

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Zuzana Sáčková

PERCEPCE ZDRAVÍ LAICKOU VEŘEJNOSTÍ
PERCEPTION OF OWN HEALTH BY UN-PROFESSIONAL PUBLIC

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha, 2014

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz, za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 18. 4. 2014

Zuzana Sáčková

Podpis

Identifikační záznam:

SÁČKOVÁ, Zuzana. *Percepce zdraví laickou veřejností [Perception of own health by un-professional public]*. Praha, 2014. 80 s., 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Eva, Marková, Ph.D.

Abstrakt

Řešeným problémem bakalářské práce je postoj laické veřejnosti k vlastnímu zdraví. Klade si za cíl zmapovat motivaci k vlastnímu zdraví, zjistit faktory ovlivňující zdraví člověka a odhalit příčinu pasivity ve vztahu k pohlaví v menším a větším uskupení obyvatelstva.

Teoretická část se zabývá definicí pojmu zdraví a je orientovaná na přehledy teorií vztahující se k tomuto tématu. Dále jsou zde uvedeny determinanty, významně ovlivňující zdraví, podpora zdraví a prevence. Zvláštní pozornost je zde věnována také kvalitě života a motivaci, které také souvisejí s péčí o zdraví.

Ke zkoumání problému byla zvolena kvantitativní metoda a sběr dat byl získán prostřednictvím dotazníkového šetření. Po rozboru jednotlivých otázek a komplexním vyhodnocení bylo zjištěno, že ačkoli hlavním motivem ke změně životního stylu jsou již vzniklé zdravotní potíže respondentů, přesto jsou právě nedostatek motivace a pevné vůle hlavními příčinami, omezujícími člověka v péči o zdraví.

Význam práce spočívá v uvědomění si zodpovědnosti za své zdraví a také důsledků vyplývajících z lhostejnosti nedostatečné péče o zdraví. Prevence je základním předpokladem pro udržení zdravého života.

Klíčová slova: zdraví, determinanty zdraví, hodnota, kvalita života, motivace, laická veřejnost

Abstract

The thesis deals with the problem of general public's attitude to own health. Its aim consists in mapping the motivation towards one's own health, finding out the factors influencing human health and revealing the causes of passive attitude in relation to gender in smaller as well as larger groups of population.

The theoretical part deals with the definition of health and introduces the basic theoretical terms and overview of theories related to health. Furthermore it provides the determinants with a significant impact on health – prevention and support of health. Special attention is paid to the quality of life and motivation, which are closely related to care for health.

To examine the research issue quantitative method was selected. Necessary data was collected by a questionnaire enquiry. After the analysis of individual questions and complex evaluation, it could be concluded that although it is health problems which constitute the main incentive for a change of the life style of respondents, the main factors refraining people from care of their own health still consist in motivation and lack of will.

The importance of the thesis consists in the awareness of the responsibility for our own health as well as the consequences of negligence towards the care for own health. Prevention is the prerequisite of maintaining healthy life.

Keywords: health, health determinants, value, quality of life, motivation, general public

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce, paní Mgr. Evě Markové, Ph.D., která mi přes svou časovou vytíženost poskytovala cenné rady a věcné připomínky, nezbytné pro napsání mé bakalářské práce. Dále bych poděkovala své kolegyni, Mgr. Marcele Seidlové za podporu a odbornou pomoc při konstrukci dotazníku. Děkuji i všem respondentům, kteří se zúčastnili mého empirického výzkumu.

Obsah

| | |
|------------------------------------------------------|----|
| Úvod..... | 8 |
| Teoretická část..... | 9 |
| 1 ZDRAVÍ..... | 9 |
| 1. 1 Pojetí zdraví v průběhu staletí..... | 9 |
| 1. 2 Pojetí zdraví v současnosti..... | 10 |
| 1. 3 Přehled teorií zdraví..... | 12 |
| 2 DETERMINANTY ZDRAVÍ..... | 15 |
| 2. 1 Životní styl..... | 16 |
| 2. 2 Životní styl současnosti..... | 18 |
| 2. 3 Sociální determinanty..... | 20 |
| 2. 4 Psychosociální determinanty..... | 20 |
| 3 PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE..... | 22 |
| 3. 1 Organizace a programy podpory zdraví v ČR..... | 24 |
| 3. 2 Prevence..... | 26 |
| 4 KVALITA ŽIVOTA..... | 27 |
| 4.1 Z historie kvality života..... | 27 |
| 4. 2 Kvalita života z pohledu laické veřejnosti..... | 29 |
| 5 MOTIVACE..... | 30 |
| 5. 1 Motivace a potřeby..... | 30 |
| 5. 1 Motivační faktory..... | 31 |
| Empirická část..... | 34 |
| 6 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ..... | 34 |
| 7 METODIKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ..... | 35 |
| 8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU..... | 37 |
| 10 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 61 |
| 11 DISKUZE..... | 63 |
| 12 NÁVRHY PRO PRAXI..... | 68 |
| 13 ZÁVĚR..... | 69 |
| Použitá literatura..... | 70 |
| Seznam grafů a tabulek..... | 75 |

Úvod

V průběhu života poznáváme nové skutečnosti každodenního života, učíme se rozumět světu, jeho pravidlům, omezením, společenským a rodinným tradicím, osvojujeme si zvyky a obyčeje. Jsme schopni rozlišovat, co se nám líbí a nelíbí, dobré od zlého a také to, jak to prospívá nebo neprospívá našemu zdraví. Život člověka je příliš krátký na to, abychom si ho ničili svou nezodpovědností v jakémkoli směru.

Často jsme ovlivňováni různými okolnostmi, které pak mění směřování k určitému cíli, a ty pak mohou způsobit i změnu v našem myšlení a chování, takže od svého úsilí po čase upouštíme. Podobně je to i s pocity. Ty také úzce souvisí s tím, co děláme, kam je naše snaha zaměřena a také s tím, jak se nám to daří či nedaří.

Kromě své profese se setkávám s lidmi nespokojenými se svým zdravím. Nelze si nevšimnout, že životní styl mnohých z nás je ovlivněn pestrostí lákavých produktů nejen z řad potravinového řetězce, které jsou příčinou závažných civilizačních onemocnění. Tyto choroby jsme však schopni do velké míry ovlivnit sami, svým zájmem a péčí o své zdraví. Tento fenomén současnosti vybízí k naléhavé otázce: Co je motivem a zda-li jsou lidé motivováni k péči o své zdraví?

Bakalářská práce, která je zpracována z psychologického pohledu, je zaměřena na postoj laické veřejnosti ke svému zdraví. Snaží se odhalit příčinnou souvislost s faktory, tvořící závislost v přístupu k vlastnímu zdraví, s motivací člověka a činiteli, kteří mohou být důvodem pasivity v péči o zdraví. V teoretické části je zachyceno pojetí zdraví, zmapován postupný vývoj definice zdraví podle WHO, zpracovány přehledy teorií zdraví a determinanty s významným zdravotním dopadem, objasněn význam podpory zdraví a prevence. Pozornosti se dostává také kvalita života a motivaci, které výrazně ovlivňují život člověka a souvisejí s péčí o zdraví. Empirická část ve vyhodnocení výzkumného šetření prezentuje dva zkoumané subjekty, tvořící ženy a muže z malého a velkého města a poté analyzuje výsledky. Příprava a vytvoření dotazníkových otázek vycházela z vlastního pozorování a zkušeností. Cesta ke zdraví nevede vždy tou nejsnazší cestou, ale každý z nás toužíme žít dlouhý a kvalitní život ve zdraví, protože je tou nejvýznamnější hodnotou většiny z nás.

„ Kam míří vaše pozornost, tam směřuje vaše energie a tam se objeví i výsledky. “

(Thomas Harv Eker)

Teoretická část

1 ZDRAVÍ

Zdraví představuje klíčovou hodnotu každého z nás, která vytváří nejen fyzický a duševní momentální stav člověka, ale také způsob myšlení a jednání, postoj a hodnotový systém jednotlivce. Svým chováním a jednáním ovlivňujeme nejen kvalitu zdraví a života svého, ale celého našeho společenství. K tomu, abychom mohli pracovat, uskutečňovat své plány a přání a realizovat své životní cíle, vést sociálně i ekonomicky produktivní život, potřebujeme být zdraví. Zdraví proto představuje jednu z podmínek smysluplného života a je důležitým prostředkem pro dosažení cíle. (Křivohlavý, 2009)

Ve všech lidských kulturách bylo a je zdraví kladeno na přední místo v hierarchii hodnot, neboť umožňuje nejen naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí, ale také plnohodnotné uplatnění ve společnosti. Vnímání a hodnocení zdraví se samozřejmě liší v různých populačních skupinách, neboť také závisí na řadě okolností. Velkou roli zde sehrává věk, pohlaví, vzdělání a socioekonomický status posuzovatelů. Pro mladé lidi je zdraví sice pozitivní, ale spíše obecnou hodnotou a je vnímáno do značné míry jako samozřejmost. (Kebza, 2005)

Hodnota zdraví je pro jednotlivce základní biologickou potřebou, nezbytnou pro osobní pohodu, a proto by mělo být zdraví prioritní osobní hodnotou k plnění sociálních rolí, pro dobrou kvalitu života a seberealizaci. (Čeledová, Čevela, 2010)

1. 1 Pojetí zdraví v průběhu staletí

Slovo zdraví v etymologických slovnících znamenalo původně celek. Tento pojem celku se dnes objevuje opět, a to v názvu směru, který chápe zdraví a péči o něj z podstatně širšího hlediska. Jde o *holismus* (z anglického slova whole – celek). (Čeledová, Čevela, 2010)

S péčí o tělesnou schránku člověka započali lidé již v pravěku, kdy se více než na zdraví orientovali na chorobu, která byla vnímána jako trest. Ze strachu před hněvem nadpřirozených sil uctívali hmotné předměty a nosili amulety, které měli člověka ochránit před démony.

V antickém Řecku, které je považováno za kolébkou medicíny, již dochází k úpadku působení kultu, mystických a náboženských představ o člověku a zdraví, vlivem systémového filozofického myšlení. Jeho základním poznatkem je koncepce univerza jako uspořádaného, racionálně založeného, dynamického celku. V této době žil i Hippokrates (460 př. n. l., Kos – 377 př. n. l.), nejslavnější lékař starověku a „otec medicíny“, zakladatel racionálního lékařství, autor Hippokratovy přísahy.

(Vokurka, Hugo, 2009)

Filozofové v antice věnovali velkou pozornost tomu, „*jak moudře žít*“. Do tohoto pojetí moudrého způsobu života patřilo také pojetí zdraví. „*Žít zdravě*“ znamenalo „*žít moudře a dobře*“. A jak se tedy v antice definovalo zdraví? Řeckým slovem „*ischio*“ se rozumělo „*být zdráv a silný*“. Také řecké „*hygiaio*“, v našem termínu hygiena, značí „*být zdráv a schopen života*“.

V řecké mytologii byla Hygieia, dcera boha Asklépia a Epione, bohyně zdraví, čistoty a také bohyně Měsíce. Je znázorňována v podobě sličné ženy, držící v ruce hada pijícího z misky. Z jejího jména je odvozené moderní slovo hygiena.

(Tuček, Slámová, 2012)

Zdraví se vyskytuje v širším pojetí i v jiných jazycích. Kupříkladu v hebrejštině slovo „*šalom*“ znamenalo nejen „*celé zdraví*“, ale také „*vnitřní klid a mír, celost a neporušenost*“ člověka jako tělesného, duševního i duchovního celku. Vyjadřuje i „*spění ke zralosti a bezpečného vedení si v životě*“ a uskutečňování předsevzetí v životě. Není proto divu, že si židé při setkání i loučení popřejí „*šalom*“ jako to nejdůležitější v životě. (Křivohlavý, 2009)

1. 2 Pojetí zdraví v současnosti

Na zdraví nelze nahlížet odděleně, izolovaně, neboť jeho stav je výsledkem mnoha interaktivních jevů a událostí člověka s prostředím, v němž žije. Významnou roli v této interakci sehrává právě životní styl, řadící se mezi klíčové determinanty zdraví. Mezi základní prvky životního stylu patří výživa, fyzická aktivita, práce, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda, interpersonální vztahy, odolnost a zvládání zátěže a stresu a různé závislosti. (Čeledová, Čevela, 2010)

V dnešním, 21. století se setkáváme s velmi pestrým pojetím zdraví. Některá z nich se příliš orientují na zdraví těla, fyzický stav člověka, jiná chápou zdraví jako zboží (např. komerční pojetí farmakoterapie). Další popisují zdraví jako tajemnou sílu, kterou je člověk obdařen při narození, a s níž musí v životě rozumně hospodařit. Z toho důvodu se liší nejen pohledy na různá současná pojetí zdraví, ale vznikaly a postupně se vyvíjely i další definice a teorie. (Křivohlavý, 2009)

Pravděpodobně nejznámější a též nejčastěji citovanou ukázkou tohoto druhu je definice zdraví: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“ (Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady). Tuto definici, kterou předložila veřejnosti Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) na Mezinárodní konferenci zdraví v New Yorku v roce 1946, byla podepsána zástupci 61 zemí a uvedena oficiálně v platnost 7. 4. 1948. Tento den byl vyhlášen Světovým dnem zdraví. (WHO, 1946)

Znak WHO byl vybrán prvním Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1948. Znázorňuje zjednodušenou mapu světa pohledem od severního pólu, kde jsou zakresleny siluety všech obydlených kontinentů světa a objímají ji dva olivové listy symbolizující mír (symbol UN – the United Nations; OSN – Organizace Spojených Národů). Uvnitř symbolu je hůl ovinutá hadem Asklépia, který se stal symbolem léčení. (WHO, 1948)

WHO každoročně připomíná „*Světové dny*“:

- 24. březen - Světový boj proti tuberkulóze (World TB Day)
- 7. duben - Světový den zdraví (World Health Day)
- 25. duben – Světový den malárie (World Malaria Day)
- 31. květen - Světový den proti kouření (World No Tobacco Day)
- 14. června – Světový den dárců krve (World Blood Donor Day)
- 28. července – Světový den hepatitidy (World Hepatitis Day)
- 1. prosinec - Světový den proti AIDS (World AIDS Day)

(WHO, 2014)

1. 3 Přehled teorií zdraví

Poměrně široký přístup ke zdraví podává Křivohlavý, který vychází z monografie Davida Seedhouse (Seedhouse, 1995, cit. podle Křivohlavý, 2009, s. 33), jež rozděluje teorie zdraví do čtyř základních skupin podle způsobu charakteristik jeho podstaty. Křivohlavý tuto čtveřici teorií dále rozčlenil do sedmi skupin podle toho, jakou roli zdraví v posuzovaných teoriích sehrává, tj. zda je zdraví chápáno jako prostředek k dosažení určitého cíle nebo je cílem samo o sobě. Pojdme si je představit.

Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly

Zdraví je zde považováno za určitý druh síly, která člověku v životě pomáhá překonávat nejrůznější těžkosti. Této síly může mít méně nebo více, má-li jí více, snadněji je zvládá. Tajemná síla může slábnout, to člověk pocítuje jako úbytek životní síly. (Křivohlavý, 2009)

Zdraví jako metafyzická síla

Zdraví se zde označuje jako určitý druh duchovní, vnitřní síly člověka, např. elán, vitalita, schopnost adaptace, metafyzická zdravotní síla. V tomto pojetí je prostředkem umožňujícím realizaci vyšších cílů, hodnot, než je samo zdraví. Člověk obdařen touto silou je schopen aktivovat svůj potenciál, odolávat narůstajícím skutečnostem životních podmínek a pozitivně na tyto problémy reagovat. (Křivohlavý, 2009)

Salutogeneze – individuální zdroje zdraví

Hlavní představitel této teorie Antonovsky (Antonovsky, 1985, cit. podle Křivohlavý, 2009, s. 34), vycházel ze studií dvou skupin žen, které přežily holocaust. Rozdíl mezi těmito dvěma skupinami spočíval v psychickém stavu. Jedna ze skupin prokazovala mimořádnou odolnost a schopnost nezdolně se vyrovnávat s životními problémy, ačkoli se vrátily po relativně stejně těžkých zážitcích. Antonovsky zjistil, že se nejedná o dílčí psychické schopnosti, ale o celkovou (holistickou) charakteristiku postoje k životu. Nazval ji smyslem pro integritu (sense of coherence SOC). Antonovsky usoudil, že právě tato charakteristika postoje k životu pomohla lidem přežít utrpení, ale i zvládat úkoly, před které byli postaveni později. (Křivohlavý, 2009)

Antonovsky (1987) označil tři základní pohledy tohoto zdroje zdravotní síly:

- **smysluplnost** (meaningfulness) – mít pro koho žít, komu dělat radost, nalézt smysl v každé situaci, mít podporu a motivaci
- **vidění zvládnutelnosti úkolů** (manageability) – mít dostatečnou kontrolu nad vlastním životem, dokázat se rozhodovat a zvládnout každodenní úkoly a naplňovat své životní cíle
- **schopnost zvládat aktuální dění** (comprehensibility) – porozumět světu, který člověka obklopuje

(Antonovsky, 1987, podle Janečková, Hnilicová, 2009, s. 74)

Zdraví jako schopnost adaptace

Adaptací se rozumí schopnost přizpůsobit si, upravit si prostředí, (např. tím, že se teple obléknu, pokud je zima) nebo přizpůsobit sebe nepříznivým podmínkám a změnit vlastní způsob života (tím, že si zvyknu na chladnější klima). (Křivohlavý, 2009)

Zdraví jako schopnost dobrého fungování

Dnes velmi rozšířený pojem, v populaci známý logem „*bud' fit*“. Parsonse (Parsonse, 1981, podle Křivohlavý, 2009, s. 35) toto pojetí zdraví vyjádřil slovy: „*Zdraví je stav optimálního fungování člověka vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.*“ V překladu znamená být fyzicky zdatný, být v dobré kondici. Definice vidí zdravotní stav ve dvou úrovních, člověk je buď zdravý, nebo nemocen a vylučuje tedy ze skupiny zdravých lidí ostatní, kteří jsou jakkoli handicapováni. (Křivohlavý, 2009)

Zdraví jako zboží

V tomto pojetí se přistupuje ke zdraví jako ke zboží na trhu, k něčemu, co se dá dodat, koupit. Dá koupit ve formě léku nebo lékařského zákroku. Toto pojetí vede k pasivnímu postoji v péči o vlastní zdraví, a tak do značné míry vylučuje osobní snažení o udržování dobrého zdraví. Posiluje člověka v přesvědčení o existenci zázračného léku. (Křivohlavý, 2009)

Zdraví jako ideál

Je vyjádřen v definici zdraví, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace v roce 1948: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“ (Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady). (Křivohlavý, 2009, s. 37)

Tato definice se stala po jistou dobu přijatelnou pro odbornou i laickou veřejnost pro svou výstižnou a srozumitelnou formu vyjádřit pojem zdraví. Nebyla však úplně jednoznačná, měla značné nedostatky a vyvolávala řadu otázek a pochybností. Definice zdraví byla později upravována a doplňována. Hlavní důvodem a přelomovou rolí zde sehrála Lalondova zpráva (Marc Lalonde - Minister of National Health and Welfare of Canada) o zdravotním stavu Kanadčanů, která byla publikována v roce 1974 pod názvem Nový pohled na zdraví Kanadčanů (A New Perspective live on the Health of Canadians), kde byly poprvé zmíněny zdravotní determinanty. Lalondova zpráva vedla k řadě velmi úspěšných, proaktivních programů na podporu zdraví, které zvýšily povědomí o zdravotních rizicích spojených s určitým osobním chováním a životním stylem. (Lalonde, 1974)

Na 30. valném shromáždění WHO v roce 1977 byl vyhlášen nový strategický program „*Zdraví pro všechny do roku 2000*“ (Health for All), kde se rozhodlo, že hlavním sociálním bodem vlád a WHO v příštích desetiletích by mělo být dosažení zdraví všech občanů světa na úroveň, která jim umožní vést společensky a ekonomicky produktivní život („...*that will permit them to lead a socially and economically productive life*“). Tím zdraví přestalo být jen cílem samo o sobě, ale postoupilo k realizaci harmonického rozvoje člověka. (WHO, 1979)

K dalšímu vývoji definice dochází na základě poznatků o vývoji zdravotních determinant v roce 1999 v přijatém programu WHO „*Zdraví pro všechny v 21. století*“ (Health for all in 21th century), který je rozpracován do regionálních strategických plánů a vymezuje 21 cílů pro konkrétní rozvoj zdravotní politiky. Tento dokument předkládá operacionalizovanou verzi užšího vymezení zdraví jako "*the reduction in mortality, morbidity and disability due to detectable disease or disorder, and an increase in the perceived level of health*" (snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí nebo poruch, a nárůst pocíťované úrovně zdraví).

Dokument také hovoří o „*zdravotním potenciálu*“ jako o nejvyšším stupni zdraví, který může člověk dosáhnout. Potenciálem se rozumí možnost starat se o sebe a ostatní, schopnost rozhodovat se a udržovat kontrolu nad vlastní životem. Společnost má vytvářet podmínky pro dosažení a uplatnění toho potenciálu.

(Janečková, Hnilicová, 2009)

Křivohlavý sám chápe zdraví s ohledem na vztah zdraví a kvality života takto:

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ Je zde brán zřetel na interakci jedince s okolím v součinnosti s jeho subjektivním prožíváním. (Křivohlavý, 2009, s. 36)

Všechny pokusy o definování zdraví mají společné jádro. Chápou zdraví jako důležitý moment k realizaci životních cílů, vidí zdraví jako neustále se měnící dynamický jev, určující současně vztah mezi kvalitou života a zdravím, nevidí problém zdraví jen jako individuální otázku, ale přihlížejí také na jeho komunitní, ekologickou a politickou podmíněnost a dále kladou důraz na osobní odpovědnost člověka za jeho zdraví. (Křivohlavý, 2009)

2 DETERMINANTY ZDRAVÍ

Determinanty zdraví lze definovat: *„...jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně ovlivňujícími se proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti.“* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 65)

Je nepochybné, že zdraví člověka podmiňuje mnoho faktorů, které působí na potenciál zdraví a mohou jej ovlivnit jak pozitivně, tak negativně. Některé patří do výbavy osobnosti jedince (dědičné a získané výchovou), jiné jsou součástí jeho způsobu života a životního prostředí. (Machová, Kubátová, 2009)

Determinanty zdraví tedy můžeme rozdělit na faktory, které jsou lidskou snahou neovlivnitelné - **vnitřní faktory** - určují genetickou výbavu každého jedince, úroveň intelektových schopností, náchylnost k některým onemocněním, odolnost vůči rizikům (10-15 %) a z hlediska možnosti ovlivnění - **faktory vnější** - mezi tyto můžeme zařadit zdravotnické služby a zdravotní péči (10-15 %), životní styl (50-60 %), sociální, psychosociální a životní prostředí (20-25 %). (Marková, 2012)

2. 1 Životní styl

Jak vyplývá z rozčlenění vnějších faktorů, působících na lidské zdraví, životní styl představuje jeden z nejvýznamnějších, vědomě ovlivnitelných (50-60 %).

Způsob života zahrnuje formy dobrovolného chování v konkrétních situacích, které spočívají ve výběru jednotlivce z různých možností. Rozhodování člověka není však zcela nezávislé, neboť bývá ovlivněno mnoha činiteli v souladu s rodinnými zvyklostmi a tradicemi společnosti, bývá omezeno ekonomickou situací a sociálním postavením jedince, věkem, vzděláním, pohlavím, hodnotami i postojem. Součástí rozhodování a chování je potřebný dostatek informací a znalostí o tom, co je zdraví prospěšné a co mu naopak škodí. Vzhledem k podstatnému významu životního stylu pro zdraví, je nezbytné poskytovat znalosti a rozvíjet návyky a dovednosti k formování postojů k vlastnímu zdraví již výchovou dítěte od útlého věku v rodině, ve škole a volnočasových aktivitách, aby si osvojilo postoj k odpovědnosti za vlastní zdraví. (Machová, Kubátová, 2009)

K faktorům nejvíce poškozujícím zdraví a obecně známým, řadíme následující:

- nesprávná výživa
- nedostatečná pohybová aktivita
- nepřiměřená psychická zátěž
- užívání návykových látek – tabák, alkohol a jiné psychoaktivní látky
- rizikové sexuální chování

(Čeledová, Čevela, 2010)

Výživa je nezbytnou podmínkou pro dostatek energie k zajištění správné činnosti organismu a pro vývoj orgánů a tkání a významným faktorem, ovlivňujícím pracovní výkonnost a pocit pohody. Přijímaná potrava musí být vyvážená kvalitou a také množstvím. Výživa musí zajišťovat příjem energie, odpovídající jejímu výdeji. Konzumace energeticky bohatší potravy při nízkém výdeji energie, vede k ukládání tuku v organismu, vzniku nadváhy až obezity, a nadále z toho vyplývající negativní důsledky pro organismus. Strava musí být také vyvážená a pestrá, aby byl zajištěn dostatečný přísun živin, vitamínů, minerálů. Nadměrná, nedostatečná či jednostranná výživa vede vždy k poškození zdraví. Zejména nadměrná konzumace jídla, velké množství živočišných tuků a cukrů v potravě významně přispívá ke vzniku civilizačních chorob. Nesmíme zapomínat ani na dostatečný příjem tekutin během dne. Množství tekutin je individuální. Záleží na denní aktivitě a zátěži, prostředí, věku a potřebě žízně.

Pohyb je základní lidská vybava a jedním ze základních projevů existence všech živočichů, včetně člověka. Vychází ze základních fyziologických potřeb člověka (najíst se, umýt se, vyprázdnit se apod.) až po činnost sportovní či uměleckou. S pohybem souvisejí také přirozeně lidské projevy psychické činnosti, jako je komunikace řečí těla nebo písmem. Pohyb a zvláště pak pravidelná pohybová aktivita, je pro člověka velmi významným prostředkem k zachování a upevnování zdraví. Pravidelným pohybem zvyšujeme svou tělesnou zdatnost a kondici, zlepšujeme prokrvení kůže a tím i fyzický vzhled, můžeme pozitivně ovlivnit hladinu cholesterolu a tím snížit riziko onemocnění kardiovaskulárního systému, předcházíme bolestem v zádech a snižujeme riziko úrazů. Pohyb také významně zvyšuje pocit duševní pohody a odolnost vůči stresu. Aktivní pohyb a zdravá výživa se navzájem doplňují, a proto by mělo být v zájmu nás všech, zařadit tyto dva důležité komponenty do každodenního života.

(Machová, Kubátová, 2009)

Duševní zdraví - „*Mens sana in corpore sano*“ - Ve zdravém těle zdravý duch. Tento slovní výrok vycházející z rozsáhlého díla římského satirika Juvenalia, měnící původní smysl vyřčeného, se dokonale hodí pro současnou společnost. Člověk ve svém životě usiluje o to, aby mu bylo dobře po stránce tělesné, aby byl ekonomicky a materiálně zabezpečen, ale na svou duševní pohodu již moc nemyslí. Některé osoby nezřídka, bez zjevného důvodu, projevují často nahlas svou nespokojenost, ústaranost,

otrávenost s tendencí obviňovat okolí z jejich frustrace. Naopak jiní lidé, překypující energií, dobrou náladou a optimismem, jsou pro mnohé dobrými a vyhledávanými společníky. Negativní myšlenky skličují a ničí duševní prožívání člověka a vlastně každé onemocnění ovlivňuje více či méně i jeho duševní stav. Smutek a negace se pak odrážejí ve výrazu obličeje i v celkovém tělesném vzhledu. Moderní uspěchaný stresující život se stal součástí nás natolik, že i ve dnech pracovního volna a odpočinku si nedovolíme zvolnit a uvolnit se, a prožívat věci okolo nás naplno a vědomě.

Křivohlavý (2004) doporučuje, zaměřit se na věci a činnosti, které člověka těší, dělá je rád, při nichž zažívá příjemný pocit. Může to být třeba sport, poslech oblíbené hudby, procházka přírodou, četba knížky nebo nějaká kreativní tvorba.

(Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Americký psycholog Moore (2013) radí, věnovat více času relaxaci a myšlenkám v tichu a klidu. Nebát se být sami se sebou, přemýšlet o svém životě jinak než v materiálních hodnotách, vnímat svou duši, prostupující všemi oblastmi našeho bytí. Součástí prožívaného života jsou radosti i starosti, touhy, zklamání, ztráty i okamžiky smutku. Naučíme-li se ho takto vnímat, bude to pro nás znamenat osvobození a možnost sebepoznání a sebezpřijetí. (Moore, 2013)

Se zdravím a životním stylem souvisí i kvalita života, která vyjadřuje spokojenost jedince v rozvoji a růstu, míru uspokojování potřeb a naplňování životních tužeb. Jakékoli onemocnění výrazně snižuje kvalitu života, především v chronickém stádiu nemoci. Nejde ani tak o závažnost onemocnění, ale o to, jak člověk svou nemoc prožívá subjektivně. Kvalitě života je v této práci věnována zvláštní kapitola.

2. 2 Životní styl současnosti

Není sporu o tom, že zdraví pro každého z nás představuje jednu z klíčových hodnot našeho života stejně, jako tomu bylo ve všech lidských kulturách v historii. Ale máme opravdu skutečný zájem o své zdraví?

Značný technický pokrok a konzumní společnost výrazně změnil životní styl současného člověka. Dáváme přednost především sedavému způsobu života, naučili jsme se velice úspěšně nahrazovat přirozený pohyb, kdekoli to jen jde. Většinu pracovního i volného času trávíme vsedě s minimální svalovou činností. Pro

pohodlnější způsob přemísťování volíme raději snazší variantu – schody měníme za výtah, přirozenou chůzi zase za automobil. Při takovémto nedostatku pohybové aktivity se snižuje stupeň přizpůsobení se fyzické zátěži, klesá kondice, dochází k deformaci páteře a vadnému držení těla, stoupá tělesná hmotnost a tím přímo úměrně roste riziko vzniku závažných civilizačních chorob – **srdečně-cévní, nádorová onemocnění, obezita a cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí a jiné.**

Jak už bylo řečeno, pohyb a strava spolu úzce souvisí. Jíme, i přesto, že jsme syti nebo naopak nejíme vůbec, v mylné představě dosažení zidealizované postavy. Často, a zároveň neuváženě kombinujeme potraviny s různou kalorickou hodnotou a tak se naše těla stávají shromaždištěm zdraví škodlivých látek, které tělo postupně nezvládá vylučovat z organismu. Není proto divu, že trpíme podvýživou, i přes zdánlivě dostatečné množství jídla a také poruchami imunitního systému. Jak napovídá název známého televizního pořadu, **Jste to, co jíte**, stalo jídlo obrazem nás samotných.

Podle studie provedené v roce 2006 Českou obezitologickou společností trpí 52 % dospělé populace České republiky nadváhou či obezitou, 21 % populace přitom svou váhu podhodnocuje. Z výzkumu je také patrné, že výskyt nadváhy u jednotlivce úzce souvisí s nadměrnou hmotností v rodině. Nadměrnou hmotností trpí 46 % osob s negativní anamnézou obezity u rodičů; 62 %, kteří mají jednoho rodiče s nadměrnou hmotností a při nadměrné hmotnosti u obou rodičů je to více než 70 %. Lidé s nadměrnou hmotností trpí významně častěji onemocněními, která jsou spojena s nepřiměřeným příjmem vysoko-kalorické potravy.

(Životní styl a obezita - longitudinální epidemiologická studie prevalence obezity v ČR, Kunešová, 2006)

Alarmující je ovšem dlouhodobý vývoj počtu dětí a dorostu s obezitou, jak uvádí aktuální data Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ve zprávě ze statistik za rok 2012. Od roku 1996 se jejich absolutní počet ztrojnásobil.

(Marková, 2013)

Další z řady, dnes již nezanedbatelných položek na seznamu konzumace, jsou volně prodejné pilulky, tabletky jakéhokoli druhu a skoro na cokoliv. Farmaceutický průmysl se stal našim přítelem a my s vděčností přijímáme jeho produkty. Ty jsou samozřejmě synteticky vyrobeny z látek, které tělu nijak zvláště neprospívají, navíc neodstraňují

příčinu našich zdravotních problémů, ale pouze symptomy. Je to jako začarovaný kruh, dáváme tělu něco, co nechce, ale my neposloucháme a nakonec onemocníme. A čím je to chyba? Ptejme se sami sebe.

Na cestě vlastním životem zapomínáme žít a stáváme se loutkami dnešního světa, otupělými konzumenty všeho, co nám kdo nabídne. Někteří z nás, kdo jsou již nyní pamětníky, se snaží alespoň částečně vychovávat své ratolesti způsobem, jakým znají ze svého dětství a předávat nabitě zkušenosti dalším generacím.

V současné době se však dá hovořit o poměrně vysoké informovanosti lidí o rizikových faktorech na lidské zdraví, přesto se řada lidí provinuje proti svému zdraví, jak dokazují poznatky o nárůstu obezity u dětí i dospělých, o nedostatečné pohybové aktivitě populace a výraznému vzestupu různých závislostí mladistvých.

(Marková, 2012)

2. 3 Sociální determinanty

Sociální determinanty velmi úzce souvisejí se způsobem života jednotlivců, komunit a různých sociálních vrstev. Velkým zdrojem rizik, která se projeví rozdíly ve zdraví těchto skupin a vrstev mohou být zejména úroveň vzdělání, zaměstnání, finanční situace, sociální změny, nezaměstnanost, sociální vyloučení a také sexuálně rizikové chování a tolerance k návykovým látkám. Sociální vyloučení je spojeno s chudobou, jejímž důsledkem je nedostatečné vzdělání, snížení šance získat zaměstnání, bydlení ve špatných hygienických podmínkách s vysokým rizikem vzniku infekčních přenosných chorob. (Janečková, Hnilicová, 2009)

2. 4 Psychosociální determinanty

Psychosociální determinanty zdraví spojují skupinu psychologických, sociálních, behaviorálních a kulturních proměnných ovlivňujících významně vztahy mezi zdravím a nemocí. Obsažené jsou zde například otázky osobní svobody ve vztahu ke zdraví, psychické odolnosti, zranitelnosti, zvládání stresu a zátěže, dále otázky vlivu socioekonomického statusu (SES) na zdraví, kvality života, sociální opory, nerovnosti ve zdraví, kulturní rozdíly. (Janatová, Uličná, 2011)

Prožitek osobní pohody (well-being) se odráží na celkovém vnímání kvality vlastního zdraví a života. Tento prožitek souvisí jednak s aktuálním psychickým stavem jedince, sebeúctou, uplatněním se v životě, zvládáním životních těžkostí, spokojeností s dosaženými životními cíli a jednak s proměnlivostí a dynamikou nálad.

Mezi dimenze osobní pohody můžeme zařadit:

- **sebepřijetí** - jako spokojenost se sebou samým, pozitivním přístupem k sobě, přijetím sebe s dobrými i špatnými vlastnostmi, vyrovnáním se s minulostí
 - **sociální kontakty** – mezilidské vztahy, které jsou spojené s prožitkem sounáležitosti a lásky a empatie, významně ovlivňují z hlediska kvantity i kvality
 - **autonomie** – nezávislost, hledání vlastní identity, schopnost odolávat sociálním tlakům a zároveň uchovat vlastní názor, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých
 - **zvládání životního prostředí** – schopnost vidět a chopit se příležitosti a využít je pro vlastní cíle a příležitosti
 - **smysl života** – pocit smysluplnosti, najít dostatek stimulace pro směřování a dosažení cílů
 - **osobní rozvoj** – zahrnuje trvalý vývoj, uvědomění si pozitivní změny vlastního já, otevřenost novým věcem
 - **tělesná zdatnost** – má příznivý účinek na psychickou pohodu a spokojenost člověka, zejména ovlivňuje sebeúctu, depresi a vnímání stresu
- (Kebza, 2005)

3 PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE

Podpora zdraví (health promotion) se začala utvářet na začátku 70. let 20. století jako reakce na malou efektivitu stávajících postupů ve zdravotní výchově společnosti, na rostoucí nespokojenost s poskytovanou úrovní zdravotní péče na základě zvyšujících se nákladů na provoz, na nárůst chronických neinfekčních chorob, výrazně ovlivněných životním stylem tehdejší společnosti, na možnost uplatnění vědeckých poznatků z oblasti medicíny a na vylepšení vzájemné mezilidské komunikace. (Kebza, 2005)

V září 1978 WHO a OSN Dětský fond (UNICEF) uspořádala historicky první mezinárodní konferenci o primární zdravotní péči v Alma-Atě. Konference byla zaměřena na význam primární zdravotní péče ve zdravotnických službách, stejně jako na její principy mezinárodní spolupráce v této oblasti. Konference přijala Alma-Ata deklaraci, v níž je definovaná primární zdravotní péče jako klíč k dosažení cíle *"Zdraví pro všechny do roku 2000"*. (WHO, 1978)

V roce 1986 byla uskutečněna první mezinárodní konference WHO o podpoře zdraví v Ottawě, která přijala tzv. Ottawskou chartu podpory zdraví (Ottawa Charter for Health Promotion) a zároveň byl předložen celosvětově zaměřený program *„Zdraví pro všechny do roku 2000“*, který se stal také výchozím pro realizaci programu *„Zdraví pro všechny v 21. století“*. Program Zdraví 21 byl připraven z iniciativy WHO a za podpory představitelů všech členských zemí jako projev sdílné odpovědnosti za zdraví a solidarity. Podpora zdraví podle Ottawské charty není pouze odpovědností sektoru zdravotnictví, ale zdůrazňuje roli zdravého životního stylu a osobní pohody (well-being), soustřeďuje se na dosažení rovnosti ve zdraví. Podpora zdraví chápána jako prostředek k naplnění harmonického života celé společnosti, usiluje o dosažení optimálního stavu zdraví všech lidí v rámci daných možností. (WHO, 1986)

Všeobecným a trvalým smyslem programu Zdraví 21 je dosažení optimálních zdravotních možností pro všechny během celého života, a to jak ze strany úrovně, tak rozdílů mezi jednotlivými skupinami společnosti a dále snaha o snížení zdravotních rizik. Číslice 21 odpovídá počtu stanovených cílů a také století, v němž je program realizován. Z původních třiceti osmi byl program snížen na dvacet jedna cílů. Je zde kladen ještě větší důraz na etický základ, který je tvořen základními hodnotami – zdraví

jako základní lidské právo, solidarita a ekvita (spravedlnost) ve zdraví, vlastní účast a zodpovědnost jednotlivých osob, skupin a společnosti.

Pro orientaci, uvádím stručný přehled 21 cílů:

1. Solidarita ve zdraví v Evropském regionu
2. Spravedlnost (ekvita) ve zdraví
3. Zdravý start do života
4. Zdraví mladých lidí
5. Zdravé stárnutí
6. Zlepšení duševního zdraví
7. Snížení výskytu přenosných nemocí
8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí
9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10. Zdravé a bezpečné životní prostředí
11. Zdravější životní styl
12. Snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem
13. Zdravé místní životní podmínky
14. Spoluodpovědnost všech resortů za zdraví
15. Integrovaný zdravotnický sektor
16. Řízením k vyšší kvalitě péče
17. Financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů
18. Příprava zdravotnických pracovníků
19. Výzkum a znalosti pro zdraví
20. Získávání partnerů pro zdraví
21. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008)

V září 2012 na 62. zasedání Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu, byl schválen nový evropský program – „*Zdraví 2020*“, připravován více než dva roky za účasti mnoha organizací a institucí. Tento strategický program „*Zdraví 2020*“ potvrzuje hodnoty programu „*Zdraví pro všechny*“ a definuje dva hlavní strategické směry a čtyři oblasti prioritních politických opatření. Mezi dva hlavní cíle patří zlepšení zdraví a životní pohody a snížení ekvity v oblasti zdraví, posílení role

zdravotnického systému v péči o zdraví lidí a vytvoření dostupných a kvalitních systémů pro všechny. Spolupráce na společných prioritách se týká celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro osobní odpovědnost za zdraví, podpory čelit infekčním i neinfekčním nemocem, posilování zdravotnických systémů a vytváření odolných sociálních skupin a prostředí, v němž žijí. (MZ ČR, 2013)

Vláda České republiky svým usnesením č. 23 ze dne 8. ledna 2014 podpořila realizaci projektu „*Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*“. Národní strategie vychází především z „*Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003 – 2012*“ a rovněž z „*Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví*“, která byla přijata Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013. (MZ ČR, 2014)

3. 1 Organizace a programy podpory zdraví v ČR

Péče o zdraví je především otázkou každého jednotlivce, v některých oblastech však překračuje jeho možnosti. Tam pak nezbytné předpoklady zajišťuje stát realizací zdravotní politiky.

V tomto směru vzniklo a rozvíjí se řada organizací s programy na podporu zdraví a zdravého životního stylu. Tyto organizace se tématicky zaměřují na poradenství v oblasti výživy, pohybové aktivity, stresu nebo konzumace alkoholu a kouření.

V tomto směru se připojila Česká republika 2. května 2012 podpisem prezidenta Václava Klause k mezinárodní iniciativě „*Rámcová úmluva o kontrole tabáku*“. (WHO ČR, 2012)

Tato smlouva (WHO Framework Convention on Tobacco Control - WHO FCTC), byla vyvinuta jako reakce na globalizaci tabákové epidemie, která mimo jiné prosazuje důležitost strategií snižování poptávky po tabáku (balení a označování tabákových výrobků, propagace a tabáková reklama, vzdělávání a zvyšování povědomí společnosti o škodlivosti užívání tabákových výrobků), jakož i nabídky (nezákonný prodej tabákových výrobků nezletilým, podpora při odvykání kouření). (FCA, 2003)

Mnohá zařízení na podporu zdraví mají statut nestátní neziskové organizace či občanského sdružení, které jsou podporovány dotačním programem Ministerstva zdravotnictví – **Národní program zdraví** - Projekty podpory zdraví. (MZ ČR, 2014)

Pro bližší představu uvádím několik projektů podpory zdraví, která vznikla již dříve a jsou stále platná.

Podpora zdraví na pracovišti - je strategie SZÚ doplňující péči o zdraví zaměstnanců. Je souhrnem aktivit a opatření, která směřují nejen k předcházení nemocem, ale i ke zlepšení zdravotního stavu jednotlivce i celé komunity.

Zdravá města, obce, regiony – je zde snaha o zapojení veřejnosti do rozhodovacích procesů a udržitelného rozvoje měst a obcí a podpora zdravého životního stylu svých obyvatel.

Škola podporující zdraví – orientuje se na systematické zapojení podpory zdraví do všech školních aktivit.

Informační centrum bezpečnosti potravin - cílem programu je získávat dostupné informace z oblasti bezpečnosti potravin, zajišťovat jejich tok k příslušným institucím, zajišťovat osvětu a organizovat vzdělávací akce pro spotřebitele.

Víš, co jíš - program se snaží šířit osvětu z oblasti stravování, kvality potravin, jejich složení a výživy všeobecně.

S dětmi proti obezitě – cílem programu je snížit riziko vzniku obezity již v raném dětství.

WHO program nemocnice podporující zdraví a zdravotní služby - cílem programu je zlepšovat kvalitu poskytované péče cestou integrace základních strategií podpory zdraví do činnosti a kultury nemocničních zařízení. Zaměřuje se na pacienty a jejich příbuzné, zdravotnický personál a na vztahy v rámci prostředí, ve kterém zdravotnické zařízení funguje. (WHO ČR, 2011)

V podoře zdraví jsou aktivní i některé pojišťovny. Všeobecná zdravotní pojišťovna řadu let podporovala a podporuje různé aktivity, zaměřené na zdravý životní styl, vhodné a vyvážené stravování, prevenci závislosti na alkoholu a drogách včetně tabáku, pohybové aktivity, prevenci úrazů. (VZP, 2014)

3. 2 Prevence

Na podporu zdraví úzce navazuje prevence. Prevence obecně, má přispívat k trvale udržitelnému rozvoji lidstva a života. Podstatou konceptu prevence je představa, že aktivním ovlivňováním rizikových faktorů, bude možné snížit výskyt nemocí. Za nejprůzračnější strategii se považuje podpora a posilování podmínek zdraví jako celku, tj. z hlediska zdravotního, sociálního, psychosociálního, ekologického i ekonomického. Preventivní chování je tedy důležité jak z pohledu jednotlivce, tak celé společnosti. Z pravidla se prevence dělí podle času na primární, sekundární a terciární. (Kebza, 2005)

Primární prevence zahrnuje postupy, směřující k zamezení vzniku nemoci, cílem je zabránit vzniku nemoci. Dělí se na nespécifickou, obecnou, zaměřenou na aktivity posilující zdraví člověka a na snížení rizikových faktorů. Specifická, profylaktická prevence je zaměřená proti vzniku konkrétní nemoci, očkováním. Primární prevence závisí výhradně na aktivitách jedince v riziku – na jeho životním stylu, rozhodnutích a motivaci. Důležité je proto informovat jedince o tom, proč a jakým způsobem může snížit rizikové faktory vzniku onemocnění. Aktivní přístup jednotlivců je zcela nezbytný.

Sekundární prevence se zaměřuje na včasné nemoci, nejlépe v presymptomatickém stádiu. Cílem je předejít ireverzibilním komplikacím, chronicitě a invaliditě. Mezi prostředky sekundární prevence patří screeningové preventivní programy.

Terciární prevence spočívá ve snaze zmírnit důsledky již rozvinutého onemocnění, zabránit vzniku postižení nebo ztrátě soběstačnosti. Zahrnuje léčbu, rehabilitaci, zabránění recidivám onemocnění. Cílem je obnovení fyzických, psychických a sociálních funkcí člověka a zlepšení nebo alespoň udržení úrovně kvality jeho života. (Kebza, 2005)

Všeobecnou důležitost přikládající se prevenci většina lidí chápe, ale obvykle jsou to až nemocní, kteří aktivně vyhledávají pomoc. Tento přístup vychází z jistých dispozic člověka v tom, že cítí-li se zdravý a spokojen, nemá důvod zabývat se prevencí ani svým zdravím. Nebo to může souviset také s tím, že se domnívají, že jim prostě žádná nemoc nehrozí.

4 KVALITA ŽIVOTA

Podle WHO se kvalitou života rozumí:

„...to, jak jedinec vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu k svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 70)

4.1 Z historie kvality života

Pozorování kvality života má své kořeny v době osvícenství v 18. století, kdy již není smyslem existence služba Bohu nebo králi, ale život sám o sobě. V tomto novém myšlení je kladen důraz na jedince a jeho pocity štěstí a seberealizaci. Společnost je chápána jako prostředek pro formování příznivých podmínek pro život občanů. V 19. století se tyto myšlenky prohlubují v utilitaristickém směru, který pokládá hledání blaha, prospěchu, užitku a naopak omezování utrpení a bolesti za cíl a měřítko lidského jednání. Ve 20. letech 20. století v souvislosti s tímto etickým směrem, byla sledována a zaznamenána řada pokusů o odstranění negramotnosti, nemocí a chudoby, a snaha o zajištění dobrého životního, především materiálního standardu života občanů. Později se ale začalo jevit, že neustálý ekonomický růst není zárukou spokojenosti lidí se životem. Právě zde, má počátky dosud silná tradice sociálních výzkumů, zaměřených na chudobu a sociální nerovnost. Jednotlivé výzkumné týmy se snažily určit škálu ukazatelů, pomocí kterých by se dala postihnout kvalita života lidí v určitém sociálním kontextu. (Payne, 2005)

Je zřejmé, že na kvalitu života nelze nahlížet pouze z hlediska *objektivních faktorů*, především materiálních a ekonomických, ale je podstatné především kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života prostřednictvím *subjektivní percepce*. Ani příznivé podmínky – fyzické zdraví, vzdělání, bohatství – nevedou automaticky k vyšší kvalitě života a naopak obtížné životní podmínky – chudoba, zdravotní postižení, životní události – nemusí být vždy vázány na horší kvalitu života. (Payne, 2005)

Pro kvalitu života je důležité také vnímat sebe sama v souvislosti s cílovými hodnotami a jejich naplněním, s odolností vůči stresu. Změna životních hodnot díky prožití nemoci nebo životních událostí, může dlouhodobě ovlivnit kvalitu života. S ní se mění jednak okamžité současné prožívání života, vyvolávající nespokojenost, strach, úzkost, deprese a s tím spojené například poruchy spánku, nesoustředěnost, sociální izolaci, a jednak ovlivňuje dlouhodobou kvalitu života spojenou se směřováním, uspokojováním potřeby rozvoje a růstu a naplňováním svých životních cílů. Velmi záleží na senzitivitě člověka, schopnosti reagovat, přizpůsobit se nebo přijmout jakékoli změny ve svém životě. (Payne, 2005)

Přestože je pojem *kvalita života* v literatuře velmi frekventovaný, a existuje celá řada definic kvality života z řad psychologů, sociologů, ekonomů, politologů i lékařů, zdá se, že žádná z nich nesplňuje shodu o jejím obsahu. Mají však společné tři hlavní složky - fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince ve vztahu ke společnosti. Složka fyzického prožívání zahrnuje hlavní ukazatele zdravotního stavu. Především je to přítomnost nemoci nebo obtíží, zda je nutná terapie, a nakolik se stávají tyto skutečnosti omezujícími. Psychické prožívání je provázeno přítomností pozitivních a absencí negativních emocí, pocitem pohody a vitality, spokojenosti. Sociologická komponenta obsahuje proměnné jako je vzdělání, ekonomická situace, profese, kulturní zázemí, rodinný stav, religiozita. (Payne, 2005)

O kvalitě života lze také uvažovat jako o dynamickém směřování k naplnění života, dosahování životních cílů a úkolů. Je to důležitý prvek individuální motivace, orientace na budoucnost a zahrnuje také podmínky a zdroje pro dosahování těchto cílů. Podíváme-li se na Maslowovu pyramidu lidských potřeb, pak můžeme k těmto podmínkám přidat **tělesnou pohodu** – uspokojení základních biologických potřeb, **bezpečné prostředí k životu** – potřeba jistoty a bezpečí, **interpersonální afiliace** – potřeba lásky a sounáležitosti, **vlastní identitu** – potřeba uznání, respektu, důvěry a sebeúcty, **smysluplnou činnost** – potřeba seberealizace. (Trachtová, 2010)

4. 2 Kvalita života z pohledu laické veřejnosti

Chápání kvality života je individuální záležitostí každého z nás a definovat kvalitu života je stejně nesnadné jako definovat zdraví. Hovoří-li se o kvalitě života, obvykle se sledují faktory, které determinují jeho fyzický a psychický stav, pocit životní spokojenosti ve spojitosti se způsobem života. Je zřejmé, že kvalita života reprezentuje komplexní, vícerozměrnou veličinu, která odráží úsilí jedince i společnosti o představu maximální spokojenosti a životních podmínek. (Janečková, Hnilicová, 2009)

Dnešní doba a společnost se dá charakterizovat hojností až nadbytkem a nemá výrazné problémy s uspokojováním materiálních potřeb. Objevují se alternativní podoby života, které se snaží odpoutat od zbytečného samoučelného požitkářství, ale zároveň je zde výrazný sklon usnadnit si plnění všedních potřeb a žít ještě pohodlněji. Celkově je současná společnost chápána jako hybrid mezi spiritualistickým „být“ a konzumním „mít“.

Stejně jako ve vědeckých perspektivách, tak v laické konfrontaci může panovat jistá neshoda nad pojmem kvalita života. Na tuto skutečnost se ve svém výzkumu zaměřila Křížová (Křížová, 2005, cit. podle Payne, 2005, s. 217-232), která provedla cílenou analýzu volných odpovědí několika desítek respondentů, v různé generační kategorii a ovlivněných nemocí, s cílem nalézt hlavní domény kvality života z pohledu běžného člověka, neovlivněného exaktní vědou. Ačkoli se podstata pojmu zúčastněným jeví jako širokospektrá, dlouhodobě se utvářející a značně proměnlivá během života, shledala autorka ve vnímání kvality života tyto společné body – otevřenost, aktivita, harmonie, propojenost, autonomie, autenticita, směřování a růst, fatalistické prvky, řád, city, morální hodnoty, kořeny a trvání.

Sociologický aspekt předpokládá rozdílnou interpretaci pohledu kvality života v závislosti na výchově a socializaci, kdy normy, k nimž jsou určité generace vedeny, procházejí výraznou transformací. Autorka srovnala rozdíly mezi pojetím kvality života mezi seniorskou generací, z doby socialismu a mladou generací, dospívající již ve svobodné demokracii 90. let. Domény mezi těmito skupinami překvapivě vypovídají o shodě v základních představách o kvalitním životě. Ztotožňují se ve výpovědích, žít vnitřně vyrovnaný, harmonický život bez omezování svobody s možností poznávat, vzdělávat se, cestovat, být aktivním, dostávat a přijímat nové příležitosti, které mohou

vést člověka k vývoji a růstu. Ve výpovědích respondentů se silně manifestují moralizující prvky, kladou důraz na prospěšnost, obětování sebe pro druhé, život s pocitem čistého svědomí, řádu a disciplíny. Mladí lidé zdůrazňují vliv životního prostředí na kvalitu života a vyjadřují protikonzumní kritické názory. (Payne, 2005)

5 MOTIVACE

5. 1 Motivace a potřeby

Chceme-li porozumět jednání lidí, pochopit je, pak se přirozeně ptáme, co chtějí, co je baví a zajímá a těší nebo čeho se naopak bojí, v co doufají, o čem sní. Ptáme se, jaké síly jimi hýbou, jak silně a k čemu jsou motivováni. Termín motivace je odvozený z latinského slova *moveo* – pohybuji, hýbám, a přeneseně vyjadřuje, že v našem chování a jednání existují určité hybné síly. Těmto hybným silám pak říkáme motivy. Motivy jsou definovány jako pohnutky, psychologické osobní příčiny reakcí, činností a jednání člověka, zaměřené na uspokojování určitých cílů. Často se o motivu mluví jako o potřebě. Potreba jako projev nedostatku startuje proces motivace, mluvíme o motivačním napětí. Americký psycholog Abraham H. Maslow sestavil teorii motivace, z níž vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje, že lidské potřeby jsou uspořádány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Na prvním místě jsou potřeby, jejichž uspořádání je nezbytné k zachování biologické existence, hlad, žízeň, eliminace bolesti, aj. Nejsou-li uspokojeny, mohou zcela ovládnout prožívání a chování člověka. Potřeby vyšší, poznání, krása, harmonie, seberealizace, se objevují až po uspokojení potřeb nižších. Motivační struktura každého člověka je dosti složitá. Člověk je bytost biologická a společenská zároveň, tedy zahrnuje soubor motivačních sil vzájemně se ovlivňujících a souvisejících s dalšími aspekty vývoje člověka, s jeho zráním, učením i výchovou, kulturou a sociálním začleněním. Sociální prostředí rodiny, způsob výchovy, tradic a zvyklostí a mravních hodnot jsou zásadní pro motivaci jednotlivce. (Říčan, 2010; Trachtová, 2010)

Jeden z druhů motivace, které bychom mohli nazvat kognitivní a která je společná pro člověka a jiných zvířat, je zvědavost. Zvědavost je rozšířený poznávací motiv, který je pravděpodobně založen na biologických potřebách tak, aby bylo možné reagovat na mimořádné události co nejefektivněji. Lidská motivace je popisována jako self-integrační, to znamená, že motivy jsou zaměřené na regulaci vnímání sebe sama a sebevědomí. Potřeby jedince souvisejí s porozuměním, seberealizací, dosažením cílů a kognitivního souladu. Lidské chování se utváří přímo nebo nepřímo, dle společenského rámce a také podle toho, jak se člověk zrovna cítí. V důsledku toho můžeme očekávat nejen to, že bude determinováno sociálními faktory, ale také to, že sociální interakce poskytne zdroje motivace jednotlivci. Některé účinky sociální přítomnosti lze vysvětlit potřebou prezentovat sám sebe v nejlepším možném světle. (Wagner, 1999)

Motivace může vycházet z vnitřních nebo vnějších pohnutek a podnětů. Často bývá kombinací obou. Vnitřní motivace je výsledkem potřeb a zájmů člověka (stav hladu, potřeba poznávací, seberealizace, kulturní potřeby), vnější motivace je určena působením vnějších podnětů (vnější ohrožení, hrozba trestu, možnost odměny). Určité vnější zdroje, jako například peníze, se stávají motivujícími v případě vnitřního „vyladění“, které vyjadřují stav trvalých a současných potřeb jedince. Vnější podněty mohou člověka stimulovat, ale nemusí motivovat určité chování. Motivace určuje směr, sílu a trvání našeho chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Kromě potřeb existují i jiné motivační faktory, jsou jimi instinkty, návyky, zájmy, ideje, postoje, hodnoty. (Nakonečný, 2009)

5. 1 Motivační faktory

Instinkty jako zdroj motivace

Instinkt je primární, vrozený motivační faktor, umožňující se účelně adaptovat na vzniklé životní situace. Je součástí obživného instinktu a spojen se základními fyziologickými funkcemi a činnostmi organismu jako celku (vrozené pátrací, orientační a obranné reakce). (Nakonečný, 2009)

Návyky jako zdroj motivace

V průběhu celého života máme tendenci uskutečňovat některé činnosti častěji, nebo dokonce pravidelně a navíc většinou v určitých pro nás typických situacích. Vzhledem k pravidelnosti dochází k opakování těchto činností, a ty se pak stávají svým způsobem našimi stereotypy neboli návyky, zvyky. (Nakonečný, 2009)

Zájmy jako zdroj motivace

Zájem je jakýmsi trvalejším zaměřením člověka na určitou oblast. Vyvíjí se jako určitý specifický soubor motivů, které se objevují v životě daného člověka častěji a opakovaně a uspokojují prováděním určité činnosti. Motivace ve směru osobních zájmů je velmi důležitá pro rozvoj a obohacení člověka v souvislosti s jeho individuálním osobním pojetím. Zájmů je tolik, kolik je činností, které mohou člověka těšit. Jsou také nejnáze ovlivnitelné. (Říčan, 2010)

Ideje jako zdroj motivace

Idejí rozumíme určitou mentální nebo názornou představu něčeho subjektivně velmi žádoucího a pozitivně hodnoceného, co člověk v průběhu svého života získává zejména z okolního celospolečenského kontextu, od rodičů, anebo hlavně od lidí, které považuje za svůj vzor, a se kterými se více či méně identifikuje. Rodí se tak potom jakási ideální představa o tom, jak by chtěl svůj život žít. Ideje jako motivy vycházejí z osvojení si konkrétních hodnot a mohou mít silný emoční charakter. (Říčan, 2010)

Postoje jako zdroj motivace

Postoj vyjadřuje subjektivní názor, hodnocení nebo připravenost k činu, vztahujícímu se ke konkrétnímu problému nebo volbě, vyvíjí se jako důsledek nabitých zkušeností. Kromě toho, že je zaměřen na problém či volbu, zahrnuje v sobě i určitou míru intenzity, která je tvořena vnitřními (potřeby, zájmy) a vnějšími (kultura, rodina, sociální skupiny) faktory. Postoje vyjadřují hodnotící vztahy, demonstrují to, co je pro člověka v dané situaci významné, co poutá jeho pozornost a co si pamatuje. Postoje se mohou za určitých podmínek také měnit, neboť vše je relativní a vždy něčemu podmíněné. Významné životní postoje mohou vést k zásadní změně, například pokud je

člověk pod vlivem nějakého psychického otřesu nebo životní krize. S pokusy o změnu postojů se setkáváme poměrně často. Při agitacích politických stran, církví, když masmédia prezentují různé pořady, klamavými reklamami apod. (Nakonečný, 2004)

Hodnoty jako zdroj motivace

V průběhu získávání životních zkušeností se člověk setkává s nejrůznějšími skutečnostmi. Tyto skutečnosti se snaží poznat a přisoudit jim ve svém životě určitý význam neboli určitou hodnotu pro sebe sama nebo ku prospěchu celé společnosti. Obecné postoje, které směřují životní styl a orientaci člověka, jsou nazývány *hodnotové orientace*, lidově *žebříček hodnot*. Řád hodnot je pro každého velice důležitou součástí, protože ovlivňuje konkrétní jednání člověka v různých situacích. Hodnoty, se stávají součástí sebepojetí a fungují jako motivy jeho obrany. Člověk hlídá sám sebe, aby byl tím, kým chce být. (Nakonečný, 2009; Říčan, 2010)

Je jasné, že každý člověk má jiný žebříček hodnot a hodnotou pro něho může být prakticky cokoli. Existují ovšem jakési obecně platné normy, jako je např. zdraví, práce, rodina, přátelství, vzdělání, peníze, upřímnost, úspěch, zodpovědnost za své činy, které zastávají významné místo na společenském žebříčku hodnot.

Empirická část

6 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat postoj laické veřejnosti k otázce zdraví, míru péče a motivace k vlastnímu zdraví, povědomí občanů o souhrnu činitelů, ovlivňujících negativně zdraví člověka a jejich prevenci a diferencovat při tom jednotlivé skupiny respondentů na základě jejich pohlaví a geografické oblasti, v níž žijí a pracují. Důležitou součástí výzkumu bylo také zjistit, jaké motivy mohou člověka ovlivnit k přístupu ke zdraví a změnám v životním stylu a co je důvodem změny v důslednosti.

Hlavní cíl: Zmapovat postoj laické veřejnosti ke svému zdraví.

dílčí cíl č. 1: Zjistit faktory, lišící se v přístupu k vlastnímu zdraví
v menším a větším městě v závislosti na pohlaví.

dílčí cíl č. 2: Zjistit motivy, ovlivňující člověka v péči o vlastní zdraví.

dílčí cíl č. 3: Zjistit hlavní příčinu, omezující péči o vlastní zdraví.

7 METODIKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Chceme-li provádět kvantitativní výzkum, můžeme se již v počátcích potkat s řadou obtíží. Jedním z problémů je určení minimálního počtu respondentů nutných pro předpokládanou validitu šetření. Logicky z toho vyplývá, že čím větší množství respondentů, tím pravděpodobně lepší budou předpokládané výsledky. Dalším problémem je samotný proces získávání údajů spojených s cílem výzkumu. V podstatě lze použít několik technik sběru dat, například pozorování, rozhovor, analýzu dokumentů a dotazník. V prvních dvou případech jde o techniky velmi časově náročné, vyžadující specifické schopnosti badatele, zvládnutí objektivního a nezaujatého postoje, adekvátní reakce na nečekané situace, umění adaptace na prostředí, připravenost odpovědi pro objasnění otázek. Technika analýzy dokumentů se může jevit jako málo tvůrčí, protože badatel čerpá a zpracovává materiál již vytvořený jinou, případně jinými osobami. Délku dotazníku může zase znehodnocovat nízká návratnost, proto je vhodné ho distribuovat většímu množství lidí a vhodně a cíleně volit otázky. Naopak výhodou dotazníkové techniky je relativně rychlá, přesná a objektivní analýza dat a také to, že mají respondenti dostatek času k vyplnění v domácím prostředí. (Kutnohorská, 2009)

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda dotazníku zejména proto, že umožňuje získat v krátkém časovém úseku poměrně velké množství informací s jasným zaměřením a formulací, potřebných ke zpracování bakalářské práce. Tato metoda také příliš nezatěžuje respondenty. Anonymní dotazník vlastní konstrukce, obsahující celkem 25 otázek, tvoří demografické, výčtové, výběrové, škálové, uzavřené, polouzavřené, filtrační, projektivní a otevřené otázky. Dotazník byl použit nestandardizovaný pro všechny skupiny respondentů bez ohledu na jejich věk, pohlaví a vzdělání. Stanovení otázek představuje kompromis mezi snahou o maximální pokrytí jednotlivých oblastí zkoumaného problému a obecně platnou skutečností obtížného získávání respondentů zúčastňovat se jakýchkoli dotazníkových šetření, proto byl distribuován poměrně velký počet dotazníků.

Otázky dotazníkového šetření byly pomyslně rozděleny do šesti oblastí. Prvních pět otázek znázorňuje informace o respondentech – pohlaví, věk, vzdělání, geografická oblast, životní role – otázky demografické. Další skupina otázek číslo 6, 7, 8 souvisí s hodnocením současného zdravotního stavu a vyjádřením názoru a postoje – otázky

škálové a výběrové. Otázka 9, 10, 11, 12 zkoumá znalost možných činitelů, odrážejících negativně zdravotní stav člověka, přístup k vlastnímu zdraví, hodnotí jednotlivé možnosti dle vlastních preferencí a vyjádření hodnoty – otázky uzavřené, škálové a otevřené. Otázky 13, 14, 15, 16, 17 jsou zaměřeny na prevenci a informace, týkající se zdraví a kouření – otázky polouzavřené, výběrové, uzavřené. Otázka 18, 19, 20, 21 se vztahuje k tělesné hmotnosti, relaxaci a aktivnímu pravidelnému pohybu – otázka výběrová, filtrační a polouzavřená. Poslední čtyři otázky vyjadřují motivaci respondentů ke zdraví a vlastní názor – otázky výčtové, projektivní, polouzavřené.

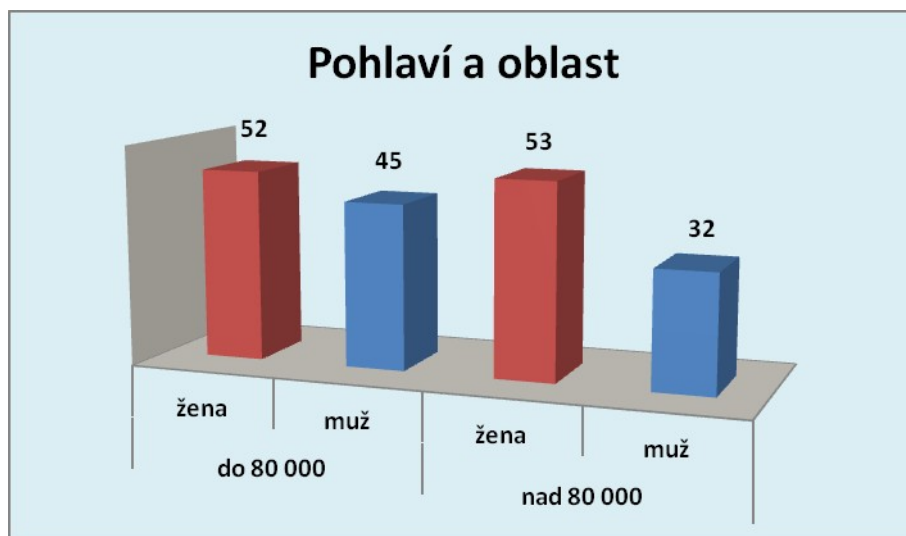
Výsledky tohoto šetření byly zpracovány pomocí počítačových programů Microsoft Excel, Microsoft Word a prezentovány prostřednictvím grafů nebo tabulek s procentuálními výpočty jednotlivých položek.

8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný vzorek tvoří dva soubory laických respondentů (celkem 182) bez zdravotnického vzdělání. Jeden tvoří 53 žen a 32 mužů různé věkové kategorie od 25 – 56 let a více z velkého města – Praha a okolí. Druhou skupinu tvoří 52 žen a 45 mužů různé věkové kategorie od 25 – 56 let a více z malého města – Rožnov pod Radhoštěm a okolí. V prvních pěti demografických otázkách byly vyhodnoceny informace o dotazovaných graficky z celkového počtu 182 respondentů pouze dle pohlaví. V dalších otázkách 6 – 25 byly oba geografické celky vyhodnoceny graficky nebo v tabulce současně podle celkového počtu zastoupených pohlaví v jednotlivých oblastech, v níž žijí a pracují a výsledky porovnány. První a čtvrtá otázka byla sloučena dohromady.

Vyhodnocení položky č. 1 a 4: Pohlaví a místo, kde žijí a pracují

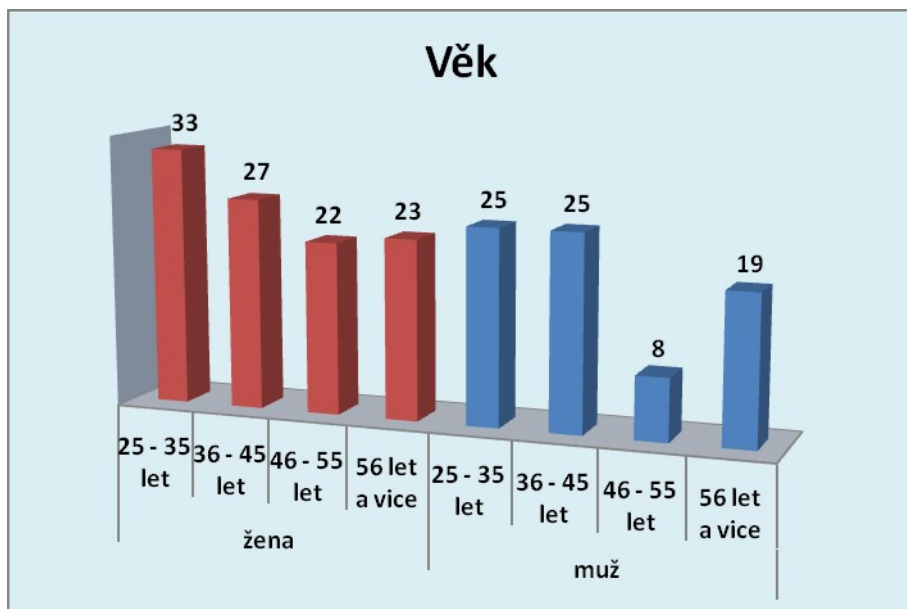
Graf č. 1: Počet respondentů ve vztahu k pohlaví a oblasti



Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 182 respondentů. Z toho **52 žen** (28,57 %) a **45 mužů** (24,73 %) z malého města, **53 žen** (29,12 %) a **32 mužů** (17,58 %) z velkého města. Procentuální vyjádření uváděná dále jsou vždy zaokrouhlena na dvě desetinná čísla. Jejich součet tedy nemusí vždy odpovídat 100 %.

Vyhodnocení položky č. 2: Váš věk

Graf č. 2: Věková struktura respondentů



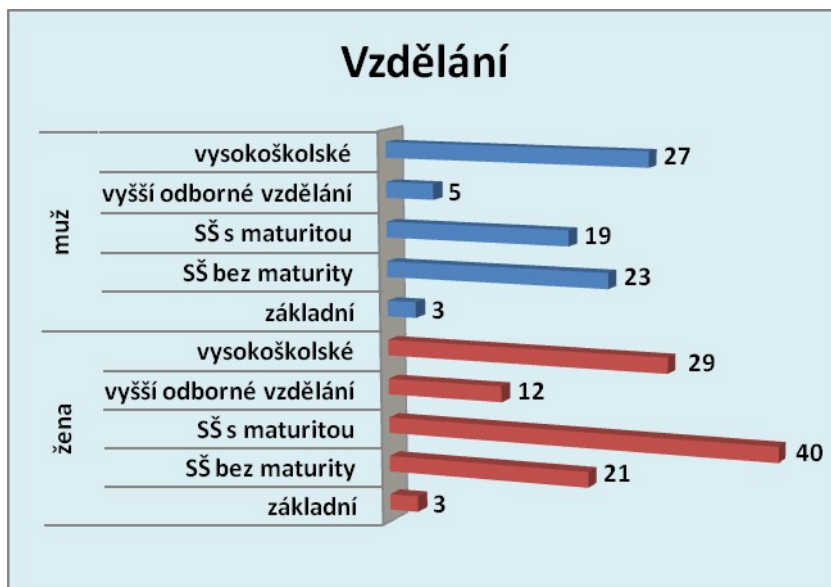
Tabulka č. 1: Věková struktura respondentů

| | | | |
|---------------|---------------|------------|--------------|
| žena | 25 - 35 let | 33 | 18,13 % |
| | 36 - 45 let | 27 | 14,84 % |
| | 46 - 55 let | 22 | 12,09 % |
| | 56 let a více | 23 | 12,64 % |
| muž | 25 - 35 let | 25 | 13,74 % |
| | 36 - 45 let | 25 | 13,74 % |
| | 46 - 55 let | 8 | 4,40 % |
| | 56 let a více | 19 | 10,44 % |
| celkem | | 182 | 100 % |

Z celkového počtu 182 dotazovaných bylo téměř shodné zastoupení ve všech věkových kategoriích žen i mužů. Největší zastoupení měli ženy (33; 18,13 %) ve věku 25 – 35 let. Nejmenší zastoupení měli muži (8; 4,40 %) ve věku 46 – 56 let a více.

Vyhodnocení položky č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 3: Vzdělání respondentů

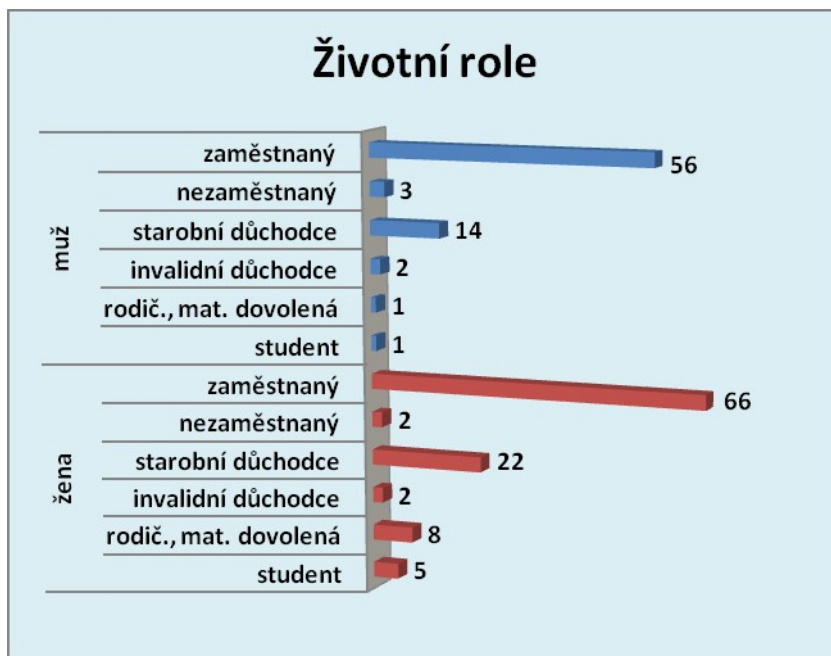


Co se týče vzdělání, z celkového počtu, mělo 40 žen (21,98 %) největší zastoupení v ukončeném **středoškolském s maturitou**, dále následovalo 29 žen (15,93 %) s **vysokoškolským vzděláním**, 21 žen (11,54 %) se **střední školou bez maturity**, 12 žen (6,59 %) s **vyšším odborným vzděláním** a 3 ženy (1,65 %) uvedly **základní vzdělání**.

Muži s největším zastoupení **vysokoškoláků** 27 (14,84 %), dále odpovídali takto: **středoškolské bez maturity** 23 (12,64 %), **středoškolské s maturitou** 19 (10,44 %), **vyšší odborné vzdělání** 5 (2,75 %) a **základní vzdělání** uvedli 3 muži (1,65 %).

Vyhodnocení položky č. 5: Vaše současná životní role

Graf č. 4: Současná životní role



Největším zastoupení z řad žen 66 (36,26 %) a mužů 56 (30,77 %) jsou **pracující**. Dále **starobní důchodci** – ženy 22 (12,09 %), muži 14 (7,69 %), 2 **invalidní důchodci** z řad žen (1,10 %) i mužů (1,10 %), 2 **nezaměstnané** ženy (1,10 %) a 3 **nezaměstnaní** muži (1,65 %), 1 **student** muž (0,55 %) a 5 **studentů** žen (2,75 %), 8 žen na **materšské dovolené** (4,40 %) a dokonce 1 muž na **rodičovské dovolené** (0,55 %).

9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉHO VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo od srpna do listopadu 2013. K získání co největšího spektra respondentů a také vyšší validity, byly dotazníky distribuovány jednak elektronicky a jednak v tištěné podobě. Přes internet bylo rozesláno 120 dotazníků, z toho návratnost platných 100 (83 %), osobně bylo rozdáno 100 dotazníků, validně odpovědělo 82 (82 %) dotázaných. Z celkového počtu 220 dotazníkových formulářů bylo 38 dotazníků vyřazeno a ke zpracování použito 182 dotazníků, tedy 100 %. Odpovídalo 52 žen (28,57 %) a 45 mužů (24,73 %) z malého města a 53 žen (29,12 %) a 32 mužů (17,58 %) z velkého města. V otázce č. 9 a 10 odpovídá na každou variantu vždy plný počet žen i mužů zastoupených oblastí. V otázce č. 19 odpovídali jen ti respondenti, kteří v otázce č. 18 označili nespokojenost se svou hmotností. To znamená, že není splněn 100% počet z uvedeného množství respondentů. Otázky, nabízející více variant, lze vyhodnotit pouze podle počtu zastoupených odpovědí (otázka č. 22, 23, 24). Součástí jednotlivých vyhodnocení jsou komentáře.

Vyhodnocení položky č. 6: Jak byste hodnotil (a) svůj zdravotní stav?

Tabulka č. 2: Hodnocení zdravotního stavu

| malé město | žena | | muž | |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| velmi dobrý | 4 | 7,69 % | 7 | 15,56 % |
| spíše dobrý | 21 | 40,38 % | 18 | 40 % |
| průměrný | 21 | 40,38 % | 13 | 28,89 % |
| spíše špatný | 6 | 11,54 % | 4 | 8,89 % |
| velmi špatný | 0 | 0 % | 3 | 6,67 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| velmi dobrý | 19 | 35,85 % | 7 | 21,88 % |
| spíše dobrý | 28 | 52,83 % | 17 | 53,13 % |
| průměrný | 6 | 11,32 % | 6 | 18,75 % |
| spíše špatný | 0 | 0 % | 2 | 6,25 % |
| velmi špatný | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Svůj zdravotní stav vzorek respondentů z malého i velkého města hodnotí téměř vyrovnaně, tedy jako **spíše dobrý** nebo **průměrný**. Jako **velmi dobrý** zdravotní stav označuje 19 žen (35,85 %) a jen 7 mužů (21,88 %) z velkého města.

Vyhodnocení položky č. 7: Souhlasíte s tvrzením, že je povinností každého jednotlivce aktivně se podílet na vytváření zdravých podmínek pro sebe i ostatní osoby?

Tabulka č. 3: Povinnost jednotlivce

| malé město | žena | | muž | |
|--------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| rozhodně ano | 37 | 71,15 % | 28 | 62,22 % |
| spíše ano | 15 | 28,85 % | 15 | 33,33 % |
| rozhodně ne | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| spíše ne | 0 | 0 % | 2 | 4,44 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| rozhodně ano | 41 | 77,36 % | 15 | 46,88 % |
| spíše ano | 12 | 22,64 % | 17 | 53,13 % |
| rozhodně ne | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| spíše ne | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Rozhodně souhlasí nebo **spíše souhlasí** s tímto tvrzením jak ženy a muži z malého města, tak ženy a muži z velkého města, jen 2 muži (4,44 %) z malého města s touto tezí **spíše nesouhlasí**.

Vyhodnocení položky č. 8: Myslíte si, že obezita se stává hlavním problémem ovlivňující zdraví české populace v důsledku nezdravého životního stylu?

Tabulka č. 4: Obezita jako produkt nezdravého životního stylu

| malé město | žena | | muž | |
|--------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| rozhodně ano | 25 | 48,08 % | 17 | 37,78 % |
| spíše ano | 27 | 51,92 % | 23 | 51,11 % |
| rozhodně ne | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| spíše ne | 0 | 0 % | 5 | 11,11 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| rozhodně ano | 30 | 56,60 % | 8 | 25 % |
| spíše ano | 21 | 39,62 % | 23 | 71,88 % |
| rozhodně ne | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| spíše ne | 2 | 3,77 % | 1 | 3,13 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Vzhledem k početnímu zastoupení respondentů z hodnocených oblastí se poměrná část žen i mužů přiklání k faktu, že obezita je produktem nezdravého životního stylu. Hodnotí **rozhodně ano** nebo **spíše ano**. Jen 5 mužů (11,11 %) z malého města a 2 ženy (3,77 %) a 1 muž (3,13 %) z velkého města tento fakt nesdílí.

Vyhodnocení položky č. 9: Co podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje zdraví člověka? (malé a velké město)

Tabulka č. 5a: Ovlivnění zdraví (malé město)

| malé město - žena | ano | | ne | | nevím | |
|--------------------------|------------|---------|-----------|---------|--------------|---------|
| životní styl | 45 | 86,54 % | 0 | 0 % | 7 | 13,46 % |
| životospráva | 45 | 86,54 % | 0 | 0 % | 7 | 13,46 % |
| dědičnost | 34 | 65,38 % | 3 | 5,77 % | 15 | 28,85 % |
| vědomé užívání tabáku | 31 | 59,62 % | 2 | 3,85 % | 19 | 36,54 % |
| duševní stav | 29 | 55,77 % | 5 | 9,62 % | 18 | 34,62 % |
| ekonomická situace | 19 | 36,54 % | 15 | 28,85 % | 18 | 34,62 % |
| životní prostředí | 34 | 65,38 % | 4 | 7,69 % | 14 | 26,92 % |
| prevence | 36 | 69,23 % | 4 | 7,69 % | 12 | 23,08 % |
| malé město - muž | ano | | ne | | nevím | |
| životní styl | 44 | 97,78 % | 0 | 0 % | 1 | 2,22 % |
| životospráva | 38 | 84,44 % | 2 | 4,44 % | 5 | 11,11 % |
| dědičnost | 33 | 73,33 % | 2 | 4,44 % | 10 | 22,22 % |
| vědomé užívání tabáku | 31 | 68,89 % | 6 | 13,33 % | 8 | 17,78 % |
| duševní stav | 33 | 73,33 % | 3 | 6,67 % | 9 | 20 % |
| ekonomická situace | 22 | 48,89 % | 13 | 28,89 % | 10 | 22,22 % |
| životní prostředí | 33 | 73,33 % | 4 | 8,89 % | 8 | 17,78 % |
| prevence | 27 | 60 % | 10 | 22,22 % | 8 | 17,78 % |

Na každou variantu odpovídal plný počet, 52 žen a 45 mužů z malého města.

Vyrovnaný počet žen (45; 86,54 %) shodně odpovědělo, že zdraví nejvíce ovlivňuje **životní styl a životospráva**. Další je **prevence** (36; 69,23 %), vyrovnaný je počet odpovědí **životní prostředí a dědičnost** (34; 65,38 %), dohání je **vědomé užívání tabáku** (31; 59,62 %) a **duševní stav** (29; 55,77 %). Jen 19 žen (36,54 %) si myslí, že zdraví ovlivňuje **ekonomická situace** a 15 žen (28,85 %) tento názor nezastává.

Muži si myslí, že zdraví nejvíce ovlivňuje nejprve **životní styl** (44; 97,78 %) a **životospráva** (38; 84,44 %), na stejném místě se pak shodují v **dědičnosti, duševním stavu a životním prostředí** (33; 73,33 %). Souhlasí s ženami, že zdraví ovlivňuje **užívání tabáku** (31; 68,89 %). **Prevence** je u mužů až na předposledním místě (27; 60 %), přičemž 10 mužů (22,22 %) prevenci nevnímá jako pozitivní hodnotu k ovlivnění

zdraví. Stejně jako část žen, tak i část mužů (22; 48,89 %) nepřisuzují **ekonomické situaci** výrazný podíl ke zlepšení zdraví. 13 mužů (28,89 %) si naopak myslí, že ekonomická situace je důležitá k ovlivnění zdraví.

Tabulka č. 5b: Ovlivnění zdraví (velké město)

| velké město - žena | ano | | ne | | nevím | |
|---------------------------|------------|---------|-----------|---------|--------------|---------|
| životní styl | 53 | 100 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| životospráva | 51 | 96,23 % | 0 | 0 % | 2 | 3,77 % |
| dědičnost | 31 | 58,49 % | 16 | 30,19 % | 6 | 11,32 % |
| vědomé užívání tabáku | 33 | 62,26 % | 3 | 5,66 % | 17 | 32,08 % |
| duševní stav | 39 | 73,58 % | 4 | 7,55 % | 10 | 18,87 % |
| ekonomická situace | 19 | 35,85 % | 20 | 37,74 % | 14 | 26,42 % |
| životní prostředí | 37 | 69,81 % | 10 | 18,87 % | 6 | 11,32 % |
| prevence | 42 | 79,25 % | 2 | 3,77 % | 9 | 16,98 % |
| velké město - muž | ano | | ne | | nevím | |
| životní styl | 30 | 93,75 % | 1 | 3,13 % | 1 | 3,13 % |
| životospráva | 30 | 93,75 % | 0 | 0 % | 2 | 6,25 % |
| dědičnost | 18 | 56,25 % | 6 | 18,75 % | 8 | 25 % |
| vědomé užívání tabáku | 21 | 65,63 % | 5 | 15,63 % | 6 | 18,75 % |
| duševní stav | 21 | 65,63 % | 1 | 3,13 % | 10 | 31,25 % |
| ekonomická situace | 9 | 28,13 % | 13 | 40,63 % | 10 | 31,25 % |
| životní prostředí | 21 | 65,63 % | 3 | 9,38 % | 8 | 25 % |
| prevence | 17 | 53,13 % | 7 | 13,21 % | 8 | 25 % |

Na každou variantu odpovídal plný počet, 53 žen a 32 mužů z velkého města.

Plný počet 53 respondentek (100 %) se vyslovalo, že nejvíce ovlivňuje zdraví **životní styl** člověka. Dále výrazně ovlivňuje zdraví **životospráva** (51; 96,23 %) a **prevence** (42; 79,25 %). **Duševní stav** (39; 73,58 %) a **životní prostředí** (37; 69,81 %) jsou na dalších pozicích těsně za sebou. **Užívání tabáku** uvedlo 33 žen (62,26 %) a 17 žen (32,08 %) to neví. 31 žen (58,49 %) si myslí, že zdraví ovlivňuje **dědičnost** a 16 z nich (30,19 %) si to nemyslí. **Ekonomickou situaci** 20 žen (37,74 %) nepovažuje za důležitou a 19 žen (35,85 %) uvedlo kladnou odpověď.

Muži uvádějí shodně nejvíce **životní styl** a **životosprávu** (30; 93,75 %) v závislosti na zdraví, dále pak shodně **vědomé užívání tabáku**, **duševní stav** a **životní prostředí**

(21; 65,63 %). **Dědičnost** (18; 56,25 %) a **prevence** (17; 53,13 %) na další pozici a stejně jako v uvedených odpovědích respondentů je na posledním místě **ekonomická situace** s 9 odpověďmi (28,13 %). Naopak 13 mužů (40,63 %) si myslí, že ekonomická situace je důležitá k ovlivnění zdraví.

Vyhodnocení položky č. 10: Na čem závisí Váš přístup k vlastnímu zdraví? (malé a velké město)

Tabulka č. 6a: Závislost na přístupu ke zdraví (malé město)

| malé město - žena | ano | | ne | | nevím | |
|---------------------------------|-----|---------|----|---------|-------|---------|
| na osobní motivaci | 48 | 92,31 % | 0 | 0 % | 4 | 7,69 % |
| na zájmu lékaře | 12 | 23,08 % | 25 | 48,08 % | 15 | 28,85 % |
| na současné fin. sit. | 17 | 32,69 % | 17 | 32,69 % | 18 | 34,62 % |
| na zájmu jiných lidí | 9 | 17,31 % | 17 | 32,69 % | 26 | 34,62 % |
| na vyrovn. psych. stavu | 40 | 76,92 % | 1 | 1,92 % | 11 | 21,15 % |
| na dostatku info o podp. zdraví | 19 | 36,54 % | 11 | 21,15 % | 22 | 42,31 % |
| na osobní zkušenosti s nemocí | 35 | 67,31 % | 2 | 3,85 % | 15 | 28,85 % |
| na výchově ke zdraví | 33 | 63,46 % | 0 | 0 % | 19 | 36,54 % |
| na benefitech od zaměstn. | 7 | 13,46 % | 28 | 53,85 % | 17 | 32,69 % |
| malé město - muž | ano | | ne | | nevím | |
| na osobní motivaci | 37 | 82,22 % | 3 | 6,67 % | 5 | 11,11 % |
| na zájmu lékaře | 11 | 24,44 % | 20 | 44,44 % | 14 | 31,11 % |
| na současné fin. sit. | 13 | 29 % | 14 | 31,11 % | 18 | 40 % |
| na zájmu jiných lidí | 18 | 40 % | 13 | 28,89 % | 14 | 31,11 % |
| na vyrovn. psych. stavu | 32 | 71,11 % | 2 | 4,44 % | 11 | 24,44 % |
| na dostatku info o podp. zdraví | 21 | 46,67 % | 15 | 33,33 % | 9 | 20 % |
| na osobní zkušenosti s nemocí | 35 | 77,78 % | 0 | 0 % | 10 | 22,22 % |
| na výchově ke zdraví | 35 | 77,78 % | 3 | 6,67 % | 7 | 15,56 % |
| na benefitech od zaměstn. | 5 | 11,11 % | 31 | 68,89 % | 9 | 20 % |

Na každou variantu odpovídal plný počet, 52 žen a 45 mužů z malého města. Oba vzorky respondentů, tedy žen i mužů z malého města souhlasí, že přístup k vlastnímu zdraví závisí nejvíce **na osobní motivaci, na zkušenosti s nemocí, na vyrovnaném psychickém stavu a výchově ke zdraví**. Naopak si nemyslí, že je přístup

ke zdraví závislý **na benefitech od zaměstnavatele, na zájmu lékaře nebo zájmu jiných lidí a současné finanční situaci.**

Tabulka č.6b: Závislost na přístupu ke zdraví (velké město)

| velké město - žena | ano | | ne | | nevím | |
|---------------------------------|------------|---------|-----------|---------|--------------|---------|
| na osobní motivaci | 52 | 98,11 % | 0 | 0 % | 1 | 1,89 % |
| na zájmu lékaře | 17 | 32,08 % | 26 | 49,06 % | 10 | 18,87 % |
| na současné fin. sit. | 12 | 22,64 % | 28 | 45,28 % | 13 | 24,53 % |
| na zájmu jiných lidí | 12 | 22,64 % | 24 | 3,77 % | 17 | 32,08 % |
| na vyrovn. psych. stavu | 42 | 79,25 % | 2 | 3,77 % | 9 | 16,98 % |
| na dostatku info o podp. zdraví | 28 | 52,83 % | 10 | 18,87 % | 15 | 28,30 % |
| na osobní zkušenosti s nemocí | 34 | 64,15 % | 1 | 1,89 % | 18 | 33,96 % |
| na výchově ke zdraví | 40 | 75,47 % | 1 | 1,89 % | 12 | 22,64 % |
| na benefitech od zaměstn. | 9 | 16,98 % | 31 | 58,49 % | 13 | 24,53 % |
| velké město - muž | ano | | ne | | nevím | |
| na osobní motivaci | 31 | 96,88 % | 0 | 0 % | 1 | 3,13 % |
| na zájmu lékaře | 4 | 12,50 % | 18 | 56,25 % | 10 | 31,25 % |
| na současné fin. sit. | 8 | 25 % | 15 | 46,88 % | 9 | 28,13 % |
| na zájmu jiných lidí | 10 | 31,25 % | 10 | 31,25 % | 12 | 37,50 % |
| na vyrovn. psych. stavu | 27 | 84,38 % | 2 | 6,25 % | 3 | 9,38 % |
| na dostatku info o podp. zdraví | 17 | 53,13 % | 6 | 18,75 % | 9 | 28,13 % |
| na osobní zkušenosti s nemocí | 19 | 59,38 % | 6 | 18,75 % | 7 | 21,88 % |
| na výchově ke zdraví | 21 | 65,63 % | 2 | 6,25 % | 9 | 28,13 % |
| na benefitech od zaměstn. | 6 | 18,75 % | 16 | 50 % | 10 | 31,25 % |

Na každou variantu odpovídal plný počet, 53 žen a 32 mužů z velkého města.

Skupina žen i mužů opět potvrdila, že přístup ke zdraví nejvíce závisí **na osobní motivaci** člověka, dále pak **na vyrovnáném psychickém stavu, na výchově ke zdraví a na osobní zkušenosti s nemocí.** Také se domnívají, že přístup ke zdraví zaleží i **na dostatku informací o podpoře zdraví.** Stejně jako předchozí skupina z malého města si nemyslí, že zdraví závisí **na benefitech od zaměstnavatele, na zájmu lékaře nebo na finanční situaci a zájmu jiných lidí.**

Vyhodnocení položky č. 11: Co pro Vás znamená zdraví?

Touto otevřenou otázkou mohli respondenti subjektivně vyjádřit, co pro ně znamená zdraví. Někteří své odpovědi velmi zevšeobecněli a zjednodušili a jiní se snažili popsat vlastní charakteristiku zdraví. Odpověděl plný počet 182 respondentů (100 %), nespécifikovaných podle pohlaví ani oblastí. Zde uvádím pro zajímavost výběr z odpovědí:

- vše
- všechno
- nezávislost
- kvalitní život
- svobodu
- fyzická a duševní vyrovnanost a pohoda
- možnost dělat vše, co mám rád bez omezení
- mít vše v rovnováze
- nejvyšší priorita pro budoucnost
- možnost pracovat, sportovat, být
- ...něco, o co bych se měl víc starat
- ..., že mě nic nebolí
- ..., když se se člověk cítí dobře a nic ho netrápí
- základní předpoklad ke spokojenému životu
- žít spokojený život bez bolesti a stresu
- ve zdravém těle, zdravý duch a naopak, když má člověk jiskru v oku, úsměv na rtech, je rovný v zádech a pevný v ramenou, nelze ho přehlédnout
- zdraví je pro mě důležité, zajišťuje mi duševní pohodu, aktivitu a výhled na dlouhý život
- zdraví má nevyčíslitelnou hodnotu, kterou jsme získali bez jakéhokoli přičinění, udává míru kvality našeho života, zdraví je klenot, který vybrušujeme celý život jako diamant
- fyzické zdraví vnímám jako ukazatel celkové kvality života, psychického stavu a vztahu k sobě samé

Vyhodnocení položky č. 12: Seřad'te číselně priority, tak, jak jsou pro Vás důležité (číslo jedna nejdůležitější).

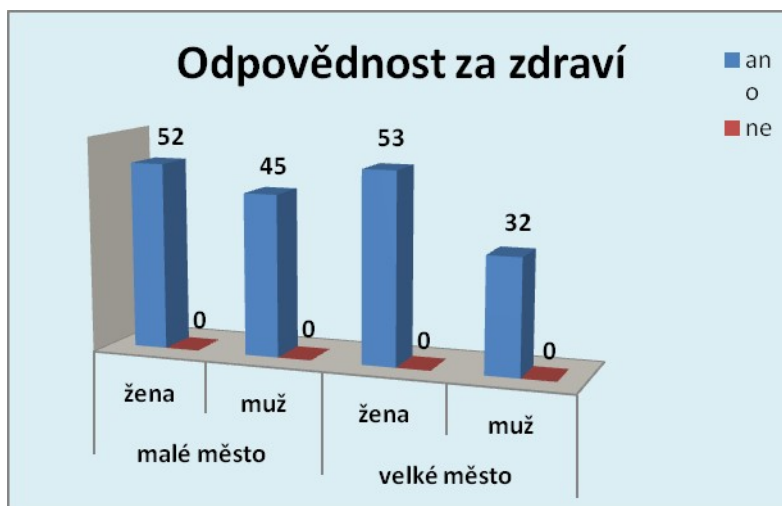
Tabulka č.7: Priority

| malé město | žena | | muž | |
|-----------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| peníze | 4 | 7,69 % | 5 | 11,11 % |
| společenské uplatnění | 6 | 11,54 % | 4 | 8,89 % |
| prac. postup, kariéra | 0 | 0 % | 1 | 2,22 % |
| svoboda a volný čas | 6 | 11,54 % | 7 | 15,56 % |
| rodina | 14 | 26,92 % | 13 | 28,89 % |
| zdraví | 18 | 34,62 % | 11 | 24,44 % |
| přátelé | 4 | 7,69% | 4 | 8,89 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| peníze | 7 | 13,21 % | 5 | 15,63 % |
| společenské uplatnění | 5 | 9,43 % | 5 | 15,63% |
| prac. postup, kariéra | 0 | 0 % | 1 | 3,13 % |
| svoboda a volný čas | 8 | 15,09 % | 6 | 18,75% |
| rodina | 11 | 20,75 % | 5 | 15,63 % |
| zdraví | 13 | 24,53 % | 6 | 18,75% |
| přátelé | 9 | 16,98 % | 4 | 12,50% |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Nejdůležitější prioritou je pro obě skupiny žen **zdraví** a pak **rodina**. Pro skupinu mužů z malého města je to obráceně, nejprve **rodina**, pak **zdraví**. Skupina mužů z velkého města mají těsně vyrovnané pozice v prioritách **zdraví**, **svoboda a volný čas** a také se o stejnou příčku dělí **rodina**, **společenské uplatnění** a **peníze**.

Vyhodnocení položky č. 13: Cítíte odpovědnost za své zdraví?

Graf č. 5: Odpovědnost za zdraví



Odpovědnost za své zdraví cítí všech 182 dotazovaných respondentů souhlasně, tedy 100 %.

Vyhodnocení položky č. 14: Využíváte možnosti preventivních prohlídek?

Tabulka č. 8: Preventivní prohlídky

| malé město | žena | | muž | |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| ano | 47 | 90,38 % | 35 | 77,78 % |
| ne | 5 | 9,62 % | 10 | 22,22 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| ano | 45 | 84,91 % | 23 | 71,88 % |
| ne | 8 | 15,09 % | 9 | 28,13 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Jak vyplývá z tabulky, preventivních prohlídek **využívá nadpoloviční** většina respondentů z velkého i malého města. Nejčastěji uváděli návštěvu ordinace praktického lékaře, zubaře, očního lékaře a ženy ještě absolvují gynekologickou prohlídku minimálně 1x ročně.

Ti, kteří nevyužívají preventivní prohlídky uvedli například, že pokud nemají zdravotní problémy, nepotřebují nic vědět nebo jdou, až se objeví nějaký problém nebo jsou pozváni, což se v dnešní době neděje.

Vyhodnocení položky č. 15: Znáte nějaké preventivní programy v rámci podpory zdraví, které nabízí vaše zdravotní pojišťovna?

Tabulka č. 9: Znalost preventivních programů

| malé město | žena | | muž | |
|--------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| ano | 13 | 25 % | 5 | 11,11 % |
| ne | 39 | 75 % | 40 | 88,89 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| ano | 20 | 37,74 % | 3 | 9,38 % |
| ne | 33 | 62,26 % | 29 | 90,63 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Z vyhodnocení vyplývá nízká znalost preventivních programů obou hodnocených souborů, přičemž ženy z obou souborů jsou na tom se znalostí lépe.

Ne mnoho těch, kteří znají nějaký preventivní program, odpověděli například takto:

- program zdravý život VZP
- očkování proti HPV, vitamíny
- program Mořský koník
- baby club VZP
- příspěvek na plavání a masáže

Vyhodnocení položky č. 16: Z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte informace ve vztahu ke zdraví? (jedna varianta)

Tabulka č. 10: Zdroje informací

| malé město | žena | | muž | |
|--------------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| v ordinaci lékaře | 7 | 13,46 % | 8 | 17,78 % |
| na doporučení známých | 6 | 11,54 % | 5 | 11,11 % |
| z vlastní zkušenosti | 11 | 21,15 % | 6 | 13,33 % |
| z televize, rozhlasu | 6 | 11,54% | 4 | 8,89 % |
| z internetu | 9 | 17,31% | 12 | 26,67 % |
| z reklamy | 1 | 1,92 % | 0 | 0 % |
| z periodik | 7 | 13,46 % | 2 | 4,44 % |
| z jiných zdrojů | 2 | 3,85 % | 3 | 6,67 % |
| nezájem o tyto informace | 3 | 5,77 % | 5 | 11,11 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100% |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| v ordinaci lékaře | 5 | 9,43 % | 2 | 6,25 % |
| na doporučení známých | 8 | 15,09 % | 11 | 34,38 % |
| z vlastní zkušenosti | 15 | 28,30 % | 7 | 21,88 % |
| z televize, rozhlasu | 4 | 7,55 % | 0 | 0 % |
| z internetu | 12 | 22,64 % | 5 | 15,63 % |
| z reklamy | 1 | 1,89 % | 0 | 0 % |
| z periodik | 4 | 7,55 % | 2 | 6,25 % |
| z jiných zdrojů | 2 | 3,77 % | 1 | 3,13 % |
| nezájem o tyto informace | 2 | 3,77 % | 4 | 12,50 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Ženy z obou souborů odpověděly, že nečastěji získávají informace ve vztahu ke zdraví z **vlastní zkušenosti** a **internetu** nebo **na doporučení známých**, z **periodik** a **televize a rozhlasu**.

U mužů je to rozdílné. Skupina mužů z malého města čerpá nejčastěji informace o zdraví z **internetu** nebo **v ordinaci lékaře** a také z **vlastní zkušenosti**. Muži z velkého města čerpají informace nejčastěji **na doporučení známých** a také z **vlastní zkušenosti**.

Vyhodnocení položky č. 17: Kouříte?

Tabulka č. 11: Kouříte?

| malé město | žena | | muž | |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| ano | 8 | 15,38 % | 8 | 17,78 % |
| ne | 34 | 65,38 % | 30 | 66,67 % |
| příležitostně | 10 | 19,23 % | 7 | 15,56 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| ano | 11 | 20,75 % | 8 | 25 % |
| ne | 32 | 60,38 % | 18 | 56,25 % |
| příležitostně | 10 | 18,87 % | 6 | 18,75 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Nadpoloviční většina respondentů žen (34; 65,38 %) i mužů (30; 66,67 %) z malého města a žen (32; 60,38 %) i mužů (18; 56,25 %) z velkého města jsou **nekuřáci**. Přibližně 1/3 z nich **kouří denně** od 6 – 20 cigaret a další třetina **kouří příležitostně**.

Vyhodnocení položky č. 18: Jste spokojený (á) se svou tělesnou hmotností? Pokud jste spokojen (a) se svou hmotností, na otázku č. 19 neodpovídejte.

Tabulka č. 12: Spokojenost s hmotností

| malé město | žena | | muž | |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| ano | 16 | 30,77 % | 18 | 40 % |
| ne | 36 | 69,23 % | 27 | 60 % |
| celkem | 52 | 100% | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| ano | 15 | 28,30 % | 12 | 37,50 % |
| ne | 38 | 71,70 % | 20 | 62,50 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Nadpoloviční většina respondentů žen (36; 69,23 %) i mužů (27; 60 %) z malého města a žen (38; 71,70 %) i mužů (20; 62,50 %) z velkého města, se cítí **nespokojeni se svou hmotností**. Ti, kteří jsou spokojeni, v otázce č. 19 neodpovídali.

Vyhodnocení položky č. 19: Jakým způsobem chcete dosáhnout její úpravy? (jedna varianta)

Tabulka č. 13: Způsob úpravy hmotnosti

| malé město | žena | | muž | |
|----------------------------|-------------|----------------|------------|----------------|
| dietou | 9 | 17,31 % | 2 | 4,44 % |
| střídmostí v jídle a pití | 14 | 26,92 % | 13 | 28,99 % |
| rekreačním sportem | 5 | 9,62 % | 6 | 13,33 % |
| s pomocí odborníka | 0 | 0 % | 2 | 4,44 % |
| pravid. cvič. s odborníkem | 2 | 3,85 % | 2 | 4,44 % |
| pravid. cvič. doma | 6 | 11,54 % | 0 | 0 % |
| operačním zásahem | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| jiné | 0 | 0 % | 2 | 4,44 % |
| celkem | 36 | 69,24 % | 27 | 60 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| dietou | 8 | 15,09 % | 0 | 0 % |
| střídmostí v jídle a pití | 14 | 26,42 % | 9 | 28,13 % |
| rekreačním sportem | 7 | 13,21 % | 5 | 15,63 % |
| s pomocí odborníka | 2 | 3,77 % | 2 | 6,25 % |
| pravid. cvič. s odborníkem | 4 | 7,55 % | 3 | 9,38 % |
| pravid. cvič. doma | 3 | 5,66 % | 0 | 0 % |
| operačním zásahem | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| jiné | 0 | 0 % | 1 | 3,13 % |
| celkem | 38 | 71,70 % | 20 | 62,52 % |

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří z v tázce č. 18 uvedli nespokojenost se svou tělesnou hmotností. Z tabulky lze vyčíst, že pro úpravu vlastní hmotnosti preferují všichni respondenti obou souborů nejvíce **střídmost v jídle a pití**. Ženy obou souborů dále uvádějí možnost úpravy hmotnosti **dietou**, **rekreačním sportem** nebo **pravidelným cvičením v domácím prostředí**. Muži obou souborů jsou ještě nakloněni úpravě hmotnosti **střídmostí v jídle a pití** nebo **rekreačním sportem**.

Ve zvolené variantě *jiné*, uvedli muži z obou souborů, že by chtěli přibrat.

Vyhodnocení položky č. 20: Jakým způsobem relaxujete nejčastěji? (jedna varianta)

Tabulka č. 14: Způsob relaxace

| malé město | žena | | muž | |
|--------------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| sledováním TV, internetu | 18 | 34,62 % | 19 | 42,22 % |
| spánek | 11 | 21,15 % | 5 | 11,11 % |
| kulturní akce, zařízení | 5 | 9,62 % | 9 | 20 % |
| obchodní, nákupní centra | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| sport | 4 | 7,69 % | 3 | 6,67 % |
| četba | 8 | 15,38 % | 4 | 8,89 % |
| jiné | 6 | 11,54 % | 5 | 11,11 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| sledováním TV, internetu | 16 | 30,19 % | 12 | 37,50 % |
| spánek | 8 | 15,09 % | 5 | 15,63 % |
| kulturní akce, zařízení | 13 | 24,53 % | 9 | 28,13 % |
| obchodní, nákupní centra | 3 | 5,66 % | 0 | 0 % |
| sport | 5 | 9,43 % | 3 | 9,38 % |
| četba | 6 | 11,32 % | 2 | 6,25 % |
| jiné | 2 | 3,77 % | 1 | 3,13 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Nejčastější relaxací respondentů obou souborů, žen i mužů, je **sledování televize a internetu**. Dále 11 žen (21,15 %) z malého města uvádí **spánek** a 13 žen (24,53 %) z velkého města uvádí **kulturní akce a zařízení**. Dále muži z obou skupin volí vyrovnaně **kulturní akce a zařízení**. **Sportem** relaxuje zhruba 1/4 respondentů.

Respondenti, kteří zvolili variantu *jiné*, uváděli způsob relaxace například aktivní práce na zahradě nebo chalupě, procházky přírodou, úklid domácnosti, rybaření, ruční práce, rekreační plavání, relaxace na terase, sex.

Vyhodnocení položky č. 21: Zapojujete denně aktivní pohyb do běžného života (chůze, plavání, bycicl, běh, tanec, turistika apod.) v rozsahu 35 minut a více? (jedna varianta)

Tabulka č. 15: Pohybová aktivita

| malé město | žena | | muž | |
|--------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| ano 1x-2x týdně | 8 | 15,38 % | 5 | 11,11 % |
| ano 2x-3x týdně | 5 | 9,62 % | 6 | 13,33 % |
| více než 3x týdně | 4 | 7,69 % | 3 | 6,67 % |
| méně než 1x týdně | 13 | 25 % | 12 | 26,67 % |
| ne | 22 | 42,31 % | 19 | 42,22 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| ano 1x-2x týdně | 8 | 15,09 % | 4 | 12,50 % |
| ano 2x-3x týdně | 5 | 9,43 % | 2 | 6,25 % |
| více než 3x týdně | 4 | 7,55 % | 3 | 9,38 % |
| méně než 1x týdně | 17 | 32,08 % | 9 | 28,13% |
| ne | 19 | 35,85 % | 14 | 43,75 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

3/4 žen i mužů obou zúčastněných souborů odpověděla, že **nezapojuje** denně aktivní pohyb v rozsahu větším 35 minut. 1/3 obou souborů, žen i mužů, vykazuje **pravidelnou** pohybovou aktivitu.

Vyhodnocení položky č. 22: Co Vás motivuje ke změnám v životním stylu? (více variant)

Tabulka č. 16: Motivy ke změnám

| malé město | žena | | muž | |
|------------------------|-------------|---------|------------|---------|
| doporučení lékaře | 12 | 23,08 % | 21 | 46,67 % |
| je to moderní | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| být v kondici | 22 | 42,31 % | 17 | 37,78 % |
| být zdravý | 27 | 51,92 % | 26 | 57,78 % |
| dobře vypadat | 10 | 19,23 % | 6 | 13,33 % |
| přání blízké osoby | 4 | 7,69 % | 9 | 20 % |
| inspirace jinou osobou | 8 | 15,38 % | 8 | 17,78 % |
| zdravotní potíže | 36 | 69,23 % | 36 | 80 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| doporučení lékaře | 15 | 28,30 % | 14 | 43,75 % |
| je to moderní | 4 | 7,55 % | 1 | 3,13 % |
| být v kondici | 18 | 33,96 % | 19 | 59,38 % |
| být zdravý | 31 | 58,49 % | 21 | 65,63 % |
| dobře vypadat | 22 | 41,51 % | 13 | 40,63 % |
| přání blízké osoby | 9 | 16,98 % | 12 | 37,50 % |
| inspirace jinou osobou | 9 | 16,98 % | 4 | 12,50 % |
| zdravotní potíže | 39 | 73,58 % | 28 | 87,80 % |

Nejvíce respondentů uvedlo motiv ke zdraví nebo změně životního stylu **zdravotní potíže**. Dále obě skupiny žen i mužů uvedly téměř vyrovnaně motiv **být zdravý**. 22 žen (42,31 %) z malého města a 19 mužů (59,38 %) z velkého města motivuje přání být v **dobré kondici**, 22 žen (41,51 %) z velkého města zase **dobrý vzhled**. Muži z obou oblastí uvedli jako motiv ke změně v životním stylu **doporučení lékaře** nebo **přání blízké osoby**. Motiv **inspirace jinou osobou** uvedlo shodně 8 žen (15,38 %) a 8 mužů (17,78 %) z malého města, z velkého města 9 žen (16,98 %) a 4 muži (12,50 %). Motiv **být moderní**, uvedly 4 ženy (7,55 %) a 1 muž (3,13 %) z velkého města.

Vyhodnocení položky č. 23: Co Vám brání v péči o vlastní zdraví? (více variant)

Tabulka č. 17: Důvod pasivity ke zdraví

| malé město | žena | | muž | |
|-----------------------------|------|---------|-----|---------|
| únava | 6 | 11,54 % | 5 | 11,11 % |
| nedostatek vůle | 30 | 57,69 % | 36 | 80 % |
| nedostatek motivace | 19 | 36,54 % | 13 | 28,89 % |
| zdravotní stav | 3 | 5,77 % | 3 | 6,67 % |
| nedostatek času | 9 | 17,31 % | 6 | 13,33 % |
| nedostat.info o život.stylu | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| nezájem lékaře | 3 | 5,77 % | 4 | 8,89 % |
| ekonomická situace | 3 | 5,77 % | 3 | 6,67 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| únava | 9 | 16,98 % | 8 | 25 % |
| nedostatek vůle | 35 | 66,04 % | 17 | 53,13 % |
| nedostatek motivace | 19 | 35,85 % | 14 | 43,75 % |
| zdravotní stav | 2 | 3,77 % | 3 | 9,38 % |
| nedostatek času | 9 | 16,98 % | 6 | 18,75 % |
| nedostat.info o život.stylu | 1 | 1,89 % | 0 | 0 % |
| nezájem lékaře | 1 | 1,89 % | 2 | 6,25 % |
| ekonomická situace | 2 | 3,77 % | 5 | 15,63 % |

Nadpoloviční většina všech respondentů odpověděla, že jim **chybí dostatek pevné vůle** v péči o své zdraví. Přičemž muži z malého města nedostatkem vůle rozhodně drží prvenství. Celkem vyrovnaně všichni uvedli, že mají **nedostatek motivace** k péči o své zdraví. Důvodem k pasivitě uvádějí ještě **únavu** nebo jim **brání nedostatek času**.

Vyhodnocení položky č. 24: Pečuji o své zdraví, protože...(více variant)

Tabulka č. 18: Důvod péče o zdraví

| malé město | žena | | muž | |
|-----------------------|------|---------|-----|---------|
| záleží mi na zdraví | 41 | 78,85 % | 39 | 86,67 % |
| záleží mi na vzhledu | 11 | 21,15 % | 8 | 17,78 % |
| cítím nespokojenost | 8 | 15,38 % | 10 | 22,22 % |
| o zdraví se nezajímám | 5 | 9,62 % | 0 | 0 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| záleží mi na zdraví | 49 | 92,45 % | 30 | 93,75 % |
| záleží mi na vzhledu | 25 | 47,17 % | 14 | 43,75 % |
| cítím nespokojenost | 2 | 3,77 % | 10 | 31,25 % |
| o zdraví se nezajímám | 2 | 3,77 % | 3 | 9,38 % |

Nadpoloviční většina obou oblastí a pohlaví odpověděla, že o své zdraví pečuje, protože jim **záleží na jejich zdraví**.

Téměř vyrovnaně odpověděly ženy a muži z malého města, že jim **záleží na vzhledu** a také se **necítí nespokojeni** se svým zdravím. O zdraví se **nezajímá** 5 žen (9,62 %).

25 ženám (47,17 %) a 14 mužům (43,75 %) z velkého města **záleží na vzhledu**, 10 mužů (31,25 %) a 2 ženy (3,77 %) **necítí spokojenost** se svým zdravím a o **zdraví se nezajímají** 2 ženy (3,77 %) a 3 muži (9,38 %).

Vyhodnocení položky č. 25: Myslíte si, že můžete Vy sami udělat ke zlepšení Vašeho zdraví?

Tabulka č. 19: Něco navíc pro zdraví?

| malé město | žena | | muž | |
|--------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| ano | 48 | 92,31 % | 39 | 86,67 % |
| ne | 4 | 7,69 % | 6 | 13,33 % |
| celkem | 52 | 100 % | 45 | 100 % |
| | | | | |
| velké město | žena | | muž | |
| ano | 51 | 96,23 % | 27 | 84,38 % |
| ne | 2 | 3,77 % | 5 | 15,63 % |
| celkem | 53 | 100 % | 32 | 100 % |

Nadpoloviční většina dotázaných z malého i velkého města si myslí, že pro své zdraví mohou něco udělat navíc. Zde uvádím některé z odpovědí:

- zlepšit stravování
- přestat kouřit
- projevit větší aktivitu a snahu
- překonat pohodlnost a nepřejídat se
- využívat více preventivních prohlídek, být důslednější
- bojovat s nedostatkem vlastní vůle
- úprava jídelníčku, pravidelné cvičení
- méně sedět u PC a TV
- více relaxovat
- jíst méně sladkostí
- chodit častěji pěšky
- pravidelný spánek

10 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Jedním z cílů bylo zjistit faktory, závislé na přístupu k vlastnímu zdraví, a zda se jimi liší odpovědi respondentů v menším a větším městě v závislosti na pohlaví.

Vzorek respondentů z **malého města**, 48 žen (92,31 %) i 37 mužů (82,22 %), se vyjádřilo v přístupu k vlastnímu zdraví nejvíce k osobní motivaci. Zkušenost s nemocí preferuje 35 žen (67,31 %) i 35 mužů (77,78 %), vyrovnaný psychický stav 40 žen (76,92 %) a 32 mužů (71,11 %) a výchovu ke zdraví 33 žen (63,46 %) a 35 mužů (77,78 %). Naopak si nemyslí, že je přístup ke zdraví závislý na benefitech od zaměstnavatele, na zájmu lékaře nebo zájmu jiných lidí a současné finanční situaci. 11 žen (21,15 %) a 15 mužů (33,33 %) souhlasí, že nepotřebují mít informace o podpoře zdraví.

Výsledek skupiny respondentů z **velkého města** byl vyhodnocen takto: 52 žen (98,11 %) a 31 mužů (96,88 %) se vyjádřilo nejvíce ve prospěch osobní motivace. Psychicky vyrovnaně se potřebuje cítit 44 žen (79,25 %) a 27 mužů (84,38 %), výchova ke zdraví je důležitá pro 40 žen (75,47 %) a 21 mužů (65,63 %) a zkušenost s nemocí k péči o své zdraví vyžaduje 34 žen (64,15 %) a 19 mužů (59,38 %). 1/3 respondentů nepotřebuje informace o podpoře zdraví.

Z odpovědí žen i mužů z obou skupin vyplývá, že se souhlasně vyjádřili nejvíce v přístupu k vlastnímu zdraví na osobní motivaci, dále pak na vyrovnaném psychickém stavu a vlastní zkušenosti s nemocí.

Dalším cílem byly zjištěny motivy, které člověka ovlivňují v péči o vlastní zdraví. Vyrovnaný počet souboru z **malého města**, 36 žen (69,23 %) a 36 mužů (80 %) se shodl, že důvodem ke změně životního stylu jsou zdravotní potíže. Motivaci být zdravý upřednostňuje 27 žen (51,92 %) a 26 mužů (57,78 %), dobrá kondice je důležitá pro 22 žen (42,31 %) a 17 mužů (37,78 %) doporučení lékaře uvedlo 12 žen (23,08 %) a 21 mužů (46,67 %).

Soubor 39 žen (73,58 %) a 28 mužů (87,80 %) z **velkého města** odpověděl, že zdravotní potíže jsou podnětem pro změnu životního stylu. Dalším motivem, uvedeným 31 ženami (58,49 %) a 21 muži (65,63 %) je být zdravý, přání dobře vypadat uvedlo 22 žen (41,51 %). V dobré kondici chce být 18 žen (33,96 %) a 19 mužů (59,38 %). 15 ženám (28,30 %) a 14 mužům (43,75 %) to doporučuje lékař. Motiv inspirace jinou

osobou uvedlo shodně 8 žen (15,38 %) a 8 mužů (17,78 %) z malého města, z velkého města 9 žen (16,98 %) a 4 muži (12,50 %). Motiv je to moderní, uvedly 4 ženy (7,55 %) a 1 muž (3,13 %) z velkého města. Z obou řešených skupin malého i velkého města je patrné, že hlavním motivem ke změně životního stylu jsou zdravotní potíže respondentů.

Třetí cíl zjišťuje hlavní příčinu, omezující člověka v péči o zdraví. Skupina respondentů z **malého města**, 30 žen (57,69 %) a 36 mužů (80 %) nemá dostatek pevné vůle a 19 ženám (36,54 %) a 13 mužům (28,89 %) k péči o zdraví schází motivace. Ve skupině z **velkého města** chybí dostatek vůle 36 ženám (66,04 %) a 17 mužům (53,13 %). Motivace ke zlepšení zdraví se nedostává 19 ženám (35,85 %) a 14 mužům (43,75 %). Dalšími důvody, redukcujícími péči o zdraví, uváděnými oběma skupinami žen i mužů téměř vyrovnaně je nedostatek času a únava.

11 DISKUZE

V porovnání s rozsáhlými výzkumy nebyl můj počet respondentů nijak velký, ale podařilo se mi zahrnout širokou věkovou strukturu. Dotazníkového šetření se tedy zúčastnilo celkem 182 respondentů. Z toho 52 žen (28,57 %) a 45 mužů (24,73 %) z malého města, 53 žen (29,12 %) a 32 mužů (17,58 %) z velkého města. Z celkového počtu dotazovaných bylo téměř shodné zastoupení ve všech věkových kategoriích žen i mužů. Největší zastoupení měli ženy ve věku 25 – 35 let. Nejmenší zastoupení měli muži ve věku 46 – 56 let a více. Co se týče vzdělání se šetření zúčastnilo nejvíce osob s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou, vysokoškolským vzděláním a střední školou bez maturity.

Nemusím se stát odborníkem na výživu nebo jiným profesionálem v oblasti zdraví, abych zjistila, že se česká populace o své zdraví příliš nestará. K pravidelnému pohybu a sportování, změně životního stylu a prevenci bylo napsáno mnoho článků a vyřčeno mnoho slov, ale opakuje se stále stejná „hitparáda“ výmluv. Chci začít, ale...mám moc práce, ...nemám čas, ...bolí mě hlava, ...jsem unavený, ...kamarádka nejde, tak já taky ne, ...začnu zítra. A co takto: ...nechce se mi, nemám chuť něco se sebou dělat, ...stejně to nemá cenu, ...nevidím žádné výsledky, ...chybí mi přesvědčení. Některým z nás mohou být tato slova povědomá. Ale všechno se dá naplánovat, rozvrhnout si čas pro sebe a povinnosti.

Z odpovědí žen i mužů z obou skupin vyplývá, že přístup k vlastnímu zdraví závisí hlavně na osobní motivaci, dále pak na vyrovnaném psychickém stavu a vlastní zkušenosti s nemocí. Toto zjištění je velmi zajímavé, protože to odráží skutečnost, že jim motivace chybí, jak se ukázalo ve výsledku příčin, omezujících péči o své zdraví. Z šetření také vyplynulo, že respondenti jsou si vědomi důsledků nezdravého životního stylu (otázka č. 9, 10), ale jejich chování tomu nenasvědčuje (otázka č. 18, 19, 20, 21). Z celkového počtu 182 je se svou hmotností nespokojeno 121 (66,58 %) respondentů. A z tohoto počtu si 69 respondentů (57,02 %) myslí, že svou hmotnost sníží ke své spokojenosti střídmostí v jídle a pití nebo dietou. Ale to rozhodně nestačí. Ke snížení a také udržení váhy je nutný pravidelný pohyb. Z výzkumu také vyplynulo, že 3/4 žen i mužů obou zúčastněných skupin nemají denně aktivní pohyb v rozsahu větším 35 minut a pouze 1/3 obou skupin, žen i mužů, vykazuje pravidelnou pohybovou aktivitu. Státní

zdravotní ústav (SZÚ) dokumentuje zprávu z ledna roku 2009, že více než polovina české populace nesplňuje doporučovanou úroveň pohybové aktivity. Nedostatečný pravidelný pohyb a nadbytečný příjem potravy provázají náš každodenní život a jsou příčinou nadváhy a obezity. To bylo hlavním důvodem vyhlášení kampaně „*Přijmi a vydej*“, konané ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR a Státního zdravotního ústavu. Cílem tohoto projektu bylo zvýšit motivaci ke zlepšení stravovacích návyků a pohybové aktivity. (Kernová, 2009)

Z posledního výzkumu VZP a STEM/MARK z roku 2013 vyplynulo, situace obezity a nadváhy v České republice je dlouhodobě neudržitelná. S nadváhou se potýká 34 %, s obezitou 21 % české populace. Tyto závažné celospolečenské problémy sebou nesou rizika řady onemocnění. (STEM/MARK, 2013)

Velkým překvapením bylo zjištění, že nadpoloviční počet respondentů z obou skupin motivují ke zdraví nebo změně životního stylu teprve až zdravotní potíže, ačkoli jako další motiv ženy i muži z obou skupin uvedly téměř vyrovnaně být zdravý. Není tedy pochyb o tom, že v oblasti prevence mají velké rezervy. Z mého šetření také vyplynulo, že prevence není chápána u všech respondentů jako jedna z nejdůležitějších dominant, která ovlivňuje zdraví člověka (otázka č. 9, 18, 19). Ženy z malého i velkého města prevenci kladly na druhé místo za životní styl a životosprávu. 27 mužů (60 %) z malého města a 17 mužů (53,13 %) ji posunuli až na předposlední místo v pomyslné přičce, přičemž 10 (22,22 %) z nich prevenci nevnímá jako pozitivní hodnotu k ovlivnění zdraví. Důslednost a potřebu prevence mnoho lidí chápe, ale stále je tu jistá propast mezi představou a skutečností.

Podle lékaře Oto Košty (2013) je prevence a změna životního stylu nejdůležitější. Ve své knize *Management úspěšné ordinace praktického lékaře* zveřejnil poznatky o tom, že důležitých preventivních prohlídek, které mohou odhalit zdravotní problémy v zárodku, se u nás účastní v předepsaných intervalech jen 20 až 30 procent obyvatel. Přitom dvacet procent Čechů v produktivním věku má dlouhodobé zdravotní problémy. (Petrášová, 2013)

Třetím cílem se potvrdila má domněnka, že hlavní omezující příčinou v péči o své zdraví je nedostatek pevné vůle a nedostatek motivace. To je vskutku zajímavé zjištění vzhledem k tomu, že nadpoloviční většina respondentů v otázce proč pečují o své

zdraví, uvedla, že jim záleží na jejich zdraví (otázka č. 24). Domnívám se, že nedostatek pevné vůle svědčí v očekávání brzkého a trvalého výsledku. V případě nezdaru se úsilí jeví jako demotivující a další snaha je podlomená nebo žádná. Důležitá je však pravidelnost a důslednost, ale pravděpodobně toto mnoho lidí odradí od svého počínání. Není možné sestavit jednoznačný a účinný vzorec z oblasti stravování a pravidelného pohybu pro každého člověka „na míru“, protože všichni jsme rozdílné povahy, temperamentu, věku, váhy, pohlaví nebo máme jistá zdravotní omezení, ale můžeme vycházet ze zkušeností ostatních. Inspirace ke zdraví jinou osobou se mi jeví jako dobrý způsob motivace, plyne z toho přesvědčení o smysluplnosti a přínosu této změny a užitku pro tělo i ducha.

Z oblasti priorit (otázka č. 12) je nejdůležitější pro obě skupiny žen zdraví a pak rodina. Pro skupinu mužů z malého města je to obráceně, nejprve rodina, pak zdraví. Skupina mužů z velkého města má těsně vyrovnané pozice v prioritách zdraví, svoboda a volný čas a také se o stejnou příčku dělí rodina, společenské uplatnění a peníze. Předpokládám, že značná část respondentů má již vlastní rodinu a děti nebo se v budoucnu chtějí stát rodiči. Na tomto místě bych chtěla vyzdvihnout nespornou účast rodiče jako primárního elementa ve výchově ke zdraví dětí již v raném věku. Výchova ke zdraví zahrnuje nejen základy zdravého životního stylu, ale také přirozený přístup a chování ze strany dospělého jedince. Nejprve je dobré začít u sebe a uvědomit si, že vškeré důsledky vyplývající z našeho postoje ke zdraví se mohou a také odrážejí v chování dětí a adolescentů. Známé české přísloví „*Co se v mládí naučíš, ve stáří jako, když najdeš*“, přesně vystihuje vztah chování a životního stylu v dospělosti k výsledku vývoje v průběhu dětství a dospívání. Především aktivity rizikového chování – kouření, alkohol, drogy, které jsou velkou hrozbou pro dětskou populaci, mohou postupně mladého člověka vytěsnit až na samý okraj společnosti. Je tedy potřeba zaměřit největší pozornost v oblasti prevence na děti a mládež.

I přes to, že mladí lidé jsou si vědomi škodlivých účinků alkoholu a kouření, stále je tu velký počet dětí a mládeže do 15 let už má podle nejrůznějších studií zkušenost s alkoholem a tabákovými výrobky. Nejvyšší průměrnou roční spotřebu alkoholu na osobu vykazuje právě generace do 25 let věku (8,86 l). Zkušenosti s kouřením tabáku uvádí více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých. Pravidelnými kuřáky

je 18 % patnáctiletých, to znamená, že s kouřením začali již dříve. V 15 letech pravidelně pije alkohol třetina dívek a téměř polovina chlapců.

(Sovinová, Csémy, 2012; HBSC, 2010)

Nenahraditelnou složkou ve vzdělávání mládeže o nebezpečí užívání tabáku jsou také školy. V České republice jsou také desítky programů na regionální a národní úrovni, které byly zahájeny s cílem zvýšit povědomí o nebezpečí kouření tabáku. Z nich významná část byla zaměřena přímo na mládež. Je důležité vzdělávat mládež v nebezpečí užívání tabáku a zejména riziku spojeném s pasivním kouřením, stejně tak kontrolovat tuto expozici a prosazovat stávající právní předpisy. (Sovinová, 2011)

Negativní účinky těchto látek jsou všeobecně známy a mnohým úsilím potlačovány, leč nabízí se otázka, zda-li těchto, v hojné míře a zdarma, užívaných prostředků není příliš mnoho.

Kromě výchovy rodiče nebo dospělého jedince a školy mají také významný vliv na utváření vzorců chování, životních zkušeností a postojů sdělovací prostředky. Média si nevybírají, na koho budou působit více nebo méně, všichni jsme jimi do jisté míry ovlivněni. Každopádně je žádoucí se zamyslet nad informacemi, které jsou k nám směřovány.

Současně se zdravím je také velmi často zmiňována odpovědnost za vlastní zdraví. Méně lidí si však uvědomuje vlastní odpovědnost za zachování života a zdraví, za to, že je potřeba život a zdraví chránit v rámci svého vlastního jednání i v rámci sdílené odpovědnosti s ostatními lidmi. Z šetření vyplynulo, že plný počet respondentů (182) cítí odpovědnost za své zdraví, a s tvrzením, že povinností každého jednotlivce je aktivně se podílet na vytváření zdravých podmínek života pro sebe i ostatní osoby souhlasí opět nadpoloviční většina všech dotazovaných. Podle těch dvou údajů, bych tedy měla očekávat jiné výsledky, než jaké výzkumné šetření prokázalo. Jak vyplývá z řady platných právních předpisů je nárok na ochranu, upevňování a podporu zdraví zakotven legislativně. Systém zdravotního pojištění je totiž postaven na principu solidarity. Ten umožňuje jedinci, který nedosáhne svými finančními prostředky na všechny diagnostické a léčebné metody, využít tohoto humánního závazku. Přesto, takový člověk není zbaven povinnosti starat se o sebe, ani odpovědnosti v péči o vlastní zdraví. V době, kdy máme povědomí o důsledcích rizikových faktorů týkajících se

životního stylu, a které máme možnost také snížit, je naší hlavní povinností jim předcházet. Pokud ale jedinec svým vědomým chováním zvyšuje pravděpodobnost ohrožení svého zdraví, pak nesprávně využívá solidarity nebo ji zcela zneužívá. Odpovědnost se dá tedy sloučit s morálním a etickým principem člověka.

V dotazníku mě zaujala odpověď jedné ženy, vyjadřující subjektivní hodnotu zdraví (otevřená otázka č. 11): „...*fyzické zdraví vnímám jako ukazatel celkové kvality života, psychického stavu a vztahu k sobě samé.*“ Překvapila mě moje úvaha nad touto odpovědí: Pokud jsem zdravá, dokážu se sama o sebe postarat, jsem schopná jasně myslet a komunikovat a nechybí mi radost ze života, tak tehdy jsem šťastná. Přestane-li se mi dařit, přestanu si já vážit sama sebe. To je přece hrozná přestava. Onemocníme-li, neznamená to nechat se spoutat lhostejností nad vlastním osudem, ale otevřít se jiným a snad i obohacujícím možnostem dalšího života.

12 NÁVRHY PRO PRAXI

Dovolím si zde citovat slova generálního ředitele Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví Ing. Ladislava Friedricha, CSc.: *„Solidarita v systému je nutná. Ale posílení prvků osobní odpovědnosti by pomohlo mimo jiné kultivovat myšlení lidí. Pokud nemáte na domě bleskosvod a dům vám zapálí blesk, můžete se spolehnout, že vám pojišťovna zkrátí plnění. Pokud vůbec nedbáte na zdravotní prevenci, systematicky si ničíte zdraví třeba kouřením, nedodržíte léčebný plán, zvláště po komplikovaných a drahých zákrocích, neděje se nic. To je jedna z věcí, které si rozhodně zaslouží změnu.“* (Sestra, 2013, roč. 23, č. 4, s. 41)

S tímto výrokem se plně ztotožňuji v tom, že solidarita je sice potřebná, ale velmi snadno zneužitelná. S životem dostaneme jeden velký balíček na celý život s nápisem zdraví a záleží pouze na nás, kterou cestou se budeme dál ubírat. Každý máme možnost volby, ale to jakou cestou se každý z nás vydáme, velmi ovlivňuje i životy těch druhých.

Důležité je také motivovat populaci ke zdravému životnímu stylu, poučit je o významu a užitku pravidelného pohybu pro organismus, naučit je využívat výhody, nabízené některými zdravotními pojišťovnami a podporovat je v jejich úsilí. Pro zdravotní sestry, zejména v ambulantní sféře, se zde otevírá široká oblast pro edukační činnost.

13 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala postojem laické veřejnosti k vlastnímu zdraví. Pokusila jsem se částečně nastínit a otevřít problematiku motivace ke zdraví, která má příčinnou souvislost s prevencí.

Po rozboru jednotlivých otázek a komplexním vyhodnocení bylo zjištěno, že ačkoli hlavním motivem ke změně životního stylu jsou zdravotní potíže respondentů, přesto je právě nedostatek motivace a pevné vůle hlavními příčinami, omezujícími člověka v péči o zdraví.

Vybrala jsem si nelehký úkol, přesto doufám, že se mi podařilo alespoň v malé míře nahlédnout do zákulisí tak citlivého tématu, jaké zdraví vsutku představuje. Tato práce by mohla posloužit jako odrazový můstek k vytvoření detailnějšího pohledu na tuto oblast.

Význam práce spočívá v uvědomění si odpovědnosti za své zdraví a také důsledků vyplývajících z lhostejnosti nedostatečné péče o zdraví. Domnívám se, že prevence je základem pro udržení zdravého života.

Lišíme se navzájem ve své individualitě i v přesvědčeních o schopnostech zvládnout daný cíl a podle toho si vytváříme i postoje k těmto aktivitám. A přestože chápou, že jsme jen lidmi i se svými chybami, zažitými zvyklostmi a nedůvěrou ve vše, co přináší nutnou změnu, chceme-li být a zůstat zdraví do vysokého věku, nesmíme zapomínat na zdraví své a všech okolo nás. Dnes rozhodujeme, zda své stáří prožijeme plnohodnotně nebo se budeme jen dívat z okna, jak někdo venčí psa.

Na závěr si ještě dovoluji připomenout jednu subjektivní charakteristiku zdraví z dotazníku.

„Ve zdravém těle, zdravý duch a naopak, když má člověk jiskru v oku, úsměv na rtech, je rovný vzádech a pevný v ramenou, nelze ho přehlédnout.“

Použitá literatura

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, 296 s. ISBN 987-80-7367-592-9.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Akademia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MACHOVÁ, Jitka et al. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.

MOORE, Thomas. *Kniha o duši: Pohled hlubinné psychologie a spirituálních tradic na problémy všedního života*. 5. vyd. Praha: Portál, 2013, 302 s. ISBN 978-80-262-0526-5.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. 2. vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 2004, 270 s. ISBN 978-80-200-0592-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2.vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 2009, 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.

PAYNE, Jan et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-654-0.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 185 s. ISBN 80-7013-3224-4.

TUČEK, Milan et al. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 214 s. ISBN 978-80-246-2136-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9. akt. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

WAGNER, Hugh. *The psychology of human motivation*. 1 edition. London, New York: Routledge, 1999, 189 s. ISBN 978-0415192750.

Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. In: *WHO* [online]. 2013 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1

Formulating strategies for health for all by the year 2000: guiding principles and essential issues. In: *WHO: iris* [online]. Geneva, 1979 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40669/1/924180002X.pdf?ua=1>

FRAMEWORK CONVENTION ALLIANCE (FCA). *Treaty Foreword* [online]. 2003 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z:

<http://www.fctc.org/about-fca/tobacco-control-treaty/treaty-overview>

Health promotion: The Ottawa Charter for Health Promotion. In: *WHO* [online]. Ottawa, Ontario, Kanada, 1986 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

JANATOVÁ, Hana a Eva ULIČNÁ. Projekt DETERMINE. In: *SZÚ* [online]. 31. 8. 2011 [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/projekt-determine-1>

KERNOVÁ, Věra. Přijmi a vydej: Kampaň ke zvýšení motivace k pohybové aktivitě. In: *SZÚ* [online]. 2009 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z:

<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prijmi-a-vydej-kampan?highlightWords=obezita+%C4%8Desk%C3%A9+populace>

KUNEŠOVÁ, Marie. Životní styl a obezita - longitudinální studie prevalence obezity v ČR: Závěrečná zpráva z výzkumu pro MZ ČR a Českou obezitologickou společnost. In: *Česká obezitologická společnost* [online]. Praha, 2006 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: http://www.obesitas.cz/?pg=zivotni_styl_obezita

LALONDE, Marc. A New Perspective on the Health of Canadians. In: *Public Health Agency of Canada: A working document* [online]. Ottawa, 1974 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php>

MARKOVÁ, Jitka. Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2012: číslo 26/13. In: *ÚZIS* [online]. 23. 7. 2013 [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-detskeho-dorostoveho-ambulantni-peci-roce-2012>

MZ schválilo finanční podporu 47 projektů v rámci letošních dvou dotačních programů. In: *MZ ČR* [online]. 2014 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-schvalilo-financni-podporu-dvou-projektu-v-ramci-letosnich-dotačních-programu_8787_3030_1.html

Národní zpráva o zdraví a životním stylu českých školáků. In: *Health Behaviour in School-aged Children* [online]. 2010 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: http://hbcs.upol.cz/download/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf

Nová strategie Zdraví 2020 (Health 2020): Nová strategie WHO na podporu zdraví a blahobytu. In: *SZÚ* [online]. 9. 11. 2012 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nova-strategie-zdravi-2020-health-2020>

Obezita 2013. In: *STEM/MARK* [online]. 11. 8. 2013 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: http://www.slideshare.net/stemmark/obezita-2013-stemmark-vzp?from_search=4

PETRÁŠOVÁ, Lenka. Střídmější život Čechů by zdravotnictví ušetřil 25 miliard. In: *VZP* [online]. Mladá fronta DNES, 14. 8. 2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/stridmejsi-zivot-cechu-by-zdravotnictvi-usetril-25-miliard>

Prezident Václav Klaus podepsal Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku. In: *WHO ČR* [online]. 3. 7. 2012 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.who.cz/20-nezarazeno/54-prezident-vaclav-klaus-podepsal-ramcovou-umluvu-o-kontrolu-tabaku.html>

Programy prevence. In: *VZP ČR* [online]. 2014 [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/programy-prevence>

Projekty v ČR. In: *WHO ČR* [online]. 5. 6. 2012 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.who.cz/projekty-v-cr.html>

Rámcový souhrn opatření - Zdraví 2020. In: *MZ ČR* [online]. 11. 12. 2013 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html

SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. Užívání tabáku a alkoholu v ČR 2012. In: *SZÚ* [online]. 2013 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice_2012.pdf

SOVINOVÁ, Hana. Czech Rrepublic 2011 Country Report Global Youth Tobacco Survey (GYTS). In: *SZÚ* [online]. Národní institut veřejného zdraví. 2011 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/GYTS_Country_Report_Czech_Republic_2012.pdf

WHO. *The WHO emblem* [online]. 1948 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/licensing/emblem/en/>

WHO. *Official records of the World Health Organization: International Health Conference 19. - 22. 6. 1946* [online]. New York, 1946 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf

Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. In: *MZ ČR* [online]. 29. 1. 2014 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

Zdraví pro všechny v 21. století. In: *MZ ČR* [online]. 2008 [cit. 2014-03-25]. Dostupné: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

Seznam grafů a tabulek

- Graf č. 1: Počet respondentů ve vztahu k pohlaví a oblasti (str. 36)
- Graf č. 2: Věková struktura respondentů (str. 37)
- Graf č. 3: Vzdělání respondentů (str. 38)
- Graf č. 4: Současná životní role (str. 39)
- Graf č. 5: Odpovědnost za zdraví (str. 49)
- Tabulka č. 1: Věková struktura respondentů (str. 37)
- Tabulka č. 2: Hodnocení zdravotního stavu (str. 40)
- Tabulka č. 3: Povinnost jednotlivce (str. 41)
- Tabulka č. 4: Obezita jako produkt nezdravého životního stylu (str. 42)
- Tabulka č. 5a: Ovlivnění zdraví (malé město) (str. 43)
- Tabulka č. 5b: Ovlivnění zdraví (velké město) (str. 44)
- Tabulka č. 6a: Závislost na přístupu ke zdraví (malé město) (str. 45)
- Tabulka č. 6b: Závislost na přístupu ke zdraví (velké město) (str. 46)
- Tabulka č. 7: Priority (str. 48)
- Tabulka č. 8: Preventivní prohlídky (str. 49)
- Tabulka č. 9: Znalost preventivních programů (str. 50)
- Tabulka č. 10: Zdroje informací (str. 51)
- Tabulka č. 11: Kouříte? (str. 52)
- Tabulka č. 12: Spokojenost s hmotností (str. 52)
- Tabulka č. 13: Způsob úpravy hmotnosti (str. 53)
- Tabulka č. 14: Způsob relaxace (str. 54)
- Tabulka č. 15: Pohybová aktivita (str. 55)
- Tabulka č. 16: Motivy ke změnám (str. 56)
- Tabulka č. 17: Důvod pasivity ke zdraví (str. 57)
- Tabulka č. 18: Důvod péče o zdraví (str. 58)
- Tabulka č. 19: Něco navíc pro zdraví? (str. 58)

Příloha A - Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, obor Všeobecná sestra, při 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí státních závěrečných zkoušek je také obhajoba bakalářské práce. Mým cílem je zjistit přístup, míru péče a motivaci k vlastnímu zdraví, povědomí občanů o souhrnu činitelů odrážejících jejich zdravotní stav a jejich prevenci. Proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku. Dotazník, je anonymní, neslouží k posouzení úrovně znalostí, ale k porovnání postojů v této otázce vzhledem k věku, pohlaví a životních zkušeností respondentů. Označte křížkem nebo číslem jednu nebo více variant, místa vyznačená tečkami vyplňte, případně vyjádřete svůj názor.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu ke spolupráci.

Zuzana Sáčková

1) Pohlaví:

- žena
- muž

2) Váš věk:

- 25 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- SŠ bez maturity
- SŠ s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské

4) Žijete a pracujete v místě s počtem obyvatel:

- do 80 000
- nad 80 000

5) Vaše současná životní role. Označte křížkem.

- student
- rodičovská, mat. dovolená
- invalidní důchodce
- starobní důchodce
- nezaměstnaný(á)
- zaměstnaný(á)

6) Jak byste hodnotil (a) svůj zdravotní stav?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> velmi dobrý | <input type="checkbox"/> velmi špatný |
| <input type="checkbox"/> spíše špatný | <input type="checkbox"/> průměrný |
| <input type="checkbox"/> spíše dobrý | |

7) Souhlasíte s tvrzením, že povinností každého jednotlivce, je aktivně se podílet se na vytváření zdravých podmínek života pro sebe i ostatní osoby?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rozhodně ano | <input type="checkbox"/> rozhodně ne |
| <input type="checkbox"/> spíše ano | <input type="checkbox"/> spíše ne |

8) Myslíte si, že obezita se stává hlavním problémem ovlivňujícím zdraví české populace v důsledku nezdravého životního stylu?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rozhodně ano | <input type="checkbox"/> rozhodně ne |
| <input type="checkbox"/> spíše ano | <input type="checkbox"/> spíše ne |

9) Co podle Vašeho názoru ovlivňuje zdraví člověka? Označte křížkem.

| | ano | ne | nevím |
|-----------------------|-----|----|-------|
| životní styl | | | |
| životospráva | | | |
| dědičnost | | | |
| vědomé užívání tabáku | | | |
| duševní stav | | | |
| ekonomická situace | | | |
| životní prostředí | | | |
| prevence | | | |

10) Na čem podle závisí Váš přístup k vlastnímu zdraví? Označte křížkem.

| | ano | ne | nevím |
|-------------------------------------------|-----|----|-------|
| na osobní motivaci | | | |
| na zájmu lékaře | | | |
| na současné finanční situaci | | | |
| na zájmu jiných lidí (rodina, přátelé...) | | | |
| na vyrovnaném psych. stavu člověka | | | |
| na dostatku informací o podpoře zdraví | | | |
| na osobní zkušenosti člověka s nemocí | | | |
| na výchově ke zdraví (rodina, škola) | | | |
| na benefitech (zaměstn., zdrav. poj.) | | | |

11) Co pro Vás znamená zdraví? Doplňte.

.....
.....

12) Seřad'te číselně priority tak, jak jsou pro Vás důležité. (číslo 1- nejdůležitější).

- peníze
- společenské uplatnění - zaměstnání
- pracovní postup, kariéra
- svoboda a dostatek volného času
- rodina
- zdraví
- přátelé

13) Cítíte odpovědnost za své zdraví?

- ano
- ne

14) Využíváte možnosti preventivních prohlídek?

- ano, jakých:
- ne, uveďte důvod:

15) Znáte nějaké preventivní programy v rámci podpory zdraví, které nabízí Vaše zdravotní pojišťovna?

- ano, jaké
- ne

16) Z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte informace ve vztahu ke zdraví? Označte křížkem jednu variantu.

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> v ordinaci lékaře | <input type="checkbox"/> z reklamy |
| <input type="checkbox"/> na doporučení známých | <input type="checkbox"/> z periodik (časopisy, noviny) |
| <input type="checkbox"/> z vlastní zkušenosti | <input type="checkbox"/> z jiných zdrojů |
| <input type="checkbox"/> z televize, rozhlasu | <input type="checkbox"/> nezajímám se o tyto informace |
| <input type="checkbox"/> z internetu | |

17) Kouříte?

- ano
- ne
- jen příležitostně

18) Jste spokojený(á) se svou tělesnou hmotností?

- ano
- ne

V případě, že jste spokojený(á) se svou váhou, na otázku 19 neodpovídejte.

19) Jakým způsobem chcete dosáhnout její úpravy? Označte křížkem jednu variantu.

- dám přednost nějaké dietě
- střídmostí v jídle a pití
- rekreačním sportováním
- vyhledám pomoc odborníka – dietologa, nutričního terapeuta
- pravidelným cvičením pod vedením odborníka
- pravidelným cvičením v domácím prostředí
- operačním zásahem

20) Jakým způsobem relaxujete nejčastěji? Označte křížkem jednu variantu.

- sledováním televize, internetu
- preferuji spánek
- návštěvou kulturních akcí nebo zařízení
- návštěvou obchodních a nákupních center
- aktivně, sportem
- četbou
- jiné

21) Zapojujete aktivní pohyb do běžného života (chůze, plavání, bicykl, běh, apod.) v rozsahu 35 minut a více? Označte křížkem jednu variantu.

- ano 1x-2x týdně
- ano 2x-3x týdně
- více než 3x týdně
- méně než 1x týdně
- ne

22) Co Vás motivuje ke změnám v životním stylu? Možnost více variant. Označte křížkem.

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> doporučení lékaře | <input type="checkbox"/> inspirace jinou osobou |
| <input type="checkbox"/> je to moderní | <input type="checkbox"/> zdravotní potíže (vysoký krevní tlak, cukrovka, vysoký cholesterol, bolesti pohybového aparátu, atd.) |
| <input type="checkbox"/> být v dobré kondici | |
| <input type="checkbox"/> chtít být zdravý | |
| <input type="checkbox"/> chtít dobře vypadat | |
| <input type="checkbox"/> přání partnera, manžela (lky), rodiny | |

23) Co Vám brání v péči o vlastní zdraví? Možnost více variant. Označte křížkem.

- únava
- nedostatek vlastní vůle
- nedostatek motivace
- zdravotní stav
- nedostatek času
- nedostatek informací o zdravém životním stylu
- nezájem lékaře o mou osobu
- špatná ekonomická situace

24) Pečuji o své zdraví, protože...: Možnost více variant. Označte křížkem.

- záleží mi na mém zdraví
- záleží mi na mém vzhledu
- necítím se spokojen (a) se svým zdravím
- o zdraví se nezajímám

25) Myslíte si, že můžete Vy sami udělat něco ke zlepšení Vašeho zdraví?

- ano, uveďte, co:
- ne

Děkuji za Váš čas a ochotu.

