se přičítá lepším životním podmínkám a komplexní výživě (Kudela, 2004). Naopak Northrupová (2008) uvádí, že u některých žen dochází k předčasné menopauze mezi třicátým a čtyřicátým rokem života, nebo krátce po čtyřicítce. Tyto ženy mají zpravidla špatnou výživu, trpí chronickým stresem, mohou mít také vyšší sklon k demenci.

Cittebark (2001) uvádí dělení Světové zdravotnické organizace (WHO), která doporučuje následnou terminologii:

Premenopauza – období předcházející menopauze. Je přičítána době jeden až dva roky bezprostředně před menopauzou, nebo je přičítána celému reprodukčnímu období před menopauzou.

Perimenopauza – je to období těsně před menopauzou a 1 rok po menopauze.

Postmenopauza – období vyhaslé funkce vaječnicků, začínající 1 rok po menopauze.

Klimakterium – přechod z reprodukční fáze do nereprodukčního stavu.

Klimakterický syndrom - období ženy, v němž vzniká symptomatologie. Mezi provázející symptomy patří návaly horka, pocení, bolesti hlavy, závratě, deprese, nervozita, podrážděnost.

Northrupová (2008) a Schindler (2006) považují za nejčastější projevy menopauzy:

1. Návaly horka, a to od pocitu občasného horka a pocení až po hodinové návaly s výrazným

pocením, které mohou narušovat běžný denní režim ženy.

2. Osteoporózu – ztrátu kostní hmoty, jednu z nejčastějších chorob žen. Dále uvádí psychické problémy – změny nálad a deprese, obavy o zdraví, zmatenost apod.

Podle Moravcové (2011, 9) „populace českých žen obecně stárne a proto problematika kvality života a úrovně poskytované péče ženám s estrogenním deficitem a symptomy z něho vyplývajícími se stává prioritou zdravotnické péče o tuto skupinu žen“.

2. 4 Životní styl

Pokud se člověk cítí dobře, je většinou se svým způsobem života spokojený a to i v případě, když se málo pohybuje, nezdravě se stravuje, kouří. Tato spokojenost ovšem trvá pouze do okamžiku, než se objeví choroba. Teprve bolest a jiné fyzické příznaky choroby jsou silnou motivací ke změně chování. Prvním krokem bývá návštěva lékaře a tím se opět vracíme „ke středu pomyslné přímky, kde není ani nemoc ani zdraví, kde jsou ale stále obsaženy symptomy choroby a bolest a kde není ideální zdravotní stav a životní pohoda“ (Blahušová, 2009, 4) a dodává, že je třeba udělat více, je třeba změnit své chování. Věnovat se pravidelné fyzické aktivitě, získat správné stravovací návyky, kontrolovat svoji hmotnost, ovlivňovat stres apod.

Životní styl představuje obsahově velmi rozsáhlou oblast. Podle Hodaně a Dohnala (2005) je životní styl v současnosti pojmem, který lze považovat za velmi složitý fenomén, jenž může být frekventován z hlediska aspektů sociologických, psychologických, ekonomických, medicínských apod. Má celou řadu komponent, prvků, aspektů a ovlivňuje jej mnoho faktorů.

Zajímavostí je pro nás skutečnost jakéhosi světového prvenství. Pojem životní styl se objevil v československé literatuře ve čtyřicátých letech minulého století, za autora je považován K. Honzík, který jej uvedl v Malém sociologickém slovníku z roku 1970 (Duffková, 2008; Hodaň & Dohnal, 2005).

Duffková (2008) uvádí obecnou definici životního stylu jako způsobu žití lidí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají různé hodnoty apod.

Podle Jansy (2005) je životní styl dynamický proces formy bytí jedince, determinovaný geneticky (zděděné predispozice), etnicky (adaptace na rodovou kulturu), sociálně (životní

úroveň rodiny, později adolescenta resp. samovýdělečného dospělého, důchodce), kulturně (tradice, návyky, mechanismy řešení krizových situací), profesionálně (volba povolání, změny zaměstnání) a generačně (odcizení mládeže světu dospělých).

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) (Machová, 2009, 16).

Hodaň (1997) popisuje životní styl jako soustavu činností ve všech sférách života, tvorbu a uspokojování životních potřeb, soustavu všech sociálních a životních vztahů lidí v průběhu svých vykonávaných činností, systém všech životních hodnot a idejí.

Během života jedinců i různých sociálních skupin dochází ke změnám v oblasti životního stylu a ovlivňuje jejich tělesné, mentální a sociální chování a jednání. Životní styl má vliv na osobnostní vývoj a kompetence jedince, jeho výkonnost a identitu. Je podmíněný vnitřními vlivy, jako jsou např. věk, pohlaví, zdatnost, zdraví, a zároveň vnějšími podmínkami odrážejícími kulturní tradice, sociální, ekonomickou, politickou situaci ve společnosti atd. (Spirduso, 1995).

2. 4. 1 Životní styl a životní způsob

Mnohdy se setkáváme s diskuzí, o pojmech životní styl a životní způsob. V literatuře mnozí autoři užívají oba pojmy jako synonymum (Slepičková, 2009; Kubátová, 2010), další skupina autorů (Duffková, 2008; Hodaň, 1997; Hodaň & Dohnal; Jansa, et al., 2005; Linhart et al, 1996) uvádí, že pojem životní způsob má širší význam a je jakoby nadřazený životnímu stylu.

Kubátová (2010) uvádí, že způsob života můžeme nazývat různě, například životní způsob, životní styl, životní sloh. Mezi těmito pojmy je určitý rozdíl, který se týká znaků odlišujících tyto pojmy, avšak není potřeba dodržovat toto slovní označení. „Označení „životní způsob“, „životní styl“, „životní sloh“, lze považovat za synonyma, a to do okamžiku, dokud nejsou vymezeny obsahy pojmů, které tato slova označují.“ (Kubátová, 2010, 20).

Hodaň a Dohnal (2005, 71) konstatují, že pojmy bývají často zaměňovány a je třeba mezi nimi vnímat zásadní rozdíl. „Životní způsob je termín určitým způsobem nadřazený v tom

smyslu, že se týká skupiny, třídy, populace. Má tedy skupinový charakter a může představovat určitou úroveň či dokonce normu, která je pro danou skupinu typická (životní způsob české populace, životní způsob manažerů, životní způsob seniorů apod.).“ a dodávají „v životním způsobu se odráží specifikum vzájemného vztahu a úroveň individuů žijících v určitém společenství“. Obdobný názor má Ivanová (2006), že kategorie životního způsobu mohou být obecnějším východiskem, kdežto kategorie životního stylu jeho konkretizací. Životní styl tak bude pojmem, který označuje projevy života jednotlivých částí společnosti, kdežto termín životní způsob se bude vztahovat na celou společnost. Životní styl se na rozdíl od životního způsobu týká jednotlivce, je od životního způsobu odvozen, je individualizován. Hodaň a Dohnal (2005, 76) „vzhledem k tomu, že za rozhodující jednotku kvality společnosti považují kvalitu individuů společnost tvořících, a vztahů, které mezi sebou dovedou vytvořit, je podle jejich názoru z hlediska konkrétního působení na člověka významnější životní styl“.

2. 4. 2 Zdravý životní styl

V současnosti se stále častěji setkáváme s pojmem „zdravý životní styl“ a jeho definice není jednoduchá. Co si ale přesně pod tímto pojmem máme představit? Zjednodušeně si můžeme představit styl života každého z nás, který ovlivňuje naše zdraví, a to po fyzické i duševní stránce. Životní styl tedy velmi úzce souvisí se zdravím a ve vysoké míře ho i ovlivňuje. V každodenním životě často slyšíme o prospěšnosti zdravé výživy, pohybové aktivity, relaxace, a na druhé straně řada lidí je obézních, kouří, užívají návykové látky apod. Na jedné straně jsou informace, tudíž víme, co bychom měli dělat. Na druhé straně se v praxi těmito radami neřídíme nebo si nevíme rady, jak jich využít. Přestože se řada odborníků, např. Duffková (2008), Kraus (2008) a Machová (2009) po dlouhá léta snaží informovat laickou veřejnost o zdravotních rizicích způsobených nedodržováním zdravého životního stylu, nejsou zřejmě tato alarmující sdělení dostatečnou hrozbou. Vyplývá to ze světové situace zvyšování spotřeby tabáku, alkoholu, nárůst prevalence nadváhy a obezity (Papežová et al, 2010; Sovinová et al, 2010; SZÚ, 2009).

Duffková (2008, 116) uvádí, že „obecně vzato podstatou zdravého životního stylu je dodržovat a respektovat v různých sférách života komplex určitých pravidel a norem směřujících k udržení a upevnění zdraví, přičemž je důležité v každém případě vycházet z konkrétních podmínek (okolní prostředí) i endogenních (organismu jedince).“

Životní styl se vyznačuje dobrovolným chováním 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 (Machová, 2009).

Základní okruhy zdravého způsobu života (Kraus, 2008):

Životní rytmus – vhodný poměr pracovní činnosti a odpočinku, fyzické a psychické zátěže, dostatečné množství spánku.

Pohybový režim – přiměřená fyzická námaha, dostatek aktivního a pravidelného pohybu.

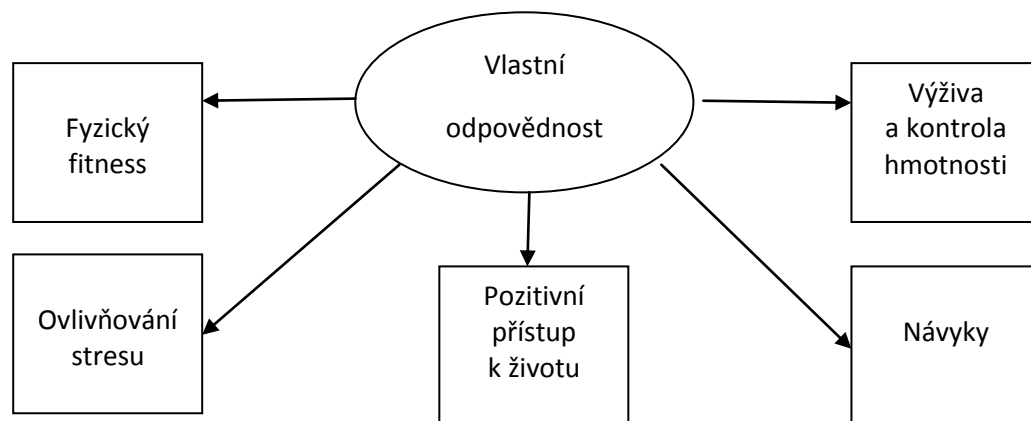
Duševní aktivita – další vzdělávání, duševní hygiena, kulturní zájmy, optimální soužití s ostatními sociálními skupinami.

Životospráva a racionální výživa – tělesná i duševní výkonnost, zachování zdraví.

Zvládání náročných životních situací – stresů a konfliktů.

Blahušová (2009, 13) používá pro vyjádření zdravého životního stylu pojem wellness, který charakterizuje „jako dynamický průběh činnosti, založené na odpovědnosti za sebe sama. Cílem je osvojit si větší zodpovědnost za kvalitu života tím, že děláme pozitivní životní rozhodnutí“.

Pro zlepšení wellness je třeba si ujasnit cíl, vytvořit plán, uvědomit si výsledky a snažit se udržet nový životní styl. Blahušová (2009) vymezuje pět nejdůležitějších součástí životního stylu, které významně ovlivňují zlepšení úrovně wellness, a tím i zdraví (Obrázek 1).



Obrázek 1. Schéma procesu rozvoje wellness (Blahušová, 2009, 14)

Z uvedených definic lze konstatovat, že prostřednictvím životního stylu můžeme pozitivně i negativně působit na své zdraví, eliminovat negativní vlivy a upřednostnit ty pozitivní. Životní styl je faktorem, který ovlivňuje naše zdraví nejvýznamněji, zatímco zdravotnické služby zaujímají nejmenší vliv na naše zdraví (Obrázek 2). Genetické vlivy ovlivnit nelze,

k životnímu stylu. Nedílnou součástí je informovanost o faktorech, které přispívají a významně ovlivňují vznik některých onemocnění, ať již jde o faktory ovlivnitelné či neovlivnitelné člověkem.

2. 5. 1 Rizikové faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné

Nedodržování zásad zdravého životního stylu a výskyt rizikových faktorů považuje řada autorů ve svých studiích za jednu z příčin vzniku chronických neinfekčních onemocnění. Za jednu z nejvýznamnějších epidemiologických studií na téma vlivu životního stylu a výskytu kardiovaskulárních onemocnění lze označit Framinghamskou studii (Framingham Heart Study, FHS), která byla zahájena v roce 1948 v USA. Do programu bylo zařazeno zhruba 5 000 zdravých žen a mužů ve věku 30 – 60 let s pravidelnými kontrolami po 2 letech. Během výzkumu byla zjištěna skutečnost, že nejlepšími prediktory srdečních potíží a předčasných úmrtí jsou přímé důsledky našeho chování, a to především kouření, obezita, vysoká hladina cholesterolu, nízká pohybová aktivita, popřípadě napětí a stres (Kaplan, R. M. et al., 1993).

Rizikové faktory ovlivnitelné (Skálová, 2010; SZÚ, 2003):

- kuřáctví,
- nadměrná spotřeba alkoholu,
- nízká pohybová aktivita,
- nadváha a obezita,
- nepřiměřená a nesprávná výživa.

Rizikové faktory neovlivnitelné:

- věk (riziko stoupá s přibývajícím věkem),
- pohlaví (častější výskyt nemocí u jednoho nebo druhého pohlaví),
- dědičnost.

Člověka ovlivňuje množství prvků, které mají vliv na jeho zdravý životní styl a zdraví. Některé faktory jsou významnější, jiné méně. Nejdůležitějších je pouze několik faktorů, které lze dělit podle jejich důležitosti na zásadní (výživa, stres, kouření, konzumace alkoholu a jiných drog), významné (spánek, pitný režim, pohybová aktivita) a druhotné (kvalita ovzduší, přístup k životu, typ zaměstnání atd.) (Foster, 1993).

2. 6 Výživa

Téměř každý den se setkáváme s novými studiemi a novými výzkumy, které se týkají vztahu jídla ke zdraví. Výsledky a doporučení nám radí, která jídla jsou pro zdraví dobrá, a druhý den se o těch samých jídlech dozvídáme, že dobrá nejsou, a za několik týdnů se situace opakuje. Nelze se divit, že si často sami nevíme rady, a máme problémy s výběrem správného jídla.

Zjednodušený návod pro pochopení a vybudování si zdravých stravovacích návyků uvádí Blahušová (2009):

- střídmost při výběru jídla a pití,
- rozvaha při výběru druhu jídla a způsobu jeho úpravy,
- nezapomínat na vyváženost (čeho je moc, i když je to zdravé, toho může být příliš).

Podle Stratila (2004) je výživa pojem, který je spojen s živením jedince nebo celé populace. Je to souhrn procesů, kterými živý organismus přijímá, zpracovává a využívá potravu. Potrava je všechno, co slouží pro výživu organismu, tj. dodává látky potřebné pro růst, obnovu a udržování funkcí organismu. Lidskou potravou jsou poživatiny, tedy látky požívané k výživě ústy (mimo léků).

Stratil (2004) dělí potraviny následovně:

1. Potraviny

a) rostlinného původu – obiloviny, luštěniny, zelenina, ovoce apod.,

b) živočišného původu – maso, mléko, vejce apod.

2. Pochutiny – poživatiny bez výživné hodnoty, neposkytují energii, ale svou chutí a vůní stimulují vylučování trávicích šťáv (koření) nebo působí povzbudivě (káva).

3. Nápoje – tekutiny, které utišují žízeň. Některé tekutiny se pro svoji výživnou hodnotu řadí k potravinám, např. mléko, ovocné šťávy apod.

Z kvantitativního hlediska musí výživa zajišťovat příjem energie pokrývající její výdej. Proto jsou energetické nároky u lidí, kteří vykonávají sedavé zaměstnání, nižší než u těch s fyzicky náročnou prací či u vrcholového sportu. Při příjmu stravy energeticky převyšující nároky organismu se v těle ukládá zásobní tuk, a vzniká nadváha až obezita (Machová, 2009).

Z kvalitativního hlediska má být strava vyvážená a pestrá pro zajištění dostatečného přísunu živin, vitamínů, minerálů a tekutin. Nevyvážené složení či jednostrannost výživy

může být příčinou nedostatku některých živin, oslabení imunitního systému a zvýšeného rizika kardiovaskulárních či nádorových onemocnění (Machová, 2009).

V průběhu posledních let je výživa ve vyspělých zemích charakterizována vzestupem spotřeby. Při hodnocení spotřeby je nutné brát v úvahu také zvyšující se energetickou nerovnováhu, která je dána zejména sníženým energetickým výdejem v důsledku snižování tělesné aktivity populace. Racionální výživa znamená rozumná, a to je taková, která odpovídá potřebám našeho organismu, a to po stránce kvality i kvantity. Moderní poznatky o vlivu výživy mohou být využity k primární prevenci řady chronických chorob a posilování zdraví (Čermák et al., 2002).

Výživa bezesporu náleží k významným ovlivnitelným faktorům životního stylu, které působí na zdraví člověka. Vedle pokrytí základních potřeb energie a živin nezbytných k životu je výživa spojena i s emocemi, pocitem uspokojení. Výživa jedince je určována především individuálním výběrem potravin, který je ovlivněn řadou faktorů. Mezi tyto faktory patří genetické dispozice, emoční naladění osobnosti (deprese, stres), únava fyzická a psychická, hlad a fyziologická potřeba organismu (onemocnění, fyzický výkon, okolní klima), výchova (přejímání stravovacích zvyklostí z rodiny, náboženství), dosažené vzdělání a výživové znalosti z oblasti výživy a zdraví, životní styl, rizikové chování (kouření, drogová závislost) a reklama. Dalším kritériem je celková i finanční dostupnost potravin, kvalita nabídky veřejného stravování (Müllerová, 2003).

Nadměrná, energeticky bohatá strava se stává v poslední době doménou chudých. Dostupnost a cenová přijatelnost kvalitního a výživného jídla se stala primární ve výběru potravin, a má větší vliv než samotná zdravotní výchova. Dostupnost potravin na trhu je daná ekonomikou státu, je určena pracovními a sociálními podmínkami. V rozvojových zemích s propastnými rozdíly mezi chudými a bohatými obyvateli hraje dominantní vliv na správnou výživu nedostatek vzdělání a nedostatek hygieny. Situace je nejhorší na předměstí velkých měst, kde je strava výrazně chudá na bílkoviny a energii (Čermák, 2002; Müllerová, 2003).

Vedle chudoby je dalším faktorem vzdělání. Zřetelně se liší výživa vzdělané části obyvatelstva od chudších a méně vzdělaných lidí. Vzdělané kruhy společnosti se vyznačují rostoucím zájmem o racionální výživu podloženou vědeckými poznatky, podle kterých se snaží upravovat jídelní návyky a organizovat stravu (Čermák, 2002). Vliv vzdělání na stravovací návyky potvrzuje také Machová (2009, 37) „Čím vyšší má člověk vzdělání, tím více si uvědomuje nutnost kvalitní a vyvážené stravy a dbá na doporučené zásady zdravé

výživy“ a Kunová (2005, 11) doplňuje, že ve vyspělém světě je patrná tendence ke zdravému životnímu stylu u lidí vzdělanějších, zatímco nižší sociální vrstvy inklinují k výběru jen na základě rychlosti a ceny“.

2. 6. 1 Výživa žen

Měla by výživa žen být odlišná od výživy mužů? V čem se obě pohlaví od sebe liší? Lidé se liší ve svých požadavcích na přísun výživných látek na základě odlišné genetiky, věku, pohlaví, zdravotního stavu, tělesné a duševní zátěže.

Ženy (zejména mladšího a středního věku) spotřebují v klidu zhruba o 15 – 25% méně energie než muži, a to z důvodu nižšího množství aktivní hmoty. Jestliže vyrazí na cyklistický výlet muž o hmotnosti 75 kg a žena vážící 60 kg a přitom ujedou stejnou vzdálenost za stejný čas, spotřebuje žena (lehčí jedinec) méně energie. Z důvodu rozdílné hormonální vybavenosti mají ženy horší schopnost budování svalové tkáně a větší tendenci k ukládání nespotřebované energie do tukových zásob. Tyto mechanismy je třeba při plánování stravy ctít. Oproti mužům by strava žen měla být chudší na bílkoviny. Ženy produkují jednu desetinu množství testosteronu mužů, a to díky slabší proteoanabolické schopnosti. Na rozdíl od mužů mají ženy sklon k přeměně zkonsumovaných bílkovin na zásobní tělesné tuky. Nadbytečné dávky bílkovin zatěžují ledviny, játra a okyselují vnitřní prostředí a jistým způsobem mohou přispívat ke vzniku osteoporózy. Zvýšením tělesné zátěže se lehce zvyšuje i potřeba bílkovin, ovšem v menší míře než u mužů. Vhodné je přijímat bílkoviny jak rostlinného (luštěniny, obilnina apod.), tak živočišného původu (maso, ryby, vejce apod.). Rozdíly nalezneme i v oblasti sacharidů (cukr, škrob). Optimální množství musí být zohledněno celkovým energetickým výdejem. Rozdíly mezi muži a ženami nacházíme v oblasti glykogenu, který je uložený ve svalech. Větší hmota kosterních svalů u mužů umožňuje svalovým buňkám pojmout více cukru (vody) než u ženy. Všechny sacharidy přijaté nad rámec aktuálních požadavků těla přebuduje na triacylglyceroly a uloží do tukových buněk. Ženy by se měly více než muži zaměřit na „pomalé cukry“ – sacharidy s nižším glykemickým indexem (luštěnina, zelenina, většina druhů ovoce, ořechy apod.). Pohybová aktivita je výborný prostředek, díky kterému si ženy mohou dovolit více „mlsat“ než jejich méně aktivní vrstevnice. (Chadima, 2013)

2. 6. 2 Komponenty výživy

Podle Blahušové (2009), Klimešové (2010) a Svačiny a Bretšnajdrové (2008) a základní složky stravy a poskytovatelé energie jsou chemické sloučeniny, které nazýváme živiny (nutrienty). Tyto nutrienty můžeme rozdělit na esenciální a neesenciální. Esenciální nutrienty jsou pro naše tělo nezbytné a musí být součástí naší stravy. Neesenciální nutrienty jsou takové, které si dokážeme v případě potřeby vyrobit nebo takové, které nezbytně nepotřebujeme, ale mají pozitivní vliv na naše zdraví. Existuje celkem šest základních nutrientů – sacharidy (cukry), lipidy (tuky), proteiny (bílkoviny), vitamíny, minerální látky a voda. Sacharidy, tuky a bílkoviny slouží zejména jako zdroj energie a materiál pro obnovu buněk, vitamíny a minerální látky neposkytují žádnou energii, ale slouží zejména k regulaci buněčného metabolismu a voda funguje především jako základní médium biochemických reakcí. Sacharidy a bílkoviny nám na jeden gram látky přinesou zhruba stejné množství energie, tuky obsahují více než dvojnásobné množství energie. Klimešová (2010, 9) uvádí příklad „jestliže tedy sníme lžičku cukru, bude obsahovat mnohem méně energie než lžička másla“.

Optimální výkonnost tělesných funkcí zajišťuje všech šest složek výživy, ale podmínkou zůstává jejich rovnováha. energii tělu dodávají pouze cukry, proteiny a lipidy. Energetická hodnota potravy je dána obsahem základních živin (cukrů, bílkovin a tuků) a jejich vzájemným poměrem (Čeledová & Čepela, 2010).

Tabulka 1 Doporučený poměr živin v celkové denní dávce stravy (Čeledová & Čepela, 2010, 57)

bílkoviny	15 – 20 %
tuky	25 – 30 %
cukry	50 – 55 %

Sacharidy (cukry)

Sacharidy jsou nejrychlejším a nejvýznamnějším zdrojem energie. Dělíme je na dvě skupiny, jednoduché cukry a komplexní sacharidy (škroby), které nám přinesou v 1 gramu přibližně 17 kJ (4 kcal). Jsou zastoupeny početnou skupinou přírodních organických látek. Ve

větším množství se vyskytují pouze v rostlinné potravě, kde vznikají fotosyntézou. Do této skupiny patří také vláknina, která obsahuje jen minimum využitelné energie. Vláknina je součástí rostlinné stravy a je pro lidský trávicí trakt nestravitelná nebo stravitelná pouze částečně. Rozpustná vláknina je schopna vázat vodu a navozuje pocit sytosti a dále příznivě působí na střevní motilitu a peristaltiku a tím zabraňuje celé řadě nemocí trávicího traktu. Sacharidy jsou bohatě zastoupené například v obilovinách, luštěninách a zelenině. Ovoce je dobrým zdrojem zejména jednoduchých cukrů a vlákniny (Klimešová, 2010; Kunová, 2004; Vítek, 2008).

Zvýšená konzumace jednoduchých sacharidů jako je sacharóza a fruktóza má spojitost s obezitou. Rozsáhlé epidemiologické studie prokázaly souvislost mezi zvýšenou spotřebou slazených nápojů a džusů a prevalencí obezity, a to zejména u dětí a dospívajících, naproti tomu komplexní sacharidy nepřispívají k rozvoji obezity. Vláknina snižuje energetickou denzitu potravin a díky své bobtnavosti navozuje pocit sytosti. Nedostatečný příjem vlákniny ze zeleniny a ovoce se u naší populace může podílet na rozvoji obezity a jejich komplikací (Hainer, 2011).

Lipidy (tuky)

Tuky představují velmi významnou složku naší stravy a to složku velmi rizikovou, zejména v případě nadbytečné či nezdravé konzumace. Tuky jsou děleny na nasycené (nezdravé), mononenasyčené a polynenasycené (chrání srdce a cévy před rozvojem aterosklerózy), přičemž nasycenost vyjadřuje množství vodíkových atomů obsažených v molekule tuku. Tuky jsou v organismu využívány jako zdroj energie zejména v období odpočinku nebo při fyzické aktivitě nízké intenzity. Tuk je nejkoncentrovanější formou potravinové energie. Dodává přibližně 38 kJ (9 kcal) v jednom gramu, což znamená zhruba dvojnásobek ve srovnání se sacharidy i proteiny. Stejně jako sacharidy jsou tvořené atomy uhlíku, kyslíku a vodíku. Množství vodíku je však v lipidech zhruba dvojnásobné, což zapříčiňuje vysoký obsah energie, která se při jejich štěpení uvolňuje. Lipidy obsažené v živočišném tuku mají obvykle tuhou formu, např. máslo, sádlo, a v rostlinných olejích formu tekutou např. řepkový, slunečnicový nebo olivový olej (Klimešová, 2010; Vítek, 2008). Hainer (2011) ve své publikaci dodává, že tuky by se měly podílet zhruba 30 % na celkovém energetickém příjmu, ale ve skutečnosti je do 36 – 38 %, u venkovského obyvatelstva a starších lidí je tento podíl tuku na energetickém příjmu často až 40%. Tuky mají přes svou vysokou energetickou denzitu malou sytící schopnost. V praxi to znamená, že k nasycení je

třeba zkonsumovat větší množství tuků než bílkovin či sacharidů. Nadbytečný příjem energie v podobě tuků se ukládá do tukových zásob, přičemž kapacita tukových zásob je neomezena.

Proteiny (bílkoviny)

Bílkoviny patří k hlavním živinám, jsou součástí všech buněk organismu a musí být neustále doplňovány. Obsahují ve své molekule kromě uhlíku, kyslíku a vodíku ještě atomy dusíku. Bílkoviny jsou jediným zdrojem dusíku a síry, které nejsou obsaženy v ostatních živinách. Z jednoho gramu bílkovin dokážeme využít asi 17 kJ (4 kcal). Bílkoviny jsou důležité pro stavbu a reparaci tkání a orgánů, zcela nezbytné pro zdravý rozvoj, regulují tvorbu hormonů, obranných látek v krvi a enzymů. Jako zdroj energie mohou být využity v případě, nemá-li tělo dostatek sacharidů nebo lipidů. Bílkoviny se skládají z aminokyselin, z toho je 9 esenciálních, které si tělo nedovede vytvořit samo a musí je získávat z potravy. Polovina denní dávky bílkovin by měla pocházet z živočišných produktů, jako jsou vejce, mléko a maso, které mají větší zastoupení všech esenciálních aminokyselin na rozdíl od bílkovin rostlinného původu. Celozrnné obilniny, brambory, ořechy a luštěniny jsou dobrým zdrojem rostlinných bílkovin, které by měly tvořit druhou polovinu přijatých bílkovin (Blahušová, 2009; Klimešová, 2010; Vitek 2008). Nadbytečný příjem bílkovin nesehrává podstatnou úlohu při vzniku obezity v dospělosti. Mají nízkou energetickou denzitu a nejvyšší sytící schopnost ze všech živin (Hainer, 2011).

Vitamíny

Vitamíny jsou organické látky, součástí živin, které nedodávají energii, ale jsou pro bezproblémový chod celého organismu velmi nutné. Nezastupitelnou roli mají v obnově struktury kostí a svalové tkáně, krvetvorbě i v podpoře imunitního systému. Některé vitamíny mohou působit jako antioxidanty. Při nedostatku vitamínů může docházet k hypovitaminóze, to je stav vyznačující se poruchami funkcí různých orgánů, vedoucí i k vážným onemocněním. Naopak při nadbytečném příjmu může docházet k předávkování, tento stav se nazývá hypervitaminóza, související s jaterními a ledvinovými problémy (Blahušová, 2009; Klimešová, 2010; Manžuková, 2005).

Dělení vitamínu dle Klimešové (2010) a Manžukové (2005):

Vitamíny rozpustné v tucích (lipotropní) – vitamíny A, D, E, K, díky své rozpustnosti v tucích se mohou ukládat do tukových zásob v těle a jsou uschovány v organismu v poměrně

velkém množství, proto jejich denní příjem není nutný. Na druhou stranu se u organismu hůře vylučují a hrozí poměrně vysoké riziko předávkování a toxického působení.

Vitamíny rozpustné ve vodě (lipotrofní) – vitamíny skupiny B a C jsou naopak v organismu uskladněny jen v malém množství a díky své rozpustnosti ve vodě se z těla rychle vylučují v podobě moči nebo potu. Nedostatku předcházíme každodenním přísunem ve stravě. Ve srovnání s vitamíny rozpustnými v tucích hrozí pouze minimální riziko toxicity, některé však mohou být ve vysokých dávkách pro organismus škodlivé.

Minerály a stopové prvky

Minerální látky jsou stejně jako vitamíny zdraví prospěšné, liší se svým chemickým složením, neboť jsou anorganického původu. To znamená, že organismus je nemůže produkovat ani je nemůže spotřebovat. Do těla se dostávají prostřednictvím stravy a jsou vylučovány v podobě potu, moči a stolice. Jejich nízký obsah může způsobit onemocnění z nedostatku, naopak vysoký příjem může navodit známky toxicity. Slouží jako stavební materiál pro růst tkání, kostí a zubů, řídí hospodaření s vodou v těle, látkovou přeměnu, vyměšování a rozmnožování. Denní potřeba minerální látky je 100 miligramů nebo vyšší, u stopových prvků je denní potřeba nižší než 100 mg. V potravě jsou minerální látky a stopové prvky obsažené například v mase, rybách, mléce, zelenině, ovoci a ořechách (Klimešová, 2010; Manžuková, 2005).

Voda

Posledním uváděným nutriem je voda, která je v organismu obsažená v jednotlivých buňkách i v mimobuněčném prostoru a zastává pravděpodobně nejdůležitější součást výživy. Voda je základním rozpouštědlem, pomáhá odstranit z těla přebytek a podílí se na látkové výměně. Rovněž slouží k udržení stálé tělesné teploty. Tělo snižuje hladinu vody dýcháním, pocením a vylučováním, a proto je nutné vodu neustále doplňovat. V základní podobě ji přijímáme jako přirozenou součást stravy – dobrým zdrojem jsou například ovoce a zelenina, ale i například polévky. Minimální příjem zdravého člověka je asi 2,5 litru, lidé s nadváhou a sportovci potřebují příjem vyšší (Blahutková, 2009; Klimešová, 2010).

2. 6. 3 Pravidelnost a pestrost stravy

„Všechno, z čeho je tělo vystaveno, je z potravy, kterou člověk za celý svůj život přijme“ (Oliveriusová, 2003, 9).

Každý člověk musí několikrát denně přijímat potravu, ve většině případů o jejich výběru přemýšlíme. Zda výběr potravin bude správný a našemu tělu prospěšný, už závisí na určitých znalostech z oblasti zdravého stravování. Za velký omyl považuje Stratil (1993) domněnku lidí, že si tělo samo řekne, co je pro něj prospěšné a co ne. Vybudované nesprávné stravovací návyky mohou vést i k vážným poškozením zdraví. Podle Oliveriusové (2003, 11) naše zdraví a kondice jsou ovlivněny tím, co sníme, a pro náš organismus to má dva významy. „Za prvé je to příjem energie a za druhé, příjem nutričně (výživově) důležitých látek“.

Člověk nejčastěji přijímá potravu třikrát denně, a to ve formě snídaně, oběda a večeře. Pro správně stravujícího člověka platí, že „přijímaná energie by měla být ideálně rozložena do pěti porcí (třech hlavních jídel a dvou svačín). Podle zásad správné výživy by měla snídaně pokrýt 30 %, přesnídávka 10 %, oběd 30 %, odpolední svačina 10 % a večeře 20 % z denního energetického příjmu“ (Klimešová 2010, 12).

Zlepšení pestrosti stravy je cílem mnoha odborných studií na celém světě. Novější studie tzv. HFD – index (Healthy food diversity index), který bere v úvahu tři aspekty pestré stravy. Patří mezi ně počet různých potravin, jejich zastoupení v celkovém množství konzumovaných potravin a nutriční kvalita zkonsumovaného potravinového koše (Drescher et al., 2007).

Podle Kunové (2005) lze, s výjimkou několika skupin potravin (např. uzeniny a sladkosti, bez nichž se obejdeme), v rozumné míře konzumovat všechny druhy potravin. Teprve jejich každodenní nadměrné opakování činí potraviny nezdravými, i kdyby šlo o potraviny zdraví prospěšné a dodává „nejde o to, jíst zdravé potraviny, důležité je zdravě se stravovat. Extrémní názory na výživu jsou škodlivé stejně jako fast food“ (Kunová, 2005, 11).

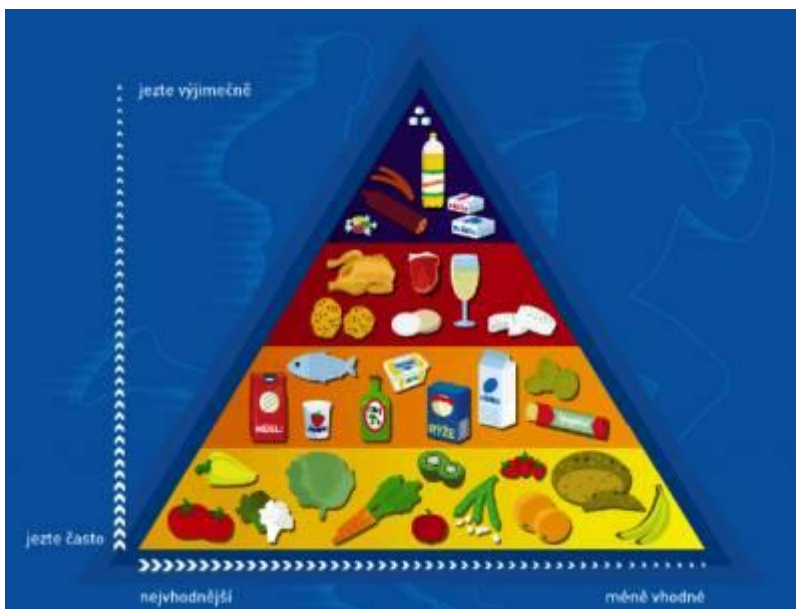
2. 6. 3. 1 Pyramida zdravé výživy

Na principu pestrosti stravy byly v posledních letech vypracovány různé typy výživových pyramid a podobných grafických výživových doporučení. Potravinová pyramida představuje grafickou podobu výživových doporučení s cílem poskytnout lidem radu, jak se stravovat, aby si udrželi dobré zdraví a jejich tělo dostalo vše, co potřebuje. Výživová pyramida představuje velice přehledný systém, který je dobře pochopitelný pro každého jednotlivce. Potraviny jsou rozděleny do několika skupin, každá skupina má doporučený počet porcí, které by bylo vhodné dodržovat. Podle pyramidy je možno jídelníček plánovat i kontrolovat.

Čermák (2002) udává, že výživová doporučení vycházejí z místních stravovacích zvyklostí a s těmi spojených zdravotních problémů populace. Tato výživová doporučení mají za cíl informovat širokou veřejnost o současných zásadách zdravé výživy. Jedním z grafických znázornění takovýchto doporučení je i potravinová pyramida. Výhodou je přehledné vyobrazení všeho, co má být obsaženo v našem stravovacím plánu a zároveň napovídá i v jakém množství. Dalším kladem je i vysoká srozumitelnost, která může sloužit jako návod i pro širokou veřejnost.

2. 6. 3. 2 Česká potravinová pyramida

Fórum zdravé výživy (FZV), jehož členy jsou odborníci z oblasti výživy, technologie potravin, nutričního a pohybového poradenství, interní medicíny, kardiologie, gastroenterologie a pediatrie se zaměřením na obezitu, sestavilo na základě současného zdravotního a výživového stavu české populace, zejména vysokého výskytu obezity, doporučení v podobě potravinové pyramidy (Obrázek 3). Smyslem doporučení je předcházení zdravotním rizikům, která ze současného výživového chování české veřejnosti vyplývají, zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. FZV se snaží také upozorňovat na řadu nesprávných informací o výživě a nabízí příklad správného řešení přístupu ke stravě.



Obrázek 3. Česká potravinová pyramida (FZV)

Popis výživových zvyklostí české populace:

- konzumace ovoce a zeleniny se zvyšuje, ale pomalu, a to spíše u ovoce než u zeleniny,
- snížení spotřeby mléčných výrobků v důsledku jejich zdražování,
- malá spotřeba ryb,
- konzumace masa s viditelným tukem se nesnižuje,
- spotřeba výrobků z mouky je vyšší, než by měla být,
- častá konzumace smažených jídel,
- konzumace nízkotučných výrobků („light“), nikoliv nízkotučné stravy,
- dodržování špatných redukčních diet,
- velký objem energetického příjmu v poměru k energetickému výdeji.

2. 6. 3. 3 Jak pracovat s pyramidou

Základna potravin je složena z potravin, které by se měly jíst nejčastěji a v největším množství. Směrem k vrcholu je vhodné být při výběru střídmější a v samém vrcholu pyramidy jsou potraviny, bez kterých je možno se obejít a v jídelníčku by se měly objevovat pouze ojediněle. Další možností výběru potravin z pyramidy je volba podle hmotnosti. V případě potřeby redukování váhy je třeba volit jídla z levé části pyramidy a jíst menší porce (výjimku tvoří zelenina). V tomto případě jsou zcela zapovězeny potraviny z poslední etáže pyramidy (uzeniny, sladkosti, slazené nápoje, živočišné tuky apod.). Pyramida je použitelná u všech zdravých jedinců, v každé české domácnosti a na jejím základě je možné upravit denní stravu tak, aby se s pyramidou co nejvíce shodovala. Pokud seznam používaných potravin včetně množství odpovídá doporučením pyramidy, potom se stravujeme zdravě. Pokud je to opačně, je třeba změnit jídelníček, a to pozvolným způsobem, se kterým se lze lépe ztotožnit (Poledne, Kunová & Starnovská, 2008).

2. 6. 3. 4 Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR – Společnost pro výživu

Většina průmyslově vyspělých zemí vydává již po desetiletí výživová doporučení pro obyvatelstvo. V České republice bylo vydáno první doporučení pod názvem „Směry výživy obyvatelstva ČSR“. Tato doporučení mají působit jako prevence proti různým zdravotním problémům a nemocem.

K zásadním pravidlům správné výživy patří:

- dosažení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie pro udržení optimální tělesné hmotnosti v rozmezí BMI 18 – 25,
- omezení příjmu nasycených mastných kyselin,
- omezení příjmu tuků u dospělých,
- snížení příjmu cholesterolu,
- snížení spotřeby jednoduchých cukrů,
- omezení spotřeby kuchyňské soli,
- zvýšení příjmu kyseliny askorbové (vitamínu C),
- zvýšení příjmu vlákniny,
- zvýšení příjmu ochranných látek např. minerálních látek, vitamínů,
- snížení živočišných tuků a zvýšení rostlinných, zejména oleje olivového či řepkového,
- zabezpečení dostatečného přísunu zeleniny a ovoce v poměru asi 2:1,
- zvýšení příjmu výrobků z tmavé celozrnné mouky,
- zvýšení spotřeby ryb a rybích výrobků, včetně mořských,
- omezení konzumace živočišných potravin s vysokým podílem tuku (např. vepřový bůček, uzeniny, plnotučné mléko a mléčné výrobky, výrobky s majonézou, máslovým krémem),
- dodržování správného pitného režimu,
- umírněná konzumace alkoholických nápojů (Dostálová et al., 2012).

2. 6. 4 Pitný režim

Pitný režim je nedílnou a neodmyslitelnou součástí každého dne. Žízeň je fyziologický stav signalizující člověku úbytek vody z organismu, a tak udržuje řízením příjmu tekutin rovnováhu ve výměně vody (Stratil, 1993).

Pitný režim definujeme jako způsob konzumace tekutin, který zahrnuje příjem vybraných nealkoholických nápojů k zásobení organismu nezbytnou vodou, případně v ní obsaženými minerálními látkami. Denní přísun tekutin by měl být u zdravého člověka více než 2000 ml, v horku a při pohybu i více. Za nevhodnější nápoj je doporučována voda, balená nebo z vodovodu. Pitný režim se může zpestřit minerálkami a čaji (Fořt, 1999).

„Za normálních podmínek ztrácí tělo za den asi 1850 – 2600 ml tekutin (ledvinami – močí, plicemi – dýcháním, kůží – pocením a výkaly). Část vody se tvoří v těle samotném při tvorbě energie z přijatých živin (200 – 300 ml). Říká se jí metabolická voda“ (Mužik, 2007, 35).

Stratil (1993) dodává, že voda tvoří 70 % hmoty a zásoby organismu jsou malé. Proto je nezbytně nutné, aby člověk měl dostatečný příjem, který je v rovnováze s jeho výdejem. Celková výměna vody je značně individuální a činí 2 – 3 l vody denně, při zvýšené fyzické zátěži či v létě i více. Je důležité dodržovat zásadu pitného režimu a tekutinu, kterou ztratíme, opět doplnit, a to v podobě vhodných nápojů či potravin s vysokým obsahem vody (polévky, ovoce apod.). “Organismus musí doplňovat ztráty vody denně. Bez příjmu veškerých tekutin po 4 – 7 dnech končí život.“ (Bulková, 1999,13).

2. 7 Pohybová aktivita

Hodaň (1997) charakterizuje pohybovou aktivitu jako sumu všech realizovaných pohybových činností představující neoddelitelnou součást zdravého životního stylu člověka. Podle Komeštika (1998, 58) jde o „soubor cílevědomě vykonávaných pohybových činností jednotlivci, skupiny s upřesněním druhu (tělovýchovná, sportovní) a s konkrétním vyjádřením (hrát fotbal, cvičit aerobní gymnastiku apod.), opakem je pohybová pasivita.“

Pohybová aktivita je ucelený pohyb člověka v prostředí jeho života a vyznačuje se vzájemným pohybem částí lidského těla tzv. segmentů. Tento pohyb nevznikl najednou, ale utvářel se miliony let po dobu lidské evoluce. Dle Novotného (2010) rozlišujeme pohybové aktivity na habituální (oblékání, hygiena, vaření, úklid atd.), pracovní a školní, sportovní, rekreační aj.

Mattocks et al. (2008) poukazuje na významnou úlohu pohybové aktivity po celé vývojové období člověka a na vzájemné propojení mezi aktivními rodiči a jejich vlivem na děti. Dále uvádí, že některé rizikové faktory ovlivňující zdraví mohou mít přímou souvislost s nízkou pohybovou aktivitou v dětství.

Vondruška a Barták (2004, 28) uvádějí: „Fyzická aktivita má příznivé účinky na lidský organismus nejen v podobě zvýšené fyzické zdatnosti a lepší kondice, ale zlepšuje výrazně také psychický stav, zvládání stresu a veškeré problémy se snáze překonávají. Po zátěži přijde pocit uvolnění až euforie.“

Zatímco dříve byla aktivita dána povinnostmi člověka, dnes velice často závisí pouze na vůli a motivaci „pohybovat se“. Motivací k dostatečnému pohybu může být touha po změně tělesné hmotnosti, zlepšení kondice, odstranění bolestí (např. zad) či jiných obtíží, ale také

uspokojení psychických či sociálních potřeb. Člověk s dobrou fyzickou kondicí nejen lépe vypadá, ale také se lépe cítí (Machová, 2009).

Technický vývoj ve společnosti zapříčinil odstranění potřeby náročné fyzické aktivity nutné k existenčnímu přežití a v mnohém zkvalitnil život. Většina novodobých studií však potvrzuje, že pohybově aktivnější lidé mají kvalitu života vyšší. Tento rozpor je jeden z nejvýraznějších paradoxů evolučního a historického vývoje člověka (Horák et al., 2011).

Měkota a Cuberek (2007, 65) rozdělují pohybovou aktivitu na běžné každodenní a pracovní aktivity a na tělocvičnou, sportovní a rekreační aktivitu. „Běžné každodenní aktivity člověk realizuje pro uspokojení základních životních potřeb, zahrnují pohybovou činnost nepracovní a nesportovní“. Pracovní aktivity jsou činnosti člověka realizované během pracovního procesu a slouží k „vytváření hmotných a kulturních statků“. Sportovní aktivita je vymezena pohybovými akty a jednotlivými aktivitami sportů a sportovních her, které jsou různorodé a jejich nabídka se neustále zvyšuje. Rekreační pohybová aktivita „je prostředkem aktivního odpočinku, jejím prostřednictvím plní své úkoly pohybová rekreace. Charakteristické je zaměření na regeneraci, relaxaci a na příjemné a účelné prožití volného času“ (Měkota & Cuberek, 69).

2. 7. 1 Benefity pohybové aktivity

V současnosti je již celosvětově akceptována teorie o prospěšnosti pohybu v lidském životě. Různé typy pohybových intervencí nacházejí svá uplatnění v preventivní léčbě celé řady onemocnění (Štefl et al., 2012).

Všechny klady pravidelné pohybové aktivity člověka lze vyjádřit pojmem pohybové či zdravotní benefity. Lze je vyjádřit také jako osobní zisk, užitek, prospěch pro zdraví (Dobrá, 2008).

(Stejskal, 2004, 12) uvádí, že pravidelná cvičení i habituální (obvyklá) pohybová aktivita je nejlepší, nejbezpečnější a ekonomicky nejméně náročná prevence většiny civilizačních onemocnění a dodává „dlouhodobá pohybová aktivita také prodlužuje lidský život a snižuje úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým životním stylem“.

Podle Stejskala (2004) nedostatek pohybové aktivity snižuje fyzickou i psychickou odolnost a zvyšuje rizikové faktory vedoucí k řadě onemocnění, např.:

Ischemická choroba srdeční – ateroskleróza je degenerativní onemocnění cév, postihuje nejčastěji věnčité tepny srdce, nedostatek kyslíku a živin pro svalovinu srdce může zapříčinit anginu pectoris, srdeční infarkt, u starších lidí i progresivní onemocnění srdce apod.

Hypertenze – pacienti trpí vysokým krevním tlakem, přispívá ke vzniku centrální mozkové příhody, periferních cévních onemocnění, ICHS a městnavé choroby srdeční.

Periferní cévní onemocnění a ateroskleróza mohou být příčinou částečného nebo i úplného uzávěru hlavních tepen zásobujících dolní končetiny.

Cévní mozková příhoda (CMP) – příčinou bývá aterosklerotické zúžení nebo i uzavření mozkových cév, které způsobuje smrt mozkových buněk.

Nadváha a obezita – nepřiměřeně vysoká hmotnost, která způsobuje řadu dalších chorob,

Cukrovka (diabetes mellitus) – cukrovka prvního typu (onemocnění dětí a mladých osob) a cukrovka druhého typu (výrazná genetická podmíněnost a životní styl).

Osteoporóza – řídnutí kostí (ztráta kostní hmoty), hlavním faktorem vzniku je nedostatečný pohyb.

Nádorová onemocnění – pohybová aktivita je spojená s menším počtem úmrtí na rakovinu, u žen zejména prevence rakoviny prsu, vaječníků, dělohy a pochvy.

Zdravotní benefity dle Stackeové (2009) pro osoby ve věku dospělosti:

- snížení rizika předčasné smrti,
- snížení rizika ischemické choroby srdeční a cévní mozkové příhody,
- snížení rizika hypertenze a pozitivní ovlivnění hladiny krevních lipidů,
- snížení rizika diabetes mellitus I. a II. typu,
- snížení rizika metabolického syndromu,
- snížení rizika abdominální obezity,
- snížení rizika rakoviny tlustého střeva, prsu, endometria a plic,
- vyšší hustota kostní tkáně a nižší riziko fraktur,
- rozvoj kardiovaskulární a svalové zdatnosti,
- zlepšení kvality spánku,
- zpomalení úbytku kognitivních funkcí atd.

Z výše uvedeného vyplývá, že pohybová aktivita je nezbytnou životní potřebou a zejména investicí do budoucnosti. Pohybovou aktivitu je třeba vykonávat pravidelně, s určitou intenzitou a po určitou dobu, nejlépe celý život.

Zdravotní výhody fyzické aktivity závisí na frekvenci, intenzitě a době trvání. Je poručeno pro dospělého člověka provádět pohybovou aktivitu střední intenzity po dobu nejméně 30 minut a to ve většině dnů v týdnu, nejlépe každý den. Pokud je mírná intenzita pohybových aktivit, potom 45-60 minut každý den (Sharkey, 1990).

Motivace vedoucí k pohybové aktivitě můžeme dělit do několika skupin (Stackeová, 2004):

- zdravotní (zvýšení odolnosti a výkonnosti, prevence civilizačních onemocnění apod.),
- estetické (zvýšení atraktivity, přiblížení se k ideálu díky změně tvaru a rozměrů vlastního těla, možnost ovlivnění tělesné hmotnosti apod.),
- sociální (sociální kontakt apod.),
- prožitkové (odbourání stresu, relaxace, nové prožitky apod.).

Tak jak je přirozené lidské psychice, i v kontextu pohybové aktivity jsou muži více zaměřeni na výkon, i zde tedy vždy preferovali aktivity, kde rozvíjeli vůli, překonávali se, zlepšovali se apod., na rozdíl od motivace žen, daleko více orientovaných jednak na oblast estetickou, jednak na prožitek vlastního těla a pohybu (Stackeová, 2004, 42).

2. 7. 2 Pohybová aktivita ženy

Podle Máčka et al. (2011) se může současná žena věnovat většině pohybových aktivit s ohledem na určitá biologická období, která se v životě ženy vyskytují. Všechna tato období spojená s reprodukčním údělem ženy lze dělit na pravidelná (menstruace) a nepravidelná (těhotenství, porod). Menstruace ani těhotenství nejsou důvodem k omezení pohybové aktivity u zdravých žen, s přihlédnutím k subjektivním pocitům a omezení kontaktních sportů a činností při nichž může dojít k úrazu (jízda na koni, sportovní gymnastika, sjezdové lyžování apod.).

2. 7. 3 Hodnocení tělesné hmotnosti (klasifikace obezity)

Riegrová (1998) udává, že hodnocení optimální hmotnosti je oblastí často diskutovanou. Přímý vztah tělesné hmotnosti a výšky je hodnocen řadou indexů (Brocův, Quetelet-Bouchardův apod.), k hodnocení v jiných indexech se k těmto dvěma hodnotám připojují další rozměry a to např. obvod hrudníku. Nejčastěji využívaným a světově uznávaným kvantitativním parametrem pro posouzení normální či patologicky zvýšené hmotnosti je Queteletův index tělesné hmotnosti Body Mass Index – BMI. K výpočtu stačí znát svou tělesnou hmotnost a výšku. Je definován jako hmotnost v kilogramech dělená druhou

mocninou výšky v metrech (kg/m^2). U osob s vysoce vyvinutou svalovou hmotou může BMI vést k chybné diagnóze. Je důležité zdůraznit, že hodnoty BMI jsou stejné pro obě pohlaví a s přibývajícím věkem se hodnoty fyziologického rozmezí BMI přirozeně zvyšují.

Tabulka 2. Hodnocení BMI podle WHO (1997) u dospělých (Hainer, V. et al., 2011, 166)

Klasifikace	BMI (kg/m^2)	Riziko komplikací obezity
Podváha	< 18,5	Nízké (riziko jiných chorob)
Normální hmotnost	18,5-24,9	Průměrné
Zvýšená hmotnost	≥ 25	Zvýšené
Nadváha	25-29,9	Mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30-34,9	Středně zvýšené
Obezita II. stupně	35-39,9	Velmi zvýšené
Obezita III. stupně	≥ 40	Vysoké

2. 7. 3. 1 Nadváha a obezita

Obezita není pouze problém současnosti, ale její výskyt je prokázán již v dávné minulosti. Důkazem je Věstonická Venuše. Figurky tohoto typu byly nalezeny na rozsáhlém území Evropy stejně jako například zmínky starověkých lékařů Hippokrata a Galéna o obezitě a její léčbě (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

Stejskal (2004) uvádí, že není pochyb o přibývání lidí s nadměrně vysokou hmotností v posledních letech a dodává, že „hlavní nebezpečí spočívá v řadě dalších onemocnění, která s obezitou pojí a komplikují její průběh“ (Stejskal, 2004, 18).

Stejskal (2004) a řada dalších autorů včetně WHO považuje obezitu za nemoc. Obezita představuje onemocnění jak somatické, tak i psychické. Je tedy onemocněním těla i duše (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Definice obezity podle Kunešové (2004, 435) „onemocnění je charakterizované zvýšeným nahromaděním tukové tkáně charakterizované množstvím tuku u mužů nad 25 %, u žen nad 30 % celkové tělesné hmotnosti“. Je způsobena energetickou nerovnováhou mezi příjmem a výdajem. Nerovnováha způsobuje změnu tělesné hmotnosti, vyšší příjem kalorií než její výdej tělesnou aktivitou, způsobuje tloustnutí, v opačném případě hubnutí. Mezi další faktory patří genetické, metabolické faktory, chuť k jídlu, endokrinní faktory či psychické. (Blahušová, 2009; Kunešová, 2004)

Nárůst lidí s nadváhou a obezitou má přímou souvislost se současným životním stylem a je celosvětovým problémem, netýká se pouze vyspělých zemí světa (Bunc, 2007). Alarmující nárůst prevalence obezity je především důsledkem globalizace provázené západním životním stylem a dále Hainer et al. (2011, 91) dodává, že „obezita sama je však multifaktorálním onemocněním, které je výsledkem interakce vnějších faktorů s faktory genetickými“.

Státní zdravotní ústav uvádí, že v ČR je obezitou postiženo asi 25 procent žen, 22 procent mužů, nadváhou více než 50 procent populace středního věku. Vzestup výskytu obezity byl zejména v poslední dekádě minulého století velmi výrazný, je prokázán ve většině ekonomicky vyspělých zemí. Chronická onemocnění, u nichž je základní příčinou právě obezita, způsobila ve světě 60 procent z 56, 5 milionů hlášených úmrtí. Hainer V. (2011) poukazuje na zjištění WHO (2010), že v roce 1995 bylo na světě 200 milionů obézních osob, v roce 2000 již 300 milionů a prognóza na rok 2015 je 700 milionů obézních lidí starších 15 let. Nadváhou a obezitou trpí více než miliarda dospělých osob.

Svačina a Bretšnajdrová (2008) uvádějí, že obezita má dva druhy komplikací, a to mechanické a metabolické.

Mechanické komplikace obezity způsobují:

- bolesti zad,
- nemoci kloubů,
- dušnost nebo poruchy dýchání ve spánku (spánková apnoe).

Metabolické komplikace obezity mají za následek:

- zvýšení krevního tlaku,
- snížení DHL cholesterolu,
- zvýšení triglyceridu,
- necitlivost na inzulín,
- cukrovka druhého typu,
- některé zhoubné nádory,
- u žen neplodnost.

Stejskal (2004) dodává k výčtu zdravotních problémů souvisejících s obezitou dopad na psychiku člověka (výskyt depresí a úzkosti) a možný dopad na profesní kariéru.

2. 7. 3. 2 Obezita u žen

U žen se považuje za rizikové období těhotenství a období porodu. Nárůst hmotnosti byl v minulosti připisován užívání hormonální antikoncepce a hormonální substituční léčbě v přechodu. V současnosti tyto tablety již obsahují takové množství estrogenu, které by neměly nárůst hmotnosti potencovat. Na základě výzkumu u čtyřicetiletých žen byla prokázána souvislost mezi vzděláním a socioekonomickým postavením. Ženy s nižší hmotností dosahovaly v obou případech vyšší úroveň v obou aspektech (Hainer et al., 2011).

2. 8 Stres

Stres představuje jeden z dalších rizikových faktorů, který ohrožuje zdraví člověka. Stresující podmínky, které působí na lidi, zvyšují jejich úzkost, vedou k pocitům, že se s nimi nedokážou vyrovnat, poškozují zdraví. Kdo si chce zachovat duševní zdraví, měl by se co možná nejlépe naučit se stresem žít, nebo naučit se jej dokonce co nelépe zvládat, protože je dnes chápán a přijímán jako součást našeho každodenního života. Stres je obranný mechanismus člověka, kterým reaguje na stresovou situaci (Vondruška & Barták, 2004). „Stres je mentální a fyziologická odpověď lidského těla na mimořádně silný podnět neboli stresor“ (Blahušová, 2009, 95).

Stres je pojem, který v roce 1939 zavedl do medicíny kanadský vědec maďarského původu Hans Selye. Termín je převzat z oblasti techniky, kde popisuje nadměrnou zátěž či namáhání. Selye tohoto výrazu použil pro nespécifickou reakci organismu, která se objevuje právě při jeho nadměrném zatížení.

Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Stres nemusí mít vždycky jen negativní význam. Přiměřená míra, resp. určitá varianta stresu, může člověka také aktivizovat, stimulovat jej k hledání účelného řešení situace a tím rozvíjet jeho kompetence. Překonání zátěže podporuje pocit růstu vlastních možností a posiluje sebedůvěru (Vágnerová, 2004, 50).

Arnold. et al. (2007) popisují stádia ve stresové situaci:

- alarmující reakce – počáteční fáze snížené rezistence, následuje protiúder a dochází k aktivaci obranného mechanismu jedince,
- rezistence – adaptace (v úspěšném případě návrat k rovnováze),
- vyčerpání – adaptivní mechanismus kolabuje.

Jak již bylo naznačeno, existují dva druhy stresu – jeden v nás vyvolává příjemné pocity (eustres) a druhý, který vyvolává pocity nepříjemné (distres). „Zatímco distres je pustošivý, vyčerpává nás, otravuje a ničí, eustres nás spíše posiluje, pomáhá nám nalézat rovnováhu a stabilitu.“ (Plamínek, 2008, 128).

Ženy jsou schopny lépe snášet určité typy stresu, zejména v případě bolesti či existenčního stresu, to samé se týká i schopnosti stresu odolávat. Naopak muži nemají tak velikou intenzitu reakce na stres a z toho vyplývá, že ženy mají vyšší stresovou emocionalitu (Bartůňková, 2010; Vágnerová, 2004).

2. 9 Alkohol

Alkohol je velice starou drogou pocházející z Mezopotámie, Egypta, a zmínka se objevila i v bibli (Kříklavý, 2009; Sandorová et al., 2006). Nejstarší archeologické nálezy dokládají výrobu vína již před 7000 lety. Pojem alkohol pochází z arabského al-kahal, označující jemnou substanci. Zpočátku se alkohol využíval v lékařství při úrazech a poraněních v bojích (vínové obklady) a léčbě některých chorob. O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví v pracích antického lékaře Hippokrata (460 – 370 př. n. l.), který se ale zároveň zmiňuje o negativním vlivu alkoholu v podobě symptomů chronického alkoholismu.

V naší společnosti je alkohol nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou, všeobecně tolerovanou a dostupnou. Postoj se mění teprve s nadměrnou konzumací alkoholu anebo při vzniku závislosti. Je to droga společenská, lidé ji většinou konzumují ve skupině. Alkoholické nápoje se po konzumaci rychle vstřebávají v žaludku a v tenkém střevě do krve, která alkohol převádí do mozku, plic, jater a ledvin. Díky svým účinkům na nervovou soustavu je alkohol užíván jako rychlý a snadno dostupný způsob navození příjemných pocitů, usnadnění společenských kontaktů, zvýšení výřečnosti a smíchu, zvýšení sebevědomí a zmírnění životních obtíží. V dalším průběhu opilosti se stává člověk nekritický, křičí, zpívá bez ohledu na své okolí, jeho chování je impulzivní a nepromyšlené apod. Míra účinku závisí na množství požitého alkoholu, na fyzickém a psychickém stavu konzumenta, jeho náladě a dalších faktorech (Machová, 2009; Sandorová et al., 2006; Vágnerová 2004).

„Závislost vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu. Rozvíjí se zpravidla několik let, délka vývoje závislosti je individuálně různá. Závislost na alkoholu může být psychická (člověk si zvykl řešit problémy únikem do alkoholu a jinak to nedovede)

i biologická (projevuje se abstinenčním syndromem)“ (Vágnerová, 2004, 555). Tato autorka rozděluje vývoj vzniku závislosti na alkoholu do čtyř fází:

1. Fáze občasná konzumace – pití alkoholu ve společnosti, norma v určité společnosti, v zátěžové situaci pro potlačení nepříjemného napětí a zlepšení nálady. Hrozí zde riziko zapamatování si úlevy po požití alkoholu.

2. Fáze prodromální, varovná – stále se zvyšující dávka alkoholu umožňuje zvládnání stresových situací a zátěží, konzumace alkoholu se může vymknout kontrole, začátek závislosti na alkoholu.

3. Fáze kritická – roste tolerance k alkoholu a zvyšuje se jeho konzumace. Jedinec ztrácí kontrolu a dochází k závislosti, kterou si nepřiznává. Dochází ke konfliktům, zejména sociálního charakteru.

4. Fáze terminální, období úpadku – v tomto období jedinec pije nepřetržitě, bez alkoholu nemůže vydržet, k opilosti mu stačí i malé množství. Objevují se psychické a somatické problémy. Alkoholik si uvědomuje svou neschopnost zvládnout závislost.

Dlouhodobé zneužívání alkoholu způsobuje řadu závažných chorob např. ztučnění, cirhózu a záněty jater, zánět sliznice celého trávicího traktu, choroby věnčitých tepen a psychické problémy. Nebezpečná je konzumace těhotných žen, kdy může dojít k poškození mozku dítěte či retardaci růstu. Rizikové a hazardní pití je konzumace alkoholu, která pravděpodobně povede k poškození zdraví. U mužů je to více než 350 g alkoholu týdně, u žen 210 g alkoholu týdně. Konzumace je vyjádřena v jednotkách, které se rovnají 10 g alkoholu, tj. množství, které je obsaženo v jedné sklenice vína a jedné stopce destilátu (Machová, 2009; Sandorová et al., 2006).

2. 10 Kouření

Ve 20. století měl tabák na svědomí 75 milionů obětí, tj. více než ze dvou světových válek dohromady. Jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu je kouření tabáku, který obsahuje cigarety (Machová, 2009; Nedbalová, 2009). „Světová zdravotnická organizace hodnotí kouření tabáku jako nemoc, která má svou diagnózu (F 17.2), a dále uváděné abstinenční projevy jsou hodnoceny jako projevy nemoci“ (Pešek & Nečesaná, 2008, 11). Za jeden z nejvíce rizikových faktorů životního stylu považuje kouření i Skála (1988), a to z důvodu nejčastějších a předčasných zbytečných úmrtí. Škodlivé části tabákového kouře zahrnují nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a další. Celkem je v tabákovém kouři přítomno více než čtyři tisíce chemických látek, z toho

několik desítek kancerogenů. Do cigaret jsou přidávány i další chemické látky, které upravují vůni, chuť a zvyšují uvolňování nikotinu (Nedbalová, 2009).

Kouření nikotinových cigaret patří v současné době k jedné z největších epidemií na světě. Po celém světě kouří zhruba 1,1 miliardy kuřáků a do roku 2025 se toto číslo pravděpodobně zvýší až na více než 1,6 miliardy lidí. Česká republika v porovnání s jinými státy má vysoký podíl kuřáků a roční spotřebou cigaret na osobu se řadíme mezi prvních pět států v Evropě společně např. s Polskem, Maďarskem a Ruskem a dále autoři (Pešek & Nečesaná, 2008, 6) konstatují, že „v současnosti v ČR kouří asi jedna třetina dospělé populace, tj. 2,5 milionu osob. Vysokoškolsky vzdělaných osob kouří asi 27 %, manuálně pracující kouří více, odhaduje se, že asi 38 %“. V důsledku kouření předčasně umírá kolem 22 tisíc osob ročně tj. 60 osob denně, pravidelní kuřáci ztratili ve srovnání s nekuřáky asi 16 let svého života. Kouření je příčinou každého pátého úmrtí na nemoci srdce a cév. Za nebezpečné pro vznik infarktu myokardu lze označit kouření i 5 cigaret denně, což dokazuje, že neexistuje žádná bezpečná úroveň kouření. Kouření se podílí minimálně z jedné třetiny na všech nádorových onemocněních, zejména na rakovině plic, způsobuje astma, rozedmu plic, zvyšuje riziko infarktu myokardu, cévních mozkových příhod, negativně působí na pokožku a rychlejší stárnutí pleti obličeje. Dalším ohrožujícím faktorem je poškození schopnosti reprodukce a nižší porodní váha až o 250 g u dětí kouřících žen než u nekuřáček (Pačesová, 2010; Pešek & Nečesaná, 2008; Salim et al., 2004).

Obdobné výsledky prezentuje výzkumná zpráva z roku 2010. V České republice lze v současné době označit 26,3 % občanů za kouřící více jak 1 cigaretu denně. Dalších 2,9 % tvoří nepravidelní (příležitostní) kuřáci, kteří kouří méně jak 1 cigaretu denně. Znamená to, že dle vlastní výpovědi 29,2 % občanů ČR ve věku od 15 – 64 let v roce 2009 kouřilo, a lze je označit za kuřáky. Porovnání prevalence kouření u české populace v jednotlivých letech ukazuje, že zde v období let 1997 – 2009 nedocházelo k výrazným změnám. Nebyl zaznamenán ani zvyšující se trend kuřáku nebo těch, kteří by se chtěli návyku zbavit (Sovinová, H. et al., 2009).

2. 11 Drogy

Pojem „droga“ má svůj historický vývoj. Slovo pochází z francouzštiny a označuje sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin či živočichů a slouží k léčebným účelům (Zábranský, 2003).

Podle definice expertní komise Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1969 je za drogu označována jakákoliv látka, která při vpravení do živého organismu může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Vymezení se vztahuje na látky přírodní i umělé, na léčiva i substance jako léčiva obvykle neužívané. Všimá si působení na jakoukoli soustavu organismu, tedy nejen na centrální nervstvo. Pro dělení psychotropních látek existuje řada systémů, nejčastěji se užívá dělení na zákonné a nezákonné (Nožina, 1997).

„Toxikomanie je podle definice WHO stav periodické nebo chronické intoxikace, škodlivé jednotlivci anebo společnosti, který je vyvolán opakovaným zneužíváním drog přírodního nebo syntetického původu“ a dodávají „u toxikomanů vede pozvolné zřikání se jiných zájmů pomalu k výlučné fixaci na získání drog. Dochází k postupné psychopatizaci a degradaci osobnosti se všemi sociálními důsledky“ (Štefan a Mach, 2005, 175, 176).

Zábranský (2003, 14) dodává, že „v epidemiologii se nejčastěji používají tři typy klasifikace drog:

- podle vzniku (přírodní, semisyntetické a syntetické),
- podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny),
- podle stupně společenské nebezpečnosti (podle závažnosti společenských následků“.

Zábranský (2003) dále uvádí čtyři stádia užívání drog, která vedou k závislosti:

1. Experiment

Užívání drog pouze ve společnosti, pokud jsou člověku nabídnuty, převládá zvědavost. Zdraví není zasaženo, pracovní způsobilost a výkonnost také ne.

2. Stádium aktivního vyhledávání

Uživatel drog se sdružuje s ostatními uživateli, vyčleňuje se z původní společnosti. Vytváří si vlastní zásoby drog, zdraví je stále nedotčeno, ale objevují se první „dojezdy“ a „kocoviny“. Pracovní aktivita je narušena, jedinec je nucen na drogy vyčlenit finance ze svého rozpočtu. V emocionální sféře vyhledává slast, prožívá však již i dysforie.

3. Stádium zaujetí drogou

Spotřeba drog narůstá, zvyšuje se spotřeba peněz za drogy. Objevují se problémy s výživou a spánkem. Mění se vzhled člověka, je neupravený, dochází k výpadkům na pracovišti. Utrácí značné prostředky za drogy.

4. Stádium závislosti

Všichni jeho přátelé berou drogy. Finanční problémy řeší krádežemi a dluhy, lže, prodává drogy, ztrácí práci. Návykové látky užívá i sám, často a ve vysokých dávkách. Zdraví je narušeno závažnými fyzickými i psychickými problémy.

2. 12 Zdraví

Zdraví je pojem, který každý z nás velmi často slyší i používá, o zdraví velice často hovoří. Chceme-li někomu popřát to nejlepší, přejeme mu co nejvíce zdraví. Na otázku zdraví se ve většině případů dozvíme, že má pro člověka jednu z nejvyšších hodnot, přisuzuje mu největší váhu.

Z výše uvedeného by se mohlo jevit, že nám všem jde hlavně o zdraví a že si svého zdraví vážíme. Ale kdo z dospělých skutečně pro své tělo a zdraví pravidelně a v potřebné intenzitě něco dělá? Předsevzetí či dobrý úmysl má každý (Průšová, 1995).

Většina lidí bere své zdraví jako samozřejmost a jeho hodnotu pozná až v okamžiku, kdy onemocní sám nebo někdo z jeho blízkých. Teprve potom si každý z nás uvědomí, že zdraví je to nejcennější, co člověk má, a začne se zamýšlet nad tím, co pro každého z nás skutečně znamená.

Zdraví je vnímáno většinou společností jako problém, který vyplývá z chápání zdraví jako absence nemoci, a je výlučnou doménou medicíny a zdravotnictví jako organizace. Z tohoto přístupu jsou ke zdraví vztahovány dvě možnosti, a to zdraví mám, takže mě vlastně nezajímá, nebo zdraví ztrácím, nemám ho, a obracím se na příslušnou organizaci. V prvním případě chybí jakákoliv motivace, v druhém případě motivuje k využití vědy či organizace prostřednictvím lékaře. Z filozofického hlediska je to přístup konzumní společnosti, která vnímá zdraví jako zboží (Hodaň & Dohnal, 2005).

Nemoci jsou součástí našeho života stejně jako pohoda, radost a štěstí. Bez jednoho bychom si neuměli představit druhé. Často narušujeme rovnováhu v těle a nestaráme se, jak se s tím tělo vyrovná. Někdy tělesné síly nestačí uvést vše v harmonii dříve, než se opět něčím prohřešíme. A tak se tělo oslabuje a přestává být dostatečně odolné vůči nemocem (Průšová, 1995).

Najít přesnou či výstižnou definici zdraví není jednoduché. Nejčastěji je uváděna definice dle Světové zdravotnické organizace (WHO) charakterizující zdraví jako stav úplné fyzické,

psychické a sociální pohody (blaha), a ne pouze jako nepřítomnost nemoci či vady. Pro mnohé odborníky je tato definice spíše idealistickým záměrem než reálným cílem, přesto je nasnadě alespoň snaha pokusit se významu této definice přiblížit (Ivanová et al, 2005).

Hodaň a Dohnal (2005) dodávají, že „stav“ nějakého „blaha“ může být udáván pouze na úrovni individuálního pocitu a přes dlouhou existenci této definice je pojetí zdraví redukováno pouze na oblast fyzickou. Tato definice zdraví vyvolala řadu výhrad, přesto vyslovila dva zásadní názory. Jednak pojetí zdraví ve smyslu celé osobnosti, bez jakékoliv redukce na parciální části, a dále je to vyjádření „úrovně“ zdraví jako pocitu. Zdraví tedy není pocit, jak z definice vyplývá, ale je to proces, tvorba, boj, který nikdy nekončí.

Zdraví není jen biologickou charakteristikou organismu, je významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.“ (Holčík et al., 2002).

Podle Seedhouse (in Křivohlavý 2003) je možné rozdělit teorie zdraví do čtyř skupin:

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

O zdraví můžeme tedy hovořit, jestliže se člověk nachází v tělesné a sociální pohodě při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí (Pýchová & Šamánková, 1996).

V současnosti se můžeme setkat s řadou velice odlišných pojetí zdraví. Některá jsou zaměřená pouze na zdraví a fyzický stav člověka, jiná jsou vyjádřením zdraví jako zboží apod.

Seedhouse (in Křiklavý, 2003) ukazuje na čtyřech příkladech to, co si lidé různého zaměření představují pod pojmem zdraví:

Lékař – vnímá pojem zdraví jako nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.

Sociolog – rozumí pod pojmem zdravý člověk, toho kdo je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích.

Humanista – slovy zdravý člověk označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytanou.

Idealista – pod pojmem zdravý člověk si představuje člověka, kterému je dobře – tělesně, duševně, duchovně i sociálně.

„Zlepšit zdraví lidí je úkol tak závažný, že vyvolává nutnost se znovu a znovu vracet k otázce, co to zdraví vlastně je. Běžně se uvádí, že zdraví je jedním z předpokladů plného, plodného a skutečně kvalitního lidského života. Zdraví lidí je rovněž nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje“ (Holčík et al., 2002, 137).

2. 12. 1 Podpora zdraví

Machová et al (2006) uvádí, že pod pojmem podpora zdraví si lze představit soubor nejrůznějších opatření (organizační, výchovný, preventivní) umožňující rozvoj zdraví. Ukazuje a pomáhá lidem v cestě za zdravým životním stylem, posiluje v lidech zájem o zdraví a vyvolává v lidech vlastní zodpovědnost za své zdraví. Důležitým úkolem je přesvědčit lidi, že nelze pouze spoléhat na pomoc zdravotnictví a lékařů, ale je třeba nacházet osobní cestu k příznivému ovlivňování zdraví prospěšných faktorů. Podpora zdraví se uskutečňuje jednak aktivní účastí jednotlivců, skupin, komunit, organizací, ale i společnosti jako celku. Na podporu zdraví navazuje prevence. Machová a Kubátová (2009, 14) uvádějí „Podpora zdraví je tedy soustava činností politických, ekonomických, technologických a výchovných, jejichž cílem je chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací.“

Základní principy podpory zdraví dle Holčíka (2009):

- zaměřit se na celou populaci a podmínky její existence, nikoli na vymezené populační skupiny s vyšším rizikem určitého onemocnění,
- věnovat se takovým opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemoci,
- využívat zejména komplementární metody a postupy,
- usilovat o konkrétní podíl veřejnosti,
- posilovat roli zdravotnických pracovníků zejména v základní zdravotní péči.

Důležitá role v podpoře zdraví připadá ženám. Úroveň zdraví celé rodiny v rozhodující míře formuje žena, zejména v oblasti výživy rodiny, péče o dítě, vytváření jeho hygienických návyků a vztahu ke zdraví (Machová & Kubátová, 2009).

2. 12. 2 Světová zdravotnická organizace a podpora zdraví

Účastníci Konference OSN o mezinárodní organizaci v roce 1945 jednohlasně schválili návrh Brazílie a Číny na vytvoření nezávislé mezinárodní zdravotnické organizace v rámci OSN. V následujícím roce v New Yorku podepsalo 61 států z celého světa včetně Československa, které vystupuje po rozdělení státu v r. 1993 jako samostatný členský stát ČR, zakládací smlouvu Světové zdravotnické organizace s platností od 7. dubna 1948, když 26 z 61 států, které ji podepsaly, ratifikovaly svůj podpis a uložily oficiální ratifikační listiny u generálního tajemníka OSN. Toto datum – 7. duben 1948 – je uznáváno jako datum vzniku Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation– WHO). Tento den je celosvětově označován jako Světový den zdraví.

Hlavními strategickými záměry WHO (2011) jsou:

- omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace,
- podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek,
- rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné,
- rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií.

Hlavními směry činnosti WHO jsou vypracování zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států, odborná pomoc při vypracování národních zdravotnických strategií, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států, rozvoj a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče (WHO, 2011).

2. 12. 3 Prevence

Na podporu zdraví navazuje úzce prevence. Je to činnost k upevnění zdraví. Významem prevence je předejití vzniku onemocnění. Je dokázáno, že je účinnější nemocem předcházet, nežli je řešit, až nastanou.

Prevenci lze rozdělit na primární, sekundární a terciární:

1. Prevence primární zahrnuje opatření na ochranu proti onemocnění a zdravotnímu postižení, jako jsou např. očkování, zajištění dodávky pitné vody, omezení znečišťování ovzduší. Účast na této prevenci mají jednotlivci, zdravotníci, regiony a stát.
2. Prevence sekundární se zabývá identifikací a zjištěním onemocnění v jeho počátku. Vyhledává příznaky nemoci a dle diagnózy určuje průběh léčby.
3. Prevence terciární má za cíl zlepšit kvalitu života lidí s různými nemocemi, snížit komplikace, postižení či závažnost onemocnění. Na rozdíl od primární a sekundární prevence obsahuje skutečnou léčbu onemocnění (Kebza, 2005; Payne, 2005).

Prevenci můžeme rozdělit i podle toho, kdo ji poskytuje. Pak hovoříme o prevenci zdravotnické, společenské a osobní. (Machová & Kubátová, 2009)

2. 12. 4 Determinanty zdraví

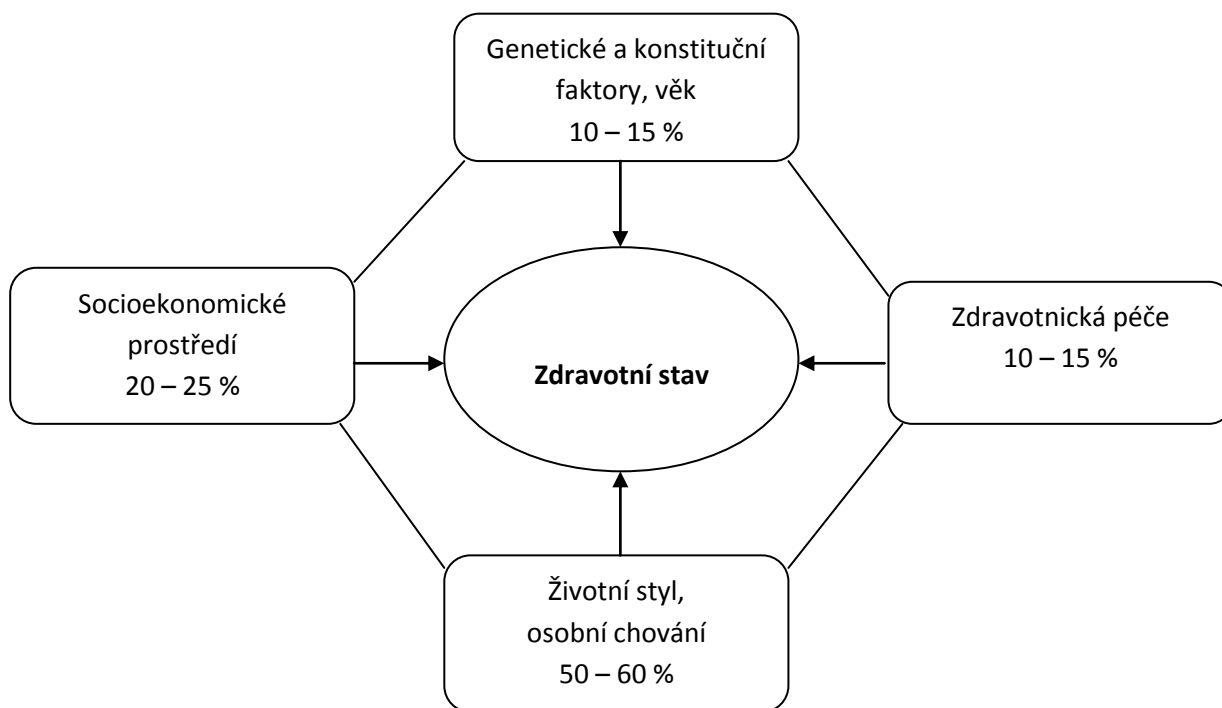
Zdraví je ovlivňováno celou řadou faktorů. Jejich souhrn, který zdraví člověka podmiňuje (determinuje), nazýváme determinanty zdraví. Jednotlivé faktory působí na zdraví člověka přímo nebo zprostředkovaně, ale vždy se vzájemně ovlivňují (Čevela et al., 2009).

Pojem determinanty zdraví lze charakterizovat jako osobní, sociální a ekonomické faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými a současně významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí i celé společnosti. Na zdraví člověka působí biopozitivně nebo bionegativně. Účinky biopozitivní zdraví chrání a upevňuje, na rozdíl od bionegativních, které zdraví oslabují a podporují vznik nemocí. Souhrnem můžeme říci, že determinanty jako komplexy příčinných faktorů působí integrovaně na zdraví, a to v pozitivním či negativním smyslu (Holčík, 2009; Kebza, 2005; Nutbeam, 1998).

Mezi základní determinanty zdraví byly zařazeny:

- **genetická (dědičná) výbava** (získává ji každý jedinec již na počátku svého ontologického vývoje od rodičů) podmiňuje např. úroveň intelektových schopností, náchylnost k některým onemocněním, vývojové vady, odolnost vůči rizikům,
- **životní styl** včetně všech rizikových prvků v něm obsažených, to znamená individuální životní úroveň, způsob života, úroveň vzdělání, postoj ke zdraví, péče o vlastní zdraví a prevence onemocnění, stravovací návyky, výživa, pohybová aktivita, kouření apod.,
- **efektivita a kvalita zdravotní péče** úzce souvisí s rozvojem medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, zdravotnický systém, úroveň a dostupnost lékařské péče,

- **faktory prostředí** zahrnují klimatické podmínky, životní prostředí, charakter lokality, fyzické, pracovní i sociální prostředí, ve kterém lidé žijí (Holčík, 2009; Kebza, 2005; Nutbeam, 1998).



Obrázek 4. Základní determinanty ovlivňující zdraví člověka – Diamantový model příčin nemocí (Čevela et al, 2009; Dolanský, 2008; Holčík, 2004).

Determinanty zdraví jsou propojeny komplexem velmi složitých vzájemných vztahů. Rozsah a jejich vzájemné proporce se mění spolu s rozvojem lékařských věd (například genetického výzkumu) s novými možnostmi léčby a účinnými intervencemi do různých patogenetických procesů. Také vlivy životního prostředí jsou daleko intenzivnější, než tomu bylo dříve. Změny se odehrávají s vysokou frekvencí, jsou akcelerovány a v globalizovaném světě snadno překračují hranice jednotlivých států. Diskutovány jsou zejména klimatické změny, přítomnost alergenů a hormonů v přírodním prostředí, používání geneticky upravených potravin a přítomnost cizorodých látek v potravinových řetězcích, šíření nových infekčních onemocnění, hluchost prostředí či kvalita pitné vody. Změny prostředí a nová rizika v něm zvyšují nároky na adaptační schopnosti člověka. Vliv jednotlivých faktorů na zdraví jednotlivce i celé populace může být tedy daleko vyšší, nebo naopak nižší, než se až dosud připouštělo. Také v naší společnosti se význam jednotlivých determinant z hlediska jejich dynamiky a validity mění. Po roce 1989 se například do zlepšování ukazatelů zdravotního stavu české populace promítl prudký rozvoj samotného zdravotnictví nepochybně

více, než by se podle uvedených proporcí dalo předpokládat (Holčík, 2004; Křiklavý, 2003; Machová, 2009; Nutbeam, 1998).

Uvedený přehled naznačuje, že svůj zdravotní potenciál si člověk ovlivňuje sám. Zdravotní potenciál je pojem užívaný současně s pojmem zdraví v programu Zdraví 21. Je to ta nejvyšší úroveň zdraví, kterou může daný jedinec žijící v určité společnosti dosáhnout. Podmínkou je možnost jedince starat se o sebe i o druhé, schopnost se samostatně rozhodovat a přijmout svůj díl odpovědnosti za vlastní životní osud. Rozhodující je také, zda společnost, ve které člověk žije, dbá na to, aby její členové mohli dosáhnout plného zdraví. Potenciál zdraví lze definovat také jako schopnost odolávat stresorům (Čeledová, L., & Čevela, R., 2010).

3 CÍLE

Cílem magisterské práce je zjistit postoje a názory současné ženy na zdravý životní styl. Dílčím cílem bylo vyhodnotit sledované aspekty v kontextu věku, vzdělání a BMI.

Ze stanoveného cíle vyplynuly následující úkoly diplomové práce:

1. Vytvořit anketní list pro zjištění postojů a názorů týkajících se zdravého životního stylu.
2. Realizovat anketní šetření mezi ženami ve věku 18 – 60 let v regionu Olomoucko v České republice.
3. Zpracovat a interpretovat získaná data.
4. Na základě výsledků a diskuse formulovat závěry.

V rámci diplomové práce budou řešeny tyto výzkumné otázky:

1. Budou nalezeny rozdíly hodnot indexu BMI v závislosti na věku?
2. Budou nalezeny rozdíly v zájmu respondentů o informace o zdravém životním stylu v závislosti na věku, vzdělání a indexu BMI?
3. Ovlivňují získané informace o zdravém životním stylu způsob života respondentů v závislosti na věku, indexu BMI a vzdělání?
4. Budou nalezeny rozdíly ve výskytu rizikových faktorů zdravého životního stylu (kouření, alkoholu) v závislosti na věku a vzdělání?
5. Bude nalezena souvislost mezi pravidelným stravováním a indexem BMI a vzděláním?
6. Ovlivňuje věk a index BMI výskyt pohybové aktivity u respondentů?

4 METODIKA

4.1 Charakteristika šetřeného souboru

Anketní šetření bylo provedeno mezi ženami, jejichž spodní věková hranice byla 18 let, horní hranice byla stanovena na 60 let. Věkovou hranici jsme stanovili dle autorů, kteří se zabývají vývojovou psychologií a období dospělosti určují zhruba v tomto věkovém rozpětí (Langmeier & Krejčířová, 2006; Machová, 2006; Říčan, 2004; Vágnerová, 2007). Celkově bylo osloveno 290 žen, návratnost anketních lístků byla 279 (96,2 %), z tohoto počtu bylo vyřazeno pro neúplnost 5, celkový počet řádně vyplněných anketních lístků zařazených do dalšího šetření bylo 274. Anketní sběr dat probíhal bez problémů, ženy velmi ochotně přistupovaly k vyplňování či spolupráci při distribuci ankety. Téma zdravého životního stylu ženy zaujalo, bylo pro ně aktuální a měly zájem o výsledky šetření.

Tabulka 3. Základní statistické charakteristiky šetřené skupiny (n = 274)

	n platných	M	Me	min	max	SD
výška	274	166,91	168,00	158,0	186,5	11,363
hmotnost	274	67,37	66,00	47,00	105,00	10,507
BMI	274	24,01	23,10	17,50	39,00	3,844

Legenda: n – počet respondentů, M – aritmetický průměr, Me – medián, Min – minimální hodnota, Max – maximální hodnota, SD – směrodatná odchylka, BMI – body mass index

Tabulka 4. Charakteristika šetřeného souboru dle kategorií (n = 274)

Kategorie respondentů		Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1. věková kategorie	18 – 30 let	65	23,72
2. věková kategorie	31 – 45 let	110	40,15
3. věková kategorie	46 a více let	99	36,13
BMI menší než 18,5	Podváha	7	2,55
BMI 18,5 – 24,9	Normální hmotnost	184	67,15
BMI 25 – 29,9	Nadváha	64	23,36
BMI 30 a více	Obezita	19	6,93
Vzdělání	Základní	13	4,74
	Vyučen	12	4,38
	Středoškolské s maturitou	124	45,26
	Vyšší odborné	14	5,11
	Vysokoškolské	111	40,51

Vysvětlivky: n – počet respondentů

4. 2 Metodika sběru dat

Sběr dat byl uskutečněn v období listopad 2012 – leden 2013. Šetření bylo realizováno prostřednictvím vytvořené ankety a s vysloveným souhlasem Etické komise FTK UP v Olomouci. Nejvyšší počet anketních lístků bylo rozdáno v regionu Olomoucko. Anketa byla vyplňována respondentkami po předchozím poučení o jejím vyplnění. Anketa byla i s neoznačenou obálkou rozdána ženám různých profesí, věku či vzdělání. Osloveny byly osobně nebo prostřednictvím proškolené kontaktní osoby. Po vyplnění byla anketa v zalepené obálce odevzdána na kontaktní místo a předána k dalšímu zpracování.

4. 3 Způsob zpracování a interpretace dat

Po dokončení výzkumu a shromáždění řádně vyplněných anketních lístků byly všechny údaje uloženy v počítačovém programu Microsoft Excel 2007. Vytvořená databáze byla zpracována v programu STATISTICA 10. U všech otázek byly počítány absolutní a relativní četnosti odpovědí. Data byla zpracována pomocí analýzy rozptylu ANOVA, která umožňuje separovat jednotlivé zdroje rozptylu a dílčí rozptyly vzájemně porovnat, a to za účelem zjištění statistické významnosti jejich případných rozdílů. Rozdíl středních hodnot byl stanoven Sheffeho testem. Ke statistickému vyhodnocení kategoriálních dat jsme použili metodu kontingenčních tabulek. Pro porovnání rozdílů odpovědí v jednotlivých skupinách (věkové kategorie, index BMI, vzdělání) jsme použili test pro porovnání relativních četností. Hladina statistické významnosti byla stanovena na úrovni $p \leq 0,05$. Míra souvislosti mezi otázkami byla hodnocena na základě kontingenčního koeficientu.

Koeficient korelace

1

1 - 0,9

0,9 - 0,7

0,7 - 0,4

0,4 - 0,2

0,2 – 0,0

0

Interpretace

naprostá (funkční) závislost

velmi vysoká závislost

vysoká závislost

střední závislost

nízká závislost

velmi slabá závislost

žádná závislost

Hodnoty korelace se pohybují v rozmezí absolutních hodnot 0 až 1. Čím více se výsledné korelace blíží 1, tím je vzájemná závislost vyšší, čím více se blíží 0, tím je vzájemná závislost nižší (Chráska, 2007).

4. 4 Charakteristika anketního šetření

Anketa zahrnovala celkem 31 otázek, rozčleněných do šesti oblastí (obecné údaje, faktory životního stylu, výživa, pohybové aktivity, psychická pohoda, závislosti) a zahrnovala 8 všeobecných otázek, 2 dichotomické otázky, 3 trichotomické otázky, 12 výběrových otázek, 5 výčtových otázek a 1 otevřenou otázku (Příloha 1).

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

5.1 BMI v kontextu věku

Vzájemný vztah mezi indexem BMI a věkem jsme statisticky zpracovali pomocí analýzy rozptylu ANOVA. Hladina významnosti (signifikance) je ve všech testech $p \leq 0,05$. Výsledek prokázal statistickou významnost $p \leq 0,001$.

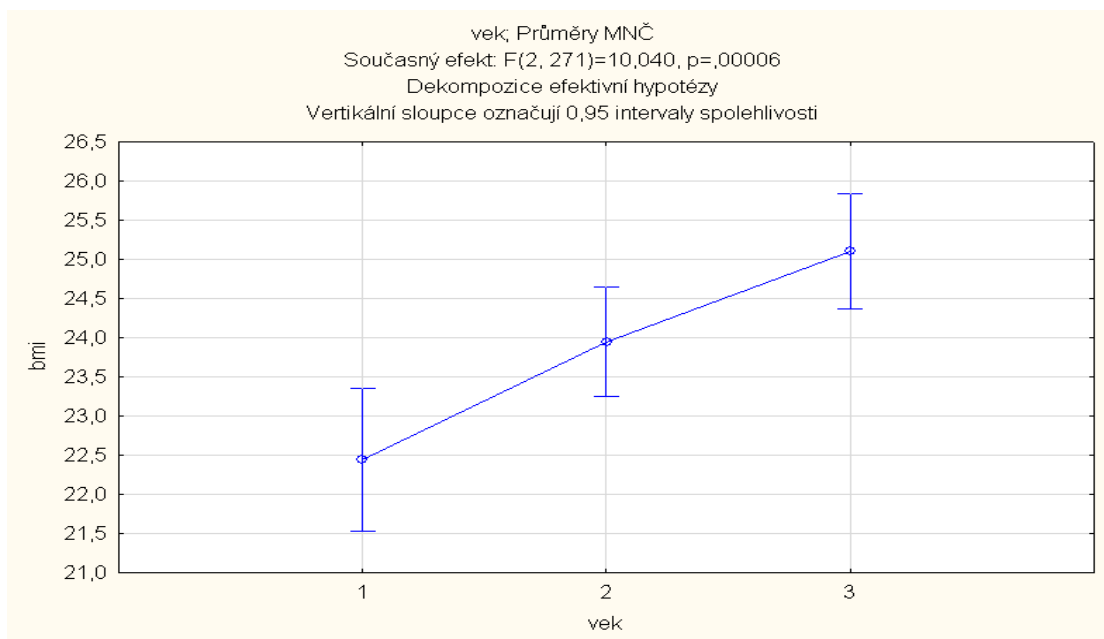
Statisticky významně se liší hodnota indexu BMI mezi 1. věkovou kategorií (18 – 30 let; $n = 65$) a 2. věkovou kategorií (31 – 45 let; $n = 110$) $p \leq 0,04$ a současně 3. věkovou kategorií (46 a více let; $n = 99$) $p \leq 0,001$. Prokázal se signifikantní rozdíl v úrovni BMI mezi 1. a 2. věkovou kategorií a současně i 3. věkovou kategorií. Mezi věkovou kategorií 2. a 3. nebyl nalezen signifikantní rozdíl (Tabulka 5).

Tabulka 5. Scheffeho test závislosti BMI a věku

buňky	Scheffeho test; proměnná BMI			
	věk	{1}	{2}	{3}
1	1		0,04	0,001
2	2	0,04		0,08
3	3	0,001	0,08	

Vysvětlivky k obrázku 5 a 6: BMI - body mass index; 1 – věková kategorie 18 – 30 let; 2 – věková kategorie 31 – 45 let; 3 – 46 a více let ($n_1 = 65$; $n_2 = 110$; $n_3 = 99$)

Výsledky vykazují vyšší hodnoty BMI v závislosti na věku. Ve věkové kategorii žen nad 30 let je pozorován vyšší počet žen s nadváhou a obezitou. Tento jev se projevuje i u kategorie žen nad 46 let, ale v menší míře (Obrázek 5).

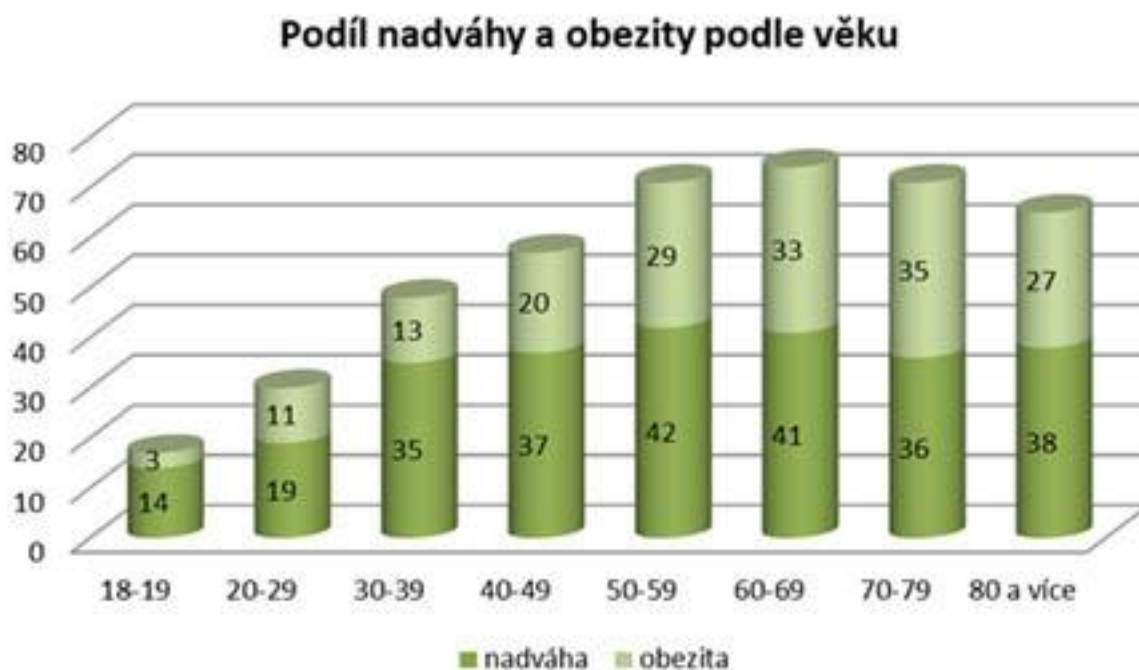


Obrázek 5. BMI v kontextu věku

Domníváme se, že k tomuto váhovému nárůstu dochází z několika důvodů. Existují určitá období v životě ženy, která mají významný vliv na zvýšený výskyt nadváhy a obezity, a to je zejména těhotenství a období po něm. Dalším obdobím je menopauza, která ženy zastihuje v různém věku, ale zejména v období středního věku. Ženy jsou méně aktivní, než v mladším věku, zpomaluje se metabolismus, hormonální změny mohou být často důvodem výskytu hladu, depresí či nedostatku spánku. Dochází k výskytu stresových faktorů, které nastávají s novými životními situacemi, ke kterým dochází v tomto období, a které zároveň snižují pohybovou aktivitu. Mezi tyto situace patří vstup do zaměstnání, založení rodiny, rodinné či pracovní problémy, ukončení sportovní činnosti, odchod do důchodu apod. (Hainer, 2011; Novotná et al., 2006).

Ke stejným závěrům došel i Hlúbik (2005), který říká, že prevalence obezity stoupá s věkem a nárůst počtu obézních je zaznamenán až do věkové kategorie 65 let. Ve studii MONICA (1984 – 1993) byl prokázán vzestupný trend nárůstu hmotnosti již od věkové kategorie 30 let, především u žen. Výsledky finské longitudinální studie prokázaly ve věkové kategorii 30-34 let obezitu u 7,4 % vyšetřovaných osob. Ve věkové kategorii 50-54 let dosahovala prevalence obezity 2,7 %. U francouzských žen v období menopauzy byl pozorován vzestup tělesné hmotnosti v průměru o 12 kg a došlo k vzestupu BMI o 4,6 kg/m². Obdobný vzestup tělesné hmotnosti byl zaznamenán i u žen v Itálii, Anglii a Německu.

Dalším zdrojem, který potvrzuje naše zjištěné výsledky, je výzkum „Žij zdravě“, který byl proveden koncem roku 2010. Výzkum se věnoval výskytu obezity v České republice, který provedla společnost STEM/MARK s podporou Všeobecné zdravotní pojišťovny na zkoumaném vzorku 2065 dospělých osob. Průzkum jednoznačně prokázal, že s přibývajícím věkem lidé tloustnou – 30 let je zlomem. V případě věku se objevily výrazné rozdíly – starší respondenti trpí nadváhou mnohem více než mladí. Jen necelá třetina lidí do třiceti let má nadváhu nebo obezitu, ale už ve věku nad 50 let trpí nadváhou nebo obezitou tři čtvrtiny populace (Obrázek 6). Důvodem je zejména to, že starší lidé méně sportují. V každém roce života přibere dospělý v průměru ¼ kilogramu. Alarmující zjištění je, že asi 50 % žen nevnímá svoji nadváhu jako problém, u mužů je toto procento ještě vyšší (VZP, 2011). Doporučením pro nápravu a snížení osob s nadváhou a obezitou je kombinace pravidelné pohybové aktivity a dobrých stravovacích návyků. Zjištěné výsledky ukazují, že od věkové hranice 30 let je nadváha a obezita vyšší. Ve věkové kategorii nad 50 let je pak nižší.



Obrázek 6. Podíly nadváhy a obezity podle VZP (2011)

5. 2 Zájem o zdravý životní styl v závislosti na vzdělání, věku, indexu BMI

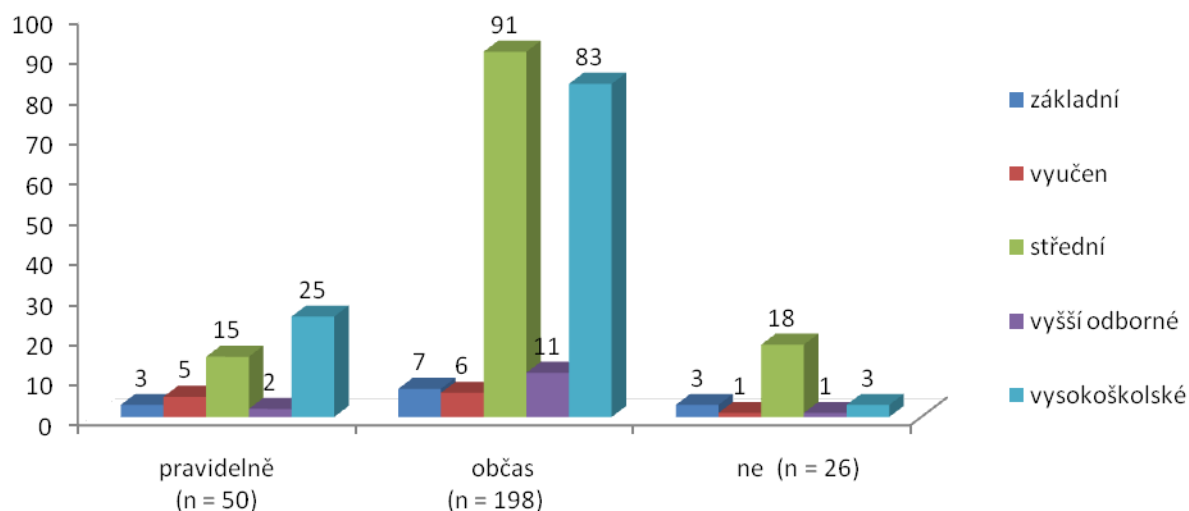
Výzkumná otázka č. 2 byla hodnocena podle vzájemné souvislosti mezi otázkou týkající se zájmu o informace o zdravém životním stylu v závislosti na vzdělání respondentů, (Tabulka 6). Výsledná hladina významnosti v hodnocení $p \leq 0,01$ prokázala signifikantní rozdíl. Zkoumaná těsnost vztahů proměnných $c = 0,26$, tj. nízká souvislost (Tabulka 6).

Tabulka 6. Úroveň vzdělání a deklarace zájmu o zdravý životní styl (Příloha 1, otázka 10)

Vzdělání x otázka č. 10	Chí – kvadrát	p
Chí kvadrát		0,01*
Kontingenční koeficient (c)	0,26	

Vysvětlivky: statisticky významné hodnoty * $p \leq 0,05$; c – kontingenční koeficient

Nejfrekventovanější typ odpovědi byl „ano – občas“ a to 72,26 %, z toho nejvyšší počet odpovědí byl nalezen u respondentů se vzděláním středoškolským s maturitou (33,21 %) a vysokoškolským (30,29 %). Nejvíce odpovědí „ano – pravidelně“ jsme zaznamenali u respondentů s vysokoškolským vzděláním (9,12 %) a středoškolským s maturitou (5,47 %). Z celkového počtu 111 respondentů s vysokoškolským vzděláním odpověděli na otázku „ne“ pouze 3 respondenti (1,09%), nejvyšší počet byl zaznamenán u respondentů se vzděláním středoškolským s maturitou, kdy z celkového počtu 124 odpovědělo „ne“ 18 respondentů (6,57 %) (Obrázek 7).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 7. Zájem o informace o zdravém životním stylu z hlediska vzdělání

V oblasti šetření týkající se vzájemného vztahu zájmu o informace o zdravém životním stylu a vzdělání se naše očekávání potvrdilo. Předpokládali jsme vyšší frekvenci odpovědi „ano pravidelně“ u respondentů s nejvyšším vzděláním, tj. vzdělání vysokoškolské, kteří mají vyšší zájem o informace. Význam vzdělání respondentů na zájem o zdravý životní styl vidíme ve vyšším uvědomění si dané problematiky. Duffková (2008) uvádí, že podstatou

zdravého životního stylu je dodržování a respektování různých pravidel a norem a poukazuje na důležitost vzdělání, jako součásti životního stylu člověka. Domníváme se, že vzdělanější lidé lépe vnímají souvislost mezi nedodržením zásad zdravého životního stylu a poškozováním svého zdraví. Tuto domněnku potvrzuje i Kunová (2005) a uvádí, že ve vyspělém světě je patrná tendence ke zdravému životnímu stylu u lidí vzdělanějších. Vzdělání úzce souvisí s celou řadou dalších faktorů, jako je výživa, pohybová aktivita, kouření, drogy apod., kterými se budeme zabývat v další části práce.

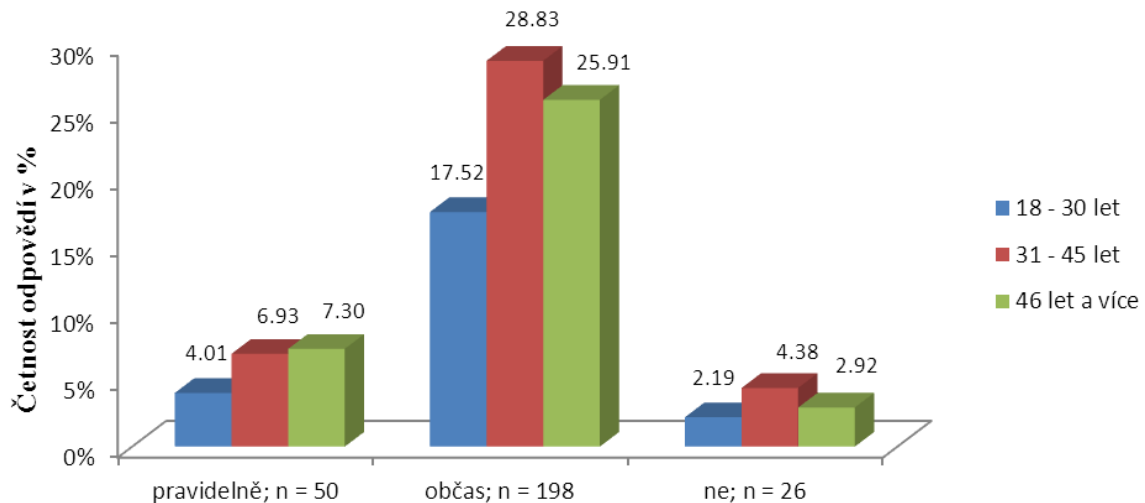
Pro porovnání rozdílů jednotlivých odpovědí jsme použili test pro porovnání relativních četností odpovědí na otázku č. 10 (Příloha 1) s pěti kategoriemi vzdělání respondentů (základní, vyučen, středoškolské s maturitou, vyšší odborné, vysokoškolské). Jsou patrné rozdíly u odpovědi „ano pravidelně“ u kategorie vzdělání vyučen a středoškolské s maturitou $p \leq 0,01$; u kategorie vzdělání středoškolské s maturitou a vysokoškolské $p \leq 0,04$ (Tabulka 7). Ostatní kategorie u této odpovědi rozdíly neprokázaly.

Tabulka 7. Test rozdílu dvou relativních četností odpovědi na otázku č. 10 „ano – pravidelně“ z hlediska vzdělání

Vzdělání		
vyučen (n = 5)	středoškolské s maturitou (n = 15)	p = 0,01*
1,82 %	5,47 %	
středoškolské (n = 15)	vysokoškolské (n = 25)	p = 0,04*
5,47 %	9,12 %	

Vysvětlivky: n = počet respondentů; statisticky významné hodnoty * $p \leq 0,05$

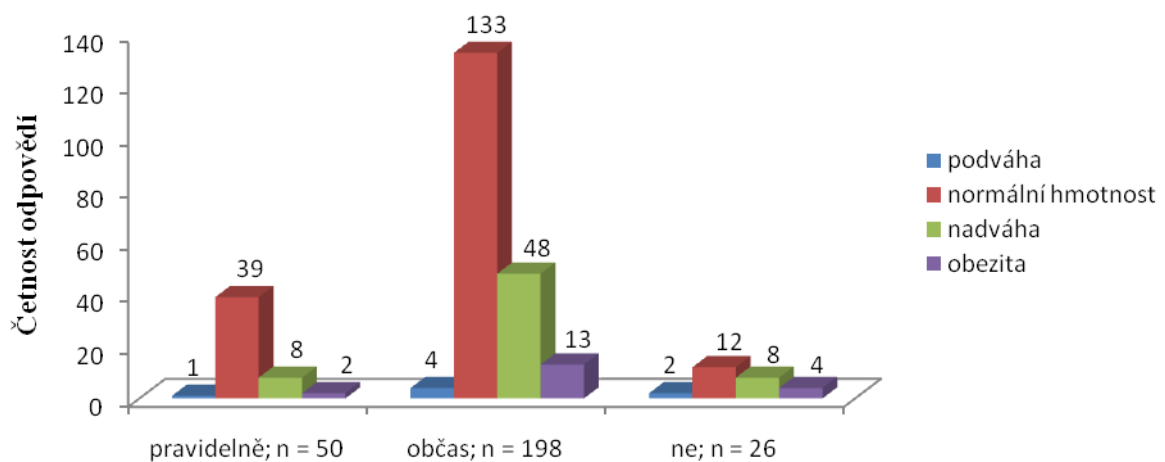
Zájem o informace o zdravém životním stylu z hlediska věku nebyl statisticky významně rozdílný ($p \leq 0,94$). U celého souboru se vyskytla nejčastěji odpověď „ano – občas“ a to 72,26 %, z toho nejvyšší počet odpovědi bylo u respondentů 2. věkové kategorie (28,83%) a 3. věkové kategorie (25,91 %) (Obrázek 8).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 8. Zájem o informace o zdravém životním stylu v závislosti na věku (n1 = 65; n2 = 110; n3 = 99)

Poslední část výzkumné otázky byla zaměřena na vzájemnou souvislost mezi otázkou týkající se zájmu o získávání informací o zdravém životním stylu č. 10 (Příloha 1) v závislosti na indexu BMI. Zájem o informace o zdravém životním stylu nebyl statisticky významně rozdílný ($p \leq 0,12$) u respondentů v závislosti na indexu BMI. U celého souboru se vyskytla nejčastěji odpověď „ano – občas“ a to 72,26 %, z toho nejvyšší počet odpovědi bylo u 133 respondentů s indexem BMI normální hmotnost (Obrázek 9).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 9. Zájem o informace o zdravém životním stylu v závislosti na indexu BMI (n1 = 7; n2 = 184; n3 = 64; n4 = 19)

5. 3 Analýza životního stylu respondentů ovlivněného získanými informacemi o zdravém životním stylu a věkem, indexem BMI a vzděláním

Výzkumná otázka byla zaměřena na vzájemnou souvislost mezi vlivem získaných informací na skutečně realizovaný zdravý životní styl. Hodnocení bylo provedeno v závislosti na věku, indexu BMI a vzdělání. Mezi otázkou č. 13 (Příloha 1) a věkem byla výsledná hladina významnosti v hodnocení souvislosti $p \leq 0,99$, souvislost s BMI $p \leq 0,21$, obě stanovené hladiny nesplňují statistickou významnost a neprokázaly signifikantní rozdíl. Pouze u vzájemné souvislosti otázky č. 13 (Příloha 1) a vzdělání byla prokázána signifikantní závislost ($p \leq 0,001$). Zkoumaná síla vztahu proměnných ($c = 0,27$) prokázala nízkou závislost (Tabulka 8).

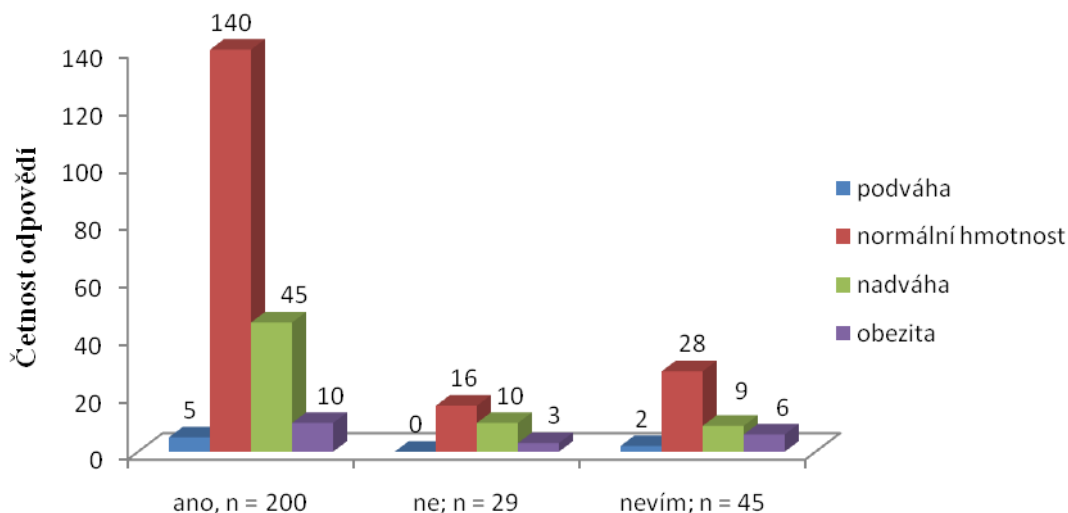
Tabulka 8. Úroveň skutečně realizovaného životního stylu (Příloha 1, otázka 13)

Vzdělání x otázka č. 13	chí – kvadrát	sv	P
M-V chí kvadrát		Df=8	0,001*
Kontingenční koeficient (c)	0,27		

Vysvětlivky: statisticky významné hodnoty * $p \leq 0,05$; c – kontingenční koeficient

Nejvíce respondentů, kteří na základě získaných informací dodržují zdravý životní styl, je 93 respondentů s vysokoškolským vzděláním (33,94 %), kde pouze 4 (1,46 %) nedodržují zásady zdravého životního stylu z celkového počtu 111 respondentů.

Na základě zjištěných údajů můžeme sledovat, že byl splněn předpoklad závislosti dodržování zdravého životního stylu pouze v jednom hodnocení a to u vzdělání. Důvody tohoto zjištění vidíme obdobné jako u otázky č. 10. U celého souboru se vyskytla nejčastěji odpověď „ano“ u 200 respondentů (72,99 %), z toho nejvyšší počet odpovědí bylo u 140 respondentů s indexem BMI normální hmotnost (Obrázek 10).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 10. Vliv informací o zdravém životním stylu na jednání respondentů

Z výsledku jsou patrné rozdíly u odpovědi „ano“ u kategorie vzdělání základní a vysokoškolské ($p \leq 0,04$) a středoškolské s maturitou a vysokoškolské ($p \leq 0,001$) (Tabulka 9).

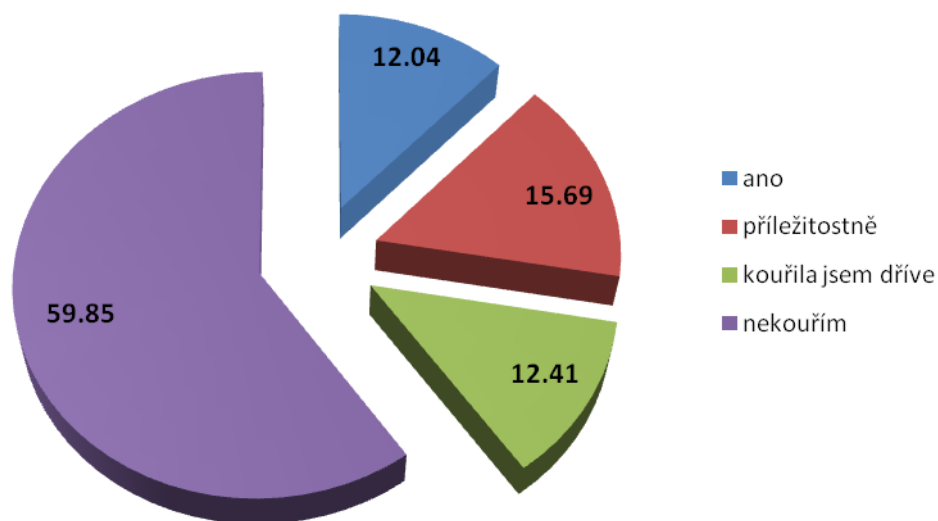
Tabulka 9. Test rozdílu dvou relativních četností odpovědí na otázku č. 13 „ano“ a z hlediska vzdělání

Vzdělání		
základní (n = 8)	vysokoškolské (n = 93)	p = 0,04*
2,92 %	33,94 %	
středoškolské (n = 79)	vysokoškolské (n = 93)	p = 0,001*
38,83 %	33,94 %	

Vysvětlivky: n = počet respondentů; statisticky významné hodnoty * $p \leq 0,05$

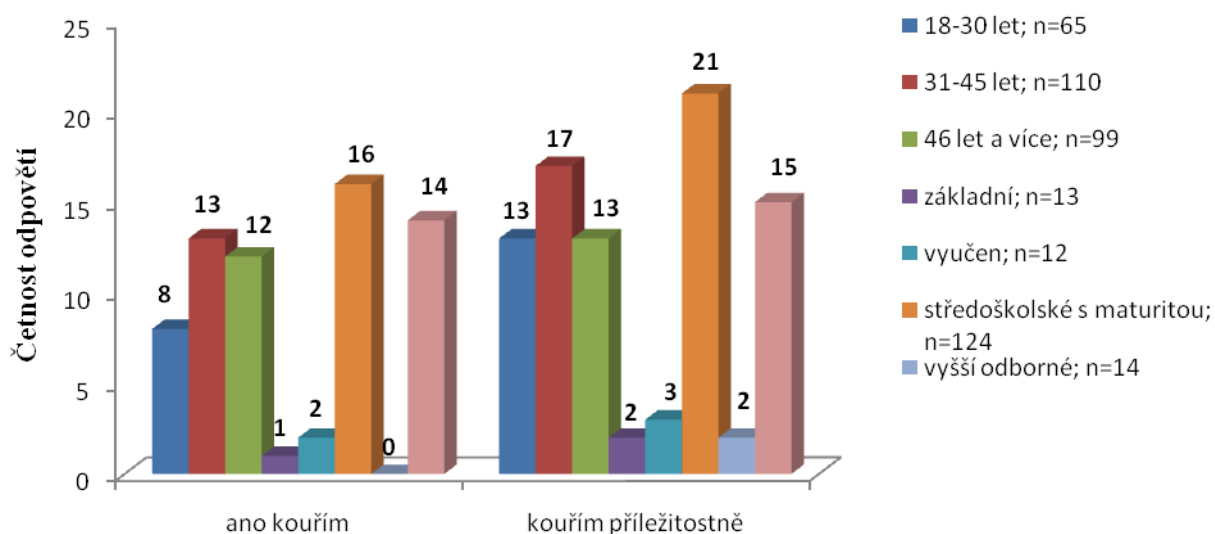
5. 4 Analýza rozdílů výskytu rizikových faktorů zdravého životního stylu (kouření, alkohol) v závislosti na věku a vzdělání

V další části anketního šetření jsme se zaměřili na vzájemnou souvislost mezi otázkou týkající se výskytu rizikového faktoru zdravého životního stylu kouření. Výsledky vykazují, že mezi kouřením a věkem nebyla zjištěna signifikantní závislost. Z celkového počtu 274 respondentů kouří pravidelně 12,04 % a příležitostně kouří 15,69 % respondentů (Obrázek 11), nejvíce respondentů, kteří kouří pravidelně a příležitostně je ve věkové kategorii 31 – 45 let a respondentů se středoškolským vzděláním (Obrázek 12).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 11. Výskyt kouření mezi respondenty (n = 274)



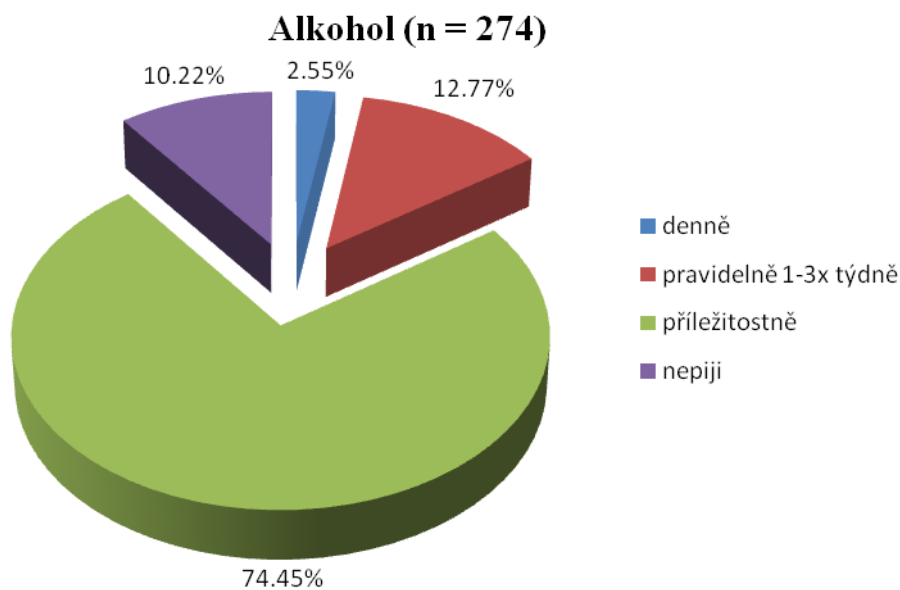
Vysvětlivky: počet respondentů

Obrázek 12. Výskyt odpovědí respondentů „kouřím“ a „kouřím příležitostně“

V otázce jsme se zaměřili na výskyt rizikového faktoru kouření cigaret u respondentů. Přestože v minulosti bylo kouření výhradně doménou mužů, postupem času je ženy začaly dohánět a nyní se výskyt kouření objevuje u obou pohlaví bez výrazných rozdílů. Řada autorů považuje kouření za jeden z nejrizikovějších faktorů zdravého životního stylu (Nedbalová, 2008; Pešek & Nečesaná, 2008; Skála, 1988). Z výsledků šetření jsme nezaznamenali žádný

statisticky významný rozdíl mezi věkovými kategoriemi, obdobný výsledek je patrný i v závislosti se vzděláním. Výzkumná zpráva Státního výzkumného ústavu z roku 2012 poukazuje na nejvyšší výskyt kuřáků u nejmladší věkové kategorie a pokles počtu kuřáků s věkem. V případě vazby kouření na stupeň dosaženého vzdělání platí dlouhodobý trend, že nejvíce pravidelných kuřáků je u vyučených respondentů, zatímco u respondentů s vysokoškolským vzděláním bylo pravidelných kuřáků méně. (Sovinová et al., 2012), což se v našem šetření nepotvrdilo.

V oblasti týkající se frekvence konzumace alkoholu ve vyšší míře byla v kontextu věku respondentů zjištěna hladina významnosti $p = 0,144$, souvislost se vzděláním $p = 0,157$. Souvislost v těchto sledovaných faktorech tedy nebyla zjištěna. Z celkového počtu respondentů 274 pije alkohol denně 7 respondentů (2,55 %), odpověď „pravidelně 1 – 3 krát denně“ označilo 35 respondentů (12,77 %), nejčastější odpovědí byla „příležitostně“, která se vyskytla u 204 respondentů (74,45 %) (Obrázek 13).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 13. Výskyt konzumace alkoholu mezi respondenty

Podle Hrkala (2004) nebo Popova (2003) mezi nadměrné konzumenty lze zařadit muže s průměrnou denní spotřebou 30 g čistého alkoholu a vyšší a ženy s průměrnou denní spotřebou 20 g čistého alkoholu a vyšší. Konzumace alkoholu v tomto množství nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu. Alkohol prokazatelně přispívá ke vzniku mnoha onemocnění, například zvyšuje riziko výskytu onemocnění srdce, cirhózy jater, vzniku

některých druhů rakoviny, je častou příčinou úrazů či násilných činů atd. Přes tyto alarmující skutečnosti patří Česká republika dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Z výsledků šetření nebyl patrný žádný statisticky významný rozdíl mezi sledovanými věkovými kategoriemi. Nejvíce respondentů, kteří odpověděli, že pijí denně (4 respondenti) a pravidelně 3-5 krát týdně (19 respondentů) je ve věkové kategorii 31 – 45 let. Nemůžeme přesně označit proč tomu takto je, pouze se můžeme domnívat, že vyšší spotřeba alkoholu ve středním věku může mít souvislost s tímto životním obdobím. Lidé jsou na vrcholu svých fyzických sil, nejsou zatíženi starostmi o děti a jsou většinou finančně zajištěni. Nižší spotřeba u mladší věkové kategorie může souviset s přípravou na budoucí povolání či s péčí o dítě a rodinu. U nejstarší věkové kategorie můžeme předpokládat, že nižší spotřeba alkoholu souvisí s úbytkem fyzických sil a vznikem zdravotních problémů (Říčan, 2004; Vágnerová, 2004, 2007). Obdobný výsledek je patrný i v závislosti se vzděláním když se neprokázal významný rozdíl ve výskytu užívání alkoholu. Nejvíce respondentů odpovědělo, že pijí denně (5 respondentů) a pravidelně 3-5 krát týdně (n = 19) u vysokoškolsky vzdělaných respondentů. Domnívali jsme se, že s vyšším vzděláním se bude konzumace alkoholu snižovat. Předpokládali jsme, že tato kategorie respondentů se více zajímá o problematiku a rizika související s nadměrnou a pravidelnou konzumací alkoholu a na základě zjištěných rizik přizpůsobují i své chování. Na základě zjištěných výsledků můžeme pouze předpokládat, že respondenti s vysokoškolským vzděláním se v rámci svých pracovních i sociálních kontaktů setkávají s vyšším výskytem konzumace alkoholu, který je při těchto setkáních vnímán jako běžný standard. K obdobným výsledkům dospělo i šetření mezinárodního projektu GENACIS (Gender, Alcohol and Culture - An International Study) z roku 2002, který sleduje rozdíly ve vztahu k alkoholu v různých kulturách nebo z hlediska pohlaví. Výsledky prokázaly vztah průměrné spotřeby a vzdělání respondentů. Průměrná spotřeba alkoholu stoupá u vysokoškolsky vzdělaných žen více než u žen se středoškolským vzděláním (Sovinová & Csémy, 2003). Stejně výsledky jsme zaznamenali i ve Výběrovém šetření o zdravotním stavu české populace (HIS CR 2002). Na základě výsledků lze označit za jednu z nejrizikovějších skupin populace zatíženou nadměrnou konzumací alkoholu vysokoškolsky vzdělané ženy s vyšším příjmem. Stejně šetření potvrdilo i naše výsledky v závislosti nadměrné konzumace alkoholu a věku. Nejvyšší podíl osob s častou konzumací alkoholu je ve věkové skupině 35 - 44 let, tedy u střední věkové kategorie (Daňková, 2002).

5. 5 Analýza pravidelného stravování v závislosti na indexu BMI a vzdělání

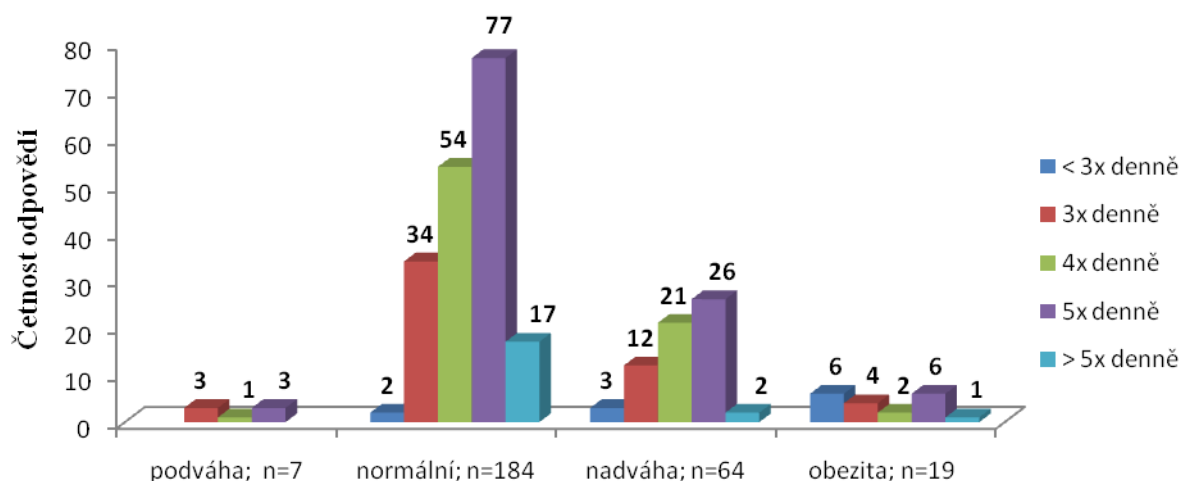
Na základě výsledků konstatujeme, že byl splněn předpoklad závislosti pravidelného stravování a indexu BMI ($p \leq 0,01$) (Tabulka 10). Zkoumaná síla vztahu proměnných ($c = 0,43$) je na hladině střední závislosti.

Tabulka 10. Úroveň pravidelného stravování v závislosti na BMI (Příloha 1; otázka 17)

BMI x otázka č. 17	chí – kvadrát	sv	p
M-V chí kvadrát		Df=16	0,01*
Kontingenční koeficient (c)	0,43		

Vysvětlivky: statisticky významné hodnoty * $p \leq 0,05$; c – kontingenční koeficient

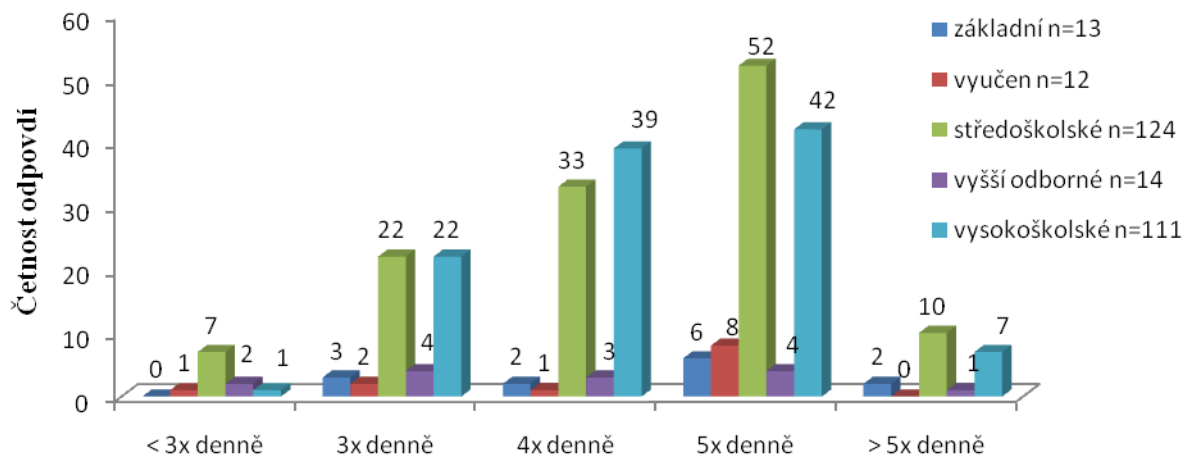
U celého souboru se vyskytla nejčastěji odpověď „5x denně“, a to u 112 respondentů (41 %). Nejvyšší počet odpovědí bylo u respondentů s indexem BMI normální hmotnost, a to u 77 respondentů (28 %). (Obrázek 14).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 14. Výskyt pravidelné stravy v závislosti na indexu BMI

Při hodnocení souvislosti mezi úrovní vzdělání a pravidelným stravováním (Příloha 1; otázka 17) nebyl prokázán signifikantní rozdíl. U celého souboru se vyskytla nejčastěji odpověď „5x denně“, a to u 112 respondentů (41 %). Tuto odpověď využilo v nejvyšší míře 52 (19 %) respondentů se středoškolským vzděláním (Obrázek 15).



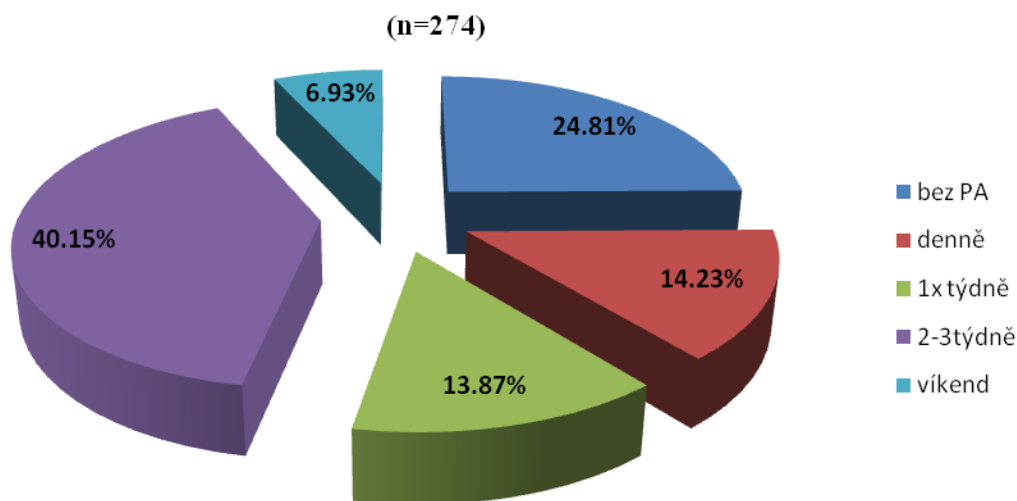
Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 15. Výskyt pravidelné stravy v závislosti na vzdělání

Pravidelnost stravy je prezentována jako důležitý faktor správného zdravého stravování, a to nejlépe 5x denně, tři hlavní jídla a dvě svačiny (Klimešová, 2010; Stratil, 1993). U celého souboru se vyskytuje v nejvyšší míře odpověď „5x denně“, a to u 112 respondentů (41 %), což hodnotíme jako pozitivní jev. Na základě vyhodnocených výsledků se nám potvrdilo naše očekávání, že u žen s indexem BMI na hladině normální hmotnost se bude vyskytovat ve vyšší míře pravidelná strava, a to 5 krát denně. Celkově tuto skutečnost potvrdilo 77 respondentů (28 %). V oblasti šetření, která se týkala vztahu pravidelné stravy a vzdělání, se naopak nepotvrdilo naše očekávání. Předpokládali jsme vyšší frekvenci odpovědi „5x denně“ u respondentů s nejvyšším vzděláním, kteří mají vyšší zájem o informace. Vzdělání respondenti mají vyšší zájem o informace a zásady z oblasti racionální výživy a zároveň vyšší povědomí o nutnosti tyto zásady dodržovat. Vliv vzdělání na stravovací návyky potvrzují také Čermák (2002), Kunová (2005) a Machová (2009), kteří uvádí, že se liší výživa vzdělané části obyvatelstva vůči chudším a méně vzdělaným lidem. Vzdělané kruhy společnosti se vyznačují rostoucím zájmem o racionální výživu podloženou vědeckými poznatky, podle kterých se snaží upravovat jídelní návyky. Tento trend je patrný v celém vyspělém světě. Z našeho šetření je patrný nejvyšší počet odpovědi „5x denně“ u 52 respondentů (19 %) se středoškolským vzděláním. Vysokoškolsky vzdělaných respondentů odpovědělo na tuto otázku v počtu 15 % (42 respondentů) (Obrázek 15).

5. 6 Analýza výskytu pohybové aktivity v závislosti na věku a indexu BMI

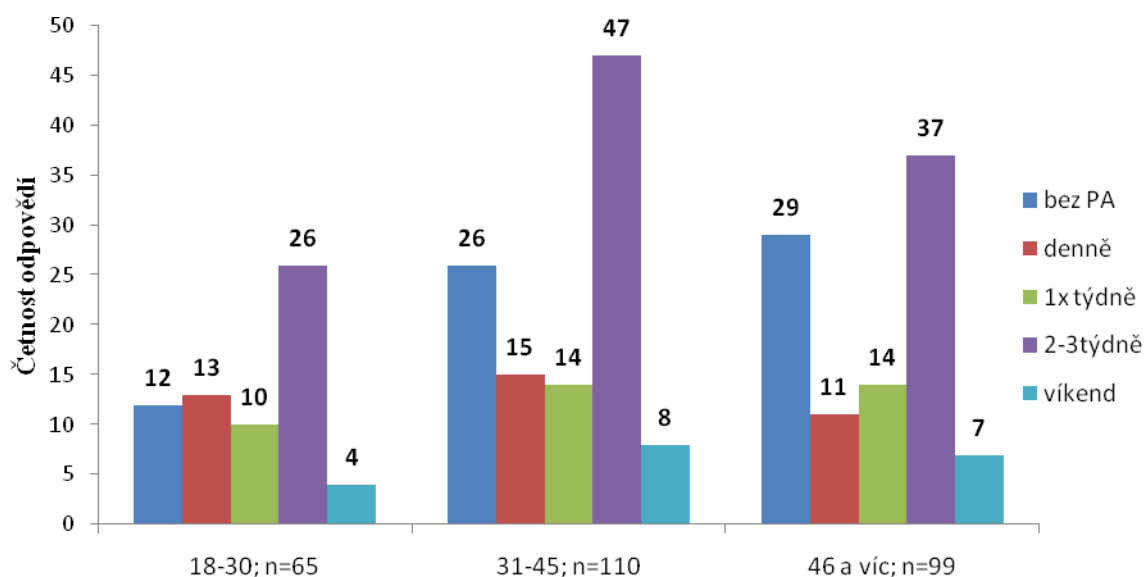
Analýza byla zaměřena pouze na četnost reakcí, bez zjištění intenzity prováděné pohybové aktivity (Příloha 1, otázka 24). Výsledné hladiny významnosti v hodnocení PA v souvislosti s věkem ($p \leq 0,75$) a souvislost PA s indexem BMI ($p \leq 0,11$) neprokázaly signifikantní rozdíl. U sledovaného souboru tedy věk ani BMI nesouvisí s frekvencí realizace PA. Z hodnocení celého souboru můžeme sledovat, že nejvíce respondentů 40,15 % (110 respondentů) odpovědělo, že se věnují pohybové aktivitě 2 – 3 týdně. Druhá nejpočetnější skupina 68 respondentů (24,81 %) odpověděla, že se pohybové aktivitě nevěnuje vůbec (Obrázek 16).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 16. Výskyt pohybové aktivity (PA) u respondentů celkem

Při srovnání mezi jednotlivými věkovými skupinami se nám jeví mírně vyšší podíl žen bez pohybové aktivity a nízký podíl nejčastější odpovědi „2 – 3x týdně“ (Obrázek 17). Z výsledků ankety se lze domnívat, že se stoupajícím věkem žen se zvyšuje počet těch, které se vůbec nevěnují pohybové aktivitě.

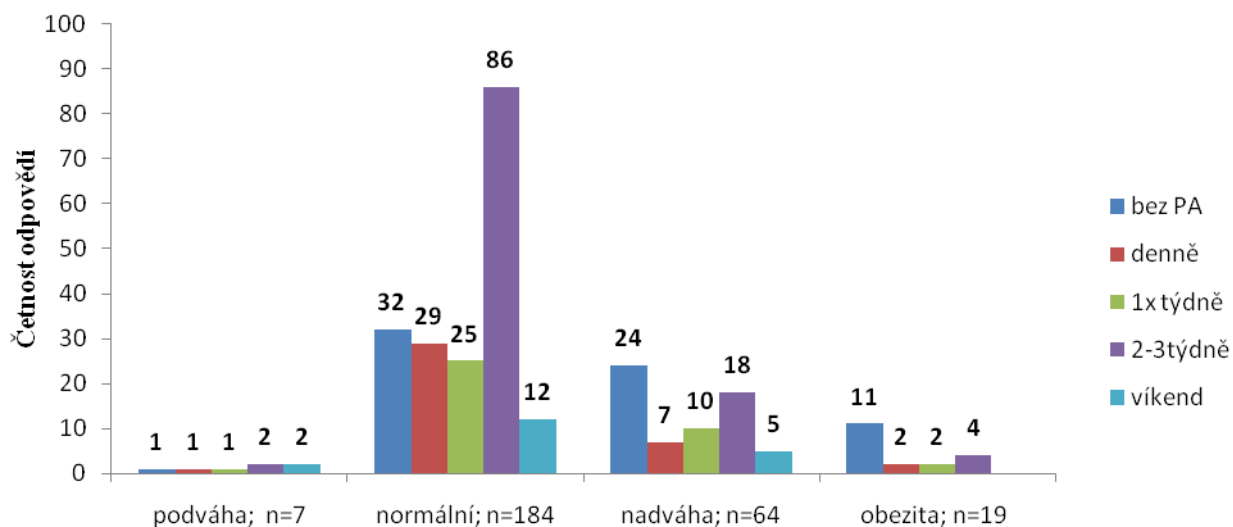


Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 17. Výskyt pohybové aktivity v závislosti na věku

Pohybovou aktivitu jsme v dalším porovnání hodnotili z pohledu indexu BMI. Při srovnání mezi jednotlivými kategoriemi (podváha, n = 7; normální hmotnost, n = 184; nadváha, n = 64; obezita, n = 19) můžeme sledovat nárůst odpovědi respondentů, kteří se nevěnují žádné pohybové aktivitě u kategorie nadváha a dále i obezita. Současně výrazné snížení odpovědi respondentů na nejfrekventovanější odpověď celého souboru „2 – 3x týdně“ u kategorie nadváha a obezita. (Obrázek 18). S tímto korespondují výsledky, které jsme zjistili u výzkumné otázky č. 1, která zjišťovala výskyt nadváhy a obezity v závislosti na věku. Pohybová aktivita, společně s výživou, patří mezi faktory, které ovlivňují index BMI. Jak uvádí Blahušová (2009) a Kunešová (2004) nerovnováha mezi příjmem a výdajem způsobuje změnu tělesné hmotnosti, vyšší příjem kalorií než její výdej tělesnou aktivitou způsobuje tloustnutí, v opačném případě hubnutí. Stejně výsledky prokázal také výzkum „Žij zdravě“ z roku 2010, který uvádí, že čím vyšší index BMI, tím méně se člověk věnuje pohybové aktivitě. U obézních je významně větší podíl těch, kteří nevykonávají žádnou pohybovou aktivitu. Nedostatek pohybu je tedy zásadním problémem u lidí, kteří trpí nadváhou a obezitou. Garant výzkumu MUDr. Matoulek upozorňuje, že snížení běžné pohybové aktivity jsou jednou z hlavních změn v posledních 20 letech v našem životním stylu. Třetina Čechů nesportuje vůbec, těch s obezitou je více než polovina. Výsledky výzkumu prokázaly, že více jak polovina žen nevykonává žádnou pohybovou aktivitu. Za hlavní příčinu zanechání pohybové aktivity je nedostatek času, který se projevuje kolem 25. roku života. Mezníky jsou

ukončení vysokoškolského studia, nástup do zaměstnání, u žen zejména těhotenství. Důvody k omezení pohybové aktivity jsou obdobné jako u zvyšující tendence indexu BMI u výzkumné otázky č. 1, neboť pohybová aktivita úzce souvisí s indexem BMI. Rovnice zdravého života: „*lépe jíst + více se hýbat = zdravě žít*“ (VZP, 2011).



Vysvětlivky: n = počet respondentů

Obrázek 18 Výskyt pohybové aktivity v závislosti na indexu BMI

6 ZÁVĚRY

Předložená diplomová práce řešila problémy týkající se názorů a postojů současné ženy k otázkám zdravého životního stylu. Životní styl a zdravý způsob života považujeme za velmi aktuální a diskutované téma, a to jak na úrovni laické, tak i odborné. Každý jedinec si dobrovolně volí cestu, jak lze přistupovat k různým situacím v životě. Může volit ty správné a zdravé alternativy a vyvarovat se těm, jež škodí zdraví nebo volit cestu opačnou a dobrovolně si poškozovat své zdraví. Životní styl představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů, který ovlivňuje zdraví.

Z výsledků anketního šetření u 274 respondentů jsme zjistili signifikantní rozdíly u vzájemné souvislosti mezi indexem BMI a věkem respondentů ($p \leq 0,01$). Ve starších věkových etapách období dospělosti sledujeme vyšší hodnoty BMI, nejvýrazněji u věkové kategorie 31 – 45 let.

Signifikantní rozdíl ($p \leq 0,01$) jsme zaznamenali ve srovnání zájmu o informace o zdravém životním stylu, a také ve vlivu na chování respondentů ($p \leq 0,001$). V obou případech se projevíly signifikantní rozdíly z hlediska úrovně vzdělání. U respondentů s vysokoškolským vzděláním byl statisticky významně potvrzen zájem o informace o zdravém životním stylu a následně i subjektivně pocíťované ovlivnění jejich chování.

V otázkách, které zjišťovaly výskyt rizikových faktorů (kouření a alkohol) v závislosti na vzdělání a věku nebyly zaznamenány signifikantní rozdíly. Signifikantní rozdíl jsme zaznamenali v otázce týkající se pravidelného stravování v závislosti na indexu BMI ($p \leq 0,01$). Pravidelnost stravování, a to nejlépe 5x denně, je prezentována jako důležitý znak správných stravovacích návyků. Pozitivně hodnotíme, že u celého souboru se vyskytla nejčastěji odpověď „5x denně“, a to 40,88 % respondentů. Nejvíce respondentů bylo z kategorie BMI na úrovni normální hmotnosti (28,10 %).

Při srovnání pravidelné pohybové aktivity mezi jednotlivými věkovými skupinami jsme nezaznamenali signifikantní rozdíly. Ke stejnému výsledku jsme dospěli i v porovnání pohybové aktivity z pohledu BMI sledovaných osob.

Na základě výsledků ankety lze konstatovat, že ve vyšším věku dosahovaly sledované ženy vyšší hodnoty BMI. Pouze mírně vyšší byl počet žen, které se ve vyšším věku věnují méně pohybové aktivitě. Lze ovšem předpokládat, že anketu vyplnily a odevzdaly pouze

respondentky, které se v různé míře o oblast zdravého životního stylu zajímají. Proto nelze získaná data zevšeobecnit.

7 SOUHRN

Cílem diplomové práce je zjistit postoje a názory dnešních žen na zdravý životní styl. Šetření probíhalo v období listopad 2012 až leden 2013 mezi ženami ve věku 18 – 60 let. Anketní šetření probíhalo na celém území České republiky, největší zastoupení vyplněných anketních lístků je z města Olomouc a jeho okolí. S realizací anketního šetření vyslovila souhlas Etické komise FTK UP v Olomouci. Celkově bylo osloveno 290 žen různých profesí, věku či vzdělání. K finální analýze bylo použito 274 řádně vyplněných anketních lístků. Anketa obsahovala 31 otázek. Výzkumný soubor byl rozdělen do několika kategorií. Zastoupení respondentů dle věku 1. věková kategorie 18 – 30 let ($n = 65$), 2. věková kategorie 31 – 45 let ($n = 110$) a 3. věková kategorie 46 a více let ($n = 99$); podle vzdělání základní ($n = 13$), vyučen ($n = 12$), středoškolské s maturitou ($n = 124$), vyšší odborné ($n = 14$) a vysokoškolské ($n = 111$); podle indexu BMI podváha ($n = 7$), normální váha ($n = 184$), nadváha ($n = 18$) a obezita ($n = 19$).

Z výsledků šetření vyplynulo, že nejvyšší zastoupení žen 72 % ($n = 198$) se o informace týkající se zdravého životního stylu zajímá občas. Pravidelný zájem o informace z této oblasti má 18 % ($n = 50$), tedy pouze necelá čtvrtina zkoumaných žen. Na druhou stranu je pozitivní, že pouze 10 % žen ($n = 26$) se o zdravý životní styl nezajímá vůbec. Podle našeho očekávání bylo nejvíce žen, které se zajímají o tuto problematiku pravidelně, s normální váhou 14 % ($n = 39$). Za významnější považujeme, že 73 % ($n = 200$) žen přizpůsobuje své chování na základě získaných informací o zdravém životním stylu. Opět se potvrdilo naše očekávání a nejvíce žen, které přizpůsobují své chování na základě získaných informací, spadá do kategorie normální váha 51 % ($n = 140$).

Z analýzy výskytu rizikových faktorů životního stylu (kouření, alkohol, nadváha a obezita, nedostatečná pohybová aktivita) je patrný pouze signifikantní rozdíl v souvislosti s indexem BMI a věku. Výsledky vykazují vyšší hodnoty BMI v souvislosti s věkem respondentů. U žen nad 30 let je pozorováno vyšší procento osob s nadváhou a obezitou, tento trend pokračuje i u žen nad 46 let, i když v menší míře. Můžeme se domnívat, že k nejvýraznějšímu nárůstu hodnot BMI dochází ve věku 30 – 45 let. Dalším sledovaným rizikovým faktorem bylo kouření. Ve sledovaném souboru bylo pravidelnými kuřáčkami 12 % ($n = 33$) a příležitostnými kuřáčkami 16 % ($n = 43$) žen. Nejčastějšími kuřáčkami byly ženy střední věkové kategorie, ve které uvedlo pravidelné kouření 5 % ($n = 13$) a příležitostné kouření 6 % ($n = 17$) respondentů. S narůstajícím věkem byl pozorován mírný pokles příležitostných

kuřaček 5 % (n = 13). Za velmi pozitivní zjištění považujeme to, že 60 % (n = 164) žen odpovědělo, že nikdy nekouřily. Z anketního šetření vyplynulo, že každý den konzumují alkohol ve zvýšené míře 3 % žen (n = 7), 1 – 3x týdně 13 % žen (n = 35). Při srovnání sledovaných věkových skupin byla zaznamenána nejvyšší míra nadměrné konzumace alkoholu (každodenní) u 2 % žen (n = 4) a u 7 % žen (n = 19) konzumace alkoholu 1 – 3x týdně u střední věkové kategorie. Další ze sledovatelných ukazatelů zdravého životního stylu je úroveň pohybové aktivity. V daném výzkumném souboru se nevěnuje žádné pohybové aktivitě téměř čtvrtina respondentek 24 % (n = 66), což považujeme za negativní zjištění. Se vzrůstajícím věkem pohybová aktivita ubývá, nejvíce žen, které nevykazovaly pohybovou aktivitu na sledované úrovni, je nejstarší věková kategorie 10 % (n = 28).

V oblasti výživy a pravidelného stravování jsme získali z našeho pohledu pozitivní výsledky. Na otázky týkající se četnosti stravování uvedl nejvyšší počet respondentů odpověď „5x denně“, a to 41 % osob ze sledovaného souboru (n = 112). Zjištěné výsledky ukazují, že téměř polovina žen dodržuje z tohoto hlediska správné stravovací návyky. Nejvíce respondentek je ve střední věkové kategorii, se stoupajícím věkem pravidelnost stravy klesá. Signifikantní rozdíly jsme zaznamenali v kontextu pravidelnosti stravování a indexu BMI. Dle našeho očekávání preferují a také realizují pravidelné stravování především respondenti s BMI v kategorii normální váha.

Na základě výsledků daného výzkumného šetření lze konstatovat, že u sledovaného souboru žen dochází v mnoha případech k nedodržování zásad zdravého životního stylu. Z tohoto pohledu můžeme jako nejrizikovější hodnotit střední věkovou kategorii žen, tj. 31 – 45 let, a následně i nejstarší věkovou kategorii žen 46 a více let. Z výsledků vyplývá, že se vzrůstajícím věkem se zvyšuje index BMI, a to především u žen nad 30 let., kdy je pozorován nárůst nadváhy a obezity. V této věkové kategorii se také vyskytlo nejvíce kuřaček a konzumentek alkoholu v nadměrné míře. U nejstarší věkové kategorie z výzkumného souboru, bylo zjištěno již nižší procento žen s nadváhou a obezitou, ale i s nižším objemem pohybové aktivity. Tato věková skupina také nejméně dodržuje správné stravovací návyky z pohledu pravidelnosti stravy.

Domníváme se, že nejobtížnější je změnit životní styl u starších žen, které o to ale mnohdy ani nestojí. Přestože je nutné věnovat pozornost i této věkové kategorii. Za důležité považujeme zaměření se na nejmladší sledovanou věkovou kategorii, která je ještě lépe přístupná přijímání novým informacím a také ke změnám. Zlepšení současného stavu vidíme

ve zvýšené prevenci, pravidelnému monitorování výskytu rizikových faktorů životního stylu, monitorování působení rodiny v tomto směru a důslednějším sledování kvality a efektů výchovy ke zdraví realizované ve školách všech typů.

8 SUMMARY

The aim of the thesis is to find out attitudes and opinions of women to healthy lifestyle. The survey was realized from November 2012 to January 2013 in women of 18 – 60. The survey took place all over the Czech Republic with most answers from Olomouc and its surroundings. The survey was agreed by the Ethical board of FTK UP in Olomouc. We have totally approached 290 women of different jobs, age and education. Finally we have used 274 questionnaires. The questionnaire contained 31 questions. The group was divided into several categories: according to age 1. Category 18 – 30 (n = 65), 2 age category 31 – 45 (n = 110), 3. age category 46 and more (n = 99); according to education elementary (n = 13), apprenticed (n = 12), secondary school (n = 124), technical (n = 14) and university (n = 111); according to BMI – underweight (n = 7), normal weight (n = 184), overweight (n = 18) and obesity (n = 19).

The results of the survey showed that 72 % (n = 198) of women are interested in information dealing with healthy lifestyle occasionally. Regular interest in this kind of information was found in 19 % (n = 50), it means less than one quarter of all women. On the other hand a positive finding is that only 10% of women (n = 26) are not interested in healthy lifestyle at all. According to our expectations most women regularly interested in the problems come from the group with normal weight 14% (n = 39). More significant seems to be the fact that 73 % (n = 200) women adapt their behaviour to obtain information on healthy lifestyle. Our expectation about women adapting their behaviour and coming from the group of normal weight was again confirmed 51 % (n = 140).

The analysis of risk factors incidence (smoking, alcohol drinking, overweight and obesity, insufficient movement activity) showed significant difference only in the connection of BMI index and age. The results showed higher values of BMI connected with age of the women. In group over 30 we have found higher percentage of overweighed people and such a trend continues in the group over 46 as well. We think that the most significant increase of BMI comes between 30 and 45. Another observed risk factor was smoking. Within the observed group there were 12 % (n = 33) of regular smokers and 16 % (n = 43) of occasional smokers. Most smokers we could find in middle age group with 5 % (n = 13) of regular smokers and 6 % (n = 17) of occasional smokers. Increasing age is connected with small decrease of occasional smokers 5 % (n = 13). Very positive finding was that 60 % (n = 164) of women

answered that that had never smoked. The survey showed that every day 3 % (n = 7) consume higher amount of alcohol, 13 % (n = 25) consume alcohol 1 – 3 times a week.

In the area of nutrition and regular meals we found out positive results. The questions dealing with frequency of meals per day 41 % (n = 112) of women mentioned “5 times a day”. The results say that nearly half of the women keep correct eating habits. Most of the women come from the middle age group, regularity of meals decreases with increasing age.

Based on the results of the survey we can state that in observed group of women we can find many examples of wrong observance of principles of healthy lifestyle. From this point of view the most risk group is the middle age group (31 – 45) followed by the oldest age group (46 and more). The results showed that increasing age is connected with increasing BMI index, mainly in women over 30. In this age group we have also found most smokers and alcohol consumers.

We suppose that changing lifestyle is most difficult in older women who do not care about it. The most important seems to pay attention to the youngest age group that is open to new information and changes. Improving of the situation is possible through better prevention, regular monitoring of risk factors incidence and better observing of quality and effects of health education at all kinds of schools.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Arnold, J. et al. (2007). *Psychologie práce pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Blahušová, E. (2005). *Wellness, fitness*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Blahušová, E. (2009). *Wellness. Jak se udržet zdraví a pohodu*. Velké Bílovice: TeMi CS, s.r.o.
- Bulková, V. (1999). *Nauka o poživatinách*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Bunc, V. (2007). *Nadváha a obezita u českých dětí a mládeže, příčiny a možnosti nápravy*. Praha: Karolinum.
- Citterbart, K. et al. (2008). *Gynekologie*. Praha: Galén.
- Čermák, B., Velemínský, M., Müllerová, D., Kadlec, J., Šoch, M., & Pánek, J. (2002). *Výživa člověka*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Daňková, Š. (2002). *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS CR 2002) – Spotřeba alkoholu (VI. díl)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Dobrý, L. (2008). Náměty do diskuse o základních kinantropologických pojmech. In V. Mužík, L. Dobrý, & V. Süß (Eds.). *Tělesná výchova a sport mládeže v biologickém, psychologickém, sociálním a didaktickém kontextu* (pp. 9-11). Brno: Masarykova univerzita.
- Dolanská, H. (2008). *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství.
- Donát, J. (1989). *Přechod v životě ženy*. Praha: Avicenum.
- Donát, J. (2001). *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. Praha: DoMeNa.
- Dostálová, J., Dlouhý, P., & Tláskal, P. (2012). *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>.
- Drescher, L.S., Thiele, S., & Mensink, G.B.M. (2007). A new index to measure healthy food diversity better reflects a healthy diet than traditional measures. *The Journal of Nutrition*, (137)3, 647-651. Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web:

- <http://search.proquest.com/docview/197441990/fulltextPDF/13CAE856C216347B605/1?accountid=16730>.
- Duffková, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada.
- Foster, V.W. (1993). *New start*. Praha: Advent – Orion.
- Fořt, P. (1999). *Zdravá výživa nejen pro ženy*. Praha: Pragma.
- Hainer, V. et al. (2011). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hlúbik, P. (2005). Epidemiologie a etiopatologie obezity. *Postgraduální medicína*. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-a-etiotogeneze-obezity-165979>.
- Hodaň, B. (1997). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Holčík, J., Žáček, A., & Koupilová, I. (2002). *Sociální lékařství*. Brno: Masarykova univerzita.
- Holčík, J. (2004). *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- Holčík, J. (2009). *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, spol. s.r.o.
- Horák, S., Dygrýn, J., Mitáš, J., & Obzinová, K. (2011). Vybrané ukazatele pohybové aktivity dospělých obyvatel olomouckého regionu, *Tělesná kultura*, 34(1), 38–48.
- Hrdlička, M., Kuric, J., & Blatný, M. (2006) *Krize středního věku – úskalí a šance*. Praha: Portál, 2006, s. 27.
- Hrkal, J. (2004). *Světové šetření o zdraví (6. díl)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Chadima, V. (2013). Výživa žen. *Nutricoach*. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.nutricoach.cz/vyziva-zen-cast-i--c100>.
- Chaloupková, J. (2011). Vstup do dospělosti – co znamená být dospělý podle Evropského sociálního výzkumu 2006. *Socioweb 1*. Retrieved 20. 2. 2013 from the World Wide Web: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=366&lst=121>.
- Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s
- Ivanová, K., Špirudová, L., & Kutnohorská, J. (2005). *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing.

- Ivanová, K. (2006). *Životní styl jako sociální determinanta zdraví*. Rigorózní práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- Jandásková, Z. (2009). *Kvalita života žen po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low back pain*. Disertační práce, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, Brno.
- Jansa, P. (2005). *Sport a pohybové aktivity v životě české populace*. Praha: FTVS UK.
- Jeníček, J. (2004). *Žena v přechodu*. Praha: Grada.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Kasal, J. (2003). Gender-vábení medusy. In Z. Truhlářová (Ed.) *Aktuální otázky sociální práce* (pp.52-55). Hradec Králové: M & V.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Klimešová, I. (2010). *Hrajeme si s jídlem*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Komeščík, B. (1998). *Kinantropologie*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Kraus, B. et al. (2001). *Člověk – prostředí – výchova*. Brno: Paido.
- Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*, Praha: Portál.
- Kroeger, J. (2000). *Identity Development: Adolescence through Adulthood*. London: Sage.
- Křiklavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kudela, M. et al. (2004). *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kunešová, M. (2004). Obezita - Etiopatogeneze, diagnostika a léčba. *Interní medicína pro praxi* 6(9), 435-440. Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2004/09/04.pdf>.
- Kunová, V. (2005) *Zdravá výživa*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kuric, J. (2000). *Ontogenetická psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Leplége, A., & Dennerstein, L. (2000). Menopause and quality of life. *Quality of Life Research* 9, 689-692. Retrieved 25. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&sid=55050257-30f4-4a52-8dd8-cda167117cb8%40sessionmgr114&hid=123>.
- Linhart, J. et al. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Máček, M. et al. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.

- Machová, J. (2002). *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Univerzita Karlova.
- Machová, J. et al. (2006). *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Madžuková, J. (2005). *Léčivá síla vitamínů, minerálů a dalších látek: praktický domácí rádce*. Benešov: Start.
- Mattocks, C. et al. (2008). Early life determinants of physical activity in 11 to 12 years olds: Cohort study. *British Medical Journal*, 336(7634), 26–29. Retrieved 2. 3. 2013 from the World Wide Web:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b791b152-8905-4156-99b5-57198b65fd8d%40sessionmgr114&hid=103>.
- Měkota, K., & Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti, činnosti, výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Moravcová, M. (2011). Menopauza a kvalita života. *Profese on-line* 4(2), 6-10. Retrieved 20. 2. 2013 from the World Wide Web:
http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_02/51-moravcova.pdf.
- Mužik, V. (2007). *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na ZŠ*. Brno: Paido.
- Müllerová, D. (2003). *Výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton.
- Nakonečný, M. (1997). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Northrupová, CH. (2008). *Zdravá žena od prvního početí po stáří*. Praha: Columbus.
- Novotná, V., Čechovská, I., & Bunc, V. (2006). *Fit programy pro ženy*. Praha: Grada Publishing.
- Novotný, J. (2010). Civilizace, pohybová aktivita a zdraví. In *Pohybové a zdravotní aspekty v kinantropologickém výzkumu* (pp. 8-17). Brno: Masarykova Univerzita.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP.
- Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International* 13(4), 349-364. Retrieved 4.4. 2013 from the World Wide Web:
<http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.PDF>.
- Oliveriusová, L. (2003). *Mýty a pověry o výživě*. Praha: EB.
- Papežová, K. et al. (2010). Životní styl žen v průběhu života. *Hygiena* 55(4), 130-135. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web:
<http://www.szu.cz/svi/hygiena/archiv/full10/h2010-4-05-full.pdf>.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.

- Pešek, R., & Nečesaná, K. (2008). *Kouření aneb Závislost na tabáku - rizika, projevy, motivace, léčba*. Písek: Arkáda.
- Plamínek, J. (2008). *Sebezpoznaní, sebeřízení a stres*. Praha: Grada publishing, a.s.
- Poledne, R., Kunová, V., & Starnovská, T. (2008). Pyramida zdravé výživy. *Fórum Zdravé výživy*. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.fzv.cz/pro-media/publikace/informacni-materialy/pyramida-zdrave-vyzivy/115-pyramida-zdrave-vyzivy.aspx>.
- Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi 1*, 29-32. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.solen.sk/pdf/Popov.pdf>.
- Průšová, M. (1995). *Cítit se skvěle i po čtyřicítce*. Praha: Olympus.
- Příhoda, V. (1997). *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN.
- Pýchová, E., & Šamánková, M. (1996). *Základy veřejného zdravotnictví*. Praha: Scientia.
- Riegerová, J., & Ulbrichtová, M. (1998). *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem - vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Salim, Y. et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. *The Lancet*, (364), 937-952. Retrieved 20. 2. 2013 from the World Wide Web: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=67fa5604-82bc-4453-822a-00a1ac917f1e%40sessionmgr111&hid=103>.
- Sandorová, R. et al. (2006). Droga jménem alkohol. *Biomedicína 2*, 358-365. Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web: <http://casopiszfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326200813932485.pdf>
- Seliger, V., Trefný, Z., & Vinařický, R. (1980). *Fysiologie tělesných cvičení*. Praha: Avicenum.
- Sharkey, B. J. (1990). *Physiology of fitness*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Schindler, A.E. (2006). Climacteric symptoms and hormones. *Gynecological Endocrinology* 22(3), 151–154. Retrieved 25. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=55050257-30f4-4a52-8dd8-cda167117cb8%40sessionmgr114&hid=123>.
- Skála, J. (1988) *...až na dno?* Praha: Avicenum.
- Skálová, L. (2010). *Poznejte rizika svého životního stylu*. Retrieved 5.3. 2013 from the World

- Wide Web: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/poznejte-rizika-sveho-zivotniho-stylu>.
- Sovinová, H., & Csémy, L. (2003). *Kouření cigaret a pití alkoholu v ČR*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Sovinová, H., Sadílek, P., & Csémy, L. (2012). *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2011)* [Výzkumná zpráva]. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Spiriduso, W.W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Stackeová, D. (2005). Pohybová aktivita a sport v životě mužů a žen. In D. Heller, J. Procházková, & I. Sobotková (Eds.). *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů: polarita a vzájemné obohacování* (p 42). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Stackeová, D. (2009). Zdravotní benefity pohybových aktivit – východisko pro tvorbu doporučení pro mládež a dospělé. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 75(1), 6–11.
- Státní zdravotní ústav. (2003). *Poznejte rizika svého životního stylu*. Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web: <http://www1.szu.cz/czpz/riziko/index.html>.
- Státní zdravotní ústav. (2003). *Nadváha a obezita*. Retrieved 2.2.2013 from the World Wide Web: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nadvaha-a-obezita-1>.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Stratil, P. (1993). *ABC zdravé výživy*. Brno: Pavel Stratil.
- Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Praha: Grada Publishing.
- Šeremetěvová, G. (2007) *Jsem žena*. Praha: Zvonící cedry.
- Štefan, J., & Mach, J. (2005). *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Štefl, M., Petr, M., & Kohlíková, E. (2012). Benefity pohybových aktivit v primární prevenci sarkopenie. *Studia Kinanthropologica* 13(3), 388-392.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Valdrová, J. (2004). *Abc feminismu*. Brno: Nesehnutí.
- Vondruška, V., & Barták, K. (2004). *Zdravý životní styl aneb, "Prevence založená na důkazech"*. Hradec Králové: Ústav tělovýchovného lékařství FN a LFUK.
- Vrublová, Y. (2005). Ženské klimakterium a jeho vliv na kvalitu života. *Klimakterická*

Medicína, 10(3), 9-10. Hradec Králové: Domena.

Všeobecná zdravotní pojišťovna. (2011). *Žij zdravě*. Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>.

Výchova ke zdraví (2009). *Co jste možná nevěděli o tabákovém kouři*. Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web:

<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/tabak.html>.

WHO. (2011). Retrieved 5.3. 2013 from the World Wide Web:

<http://www.who.cz/index.php/zaklinfo>.

Zábranský, T. (2004). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.

10 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1: Anketa

Příloha 2: Vyjádření Etické komise FTK UP

Příloha 1

ANKETA

Vážená paní/slečno,
jmenuji se Jana Seidlová, jsem studentkou Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, obor Rekreatologie. V současné době pracuji na diplomové práci zabývající se zdravým životním stylem. Součástí mé práce je anketa, která má za cíl zjistit, jakou roli hrají jednotlivé faktory zdravého životního stylu v životě současné ženy. Anketa je zcela anonymní a její výsledky budou zpracovány a využity pouze v rámci mé diplomové práce. Otázky si pozorně přečtete a zvolené odpovědi, které nejvíce vystihují Váš názor, zakroužkujte (pokud nebude uvedeno jinak).

Děkuji za pečlivé zodpovězení všech níže uvedených otázek, neúplné vyplnění znemožňuje anketu zařadit do statistického zpracování.

OBECNÉ ÚDAJE

1. Věk:

Kategorie: 1. 18 – 30 let 2. 31 – 45 let 3. 46 a více let

Výška _____ cm Hmotnost (váha) _____ kg

2. Moje váha je podle mě:

1. ideální
2. není ideální, ale snažím se/chci s tím něco dělat
3. není ideální, ale nic na tom měnit nebudu

3. Vzdělání:

1. základní
2. vyučen v oboru
3. středoškolské s maturitou
4. vyšší odborné
5. vysokoškolské

4. Místo bydliště:

1. město nad 100 tis. obyvatel
2. město do 100 tis. obyvatel
3. město nad 50 tis. obyvatel
4. město do 50 tis. obyvatel
5. vesnice

5. Příjmová kategorie – čistý měsíční příjem v Kč (zaokrouhlete na tisíce):

1. do 8 tis.
2. 8 – 12 tis.
3. 12 – 24 tis.
4. nad 25 tis.

6. Rodinný stav:

1. svobodná
2. vdaná
3. rozvedená
4. vdova

7. Počet dětí:

1. bezdětná
2. 1 – 2 děti
3. 3 a více dětí

8. Zaměstnání:

1. studentka
2. zaměstnankyně
3. osoba samostatně výdělečně činná
4. nezaměstnaná
5. důchodkyně (starobní, invalidní důchod)

FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU

9. Který z uvedených faktorů považujete za nejvýznamnější pro Vaše zdraví? (Ize označit i více odpovědí)

1. pravidelná pohybová aktivita
2. zdravé stravování (správná skladba jídelníčku, pitný režim, pravidelná strava apod.)
3. nekouřit
4. nepít alkoholické nápoje
5. neužívat jiné návykové látky (drogy, léky apod.)
6. zvládání stresů, depresí, únavy
7. pravidelné preventivní prohlídky u lékaře
8. užívání doplňků stravy (vitamíny minerály apod.)
9. relaxace a dostatečný spánek

10. Zajímáte se o informace o zdravém životním stylu?

1. ano – pravidelně
2. ano – občas
3. ne

11. Pokud ano, odkud tyto informace čerpáte?

1. časopisy
2. knihy
3. internetové stránky
4. pořady v televizi
5. pořady v rozhlasu
6. diskusní fóra (sociální sítě apod.)

12. Považujete informace o zdravém životním stylu za snadno dostupné?

1. ano
2. ne

13. Ovlivňují získané informace o zdravém životním stylu Váš styl života?

1. ano – beru je na vědomí a dle možností přizpůsobuji své jednání
2. ne – informace považuji za přehnané
3. nevím

VÝŽIVA

14. Který z uvedených faktorů v oblasti zdravého stravování považujete za významný? (Ize označit i více odpovědí)

1. jím hodně ovoce a zeleniny
2. upřednostňuji bílé maso a ryby
3. vyhýbám se tučným a smaženým jídlům
4. jím pravidelně 5x denně
5. jsem vegetarián (vegan)
6. kupuji bio potraviny
7. hlídám si množství cukru, tuků a bílkovin ve stravě
8. dodržuji pitný režim

15. Zajímáte se o složení a původ potravin a studujete etikety na výrobcích?

1. ano a vždy kupuji ty, které mi vyhovují složením
2. ano, ale občas koupím i s nevhodným složením
3. ne

16. Jsou pro Vás kvalitní potraviny příliš drahé?

1. ne, cena odpovídá kvalitě a raději si připlatím
2. částečně koupím kvalitnější, ale doplňuji i levnější variantou
3. ano a proto je nekupuji
4. nevím, kvalita mě nezajímá

17. Kolikrát denně jíte?

1. méně než 3x denně
2. 3x denně
3. 4x denně
4. 5x denně
5. více jak 5x denně

18. Kde se převážně stravujete? (lze označit i více odpovědí)

1. fast food – rychlé občerstvení
2. veřejné stravování – restaurace apod.
3. zaměstnanecká jídelna, menza apod.
4. doma

19. Jakému jídlu dáváte přednost?

1. pestrá a vyvážená strava obsahující např. nesmažené libové maso, drůbež, ryby, zelenina, ovoce, celozrnné pečivo, apod.
2. nevyhýbám se žádnému jídlu, ale jím ho s mírou
3. nestarám se o to

20. Jíte pravidelně ovoce a zeleninu (jedna porce je např. středně velký kus ovoce, středně velká miska zeleniny, 6 lžic kompotovaného ovoce, 100 ml ovocného džusu)?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. ano, nejméně 3 – 5 porcí | 4. ne |
| 2. ano, alespoň 1 – 2 porce denně | 5. snažím se, ale vždy mi to nevyjde |
| 3. ano, alespoň 1 – 2 porce týdně | |

21. Kolik tekutiny denně vypijete? (nealkoholické nápoje - voda, minerální voda, limonáda, ovocná a zeleninová šťáva, polévka apod.)

1. do 1 litru
2. 1 – 2 litry
3. více jak 2 litry

22. Jakým tekutinám dáváte přednost?

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. neperlivá voda | 4. sycené sladké nápoje (cola, sprite, 7 up apod.) |
| 2. perlivá voda | 5. čaj |
| 3. minerální ochucené vody | |

POHYBOVÁ AKTIVITY

23. Provozujete ve svém volném čase nějakou pohybovou aktivitu (včetně chůze)?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. ano (pokud ano, vyberte možnost) | 2. Ne (přeskočte na otázku číslo 25) |
| a) rekreačně ve volném čase | b) vyšší úroveň (sport) |

24. Pokud ano, jak často?

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. denně | 4. pouze o víkendu |
| 2. 1x týdně | 5. 1x měsíčně |
| 3. 2 – 3x týdně | |

25. Kolik minut denně věnujete jakékoliv pohybové aktivitě (včetně chůze):

.....

PSYCHICKÁ POHODA

26. Jak často pociťujete, že jste ve stresu

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 1. jsem ve stresu téměř neustále | 3. někdy |
| 2. často | 4. vůbec ne |

27. Jak často se cítíte vyčerpaná

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 1. jsem vyčerpaná téměř neustále | 3. někdy |
| 2. často | 4. vůbec ne |

28. Jak řešíte stresy?

- snažím se stresům předcházet
- snažím se stresy zvládat (pokud ano vyberte možnost, může být i více odpovědí)
 - jídlem
 - alkoholem
 - relaxací/meditací
 - pohybovou aktivitou
- snažím se stresů zbavovat, ale nezvládám to

ZÁVISLOSTI

29. Kouříte?

- ano
- příležitostně
- kouřila jsem, ale již nyní nekouřím
- ne, nikdy jsem nekouřila

30. Jak často pijete nápoje obsahující alkohol ve vyšší míře (více jak 20 – 30 g alkoholu tzn. 2 dcl vína)?

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1. denně | 3. příležitostně |
| 2. pravidelně 1 – 3 týdně | 4. nepiji alkohol |

31. Užíváte jinou návykovou látku (konkrétní druh drogy, opiátu, těkavé látky apod.)?

1. Ne 2. ano a jakou

Ještě jednou velmi děkuji za vyplnění ankety a Váš čas

Jana Seidlová



Fakulta tělesné kultury
Univerzity Palackého
tř. Míru 115
OLOMOUC

Vyjádření Etické komise FTK UP

Složení komise: PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D. – předsedkyně
doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.
doc. Mgr. Erik Sigmund, Ph.D.
Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph.D.
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Na základě žádosti ze dne 25. 3. 2013 byl projekt diplomové práce autorky
Bc. Jany Seidlové

s názvem **Žena a zdravý životní styl**

schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem: 26 / 2013
dne: 8. 4. 2013.

Etická komise FTK UP zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory**
s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro výzkum zahrnující lidské
účastníky.

Řešitelka projektu splnila podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

za EK FTK UP
PhDr. Dana Štěrbová, Ph. D.
předsedkyně

razítko fakulty