

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU**



**Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost  
u dospělé populace**

-

Diplomová práce

Praha 2007

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU**



**Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost  
u dospělé populace**

-

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce : **Doc. PaedDr. Ludmila Fialová, Ph.D.**

Katedra pedagogiky, psychologie a didaktiky

Oddělení didaktiky tělesné výchovy

Vypracoval : Svatopluk MICHAL

Fakulta : Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy

Studijní obor : Tělesná výchova a sport

Praha 2007

## **ABSTRAKT**

**Název:** Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace.

**Title:** Care of habitus, health and prowess of adult population.

**Cíle práce:** Přinést poznatky o současné péči o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace, zjistit rozdíly mezi oběma pohlavími ve vnímání a přístupu k sobě samotnému.

Stanovit důležitost pohybu na zdravotní stav v jakémkoliv věku.

Poukázat na postupy a činnosti (nejen tělesné), které významně přispívají ke zdravému životnímu stylu a zdravému stárnutí. Pokusit se zjistit negativní chování, které přispívá k zdravotním potížím a komplikacím.

**Metoda:** Pro výzkum bylo použito dotazníkové metody. Dotazník byl převzat z mezinárodního výzkumu sport, zdraví a tělesné sebepojetí v zemích střední a východní Evropy (Mrázek, Fialová, Bychovskaja, 1995). Dotazník pro tuto diplomovou práci obsahoval 134 otázek týkajících se osobních údajů, zdravotního stavu, činnosti vztahující se k tělu a fyzické aktivitě, tělu a vzhledu, sebepojetí a životní spokojenosti. Pro tuto práci byly použity pouze ty části dotazníku, které odpovídají zvolenému tématu.

**Výsledky:** Výsledky poukazují na některé změny a chování jak mužů tak i žen v péči o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace, v důsledku nových tendencí moderní společnosti. Výsledky upozornily na některé aspekty rizikového chování, jako nižší pohybová aktivita, či špatný životní styl.

**Klíčová slova:** Péče o tělesný vzhled, zdraví, zdatnost, pohybová aktivita, životní styl, tělesné sebepojetí.

## **ABSTRAKT**

**Title:** Care of habitus, health and prowess of adult population.

### **Objectives:**

- To increase awareness of modern care of habitus, health and prowess of adult population.
- To learn difference between both sexes in connection with perception and approach towards person itself
- To set importance of physical activity in connection with general well-being at certain age
- To point out not only physical activity procedures which contribute immensely towards healthy lifestyle as well as healthy ageing.
- To understand negative behaviour which plays a part in health conditions and complications.

### **Method:**

Research was based on questionnaire which was taken from the international research of sports, health and physical self-awareness in central and East Europe (Mrázek, Fialová, Bachovského, 1995). The questionnaire included 134 questions focused on personal details of general well-being in connection with physical activities appearance, self-awareness and healthy lifestyle.

### **Results:**

Results point out behavioural changes in care of habitus, health and prowess of adult population between man and women derived from new tendencies of modern society as well as certain aspects of risky behaviour such as worse mobility or inappropriate lifestyle.

### **Key words:**

Care of habitus, health, prowess, physical training, , healthy lifestyle, self-awareness.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně na základě citované literatury, rad vedoucího práce a vlastních zkušeností.

V Praze, dne 5. září 2007

.....  
Svatopluk MICHAL

Chtěl bych poděkovat vedoucí dip. práce **Doc. PaedDr. Ludmila Fialová, Ph.D.** za odborné vedení v její přípravě, realizaci a cenné rady při volbě odborné literatury.

<b>1.</b>	<b>Úvod</b>	10
<b>I.</b>	<b>Teoretická část</b>	
<b>2.</b>	<b>Životní styl</b>	11
2.1.	Definice zdravého životního stylu	11
2.2.	Determinanty životního stylu	13
2.3.	Zásady zdravého životního stylu	13
2.3.1.	Spánek	14
2.3.2.	Výživa	15
2.3.3.	Hmotnost	19
2.3.4.	Kouření	21
2.3.5.	Alkohol	22
2.3.6.	Pohybová aktivita	25
<b>3.</b>	<b>Pohybová aktivita</b>	26
3.1.	Vymezení pojmů pohybová aktivita	26
3.2.	Význam pohybových aktivit	29
3.3.	Vliv tělesného pohybu na psychiku	32
3.4.	Hypokineze – nemoc z nedostatku pohybu	32
3.5.	Wellness	33
<b>4.</b>	<b>Tělo</b>	34
4.1.	Vnímání těla	34
4.2.	Činitelé ovlivňující tělo (hmotnost)	34
4.3.	Objektivní hodnocení těla	36
4.4.	Subjektivní hodnocení těla	37
<b>5.</b>	<b>Stárnutí</b>	38
5.1.	Proces stárnutí organismu	38
5.2.	Důsledky procesu stárnutí	38
5.2.1.	Tělesná výška a hmotnost	39
5.2.2.	Tělesné složení	39
5.2.3.	Kardiovaskulární a respirační systém	41
5.2.4.	Řízení pohybu	42
5.2.5.	Fyzické projevy stárnutí	42
5.2.6.	Změny smyslových orgánů	43

<b>6.</b>	<b>Užívání léků ve stáří</b>	.....	45
6.1.	Obecný náhled	.....	45
6.2.	Nepravá geriatrika	.....	46
6.3.	Pravá geriatrika	.....	47
<b>7.</b>	<b>Osobnost a sexualita</b>	.....	48
<b>II.</b>	<b>Praktická část</b>		
<b>8.</b>	<b>Metodologie</b>	.....	49
8.1.	Cíle práce	.....	49
8.2.	Úkoly práce	.....	50
8.3.	Metody výzkumu	.....	51
8.4.	Charakteristika sledovaného souboru	.....	52
8.5.	Hypotézy	.....	55
8.6.	Zpracování výsledků	.....	55
<b>III.</b>	<b>Výsledková část</b>		
<b>9.</b>	<b>Tabulky a vyhodnocení</b>	.....	56
9.1.	Zdravotní stav	.....	57
9.2.	Činnost vztahující se k tělu a fyzické aktivitě.....	.....	64
9.3.	Vztah k vlastnímu tělu (tělo a já – vzhled)	.....	68
9.4.	Sebepojetí	.....	74
9.5.	Životní spokojenost	.....	75



#### **IV. Závěrečná část**

<b>10. Diskuse</b>	.....	76
10.1. Zdravotní stav	.....	76
10.2. Činnost vztahující se k tělu a fyzické aktivitě.....	.....	78
10.3. Vztah k vlastnímu tělu (tělo a já – vzhled)	.....	79
10.4. Sebepojetí	.....	81
10.5. Životní spokojenost	.....	81
<b>11. Závěry</b>	.....	82
11.1. Hypotéza č.1	.....	82
11.2. Hypotéza č.2	.....	83
11.3. Hypotéza č.3	.....	84
12. Použití do praxe	.....	86
13. Použitá literatura	.....	88
14. Přílohy	.....	91
14.1. Dotazník	.....	91

# 1. Úvod

Stárnutí je jev, který k samotnému životu neodmyslitelně patří, je jen otázkou, jak se s ním každý z nás vyrovná a kdy tzv. stáří začne na sobě pociťovat, ať už po fyzické, či psychické stránce.

Existuje odhad, podle kterého se v prehistorických dobách stáří nedožíval nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo pětadesátý rok života jen jedno procento obyvatelstva (Stuart-Hamilton, 1999).

Je zřejmé, že v současné vyspělé době se průměrný věk obyvatelstva bude nadále zvyšovat a tím se i měnit procento aktivních lidí, kteří se nepřímo starají o lékařské standardy, sociální služby, zabezpečení práv a potřeb starších občanů, kteří tyto služby využívají.

Nabízejí se nějaká řešení jak tomuto problému čelit? Jedno z mála řešení je ozdravení populace a prodloužit tak aktivní život. Největší dopad na lidský organismus má bezpochyby námi zvolený životní styl. Pohodlnost a konzum nás vede čím dál tím více k tomu, se doma uvelebit do pohodlného křesla, k ruce si vzít reklamou vychvalované chipsy, zapíjet je dietní kolou a myslet si, že je vše pořádku.

Investovat do zdraví se vyplatí v jakémkoliv věku, nikdy není pozdě začít pro své zdraví dělat něco užitečného. Tím se nemyslí jen zajít do lékárny a koupit si další prášky, po kterých stejně nepoznáme rozdíl, ale podle svých možností se začít více věnovat fyzické aktivitě a pohyb si začít užívat. Nemusí se jednat o nesmyslné výkony, ale stačí se místo dalšího dílu nekonečného seriálu projet na kole, posekat trávu na zahradě nebo se jen jít projít do blízkého parku.

Hlavním cílem této diplomové práce je přinést poznatky o současné péči o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace, stanovit důležitost pohybu na zdravotní stav v jakémkoliv věku a poukázat na postupy a činnosti (nejen tělesné), které významně přispívají ke zdravému životnímu stylu a zdravému stárnutí.

# I. Teoretická část

## 2. Životní styl

### 2.1. Definice zdravého životního stylu.

Definice životního stylu není jednoduchá. Nejasnosti mohou vznikat díky synonymnímu užívání termínů jako životní styl, životní způsob, životní sloh, apod...., současně s jejich rozdílným definováním.

Životní způsob je termín určitým způsobem nadřazený v tom smyslu, že se týká skupiny, třídy, populace. Má tedy skupinový charakter.

Životní styl se týká jednotlivce, je od životního způsobu odvozen, je ale individualizován. Názorů na životní styl najdeme velmi mnoho.

Hodaň (2000) připomíná Abela, který hovoří o životním stylu, jako o kategorii, v níž jsou jak individuální, tak sociální vlivy v jednom společném modelu. Ten je určován zvlášť jednak způsobem života, a jednak životní šancí.

Dále autor zmiňuje, způsob života popisuje jedincem zvolené chování a orientace. Sociálně-strukturální předpoklady nebo vlivy na realizaci způsobu života zachycuje kategorie životní šance. Dále říká, že životní styl není určen jen sociálními a osobními charakteristikami, ale že je do uvažovaného modelu nutné zahrnout i příslušné zpětné vazby.

Junger a Kasa (1996) považují životní styl za souhrn životních činností, prostřednictvím kterých lidé reprodukují svou existenci, uspokojují a rozvíjejí své potřeby, vstupují do konkrétních ekonomických a sociálních vztahů, zaměřují se na určité cílové hodnoty, při dodržení základních norem.

Hendl (1999) upozorňuje na výzkum Schulzeho, který vztahuje životní styl k pohybovým aktivitám. Popisuje pět prožitkových stylů, které odlišuje věk a úroveň vzdělání. První dva styly popisují věk do 40 let. První je seberealizační typ, který dává přednost prožitkovým sportům, setkání v živých restauracích, ale také klasické hudbě a divadlu. Inscenuje se a dává pozor na dobrý zdravotní stav.

Druhý typ, bavící se, upřednostňuje sportovní oblečení, fitness centra, fotbal a jiné masové sporty. Hledá zábavu ve velkých sportovních událostech jako divák a v zábavných podnicích. Jeho sportovní aktivity jsou orientované na výkon (soutěž).

Nad věkovou hranici 40 let rozlišujeme vzestupně podle stupně vzdělání harmonický, integrační a vyšší styl.

Typický zástupce harmonického stylu je konzervativní jedinec, vyhýbající se novinkám se sklony trávit čas doma u televize. Dává přednost jednoduché literatuře, jeho zájem sportovat je zmenšený a samotný prožitek je spojen s pasivitou.

Integrační typ je orientovaný na sociální normy, užívá vyšší formy kultury a dbá ve větší míře o svůj zevnějšek.

Vyšší typ je typem vysokoškolského člověka s preferencí pro vážnou hudbu, umění a literaturu. Preferuje sporty jako jsou například tenis a golf.

Autor dále uvádí, že tyto výsledky nemohou být beze změny přeneseny na českou populaci. Je nutné, aby byla provedena přesnější typizace forem stylů, což zpřesní horizont zájemců o pohybové aktivity, a tak se stane užitečnou pro volbu příslušné nabídky pohybových aktivit.

Výsledky ukazují, že pohybové aktivity musejí být pro jednotlivce atraktivní, krýt se s jeho představami a očekáváním, aby dovedly vyvolat jeho zájem.

U jedinců, v jejichž životním stylu pohybová aktivita nesehrává žádnou roli, je přitom třeba mít na paměti, že vhodnější, než upozorňovat na negativní následky špatného chování, je podávat pozitivní informace o tom, jak pohybové aktivity mohou zamezit rozvinutí různých chorob, zlepšit pohodu, výkonnost i vzhled.

Hodaň (2000) pokládá životní styl za vnitřně propojenou strukturu potřeb spjatých s hodnotami, ve které se vzájemně prolíná materiální s duchovními a usměrňuje obsah a formy věčného života. Životní styl je pak podmíněn historickým charakterem dané společnosti, změnami výrobního procesu, konkrétním postavením člověka, sociální skupiny, třídy v dané společnosti a životní úrovni.

Tento autor také upozorňuje, že životní styl má zcela individuální charakter, je proměnlivý, má svou dynamiku.

Dále říká, že utváření životního stylu v jeho základní podobě je dlouhodobé, neuvědomělé, je především výsledkem realizace těch sociálních rolí, které převažují a velkou roli hraje prostředí, ve kterém člověk žije.

## 2.2. Determinanty životního stylu

Podle Hodaně (2000) přesto, že obsah životního stylu bývá diferencován podle toho, k čemu je vztahován, lze obecně za jeho obsah považovat soustavu činností ve všech sférách života, tvorbu a uspokojování životních potřeb, soustavu všech sociálních a životních vztahů, systém všech životních hodnot a ideí, kterým jsou jednotlivé činnosti podmíněny. Podmíněnost životního stylu je podle tohoto autora odvozena z podmíněnosti životního způsobu.

### **Životní styl je podmíněn:**

1. individuálním rozvojem a jeho aktuálním stavem,
2. úrovní kulturnosti daného individua,
3. individuální filozofickou a hodnotovou orientací,
4. rodinnými tradicemi,
5. konkrétním podílem na výrobním procesu,
6. množstvím a úrovní realizovaných sociálních rolí,
8. dosaženou individuální životní úrovní,
9. vlivem okolního prostředí.

Tyto oblasti se konkretizují v utváření životního stylu.

## 2.3. Zásady zdravého životního stylu

Vymezení zdravého životního stylu je velmi široké a obtížné. Zasahuje do oblastí téměř každé lidské činnosti, jako je myšlení, chování a jednání jedince i celé skupiny lidí. Obecně však platí, že životní styl je projevem lidské osobnosti, která vstupuje do interakce s vnějším prostředím (Kvapilík, 1981).

### **Autor dále uvádí zásady zdravého životního stylu:**

1. délka spánku by se měla pohybovat okolo 7-8 hodin denně,
2. dodržovány by měly být pravidelné snídaně a doba hlavních jídel,
3. pravidelné sledování hmotnosti,
4. nekuřáctví,
5. požívání alkoholu jen ve velmi mírném množství, či vůbec ne,
6. pravidelná pohybová aktivita.

### 2.3.1. Spánek

Nejlepším odpočinkem po celodenní práci je spánek, jehož podstatou je útlum mozkové kůry a mnoha podkorových oblastí. Čím je člověk mladší, tím potřebuje více spánku. Ve věku kolem 15 let má člověk spát 9 hodin a nad 15 let 8 až 9 hodin denně. Správné je chodit spát denně v pravidelnou dobu, včas uléhat ve vyvětrané chladné místnosti a usínat v klidném a tichém prostředí. Spánek je našim zdrojem energie, a proto by měl být vydatný, nerušený a osvěžující.

Procházka (2007) uvádí, že poruchy spánku mají tři projevy - nespavost, nadměrnou denní spavost a abnormální chování či pohyby ve spánku, jako je náměsíčnost. Podle odborníků lze poruchy spánku označit za civilizační chorobu - zrychlující se životní tempo moderní 24 hodinové společnosti narušilo tradiční rytmické střídání spánku a bdění.

Autor dále uvádí, že dlouhodobými poruchami spánku trpí až třetina lidí. Při nespavosti mají potíže s usnutím, často se v noci probouzejí a po předčasném ranním probuzení už nejsou schopni znovu usnout. Při nadměrné denní spavosti je přepadá spánek v nevhodném čase a situaci - na schůzi, při jídle či rozhovoru nebo dokonce při řízení vozu.

Nadměrná denní spavost postihuje čtyři procenta mužů a dvě procenta žen. Hlavní příčinou je syndrom spánkové apnoe, člověk na pár sekund přestane dýchat, pak zalapá po dechu, případně hlasitě zachrápe. Kvůli opakovanému buzení chybějí v tomto spánku hluboká stádia, která mají přinést tělu odpočinek (Procházka, 2007).

Zdravý člověk prospí třetinu života. Spánek potřebuje k obnově duševních i fyzických sil. Únava z nedostatku pravidelného spánku nebo pokles pozornosti zavíní až 30 procent všech silničních nehod.

Nespavost se stává chronickou, pokud trvá déle než měsíc. Přejídná nespavost se opakuje ve stejných situacích, například když člověk spí mimo domov nebo je ve stresu. Spánek se může zhoršit při pobytu v nemocnici a po úrazu. Problémy mají i lidé, kteří pracují na směny.

Starší lidé, které trápí nespavost, dělají častou chybu v tom, že chodí příliš brzo spát, například v osm hodin večer. Protože spávají jen 6 až 7 hodin denně, brzo se budí, ve dvě, ve tři nebo ve čtyři ráno a nemohou už usnout. Lepší než prášky na spaní je pro ně to, aby chodili spát později. Důležité také je, aby měli správně léčené své choroby. Často je totiž budí například bolesti kloubů postižených artrózou. Lepší než lék na spaní pro ně může být lék na snížení těchto bolestí. Proto by se měli zajímat o to, jaké nemoci a jaké léky narušují spánek.

### 2.3.2. Výživa

Správná výživa má základní význam pro zdravý vývoj, činnost a výkonnost člověka. Měla by obsahovat optimální poměr jednotlivých živin (cukry, tuky, bílkoviny), dostatečné množství vitamínů a minerálů a v neposlední řadě také dostatek vody. Energetická hodnota přijímané potravy by měla být v souladu s energetickým výdejem, který probíhá při každé denní činnosti. Zastoupení cukrů, tuků a bílkovin by mělo být v poměru 60% cukrů, 25% tuků a 15% bílkovin (Fořt, 1995).

Doporučené denní dávky a procentuální rozložení jídel během dne podle Fořta (1995) je následující:

snídaně	25% (kolem 7. hodiny)
dopolední svačina	5% (kolem 10. hodiny)
oběd	30% (mezi 12. a 13. hodinou)
odpolední svačina	15% (mezi 15. a 16. hodinou)
večeře	25% (mezi 18. a 19. hodinou)

### **Mezi největší negativita v současné výživě patří (Fořt, 1995):**

- 1) nadbytečný příjem energie (člověk dodává svému tělu více energie než ve skutečnosti potřebuje a to v podobě potravy, která je bohatá na energii a chudá na výživné látky),
- 2) nevhodné složení stravy (za posledních padesát let stoupla spotřeba řepného cukru, masa, volných živočišných tuků, výrobků z bílé mouky a uzenin, v žádném případě však nestoupá konzumace ovoce, zeleniny, obilovin a luštěnin, čímž není zaručen dostatečný příjem vlákniny, vitamínů a minerálních látek),
- 3) nadměrná konzumace jednoduchých cukrů ( ty jsou zdrojem nadměrného příjmu energie a oslabují imunitní systém),
- 4) nadměrný příjem živočišných tuků (máslo, vysokotučné mléčné a pekařské výrobky, uzeniny),
- 5) nedostatečný příjem vlákniny a vitamínů (vláknina, obsažena zejména v ovoci, zelenině, luštěninách a obilovinách napomáhá odstraňování toxických látek z těla, nedostatek vitamínů způsobuje oslabení imunitního systému a jiné problémy),
- 6) nedostatek tekutin (při nedostatku tekutin špatně fungují ledviny a snižuje se výkonnost organismu).

Výživa představuje u člověka výhradní způsob získávání energie. Existují určité základní požadavky na obsah a složení potravy, které je nutno respektovat, protože jinak by mohlo dojít k poškození organismu. K základním živinám se řadí cukry, tuky, bílkoviny, vláknina, a početná skupina vitamínů a minerálních látek (Fořt, 1995).

### **Cukry neboli sacharidy**

Jsou nejběžnějším zdrojem energie. V průběhu trávení se cukry štěpí na glukózu, která se pak uvolňuje do krevního řečiště a slouží jako palivo pro svaly, orgány a buňky. Hladina glukózy v krvi je řízena hormonem inzulinem, který snižuje její hladinu a glukagonem, který ji zvyšuje. Většina cukrů je trávena rychle, takže se stávají prakticky ihned zdrojem energie. Cukry jsou obvykle součástí potravy, jejich podíl činí 55 – 65%.

Přijímáme je hlavně v podobě složených polysacharidů (škrobu), obsažených v chlebu, pečivu, obilovinách a bramborách.

Lze hovořit o jedné jejich přednosti, kterou je poměrně jednoduchý metabolismus, rychlá přeměna na energii a to při nejnižší spotřebě kyslíku. Je však nutné si uvědomit, že z nadbytečných cukrů se v těle utvářejí tuky. 1g sacharidů skýtá zhruba 17kJ

(Hanuš, Perglerová, 1998).



## **Tuky**

Obsahují nejvíce energie, na 1g připadá zhruba 39 kJ. Tuky by měly krýt 25 – 30% naší denní energetické potřeby. Tuky se skládají z mastných kyselin, které dělíme na kyseliny nasycené a nenasycené. Tuky bohaté na nasycené mastné kyseliny, např. máslo a sádlo, jsou při pokojové teplotě spíše tuhé, zatímco tuky bohaté na nenasycené mastné kyseliny, např. rostlinné tuky, jsou za stejných podmínek spíše tekuté. Dále tuky dělíme podle jejich původu na rostlinné a živočišné. Mezi jejich klady patří: dodávají tělu vitamíny A, D, E, K a esenciální mastné kyseliny, nezbytné pro zdravou pokožku a regulaci tělesných funkcí, podmiňují zdravý růst a vývoj dětského organismu a také dodávají jídlu chuť a konzistenci. K největším záporům jídelníčku bohatého na tuky řadíme zvyšování rizika srdečních chorob, rakoviny střeva, prsu či slinivky břišní a v neposlední řadě také rizika obezity (Hanuš, Perglerová, 1998).

## **Bílkoviny**

Jsou základním stavebním materiálem v těle, nelze je nahradit žádnou jinou živinou. Jsou nezbytné k růstu organismu a v dospělosti ke stálému obnovování jeho živé hmoty, dále pro tvorbu protilátek bojujících s infekcemi a jsou také součástí hormonů udržující tělesnou výkonnost. Optimální příjem je asi 1g bílkoviny na 10 kg tělesné hmotnosti denně, v dospívání je však potřeba vyšší – až 2g na 1kg. Bílkoviny se skládají z 22 aminokyselin, z nichž 10 je nepostradatelných. Není-li některá z těchto nepostradatelných aminokyselin v bílkovině přítomna, je tato bílkovina neplnohodnotná. Nejlepší bílkovinová potrava je taková, která obsahuje směs všech aminokyselin ve vhodném poměru. Asi 1/3 potřebného množství mají tvořit bílkoviny živočišné, tj. maso, mléko a vejce. Zbytek pak tvoří bílkoviny rostlinné, zejména z obilovin a luštěnin (Hanuš, Perglerová, 1998).

## **Vitamíny**

Lidské tělo je samo nedokáže vyrobit a proto je nezbytné dodávat potřebné množství obsažené v potravě. Odborníci obvykle klasifikují vitamíny podle toho, zda jsou rozpustné ve vodě nebo v tucích. Vitamíny rozpustné v tucích jsou A, D, E, K. Tyto vitamíny se z těla nevykládají močí, takže jejich nadměrný příjem je určitým zdravotním rizikem. Osm vitamínů skupiny B a vitamín C se rozpouští ve vodě a s výjimkou vitamínu B12 se v těle neukládají jejich zásoby a nehrozí zdravotní rizika při jejich nadměrném užívání (Hanuš, Perglerová, 1998).

## **Minerální látky**

Vědci zjistili, že tělo potřebuje 16 minerálních látek, aby správně provádělo všechny činnosti. Ty se považují za životně nezbytné tehdy, jestli se účastní alespoň jednoho metabolického pochodu naprosto nepostradatelného pro přežití, růst nebo rozmnožování. Minerální látky tvoří jen 3 – 4% hmotnosti lidského těla. Tělo potřebuje relativně velké množství tzv. makroprvků, například vápníku, draslíku, hořčíku a sodíku a mnohem menší množství mikroprvků, například zinku a železa. Další, uvedme například selen, chrom a jod, účinkují ve velice malém množství, a proto se jim říká stopové prvky (Hanuš, Perglerová, 1998).

## **Voda**

Voda sice není živina, ale život bez ní není možný, člověk může bez potravy vydržet a přežít i několik týdnů, ale bez vody zahyne už po několika dnech. Dospělý člověk je tvořen 60% z vody, která se musí neustále doplňovat. Vodu si doplňujeme jak pitím, tak i jídlem. Člověk s nedostatkem tekutin může trpět bolestmi hlavy a špatnou soustředěností.

Potřebné množství tekutiny je minimálně 0,4 litru tekutiny na 10 kg hmotnosti a den, za předpokladu, že jedinec nemá nadváhu, více o hmotnosti v následující kapitole. Lidské tělo denně vylučuje asi 0,8 l vody močí, 0,5 l vody kůží, 0,3 l vody stolicí a 0,4 l vody dýcháním. Pokud vodu pravidelně nedoplňujeme, postupně se objeví různé problémy. Z celkového doporučeného množství vody je potřeba 3/4 vypít až v odpoledních hodinách, kdy tělo nejvíce vylučuje odpadové látky. Když není dost vody, tak se odpad z těla špatně vylučuje a postupně člověka otravuje a ničí (Stejskal, 2002).

### 2.3.3. Hmotnost

Pravidelná kontrola hmotnosti by měla být pro každého samozřejmostí a to nejen z důvodů estetických, ale také zdravotních. Spousta chorob je spojena buď s přibýváním na váze (poruchy štítné žlázy...) anebo s váhovým úbytkem (střevní choroby, zhoubné nádory...). Kontrolní vážení je nutné provádět ve stejnou denní dobu a za stejných podmínek, neboť hmotnost dospělého člověka může během dne kolísat v rozmezí až 4 kg. U vrcholových, či vytrvalostních sportovců může kolísat i více (Tomik, 2001).

Mnozí lidé nedokáží objektivně určit, jsou-li obézní či nikoliv. Zatímco opravdoví tlouštíci si ve většině případů ze svého vzhledu nic moc nedělají, jiní lidé (obzvláště ženy) neustále pozorují svou postavu a hledají své "problémové partie", které skoro nikdy nemají. Jak tedy určit, zda-li máme, či nemáme nadváhu? Mezi lidmi se dlouho tradovala početní metoda, kdy od své výšky v cm odečteme číslo 100 a výsledkem by měla být naše váha (např. 185cm - 100 = 85kg). U žen je pak nutné odečíst od výsledku ještě 10%. (např. 165cm - 100 = 65 - 10% (6,5) = 58,5kg). Při užívání této metody (Brocův vzorec) o nadváze mluvíme tehdy, překročí-li naše hmotnost výslednou váhu více jak o 10%. V současné době se od tohoto vzorce upouští, protože je pro osoby malého nebo naopak velkého vzrůstu značně nepřesný. Malým lidem vycházejí váhy hraničící s podvýživou, velkým zase se silnou obezitou. Proto se v dnešní době určuje tzv. **BMI - Body Mass Index** (Tomik, 2001).

Vypočítání tohoto indexu není nijak složité. Vezmeme svou hmotnost v kilogramech a vydělíme ji tělesnou výškou v metrech, umocněnou "na druhou". V praxi to vypadá takto:  $80\text{kg} / 1,85 \times 1,85 = 80 / 3,4225 = \underline{23,37}$ . BMI člověka s výškou 1,85m a váhou 80kg je tedy 23,37. Toto výsledné číslo porovnáme s číselnou škálou v následující tabulce a dozvíme se, jak je na tom naše váha (Tomik, 2001).

Tabulka č. 1. Body mas index (Tomik, 2001)

	<b>Hodnota BMI</b>	<b>Co to znamená ?</b>
<b>ŽENY</b>	<b>&lt;20</b>	Podváha. Člověk s tímto výsledkem by měl na své váze přibrat, pokud je BMI pod 18 zdraví je ohroženo.
	<b>20 – 25</b>	Váha je správná. Není zapotřebí ani přibrat ani zhubnout, stačí váhu udržovat.
	<b>26 – 30</b>	Nadváha. Člověk v tomto rozmezí by měl snížit příjem tučných a sladkých jídel a zvýšit fyzickou aktivitu.
	<b>31 +</b>	Silná nadváha. V zájmu svého zdraví by člověk měl změnit životní styl a zhubnout.
<b>MUŽI</b>	<b>do 20</b>	Podváha. Člověk s tímto výsledkem by měl na své váze přibrat, pokud je BMI pod 18 zdraví je ohroženo.
	<b>21 – 26</b>	Váha je správná. Není zapotřebí ani přibrat ani zhubnout, stačí váhu udržovat.
	<b>27 – 30</b>	Nadváha. Člověk v tomto rozmezí by měl snížit příjem tučných a sladkých jídel a zvýšit fyzickou aktivitu.
	<b>30 +</b>	Silná nadváha. V zájmu svého zdraví by člověk měl změnit životní styl a zhubnout.

Hodnoty BMI se používají pouze jako orientační. Neberou se jako normy, do kterých se musí člověk nutně vejít. Pokud vychází mírná podváha či nadváha, ale člověk se cítí zdravě a nemá žádné problémy, nemusí se s hmotností nic dělat. Zařazení racionální stravy a sportovních aktivit není nikdy na škodu. Pokud se budou neaktivní lidé věnovat sportu alespoň 3x týdně, zlepši si fyzickou i psychickou kondici .

BMI by neměli brát v úvahu tvrdě cvičící (kulturisté, vzpěrači), děti a těhotné ženy, jelikož dostatečně neodlišuje tukovou a svalovou tkáň (Tomik, 2001).

### 2.3.4. Kouření

Kouření není zlovyk, je to nemoc. Je to navíc „nemoc přitahující nemoci“, podílí se totiž na vzniku dalších asi 50 nemocí a to vesměs vážných. V ČR je dnes příčinou každého pátého úmrtí: 60 denně, 22.000 ročně. Nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření jsou nemoci srdce a cév (především infarkty a mrtvice). Rakovina plic je sice z 90% způsobena kouřením, ale většina kuřáků jí nedostane – celkově má kouření na vzniku všech nádorů asi třetinový podíl. Třetí významnou skupinou jsou chronická onemocnění plic, asi ze tří čtvrtin způsobená kouřením. Pak je tu ještě skupina nemocí ostatních – kouření např. zdvojnásobuje riziko cukrovky, zvyšuje srážlivost krve, zhoršuje krevní lipidy (cholesterol), zpomaluje hojení ran po operaci, urychluje tvorbu vrásek, či způsobuje mužskou impotenci (Klaudysová, 2003).

Tabákový kouř obsahuje 4-5 tisíc chemikálií, mezi nimi například močovinu, čpavek, benzen, kadmium, nikl a mnohé další životu nebezpečné látky. Je mezi nimi kolem stovky karcinogenů, tedy látek způsobujících rakovinu. Dnešní cigarety obsahují 700 aditiv, tedy látek přidaných z různých důvodů – kvůli lepšímu vstřebání nikotinu, ladnému vynutí kouře nebo zadržení popela na oharku (Klaudysová, 2003).

Autorka dále zmiňuje, že pasivní kouření (vdechování kouře z cigaret, které sami nekouříme) způsobuje v zásadě stejná onemocnění jako kouření aktivní, ale v menší míře, protože dávka je vždy menší. Celkově však na důsledky pasivního kouření umírají v ČR řádově stovky osob ročně.

Kouření je naučené chování, které si kuřák pravidelně několikrát denně po mnoho let procvičuje, tedy je „dobře umí“. Začíná závislost psychosociální, po určité době (dané geneticky) se přidá závislost fyzická (drogová). Psychosociální závislost na tabáku nesouvisí s chemickým složením tabáku, je to potřeba v určité situaci nebo společnosti mít v ruce cigaretu, manipulovat s ní, pozorovat ladně vinoucí se kouř... . Je to závislost na cigaretě jako takové (předmět). Fyzická závislost na nikotinu se objevuje u většiny kuřáků, snadnost jejího vzniku je dána stavbou receptorů v mozku, je asi z 50% dědičná. Nikotin je klasická droga, podobná heroinu, amfetaminu, kokainu, či jiným drogám. Proto je obtížné se závislosti na ní zbavit (Klaudysová, 2003).

### 2.3.5. Alkohol

Alkohol – ethanol – je jednoduchá a malá molekula, která vzniká kvašením cukrů. Podle současných poznatků patří mezi psychotropní látky. Má řadu pozoruhodných vlastností, mimo jiné, že kvasinky, které umožňují jeho vznik, nechá žít asi jen do koncentrace 14% alkoholu. Vyšší koncentrací kvasinky hubí (Skalička, 2001).

Skalička (2003) dělí lidi do čtyř kategorií podle množství konzumace alkoholu na abstinenty, konzumenty, pijáky a závislé na alkoholu.

Abstinenti umí uhasit žízeň i uspokojit chuť kteroukoliv tekutinou, v níž není žádný alkohol, protože požití této drogy v sebemenším množství odmítají, ať už je k tomu vede jakýkoliv důvod. Pokud jde o zařazení někoho mezi abstinenty, lze říci, že je to titul sice znevažovaný, mnohými posmíváný, ale podle medicínských směrnic těžko dosažitelný. Abstinentem můžeme totiž nazvat jen člověka, který nepožil alkoholický nápoj v jakékoliv formě a množství po dobu alespoň tří let. Dá se předpokládat, že důsledných abstinentů je málo a pokud jsou, vyskytují se nejčastěji mezi dětmi.

Většina z nás se už v dětství či mladistvém věku a méně už v dospělosti zařadí do velké rodiny konzumentů, kteří od alkoholického nápoje chtějí jen tekutinu a chuť a až na nějakou zanedbatelnou výjimku ani vlastně nevědí, jaké účinky na nervosvalový systém má alkohol obsažený v nápoji. Tedy dospělý konzument pije vhodný alkoholický nápoj ve vhodném množství a ve vhodném věku. Konkrétně jde o třetinku piva nebo jeden decilitr vína po práci a po jídle, o „vylepšení“ chuti čaje několika kapkami rumu. Do kategorie konzumentů patří malé procento mužů, značné procento žen a bohužel také velké procento naší mládeže, která by ovšem měla zůstat alespoň do osmnácti let ve skupině abstinentů (Skalička, 2003).

Pijákům nestačí alkoholické nápoje ani jako zdroj tekutiny, ani je neuspokojuje jen jejich chuť. Žádají si již účinků alkoholu obsaženého v nápoji, žádají si alkoholickou euforii. Takového pocitu euforie lze dosáhnout nejrůznějšími způsoby, ovšem nejlepším je ten, kdy tzv. pravé euforie dosahujeme přirozenou cestou spojenou s menší nebo větší námahou. Je však mnoho lidí, kteří zjistí, že pocity pravé euforie jsou spojeny s příliš velkou námahou, s osobním nepohodlím a objeví, že totéž rozpoložení mysli jim přinese přiměřená hladina alkoholu v jejich krevním oběhu. Konzumují tedy alkohol – drogu - ne pro ukojení žízně, ale pro dosažení euforie, kterou můžeme po právu nazvat nepravou.

Autor dále uvádí, že od té doby, kdy člověk hledá v alkoholickém nápoji zdroj euforie, tj. příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, apod., začíná kratší či delší cesta, během níž se z nevinného pijáka může vyvinout často i tragicky končící člověk závislý na alkoholu. Je třeba vědět, že ne každý, kdo začíná dnes pít s mírou, bude tak pít vždy a natrvalo.

### **Stádia závislosti podle Skaličky (2003)**

1. stádium – Alkohol je zde drogou, kterou si piják buď sám ordinuje, aby potlačil nepříjemné psychické stavy nebo aby dosáhl ve společnosti příjemného stavu, nálady a přiblížil se svým spolu pijákům. Dávky alkoholu během času stoupají, nedochází však dosud k alkoholické intoxikaci, tj. stavům opilosti.
2. stádium - Tolerance na alkohol dále stoupá, dochází nejdříve k občasným, později ke stále častějším stavům opilosti. Piják pije rychleji a často přechází od méně koncentrovaných ke koncentrovanějším nápojům.
3. stádium - Nadále roste tolerance. Charakteristická pro toto stádium jsou tzv. okna. Jedinec pije s přesvědčením, že alkohol ovládá a může kdykoliv přestat.
4. stádium - Má výrazný znak snížení tolerance na alkohol, což znamená, že se závislý opije častěji a daleko rychleji než dříve a při nevhodných příležitostech. Nezřídko začíná pít již od rána. Na místě je zde termín tzv. debaklu – bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne (Skalička, 2003).

**Účinky alkoholu na lidský organismus při různé míře koncentrace v krvi podle Skaličky (2003):**

- 1) 0 – 0,3 promile v tomto množství se účinky alkoholu neprojevují,
- 2) 0,3 – 1 promile při této hladině nedochází k větším poruchám jednání, ale tento stav již není možno považovat za normální,
- 3) 1 – 1,5 promile některé jemné funkce mohou být porušeny, projevuje se mnohomluvnost, malé snížení pozornosti a soudnosti,
- 4) 1,5 – 2 promile začínají se projevovat poruchy koordinace, dále se prohlubují výše zmíněné účinky. Řidič automobilu již není schopen se (smysluplně) podílet na silničním provozu,
- 5) 2 – 3 promile bývá označován jako těžký stupeň opilosti, projevuje se silně vrávoravou chůzí, neartikulovanou, bláboly a psychickými poruchami, v této situaci se již ani chodec není schopen podílet na silničním provozu,
- 6) 3 – 4 promile ve většině případů znamená ztrátu kontaktu s okolím, utlumení motorických funkcí až narkózu,
- 7) 4 a více promile téměř vždy následuje smrt.



### **2.3.6. Pohybová aktivita**

Pohybová aktivita nesmí být dalším zbytečným stresem a ani nesmí poškozovat zdraví. Proto je vhodné využití pohybové aktivity konzultovat s lékařem. Hypokinetický způsob života, zvýšený příjem energie nevhodnou skladbou a režimem stravy, psychické vlivy aj. jsou odpovědné za nárůst počtu mnoha onemocnění (ischemické choroby srdeční, aterosklerózy, vysoký krevní tlak, onemocnění trávicího traktu, cukrovka, aj.). Jejich negativní vliv můžeme účinně omezit pravidelnou fyzickou aktivitou. Nelze ani opomenout nadměrnou tělesnou hmotnost, proti které bojuje mnoho lidí, hlavně žen. Za svůj tělesný vzhled a stav je zodpovědný každý sám. Pohybová aktivita a zdravá životospráva by měly být naprostou součástí v životě každého jedince.

Více o pohybové aktivitě viz 2.kapitola.

### **3. Pohybová aktivita**

#### **3.1. Vymezení pojmů pohybová aktivita**

Pohybová (tělesná) aktivita zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka. Je to mnohem širší pojem než sport. Patří do ní rovněž pohybové aktivity pracovní, lokomoční, běžných životních úkonů, včetně hygienických a sexuálních a ohromná plejáda pohybových hobby-aktivit, kam rovněž systémově patří sport, cvičení, turistika, tanec. Jasným předpokladem tělesné aktivity jsou určité anatomicko-fyziologické funkce člověka, jeho pohybové schopnosti a nelze zapomínat ani na motivaci (Hošek, 1999).

Množství této přirozené pohybové aktivity v běžném životě výrazně ubývá, což se negativně odráží na zdraví a tělesné zdatnosti běžné populace.

Více než třetina našich obyvatel má dnes sedavé zaměstnání a další třetina pak s velmi omezenou pohybovou aktivitou. Na poklesu pohybové aktivity v životním režimu se do značné míry podílí i snížení náročnosti a množství pohybové činnosti v mimopracovní době. Souvisí to s rozvojem dopravy, služeb a velkou měrou s modernizací domácnosti.

Teplý (1995) určuje pohybový režim jako souhrn veškeré pohybové činnosti všech motorických aktivit, které jsou víceméně pravidelné a relativně dlouhodobě začleněny do způsobu života ve stanoveném životním cyklu a to týdenním či celoročním.

Tento autor dále uvádí, že pro pohybový režim jsou významné i činnosti netělovýchovného charakteru. Zdá se, že propojení jiných zájmových činností člověka s tělocvičnými programy, může kladně ovlivnit vztah lidí k pohybu, vést k vylepšení pohybového režimu. Vzhledem k tomu, že pohybový program bývá realizován převážně ve volném čase jedince, musí být prioritní možnost volby pohybové aktivity. Ukázalo se, že propojení netělocvičných programů s tělocvičnými, ale i nepohybových s pohybovými, může být přínosem v prožitcích jedince, může prohloubit jeho vnímání sebe sama a tím přispět k dosažení žádané všestrannosti člověka.

Optimalizovaný pohybový režim musí podle Fojtíka (1996), vycházejícího z Hodaně, respektovat požadavek individualizace. Pohybový režim je třeba optimalizovat tak, aby bylo dosaženo cílové hodnoty. Za cílovou hodnotu se považuje optimální všestrannost. Současný pohybový režim populace se značně omezuje, dochází k redukci pohybové aktivity v průběhu práce, ale také ve volném čase.

Jednou z hlavních příčin omezení pohybu je rostoucí nabídka tzv. konzumních služeb. Všechny vyspělé společnosti se dají považovat za konzumní a k nim se řadí i česká společnost.

Tento autor, opírající se o výsledky Bammela, uvádí, že v konzumní společnosti bývá čas využíván co nejvíce tak, aby uspokojil konzum. Dokládá toto stanovisko příkladem člověka, který se při jídle dívá zároveň na televizi. Konzum je pasivní záležitostí.

Při nabídce pohybových aktivit široké populaci musíme tento stav respektovat. Začlenění pohybového programu do pohybového režimu předpokládá ztotožnění jedince nejen s cílem pohybového programu, ale i s jeho prostředky a formami.

Pohybová aktivita plní v životě člověka mnoho funkcí. Kromě funkce regenerační a kompenzační přináší pohybová aktivita i možnost seberealizace, zvyšování a udržování fyzické kondice, estetického prožitku a prožitku výkonu, pocitu spokojenosti a pohody, navazování přátelských a společenských kontaktů. Neméně důležitá je i funkce rozvoje morálních vlastností. (Hrčka, 1984).

Aktivní sport a tělesná aktivita jsou tedy společenskou nutností. Pohyb by se měl stát součástí našeho života, třeba jen jako kompenzace nejrůznějších stresů, pro udržení zdraví a potřebné tělesné i duševní zdatnosti. (Teplý, 1995).

Cooper (1990) říká, že pravidelnost a dlouhodobost nejsou jedinými faktory, které pozitivní dopad pohybové aktivity na organismus podmiňují. Pokud má cvičení a sport sehrát v utváření zdravého způsobu života významnější roli, je vedle pravidelnosti a dlouhodobosti zároveň nezbytné splnit následující požadavky: objem, obsah, intenzitu, frekvenci v týdenním cyklu. Důraz při vykonávání cílené pohybové aktivity by měl být kladen na oblasti, u kterých je zřejmé, že nedostatek zatěžování při běžné denní činnosti může vést k omezení pohyblivosti kořenových kloubů, ale i páteře.

K vhodným prostředkům, kterými lze tyto pohybové schopnosti vylepšit, patří pestrá pohybově-rekreační činnost, míčové hry, pohybové hry a zábavy v přírodě, ale i domácí gymnastika. Domácí gymnastika, zdá se, je pro každého jedince nejdostupnější. Vyžaduje však doplnění o aerobní pohybovou aktivitu - vytrvalostní zátěž. Lékaři a tělovýchovní odborníci se shodují v tom, že optimální pohybový program by měl být rozložen do tří až čtyř cvičebních jednotek týdně.

Hošek (1999) připomíná Hlavsu, který zkoumal možné vlivy tělesné aktivity na osobnost člověka. Ten mezi obohacující vlivy počítal především vliv na poznávací funkce, v úvahu připadají vlivy i kreativizující, odpoutání od rutiny, hledání nových variant a kombinací člověka. Dále je zmíněn vliv kultivační, který je chápán jako potvrzení jednoty tělesné a duševní, vliv na sebekázeň člověka. Dále hovoří o vlivech koordinujících a stimulačních. Vlivy adaptační spočívají hlavně v přínosu motorického učení pro život člověka, což má blízko k vlivům na odolnost člověka.

Mluví také o vlivech kompenzačních, čím můžeme rozumět stále aktuálnější problém vyrovnávání sedavého způsobu života. Relaxační vliv, to je speciální téma o vztahu mezi svalovým napětím a psychickou tenzí. Vliv pohybových aktivit, jako prostředek regenerační, je poměrně dobře znám jako způsob aktivního odpočinku.

Véle (1980) upozorňuje na souvislost mezi pohybovou aktivitou a duševní náladou. Poukazuje na význam emoční motivace vyvěrající z dobrého vnitřního prostředí, při uskutečňování pohybových aktivit.

Tento autor dále hovoří o "psycho-somato-motorice". Původ nerovnováhy člověka v současné společnosti vidí v absenci její kultury a akceptaci intelektu oproti tělesné zdatnosti, čímž vzniká jakási psychosomatická dysbalance.

Dále tento autor hovoří o radosti z pohybu, která se dostavuje, je-li pohyb řízený zevnitř. Tedy pohyb pečlivý, soustředěný, spíše pomalý, klidný, dokonce jemný, aby mohly být prožívány všechny jeho tvary a obměny. Připouští ale, že i pohyb rychlý, probíhající v jednom proudu, může vést k uvolnění i uspokojení a plnit další pozitivní funkce. Dále upozorňuje, že překotné pohybování se, bezhlavě se řítící z hybného systému, spíše ubíjí, vyčerpává a také vzdaluje člověka jeho vědomému já. Činí jej pak tvrdým, až egocentrickým, neboť nepočítá s etickým rozměrem, který by neměl chybět v žádné lidské činnosti.

Dále tento autor zdůrazňuje vztahy mezi pohybem, psychikou a dýcháním. Při stresu převažuje nádech, který aktivizuje, zatímco výdech přináší uvolnění. Pohybová aktivita má na dýchání harmonizační účinek.

### 3.2. Význam pohybových aktivit

**Pohybová aktivita má pozitivní vliv na více stránek lidského života (Dostál, 1981).**

- 1) tělesné zdraví - zdravé kosti, šlachy, zdravý srdečně-cévní systém, zdravý dýchací systém a další tělesné systémy,
- 2) duševní systém - optimismus, relaxace od náročné práce, redukce stresu, dobré spaní,
- 3) sociální zdraví - sociální kontakty, začlenění do nového kolektivu sportujících lidí s aktivním a zdravým způsobem života, bezkonfliktní vztahy v práci.

Pohybový režim moderního člověka se oproti dřívějším dobám podstatně změnil. Lidé se pohybují daleko méně a úplně jinak než kdysi. Pohybový systém je zatěžován značně nerovnoměrně, v pracovní době trávíme příliš mnoho času ve vynucených statických polohách – nejčastěji ve stoji nebo v sedě. Některé svaly jsou přetíženy a svaly, které nejsou posilovány, jsou oslabené. Důsledkem je disharmonie, nerovnováha v hybném systému, která způsobuje bolestivé funkční poruchy (Everesenová, 1996).

Sport dává jisté řešení v problematice civilizačních chorob a obezity. Vždyť přece pohyb je základním ukazatelem života. Dovalil, Choutka, Teplý, Svoboda (1997) uvádějí **hlavní pozitivní vlivy pohybové aktivity:**

- 1) působí na změny ve struktuře a funkci mozku u nejmladších dětí,
- 2) sensomotorická stimulace prostřednictvím pohybové aktivity je nutná pro optimální růst a vývoj nervového systému,
- 3) důležitým regulátorem obezity,
- 4) zvyšuje aktivní tělesnou hmotnost bez tuku,
- 5) je efektivním getergentem koronárních onemocnění.

Přiměřené pohybové aktivity patří vedle vlivů životního prostředí, výživy a celého způsobu života k činitelům zdraví a délky lidského života, kterou není možné ničím kompenzovat. Příznivý vliv pohybových aktivit je také předpokládán u depresí, tolerance na stres, sebepojetí, poruch spánku a stravování, nadužívání alkoholu a drog (Dovalil, Choutka, Teplý, Svoboda 1997).

**Podle Teplého (1995) působí pohyb na zdravý organismus v mnoha směrech:**

- 1) zvyšuje zdatnost, svalovou vytrvalost a svalovou sílu a tím přispívá k získání a udržení tělesné kondice,
- 2) zlepšuje činnost srdce a cévního systému, přispívá k tomu, že krev je schopna lépe přenášet kyslík k pracujícím svalům,
- 3) pozitivně ovlivňuje krevní tlak – u pravidelně sportujících se s vysokým krevním tlakem setkáme méně než u nespportujících,
- 4) prohlubuje se dýchání, zlepšuje schopnost plicní ventilace, přispívá ke zvýšení vitální kapacity plic,
- 5) posiluje kosti a zmenšuje tak riziko zlomenin a to zvláště u lidí ve vyšším věku, kde ke zlomeninám dochází snadněji,
- 6) přispívá k udržení páteře a kloubů ve funkční zdatnosti, posiluje svalstvo, na kterém je funkce kloubů a páteře závislá, i pravidelná chůze je významnou prevencí vertebrogenních potíží (bolesti v zádech),
- 7) přispívá k udržení přiměřené tělesné hmotnosti, je důležitým prostředkem boje proti obezitě, zvyšuje energetický výdej a metabolismus, potlačuje chuť k jídlu,
- 8) přispívá k duševní svěžesti, zklidňuje duševní napětí, napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku,
- 9) zlepšuje schopnost soustředění, pomáhá odstranit potíže při usínání, zmírňuje bolesti hlavy, zmenšuje deprese a umožňuje se snáze vyrovnat se stresovými situacemi.

Je zřejmé, že ženy a muži preferují jiné druhy pohybových aktivit. Ženy, které sportují především kvůli své postavě, dávají přednost aerobiku, plavání a návštěvám fit center. Cvičí spíše účelově než pro radost, je u nich častá nechuť k pohybu, ale zkrátka se překonávají (Teplý, 1995).

Autor dále uvádí, že muži za sportem vidí především zábavu, prostředek k získání a udržení kondice, možnost vybití nahromaděných emocí, či jen příležitost setkat se s přáteli. Odpovídá tomu také to, že mají tak rádi kolektivní sporty, zejména míčové hry.

Pravidelná tělesná aktivita má především význam projektivní, preventivní. Jeden z nejdůležitějších preventivních účinků je připisován ochraně kardiovaskulárního systému, na jehož choroby je u nás evidováno více jak 50% úmrtí (Kříž, 1997).

Jeden z největších nepřátel moderní společnosti je stres, stal se součástí každodenního života a proto se člověk musí snažit ho redukovat na minimum. Téměř zaručeným prostředkem jak stresu čelit je pohybová aktivita, která redukuje duševní napětí, avšak nesmí být dalším stresovým prostředkem. Tělesná aktivita musí působit radost, uvolnění v kolektivu, kde se cítí dobře.

Je třeba volit vytrvalostní charakter pohybové aktivity o střední intenzitě 3-4x týdně, v délce 45-60 minut. Je nutné mít na paměti heslo: zatěžovat, ale nepřetěžovat. Začínat od nepatrných dávek, raději nižších, sledovat objektivní charakteristiky i subjektivní pocity. Po odpočinku musí být chuť do dalšího cvičení (Dostál, 1981).

Fyziologická funkce a její adaptační změny vlivem tréninku umožňují organismu optimálně reagovat (v rámci daných genetických předpokladů) na zatížení. Jednotlivé systémy člověka zde plní různě podstatnou úlohu v rámci celkové odpovědi.

#### **Jedná se především o tyto systémy:**

- 1) nervosvalový systém (včetně úlohy CNS a analyzátorů),
- 2) srdečně-cévní systém,
- 3) dýchací systém,
- 4) systém metabolických regulací (neurohormonální systém).

Při provozování pohybových aktivit je třeba vycházet ze zkušenosti, že jejich účinek je téměř ve všech případech pozitivní, ve velké většině onemocnění podporují léčbu a urychlují rekonvalescenci. Například při patologické obezitě se nelze vymlouvat na genetiku, vždy se s aktuálním stavem dá něco dělat. Právě lidé s genetickou zátěží by měli věnovat pravidelné tělesné aktivitě zvýšenou pozornost (Kříž, 1997).

### **3.3. Vliv tělesného pohybu na psychiku**

Při intenzivní pohybové aktivitě produkuje hypofýza hormon zvaný endorfin. Ten navozuje euforickou náladu, která může vyvolat potřebu pravidelně sportovat. Ačkoliv účinek tohoto „hormonu štěstí“ je dočasný, přesto pozitivně ovlivňuje psychické uvolnění. Toto zjištění vede řadu psychoterapeutů k tomu, že při depresích doporučují jako stimulační prostředek na zlepšení nálady pravidelnou pohybovou aktivitu. Sport a pohyb odbourává stresový hormon adrenalin. Díky odbourávání stresu a lepšímu prokrvení mozku roste také soustředěnost, kreativita a schopnost přijímat nové poznatky (Řežábek 1994).

### **3.4. Hypokineze – nemoc z nedostatku pohybu**

Při nedostatku pohybu je narušena přirozená rovnováha organismu a je spuštěn řetězec nežádoucích reakcí. Souhrn negativních důsledků je označován jako nemoc, která je nazývána hypokineze, hypodynamie, adynamie (Dostál, 1981).

Autor dále uvádí, že v důsledku mechanizace a automatizace klesl podíl fyzické práce a to i v zaměstnání tradičně velmi namáhavých, jako je stavebnictví, zemědělství. Způsob většiny práce je převážně sedavý, člověk sedí doma, při cestě do práce, sedí i v zaměstnání. V dostupnosti automobilů jsou dvě hlavní rizika. Jednak se zvyšuje nehodovost se smrtelnými následky, ale podstatnější je fakt, že si lidé navykají nechodit pěšky, nevyvíjejí žádnou aktivitu. Výrazně se změnil i náš soukromý život a využívání volného času. Na přelomu století se ještě pracovalo přes 70 hodin týdně, dnes i méně než polovinu tohoto času. Volný čas dává člověku na jedné straně možnost žít plnohodnotný aktivní a kulturní život, na druhé straně může vést k pasivitě, konzumu (Dostál, 1981).

V současnosti jsou módní pohybové aktivity fitness pro zdraví, pohodu a krásu, které má stále více lidí v oblibě. Přesto většina lidí se ve volném čase baví pasivně, neboť stále roste nabídka pasivní zábavy, jako je televize, video, hry, počítač, internet a mnoho dalších služeb. Pohybová aktivita není prospěšná pouze tělesnému zdraví, ale aktivní lidé také ví, že je nezbytnou součástí duševní hygieny, duševního zdraví, relaxace (Fialová, 2001).



### **3.5. Wellness**

Wellness je životní styl, způsob života, který zahrnuje prevenci, péči o zdraví a také nekončící sebezdokonalování. Vychází z fitness, cvičení pro zdraví a pohodu, ale neomezuje se pouze na cvičení. Wellness chápe celistvost člověka z širší stránky – plodné a aktivní prožívání života, pozitivní přístup k životu, zvládání a eliminace stresu moderní doby, kvalitní výživa a pitný režim, kultivace osobních návyků, celková spokojenost. Jako podstatu vstoupení na tuto plodnou cestu, cestu zodpovědnosti za náš život, spatřuje wellness, v našem niterném rozhodnutí, že převezmeme za náš život zodpovědnost, že náš osud leží v našich rukou (Fialová 2001).

## 4. Tělo

### 4.1. Vnímání těla

Niebrzydowski (1997) vidí tělo jako projekt, jako nedokončený biologický a sociální fenomén, který se neustále mění a je přitom limitován a utvářen společností. Například chůze, řeč, gesta, jsou ovlivněny výchovou, kulturou, ale také individualitou. Tělo se může zdát jako entita ve stálém procesu přizpůsobování a učení se. Je to projekt, který by měl být dokončen v nalezení vlastní identity.

Všechny lidské percepce jsou tělesné, neboť nemůžeme cokoliv cítit mimo tělo. Naše smysly nefungují mimo naše tělo. Tělo nelze oddělovat na dvě entity, tělesné a duševní, které byly dány dohromady. Tělo je jeden celek, kde je tělesné a duševní neoddělitelně propojeno (Niebrzydowski, 1997).

Své tělo si vlastně neuvědomujeme a nevnímáme až do chvíle, kdy ho postihne bolest, či nemoc. Proto lze rozdělit na „být tělem, mít tělo, dělat tělo“. V našem každodenním životě je tělo považováno za samozřejmost, často je úplně nepřítomno. Akt vnímání svého těla je sociální proces vlastní percepce skrze okolí. Například média prezentují dokonalost, a tím vytvářejí v lidech pocit méněcennosti. Lidé si potom připadají nepříjemní, stydí se za své nedostatky, jsou nespokojeni. Nespokojený člověk, který nepřijímá sám sebe, předpokládá, že nebude přijímán ostatními lidmi (Niebrzydowski, 1997).

### 4.2. Činitelé ovlivňující tělo (hmotnost)

**Mezi hlavní činitele ovlivňující tělo patří (Fialová, 2001):**

- 1) genetika,
- 2) výživa,
- 3) hormony,
- 4) pohybová aktivita.

Autorka dále uvádí, že dědičnost je přenos informací z rodičů na potomky. Již dávno si lidé všimli, že děti jsou podobné rodičům jak vzezřením, tak tělesnou stavbou, somatotypem a dalšími znaky. Nejvíce podmíněná je kostra, výška a robustnost postavy. O dědičnosti svalové a tukové hmoty se vedou diskuse. Složení a poměr svalové a tukové tkáně záleží do značné míry na životosprávě a pohybových aktivitách. Je prokázána dědičnost poměru rychlých a pomalých svalových vláken.

Dědičná je také intenzita metabolismu, enzymická aktivita, hormonální aktivita s vnitřní sekrecí. Právě dědičné poruchy metabolismu jsou podstatou dědičně podmíněné obezity.

Také způsob stravování, zastoupení živin, vitamínů a minerálů, pestrost a racionalita výživy jsou z velké části předávány z generace na generaci stravovacími návyky (Fialová, 2001).

Fakt, že hormony zásadní mírou utvářejí naše tělo, si lze jednoduše demonstrovat na mužském a ženském těle. Děti mají strukturu těla velmi podobnou, ať už je to dívka nebo chlapec. V pubertě vlivem působení pohlavních hormonů na sekundární pohlavní znaky dochází k pohlavně variabilnímu rozložení a variabilního množství tukové a svalové tkáně. Ženský hormon estrogen způsobuje vyšší ukládání tukové tkáně v oblasti boků a zadku. Mužský hormon testosteron je anabolický hormon, způsobuje hypertrofii svalové tkáně. U mužů se tuk hromadí nejčastěji v oblasti břicha (Fialová, 2001).

Autorka dále uvádí, že pohybová aktivita má téměř určující vliv na lidskou postavu. Speciálními cviky lze formovat tvar těla podle estetických nároků cvičence, avšak pouze v omezené míře, podle genetických dispozic. U většiny průměrné zdravé populace má racionální pohybová aktivita pozitivní vliv na všechny ukazatele zdraví a zdatnosti. Tuková tkáň se spaluje rychleji a zdravější cestou než náročnými dietami, navíc cvičící člověk může jíst běžná denní jídla. Pod vlivem pravidelného tréninku se kromě redukce tuku také zpevňuje svalová tkáň a dochází k výrazné hypertrofii. Více o pohybové aktivitě bylo zmíněno v druhé kapitole nazvané pohybová aktivita.

### 4.3. Objektívni hodnocení těla

Pro objektívni zhodnocení těla je podstatné určit, jaký vliv má na složení těla genetika a jaký je vliv vnějšího prostředí (výchova, rodinné a společenské klima).

Z hlediska genetického je výška postavy vysoce geneticky podmíněna, koeficient dědičnosti (podíl dědičnosti na vnějším projevu znaku) je  $k = 90$  (90%). Somatotyp je geneticky podmíněn asi ze 70%, na celkovém vzhledu se spolupodílí velké množství vnějších faktorů. Somatotyp se dědí kvantitativně polygynně (větší množství genů malého účinku). Naproti tomu tělesná hmotnost je podmíněna geneticky méně, z 50 – 60% ( $k = 0.5$  .0,6) a závisí více na vnějších vlivech. Vliv dědičnosti na projev různých znaků byl a je zájmem mnoha studií. Tyto studie využívají různé genetické metody jako jsou genealogické metody (analýza rodokmenů), hodnocení dědičnosti znaků rodičů a dětí, hodnocení sourozenců a dvojčat. Výsledky studií zjistily, že výška spolu s hmotností je více determinována otcem. Matka má větší determinační vliv na dědičnost somatotypu, především chlapců. Nejvíce je dědičná ektomorfní komponenta somatotypu, u mezomorfní a endomorfní komponenty somatotypu není dědičnost tak výrazná. Geneticky je také podmíněno tzv. set-poin, individuálně optimální váha, kterou si organismus udržuje (Fialová, 2001).

#### **Vlivy vnějšího prostředí podle Fialové (2001) lze rozdělit na:**

- 1) biogeografické a nutritivní (lokalita, klima, strava),
- 2) společensko-ekonomické a kulturní (tradice, zvyky, výchova, životní úroveň, zájmy, potřeby, postoje),
- 3) tělesná aktivita, druh zaměstnání, energetický výdej.

#### 4.4. Subjektivní hodnocení těla

Vnímání těla je pojem, který zobrazuje naši vnitřní představu o našem vzhledu. Naproti tomu existují i vnější představy, které odráží objektivní pojmání fyzické přitažlivosti ze strany nezaujatého pozorovatele. Překvapivě platí, že naše vnitřní představa se pouze minimálně shoduje s všeobecným hodnocením přitažlivosti. Míra shody je velmi nízká, pouhých 5%. Navíc se zdá, že subjektivní vnímání vlastního těla ovlivňuje psychiku a zdravotní stav mnohem více, než skutečný vzhled. Velmi úzce souvisí s problémy, jako jsou poruchy příjmu potravy, deprese a nízké sebevědomí (Thompson, 2000).

Zda jsme přijatelní, zjišťujeme převážně sociální interakcí s druhými lidmi, zda jsme pro ně atraktivní či neatraktivní (velký vliv má i móda, oblečení, upravenost). Dobrý vzhled je spojován se zdravím, úspěšností, výjimečností. Dobrý vzhled dostává přednost v práci, v médiích, při výběru partnerů, proto chce být každý krásný. Dobrý vzhled však může způsobovat mentální poruchy příjmu potravy, úzkostlivé střežení vlastní hmotnosti, nespokojenost, nervozitu, neurotismus.

Největším diktátorem tělesného vzhledu, ideálu a přijatelnosti jsou však masmédiá, převážně televize a módní časopisy. Prezентuje se dokonalost, často nadlidské schopnosti akčních hrdinů. Není divu, že si pak člověk připadá jako neschopný, nepřijatelný, nemožný. Je zjištěno, že člověk hodnotí své tělo příliš kriticky (Fialová, 1998).

Ačkoliv člověk nevypadá špatně, stále se podceňuje a shazuje před ostatními, často i pro maličkosti jako jsou pihy, nerovný nos, brýle. Objektivní hledisko na média připouští, že všechny druhy komunikace ovlivňují způsob, jak na sebe nazíráme, jak jednáme v každodenním životě, některé vlivy jsou pozitivní, některé negativní (Kunczik, 1995).

Sebepojetí se mění v průběhu ontogeneze, v průběhu vývoje naší osobnosti, kde se prolínají všechny působící vlivy a faktory, naše zděděné předpoklady, schopnosti, kognitivní procesy zpracování informace o sobě a vlivy sociálního prostředí (Fialová, 1998).

Autorka dále uvádí, že pro zdravý přístup k životu a dobré sociální interakci je naprosto nezbytné pozitivní sebepojetí a sebehodnocení, které přináší životní a sociální spokojenost, absenci depresí a osamělosti.

## **5. Stárnutí**

### **5.1. Proces stárnutí organismu**

Během procesu stárnutí dochází v organismu k mnoha pozorovatelným a diagnostikovatelným změnám na úrovni jednotlivých orgánů i orgánových soustav. Tyto změny lze označit jako funkční (změna úrovně činnosti jednotlivých orgánů nebo orgánových soustav) a jako morfologické (změny ve složení orgánů).

### **5.2. Důsledky procesu stárnutí**

Proces stárnutí je fyziologickým dějem a přináší s sebou mnohé změny na úrovni jedince i skupiny lidí. Život ve stáří můžeme hodnotit z hlediska kvantitativního a kvalitativního. Ke kvantitativnímu hledisku můžeme přiřadit maximální délku života, průměrnou délku života skupiny lidí, poměr délky života mezi jednotlivými skupinami jedinců. Kvalitativní hledisko zahrnuje celkový zdravotní stav, úroveň fyzických a duševních schopností, vitalitu, úroveň kognitivních a emociálních funkcí, úroveň sociálního postavení a vlastní pocit spokojenosti (Jedlička, 1991).

Z toho jasně vyplývá, na kterých základech by mělo být založeno "kvalitní stáří". Stáří člověka je třeba chápat jako samostatnou a velmi významnou etapu lidského života. Úroveň kvality života starších občanů je dána i ekonomickou a sociální vyspělostí dané společnosti.

Pouze vzájemná kombinace již uvedených hledisek dokáže zaručit "kvalitní stáří" a celý proces stárnutí jedince (Jedlička, 1991).

Proces stárnutí je individuálním jevem nejen mezi jedinci opačného pohlaví, ale je závislý i na mnoha faktorech, chronologicky navazujících během celého předchozího života. Jedná se hlavně o pozdní projevy některých chorob nebo jejich progresu v tomto období. Ve stáří se již často u jedinců setkáváme s polymorbiditou, která může působit i jako velmi zásadní limitující faktor. Velké množství individuálních aspektů stárnutí má svůj původ v genetických rozdílech jedinců. Biologické aspekty stárnutí působí individualizaci každého jedince, a proto není možné zcela přesně definovat proces stárnutí ani u jedinců stejného pohlaví a věku (Hayflick, 1997).

V následujících kapitolách budou zjednodušeně popsány některé změny, ke kterým dochází v průběhu procesu stárnutí člověka.

### 5.2.1. Tělesná výška a hmotnost

Nejprve je třeba zmínit antropometrické údaje, popisující tělo jako celek. Patří sem údaje o celkové tělesné výšce a o tělesné hmotnosti.

Tělesná výška je u mužských jedinců nejvyšší v období mezi 25. a 29. rokem života, u žen je maxima dosaženo mnohem dříve, již kolem 16. až 29. roku života, pak se jejich výška snižuje (Frisancho, 1990).

Ztráta tělesné výšky je rychlejší u žen, zejména dřívějším vznikem osteoporózy a dalších degenerativních kostních onemocnění.

Tělesná hmotnost u mužů narůstá přibližně do 40. roku života, pak následuje tendence pomalého úbytku tělesné hmotnosti. U žen roste tělesná váha do 45. až 50. roku života, pak se stabilizuje a začíná klesat na přelomu 6. a 7. dekády (Frisancho, 1990).

Body Mass Index (BMI) umožňuje přibližnou objektivizaci při posouzení obou zmiňovaných veličin. Údaj BMI je pouze orientační a nemůže nám poskytnout dostatečně věrohodné výsledky při posuzování projevů stárnutí. Změna hodnoty indexu nám nic neříká o změně parciálního zastoupení jednotlivých částí organismu během života a stárnutí.

### 5.2.2. Tělesné složení

U starých lidí můžeme nacházet značné individuální rozdíly v tělesném složení. Je to dáno odlišností jednotlivých somatotypů, úrovní výživy, úrovní fyzické aktivity a vlastním procesem stárnutí. Nemalou měrou se na tělesném složení podílí i vliv genetických faktorů a průběh stárnutí také ovlivňují psychosociální faktory z okolí jedince. Celková tělesná voda, respektive její procentové zastoupení v organismu, doznává během procesu stárnutí zásadních změn. Během procesu stárnutí dochází ke snížení objemu tělesné vody až na hodnotu 50% z celkové tělesné hmotnosti (Malina, Bouchard, 1991).

V těchto případech je velké riziko dehydratace organismu, s důsledky ve změnách složení elektrolytů a plazmy. Dochází také ke snížení objemu krve a to má za následek nižší výkonnost kardiovaskulárního systému. Tělesný tuk plní v těle funkci podpůrnou (v centrálním nerovnováhovém systému) a zásobní. Pro obě pohlaví je rozdílné nejen celkové množství tuku v těle, ale i jeho distribuce. U mužů jsou hlavními depotními místy na těle oblasti hrudníku a břicha, u žen dochází k ukládání tuku do oblasti boků a stehen (Malina, Bouchard, 1991; Pařízková, 1977).

U obou pohlaví jsou pozorovatelné rozdíly v redistribuci obou druhů tělesného tuku. U mužů dochází k nárůstu množství podkožního tuku v centripetální oblasti mezi 30. a 50. rokem života v průměru o 11%, u žen je obdobný přírůstek v gluteofemorální oblasti průměrně 10% (Bouchard, 2000).

Tukoprostá hmota začíná ubývat od období střední dospělosti u obou pohlaví a nejvíce tento úbytek postihuje svalovou tkáň. Po 40. roce života dochází k úbytku svalové tkáně o 5% za dekádu u mužů a o úbytek 2,5% svalové tkáně za dekádu u žen (Shephard, 1993).

Kromě úbytku svalové tkáně dochází i ke změnám v kostěném aparátu (typické změny pro stárnutí jsou uvedeny v samostatné kapitole). Také pokožka je místem, kde se projevují pozorovatelné změny při stárnutí. Pokožka neplní jen ochrannou funkci těla, je i místem, odkud jedinec získává exteroceptivní podněty z okolí (Trojan, 1996).

Pokožka se tak stává i nepostradatelným receptorem pro orientaci jedince v prostředí. Stárnutím se snižuje schopnost regenerace pokožky a dochází k degeneraci kolagenových a elastinových vláken. Do kolagenových vláken je ukládán vápník, a tak je snižována jejich elasticita. Také zásobování pokožky krví je menší a dochází i k úbytku mazových žlázek v pokožce. Stárnutí pokožky je do značné míry individuální u různých jedinců a je ovlivněno mnoha faktory výživy, stavem vnitřního prostředí organismu a mírou expozice vnějších vlivům prostředí (UV záření).

Ve stáří můžeme pozorovat výše popsané změny. Asi nejtypičtějším projevem stárnutí je pro obě pohlaví charakteristická změna v poměru tělesného tuku a tukoprosté hmoty. Snižování objemu celkové tělesné vody a zvyšování obsahu tukové hmoty v organismu může mít za následek i zhoršení přizpůsobivosti organismu extrémním hodnotám teploty okolního prostředí (Spirduso, 1995).

Za zmínku stojí i změna průběhu některých onemocnění a změna účinnosti podávaných farmak, například z důvodu zmnožení depotních míst v organismu (tuková tkáň). Zvyšování poměru tuku na úkor tukoprosté hmoty ve svém důsledku negativně ovlivňuje nezávislost jedince na okolí a na celé společnosti a má za následek snížení kvality života starých lidí.



### **5.2.3. Kardiovaskulární a respirační systém**

Příznaky stárnutí lze vyzorovat i v těchto navzájem souvisejících systémech. Ve stáří obecně dochází ke zvýšení systolického i diastolického tlaku. Příčiny tohoto jevu můžeme hledat jednak v samotném srdečním svaly (změny metabolismu, změny ve funkci převodního systému srdečního), ale také v periferním krevním oběhu (Shephard, 1993). Dochází ke snižování funkčních rezerv kardiovaskulárního systému, samostatným problémem je posturální hypotenze spojená s pocitem slabosti, závratěmi a pády. Snižovaná kapacita respiračního systému je omezujícím faktorem fyzických aktivit a v návaznosti na kardiovaskulární systém omezuje dostupnost kyslíku tělesným orgánům.

#### **Změny kardiovaskulárního systému**

Ve stáří dochází k celkovému snížení hodnot minutového výdeje levé srdeční komory, vzestupu hodnot krevního tlaku (z příčin centrálních i periferních), různým anomáliím ve funkci převodního systému srdečního. Stav kardiovaskulárního systému se nutně projevuje na výkonnosti organismu a ovlivňuje tak i případně zaváděné formy pohybové intervence (Spirduso, 1995).

U starých lidí se často setkáváme s onemocněními oběhové soustavy a musíme proto brát ohled na snížení funkčních rezerv a úbytku jejich výkonnosti v důsledku:

1. ischemické choroby srdeční aj.,
2. snížení síly srdeční kontrakce (vegetativní inotropie),
3. hypertenze,
4. snižování pružnosti cév /jako důsledek aterosklerózy),
5. zužování cév,
6. žilní trombózy,
7. arytmie,
8. zhoršení průtoku krve centrálním nervovým systémem,
9. zhoršení průtoku krve svalem,
10. poruchy trofiky (Spirduso, 1995).

## 5.2.4. Řízení pohybu

Udržování stability, kontrola způsobu provedení pohybu a lokomoce jsou základními úkoly řídicích center nervové soustavy. Centrální nervový systém (CNS) zpracovává údaje z exteroceptorů, interoceptorů a proprioreceptorů. Na základě syntézy jednotlivých informací řídí CNS vlastní pohyb. Tento proces zaručuje plynulé, přesně adjustované a energeticky úsporné provedení pohybu. Ve stáří dochází vlivem snížení kvality tohoto přenosu informací ke kvalitativním změnám řízení. Staří lidé mívají problémy se včasným zaujetím stabilní polohy, pomaleji reagují na změnu polohy, pomaleji se adaptují na změny v okolí (snížená schopnost přecházení ulice). To může v důsledku vést k pádům jedince a k následným obavám z vlastní lokomoce (Jeřábek, 2000).

## 5.2.5. Fyzické projevy stárnutí

Projevy fyzického stárnutí jsou do značné míry individuální.

**Znaky vyskytující se obvykle ve stáří můžeme rozdělit do dvou skupin:**

1. univerzální znaky stárnutí - sdílejí je všichni staří lidé,
2. probabilistické znaky stárnutí - jsou to znaky, které se ve stáří pravděpodobně vyskytnou, ale nejsou jeho nezbytným doprovodem.

Určení hranice počátku stáří podle kalendářního věku je pro mnoho odborníků těžkým oříškem. Většina odborníků označuje za počátek stáří věk mezi 60 až 65 lety života. V této době dochází k typickým fyzickým a psychickým změnám organismu. Rozdělení stáří podle kalendářního věku (chronologické stáří) se u různých autorů liší. Autoři se shodují na uzlovém bodě 75ti let, kdy i při individuálním procesu stárnutí dochází k určitým charakteristickým změnám (Kalvach, 1997; Jedlička, 1991).

### **Nejčastěji uváděné dělení chronologického stáří:**

1. 65 až 74 let-mladí senioři (dominující je problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),
2. 75 až 84 let-staří senioři (dominuje změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, typicky atypický průběh chorob),
3. 85 a více-velmi staří senioři (důležité je udržet soběstačnost a sociální zabezpečení).

Dělení podle kalendářního věku je jednoznačné a jednoduché, ale není přesné pro objektivní určení stáří seniorů. Přesněji stáří určujeme podle biologických projevů stárnutí. Kalvach, Z.: Gerontologie obecná a aplikovaná L.díl. Praha, Karolinum 1997: "Lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatností". Biologické aspekty stárnutí jednotlivých systémů budou uvedeny v následujících kapitolách.

### **5.2.6. Změny smyslových orgánů**

Ve stáří dochází ke zhoršení funkce všech smyslových orgánů snad s výjimkou čichu, kde dosud nebyly žádné změny objektivně posouzeny. U chuti dochází k horší identifikaci kořeněných potravin. U exterocepce se zvyšuje práh citlivosti pro bolest a vnímání teploty. Je změněna vibrační citlivost, hlavně pro vysoké vibrace. Tyto změny exterocepce však nejsou nezbytnou součástí projevů stárnutí (Spirduso, 1995). Změny citlivosti pro bolest jsou špatně zjištěitelné pro svou subjektivní interpretaci. Zrak a sluch budou popsány podrobněji v dalších kapitolách.

Celkově je snížena schopnost integrovat několik zdrojů smyslových informací do jednotného celku.

## **Zrak**

Dochází ke zhoršení akomodace (především na blízko), což vede k presbyopii (vetchozrakost, stařecká dalekozrakost). Ztráta zrakové ostrosti je definována jako neschopnost vidět ostře předměty v určité vzdálenosti nebo jako neschopnost zaostřit na detail. Tento problém se dá do jisté míry ovlivnit tím, mají - li sledované předměty vysoký kontrast luminance (například černá a bílá). Ztráta ostrosti vidění u starých lidí je znatelně vyšší, musí-li zaostřit na pohybující se předmět.

Změna vnímání intenzity světla závisí na posunu vizuálního prahu (tj. světlo nejnižší intenzity, které lze ještě spatřit). Věkem dochází ke snížení maximální velikosti zornice a ke zhoršení metabolismu receptorových buněk v oku. Klesá rychlost adaptace na zhoršené světelné podmínky a snižuje se schopnost znovu vidět po oslnění (při řízení automobilu v noci). Omezení pohybu očních bulvů vede ke změnám zorného pole, které však v běžném životě nevadí. Dochází ke zhoršení periferního vidění vlivem zúžení zorného pole, které je možno obsáhnout pohledem. Počátek zhoršení zraku je možné pozorovat od středního věku, výraznější změny se však projeví až u starých lidí kolem 75 let věku.

Ve stáří dochází i k posunu ve vnímání barev, kdy lze dobře rozeznávat barvy z okolí žluté části spektra (oranžová, červená, žlutá) a obtížněji jsou rozeznatelné barvy modrá, zelená, fialová. Příčina této změny je zřejmě v nervovém systému, ale tento problém se obvykle neobjevuje před 80. rokem života (Stuart - Hamilton, 1999).

## **Sluch**

Zhoršení kvality sluchu je závislé na vlivech prostředí, ve kterém se člověk celý život pohybuje. Dochází ke změnám ve středním uchu (na jeho částech - malleus, incus, stapes), které jsou příčinou zhoršeného přenosu zvuku, především vysokých frekvencí. Ve vnitřním uchu dochází k úbytku specifických buněk (receptorů), které mají za následek poruchu příjmu vysokých frekvencí (Shephard, 1993). Ve stáří se zevní ucho více zanáší ušním mazem. Sluchový nerv bývá postižen atrofií, vzniklou kombinací špatného prokrvení a růstem kostí, vedoucí k zúžení sluchového kanálku.

Presbyakuze (nedoslýchavost stárnoucích) pro vysoké frekvence je doprovázena jejich zkreslením až bolestí. V tomto případě je vhodnější použít šeptání pro komunikaci se starým člověkem. Zhoršení sluchu se týká i schopnosti určit výšku zvuku a polohu zdroje zvuku. Obtížné je i vnímání řeči jako takové, problémové je zaznamenávání souhlásek.

## 6. Užívání léků ve stáří

### 6.1. Obecný náhled

Člověk ve vyšším věku zpravidla častěji vyhledává lékaře. Vzájemná komunikace se odehrává zcela logicky v rovině diagnostické a terapeutické. Pokud je situace zvládnutelná a návrat ztraceného zdraví reálný, nebývá setkání lékaře a pacienta problematické. Problémy nastávají tehdy, když má pacientova choroba dlouhodobý či nevléčitelný charakter. Zde je pak potřeba poskytnout psychickou a sociální pomoc. Péče o staré lidi musí být komplexní a zahrnovat vždy proporcionální starost o bio-psycho-sociální komfort (Kavkách, 1995).

Zde připomeňme jednu z definic zdraví: Jedná se o stav duševní a tělesné pohody bez přítomnosti choroby. U starších občanů lze tuto obecnou charakteristiku upřesnit. Za zdravého lze považovat takového člověka vyššího či vysokého věku, u kterého není přítomná žádná zjevná nemoc nebo obtěžující zdravotně-sociální problém, považuje se sám za zdravého a je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný, vyvíjí přiměřené fyzické a psychické aktivity a má vyhovující sociální kontakty (Štilec, 2003).

Mezi aktuální otázky zdravotní výchovy starší populace patří také otázka užívání léků. Je třeba přiznat, že věk s sebou jistě zdravotní obtíže přináší a 97% starších občanů nějaké léky užívá.

Zdravotničtí pracovníci by měli předepisování a vydávání léků starším osobám věnovat zvýšenou pozornost a o předepsaném léku je důkladně poučit (způsob užívání, možné vedlejší účinky, interakce s jinými léky apod.).

V této souvislosti je dnes zmiňován termín GERIATRIKA. Geriatrika jsou látky (léčiva, léky), zpravidla známé chemické struktury uměle vyrobené, kterými se snažíme ovlivnit stárnutí a stáří nebo nepříjemné jevy, které stáří velmi často provázejí.

Farmaceutický průmysl všude ve světě uvádí na trh stále nové preparáty se sugestivní reklamou (někdy lákají chráněné názvy svou napovídající výstižností). Otevírá se tak otázka, zda jde pouze o komerční zájem a jakýsi „obchod se stářím“ nebo o vědecky zdůvodněnou naději. Z praktického hlediska dělíme geriatrika na dvě skupiny: geriatrika nepravá a geriatrika pravá (Pacovský, 1997).

## 6.2. Nepravá geriatrika

Nepravá geriatrika jsou léky, které v pravém slova smyslu „něco léčí“. Lze jimi ovlivňovat chorobné stavy, které se ve stáří objevují velmi často. Takové chorobné stavy lze pomocí nepravých geriatrik vyléčit, příznivě ovlivnit nebo jim předcházet. Při takovém širokém chápání pojmu je sortiment léků sem patřících velmi rozsáhlý. Vlastně odpovídá širokému indikačnímu seznamu možných patologických situací, jejichž přítomnost lze předpokládat. Patří sem například antisklerotika, digestiva, vitamíny, vápník, stopové prvky, léky povzbuzující krevní oběh a v neposlední řadě látky působící na funkci mozku a nervstva.

Nepravá geriatrika jsou obvykle tvořena kombinací různých látek, uložených v jedné tabletě nebo kapsli. Obsahují především: vitamíny (A, B1, B12, C, E, někdy i D), minerály (vápník, železo, hořčík, měď, stopové prvky), trávicí enzymy a jiná digestiva, látky působící na tukový metabolismus (lipotropní látky, antilipidemika), látky s přirozeným efektem na přeměnu bílkovin (tzv. růstové faktory, anabolicky působící hormony), látky podněcující různé činnosti – stimulancia (psychostimulancia, neurostimulancia, imunostimulancia).

Výhodou podávání těchto geriatrik je, že lze předpokládat jejich kladné působení na četné geriatrické poruchy. Podáváním ve vhodných dávkách, třeba i po dlouhou dobu, může mít preventivní význam. Nevýhodou je, že doporučení užívání geriatrik je obvykle „léčbou naslepo“ – poruchy pouze předpokládáme. V neposlední řadě je významná i stránka ekonomická – zdravotní pojišťovny u nás i v zahraničí obvykle nepravá geriatrika nehradí.

### 6.3. Pravá geriatrika

Pravá geriatrika jsou látky cíleně zasahující do procesu stárnutí s cílem stárnutí zpomalit. Zasahují buď do dílčích projevů stárnutí nebo ovlivňují příznivě celkový stav organismu, zlepšují jeho adaptabilitu. Proto se jim také někdy říká adaptogeny. Největší problém pravých geriatrik je ovšem v tom, že dosud úplně neznáme příčiny stárnutí, a proto není možné mít obecně použitelná pravá geriatrika. Nicméně mnohé dílčí poznatky o mechanismech stárnutí inspirují cílené hledání látek, které mohou pozitivně zasáhnout do jednotlivých příčin a projevů stárnutí. Jsou to látky: prokain (příznivý vliv na centrální nervový systém), antioxidanty (zametači volných radikálů), fytopreparáty (látky rostlinného původu), živočišné organopreparáty (např. včelí produkty), nootropika (léky ovlivňující krevní oběh v mozku a příznivě zasahující do metabolismu mozkové tkáně a podněcující přenos nervových vzruchů), radioprotetika (zvyšují odolnost proti ionizačnímu záření).

Zvláštní skupinu tvoří imunostimulační látky. Mají charakter pravých i nepravých geriatrik. Jejich podání však vyžaduje důkladné imunologické vyšetření.

## 7. Osobnost a sexualita

Sexuální činnost je důležitým činitelem ve vztazích lidí obou pohlaví, je součástí rodinného života, je přímým projevem osobnosti. Pokud nastanou poruchy v rámci sexuální činnosti, mohou vzniknout komplikace partnerských vztahů a vznikají neurotické situace.

V podstatě jde o narušení souhrnu a sladění fyziologických potřeb s citovými a intelektuálními potřebami. Zdravá sexualita je přirozená záležitost. Je i součástí duševního života. Její význam není pouze ve vzniku potomstva, ale zahrnuje citové sblížení a spolužití s osobou druhého pohlaví. Sexuální činnost je jednou z nejdůležitějších biologických potřeb člověka.

Berlínský gynekolog Eberhart Schytán říká: „Muž který má pravidelný tělesný poměr, zůstává mladým a zachovává si mužnou sílu až do vysokého věku“. Jistá Elizabeth Ardenová, která zbohatla na výrobě kosmetických přípravků, říká: „Neuspokojené ženě nepomohou ani krémy, ani jiné kosmetické přípravky“. Nejlepší make-up je láska (Krasnik, 1990).

Pokud hovoříme o sexuálním životě starších občanů je třeba připustit, že ho znesnadňují některé organické poruchy a somatická onemocnění, někdy i snížení sexuálního libida. Ač pro sexuální involuci patrně neplatí pevná a jednoznačná interpretační pravidla, je jisté, že v pozdějších sexuálních vztazích nastává zmírnění. Jde o to, si tuto změnu uvědomit, plně si ji racionalizovat a podle ní se též řídit. Spolu s klidným a vyrovnaným přáním po pohlavním styku má zmírnění v sexuálních vztazích nadějnou šanci vytvořit obraz spokojeného sexuálního života až do vysokého stáří. Důležité je zde dosažení sexuální satisfakce třeba i jinými metodami a technikami, než jaké sexu diktuje agresivní mládí. (Pondělíček, 1981).



## II. Praktická část

### 8. Metodologie

#### 8.1. Cíle práce

Diplomová práce chce odpovědět na otázku:

Jak lidé středního věku (dospělá populace) vnímají své tělo, pečují o něj a starají se o své zdraví.

1. Přinést nové informace a poznatky o současné péči o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace (40 – 60ti letí občané),
2. zjistit rozdíly mezi oběma pohlavími ve vnímání a přístupu k sobě samotnému
3. stanovit důležitost pohybu na zdravotní stav v jakémkoliv věku,
4. poukázat na postupy a činnosti (nejen tělesné), které významně přispívají ke zdravému životnímu stylu a zdravému stárnutí,
5. pokusit se zjistit negativní chování, které přispívá k zdravotním potížím a komplikacím,
6. na základě výsledků přispět k sestavení a ovlivnění dlouhodobých programů týkajících se zdravého způsobu života a zdravého stárnutí.

## 8.2. Úkoly práce

1. Načrpat obecné informace a seznámit se s literaturou týkající se problematiky péče o vzhled, zdraví a tělesné zdatnosti u dospělé populace z dostupných literárních pramenů,
2. stanovit hypotézy,
3. získat potřebné množství dat od dospělé populace, potřebných pro vyhodnocení a potvrzení předem stanovených hypotéz. Data budou získávána formou dotazníkové metody, potřebné množství je 100 správně vyplněných dotazníků od 50 žen a 50 mužů,
4. zpracovat výsledky nasbíraných dat z dotazníků, porovnání péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace mezi muži, ženy a věkovými rozdíly,
5. prokázat, že aktivní přístup k životu zlepšuje jeho kvalitu a působí pozitivně ve všech směrech jehožití,
6. vyvodit závěry a na jejich podkladě najít možnosti pro zlepšení péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnosti u dospělé populace.

### 8.3. Metody výzkumu

Pro výzkum bylo použito dotazníkové metody. Dotazník byl převzat z mezinárodního výzkumu sport, zdraví a tělesné sebepojetí v zemích střední a východní Evropy (Mrázek, Fialová, Bychovská, 1995). Dotazník obsahoval 134 otázek týkajících se osobních údajů, zdravotního stavu, činnosti vztahující se k tělu a fyzické aktivitě, tělu a vzhledu, sebepojetí a životní spokojenosti. Pro tuto práci byly použity pouze ty části dotazníku, které odpovídají zvolenému tématu.

#### **Formy otázek jsou:**

##### **a) otevřené**

1. doplňující – volná odpověď,

##### **b) uzavřené**

1. dichotomické - "ano" či "ne",
2. zaškrťovací – výběr z nabízených možností,
3. Lickertova typu (škálové) - od 1 (nikdy, zcela nesouhlasím...) po 5 (velmi často, zcela souhlasím...).

Výběr respondentů byl omezen, jelikož vyplnění dotazníků trvalo kolem půl hodiny a ne každý byl ochoten se s ním na počkání zabírat. Proto jsem oslovoval rodiče svých známých a kamarádů, známé svých rodičů a jejich spolupracovníky v zaměstnání, kteří si dotazník mohli vzít domů a následně ho po čase vyplněný vrátit.

#### **Dotazník obsahuje šest částí:**

1. osobní údaje,
2. zdravotní stav,
3. činnosti vztahující se k tělu a fyzické aktivitě,
4. vztah k vlastnímu tělu (tělo a já - vzhled),
5. sebepojetí,
6. životní spokojenosti.

## 8.4. Charakteristika sledovaného souboru

Tabulka č.2. Místo narození.

<i>místo narození (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
velkoměsto (nad 1 000 000 ob.)	83	38	31	55	60,5	43
velkoměsto (do 500 000 ob.)	0	18	6	9	9	7,5
velké město (do 100 000 ob.)	17	6	44	18	11,5	31
vesnice	0	38	19	18	19	18,5

Tabulka č. 3. Vzdělání.

<i>vzdělání (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
základní (vyučení)	8	31	6	18	19,5	12
maturita	58	44	75	82	51	78,5
vysokoškolské	34	25	19	0	29,5	9,5

Tabulka č. 4. Rodinný stav.

<i>rodinný stav (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
svobodný	17	6	19	0	11,5	9,5
žentý, vdaná	58	69	38	45	63,5	41,5
žiji s druhem, s družkou	8	6	6	10	7	8
rozvedený/á	17	19	37	45	18	41
ovdovělý/á	0	0	0	0	0	0

Tabulka č. 5. Počet členů v domácnosti.

<i>počet člen v domácnosti</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
počet členů v domácnosti	2,9	2,8	2,7	2,4	2,85	2,55
z toho dětí do 18 let	0,3	0,3	0,5	0	0,3	0,25

Tabulka č. 6. Ekonomická aktivita.

<i>ekonomická aktivita (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
zaměstnanec (vč. prac. důchodců)	83	75	88	91	79	89,5
soukromý podnikatel	17	25	6	0	21	3
studující nebo v učení	0	0	0	0	0	0
v domácnosti, příp. na mateřské dovolené	0	0	0	0	0	0
nezaměstnaný	0	0	6	9	0	7,5

Tabulka č. 7. Zaměstnání.

<i>druh zaměstnání (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
převážně duševní práce	58	44	81	70	51	75,5
duševní i tělesná práce	33	19	19	10	26	14,5
převážně tělesná práce	9	25	0	20	17	10
těžká tělesná práce	0	12	0	0	6	0

Tabulka č. 8. Doba v zaměstnání.

<i>Průměrná doba v zaměstnání (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
méně než 8,5 hodiny	8	31	6	25	19,5	15,5
8,5 hodiny	17	31	19	25	24	22
více než 8,5 hodiny	75	38	75	50	56,5	62,5

Tabulka č. 9. Doba cesty do zaměstnání.

<i>doba cesty do zaměstnání (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
méně než 15 minut	8	6	12	20	7	16
15-45 minut	83	81	63	50	82	56,5
více než 45 minut	9	13	25	30	11	27,5

Tabulka č. 10. Doprava do zaměstnání.

<i>způsob dopravy do zaměstnání (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
pěšky	0	0	19	10	0	14,5
na kole	0	0	0	0	0	0
autem, na motocyklu	50	44	25	10	47	17,5
MHD, vlak, autobus	50	56	56	80	53	68

Tabulka č. 11. Práce která těší.

<i>práce která těší (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
zaměstnání nebo jiná vedlejší práce, která těší	67	69	50	82	68	66

Z tabulek jsme vyčetli, že dotazovaní respondenti jsou převážně z velkoměsta, což je dáno místem, kde se dotazníky rozdávaly a to v Praze. Dotazník řádně vyplnilo 48 mužů a 45 žen. Nejčastější vzdělání bylo středoškolské, hlavně pak u žen, u mužů byl rozdíl mezi středoškolským a vysokoškolským vzděláním menší, pouze základní vzdělání mělo jen minimum dotazovaných.

Téměř 55% dotazovaných jsou ženatí muži či vdané ženy a pouhých 10% svobodní. Počet členů v domácnosti v průměru nepřesáhl tři a z toho dětí do 18 let spadalo jedno na každého pátého dotazovaného. Téměř všichni chodili do zaměstnání. Muži z 20% jsou soukromí podnikatelé, nezaměstnaných bylo jen necelých 8% žen. Největší procento zastoupení měla duševní práce, která převládala více u žen než u mužů. Těžkou tělesnou práci mělo jen 6% dotazovaných mužů. Doba trávená v zaměstnání u více jak poloviny dotazovaných přesáhla 8,5 hodiny, přičemž nezáleží na pohlaví. Stejně tak doba cesty do zaměstnání trvá u všech skupin nejčastěji 15 – 45 minut. Rozdíl byl u dopravy do zaměstnání, kde muži více využívali automobil na rozdíl od žen, které jezdily MHD. Zaměstnání, či jiná práce která těší, je u téměř 70% dotazovaných.

## 8.5. Hypotézy

1. Předpokládáme, že kvalita života s přibývajícím věkem se dá ovlivnit jak pohybem, tak stylem života, starší aktivní občané jsou spokojenější se svým vzhledem a zdatností, než občané mladší a neaktivní.
2. Předpokládáme, že aktivní lidé se zdravým životním stylem budou mít menší BMI, než lidé neaktivní.
3. Předpokládáme, že muži se budou více věnovat aktivnímu životu než ženy a že s přibývajícím věkem u obou pohlaví bude pohybová aktivita ubývat v důsledku zdravotních a fyzických předpokladů.

## 8.6. Zpracování výsledků

Pro zpracování dat byly vybrány a zpracovány pouze takové dotazníky, které odpovídaly předem stanoveným kritériím, což bylo:

1. úplně vyplněné dotazníky,
2. správně vyplněné dotazníky,
3. dotazníky spadající do kategorie čtyřiceti až šedesátiletých občanů.

Vyhovující dotazníky byly zpracovány pomocí základních statistických metod.

K tomuto účelu bylo použito programu EXCEL, což je program přímo určený na námi požadované operace, který dokáže výsledky přímo zpracovat do požadovaných tabulek a grafů. Výsledné hodnoty byly zaznamenány do přehledných tabulek a zvýrazněny takové hodnoty, které jsme považovali za věcně významné.

Za věcně významný rozdíl považujeme rozdíl větší než 0,5 bodu (škála 1 – 5 bodů), kde 1 bod je - nikdy, zcela nesouhlasím... a 5 bodů za - velmi často, zcela souhlasím... a 10% u hodnot procentuálních.

### **Zvolili jsme dvě třídící kritéria:**

1. muži a ženy,
2. věk do 50 let a nad 50 let.

Vymykající se individuální výsledky byly zmíněny samostatně.

### III. Výsledková část

#### 9. Tabulky a vyhodnocení

**Jak už jsme uvedli, soubor dotazovaných (93 respondentů) byl tvořen:**

1. 21. muži 40 – 50 let,
2. 27. muži 51 – 60 let,
3. 24 ženami 40 – 50 let,
4. 21 ženami 51 – 60 let.

**Výsledky jsme pro lepší přehlednost rozdělili na části podle tématických okruhů v dotazníku:**

1. osobní údaje – použité pro charakteristiku dotazovaných respondentů,
2. zdravotní stav,
3. činnosti vztahující se k tělu a fyzické aktivitě,
4. vztah k vlastnímu tělu (tělo a já - vzhled),
5. sebepojetí,
6. životní spokojenosti.

Rozdíly mezi jednotlivými skupinami dotazovaných jsou znázorněny pomocí tabulek, ve kterých uvádíme průměrné hodnoty vzniklé na základě odpovědí na jednotlivé otázky. Většinou šlo o procentuální vyjádření a o pěti bodovou škálu odpovědí Lickertova typu - od 1 (nikdy, zcela nesouhlasím...) po 5 (velmi často, zcela souhlasím...). Za věcně významný rozdíl mezi skupinami považujeme hodnotu větší než 0,5 bodu a 10 procent, tyto rozdíly byly v tabulce znázorněny tučně.



## 9.1. Zdravotní stav

Tabulka č. 12. Nemoc.

<i>nemoc (ve dnech za rok)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
počet dnů nemoci (vyjma úrazů a rekonvalescence)	<b>3,2</b>	12,3(5,5*)	7,1	<b>27,5</b>	7,75 (4,35*)	17,3
počet dnů proležených v posteli (vyjma úrazů a rekonvalescence)	<b>2,4</b>	3,4(2,3*)	2,8	<b>12,9</b>	2,9 (2,35*)	7,85

\*bez muže po mrtvici (60 dní nemocný a 12 v posteli)

Z tabulky jsme vyčetli, že častěji nemocné a více proležených dní na lůžku mají ženy, nejvíce pak ženy 50-60 let o více jak 24 dní nemoci za rok a 10 dní na lůžku než muži 40-50 let. Větší rozdíl mezi jednotlivými skupinami byl prokázán u žen i přes započítání muže, který měl mrtvici.

Tabulka č. 13. Zdravotní stav 1.

<i>zdravotní stav 1 (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
diagnostik. chronické onemocnění	8	19	<b>44</b>	27	13,5	35,5
z toho užívání léků na chronické onemocnění	8	13	<b>38</b>	27	10,5	32,5
vysoký krevní tlak (léky) *	8 (0)*	19 (19)*	0(25)*	18(27)*	13,5 (9,5*)	9 (26*)
znám svou krevní skupinu	50	63	69	55	56,5	62
problémy se zrakem	75	88	44	<b>91</b>	81,5	67,5
problémy se sluchem	14	19	<b>0</b>	18	18	9
alkohol jako prostředek ke zvládnání životních problémů	17	12	0	0	<b>14,5</b>	0
pro své zdraví dělám dost	25	<b>88</b>	50	9	56,5	29,5
zkušenost s drogy (maryhuana, aj.)	8	12	13	<b>0</b>	10	6,5

\*bez vysokého KT, jelikož užívají léky

Z tabulky jsme vyčetli, že nejvíce diagnostikovaných chronických onemocnění bylo u žen 40 – 50 let a to u 44% dotazovaných. Problémy se zrakem mívají častěji ženy, nejvíce 91% žen 50 – 60 let, naopak problémy se sluchem jako jediné neměly ženy 40-50let. Alkohol jako prostředek ke zvládnání životních problémů používá pouze 14,5% mužů. Nejvíce pro své zdraví dělají muži 50-60 let a jako jediné ženy 50-60 let nemají zkušenost s lehkými drogami.

Tabulka č. 14. Problémy se zrakem.

<b><i>problémy se zrakem trvají:</i></b> <b><i>(vše v %)</i></b>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
už od dětství	<b>56% z 16</b>	0	29% z 11	22% z 17	28% z 36	25,5% z 28
po úraze	0	0	0	0	0	0
s přibývajícím věkem se zrak zhoršil	44% z 16	<b>100% z 20</b>	71% z 11	78% z 17	72% z 36	74,5% z 28

Z tabulky jsme vyčetli, že všichni muži 50-60 let začali mít problém se zrakem až s přibývajícím věkem, naopak 56% z 16 mužů 40- 50 let, mělo problémy se zrakem už od dětství.

Tabulka č. 15. Problémy se sluchem.

<b><i>problémy se sluchem trvají:</i></b> <b><i>(vše v %)</i></b>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
už od dětství	0	0	0	0	0	0
po úraze	33% z 3	0	0	0	25% z 8	0
s přibývajícím věkem se sluch zhoršil	67% z 3	100% z 5	0	100% z 4	75% z 8	50% z 4

Z tabulky jsme vyčetli, že všichni muži 50-60 let a ženy 50-60 let začali mít problém se sluchem až s přibývajícím věkem, naopak jediný, kdo měl problém se sluchem po úraze byl muž 40-50let.

Tabulka č. 16. Zdravotní stav 2.

<i>zdravotní stav 2 (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
preventivní příjem léků a vitamínů	2,2	2,4	2,3	<b>3,6</b>	2,3	2,95
dodržování pitného režimu	3,6	3,7	4,3	4,2	3,65	<b>4,25</b>
konzumace alkoholu	3,3	3,3	3	<b>2,4</b>	3,3	2,7
kouření v současné době	2,3	1,8	1,8	1,8	2,05	1,8
pravidelná strava (3-5x denně)	4,7	4,1	3,8	4,2	4,4	4
"Mlsání" mezi hlavními jídly	3,1	2,9	3,1	3,2	3	3,15
spánek alespoň 7 hodin denně	4,2	3,8	4,1	4,2	4	4,15
denní únava během práce či po práci	3,4	3,3	3,4	<b>4,3</b>	3,35	3,85
špatný spánek	1,9	2,4	1,9	<b>4,2</b>	2,15	3,05
snadno se uvolnit a odpočívat	3	3,9	3	3,4	3,45	3,2
problémy s usínáním	1,7	1,6	1,9	<b>2,6</b>	1,65	<b>2,25</b>
používání léků a jiných prostředků pro uklidnění a pro spaní	1,2	1,3	1,1	<b>1,9</b>	1,25	1,5
pobyt na čerstvém vzduchu	3,3	4	3,3	3,8	3,65	3,55

Z tabulky jsme vyčetli, že preventivní příjem léků a vitamínů užívají nejvíce ženy 50 – 60 let. Pitný režim častěji dodržují ženy než muži, naopak nejmenší konzumace alkoholu byla u žen mezi 50 – 60ti lety, stejně tak i u denní únavy během práce či po práci, zde byl rozdíl největší a to 1,8bodu. Větší problémy s usínáním mají ženy a více pak 50 – 60tileté a díky tomu i užívání léků a jiných prostředků pro uklidnění a pro spaní.

U ostatní otázek nebyl rozdíl větší než 0,5 bodu, což je minimální stanovený věcně významný rozdíl.

Tabulka č. 17. Pobyť na čerstvém vzduchu.

<i>pobyť na čerstvém vzduchu (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
<b><i>jaro</i></b>						
téměř každý víkend	8	<b>75</b>	38	64	41,5	51
lx za měsíc	67	19	44	18	43	31
vůbec ne	25	6	18	18	15,5	18
<b><i>léto</i></b>						
téměř každý víkend	67	<b>88</b>	69	<b>82</b>	77,5	75,5
lx za měsíc	33	6	31	9	19,5	20
vůbec ne	0	6	0	9	3	4,5
<b><i>podzim</i></b>						
téměř každý víkend	17	<b>56</b>	44	<b>55</b>	36,5	49,5
lx za měsíc	67	38	38	27	52,5	32,5
vůbec ne	16	6	18	18	11	18
<b><i>zima</i></b>						
téměř každý víkend	17	<b>44</b>	19	27	30,5	23
lx za měsíc	50	44	81	27	47	54
vůbec ne	33	12	0	46	22,5	23

Z tabulky jsme vyčetli, že na jaře nejvíce jezdí mimo město na čerstvý vzduch muži 50 – 60let, v létě jsou to muži a ženy 50 – 60let, stejně tak i na podzim a v zimě jen muži 50 – 60let.

Tabulka č. 18. Průměrná délka pobytu v bytě, kanceláři (budově) v hodinách za den.

<i>průměrná délka pobytu v bytě, kanceláři (budově) v hodinách za den:(vyjma spánku) (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
méně než 10 hodin	<b>8</b>	56	31	36	32	33,5
10 -14 hodin	<b>67</b>	38	<b>69</b>	36	52,5	52,5
14 hodin a více	25	<b>6</b>	<b>0</b>	28	15,5	14

Z tabulky jsme vyčetli, že v bytě a kanceláři denně tráví nejvíce času muži a ženy ve věku mezi 40 -50let a to 10-14 hodin denně.

Tabulka č. 19. BMI.

<b>BMI</b>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
průměr	25,6	28,4	25,1	26,1	27	25,6
max	32	35	31,5	28,2	35	31,5
min	19,4	22,4	20,6	21,6	22,4	21,6

Tabulka s hodnotami viz str. 18.

Z tabulky jsme vyčetli, že problémy s nadváhou mají všechny skupiny dotazovaných, více však muži než ženy a starší občané než mladší.

Tabulka č. 20. Pobyt v zakouřeném prostředí.

<b>pobyt v zakouřeném prostředí (vše v %)</b>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
zásadně vůbec ne	50	44	87	55	47	<b>71</b>
1-2 hodiny	34	50	0	36	<b>42</b>	18
2-8 hodin	8	6	7	9	7	8
více než 8 hodin	8	0	6	0	4	3

Z tabulky jsme vyčetli, že zakouřenému prostředí se snaží vyhýbat většina dotazovaných, převážně ženy 40 – 50let. Co se týče pobytu v něm, jsou to především muži, hlavně pak 50 – 60letí, pouze však 1 – 2hodiny denně.

Tabulka č. 21. Zdravotní stav 3.

<i><b>zdravotní stav 3*</b></i> (vše v %)	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
spím neklidně a často se budím	8	25	0	<b>45</b>	16,5	22,5
mívám zažívací problémy	8	12	6	<b>36</b>	10	21
snadno se unavím	17	12	12	18	14,5	15
častěji se cítím celkově slabý/á	8	0	12	18	4	15
mívám často bolesti hlavy	8	0	25	18	4	<b>21,5</b>
častěji cítím žaludeční nevolnost	0	0	0	<b>27</b>	0	13,5
častěji mívám bolesti zad	<b>42</b>	<b>56</b>	<b>38</b>	<b>45</b>	<b>49</b>	<b>41,5</b>
jiné (krč. páteř, srdce, štít.žláza...)	8	6	0	18	7	9

\* Bylo možné zaškrtnout i více variant

Z tabulky jsme vyčetli, že největší procento, které má problémy se spaním, zažívacími problémy, žaludeční nevolností a bolesti hlavy jsou ženy, převážně pak mezi 50 – 60 lety. Problémy s bolestí zad má skoro 50 procent všech dotazovaných.

Tabulka č. 22. Konzumace alkoholu.

<i><b>konzumace alkoholu*</b></i> (vše v %)	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
pivo	83	75	12	18	<b>79</b>	15
víno	50	31	<b>50</b>	<b>55</b>	40,5	52,5
destiláty	17	6	12	9	11,5	10,5

\* Bylo možné zaškrtnout i více variant

Z tabulky jsme vyčetli, že konzumaci alkoholu holdují převážně muži, hlavně pak pitím piva, ženy preferují víno.

Tabulka č. 21. Pití černé kávy.

<i><b>pití černé kávy (vše v %)</b></i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
vůbec	17	38	25	0	27,5	12,5
denně 1 až 4 šálky	83	62	75	100	72,5	87,5
více než 4 šálky	0	0	0	0	0	0

Z tabulky jsme vyčetli, že pití černé kávy si dopřává více jak 80% dotazovaných v množství 1 – 4 šálky denně. Více pak ženy, hlavně 50 – 60leté.

Tabulka č. 22. Návštěvy doktorů.

<i><b>návštěvy doktorů (vše v %)</b></i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
<b>návštěvy u stomatologa</b>						
vůbec	8	6	0	0	7	0
zřídka	25	38	18	0	31,5	9
1x za rok	42	31	32	36	36,5	34
častěji než 1x za rok	25	25	50	64	25	<b>57</b>
<b>návštěvy u gynekologa</b>						
vůbec	100	100	6	0	100	3
zřídka	0	0	18	18	0	18
1x za rok	0	0	32	55	0	<b>43,5</b>
častěji než 1x za rok	0	0	44	27	0	<b>35,5</b>
<b>návštěvy u oftalmologa</b>						
vůbec	75	44	50	18	59,5	34
zřídka	8	19	25	36	13,5	30,5
1x za rok	8	6	13	27	7	20
častěji než 1x za rok	9	31	12	19	20	15,5
<b>návštěvy u obvod. lékaře</b>						
vůbec	8	25	38	0	16,5	19
zřídka	75	25	31	37	50	34
1x za rok	9	25	12	37	17	24,5
častěji než 1x za rok	8	25	19	26	16,5	22,5

Z tabulky jsme vyčetli, že ke stomatologovi chodí častěji ženy než muži, stejně tak k obvodnímu lékaři. Ke gynekologovi více pak starší ženy než mladší.

## 9.2. Činnost vztahující se k tělu a fyzické aktivitě

Tabulka č. 23. Průměrný čas v týdnu věnovaný intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti.

<i>průměrný čas v týdnu věnovaný intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
méně než 1 hodinu týdně	25	25	19	45	25	32
1 -2 hodiny týdně	17	19	31	10	18	20,5
3 -5 hodin týdně	25	19	31	36	22	33,5
více než 5 hodin týdně	<b>33</b>	<b>37</b>	19	9	<b>35</b>	14

Z tabulky jsme vyčetli, že průměrný čas v týdnu věnovaný intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti je nejvíce zjištěn u mužů a to více než 5 hodin týdně.



Tabulka č. 24. Tělo a fyzická aktivita.

<i>tělo a fyzická aktivita (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
aktivní formování postavy	2,5	<b>1,9</b>	2,9	2,2	2,2	2,55
usilování o zvýšení tělesné výkonnosti	2,5	2,1	2,8	<b>1,8</b>	2,3	2,3
nechat se masírovat	1,9	1,7	1,6	1,6	1,8	1,6
chodit do sauny	1,4	1,5	1,6	1,2	1,45	1,4
dodržovat redukční dietu	1,3	1,3	1,3	1,8	1,3	1,55
otužovat se	1,5	1,9	1,4	1,3	1,7	1,35
aktivní cvičení s náčiním (činky, atd.)	1,8	1,4	1,4	1	1,6	1,2
pasivní prostředky formování postavy	1	1	1,1	1	1	1,05
odpočívání, relaxace	3,4	3,1	3,4	3,4	3,25	3,4
používání deodorantu	4	3,4	4,8	4,4	3,7	<b>4,6</b>
chodit do solária	1,2	1,1	1,5	1,3	1,15	1,4
kontrolovat svou hmotnost	2,8	2,7	2,9	3,3	2,75	3,1
dbát na držení těla	2,6	2,7	3,3	3,5	2,65	<b>3,4</b>
využívání alternativních přístupů k tělu a zdraví (homeopatie, kineziologie...)	1,3	1	1,3	1,6	1,15	1,45

Z tabulky jsme vyčetli, že nejméně aktivně formují postavu muži mezi 50 – 60 lety, stejně tak ženy mezi 50 – 60 lety nejméně usilují o zvýšení tělesné výkonnosti. Deodorant používají více ženy než muži, stejně tak dbají na správné držení těla.

Tabulka č. 25. Sprchování a koupání.

<i>sprchování/koupání (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
několikrát denně	25	19	25	0	22	12,5
denně	58	38	69	73	48	<b>71</b>
několikrát do týdne	18	<b>43</b>	6	27	30,5	16,5
1x týdně	0	0	0	0	0	0
méně než 1x týdně	0	0	0	0	0	0

Z tabulky jsme vyčetli, že více se sprchují a koupou ženy a to 71% dotazovaných žen denně, naopak nejméně tj. několikrát do týdne muži 50 – 60ti letí a to 43%.

Tabulka č. 26. Fyzické aktivity.

<i>fyzické aktivity * (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
sport (volejbal, tenis, fotbal, aj.)	50	50	19	0	<b>50</b>	9,5
turistika/chůze	42	31	44	<b>73</b>	36,5	58,5
běh	0	6	0	0	3	0
kolo	<b>25</b>	12	7	18	18,5	12,5
plavání	8	0	13	9	4	11
jóga, kond. programy, aj.	0	0	0	<b>45</b>	0	22,5
fitness, aerobik, tanec	8	0	13	0	4	6,5
ostatní	0	0	19	18	0	18,5
nic	8	12	25	18	10	<b>21,5</b>

\* Bylo možné zaškrtnout i více variant

Z tabulky jsme vyčetli, že fyzické aktivitě se věnují nejvíce muži (50%) a to sportu (volejbal, tenis, fotbal, aj.), největší procento žen 73% se věnuje turistice a chůzi. Kondiční programy a jóga je oblíbená pouze u starších žen a to u 45%, ženy v průměru nedělají nic o více jak 11% než muži.

Tabulka č. 27. Sport a aktivita.

<i>sport a aktivita (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
organizovaný výkonnostní sport	<b>17</b>	6	<b>19</b>	0	11,5	9,5
neorganizovaný pravidelný sport	25	50	38	18	37,5	28
občas jakákoliv pohybová aktivita	50	25	18	<b>64</b>	37,5	41
nedělá nic	8	19	25	18	13,5	<b>21,5</b>

Z tabulky jsme vyčetli, že organizovanému výkonnostnímu sportu se věnují v menším počtu mladší 40 – 50letí občané, naopak ženy v 21,5% nedělají nic. Občasné pohybové aktivitě ženy 50 – 60leté. Neorganizovanému pravidelnému sportu převážně muži 50 -60letí.

Tabulka č. 28. Rodiče a sport.

<i>rodiče a sport – dříve (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
<i>otec</i>						
nikdy	42	38	32	18	40	25
rekreačně	42	62	25	73	52	49
výkonnostně	16	0	43	9	8	26
<i>matka</i>						
nikdy	58	81	69	36	69,5	52,5
rekreačně	42	19	19	55	30,5	37
výkonnostně	0	0	12	9	0	10,5

Z tabulky jsme vyčetli, že sportu a fyzické aktivitě se věnují spíše otcové než matky. Starší občané více rekreačnímu sportu než mladší, u kterých bylo procento větší u výkonnostního sportu.

Tabulka č. 29. Fyzická aktivita a motivace populace.

<i>proč se populace věnuje fyzickým aktivitám (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
pro pobavení	3,9	3,4	4,1	3,6	3,65	3,85
pro zdraví	3,2	2,8	4	3,7	3	<b>3,85</b>
pro dobrý vzhled	3	2,1	<b>4</b>	3,1	2,55	3,55
pro kontakt s jinými lidmi	3,4	2,8	3,1	2,7	3,1	2,9
protože je to v současnosti "in"	1,3	1,1	1,7	1,7	1,2	<b>1,7</b>
pro zlepšení tělesné výkonnosti	<b>3,5</b>	2,6	<b>3,8</b>	3	3,05	3,4
pro pocit celkově se cítit fit	3,5	2,8	<b>4,2</b>	3,1	3,15	3,65
pro odreagování	3,6	3,5	<b>4,5</b>	3	3,55	3,75
pro sportovní úspěchy	1,3	1,4	1,4	1,4	1,35	1,4

Z tabulky jsme vyčetli, že ženy sportují více pro zdraví, pro dobrý vzhled, pro pocit celkově se cítit fit a pro odreagování, a to spíše ženy mezi 40 – 50 lety. Mladší občané především pro zlepšení tělesné výkonnosti.

### 9.3. Vztah k vlastnímu tělu (tělo a já – vzhled)

Tabulka č. 30. Tělo a vzhled.

<i>tělo a vzhled (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
spokojenost se svým vzhledem	3,3	3,1	3,2	<b>2,2</b>	3,2	2,7
vzhled je pro mě důležitý, často o něm přemýšlím	3,6	2,6	2,8	3,3	3,1	3,05
bylo by dobré pár kilo shodit	3,8	3,9	4,2	4,6	3,85	<b>4,4</b>
je věci náhody, zda člověk dobře vypadá	2	2,4	2,1	2,1	2,2	2,1
je mi úplně jedno, co druzí říkají o mé postavě	3,8	3	2,6	2,6	<b>3,4</b>	2,6
ve srovnání s většinou lidí vypadám dobře	3,3	3,2	3,3	3	3,25	3,15
spokojenost se svou tělesnou výškou	4,1	3,9	4,1	4,1	4	4,1
bez starostí se svým vzhledem	<b>3</b>	2,4	<b>3,2</b>	2,8	2,7	3
spokojenost se svou hmotností	2,8	2,4	2,1	1,7	<b>2,6</b>	1,9
dbát na čisté oblečení	4,4	4,5	4,9	4,8	4,45	4,85
při odchodu z domova se na sebe podívat do zrcadla	3,3	3,3	4	4	3,3	<b>4</b>

Z tabulky jsme vyčetli, že nejméně spokojené se svým vzhledem jsou ženy 50 – 60leté, které by celkově nejraději nějaké kilo shodily. Mužům je více jedno, co druzí říkají o jejich postavě a při odchodu z domova se dívají méně do zrcadla. Nejvíce starostí se svým vzhledem mají ženy mezi 40 – 50 lety.

Tabulka č. 31. Vztah k vlastnímu tělu.

<i>vztah k vlastnímu tělu (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
považovat své tělo za krásné	2,8	2,4	2,1	1,6	<b>2,6</b>	1,85
dávat pozor na to, co se v těle děje	2,9	3,4	3,2	3,3	3,15	3,25
tělo někdy neposlouchá	2,3	2,8	2,4	<b>3,3</b>	2,55	2,85
fyzická zdatnost ve srovnání s ostatními vrstevníky	3,5	3,3	3,5	3,1	3,4	3,3
obdiv svého těla	1,7	2,1	1,9	1,8	1,9	1,85
poznám, když tělo není v pořádku	3,6	3,9	3,8	4,1	3,75	3,95
mít dojem, že je mi mé tělo zcela cizí	2,2	1,8	2,3	2,4	2	2,35
rád/a se pozorovat v zrcadle	1,8	1,2	1,5	1,5	1,5	1,5
obtížné snášet dlouhou dobu fyzickou zátěž	2,3	2,8	3,1	<b>3,9</b>	2,55	<b>3,5</b>
rychle poznat, když není tělesná uvolněnost	3,6	3,6	4,1	3,9	3,6	4
spokojenost se sexuálním životem	3,6	3,4	3,6	<b>3</b>	3,5	3,3
pohlazení svého těla	1,3	1,4	<b>2,4</b>	1,8	1,35	2,1
mít své tělo zcela pod kontrolou	3,4	3,3	3,2	<b>2,6</b>	3,35	2,9
někdy mít strach, že se okolí bude mému tělu vysmívat	1,8	1,9	1,7	<b>2,3</b>	1,85	2
vyhýbat se tělesným kontaktům	2,5	2,5	<b>1,4</b>	2,4	2,5	1,9
nerad/a se ukazovat nahý/á před cizími lidmi	3,5	3,8	3,8	4,2	3,65	4
důležitost sexuality v mém životě	4,4	4	4,1	<b>2,7</b>	4,2	3,4

Z tabulky jsme vyčetli, že muži považují své tělo více za krásné než ženy.

Ženy mezi 50 – 60 lety tělo někdy více neposlouchá a obtížněji snáší dlouhodobou zátěž než u ostatních dotazovaných. Také u této skupiny dotazovaných hraje sexualita nejmenší roli a mají největší strach z vysmívání okolí pro svůj vzhled, dále pak mívají více problémy s kontrolováním vlastního těla. Nejvíce pohladí sami sebe ženy 40 – 50leté a také se nejméně vyhýbají tělesným kontaktům.

Tabulka č. 32. Tělesné obtíže, jak poznat nemoc.

<i>tělesné obtíže - jak poznám nemoc (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
přesně poznám, kdy v mém těle není něco v pořádku	33	19	31	27	26	29
nemoci si všimnu při prvních příznacích	42	56	56	37	49	46,5
nemoci si všimnu, když jsou její příznaky výrazné	17	19	7	27	18	17
příznaky nemoci ignoruji	8	6	6	9	7	7,5

Z tabulky jsme vyčetli, že rozdíly mezi ženami a muži nejsou téměř žádné, 40 – 50letí občané více poznají, když jejich tělo není zcela v pořádku. Nejvíce procentuálně byla zastoupena skupina, kde si nemoci občané všimnou při prvních příznacích.

Tabulka č. 33. Tělesné obtíže - podnět návštěvy lékaře.

<i>tělesné obtíže - podnět návštěvy lékaře (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
jakákoliv nemoc či tělesné obtíže	0	12	7	9	6	8
lehké onemocnění se snažím zvládnout sám	33	19	12	27	26	19,5
k lékaři jdu jen s vážným onemocněním	50	25	56	46	37,5	51
k lékaři jdu pouze tehdy, když mě přinutí bolest	17	31	25	18	24	21,5
k lékaři zásadně nechodím	0	13	0	0	6,5	0

Z tabulky jsme vyčetli, že ženy chodí k lékaři z 50% dotazovaných až s vážnějším onemocněním, jiné větší rozdíly mezi ženami a muži se nevyskytly. Muži mezi 40 -50 lety vůbec nechodí s banálními onemocněními, či jinými potížemi.

Tabulka č. 34. Tělesné obtíže - co dělat při těl. obtížích.

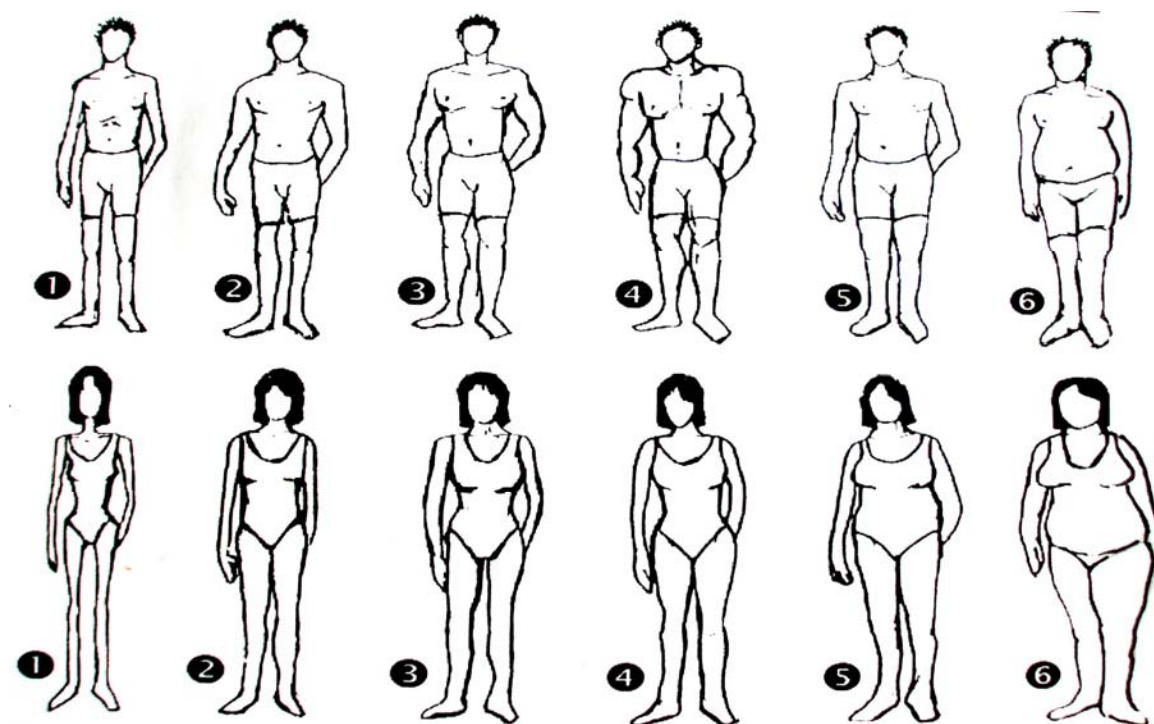
<i>tělesné obtíže - co dělat při těl. obtížích (bolest hlavy, zácpa, ...)* (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
spolknou prášek s cílem rychlé úlevy	50	35	44	<b>73</b>	42,5	58,5
přemýšlím o možných příčinách	25	30	38	45	27,5	<b>41,5</b>
snažím se potíží zbavit úpravou životosprávy (kontroluji svou stravu)	25	26	<b>44</b>	18	25,5	31
obtížím nevěnuji pozornost, počítám s tím, že obtíže samy odezní	17	9	25	<b>0</b>	13	12,5

\* Bylo možné zaškrtnout i více variant

Z tabulky jsme vyčetli, že ženy 50 – 60leté při tělesných obtížích z 73% spolknou prášek s cílem rychlé úlevy a ani jedna z dotazovaných potíží nevěnovala pozornost.

Naopak ženy 40 – 60leté se snaží z 44% obtíží zbavit změnou životosprávy.

### Tělesný typ:



Tabulka č. 35. Postava, která se nejvíce blíží mému vzhledu.

<i>postava, která se nejvíce blíží mému vzhledu (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
obrázek číslo 1	8	6	0	0	7	0
obrázek číslo 2	25	32	6	0	<b>28,5</b>	3
obrázek číslo 3	17	6	12	19	11,5	15,5
obrázek číslo 4	0	0	50	27	0	<b>38,5</b>
obrázek číslo 5	50	44	25	45	47	35
obrázek číslo 6	0	12	7	9	6	8

Z tabulky jsme vyčetli, že největší procento mužů se blíží k postavě na obr. č. 2 a 5, u žen to byl obrázek 4 a 5.

Tabulka č. 36. Ideál - jak bych chtěl/a vypadat.

<i>ideál - jak bych chtěl/a vypadat (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
obrázek číslo 1	0	12	0	0	6	0
obrázek číslo 2	33	12	25	36	22,5	30,5
obrázek číslo 3	<b>58</b>	<b>76</b>	<b>56</b>	<b>45</b>	<b>67</b>	<b>50,5</b>
obrázek číslo 4	8	0	19	19	4	19
obrázek číslo 5	0	0	0	0	0	0
obrázek číslo 6	0	0	0	0	0	0

Z tabulky jsme vyčetli, že ideální postava pro dotazované je na obr. č. 3 a 2.

Tabulka č. 37. Postava přitažlivá pro druhé pohlaví.

<i>postava přitažlivá pro druhé pohlaví (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
obrázek číslo 1	0	6	0	9	3	4,5
obrázek číslo 2	17	6	31	27	11,5	<b>29</b>
obrázek číslo 3	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>69</b>	<b>45</b>	<b>75</b>	<b>57</b>
obrázek číslo 4	8	13	0	19	10,5	9,5
obrázek číslo 5	0	0	0	0	0	0
obrázek číslo 6	0	0	0	0	0	0

Z tabulky jsme vyčetli, že nejpřitažlivější postavy pro opačná pohlaví je pro muže na obrázku č. 3 a pro ženy na obrázku č. 2.



Tabulka č. 38. Postava opačného pohlaví představující můj ideál

<i>postava opačného pohlaví představující můj ideál (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
obrázek číslo 1	0	0	12	0	0	6
obrázek číslo 2	8	19	10	0	13,5	5
obrázek číslo 3	<b>75</b>	<b>62</b>	<b>66</b>	<b>36</b>	<b>68,5</b>	<b>51</b>
obrázek číslo 4	9	19	6	<b>55</b>	14	30,5
obrázek číslo 5	8	0	6	9	4	7,5
obrázek číslo 6	0	0	0	0	0	0

Z tabulky jsme vyčetli, že postava opačného pohlaví představující ideál je pro obě pohlaví na obrázku č. 3. a pro ženy mezi 50 -60 lety na obrázku č. 4.

## 9.4. Sebepojetí

Tabulka č. 39. Sebepojetí.

<i>sebepojetí (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
osobní důstojnost, neméně jako u ostatních lidí	4,3	4,5	4,2	4,3	4,4	4,25
náchylnost považovat se za neúspěšného člověka	1,9	1,7	1,4	<b>2,3</b>	1,8	1,85
mám řadu dobrých vlastností	3,9	4,4	4,7	4	4,15	4,35
schopnost dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní	4,5	4,2	4,4	<b>3,9</b>	4,35	4,15
nemůže být u sebe na nic zvláštního hrdý	2	1,9	1,4	<b>2,5</b>	1,95	1,95
dobrá vztah sám k sobě	4,3	4	4,5	<b>3,6</b>	4,15	4,05
více si sám sebe vážit	2,7	2,2	2,3	<b>3,5</b>	2,45	2,9
spokojenost se sebou	3,9	4	4,4	<b>3,3</b>	3,95	3,85
pocit'ování občasně neužitečnosti	2,1	1,6	1,8	2,1	1,85	1,95
pocit'ování občasně neschopnosti	2	2,2	2,2	2,4	2,1	2,3

Z tabulky jsme vyčetli, že ženy mezi 50 – 60 lety se více považují za neúspěšného člověka, mají pocit, že nemohou dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní, jsou méně hrdé sami na sebe, mají k sobě horší vztah, méně si sami sebe váží a jsou se sebou méně spokojené, než ostatní dotazovaní občané.

## 9.5. Životní spokojenost

Tabulka č. 40. Životní spokojenost.

<i>životní spokojenost (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
vlastní život se téměř blíží k ideálu	3	3,4	3,1	2,7	3,2	2,9
podmínky života jsou uspokojivé	4,1	4	3,8	<b>3,4</b>	4,05	3,6
spokojenost se svým životem	3,9	4,1	3,8	3,6	4	3,7
získání důležitých věcí v průběhu života, který bylo zapotřebí	3,3	3,8	3,4	3,6	3,55	3,5
žít svůj život znovu beze změny	3,3	3,3	3,3	<b>3,5</b>	3,3	3,4

Z tabulky jsme vyčetli, že podmínky života pro ženy 50 – 60 let jsou méně uspokojivé, přesto by žít svůj život beze změny chtěly neméně tak, jako lidé v ostatních skupinách.

Tabulka č. 41. Významné okamžiky.

<i>významné okamžiky * (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
narození dětí, či vnoučat	58	88	69	<b>100</b>	73	84,5
svatba, manželství, živ. Partner	42	44	31	27	<b>43</b>	29
rozvod, rozchod	25	19	<b>50</b>	36	22	43
rozvod rodičů	0	0	7	9	0	8
studium	17	19	<b>31</b>	9	18	20
pracovní kariéra	8	19	19	9	13,5	14
postavení domu	0	6	0	0	3	0
sport	8	6	7	0	7	3,5
úmrť, nemoc v rodině	8	6	13	9	7	11
přátelé a kamarádi	0	0	7	0	0	3,5
změna bydliště	0	0	13	0	0	6,5
úspěchy dětí	0	0	0	9	0	4,5
samota (bez dětí, partnera)	16	0	0	0	8	0
nic	0	<b>19</b>	0	0	9,5	0

\* Bylo možné zaškrtnout i více variant

Z tabulky jsme vyčetli, že největší významný okamžik je pro všechny narození dětí, či vnoučat, nejvíce pak pro ženy mezi 50 – 60 lety, pro ženy mezi 40 – 50 lety je také velmi významný okamžiky rozvod, či rozchod s partnerem a studium.

## IV. Závěrečná část

### 10. Diskuze

V této kapitole se zaměříme na závěrečné shrnutí a diskuzi výsledků, které jsme získali pomocí našeho výzkumu. Pro lepší přehlednost a orientaci v této kapitole, je zachováno stejné pořadí a struktura jednotlivých kapitol, které bylo ve výsledkové části.

1. Zdravotní stav,
2. činnosti vztahující se k tělu a fyzické aktivitě,
3. vztah k vlastnímu tělu (tělo a já - vzhled),
4. sebepojetí,
5. životní spokojenosti.

Ze získaných odpovědí vyplynuly následující okruhy poznatků.

#### 10.1. Zdravotní stav

Z výsledků vyplynulo, že častěji nemocné a více proležených dní na lůžku mají ženy. Nejvíce pak ženy 50-60leté, o více jak 24 dní nemoci za rok a 10 dní na lůžku, než muži 40-50 let. Větší rozdíl mezi jednotlivými skupinami byl prokázán u žen i přes započítání muže, který měl mrtvici. U žen přímo vážné onemocnění nebylo zmíněno, i přes to je zřejmé, že s věkem přibývají zdravotní komplikace hlavně u méně fyzicky aktivních občanů.

Dále jsme vyzorovali, že nejvíce diagnostikovaných chronických onemocnění bylo u žen 40 – 50 let a to u 44% dotazovaných. Větší procento u žen 50 – 60 let nebylo z důvodu, že toto onemocnění muselo být diagnostikováno v uplynulém roce a u těchto žen bylo diagnostikováno již dříve. Z toho vyplývá, že nejčastější nárůst onemocnění je mezi 40 – 50 rokem života, toto se týká v podobné míře i mužů.

Problémy se zrakem mívají častěji ženy. Nejvíce 91% žen 50 – 60 let, naopak problémy se sluchem jako jediné neměly ženy 40-50let. Alkohol jako prostředek ke zvládnání životních problémů používá pouze 14,5% mužů, s přibývajícím věkem toto procento klesá. Nejvíce pro své zdraví dělají muži 50-60 let. V dotazníku se vyskytla 102 kilogramů vážící žena, která uvedla že pro své zdraví dělá dost. Jako jediné ženy 50-60 let nemají zkušenost s lehkými drogami. Všichni muži 50-60 let začali mít problém se zrakem až s přibývajícím věkem, naopak 56% z 16 mužů 40- 50 let mělo problémy se zrakem už od dětství. Podobné rozdíly byly zjištěny i u žen, pouze v menším rozsahu. Všichni muži 50-60letí a ženy 50-60leté začali mít problém se sluchem až s přibývajícím věkem, naopak jediný kdo měl problém se sluchem po úraze byl muž 40-50let. Více dotazovaných uvádělo, že limitující pro jejich pohybové aktivity není fyzická zdatnost, ale biologická. Právě brýle, či nedoslýchavost znepříjemňují prožitek při samotném fyzické činnosti.

Preventivní příjem léků a vitamínů je nejvíce u žen mezi 50 – 60 lety. Pitný režim dodržují častěji ženy než muži. Naopak nejmenší konzumace alkoholu byla u žen mezi 50 – 60ti lety, stejně tak i u denní únavy během práce, či po práci. Zde byl rozdíl největší a to 1,8bodu. Problémy s usínáním mají spíše ženy, více pak 50 – 60leté a díky tomu i užívání léků a jiných prostředků pro uklidnění a pro spaní je častější.

Z tabulek dále zjišťujeme, že na jaře nejvíce jezdí mimo město na čerstvý vzduch muži 50 – 60let, v létě jsou to muži a ženy 50 – 60let, stejně tak i na podzim a v zimě jen muži 50 – 60let. Čím je populace starší, tím jezdí více na čerstvý vzduch mimo město, mají méně povinností a více volného času. Toto potvrzuje další tabulka, kde v bytě a v kanceláři denně tráví nejvíce muži a ženy 40 -50letí, je to 10-14 hodin denně.

Problémy s nadváhou mají všechny skupiny dotazovaných. Více však muži než ženy a starší občané než mladší, více komplikací to však přináší ženám než mužům. Více o hodnocení postav v kapitole 9.3. vztah k vlastnímu tělu (tělo a já – vzhled).

Z výsledků dále vyplývá, že zakouřenému prostředí se snaží vyhýbat většina dotazovaných převážně ženy 40 – 50let. Co se týče pobytu v něm, se to týká především mužů, hlavně pak 50 – 60letých, pouze však 1 – 2hodiny denně, což je dáno více časem stráveným v hospodě s přáteli a kamarády, či si dát jedno nebo dvě piva po sportu. Na toto ukazuje také to, že konzumaci alkoholu holdují převážně muži a to hlavně pitím piva, ženy preferují víno. Pití černé kávy si dopřává více jak 80% dotazovaných v množství 1 – 4 šálky denně. Více pak ženy, hlavně 50 – 60leté. Největší procento, které má problémy se spaním, zaživačnými problémy, žaludeční nevolností a bolestmi hlavy jsou ženy, převážně pak mezi 50 – 60 lety. Problémy s bolestí zad má skoro 50 procent všech dotazovaných.

## 10.2. Činnosti vztahující se k tělu a fyzické aktivitě

Z výsledků vyplývá, že průměrný čas v týdnu věnovaný intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti se více a častěji věnují muži, a to více než 5 hodin týdně. Nejméně aktivně formují postavu muži mezi 50 – 60 lety, stejně tak ženy mezi 50 – 60 lety nejméně usilují o zvýšení tělesné výkonnosti. S přibývajícím věkem se ze sportu, či jiné fyzické aktivity stává prostředek spíše k odreagování, kontaktu s přáteli a kamarády, rozebrání aktuálních zpráv v televizi, než usilovná snaha ještě se svým tělem něco udělat.

Deodorant používají více ženy než muži, stejně tak dbají na správné držení těla. Ženy se více sprchují a koupou a to 71% dotazovaných denně, naopak nejméně a to několikrát do týdne muži 50 – 60ti letí a to 43%.

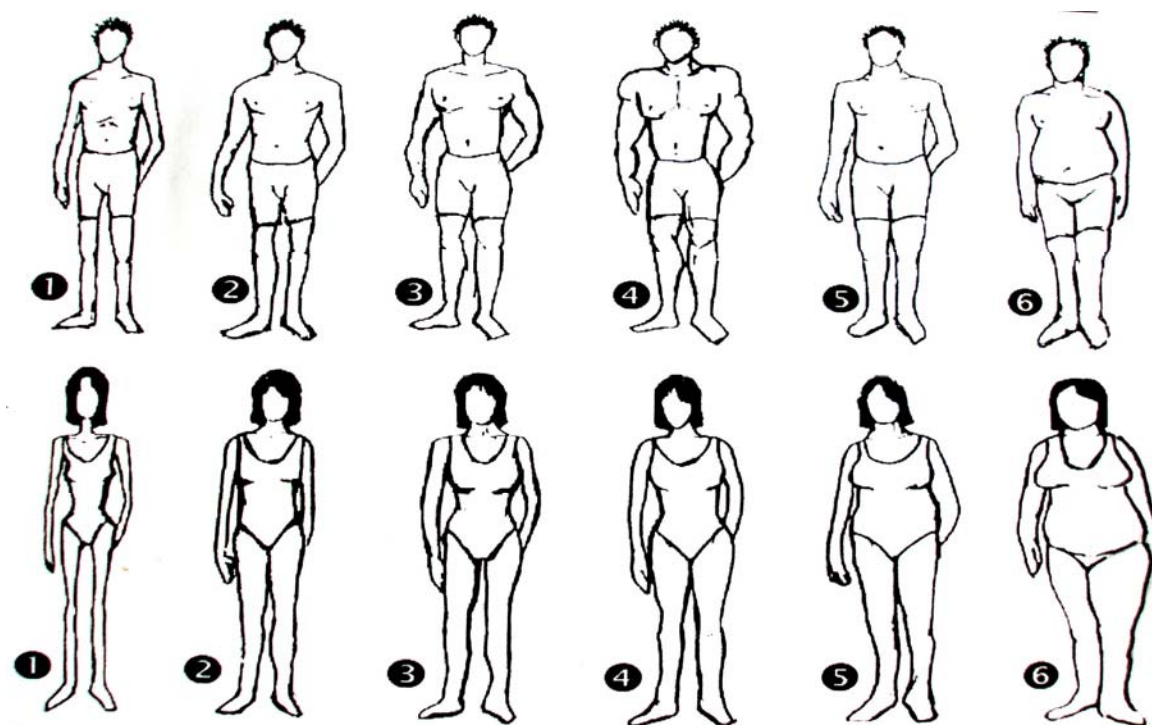
Dále z výsledků vyplynulo, že fyzické aktivitě se věnují nejvíce muži z 50%, a to sportu (volejbal, tenis fotbal, aj.), největší procento žen, a to 73% se věnuje turistice a chůzi. Kondiční programy a jóga jsou oblíbeny pouze u starších žen a to u 45%. Ženy v průměru nedělají nic o víc jak 11% než muži. Organizovanému výkonnostnímu sportu se věnují v menším počtu mladší 40 – 50tiletí občané, naopak nic nedělají ženy v 21,5%. Občasné pohybové aktivitě ženy 50 – 60tileté a neorganizovanému pravidelnému sportu převážně muži 50 -60ti letí. S přibývajícím věkem se mění priority a to hlavně díky fyziologickým limitům, kde se starší aktivní sportovci nemohou rovnat mladším a ustupují do pozadí. Hrají veteránské a super veteránské soutěže proti svým vrstevníkům. To také ukazuje další tabulka, kde se starší občané více věnují rekreačnímu sportu než mladší, kde bylo procento větší u výkonnostního sportu. Ženy sportují více pro zdraví, pro dobrý vzhled, pro pocit celkově se cítit fit a odreagování a to spíše ženy mezi 40 – 50 lety. Mladší občané především pro zlepšení tělesné výkonnosti.

### 10.3. Vztah k vlastnímu tělu (tělo a já - vzhled)

Z výsledků vyplynulo, že nejméně spokojení se svým vzhledem jsou ženy 50 – 60leté. Ženy celkově by nejraději nějaké kilo shodily, mužům je více jedno, co druzí říkají o jejich postavě a při odchodu z domova se dívají méně do zrcadla. Nejvíce starostí se svým vzhledem mají ženy mezi 40 – 50 lety. Muži považují své tělo více za krásné než ženy. Ženy mezi 50 – 60 lety tělo někdy více neposlouchá a obtížněji snáší dlouhodobou zátěž, než u ostatních dotazovaných. Také u této skupiny dotazovaných hraje sexualita nejmenší roli a mají největší strach z vysmívání okolí kvůli svému vzhledu, dále pak mívají více problémy s kontrolováním vlastního těla. Nejvíce pohladí sami sebe ženy 40 – 50leté a také se nejméně vyhýbají tělesným kontaktům. Je zřejmé, že s přibývajícím věkem nelze zastavit projev biologických i fyziologických změn, s kterými se starší občané, převážně pak ženy, vyrovnávají hůře, jelikož u mužů není vzhled na prvním místě. Ženy se honí za vyumělkovanou krásou propagovanou v televizi a pozorují na sobě každou vrásku, která jim přibude.

40 – 50ti letí občané více poznají když jejich tělo není zcela v pořádku. Nejvíce procentuálně byla zastoupena skupina, kde si nemoci občané všimnou při prvních příznacích. Dále jsme vyzorovali, že ženy chodí k lékaři z 50% dotazovaných až s vážnějším onemocněním, jiné větší rozdíly mezi ženami a muži, co se týče podnětu návštěvy lékaře, se nevyskytly. Muži mezi 40 -50 lety vůbec nechodí k lékaři s banálními onemocněními, či jinými potížemi, ženy 50 – 60leté při tělesných obtížích z 73% spolknou prášek s cílem rychlé úlevy, naopak ženy 40 – 60leté se snaží z 44% obtíží zbavit změnou životosprávy.

## Tělesný typ:



Z výsledků jsme vyčetli, že největší procento mužů se blíží k postavě na obr. č. 2 a 5, naopak u žen to byl obrázek 4 a 5, ideální postava pro dotazované je na obr. č. 3 a 2, nejpříťažlivější postavy pro opačná pohlaví je pro muže na obrázku č. 3 a pro ženy na obrázku č. 2. Postava opačného pohlaví představující ideál je pro obě pohlaví na obrázku č. 3. a pro ženy mezi 50 -60 lety na obrázku č. 4.

Jak už bylo zmíněno, většina dotazovaných měla větší hodnotu BMI než je zdravo. S přibývajícím věkem se nikdo z nás neubrání postupnému zakulacování břicha, povadlým bokům, ukládání tukových polštářků do viditelných míst, či jiným fyziologickým změnám. Ideál krásy je viděn jen v televizi, či u operovaných a mnohem mladších žen, tvrdě cvičících mužů mnohdy usilujících o dokonalou postavu pomocí anabolických steroidů, či jiného dopinku. Pomocí pohybu a zdravého životního stylu se proti těmto nepříjemným změnám dá bojovat, bohužel ne zvítězit. To však neznamená, že proto zůstaneme doma zavření a litovat sami sebe v zrcadle.



## 9.4. Sebepojetí , 9.5. Životní spokojenost

Z výsledků vyplynulo, že ženy mezi 50 – 60 lety se více považují za neúspěšného člověka, nemohou dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní, jsou méně hrdé sami na sebe, mají k sobě horší vztah, méně si sami sebe váží a jsou se sebou méně spokojené, než ostatní dotazovaní občané. S přibývajícím věkem starší ženy, až na pár výjimek cítí, že o ně není zájem jako doposud, vidí konkurenci v mladších a žádanějších ženách, mnohdy upřednostňovaných jen díky svému věku a vzhledu. V zaměstnání nevidí budoucnost, a proto se upínají na rodinu, která je v tu chvíli jediné místo, kde se cítí užitečné, avšak i zde mohou čekat mnohá zklamání. Děti již tolik nestojí o jejich starostlivou péči, denní večere a jiné, tak pro ně běžné věci. Manžel se snaží zalíbit v práci nové kolegyni a manželku odsouvá na druhou kolej, ne-li se dokonce rozvede. Cítí-li se samotné, někdy si pořizují domácí zvířata v domnění, že jim vynahradí kdysi živou domácnost.

Z dalších tabulek je patrné, že podmínky života pro ženy 50 – 60 let jsou méně uspokojivé, přesto by žít svůj život beze změny chtěly více než lidé v ostatních skupinách.

Za největší významný okamžik je pro všechny narození dětí či vnoučat, nejvíce pak pro ženy mezi 50 – 60 lety, pro ženy mezi 40 – 50 lety jsou také velmi významnými okamžiky rozvod, či rozchod s partnerem a studium.

Právě narození dětí a poté i vnoučat je hlavní důvod proč ženy, hlavně pak ty starší, by chtěly žít svůj život znovu beze změny, jelikož jim všechny nezdárné okamžiky vynahradí vzpomínky na první krůčky svých dětí, první domácí úkoly ze školy, či příchod s maturitním vysvědčením ze školy. U mužů jsou podmínky života jiné. Cítí-li se muž sám, zajde s přáteli na sport a po něm na pivo do hospody, kde rozebere své problémy jak v rodině, práci, či podnikání. Právě setkávání s kamarády a přáteli, byť jen jednou do týdne, je velmi prospěšné na odreagování a nasbírání sil do dalších dnů života. Je vidět více sportujících kolektivů mužů než žen, jen tak si jít zapinkat volejbal, či si zahrát fotbal, je pro více jak 50% mužů tak samozřejmé, jako si jít ráno vyčistit zuby, naopak jen necelých 20% žen, a to jen mladšího věku, se účastní podobných aktivit.

## 11. Závěry

Na začátku našeho výzkumu, jsme sestavili několik hypotéz, zmíněných v metodologické části. V této závěrečné kapitole diplomové práce se budeme věnovat odpovědím na tyto hypotézy a také potvrzení či vyvrácení našich předpokladů a očekávání.

Pro lepší přehlednost dosažených výsledků, jsme vytvořili souhrnné tabulky s BMI, zdatností (fyzické aktivity, dlouhodobá zátěž), spokojenost se svým vzhledem, životní spokojeností a pohybových aktivit. Uvádíme průměrné hodnoty z jednotlivých položek dotazníku.

### 11.1. Hypotéza č.1

Předpokládáme, že kvalita života s přibývajícím věkem se dá ovlivnit jak pohybem, tak stylem života. Starší aktivní občané jsou spokojenější se svým vzhledem a zdatností, než občané mladší a neaktivní.

Tabulka č. 42. Životní styl.

	aktivní muži			neaktivní muži			aktivní ženy			neaktivní ženy		
<i>životní styl (škál. 1-5b.)</i>	40-50 let	50-60 let	celk.	40-50 let	50-60 let	celk.	40-50 let	50-60 let	celk.	40-50 let	50-60 let	celk.
snášet fyzic. zátěž	2,2	2,5	2,35	2,4	<b>3,1</b>	<b>2,8</b>	2,5	3,6	3,1	3,7	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>
spokojenost se vzhledem	3,4	3,2	3,3	3,2	3	3,1	3,6	<b>2,4</b>	3	2,8	<b>2</b>	<b>2,4</b>
životní spokojenost	4	4,2	4,1	3,8	4	3,9	3,9	3,5	3,7	3,7	3,7	3,7

Z výsledků vyplynulo, že na kvalitu života, neboli životní spokojenost má pohybová aktivita a stejně tak i přibývajícím věkem vliv jen minimální. Mezi dotazovanými se vyskytli i mladí a sportující muži, kteří se cítili hůře než starší a neaktivní a stejně tak se podobné případy našly i u žen. Na kvalitu života má do jisté míry vliv věk i pohybová aktivita, ale stejně tak i mnoho jiných životních okolností, například problémy, či úspěchy v pracovní kariéře, rozvod či nové seznámení s partnerem, úmrtí rodičů, či narození vnoučat a mnoho jiných, jak kladných, tak i záporných věcí v životě. Největší rozdíly u pohybové aktivity a věku byly u fyzické zdatnosti, kde mladší a aktivnější dotazovaní lépe snášeli dlouhodobou fyzickou zátěž a stejně tak byly více spokojeni se svým vzhledem. Větší rozdíl byl pouze u žen mezi 50 – 60 lety. Tyto dva poslední body nám naši hypotézu potvrdily.

## 11.2. Hypotéza č.2

Předpokládáme, že aktivní lidé se zdravým životním stylem budou mít menší BMI, než lidé neaktivní.

Tabulka č. 43. BMI a aktivita.

<i>životní styl</i>	aktivní muži			neaktivní muži			aktivní ženy			neaktivní ženy		
	40-50 let	50-60 let	celk.	40-50 let	50-60 let	celk.	40-50 let	50-60 let	celk.	40-50 let	50-60 let	celk.
BMI	<b>24,6</b>	27,7	26,2	26,6	<b>29,1</b>	27,9	25,4	26,8	26,1	24,7	27,2	25,9

Tabulka s hodnotami viz str. 18.

Tabulka č. 44. BMI a věk.

<i>BMI</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
průměr	25,6	28,4	25,1	26,1	27	25,6
max	32	35	31,5	28,2	35	31,5
min	19,4	22,4	20,6	21,6	22,4	21,6

Tabulka s hodnotami viz str. 18.

Z tabulek jsme vyčetli, že problémy s nadváhou mají všechny skupiny dotazovaných, více však muži než ženy a starší občané než mladší. Přesto pohybová aktivita má zásadní vliv na BMI hlavně u mužů, kde aktivní dotazovaní muži měli celkově menší hodnoty BMI, než muži neaktivní. Mezi dotazovanými byli i jedinci, kteří přes pohybovou aktivitu měli větší BMI než muži neaktivní. U žen byly rozdíly minimální. U mladších neaktivních žen dokonce hodnota BMI menší než hodnota u aktivních žen. U této věkové kategorie žen mají zásadní vliv na ukládání tuků hormonální změny a každé tělo se s nimi vyrovnává jinak. Vliv na BMI nemá jen pohybová aktivita, ale také přibývajícím věkem. U žen i mužů s přibývajícím věkem roste hodnota BMI, metabolismus se zpomaluje a tělo potřebuje celkově méně energie než doposud, ale příjem energie zůstává stejný.

Všechny skupiny dotazovaných s výjimkou žen mezi 40 – 50ti lety nám potvrdily stanovenou hypotézu.

### 11.3. Hypotéza č.3

Předpokládáme, že muži se budou více věnovat aktivnímu životu než ženy a že s přibývajícím věkem u obou pohlaví bude pohybová aktivita ubývat v důsledku zdravotních a fyzických předpokladů.

Tabulka č. 45. Průměrný čas v týdnu věnovaný intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti.

<i>průměrný čas v týdnu věnovaný intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
méně než 1 hodinu týdně	25	25	19	45	25	32
1 -2 hodiny týdně	17	19	31	10	18	20,5
3 -5 hodin týdně	25	19	31	36	22	33,5
více než 5 hodin týdně	<b>33</b>	<b>37</b>	19	9	<b>35</b>	14

Tabulka č. 46. Sport a aktivita.

<i>sport a aktivita (vše v %)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
organizovaný výkonnostní sport	<b>17</b>	6	<b>19</b>	0	11,5	9,5
neorganizovaný pravidelný sport	25	50	38	18	37,5	28
občas jakákoliv pohybová aktivita	50	25	18	<b>64</b>	37,5	41
nedělá nic	8	19	25	18	13,5	<b>21,5</b>

Tabulka č. 47. Tělo a fyzická aktivita.

<i>tělo a fyzická aktivita (škála 1-5 bodů)</i>	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
aktivní formování postavy	2,5	<b>1,9</b>	2,9	2,2	2,2	2,55
usilování o zvýšení tělesné výkonnosti	2,5	2,1	2,8	<b>1,8</b>	2,3	2,3
aktivní cvičení s náčiním (činky, atd.)	1,8	1,4	1,4	1	1,6	1,2

Tabulka č. 48. Fyzické aktivity.

<i>fyzické aktivity</i> * (vše v %)	muži 40-50 (n=21)	muži 50-60 (n=27)	ženy 40-50 (n=24)	ženy 50-60 (n=21)	muži celk. (n=48)	ženy celk. (n=45)
sport (volejbal, tenis, fotbal, aj.)	50	50	19	0	<b>50</b>	9,5
turistika/chůze	42	31	44	<b>73</b>	36,5	58,5
běh	0	6	0	0	3	0
kolo	<b>25</b>	12	7	18	18,5	12,5
plavání	8	0	13	9	4	11
jóga, kond. programy, aj.	0	0	0	<b>45</b>	0	22,5
fitness, aerobik, tanec	8	0	13	0	4	6,5
ostatní	0	0	19	18	0	18,5
nic	8	12	25	18	10	<b>21,5</b>

\* Bylo možné zaškrtnout i více variant

Z těchto tabulek je patrné, že námi stanovená hypotéza je téměř stoprocentně potvrzena, jelikož muži ve všech položkách dotazníku celkově více projevovali zájem o aktivní cvičení, či jinou pohybovou aktivitu. S přibývajícím věkem zájem o pohybové aktivity klesá u žen mnohem více než u mužů, u kterých se jen změnila intenzita a organizovanost.

U jednotlivých respondentů bylo zjištěno, že největší omezení u sportujících mužů mezi 50 – 60ti lety je zdravotní stav. Toto zjištění potvrdilo další část námi stanovené hypotézy.

**Všechny tři námi stanovené hypotézy byly na základě výsledků z vyplněných dotazníku potvrzeny.**

## 12. Použití do praxe

Z výsledků této diplomové práce na téma: „Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace“ lze vyvodit následující závěry pro využití v praxi.

Pohybová aktivita, jež je jedna ze základních složek zdravého životního stylu, je námi sledovanou populací provozovaná v menší míře, než by bylo zdrávo. Lidé, kteří nemají sociální kontakty na skupiny provozující kolektivní sporty, jsou odkázáni sami na sebe. Rozhodnou-li se pro návštěvu sportovního střediska, či jakéhokoliv fitcentra, musí sáhnout hlouběji do kapsy, aby jejich návštěva měla smysl a nechodili od jednoho stroje ke druhému a pod odborným dohledem zatěžovali své tělo tak, jak je pro ně nejzdravější a nejúčinnější.

Bohužel současná nabídka fitcenter nezahrnuje speciální hodiny pro dospělou populaci nebo spíše hodiny pro začátečníky. Lekce zaměřené na zdravotní tělesnou výchovu neoplývají dostatečnou návštěvností, a proto mnohdy bývají rušeny pro jejich neúčinnost.

V současné době je pro ženy nabízen ve všech sportovních centrech a mnohdy i školních tělocvičnách aerobik, step-aerobik, či jiný druh aerobní zátěže. Bohužel mezi cvičícími se téměř nikdy nenajde žádný muž, které naopak můžeme vidět na spininku. Jestliže jedinec nemá k pohybu samotnému kladný vztah, jsou pro něj podobné programy zbytečností.

Nejdůležitější úrovní je zřejmě rodina. Proto nejjednodušší, ale zdlouhavá cesta pro vybudování kladného vztahu k pohybovým aktivitám začíná již od útlého dětství. Dítě přijímá od rodičů všechny zjevné i podvědomé návyky, názory, hodnoty a i samotný přístup ke sportu a jiným pohybovým aktivitám. Aby si rodiče zvykli na pravidelné sportování, uvědomili si jeho význam pro život jedince a mohli tak pozitivně ovlivňovat chování a hodnoty svých dětí je nutné, aby měli k pohybovým aktivitám snadný přístup, který pro malou propagaci často není. Přesto by se dospělé osoby neměly nechat od pohybu odradit a s využitím své fantazie sami i se svými dětmi pravidelně sportovat.

### **Doporučení do praxe shrneme do několika bodů:**

1. zařadit dostatek informací o způsobech korekce tělesných proporcí do vzdělávacího procesu,
2. naučit populaci orientovat se v nabízených službách, seznámit je s názory odborníků, (propagace v médiích by neměla být jen na samotný výrobek, či službu, ale také na vysvětlení základních pojmů a postupů),
3. zlepšit informovanost o jednotlivých aktivitách, vysvětlované jednoduchými a dostupnými prostředky, aby zasáhly co nejvíce osob cílové skupiny,
4. nabízet dostatečné zázemí pro sport (posílení komunální politiky v oblasti tělovýchovy a sportu mládeže i dospělých).

### 13. Použitá literatura

1. BOUCHARD, C. *Physical Activity and Obesity*. Human Kinetics, 2000.
2. COOPER, H. K. *Aerobický program pro aktivní zdraví*. Bratislava: Sport, 1990.
3. DOSTÁL, E. *Běh pro zdraví*. Praha: Olympia, 1981.
4. DOVALIL, J., CHOUTKA, M., SVOBOBA, B., TEPLÝ, Z. *Tělesná výchova a sport na přelomu století*. Praha: in Sborník referátů z národní konference TV a sport na přelomu století, FTVS, 1997.
5. EVERSONOVÁ, C., JACOBSONOVÁ, C. *Bud' fit*. Praha: Ikar, 1996.
6. FIALOVÁ, L. *Body image, jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001.
7. FIALOVÁ, L. *Subjektivní hodnocení vlastního těla*. Praha: TVSM, 64, č. 3, s. 43-45, 1998.
8. FOJTÍK, I. Pohybová aktivita jako součást životního stylu In: TILINGER P., PERIČ, T. (eds.) *Tělesná výchova a sport na přelomu století: sborník referátů z národní konference – Praha 28.11. – 1.12. 1996*. Praha: FTVS, 1997.
9. FOŘT, P. *Výživa a zdraví*. Praha: Česká asociace Sport pro všechny, 1995.
10. FRISANCHO, A. R., *Antropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*. Ann Arbor: University of Michigan.
11. HANUŠ, J., PERGLEROVÁ, M. *Jídlo jako jed, jídlo jako lék*. Praha: Reader s Digest Výběr spol. s. r. o., 1998.
12. HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Columbus, 1997.
13. HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999.
14. HODANĚ, B. *Tělesná kultura - sociokulturní fenomén: východiska a vztahy*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000.
15. HOŠEK, V. Pojetí psychosociálních funkcí pohybové aktivity v kontextu kvality života. In: HOŠEK, V., JANSKA, P. (eds). *Psychosociální funkce pohybových aktivit v životním stylu člověka: sborník z celofakultního semináře společensko vědní sekce FTVS – Praha: 2000*. Praha: FTVS, 2000.
16. HRČKA, J. *Rekreační sport a současný způsob života*. Bratislava: Věda, 1984.
17. JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: IDV PZ, 1991.
18. JEŘÁBEK, J. *Závratě a poruchy ve stáří*. Praha: Galén, 2000.
19. JUNGER, J., KASA, J. *Úvod do sportovní kinantropologie*. Košice: Univerzita P. J. Šafárika, 1996.



20. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Karolinum, 1997.
21. KALVACH, Z. *Vybrané kapitoly z geriatricie a medicíny chronických svalů*. Praha: Karolinum, 1995.
22. KRASNIK, P. *Aktivní dlouhověkost*. Bratislava: Ústav zdravotní tělovýchovy, 1990.
23. KRÍŽ, J. *Jak jsme na tom se zdravím*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997.
24. KUNCZIK, M. *Základy masové komunikace*. Praha: Karolinum, 1995.
25. KVAPILÍK, J. *Zásady zdravého způsobu života*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1981.
26. MALINA, R. M., BOUCHARD, C. *Growth, Maturation and Physical activity*. Texas: University of Texas, Human Kinetics, 1991.
27. MRAZEK, J., FIALOVÁ, L., BYCHOVSKAJA, I. Sport, health and body concepts in central and eastern Europe – Students of physical education in Cologne, Prague and Moscow. *Jurnal of Komparative Physical Education and Sport* XX, 2, 1998, p. 52–62.
28. NEIBRZYDOVWSKI, L. *New chalenges for education psychology*. Łódz: A.C.G.M., 1997.
29. PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997.
30. PAŘÍZKOVÁ, J. *Body fat and Physical fitness*. Praha: Avicenum, 1977.
31. PONDĚLÍČEK, I. *Stárnutí: osobnost a sexualita*. Praha: Avicenum, 1981.
32. ŘEŽÁBEK, R. *Body fitness*. Praha: Ikar, 1994.
33. SHEPHARD, R. J. *Year book of SPORT MEDICINE 1993*. American College of Sports Medicině: Mosby, 1993.
34. SPIRDUSO, W. W. *Physical Dimension of Aging*. Texas: The University of Texas, Human Kinetics, 1995.
35. STUART - HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999.
36. ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum, 2003.
37. TEPLÝ, Z. *Zdraví, zdatnost, pohybový režim: ověřte si svoji kondici*. Praha: Česká asociace Sport pro všechny, 1995.
38. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. Praha: Gradal, 1996.
39. VĚLE, F. *Cvičení a prevence civilizačních chorob*. Praha: Aktivní hygiena, 1980.

## Elektronické zdroje

40. KLAUDYSOVÁ, I. *Jak přestat kouřit* [online]. 2003, <http://www.doktorka.cz>.
41. PROCHÁZKA, Z. *Problémy se spánkem* [online]. 2007, <http://www.idnes.cz>.
42. SKALIČKA, V. *Vliv alkoholu na mozek* [online]. 2001, <http://www.volny.cz>.
43. STEJSKAL, M. *Zdravá výživa* [online]. 2002, <http://www.sweb.cz>.
44. THOMPSON, J. K. *Vnímání těla, kulturistika, kulturní ideál svalnatosti* [online]. 2000, <http://www.bodybuilding.cz>.
45. TOMIK, T. *Shazování přebytečných kilogramů* [online]. 2001, <http://www.volny.cz>.

14. Přílohy  
14.1. Dotazník

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU**



***Dotazník životního stylu pro věkovou skupinu  
40 - 60 let***

*VYPRACOVAL:  
Svatopluk Michal*

*Předložený ANONYMNÍ dotazník obsahuje položky týkající se Vašich pohybových aktivit, zdraví a výživy. Ke skupině otázek jsou předkládány možnosti odpovědí, ze kterých máte vybrat pouze jednu. Prosím, přečtěte si otázky a uvedené možnosti odpovědí pozorně. Neexistují zde žádné správné či chybné odpovědi - správné je to, co odpovídá osobnímu názoru.*

## A) Osobní údaje:

1. Pohlaví     muž     žena

2. Věk                      ..... let

3. Pocházíte z (místo narození):

vesnice     velké město (do 100 000 ob.)

velkoměsto (do 500 000 ob.)     velkoměsto (nad 1 000 000 ob.)

4. Jaké je Vaše vzdělání

základní (vyučení)     maturita     vysokoškolské

5. Rodinný stav:

svobodný     ženatý, vdaná     žiji s druhem, s družkou     rozvedený/á/     ovdovělý/á

6. Počet členů v domácnosti

z toho dětí do 18 let

7. Současná ekonomická aktivita:

zaměstnanec (včetně prac. důchodců)     soukromý podnikatel     studující nebo v učení

v domácnosti, příp. na mateřské dovolené     nezaměstnaný

**Zaměstnání:** (nezaměstnaní nevyplňují)

8. Jaké je Vaše zaměstnání:

převážně duševní práce     duševní i tělesná práce     převážně tělesná práce

těžká tělesná práce

9. V zaměstnání trávíte v průměru:

méně než 8,5 hodiny     8,5 hodiny     více než 8,5 hodiny    kolik? .....h(cca)

10. Jak dlouho Vám obvykle trvá denní cesta do zaměstnání?

méně než 15 minut     15-45 minut     více než 45 minut

11. Jakým způsobem se obvykle dopravujete do zaměstnání:

pěšky     na kole     autem, na motocyklu     MHD, vlak, autobus

12. Máte zaměstnání nebo jinou vedlejší práci, která Vás těší?

ano     ne

## B) Zdravotní stav:

13. Kolik dnů jste byl/a v minulém roce nemocný/á?  
(vyjma úrazů a následné rekonvalescence) ..... dnů
14. Kolik dnů z toho jste musel/a ležet doma v posteli?  
(vyjma úrazů a následné rekonvalescence) ..... dnů
15. Bylo u vás diagnostikováno nějaké chronické onemocnění?  ano  ne
16. Užíváte pravidelně léky na zmírnění chronických obtíží?  ano  ne
17. Máte vysoký krevní tlak?  
 ano, trvale  nyní ne, protože užívám léky  ne  nevím
18. Znáte hodnoty svého krevního tlaku ?  
jestliže ano, uveďte  
systolickou (horní) hodnotu   
diastolickou (dolní) hodnotu
19. Jaká je Vaše krevní skupina? .....  neznám
20. Máte problémy se zrakem?  
 ne  ano, nosím brýle jen občas  ano, nosím brýle pořád
21. Pokud máte problémy se zrakem trvají:  
 už od dětství  po úraze  s přibývajícím věkem se mi zrak zhoršil
22. Slyšíte dobře?  
 ano  ne, omezuje mě to minimálně  ne, potřebuji naslouchátko
23. Pokud máte problémy se sluchem trvají:  
 už od dětství  po úraze  s přibývajícím věkem se mi sluch zhoršil
24. Které z následujících obtíží míváte?  
(je možná volba více variant i uvedení dalších)  
 a) spím neklidně a často se budím  
 b) mívám zažívací problémy  
 c) snadno se unavím  
 d) častěji se cítím celkově slabý/á  
 e) mívám často bolesti hlavy  
 f) častěji cítím žaludeční nevolnost  
 g) častěji mívám bolesti zad  
h) jiné .....
25. Jaká je Vaše výška? ..... cm
26. Kolik vážíte? ..... kg

## Chování související se zdravím:

27. Jak často v současnosti děláte následující věci?

- a) pravidelné návštěvy u stomatologa  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok  
b) pravidelné návštěvy u gynekologa  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok  
c) pravidelné návštěvy u oftalmologa  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok  
d) pravidelné návštěvy u obvod. lékaře  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok

*Přečtěte si prosím uvedená tvrzení a označte odpověď na následující*

**škále: (1)-nikdy, (2)-několikrát za rok, (3)-několikrát za měsíc, (4)-několikrát za týden, (5)-denně**

28. Preventivní příjem léků a vitamínů:      nikdy  1  2  3  4  5 denně

29. Dodržování pitného režimu:              nikdy  1  2  3  4  5 denně

### Alkohol:

30. Konzumace alkoholu:                      nikdy  1  2  3  4  5 denně  
co a jak často? .....

31. Používáte alkohol jako prostředek ke zvládnání životních problémů?

ano  občas  ne

### Odpočinek:

32. Spánek alespoň 7 hodin denně:              nikdy  1  2  3  4  5 denně  
v průměru naspím ..... hodin denně

33. Pociťujete pravidelně denně během práce nebo po práci únavu?

nikdy  1  2  3  4  5 denně

34. Dokážete se snadno uvolnit a odpočívat?       ano  ne  někdy

35. Máte špatný spánek:

ne (výjimečně)  zřídka (t.j. asi 2x měsíčně)  občas (t.j. asi 1-2x týdně)  
 častěji (více než 2x týdně)

36. Máte problémy s usínáním?

ne (výjimečně)  zřídka (t.j. asi 2x měsíčně)  občas (t.j. asi 1-2x týdně)  
 častěji (více než 2x týdně)

37. Používáte léky a jiné prostředky pro uklidnění a pro spaní:

pravidelně denně  občas  nikdy

38. Pobyt na čerstvém vzduchu:              nikdy  1  2  3  4  5 denně

39. Průměrná délka pobytu v bytě, kanceláři(budově) v hodinách za den:(vyjma spánku)

méně než 10 hodin  10 -14 hodin  14 hodin a více

40. Rekreační pobyt mimo město:

jaro:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

léto:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

podzim:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

zima:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

### **Kouření a jiné drogy:**

41. Kouříte v současné době?  nikdy  1  2  3  4  5 denně

42. snažím se přestat?  ano  ne  už jsem přestal/a  
co pro to dělám .....

43. Jestliže ano, od kterého roku svého života? ..... rok života

44. Jestliže ano, kolik cigaret denně? ..... počet cigaret

45. V domácnosti kouří její členové celkem:

nekouří nikdo  kouří 1 -5 cigaret denně  kouří 6 -10 cigaret denně

kouří 11 -20 cigaret denně  kouří ještě více cigaret denně než 20

46. Denně pobývám v zakouřeném prostředí:

zásadně vůbec ne  1-2 hodiny  2-8 hodin  více než 8 hodin

47. Pití černé kávy:

vůbec  denně 1 až 4 šálky  více než 4 šálky

48. Vyzkoušel/a jste někdy drogy?  ne  ano

jestliže ano, které? .....

### **Jídlo:**

49. Pravidelná strava (3-5x denně):  nikdy  1  2  3  4  5 denně

50. "Mlsání" mezi hlavními jídly:  nikdy  1  2  3  4  5 denně

51. Za jak zdravou považujete celkově svou výživu?

nezdravá  1, spíše nezdravá  2, nevím  3, spíše zdravá  4, zcela zdravá  5

52. Pokud se domníváte že vaše strava není zdravá je to z důvodu :(je možná volba více variant)

a) nemám dost peněz  b) nemám dost času

c) jsem na takovou stravu zvyklý/á  d) nevím

f) jiný důvod .....

53. Myslíte, že pro své zdraví děláte dost?  ne  ano

## C) Činnost vztahující se k tělu a fyzické aktivitě:

*Přečtěte si prosím uvedená tvrzení a označte odpověď na následující*

**škále: (1)-nikdy, (2)-několikrát za rok, (3)-několikrát za měsíc, (4)-několikrát za týden, (5)-stále, velmi často**

54. Kolik času průměrně v týdnu věnujete intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti?

(jóga, gymnastika, běh, plavání, rychlá chůze, práce na zahradě, sport, procházky a pod) :

méně než 1 hodinu týdně  1 -2 hodiny týdně  3 -5 hodin týdně  více než 5 hodin týdně

55. Snažím se aktivně formovat svoji postavu nikdy  1  2  3  4  5 stále

56. Usiluji o zvýšení své tělesné výkonnosti nikdy  1  2  3  4  5 stále

57. Necháám se masírovat nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

58. Chodím do sauny nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

59. Dodržuji redukční dietu nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

60. Otužuji se nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

61. Cvičím aktivně s náčiním (činky) nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

62. Odpočívám, relaxuji nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

63. Používám deodorant nikdy  1  2  3  4  5 denně

64. Chodím do solária nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

65. Kontroluji svou hmotnost nikdy  1  2  3  4  5 denně

66. Dbám na své držení těla nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

67. Využívám alternativních přístupů k tělu a ke zdraví (energie minerálů, kineziologie, homeopatie, Silvova metoda...) nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

68. Sprchuji se nebo se koupu  
 několikrát denně  denně  několikrát do týdne  
 1x týdně  méně než 1x týdně

69. Pro své tělo dělám ještě (vypsat) .....



**Další položky se týkají Vašich fyzických aktivit:**

70. Kolik hodin týdně se v současnosti věnujete fyzické aktivitě (sportu, tanci, turistice...) ?  
..... hod/týdně

71. Jakými druhy fyzické aktivity se zabýváte? .....

72. Věnujete se v současné době organizovanému výkonnostnímu sportu?  ne  ano

73. Věnujete se v současné době neorganizovanému sportu?(pravidelně)  ne  ano

74. Od jakého věku se pravidelně věnujete nějaké fyzické aktivitě? ..... rok života

75. Sportoval Váš otec?  nikdy  rekreačně  výkonnostně

76. Sportovala Vaše matka?  nikdy  rekreačně  výkonnostně

*Na dalších řádcích jsou uvedeny důvody, proč se lze věnovat sportu nebo jiné podobné fyzické aktivitě. Do určité míry vystihuje každá odpověď Vás osobně. Máte pět možností odpovědí od té, která Vás vůbec nevystihuje po odpověď plně výstižnou.*

**(1)-rozhodně ne, (2)-spíše ne, (3)-nevím, (4)-spíše ano, (5)-rozhodně ano**

77. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože mě to baví.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

78. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože je to zdravé  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

79. Fyzickým aktivitám se věnuji, abych dobře vypadal/a  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

80. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože mohu být v kontaktu s jinými lidmi.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

81. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože je to v současnosti "in".  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

82. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože chci zlepšit svou tělesnou výkonnost.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

83. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože chci být celkově fit.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

84. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože se chci celkově odreagovat.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

85. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože chci mít sportovní úspěchy.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

86. Jiný důvod. ....

## D1) Tělo a já - vzhled

*Níže uvedené položky se týkají vašeho vzhledu. Rozhodněte se, do jaké míry Vás jednotlivé výpovědi vystihují a přiřaďte jim odpovídající hodnotu. Máte k dispozici škálu pěti odpovědí od té, která Vás vůbec nevystihuje po zcela výstižnou odpověď.*

**(1)-rozhodně ne, (2)-spíše ne, (3)-nevím, (4)-spíše ano, (5)-rozhodně ano**

87. Jsem spokojen/á se svým vzhledem.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

88. často přemýšlím o svém vzhledu, je pro mě důležitý.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

89. Bylo by dobré, kdybych pár kilo shodil/a.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

90. Je věcí náhody, zda člověk dobře vypadá.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

91. Je mi úplně jedno, co druzí říkají o mé postavě.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

92. Ve srovnání s většinou lidí vypadám dobře.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

93. Jsem spokojený/á se svou tělesnou výškou.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

94. Nedělám si příliš starosti se svým vzhledem.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

95. Jsem spokojený/á se svou hmotností.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

96. Dbám na čisté oblečení.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

97. Než odejdu z domova, podívám se ještě jednou do zrcadla.

rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

## D2) Vztah k vlastnímu tělu:

*(1)-rozhodně nesouhlasím, (2)-spíše nesouhlasím, (3)-nevím, (4)-spíše souhlasím, (5)-rozhodně souhlasím*

98. Považuji své tělo za krásné.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

99. Dávám pozor na to, co se v mém těle děje.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

100. Moje tělo mě někdy neposlouchá.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

101. Ve srovnání se svými vrstevníky jsem fyzicky zdatný/á.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

102. Někdy obdivuji své tělo.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

103. Hned poznám, když mé tělo není v pořádku.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

104. Někdy mám dojem, že je mi mé tělo zcela cizí.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

105. Rád/a se pozoruji v zrcadle.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

106. Je pro mě obtížné snášet dlouhou dobu fyzickou zátěž.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

107. Rychle poznám, když nejsem tělesně uvolněný/á

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

108. Jsem spokojen/á se svým sexuálním životem.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

109. Někdy sám sebe pohladím.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

110. Mám své tělo zcela pod kontrolou.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

111. Někdy mám strach, že se mi okolí bude kvůli mému tělu vysmívat.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

112. Vyhýbám se tělesným kontaktům.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

113. Nerad/a se ukazuji nahý/á před cizími lidmi.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

114. Sexualita hraje v mém životě důležitou roli.

rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

*Další otázky se zaměřují na to, jak se vyrovnáváte s tělesnými obtížemi. Vyberte prosím některou z nabízených odpovědí.*

115. Jak poznáte, že jste nemocný/á

- Přesně poznám, kdy v mém těle není něco v pořádku
- Nemoci si všimnu při prvních příznacích
- Nemoci si všimnu, když jsou její příznaky výrazné.
- Příznaky nemoci ignoruji.

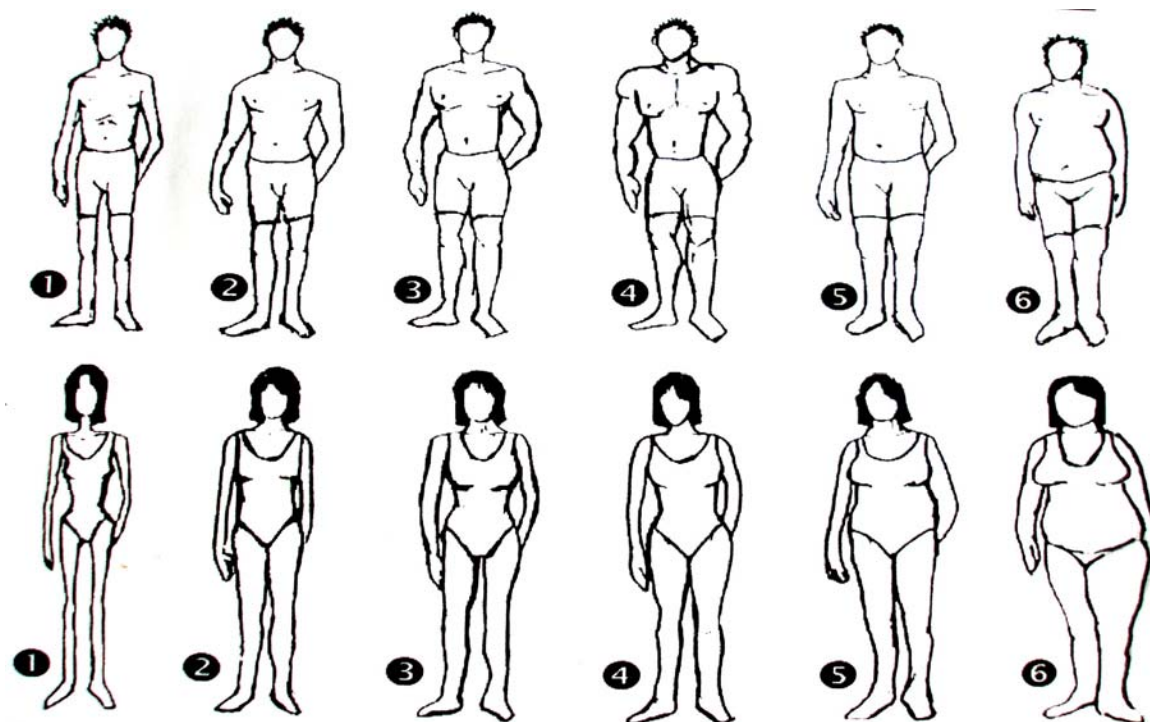
116. Co je pro Vás podnětem k návštěvě lékaře?

- Jakákoliv nemoc či tělesné obtíže
- Lehké onemocnění se snažím zvládnout sám.
- K lékaři jdu jen s vážným onemocněním.
- K lékaři jdu pouze tehdy, když mě přinutí bolest.
- K lékaři zásadně nechodím.

117. V případě tělesných obtíží (např. bolest hlavy, žaludeční nevolnost, potíže s trávením - průjem, zácpa...) nejspíše: (můžete označit více variant)

- Spolknu prášek s cílem rychlé úlevy.
- Přemýšlím o možných příčinách.
- Snažím se potíže zbavit úpravou životosprávy. (kontroluji svou stravu)
- Obtížím nevěnuji pozornost, počítám s tím, že obtíže samy odezní.

**Tělesný typ:**



118. Na obrázku výše vidíte dvě řady mužských a ženských postav. Nejprve se zaměřte na postavy zobrazující osoby Vašeho pohlaví.

a) Napište číslo postavy, která se nejvíce blíží té Vaší. ....

b) Napište číslo postavy, představující Váš ideál. ....

c) Napište číslo postavy, o které si myslíte že je přitažlivá pro druhé pohlaví .....

119. Nyní si prohlédněte postavy opačného pohlaví.

Napište číslo postavy opačného pohlaví, kterou považujete za ideální .....

## E) Sebepojetí:

*Pozorně si přečtete 10 následujících výroků. U každého zvažte, do jaké míry vystihuje právě Vás, tj. do jaké míry pro Vás tvrzení platí či neplatí. Svoji volbu vyznačte na škále: zcela neplatí (1), spíše neplatí (2), spíše platí (3), platí (4)*

120. Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost neméně v takové míře, jako většina ostatních lidí.           vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

121. Jsem vždy náchylný považovat se za neúspěšného člověka.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

122. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

123. Jsem schopný dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

124. Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic zvláštního hrdý.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

125. Mám k sobě dobrý vztah.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

126. Chtěl bych si sám sebe víc vážit.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

127. Jsem se sebou vcelku spokojený.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

128. Občas jasně pocítuji svoji neužitečnost.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

129. Někdy si myslím že jsem naprosto neschopný/á.

vůbec neplatí  1    2    3    4 zcela pravdivé

## F) Životní spokojenost

*Přečtěte si prosím uvedená tvrzení a označte svůj souhlas nebo nesouhlas s ním na následující škále: vůbec nesouhlasím (1), spíše nesouhlasím (2), nemohu se rozhodnout (3), spíše souhlasím (4), zcela souhlasím (5)*

130. Téměř ve všech ohledech se můj život blíží mému ideálu.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím

131. Podmínky mého života jsou uspokojivé.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím

132. Se svým životem jsem spokojený/á  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím

133. Až dosud jsem v životě získal/a důležité věci které jsem chtěl/a.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím

134. Kdybych mohl/a žít svůj život znovu, téměř nic bych nezměnil/a.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím

*Zde prosím napište, významné okamžiky a vrcholy vašeho života, o kterých si myslíte, že ovlivnily Váš život, nejen v kladném slova smyslu.(kariéra, výhry, narození dětí, rozvod, ...)*

.  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .

*Je-li nějaké sdělení, které by jste chtěl/a autorovi napsat, popřípadě doplnit nějakou svojí odpověď v dotazníku, můžete zde:*

.  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .

*Děkuji Vám za spolupráci, trpělivost a čas, který jste strávil/a s vyplňováním tohoto dotazníku.*