Vnímání vlastního těla u mužů ve středním věku

Lucie Sanitráková

Bakalářská práce
2010

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Lucie SANITRÁKOVÁ**
Studijní program:	**B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Téma práce:	**Vnímání vlastního těla u mužů ve středním věku**

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek.
Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru.
Provedení výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu.
Přijetí odpovídajících závěrů.
Doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FÜRST, M., Psychologie. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-199-0.
ORZECHOWSKI, P., GRIESBECK, R. Muži v přechodu -- vstup do nového života. Česk Budějovice: Dona, 1995. ISBN 80-85463-48-2.
PŘÍHODA, V., Ontogeneze lidské psychiky. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. ISBN 14-636-77.
SIEGFRIED, M., METKA, M., KINDEL, G. Muži a stárnutí. 1. vyd. Ilja Zlámal, 2004. ISBN 80-903396-0-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Řeháčková**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **18. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2010**

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií
L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.5.2010 .....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský záko
znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepří hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský záko znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho v soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvi s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to okolnosti až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Vnímání vlastního těla u mužů ve středním věku. V teoretické části se zabývám obdobím středního věku, prvními příznaky stárnutí, krizí středního věku, tělesným sebepojetím, obezitou, důsledky obezity a její léčbou. V praktické části je pomocí dotazníku zjišťována spokojenost s vlastním tělem a hodnocení vlastního těla u mužů ve středním věku.

Klíčová slova: střední dospělost, krize středního věku, andropauza, sebehodnocení, tělesné sebepojetí, obezita

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

The theme of my Bachelor thesis is Own Body Perception of Middle Age Men. In the theoretical part I deal with the period of middle age, the first sign of aging, mid-age crisis, physical self-concept, obesity, the consequences of obesity and its treatment. In the practical part own body satisfaction and evalutation of middle age men is recorded by a questionnaire.

Keywords: middle adulthood, middle-age crisis, andropause, self-assessment, physical self-concept, obesity

Poděkování

Děkuji Mgr. Heleně Řeháčkové za cenné rady, odbornou pomoc a čas, který věnovala vedení mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině za projevenou podporu během studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**

I TEORETICKÁ ČÁST **11**

1 DOSPĚLOST **12**

1.1 Periodizace období dospělosti 12

1.2 Střední dospělost 14

1.2.1 Objektivní projevy stárnutí 15

1.2.2 Teorie o příčinách stárnutí 16

2 KRIZE STŘEDNÍHO VĚKU **20**

2.1 Témata a úkoly středního věku 20

2.2 Mužská menopauza 22

2.2.1 Souvisí andropauza s krizí středního věku? 24

2.2.2 Muži a hormony 25

2.2.3 Muži ve středním věku a deprese 25

3 VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA **27**

3.1 Sebehodnocení 27

3.1.1 Sebevědomí 27

3.2 Tělesné sebepojetí 28

3.2.1 Ideál krásy 29

3.2.2 Diagnostika tělového schématu 32

3.2.3 Výzkumy v oblasti vnímání vlastního těla 33

4 OBEZITA **34**

4.1 Hlavní příčiny vzniku obezity 34

4.2 Důsledky obezity 36

4.2.1 Diabetes 36

4.2.2 Srdeční infarkt 38

4.3 Léčba obezity 39

II PRAKTICKÁ ČÁST **40**

5 PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU **41**

5.1 Dílčí cíle 41

5.2 Výzkumný problém 41

5.3 Výzkumné otázky 41

6 METODY VÝZKUMU **42**

6.1 Druh výzkumu 42

6.2 Výzkumná metoda 42

6.3 Charakteristika výzkumného souboru 42

6.4 Organizace a průběh výzkumu 43

6.5 Výsledky výzkumu 44

6.6 Shrnutí výsledků výzkumu 58

ZÁVĚR **59**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....60
SEZNAM TABULEK.....62
SEZNAM PŘÍLOH.....64

ÚVOD

Vnímání vlastního těla je pojem, který zahrnuje subjektivní hodnocení fyzického vzhledu člověka. Spokojenost nebo nespokojenost s vlastním tělem ovlivňuje člověka po psychické stránce a má také vliv na jeho sebevědomí a chování. V naší společnosti existují díky vlivu médií určité ideály krásy, u žen jsou to většinou štíhlé modelky, u mužů svalnatí sportovci. Lidé se s těmito ideály srovnávají a hodnotí svůj vzhled podle nich. Často mohou mít pocit, že pokud se svým idolům nebudou dostatečně podobat, společnost je nebude uznávat. Většina lidí má tendenci hodnotit svůj vzhled, zejména pak velikost a tvar postavy, kritičtěji, než jak je vnímá okolí. Tento jejich subjektivní, přehnaně kritický pohled na sebe sama, je často důvodem pro držení drastických diet, pro vznik depresí a také pro nízké sebevědomí. Většinou platí, že pokud je člověk sám se sebou spokojený, pak i jeho okolí jej vnímá pozitivněji.

Cílem mé bakalářské práce bude zjistit, jak vnímají a hodnotí své tělo muži ve středním věku. Do souvislosti s problematikou vnímání vlastního těla se dávají většinou ženy, protože jsou citlivější na hodnocení své postavy a také jim na svém zevnějšku více záleží. Muž se zaměřuje zejména na svoji výkonnost a na úspěchy např.: v práci. Střední věk je ale obdobím počínajícího úpadku tělesných funkcí a atraktivity, a proto mě zajímá, jak muži v tomto věku hodnotí svůj vzhled.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOSPĚLOST

Jedinec je považován za dospělého, pokud je schopen převzít sociální zodpovědnost jako muž nebo žena. To znamená, že má uvědomělý a vyhraněný vztah k manželství a profesionálnímu uplatnění (Švancara, 1986).

Fyzické změny v období dospělosti:

Po narození mozek člověka obsahuje asi 100 miliard buněk, ale od tohoto okamžiku počet buněk klesá, mozkové buňky – neurony umírají a již nejsou nahrazovány nebo postupně slábnou. Oblast mozkové kůry, kde je uloženo centrum motoriky a oblast čelních laloků, které ovládají motoriku a kognitivní schopnosti, ztrácí denně tisíce neuronů, nejvíce okolo 50. roku života. Mozek dospělého jedince neustále výkonnostně slábne a přitom roste. Je to dáno plasticitou lidského mozku, tedy schopností měnit se na základě zkušenosti. Mozek dospělého jedince tak dosáhne vyššího výkonu i přes úbytek buněk. Kromě změn v mozku nastávají v tomto období další fyzické změny. Síla svalů, reflexy, kapacita plic a činnost srdce dosahují kolem 30. roku života vrcholu a potom začínají postupně slábnout. V tomto věku také dochází ke zpomalení metabolismu, což znamená, že většina mužů a žen ztrácí svou mladistvou postavu a přibere na váze. Střední věk je pro ženy obdobím menopauzy, tedy ukončení menstruace a plodného období. Důvodem je ukončení produkce estrogenu vaječníky. Nejčastějšími symptomy menopauzy jsou návaly horka, pocení, závratě, žaludeční nevolnost a bolesti hlavy. U mužů se plodnost snižuje postupně a bez náhlého ukončení už od adolescence. Podobně jako ženy i muž prochází v polovině svého života kritickým obdobím, kdy hodnotí svou kariéru, manželský život, sexuální vitalitu a mohou být frustrováni, že nedosáhli cílů, které si vytyčili. Pro muže i ženy je stárnutí nejen biologickým procesem, ale také obdobím psychických změn (Kassin, 2007).

1.1 Periodizace období dospělosti

V odborné literatuře se setkáváme s odlišným ohraničením jednotlivých věkových období. Není to otázka nepřesnosti, ale spíše rozdílnosti kritérií (biologických, psychologických nebo společenských), podle kterých byly stanoveny kritické body životního cyklu (Švancara, 1986). Dospělost zahrnuje tři životní etapy: od 20 – 30 let, kterou nazýváme mladší dospělostí, od 30 – 45 let označována jako střední dospělost a od 45 – 60 let starší dospělost (Příhoda, 1977).

Dělení dospělosti podle Eriksona:

1. **Intimita a distancování od sebevztaženosti (20 až 40 let)** – pokud se v tomto období nepodaří mladému člověku po nástupu do dospělosti navázat intimní vztahy k jiné osobě, později toho bude sotva schopen. Buď se stáhne do sebe, nebo vstoupí do formálního vztahu bez spontánnosti, otevřenosti a vřelosti. Člověk je pak frustrovaný, jelikož není schopen vztahu.
2. **Generativita proti stagnaci (40 až 65 let)** – v tomto období se ve zdařilém vztahu objevuje přání mít dítě. Toto přání plodit a vychovávat další generaci Eriksona nazývá generativitou. Příčinou neschopnosti dospět do tohoto stádia nachází v chybném raně dětském vývoji, kdy nedošlo ve vztahu matka – dítě k vytvoření vlastního jáství. Namísto generativity nastupuje stagnace, pocit nečinnosti a ochuzení mezilidských vztahů.
3. **Integrita proti zoufalství a ošklivosti (65 a více let)** – stav integrity znamená přijetí svého života a lidí v něm, přijetí skutečnosti, že člověk je zodpovědný za svůj vlastní život. Pokud člověk nedosáhne integrity nastupuje zoufalství a prázdnota (Fürst, 1997).

Levinsonova vývojová teorie krize středních let

Daniel J. Levinson zkoumal v polovině 70. let tzv. přechodové stádium středních let ve vývoji muže v souvislosti s krizí středního věku. Na základě výsledků tohoto výzkumu dospěli sociální pedagogové z Yaleské univerzity k formulaci stádií vývoje dospělosti do 4 období, viz tabulka 1 (Musil, 2006).

Období	Podobdobí	Věk
1) předdospělost	1) konec období dětství a adolescence	Do 17 let
	2) přechod rané dospělosti	17 – 22 let
2) raná dospělost	1) vstup do světa dospělých	22 - 28
	2) přechod věku 30 let	28 - 33
	3) usazení se	33 - 40
	4) přechod středních let života	40 - 45
3) střední dospělost	1) vstup do střední	45 – 50 let

	dospělosti	
	2) přechod věku padesáti let	50 – 55 let
	3) vyvrcholení střední dospělosti	55 – 60 let
	4) přechod pozdní dospělosti	60 – 65 let
4) pozdní dospělost		65 - smrt

Tabulka 1 – Levinsonova vývojová teorie krize středních let

1.2 Střední dospělost

Střední dospělost je obdobím stabilizace. Projevy temperamentu nepřekračují tak často do afektivní oblasti. Po stránce charakteru je člověk zásadovější a spolehlivější. Rodinný a profesní život bývá ustálený. Muž má většinou plné uplatnění ve svém zaměstnání a je lépe disponován prožívat kladné hodnoty rodinného života. Ženy někdy zapomínají samy na sebe a žijí naplno pro svou rodinu. Manželé už vědí co od sebe mají očekávat a jejich láska je pevnější (Švancara, 1986). Hlavním vývojovým úkolem tohoto období je generativita (z latiny genero – plodit, rodit). Největším nebezpečím je nedostatek odvahy a ochoty dávat druhým. Místo toho se člověk zaměří jen na sebe, na svůj prospěch, na hromadění majetku a na udržení iluze mládí (Říčan, 2005).

Po tělesné stránce se považuje třicátý rok za vrchol tělesného vývoje. Do této doby převažuje evoluce nad involucí, ale od tohoto věku nastupuje postupný úpadek tělesných funkcí. Funkční kapacita organismu začíná klesat a klesá také produkce testosteronu. Kůže ztrácí svou pružnost a objevují se zřetelnější vrásky. Zmenšuje se pružnost kloubů a páteřních plotének. Tkáně ztrácejí pevnost a objem, usazování tuku, ženám klesají ňadra a nepatně i hýždě (Říčan, 1990).

V profesní kariéře často tito jedinci dospívají k optimálnímu rozvoji svých profesionálních schopností, většinou získávají vedoucí funkce (Švancara, 1986).

Muži mají intenzivnější vztah k práci v zaměstnání než ženy, je to dáno zejména tím, že většinou ženy jsou v domácnosti a muži vydělávají, protože mají mnohdy lepší výdělkové možnosti (Říčan, 1990). V dnešní době už to není pravidlem. Muži jsou často na mateřské dovolené a ženy vydělávají peníze, protože mají lepší platové ohodnocení.

Střední věk je věkem nejvyšší produktivity, ale současně startem pro stárnutí (Dienstbier, 2009).

1.2.1 Objektivní projevy stárnutí

S přibývajícím věkem se u člověka dochází k následujícím změnám:

- Přibývá tělesný tuk, který se hromadí v orgánech a tkáních, tuková vrstva na břiše a bocích přibývá, zatímco na nohou a v obličeji ubývá.
- Svaly ochabují, tělo se stává méně hbité, rychleji se objevuje svalová únava, pravidelným cvičením se však úbytek váhy zpomaluje.
- Kosti řídnou a stávají se křehčími, zkracuje se páteř, snižují se meziobratlové ploténky a zmenšuje se kapacita hrudníku.
- Klouby se opotřebovávají a mění své složení, tvoří se artróza, která může postihnout i jedince kolem 20. let, ale je to onemocnění zejména starších lidí a je často důvodem k předčasné invaliditě.
- Vazy vápenatí a kostnatí, ztrácí pružnost.
- Srdce se zmenšuje a snižuje svou výkonnost, roztahuje se, je vnímavější na námahu a náročnější na energetickou spotřebu, na srdečních chlopních se vytváří aterosklerotické pláty.
- Cévy ztrácejí svou pružnost, zpomaluje se průtok krve, začínají se tvořit křečové žíly, ve kterých dochází k tvorbě krevních sraženin, které mohou ucpat žíly nebo tepny.
- Snižuje se kapacita plic a do těla se dostává méně kyslíku, mezi 30. – 80. rokem života se snižuje vitální kapacita plic o 40%.
- Pohlavní orgány ochabují ve své funkci, u žen se dostavuje menopauza, u mužů atrofují varlata, objevuje se selhání erekce a prodlužuje se doba pro vyvolání orgasmu.
- Mozek stárne již od 20. let, ale zevní projevy se objevují až po 50. roce života. Snižuje se váha a objem mozku, ročně kolem 1 gramu, snižuje se prokrvení mozku a zásobení kyslíkem. V důsledku stárnutí nervové soustavy se objevuje zapomnětlivost, zpomalené reakce, výpadky paměti, snižuje se schopnost učit se.

- Smyslové orgány – k degeneraci sluchu dochází kolem 50 – 60 let
    - vrchol zrakové kapacity je kolem 20. let, poté se objevují degenerativní změny – např.: šedý nebo zelený zákal (glaukom), poruchy vidění se začínají objevovat po 40. roce života a stabilizují se kolem 60. roku
    - chuť a čich se otupuje po 50. roce života
- kůže ztrácí svou pružnost, ztenčuje se a vytváří se vrásky, opadá napětí kůže. Vznikají pigmentové skvrny, snižuje se funkce mazových žláz, regenerace kůže se po 50. roce života prodlužuje na 30 dní
- vlasy a chlupy řídnou a mění barvu, k tomu dochází zejména po 40. roce života (Dienstbier, 2009).

1.2.2 Teorie o příčinách stárnutí

Teorie o příčinách stárnutí můžeme rozdělit do dvou skupin. Stoupenci jednoho názoru jsou přesvědčeni, že stárnutí je předem naprogramovaný, geneticky zakódovaný děj. Maximální délka života je dána již při narození a člověk ji nemůže nijak ovlivnit. Zastánci druhé teorie tvrdí, že stárnutí je důsledek nepříznivých vlivů, které na člověka v průběhu života působí, viz *Tabulka 2 - Teorie o příčinách stárnutí*

1) Stárnutí jako předem naprogramovaný děj	a) působení „genů smrti‘‘	b) opotřebování genetické výbavy
2) Stárnutí jako důsledek působení nepříznivých vlivů během života	a) účinek vnitřních činitelů	b) vliv vnějšího prostředí
3) Spolupůsobení vrozených faktorů i činitelů, které se uplatňují teprve v průběhu života		

A) Působení genetických faktorů

Vysokého stáří se většinou dožívají lidé, kteří měli dlouhověké rodiče. V genetické výbavě člověka je zakódovaná jen maximální délka života, ale působením dalších činitelů se může délka života podstatně zkrátit. V genetické výbavě je také zakódovaná rozdílná délka života u mužského a ženského pohlaví, u většiny živočišných druhů samci umírají dříve

než samičky. Tato teorie stárnutí se obvykle dělí do dvou skupin TEORIE MUTAČNÍ a TEORIE PROGRAMOVÁ (Šipr, 1997).

TEORIE MUTAČNÍ je koncipována vědcem MacFarlane-Burnetem, ale není definitivně prokázána (Fořt, 2008). Hlavní příčinou stárnutí je podle této teorie hromadění somatických mutací. Nositelem dědičnosti jsou chromozomy, které obsahují kyselinu deoxyribonukleovou – DNK. Působením různých škodlivých látek dochází ke poškozování molekuly DNK, tzn. dochází k mutacím. Organismus je ale vybaven obrannými mechanismy, které dovedou svými reparačními enzymy tato poškození opravit (Šipr, 1997). Každý organismus má větší nebo menší kapacitu těchto schopností, ale se stoupajícím věkem se tato „samoopravitelská schopnost" snižuje (Fořt, 2008). To vede ke zpomalování metabolismu a ke snižování počtu buněk (Šipr, 1997).

TEORIE PROGRAMOVÁ podle této teorie je stárnutí předem naprogramovaný děj, který je řízený specifickým genovým centrem. Podle některých vědců jsou tzv. geny stárnutí, které po určité době způsobí zestárnutí a posléze smrt. Podle jiných je příčinou stárnutí opotřebení „genů dlouhověkosti" (Šipr, 1997).

B) Působení různých činitelů v průběhu života

Tyto teorie považují za rozhodující působení vnějších vlivů na člověka v průběhu života. Ke změnám dochází na úrovni biochemické, molekulární, tkáňové, orgánové a buněčné. Nepříznivými vnějšími vlivy jsou nevhodná teplota prostředí, nadměrná tělesná námaha, nečinnost, choroby, poruchy výživy, psychický stres atd. (Šipr, 1997).

Mezi tyto teorie patří:

1. **Teorie o hystereze koloidů**

Tuto teorii zformuloval v roce 1923 profesor biologie Vladislav Růžička, ve světové literatuře je tato teorie doposud citována. Jde o hysterezi (zhušťování) koloidů jako obecný princip stárnutí živé hmoty. Velkou část živé hmoty představuje protoplazma. Je to koloid tvořený rozptýlenými makromolekulami bílkovin. S přibývajícím věkem protoplazma houstne a tím pádem látková výměna probíhá pomaleji a dochází také ke hromadění odpadních látek. Organismus stárne.

2. Teorie volných radikálů

Představitelem této teorie je D. Herman, který považuje za příčinu stárnutí shlukování (cross-linkage) molekul vlivem hromadění volných radikálů, hlavně superoxidového aniontového radikálu a hydroxylu. Kyslíkaté volné radikály okysličují nenasycené mastné kyseliny, tímto okysličováním se vytváří buněčný odpad lipofuscin, známý též jako stařecký pigment. Organismus se škodlivému působení volných radikálů brání pomocí antioxidantů, Jsou to například vitamin E a vitamin C (Šipr, 1997). Antioxidanty jsou sloučeniny bránící nadměrnému okysličování organismu. Dlouhodobé podávání antioxidantů může oddálit vznik chorob souvisejícím se stářím do vyššího věku (Fořt, 2008).

3. Teorie omylů

Představiteli této teorie jsou A. Comfort a K. E. Orgel. Nejdůležitější složkou organismu jsou bílkoviny, které se skládají z řetězců aminokyselin. Podle této teorie je stárnutí způsobeno náhodnými chybami při tvorbě bílkovin. Pokud se v molekule zamění pořadí aminokyselin, změní se tím i vlastnosti bílkovin. Postupné hromadění náhodných chyb při tvorbě bílkovin vede ke stárnutí (Šipr, 1997).

4. Teorie změn imunitního systému

Tuto teorii formuloval F. MacFarlane-Burnet. Je založena na hypotéze postupného selhávání nebo „splašení“ imunitního systému, kdy organismus začne bojovat proti vlastním tkáním, tímto vznikají autoimunitní choroby, jako je například roztroušená skleróza nebo Alzheimerova choroba (Fořt, 2008). „Imunologická teorie chápe stárnutí jako výsledek „boje“ imunitního systému proti vlastnímu tělu“ (Šipr, 1997).

C) Spolupůsobení vrozených faktorů a vlivů působících během života

Tato teorie spojuje předchozí skupiny názorů dohromady. Geneticky naprogramované pochody i vnější vlivy působící během života se na stárnutí organismu uplatňují společně. Základní mechanismy stárnutí jsou určeny geneticky, ale rychlost a projevy stárnutí jsou velmi ovlivněny způsobem života a vnějšími vlivy (Šipr, 1997).

Teorií o příčinách stárnutí je mnoho. Odborníci, kteří se touto problematikou zabývají nejsou jednotní. Podle studií z poslední doby jsou příčiny stárnutí následující (Meryn, 2004):

1) **Velké množství glukózy v krvi** – zvýšené přijímání cukru vede k nadměrné produkci inzulinu, který glukózu ukládá v tukové tkáni.
2) **Příliš mnoho inzulínu** – zvýšená produkce inzulínu vede inzulínové rezistenci buněk, to může poškozovat cévy a způsobit cukrovku.
3) **Příliš mnoho volných radikálů** – volné radikály v nadměrném množství napadají vlastní buňky a pomáhají ke vzniku rakoviny.
4) **Příliš mnoho kortizolu** – zvýšená produkce kortizolu je vyvolána nadměrným stresem, stres způsobuje zvýšení krevního tlaku a tím se zatěžuje lidský organismus.

Podle mého názoru je stárnutí ovlivněno jak genetikou tak vlivem prostředí, ve kterém člověk žije. Rychlost stárnutí může člověk ovlivnit stylem svého života. Pokud člověk žije zdravě, nekouří, nepřehání to s konzumací alkoholu, snaží se jíst zdravě a sportuje, musí se to zaručeně projevit na tom, jak rychle stárne.

2 KRIZE STŘEDNÍHO VĚKU

Krize životního středu přichází mezi 35. a 40. rokem života. Člověk začíná bilancovat, ožívá téma adolescentní identity a toto období je spojeno s myšlenkami na smrt. Smrt ještě není bezprostřední hrozbou, ale stává se součástí životního horizontu (Říčan, 1989).

Krize středního věku má svůj původ v emocionální oblasti, kdy děti začínají opouštět rodný dům, rodiče umírají a stres začíná být nesnesitelný (Meryn, 2004).

Jedinec stojí před řešením nových vývojových úkolů a životních témat, které jsou většinou v rozporu s dosavadními hodnotami a cíli člověka.

2.1 Témata a úkoly středního věku

Hlavními vývojovými úkoly středního věku jsou (Hrdlička, 2006):

1) Přijmout nezvratnost krátícího se času
2) Akceptovat stárnoucí tělo
3) Rozvinout zralý partnerský vztah a sexualitu
4) Akceptovat odchod dětí z rodiny
5) Přijmout obrat rolí ve vztahu k vlastním stárnoucím rodičům
6) Rozvinout přátelství středního věku
7) Přijmout novou roli učitele mladší generace a plánování důchodu
8) Stát se prarodičem

Ad 1) Dominujícím rysem středního věku je ztráta akceschopnosti, motivace a energie. Z počátku se člověk snaží překonávat tuto skutečnost vůlí, ale postupem času zjišťuje, že motivaci a energii nelze ovládat vůlí, ale je nutné aby vycházela z vnitřního zájmu o určitý objekt nebo činnost. Skutečným problémem je tedy nalézt nové objekty zájmu pro druhou polovinu života. Člověk si začíná uvědomovat stárnutí vlastního organismu a první známky ubývajících sil. Objevuje se také pocit, že se člověk ve středním věku začíná odcizovat od světa mladých lidí, že je nemoderní. Je to dáno zejména tím, že člověk má pocit, že již neudrží tempo se světem, který se neustále rozvíjí. Někteří lidí si nechtějí připustit, že mládí se již navrátí zpět, tak se jej snaží znovu získat, např.: v erotických

dobrodružstvích, sportovních výkonech nebo v profesní kariéře. Období středního věku je obdobím introverze, kdy se člověk zabývá více sám sebou a svými vnitřními problémy.

Ad 2) Střední věk je obdobím prvních znaků stárnutí. Dochází k úbytku tělesné atraktivity, objevují se vrásky, dochází ke zmenšení napětí kůže, šednou vlasy. Začínají se projevovat chronické nemoci.

Ad 3) Partnerský vztah po 40. roce života je typický stereotypem a odklonem od ideálu a rezignací. Partneři by měli navzájem akceptovat svá stárnoucí těla a překonat sexuální stereotyp. Pokud nedojde k překonání těchto vývojových úkolů, vede to často k navázání mimomanželského vztahu s novým a mladším partnerem. Skrze mladšího partnera člověk ve středním věku získává nové sexuální zážitky a pocit, že může omládnout a odložit tak své vlastní stárnutí.

Ad 4) V souvislosti s touto problematikou musí člověk ve středním věku překonat tři vývojové úkoly – musí akceptovat odchod dětí z rodiny, vybudovat si s nimi rovnocenný vztah a akceptovat jejich nového partnera jako člena rodiny. V tomto období se často rodiče a jejich děti dostávají do konfliktu kvůli odlišným názorům na životní plány dospělých dětí. Rodiče považují za nejdůležitější dosažení nejvyššího možného vzdělání, rozvoj profesní kariéry a pak teprve založení rodiny. Potomci naopak chtějí založit nejprve rodinu a vlastní domov. To bývá často zdrojem konfliktu mezi rodiči a dětmi.

Ad 5) S nástupem středního věku dochází ke změnám rolí v rodině. Jak uvádí Vágnerová (In Hrdlička, 2006), dochází k těmto změnám:

1) Rodiče lidí ve středním věku odcházejí do důchodu a ztrácejí tak profesní roli, stávají se důchodci.
2) U stárnoucích rodičů se objevují známky úbytku tělesných a duševních kompetencí, rozdíly v životním tempu začínají být viditelné a mohou vést k problémům s komunikací mezi těmito dvěma generacemi.
3) Rodiče bývají chronicky nemocní a tím pádem se orientují na sebe a své problémy, mění se jejich postoj ke světu.
4) Někteří z rodičů v této době umírají a tak se jejich děti, příslušníci střední generace, stávají příslušníky nejstarší generace.

Ad 6) Nejpevnější přátelství navazuje člověk v dětství, dospívání nebo v rané dospělosti. Ve středním věku není potřeba navazování nových přátelských vztahů tak intenzivní, což ovšem neznamená, že k tomu nemůže dojít. Střední věk nabízí tu výhodu, že člověk může navazovat přátelství s vrstevníky, mladšími i staršími lidmi. Je to díky poloze uprostřed věkového spektra. S vrstevníky se člověk může bavit o podobných zájmech a problémech, s mladšími lidmi si může udržet mladistvý potenciál a od starších generací může člověk získat rady a zkušenosti. Přátelství přináší člověku nové podněty a přispívá k tomu, aby člověk nezůstal jednosměrný.

Ad 7) Střední věk je obdobím, kdy člověk dosahuje vrcholu své kariéry, zužitkovává teoretické znalosti a praktické dovednosti, které získal v průběhu mladé dospělosti.

Ad 8) Pokud je tato událost vhodně načasovaná, obohacuje život rodiny a zpříjemňuje nástup stáří prarodičů. Přijde-li tento moment příliš brzy je provázen negativními pocity, jako je obava o budoucnost potomka, který na sebe příliš brzy vzal takovou zodpovědnost (Hrdlička, 2006).

2.2 Mužská menopauza

Jak již bylo řečeno je střední věk je obdobím počínajícího stárnutí. U žen se začínají projevovat první příznaky menopauzy. Tyto příznaky se objevují kolem 45. roku života.

Menopauza není proces, který by proběhl najednou. Postupuje pozvolna s poklesem sekrece hormonů ve vaječnících. Menstruační krvácení se stává nepravidelných až postupně skončí úplně.

Základními příznaky menopauzy jsou (Rosenfeld, 2001):

- Návaly horka
- Suchost v pochvě
- Inkontinence moči
- Pokleslé prsy
- Změny ochlupení
- Stárnutí kůže
- Změny nálad

- Ztráta libida
- Osteoporóza
- Srdeční onemocnění, cukrovka

U mužů se dlouhou dobu existence mužské menopauzy, neboli andropauzy, popírala. Bylo to nedokázané téma a většina lékařů ji zpochybňovala. Symptomy považovali za charakteristické znaky pro stárnutí. Přitom objev andropauzy je datován již na konci 18. století, kdy o ní informoval londýnský doktor Hooper v „Medical Dictionary“. Nazval ji tehdy decline (končit) a andropauzu označil za nemoc. Ve dvacátém století se začali vědci intenzivně zabývat mužskými hormony a zkoumali příčiny klimakteria. Ve 40. letech popsali vědci symptomy mužského přechodu a označili je za velmi podobné ženskému přechodu. V roce 1944 se podařil první průlom, kdy byl mužům, u nichž se projevovaly příznaky andropauzy, podán testosteron. U této skupiny mužů se negativní příznaky zlepšily, zatímco u druhé skupiny mužů, kterým bylo podáno placebo, nedošlo k žádné změně. Tyto výsledky způsobily, že se z andropauzy stalo velmi diskutované téma. Po druhé světové válce ovšem tento zájem opadl, a pokud se o hormonech mluvilo, pak jen v souvislosti s jejich působením na ženy. Teprve na počátku devadesátých let se začalo o mužských hormonech mluvit znovu.

Označení andropauza pochází z řečtiny, kdy „andro“ znamená muž a „pausis“ konec. Nejedná se o konec maskulinity, ale jen o její úbytek. První příznaky andropauzy se mohou objevit již ve třiceti letech, kdy klesá produkce testosteronu, v 70% se typické symptomy objevují mezi 50. až 55. rokem (Meryn, 2004).

Hlavní příznaky andropauzy (Rosenfeld, 2001):

- Deprese
- Lhostejnost a apatie
- Podrážděnost
- Výkyvy nálad
- Nespavost
- Bolesti hlavy
- Váhový přírůstek a úbytek svaloviny

- Snížení libida a narušení sexuální výkonnosti

Právě snížení sexuální touhy je prvním znakem počínající andropauzy. Nastává až u 80% mužů. Snižuje se četnost sexuálních styků a frekvence sexuálních fantazií. Často se dostavují erekční dysfunkce, které mohou přejít až k impotenci. Problémy s erekcí jsou pro muže v přechodu tím největším problémem, protože tím trpí i jejich sebevědomí.

Dalším znakem je také ztráta energie, která se projevuje zejména v pracovním procesu. Téměř 80% mužů trpí pocity permanentního vyčerpání. V důsledku toho pijí stále častěji kávu nebo alkohol a tím se zvyšuje i jejich nervozita. Člověk se stále hůře koncentruje, ubývá paměťových schopností a také sebejistota. Tyto pracovní problémy vedou k depresím, kterými trpí až 70% mužů. Uzavírají se do sebe, volný čas tráví raději doma u televize nebo počítače než s přáteli. Objevuje se také problém s řídnutím kostí, padáním vlasů nebo s vysycháním kůže (Meryn, 2004).

Většina odborníků se shoduje, že by muži měli v tomto období jejich života přehodnotit svůj životní styl a provést změny. Mezi tyto změny patří např.: pokusit se zmírnit stres, přestat kouřit, sledovat jídelníček s ohledem na cholesterol, tuky a soli, pravidelně cvičit (Rosenfeld, 2001).

2.2.1 Souvisí andropauza s krizí středního věku?

Jestli andropauza souvisí s krizí středního věku není přesně známo a názory se různí. Stanovení diagnózy andropauzy není jednoduché. Mnoho mužů si odmítá problémy připustit nebo o nich mluvit, a to zejména o těch, které se týkají jejich sexuální aktivity. Krize středního věku nastupuje dříve než subjektivní problémy spojené s nedostatkem testosteronu. Zpravidla se tak děje po čtyřicítce. Potíže spojené s přechodem přicházejí většinou až za dalších deset let, i když někteří muži udávají podobné příznaky již dříve. Většinou jde o komplikace spojené se špatným životním stylem, kouřením a nedostatkem pohybu (www.vademecum-zdravi.cz).

Andropauza má svou příčinu v hormonální oblasti, kdežto krize středního věku je spíše emocionálního charakteru. Krizi mohou zapříčinit takové faktory jako smrt blízkého člověka, výchova, úspěch v zaměstnání. Během krize středního věku mají také muži zesílený sexuální pud, ale v období andropauzy jsou časté problémy s erekcí (Meryn, 2004).

2.2.2 Muži a hormony

Muži jsou hormony ovlivňováni velmi zásadním způsobem a mnohem komplexněji. Muži jsou řízeni hormony od jejich zaměstnání až po sexualitu. Hormony, které ovlivňují stárnutí u mužů jsou:

- **Estrogen** – je základem mužské potence a plodnosti, estrogen je totiž velmi důležitý pro pohyblivost spermií, muž, který má nedostatek estrogenu, je neplodný.
- **Androgeny** – sexuální hormony hrají důležitou roli při stárnutí mužské kostry, nejen androgen, ale i estrogen zabraňují osteoporóze. Další vlastností androgenů je, že odbourávají tuk. Týká se to především tukové tkáně na trupu. Muži, kteří jsou vystaveni silnějšímu působení estrogenu, mají více tuku v oblasti boků. Je to vysvětleno tím, že po 45. roce života se snižuje působení androgenu a tím tedy muži tloustnou v bocích.
- Nedostatek sexuálních hormonů u mužů působí také na vznik nemocí, jako je například osteoporóza (Meryn, 2004).

2.2.3 Muži ve středním věku a deprese

Deprese je závažná změna nálady, myšlení a chování, doprovázená somatickými a vegetativními projevy, trvá týdny až měsíce. Představuje heterogenní skupinu onemocnění. Nejzávažnějším důsledkem deprese je sebevražda (Dienstbier, 2009).

V období mužského přechodu představují deprese pro muže závažný problém. Vznik deprese je dáván do souvislosti i impotencí a problémy v sexualitě u muže.

Asi 40% všech mužů mezi 40 a 60 lety trpí určitými pocity letargie, deprese nebo má prudké změny nálad. Důsledkem bývají většinou sebevraždy, které jsou u mužů ve středním věku 3x vyšší než u žen. Deprese totiž zvyšuje riziko sebevraždy o 87% (Meryn, 2004).

Vznik deprese (Meryn, 2004):

1) *Vlivem dědičnosti* – podle vědeckých studií se deprese velmi často vyskytuje u pacientů, jejichž rodiče trpěli také trpěli depresemi. Je 20% pravděpodobnost, že dítě, jehož matka nebo otec měli deprese, je bude mít taky. Pokud depresemi trpěli oba rodiče, pak je zde pravděpodobnost 50%.
2) *Vlivem hormonů* – pacienti trpící depresemi mají poruchy hormonálního systému a také poruchy v oblasti neurotransmiterů. Podle klinických studií mají depresivní pacienti nedostatek serotoninu a noradrenalinu nebo naopak mají nadbytek kortizolu. Při depresích také dochází ke změnám metabolických procesů v mozku.
3) *Vlivem onemocnění* – závažné nemoci, jako je např.: Parkinsonova nemoc nebo rakovina, mohou zapříčinit vznik deprese nebo zoufalé nálady.
4) *Vlivem krize* – deprese bývá také reakcí na nějakou životní krizi u člověka - puberta, mužský a ženský přechod, úmrtí partnera…
5) *Vlivem nedostatku světla* – tato deprese se nazývá sezónní deprese a vzniká na podzim a v zimě, kdy je nedostatek slunečního záření. To může u člověka vyvolat depresivní náladu, sníženou výkonnost nebo ztrátou libida.

Východiska z deprese:

- Sdělování pocitů druhé osobě, blízká osoba nebo přátelé mohou člověku pomoci a poradit
- Věnovat se aktivitám, které člověku přináší radost
- Antidepresiva
- Pomoc psychologa nebo psychiatra

3 VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA

3.1 Sebehodnocení

Sebehodnocení je proces, ve kterém subjekt hodnotí svou vlastní činnost, své schopnosti a vlastnosti, zahrnují se zde i jeho pocity a představy, jak je vnímán druhými lidmi, směřuje k vytváření sebepojetí, které je těžištěm egocentrického duševního života. Základní funkcí sebehodnocení je vědomí pozitivní hodnoty sebe sama a usilování o její udržení, obnovení a popřípadě její expanzi.

Zdroje sebehodnocení jsou:

1. vnímání vlastních schopností a úspěchů
2. reflexe reakcí sociálního okolí na subjekt sebehodnocení a jeho činnost

Podmínky pozitivního sebehodnocení:

1. rodinná podpora – když jsou na dítě rodiče hrdí, zvyšuje to jeho sebevědomí
2. uznání druhých
3. soutěživost – být lepší než jsou ostatní dodává člověku sebeúcty
4. vzhled – sebehodnocení člověka trpí pokud má dojem, že nevypadá dobře
5. náboženský postoj
6. úspěch
7. hodnotová orientace

Se sebehodnocením a sebepojetí je spojena řada subjektivních představ a pocitů, které hrají důležitou roli v prožívání představ a pocitů, např.: sebevědomí, svědomí, pýcha, stud, zahanbení nebo ponížení (Nakonečný, 1995, 2009).

3.1.1 Sebevědomí

Sebevědomí je vlastnost člověka, která není u každého jedince vyvinuta stejně. Jen málo lidí má dostatek sebevědomí, to kteří jej mají nedostatek, touží po získání větší sebeúcty. Sebejistota patří mezi centrální vlastnosti a souvisí s optimismem popřípadě pesimismem. Sebejistý člověk nemá strach ani ze sebe samého, ani z hodnocení ostatních lidí. Své vlastnosti rozvíjí, aniž by se staral o jejich poměřování. Důvodem je to, že se cítí v souladu

sám se sebou. Naopak člověk, kterému sebejistota chybí, je velmi zranitelný. Je závislý na názoru a hodnocení druhých a nezbývá mu dostatek energie na realizaci svých schopností. Slabé sebevědomí není vrozené, jeho příčinou jsou zažitá zklamání (Lauster, 1993).

Příčiny slabého sebevědomí:

1. výchova, která potlačuje
2. nesvobodná sexualita
3. společenská struktura
4. omezený vývoj
5. frustrace ve styku s lidmi (Lauster, 1993).

Důležitým faktorem, který ovlivňuje sebevědomí člověka je také vnímání vlastního těla. Pokud člověk není spokojený se svým vzhledem, tak se to odráží na jeho sebevědomí a na tom jak se člověk chová ke svému tělu.

3.2 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí chápeme jako vytváření si obrazu o svém vlastním těle a jeho hodnocení. Tělesné sebehodnocení je součástí celkového sebepojetí. Vnímání vlastního těla hraje v celkovém sebepojetí důležitou roli. To, jak vnímáme oči, vlasy, hmotnost, velikost těla a barvu hlasu, rysy obličeje a jak je hodnotíme, ovlivňuje naše přijetí nebo odmítnutí vlastního těla. Tyto představy jsou ovlivňovány ideálem krásy, který je ve společnosti uznáván.

Čím je vzhled těla ovlivněn?

1. dědičností
2. výchovou a vlivem prostředí
3. výživou a stravovacími návyky
4. hormony
5. tělesná cvičení a svalová činnost (Fialová, 2006).

Tělové schéma (body image) je definováno jako vnitřní představa o našem vhledu. Tato mentální reprezentace má 3 složky: kognitivní, emocionální a behaviorální. Složka kognitivní zahrnuje představu o rozměrech těla jako celku a o rozměrech jednotlivých částí

těla. Emocionální složka zahrnuje vztah k vlastnímu tělu jako celku, k jednotlivým částem a vztah k vlastní tělesnosti obecně. Poslední behaviorální složka obsahuje aktivity vedoucí k ovlivnění vzhledu našeho těla, mezi které patří např.: diety, plastické operace, fyzická cvičení. Tělesné sebepojetí (Physical Self) je předmětem zájmů velkého množství odborníků, kteří považují tělo za prostředek k sebevyjádření a k interakci se světem. Tělo je chápáno jako sociální entita. Způsob, jakým člověk vnímá své tělo a jaký má k němu vztah, určuje jeho fyzickou identitu a určuje také jeho vztah ke sportu, pohybové aktivitě, k tělesné hmotnosti a také způsob zvládaní těžkých životních událostí.

Problematika vztahu k vlastnímu tělu je složitá. V dětství je patrný dominantní vliv rodiny, vztah rodičů k vlastní tělesnosti. Za klíčové období je považováno rané dětství, hlavně vztah mezi matkou a dítětem v prvních letech života. Je to fáze symbiotické jednoty, kdy dítě prožívá samo sebe jako neoddělené a matka je mu k dispozici tak dlouho, jak potřebuje. Matka podporuje jeho pomalé a přiměřené oddělování a vnitřní autonomii dítěte. Postupně dítě získává od matky své oddělené já. Pokud však matka nevolí osamostatnění dítěte, např.: z důvodu strachu o dítě, tak se v tomto období tvoří základ pro poruchu tělesného sebepojetí dítěte. Jednou se to může projevit pohrdání vlastním tělem, nedostatečnou péčí o tělo nebo chybnými vjemy tělesných poruch a projevů. V průběhu ontogenetického vývoje jsou také důležité vlivy kulturní a sociální, zejména ideál krásy v dané společnosti. Tělo se stalo předmětem obchodu, je prezentováno jako symbol úspěchu, což je příčina toho, proč hraje tělesné sebepojetí tak důležitou roli pro člověka. V médiích se tento sociální vliv často nadhodnocuje (www.lirtaps.cz).

3.2.1 Ideál krásy

V současné době je měřítkem ideálu krásy jak u žen tak i u mužů štíhlost. Diety se staly samozřejmým každodenním jevem. Podle dotazníkových výzkumů z let 1989 a 1990 odpovídala každá druhá žena a každý čtvrtý muž, že mají alespoň jednu redukční dietu za sebou. Většina lidí se chce alespoň přiblížit ideálu krásy, který je většinou prezentován v médiích štíhlými modelkami a svalnatými sportovci. Ideál krásy je ovlivněn kulturou a je vždy řízen kulturními trendy. Snaha vyhovět kulturním trendům byla vždy spíše záležitostí žen než mužů. Proto se autoři zaměřili spíše vývoj ženského ideálu krásy (Fialová, 2006).

Vývoj ideálu krásy v průběhu dějin (Fialová, 2006):

1. **ANTIKA**

Staří Řekové zahrnovali do pojetí krásy jak vnější vzhled, tak i povahové vlastnosti člověka. Mužské tělo bylo považováno za přitažlivější než tělo ženské. Bylo to dáno tím, že měřítkem krásy Řeků byla tělesná zdatnost. Ideálem krásy u mužů byl svalnatý typ, u žen převažovaly spíše zaoblené tvary.

Římané oproti Řekům obdivovali netypičnost tváří a zvláštnosti lidských povah. Obdivovali štíhlé tělo a velmi kriticky se stavěli k obezitě. Často se u nich vyskytovaly bulimické sklony. Svou štíhlou postavu si totiž udržovali tím, že si záměrně vyvolávali zvracení.

2. **GOTIKA**

Období gotiky je charakteristické silným vlivem křesťanské ideologie a s tím je spojen i odlišná náhled na lidské tělo a jeho vzhled. Křesťanství zdůrazňovalo spíše zájem o duchovní život než o tělesný vzhled. Kristus byl jejich ideálem, byl obrazem skromnosti, utrpení, strádání a štíhlosti. Postavy zobrazené v gotice působí štíhlejším dojmem.

3. **RENESANCE**

Renesance byl vlastně návrat k antickým ideálům a s tím je i spojen návrat ke zdůraznění svalnatosti mužů. Důraz je kladen na sekundární pohlavní znaky u obou pohlaví. U mužů se kladl důraz na rozvoj kostry a svalstva, u žen na širokou pánev a na zaoblené tvary s větší vrstvou podkožního tuku.

4. **BAROKO**

Barokní styl ovládal Evropu v 17. a v první polovině 18. století. V pohledu na lidské tělo a jeho vzhled se příliš nelišil od pojetí renesančního. Důraz na svalnatost mužů se ještě zvýšila, v centru však zůstala harmonie postav. U žen byl kladen důraz na zvýraznění těch částí těla, které souvisí s reprodukcí, zdůrazňovala se tedy kulatost a plnost v oblasti břicha a pánve, která byla způsobena velkým množstvím tělesného tuku.

5. KLASICISMUS

V období 19. století, tedy v období klasicismu, se setkáváme s dvojím pojetím ženského ideálu krásy. Oba tyto ideály měly společný útlý pas zvýrazněný korzetem, kdežto v ostatních tělesných charakteristikách a osobnostních vlastnostech se lišily. V první polovině 19. století to byl ideál ženy křehké, jemné, s krásným obličejem, která uznávala morální a společenské hodnoty. V druhé polovině to byla žena, která pocházela většinou z nižších vrstev a byla celkově mohutnější ve svých obvodech prsou a boků. Na konci století se pohled na přílišnou štíhlost změnil a plnější postava se stala symbolem zdraví.

6. DVACÁTÉ STOLETÍ

Na začátku tohoto století se začaly objevovat tendence ke štíhlosti v pohledu na ženskou krásu. Před první světovou válkou se zdůrazňovala štíhlá linie, nikoli však křehkost. Ideální žena měla působit vysokým a vzpřímeným dojmem, ale prsa a boky měly být větší.

Po první světové válce zaoblené ženské tvary zmizely, délka sukní se zkracovala a ženská krása se začala hodnotit podle make-upu a podle odhalenosti nohou. 30. léta znamenaly návrat ke starším ideálům, kdy se sukně prodloužily, opět se zdůrazňoval úzký pas a důraz byl kladen na sekundární pohlavní znaky, zejména pak na velikost poprsí. Tento trend pak přetrval do 40. let.

50. léta byla ovlivněna produkty módního průmyslu Hollywoodu, především pak ideálem krásy byla prosazována Marilyn Monroe. Její útlý pas a vyrovnané obvody boků a prsou byly představovány jako ideální proporce, o které tehdy usilovaly všechny ženy.

60. léta jsou obdobím největšího nárůstu poruch příjmu potravy u ženské populace. Je to období uvedení nového tělesného ideálu do módy. Představovala jej Angličanka Leslie Hornby Armstrong, přezdívaná Twiggy. Tato dívka vážila pouhých 44 kg a stala se vzorem pro mnohé ženy. 60. léta jsou obdobím nástupu francouzských bikin do módního průmyslu a ty se samozřejmě lépe vyjímaly na štíhlé postavě.

V 80. letech stále přetrvává požadavek štíhlé postavy, zejména štíhlých boků a hýždí. Oproti přehnané vyzáblosti, která se podepisovala na zdraví mnoha žen, se preferuje spíše svalnatější postava.

V dnešní době je štíhlá a pevná postava symbolem bohatství. Člověk, který má peníze, si může dovolit kadeřníka, kosmetičku, návštěvu fitcentra, díky čemuž si udržuje mladistvý a štíhlý vzhled. Ekonomika dnešní doby je spojena s výrobou produktů, které mají pomáhat

udržet si mladistvý vzhled a zdraví. Díky médiím jsme zavalováni mýty o ideální postavě. Štíhlost se stala společenskou hodnotou bohatství. Vzhled se hodnotí daleko více než charakterové vlastnosti nebo osobitost.

3.2.2 Diagnostika tělového schématu

Podle Stackeové je vhodnější kromě standardizovaných testů použít jednoduchý projekční test – kresbu s instrukcí „nakreslete obrys vlastního těla“. Vyhodnocování tohoto testu se provádí rozhovorem s testovanou osobou.

Vyhodnocování probíhá v tomto pořadí:

1. *velikost nakreslené figury* – příliš velká nebo malá figura vypovídá o egovztažných vlastnostech – sebevědomí, sebehodnocení
2. *plynulost čáry* – plynulá čára vypovídá o jasné představě vlastního těla, když jsou některé partie několikrát obtahovány, tak to svědčí o nespokojenosti s nimi
3. *reálnost rozměrů a tvaru jednotlivých partií a jejich vzájemný poměr* – nejčastější je nadhodnocování rozměrů ženských problémových partií – boky, stehna, nereálnou délkou končetin a jejich poměru k trupu
4. *diferencovanost kresby* – hodnotí se preciznost kresby tvarů těla – např.: tvary svalů, klouby apod.
5. *vyobrazení rukou a nohou* – často chybí ruce a nohy, končetina je jakoby useknuta v zápěstí nebo kotníku. To svědčí o špatné percepci z oblasti chodidel.
6. *pravolevá symetrie kresby* – narušení stranové symetrie v kresbě je dokladem pro pravolevou asymetrii pohybového aparátu.

Jak uvádí Fialová (In www.lirtaps.cz), se u mužů setkáváme v kresbě postavy s častou schematizací, která je zapříčiněná slabým vnímáním vlastního těla často v kombinaci vyhnout se zadanému úkolu. Ženy oproti mužům věnují svému tělu více pozornosti a hodnotí je kritičtěji. Tento kritický pohled na sebe sama často souvisí s ideálem krásy prezentovaným v médii. Tato nespokojenost s vlastním tělem se promítá do životního stylu.

3.2.3 Výzkumy v oblasti vnímání vlastního těla

Subjektivní vnímání vlastního těla ovlivňuje psychiku člověka a jeho zdravotní stav více než skutečný vzhled. Přitom naše vnitřní představa o vzhledu se minimálně shoduje s všeobecným hodnocením přitažlivosti, je to asi 5%. Naše subjektivní představa velmi úzce souvisí s problémy jako poruchy příjmu potravy, deprese nebo nízké sebevědomí. Tyto problémy jsou hlavním důvodem zkoumání vnímání vlastního těla. Výzkumníci se zaměřili na zkoumání cvičení a vnímání vlastního těla. Zajímali se o vliv typu aktivit (aktivní, pasivní), druh sportu a rizikové faktory (vliv médií).

Výzkumy, které se věnovaly vnímání těla u mužů, jsou zaměřeny na kulturistiku. Zjistilo se totiž, že důvodem nespokojenosti s vlastním tělem u mužů, je pocit, že jejich postava je příliš tenká nebo naopak příliš masivní. Obecně se dá říci, že se jim jejich postavy nelíbily, protože byly málo svalnaté.

Vzrůstající nespokojenost s malým svalovým objemem dokumentují tři populační studie, které dokumentují vývoj 25 let. Studie se zaměřily na vztah ke dvěma hodnotám: hrudník a svalový tonus. V roce 1972 se vlastní hrudník nelíbil 18% mužů, v roce 1985 to bylo již 28% nespokojených a v roce 1996 dosáhl počet nespokojených mužů 38%. Podobné výsledky výzkumníci zaznamenali i s mírou nespokojenosti se svalovým tonem. V roce 1972 to bylo 25%, v roce 1985 32% a v roce 1996 45% nespokojených mužů. Tato studie byla provedena i u žen a byl zaznamenán podobný vzestupný stav.

Další studie od Jacobiho a Cashe z roku 1994 byla zaměřena na míru nespokojenosti se svalovým objemem postavy u nekulturistů. Zjistilo se, že ze souboru vysokoškolské populace bylo 91% mužů a 78% žen nespokojeno se svalovým objemem a přáli by si být svalnatější. Tato studie se také zabývala otázkou, zda jedinci, kteří byli svalnatější než lidé s průměrnou postavou, mají se vztahem ke svému tělu problémy. Bylo zjištěno, že lidé, kteří se věnují kulturistice nebo vzpírání jsou spokojenější než lidé s neaktivním životním stylem.

Studie věnovaná vztahu mezi vnímáním vlastního těla a poruchy příjmu potravy je z roku 1994 od Goldfielda, Harpera a Blouina. Byla prováděna u skupiny kulturistů a atletů a zjistila, že kulturisté mají narušenější vztah k vlastnímu tělu a více problému s poruchy příjmu potravy než skupina atletů. Je to dáno tím, že na kulturisty jsou kladeny vysoké nároky v soutěžích (www.bodybuilding.cz).

4 OBEZITA

„Obezita je choroba, která vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, energetický příjem je větší než energetický výdej a nadbytečná energie se ukládá do tukové tkáně“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 201).

Obezitou trpí asi 50% naší populace a na následky obezity umírá ročně více pacientů než na rakovinu (Fialová, 2006).

4.1 Hlavní příčiny vzniku obezity

1. dlouhodobé a nadměrné přejídání, velký příjem energie, jehož hlavní příčinou je snadná dostupnost potravin
2. nevhodná skladba stravy
3. kombinace obojího zejména v kritických životních obdobích, jsou jimi: těhotenství a období po ukončení kojení, umělá dětská výživa, nevhodné stravovací návyky založené v dětství nebo v období puberty, změna výživových zvyklostí vynucená okolnostmi ve vyšším věku
4. dědičné dispozice – děti obézních matek mají vyšší riziko vzniku vývoje obezity nebo cukrovky, nadváha může být také důsledek genetické poruchy
5. chronické degenerativní, metabolické nebo hormonální onemocnění – poruchy činnosti štítné žlázy, dlouhodobé působení ženských hormonů – antikoncepce, menopauza
6. nedostatek pohybu v kombinaci s nesprávným životním stylem
7. deprese – důvodem jsou opakované neúspěšné pokusy o redukci váhy nebo dosažení médii prezentovaného ideálu krásy (Fořt, 2001).

Obezita je jedním z největším zdravotních problémů průmyslově vyspělých zemí. Hlavními důvody pro vznik obezity jsou přejídání, mohou to být také poruchy regulační oblasti CNS, poruchy metabolických procesů nebo také nedostatečná funkce žláz s vnitřní sekrecí. Svou roli hrají také genetické faktory, které mají na patogenezi obezity velký vliv. V neposlední řadě je také nedostatečná pohybová aktivita důležitým faktorem, který ovlivňuje vznik obezity (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Na vzniku obezity se značnou měrou podílí také psychický stres, který může vyvolat přejídání i u jedinců duševně zdravých. Hlavním ukazatelem stresu je negativní emoční ladění, deprese, úzkost. Tyto negativní emoce mohou u některých lidí vyvolat záchvaty přejídání, u jiných zase nechutenství. U obézních lidí se nejčastěji setkáváme s přejídáním z úzkosti. Tato úzkost je překonávána pomocí jídla, kdy pocit zasycení uvolňuje v mozku endorfiny, které přinášení člověku libé pocity a příjemnou únavu po nasycení (Fialová, 2006).

Extrémním případem přejídání je mentální bulimie. Jedná se o záchvatovité přejídání pod vlivem úzkosti. Člověk je schopen sníst velké množství jídla najednou, které následně vyzvrací. Opakem je mentální anorexie, které se vyznačuje odmítáním jídla. Toto onemocnění se objevuje spíše u žen než u mužů. Je typické pro věkové období 14 25 let.

Pro diagnostiku obezity se používá řada parametrů. Jsou to tělesná hmotnost, složení těla, výška, obvodové a délkové rozměry těla, relativní obsah tuku a aktivní tělesné hmoty, tloušťka kožní řasy. Přihlíží se také k pohlaví, věku, stavbě kostí a aktivní svalové hmotě.

Pro první orientaci se požíval index podle Brocy, označovaný BI. BI= tělesná hmotnost v kg: výška v cm – 100. Tento vzorec však nebere v úvahu ani pohlaví, stavbu kostí nebo věk. Nyní se používá Queteletův vzorec BMI (Body Mass Index). BMI= váha v kg/výška v m. Normálními hodnotami u dospělých osob je 20,0 – 24,9 (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Světová zdravotnická organizace dělí obezitu do čtyř stupňů:

Stupeň	**BMI**
Normální váha	20,0 – 25
Nadváha	25,1 – 30
1. stupeň obezity	30,1 – 35
2. stupeň obezity	35,1 – 40
3. stupeň obezity	40,1 – 45
Morbidní obezita	45, 1 a více

Vzestup BMI nad 27 je spojen s vyššími riziky jen výjimečně. BMI 30 a více je spojen s rizikem vzniku cukrovky, ischemické choroby srdeční, mozkové cévní příhody a dny. BMI nad 35 zvyšuje riziko vzniku cukrovky 90x (Fořt, 2001).

4.2 Důsledky obezity

Obezita je problém, který postihuje jak tělesné zdraví člověka, tak i jeho psychiku. V dnešní době, kdy je v médiích prezentovaný ideál krásy většinou v podobě štíhlých až vyvrtlých modelek a svalnatých a opálených playboyů, je těžké nepropadnout depresím. Podle Fořta (2001),je pro ženy i muže dosažení a udržení optimální tělesné hmotnosti velkým problémem. Rozdíl je ovšem v tom, že pro muže jejich nadváha nepředstavuje tak velký psychický problém jako pro ženy.

Rozlišujeme dva základní typy nadváhy a obezity: mužský a ženský typ. Mužský typ nadváhy je tvar postavy „jablko“, ženský typ se vyznačuje tvarem postavy „hruška“. Každý tento typ je spojen s rizikem vzniku různých onemocnění, není to ovšem závislé na pohlaví. Ženský typ nadváhy je zdravotně méně rizikový než mužsky typ nadváhy.

Onemocnění spojená s typy nadváhy:

U mužského typu nadváhy je vyšší riziko vzniku nemocí oběhového systému, diabetes, karcinom tlustého střeva, impotence a zhoršení astmatu. U ženského typu „hruška“ je větší riziko vzniku osteoporózy, sterility, poruchy činnosti žlučníku, artrózy, křečových žil, karcinomu prsu, děloh nebo vaječníků, a v neposlední řadě také zvýraznění celulitidy (Fořt, 2001).

Jak již bylo řečeno je střední věk obdobím začínajícího stárnutí. Začínají se objevovat nemoci, které jsou se stárnutím spojené a k jejich zhoršení přispívá i obezita. U mužů jsou to problémy s erekcí, které mohou přejít v impotenci, osteoporóza, cukrovka aj.

4.2.1 Diabetes

Cukrovka je onemocnění, při kterém organismus není schopen dodávat dostatečné množství inzulínu. Jídlo, které zkonzumujeme, se v těle rozkládá na jednoduchý cukr – glukózu. Glukóza je pro lidské tělo zdrojem energie a je transportována po těle krví. Aby buňky mohly glukózu z krve využít, potřebují k tomu hormon inzulín, který je produkován slinivkou břišní. Bez inzulínu tedy buňky nemohou získat energii z potravy. Lidé s cukrovkou tak nemohou využívat svou krevní glukózu. To vede k vzestupu hladiny cukru v krvi (hyperglykémii) a dalším závažným důsledkům (www.obezita.cz).

Existují dva hlavní typy cukrovky:

1) **Diabetes 1. typu –** pacienti s tímto typem cukrovky jsou závislí na injekční aplikaci inzulínu, tento typ cukrovky je neznámého původu nebo autoimunitní, postihuje zejména děti nebo mladé dospělé.

2) **Diabetes 2. typu –** tento typ cukrovky postihuje zejména dospělé po 40. roce jejich života. Vzniku cukrovky předchází většinou obezita, vysoká hladina cholesterolu nebo vysoký krevní tlak. Hlavní příčinou je nedostatečná produkce inzulínu ze slinivky břišní, proto dochází k nedostatečnému spalování cukru, kterého je pak v krvi nadbytek (Dienstbier, 2009).

Příznaky cukrovky:

Diabetes 1. typu: nástup tohoto onemocnění bývá náhlý a dramatický, většinou se projevuje abnormální žízní a suchostí v ústech, častým močením, nedostatkem energie, neustálým hladem, úbytkem hmotnosti, pomalým hojením ran a opakující se infekcí.

Diabetes 2. typu: u tohoto typu cukrovky mohou nastat stejné příznaky jako u 1. typu, jsou ale méně výrazné. Nástup 2. typu je pomalý a špatně se diagnostikuje. U některých pacientů se neobjevují žádné příznaky a správná diagnóza se rozpozná až po několika letech, kdy se mohou vyskytnou různé komplikace. Mezi tyto komplikace patří např.: hypoglykémie, ketoacidóza, bakteriální nebo plísňové infekce. Tyto komplikace jsou krátkodobé. Mezi dlouhodobé komplikace patří oční a ledvinové komplikace, postižení nervů, postižení oběhového systému, amputace.

Prevence cukrovky

Prevenci cukrovky můžeme rozdělit do dvou kategorií:

Primární prevence – spočívá v ochraně lidí se zvýšeným rizikem vzniku cukrovky, jsou to především lidé obézní, lidé, u kterých se cukrovka vyskytla v rodině. Neexistuje přesvědčivý důkaz, zda je prevence 1. typu cukrovky, ovšem je možné oddálit vznik 2. typu. Jde o změnu životního stylu, který zahrnuje snížení tělesné hmotnosti díky vhodnému stravování a dostatečnému pohybu. Snížením tělesné hmotnosti se také sníží rizika srdečních onemocnění.

Sekundární prevence zahrnuje včasné odhalení nemoci a prevenci komplikací, redukuje potřebu léčby komplikací (www.obezita.cz).

4.2.2 Srdeční infarkt

Příčinou infarktu myokardu je to, že nedochází k dokrvení srdečního svalu. Příčinou tohoto nedokrvení je aterosklerotické onemocnění tepen, které zásobují srdce krví. K ateroskleróze (kornatění cév) dochází v důsledku ukládání tuků a jiných látek do cévní stěny, vytvoří se aterosklerotický plát, který zmenšuje průměr cévy. Pokud dojde k prasknutí tohoto plátu, tak se začnou shlukovat krevní destičky, které uzavřou koronární tepnu a tím se oblast zásobená ucpanou tepnou nedokrvuje a nemá dostatek kyslíku. Pokud nedojde k rychlému obnovení průtoku krve, vzniká infarkt myokardu (www.ordinace.cz).

Rizikovými faktory pro vznik infarktu jsou abnormální hladina cholesterolu v krvi, neléčený vysoký krevní tlak, kouření, obezita, cukrovka, tělesná neaktivita aj. (Rosenfeld, 2001).

Infarkt myokardu se objevuje častěji u mužů než u žen. Více se objevuje se stoupajícím věkem a i přes významné pokroky v léčbě je úmrtnost na toho onemocnění vysoká. Riziko výskytu je větší v prvních hodinách po probuzení, v zimě a kritickým dnem je také pondělí (www.ordinace.cz).

Jak už bylo řečeno nadváha a obezita jsou faktory, které přispívají k vzniku infarktu. V roce 1999 vyšla v „European Heart Journal“ studie, která ukazuje, že již nepatrné tloustnutí od dvaceti do středních let, zvyšuje 1,5x riziko vzniku infarktu a úmrtí na srdeční onemocnění. U mužů, kteří přibrali víc než o třetinu, se riziko vzniku infarktu zvýšilo trojnásobně (Meryn, 2004).

Na vzniku infarktu se tedy podílí nejen náš věk, dědičné dispozice a pohlaví. Velký vliv na vznik tohoto onemocnění má také náš životní styl, který na rozdíl od věku můžeme ovlivnit. Prevencí před vznikem infarktu je mimo jiné zdravá strava, dostatek pohybu, přestat nebo nejlépe vůbec nezačínat s kouřením a nepřehánět to s konzumací alkoholu. Podobné zásady platí také pro prevenci obezity.

4.3 Léčba obezity

S každým kilogramem, který člověk zhubne, se zdravotní rizika vzniku různých onemocnění způsobených obezitou snižují. Váhový úbytek 5 – 10% snižuje tato rizika významně. V dnešní době je na trhu velké množství „zaručených" redukčních diet, nápojů náplastí nebo tabletek, které mají pomoci zhubnout téměř bez námahy (www-lekari-online.cz).

Podle mého názoru jsou tyto přípravky a návody na diety naprosto k ničemu. Člověk za ně utratí velké množství peněz, většinou nezhubne téměř nic nebo po ukončení diety přibere ještě více kilogramů než měl původně. Tento jev se nazývá jojo efekt. Pokud chce člověk zhubnout a udržet si svou optimální váhu, pak musí naprosto změnit svůj dosavadní životní styl. Nejvhodnější je začít s hubnutím pod dohledem lékaře nebo odborníka na zdravou výživu a redukci hmotnosti. V dnešní době existuje mnoho poraden pro hubnutí, dietologických center nebo center zdraví, kde člověku poradí se sestavením jídelníčku přímo na míru jeho potřebám.

Základem je vstupní vyšetření, pak následuje nízkoenergetická dieta s omezením tuků, dále pohybová aktivita a nácvik správných stravovacích návyků. Pokud je stav pacienta vážný, přistupuje se k farmakologické léčbě nebo k chirurgickým zákrokům (Fořt, 2001).

Odborně vedená redukce s pozvolným úbytkem hmotnosti cca 0,5-2 kg za měsíc mívá nejlepší výsledky. Pacient se v případě potřeby může podrobit také individuální nebo skupinové psychoterapii, která pomůže odbourat psychologické pozadí vzniku obezity. Základem léčby v obezitologických centrech je změna jídelníčku zpravidla spojená s tzv. kognitivně behaviorální terapií, tj. dlouhodobou změnou životního stylu, jídelního chování a pohybové aktivity (www.lekari-online.cz).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak muži po 40. roce života vnímají své tělo, jaké je jejich subjektivní hodnocení vlastního těla a jestli pozorují po 40. roce života na svém těle změny.

5.1 Dílčí cíle

- Zjistit, zda muži ve středním věku navštěvují nebo někdy navštěvovali dietologickou poradnu a jaké jsou hlavní důvody.
- Zjistit, jak hodnotí svůj vzhled a své tělo.
- Zjistit, zda je pro muže ve středním věku důležité hodnocení jejich vzhledu okolím.
- Zjistit, zda muži ve středním věku mají aktivní vztah ke sportu a jak často sportují.

5.2 Výzkumný problém

Jaké je vnímání a hodnocení vlastního těla u mužů po 40. roce života?

5.3 Výzkumné otázky

1. Navštěvovali někdy muži ve středním věku dietologickou poradnu?
2. Jaké byly hlavní důvody?
3. Drželi muži ve středním věku během svého života dietu a dodržovali zásady zdravé výživy?
4. Jsou spokojení se svým tělem a vzhledem?
5. Pozorují nějaké změny na svém těle po 40. roce života?
6. Podstoupili by někdy plastickou operaci, aby zlepšili svůj vzhled?
7. Snaží se nějakým způsobem svůj vzhled změnit?
8. Jak často sportují a jaký je jejich vztah ke sportu?

6 METODY VÝZKUMU

6.1 Druh výzkumu

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila kvantitativní výzkum. Tento druh výzkumu je velmi strukturovaný a opírá se o vymezení měřitelných proměnných. Kvantitativní výzkum se opírá o určitou vědeckou teorii, která je východiskem řešení výzkumného problému. Výzkumník definuje proměnné a formuluje pracovní hypotézu, kterou při empirickém výzkumu ověřuje – buď ji potvrzuje, nebo vyvrací (Maňák, 2004).

Postup výzkumu je formalizován, jeho provádění lze popsat pomocí různých schémat a modelů. Výsledky jsou statisticky zpracovávány a prezentovány tak, aby splňovaly požadavek validity a reliability. Hlavními metodami jsou experiment, dotazník, strukturované pozorování, rozhovor (Maňák, Švec, 2005).

6.2 Výzkumná metoda

Ve své bakalářské práci jsem jako výzkumnou metodu pro získání dat použila dotazníkové šetření. Otázkami dotazníku jsem zjišťovala, jak muži po 40. roce života vnímají své tělo a jaké změny na svém těle pozorují.

Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, na které respondent odpovídá písemně. Výhodou dotazníkového šetření je, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Naopak nevýhodou je, že tato dotazníková metoda nezjišťuje, jací respondenti jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni (Chráska, 2007).

6.3 Charakteristika výzkumného souboru

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na muže ve středním věku. Tedy ve věku od 35 – 45 (maximálně 50 let). Celkový počet respondentů je 66. Celkový počet rozdaných dotazníků činil 100 kusů, návratnost dotazníků je tedy 66%. Původně jsem se zaměřovala na muže ve středním věku, kteří navštěvují dietologickou poradnu. Z důvodu malé návratnosti dotazníků zpět a tedy kvůli malému počtu respondentů, jsem soubor rozšířila na všechny muže odpovídajícího věku. V následujícím grafu jsou respondenti rozděleni

podle věku. Ve věkové kategorii od 35 – 40 je celkový počet respondentů je 24, od 41 – 50 let je počet respondentů je 42.

Graf 1 – vyhodnocení otázky č.1

6.4 Organizace a průběh výzkumu

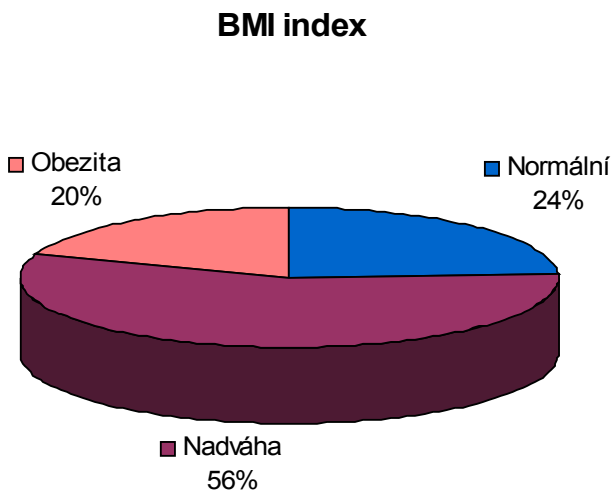
Svůj původní výzkum, který byl zaměřený na muže ve středním věku, kteří navštěvují dietologickou poradnu, jsem začala realizovat ke konci února. Byla jsem domluvená s dietologickou poradnou Nutrivia v Brně, že by bylo možné prostřednictvím nich kontaktovat jejich klienty. Asi třiceti klientům byly rozeslány e-maily, z nichž se vrátilo jen 6 vyplněných dotazníků. Kontaktovala jsem tedy další poradny v Brně a ve Zlíně, ale odpověď mi přišla jen z jedné, a to ze Studia Redukce Váhy v Zlíně. Zde jsem rozdala asi 30 dotazníků a zpět se mi vrátil pouze jeden vyplněný dotazník.

Pro malou návratnost dotazníků z předchozího výzkumu, jsem tedy musela změnit cílovou skupinu respondentů a částečně změnit dotazník, který byl původně vytvořen pro klienty dietologická poradny. Nově vytvořené dotazníky jsem tedy rozdala do různých podniků v okolí mého bydliště, známým do jejich zaměstnání. U nově získaných respondentů jsem zjišťovala, jestli někdy dietologickou poradnu navštěvovali, zda drželi někdy dietu, zda dodržují zásady zdravé výživy, jak vnímají své tělo a jestli s ním jsou spokojeni. Ptala jsem se též na váhu a výšku a následně jsem u každého spočítala BMI index, pro orientační zjištění výskytu obezity u oslovených respondentů.

6.5 Výsledky výzkumu

1. otázka – **Doplňte následující údaje: věk, hmotnost, výška**

První otázka dotazníku byla zaměřena na zjištění základních údajů, jako je výška, váha a věk respondentů. Z těchto údajů jsem tedy vypočítávala BMI index, kterým jsem zjišťovala výskyt nadváhy u respondentů.



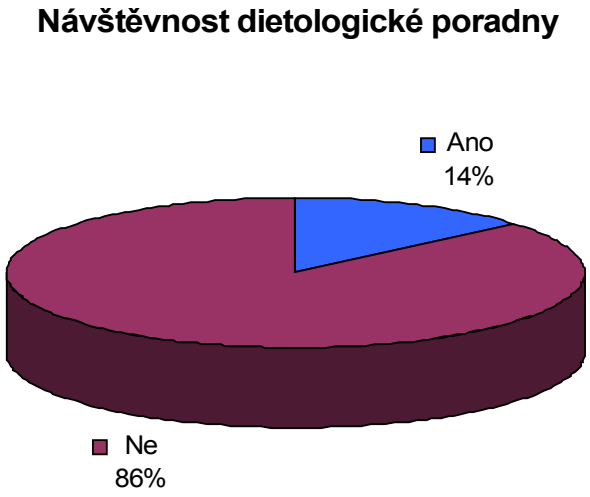
Graf 2 - vyhodnocení otázky č.1

Stupeň	**BMI**
Normální	20,0 - 25
Nadváha	25,1 - 30
Obezita	30,1 - více

Tabulka 3 – BMI index

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že většina oslovených respondentů trpí nadváhou, z celkového počtu 66 je to 37 respondentů, což je 56%. Obezitou je postiženo 20% respondentů a normální váhu má 24% respondentů.

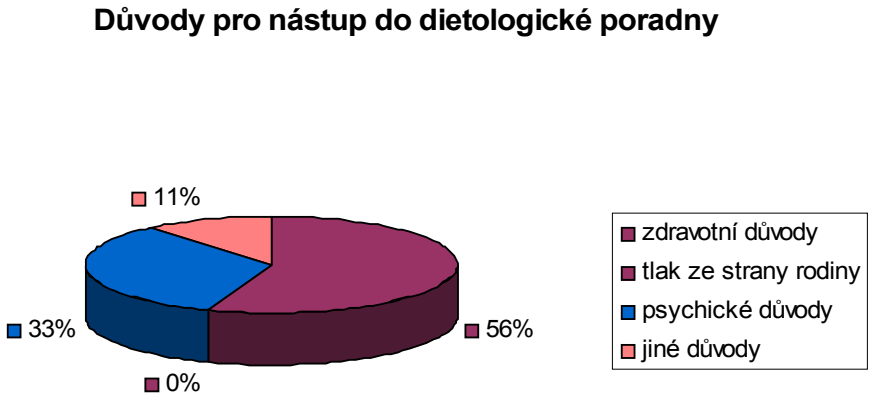
2. otázka - **Navštěvoval jste někdy dietologickou poradnu?**



Graf 3 – vyhodnocení otázky č.2

Z grafu vyplývá, že většina dotazovaných respondentů dietologickou poradnu nenavštěvovala. Navštěvovalo ji jen 9 (14%) respondentů z celkového počtu 66.

3. otázka - **Z jakých důvodů jste se rozhodl začít navštěvovat dietologickou poradnu?**

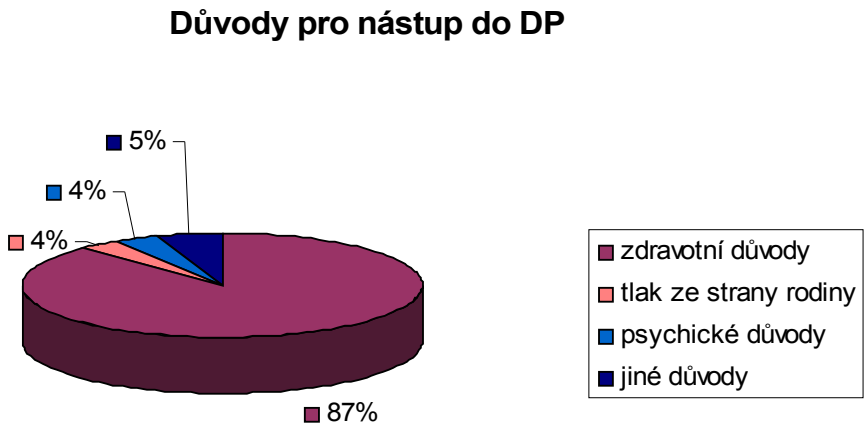


Graf 4 – vyhodnocení otázky č.3

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří někdy dietologickou poradnu navštěvovali. Touto otázkou jsem zjišťovala jejich důvody pro nástup do dietologické poradny. Hlavními důvody pro nástup do dietologické poradny jsou zdravotní důvody respondentů (56%). Druhou nejčastější odpovědí byly psychické důvody (33%). Žádný z respondentů neuvedl jako svou odpověď pro nástup do dietologické poradny tlak ze strany rodiny. Další důvody, které respondenti uváděli, se týkaly zejména zlepšení jejich vzhledu (11%).

4. otázka – **Jaké myslíte, že by byly hlavní důvody, pokud byste se rozhodl navštěvovat dietologickou poradnu?**

Touto otázkou jsem zjišťovala názor respondentů na hlavní důvody nástupu do dietologické poradny, pokud by se ji rozhodli navštěvovat. Nejvíce dotazovaných respondentů označilo jako hlavní důvod zdravotní problémy, takto odpovědělo 50 respondentů, což je 88%, další možnost, tlak ze strany rodiny a psychické důvody, označili pouze 2 respondenti, což činí 4% u každé z možností. 3 respondenti (5%) odpověděli, že by do dietologické poradny nikdy nenastoupili.



Graf 5 – vyhodnocení otázky č. 4

5. otázka – **Držel jste někdy nějakou dietu?**

Nejvíce respondentů odpovědělo na tuto otázku záporně, 42 respondentů, což je 64%. 24 respondentů (36%) dietu drželo.

Graf 6 - vyhodnocení otázky č.5

6. otázka – **Snažíte se dodržovat zásady zdravé výživy?**

Většina respondentů (68%, tj. 45 z celkových 66) odpověděla na tuto otázku záporně, nedodržují zásady zdravé výživy a jedí jen to, co jim chutná. 32%, celkem 21 respondentů odpovědělo kladně, podle jejich názoru se stravují zdravě.

Graf 7 - vyhodnocení otázky č.6

7. otázka – **Jaký jste podle Vašeho názoru tělesný typ?**

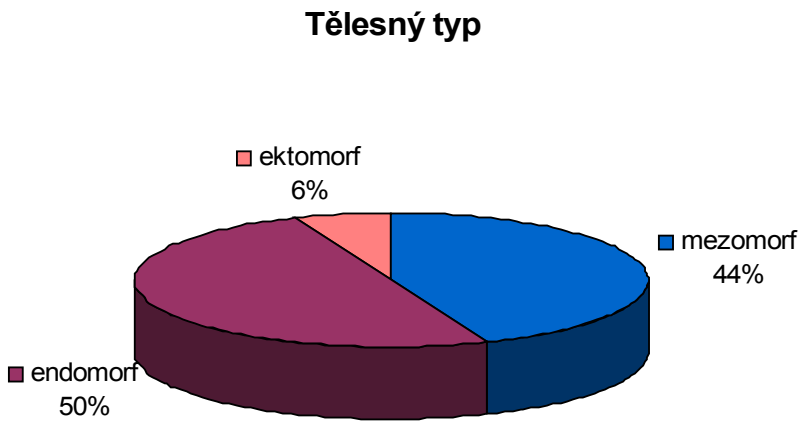
U této otázky měli respondenti na výběr ze 3 možností:

A) **mezomorf** – široká ramena, velký hrudník, úzké boky, málo tělesného tuku

B) **endomorf** – široká ramena, široké boky, velký hrudník, větší množství tělesného tuku

C) **ektomorf** – úzká ramena, úzký pas, úzký hrudník, žádný svalový základ, žádný tělesný tuk

Respondenti odpovídali následovně (viz Graf 8):



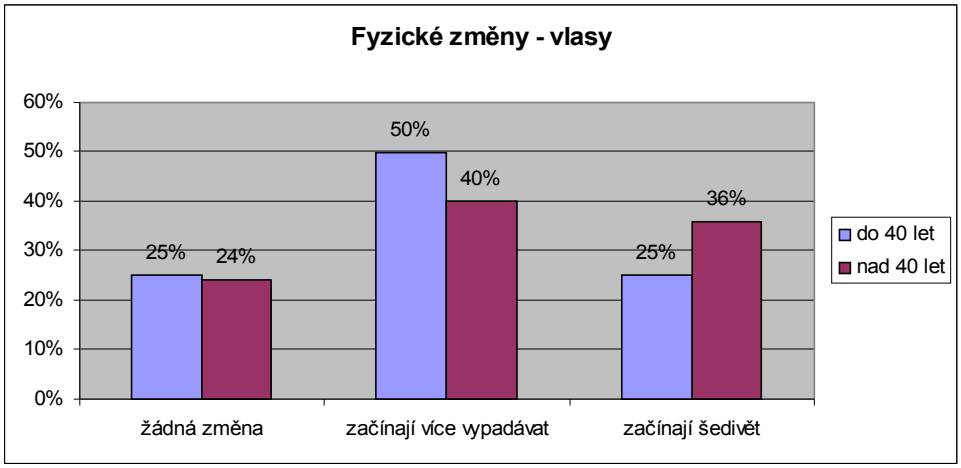
Graf 8 - vyhodnocení otázky č.7

Z tohoto grafu vyplývá, že většina dotazovaných mužů (50%) označila možnost B - endomorf. Tato odpověď koresponduje s výsledky BMI indexu, který jsem u všech respondentů počítala. 56% respondentů totiž trpí nadváhou a jak vyplývá těchto výsledků, tak si toho jsou vědomi, přesto většina respondentů nikdy nedržela dietu (64%) a ani nedodržuje zásady zdravé výživy (68%).

8. otázka – **Všiml jste si na sobě po 40. roce života nějakých fyzických změn?**

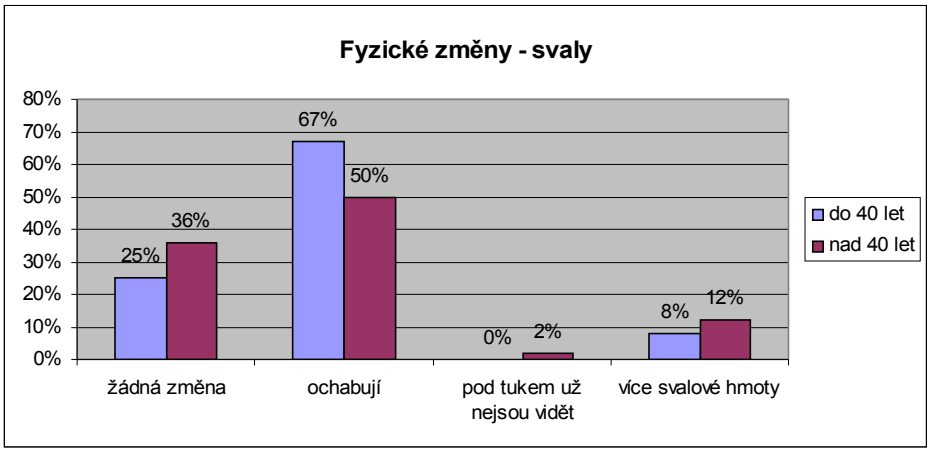
V rámci této otázky jsem respondenty rozdělila do dvou kategorií podle věku, na muže od 35 do 40 let a na muže od 41 do 50 let. U první kategorie jsem zjišťovala, jaký je názor dotazovaných respondentů na fyzické změny, které u mužů po 40. roce života nastávají. Ptala jsem se, k jakým změnám podle jejich názoru dochází u vlasů, svalů a sexuální

výkonnosti. První kategorie zahrnuje 24 respondentů. U druhé kategorie, která zahrnuje 42 respondentů, jsem zjišťovala, jaké fyzické změny u nich nastaly po 40. roce života. Opět jsem se ptala na vlasy, svaly a sexuální výkonnost. Z následujících grafů (viz Graf 9, 10, 11) vyplývá, že názory mužů na fyzické změny po 40. roce života jsou podobné. Nejvíce mužů do 40 let je toho názoru, že vlasy po 40. roce života více vypadávají (50%), 25% respondentů si myslí, že nenastává žádná změna, stejný počet respondentů si myslí, že více šediví. Tyto názory vlastně potvrzují odpovědi mužů nad 40 let, kdy nejvíce respondentů odpovědělo, že jim vlasy více vypadávají (40%), 24% respondentů nepozorují žádné změny a 36% respondentů odpovědělo, že jim vlasy více šediví.



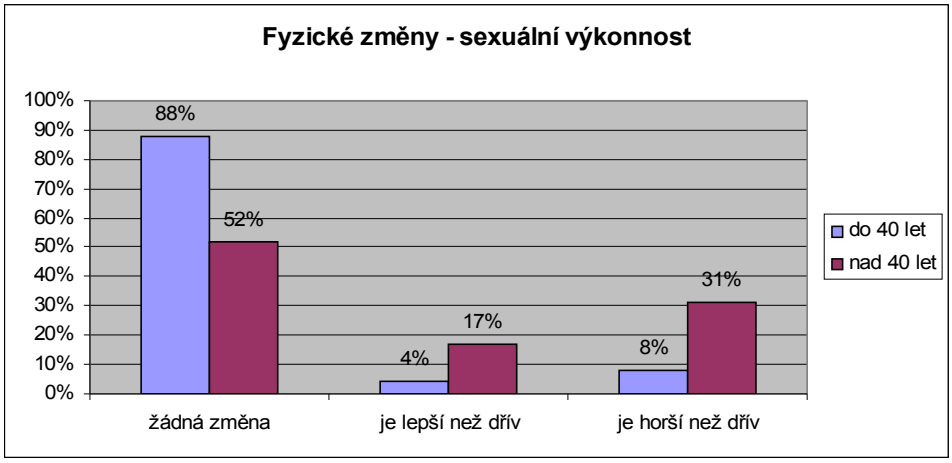
Graf 9 - vyhodnocení otázky č. 8

Podobné výsledky vyplynuly i z hodnocení svalů. V kategorii mužů do 40 let si nejvíce respondentů myslí, že svaly po 40. roce života u mužů ochabují (67%), 25% respondentů si myslí, že nenastávají žádné změny a jen 8% respondentů si myslí, že muži po 40. roce mají více svalové hmoty než v mladším věku. Odpovědi mužů druhé kategorie jsou opět podobné. Nejvíce respondentů (50%) odpovědělo, že jejich svaly ochabují, u 36% respondentů nenastaly žádné změny, co se týče jejich svalové hmoty, a 12% dotazovaných mužů má více svalové hmoty než v mladším věku.



Graf 10 - vyhodnocení otázky č.8

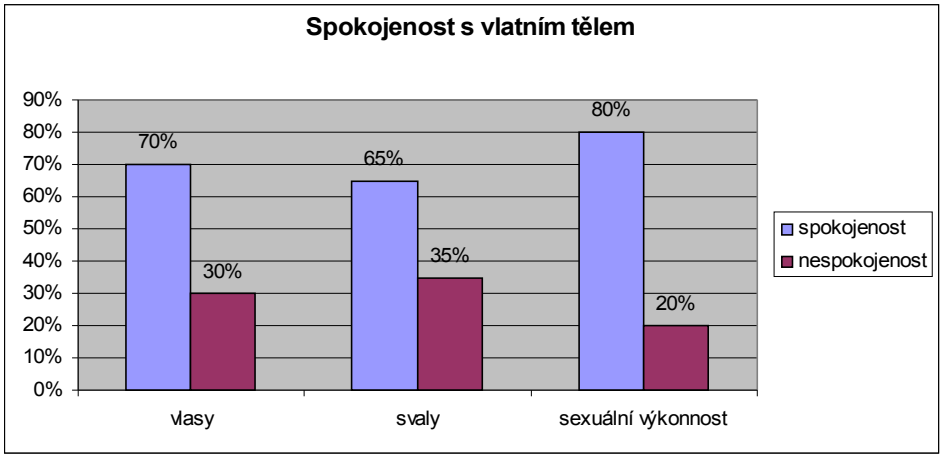
Při hodnocení změn v sexuální výkonnosti si 88% mužů do 40 let myslí, že po 40. roce života nenastávají žádné změny. Tedy většina. 4% respondentů odpovědělo, že podle jejich názoru je lepší než dřív a 8% si myslí, že je horší než dřív. U mužů po 40. roce sice také většina respondentů odpověděla, že u nich nenastaly žádné změny (52%), ovšem také celkem velké procento respondentů odpovědělo, že je jejich sexuální výkonnost horší než dřív (31%). 17% respondentů svou sexuální výkonnost hodnotí jako lepší než dřív.



Graf 11 - vyhodnocení otázky č.8

9. otázka – **V následující otázce zatrhněte, jak jste spokojený se svými: vlasy, svaly a sexuální výkonností.**

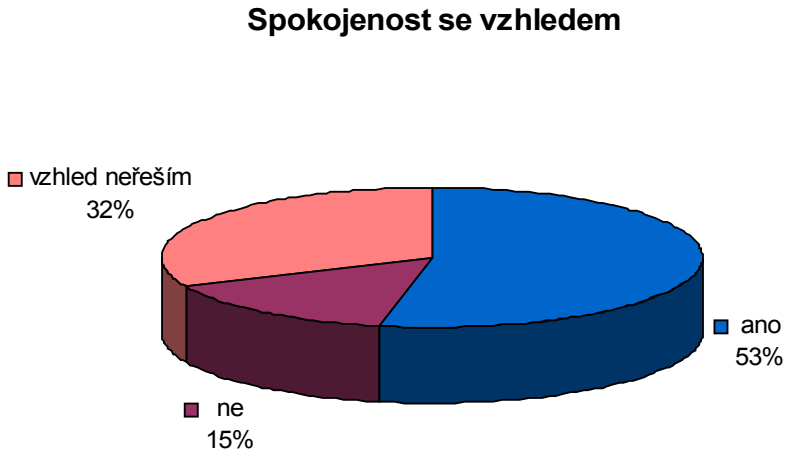
Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jak muži hodnotí své tělo, a to zejména své vlasy, svaly a sexuální výkonnost. S vlasy je spokojeno 70% respondentů, ve většině případů je hlavním důvodem jejich spokojenosti to, že ještě nějaké vlasy mají, že jsou husté, že po ostříhání jim zase zpět narostou. 30% respondentů ovšem nebylo se svými vlasy spokojeno, nejčastějšími důvody nespokojenosti jsou větší vypadávání vlasů, že více šediví a nebo že už žádné nemají. Se svaly je spokojeno 65% respondentů. Většina udávala jako hlavní důvod spokojenosti to, že svaly mají. Respondenti, kteří nebyli spokojeni se svou svalovou hmotou (35%) udávalo jako hlavní důvod jejich nespokojenosti ochabování svalstva. Se sexuální výkonností jsou respondenti z 80% spokojeni, jen 20% není spokojeno. Z následujícího grafu vyplývá, že většina dotazovaných respondentů je se svým tělem spokojená.



Graf 12 - vyhodnocení otázky č.9

10. otázka – **Jste spokojený se svým vzhledem?**

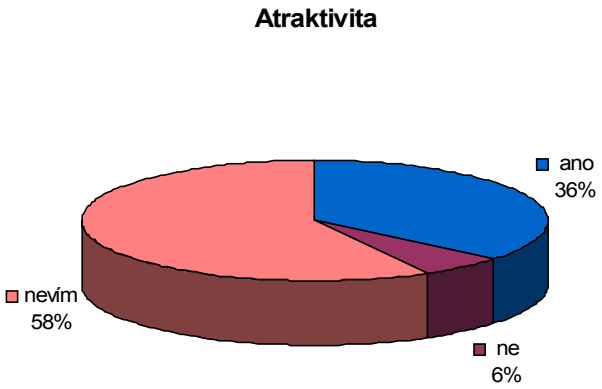
Touto otázkou jsem zjišťovala, jak respondenti hodnotí svůj celkový vzhled. Ze získaných dat vyplynulo, že většina oslovených respondentů je se svým vzhledem spokojená. 35 respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně, což je 53%. Respondentů, kteří jsou nespokojeni se svým vzhledem je 15%, a 32% respondentů svůj vzhled vůbec neřeší.



Graf 13 - vyhodnocení otázky č.10

11. otázka – **Myslíte si, že jste pro opačné pohlaví atraktivní?**

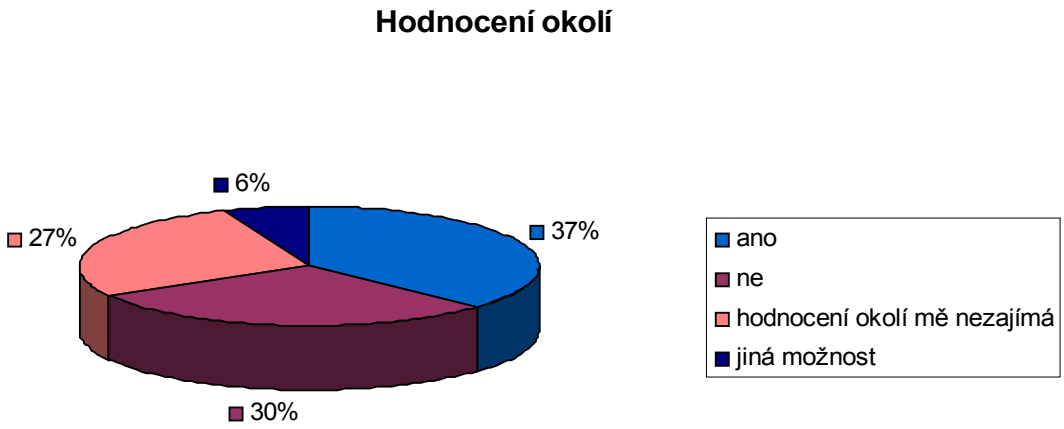
U této otázky odpovědělo 38 respondentů, což je 58%, možností „nevím“. Kladnou odpověď uvedlo 24 respondentů, což je 38% a záporně odpověděli pouze 4 respondenti, tzn. 6%.



Graf 14 - vyhodnocení otázky č.11

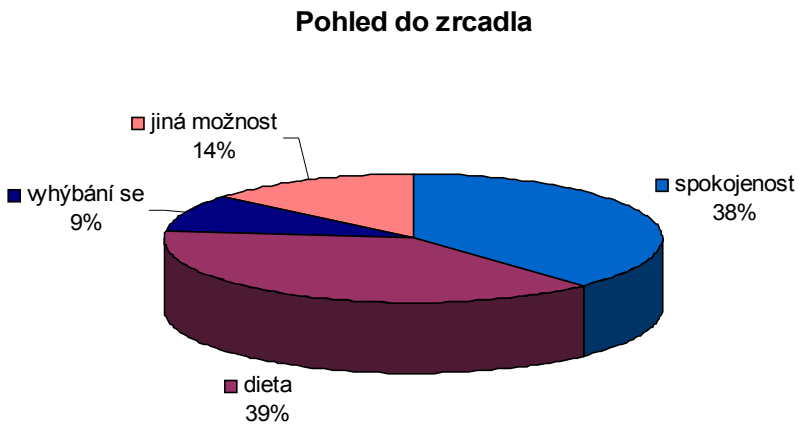
12. otázka – **Je pro Vás důležité, co si o Vašem vzhledu myslí ostatní lidé?**

U této otázky měli respondenti vybrat jednu ze čtyř možností. Odpověď „ano“ zvolilo 24 respondentů, což je 37%, odpověď „ne“ označilo 20 respondentů, což je 30%. Pro 18 respondentů je hodnocení druhých lidí nedůležité, označili možnost „hodnocení druhých lidí mě nezajímá“, je to 27% respondentů. Pouze 4 respondenti napsali jinou možnost, což je 6%. Odpovídali většinou, že jim záleží pouze na hodnocení blízkých lidí.



Graf 15 - vyhodnocení otázky č.12

13. otázka – **Co si pomyslíte při pohledu do zrcadla?**



Graf 16 - vyhodnocení otázky č.13

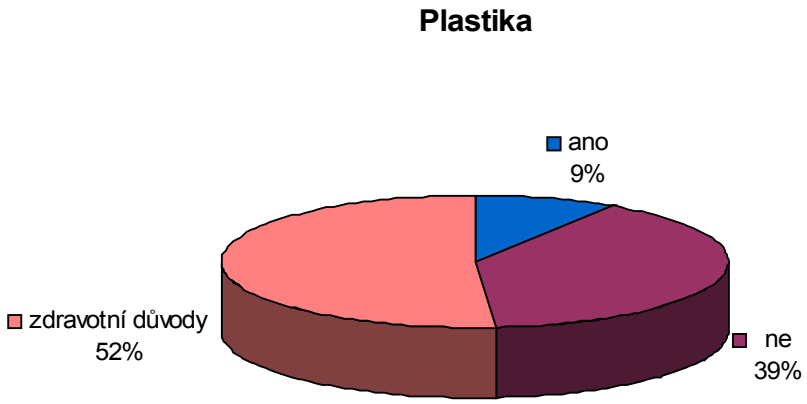
Respondenti měli na výběr opět ze čtyř možností. Možnost „jsem se sebou spokojený, vše je jak má být“ si zvolilo 25 respondentů, což je 38%. Odpověď „měl bych začít držet dietu“ označilo 26 respondentů, což je 39%. Tento výsledek mě celkem překvapil, protože v předchozích otázkách vyplynulo, že většina respondentů je se svým tělem spokojena. Možnost „raději se zrcadlu vyhýbám“ si zvolilo 6 respondentů, což je 9% a jinou možnost napsalo 9 respondentů (14%), kdy nejčastější odpověď byla „ujde to“ nebo „lepší už to nebude“.

14. otázka – **Chtěl byste na svém těle něco změnit?**

Většina respondentů odpověděla na tuto otázku záporně, odpověď „ne“ si vybralo 38 respondentů, což je 58%. Kladně odpovědělo 28 respondentů, což je 42%. Respondenti měli u kladné odpovědí uvádět, co by na sobě změnili. Ve většině případů uvedli, že by měli držet dietu a zmenšit obvod břicha a zhubnout.

15. otázka – **Podstoupil byste někdy plastickou operaci?**

Respondenti měli u této otázky na výběr ze tří možností odpovědi. Jak z následujícího grafu vyplývá, plastickou operaci by podstoupilo 9% respondentů, odpověď „ne“ zvolilo 26 respondentů, což je 39%. 34 respondentů by podstoupilo plastickou operaci pouze ze zdravotních důvodů, což je 52%.



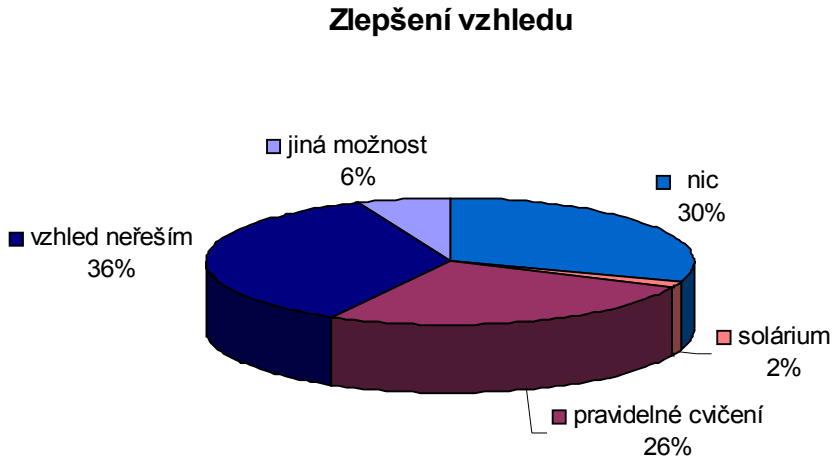
Graf 17 - vyhodnocení otázky č. 15

16. otázka – **Snažíte se oblékat podle módních trendů?**

Respondenti měli u této otázky na výběr ze čtyř možností. Většina respondentů (38, což je 57,5%) označila odpověď „oblékám se podle sebe“. Kladně odpovědělo 19 respondentů, což je 29. Odpověď „ne“ si vybrali 4 respondenti, což je 6%. Zbylých 5 respondentů, což je 7,5%, uvedlo, že neví, jestli se oblékají podle módních trendů.

17. otázka – **Co děláte ke zlepšení svého vzhledu?**

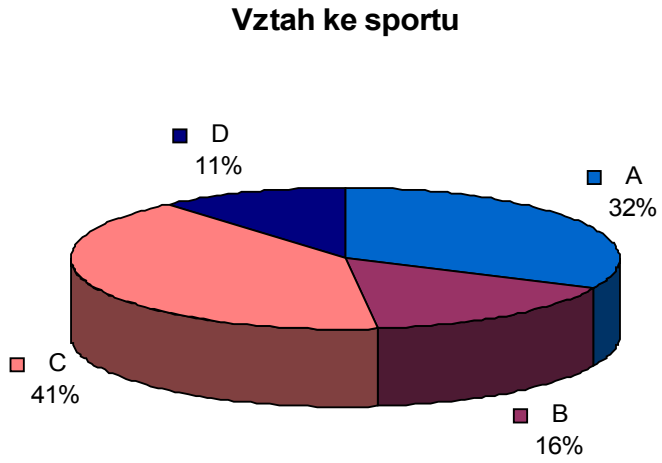
Většina respondentů, což je 36%, uvedla, že svůj vzhled vůbec neřeší. Celkem 20 respondentů je se svým vzhledem natolik spokojeno, že nepotřebují svůj vzhled nijak měnit, odpověď „nic, nepotřebuji na sobě něco měnit“ označilo 30% respondentů. Pravidelné cvičení označilo 17 respondentů, což je 26%. Solárium navštěvuje 1 respondent, což jsou 2% a jinou odpověď uvedli 4 respondenti, což je 6%. Nejčastější jinou odpovědí bylo, že aby si zlepšili svůj vzhled, drží dietu.



Graf 18 - vyhodnocení otázky č.17

18. otázka – **Jaký je Váš vztah ke sportu?**

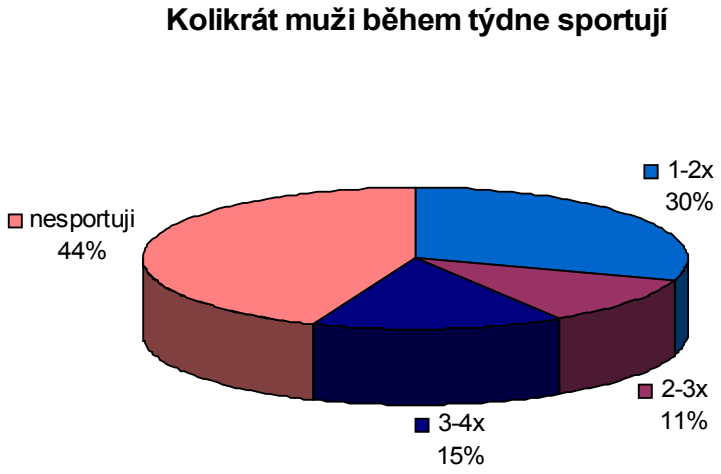
Respondenti měli na výběr ze čtyř možností odpovědí. Možnost A - „aktivní sport je nutná součást života“, označilo 21 respondentů, což je 32%. Možnost B - „sport sleduji pouze v televizi“, zvolilo 11 respondentů, což je 16%. Možnost C – „občas si jdu zaběhat, zaplavat, ale není to pravidelně“, označilo 27 respondentů, což je 41%. Poslední možnost D - „zásadně nesportuji“ si vybralo 7 respondentů, což je 11%. Jak tedy z následujícího grafu vyplývá, je pro dotazované respondenty sport důležitý.



Graf 19 - vyhodnocení otázky č.18

19. otázka – **Kolikrát během týdne aktivně sportujete?**

Většina respondentů, celkem 44%, odpověděla, že během týdne nesportují. 20 respondentů uvedlo, že během týdne cvičí 1-2x, je to 30%. Celkem 10 respondentů uvedlo, že sportují 3-4x, což je 15% a nejméně 11%, což je 7 respondentů, cvičí 2-3x týdně.



Graf 20 - vyhodnocení otázky č.19

6.6 Shrnutí výsledků výzkumu

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jak muži ve středním věku vnímají a hodnotí své tělo, jestli jsou spokojeni se svým vzhledem a jestli by chtěli svůj vzhled nějak změnit. V závěrečné části se pokusím shrnout výsledky výzkumu a zodpovědět výzkumné otázky, které jsem si stanovila v úvodu praktické části.

Ze získaných dat vyplývá, že 14% oslovených respondentů navštěvuje dietologickou poradnu, jako hlavní důvod pro nástup do poradny respondenti uvedli, že to jsou zdravotní důvody, a to z 56%. Zbylých 86% respondentů tedy dietologickou poradnu nenavštěvuje, ale pokud by se pro nástup rozhodli, byly by zdravotní důvody také hlavní důvod, a to z 87%.

Dále z výzkumu vyplynulo, že ačkoli většina oslovených respondentů podle BMI indexu trpí nadváhou, je to 56% respondentů, tak většina z nich nikdy nedržela dietu (64%) a také většina nedodržuje zásady zdravé výživy (68%).

Změny na svém těle po 40. roce života vnímá většina mužů, 40% respondentů uvedlo, že jejich vlasy začínají více vypadávat a svaly více ochabují, to uvedlo 50% respondentů. Naopak v oblasti sexuální výkonnosti většina respondentů, a to 52%, nepozoruje žádné změny. Přestože většina respondentů uvedla, že na sobě pozorují změny, je jejich hodnocení vlastního těla a celkového vzhledu pozitivní, 53% respondentů je spokojeno se svým vzhledem. Což potvrzuje i to, že 58% respondentů uvedlo, že by na svém těle nechtělo nic změnit a plastickou operaci by podstoupili pouze ze zdravotních důvodů, a to 52% respondentů.

Jak z výzkumu dále vyplynulo, tak pro oslovené respondenty není jejich vzhled až ta důležitý, a proto 30% respondentů nedělá pro zlepšení svého vzhledu nic a 36% respondentů svůj vzhled vůbec neřeší.

Z výzkumu také vyplynulo, že pro oslovené respondenty je sport důležitý. 41% respondentů uvedlo, že cvičí nepravidelně a 32% považuje sport za nutnou součást života.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak muži ve středním věku vnímají své vlastní tělo a hlavně, jak jej hodnotí. V teoretické části této práce jsem se snažila popsat změny, které ve středním věku u člověka nastávají, protože střední věk je počátkem stárnutí, jak u mužů, tak i u žen. Zabývala jsem se také tělesným sebepojetím a vývojem ideálu krásy. Většina výzkumů, které byly na toto téma provedeny, se zabývají hodnocením vlastního těla zejména u žen, protože ženy se podle výsledků těchto výzkumů zabývají vlastním tělem mnohem více než muži. V praktické části jsem se proto zaměřila na muže ve středním věku. Svůj výzkum jsem nejprve orientovala na muže, kteří navštěvují dietologickou poradnu, protože mě zajímalo, proč se rozhodli tuto poradnu navštěvovat. Kvůli malé návratnosti jsem byla nucena výzkum rozšířit na všechny muže odpovídajícího věku. Ze získaných výsledků vyplynulo, že většina respondentů, ačkoli trpí nadváhou dietologickou poradnu nenavštěvuje, se svým tělem je spokojena a nesnaží se na svém těle nic změnit. Výsledky výzkumu mi také potvrdily, že většina oslovených mužů svůj vzhled vůbec neřeší nebo to pro ně není důležité.

Podle mého názoru by bylo zajímavé provézt podobný výzkum také u žen a srovnat získané výsledky. Porovnat jak ženy, které také mají nadváhu, hodnotí svůj vzhled, jak hodnotí své tělo a jestli jsou v hodnocení vzhledu mezi muži a ženami nějaké rozdíly.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit.* Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86013-88-0.

FIALOVÁ, L. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1350-0.

FOŘT, P. *Obezitě odzvoněno.* Praha: Euromedia Group, 2001. ISBN 80-7202-903-4.

FOŘT, P. *Mládněte jídlem i po 50*. Brno: Computer Press, a. s., 2008. ISBN 978-80-251-2148-1.

FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla.* Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.

FÜRST, M. *Psychologie.* Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-199-0.

HRDLIČKA, M., KURIC, J., BLATNÝ, M. *Krize středního věku – úskalí a šance.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-168-9.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KASSIN, S. *Psychologie.* Brno: Computer Press, a. s., 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.

KURIC, J. a kol. *Ontogenetická psychologie.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN 14-409-86.

LAUSTER, P. *Sebevědomí: Jak získat sebejistotu a neztratit cit.* Praha: Knižní klub, 1993. ISBN 80-85634-22-8.

MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. *Slovník pedagogické metodologie: Pedagogický výzkum v teorii a praxi.* Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-102-2.

MAŇÁK, J, ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu: Pedagogický výzkum v teorii a praxi.* Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

MERYN, S., METKA, M., KINDEL, G. *Muži a stárnutí: Hormonální revoluce.* Ilja Zlámal, 2004. ISBN 80-903396-0-3.

MUSIL, J. *Vývojová psychologie I*. Zlín: UTB, 2006.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti.* Praha: Akamedia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. ISBN 14-636-77.

ROSENFELD, I. *Žijte nyní, stárněte později.* Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-761-8.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 11-059-90.

ŘÍČAN, P. *Psychologie. Příručka pro studenty.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2.

ŠIPR, K. *Jak zdravě stárnout.* Rosice u Brna: Gloria Rosice, 1997. ISBN 80-901834-1-7.

Andropauza – klimakterium mužů. In Vademekum – zdraví [on-line]. 2009.

URL: < *http://vademecum-zdravi.cz/andropauza-–-klimakterium-muzu/*>.

THOMPSON, K. Vnímání těla, kulturistika a kulturní ideál svalnatosti. In Bodybuilding [on-line]. 2000.
URL:<*http://www.bodybuilding.cz/thompson/vnimani_tela_kulturistika_a_kulturni_ideal_svalnatosti.html*>.

STACKEOVÁ, D. Tělové schéma – možnosti ovlivnění pohybovou aktivitou. In Bodybuilding [on-line]. 2000. URL:
<*http://www.bodybuilding.cz/stackeova/telove_schema-moznosti_ovlivneni_pohybovou_aktivitou.htm*>.

STACKEOVÁ, D. Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. In Lirtaps [on-line].
2005.*URL:<http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm*>.

Diabetes mellitus. In Obezita [on-line]. URL: <*http://www.obezita.cz/obezita/rizikove-faktory/diabetes-cukrovka/*>.

KŘÍŽOVÁ, J. Infarkt myokardu. In Ordinace [on-line]. 2008. *URL:*
<*http://www.ordinace.cz/clanek/infarkt-myokardu/*>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Levinsonova vývojová teorie krize středních let……..13

Tabulka 2 – Teorie o příčinách stárnutí……16

Tabulka 3 – BMI index…….44

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – vyhodnocení otázky č.1……..43

Graf 2 - vyhodnocení otázky č.1……...44

Graf 3 – vyhodnocení otázky č.2…….45

Graf 4 – vyhodnocení otázky č.3……..45

Graf 5 – vyhodnocení otázky č.4……..46

Graf 6 - vyhodnocení otázky č.5……...47

Graf 7 - vyhodnocení otázky č.6……...47

Graf 8 - vyhodnocení otázky č.7……...48

Graf 9 - vyhodnocení otázky č.8……...49

Graf 10 - vyhodnocení otázky č.8…….50

Graf 11 - vyhodnocení otázky č.8…….50

Graf 12 - vyhodnocení otázky č.9…….51

Graf 13 - vyhodnocení otázky č.10……...52

Graf 14 - vyhodnocení otázky č.11……...52

Graf 15 - vyhodnocení otázky č.12……...53

Graf 16 - vyhodnocení otázky č.13……...53

Graf 17 - vyhodnocení otázky č. 15……..54

Graf 18 - vyhodnocení otázky č.17……...55

Graf 19 - vyhodnocení otázky č.18……...56

Graf 20 - vyhodnocení otázky č.19……...57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník – Vnímání vlastního těla u mužů ve středním věku

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK – VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA U MUŽŮ VE STŘEDNÍM VĚKU

Dotazník – Vnímání vlastního těla u mužů ve středním věku

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Sanitráková a jsem studentkou 3. ročníku sociální pedagogiky na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně a v rámci své bakalářské práce provádím výzkum prostřednictvím dotazníku na téma Vnímání vlastního těla u mužů ve středním věku. Výzkum je zcela anonymní a výsledky výzkumu budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Pokyny pro vyplnění:

Není – li uvedeno jinak, volte u odpovědí jen jednu možnost. Vaši odpověď zakroužkujte, při vyplňování dotazníku přes e-mail, označte prosím Vaši odpověď **tučně**.

Děkuji za Váš čas

Lucie Sanitráková

1) Doplňte prosím následující údaje:

Věk:

Hmotnost:

Výška:

2) Navštěvoval jste někdy dietologickou poradnu?

a) ano b) ne

3) Z jakých důvodů jste se rozhodl začít navštěvovat dietologickou poradnu? (Odpovězte v případě, že Vaše předchozí odpověď byla ano):

a) Ze zdravotních důvodů
b) Tlak ze strany rodiny
c) Psychické důvody
d) Jiná možnost, prosím uveďte …….

4) Jaké myslíte, že by byly hlavní důvody, pokud byste se rozhodl navštěvovat dietologickou poradnu? (Odpovězte v případě, že Vaše odpověď na 2. otázku byla ne):

a) ze zdravotních důvodů
b) tlak ze strany rodiny
c) psychické důvody
d) jiná možnost, prosím uveďte……..

5) Držel jste někdy nějakou dietu?

a) ano
b) ne, neměl jsem to zapotřebí

c) Nevím

6) Snažíte se dodržovat zásady zdravé výživy?

a) ano, podle mého názoru jím zdravě

b) ne, jím to co mi chutná

7) Jaký jste podle vašeho názoru tělesný typ?

a) mezomorf – široká ramena, velký hrudník, úzké boky, málo tělesného tuku

b) endomorf – široká ramena, široké boky, velký hrudník, větší množství tělesného tuku

c) ektomorf – úzká ramena, úzký pas, úzký hrudník, žádný svalový základ, žádný tělesný tuk

8) Všiml jste si na sobě po 40. roce života nějakých fyzických změn?

Pro muže mladší 40 let – Jaké změny, podle Vašeho názoru, nastávají u mužů po 40. roce života?

- Vlasy
  a) žádná změna
  b) začínají více vypadávat
  c) začínají šedivět
- Svaly
  a) žádná změna
  b) ochabují
  c) pod tukem už nejsou vidět
  d) mám více svalové hmoty než v mladším věku
- Sexuální výkonnost
  a) žádná změna
  b) je lepší než dřív
  c) je horší než dřív

9) V následující otázce zatrhněte, jak jste spokojený se svými:

- Vlasy
  a) jsem spokojený, uveďte proč?.....
  b) nejsem spokojený, uveďte proč?.....
- Svaly
  a) jsem spokojený, uveďte proč?.....
  b) nejsem spokojený, uveďte proč?.....
- Sexuální výkonnost
  a) jsem spokojený
  b) nejsem spokojený

10) Jste spokojený se svým vzhledem?

a) ano

b) ne

c) svůj vzhled neřeším

11) Myslíte si, že jste pro opačné pohlaví atraktivní?

a) ano

b) ne

c) nevím

12) Je pro Vás důležité, co si o Vašem vzhledu myslí ostatní lidé?

a) ano

b) ne

c) hodnocení druhých lidí mě nezajímá

d) jiná možnost, uveďte ……

13) Co si pomyslíte při pohledu do zrcadla?

a) jsem se sebou spokojený, vše je jak má být

b) měl bych začít držet dietu

c) raději se zrcadlu vyhýbám

d) jiná možnost, uveďte …….

14) Chtěl byste na své těle něco změnit?

a) pokud ano tak co …….

b) ne, jsem spokojený

15) Podstoupil byste někdy plastickou operaci?

a) ano

b) pouze ze zdravotních důvodů

c) ne

16) Snažíte se oblékat podle módních trendů?

a) ano

b) oblékám se podle sebe

c) ne

d) nevím

17) Co děláte ke zlepšení svého vzhledu?

a) nic, nepotřebuji na sobě něco měnit

b) chodím do solária

c) pravidelně cvičím

d) svůj vzhled neřeším

e) jiná možnost, uveďte ……..

18) Jaký je Váš vztah ke sportu?

a) aktivní sport je nutná součást života

b) sport sleduji pouze v televizi

c) občas si jdu zaběhat, zaplavat, ale není to pravidelně

d) zásadně nesportuji

19) Kolikrát během týdne aktivně sportujete?

a) 1-2x

b) 2-3x

c) 3-4x

d) nesportuji