

Behaviorální ekonomie jako nástroj pro podporu zdravého životního stylu

Bc. Ilona Olšáková

Diplomová práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Ilona Olšáková
Osobní číslo:	M22211
Studijní program:	N0413A050020 Management ve zdravotnictví
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Behaviorální ekonomie jako nástroj pro podporu zdravého životního stylu

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte literární rešerši definující behaviorální ekonomii a zdravý životní styl.
- Definujte dopady zdravého životního stylu na zdravotní systém.

II. Praktická část

- Realizujte výzkum účinnosti behaviorálně ekonomických intervencí pro podporu zdravého životního stylu.
- Analyzujte a vyhodnoťte získaná data.
- Navrhněte zavedení behaviorálně ekonomické intervence do praxe.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BADDELEY, Michelle. *Behavioural economics: a very short introduction*. New York: Oxford University Press, 2017. ISBN 978-0-19-875499-2.
CORR, Philip J. a PLAGNOL, Anke C. *Behavioral economics: the basics*. Second edition. Basics. London: Routledge, 2023. ISBN 978-1-000-83982-1.
GREEN, Jackie; CROSS, Ruth; WOODALL, James a TONES, Keith. *Health promotion: planning and strategies*. 4th edition. Los Angeles: SAGE, 2019. ISBN 978-1-5264-1947-7.
MERTL, Jan. *Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2022. ISBN 978-80-7676-505-4.
THALER, Richard H. a SUNSTEIN, Cass R. *Nudge: the final edition*. Updated edition. UK: Allen Lane, Penguin Books, 2021. ISBN 978-0-241-55210-0.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Martin Horák, Ph.D.**
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva

Datum zadání diplomové práce: **4. července 2025**
Termín odevzdání diplomové práce: **4. srpna 2025**

L.S.

doc. Ing. Michal Pilík, Ph.D.
děkan

prof. Ing. Boris Popesko, Ph.D.
garant studijního programu

Ve Zlíně dne 10. února 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení diplomové práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji diplomovou 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na diplomové práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- jsem při tvorbě této práce použil(a) nástroj generativního modelu AI [ChatGPT; <https://chatgpt.com/>] za účelem vygenerování obrázků; po použití tohoto nástroje jsem provedl(a) kontrolu obsahu a přebírám za něj plnou zodpovědnost;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na vymezení pojmu behaviorální ekonomie a přibližuje její historický vývoj. Dále zkoumá možnosti využití jejích základních konceptů k podpoře zdravého životního stylu, zejména v oblasti zdravé stravy a fyzické aktivity u osob se sedavým zaměstnáním. Praktická část je založena na dotazníkovém šetření, jehož hlavní cílem bylo zanalyzovat účinnost vybraných behaviorálně-ekonomických intervencí. Na základě výsledků jsou identifikovány nejvhodnější intervence k podpoře zdravého chování, které jsou zároveň přijatelné pro respondenty a mají i praktickou aplikaci v reálném prostředí. Pro nejvhodnější intervenci byl následně vytvořen návrh na její zavedení.

Klíčová slova: behaviorální ekonomie, sedavé zaměstnání, zdravý životní styl, podpora zdraví, nudge teorie, architektura volby, výchozí možnost

ABSTRACT

The thesis focuses on the definition of the concept of behavioral economics and outlines of its historical development. It further examines the possibilities of using its basic concepts to promote a healthy lifestyle, especially in the areas of healthy diet and physical activity among people with sedentary occupations. The practical part is based on a questionnaire survey, the main aim of which was to analyze the effectiveness of selected behavioral-economic interventions. The most appropriate interventions to support healthy behavior are identified based on the results which are both acceptable to respondents and have practical application in a real environment. A proposal for its implementation was then created for the most suitable intervention.

Keywords: behavioral economics, sedentary job, healthy lifestyle, health promotion, nudge theory, choice architecture, default option

Ráda bych poděkovala Ing. Martinu Horákovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	12
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE.....	14
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 ZDRAVÍ.....	16
1.1 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL.....	16
1.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	16
1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU.....	17
1.3.1 Nezdravá výživa.....	17
1.3.2 Nedostatek fyzické aktivity.....	17
1.3.3 Závislost na tabáku.....	18
1.3.4 Závislost na alkoholu a drogách.....	19
1.3.5 Stres.....	19
1.3.6 Rizikové sexuální chování.....	20
1.3.7 Úrazy.....	20
1.4 PREVENCE.....	21
1.5 PODPORA ZDRAVÍ.....	22
2 SEDAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA.....	23
2.1 ZDRAVOTNÍ RIZIKA SEDAVÉHO CHOVÁNÍ.....	23
2.2 SEDAVÉ CHOVÁNÍ A FYZICKÁ AKTIVITA.....	24
2.3 DOPORUČENÍ OHLEDNĚ SEDAVÉHO CHOVÁNÍ.....	25
3 ZDRAVOTNÍ SYSTÉM.....	26
3.1 DĚLENÍ ZDRAVOTNÍCH SYSTÉMŮ.....	26
3.1.1 Centralistický systém s přidělovým způsobem.....	26
3.1.2 Liberalistický systém.....	26
3.1.3 Model povinného zdravotního pojištění.....	27
3.1.4 Model financování z daní prostřednictvím státního rozpočtu.....	27
3.1.5 Model pluralitní, financovaný z různých zdrojů.....	27
3.2 ZDRAVOTNÍ SYSTÉM V ČR.....	28
3.2.1 Financování zdravotního systému.....	29
3.2.2 Zdravotní pojišťovny v ČR.....	29
3.3 VLIV ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU NA ZDRAVOTNÍ SYSTÉM.....	30
4 BEHAVIORÁLNÍ EKONOMIE.....	32
4.1 HISTORIE BEHAVIORÁLNÍ EKONOMIE.....	32
4.2 ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	34
4.3 ZÁKLADNÍ KONCEPTY BEHAVIORÁLNÍ EKONOMIE.....	36
4.3.1 Časové diskontování užitku.....	36
4.3.2 Averze ke ztrátě.....	37

4.3.3	Efekt status quo a síla výchozích možností	38
4.3.4	Sociální normy a jejich vliv na chování	39
4.3.5	Nudge teorie a architektura volby	40
4.4	SHRNUTÍ BEHAVIORÁLNÍ EKONOMIE.....	42
5	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	43
II	PRAKTICKÁ ČÁST	45
6	ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	46
6.1	METODOLOGIE VÝZKUMU	46
6.1.1	Struktura dotazníku	46
6.1.2	Definice respondentů.....	48
6.2	CÍLE VÝZKUMU.....	48
7	ANALÝZA DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	50
7.1	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	50
7.2	ŽIVOTNÍ STYL RESPONDENTŮ	53
7.2.1	Fyzická aktivita	54
7.2.2	Stravovací návyky	56
7.2.3	Motivace respondentů	57
7.3	REAKCE NA BEHAVIORÁLNĚ-EKONOMICKÉ INTERVENCE.....	63
7.4	DISKUZE K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ	67
8	VYUŽITÍ V PRAXI.....	72
9	NÁVRH NA ZAVEDENÍ VÝCHOZÍ VOLBY	73
9.1	CÍL A CÍLOVÁ SKUPINA INTERVENCE	73
9.2	NAVRHOVANÁ INTERVENCE	73
9.3	IMPLEMENTAČNÍ PLÁN.....	74
9.3.1	Podpora vedení	74
9.3.2	Projektový tým	75
9.3.3	Analýza současného stavu.....	75
9.3.4	Definice zdravější volby.....	76
9.3.5	Navržení změny.....	76
9.3.6	Rizika a předpoklady	76
9.3.7	Finanční analýza.....	78
9.3.8	Testování a ladění.....	80
9.3.9	Komunikace se zaměstnanci	80
9.3.10	Vyhodnocení	81
9.3.11	Pravidelné sledování.....	81
9.3.12	Ganttův diagram	82
9.4	METODIKA EVALUACE EFEKTIVITY	82
9.5	DISKUZE K NÁVRHU ZAVEDENÍ INTERVENCE	83
	ZÁVĚR.....	85
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87

SEZNAM OBRÁZKŮ	94
SEZNAM TABULEK.....	95
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	96
SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

Zdraví patří mezi nejdůležitější hodnoty v životě člověka a tvoří základní předpoklad pro kvalitní a plnohodnotný život. V současné společnosti, kdy čas plyne rychle a na zdravý životní styl se zapomíná, se zvyšuje výskyt civilizačních onemocnění. Nejvyšší procento podílu na nich má právě špatný životní styl. Charakterizovány bývají nezdravou stravou a nedostatkem fyzické aktivity. Tyto problém se výrazně dotýkají jedinců se sedavým zaměstnáním. Ti čelí vyššímu riziku vzniku zdravotnických komplikací souvisejících s dlouhodobou neaktivitou.

Existuje řada přístupů ke změně chování a většina z nich spoléhá na informovanost a edukaci jedince, ta však v dnešní době není moc rozšířená. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká a strategie Zdraví 30 ji plánuje zvýšit. Jednoduché učení o zdravém stylu života není vždy tou nejlepší variantou, proto využití konceptů behaviorální ekonomie narůstají na významu. Toto odvětví ekonomie zkoumá, jak se lidé rozhodují v různých situacích, velmi často iracionálně, pod vlivem kognitivních zkreslení a různých podnětů.

Inspirací pro diplomovou práci se stala studie Cadaria a Chandona (2020) uvádějící, že behaviorální šťouchnutí ve spojení se zdravou stravou má větší dopad než afektivní a kognitivní šťouchnutí. Rešerší studie Laioua (2021) naopak neprokázala jednoznačnou účinnost behaviorálně-ekonomických intervencí. Autoři této rešeršní studie kladou důraz na nutnost dalších výzkumů k optimalizaci jejich forem a okolností aplikace, aby výsledek mohl být co nejúčinnější.

Tato diplomová práce slouží k ozřejnění výsledků předešlých studií a k otestování různých typů behaviorálně-ekonomických intervencí k podpoře zdravého životního stylu. Stanovením fungujících konceptů je dále možné pokračovat v podpoře zdravého chování nejen u jedinců se sedavým zaměstnáním, ale i u ostatních. Výzkum funkčnosti jednotlivých principů proběhl pomocí dotazníkového šetření, které pro respondenty bylo zcela dobrovolné. Jediným a zásadním kritériem respondenta bylo, aby minimálně půlku běžné pracovní doby, tedy 4 hodiny, proseděl.

Data získaná skrze dotazník vytvořila přehled o návycích a postojích ke zdravému životnímu stylu, o různých formách motivace, které na respondenty fungují, a o účinnosti konceptů behaviorální ekonomie. Otázkou je, zda se potvrdí, že behaviorálně-ekonomické intervence mají význam v podpoře zdravého životního stylu. A zda je možné jeden typ intervence aplikovat na všechny nebo je potřeba jej přizpůsobit prostředí.

Výsledky výzkumu by mohly podpořit nebo vyvrátit tvrzení Laioua (2021) v rešeršní studii a nasměrovat aplikaci prvků behaviorální ekonomii správným směrem. Některé otázky z dotazníkového šetření lze využít k rozpoznání preferencí ohledně různých typů motivace a intervencí na pracovištích.

Ze získaných dat byla také vybrána potencionálně nejvíce efektivní behaviorálně ekonomická intervence, která následně byla zpracována do návrhu na její zavedení do praxe.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je prozkoumat možnosti behaviorálně-ekonomických principů k podpoře zdravého životního stylu, především v oblasti stravování a fyzické aktivity u osob se sedavým zaměstnáním.

Dílčím cílem je vymezit základní koncepty behaviorální ekonomie, jejich vývoj a praktické využití v oblasti zdravotnictví. Následně zjistit vztah mezi životním stylem a zdravotním stavem současně i s dopady na zdravotní systém.

Praktická část má za cíl navrhnout a realizovat výzkum pomocí dotazníkového šetření, který bude zkoumat životní návyky respondentů, jejich postoje k behaviorálně-ekonomickým intervencím a druhy motivace ke změně návyků. Dále potom vyhodnotit nasbíraná data, stanovit účinnost daných intervencí z pohledu respondentů a vytvořit návrh na zavedení nejvhodnější intervence.

K přiblížení tématu behaviorální ekonomie, podpory zdravého životního stylu, veřejného zdraví a zdravotní politiky poslouží literární rešerše z českých i zahraničních zdrojů. Praktická část proběhla pomocí kvantitativního výzkumu formou strukturovaného dotazníkového šetření, který byl distribuovaný online mezi osoby se sedavým zaměstnáním. Získaná data budou následně využita k návrhu na zavedení intervence do praxe.

K vyhodnocení nasbíraných dat poslouží deskriptivní a částečně explorační analýza dat zahrnující výpočty průměru, modus a medián, vizualizace pomocí tabulek a grafů a frekvenční rozbory. Výsledky dotazníkového šetření byly porovnány s poznatky z odborné literatury a byly stanoveny intervence, které mají největší dopad na chování jednotlivců.

Po určení nejefektivnější intervence podle respondentů bude následně sestaven návrh na zavedení této konkrétní intervence do praxe. Předpokládá se, že každý respondent bude reagovat jinak, proto by před jakýmkoliv zavedením měla proběhnout analýza výchozího stavu a preferencí, aby intervence dosáhly, co nejvyšší užitečnosti.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ

Zdraví jako jedno z lidských práv je ukotveno v Ústavě České republiky. Samotná definice zdraví je složitá a těžko měřitelná, proto se úroveň zdraví obyvatelstva udává v nemocnosti a úmrtnosti populace. (Hamplová, 2019)

Nejvíce používaná definice zdraví se nachází v preambuli Ústavy Světové zdravotnické organizace a zní: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Hamplová, 2019)

1.1 Zdravý životní styl

Světová zdravotnická organizace uvádí tři definice zdravého životního stylu. První definice se týká minimalizace rizik vážného onemocnění nebo dřívějšího úmrtí. Především lze pak přecházet úmrtí na ischemické choroby srdeční nebo rakovinu plic. Druhá definice ukazuje, že je důležitou součástí zdravého životního stylu i psychická, mentální a sociální pohoda. A třetí charakteristika podporuje myšlenku přenosu zdravého životního stylu na členy rodiny a celkové prostředí domácnosti. V takové domácnosti si budou členové rodiny užívat života v přítomnosti, a i do budoucna. (WHO a Regional Office for Europe, 1999)

Hamplová (2019) zase popisuje zdravý životní styl jako pravidelný denní režim, při kterém je dodržována zdravá životospráva. Jedná se o dostatek kvalitního spánku, pravidelnou a zdravou stravu, dostatek pohybu, základní hygienu, psychickou pohodu, vyhýbání se návykovým látkám a prevenci infekčních chorob a úrazů.

1.2 Determinanty zdraví

Osobní, sociální, ekonomické aspekty a životní prostředí jsou faktory působící na zdraví populace. Základními determinanty zdraví jsou individuální chování, životní prostředí, socioekonomické faktory, zdravotní péče a genetika. (Data o zdraví, 2023)

Determinanty zdraví určují, na co by se měla zaměřit zdravotní politika i jednotlivci, aby došlo ke zlepšení zdravotního stavu populace a ke snížení výskytu nemocí. Pokud jsou tyto determinanty zdraví na špatné úrovni, dostaví se vyšší nároky na zdravotní péči a častěji se objeví složitější stádia onemocnění. Způsobem alespoň malého snížení finanční zátěže zdravotního systému je investice do oblasti prevence a zdravého životního stylu. Tento přístup může vést k redukci incidence onemocnění, k jejich včasnému zachytu nebo i k jejich eliminaci, čímž se snižuje nutnost kurativní péče. (Mertl, 2022)

Determinant zdraví nejvíce zastoupený v České republice je s 35 % individuální chování. Jde o vlastní postoj ke zdraví a pozitivní chování jedince může eliminovat mnoho druhů onemocnění. Další je faktor genetiky a biologie, který zastává 26 %. Zdraví se odvíjí od pohlaví, věku i od genetických predispozic, které je následně možné brát v úvahu při prevenci. Vzdělání, ekonomický příjem, vztahy s rodinou a přáteli, kultura, víra a další socioekonomické faktory působí na zdraví z 22 %. Kvalita, dostupnost a rozvoj zdravotní péče ovlivňuje zdraví z 10 % a 7 % zastává životní prostředí. (Data o zdraví, 2023)

1.3 Rizikové faktory životního stylu

Na zdraví má více než z jedné třetiny vliv chování jednotlivců populace. Proto by se mělo cílit na osvětu rizikových faktorů, který každý jedinec může ovlivnit. Mezi rizikové zdravotní návyky se řadí nezdravá strava, nedostatek fyzické aktivity, kouření a požívání návykových látek. (Hamplová, 2019)

1.3.1 Nezdravá výživa

Nezdravou stravou vznikají neinfekční onemocnění různých druhů. Ateroskleróza, hypertenze, kardiovaskulární nemoci a některé druhy rakoviny spadají pod nejzávažnějších onemocnění vznikající nezdravou stravou. (Hamplová, 2019)

V důsledku nezdravé výživy mohou nastat dva stavy. První z nich vzniká následkem záměrného nízkého příjmu kalorií a je označován jako mentální anorexie nebo mentální bulimie. Ve druhém a častější případě jde o nadbytečný příjem kalorií, který směřuje k obezitě. Ta má za následek vyšší riziko kardiovaskulárních a pohybových onemocněních, diabetu mellitu 2. typu a osteoporózy, zejména u žen. Jako prevence nadváhy a obezity je základem edukace o příjmu vyvážené stravy, dostatek neslazených tekutin a pohybu. (Hamplová, 2019)

Zdravá strava nejen minimalizuje rizika genetických predispozic a hraje roli v prevenci civilizačních onemocnění, ale také přispívá ke správnému fungování organismu a celkové psychické i fyzické pohodě. Každý jedinec by se proto měl zaměřit na zdravou výživu.

1.3.2 Nedostatek fyzické aktivity

Veškerý pohyb ve volném čase, při přesunu z místa na místo, v práci nebo při domácích činnostech se dá označit jako fyzická aktivita. V případě střední a vysoké intenzity jde o fyzickou aktivitu zlepšující zdraví. Oblíbenými aktivitami jsou chůze, jízda na kole, sport

a aktivní odpočinek. Úroveň dovedností zároveň neovlivňuje pozitivní dopad fyzické aktivity na zdraví. (WHO, 2024a)

Dle doporučení by se dospělí ve věku 18–64 let měli týdně věnovat 150–300 minut středně intenzivní aktivitě nebo 75–150 minut aktivitě vysoké intenzity, aby dosáhli významných zdravotních přínosů. Součástí doporučení je také zařazení pohybových aktivit na posílení hlavních svalových skupin alespoň dvakrát týdně. Vhodné je rovněž omezit nadměrné sezení či ležení a nahradit tuto pasivitu alespoň lehkou fyzickou aktivitou. (WHO, 2020a)

Až 80 % dospívajících a 31 % dospělých nesplňuje doporučenou úroveň fyzické aktivity, ačkoliv fyzická aktivita přispívá k prevenci nepřenositelných onemocnění, snižuje příznaky deprese a úzkosti, zlepšuje zdraví mozku a celkovou pohodu u dospělých. U dětí a dospívajících má dále vliv na zdravý růst, vývoj svalů a kostí, zlepšování motoriky a kognitivní vývoj. Nemoci vázané na nízkou fyzickou aktivitu vedou k vyšším nákladům veřejných zdravotnických systémů. Odhad mezi lety 2020 až 2030 je 300 miliard USD. (WHO, 2024a)

1.3.3 Závislost na tabáku

Počet uživatelů tabáku během let klesá. V roce 2000 bylo celkem 1,37 miliard uživatelů tabáku věku 15 let a víc. V roce 2020 se snížil počet na 1,30 miliard a v roce 2025 se počítá s číslem 1,27 miliard uživatelů tabáku. Uživatelé tabáku tvoří převážně muži. V roce 2000 užívala tabák každá čtvrtá žena a v roce 2025 by se mělo jednat o každou šestou ženu. (WHO, 2021)

Tabák zabije ročně přes 8 milionů lidí a z toho je zhruba 1,3 milionu nekuřáků, kteří jsou vystaveni pasivnímu kouření. Předpokládá se, že počet úmrtí způsobených užíváním tabáku bude stále narůstat, a to i přes klesající počet jeho aktivních uživatelů. (WHO, 2021)

Přibližně polovinu úmrtí v následku kouření tvoří kardiovaskulární onemocnění, zejména koronární příhody, 30 % zastávají nádorová onemocnění, především karcinom plic. Za úmrtí na chronické obstrukční nemoci plic je ve většině případů zodpovědné také kouření a jeho praktikování zvyšuje riziko 5–8krát. Kouření také zkracuje délku života, u mužů přibližně o 7 let a u žen o 5 let. Kouření během těhotenství, kdy žena kouří 5 a více cigaret denně, vede k nižší porodní hmotnosti dítěte, objevit se může symetrická růstová retardace, hyponutrice a malformace plodu. (Hamplová, 2019)

1.3.4 Závinnost na alkoholu a drogách

Celosvětově je za 3,2 milionů úmrtí ročně zodpovědná konzumace alkoholu a psychoaktivních drog. Jde o příčinu smrti hlavně mezi muži. V roce 2010 průměrně připadlo na osobu 5,7 litru zkonsumovaného alkoholu za rok. V roce 2019 se hodnota snížila na 5,5 litru alkoholu. Psychoaktivní drogu v roce 2021 užilo 296 milionů lidí věku staršího než 14 let. Ve většině případů se prolíná požití alkoholu, drog a tabáku. (WHO, 2024b)

Průměrná spotřeba alkoholu na obyvatele v České republice kolísá okolo 10 litrů za rok. Podle ČSÚ (2024a) to bylo v roce 2023 9,4 litrů alkoholu na obyvatele. Tímto průměrem se Česká republika řadí mezi státy s největší spotřebou alkoholu na osobu.

Při pravidelné denní konzumaci alkoholu v minimální dávce 18 g čistého alkoholu u žen a 20 g čistého alkoholu u mužů může vzniknout závislost. Nadměrná konzumace alkoholu má dlouhodobý vliv na zdraví, kdy dochází k cirhóze jater, karcinomům trávicí soustavy, hypertenzi, poruchách nervového a reprodukčního systému. Dále má i psychický dopad na jedince, který může trpět depresi, panickou úzkostnou poruchou nebo třeba obsesí. Vliv alkoholu se, ale také projevuje na sociálních aspektech. Jedinec často vykazuje známky agresivního chování, kriminální činnosti, v jeho přítomnosti může docházet k rodinným konfliktům a týrání. Dále velice často tyto lidé ztrácí svoje zaměstnání, způsobují dopravní nehody nebo trpí sebevražednými sklony. (Hamplová, 2019)

Zdravotní rizika při užívání drog jsou široká. Při inhalaci dochází k častým infekcím a zánětům dýchacích cest, poruchám obranyschopnosti plic a zapříčiňují nádory různých orgánových soustav. Injekční užívání drog vede k otravám, infekcím, vzniku hnisavých ložisek v místě vpichu, zánětům cév, a dokonce může dojít až k nekróze. Sociální aspekty užívání drog jsou totožné s těmi v závislosti na alkoholu. (Hamplová, 2019)

1.3.5 Stres

Stres je reakce organismu na nepříznivé vlivy zevního i vnitřního prostředí. Pojem stres je využívám v momentě, kdy zatížení organismu je tak vysoké, že ho organismus nemůže zvládnout. Dnešní doba je známá vysokými nároky na jednotlivce, a to vede k většímu podílu stresu v populaci. (Hamplová, 2019)

Nadměrný stres má návaznost i na celkový zdravotní stav. Mohou se prohloubit chronická onemocnění, vzniknout nová psychosomatická onemocnění jako například

vředová choroba žaludku a duodena, hypertenze, chronické bolesti a únava, kožní problémy, nespavost nebo třeba nechutenství. (Hamplová, 2019)

Existuje spousta způsobů, jak působící stres na organismus redukovat. Jednou z možností je naučit se stresem pracovat. Světová zdravotnická organizace vydala průvodce s názvem *Doing What Matters in Times of Stress*, který napomáhá se naučit tzv. stres management. Dalšími možnostmi snížení stresu jsou dodržování denní rutiny, dostatek spánku, komunikace s blízkými, zdravá strava, cvičení a třeba i zkrácení času sledování zpráv. (WHO, 2023)

1.3.6 Rizikové sexuální chování

Světová zdravotnická organizace definuje sexuální zdraví jako „*Stav fyzické, emocionální, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není to pouze nepřítomnost nemoci, dysfunkce nebo vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a respektující přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost mít příjemné a bezpečné sexuální zážitky, bez nátlaku, diskriminace a násilí. Aby bylo dosaženo a zachováno sexuální zdraví, musí být sexuální práva všech osob respektována, chráněna a naplňována.*“ (WHO, n.d.)

Rizikové sexuální chování se popisuje jako celek behaviorálních projevů spojených se sexuální aktivitou, která následně zvyšuje zdravotní a sociální rizika. Patří jsem například nechráněný pohlavní styl s neznámou osobou, promiskuitní chování, prostituční chování, předčasný začátek pohlavního života a prezentování intimních fotografií či videí. Následkem rizikového sexuálního chování jsou různé zdravotní poruchy reprodukčního zdraví. Objevuje se neplodnost, různé patologie těhotenství, pohlavně přenosné choroby a další infekce. (Hamplová, 2019)

1.3.7 Úrazy

Ročně si zranění spojená s násilím vezmou životy 3,16 milionům lidí a neúmyslná zranění 1,25 milionům lidí, to dohromady představuje přibližně 8 % všech úmrtí. Celkem je to tedy zhruba 4,4 milionů lidí, kteří zemřou důsledkem úrazu. U populace ve věku 5–29 let jsou tři z pěti příčin úmrtí spojeny se zraněním během silničního provozu, vraždami nebo sebevraždami. U dětí ve věku 5–14 let je nejčastější příčinou úmrtí utonutí. Úrazy nezpůsobují pouze úmrtí, ale i další krátkodobé nebo dlouhodobé zdravotní komplikace, které zatěžují zdravotní systém. (WHO, 2024c)

1.4 Prevence

Prevence (z latinského slova *praeventus* = zákrok předem) obecně znamená předcházení nějakým vlivům, především těm škodlivým. Nejvíce se pojem využívá ve vztahu ke zdraví, kde pomocí prevence předchází jednotlivec nebo populace vzniku nemocí, vad, zranění a jejich následků. Prevence má za úkol udržovat stav zdraví, posilovat a rozvíjet ho. Prevence se často využívá i v souladu s rizikovým chováním. Toto rizikové chování ovlivňuje nepřímo také zdravotní stav populace, proto by se mělo mířit na prevenci a osvětu ve všech možných oblastech. (Kapr, 2017)

Prevence se dělí na tři typy. První typ je primární prevence, kde se míří na podporu zdraví a předcházení nemocí. Důležitou roli hraje praktický lékař, který směřuje své svěřence ke zdravému životnímu stylu a eliminuje rizikové faktory kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Těmi jsou kouření, požívání alkoholu a dalších návykových látek, nedostatek fyzické aktivity a nezdravá strava. Mezi primární prevenci se řadí i očkování proti infekčním onemocněním. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, ÚZIS ČRa)

Dalším typem je sekundární prevence, kdy jde o včasný záchyt onemocnění a o jeho ovlivňování. Včasná diagnostika má velký dopad na kvalitu života a dožití. Jde hlavně o nádorová onemocnění. Existují proto screeningové programy (například: rakoviny prsu, děložního čípku, tlustého střeva a konečníku), které mají odhalit začátek onemocnění, aby následně mohlo dojít k neodkladné péči. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, ÚZIS ČRb)

Terciální prevence probíhá po proběhlém onemocnění a hlavním úkolem je zamezení postupu onemocnění, ztráty soběstačnosti, vzniku postižení. Patří sem například rehabilitace, udržení kvality života a začlenění pacienta zpět do běžného života. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, ÚZIS ČRc)

Kapr (2017) zmiňuje pouze 3 typy prevence, zatímco jiné zdroje uvádí další typ prevence, a to kvartérní prevenci. Jedná se o zmírnění dopadů zbytečného vyšetřování a nadměrného léčení, které může mít negativní dopad na bezpečí pacienta a zbytečně čerpat zdroje na léčbu potřebných pacientů. Nejdůležitější roli v kvartérní prevenci hraje praktický lékař. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, ÚZIS ČRd)

1.5 Podpora zdraví

Záměry podpory zdraví a prevence se značně překrývají. Nejzásadnější rozdíl je, kde jednotlivé programy probíhají. Prevence je soustředěná nejvíce do zdravotnického sektoru a podpora zdraví probíhá mezi různými odvětvími. (WHO, 2017)

Podpora zdraví je proces aktivního zlepšování kvality života zaměřený na posilování faktorů vedoucích k celkovému zdraví a pohodě. Zahrnuje aktivity pro širokou společnost a skupiny s vyšším rizikem negativních zdravotních následků. Podpora zdraví se nejčastěji zaměřuje na rizikové chování (viz kapitola 1.3) a pomocí intervencí se snaží rizikové faktory eliminovat. (WHO, 2017)

Plánování intervencí na podporu zdraví vyžaduje pochopení aktuálního zdravotního stavu obyvatelstva a faktorů, které jej ovlivňují. Pro ucelenější pochopení zdraví, včetně psychické pohody, je za potřebí více pohledů, včetně toho laického. (Green et al., 2019)

Zdraví je komplexní a multidimenzionální koncept zahrnující i sociální, psychické a enviromentální determinanty. Účinné strategie podpory zdraví proto vyžadují zapojení jednotlivců, komunit i širší společnosti. Klíčová je participace cílové skupiny a uznání místního kontextu, aby došlo ke zvýšení relevance a udržitelnosti zásahů. Důležitým prvkem je mezioborová spolupráce a podpora zdraví založená na důkazech, což umožňuje efektivní plánování, realizování a vyhodnocování intervencí. Strategický přístup pomáhá systematicky zohlednit potřeby populace a vybrat nejvhodnější nástroje a metody pro dosažení pozitivní změny v chování a životních podmínkách. Takový přístup zlepšuje individuální zdraví, snižuje zdravotní nerovnosti a zátěž zdravotnického systému. (Green et al., 2019)

2 SEDAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA

Dlouhé sezení nebo ležení a nízká fyzická aktivita jsou spojeny s neaktivním stylem života, který má obrovské dopady na zdraví jedinců. Rozvoj neaktivního způsobu života nastal během průmyslové revoluce, kdy došlo k urbanizaci lidí do měst, práce se přesouvala do továren a kanceláří a k přesunům se začala využívat motorová vozidla. Dospělo to až do dnešní doby, kde je možné jakoukoliv denní aktivitu provádět vsedě. Při porovnání zemědělců a obyvatel měst došlo k odhalení, že zemědělci prosedí přibližně 3 hodiny denně, zatímco lidé ve městech 10–15 hodin denně. Jejich NEAT (energetické spotřeba během běžných denních aktivit, které nejsou prováděny za účelem spalování kalorií; chůze, úklid, vaření) je až o 1000 kcal za den nižší než u osob v zemědělských skupinách. (Levine, 2014)

Nejpoužívanější definice sedavého chování je navržená síti pro výzkum sedavého chování v roce 2012. „*Sedavé chování je definováno jako jakékoliv bdělé chování charakterizováno výdejem energie menším nebo rovno 1,5 metabolického ekvivalentního úkolu, vsedě nebo vleže.*“ (Tremblay et al., 2017). Příklady sedavého chování jsou sledování televize, hraní videoher, používání počítače, sezení v práci či ve škole nebo sezení při přepravě.

2.1 Zdravotní rizika sedavého chování

Jak tvrdí Levine (2014), zdravotní dopady jsou u sedavého způsobu života vyšší než u kouření. Stejně jako Levine (2014), tak i Park (2020) uvádí stejné zdravotní komplikace, které přináší neaktivní způsob života. Nadměrné sezení ovlivňuje fungování celého organismu. Během sezení dochází k nižší aktivitě lipoproteinové lipázy, svalové glukózy, proteinových transportérů, zhoršuje se také metabolismus sacharidů a tuků. Ovlivněn je také krevní průtok, sympatický nervový systém a hladiny pohlavních hormonů. Všechny tyto změny vedou k obezitě, metabolickým a kardiovaskulárním onemocněním, zvyšuje se riziko rakoviny a psychických problémů.

Přesný popis negativních účinků sedavého chování nejsou stále k dispozici. Existuje však několik hypotéz. Jednou z nich je, že sedavé chování je spojeno s metabolickými dysfunkcemi. Snížená aktivita lipoproteinové lipázy snižuje hladinu lipoproteinů cholesterolu v plazmě a působí na prevalenci hypertenze, diabetické dyslipidémie, metabolického syndromu nebo onemocnění koronárních tepen. Fakt, že aktivita svalové lipoprotein lipázy je silně vázaná na fyzickou neaktivitu, může být důkazem toho, že sedavé chování je rizikovým faktorem pro metabolické poruchy. (Park et al., 2020)

Rizika již zmíněných zdravotních problémů vzniklých sedavým způsobem života se zvyšují s počtem prosezených hodin. Záleží ale také, zde se jedinec věnuje i fyzické či nikoli. Riziko diabetu mellitu a kardiovaskulárních onemocnění se zvyšuje s prodlužující se dobou sezení i přesto, že fyzická aktivita mírně kompenzuje dobu sezení, negativní dopady sedavého chování přetrvávají. Toto tvrzení ukazuje, že riziko diabetu a kardiovaskulárních onemocnění roste s počty prosezených hodin i přes zařazení fyzické aktivity. S nárůstem 10 % prosezeného času došlo také ke zvětšení obvodu pasu o 3,1 cm. Obézní lidé mají celkovou tendenci se méně hýbat, proto by strategie v boji proti obezitě měli obsahovat podporu fyzické aktivity. (Park et al., 2020)

Sedavý způsob života ovlivňuje i hustotu kostí a působí na pohybový aparát. Chronická bolest kolen byla vyšší u osob s delší dobou prosezených hodin. Trpí také i psychické zdraví jedinců. Mentálně pasivní sedavé chování (sledování televize, poslech hudby, mluvení vsedě) je spojeno s riziky deprese na rozdíl od mentálně aktivního sedavého chování (čtení knih, řízení, pletení). Používání počítače spadá do mentálně aktivního sedavého chování, ale výsledky dvou studií se vzájemně vyloučili. Jedna studie spojení používání počítače s depresí odmítá, druhá ji pokazuje. (Park et al., 2020)

Sezení má vliv také na kognitivní funkce. Podle studie *Replacing Sedentary Time With Sleep, Light, or Moderate-to-Vigorous Physical Activity: Effect on Self-Regulation and Executive Functioning* dojde ke zlepšení kognitivních funkcí u starších osob, když je část sedavého času nahrazena spánkem nebo fyzickou aktivitou střední až vysoké intenzity. Fyzická aktivita nízké intenzity nemá prokazatelně žádný významný efekt. (Fanning et al., 2017)

2.2 Sedavé chování a fyzická aktivita

Většina studií tvrdí, že dopad sedavého chování může být kompenzovaný fyzickou aktivitou. Metaanalýzy v časopise *The Lancet* (2016) prokazuje, že lidé, kteří provádějí středně intenzivní cvičení po dobu 60–75 minut denně, nevykazují vyšší riziko úmrtí spojené s dlouhým sezením (více než 8 hodin denně). (Ekelund et al., 2016)

Jiná studie v časopise *Korean Journal of Family Medicine* (2020) potvrzuje, že skupina jedinců s dobou sezení delší než 9 hodin denně a s nízkou fyzickou aktivitou má zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění než skupina s větší fyzickou aktivitou, ale stejným počtem prosezených hodin. (Yena et al., 2020)

Pokud je 30 minut sezení denně vyměněno za aktivitu lehké intenzity, dochází podle studie *Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities (2019)* ke snížení rizik úmrtnosti. U nejméně aktivních účastníků (do 17 minut MVPA/den) došlo ke snížení rizika úmrtnosti o 14 %, u středně aktivních (mezi 17–38 minut MVPA/den) bylo snížení o 6 % rizika úmrtí a u neaktivnějších osob (nad 38 minut MVPA/den) nebyl pozorován žádný dalších přínos. (Rees-Punia et al., 2019)

Nasbíraná data ze studií tvrdí, že zdravotní rizika a vyšší procento úmornosti je přímo úměrné s prosezenými hodinami. Tyto vlivy je možné snížit a kompenzovat skrze fyzickou aktivitu.

2.3 Doporučení ohledně sedavého chování

Doporučení týkající se sedavého chování a fyzické aktivity se v různých zemích liší, ale v zásadě jsou si podobná. Například v USA se doporučuje postupné navyšování fyzické aktivity. Ti, kdo nevykonávají žádnou aktivitu, by měli nahradit část sedavého chování aktivitou lehké intenzity. Jiní, kteří se k sedavému stylu života trochu hýbou, by měli zařadit aktivitu střední až vysoké intenzity apod. Jedinci s velkou fyzickou aktivitou by se zase měli soustředit na odstranění přebytečných hodin strávený vsedě. (Park et al., 2020)

V Austrálii jsou naopak vydaná přesná doporučení pro jednotlivé věkové kategorie. Kdy je například pro dospělé do 65 let doporučení stejné, jak ho představila světová zdravotnická organizace (150–300 minut střední aktivity týdně nebo 75–150 minut intenzivní aktivity týdně). Dospělým nad 65 let je doporučeno zůstat, co nejvíce aktivní. V Koreji je doporučená délka sezení ve volném čase 2 hodiny denně, jinak je doporučeno sezení vyměnit za lehkou fyzickou aktivitu. Starší lidé by měli co nejdéle zůstat aktivní, jak jim to jenom jejich stav umožňuje, stejně jako v Austrálii. (Park et al., 2020)

Doporučení ohledně pohybové aktivity v České republice je odvozeno z rakouských doporučení pro pohybovou aktivitu a ty se velice podobají nejnovějším doporučením světové zdravotnické organizace (viz kapitola 1.3.2).

3 ZDRAVOTNÍ SYSTÉM

Zdravotní systém neboli zdravotnictví, je soubor institucí, organizací, lidí a zdrojů, které slouží k poskytování zdravotní péče obyvatelstvu. Hlavním cíle zdravotnictví je zajistit dostupnou, kvalitní a efektivní zdravotní péče, která vede ke zlepšení celkového zdraví populace. Každá země má svůj specifický zdravotní systém založený na hodnotových, kulturně-politických a socioekonomických faktorech dané společnosti. Základ těchto systémů tvoří různé modely zdravotnictví, které jsou dále přizpůsobeny místním podmínkám a potřebám obyvatelstva. (Ivanová, 2018)

3.1 Dělení zdravotních systémů

Dělení zdravotních systémů probíhá na základě vnímání spravedlnosti a role státu. Pomocí těchto dvou kritérií se dá rozdělit zdravotnictví na dva krajní modely, a to je centralistický systém s přidělovým způsobem a liberalistický systém. Třetím kritériem pro dělení zdravotnictví je potom financování. Podle financování se zdravotnictví dělí na model povinného zdravotního pojištění, model financování z daní prostřednictvím státního rozpočtu a model pluralitní, financovaný z různých zdrojů. (Ivanová, 2018)

3.1.1 Centralistický systém s přidělovým způsobem

V tomto modelu je zcela zásadní role státu. Stát plní funkci poskytovatele zdravotní péče a financování probíhá z daní. Je zde zastoupena velká solidarita. Výhodou tedy je stejná dostupnost zdravotní péče pro všechny. Nevýhody jsou administrativní náročnost, vyloučení autoregulačního mechanismu a delší čekací doby. Odpovědnost jedinců za zdraví v tomto systému klesá. Lékaři spadají pod státní zaměstnance a mají pevně stanovené platové tarify. (Ivanová, 2018)

3.1.2 Liberalistický systém

V liberalistickém systému zasahuje stát minimálně. Financování zdravotnictví probíhá pomocí přímých plateb a dobrovolného pojištění. Mezi výhody patří možnost volného trhu, svobodná volba zdravotnického zařízení a lékaře, kratší čekací doby. Kvalita péče se odvíjí od finančních možnostech jedinců. Dostupnost péče tedy není pro všechny stejná. Odpovědnost za vlastní zdraví je zásadní. Lékaři disponují vysokými individuálními platy. (Ivanová, 2018)

3.1.3 Model povinného zdravotního pojištění

Model povinného zdravotního pojištění, jinak také Bismarckův model nebo sociální model, je založen na principu egalitarianismu. Financování zdravotnictví probíhá prostřednictvím povinného zdravotního pojištění, které platí zaměstnanci i zaměstnavatelé. Povinné pojištění spravují neziskové zdravotní pojišťovny. Poskytovatelé zdravotní péče jsou nezávislé organizace financované z nasmlouvaných pojišťoven, u kterých jsou pacienti evidováni. Úlohou státu je pouze regulace systému. (Ivanová, 2018)

Vysoká dostupnost zdravotní péče pro všechny obyvatele je velkou výhodou. Další výhodou je konkurence mezi pojišťovnami, která vede ke snaze o efektivnější služby, a možnost výběru zdravotnického zařízení. Nevýhodou je nutnost části finančních prostředků povinného zdravotního pojištění na činnost systému (2–4 %). S tím je spojená i velká administrativní zátěž. (Ivanová, 2018)

Tento typ zdravotního pojištění je využíván u nás v ČR a dále v západoevropských a střeoevropských zemích, například v Německu, Belgii, Rakousku, Polsku a Holandsku. (Ivanová, 2018)

3.1.4 Model financování z daní prostřednictvím státního rozpočtu

Model financování z daní prostřednictvím státního rozpočtu, tzv. Beveridgeův model nebo model státní, je založen také na principu egalitarianismu. Zdravotní péče je financována z daní a je dostupná pro všechny bez rozdílu. Stát je přímým provozovatelem zdravotnických zařízení. Konkurence je zde menší a soukromý sektor má pouze doplňkový charakter. (Ivanová, 2018)

Systém vyniká dobrou dostupností a dostatečným rozsahem služeb. Zaměřuje se na zajištění péče v oblasti primární zdravotní péče. Nevýhodou jsou dlouhé čekací listiny na neakutní zákroky, malá soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními a nižší odpovědnost jedinců za své zdraví. (Ivanová, 2018)

Zdravotní pojištění tohoto typu s různými úpravami se uplatňuje ve Velké Británii, Norsku, Finsku, Švédsku, Itálii, Španělsku. (Ivanová, 2018)

3.1.5 Model pluralitní, financovaný z různých zdrojů

Model pluralitní, financovaný z různých zdrojů, nazývaný jako liberální model nebo tržní model, má základy položené na libertarianismu. Zdravotní péče je považována za soukromé

zboží. Pacient se nachází v roli konzumenta a poskytovatelé zdravotní péče v roli podnikatelů. Zásah státu do systému je minimální a zdravotní péči stát poskytuje jen některým skupinám obyvatelstva. (Ivanová, 2018)

Výhoda tohoto liberálního modelu je vysoká kvalita poskytované péče, možnost volby zdravotnického zařízení a pojišťovny, rozvoj medicínských technologií a nových postupů. Jelikož si každý jedinec hradí svoje zdravotní výlohy sám, je zde vysoká motivace k odpovědnosti za svoje zdraví a zdraví rodiny. Na druhou stranu je velká část obyvatelstva, která nemá zdravotní pojištění a zdravotní péče je pro ně nedostupná. (Ivanová, 2018)

Tržní model mají v USA a dalších jeho modifikace se objevují v Austrálii, Švýcarsku, Japonsku, Jižní Koreji a v některých latinskoamerických státech. (Ivanová, 2018)

3.2 Zdravotní systém v ČR

Předchůdcem zdravotního systému, který známe teď bylo socialistické zdravotnictví. Toto zdravotnictví zajišťovalo pouze běžnou péči pomocí objektivní postupů bez ohledu na názor pacientů. Poskytovaná byla jen péče, na kterou byly prostředky a pacient byl pasivním příjemcem zdravotní péče v jednotně stanoveném rozsahu. (Mertl, 2022)

Nyní stát garantuje všeobecnou dostupnost standardní zdravotní péče. Dochází také ke vzniku nadstandardní péče, kdy pacient chce nebo musí mít něco navíc. (Mertl, 2022)

V ČR je zdravotní systém založen na Bismarckově modelu zdravotnictví a funguje na principu solidarity. To znamená, že zdravotní péče je financována z povinného veřejného zdravotního pojištění a je dostupná pro všechny pojištěnce.

Hlavními aktéry systému jsou:

- Pojištěnec – osoba, která čerpá zdravotní péči,
- Poskytovatel zdravotní péče – nemocnice, lékaři a další zdravotnická zařízení,
- Zdravotní pojišťovna – instituce, která hradí zdravotní péči z vybraného pojistného.

Zdravotní pojištění se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018)

3.2.1 Financování zdravotního systému

Systém je financován převážně z povinného zdravotního pojištění. Obsahuje však i prvky státní regulace a soukromého sektoru, což ho řadí mezi smíšené modely zdravotní péče.

Pravidla úhrad zdravotní péči stanovují následující zákony:

- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění,
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. (Ivanová, 2018)

Všichni pojištěnci jsou povinni odvádět platbu 13,5 % z vyměřovacího základu. Jedná se o zaměstnance, kteří hradí 4,5 % a zbytek 9 % doplácí zaměstnavatel, OSVČ a osoby bez zdanitelných příjmů. Za vybrané skupiny vymezené zákonem platí pojištění stát. Spadají sem senioři, studenti, nezaopatřené děti, uchazeči o zaměstnání a další. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018)

Zdravotní pojišťovny si vybrané pojistné přerozdělují podle počtu a struktury pojištěnců. Přerozdělování zohledňuje faktory jako věk, pohlaví a zdravotní náročnost jednotlivých skupin. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018)

Pokud je nutná přímá finanční spoluúčast, nepřesahuje 15 % celkových výdajů. Nejčastěji se týká doplatků na léky, stomatologických služeb a zdravotních pomůcek. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018)

3.2.2 Zdravotní pojišťovny v ČR

V ČR funguje sedm zdravotních pojišťoven, mezi kterými si pojištěnci mohou vybírat:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna,
- Vojenské zdravotní pojišťovna,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,

- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Zdravotní pojišťovny se liší mezi sebou klientským přístupem, úhradami péče, charakterem smluv s poskytovateli, preventivními programy, motivací pojištěnců k žádoucímu chování a také navazujícími volitelnými produkty. Z pohledu behaviorální ekonomie umožňuje pozitivní motivace ovlivnění determinantů zdraví spojených s chováním jedinců, ale vyžaduje počáteční investici do bonusů. Až následně se může projevit úspora nákladů díky lepšímu zdraví pojištěnců. (Mertl, 2022)

Zdravotní pojišťovny z fondu prevence hradí příspěvky například na pohybové aktivity, očkování, odvykání kouření, na děti a nastávající maminky a příspěvky pro dárce krve. Některé bonusové programy pojišťoven jsou dostupné pouze pro pojištěnce, kteří splní stanovená kritéria pozitivní motivace. (Mertl, 2022)

Pokud pojištěnec chce změnit pojišťovnu, lze ji provést pouze jednou za 12 měsíců, a to k prvnímu dni kalendářního pololetí.

3.3 Vliv zdravého životního stylu na zdravotní systém

Zdravý životní styl ovlivňuje zdravotní systém a naše zdraví více než si každý jedinec uvědomuje. Rozdělení determinantů zdraví v ČR popsané v kapitole 1.2 jasně definuje, že velký vliv na naše zdraví mají faktory, které se dají ovlivnit. Až 83 % našeho zdraví je podmíněno našimi návyky, sociálními faktory a genetikou. Pouze 10 % přispívá k našemu zdraví lékařská péče, a to ve většině případů až samotným léčením nemoci. (Ministr zdraví, 2023)

Dochází k podceňování zdravých návyků. V roce 2019 téměř polovinu úmrtí v ČR bylo zapříčiněno behaviorálními rizikovými faktory (špatná strava, kouření, konzumace alkoholu, málo fyzické aktivity). Obezita se vyskytovala u téměř 20 % dospělých, což přispívá k prevalenci diabetu a dalších onemocněních spojených se stravováním. Spotřeba alkoholu v ČR v roce 2020 byla druhá největší v EU. (OECD a European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Preventabilní nebo léčbou odvrátitelné příčiny úmrtnosti byly v ČR v roce 2020 vyšší o 25 % než průměr hodnoty v EU. Před pandemií COVID-19 prostředky na prevenci činily asi 2,5 % výdajů na zdravotnictví. V roce 2021 dosáhly vrcholu a činily 8 % výdajů na zdravotnictví. Prevence a veřejné zdraví bylo v ČR ve zdravotní politice dlouho opomíjeno a zdravotní gramotnost obyvatelstva je na nízké úrovni. Vláda proto ve strategii Zdraví 2030

zařadila mezi cíle prevenci nemocí, podporu zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti. (OECD a European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Podmínkou správné prevence je, že by náklady neměly přesahovat přínosy. Zahraniční zkušenosti ukazují, že investice do primární prevence (pokud pomocí něho dochází ke snížení výskytu nemoci) mají vysokou efektivitu. Jejich přínosy bývají často více než desetinásobně větší než náklady. Příkladem může být diabetes mellitus, který je možné oddálit zdravým životním stylem o 11 roků. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020)

Prevence má celkově velký význam. Při eliminování onemocnění nebo při jeho včasném zachytu dochází nejen k vyhnutí se fatálním následkům, ale také k ušetření finančních prostředků na nákladnou léčbu. Mezi prevencí patří i zvyšování zdravotní gramotnosti populace. Jedinci s větší zdravotní gramotností mají lepší schopnost učinit správnější rozhodnutí týkajících se jejich zdraví. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020)

Podpora zdraví a prevence nemocí prostřednictvím zdravého životního stylu může výrazně snížit zátěž zdravotnických systémů. Snížení počtu chronických onemocnění povede k menší potřebě zdravotní péče a ke snížení nákladů na zdravotnictví. Dlouhodobé investice do podpory zdravého chování mohou vést k úsporám ve zdravotnictví a zlepšení celkového stavu obyvatelstva. (Green et al., 2019)

Vliv zdravého životního stylu na zdravotní systém dokazuje například studie *Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancy and Lifetime Health Care Expenditure: Nationwide Cohort Study*, která u tchajwanských dospělých prokázala, že přijetí zdravého životního stylu je spojeno s delší délkou života a snížením nákladů na zdravotní péči. Průměrné roční snížení nákladů na zdravotní péči u dospělých, kteří přijali zdravý životní styl činil 28,12 % oproti těm, kteří ho nepřijali. (Lo et al., 2024)

Dalším příkladem je článek *The Importance of Healthy Lifestyle Behaviors in the Prevention of Cardiovascular Disease*. Ten se zabývá, jak zdravé životní návyky mohou ovlivnit rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění, které bývají nejčastější příčinou úmrtí. V období 2016 až 2017 se přímé náklady na zdravotní péči spojené s kardiovaskulárními onemocněními v USA pohybovaly přes 216 miliard USD. Do roku 2035 se počítá s přímými náklady více než 749 miliard USD. Zátěží jsou ale také nepřímé náklady v důsledku snížené produktivity a snížené kvality života. Proto je důraz na zdravý životní styl a prevenci vhodnou cestou ke snížení zátěže na zdravotnický systém, a to hlavně ve finanční rovině. (Kaminsky et al., 2022)

4 BEHAVIORÁLNÍ EKONOMIE

Až v době, kdy psychologie začala přicházet s lepšími a sofistikovanějšími myšlenkami se mohla ekonomie lépe spojit s psychologií a nastal tak vývoj behaviorální ekonomie. (Corr a Plagnol, 2023)

Podle Baddeleyeho (2017) má behaviorální ekonomie široký pohled na to, co znamená být racionální a naše racionalita je variabilní a závisí na okolnostech, ve kterých se právě nacházíme. Behaviorální ekonomie na rozdíl od neoklasické ekonomie pracuje s psychologickým a sociálním faktorem spotřebitele při rozhodování. Dříve spotřebitel cílil na to, jak zajistit základní potřeby. Hlavními rozhodovacími faktory byly ceny statků a důchod. (Jurečka, 2018)

V dnešní době se do rozhodování zapojují další ovlivňující prvky jako jsou média, sociální sítě, reference okolí. Taky je na rozhodování méně času a více dostupných informací. Celkově se dá říct, že rozhodování spotřebitele je nyní složitější. Behaviorální ekonomie nejvíce principů a myšlenek čerpá z psychologie, ale dále se také zapojují myšlenky ze sociologie, filozofie nebo politologie. (Jurečka, 2018)

Behaviorální ekonomie zastává do značné míry názor, že chování lidí ovlivňuje ekonomický systém, a to i naopak, kdy ekonomický systém lze ovlivnit chováním lidí. Hlavním cílem behaviorální ekonomie je vědecky a komplexně popsat reálné ekonomické rozhodování, aniž by bylo rozhodování omezeno pouze na volby definované penězi. (Corr a Plagnol, 2023)

4.1 Historie behaviorální ekonomie

Zakladatelem klasické ekonomie byl Adam Smith, u kterého se objevují první náznaky behaviorální ekonomie. V jeho díle *Teorie mravních citů* (*The Theory of Moral Sentiments*, 1759) propojuje emoce, cnosti a další aspekty chování jedince s ekonomickým životem. (Corr a Plagnol, 2023)

Smith tvrdil, že každý jedinec má tendenci starat se sám o sebe. Během vývoje se ale také každý učí empatii, která vede k dalšímu ovlivňování rozhodnutí. Za tento jev může lidská sociální povaha a díky tomu žádný jedinec nepasuje do vzoru racionální osoby zobrazené v ekonomii. Jednoduše řečeno naše jednání je ovlivněno emocemi ostatních. Tento pohled je dnes hlavní myšlenkou behaviorální ekonomie. (Corr a Plagnol, 2023)

Mezi další představitele klasické školy, kteří přispěli k rozvoji behaviorální ekonomie, patří Jeremy Bentham. Byl zakladatelem směru utilitarismu a jeho základy byly sepsány v díle *Úvod do principů morálky a zákonodárství* (*An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, 1789). Utilitarismus prosazuje myšlenku, že štěstí co nejvíce lidí by mělo být základem morálky a legislativy. (Corr a Plagnol, 2023)

Benthamovu filozofii lze popsat jako konsekvencialismus založený na myšlence, že všechny činy jsou posuzovány na základě jejich důsledků (užitku, který přináší). Tato myšlenka se stala součástí behaviorální ekonomie v podobě tzv. nudge (šťouchnutí), které působí na zlepšení blahobytu společnosti. (Corr a Plagnol, 2023)

Posledním zástupcem klasické ekonomie, který se částečně dotknul i behaviorální ekonomie byl Thomas Robert Malthus. Tvrdil, že lidé se rozhodují iracionálně (např. velký počet dětí v chudých podmínkách). Na druhou stranu, pokud jsou dostatečně motivováni, mají tendenci rozhodovat se racionálně. K motivaci se dají využít nudges. (Corr a Plagnol, 2023)

Nástupci klasické školy, neoklasičtí myslitelé, se následně zaměřili na představu člověka jako racionálního jedince, který maximalizuje svůj užitek a rozhoduje se s konzistentními preferencemi (*homo economicus*). I když se psychologie tehdy začala vyvíjet, neoklasičtí představitelé usilovali o její odstranění z ekonomie. Vytěšňování psychologie probíhalo v pomalém tempu. Do poloviny 20. století ještě někteří myslitelé pracovali s psychologickými poznatky. Poté z ekonomie psychologie zcela zmizela. (Camerer et al., 2004)

Reakcí na myšlenky prezentované neoklasickou ekonomii vznikla behaviorální ekonomie, která navázala na myšlenky klasické ekonomie, a propojuje poznatky z psychologie a experimentální ekonomie.

Ve druhé polovině 20. století vědci jako George Katona, Herbert Simon, Harvey Leibenstein a Tibor Scitovsky vydali články a knihy, ve kterých poukazují na psychologická opatření a hranice racionality. Ačkoliv tyto práce vzbudily zájem, hlavní směr ekonomie nadále vycházel z neoklasického konceptu. (Camerer et al., 2004)

Modely očekávané užitečnosti a modely diskontované užitečnosti poskytly ekonomům přesné matematické nástroje pro predikci chování jednotlivců v nejistých situacích a v čase. V realitě se však ukázalo, že lidé se nechovají vždy racionálně, což vedlo ke kritice těchto

modelů. Obecná teorie užitečnosti je oproti těmto modelům flexibilní a obtížně vyvratitelná. (Camerer et al., 2004)

Práce Maurice Allaise (1953), Daniela Ellsberga (1961) a Harryho Markowitze (1952) uvedly nesrovnalosti v teorii očekávané užitečnosti. Robert Strotz (1955) zase zpochybnil přístup k časovému diskontování. Experimenty, které prováděl Daniel Kahneman a Amos Tversky, odhalily další odchylky v lidském chování, jež byly snadno replikovatelné. (Camerer et al., 2004)

Ekonomové si postupně připouštěli, že tyto anomálie není možné ignorovat. Mozek začal být vnímán jako složitý systém na zpracování informací. Pozornost se soustředila na paměť, řešení problémů a rozhodování. Psychologové Ward Edwards, Duncan Luce, Amos Tversky a Daniel Kahneman začali porovnávat své poznatky s ekonomickými modely. (Camerer et al., 2004)

Článek publikovaný v časopise *Science* v roce 1974 od Amose Tverského a Daniela Kahnemana představil koncept mentálních zkratk (heuristik), které mohou vést k systematickým chybám v úsudku o pravděpodobnosti. V roce 1979 pak spolu tito autoři publikovali tzv. prospektovou teorii, která popisuje, jak lidé skutečně vnímají a vyhodnocují riziko. Často dojde k odlišnému vyhodnocení, než předpokládá klasická ekonomie. (Camerer et al., 2004)

V 80. a 90. letech došlo k rozdělení behaviorální ekonomie na dvě větve. Stará větev byla více multidisciplinární a nová větev byla zaměřená na psychologii a heuristiky. Nová generace reprezentovaná Kahnemanem a Tverským se prosadila díky orientaci na hlavní ekonomický proud, zachování rámce maximalizace užitku a publikování ve vlivných časopisech. Institucionalizace oboru potvrdilo udělení Nobelových cen (Kahneman 2002, Thaler 2017) a vznik kódu JEL (D03) v roce 2008. Moderní behaviorální ekonomie má základy jinde než ta původní a zůstává mezi oběma větvemi historická o metodologická propast. (Svorenčík a Truc, 2022)

4.2 Získávání dat

Na rozdíl od klasické ekonomie využívá behaviorální ekonomie ke sběru dat experimenty. Otázkami cílí na to, jak jednotlivci vnímají různé situace. Tyto otázky bývají často součástí průzkumů domácností. Takto nasbíraná data mají svá úskalí. Není jednoduché identifikovat

reprezentativní vzorek ani se vyrovnat s nepravdivými či nepřesnými odpovědi. (Baddeley, 2017)

Laboratorní výzkumy jsou nejběžnější metodou sběru dat týkajících se behaviorální ekonomie. Většina těchto experimentů se provádí na univerzitách a respondenti jsou z řad studentů. Proto nejsou výsledky plně aplikovatelné na reálný život. Jejich rozhodování je ovlivněno jejich znalostmi na rozdíl od jedinců, kteří se v dané problematice pohybují. (Baddeley, 2017)

Dalším způsobem sběru dat jsou online experimenty, díky kterým je možnost nasbírat velké množství dat. Vystává však otázka, jak tyto účastníky motivovat, aby vyplňování dotazníků nebylo jen bezmyšlenkovité a zaměřené na získání finanční odměny. Je to významný problém, protože rozpočty akademických výzkumů jsou často omezeny. (Baddeley, 2017)

K objasnění některých klíčových vlivů může sloužit kombinace neurovědeckých a experimentálních dat. Pomocí technik zobrazování mozku (funkční MRI) je možnost odhalit spojitost mezi nervovými reakcemi mozku a našimi ekonomickými rozhodnutími. Další přístupnou technikou je TMS, která určuje, jak se rozhodnutí mění na základě dráždění specifických částí mozku. Levnější alternativou je monitorování fyziologických reakcí nebo hladiny hormonů. Tato data jsou objektivní, protože respondent nemůže měření vědomě ovlivnit. (Camerer et al., 2004)

Další možností k nasbírání dat jsou přirozené experimenty, které nijak nezasahují do rozhodování jedince a vše se odehrává v reálném světě. Příkladem je studie Della Vigna a Malmendier, která ukazuje, že mnoho lidí platí velké sumy za členství v posilovnách, ale jejich návštěvnost je malá. Avšak pomocí těchto dat není možné učinit posun. RCT je proto možnost, jak dosáhnout lepšího vzorku dat. (Baddeley, 2017)

RCT se běžně využívá v klinických studiích k identifikaci účinků léčby. Behaviorální ekonomie si tuto metodu experimentu adaptovala. V ekonomickém kontextu totiž není možné vytvořit ekvivalent placebo. Kontrolní skupiny proto často nedostávají žádnou zásahovou intervenci. RCT metoda je využívána v behaviorální ekonomii ke studiu dopadů rozvojových intervencí na socioekonomické výsledky. (Baddeley, 2017)

4.3 Základní koncepty behaviorální ekonomie

Behaviorální ekonomie zkoumá, jak lidé dělají ekonomická rozhodnutí v reálném životě, které se často odchyľují od racionálního modelu tradiční ekonomie. Existuje mnoho přístupů a konceptů behaviorální ekonomie, přičemž pozornost bude věnována těm, které lze využít k podpoře zdravého životního stylu.

4.3.1 Časové diskontování užitku

Mezičasové rozhodování je volba mezi různými hodnotami, které není možné získat ve stejném čase. Náklady a výnosy hodnot nastanou v různých časových dobách, proto je nutné vztáhnout je k současnosti. Pokud je uspokojení odloženo do budoucnosti, jedinec jej vnímá jako méně hodnotné, protože časový odstup představuje určitý náklad a celková intenzita užitku klesá. Jde o tzv. časové diskontování užitku. (Houdek, 2008)

Existují dva druhy diskontování. První je exponenciální diskontování, kdy nezáleží na posuzovaném horizontu a čas je konzistentní. Užitek se zmenšuje ve stejném poměru v každém časovém úseku. Jednoduše řečeno hodnota budoucích přínosů se snižuje stabilním tempem. Jde o klasický ekonomický model, který předpokládá racionální rozhodování a je možné ho generalizovat. (Houdek, 2008)

Druhý typ je hyperbolické diskontování, které popisuje reálnější model chování. Lidé silněji diskontují hodnotu krátkodobého užitku než toho dlouhodobého. Čím je užitek časově vzdálenější, tím se užitek snižuje ve stále menším poměru. Užitek lze empiricky popsat pomocí hyperbolické funkce. K tomuto jevu dochází z důvodu, že lidé mají blízkou budoucnost rozdělenou na více časových úseků než vzdálenější budoucnost. (Houdek, 2008)

Příkladem může být rozhodování jedince mezi konzumací nezdravého jídla (například dortu) a dlouhodobým přínosem zdravé stravy. I když je si vědom dlouhodobých pozitivních přínosů zdravé stravy, může podlehnout pokušení a vybrat si okamžité uspokojení z dortu. Stejně tak se může jednat o výběr stráveného odpoledne na gauči místo fyzické aktivity, která má v dlouhodobé horizontu větší přínosy pro zdraví.

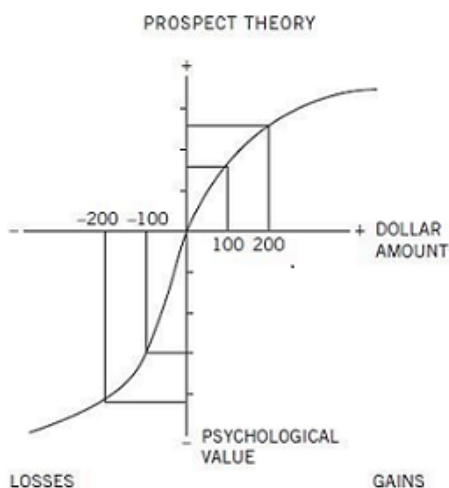
Zmírnění dopadů časového diskontování je možné dosáhnout například pomocí předzávazkové strategie. Jedinec si zakoupí drahé roční předplatné do fitness centra, přestože by mohl využívat levnější průběžné varianty. Tím, že vynaloží velké finanční prostředky, se snaží donutit sám sebe k zodpovědnějšímu chování v krátkodobém horizontu.

Častěji tak navštěvuje fitness centrum, protože si uvědomuje svoji investici a chce ji využít, místo aby si řekl, že vstup nemá a nikam nemusí. (Baddeley, 2017)

Další možností odvrácení časového diskontování je gamifikace. Gamifikace využívá herních prvků v neherním kontextu s cílem zvýšit motivaci, angažovanost a změnu chování. Využívá prvky odměn, bodů, žebříčků, výzev a vizuální zpětné vazby, aby podpořila žádoucí chování. Ve spojení se zdravím životním stylem se může jednat o aplikace na sledování pohybu a zdraví, které následně udělují odznaky nebo body a porovnávají aktivity s dalšími přáteli. Dalším prostředkem mohou být programy zdravotních pojišťoven, které nabízí odměny za splnění určitých zdravotních cílů, nebo výzvy a soutěže propojené se zdravým životním stylem. (Černá, 2012)

4.3.2 Averze ke ztrátě

Kahneman a Tversky ve článku *Prospektová teorie: Analýza rozhodování za rizika* (*Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk*, 1979) zpochybňují tradiční teorii očekávaného užitku. Prospektová teorie vysvětluje systematické volby, které jsou nejčastěji lidmi prováděny. Skládá se ze tří kognitivních principů, které ovlivňují hodnocení finančních prostředků a jsou spojeny s automatickými procesy vnímání, úsudku a emocí.



Obrázek 1 Funkce hypotetické hodnoty

(zdroj: Daniel Kahneman, 2015)

Averze ke ztrátě je jedním z klíčových konceptů prospektové teorie. Kahneman a Tversky (1979) popisují, že dochází k asymetrickému hodnocení zisků a ztrát, přičemž ztráty mají na jedince větší psychologický dopad než stejně velké zisky. Na nákrese užitkové

funkce (Obrázek 1) lze vidět, že pro zisky je funkce konkávní, pro ztráty je funkce konvexní a změna nastává v referenčním bodě.

Rozhodování v nejistých situacích je také ovlivněno averzí ke ztrátě, jak ukazuje tzv. efekt jistoty (*certainty effect*). V případech, kdy se jedná o zisky, jedinci volí jistotu. Raději zvolí jistou výhru 3000 Kč, než 80% šanci na výhru 4000 Kč. U ztrát se naopak prokáže riskantní chování. Raději zkusí 50% šanci ztratit 4000 Kč než jistou ztrátu 2000 Kč. (Kahneman a Tversky, 1979)

Rámcový efekt (*framing effect*) popisuje, že formulování rozhodnutí má zásadní vliv na volbu jednotlivce. Lidé jsou stále averzní vůči ztrátám, a proto pokud je rozhodnutí prezentováno jako potencionální ztráta, jsou jedinci ochotní podstoupit vyšší riziko, aby se jí vyhnuli. (Kahneman a Tversky, 1979)

Možností využití averze ke ztrátě k podpoře zdravého životního stylu je mnoho. Studie *Loss Aversion or Lack of Trust: Why Does Loss Framing Work to Encourage Preventive Health Behaviors?* prokazuje, že rámování finančních pobídek jako ztrát (místo zisků) zvyšuje účast na preventivních zdravotních opatřeních. Finanční ztráty motivují jedince více než finanční zisky, proto je možné zdravé chování podpořit programy s vratnou zálohou (po dosažení stanoveného cíle bude záloha vrácena) nebo navýšením pojistného za nezdravé chování. (Beam et al., 2023)

Důraz na zdravotní ztrátu má za následek změnu chování jedince k lepšímu. Proto by bylo vhodné více zacílit na reklamy a sdělení varující před ztrátou kvality života než na ty, které se zaměřují na pozitivní dopady zdravého životního stylu.

4.3.3 Efekt status quo a síla výchozích možností

Jedním z důsledků averze ke ztrátě je setrvávání jedinců ve stávajícím stavu (status quo). Při rozhodování přichází v úvahu varianta neudělat s daným stavem nic nebo pokračovat dále v tom stejném směru. V určitých situacích je možné pozorovat, že lidí dávají přednost statusu quo, i když to pro ně nemusí být výhodné. (Samuelson a Zeckhauser, 1988)

Zachování statusu quo může mít mnoho důvodů, jako je pohodlnost, zvyk, setrvačnost, politika (společnosti, vlády), strach nebo jednoduchá racionalizace. V reálném světě, kdy se jedinec rozhoduje jako součást skupiny nebo organizace, může docházet k nátlaku na volbu statusu quo. Mimo laboratorní podmínky ale může nastat moment, kdy nemusí dojít

k odhalení možnosti volby, a proto je pravděpodobnější setrvání ve statusu quo. (Samuelson a Zeckhauser, 1988)

Jako příklad poslouží studie, která analyzovala rozhodování univerzitních zaměstnanců při výběru zdravotních a důchodových plánů. Výsledek ukázal silný vliv statusu quo a sílu výchozích možností, protože mnoho zaměstnanců zůstalo v přednastaveném stavu. Důsledkem tohoto jednání by mohla být averze ke ztrátě, kdy ztráty z opuštění statusu quo jsou vnímány více než zisky z nové volby. K možným ziskům se také připočítávají náklady na změnu, které mohou být finanční, časové nebo psychologický. (Samuelson a Zeckhauser, 1988)

Podporu zdraví lze zařídit oběma způsoby, které spolu úzce souvisí. Pokud dojde k nastavení výchozích možností podporující zdravé stravování nebo aktivní životní styl je více pravděpodobné, že spousta jedinců tento stav přijme a bude v něm setrávat. Zmenšení velikosti podávaných porcí, podávání zeleninového salátu místo hranolek nebo automatické registrace do preventivních programů všechno to jsou možnosti, jak využít status quo a výchozí volby k podpoře zdraví. Vždy by šlo výchozí nastavení změnit a zvolit si větší porci, hranolky místo salátu nebo zrušení prevence. Funkčnost tohoto principu behaviorální ekonomie potvrzuje i studie *Use of Psychology and Behavioral Economics to Promote Healthy Eating* od Roberta A. Christina a Ichira Kawachiho (2014).

4.3.4 Sociální normy a jejich vliv na chování

Sociální norma (z lat. *norma* – míra, pravidlo, přepis) představuje standard, podle kterého je poměřována realita a rozlišováno mezi žádoucím a nežádoucím, dobrým a špatným, obvyklým a výstředním. Jedná se o verbalizované pravidlo lidského chování v rámci určité skupiny či společnosti, které je obecně přijímáno a považováno za závazné. Základní funkcí sociálních norem je zajišťovat sociální soudržnost a podporovat konformitu členů dané sociální skupiny. (Urban, 2017)

Sociální normy mohou mít prospěšné nebo škodlivé účinky na blaho lidí. Nutností je jejich porozumění, aby se daly dále využít ke změně chování nejen jedince, ale i celé skupiny. Deskriptivní normy odkazují na přesvědčení o tom, co dělají ostatní. Člověk se zapojí do chování skupiny, protože má dojem, že ostatní dělají totéž. Injunktivní normy popisují to, co většina lidí schvaluje nebo považuje za správné. Morální normy naopak věnují pozornost názoru jedince a co je podle něho správné a morální. Záleží pouze na jeho

rozhodnutí, zda zastane své morální normy nebo se podřídí injunktivní normě. (Unicef, 2021)

Výzkum *Using Social Norms to Encourage Healthier Eating* přináší důkazy, že poskytování informací o zdravých návycích vrstevníků může motivovat další jedince k přijetí podobného chování. Může se jednat o sdílení údajů kolik lidí v komunitě cvičí nebo konzumuje doporučené množství ovoce a zeleniny. (Higgs et al., 2019)

Studie *A Randomized-Controlled Trial of Social Norm Intervention to Increase Physical Activity* (Wally a Cameron, 2017) testovala dopad krátkých zpráv poskytujících zpětnou vazbu o sociálních normách na fyzickou aktivitu. Výsledkem bylo, že kombinace deskriptivních a injunktivních sociálních norem vedla k nárůstu fyzické aktivity v krátkém časovém období. Další studie *Social Norms and Dietary Behaviors Among Young Adults* (Pelletier et al., 2014) zase ukazuje, že vnímané chování rodiny, přátel a partnerů ovlivňuje mladé dospělé v jejich vlastních stravovacích návykách.

Technik využití sociálních norem k podpoře zdravého životního stylu je spousta. Nejdůležitější je vybrat ty vhodné a dokázat je správně implementovat do reálného života. Obklopení se lidmi, kteří se věnují pohybu a zdravému stravování, sportovní výzva vedená kamarádem, žebříčky v aplikacích zaznamenávající cvičení dalších lidí, připomínky, kolik jednotlivců konzumuje správné množství ovoce a zeleniny, to všechno ovlivňuje chování jedince za pomoci sociálních norem.

4.3.5 Nudge teorie a architektura volby

Teorie nudge, kterou představili Richard H. Thaler a Cass R. Sunstein, vychází z předpokladu, že lidské rozhodování je často ovlivňováno kognitivními zkratkami, emocemi a okolním prostředím. Nudge (česky *šťouchnutí*) označuje podnět, který vede jedince k určitému chování bez omezování možnosti volby nebo ukládání povinnosti. Toto postrčení je nenápadné, ale účinné a motivuje k požadovanému rozhodnutí, aniž by člověk cítil nátlak či zásah do své autonomie. (Thaler a Sunstein, 2021)

S teorií nudge úzce souvisí pojmem architektura volby, který označuje způsob, jakým je uspořádáno rozhodovací prostředí. Architekt volby je osoba navrhující systém, ve kterém se lidé následně rozhodují (např. rozvržená jídelna, webová stránka, formulář). Vhodně zvolená architektura volby může vést ke zdravějším, bezpečnějším nebo prospěšnějším rozhodnutím, aniž by bylo nutné měnit samotný výběr. Typickým příkladem může být

umístění ovoce do výše očí ve školní jídelně. Nastane jeho vyšší spotřeba bez jakéhokoliv zákazu. (Thaler a Sunstein, 2021)

Podle Thaler a Sunsteina (2021) účinné nudge zásahy staví na principu tzv. libertariánského paternalismu. Tento přístup respektuje svobodu volby, ale zároveň pomáhá lidem činit rozhodnutí, která jsou pro ně dlouhodobě výhodná.

Existuje spousta druhů nudgingu. První z forem je výchozí volba (viz kapitola 4.3.3), kdy jedinci mají tendenci zůstat v přednastavené volbě. Nastavení zdravější a prospěšnější výchozí varianty může mít obrovský vliv u lidí. Další funkční princip je jednoduché předávání informací. Pokud lidé snadno pochopí podané informace, vzniká větší šance na přijetí žádoucího chování. Jedince obvykle volí to, co lehce pochopí. Okamžitá zpětná vazba je další možností podpory jedince ve zdravém chování. Příkladem jsou chytré hodinky, které upozorní uživatele na nedostatek pohybu. Sociální normy a srovnání (kapitola 4.3.4) lze také zařadit pod nudging, kdy informace o ostatních nás nutí dělat to, co ostatní. Nudging v podobě zviditelnění volby má také dopad na chování. Umístění zdravých potravin do úrovně očí, značení cesty směrem ke schodům místo k výtahu, zdravé potraviny výrazně označené a další vizuální prvky. Nejefektivnější jsou podněty, které přicházejí v okamžiku rozhodování. Každé pošťouchnutí by mělo dodržovat zásadu neomezování volby a pouze jemně navádět, ale neříkat, co má jedinec udělat. (Thaler a Sunstein, 2021)

Fungování nudge teorie potvrzuje i studie *Which Healthy Eating Nudges Work Best? A Meta-Analysis of Field Experiments*, která zjistila, že behaviorální šťouchnutí (menu s ovocem a zeleninou jako výchozí možnost, větší porce zdravých potravin a menší porce nezdravých) je výrazně účinnější než kognitivní a afektivní pošťouchnutí a dokáže snížit denní dávku kalorií zhruba o 320 kcal. (Cadario a Chandon, 2020)

Na druhou stranu z rešeršní studie *Review: Nudge Interventions to Promote Healthy Diets and Physical Activity*, která hodnotila důkazy týkající se nudge intervencí zaměřených na podporu zdravé stravy a fyzické aktivity, vyplývá nejednoznačnost účinků těchto intervencí. Určité typy pošťouchnutí k dietnímu chování nebo ke změně pohybové aktivity mohou být vhodné za podmínek správné aplikace, ale délka zachování žádoucího chování už zaručena není. Účinnost intervencí není stále jednoznačná, a proto autoři zdůrazňují potřebu dalšího výzkumu k určení optimálních typů, intenzity a okolností, za kterých jsou tyto intervence nejúčinnější. (Laiou et al., 2021)

Celý nudging je o malých změnách v prostředí rozhodování, které můžou mít dopad na chování jedince, ať už jde o výběr jídla, fyzickou aktivitu nebo prevenci onemocnění.

4.4 Shrnutí behaviorální ekonomie

Behaviorální ekonomie se řadí mezi mladé obory, které se stále rozvíjí. Historicky se vyvinula jako reakce na neoklasickou ekonomie. Lidské rozhodování není vždy racionální a tradiční přístupy založené na informovanosti nemusí být vždy dostatečně efektivní. Existence behaviorální intervencí dává prostor pro nové pochopení lidského vnímání a pomocí nich může dojít i k podpoře žádaného chování.

Behaviorální ekonomie využívá širokou škálu metod pro sběr dat, přičemž každá z nich má své silné i slabé stránky. Tradiční laboratorní a online experimenty umožňují detailní analýzu lidského chování, ale často trpí nízkou externalitou. Neuroekonomické přístupy nabízejí objektivní data, avšak za vysokou cenu. Přirozené experimenty a RCT pak přinášejí cenné poznatky z reálného světa, ale jejich realizace bývá složitější. Volba vhodné metody proto závisí na konkrétním výzkumném cíli a dostupných zdrojích.

K přijetí zdravého životního stylu je možné využít hned několik principů behaviorální ekonomie s tím, že některé fungují více a některé méně. Je potřebné dobře určit, za jakých podmínek intervence bude mít smysl. Ať se jedná o časové diskontování, averzi ke ztrátě, nudge, status quo, sílu výchozí možnosti nebo sociální normy, při správném použití je možné dosáhnout zdravější chování jedinců. Všechny tyto principy jsou vzájemně propojené a spolu vytváří nástroj k nenásilnému ovlivňování jedinců dobrým i špatným směrem.

5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Jedno ze základních lidských práv je právo na zdraví. Každý má právo na úplný stav fyzické, duševní a sociální pohody bez přítomnosti nemoci nebo vady. Záleží však na tom, jak každý se svým zdravím naloží. Jeho kvalitu totiž ovlivňuje mnoho vlivů, ale spoustu z nich je možné správnou životosprávou odvrátit. Determinant zdraví, který nejvíce působí na obyvatelé ČR, je individuální chování. Nezdravá strava, nedostatek fyzické aktivity, závislost na tabáku, alkoholu a dalších návykových látek, nadměrné vystavování stresu, rizikové sexuální chování a úrazy jsou rizikové faktory, které působí na zdraví, ale jedinci jsou schopni je ovlivnit a eliminovat. V rámci prevence se míří na rizikové faktory a pomocí různé podpory dochází ke zmenšení jejich vlivů. Prevence a podpora zdraví se vzájemně prolínají, ale jednotlivé programy jsou soustředěny na jiné místa. Prevence je soustředěná do zdravotnických zařízení, zatímco podpora probíhá na různých místech.

Soubor organizací, institucí, lidí a zdrojů, které slouží k poskytování zdravotní péče se nazývá zdravotnictví. Jeho cílem je zajistit dostupnou, kvalitní a efektivní zdravotní péči. Poskytování zdravotní péče má mnoho forem a způsobů financování. Každá země má jiný zdravotní systém, který staví na základních modelech, ale liší se hodnotovými, kulturně-politickými a socioekonomickými faktory. Může se jednat o centralistický systém s přidělovým způsobem, liberalistický systém, Bismarckův model, Beveridgeův model nebo tržní model.

V ČR je využíván Bismarckův model zdravotnictví postaven na principu solidarity. Zdravotní péče je financovaná z veřejného zdravotního pojištění a je dostupná pro všechny pojištěnce. Možnost výběru je ze sedmi zdravotních pojišťoven, které se liší clientským přístupem, úhradami péče, preventivními programy a dalšími službami a produkty. V případě nutné spoluúčasti pojištěnce nepřesáhne finanční obnos 15 % celkových výdajů a nejčastěji jde o léky, stomatologické služby a zdravotnické pomůcky.

Zdravý životní styl ovlivňuje zdravotní systém pozitivním způsobem. Velká část onemocnění je příčinou nevhodného individuálního chování, přičemž je šance na snížení zátěže zdravotní péče pomocí prevence a podpory zdravého životního stylu. Je nutné více se zaměřit na rozvoj zdravotní gramotnosti u jedinců, aby mohlo dojít ke snížení incidence civilizačních nemocí a následné menší finanční zátěže zdravotnictví.

K podpoře zdravého životního stylu je možné využít koncepty behaviorální ekonomie, která vznikla jako reakce na neoklasickou ekonomie a staví na některých myšlenkách ekonomie klasické. První, kdo připustil, že chování jedince je ovlivněno morálními aspekty a situacemi, byl Adam Smith. Neoklasičtí ekonomové naopak tvrdili, že rozhodnutí jedince vždy vede k maximalizaci užitku s konzistentními preferencemi.

Dnešní doba je charakterizována velkým objemem informací a časového tlaku, proto je potřeba se zaměřit na ekonomii z jiného pohledu, než je ten racionální. K získávání dat ohledně rozhodování jedinců je možné využít různé techniky, jako laboratorní výzkumy, online experimenty, kombinaci neurovědeckých a experimentální dat nebo přirozené experimenty.

Přístupů a způsobů behaviorální ekonomie je velké množství. Jsou vzájemně propojené a fungují spolu jako nenásilný nástroj k ovlivňování jedinců. Nedá se určit kam daná intervence přesně spadá, protože ve velkém počtu případů se dá zařadit do více skupin. K podpoře zdravého životního stylu se nejvíce hodí koncept časového diskontování užitku, averze ke ztrátě, efektu statusu quo a síly výchozích možností, sociálních norem a jejich vliv na chování, nudge teorie a architektury volby. Aby výsledky behaviorální ekonomie byly co nejlepší, je potřeba správně analyzovat prostředí, ve kterém intervence bude probíhat.

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část diplomové práce se zaměřuje na návyky a postoje respondentů ke zdravému životnímu stylu a na vnímání prostředků behaviorální ekonomie k podpoře zdravého životního stylu pomocí dotazníkového šetření, především u jedinců se sedavým zaměstnáním.

6.1 Metodologie výzkumu

V rámci praktické části byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí strukturovaného dotazníkového šetření. Tato metoda byla vybrána z důvodu možnosti shromáždění většího objemu dat od širšího spektra respondentů a následné možnosti kvantitativní analýzy, podle které je dále možné navrhnout funkční podporu zdraví. Dotazník systematicky zachycuje sociodemografické informace, postoje a návyky v návaznosti na zdravý životní styl a samotné vnímání behaviorálně-ekonomických intervencí respondenty.

Dotazník (viz Příloha P I) byl vytvořen v online prostředí (Google Forms). Distribuce probíhala sdílením dotazníku mezi různé skupiny lidí, hlavně pomocí emailu a sociálních sítí. Celková doba sběru dat byla dva měsíce, během které byla snaha o co největší počet validních respondentů.

6.1.1 Struktura dotazníku

Dotazník byl sestaven z 28 otázek různého typu rozdělených do tří částí, kdy každá část byla zaměřená na jinou oblast. První část se věnovala základním sociodemografickým otázkám, a to pohlaví, věk, pracovní pozice, prosezené hodiny v práci a denní počet kroků. Zde se jednalo o uzavřené a polootevřené otázky.

Druhá část měla za úkol zajistit informace o návycích týkajících se pohybu, stravy a motivace. Záměrem této části bylo zjistit výchozí situaci u respondentů, aby následně mohla být stanovena možnost dalšího pokroku ve zdravém životním stylu. Tato část byla sestaven z uzavřených, polootevřených a otevřených otázek, doplněná ještě sémantickými diferenciály.

Poslední část byla zaměřena na principy behaviorální ekonomie a jejich možné využití v podpoře zdravého chování. Respondenti v této části byli vystaveni hypotetickým situacím a odpovídali, zda by daný prvek ovlivnil jejich rozhodování nebo chování. K lepší vizualizaci byly využity i obrázky vytvořené pomocí AI (viz Obrázek 2, Obrázek 3).



Obrázek 2 Výběr z bufetů

(zdroj: Olšáková, 2025b)



Obrázek 3 Plakát

(zdroj: Olšáková, 2025a)

Obrázek 2 je vytvořen z promptu „Vytvoř dva obrázky, které by mohly být součástí otázky: *Který z těchto bufetů by Vás pravděpodobně motivoval k výběru zdravějších možností?*“. Prompt k Obrázek 3 zněl „Vygeneruj obrázek, který by mohl být rozmístěný po kancelářích a motivoval by zaměstnance k protažení. Využij na plakátu text „*take a stretch break*“ a barvy, které motivují zaměstnance se opravdu protáhnout.“.

Struktura dotazníku byla konzultována s vedoucím práce za účelem zajištění validity. Před samotným sběrem dat proběhlo pilotní testování a formální validita na malém vzorku respondentů na základě, něhož byly upraveny nejasné formulace a jazyková srozumitelnost.

6.1.2 Definice respondentů

Cílovou skupinu tohoto průzkumu tvořili hlavně pracující v sedavém zaměstnání, kteří prosedí alespoň polovinu běžné pracovní doby, tedy alespoň 4 hodiny denně. Cílem bylo oslovit minimálně 100 respondentů, přičemž celkový počet vyplnění dotazníku bylo 156. Po odstranění dotazovaných, kteří v pracovní době netráví minimálně 4 hodiny vsedě denně, se vzorek snížil na 118 validních respondentů.

Podle studie *Association of Sitting Time With Mortality and Cardiovascular Events in High-Income, Middle-Income, and Low-Income Countries* (Li et al., 2022) zvyšuje denní sezení po dobu více než 8 hodin riziko úmrtí nebo kardiovaskulárního onemocnění o 19 % ve srovnání s lidmi, kteří sedí maximálně 4 hodiny denně. Vyšší riziko bylo zaznamenáno již při sezení nad 4 hodiny denně. Na základě těchto informací byli do vyhodnocení dotazníků zahrnuti respondenti, kteří tráví vsedě alespoň polovinu běžné pracovní doby (tedy 4 a více hodin denně), a tím spadají do rizikové skupiny z hlediska zdravotních dopadů sedavého zaměstnání.

6.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo získat ucelený přehled o návycích a postojích ke zdravému životnímu stylu u respondentů se sedavým zaměstnáním a následně zjistit možnosti podpory zdravého životního stylu pomocí behaviorálně-ekonomických principů.

Výzkumná otázka 1: Reaguje většina respondentů pozitivně na behaviorální podněty podporující zdravý životní styl?

Dalším cílem bylo definovat rozdíly v životním stylu mezi jednotlivými skupinami různých demografických a pracovních charakteristik respondentů.

Výzkumná otázka 2: Vykazují ženy vyšší míru zájmu o zdravý životní styl než muži?

Výzkumná otázka 3: Tráví ženy fyzickou aktivitou více času než muži?

Výzkumná otázka 4: Ujdou osoby mladšího věku za den větší počet kroků než starší?

Následně ověřit potenciál behaviorálně-ekonomických prvků na jejich změnu chování. Vyhodnotit motivaci respondentů k udržování zdravého životního stylu a určit jaké prostředky by nejvíce mohly jednotlivce motivovat ke zdravé životosprávě.

Výzkumná otázka 5: Zvyšuje přítomnost zdravých potravin na viditelném místě pravděpodobnost jejich výběru?

Výzkumná otázka 6: Mají připomínky v podobě plakátů pozitivní vliv na motivaci k pohybu?

Výzkumná otázka 7: Reagují respondenti pozitivně na změnu výchozí možnosti?

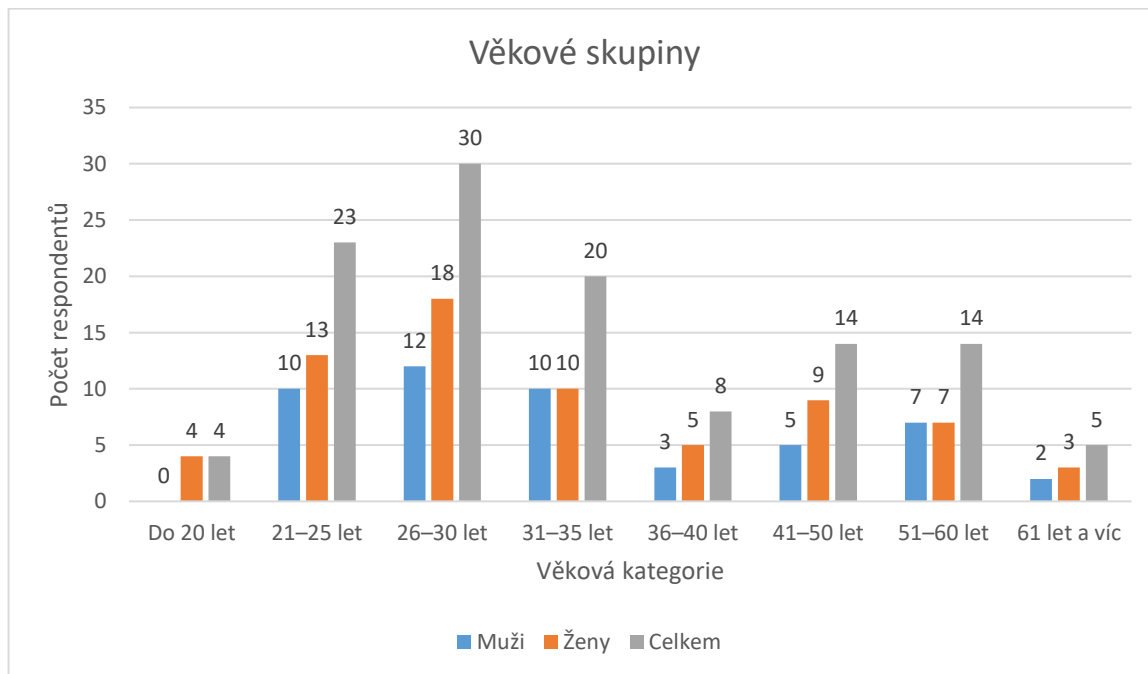
7 ANALÝZA DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Získávání relevantních informací ohledně zdravých návyků a postojů k behaviorálně-ekonomickým intervencím probíhalo pomocí dotazníkového šetření zaměřené na osoby se sedavým zaměstnáním. Dotazník byl distribuován pomocí emailu a sociálních sítí. Jeho vyplnění bylo zcela dobrovolné a anonymní.

Z dotazníkového šetření bylo získáno 156 odpovědí, z nichž 118 bylo vyhodnoceno jako validních. Splňovaly kritéria úplnosti a zařazení do cílové skupiny. K analýze byli vybráni pouze respondenti se sedavým zaměstnáním napříč různými pracovními pozicemi.

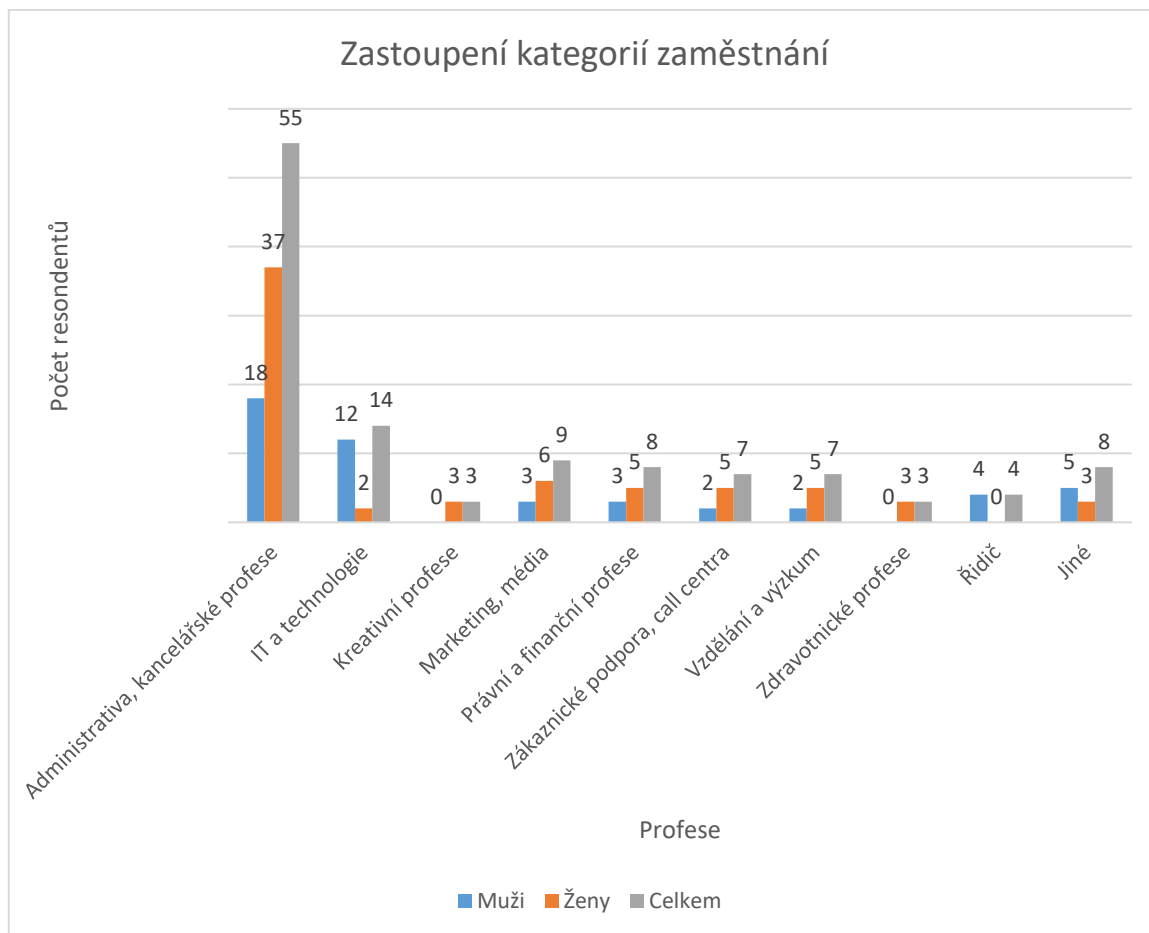
7.1 Charakteristika respondentů

Dotazník vyplnilo celkem 69 žen a 49 mužů. Zastoupeny byly všechny věkové skupiny, s výjimkou mužů do 20 let. Nejvíce byla zastoupená věková kategorie 26–30 let, kam spadal i nejvyšší počet žen a mužů (viz Obrázek 4). Nízký počet dotazovaných ve věkové kategorii do 20 let a nad 61 let byl očekávaný. Mladší osoby se nejčastěji věnují studiu a lidé nad 61 let se blíží nebo již jsou ve starobním důchodu a neočekává se u nich zapojení do pracovního procesu.



Obrázek 4 Graf rozložení věkových skupin

(zdroj: vlastní)



Obrázek 5 Zastoupení kategorií zaměstnání

(zdroj: vlastní)

Graf na Obrázek 5 zobrazuje zastoupení jednotlivých profesních kategorií mezi respondenty, rozdělené podle pohlaví. Nejpočetnější skupinu tvoří pracující v oblasti administrativy a kancelářských profesí, kde pracuje 55 dotazovaných, z toho 37 žen a 18 mužů. Následuje kategorie IT a technologie se 14 respondenty, z toho 12 mužského pohlaví. Tento fakt dokazuje obecný trend genderové nevyváženosti v technických oborech.

Další kategorie zahrnovaly marketing a média (9 respondentů), právní a finanční profese (8 respondentů), zákaznická podpora a call centra (7 respondentů), vzdělávání a výzkum (7 respondentů), zdravotnické profese (3 respondenty), řidiče (4 respondenti), kreativní profese (3 respondenti) a jiné (8 respondentů), kde se objevovali policisté, OSVČ, ostraha a kontrolor kvality.

Data ukazují rozmanitost zaměstnání respondentů, přičemž nejvíce dotazovaných se pohybuje v kancelářském prostředí, se kterým je sedavý způsob práce spojen. Údaje

potvrzují správný výběr cílové skupiny pro zkoumání behaviorálně-ekonomických intervencí pro podporu zdravého životního stylu.

Tabulka 1 Počet prosezených hodin

Počet prosezených hodin	4–5 hodin	5–6 hodin	6–7 hodin	7–8 hodin	8 a více hodin
Kategorie zaměstnání					
Administrativa, kancelářské profese	5	11	14	20	5
IT a technologie	2	5	1	4	2
Kreativní profese	1	0	0	2	0
Marketing a média	0	1	3	4	1
Právní a finanční profese	0	4	1	3	0
Řidič	1	1	1	1	0
Vzdělání a výzkum	2	2	2	1	0
Zákaznická podpora, call centra	2	0	2	3	0
Zdravotnické profese	1	0	0	1	1
Jiné	2	2	2	2	0
Celkem	16	26	26	41	9

(zdroj: vlastní)

Tabulka 1 ukazuje rozložení prosezených hodin mezi profesními kategoriemi s tím, že nejvíce respondentů tráví skoro celý pracovní den vsedě. Modální hodnotou celé skupiny respondentů je 7–8 hodiny. Mezi 5–8 hodinami v práci prosedí až 79 % dotazovaných respondentů. Když se sečte prosezený čas v práci (alespoň 5 hodin) a čas prosezený cestou do práce a ve volném čase, minimálně 86 % respondentů překročí hranici 8 hodin vsedě denně. Tím se jejich riziko úmrtí a kardiovaskulárních onemocnění zvyšuje o 19 % oproti těm, co denně sedí maximálně 4 hodiny. U ostatních respondentů, kteří v pracovním prostředí vsedě tráví do 5 hodin a celkově za den nesejí více než 8 hodin, se riziko zvyšuje o 12–13 %. (Li et al., 2022)

Průměrný počet hodin strávených sezením (Tabulka 2) byl vypočítán ze středové hodnoty zvoleného rozpětí. Pokud respondent odpověděl, že sedí 4–5 hodin denně, byl stanoven čas sezení 4,5 hodiny. Když se jednalo o respondenta, který zvolil odpověď 8 a více hodin, výpočetní hodnota byla určena na 8,5 hodiny.

Nejvyššího průměru dosáhly profese z marketingu a médií, následně potom zdravotnické profese, kde se konkrétně jednalo o radiologa a zdravotní sestry u obvodního lékaře. Administrativní a kancelářské profese zaujaly třetí místo. Nejmenší průměr prosezených hodin byl naopak u výzkumu a vzdělávání. Celkový průměr prosezených hodin dosáhl hodnoty 6,5 hodiny. Hodnota mediánu je stejná jako celkový průměr, tedy 6,5 hodiny.

Tabulka 2 Průměr prosezených hodin

Kategorie zaměstnání	Administrativa, kancelářské profese	IT a technologie	Kreativní profese	Marketing a média	Právní a finanční profese	Řidič	Vzdělání a výzkum	Zákaznická podpora, call centra	Zdravotnické profese	Jiné
Průměrně prosezené hodiny	6,6	6,4	6,5	7,1	6,4	6,0	5,8	6,4	6,8	6,0

(zdroj: vlastní)

Pětkrát se v dotazníku objevila i odpověď 10–12 prosezených hodin, z toho čtyřikrát u administrativy a kancelářských profesí. Při vztažení této odpovědi do průměru prosezených hodin by se hodnota u administrativních a kancelářských profesí zvedla o 0,2 hodiny a u marketingu a médií o 0,1 hodiny. Pořadí profesí se tedy nezmění ani v případě započítání více prosezených hodin.

Respondenti nejčastěji na otázku v počtu kroků odpovídali možností 3001–5000 kroků denně. Mediánem byla ale hodnota 5001–8000 kroků denně. Podle mezinárodní meta-analýzy (Paluch et al., 2022) se ukázalo, že významný zdravotní přínos u osob starších 60 let má 6000–8000 kroků denně. Zdravotní přínos z nachozených kroků tak mají tři respondenti z pěti. Za to u osob mladších než 60 let se jedná o hodnotu 8000 a více kroků, která byla zjištěna u 38 respondentů. 70 respondentů do věku 60 let neudělá během dne dostatečný počet kroků, aby snížilo riziko úmrtí. Zbýlých 5 respondentů nedokázalo odhadnout svůj denní počet kroků.

7.2 Životní styl respondentů

Posouzení vztahu respondenta ke zdravému životnímu stylu probíhalo pomocí otázek zaměřených na četnost a délku fyzické aktivity, stravovací návyky a motivaci respondentů.

Cílem bylo zjistit stav, ve kterém se dotazovaní nachází a jaké jsou možné prostředky pro jejich motivaci ke změně chování.

7.2.1 Fyzická aktivita

Průměrná doba jednoho cvičení respondenta je 62 minut, zatímco průměrná doba fyzické aktivity za celý týden je 192 minut. Muži vykonávají fyzickou aktivitu průměrně 224 minut týdně a ženy o 47 minut méně, tedy 177 minut týdně.

Dle doporučení světové zdravotnické organizace (viz kapitola 1.3.2) by měla týdenní fyzická aktivita trvat 150–300 minut při střední intenzitě a 75–150 minut při vysoké intenzitě. Při předpokladu, že veškerá fyzická aktivita respondentů je vysoké intenzity, splnilo by doporučení 96 respondentů. V případě, že by se jednalo o aktivity střední zátěže, vyhovělo by těmto doporučením 64 respondentů. Jelikož nejčastěji označenou formou aktivity byla chůze, lze předpokládat, že celá odcvičená doba nebyla ve vysoké intenzitě. Z tohoto důvodu by doporučením vyhovělo ještě menší počet respondentů než 96.

Jak již bylo zmíněno, nejběžnější formou fyzické aktivity mezi respondenty byla chůze a následně cvičení ve fitness centrech. 73 respondentů se věnuje týmovému nebo individuálnímu sportu. Běh, který nyní zaznamenává rostoucí popularitu, byl zvolen zhruba čtvrtinou dotazovaných, což potvrzuje dostupnost a oblibu této formy pohybu. Do skupiny jiných aktivit byly vloženy fyzické aktivity, které neměly velké zastoupení. Jednalo se o tanec, veslování, jógu, jumping a bojové sporty. (Tabulka 3)

Tabulka 3 Fyzické aktivity

Fyzická aktivita	Chůze	Běh	Fitness	Plavání	Cyklistika	Týmový sport	Individuální sport	Jiná
Počet respondentů	97	27	49	13	8	40	33	13

(zdroj: vlastní)

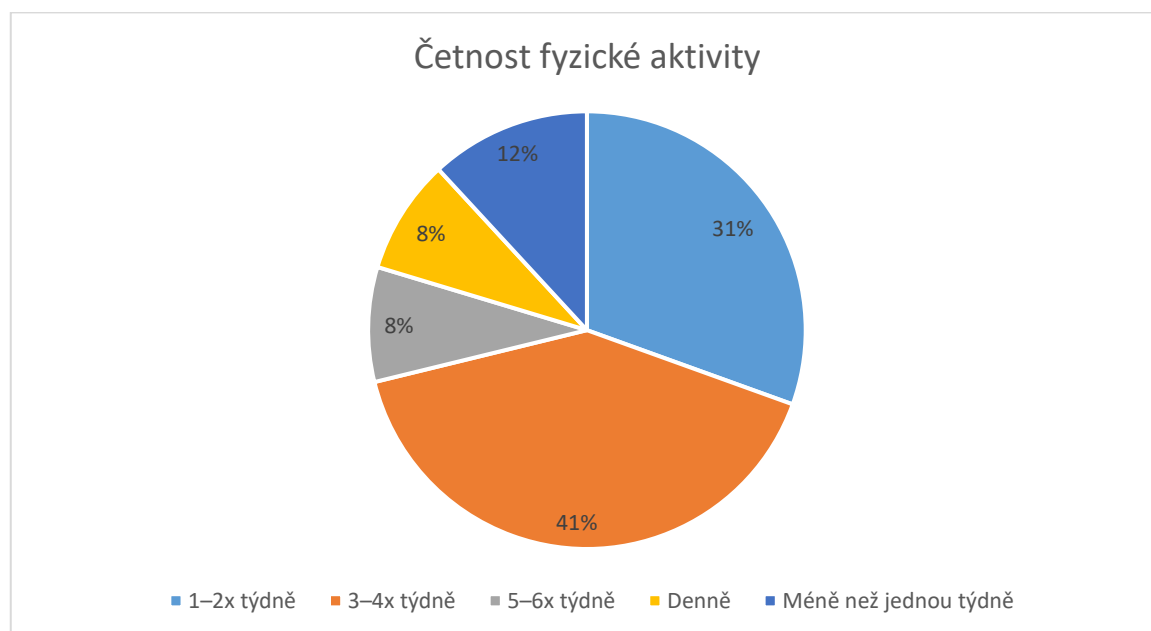
Frekvence cvičení u jednotlivých věkových kategorií je zobrazeno v Tabulka 4. Analýza četnosti fyzické aktivity dle věkových kategorií ukazuje, že se respondenti nejčastěji věnují fyzické aktivitě 3–4x týdně (48 dotazovaných). Nejvíce je tato kategorie zastoupena respondenty ve věku 21–35 let. Denně fyzickou aktivitu vykonává 10 respondentů, převážně ve věku 31–35 let. Nejméně aktivní skupinou jsou respondenti

starší 60 let, kde se předpokládá nižší fyzická aktivita. 12 % respondentů se věnuje fyzické aktivitě méně než jednou týdně, což při sedavém zaměstnání není ideální stav (viz Obrázek 6). Jejich průměrný čas strávený fyzickou aktivitou je přibližně 45 minut za týden. Faktově i logicky vyplývá, že čím častěji respondenti vykonávají fyzickou aktivitu, tím vyšší je jejich průměrný čas strávený cvičením za týden.

Tabulka 4 Četnost fyzické aktivity

Četnost fyzické aktivity	1–2x týdně	3–4x týdně	5–6x týdně	Denně	Méně než jednou týdně
Věková kategorie					
Do 20 let	0	3	0	1	0
21–25 let	9	8	2	0	4
26–30 let	8	16	1	0	5
31–35 let	3	8	3	4	2
36–40 let	3	4	0	1	0
41–50 let	5	3	3	2	1
51–60 let	6	3	1	2	2
61 a víc let	2	3	0	0	0
Celkem	36	48	10	10	14

(zdroj: vlastní)



Obrázek 6 Graf četnosti fyzické aktivity

(zdroj: vlastní)

7.2.2 Stravovací návyky

Tabulka 5 znázorňuje vztah mezi četností konzumace vybraných potravin a hodnocením stravovacích návyků ze strany respondentů. Nejvíce respondentů označilo své stravovací návyky jako částečně zdravé, konkrétně 78 % všech žen a 69 % všech mužů. Nezdravý stravovací režim uvedlo 6 % žen a 15 % mužů. Do zdravého režimu se zařadilo 16 % respondentů obou pohlaví. Jeden dotazovaný nedokázal jednoznačně zhodnotit své stravovací návyky, nebyl tedy zařazen do počítání procentuálního zastoupení.

Respondenti, kteří vyhodnotili své stravování jako zdravé, nejčastěji konzumují ovoce a zeleninu denně (79 %), fast food a nezdravé jídlo pouze méně než jednou týdně (74 %). Slazené nápoje zcela vynechává 9 z 19 respondentů.

U respondentů s částečně zdravými návyky (87 osob) více než polovina konzumuje zeleninu a ovoce alespoň 5x za týden. Nezdravé jídlo nekonzumuje pravidelně 43 dotazovaných a 35 respondentů si ho dopřeje 1–2x týdně.

Tabulka 5 Stravovací návyky

	Četnost konzumace	Zdravé návyky	Částečně zdravé návyky	Nezdravé návyky
Konzumace ovoce a zeleniny	Méně než jednou týdně	14	1	0
	1–2x týdně	0	23	5
	3–4 týdně	2	16	3
	5–6x týdně	2	19	0
	Denně	15	28	3
Konzumace fast foodu,	Méně než jednou týdně	14	43	1
	1–2x týdně	4	35	8
	3–4 týdně	1	4	2
	5–6x týdně	0	1	0
	Denně	0	1	0
Konzumace slazených	Ne	9	18	0
	Minimálně	2	0	0
	Alternativa bez cukru	2	14	1
	Občas	6	48	8
	Denně	0	7	2

(zdroj: vlastní)

Dotazovaní s nezdravým stravováním nejčastěji uvedli, že konzumují ovoce, zeleniny i nezdravé pokrmy 1–2 x týdně. Není tedy zaznamenán vysoký příjem zdravých potravin,

ale ani vysoká konzumace nezdravých jídel. 2 respondenti této skupiny uvedli, že slazené nápoje pijí denně, osm z nich jen příležitostně a jeden preferuje varianty bez cukru.

Podle doporučení světové zdravotnické organizace by konzumace ovoce a zeleniny měla být na denní bázi a to minimálně 400 g nebo 5 porcí. Denní konzumaci ovoce a zeleniny praktikuje pouze 39 % respondentů. (WHO, 2020b)

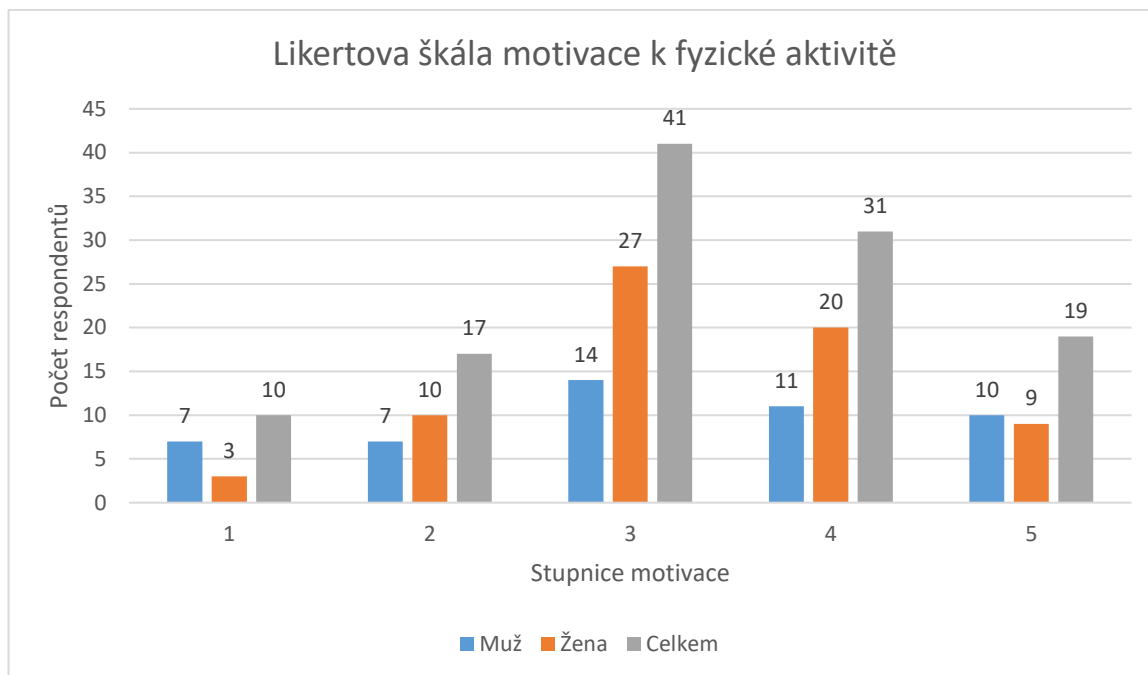
Konzumace ovoce a zeleniny přímo souvisí s vlastním hodnocením stravovacích návyků. Denní konzumace je častější u osob, kteří zhodnotili své návyky jako zdravé. Konzumace fast foodu a nezdravých potravin vykazuje také přímou souvislost s hodnocením stravovacích návyků stejně jako konzumace zdravých potravin. U respondentů, kteří označili částečně zdravé vnímání stravovacích návyků je častější konzumace fast foodu. Nejvyšší frekvence je ale u dotazovaných s nezdravým stravováním.

V oblasti slazeným nápojům se jim více než polovina respondentů se zdravými návyky vyhýbá, zatímco u nezdravých se tato varianta vůbec neobjevuje. Výsledky ve stravě prokazují, že hodnocení stravy odpovídá reálnému chování respondentů.

Zdravější stravu konzumují častěji respondenti, kteří mají vyšší fyzickou zátěž, na rozdíl od těch, kteří mají fyzickou zátěž minimální. To dokazuje, že fyzická aktivita a strava jsou vzájemně propojené.

7.2.3 Motivace respondentů

Motivace respondentů k fyzické aktivitě byla hodnocena pomocí Likertovy škály v rozmezí 1–5, kdy 1 zaujímala pozici nejsem motivovaný/á a 5 vyjadřovala jsem stoprocentně motivovaný/á. Výsledky škálového hodnocení ukazují, že respondenti vykazují převážně střední míru motivace. Průměrná hodnota byla 3,3, přičemž modus a medián dosáhly hodnoty 3. Většina odpovědí byla soustředěna kolem středu škály, bez významných odchylek. Průměrná hodnota motivace podle pohlaví se moc nelišila. U žen průměrná hodnota dosáhla 3,3 a u mužů přibližně 3,2.

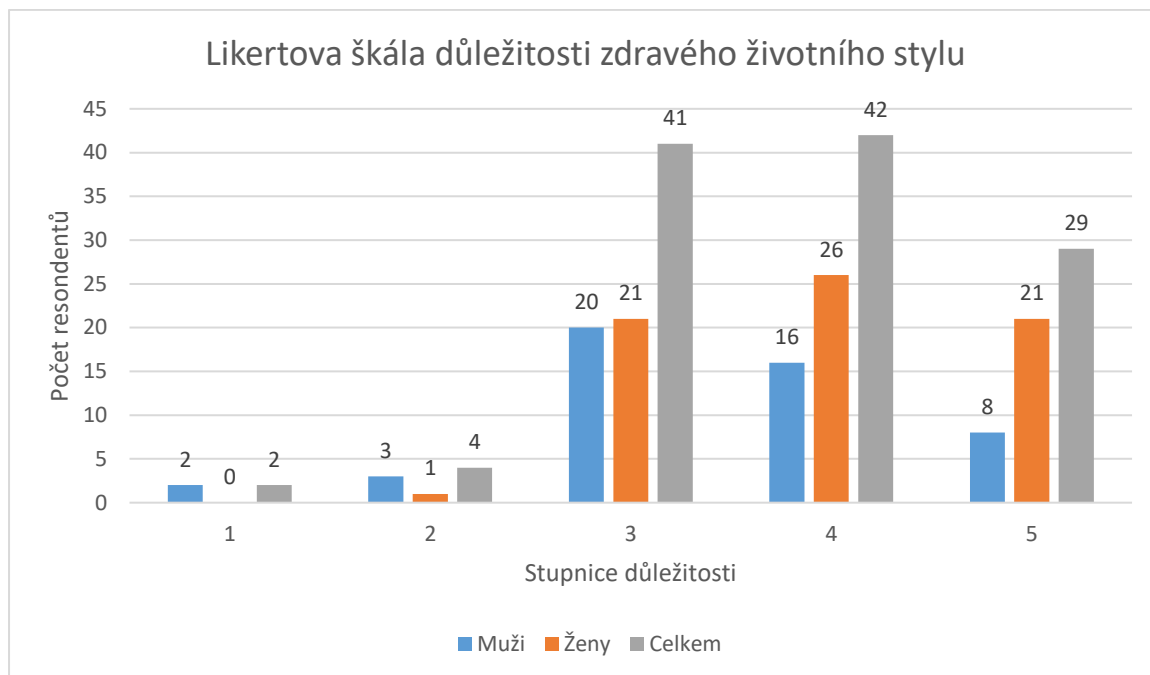


Obrázek 7 Graf motivace k fyzické aktivitě

(zdroj: vlastní)

Je však možné si povšimnout, že respondenti volili častěji hodnoty bližší k motivaci. Nemotivovaný/á nebo spíše nemotivovaný/á volilo 27 dotazovaných, a naopak spíše motivovaný/á a motivovaný/á 50 dotazovaných. (Obrázek 7)

Důležitost zdravého životního stylu pro respondenty byla také hodnocena pomocí Likertovy škály, kde hodnota 1 vyjadřovala nejnížší důležitost a hodnota 5 nejvyšší důležitost. Průměrná skóre dosáhlo hodnoty 3,8. Tento fakt ukazuje převážně pozitivní postoj respondentů ke zdravému životnímu stylu. Ukázalo se, že z hlediska pohlaví, ženy přikládají zdravému životnímu stylu větší význam (průměr 4,0) než muži (průměr 3,5). Střední a nejčastější odpovědí byla hodnota 4, což vyjadřuje poměrně velkou důležitost životního stylu pro respondenty. Z toho vyplývá, že zdravý životní styl je pro respondenty důležitější než motivace k fyzické aktivitě. (Obrázek 8)



Obrázek 8 Graf důležitosti zdravého životního stylu

(zdroj: vlastní)

Tabulka 6 ukazuje, že nejvyšší průměrná motivace k pohybu a důležitost zdravého stylu života se objevuje ve věku 31–40 let. U žen je patrná vyšší motivace u skupiny do 30 let věku ve srovnání s věkovou skupinou 41 a více let. Naopak u mužů jsou průměrné motivace ve skupinách do 30 let a 41 a více let téměř totožné, to naznačuje stabilnější postoj napříč věkovými kategoriemi.

Z dat shromážděných ze škály motivace k pohybu a důležitosti zdravého životního stylu vyplývá, že ženy mají větší tendenci přiklánět se ke zdravému životnímu stylu.

Tabulka 6 Likertova škála podle věku

Věk	Ženy		Muži	
	Motivace k fyzické aktivitě	Důležitost zdravého životního stylu	Motivace k fyzické aktivitě	Důležitost zdravého životního stylu
Do 30 let	3,3	4,1	3,1	3,4
31–40 let	3,5	4,1	3,5	3,9
41 a více let	3,2	3,7	3,1	3,4

(zdroj: vlastní)

Motivace představuje subjektivní faktor k podpoře žádoucího chování. Nejvíce respondentů ke změně návyků týkajících se zdravého životního stylu motivuje psychické

a fyzické zdraví. Významnou roli zastupuje i vzhled, převážně tedy u žen. Více než jednu třetinu respondentů ke změnám svých návyků motivuje to, že budou mít více energie. 2 respondenti nemají potřebu své návyky měnit. Ve většině případů pak motivace vedoucí ke změně byla kombinací různých prvků. (Tabulka 7)

Tabulka 7 Motivace ke změně návyků

Motivace ke změně návyků	Ženy	Muži	Celkem
Doporučení lékaře	5	5	10
Fyzické zdraví	55	41	96
Psychické zdraví	58	40	98
Více energie	31	18	49
Vzhled	55	27	82
Socializace	2	0	2
Dlouhověkost	1	0	0
Není potřeba měnit návyky	1	1	2

(zdroj: vlastní)

Oproti motivaci stojí překážky bránící respondentům ve správné životosprávě. Nejfrekventovanější překážkou je nedostatek času. Ten se nejčastěji u odpovědí objevoval v kombinaci s nedostatkem energie. Únava a nízká míra motivace také patří mezi hlavní překážky zdravého životního stylu. Stejně jako u prvků motivace ke změně, i tady se často jednalo o kombinaci různých faktorů. Některé faktory je ovšem možné ovlivnit, aby zdravý životní styl byl přístupný více lidem. 5 respondentů, kterým nebrání nic, vykazovali vyšší hodnotu motivace (průměrně 4,2). Důležitost zdravého životního stylu se u nich ale nacházela pod průměrnou hodnotou na 3,6. (Tabulka 8)

Tabulka 8 Překážky zdravého životního stylu

Překážky zdravého životního stylu	Ženy	Muži	Celkem
Finanční náklady	9	5	14
Nízká motivace	27	18	45
Nedostatek času	42	31	73
Fyzické omezení	0	1	1
Nevědomost	5	6	11
Únava	39	18	57
Není překážka	2	3	5

(zdroj: vlastní)

Pozitivní vztah ke zdravému životnímu stylu je možné podpořit i v pracovním prostředí. Proto součástí dotazníku byly otázky na podporu fyzické aktivity a zdravých potravin na pracovišti od zaměstnavatele. 55 respondentů nemá podporu fyzické aktivity ani možnosti zdravého jídla na pracovišti. 42 dotazovaných má buď podporu fyzické aktivity nebo možnost zdravého jídla na pracovišti. Pouze u 21 respondentů probírá podpora fyzické aktivity a možnost zdravého jídla zároveň.

Tabulka 9 Podpora zdravého životního stylu na pracovištích

Kategorie zaměstnání	Podpora fyzické aktivity		Možnosti zdravých jídel	
	Ano	Ne	Ano	Ne
Administrativa, kancelářské profese	14	41	22	33
IT a technologie	6	8	6	8
Kreativní profese	1	2	2	1
Marketing a média	6	3	5	4
Právní a finanční profese	3	5	2	6
Řidič	0	4	1	3
Vzdělání a výzkum	1	6	1	6
Zákaznická podpora, call centra	3	4	2	5
Zdravotnické profese	1	2	0	3
Jiné	5	3	2	6
Celkem	40	78	43	75

(zdroj: vlastní)

Největší procent respondentů (67 %), kteří mají nějakou formu podpory fyzické aktivity od zaměstnavatele, je zaměstnáno v marketingové oblasti, kde je nejvyšší průměrný počet prosezených hodin. Nejmenší podpora fyzické aktivity je u řidičů, ve vzdělání a výzkumu, administrativních profesích. Více než polovina respondentů z oblasti kreativních a marketingových profesí má možnost zdravé stravy na pracovišti. Ve zdravotnictví není žádná možnost zdravé stravy a ve vzdělání je minimální. Nejhorší celková podpora zdravého životního stylu je v oblasti vzdělání a výzkumu. (Tabulka 9)

Tabulka 10 Motivace respondentů k pohybu

Motivace k fyzické aktivitě	Aplikace (výzva k pohybu)	Stanovený osobní cíl	Odměna	Podpora přátel, rodiny	Soutěž	Věk, zdraví	Více času	Benefity	Viditelné výsledky	Nic
Počet respondentů	16	64	29	36	22	3	3	1	1	6

(zdroj: vlastní)

Respondenti se k fyzické aktivitě nejvíce motivují stanovením osobních cílů. Spoustu z nich je ovlivněno i podporou rodiny a přátel. Některým pomáhají aplikace, které připomínají pohyb, jiným zase forma odměny. Velice často se jednalo o kombinaci různých druhů motivace. Starší respondenti cvičí méně, jelikož jim v pohybu brání vysoký věk nebo zdraví. 6 dotazovaných nepotřebuje žádnou formu motivace. (Tabulka 10)

Tabulka 11 Podpora zdravé stravy

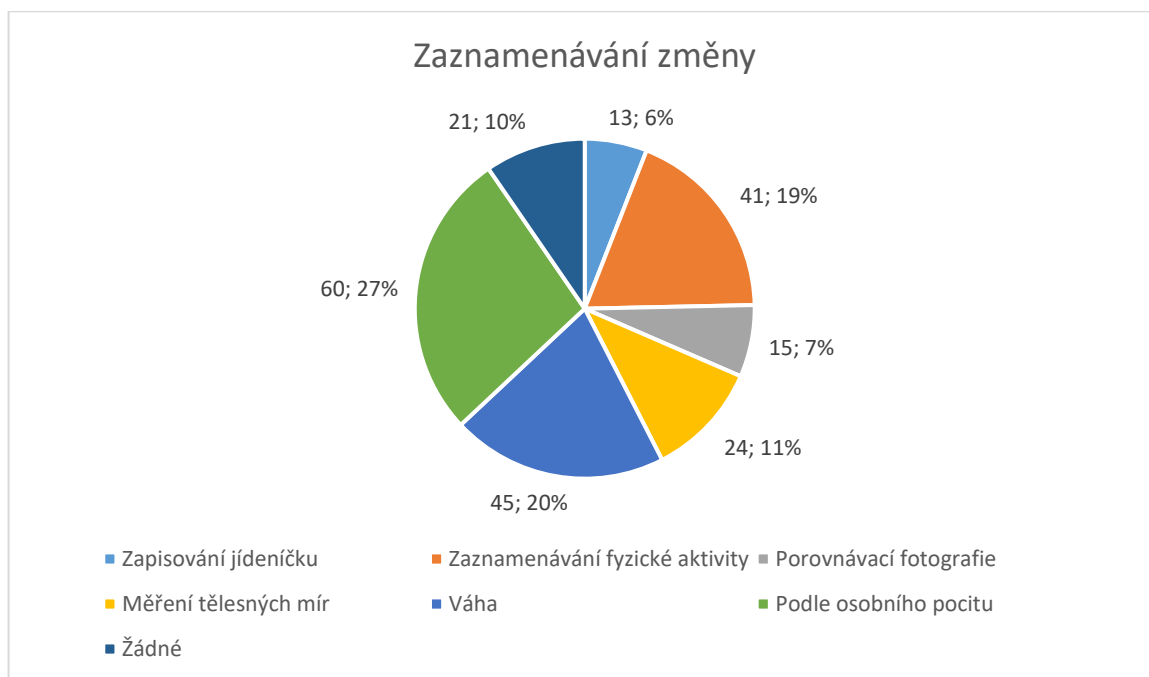
Podpora zdravé stravy	Slevy na zdravé potraviny	Zdravé možnosti na pracovišti	Zdravé recepty	Nákupní seznamy	Plánování jídelníčku	Podpora přátel, rodiny	Přehledné označení potravin	Vzdělávací akce	Nachystané jídlo	Nic
Počet respondentů	55	49	41	38	37	33	26	10	2	3

(zdroj: vlastní)

Největší vliv na výběr zdravější stravy u respondentů by měly slevy na zdravé potraviny. Celkem 55 dotazovaných uvedlo, že v takovém případě by si zvolili zdravější variantu. Za důležitou formu podpory označili respondenti i možnost výběru zdravé stravy na pracovišti, kde tráví minimálně jednu třetinu pracovního dne. Respondenti by uvítali také pomoc ve zdravé stravě skrze nákupní seznamy, plánování jídelníčku, sociální podporu (přátel, rodiny, kolegů) nebo přehledně označené zdravé potraviny. Různé workshopy a přednášky zvolilo pouze 10 respondentů a 2 dotazovaní by uvítali již nachystané jídlo, které by nebylo velkou finanční zátěží. 3 respondenti nepotřebují k udržení zdravého stravování žádné podněty. (Tabulka 11)

Většina respondentů označila více možností podpory zdravého stravování. To naznačuje, že podpora by měla být víceúčelová a komplexní. Jedna správně zvolená a aplikovaná intervence může zahrnout větší počet respondentů, než kdyby každý upřednostňoval pouze jednu variantu.

Na Obrázek 9 je graf, který znázorňuje rozložení možností zaznamenávání pokroku ve zdravém stylu života. Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů naslouchá svému tělu a řídí se ve zdravém stylu života podle toho, jak se cítí. Zapisování fyzické aktivity volí 41 respondentů, velmi často s kombinací se sledováním tělesných mír nebo hmotnosti. Nejméně se dotazovaní uchylují k porovnávacím fotografiím a zapisování jídelníčku. 21 respondentů svůj pokrok nijak nezaznamenává. Tito respondenti mohou mít menší zájem o životní styl nebo se mu věnují intuitivně.



Obrázek 9 Graf pokroku ve zdravém životním stylu

(zdroj: vlastní)

7.3 Reakce na behaviorálně-ekonomické intervence

Tato kapitola se zaměřuje na analýzu zjištěných dat ohledně behaviorálně-ekonomických intervencí. Cílem bylo prozkoumat, jak respondenti reagují na takové podněty a jestli by se následně daly využít k podpoře zdravého životního stylu. Nástroje behaviorální ekonomie, které byly využity v dotazníkovém šetření, jsou výchozí možnost, architektura volby a nudge. Výsledky hlavních intervencí jsou zapsány v Tabulka 12.

Pokládané otázky v dotazníkovém šetření byly formulovány tak, aby modelovaly konkrétní situace s využitím prvků behaviorální ekonomie. Využito bylo například umístění zdravých potravin viditelněji, zobrazení motivačního plakátu nebo různé druhy odměn. Účelem těchto intervencí bylo stanovit jejich potenciál k ovlivnění chování jedinců se sedavým zaměstnáním. Výsledná data zároveň umožňují určení nutných úprav intervencí, aby se mohla zvýšit jejich účinnost a smysluplnost.

Tabulka 12 Reakce na intervence

Intervenci	Výchozí volba			Architektura volby (Obrázek 2)			Nudge (Obrázek 3)		
	Ano	Ne	Nejsem si jistý/a	Obrázek A	Obrázek B	Bez vlivu	Motivoval by mě	Považoval/ a bych ho za rušivý	Ignoroval/ a bych ho
Administrativa, kancelářské profese	40	1	14	2	41	12	22	8	25
IT a technologie	12	0	2	1	9	4	6	3	5
Kreativní profese	3	0	0	0	1	2	1	0	2
Marketing a médiá	7	0	2	0	8	1	3	1	5
Právní a finanční profese	7	0	1	3	4	1	4	1	3
Řidič	2	0	2	0	2	2	1	1	2
Vzdělání a výzkum	7	0	0	0	6	1	3	1	3
Zákaznická podpora, call centra	7	0	0	0	5	2	4	1	2
Zdravotnické profese	1	0	2	0	1	2	1	0	2
Jiné	7	0	1	0	7	1	2	1	5
Celkem	93	1	24	6	84	28	47	17	54

(zdroj: vlastní)

První intervence v dotazníku využívala principu výchozí volby, kdy měl dotazovaný odpovědět, zda by si zvolil výchozí možnost zdravého jídla nebo ne. Celkem 93 respondentů by si možnost výchozí zdravé stravy zvolilo, procentuální zastoupení mezi ženami (79 %) a muži (77 %) bylo velice podobné. Nerozhodných bylo 24 dotazovaných a jedna žena odpověděla, že by tuto možnost nezvolila. Četnost odpovědí podle pracovních kategorií zobrazuje Tabulka 12.

Tabulka 13 Volba výchozí možnosti

	Ano		Ne		Nejsem si jistý/á	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži
Počet respondentů	55	38	1	0	13	11
Celkem respondentů	93		1		24	

(zdroj: vlastní)

Další intervencí byla architektura volby, kdy měl respondent vybrat jednu ze dvou variant bufetů, který by ho více přinutil vybrat si zdravější stravu. Zhruba 71 % dotazovaných vybralo variantu, kde zdravé jídlo bylo jasně na očích a převládalo nad nezdravými pokrmy. To ukazuje, že architektura volby může být jednou z účinných intervencí v podpoře zdravého stravování. 6 respondentů vybralo obrázek, kde převažovalo nezdravé jídlo. Možné je, že to na ně působilo negativně a raději by se tak rozhodli pro zdravější variantu. Na 24 % osob rozložení bufetu nemělo vliv. Konkrétnější rozložení odpovědí podle pracovních pozic se nachází v Tabulka 12.

Poslední využitou intervencí behaviorální ekonomie v dotazníku bylo nudge, neboli šťouchnutí. Tento princip měl hned několik podob. Jednou z nich byl návrh plakátu (Obrázek 3), který by mohl být rozmístěn v prostorách firem a připomínat zaměstnancům se alespoň protáhnout. Rozložení odpovědí podle profesí stejně jako předchozí intervence je zobrazeno v Tabulka 12.

Pozitivně se k plakátu vyjádřilo 47 respondentů (40 %), zatímco by ho ignorovalo 54 dotazovaných (40 %). Negativní dopad by měl na zbylých 15 % účastníků šetření, jelikož na ně působil rušivým dojmem. (Tabulka 14)

Respondenti měli příležitost následně odůvodnit svoje rozhodnutí. Ti, kteří plakát označili jako dobrý způsob motivace, nejčastěji uvedli, že se jedná o dobrou připomínku a vizualizaci. Dále spoustu dotazovaným umožnil plakát si uvědomit, že protáhnout se je v pořádku, protože by je to samotné nenapadlo. Jeden z respondentů z vlastní zkušenosti uvedl, že takový plakát na pracovišti mají a funguje.

Tabulka 14 Motivace pomocí plakátu

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem
Ano, motivoval by mě	30	17	47
Ignoroval/a bych ho	31	23	54
Považoval/a bych ho za rušivý	8	9	17

(zdroj: vlastní)

Respondenti, kteří by plakát ignorovali, frekventovaně odpovídali, že by plakátu po nějaké době přestali věnovat pozornost. Na některé nepůsobil věrohodným dojmem až nuceně, jiní by ho vnímali jako součást designu. Objevila se i odpověď, že je plakát rušivý. Tady dochází k otázce, proč tedy respondenti vybrali odpověď, že by ho považovali za rušivý. Jedna žena ve věku mezi 41–50 let neporozuměla textu, proto zvolila tuto odpověď.

Označení plakátu za rušivý bylo z důvodů nevhodného stylu do kanceláře a soustředění, které by při práci nebylo stoprocentní. 35 respondentů svůj výběr nevysvětlilo.

Další otázka se zaměřila na nudge, ale z jiného pohledu, z pohledu individuálních připomínek ke zdravé životosprávě. Respondenti měli zvolit varianty připomínek, které by na ně měly největší dopad. (Tabulka 15)

Tabulka 15 Druhy připomínek

Typy připomínky	Email	Mobilní aplikace	Vizuální prvky	Plakáty	SMS	Notifikace na PC	Notifikace na hodinkách	Nic
Počet respondentů	6	80	27	14	8	9	1	8

(zdroj: vlastní)

Respondenti nejčastěji volili připomínky na mobilním zařízení, vizuální prvky na pracovišti (např. šipky směrem ke schodům, ne k výtahu) a plakáty. Zajímavostí u plakátu je, že 8 osob při rozhodování u motivace plakátem označilo odpověď motivace. Naopak 2 zvolili, že by si na něho zvykli a 4 ho považovali za rušivý, z toho dva konkretizovali nehodící se design. Otázkou je, proč tedy dotazovaní vyhodnotili plakát, jako dobrý nástroj připomínek.

Poslední otázka dotazníku se věnovala odměnám za změnu chování zdravějším směrem. Pobídky vedoucí k zisku nebo benefitu jsou dobrým nástrojem pro podporu žádaného chování. Stejně tak i odměny, které mají schopnost upevňovat dané chování a následně pak vést k vytvoření návyku.

V rámci odměn za zdravý životní styl respondenti vybírali často kombinaci více možností. Tabulka 16 ilustruje výpovědi dotazovaných. Typy odměn se ve věkových kategoriích moc neliší. Všechny věkové kategorie, kromě věku 31–35 let, preferují poukázky na sportovní vybavení, fitness centra a wellness služby. Věková skupina 31–35 let by nejvíce ocenila slevy na nákupy zdravých potravin nebo členství ve sportovních klubech. Nejméně oblíbenou položkou se stalo uznání. 5 respondentů, kteří si nevybrali z nabízených odměn, by motivovalo větší zdraví (zmírnění astmatu), přesně vyhrazený čas, viditelné pokroky a 2 respondenti neuvedli žádnou odměnu.

Tabulka 16 Motivační odměny

Typ odměny	Počet respondentů	Procenta respondentů
Poukázky na sportovní vybavení, fitness centra, wellness služby	76	64 %
Slevy na nákupy zdravých potravin nebo na členství ve sportovních klubech	58	49 %
Malé peněžní odměny za dosažení konkrétních cílů	33	28 %
Sportovní vybavení (např. fitness hodinky, podložky na cvičení)	45	38 %
Zdravé balíčky obsahující potraviny, recepty, nutriční doplňky	59	50 %
Ocenění (certifikáty, medaile, diplomy za dosažení cílů)	10	8 %
Veřejné uznání	7	6 %
Jiné	5	4 %

(zdroj: vlastní)

7.4 Diskuze k dotazníkovému šetření

Cílem této praktické části diplomové práce byla identifikace postojů a návyků ke zdravému životnímu stylu u respondentů se sedavým zaměstnáním. Dále analyzovat behaviorálně-ekonomické intervence na podporu zdravého stylu života. Dotazníkového šetření se

zúčastnilo celkem 154 respondentů, z nichž 118 (69 žen, 49 mužů) bylo vyhodnoceno jako validních. Jejich počet prosezených hodin překračoval polovinu běžné pracovní doby, tedy 4 hodiny.

Analýza dat ukázala, že velká část respondentů spadá do produktivního věku s mírnou převahou žen. Nejvíce zastoupenou profesní kategorií byla administrativa a kancelářské profese, pro které je typické sedavé chování. Více než 60 % dotazovaných uvedlo, že prosedí v práci 6 a více hodin, což potvrzuje cílovou skupinu se sedavým zaměstnáním. U nich se však riziko úmrtí a kardiovaskulárních onemocnění zvyšuje až o 19 %, jak tvrdí Li (2022). Průměrně nejvíce hodin prosedí osoby v marketingu a médiích, radiologové a zdravotní sestry, administrativní pracovníci. Mezi 10–12 hodinami sedí denně pět respondentů, 4 z nich pracují v administrativě. Analýza také prokázala, že vyšší počet prosezených hodin má za následek nižší výskyt zdravého chování.

Pouze 30 % respondentů do 35 let ujde nad 8000 kroků denně. Ve věku nad 35 let hranici 8000 kroků překročí 43 % dotazovaných. Výzkumná otázka 4, zda mladší osoby ujdou za den více kroku než starší, se tedy se vyvrátila. V rámci počtu kroků se aktivnějšími stali starší. Mezinárodní meta-analýza *Daily Steps and All-cause Mortality: A Meta-analysis of 15 International Cohorts* (Paluch et al., 2022) tvrdí, že lidé do 60 let by měli denně udělat nad 8 000 kroků, nad 60 let potom minimálně 6 000 kroků denně, aby se dostavily zdravotní benefity. Tyto hranice překračuje 41 respondentů. Pokud by respondenti vyměnili 30 minut sezení za lehkou aktivitu (chůzi), došlo by u většiny respondentů ke snížení rizika úmrtí, jak tvrdí studie *Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities* (Rees-Punia et al., 2019), a zároveň by se navýšil jejich počet kroků.

Doporučenou délku fyzické aktivity za předpokladu, že veškerá vykonaná aktivita respondentů je vysoké intenzity, splní 96 respondentů. V případě střední intenzity cvičení jde o 64 respondentů. Vzhledem k tomu, že se nejčastěji jako forma aktivity objevovala chůze, lze usoudit, že část vykonávané aktivity se nenacházela ve vysoké intenzitě. Proto je možné konstatovat, že doporučení světové zdravotnické organizace ohledně fyzické aktivity splňuje 64–96 respondentů.

Nejvíce respondenti volili chůzi, dále fitness, týmový nebo individuální sport. Nejčastější frekvence fyzické aktivity je 3–4x týdně. Průměrná doba fyzické aktivity u respondentů za týden je 192 minut. Vyšší týdenní průměr fyzické aktivity mají muži (224 minut), zatímco u žen je to 177 minut. Odpovědí na výzkumnou otázku 3 je, že se muži věnují fyzické aktivitě průměrně o 47 minut týdně více než ženy. Nejméně aktivní skupinou

se stali respondenti nad 60 let. U této skupiny je ale snížená aktivity předpokládána. Podle doporučení v kapitole 2.3 je pro tyto osoby nejdůležitější, aby se hýbala co nejvíce jim to tělo a zdraví dovolí.

Hodnocení stravovacích návyků dopadlo nejčastěji odpovědí částečně zdravé. Respondenti, kteří vyhodnotili své stravovací návyky jako zdravé, konzumují více ovoce a zeleniny, méně nezdravých jídel a po většinou se vyhýbají i konzumaci slazených nápojů. Naopak u nezdravých návyků dochází k větší míře konzumace nezdravých jídel a menší konzumaci ovoce a zeleniny. Dle doporučení světové zdravotnické organizace konzumuje ovoce a zeleniny denně jenom 39 % respondentů. Hodnocení vlastních stravovacích návyků respondenty korespondovalo s jejich následnými odpověďmi týkajícími se frekvence konzumace zdravých a nezdravých potravin.

Průměrná míra motivace na Likertově škále byla 3,3, přičemž ženy vykazovaly větší motivaci k fyzické aktivitě než muži. Likertova škála znázorňující důležitost zdravého životního stylu byla respondenty hodnocena pozitivněji, kdy se průměrná hodnota dostala na 3,8. Ženy zase dosáhly vyššího průměrného skóre než muži. Ženy prokázaly vyšší celkový zájem o zdravý životní styl než muži, proto je odpověď na výzkumnou otázku 2 pozitivní. Ženy sice projevily vyšší zájem o zdravý životní styl, ale průměrný čas fyzické aktivity u nich byl nižší než u mužů, jak již bylo zmíněno.

Motivací ke změně návyků u respondentů tvořili různé kombinace, nejčastěji respondenti volili fyzické a psychické zdraví. Vzhled, který se umístil na třetím místě četnosti, označilo o 25 % víc žen (80 %) než mužů (55 %). V rámci překážek zdravého životního stylu byl nejčastěji zvolen nedostatek času, který se v 34 případech objevoval v kombinaci s únavou. Únava a nízká motivace byly další frekventované překážky při zdravém životním stylu. Pět respondentů, kteří nevnímají žádnou překážku, se vyznačovalo nadprůměrnou hodnotou motivace. Důležitost zdravého životního stylu pro ně však byla nižší než průměrná. Všechny zmíněné překážky se dají nějakým způsobem ovlivnit, aby došlo ke zpřístupnění zdravého chování více lidem. Pokud by například do firemní kultury bylo zařazeno cvičení v práci, kdy zaměstnanci nemusí cestovat jinam. Zvýšila by se motivace, ušetřil by se čas, mohly by se zmírnit i projevy únavy a ti co nevědí, jak se hýbat by se naučili něco nového.

Podporu fyzické aktivity ani možnosti výběru zdravého jídla na pracovišti nemá 55 respondentů v sedavých zaměstnáních. Administrativní a kancelářské profese, které mají

druhou nejdelší průměrnou prosezenou dobu, mají nejmenší podporu ve zdravém životním stylu od zaměstnavatele.

Respondenti nejčastěji uvedli, že ke zvýšení fyzické aktivity jim nejvíce pomáhá stanovení osobních cílů, podpora přátel nebo určité formy odměn. Zdravé stravování u respondentů by nejvíce podpořily slevy na zdravé potraviny, zdravé možnosti na pracovišti, přístup ke zdravým receptům nebo již vytvořené nákupní seznamy.

Nejvíce využívanou formou sledování pokroku při zdravém životním stylu je vlastní subjektivní názor na to, jak se respondenti cítí. Někteří také volí záznam aktivity pomocí chytrých hodinek nebo telefonu. Ve většině případů je záznam aktivity dále kombinován se sledováním tělesných proporcí, jako jsou tělesné míry a váha. 21 respondentů svůj pokrok nijak nezaznamenává. Tito respondenti by mohli být vhodnou cílovou skupinou pro základní formy podpory.

Reakce na behaviorálně-ekonomické intervence byly různé. Na někoho působily pozitivně, někdo by je přehlížel a jiné by zase rušil. V dotazníku bylo využito konceptu výchozí volby, architektury volby a nudge teorie v různých podobách.

Výzkumná otázka 5 se zajímá o zvýšení pravděpodobnosti výběru zdravých potravin pomocí architektury volby. 84 respondentů označilo, že by v dané situaci zvolilo zdravější variantu. Proto lze usoudit, že architektura volby zvyšuje pravděpodobnost jejich výběru. Intervence za pomoci výchozího stavu se však prokázala jako nejúčinnější a 93 respondentů by možnost nastavení zdravé stravy jako výchozího bodu využila. Na výzkumnou otázku 7 je možné tedy odpovědět kladně.

Plakát měl pozitivní vliv na úzkou skupinu respondentů. Proto se stoprocentně nedá potvrdit výzkumná otázka 6, kdy jejich vliv byl spíše hodnocen jako negativní nebo rušivý. Pouze 40 % respondentů by vnímalo plakát jako motivaci nebo připomínku.

Jeden z respondentů se podělil o vlastní zkušenost, kdy plakát v kanceláři doopravdy plní, co má. Důvodem přehlížení ale velmi často byl zvyk. Zvýšení účinku plakátu by tak mohlo být dosaženo pravidelnou obměnou. Zde je vidět, že ne všechny prostředky behaviorální ekonomii mají pozitivní dopad. Proto je zapotřebí důkladně zanalyzovat prostředí, kde bude intervence probíhat, aby došlo ke správnému určení forem intervencí.

Nudge v podobě individuálních připomínek by nevyužilo pouze 8 respondentů. Zbylí respondenti nejčastěji volili připomínky pomocí mobilní aplikace. Odměny za dosažení určitých cílů jsou další možností podpory zdravého chování. Zaleží jenom na osobních

preferencích, proto je před aplikací intervence týkající se odměn důležitý průzkum prostředí, aby mohly být stanoveny odměny s největším pozitivním účinkem.

Hlavní výzkumnou otázku 1, zda většina respondentů reaguje pozitivně na behaviorální podněty podporující zdravý životní styl, nelze ani zcela potvrdit ani vyvrátit. Výsledná data ukázala, že behaviorálně-ekonomické intervence mohou mít pozitivní vliv na chování jedinců, ale není tomu tak vždy. Intervence ve formě nudge pomocí plakátu v tomto vzorku respondentů nebyla účinná. K zesílení účinku plakátu by mohlo dojít přidáním textu využívajícího konceptu sociální normy. Aby se také nestalo, že si na plakát zaměstnanci zvyknou, muselo by docházet k pravidelné změně vizuálu. Z toho vyplývá, že před zavedením jakékoliv intervence nebo podpory je potřeba dobře analyzovat prostředí přesně tak, jak tvrdí Laiou (2021) v rešeršní studii *Review: Nudge Interventions to Promote Healthy Diets and Physical Activity*.

Při analýze a vyhodnocování dat se nevyskytly žádné větší komplikace. Největší potíž způsobila otázka na průměrnou délku aktivity (otázka č. 7, viz Příloha P I). Špatně zvolený typ otázky a její formulace mohla zapříčinit zkreslení dat v oblasti fyzické aktivity, kterou respondenti vykonávají. Kromě zmíněné otázky nebyly dále zaznamenány žádné komplikace s pochopením položených otázek od respondentů.

Forma získávání dat pomocí dotazníkového šetření má své výhody i nevýhody, již zmíněné v kapitole 4.2. Zkreslení dat bylo pravděpodobně minimální, s výjimkou otázky č. 7, která byla špatně formulovaná. Vyplňování dotazníku nebylo pro respondenty povinností, ale bylo dobrovolné. Dobrovolná účast mohla přispět k větší upřímnosti odpovědí než u výzkumů za finanční odměnu.

Dotazníkové šetření prokázalo, že správně vybrané typy behaviorálně-ekonomických intervencí mohou mít dopad na podporu zdravého životního stylu. Před každým využitím behaviorální ekonomie k podpoře zdraví je nutnost prozkoumat prostředí, ve kterém vybrané intervence budou probíhat, aby měla co největší pozitivní dopad. Každý respondent se nachází v odlišné výchozí situaci, ale možnost pro zlepšení je dostupná vždy. Jedinci, kteří se již věnují zdravému životnímu stylu, mohou navíc posloužit jako inspirace a motivace pro ostatní.

Pomocí intervence ve vybrané firmě nebo společnosti by mohlo dojít k praktickému ověření shromážděných dat a potvrzených hypotéz. Tato analýza může sloužit jako základ nebo inspirace pro skutečnou podporu zdraví pomocí technik behaviorální ekonomie.

8 VYUŽITÍ V PRAXI

Výsledky dotazníkového výzkumu je možné využít jako podklad pro vytvoření reálných intervencí ve vybrané firmě, společnosti. Možnost změn v prostředí, které zaměstnavatel může provést, je několik. Zavádění behaviorálně-ekonomický prvků může dojít k nárůstu pozitivního chování, ať už v rámci výběru jídla, pravidelných přestávek na protažení či chůzi nebo motivace k pohybu. Behaviorální ekonomie je rozmanitá a jde pouze o správné určení typu intervence.

Získaná data mohou posloužit k rozšíření povědomí o nízké fyzické aktivitě u profesí se sedavým zaměstnáním. Větší povědomí o potížích, které způsobuje nedostatek pohybu a nezdravá strava, mezi manažery a vedoucími pracovníky u sedavých profesí, by mělo velký dopad na zaměstnance i celou společnost. Pokud by zaměstnavatelé více podporovali zdravé chování, docílili by snížení nemocnosti zaměstnanců a zvýšili by také jejich produktivitu. V návaznosti na to by došlo i k odlehčení zdravotnického systému a ke snížení celkových finančních nákladů.

Data by mohla být využita pro edukaci a osvětu celé populace. Edukace může probíhat skrze různá školení nebo workshopy, především ve firmách se sedavým způsobem práce. Kampaně by mohly cílit i na odstranění překážek ve zdravém životním stylu. Důsledkem vyšší zdravotní gramotnosti dochází k eliminaci civilizačních onemocnění, zdraví populace se zlepšuje, výdaje na zdravotnictví klesají a tím se snižuje i celková zátěž zdravotnictví.

Veřejné zdravotnictví by mohlo implementovat poznatky z výzkumu do svých národních strategií a rozšířit tak dopad behaviorálně-ekonomický intervencí mezi všechny jednotlivce.

9 NÁVRH NA ZAVEDENÍ VÝCHOZÍ VOLBY

Z teoretické, a hlavně praktické části diplomové práce lze usoudit, že využití behaviorálně ekonomických intervencí v podpoře zdravého životního stylu by mohlo mít pozitivní dopad. Všechny využitě intervence v dotazníku měly pozitivní vliv na respondenty, výjimkou bylo pouze nudge pomocí plakátu. Názory na šťouchnutí pomocí plakátu byly různé, a proto při jeho zavádění do praxe by bylo nutné pořádně analyzovat prostředí a vhodně zvolit design plakátu.

K návrhu na zavedení některé intervence do praxe byla zvolena výchozí volba, která za pomoci dotazníkového šetření vyšla jako nejefektivnější intervence podpory zdravého životního stylu. Respondenti rozhodovali, zda by v případě možnosti zvolit si zdravé jídlo jako výchozí, tak učinili nebo ne (otázka č. 22, viz Příloha P I).

Cílem této části diplomové práce je vytvořit návrh na zavedení behaviorálně ekonomické intervence do praxe, aby bylo možné určit, zda je vůbec zavádění intervencí reálné.

9.1 Cíl a cílová skupina intervence

Cílem zavedení výchozí volby do pracovního prostředí je podpořit zaměstnance ve zdravém životním stylu, konkrétně ve zdravém stravování. Primárně podpořit výběr nutričně vyvážených a zdravějších jídel zaměstnanci, kteří navštěvují firemní stravovací provoz. Cílovou skupinou pro tento návrh jsou tedy hlavně organizace nebo firmy, které mají vlastní stravovací provoz. Nemusí se jednat pouze o organizace se sedavou pracovní náplní, ale o jakoukoliv firmu.

9.2 Navrhovaná intervence

Navrhovanou intervencí, jejímž cílem je podpořit zdravější stravování zaměstnanců během pracovní doby, je výchozí volba. Konkrétní aplikací je změna přednastavení objednávacího systému firemní jídelny, aby zdravá varianta byla automaticky přednastavena jako výchozí volba.

V praxi to znamená, že zdravý pokrm bude umístěn na první pozici a bude nastaven jako výchozí volba. Každý zaměstnanec bude mít možnost tento výběr změnit a vybrat si jakýkoliv jiný pokrm podle sebe. Bude ovšem za potřebí jeho aktivní účast. Stejně tak bude přednastavený i nápoj, tedy voda, a případě zájmu o jiný nápoj nutnost výběr změnit.

Důležitým aspektem celé intervence je potřeba zajistit možnost výběru pro všechny zaměstnance. Každý by měl mít právo vybrat si svoji variantu bez nátlaku a negativního hodnocení. Cílem je nasměrovat zaměstnance k žádoucímu chování.

Dobu trvání intervence není nutné stanovovat, protože se jedná o druh intervence, který je možný provozovat po různě dlouhou dobu. V případě podpory zdravého životního stylu by byl ideální stav, kdyby se intervence stala součástí firmy.

Technologická náročnost by byla pouze ze začátku, kdy by bylo nutné upravit objednávací systém podle návrhu. Tedy, kdy zdravé pokrmy a nápoje budou na prvním místě a budou nastaveny jako výchozí možnosti.

9.3 Implementační plán

Všechny akce, které je nutné provést během zavedení intervence do praxe jsou uvedeny v implementačním plánu. Zavedení výchozí volby do firemní jídelny má za cíl zvýšit odběr zdravějších potravin a pokrmů.

Během implementace je potřeba sestavit plán, který bude obsahovat následující informace: identifikační údaje (název, datum a identifikační číslo, jméno osoby odpovědné za projekt), stručně vysvětlený účel implementačního plánu, náklady spojené se zavedením plánu, potřebné zdroje (stakeholderi), potřebné úkoly, časový plán (termíny, milníky), osoby zodpovědné za jednotlivé úkoly a sledování splnění úkolů. (Twincelo)

Identifikační údaje si každá organizace určí podle sebe, proto není potřeba je v tomto návrhu přesně specifikovat.

9.3.1 Podpora vedení

Před zavedením intervence je potřeba získat podporu vedení. Přistoupit s jasným návrhem a přínosy. Návrhem je zavedení výchozí volby jako intervence do firemní jídelny, kdy bude zdravější jídlo přednastaveno automaticky. Pokud nedojde k aktivnímu změnění stavu jednotlivými zaměstnanci. Hlavními přínosy bude vyšší produktivita, nižší nemocnost, a hlavně podpora pozitivního vztahu ke zdravému jídlu.

Pokud vedení návrh schválí, vymezí rozpočet, který může do návrhu vložit. Jelikož se jedná o úpravu stávajícího stavu, tak rozpočet nebude tak velký, jako kdyby se jednalo o zavedení nového programu. Velká část nákladů může být zmenšena, například pokud firma má již kvalitního dodavatele surovin, povědomí o intervenci si vezme na starost HR

oddělení a nebude se muset najímat externí firma. Kromě jednorázových nákladů vzniknou i pravidelné měsíční náklady, které vzniknout nákupem kvalitnější potravin nebo nutností sledování efektu intervence.

V rozpočtu budou zahrnuty finanční prostředky na změnu stravovacího systému, jeho testování a provozního ladění, přechod na kvalitnější potraviny, úpravu receptur a jídelníčků, úpravu výdejního pultu, školení personálu jídelny, kampaně a propagace intervence (změny) a na monitoring a vyhodnocování nasbíraných dat.

9.3.2 Projektový tým

Základ projektového týmu se bude skládat ze zástupců vedení, IT oddělení, provozovny jídelny, HR oddělení a zaměstnanců. Nepřímo potom mohou být zainteresovaní dodavatelé potravin, behaviorální ekonomové a další.

Vedení firmy musí udělit souhlas, stanovit rozpočet a podpořit rozvoj projektu.

Je nutná komunikace s provozovatelem firemní jídelny, který musí upravit jídla v nabídce, případně pozměnit receptury a výdej jídla. Může být také využita pomoc od nutričního specialisty, který dokáže definovat co je zdravější, případně navrhne jídelníček. Zajistí, že změny odpovídají výživovým doporučením, jsou chutná a atraktivní.

V neposlední řadě je potřeba zapojení HR oddělení, které bude změny konzultovat se zaměstnanci, sbírat zpětnou vazbu. Musí docílit akceptaci změny zaměstnanci, že se nejedná o omezování svobody, ale pozitivní změnu. Zaměstnance je potřeba správně informovat a zdůraznit jim, že stále existuje možnost volby jiného pokrmu bez jakéhokoliv postihu. Zaměstnanci jako cílová skupina určují úspěch celé intervence.

9.3.3 Analýza současného stavu

Před zavedením intervence je potřeba analyzovat současný stav v dané firemní jídelně. Zaměřit se na aktuálně nabízená jídla, jaký je výběr pokrmů od zaměstnanců a jak jsou jídla prezentována. Taková analýza může probíhat pomocí dotazníků, pozorování nebo dat z objednávacího systému.

Po ukončení této analýzy je možné stanovit, jaké neoblíbené pokrmy je možné nahradit zdravějšími variantami, jaké pokrmy ponechat nebo třeba upravit, aby bylo o něco zdravější.

9.3.4 Definice zdravější volby

Před samotným zavedením intervence je nutné definovat zdravější typ pokrmů. Jestli se bude jednat o pokrmy s menším obsahem soli a tuku, nebo že místo smažených příloh bude podáván salát, přednastavený dezert bude ovoce místo sladkého a voda místo slazených nápojů.

Do definice by se dali zapojit i zaměstnanci. Pomocí dotazníku by mohli vyjádřit své preference a následně by byla zvolena varianta, která by vyhovovala většině dotazovaných.

9.3.5 Navržení změny

Po definici zdravější volby nastane čas přesného určení změny neboli nastavení výchozí volby. V případě, že by se jednalo o jídla s menším množstvím soli a tuku, by změna spočívala v automatickém objednání tohoto pokrmu umístěném na prvním místě v seznamu výběru. Pokud by strážník chtěl změnit svůj pokrm, musel by aktivně označit jinou variantu.

Možnosti zdravější přílohy k jídlům by mohly být stejně tak automaticky nastavené s tím, že by pro změnu musel strážník znovu označit nezdravou variantu přílohy. U této změny by se nemuselo jednat pouze o první variantu, ale klidně o všechny nabízené pokrmy. Jsou však pokrmy, u kterých salát není úplně vhodný, proto by záleželo na celkovém nastavení objednávacího systému. Kde by se zdravější varianta hodila k vybranému jídlu, tam by byla nastavená, pokud by se nehodila, tak by se zdravější varianta nenabízela.

Při návrhu je důležité komunikace mezi IT oddělením a provozovatelem firemní jídelny. IT oddělení naprogramuje objednávací systém tak, aby bylo možné zdravé varianty přeobjednat nebo zrušit. Provozovatel jídelny pak musí být schopen jednoduše vložit nabízení pokrmy i se zdravými či nezdravými variantami.

9.3.6 Rizika a předpoklady

Před zavedením intervence by měly být ještě stanoveny možná rizika. Pokud budou stanoveny dobře, je možné se jim během zavádění vyhnout nebo je minimalizovat.

V behaviorálně ekonomických intervencích existuje mnoho rizik a je důležité, aby implementace nikoho negativně neovlivnila. Nikdo by během využívání intervence neměl být diskriminován, vyloučen z možnosti využívat něco jiného nebo být naváděn k něčemu, co sám nechce.

Zavádění výchozí volby do stravovacího procesu má své konkrétní úskalí (viz Tabulka 17). Jedním z rizik může být vnímání celé intervence jako omezení svobodné volby. Proto je potřeba dobrá komunikace mezi HR oddělením a zaměstnanci, aby pochopili, že stále mají možnost volby bez jakéhokoliv postihu.

Dále může dojít k odmítnutí nových pokrmů kvůli zvyku a změně chuti. Zvyk hraje velkou roli, a proto je potřeba se zaměřit na postupné zavádění zdravějších jídel. Ke zmenšení rizika může dojít také pomocí ochutnávek nebo šíření osvěty, že zdravější jídlo není automaticky méně chutné. Pokud se tomuto riziku nevyhne, může docházet k většímu vyhazování jídla, neochotě zaměstnanců stravovací provoz dále navštěvovat a celkově poklesne spokojenost.

Rizikem také mohou být větší výdaje na kvalitní, čerstvé potraviny, a tím pádem bude potřeba i zásah logistiky. Dalším rizikem může být nízká účinnost intervence, proto by mělo průběžně docházet ke sbírání dat a vyhodnocování efektu intervence. V případě nulové funkčnosti intervenci nemá smysl ji provádět.

Tabulka 17 Přehled rizik

Riziko	Míra závažnosti	Pravděpodobnost výskytu	Prevence, opatření
Diskriminace účastníků	3	2	Dostupnost alternativ (vegetariánství, náboženství); informovanost
Manipulace účastníků	3	2	Snadná možnost změny; informovanost; zpětná vazba; informovaný souhlas
Omezení svobodné volby	3	4	Dobrá komunikace HR oddělení se zaměstnanci; stálá možnost volby
Odmítnutí nových pokrmů	4	5	Ochutnávky; postupné zavádění; kampaň více zdravé ≠ méně chutné
Vyšší výdaje na kvalitnější potraviny	2	4	Nákup sezónních a lokálních potravin; efektivnější plánování a nákupy
Nízká účinnost intervence	5	3	Průběžný sběr dat; vyhodnocování účinnosti intervence

(zdroj: vlastní)

Tabulka 17 představuje souhrn základní rizik, které mohou vzniknou při zavádění vybrané intervence do praxe. U každé je také uvedena míra závažnosti, pravděpodobnost výskytu a možnosti, jak riziku předejít. Míra závažnosti je rozdělena na škále 1 až 5, kdy 1 značí *nejnižší* a 5 *nejvyšší*. Pravděpodobnost výskytu má stejnou škálu, ale 1 znamená *téměř nemožné* a 5 *téměř jisté*.

9.3.7 Finanční analýza

Finanční analýza návrhu má podat informaci o výsledných nákladech na zavedení intervence do praxe. Je nutné stanovit oblasti, do kterých bude muset být investováno, aby mohlo dojít k zavedení intervence.

Tabulka 18 Projektový tým

Pozice	Průměrná hodinový mzda v ČR	Počet hodin na projektu	Celkový plat za projekt
Projektový manažer	450 Kč/h	1 160 h	522 000 Kč
Vedoucí jídelny	222 Kč/h	1 160 h	257 520 Kč
IT specialista	565 Kč/h	40 h	22 600 Kč
Behaviorální specialista	285 Kč/h	40 h	11 400 Kč
Zástupce HR	313 Kč/h	1 160 h	363 080 Kč
Zástupce PR	388 Kč/h	1 160 h	450 080 Kč
Analytik/ekonom	372 Kč/h	1 160 h	431 520 Kč
Nutriční specialista	247 Kč/h	40 h	9 880 Kč

(zdroj: vlastní)

Průměrná hodinová mzda (Tabulka 18) je vypočtena ze stránky platy.cz, kde je možné najít platové rozpětí pracovní pozic. U každého rozpětí byla vybrána střední hodnota rozpětí a následně vydělena počtem pracovních dní v měsíci (přesně 20 dní) a počtem hodin pracovního dne (8 hodin). Informace o platech byly převzaty dne 09. 08. 2025, kdy webové stránky neuvádějí přesné referenční období.

Tabulka 18 uvádí všechny členy projektového týmu, průměrnou hodinou mzdu, počet očekávaných hodin strávených na projektu a celkový plat za projekt. Očekávaných počet hodin je převzat z Ganttova diagramu (Obrázek 10), kdy se zapojení projektového týmu počítá až od fáze sestavení projektového týmu. Celkem to vychází na 29 týdnů (8 hodin denně, 5 dní v týdnu).

Při první pohledu na Tabulka 18 by se mohlo zdát, že zavedení projektu bude vysoce nákladné na lidské zdroje, ale je potřeba si uvědomit, kolik je skutečně potřeba najmout lidí.

Manažerem projektu může být kdokoliv z vedení, kdo má potřebné vlastnosti a zkušenosti v řízení projektů. Stejně tak jako vedoucí jídelny, zástupce HR, zástupce PR a analytik, se ve většině firmách již vyskytují a jsou placeni, proto není potřeba najímat někoho dalšího.

Reálně je tedy potřeba najmout IT specialistu, který přizpůsobí objednávací systém tak, aby odpovídal požadavkům intervence. Behaviorálního specialistu, který pohlídá všechny potřebné aspekty správně zavedené intervence. A nutričního specialistu, který se bude podílet na vzniku nových receptur a pokrmů. Tito 3 členové týmu nebudou potřeba během celého projektu, proto jejich čas strávený na projektu byl stanoven na jeden pracovní týden (40 hodin) včetně rezervy.

Dalším výdajem projektu bude komunikační kampaň, aby o zavedení intervence byli informováni všichni zaměstnanci. Správná komunikace a informovanost o projektu je v tomto případě klíčová pro správné fungování intervence. Podle webu Webfusion (Šipka, 2024) se cena online marketingu pohybuje okolo 15 000–30 000 Kč. Průměrná cena za propagaci intervence bude 22 500 Kč.

Musí se také počítat s možnými změnami výdejních pultů nebo se školením personálu jídelny. Celkem jsou tyto výdaje odhadnuty na 15 000 Kč.

Tabulka 19 Celkové výdaje

Výdaj	Cena
IT specialista	22 600 Kč
Behaviorální specialista	11 400 Kč
Nutriční specialista	9 880 Kč
Komunikační kampaň	22 500 Kč
Drobné úpravy výdejního pultu; školení personálu	15 000 Kč
Celkem	81 380 Kč

(zdroj: vlastní)

Cena hlavního jídla v jídelně se v roce 2024 podle webu FeedIt.cz (2024) pohybovala v průměru na 138 Kč. Při zavedení zdravějších variant pokrmů může docházet ke zvyšování cen pokrmů. Proto je v rámci intervence stanovena na 143 Kč za jeden pokrm.

Pokud se intervence bude zavádět ve středně velké firmě (zhruba 350 zaměstnanců) a procento odmítnutí zdravé varianty bude 40 %. Celkové měsíční náklady na zdravější pokrmy budou 21 000 Kč. Nemusí se však jednat o tak velkou sumu. Při správném plánování a využívání sezónních potravin se cena zdravých pokrmů nemusí zvýšit vůbec. Záleží také

s jakými surovinami aktuálně jídelní provoz pracuje. Pokud bude procento odmítnutí zdravé stravy vyšší než 40 %, pak je potřeba zvážit, zda je vůbec vhodné intervenci zavádět.

Pro zavedení výchozí volby jako intervence do středně velké firmy bude potřeba jednorázová investice zhruba 82 000 Kč (viz Tabulka 19). Aby se předešlo navyšování rozpočtu, je lepší stanovit jednorázovou investici na 100 000 Kč. V návaznosti na intervenci vzniknou i pravidelné vyšší výdaje na kvalitnější potraviny přibližně 21 000 Kč měsíčně. Tato částka však nemusí být tak vysoká a je možné jí ovlivnit správným plánování a nákupem potravin.

Při úspěšném zavedení intervence se investice začnou úročit a jejich návratnost se přesune jinam. Zdravější strava povede ke snížení nemocnosti a následně nákladů na zdravotní péči. Podle ČSÚ (2024b) v roce 2022 náklady na zdravotní péči na osobu činily 55,5 tisíce Kč. Naopak poroste spokojenost zaměstnanců a zvedne se i jejich produktivita. Ta bude následně přinášet firmě větší zisky a měsíční výdaje se tak mohou zmenšit, vynulovat nebo se zvýší celkový zisk firmy.

9.3.8 Testování a ladění

Po dokončení nastavení objednávacího systému, připravení provozovatele jídelny na jiný styl pokrmů, seznámení zaměstnanců s novým stylem objednávání, může být spuštěna testovací doba. Optimální doba testování je jeden měsíc.

Během této doby se budou zkoumat různé ukazatelé, které pak poslouží k vyhodnocení, zda má intervence nějaký dopad. Pozornost by se měla věnovat zaměstnancům, jak reagují, kolik z nich si ponechá zdravou variantu nebo ji změní na nezdravou, jaké jsou zbytky. Může se k tomu zase využít dotazník spokojenosti (zpětná vazba) nebo pozorování.

V případě odhalení nedostatku je potřeba problém jasně definovat a eliminovat ho. Příkladem může být velká nespokojenost s kombinací jídla se zdravou přílohou. V tomto bodě by se dala vyzkoušet jiné varianta zdravější přílohy nebo určit, že tento pokrm bude zařazen do nezdravých variant.

9.3.9 Komunikace se zaměstnanci

Před zavedením je nutné informovat všechny zaměstnance o změně a poskytnout jim k tomu potřebné informace. Informace mohou být podány pomocí hromadného emailu, rozmístění plakátů nebo skrze vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení.

K úspěchu je zapotřebí správné interpretace nastávající změny, že jednotlivce nijak neomezuje a stále mají na výběr. Také je nutné odůvodnit proč změna nastává a jaký je její cíl.

Konkrétně tedy, že bude upraven objednávací systém stylem, že zdravá varianta pokrmu bude vybrána vždy automaticky a v případě zájmu může být individuálně změněna podle preferencí. Vyžaduje to však aktivní účast zaměstnanců. Pokud zaměstnanec jídlo v daný den nechce, musí si sám pokrm odhlásit. Uvést, že cílem celé změny má být zlepšení vztahu ke zdravému jídlu, snížení nemocnosti a ke zvýšení pracovního nasazení. Uveden může být i příklad, kdy lehký oběd nevede k únavě po jeho konzumaci.

9.3.10 Vyhodnocení

Po pilotní fázi je nutné vyhodnotit nasbíraná data z pozorování, reakcí zaměstnanců a dotazníků. Zjistit skutečný dopad změny. Zda si zdravé varianty zaměstnanci nechávají nebo je mění, jaké pokrmy jsou oblíbené, kolik zbytků ze zdravých variant zůstává a jestli je to stejné jako u nezdravých variant.

Pak je také důležité vyhodnotit, jak celkovou změnu vnímají zaměstnanci. Jestli si nový styl jídelny pochvalují nebo jim nevyhovuje. Jak vnímají celý proces od objednání si pokrmu, přes výdej, odnesení zbytků a následných pocitů po zkonsumování lehčí stravy.

Po zjištění nedostatku je potom nutné vytvořit nový nebo upravit stávající systém, aby se chyba již nevyskytovala. Pomocí získaných dat by mělo docházet taky k optimalizacím. Celý proces se jimi zefektivní a vyvaruje se zbytečným chybám.

Mělo by také dojít k zásadnímu zjištění, zda vůbec má smysl danou intervenci zavádět, optimalizovat ji a vytvořit z ní součást firemní kultury.

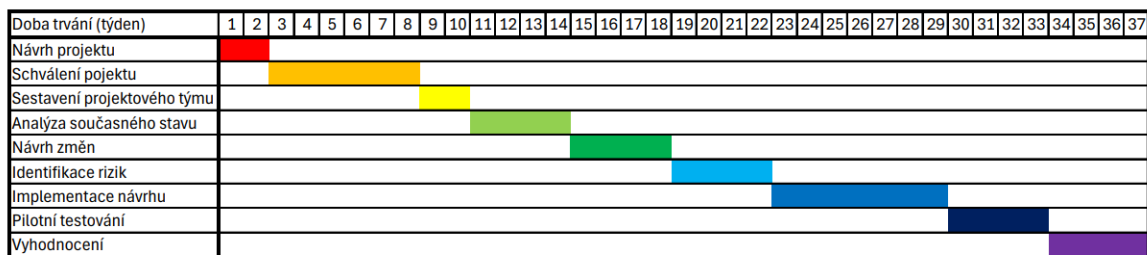
9.3.11 Pravidelné sledování

Při vyhodnocení intervence jako úspěšné, by mělo docházet k pravidelnému sledování. Stanovovat trendy ve vybíraných jídlech, obměňovat receptury s nutričním specialistou, zapojit zaměstnance pomocí ankety nebo nápadů na další rozšíření pokrmů.

Pomocí pravidelného sledování a optimalizace se bude zvyšovat efektivita intervence a její následky budou viditelnější.

9.3.12 Ganttův diagram

Ganttův diagram zobrazuje časový harmonogram zavedení návrhu a jeho jednotlivé fáze. Na Obrázek 10 je zobrazen přibližný časový harmonogram pro zavedení intervence do firmy střední velikosti. Časové úseky jednotlivých fází jsou odhadované, proto se během reálného zavádění intervence mohou lišit. Skutečná doba trvání projektu závisí ještě na mnoha faktorech, které mohou prodloužit celkovou dobu zavádění.



Obrázek 10 Ganttův diagram

(zdroj: vlastní)

Při vložení časové rezervy do plánu, je možné celkovou dobu zavádění intervence stanovit na zhruba na jeden rok, během kterého by již mělo být zjištěno, zda má intervence nějaký efekt.

9.4 Metodika evaluace efektivity

K měření efektivity intervence mohou být využity KPI, které jsou jednoznačně měřitelné. Chování zaměstnanců může být měřeno pomocí dat z objednávkového systému. Podle těchto dat se dá určit například podíl zdravých jídel na všech vydaných jídlech nebo počet změn zdravé varianty. Pokud procento zdravých jídel přesáhne určenou hranici, může se intervence považovat za úspěšnou. V tomto případě by ideální hranice byla 50 %. Větší část zaměstnanců by se stravovala zdravě a je možné, že by to ovlivnilo i zbývající zaměstnance. Pokud by změn variant zdravých pokrmů bylo málo, znamenalo by to přijetí od zaměstnanců.

Je nutné se věnovat i spokojenosti a vnímání změny. Pro tyto účely by byl vhodný dotazník před a po zavedení změny, který by zkoumal spokojenost se změnou, pocity svobody nebo třeba zda by jednotlivci doporučili jídelnu jinému kolegovi. Vyplnění dotazníku by určitě mělo dopadnout lépe po změně než před změnou, aby se s jistotou dalo říct, že intervence měla pozitivní dopad.

Dalším KPI může být měření spotřeby a odpadu. Vyšší spotřeba zeleniny, ovoce a zdravých potravin po zavedení je ukazatelem funkčnosti intervence. V návaznosti na to je potřeba se věnovat odpadu a zkoumat, zda se více potravin nevyhazuje. Nejlepší variantou by bylo snížení celkového odpadu, ale za úspěch se může považovat již stejné množství odpadu jako před intervencí.

Dále se může pozornost věnovat finančním a provozním ukazatelům. Jak moc se zvýší náklady na jednu porci nebo jestli se zvedá i počet strávníků jídelny. Z dlouhodobého hlediska by mělo probíhat i zkoumání subjektivního pocitu zaměstnanců nebo nemocnosti personálu za pomoci HR oddělení.

Ve sledování KPI je důležité věnovat pozornost jak krátkodobým, tak dlouhodobým ukazatelům, stejně tak i objektivním a subjektivním ukazatelům. Mělo by se jednat o kombinaci všech ukazatelů, aby výsledek hodnocení byl co nejvýstižnější. Sledování metrik by mělo také probíhat v pravidelných intervalech. Pravidelná kontrola metrik napomáhá včasnému odhalení problémů, zjištění, že intervence opravdu funguje, vznikají možnosti optimalizace, podporuje dlouhodobou udržitelnost nebo se podle metrik dají vyhodnotit návratnosti investic.

9.5 Diskuze k návrhu zavedení intervence

Výběr behaviorálně ekonomické intervence proběhl na základě předchozího dotazníkového šetření. Výchozí volba vyšla jako nejefektivnější intervence pro podporu zdravého životního stylu. Tato forma intervence představuje formu nenásilného ovlivnění jednotlivců a respektuje svobodnou volbu.

Výhodou zavedení takové intervence je nižší finanční náročnost, zejména v porovnání s jinými programy na podporu zdraví. Pro středně velkou firmu (cca 350 zaměstnanců) vyjde zavedení intervence jednorázově okolo 82 000 Kč (100 000 Kč s rezervou) a měsíčně zhruba 21 000 Kč. Další výhodou je i dlouhodobá udržitelnost v případě, že se dostaví její pozitivní vliv na zaměstnance. Dále také není potřeba velkých změn a zásahů do dosavadního fungování jídelny provozovny. Silným stavebním kamenem pro fungování intervence je komunikace se zaměstnanci. Je potřeba, aby byli důkladně seznámeni s celou intervencí, jejími cíli a důvody zavádění.

Zavedení intervence se sebou nese také rizika a omezení. Jednotlivci mohou vnímat intervenci jako omezující, proto je zapotřebí správná komunikace, aby k těmto myšlenkám

nedocházelo. Spousta lidí také nemá rádo změny, to může být překážkou pro efektivní intervenci. Změna objednávacího systému nemusí ve všech firmách být jednoduše proveditelná a je potřeba ji pořádně zkonzultovat s IT oddělením nebo s externí firmou, která systém spravuje. Finanční zátěž je jednoznačnou nevýhodou jakékoliv změny. I když tato intervence není příliš nákladnou, přináší se sebou pravidelné vyšší náklady například na kvalitní potraviny nebo sestavování nových receptur.

Z praktického hlediska bude důležité věnovat pozornost především pilotní fázi testování, která pomůže odhalit případné problémy, změřit dopad a získat zpětnou vazbu od zaměstnanců. Úspěšné zavedení bude záviset na spolupráci mezi všemi stakeholdery (vedením, IT oddělením, HR oddělením, zaměstnanci, provozovatelem jídelny).

V této souvislosti je klíčové kontinuální sledování KPI, jak objektivních, tak subjektivních. Při vysoké efektivitě intervence je z dlouhodobého hlediska vhodné zvážit začlenění intervence do firemní kultury, případně o rozšíření dalších behaviorálně ekonomických intervencí.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala možnostmi podpory zdravého životního stylu u osob se sedavým zaměstnáním, a to zejména prostřednictvím konceptů behaviorální ekonomie. Hlavním cílem této práce bylo přiblížit téma behaviorální ekonomie, poukázat na význam zdravého životního stylu a rozšířit povědomí o dalších možnostech podpory zdraví.

Teoretická část se věnovala definici klíčových konceptů behaviorální ekonomie, zároveň její historii a vývoji. Dále v této práci byly popsány základní determinanty zdraví, význam zdravého životního stylu pro kvalitu života, prevence civilizačních onemocnění a důsledky sedavého způsobu života. Celkový zdravotní stav populace se zhoršuje, a proto je potřeba zvýšit zájem a povědomí o zdraví. V návaznosti na zdraví populace byly diskutovány i dopady nesprávného chování na systém zdravotnictví, tedy i na celou ekonomiku. K zmírnění dopadů špatného chování byly vybrány prvky behaviorální ekonomie, které mají jedince nasměrovat správným směrem. V práci byly popsány základní koncepty, které je možné využít k podpoře zdravého životního stylu. Jednalo se o výchozí možnost, architekturu volby, sociální normy, nudge teorii, averzi ke ztrátě nebo časové diskontování. Hlavním cílem teoretické části bylo předat ucelený pohled na problematiku zdraví a možnosti jeho podpory.

Praktická část byla realizována ve formě strukturovaného dotazníkového šetření. Měla za úkol zjistit respondentovi postoje a návyky ke zdravému stylu života a ověřit, zda behaviorálně-ekonomické intervence mají potenciál ovlivnit jejich rozhodnutí. Za pomoci různých typů otázek došlo ke shromáždění dostatku dat, aby mohly být stanoveny především závěry ohledně funkčnosti intervencí. Výsledky potvrdily, že vhodně zvolené behaviorálně-ekonomické intervence mohou být dobrým nástrojem pro podporu zdravého životního stylu. Potvrdila se také nutnost analýzy cílové skupiny před samotným zavedením intervence do reálného života. Pokud dojde k zohlednění preferencí a potřeb cílové skupiny, účinnost intervence bude vyšší.

Dále data ukázala souvislost mezi sedavým zaměstnáním, nízkou úrovní fyzické aktivity a zhoršenými stravovacími návyky. Bylo zjištěno, že mnoho negativních vzorců chování lze zmírnit pomocí cílené podpory, ať už formou intervencí, nebo vhodně nastavených benefitů ze strany zaměstnavatele. Vždy je však potřeba zvolit správnou formu podpory, neboť nevhodně zvolená intervence může mít negativní dopady, například snížení

schopnosti soustředění během pracovní doby. Jak se potvrdilo u intervence s plakátem na pracovišti.

Další částí diplomové práce byl samotný návrh zavedení vybrané intervence do praxe, kde při výběru intervence byly zúročeny nasbíraná data z dotazníkového šetření. Vybranou intervencí byla výchozí volba, která se ukázala jako nejefektivnější a nejméně nákladnou formou intervence. Výchozí nastavení zdravější varianty představuje způsob ovlivnění zaměstnanců žádoucím směrem bez omezení svobody. Tento přístup může přispět ke zlepšení zdravotního stavu zaměstnanců, snížení nemocnosti a zvýšení jejich dlouhodobé spokojenosti.

Během zavádění je důležité pilotní testování, které odhalí nedostatky a určí, zda má vůbec smysl intervenci zavádět. Po skončení pilotního testování je možné intervenci plně zavést do provozu. Při zavádění je nutné spolupráce všech zainteresovaných stran. Součástí procesu musí být pravidelné sledování zvolených metrik, které umožní včas upravit strategii, pokud by se neměly dostavit očekávané výsledky. Celkově lze návrh označit za realistický, adaptovatelný a vhodný pro různé druhy firem.

Tato práce může posloužit jako podklad pro návrh strategií podpory zdravého chování v organizacích, zejména tam, kde převažuje sedavý způsob práce. Behaviorální ekonomie poskytuje praktické nástroje, jak přivést jedince k žádoucímu chování bez nátlaku, a její koncepty by měly být více využívány při tvorbě zdravotních politik a firemních programů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BADDELEY, Michelle, 2017. *Behavioural economic: a very short introductions*. Very short introductions: stimulating ways into new subjects. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-875499-2.

BEAM, Emily A.; MASATIOGLU, Yusufcan; WATSON, Tara a YANG, Dean, 2023. Loss aversion or lack of trust: Why does loss framing work to encourage preventive health behaviors? Online. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*. Article 102022. ISSN 2214-8051. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socec.2023.102022>. [cit. 2025-04-03].

CADARIO, Romain a CHANDON, Pierre, 2020. Which Healthy Eating Nudges Work Best? A Meta-Analysis of Field Experiments. Online. *Marketing Science*. Roč. 39, č. 3, s. 465–486. ISSN 0732-2399. Dostupné z: <https://doi.org/10.1287/mksc.2018.1128>. [cit. 2025-04-06].

CAMERER, Colin F.; LOEWENSTEIN, George a RABIN, Matthew, 2004. *Advances in Behavioral Economics: Behavioral Economics: Past, Present, Future* Colin F. Camerer and George Loewenstein. New York: Princeton University Press. ISBN 0-691-11681-4.

CORR, Philip J. a PLAGNOL, Anke C., 2023. *Behavioral economics: the basics*. Second edition. The basics series. Abingdon: Routledge. ISBN 978-0-367-76434-0.

ČERNÁ, Monika, 2012. Gamifikace (nejen) v sociálních sítích. Online. *Metodický portál: Články*. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/g/15589/GAMIFIKACE-NEJEN-V-SOCIALNICH-SITICH.html>. [cit. 2025-04-03].

ČSÚ, 2024. *Graf – Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice*. Online. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/graf-spotreba-alkoholickych-napoju-na-1-obyvatele-v-ceske-republice>. [cit. 2025-02-10].

ČSÚ, 2024. *Výdaje na zdravotní péči*. Online. 16.10.2024. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/vydaje-na-zdravotni-peci?pocet=10&start=0&podskupiny=264&razeni=-datumVydani>. [cit. 2025-08-09].

Daniel Kahneman, 2015. Online. Wikisofia. ISSN 2336-5897. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Daniel_Kahneman. [cit. 2025-04-03].

Data o zdraví, 2023. Online. Data o zdraví. Dostupné z: <https://www.dataozdravi.cz/>. [cit. 2025-01-08].

EKELUND, Ulf; STEENE-JOHANNESSEN, Jostein; BROWN, Wendy J; FAGERLAND, Morten Wang; OWEN, Neville et al., 2016. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. Online. *The Lancet*. Roč. 388, č. 10051, s. 1302–1310. ISSN 01406736. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30370-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30370-1). [cit. 2025-04-24].

FANNING, J.; PORTER, G.; AWICK, E. A.; EHLERS, D. K.; ROBERTS, S. A. et al., 2017. Replacing sedentary time with sleep, light, or moderate-to-vigorous physical activity: effects on self-regulation and executive functioning. Online. *Journal of Behavioral Medicine*. Roč. 40, č. 2, s. 332–342. ISSN 0160-7715. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9788-9>. [cit. 2025-04-24].

FEEDIT.CZ, 2024. *Za oběd v restauraci zaplatíte v průměru 224 korun. O 70 víc než před pěti lety.* Online. 12.04.2024. Dostupné z: <https://feedit.cz/2024/04/12/za-obed-v-restauraci-zaplatite-v-prumeru-224-korun-o-70-vic-nez-pred-peti-lety/>. [cit. 2025-08-09].

GREEN, Jackie; CROSS, Ruth; WOODALL, James a TONES, Keith, 2019. *Health promotion: planning and strategies*. 4th edition. Los Angeles: SAGE. ISBN 978-1-5264-1947-7.

HAMPLOVÁ, Lidmila, 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory.* Online. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2827-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/verejne-zdravotnictvi-a-vychova-ke-zdravi-5948/>. [cit. 2025-04-03].

HIGGS, S.; LIU, J.; COLLINS, E. I. M. a THOMAS, J. M., 2019. Using Social Norms to Encourage Healthier Eating. Online. *Nutrition Bulletin*. Roč. 44, č. 1, s. 43–52. ISSN 1467-3010. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/nbu.12371?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-04-05].

HOUDEK, Petr, 2008. Časové preference z pohledu kognitivní neurovědy. Online. *E-Logos*. Roč. 15, č. 1. ISSN 1211-0442. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/242412473_Casove_preference_z_pohledu_kognitivni_neurovedy_Time_Preferences_in_the_Perspective_of_Cognitive_Neurosciences. [cit. 2025-03-30].

IVANOVÁ, Kateřina, 2018. *Sociální lékařství*. Skripta. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5326-2.

JUREČKA, Václav, 2018. *Mikroekonomie: 3., aktualizované a rozšířené vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-2126-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/mikroekonomie-4702/>.

KAHNEMAN, Daniel a TVERSKY, Amos, 1979. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. Online. *Econometrica*. Roč. 47, č. 2. Dostupné z: https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Behavioral_Decision_Theory/Kahneman_Tversky_1979_Prospect_theory.pdf. [cit. 2025-04-03].

KAMINSKY, Leonard A.; GERMAN, Charles; IMBODEN, Mary; OZEMEK, Cemal; PETERMAN, James E. et al., 2022. The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease. Online. *Progress in Cardiovascular Diseases*. Roč. 70, s. 8–15. ISSN 00330620. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.12.001>. [cit. 2025-03-27].

KAPR, Jaroslav, 2017. *Prevence*. Online. Sociologická encyklopedie. 11. 12. 2017. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Prevence>. [cit. 2025-02-13].

LAIYOU, Elpiniki; RAPTI, Iro; SCHWARZER, Ralf; FLEIG, Lena; CIANFEROTTI, Luisella et al., 2021. Review: Nudge interventions to promote healthy diets and physical activity. Online. *Food Policy*. Roč. 102. ISSN 03069192. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2021.102103>. [cit. 2025-04-06].

LEVINE, James A., 2014. Lethal Sitting: Homo Sedentarius Seeks Answers. Online. *Psychology*. Roč. 29, č. 5. ISSN 1548-9221. Dostupné z: <https://doi.org/doi.org/10.1152/physiol.00034.2014>. [cit. 2025-04-24].

LI, Sidong; LEAR, Scott A.; RANGARAJAN, Sumathy; HU, Bo; YIN, Lu et al., 2022. Association of Sitting Time With Mortality and Cardiovascular Events in High-Income, Middle-Income, and Low-Income Countries. Online. *JAMA Cardiology*. 2022-08-01, roč. 7, č. 8. ISSN 2380-6583. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.1581>. [cit. 2025-04-18].

LO, Wei-Cheng; HU, Tsuey-Hwa; SHIH, Cheng-Yu; LIN, Hsien-Ho a HWANG, Jing-Shiang, 2024. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancy and Lifetime Health Care Expenditure: Nationwide Cohort Study. Online. *JMIR Public Health and Surveillance*. Roč. 10. ISSN 2369-2960. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/57045>. [cit. 2025-03-27].

MERTL, Jan, 2022. *Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-505-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/financovani-zdravotnickych-systemu-v-kontextu-ceske-zdravotni-politiky-11145/>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2018. *Veřejné zdravotní pojištění*. Online. 5. 8. 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>. [cit. 2025-04-08].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2020. *Zdraví 2030*. Online. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/>. [cit. 2025-03-25].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, ÚZIS ČR. *Kvartérní prevence*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/138>. [cit. 2025-02-13].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, ÚZIS ČR. *Primární prevence*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/134>. [cit. 2025-02-13].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, ÚZIS ČR. *Sekundární prevence*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/136>. [cit. 2025-02-13].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, ÚZIS ČR. *Terciální prevence*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/137>. [cit. 2025-02-13].

MINISTR ZDRAVÍ, 2023. *Zdraví je více než jen záležitost lékařské péče*. Online. Ministr zdravotnictví. 26. 10. 2023. Dostupné z: <https://www.ministrzdravi.cz/aktualita/zdravi-je-vice-nez-je-zalezitost-lekarske-pece/>. [cit. 2025-04-08].

OECD a EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2023. *Česko: Zdravotní profil země 2023, State of Health in the EU*. Online. Paříž: OECD Publishing. ISBN 978926439276. Dostupné z: https://www.oecd.org/cs/publications/cesko-zdravotni-profil-zeme-2023_c0c44f04-cs.html. [cit. 2025-03-22].

OLŠÁKOVÁ, Ilona, 2025. *[Vygeneruj obrázek, který by mohl být rozmístěný po kancelářích...]*. Online. In: ChatGPT. GPT-4, 09. 01. 2025 Dostupné z: OpenAI, https://chatgpt.com/s/t_6898bd1e6d7481918fbbe39ab01b272a. [cit. 2025-01-09].

- OLŠÁKOVÁ, Ilona, 2025. *[Vytvoř dva obrázky, které by mohly být součástí otázky: ...]*. Online. In: ChatGPT. GPT-4, 08. 01. 2025 Dostupné z: OpenAI, https://chatgpt.com/s/t_6898bdcbbc8a481919f7b3c0b4bc8e994. [cit. 2025-01-08].
- PALUCH, Amanda E; BAJPAI, Shivangi; BASSETT, David R; CARNETHON, Mercedes R; EKELUND, Ulf et al., 2022. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. Online. *The Lancet Public Health*. Roč. 7, č. 3, s. e219–e228. ISSN 24682667. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00302-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00302-9). [cit. 2025-04-18].
- PARK, Jung Ha; MOON, Ji Hyun; KIM, Hyeon Ju; KONG, Mi Hee a OH, Yun Hwan, 2020. Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. Online. *Korean Journal of Family Medicine*. Roč. 41, č. 6, s. 365–373. ISSN 2092-6715. Dostupné z: <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165>. [cit. 2025-04-24].
- PELLETIER, Jennifer E.; GRAHAM, Dan J. a LASKA, Melissa N., 2014. Social Norms and Dietary Behaviors among Young Adults. Online. *American Journal of Health Behavior*. Roč. 38, č. 1, s. 144–152. ISSN 10873244. Dostupné z: <https://doi.org/10.5993/AJHB.38.1.15>. [cit. 2025-04-05].
- PLATY.CZ. *Platy na pozicích*. Online. Dostupné z: <https://www.platy.cz/platy>. [cit. 2025-08-09].
- REES-PUNIA, Erika; EVANS, Ellen M.; SCHMIDT, Michael D.; GAY, Jennifer L.; MATTHEWS, Charles E. et al., 2019. Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities. Online. *American Journal of Preventive Medicine*. Roč. 56, č. 5, s. 736–741. ISSN 07493797. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.12.006>. [cit. 2025-04-24].
- ROBERTO, Christina A. a KAWACHI, Ichiro, 2014. Use of Psychology and Behavioral Economics to Promote Healthy Eating. Online. *American Journal of Preventive Medicine*. Roč. 47, č. 6, s. 832–837. ISSN 07493797. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.08.002>. [cit. 2025-04-05].
- SAMUELSON, William a ZECKHAUSER, Richard, 1988. Status Quo Bias in Decision Making. Online. *Journal of Risk and Uncertainty*. Roč. 1, č. 1, s. 7–59. ISSN 0895-5646. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/BF00055564>. [cit. 2025-04-05].
- SVORENČÍK, Andrej a TRUC, Alexandre, 2022. *A History of Behavioral Economics and its Applications: What We Know and Future Research Directions*. Online. National

Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Dostupné z: https://nap.nationalacademies.org/resource/26874/BE_history_20221009.pdf?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-04-08].

ŠIPKA, David, 2024. *Kolik stojí online marketing v roce 2025*. Online. 5. prosince 2024. Dostupné z: <https://webfusion.cz/kolik-stoji-online-marketing-v-roce-2025/>. [cit. 2025-08-09].

THALER, Richard H. a SUNSTEIN, Cass R., 2021. *Nudge: the final edition*. [London]: Allen Lane, an imprint of Penguin Books. ISBN 978-0-241-55210-0.

TREMBLAY, M. S.; AUBERT, S.; BARNES, J.D.; SAUNDERS, T. J.; CARSON, V. et al., 2017. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. Online. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Roč. 14, č. 75. ISSN 1479-5868. Dostupné z: <https://doi.org/doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>. [cit. 2025-04-24].

TWINELO. *Implementační plán*. Online. Dostupné z: <https://www.twinelo.cz/j-implementacni-plan/>. [cit. 2025-08-02].

UNICEF, 2021. *Defining Social Norms and Related Concepts*. Online. New York: Unicef. Dostupné z: <https://www.unicef.org/media/111061/file/Social-norms-definitions-2021.pdf>. [cit. 2025-04-05].

URBAN, Lukáš, 2017. *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5774-2.

WALLY, Christopher M. a CAMERON, Linda D., 2017. A Randomized-Controlled Trial of Social Norm Interventions to Increase Physical Activity. Online. *Annals of Behavioral Medicine*. Roč. 51, č. 5, s. 642–651. ISSN 1532-4796. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9887-z>. [cit. 2025-04-05].

WHO a REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 1999. Healthy living: what is a healthy lifestyle? Online. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/108180>. [cit. 2025-01-08].

WHO, 2017. Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region: Health promotion and disease prevention through population and personalized interventions, including action to address social determinants and health inequity. Online. ISSN 978-92-9022-195-1. Dostupné z:

https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPub_2017_EN_19354.pdf?ua=1. [cit. 2025-02-24].

WHO, 2020. *Healthy diet*. Online. World Health Organization. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-04-21].

WHO, 2020. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. Online. ISBN 9789240015128. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>. [cit. 2025-01-09].

WHO, 2021. *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025*. Online. Geneva. ISBN 9789240039322. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>. [cit. 2025-02-10].

WHO, 2023. *Stress*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>. [cit. 2025-02-11].

WHO, 2024. *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Online. Geneva. ISBN 978-92-4-009674-5. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>. [cit. 2025-02-10].

WHO, 2024. *Injuries and violence*. Online. World Health Organization. 19. 6. 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>. [cit. 2025-02-11].

WHO, 2024. *Physical activity*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. [cit. 2025-01-11].

WHO. *Sexual health and well-being*. Online. World Health Organization. Dostupné z: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health). [cit. 2025-02-11].

YENA, Lee; SON, Joung Sik; EUM, Yoon Hee a KANG, Ok Lim, 2020. Association of Sedentary Time and Physical Activity with the 10-Year Risk of Cardiovascular Disease: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2014–2017. Online. *Korean Journal of Family Medicine*. Roč. 41, č. 6, s. 374–380. Dostupné z: <https://doi.org/doi.org/10.4082/kjfm.19.0089>. [cit. 2025-04-24].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Funkce hypotetické hodnoty.....	37
Obrázek 2 Výběr z bufetů	47
Obrázek 3 Plakát	47
Obrázek 4 Graf rozložení věkových skupin.....	50
Obrázek 5 Zastoupení kategorií zaměstnání	51
Obrázek 6 Graf četnosti fyzické aktivity	55
Obrázek 7 Graf motivace k fyzické aktivitě	58
Obrázek 8 Graf důležitosti zdravého životního stylu.....	59
Obrázek 9 Graf pokroku ve zdravém životním stylu.....	63
Obrázek 10 Ganttův diagram	82

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet prosezených hodin	52
Tabulka 2 Průměr prosezených hodin	53
Tabulka 3 Fyzické aktivity	54
Tabulka 4 Četnost fyzické aktivity	55
Tabulka 5 Stravovací návyky	56
Tabulka 6 Likertova škála podle věku	59
Tabulka 7 Motivace ke změně návyků	60
Tabulka 8 Překážky zdravého životního stylu	60
Tabulka 9 Podpora zdravého životního stylu na pracovištích	61
Tabulka 10 Motivace respondentů k pohybu	62
Tabulka 11 Podpora zdravé stavy	62
Tabulka 12 Reakce na intervence	64
Tabulka 13 Volba výchozí možnosti	65
Tabulka 14 Motivace pomocí plakátu	66
Tabulka 15 Druhy připomínek	66
Tabulka 16 Motivační odměny	67
Tabulka 17 Přehled rizik	77
Tabulka 18 Projektový tým	78
Tabulka 19 Celkové výdaje	79

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AI	Artificial Intelligence (umělá inteligence)
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
HR	Human Resources (lidské zdroje)
IT	Information Technology (informační technologie)
JEL	Journal of Economic Literature
KPI	Key Performance Indicators (klíčový ukazatelé výkonnosti)
MRI	Magnetic Resonance Imaging (magnetické rezonance)
MVPA	Moderate to Vigorous Physical Activity (středně zatěžující pohybová aktivita)
NEAT	Non-Exercise Activity Thermogenesis
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development (Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj)
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PR	Public Relations (vztahy s veřejností)
RCT	Randomised Controlled Trial (randomizovaná kontrolovaná studie)
SOC	Sense of Coherence (smysl pro koherenci)
TMS	transkraniální magnetická stimulace
USA	United States of America (Spojené státy americké)
USD	americký dolar
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Podpora zdravého životního stylu

Tento dotazník je součástí diplomové práce, která se zabývá podporou zdravého životního stylu u lidí se sedavým zaměstnáním. Cílem je zjistit postoje a motivaci k fyzické aktivitě a zdravému stravování.

Vyplnění dotazníku Vám zabere zhruba 10–15 minut.

Vaše odpovědi jsou zcela anonymní a budou sloužit výhradně pro akademické účely.

Prosím, odpovídejte co nejupřímněji.

V případě dotazů se můžete obrátit na email: olsak.ilona@gmail.com

Ilona Olšáková

* Označuje povinnou otázku

1. Jakého jste pohlaví? *

Označte jen jednu elipsu.

☐ Žena

☐ Muž

☐ Jiné

2. Kolik je Vám let? *

Označte jen jednu elipsu.

☐ Do 20 let

☐ 21–25 let

☐ 26–30 let

☐ 31–35 let

☐ 36–40 let

☐ 41–50 let

☐ 51–60 let

☐ 61 let a více

3. Do jaké kategorie byste zařadil/a Vaši pracovní pozici? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Administrativa a kancelářské profese (např. manažer, účetní, personalista)
- ☐ IT a technologie (např. programátor, datový analytik, webový vývojář)
- ☐ Marketing a média (např. marketingový specialista, grafik, copywriter)
- ☐ Právní a finanční profese (např. notář, finanční analytik)
- ☐ Zákaznická podpora a call centra (např. operátor zákaznické linky, pracovník call centra)
- ☐ Kreativní pracovník (např. spisovatel, redaktor, designér)
- ☐ Vzdělání a výzkum (např. učitel, výzkumný pracovník)
- ☐ Student
- ☐ Jiné: _____

4. Kolik hodin denně v práci/škole prosedíte? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Maximálně 2 hodiny
- ☐ 2 až 3 hodiny
- ☐ 3 až 4 hodiny
- ☐ 4 až 5 hodin
- ☐ 5 až 6 hodin
- ☐ 6 až 7 hodin
- ☐ 7 až 8 hodin
- ☐ Jiné: _____

5. Jaký je Váš průměrný počet kroků za jeden celý pracovní den (24 hodin)? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Do 3 000 kroků
- ☐ 3 001 až 5 000 kroků
- ☐ 5 001 až 8 000 kroků
- ☐ 8 001 až 10 000 kroků
- ☐ Nad 10 000 kroků
- ☐ Nevím

Váš vztah ke zdravému životnímu stylu

6. Jak často vykonáváte fyzickou aktivitu? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Méně než jednou týdně
☐ 1–2x týdně
☐ 3–4x týdně
☐ 5–6x týdně
☐ Denně

7. Kolik minut průměrně trvá Vaše fyzická aktivita? *

8. Jaké typy fyzických aktivit vykonáváte? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Chůze
☐ Běh
☐ Fitness
☐ Týmový sport
☐ Individuální sport
☐ Plavání
☐ Žádnou
☐ Jiné: _____

9. Jak hodnotíte své stravovací návyky? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Zdravé
☐ Částečně zdravé
☐ Nezdravé
☐ Jiné: _____

10. Jak často konzumujete ovoce a zeleninu? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Méně než jednou týdně
☐ 1–2x týdně
☐ 3–4x týdně
☐ 5–6x týdně
☐ Denně
☐ Jiné: _____

11. Jak často konzumujete nezdravá jídla nebo fast food? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Méně než jednoou týdně
☐ 1–2x týdně
☐ 3–4x týdně
☐ 5–6x týdně
☐ Denně
☐ Jiné: _____

12. Pijete slazené nápoje? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano, každý den
☐ Ano, když na ně mám chuť (ale není to denně)
☐ Ne, vybírám si varianty bez cukru
☐ Ne, vyhýbám se jim
☐ Jiné: _____

13. Jak moc jste motivováni ke cvičení nebo ke sportu? *

Označte jen jednu elipsu.

- 1 2 3 4 5

Nejs ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Jsem stoprocentně motivován/a

14. Jak důležitý je pro Vás zdravý životní styl? *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Nen	☐	☐	☐	☐	☐	Je

15. Co Vás motivuje ke změně návyků? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Fyzické zdraví
- ☐ Psychické zdraví
- ☐ Vzhled
- ☐ Více energie
- ☐ Doporučení lékaře
- ☐ Jiné: _____

16. Jaké překážky Vám brání ve zdravém životním stylu? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Nedostatek času
- ☐ Únava
- ☐ Finanční náklady
- ☐ Nízká motivace
- ☐ Nevědomost (např. jak se správně stravovat, hýbat se)
- ☐ Jiné: _____

17. Podporuje Vaše pracoviště fyzickou aktivitu (např. sportovní aktivity, možnost cvičit, ergonomické pomůcky)? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Jiné: _____

18. Máte v práci přístup ke zdravým jídlům (např. zdravé svačiny, vyvážené jídlo v jídelně)? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Jiné: _____

19. Co by Vás motivovalo k větší fyzické aktivitě? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Soutěž
- ☐ Odměna
- ☐ Podpora přátel nebo rodiny
- ☐ Aplikace (např. pravidelná oznámení k vykonání pohybu)
- ☐ Stanovený osobní cíl
- ☐ Jiné: _____

20. Jaký typ podpory by Vám pomohl ke zdravějšímu stravování? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Zdravé recepty (sdílení receptů a zkušeností)
- ☐ Nákupní seznamy (hotové seznamy podle kterých nakupovat)
- ☐ Vzdělávací akce (workshopy, výživové poradenství,...)
- ☐ Zdravé možnosti v práci (zdravé svačiny, vyvážené obědy)
- ☐ Slevy na zdravé potraviny
- ☐ Plánování jídelníčku
- ☐ Podpora v rodině (společné plánování a příprava jídel)
- ☐ Přehledné označení zdravých potravin
- ☐ Jiné: _____

21. Sledujete nějakým způsobem svůj pokrok v cestě za zdravým životním stylem? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Zaznamenávání jídelníčku (kalorické tabulky)
- ☐ Zaznamenávání fyzické aktivity (pomocí chytrých hodinek/telefonu)
- ☐ Porovnávací fotografie
- ☐ Měření tělesných mír
- ☐ Váha
- ☐ Řídím se podle toho, jak se cítím
- ☐ Ne
- ☐ Jiné: _____

Podněty a rozhodování o zdravém chování

22. Kdyby jste měli možnost zvolit si zdravé jídlo jako výchozí (např. menší porci nezdravých příloh, více zeleniny), zvolili byste tuto možnost? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nejsem si jistý/á

23. Který z těchto bufetů by Vás pravděpodobně motivoval k výběru zdravějších možností? *



Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Obrázek A
☐ Obrázek B
☐ Na mě by umístění jídla nemělo vliv

24. Bylo by pro Vás přínosné, kdybyste pravidelně dostávali připomínky, které Vás motivují ke zdravému chování (např. notifikace o přestávce na pohyb, inspirace na jednoduché cviky a zdravé recepty)? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano, určitě
☐ Možná, záleželo by na formě
☐ Ne, nepovažoval/a bych to za užitečné
☐ Jiné: _____

25. Který typ připomínek by Vám nejvíce vyhovoval? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ E-mail
☐ SMS
☐ Mobilní aplikace (notifikace na telefonu)
☐ Notifikace na PC
☐ Plakáty na pracovišti
☐ Vizuální prvky na pracovišti (např. šipka na zemi směřující ke schodům místo výtahu)
☐ Jiné: _____

26. Jak by na Vás působil tento plakát vyvěšený na Vašem pracovišti? *



Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Motivoval by mě se protáhnout
- ☐ Ignoroval/a bych ho
- ☐ Považoval/a bych ho za rušivý

27. Proč jste zvolili právě takovou odpověď v předchozí otázce?

28. Jaký typ odměny by Vás nejvíce motivoval ke změně chování (např. více pohybu, zdravější stravování)? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Poukázky na sportovní vybavení, fitness centra, wellness služby
- ☐ Slevy na nákupy zdravých potravin nebo na členství ve sportovních klubech
- ☐ Malé peněžní odměny za dosažení konkrétních cílů
- ☐ Sportovní vybavení (např. fitness hodinky, podložky na cvičení)
- ☐ Zdravé balíčky obsahující potraviny, recepty, nutriční doplňky
- ☐ Ocenění (certifikáty, medaile, diplomy za dosažení cílů)
- ☐ Veřejné uznání
- ☐ Jiné: _____

Děkuji za Váš čas a zapojení se do výzkumu.

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

Google Formuláře