Vysoká škola ekonomická v Praze

Diplomová práce

2012 Lucie Jarošová

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta podnikohospodářská

Studijní obor: Podniková ekonomika a management



Název diplomové práce:

Zdravý životní styl mezi českými spotřebiteli

Autor diplomové práce: Lucie Jarošová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Ondřej Pešek

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma
„Zdravý životní styl mezi českými spotřebiteli“
vypracoval/a samostatně s využitím literatury a informací,
na něž odkazuji.

V Praze dne 12. prosince 2012 Podpis

Název diplomové práce:

Zdravý životní styl mezi českými spotřebiteli

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá životním stylem české populace. Klade si za cíl zmapovat charakteristiky a specifika jejího životního stylu, zodpovědět jak přistupuje ke svému zdraví, jak se o něj stará, do jaké míry dodržuje zásady zdravého životního stylu a jaké jsou její znalosti na poli této problematiky. V teoretické části práce je nejprve na základě analýzy odborné literatury poskytnuto komplexní vymezení tohoto pojmu, poté je za pomocí řady studií mapováno rizikové chování české populace ve vztahu k nepřenosným onemocněním, za nimiž stojí nezdravý životní styl. V praktické části práce jsou pak pomocí rozboru dotazníkového šetření doplněného analýzou agenturních dat Marketing & Media & Lifestyle zodpovídány otázky pojmenované v cíli práce, a to nejprve v rámci celé populace a následně pak v rámci tří vybraných skupin respondentů: (1) těch, kteří svůj životní styl považují za zdravý, (2) těch kteří nikoli a (3) skupiny mladých lidí.

Klíčová slova:

Zdravý životní styl, nepřenosná onemocnění, civilizační choroby, zdraví, sociální marketing

Title of the Master´s Thesis:

Healthy Lifestyle among Czech Consumers

Abstract:

This thesis is devoted to the lifestyle of the Czech population. The empirical research aims identify key characteristics of lifestyle of the Czech population, show the range of approaches to health, find out in what ways the Czech population cares about health, study to what extent Czechs respect the principles of a healthy lifestyle and investigate how well informed Czechs are about health. The theoretical part of this study consists of analyzing specialized literature in order to provide a comprehensive definition. Then using a number of previous studies it maps the risk behavior of the Czech population in relation to non-communicable diseases that can be caused by unhealthy lifestyle. The empirical part of the thesis provides tentative answers to the questions mentioned above. That is done by analyzing survey data complemented by an analysis of data provided by Marketing & Media & Lifestyle. The analyses concern both the entire Czech population and subsequently three selected sub-groups of respondents: (1) those who consider their lifestyle as healthy, (2) those who do not, and (3) a category of young people.

Key words:

Healthy lifestyle, non-communicable diseases, civilization diseases, health, social marketing

P o d ě k o v á n í

Zde bych ráda poděkovala panu Ing. Ondřeji Peškovi za jeho cenné připomínky, odbornou pomoc a vedení této diplomové práce.

ÚVOD 9

TEORETICKÁ ČÁST 11
1 Zdraví 11
1.1 Pohled světové zdravotnické organizace 11
1.2 Další teoretické přístupy k pojmu zdraví 13
1.3 Zdraví v dnešní společnosti 14
2 Životní styl 16
3 Zdravý životní styl 19
3.1 Zdravý životní styl dle Ctibora Drbala 19
3.2 Wellness 20
3.2.1 Wellness dle Evy Blahušové 21
3.2.2 Wellness dle Hana Cathala a Vladimíra Kleschta 23
3.3 Tři pilíře zdravého životního stylu dle Čeledové a Čevely 23
3.4 Funkční vzorce chování dle Marjory Gordonové 24
3.5 Zdravý životní styl dle Kubíčkové 24
3.6 Činnosti sebezničující a činnosti sebezáchovné dle Tučka a Friedlanderové 25
3.7 Faktory pozitivního a negativního přístupu ke zdraví 25
3.8 Zdraví pro všechny v 21. století 26
3.9 Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace EHIS CR 27
4 Situace v České republice 29
4.1 Globální zpráva o stavu nepřenosných onemocnění 29
4.2 Zájem státu 33
4.3 Výživa 35
4.4 Pohybová aktivita 39
4.5 Alkohol 41
4.6 Tabakismus 42

PRAKTICKÁ ČÁST 47
5 Metodologie 47
5.1 Dotazník 47
5.2 Market & Media & Lifestyle 49
6 Analýza výsledků 50
6.1 Analýza prvního stupně 50
6.1.1 Životní styl ve vztahu ke zdraví 53
6.1.2 Výživa 54
6.1.3 Pohybová aktivita 60

6.1.4 Alkohol a tabakismus 61
6.1.5 Tělesná a duševní pohoda 63
6.1.6 Vztah jedince ke svému zdraví 65
6.1.7 Projekty podporující zdravý životní styl 67
6.2 Analýza druhého stupně 70
6.2.1 Životní styl těch, kteří jej označují za zdravý 70
6.2.2 Životní styl mladých lidí 76
6.2.3 Životní styl těch, kteří jej neoznačují za zdravý 80
6.3 Shrnutí výsledků 83
6.3.1 Životní styl české populace 83
6.3.2 Životní styl těch, kteří jej označují za zdravý 84
6.3.3 Životní styl mladých lidí 85
6.3.4 Životní styl těch, kteří jej neoznačují za zdravý 86

ZÁVĚR 88

Literatura 91
Knižní zdroje 91
Elektronické zdroje 93
Elektronické dokumenty 94
Seznamy 96
Seznam Tabulek 96
Seznam Grafů 96

Úvod

Zdravý životní styl se stal dominantním diskursem dnešní společnosti, tématem, které prostupuje řadou vědeckých disciplín, marketing nevyjímaje. Současná společnost je více než kdy dříve posedlá zdravím, základními tématy naší existence se stává péče o zdraví, optimalizace potenciálu zdraví každého jednotlivce a prevence. Témata spojená se zdravím k nám pronikají odevšad, dávno je tomu, jsme nebyli neustále atakováni zdravotními příkazy, zákazy nebo doporučeními, kdy jsme nebyli zavaleni obrovským množstvím mnohdy rozporných informací. Znalost zásad zdravého životního stylu přestává vyžadovat naši vědomou angažovanost, téměř každý z nás o zdraví něco ví. Mohlo by se tedy zdát, že principy zdravého životního stylu začínají patřit k našemu obecnému povědomí, statistiky prevalence civilizačních chorob, resp. mortality jimi zapříčiněné však ukazují, o jak lichý úsudek se jedná.

Odborné kruhy již dnes nehovoří o nezdravém životním stylu, součástí jejich slovníku se stává epidemie nezdravého životního stylu, s níž je spojena řada faktorů: nezdravé stravování, nedostatečná fyzická aktivita, kouření, nadužívání alkoholu či užívání drog a mnohé další. Tato epidemie ve svém důsledku ústí v řadu nežádoucích zdravotních a sociálních jevů, na zdraví je tak třeba nahlížet jako na cennou hodnotu z hlediska celé společnosti, nikoli pouze jedince samotného. Snaha omezovat nepříznivé dopady takovéhoto rizikového chování je naprosto pochopitelná, skutečně účinná však může být pouze tehdy, pokud bude znám reálný rozsah a kontext tohoto chování. Pro oblast prevence je třeba získávat aktuální data o chování a postojích lidí tak, aby je bylo možné v rámci preventivních osvětových kampaní oslovit na základě skutečné znalosti. Tyto kampaně již však nejsou dominantou státního aparátu, iniciativy na poli zdravého životního stylu se ujímá soukromý komerční sektor, pro nějž se zdraví stává výnosným byznysem. Jeho problematika nabízí komerční sféře netušené možnosti, neboť zahrnuje prakticky vše, co děláme a jak žijeme, náš životní styl. Snaha obrátit naši pozornost k pěstování zdravého životního stylu je proto pochopitelná.

Tyto skutečnosti mě vedly k tomu zaměřit svou diplomovou práci právě na toto téma. Zajímalo mne, jak český spotřebitel přistupuje ke zdraví, resp. fenoménu zdravého životního stylu obecně. Jak se o své zdraví stará, do jaké míry dodržuje zásady zdravého životního stylu resp. jeho prvky, jaké je jeho povědomí o této tématice, jaké oblasti jsou nejvíce zanedbávány, na jaké oblasti je třeba se v rámci sociálně marketingových kampaní zaměřit. Zkrátka, jaké je jeho chování a postoje ve vztahu k zdravému životnímu stylu. Ráda bych, aby práce zdůraznila závažnost zdravého životního stylu a jeho jednotlivých elementů, chtěla bych ukázat, jak výrazně preventivní ve vztahu k civilizačním chorobám může být dodržování jeho zásad.

Diplomovou práci jsem rozdělila do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Nejprve se věnuji nezbytnému vymezení pojmu zdraví, k jehož definování nabízím vícero pohledů a úvah, a také konceptu životního stylu. V následující kapitole navazuji tématikou zdravého životního stylu, k jehož vymezení dávám prostor řadě konceptů rozličných disciplín tak, aby čtenáři poskytly zcela komplexní

pohled na zdravý životní styl, resp. jeho jednotlivé prvky. Cílem této kapitoly je analýza odborné literatury vztahující se k problematice zdravého životního stylu, která čtenáři poskytne souhrnné vymezení tohoto pojmu, jednotná definice zde neexistuje. Literatury věnující se tomuto tématu je velmi mnoho, budu se tedy snažit čerpat z rozsáhlého množství materiálů tak, aby bylo toto vymezení opravdu výstižné a nic neopomnělo. Odkrytí prvků životního stylu je pak důležité nejen pro praktickou část práce, ale také pro následnou kapitolu. Další kapitola, jež vychází z Globální zprávy o stavu nepřenosných onemocnění zpracované Světovou zdravotnickou organizací, mapuje situaci v České republice na poli nezdravého životního stylu. Po vzoru této studie zde pracuji se čtyřmi nejčastějšími behaviorálními rizikovými faktory těchto chorob: výživa, pohybová aktivita, alkohol a tabakismus. Neopomínám zde zmínit roli státního aparátu v rámci ochrany veřejného zdraví, stejně jako programy zdraví podporující. Cílem této kapitoly je analýza rizikového chování v České republice ve vztahu k nepřenosným onemocněním, a to za pomocí různých studií či projektů, které se této tématice věnují.

V praktické části jsem, abych mohla zodpovědět položené otázky, zvolila dotazníkové šetření, jeden z nejhojněji využívaných přístupů k poznání chování populace a jeho determinant. Připojila jsem také rozbor dat z rozsáhlé databáze Marketing & Media & Lifestyle, jež je založena na více než 15 tisících respondentech. K analýze využiji nástroj Data Analyzer, který taktéž vytvořila společnost Median, a to speciálně pro práci s touto databází. V rámci dotazníkového šetření se budu nejprve věnovat rozboru celého souboru respondentů, jakožto reprezentantů české populace, poté navážu analýzou tří skupin respondentů: těch, kteří svůj životní styl považují za zdravý, těch, kteří jej za zdravý nepovažují a mladých lidí. Cílem je nahlédnout do životního stylu české populace resp. jednotlivých skupin respondentů, zmapovat její charakteristiky a specifika, zodpovědět jak přistupuje ke svému zdraví, jak se o něj stará, do jaké míry dodržuje zásady zdravého životního stylu a jaké jsou její znalosti v problematice zdravého životního stylu resp. jeho jednotlivých částí. Společně s teoretickou částí práce, bych tak ráda poskytla komplexní pohled na českou populaci ve vztahu k fenoménu životního stylu, tedy aktuální data o chování a postojích lidí, které jsou potřebné pro sociálně marketingové kampaně.

V práci lze tedy identifikovat dva hlavní cíle. Prvním je analýza odborné literatury vztahující se k problematice zdravého životního stylu, která poskytne ucelené vymezení pojmu zdravý životní styl, resp. jeho jednotlivých prvků a také analýza rizikového chování české populace ve vztahu k nepřenosným resp. civilizačním onemocněním, nepřímo tak představit projekty, které se touto tématikou zabývají. Tento cíl lze shrnout jako komplexní zpracování teoretických východisek práce. Druhým cílem je pak nahlédnutí do životního stylu české populace, resp. tří vybraných kategorií respondentů a zmapovat její charakteristiky a specifika. Chci zodpovědět otázku, jak česká populace přistupuje ke svému zdraví, jak se o něj stará a do jaké míry dodržuje zásady zdravého životního stylu, resp. jeho součástí, jaké jsou její znalosti v této problematice.

Teoretická část

1 Zdraví

Co je vlastně zdraví? Každý jsme přesvědčen, že tomuto pojmu plně rozumíme, často však pouze do chvíle, kdy jej máme verbálně upřesnit. Leckdo z nás si pak musí přiznat, jak nejednoznačným se pro něj tento pojem stává, kolik různých obsahů, od abstraktních po konkrétní, najednou nabývá. Pravda je však taková, že jde o těžko vymezitelný fenomén. Jeho definice jsou často buď příliš dlouhé a nesrozumitelné či naopak vágní a neúplné, avšak představiteli vědních oborů akceptované. V úvahu je také třeba vzít jejich časovou dynamičnost. Jak upozorňuje Parusniková, kritéria zdraví se neustále mění, zjemňují, zpřísňují či rozšiřují[1]. Nabízí se otázka, zda je třeba tento pojem pevně vymezovat. Určitou alternativu k definičnímu vymezování nabízí Žáček, který uvádí, že zdraví patři mezi tzv. primitivní pojmy, tj. takové, které intuitivně chápeme zcela jasně, avšak exaktní definice je pro nás velmi obtížná[2].

Následující řádky představují základní teoretické uchopení tohoto pojmu tak, jak jej nabízí odborná literatura.

1.1 Pohled světové zdravotnické organizace

Patrně nejznámější a nejvyužívanější definici zdraví přináší Světová zdravotnická organizace[3], která ve svém originálním znění z roku 1946 říká:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."[4, 5]

Nejedná se tedy pouze o samotnou nepřítomnost nemoci a neduživosti, jde o stav, kdy je člověku dobře po stránce fyzické, psychické i sociální. Obsahuje tři klíčové pojmy.

[1] PARUSNIKOVÁ, Zuzana, Biomoc a kult zdraví. In: *Sociologický časopis = Czech sociological review*, s. 131.
[2] GLADKIJ, Ivan a KOLDOVÁ, Zdenka, *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 14.
[3] World Health Organization, WHO. Původně se nejednalo o definici, ale o jeden z odstavců Ústavy WHO, který vyjadřoval cíl její činnosti.
[4] *„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti."*
[5] WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Frequently asked questions* [online], [cit. 2012-08-07], Available from: http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html

- *Disease.* Nemoc, jakožto centrální pojetí soudobé medicíny, je definována jako odchylka od určité normy, jež je považována za standard. Přičemž je zde důležité, že jde o stav objektivně zjistitelný. Příznaky nemoci jsou tedy objektivně prokazatelné, reálně kvantifikovatelné – obvykle v podobě fyziologického údaje.
- *Infirmity*. Překládáme jako neduživost, churavost, slabost či vratkost. Člověk neduživý je věkem sešlý, slabý, často stonavý.
- *Complete*. Neboli úplný, naprostý, dokonalý, celý, tj. takový stav, kdy nic neshází.

Definici je vytýkána přílišná obecnost, nedostatečně definovaná pohoda (well-being) a nezohlednění prvku dynamiky zdraví[6]. Komplexnější kritické zhodnocení této definice nabízí profesor Jaro Křivohlavý.

Přednost tohoto vymezení spatřuje v tom, že poukazuje na zdraví jako na hodnotu pozitivní, obecně žádoucí, která má motivační charakter a naznačuje cíl, k němuž by měla směřovat snaha těch, kteří se problematikou zdraví zabývají. Akcentuje, že zdraví je více, než jen holá nepřítomnost nemoci a není otázkou pouze zdraví fyzického, zahrnuje také aspekt psychiky (duševní zdraví) a vzájemných mezilidských vztahů (sociální zdraví).

Opomíjí však stav, kdy člověku „není dobře“. Jedná se o negativní pocit člověka, kterému něco shází či ho něco bolí, není však možné říci, co je příčinou těchto pocitů, neboť je není možno objektivně podložit. Sotva však o takovémto člověkovi můžeme říci, že je zdráv. Stejně tak definice nedbá duchovní oblasti lidského bytí (duchovní resp. spirituální zdraví)[7]. Absenci spirituální oblasti lidského života vytýká také Martin, který připomíná, že moudří lékaři a pacienti začínají v dnešní moderní době chápat duši a tělo jako dvě slabiky jediného slova[8]. Také Chopra hovoří o významu duchovní vyrovnanosti jakožto součásti zdraví. Vymezuje jej jako stav, kdy člověk cítí radost a chuť do života, kdy cítí smysl pro naplnění v každém okamžiku své existence. Takto zdravý člověk se cítí stále mlád, plný života, šťastný[9]. A konečně, pokud chápeme osobní sféru jako sféru osobního zaměření v oblasti hodnot, pak je třeba v ní respektovat také oblast „zdravých“ ekologických, sociálních, politických či náboženských cílů. Křivohlavý uzavírá, že stejně jako WHO nevymezuje dostatečně všechny termíny, které užívá, nedefinuje také kritéria ideálu, který stanovuje. Ideál zdraví se pak stává nepraktickým. Navíc, tím, že jej staví až příliš vysoko, každému ukazuje jedinci, že jeho zdravotní stav je nedokonalý.

[6] IVANOVÁ, Kateřina, Životní styly jako cesta ke zdraví. In: *Aktuální problémy životního stylu*, s. 62.
[7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, s. 38.
[8] MARTIN, Eduard P, Umění být zdravý. In: *Revue prostor*, s. 19.
[9] CHOPRA, Deepak, *Cesty ke zdraví*, s. 15.

1.2 Další teoretické přístupy k pojmu zdraví

Teoretický koncept zdraví dlouhodobě rozpracovává doktor David Seedhouse[10]. Jeho monografie je jednou z nejsolidnějších publikací zabývajících se různými teoriemi zdraví. Ze závěrů Seedhouse vychází Křivohlavý spolu se svými kolegy, teoretické uchopení však přináší své vlastní. Rozlišuje, zda je na zdraví pohlíženo jako na prostředek k dosažení určitého cíle, či zda je chápáno jako cíl samo o sobě, jako celkový stav veškerého lidského snažení. Jím vymezené kategorie užívaných definic se pak pohybují mezi těmito dvěma dimenzemi.

- Definici WHO řadí do kategorie *Zdraví jako ideál*.
- Druhou definiční kategorií je *Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly*. Na zdraví je pohlíženo jako na určitý druh síly, která člověku pomáhá překonávat životní těžkosti. Takováto životní síla resp. zdraví pak umožňuje člověku zvítězit nad nemocí, kterou je ohrožen.
- *Zdraví jako metafyzická síla*. Společným prvkem souboru těchto teorií je představa zdraví, které člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je zdraví samotné. Zdraví je tak vnímáno jako prostředek k vyšším cílům, jako schopnost odolávat tlakům negativních životních podmínek a pozitivně reagovat na problémy, jež život lidem klade do cesty. Jelikož je schopnost zvládat těžké životní osudy či téměř beznadějné zdravotní stavy těžko představitelná, hovoří se o tzv. vnitřní duchovní síle.
- *Salutogeneze – individuální zdroje zdraví*. Aaron Antonovsky[11] studoval Židy, kteří přežili nacistické koncentrační tábory. Zjistil, že schopnost vyrovnat se s těžkými zážitky, životními problémy a adaptovat se ve změněné životní situaci nespočívala ve fyzickém stavu, jako spíše ve stavu psychickém. Došel k závěru, že nejde o dílčí psychické schopnosti jednotlivých jedinců, ale o celkovou – holistickou – charakteristiku postoje k lidskému bytí. Tuto sílu nazval smysl pro integritu a usoudil, že právě tato charakteristika postoje k životu pomohla lidem přežít útrapy koncentračních táborů. Dále se pokusil vymezit tři základní aspekty zdroje této zdravotní síly: smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů a schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází.
- *Zdraví jako schopnost adaptace*. Zdraví je vnímáno jako schopnost pozitivně reagovat na různé výzvy životního prostředí resp. života, tj. na nepříznivé situace, s nimiž během života přichází do styku. Jde zde o přirozenou lidskou schopnost přizpůsobit si prostředí (např. tím, že se teple obleču, pokud je zima), nebo schopnost přizpůsobit se nepříznivým životním podmínkám (např. tím, že si zvyknu na chladnější životní prostředí).

[10] viz např. SEEDHOUSE, David. *Health: The Foundations of Achievement*.
[11] viz ANTONOVSKY, Aaron. *Unraveling the Mytery of Health*.

- *Zdraví jako schopnost dobrého fungování*, běžněji fitness. Dnes patrně nejrozšířenější pohled na zdraví. Parsons říká, že *„Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.“*[12]
- *Zdraví jako zboží*. Jádro tohoto přístupu je zřejmé, zdraví je zboží, které lze směnit na trhu. Věc, která existuje mimo člověka, kterou lze koupit ve formě léku či lékařského zákroku. Jedná se o poměrně nefrekventovaný pohled na zdraví, který říká, že lidé jsou ve své přirozenosti zdraví a zdraví by také zůstávali, kdyby nenastaly vnější okolnosti, které zdraví poškozují. Pokud má člověk štěstí a okolnosti jsou normální, pak je zdráv, pokud se ale vnější podmínky od normálu odkloní, o své zdraví přijde. Stejně tak jako může přijít o jakoukoli spotřební komoditu, může přijít o své zdraví, a naopak.

Co mají tato definiční pojetí zdraví společné? Chápou jej jako důležitý moment k uskutečňování životních cílů, přičemž na něj pohlíží jako na jev dynamický, jež se pohybuje od pólu zdraví k pólu nemoci. Dobré zdraví chápou jako mimořádně vysokou a žádoucí životní hodnotu a nazírají na něj z širšího zorného úhlu – berou v úvahu i psychické, sociální a duchovní aspekty zdraví. Dále pak vidí úzký vztah mezi lidským zdravím a kvalitou života, kladou důraz na osobní zodpovědnost každého jedince za své zdraví. Zdraví nevidí jako individuální problém, ale zaměřují pozornost také na jeho komunitní, ekonomickou a politickou podmíněnost[13].

S ohledem na vztah zdraví a jeho kvality přináší Křivohlavý definici:

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobného snažení druhých lidí.“[14]

Kvalitu života hodnotí jedinec z pohledu jeho spokojenosti s dosahováním cílů, jež určují směřování jeho života, přičemž jsou tyto cíle směřování života hodnoceny dle hierarchie hodnot, resp. duchovního hlediska. Týká se cílů, k nimž je životní úsilí daného člověka zaměřeno.

1.3 Zdraví v dnešní společnosti

Zdraví se dnes stává povinností každého civilizovaného jedince. Kubíčková nabádá k tomu, abychom převzali zodpovědnost za svůj život, resp. své zdraví. Probudíme tím automaticky úctu k životu svému

[12] PARSONS, Talcott. *Definitions of Health and illness in the light of American values and social structure*. In CAPLAN. A. L., et al. *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspective*. In: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*, s. 35.
[13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, s. 33 – 39.
[14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, s. 40.

i všech ostatních tvorů a bytostí. Péči o zdraví vnímá jako všelidský mravní úkol dnešní společnosti[15]. Podobně o novém významu zdraví v moderní společnosti, jež se stává morální povinností civilizovaného jedince, hovoří Parusniková. Nepopírá, že by zdraví nebylo vždy důležitou hodnotou pro člověka, vidí zde však bezprecedentní posun k uctívání kultu zdraví, který artikuluje imperativ zdraví: současnou povinnost pro každého a cíl pro všechny. Existence kultu zdraví nemá samozřejmě za následek perfektní zdravotní poslušnost a disciplínu. Osvojíme-li si však např. některé nezdravé návyky, cítíme většinou jakési provinění, touhu skrýt je před ostatními a vyhnout se tak nesouhlasnému pohledu společnosti, který nám přisuzuje stigma abnormality a imorality[16].

Medicínský pokrok je dnes velmi výrazný, přibývá však nemocí, které si způsobujeme špatným životním stylem. Na onemocnění kardiovaskulární, onkologická, diabetes, poruchy příjmu potravy, psychické potíže, lupénku a celou řadu dalších civilizačních chorob, jimiž dnes trpí převážně lidé ze západních bohatých společností, je moderní medicína krátká. Umí sice spolu s farmaceutickým průmyslem potlačit jejich důsledky, avšak za cenu polykání závratného množství medikamentů. Trend nadměrné konzumace léků v České republice potvrzuje mj. šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (viz kapitolu 3.9). V rámci šetření byli respondenti dotazováni, zda během posledních dvou týdnů brali nějaké léky. Odpovědi jsou alarmující, více než polovina respondentů (52 %) užívala lékařem předepsané léky, mezi ženami bylo toto procento vyšší (62,3 %) než mezi muži (41,5 %). Rozdíl způsobuje zejména užívání antikoncepčních pilulek a hormonů, pokud bychom je neuvažovali, klesne tento podíl na 52 %. Mezi nejčastěji předepisované léky se řadí léky na hypertenzi (20 % respondentů), což odpovídá vysoké prevalenci hypertenze v populaci, následují léky na bolesti kloubů (11,2 %) a léky na bolesti krku a zad (10,5 %), relativně často užívané jsou také léky na alergie (7 %). Podobný trend je patrný i oblasti léků ve volném prodeji. V posledních dvou týdnech je užívalo 52 % žen a 40 % mužů. Obecně se nejčastěji užívaly vitamíny, minerály a tonika (35 % žen, 28 % mužů), léky proti nachlazení (10 % žen, 8 % mužů) a na bolesti hlavy (12 % žen, 5 % mužů). Z jiných léků se jednalo především o univerzální léky na bolesti a nepříjemné stavy (Paralen, Ibalgin, Ibuprofen)[17]. Pro udržení zdraví je však třeba přistoupit k prevenci, snížit vliv negativních složek životního stylu a přijmout filozofii zdravého životního stylu. Tento krok však musí vycházet z přesvědčení, že svoje zdraví a duševní pohodu máme my sami ve svých rukou a sami sobě za to i odpovídáme[18].

[15] KUBÍČKOVÁ, Miluše, *Vůle ke zdravému životu*, s. 9.
[16] PARUSNIKOVÁ, Zuzana, Biomoc a kult zdraví. In: *Sociologický časopis = Czech sociological review*, s. 132.
[17] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, s. 95 – 100. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008
[18] KLESCHT, Vladimír, *5 pilířů zdravého života*, s. 11 – 13.

2 Životní styl

Životní styl má v běžném povědomí řadu rozličných asociací, souvislostí a představ. Může se vázat na módu, bydlení, hospodaření s volným časem, na to jak pracujeme, co a kde jíme, co si myslíme o sobě a o světě, jakou hudbu posloucháme, co čteme[19], na chování konzumní či ekologické, odlišnosti majority od minority či na zdraví a pohyb, příkladů je spousta. Jeho význam se však v běžném povědomí a reálné každodennosti liší od pojetí užívaného v odborných kruzích.
V nejobecnější rovině lze životní styl vymezit jako *způsob, jakým lidé žijí*, tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v rozličných situacích, baví se, pracují, konzumují, komunikují, rozhodují se, cestují, vyznávají určité životní hodnoty či postoje, starají se o své děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd.[20] Tyto zcela neúplné nástiny elementů životního stylu ukazují, o jak mnohodimenzionální kategorii se jedná. Pro její komplexnost ji nelze studovat z pohledu jediné vědy, její problematika se prolíná napříč všemi disciplínami.

Odborná i populárně naučná literatura pracuje s pojmy životní styl a životní způsob. Je možné tyto pojmy ztotožňovat? Obvykle bývá životní způsob považován za obecnější. Jana Duffková definuje *životní způsob* jako „*systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý subjekt (jedince či skupinu, event. i společenství či společnost coby konkrétní nositele životního způsobu).*“[21]
Jako konkrétnější bývá vnímán pojem *životní styl*, Duffková rozlišuje životní styl jednotlivce a skupiny.

„Životním stylem individua je možné rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si vzájemně odpovídají, jsou ve vzájemném souladu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný ‚styl‘, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnosti, vztahy, zvyklostmi apod. nositele daného životního stylu.“[22]

Životní styl skupiny pak představuje určité společné rysy životního způsobu, resp. jeho hlavních momentů, jež jsou typické pro převážnou většinu dané skupiny. Častěji jde o větší či menší skupiny, jejichž členové se navzájem všichni neznají, obecně vzato však mají společné něco, co je důležité pro vytváření životního způsobu nebo stylu. Jde např. o profesní skupiny či obecněji skupiny vytvářející se

[19] KUBÁTOVÁ, Helena, *Sociologie životního způsobu*, s. 12.
[20] DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš a DUBSKÝ, Josef, *Sociologie životního stylu*, s. 51 – 52.
[21] DUFFKOVÁ, Jana, Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. In: *Aktuální problémy životního stylu*, s. 80.
[22] DUFFKOVÁ, Jana, Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. In: *Aktuální problémy životního stylu*, s. 81.

v souvislosti s povolání nebo přípravou na něj, hovoříme tedy o životním stylu lékařů, právníků, vysokoškolských studentů apod.

Z vymezení obou pojmů je možné si povšimnout jejich divergence i konvergence, které probíhají současně. Patrně proto jsou u mnoha autorů a v mnoha případech tyto termíny pojímány a užívány jako synonyma. Prozatím však neexistuje vědecký konsenzus ve vymezení těchto pojmů, ani jejich elementů a sfér[23]. Životní styl a životní způsob se tak běžně užívají v nejrůznějších kontextech i významech. Jedna část autorů je přitom uplatňuje ve vzájemně se značně se lišících pojetích, druhá je používá na základě zamlčeného předpokladu všeobecné známosti obsahu těchto pojmů, ve smyslu spíše tušeném než výslovně řečeném[24]. Kubátová soudí, že vymezovat obecně obsah těchto termínů není možné ani vhodné. Existují sice znaky, pomocí nichž je lze odlišit, trvat však striktně na dodržování jejich slovního označení nutné není. Uzavírá, že dokud nejsou vymezeny obsahy pojmů, které tyto slova označují, lze je považovat za synonyma[25]. Stejný názor zastávají Čeledová a Čevela[26].

Zvláštní postavení v rámci této terminologie zaujímá nejméně užívaný a nejvíce specifický termín *životní sloh*, jež reprezentuje de facto jediné pojetí, a sice Karla Honzíka, českého architekta a teoretika architektury v širších souvislostech. Byli to právě architekti, kteří si uvědomili, že nestačí pouze navrhovat jednotlivou stavbu, ale že je třeba navrhnout komplexně celé prostředí, v němž má jednotlivec nebo skupina žít. Honzík vymezuje*: „Životní sloh je soustavou vzájemně vztažných forem, jimiž se projevuje život lidské společnosti v určité historické situaci.“*[27] Do vzájemně vztažných norem zahrnuje všechny životní formy: formy věcí, které nás obklopují v prostoru, které vidíme všude kolem sebe a jež nás provázejí denním životem (věcné prostředí) i formy životních stavů (formy vztahu mezi lidmi, formy práce a formy jednání v širším slova smyslu, formy vědomí). Honzík vysvětluje, že na rozdíl od způsobu života, v němž jsou zahrnuty především stránky jednání ekonomického a účelového, má sloh života význam širší. Představuje nejen to, co společnost vyrábí pro svou potřebu, jak společnost upravuje vzájemné vztahy mezi lidmi, jaké zvyklosti si z minulosti přejímá a jaké nové tvoří, nejen to, jak cítí a usuzuje. Sloh života představuje navíc ještě i formy, k nimž společnost touto cestou dospívá. Představuje i citový, smyslový a estetický vztah k věcem a k jednání. Sloh a forma jsou tak dovršením, v němž společnost vyjadřuje smysl své existence[28].

Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, jež jsou založené na individuálním výběru z různých alternativ. Každý se tak můžeme rozhodnout pro zdravou životní cestu a odmítnout tu, která naše zdraví poškozuje. Je však třeba přiznat, že toto chování, jež vychází z rodinných zvyklostí a tradic společnosti, je limitováno ekonomickou situací společnosti a sociální

[23] IVANOVÁ, Kateřina, MAREČKOVÁ, Jana, Pojetí životního stylu v sociálních vědách, v medicíně a v ošetřovatelství – hledání společného východiska. In: *Ošetřovatelství - perspektivní věda i umění*, s. 123.
[24] DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš a DUBSKÝ, Josef, *Sociologie životního stylu*, s. 65.
[25] KUBÁTOVÁ, Helena, *Sociologie životního způsobu*, s. 20.
[26] ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav, *Výchova ke zdraví*, s. 51.
[27] HONZÍK, Karel. *Co je životní sloh*, s. 7.
[28] HONZÍK, Karel. *Co je životní sloh*, s. 10 – 12.

pozicí jednotlivce. Volbou životního stylu tak mohou lidé do určité míry ovlivňovat svůj zdravotní stav, či směrovat k naplňování své životní spokojenosti. Státní zdravotní ústav ve svých materiálech uvádí, že zdravotní stav je z 60 až 70 % ovlivněn životním stylem, z 15 až 20 % zdravotní péčí, z 10 % životním prostředím a z 5 až 10 % dědičností[29]. *„Vzhledem k zásadnímu významu životního stylu pro zdraví je nutné, aby poskytování odpovídajících znalosti, rozvíjení dovedností a návyků a formování postojů bylo součástí výchovy, aby bylo spojováno s výchovou k odpovědnosti za vlastní zdraví,“*[30] konstatují Čeledová a Čevela. Předchozí text ukázal, že zdraví je determinováno fyzicky, psychicky, sociálně a spirituálně a jako jedna z podstatných determinant zdraví je uváděn životní styl. Na zdraví však není možné pohlížet izolovaně, je výsledkem interakce mnoha jevů, které ovlivňují bytí člověka jako svéprávné a svobodné osobnosti. Výše citovaní autoři mezi základní prvky životního stylu řadí *výživu, fyzickou aktivitu, práci, sexuální aktivitu, duševní pohodu, sociální vztahy, odolnost vůči stresu či různé závislosti*[31].

Americký sociální teoretik a futurista, jenž označuje životní styl za superprodukt konzumní společnosti, mj. říká, že *„volba životního stylu, ať již vědomá nebo ne, významně ovlivňuje budoucnost každého člověka – životní styl zavádí řád, soubor principů nebo kritérií, podle nichž dělá každodenní rozhodnutí.“*[32]

[29] ŠOLTYSOVÁ, Taťjana a KOMÁREK, Lumír, *Cesty k vašemu zdraví*, s. 3.
[30] ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav, *Výchova ke zdraví*, s. 54.
[31] ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav, *Výchova ke zdraví*, s. 14.
[32] TOFFLER, Alvin, *Šok z budoucnosti*, s. 150.

3 Zdravý životní styl

Není žádného jiného adjektiva, které by bylo přiřazováno fenoménu životní styl tak často, jako přídavného jména „zdravý“. S termínem zdravý životní styl pravidelně pracuje jak literatura odborná, tak literatura populárně naučná, byť je často úroveň těchto populárních textů nevalné úrovně. Slýcháme jej pravidelně v televizi, rádiu, nalézáme na internetu, v reklamních sděleních či na obalech spotřebního zboží. Následující text osvětlí obsah tohoto pojmu, nabídne možnosti jeho definičního uchopení a ukáže, které jednání jej podporuje a které naopak narušuje.

Zdraví je mnohotvárný a plastický fenomén. Kapitola věnovaná teoretickému uchopení tohoto pojmu ukazuje, o jak obsáhlé téma se jedná. Zahrnuje téměř všechny oblasti lidského života, dotýká se toho, co je uvnitř nás, co je na nás a co nás obklopuje. Jaké faktory jej ovlivňují? Jaké dimenze třeba usměrňovat, aby člověk dosáhl vysoce kvalitního života? Uchopit termín zdravý životní styl v celé jeho komplexitě není jednoduché. Řada autorů k tomuto přistupuje odlišně, jejich myšlenky jsou však ve své podstatě totožné. Chceme-li v teoretické rovině vytyčit cestu zdravého životného stylu, je třeba přistoupit k určitým zjednodušením. V tomto ohledu Drbal poznamenává, že: *„životní styl je médium, jehož prostřednictvím se transformuje celý komplex sociálních i přírodních faktorů do obrazu zdraví každého jednotlivého člověka i veškeré populace. Není však pouhým pasivním odrazem vlivů a působení přírodních a socioekonomických podmínek, ale současně je projevem postojů a aktivit člověka k nabídce přírody a společnosti, je projevem jeho začlenění do společenského reprodukčního procesu.“*[33]

Kapitoly 3.1 až 3.9 přinášejí uchopení pojmu zdravý životní styl optikou autorů z různých oborů a konceptů tak, aby poskytly komplexní pohled na tento pojem.

3.1 Zdravý životní styl dle Ctibora Drbala

Docent Drbal definuje čtyři základní rizikové prvky životního stylu, pomocí nichž je možno posuzovat či predikovat zdravotní stav jedince či populace. Ač upozorňuje, že na životní styl nelze nazírat jednoduše, přiznává, že pro ilustraci je třeba přistoupit k hodnocení několika základních rizikových prvků životního stylu.

[33] DRBAL, Ctibor, *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*, s. 18.

Jako jeden ze základních dominantních faktorů zdravého životního stylu uvádí *stravování*. *Pohybovou aktivitu* vidí jako důležitý rys životního modelu, jež má značný vliv na vznik a průběh mnoha chorob. Dalšími dvěma významnými faktory jsou *sexuální chování a toxikománie*[34].

3.2 Wellness

Komplexní pohled na zdravý životní styl nabízí wellness. Wellness životní styl usiluje o upevnění lidského zdraví, o dosažení stavu, kdy se člověk cítí dobře a fit díky dobré fyzické kondici a svému celkovému zdraví, kdy žije zdravým způsobem života s vyváženou kulturou mysli, těla i ducha. Jeho oblast i obsah jsou formy tvárné. V rámci wellness se hovoří převážně o vnitřním cítění spokojeného a vyváženého stavu, což je především osobní subjektivní dojem každého jednotlivce. Výčet, poměr či hierarchické zastoupení aktivit, technik a orientací je tak pro každého jednotlivce rozdílný, stejně tak není v čase statický. Člověk se fyzicky a duchovně vyvíjí, mění své priority. Nejčastěji jej spojujeme s termíny *celkové duševní, fyzické a mentální zdraví, kvalitní promyšlená výživa, zpomalení stárnutí, dobrá fyzická kondice, dostatek životní energie, kontrola a regulace hmotnosti, fyzická pohoda, mladistvý vzhled, péče o pleť a vlasy a ideální kvalita životního stylu*, přičemž k naplnění tohoto významu využívá řady prostředků[35].

Odkud wellness pochází? V šedesátých letech minulého století došlo v USA k výraznému nárůstu nemocnosti obyvatelstva a s tím spojených nákladů na zdravotní péči. Ve snaze zastavit tento trend a postupně jej snížit, přišel lékař Halbert L. Dunn s koncepcí nového životního stylu věnovaného péči o fyzické a psychické zdraví. V rámci této koncepce se postupně začaly realizovat nejrůznější komplexní programy pro snížení stresu, zlepšení kondice, ozdravení výživy, trávení volného času a vzdělávání. Dunn o wellness hovoří jako o disciplinované oddanosti snaze o osobní dokonalost a jako o životním stylu orientovaném na dosažení povzneseného stavu fyzické a psychické pohody. Pojem wellness pochází ze slov well-being a fitness[36]. Poprvé byl použit v roce 1654 v monografii sira A. Johnsona jako „wealnesse“ a byl definovaný v oxfordském slovníku jako dobré zdraví, dobrý zdravotní stav[37]. Ve skutečnosti však wellness není nic nového, jeho kořeny lze hledat v principu kalokagathiá, jež je pojmenováním starých Řeků rovnováhy duše a těla[38].

[34] DRBAL, Ctibor, *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*, s. 18 – 19.
[35] MÜLLEROVÁ, Alena, *Wellness jako životní styl*, s. 14.
[36] LOJKOVÁ, Daniela, *Získejte rovnováhu těla, mysli, duše a ducha*, s. 14 – 15.
[37] CATHALA, Hana, *Wellness: od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*, s. 14.
[38] MÜLLEROVÁ, Alena, *Wellness jako životní styl*, s. 10.

Česká asociace wellness využívá následující definice: *„Slovo WELLNESS znamená stav/pocit blahobytu, jež je maximálně orientovaný na individuální možnosti člověka – vlastní osoby. Je to dlouhotrvající – stupňující se proces přeměny Vaší psychické, intelektuální, emoční, sociální, duchovní a okolní pohody. Tyto parametry jsou nejdůležitější součástí wellness. Wellness je také označení pro strukturu, zařízení a prostor, které jsou realizovány v konceptu s touto filozofií (architektura, design, barvy…) a pro programy, které nás k pocitům wellness vedou (procedury, balíčky, menu…). Wellness prostor je v nás i v přírodě, pokud nám zajišťuje prožitek krásy, klidu a míru.“*[39] Blahušová nabízí další vymezení:

„Wellness se definuje jako stálé a uvážené úsilí k udržení zdraví a dosažení nejvyšší úrovně životní pohody. Mít vysokou úroveň wellness znamená těšit se dobrému zdraví, být šťastný, být schopen řešit stresové situace, účastnit se náročně fyzické činnosti, být energický, mít dostatek sebedůvěry, milovat a být milován, žít plnohodnotným životem.“[40]

Nejedná se o statický fyzický stav, ale o neustále se měnící úroveň fungování, která je závislá na odpovědnosti každého jednotlivce. Wellness je mnohem více než jen pouhé odstranění bolesti nebo nemoci či prevence vůči nim, jde o soustavné úsilí dosáhnout maximálních možností.
V absolutním slova smyslu není možné wellness dosáhnout, jelikož je stále kam kráčet. Jde zde o celoživotní hledání optimálního fungování, o zvyšování kvality života, v níž hraje důležitou roli osobní zodpovědnost každého individua.

Wellness životní styl je vymezen dimenzemi resp. pilíři. Ty, stejně jako základní rizikové faktory definované Drbalem, mohou být měřítkem zdravého životního stylu.

3.2.1Wellness dle Evy Blahušové

Fyzická dimenze představuje veškeré fyzické aspekty, které mohou působit na kvalitu života. Jedná se zejména o tělesnou zdatnost, zdravou výživu, kontrolu hmotnosti a prevenci kardiovaskulárních, nádorových a dalších onemocnění, dále pak také rizikové faktory jako např. alkohol, tabák či drogy, které mohou být příčinou předčasných úmrtí a řady nemocí. Ve vztahu ke zdraví a wellness se jedná o nejdůležitější součást životního stylu, proto je jí v práci věnována vyšší pozornost.
Spirituální dimenze je z pohledu wellness chápána jako rozvoj vnitřní osobnosti, vlastního duševna. Je projekcí životních zkušeností a jejich odrazů v hledání smyslu vlastního života. Spirituální

[39] ČESKÁ ASOCIACE WELLNESS, *Význam slova wellness* [online], [cit. 2012-07-20], Dostupné z: http://www.spa-wellness.cz/ceska-asociace-wellness/vyznam-slova-wellness/
[40] BLAHUŠOVÁ, Eva, *Wellness: jak si udržet zdraví a pohodu*, s. 3.

objasnění osobní hodnoty a víry v sebe sama je výsledkem schopnosti určit skutečný zdroj potěšení, radosti a naplnění života jednotlivce. Pro každého je tato dimenze jedinečná, každý projde jinou cestou sebepoznání. Může se jednat o schopnost identifikovat a změnit vlastní slabosti, změnit hodnotu materiálních požitků, být skromný, pomáhat ostatním, umět přiznat svoje chyby atd.

Emocionální dimenze je souborem všech emocionálních stavů, které identifikují a definují „vlastní já“. Blahušová tuto dimenzi dělí na tři hlavní oblasti. První je emocionální uvědomění, které představuje poznání pocitů vlastních a pocitů ostatních lidí, dále pak emocionální přijetí, které znamená pochopení normálních lidských emocí a emocionální management, jež je schopností kontroly a vypořádání se s vlastními pocity. Podstatou je udržet emocionální stabilitu, tedy střed mezi emocemi příliš velkými a příliš malými. Jde o schopnost smát se, mít radost ze života, přizpůsobovat se změnám a vypořádat se se stresem.

Každý člověk musí být ve vzájemném vztahu s jinými lidmi. *Sociální dimenze* wellness přestavuje schopnost porozumění ostatním lidem a pochopení jejich vzájemných odlišností. Vysoká úroveň wellness a zdraví jde ruku v ruce s tím mít dobré přátele, úzké rodinné vazby a důvěryhodný partnerský vztah. Sociální dimenze zahrnuje jednotlivosti jako např. návštěvy přátel, držení se za ruce, úsměvy, zpěv, mazlení se s domácím zvířetem či třeba psaní a dostávání dopisů.

Mentální dimenze je obrazem intelektuálních a tvůrčích aspektů mozku, přičemž obsahuje stálou radost ze získávání nových znalostí a zkušeností. Zahrnuje jistý prvek zvědavosti, jelikož cesta po jejím ukojení povede k získání nových znalostí. Schopnost myslet jasně a přizpůsobit se novým informacím je v životě důležitá nejen pro činění správných rozhodnutí, ale také pro úplnou radost z toho, že se jedinci nabízí vysoce kvalitní život. Pro mentální dimenzi jsou charakteristické tvůrčí schopnosti. Udržování napětí mezi myšlením a novou informací je zdravou cestou k udržení mentální čilosti.

Blahušová poznamenává, že člověk, jež má vysokou úroveň wellness, je chráněn před mnoha nemoci, neboť si díky svému přístupu k životnímu stylu vytváří rovnováhu mezi fyzickou, emocionální, sociální, intelektuální a spirituální dimenzí života.

Jak dosáhnout vysoké úrovně wellness? Jaké jsou nejdůležitější součásti životního stylu, které významnou měrou ovlivňují úroveň wellness jednotlivce? Přidržíme-li se terminologie Drbala, hovoří Blahušová o pěti rizikových faktorech, které mají nesmírný význam na úroveň wellness, zejména pak na jeho fyzickou dimenzi. Jsou jimi: *fyzický fitness, výživa a kontrola hmotnosti, návyky, pozitivní přístup k životu a ovlivňování stresu*. Přestože poukazuje na důležitost vyrovnanosti všech dimenzí, přiznává, že tyto aspekty ovlivňují významnou měrou zejména dimenzi fyzickou[41].

[41] BLAHUŠOVÁ, Eva, *Wellness; Fitness*, s. 15 – 22.

3.2.2Wellness dle Hana Cathala a Vladimíra Kleschta

Jednotliví autoři k vymezení wellness životního stylu přistupují rozdílně, v jádru se však jejich myšlenky prolínají. Následující text ve stručnosti nastiňuje další pohledy. První koncept, jenž se skládá ze tří pilířů, nabízí ve své publikaci Wellness – od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu Cathala.
První pilíř spatřuje ve společenství. Zdroje wellness v něm hledá ten, kdo k vnitřnímu klidu potřebuje společnost přátel, rodiny, lidí s podobným názorovým založením, stejné životní filozofie či zájmů, lidí s podobnou životní cestou atd. Takovéto společenství umožní odlehčení si od starostí, vydání negativní energie a přijmutí energie pozitivní. Tím, že si ve skupině nacházíme naše místo a poznáváme sami sebe, sebeuvědomujeme se ve vztahu k druhým.
Druhým pilířem je příroda, která dává prostor k expanzi, pohybu, regeneraci, meditaci, relaxaci, objevování. Příroda léčí a nabízí nám své zdroje (oheň, voda, vzduch, země) k přímému užívání nebo zprostředkovaně v podobě potravin, přičemž správně zvolená strava může být zdrojem wellness.
Třetím pilířem je sebenaplnění. Tato dimenze se obrací k nám samým, k našemu tělesnému a niternímu já, k našim individuálním hodnotovým systémům a potřebám vyvíjení se a sebeuvědomění. Jde o schopnost najít vnitřní pohodu, rovnováhu a celkovou harmonii v sobě samém. Vnitřní vyrovnanosti můžeme dosáhnout získáváním příjemných pocitů, pocitů blaženosti a rozkoše, skrze naše smysly. Jejich zdroj můžeme hledat v restauracích, galeriích, chrámech, v přírodě, u rodiny, ve wellness centrech, zkrátka všude, kde jsou naše smysly potěšeny a inspirovány. Důležitou roli hraje také aspekt fyzický. Pocit dobré formy, spokojenost se svou krásou, stav zdraví a vitality, to jsou důležité aspekty, které spokojenost s naším fyzickým vzhledem ovlivňují[42].

Odlišný koncept pěti pilířů nabízí autor publikací o zdravém životním stylu Vladimír Klescht: *obrana proti stresu, výživa, fyzická zdatnost, regenerace a relaxace a ochrana proti škodlivým návykům*[43].

3.3 Tři pilíře zdravého životního stylu dle Čeledové a Čevely

V publikaci Výchova ke zdraví pracuje Čeledová a Čevela se třemi pilíři zdravého životního stylu. *První pilíř představuje zdravá výživa*, věnují se zde problematice životosprávy v užším slova smyslu, tedy otázkám a zásadám optimální a efektivní výživy, která tvoří základ celé naší životosprávy. *Druhým pilířem je tělesná aktivita, třetím duševní hygiena.* Duševní hygienou rozumíme, dle Míčka, systém propracovaných pravidel a rad soužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševní

[42] CATHALA, Hana, *Wellness: od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*, s. 20 – 23.
[43] KLESCHT, Vladimír, *5 pilířů zdravého života*.

rovnováhy[44]. Stěžejním pojmem této disciplíny je duševní zdraví, pod nímž chápeme dosažení ideálního stavu, jež je výsledkem dodržování zásad duševní hygieny. Těmi jsou zásady životosprávy, jednání s lidmi, řešení konfliktů a životních situací, zvládání emocionálního napětí, stresových situací, psychických zátěží apod. Autoři se v rámci tohoto pilíře dále věnují otázce práce a relaxace, spánku, hospodaření s časem, smyslu zdravého života, stresu či hledání životní cesty. Dále definují rizikové faktory, které, dle rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností, nejvíce poškozují zdraví, jsou jimi: *kouření, nadměrný konzum alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, malá pohybová aktivita, psychická zátěž, rizikové sexuální chování*[45].

3.4 Funkční vzorce chování dle Marjory Gordonové

Marjory Gordonová stanovila pro vymezení zdravého jednání, resp. zdravého životního stylu tzv. *funkční vzorce chování*[46], které doporučuje pro posouzení v rámci ošetřovatelského procesu. Gordonová funkční vzorec chování definuje jako sled chování či vystupování člověka směrem ke zdraví napříč časem. Komplex těchto vzorců je pak dle ní představován jako suma variant chování, která je ovlivněna životním stylem.[47] Struktura obsahuje jedenáct vzorců chování: *vnímání zdraví – vzorec řízení zdraví, nutričně-metabolický vzorec, vzorec vylučování, vzorec aktivity – cvičení, vzorec spánku – odpočinku, kognitivně-percepční vzorec, vzorec vnímání sebe sama – sebepojetí, vzorec role – vztah, vzorec sexuality – reprodukce, vzorec zvládání a tolerance zátěže / stresu, vzorec hodnot a víry*[48].

3.5 Zdravý životní styl dle Kubíčkové

Kubíčková, spoluzakladatelka a místopředsedkyně občanského sdružení Zdravý životní styl, ve své publikaci Vůle ke zdravému životu definuje šest faktorů zdravého životního stylu: *pohyb, dech, rytmus, výživa, mysl a vztahy*. Tak jako jiní autoři zdůrazňuje, že jednotlivé prvky jsou stejně důležité, byť se jejich váha a význam v průběhu života mění dle toho, co je právě pro podporu zdraví více potřebné. Přitom jeden faktor je vždy podmíněn druhým a všechny tvoří vzájemně provázaný dynamický systém[49].

[44] MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*, s. 9.
[45] ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav, *Výchova ke zdraví*, s. 54 – 74.
[46] Functional Health Patterns, FHP.
[47] MAREČKOVÁ, Jana a JAROŠOVÁ, Darja, *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu*, s. 79 – 81.
[48] HERDMAN, T. Heather, *Ošetřovatelské diagnózy,* s. 17 – 21.
[49] KUBÍČKOVÁ, Miluše, *Vůle ke zdravému životu*, s. 11.

Význam jednotlivých elementů je zřejmý, u prvku rytmus tomu tak být nemusí. Kubíčková vysvětluje, že většina pochodů v našem těle probíhá bez volního, tj. nepodmíněného vůlí člověka, úsilí, ale vždy v návaznosti na celé spektrum přírodních rytmů, tzv. biorytmů. Dle vrozených fyziologických rytmizací v našem těle, jež odpovídají rytmizacím v přírodě, lze rytmus definovat jako organizující a harmonizující sílu, závazným pořádajícím principem všeho živého[50].

3.6 Činnosti sebezničující a činnosti sebezáchovné dle Tučka a Friedlanderové

V roce 2000 vydal Tuček společně s Friedlanderovou publikaci Češi na prahu nového tisíciletí, v níž pomocí MML dat vykreslují, jak česká společnost je a jak žije. V práci mj. představují činnosti sebezničující spolu se zlozvyky a činnosti sebezáchovné. Mezi sebezničující činnosti řadí *nepřiměřené sledování televize, vysedávání u počítače, sledování videa, workoholismus, plné vytížení prací a rodinou, nadměrnou konzumaci kávy, piva a cigaret*. Jako činnosti sebezáchovné *vidí aktivní sport, pobyt v přírodě, odpočinek a relaxaci a hubnutí*[51].

3.7 Faktory pozitivního a negativního přístupu ke zdraví

Obecně bývá životní styl pojímán jako vzorce individuálního a sociálního chování, které má jedinec alespoň z části pod svou kontrolou. V tomto smyslu je životní styl pojímán jako součást životního způsobu, kterou může člověk svým chováním alespoň z části ovlivnit[52]. Křivohlavý napříč svou publikací rozlišuje faktory životního stylu, které udržují, posilují a podporují zdraví a faktory, které zdraví poškozují a ničí (viz Tabulka 3–1)[53].

Tabulka 3-1: Faktory pozitivního a negativního přístupu ke zdraví

Faktory pozitivního přístupu ke zdraví	*Faktory negativního přístupu ke zdraví*
Pohybová aktivita	Nehospodárnost s fyzickými silami
Pestrá a přiměřená strava	Přejídání nebo nedostatečný příjem potravy
Zdrženlivý příjem alkoholu	Abúzus alkoholu či jiných omamných látek, kouření

[50] KUBÍČKOVÁ, Miluše, *Vůle ke zdravému životu*, s. 43.
[51] TUČEK, Milan a FRIEDLANDEROVÁ, Hana, *Češi na prahu nového tisíciletí*, s. 195 – 210.
[52] IVANOVÁ, Kateřina, Životní styly jako cesta ke zdraví. In: *Aktuální problémy životního stylu*, s. 65.
[53] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*.

Uvážlivý sexuální život	Rizikový sex
Duševní hygiena, protistresové aktivity, zvládání životních těžkostí	Nezvládání stresových situací
Sociální opora	Osamělost
Vzdělávání vč. sebevzdělávání	Nevzdělanost
Bezpečné chování	Nehody a úrazy
Hledání smysluplnosti života, udržení životního nadšení, důvěry a víry[i]	Bezcílnost, duševní prázdnota

Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, Jaro, Psychologie zdraví

[i]Řada studií potvrzuje, že věřící lidé kouří daleko méně, jsou střídmější ve vztahu k alkoholu a nevedou příliš riskantní promiskuitní život[54].

3.8 Zdraví pro všechny v 21. století

Program WHO, Zdraví pro všechny v 21. století[55], jehož hlavní cíle jsou ochrana a rozvoj zdraví lidí během celého jejich života a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí, se taktéž dotýká zdravého životního stylu. Hlavní cíle jsou rozčleněny do 21 cílů, přičemž této tématiky se týká cíl číslo 11. Jeho základní vizí je společnost, která si do roku 2015 osvojí zdravý životní styl. Odborníci zde pracují pouze s pojmy *výživa a tělesná aktivita* (dílčí úkol 1: rozšíření zdravého chování ve výživě a zvýšení tělesné aktivity, dílčí úkol 2: zvýšení nabídky, cenové dostupnosti a dosažitelnosti biologicky hodnotných, hygienicky a zdravotně nezávadných potravin, tzv. bezpečných potravin)[56].

Dlužno však dodat, že v osnově k programu, obecném modelu umožňujícím jednotlivým státům naplnit jejich strukturu vlastní problematikou, se hovoří také o *sexuálním zdraví*. V této osnově je zdravý životní styl součástí kategorie „Společné zdravotní kategorie více odvětví“, kam dále spadá: zdravé a bezpečné životní prostředí, snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem, zdravé místní životní podmínky a společná odpovědnost různých odvětví za zdraví. Hlavní determinanty zdraví jsou zařazeny do 4 kategorií, přičemž životní styl spadá do kategorie 3. Zbývajícími jsou: kategorie 1: obecné společensko-ekonomické podmínky a charakteristiky životního prostředí, kategorie 2: bydlení, zemědělství a výroba potravin, vzdělání, pracovní prostředí, nezaměstnanost, voda a sanitace, zdravotní služby, kategorie 4: věk, pohlaví a dědičné vlivy[57].

[54] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, s. 158.
[55] také Zdraví 21 – Zdraví do 21. století či jen Zdraví 21
[56] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR, *Zdraví pro všechny v 21. století,* s. 63 – 67. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
[57] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR, *Zdraví 21*, s. 79 – 126. Dostupné z: http://www.czf.cz/soubory/zdravi21.pdf

O ekologické dimenzi zdraví se zmiňuje také Parusniková. Ta připomíná, že žít zdravě je možné pouze na zdravé planetě, kde vzduch a voda nejsou otráveny, kde naše potrava není kontaminována chemikáliemi a antibiotiky, kde materiál v našem obydlí neobsahuje karcinogenní látky, kde sluneční záření není škodlivé díky ozónovým dírám, kde nehrozí nebezpečné tání ledovců, skleníkový efekt či nukleární války[58].

3.9 Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace EHIS CR[59]

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR provádí od roku 1993 výběrová šetření o zdravotním stavu české populace[60]. Ač obsah šetření prošel řadou změn, v zásadě po celou dobu zahrnoval několik základních oblastí: zdravotní stav respondentů (subjektivní hodnocení, výskyt některých typů chronických nepřenosných onemocnění, duševní zdraví, sociální kontakty apod.), výskyt rizikových faktorů a životní styl, hodnocení zdravotnického systému a základní socioekonomické a demografické charakteristiky. V rámci rizikových faktorů a životního stylu je sledován: *index tělesné hmotnosti, kouření, konzumace alkoholu, fyzická aktivita a stravování*.

Autoři šetření pracují se čtyřmi základními přímými skupinami faktorů ovlivňujících zdravotní stav jedince, stejně jako ostatní autoři však zdůrazňují, že faktorů ovlivňujících zdravotní stav jedince je celá řada. Mezi determinanty zdraví řadí faktory genetické, dále pak prostředí, ve kterém jedinec žije (sociální, fyzicko-geografické apod.), úroveň zdravotnictví a životní styl. Přikládají pohled Žáčka, jenž determinanty zdraví členění na vnitřní prostředí tvořené biologickou schránkou jedince (genetické dispozice, pohlaví, věk) a vnější prostředí (chování jedince, životní prostředí a zdravotní péče), jež ono vnitřní prostředí ovlivňuje. Autoři dále uvádějí, že podíl těchto faktorů na celkovém zdravotním stavu jednotlivce je těžké určit. Pracují však s tezí, která udává, že role genetických faktorů, zdravotnictví a genetických faktorů je zhruba stejná (15 – 25 %) a za nejvýznamnější faktor je považován životní styl jedince, který jeho zdraví ovlivňuje až z 50 %. Výsledky šetření v rámci determinant zdraví v rámci zpracování výsledků rozčleněny do devíti okruhů: *tělesná hmotnost, výška a BMI, fyzická aktivita, konzumace ovoce a zeleniny, konzumace alkoholu, kouření, užívání drog, životní prostředí a pracovní prostředí, kvalita života*.

[58] PARUSNIKOVÁ, Zuzana, Biomoc a kult zdraví. In: *Sociologický časopis = Czech sociological review*, s. 132.
[59] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008
[60] Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice prováděné metodikou EHIS – European Health Interview Survey, dříve Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace prováděné metodikou HIS - Health Interview Survey.

Kritický pohled na výše zmíněné koncepty přikládá Le Fanu ve své publikaci Vzestup a pád moderní medicíny, kde varuje před přílišným podlehnutím sociálních teorií v medicíně, jež k vysvětlování příčin chorob viní právě výživu a výchovu v průběhu lidského vývoje, tedy životní styl. „*Sociální teorie představuje rozumnou a uznávanou pravdu, že ti, kdo jedí střídmě, pravidelně cvičí a nekouří, budou zdravější a zdatnější než ti, kdo tak nečiní, a že pravděpodobně budou lépe vzdorovat chorobám, nebo je dokonce překonají. Namísto takového rozumného názoru vede sociální teorie ad absurdum: tvrdí, že většina rozšířených chorob je způsobována nezdravým životním stylem.*“[61]

[61] LE FANU, James, *Vzestup a pád moderní medicíny*, s. 202.

4 Situace v České republice

Životní styl se do značné míry podílí na vzniku a vývoji chronických nepřenosných resp. neinfekčních onemocnění[62]. Nepřenosná onemocnění nejčastěji zahrnují kardiovaskulární a nádorová onemocnění, cukrovku, plicní onemocnění, nemoci pohybového aparátu a kazivost chrupu. Základem prevence, ale také léčby, je přechod ke zdravému životnímu stylu, a to, dle Státního zdravotního ústavu, zejména v oblasti *výživy, tabakismu, tělesné aktivity a stresu*. U těchto faktorů je nejdůležitější jejich ovlivnitelnost a přitom značná síla jejich předpokládaného dopadu na zdraví jedince. Státní zdravotní ústav doslova uvádí, že: *„nejdůležitější rizikové faktory těchto onemocnění jsou ovlivnitelné a spočívají v chování jednotlivce, v jeho životním stylu.“*[63] Vhodná skladba faktorů životního stylu umožňuje zabránit až 80 % předčasných úmrtí na kardiovaskulární a nádorová onemocnění. Stále je však třeba zdůrazňovat, že tyto faktory působí na zdraví společně, jsou vzájemně provázané a vyžadují komplexní změnu v chování každého jednotlivce[64].

4.1 Globální zpráva o stavu nepřenosných onemocnění

Globální zpráva Světové zdravotnické organizace o stavu nepřenosných onemocnění[65], potvrzuje, že NCD jsou nejvážnějším zdravotním problémem dnešní doby. V roce 2008 zemřelo na některou z NCD přibližně 63 % lidí, u vysokopříjmových zemí, kam dle klasifikace Světové banky spadá Česká republika, více než 70 %. Nejčastější příčinou těchto úmrtí byla onemocnění kardiovaskulární (48 %) a onkologická (21 %), chronická respirační (12 %) a diabetes (3 %). K více než 9 milionům úmrtí došlo u osob mladších šedesáti let a mohlo jim být vhodnou prevencí zabráněno. Podíl předčasných úmrtí u vysokopříjmových zemí dosahuje 8 % mezi muži a 10 % mezi ženami.

Nejzávažnějšími behaviorálními rizikovými faktory jsou: *tabakismus, nedostatečná fyzická aktivita, zneužívání alkoholu a nezdravé stravování*. Vysokého výskytu dosahují metabolické rizikové faktory: vysoký krevní tlak, nadváha a obezita, vysoký cholesterol a vysoká hladina cukru.

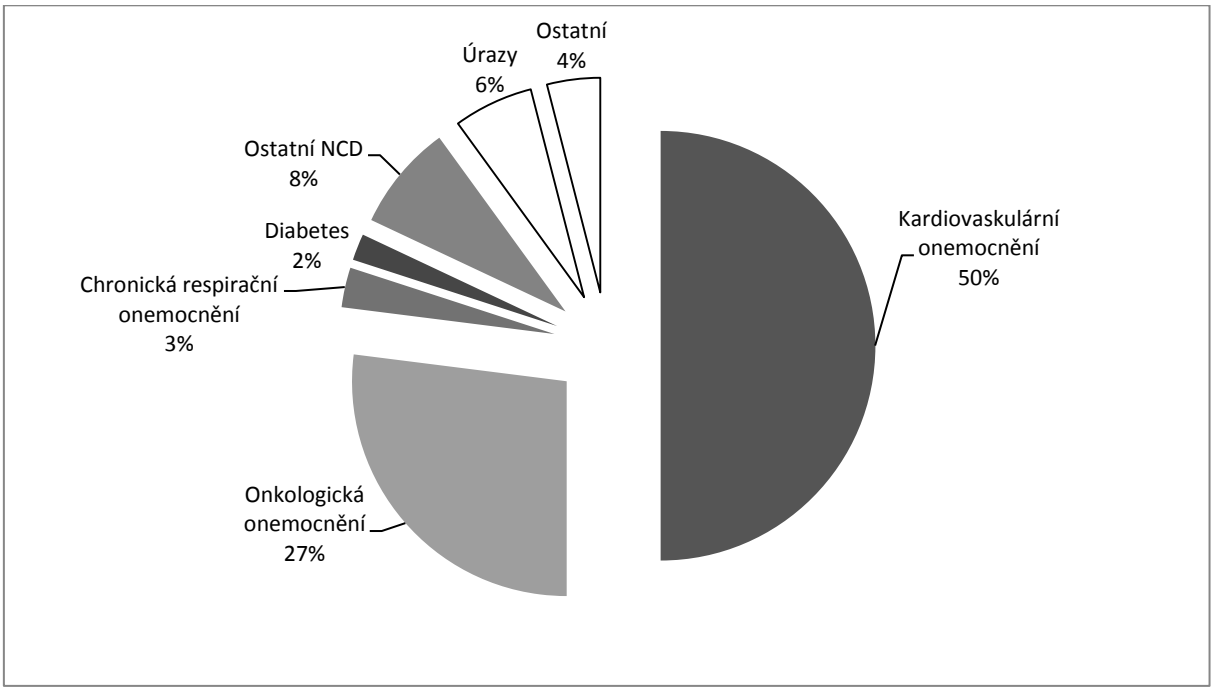
Za největším počtem úmrtí stojí vysoký krevní tlak (13 %), následuje tabakismus (9 %), vysoká hladina cukru v krvi (6 %), nadváha a obezita (5 %). Nedostatečná fyzická aktivita mezi ženami, celkový příjem tuku ve stravě a vysoký krevní cholesterol dosahovaly nejvyšších hodnot u

[62] Noncommunicable diseases, NCD
[63] STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, *Neinfekční nemoci* [online], [cit. 2012-08-27], Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/chronicke-nemoci
[64] STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, *Rizikové faktory životního stylu* [online], [cit. 2012-08-27], Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/rizikove-faktory-zivotniho-stylu
[65] WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Noncommunicable diseases country profiles 2011*, Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html

vysokopříjmových zemí. Nedostatečná fyzická aktivita resp. index tělesné hmotnosti[66] výrazně koreluje s příjmovou úrovní jednotlivých zemí. S jejich růstem obě hodnoty rostou. Téměř každá druhá žena (48 %) a přes dvě pětiny mužů (41 %) z vysokopříjmových zemí jsou nedostatečně aktivní, více než polovina trpí nadváhou a pětina obezitou.

Situaci v České republice prezentuje Graf 4–1 resp. Tabulka 4–1. Dle zprávy WHO zemřelo v roce 2008 na některou z NCD více než 92 tisíc lidí, což představuje 90 % veškerých úmrtí. Za více než polovinou stála onemocnění kardiovaskulární a onkologická. Této skutečnosti odpovídá vysoký výskyt rizikových faktorů napříč populací (viz Tabulka 4–1). Nepřihlídneme-li k podrobnějšímu členění populace, vidíme, že téměř každý druhý Čech má vysoký krevní tlak a u více než poloviny byl indikován zvýšený cholesterol. Nadváhou trpí dvě třetiny obyvatel, obezitou třetina.

Graf 4-1: Úmrtnost na NCD



Zdroj: WORLD HEALTH ORGANIZATION, Noncommunicable diseases country profiles 2011, p. 62

- *Denní kuřák*: populace 15 a více let, která denně kouří
- *Nedostatečná fyzická aktivita*: populace 15 a více let, která středně intenzivní pohybové aktivitě věnuje méně než 30 minut týdně nebo méně než 20 intenzivní aktivitě nebo ekvivalent.
- *Vysoký krevní tlak*: populace 25 a více let, která má systolický krevní tlak ≥ 140 mmHg a/nebo diastolický ≥ 90 mmHg nebo užívá léky

[66] Body Mass Index, BMI.

- *Vysoká hladina cukru v krvi*: populace 25 a více let, která má hodnotu glukózy nalačno ≥ 7,0 mmol/L nebo užívá léky
- *Nadváha*: populace 20 a více let, jejíž BMI ≥ 25 kg/m2
- *Obezita*: populace 20 a více let, jejíž BMI ≥ 30 kg/m2
- *Vysoký cholesterol*: populace 25 a více let, která má celkovou výši cholesterolu ≥ 5, 0 mmol/L

Tabulka 4-1: Úmrtnost na NCD a rizikové faktory

	Muži	***Ženy***	***Celkem***
Celková úmrtnost na NCD	45 400	47 300	92 700
Z toho úmrtí pod 60 let (%)	18,8	9,1	27,9
Behaviorální rizikové faktory (%)			
Denní kuřák	27,3	19,6	23,4
Nedostatečná fyzická aktivita	30,7	27,6	29,1
Metabolické rizikové faktory (%)			
Vysoký krevní tlak	50,7	45,6	48,1
Vysoká hladina cukru v krvi	12,5	11,2	11,8
Nadváha	72,3	60,3	66,1
Obezita	32,6	32,7	32,7
Vysoký cholesterol	54,9	56,9	56,0

Zdroj: WORLD HEALTH ORGANIZATION, Noncommunicable diseases country profiles 2011, p. 62

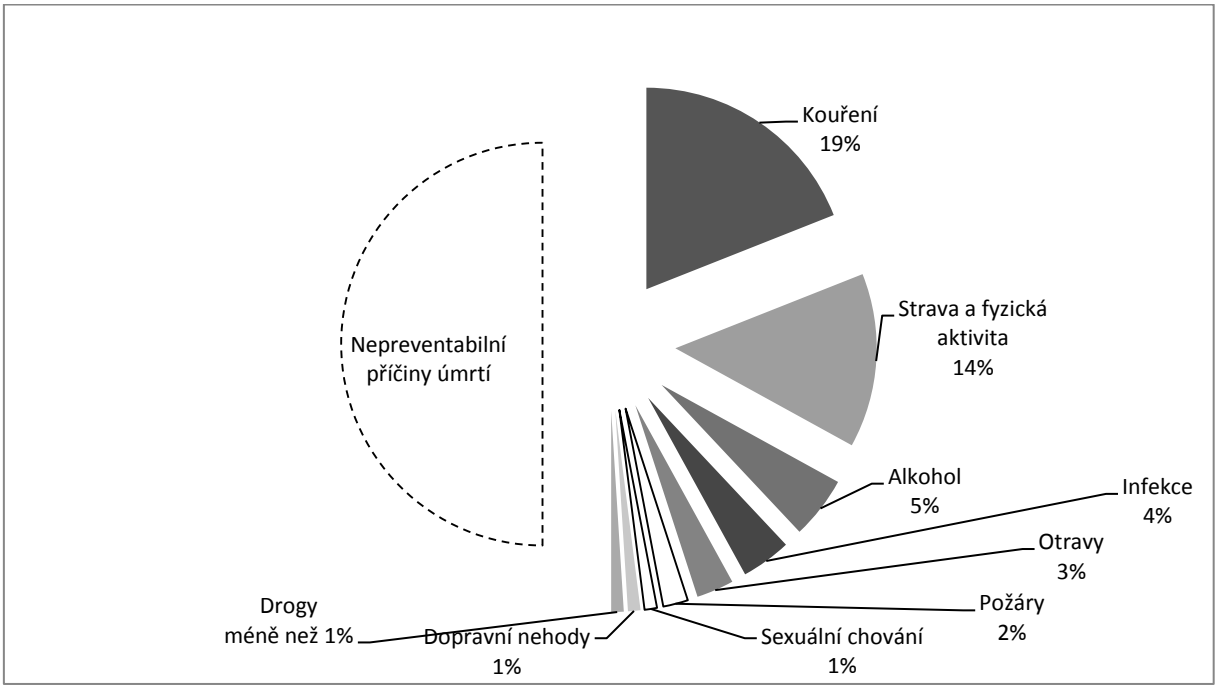
Úmrtnost spolu s nemocností jsou jedny ze základních ukazatelů vypovídajících o zdravotním stavu populace. Česká republika v současnosti prochází třetí fází tzv. epidemiologického přechodu, jímž jsou označovány zásadní převraty ve skladbě příčin úmrtí. Období zvládnutých infekčních chorob střídá období chorob civilizačních. Ustupující infekční onemocnění a choroby dýchacího a trávicího ústrojí střídají, jak dokládá Graf 4–1, onemocnění kardiovaskulární a onkologická, přičemž podíl úmrtnosti na nádorová onemocnění je u mužů mírně vyšší než u žen. Na druhou stranu, úmrtnost na nemoci oběhové soustavy se dlouhodobě snižuje. Mezi lety 1980 až 2003 došlo k celkovému poklesu úmrtnosti, na němž se nejvýrazněji podílel právě pokles mortality na kardiovaskulární onemocnění. Úmrtnost na zhoubné novotvary v této době spíše stagnovala. Úmrtnost na nemoci dýchací soustavy klesla o 65 %.

I přes značný pokles mortality na řadu chorob, jsou v České republice ve srovnání se zeměmi evropské patnáctky citelné rezervy. Velmi výrazné rozdíly jsou např. v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, kde převyšujeme průměrný ukazatel EU 15 o 80 % u mužů a o 90 % u žen, v oblasti nádorových onemocnění je tento přesah 30%. Nižší je v ČR pouze úmrtnost na nemoci dýchací soustavy, na infekční a parazitární nemoci, diabetes a nemoci související s endokrinním systémem, metabolismem, výživou a imunitním systémem. Podíl těchto příčin na celkové úmrtnosti populace je však tak nízký, že celkový rozdíl úmrtnosti příliš neovlivňuje.

Rozdílná úroveň úmrtnosti predikuje taktéž naši mírně odlišnou strukturu úmrtnosti ve srovnání s evropskou patnáctou. Podíl mortality na nádorová onemocnění je v zemích evropské patnáctky přibližně stejný, tj. kolem 30 %, pokles úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění zde však byl oproti nám výraznější, kardiovaskulární onemocnění se tak v EU 15 podílejí na celkové úmrtnosti pouze 37 %. Uvedená transformace změny struktury úmrtnosti souvisí zřejmě, dle Šárky Kasalové Daňkové z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, s uvědomělejším chováním obyvatelstva těchto zemí a zodpovědnějšímu přístupu k prevenci onemocnění oběhové soustavy. Tato změna bývá někdy označována jako čtvrtá fáze epidemiologického procesu[67].

Nejzávažnější behaviorální rizikové faktory, které stanovuje v citované studii Světová zdravotnická organizace, tedy nezdravé stravování, nedostatečná fyzická aktivita, zneužívání alkoholu a tabakismus, jsou podrobněji zpracovány v dalším textu tak, aby společně s praktickou částí této práce mohly poskytnout podrobnější informace k objasnění postoje českých spotřebitelů ke svému zdraví a fenoménu zdravého životního stylu obecně. Významnost těchto faktorů spočívá dále v jejich charakteru. Jak dokládá Graf 4–2, kouření, strava, fyzická aktivita a alkohol jsou jedny z nejčastějších preventabilních, tj. těch, kterým by bylo možné předejít, příčin úmrtí. Procenta uvedená u jednotlivých preventabilních příčin jsou procentem z celkového počtu úmrtí. Dalšími preventabilními příčinami úmrtí jsou např. úrazy, sebevraždy, vraždy či úmrtí zapříčiněná AIDS.

Graf 4-2: Úmrtí z preventabilních příčin



Zdroj: KRÁLÍKOVÁ, Eva a KOZÁK, Jiří T., Jak přestat kouřit, s. 16

[67] KASALOVÁ ĎANKOVÁ, Šárka. Úmrtnost. In *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*, s. 31 – 33.

4.2 Zájem státu

Zájem státu v oblasti zdravého životního stylu by měl být enormní, současná situace tomu však ani zdaleka neodpovídá. Zdravý životní styl napomáhá zlepšovat zdraví a může být dostatečnou prevencí před nepřenosnými resp. civilizačními onemocněními, přičemž obecně platí, že prevence je výrazně méně nákladná než následná léčba. Mimo to, že se zdravě žijící populace snáze vyhýbá nežádoucím zdravotním a sociálním jevům, je zde i další finanční argument. Zdravý člověk může pracovat, není tedy závislý na sociální pomoci státu, ani nemusí nastoupit do předčasného důchodu, naopak, díky své práci přispívá do státní kasy odvodem přímých a nepřímých daní.

Podpora a ochrana veřejného zdraví je zakotvena v Zákoně o ochraně veřejného zdraví 258/2000 Sb., v němž se mj. praví, že veřejné zdraví, jakožto zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin, je determinován způsobem života a souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek.
Podpora veřejného zdraví je celospolečenskou záležitostí. Všelidský mravní úkol dnešní společnosti. Cesta však nevede přes bezcílné přilévání peněz do zdravotnictví, vyžaduje účast každého jednotlivce, trvalou a systematickou spolupráci všech odvětví a úrovní veřejné správy, od vlády a státních institucí až po komunitní a individuální občanskou iniciativu. Příkladem vzájemné mezirezortní spolupráce může být např. potravinářský průmysl, který ke zdraví populace může přispět kvalitou vyrobených potravin. V čele organizačních a výkonných složek k podpoře veřejného zdraví stojí Ministerstvo zdravotnictví, svoji významnou roli zde však zastává také Státní zdravotní ústav a jeho dislokovaná pracoviště podpory zdraví v jednotlivých regionech, krajské hygienické stanice a mnohé další mezirezortní složky spolu s národní sítí zdravých měst, krajskými úřady, nestátními neziskovými organizacemi, školy, obcemi atp.

Pozitivní ovlivňování zdravého životního stylu české populace je jednou z priorit *Národního programu Zdraví*, který zastřešuje celou řadu projektů na podporu zdraví a je důležitým nástrojem pro naplňování cílů dlouhodobého programu Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví ČR, resp. sekce pro ochranu a podporu veřejného zdraví vyhlašuje každoročně již od roku 1993 výběrová řízení k tomuto dotačnímu programu. Obecným cílem programu je dlouhodobá podpora zájmu o aktivní vztah ke svému zdraví, budování odpovědnosti ke zdraví a jeho posilování v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných společenstvích, a to prostřednictvím realizace projektů podpory zdraví[68]. Žádost o dotaci na realizaci projektů mohou každoročně podávat následující typy organizací: nestátní neziskové organizace, příspěvkové organizace v rámci kapitoly zdravotnictví, orgány samosprávy a organizace v působnosti územních orgánů, a statní nestátní organizace, tj. právnické a

[68] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, *Národní program MZ ČR: Národní program zdraví – projekty podpory zdraví* [online], [cit. 2012-10-26], Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/metodika_2294_1.html

fyzické osoby vyvíjející podnikatelskou činnost a organizace v působnosti jiných resortů než MZ ČR (např. veřejné vysoké školy)[69]. Projekty jsou rozčleněny do tří tematických okruhů:

- téma č. 1: ozdravení výživy a optimalizace pohybové aktivity
- téma č. 2: omezování kuřáctví a nadměrné spotřeby alkoholu
- téma č. 3: komplexní projekty.

V současné době jsou podporovány zejména projekty realizované na celostátní úrovni. Podíl finančních prostředků přidělených programem však dlouhodobě klesá[70], v roce 2012 dosáhl svého historického minima, a sice 1 milionu Kč, který si rozdělilo celkem 15 dotačních programů (viz Tabulka 4–2)[71].

Tabulka 4-2: Seznam projektů dotačního programu Národní program zdraví

Předkladatel	***Název projektu***
Občanské sdružení Výživa dětí	Poradenské centrum Výživa dětí
Státní zdravotní ústav	Výcvik v krátkých intervencích u rizikového pití alkoholu
Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov	SOL dává zdraví zelenou I (zaměstnanci, organizace)
ARKA CZ	Prevence a resocializace osob závislých na alkoholu
Karlova Univerzita v Praze	Rozšíření adiktologické webové poradny o modul krátké intervence pro rizikové uživatele alkoholu
Státní zdravotní ústav	Prevence prokrastinace - stresového rizikového faktoru
Thomayerova nemocnice Praha	Ovlivnění kondice ozdravěním výživy a optimalizací pohybové aktivity
Státní zdravotní ústav	Kviz pro zdraví
Státní zdravotní ústav	Po škole v pohybu
Státní zdravotní ústav	Školní informační kanál-moderní forma prevence
Státní zdravotní ústav	Program škola podporující zdraví v ČR: rozvoj, inovace a hodnocení
Český zelený kříž o.p.s.	Dětský úsměv
DOMINO - Centrum volného času dětí a mládeže	Obezita není "IN"
Společnost pro léčbu závislosti na tabáku	Podpora sítě Center pro závislé na tabáku: vzdělávání personálu a zvýšení informovanosti pacientů k podpoře celoplošné specializované léčby závislosti na tabáku
Občanské sdružení LOGO	Být fit a svěží, to je oč tu běží

Zdroj: MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR. Seznam projektů podpory zdraví schválených k poskytnutí státní dotace pro rok 2012, Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznam-projektu-podpory-zdravi-schvalenych-_6004_2486_1.html

[69] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ *ČR, Dotační program MZ ČR: Národní program zdraví – projekty podpory zdraví: vyhlášení dotačního výběrového řízení pro rok 2013* [online], [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi_2572_1.html

[70] HAMPLOVÁ, Lidmila, *Podpora zdraví v EU a České republice: Priority projektů podpory zdraví*, s. 11. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zivotni_styl/kampane/MZ_TK_Jul10.pdf

[71] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR, *Seznam projektů podpory zdraví schválených k poskytnutí státní dotace pro rok 2012*. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznam-projektu-podpory-zdravi-schvalenych-_6004_2486_1.html

Státní zdravotní ústav je dlouhodobě úspěšným předkladatelem a realizátorem řady projektů. Témata zdraví a bezpečnosti zahrnují celou řadu projektů sahajících od informování o nemocech a prevenci jejich vzniku, hodnocení bezpečnosti a účinnosti kosmetických prostředků, hygienu životního prostředí, bezpečnosti potravin a předmětů běžného užívání až po podporu zdraví. V rámci podpory zdraví se věnují celé řadě projektů spadajících do kategorií: *hodnocení růstu dětí a mládeže, prevence HIV – AIDS, kojení a předškolní věk dětí, nadváha a obezita, nerovnosti ve zdraví, pohybová aktivita, prevence úrazů, násilí a otrav, prevence závislostí a kouření vodní dýmky, psychosociální determinanty, škola a zdraví, správná výživa, zdravé stárnutí, zdraví mladých, zdravější životní styl a zdraví menšin*[72]. Z výčtu tematických okruhů je patrné, že projektů na podporu zdravého životního stylu je spousta. V rámci těchto projektů vzniká celá řada kampaní, publikací, letáků a brožur, webových portálů, seminářů a konferencí, instruktážních videí, soutěží atp. určených nejen pro širokou veřejnost, ale také pro zdravotní a jiné profesionály.

4.3 Výživa

Ač bylo díky edukaci veřejnosti, zdravotnických a jiných profesionálů za podpory Národního programu zdraví dosaženo výsledků, které se začínají v chování populace odrážet, není současný stav stále uspokojivý. Důležitými předpoklady zdravého životního stylu jsou nadále především změny ve výživě a zlepšení pohybové aktivity[73].

Obecně jsou nejběžnějšími chybami ve výživě české populace: nadměrný příjem masa a masných výrobků, malé zastoupení ryb a drůbeže, nízká spotřeba nízkotučných mléčných výrobků, nízká spotřeba ovoce a zeleniny a vysoká spotřeba pochutin, sladkých nápojů a soli[74]. Přetrvává nadměrný energetický příjem, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů a nedostatečná konzumace vlákniny. Doporučené dávky potravin jsou v ČR prakticky dodrženy pouze u cereálií, spotřeba zeleniny v současné době dosahuje 60 % doporučení, spotřeba ovoce asi 65 % a mléko asi na 60 %. Oproti tomu spotřeba masa převyšuje doporučenou dávku o 20 %[75]. Dle Evropského výběrového šetření o zdraví ČR EHIS 2008, konzumuje denně ovoce 57 % mužů a 75 % žen, zeleninu 53 % mužů o 66 % žen a 100% ovocné džusy a zeleninové šťávy 10 % mužů a 11 % žen. Méně než jednou týdně konzumuje ovoce 6,9 procenta mužů a 3,2 procenta žen, téměř shodné hodnoty jsou u konzumace

[72] STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, *Podpora zdraví* [online], [cit. 2012-10-27], Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi
[73] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR, *Zdraví pro všechny v 21. století,* s. 63. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
[74] KOMÁREK, Lumír a Ludmila SKÁLOVÁ, *Behaviorální determinanty zdraví a nemocí v ČR*, s. 10. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/behavioralni-determinanty-zdravi-a-onemocneni
[75] STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, *Výživa* [online], [cit. 2012-08-27], Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/vyziva

zeleniny[76]. Vzhledem k tomu, že zelenina obsahuje řadu specifických látek, které se mohou výraznou měrou podílet na snížení rizika vzniku kardiovaskulárních a onkologických onemocnění, může se její nízký příjem promítnout ve zvýšeném výskytu těchto onemocnění.

Převaha *živočišných tuků* se odráží ve vysoké spotřebě nasycených mastných kyselin, jež jsou většinou živočišného původu. Jsou obsaženy zejména v mléčném tuku, másle, sýrech, červeném mase, čokoládě, ale také v kokosovém a palmovém oleji. Doporučuje se, aby celkový příjem nasycených tuků tvořil maximálně 10 % celkového příjmu energie. Je to z toho důvodu, jelikož nasycené tuky souvisí s vysokým obsahem cholesterolu a zvyšují riziko kardiovaskulárních chorob a některých tipů rakoviny. Vzhledem k tomu, že *jednoduché cukry* dodávají tělu jenom velmi malé množství výživových látek, je doporučována spotřeba nepřevyšující 10 – 15 % z celkového energetického příjmu sacharidů.
Jednoduché sacharidy se nacházejí buďto jako rafinovaný cukr z řepného a třtinového cukru, sirupu a medu, nebo v přirozené formě jako cukr v některých druzích ovoce, zeleniny a obilí nebo v mléčných produktech. *Vláknina*, složka výživy, která není tělem stravitelná, má významnou roli v trávicím systému, kde ovlivňuje riziko některých trávicích chorob. Nerozpustné vlákniny urychlují průchod stravy zažívacím ústrojím, čímž zkracují dobu, po kterou jsou střevní stěny vystaveny působení toxických látek z potravin. To pomáhá prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku. Rozpustné vlákniny zpomalují vstřebávání glukózy tenkým střevem, čímž mohou ovlivnit diabetes a obezitu. Ukazuje se, že mohou snížit hladinu cholesterolu v krvi a snížit krevní tlak a tím riziko kardiovaskulárních chorob[77].

Jako velmi závažná se jeví rizika vyplývající z nedostatečného příjmu některých prvků. V současné době představuje problém nedostatečný příjem vápníku. Od roku 1989 dochází k jeho poklesu díky snižování spotřeby mléka jakožto nejdůležitějšího zdroje využitelného vápníku. Tento trend může být ovlivněn mj. odborně nepodloženými informacemi o jeho nepříznivém vlivu, zejména ve vztahu ke kardiovaskulárním nemocem, resp. zvýšené hladině cholesterolu. Tato tvrzení však nemají opodstatnění, jelikož nízkotučné mléko do 2 % tuku, a zejména pak zakysané mléčné výrobky naopak hladinu cholesterolu v krvi snižují. Vápník je významný v prevenci proti osteoporóze, podílí se na snížení rizika nádorů střev a taktéž, jak bylo uvedeno, se uplatní při snižování hladiny cholesterolu v krvi. K přetrvávajícím nedostatkům je třeba přičíst nedostatečnou konzumaci ryb a ořechů. I přes určité zlepšení ve spotřebě tuků, není stále dosaženo optimálních poměrů ve skupině mastných kyselin. Dále je ze zastoupení jednotlivých potravin zřejmé, že není zajištěn dostatečný příjem

[76] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, s. 148 – 149. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008
[77] BLAHUŠOVÁ, Eva, *Wellness; Fitness*, s. 104 – 109.

antioxidačních látek, a to zejména z přirozených zdrojů. Taktéž nedochází k významnému poklesu cholesterolu, jak z potravin, tak z přívodu látek podporujících jeho tvorbu v lidském těle. Dále pak přetrvává riziko zvýšené hladiny homocysteinu z nedostatku kyseliny listové, vitamínu B6 a B12[78].

Do roku 1989 převažovala vysoká spotřeba potravin živočišného původu, především masa, vajec, mléka a živočišných tuků a nízká spotřeba ovoce a zeleniny. Po roce 1990 došlo v tomto trendu k určitému obratu, jednak se snížil celkový objem konzumace potravin, dále došlo ke změně jejich spotřeby ve prospěch potravin rostlinného původu. Jak vyplývá ze studie Spotřební koš potravin pro Českou republiku[79] pod vedením Jiřího Rupricha z Centra zdraví, výživy a potravin Státního zdravotního ústavu, k největším změnám v průběhu devadesátých let[80] došlo u spotřeby masa, mléka a mléčných výrobků, přidaných tuků, ovoce a nealkoholických nápojů. Trend těchto potravin zachycuje Tabulka 4–3. Údaje jsou uvedeny v kg, resp. l u mléka resp. ks u vajec / osoba / rok[81].

Tabulka 4 -3: Spotřeba vybraných potravin v ČR v letech 1991 až 1997

Potravina resp. nápoj	***1991***	***1994***	***1997***
Maso, z toho:	**24,5**	**20, 8**	**24, 1**
Hovězí a telecí	6,5	4,6	4,8
Vepřové	12,4	10,9	14,3
Drůbeží a drůbeží výrobky	9,0	11,1	15,0
Ryby a rybí výrobky	2,5	4,2	4,8
Mléko	60,2	63,2	54,6
Sýry	5,5	6,4	6,9
Mléčné výrobky	15,3	19,0	19,7
Vejce	202	206	199
Tuky, z toho:	**14,1**	**16,5**	**16,9**
Rostlinné oleje a tuky	6,0	10,0	11,7
Máslo a sádlo	8,0	6,6	5,2
Cukr	12,4	12,7	13,6
Chléb a pečivo	76,0	80,5	74,1
Rýže	1,8	3,0	3,0
Zelenina a zeleninové výrobky	42,3	38,5	44,6
Luštěniny	1,0	1,0	1,3
Brambory	56,0	39,9	47,2
Ovoce	45,6	55,6	57,7
Nealkoholické nápoje	35,5	60,0	100,2

Zdroj: RUPRICH, Jiří, Výživa a zdraví. In* Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*, s. 104 – 105

[78] TUREK, Bohumil, *Výživový stav populace a nutriční rizika*, s. 29 – 30.
[79] RUPRICH, Jiří a kol., *Spotřební koš potravin pro Českou republiku.*
[80] Data pro rok 1991, 1994 a 1997
[81] RUPRICH, Jiří, Výživa a zdraví. In *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*, s. 104 – 105.

Pro zjišťování spotřeby potravin na národní úrovni se běžně užívají statistiky rodinných účtů[82], jejichž realizátorem je v ČR Český statistický úřad (ČSÚ). Docent Ruprich však ve své studii využil speciálního typu HBS, které provádí Státní zdravotnický ústav. Nabízí však data pouze do roku 1997. Následující Tabulka 4–4 vychází z dat ČSÚ. Data nelze plně srovnat, jelikož jsou některé položky jinak sumarizovány. Tabulky jsou však sestaveny tak, aby bylo možné ilustrovat patrné trendy. Údaje jsou opět uváděny v kg, resp. l, resp. ks / osoba / rok.

Tabulka 4-4: Spotřeba vybraných potravin v ČR v letech 2003 až 2011

Potravina resp. nápoj	***2003***	***2005***	***2007***	***2009***	***2011***
Maso vč. vnitřností a konzerv, z toho:	**52,99**	**54,55**	**59,46**	**61,50**	**60,61**
Vepřové	10,14	10,80	12,56	12,81	13,63
Hovězí	2,62	2,52	3,25	3,23	3,33
Drůbeží	14,01	14,72	15,97	18,03	16,95
Ryby a rybí výrobky	4,68	4,81	6,01	5,83	5,11
Mléko čerstvé, trvanlivé	54,82	55,86	55,07	58,53	55,64
Sýry	8,15	8,83	9,03	9,45	9,16
Vejce	122	129	136,48	143,57	142,39
Oleje a tuky, z toho:	**15,21**	**15,67**	**16,71**	**16,50**	**15,84**
Máslo	3,66	3,95	4,23	4,69	4,41
Vepřové sádlo, slanina	0,98	1,02	1,11	1,09	0,99
Rostlinné a ostatní tuky	4,85	4,64	4,44	3,71	3,41
Cukr	11,24	10,48	13,90	14,46	12,15
Čokoláda a čokoládové výrobky	2,64	2,79	3,02	3,22	3,37
Chléb a pečivo	67	66	65	63	59
Rýže	3,00	2,97	3,50	3,39	3,43
Plodová zelenina	11,34	12,82	12,83	14,60	14,97
Ostatní zelenina	17,42	19,55	20,22	21,17	20,78
Luštěniny	0,87	0,90	0,97	0,88	0,93
Brambory	27,40	27,76	32,34	34,71	37,11
Ovoce	40,21	44,51	44,57	47	46

Zdroj: ČSÚ

V prvním desetiletí 21. století dochází k nárůstu spotřeby masa. V roce 2009 byl tento trend, patrně ekonomickou krizí oslaben, v roce 2011 však spotřeba masa přetrvává na vysoké úrovni. Další nárůst vykazuje spotřeba brambor a vajec, zeleniny plodové a kořenové a také ovoce. Konzumace zeleniny však dosahuje pouze tří pětin spotřeby masa, u ovoce jsou to tři čtvrtiny.

[82] HBS, Household Budget Survey.

4.4 Pohybová aktivita

Doporučenou úroveň pohybové aktivity nesplňuje více než polovina české populace. Nedostatek středně intenzivní pohybové zátěže způsobuje vady držení těla a podílí se také na vzniku mnoha NCD – obezita, kardiovaskulární onemocnění, diabetes, osteoporóza aj., jež postihují značnou část lidí produktivního věku, díky čemuž jsou častou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti[83].

V rámci EHIS 2008 byl mj. zjišťován celkový počet hodin a minut, které respondent strávil v posledních sedmi dnech vykonáváním některé fyzické aktivity. Respondenti měli zahrnout veškeré činnosti, které prováděli ve svém zaměstnání, doma, ve volném čase či při sportu, které trvaly nejméně 10 minut vcelku. Úroveň aktivity byla členěna do tří kategorií: těžké fyzické aktivity, střední fyzické aktivity a chůze. Těžkou fyzickou aktivitou se rozumí aktivity, které výrazně zvyšují tepovou frekvenci oproti normálu, jako např. zdvihání těžkých břemen, výkopové práce, aerobic nebo rychlá jízda na kole. Střední fyzickou aktivitou se rozumí přenášení lehkých břemen či jízda na kole v pravidelném tempu. A konečně chůzí se rozumí nejen přesouvání se z místa na místo, ale také jakákoli jiná chůze, kterou jedinec vykonává při rekreaci, sportu, turistice či procházkách.

Mezi muži bylo 53 % těch, kteří během posledních sedmi dnů před rozhovorem prováděli těžkou fyzickou aktivitu, 75,6 % mužů provádělo střední fyzickou aktivitu a 93,1 % provádělo fyzickou aktivitu intenzity chůze. Mezi ženami bylo 23,7 procenta respondentek, které prováděly těžkou fyzickou aktivitu, 66,4 procenta žen provádělo střední pohybovou aktivitu a 93,7 provádělo aktivitu intenzity chůze[84].

Fyzická aktivita se významně podílí na ovlivňování zejména tělesné hmotnosti. V rámci faktorů ovlivňujících zdravotní stav jedince má tělesná hmotnost jedince specifické postavení. Jedná se totiž o charakteristiku, která může být ovlivněna jak životním stylem a samotným zdravotním stavem jedince, tak jeho genetickými predispozicemi a celou řadou dalších faktorů. Není tedy vždy vědomě kontrolovatelná. Nadváha či obezita je obecně považována za rizikový faktor vzniku kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění cukrovkou II. typu, jater, žlučníku apod. Je často spojována s nízkou fyzickou aktivitou, nesprávným stravováním a dlouhodobým působením stresu.

Orientační údaj k posuzování míry obezity, nadváhy nebo podváhy, který využívá WHO, poskytuje index tělesné hmotnosti. Index tělesné hmotnosti vyjadřuje poměr tělesné výšky a hmotnosti a vypočítá se vydělením hmotnosti jedince v kilogramech druhou mocninou jeho výšky v metrech. Limitní hodnoty mezi kategoriemi jsou příležitostně předefinovány a mohou se lišit v různých zemích. Dle metodiky Eurostatu se výsledné hodnoty dělí do 4 následujících kategorií: BMI nižší než 18,5 =

[83] STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, *Nedostatek pohybu* [online], [cit. 2012-08-27], Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/nedostatek-pohybu

[84] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, s. 141 – 142. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008

podváha, 18,5 – 24,99 = normální váha, 25 – 29,99 = nadváha, více než 30 = obezita. Nespornou výhodou tohoto ukazatele je, že poskytuje jasnou informaci o tom, jak by se měl člověk v budoucnu o svoji váhu starat, neboť přesně ukáže, zda člověk trpí nadváhou nebo obezitou, či zda se jeho váha pohybuje v normálních hodnotách. V oblasti prevence nemocí a celkové prevence v oblasti zdraví a zdravého životního stylu je BMI považován za jasný indikátor. Z jednoduché konstrukce však vyplývají určitá negativa, které nelze při využití opomíjet. BMI nemůže poskytnout kompletní diagnostiku, protože distribuci tuku v těle a poměrný podíl tuků, svalů a kostí na celkové tělesné hmotnosti. Nezohledňuje tak obvodové míry člověka (například obvod pasu, stehen, obvod hrudníku atp.). Ty jsou však ve většině případů stěžejním bodem, ke kterému je potřeba přihlédnout[85]. Mimo zmíněného jednoduchého měření obvodu pasu, mohou lékaři využít např. test kožní řasy, u kterého se špetka kůže přesně změří na určení tloušťky podkožní tukové vrstvy; nebo bioelektrickou impedanční analýzu, dříve obvykle prováděnou na specializovaných klinikách.

Z citovaného výzkumu vyplývá, že mezi muži napříč všemi věkovými skupinami je průměrná hodnota BMI 26,5, což představuje nadváhu. Detailnější pohled napříč jednotlivými věkovými skupinami prozrazuje, že pouze u věkové kategorie 15 – 24 let dosahuje průměrná hodnota BMI normálních hodnot (23,5). Mezi ženami je situace nepatrně pozitivnější. Průměrná hodnota BMI v ženské populaci dosahuje 25,4 procenta, což ovšem stále představuje nadváhu. Pod touto hranicí jsou věkové kategorie 15 – 24 let (21,3) a 25 – 34 let (23,1).

Z hlediska struktury respondentů dle kategorií BMI, je mezi muži nejvíce těch, kteří trpí nadváhou (45,2), přičemž tato kategorie s věkem narůstá. Normální váhu má necelých 37 % mužů, obezitu přes 17 procent mužů. Mezi ženami dominuje váha normální (48,1 %), následuje nadváha (29 %) a obezita (17,5). Mezi ženami je pak 5,4 procenta těch, které trpí podváhou, ve věkové kategorii do 24 let je tento podíl téměř 18%, ve věkové kategorii do 34 zhruba 10 procent[86].

Pohled do budoucnosti není nikterak pozitivní. Euromonitor International, rozsáhlý informační zdroj pro průzkum trhu zpřístupňující mj. statistiky a analýzy o spotřebitelích, ve své prognóze na další desetiletí varuje nad prohlubujícím se problémem nadváhy české populace. Ve zprávě připomíná, že mezi lety 2005 až 2010 vzrostl podíl populace 15 let a více s nadváhou nebo obezitou z 52 % na 54 %. Dle prognózy by měl tento podíl do roku 2020 vzrůst na 58 %. Stále více dvacátníků a třicátníků se bude potýkat s obezitou, což se mj. promítne ve zvýšeném výskytu vysokého tlaku a cukrovky. Doktorka Marie Kunešová z Centra pro diagnostiku a léčbu obezity potvrzuje, že je tento trend výsledkem kombinace zvýšeného energetického příjmu a klesající fyzické aktivity a současně přikládá jeho tři hlavní důvody. Problém tkví v tom, že dnes většina lidí nepracuje manuálně, celý den sedí za

[85] D SOLUTIONS, *Výhody a nevýhody BMI kalkulačky* [online], [cit. 2012-10-26], Dostupné z: http://www.bmi-kalkulacka.com/clanek/vyhody-a-nevyhody-bmi-kalkulacky/

[86] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, s. 138 – 140. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008

stolem a nemají možnost pohybu. Dalším problémem je samotná cesta do práce, kdy byli dříve lidé zvyklí chodit pešky, dnes však dávají přednost autu či veřejné dopravě. A konečně, klesá popularita volnočasových aktivit, které zahrnují fyzický pohyb, oproti tomu je zde časté vysedávání před televizí nebo počítačem. Končí tím, že máme dnes spoustu dostupného a velmi levného jídla. Svou roli hraje taktéž česká láska k pivu[87].

4.5 Alkohol

Dopady alkoholu na zdraví populace se stále studují. Je prokázáno, že alkohol se negativně odráží na celkové úmrtnosti vzhledem k řadě onemocnění, na jejichž vzniku či průběhu se podílí, ale také vzhledem k zřejmé souvislosti s úrazy či sebevražedností. U nemocí je prokázána především souvislost s onemocněními nádorovými, trávicího systému a kardiovaskulárními. Vedle těchto prací se objevují také studie naznačující, že alkohol konzumovaný ve velmi malých dávkách má kardioprotektivní účinky. Uvádí se, že při denním konzumu alkoholu odpovídajícímu asi 8 až 12 gramům alkoholu dochází ke snížení rizika koronálního onemocnění srdce o 30 až 50 % a výrazné redukci mortality ve středním a vyšší věku. Na druhou stranu, Csémy a Sovinová ze Státního zdravotního ústavu doplňují, že existují i dobře dokumentované práce, které význam protektivní funkce alkoholu přinejmenším relativizují[88].

Dle Českého statistického úřadu zkonzumoval průměrný Čech v roce 2011 1,78 litru lihovin, 7,4 litru vína a 38,54 litru piva. Spotřebu v letech 2003 až 2011 zachycuje Tabulka 4–5, hodnoty jsou uvedeny v litrech. Spotřeba lihovin v tomto období mírně klesla, u vína můžeme sledovat krátkodobý pokles v letech 2006 až 2008, nejvýrazněji kolísá spotřeba piva, jež na konci období dosáhla svého maxima. Studie docenta Rupricha poskytuje data z devadesátých let. Sumarizovaná spotřeba alkoholických nápojů představovala 51 litrů v roce 1991, 57,5 litru v roce 1994 a téměř 62 litrů pro rok 1997[89].

Tabulka 4-5: Spotřeba alkoholu v ČR v letech 2003 až 2011

	2003	***2004***	***2005***	***2006***	***2007***	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***
Lihoviny	2,27	2,10	2,08	1,84	1,87	1,80	1,89	1,70	1,78
Víno	7,30	7,31	7,45	6,84	6,97	6,89	7,27	7,27	7,40
Pivo	36,54	35,78	36,79	36,96	37,50	36,67	38,02	36,65	38,54

Zdroj: ČSÚ

[87] EUROMONITOR INTERNATIONAL, *Czech Consumers in 2020: A Look into the Future* [GMID - Global Market Information Database], [cit. 2012-10-13]. Available from: http://www.portal.euromonitor.com.ezproxy.vse.cz/Portal/Pages/Magazine/TopicPage.aspx
[88] SOVINOVÁ, Hana, ed. a CSÉMY, Ladislav, ed., *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*, s. 34 – 35.
[89] RUPRICH, Jiří, Výživa a zdraví. In *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*, s. 104 – 105.

Z EHIS 2008 vyplývá, že podíl osob, které během posledních 12 měsíců pily alkohol, činil 91 % mezi muži a 77 % mezi ženami. Mezi muži, kteří v dané době konzumovali alkohol, bylo 22,1 % těch, kteří je konzumovali jednou měsíčně a méně, 26,1 % těch, kteří jej konzumovali 2 – 4x měsíčně, 19,5 % 2 – 3x týdně, 7,8 % 4 – 6x týdně a 15,6 procenta denních konzumentů alkoholu. Dle frekvence konzumace alkoholu bylo mezi ženami nejvíce těch, které jej užily jednou měsíčně a méně (38 %). 2 – 4x měsíčně konzumovalo alkohol 25,2 % žen, 2 – 3x týdně 7,3 % a 3,3 % 4 – 6x týdně. Denních konzumentek alkoholu bylo mezi ženami 3,3 procenta[90].

Od roku 1995 je v České republice, stejně jako desítkách ostatních evropských zemí, realizován projekt Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách[91], který podává informace o situaci v ČR, pokud jde o rozsah užívání legálních i nelegálních drog v obecné populaci dospívající mládeže. V rámci poslední publikované studie v roce 2007 byli dotazováni studenti narození v roce 1991.
Ve studii se mj. zjišťovala celoživotní zkušenost s alkoholem jakožto základní popis informující o intenzitě spotřeby. Nápadné, avšak pro českou společnost velmi typické, je nízké zastoupení celoživotních abstinentů (2,6 %) a těch, kteří měli zkušenost s alkoholem jednou až dvakrát (5,1 %). Oproti tomu 59 % dotázaných lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Rozložení frekvencí je u chlapců ve srovnání s dívkami vyšší u kategorií častého pití. Avšak například abstinentů chlapců je 3,5 %, kdežto dívek 1,8 %. Z hlediska obliby jednotlivých druhů alkoholických nápojů, lze za nejběžněji konzumovaný druh alkoholu považovat jednoznačně pivo. Destiláty jsou mezi mládeží konzumovány častěji než víno, což patrně souvisí s tím, že jsou konzumovány v kombinaci s pivem[92].

4.6 Tabakismus

Kouření je obrovskou celosvětovou epidemií, v celé historii lidstva patří k nejvýznamnějším příčinám předčasných úmrtí. V současnosti je na celém světě mezi muži téměř jedna miliarda kuřáků – 35 % z rozvinutých zemí a 50 % ze zemí rozvojových. Trendy v těchto zemích ukazují, že kouření u mužů dosáhlo svého vrcholu a klesá, avšak extrémně pomalu. V celosvětové ženské populaci je 250 milionů kuřaček – 22 % v zemích rozvinutých a 9 % v zemích rozvojových. Přestože je u významné části rozvinutých zemí patrný klesající trend, v řadě evropských zemí stále počet pravidelných kuřaček roste[93].

[90] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, s. 149 – 150. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008
[91] The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD.
[92] CSÉMY, Ladislav, CHOMYNOVÁ, Pavla a SADÍLEK, Petr, *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*, s. 22.
[93] MACKAY, Judith and ERIKSEN, Michael P., *The tobacco atlas*, p. 24 – 27.

Na následky kouření umírá každý desátý dospělý člověk na světě a předpokládá se, že nejpozději do roku 2030 to bude již každý šestý. Polovinu dlouhodobých kuřáků tabák usmrtí, 50 % z nich v produktivním středním věku a zkrátí jim život v průměru o 20 let. V porovnání s ostatními druhy rizikového chování je zde riziko předčasného úmrtí mimořádně vysoké[94].

V České republice umírá ročně kolem 100 tisíc lidí, z toho 23 tisíc lidí na nemoci způsobené kouřením. Jsou to především nemoci srdce a cév, na nichž se kouření podílí zhruba čtvrtinou, dále různá nádorová onemocnění, kde je vliv podílu kouření asi třetinový (např. u rakoviny plic jde o 90 %, u rakoviny močového měchýře asi 50 – 70 %, u rakoviny děložního čípku asi 30 %, taktéž u rakoviny slinivky břišní) a konečně třetí skupinou nemocí způsobených kouřením jsou chronická plicní onemocnění, která tabakismus ovlivňuje ze tří čtvrtin. Kouření se však podepisuje na nemocech ve všech oborech medicíny. Z oněch 23 tisíc úmrtí připadá 15 tisíc na osoby ve středním věku[95].

K dispozici jsou výsledky několika reprezentativních studií, které sledují výskyt různých forem kuřáctví, důležitá data taky poskytují statistiky rodinných účtů zjišťované Českým statistickým úřadem. Peněžní vydání za tabákové výrobky poskytuje Tabulka 4–6. V roce 2011 utratil průměrný kuřák za tabák 1 665 Kč, dle Atlasu tabáku vydaného Světovou zdravotnickou organizací v roce 2002 vykouřil během jednoho roku 2 306 cigaret[96].

Tabulka 4-6: Spotřeba tabáku v ČR v letech 2003 až 2011

	2003	***2004***	***2005***	***2006***	***2007***	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***
Tabák	1 086	1 078	1 123	1 231	1 402	1 487	1 598	1 609	1 665

Zdroj: ČSÚ

Vyjadřujeme-li spotřebu v peněžních jednotkách, je třeba přihlédnout k dalším faktorům. Využijeme-li referenční krabičky cigaret, vzrostla její cena ze 14 Kč v roce 1989 na 74 Kč v roce 2010. Tento zdánlivě vysoký nárůst je však slabší, než jak se může na první pohled zdát. Cenová hladina spotřebního koše zboží se totiž měnila pomaleji, než cena cigaret. Po většinu let tak byly cigarety ve srovnání s cenou spotřebního koše levnější, než tomu bylo v roce 1989. Až razantní zdražení cen cigaret v posledních letech vedlo k vyrovnání poměru cen cigaret a spotřebního koše zpět na tuto úroveň. Cigarety jsou tak vůči ostatnímu zboží za stejné peníze jako před dvaceti lety. Důležitým faktorem je také růst mzdové úrovně. V roce 1989 činila průměrná výše platu 3 170 Kč, v roce 2010 téměř 24 000 Kč. Nominálně tedy mzdy vzrostly o 751 procent, zatímco nominální ceny cigaret se zvýšili o pouhých 528 procent s tím, že ostatní zboží vůči nim nezdražilo. Dáme-li výši mezd a ceny

[94] SOVINOVÁ, Hana. Kouření cigaret. In *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*, s. 90.
[95] KRÁLÍKOVÁ, Eva a KOZÁK, Jiří T., *Jak přestat kouřit*, s. 15
[96] MACKAY, Judith and ERIKSEN, Michael P., *The tobacco atlas*, p. 94 – 95.

referenčních krabiček do poměru zjistíme, že v roce 1991 si mohl průměrný zaměstnanec ze svého platu koupit 188 krabiček, zatímco v roce 2010 již 322 krabiček, což představuje 1,7násobný rozdíl.
V rámci cenové politiky je důležitá znalost chování kuřáků a jejich reakce na změny cen. K tomuto účelu slouží model agregované poptávkové funkce po cigaretách, jež je výstupem poptávkové analýzy z dat Českého statistického úřadu za spotřeby jednotlivých domácností. Z modelu je jasně patrná velmi nízká cenová elasticita kuřáků[97, 98].

Rozšířenost kouření šetří mj. Ústav zdravotnických informací a statistiky, a to v rámci již citovaného Evropského výběrového šetření o zdraví. Počet kuřáků v populaci se dle této studie mění jen málo, z podrobnějšího rozboru je patrné, že v letech 1993 až 2002 mírně klesl podíl silných kuřáků, tj. těch, kteří kouří více než 20 cigaret denně, a současně vrostlo procento současných nekuřáků[99]. Z výzkumů dále vyplývá, že minimálně 40 % kuřáků by ráda s kouřením skoncovala. Nabízí se zde proto značný prostor pro aktivnější angažovanost nekomerční sféry skrze informativní kampaně a specializovaná centra pro odvykání kouření. Z řady studií je možné s určitostí konstatovat zřetelný nárůst kuřáctví u dospívající mládeže. Ač nejsou všechny příčiny této výrazné změny známé, domnívají se autoři Sovinová a Scémy ze Státního ze Státního zdravotního ústavu, že souvisí se snahami výrobců a prodejců dosáhnout vyšší zisků. V tomto kontext připomínají, že tabákový průmysl se stal v devadesátých letech cílem jedné ze dvou největších zahraničních investic v ČR. Domnívají se, že dravé reklamní tabákové kampaně nejvíce oslovují mladé lidi[100].
Další informace o prevalenci kuřáctví poskytuje např. Státní zdravotní ústav v rámci šetření Zdraví a škodlivé návyky či IKEM v rámci studie MONICA, v níž vyhodnocuje veškeré rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění.

Prevalenci kuřáctví u dospělé populace na základě výsledků šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky zobrazuje Tabulka 4–7. Kuřáci jsou zde sumarizací slabých a silných denních kuřáků, tj. osob, které kouří 20 a více cigaret denně. Dle posledního šetření je mezi muži 30 % denních kuřáků, z toho lze 13,1 % považovat za kuřáky silné. Příležitostně si cigaretu zapálí 7,6 % mužů, 19,7 % jsou odnaučenými kuřáky. U žen je podíl kuřaček výrazně nižší. Denně si cigaretu zapálí 19,3 % žen, z toho 4,3 % více než 20. Příležitostných kuřaček je mezi ženami 8,2 %. Ze všech respondentů uvedlo 42,7 % a 59 % žen, že nekouřilo nikdy[101].

[97] HEGER, Leoš, *Proč chceme vyšší spotřební daň z cigaret?* [online], [cit. 2012-10-05], Dostupné z: http://www.leosheger.cz/news/proc-chceme-vyssi-spotrebni-dan-z-cigaret-/
[98] Na základně novely zákona o spotřebních daních z poloviny roku 2012 dojde v letech 2013 a 2014 k opětovnému zdražení. Krabička cigaret podraží v průměru o 2 Kč v jednotlivých letech. Vláda tímto krokem postupně plní směrnici Evropské unie.
[99] SOVINOVÁ, Hana, ed. a Csémy, Ladislav, ed., *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*, s. 5.
[100] SOVINOVÁ, Hana, ed. a CSÉMY, Ladislav, ed., *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*, s. 16 – 17.
[101] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*, s. 158. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008

Tabulka 4-7: Prevalence kuřáků u dospělé populace

	1993	*1996*	*1999*	*2002*	*2008*
Muži (%)	31,9	32,3	29,6	30,9	30,0
Ženy (%)	21,0	20,2	17,4	18,1	19,3

Zdroj: SOVINOVÁ, Hana, ed. a CSÉMY, Ladislav, ed., Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice, s. 5.; ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008, s. 158

Další čísla poskytují studie MONICA a Zdraví a škodlivé návyky. V rámci prvně jmenované studie realizované v roce 1992, v níž jsou sumarizování všichni současní kuřáci bez jakékoli další specifikace, bylo mezi muži 44 % kuřáků, mezi ženami 29 %. Výsledky stejné studie prováděné o pět let později naznačily klesající trend. Mezi muži klesla prevalence kuřáctví na 37 %, mezi ženami na 26 %. Druhá studie realizovaná Státním zdravotním ústavem v roce 1996 stanovila prevalenci denních kuřáků mezi muži na 28 %, mezi ženami na 21,7 %.

Situaci mezi mladými lidmi mapuje studie ESPAD, jejíž výsledky ukazují, že mezi studenty bylo 78 % těch, kteří někdy v životě zkoušeli kouřit. Přibližně 18 % dotazovaných zkoušelo kouřit jednou či dvakrát a pak již v kouření nepokračovalo. Oproti tomu přes 34 % dotázaných uvedlo, že kouřili více než 40krát za život. Přesnější kategorizace kuřáckého statusu umožňuje otázka zjišťující frekvenci kouření a obvyklou spotřebu v posledním měsíci. Mezi chlapci bylo 23,4 % denních kuřáků (v rozsahu jedna cigareta a více), mezi dívkami o něco více (26,8 %). Stejně tak je mezi dívkami více silných denních kuřaček (11 cigaret a více). Výsledky studie také svědčí o tom, že více než čtvrtina dotázaných získala první zkušenosti s kouřením již ve věku 11 let a dříve. Kouření s denní frekvencí se nejčastěji objevuje mezi 14. a 15. rokem věku. Výsledky ukazují, že dřívější začátek kouření vůbec a dřívější začátek denního kouření je spojen s vyšším výskytem silného kuřáctví. Což v podstatě potvrzuje, že u těch, kteří začínají s kouřením v nižším věku, je větší pravděpodobnost, že se stanou silnými kuřáky. V rovině prevence je tento nález podporou správnosti zachování vyššího věku dostupnosti cigaret[102].

Predikci budoucího vývoje poskytuje Euromonitor International, který ve své prognóze počítá s vzrůstajícím podílem kuřáků v České republice. Uvádí, že ač klesla v rámci dospělé populace v letech 2005 až 2010 prevalence tabakismu z 27,2 % na 25,8 %, dojde, vzhledem k vzrůstající oblibě kuřáctví mezi mladou populací, k nárůstu tohoto podílu na 26,8 %. Autoři zde také připojují nepříliš pozitivní hodnocení, jež v roce 2010 dostala Česká republika od WHO za svou liberální kuřáckou politiku, chybující v nedostačujícím zákazu kouření na univerzitách, kancelářích, restauracích a barech. Dále se zde připomíná, že ač je trendem států západní Evropy zamezovat kouření na veřejných místech, je u nás politická vůle k tomuto kroku slabá. Připojují pohled doktorky Evy Králíkové

[102] CSÉMY, Ladislav, CHOMYNOVÁ, Pavla a SADÍLEK, Petr, *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*, s. 21 – 22.

z Centra léčby závislosti na tabáku, přední odbornice na kuřáckou problematiku v ČR. Králíková konstatuje, že ač jsou výhody plynoucí ze zákazu kouření na veřejných místech jasně prokázané, bude tento boj pravděpodobně ještě dalších pár let trvat. Zkušenosti z ostatních evropských zemí však naznačují, že pravděpodobným poraženým bude protikuřácké loby[103].

[103] EUROMONITOR INTERNATIONAL, *Czech Consumers in 2020: A Look into the Future* [GMID - Global Market Information Database], [cit. 2012-10-13]. Available from: http://www.portal.euromonitor.com.ezproxy.vse.cz/Portal/Pages/Magazine/TopicPage.aspx

Praktická část

5 Metodologie

Výzkumné šetření se primárně opírá o písemný dotazník, výsledky jsem však doplnila daty z agenturní databáze Market & Media & Lifestyle tak, aby společně s teoretickou částí této práce mohly poskytnout podrobnější informace k objasnění postoje českých spotřebitelů ke svému zdraví a fenoménu zdravého životního stylu obecně

5.1 Dotazník

Dotazníkové šetření se řadí mezi kvantitativní výzkumné formy. Obecně se kvantifikací rozumí myšlenkový proces, který slouží k tomu, abychom mohli údaje vypovídající o určitých jevech měřit. Rozhodujeme se, které kvantifikovatelné údaje můžeme získat, a pomocí kterých výzkumných postupů. Cílem je zjistit kolik jednotek (zde jednotlivců) kupuje určitou značku, je spokojeno či nespokojeno s určitými výrobky, má určitý názor atd. (zde má určitý životní styl). Součástí kvantitativního výzkumu však nemusí být pouze data kvantitativní, ale také data kvalitativního charakteru. Pro potřeby určitého změření kvalitativních jevů lze využít kvantifikovatelných pomůcek – např. škál[104]. Dotazník se řadí, spolu s pozorováním a experimentem, mezi nejčastěji využívané kvantitativní metody výzkumu, je hojně využíván k poznání chování populace a jeho determinant.

Otázky, jež vnikly na základě prostudování publikací a výzkumů v převážné míře citovaných v teoretické části práce, komplexně postihují tématiku spojenou se zdravým životním stylem tak, aby dotazník pomohl objasnit postoj českých spotřebitelů ke svému zdraví a fenoménu zdravého životního stylu celkově. Hledá odpovědi na to, do jaké míry se čeští spotřebitelé starají o své zdraví a dbají na prevenci, jaký je stav informovanosti o významnosti dodržování zásad zdravého životního stylu, jaké faktory jsou pro dodržování těchto zásad limitující či jak do svého zdraví investují. V neposlední řadě zjišťuje, zda znají nějaké sociálně marketingové kampaně podporující zdravý životní styl. Dále jsem si kladla za cíl roztřídit respondenty do tří kategorií a určit míru jejich zdravého resp. nezdravého životního stylu.

Dotazník (viz příloha) tvoří 25 otázek výzkumných, 5 otázek k určení základních demografických ukazatelů a jedna nepovinná doplňková otázka. Volba formy otázky dle variant odpovědí je vždy náležitě posouzena a zvolena tak, aby její zodpovězení mohlo poskytnout co nejpřesnější postoje

[104] KOZEL, Roman, MYNÁŘOVÁ, Lenka a SVOBODOVÁ, Hana, *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*, s. 160.

respondenta, a to bez jeho výrazného ovlivnění. Jde o velmi zásadní rozhodnutí, neboť to, zda respondentovi nabídneme k otázce také varianty odpovědi nebo ne, výrazně ovlivňuje informační hodnotu, kterou lze z dané otázky získat, stejně jako čas dotazování a následný způsob zpracování. V dotazníku je tak využito vícero typů otázek – uzavřených standardizovaných otázek, v nichž respondent vybírá z možných odpovědí, dále otázek otevřených, které žádnou variantu odpovědi nenabízí a respondent tak může odpovídat dle vlastního uvážení a konečně otázek polozavřených, které jsou kompromisem mezi oběma uvedenými variantami a umožňují tak propojit jejich výhody. Otevřené otázky kladou vysoké nároky na paměť respondenta a jeho schopnost srozumitelně formulovat své odpovědi, jejich zpracování je velmi náročné. Na druhou stranu, díky tomu, že respondent není ve svých odpovědích nijak omezován, lze tak získat více informací a komplexněji poznat zkoumaný jev. Tento typ otázek je v dotazníku použit čtyřikrát. Převážnou většinu otázek (21) tvoří otázky uzavřené, z nichž jsou 3 selektivního typu. Jejich varianty odpovědí se tedy navzájem nevylučují a respondent tak může vybrat jednu nebo více odpovědí a není tak nucen k výběru jediné varianty, která pro něj může být stejně významná jako druhá nebo třetí. Zbývající otázky (18) jsou alternativního charakteru, jejich odpovědi se navzájem vylučují a respondent tak vybírá pouze jednu odpověď. Velkou předností tohoto typu otázek je výrazně jednodušší a rychlejší zpracování odpovědí, jež plyne ze standardizovaných odpovědí. Tím, že je však respondentovi dopředu určeno, jak může odpovídat, je omezováno jeho svobodné rozhodnutí. Dále je v dotazníku využito jedné polouzavřené otázky a dvou kvalitativních škál k ohodnocení názorů respondentů. Jde o otázky, v nichž by mohl mít respondent problém vyjádřit svůj názor, škála mu pak nabízí možnost pohybovat se v určitém názorovém intervalu. Jejich význam spočívá v převádění neměřitelných znaků na znaky měřitelné, odpovědi respondentů lze velmi snadno kvantifikovat následně analyzovat. Demografické otázky k roztřídění do určitých sociálních skupin mají formu uzavřených otázek, díky čemuž je získávání odpovědí a jejich zpracování snadnější[105].

Dotazník byl vytvořen pro účely této práce, nebyl použit při jiném šetření. Bylo tedy nutné provést jeho pilotní přezkoušení. U jednotlivých otázek tak bylo třeba přezkoušet, zda jsou srozumitelné, jasné, jednoznačné a zda nejsou potíže s jejich vyplňováním. Bylo třeba se přesvědčit, zda položené otázky opravdu fungují v tom smyslu, že lidé jsou schopni na ně rychle, snadno a spolehlivě odpovědět. Dále bylo třeba otazník otestovat na jeho časovou náročnost, která byla respondentům dopředu oznámena, stejně jako na obtížnost při kompletování výsledků[106].

Vzhledem k tomu, že jsem se chtěla vyhnout zaujatosti a monotónnosti, zaslala jsem dotazník skrze své blízké do mnoha firem z mnoha odvětví, stejně jako studentům různých oborů. Dotazník nebyl zaslán konkrétnímu počtu respondentů, nelze tedy zjistit jeho procentuální návratnost. Vrátilo se mi 233 vyplněných dotazníků, u nichž nejprve provedu analýzu prvního, posléze druhého stupně.

[105] KOZEL, Roman, MYNÁŘOVÁ, Lenka a SVOBODOVÁ, Hana, *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*, s. 213 – 216.
[106] PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*, s. 50.

Závěrem pak výsledky sumarizuji pomocí zjednodušujících výroků, které čtenáři poskytnou rychlou sumarizaci textu plného procent, grafů a tabulek.

5.2 Market & Media & Lifestyle

Jak uvádím výše, určité otázky výzkumu jsem proložila daty z projektu Projekt Market & Media & Lifestyle (MML), jež je od roku 1996 realizován společností Median. Totožný typ výzkumu se provádí ve více než 60 zemích světa, přičemž celá řada z těchto zemí, včetně České republiky, licenčně spolupracuje s britskou výzkumnou společností Kantar Media Group, kde tento projekt běží pod označením TGI (Target Group Index). MML-TGI je vysoce akceptovaným zdrojem informací v oblastech cíleného marketingu, nákupu médií a reklamy. V České republice sleduje projekt spotřebu více než 300 druhů výrobků a služeb a 3 000 jednotlivých značek, zjišťuje mediální chování prostřednictvím sledovanosti televize, poslechovosti rádií a čtenosti tisku (400 druhů médií) a zahrnuje také přes 600 údajů o životním stylu. MML je výzkumem kontinuálním s výstupem 4 krát ročně. Od roku 2000 je garantován minimální výběrový vzorek 15 tisíc respondentů. Data pomáhají reklamním a mediálním agenturám, médiím, výrobcům, prodejcům či marketingovým specialistům zvolit správnou cílovou skupinu, poradí kde ji nalézt a jak ji oslovit[107].

Pracovala jsem s daty z roku 2010, tedy s nejaktuálnějšími daty dostupnými studentům VŠE ve specializované učebně. K vyhodnocování výsledků jsem využila programu Data Analyzer, kde jsem pracovala s obecnou analýzou. Ta představuje základní analýzu dat, která jednotlivým proměnným přiřazuje čestnosti. Jako cílovou skupinu jsem zvolila celou Českou republiku, přičemž v daném roce bylo 15 210 respondentů.

[107] MEDIAN, *Market media lifestyle (MML-TGI)* [online], [cit. 2012-11-05]. Dostupné z: http://www.median.cz/?lang=cs&page=1&sub=1

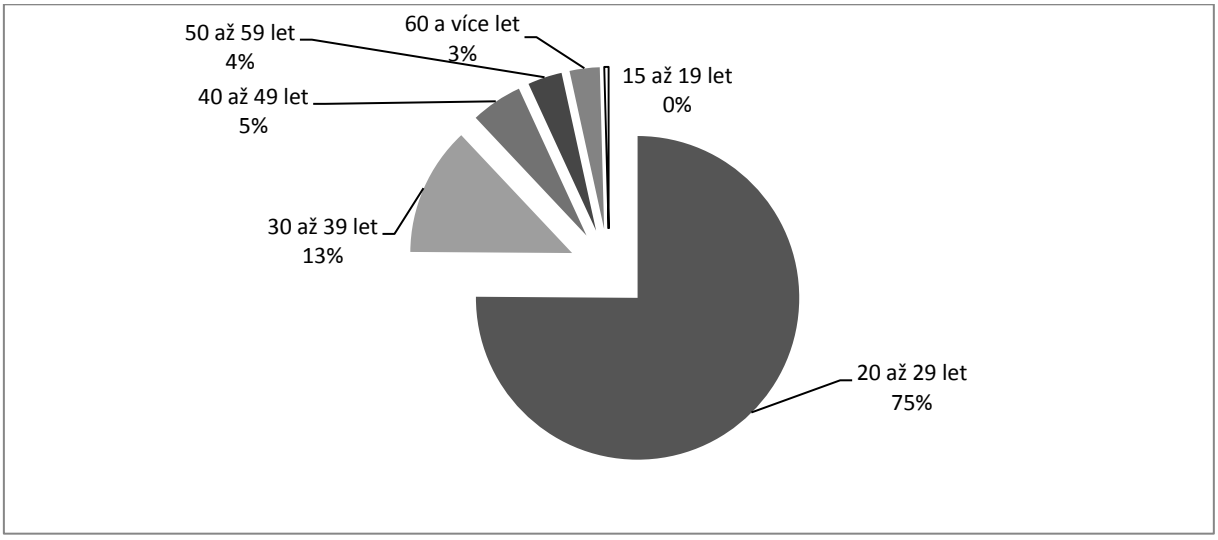
6 Analýza výsledků

Výsledky šetření jsou prezentovány pomocí analýzy prvního a druhého stupně. První část v rámci sedmi sekcí předkládá odpovědi jednotlivých výzkumných otázek, k nimž připojuji pohled z MML výzkumu. Text vycházející z těchto dat je vždy v úvodní větě řádně označen. Druhá část, analýza druhého stupně, podává charakteristiky tří vybraných kategorií. Výsledky jsou pomocí značně zjednodušujících, avšak plně vypovídajících výroků prezentovány v rámci třetí podkapitoly.

6.1 Analýza prvního stupně

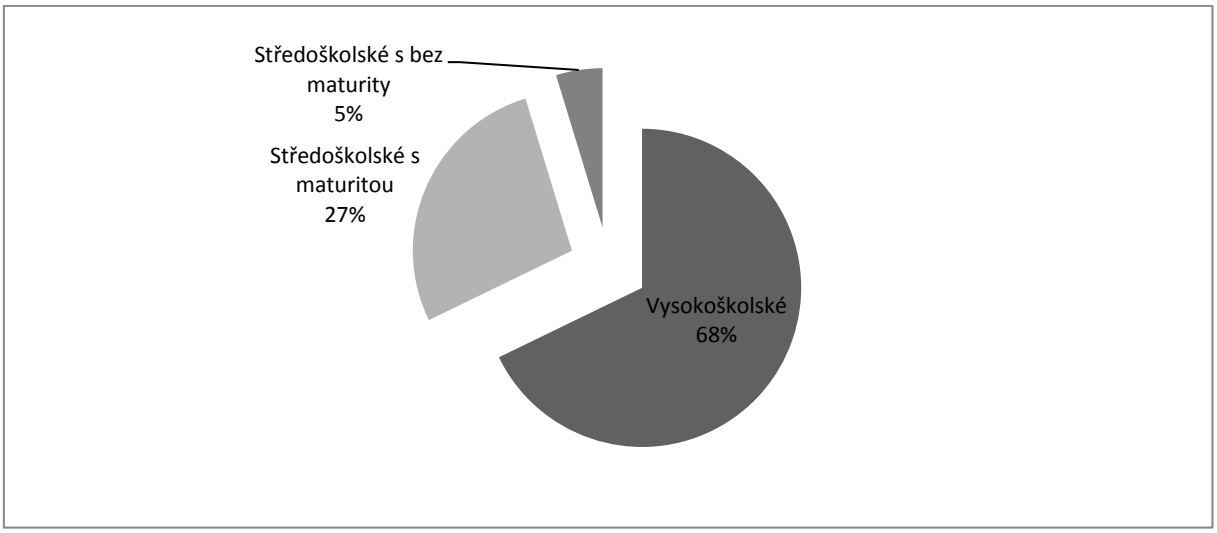
Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 233 respondentů, 139 žen a 94 mužů. Podmínky, za nichž jsem uskutečňovala výzkum, mi neumožnily plně vyrovnat jednotlivé demografické charakteristiky. Primárně jsem se pokoušela korigovat genderové zastoupení souboru, ostatní charakteristiky jsem se v průběhu výzkumu pokoušela dorovnávat. Avšak vzhledem k tomu, že ochota mužů zúčastnit se šetření byla výrazně nižší nežli u žen, není ani charakteristika pohlaví rovnoměrně zastoupena. V důsledku zmíněného je mezi respondenty výrazně nerovnoměrné rozložení věkové a vzdělanostní struktury (viz Graf 6–1 a Graf 6–2). Rozložení dle příjmu a obyvatel v místě bydliště zobrazuje Graf 6–3 resp. Graf 6–4, kde je opět patrný výraznější převis respondentů žijících ve městě s více než půl milionem obyvatel, což je důsledkem sociálních vazeb, skrze které jsem dotazník distribuovala. K nerovnoměrnému demografickému zastoupení je třeba podotknout, že dotazník byl, jak zmiňuji výše, rozeslán heterogennímu souboru, výzkumu se však zúčastnili ti, kteří k tématu měli co říci a byli tak ochotni učinit, z tohoto důvodu považuji výslednou skladbu respondentů za důležitou informaci.

Graf 6-1: Věk



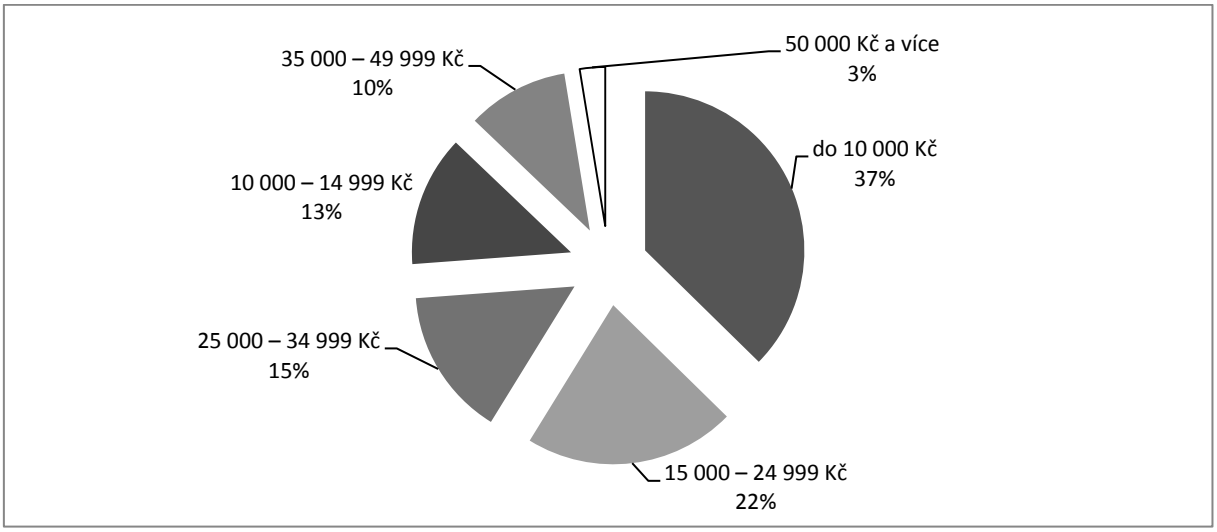
Zdroj: Autor

Graf 6-2: Vzdělání



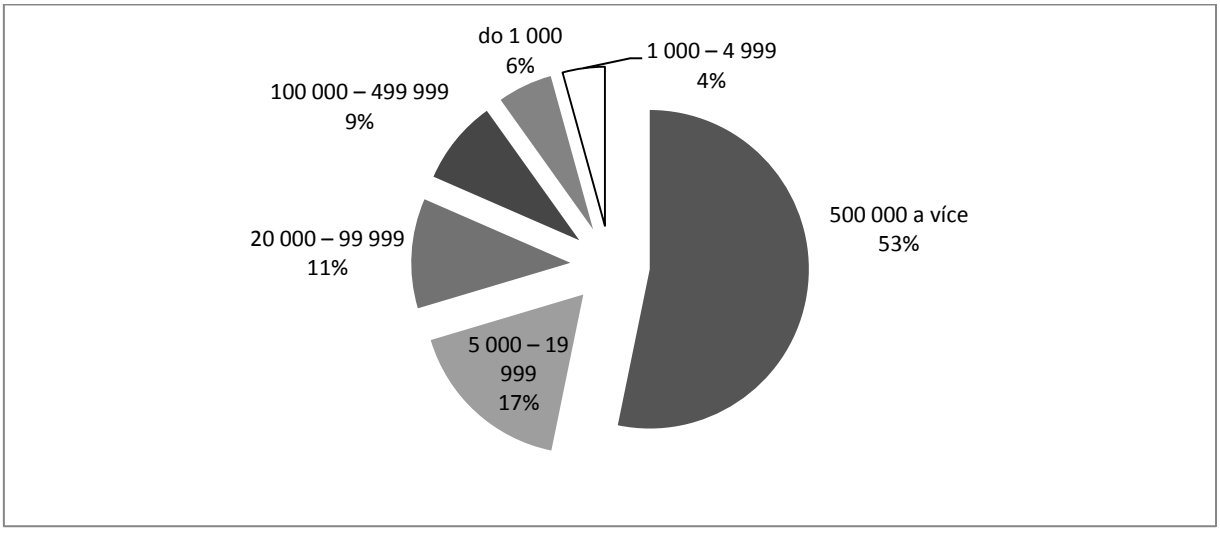
Zdroj: Autor

Graf 6-3: Hrubý měsíční příjem



Zdroj: Autor

Graf 6-4: Počet obyvatel v místě bydliště



Zdroj: Autor

Úvodem jsem se dotázala, zda *respondent považuje svůj životní styl za zdravý*. V tuto chvíli ještě není ovlivněn následujícími otázkami a odpovídá se znalostní bází, kterou disponoval před svou participací na výzkumu. Zda opravdu dodržuje mnou vybrané zásady zdravého životního stylu, zjišťuje následující sada otázek. Otázka taktéž posloužila v rámci analýzy druhého stupně, kdy jsem zjišťovala, zda ti, kteří považují svůj životní styl za zdravý resp. nezdravý, opravdu žijí zdravěji resp. nezdravěji a také, jakých dosáhli výsledků u ostatních otázek.

Respondentů, kteří svůj životní styl považují za zdravý, bylo nepatrně méně (*47,2 %*) nežli těch, kteří jsou přesvědčeni o opaku (*52,8 %*). Mezi těmi, kteří svůj životní styl vnímají jako zdravý, je převaha žen (67,3 %). O významu zdravého životního stylu na zdraví jedince, potažmo celé populace, pojednává teoretická část práce. Výsledek nepovažuji za nikterak pozitivní, plně však odpovídá prevalenci nepřenosných onemocnění resp. civilizačních chorob v České republice. Je si zde třeba uvědomit, že prevalence těchto chorob se týká střední a starší generace, nicméně výrazné zastoupení respondentů výzkumu je věkové skupiny dvacátníků, méně pak třicátníků, tedy generací, které těmito nemocemi v převážné míře ještě netrpí a svým životním stylem by jim mohli v budoucnu předcházet.

Do této tématiky směřovaly také dvě otázky v rámci MML výzkumu. Respondent měl vyjádřit souhlas či nesouhlas s výrokem *„Dbám na správnou životosprávu“*. O své správné životosprávě je přesvědčeno více žen (*45,3 %*) nežli mužů (*31,5 %*), s výrokem nesouhlasí téměř *29 %* mužů a *18 %* žen. Přibližně stejné procento k němu zaujímá neutrální postoj (ani ano, ani ne). Svoji odpověď neuvedlo 2,9 % respondentů (3,1 % můžu a 2,6 % žen). V závislosti na věku je překvapující nejvyšší míra souhlasu v rámci věkové kategorie 70 – 79 let (46 %), která patrně pramení z nedostatečné znalosti obsahu tohoto pojmu. S odstupem následují věkové kategorie 30 – 39 let (40 %) a 60 – 69 let (38, 9 %), v ostatních kategoriích tento se tento podíl pohybuje kolem 36 %.

Podobně zde nacházíme také výrok *„Pečuji o své zdraví“*, s nímž opět souhlasí více žen (*65 %*) nežli mužů (*47,7 %*). Vzhledem k tomu, že s výrokem souhlasí více respondentů, nežli s výrokem předchozím, je patrné, že je zde řada těch, kteří necítí souvislost mezi vhodnou životosprávou a péčí o své zdraví.

V následujícím textu představím další výzkumné otázky této databáze vztahující se k nejzávažnějším behaviorálním rizikovým faktorům, jimž je v teoretické práci věnován značný prostor (nezdravé stravování, nedostatečná fyzická aktivita, zneužívání alkoholu a tabakismus). U těchto zhodnotím jejich závislost na výzkumné otázce „Dbám na správnou životosprávu“.

Pro doplnění – s výrokem nesouhlasí *8 %* žen a *14,8 %* mužů, téměř 34 % mužů a 23,5 % žen k němu zaujímá neutrální stanovisko. Svoji odpověď neuvedlo 3,5 % mužů i žen. V závislosti na věkové kategorii je opět nejvyšší míra souhlasu v rámci věkové kategorie 70 – 79 let (61,1 %), což bude mít patrně stejné důvody jako u předchozího výroku, těsně následuje kategorie 60 – 69 let (59,2 %), podíl

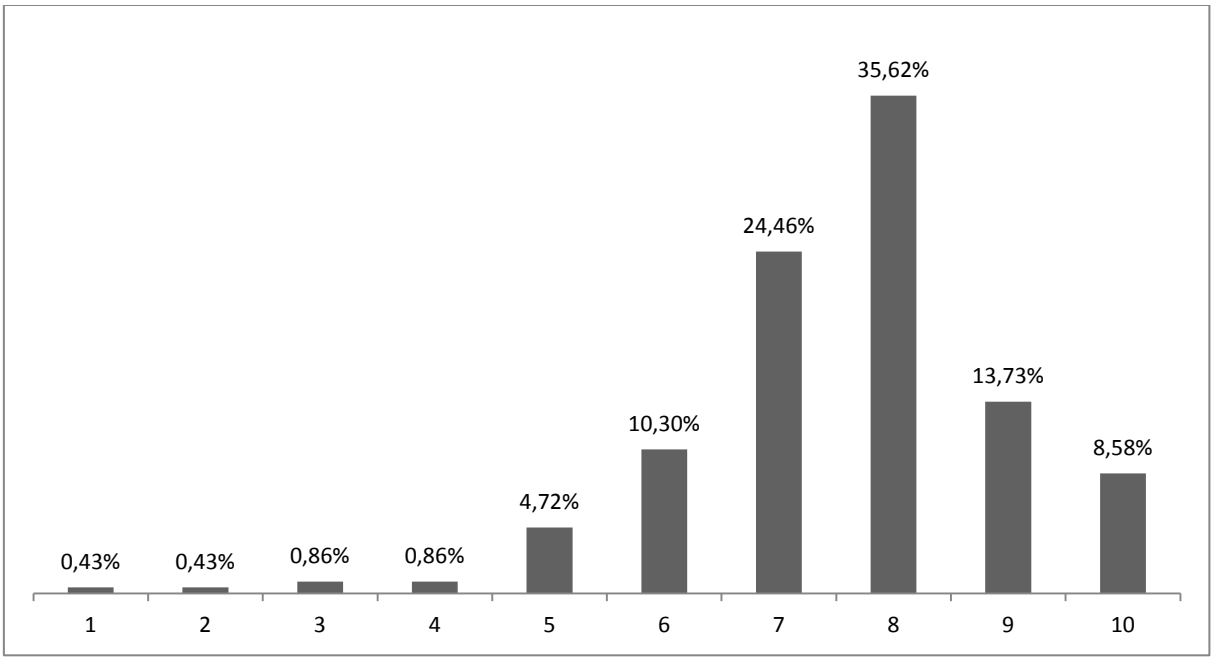
souhlasících v rámci dvacátníků, čtyřicátníků a šedesátníků se pohybuje okolo 56 %, u náctiletých a padesátníků je to kolem 53 %[108].

6.1.1Životní styl ve vztahu ke zdraví

V teoretické části práce je mnoho zmíněno o významu životního stylu na zdraví jedince, potažmo populace. Zajímalo mne tedy, jak v tomto ohledu smýšlejí respondenti, tedy do *jaké míry se respondenti domnívají, že může životní styl (ŽS) působit na zdraví* jedince. Vzhledem k tomu, že takováto formulace by mohla být příliš obecná, dotazovala jsem se na prevenci před civilizačními chorobami, čímž však otázka zůstává obsahově velmi podobná. Ač by bylo možné nabídnout pouze odpovědi ano ne, pro širší prozkoumání této problematiky jsem otázku položila jakožto kvalitativní. Využila jsem zde škály od 1 do 10, kde 1 znamená nulový vliv životního stylu na vznik civilizačních chorob, 10 naopak značí, že životní styl zcela ovlivňuje vznik civilizačních chorob.

Z výsledků je zřejmé, že respondenti si v určité míře, avšak ne zcela ideální, uvědomují vliv zdravého životního stylu na zdraví (viz Graf 6–5). Kumulovaný podíl odpovědí v rozmezí bodů 1 až 4 představuje 2,6 %, hodnotě číslo pět, tedy takové, kterou respondent může vnímat jako neutrální, ač zcela záměrně nebyla zvolena škála s lichým počtem bodů, se přiklonilo 4,72 %. Druhá strana spektra tedy představuje 92,7% podíl odpovědí, přičemž nejvíce respondentů se přiklonilo k hodnotě 7 a 8.

Graf 6-5: Míra vlivu životního stylu na vznik civilizačních chorob



Zdroj: Autor

[108] MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

Následně jsem zjišťovala, zda respondent zná *behaviorální rizikové faktory nejčastějších civilizačních chorob*. V případě kladné odpovědi jsem jej dále vyzvala, aby uvedl jaké. Nejenže jsem tak získala informace o povědomí respondentů v této oblasti, měla jsem také jistotu, že je jejich odpověď pravdivá. Otázka je opět zcela úmyslně položena na počátku dotazníku, kdy ještě respondent není ovlivněn následujícími otázkami, které by jeho odpověď resp. znalosti mohly ovlivnit.
76,8 % uvádí, že rizikové faktory zná, zbývajících *23,2 %* nikoli. Povědomí této tématiky mezi participanty výzkumu je relativně značné. Téměř každý zmiňuje nevhodné stravování a řada uvádí jeho formy, což ukazuje na poměrně vysoké znalosti v oblasti výživy, dále pak dále tabakismus vč. pasivního kouření, stres a nedostatek pohybu, méně pak alkohol. Zřídka je uváděno obecné „nevhodná životospráva“, nezdravé životní resp. městské prostředí, nedostatek spánku, nedostatečně vybalancovaná rodinná a pracovní stránka života, psychika, konzumace drog. Někteří zde dále uvádí metabolické, nikoli behaviorální, rizikové faktory jako např. vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, vysoká hladina cukru v krvi a obezita, dva respondenti také zmiňují genetické faktory.

6.1.2Výživa

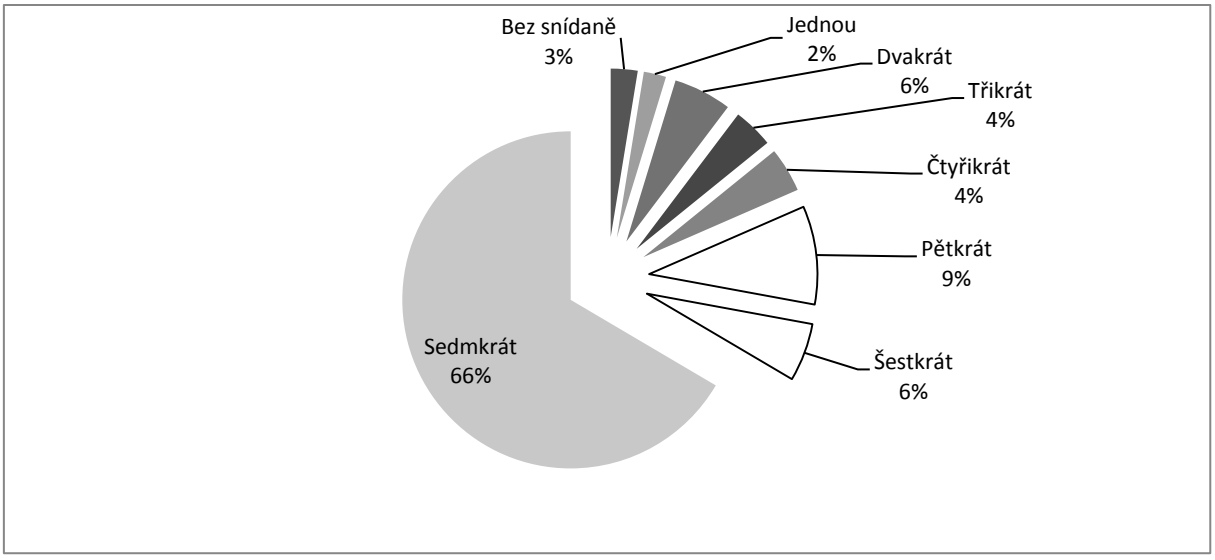
Následující sada otázek je zaměřena na stravování. Nejprve jsem se dotazovala na *denní stravovací režim.* Respondent měl zvolit jednu ze 4 možností, která je pro jeho chování nejvíce charakteristická. Varianty odpovědí se lišily dle počtu hlavních jídel během celého dne, a sice: jím tři hlavní jídla denně a ranní a odpolední svačinu, jím dvě hlavní jídla denně a v jinou denní dobu si dopřeji malou svačinu, jím jedno hlavní jídlo denně a v jinou denní dobu si dopřeji malou svačinu, během dne nemám žádné hlavní jídlo – kdykoli mám hlad, dopřeji si rychlé občerstvení (např. chléb, párek v rohlíku či fast food).
K variantě tří hlavních jídel denně se sice přiklonilo nejvíce respondentů (*40,8 %*), avšak nejedná se o nikterak optimální skóre. Velmi těsně následovala odpověď dvou hlavních jídel (*39,06 %*). Jedno hlavní jídlo denně si dopřeje *16,3 %* respondentů, *3,9 %* nemá žádný pevně stanovený stravovací režim a jídlo si dopřeje kdykoli, kdy má hlad.

V rámci stravovacích návyků resp. stravovacího režimu, hraje důležitou roli snídani. Navázala jsem tedy otázkou dotazující se na počet dní v týdnu, kdy si respondent dopřeje *snídani*. Jak ukazuje Graf 6–6, každodenně zařazuje do svého jídelníčku snídani 66,5 % respondentů, naopak ani jeden den v týdnu si snídani nedopřeje 2,6 %. Lze se domnívat, že 9 procent respondentů, kteří uvádí, že snídají pouze pět dní v týdnu, tak činí v pracovní dny a o víkendové dny spojují svojí snídaní a oběd v tzv. brunch.

Obdobně důležitou roli ve vyváženém a zdravém jídelníčku hraje *konzumace ovoce a zeleniny*. Dotazovat se zvlášť na ovoce a zeleninu by mělo vyšší vypovídací hodnotu, neboť tyto položky mají v jídelníčku rozdílné postavení. Vzhledem k vysokému počtu otázek v dotazníku jsem se rozhodla sloučit tyto do jedné, neboť to v rámci tohoto výzkumu považuji za dostačující. Respondent volil jednu z následujících variant odpovědí lišících se frekvencí konzumace ovoce a zeleniny: dvakrát či vícekrát denně, jednou denně, nejméně 4krát týdně, ale méně než jednou denně, nejméně jednou týdně, ale méně než 4krát týdně, méně než jednou týdně, nikdy.

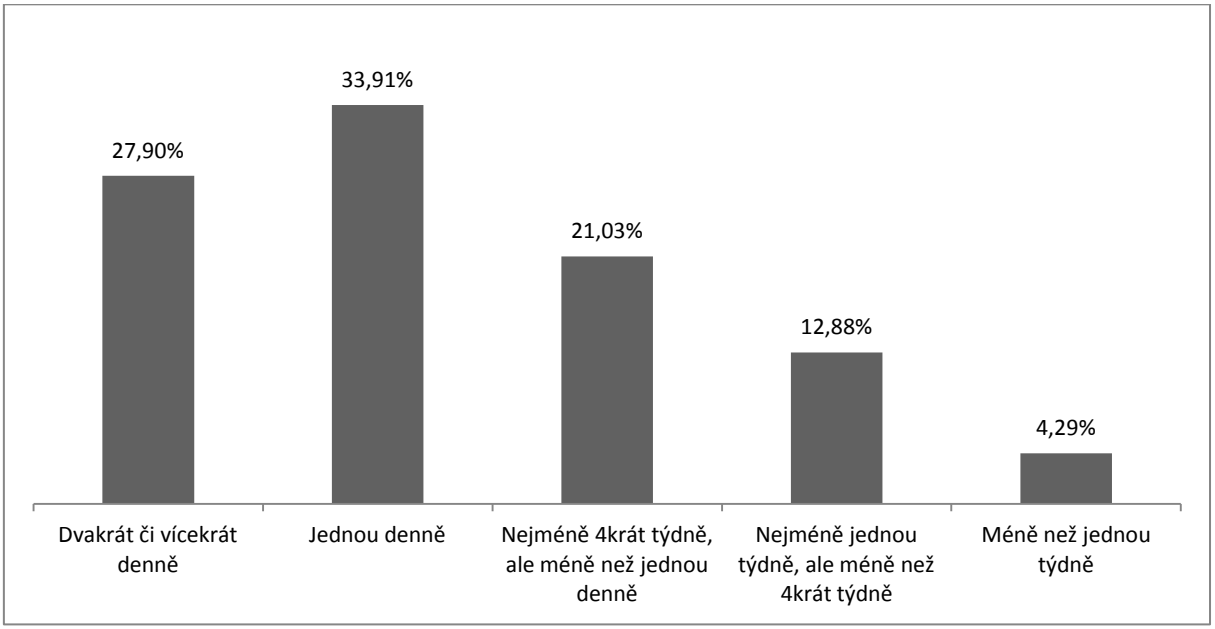
Podíl jednotlivých odpovědí zobrazuje Graf 6–7. Nejméně jednou denně konzumuje ovoce a zeleninu pouze 61,2 % respondentů, variantu odpovědi „nikdy“ nezvolil ani jeden respondent.

Graf 6-6: Snídaně



Zdroj: Autor

Graf 6-7: Konzumace ovoce a zeleniny



Zdroj: Autor

Zcela přímou otázku směřující do oblasti zdravého stravování nabízí MML výzkum. Respondent měl zodpovědět otázku *„Jíte zdravě?“*, s pomocí odpovědí: hodně zdravě, spíše zdravě, málo zdravě. Jde o zcela subjektivní otázku, jejíž objektivita může být ovlivněna např. nedostatečnými či nepřesnými informacemi respondenta či snahou vidět sám sebe lépe. Ženy oproti mužům vnímají svojí stravu jako zdravější, variantu jím hodně zdravě zvolilo 4,8 % žen a 3,3 % mužů, variantu spíše zdravě 62,5 % žen a 49,8 % mužů, jako málo zdravou svoji stravu považuje 28,7 % žen a 42,2 % mužů[109]. Jak dokládá Tabulka 6–1 (údaje jsou v %), mezi těmi, kteří jsou přesvědčeni o své správné životosprávě, je 17 % těch, kteří uvádí, že jejich stravování je málo zdravé.

Tabulka 6-1: Jíte zdravě?

	Jíte zdravě?			
Dbám na správnou životosprávu	*hodně zdravě*	*spíše zdravě*	*málo zdravě*	*neuvedeno*
Ano	**7,4**	**71,4**	**17,0**	**4,2**
Ani ano, ani ne	1,6	55,9	37,8	4,7
Ne	**2,4**	**32,7**	**61,1**	**3,9**
Neuvedeno	3,9	48,2	41,3	6,7

Zdroj: MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

Dále jsem se dotazovala na omezování konzumace jednotlivých potravinových složek: cukrů, tuků a soli. Původním záměrem sady této otázek bylo zjištění míry konzumace jednoduchých sacharidů a nasycených tuků, vzhledem k tomu, že pilotní šetření ukázalo, že respondent není schopen plně pravdivě a správně na tyto otázky odpovědět, zvolila jsem jednodušší podobu otázky, kde jsem nespecifikovala formu cukru a respondenta se pouze dotázala, zda omezuje jeho spotřebu. Stejně jsem postupovala u otázky věnované spotřebě tuků.

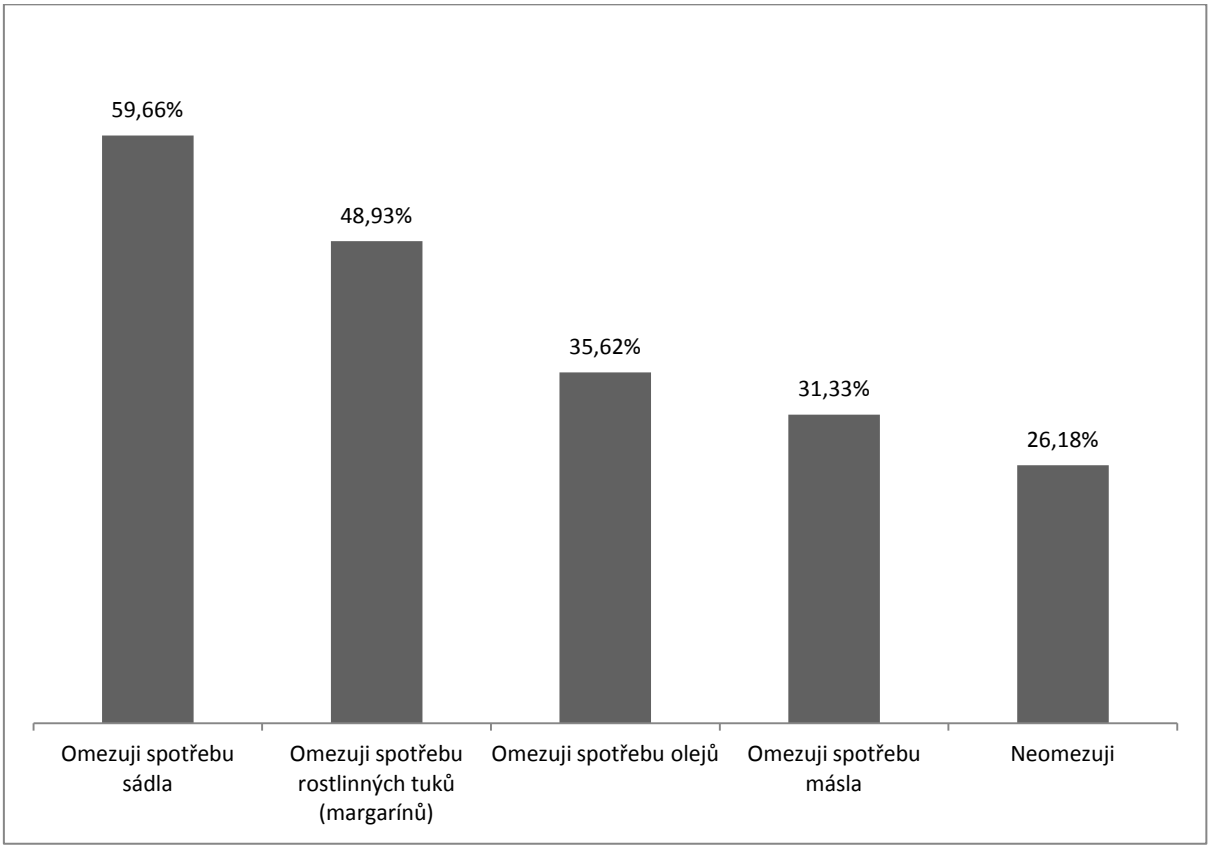
V otázce věnované cílenému *omezování spotřeby cukrů* měl respondent zvolit možnost ano či ne. V případě kladné odpovědi dále zvolil, zda tak činí formou omezování doslazování nápojů či jídla, zda omezuje konzumaci sladkých jídel a pochutin nebo kombinací obojího. Vzhledem k možnosti volby více odpovědí, nedává zde součet procent u jednotlivých variant odpovědí sumu sta procent.
Konzumaci cukru omezuje *67,3 %* respondentů, z toho 27,9 % formou nedoslazování hotových nápojů a pokrmů, 15,9 % se hlídá ve spotřebě sladkých pochutin a 23,6 kombinuje obojí. Naopak, *32,6 %* respondentů neomezuje spotřebu cukru žádným způsobem. Celkově se k volbě omezování doslazování přiklonilo 51,9 % respondentů, k volbě omezování sladkých pochutin 40,3 %.

V otázce *omezování spotřeby tuků* a olejů jsem v případě kladné odpovědi dále zjišťovala, zda tak respondent činí formou omezování spotřeby másla, sádla, rostlinných tuků, olejů či kombinací

[109] MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

zmíněného. Podíl respondentů, kteří se přiklonili k jednotlivým variantám odpovědí, zobrazuje Graf 6–8. Tuky v jídelníčku omezuje určitou formou *73,8 %* respondentů. Nejvíce z nich (12,5 %) zvolilo kombinaci všech 4 forem omezování spotřeby tuku, s 10,3 % následovali ti, kteří omezují spotřebu sádla a margarínů a s 9 % ti, kteří omezují současně kombinací sádla, margarínů a olejů. Stejný podíl (7,3 %) je těch, kteří omezují spotřebu sádla a těch, kteří omezují současně spotřebu sádla a másla. Relativně významný (6,87 % resp. 6,44 %) je také podíl těch, kteří omezují pouze spotřebu margarínů resp. těch, kteří omezují spotřebu másla, sádla a olejů současně. Naopak, spotřebu tuků ve stravě neomezuje *26,2 %* respondentů.

Graf 6-8:Omezování spotřeby tuků



Zdroj: Autor

V otázce zaměřené na *omezení konzumace soli* měl respondent v případně kladné odpovědi podobné možnosti jako v otázce omezování cukru, a sice: omezování přisolování jídla při jeho přípravě či jídla, které je již na stole nebo obecně omezováním nákupu slaných jídel, či kombinací obojího.

Určitou formou omezuje ve svém jídelníčku sůl *63,5 %* respondentů, přibližně polovina z nich (34,3 %) omezuje solení při přípravě jídla, 10,7 % omezuje nákup slaných jídel a 18,5 % kombinuje obojí. Naopak, *36,5 %* respondentů neomezuje příjem soli žádným způsobem. Z hlediska jednotlivých variant odpovědí se nejvíce respondentů přiklání k odpovědi omezení konzumace soli formou omezení soli při přípravě pokrmu či nepřisolování jídla již hotového (52,8 %), s 36,5 % následují ti, kteří neomezují příjem soli. Omezování nákupu slaných jídel zvolilo 29,2 % respondentů.

Otázku omezování složek potravin, tedy uvědomělejšího přístupu ke stravování, hodnotil taktéž MML výzkum. Respondenti byli dotazováni, zda se vyhýbají určitým potravinovým složkám, zda je omezují nebo jim nevěnují pozornost. Výsledky v % prezentuje Tabulka 6–2.

Tabulka 6-2: Vyhýbání se k jednotlivým složkám potravy

Kterým složkám v produktech se vyhýbáte?			
		Muži	*Ženy*
Vysoký obsah tuku	***vyhýbám se***	**7,2**	**12,8**
	omezuji	**30,0**	**40,8**
	nevěnuji pozornost	57,9	40,2
	neuvedeno	4,9	6,1
Vysoký obsah cholesterolu	***vyhýbám se***	**7,9**	**12,1**
	omezuji	**23,6**	**32,0**
	nevěnuji pozornost	63,5	49,3
	neuvedeno	5,0	6,6
Vysoký obsah kalorií	***vyhýbám se***	**5,5**	**10,1**
	omezuji	**25,0**	**38,1**
	nevěnuji pozornost	64,6	45,4
	neuvedeno	4,9	6,4
Vysoký obsah cukru	***vyhýbám se***	**7,9**	**13,4**
	omezuji	**26,9**	**37,9**
	nevěnuji pozornost	60,9	43,2
	neuvedeno	4,3	5,5

Zdroj: MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

Tendence vyhýbat se či omezovat jednotlivé složky potravy je silnější mezi ženami. Výši tuku ve své stravě kontroluje přes 53 % žen a 37 % mužů, výši cholesterolu však již 44 % žen a 31,5 % mužů. Přes 63 % mužů a 48 % žen vůbec nevěnuje pozornost výši cholesterolu ve své stravě. Znamená-li kontrola vysokokalorických potravin kontrolu energetického příjmu, přes 45 % žen a 65 % mužů tomuto aspektu stravování nevěnuje pozornost, podobné odpovědi nalezneme také u spotřeby potravin obsahující vysoké množství cukru či cukr samotný.

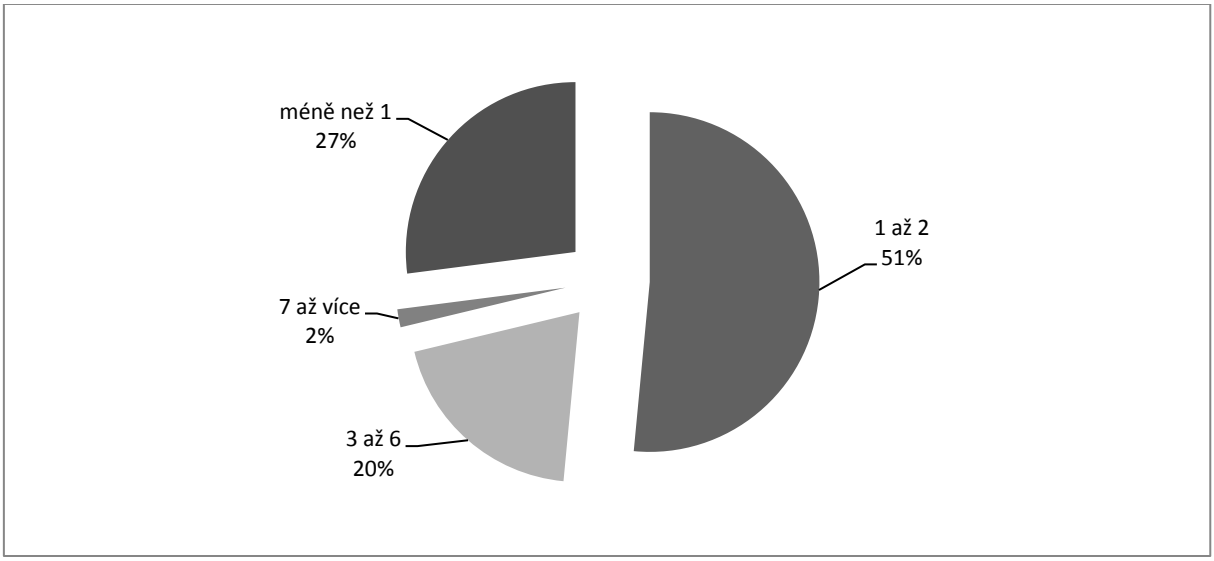
Mezi těmi, kteří uvedli, že nevěnují pozornost vysokému obsahu tuku ve své stravě, bylo současně téměř 27 % těch, kteří svou životosprávu považují za zdravou. Podobné výsledky můžeme nalézt i u ostatních složek potravy – vysoký obsah cholesterolu 28,9 % respondentů vnímajících svoji životosprávu jako vyváženou, vysoký obsah kalorií 28,5 % respondentů, vysoký obsah cukru 28,2 %. Téměř totožné proporce lze naleznout u kontroly vysokého obsahu soli (30,4 %), umělých konzervarvantů a dochucovadel (28,3 %).

A dále. Mezi respondenty, kteří jsou přesvědčeni o své vhodné životosprávě, je přes 40 % těch, kteří souhlasí s tím, že jídelníček složený ze zdravých potravin není příliš chutný a přes 35 % se přiklání k odpovědi ani ano ani ne. Je mezi nimi 29 % těch, kteří tvrdí, že pro své lepší zdraví by měli zlepšit jídelníček a 34 % těch, kteří se k žádné odpovědi nepřiklání (ani ano, ani ne). S otázkou snahy jíst co nejméně cukrovinek a zákusků nesouhlasí téměř 16 % těchto respondentů, k žádné odpovědi se nepřiklání přes 27 %, pouze 55 % se snaží jíst co nejméně cukrovinek a zákusků. Zajímavá je taktéž otázka omezování se v jídle. Mezi těmito je 5,5 % těch, kteří se omezují hodně, 49 % těch, kteří se omezují trochu a 44 % těch, kteří se ve svém jídle vůbec neomezují. Přes 34 % respondentů považujících svou stravu životosprávu za vhodnou, je současně přesvědčeno, že mají přes váhu, což je téměř shodný podíl s těmi, kteří naopak tvrdí, že jejich životospráva vhodná není[110].

Ve svém výzkumu jsem sekci věnovanou stravovacím návykům uzavřela otázkou pitného režimu. Zjišťovala jsem, zda respondent dodržuje správný *pitný režim*, tj. zda vypije 2 až 3 litry nepřeslazených tekutin denně, vyjma kávy a alkoholu. Před přímým dotazem s odpověďmi ano či ne jsem dala přednost otázce se 4 nabízenými variantami odpovědí (méně než 1 litr, 1 – 2 litry, 2 – 3 litry, více než 3 litry) tak, aby respondent nebyl ve své odpovědi podvědomě ovlivněn snahou odpovědět kladně.

Dva až 3 litry denně vypije 36,5 % respondentů, přes 3 litry 6,9 %. Pitný režim tedy dodržuje méně než polovina (*43,4 %*). Nedostatečný příjem tekutin má *56,6 %* respondentů, z nichž jeden až dva litry denně vypije 36,4 %, méně než litr 10,3 %. Je však třeba připomenout, že výše zmiňované optimální množství se vztahuje na „průměrného jedince“ a dle konkrétních podmínek se může lišit. Nikdy neexistuje jedna jediná optimální odpověď, do níž by bylo možné zařadit každého jedince.

Graf 6-9: Konzumace kofeinu



Zdroj: Autor

[110] MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

V kontextu pitného režimu jsem se také zaměřila na počet *šálků s obsahem kofeinu*, které respondent během dne vypije. Jedná se např. o kávu, čaj či colový nápoj. Nabídla jsem zde 4 možnosti: žádný, 1 až 2, 3 až 6, 7 až více. Relativně odpovědnou konzumaci kofeinu vyjadřuje mez jednoho až dvou těchto šálků.

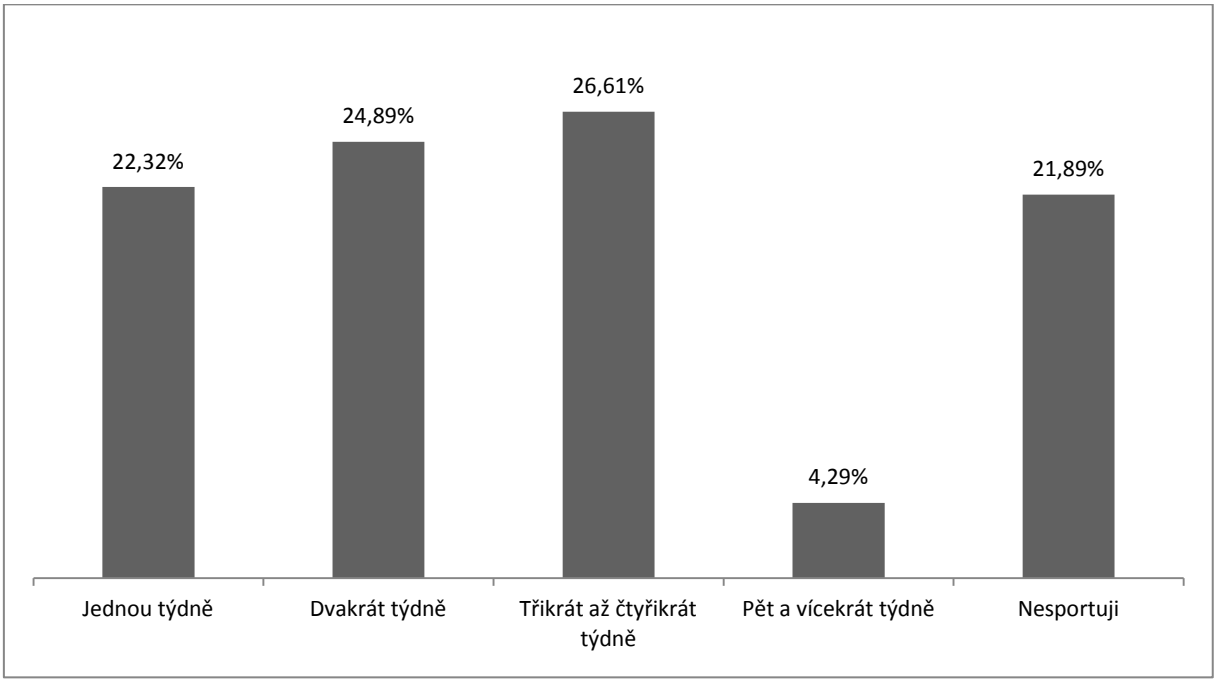
Jak ukazuje Graf 6–9, přiměřenou konzumací kofeinu uvádí 78,5 % respondentů. Zbývajících 21,5 % se dostává nad tuto hranici, výrazná část z nich uvádí konzumaci tří až šesti šálků.

6.1.3 Pohybová aktivita

Otázku fyzické aktivity jsem zjišťovala prostým dotazem na průměrný počet dní v týdnu, které respondent aktivně věnuje nějakému, tj. jakémukoli, druhu *sportu*. Nabídla jsem zde 4 intervaly, mezi nimiž měl respondent zvolit: jednou, dvakrát, třikrát až čtyřikrát, pět a vícekrát, případně volba nesportuji.

Výsledné odpovědi sumarizuje Graf 6–10. Nejméně dva dny v týdnu, tedy obecně doporučovanou frekvenci pro pohybové aktivity, uvádí více než polovina respondentů (55,8 %). Oproti tomu, 21,9 % nevěnuje sportovní aktivitě jediný den.

Graf 6-10: Sport



Zdroj: Autor

Obecně nedostatečnou fyzickou aktivitu české populace potvrzuje také otázka v rámci MML výzkumu dotazující se na frekvenci aktivních sportovních činností prováděných v průběhu posledních šesti měsíců. Jak ukazuje Tabulka 6–3, mezi respondenty MML výzkumu, kteří jsou přesvědčeni o své

správné životosprávě, je téměř 40 % těch, kteří v dané době nikdy nebo téměř nikdy nesportovali a dalších 31 % těch, kteří sice sportovali, avšak pouze jednou až dvakrát měsíčně (13 %) či méně často (18 %). Téměř totožnou relaci lze nalézt u výroku „Pečuji o své zdraví“.

Tabulka 6-3: Sport

	Jak často jste se v průběhu 6 měsíců věnovali aktivní sportovní činnosti?						
Dbám na správnou životosprávu	*denně*	*3-4x za týden*	*1-2x za týden*	*1-2x za měsíc*	*méně často*	*nikdy, téměř nikdy*	*neuvedeno*
Ano	**2,2**	**6,2**	**16,6**	**13,0**	**18,0**	**39,7**	**4,2**
Ani ano, ani ne	1,8	4,2	13,2	11,4	20,6	43,3	5,5
Ne	**0,4**	**4,2**	**9,4**	**12,5**	**16,5**	**51,9**	**5,1**
Neuvedeno	2,9	1,5	8,9	14,8	20,2	42,7	9,0

Zdroj: MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

Dále mne zajímalo, zda respondenti někdy trpěli nadváhou. V případě kladné odpovědi jsem se zajímala o to, zda se svoji váhu pokusili redukovat, a pokud ano jakým způsobem tak činili. Nabídla jsem zde 5 bodů a respondent měl zhodnotit, který nejlépe charakterizuje jeho chování: nikdy jsem neměl(a) nadváhu; měla(a) jsem nadváhu, ale nedržel(a) jsem redukční dietu; když jsem měl(a) nadváhu, zkoušel(a) jsem některou ze „zázračných“ diet na zhubnutí; když jsem měl(a) nadváhu, pokusil(a) jsem se snížit hmotnost postupně (půl kila týdně) cvičením nebo snížením příjmu potravy; když jsem měl(a) nadváhu, pokusil(a) jsem se snížit hmotnost postupně (půl kila týdně) cvičením a snížením příjmu potravy. Otázku limituje subjektivní postoj k vlastní (nad)váze, pro výzkum ji však považuji za důležitou, neboť umožňuje zodpovědět otázku přístupu k jejímu snižování.

K nadváze se přihlásilo *42,9 %* respondentů, z toho 9,4% nikdy nedrželo žádnou redukční dietu, 1,7 % zkoušelo některou ze zázračných diet. Redukovat svoji hmotnost snížením příjmu potravy nebo cvičením zkoušelo 11,6 %, kombinaci snížení příjmu potravy a fyzické aktivity 20,1 %. *57 %* uvedlo, že nadváhou nikdy netrpělo.

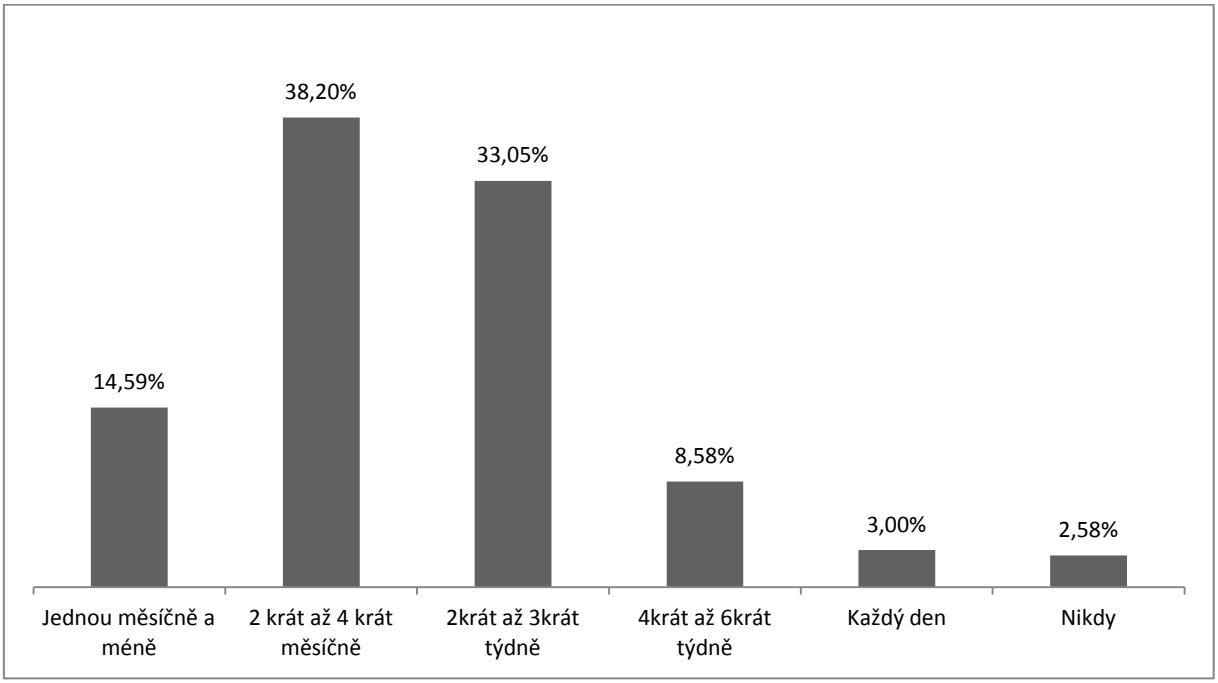
6.1.4Alkohol a tabakismus

Míru *konzumace alkoholu* jsem zjišťovala dotazem frekvence užívání jakéhokoli druhu alkoholického nápoje (pivo, víno, destiláty, likéry, aperitivy, míchané nápoje, alkoholizované limonády) během posledního roku.

Výsledky ukazují (viz Graf 6–11), že minimálně dvakrát až třikrát týdně konzumuje alkohol 44,6 % respondentů a dalších 38,2 % si jej dopřeje průměrně ob týden či každý týden. Pouze 14,6 % uvedlo,

že jej průměrně konzumovalo méně než jednou měsíčně až jednou měsíčně. 2,5 % v průběhu uplynulého roku žádný alkohol nekonzumovalo.

Graf 6-11: Konzumace alkoholu



Zdroj Autor

Tabulka 6-4: Konzumace alkoholu

				Jak často pijete alkoholické nápoje doma?				
Dbám na správnou životosprávu	*denně*	*4 - 6x týdně*	*2 - 3x týdně*	*1x za týden*	*2 - 3x za měsíc*	*1x za měsíc*	*méně než 1x za měsíc*	*neuvedeno*
Ano	**2,7**	**2,4**	**9,5**	**14,2**	**11,8**	**11,6**	**14,3**	**15,7**
Ani ano, ani ne	3,0	3,6	11,2	13,9	11,3	8,9	13,5	13,9
Ne	**5,2**	**4,4**	**12,6**	**11,2**	**9,0**	**7,1**	**16,4**	**13,8**
Neuvedeno	2,7	3,7	14,2	9,1	8,4	10,0	10,7	18,9
				Jak často pijete alkoholické nápoje mimo domov?				
Ano	**0,8**	**1,1**	**5,4**	**12,5**	**12,7**	**11,7**	**18,6**	**19,6**
Ani ano, ani ne	1,0	1,2	8,6	15,1	11,0	9,8	15,5	17,1
Ne	**1,7**	**2,9**	**10,8**	**13,0**	**12,4**	**8,9**	**15,1**	**15,0**
Neuvedeno	1,2	1,0	4,4	16,5	6,8	9,6	12,1	26,2

Zdroj: MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

Podívejme se opět na data z MML výzkumu. Otázka konzumace alkoholických nápojů přináší zajímavé odpovědi. Jak ilustruje Tabulka 6–4, mezi těmi, kteří dbají o svou životosprávu a těmi, kteří nikoli, nejsou příliš výrazné rozdíly. Vidíme zde však tendenci skupiny nevnímající svoji životosprávu jako vyváženou konzumovat alkohol častěji oproti těm, kteří jí naopak jako vyváženou vnímají. Mezi

těmi, kteří jsou přesvědčeni o své správné životosprávě, lze nalézt téměř 29 % těch, kteří doma vypijí minimálně jednou týdně nějaký druh alkoholického nápoje či si necelých 20 % těch, kteří si jej dají mimo svůj domov. Důležitou roli zde však hraje množství užitého alkoholu, a také jeho forma.

Taktéž jsem se zaměřila na prevalenci *kuřáctví* cigaret, doutníků, dýmek a vodních dýmek, jakožto druhé společensky tolerované drogy. V případě, že se respondent označil za kuřáka, dotazovala jsem se jej dále na intenzitu kouření vyjádřenou variantami odpovědí: kouřím příležitostně (např. při posezení s přáteli), kouřím méně než jednu krabičku denně či ekvivalentní množství jiných tabákových výrobků, kouřím více než jednu krabičku denně.
Výsledky víceméně kopírují současné trendy, vždy však záleží na dostatečném definování jednotlivých užívaných kategorií, kterými např. jsou silný a slabý kuřák, v nichž se řada studií navzájem odlišuje. Ke kuřáctví se přihlásilo *36 %* respondentů, z toho se za příležitostné kuřáky považuje 24,5 % respondentů, méně než krabičku denně vykouří 9,9 %, více než jednu krabičku 1,7 %. *64 %* respondentů uvedlo, že nekouří.
Důležitá je též otázka *kouření pasivního*. Z výsledků plyne, že *61,8 %* respondentů je denně vystaveno tabákovému kouři uvnitř uzavřených místnosti, ať již doma, v zaměstnání nebo v uzavřených prostorách veřejných budov. Z těchto je pak 48,5 % těch, kteří svůj organizmus zatěžují tabákovým kouřem v průměru méně než jednu hodinu denně, 11,2 % hodinu až pět hodin a 2,15 % dokonce více než 5 hodin denně. Pasivnímu kouření tedy denně nečelí pouze *38,20%*.

V rámci skupiny respondentů MML výzkumu, která svoji životosprávu považuje za správnou, se vyskytuje 19% prevalence kuřáctví (viz Tabulka 6–5). Naopak, u těch, kteří ji za správnou nepovažují, dosahuje prevalence kuřáctví 44 %.

Tabulka 6-5: Uživatelé cigaret

	Uživatelé cigaret				
Dbám na správnou životosprávu	*Nekuřák*	*Slabý kuřák*	*Střední k.*	*Silný kuřák*	*Neuvedeno*
Ano	**80,3**	**0,8**	**12,2**	**6,2**	**0,5**
Ani ano, ani ne	71,6	1,2	16,2	10,1	0,9
Ne	**65,7**	**0,7**	**17,2**	**16,2**	**0,3**
Neuvedeno	69,6	0,2	18,5	10,3	1,4

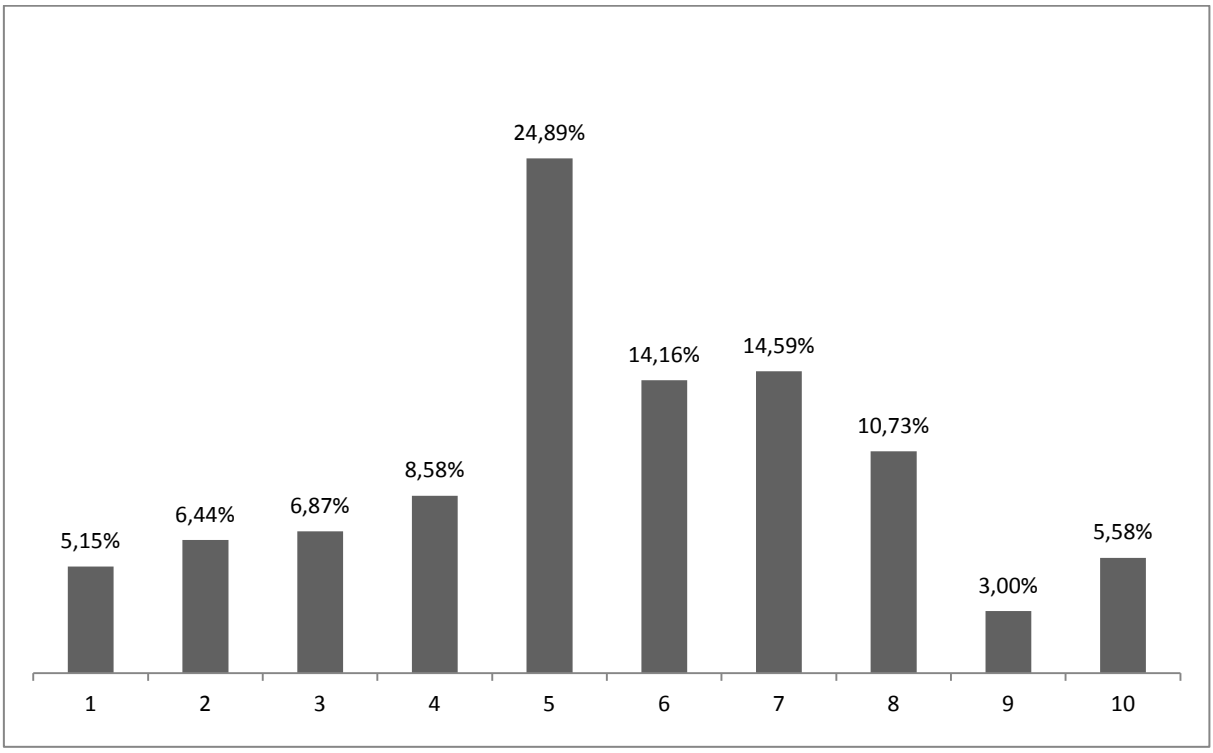
Zdroj: MML-TGI ČR 2010 1. - 4. kvartál SPOJENÁ (04.01.2010 - 05.12.2010)

6.1.5Tělesná a duševní pohoda

Pravidelný a dostatečný spánek je základ psychické rovnováhy, potažmo zdravého života. Během spánku se regenerují naše duševní a fyzické síly a dojde k přirozené obnově životně důležitých funkcí. Celý organismus se nabije novou energií. Nedostatečný spánek může způsobit bělost, ztrátu elánu a

nepříznivě působit na psychické zdraví. Jde o důležitou složku racionálního životního stylu, ve svém výzkumu jsem ji tedy poskytla prostor. Dotazovala se na průměrný počet hodin věnovaný spánku.
Délka spánku může být individuální, obecně se však doporučuje sedmi až osmihodinový odpočinek, což splňují dvě třetiny respondentů (*63,1 %*). Pět až šest hodin spánku denně věnuje *22,3 %*, naopak devět až deset hodin spánku si dopřeje *13,3 %* respondentů. Extrémní výsledky uvádí pouze nízký podíl respondentů, více než deset hodin spánku si dopřává 0,9 % respondentů, méně než 4 hodiny spánku 0,4 %.

Graf 6-12: Míra stresu v zaměstnání



Zdroj: Autor

V této sekci otázek jsem se dále dotazovala, zda jsou respondenti ve svém zaměstnání vystaveni *stresu*. Svoji významnou roli zde opět hraje míra subjektivity spočívající zejména v nedostatečném rozlišování míry stresu. Vzhledem k tomuto by patrně většina respondentů měla tendenci zodpovědět, že v zaměstnání stresu vystaveni jsou, využila jsem zde tedy opět desetibodové škály, na níž 1 značila nulovou míru stresu, 5 občasné nepříjemné pocity a 10 velmi intenzivní míru stresu, jemuž je respondent ve svém zaměstnání denně vystaven.
Graf 6–12 ukazuje, že podíl respondentů, kteří se přiklonili k pravé a levé straně spektra je více méně vyrovnaný. Bod 1 až 5 volilo 52 % respondentů, je zde však třeba podotknout, že hodnota číslo pět byla patrně nejčastěji volena vzhledem k formulaci otázky a také proto, že mohla být vnímána jakožto hodnota ležící v polovině spektra, ač stejně jako v případě prvně užité škály jde o stupnici s lichým počtem bodů. 24,9 % uvádí, že jejich práce v nich vzbuzuje nepříjemné pocity, nižší míru stresu (bod

6 a 7) uvádí 28,8 % respondentů, vyšší míru (bod 8 a 9) 13,7 %, 5,6 % respondentů uvádí, že je ve svém zaměstnání denně vystaveno velmi intenzivnímu stresu.
Pouze však *33,5 %* respondentů dále přiznává, že *proti stresu bojuje* nějakým adekvátním způsobem, např. relaxací, meditací, sportem aj. 24, % tak činí dvakrát až třikrát týdně, 6 % čtyřikrát až pětkrát, 3,4 % téměř dennodenně. *66, 52 %* uvádí, že metody proti stresu využívají jednou či méně než jednou týdně.

Naposledy se podívejme do dat MML výzkumu, na dotaz zda se respondent vyhýbá nervozitě a stresu. Je zřejmé, že z otázky nelze vyvodit, zda je respondent stresu opravdu vystaven či nikoli, navíc, pokud mu vystaven není, netrvá u něj žádný důvod se mu vyhýbat. Pokusme se však od těchto myšlenek abstrahovat. Z Tabulky 6–6 je patrné, že významná část těch, kteří jsou přesvědčeni o své vhodné životosprávě, se stresu vyhýbá (62 %), stále je zde však necelých 11 % těch, kteří tak nečiní.

Tabulka 6-6: Stres

	Vyhýbáte se stresu a nervozitě?			
Dbám na správnou životosprávu	*Ano*	*Ani ano, ani ne*	*Ne*	*Neuvedeno*
Ano	**62,2**	**25,3**	**10,9**	**1,6**
Ani ano, ani ne	32,4	50,7	15,1	1,7
Ne	**20,4**	**29,3**	**48,4**	**1,9**
Neuvedeno	11,2	8,4	8,5	71,9

Zdroj: Autor

Závěrečná otázka této sekce směřovala k počtu *blízkých osob*, na něž se může respondent spolehnout v případě vážných osobních problémů. Pro duševní, potažmo celkovou pohodu jedince je vždy důležité, pokud ví, že se může o někoho opřít, že nemusí svým problémům čelit sám a může se o svá trápení podělit. Otázku jsem neponechala otevřenou, nabídla jsem intervaly (nikdo, 1 či 2, 3 až 5, více než 5), aby se respondent mohl od nějakého čísla odpíchnout a netápal příliš dlouho.
Jednu až dvě blízké osoby uvádí *23,2 %* respondentů, tři až pět *52 %*, více než pět *22,8 %*. Pouze *2,2 %* respondentů nikoho blízkého nemá. Je tedy patrné, že téměř všichni mají určitou podporu, které je velmi důležitá pro jejich duševní, potažmo fyzické zdraví.

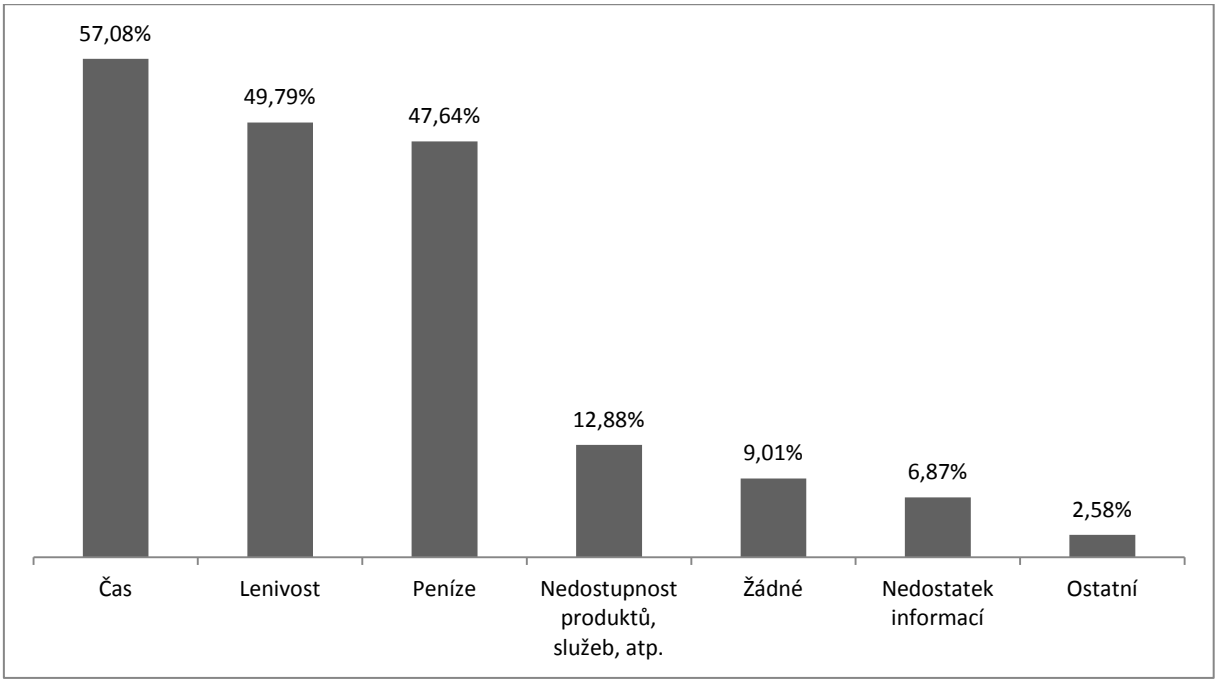
6.1.6Vztah jedince ke svému zdraví

Následně jsem se zaměřila na *faktory, které respondent pociťuje jako limitující pro to, aby mohl žít zdravěji*. Zvolila jsem formu polootevřené otázky, v níž jsem nabídla 5 limitujících faktorů (čas, peníze, nedostatek informací, nedostatek produktů či služeb, lenivost) s možností uvést vlastní

odpověď. Respondent mohl taktéž zvolit odpověď „žádné faktory mne nelimitují“. Sada těchto otázek nabízí opět více možností volby odpovědi, součet procent u jednotlivých variant odpovědí tedy nedává sumu sta procent.

Podíl odpovědí, k nimž se jednotliví respondenti přiklonili, zobrazuje Graf 6–13. Pouhých 9 % z nich nepociťuje žádné překážky v tom, aby mohli žít zdravěji. Nejčastějšími limitujícími faktory jsou čas, lenivost a peníze. Nejvíce respondentů (12,88 %) zvolilo současně čas, lenivost a peníze, s 12,02 % následovali shodně ti, kteří zvolili pouze čas a ti, kteří zvolili pouze lenivost. Současnou volbu čas a lenivost zvolilo 10,73 %, volbu čas a peníze 10,3 %. Shodně šest procent respondentů zvolilo odpověď peníze a lenivost (6,44 %) a pouze peníze (6,01 %). Odpovědi „jiné“ využilo 2,6 % respondentů, kteří si cítí limitovaní subjektivně lepší chutí nezdravých potravin a nezdravým životním resp. městským prostředím.

Graf 6-13: Faktory limitující zdravější životní styl



Zdroj: Autor

Následující dvě otázky směřovaly k tomu, zda respondent *investuje do svého zdraví čas a peníze*. V případě kladné odpovědi byl dále požádán, aby uvedl, jaké podoby jsou jeho časové či peněžní investice.

Kladně zodpovědělo otázku časové investice *67,81 %* respondentů, k záporné odpovědi se tedy přihlásilo *32,2 %*. V souladu s předchozí otázkou, kde byl limitující faktor časový zvolen častěji než peněžní, jsou peněžní investice do zdraví mezi respondenty častější. Peníze do svého zdraví investuje téměř *76 %* respondentů, *24 %* se vyjádřilo negativně.

Jednoznačně nejfrekventovanější formou časové investice jsou pohybové aktivity – od preference chůze před dopravními prostředky a výtahy, případně chůze procházkové k pravidelnému sportovnímu

tréninku. Na fyzické aktivity si ve svém rozvrhu vyhrazuje čas 93 % těchto participantů výzkumu. Ti, kteří zde tyto aktivity nezmiňují, uvádí čas věnovaný racionálnímu stravovaní – od výběru a nákupu kvalitních potravin vč. sledování etiket výrobků a návštěvy vzdálenějších obchodů, v nichž je možno tyto potraviny nakoupit, po přípravu kvalitního domácího jídla. Jde o druhá nejčastěji zmiňovaná hesla této otázky. Dalšími formami časových investic dle četnosti výskytu odpovědí jsou: relaxační techniky a odpočinek, pravidelný stravovací režim a nespěchání při stravování se, dostatečný spánek, vyhledávání informací na internetu, výjimečně je zde zmiňována literatura a jeden respondent uvádí odborné přednášky, vyhýbání se stresovým situacím v zaměstnání a dostatečná příprava na situace, o nichž se předpokládá, že budou pro daného jedince stresové, chození na preventivní lékařské prohlídky vč. očkování, pobyt na čerstvém vzduchu mimo město, v případě onemocnění zůstat doma a věnovat se léčbě, nikoli navštěvovat zaměstnání.
V souladu s předchozí otázkou se mezi nejčastější finanční investice do zdraví řadí výdaje za kvalitnější potraviny vč. různých vitamínů a doplňků stravy spolu s výdaji spojenými s pohybovými aktivitami, od nákupu sportovní výbavy a oblečení po platby vstupného do sportovních zařízení a náklady spojenými s výlety. Dále jsou zde uváděny výdaje za lékařská ošetření a léčiva vč. návštěv léčitelů, dovolené na horách či u moře, masáže, sezení s psychoanalytikem a wellness pobyty v lázních či jiných zařízeních.

Pro dokreslení postoje jedince ke svému zdraví je důležitá otázka preventivní péče. Respondentů jsem se dotazovala, jak často navštěvují svého lékaře z *důvodu preventivní lékařské prohlídky*. Nabídla jsem zde následující varianty odpovědí: nikdy nebo pouze při onemocnění, pouze na vyzvání lékaře, každých tři až pět let, každé dva roky, každý rok.
Dostatečně zodpovědné chování v tomto ohledu splňuje necelá třetina (*30,9 %)* respondentů. Každý rok navštíví lékaře v rámci preventivní lékařské prohlídky 14,6 % respondentů a 16,3 % každé dva roky. Každých tři až pět let jej navštíví *9,9 %* respondentů a *21,5 %* pouze na aktivní pozvání lékaře. Na preventivní lékařské prohlídky nechodí *37,8 %* respondentů. Ovšem i tato otázka, vzhledem k tomu, že preventivní lékařské prohlídky bychom měli absolvovat u vícera lékařů (např. preventivní lékařská prohlídka u obvodního lékaře, u zubního lékaře, u žen pak návštěva gynekologa), by si zasloužila detailnější pohled.

6.1.7 Projekty podporující zdravý životní styl

Závěrem výzkumu jsem zjišťovala, zda zná respondent nějaké projekty zaměřené na zdraví, resp. zdravý životní styl, a to např. v podobě informačních kampaní skrze reklamní média, nekomerčních vzdělávacích publikací, letáků a brožur, webových stránek, instruktážních videí, seminářů a konferencí, či soutěží. Otázka stojí zcela záměrně na samém konci dotazníku, neboť v tomto momentě

již měl respondent dostatečnou představu o tom, jaká veškerá témata jsou ke zdravému životnímu stylu vztažena, a nebyl tak omezen znalostní bází této tématiky, kterou disponoval před svojí účastí na šetření.

23,2 % participantů ve svých odpovědích uvádí, že takovéto projekty zná, zbylých *76,9 %* nikoli. V otázce jsem ponechala respondentovi volnou ruku, zajímalo mne vše, co má spojeno s tématikou zdraví. Získala jsem tak velmi různorodé odpovědi, které jsem pro přehlednost roztřídila do pěti kategorií: nekomerční projekty podporující zdravý životní styl, zdraví jako business, zdraví jako podpora prodeje, internetové stránky věnované tématice zdravého životního stylu a televizní pořady věnované tématice zdravého životního stylu. Rozdělení je ryze orientační, některé odpovědi mohou přesahovat více kategorií. Většina respondentů neopomněla zmínit reklamou masivně podporované programy Activie či Bebe Dobré ráno, tedy projekty, které primárně cílí k vyšší prodejnosti a nikoli k zdravějšímu stavu populace. Pouze jeden respondent připojil pochybnosti o opravdovém vlivu těchto produktů na zdraví. Velmi často zmiňované dále byly: televizní pořad Jste to, co jíte, Klub pevného zdraví VZP, STOB, Czech Run a obchody se zdravou výživou. Následuje výčet těchto odpovědí.

Nekomerční projekty podporující zdravý životní styl

- *Projekt SCOPH* – Jedná se o jeden z šesti stálých projektů resp. výborů IFMSA[111] zaměřujících se na problémy veřejného zdraví. Hlavním úkolem je vzdělávat širokou veřejnost v různých úrovních veřejného zdraví, tak aby podpořilo povědomí o dané tématice a odpovědnost. Využívá k tomu letáky, plakáty, brožury a dále diskuze, semináře, konference a to nejdůležitější – vzájemné vzdělávání. Také pomáhá studentům získat praxi v oblasti veřejného zdraví, kde organizuje projekty převážně vzdělávacího charakteru. Mezi ně patří Medvídková nemocnice, Výuka první pomoci, Smoke free party, World diabetes day a další.
- *FOOD* (Fighting obesity through offer and demand) – Evropský projekt financovaný z fondů EU si klade za cíl podporovat vyváženou stravu a zdravý životní styl prostřednictvím principu nabídky a poptávky. Snaží se tak o zlepšení nutriční hodnoty nabízených jídel v restauracích a informovat spotřebitele pro usnadnění jejich výběru. Oficiálně projekt skončil 30. dubna 2011, nicméně partneři projektu se rozhodli pokračovat v programech zahájených v průběhu trvání projektu.
- *Eko Bio Rodina* – Jedná se o soutěž Ministerstva zdravotnictví ČR, která vybízí celé rodiny či školy, aby kreativním způsobem ztvárnili, jak ekologicky a bio žijí. Web projektu také nabízí pár článků k této tématice. Podporuje tak komodity eko, bio, ale také fair trade, farmářské trhy a podobně.
- *Ozdravný program Newstart* – Jedná se o mezinárodní ozdravný program zdravého životního stylu, který u nás zastřešuje občanské sdružení Život a zdraví. Zaměřuje se na prevenci

[111] International Federation of Medical Students' Associations Czech Republic

civilizačních onemocnění a léčbu upraveným a vyváženým životním stylem. Zároveň vychovává a snaží se vést současnou generaci ke zlepšení svého zdraví a kvality i smyslu života vůbec (a to jak po tělesné, duchovní nebo duševní stránce).

- *Klub pevného zdraví VZP* – Členství nabízí stále výhody v podobě bonusů a slev u smluvních partnerů a v rámci programu Zdravý život mohou získat až 1500 Kč ročně na pohybové nebo rehabilitační aktivity nebo na vybrané druhy očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Zdraví jako business

- *Svět zdraví* – Svět zdraví nabízí na základě přístrojové diagnostiky a konzultace se specialistou konkrétní rady a doporučení pro zlepšení tělesné kondice a snížení váhy. Během celého programu dochází klient a konzultace a kontroly.
- *Natur House* – Dietologická centra poskytující podobné služby jako Svět zdraví.
- *STOB* – Také STOB figuruje na podobném trhu, nabízí kurzy snižování nadváhy, vydává různé praktické pomůcky usnadňující rozumnou redukci váhy či pořádá redukčně kondiční pobyty.
- *Fitness Food menu* – Fitness Food menu nabízí speciálně nutričně vyvážené menu, které klientům každý den dodává domů.
- *Víte, co jíte* – Řada výrobků společnosti REJ, která si zakládá na pečlivém výběru vstupních surovin a jejich dodavatelů. Produkty tak, dle výrobce, skutečně odpovídají zásadám správného a zdravého stravování, jsou vyráběny šetrnými technologiemi a zachovávají si veškeré přírodní zdroje živin původních surovin (vláknina, vitamíny, minerály a další zdraví prospěšné látky).
- *CzechRun.com* – Czech Run je celoroční běžecká liga, která nabízí běžecké akce na různé vzdálenosti a pro běžce všech úrovní. Pro nejširší veřejnost nabízí seriál běžeckých závodů, v současnosti se jedná o, Hervis 1/2maraton Praha, Volkswagen Maraton Praha, Mattoni Grand Prix Praha, Mattoni 1/2maraton Olomouc, Volkswagen Ústecký 1/2maraton a 1/2maraton České Budějovice.
- Dále zde respondenti uváděli *bio obchody* a *obchody se zdravou výživou*. Většinou pod tímto nekonkrétním označením, což patrně pramení z velkého množství těchto krámků, 3 respondenti zmínili Country Life.

Zdraví jako podpora prodeje

- Activia – Activia plán
- Avon - Avon proti rakovině prsu
- Bebe Dobré ráno – Hnutí za dobrou snídani

- Flora – Přítel Tvého srdce
- Nike - Nike Running Club

Internetové stránky věnované tématice zdravého životního stylu

- *Zdraví* – Klinikazdraví.cz (http://www.klinikazdravi.cz/), Vitalia.cz (http://www.vitalia.cz/), Psychologie.cz (http://psychologie.cz/), Zdravé-hubnutí.cz (http://www.zdrave-hubnuti.cz/), Mark´s Daily Apple – Primal living in the modern Word (http://www.marksdailyapple.com)
- *Sport* – Hejbej se TV Hanka Kynychová (http://hejbejse.tv/), Cvičení doma (http://www.cviceni-doma.cz/), Body-test (http://www.body-test.cz/), Cykloturistika a cyklistika, cestování na kole (http://www.cyklotoulky.cz), Kettbell KB5 (http://www.kb5.cz/), Shape (http://www.shape.com/)
- *Stravování* – Mgr. Margit Slimáková, Ph.D. (http://www.margit.cz/), Paleo lifestyle (http://www.paleolifestyle.cz)

Televizní pořady věnované tématice zdravého životního stylu

- *Jste to, co jíte* – Pořad, který se těší velké divácké oblibě, není zaměřen pouze na hubnutí, ale snaží se o celkovou změnu životního stylu.
- *Pod pokličkou* – Každý díl nabízí jedno téma týkající se jídla či stravování. V jednotlivých reportážích ukazuje, kam až sahá historie potravin, nemocí i zvyků. Jaká jsou pro a proti v daném tématu nebo jak kulinářsky pracovat ku prospěchu těla a ukojení chutě.

6.2 Analýza druhého stupně

V této části se věnuji životnímu stylu tří vybraných skupin respondentů, a sice těch na otázku zda se domnívají, že žijí zdravým životním stylem, odpověděli kladně, skupiny mladých respondentů ve věku od 20 do 29 let a těch, kteří na první otázku odpověděli záporně.

6.2.1Životní styl těch, kteří jej označují za zdravý

Nejprve jsem se zaměřila na analýzu životního stylu těch, kteří se domnívají, že žijí zdravým životním stylem (tj. 42,7 % respondentů; viz otázka č. 1). Zajímalo mne, zda tito opravdu žijí zdravě či alespoň zdravěji oproti celému souboru respondentů a také jaké jsou jejich odpovědi u ostatních výzkumných otázek.

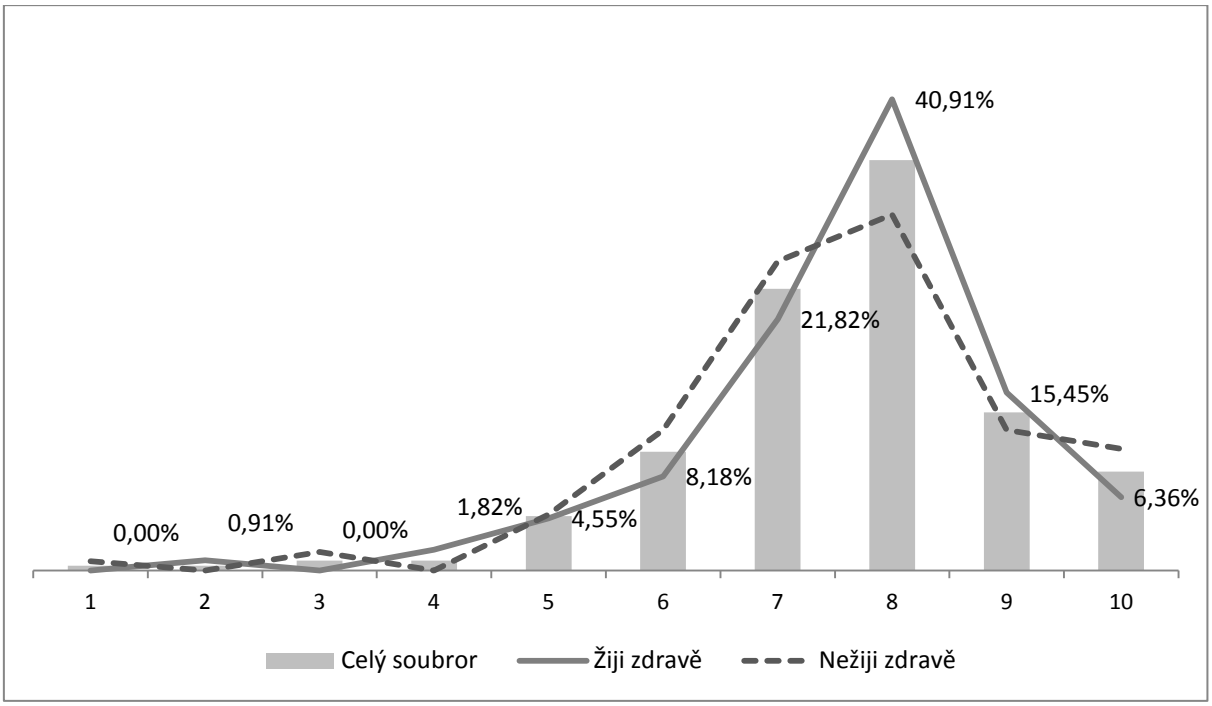
Význam otázky dotazující se na subjektivní postoj respondenta k míře zdravosti resp. nezdravosti vlastního životního stylu spočívá především v možnosti uzpůsobit zdravotně výchovné programy jednotlivým příjemcům. V kampani budeme zcela jinak oslovovat jedince, který se domnívá, že žije zdravě, avšak jeho návyky tomu zdaleka neodpovídají, a stejně jako budeme zcela jinak komunikovat s jedincem, který ač žije nezdravě, je si toho zcela vědom. Je třeba také poznat oblasti, v nichž jednotlivé skupiny respondentů mají rezervy a kde se naopak blíží optimálnímu stavu.

Úvodem zmiňuji nerovnoměrné rozložení demografických charakteristik vyplývajících limitujících možností, které jsem ve svém výzkumu měla, považuji však za důležité si napřed definovat kdo je ten, jenž považuje svůj životní styl za zdravý.
V souboru výrazně převažují ženy (62,3 %) nad muži (32,7 %). Z hlediska věkové struktury, která však byla zdaleka nejnevyrovnanější charakteristikou, je nejčastější věkovou skupinou kategorie 20 až 29 let (80 %), následuje 30 až 39 let (10 %) a 30 až 49 let (5,5 %). 69 % respondentů spadající do této kategorie má vzdělání vysokoškolské, 29 % středoškolské s maturitou a 1,8 % bez maturity. 42,7 % má hrubý měsíční příjem do 10 tisíc Kč, což patrně souvisí s výrazným zastoupením věkové kategorie dvacátníků, kteří mohou být stále studenty a mít tak příjmy pouze z brigád, částečných úvazků či od rodičů, 22,7 % má měsíční příjem 15 až 25 tisíc Kč, 13,7 % 25 až 35 tisíc Kč, 10 % 10 až 15 tisíc Kč a 9 % 35 až 50 tisíc Kč. V městě nad 500 tisíc obyvatel žije 50,9 % těchto respondentů, ostatní varianty odpovědí této charakteristiky jsou velmi vyrovnané a pohybují se kolem 10 %.
Vzhledem k nerovnoměrnosti demografických charakteristik, uvádím pohled „z druhé strany“. Mezi ženami zvolilo kladnou odpověď 53,3 %, mezi muži 38,3 %. V rámci věkové kategorie 20 až 29 let resp. 30 až 39 let resp. 40 až 49 let (jakožto tří nejvýrazněji zastoupených kategorií) odpovědělo kladně 50,3 % resp. 36,7 %, resp. 50 %. Mezi vysokoškolsky vzdělanými participanty odpovědělo kladně 48,1%, mezi participanty s maturitou 50 % a mezi středoškoláky bez maturity 18,2 %. V příjmové kategorii do 10 tisíc Kč (kterou, jak výše zmiňuji, tvořili pravděpodobně převážně vysokoškolští studenti) je 54 % kladných odpovědí, v kategorii 10 až 15 tisíc Kč 35,5 % kladných odpovědí, přesně polovina kladných odpovědí je v kategorii 15 až 25 tisíc Kč, v příjmové relaci 25 až 35 tisíc Kč 42,9 %. A dále v kategorii 35 až 50 resp. 50 tisíc Kč a více je to 41,7 % resp. 33,3 %. V místě bydliště nad 500 tisíc obyvatel odpovědělo kladně 45,2 %, v místě bydliště s počtem obyvatel 100 až 500 tisíc 60 %. V místě s 20 až 100 resp. 5 až 20 resp. do 5 tisíc obyvateli pak 46,2 % resp. 37,5 % resp. 53, 9 %.

Než přistoupíme ke stravovacím návykům, podívejme se, jaký význam přikládá tato skupina respondentů životnímu stylu ve vztahu k civilizačním chorobám, resp. zdraví (viz Graf 6–14). Výsledné odpovědi (plná spojnicová datová řada) jsou pro srovnání doplněny daty z celého souboru respondentů (sloupcová datová řada). Vzhledem k tomu, že třetí podkapitola se věnuje těm, kteří svůj životní styl za zdravý nepovažují, uvádím zde i tyto odpovědi.

K druhé polovině spektra (bod 6 až 10) se přiklání 92,7 %, přičemž nejvíce respondentů se přiklání k bodu 8. Součet pravé poloviny spektra je tedy totožný s celým souborem, body jsou však voleny rozdílněji. Podívejme se tedy blíže k maximální hodnotě, součet bodů 8 až 10 tvoří 62,7 %, v případě celého souboru 57,9 %. Je patrné, že v této otázce nepanuje výrazněji rozdílný názor mezi těmi, kteří svůj životní styl vnímají jako zdravý a celým souborem. 18,1 % lidí tohoto souboru současně uvádí, že nezná rizikové faktory nejčastějších civilizačních chorob.

Graf 6-14: Míra vlivu životního stylu na vznik civilizačních chorob



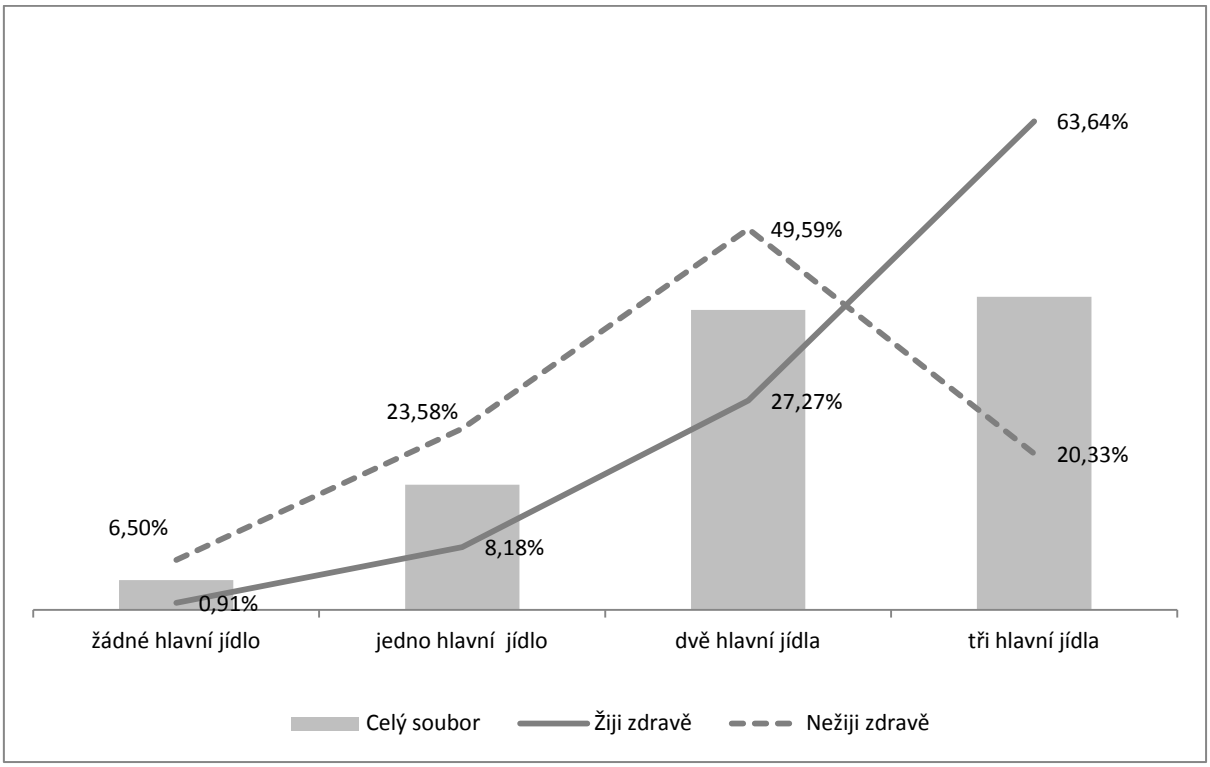
Zdroj: Autor

Podívejme se ještě na otázku investice do vlastního zdraví. Určitou formu časové investice uvádí 88,2 % těchto respondentů, finanční investici pak 89 %.

Nyní se již zaměřme na analýzu stravovacích návyků těch, kteří uvádí, že žijí zdravým životním stylem (viz Graf 6–15). Tři hlavní jídla dne spolu s ranní a odpolední svačinou zařazuje do svého každodenního jídelníčku 63,6 %, dvě hlavní jídla dne pak 27,7 % pak dvě hlavní jídla denně. Pouze jedno hlavní jídlo do svého jídelníčku zařazuje 8 % a necelé procento si dopřeje jídlo kdykoli, kdy má hlad, tj. bez pevného stravovacího režimu.

Odpovídající odpovědi nacházíme u pravidelnosti snídaní, kdy 81,8 % snídá každý den, oproti 66,5 % respondentů v rámci celého souboru. Šest dní v týdnu si snídani dopřeje 4,6%, pět dní pak 6,4 %. Nejméně jednou denně zařazuje do svého jídelníčku ovoce a zeleninu 79,1 % (dvakrát či vícekrát 42,7 %, jednou denně 36,4 %). V rámci celého souboru činí tento podíl 61,2 %. Nejméně 4krát týdně, ale méně než jednou denně pak konzumuje ovoce a zeleninu 16,4 % a nejméně jednou týdně, avšak méně než 4krát týdně 4,6 %.

Graf 6-15: Stravovací režim



Zdroj: Autor

Dále, co se týče omezování vybraných složek potravy, svoji spotřebu cukru omezuje 75,5 % respondentů, u celého souboru je to 67,3 %. Tito se přikláněli k možnostem: omezování spotřeby formou snižování přísunu sladkých pochutin současně s omezováním doslazování hotových nápojů a pokrmů (30 %), formou nedoslazování (28,2 %), formou omezování sladkostí (17,3 %). Oproti tomu spotřebu tuku snižuje výraznější část respondentů (82,7 %). V rámci celého souboru činil tento podíl 73,8 %. Vzhledem k tomu, že dotazník nabízel 4 možnosti omezování spotřeby tuku, nebudu zde čtenáře zatěžovat přemírou dat, uvedu pouze 3 nejčastější kombinace, které tito volí: současné omezení spotřeby másla, sádla, margarínů i olejů (18,2 %), kombinací omezení sádla a margarínů (11,8 %) a kombinací sádla, margarínů a olejů (10 %). Sůl ve svém jídelníčku omezuje 77,3 %, a to formou nepřisolování při vaření nebo jídla hotového (40,9 %), omezováním nákupu slaných jídel (12,7 %) a kombinací obojího (23,6 %). Pro úplnost připomeňme, že podíl těch, kteří omezují konzumaci soli, činil v celém souboru respondentů 63,5 %.

Otázka pitného režimu není ani u této skupiny příliš optimální. 45,5 % uvádí, že denně vypije pouze 1 až 2 litry tekutin, vyjma alkoholu a kávy, dalších 5,5 % dokonce méně než jeden litr. Optimální příjem tekutin, tj. 2 až 3 litry, dodržuje pouze 40,9 % respondentů. Můžeme k nim však přiřadit dalších 8,2 %, kteří vypijí více než 3 litry denně, čímž se dostáváme na 49,1%. V rámci celého souboru činí tento podíl 43,4 %.

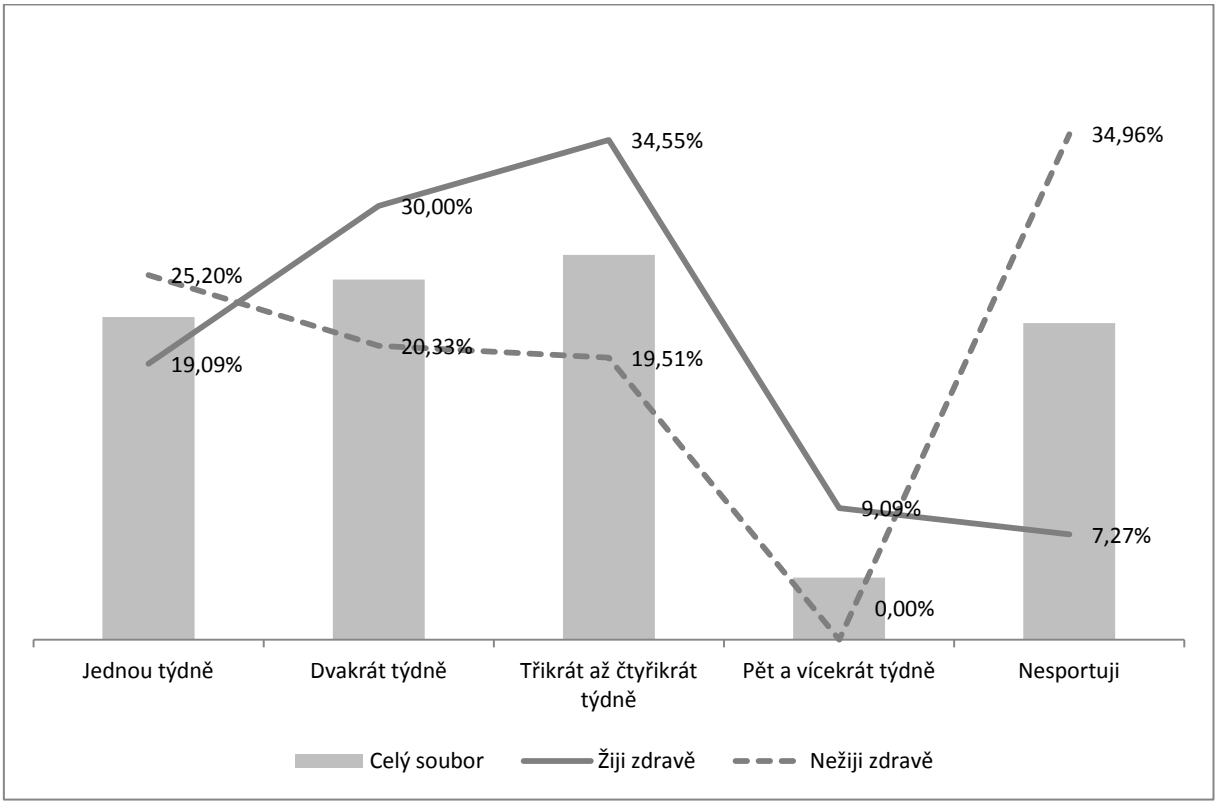
Závěrem sady otázek věnovaných stravovacím návykům připojme příjem kofeinu vyjádřený ve zkonzumovaných šálcích nápojů jej obsahující (čaj, kolový nápoj, atp.). Přijatelné hranice, tedy 1 až 2

těchto šálků, se drží 49 % těchto respondentů, tedy pouze nepatrně méně než je podíl celého souboru (51 %). Dalších 35,5 % dokonce denně zkonzumuje v průměru méně než jeden takovýto šálek, přičemž v rámci celého souboru je tento podíl 27%. Nadměrný příjem kofeinu, 3 až 6 šálků, uvádí 15,5 %, žádný z těchto respondentů však nekonzumuje více než 7 šálků nápoje obsahující kofein.

Pozitivnější výsledky v rámci skupiny těchto respondentů nalézáme u fyzických aktivit. Nejméně jednou týdně se aktivně věnuje sportu 92,7 % (v rámci celého souboru jde o 78,1% podíl), nejméně dvakrát týdně, pak 73,6 % (podíl celého souboru činí 55,8 %). Výsledky shrnuje Graf 6–16.

K otázce snižování nadváhy přistupovali tito oproti celému souboru racionálněji. 40 % respondentů uvádí, že mělo určitou formu nadváhy. K její redukci pomocí kombinace pohybových aktivit a snížení energetického příjmu potravy přistoupilo 26,4 %. V rámci celého souboru se k nadváze hlásí obdobný počet respondentů (42,7 %), redukci hmotnosti kombinací obojího uvádí 20,1 %. Další přístupy k redukci hmotnosti jsou následující: snížení energetického příjmu nebo zvýšení fyzické aktivity 10 %, využití „zázračných“ diet. 2,7 % uvádí, že se svoji váhu nepokusili žádným způsobem upravit.

Graf 6-16: Sport

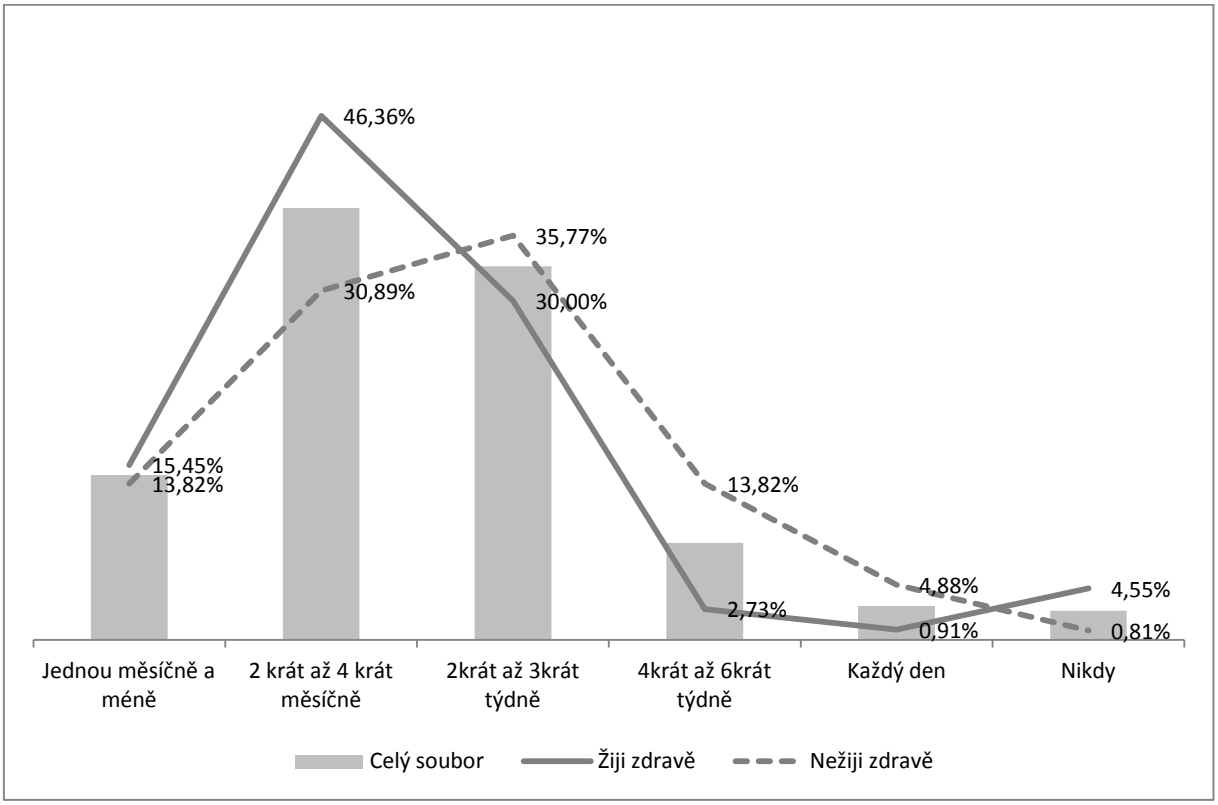


Zdroj: Autor

Spotřeba alkoholu plně odpovídá situaci v České republice. Minimálně ob týden až každý týden konzumuje alkohol 80 % těchto respondentů, minimálně dvakrát až třikrát týdně pak 33,6 % (viz Graf 6–17). Výsledky jsou oproti celému souboru, v němž je patrný příklon k vyšší frekvenci konzumace alkoholu, relativně pozitivnější. Tento stav však není příliš uspokojující.

Ke kuřáctví se hlásí 31 % respondentů, 26 % se považuje za kuřáky příležitostné, 4,6 % vykouří denně méně než jednu krabičku cigaret či ekvivalentní množství jiných tabákových výrobků a 0,6 % více než jednu krabičku. Situace je zde tedy oproti celému souboru mírně pozitivnější. Vyloučíme-li příležitostné kuřáky, zůstává zde 5 % participantů (oproti 11,6 % v rámci celého souboru). Podobné výsledky nacházíme také u kouření pasivního. Denně své tělo zatěžuje tabákovým dýmem 55,5 % respondentů, z toho však 49 % méně než jednu hodinu denně. V důsledku příjmu tabákového dýmu v délce jedna a více hodin denně své tělo zatěžuje 6,3 %, oproti 13,35 % v rámci celého souboru.

Graf 6-17: Konzumace alkoholu



Zdroj: Autor

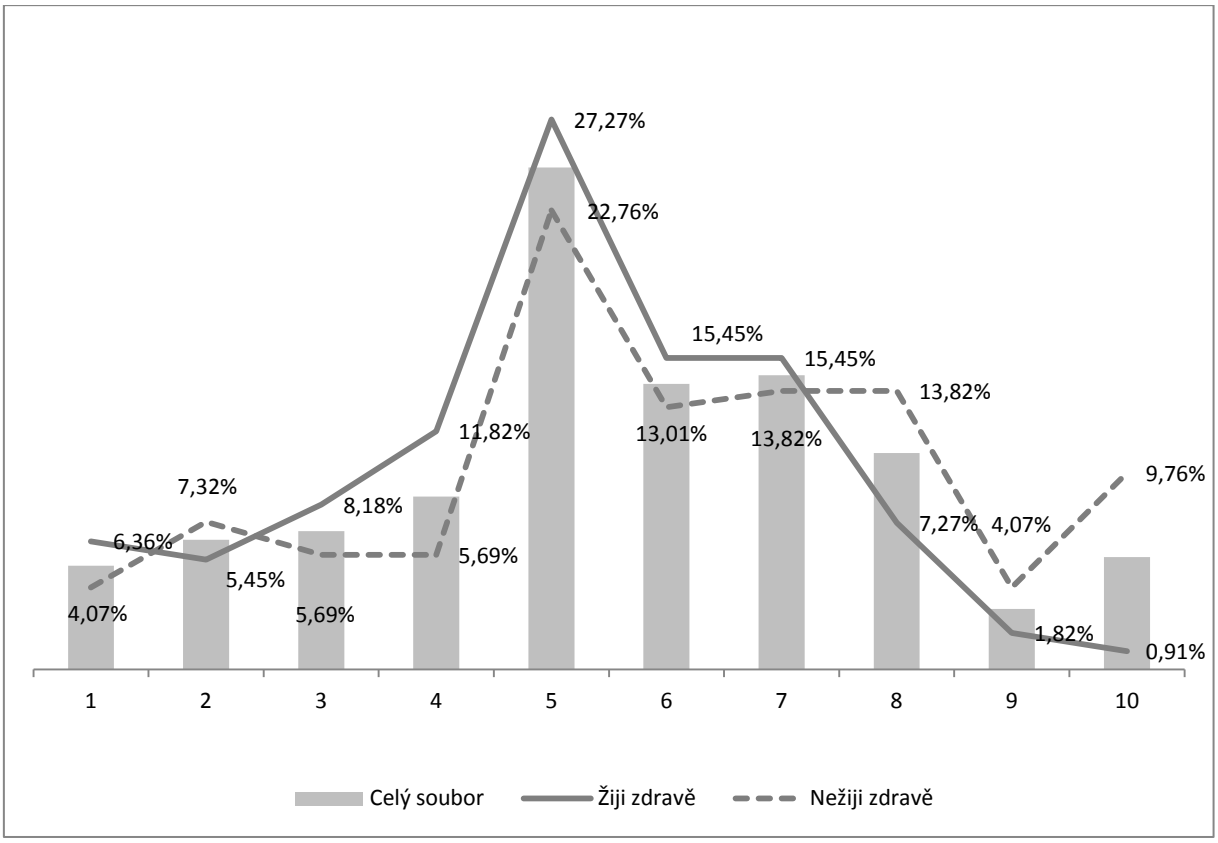
Přístup k preventivní lékařské péči je však i u této skupiny znepokojivý, nezodpovědné chování přiznává 54,5 % respondentů, z nichž 32,7 % nenavštíví lékaře nikdy nebo pouze při onemocnění. Každý rok se dostaví na preventivní prohlídku 19,1 % respondentů, každé dva roky 17,3 %. U 36,4 % můžeme tedy zhodnotit chování jako odpovědné, oproti 30,9 % v rámci celého souboru.

Dostatek spánku, tedy obecně doporučovaných 7 až 8 hodin, si dopřává 70,9 % respondentů, shodně 14,6 % spí 5 až 6 hodin a 9 až 10 hodin. V rámci celého souboru je 63,1% podíl těch, kteří dodržují osmihodinový odpočinek.

Je zde patrné mírné pozitivnější rozložení odpovědí v otázce stresu (viz Graf 6–18), oproti celému souboru respondentů. K první polovině stupnice se přiklonilo 59,1%. Nižší míře stresu (bod 6 a 7) je vystaveno 30,9 %, vyšší míře stresu (bod 8 a 9) 9,1 %. Denně je ve svém zaměstnání vystaveno velmi intenzivnímu stresu méně než procento těchto respondentů.

Taktéž je zde patrný uvědomělejší přístup k vyrovnávání se se stresem. Častěji než jednou týdně využívá některou z metod na redukci stresu (např. cvičení, relaxace, meditace) 47,3 % respondentů, z čehož tak činí dvakrát až třikrát týdně 30 %, čtyřikrát až pětkrát 10,9 % a šestkrát až sedmkrát 6,4 %. Je zde tedy převaha oproti těm, kteří uvádí, že ve svém zaměstnání trpí stresem (bod 6 až 10 %). Oproti tomu, méně než jednou týdně až jednou týdně se těmto metodám věnuje 52,7 % respondentů, v rámci celého souboru činí tento podíl 66,52 %.

Graf 6-18: Míra stresu v zaměstnání



Zdroj: Autor

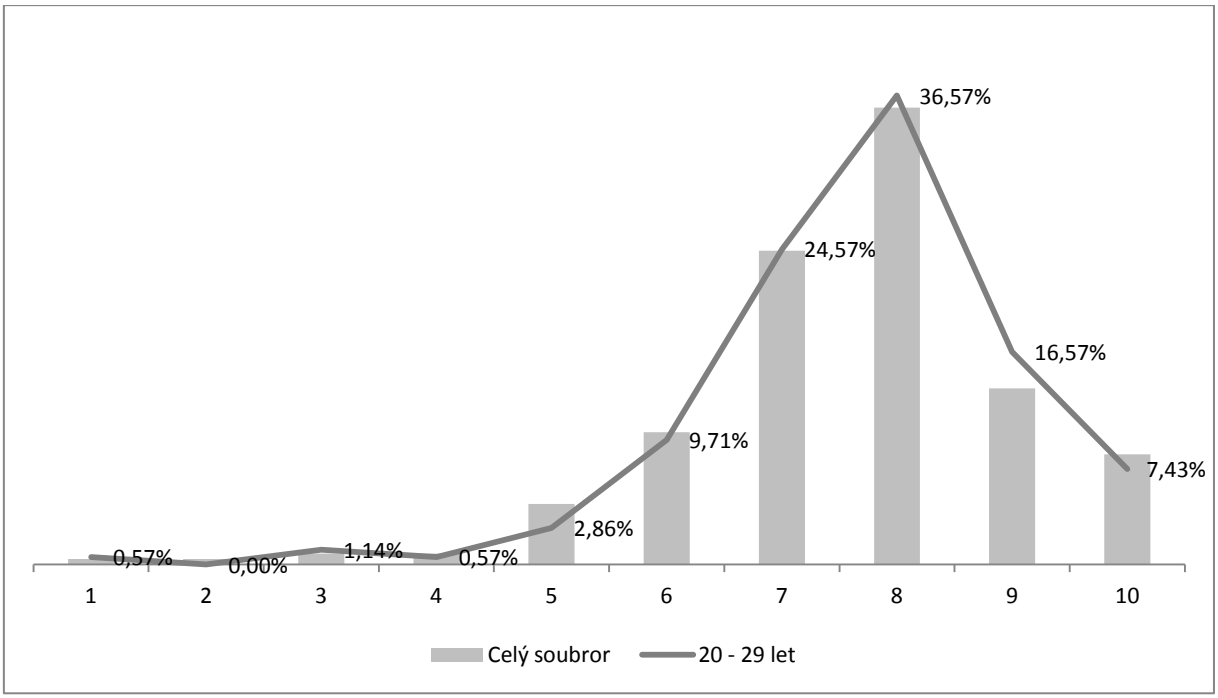
6.2.2Životní styl mladých lidí

Dále jsem analyzovala životní styl lidí ve věku od 20 do 29 let. Mladí lidé povětšinou netrpí nepřenosnými nemocemi resp. civilizačními chorobami a svým životním stylem by jim mohli do budoucna předcházet. Svoje návyky mohou oproti starší populaci měnit snadněji. Věková kategorie dvacátníků byla nejpočetněji zastoupenou (75,1 %), nejvýrazněji tak ovlivnila celkové odpovědi.

Ještě než přistoupíme ke stravovacím návykům, podívejme se, jak mladí lidé hodnotí svůj životní styl, jaký význam přisuzují životnímu stylu ve vztahu ke zdraví a také, zda mladí do svého zdraví investují čas a peníze.

Mezi mladými lidmi je téměř totožná proporce těch, kteří uvádí, že žijí zdravým životním stylem (50,3 %) jako těch, kteří nikoli (49,7 %). V rámci otázky dotazující se na míru vlivu životního stylu na vznik civilizačních chorob (viz Graf 6–19) se k druhé polovině spektra (bod 6 až 10) přiklání 94,9 %, přičemž nejvíce respondentů volí bod 8 stupnice. Podívejme se blíže k maximální hodnotě. Součet bodů 8 až 10 tvoří 60,6 %. Rizikové faktory nejčastějších civilizačních chorob nezná 26,9 % mladých. Určitou formu časové investice do svého zdraví uvádí 70,3 %, finanční investici pak 78,3 %.

Graf 6-19: Míra vlivu ŽŠ na vznik civilizačních chorob



Zdroj: Autor

Nyní se již věnujme návykům mladých lidí, nejprve stravovacím. Tři hlavní jídla denně si dopřeje 45,1 % mladých lidí, dvě hlavní jídla 37,7 %. Pouze jedno hlavní jídlo 13,1 %, 4 % se stravují bez pevného režimu, tedy kdykoli, kdy mají hlad. Každodenně do svého jídelníčku zařazuje snídani 66,9 %. Pět dní v týdnu, což jsou patrně pracovní dny, jak usuzuji výše, si snídani dopřeje 9,7 %, šestkrát do týdne snídá 5,7 %. Ovoce a zelenina je součástí každodenního jídelníčku 63,3 % mladých lidí – dvakrát a vícekrát denně konzumuje ovoce a zeleninu 29,1 %, alespoň jednou denně zbývajících 33,1 %. Oproti tomu 37,7 % zařazuje do jídelníčku ovoce a zeleninu nedostatečně – 20,6 % konzumuje ovoce a zeleninu nejméně čtyřikrát do týdne, ale méně než denně, 12,6 % nejméně než jednou týdně, avšak méně než čtyřikrát týdně, 4,6 % dokonce méně než jednou týdně.

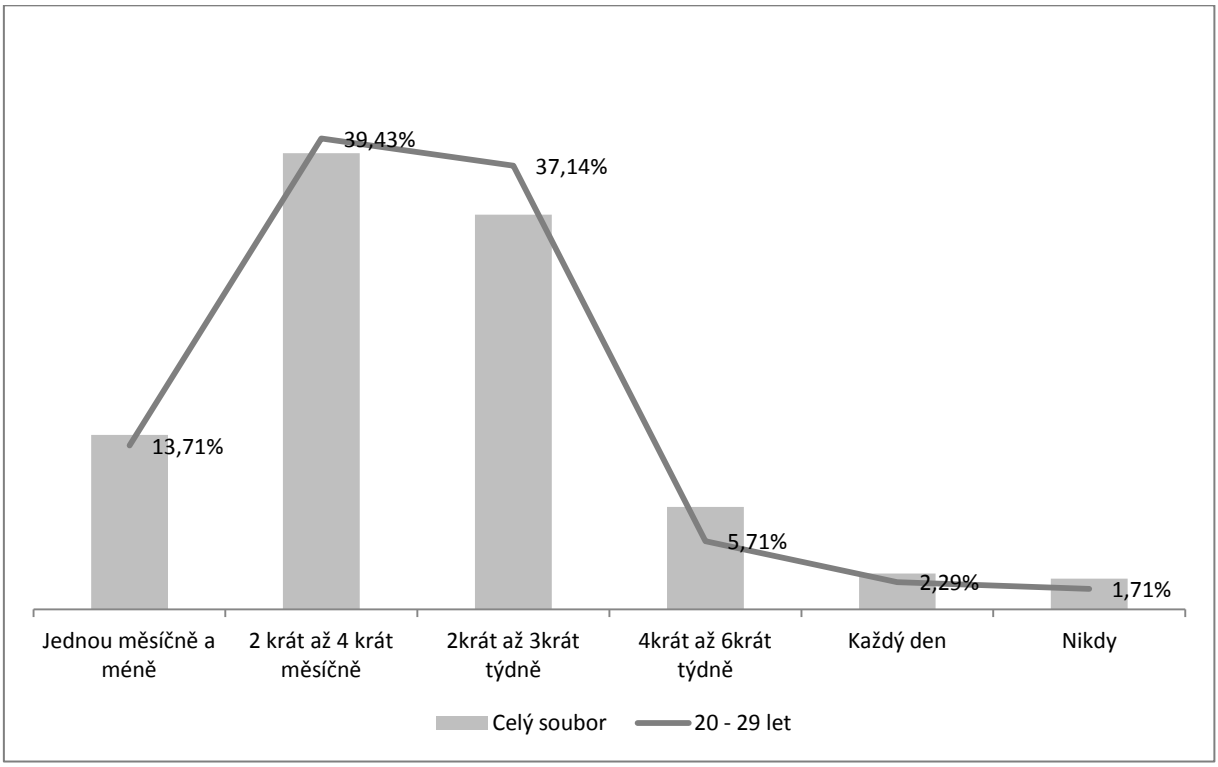
Dále, co se týká omezování jednotlivých složek potravy, určitou formou omezuje konzumaci cukru 70,9 % mladých lidí. 28 % tak činí kombinací omezování doslazování hotových nápojů či pokrmů a spotřeby sladkých pochutin, samotné doslazování uvádí 24,6 %, omezování konzumace sladkých pochutin pak 18,3 %. Tuk omezuje 73,7 % mladých respondentů, nejčastěji (11,4 %) tak činí kombinací všech nabízených možností: omezování spotřeby másla, sádla, margarínů a olejů. Sůl

omezuje 63, 4 %, nejčastěji formou omezování solení při přípravě či jídla již hotového (33, 1%), 10,9 % omezuje nákup slaných potravin a 19,4 % tak činí kombinací obojího.

Obecně doporučovaný příjem tekutin uvádí 36 % mladých respondentů, dalších 7,4 % pak uvádí, že denně vypije více než 3 litry, můžeme tedy říci, že pouhých 43,4 % dodržuje optimální pitný režim. Stejný podíl (43,4 %) vypije pouze jeden až dva litry tekutin, vyjma alkoholu a kávy, a 7,4 % dokonce méně než litr. Střídmý příjem kofeinu uvádí 68 % mladých respondentů, z čehož v průměru méně než jeden šálek denně jakéhokoli nápoje s obsahem kofeinu vypije 29,7 %, jeden až dva takovéto šálky zbývajících 48,6 %. Vyšší množství kofeinu konzumuje více téměř 22 % mladých lidí (19,4 % tři až šest šálků s obsahem kofeinu, 2,3 % více než sedm a více šálků).

Ukazuje se relativně pozitivní přístup mladých lidí ke sportu. Nejméně jednou týdně se některému druhu sportu věnuje 84 % mladých, alespoň dvakrát týdně, tedy obecně doporučovanou frekvenci pro pohybové aktivity, uvádí 62, 3 %. Třikrát až čtyřikrát týdně se sportu věnuje 30,3 %, 4 % dokonce pět a vícekrát. 40 % mladých uvádí, že trpělo nadváhou. Svoji hmotnost pokusilo 20,6 % snížit pomocí kombinace sportovní činnosti a snížení příjmu potravy, 9,7 % formou snížení příjmu potravy nebo sportem a 8 % uvádí, že ač mělo či má problémy s nadváhou, nepokusili se svoji hmotnost redukovat. 1,7 % využilo některou ze „zázračných“ diet.

Graf 6-20: Alkohol



Zdroj: Autor

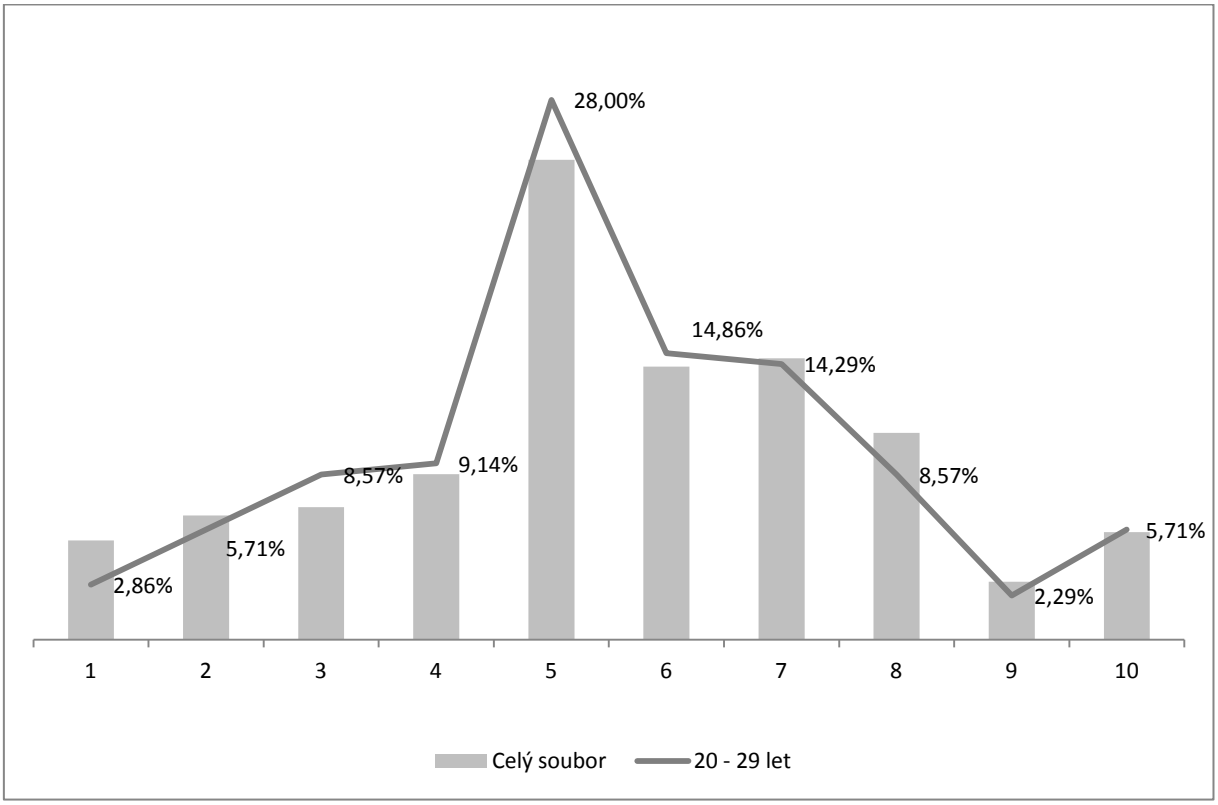
Potvrzuje se vysoká míra konzumace alkoholu (viz Graf 6–20). Minimálně každý týden až ob týden konzumuje alkohol 84,6 % mladých lidí, minimálně dvakrát až třikrát týdně pak 45,1 %, tedy nepatrně

více než je v rámci celého souboru respondentů. K tabakismu se hlásí 35,4 % mladých lidí, z čehož 26,9 % kouří pouze příležitostně, denně kouří 8,6 %, což je méně, než průměr souboru – méně než jednu krabičku či ekvivalentní množství jiných tabákových výrobků vykouří 7,4 %, 1,1 % pak více než jednu krabičku.

Zodpovědný přístup k preventivní péči zachovává pouze 29,7 % mladých lidí, každý rok navštěvuje lékaře z důvodu preventivní prohlídky 14,3 %, každé dva roky 15,4 %. Dalších 9,1 % pak dochází na preventivní prohlídku každých tři až pět let. Oproti tomu 42,9 % na pravidelné preventivní prohlídky nedochází vůbec a lékaře navštěvuje pouze v případě onemocnění, 18,3 % tak činí jen na vyzvání samotného lékaře.

Pravidelný a dostatečný spánek (7 až 8 hodin) si dopřává 62,9 %, pět až šest hodin spánku udává 19,4 %, méně než 4 hodiny 0,5 %. Na druhou stranu, přemíru spánku přiznává 17,1 %, z nichž 1,1 % spí více než 10 hodin denně.

Graf 6-21: Stres v zaměstnání



Zdroj: Autor

Negativní výsledky vzhledem k věku avšak pozitivnější oproti průměru souboru ukazuje otázka věnovaná stresu. Hodnoty v druhé poloviny škály stresové intenzity volilo 45,7 % mladých lidí, k relativně neutrální hodnotě číslo 5 (má práce ve mne vyvolává nepříjemné pocity) se přiklonilo 28 %. Nižší míru stresu (bod 6 a 7) uvádí 28,1 %, vyšší míru stresu (bod 8 a 9) pak 10,9 %. 5,7 % mladých lidí uvádí, že je ve své práci denně vystaveno velmi intenzivnímu stresu. Některou z metod

na redukci stresu však více než jednou týdně provádí pouze 35,4 %, 64,6 % tak činí méně než jednou až jednou týdně. Nejčastěji využívají mladí tyto techniky dvakrát až třikrát týdně (26,9 %), čtyřikrát až pětkrát týdně pak 5,7 %, téměř každý den či každý den 2,9 %.

6.2.3Životní styl těch, kteří jej neoznačují za zdravý

A konečně. Zajímaly mne také návyky těch, kteří úvodní otázku dotazující se, zda považují svůj životní styl za zdravý, zodpověděli záporně. Pokud si je někdo vědom nezodpovědného chování ke svému zdraví, jaké chování je pro něj typické? Liší se výrazně od těch, kteří na onu otázku odpověděli kladně?

Nejprve si pomocí demografických charakteristik definujme, kdo je ten, jenž přiznává, že nežije zdravě. Po vzoru podkapitoly 6.2.1 nabízím charakteristiky z druhé strany. Podíl žen, jež se přiklonily k záporné odpovědi, činí 46,8 %, mezi muži je tento podíl výrazně vyšší (61,7 %). Ve věkové kategorii dvacátníků se vyjádřilo negativně 49,7 % (viz podkapitola 6.2.2), v kategorii třicátníků pak 63,3 %. Kategorie 40 až 49 let resp. 50 až 50 let resp. 60 a více let vykazuje následující podíly negativních odpovědí: 50 % resp. 75 % resp. 71,3 %. Mezi vysokoškolsky vzdělanými lidmi uvádí negativní odpověď 51,9 %, středoškolsky vzdělaných s maturitou 50 %, bez maturity 81,8 %. Nezdravý životní styl v příjmové kategorii do 10 tisíc Kč uvádí 45,9 %, v kategorii 10 – 15 tisíc Kč 64,5 %. V kategoriích 15 – 25 resp. 25 – 35 resp. 35 – 50 resp. 50 tisíc Kč a více jsou podíly negativních odpovědí následující: 50 % resp. 57,1 % resp. 58,3 % resp. 66,7 %. Zápornou odpověď uvádí 45,1 % respondentů žijících v místě bydliště s více než 500 tisící obyvatel, 40 % žijících v místě bydliště se 100 – 500 tisíci obyvatel. V místě bydliště s 20 až 100 tisíci obyvatel resp. 5 až 20 tisíci obyvatel resp. tisícem až 5 tisíci obyvatel resp. do tisíce obyvatel jsou následující: 53,9 % resp. 62,5 % resp. 20 % resp. 46,15 %.

Než přistoupíme k analýze stravovacích návyků, podívejme se opět na význam, jež přikládá tato skupina respondentů životnímu stylu ve vztahu k civilizačním chorobám, resp. zdraví (viz Graf 6–14). K pravé půli spektra (bod 6 až 10) se přiklání 92,7 %, tedy podíl totožný s těmi, kteří svůj životní styl považují za zdravý, potažmo s celým souborem respondentů. Podívejme se opět k nejvyšším hodnotám škály. K bodům 8 až 10 se přiklání 53,7 %, nepatrně méně, než je podíl celého souboru (57,9 %) avšak výrazněji méně, než je podíl těch, kteří svůj životní styl považují za zdravý (62,7 %). Rizikové faktory nejčastějších civilizačních chorob nezná 27,6 % těchto respondentů.
Oproti celému souboru, potažmo těm, kteří považují svůj životní styl za zdravý, je zde výrazně nižší ochota investovat do svého zdraví. Určitou formu časové investice uvádí 49,6 %, finanční investici udává 64,2 %.

Věnujme se nyní stravovacím návykům. Tři hlavní jídla dne doplněná dopolední a odpolední svačinou uvádí 20,3 % těchto respondentů (viz Graf 6–15). Nejvíce (49,6 %) respondentů má ve svém stravovacím režimu zařazena pouze dvě hlavní jídla, 23,6 % pak pouze jedno hlavní jídlo. 6,5 % uvádí, že během dne nemají žádné hlavní jídlo a kdykoli mají hlad, dopřejí si rychlé občerstvení. Snídaně je každodenní součástí jídelníčku 52,9 % této skupiny respondentů, pětkrát do týdne snídá 12,2 %, šestkrát 6,5 %. 4,9 % ve svém jídelníčku snídani zařazenou nemají, součet odpovědí jeden až 4 dny v týdnu tvoří 23,6 %. Méně než polovina (46,3 %) zařazuje do svého jídelníčku ovoce a zeleninu každý den, pouze 14,6 % si dopřává zeleninu dvakrát či vícekrát denně. Méně než 4krát týdně, avšak méně než jednou denně 25,2 %, nejméně jednou týdně, ale méně než 4krát týdně pak 20,3 %. 8,1 % si dopřeje ovoce a zeleninu méně než jednou týdně.

Dále se podívejme, jak tito respondenti přistupují k nadměrné konzumaci cukru, tuku a soli. Cukr ve svém jídelníčku určitou formou omezuje 60,2 %, nejčastěji (27,6 %) tak činí formou omezování doslazování nápojů či pokrmů, 14,6 % omezuje konzumaci sladkých pochutin a 17,9 % tak činí kombinací obojího. Omezovat příjem tuku se snaží 65, 9 %, nejčastěji (10,6 %) formou omezování konzumace sádla. 8,1 % omezuje současně spotřebu sádla, margarínů a olejů, stejný podíl pak současně másla a sádlo, pouze 7,3 % omezuje současně sádlo, máslo, oleje a margaríny. Je zde pouze mírná převaha těch, kteří omezují příjem soli (51,2 %). Nejčastěji (28,5 %) tak činí nepřisolováním pokrmům při jejich přípravě či jídel již hotových, 9 % se vyhýbá nákupu slaných jídel a 13,8 % tak činí kombinací obojího.

Taktéž jako v rámci ostatních skupin, i zde je zcela nedostatečně dodržován pitný režim. Obecně doporučované množství tekutin, tj. dva až tři litry denně, přijímá 32,5 % respondentů, dalších 5,7 % pak uvádí, že vypije více než 3 litry. Sumarizujme tedy, že 38,2 % přijímá dostatečné množství tekutin. Jeden až dva litry uvádí 47,1 % respondentů, 14,6 % dokonce méně než jeden litr tekutin denně. Pitný režim doplňme příjmem kofeinu vyjádřeným průměrným počtem šálků obsahujících kofein zkonzumovaných během dne (káva, čaj, kolový nápoj, atp.). Přijatelné hranice, 1 až 2 těchto šálků, se drží 53,7 % respondentů, tedy pouze nepatrně méně než je podíl celého souboru (51 %). Dalších 35,5 % dokonce zkonzumuje denně v průměru méně než jeden takovýto šálek, přičemž v rámci celého souboru je tento podíl 73,2 %. Nadmíru příjmu kofeinu, dle dotazníku 3 až 6 těchto šálků, uvádí 23,6 %, žádný z těchto respondentů však nekonzumuje více než 7 těchto šálků.

Alespoň jeden den v týdnu věnuje některé sportovní aktivitě 65 %, dva dny v týdnu, tedy časovou investici obecně doporučovanou jakožto optimální pro efektivní výsledky, však již pouze 39,8 % (viz Graf 6–16). Třikrát až čtyřikrát týdně sportuje 19,5 %, naopak 35 % nesportuje vůbec.

Z otázky snižování nadváhy je patrný méně racionální přístup k její redukci. 45,5 % respondentů uvádí, že mělo určitou formu nadváhy, k její redukci pomocí kombinace pohybových aktivit a snížení energetického příjmu potravy však přistoupilo 14,6 %. V rámci celého souboru se k nadváze hlásí obdobný počet respondentů (42,7 %), redukci hmotnosti kombinací obojího uvádí 20,1 %. Další přístupy k redukci hmotnosti jsou následující: snížení energetického příjmu nebo zvýšení fyzické

aktivity 13 %, využití „zázračných“ diet. 2,4 % uvádí, že svoji nadváhu neredukovali žádnou formou. 15,5 % respondentů uvádí, že mělo či má problémy s nadváhou, avšak svoji váhu se nikterak nepokusili snížit.

Spotřeba alkoholu a cigaret plně odpovídá společenské akceptaci těchto drog. Minimálně ob týden až každý týden konzumuje alkoholické nápoje 85,4 % těchto respondentů, minimálně dvakrát až třikrát týdně 54,5 % (viz Graf 6–17), což je oproti respondentům považujících svůj životní styl za zdravý výrazně více (33,6 %). Minimálně čtyřikrát až šestkrát týdně užije alkoholický nápoj 18,7 %.

K aktivnímu kuřáctví se hlásí 40,7 % respondentů, 23,6 % se považuje za kuřáky občasné, 14,6 % vykouří denně méně než jednu krabičku cigaret či ekvivalentní množství jiných tabákových výrobků a 2,4 % více než jednu krabičku. Situace je zde tedy oproti celému souboru jen mírně negativnější, vyloučíme-li ze souboru příležitostné kuřáky, zůstává zde 17,1 % respondentů (oproti 11,6 % v rámci celého souboru). Taktéž v rámci kouření pasivního nalézáme negativnější výsledky. Denně své tělo zatěžuje tabákovým dýmem 67,4 % respondentů, z toho však 48 % méně než jednu hodinu denně. V důsledku příjmu tabákového dýmu v délce jedna a více hodin denně své tělo zatěžuje 19,5 %, oproti 13,35 % v rámci celého souboru.

Taktéž zde je nezodpovědný přístup k preventivní lékařské péči. Každý rok až dva roky dochází na preventivní lékařské prohlídky 26 %, z čehož pouze 10,5 % navštěvuje lékaře z důvodu prevence každý rok. Každých tři až pět let navštíví lékaře 10,5 %. 42,3 % nedochází na preventivní lékařské prohlídky vůbec a případná návštěva lékaře je pouze z důvodu onemocnění, dalších 21,1 % lékaře navštíví jen na základně jeho vyzvání.

Sedm až osm hodin spánku si dopřeje pouze 56,1 %, pět až šest hodin 29,3 %. Nadmíru spí 13,8 %, z čehož 1,6 % spí více než 10 hodin denně. Méně než 4 hodiny spánku uvádí 0,8 %.

Je zde patrné mírně negativnější rozložení odpovědí v otázce stresu, oproti celému souboru respondentů. Určitou míru stresu v zaměstnání (bod 6 až 10) uvádí 54,5 % (viz Graf 6–18), z čehož je nižší míře stresu (bod 6 a 7) vystaveno 26,8 %, vyšší míře stresu (bod 8 a 9) 17,9 %. Denně je ve svém zaměstnání vystaveno velmi intenzivnímu stresu 9,7 % těchto respondentů.

Taktéž je zde patrný neuvědomělý přístup k boji se stresem. Častěji než jednou týdně využívá některou z metod na redukci stresu (např. cvičení, relaxace, meditace) pouze 21,1 % respondentů, z čehož tak činí dvakrát až třikrát týdně 18,7 %, čtyřikrát až pětkrát 1,6 % a šestkrát až sedmkrát 0,8 %.

Méně než jednou týdně až jednou týdně se tedy těmto metodám věnuje 78,9 % respondentů, v rámci celého souboru činí tento podíl 66,52 %.

6.3 Shrnutí výsledků

Shrňme si nyní výsledky šetření pomocí jednoduchých výroků (viz Tabulka 6–7). Výroky jsou stanoveny tak, aby sumarizovaly základní otázky šetření a pomohly velmi zjednodušeně zodpovědět otázku, do jaké míry jsou v rámci celého souboru resp. jednotlivých skupin dodržovány zásady zdravého životního stylu, jež jsem pojmenovala v teoretické části práce.

6.3.1Životní styl české populace

Zdravý životní styl ve vztahu ke zdraví jedince resp. prevenci před nepřenosnými či civilizačními chorobami, dostatečně ohodnocuje pouze 58 % respondentů (body 8 až 10 stupnice). Panuje zde jistá ochota investovat do svého zdraví peníze (76 %), méně pak již čas (68 %). Vzhledem k nejčastěji uváděným formám časových a finančních investic je však třeba vzít do úvahy, že v řadě případů jde o spojité nádoby, kdy se jen velmi těžko investují finance, pokud není dostatek času. Totéž platí samozřejmě i obráceně. Pravidelný stravovací režim stávající se ze tří hlavních jídel dne doplněných o dopolední a odpolední svačinu dodržuje pouze 41 %, snídani do něj každodenně zařazuje 67 %., ovoce a zeleninu pak 62 %. Z otázek zaměřených na omezování přijmu vybraných složek potravy, je patrná především snaha vyhýbat se tukům (73,8 %), méně pozitivní výsledky nacházíme u omezení příjmu cukru (67 %) a soli (64 %). Naprosto nedostatečně je dodržován pitný režim, pouze 43 % respondentů přímá denně obecně doporučované množství tekutin. Oproti tomu je zde patrný relativně střídmější příjem kofeinu, jenž je vyjádřen konzumací šálků nápojů jej obsahujících (káva, čaj, colový nápoj). 79 % respondentů uvádí, že denně konzumuje maximálně dva tyto šálky, přičemž je zde obsažena i odpověď „žádný“. Neuspokojivé skóre přináší otázka věnovaná sportu, minimálně dva dny v týdnu se některé (tj. jakékoli) sportovní aktivitě věnuje 56 % respondentů, mezi participanty je 20 % těch, kteří měli či mají problémy s váhou a snažili se je řešit formou fyzické aktivity kombinované se sníženým energetickým příjmem. Otázka konzumace legálních drog plně kopíruje jejich rozšíření a toleranci v rámci české společnosti. Minimálně dvakrát až třikrát týdně konzumuje alkohol 45 %, dalších 36 % si zapálí cigaretu či ekvivalentní tabákový výrobek. Panuje zde poměrně nezodpovědný přístup k preventivním lékařským prohlídkám. Minimálně každé dva roky navštíví svého lékaře z důvodu preventivního vyšetření z vlastní iniciativy pouze 31 %. Dostatek spánku si dopřává 63 %. Určitou míru stresu přesahující nepříjemné pocity udává 48 % respondentů, avšak pouze 34 % praktikuje více než jednou týdně některou z metod na redukci stresu.

Obecně tedy nacházíme relativně uspokojivé výsledky v otázce věnované konzumaci kofeinu, podobně lze hodnotit také snahu omezovat nadměrný příjem tuku ve stravě a ochotu investovat finanční prostředky do svého zdraví. O něco horší výsledky nacházíme u investicí časových. Je zde

také patrná snaha omezovat příjem cukru, nepatrně méně také soli, avšak situace by mohla být výrazně pozitivnější. Chybí zde snaha dodržovat pevný stravovací režim, vč. snídaní a také odpovídající příjem zeleniny a ovoce. Respondenti přikládají nedostatečný význam zdravému životnímu stylu ve vztahu k vlastnímu zdraví, nevěnují dostatečné množství času spánku a sportu. Naprosto katastrofální jsou výsledky zjištěné u dodržování pitného režimu. Taktéž je zde výrazně rozšířena konzumace alkoholu a kuřáctví. Málo jsou využívány metody k redukci stresu.

6.3.2Životní styl těch, kteří jej označují za zdravý

Mezi respondenty, kteří uvádí, že žijí zdravým životním stylem, je 63 % těch, kteří dostatečně ohodnocují jeho významnost ve vztahu ke zdraví jedince. Panuje zde poměrně značná ochota investovat do svého zdraví, a to jak čas (82 %), tak peníze (89%). Pevný stravovací režim, tedy tři hlavní jídla dne doplněná dopolední a odpolední svačinou, dodržuje 63 %, což není nikterak pozitivní číslo, avšak v porovnání se skóry celého souboru odpovědí či mladými lidmi, je zde patrná výraznější disciplinovanost. Snídaně je součástí každodenního jídelníčku 82 % těchto respondentů, zeleninu a ovoce si nejméně jednou dopřává 79 %. Co se týče omezování vybraných jednotlivých složek potravy, stejně jako u souboru veškerých respondentů, i zde je nejvýraznější snaha omezovat tuky (83 %), následuje omezování příjmu soli (77 %) a cukru (76 %). Avšak naprosto nedostatečně je dodržován pitný režim, jenž plní pouze 49 %. Panuje zde poměrně střídmý příjem kofeinu, 85 % si denně dopřeje maximálně dva (ale i žádný) šálky nápoje obsahujících kofein, tedy kávu, čaj či colový nápoj. Poměrně pozitivní výsledky nalézáme u sportu, situace však není plně optimální – nejméně dvakrát do týdne sportuje 74 %. Pozitivnější vztah ke sportu se promítá také do otázky redukce hmotnosti, mezi respondenty, kteří současně přiznali problémy s tělesnou hmotností, je 26 % těch, kteří se svoji váhu pokusili snižovat kombinací sportu s nížení příjmu potravy. Otázku legálních drog plně kopíruje míra tolerance společnosti vůči nim. Příjem alkoholických nápojů je nepatrně pozitivnější nežli v rámci celého souboru, stejně však již nelze hovořit o kuřáctví. Minimálně dvakrát až třikrát týdně konzumuje alkohol 34 %, dalších 31 % si zapálí cigaretu či jiný tabákový výrobek. Nejméně jednou za dva roky se na preventivní prohlídku dostaví 36 %. Dostatečně dlouhý spánek si dopřeje 71 %, dalších 41 % udává, že ve svém zaměstnání trpí pocity stresu, nicméně více než jednou týdně se věnuje některé z metod na jeho redukci 47 % těchto respondentů.

Tato kategorie respondentů nepochybně dosahuje daleko pozitivnějších odpovědí, než jak je tomu u celého souboru. V některých aspektech zdravého životního stylu však není rozdíl příliš značný, tj. nedosahuje více než 6% rozdílu oproti celému souboru. Jedná se o otázky: míra vlivu zdravého životního stylu na zdraví jedince, resp. jako ochrany před civilizačními chorobami, pitný režim, kofein, redukce nadváhy pomocí kombinace cvičení a snížení přijmu potravy, tabakismus a docházení na preventivní lékařské prohlídky. V následujících oblastech je sice rozdíl výrazněji pozitivnější,

avšak oproti žádoucí situaci stále ucházející: nedostatečná disciplína v rámci denního stravovacího režimu, spotřeba cukru a soli by mohla být více omezována, naprosto nedostatečně dodržovaný pitný režim, taktéž by mohlo být více času věnováno sportu, i když zde je skóre ucházející, nedostatečné jsou také návštěvy lékaře v rámci preventivních prohlídek a otázka spánku neodpovídá plně obecně doporučovaným údajům. Výsledky tedy mohly být daleko pozitivnější, pokud se někdo domnívá, že žije zdravým životním stylem, měl by se řídit určitými pravidly a zásadami, ty jsem pojmenovala v teoretické části práce.

6.3.3Životní styl mladých lidí

Životní styl mladých lidí nedosahuje uspokojivých hodnot. Dostatečný význam vlivu životního stylu na zdraví jedince přikládá pouze 60 % mladých. Časovou investici přiznává 70 %, finanční pak 78 %. Méně než polovina mladých lidí má ve svém jídelníčku pevně zakotvena tři hlavní jídla dne doplněná dopolední a odpolední svačinou, snídani do svého jídelníčku každodenně zařazuje necelých 67 %. Taktéž konzumace ovoce a zeleniny není plně odpovídající, zelenina a ovoce je nejméně jednou denně součástí jídelníčku 62 % mladých lidí. Odpovídající množství, tedy nejméně dva kusy, konzumuje pouze 29 %. Je zde patrná určitá snaha omezovat přílišnou konzumaci cukru, tuku a soli, přičemž nejvíce omezují mladí příjem tuku, avšak ani zde není situace ideální. Naprosto nedostatečný je mezi mladými lidmi příjem tekutin, pouze 43 % dodržuje obecně doporučovaný pitný režim. Oproti tomu relativně odpovědnější je zde příjem kofeinu, v průměru méně než jeden šálek nápoje obsahující kofein uvádí 30 %, dalších 49 % pak užívá střídmé množství v podobě jednoho až dvou šálků těchto nápojů. Je zde patrný relativně pozitivní vztah ke sportu, ovšem i zde jsou jisté rezervy. Nejméně dvakrát týdně se věnuje některé sportovní aktivitě 62 %, alespoň jednou týdně pak 84 %. Velmi rozšířené jsou mezi mladými lidmi společensky tolerované drogy, alkohol a tabák. Nejméně dvakrát až třikrát v týdnu si dopřeje alkoholický nápoj 45 %, cigaretu si zapálí 35 %. Taktéž přístup k prevenci je zde naprosto nedostačující, pouze necelých 30 % mladých navštěvuje minimálně každé dva roky lékaře v rámci preventivního vyšetření. Dostatečný spánek uvádí 63 %, určitou míru stresu v zaměstnání pak 46 %.

Nedostačující odpovědi jsou v následujících oblastech: především, mladí nedostatečně oceňují význam životního stylu ve vztahu ke zdraví, taktéž by do svého zdraví mohli investovat více času, mezi mladými nepanuje dostatečná disciplína v rámci denního stravovacího režimu, a to vč. snídaní, taktéž je zde nízký příjem zeleniny a ovoce, nedostatečně omezovaná spotřeba soli, méně pak cukru, naprosto katastrofální je denní příjem tekutin, taktéž by se mladí mohli o něco více věnovat sportu, méně konzumovat alkohol a tabákové výrobky, věnovat více hodin spánku, volit odpovědnější přístup k preventivním prohlídkám a naučit se technik k redukci stresu, jemuž jsou již v mládí vystaveni.

Mladí lidé ještě zpravidla netrpí civilizačními chorobami a vhodným životním stylem by jim mohli do budoucna předcházet.

6.3.4Životní styl těch, kteří jej neoznačují za zdravý

Dostatečný význam zdravému životnímu stylu ve vztahu ke zdraví jednice přisuzuje 54 % respondentů, kteří se nedomnívají, že žijí zdravým životním stylem. Oproti celému souboru je to pouze nepatrně méně. Tito respondenti vykazují menší ochotu investovat do svého zdraví čas (50 %), avšak finance v jisté míře ano (64 %). Panuje zde výrazně neuspokojivá disciplína v rámci stravovacího režimu, pouze 20 % si dopřává tři hlavní jídla dne doplněná dopolední a odpolední svačinou, snídaně je každodenní součástí jídelníčku 53 % respondentů, zeleninu a ovoce si do něj každý den zařazuje 46 %. Tak jako v celém souboru, i zde je nejvýraznější snaha omezovat spotřebu tuku (66 %), cukr omezuje 60 %, sůl pouze 51 %. Naprosto katastrofálně je dodržován pitný režim. Pouze 38 % respondentů přijímá dostatečný příjem tekutin, avšak tak jako u ostatních skupin, i zde je relativně pozitivní situace v míře konzumace kofeinu. Žádný až maximálně dva šálky nápoje obsahující kofein konzumuje 73 % těchto respondentů. Oproti tomu značně neuspokojivý je vztah ke sportu. Nejméně dvakrát týdně se některé sportovní aktivitě věnuje pouze 40 %. Mezi těmito participanty je 14 % těch, kteří měli či mají problémy s váhou a snažili se je řešit formou fyzické aktivity kombinované se sníženým energetickým příjmem. Značná je zde konzumace legálních drog, kdy si 55 % dopřeje minimálně dvakrát až třikrát v týdnu některý alkoholický nápoj a 41 % si zapálí cigaretu či užije jiný tabákový výrobek. Docházka na lékařské prohlídky víceméně kopíruje odpovědi celého souboru, nejméně jednou za dva roky navštíví lékaře z důvodu preventivního vyšetření 26 %. Dostatečně dlouhý spánek si dopřává 56 %, stresu je vystaveno 55 %, avšak některou z metod na redukci stresu využívá více než jednou týdně pouze 21 %.

Ti, kteří na počátku dotazníku odpověděli, že nepovažují svůj životní styl za zdravý, opravdu vykazují mnohem negativnější skór, nežli vidíme v rámci celého souboru. Stejně jako u těch, kteří svůj životní styl za zdravý považují, i zde není u některých aspektů zdravého životního stylu příliš značný rozdíl, tj. nedosahující více než 6% rozdílu oproti celému souboru. Jedná se o otázky: míra vlivu zdravého životního stylu na zdraví jedince, resp. jako ochrany před civilizačními chorobami, pitný režim, kofein, redukce nadváhy kombinací cvičení a snížení přijmu potravy, tabakismus a docházení na preventivní lékařské prohlídky. Relativně pozitivní, avšak nikterak dostačující, přinesly odpovědi v následujících oblastech: finanční investice do zdraví, omezování spotřeby tuku, v nižší míře pak cukru a střídmá konzumace kofeinu.

Tabulka 6-7: Shrnutí výsledků

	Celý soubor	*Žiji zdravě*	*Mladí lidé*	*Nežiji zdravě*
Zdravý životní styl může být dostatečnou prevencí před civilizačními chorobami (bod 8 až 10)	57,9 %	62,7 %	60,6 %	53,7 %
Investuji do svého zdraví čas	67,8 %	88,2 %	70,3 %	50,4 %
Investuji do svého zdraví peníze	76 %	89 %	78,3 %	64,2 %
Jím tři hlavní jídla denně	40,8 %	63,6 %	45,1 %	20,3 %
Snídám každý den	66,5 %	81,8 %	66,9 %	52,9 %
Nejméně jednou denně jím ovoce a zeleninu	61,8 %	79,1 %	62,3 %	46,3 %
Omezuji spotřebu cukru	67,3 %	75,5 %	70,9 %	60,2 %
Omezuji spotřebu tuku	73,8 %	82,7 %	73,7 %	65,9 %
Omezuji spotřebu soli	63,5 %	77,3 %	63,4 %	51,2 %
Dodržuji optimální pitný režim	43,4 %	49,1%	43,4 %	38,2 %
Denně konzumuji maximálně dva šálky s obsahem kofeinu, či žádný	78,5 %	84,6 %	78,3 %	73,2 %
Sportuji nejméně dvakrát do týdne	55,8 %	73,6 %	62,3 %	39,8 %
Trpěl(a) jsem nadváhou a svoji váhu jsem redukoval(a) cvičením a snížením příjmu potravy	20,1 %	26,4 %	20,6 %	14,6 %
Minimálně 2krát až 3krát týdně konzumuji alkohol	44,6 %	33,6 %	45,1 %	54,5 %
Kouřím	36 %	30,9 %	35,4 %	40,7 %
Nejméně jednou za dva roky docházím na preventivní lékařskou prohlídku	30,9 %	36,4 %	29,7 %	26 %
Průměrně spím 7 až 8 hodin denně	63,1 %	70,9 %	62,9 %	56,1 %
Ve své práci jsem vystaven stresu (bod 6 až 10)	48,1 %	40,9 %	45,7 %	54,5 %
Více než jednou týdně využívám metod na redukci stresu	33,5 %	47,3 %	35,4 %	21,1 %

Zdroj: Autor

Závěr

V úvodu práce jsem si vytyčila dva hlavní cíle. Prvním byla analýza odborné literatury vztahující se k problematice zdravého životního stylu, která by poskytla ucelené vymezení pojmu zdravý životní styl, resp. jeho jednotlivých prvků a také analýza rizikového chování české populace ve vztahu k nepřenosným resp. civilizačním onemocněním, nepřímo tak představit projekty, které se touto tématikou zabývají. Druhým cílem pak bylo nahlédnutí do životního stylu české populace, resp. tří vybraných kategorií respondentů a zmapování jejich charakteristik a specifik. Chtěla jsem tak zodpovědět otázku, jak česká populace přistupuje ke svému zdraví, jak se o něj stará a do jaké míry dodržuje zásady zdravého životního stylu, resp. jeho součástí, jaké jsou její znalosti v této problematice.

K naplnění prvního cíle byla zaměřena teoretická část práce. Pojem zdravý životní styl vymezuji v devíti podkapitolách, každá na něj nahlíží jinou optikou, avšak ve svém jádru se myšlenky jednotlivých autorů či konceptů prolínají, tomu je také uzpůsobeno výsledné zpracování. Kde to logické zpracování dovoluje, identifikuji u jednotlivých konceptů vztyčné body, které shodně označuji jako prvky resp. faktory životního stylu, dále pak pilíře či dimenze. Mezi čtyři nejčastěji zmiňované faktory se řadí: stravování, pohybová aktivita, duševní hygiena a užívání drog (alkohol, tabák). Komplexní výčet, jenž vystihuje veškeré koncepty, je pak výsledně rozdělen na faktory pozitivní a faktory negativní. Mezi pozitivní faktory životního stylu lze zařadit: dostatečnou pohybovou aktivitu, pestrou a přiměřenou stravu, zdrženlivý příjem alkoholu a vyhýbání se tabákovým výrobkům resp. tabákovému kouři, uvážlivý sexuální život, duševní hygienu, zvládání stresu a praktikování protistresových aktivit, schopnost zvládat a vyrovnat se s životními těžkostmi, sociální oporu, vzdělávání vč. sebevzdělávání, bezpečné chování, hledání smysluplnosti života, udržení si životního nadšení, důvěry a víry, regeneraci a relaxaci. Negativními faktory jsou: nedostatečná fyzická aktivita a nehospodárnost s fyzickými silami, přejídání nebo naopak nedostatečný příjem potravy, abúzus alkoholu či jiných omamných látek, tabakismus, rizikový sex, nezvládání stresových situací, osamělost, nevzdělanost, nehody a úrazy, bezcílnost, životní a duševní prázdnota.

Kapitola mapující situaci rizikového chování v České republice potvrzuje má úvodní slova. Přestože znalost zásad zdravého životního stylu přestává vyžadovat naši vědomou angažovanost a téměř každý z nás tak o zdraví něco ví, nejsou jeho principy dostatečnou součástí života české populace. Dle zprávy Světové zdravotnické organizace zemřelo v roce 2008 na některé z nepřenosných onemocnění 92 tisíc lidí, což představuje 90 % veškerých úmrtí. V našich podmínkách se nejčastěji jedná kardiovaskulární a nádorová onemocnění, plicní onemocnění a cukrovku, přičemž za více než polovinou veškerých úmrtí stojí onemocnění kardiovaskulární a onkologická, u nichž lze, jak uvádí Státní zdravotní ústav, vhodnou skladbou faktorů životního stylu zabránit až 80 % předčasných úmrtí. Rizikové chování české populace mapuji pomocí čtyř nejzávažnějších rizikových faktorů, které ve

zmíněné studii uvádí Světová zdravotnická organizace, jsou jimi: nezdravé stravování, nedostatečná fyzická aktivita, zneužívání alkoholu a tabakismus. Nejběžnějšími chybami ve výživě české populace je nadměrný příjem masa a masných výrobků, malé zastoupení ryb a drůbeže, nízká spotřeba nízkotučných mléčných výrobků, nízká spotřeba ovoce a zeleniny a vysoká spotřeba pochutin, sladkých nápojů a soli. Přetrvává nadměrný energetický příjem, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů a nedostatečná konzumace vlákniny. Více než polovina české populace nesplňuje doporučenou úroveň pohybové aktivity. Potvrzuje se výrazná, pro českou společnost však velmi typická, konzumace alkoholu a nízké zastoupení celoživotních abstinentů. Dle Českého statistického úřadu zkonzumoval průměrný Čech v roce 2011 1,78 litru lihovin, 7,4 litru vína a 38,54 litru piva. Poslední šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky prováděného v roce 2008 uvádí 30% prevalenci kuřáctví mezi muži a 19% mezi ženami.

Druhý cíl práce, nahlédnutí do životního stylu české populace, byl již realizován v praktické části. Pomocí dotazníkového šetření doplněného daty z databáze Marketing & Media & Lifestyle, jsem nejprve provedla analýzu prvního stupně, v níž jsem hodnotila výsledné skóre jednotlivých výzkumných otázek. Následně jsem pak analyzovala tři vybrané skupiny: ty, kteří svůj životní styl považují za zdravý, ty, kteří jej za zdravý nepovažují a skupinu mladých lidí. Relativně uvědomělý přístup nalézáme u míry konzumace kofeinu, podobně lze hodnotit také snahu omezovat nadměrný příjem tuku ve stravě a ochotu investovat finanční prostředky do svého zdraví. Ochota investic časových je však o něco nižší. Výsledky ukazují na snahu omezovat příjem cukru, nepatrně méně také soli, situace však není zdaleka optimální. Není dodržován pevný stravovací režim, vč. snídaní a také odpovídající příjem zeleniny a ovoce. Ukazuje se, že zdravému životnímu stylu ve vztahu k vlastnímu zdraví není přikládán odpovídající význam. Není věnováno dostatek času spánku a sportu. Naprosto katastrofální jsou výsledky zjištěné u dodržování pitného režimu. Taktéž je zde výrazně rozšířena konzumace alkoholu a kuřáctví a velmi málo jsou využívány metody k redukci stresu.

Kategorie těch, kteří svůj životní styl označují za zdravý, dosahuje nepochybně pozitivnějšího skóre, než jaké vykazuje celý soubor. V některých aspektech však není tento rozdíl příliš značný, a sice u otázky pitného režimu, konzumace kofeinu, redukce váhy pomocí kombinace cvičení a snížení příjmu potravy, tabakismu a docházení na preventivní lékařské prohlídky. Taktéž zde není výrazný rozdíl v otázce dotazující se na míru vlivu zdravého životního stylu na zdraví jedince, resp. jeho ochrany před civilizačními chorobami. I zde jsou oblasti, které vykazují nedostatky oproti žádoucí situaci, jedná se o nedostatečnou disciplínu v rámci denního stravovacího režimu, spotřeba cukru a soli by mohla být více omezována, naprosto nedostatečně je dodržován pitný režim, taktéž by mohlo být více času věnováno sportu, i když zde je skóre ucházející, nedostatečné jsou také návštěvy lékaře v rámci preventivních prohlídek a otázka spánku neodpovídá plně obecně doporučovaným údajům. Ukazuje se, že tato skupina, ač dosahuje relativně ucházejícího skóre, zdaleka nedodržuje zásady zdravého životního stylu tak, jak by bylo záhodno.

Nikterak pozitivního skóre nedosahují ani mladí lidé. Chybí zde vůle investovat do svého zdraví více času, schází dostatečná disciplína v rámci denního stravovacího režimu, a to vč. snídaní, taktéž je zde nízký příjem zeleniny a ovoce, nedostatečně omezovaná spotřeba soli, méně pak cukru, naprosto katastrofální je denní příjem tekutin, taktéž by se mladí mohli o něco více věnovat sportu, méně konzumovat alkohol a tabákové výrobky, věnovat více hodin spánku, volit odpovědnější přístup k preventivním prohlídkám a naučit se technik k redukci stresu, jemuž jsou již v mládí vystaveni. A především pak, nedostatečně oceňují význam životního stylu ve vztahu ke zdraví.

Na závěr jsem věnovala pozornost také těm, kteří svůj životní styl za zdravý nepovažují. Tato skupina opravdu vykazuje mnohem negativnější skór, nežli jaký vidíme v rámci celého souboru. Stejně jako u těch, kteří svůj životní styl za zdravý považují, i zde není u některých aspektů zdravého životního stylu příliš značný rozdíl. Jedná se otázky pitného režimu, míry konzumace kofeinu, redukce nadváhy kombinací cvičení a snížení přijmu potravy, tabakismu a docházení na preventivní lékařské prohlídky. Nepřekvapí, že tato skupina nepřikládá dostatečný význam zdravému životnímu stylu ve vztahu ke zdraví jedince, resp. jeho ochrany před civilizačními chorobami. Relativně pozitivní, avšak nikterak dostačující, je ochota investovat finanční prostředky do zdraví, omezovat spotřebu tuku, v nižší míře pak cukru a střídmá konzumace kofeinu.

Je zřejmé, že dotazníkové šetření nabízí další možnosti rozboru. K této analýze jsem se rozhodla, neboť ji považuji za nejvýznamnější. Rozčlenění respondentů dle subjektivního postoje k míře zdravosti resp. nezdravosti vlastního životního stylu, stejně jako identifikace životního stylu mladé generace, je důležité pro úspěšné komunikování osvětových kampaní. Je třeba zcela jinak oslovit jedince, který se domnívá, že žije zdravě, ač tomu jeho návky neodpovídají, stejně jako jedince, který ač žije nezdravě, je si toho zcela vědom. Je třeba rozlišit oblasti, které vykazují relativně pozitivní výsledky, od těch, v nichž jednotlivé skupiny respondentů mají rezervy, a na tyto oblasti se pak zaměřit. Rozbor životního stylu je významný především v tom, že tito prozatím netrpí nepřenosnými nemocemi resp. civilizačními chorobami a svým životním stylem by jim mohli do budoucna předcházet. Navíc, svoje návyky mohou oproti starší populaci měnit snadněji.

Cíle mé práce byly naplněny: nabídla jsem komplexní vymezení pojmu zdravý životní styl, rozebrala jsem rizikové chování české populace v kontextu nepřenosných resp. civilizačních onemocnění a nahlédla do životního stylu české populace, resp. tří vybraných kategorií, zmapovala charakteristiky jejich životního stylu.

Je zřejmé, že zájem státu v této oblasti by měl být enormní, současná situace tomu však ani zdaleka neodpovídá. Zdravý životní styl napomáhá zlepšovat zdraví a může být dostatečnou prevencí před nepřenosnými resp. civilizačními onemocněními, přičemž obecně platí, že prevence je výrazně méně nákladná než následná léčba. Mimo to, že se zdravě žijící populace snáze vyhýbá nežádoucím zdravotním a sociálním jevům, je zde i další finanční argument. Zdravý člověk může pracovat, není tedy závislý na sociální pomoci státu, ani nemusí nastoupit do předčasného důchodu, naopak, díky své práci přispívá do státní kasy odvodem přímých a nepřímých daní.

Literatura

Knižní zdroje

[1] BLAHUŠOVÁ, Eva. *Wellness: jak si udržet zdraví a pohodu*. Vyd. 1. Velké Bílovice: TeMi CZ, 2009. 149 s. ISBN 978-80-87156-33-9.

[2] BLAHUŠOVÁ, Eva. *Wellness; Fitness*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 235 s. ISBN 80-246-0891-X.

[3] CATHALA, Hana. *Wellness: od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-2323-5.

[4] CSÉMY, Ladislav, CHOMYNOVÁ, Pavla a SADÍLEK, Petr. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 171 s. Výzkumná zpráva; no. 5. ISBN 978-80-87041-94-9.

[5] ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

[6] DRBAL, Ctibor. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1997. 92 s. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky; 3/1997. ISBN 80-238-1193-2.

[7] DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš a DUBSKÝ, Josef. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. 237 s. Vysokoškolské učebnice. ISBN 978-80-7380-123-6.

[8] DUFFKOVÁ, Jana. Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. In: *Aktuální problémy životního stylu*: *sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce Sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce Sociologie kultury a volného času: Praha 6.10.2005*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta pro Masarykovu českou sociologickou společnost při AV ČR, 2006?, 79 – 90. ISBN 80-7308-131-8.

[9] GLADKIJ, Ivan a KOLDOVÁ, Zdenka. *Propedeutika sociálního lékařství*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 1998. 180 s. ISBN 80-7067-904-2.

[10] HERDMAN, T. Heather, ed. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. xxiv, 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

[11] HONZÍK, Karel. *Co je životní sloh*. 1. vyd. Praha: Československý spisovatel, 1958. 101, [4] s. Otázky a názory; Sv. 5.

[12] CHOPRA, Deepak. *Cesty ke zdraví*. 1. vyd. Plzeň: Mustang, 1996. 203 s. ISBN 80-7191-094-5.

[13] IVANOVÁ, Kateřina, MAREČKOVÁ, Jana. Pojetí životního stylu v sociálních vědách, v medicíně a v ošetřovatelství – hledání společného východiska. In: *Ošetřovatelství - perspektivní věda i umění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 121 – 127. ISBN 80-247-1156-7.

[14] IVANOVÁ, Kateřina. Životní styly jako cesta ke zdraví. In: *Aktuální problémy životního stylu*: *sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce Sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce Sociologie kultury a volného času: Praha 6.10.2005*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta pro Masarykovu českou sociologickou společnost při AV ČR, 2006?, 60 - 67. ISBN 80-7308-131-8.

[15] KASALOVÁ ĎANKOVÁ, Šárka. Úmrtnost. In *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 29 – 33. ISBN 80-7071-247-3.

[16] KLESCHT, Vladimír. *5 pilířů zdravého života*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2008. 176 s. ISBN 978-80-251-2149-8.

[17] KOZEL, Roman, MYNÁŘOVÁ, Lenka a SVOBODOVÁ, Hana. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 304 s. Expert. ISBN 978-80-247-3527-6.

[18] KRÁLÍKOVÁ, Eva a KOZÁK, Jiří T. *Jak přestat kouřit*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 130 s. Medica. ISBN 80-85912-68-6.

[19] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

[20] KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 272 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-2456-0.

[21] KUBÍČKOVÁ, Miluše. *Vůle ke zdravému životu*. Praha: Onyx, 1996. 174 s. ISBN 80-85228-37-8.

[22] LE FANU, James. *Vzestup a pád moderní medicíny*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2001. 310 s., [16] s. obr. příl. ISBN 80-200-0879-9.

[23] LOJKOVÁ, Daniela. *Získejte rovnováhu těla, mysli, duše a ducha*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 152 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2268-9.

[24] MACKAY, Judith a ERIKSEN, Michael P. *The tobacco atlas*. Geneva: World Health Organization, 2002. 128 s. ISBN 92-4-156209-9.

[25] MAREČKOVÁ, Jana a JAROŠOVÁ, Darja. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.

[26] MARTIN, Eduard P. Umění být zdravý. In: *Revue prostor č. 58/59*: *Rodí se nový pohled na zdraví a nemoc?*. Praha: Sdružení pro vydání revue prostor, 2003, 19 –21. ISSN 0862-7045.

[27] MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena: Celost. vysokošk. učebnice pro stud. filozof. fakulty oboru psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1984. 207 s. Učebnice pro vys. školy.

[28] MÜLLEROVÁ, Alena. *Wellness jako životní styl*. 1. vyd. Brno: ERA, 2008. 129 s. Zdravá rodina. ISBN 978-80-7366-134-2.

[29] PARSONS, Talcott. *Definitions of Health and illness in the light of American values and social structure*. In: CAPLAN. A. L., et al. *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspective*. Addison-Wessley Publishing Company, Reading, MA, 1981. In: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

[30] PARUSNIKOVÁ, Zuzana. Biomoc a kult zdraví. In: *Sociologický časopis = Czech sociological review roč. 36, č. 2.* Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2000, 131 – 142. ISSN 0038-0288.

[31] PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

[32] RUPRICH, Jiří a kol. *Spotřební koš potravin pro Českou republiku: expoziční faktory - ČR 1997*. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 271 s. ISBN 80-7071-166-3.

[33] RUPRICH, Jiří. Výživa a zdraví. In *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 100 – 109. ISBN 80-7071-247-3.

[34] SOVINOVÁ, Hana, ed. a CSÉMY, Ladislav, ed. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.

[35] SOVINOVÁ, Hana. Kouření cigaret. In *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 90 – 94. ISBN 80-7071-247-3.

[36] ŠOLTYSOVÁ, Taťjana a KOMÁREK, Lumír. *Cesty k vašemu zdraví*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav ve spolupráci se Zdravotním ústavem v Jihlavě, 2004. 46 s. ISBN 80-7071-250-3.

[37] TOFFLER, Alvin. *Šok z budoucnosti*. 1. Vyd. Praha: Práce, 1992. 284 s. ISBN 80-208-0160-X.

[38] TUČEK, Milan a FRIEDLANDEROVÁ, Hana. *Češi na prahu nového tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Median, 2000. 223 s. Studie; sv. 25. ISBN 80-85850-88-5.

[39] TUREK, Bohumil. *Výživový stav populace a nutriční rizika*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 32 s. ISBN 80-7071-243-0.

Elektronické zdroje

[40] Czech Consumers in 2020: A Look into the Future. EUROMONITOR INTERNATIONAL. *Euromonitor International* [GMID - Global Market Information Database]. 2011 [cit. 2012-10-13]. Available from: http://www.portal.euromonitor.com.ezproxy.vse.cz/Portal/Pages/Magazine/TopicPage.aspx

[41] Dotační program MZ ČR: Národní program zdraví – projekty podpory zdraví: vyhlášení dotačního výběrového řízení pro rok 2013. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi_2572_1.html

[42] Frequently asked questions. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization* [online]. [cit. 2012-08-07]. Dostupné z: http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html

[43] HEGER, Leoš. Proč chceme vyšší spotřební daň z cigaret?. *Leoš Heger* [online]. 2011 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: http://www.leosheger.cz/news/proc-chceme-vyssi-spotrebni-dan-z-cigaret-/

[44] Market media lifestyle (MML-TGI). MEDIAN. *Median* [online]. [cit. 2012-11-05]. Dostupné z: http://www.median.cz/?lang=cs&page=1&sub=1

[45] Národní program MZ ČR: Národní program zdraví – projekty podpory zdraví. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/metodika_2294_1.html

[46] Nedostatek pohybu. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha [cit. 2012-08-27]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/nedostatek-pohybu

[47] Neinfekční nemoci. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha [cit. 2012-08-27]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/chronicke-nemoci

[48] Podpora zdraví. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha [cit. 2012-10-27]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi

[49] Rizikové faktory životního stylu. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha [cit. 2012-08-27]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/rizikove-faktory-zivotniho-stylu

[50] Výhody a nevýhody BMI kalkulačky. D SOLUTIONS S.R.O. *BMI-kalkulačka* [online]. [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: http://www.bmi-kalkulacka.com/clanek/vyhody-a-nevyhody-bmi-kalkulacky/

[51] Význam slova wellness. ČESKÁ ASOCIACE WELLNESS. *Česká asociace wellness* [online]. [cit. 2012-07-20]. Dostupné z: http://www.spa-wellness.cz/ceska-asociace-wellness/vyznam-slova-wellness/

[52] Výživa. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha [cit. 2012-08-27]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/vyziva

Elektronické dokumenty

[53] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Příjmy, vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2005*. Praha: Český statistický úřad, 2006. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/publ/3001-06-za_rok_2005,__i_dil___socialni_skupiny,_prijmova_pasma

[54] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Příjmy, vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2004*. Praha: Český statistický úřad, 2005. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/publ/3001-05-za_rok_2004,__i_dil___socialni_skupiny,_prijmova_pasma

[55] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Příjmy, vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2003*. Praha: Český statistický úřad, 2004. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/publ/3001-04-_za_rok_2003,_i_dil___socialni_skupiny,_prijmova_pasma_

[56] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2011*. Praha: Český statistický úřad, 2012. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3001-12

[57] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2010*. Praha: Český statistický úřad, 2011. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/3001-11-r_2011

[58] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2009*. Praha: Český statistický úřad, 2010. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/3001-10-

[59] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2008*. Praha: Český statistický úřad, 2009. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/3001-09-za_rok_2008_domacnosti_podle_postaveni_a_veku_osoby_v_cele,_podle_velikosti_obce,_prijmova_pasma

[60] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2007*. Praha: Český statistický úřad, 2008. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/3001-08-

za_rok_2007__i__dil___domacnosti_podle_postaveni_a_veku_osoby_v_cele,_podle_velikosti_obce,_prijmova_pasma

[61] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2006*. Praha: Český statistický úřad, 2007. [cit. 2012-09-16]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/3001-07-za_rok_2006,_i__dil___domacnosti_podle_postaveni_a_veku_osoby_v_cele,_podle_velikosti_obce,_prijmova_pasma

[62] HAMPLOVÁ, Lidmila. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR. *Podpora zdraví v EU a České republice: Priority projektů podpory zdraví*. Praha, 14 s. [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zivotni_styl/kampane/MZ_TK_Jul10.pdf

[63] KOMÁREK, Lumír a Ludmila SKÁLOVÁ. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Behaviorální determinanty zdraví a nemocí v ČR*. Praha, 45 s. [cit. 2012-08-15]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/prevence/behavioralni-determinanty-zdravi-a-onemocneni

[64] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR. *Seznam projektů podpory zdraví schválených k poskytnutí státní dotace pro rok 2012*. Praha, 2012. [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznam-projektu-podpory-zdravi-schvalenych-_6004_2486_1.html

[65] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR. *Zdraví 21*: *Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha, 2000, 191 s. [cit. 2012-08-05]. Dostupné z: http://www.czf.cz/soubory/zdravi21.pdf

[66] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR. *Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha, 124 s. [cit. 2012-08-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

[67] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011, 273 s. ISBN 978-80-7280-916-5. [cit. 2012-10-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008

[68] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization, 2011, 176 s. ISBN 978-92-4-156422-9. [cit. 2012-08-27]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

[69] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Geneva: World Health Organization, 2011, 209 s. ISBN 978-92-4-150228-3. [cit. 2012-08-27]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html

Seznamy

Seznam Tabulek

Tabulka 3-1: Faktory pozitivního a negativního přístupu ke zdraví 26
Tabulka 4-1: Úmrtnost na NCD a rizikové faktory 31
Tabulka 4-2: Seznam projektů dotačního programu Národní program zdraví 34
Tabulka 4-3: Spotřeba vybraných potravin v ČR v letech 1991 až 1997. 37
Tabulka 4-4: Spotřeba vybraných potravin v ČR v letech 2003 až 2011 38
Tabulka 4-5: Spotřeba alkoholu v ČR v letech 2003 až 2011 41
Tabulka 4-6: Spotřeba tabáku v ČR v letech 2003 až 2011 43
Tabulka 4-7: Prevalence kuřáků u dospělé populace. 45
Tabulka 6-1: Jíte zdravě? 56
Tabulka 6-2: Vyhýbání se k jednotlivým složkám potravy 58
Tabulka 6-3: Sport 61
Tabulka 6-4: Konzumace alkoholu 62
Tabulka 6-5: Uživatelé cigaret 63
Tabulka 6-6: Stres 65
Tabulka 6-7: Shrnutí výsledků 87

Seznam Grafů

Graf 4-1: Úmrtnost na NCD 30
Graf 4-2: Úmrtí z preventabilních příčin 32
Graf 6-1: Věk 50
Graf 6-2: Vzdělání 51
Graf 6-3: Hrubý měsíční příjem 51
Graf 6-4: Počet obyvatel v místě bydliště 51
Graf 6-5: Míra vlivu životního stylu na vznik civilizačních chorob 53
Graf 6-6: Snídaně 55
Graf 6-7: Konzumace ovoce a zeleniny 55
Graf 6-8:Omezování spotřeby tuků 57
Graf 6-9: Konzumace kofeinu 59
Graf 6-10: Sport 60
Graf 6-11: Konzumace alkoholu 62
Graf 6-12: Míra stresu v zaměstnání 64

Graf 6-13: Faktory limitující zdravější životní styl 66
Graf 6-14: Míra vlivu životního stylu na vznik civilizačních chorob 72
Graf 6-15: Stravovací režim 73
Graf 6-16: Sport 74
Graf 6-17: Konzumace alkoholu 75
Graf 6-18: Míra stresu v zaměstnání 76
Graf 6-19: Míra vlivu ŽŠ na vznik civilizačních chorob 77
Graf 6-20: Alkohol 78
Graf 6-21: Stres v zaměstnání 79