

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

HODNOCENÍ VYBRANÝCH UKAZATELŮ ZDRAVÍ U ŽEN V OBDOBÍ MLADŠÍ A STŘEDNÍ
DOSPĚLOSTI

Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Kateřina Kadlčáková, Rekreatologie
Vedoucí práce: PhDr. et Dr. Martin Sigmund, Ph. D.

Olomouc 2016

Jméno a příjmení autora: Kateřina Kadlčáková

Název závěrečné písemné práce: Hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u žen v období mladší a střední dospělosti

Pracoviště: Katedra rekreologie

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

Rok obhajoby: 2016

Abstrakt:

Zdraví se zásadním způsobem promítá do životní spokojenosti každého z nás. Hlavním cílem diplomové práce je posoudit úroveň životní spokojenosti a jednotlivých složek ve vztahu k úrovni pohybové aktivity u skupiny dospělých žen. Výzkum byl realizován v období červen - říjen roku 2015 a celkem jsme nasbírali data od 70 dospělých žen. Mezinárodní dotazník pohybové aktivity nám posloužil k rozdělení žen do tří kategorií podle úrovně pohybové aktivity. Na základě kategorizace žen jsme za pomoci Dotazníku životní spokojenosti nahlíželi na celkovou úroveň životní spokojenosti i na její jednotlivé složky. Z výsledků práce vyplývá, že ženy s nízkou pohybovou aktivitou hodnotí svou celkovou životní spokojenost nejlépe a zároveň ženy s vysokou pohybovou aktivitou nejlépe hodnotí spokojenost se svým zdravím.

Klíčová slova: kvalita života, zdraví, životní styl, pohybová aktivita, mladší a střední dospělost, body image

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Kateřina Kadlčáková

Title of the bachelor's thesis: Evaluation of selected health indicators at women in the younger and middle adulthood

Department: Department of recreology

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

The year of the presentation: 2016

Abstract:

Health is fundamentally reflected in the life satisfaction of each of us. The main aim of the thesis is to assess the level of life satisfaction and individual segments in relation to the level of physical activity in a group of adult women. The research was realized in the period from June to October 2015, and total we collected data from 70 adult women. International Physical Activity Questionnaire us served to divide women into three categories according to the level of physical activity. Based on the categorization of women we assessed the total life satisfaction and individual segments, trough a Life Satisfaction Questionnaire. The results of the thesis are women with low physical activity best evaluated their total life satisfaction and women with high physical activity best evaluated their health.

Keywords: quality of life, health, lifestyle, physical activity, younger and middle adulthood, body image

I agree with lending the thessis within the librarian services.

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

V Olomouci dne 30. 6. 2016

.....

Děkuji PhDr. Dr. Martinovi Sigmundovi, Ph.D. za metodickou pomoc, cenné rady a vstřícný přístup při zpracování magisterské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a pomoc při zpracování diplomové práce, především Ing. Veronice Kadlčákové a mému příteli Bc. Jiřímu Ráčkovi.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 PŘEHLED POZNATKŮ	10
2.1 KVALITA ŽIVOTA	10
2.1.1 <i>Definice kvality života</i>	11
2.1.2 <i>Rozsah</i>	12
2.1.3 <i>Objektivní a subjektivní dimenze kvality života</i>	12
2.1.4 <i>Indikátory</i>	14
2.1.5 <i>Měření kvality života</i>	18
2.2 ZDRAVÍ	23
2.2.1 <i>Definice zdraví</i>	23
2.2.2 <i>Biopsychosociální pojetí zdraví</i>	24
2.2.3 <i>Determinanty zdraví</i>	25
2.2.4 <i>Environmentální a psychosociální aspekty zdraví</i>	27
2.2.5 <i>Vztah kvality života a zdraví</i>	28
2.2.6 <i>Podpora zdraví</i>	29
2.2.7 <i>Stres a jeho zvládnání</i>	32
2.2.8 <i>Civilizační choroby</i>	36
2.3 ŽIVOTNÍ STYL A ŽIVOTNÍ ZPŮSOB	40
2.3.1 <i>Pohybová aktivita</i>	44
2.3.2 <i>Výživa</i>	46
2.3.3 <i>Péče o psychické zdraví</i>	47
2.3.4 <i>Další oblasti životního stylu</i>	48
2.4 ONTOGENEZE MLADŠÍ A STŘEDNÍ DOSPĚLOSTI	49
2.4.1 <i>Charakteristika mladší dospělosti</i>	49
2.4.2 <i>Charakteristika období zralosti a střední dospělosti</i>	49
3 CÍL PRÁCE	51
4 METODIKA	52
4.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	52
4.2 DOTAZNÍK IPAQ	52
4.3 DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI (DŽS)	54
4.4 BODY IMAGE	55
4.5 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	55
5 VÝSLEDKY	56
5.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE SLEDOVANÉHO SOUBORU	56
5.2 DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI	58
5.3 SPOKOJENOST S VLASTNÍM BODY IMAGE (BI)	61
6 DISKUSE	63
7 ZÁVĚRY	69
8 SOUHRN	71

9 SUMMARY.....	72
10 REFERENČNÍ SEZNAM	73
11 SEZNAM TABULEK.....	78
12 SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	79
13 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	80

1 ÚVOD

Dnešní postindustriální společnost je odpoutána od tradičních materiálních hodnot a staví do popředí hodnoty postmateriální. Koncepce či hypotéza postindustriální společnosti byla zmíněna již v roce 1971 Rolandem Inglehartem v knize *The Silent Revolution*. Autor popisuje postmateriální hodnoty jako více humánní, dává apel na ženská práva i práva menšin či větší starost o životní prostředí. Odvrat od materiálního konzumního života tehdy ale nenastal. Nyní můžeme s klidným svědomím říci, že dnes tomu tak je. Lidé si začínají uvědomovat, že péče o zdraví by měla být nedílnou součástí jejich života. Každý z nás by si přál pevné zdraví, které nám bude sloužit až do konce života. Zároveň každý z nás o tom rozhoduje svou péčí a úsilím zdraví posilnit, podporovat a zbytečně mu neškodit.

Pohyb je bezesporu přirozená aktivita života, která ovlivňuje fungování našeho organismu, jeho rychlost i jeho kvalitu. Samozřejmě nejen pohyb ovlivňuje náš organismus, ale i celková kvalita našeho života, například naše stravování, vyhýbání se návykovým látkám, kouření, alkoholu a ostatním nástrahám 21. století. Velmi podstatný je návyk pohybové aktivity v dětství, který tvoří základ aktivního životního stylu v dospělosti. Optimální pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje naše zdraví, zvyšuje fyzickou i psychickou odolnost a kondici jedince a pomáhá nám lépe zvládat stres a zátěžové situace, s nimiž se setkáváme v průběhu života.

Životní spokojenost a otázka našeho blaha zřejmě „pohladila“ každého z nás. Bezpochyby záleží na tom, v jaké fázi života se nacházíme, jestli jsme děti či procházíme pubertou, nebo jsme dospělí jedinci zodpovědní za vlastní chování, anebo jsme senioři oproštění od práce a zaměstnání, kde je podstatná náplň našeho volného času. Nepochybně náplň volného času je důležitá v kterékoli etapě našeho života. Životní spokojenost není jen štěstí a majetek, jímž disponujeme, zároveň to není ani samotné zdraví či úspěchy v profesním životě. Velmi důležité je provázat všechny tyto oblasti života, určitým způsobem je vyvážit a utvořit z nich pocit opravdové spokojenosti.

První část práce obsahuje přehled poznatků, jenž byly nastudovány a rozděleny do jednotlivých kapitol a přináší vhled do dané problematiky. V části druhé, tedy

praktické, se zabývám životní spokojeností dospělých žen a jejich body image ve vztahu k úrovni jejich pohybové aktivity. Data od 70 dospělých žen jsme získali pomocí standardizovaných dotazníků (DŽS, IPAQ) a následně zpracovali do přehledných tabulek a grafů.

Otázkou je, proč jsem si dané téma vybrala pro zpracování své diplomové práce. Oblast pohybové aktivity a zdraví je pro mne velmi důležitá a snaha zlepšit svůj život prostřednictvím zdravého životního stylu je u mě aktuální téma. Víím, že pouze svojí péčí a starostlivostí dosáhnu mého pomyslného vrcholu ve zdraví i vlastní osobě, čímž předpokládám, že svůj život budu hodnotit zase o něco lépe než doposud.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Kvalita života

Zájem o kvalitu života (QOL) projevili naši předci v dávné minulosti. Kořeny sahají až do římské a řecké mytologie. Pojem „kvalita života“ byl poprvé zmíněn v roce 1920 anglickým ekonomem Arthurem Cecilem Pigou ve své práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Pojem byl tedy zmíněn v souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji a o úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev. V tomto období se však kvalitou života rozuměla především materiální životní úroveň určité společnosti. Koncem 30. let 20. století zavedl americký psycholog Edward Lee Thorndike pojem kvality života do psychologie (Heřmanová, 2012).

Od druhé poloviny 60. let minulého století byla materiální stránka života společnosti hlavním předmětem zájmu výzkumů. Během následujících let byl zaznamenán postupný převrat, kdy sílil výzkum nematerialistické stránky života a hodnocení kvality života samotného individua (Heřmanová, 2012).

V 70. letech minulého století bylo publikováno mnoho prací zabývajících se pojmem QOL, především snahou o jeho definici. Odborníci sice začali rozvíjet svůj zájem o pojem „kvalita života“, ovšem jedním z hlavních a společných problémů ve všech pokusech o definování pojmu, bylo stanovení indikátorů skutečné QOL. Vzhledem k uvedeným důvodům došlo k založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“, který vycházel v USA a v Nizozemí od roku 1974 (Gauthier, Figueroa, Patiño, 2005).

Existují dva hlavní důvody, proč se problematika QOL začala stavět do popředí. Jedním z nich bylo materiální bohatství vyspělých zemí západní Evropy a USA, a také změna ve společenských hodnotách a rozšíření konzumního způsobu života obyvatel těchto zemí. To bylo způsobeno ekonomickým růstem a rozvojem vědy a techniky, kdy obyvatelé bezproblémově uspokojovali svoje primární materiální potřeby. Na druhou stranu dopad ekonomického růstu sebou nesl ohrožení na zdraví a lidské existenci, což bylo dalším velmi podstatným důvodem proč věnovat pozornost ve výzkumu QOL (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

2.1.1 Definice kvality života

Pro svou širokou obsáhlou, kterou nese význam spojení slov kvalita a život, není lehké a teoreticky nemožné pojem obecně vymezit. Důležité je uvědomit si, z pohledu které vědní disciplíny pojem zkoumáme a hodnotíme. Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života, samotného bytí a sebezpochopení. Zkoumá řadu vnějších podmínek, ale i vnitřní rozměry člověka. Výzkum kvality života se začal rozvíjet v mnoha vědních disciplínách, jako jsou ekonomie, psychologie, geografie, sociologie, pedagogika, andragogika, medicína, filozofie, aj. Jejich úhel pohledu i teoretické vymezení je v některých případech zásadně rozdílné. Proto došlo k izolaci v rámci jednotlivých disciplín (Gurková, 2011).

Podle Vaňurové (2006) je kvalita života vymezována mnoha způsoby, od definic obecných, např. „seberealizace“, „schopnost vést normální život“ až po definice komplexnější zaměřující se zejména na jeden aspekt kvality života.

Andráško (2007, 11) tvrdí, že: „Kvalita života představuje kvalitativní ohodnocení lidského života v subjektivní rovině vyjádřeno jako pocit štěstí nebo spokojenosti, které je výsledkem vlivu a vzájemné interakce externích (environmentálních, ekonomických a sociálních) a interaktivních (psychologických) faktorů na život“.

Světová zdravotnická organizace (WHO, 1994) kvalitu života vymezuje jako „individuální percepci člověka nebo jeho pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu k jeho záměrům, očekáváním“. Ira (2008) doplňuje, že kvalita života představuje objektivní podmínky pro dobrý život, ale také subjektivní prožívání dobrého života.

Velký sociologický slovník pod pojmem kvalita života rozumí kvalitativní parametry lidského života, způsob života a životní styl, životní podmínky společnosti a doplňuje, že QOL překračuje materiální potřeby, jež uspokojujeme zbožím, a vztahuje se i k duchovním hodnotám. Dále autoři uvádí, že pojem kvalita života má více významů, a mezi čtyři základní řadí kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení, programové politické heslo, sociální hnutí (za kvalitu života) a reklamní slogan lákající spotřebitele novými možnostmi konzumu zejména v oblasti volnočasových aktivit, cestovního ruchu, bydlení apod. (Maříková a kol., 1996).

2.1.2 Rozsah

Rozsah koncepce kvality života je snazší než význam samotného spojení. Rozdílné chápání pojmu „člověk“, nám umožňuje u kvality života rozlišovat různý rozsah. Můžeme se zabývat kvalitou života jedince, dvojice lidí, malé skupiny lidí např. rodina nebo třída, velké skupiny lidí např. obyvatelé České republiky. Dvořáková a kol. (2006) rozlišují tři hierarchicky odlišné sféry:

- Makro-rovina
- Mezo-rovina
- Mikro-rovina

Makro-rovina zkoumá problematiku kvality života velkých společenských celků (stát, kontinent). Jde o nejhlubší zamyšlení nad touto problematikou. Řeší se otázky stávající se součástí základních politických úvah, například epidemie, hladomor, apod. Druhá sféra se nazývá mezo-rovina, kde řešíme otázku kvality života u malých sociálních skupin (nemocnice, škola, domov důchodců). Do popředí vystupují otázky typu morální hodnota života, sociální vztahy, sdílení hodnot, uspokojování základních potřeb každého člena skupiny. Rovinu třetí nazýváme personální neboli mikro-rovina, kde ve středu zájmu stojí život jedince a jeho subjektivní hodnocení vybraných ukazatelů, například hodnocení zdravotního stavu apod. Zde musíme zmínit, že velmi důležité jsou osobní hodnoty jednotlivce, například představy, očekávání, přání, předsvědčení aj., které mohou vnímání QOL značně ovlivnit (Dvořáková a kol., 2006).

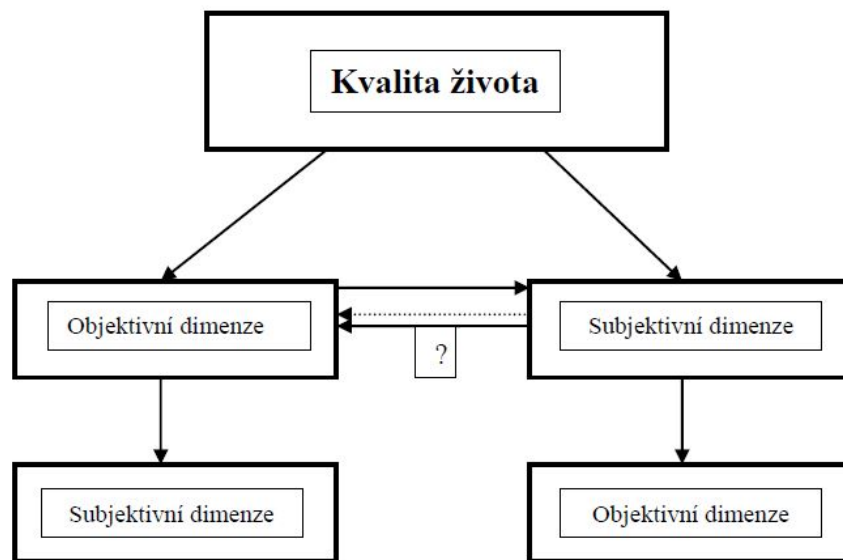
Tři uvedené roviny doplňuje Křivohlavý (2004) o rovinu fyzické (tělesné) existence, kde pozorujeme chování druhých lidí, jež je objektivně měřitelné a srovnatelné.

2.1.3 Objektivní a subjektivní dimenze kvality života

Nyní víme, že existují určité nesrovnalosti při vymezení pojmu kvalita života, avšak je možné hovořit o názorové shodě týkající se předpokladu existence dvou základních dimenzí kvality života. Jedná se o dimenze objektivní a subjektivní, kde první z nich představuje vnější podmínky a vlivy okolního prostředí na život jedince, které bývají nejčastěji rozdělovány na ekonomické, sociální a environmentální. Na straně druhé stojí subjektivní dimenze, tedy souhrn subjektivních vstupů každého jedince,

jedná se o názory, postoje, schopnost adaptace či systém hodnot (Ira, Andráško, 2007). Často se u autorů zabývajících se danou problematikou setkáváme s pojmy kvalita prostředí (environmental quality) a lidské blaho (human well-being).

Andráško (2007) ve své dizertační práci uvádí názory několika autorů na problematiku závislosti subjektivní a objektivní dimenze. Pacione (in Andráško, 2007) uvádí, že za klíčový z hlediska kvality života považuje individuální zážitek, resp. osobní zkušenost, tedy subjektivní dimenze řadí nad objektivní. Charnes a kol. (in Andráško 2007) upozorňují na relativní vztah obou dimenzí, protože to, co u jednoho vyvolá pocit spokojenosti, u druhého může vyvolat pocit nespokojenosti. Allison a kol. (in Andráško, 2007) předkládají názor, že obě dimenze jsou na sobě nezávislé. Jako příklad uvádějí, že obyvatelé chudších oblastí nejsou méně šťastni, nežli obyvatelé oblastí bohatších. Jako poslední si uvedeme názor Cumminse (in Andráško, 2007), který se domnívá, že obě dimenze existují takřka nezávisle na sobě. Nezávisle na sobě ovšem pouze do určité míry, kterou nazývá „práh“. Pokud dojde ke zhoršení vnějších podmínek, na něž se jedinec není schopný adaptovat, dochází k překročení pomyslného „prahu“ a vazba mezi objektivní a subjektivní dimenzí se stává silnější.



Obrázek 1. Hierarchie dvou základních dimenzí kvality života a jejich vzájemné interakce

Zdroj: Andráško 2011

Novák a kol. (2010) tvrdí, pokud chceme dosáhnout kompletního hodnocení kvality života, je nutné sledovat obě dimenze a doplňuje, že kvalita života se liší jak mezi lidmi samotnými, tak mezi různými geografickými prostředími.

Vnímání vlastního těla (Body image)

Jak jsme si naznačili celková spokojenost člověka, je výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se jedinec snaží naplnit. Ovšem k celkové spokojenosti je nutné dodat, aby jedinec byl spokojený zejména v oblastech, které on sám považuje za důležité. Do stavu psychiky se často podepisuje vnímání vlastního těla tedy Body image (BI) a to především u mladých dospívajících lidí. Tělesná nespokojenost u mladých lidí ovlivňuje jejich chování a prožívání a může vést k poruchám příjmu potravy. Je prokázáno, že dívky vnímají své tělo hůře než chlapci. S tělesnou nespokojeností klesá sebedůvěra, vzrůstají pochyby o vlastní osobě, depresivita a některé somatické obtíže. Je zde nutné zmínit, že byl zjištěn vztah mezi tělesnou nespokojeností a zhoršující se kvalitou společenského života, projevující se především v nedostatečném počtu přátel. V roce 2010 Fendrychová ve svém výzkumu popisuje vliv pohlaví na spokojenost se svým tělem a pouze potvrzuje, že dívky svůj vzhled vnímají mnohem hůře, mnohem obtížněji než chlapci. Hlavním důvodem rozdílného vnímání BI u chlapců a dívek je předpoklad, že dívkám jsou ve větší míře předkládány idealistické vzory, které jejich spokojenost s vlastním tělem velkou měrou ovlivňují. I u dospělé populace můžeme pozorovat nespokojenost především s velikostí vlastního těla, hmotností a vzhledem (Fialová & Krch, 2012; Marková 2012).

2.1.4 Indikátory

Jak již bylo zmíněno, kvalitu života nelze měřit jednoduše či přímo. Ve snaze o její kvantifikaci musí předcházet jak obecná operacionalizace a diskuze pojmu, tak z ní vycházející volba konkrétních indikátorů kvality života (Heřmanová, 2012). Nováček a kol. (2004, 5) tyto indikátory chápou jako „jakákoliv číselná fakta, tedy data (proměnné, indexy a jiné odvozené kvantitativní charakteristiky), která mají anebo mohou mít nějaký vztah ke kvalitě lidského života“. Potůček a kol. (2002, 76) objasňuje význam a funkce indikátorů následovně:

Indikátory plní celou řadu funkcí. Mohou zjednodušovat, objasňovat a zprostředkovávat souhrnné informace pro rozhodování, pomáhat začleňování přírodních a sociálních věd do rozhodování a pomáhat měřit směřování k udržitelnému rozvoji. Mohou poskytovat včasné varování před možnými ekonomickými, sociálními a environmentálními ohroženími. Představují také důležité nástroje pro přenos idejí a hodnot.

Problematikou indikátorů se zabývá mnoho autorů ve svých publikacích, odborných člancích či písemných pracích. Prostřednictvím jednotlivých indikátorů můžeme zkoumat kvalitu života. Indikátor je hodnota či údaj, vyjadřující okamžitý stav nebo úroveň změny jevu, který pozorujeme (Andráško, 2007).

Faktory ovlivňující kvalitu života jako první vymezil Jay Wright Forrester. Za nejdůležitější indikátory považoval zabezpečení potravinami; finance, zabezpečující životní standart; stav znečištění životního prostředí a stav růstu počtu obyvatel. Organizace spojených národů (OSN) v roce 1961 rozšířila počet indikátorů na 12 a nazvala je jako podmínky života. Jednalo se o stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty a osobní svoboda (Nováček a kol., 2004). O více jak 10 let později OSN systematizovala indikátory do 8 skupin, které uvádí Vaďurová (2006):

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,
- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnost účasti na společenském životě.

Godor a Horňák (2010) identifikovali 108 indikátorů, které následně rozdělili do 7 domén:

- ekonomická,
- bytového fondu,
- komfortu a vybavenosti bytu,
- environmentální,
- dostupnosti a vybavenosti území službami a zbožím,
- demografická,
- bezpečnosti.

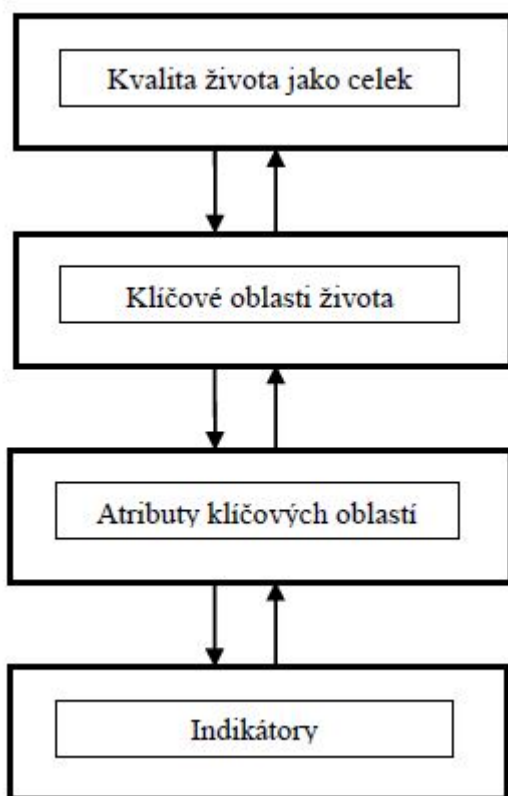
Ira a Murgaš (2008) popisují dvě hlediska rozhodující při výběru indikátoru. První z nich je obsahové kritérium podmíněné chápáním kvality života. Druhé kritérium je pojmenováno formální, kdy očekáváme splnění základních podmínek, jako jsou kvantifikovatelnost, statická sledovanost v delších časových intervalech a požadovaná výpovědní schopnost.

Autoři se často rozcházejí v počtu indikátorů, ovšem většina z nich se shoduje na klasifikaci indikátorů kvality života do dvou základních skupin: objektivní a subjektivní indikátory. Názor sdílí i Dvořáková (2010), která mezi objektivní indikátory řadí:

- charakteristiky životního prostředí (znečištění ovzduší, hluk),
- sociální indikátory (kriminalita, lékařská péče, zdravotní stav, nezaměstnanost, úroveň vzdělání),
- úroveň hospodářství a ekonomiky (HDP),
- politická situace,
- ostatní indikátory (kvalita bydlení, služby a jejich dostupnost).

Objektivní indikátory se koncentrují především na prostředí, kde jedinci žijí a vycházejí z primárních či sekundárních dat na základě terénních šetření. Indikátory soustřeďující se na jedincovo vnímání a hodnocení daných podmínek nazýváme subjektivní. Výsledkem hodnocení může být například spokojenost či nespokojenost.

Podle Andráška (2005) je jedním ze základních problémů, spojených s výzkumem kvality života výběr vhodných ukazatelů. Je nezbytné vycházet z identifikace klíčových faktorů ovlivňujících kvalitu života jedince. Výzkum se posléze orientuje na kvalitu života jako na celek nebo zkoumá její jednotlivé dimenze. Danou problematiku lze znázornit i schematicky.



Obrázek 2. Hierarchie ukazatelů kvality života
Zdroj: Andráško 2005

Jak již bylo zmíněno problém týkající se kvality života, spočívá ve výběru vhodných vstupních ukazatelů. K identifikaci relevantních indikátorů Andráško (2005) uvádí 4 základní přístupy:

- stanovení ukazatelů kvality života na základě úsudku a rozhodnutí samotného výzkumníka,
- výběr ukazatelů na základě syntézy a zhodnocení vhodné literatury,
- identifikace vhodných ukazatelů na základě průzkumu (např. dotazníkové šetření),
- kombinace uvedených možností při výběru vhodných indikátorů.

Heřmanová (2012) uvádí, že monitoringem a klasifikací indikátorů kvality života se zabývá mnoho světových institucí a programů, jako jsou Rozvojový program OSN (UNDP- Human Development Report), Světová banka (WB, World Development Indicators), World Resource Institute, World Development Report, Evropská agentura životního prostředí, Světová zdravotnická organizace (databáze WHO Health for All), United Nations DESA (Indicators of Sustainable Development) a další. Nejen zásluhou jmenovaných institucí dnes existuje velký a nepřehledný počet indikátorů, jimiž sledujeme a hodnotíme různé oblasti kvality života. Za slabinu považujeme dílčí charakter indikátorů, tudíž úskalí spočívá v neschopnosti komplexně postihnout danou problematiku. Z uvedeného důvodu vystupují do popředí agregované (složené) ukazatele tzv. indexy. Ukazatele formou jediného čísla umožňují relativní porovnání progresu či regrese regionů, zemí nebo zkoumaných oblastí.

2.1.5 Měření kvality života

Jedním z dílčích nástrojů při hodnocení udržitelnosti lidského rozvoje na různých úrovních je měření kvality života. Výsledky výzkumů mohou sloužit jako podklady pro činnost různých státních útvarů a jsou určitou zpětnou vazbou pro výkonné orgány určitého území. Měření kvality života může probíhat na základě ekonomických, sociálních či environmentálních jevů, což dává vznik několika možnostem jejího měření. Při měření kvality života se opět dostáváme do problému přesnosti a spolehlivosti a tedy i nejednotnosti autorů a odborníků, jak měření kvality života v praxi má vypadat. Autoři mají rozdílný názor zejména u spojení subjektivní a objektivní roviny. Jak spolu tyto dvě roviny souvisí a jak by měla být kvalita života měřena co nejspolehlivěji a nejpřesněji je stále diskutabilní.

Měření kvality života můžeme realizovat pomocí subjektivních a objektivních indikátorů. Při měření subjektivní stránky kvality života, kdy zkoumáme názory, postoje a systém hodnot jedince, užíváme nástrojů (prostředků) jako je dotazníkové šetření, interview, řízené rozhovory, mentální mapy aj. Naproti tomu objektivní měření kvality života svoji pozornost upíná především na předpokládané zdroje kvality života. V případě takového měření je často využíváno indikátorů v podobě sekundárních dat získaných např. z ČSÚ, ÚZIS, OSN či jiných statistických databází (Novák a kol., 2010).

Andráško (2013) uvádí příklad objektivního a subjektivního měření, kdy předpokládá, že jednou z důležitých životních podmínek ovlivňujících kvalitu života obyvatel v určité oblasti je zeleň. V případě objektivního hodnocení určíme indikátor, jehož hodnota může být relativní i absolutní (vyjádření čtverečných metrů zeleně nebo čtverečných metrů zeleně na jednoho obyvatele). Následně změříme plochu zeleně a můžeme vypočítat plochu zeleně na jednoho obyvatele. Známe-li data z více městských částí, můžeme je porovnávat. Kdyby existovaly standartní požadavky na zeleň („standart zeleně“ na obyvatele či plochu) mohli bychom určit, které oblasti mají uspokojivou úroveň zeleně a které naopak nedosahují standardu. Následně by příslušné orgány mohly provést opatření na odstranění zjištěného problému či nedostatku. V případě subjektivního měření, se v první řadě zajímáme o subjektivní hodnocení určitého aspektu kvality života na daném území, například dotazováním obyvatel daného území. Můžeme použít jak kvalitativní tak kvantitativní metody sběru dat (dotazníkové šetření, osobní rozhovory, aj.). Výzkum se tedy zaměřuje na postoje a názory lidí. Výsledkem jsou pro nás informace, jak moc jsou respondenti spokojeni s množstvím zeleně v místě jejich bydliště či jak moc je zeleň v jejich životech důležitá. Následně se mohou stanovit opatření. I zde je předpokladem „úspěchu“ nutné sledovat obě dimenze.

Indexy

K identifikaci situace a vývojových trendů v oblasti environmentálních, demografických, sociálních, psychologických, ekonomických a dalších jevů na různých úrovních (mezinárodní, národní, regionální, místní, popř. personální) užíváme indexy utvořené z objektivních ukazatelů. Naopak při analýze životní spokojenosti a osobní pohody jedince, která v sobě zahrnuje nejen sebereflexní dimenzi duševní či duchovní, ale i dimenzi sociální, fyzickou a biomedicínskou, užíváme indikátory většinou ve smyslu dlouhodobějších emočních stavů, například pocity životního štěstí a radosti, pocity spokojenosti s prožíváním vlastního života, pocity lásky, uspokojení ze seberealizace v rámci sociálních vztahů, pracovní seberealizace, pocity osobního rozvoje, smysl a smysluplnost života apod. (Heřmanová, 2012).

Mezi nejznámější a celosvětově užívaný ukazatel kvality života řadíme Index lidského rozvoje (HDI- Human Development index), který od svého vzniku, tedy roku 1990, pravidelně slouží pro Rozvojový program OSN, tzv. UNDP. Ukazatel je uveřejňovaný ve statistické publikaci „Zpráva o lidském rozvoji“ (Human Development Report). Za objevitele je považován pákistánský ekonom Mahbub al Hak. HDI se snaží co nejlépe vyjádřit skutečnou kvalitu života prostřednictvím lidského zdraví, úrovně vzdělanosti a hmotné životní úrovně. Lidské zdraví vyjadřuje průměrnou očekávanou délkou života při narození. Úroveň vzdělanosti vyjádříme jako podíl gramotného obyvatelstva a jako kombinovaný podíl populace z příslušné věkové skupiny navštěvující školy prvního, druhého a třetího stupně. Hmotnou životní úroveň vyjadřujeme pomocí HDP na osobu v USD, kdy dochází k přepočtu na paritu kupní síly. Hlavním cílem HDI je poskytnout objektivní srovnání jednotlivých zemí na základě podmínek, ve kterých lidé daného území či státu žijí. Jde o snahu vyjádřit kvalitu života podrobněji a komplexněji (Mičánková, 2012). Je nutné zdůraznit i problematiku užívání HDI, zejména problematičnost se vstupní proměnnou HDP (hrubý domácí produkt). Neekonomové se nad tímto nejspíš nepozastaví, avšak ne všem je známo, že HDP na hlavu lze měřit třemi různými metodami (výrobovou, výdajovou, důchodovou). V rámci ukazatele HDI není nikde explicitně uvedeno, kterou metodu pro výpočet dílčí charakteristiky HDP na hlavu použít shodně ve všech zúčastněných a porovnávaných zemích. Námitky ohledně užívání tohoto dílčího ukazatele pro měření objektivní kvality života nalezneme v odborné literatuře mnoho (Heřmanová, 2012).

V 70. letech 20. století se začaly hledat a promýšlet další souhrnné indexy, které by lépe vyjadřovaly celkovou kvalitu života. Za doprovodné indexy k ukazateli HDI, lze považovat trojici indexů zpracovaných taktéž OSN. Jedná se o Index lidské chudoby (Human Poverty Index, HPI), který je publikován od roku 1997 a zohledňuje například dětskou podvýživu, dostupnost vody, dlouhodobou nezaměstnanost či podíl populace pod hranicí chudoby. Za druhý doprovodný index považujeme Genderově vztažený index rozvoje (Gender Related Development Index, GDI) zohledňující aspekty nerovnosti mezi pohlavími, kdy ilustruje rozdílnou životní úroveň žen a mužů ve společnosti (délka života, dosažené vzdělání, příjem). Poslední doprovodný index je Míra genderového zrovnoprávnění (Gender Empowerment Measure, GEM), který

umožňuje vyjádřit a sledovat možnosti aktivní účasti žen na ekonomickém a politickém životě společnosti (Heřmanová, 2012). Česká republika se řadí mezi vyspělé země s vysokou úrovní lidského rozvoje. V žebříčku se nacházíme například před Slovákou, Polákou i Maďary. Nejlépe si žijí Norové, Australané a Nizozemci (Index lidského rozvoje, 2011).

Dále si můžeme uvést Index kvality života, který je vyvinut na základě kvantifikace devíti kategorií: životní náklady, volný čas a kultura, ekonomika, životní prostředí, zdraví, svoboda, infrastruktura, bezpečnost a klima. Žebříček vydává organizace International Living a jejím záměrem je zhodnotit a vzájemně porovnat jednotlivé země světa (Nováček, 2010).

Velmi podobný je Index kvality života EIU (Quality of Life Index, full name Economist Intelligence Unit's Quality of life Index, EIU QOL), který je vyvinut na základě hodnocení devíti oblastí determinujících a popisujících objektivní podmínky života. Jedná se o zdravotní stav, sociální život, rodinný život, materiální blahobyt, politickou stabilitu a bezpečnost, klimatické a geografické podmínky, trh práce, politické svobody a genderovou rovnost. Britský týdeník The Economist sestavil tento jednorázový index pro rok 2005, kdy hodnotil více jak 110 světových zemí a teritorií (Heřmanová, 2012).

Index společenského rozvoje (Social Progress Index, SPI) vznikl zásluhou neziskové organizace Social Progress Imperative, která sleduje ve více jak 130 zemích světa společenský a ekonomický rozvoj i úroveň životního prostředí. V roce 2015 došlo k rozšíření počtu ukazatelů a hodnocených zemí. SPI má nyní 52 ukazatelů, které jsou rozdělené do 3 hlavních kategorií, těmi jsou základní lidské potřeby (výživa a zdravotní péče, voda a kanalizace, přístřeší, bezpečnost), blahobyt (základní poznatky, přístup k informacím, zdraví, udržitelnost ekosystému), příležitosti (lidská práva, svoboda a možnost volby, tolerance, možnost se vzdělávat). Nejvyšší hodnoty SPI dosahuje Norsko, Švédsko a Švýcarsko, nejnižší Zimbabwe, Turkmenistán či Vietnam. Česká republika je na 22. místě (<http://www.socialprogressimperative.org/data/spi>).



Obrázek 3. Porovnání ČR s ostatními státy v žebříčku SPI

Zdroj: <http://www.socialprogressimperative.org/en/data/spi/countries/CZE>

Heřmanová (2012) poukazuje na existenci celé řady dalších indexů a ukazatelů, například Index globálního hladovění, Index vnímání korupce, Index svobody, Index šťastné planety, Index změny klimatu, Index environmentální výkonnosti, Index kvality životních podmínek, Index globální konkurenceschopnosti, Index životní kvality a další. Známy je také Průzkum kvality života v Evropě (European Quality of Life Survey- EQLS) zaveden v roce 2003, který se zabývá životem evropských občanů. Dále je možné uvést Slovenský index kvality života či Mercerův celosvětový výzkum kvality života. Kvalitu života ve městech můžeme měřit například pomocí tzv. living indexu závisícím na kvalitě a ceně bydlení v dané lokalitě. Nacházíme i ukazatele sledující spokojenost s vlastním životem (Eurobarometr) či ukazatele soustředující se na pocit štěstí (Happy Life Expectancy index) a mnohé další (Novák a kol., 2010).

Ať už jde o souhrnné ukazatele objektivní, ale především subjektivní QOL, je žádoucí uvědomit si, že nikdy nebude možné zahrnout a číselně vyjádřit veškeré okolnosti týkající se a charakterizující kvalitu života v jejím plném rozsahu. Musíme si uvědomit, že každý jedinec má jinou hodnotovou orientaci a hodnotí na základě odlišných kritérií a to vše napříč svým životem. Při posuzování QOL v jednotlivých zemích či sociálních entitách je nutné uvědomit si, že nelze využívat agregované indikátory či indexy bez uvědomění si s nimi spojeného rizika možného zkreslení, především z hlediska značné rozsáhlosti samotného pojmu, ale také v důsledku složitosti operacionalizace tohoto jevu či omezenosti datové základny (Heřmanová, 2012).

2.2 Zdraví

V průběhu života kdy člověk stárne, postupně mění svůj žebříček hodnot, ovšem u většiny lidí zůstává ve vedoucí pozici zdraví. Zdraví je jedna z hodnot, jež výrazně ovlivňuje život jedince. Můžeme ho chápat z hlediska fyzického, psychologického či sociologického. V případě narušení fyzického zdraví navštívíme lékaře, který řeší náš fyzický aktuální stav. Musíme si ale uvědomit, že naše fyzické zdraví je úzce propojeno se zdravím psychickým, jež nám dokládají psychosomatické příznaky a onemocnění. Taktéž sociální zdraví je lehkou narušitelné a často se projevuje v jiných oblastech života. Zjednodušeně můžeme říci, pokud všechny složky zdraví jsou v určité rovnováze, jedinec žije spokojený a aktivní život. Pokud je jen jedna ze složek oslabena, dochází k narušení celé rovnováhy. Abychom si všechny složky zdraví a kvalitu života zachovali, je nutná prevence, kterou mnozí lidé často opomíjejí. Prevence probíhá ve třech stupních. Úkolem primární prevence je předcházet vzniku nemoci například očkovaním. Sekundární prevence se zaměřuje na včasné rozpoznání nemoci a zabránění jejímu dalšímu rozvinutí, například preventivní prohlídky. A poslední tedy terciární prevence se snaží minimalizovat následky nemoci použitím například protetických pomůcek. Zájem lidí o vlastní zdraví je v posledních letech fenoménem a dává vzniknout mnoha medicínským oborům, avšak největší vliv na zdraví máme my sami a naše chování (Machová a kol., 2006).

2.2.1 Definice zdraví

Pojmem zdraví se lidé zabývali už v dávné antice, kdy zdraví věnovali pozornost především filozofové. Podle Řeků být zdravý znamenalo být moudrý a dobrý. Často se setkáváme i s výrazem „ischio“, což znamená být zdrav a schopen života. Postupem času se význam zdraví měnil a došlo k rozličnému pojetí zdraví a vytvoření mnoha definic, z nichž si jen malý zlomek uvedeme. Jistá shoda a převrat v pojetí zdraví nastal právě s definicí WHO vyzdvihující složky zdraví, tedy složku fyzickou, psychickou i sociální (Künzel, 1990).

Jednu z nejrozšířenějších definic zdraví uvedla Světová zdravotnická organizace v roce 1948, která popisuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze jako nepřítomnost nemoci či určité dysfunkce“ (WHO, 2011, 3).

Machová a kol. (2009, 12) tvrdí, že: „Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění s historickým vývojem společnosti, ale také v průběhu vývoje jedince, závisí na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomice či rozvoji zdravotnictví v dané oblasti, kde jedinec vyrůstá“.

„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům a skupinám lidí poznávat vlastní cíle a uspokojovat své potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím“ (Kalábová, 2011, 90).

Jak již bylo naznačeno zdraví má mnoho různých definic. Najdeme zde však určitou shodu ve smyslu jak je na zdraví nahlíženo. WHO a většina autorů uvádí, že zdraví je určitý stav. Aktuální stav, který můžeme měřit v daný okamžik. Hodaň a Dohnal (2008) se snaží vyvrátit názor takto pojatého zdraví a tvrdí, že zdraví je nekončící proces podpory zdraví.

2.2.2 Biopsychosociální pojetí zdraví

Jak naznačuje výše uvedená definice WHO, zdraví je provázaný a složitý komplex biologických, psychických a sociálních aspektů. Člověk je schopen žít, pracovat a milovat tehdy, když nabývá „plného zdraví“. Plné zdraví si vysvětlujeme jako pozitivní psychický a tělesný stav jedince a s tím kladně související uspokojivé sociální fungování. Z tohoto hlediska nemoc představuje disharmonii mezi aspekty psychického a tělesného stavu jedince. To má samozřejmě vliv na úroveň integrace sociálních vztahů, které jedince obklopují (Mlčák, 2011).

Subjektivní chápání zdraví se u jedince mění v životních etapách. Je to přirozené a závislé na věku, pohlaví či vzdělání. Důkazem je nemálo výzkumných projektů upevňujících názor, že v mladším věku lidé pojí zdraví s energií a vysokou výkonností. Například mladší muži za projev zdraví považují fyzickou zdatnost, kdežto mladší ženy zdatnost zejména psychickou. Naopak ve středním věku lidé chápou zdraví jako propojení složky fyzické, psychické i sociální, tedy nahlíží na zdraví ve smyslu biopsychosociální pohody. I přes uvedený fakt, že zdraví vystupuje na přední příčce v žebříčku hodnot u většiny lidí bez rozdílu věku, zcela jistě nám málokterý člověk v pozdním věku vyvrátí, že za primární hodnotu nepovažuje zdraví. Jak již bylo zmíněno diferenční náhled na zdraví, můžeme najít i u osob s rozdílným vzděláním. Ukazuje se, že lidé s vyšším vzděláním nahlíží na zdraví v jeho komplexní míře (biopsychosociální

pojetí), naopak osoby s nižším vzděláním chápou zdraví jako nepřítomnost somatické nemoci (Mlčák, 2011).

„*Sto lidí, sto chutí*“. Tímto známým příslovím můžeme charakterizovat přístup vědních disciplín k pojmu zdraví. Mlčák (2011) uvádí, že každá vědní disciplína zdůrazňuje náhled na tento fenomén pod jiným úhlem. Sociologický přístup je založen na základě logického třídění dvou dimenzí. Jsou to dimenze způsobu myšlení (mechanické, humanistické) a dimenze sociálního zaměření (individualistické, kolektivistické).

Tabulka 1. Přístupy ke zdraví z hlediska sociologie (Mlčák, 2011)

	Individualistické zaměření	Kolektivistické zaměření
Mechanistické myšlení Pojetí: Hodnocení zdraví: Hlavní činitel:	Biopatologický přístup Člověk jako organismus Abnormity, poruchy Lékař	Ekologický přístup Interakce člověk – prostředí Vhodnost prostředí Hygienik
Humanistické myšlení Pojetí: Hodnocení zdraví: Hlavní činitel:	Biografický přístup Člověk v obtížích Nezvládnání Poradci, psychoterapeuti	Komunitní přístup Člověk ve skupině Odcizení Sociální pracovníci

2.2.3 Determinanty zdraví

Podle Čevely, Čeledové a Dolanského (2009, 14) lze determinanty zdraví definovat jako „komplexy příčinných faktorů působících integrovaně na zdraví v pozitivním nebo negativním smyslu“.

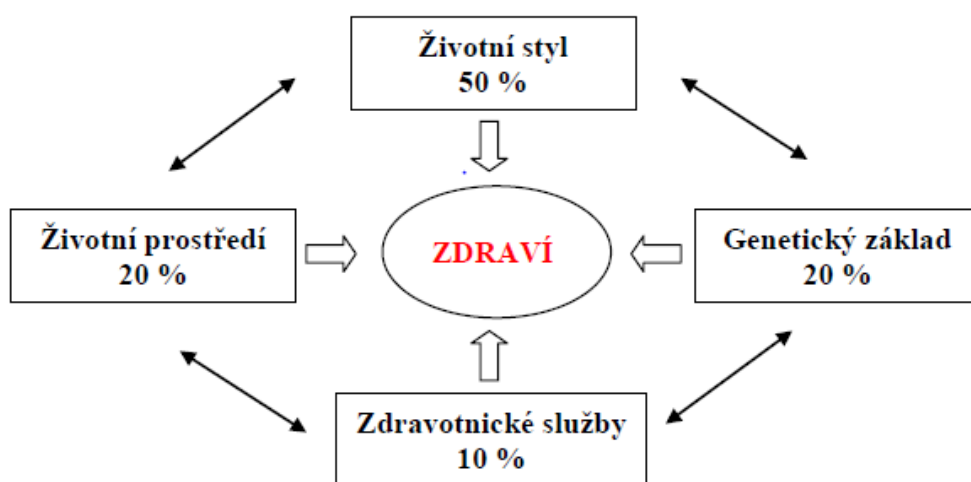
Tedy za determinanty zdraví považujeme faktory, které negativně či pozitivně působí na potenciál zdraví. Dnes můžeme považovat lidské zdraví jako jeden z prvořadých individuálních i veřejných zájmů. Marková (2012) se shoduje s Drbalem a tvrdí, že zdraví občanů je trendem určujícím kvalitu života jedince, výkonnost ekonomiky a zaměření, kvalitu a intenzitu společenského rozvoje. Často je zdraví chápáno jako cíl, jako hodnota, které chceme dosáhnout. Důležité je, zdraví chápat i jako prostředek k dosažení jiných cílů. David Seedhouse (2001, 2), významný teoretik,

který se zabýval otázkami filozofie zdraví tvrdí: „Aby lidé mohli dělat to, co chtějí (realizovat se), potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatnou věcí pro naši spokojenost s naplněním našich životních tužeb. Zdraví je žádoucí“.

Zdraví je komplexně chápáno jako složka biologická, sociálně-ekonomická a psychologická. Mezi faktory podmiňující zdraví řadíme genetické faktory, demografické faktory, ale i fyzicko-geografické podmínky pro život, kam řadíme především stav životního prostředí, bezpečnost, životní styl, stravovací návyky, dostupnost, kvalitu zdravotnické péče aj.

Faktory můžeme rozdělit podle Machové a Kubátové (2009) na vnější a vnitřní. Vnitřní determinanty představují dědičné faktory, naši genetickou výbavu, kterou nemůžeme ovlivnit a do které se promítá vliv prostředí ať už přírodního či společenského. Vnější faktory nepůsobí přímo na jedincovo zdraví, ale i přes to ho ovlivňují. Dělí se do 3 skupin, a to životní styl, kvalita životního a pracovního života a kvalita zdravotní péče.

Mnoho autorů a stejně tak Heřmanová (2012) předpokládají, že zásadní vliv na lidské zdraví má souhra 4 základních determinantů v různém poměru. Těmi jsou genetický základ, životní prostředí, životní styl a zdravotnické služby, tak znázorňuje i následující schéma.



Obrázek 4. Vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví
Zdroj: Machová et al, 2009

Předpoklad náchylnosti k určitým nemocem a jejich pravděpodobného vzniku nám určuje genetický základ. Genetická výbava nám udává i úroveň intelektových schopností i určitý sklon či predispozice spojené s rizikem získání určité vývojové vady (Janečková & Hnilicová, 2009).

Marková (2012) klade důraz na prostředí, ve kterém člověk žije, jeho mezilidské vztahy, myšlení a postoje. Jedinci žijící v prostředí definující se určitým sociálním statutem či vzděláním vykazují určitý typ chování a to i ve smyslu životního stylu. Při zkoumání prostředí ať už fyzického, pracovního či sociálního se zaměřujeme na faktory, jako jsou úroveň bydlení, lokalita, čistota ovzduší, úroveň hluku, dostupnost určitých služeb, atmosféra na pracovišti či klimatické podmínky (Janečková & Hnilicová, 2009).

Marková (2012) uvádí, že vliv zdravotnických služeb na zdraví je lidmi stále přeceňován, což dokazují kolující názory, že dobré zdraví rovná se dobré zdravotnictví. I přes dosažení značného vědeckého a technického rozvoje zdravotnictví víme, že vliv zdravotnické péče na zdraví občanů není velký. Naopak za nejdůležitější determinantu lidského zdraví považujeme životní styl jedince, tedy způsob jakým občané žijí. Ovšem tento vliv je oproti zdravotnictví nedoceňován, i když je znám jeho velký význam na naše zdraví. K nezákladnějším atributům životního stylu patří výživa, pohybová aktivita, sexuální zdraví, konzumace alkoholu, tabáku či drog. I přes relativně dobrou informovanost o rizikových faktorech ovlivňujících lidské zdraví, řada lidí tyto nebezpečné faktory přehlíží. Důkazem je nárůst obezity, nárůst mladých kuřáků a uživatelů drog či snížení pohybové aktivity populace.

2.2.4 Environmentální a psychosociální aspekty zdraví

Jak jsme si uvedli výše, životní prostředí řadíme mezi vnější faktory lidského zdraví. Podle Čeledové a Čevely (2010), kteří tento pojem nazývají „environmental health“, jde o fyzikální, chemické a biologické faktory ovlivňující naše zdraví.

Nováková (2011) uvádí zdravotně významné vlivy:

- sociální - postavení člověka ve společnosti,
- biologické – ekologické podmínky,
- chemické – živiny, kyslík, voda,

- fyzikální – teplota, hluk,
- regionální – přírodní a klimatické podmínky (málo ovlivnitelné člověkem)
- lokální - dána menšími územními celky (hustota a charakter výstavby – ovlivnitelné pouze člověkem)
- pracovní,
- individuální – dána prostřednictvím jednotlivých lidí (chata, dům, byt, atd.).

Faktory životního prostředí jsou jednou z příčin vzniku nemocí ve vyspělých i rozvojových zemích. WHO uvádí, že ve vyspělých zemích až 20% nemocí způsobí vliv životního prostředí a v rozvojových zemích je příčinou nemoci životní prostředí u více jak 40% (Čeledová & Čevela, 2010).

Jeden z nejdůležitějších psychosociálních aspektů zdraví je životní styl, který je nejvíce ovlivnitelný, a proto je nutné na něj upínat pozornost. Jako další aspekty lze uvést stav prostředí, genetické danosti, úroveň a dostupnost zdravotnické péče. Uvedené faktory mají na zdraví velmi vysoký vliv, přesněji bylo uvedeno v kapitole

2.2.3 Determinanty zdraví.

2.2.5 Vztah kvality života a zdraví

Zdraví je tedy významnou součástí plnohodnotného života a na žebříčku životních hodnot je uváděno na čelných místech. Zdraví má velký vliv na kvalitu života a zároveň je podmínkou pro kvalitní život. Podporou individuálního zdraví, fyzického či duševního, lze zvyšovat objektivní i subjektivní dimenzi kvality života, především ve smyslu soběstačnosti, nezávislosti, schopnosti pohybu, práce apod. (Heřmanová, 2012).

Ve zdravotnictví a medicíně má pojem kvalita života své určité pojmenování, HRQoL (Health-Related Quality of Life) volně přeloženo jako zdravotní stav související s kvalitou života. Kaplan a Bush (in Gurková, 2011, 45) tvrdí: „HRQoL byla vymezená s cílem specifikovat tu oblast kvality života, která je primárně determinována zdravím, zdravotní péčí a která může být ovlivněna klinickými intervencemi“. Ani zde se autoři neshodují jak pojem definovat, ovšem v konečném stavu se jedná o subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče, tedy porovnání ideálu a reality

vnímané jedincem. Nejčastěji se měří prostřednictvím dotazníku či strukturovaného rozhovoru (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Heřmanová (2012, 63) uvádí nejrozšířenější definici zdraví podle WHO, kdy zdraví chápeme jako: „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody“. Dále autorka popisuje význam zdraví z pohledu kvality života, ale taky jako faktor rostoucího významu pro sociální a ekonomický rozvoj každého regionu.

Pro měření kvality života, jsme si základní indexy uvedli výše, avšak žádoucí je doplnit si výčet indexů a výzkumů o základní dotazník WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment, 1991), kde významná část dotazníku je věnována právě otázkám zdraví a hodnocení vlastního zdravotního stavu respondentem (Heřmanová, 2012).

2.2.6 Podpora zdraví

Řídícím a koordinujícím orgánem na mezinárodní úrovni v oblasti péče o zdraví je Světová zdravotnická organizace (WHO). Cílem organizace je doslova „světové zdraví“. Usilují o dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví pro všechny lidi po celém světě bez kulturních, sociálních, hospodářských, demografických či jiných rozdílů. Její úkoly jsou následující:

- boj proti infekčním onemocněním,
- poskytování odborné pomoci vládám,
- podpora a realizace výzkumů v oblasti zdraví (Čevela et al, 2009).

Marková (2012) uvádí, že důležitá je v tomto ohledu zdravotní politika, kdy otázka zdraví není už jen věcí resortu ministerstva zdravotnictví, ale měl by se jí zabývat stát i všechna odvětví. Důvodem je rostoucí počet chronických onemocnění, což má dopad na celou ekonomiku. Tím pádem je státní rozpočet zatěžován náklady na lékovou politiku, ovšem je nutné zamyslet se nad investováním do prevence a možným ušetřením státních prostředků. Dnes již existují poradny pro podporu zdraví, které mají zejména statut nestátní neziskové organizace, spolku či svépomocné skupiny a řada z nich jsou součástí zdravotních ústavů, součástí specializovaných ambulancí a jiných zdravotnických zařízení. Poradny poskytují poradenství v oblasti zdravé výživy, pohybové aktivity, stresu či odvykání kouření. Česká republika udělala

první krok a přihlásila se k mezinárodnímu programu „Rámcová úmluva o kontrole tabáku“, kdy na základě těchto smluv nastává předpoklad vzniku Center léčby závislosti na tabáku přímo v nemocnicích.

Pro ČR je základní téma zdravotní politiky obsaženo v „Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR- Zdraví 21“, který je v kontextu s programem Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví pro všechny v 21. století“. Hlavním cílem programu Zdraví 21 je vytváření podmínek pro posilování zdraví naší populace a předcházení nemocem. Nastoluje správný a odpovědný přístup ke zdraví snaží se integrovat do všeobecné péče o zdraví obyvatelstva všechny členy společnosti. To vše se neobejde bez dotačního programu Ministerstva zdravotnictví „Národní program zdraví- Projekty podpory zdraví“. Tento program finančně podporuje zdravotnické i nezdravotnické organizace a instituce v oblasti podpory a prevence zdraví. Podporovány jsou především projekty a programy, které jsou intervenčního charakteru s konkrétním zaměřením, preventivně orientovány a s dopadem na co největší okruh obyvatelstva. Neméně důležité je podporovat zdraví i z jiných ministerstev například Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo prostředí aj. (Marková, 2012).

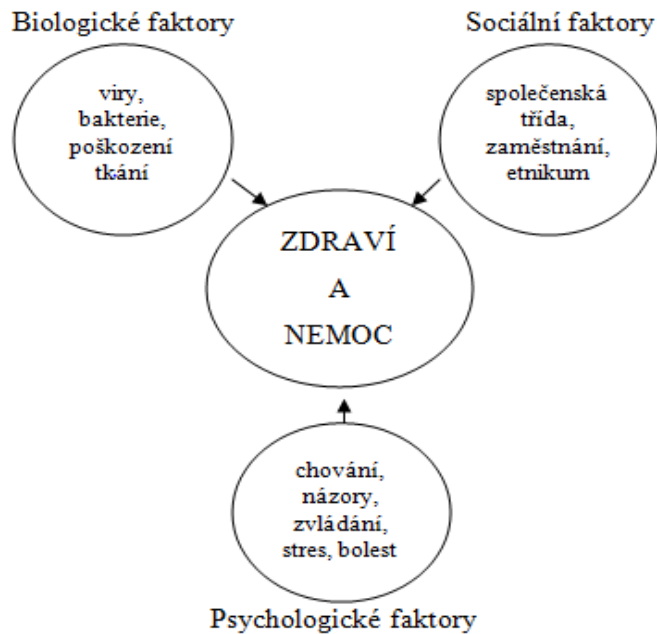
Nejvíce a nejefektivněji své zdraví můžeme ovlivnit my sami nikoli zdravotnictvím a zdravotnická politika. Své zdraví můžeme chránit a posilovat pomocí zdravého životního stylu. Jedná se o naše chování, názory a postoje ke zdraví jako takovému (Marková, 2012).

Jelikož dnes lidé čelí nátlakům a společenským zkouškám, reklamám a vlivu médií, je těžké odolat akcentu nezdravého stravování, sedavého způsobu života, kouření, tedy obecně řečeno nezdravého životního stylu. Je nutné, aby byly vytvořeny vhodné podmínky pro změnu životního stylu, tím pádem pro kvalitnější život, který prožijeme ve zdraví. Už z biopsychosociálního pojetí zdraví a nemoci víme, pokud na nás působí nadměrná či opakovaná dlouhotrvající zátěž, podepíše se to na všech složkách našeho zdraví. Naše tělo je vystaveno riziku infekčních onemocnění, vysokého krevního tlaku, diabetes mellitus či kardiovaskulárním onemocněním a v kombinaci s nezdravou stravou jsme vystaveni i onkologickým onemocněním (Mlčák, 2011).

Mastiliaková (2007) považuje za důležité vytvořit rovnovážný stav mezi pracovními povinnostmi a odpočinkem. Zmíněná rovnováha odstraňuje původce stresu a podporuje zdraví. Dosáhnout rovnováhy je složité a jedná se o zdoluhavý proces, kde je nutné osvojit si několik technik. Po zvládnutí a osvojení si těchto technik, nám budou tak blízké, že se stanou součástí našeho života, našeho životního stylu. Autorka uvádí 7 podstatných bodů, kterým je zapotřebí věnovat svou pozornost, těmi jsou:

- naučit se mít se rád a být se sebou spokojený,
- být přirozený a být sám sebou,
- pečovat o své slabé stránky,
- pěstovat rovnováhu mezi pracovními povinnostmi a odpočinkem,
- dbát zásady zdravé a vyvážené stravy,
- pečovat o mezilidské vztahy,
- pečovat o prostředí, ve kterém žijeme.

Podporou zdraví z hlediska individuálního přístupu se zabývá například psychologie zdraví, jako podporování dobrého zdravotního stavu. Vede jedince k dodržování zdravějšího životního stylu. Psychologie zdraví je jednou z novějších specializovaných oblastí aplikované psychologie. Spojuje v sobě výzkumy i zkušenosti a to vše s ohledem na biologické, psychologické i sociální aspekty. Vznikla především kvůli kritice klasického modelu zdraví, který byl rozšířen především v 1. polovině minulého století a prosazoval názor, že zdraví znamená nepřítomnost nemoci či poruchy vznikajícími na tělesné úrovni. S rostoucími poznatky a biopsychosociálním pojetím zdraví, začali nejen vědci zjišťovat, že některé nemoci vznikají nebo se zhoršují na základě jedincova chování (kouření, nedostatek pohybu, apod.), či že některé zdravotní potíže souvisí s psychickým stavem jedince (stres, emoční poruchy). Zjištěné poznatky o působení těchto faktorů značně přispěly k pochopení nemoci (Hayes, 2003).



Obrázek 5. Biopsychosociální model zdraví a nemoci
Zdroj: Hayes, 2003

Psychologie zdraví nezakládá pouze na poznání příčin nemoci, ale provádí mnohé výzkumy a v praxi působí ve směru podporování zdraví. Psycholog zdraví se věnuje komunikaci v souvislosti se zdravím a nemocí a zjišťuje, jak by se zdravotní stav jedince dal zlepšit. Snaha tkví ve změně jedincova chování, změně životního stylu a ve změně faktorů, které podporují zdravý životní styl. Psychologové zdraví se angažují i v oblasti komunikace při péči o zdraví, zejména komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem, jež je velmi důležitá. Porozumění lékařským odborným termínům, i termínům v běžném životě používaným, je složité a bohužel někteří lékaři mají potřebu stavět se do role odborníka, ovšem pacientovi tím nijak nepomohou. Pacient nedodrží léčebný režim a de facto ani nemůže, jelikož nerozumí sdělení od lékaře. Právě těmto nesnázím pacientů se snaží psychologové zdraví zabránit a podporují svými výzkumy tvrzení, že vhodná komunikace zdravotnického personálu s pacienty je krajně důležitá (Hayes, 2003).

2.2.7 Stres a jeho zvládání

Stres je přirozenou a nezbytnou součástí lidského života. Je nutné sledovat míru tohoto fenoménu ve svém životě, především z důvodu vlivu na naše zdraví. V optimálním případě, kdy je rovnováha mezi životními nároky a schopnostmi člověka

je zvládat, stres podněcuje harmonický rozvoj osobnosti, zejména díky adaptaci, zvýšení integrity, odolnosti a zdraví. V momentě, kdy je rovnováha mezi nároky na život a zvládání těchto nároků narušena, dochází k rozporu. To vede k mnohým změnám v projevech chování, k maladaptivnímu chování dokonce až k závažnějším zdravotním poruchám (Mlčák, 2011).

Slovo stres je anglického původu (angl. stress) mající význam určitého napětí, namáhání, pnutí či tlaku. U anglických slov je běžné, že mají více významů. Slovníky, autoři i odborníci uvádí nespočet významů slova stres. Plamínek (2013) se ztotožňuje s tímto pojetím a stres popisuje jako stav napětí, kterým lidský organismus reaguje na určité podněty (stresory).

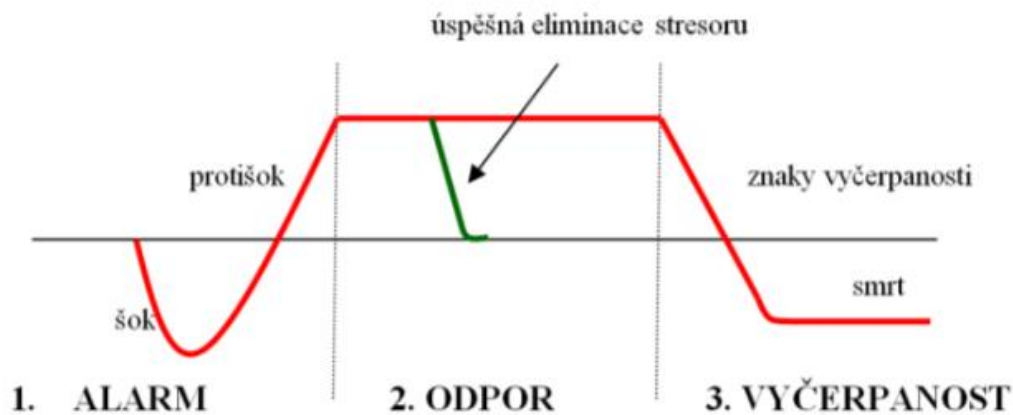
Hartl a Hartlová (2000, 568) uvádí definici ve svém Psychologickém slovníku, který tvrdí, že „stres je nadměrná zátěž neúnikového druhu vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k poruše adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám, liší se od neurotické reakce, v níž somatické poškození či porucha může být vyřešena únikovým mechanismem“.

Stres je možné v nejobecnějším pojetí vymezit jako fenomén, který vzniká v důsledku nerovnováhy mezi úrovní nejrůznějších životních nároků a adaptivních schopností člověka je přiměřeným způsobem zvládat. Míra a povaha této nerovnováhy určuje dopad stresu na kvalitu jeho zdraví a nemoci (Mlčák, 2011, 30).

Za nejvýznamnější přínos k biologickému pojetí stresu se považuje fyziologická teorie Hansa B. Selyeho, který koncipoval stres jako „stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému“ (Mlčák, 2011, 31).

Obecný adaptační syndrom (GAS) vzniká narušením homeostázy organismu a probíhá ve třech stádiích:

1. poplachová reakce, šok a snížená rezistence organismu
2. stav zvýšené rezistence, cílem je udržet adaptaci organismu
3. stav exhausce, vyčerpání adaptační energie organismu (Mlčák, 2011).



Obrázek 6. Fáze Generálního adaptačního syndromu
Zdroj: Kompare, 2006

Stres podle Hanse B. Selyeho je stav organismu, který je navozen vnějšími faktory tj. stresory. Pokud na jedince působí pozitivní stresory, můžeme mluvit o eustresu, pokud na subjekt působí negativní a škodlivé podněty, hovoříme o distresu (Mlčák, 2011).

Potencionální stresové situace a stresory

Při vzniku psychické zátěže hrají podstatnou roli objektivní vlastnosti vnějšího prostředí i subjektivní hodnocení dané situace jedincem. Potencionální podmínky zvyšují pravděpodobnost výskytu stresu, ne však vždy ve stres vyústí, zejména pokud jedinec nepovažuje dané podmínky za stresující či jsou subjektivně hodnoceny jako neohrožující (Mlčák, 2011).

Dříve se odborníci orientovali na ty zátěžové situace, které se považovali v životě člověka za mimořádné, jako je například úmrtí blízké osoby, zemětřesení, následky hromadných neštěstí apod. Později se odborníci začali orientovat na situace, které jedinec ve svém životě běžně zažívá. Časem se ukázalo, že tyto každodenní běžné zátěžové situace mohou mít mnohem větší význam a vliv na zdraví člověka než situace jednorázové s velkým zatížením (Ruiselová, 2006).

Mlčák (2011) mezi nejzávažnější životní události řadí ztrátu blízkého člověka, rozpad rodiny či oznámení vážného onemocnění. Mezi nepříznivé životní podmínky řadí péči o vážně nemocného člena rodiny, toxikomanii v rodině nebo nízkou životní

úroveň. Autor také zmiňuje průkopníky koncepce životních událostí T. H. Holmes a R. H. Rahe, kteří vytvořili inventář životních událostí. Jejich tabulku 43 obodovaných položek nalezneme v mnohé literatuře (viz Mlčák, 2011, 36).

Křivohlavý (1994) udává přehled příznaků stresu, které bývají nejčastěji zastoupeny. Uvádí fyziologické symptomy, kam můžeme řadit bušení srdce, průjem, impotence, dále emocionální symptomy, kde jsou časté výkyvy nálady, pocity únavy, výbušnost či agresivita, a symptomy behaviorální, kam řadíme nerozhodnost, zvýšená spotřeba cigaret a alkoholu, promiskuita apod. Mlčák (2011) doplňuje, že k častým reakcím osobnosti na stres patří i obranné mechanismy, například kompenzace, únik do fantazie, vzdor, fixace apod.

Coping a copingové strategie

Výrost a Slaměník (2009) uvádí, že slovo coping pochází z řečtiny ze slova „colaphos“. Coping volně přeloženo znamená zvládnání těžkostí. Původně toto slovo nemělo se stresem a zátěžovými situacemi nic společného, později však pojem nabyl významu vypořádání se s něčím náročným.

Venglářová (2011) popisuje coping jako zvládnutí působícího stresoru nebo jako zapojení všech sil jedince k boji, aby zvládl nadlimitní zátěž. Coping je diferenciální od adaptace tím, že adaptace je vyrovnávání se se zátěží, která je zvládnutelná, zatímco coping pracuje se zátěží nadlimitní (Křivohlavý, 1994).

Na zvládnání stresu se podílí naše osobní zdroje, neodmyslitelná podpora okolí a copingové strategie. Mezi osobní zdroje řadíme zdraví a energii, schopnost řešit problémy, praktické zdroje řešení (příjem) či přesvědčení o svých schopnostech. Mezi sociální oporu řadíme vztahy s okolím a podporu rodiny (Venglářová, 2011).

Mlčák (2011) zdůrazňuje rozdíl mezi obrannými mechanismy sloužící jedinci k vyhýbání se stresujícím a zátěžovým situacím, a copingovými strategiemi, které jsou orientovány na aktivní řešení problému. Zároveň je nutné podotknout, že neexistuje žádná strategie ani postup na překonání stresu, které by působili jednotně a vždy bez rozdílu, a proto taky neexistuje jednotná zaručená metoda (Venglářová, 2011).

Literatura nejčastěji uvádí dvě až tři copingové strategie. Mlčák (2011) rozlišuje strategie zaměřené na problém, strategie zaměřené na emoce a dysfunkční strategie.

Mezi první řadí aktivní zvládání či plánování, mezi druhé patří hledání opory, akceptace nebo popření, a na závěr do třetí skupiny řadí odpoutání se pomocí drog či alkoholu, mentální či behaviorální odpoutání se od stresu a zátěže.

2.2.8 Civilizační choroby

V první polovině 20. století byly hlavním problémem infekční choroby, ovšem za posledních více jak 50. let je zřetelný nárůst tzv. „civilizačních onemocnění“. Tyto choroby jsou spojené s životním stylem a také s civilizačním rozvojem, odtud jejich přívlastek. Náš organismus je vystavován nepříznivým vlivům okolí, zhoršujícímu se životnímu prostředí a kvalitě ovzduší, což je zapříčiněno rozvojem po 2. světové válce. V moderní době převažuje sedavý způsob života, špatné stravovací návyky nebo nevhodná strava. Působí na nás stres a nároky dnešní společnosti a do toho všeho si někteří z nás rádi dáme nejednu cigaretu a sklenici piva či vína. Při tomto životním stylu se nám v těle hromadí radikály, které způsobují rozvoj mnoha nemocí. Mezi hlavní civilizační onemocnění řadíme diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění, chronické respirační nemoci, rakovina, obezita a nadváha a další (Lichnovský, 2015).

V dnešní době jsou kardiovaskulární choroby nejčastější příčinou úmrtí v mnoha zemích po celém světě. Ve vyspělých zemích, můžeme pozorovat zvyšující se počet lidí trpících obezitou, diabetem 2. typu, dyslipidemií, hypertenzí či aterosklerózou (Grochowska, 2014).

Podle Zdravotnické ročenky České republiky 2007 nejčastější příčinou smrti v České republice byly nemoci oběhové soustavy. Ročně na tyto onemocnění umře více jak polovina všech zemřelých. Druhou nejčastější příčinou smrti v ČR byly zhoubné novotvary, které usmrtily více jak čtvrtinu z celkového počtu zemřelých (Kalman, Hamřík & Pavelka, 2009).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2014) uvádí, že v roce 2013 byly nejčastější příčinou hospitalizace a úmrtí nemoci oběhové soustavy. Téměř čtvrtina registrovaných pacientů byla u svého praktického lékaře pro dospělé sledována pro hypertenzní nemoci, téměř desetina pro ischemické choroby srdeční a 3% pacientů pro cévní nemoci mozku. Další hrozbou nejen České republiky je diabetes mellitus, kdy v roce 2013 se léčilo téměř 862 tisíc osob (412 tisíc mužů, 450 tisíc žen) a je zde zaznamenán nárůst o 2,4% oproti předchozímu roku. Nejčastěji se setkáváme

s 2. typem diabetes mellitus (91,7% případů). Druhou nejčastější příčinou smrti po kardiovaskulárních onemocněních jsou zhoubné nádory, které představují čtvrtinu všech úmrtí v ČR. Pro účely této práce postačí popsat jen vybrané civilizační onemocnění.

Kardiovaskulární onemocnění

Jedná se o veškeré onemocnění srdce a cév, které je zapříčiněno aterosklerotickými degenerativními změnami. Kardiovaskulární onemocnění, zejména ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda a hypertenze, dominují v úmrtnosti především v rozvinutých zemích světa. Dále zde řadíme ischemickou chorobu cév dolních končetin, vrozené a získané srdeční vady, periferní cévní onemocnění, záněty žil či chronickou žilní nedostatečnost (varixy). Ateroskleróza je degenerativní onemocnění cév způsobené nahromaděním cholesterolu, množstvím vazivové tkáně a projevující se zesílením stěny cév, ztrátou pružnosti a zúžením jejich průsvitu. V ČR na tyto choroby připadá zhruba 50% úmrtí a dokonce v roce 1998 to bylo 55,1% úmrtí. V roce 2012 v ČR zemřelo více jak 108 tisíc lidí z toho přes 53 tisíc na nemoci oběhové soustavy. O rok později zemřelo více jak 109 tisíc lidí z toho téměř 52 tisíc na kardiovaskulární onemocnění a v roce 2014 zemřelo více jak 105 tisíc lidí z toho necelých 49 tisíc lidí na kardiovaskulární onemocnění. Z toho plyne, že v posledních letech tyto choroby nedosahují 50% příčin úmrtí v ČR (Kalman et al., 2009; WHO, 2007; Stejskal, 2004; Český statistický úřad, 2015).

Nádorová onemocnění

Rakovina neboli nádorové onemocnění se vyznačuje neschopností organismu zabránit vlastní tkáni (vlastním poškozeným buňkám) nepřiměřeného růstu a dělení. V České republice jsou nádorová onemocnění druhou nejčastější příčinou úmrtnosti. Ročně umírá na zhoubné novotvary přes 27 tisíc osob, což je téměř čtvrtina z celkové úmrtnosti. V roce 2014 zemřelo 15 252 mužů na rakovinu, kde nejčastější příčinou smrti byl zhoubný novotvar průšky- bronchu a plíce (3 582 úmrtí), zhoubný novotvar prostaty (1 509 úmrtí) a zhoubný novotvar tlustého střeva (1 128 úmrtí). Ženy v roce 2014 umíraly nejčastěji na karcinom průdušek- bronchu a plíce (1 664 úmrtí) a

na karcinom prsu (1 581 úmrtí). Celkem na nádorová onemocnění v roce 2014 zemřelo 12 351 žen. Jak jsme již zmínili, rakovina je druhou nejčastější příčinou smrti ve vyspělých zemích a doplníme, že třetí nejčastější příčinou v zemích rozvoje. Odhaduje se, že více jak 12% úmrtí na světě způsobí rakovina. Ročně je evidováno téměř 11 milionů nových pacientů s touto diagnózou a více jak 6,5 milionů lidí v důsledku nádorového onemocnění zemře (Kalman et al., 2009; Český statistický úřad, 2015; WHO, 2014).

Obezita a nadváha

Obezita je chronické onemocnění, jež se významně podílí na vzniku a rozvoji závažných onemocnění. Definujeme ji jako nadbytek tělesné tukové tkáně nebo jako abnormální či nadměrné hromadění tuku, které může narušit naše zdraví. Stupeň obezity určujeme nejčastěji pomocí hodnoty body mass indexu (BMI). BMI je definován jako podíl hmotnosti člověka v kilogramech a druhé mocniny jeho výšky v metrech (Marádová, Středa & Zima, 2010; WHO, 2013). Často se objevuje i tzv. waist-to-hip ratio (WHR), což je poměr obvodu pasu a obvodu boků (Podlipný et al., 2007). V našem výzkumu pracujeme pouze s hodnotami BMI, proto další výčet indexů na měření nadváhy a obezity nebude již zmiňován.

Tabulka 2. Hodnocení BMI pro dospělou populaci dle WHO (WHO, 2015)

Hodnota BMI	Hodnocení indexu
< 18,5	Podváha
18.5 – 24.9	Normální hmotnost
25 – 29.9	Nadváha
30 – 34.9	Obezita I. stupně
35 – 39.9	Obezita II. stupně
> 40	Obezita III. Stupně

Podle WHO (2015) se nadváha definuje jako $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$, obezita jako $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ a $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ značí morbidní (těžkou) obezitu. S každou skupinou

BMI jsou spojena určitá zdravotní rizika. Normální váha je spojována s nízkým rizikem poškození zdraví, s podváhou a nadváhou se pojí střední zdravotní riziko a u populace trpící obezitou prvního až třetího stupně jsou zdravotní rizika velmi vysoká, kritická a závažná.

Vzestupný trend nadváhy a obezity se netýká pouze rozvinutých zemí, ale také zemí rozvojových. Podle WHO (2015) v roce 2014 více než 1,9 miliard lidí (39%) starších 18 let trpělo nadváhou, z toho 600 milionů bylo obézních. Světová zdravotnická organizace také uvádí, že v roce 2013 bylo 42 milionů dětí mladších 5 let trpících nadváhou nebo obezitou. Prevalence obezity se od roku 1980 do roku 2014 zdvojnásobila.

Diabetes mellitus

V roce 2014 bylo diabetem postihnuto asi 9% celkové dospělé populace světa. V roce 2012 zemřelo na diabetes 1,5 milionů lidí a více než 80% těchto úmrtí pochází ze zemí s nízkými a středními příjmy. WHO předpokládá, že v roce 2030 bude diabetes sedmou nejčastější příčinou smrti. Diabetes mellitus neboli cukrovka je chronické onemocnění, kdy slinivka břišní není schopna produkovat dostatek inzulínu, nebo kdy tělo na inzulín nereaguje nebo reaguje velmi omezeně. Inzulín je hormon regulující hladinu krevního cukru. Hyperglykémie neboli zvýšená hladina krevního cukru je častou příčinou vzniku diabetu a postupem času vede k poškození zejména nervů a cév (WHO, 2015).

Diabetes mellitus prvního typu je onemocnění zejména dětí a mladých osob a vyznačuje se nedostatečnou produkcí inzulínu a příčina tohoto onemocnění není známa. Naopak cukrovka 2. typu je výrazně podmíněna geneticky a na jejím vzniku se zřetelně podílí životní styl. V tomto případě není tělo schopno efektivně využívat vyprodukovaný inzulín. Diabetes 2. typu má 90% lidí ze všech touto nemocí postižených. Do nedávna byl tento typ diabetu pozorován u dospělých osob, nyní jej můžeme vidět i u dětí (WHO, 2015).

V České republice se výskyt diabetes za posledních 30 let zdvojnásobil a nyní tímto chronickým onemocněním trpí zhruba 6,5% české populace z toho téměř 89% tvoří diabetici 2. typu (Kalman et al., 2009).

2.3 Životní styl a životní způsob

Životní styl je kategorií velice neobyčejnou, širokou až mnohodomenzionální. Jedná se o multidisciplinární problematiku, avšak zároveň jde i o problematiku interdisciplinární, kterou nelze v komplexnosti uchopit a studovat jen z pohledu jedné jediné vědy. V mezioborové spolupráci se dříve či později objeví určitá skupina věd či dokonce jedna věda, která může mít pozici určitého „koordinátora“. V případě problematiky životního stylu by toto výsadní postavení mohla sehrát sociologie (Duffková, Urban, Dubský, 2008).

Nejobecněji lze životní styl vymezit jako „způsob, jakým lidé žijí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd.“ (Duffková et al, 2008, 51). Duffková et al (2008, 55) také tvrdí, že „životní styl je systémem důležitých složitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik charakteristických pro určitý subjekt v jeho každodennosti“.

Velký sociologický slovník (1996, 1246) definuje životní styl jako „strukturovaný soubor životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a celkové stylizaci. Předpokládá se, že životní styl nějakým způsobem vyjadřuje hodnoty a zájmy jedince, skupiny či společnosti vůbec.“

Čevela et al (2009) doplňuje, že životní styl se vytváří, mění a vyvíjí v průběhu celého života zejména díky kontaktu s okolím. Důležitý je vliv kombinace několika faktorů především výchovy, sociálního prostředí, ekonomických podmínek, kulturních zvyklostí a dalších. Je nutné zmínit se i o vrozených předpokladech a vlastnostech, které mají neméně důležitý vliv na náš životní styl. Autoři uvádí, že životní styl vyjadřuje hodnoty a zájmy jedince, skupiny či společnosti založené na formě dobrovolného chování v daných životních situacích, kdy máme na výběr z různých možností.

Ve shodě nacházíme Machovou a Kubátovou (2009), které tvrdí, že životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v určitých životních situacích, které jsou

založené na jedincově výběru z různých možností. Člověk má možnost dát přednost zdravé alternativě a odmítnout tu zdraví poškozující. Autorky tedy zjednodušeně popisují životní styl jako souhrn dobrovolného chování (výběru) a životní situace (možností).

Hodaň a Dohnal (2008) ve své publikaci uvádí, že životní styl je závislý na:

- způsobu tvorby a reprodukci života,
- podílu na řízení společenských procesů,
- úrovni překonání protikladů mezi prací a nepracovní dobou,
- úrovni sblížení společenských a individuálních hodnot,
- druhu vykonávané činnosti,
- zpětném působení životního stylu na kvalitu daného jedince.

Životní styl se na rozdíl od životního způsobu týká jednotlivce. Životní způsob je tedy pojmem nadřazeným životnímu stylu a týká se určité skupiny, která se charakterizuje určitými pravidly a normami (životní způsob muzikantů, seniorů, mládeže, apod.). Jedinec se svým životním stylem je součástí této skupiny. Životní styl má svoji dynamiku, která se v historickém kontextu společenského vývoje mění, tudíž každé etapě společenského vývoje odpovídá určitý charakter životního stylu jako výsledek historického procesu. Životní styl je podmíněn sociokulturními a filozofickými aspekty a odpovídá určité společnosti v určité době. Konkretizuje jedince jako součást celku, z čehož plyne, že životní způsob dané populace je souhrnem jednotlivých životních stylů (Hodaň, Dohnal, 2008).

Životní způsob je podle Hodaně a Dohnala (2008) ovlivňován následujícími činiteli:

- historický vývoj,
- úroveň kultury,
- významné hodnoty,
- společenské tradice,
- změny výrobního procesu,
- vlastnické vztahy,
- postavení socioprofesionální skupiny,

- životní úroveň,
- vliv různých druhů kultur a jiných skupin,
- převažující filozofická orientace.

Aktivní životní styl

Odborná literatura dodnes není schopna objasnit pojem „aktivní životní styl“. Lidé ho většinou chápou jako synonymum k pojmu „zdravý životní styl“ nebo si představují životní styl úzce spjatý s pohybovou aktivitou.

Duffková et al (2008, 22) definuje aktivní životní styl jako „systém důležitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik zaměřených k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu mezi fyzickou a duševní stránkou člověka“.

Bunc a Štílec (2007) tvrdí, že aktivní životní styl je formou životního stylu, kde nalézáme smysl v interakci mezi jedincem a okolím. Tato interakce obsahuje dvě složky- biologickou a psychosociální. Mezi složky biologické můžeme řadit pohybovou činnost, zdravou výživu a rizikové faktory. Mezi složky psychosociální řadíme duševní rovnováhu, sociální prostředí, osvětu, vzdělávací činnosti, technologický pokrok či preventivní zdravotní péči.

Slepičková (2001) a spousta dalších vědců a odborníků nalézají přínosy aktivního životního stylu především v:

- zvýšení kardio-respirační kondice, zlepšení svalové síly a vytrvalosti,
- zvýšení počtu červených krvinek,
- zvýšení imunity a obranyschopnosti proti infekcím,
- snížení krevního tlaku,
- snížení inzulínové resistance, snížení a vylepšení lipidového spektra,
- prevence úbytku svalové hmoty a kostní hmoty ve vyšším věku,
- zlepšení držení těla,
- prevence pádů,
- předpoklad lepší soběstačnosti v pokročilém věku,
- zlepšení nálady a sebedůvěry, psychické výkonnosti i odolnosti,
- zvládnání společenských rolí,
- efektivnější a aktivnější využívání volného času,

- větší odolnost vůči stresu, depresím a úzkostným stavům,
- rychlejší metabolismus a lepší trávení,
- lepší spánek.

Zdravý životní styl

Z předešlého textu práce již víme, že zdraví je ovlivněno především životním stylem. Dnes je osvěta tak rozšířená zejména díky médiím, že i malé dítě ví, co je správné a co správné vůči jeho zdraví není.

Pokud chceme být zdraví a mít dostatečnou kvalitu života, kterou si představujeme, je podstatné podpořit svůj životní styl především ve 3 oblastech – správná výživa, tělesný pohyb a duševní hygiena (Marková, 2012).

I Hodaň (2007) vidí zásadní vliv životního stylu na zdraví a neodmyslitelně podmiňuje kvalitu celého života člověka ve všech oblastech. Z toho plyne, že špatný životní styl ovlivňuje nejen zdraví člověka, ale i celkovou kvalitu jeho života a zdravý životní styl pak v tomto ohledu působí právě naopak. Život člověka a jeho zdraví je tedy potřeba vnímat z holistického pohledu (bio-psycho-sociálně) a uvědomovat si, že jednotlivé části můžeme ovlivňovat jak negativně tak pozitivně. Dovolíme si tedy tvrdit, že životní styl svědčí o kvalitě života jedince.

Dnešní rozvinutá společnost vyloženě nabádá k sedavému způsobu života, bez pohybu a námahy. Do práce se jezdí auty, místo abychom šli pěšky nebo na kole. Studium a práce se rovnají několika hodinám strávených v křesle u stolu za počítačem, a když už máme chvíli času, zapneme si televizi a tak trávíme svůj volný čas, což lze těžko považovat za kvalitní náplň volného času. Změnu vidíme i ve stravování. Jíme méně ovoce a zeleniny a mnohem více tepelně upravovaných potravin. K těmto všem faktorům přičteme vliv znečištěného životního prostředí a stres, nemůžeme se divit, že je tolik nemocných lidí (Hayes, 2003). Nejen vlivem těchto faktorů se rozšiřují neinfekční onemocnění tzv. civilizační choroby popsané v textu výše, které postihují jak vyspělé, tak i rozvojové státy světa, včetně ČR. Vlivem optimalizace životního stylu můžeme zabránit respektive snížit riziko těchto onemocnění. Optimalizace životního stylu probíhá za pomoci intervence, tedy určitým zásahem v jedincův prospěch. Ideální je se zaměřit na pohybový režim a podpořit zdraví právě zásahem do pohybové aktivity

jedince. Optimalizace může probíhat i jinými způsoby, nejčastěji změnou stravovacích či životních návyků. Při optimalizaci je podstatné se zajímat o řadu činitelů- věk, pohlaví, vzdělání, zájmy, jedincovo životní prostředí či aktuální zdravotní stav apod. (Hodaň, Dohnal, 2008).

Osvojení si zdravého životního způsobu předpokládá prosazování pozitivně působících způsobů jednání, k nimž patří především adekvátní tělesná aktivita, nekuřáctví, střídme užívání alkoholu a vyloučení nealkoholových drog, zdržení se rizikových forem sexuálního života, zachovávání vhodných dietních zásad a předcházení úrazům či nehodám (Mlčák, 2011, 15).

Důležité je dodržovat zásady mentální hygieny, tj. proces sebevýchovy, odpovídající duševní aktivita, optimalizace psychické zátěže, vyvážený poměr práce a odpočinku včetně dostatečného spánku, přiměřená autoregulace kognitivních, emocionálních, motivačních a sociálních aspektů osobnosti a vhodná regulace obklopujícího fyzického prostředí (optické a akustické parametry, teplota, cirkulace a vlhkost vzduchu, estetická působivost apod.) (Mlčák, 2011).

2.3.1 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita hraje významnou roli při ontogenezi člověka, je významným prostředkem v boji proti neinfekčním onemocněním (kardiovaskulární nemoci, diabetes mellitus 2. typu, obezita, nadváha a další) a určujícím faktorem zdraví jedince i celé populace. Podle Kalmana et al (2009) se na tomto tvrzení shoduje celá řada českých odborníků. Také se shodují, že pohybová aktivita je nezbytná pro naše zdraví a přináší lidem obou pohlaví, každého věku i různého zdravotního stavu široký užitek. „Být aktivní není jen názor či rozhodnutí, je to nutnost k žití, tedy pokud chceme žít zdravý, plnohodnotný život“ (Kalman et al, 2009, 20).

Pohybovou aktivitu dle WHO (2014) definujeme jako „jakoukoli aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“. Pohybovou aktivitu je nutné chápat jako spektrum činností v jedincově konání.



Obrázek 7. Struktura pohybové aktivity

Zdroj: Kalman et al, 2009

Podle Mlčáka (2011) je nutné dbát i na pravidelnost a vhodný způsob tělesné aktivity. Tento způsob pohybu má pozitivní vliv na psychiku člověka, na emoční ladění a umožňuje lidem kontrolovat jejich hmotnost. Má tedy i vliv v prevenci obezity. Některé výzkumy prokazují, že pohybová aktivita snižuje nebezpečí rozvoje nádorových onemocnění. Lidé vykonávající pravidelnou pohybovou aktivitu jsou odolnější vůči zátěži a stresu. Marková (2012) doplňuje, že pohybová aktivita udržuje silné a výkonné svaly, zdravé kosti, má vliv na správnou činnost dýchací a srdečně cévní soustavy.

Z doporučení Světové zdravotnické organizace vyplývá, že bychom měli provádět minimálně 20 minut mírně intenzivní aktivity 5 dnů v týdnu nebo alespoň 20 minut usilovné aktivity 3 dny v týdnu. Pohybová zátěž by se měla řídit věkem. V dnešní době je za nejjednodušší způsob sebekontroly optimální intenzity zátěže považovaná kontrola tepové frekvence. Při zátěži by měl pulz dosahovat nejvýše hodnoty 220 – věk (Marková, 2012).

Doporučení pohybové aktivity Světové zdravotnické organizace pro jednotlivé cílové skupiny jsou pochopitelně diferenciatní. U žen je správný a pravidelný pohyb důležitý, jelikož pomáhá předcházet kardiovaskulárním chorobám, které ročně usmrťí jednu třetinu žen na celém světě. Dále pohybová aktivita u žen může pomoci předcházet diabetu 2. typu, kde předpoklad žen trpících cukrovkou pro rok 2025 je celosvětově odhadován na 140 milionů případů. U žen je dvakrát větší riziko osteoporózy než u mužů a pohybová aktivita je nejen v tomto případě preventivní

„lék“. Je nutné podotknout, že 25% žen světa jsou neaktivní a 60% nedosahuje dostatečné úrovně pohybové aktivity (Kalman et al, 2009).

V oblasti podpory pohybové aktivity jsou profesionální subjekty, které se snaží napravit dnešní situaci. Tyto subjekty mohou být nadnárodní (např.: Agita Mundo, European College of Sport Science, Hepa Europe a další), ale i národního typu (Kalman et al, 2009).

2.3.2 Výživa

Strava a hmotnost jedince neodmyslitelně souvisí s řadou zdravotních problémů a onemocnění. Pomocí vhodných dietních opatření si hlídáme svoji hmotnost a tím i předcházíme obezitě a řadě onemocnění jako jsou kardiovaskulární choroby, cukrovka aj. s obezitou a nevyváženou stravou spojeny. Udržení si hmotnosti je výsledek našeho chování a psychologických faktorů vyplívajících z genetických a metabolických okolností. Naše strava by měla obsahovat ovoce, zeleninu, vlákninu a měli bychom se vyhnout zvýšené konzumaci živočišných tuků. Právě zdravá a vyvážená strava je předpoklad dobrého zdraví a správná nutriční vyváženost usnadňuje kontrolu hmotnosti a napomáhá v prevenci obezity a různých onemocnění (Mlčák, 2011).

Marková (2012) uvádí doporučení vyplívající z výživových cílů pro Evropu stanovených Světovou zdravotnickou organizací, která nabádá obyvatele Evropy k následujícím změnám:

- upravit celkový energetický příjem u jednotlivých populačních skupin tak, aby odpovídal výdeji,
- snížit příjem tuků u dospělé populace (nejvýše 30% z celkového energetického příjmu, zhruba 70g denně),
- snížit příjem cholesterolu,
- snížit spotřebu jednoduchých cukrů,
- snížit spotřebu kuchyňské soli a dát přednost soli obohacené jódem,
- zvýšit příjem vlákniny,
- zvýšit příjem minerálů a vitamínů a dalších přírodních nutrietů.



Obrázek 8. Potravinová pyramida
Zdroj: Hlavatá, 2007

2.3.3 Péče o psychické zdraví

Oblast psychohygieny je dle Markové (2012) tou nejpomíjenější oblastí zdravého životního stylu. Často si můžeme všimnout lidí, kteří vyjadřují nespokojenost, ustaranost, utrápenost a znuďenost, ale i lidí naplněných energií, optimismem, dobrou náladou a úsměvem na tváři. Lidé mající negativní myšlenky ničí své duševní prožívání. Jejich mysl se odráží v jejich obličeji a celkovém zjevu. Křivohlavý (2004) doporučuje věnovat se činnostem, které člověka baví a uspokojují ho, například poslech hudby, procházka či četba. Zásadní vliv mají i myšlenky zaměřené na smysl svého života. Někteří lidé trénují své psychické zdraví klidem a relaxací (Marková, 2012).

Křivohlavý (2004) mluví o vnitřní duchovní síle, která podle něj má vliv na prožívání nemoci a brzké uzdravení. Aaron Antonovský, americko-izraelský sociolog, se zajímal, proč někteří jedinci neonemocní, když jsou vystaveni rizikovým faktorům. Za tři základní zdroje životní síly a nezdolnosti považoval:

- smysluplnost,
- vidění zvládnutelnosti úkolů,
- schopnost chápat dění kolem sebe.

Můžeme tedy tvrdit, že každé onemocnění je ovlivňováno duševním stavem organismu. Z hlediska psychosomatiky, například lidé s nadváhou či obezitou trpí nejen tělesnými symptomy, ale mnohem více problémy duševními (Marková, 2012).

2.3.4 Další oblasti životního stylu

MIČÁK (2011) mezi důležité oblasti zdravého životního stylu řadí nekuřáctví. Tvrdí, že základním motivem, který člověka nutí kouřit, je zejména jeho psychická a somatická závislost na nikotinu a dalších látkách obsažených v cigaretovém kouři. Kouření a jiné formy tabakismu jsou hlavními činiteli při vzniku kardiovaskulárních, onkologických a jiných onemocnění, například plic a cest dýchacích.

Dále bychom se měli vyhnout závislosti na alkoholu a nealkoholických drogách. Drogu chápeme jako každou syntetickou či přírodní látku s psychotropním účinkem. Drogově závislí si mohou vypěstovat somatickou závislost, kdy při nedostatku či vysazení drogy prožívají nepříjemné abstinenční příznaky, nebo psychickou závislost, která se projevuje nutkavou touhou po duševním stavu vzniklém po požití drogy. Drogová závislost je složitým jevem a příčiny vzniku jsou nejspíše psychologického, sociologického, biologického, ekologického, antropologického či filozofického charakteru. Odborná literatura uvádí dělení drogové závislosti:

- alkoholo-barbiturátový typ
- amfetaminový typ,
- kanabisový typ,
- kokainový typ,
- halucinogenní typ a další (MIČÁK, 2011).

Dále je nutné vyhnout se rizikovým formám sexuálního života, chránit se před sluncem a intenzivně se nevystavovat slunečnímu záření, předcházet úrazům a nehodám, které po kardiovaskulárních a nádorových onemocněních představují třetí příčinu úmrtnosti (MIČÁK, 2011).

2.4 Ontogeneze mladší a střední dospělosti

2.4.1 Charakteristika mladší dospělosti

Machová (2008) uvádí, že období dospělosti začíná už v 18 letech a trvá do 30 let. Jedinec dosahuje definitivní výšky a dokončuje se prořezávání třetí stoličky. Roste kosterní svalstvo a výkonnost jedince, proto vzrůstá i hmotnost. Dochází k zesílení vrstvy podkožního tuku. „Z biologického hlediska je to optimální doba k založení rodiny. Někteří jedinci dosahují však sociální zralosti až uprostřed tohoto období, neboť ještě dokončují svou kvalifikační přípravu studiem“ (Machová, 2008, 236).

Přechod od adolescence k dospělosti je dynamický, ale plynulý proces. V tomto období dochází k dozrávání člověka ve smyslu fyzickém, psychickém i sociálním. Zralý člověk je především pracovně výkonný, odolný a schopný udržovat duševní rovnováhu. Jeho vztahy s okolím a přátelství jsou především dlouhotrvající a jednání s lidmi je bez předsudků a objektivní. Jedinci jsou citově vyzrálí, schopni harmonických vztahů a schopni nést důsledky za své činy. Tento věk je důležitý především z reprodukčního hlediska. Spousta mladých lidí zakládá rodinu a nese odpovědnost za dítě, rodičovskou péči, výchovu apod. Mladší dospělý stabilizuje svou zájmovou činnost, zapojuje se do sociálních rolí a odpovědně je plní. V tomto období vývojová křivka dosahu maxima, jen se postupem času doladuje. Důležité je pro tento věk celoživotní poslání a životní filosofie a fixuje se žebříček hodnot. Jedinec v tomto věku přebírá plnou odpovědnost za své občanské, mravní a ekonomické aktivity. Stává se ekonomicky nezávislým a přispívá do tvorby veřejného majetku. Je schopen naplno rozvíjet své záliby a zájmy. Převládají především sportovní zájmy a záliby, kde zájem mužů je výraznější než zájem žen (Kuric, 2001).

Podle Saka (2000) nalézáme v tomto období tři výrazné mezníky a to ukončení studia a nástup do zaměstnání, odchod od rodičů, vstup do manželství a založení vlastní rodiny.

2.4.2 Charakteristika období zralosti a střední dospělosti

Po 30. roce začíná období zralosti, které trvá do 45 let. Mezi 45. a 60. rokem se člověk nachází v období středního věku. První období můžeme charakterizovat jako životní proces postupující vývojové stabilizace. Mezi fyziologické změny patří postupné

srůstání lebečních kostí. V druhé polovině především u mužů začínají šedivět vlasy. Ke konci období ochabuje svalstvo a zvětšuje se sklon k ukládání podkožního tuku. Zrak se postupně zhoršuje, jelikož oční čočka ztrácí svoji pružnost. I když oblast somatická začíná postupně ztrácet a ochabovat naopak v oblasti psychické je to doba získávání dalších zkušeností a psychického zrání (Machová, 2008).

Období středního věku obsahuje zásadní změnu především pro ženy. Kolem 50. roku života končí u žen reprodukční věk, nastupuje přechod (klimakterium) a končí pravidelné menstruační cykly. Jednoduše řečeno končí schopnost plodit a rodit děti. U mužů funkční změny spojené s klimakteriem nastávají později a nejsou tak výrazné. Tvorba spermií prakticky přetrvává až do konce jejich života. U obou pohlaví pokračuje pokles tělesné výkonnosti, avšak v oblasti psychické dochází k dosažení maximální schopnosti využívat své nashromážděné zkušenosti a vědomosti. V tomto období je důležité zabránit rychlému poklesu tělesné výkonnosti prostřednictvím zdravého životního stylu a především pohybové aktivity, která zabraňuje rychlému úbytku kosterního svalstva. Je velmi nutné pečovat o své zdraví a udržovat si dobrou tělesnou kondici a tak předcházet vzniku stařeckých změn (Machová, 2008).

Kuric (2001) popisuje střední dospělost jako období, kdy se nacházíme ve středu svého života a kříží se zde protichůdné evoluční a involuční procesy. Biologické a somatické procesy jsou výraznější spíše ke konci tohoto období. Životní tempo jedince se stabilizuje a upevňuje se charakter, mravní zaměření a světonázorové přesvědčení. Jedinec se stává spolehlivým a zásadovým. Postupně se prodlužuje délka učení a lidé v tomto období nejsou zcela otevřeni změnám a nejsou schopni se tak dobře vyrovnat s novými překážkami jak je to charakteristické pro mladší dospělost. Tato negativa jsou ovšem vyvážena zkušenostmi a vědomostmi jedince, a bez pochyby určitou odbornou profesionalizací a praxí. Velkým problémem lidí ve středním věku je jejich hazard se zdravím. Muži i ženy ponocují, kouří, oddávají se alkoholu a jiným drogám. Svou denní dávku energie připisují spotřebě nemalého množství černé kávy a různých léků. Když k tomu všemu přidáme oslabení zájmu o aktivní sport a sportování, máme zaděláno na neinfekční onemocnění typu kardiovaskulárních či onkologických onemocnění, cukrovky apod.

3 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je posoudit úroveň životní spokojenosti a jejich složek ve vztahu k úrovni pohybové aktivity u skupiny dospělých žen.

Díličí cíle:

- studium relevantní odborné literatury
- zajistit nábor žen do výzkumného souboru
- provést výzkumné šetření
- zpracovat data z výzkumného šetření
- analyzovat a vyhodnotit data s ohledem na hlavní cíl práce.

Výzkumná otázka:

Jaká je úroveň životní spokojenosti a jednotlivých složek u dospělých žen ve vztahu k rozdílné úrovni pohybové aktivity?

4 METODIKA

Výzkum byl zaměřen na dospělou populaci žen ve věku 18-50 let, na jejich životní spokojenost, pohybovou aktivitu a vnímání vlastního BI. Dotazník IPAQ, jeho zkrácená verze, nám umožnil probandky rozdělit na tři kategorie závislé na intenzitě a frekvenci PA. K zjištění životní spokojenosti nám posloužil Dotazník životní spokojenosti a k posouzení BI jednoduchá hodnotící škála.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 70 dospělých žen ve věku od 18 do 49 let, které byly osloveny v průběhu měsíců červen- říjen roku 2015. Průměrný věk probandek činil 31 let (SD 8,2). Průměrná výška dosahovala 174 cm (SD 7,4), kdy nejmenší naměřené výšky dosáhla žena měřící 154 cm a nejvyšší žena měřila 189 cm. Průměrná hmotnost probandek byla necelých 68 kg (SD 9,4), kdy nejmenší naměřená hodnota byla 49 kg a nejvyšší 92 kg. Hodnota BMI byla vypočítána na základě tělesné výšky a tělesné hmotnosti uvedené v dotazníku IPAQ. Průměrná hodnota BMI činila 23,3 kg/m² (SD 2,4), kde minimální hodnota byla 18,7 kg/m² a nejvyšší hodnota 29,4 kg/m².

4.2 Dotazník IPAQ

International Physical Activity Questionnaire (dále jen IPAQ) je mezinárodní dotazník pohybové aktivity (PA), který analyzuje veškerou PA jedince v posledních 7 dnech. Dotazník zaznamenává intenzitu, frekvenci i dobu trvání, jež jedinec stráví pohybovou aktivitou. Pomocí IPAQ jsme si respondentky rozdělili do 3 kategorií podle úrovně jejich pohybové aktivity.

Kategorie 1- Nízká PA

Jde o nejnižší zaznamenanou úroveň PA u námi sledovaného souboru. Ženy řazené do této kategorie dosahovaly hodnot pod 600 MET- minut / týden. Jedinci řazení do této kategorie jsou považováni za málo aktivní. Souhrn celkové PA by měl dosahovat hodnoty 600 MET minut / týden. Tato hranice se považuje za minimální hodnotu, které by měl jedinec dosahovat. V našem výzkumu kategorie nízká PA obsahovala 5 probandek o průměrném věku 30 let (SD 9,1), o průměrné tělesné výšce

1,7 m (SD 0,05) a o průměrné tělesné hmotnosti 74 kg (SD 6). Za pomoci výšky a váhy, kterou ženy uváděly v dotazníku IPAQ jsme vypočítali, že ženy v kategorii nízká PA dosahují průměrně BMI 25,4 kg/m², což je dle WHO řazeno do kategorie nadváha.

Kategorie 2- Střední PA

Pokud řadíme jedince do kategorie střední PA, musí splňova jedno z následujících tří kritérií:

- a) alespoň 20 minut intenzivní aktivity denně ve 3 či více dnech v týdnu nebo
- b) alespoň 30 minut středně zatěžující aktivity nebo chůze denně v 5 či více dnech v týdnu nebo
- c) 5 či více dní jakékoli kombinace chůze, středně zatěžující nebo intenzivní aktivity, dosahujících minimálně 600 MET-minut/týden.

Do následující kategorie spadají ženy, které splňují alespoň jedno z výše uvedených kritérií. Počet žen řazených do kategorie střední PA je 20 o průměrném věku 32 let (SD 9,85), o průměrné výšce 1,7 m (SD 0,06) a o průměrné váze 63,7 kg (SD 6,29) s BMI hodnotou 22,5 kg/m², kterou podle WHO řadíme do kategorie normální váha.

Kategorie 3- Vysoká PA

Poslední, tedy 3. kategorie, je určena pro jedince překračující minimální hodnoty zdravotně orientované PA. Jejich aktivita je provozována na úrovni, která je charakteristická pro zdravý životní styl. Do této kategorie řadíme podle následujících kritérií:

- a) alespoň 3 dny intenzivní aktivity a dosažení minimální hodnoty 1500 MET-minut za týden NEBO
- b) 7 či více dní jakékoli kombinace chůze, středně zatěžující či intenzivní aktivity a dosažení minimální hodnoty 3000 MET-minut za týden.

Následující kategorie u našeho výzkumu čítá 45 žen průměrného věku 31 let (SD 7,46), průměrné výšky 1,71 (SD 0,08) a průměrné váhy 69 kg (SD 10,26). Průměrná hodnota BMI je u těchto žen 23,4 kg/m², kterou dle WHO řadíme do kategorie normální váha.

Na základě výše uvedených kategorií jsme si probandky rozdělili a s tímto rozdělením jsme nadále pracovali v dalších částech výzkumu.

4.3 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

DŽS (Life Satisfaction Questionnaire- LSQ) byl vytvořen v Německu v 80. letech minulého století Jochenem Fahrenbergem, Michaellem Kurtekem, Jorgem Schumacherem a Almarem Brählerem. DŽS je nástroj sloužící pro diagnostiku celkové úrovně životní spokojenosti jedince shrnutý v 10 položkách. Mezi těchto 10 položek DŽS řadíme:

- Zdraví- jedinci zde hodnotí spokojenost se svým celkovým zdravotním stavem, tělesnou i duševní kondicí, fyzickou výkonností, obranyschopností proti nemocem či frekvenci nemocí apod.
- Práce a zaměstnání- jedinci zde hodnotí svou spokojenost v zaměstnání, se svou pozicí v zaměstnání i s atmosférou na pracovišti apod.
- Finanční situace- zde jedinci hodnotí míru spokojenosti se svým příjmem, majetkem a životním standardem apod.
- Volný čas- jedinci zde subjektivně hodnotí délku, náplň a kvalitu svého volného času, který mohou věnovat své rodině, blízkým a známým apod.
- Manželství a partnerství- zde jedinci hodnotí celkovou spokojenost ve vztahu se svým partnerem/partnerkou, s jejich společnými aktivitami, s pochopením partnera apod.
- Vztah k vlastním dětem- zde jedinci hodnotí spokojenost se vztahem k vlastním dětem, spokojenost s jejich společnými aktivitami, s jejich úspěchem apod.
- Vlastní osoba- zde jedinec hodnotí spokojenost s vlastním „já“, hodnotí své schopnosti, dovednosti, životní styl, vnější vzhled i vitalitu.

- Sexualita- jedinec zde hodnotí svou fyzickou přitažlivost, sexuální výkonnost, četnost sexuálních kontaktů apod.
- Přátelé, známí, příbuzní- jedinec zde hodnotí spokojenost se svými mezilidskými vztahy, se svou společenskou angažovaností apod.
- Bydlení- zde jedinec hodnotí spokojenost se svým bytovým standardem, s velikostí, polohou i stavem svého příbytku, finančními náklady na bydlení apod.

Jedinec se vyjadřuje k sedmdesáti výrokům, kde vybírá odpověď ze sedmi možností: velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen, ani spokojen ani nespokojen, spíše spokojen, spokojen, velmi spokojen. Ve výsledku se nám zobrazí deset hodnot z jednotlivých škál a celková spokojenost jako jejich součet tzv. index celkové životní spokojenosti. Dotazník je doplněn údaji o pohlaví, dosaženém vzdělání, rodinném stavu a počtu členů v domácnosti.

4.4 Body image

Každá z probandek ohodnotila míru své spokojenosti s vlastním body image. Na ose 0-100 probandka označí křížkem hodnotu v číselném poli, která představuje míru spokojenosti se svým tělem, tváří, jednotlivými segmenty těla, subjektivně vnímanou atraktivností a celkovým BI. Hodnota 0 znamená nejmenší spokojenost se svým BI a hodnotu 100 pak chápeme jako maximální spokojenost se svým BI.

4.5 Statistické zpracování dat

Pro zpracování a přehlednost nasbíraných dat jsme použili program Microsoft Office Excel 2007. Námi získaná data z DŽS, IPAQu a ze škály BI jsme zpracovali na základě statistických ukazatelů. U námi sledovaných proměnných jsme vypočítali základní statistické údaje (aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimum, maximum) a vypočítané hodnoty vložili do přehledných tabulek a následně vytvořili grafy. V tabulkách jsou uvedeny pouze průměrné hodnoty, které zastupují jednotlivé kategorie.

5 VÝSLEDKY

V rámci výzkumného šetření bylo použito několik standardizovaných dotazníků. Dotazník IPAQ sloužil pro rozdělení probandek do tří kategorií, kde první kategorie dosahuje nejnižší pohybové aktivity, kategorie druhá střední pohybové aktivity a kategorie třetí dosahuje nejvyšší pohybové aktivity ze zkoumaného souboru. Z pohledu tří uvedených kategorií jsme nahlíželi na jednotlivé složky Dotazníku životní spokojenosti (dále jen DŽS) a také na hodnotící škálu pro posouzení spokojenosti s vlastním Body image (dále jen BI). Úvodem popisují sledovaný soubor, následně nahlédneme na výsledky z DŽS a nakonec představím výsledky spokojenosti s vlastním BI.

5.1 Základní údaje sledovaného souboru

Výzkumu se účastnilo celkem 70 dospělých žen ve věku od 18 do 49 let. Průměrný věk probandek činil 31 let (SD 8,2). Průměrná výška dosahovala 174 cm (SD 7,4), kdy nejmenší naměřené výšky dosáhla žena měřící 154 cm a nejvyšší žena měřila 189 cm. Průměrná hmotnost probandek byla necelých 68 kg (SD 9,4), kdy nejmenší naměřená hodnota byla 49 kg a nejvyšší 92 kg. Hodnota BMI byla vypočítána na základě tělesné výšky a tělesné hmotnosti uvedené v dotazníku IPAQ. Průměrná hodnota BMI činila 23,3 kg/m² (SD 2,4), kde minimální hodnota byla 18,7 kg/m² a nejvyšší hodnota 29,4 kg/m².

Tabulka 3. Základní charakteristiky sledovaného souboru

n= 70				
	M	SD	Min	Max
Věk (roky)	31	8,2	18	49
Tělesná výška (cm)	174	7,35	154	189
Tělesná hmotnost (kg)	67,8	9,4	49	92
BMI (kg/m²)	23,3	2,4	18,7	29,4

Vysvětlivky: M- aritmetický průměr, SD- směrodatná odchylka,
Min- minimum, Max- maximum, n= četnost

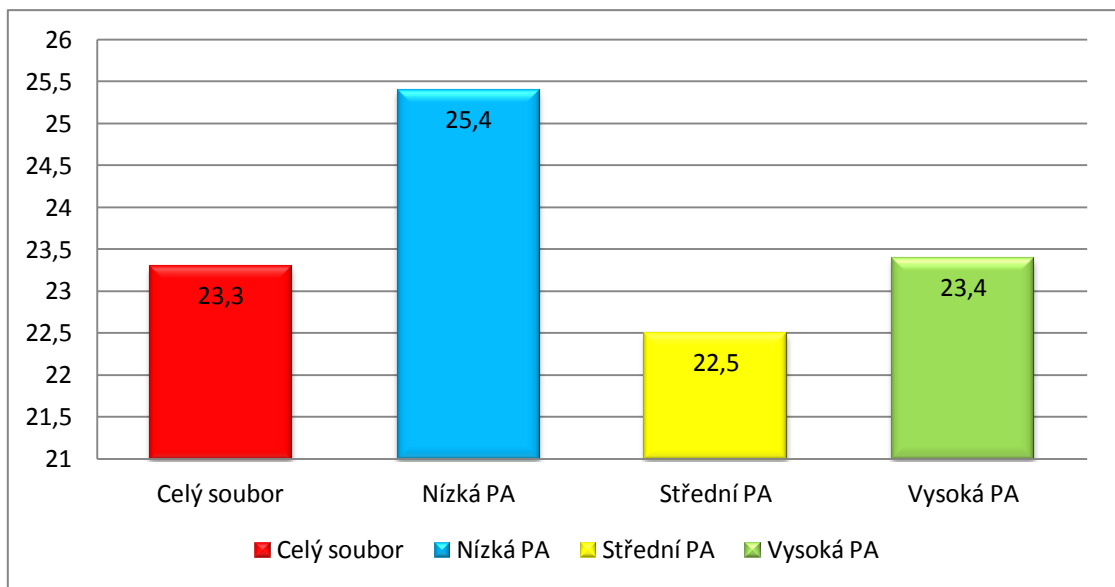
Následně jsme zkoumané ženy rozdělili do tří kategorií podle frekvence a intenzity jejich pohybové aktivity. Kategorie první vykazuje nízkou hodnotu PA, kategorie druhá střední hodnotu PA a kategorie třetí zaznamenávala vysokou hodnotu PA. Data byla zjišťována pomocí zkrácené verze dotazníku IPAQ. První kategorie obsahovala 5 probandek, druhá kategorie 20 probandek a třetí kategorie 45 probandek. Následující tabulka udává četnost všech tří kategorií a jejich základní charakteristiky.

Tabulka 4. Základní charakteristiky jednotlivých kategorií sledovaného souboru

	Kategorie 1, nízká PA n= 5				Kategorie 2, střední PA n= 20				Kategorie 3, vysoká PA n= 45			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Věk (roky)	30	9,10	21	43	32	9,85	18	49	31	7,46	20	49
Tělesná výška (cm)	1,7	0,05	1,67	1,78	1,7	0,06	1,58	1,82	1,71	0,08	1,54	1,89
Tělesná hmotnost (kg)	74,0	6,00	68,0	83,0	63,7	6,29	54	80	69	10,26	49	92
BMI (kg/m²)	25,4	2,95	21,8	29,4	22,5	2,22	18,7	28,1	23,4	2,24	18,8	27,8

Vysvětlivky: n- četnost, M- aritmetický průměr, SD- směrodatná odchylka, Min- minimum, Max- maximum

Následně jsme vytvořili obrázek, který porovnává hodnoty BMI celého souboru a všech tří námi určených kategorií. Průměrná hodnota BMI celého souboru je 23,3 kg/m², tuto hodnotu můžeme řadit do kategorie normální váhy podle hodnocení BMI pro dospělé populaci dle WHO. Ženy s nízkou PA dosahují hodnoty 25,4 kg/m², což dle WHO zapadá do kategorie nadváhy. Ženy se střední PA mají průměrnou hodnotu BMI rovnu 22,5 kg/m². A poslední kategorií jsou ženy s vysokou PA, které dosahují hodnoty BMI 23,4 kg/m². Probandky se střední a vysokou PA spadají podle doporučení WHO do kategorie normální váha.



Obrázek 9. Průměrné hodnoty BMI celého souboru a jednotlivých kategorií

5.2 Dotazník životní spokojenosti

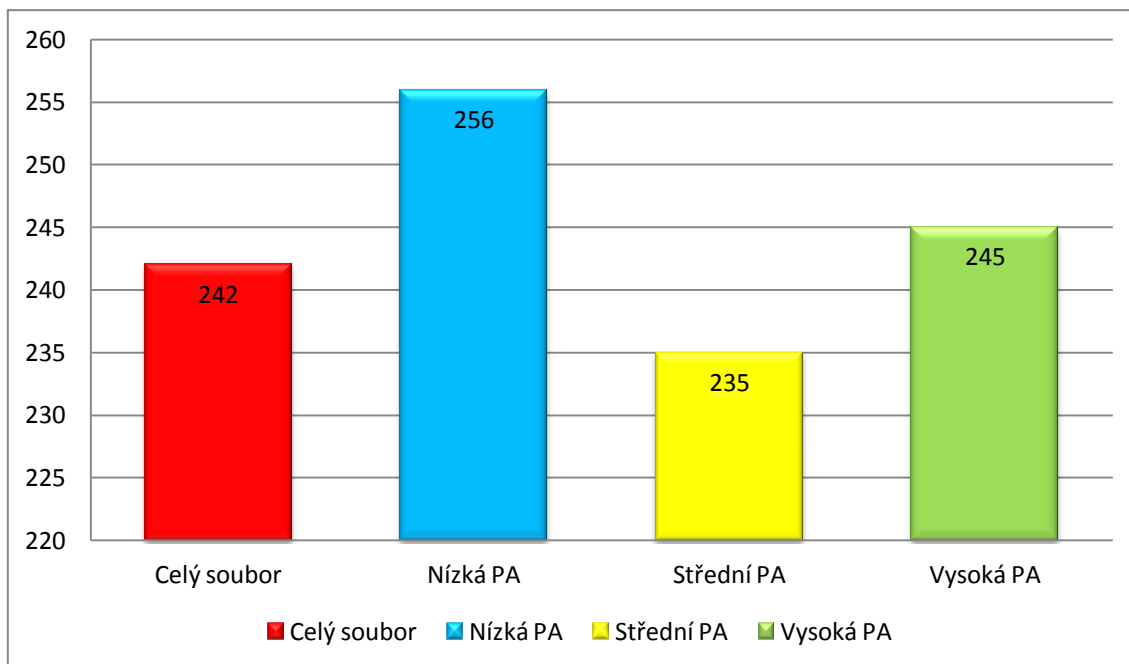
Standardizovaný Dotazník životní spokojenosti je určen k objektivnímu posuzování celkové životní spokojenosti a životní spokojenosti v deseti významných oblastech. Mezi oblasti řadíme: zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí, příbuzní a bydlení. Každá oblast obsahuje sedm položek.

Následující tabulka a graf, popisují a srovnávají celkovou životní spokojenost celého souboru a námi určených tří kategorií (nízká PA, střední PA, Vysoká PA).

Tabulka 5. Celková životní spokojenost

	N	M	SD	Min	Max
Celý soubor	70	242	39,08	131	321
Nízká PA	5	256	73,24	131	319
Střední PA	20	235	43,41	142	294
Vysoká PA	45	245	32,71	149	321

Vysvětlivky: n- četnost, M- aritmetický průměr, SD- směrodatná odchylka, Min- minimum, Max- maximum



Obrázek 10. Celková životní spokojenost

Hodnota průměrné celkové životní spokojenosti sledovaného souboru je 242. Kategorie 1., tedy nízká PA, dosahuje hodnoty nejvyšší 256, kategorie 2., střední PA, dosahuje hodnoty nejnižší 235 a kategorie 3., vysoká PA, dosahuje hodnoty střední 245.

Tabulky 6., 7. a následující graf udávají a porovnávají výsledky ze všech deseti oblastí DŽS, jak u celého sledovaného souboru, tak u jednotlivých kategorií. Jak jsme si výše uvedli, mezi hodnotící škály DŽS řadíme: Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení. Jak vidíme v tabulce číslo 6., probandky jsou nejvíce spokojeny se vztahem ke svým dětem, následuje spokojenost s bydlením a třetí nejvyšší hodnotu má oblast přátel, známých a příbuzných. Naopak nejméně jsou probandky spokojeny se svým zdravím a finanční situací či sexualitou.

Tabulka 6. Životní spokojenost v jednotlivých oblastech

Celý soubor n= 70				
	M	SD	Min	Max
Zdraví	32,1	8,38	12	47
Práce a zaměstnání	33,7	7,05	17	46
Finanční situace	32,1	8,12	13	46
Volný čas	34	7,86	16	49
Manželství a partnerství	36,1	9,32	13	49
Vztah k vlastním dětem	41,8	5,9	28	49
Vlastní osoba	34,8	7,18	13	47
Sexualita	33	7,45	13	46
Přátelé, známí, příbuzní	36,9	7,02	16	49
Bydlení	39,4	6,4	22	49

Vysvětlivky: n- četnost, M- aritmetický průměr, SD- směrodatná odchylka, Min- minimum, Max- maximum

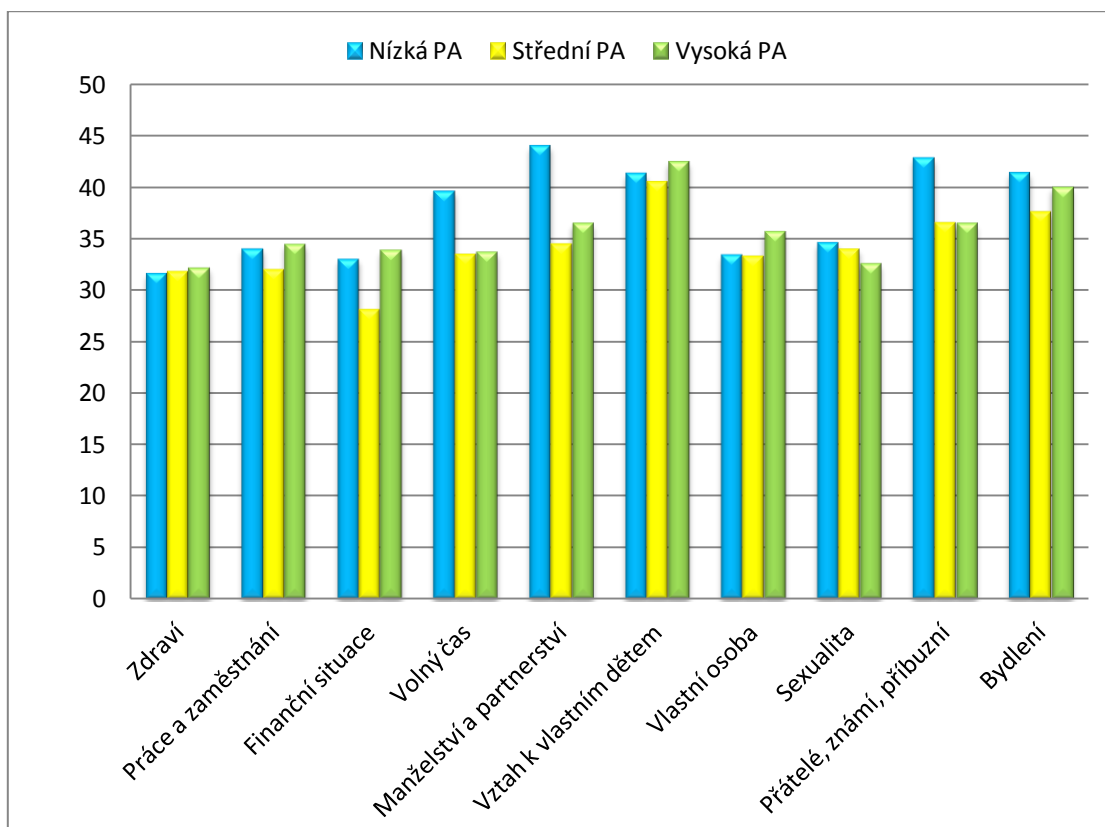
Tabulka 7. Srovnání životní spokojenosti v jednotlivých oblastech u nízké, střední a vysoké PA

	Nízká PA n= 5				Střední PA n= 20				Vysoká PA n= 45			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Zdraví	31,6	11,37	13	44	31,8	8,99	12	44	32,2	7,95	14	47
Práce a zaměstnání	34,0	9,25	20	46	32,0	6,87	18	44	34,5	6,91	17	46
Finanční situace	33,0	12,19	13	45	28,1	7,94	16	44	33,9	7,21	17	46
Volný čas	39,6	10,67	22	49	33,5	9,61	16	49	33,7	6,55	19	49
Manželství a partnerství	44,0	4,24	41	47	34,5	8,27	21	46	36,5	9,92	13	49
Vztah k vlastním dětem	41,3	10,79	29	49	40,5	6,70	28	49	42,5	5,00	31	49
Vlastní osoba	33,4	12,14	13	44	33,3	8,80	14	47	35,7	5,65	20	46
Sexualita	34,6	10,24	18	46	34,0	7,68	22	47	32,6	7,89	13	46
Přátelé, známí, příbuzní	42,8	7,76	29	47	36,5	8,79	16	48	36,5	5,86	22	49
Bydlení	41,4	11,13	22	48	37,6	5,41	30	47	40,0	6,17	25	49

Vysvětlivky: n- četnost, M- aritmetický průměr, SD- směrodatná odchylka, Min- minimum, Max- maximum

V tabulce 7. jsou uvedeny výsledky z jednotlivých oblastí DŽS všech tří kategorií. Ženy s nízkou PA jsou nejméně spokojeny se svým zdravím, vlastní osobou a finanční situací, naopak nejvíce v manželství a partnerství, s přáteli, známými a příbuznými či s jejich bydlení. Kategorie střední PA hodnotí nejlépe vztah k svým dětem, přátelům,

známým a příbuzným, naopak nejméně jsou spokojeny se svou finanční situací. Ženy kategorizované do skupiny s vysokou PA jsou nejméně spokojeny se svým zdravím, sexualitou či volným časem a nejvíce se svým vztahem k dětem a bydlením. Srovnání všech tří kategorií vidíme na obrázku 14.



Obrázek 11. Srovnání životní spokojenosti v jednotlivých oblastech u nízké, střední a vysoké PA

5.3 Spokojenost s vlastním body image (BI)

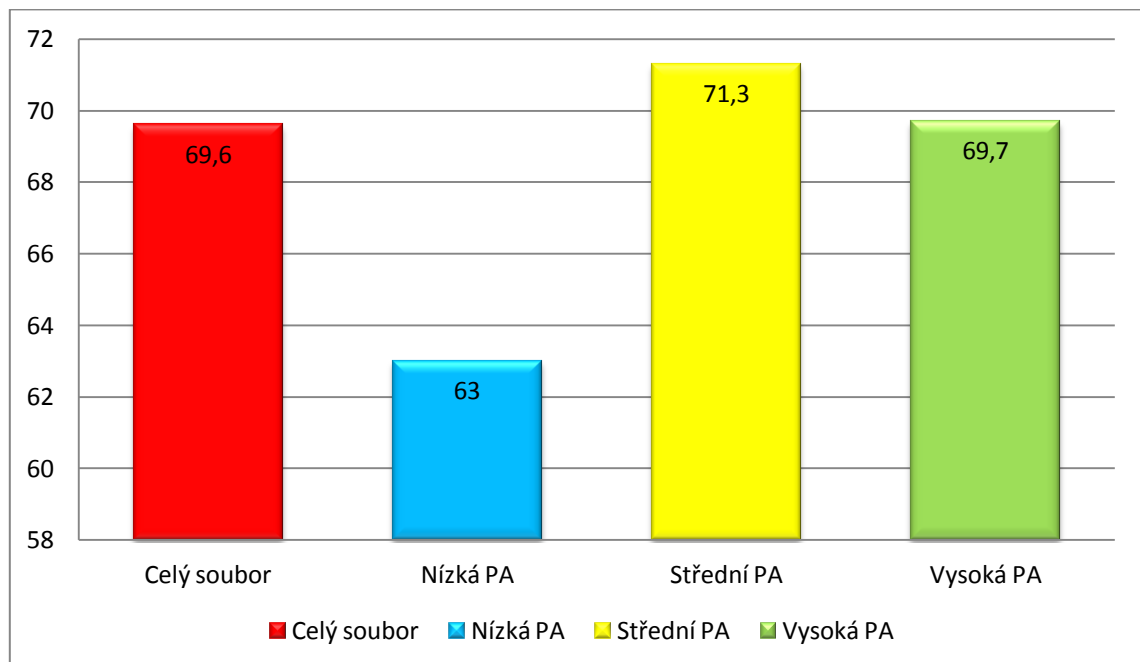
Posouzení vlastního BI je založeno na základě subjektivního vnímání vlastního těla a tváře, jejich atraktivnosti a celkového BI. Probandkám byla předložena bodová škála 0 – 100, kde hodnota 0 znamená nejmenší spokojenost se svým BI a hodnotu 100 pak chápeme jako maximální spokojenost se svým BI.

Následující tabulka a graf udávají a srovnávají spokojenost probandek se svým BI u sledovaného souboru a u tří námi určených kategorií podle frekvence a intenzity PA. Z výsledků je patrné, že se svým BI jsou nejvíce spokojeny ženy se střední PA, následují ženy s vysokou PA a nejméně se svým vzhledem a celkovým BI jsou spokojeny ženy s nízkou PA.

Tabulka 8. Spokojenost s vlastním BI

	n	M	SD	Min	Max
Celý soubor	70	69,6	15,38	40	100
Nízká PA	5	63,0	21,10	40	90
Střední PA	20	71,3	15,72	45	100
Vysoká PA	45	69,7	14,75	40	100

Vysvětlivky: n- četnost, M- aritmetický průměr, SD- směrodatná odchylka, Min- minimum, Max- maximum

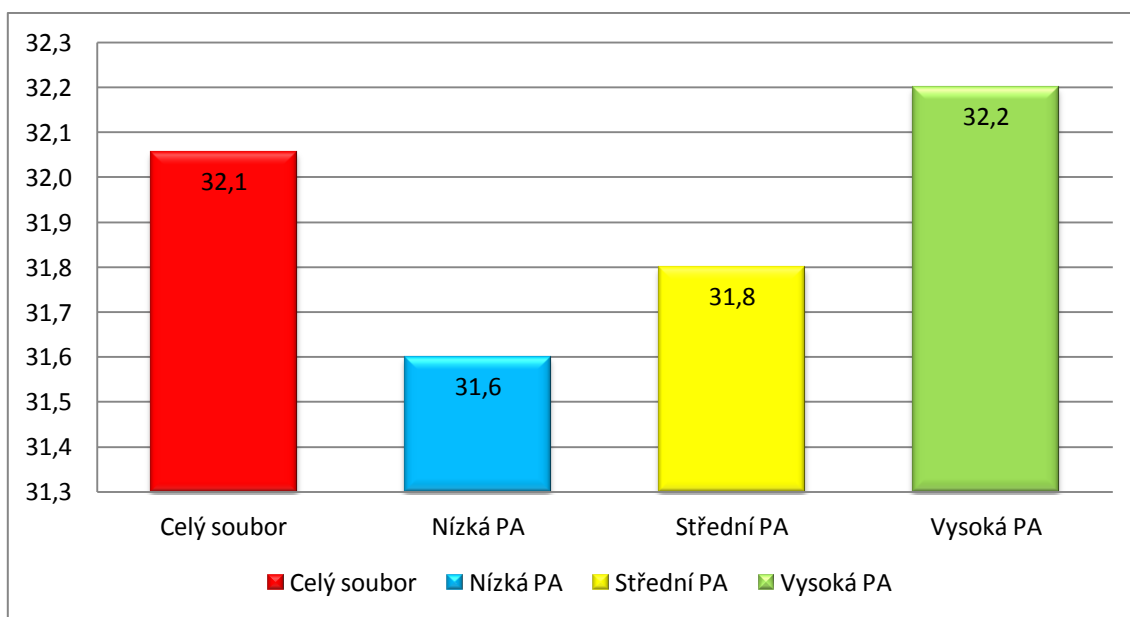


Obrázek 12. Srovnání spokojenosti s vlastním BI

6 DISKUSE

Následující kapitola bude zaměřena na výstupy z mého výzkumu, jenž nebyly v kapitole *Výsledky* podrobněji rozebrány. Sběr dat proběhl v období červen 2015 – říjen 2015 a celkem se zúčastnilo 70 probandů. Výzkum byl zaměřen na dospělou populaci žen ve věku 18-50 let, na jejich životní spokojenost, pohybovou aktivitu a vnímání vlastního těla BI. Dotazník IPAQ, jeho zkrácená verze, nám umožnil probandky rozdělit na tři kategorie závislé na intenzitě a frekvenci PA. K zjištění životní spokojenosti nám posloužil DŽS a k posouzení BI jednoduchá hodnotící škála.

Nyní se blíže seznámíme s výsledky do širších souvislostí. Dotazník DŽS modifikujeme a představíme si výsledky pouze z oblasti Zdraví jak pro celý soubor, tak i pro jednotlivé kategorie (nízká PA, střední PA, vysoká PA).

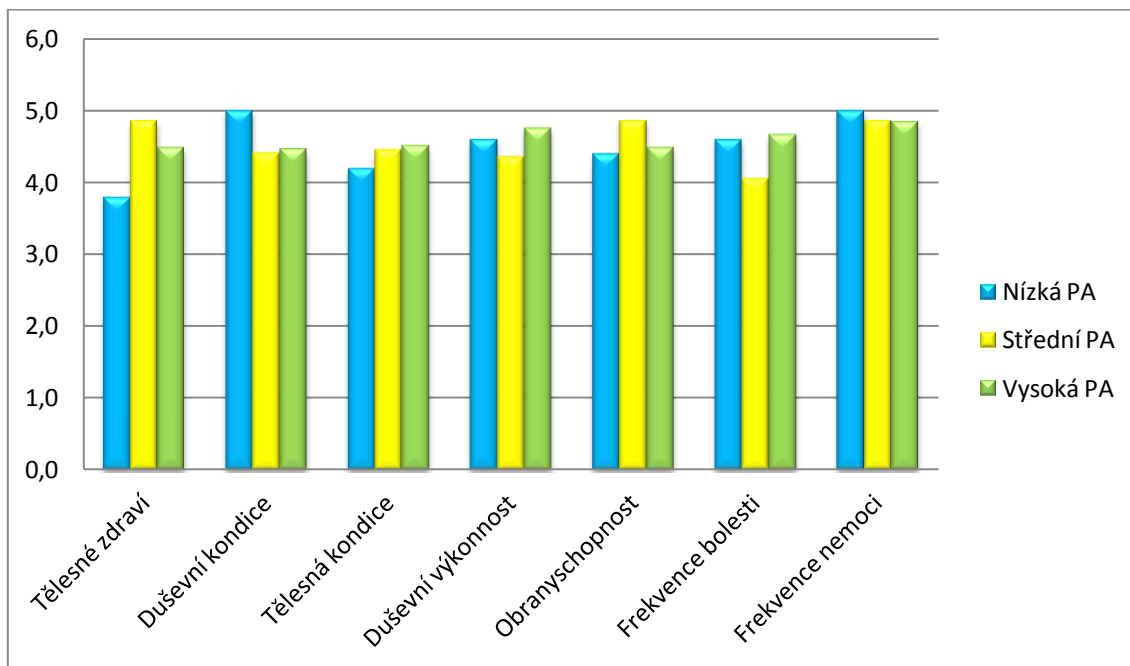


Obrázek 13. Srovnání spokojenosti s položkou Zdraví (DŽS)

Z výsledků (obrázek 13.) je patrné, že ženy řazené do kategorie s vysokou PA hodnotí své zdraví nejlépe, následují ženy se střední PA a ženy s nízkou PA. Rozdíly mezi kategoriemi nejsou nijak relevantní, ale dá se předpokládat, že při rostoucí četnosti vzorku by tento rozdíl narůstal a významným by se nejspíše stal. Při srovnání daného výsledku s průzkumem Tázlarové (2015), kde ženy v položce Zdraví (DŽS) vykazovaly v průměru 34,4 bodů a muži 37,1 bodů, se musím s autorkou shodnout

na názoru, že ženy své zdraví subjektivně hodnotí hůře než muži. Zajímavé je, že dle ČSÚ mají ženy v průměru o zhruba 5 let delší život než muži. Nadále jsem provedla komparaci s výzkumem Březíkové (2016), která u vzorku 337 žen, pomocí dotazníku DŽS získala hodnoty hrubého skóre u žen inaktivních a žen aktivních. Výsledkem byla poměrně jasná hodnota vypovídající o lepším hodnocení svého zdraví u žen aktivních.

Následující obrázek porovnává tři kategorie, lišící se intenzitou a frekvencí PA, a jednotlivé položky zdraví, jako je tělesné zdraví, duševní kondice, fyzická kondice apod.



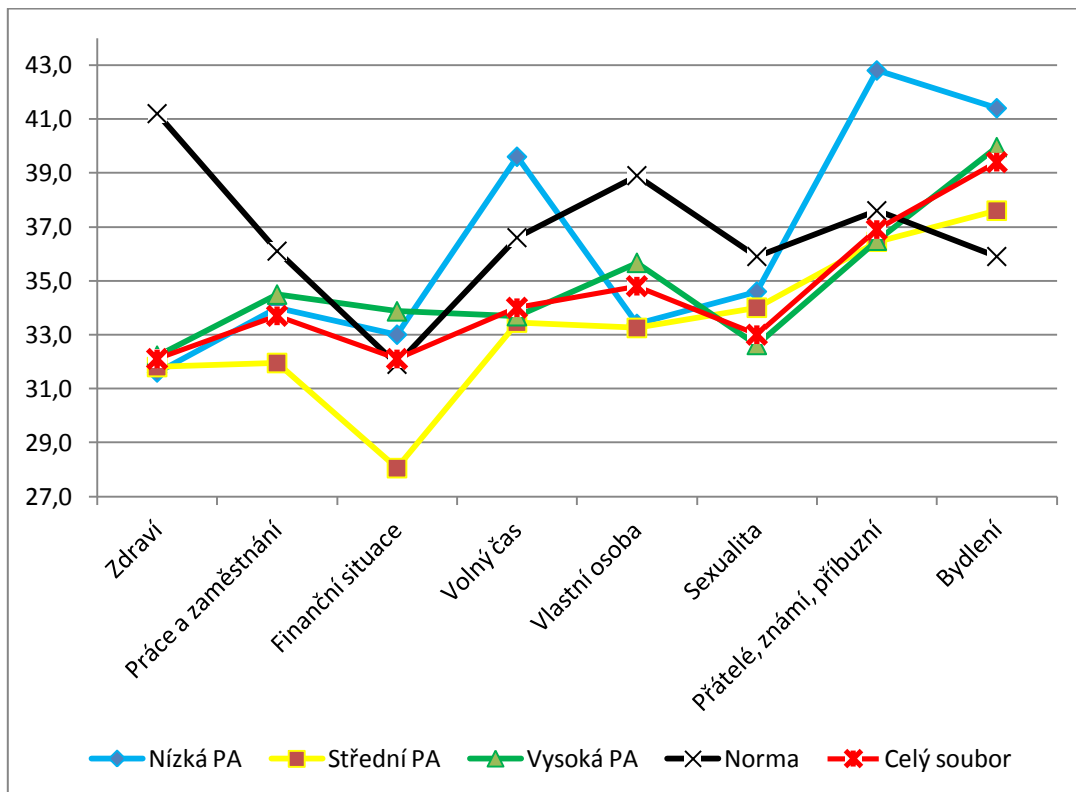
Obrázek 14. Srovnání jednotlivých položek zdraví

Se svým tělesným zdravotním stavem a se svou tělesnou kondicí jsou nejméně spokojeny ženy s nízkou PA, což se dalo předpokládat vzhledem k nižší intenzitě a frekvenci PA dané skupiny, naopak svou duševní kondici hodnotí ze všech kategorií nejlépe. Se svou duševní výkonností a četností bolesti jsou nejvíce spokojeny ženy s vysokou PA. Svou obranyschopnost proti nemocem nejlépe hodnotí ženy v kategorii střední PA a nejhůře ženy s nízkou PA.

Pravidelná optimální pohybová aktivita, jak je nám známo, je prevencí proti spoustě nemocem, zejména proti tzv. civilizačním onemocněním. Obranyschopnost proti nemocem je logicky nejnižší u žen s nízkou PA. U subpoložky frekvence nemocí ženy s vysokou PA dosahují podobného, dokonce nižšího výsledku než ženy řazené

do kategorie nízké PA. Můj názor je, že ženy s vysokou PA (obecně celá populace s vysokou PA) mají při provozování sportovních aktivit dnešního charakteru větší pravděpodobnost úrazu a tuto četnost úrazu nejspíše přiřadily do subpoložky frekvence nemocí. Tudíž se přikláním k tomuto vysvětlení, proč ženy s vysokou PA mají nižší hodnocení u subpoložky frekvence nemocí než ženy s nízkou PA.

Velké množství studií (Csémy, 2007; Fox, 2007; Sigmund & Kvintová, 2012; Hřebíčková et al, 2010; Kebza & Šolcová, 2003 a další) dokládá, že optimální pohybová aktivita a aktivní a zdravý životní styl mají pozitivní vliv na prožívanou kvalitu života, mentální i fyzickou stránku člověka a jeho celkovou životní spokojenost. Následující obrázek znázorňuje probandky studie a jejich výsledky ve srovnání s normou v jednotlivých položkách DŽS.



Obrázek 15. Srovnání jednotlivých položek DŽS s normou

Na obrázku 18. vidíme signifikantní rozdíl v hodnocení subjektivního zdraví u normativní populace a mých probandek. Rozdíl činí zhruba 10 bodů ve škále 7 (min) až 49 (max) bodů. Dále naše probandky vykazovaly nižší spokojenost ve srovnání s normou v oblasti práce a zaměstnání, volného času, vlastní osoby a v sexualitě. Poměrně výrazněji jsou naše probandky spokojeny s úrovní svého bydlení. Srovnatelně s normou jsou probandky spokojeny v oblasti finanční situace a v okruhu svých přátel, známých a příbuzných. Výzkum Duškové (2012) na životní spokojenost žen v období střední dospělosti vykazuje obdobné výsledky. Pokud se na obrázek 18. zaměříme pozorněji, všimneme si, že ženy s vysokou PA mají svou křivku nejméně pokřivenou oproti ženám se střední a nízkou PA. To může značit jistou vyrovnanost života vysoce pohybově aktivních žen.

Zemanová & Dolejš (2015) zmiňují, že už v období adolescence je důležité zkoumat pocit osobní pohody a životní spokojenosti, jelikož to, jak jsou dospívající v životě spokojeni má velký vliv na jejich identitu a vztah k sobě samému. Životní spokojenost je motivační komponentou běžné životní aktivity. Když se v životě cítíme dobře, cítíme se spokojeni, chceme tento stav udržet co nejdéle, pokud nejsme spokojeni, snažíme se tento stav změnit k lepšímu.

Vlastní tělesný obraz je ovlivněn například sociokulturním prostředím jedince, normami současné společnosti a také médií, kterým jsme vystavováni dnes a denně a o jejichž nepříznivém vlivu už jsme mnohokrát slyšeli. Každý z nás je vystaven ideálu krásy muže či ženy. Jelikož se většina z nás k tomuto ideálu nikterak výrazně nepřiblíží, náš vlastní obraz se negativně promítá do hodnocení vlastního BI (Fialová & Krch, 2012). Fox ve své studii z roku 1997 vysvětluje, že vnímání vlastní osoby souvisí také s fyzickým pojetím jedince. To vše má vliv na vnímání osobní pohody, na chování jedince, zvládání stresu a v neposlední řadě rozhodující postoj k aktivnímu a zdravému životnímu stylu.

Tímto bych ráda navázala na výsledky z oblasti BI. V průměru se ženy hodnotily necelými 70 body ze 100 bodové škály, kde 0 znamenala výrok: nejsem spokojena se svým vzhledem, a 100 znamenala výrok: jsem maximálně spokojena se svým vzhledem. Nejméně byly spokojeny ženy v kategorii nízká PA (63 bodů), nejvíce ženy

v kategorii střední PA (71,3 bodů). Obdobný výsledek jsem očekávala, ale předpokládala jsem větší ohodnocení vlastního BI u všech mých probandek.

Jak jsem výše uvedla, z výsledků vyplývá, že ženy s nízkou PA hodnotí svoje BI nejhůře, což nejspíše koreluje s hodnotou BMI, která je u žen s nízkou PA dle WHO řazena do kategorie nadváha. Vzhledem k nízké úrovni pohybu a vyššímu BMI než je normální váha předpokládám, že průzkum tělesného složení žen s nízkou PA by dokázal větší procento tělesného tuku oproti ženám se střední a vysokou PA. Tělesný tuk shromažďující se především v břišních partiích je často spojován s onemocněním srdce a s cukrovkou druhého typu.

Souhlasím s názorem Fialové (2006), že dnes stejně jako v historii se snažíme dosáhnout určitého ideálu (normálu). Pilotní výzkum Tázlarové (2015) dokazující, že muži jsou se svým BI více spokojeni, potvrzuje Fialová slovy, že ženský ideál je více okleštěný a více vzdálený realitě, méně zdravý, než ideál muže. Výsledky Gallupova průzkumu z roku 1950 ukazují, že 44% žen věřilo ve svoji obezitu, v roce 1973 se dané číslo vyšplhalo na 55% a v roce 1980, 70% vysokoškolsky vzdělaných žen bylo přesvědčeno, že mají nadváhu. O 10 let později již téměř čtyři pětiny žen byly přesvědčeny, že trpí nadváhou.

Velká část současné populace se věnuje PA jen proto, aby udělala něco se svojí postavou. Podle časopisu Stern 77% německých žen považuje sport jako prostředek k redukci hmotnosti. U mužů je hlavním motivem lepší výkonnost a všeobecná zdatnost. Výzkumy prováděné v ČR (Fialová, 1994, 1995, 1999) dokazují, že nespokojenost s vlastním tělem je motivačním prvkem ke změně životního stylu (Fialová, 2006).

Tvrzení, že ženy hodnotí své BI hůře, než muži dokazuje také studie Štajnochrové (2009), která provedla výzkum na 221 dětech staršího školního věku (109 chlapců, 112 dívek). Výsledky šetření ukazují, že nespokojenost s vlastní postavou a celkovým BI jsou patrné již u dospívající mládeže. 70% chlapců bylo spokojeno se svou váhou, naproti tomu 57% dívek si přálo vážit méně a vypadat štíhleji. Součástí výzkumu byly i stravovací zvyklosti, kde bylo zjištěno, že dívky častěji než chlapci vynechávají některá denní jídla nebo drží diety.

Fialová (2006) zastává názor, pokud člověk přestane přijímat své vlastní tělo, ať už kvůli tvaru či hmotnosti, také nepochopí akcept okolí. Není si jistý, kam patří a může se izolovat od svého okolí. Psychická onemocnění u žen vznikají nejčastěji na základě ženské socializace. Společnost očekává od ženy plnění určitých rolí (matka, manželka, apod.), určité chování (péče o rodinu a manžela) i starost o pěkný vzhled (štíhlá, upravená, apod.). Ženské role si mnohdy protiřečí, jelikož se od ženy očekává atraktivnost, svůdnost, ale zároveň i věrnost, plnění rolí matky, manželky, milenky, dobré zaměstnankyně a k tomu všemu mít ženskou bezbrannost, ale být i zdatnou a výkonnou. Možná to je ten důvod, proč jsou ženy častěji psychicky nemocné. Ženy mnohem více pociťují rozpor mezi skutečností a požadavky společnosti nejen na svou postavu, ale i na své chování.

7 ZÁVĚRY

Diplomová práce si kladla za cíl posoudit úroveň životní spokojenosti a jejich složek ve vztahu k úrovni pohybové aktivity u skupiny dospělých žen. Vlastní výzkum proběhl v období květen- říjen 2015 a zúčastnilo se ho 70 dospělých žen ve věkovém rozpětí 18- 50 let, kde průměrný věk probandek činil 31 let (SD 8,2).

Ženy byly rozděleny do tří kategorií na základě úrovně jejich pohybové aktivity (nízká, střední, vysoká PA). K tomuto rozdělení nám posloužila zkrácená verze IPAQu. K posouzení životní spokojenosti jsme využili standardizovaného Dotazníku životní spokojenost (DŽS). Srovnali jsme celkovou životní spokojenost i jednotlivé oblasti DŽS u všech tří kategorií. Abychom práci obohatili, zajímalo nás, jak ženy v jednotlivých kategoriích hodnotí své body image (BI). K těmto výsledkům jsme dospěli za pomoci jednoduché stobodové škály, kde probandka křížkem označila hodnotu, jak je spokojena s vlastním tělem a s jednotlivými tělesnými segmenty jako je tvář, postava a její tvar či subjektivně vnímaná fyzická atraktivita.

Z výsledků pilotního výzkumu vyplývá, že ženy s nízkou PA hodnotí svou celkovou životní spokojenost lépe než ženy s vysokou a střední PA. Naopak v oblasti zdraví jsou nejvíce spokojeny ženy s vysokou PA a nejméně ženy s nízkou PA, avšak ani zdaleka nedosahují hodnoty normativní populace. V oblasti vlastní osoby jsou nejvíce spokojeny ženy s vysokou PA, stejně tak i v práci a zaměstnání a se svou finanční situací. V oblasti volného času, sexuality, přátel, příbuzných a bydlení vykazovaly nejvyšší spokojenost ženy s nízkou PA.

Z výzkumů či rozmanitých studií je dokázáno, že ženy jsou vůči vlastní osobě skeptičtější než muži. V rámci kategorizace žen dle úrovně jejich pohybové aktivity hodnotí své BI nejlépe ženy se střední PA, s minimálním odstupem následují ženy s vysokou PA a s větším odstupem ženy s nízkou PA.

Na základě výsledků našeho výzkumu lze konstatovat, že s nižší úrovní pohybové aktivity spojené s vyšším BMI je spojeno nižší hodnocení vlastního zdraví, vlastní osoby i vlastního body image. Naopak nelze konstatovat, že s vyšší úrovní pohybové aktivity roste celková životní spokojenost u námi sledovaného souboru.

Hlavní cíl diplomové práce se nám podařil splnit, především na základě splnění cílů dílčích. Data našeho výzkumu byla získána prostřednictvím standardizovaných dotazníků, výsledky je tedy možné aplikovat na další studie a uplatnit je v praxi.

8 SOUHRN

Diplomová práce se věnuje hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u žen v období mladší a střední dospělosti. Teoretická část čtenáře uvádí do problematiky kvality života, životního stylu, životního způsobu, zdraví, stresu a civilizačních onemocnění. Dále popisuje základní charakteristiky u žen v mladší a střední dospělosti ze stránky psychické, fyzické i sociální. Pro splnění hlavního cíle, k němuž nám dopomohly cíle dílčí, jsme zvolili adekvátní metodiku a za pomoci standardizovaných dotazníků nahlíželi na nashromážděná data. Mezinárodní dotazník pohybové aktivity sloužil pro kategorizaci žen podle úrovně pohybové aktivity. Dotazník životní spokojenosti nám vyřešil výzkumnou otázku, která se ptala na úroveň životní spokojenosti a jednotlivých složek u dospělých žen ve vztahu k rozdílné úrovni pohybové aktivity. Jako zpestření diplomové práce jsme použili jednoduchou hodnotící škálu pro posouzení vlastního body image. Následně jsme vyhodnotili, která ze tří skupin žen dělených podle úrovně PA je se svým vzhledem nejvíce spokojena. Výsledková část je zpracována za pomoci nejen textu, ale i za pomoci tabulek a grafů, které čtenáři usnadní orientaci ve výsledcích. Pro čtenářovo uspokojení jsme v kapitole *Diskuze* rozebrali výsledky hlouběji a podrobněji a snažili se dané výsledky diskutovat. Na závěr práce hodnotíme, zda hlavní cíl a dílčí cíle byly splněny, podáváme přehled o zjištěných skutečnostech, zobecňujeme poznatky a snažíme se uvést přínosy práce.

9 SUMMARY

The thesis deals with evaluation of selected health indicators at women in the younger and middle adulthood. The theoretical part provides the reader into the issue of quality of life, lifestyle, health, stress and lifestyle diseases. Next I describe the basic characteristics of women in the younger and middle adulthood from look pages of mental, physical and social. To fulfill the main aim of the thesis, we chose an adequate methodology and using standardized questionnaires. International Physical Activity Questionnaire was used to categorize women according to the level of physical activity. Life satisfaction questionnaire us solve the research question asked what is the level of life satisfaction and individual segments in adult women in relation to different levels of physical activity. As diversification of the thesis, we used a simple rating scale to assess own body image. Consequently, we evaluated which of the three groups of women is the most satisfied with own body image. Results part contains graphs and tables and the reader is orientated. For the reader's satisfaction, we presented deeper results and tried to discuss about results in Chapter Discussion. Finally we assess to fulfill the main aim and we generalize knowledge.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Andráško, I. (2005). Dve dimenzie kvality života v kontexte percepcií obyvatel'ov miest a vidieckych obcí. In Vaishar, A. & Ira, V., *Geografická organizace Česka a Slovenska v současném období* (pp. 6-13). Brno: Ústav Geoniky AV ČR.
- Andráško, I. (2007). *Vnútoraná štruktúra mesta z hľadiska kvality života*. Dizertační práce, Geografický ústav Slovenskej akadémie vied, Batislava.
- Andráško, I. (2011). *Geografické aspekty kvality života*. Retrieved 27. 3. 2016 from World Wide Web: <http://is.muni.cz/el/1431/jaro2011/Z8147/um/25382755/3>.
- Anonymous (n.d.). *Index lidského rozvoje*. Retrieved 21. 3. 2016 from World Wide Web: [http://www.hraozemi.cz/indikatory-ur/index-lidskeho-rozvoje-\(hdi\).html](http://www.hraozemi.cz/indikatory-ur/index-lidskeho-rozvoje-(hdi).html).
- Březíková, L. (2016). *Hodnocení vybraných ukazatelů zdraví u současných vysokoškolských studentů*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Bunc, V., & Štilec, M. (2007). Tělesné složení jako indikátor aktivního životního stylu seniorek. *Česká kinantropologie*, 11(3), 17–25.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Čevela R., Čeledová L., & Dolanský H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Český statistický úřad, (2015). *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech- 2005 až 2014*. Retrieved 4. 4. 2016 from World Wide Web: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2005-2014>.
- Duffková, J., Urban, L. & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Dušková, A. (2012). *Životní spokojenost u žen v období střední dospělosti*. Diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd, Zlín.
- Dvořáková, Z., Dušková, L. & Svobodová, L. (2006). *Svět práce a kvalita života*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti a práce.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Univerzita Karlova.
- Fox, K. R. (1997). *Physical Self: From Motivation to Well-Being*. USA: Human Kinetics.
- Gautier, D., Figueroa, R. & Patino, L. (2005). *Quality of life in Regina: A pilot study*. Retrieved 23. 3. 2016 from World Wide Web: <http://www.parc.ca/mcri/pdfs/CityofReginareport.pdf>.
- Godor, M., & Horňák, M. (2010). *Možnosti využitia indikátorov vo výskume kvality života na Slovensku*. Retrieved 24. 3. 2016 from World Wide Web: [http://www.humannageografia.sk/projekt1/download/prispevok Nitra Godor Horn ak.pdf](http://www.humannageografia.sk/projekt1/download/prispevok%20Nitra%20Godor%20Hornak.pdf).
- Grochowska, E. (2014). Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych--kluczowa rola kinazy białkowej aktywowanej przez AMP (AMPK). *Postępy Higieny I Medycyny Doświadczalnej (Online)*, 68, 1124-1128. Retrieved 1. 4. 2016 from MEDLINE database on World Wide Web: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=073f255c-201a-4f42-a4e6-629fed78bcd9%40sessionmgr102&hid=122&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=25228520&db=cmedm>.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hayes, N. (2003). *Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
- Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Heřmanová, E. (2012). Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociologia*, 44, 407-425.
- Hlavatá, K. (2007). *Zelenina je pro hubnoucí nepostradatelná*. Retrieved 19. 4. 2016 from the World Wide Web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=40>.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II. Systémové pojetí tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.

- Holčík, J. (2004). *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. Století*. Praha: MZ ČR.
- Inglehart, R. (1971). *The Silent Revolution*. Princeton: Princeton University Press.
- Ira, V. (2008). *Ľudia, geografické prostredie a kvalita života*. Bratislava: Vydavateľstvo SAV.
- Ira, V., & Andráško, I. (2007). Kvalita života z pohľadu humánnej geografie. *Geografický časopis*, 59 (2), 159-179.
- Ira, V., & Murgaš, F. (2008). Geografický pohľad na kvalitu života a zmeny v spoločnosti na Slovensku. *Geographia Slovaca*, 25, 7–24.
- Janečková, H., Hnilicová, H. (2009). *Úvod do verejného zdravotníctví*. Praha: Portál.
- Kalman, M., Hamřík, Z. & Pavelka, J., (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE- institut.
- Kompare, A., et. al. (2006). *Uvod v psihologijo*. Ljubljana: DZS.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada avicenum.
- Křivohlavý, J. (2004). *Kvalita života: sborník příspěvku z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Künzel, D. (1990). *Lidský organismus ve zdraví a nemoci*. Praha: Avicenum.
- Lichnovský, J. (2015). Homepage. *Civilizační choroby. Zhoubné nádory, diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, alergie*. Retrieved 1. 4. 2016 from World Wide Web: <http://www.lich.cz/>.
- Machová, J. (2008). *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2006). *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- Machová, J., Kubátová, D., et al. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mandovec, A. (2008). *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Marádová, E., Středa, L., & Zima, T., (2010). *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha: Univerzita Karlova.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

- Maříková, H., Petrusek, M., Vodáková, A. et al (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Mastiliaková, D. (2007). *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Mederly, P., Topercer, J., & Nováček, P. (2004). *Indikátory kvality života a udržitelného rozvoje: Kvantitativní, vícerozměrný a variantní přístup*. Praha: UK FSV Ceses.
- Mičánková, M. (2012). *Hodnocení kvality života*. Brno: Masarykova univerzita.
- Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Nováček, P. (2010). *Udržitelný rozvoj*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Novák, J., Pomališová, M, & Třebický, V. (2010). *Hodnocení kvality života ve městě se zapojením veřejnosti*. Praha: Aladin Agency.
- Nováková, I. (2011). *Zdravotní nauka*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Pacione, M. (2003). *Urban environmental quality and human well-being – a social geographical perspective*. Skotsko: Landscape and Urban planning.
- Plamínek, J. (2013). *Sebepoznání, sebeřízení a stres. Praktický atlas sebezvládnání*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Podlipný, J., et al. (2007). *Deprese a civilizační choroby, příčina nebo následek?* Praha: MAXDORF.
- Ruiselová, Z., et al. (2006). *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Seedhouse, D. (2001). *Health: the foundations for achievement* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Slepičková, I. (2001). *Sport a volný čas adolescentů*. Praha: FTVS UK.
- Stejskal, P., (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Štajnochrová, S. (2009). Body image a stravovací zvyklosti dětí staršího školního věku. In E. Řehulka (Ed.), *Aktuální otázky výchovy ke zdraví*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Tázarová, K. (2015). *Hodnocení body image a zdraví u dospělých mužů a žen ve vztahu ke kategoriím BMI*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- The Social Progress Imperative (n.d.). Homepage. Retrieved 28. 3. 2016 from World Wide Web: <http://www.socialprogressimperative.org/>.

- The Social Progress Imperative (n.d.). *Social progress index*. Retrieved 28. 3. 2016 from World Wide Web: <http://www.socialprogressimperative.org/en/data/spi/countries/CZE>.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, (2014). *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Praha: Autor.
- Vaňurová, H. (2006). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD Brno.
- Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Venglářová, M., et al. (2011). *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing. a.s.
- World Health Organisation, (2007). *Steps to health: A European Framework to Promote Physical Activity for Health*. Copenhagen: Autor.
- World Health Organisation, (2011). *Designing the road to better health and well-being in Europe. Presentation at the 14th „European Health Forum Gastein“*. Bad Hofgastein: Autor.
- World Health Organisation, (2014). Media centre. *Physical activity*. Retrieved 8. 4. 2014 from the World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
- World Health Organisation (2015). Diabetes. Retrieved 4. 4. 2016 from World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
- World Health Organisation (2015). Obesity and overweight. Retrieved 4. 4. 2016 from World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Zemanová, V. & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

11 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Přístupy ke zdraví z hlediska sociologie	25
Tabulka 2. Hodnocení BMI pro dospělé populaci dle WHO.....	38
Tabulka 3. Základní charakteristiky sledovaného souboru	56
Tabulka 4. Základní charakteristiky jednotlivých kategorií sledovaného souboru.....	57
Tabulka 5. Celková životní spokojenost	58
Tabulka 6. Životní spokojenost v jednotlivých oblastech	60
Tabulka 7. Srovnání životní spokojenosti v jednotlivých oblastech u nízké, střední a vysoké PA	60
Tabulka 8. Spokojenost s vlastním BI	62

12 SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1. Hierarchie dvou základních dimenzí kvality života a jejich vzájemné interakce.....	13
Obrázek 2. Hierarchie ukazatelů kvality života	17
Obrázek 3. Porovnání ČR s ostatními státy v žebříčku SPI.....	22
Obrázek 4. Vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví.....	26
Obrázek 5. Biopsychosociální model zdraví a nemoci.....	32
Obrázek 6. Fáze generálního adaptačního syndromu	34
Obrázek 7. Struktura pohybové aktivity.....	45
Obrázek 8. Potravinová pyramida.....	47
Obrázek 9. Průměrné hodnoty BMI celého souboru a jednotlivých kategorií.....	58
Obrázek 10. Celková životní spokojenost.....	59
Obrázek 11. Srovnání životní spokojenosti v jednotlivých oblastech u nízké, střední a vysoké PA	61
Obrázek 12. Srovnání spokojenosti s vlastním BI	62
Obrázek 13. Srovnání spokojenosti s položkou zdraví (DŽS).....	63
Obrázek 14. Srovnání jednotlivých položek zdraví.....	64
Obrázek 15. Srovnání jednotlivých položek DŽS s normou	65

13 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BI	Body image
BMI	Body mass index
ČSÚ	Český statistický úřad
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
HDI	Human Development index (Index lidského rozvoje)
HDP	Hrubý domácí produkt
HRQoL	Health-Related Quality of Life (zdravotní stav související s kvalitou života)
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire (Mezinárodní dotazník pohybové aktivity)
M	Aritmetický průměr
Max	Maximum
Min	Minimum
N	Četnost
OSN	Organizace spojených národů
PA	Pohybová aktivita
QOL	Quality of Life (kvalita života)
SD	Směrodatná odchylka
SPI	Social Progress Index (Index společenského rozvoje)
UNDP	United Nations Development Programme (Rozvojový program OSN)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)