

**UNIVERZITA KARLOVA
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Katedra sociálnej a klinickej farmácie**

**ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL ZÁUJEMCOV
O ZDRAVÚ VÝŽIVU
Diplomová práca**

**HEALTHY LIFESTYLE OF PEOPLE
INTERESTED IN HEALTHY DIET
Diploma thesis**

**Vedúca diplomovej práce: PharmDr. Jitka Pokladníková, Ph.D.
Hradec Králové, 2017**

Michaela Ondrášiková

Prehlásenie

„Prehlasujem, že táto práca je mojím pôvodným autorským dielom. Všetka literatúra a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, sú uvedené v zozname použitej literatúry a v práci sú riadne citované. Práca nebola použitá k získaniu iného alebo rovnakého titulu.“

V Hradci Králové dňa 9. mája 2017

Pod'akovanie

Rada by som pod'akovala vedúcej tejto diplomovej práce PharmDr. Jitke Pokladníkovej, Ph.D. za rady, pripomienky a čas, ktorý mi venovala. Ďakujem aj svojej rodine a blízkym za ich pomoc, čas a podporu, s ktorými som vždy mohla počítať.

Obsah

1 Úvod	9
2 Teoretická časť	13
2.1 Teoretické základy zdravého životného štýlu	13
2.1.1 Úvod do problematiky zdravého životného štýlu	13
2.1.2 Analýza pojmu zdravie	14
2.1.2.1 Používanie termínu zdravie neodbornou verejnosťou	14
2.1.2.2 Ponímanie zdravia z odborného hľadiska	14
2.1.3 Koncept zdravého chovania	18
2.1.4 Analýza pojmu životný štýl	19
2.1.5 Zdravý životný štýl, jeho komponenty a odporúčania	21
2.1.5.1 Kategórie zdravého životného štýlu	21
2.1.5.2 Rizikové faktory v rámci zdravého životného štýlu	22
2.1.5.3 Index telesnej hmotnosti	22
2.1.5.4 Inštitucionálna podpora zdravého životného štýlu	23
2.1.5.5 Odporúčania zdravého životného štýlu	25
2.2 Zdravá výživa	27
2.2.1 Úvod k výžive	27
2.2.2 Zložky výživy a výživové odporúčania	27
2.2.2.1 Makronutrienty	27
2.2.2.2 Mikronutrienty	31
2.2.3 Zdravá výživa v každodennom živote	32
2.2.3.1 Faktory ovplyvňujúce stravovanie	33
2.2.3.2 Podpora konzumácie zdravej výživy	34
2.2.4 Prínosy zdravej výživy	35
3 Praktická časť	36
3.1 Metodika	36
3.1.1 Zber dát	36
3.1.2 Nástroj prieskumu	36
3.1.3 Kritériá hodnotenia zdravého životného štýlu	36
3.1.4 Spracovanie a analýza dát	38
3.2 Výsledky	38
3.2.1 Charakteristika súboru	38

3.2.1.1 Pohlavie	38
3.2.1.2 Vek.....	39
3.2.1.3 BMI.....	39
3.2.1.4 Zdravotné ukazovatele respondentov	40
3.2.1.5 Subjektívne vnímanie respondentov	41
3.2.1.6 Doplnky stravy a alternatívna medicína	44
3.2.2 Výživa, životný štýl a ich hodnotenie podľa kritérií zdravého životného štýlu	45
3.2.2.1 Výživa.....	45
3.2.2.2 Fyzická aktivita.....	53
3.2.2.3 Spánok a psychohygiena.....	56
3.2.2.4 Rizikové faktory životného štýlu	58
3.2.3 Súhrnný prehľad výsledkov zdravého životného štýlu.....	61
3.2.4 Štatistické zisťovanie závislosti získaného skóre na rôznych parametroch.....	63
4 Diskusia.....	66
5 Záver	71
6 Zoznam použitej literatúry	72
7 Zoznam použitých obrázkov	79
8 Zoznam použitých grafov.....	80
9 Zoznam použitých tabuliek.....	82

Zoznam použitých skratiek

AMK – aminokyselina

BMI – index telesnej hmotnosti, body mass index

ČR – Česká republika

EÚ – Európska únia

H₀ – nulová hypotéza

H_A – alternatívna hypotéza

MK – mastná kyselina

OVD – odporúčaná výživová dávka

TAG – triacylglycerol

WHO – Svetová zdravotnícka organizácia, World Health Organization

Abstrakt

Zdravý životný štýl záujemcov o zdravú výživu

Katedra sociálnej a klinickej farmácie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

Študent: Michaela Ondrášiková

Vedúca diplomovej práce: PharmDr. Jitka Pokladníková, Ph.D.

Úvod: Problematika zdravého životného štýlu je v posledných rokoch veľmi diskutovanou témou. U záujemcov o zdravú výživu, ako konkrétnej skupiny ľudí, nebola doposiaľ v Českej republike skúmaná.

Cieľ práce: Primárnym cieľom bola celková analýza životného štýlu záujemcov o zdravú výživu a porovnanie získaných dát s odporúčaniami zdravej výživy a zásadami zdravého životného štýlu. Sekundárnym cieľom bol rozbor kvality života a životnej spokojnosti u záujemcov o zdravú výživu, ich psychohygieny a niektorých oblastí ich fyzického zdravia.

Metodika: Dáta na toto prospektívne prierezové dotazníkové šetrenie boli získavané v období od septembra 2012 do júna 2015. Respondenti z radov laickej verejnosti sa zdarma zúčastnili prednášok konaných v rámci vzdelávacieho cyklu zameraného na zdravý životný štýl v projekte Ebstyle na Farmaceutickej fakulte Univerzity Karlovej. Dáta boli vyhodnotené podľa kritérií zdravého životného štýlu a zdravej výživy a spracované v programoch Microsoft Excel a IBM SPSS 19.

Výsledky: Zájemcovia o zdravú výživu mali v porovnaní s bežnou populáciou v ČR lepšie hodnoty BMI, menej zhoršených zdravotných ukazovateľov, častejšie vykonávali fyzickú aktivitu a boli menej často fajčiarmi a konzumentmi alkoholu. Výživové zvyklosti mali zájemcovia o zdravú výživu porovnateľné s populáciou. Pri subjektívnom hodnotení svojho zdravia boli viac kritickí než ľudia v ČR. Štatistickým testovaním bolo potvrdené, že respondenti, ktorí boli spokojnejší so svojím životom alebo so svojím fyzickým zdravím, splňali vyšší počet odporúčaní zdravého životného štýlu. Taktiež bolo potvrdené, že počet splnených odporúčaní nie je závislý na pohlaví respondenta, veku, BMI alebo zhoršených zdravotných ukazovateľoch.

Záver: Zvýšený záujem o zdravú výživu neznamenal u respondentov aj lepšie dodržiavanie konkrétnych odporúčaní. Až $\frac{3}{4}$ respondentov nespĺnili ani polovicu z odporúčaní zdravého životného štýlu. Hlbší výskum s reprezentatívnym súborom respondentov by bol prínosom.

Kľúčové slová: výživa, životný štýl, odporúčania zdravého životného štýlu, zdravie

Abstract

Healthy lifestyle of people interested in healthy diet

Department of Social and Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové, Charles University, Czech Republic

Student: Michaela Ondrášiková

Tutor: PharmDr. Jitka Pokladníková, Ph.D.

Introduction: The issue of a healthy lifestyle has been a highly discussed topic in recent years. It has not been examined in the Czech Republic for persons who are interested in healthy diet, as a specific group of people yet.

Objectives: Primary goal of the thesis was to analyse lifestyle behaviors in persons who are interested in healthy diet and compare the data obtained with healthy eating and healthy lifestyle recommendations. Secondary goal of the thesis was to analyse quality of life, life satisfaction, mental hygiene and some aspects of physical health of persons who are interested in healthy diet.

Methods: Data for this prospective cross-sectional questionnaire survey were obtained in the period from September 2012 to June 2015. Respondents from the general public attended free lectures held in the education cycle, focusing on healthy lifestyle in the project Ebstyle on Faculty of Pharmacy, Charles University. Data were evaluated according to healthy lifestyle and healthy diet criteria and processed in Microsoft Excel and IBM SPSS 19.

Results: In comparison with general population of Czech republic, persons who were interested in healthy diet had better BMI values, less aggravated health indicators, were more physically active and were less often smokers and alcohol consumers. Persons interested in healthy diet had comparable dietary habits with general population. In the subjective assessment of their health, they were more critical than people in the Czech Republic. It was confirmed by statistical testing that respondents who were more satisfied with their lives or physical health, accomplished higher number of healthy lifestyle recommendations. It has also been confirmed that the number of recommendations does not depend on gender, age, BMI or aggravated health indicators of respondent.

Conclusion: Increased interest in healthy diet did not mean even better compliance with specific recommendations among respondents. Up to $\frac{3}{4}$ of respondents did not accomplish half of the recommendations of a healthy lifestyle. Deeper research with a representative set of respondents would be beneficial.

Key words: diet, lifestyle, healthy lifestyle recommendations, health

1 Úvod

Životný štýl človeka je silno ovplyvňovaný dobou, v ktorej jedinec žije a možnosťami, ktoré mu ponúka. Napriek tomu je v silách jednotlivca, aby si vybudoval svoj optimálny životný štýl, ktorý je hlavným faktorom pre jeho správne fungovanie a dobrý stav zdravia. Okrem vlastného vplyvu jedinca na to, aký životný štýl praktizuje, však majú nezanedbateľný dosah aj spoločnosť, výchova, či objektívne limity, ktorými je človek zasiahnutý. (1)

Dodržiavanie zásad zdravého životného štýlu je jedným zo základných aspektov prevencie neinfekčných chronických ochorení, hlavne nadváhy a obezity, diabetu 2. typu, hypertenzie, depresie a ďalších. (2) Efektívne sledovanie rizikových faktorov podieľajúcich sa na vzniku týchto ochorení je možné aj prostredníctvom národných štúdií, ktoré poskytujú relevantné a porovnateľné informácie. (3) Veľký vplyv na prevenciu má tiež zdravotná výchova a edukácia širokej verejnosti. (2) V tomto záujme by farmaceut mal poskytovať poradenské a konzultačné služby, a tak byť súčasťou tímu odborníkov a napomáhať pri udržiavaní a podpore zdravia v populácii. (4) Preto je potrebné, aby mal farmaceut prehľad o súčasnom stave skúmania tejto problematiky.

V štúdiu psychiatrickej kliniky 1. lekárskej fakulty Univerzity Karlovej a Všeobecnej fakultnej nemocnice v Prahe na tému „Stres, depresia a životný štýl“ bolo zistené, že 17 % respondentov sa snaží dodržiavať pravidlá zdravého životného štýlu. Z tých, ktorí trpia depresiami, sa však len 6 % riadi týmito pravidlami. Tiež bolo zistené, že tí opýtaní, ktorí pijú alkohol len príležitostne, trpia menej často depresiami ako tí, ktorí sú úplnými abstinentmi či pravidelnými silnými konzumentmi alkoholu. Výskum bol uskutočnený v roku 2014 a respondentov tvorili pracujúci ľudia z celej Českej republiky (ďalej len ČR) vo veku 25-65 rokov. (3)

Vyššie 70 % respondentov hodnotilo svoje zdravie ako dobré a veľmi dobré v štúdiu EHES 2014. Tá bola realizovaná Štátnym zdravotným ústavom ČR a zameraná na zhodnotenie zdravotného stavu českej populácie vo veku 25-64 rokov a rizikových faktorov, ktoré ho ovplyvňujú. Viac ako polovica respondentov mala nadváhu a navyše až dve tretiny respondentov sa nevenovalo žiadnej fyzickej aktivite. Zaujímavým zistením bolo, že ženy dodržiavali zásady zdravej výživy lepšie ako muži. (2)

V správe o zdraví obyvateľov ČR sa uvádza, že nadváhou a obezitou trpí viac než polovica dospelých populácie ČR. Diabetes 2. typu postihuje okolo 7 % obyvateľov, a to najviac u osôb starších 45 rokov hlavne pôsobením rizikových faktorov nevhodného životného štýlu. Napríklad fajčenie je v posledných rokoch pravidelné až u 30 % populácie. (5)

Štúdia HELEN, ktorá monitoruje zdravotný stav obyvateľov ČR, prebiehala v troch etapách, pričom posledná sa uskutočnila v rokoch 2009 a 2010. Z porovnania výsledkov všetkých troch etáp bolo zistené, že medzi 2. a 3. etapou došlo k nárastu počtu osôb spokojných so svojim zdravím. V 2. etape túto spokojnosť uvádzalo 45 % žien a 47,1 % mužov a v 3. až o 5 % viac žien a o 4,2 % viac mužov. Takisto podiel osôb spokojných so svojim životom v priebehu konania štúdie stúpal. Bol zaznamenaný výrazný nárast uvádzaných alergických ochorení, a to medzi každou etapou. Podiel osôb so zvýšenou hladinou cholesterolu a vysokým krvným tlakom mal v priebehu etáp stúpajúcu tendenciu. Pomerne dlhodobo stabilný trend prevalencie fajčenia zaznamenal počas konania štúdie mierny pokles a viac ľudí kladlo význam na obezitu, stravovacie návyky a fajčenie ako faktory majúce vplyv na zdravie. Negatívnym zistením tejto štúdie bol výrazný pokles počtu osôb vykonávajúcich dostatočnú fyzickú aktivitu a s tým súvisiaci nárast podielu ľudí s nadváhou a obezitou, hlavne v staršej mužskej časti respondentov. (6)

V pilotnom projekte „Hodnotenie životného štýlu laickej verejnosti vo vzťahu ku kardiometabolickému riziku pri metabolickom syndróme“ (4) v Slovenskej republike bolo zistené, že až 90 % opýtaných myslí na prevenciu ochorení a dokonca dve tretiny z nich sa snažia o praktizovanie zdravého životného štýlu. Doplnky stravy užívalo 15 % respondentov, až 74 % opýtaných uviedlo dennú konzumáciu ovocia a zeleniny a pravidelne fyzicky aktívnych bolo 53 % účastníkov tohto projektu. (4)

V nemeckom systematickom prehľade a metaanalýze bolo sledovaných 5 kombinovaných faktorov životného štýlu (konkrétne obezita, konzumácia alkoholu, fajčenie, výživa a fyzická aktivita) na všetky príčiny úmrtí. Bolo zistené, že dodržiavanie zásad zdravého životného štýlu, a to hlavne udržiavanie normálnej váhy, striedma konzumácia alkoholu, žiadne fajčenie, zdravá výživa a pravidelná fyzická aktivita, súvisia s nižším rizikom úmrtnosti. Konkrétne u ľudí, ktorí dodržiavali aspoň 4 z 5 menovaných faktorov podľa zásad zdravého životného štýlu, bolo oproti tým, ktorí mali nezdravý životný štýl, až o 66 % nižšie celkové riziko úmrtia. Taktiež u ľudí, ktorí dodržiavali kombináciu vyššie spomínaných faktorov v zmysle zdravého životného štýlu, sa až o 9 rokov zvyšovala očakávaná dĺžka života pri veku 40 rokov. Bol zistený aj nižší výskyt kolorektálneho karcinómu, rakoviny pankreasu a nižšie riziko koronárnej choroby srdca, mŕtvice, diabetu a demencie u týchto ľudí. (7)

Tieto tvrdenia potvrdzuje aj štúdia, ktorá čerpala dáta z národného prieskumu zdravia a výživy – NHANES a bola zameraná na dospelých respondentov v USA. Sledovala pozitívne pôsobenie troch faktorov životného štýlu, a to vyhýbanie sa fajčeniu, konzumovanie zdravej

výživy a vykonávanie pravidelnej fyzickej aktivity, ktorých dodržiavaním je možné výrazne znížiť predčasnú úmrtnosť. (8)

Rovnako tak štúdia, ktorá pre svoj výskum použila dáta z európskeho prospektívneho výskumu rakoviny a výživy – EPIC - na nemeckej populácii v strednom veku dokladá, že dodržiavanie 4 faktorov zdravého životného štýlu (zákaz fajčenia, BMI<30, vykonávanie aspoň 3,5 hodín fyzickej aktivity za týždeň, zdravá výživa) môže mať vysoký vplyv na prevenciu chronických chorôb ako diabetes, rakovina alebo kardiovaskulárne ochorenia. (9)

Ako je možné vidieť, tematikou zdravého životného štýlu a životného štýlu všeobecne sa zaoberalo už množstvo výskumov. Zámer tejto diplomovej práce je však jedinečný tým, že je cielená na špecifickú skupinu ľudí zaujímajúcich sa nielen o zdravý životný štýl, ale aj konkrétne o problematiku zdravej výživy. V praxi to pre farmaceutov predstavuje viac možností pri bežnej práci vedieť o týchto témach podrobné informácie, konkrétne odporúčania a môcť to zúročiť pri informovaní pacienta. Taktiež sa predpokladá, že sú záujemcovia o zdravú výživu pri návšteve lekárne často viac zvedaví, chcú pre svoje zdravie urobiť čosi navyše, hľadajú alternatívne možnosti a je na schopnostiach a vedomostiach farmaceuta im poskytnúť vhodné informácie.

Na druhej strane vo vzťahu farmaceut – pacient sa často vyskytujú rozdielne predstavy o tom, čo je zdravie, zdravý životný štýl, a ako sa vzájomne ovplyvňujú. Preto je potrebné informovať laickú verejnosť a rovnako aj farmaceutov o tomto silno prepojenom vzťahu. Akýkoľvek dyskomfort nemusí byť nutne dôsledkom choroby, ale môže len signalizovať problém v životospráve a je tak na farmaceutovi túto situáciu rozpoznať a vedieť poskytnúť adekvátnu radu. Niektoré problémy môžu byť vyústením nevhodnej výživy, ktorá je jednou zo základných súčastí životosprávy jedinca. Pre skutočné riešenie problematiky zdravého životného štýlu a zdravej výživy je preto nevyhnutné tieto často používané, no pomerne nejednoznačné pojmy, objasniť a detailne rozobrať. (1)

Primárnym cieľom tejto práce je celková analýza životného štýlu záujemcov o zdravú výživu a porovnanie získaných dát s odporúčaniami zdravej výživy a zásadami zdravého životného štýlu. Sekundárnym cieľom práce je následná analýza kvality života a životnej spokojnosti u záujemcov o zdravú výživu, ich psychohygieny a niektorých oblastí ich fyzického zdravia. V závislosti na uvedených cieľoch boli určené tieto hypotézy:

1HA: Záujemcovia o zdravú výživu, ktorí sú viac spokojní so svojim zdravím, častejšie vykonávajú strednú fyzickú aktivitu.

2HA: Záujemcovia o zdravú výživu, ktorí sú viac spokojní so svojim zdravím, častejšie vykonávajú intenzívnu fyzickú aktivitu.

3HA: Častejšie prežívanie negatívnych pocitov súvisí s praktizovaním psychohygieny.

4HA: Ženy spĺňajú viac odporúčania zdravého životného štýlu.

5HA: Mladší jedinci spĺňajú viac odporúčania zdravého životného štýlu.

6HA: Nižší index telesnej hmotnosti majú častejšie záujemcovia o zdravú výživu, ktorí spĺňajú odporúčania zdravého životného štýlu.

7HA: Zhoršené zdravotné ukazovatele majú častejšie jedinci, ktorí menej spĺňajú odporúčania zdravého životného štýlu.

8HA: Vyšší počet splnených odporúčaní zdravého životného štýlu dosahujú záujemcovia o zdravú výživu, ktorí sú spokojnejší so svojím životom.

9HA: Vyšší počet splnených odporúčaní zdravého životného štýlu dosahujú záujemcovia o zdravú výživu, ktorí sú spokojnejší so svojím fyzickým zdravím.

10HA: Vyšší počet odporúčaní zdravého životného štýlu dosiahli respondenti, ktorí užívali doplnky stravy alebo metódy alternatívnej medicíny.

2 Teoretická časť

2.1 Teoretické základy zdravého životného štýlu

2.1.1 Úvod do problematiky zdravého životného štýlu

Zdravý životný štýl sa dostal do centra odborných diskusií približne v druhej polovici 20. storočia. Samotný dôvod začiatku zvýšenia záujmu o problematiku zdravého životného štýlu a životného štýlu všeobecne je však možné datovať ešte o niekoľko dekád skôr pred industrializáciou modernej spoločnosti. Akokoľvek sa súčasná spoločnosť od dôb industrializácie posunula ďalej, neustále zrýchľovanie spoločnosti, dôraz na vyššiu a zároveň lacnejšiu produkciu či fyzicky menej náročný život zapríčiňujú, že skúmanie zdravého životného štýlu je aj dnes jednou z ústredných tém každodenných diskusií medzi odborníkmi z akademického či lekárskeho prostredia. Zmienené procesy totiž spôsobili, že vo väčšine industrializovaných národov dnešnej doby, ako uvádza Berger a Walker, došlo k zmene v hlavných príčinách chorôb a úmrtí. Posun nastal od prenosných chorôb k chronickým, ktoré sú silno viazané k praktizovanému životnému štýlu. (10) Podobne hovoria aj štatistiky Svetovej zdravotníckej organizácie (World Health Organization, ďalej len WHO), ktoré ukazujú, že riziko vzniku neprenosných chronických chorôb, ktoré sú považované za hlavnú príčinu úmrtí vo svete, je významne ovplyvňované životným štýlom. (32)

Téma zdravého životného štýlu však nie je bodom záujmu len pre odborníkov, ale je živo diskutovaná aj medzi laickou verejnosťou. Je možné sa o nej dočítať v denníkoch či časopisoch, bežne je prezentovaná v rádiu aj v televízii, dokonca je možné zmienky o nej započuť aj v každodenných diskusiách. Čo je však možné chápať pod pojmom zdravý životný štýl? Aj napriek tomu, že táto otázka znie zdanlivo triviálne, pri hlbšom zamyslení vznikne množstvo rôznych definícií. Tie sa vo výsledku nemusia vôbec zhodovať, dokonca si môžu aj odporovať. Táto nejasnosť sa však netýka len bežného ponímania zdravého životného štýlu, ale aj vedeckého diškurzu. Na to upozorňujú už zmieňovaní Berger a Walker, ktorí si všimajú, že vymedzenie zdravého životného štýlu sa pohybuje od veľmi úzkeho, t. j. vyhýbanie sa zlým zdravotným návykom, po veľmi široké, kde je zahrnuté kompletne chovanie, ktoré môže mať vplyv na zdravotnú kondíciu. (10) Navzdory tomu, že sa táto situácia zlepšuje a vedci sa snažia o presnejšiu konceptualizáciu pojmu, stále nedochádza k úplnému konsenzu. (10) Preto v tejto kapitole budú vymedzené charakteristiky tohto fenoménu a bude prezentované, v čom sa ľudové chápanie líši od odborného.

Koncept zdravého životného štýlu nemá jednotný význam, často je používaný odlišne. (10) Z tohto dôvodu bude hlbšie analyzovaný pojem zdravý životný štýl a jeho hlavné zložky, ktorými sú zdravie, zdravé chovanie a životný štýl. Vymedzenie týchto súčastí pomôže pri objasnení samotného konceptu zdravého životného štýlu.

2.1.2 Analýza pojmu zdravie

Ani termín zdravie sa nevyhýba niektorým nejasnostiam spojeným s jeho používaním. Nezhody pri snahách o definíciu zdravia sú pomerne bežným javom. Deje sa tak preto, že na zdravie je možné nahliadať z rôznych uhlov pohľadu. Z medicínskeho, duchovného, sociálneho, ekonomického a mnohých ďalších. Rovnako tak je možné na zdravie pozeráť z kvantitatívneho hľadiska, to znamená, aký dlhý je niečí život, či z pohľadu kvalitatívneho, čo značí, ako hodnotný a naplnený život človek žije. (11)

Všeobecne je zdravie považované za ideálny stav, nedá sa objektívne zmerať (12) a ako také závisí na rôznych faktoroch, ako sú životný štýl, genetika, životné prostredie, pracovné podmienky, socioekonomický status, vzdelanie alebo dostupnosť zdravotnej starostlivosti (44). Ciest k udržiavaniu a zveľaďovaniu zdravia je niekoľko. Od pravidelných lekárskeho prehliadok, cez dodržiavanie správnych hygienických zásad až po životný štýl, ktorý je väčšina jedincov schopná sama pozitívne ovplyvniť. Je nevyhnutné si uvedomiť, že zdravie je náš životný kapitál a z veľkej časti záleží práve na nás, ako sa o neho budeme starať.

2.1.2.1 Používanie termínu zdravie neodbornou verejnosťou

Laická verejnosť najčastejšie chápe zdravie ako stav, keď človek nie je chorý, netrápia ho zdravotné problémy, nepocítiťuje symptómy žiadneho ochorenia a cíti sa fyzicky v poriadku. Toto chápanie sa javí ako dosť subjektívne, založené na vlastných vnútorných pocitoch jednotlivca. Každý reaguje na bolesť alebo iné zdravotné ťažkosti individuálne, má iný prah bolesti, iné vnímanie, prežívanie. Ústredným bodom je často práve tá fyzická stránka a neprítomnosť problému.

2.1.2.2 Ponímanie zdravia z odborného hľadiska

V odbornom ponímaní zdravého životného štýlu panuje do určitej miery pojmová nezrovnalosť. Podobné je to i pri samotnom pojme zdravie. WHO, najuznávanejšia autorita v oblasti zdravotníctva, charakterizuje zdravie ako: „...stav kompletnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody...“ (13), ktorý umožňuje viesť produktívny život. WHO naopak odmieta, že by bolo len neprítomnosťou choroby či slabosti. (13)

Koncept zdravia má aj ďalšie hľadiská. James L. Larson, ktorý je autorom článku *The Conceptualization of Health* (Konceptualizácia zdravia) uvádza, že existujú 4 koncepčné modely zdravia. Prvým je medicínsky model, ktorý sa asi najviac približuje ľudovému chápaniu zdravia. Definuje ho ako absenciu choroby alebo zdravotnej neschopnosti. Nie je úzko spätý len s fyzickým, ale taktiež zahŕňa aj mentálne zdravie. Je úzko zameraný na ochorenie ako také a zdravotnú neschopnosť. V dôsledku toho sa zaoberá hlavne ich príčinami, prevenciou a liečbou. Problémom v tomto medicínskom modeli však je, že jedinec môže trpieť symptómami a byť bez diagnostikovaného ochorenia. Rovnako ako môže mať stanovenú diagnózu a necítiť sa byť chorým. Napriek tomu tento model bol veľmi nápomocný vo vývine medicínskych vied a bol hlavným hnacím motorom v medicínskych výskumoch v USA aj celosvetovo. (11)

Druhým je už vyššie spomínaný WHO model, ktorý kladie dôraz na kompletnú fyzickú, duševnú a sociálnu pohodu. Aj na základe tohto prístupu k zdraviu sa medicína začala viac zaoberať jednotlivcom ako sociálnou bytosťou, ktorej zdravotný stav je ovplyvňovaný spoločenským chovaním a vzťahmi. Práve sociálne zdravie, ktoré môže byť kolektívne alebo individuálne, je menej bežné a jasné ako telesné či duševné zdravie. Kolektívne sociálne zdravie je v úzkom vzťahu so socioekonomickými faktormi, a to hlavne s ekonomickou prosperitou. Individuálne sociálne zdravie je založené na vzťahoch jedinca k spoločnosti a na tom, ako dokáže vychádzať s inými ľuďmi aj s nadriadenými autoritami. Larson uvádza, že aj vo WHO modeli sú známe námietky voči definícii zdravia. To najmä z pohľadu, že z tejto definície vychádza zdravie ako akýsi ideálny stav, ktorému sa môžeme priblížiť, ale len ťažko ho úplne dosiahnuť. Rovnako ako stav kompletnej pohody nie je možný, pretože každý má nejaký nedostatok vo svojom zdraví. Taktiež fyziologický stav je možné skoro presne definovať, ale to isté sa už nedá pri stave sociálnom. Nehovoriac o tom, že pohoda ako taká sa ani presne definovať nedá. Aj napriek týmto kritikám Larson pripúšťa, že WHO definícia je najkomplexnejšia, a preto celosvetovo najpoužívanejšia. (11)

Ďalším, modernejším, je wellness model, ktorého podstatou je zveľadovanie a pestovanie zdravia. Podľa tohto modelu zdravie predstavuje optimálnu spôsobilosť na žitie naplneného, plodného a produktívneho života, schopnosť a silu na prekonanie chorôb. Zdravie a choroba sú v tomto modeli dve samostatné dimenzie a nie len protiklady. Poukazuje na to najmä situácia, kedy človek nemá diagnostikovanú konkrétnu chorobu, ale jeho zdravie nie je v dobrej kondícii a sám sa necíti byť zdravým. Naproti tomu človek môže prekonávať menšie ochorenia, ale byť a cítiť sa zdravý. Podľa wellness modelu je zdravie veľkou mierou ovplyvňované osobnými pocitmi – mierou energie, pohodlia a schopnosťou podávať výkony.

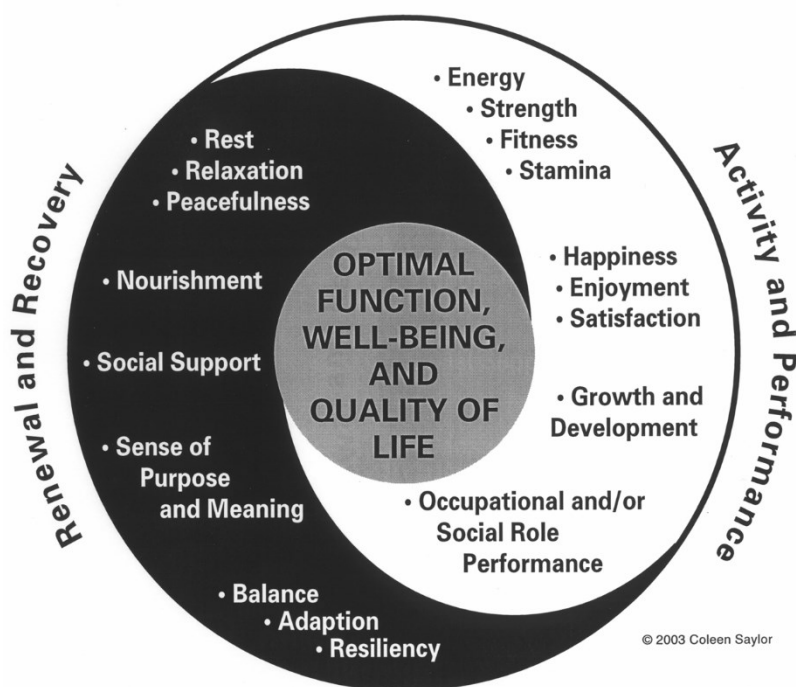
Dôraz kladie na úzku spojitosť medzi telom a myslou. Pri zveľaďovaní zdravia je hlavná snaha o lepšie fungovanie organizmu, vyšší životný komfort, energiu a vzájomný súlad tela, mysle a duše. Nezanedbateľný je vplyv správnych stravovacích návykov, pravidelného pohybu a predchádzanie pôsobenia stresu na zdravie. Problémom v tomto modeli je, že subjektívne pocity sú len veľmi ťažko merateľné. Napríklad pri zisťovaní miery súladu mysle, tela a duše veľmi záleží na veku respondentov či na kultúrnych súvislostiach. V dôsledku toho, že definícia zdravia podľa wellness modelu zahrňuje aj šťastie či kvalitu života, tak človek môže byť podľa medicínskeho modelu úplne zdravý, ale na základe tohto wellness modelu mať nízku kvalitu života a cítiť sa nešťastný. Navzdory týmto nedostatkom wellness model prispieva k zdôrazňovaniu dôležitosti zveľaďovania pozitívnych stránok života v záujme dobrého zdravia. (11)

Štvrtý model podľa Larsona predstavuje model environmentálny. Tu je zdravie individuálnou adaptáciou na fyzické a sociálne prostredie. V praxi to znamená schopnosť organizmu udržiavať sa v rovnováhe s prostredím bez zbytočnej prehnanej bolesti, nepohodlia alebo neschopnosti. K predchádzaniu akejkoľvek nerovnováhy je vždy namieste podpora zdravia. Tá môže byť praktizovaná cieľenou výchovou k zdraviu, zlepšovaním imunity či znižovaním zdravotných rizík. V tomto modeli je možné vidieť aj vzájomnú prepojenosť s wellness modelom pri ich kladení dôrazu na nevyhnutnosť rovnováhy a zveľaďovanie zdravia. Aj na environmentálny model však Larson uvádza kritiky. Rovnako ako pri wellness modeli je hlavným problémom merateľnosť miery zdravia a tiež to, že definícia tohto modelu je značne obširná a nie úplne jednoznačná. (11)

Podľa týchto štyroch koncepčných modelov je nevyhnutné na zdravie nazerať veľmi komplexne. Pri ich pochopení a vhodnom kombinovaní sa posilňujú vyhliadky na zlepšovanie medicínskych výsledkov a kvality poskytovanej starostlivosti.

Iným, čiastočne alternatívnym spôsobom charakteristiky zdravia, je tzv. Kruh zdravia (The Circle of Health), ako je znázornené v obrázku č. 1. Z rovnomenného článku, ktorého autorkou je Coleen Saylor, vyplýva koncepčný model s rozšírenou definíciou zdravia, ako základom pre holistické a konvenčné zdravotné stratégie. Uvádza, že súčasný pohľad na zdravie je založený hlavne na medicínskom modeli, v ktorom sú myseľ a telo dva odlišné funkčné celky. Ako nedostatok spomína tiež len západný pohľad na zdravie a chorobu, kde telesné, emocionálne a sociálne zložky sú vnímané nezávisle na sebe. (14)

THE CIRCLE OF HEALTH



Obrázok č. 1: Kruh zdravia (14)

Kruh zdravia vyjadruje celostnú definíciu zdravia. Zahŕňa koncepciu rovnováhy, harmónie a súladu tela a duše. Tieto zložky sú potom pridružené k tradičným západným predstavám o optimálnych telesných, mentálnych, spirituálnych a sociálnych funkciách, pohode a kvalite života. Tento model v sebe ukrýva aj ideu rovnováhy, energetických systémov a zjednotenie na úrovni tela a duše. (14)

Celý kruh je navrhnutý podľa symbolu tradičnej čínskej medicíny, ktorý predstavuje rovnováhu a harmóniu medzi dvomi opačnými a doplňujúcimi sa silami jin a jang. Jin je tmavá časť kruhu, ktorá symbolizuje chlad, pasivitu, skrytosť. Jang – svetlá polovina kruhu - predstavuje teplo, aktivitu, jasnosť. Tieto dva póly nemôžu existovať jeden bez druhého tak, ako nemôže byť deň bez noci alebo spánok bez bdlosti. Podľa tradičnej čínskej medicíny rôzne stránky ľudského tela zodpovedajú jinu a jangu a na rovnováhe a harmónii medzi týmito dvomi dynamickými silami závisí aj ľudské zdravie. Pri ich nerovnováhe vznikajú fyziologické symptómy alebo choroby a sú nutné zodpovedajúce intervencie na obnovenie a udržanie rovnováhy. (14)

Centrálny šedý kruh je súčasťou tmavej aj svetlej časti celého kruhu. Znázorňuje zdravie ako optimálnu činnosť, pohodu a kvalitu života. Optimálna činnosť sa očakáva od nasledujúcich aspektov zdravia. Sú to majoritné objektívne fyzické funkcie ako krvný tlak, denzita kostí, krvný obraz, pohybové schopnosti atď. Nasledované sú väčšinou subjektívnymi mentálnymi, t. j. emocionálnymi a intelektuálnymi funkciami. Ďalším očakávaným aspektom

sú optimálne duševné funkcie ako viera, hodnoty, náboženské vyznanie. Na záver sú to aj sociálne funkcie, ako schopnosť nadväzovať a udržiavať vzťahy a zaujímať životné roly, ktoré môžu byť manželské, rodičovské, priateľské či zamestnanecké. Pod pohodu a kvalitou života sú zahrnuté podobné aspekty, a to fyzické, psychologické, duševné a sociálne. Sú odzrkadľované subjektívnym vnímaním, úsudkom a očakávaniami jednotlivca od jeho zdravia. Šedý kruh zároveň symbolizuje, že aktivita/výkon a obnova/zotavenie, uvedené po ľavej a pravej strane celého kruhu, sú nevyhnutné pre zdravie a sú súčasťou danej pohody a kvality života. (14)

Vo svetlej a tmavej časti sú zmienené jednotlivé aspekty, ktoré definujú zdravie celostne. V jangovej, svetlej časti, sú nimi energia, sila, kondícia, vytrvalosť, šťastie, pôžitok, spokojnosť, rast a vývoj, pracovné a/alebo spoločenské poslanie a výkon. Tmavá jinová časť obsahuje odpočinok, regeneráciu, mierumilovnosť, výživu, sociálnu podporu, cieľavedomosť, rovnováhu, adaptáciu a životaschopnosť. Tieto zložky predstavujú ciele, podľa ktorých sa môže jednotliviec orientovať, a tak doplňovať a zveľaďovať svoje zdravie. Napríklad sa môže zamerať na to, aby v záujme udržania rovnováhy medzi súkromným a pracovným životom viac odpočíval a regeneroval svoje sily, alebo aby pre lepšiu fyzickú zdatnosť pridal v cvičení. Z toho vyplýva, že holistická definícia zdravia upozorňuje a podnecuje k rozšíreniu rámca pozitívneho a príjemného chovania. Udáva nám tak dôležitý základ pre podporu zdravia pomocou komplementárnej a alternatívnej medicíny. Využíva sa to ako v stratégii znižovania výskytu ochorení, tak aj pri zlepšovaní zdravia a príznakov chorých jedincov. Je to teda relevantné pre tých, ktorí sú chorí, ale aj pre zdravých ľudí. (14)

2.1.3 Koncept zdravého chovania

Idea zdravého chovania bola po prvýkrát predstavená autormi Kaslom a Cobbom, ktorí chápali zdravé chovanie ako: „akúkoľvek aktivitu vykonávanú jedincom presvedčenom o svojom zdraví, ktorá má za účel ochrániť ho pred chorobou či rozpoznať chorobu v jej asymptomatickom štádiu“. (15) Od tejto prvotnej predstavy prešiel koncept zdravého chovania značnými zmenami. Niektorí sa zaujímali čisto len o chovanie, iní definíciu rozširovali aj o kognitívne komponenty. Napríklad Gochman definoval zdravé chovanie ako: „osobné atribúty, ktorými sú napríklad presvedčenie, očakávanie, motívy, hodnoty, vnemy a iné kognitívne elementy, osobnostné charakteristiky vrátane afektívnych stavov a rysov a zjavné vzorce chovania, akcií a zvykov, ktoré sa viažu k udržiavaniu, obnovovaniu a zlepšovaniu zdravia.“ (16) Zdravé chovanie tak v tomto ponímaní uniká predpokladom čistého behaviorizmu, ale skúma aj mentálne stavy a obsahy.

Aj napriek tomu, že bola idea zdravého chovania pôvodne spojovaná len so zdravými jedincami (15), od tejto doby bola jej dôležitosť zaznamenaná aj pre chronicky chorých ľudí. Súčasná literatúra najčastejšie chápe zdravé chovanie ako aktivity pre zvyšovanie zdravia a zlepšovanie fyzickej a mentálnej kondície. (10) Nejedná sa však len o preventívne aktivity, ale predovšetkým o aktivity spojené s podporovaním zdravia jedinca. Z uvedeného vyplýva, že je nutné chápať zdravie ako komplexný stav zlučujúci mnoho aspektov. Zdravé chovanie je preto nutné rovnako tak chápať holisticky, čím sa výrazne viaže k téme životného štýlu. Zdravé (či naopak nezdravé) chovanie je totiž takmer vždy neoddeliteľnou súčasťou životného štýlu, a ako také musí byť aj analyzované. (10)

2.1.4 Analýza pojmu životný štýl

V bežnej populácii skoro každý vie odpovedať na to, čo si predstavuje pod pojmom životný štýl. Nemusí to byť vôbec výstižná definícia alebo charakteristika, skôr je to len subjektívne vnímanie a pocity. Ľudia to dokážu jednoducho vyvodiť zo zvyklostí každodenného života a toho, čo si sami predstavujú, že ho tvorí. Následne nie je veľmi zložité uviesť konkrétne príklady. Pre niekoho je jeho životným štýlom hudba. Ráno s ňou vstáva, večer zas líha. Nemusí sa jednať len o muzikanta, profesionála. Môže to byť len bežný hudobný konzument či laik. Takéto vyjadrenie je obvyklé u dospievajúcej mládeže. Má skoro 24 hodín denne slúchadlá s hudbou v ušiach a je často dosť obtiažné s ňou nadviazať normálny rozhovor. Domnieva sa, že práve hudba je jej životným štýlom, v nej nachádza možnosti svojho vyjadrenia, v nej si vytvára názory a životné hodnoty. K hudbe sa uchýľuje, keď prežíva životné sklamanie, neúspechy v láske, rozpory v rodinnom živote, ale aj najväčšie šťastie a zdary. Podobný príklad by sa dal vyjadriť pomocou športu. Niektorí ľudia ním doslova žijú. Nevedia si predstaviť, čo robiť, keď ich postihne nejaké zranenie alebo obmedzenie vo vykonávaní športovej činnosti. Cítia sa nenaplnené, nemôžu sa dostatočne realizovať.

Vymenovávanie podobných činností ako prostriedkov životného štýlu v ľudovom ponímaní by mohlo pokračovať skoro neobmedzene. Zahrňovalo by určite literatúru, gastronómiu, vedu, umenie, atď. Tieto príklady však slúžia hlavne k zovšeobecneniu a predstave o tom, čo znamená pre množstvo bežných ľudí životný štýl. Prispôsobujú alebo dokonca podriaďujú svoj život nejakej záľube.

Uvádzaný pohľad je však pomerne zjednodušený, pretože životný štýl je komplexným fenoménom, ktorý v sebe zahŕňa množstvo aspektov. Preto je dôležitý názor na životný štýl vychádzajúci z vedeckých kruhov.

Medzi prvými sa na prelome 19. a 20. storočia pojmom životný štýl hlbkovo zaoberal rakúsky psychológ Alfred Adler. Z jeho pohľadu bol životný štýl akýmsi obranným

mechanizmom, vzorcom správania, ktorý jedinec prijímal už v mladom veku, slúžiacim na zamaskovanie fyzickej slabosti. Taktiež britský lekár Walter Langdon-Brown tvrdil, že štýl života je len chorobná fantázia pacientov, symptóm rôznych druhov ochorení, ktorú používali pre maskovanie určitého osobného zlyhania. Ďalší medicínski odborníci skúmali spojitosť medzi fyzickými a psychickými ochoreniami, a práve životný štýl sa stal jednou z používaných diagnostických metód. (17) Tu už môžeme pozorovať spojenie zdravia, zdravého chovania a životného štýlu.

Z odborného hľadiska je možné životný štýl charakterizovať ako modely chovania, ktoré rozlišujú ľudí. Napomáha dávať zmysel tomu, čo ľudia robia, prečo to robia a čo to znamená pre nich aj ostatných. Je súčasťou každodenného spoločenského života v modernej spoločnosti. Je súborom vzorcov postupov a vzťahov, ktoré závisia na forme kultúry, používaní vecí, mieste a čase a je charakteristický pre istú skupinu ľudí. (18) Je preto evidentné, že laický pohľad sa až tak nelíši od toho odborného. Nutné však je byť precíznejší a zmieniť rôzne pohľady a aspekty, ktoré životný štýl v sebe ukrýva.

Pojem životný štýl zahrňuje hmotné a nehmotné faktory. K prvej skupine sa radí demografický profil človeka, to, odkiaľ pochádza, kde sa narodil, vyrastal, žil. K nehmotným faktorom patria psychologické aspekty ako osobné hodnoty a preferencie. Pre porovnanie, iný životný štýl vedú ľudia z mesta ako ľudia z vidieka. Obyvatelia horských miest majú bližšie k zimným športom a turistike, tak ako obyvatelia prímorských oblastí zase k plávaniu či surfingu. (19) Tieto hmotné a nehmotné faktory životného štýlu si sú značne blízke a previazané.

Sociológia delí životný štýl na dve úrovne. Prvou je individuálny životný štýl, pri ktorom jednotlivec vedie stabilný spôsob života a jeho prvky sú v spoločnej harmónii a pramenia z jednotného základu. Tento stav potom prestupuje všetkými jeho vzťahmi a činnosťami, ktoré vykonáva. Jednotlivec je však nútený reagovať a zaujímať stanovisko k meniacim sa podmienkam svojho života, s ktorými sa musí vyrovnávať. Sú to najmä demografické, sociálne, kultúrne a technické podmienky. (18) Tu sa nachádza aj istá spojitosť s rozdelením životného štýlu na hmotné a nehmotné faktory, ktoré je uvedené vyššie. Na tieto podmienky si jednotlivec utvára vlastný názor, zaujíma k nim postoj podľa toho, aký pre neho môžu mať prospech, a na základe toho si prispôbuje svoj vlastný životný štýl.

Druhou úrovňou je skupinový životný štýl, charakteristický hlavne pre profesionálne skupiny ako športovci, muzikanti, lekári atď. Typický pre neho je generalizovaný spôsob života, jeho špecifické spoločné znaky, ktoré sú charakteristické pre majoritný podiel členov danej skupiny. (18) Neznamená to však, že skupinový životný štýl je exkluzívny, lebo lekár

môže byť zároveň športovec alebo hudobník. Je to ale nápomocný ukazovateľ pri charakterizovaní životného štýlu.

Vyššie uvedené poznatky sa prejavujú aj v praktickom živote, čo je možné si všimnúť pri pozorovaní správania jednotlivca v spoločnosti. Je dobrým znamením, že sa pomaly stiera pomyselná hranica medzi tým, čím sa jedinec chce vymedzovať a svoj spôsob života tým odlíšiť od iných, a medzi tým, čo v skutočnosti každý deň robí. Kým ešte donedávna ľudia chceli žiť viac ekologicky či s väčším ohľadom k prírode, životný štýl ich akoby nútil k primárne konzumnému spôsobu života a k tomu, aby produkovali stále viac a viac. Takže nežili úplne podľa svojho presvedčenia. V súčasnom životnom štýle 21. storočia, ktorý sa označuje aj ako zelený, sa jedinci, ktorí ho vyznávajú, snažia sa žiť podľa presvedčenia, v ktorom spotrebovávajú menej prírodných zdrojov a produkujú menej nebezpečného odpadu. Tým pádom zanechávajú po sebe na svete menšiu ekologickú stopu. (19) Takto je ich životný štýl v súlade s prírodou, ktorú nepoškodzuje. Avšak naproti tomu ešte stále stojí jeho protiklad, ktorý je charakterizovaný konzumným správaním bez ohľadu na ekológiu či udržateľnosť a určite to zaberie ešte veľa námahy a intervencií k zlepšeniu tohto stavu. Životný štýl je preto taktiež otázkou hodnôt a presvedčenia, rovnako ako aj samotného chovania.

2.1.5 Zdravý životný štýl, jeho komponenty a odporúčania

Syntézou týchto pojmov – zdravie, zdravé chovanie a životný štýl – je možné dospieť k predstave, ktorá naznačuje, že zdravý životný štýl sú vzorce chovania, hodnotový súbor jednotlivca a spôsob jeho života, ktoré majú vedome viesť k dobrému fyzickému i psychickému stavu človeka, ktorý ho praktizuje. Zdravý životný štýl nesporne pozitívne ovplyvňuje zdravie človeka, čo má za následok zvýšenie kvality a dĺžky života a zníženie hrozby vzniku chorôb. Toto je dosiahnuté uvedomelým znižovaním zdravotných rizík životného štýlu, ktorý má na zdravie vplyv až z 50 %. (2) Štátny zdravotný ústav Českej republiky uvádza, že až 80 % prípadom predčasných úmrtí na civilizačné ochorenia by bolo možné predchádzať správnym praktizovaním zdravého životného štýlu. (20)

2.1.5.1 Kategórie zdravého životného štýlu

Ako bolo vyššie uvedené, zdravý životný štýl je predovšetkým súborom vzorcov chovania jednotlivca, ktorý má viesť k udržiavaniu a zveľaďovaniu vlastného zdravia. Pri podrobnejšom skúmaní je možné naraziť na základné kategórie tohto chovania, medzi ktoré sa radia najmä:

- a) pravidelný režim,
- b) výživa,

- c) pitný režim,
- d) fyzická aktivita,
- e) ochranné prvky – tie sa väčšinou dajú zaistiť príjmom pestrej a vyváženej stravy, no niekedy je nutné ich telu dodať napríklad vo forme doplnkov stravy. Sú to hlavne vitamíny a minerály (antioxidanty, flavonoidy), probiotiká a prebiotiká (prispievajú k zdravému fungovaniu tráviaceho traktu a znižujú riziko vzniku zápalových a nádorových ochorení čriev). (21)

Kategóriám a) až d) budú podrobnejšie venované ďalšie časti textu. Je potrebné uviesť jednak ich bližšiu charakteristiku, ale zároveň aj odporúčania, ktoré je prospešné dodržiavať v rámci zdravého životného štýlu.

2.1.5.2 Rizikové faktory v rámci zdravého životného štýlu

Rizikový faktor sa sám o sebe dá charakterizovať ako akýkoľvek vplyv prostredia, chovania či vrodená alebo získaná predispozícia, ktoré zvyšujú možnosť vzniku ochorenia. Rizikové faktory životného štýlu robí nebezpečnými hlavne to, že čím viac sa ich nahromadí, tým väčšie celkové riziko pre zdravie jedinca predstavujú. Ich pôsobenie na zdravie je spoločné a taktiež sú medzi nimi dôležité väzby, ktoré by sa nemali prehliadať. Preto si žiadajú komplexnú zmenu v chovaní každého človeka. Patria medzi nich:

- a) stres, z ktorého môže vznikáť veľké napätie, či dokonca úzkosť alebo depresia,
- b) fajčenie (aktívne aj pasívne), ktoré má vysoký podiel na vzniku kardiovaskulárnych a nádorových ochorení,
- c) nadmerná konzumácia alkoholu. (21) Denný príjem alkoholu by nemal prekročiť u mužov približne 0,8 l piva, 300 ml vína alebo 70 ml liehovín a u žien 0,5 l piva, 200 ml vína alebo 50 ml liehovín (22),
- d) nadmerná konzumácia liekov – hlavne na bolesť alebo nespavosť,
- e) nevhodná diéta – málo rozmanitá strava, nekvalitné potraviny, instantné pokrmy, tučné jedlá a málo zeleniny, ovocia a rýb,
- f) riskantné diétne opatrenia a postupy bez konzultácie s odborníkom, ktoré môžu viesť až k vzniku zdravotných komplikácií. (21)

2.1.5.3 Index telesnej hmotnosti

Jedným z nápomocných ukazovateľov životného štýlu sa stal tzv. index telesnej hmotnosti (Body Mass Index, ďalej len BMI). Ten umožňuje vysledovať podváhu, prípadne nadváhu a iné kategórie telesnej hmotnosti. Je definovaný ako podiel telesnej váhy v kilogramoch a druhej mocniny telesnej výšky v metroch (váha[kg]/výška[m]²). (23)

V tabuľke č.1 je znázornená klasifikácia BMI podľa WHO. Normálna hmotnosť je hodnota BMI pohybujúca sa v rozmedzí od 18,50 až 24,99. Za podváhu sa dá označiť hodnota BMI nižšia ako 18,50, naopak, hodnota BMI vyššia alebo rovná 25,00 je považovaná za nadváhu. Obezita je potom klasifikovaná ako hodnota BMI vyššia alebo rovná 30,00. WHO rozlišuje aj iné podtriedy týchto základných kategórií, ktoré je možné vyčítať z tabuľky č. 1. (25)

Tabuľka č. 1: Klasifikácia BMI podľa WHO (25)

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Source: Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.

Do určitej miery je však BMI len orientačný údaj, nakoľko nezohľadňuje rozloženie tuku v tele a celkový podiel svalstva. Rovnako tak nezohľadňuje vek ako aj charakteristiky jednotlivca (demografické faktory, životný štýl, históriu). Preto sa na určenie abdominálnej obezity používa ako indikátor obvod pásu, ktorý dokáže s veľkou presnosťou upozorniť na mieru ohrozenia metabolickými a cievnyimi ochoreniami. (2)

2.1.5.4 Inštitucionálna podpora zdravého životného štýlu

To, aký vedíme životný štýl, závisí od každého jedinca a zároveň od rôznych faktorov prostredia. Pre usmernenie širokej verejnosti sú vydávané uznávanými inštitúciami strategické dokumenty, ktoré by mali udávať postupy pre podporu zdravia a praktizovanie zdravého životného štýlu.

Jedným z najaktuálnejších dokumentov je „Health for Growth“, ktorý vydala Európska komisia v roku 2011. Pojednáva o zdravotnom programe pre roky 2014-2020 a jeho hlavným

zameraním je motivovanie členských štátov Európskej únie, aby zavádzali také opatrenia, ktoré by viedli k udržateľnosti a prosperite zdravotného systému. Hlavným dôvodom je, že: „zdravie je hnacou silou rastu a jedine zdravá populácia dokáže naplniť ekonomický potenciál krajiny“.

(28) Kritiku však môžeme vidieť v tom, že primárnou motiváciou tu nie je priamo zdravie ako hodnota sama o sebe, ale skôr rast a prosperita členských štátov Európskej únie.

V roku 2012 bol schválený strategický dokument WHO s názvom Zdravie 2020. (5) Hlavným zámerom jeho programu je utvoriť taký zdravotný systém, ktorý by bol z dlhodobého hľadiska udržateľný, kvalitný a dostupný pre každého. (30) Tento dokument bol v Českej republike spracovaný do Národnej stratégie ochrany a podpory zdravia a prevencie chorôb – Zdravie 2020. Hlavným poslaním tejto stratégie je trvalé zlepšenie zdravotného stavu a životnej pohody obyvateľstva. Nástrojom by k tomu mala byť aktívna účasť na prevencii chorôb a s tým súvisiacej ochrane a podpore zdravia cez ovplyvniteľné determinanty zdravia, ako je spoločenský status človeka, jeho vzdelanie, prostredie, v ktorom žije, a životný štýl. (5)

Medzi ďalšie stratégie WHO patrí: „Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025“, vydaná v roku 2015. Tento dokument si dáva za cieľ zvýšiť celé spektrum fyzickej aktivity v priebehu života človeka, ako hlavný faktor zdravia a pohody, a obmedziť sedavý spôsob života. (24)

Tzv. „Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020“ poskytuje globálny akčný plán na dosiahnutie deviatich vytýčených cieľov ohľadom zlepšenia životného štýlu. Jeho hlavným zameraním sú neprenosné chronické ochorenia (Noncommunicable diseases - NCDs), najmä kardiovaskulárne choroby, rakovina, diabetes a chronické respiračné ochorenia, na ktoré zomrie ročne 36 miliónov ľudí. Z tohto množstva je vyše 14 miliónov predčasných úmrtí, a to vo veku 30–70 rokov. Cieľom plánu je do roku 2025 znížiť predčasnú úmrtnosť na tieto ochorenia až o 25 %. Ďalším z dôležitých zámerov je snaha o obmedzenie rizikových faktorov životného štýlu. Z toho vyplývajúci cieľ je úsilie o zníženie škodlivej konzumácie alkoholu na národnej úrovni aspoň o 10 %. Ďalším je zamedzenie vzniku nových aktívnych fajčiarov až o 30 % v populácii nad 15 rokov. Štvrtým zámerom je globálne zvýšenie fyzickej aktivity, piatym je zníženie príjmu soli o najmenej 30 %. Medzi ciele tohto plánu patrí aj obmedzenie nárastu diabetu a obezity rovnako ako obmedzenie zvýšeného krvného tlaku. Ôsmym je poradenstvo a náležitá terapia u ľudí, ktorí majú predispozíciu na infarkt a mŕtvicu. Posledným je dostupnosť základnej farmakoterapie pre všetkých, ktorí trpia na neprenosné ochorenia spomínané vyššie. (32)

Aj napriek snahám a vydávaným stratégiám týchto vplyvných inštitúcií dochádza k zvyšovaniu zdravotných komplikácií spojených so sedavým spôsobom života a zníženou

telesnou aktivitou. Naproti tomu sa však predlžuje očakávaná dĺžka života (počet rokov, ktoré jedinec pravdepodobne prežije bez závažných zdravotných ťažkostí). „Podpora zdravia a zdravého životného štýlu môže hrať významnú rolu pri redukcii ochorení a predčasných úmrtí. Európska komisia k tomu odporúča 3 základné body (European Union, 2007): 1. zlepšiť zdravotný stav všetkých obyvateľov a priblížiť ich tým „najzdravším“, 2. zaistiť cielenú zdravotnú starostlivosť tým, ktorí ju skutočne potrebujú, 3. pomôcť zlepšiť zdravie obyvateľov krajín s nižšou zdravotnou úrovňou.“ (26)

2.1.5.5 Odporúčania zdravého životného štýlu

V tejto kapitole budú načrtnuté jednotlivé odporúčania pre aktivity, ktoré by mali byť vyvíjané v záujme zdravého životného štýlu. Medzi tieto činnosti patrí fyzická aktivita, pravidelný režim a pitný režim. Poslednou kategóriou je výživa, ktorej vzhľadom k povahe tejto práce bude venovaná samostatná kapitola.

Fyzická aktivita

Telesná aktivita zahŕňa akýkoľvek pohyb tela, pre ktorý je potrebné vynaložiť nejakú energiu. To zároveň znamená, že sa nejedná len o telesné cvičenie, ktoré je plánované a opakované, a ktoré vykonávame väčšinou s úmyslom zlepšiť si fyzickú kondíciu a zdravie. K pohybovej aktivite môžeme priradiť aj bežné činnosti, ktoré praktizujeme pri práci, zábave, rekreácii, presúvaní sa z miesta na miesto alebo upratovaní. Všetky tieto aktivity, viac či menej fyzicky náročné, sa podieľajú na zlepšovaní zdravia a sú vždy lepšie než úplná pasivita. Poznatel'né zdravotné výhody však zabezpečuje primeraný pohyb miernej intenzity, ktorý je vykonávaný pravidelne. Môžu to byť prechádzky, bicyklovanie, lyžovanie či iné športy, ktoré človeka bavia a prinášajú mu potešenie. Výhody a potenciálne prínosy, ktoré poskytujú, sú nesporné. Okrem zlepšenia celkovej telesnej zdatnosti, imunity, kontroly nad vlastnou hmotnosťou a nárastom energie pomáha pravidelný pohyb znižovať riziko vzniku hypertenzie, ischemickej choroby srdca, diabetu, niektorých typov rakoviny, depresie a zlomenín. (27)

V dokumente vydanom WHO pod názvom: „Global Recommendations on Physical Activity for Health“, zameranom na fyzickú aktivitu ako súčasť primárnej prevencie neprenosných chronických ochorení, sa uvádzajú odporúčania s ohľadom na vekové kategórie. (46) Je nevyhnutné zvoliť vhodný druh pohybovej aktivity práve hlavne s ohľadom na vek, kondíciu a osobné preferencie a záujmy. Taktiež je výhodné, keď si jedinec na akýkoľvek prospešný druh fyzickej aktivity vytvorí postupný návyk, pretože v prípade jeho nedostatku to telu začne chýbať a bude si ho doslova žiadať.

Deti a mladiství od 5-17 rokov by mali denne vykonávať aspoň 60 minút strednej až vysoko intenzívnej fyzickej aktivity. Tri dni v týždni by mali k svojim pohybovým aktivitám

doplniť posilňovanie svalstva. Dospelým od 18–64 rokov sa odporúča aspoň 150 minút týždenne venovať stredne náročnej telesnej aktivite, čo môže byť 30 minút päťkrát do týždňa. Podobným odporúčaním je aj 75 minút vysoko intenzívnej aktivity za týždeň alebo vyrovnaná kombinácia strednej a vysoko intenzívnej telesnej aktivity. K tomu by mali zaradiť aspoň dvakrát za týždeň posilňovanie svalstva, a tým pomôcť aj spevneniu tela. Pre ľudí nad 64 rokov platia tie isté odporúčania ako u jedincov od 18–64 rokov. V prípade, že ich pohyblivosť je nejakým spôsobom obmedzená, by kvôli zabráneniu pádom a celkovému zlepšeniu rovnováhy mali pohybové aktivity vykonávať aspoň trikrát týždenne. Ak kvôli svojmu zdravotnému stavu nie sú schopní odporúčanej fyzickej aktivity, tak je v ich záujme dobré sa snažiť aspoň o vyvíjanie takej aktivity, akú im ich kondícia a zdravotný stav dovoľia. (46)

Na tom, aby bola fyzická aktivita bežnou súčasťou života, sa okrem jednotlivcov musí podieľať aj spoločnosť vytváraním vhodných podmienok a športových a rekreačných zariadení dostupných pre každého. Tieto intervencie je možné aplikovať prostredníctvom bežných každodenných činností. Napríklad propagáciou aktívnej verejnej prepravy a informovaním o dostupnosti a bezpečnosti presunu v meste pomocou bicykla alebo svižnou pešou chôdzou. Podpora fyzickej aktivity je na mieste aj na pracoviskách alebo v školách a je tiež motiváciou k aktívnemu tráveniu voľného času. (27)

Pravidelný režim

Zahrňa rovnomerné rozloženie pracovných aktivít a odpočinku, dostatočný spánok, ktorý zaistí regeneráciu a sily do nasledujúceho dňa a rešpektovanie vlastných životných rytmov. (21) Spánok by mal byť hlavne počas noci, neprerušovaný a mal by trvať v rozmedzí 7-9 hodín. (34) Bdelé obdobie počas dňa by malo väčšinou zahrňovať prácu, voľný čas a čas nutný na uskutočnenie bežných potrieb, ako je osobná hygiena, domáce práce, nakupovanie, atď. (21) Najväčším umením je zrejme efektívne trávenie voľného času. Je to praktizované buď odpočinkom, rôznymi aktivitami, koníčkami, masážou, cvičením, vedomým bytím, ale hlavne radosťou z týchto aktivít a ich uvedomelému prežívaniu odpútanému od myslenia na povinnosti a problémy.

Pitný režim

Zabezpečenie vhodného pitného režimu je veľmi dôležité, pretože bez tekutín ľudský organizmus nedokáže dlho existovať. Najviac rizikovní sú v tomto prípade deti a starí ľudia, u ktorých by mal byť pitný režim prísny a kontrolovaný. (22) V bežných podmienkach sa odporúča denne vypiť 2,5 l vody alebo vhodných nesladených nízkoenergetických nápojov. Pri vysokých teplotách alebo intenzívnej telesnej záťaži je odporúčané vypiť až 4,5 l tekutín. (33)

2.2 Zdravá výživa

2.2.1 Úvod k výžive

Výživa, ako podstatná zložka životného štýlu, sa veľkou mierou podieľa na zdraví človeka. Spolu s genetickými predispozíciami a fyzickou aktivitou tvorí predpoklad zdravotného stavu jedinca. (31) Má nezanedbateľný vplyv na schopnosť podávať výkon počas dňa a takisto aj na duševnú rovnováhu.

2.2.2 Zložky výživy a výživové odporúčania

Aby ľudské telo mohlo bezproblémovo fungovať a podávať požadovaný výkon, potrebuje kvalitnú, pestrú a hlavne nutrične vyváženú stravu. Tá by mala obsahovať primerané množstvo biologicky aktívnych látok a taktiež by mala byť zdrojom primeraného množstva energie, ktoré jedinec dokáže zužitkovať. (21)

Základnými zložkami výživy sú makro- a mikronutrienty. Telo na dodanie energie potrebuje najmä makronutrienty, ktorými sú bielkoviny (proteiny), tuky (lipidy) a cukry (sacharidy). Podľa výživových odporúčaní existuje tzv. energetický trojpomer týchto základných živín. V praxi to znamená, že zdravý dospelý človek, ktorý vykonáva bežnú fyzickú aktivitu, by mal mať celkový energetický príjem v pomere 1 g bielkoviny k 1 g tuku a 4 g sacharidov. Percentuálne je tento pomer vyjadrený ako 12-15 % bielkovín, maximálne 30 % tukov a zvyšných 55-60 % sacharidov. U dojčiat a batoliat je z materského mlieka až 50 % energie tvorených tukmi. Taktiež pri veľmi vysokej fyzickej záťaži je nutné tieto pomery prispôbiť. Mikronutrienty sú pre telo nevyhnutné látky, aj keď nie sú využívané na poskytnutie energie. Radia sa medzi ne vitamíny a minerálne látky. Tie sa ešte ďalej delia na makroelementy a mikroelementy, podľa toho, či ich denná potreba je vyššia alebo nižšia ako 100 mg a stopové prvky, obvykle len v mikrogramových množstvách. (45)

2.2.2.1 Makronutrienty

Bielkoviny

Bielkoviny sú základnou stavebnou zložkou organizmu a sú hlavnými biochemickými jednotkami v tele. Majú na starosti hormonálne, imunitné a transportné mechanizmy, metabolickú a acidobazickú reguláciu a tiež hospodárenie s vodou. Vo výžive človeka sú bielkoviny absolútne nevyhnutné, získava nimi nenahraditeľný dusík, síru a esenciálne aminokyseliny (ďalej len AMK). Týchto 8 AMK si telo nedokáže samo vytvoriť, a je teda odkázané na ich príjem. Patrí medzi nich valín, leucín, izoleucín, fenylalanín, lyzín, metionín, tryptofán a treonín. (45)

Pre vyrovnanú dusíkovú bilanciu v tele je dôležitý príjem nielen esenciálnych, ale aj neesenciálnych AMK. Pod pojmom dusíková bilancia sa rozumie rozdiel, ktorý vzniká medzi príjmom a úbytkom dusíku. U dospelých jedincov by mala byť táto bilancia rovnovážna. Pozitívna bilancia by mala prevažovať hlavne u detí v období rastu a pri cvičení spojeným s tvorbou svalov. Odporúčaná výživová dávka (ďalej len OVD) predstavuje objektívne biologické potreby organizmu daných látok na deň. Tieto potreby vyjadrujú fyziologicky podložený príjem živín. (48) Pre dospelého človeka je OVD 0,75-0,8 g proteínov/kg telesnej hmotnosti. Táto dávka sa odporúča zvýšiť v tehotenstve o 15 g proteínov denne a v priebehu dojčenia dokonca o 20 g proteínov na deň. Pre dojčatá do 6 mesiacov je odporúčaná OVD 1,73 g/kg. Táto potreba sa následne znižuje, t. j. pre dojčatá okolo 12 mesiacov je to 1,2 g/kg telesnej hmotnosti. Pre deti vo veku 5-12 rokov je to 1 g/kg. (45)

V ľudskej strave sa vyskytujú ako živočíšne, tak aj rastlinné bielkoviny. Pri konzumácii oboch druhov tvoria živočíšne bielkoviny až 65 % celkového príjmu. Z toho v mäse sa nachádza okolo 20 % celkovej hmotnosti čistej svaloviny, v kravskom mlieku 5 %, vo vajciach, hlavne v bielku 13-14 hmotnostných % a v rybách až do 20 %. Rôzne potraviny sa líšia v zastúpení jednotlivých AMK a ich využiteľnosti. Vo všeobecnosti platí, že na rozdiel od bielkovín rastlinného pôvodu je v živočíšnych bielkovinách vyššie množstvo a väčšia škála esenciálnych AMK, ktoré sú zároveň aj dokonalejšie vstrebateľné. V rastlinných zdrojoch určitá esenciálna AMK často chýba alebo je jej množstvo veľmi obmedzené. Medzi hlavné rastlinné zdroje bielkovín patria strukoviny s 20-25 % hmotnostným zastúpením, obilniny, ovocie, zelenina, huby, kvasnice a morské riasy. Pri strave založenej výhradne na potravinách rastlinného pôvodu je nutné dbať na pestrosť, vhodné zastúpenie a kombináciu všetkých esenciálnych AMK. Keď sú tieto atribúty dodržiavané a je k tomu pridružený aj celkový zdravý životný štýl, tak sa v dospeljej populácii ukazujú aj zdravotné výhody tejto stravy. V detskom veku je potrebné byť pri strave čisto rastlinného pôvodu veľmi opatrný. To hlavne z dôvodu, aby nenastal nutričný deficit či dokonca oneskorený vývoj v dôsledku nedostatku niektorých esenciálnych AMK, vitamínu B₁₂, železa a pod. (45)

V praxi sa niekedy stáva, že príjem bielkovín je nadbytočný. Tento jav nie je zdraviu prospešný, pretože predstavuje pre organizmus zbytočnú záťaž pri ich odbúravaní a snahe odstrániť z tela von. Prebytok bielkovín môže tak zaťažiť obličky a zvyšovať riziko vzniku niektorých ochorení, najmä obezitu, osteoporózu, kardiovaskulárne alebo nádorové ochorenia. (45)

Pri vážnom nedostatku bielkovín dochádza k odbúravaniu vlastných svalových proteínov. V prípade stresového hladovania sú v krajnom prípade bielkoviny v tele využívané ako hlavný zdroj energie a veľmi rýchlo sa tak štiepia. (45, 49)

Tuky

Tuky sú významnou zásobárňou energie a stavebnými jednotkami bunecných membrán. Ako zložky potravy majú až dvakrát väčšiu energetickú densitu oproti sacharidom a proteínom, a tak zvyšujú aj množstvo celkovo prijatej energie. Zlepšujú aj sensorické vlastnosti potravín, hlavne konzistenciu a vôňu a vitamínom rozpustným v tukoch zlepšujú vstrebávanie. (45)

Podľa funkcie v ľudskom organizme sa lipidy delia na triacylglyceroly (ďalej len TAG) – sú nepolárne, označované aj ako neutrálne tuky a slúžia ako zásoba energie, a ďalej fosfolipidy a steroly – polárne zlúčeniny, majú štrukturálnu a regulačnú funkciu. Rolu tkanivových hormónov zastávajú eikosanoidy. (45) Ďalšou možnosťou delenia je na tuky rastlinného a živočíšneho pôvodu.

TAG sú zásadnou zložkou tukov prijatých v potrave. Dospelý jedinec ich denne prijme okolo 70–140 g. (23) V ľudskom tele sú skladované v adipocytoch a pri ich nadbytku sa ukladajú v tukovom tkanive. Zmesi TAG tvoria rastlinné oleje, mliečne produkty a tuky živočíšneho pôvodu. Pri ich trávení a chemickom rozklade sa z nich uvoľňujú mastné kyseliny (ďalej len MK). (45)

MK môžu byť nasýtené, mononenasýtené a polynenasýtené MK, ktoré sa ďalej delia na omega-3 a omega-6 MK. Esenciálnymi sú niektoré polynenasýtené MK, a to kyselina linolová a kyselina α -linolenová. Odporúčaná výživová denná dávka kyseliny linolovej pre dospelého jedinca je 2-3 g, čo znamená, že by príjem nemal byť nižší ako 1-2 % celkovej dennej energie. Pri ich nedostatočnom príjme môže dôjsť k neprijemným prejavom na koži. Patria medzi nich suchá pokožka, vypadávanie vlasov alebo ťažšie hojenie rán. Na druhej strane sa neodporúča tento príjem dlhodobo presiahnuť nad 10 % celkovej prijatej energie. U novorodencov tvoria esenciálne MK až 50 % mozgu, ktorý sa veľmi rýchlo vyvíja, a preto sú pre deti absolútne potrebné. Dobrým zdrojom týchto MK je materské mlieko, ktoré dojča prijíma dojčením. Všeobecne pre deti je výživová denná dávka stanovená na 0,2 g/kg, t. j. 2,7 % celkovej dennej energie. (45)

Transmastné kyseliny vznikajú pri stužovaní rastlinných tukov hydrogenáciou a používajú sa hlavne v polotovarochoch a pochutinách. Majú nepriaznivý účinok na riziko kardiovaskulárnych ochorení a ich celkový energetický príjem by nemal presahovať 1 % denne. (23)

V potravinách živočíšneho pôvodu sa vyskytujú steroly v podobe cholesterolu. Ten, spolu s nasýtenými MK v diéte, zvyšuje plazmatickú hladinu LDL – cholesterolu. K zníženiu rizika výskytu obezity, niektorých typov rakoviny a srdcovo – cievnych chorôb sa odporúča nekonzumovať viac ako 30 % tukov z celkového energetického príjmu. Z tohto množstva by malo menej než 10 % pochádzať z nasýtených MK. Z prijatej potravy by mal cholesterol tvoriť menej než 300 mg na deň. (23)

Vysoký podiel nasýtených a mononenasýtených MK sa nachádza hlavne v potravinách živočíšneho pôvodu. Medzi tieto potraviny sa radia hlavne hovädzie a bravčové červené mäso a údeniny, hydina a ryby. Ryby sa podľa obsahu tuku dajú rozdeľovať na netučné – napr. treska a tučné – napr. makrely a slede. Ďalej medzi potraviny s vysokým obsahom tuku patrí bravčová masť, mlieko a produkty z neho a vajcia. V mliečnom tuku majú hlavné zastúpenie TAG, fosfolipidy a cholesterol. Vo vajci je 6–7 g TAG a fosfolipidov a 250-300 mg cholesterolu. Polynenasýtené MK obsahujú najmä rastlinné potraviny a ryby a z nich vyrábané oleje. Ďalšími zdrojmi tukov sú olejnaté semená ako sója, mak, slnečnica, repka, palma, kokos alebo avokádo. Dobrými zdrojmi esenciálnej MK α -linolenovej je zelene sfarbená listová zelenina. (45)

Cukry

Hlavným zdrojom energie pre ľudské telo sú sacharidy. Podľa toho, z koľkých cukorných jednotiek sa skladajú, sa delia na monosacharidy (glukóza, fruktóza), oligosacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza) a polysacharidy (škroby, glykogén). Okrem mliečneho cukru, laktózy, sú hlavným zdrojom sacharidov ľahko a finančne dostupné rastlinné potraviny. Glukóza s fruktózou sa nachádzajú vo väčšine ovocia, v mede, v niektorej zelenine, strukovinách a vo vajciach. (45)

Nadmerný príjem mono- a di- sacharidov je kariogénny a môže viesť k vzniku obezity či diabetu. Pre dospelých jedincov a deti nad 3 roky veku je odporúčaný príjem sacharidov 270–350 g a viac, t. j. okolo 55-60 % celkovej energetickej hodnoty. Maximálne 10 % by mali tvoriť mono- a disacharidy, väčšinu potom polysacharidy. (23)

Polysacharidy sa delia na stráviteľné a nestráviteľné, podľa toho, či ich ľudské telo dokáže využiť. Medzi využiteľné polysacharidy patrí väčšina škrobov, ktoré sú trávením rozkladané na oligo- a monosacharidy a slúžia ako zdroj energie. Patria medzi ne hlavne pšeničná múka, ovos, ryža, kukurica, rôzne strukoviny, zemiaky a zelenina. Nevyužiteľné polysacharidy, nazývané vláknina, tvoria rezistentné škroby, neškrobové polysacharidy ako celulóza, pektin, inulin, ktoré sú odolné voči tráveniu a lignin. Sú súčasťou zeleniny, ovocia, strukovín či obilnín. (45)

Vláknina sa podľa svojich vlastností delí na vo vode rozpustnú a nerozpustnú. Rozpustná vláknina zahrňuje pektín, ovsené vločky, strukoviny či gummy. Má pozitívny vplyv na metabolizmus cukrov a tukov a má hypocholesterolemický účinok. Spomaľuje priechod potravy tráviacim systémom. Má inhibičný efekt na vstrebávanie niektorých živín a glukózy v tenkom čreve, a tak nie je nárast glykémie po jedle taký prudký. (45) Medzi nerozpustnú vlákninu sa zaraďuje napríklad celulóza alebo otruby. Nerozpustná vláknina má schopnosť zväčšovať objem stolice, a tak znižuje možný kontakt a zabraňuje absorpcii škodlivých látok v hrubom čreve. Zároveň tam má aj mechanickú čistiacu funkciu. (23) Vlákna tak má veľké množstvo fyziologických funkcií v čreve a dokázanú ochrannú schopnosť pred zápchou či vznikom kolorektálneho karcinómu. (45) Odporúčaný denný príjem vlákniny je 25-30 g pre dospelého jedinca v pomere 3:1 nerozpustnej a rozpustnej. Pre ľudí, ktorí častejšie trpia zápchou, je odporúčané konzumovať viac vlákniny, a to hlavne z celozrnných obilnín. Naopak, pre deti do 2 rokov sa neodporúča jej vysoká konzumácia, ale namiesto nej radšej energeticky výživnejšie potraviny, ktoré sú nevyhnutné pre ich správny rast a vývoj. (23)

2.2.2.2 Mikronutrienty

V tabuľke č. 2 sú uvedené doporučené denné dávky jednotlivých vitamínov a minerálnych látok podľa Vyhlášky č. 450/2004 Sb. o označovaní výživovej hodnoty potravín. (35)

Tabuľka č. 2: Doporučené denné dávky vitamínov a minerálnych látok (35)

Vitamin alebo minerálna látka	Doporučená denná dávka
Vitamin A	800 µg
Thiamin (vitamin B ₁)	1,1 mg
Riboflavin (vitamin B ₂)	1,4 mg
Vitamin B ₆	1,4 mg
Vitamin B ₁₂	2,5 µg
Kyselina pantothenová	6 mg
Vitamin C	80 mg
Vitamin D	5 µg
Vitamin E	12 mg
Vitamin K	75 µg
Biotin	50 µg
Kyselina listová	200 µg
Niacin	16 mg
Draslík	2000 mg
Fosfor	700 mg
Fluoridy	3,5 mg
Hořčík	375 mg
Chloridy	800 mg
Chrom	40 µg
Jód	150 µg
Mangan	2 mg
Měď	1 mg
Molybden	50 µg
Selen	55 µg
Vápník	800 mg
Zinek	10 mg
Železo	14 mg

2.2.3 Zdravá výživa v každodennom živote

Podľa WHO v dnešnej dobe prevláda u ľudí príjem priemyselne spracovaných potravín, ktoré sú vysoko energetické, tučné a väčšinou neprímerane sladené a solené. Naproti tomu jedia nedostatočné množstvo zeleniny, ovocia a vlákniny. Pritom práve konzumácia zdravej a vyváženej stravy pomáha predchádzať civilizáčnym ochoreniam a podvýžive. V nasledujúcej časti bude načrtnutý správny model zdravej výživy. (29) Tá by mala spĺňať kritériá predovšetkým v pestrosti, vyvážení, čerstvosti a pravidelnosti. Zahrňovať by mala raňajky, desiatu, obed, olovrant aj večeru s asi trojhodinovou pauzou medzi jednotlivými chodmi. (22) Zloženie by malo byť prispôsobené potrebám a zvykom konzumenta s ohľadom na jeho vek, pohlavie a fyzický výkon, ktorý počas dňa podáva. (29)

Pre dospelých platí, že by ich strava počas dňa mala obsahovať aspoň 400 g zeleniny a ovocia, čo predstavuje asi 5 jednotlivých porcií. Tie by mali byť súčasťou každého hlavného jedla alebo olovrantu a je určite prospešné, keď sú jednotlivé druhy vyberané aj s ohľadom na

danú sezónu a podnebné pásmo. Ďalej by v strave mali byť zahrnuté celozrnné cestoviny a pečivo, strukoviny, oriešky, hnedá ryža a nespracovaná kukurica, proso, ovos a pšenica. (29)

Z cukrov, ktoré sú pridávané do spracovaných potravín a sladených nápojov alebo sú prirodzene obsiahnuté v mede, sirupoch a ovocných šťavách, by sme nemali prijímať viac ako 10 % celkového denného energetického príjmu. Ak chceme svojmu zdraviu ešte pomôcť, nemala by táto hodnota presiahnuť 5 %, čo sa rovná asi 25 g, t. j. 5 čajovým lyžičkám cukru. Práve takto by sa mohlo znížiť riziko nadváhy, obezity či zubného kazu. (29)

Menej ako 30 % je odporúčaná hodnota denného príjmu tukov. Dodržovanie tejto hranice napomáha dospelým zamedziť nezdravému zvyšovaniu telesnej hmotnosti. Navyše pri znížení tejto hodnoty na 10 % denného príjmu nasýtených tukov a 1 % trans tukov a ich nahradením nenasýtenými tukmi sa znižuje riziko vzniku chronických chorôb ako mŕtvica, diabetes či ochorenia srdca. Je zdraviu prospešnejšie prijímať najmä nenasýtené tuky z rýb, kvalitných rastlinných olejov, orieškov alebo avokáda, a už vôbec sa neodporúča konzumovať priemyselné stužené trans tuky. Tie majú svoje neochromiteľné miesto hlavne v polotovarochoch a zariadeniach rýchleho občerstvenia vo forme pizze, rôznych pochutín, majonéz alebo šalátových zálievok. (29) Taktiež je doporučené obmedziť príjem tukov a skrytých solí z údenín. (23)

V prípade soli je doporučeným množstvom len 5 g na deň. Toto obmedzenie môže byť prevenciou až pre 1,7 miliónov úmrtí každý rok. Znížením príjmu soli a zvýšením príjmu draslíka by sa malo predchádzať hypertenzii, ktorá tiež zvyšuje riziko srdcovej choroby a mŕtvice. (29)

Pre úplnosť sú tieto odporúčania podobné aj pre dojčatá a malé deti. Je však nutné prihliadnuť na to, že počas prvých 6 mesiacov života by deti mali byť výlučne dojčené. Po týchto 6 mesiacoch sa odporúča prikrmovať adekvátnymi, bezpečnými a výživnými potravinami, v ktorých by nemal byť pridaný cukor alebo soľ. Takáto výživa sa podieľa na zabezpečení zdravého vývinu a mentálneho rozvoja dieťaťa a znižuje hrozbu nadváhy, obezity alebo civilizačných ochorení v ich budúcnosti. (29)

2.2.3.1 Faktory ovplyvňujúce stravovanie

Zloženie a kvalita stravy, ktorú prijímame, závisí na niekoľkých premenných. Medzi najdôležitejšie rozhodne patria financie. Výška príjmu a rovnako aj cena potravín vysokou mierou ovplyvňujú dostupnosť a využívanie zdravých a kvalitných potravín. Tento aspekt je menej dôležitý v prípade, že človek má možnosť a je schopný si vypěstovať aspoň niekoľko druhov zdravej zeleniny a ovocia a tiež domácim chovom hospodárskych zvierat si zabezpečiť vajcia, mlieko či mäso. Je však škoda, že v dnešnej rýchlej a konzumnej dobe je takýchto ľudí

len veľmi malé percento. Na to, ako vyzerá výživa jedinca, majú taktiež nezanedbateľný vplyv environmentálne, geografické, etnické a sociálne faktory. V konečnom dôsledku aj znalosti o zdravej výžive, módné trendy, osobné preferencie, hodnoty a kultúrne či domáce tradície spolu s výchovou vplývajú na to, čoho je človek konzumentom. (29)

2.2.3.2 Podpora konzumácie zdravej výživy

Na tom, aby v krajine bola zdravá výživa zaužívaným štandardom a nie prežitkom modernej doby, sa musia podieľať a spolupracovať rôzne odvetvia. Je jasné, že dodržiavanie odporúčaní ohľadom zdravej výživy aj zdravého životného štýlu záleží predovšetkým na jednotlivcoch, ale je aj v záujme štátnych autorít, aby sa obyvatelia týmito odporúčaniami riadili. Je preto čiastočne v rukách zákonodarcov štátu, aké kroky budú postupovať k zlepšovaniu dostupnosti a využívania zdravej výživy, a tak aj k zlepšovaniu verejného zdravia.

V prvom rade je určite namieste snažiť sa vytvárať prospešné obchodné prostredie. Zvýšiť úsilie o čím väčšiu ústretovosť medzi zdraviu prospešnými investičnými zámermi a národnou politikou a čím menšie byrokratické prekážky. Znamená to štátnu podporu pre malých producentov, pestovateľov a chovateľov a snahu obmedzovania priemyselnej výroby spracovaných potravín. U týchto potravín je potrebné dosiahnuť aspoň znižovanie obsiahnutých nasýtených a trans tukov, solí a voľných cukrov. (29) Štát by tiež mohol sprostredkovať verejnosti výhody zdravej výživy a zvyšovať povedomie o nej. Vypracovávať programy, ktoré by viedli k prijatiu a udržiavaniu zdravého stravovania a propagovať výživové odporúčania WHO prostredníctvom marketingu. Táto propagácia by mala byť cielená hlavne do školských a predškolských zariadení a tiež do štátnych a verejných inštitúcií. Bežným by malo byť poskytovanie výživového poradenstva v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti tak, ako podpora a ochrana pracujúcich matiek s dôrazom na prospešnosť dojčenia. Stravovacie štandardy by mali byť prispôsobené zdravým stravovacím návykom a normám s úlohou zlepšiť nutričnú hodnotu pokrmov, zefektívniť veľkosť porcií, zabezpečiť prístup a cenovú dostupnosť k zdravým a plnohodnotným potravinám. Nie je na škodu v každom veku či už u školákov, dospelých alebo dospelých ľudí vzdelávanie o výžive, zdravom stravovaní a zdravom varení. Je nevyhnutné neustále vyvíjať prostriedky na účinnú reguláciu uvádzania nových a tiež už prítomných potravín na trhu. Ich presné, štandardizované a úplné označovanie ich výživovej hodnoty. (29)

2.2.4 Prínosy zdravej výživy

Zrejme najdôležitejšou výhodou vyváženej a pestrej stravy je, že z dlhodobého hľadiska poskytuje cestu k lepšiemu zdraviu. To zároveň vedie k spokojnejšiemu a šťastnejšiemu prežívaniu života. Toto je dosiahnuté najmä tým, že zdravá výživa pomáha chrániť pred vznikom niektorých ochorení, hlavne obezity, diabetu či kardiovaskulárnych chorôb. Zdravo stravujúci sa ľudia majú obvykle lepšiu imunitu, a to hlavne vďaka optimálnemu príjmu vitamínov a minerálov. Taktiež jej veľkým benefitom je, že prispieva k dosiahnutiu a udržaniu optimálnej telesnej hmotnosti. Preto ľudia, ktorí sa snažia schudnúť, zaznamenávajú veľké úspechy už len pri malej zmene stravovacích návykov, napríklad postupným vyradovaním nezdravých jedál a ich nahrádzaním racionálnou výživou. Ak je k tomu pridaná aj fyzická aktivita a celkové dodržiavanie zásad zdravého životného štýlu, pozitívne výsledky na seba nenechajú dlho čakať.

Takéto stravovanie napomáha aj cítiť sa ľahšie, lepšie sa koncentrovať pri práci a docieľať tak lepšie výsledky. Nesporným prínosom zdravej výživy je taktiež obohatenie vedomostí a zručností prostredníctvom skúšania nových metód prípravy a úpravy pokrmov. Pri tom môžu byť využívané rôzne druhy korenín a nových ingrediencií cudzích kultúr, ktoré takisto otvárajú obzory a kulinárske možnosti. (50)

3 Praktická časť

3.1 Metodika

Dizajn štúdie: prospektívne prierezové dotazníkové šetrenie.

3.1.1 Zber dát

Dáta, ktoré sú predmetom kvantitatívneho prieskumu v tejto diplomovej práci, boli získavané v období od septembra 2012 do júna 2015. Anonymný dotazník, z ktorého sú dáta získané, bol distribuovaný účastníkom z radov laickej verejnosti, ktorí sa zdarma zúčastnili prednášok venujúcich sa zdravej výžive. Prednášky sa konali v rámci vzdelávacieho cyklu zameraného na zdravý životný štýl v projekte Ebstyle na Farmaceutickej fakulte Univerzity Karlovej. Účastníci prednášok boli prevažne obyvatelia Královohradeckého kraja. O konaní prednášok sa mali možnosť dozvedieť prostredníctvom miestnej tlače.

3.1.2 Nástroj prieskumu

Dotazník sa skladal prevažne z uzavretých otázok orientovaných na opis životného štýlu respondentov, ktoré boli najmä vo formulácii: „Ako často...?“ a taktiež polouzavretých otázok. Zaradené boli aj hodnotiace škály založené na subjektívnych pocitoch respondenta. Otvorené otázky boli zamerané hlavne na charakteristiku respondentov, a to najmä ich vek, výšku a váhu. Presné znenie dotazníka sa nachádza na: <http://www.ebstyle.cz/cs/online-poradna>.

3.1.3 Kritériá hodnotenia zdravého životného štýlu

Okrem popísania životného štýlu respondentov boli dáta vyhodnotené podľa kritérií zdravého životného štýlu a zdravej výživy. Tie boli čerpané prevažne z odporúčaní WHO, Ministerstva zdravotníctva ČR, Organizácie pre výživu a poľnohospodárstvo (Food and Agriculture Organization) a Americkej kardiologickej asociácie (American Heart Association). Za každé splnené kritérium bol respondentovi pridelený 1 bod, za nesplnené 0. Celkovo bolo možné získať 14 bodov za všetky splnené odporúčania. Dané kritériá sú zhrnuté v tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3: Kritériá hodnotenia zdravého životného štýlu

Odporúčaný príjem tekutín na deň	2,5 l (33)
Tolerované množstvo šálok kávy na deň	maximálne 3-4 šálky (300-400 mg kofeínu denne) (36, 37)
Odporúčaná pravidelnosť stravy na deň	minimálne 5x denne (t. j. raňajky, desiata, obed, olovrant, večera) (22)
Odporúčaný príjem sladkostí	neodporúča sa (16, 41)
Odporúčaný príjem ovocia a zeleniny na deň	minimálne 5 porcií denne (400 g) (29)
Odporúčaný príjem mliečnych výrobkov na deň	2-3 porcie denne (24, 39, 41)
Odporúčaný príjem bieleho pečiva, bielej ryže a necelozrnných cestovín	neodporúča sa; odporúčané je nahradiť ich celozrnnými variantami (16, 40)
Odporúčaný príjem červeného mäsa a údenín	maximálne 70 g denne - t. j. polovica porcie, týždenne maximálne 2-3 porcie (38, 41)
Tolerovaná miera fajčenia	netoleruje sa (32)
Tolerovaná miera alkoholu	ženy: 1 pohár, muži: 1,5 pohára (22)
Odporúčaná stredná fyzická aktivita	30 minút 5x za týždeň (46)
Odporúčaná intenzívna fyzická aktivita	30 minút 3x za týždeň (75 minút za týždeň) (46)
Odporúčaná dĺžka spánku	7-9 hodín (34)
Odporúčané praktizovanie psychohygieny	pravidelne, t. j. každý deň v týždni (42)

3.1.4 Spracovanie a analýza dát

Získané dáta z dotazníkov boli prepísané do programu Microsoft Excel, kde boli prevedené do numerického kódovania. Následne bola urobená analýza, deskriptívna štatistika dát a vizualizácia v odpovedajúcich tabuľkách a grafoch, ktoré sú súčasťou tejto diplomovej práce.

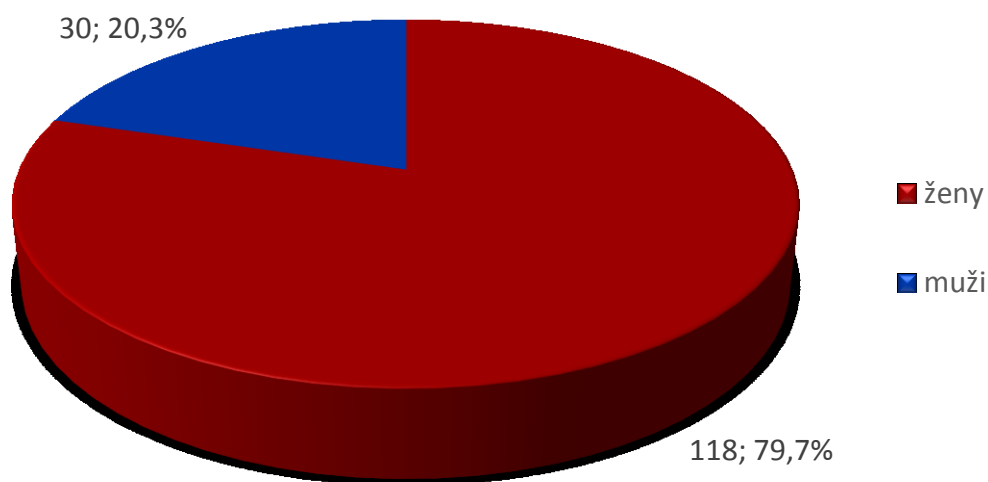
Na základe stanovených cieľov tejto práce a určených kritérií zdravého životného štýlu boli stanovené hypotézy. Tie boli následne testované v štatistickom softvéri IBM SPSS 19. K testovaniu boli použité nasledujúce testy: Spearmanov test, Pearsonov test, Levenov test a T-Test. Všetky testy boli robené na hladine významnosti $\alpha=0,05$. Pri testovaní môžu korelačné koeficienty dosahovať hodnoty od -1 po 1. Čím sú bližšie k 1 (resp. -1), tým silnejšia je korelácia.

3.2 Výsledky

3.2.1 Charakteristika súboru

3.2.1.1 Pohlavie

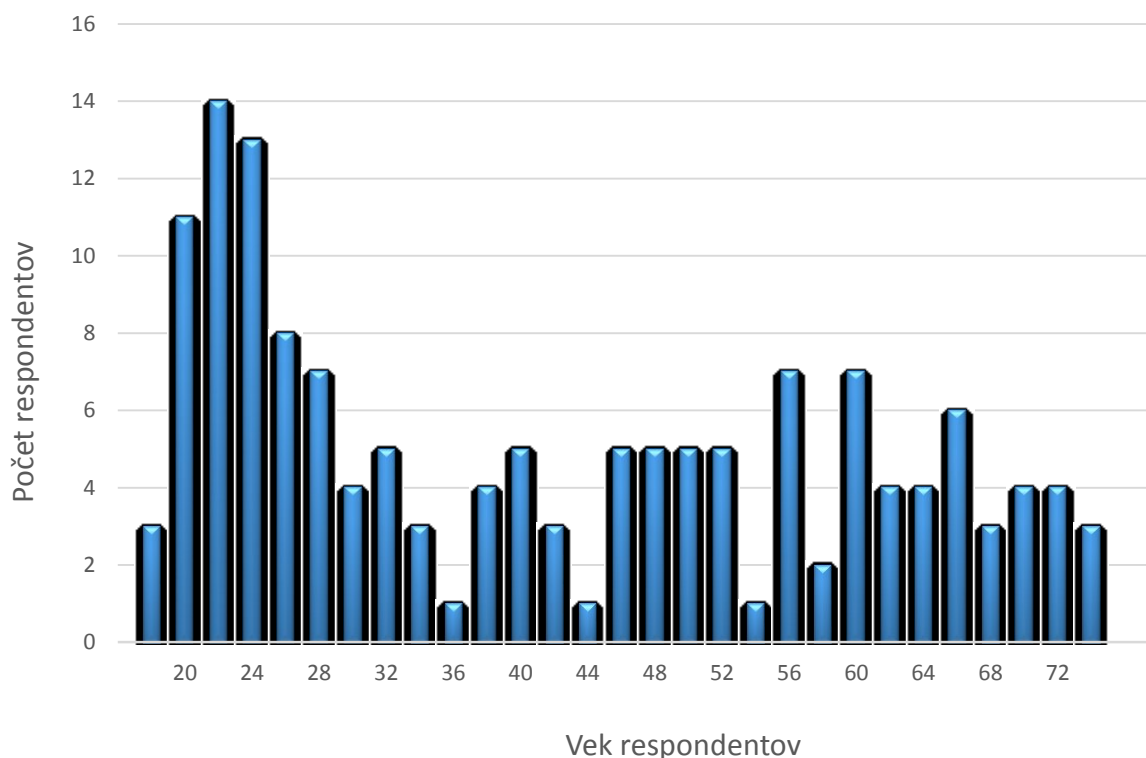
Súbor bol tvorený respondentmi, ktorí sa zaujímajú o zdravú výživu. Celkový počet respondentov, ktorí vyplnili dotazníky, bol $n=148$. Medzi pohlaviami mali prevládajúce miesto ženy. Tvorili konkrétne 80 % všetkých respondentov, čo je 118 žien. Muži tvorili zvyšných 20 %, t. j. 30 osôb. Zastúpenie mužov a žien medzi respondentmi je znázornené v grafe č. 1.



Graf č. 1: Percentuálne zastúpenie respondentov podľa pohlavia, $N=148$

3.2.1.2 Vek

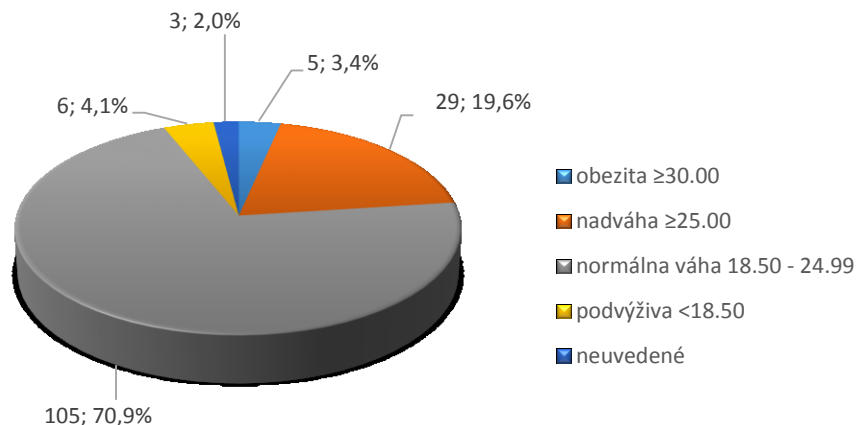
Graf č. 2 demonštruje histogram vekového rozvrstvenia respondentov. Najviac účastníkov bolo vo veku 21 rokov. Najmladší respondent mal 17 rokov, najstarší 74. Priemerný vek bol 40,1 rokov, smerodajná odchýlka=17,7. Jeden respondent svoj vek neuviedol.



Graf č. 2: Histogram vekového rozvrstvenia respondentov, N=148

3.2.1.3 BMI

Z uvedených hodnôt výšky a váhy boli vypočítané BMI respondentov. Traja z nich neuviedli jednu alebo obidve z potrebných hodnôt, preto sa ich BMI nedalo určiť. Získané hodnoty BMI boli kategorizované podľa klasifikácie WHO. (25) Zo zistených údajov vyplýva, že až 70,9 % všetkých BMI respondentov zodpovedalo normálnej váhe. Medzi oboma pohlaviami taktiež prevládala normálna váha, u žien ju malo 86 osôb, u mužov 19. Nadváhu malo 19,6 % daných opýtaných. Podvýživou trpelo 6 osôb a obezitou 5 respondentov. Priemerná hodnota BMI bola 23,1 kg/m², smerodajná odchýlka bola 3,3. Percentuálne zastúpenie respondentov podľa hodnôt BMI je možné vidieť v grafe č. 3.



Graf č. 3: Percentuálne zastúpenie respondentov podľa hodnôt BMI, N=148

3.2.1.4 Zdravotné ukazovatele respondentov

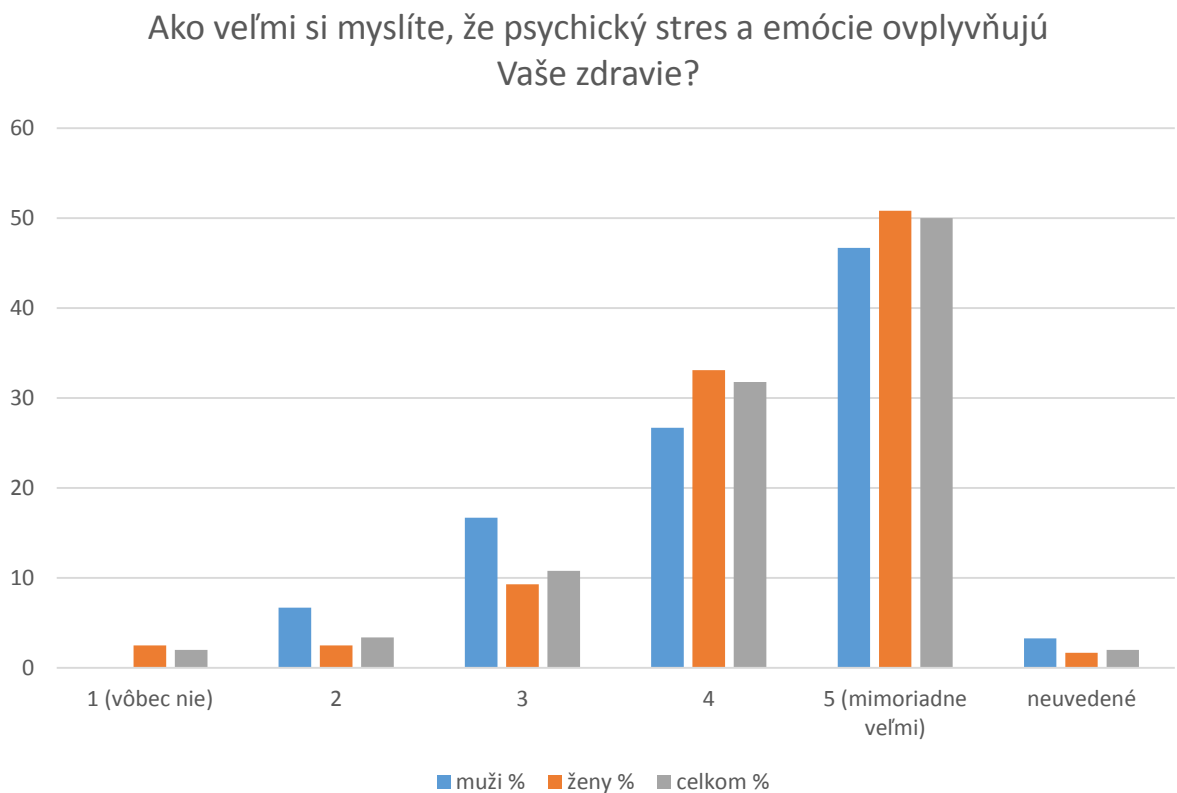
Štyri otázky v dotazníku boli zamerané na konkrétne zdravotné ukazovatele. V tabuľke č. 4 je prehľad zhoršených zdravotných ukazovateľov medzi respondentmi. Alergiou trpelo 41 opýtaných. Bol to zároveň ukazovateľ, ktorý uvádzalo najväčšie množstvo respondentov, a to 27,7 %. Zvýšený krvný tlak uviedlo 20 opýtaných. Zvýšenú glykémiiu uviedlo najmenšie množstvo účastníkov, a to 5,4 %, z toho 6 žien a 2 muži. Na posledný ukazovateľ zdravotného stavu, a to zvýšený cholesterol, odpovedalo kladne skoro o 10 % viac žien ako mužov. Jedna žena na túto otázku neodpovedala vôbec. Celkový počet respondentov, ktorí uvádzali zvýšený cholesterol, bol 26.

Tabuľka č. 4: Zhoršené zdravotné ukazovatele respondentov, N=148, * 1 žena neodpovedala

	muži		ženy		celkom	
	n=30	%	n=118	%	n=148	%
trpí alergiou	8	26,7	33	28	41	27,7
má vysoký tlak krvi	4	13,3	16	13,6	20	13,5
má zvýšenú glykémiiu	2	6,7	6	5,1	8	5,4
má zvýšený cholesterol	3	10	23*	19,5	26	17,7

3.2.1.5 Subjektívne vnímanie respondentov

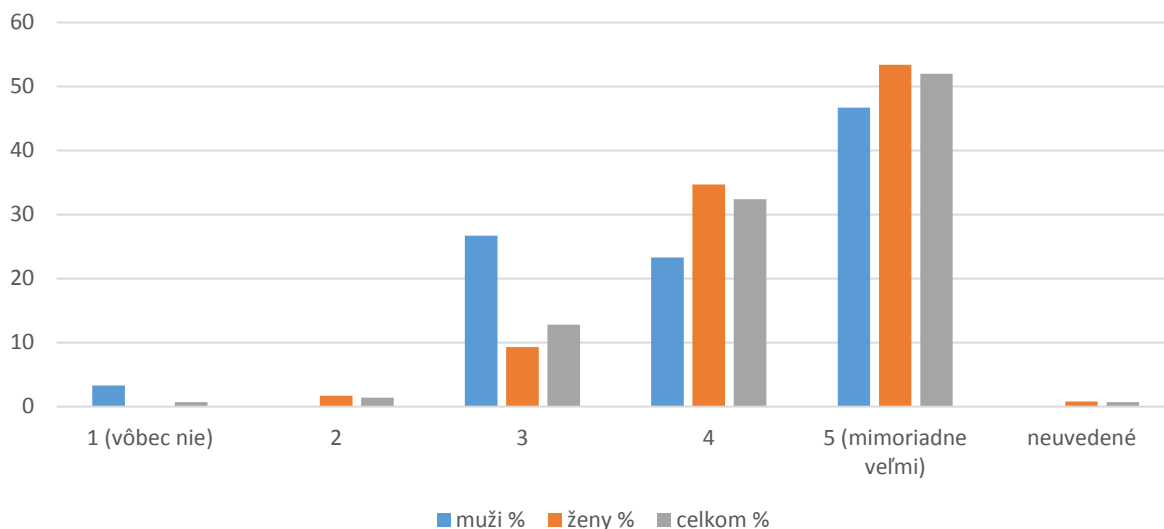
Až polovica všetkých opýtaných uviedla, že psychický stres a emócie (úzkosť a depresie) majú mimoriadne veľký vplyv na ich zdravie. To, že by tieto faktory nemali žiaden vplyv na zdravie si nemyslel ani jeden muž a len 2 % žien. Z hodnotiacej škály, kde hodnota 1 znamenala „vôbec nie“ a hodnota 5 „mimoriadne veľa“ si nevybrali žiadnu možnosť 1 muž a 2 ženy. Grafické znázornenie odpovedí na túto otázku je v grafe č. 4. Priemer všetkých odpovedí bol 4,3, smerodajná odchýlka=0,9 a medián bol 5.



Graf č. 4: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vplyvu psychického stresu a emócií na zdravie na škále od 1 (vôbec nie) do 5 (mimoriadne veľmi), N=148

Vplyv zdravého životného štýlu na zdravie považovalo za mimoriadne veľký, to je hodnota 5, až 77 (52 %) všetkých respondentov. 26,7 % opýtaných mužov označilo hodnotu 3 v strede škály a len 1 muž si myslel, že životný štýl na zdravie vôbec nevlýva. 1 žena svoju odpoveď neuviedla. Grafické znázornenie odpovedí na túto otázku je v grafe č. 5. Priemerná hodnota odpovedí bola 4,3, smerodajná odchýlka=0,8 a medián bol 5.

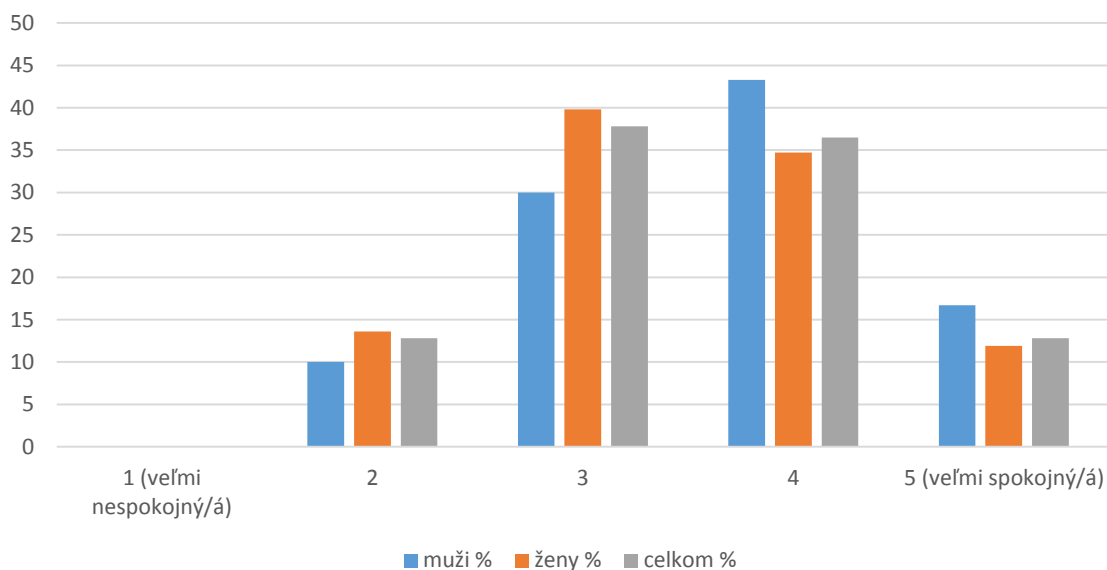
Ako veľmi si myslíte, že zdravý životný štýl ovplyvňuje Vaše zdravie?



Graf č. 5: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vplyvu zdravého životného štýlu na zdravie na škále od 1 (vôbec nie) do 5 (mimoriadne veľmi), N=148

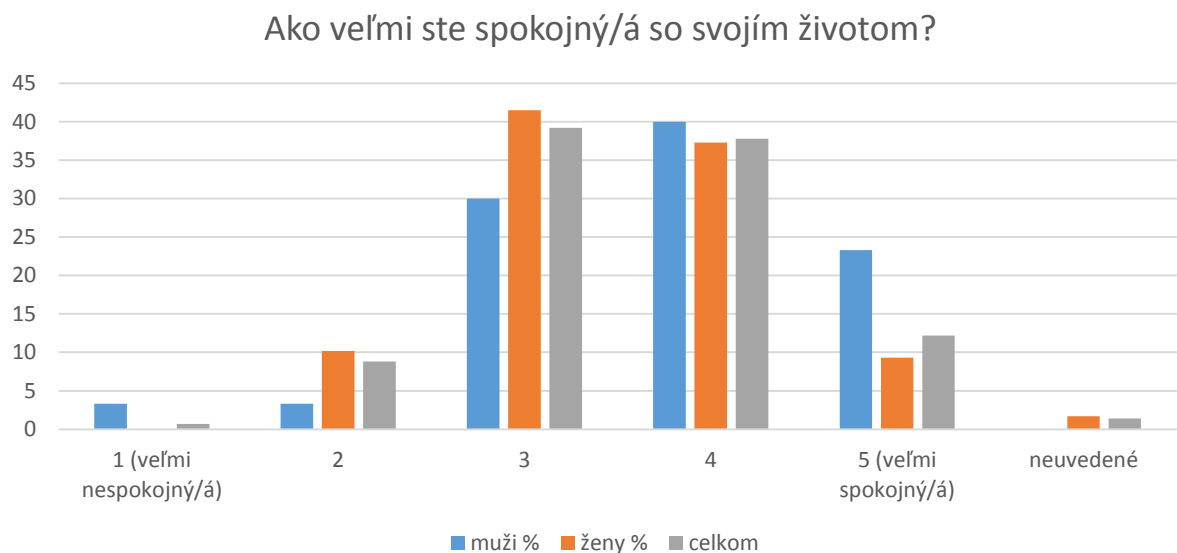
Respondenti boli v priemere stredne až viac spokojní so svojim fyzickým zdravím a označili teda hodnoty 3 alebo 4. Priemer hodnôt sa rovnal 3,5, smerodajná odchýlka=0,9, medián=3. Žiaden z opýtaných neuviedol, že by bol so svojim fyzickým zdravím veľmi nespokojný. Konkrétne zastúpenie odpovedí respondentmi je v grafe č. 6.

Ako ste spokojný/á so svojim fyzickým zdravím?



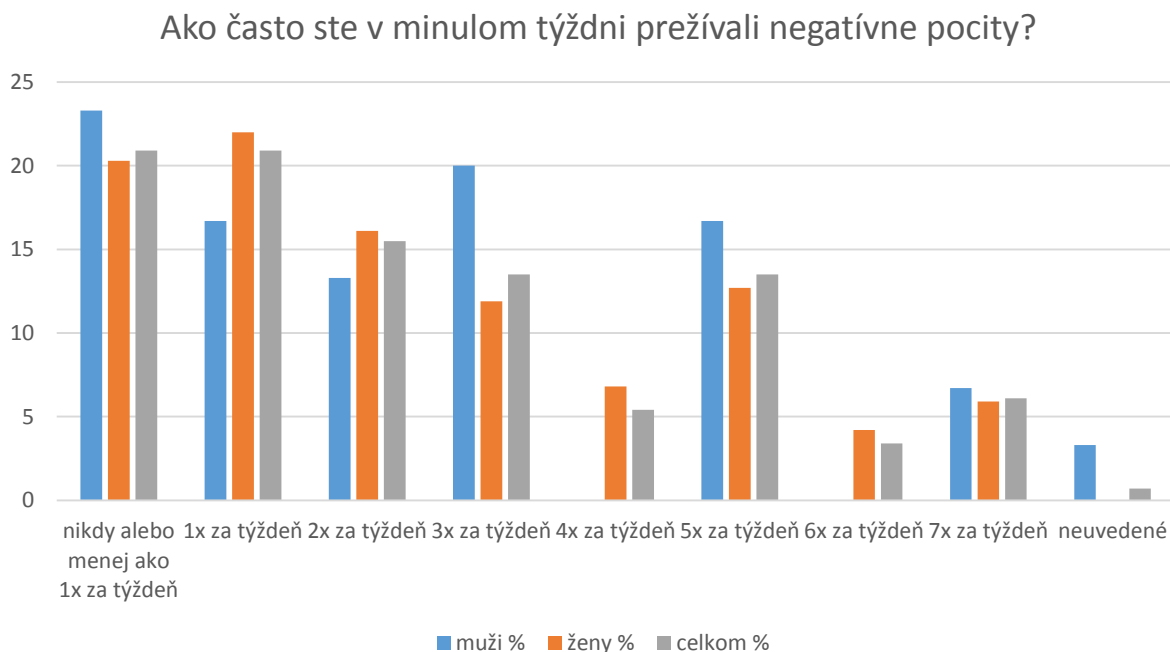
Graf č. 6: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku spokojnosti s fyzickým zdravím na škále od 1 (veľmi nespokojný/á) do 5 (veľmi spokojný/á), N=148

Najčastejšie sa v odpovediach na otázku spokojnosti so svojim životom na škále od 1 (veľmi nespokojný/á) do 5 (veľmi spokojný/á) vyskytovala hodnota 3. Tú uviedlo 39,2 % všetkých respondentov. Samostatne len z mužskej časti opýtaných však najväčšie množstvo (40 %) zvolilo hodnotu 4. 2 zo žien neuviedli žiadnu odpoveď. Grafické znázornenie odpovedí na túto otázku je v grafe č. 7. Priemerná hodnota zo všetkých uvedených odpovedí bola 3,5, smerodajná odchýlka=0,8 a hodnota mediánu bola 4.



Graf č. 7: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku spokojnosti so životom na škále od 1 (veľmi nespokojný/á) do 5 (veľmi spokojný/á), N=148

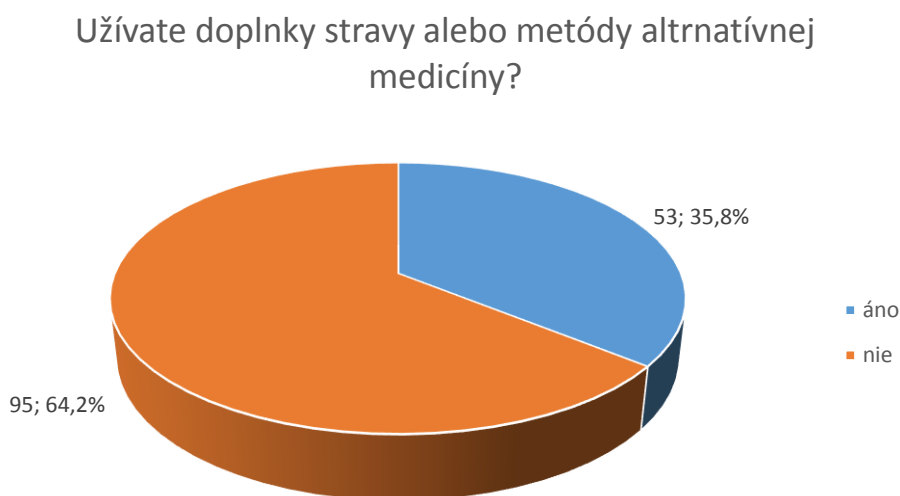
Pri otázke, ktorá bola zameraná na to, ako často respondenti za minulý týždeň prežívali negatívne pocity ako napätie, úzkosť alebo depresiu dohromady, až 40,2 % odpovedí bolo buď nikdy, alebo maximálne raz v týždni. Naproti tomu však až 5 žien uviedlo odpoveď, že takéto pocity prežívali až 6x za týždeň. 1 mužský respondent na túto otázku neodpovedal vôbec. Celkový prehľad odpovedí je vizualizovaný v grafe č. 8.



Graf č. 8: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku prežívania negatívnych pocitov, N=148

3.2.1.6 Doplnky stravy a alternatívna medicína

Užívanie doplnkov stravy či metód alternatívnej medicíny medzi respondentmi je demonštrované v grafe č. 9. Zo všetkých opýtaných užívanie týchto prostriedkov uviedlo až 70 % mužov a len 37,3 % žien. Najčastejšími z menovaných boli bylinné čajové zmesi, homeopatické prípravky, využívanie metód tradičnej čínskej medicíny a cvičenie jogy. Z doplnkov stravy boli najviac udávané multivitamínové preparáty alebo doplnky s obsahom vitamínu C či B a ďalej rôzne doplnky na kĺby a imunitu.

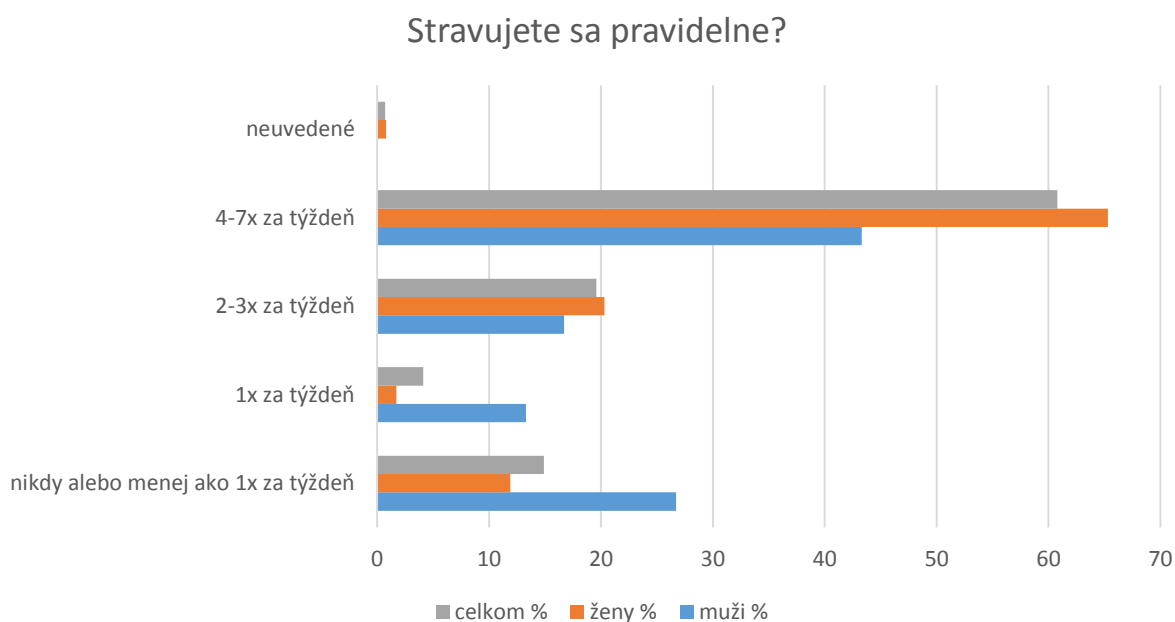


Graf č. 9: Percentuálne zastúpenie respondentov pri otázke užívanie doplnkov stravy alebo metód alternatívnej medicíny, N=148

3.2.2 Výživa, životný štýl a ich hodnotenie podľa kritérií zdravého životného štýlu

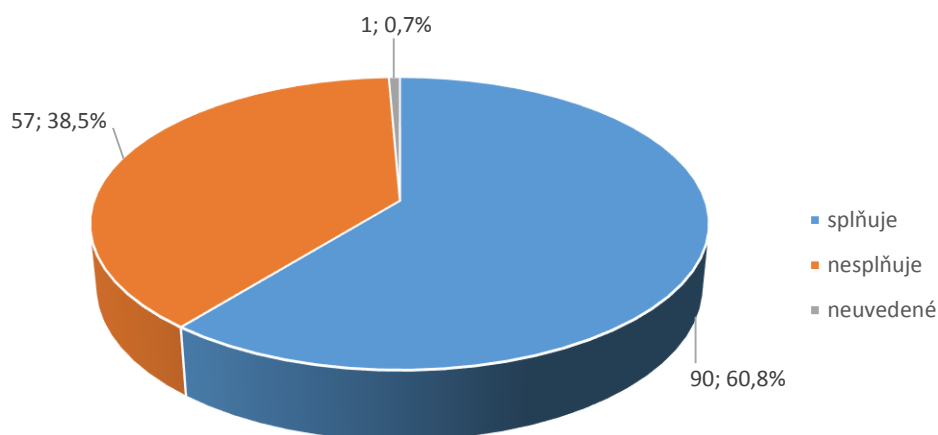
3.2.2.1 Výživa

Na otázku, ako často sa respondenti stravujú minimálne 5x denne - t. j. raňajky, desiata, obed, olovrant a večera - odpovedali až na jednu ženskú výnimku všetci opýtaní, ako je podrobne znázornené v grafe č. 10. 22 respondentov uviedlo, že menej ako raz v týždni alebo dokonca nikdy nemá pravidelnú stravu. Z tohto množstva bolo percentuálne zastúpené väčšie množstvo mužov ako žien. Najmenší počet účastníkov, a to 6, uviedol, že má takýto jedálny lístok len raz v týždni. Pre možnosť 2-3x za týždeň sa rozhodlo 5 mužov a 24 žien. Absolútne najviac respondentov však uviedlo, že sa stravuje pravidelne skoro každý deň v týždni, celkovo až 90 osôb (60,8 %).



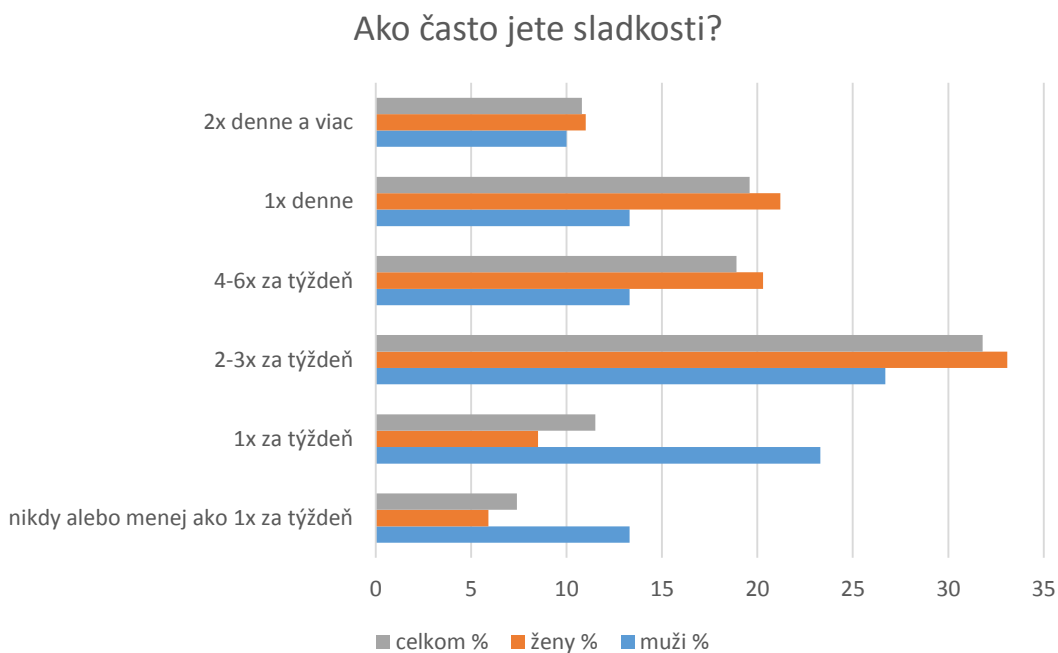
Graf č. 10: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku pravidelného stravovania, N=148

Podľa výživových odporúčaní by sa malo pravidelné stravovanie dodržiavať každodenne, minimálne 5x denne – t. j. raňajky, desiata, obed, olovrant a večera. (22) Toto odporúčanie splnilo 60,8 % respondentov. Percentuálne hodnotenie pravidelnosti stravovania je znázornené v grafe č. 11.



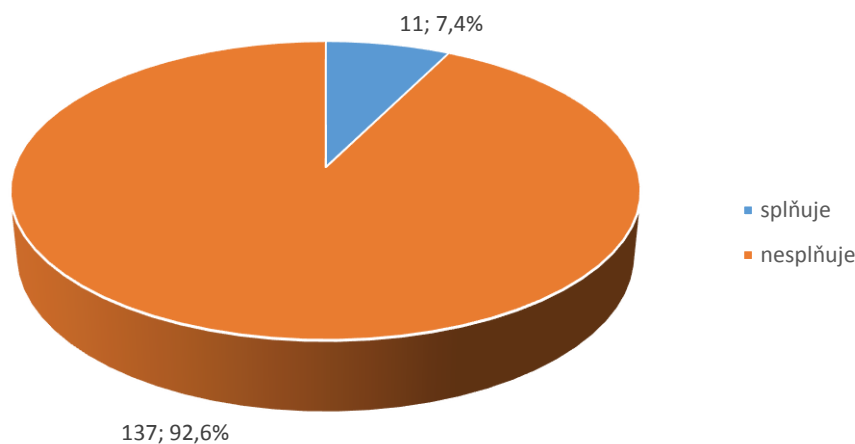
Graf č. 11: Percentuálne hodnotenie pravidelnosti stravy podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

Na frekvenciu jedenia sladkostí bola najčastejšia odpoveď 2–3x za týždeň. Takto odpovedalo 8 mužov a 39 žien. Naopak najmenej respondentov, a to 11, uviedlo, že sladkosti neje nikdy alebo menej ako 1x za týždeň. Pomerne vyrovnané množstvo opýtaných, cca 19 %, označilo konzumáciu sladkostí 4–6x za týždeň alebo aspoň raz denne. Percentuálne zastúpenie odpovedí je znázornené v grafe č. 12.



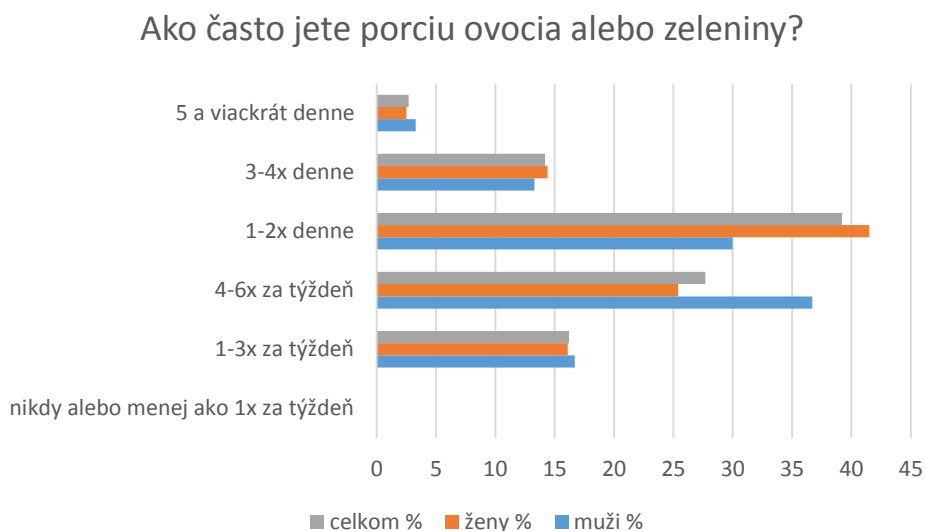
Graf č. 12: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie sladkostí, N=148

Podľa odporúčaní zdravej výživy je vhodné úplne obmedziť konzumáciu sladkostí. (16, 41) Tomuto odporúčaniam sa priblížilo najmenej, a to len 11 z opýtaných respondentov (7,4 %), čo je možné vidieť aj na grafe č. 13.



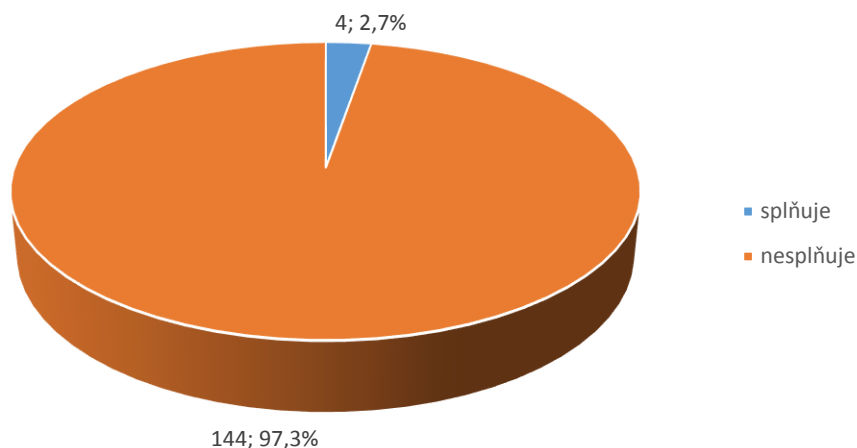
Graf č. 13: Percentuálne hodnotenie konzumácie sladkostí podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

Na otázku, ako často jedia respondenti porciu ovocia alebo zeleniny, kde 1 porcia = polovica šálky (1 šálka = 250ml), nikto z respondentov neodpovedal, že by nekonzumoval vôbec tieto potraviny. Ďalším relatívne pozitívnym výsledkom je, že najviac opýtaných (39,2 %) jedlo porciu ovocia alebo zeleniny aspoň 1-2x denne. Rovnako najviac zo žien, 49, zvolilo túto možnosť. Naproti tomu, z mužskej časti respondentov bolo najväčšie množstvo (36,7%) za možnosť, že ovocie alebo zeleninu konzumuje 4-6x v týždni. Podrobný prehľad odpovedí je uvedený v grafe č. 14.



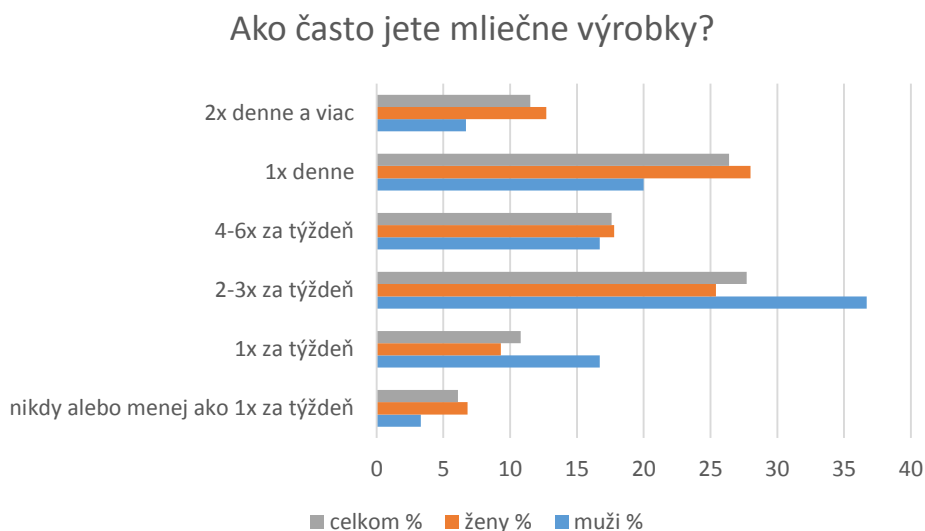
Graf č. 14: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie ovocia alebo zeleniny, N=148

Minimálne 5 porcií denne (400g) ovocia alebo zeleniny (29) je podľa odporúčaní zdravej výživy vhodný príjem, ktorému vyhovelo len 2,7% z našich respondentov, čo demonštruje aj graf č. 15. Všetci ostatní (97,3%) konzumovali ovocie alebo zeleninu menej často, ako je odporúčané.



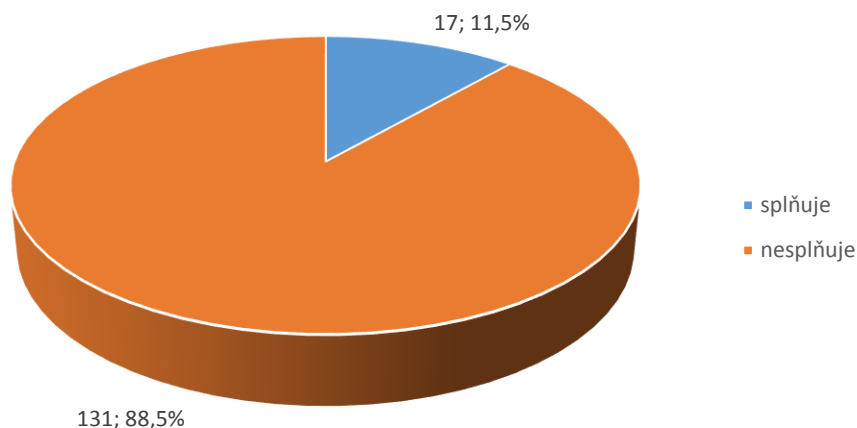
Graf č. 15: Percentuálne hodnotenie konzumácie ovocia alebo zeleniny podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

Mliečne výrobky konzumovali opýtané ženy častejšie než muži. Najviac početná odpoveď, celkovo od 39 respondentov, bola, že ich konzumujú aspoň 1x denne. Naopak, najmenší počet respondentov (6,1 %) uviedol, že mliečne výrobky nekonzumuje vôbec alebo menej ako raz v týždni. Z tohto množstva prevládali ženy, ktorých bolo 8, muž bol len 1. Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie mliečnych výrobkov je znázornené v grafe č. 16.



Graf č. 16: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie mliečnych výrobkov, N=148

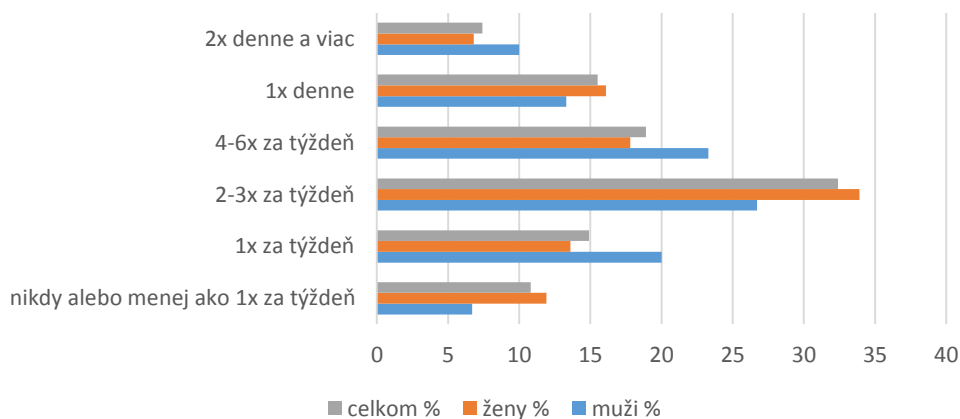
Keďže odporúčaný príjem mliečnych výrobkov na deň sú 2-3 porcie (39, 41), tak tomuto množstvu svojou konzumáciou zodpovedalo len 11,49% respondentov, čo je 17 osôb, ako je znázornené v grafe č. 17.



Graf č. 17: Percentuálne hodnotenie konzumácie mliečnych výrobkov podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

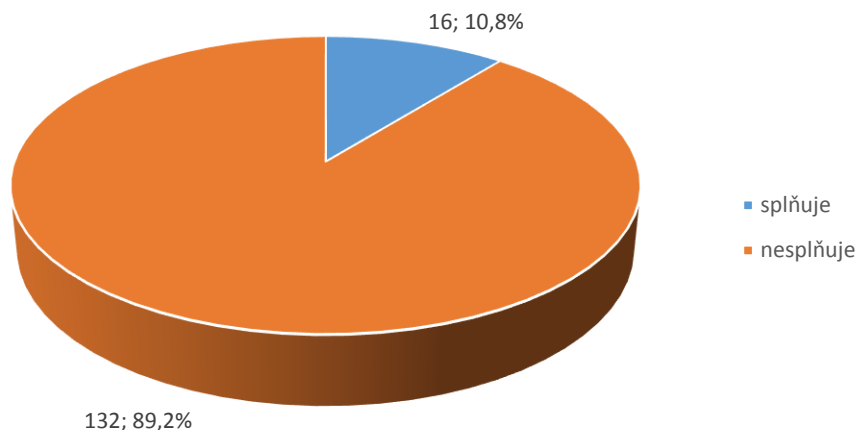
16 (10,8 %) respondentov, z toho až 14 ženského pohlavia uviedlo, že nekonzumujú biele pečivo, bielu ryžu a necelozrnné cestoviny alebo ich konzumujú menej ako 1x týždenne. Najmenej účastníkov (7,4 %) zvolilo možnosť, že by konzumovali tieto potraviny až 2 a viackrát za deň. Suverénne najviac respondentov, a to aj v rámci pohlaví (26,7 % mužov a 33,9 % žien), uviedlo, že tieto potraviny je v týždni 2-3 krát. Konkrétne percentuálne zastúpenie odpovedí na túto otázku je znázornené v grafe č. 18.

Ako často jete biele pečivo, bielu ryžu alebo necelozrnné cestoviny?



Graf č. 18: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie bieleho pečiva, bielej ryže alebo necelozrnných cestovín, N=148

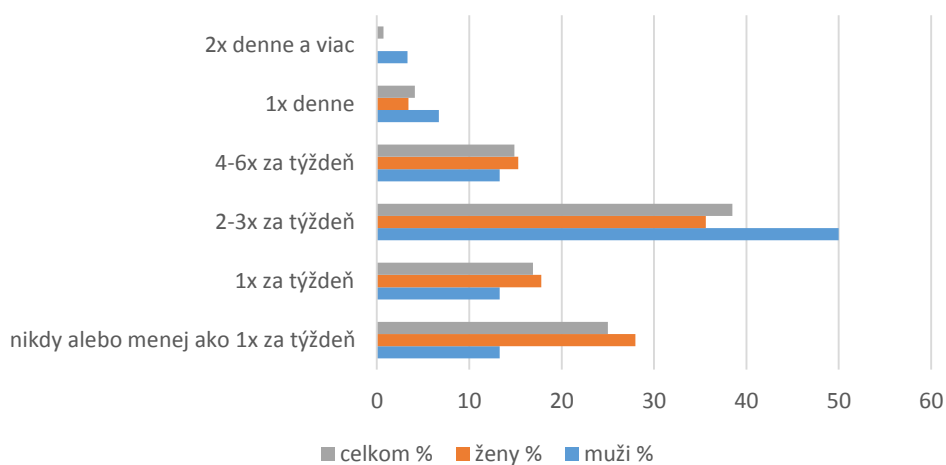
Konzumácia bieleho pečiva, bielej ryže a necelozrnných cestovín nie je podľa odporúčaní zdravej výživy doporučená. (16, 40) Toto kritérium splnilo len 10,8 % respondentov, čo je 16 osôb, ako je možné vidieť aj v grafe č. 19.



Graf č. 19: Percentuálne hodnotenie konzumácie bieleho pečiva, bielej ryže a necelozrnných cestovín podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

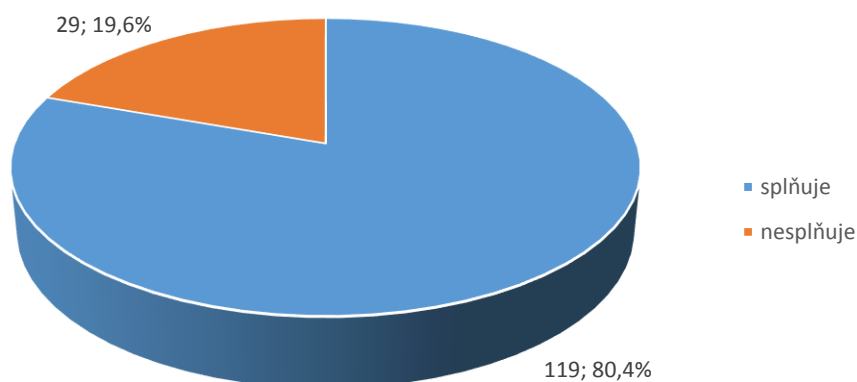
Zo získaných dát vyplynulo, že červené mäso (bravčové, hovädzie) alebo údeniny vôbec, alebo menej ako raz týždenne nekonzumuje až 25 % opýtaných (37 osôb). Jediný muž uviedol, že tieto potraviny je až 2 a viackrát denne. Najčastejšia odpoveď na otázku, ako často jedia červené mäso alebo údeniny, bola 2-3x za týždeň. Označilo ju 57 všetkých opýtaných, z toho 50 % mužov a 35,6 % žien. Konkrétne percentuálne zastúpenie odpovedí na túto otázku je znázornené v grafe č. 20.

Ako často jete červené mäso alebo údeniny?



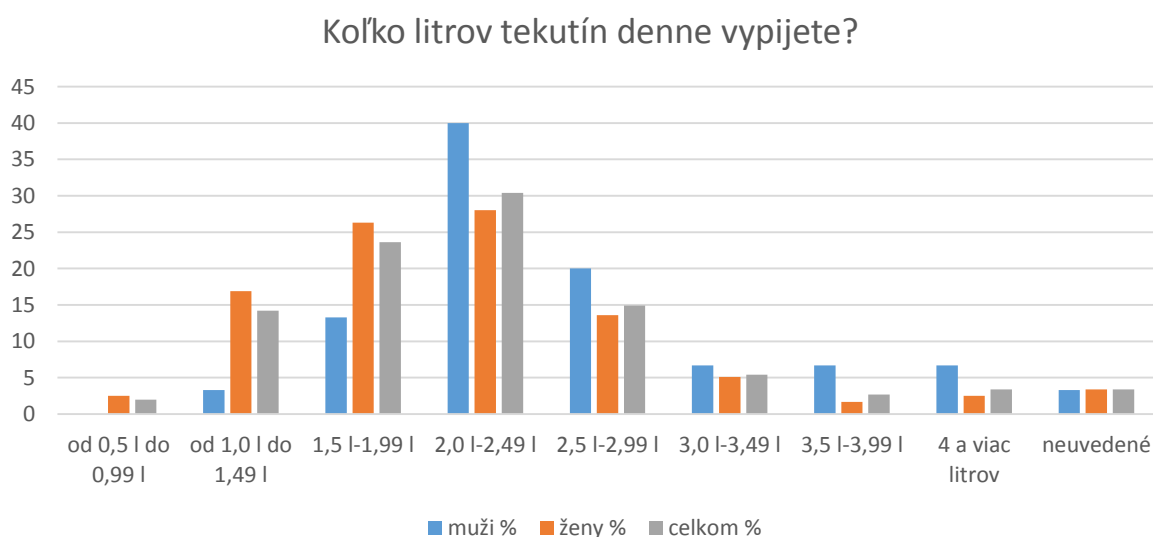
Graf č. 20: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie červeného mäsa alebo údenín, N=148

Konzumácia červeného mäsa alebo údenín je v rámci odporúčaní maximálne 70 g denne - t. j. polovica porcie. Aplikované na náš dotazník je toto kritérium týždenne maximálne 2-3 porcie. (38, 41) Do skupiny, ktorá dané kritérium spĺňala, boli zaradené aj odpovede pod maximálnu odporúčanú konzumáciu mäsa alebo údenín, t. j. 1x za týždeň a nikdy alebo menej ako 1x za týždeň. Odporúčania tak splnilo až 80, 4 % opýtaných. Nesplnila len jedna pätina, čo je 29 opýtaných. Tieto údaje demonštruje aj graf č. 21.



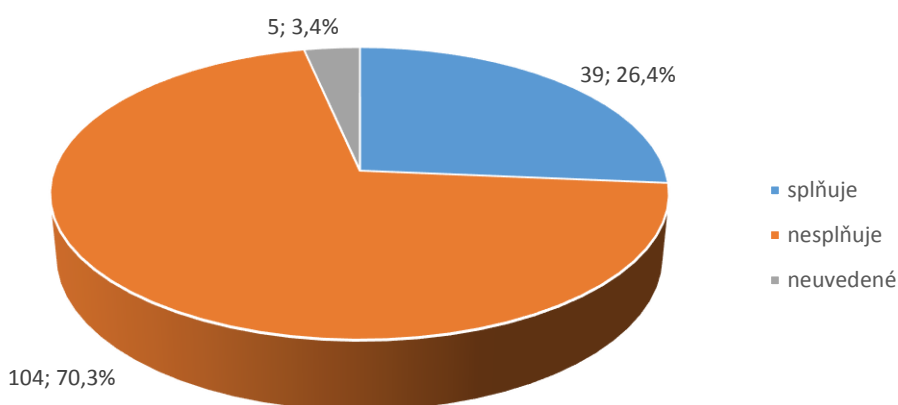
Graf č. 21: Percentuálne hodnotenie konzumácie červeného mäsa alebo údenín podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

Respondenti uviedli v priemere príjem 2 litrov tekutín na deň. Najviac odpovedí bolo uvedených v rozmedzí 2,0 l až 2,49 l tekutín na deň, a to celkovo 45. 5 respondenti neuviedli odpoveď na otázku, koľko litrov tekutín denne vypijú, z nich 4 ženy a 1 muž. Podrobnejšie výsledky danej otázky sú uvedené v grafe č. 22.



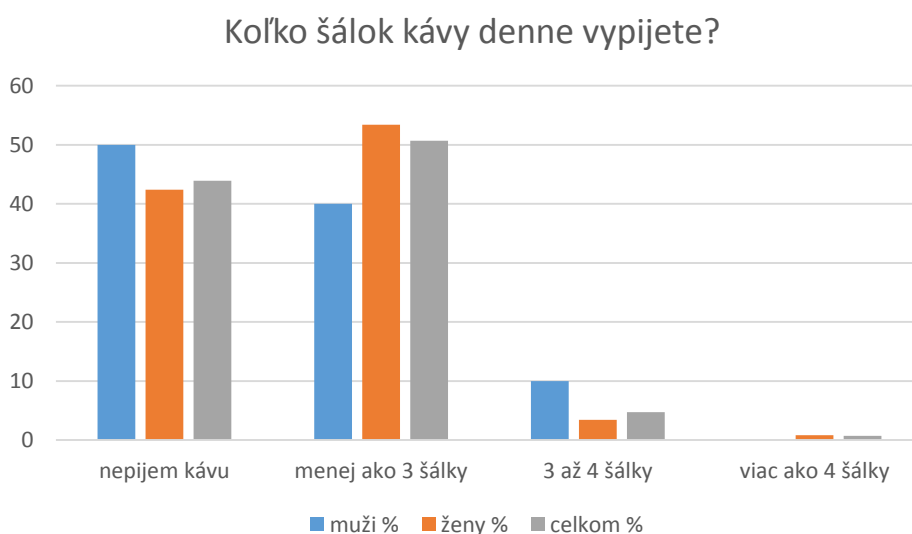
Graf č. 22: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku množstva vypitých tekutín, N=148

Odporúča sa vypiť aspoň 2,5 l tekutín denne. (33) Toto odporúčanie svojím pitným režimom splnili respondenti, ktorí uviedli 2,5 l tekutín a viac. Je ich spolu 26,4 %. Až 70,3 % opýtaných (87 žien a 17 mužov) nespĺnilo odporúčania na pitný režim, ako je možné vidieť v grafe č. 23.



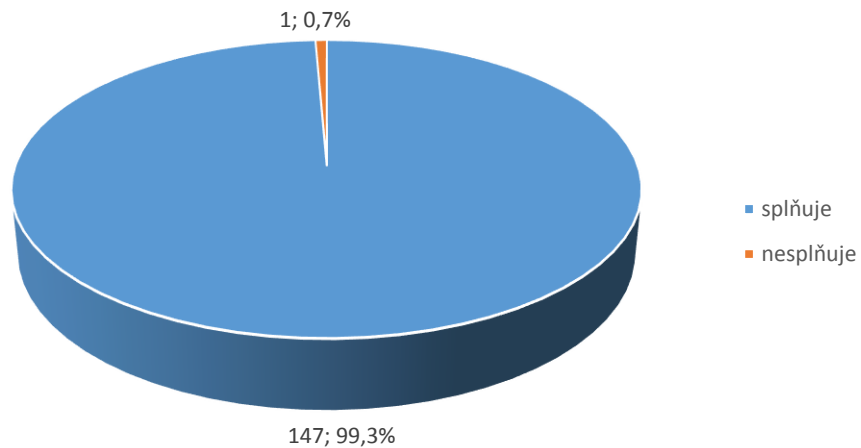
Graf č. 23: Percentuálne hodnotenie príjmu tekutín podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

Žiadne pitie kávy uviedlo až 50 % mužov a 42,4 % žien. Naopak, viac ako 4 šálky kávy (1 šálka=150 ml) denne pila len 1 žena. Priemerne respondenti uvádzali, že nevypijú ani jednu celú šálku kávy denne. Konkrétne percentuálne zastúpenie odpovedí na túto otázku je znázornené v grafe č. 24.



Graf č. 24: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku počtu šálok kávy denne, N=148

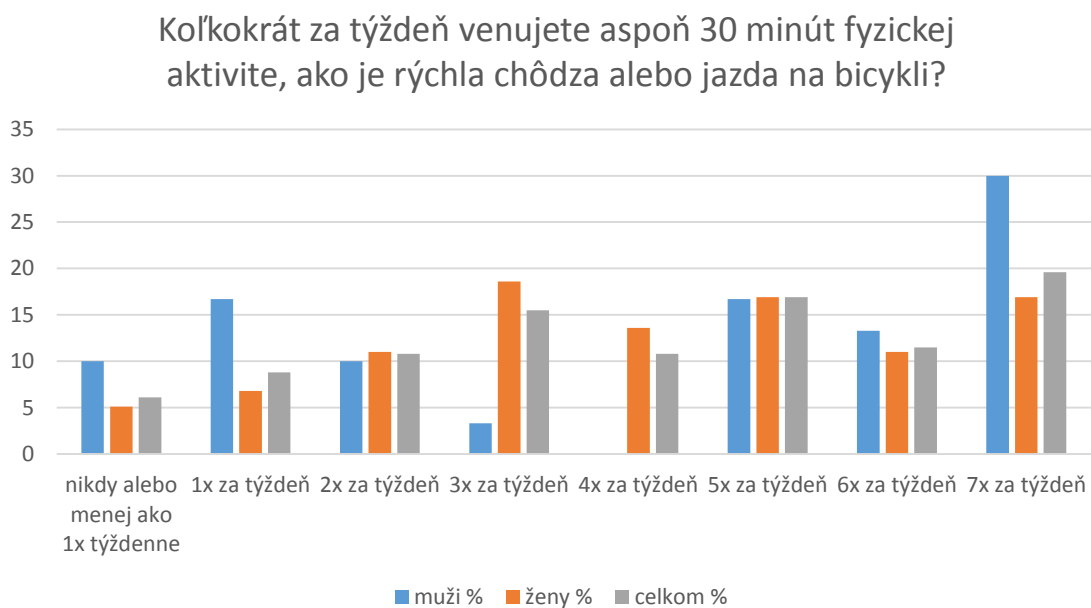
Takmer 100 % respondentov vyhovelo odporúčaniam zdravej výživy piť maximálne 3-4 šálky (300-400 mg kofeínu) denne (36, 37), čo je demonštrované aj v grafe č. 25.



Graf č. 25: Percentuálne hodnotenie pitia kávy podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148

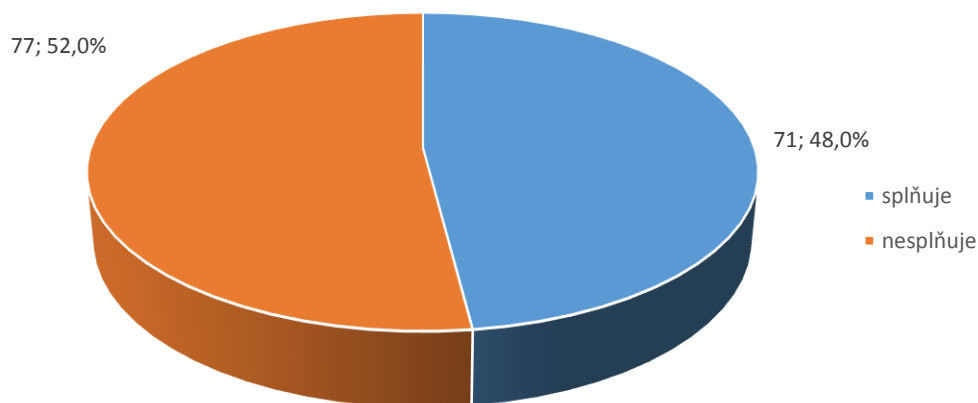
3.2.2.2 Fyzická aktivita

Obsah otázky „Koľkokrát za týždeň venujete aspoň 30 minút fyzickej aktivite, ako je rýchla chôdza alebo jazda na bicykli?“ odpovedá strednej fyzickej aktivite. (46) Tú najčastejšie vykonávali respondenti 5x týždenne (25 opýtaných). Najmenej uvádzaná odpoveď bola nikdy alebo menej ako 1x týždenne. Najviac mužov (30 %) zvolilo možnosť, že túto aktivitu vykonáva každý deň v týždni. Naproti tomu bola u žien najčastejšia odpoveď 3x v týždni. Konkrétne percentuálne zastúpenie odpovedí na túto otázku je znázornené v grafe č. 26.



Graf č. 26: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vykonávania strednej fyzickej aktivity, N=148

Odporúčaná stredná fyzická aktivita je aspoň 30 minút 5x za týždeň. (46) Toto odporúčanie splňajú aj respondenti, ktorí ju vykonávajú častejšie a označili možnosť 6 alebo 7x za týždeň. Dohromady títo respondenti tvorili 48,0 %, čo je 71 opýtaných. Nadpolovičná väčšina toto odporúčanie nespĺnila, bolo ich 77 (52,0 %), čo je možné vidieť v grafe č. 27.



Graf č. 27: Percentuálne hodnotenie strednej fyzickej aktivity podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, $N=148$

Testovanie hypotézy 1

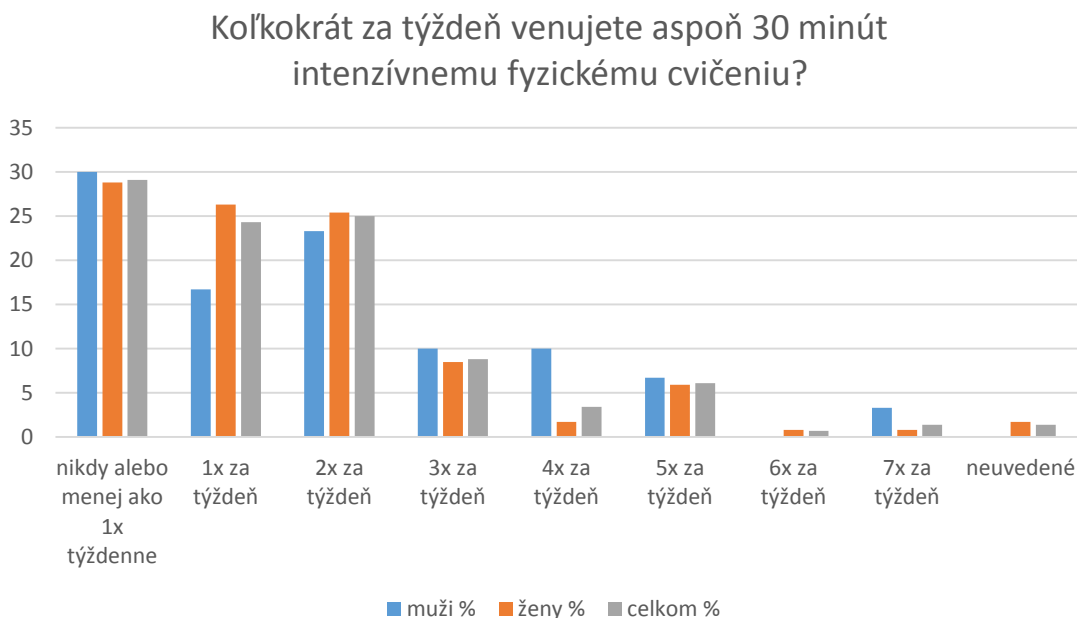
Na základe uvedených výsledkov bola zisťovaná závislosť medzi tým, ako sú respondenti spokojní so svojim fyzickým zdravím a tým, ako často vykonávajú strednú fyzickú aktivitu. Testované boli nasledujúce hypotézy (H_0 =nulová hypotéza, H_A =alternatívna hypotéza):

1H₀: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi tým, ako sú respondenti spokojní so svojim fyzickým zdravím a tým, ako často vykonávajú strednú fyzickú aktivitu.

1H_A: Zaujímavcovia o zdravú výživu, ktorí sú viac spokojní so svojim zdravím, častejšie vykonávajú strednú fyzickú aktivitu.

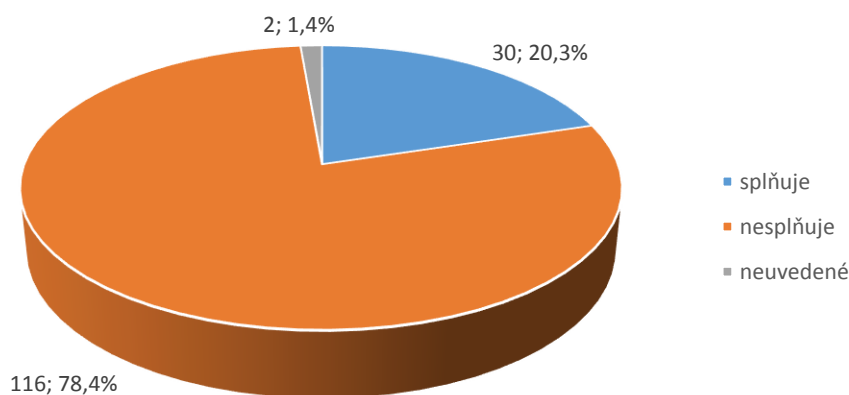
Na testovanie týchto hypotéz bol použitý Spearmanov test. Hodnota p vyšla 0,043 a je teda nižšia ako hladina $\alpha=0,05$. Preto bolo možné zamietnuť nulovú hypotézu (1H₀). Potvrdila sa alternatívna hypotéza (1H_A), teda to, že ako sú respondenti spokojní so svojim fyzickým zdravím závisí od toho, ako často vykonávajú stredne intenzívnu fyzickú aktivitu. Korelačný koeficient vyšiel 0,167, čo poukazuje na to, že zistená pozitívna korelácia je veľmi malá.

Z odpovedí na otázku, koľkokrát za týždeň venujú respondenti aspoň 30 minút intenzívnemu fyzickému cvičeniu do zapotenia, ktoré spôsobí výrazný nárast frekvencie dýchania alebo tepu srdca, bola najčastejšia nikdy alebo menej ako raz v týždni, čo demonštruje aj graf č. 28. Druhé najväčšie percentuálne zastúpenie (25,3 %) mala intenzívna fyzická aktivita vykonávaná 2x za týždeň. 2 zo žien neuviedli odpoveď pri tejto otázke.



Graf č. 28: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vykonávania intenzívnej fyzickej aktivity, N=148

Odporúčania pre intenzívnu fyzickú aktivitu sú aspoň 30 minút 3x za týždeň (celkovo 75 minút za týždeň). (46) To splnilo 30 respondentov (20,3 %). Konkrétne zastúpenie respondentov je znázornené v grafe č. 29.



Graf č. 29: Percentuálne hodnotenie intenzívnej fyzickej aktivity podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148

Testovanie hypotézy 2

Cieľom bolo zistiť, či existuje nejaká závislosť medzi tým, ako sú respondenti spokojní so svojim fyzickým zdravím a tým, ako často vykonávajú intenzívnu fyzickú aktivitu. Boli testované nasledujúce hypotézy:

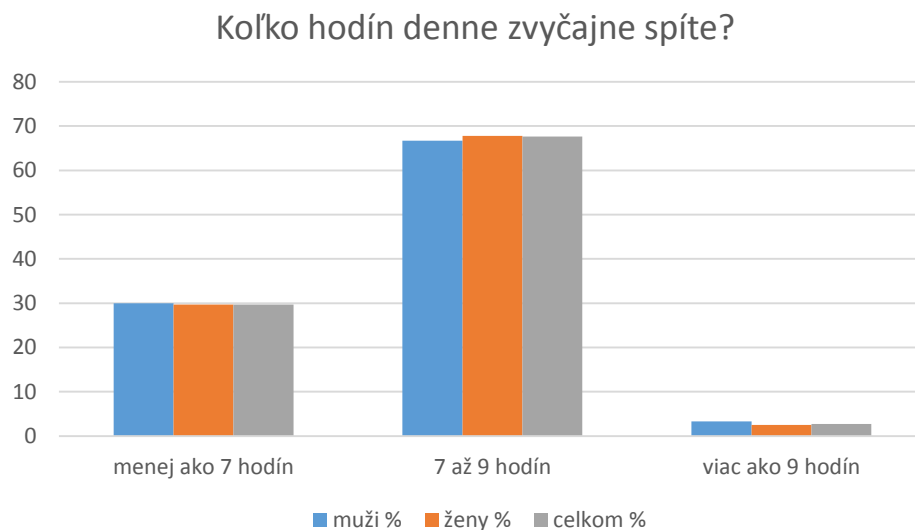
2H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi tým, ako sú respondenti spokojní so svojim fyzickým zdravím a tým, ako často vykonávajú intenzívnu fyzickú aktivitu.

2HA: Zaujímavcovia o zdravú výživu, ktorí sú viac spokojní so svojim zdravím, častejšie vykonávajú intenzívnu fyzickú aktivitu.

Na testovanie týchto hypotéz bol použitý rovnaký test. Hodnota $p=0,089$ bola vyššia ako hladina $\alpha=0,05$. Prijatá bola teda nulová hypotéza, a teda že medzi spokojnosťou s fyzickým zdravím a vykonávanou intenzívnou fyzickou aktivitou neexistuje štatisticky významná závislosť.

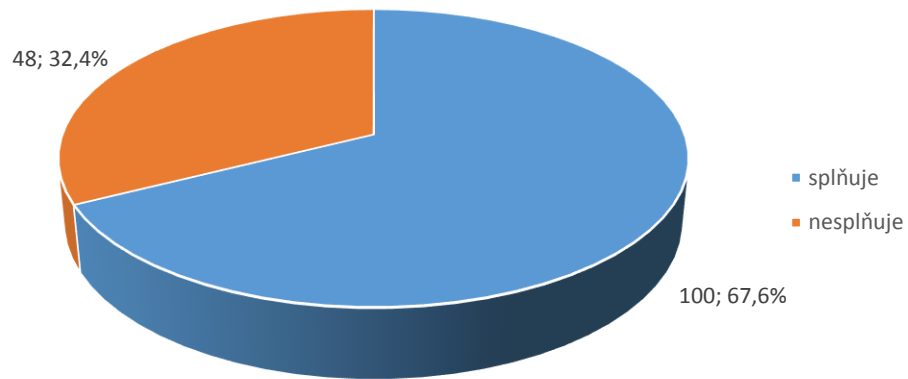
3.2.2.3 Spánok a psychohygienu

Z odpovedí na otázku zameranú na obvyklý počet hodín spánku vyplynulo, že 20 mužov a 80 žien spí 7 až 9 hodín denne. Priemerný počet hodín bol zo všetkých uvedených odpovedí 7,2, smerodajná odchýlka bola 1,0. Najnižší počet hodín, ktoré respondent obvykle spí, bol 4, najvyšší 11, obe hodnoty uviedli ženy. Konkrétne percentuálne zastúpenie odpovedí na túto otázku je znázornené v grafe č. 30.



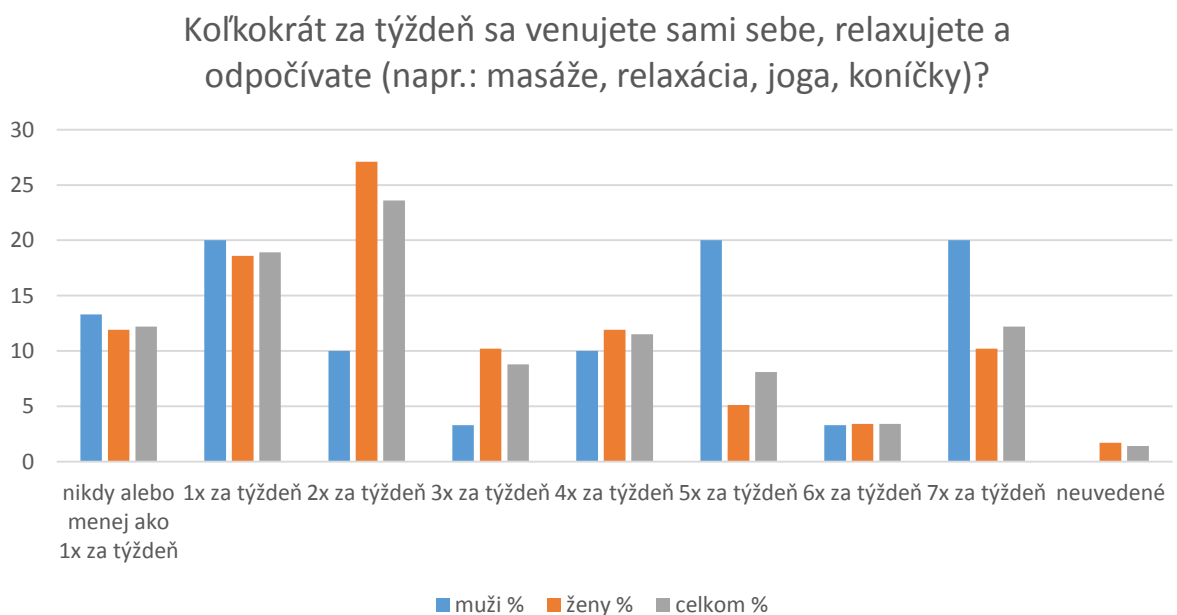
Graf č. 30: Percentuálne zastúpenie odpovedí na obvyklú dĺžku spánku, $N=148$

Podľa odporúčaní je vhodné spať 7 až 9 hodín denne. (34) Toto odporúčanie splnilo až 67,6 % respondentov, ako je znázornené na grafe č. 31.



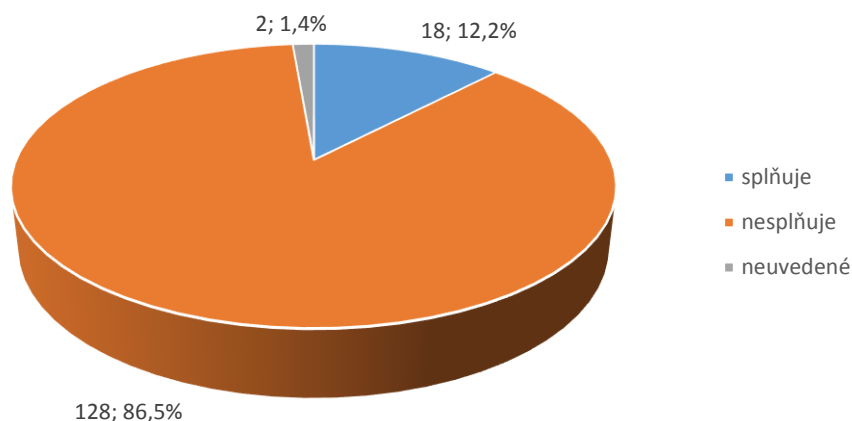
Graf č. 31: Percentuálne hodnotenie počtu hodín spánku podľa odporúčani zdravého životného štýlu, N=148

Mužskí respondenti najviac uvádzali, že sa sami sebe a odpočinku venujú 1x, 5x alebo každý deň v týždni. Najväčšie množstvo žien (27,1 %) zvolilo odpoveď 2x za týždeň a 2 ženy svoju odpoveď neuviedli. Konkrétny prehľad odpovedí je znázornený v grafe č. 32.



Graf č. 32: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku relaxu a odpočinku, N=148

Akejkol'vek forme psychohygieny, ktorá človeku pomáha a vyhovuje mu, je odporúčané sa venovať pravidelne - t. j. každý deň v týždni. (42) Toto odporúčanie splnilo 12,2 % respondentov, čo demonštruje graf č. 33.



Graf č. 33: Percentuálne hodnotenie praktizovania psychohygieny podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148

Testovanie hypotézy 3

Otázkou bolo, či medzi tým, ako často respondenti prežívali negatívne pocity, ako je napríklad napätie, úzkosť alebo depresia a tým, ako často sa venovali sami sebe, relaxovali a odpočívali, existuje štatisticky významná závislosť. Testované boli tieto hypotézy:

3H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi tým, ako často respondenti prežívali negatívne pocity a tým, ako často sa venovali psychohygiene.

3HA: Častejšie prežívanie negatívnych pocitov súvisí s praktizovaním psychohygieny.

Pri testovaní daných hypotéz, na ktoré bol použitý taktiež Spearmanov test, vyšla hodnota $p=0,978$, ktorá je väčšia ako hladina $\alpha=0,05$. Vyplýva z toho, že bola prijatá nulová hypotéza, a teda že medzi danými premennými neexistuje žiadna štatisticky významná závislosť.

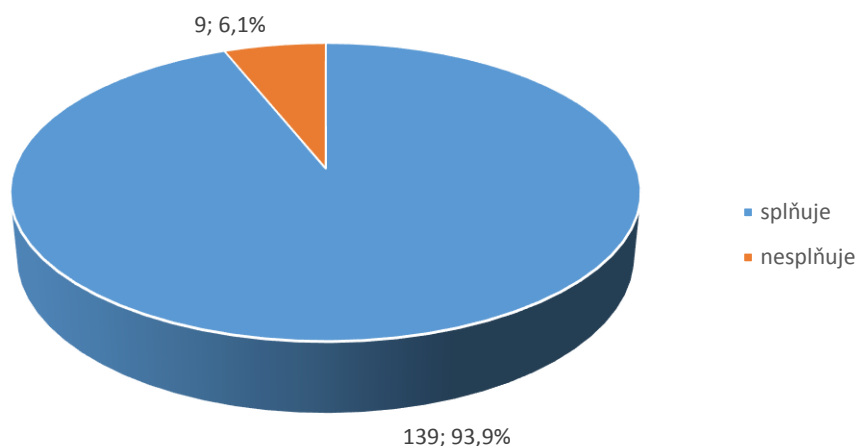
3.2.2.4 Rizikové faktory životného štýlu

Pravidelní fajčiari boli len šiesti respondenti. Striktných nefajčiarov bolo oproti tomu až 76,4 %, z toho 19 mužov a 94 žien. Kompletný prehľad odpovedí je uvedený v tabuľke č. 5.

Tabuľka č. 5: Fajčenie respondentov, N=148

Fajčíte?	muži		ženy		celkom	
	n=30	%	n=118	%	n=148	%
áno, pravidelne	3	10	3	2,5	6	4,1
áno, príležitostne	1	3,3	2	1,7	3	2
nie, ale fajčil som v minulosti	7	23,3	19	16,1	26	17,6
nie, nikdy som nefajčil	19	63,3	94	79,7	113	76,4

Fajčenie nie je v rámci zásad zdravého životného štýlu vôbec tolerované. (32) Toto kritérium splnili všetci respondenti, ktorí uviedli, že v súčasnosti nefajčia, dohromady 93,9 %. Konkrétne zastúpenie respondentov je znázornené v grafe č. 34.



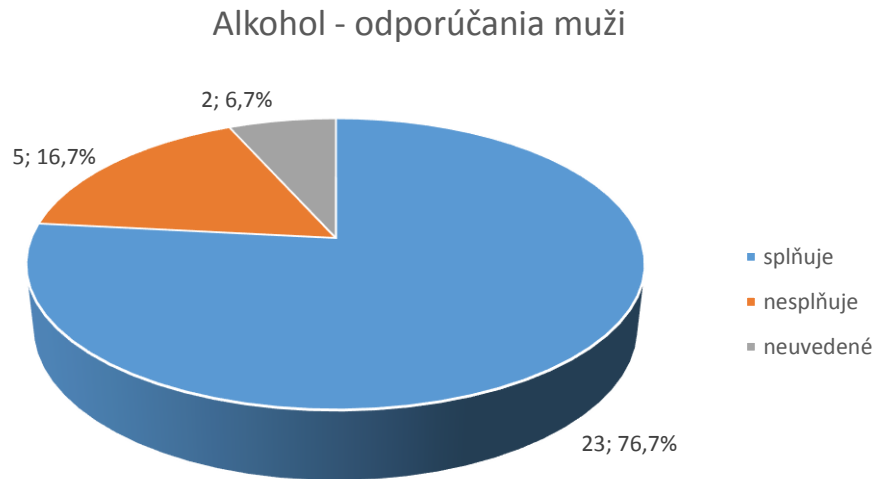
Graf č. 34: Percentuálne hodnotenie fajčenia podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148

Celkovo najväčší počet respondentov (41,9 %) uviedol, že nepije alkohol. To znázorňuje aj tabuľka č. 6. Z tohto množstva bolo 13 opýtaných mužského pohlavia a 49 ženského. Ženy častejšie uvádzali, že vypijú viac ako 1 a pol pohára (1 štandardný pohár odpovedá 0,5 l 12 stupňového piva, 2 dcl vína alebo 0,5 dcl destilátu) než muži. Naproti tomu u mužov bolo častejšie uvádzané množstvo maximálne 1 pohár alkoholu. 2 muži a 4 ženy nevideli žiadnu odpoveď na danú otázku.

Tabuľka č. 6: Konzumácia alkoholu u respondentov, N=148

Koľko štandardných pohárov alkoholických nápojov vypijete behom typického dňa, keď pijete?	muži		ženy		celkom	
	n=30	%	n=118	%	n=148	%
nepijem alkohol	13	43,3	49	41,5	62	41,9
maximálne 1 pohár	9	30	28	23,7	37	25
viac ako 1 a menej ako 1 a pol pohára	1	3,3	7	5,9	8	5,4
viac ako 1 a pol pohára	5	16,7	30	25,4	35	23,6
neuvedené	2	6,7	4	3,4	6	4,1

Pre mužov je tolerovaná konzumácia alkoholu 1 a pol pohára denne. (22) Tomuto kritériu vyhovel väčšie množstvo mužských respondentov ako ženských, a to 76,7 %, čo je možné vidieť v grafe č. 35.



Graf č. 35: Percentuálne hodnotenie konzumácie alkoholu u mužov podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=30

Pre ženy je tolerovaná konzumácia alkoholu 1 pohár denne. (22) Tomuto kritériu zodpovedalo 65,3 % žien. Konkrétne zastúpenie ženských respondentov v hodnotení konzumácie alkoholu je znázornené v grafe č. 36.



Graf č. 36: Percentuálne hodnotenie konzumácie alkoholu u žien podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=118

3.2.3 Súhrnný prehľad výsledkov zdravého životného štýlu

Tabuľka č. 7 v prehľadnej forme znázorňuje, koľko % respondentov spĺňa a naopak nespĺňa stanovené kritériá zdravého životného štýlu. Respondenti najviac spĺňali kritériá ohľadom pitia kávy, fajčenia a konzumácie červeného mäsa a údenín. Odporúčaný príjem ovocia a zeleniny, sladkostí a mliečnych výrobkov boli kritériá, ktoré splnilo najmenej z opýtaných.

Tabuľka č. 7: Súhrnné vyhodnotenie plnenia odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148

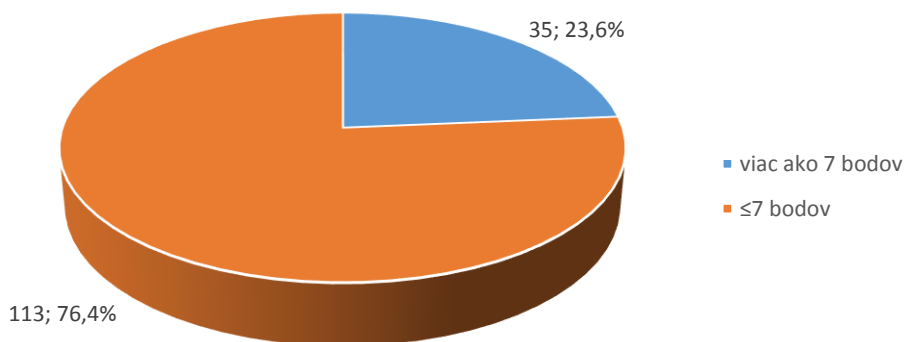
Kritériá zdravého životného štýlu	splnilo %	nesplnilo %	neuviedlo %
Odporúčaný príjem tekutín na deň	26,4	70,3	3,4
Tolerované množstvo šálok kávy na deň	99,3	0,7	0
Odporúčaná pravidelnosť stravy na deň	60,8	38,5	0,7
Odporúčaný príjem sladkostí	7,4	92,6	0
Odporúčaný príjem ovocia a zeleniny na deň	2,7	97,3	0
Odporúčaný príjem mliečnych výrobkov na deň	11,5	88,5	0
Odporúčaný príjem bieleho pečiva, bielej ryže a necelozrnných cestovín	10,8	89,2	0
Odporúčaný príjem červeného mäsa a údenín	80,4	19,6	0
Tolerovaná miera fajčenia	93,9	6,1	0
Tolerovaná miera alkoholu	67,6	28,4	4,1
Odporúčaná stredná fyzická aktivita	48	52	0
Odporúčaná intenzívna fyzická aktivita	20,3	78,4	1,4
Odporúčaná dĺžka spánku	67,6	32,4	0
Odporúčané praktizovanie psychohygieny	12,2	86,5	1,4

Všetky kritériá zdravého životného štýlu, t. j. dosiahnuté skóre 14 bodov, nezaznamenal ani jeden respondent. Viac, ako polovicu možných bodov získalo 35 účastníkov. Najviac respondentov (64,2 %) dosiahlo skóre v rozmedzí hodnôt 5 až 7. Priemerné získané skóre mužov bolo 6,5, smerodajná odchýlka=1,7 a priemer u žien bol 6,3, smerodajná odchýlka=1,7. Minimálne získané skóre bolo 2 a maximálne 12. Podrobnejšie zastúpenie účastníkov podľa dosiahnutého skóre je uvedené v tabuľke č. 8.

Tabuľka č. 8: Zastúpenie respondentov podľa dosiahnutého skóre zdravého životného štýlu, N=148

Dosiahnuté skóre	celkom		muži		ženy	
	n=148	%	n=30	%	n=118	%
<4 body	18	12,2	2	6,7	16	13,6
5-7 bodov	95	64,2	20	66,7	75	63,6
8-10 bodov	32	21,6	8	26,7	24	20,3
11-13 bodov	3	2	0	0	3	2,5
14 bodov	0	0	0	0	0	0

V grafe č. 37 je demonštrovaný počet respondentov, ktorí splnili viac alebo menej ako polovicu bodov z celkového skóre, ktoré bolo 14 bodov.



Graf č. 37: Percentuálne zastúpenie respondentov podľa toho, či získali viac alebo menej ako polovicu bodov z celkového skóre, N=148

3.2.4 Štatistické zisťovanie závislosti získaného skóre na rôznych parametroch

(osobnej charakteristike respondentov, ich spokojnosti, zdravotných ukazovateľoch a používaní doplnkov stravy či metód alternatívnej medicíny)

Testovanie hypotézy 4

4H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a pohlavím respondentov.

4HA: Ženy spĺňajú viac odporúčaní zdravého životného štýlu.

Pri testovaní týchto hypotéz bol použitý najprv Levenov test pre zistenie zhodnosti rozptylov. P hodnota vyšla 0,719, je teda vyššia ako hladina $\alpha=0,05$, z toho vyplýva, že sú rozptyly zhodné v oboch skupinách mužov aj žien. Následne bol urobený T-Test, v ňom hodnota $p=0,490$, čo je vyššie ako hladina α , preto sa potvrdila nulová hypotéza, a teda že medzi mužmi a ženami v počte splnených odporúčaní neexistuje štatisticky významný rozdiel.

Testovanie hypotézy 5

5H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a vekom respondentov.

5HA: Mladší jedinci spĺňajú viac odporúčaní zdravého životného štýlu.

Na testovanie tejto hypotézy bol využitý Pearsonov korelačný koeficient. Nakoľko je p-hodnota 0,783 a je vyššia ako hladina α , nulovú hypotézu nebolo možné zamietnuť. Medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a vekom respondentov nie je štatistická závislosť.

Testovanie hypotézy 6

6H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a BMI záujemcov o zdravú výživu.

6HA: Nižší index telesnej hmotnosti majú častejšie záujemcovia o zdravú výživu, ktorí spĺňajú odporúčania zdravého životného štýlu.

Opäť bol na testovanie použitý Pearsonov korelačný koeficient. $P=0,783$, nie je teda možné zamietnuť H_0 . Neexistuje závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a BMI respondentov.

Testovanie hypotézy 7

7H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a zhoršenými zdravotnými ukazovateľmi.

7HA: Zhoršené zdravotné ukazovatele majú častejšie jedinci, ktorí menej splňajú odporúčania zdravého životného štýlu.

Pri testovaní bol použitý Spearmanov test. U žiadnej zo sledovaných premenných týkajúcich sa zdravotných ukazovateľov ako alergia, zvýšený krvný tlak, glykémia alebo cholesterol, nebola p-hodnota nižšia ako testovacia hladina α . Neexistuje preto žiadna štatisticky významná závislosť medzi splnenými odporúčaniami a zhoršenými zdravotnými ukazovateľmi.

Testovanie hypotézy 8

8H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a tým, ako sú jedinci spokojní so svojim životom.

8HA: Vyšší počet splnených odporúčaní zdravého životného štýlu dosahujú záujemcovia o zdravú výživu, ktorí sú spokojnejší so svojim životom.

Opäť bol pri testovaní použitý Spearmanov test, v ktorom hodnota p vyšla 0,001. Je teda nižšia ako hladina $\alpha=0,05$, a preto bolo možné zamietnuť nulovú hypotézu. Potvrdila sa alternatívna hypotéza, a teda, že existuje štatisticky významná závislosť medzi celkovým dosiahnutým skóre respondentov a ich spokojnosťou so životom. Nakoľko je však korelačný koeficient na úrovni 0,261, jedná sa iba o veľmi malú pozitívnu koreláciu.

Testovanie hypotézy 9

9H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a tým, ako sú spokojní so svojim fyzickým zdravím.

9HA: Vyšší počet splnených odporúčaní zdravého životného štýlu dosahujú záujemcovia o zdravú výživu, ktorí sú spokojnejší so svojim fyzickým zdravím.

Na testovanie tejto hypotézy bol použitý rovnaký test, výsledná hodnota $p=0,003$. Podobne ako pri hypotéze 9 bolo možné zamietnuť nulovú hypotézu. Je teda možné tvrdiť, že medzi spokojnosťou s fyzickým zdravím a splnenými odporúčaniami je štatisticky významná závislosť, avšak opäť veľmi malá (0,244).

Testovanie hypotézy 10

10H0: Neexistuje štatisticky významná závislosť medzi počtom splnených odporúčaní zdravého životného štýlu a tým, či respondenti užívajú doplnky stravy alebo metódy alternatívnej medicíny.

10HA: Vyšší počet odporúčaní zdravého životného štýlu dosiahli respondenti, ktorí užívali doplnky stravy alebo metódy alternatívnej medicíny.

Pre testovanie bol použitý rovnaký test ako v predchádzajúcich prípadoch, hodnota $p=0,021$ je nižšia ako hladina $\alpha=0,05$. Nulová hypotéza je zamietnutá a prijíma sa alternatívna hypotéza (korelačný koeficient=0,190). Potvrdilo sa, že viac respondentov, splňujúcich odporúčania zdravého životného štýlu, užívalo doplnky stravy alebo metódy alternatívnej medicíny.

4 Diskusia

Cieľom tejto diplomovej práce bolo vniesť teoretickú prehľadnosť do problematiky zdravého životného štýlu a sumarizáciu jeho odporúčaní podľa uznávaných odborných inštitúcií. Následným zámerom bola podrobná analýza životného štýlu, spokojnosti a psychohygieny respondentov, u ktorých bol predpokladaný záujem o zdravú výživu tým, že sa dobrovoľne zúčastnili prednášky o zdravej výžive.

Údaje z nášho dotazníkového šetrenia boli porovnávané s dátami zo štúdie EHES (European Health Examination Survey) na reprezentatívnej vzorke populácie ČR (2) a s inými štúdiami zaoberajúcimi sa problematikou životného štýlu. Rozdielov v charakteristike vzorky respondentov zaujímavých sa o zdravú výživu a respondentov z celej populácie ČR bolo niekoľko. Hlavným bola veľkosť skúmaného súboru. V našom šetrení bolo celkovo 148 účastníkov prevažne z Královohradeckého kraja, oproti tomu v štúdiu EHES bolo 1220 respondentov z celej ČR (2). Rozdiel v zastúpení pohlaví bol taktiež značný. Nášho šetrenia sa zúčastnilo 80 % žien a len 20 % mužov. V štúdiu EHES mali väčšinou pozíciu tiež ženy - 60 %, zvyšných 40 % tvorili muži. (2) Veková škála bola u našich účastníkov v rozmedzí 17-74 rokov, v skúmanej vzorke populácie ČR to bolo v rozmedzí 25-64 rokov (2). Na tieto rozdiely bol braný ohľad pri porovnávaní výsledkov práce s priemerom v populácii ČR a ich interpretácia je preto do značnej miery orientačná.

Z výsledkov praktickej časti tejto práce je zrejmá už vyššie spomínaná väčšinová pozícia žien medzi respondentmi nášho šetrenia, ktoré tvorili 80 % zo všetkých účastníkov. Naznačuje to, že ženy sa až 4x viac zaujímajú o zdravú výživu než muži. Na druhej strane, pri porovnaní priemerného získaného skóre za splnenie odporúčaní zdravého životného štýlu medzi pohlaviami, mali z maximálneho počtu 14 bodov ženy priemerne 6,3 bodov a muži viac, 6,5 bodov. Nie je preto možné tvrdiť, že zvýšeným záujmom žien o zdravú výživu by tieto ženy viac splňali odporúčania zdravého životného štýlu. Štatistickým testovaním sa taktiež zistilo, že počet splnených odporúčaní nie je nijak závislý na pohlaví respondenta.

Hodnotu BMI mali záujemcovia o zdravú výživu v priemere 23,1 kg/m², čo spadá do kategórie normálnej hmotnosti, pričom priemerná hodnota BMI v populácii ČR je už zaraďovaná do kategórie nadváhy (27,5 kg/m²) (2). Celkovo až 2x viac ľudí (70,9 %) z nášho prieskumu malo normálnu váhu a 8x menej (3,4 %) trpelo nadváhou oproti priemeru ČR (2). Z týchto porovnaní môže vyplývať, že záujemcovia o zdravú výživu majú lepšie hodnoty BMI aj vďaka tomu, že by ich stravovanie malo vo väčšej miere zodpovedať odporúčaniam než

stravovanie bežnej populácie. V štatistickom teste sa však tento predpoklad pozitívnej korelácie medzi nižším BMI a vyšším počtom splnených odporúčaní nepotvrdil.

Zaujímavé sú taktiež výsledky zo štúdie uskutočnenej na vzorke študentov českých univerzít. Tí spĺňali kritériá pre normálnu váhu až v 89 % a obezitou trpelo len 1 % zo všetkých študentov. (52) Je však nutné podotknúť, že vo vzorke študentov bol priemerný vek 21 rokov a v našej vzorke respondentov 40 rokov. Pričom s pribúdajúcim vekom sa často mení štýl života na viac sedavý a taktiež sa menia telesné proporcie a ľudia majú tendenciu priberať (59, 60, 66).

Vo všetkých zdravotných ukazovateľoch (alergia, hypertenzia, zvýšený cholesterol, zvýšená glykémia) mali priaznivejšie výsledky záujemcovia o zdravú výživu, než vykazoval priemer v bežnej populácii ČR podľa štúdie EHES (2). K podobnému výsledku dochádza aj pri porovnaní s inými štúdiami (54, 55, 56). Napríklad hypertenzia sa vyskytuje u 13,5 % záujemcov o zdravú výživu, čo je 2,5x menej ako je priemer v ČR (33 %) (54). V porovnaní s celoeurópskou štatistikou (24 %) (54) dosahujú záujemcovia stále lepšie hodnoty. Najvýraznejší rozdiel je však v prevalencii dyslipidémie. U záujemcov o zdravú výživu sa nachádza až 4x menej než v priemere ČR (2) a 3x menej ako v európskom priemere (55). Zaujímavý poznatok prináša aj ukazovateľ hladiny cukru v krvi. Zatiaľ čo v našej vzorke uviedlo, že má zvýšenú glykémiu len 5,4 % respondentov, v bežnej populácii ČR trpí podľa údajov Medzinárodnej diabetickej federácie (International Diabetes Federation) zvýšenou hladinou cukru v krvi 10 % ľudí, v Európe potom 7,3 % (56). Z týchto dôvodov bolo predpokladané, že častejšie by mali mať zhoršené zdravotné ukazovatele tí respondenti, ktorí menej spĺňajú odporúčania zdravého životného štýlu. Štatistickým testovaním však tento predpoklad potvrdený nebol.

Porovnaním výživových zvyklostí záujemcov o zdravú výživu so stravovaním v bežnej populácii (2) neboli nájdené žiadne významné rozdiely. Takisto ani pri porovnaní s výskumom pod názvom „Stres, depresia a životný štýl“ neboli medzi stravovaním našich respondentov a stravovaním bežnej pracujúcej populácie ČR zistené väčšie rozdiely (3). Pri šetrení výživových zvyklostí českej populácie však bolo preukázané, že sa ženy stravujú viac zdravo ako muži. Muži konzumovali viac údenín a napríklad menej ovocia a zeleniny či celozrnného pečiva. (2) V našom prieskume je toto zistenie taktiež viditeľné. Muži uvádzali častejšiu konzumáciu červeného mäsa a údenín a menej častú konzumáciu ovocia a zeleniny. Z hodnotenia stravovacích návykov ale vyplýva, že respondenti najmenej spĺňali odporúčania zdravej výživy na konzumáciu ovocia a zeleniny, kde 5 porcií denne uviedlo len 2,7 % opýtaných. Konzumácii sladkostí sa takisto úplne nevyhýbali, jedli ich v priemere 5x za týždeň.

Po zohľadnení všetkých splnených odporúčaní zdravej výživy nie je možné povedať, že zvýšený záujem o zdravú výživu by znamenal aj lepšie dodržiavanie konkrétnych odporúčaní.

Netriviálne výsledky prinieslo aj šetrenie fyzickej aktivity. Ako vyplýva z rôznych zahraničných štúdií zaoberajúcich sa vplyvom zdravého životného štýlu na zdravie, vykonávanie odporúčanej fyzickej aktivity má pozitívny vplyv na životnú spokojnosť a duševné zdravie (70, 71, 72). Z našich dát vyplýva, že v priemere vykonávalo fyzickú aktivitu viac mužov než žien. Zistilo sa, že až 34,2 % našich respondentov ju vykonáva pravidelne, aspoň 4x v týždni. V porovnaní so zistením v českej populácii, kde sa v tejto miere venuje fyzickej aktivite len 10 % ľudí (2), je to až 3,5x viac ľudí. Oproti tomu sa žiadnej pohybovej aktivite nevenuje 17,6 % opýtaných, pričom v populácii ČR je to až 60 % ľudí (2). Z týchto porovnaní vyplýva, že záujemcovia o zdravú výživu vykonávajú fyzickú aktivitu častejšie, ako je priemer v bežnej populácii.

Z nášho testovania bolo zistené, že existuje štatisticky významná závislosť medzi spokojnosťou s fyzickým zdravím a tým, ako často jedinec vykonáva strednú fyzickú aktivitu. To potvrdzuje závery štúdií, ktoré hovoria, že fyzická aktivita vylepšuje ako priamo fyzickú kondíciu (43), tak aj subjektívne hodnotenie vlastného zdravia (70, 72). V kontraste s tým sa však nepodarilo potvrdiť závislosť medzi spokojnosťou so zdravím a vykonávaním intenzívnej fyzickej aktivity. Bolo by preto na mieste zaoberať sa skúmaním rozdielov medzi pôsobením intenzívnej a strednej fyzickej aktivity na subjektívnu spokojnosť so zdravím. Nemusí byť totiž ďaleko od pravdy, že vyššia fyzická náročnosť prispieva svojou fyzickou náročnosťou k negatívnemu vnímaniu stavu svojho tela.

Psychohygiene sa v našom prieskume venovali častejšie muži, a to v priemere 4x za týždeň. Ženy sa samy seba a odpočinku venovali priemerne 3x v týždni. Odporúča sa však mentálnej hygiene venovať čo najviac času, najlepšie každodenne, aby mala očakávaný vplyv na zdravie a spokojnosť človeka. Pritom výsledky japonskej štúdie (47) potvrdzujú významný vzťah medzi psychohygienou a podporou zdravia. Dokazujú tiež, že praktizovanie psychohygieny má vplyv na zvýšenú subjektívnu spokojnosť s psychickým aj fyzickým zdravím. V tejto štúdií bola hlavnou zásadou relaxácia, ktorá bola rozdelená na pasívnu a aktívnu. Pasívna zahŕňovala odpočinok a spánok a aktívnu rekreáciu, z tej hlavne voľnočasové aktivity. V štúdií upozorňujú na to, že je nutné, aby tieto dve odvetvia, odpočinok a rekreácia, fungovali spoločne, aby praktizovanie psychohygieny bolo čo najefektívnejšie. (47) Preto by bolo užitočné, aby sa odporúčania zdravého životného štýlu riadili aj týmto rozdelením a okrem optimálnej doby spánku, ktorú v našom prieskume dodržiava

až 67,6 % respondentov, by bola určená aj optimálna doba pre rekreáciu a aktivity s ňou spojené.

V subjektívnom vnímaní svojho zdravia až 87,2 % záujemcov o zdravú výživu hodnotilo svoj zdravotný stav pozitívne. V štúdií EHES na reprezentatívnej vzorke respondentov z populácie ČR je spokojných so svojím zdravotným stavom až 94,3 % ľudí. (2) Porovnaním v rámci krajín Európskej únie (ďalej len EÚ) bolo pre pozitívne subjektívne hodnotenie zdravotného stavu 90 % respondentov. (53) Z týchto zistení je evidentné, že naši respondenti sú pri subjektívnom hodnotení svojho zdravia viac kritickí než populácia ČR alebo EÚ. To môže byť spôsobené rozšíreným prehľadom o zdravotných aspektoch a o rizikových faktoroch ovplyvňujúcich zdravie, vďaka čomu môžu záujemcovia o zdravú výživu považovať ideál zdravia za ťažšie dosiahnuteľný ako ľudia, ktorí sa o problematiku zdravia aktívne nezaujímajú. Iným problémom je nevedomosť o vlastných zdravotných problémoch. V bežnej populácii pri lekárskom vyšetrení reprezentatívnej vzorky populácie ČR až 32 % ľudí nevedelo, že má hypertenziu, 64 % nevedelo, že trpí dyslipidémiou, 20 % diabetom a 1/3 populácie podhodnocovala svoje BMI. (2) Vyššia znalosť v oblasti problematiky zdravia tak môže paradoxne byť komplikáciou pri vnímaní spokojnosti s vlastným zdravotným stavom.

Dôležitými zisteniami bolo, že ľudia, ktorí boli spokojnejší so svojím životom, ale taktiež tí, ktorí boli spokojnejší so svojím fyzickým zdravím, splňali vyšší počet odporúčaní zdravého životného štýlu. Tieto zistenia sú potvrdené aj štatistickým testovaním. Rozhodne sa teda dá označiť za potvrdený predpoklad, že zdravý životný štýl vedie k vyššej spokojnosti našich respondentov.

Predpokladané rozdiely sa potvrdili v prevalencii fajčenia. Zatiaľ čo v našom súbore sa vyskytovalo len 6,1 % fajčiarov, v bežnej populácii fajčí až 31,6 % podľa údajov EHES (2) a 24,1 % podľa údajov Štátneho zdravotného ústavu ČR (57). To poukazuje na pomerne vysoké povedomie o negatívnych zdravotných dopadoch fajčenia u záujemcov o zdravú výživu. Prípadne taktiež na snahu sa fajčeniu vyhýbať. Zdravotnému riziku v podobe nadmernej konzumácie alkoholu sa vyhýba 71 % záujemcov o zdravú výživu, čo činí v porovnaní s bežnou populáciou v ČR pomerne vysoké číslo (58). Alkohol a fajčenie predstavujú dvoch najčastejšie chápaných zástupcov nesprávneho životného štýlu. To môže byť aj nepriamym dôvodom, prečo sa im tak veľké množstvo záujemcov o zdravú výživu vyhýba. Táto hypotéza by si však zaslúžila podrobnejší výskum.

Celkový životný štýl respondentov bol vyhodnotený podľa stanovených kritérií zdravého životného štýlu, kde mali možnosť získať až 14 bodov za každé splnené odporúčanie. Kritériá zdravého životného štýlu v tejto práci boli určované dosť prísne. Odporúčania samy

o sebe pre zdravého produktívneho človeka nie je až tak náročné naplňať. Avšak, ako aj vyplýva z výsledkov tejto práce, celý súbor kritérií predstavuje skôr ideál, ktorý je veľmi ťažké komplexne dodržiavať. Ak by to bolo v úmysle človeka viesť kompletne zdravý životný štýl, potreboval by vo veľkej miere prispôbiť svoj život jeho odporúčaniam. Táto meta však určite nie je nereálna a stálo by za ďalší výskum sledovať zdravotné parametre aj subjektívne hodnotenie zdravia takýchto ľudí dodržiavajúcich väčšinu z kritérií zdravého životného štýlu. Z našich respondentov však žiaden nespĺnil všetky stanovené kritériá, niekoľkí sa tomu ale priblížili. Viac ako polovicu všetkých odporúčaní splnilo 23,6 % záujemcov o zdravú výživu. Výška tohto čísla napovedá, že záujemca sa nerovná praktik, pretože evidentne $\frac{3}{4}$ záujemcov o zdravú výživu nespĺňali ani polovicu z týchto odporúčaní. Medzi pracujúcou českou populáciou však bolo zistené, že pravidlá zdravého životného štýlu dodržiava len 17 % ľudí.

(3)

Životný štýl a stravovacie návyky sú častým predmetom skúmania. Tieto výskumy sú však zamerané hlavne na populáciu jednotlivých štátov všeobecne (48, 61) a na konkrétne skupiny ľudí, medzi ktorými prevládajú študenti (62, 63, 64, 65) alebo ľudia s konkrétnym ochorením či predispozíciou k nemu (67, 68). Výskum so zameraním na životný štýl takto špecifickej skupiny ľudí v ČR, ako sú záujemcovia o zdravú výživu, nebol uskutočnený. Z toho dôvodu si myslím, že tento prieskum môže poslúžiť ako vhodný príklad a predloha pre uskutočnenie relevantného výskumu s reprezentatívnou vzorkou respondentov zaujímajúcich sa o zdravú výživu. Ten by mohol priniesť nové zistenia, ktoré by sa dali ďalej využiť pri tvorbe odporúčaní a plánov na zlepšenie životného štýlu populácie. Pretože, ako vyplýva z mojich zistení, záujemcovia o zdravú výživu majú podobný problém s dodržiavaním zásad zdravého životného štýlu ako bežná populácia ČR.

Hlavnou limitáciou tohto prieskumu bola veľkosť vzorky respondentov a obmedzenie len na Královohradecký kraj, kde boli dáta získavané. Z tohto dôvodu sa výsledky tejto práce nedali vzťahovať na celú populáciu ČR, ale bolo možné ich aspoň porovnať. Za ďalšie limitácie sa dajú označiť údaje získavané len subjektívnym hodnotením respondentov, bez lekárskeho vyšetrenia niektorých parametrov alebo bez pozorovania v určitom časovom úseku a objektívneho zaznamenávania údajov.

5 Záver

Uskutočneným prieskumom životného štýlu záujemcov o zdravú výživu bolo zistených niekoľko zaujímavých výsledkov, z ktorých niektoré môžu byť aj prekvapujúce.

Zájemcovia o zdravú výživu mali v porovnaní s bežnou populáciou v ČR lepšie hodnoty BMI, menej zhoršených zdravotných ukazovateľov, častejšie vykonávali fyzickú aktivitu a boli menej často fajčiarmi a konzumentmi alkoholu. Pri subjektívnom hodnotení svojho zdravia boli zase viac kritickí než ľudia v bežnej populácii ČR.

Výživové zvyklosti mali zájemcovia o zdravú výživu porovnateľné s populáciou. Prekvapivým zistením bolo, že zvýšený záujem o zdravú výživu účasťou na prednáške zaoberajúcej sa touto tematikou neznamenal aj lepšie dodržiavanie konkrétnych odporúčaní.

Až $\frac{3}{4}$ respondentov nespĺnili ani polovicu z odporúčaní zdravého životného štýlu. Štatisticky sme testovali aspekty, ktoré mohli mať vplyv na spĺňanie odporúčaní. Testovaním bolo potvrdené, že ľudia, ktorí boli spokojnejší so svojím životom alebo so svojím fyzickým zdravím, spĺňali vyšší počet týchto odporúčaní. Taktiež bolo potvrdené, že počet splnených odporúčaní nie je závislý na pohlaví respondenta, veku, BMI alebo zhoršených zdravotných ukazovateľoch.

Poslaním tejto práce bolo poskytnutie prehľadu pre laickú i odbornú verejnosť a taktiež pre uskutočnenie ďalších štúdií na túto veľmi aktuálnu problematiku. O zdravý životný štýl sa zaujíma čoraz väčšie množstvo ľudí, a preto je nevyhnutná dôkladná orientácia farmaceutov aj všetkých pracovníkov v zdravotníctve.

6 Zoznam použitej literatúry

- (1) ZVÍROTSKÝ, Michal. *Zdravý životní styl*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2014, 51 s. ISBN 978-80-7290-661-1.
- (2) KUBÍNOVÁ, Růžena, et al. *Zdravotní stav české populace, výsledky studie EHES 2014*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2016, 32 s. ISBN 978-80-7071-356-3.
- (3) RABOCH, Jiří a Radek PTÁČEK. *Stres, deprese a životní styl v České republice* [online]. Tisková zpráva. Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 2015 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-cr-lf1>
- (4) MINÁRIKOVÁ, Daniela, et al. Hodnotenie životného štýlu laickej verejnosti vo vzťahu ku kardiometabolickému riziku pri metabolickom syndróme–pilotný projekt. *Klin Farmakol Farm*, 2013, č. 27.1. s. 6-10.
- (5) Kodl M, ed. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014, ISBN 978-80-85047-49-3.
- (6) KRATĚNOVÁ Jana, et al. *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí, Hodnocení zdravotního stavu, Studie HELEN* [online]. Státní zdravotní ústav, 2012 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_11/HELEN_2012.pdf
- (7) LOEF, Martin a Harald WALACH. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 2012, č. 55.3, s. 163-170.
- (8) FORD, Earl S., et al. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. *Preventive medicine*, 2012, č. 55.1. s. 23-27.
- (9) FORD, Earl S., et al. Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Archives of internal medicine*, 2009, č. 169.15. s. 1355-1362.
- (10) BERGER, Ann Malone a Susan Noble WALKER. Measuring healthy lifestyle. IN: FRANK-STROMBORG, Marilyn a Sharon OLSEN, eds. *Instruments for Clinical Health-care Research*, London: Jones and Bartlett Publishers Canada, 1997, ISBN 0-7637-2252-9. s. 402.
- (11) LARSON, James S. The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 1999, č. 56.2, s. 123-136.

- (12) NEDBALOVÁ, Jana. Umíme porozumět pojmům o zdraví a prevenci?. *Vychovakezdravi.cz* [online]. ©2009 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>
- (13) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of WHO: principles. *Who.int* [online]. ©2017 WHO [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/mission/en/>
- (14) SAYLOR, Coleen. The circle of health a health definition model. *Journal of Holistic Nursing*, 2004, č. 22.2, s. 97-115.
- (15) KASL, Stanislav V. a Sidney COBB. Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 1966, č. 12.2, s. 246-266.
- (16) GOCHMAN, David S. Health behavior: Plural perspectives. In: GOCHMAN, David S., ed. *Health behavior, emerging research perspectives*. New York: Plenum, 1988, s. 3.
- (17) HAYWARD, Rhodri. Lifestyle. *The Lancet* [online]. 2004, č. 364.9433: 495. [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16792-5/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16792-5/abstract)
- (18) DUFKOVÁ, J. Životní způsob/styl a jeho variantnost (Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením „alternativní životní styl“). In: *Aktuální problémy životního stylu*. Praha: Univerzita Karlova– FF, 2006, s. 79-90. ISBN 80-7308-131-8.
- (19) TEJAVANIJA, Sirakarn a Sunil JHANGIANI. Lifestyle Diseases in the Modern Era: A Major Threat to Global Health!. IN: WYLIE-ROSETT, Judith, et al., eds. *Obesity and Disease in an Interconnected World: A Systems Approach to Turn Huge Challenges into Amazing Opportunities*. Sharjah: Bentham Science Publishers, 2015, 428 s. ISBN 978-16-810-8036-9.
- (20) KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ SZÚ. Zdravější životní styl. *Szu.cz* [online]. 2017 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zdravejsi-zivotni-styl?highlightWords=zdrav%C3%BD+%C5%BEivotn%C3%AD+styl>
- (21) PÍŤHA, Jan a Věra BOHÁČOVÁ. *140 otázek a odpovědí o výživě a potravinách*. Praha: Forsapi, 2012, 71 s. ISBN 978-80-87250-18-1.
- (22) SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. *Dietologie* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2014 [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: <http://www.mmr.cz/getmedia/ce28c415-4891-4374-a038-f61795cb15d6/GetFile8>

- (23) MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014, 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
- (24) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025* [online]. WHO, 2015 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf
- (25) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *BMI classification* [online]. WHO, 1995 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- (26) MITÁŠ, Josef a Karel FRÖMEL. *Pohybová aktivita české dospělé populace v kontextu podmínek prostředí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 175 s. ISBN 978-80-244-3990-7. s. 11-12.
- (27) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical activity. Fact sheet. *Who.int* [online]. Updated February 2017. ©2017 WHO [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
- (28) EUROPEAN COMMISSION. *Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020* [online]. European Commission, 2011 [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/prop_prog2014_en.pdf
- (29) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Healthy diet. Fact sheet N°394. *Who.int* [online]. Updated September 2015. © 2017 WHO [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
- (30) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014, ISBN 978-80-85047-47-9.
- (31) MÜLLEROVÁ, Dana. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton, 2003, 99 s. ISBN 80-7254-421-7. s. 14.
- (32) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020* [online]. WHO, 2013 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf
- (33) HOWARD, Guy, et al. *Domestic water quantity, service level and health* [online]. WHO, 2003 [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/WSH03.02.pdf

- (34) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO technical meeting on sleep and health. Report, World Health Organization* [online]. WHO, 2004 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/114101/E84683.pdf
- (35) ČESKO. fragment #f2618777 vyhlášky č. 450/2004 Sb., o označování výživové hodnoty potravin. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 11. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-450#f2618777>
- (36) HIGDON, Jane a Balz FREI. Coffee and health: a review of recent human research. *Critical reviews in food science and nutrition*, 2006, č. 46.2, s. 101-123.
- (37) NAWROT, Peter, et al. Effects of caffeine on human health. *Food Additives & Contaminants*, 2003, č. 20.1, s. 1-30.
- (38) SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE ON NUTRITION. *Iron and Health. Norwich: The Stationery Office*. Scientific advisory committee on nutrition, 2010, ISBN 978-0-11-706992-3.
- (39) AUSTRIAN MINISTRY OF HEALTH, et al. The Austrian food pyramid – 7 steps to health. *Fao.org* [online]. 2010, ©2017 FAO [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/austria/en/>
- (40) ECKEL, Robert H., et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk. *Circulation*, 2013, č. 129.25 Suppl. 2. s. 76-99.
- (41) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *CINDI dietary guide* [online]. WHO Regional Office for Europe, 2000 [cit. 2017-04-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/119926/E70041.pdf
- (42) BENSON, Herbert. *Stress Management: Approaches for preventing and reducing stress*. Boston: Harvard Health Publications, 2008, 47 s. ISBN 978-1-614010-58-6.
- (43) ANGEVAREN, Mea, et al. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, č. 3.3., s. 1-96.
- (44) KOMÁREK, Lumír a Kamil PROVAZNÍK. *Ochrana a podpora zdraví* [online]. Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha, 2011 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CINDI/OCHRANA_A_PODPORA_ZDRAVI.pdf
- (45) SVAČINA, Štěpán, et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, 384 s. ISBN: 978-80-247-2256-6.

- (46) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global recommendations on Physical Activity for health*. World Health Organization. [online]. WHO, 2010 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
- (47) OHTSU, Tadahiro, et al. Preferable forms of relaxation for health promotion, and the association between recreational activities and self-perceived health. *Acta Medica Okayama*, 2012, č. 66.1, s. 41-51.
- (48) NATIONAL RESEARCH COUNCIL, et al. *Recommended dietary allowances*. Washington: National Academies Press, 1989, 302 s. ISBN 0-309-53606-5.
- (49) GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora-praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2007, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2. s. 73.
- (50) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Benefits of a balanced diet. *Euro.who.int* [online]. ©2017 WHO [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/benefits-of-a-balanced-diet>
- (51) HAMRIK, Zdeněk, et al. Physical activity and sedentary behaviour in Czech adults: results from the GPAQ study. *European journal of sport science*, 2014, č. 14.2. s. 193-198.
- (52) SIGMUNDOVÁ, Dagmar, et al. Physical activity in the lifestyle of Czech university students: Meeting health recommendations. *European journal of sport science*, 2013, č. 13.6. s. 744-750.
- (53) EUROSTAT. Self-perceived health statistics. *Ec.europa.eu* [online]. 2016 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics#Data_sources_and_availability
- (54) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on noncommunicable diseases 2014* [online]. WHO, 2014 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
- (55) MENDIS, Shanthi, et al., eds. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control* [online]. WHO, 2011 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/
- (56) INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, et al. *The International Diabetes Federation Diabetes Atlas 7th Edition*, Brussels: International Diabetes Federation, 2015, ISBN 978-2-930229-81-2.

- (57) SOVINOVÁ Hana a Ladislav CSÉMY. *Užívání tabáku v České republice 2015* [online]. Státní zdravotní ústav, 2016 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Uzivani_tabaku_2015.pdf
- (58) POPOVA, Svetlana, et al. Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol and alcoholism*, 2007, č. 42.5, s. 465-473.
- (59) EUROSTAT. Overweight and obesity - BMI statistics. *Ec.europa.eu* [online]. 2014 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
- (60) HEINONEN, I., et al. Sedentary behaviours and obesity in adults: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *BMJ open*, 2013, č. 3.6: e002901.
- (61) KING, Dana E., et al. Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988-2006. *The American journal of medicine*, 2009, č. 122.6, s. 528-534.
- (62) EL ANSARI, Walid; STOCK, Christiane a Rafael MIKOLAJCZYK. Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries-a cross-sectional study. *Nutrition journal*, 2012, č. 11.1, s. 28.
- (63) RAMÍREZ-VÉLEZ, Robinson, et al. A cross-sectional study of Colombian University students' self-perceived lifestyle. *SpringerPlus*, 2015, č. 4.1: 289.
- (64) SALAMEH, Pascale, et al. Assessment of dietary intake patterns and their correlates among university students in Lebanon. *Frontiers in public health*, 2014, č. 2: 185.
- (65) BIRÓ, L., et al. Dietary habits of medical and pharmacy students at Semmelweis University, Budapest. *Acta Alimentaria*, 2005, č. 34.4, s. 463-471.
- (66) ALLEY, Stephanie J., et al. 8-year trends in physical activity, nutrition, TV viewing time, smoking, alcohol and BMI: A comparison of younger and older Queensland adults. *PloS one*, 2017, č. 12.3: e0172510.
- (67) TEO, Koon, et al. Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle-and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Jama*, 2013, č. 309.15, s. 1613-1621.
- (68) LAPPALAINEN, Raimo, et al. The effectiveness and applicability of different lifestyle interventions for enhancing wellbeing: the study design for a randomized controlled trial for persons with metabolic syndrome risk factors and psychological distress. *BMC public health*, 2014, č. 14.1, s. 310.
- (69) BAIRD, Brendan M.; LUCAS, Richard E. a Brent DONNELLAN. Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social indicators research*, 2010, č. 99.2, s. 183-203.

- (70) DALE, Hannah; BRASSINGTON, Linsay a Kristel KING. The impact of healthy lifestyle interventions on mental health and wellbeing: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, 2014, č. 19.1, s. 1-26.
- (71) SAXENA, Shekhar, et al. Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 2005, č. 14.5, s. 445-451.
- (72) FONTAINE, Kevin R. Physical activity improves mental health. *The Physician and sportsmedicine*, 2000, č. 28.10, s. 83-84.

7 Zoznam použitých obrázkov

Obrázok č. 1: Kruh zdravia (14)	17
---------------------------------------	----

8 Zoznam použitých grafov

Graf č. 1: Percentuálne zastúpenie respondentov podľa pohlavia, N=148	38
Graf č. 2: Histogram vekového rozvrstvenia respondentov, N=148	39
Graf č. 3: Percentuálne zastúpenie respondentov podľa hodnôt BMI, N=148	40
Graf č. 4: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vplyvu psychického stresu a emócií na zdravie na škále od 1 (vôbec nie) do 5 (mimoriadne veľmi), N=148	41
Graf č. 5: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vplyvu zdravého životného štýlu na zdravie na škále od 1 (vôbec nie) do 5 (mimoriadne veľmi), N=148	42
Graf č. 6: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku spokojnosti s fyzickým zdravím na škále od 1 (veľmi nespokojný/á) do 5 (veľmi spokojný/á), N=148	42
Graf č. 7: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku spokojnosti so životom na škále od 1 (veľmi nespokojný/á) do 5 (veľmi spokojný/á), N=148	43
Graf č. 8: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku prežívania negatívnych pocitov, N=148	44
Graf č. 9: Percentuálne zastúpenie respondentov pri otázke užívanie doplnkov stravy alebo metód alternatívnej medicíny, N=148	44
Graf č. 10: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku pravidelného stravovania, N=148 ..	45
Graf č. 11: Percentuálne hodnotenie pravidelnosti stravy podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	46
Graf č. 12: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie sladkostí, N=148	46
Graf č. 13: Percentuálne hodnotenie konzumácie sladkostí podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	47
Graf č. 14: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie ovocia alebo zeleniny, N=148	47
Graf č. 15: Percentuálne hodnotenie konzumácie ovocia alebo zeleniny podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	48
Graf č. 16: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie mliečnych výrobkov, N=148	48
Graf č. 17: Percentuálne hodnotenie konzumácie mliečnych výrobkov podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	49
Graf č. 18: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie bieleho pečiva, bielej ryže alebo necelozrnných cestovín, N=148	49

Graf č. 19: Percentuálne hodnotenie konzumácie bieleho pečiva, bielej ryže a necelozrnných cestovín podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	50
Graf č. 20: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku konzumácie červeného mäsa alebo údenín, N=148	50
Graf č. 21: Percentuálne hodnotenie konzumácie červeného mäsa alebo údenín podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	51
Graf č. 22: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku množstva vypitých tekutín, N=148	51
Graf č. 23: Percentuálne hodnotenie príjmu tekutín podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	52
Graf č. 24: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku počtu šálok kávy denne, N=148.....	52
Graf č. 25: Percentuálne hodnotenie pitia kávy podľa kritérií zdravého životného štýlu, N=148	53
Graf č. 26: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vykonávania strednej fyzickej aktivity, N=148	53
Graf č. 27: Percentuálne hodnotenie strednej fyzickej aktivity podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148.....	54
Graf č. 28: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku vykonávania intenzívnej fyzickej aktivity, N=148	55
Graf č. 29: Percentuálne hodnotenie intenzívnej fyzickej aktivity podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148.....	55
Graf č. 30: Percentuálne zastúpenie odpovedí na obvyklú dĺžku spánku, N=148.....	56
Graf č. 31: Percentuálne hodnotenie počtu hodín spánku podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148.....	57
Graf č. 32: Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku relaxu a odpočinku, N=148.....	57
Graf č. 33: Percentuálne hodnotenie praktizovania psychohygieny podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148.....	58
Graf č. 34: Percentuálne hodnotenie fajčenia podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148	59
Graf č. 35: Percentuálne hodnotenie konzumácie alkoholu u mužov podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=30	60
Graf č. 36: Percentuálne hodnotenie konzumácie alkoholu u žien podľa odporúčaní zdravého životného štýlu, N=118.....	60
Graf č. 37: Percentuálne zastúpenie respondentov podľa toho, či získali viac alebo menej ako polovicu bodov z celkového skóre, N=148	62

9 Zoznam použitých tabuliek

Tabuľka č. 1: Klasifikácia BMI podľa WHO (25)	23
Tabuľka č. 2: Doporučené denné dávky vitamínov a minerálnych látok (35)	32
Tabuľka č. 3: Kritériá hodnotenia zdravého životného štýlu	37
Tabuľka č. 4: Zhoršené zdravotné ukazovatele respondentov, N=148, * 1 žena neodpovedala	40
Tabuľka č. 5: Fajčenie respondentov, N=148.....	58
Tabuľka č. 6: Konzumácia alkoholu u respondentov, N=148	59
Tabuľka č. 7: Súhrnné vyhodnotenie plnenia odporúčaní zdravého životného štýlu, N=148.	61
Tabuľka č. 8: Zastúpenie respondentov podľa dosiahnutého skóre zdravého životného štýlu, N=148	62