

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

Bakalářská práce

**Výživa v prevenci civilizačních chorob**

2007

Lucie Peštová

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Výživa v prevenci civilizačních chorob vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.  
Souhlasím s využitím práce k vědeckým účelům.

Velmi děkuji paní Mgr. Leoně Meindlové za cenné rady a pomoc, kterou mi poskytla při konzultacích i mimo ně.

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Současný stav .....</b>  | <b>5</b>  |
| 1.2 Výživa a její vliv na zdraví člověka .....   | 6         |
| 1.3 Potravinová pyramida .....   | 7         |
| 1.3 Komponenty výživy .....  | 9         |
| 1.3.1 Proteiny .....   | 9         |
| 1.3.2 Lipidy .....   | 10        |
| 1.3.3 Sacharidy .....  | 10        |
| 1.3.4 Nestravitelné sacharidy – vláknina .....   | 11        |
| 1.3.5 Vitamíny .....   | 12        |
| 1.3.6 Minerály .....   | 12        |
| 1.3.7 Voda .....   | 13        |
| 1.3.8 Alkohol .....  | 14        |
| 1.4 Výživa a zdravotní rizika .....  | 14        |
| 1.5 Civilizační nemoci .....   | 15        |
| 1.6 Obecné zásady výživy, snižující vznik civilizačních onemocnění .....                             | 15        |
| 1.7 Prevence všeobecně .....   | 16        |
| 1.7.1 WHO .....  | 18        |
| 1.7.2 Česká republika .....  | 18        |
| 1.7.3 Prevence civilizačních nemocí s využitím moderních informačních<br>technologí – internet ..... | 21        |
| 1.8 Nutriční poradenství jako součást primární prevence .....  | 22        |
| 1.9 Možnosti sledování výživových zvyklostí .....  | 23        |
| 1.10 Zdravotnická prevence – sekundární .....  | 23        |
| 1.11 Výživa v prevenci aterosklerózy .....   | 24        |
| 1.11.1 Individuální prevence .....   | 28        |
| 1.12 Výživa v prevenci obezity a nadváhy .....   | 28        |
| 1.12.1 Faktory ovlivňující vznik obezity .....   | 29        |
| 1.12.2 Diagnóza obezity .....  | 30        |
| 1.12.3 Individuální prevence .....   | 33        |
| 1.13 Výživa v prevenci Diabetes mellitus 2. typu .....   | 33        |
| 1.13.1 Individuální prevence .....   | 34        |
| 1.14 Výživa v prevenci osteoporózy .....   | 34        |
| 1.14.1 Individuální prevence osteoporózy .....   | 34        |
| 1.15 Výživa v prevenci nádorových onemocnění .....   | 35        |
| 1.15.1 Individuální prevence dle American Cancer Society .....                                       | 37        |
| <b>2. Cíle práce a hypotézy .....</b>  | <b>39</b> |
| 2.1 Hlavní hypotézy .....  | 39        |
| 2.2 Cíle práce .....   | 39        |
| <b>3. Metodika .....</b>   | <b>40</b> |
| 3.1 Předvýzkum .....   | 40        |
| 3.2 Charakteristika souboru .....  | 41        |
| <b>4. Výsledky .....</b>   | <b>42</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>5. Diskuze .....</b>                  | <b>72</b> |
| <b>6. Závěr .....</b>                    | <b>81</b> |
| <b>7. Seznam použitých zdrojů.....</b>   | <b>83</b> |
| <b>8. Klíčová slova .....</b>            | <b>87</b> |
| <b>9. Seznam příloh .....</b>            | <b>87</b> |
| <b>10. Seznam použitých zkratek.....</b> | <b>94</b> |

## Úvod

### 1. Současný stav

Jedním z problémů civilizace je neschopnost člověka přizpůsobovat se pohotově svými výživovými zvyklostmi měnícím se společenským poměrům. Obyvatelé průmyslově vyspělých zemí v současné době pijí a stravují se stejně, jako v době agrárně řemeslného světa, kdy těžce fyzicky pracovali (17). Jídlo je zdrojem hédonických pocitů, poskytuje slast a příjemné pocity svojí chutí, vůní, vzhledem. Lidé mu přizpůsobují vlastní chování a jeho konzumace jim přináší pohodu, požitek i prostředek komunikace. Dá se říci, že se řada osob civilizovaného, ekonomicky vyspělého světa řídí heslem: „Žijeme proto, abychom jedli“. Jelikož jídlo slouží jako výraz sociokulturní identifikace, demonstruje skupinovou konformitu, předznamenává sociální roli individua, a může sloužit i jako poznávací znamení určité sociální skupiny, vzniká pro celý civilizovaný svět nebezpečí. To spočívá ve snadné dostupnosti a nadměrné konzumaci vysoce energetických potravin a nápojů, které vedou k onemocněním, pro něž se vžilo označení civilizační. Vzory potravního chování současné populace totiž nevznikly v dnešním hypertechnickém, ale již v preindustriálním světě, což často vede k „sebevraždě za pomoci nože a vidličky“ (10). Jaký je vztah české populace k jídlu, zajímá Čechy vlastní zdraví a možnost jej vlastním přičiněním ovlivnit? Jsou v tomto snažení podporováni státem díky primární prevenci? Čím je ovlivněn způsob jejich stravování – závisí na ceně potravin, na jejich sociálním statutu, na jejich vzdělání? Na tyto otázky se pokusím odpovědět a přispět tak nepatrnou měrou k celospolečenským snahám o zmírnění problému, které civilizační nemoci přinášejí. Považuji za důležité znovu upozornit na to, že svébytnou záležitostí každého z nás je zaujmout zodpovědný postoj ke svému zdraví úpravou životního stylu.

## *1.2 Výživa a její vliv na zdraví člověka*

Výživa je zdrojem energie a všech nezastupitelných látek, které člověk potřebuje k růstu a obnově tkání. Základem správné výživy je zajistit optimální přívod energie a živin ve formě bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů, minerálních látek a vody přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu člověka. Nevhodná skladba stravy a nadbytek živin má značný vliv na vznik některých onemocnění (17).

Výživa se společně s fyzickou aktivitou a genetickými dispozicemi podílí na výsledném výživovém stavu jedince, do něj významně zasahuje individuální výběr a dostupnost potravin.

Individuální výběr potravy závisí na chuti dané genetickými dispozicemi a sensorickými vlastnostmi potravy, hladu a fyziologické potřebě organismu (fyzický výkon, onemocnění, okolní klima), emočním naladěním osobnosti (deprese, psychogenní stres), výchově – přejímání stravovacích zvyklostí z rodiny, tradic lokality, náboženství, dosaženém celkovém vzdělání a úrovni znalostí vztahů mezi výživou a zdravím, možností poznání jiných kultur a typů stravování, životním stylem vycházejícím z personálních priorit jedince (motivace ambicemi být výkonným, krásným), ovlivněním kuřáctvím, drogovými závislostmi, reklamě, komerčnímu tlaku.

Psycholog a sociolog P. F. Lazarsfeld zkoumal vztah mezi sensorickými a chuťovými vlastnostmi a úrovní výdělku u různých sociálních skupin. Zjistil, že nižší sociální vrstvy mají tendenci konzumovat více sladkostí, oblibují si intenzivnější pachy a vůně. Vyšší vrstvy preferují spíše neutrální nebo hořké chutě, nepronikavé pachy a vůně (10).

Dostupnost potravin závisí na finančním zajištění, přítomnosti potravin na trhu, na časové náročnosti a míře vynaložené námahy na přípravu jídla, pracovních a sociálních podmínkách (pracovní směny), úrovni a nabídce veřejných stravovacích služeb (10).

### 1.3 Potravinová pyramida

Žádná potrava, je-li zdravotně nezávadná, není sama o sobě škodlivá. Škodlivou se stává v případě, že je stereotypně používána nevyváženě k ostatním. Ze současného pohledu prevence civilizačních nemocí jde o dva základní sledované prvky ve skladbě stravy, kontrolu příjmu celkové energie (omezení příjmu tzv. prázdných kalorií) a zabezpečení dostatečného příjmu fytoprotektivních látek a vlákniny při zabezpečení základních požadavků na makro i mikronutrienty složení potravy (21).

Pro snadnější pochopení vzájemného zastoupení jednotlivých potravinových skupin byl vyvinut model „potravinové pyramidy“, kdy potraviny umístěné do základny by měly být konzumovány v největším množství, zatímco potraviny umístěné na vrcholu pyramidy v množství minimálním (21).

Obrázek 1.



Zdroj: 21



## Vegetariánské potravinové pyramidy

Dalšími přijatelnými a doporučovanými modely zdravé výživy v dospělém věku jsou semivegetariánský a lakto – ovo – vegetariánský model. Jsou-li praktikovány s dostatečnou mírou znalostí a pestrostí rostlinných zdrojů, mají v dospělém věku řadu výhod a mohou být doporučovány po konzultaci s lékařem i vysoce rizikovým osobám z hlediska civilizačních nemocí (10).

Tabulka 1: Výživa během historického vývoje člověka

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 30 000-50 000let<br>př.n.l.                         | Lovec-sběrač   | - časté hladovění<br>- nízkotučná strava<br>- pestrá varieta<br>přirozených rostlinných<br>zdrojů s vysokým<br>zastoupením vlákniny,<br>vitamínu C,<br>esenciálních mastných<br>kyselin   | - ovoce, ořechy, semena,<br>kořeny, hlízy, květy, listy,<br>lodyhy, fazole<br>- maso, ryby, vejce  |
| 10 000 let př..n.l. -<br>18stol. n. l.              | zemědělec  | - omezení hladovění<br>- snižená varieta<br>přirozených zdrojů<br>potravin s následkem<br>mikronutrientních<br>deficitů   | - kukuřice, rýže, sója,<br>pšenice, luštěniny<br>- maso, ryby, vejce,<br>mléko, ovoce, zelenina  |
| Posledních 250 let<br>v Evropě a severní<br>Americe | - potravinářský<br>průmysl (rozvoj<br>produkce,<br>výroby,<br>transportu i<br>konzervace)<br>- sanitární<br>revoluce | - dostatek a<br>nadvýroba<br>potravin<br>- soustavné<br>zvyšování<br>energetického<br>nasycení<br>stravy<br>- zvyšující se<br>obsah tuků,<br>bílkovin,<br>rafinovaného<br>cukru a soli<br>- snižující se<br>zastoupení<br>polysacharidů,<br>vlákniny,<br>esenciálních<br>MK<br>- infekční<br>onemocnění z<br>vody | - k předchozímu<br>období navíc<br>oleje, ztužované<br>tuky, rafinovaný<br>cukr, bílá mouka,<br>v Evropě nově<br>brambory<br>- aditiva,<br>xenobiotika |

Zdroj: 10

### **1.3 Komponenty výživy**

Základní složky výživy se označují jako živiny - nutriety. Dělí se na makronutrienty a mikronutrienty (22).

Makronutrienty jsou nositeli energie, také označovány jak kalorifery, oxidací makronutrientů organismus získá:

|                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| z 1 g bílkovin  | 17,2 kJ (4,1 kcal) |
| z 1 g sacharidů | 17,2 kJ (4,1 kcal) |
| z 1 g tuků      | 38,9 kJ (9,3 kcal) |

Energetická potřeba jedince závisí u zdravého člověka na genetických dispozicích, velikosti těla, zejména jeho tuku prosté tělesné hmoty (viscerální orgány, kostra, svalstvo), růstových nárocích a fyzické aktivitě.

Doporučený energetický trojpoměr živin pro starší děti a dospělé, je 12 – 15 % proteinů, 30 % lipidů a 55 – 65 % sacharidů.

Mikronutrienty zahrnují vitamíny a minerální látky. Podle přijímaného množství se dělí na makroelementy (v dávkách větších než 100 mg denně), mikroelementy (v množství od 1 až do 100 mg denně) a stopové prvky (dávky v mikrogramech denně) (21).

#### **1.3.1 Proteiny**

Jsou nezbytným zdrojem dusíku, síry a esenciálních aminokyselin důležitých pro růst a obnovu buněk, podílí se na tvorbě protilátek a některých hormonů. Bílkoviny se skládají z 24 aminokyselin, z toho 9 esenciálních. Aminokyseliny rozdělujeme na esenciální, které si tělo nedovede vytvořit a musí je získávat z potravy, semiesenciální, které jsou nezbytné v určitých situacích (růst, renální insuficience) a neesenciální, ty organismus sice potřebuje, ale dokáže si je vytvořit. V současné výživě je obvykle více než dostatečné množství bílkovin. Bílkoviny získáváme zejména z živočišné potravy (maso, mléko a mléčné výrobky), mají větší zastoupení všech esenciálních aminokyselin na

rozdíl od bílkovin rostlinného původu, jsou však často provázeny vysokým obsahem nasycených tuků. Zdrojem rostlinných bílkovin jsou luštěniny a obiloviny (18).

### *1.3.2 Lipidy*

Obsahují dvakrát více energie než bílkoviny nebo sacharidy, v potravinách fungují jako nositelé vitamínů rozpustných v tucích a umožňují jejich vstřebávání ve střevě. Podílí se na tvorbě hormonů, na správné funkci mozku a dalších činnostech. Tuky se dělí podle chemických vazeb v molekule na nasycené a nenasycené. Hlavní součástí tuků jsou triacylglyceroly. Rostlinné oleje, mléčné produkty a živočišný tuk jsou směsící jednoduchých a smíšených triacylglycerolů, trávením a hydrolýzou se z nich uvolňují volné mastné kyseliny, využívané buňkami jako zdroj energie. Nasycené tuky jsou převážně v potravinách živočišného původu a jejich nadbytek je hlavní příčinou civilizačních chorob. Tuky zvyšují chutnost potravy ovlivněním její konzistence a udržováním vůně. Živočišné potraviny, zvláště máslo, vejce a vnitřnosti, jsou také zdrojem cholesterolu, což je látka podobná tuku. Rostlinné oleje, ryby a ořechy obsahují významněji nenasycené tuky. Spotřeba tuků v současné stravě je minimálně o třetinu vyšší, než je vhodné, převládá vysoké zastoupení živočišných tuků na úkor rostlinných. Příjmem vysokého množství nasycených mastných kyselin hrozí nebezpečí autooxidace lipidů, reakcí s kyslíkatými látkami se tvoří volné kyslíkové radikály, které jsou podezřelé z poškozování tkání ve smyslu aterosklerózy, iniciace rakoviny, zánětlivých onemocnění a předčasného stárnutí (7).

### *1.3.3 Sacharidy*

Sacharidy jsou nejrychlejším zdrojem energie. Jsou levné a relativně celosvětově dostupné. Konzumní cukr je však pouze zdrojem energie a nepřináší organismu žádné prospěšné látky (18).

Dělení:

Monosacharidy - glukóza (dextróza, hroznový či škrobový cukr) a fruktóza (levulóza) jsou kariogenními cukry.

Disacharidy - sacharóza (řepný a třtinový cukr), laktóza (mléčný cukr), a maltóza (vznikající štěpením škrobu v obilovinách).

Polysacharidy – dělí se podle schopnosti být štěpeny na tzv. stravitelné polysacharidy (škroby) a nestravitelné sacharidy, jsou v obilovinách a jejich produktech, bramborech, luštěninách a zelenině (9).

Po přijetí sacharidů potravou dochází vlivem sacharidáz ke štěpení stravitelných škrobových polysacharidů i disacharidů na monosacharidy. Glukóza je základním energetickým substrátem metabolismu prakticky každé buňky lidského organismu. Dostatečný příjem sacharidů zabraňuje u zdravého jedince odbourávání endogenního proteinu a rychlé oxidaci tuků s následnou acidózou. Zásoby sacharidů se ukládají v těle ve formě glykogenu, jsou však malé a slouží pouze při akutní potřebě glukózy a energie, vystačí zhruba na 12 – 18 hodin (10).

#### *1.3.4 Nestravitelé sacharidy – vláknina*

Vláknina je skupina látek vyznačující se částečnou až úplnou rezistencí vůči hydrolyze trávicími šťávami a podle toho ji dělíme na rozpustnou a nerozpustnou. Pochází z rostlinných potravin, které organismus nedokáže strávit. Zpomaluje rychlost resorpce glukózy a snižuje tak strmý vzestup glykémie. Vláknina ovlivňuje mechanicky správnou funkci střev, a podporuje tak zažívání, snižuje schopnost střeva vstřebávat škodlivé látky, tuky a cholesterol. Je štěpena v tenkém střevě, zpomaluje pasáž v horní části GIT a zvyšuje viskozitu střevního obsahu, zvyšuje objem stolice a zkracuje tranzitní čas stolice tlustým střevem čímž omezuje resorpci toxických látek, má hrubou mechanickou čistící funkci. Její denní příjem je zpravidla nedostatečný. Hlavní funkcí vlákniny vzhledem k prevenci civilizačních chorob je snížení rizika vzniku kolorektálního karcinomu, zácpy, chronických střevních zánětů. Doporučený denní příjem u dospělého člověka je 25 – 30 g (7).

### *1.3.5 Vitamíny*

Vitamíny jsou organické látky nezbytné pro normální fungování organismu. Každý z vitamínů má svoji specifickou funkci. Lidské tělo si většinu nedokáže samo vytvořit, proto je důležitý jejich příjem pestrou stravou zejména ovocem a zeleninou. Výjimku představuje vitamín D, který může vznikat v organismu působením slunečního záření a některé vitamíny skupiny B a vitamín K, jejichž tvorbu částečně kryje střevní mikroflóra. Z určitých látek zvaných provitamíny si tělo dokáže vitamín vytvořit, nejdůležitější z nich je beta-karoten, který se mění na vitamín A (22). Téměř všechny potraviny obsahují některé z vitamínů. Dělíme je na rozpustné ve vodě (C, skupina B) a rozpustné v tucích (A,D,E,K,) toto rozdělení předurčuje jejich vstřebávání z trávicího traktu, transport organismem, ukládání v těle a vylučování. Vitamíny se podílejí na metabolismu bílkovin, tuků a cukrů. Jsou nezbytné pro udržení řady tělesných funkcí, výstavbu nových tkání, ochranu organismu proti infekcím.

Vitamíny označované jako antioxidační (beta-karoten, vitamin C a E) mohou mít vyšší ochranný účinek před civilizačními nemocemi, pokud jsou konzumovány v poněkud větších než doporučených dávkách. Názory odborníků na užívání vitamínových preparátů však nejsou jednotné, existuje jen málo důkazů, že by jejich užívání nad rámec běžné stravy snižovalo nemocnost a úmrtnost na srdeční či nádorová onemocnění. Vitamínové doplňky mají smysl u osob, které z nějakého důvodu nepřijímají dostatek zeleniny a ovoce, pijí pravidelně alkohol, kouří, u starších osob, se zhoršeným vstřebáváním vitamínu B12 a častým nedostatkem vitamínu D a veganů, kterým chybí vitamin B12 (24).

### *1.3.6 Minerály*

Jsou látky anorganického původu, které organismus není schopen samostatně vytvářet a musí je přijímat potravou, dělí se podle množství, které je nutné pro optimální fungování organismu, na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky. Makroelementy (vápník, fosfor, draslík, hořčík, chlór a sodík) se v lidském těle vyskytují v množství desítek až tisíce gramů a jejich denní potřeba se počítá na stovky

miligramů až gramů. Denní potřeba mikroelementů (železo, zinek, jód a další) se uvádí v miligramech či mikrogramech. Mezi stopové prvky řadíme selen, mangan, chróm, cín a další, jejich potřeba je uváděna v mikrogramech (23).

### *Vápník (Ca)*

Vápníku je v lidském těle asi 1200 g. Téměř 99 % vápníku je v kostech a zubech, zbývající zhruba 1 % je v buňkách a krvi. Dospělý člověk potřebuje denně asi 1 g vápníku. Vápník se střeďává v těle v průběhu dětství a dospívání, vytváří se tak jeho zásoba do dospělosti kdy dochází k jeho přirozenému úbytku z kostí. Ubývání vápníku může vést v pozdní dospělosti k osteoporóze, zejména u žen, osteomalacii a je také vědecky prokázána souvislost se vznikem kolorektálního karcinomu. Nadbytek vápníku z potravy nehrozí (23).

### *1.3.7 Voda*

Voda je v každé tělesné buňce. Její obsah v různých tkáních je rozdílný. Celkové množství tělesné vody závisí na věku a skladbě těla. U většiny dospělých osob tvoří voda asi 60 % tělesné hmotnosti a 70 % aktivní tělesné hmoty. S postupujícím věkem podíl vody klesá, zatímco po narození je její podíl 75 %, ve stáří už jen 50 %. Lidský organismus reaguje velmi citlivě na ztrátu vody, již při ztrátě 3 % se tělesný výkon snižuje, větší ztráty ohrožují mentální funkce a může dojít ke kolapsu krevního oběhu. Běžné ztráty vody při normální venkovní teplotě činí přibližně 2300 mililitrů za den. Vodu ztrácíme kůží, dýcháním, močí, potem a stolicí. Pitný režim by se tedy měl řídit podle toho, jak náročnou fyzickou činnost při jakých klimatických podmínkách během dne vykonáváme. Potřeba tekutin se v literatuře uvádí na 1 kg tělesné hmotnosti. Dospělí by tedy měli při venkovních 22 stupních Celsia vypít 22 ml tekutin na jeden kilogram hmotnosti, v tropických dnech se tato potřeba zvyšuje na 38 ml na kilogram hmotnosti (22).

### *1.3.8 Alkohol*

V literatuře je popisován pozitivní účinek na snížení mortality na ICHS, okluzní CMP, snížení krevní srážlivosti, zvýšení HDL cholesterolu, při konzumaci 10 – 30 g alkoholu denně (17). Polyfenolické látky obsažené ve víně mají antioxidační účinky. Na druhou stranu je prokázáno zvýšení mortality na nádorová onemocnění ( pozitivní lineární závislost s velikostí dávky) karcinomy prsu ( 10g etanolu denně zvyšuje riziko o 9 %), prostaty ( 60 g etanolu denně zvyšuje riziko o 21 %), jater, ústní dutiny, hltanu, jícnu, tlustého střeva a konečníku. S rostoucí dávkou roste riziko ICHS, mozkové hemorhagie ( nižší krevní srážlivost, vyšší TK), kardiomyopatie, zvyšuje se úrazová mortalita, násilná činnost a schopnost erekce při zvýšené sexuální apetenci (10).

### *1.4 Výživa a zdravotní rizika*

- Nadměrný příjem energie vede k obezitě se všemi jejími riziky a cukrovce II. typu, souvisí se vznikem rakoviny prsu, tlustého střeva, konečníku, dělohy a vaječníků
- Vysoký příjem živočišných (nasyčených) tuků a cholesterolu ve stravě zvyšuje hladinu cholesterolu v krvi a spolupodílí se na vzniku aterosklerózy
- Vysoký příjem polysacharidů zvyšuje výskyt zubního kazu zvláště u dětí
- Nadměrný příjem soli je spojován se vznikem vysokého krevního tlaku a rakoviny žaludku
- Nízký příjem vápníku a vitamínu D má nepříznivý vliv na vznik osteoporózy
- Protektivní účinek vitamínů C, E, karotenu a některých minerálů má souvislost s některými typy rakoviny
- Nízký příjem jódu hraje roli při poruchách štítné žlázy (29)

### ***1.5 Civilizační nemoci***

Současný životní styl lidí žijících v ekonomicky rozvinutých zemích se vyznačuje nadbytkem snadno dostupných a energeticky bohatých potravin, nedostatkem pohybu, častými psychickými stresy a kouřením. Během evolučně krátkého období 200 – 250 let došlo v rozvinutých zemích k zásadnímu poklesu fyzické aktivity člověka a tím k poklesu potřeby energie, zvýšila se však dostupnost energeticky bohaté stravy. To vše souvisí s chorobami, které jsou označovány jako civilizační (17).

Civilizační choroby mají v populaci vysoký výskyt a jsou vázány na životní styl. Mohou být chápány také jako důsledek nedostatečné nebo nepříznivé adaptace na zevní prostředí. Nevyvážená strava, neodpovídající fyzickým nárokům, vede u disponovaných osob k rozvoji těchto chorob hromadného výskytu, které ovlivňují zásadním způsobem nejen mortalitu jedince a celé populace, ale i její reprodukci.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své zprávě o světovém zdraví (The World Health Report, 2002) uvádí, že nemocnost a úmrtnost na následky nejdůležitějších neinfekčních onemocnění což jsou právě civilizační nemoci, činí cca 47 % (nemocnost) a 60 % (úmrtnost). Dále předpokládá, že v roce 2020 se tato čísla zvýší na 60 % a 73 %. Na základě těchto předpokladů vydala WHO na 57. zasedání Světového zdravotního shromáždění rozhodnutí o tom, že je třeba schválit Globální strategii pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health) (26).

### ***1.6 Obecné zásady výživy, snižující vznik civilizačních onemocnění***

1. Jíst pestrou stravu, která zajistí dostatečný a vyvážený příjem všech živin.
2. Udržovat vhodnou tělesnou hmotnost pohybem a přiměřeným příjmem potravy.
3. Vybírat stravu s nízkým obsahem tuku, zvláště živočišného, a cholesterolu. Omezit maštění, spotřebu tučného masa, uzenin, a moučnicků.
4. Konzumovat minimálně půl kilogramu zeleniny a ovoce denně. Nahrazovat moučnický ovocem a ořechy, nahradit bílé pečivo celozrnným.
5. Omezit spotřebu jednoduchých sacharidů, pouze zdrojem energie. Nesladit čaj a kávu, snížit spotřebu sladkostí a slazených nápojů.



6. Omezit příjem kuchyňské soli. Jelikož slaná chuť je návyková , vyhýbat se silně soleným pochutinám, ostatní strava pak chutná fádně. Slanou chuť lze nahradit různým kořením.
7. Přijímat dostatek tekutin - alespoň 2 - 2,5 litru nekofeinových nápojů denně.
8. Umírněná konzumace alkoholických nápojů, norma pro dospělé muže je přibližně 2 desetistupňová piva nebo 2 deci vína denně, pro ženy je toto množství zhruba poloviční, konzumace destilátů se nedoporučuje vůbec (27).

### ***1.7 Prevence všeobecně***

Politickým cílem státu a všech jeho součástí je zajištění trvale udržitelného rozvoje s cílem posílit zdraví respektováním jeho biologického základu, prostřednictvím ovlivňování tělesných a sociálně-ekonomických determinant zdraví primární prevencí (18).

Stát usiluje o:

1. usnadnění rozhodování lidí ve prospěch vlastního zdraví;
2. posílení schopností i zdravotních aktivit jednotlivců, místního společenství a soukromých i dobrovolných organizací při jejich působení ve městech, na pracovištích, ve školách i v domácím prostředí;
3. motivaci všech odvětví s cílem pomoci jim rozpoznat i dosáhnout společné cíle ve zdravotní i ekonomické oblasti.

Úroveň zdraví společnosti tvoří determinanty jako obecné společensko-ekonomické podmínky a životní prostředí, bydlení, zemědělství a výroba potravin , vzdělání, pracovní prostředí, nezaměstnanost, voda a sanitace, zdravotnické služby, životní styl, věk, pohlaví a dědičné vlivy (9).

Prevenci civilizačních chorob lze rozdělit do tří hlavních složek, jedná se o prevenci na úrovni jednotlivce, prevenci na úrovni celé společnosti a prevenci na úrovni zdravotnictví (sekundární prevenci).

Co pro sebe může člověk udělat v rámci prevence jednotlivých civilizačních onemocnění bude podrobněji rozepsána níže.

Prevence na úrovni celé společnosti spočívá v ovlivnění politických, ekonomických a sociálních determinant zdraví, cílenou politikou zdravé výživy, podporou nekuřáctví, podporou vzdělávání v oblasti zdravého životního stylu a nemocí, ovlivňováním zdravotnictví, dostupnosti zdravotní péče a socioekonomického zajištění (18). Socioekonomickým vlivem rozumíme skutečnost, že lidé s nižším vzděláním a nižším ekonomickým příjmem vykazují vyšší prevalenci kouření a nižší znalost vlivu rizikových faktorů životního stylu na zdraví. V ekonomicky vyvinutých zemích mají lidé chudší stravu, která obsahuje vyšší zastoupení tuků s malým množstvím zeleniny a ovoce. Strava je jednotvárná, nepestrá. Převládá nezdravý způsob výživy spojený s „přejídáním se“. V nižších socioekonomických vrstvách, zejména u mužů, jsou výrazné i rizikové psychosociální faktory (nemožnost kontroly pracovní situace, nedostatečná sociální podpora, nedostatečná schopnost překonat stresující životní události). Chudoba (ať už v oblasti příjmu, sociálně-ekonomického postavení, životních podmínek nebo úrovně vzdělání) je největší samostatnou determinantou špatného zdraví. Život v bídě souvisí s vyšší mírou konzumace látek jako je tabák, alkohol a drogy, s vyšším rizikem konzumace závadné stravy a následnými fyzickými potížemi. Špatné podmínky bydlení a nízká kvalita okolního prostředí brání mnoha dospělým zvolit si zdravý životní styl (31). V chudých krajích komplikuje přijetí zdravého životního stylu mnoho faktorů, například:

- menší množství rekreačních oblastí
- vyšší kriminalita odráží občany od procházek, společenského života a brání jim v zapojení do nějaké tělesné aktivity
- nižší dostupnost veřejných dopravních prostředků
- potraviny, které se doporučují v programech zdravé výživy buď nejsou na trhu, nebo si je lidé nemohou dovolit
- základní zdravotní péče je hůře dostupná než v rozvinutějších oblastech

### *1.7.1 WHO*

Subjektem zastřešujícím péči o celosvětové zdraví je Světová zdravotnická organizace, jejímž hlavním cílem je snížit nemocnost a četnost zdravotních následků a předčasnou úmrtnost na kardiovaskulární nemoci u osob mladších než 65 let v průměru alespoň o 40%. Hlavní důraz je kladen na země, kde je současná úmrtnost velmi vysoká. Snížit úmrtnost u všech typů nádorových onemocnění u osob mladších než 65 v průměru nejméně o 15%. Snížit závažné zdravotní efekty (amputace, oslepnutí, poruchy ledvin, těhotenské komplikace) související s cukrovkou o jednu třetinu, to vše do roku 2020 na území celého evropského regionu. Na mezinárodní konferenci o výživě v roce 1992 přijaly všechny členské státy WHO Světovou deklaraci a akční plán výživy. Tyto materiály vytvářejí strategický rámec národní potravinové politiky a politiky výživy. V rámci Evropy vznikla Evropská síť agentur pro podporu zdraví EuroHealth Net, jejíž součástí v ČR je SZÚ (26).

### *1.7.2 Česká republika*

V ČR byl schválen Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – „Zdraví 2001 – zdraví pro 21. století“ (usnesení vlády ČR ze dne 30. října 2002), který vyhlásila Světová zdravotnická organizace. Cílem je snaha snížit výskyt neinfekčních nemocí a posílit zdravější životní styl. Proto byl na Ministerstvu zdravotnictví vytvořen Národní program zdraví – projekty podpory zdraví, který prostřednictvím neinvestičních dotací zvyšuje znalosti občanů o zdravém způsobu života, o možnostech prevence nemocí a snaží se podněcovat změny chování. Cílem je dosažení pozitivních změn v životních podmínkách obyvatelstva a v jeho v přístupu ke svému zdraví. Má intervenční charakter se zaměřením na primární prevenci onemocnění a podporu zdraví. V rámci Národního programu zdraví byla vydána Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR. Tato doporučení byla připravena pracovní skupinou hlavního hygienika ČR. Podkladem pro vypracování akčního plánu je dokument Světové zdravotnické organizace „Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví“. Preventivní aktivity jsou tedy zaměřeny na podporu zdravého životního stylu a

fyzického pohybu. V rámci akčního plánu Národní Rady pro obezitu se primární prevence na školách všech vzdělávacích stupňů ujalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, které zařadilo tento problém do vzdělávacích programů. Ministerstvo zemědělství spolu s Ministerstvem průmyslu a obchodu vypracovalo program kvality potravin s preferencí potravin odpovídajících zdravé stravě a zdravých výživových návyků (33). KHS spolupracují na tvorbě Plánů zdraví a kvality života ve Zdravých městech, jejichž základem je partnerství různých aktérů a resortů, včetně soukromé sféry (Dny zdraví, infolinky o stavu ovzduší atd.). KHS mají povinnost zkoumat sociálně - ekonomické souvislosti zdraví a zdravotního chování lidí, povinnost spolupracovat na tvorbě zdravotní politiky krajů jim ukládá zákon o ochraně veřejného zdraví. Zdůrazňovat význam a hodnotu zdraví a účast všech resortů na sdílení společných cílů, každoročně předkládat ministru zdravotnictví zprávu o plnění dílčích úkolů a aktivit vyplývajících z programu Zdraví 21 za předešlý rok, mají všechna ministerstva ČR (33).

*„Přijmi a vydej“*

V roce 2006 probíhal tento soutěžní projekt zaměřený na podporu zachování energetické bilance s důrazem na výběr vhodných potravin a dostatečnou pohybovou aktivitu. Byl připraven v rámci Národního programu zdraví a probíhal pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky. Organizátorem kampaně byl Státní zdravotní ústav v Praze ve spolupráci s odbornými pracovníky všech zdravotních ústavů v ČR. Hlavním partnerem kampaně byla Potravinářská komora ČR, dalšími pak například Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Svaz obchodu a cestovního ruchu ČR a program Zdravá 5 společnosti Ahold Czech Republic. Probíhala od 1. června 2006 do 10. října 2006 pod heslem „Vyhrať nad leností a nadváhou – vyhraješ zdraví!“. Informace o soutěži byly průběžně zveřejňovány prostřednictvím sdělovacích prostředků (tisk, internet, letáky v obchodech). Účastníci kampaně po dobu jednoho týdne vyplňovali dotazníky denního příjmu a výdeje energie. Po ukončení sledování energetické bilance během vybraného týdne účastník sečetl svoji denní bilanci

za celý týden a tento výsledek zaslal poštou či elektronicky do Státního zdravotního ústavu v Praze. Účastníci byli následně informováni o tom, zda u nich převažuje příjem energie nad jejím výdejem. Šlo o to, aby byli lidé upozorněni na své nevhodné stravovací zvyklosti a měli k dispozici pomůcku k nápravě (7).

*„Kolmo ke zdraví“* je pilotní projekt, jehož cílem je propagovat význam a zdravotní prospěšnost pohybové aktivity (cyklistiky, cykloturistiky) a ovlivňovat postoje lidí všech věkových kategorií (33).

*Národní akční plán proti obezitě* byl připraven v návaznosti na závěry 13. obezitologické konference v roce 2004 Národní radou pro obezitu (37).

*Studie „Životní styl a obezita“* byla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví vypracována agenturou STEM/MARK. Studie byla zaměřena na upřesnění životního stylu v ČR a jeho souvislosti s obezitou, z tohoto výzkumu následně vychází MZ ČR a Česká obezitologická společnost ČLS JEP (37).

WHO, Evropská komise a Rada Evropy od roku 1992 řídí síť škol podporujících zdraví v projektu *Zdravá škola*, což je školské zařízení, které má ve svých osnovách i učební praxi zařazenu zdravotní výchovu.

### *Dny zdraví*

VZP ČR již řadu let organizuje na svých územních pracovištích Dny zdraví. Hlavním cílem celé akce, která je vždy realizována ve spolupráci s různými partnery, kteří se problematikou zdraví zabývají, je zajímavou formou informovat občany o tom, jak správně pečovat o své zdraví a zároveň jim také nabídnout aktivity, které mohou dlouhodobě přispívat k jejich fyzické i duševní pohodě. V rámci této akce se poskytuje bezplatné měření krevního tlaku, tuku v těle, hladiny cukru a cholesterolu v krvi (34).

### *1.7.3 Prevence civilizačních nemocí s využitím moderních informačních technologií – internet*

V rámci projektu podpory zdraví „Národního programu zdraví“ byl vytvořen webový portál pro praktickou prevenci nemocí a podporu zdravého životního stylu. Webové stránky Centra zdraví a životních podmínek při SZÚ jsou přístupné na adrese <http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci>. Na interaktivním odkaze „Poznejte rizika svého životního stylu“ si návštěvník může nejen přečíst mnoho informací, ale bezprostředně po registraci vyhodnotit faktory svého životního stylu (32). Další interaktivní stránkou je portál [http://www.flora.cz/eden\\_kalk.php](http://www.flora.cz/eden_kalk.php), který pomocí e – kalkulačky umožní vyhodnotit energetickou a výživovou hodnotu právě sněžených potravin (6). V angličtině je to např. portál „Your Disease Risk“ provozovaný a vyvíjený Harvardským centrem pro prevenci rakoviny (11). Pro prevenci srdečně-cévních onemocnění jsou k dispozici stránky „International Task Force“ (4).

V ČR působí celá řada odborných společností, které se zabývají primární i sekundární prevencí jako Česká společnost pro aterosklerózu, Česká diabetologická společnost, Česká obezitologická společnost a mnoho dalších, každá z nich má své webové informační stránky, v naprosté většině případů se však jedná pouze o zdroje s obecně informační funkcí, které neposkytují hodnocení stravovacích zvyklostí s grafickým výstupem a kvantifikací zastoupení hlavních potravinových skupin dle potravinové pyramidy, což by umožnilo přímé a snadné porovnání souladu osobních výsledků s výživovými doporučeními.

#### *Škola zdraví*

Základem projektu Škola zdraví jsou internetové stránky dostupné na <http://sz.ordinace.cz/index.php>, obsahují jednotlivé lekce týkající se srdečních a cévních onemocnění, obezity a nadváhy, kouření, pracovního prostředí, výživy, nádorových onemocnění, zdraví žen, očkování, deprese, zdraví dětí, zdraví muže a další. Kromě všeobecných informací obsahují také možnost otestování zdravotních potíží, výpočtu BMI a na závěr lekce i znalostní test. Všichni však přístup k internetu nemají a značné

množství lidí jej neumí používat. Tito lidé současně představují nejvíce ohroženou skupinu, která informace o zdraví nejvíce potřebuje. Záměrem je tedy proniknout do televizního vysílání, které by mohlo oslovit u obrazovek větší množství osob, proto vznikla Škola zdraví i jako televizní seriál (28).

Pro primární prevenci lze využít masmédiá, která popularizují prevenci pro širokou veřejnost různými kampaněmi. Téměř každý z nás se s nimi již setkal, probíhají v hromadných sdělovacích prostředcích, formou varovných televizních spotů, setkáváme se s billboardy boje proti kouření, alkoholismu, ochraně kůže před expozicí slunečním zářením apod. Nepřehlédnutelným preventivním elementem jsou výstražná sdělení o škodlivosti kouření na každé krabičce cigaret.

### ***1.8 Nutriční poradenství jako součást primární prevence***

Základem nutričního poradenství je objektivní posouzení stravovacích zvyklostí hodnocením nutriční spotřeby, které se provádí analýzou dietního záznamu, ten je posléze vyhodnocen počítačovými programy. Výsledek počítačového zpracování spotřeby potravin je pak porovnán se stanovenou optimální nutriční dávkou (bílkovin, tuků, vitaminů a minerálů), která se individuálně vypočítá každému klientovi. V jídelníčku se vyhledávají příčiny jejich nesouladu a navrhnou se konkrétní doporučení na úpravu jídelníčku (30).

Do nutriční poradny přicházejí pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou na výskyt KVO, diabetu, karcinomů zažívacího traktu na doporučení ošetřujících lékařů, kteří v rámci primární prevence pacientovi doporučí změnu stravovacích zvyklostí. Individuální nutriční intervence je vhodná i v oblasti sekundární prevence při kardiovaskulárních onemocněních, diabetu II. typu a hypertenzi. Bez doporučení ošetřujícího lékaře vyhledávají nutriční poradnu lidé zdraví, kteří mají zájem o prevenci a zdravý životní styl (18).

### ***1.9 Možnosti sledování výživových zvyklostí***

Nejčastější metodiky jsou metoda potravinového frekvenčního dotazníku (food frequency questionnaire) a metoda energetické a nutriční analýzy vzpomínaného jídelníčku z uplynulého dne (24 hours dietary recall). V praxi se dále pro potřeby nutričního monitoringu používají potravinové bilance na úrovni státu (National food supply – food balance sheets) s vyjádřením průměrného množství zkonsumovaných potravin nebo jejich skupin, připadajících na jednoho člověka a rok. Dále metody vyhodnocování potravinových rozpočtů v domácnostech a vyhodnocování tzv. potravinového spotřebního koše (household food use – household surveys, food basket studies). Další je analýza několikadenního, průběžně zapisovaného jídelníčku (dietary records), při níž mají sledované osoby za úkol vážit nebo odhadovat velikost snědených porcí a chemická analýza dvojité porce (17).

### ***1.10 Zdravotnická prevence – sekundární***

Podle platných vyhlášek (č. 56/1997 Sb., novely č. 183/2000 Sb. a 372/2002 Sb.) je veřejnost preventivně vyšetřována u praktického lékaře, stomatologa a gynekologa vyšetřeními, která jsou hrazena ze zdravotního pojištění. Preventivní prohlídka spočívá v doplnění anamnézy se zaměřením na rizikové faktory a profesní rizika, v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních chorob, výskyt hypertenze, cukrovky, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, provádí se standardně změření krevního tlaku a změření hmotnosti, povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření konečníku a varlat u mužů či prsou u žen, spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování. Vyšetření EKG se provádí u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech, při zjištění hypertenze, pro kterou není pacient dispenzarizován, vždy. Hladiny celkového plasmatického cholesterolu se vyšetřují v rámci preventivní prohlídky u praktického lékaře v 18, 40, 50, 60 letech, ve dvouletých intervalech se vyšetřuje a stanovuje okultní krvácení ve stolici standardizovaným testem Hemokult (u osob od 50 let věku). Preventivní prohlídka u stomatologa spočívá ve vyšetření stavu chrupu, parodontu,



stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, prevence onkologická je zaměřená na pátrání po prekancerózách a nádorových projevech v dutině ústní a také zahrnuje instruktáž o dodržování správné hygieny dutiny ústní .

Mamografické vyšetření se provádí ve dvouletých intervalech i u bezpříznakových žen ve věku od 45 do 69 let. Provádí se v rámci screeningu, což je organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt onemocnění (2).

### ***1.11 Výživa v prevenci aterosklerózy***

Ateroskleróza a její orgánové komplikace tedy ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody a ischemická choroba dolních končetin představují hlavní příčinu nemoci a úmrtnosti v ČR i ve všech dalších ekonomicky vyspělých zemích (22).

*Tabulka 2: Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění*

|                | Muži          | Ženy          | Celkem         |
|----------------|---------------|---------------|----------------|
| Zemřelí celkem | 55 880 (100%) | 55 408 (100%) | 11 1288 (100%) |
| Nemoci KVS     | 26 110 (47%)  | 31 955 (58%)  | 58 068 (52%)   |

Zdroj: ÚZIS, údaje za rok 2003

Ateroskleróza je podmíněna remodelací cévní stěny. Aterosklerotický proces zahrnuje nejprve tvorbu lipidních proužků, posléze pak fibrolipoidních lézí a konečně fibrózních plátů, které předcházejí a provází zánětlivý proces cévní stěny. V porušené cévní stěně se ukládají tukové látky, především cholesterol a dochází k postupnému zužování nebo dokonce uzávěru postižených cév (15).

## Hlavní ovlivnitelné rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

### Faktory životního stylu

(ovlivnitelné přímo)

- Kouření
- Strava – bohatá na satur. tuky, cholesterol a energii
- Nízká pohybová aktivita
- Alkohol – nadměrná konzumace

### Biochemické a fyziologické

charakteristiky

(ovlivnitelné nepřímo, sekundárně)

- Zvýšený cholesterol v plasmě (celkový a zejména LDL frakce)
- Nízký HDL cholesterol
- Zvýšené triglyceridy
- Zvýšený krevní tlak
- Hyperglykémie, snížená gluk. tolerance, diabetes
- Obezita
- Trombogenní faktory

Zdroj: 20

### *1.11.1 Individuální prevence*

- zásadně omezit množství cholesterolu v potravě, maximální přijatelné množství je 200 mg denně, to znamená snížit příjem tuků živočišného původu a cholesterolu na maximálně 30 % denní energetické dávky (tučná masa a uzeniny, tučné mléčné výrobky)
- jíst více než 400 g ovoce a zeleniny denně, nezapomínat na luštěniny, ořechy
- jíst nejméně 2 porce netučných mořských ryb týdně
- omezit konzumaci jednoduchých sacharidů
- omezit příjem soli
- omezit konzumaci alkoholu na 10 – 20 g etanolu denně
- zanechat kouření
- celkově zvýšit denní fyzickou aktivitu, alespoň 40 minut 3x týdně (27)

### *1.12 Výživa v prevenci obezity a nadváhy*

Obezitou rozumíme zmnožení tukové tkáně, které je disproporcionální k velikosti a funkci tuku prosté tělesné tkáně (7). Obezita a nadváha je civilizační choroba, která prostřednictvím vyššího rizika KVO, nádorových onemocnění (kolorektální karcinom, karcinom endometria, prs, prostata) a rizika ventilační nedostatečnosti zkracuje délku života a zároveň výrazným způsobem zhoršuje jeho kvalitu. Pokles hmotnosti o 10 procent vede k poklesu všech metabolických komplikací až o 50 procent. Podle aktuálních údajů studie Životní styl a obezita 2005 (agentury STEM MARK) má v ČR nadměrnou hmotnost 52 % dospělé populace, přesněji 35 % lidí má nadváhu a 17 % je obézních (14).

Evropská úřadovna WHO považuje obezitu za jednu z největších výzev pro veřejné zdraví ve 21. století. Prevalence obezity se od 80. let v mnoha evropských zemích více než ztrojnásobila. Dále se odhaduje, že téměř 400 milionů dospělých Evropanů trpí nadváhou a 130 milionů dospělých je obézních. Pokud se bude výskyt obezity i nadále zvyšovat stejným tempem jako během 90. let, bude v roce 2010 celkem 150 milionů

dospělých obézních. WHO proto vyzývá k zahájení takových kroků, které epidemii obezity zabrání. Požaduje podporu a vytvoření dalších možností pro větší pohybovou aktivitu a zlepšení dostupnosti zdravého jídla pro všechny obyvatele Evropy. Dále upozorňuje na nutnost, aby se do boje proti obezitě zapojily všechny vládní resorty, občanská sdružení, soukromý sektor a další (7).

#### *1.12.1 Faktory ovlivňující vznik obezity*

1. Věk populace. Obézních přibývá s věkem a výskyt obezity vrcholí ve věku kolem 50 až 60 let. Obezita zkracuje život, a u starších jedinců se proto její výskyt snižuje.
2. Pohlaví. Ženy jsou ve všech populacích více obézní než muži.
3. Etnické vlivy. Srovnání různých zemí s různým životním stylem je obtížné. Etnické vlivy jsou nejnáze prokazatelné v USA, při životě v relativně stejných podmínkách - výskyt obezity je vyšší v černošských a mexických populacích a nižší v bělošských.
4. Socioekonomická situace. Vzdělání a vyšší příjem má vztah k nižšímu výskytu obezity. Nižší vzdělání a nižší příjmy jsou častěji provázeny obezitou.
5. Rodinná situace. Vstup do manželství u obou pohlaví vede k vzestupu hmotnosti.
6. Mateřství. Předpokládá se, že u žen s počtem dětí roste jejich hmotnost.
7. Genetika. Hlavním modelem pro studium genetických vlivů jsou studie s dvojčaty žijícími odděleně. Výskyt obezity v rodině však obvykle ovlivňují i rodinné stravovací zvyky.
8. Dietní zvyklosti. Vliv národní kuchyně na množství živin v národních specialitách.
9. Alkohol. Příjem alkoholu má vztah k vzestupu hmotnosti.
10. Fyzická aktivita. Výskyt obezity vzrůstá s fyzickou inaktivitou (25).

### *1.12.2 Diagnóza obezity*

O podílu tuku v těle se lékaři umějí přesvědčit mnoha postupy. V běžné praxi se posuzuje hmotnost pacienta, Body Mass Index, měření tloušťky podkožní řasy kaliperem a mnoho dalších.

BMI je celosvětově uznávaným měřítkem k posouzení tělesné hmotnosti a může sloužit i jako ukazatel životní prognózy a rizika většiny komplikací obezity, vypočítá se jako hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech (37).

Klasifikace BMI:

1. méně než 18,5 – podvýživa
2. 18,5 až 25 - normální hmotnost
3. 25 až 30 - nadváha
4. 30 až 35 - obezita I. stupně
5. 35 až 40 - obezita II. stupně
6. nad 40 - obezita III. stupně (morbidní)





### *1.12.3 Individuální prevence*

- upravit stravovací zvyklosti ve smyslu kvality (pestrost a vyváženost), kvantity (energetický příjem), pravidelnosti a dodržovat pitný režim
- nepřijímat společností vnucovaný pasivní způsob života (počítače, televize, transport dopravními prostředky, výtahy, dálkové ovládání)
- omezit frustraci, nebýt frustrován společensky, sociálně, pracovně, partnersky a sexuálně a následně se přejídat
- posilovat fyzickou aktivitu od dětství, v dospělosti upřednostňovat každou možnou fyzickou aktivitu před pasivitou (schody, chůze...), zařadit pravidelné cvičení do volného času
- umět se pozitivně sebehodnotit, mít správný hodnotový systém, být v souladu s vnitřně přijatým hodnotovým řádem
- být emočně otužilý
- být obezřetný v rizikových situacích jako je ukončení aktivní sportovní činnosti, změna pracovních poměrů, vstup do manželství a změna kuchaře, ukončení kouření, chronický stres, pravidelná konzumace alkoholu, stárnutí, chronická psychická únava, u žen navíc období dospívání, těhotenství a období porodu, menopauza (33)

### *1.13 Výživa v prevenci Diabetes mellitus 2. typu*

Diabetes mellitus II. typu (dříve nazývaný diabetes dospělého věku, často též non-inzulin dependentní diabetes) je častá metabolická porucha s mnoha systémovými důsledky a řadí se mezi civilizační onemocnění. Je charakterizována sníženou citlivostí na inzulín a sníženou odolností ke ketóze. V České republice je více než 500 000 diabetiků. Ve věku nad 60 let trpí diabetem II. typu 20 % všech obyvatel. V některých nemocnicích tvoří diabetici až třetinu všech hospitalizovaných. (16) Prevalence diabetu II. typu v celkové populaci je 5%. V České republice umírá ročně v důsledku komplikací diabetu 2000 osob. Diabetes je nejčastější příčinou získané slepoty, amputací dolních končetin a třetí nejčastější příčinou chronické renální

nedostatečnosti. U osob postižených diabetem II. typu je důsledkem cévních komplikací úmrtnost dvakrát vyšší než u ostatní populace (36).

#### *1.13.1 Individuální prevence*

- redukovat tělesnou hmotnost snížením příjmu energie
- zvýšit fyzickou aktivitu
- zavést pravidelný stravovací režim rovnoměrně 5 - 6 x denně v menších dávkách
- redukovat příjem cholesterolu a nasycených mastných kyselin omezením živočišných tuků
- minimalizovat konzumaci jednoduchých cukrů, zařazovat komplexní polysacharidy a vlákninu, která může pomoci normalizovat hladiny glykémie a krevních tuků

V současnosti není žádný vědecký důvod proto, aby byla nějaká potravina značena a inzerována jako vhodná pro diabetiky, někdy jsou naopak tyto potraviny vyloženě nevhodné, protože kromě neenergetických sladidel jsou slazeny i energetickými sladidly a většinou mají vysoký obsah tuku (27).

#### *1.14 Výživa v prevenci osteoporózy*

Osteoporóza je rovněž zahrnována mezi civilizační choroby. V ČR postihuje ročně asi 700 tisíc obyvatel (22) Jde o systémovou poruchu skeletu charakterizovanou malou kostní masou a poškozením mikroarchitektury kostní tkáně s následně zvýšenou kostní fragilitou a náchylností k frakturám. Prodlužující se délkou života přibývá postižených osteoporózou a jejími důsledky ve formě nenámahových zlomenin především v oblasti krčku femuru, zápěstí a zlomenin obratlů. K rozvoji osteoporózy přispívají, kromě hormonálních faktorů u žen v období klimakteria, nedostatečná fyzická aktivita a sedavý způsob života. Úbytek kostní hmoty mohou akcelarovat také kouření, nadměrná konzumace alkoholu a kávy, užívání některých léků a řada onemocnění (12).

#### *1.14.1 Individuální prevence osteoporózy*

- zajistit v průběhu dospívání a dospělosti dostatečný příjem potravin obsahujících vápník a vitamín D
- zajistit pro růst skeletu v průběhu dospívání průměrnou denní retenci 100 – 180 mg vápníku
- umírněně zvýšit expozici slunečnímu záření v rámci tvorby vitamínu D
- užívat substitučně vápník v dávce 1000 mg denně (dospělí do 65 let) a 1500 mg (starší 65 let a ženy po menopauze)
- zvýšit příjem vitamínu K (obsažen ve fermentovaných potravinách)
- zvýšit denní fyzickou aktivitu, alespoň 40 minut 3x týdně
- snížit konzumaci bílkovin (zvyšují vylučování vápníku močí)
- omezit konzumaci alkoholu a kofeinových nápojů
- zanechat kouření, jedna krabička denně představuje snížení kostní hmoty o 5 – 10 % (15)

### ***1.15 Výživa v prevenci nádorových onemocnění***

Podstatou zhoubných nádorových onemocnění, je změna genetické informace a regulačních mechanismů v buňce. To vede k nekontrolovanému dělení buňky, vzniká celý nový klon takto postižených buněk - nádor, který má nejprve nepatrné rozměry, ale postupně roste, a není-li odstraněn či zničen, zahubí celý organismus. Další typickou vlastností zhoubného bujení je tvorba metastáz - sekundárních nádorových ložisek. To je jedna z nejpodstatnějších věcí, která činí nádorovou léčbu tak obtížnou (17). V ČR je nejvyšší incidence kolorektálního karcinomu na světě. Je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u obou pohlaví.

Vlivu výživových faktorů se přisuzuje 35% podílu na celkové úmrtnosti způsobené nádory (12). Vliv faktorů výživy může být pozitivní (ochranný) nebo negativní (rizikový), záleží na individuální skladbě stravy.

Nové výzkumy ukazují že podobně jako v případě kardiovaskulárních onemocnění má větší význam složení konzumovaných tuků, spíše než jejich celkové množství. Rovněž u vlákniny se předpokládá podstatný ochranný efekt. Ochranný efekt nelze přičítat

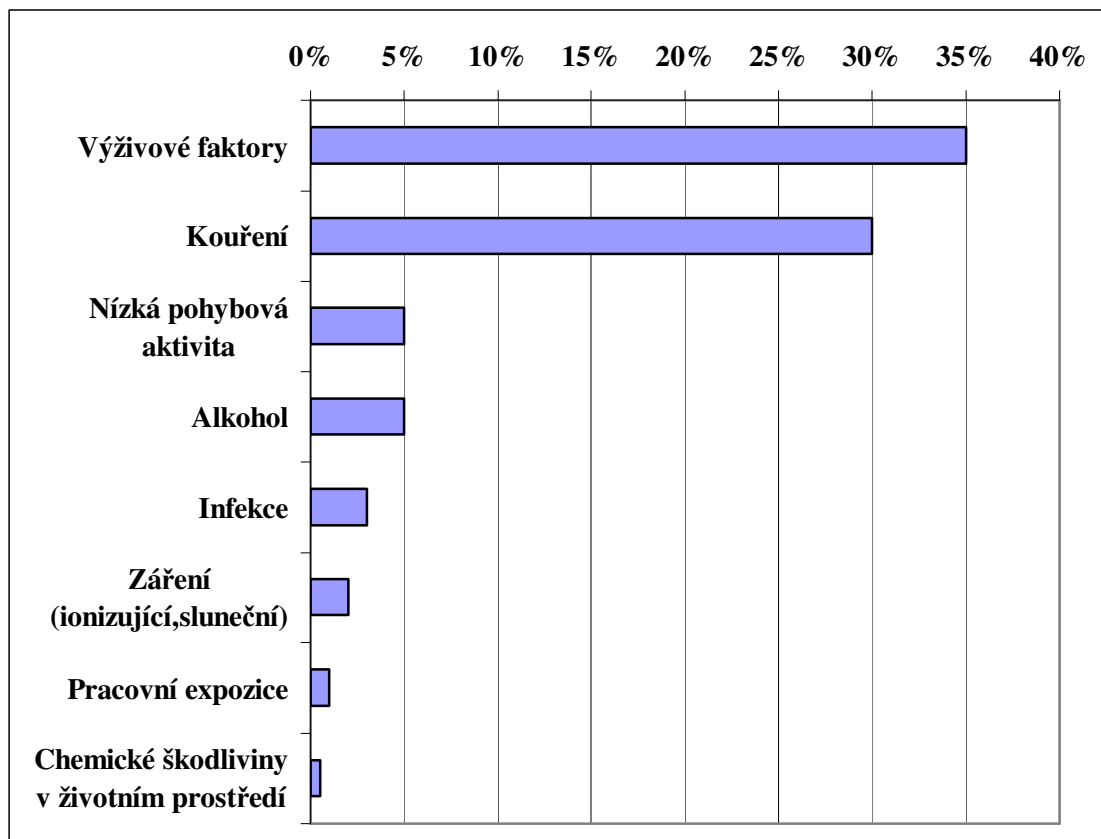
vláknině jako takové (izolované) ale pouze jejím přirozených zdrojů (zelenina a ovoce), kde efekt dostatečně prokázán je (24).

*Tabulka 3: Zemřelí na hlavní nádorová onemocnění v ČR*

|                 | muži          | ženy          | celkem         |
|-----------------|---------------|---------------|----------------|
| Zemřelí všichni | 55 880 (100%) | 55 408 (100%) | 11 1288 (100%) |
| Zhoubné nádory  | 16 208 (29%)  | 29 195 (26%)  | 29 195 (100%)  |
| Ca plic         | 4 227         | 1 341         | 5 568          |
| Ca kolorekta    | 2 517         | 1 855         | 4 372          |
| Ca prsu         | -             | 1 939         | 1 939          |
| Ca prostaty     | 1 327         | -             | 1 327          |

Zdroj: ÚZIS, údaje za rok 2003

Obrázek 2: Přispění rizikových faktorů k celkové úmrtnosti na nádorová onemocnění



Zdroj: ÚPL LF MU (32)

#### 1.15.1 Individuální prevence dle American Cancer Society

- jíst pestrou stravu s důrazem na kvalitní rostlinné oleje
- jíst pět a více porcí zeleniny a ovoce každý den, zařazovat zeleninu a ovoce do každého jídla a svačiny, jíst různé druhy ovoce a zeleniny, omezit smažené hranolky, chipsy, a další smaženou zeleninu, v případě pití zeleninových a ovocných džusů vybírat 100% džusy
- upřednostňovat celozrnné obiloviny před rafinovanými obilovinami a rafinovaným cukrem – vybírat celozrnnou rýži, chléb, těstoviny a obiloviny, omezit spotřebu rafinovaných sacharidů včetně jemného pečiva, moučnicků, přislažovaných obilovin, nápojů a cukru

- omezit spotřebu červeného masa, zejména s vysokým obsahem tuku ( týká se i způsobu zpracování) dát přednost rybám, drůbeži a luštěninám před hovězím, drůbežím a skopovým, libové maso jíst v menších porcích a upravovat jej pečením nebo vařením raději než smažením či uzením
- vybírat potraviny, které pomáhají udržovat z hlediska zdraví optimální váhu, při stravování „ venku“ vybírat jídla s nízkým obsahem tuku a energie, upřednostňovat menší porce ( vysokokalorické) potraviny jíst v malém množství a dávat pozor na nápisy „ nízkotučné“ nebo „ netučné“ potraviny, protože nemusí vždy znamenat, že jsou také nízkenergetické ( např. vysoký obsah sacharidů), nahrazovat vysokokalorické potraviny ( hranolky, cheesburgery, pizzy, zmrzliny, koblihy a další) zeleninou a ovocem
- nepít v případě dospělých mužů více než 2 a v případě dospělých žen více než jeden alkoholový drink denně, přičemž pod pojmem drink se rozumí 400 – 500 ml desetistupňového piva, 100ml vína, 35 – 40 ml destilátu (1)

## **2. Cíle práce a hypotézy**

Pokusila jsem se zjistit v dotazníkovém šetření, jaké je povědomí občanů o zdravém životním stylu, které faktory je ovlivňují při výběru potravin. Znájí –li, co obnáší zdravý životní styl, a zda se tím, co vědí, také řídí. Zajímalo mě, jaké mají povědomí o civilizačních chorobách, kterými kritérii se řídí při výběru potravin. V teoretické části jsem se zabývala zmapováním preventivních programů, které jsou zaměřeny na prevenci civilizačních chorob v České republice.

### **2.2 Cíle práce**

1. Zmapování povědomí občanů o civilizačních chorobách.
2. Zjišťování informovanosti občanů o vlivu stravování na prevenci civilizačních chorob.
3. Zmapování faktorů, které jsou důležité při výběru potravin.
4. Vytvoření přehledu edukativních a preventivních programů v ČR.

### **2.1 Hlavní hypotézy**

1. Současný stav výživy populace v ČR není, přes některé zlepšení, uspokojivý.
2. Přestože na obyvatelstvo působí výchovně programy podpory zdraví, u části populace převládají při výběru potravin dlouhodobé stravovací zvyklosti a také tlak ceny.



### **3. Metodika**

Pro bakalářskou práci jsem použila kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat byl standardizovaný dotazník (příloha 1). Respondenti byli vybráni na základě účelového výběru – Caravan testu, byli to muži a ženy ve většině případů obyvatelé Severomoravského kraje. Vzorek reprezentuje mou rodinu, známé a členy jejich rodiny, spolupracovníky a jejich rodiny, obyvatele panelového domu, ve kterém bydlím, a největší skupinu tvoří klienti rehabilitačního zdravotnického zařízení, ve kterém pracuji. Pro vyhodnocení byly použity koláčové i sloupcové grafy, které jsou zpracovány v programu Microsoft Excel. Výsledky v koláčových grafech jsou udávány ve většině případů v procentech, při popisu grafů uvádím rovněž absolutní čísla, výsledky sloupcových grafů jsou udávány v absolutních číslech.

#### **3.1 Předvýzkum**

Na malém vzorku 20 respondentů jsem z důvodu odhalení srozumitelnosti a jednoznačnosti dotazníkových otázek provedla předvýzkum, některé otázky jsem tudíž následně upravila, aby nedocházelo ze strany respondentů k chybnému vyplňování několika možností kvůli špatnému výkladu otázky.

Cílovou skupinou pro výběr respondentů byli lidé od dvaceti do šedesáti let, tedy populace v produktivním věku.

Velikost výběrového souboru jsem určila po dohodě s konzultantem na sto dvacet respondentů a v návaznosti na to byl rozdán stejný počet dotazníků.

Dotazník byl ze sociologického hlediska anonymní, což respondentům zajišťuje jejich anonymitu v průběhu zpracování dat, faktická anonymita nebyla možná, protože většinu dotazníků jsem předávala a odebírala osobně. V průběhu sběru dat jsem se setkávala převážně s kladnými ohlasy a s chutí dotazník vyplnit, zcela negativní přístup jsem nezaznamenala. Sběr dat dotazníkovým šetřením probíhal na přelomu měsíce února a března, největší část dotazníků byla rozdána mnou osobně, část dotazníků byla druhotně

předána respondentem dalším respondentům a malá část dotazníků byla rozeslána internetem.

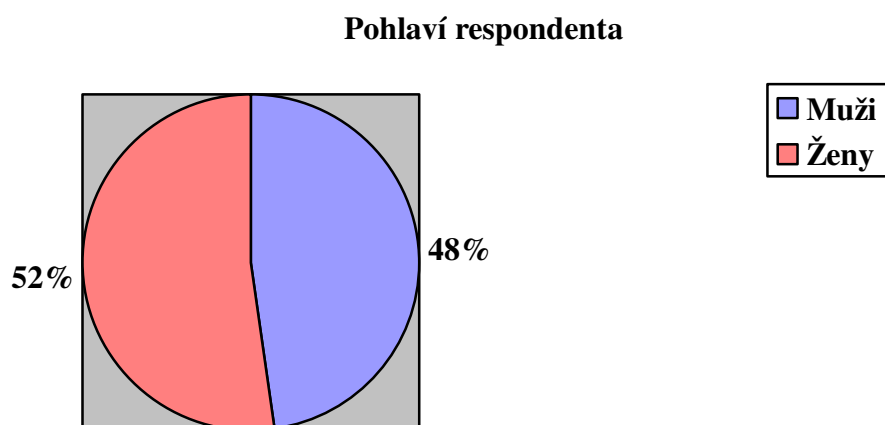
Dotazník obsahuje v rámci zachování anonymity pouze identifikační znaky respondenta, otázku na pohlaví. Je sestaven z 29 otázek, čtyři otázky jsou uzavřené dichotomické, třináct otázek je uzavřených polytomických, použita byla jedna škálová otázka a jedna otázka projekční.

### ***3.2 Charakteristika souboru***

Výzkumné soubory byly dva – jednalo se o muže a ženy. Celkem bylo rozdáno po dohodě s konzultantem 120 dotazníků. Vrátilo se 116 a z nich bylo 7 nevyhovujících většinou z důvodu označení více možností než bylo určeno. Tyto dotazníky byly tedy z dalšího procesu vyřazeny. 109 dotazníků bylo řádně vyplněno a následně použito ke zpracování. Dotazník vyplnilo řádně 52 mužů a 57 žen, nejvíce respondentů (96) bylo v produktivním věku, malá část se však zacílení věkové kategorie vymykala bylo to 10 respondentů ve věkové kategorii nad 60 let a 3 respondenti mladší než 19 let.

## 4. Výsledky

Graf 1:

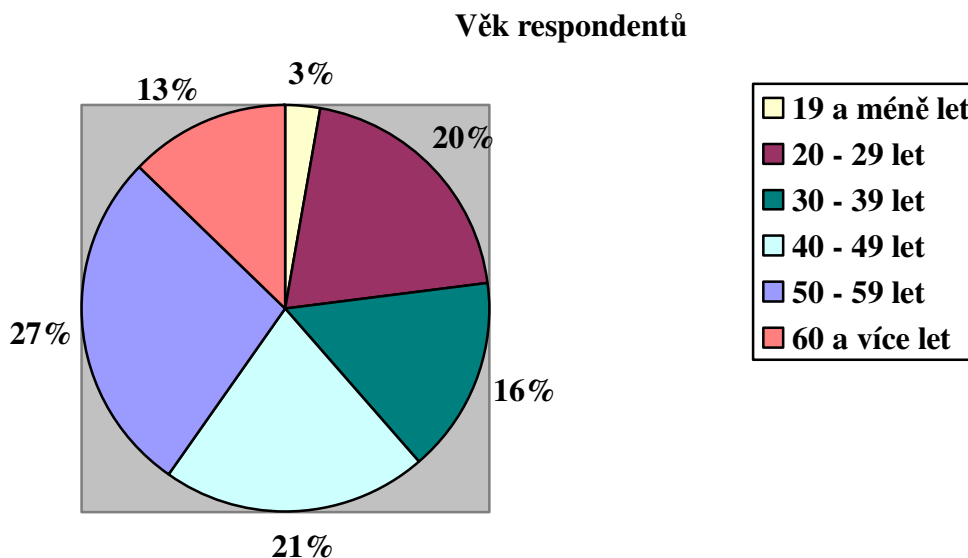


Zdroj: Vlastní výzkum

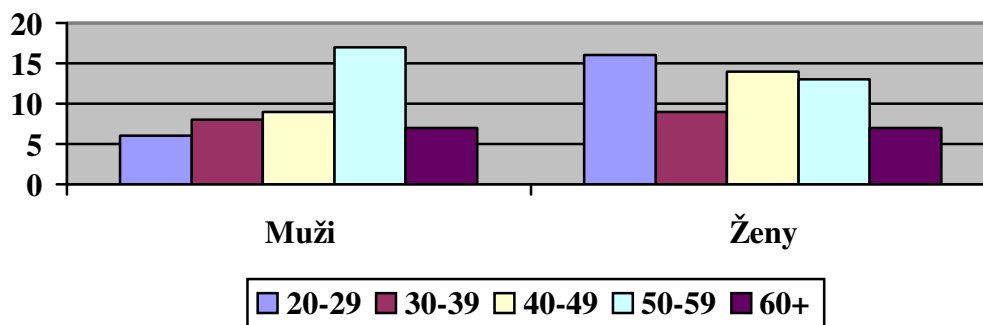
Otázka číslo 1: Zjišťuje zastoupení obou pohlaví v celkovém množství respondentů.

Z celkového počtu respondentů, kteří vyplnili správně dotazník tedy 109, bylo 52 mužů (48%) a 57 žen (52%).

Graf 2a:



Graf 2b:



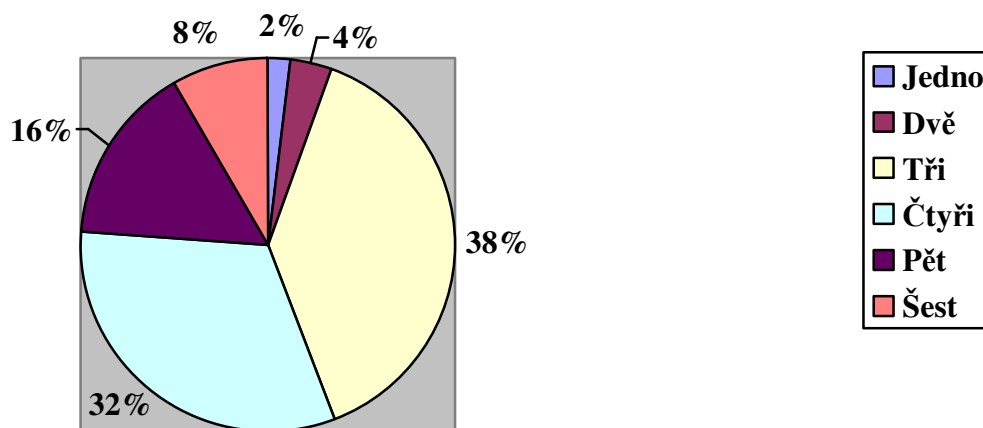
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 2: Zjišťuje věk respondentů.

Z celkového počtu 109 řádně vyplněných respondentů byli 3 respondenti ve věku mladším 19 let (3%), 22 respondentů bylo ve věku do 29 let (20%), 17 respondentů do 39 let (16%), 23 respondentů bylo ve věku do 49 let (21%), do 59 let byl počet respondentů 30, což představuje (27 %), a starších 60 let bylo 14 respondentů (13%).

Graf 3a:

### Počet denních jídel



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 3: Zjišťuje kolik jídel respondenti denně zkonsumují .

Ze 109 mají jedno jídlo denně pouze 2 respondenti (2%).

Dvě jídla denně jedí 4 dotazovaní, což jsou 4 procenta.

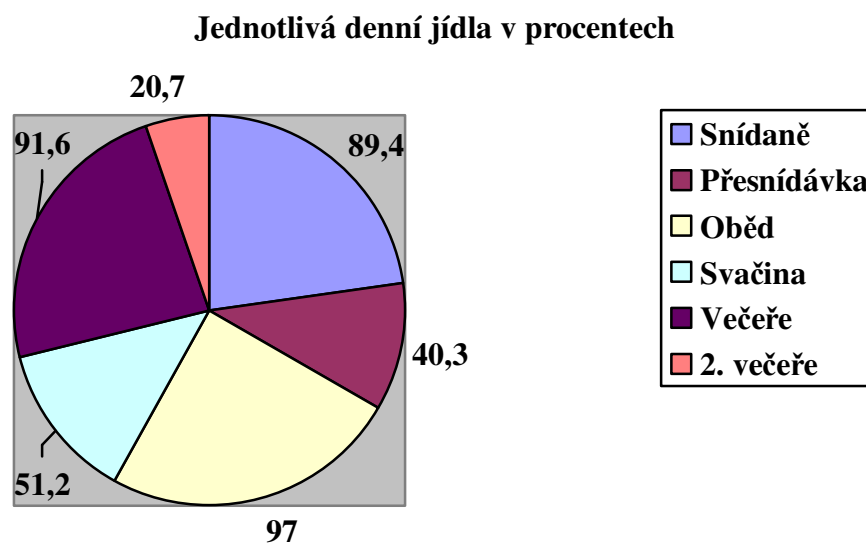
Tři denní jídla konzumuje největší počet respondentů a to 42 (38%).

Čtyři jídla za den má 32 procent respondentů, což je 35 osob.

Pětkrát denně jí 17 osob (16%).

Šest jídel za den vyhovuje 9 osobám, což je osm procent z celkového počtu 109 respondentů.

Graf 3b :



Zdroj : Vlastní výzkum

Otázka číslo 3: Jaký počet respondentů pravidelně snídá, svačí, obědvá, jestli někteří respondenti odpoledne svačí, večeří a zda mají ještě i druhou večeři.

Každodenně snídá z odpovídajících 109 respondentů 82 z nich, což je 89,4 %.

Dopolední přesnídávku mívá 37 respondentů, což je 40,3 %.

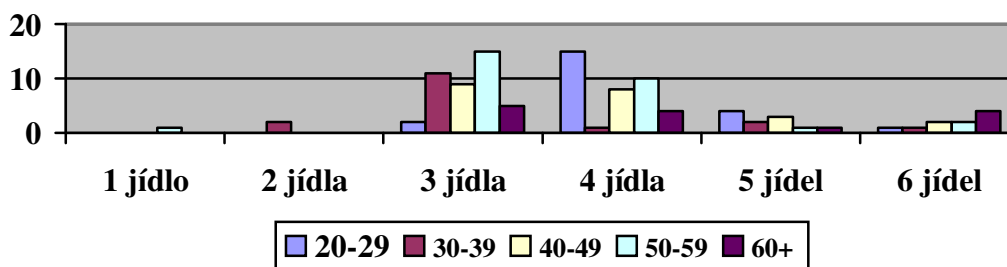
89 respondentů každodenně obědvá což představuje 97 %.

Odpoledne svačí ze 109 čtyřicet sedm dotazovaných, tedy 51,2 procent.

Večeři si dopřává 84 respondentů, to znamená 91,6 % ze 109.

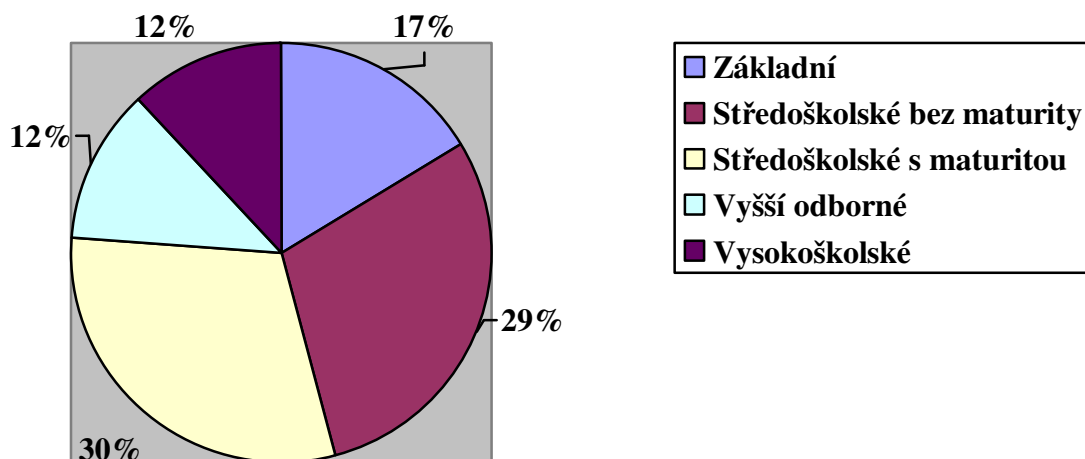
Podruhé večeří pouhých 19 respondentů , tedy 20,7 %.

Graf 3c:

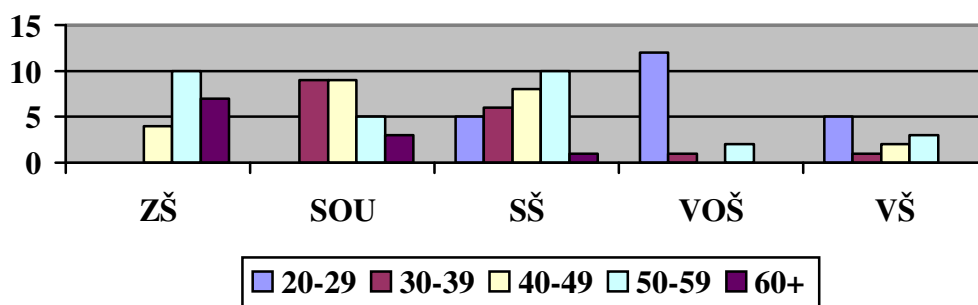


Graf 4a:

### Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Graf 4b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 4: Zjišťuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Základní vzdělání mělo 18 respondentů, tedy 17 %.

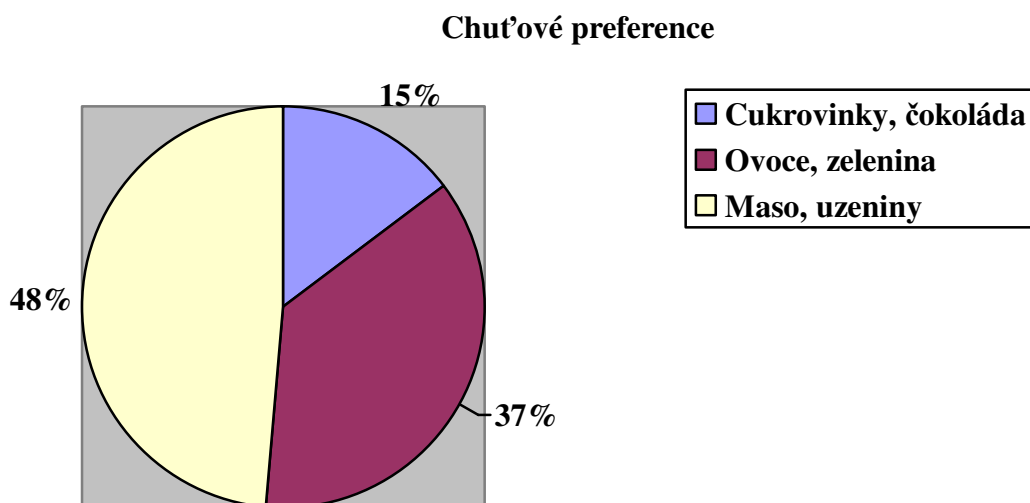
Vyučeno, tedy vzdělání středoškolské bez maturity mělo 32 respondentů, což je 29 %.

Střední školu absolvovalo 33 respondentů to je 30 %.

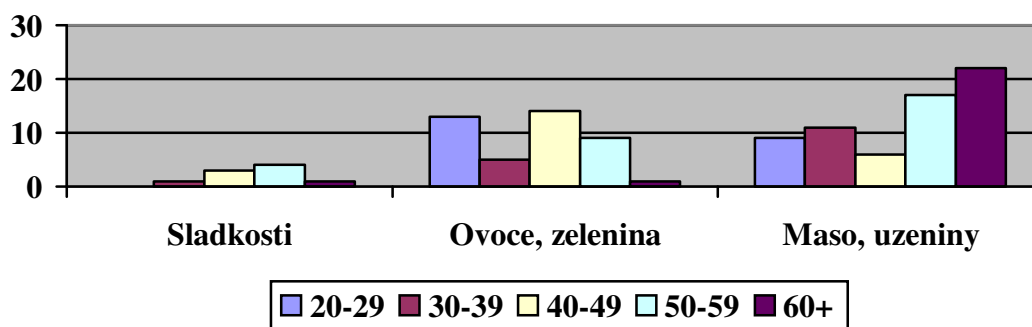
Vyšší odborné vzdělání mělo 13 respondentů, tedy 12 %.

Vysokoškoláků odpovídalo 13, což je rovněž 12 %.

Graf 5a:



Graf 5b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 5: Měla odhalit, co by si respondenti vybrali, kdyby dostali na něco chuť – zjistit chuťové preference.

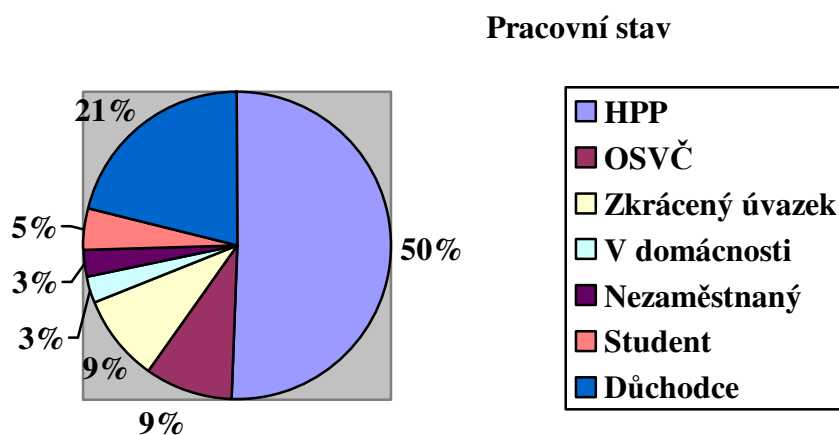
Zajímavé je, že 53 respondentů, tedy 48 %, by si vybralo masitý pokrm nebo nějakou uzeninu.

Nezanedbatelná je v rámci zdravé výživy rovněž preference 40 respondentů, což představuje 37 %, tito by si zvolili ovoce nebo zeleninu.

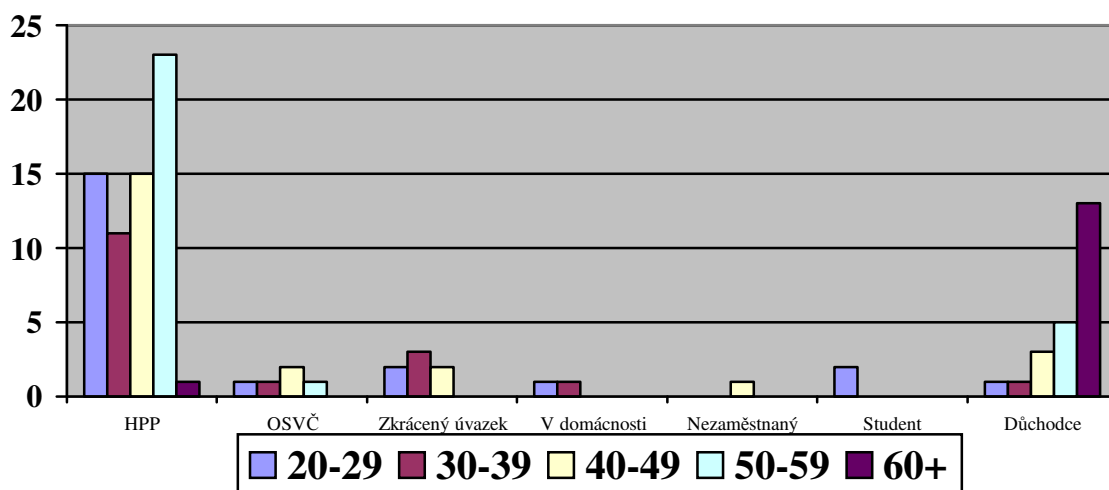
Zbytek, tedy 16 respondentů, by volilo cukrovinky.



Graf 6a:



Graf 6b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 6: Zjišťuje pracovní stav respondentů, zda jsou zaměstnanci, důchodci či ostatní uvedené kategorie.

Na plný pracovní úvazek jako zaměstnanec pracuje 55 respondentů, tedy 50 %.

Jako osoba samostatně výdělečně činná se živí 10 respondentů, tzn. 9 %.

Na zkrácený pracovní úvazek pracuje rovněž 10 respondentů tedy 9 %.

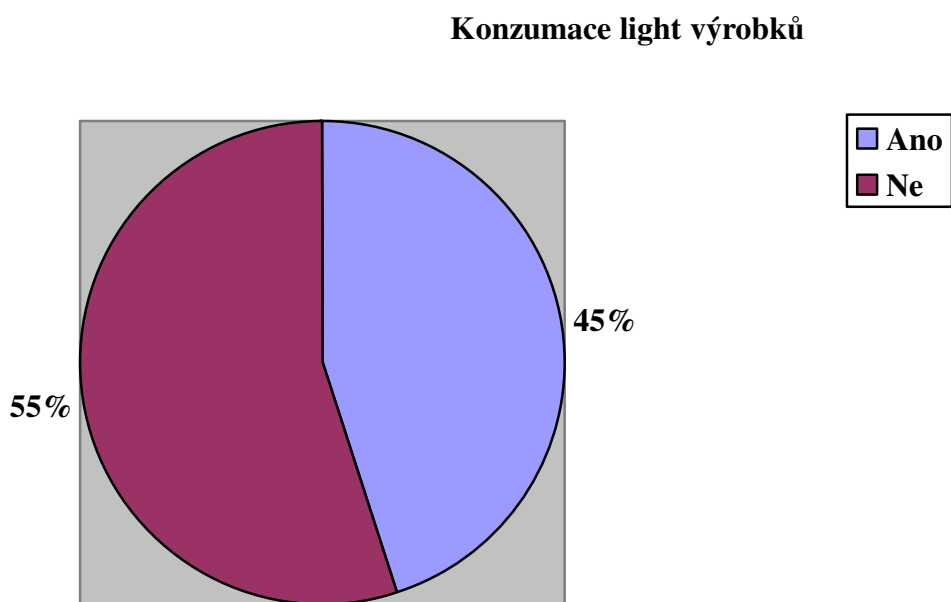
V domácnosti jsou 3 dotazovaní, tedy 3 procenta.

Nezaměstnaní jsou 3 respondenti, tedy rovněž 3 %.

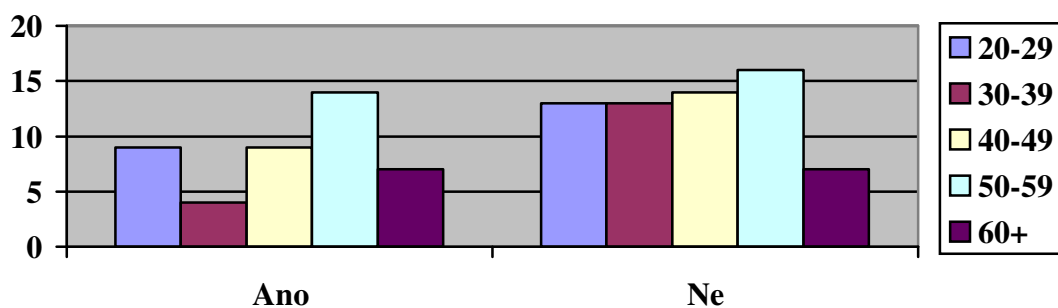
Soustavnou přípravu na budoucí povolání uvedlo 5 respondentů, tzn. 5 %.

Důchodci tvořili druhou nejpočetnější kategorii respondentů, odpovídalo 23 penzionovaných, což je 21 %.

Graf 7a:



Graf 7b:



Zdroj: Vlastní výzkum

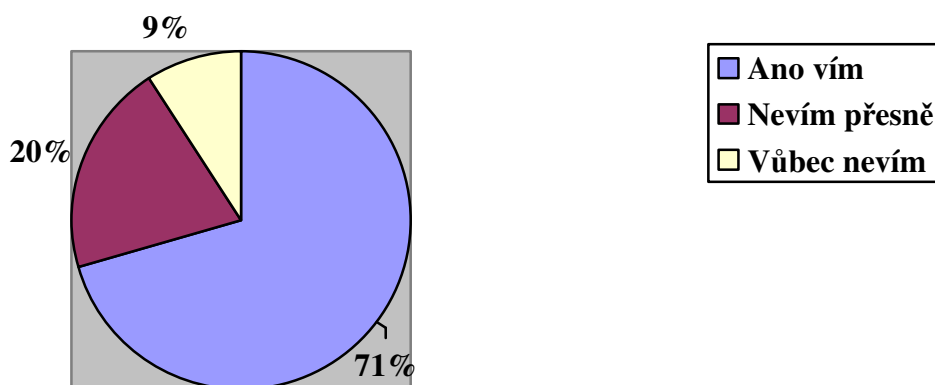
Otázka číslo 7: Zjišťuje, zda respondenti konzumují výrobky nízkotučné nebo bez cukru označené jako "light", či nikoli.

Nadpoloviční většina respondentů, tedy 60 (55 %) uvedla, že nízkotučné výrobky nekonzumuje.

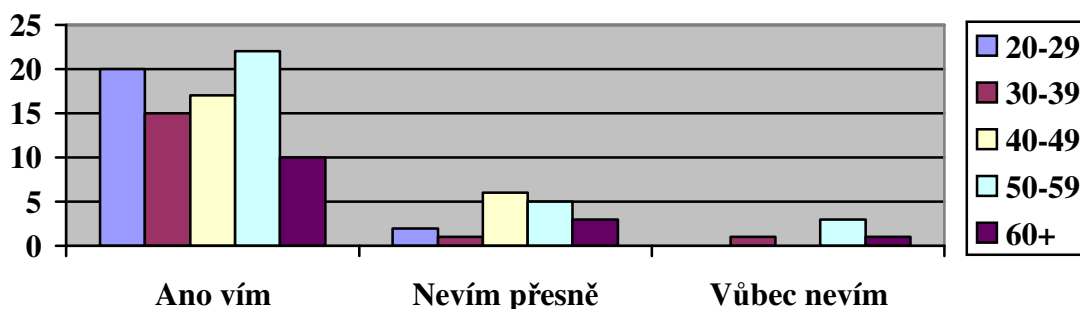
Ostatní respondenti, kterých bylo 49 (45 %), odpověděli kladně.

Graf 8a:

### Obecné povědomí o civilizačních nemocech



Graf 8b:



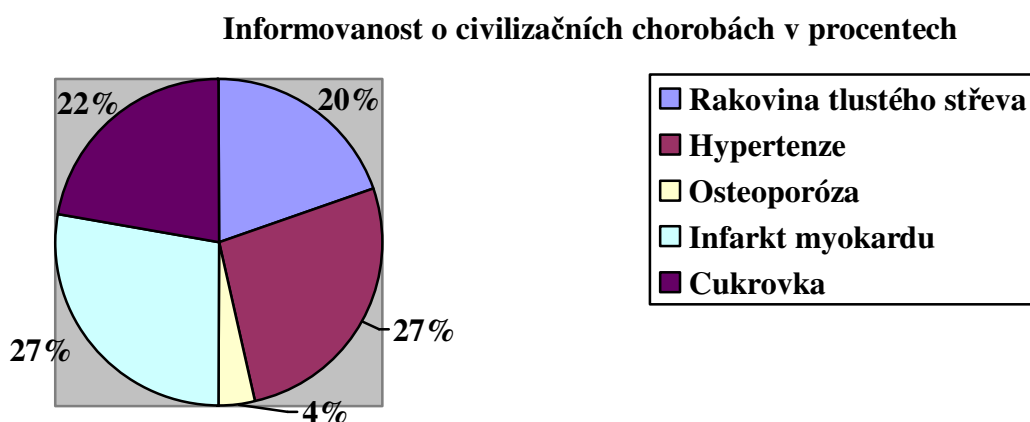
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 8: Zkoumá, zda respondenti slyšeli o civilizačních onemocněních a vědí, co tento pojem znamená.

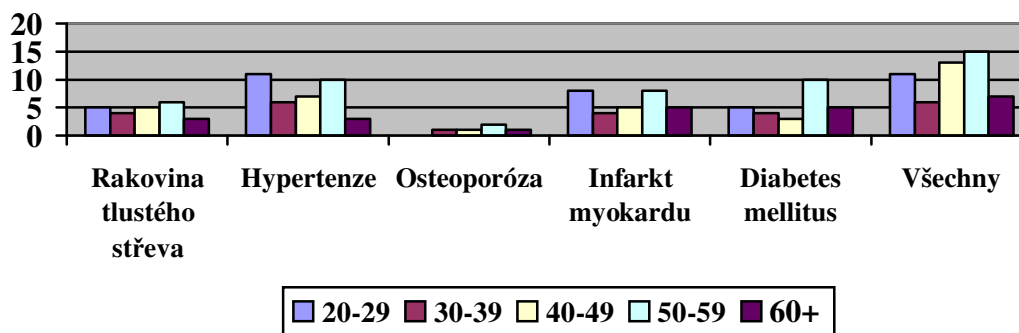
Pozitivní se jeví znalost 77 respondentů (71 %), kteří uvedli, že tento pojem nejen slyšeli, ale také vědí, co znamená, předpokládám tedy jejich dobrou informovanost. Dalších 22 (20 %) respondentů uvedlo, že pojem civilizační onemocnění slyšelo, ale užší povědomí o něm nemají.

Pouze 10 respondentů, tedy 9 procent uvedlo, že tento pojem nikdy neslyšeli, což sice není nezanedbatelný počet, ale soudím, že všeobecný přehled některých lidí nemusí být zaměřen tímto směrem.

Graf 9a:



Graf 9b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 9: Zjišťuje, která z vyjmenovaných onemocnění považují respondenti za civilizační, otázka byla položena tak, že mohli zvolit jmenovitě jednotlivá onemocnění, nebo zvolili poslední odpověď tzn. všechny uvedené.

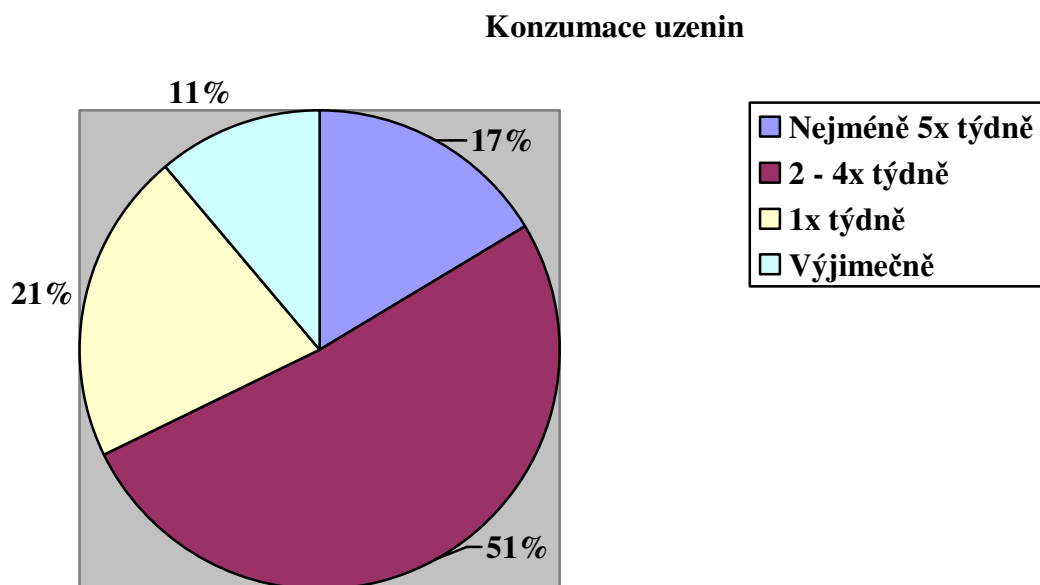
Jako civilizační onemocnění označilo všechna uvedená 54 respondentů, což svědčí o dosti velké informovanosti dotazovaných osob o dané problematice.

Další nejpočetněji označovanou odpovědí ze zbývajících 55 respondentů, kteří neoznámili možnost „všechna uvedená“, byl infarkt myokardu, ten označilo 31 respondentů.

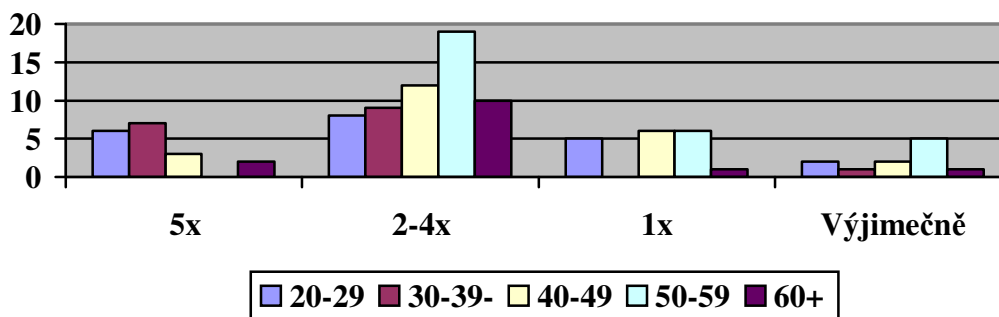
Hypertenzi označilo 30 respondentů, cukrovku 25 respondentů, rakovinu tlustého střeva 22 respondentů.

Z grafu vyplývá, že pouze 4 respondenti, ze zbývajících 55 respondentů, kteří neoznámili možnost „všechna uvedená“, mají povědomí o tom, že osteoporóza je rovněž civilizační onemocnění.

Graf 10a:



Graf 10b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 10: Kolikrát týdně konzumujete uzeniny?

Více než polovina respondentů, tedy 51 % (56 osob), uvedlo, že uzeniny konzumuje dva až čtyřikrát týdně.

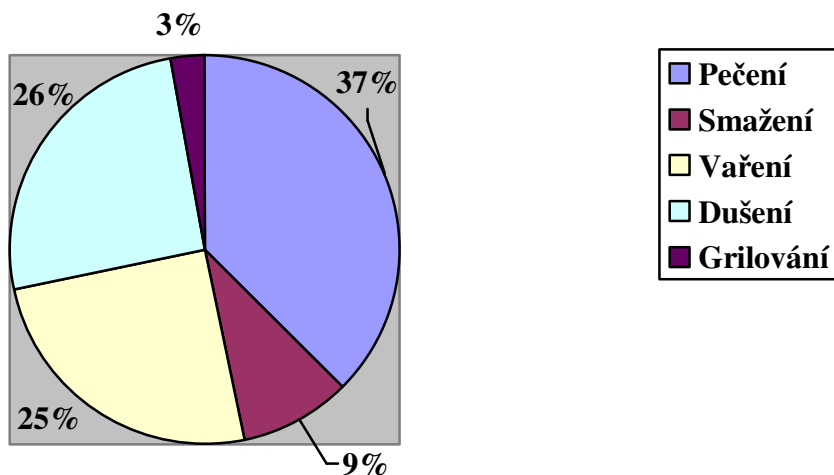
Nejméně pětkrát týdně konzumuje uzeniny 18 respondentů (17 %).

Jednou týdně si dopřává uzeniny 23 respondentů, tedy 21 procent.

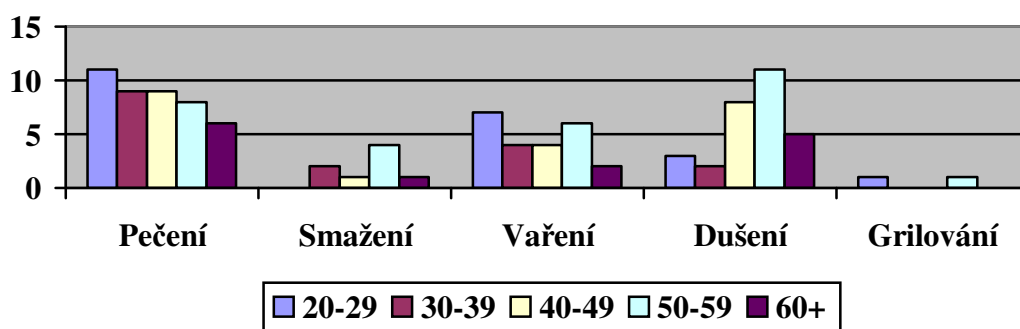
Nezanedbatelných 11 % respondentů, což je 12 osob, nekonzumuje uzeniny vůbec, nebo jen výjimečně.

Graf 11a:

### Preferovaná tepelná úprava pokrmů



Graf 11b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 11: Zjišťuje, jakou tepelnou úpravu pokrmů respondenti upřednostňují.

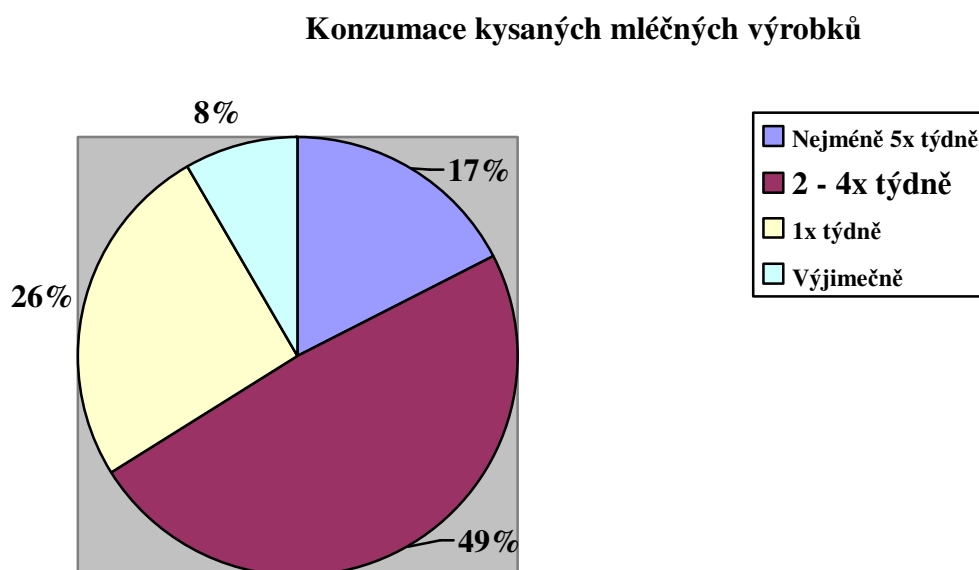
Nejvíce respondentů upravuje potraviny pečením, takto odpovědělo 41 osob, což představuje 37 %.

Další zdravější způsoby tepelné úpravy, dušení a vaření, označilo 28 respondentů (26%) v případě dušení a 27 respondentů (25 %) v případě vaření.

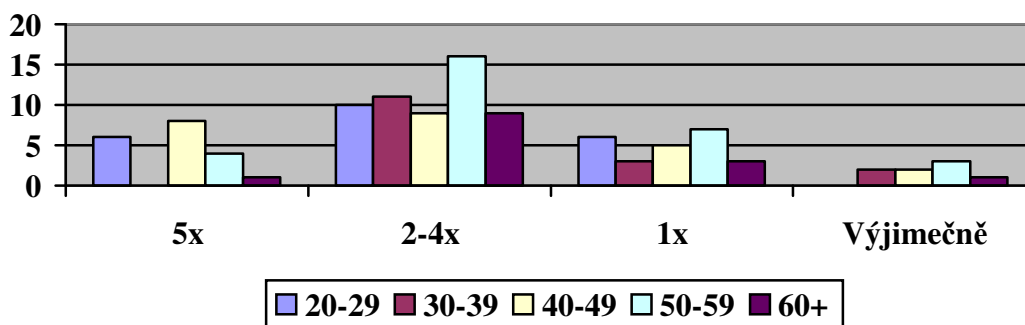
Grilování, co by nejméně zdravý způsob tepelné úpravy, označili pouze 3 respondenti, tedy 3 %.

Smažení je oblíbeno u deseti respondentů, což představuje 9 procent.

Graf 12a:



Graf 12b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 12: Kolikrát týdně konzumujete kysané mléčné výrobky?

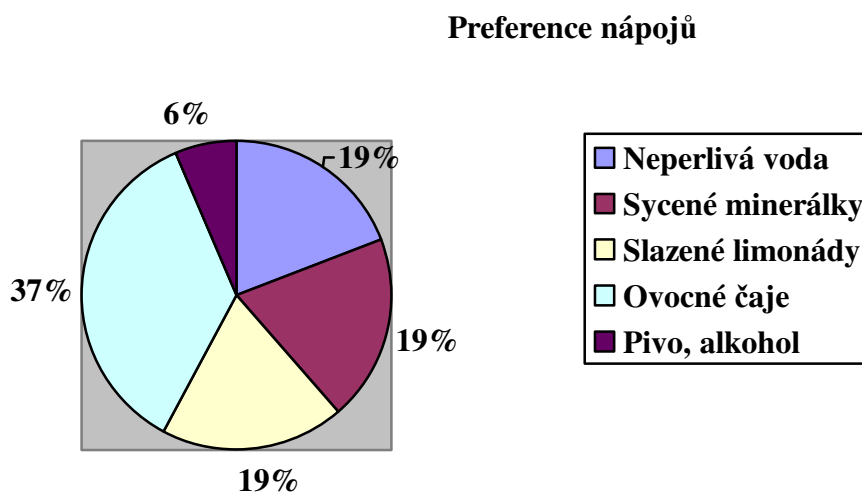
Téměř polovina respondentů, tedy 49 % (53 osob) uvedlo, že kysané mléčné výrobky konzumuje dva až čtyřikrát týdně.

Nejméně pětkrát týdně konzumuje kysané mléčné výrobky 19 respondentů (17 %).

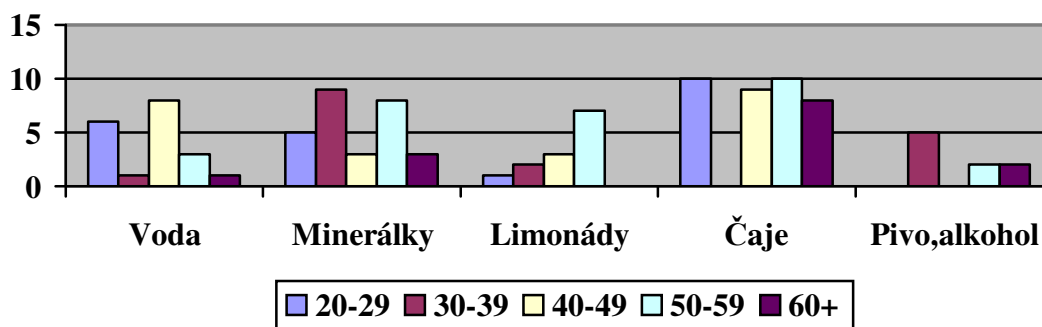
Pouze jedenkrát týdně konzumuje kysané mléčné výrobky 28 respondentů, tedy 26 procent.

K výjimečné konzumaci kysaných mléčných výrobků se hlásí 8 % respondentů, což je 9 osob.

Graf 13a:



Graf 13b:



Zdroj: Vlastní výzkum

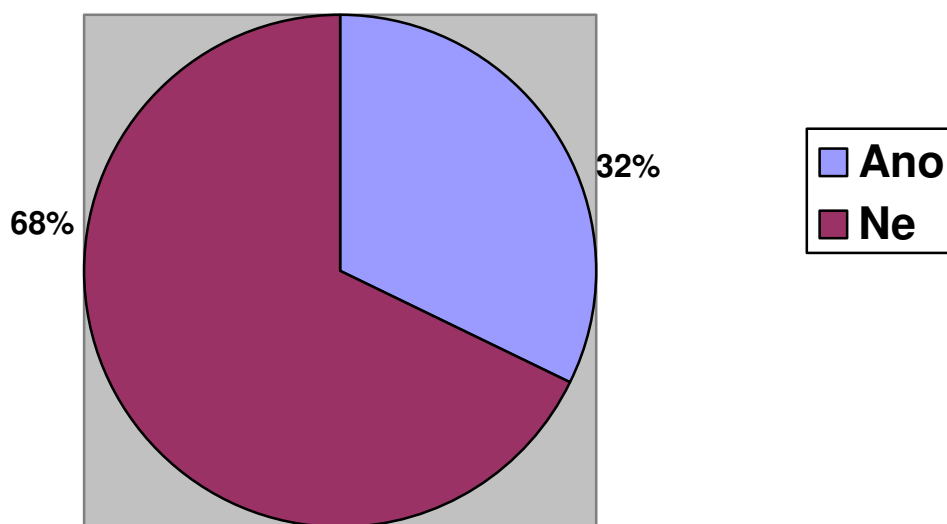
Otázka číslo 13: Zjišťuje, jaké nápoje respondenti upřednostňují v celodenním pitném režimu.

Ovocné čaje jsou nejpreferovanějším nápojem, uvedlo jej 39 respondentů, tedy 37 %. Pramenitá voda, sycené minerálky a sladké sycené nápoje byly shodně označeny jednadvaceti respondenty, což činí ve všech třech případech 19 procent. Alkoholické nápoje včetně piva, jako hlavní složku pitného režimu, uvedlo 7 respondentů tedy 6 %.

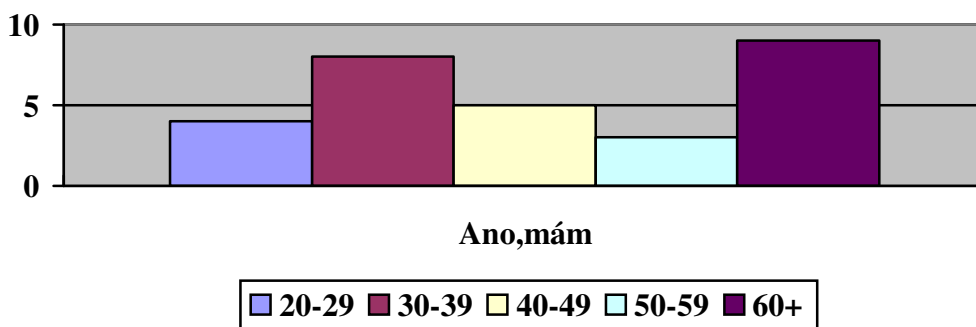


Graf 14a:

## Zažívací potíže



Graf 14b:



Zdroj: Vlastní výzkum

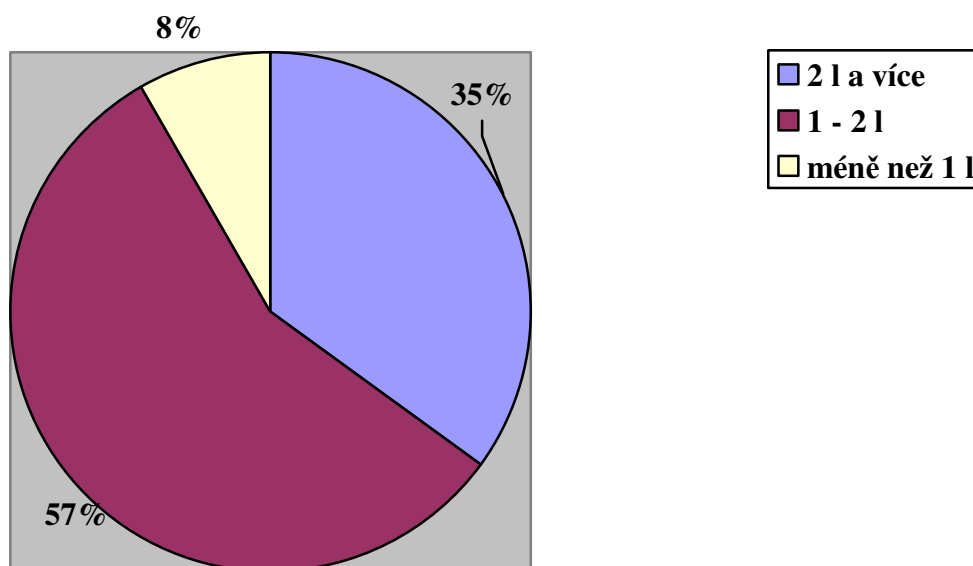
Otázka číslo 14: Zjišťuje subjektivní vnímání zažívacích procesů. Vnímali-li respondenti své zažívání jako problematické, mohli své potíže blíže specifikovat.

Početnější skupina, tedy 74 respondenti, se vyjádřili záporně (68 %), nemají tedy subjektivní zažívací potíže trvalejšího rázu.

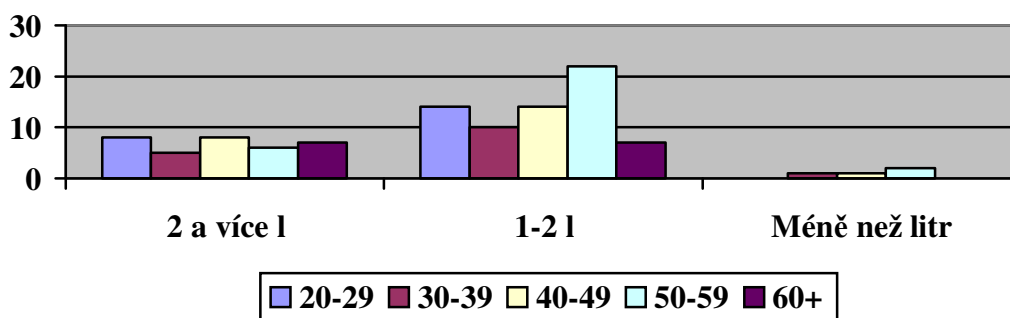
Kladnou odpověď označilo 35 respondentů (32 %), nejčastěji uvedenou specifikací byla zácpa a plynatost.

Graf 15a:

### Denní pitný režim



Graf 15b:



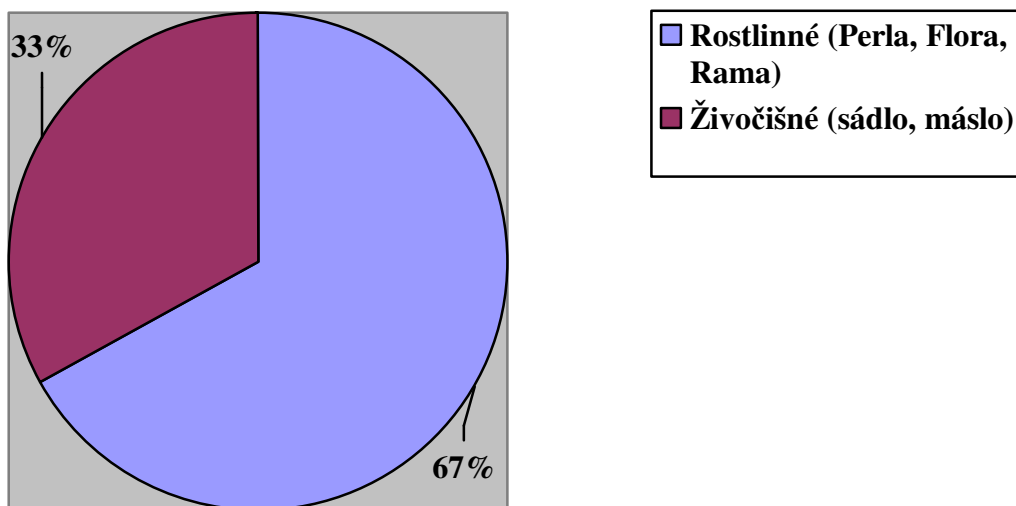
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 15: Zjišťuje pitný režim respondentů, kolik litrů tekutin denně vypijí.

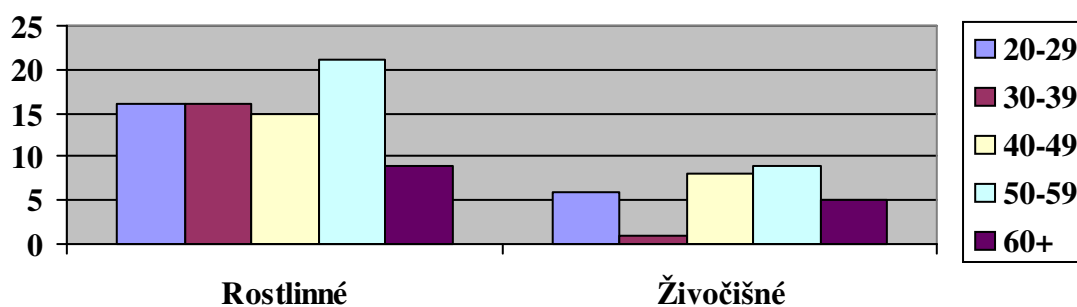
Z grafu vyplývá, že nadpoloviční většina dotazovaných, tedy 57 % má nedostatečný příjem tekutin v rozmezí jednoho až dvou litrů, tuto odpověď označilo 65 respondentů. Relativně dostatečný příjem tekutin uvedlo 38 respondentů, tedy 35 %. Zcela nedostatečný pitný režim, do jednoho litru, uvedlo 9 respondentů (8 %).

Graf 16a:

### Preference tuků na mazání



Graf 16b:

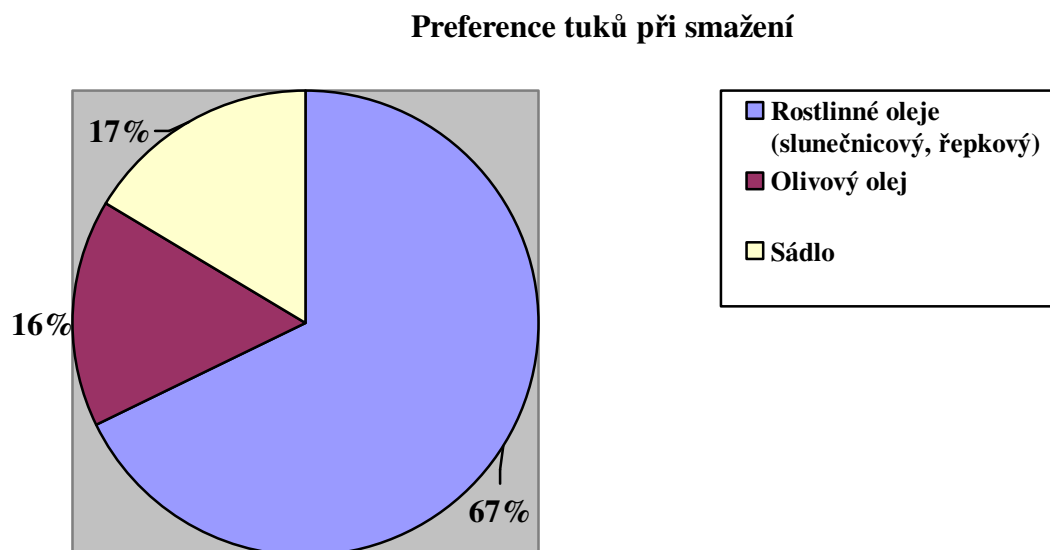


Zdroj: Vlastní výzkum

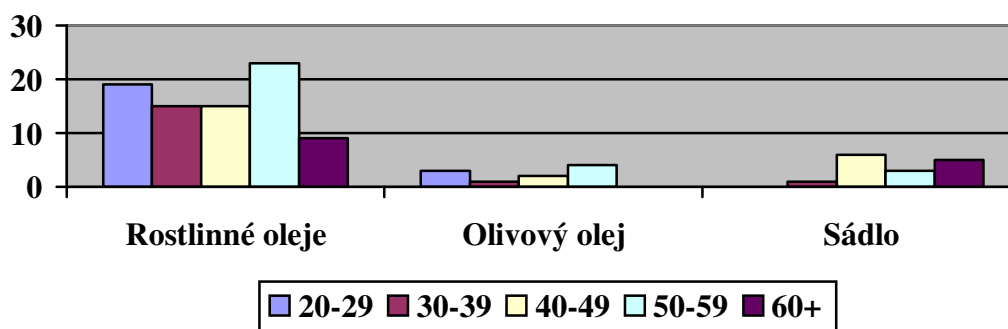
Otázka číslo 16: Jaké tuky používáte na mazání pečiva?

Převažuje odpověď „rostlinné tuky“. Takto odpovědělo 73 respondentů (67 %). Živočišné tuky si na pečivo většinou maže 36 respondentů, tedy 33 %.

Graf 17a:



Graf 17b:



Zdroj: Vlastní výzkum

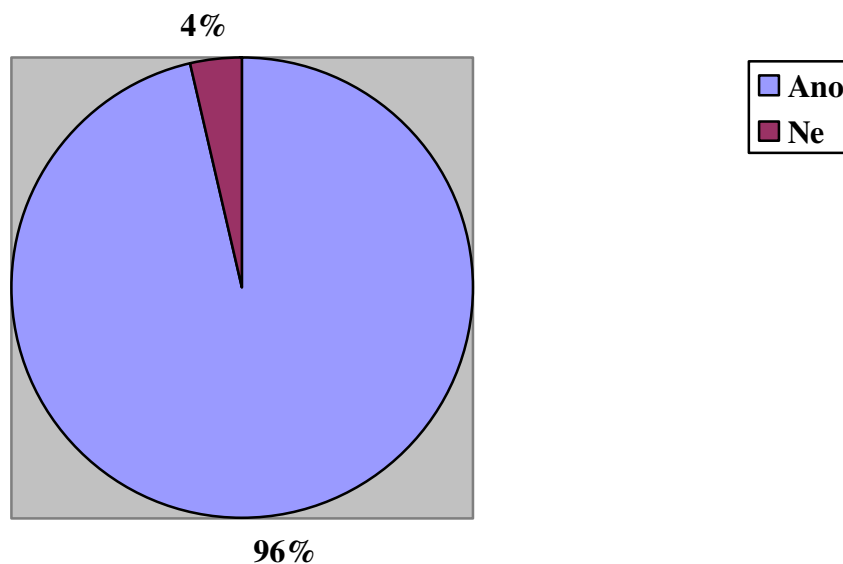
Otázka číslo 17: Jaké druhy tuků používáte na smažení?

V grafu dominuje převaha používání rostlinných tuků, na kterých smaží 74 respondentů (67 %).

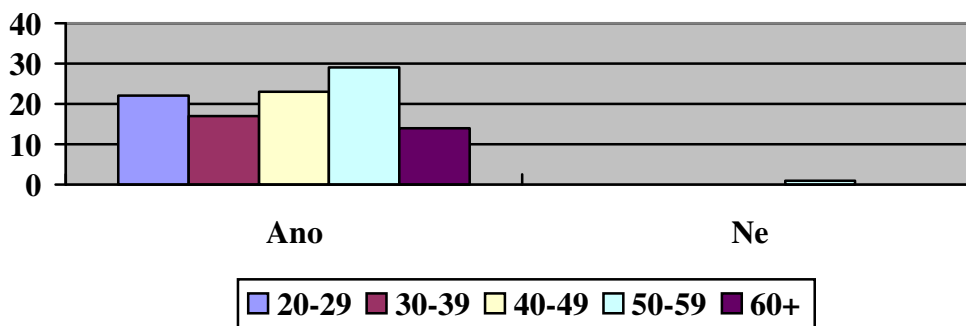
Překvapujícím je výsledek 16 procent pro olivový olej v porovnání se sádlem, na kterém smaží 17 procent respondentů, tedy 17 a 18 osob.

Graf 18a:

### Stres a riziko civilizačních nemocí



Graf 18b:



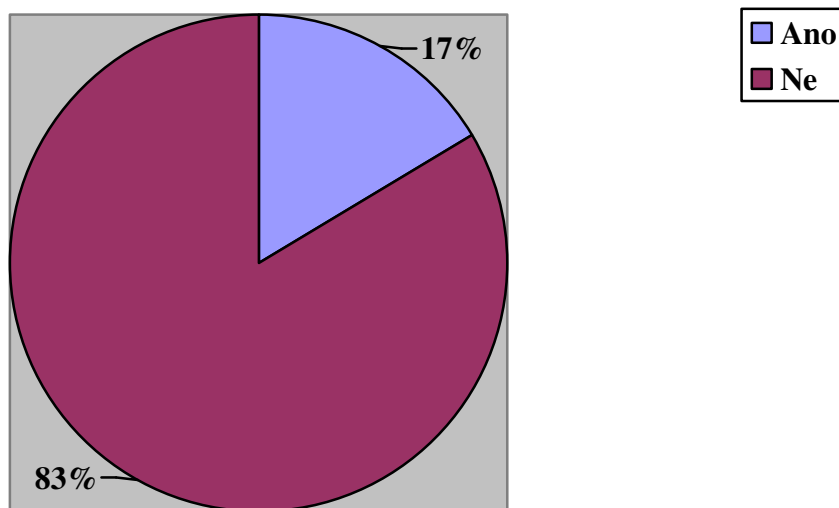
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 18: Měla zjistit, zda se respondenti domnívají, že stres je rizikovým faktorem pro vznik civilizačních nemocí.

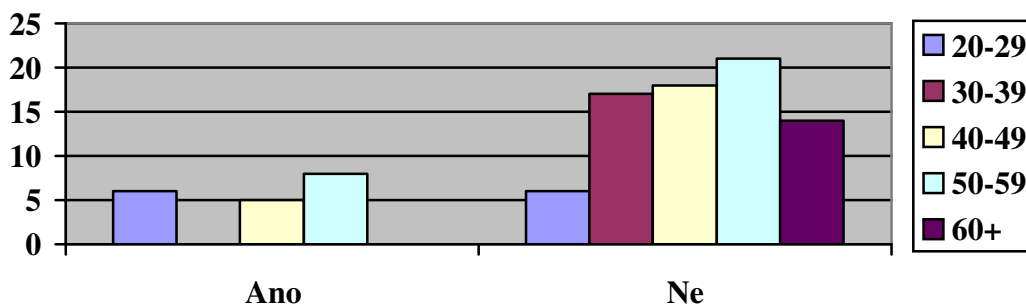
Z grafu jednoznačně vyplývá, že téměř většina respondentů (96 %) považuje stres za rizikový faktor civilizačních nemocí. Takto odpovědělo 105 ze 109 respondentů. Pouze čtyři respondenti odpověděli záporně.

Graf 19a:

### Účast na preventivním programu



Graf 19b:

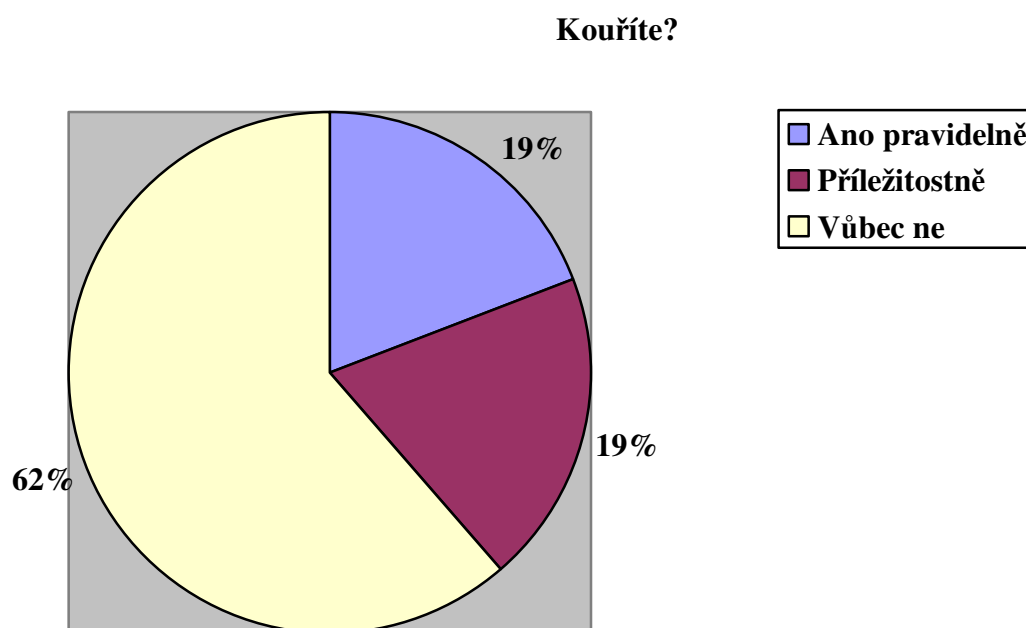


Zdroj: Vlastní výzkum

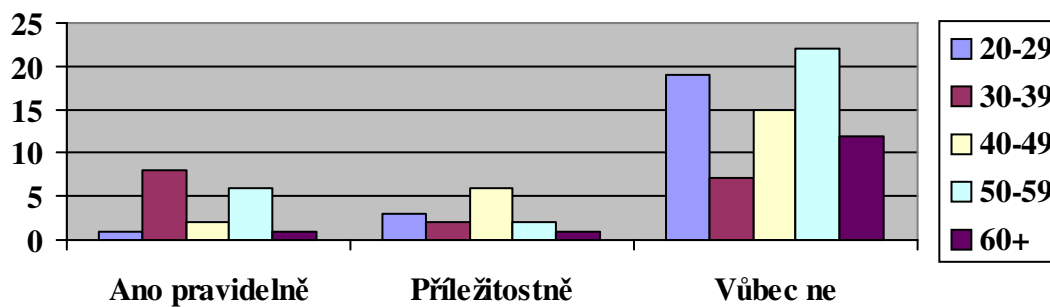
Otázka číslo 19: Zjišťuje, zda se respondenti v minulosti zúčastnili některého bezplatného zdravotního preventivního programu.

U této otázky převládá záporná odpověď, kterou označilo 91 respondentů, 83 % se tedy zřejmě žádného preventivního programu nezúčastnilo nebo si na to nepamatují. Pouze 18 respondentů (17% ) odpovědělo kladně, někteří blíže specifikovali o jaký program šlo, někteří označili pouze kladnou odpověď. Nejčastěji uvedenou specifikací byla orientační vyšetření nabízená v lékárně.

Graf 20a:



Graf 20b:



Zdroj: Vlastní výzkum

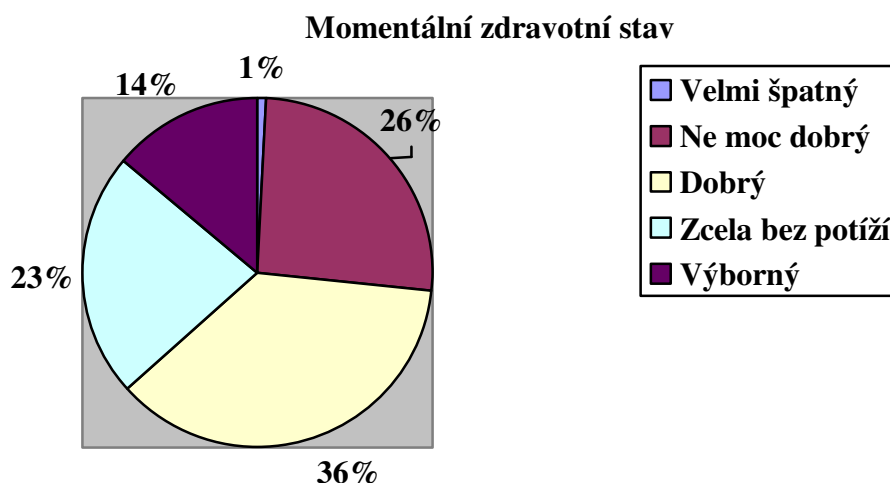
Otázka číslo 20: Zjišťuje, zda respondenti kouří.

Více než polovina respondentů uvedla, že vůbec nekouří, tuto pozitivní skutečnost označilo 67 respondentů (62%).

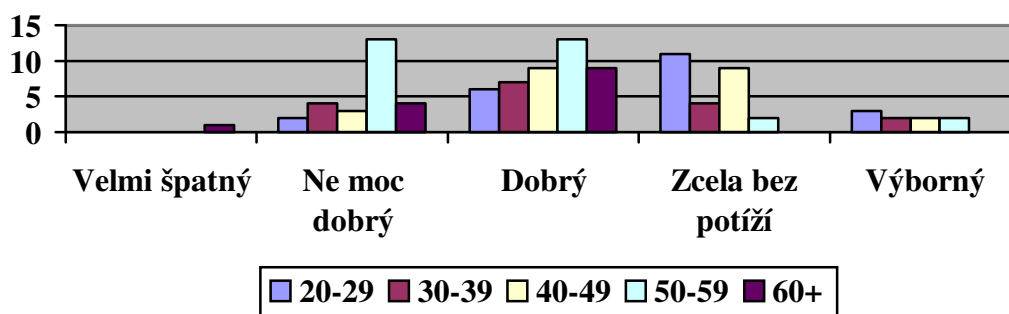
Za příležitostného kuřáka se označilo 21 respondentů, což je 19 procent.

Stejný počet respondentů (21) odpovědělo, že kouří pravidelně (19%).

Graf 21a:



Graf 21b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 21: Ptá se na subjektivní zhodnocení vlastního zdravotního stavu na stupnici od jedné do pěti, pětka přitom znamená nejlepší a jednička nejhorší ohodnocení.

Cítím se výborně, tak odpovědělo 14 procent respondentů, což představuje 15 osob. Zcela bez potíží je 25 respondentů, tedy 23 %.

Subjektivně dobře ohodnotilo svůj aktuální zdravotní stav 39 respondentů (36%).

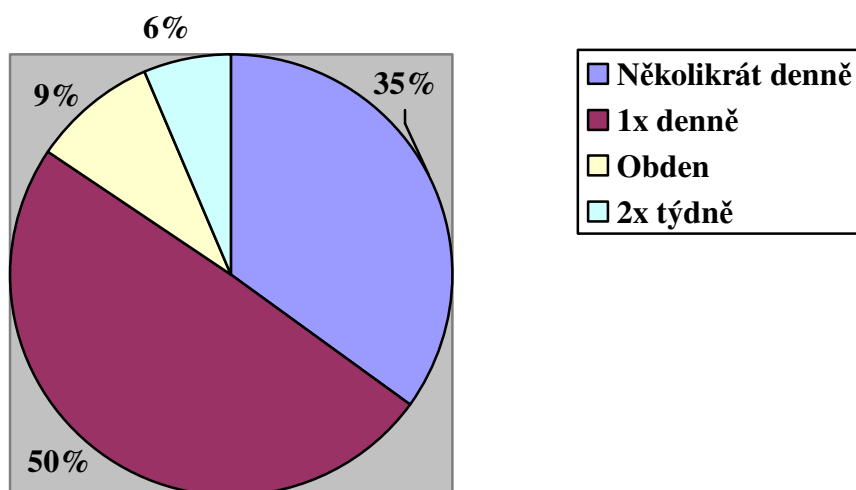
Překvapivá je odpověď 29 respondentů (26%), kteří by svůj zdravotní stav označili jako ne moc dobrý.

Jeden respondent považuje svůj momentální zdravotní stav za velmi špatný (1%).

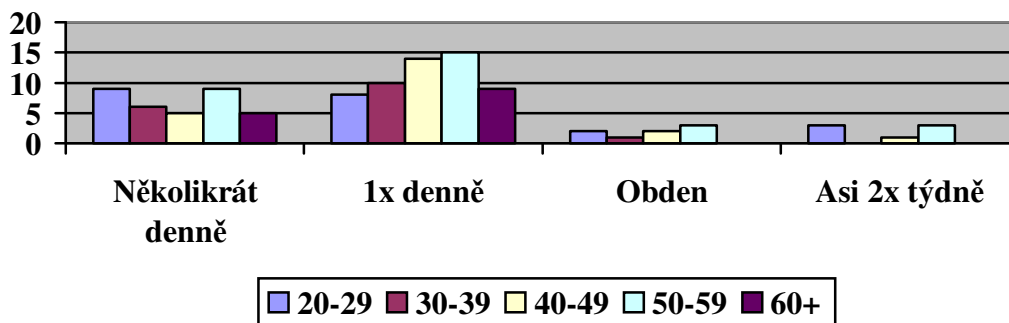


Graf 22a:

### Frekvence vyprazdňování stolice



Graf 22b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 22: Kolikrát denně chodíte na stolicí?

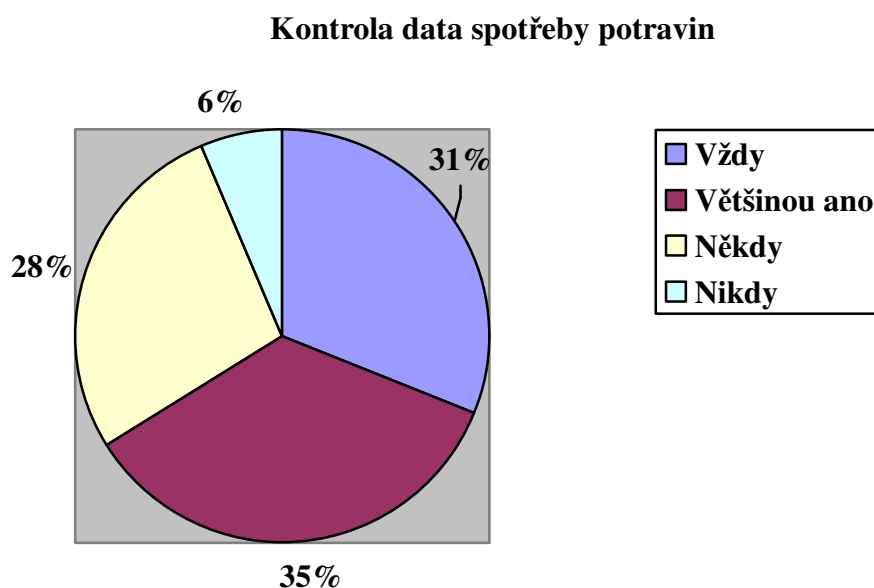
Přesná polovina respondentů (50 %) uvedla frekvenci vyprazdňování stolice jedenkrát denně, což představuje 54 osob.

Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti, kteří se vyprazdňují několikrát denně, těch bylo 38, tedy 35 procent.

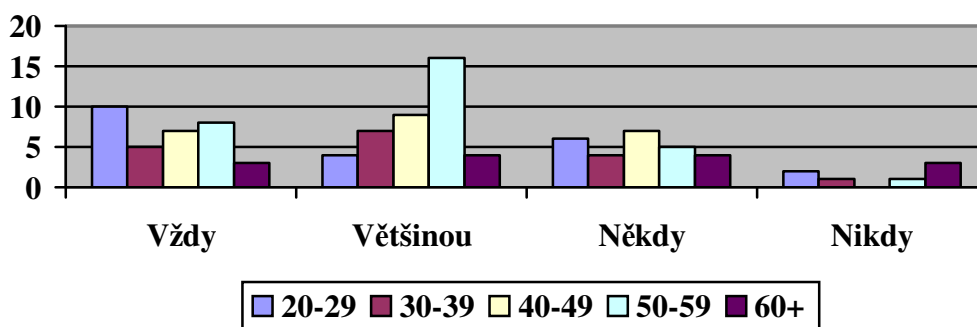
Obden chodí na stolicí 10 respondentů (9%).

Obstipací trpí a pouze dvakrát do týdne se vyprazdňuje 7 respondentů (6%).

Graf 23a:



Graf 23b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 23: Byla zaměřena na skutečnost, kontrolují –li respondenti datum spotřeby kupovaných potravin.

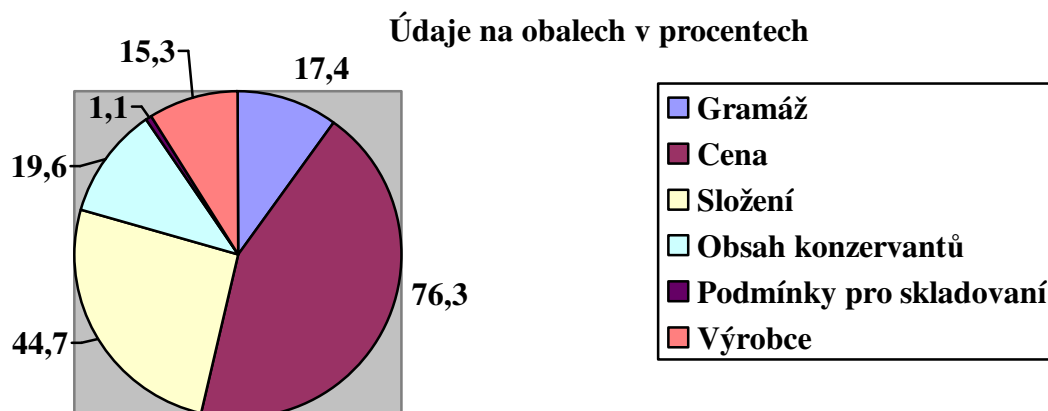
Jednotlivé odpovědi byly zastoupeny dosti vyrovnaně, vymyká se pouze 7 respondentů, kteří uvedli, že se na datum spotřeby téměř nikdy nedívají (6%).

Vždy kontroluje datum spotřeby 31 procent, tedy 34 respondentů.

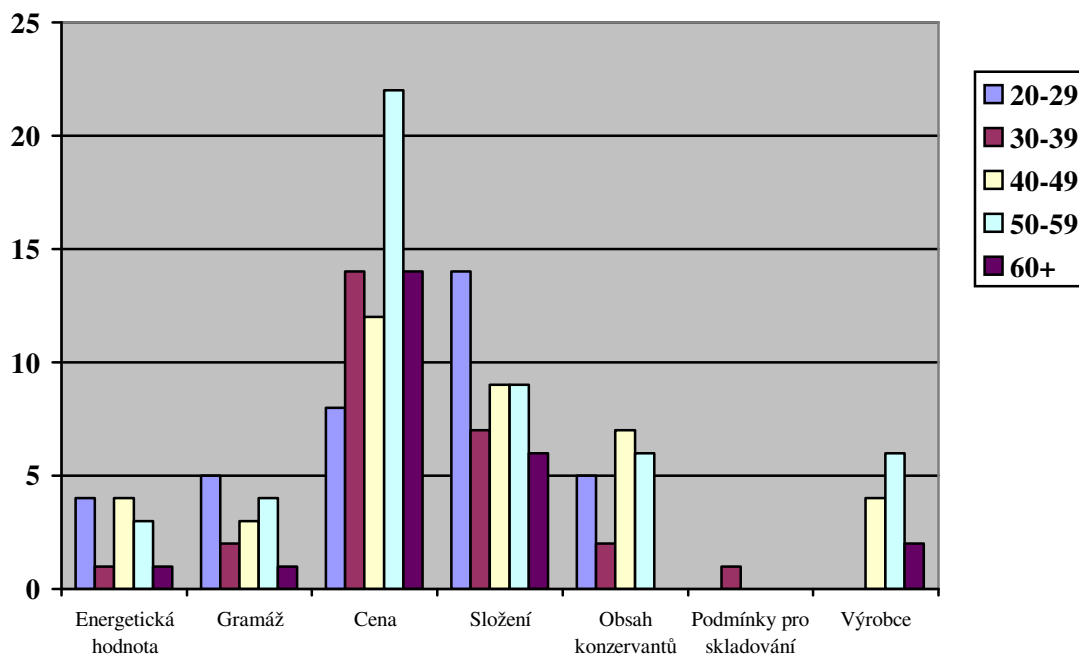
Většinou se dívá 38 respondentů (35%).

Někdy, pouze u některých potravin, sleduje datum spotřeby 30 respondentů, tedy 28 procent.

Graf 24a:



Graf 24b:

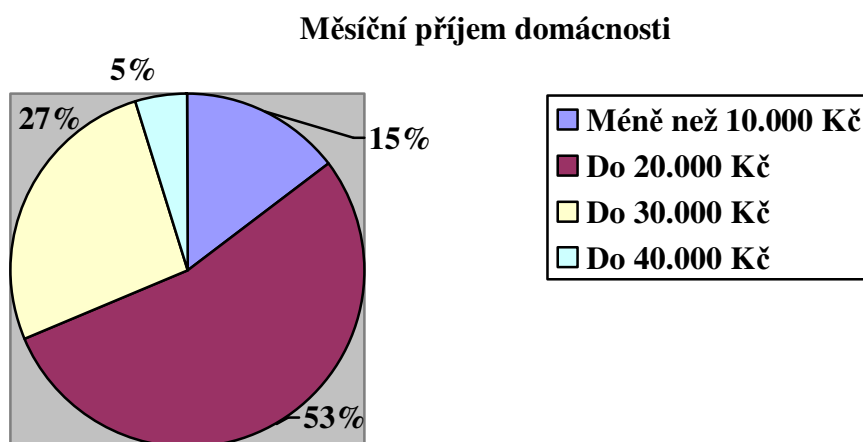


Zdroj: Vlastní výzkum

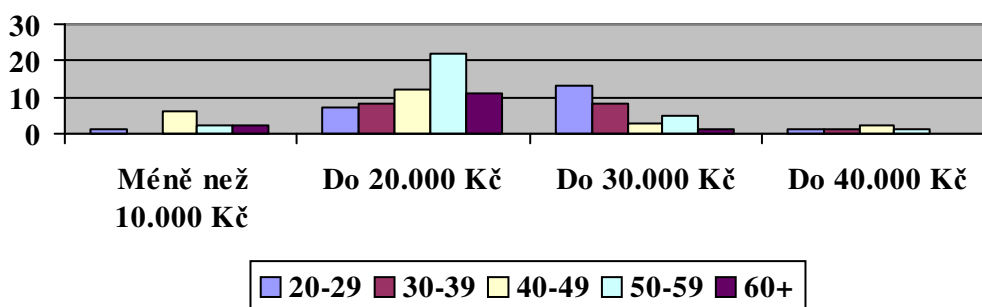
Otázka číslo 24: Na otázku, který údaj na obalech potravin respondenty nejvíce zajímá, bylo možno označit více odpovědí.

V této se očekávalo potvrzení stanovené hypotézy, že jsou lidé při výběru potravin výrazně ovlivněni jejich cenou. To se potvrdilo, jelikož 70 respondentů skutečně označilo v 76,3 % cenu. Pro složení se vyjádřilo 41 respondentů (44,7%), obsah konzervantů zajímá 18 (19,6%), gramáž 16 (17,4%), výrobce 14 (15,3%) a podmínky pro skladování pouze 1 (1,1%) respondenta.

Graf 25a:



Graf 25b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 25: Zjišťuje finanční zajištění respondentů, ptá se na čistý měsíční příjem domácnosti, ve které respondent žije.

Výsledek této otázky by mohl být zkreslen jednak tím, že hrubý měsíční příjem v Severomoravském kraji je na dolní hranici průměrné hrubé mzdy v ČR a dále tím, že ne všichni respondenti uváděli příjmy domácnosti (všech členů, kteří jsou výdělečně činní), ale pouze své osobní.

Nejpočetnější skupinu tvoří 58 respondentů (52%), ti uvedli, že měsíční příjem jejich domácnosti je do 20 tisíc korun.

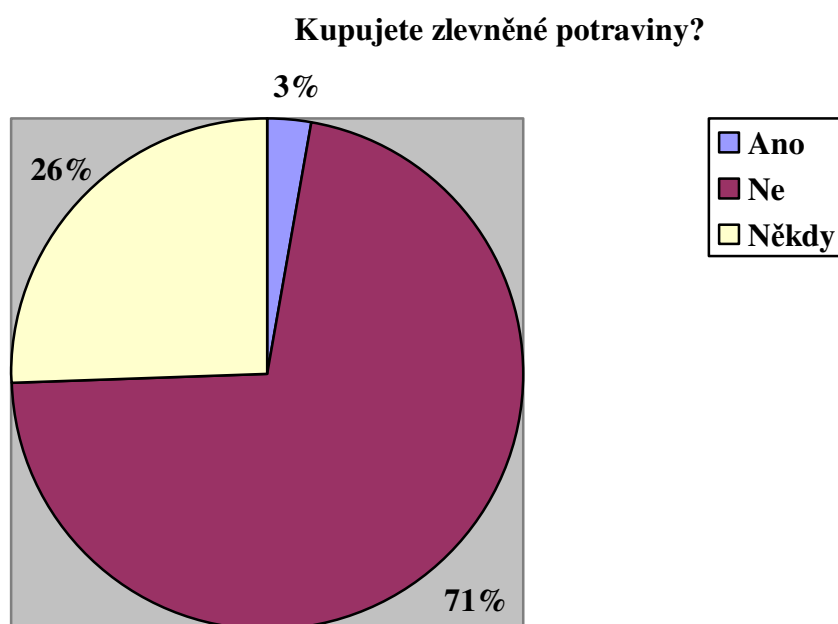
Do 30 tisíc korun má na chod domácnosti 29 respondentů (27%).

Do skupiny s měsíčním výdělkem domácnosti do 40 tisíc korun se zařadilo 5 respondentů, což představuje 5 procent.

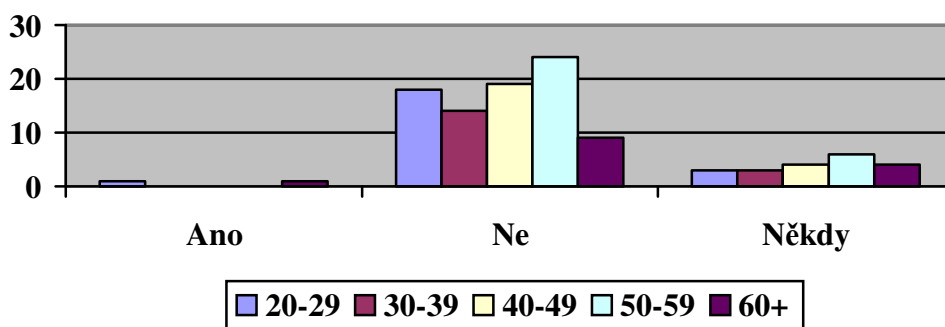
Velmi malý výdělek, méně než 10 tisíc, udalo 16 respondentů (15%).

Zanedbatelné jedno procento, tedy jeden respondent, uvedl, že příjem jeho domácnosti činí více než 40 tisíc korun českých.

Graf 26a:



Graf 26b:



Zdroj: Vlastní výzkum

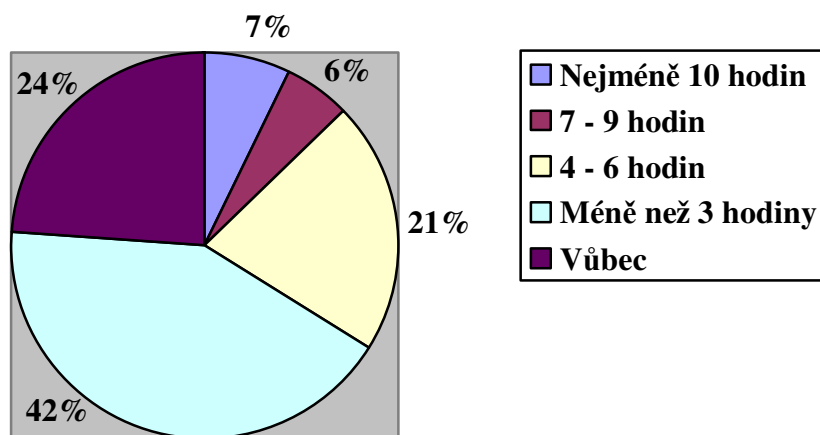
Otázka číslo 26: Kupujete zlevněné potraviny zhoršené jakosti?

Výrazný počet 78 respondentů zcela zamítlo, že by kupovali zlevněné potraviny (71%). Ano uvedli pouze 3 respondenti (3%).

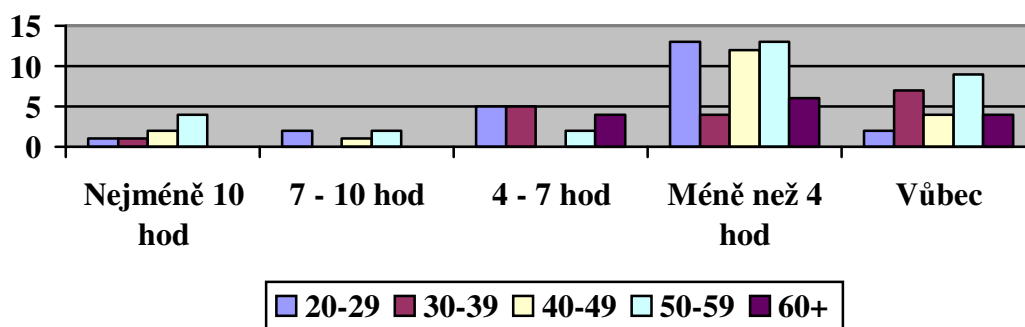
K občasnému nákupu zlevněných potravin se přiznalo 28 respondentů, tedy 26 procent.

Graf 27a:

### Kolik hodin týdně věnujete aktivnímu pohybu?



Graf 27b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 27: Zjišťovala, zda mají respondenti dostatek pohybu.

Dominují dvě výšece, které obě představují nedostatečnou fyzickou aktivitu respondentů, výšeč ukazující 42 % představuje 46 osob, které sportují pouze méně než 3 hodiny týdně. Druhá výšeč, 24 %, reprezentuje respondenty, kteří se nevěnují žádnému aktivnímu pohybu, tuto negativní skutečnost přiznalo 26 respondentů.

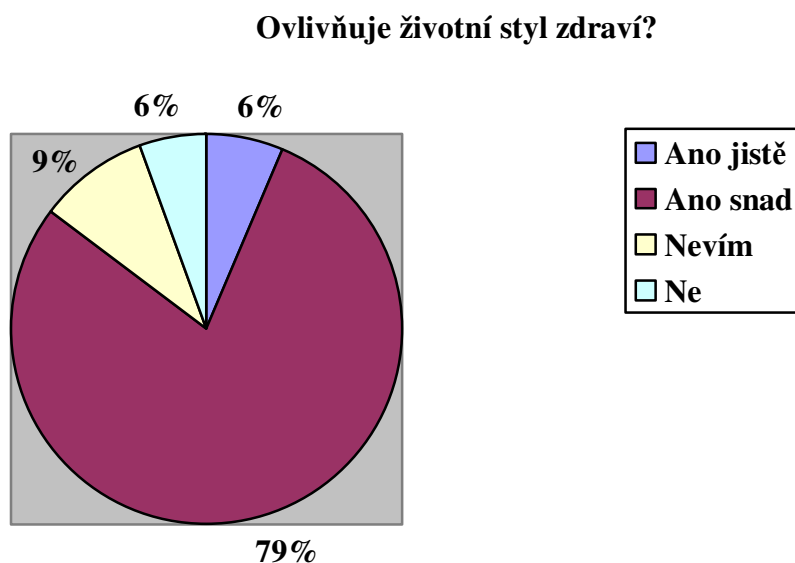
V dalších skupinách je již aktivní pohyb dostačující a může být považován jako protektivní faktor civilizačních nemocí.

Respondenti sportující optimálně pro prevenci civilizačních chorob, tedy 4 – 6 hodin týdně představují 21 procent, tedy 23 osob.

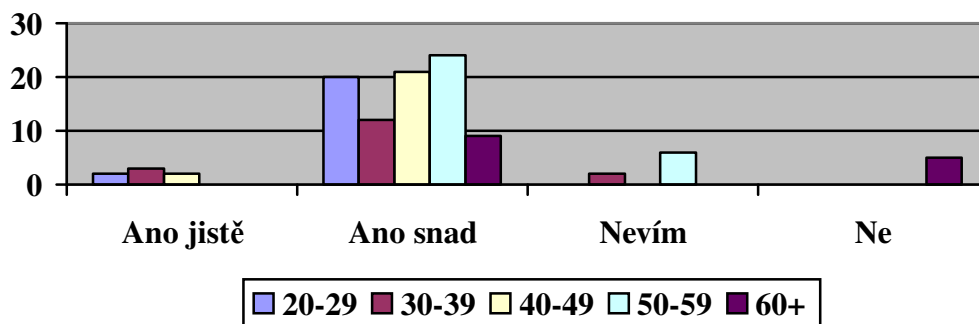
Aktivní pohyb v rozmezí 7 – 9 hodin týdně provozuje 6 respondentů (6%).

A chvályhodných více než 10 hodin za týden udává 8 osob (7%).

Graf 28a:



Graf 28b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 28: Měla dovést respondenty k zamyšlení, jestli jsou schopni sami pro své zdraví něco udělat, ovlivnit jej stravou, pitným režimem, pohybovou aktivitou.

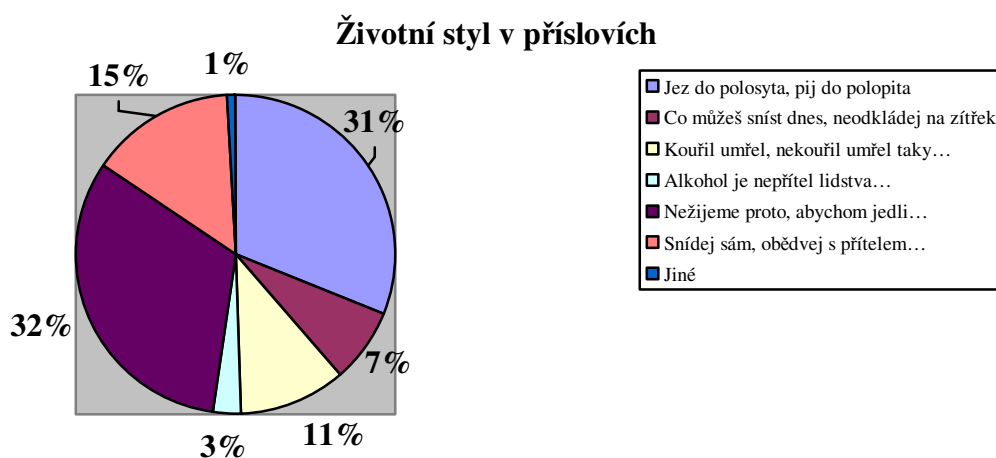
Nejracionálnější odpověď, která počítá nejen s faktory, které jsou objektivně ovlivnitelné, ale také zahrnuje faktory neovlivnitelné, uvedlo 86 respondentů, tedy 79 procent.

Výhradně kladnou odpověď uvedlo 7 respondentů (6%).

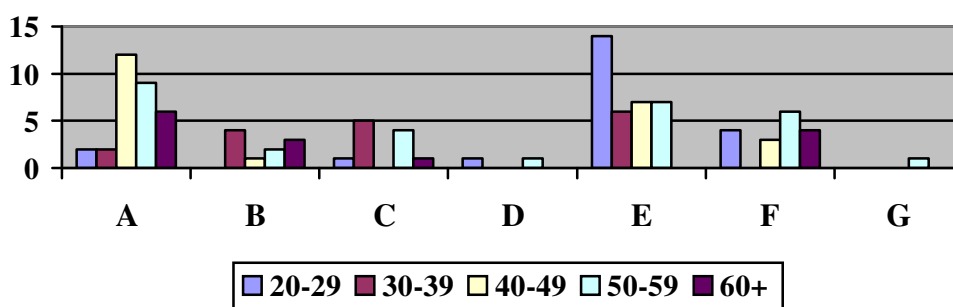
Neví, o svém zdraví nepřemýšlí 10 osob, tedy 9 %.

Zcela pasivní přístup má ke svému zdraví a plně spoléhá na medicínu 6 respondentů (6%).

Graf 29a:



Graf 29b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 29: Byla zařazena na konec dotazníku pro odlehčení a pobavení respondentů, nicméně z ní vyplývá také několik zajímavých skutečností.

31 %, tedy 34 osob, označilo přísloví „Jez do polosyta, pij do polopita, vyjdou ti nadlouho léta.“

7 %, tedy 8 osob, označilo přísloví „Co můžeš sníst dneska neodkládej na zítřek.“

11%, tedy 12 osob, označilo přísloví „Kouřil umřel, nekouřil – umřel taky, na něco se přece umřít musí.“

3 %, tedy 3 osoby, označily přísloví „Alkohol je nepřítel lidstva. Nepřítel se nelekejme a na množství nehleďme.“

32 %, tedy 35 osob, označilo přísloví „Nežijeme proto, abychom jedli, ale jíme proto, abychom žili.“

15 %, tedy 16 osob, označilo přísloví „Snídej sám, obědvej s přítelem a večeri dej svému nepříteli.“

Jedna osoba, tzn. 1 %, uvedla zcela nové přísloví, které znělo: „Obžerství je horší než smilství.“



## 5. Diskuze

V diskuzi jsou hodnoceny výsledky výzkumu získané prostřednictvím dotazníku, který byl určen lidem v produktivním věku Moravskoslezského kraje v porovnání s literaturou a internetem. Cílem práce bylo zjistit jaký je vztah české populace k vlastnímu zdraví, zhodnotit snahy lidí ovlivnit zdraví životním stylem a stravováním. Zjistit, jsou-li podporováni státem v rámci primární prevence.

Výzkumu se zúčastnilo 109 osob z toho 52 % žen a 48 % mužů, nejvíce respondentů (96) bylo v produktivním věku, malá část se zacílení věkové kategorii vymykala. Bylo to 10 respondentů ve věkové kategorii nad 60 let a 3 respondenti mladší 19 let.

Co se týče stravovacího režimu, 38 % respondentů odpovědělo, že v průběhu dne konzumuje 3 nebo 4 (32%) denní jídla. Jak uvádí Manuál prevence v lékařské praxi, ideální je stravu rovnoměrně rozdělit do 5 – 6 denních dávek, tuto frekvenci uvedlo pouze nevelké množství respondentů. Pětkrát denně jí 16% lidí a 6 jídel za den vyhovuje 9 osobám což je osm procent z celkového počtu 109 respondentů.

Se stravováním úzce souvisí pitný režim, který byl zjišťován v otázce číslo 15. Z výzkumu vychází jako varovná skutečnost, že nadpoloviční většina respondentů (57%) obou pohlaví má nedostatečný příjem tekutin v rozmezí pouze jeden až dva litry denně. Zcela nedostatečný příjem tekutin 1 litr za den uvedlo 8 % respondentů. Jak uvádí Foster, správný pitný režim doplňuje tekutiny přiměřeně k jejich ztrátám, měl by se pohybovat podle klimatických podmínek od 2,5 až do 4 litrů za den. Z výzkumu plyne, že relativně dostačující příjem tekutin má 35 % respondentů, kteří odpověděli, že vypijí více než 2 litry denně. V rámci nedostatečného příjmu tekutin převažují mužští respondenti věkové kategorie 50+, v ostatních věkových kategoriích je nedostatečný pitný režim mužů i žen zhruba ve stejném poměru jako dostatečný. Za zmínku stojí ještě výsledek dvacetiletých, s výraznější převahou žen, které mají nízký příjem tekutin. Dá se však říci, že nejlépe z mého výzkumu v rámci příjmu tekutin vychází právě tato věková skupina. Nejpreferovanějším nápojem respondentů je ovocný čaj, tuto pozitivní

skutečnost uvedlo 37 %. Zhruba stejné zastoupení 19 % pak měly pramenitá voda, sycené minerálky a sladké sycené nápoje, které jsou pro vysoký podíl cukru, z nutričního hlediska, nevhodné. Konzumaci alkoholu a piva v rámci denního pitného režimu uvedlo 6 % respondentů, převážně mužů.

Otázka na chuťové preference odhalila, že 53 respondentů tedy 48 % by si vybralo masitý pokrm nebo uzeninu, tato odpověď převažovala u mužů. Nezanedbatelná je v rámci zdravé výživy preference ovoce a zeleniny u 40 respondentů, což představuje 37 %, v této odpovědi převažovaly výrazněji ženy. Zbytek, tedy 16 respondentů, by své chutě ukojilo cukrovinkou, jedná se zhruba o stejný počet mužů i žen.

Konzumujete výrobky označené jako light? Respondenti měli odpovídat, zda konzumují výrobky se sníženým obsahem cukrů nebo tuků. Tyto výrobky nepreferuje 55 % dotazovaných, počet negativních odpovědí mužů i žen byl téměř vyrovnaný ve všech věkových kategoriích. V případě kladné odpovědi převažovalo množství žen, které tyto výrobky konzumují častěji než muži.

Stěžejní otázkou mého výzkumu bylo povědomí respondentů o civilizačních chorobách, měli se zamyslet nad tím, zda tento pojem znají a v následující otázce se mohli přesvědčit o tom, jestli opravdu vědí, které z uvedených chorob jsou považovány za civilizační. Jak uvádí internetová encyklopedie Wikipedie, civilizační choroby jsou skupina onemocnění, která jsou spojena s životním stylem moderní doby a civilizací. Hlavními příčinami vzniku těchto chorob jsou průmyslová velkovýroba a druhotně příjem kaloricky bohatých potravin zejména tučných, slaných a přeslazených jídel, pocházejících převážně z živočišných zdrojů. Dále pak významný úbytek fyzického pohybu, nestřídmá konzumace alkoholu, kouření a zvýšený stres. Mezi civilizační choroby patří ateroskleróza, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, hypertenze, obezita, diabetes mellitus, nádory, osteoporóza a některá další. 71 % dotazovaných, udalo, nejen že tento pojem znají, ale také vědí, co znamená. V další otázce však prokázalo užší povědomí o civilizačních chorobách menší procento respondentů. Předpokladem pro dobrou znalost problematiky civilizačních onemocnění, bylo

označení možnosti, která obsahovala všechna vyjmenovaná onemocnění. Tuto možnost následně označilo 59 % dotazovaných. Tento výsledek poukazuje na to, že povědomí zkoumaného vzorku o civilizačních chorobách je více než dobré. Naopak pouhých 9 % respondentů uvedlo, že tento pojem nikdy neslyšelo. Dalších 20 % respondentů o pojmu slyšelo, ale v podstatě o jeho problematice nic neví. V otázce, která obsahovala jmenovitě jednotlivá civilizační onemocnění byl nejčastější odpovědí respondentů infarkt myokardu, následovala hypertenze, cukrovka, rakovina tlustého střeva a osteoporóza.

Konzumace uzenin účastníků výzkumu je dosti vysoká. Manuál prevence v lékařské praxi uvádí, že uzeniny a uzené maso bychom měli konzumovat jen výjimečně. Uzené potraviny obsahují, kromě velkého množství soli, tuků a cholesterolu také polycyklické aromatické uhlovodíky, z nichž některé patří mezi látky karcinogenní. Z výzkumu vyplývá, že 51 % respondentů si dopřává uzeniny 2 – 4 x týdně, což je hodně. Alarmující je výsledek 17 % pro konzumaci nejméně 5x týdně. Při bližším zkoumání je nejhorší situace u padesátiletých, mnoho jich přiznalo konzumaci uzenin několikrát týdně a výrazná je převaha mužů. Markantní je tak rozdíl mezi ženami a muži tohoto věku, protože padesátileté ženy uvádějí konzumaci uzenin výjimečně. Rozdíly mezi mužskými a ženskými respondenty ostatních věkových kategorií nejsou výrazné, v globále převažují častí konzumenti uzenin.

Dle Manuálu prevence jsou potencionálně karcinogenní látky tvořeny v potravinách, pokud jsou tepelně zpracovávány při vysokých teplotách. Toto se týká zejména grilování potravin na otevřeném ohni. Při něm vznikají při vysokých teplotách z aminokyselin a cukrů mutagenní látky, z nichž některé mohou mít tento účinek. Následující otázka měla odhalit, jakým způsobem respondenti tepelně zpracovávají potraviny. Grilování, co by nejrizikovější tepelnou úpravu označily pouze 3 % respondentů. Úpravu smažením má v oblibě také nevelké procento respondentů ( 9%) což je rovněž příznivý výsledek. V zastoupení pohlaví smaží muži i ženy ve shodném poměru. Pro úpravu potravin nejzdravějším způsobem, tedy vařením a dušením se

vyslovil zhruba stejný počet mužů i žen, celkově 26 % respondentů vaří a 25 % potraviny dusí.

K. Provazník v Manuálu prevence v lékařské praxi uvádí, že zdrojem vápníku v lidské výživě je zejména mléko, sýry a kysané mléčné výrobky. Proces vstřebávání vápníku je ovlivněn jeho množstvím v potravě, ale také je závislý na stavu organismu. Vstřebává se v kyselém prostředí duodena. Dalším důležitým faktorem je přítomnost vitamínu D v těle, bez kterého je vstřebávání vápníku výrazně omezeno. Doporučený denní příjem vápníku 1 – 1,5 gramu lze zajistit především zvýšeným příjmem mléka a mléčných výrobků. V současnosti jsou pod funkční složky potravy zařazovány probiotika, která obsahují živou kulturu mikroorganismů a tím příznivě ovlivňují střevní mikroflóru. Jedná se zejména o kysané mléčné výrobky s bifidobakteriemi, které zamezují ve střevě vzniku toxických produktů fermentace a produkují vitamíny skupiny B. Složení mikroflóry tlustého střeva zlepšuje ochranu těla před patogeny, karcinogeny a toxickými látkami, střevní motilitu a celkovou imunitu. Z výzkumu vyplývá skutečnost, že konzumace kysaných mléčných výrobků a tím i denní příjem kalcia není právě ideální, 49 % respondentů konzumuje tyto produkty 2 – 4x týdně, tuto frekvenci udává více žen než mužů. Relativně dostatečný příjem více než 5 x týdně uvedlo 17 % respondentů a výrazněji převažují ženy. Za zmínku stojí ještě převaha mužů nad ženami, v odpovědi, že kysané mléčné výrobky nekonzumují vůbec.

Jak uvádí Provazník, populační přístup v oblasti metabolismu lipidů představuje snahu o dosažení změny v příjmu tuků na úroveň 30 % celkového kalorického příjmu, se zastoupením pouze 1/3 tuků živočišného původu a 2/3 tuků rostlinných. Příjem cholesterolu by neměl převyšovat 300 – 400 mg / den. Z toho vyplývá, nutnost omezit používání sádla a másla a místo nich používat rostlinné tuky. V případě ztužených margarínů vybírat podle toho, zda mají na etiketě uveden obsah neztuženého rostlinného oleje. Čím je obsah neztuženého rostlinného oleje vyšší, tím lépe. Při ztužování dochází totiž k tomu, že se mění rostlinné nenasycené tuky na tuky nasycené. Skutečnost, že již dost lidí se snaží dodržovat zásady zdravého životního stylu, alespoň

co se týče používání tuků, dokazují ve výzkumu odpovědi 67 % respondentů, kteří si mažou pečivo rostlinnými tuky a k tepelné přípravě pokrmů používají rostlinný olej. Překvapil mě také téměř stejný poměr osob, které připravují pokrmy na olivovém oleji a na sádle. Používání olivového oleje je pro jeho blahodárné účinky v současnosti doporučováno, ale pro studenou kuchyni, při tepelném zpracování vznikají nežádoucí transmastné kyseliny, které mají negativní vliv na zdraví.

Výše popsaným okruhem otázek bylo sledováno potvrzení první hypotézy, která měla dokázat, že stav výživy populace není, přes některá zlepšení uspokojivý. Domnívám se, že hypotézu lze podle zjištěných skutečností potvrdit. Při opětovné retrospekci grafů jsou některé stravovací zvyklosti respondentů podle zásad zdravého životního stylu, ale převažují zvyklosti nezdravé nebo jsou obě zastoupeny ve stejném poměru.

Co se týče hodnocení stresu jako rizikového faktoru civilizačních onemocnění, lze konstatovat, že 96 % respondentů se správně domnívá, že stres je důležitým rizikovým faktorem pro vznik civilizačních chorob. Jak uvádí MUDr. Honzák, stres je prastará reakce, a je pro zachování života nesmírně důležitá, protože nás připravuje na útok nebo útěk a pomáhá přežít v krajně nepříznivých podmínkách. Jedná se o automatickou odpověď na prožívané či pociťované nebezpečí, zajišťovanou neurohumorálními řídicími centry, které nemůžeme vlastní vůlí ovlivnit. Je to kaskáda dějů probíhající s cílem mobilizovat organismus tak, aby přežil. Pokud vyvolává stresovou reakci noxa biologická, budou u člověka, který je bytostí bio-psycho-sociální, působit stejně silně jako biologické, také vlivy z oblasti psychosociální. Vlivem psychosociálního stresu, mohou být důsledky označované jako civilizační choroby.

Výživa je pouze jedním z mnoha determinantů zdravého životního stylu. Mezi další patří společensko-ekonomické podmínky, vzdělání, nezaměstnanost, věk, fyzická aktivita, životní styl a negativní návyky jako je kouření, subjektivní vnímání zdraví a ekonomická situace, která může ovlivnit prevenci civilizačních chorob jak pozitivně, tak negativně.

V otázce týkající se vzdělání byly zastoupeny všechny kategorie, převažovalo vzdělání středoškolské s maturitou a vyučení a dále základní vzdělání. Vysokoškolské a vyšší odborné bylo zastoupeno stejným počtem respondentů.

Dle Mareše, zdravotnické statistiky ve vyspělých zemích ukazují, že příslušnost jedince k určité sociální skupině, k určité zaměstnanecké kategorii, k určité příjmové skupině souvisí s určitým stupněm zdraví. Existuje několik modelů, jedna skupina vychází ze sociálních faktorů a druhá ze zdravotního stavu. Dlouhodobě nízké příjmy mohou vést k výraznému zhoršení sociální situace, k životu v bídě, což může vyústit v řadu onemocnění. Příslušnost k nižší sociální skupině, pro kterou vzdělání není prioritou, vede k nízké kvalifikovanosti jedince. Ten obtížně shání zaměstnání, často je bez práce a jeho sociální situace je vážná. Žije a případně i pracuje v hygienicky rizikovém prostředí, nezdravě se stravuje, což vede ke zvýšení morbidit a mortality. Druhá posloupnost vycházející prvotně ze zdravotního stavu, jako příčiny sociálního znevýhodnění, se nepotvrdila.

V rámci zjišťování socioekonomického postavení respondentů, největší skupinu tvořili lidé, pracující jako zaměstnanci na hlavní pracovní poměr a následovala také početnější skupina starobních důchodců. Nabízelo se tedy porovnání těchto dvou skupin a způsobu jejich výživy.

Kudlová uvádí, že stravování seniorů je minimálně srovnatelné se stravováním celé populace. To se potvrdilo i při mém výzkumu. Domnívám se, že v obou těchto skupinách nelze výživové zvyklosti zobecňovat na základě výdělku, ale že zde převažují osobní návyky a dispozice, které zapříčiní, že člověk žije zdravě. Stejně jako jiní autoři jsem přišla na skutečnost, že ve všech věkových skupinách je lepší stravování u žen. Mareš říká, že vztah mezi socioekonomickou pozicí a zdravím je sice stoupající, ale není lineární. Zdá se, že v rámci každé sociální skupiny existuje určitá úroveň zdraví, která je obtížně překročitelná a nesouvisí s dalším zlepšováním jedincovy sociální situace či sociální pozice. Platí to zejména o vztahu mezi výší příjmu a zdravím, potvrzuje se tak lidové rčení, že za peníze si zdraví nekoupíš.

Dalším určujícím momentem, v rámci odhalení vlivu socioekonomické situace na životní styl, bylo podle mého názoru zjištění, že 52 % domácností respondentů má nízký příjem pouze do 20 000 Kč měsíčně. Zvažovala jsem tedy možná zkreslení. Domnívám se, že výsledek mohl být zkreslen skutečností, že někteří respondenti uvedli své osobní příjmy a ne příjmy domácnosti. Dle ČSÚ dosahuje průměrná nominální měsíční mzda v ČR 20 211 Kč. Ale stejně jako ve většině krajů ani platy v kraji Severomoravském této hranice nedosahují. Z toho vyplývá fakt, že udávaný příjem domácností do 20 000 Kč by mohl být reálný. Výraznější výdělečnou skupinou byli ještě domácnosti s měsíčním příjmem do 30 000 tisíc. Mezi těmito dvěma skupinami nebyly nalezeny žádné výraznější rozdíly ve stravovacích, pitných, nákupních zvyklostech a pohybové aktivitě. Znovu uvádím, že dle mého názoru se výživové zvyklosti řídí individuálními návyky, dispozicemi a rodinnými tradicemi a v rámci mého výzkumu je nelze na základě výdělku zobecňovat.

Se zdravým životním stylem souvisí i kouření. V mém výzkumu převažuje 62 procent nekuřáků, zbývající část tvoří příležitostní kuřáci a pravidelní kuřáci, kteří jsou ve stejném poměru 21 %. V generaci 50+ převažují výrazněji nekuřáci nad kuřáky, ve věkové skupině nad 30 let převažuje počet mužů kuřáků nad ženami, v této věkové skupině však celkově počet kuřáků převládá nad nekuřáky. Respondenti mužského pohlaví ve věku nad 40 let udávají kuřáctví v hojném počtu, naopak žen nekuřaček je v tomto věku většina. Za zmínku stojí ještě věková kategorie nad 20 let, ve které je počet mužů kuřáků shodný s počtem nekuřáků, u žen převládají nekuřačky. Kouření bylo spojeno s horšími stravovacími návyky.

Jak uvádí Provaník příčinou většiny civilizačních onemocnění je vedle genetické dispozice i excesivní energetický příjem a hypokineze, čili nesoulad mezi příjmem a výdejem energie ve prospěch příjmu. Člověk je biologicky adaptován na pravidelnou, středně intenzivní, protrahovanou habituální pohybovou aktivitu. Jen asi 10 – 15 % obyvatel má pohybovou aktivitu na takové úrovni, která poskytuje určitou záruku

účinné prevence civilizačních onemocnění. Hypokineze tak postihuje daleko větší počet osob, než kterýkoliv jiný rizikový faktor a má nejrozsáhlejší dopad na zdraví lidí. Výzkumy ukazují, že největšího vzestupu tělesné zdatnosti a nejlepšího zdravotního efektu u rizikových osob bylo dosaženo při fyzické aktivitě zvyšující dostatečně tepovou frekvenci při trvání 30 – 45 minut 3 až 4 x týdně ( nejlépe obden ).

Můj výzkum potvrzuje výše uvedené skutečnosti, a sice, že pouze malé procento lidí má pohybovou aktivitu přispívající k prevenci civilizačních chorob. Je to konkrétně 21 % respondentů. Aktivní pohyb provozuje, avšak nedostatečně, 42 % respondentů. Pohybovou inaktivitu přiznalo 24 % respondentů. Ve všech věkových kategoriích je rozložení odpovědí vyrovnané, z výzkumu vyplývá že respondentů, kteří sportují nedostatečně nebo nesportují vůbec a respondentů sportujících v doporučeném zatížení více než 4 hodiny týdně je zhruba stejný počet.

Nedílnou součástí zdravého a spokojeného života je subjektivní vnímání vlastního zdraví a schopnost, se nad svým zdravím zamyslet, přijmout za něj aktivní odpovědnost. To jak se momentálně cítím, jestli jsem optimista nebo věčně nespokojený pesimista, bude ovlivňovat pracovní výkony, náladu, chování a následně opět zdraví. Postoj, který ke svému zdraví zaujmu jej může značně ovlivnit. Několik otázek bylo zaměřeno právě tímto směrem. Vypovídající, o pohledu na vlastní zdravotní stav, jsou odpovědi seniorů, kteří jej hodnotí spíše negativně, ve většině případů odpovídali, že se subjektivně necítí moc dobře nebo pouze dobře, žádný z nich nevedl, že by byl zcela bez potíží nebo se dokonce cítil výborně. V generaci 50+ je záporné i kladnější sebehodnocení v rovnováze. Objevilo se i několik málo zcela kladných odpovědí. Čtyřicátníci se cítí ve většině případů dobře nebo zcela bez potíží, pouze málo z nich by se vyjádřilo ke svému zdravotnímu stavu výhradně pozitivně. Tento fakt lze pozorovat i u všech dalších věkových skupin respondentů.

Zamyšlení se nad ovlivnitelností vlastního zdraví životním stylem dle mého výzkumu odhalilo skutečnost, že nejvíce pasivní skupinou v přístupu k vlastnímu zdraví jsou muži ve věku nad 50 let, kteří uvedli, že nad svým zdravím nepřemýšlejí. V ostatních



věkových skupinách převládal jak u mužů tak u žen racionální názor ovlivnitelnosti zdraví vlastním životním stylem. U seniorů se objevil několikrát zcela pasivní přístup spočívající v plné důvěře v medicínu a léky, na které bezvýhradně spoléhají.

Otázkou, který údaj na potravinách respondenty nejvíce zajímá bylo sledováno potvrzení další hypotézy, která zněla:

Přestože na obyvatelstvo působí výchovně programy podpory zdraví, u části populace převládají při výběru potravin dlouhodobé stereotypní stravovací zvyklosti a také tlak ceny.

Výsledky výzkumu tuto hypotézu potvrdily, hlavním predikátorem výběru potravin je právě její cena v 76 procentech, respondenty zajímá výrazněji ještě složení kupovaných potravin a gramáž. Kudlová ve své analýze uvádí, že predikátorem výběru potravin je obeznámenost s potravinou, její dostupnost a cena.

Na konec výzkumu jsem zvolila malé odlehčení spočívající v konfrontaci respondentů s moudrostí našich předků, kteří přemýšleli o jídle a nutnosti jeho umírněného konzumace „selským“ rozumem již dávno před tím, než se výživou a jejím dopadem na zdraví začaly zabývat různé organizace. Odpovědi na tuto otázku však nemají velkou vypovídající hodnotu, její uvedení a hodnocení grafem uvádím spíše pro zajímavost.

## 6. Závěr

Co říci závěrem? Zdraví člověka ovlivňuje z 80 % životní styl, jen zbývajících 20 % ovlivňuje dědičnost a zdravotnická péče. Životní styl je souhrnem toho, jak člověk žije, co jí, sportuje – li a má – li některé zlovyky jako je kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Jsem si vědoma toho, že můj výzkum nemohl obsáhnout veškerá témata, související s výživou, prevencí a zdravým životním stylem.

Výživa ovlivňuje chování člověka od nepaměti, tehdy musel pro obživu podstoupit mnohá nebezpečí, musel lovit a vyvinout kvůli nasycení mnoho fyzické síly. Dnešní doba je jiná, díky mechanizaci a průmyslu je potrava v civilizovaném světě dostupná pro každého. Jednotlivec k ní může přistupovat pouze jako ke zdroji živin potřebných k přežití, může ji brát jako zdroj příjemných pocitů patřících k životu, a nepřikládat mu výraznější postavení nebo může v jídle vidět jeden ze smyslů života a tak k němu i přistupovat. Výživa je pouze jedním z mnoha determinantů zdravého životního stylu. Mezi další patří společensko-ekonomické podmínky, vzdělání, nezaměstnanost, věk, fyzická aktivita, životní styl a negativní návyky jako je kouření, subjektivní vnímání zdraví a ekonomická situace, která může ovlivnit prevenci civilizačních chorob jak pozitivně, tak negativně. Psala jsem o vztahu české populace k jídlu, jestli při výběru potravin myslí na zdravý životní styl, a pokud ne, čím jsou ovlivněni.

Ve světě je znám kladný vztah Čechů k dobrému jídlu a ke všemu co k němu patří, je však také známo, jak se tato skutečnost projevuje svým neblahým dopadem na zdraví České populace v podobě civilizačních chorob. Civilizační choroby jsou skupina onemocnění, která jsou spojena s životním stylem moderní doby a civilizací. Hlavními příčinami vzniku těchto chorob jsou průmyslová velkovýroba a druhotně příjem kaloricky bohatých potravin zejména tučných, slaných a přeslazených jídel, pocházejících převážně z živočišných zdrojů. Dále pak významný úbytek fyzického pohybu, nestřídmá konzumace alkoholu, kouření a zvýšený stres. Lidé již mají určité povědomí o tom, že jídlo na ně má jak pozitivní tak negativní vliv. Mnoho z nich se o zdravý životní styl samo zajímá a těmito vědomostmi má snahu se řídit. Bohužel ale zůstává ještě mnoho takových, kterým je vlastní zdraví lhostejné a tak nehledí ani na

množství ani na kvalitu. Mohou na ně působit média a podpora ze strany státu v rámci primární prevence a řada dalších faktorů, je ale pouze na nich čím se nakonec budou řídit. Řada z nich je ohrožena civilizačními chorobami a většinu z nich některá z nich postihne, myslím si však, že programů primární prevence je dostatečné množství, a pokud se člověk opravdu o své zdraví a prevenci zajímá, vše potřebné najde. Nelze však zapomínat ani na finanční dostupnost, kterou je výběr potravin výrazně ovlivněn, a stálý nedostatek času v dnešní hektické době, která nedovoluje aby se lidé přípravou a výběrem jídla nadměru zabývali.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. American Cancer Society, *At a Glance – Nutrition and Physical Activities*, [on line cit. 2. 4. 2007] dostupné na WWW:<[http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED\\_3\\_2X\\_Recommendations.asp?sitearea=PED](http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_3_2X_Recommendations.asp?sitearea=PED)>
2. Bartoňková Helena, *Prevence nádorů .cz, Preventivní prohlídky podle platných vyhlášek*, [online cit. 2. 4. 2007], dostupné na WWW:<[http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section\\_show.jsp?s=9061915&selIdDoc=62](http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=9061915&selIdDoc=62)>
3. Český statistický úřad, *Průměrná mzda* [on line cit. 19.4. 2007] dostupný na WWW:<[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/prumerna\\_mzda\\_zaj](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/prumerna_mzda_zaj)>
4. FIALA J., BRÁZDOVÁ Z.: časopis Praktický lékař, 2006, ročník 86, č.9, s.485 - 490
5. FIALA J., KOZINA V.: *Nová metoda hodnocení výživových zvyklostí*. Hygiena 1999, ročník 44, č.1, s. 14 – 23
6. Flora pro zdravé a šťastné srdce, *Cholesterol není vždy škodlivý* [ online cit. 6. 4. 2007] dostupné na WWW: <[http://www.flora.cz/jak\\_hlidat.php?sekce=skodlivost\\_cholesterolu](http://www.flora.cz/jak_hlidat.php?sekce=skodlivost_cholesterolu)>
7. Foodnet – informační systém potravinářské komory ČR, *Životní styl a obezita 2005 – kampaň Přijmi a vydej*, [on line cit. 12. 4. 2007] dostupný na WWW:<<http://www.foodnet.cz/polozka/?jmeno=%AEivotn%ED+styl+a+obezita+2005+%26%238211%3B+kampa%F2+P%F8ijmi+a+vydej&id=9910&foodnet=cd591633f808aa0ecd57041094e84ac5>>
8. FOŘT, P.: *Sport a správná výživa*, vyd. Praha. 1.. - : Ikar, 2002. - 351 s. ISBN 80-249-0124-2
9. FRAŇKOVÁ, S.: *Výživa a psychické zdraví*, - vyd. 1.. - Praha : ISV, 1996. - 271 s. ISBN 80-85866-13-7
10. FRAŇKOVÁ. S.: *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*, 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. s.256 ISBN 80-246-0548-1

11. Harvard centre for Cancer Prevention Harvard School of Public Health , Your Disease Risk [on line cit 10.3. 2007] dostupné na WWW :<[http://www.yourdiseaserisk.harvard.edu/hccpquiz.pl?lang=english&func=home&page=cancer\\_index](http://www.yourdiseaserisk.harvard.edu/hccpquiz.pl?lang=english&func=home&page=cancer_index) >( 23.3.2007)
12. KOVÁŘ L.: *Stop civilizačním nemocem : encyklopedie nejen zdravé výživy*, vyd. Olomouc : Fontána, 1998. - 200 s. ISBN 80-86179-02-8
13. KUDLOVÁ, E., SLÁMOVÁ, A.: *Analýza životního stylu seniorů žijících v domácím prostředí se zaměřením na stravovací návyky*, časopis Praktický lékař 2006, roč. 86, č. 8, s.439- 442
14. KUNEŠOVÁ, M.:*Životní styl a obezita v České republice* [on line cit 20. 3. 2007 ], dostupný na WWW:<[http://www.stemmark.cz/download/press\\_release\\_obezita\\_Kunesova.pdf](http://www.stemmark.cz/download/press_release_obezita_Kunesova.pdf)>
15. Manuál prevence v lékařské praxi – on line, *Prevence poruch a nemocí*, Prof. MUDr. Kamil Provazník, CSc., Státní zdravotní ústav, Národní program zdraví1998, [on line cit.15. 4. 2007], dostupné na WWW: <[http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141\\_1335.html](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1335.html)>
16. MAREŠ J.: *Sociální rozdíly a zdravotní stav lidí*, časopis Praktický lékař 2006, roč.86, č.4, s.187 – 192
17. MÜLLEROVÁ. D.: *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*, 1 vyd. Praha : Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7
18. Národní referenční centrum programů podpory zdraví a prevence nemocí *Poradny podpory zdraví* [on line cit. 22. 3. 2006] dostupný na WWW:< [http://www.szu.cz/NRCpodzdr/poradny\\_cinnost.htm](http://www.szu.cz/NRCpodzdr/poradny_cinnost.htm)>
19. Prevence nemocí a podpora zdraví, *Ústav preventivního lékařství vytvořilo CBA* [online cit. 25.4.2007] dostupné na WWW: <<http://www.cba.muni.cz/prevenenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=5>>
20. Prevence nemocí a podpora zdraví, *Ústav preventivního lékařství vytvořilo CBA*[online cit. 21.3.2007]dostupné na WWW:

- <<http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3&page=2>>
21. Prevence nemocí a podpora zdraví, *Ústav preventivního lékařství vytvořilo CBA* [online cit. 20.4.2007] dostupné na WWW:  
<<http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=6>>
  22. PROVAZNÍK. K.: *Manuál prevence v lékařské praxi II.*, Výživa. Praha: Fortuna, 1995, 103 s. ISBN 80-7168-227-6
  23. ROEDIGEROVÁ-STREUBELOVÁ, S.: *Minerální látky a stopové prvky* [z německého originálu] přeložila WEIGLOVÁ A.. -1. vyd. Praha : Železný, 1997. 158 s. ISBN 80-237-3490-3
  24. SHARON, M. [z anglického originálu] přeložil Mach I.: *Moderní výživa od A do Z : malá encyklopedie výživy* - 1. vyd. v českém jazyce. - Praha : Euromedia CS, 1998. - 225 s. ISBN 80-902502-1-1
  25. SVAČINA. Š., dietologická spolupráce BRETŠNAJDROVÁ A.: *Obezita a diabetes*. Praha: Maxford , 2000.307 s. ISBN 80-85800-43-8
  26. Světová zdravotnická organizace v ČR, *Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [on line cit. 17.3. 2007] dostupné na WWW: <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>
  27. ŠIMÍČEK, J., ZAVADILOVÁ, J.: *Civilizační nemoci : vybrané kapitoly pro bakaláře* - 1. vyd..Ostrava : Vysoká škola báňská, 2006. 68 s. ISBN 80-248-1205-3
  28. Škola zdraví , *Úvodní stránka* [online cit 12.4. 2007] dostupné na WWW:  
<<http://sz.ordinace.cz/index.php>>
  29. Škola zdraví, *Výživa-úvodní článek*, [online cit. 12.3.2007] dostupné na WWW:  
<[http://sz.ordinace.cz/lekce\\_uvod.php?lekce=5](http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=5)>
  30. Šoltysová T., Masarykův onkologický ústav, *Poradny podpory zdraví* [online cit. 2. 4. 2007]dostupné na  
WWW:<[http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section\\_show.jsp?s=9051914&sellIdDoc=98](http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=9051914&sellIdDoc=98)>

31. TUREK B.: *Výživový stav populace a nutriční rizika*, 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004. 2 s. ISBN 80-7071-243-0
32. ÚPL LF MU. *Prevence nemocí a podpora zdraví – portál pro vědecky podloženou prevenci a zdravý životní styl*. [online cit. 15.3. 2007], dostupný na WWW: <[http://www.cba.muni.cz/prevence\\_nemoci](http://www.cba.muni.cz/prevence_nemoci)>
33. VÍT. M.: *WHO, Evropská unie a Česká republika v boji proti obezitě* [ on line cit. 15.3. 2007], dostupný na WWW:<[http://mzd.cz/data/c2038/lib/TM\\_MZ\\_MUDr\\_Vit.rtf](http://mzd.cz/data/c2038/lib/TM_MZ_MUDr_Vit.rtf)>
34. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, *Svět pojištěnce - Dny zdraví*, [online cit. 6.3.2007] dostupné na WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/search?words=Den+zdrav%C3%AD&s.x=10&s.y=14>>
35. Wikipedie - otevřená encyklopedie, *Civilizační choroba*, [on line cit. 25. 4. 2007]dostupné na WWW:<[http://cs.wikipedia.org/wiki/Civiliza%C4%8Dn%C3%AD\\_choroba](http://cs.wikipedia.org/wiki/Civiliza%C4%8Dn%C3%AD_choroba)>
36. Zdravcentra.cz – krajská centra primární péče, *Vymezení problému*[cit.12.4.2007] dostupné na WWW.<[http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141\\_2204.html](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2204.html)>
37. Životní styl a obezita. *Závěrečná zpráva z výzkumu pro MZ ČR a Českou obezitologickou společnost STEM/MARK, a.s.* zodpovědný řešitel : Kunešová, M.[cit. 18.3.2007], dostupné na WWW : <<http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=49>>

## **8. Klíčová slova**

Civilizační choroba, výživa, prevence, životní styl, riziko, ateroskleróza, osteoporóza, obezita, nádor, diabetes mellitus

## **9. Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník



## DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Lucie Peštová, jsem studentka 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Děkuji, že jste ochoten/na věnovat několik minut dotazníku, který právě držíte. Dotazník vyplňujete zcela anonymně a stejně tak bude i zpracován. Získané údaje budou využity při zpracování bakalářské práce. Dotazník vyplňujte zakřížkováním jedné vybrané odpovědi pokud není uvedeno jinak.

### 1. Prosím zaškrtněte:

jste muž

jste žena

### 2. Kolik je vám let:

19 a méně

20 – 29

30 – 39

40 – 49

50 – 59

60 a více

### 3. Zaškrtněte, která denní jídla pravidelně konzumujete, pokud všechna uvedená, označte všechna.

snídane  přesnídávka  oběd

svačina  večeře  II.večeře

### 4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní

středoškolské bez maturity

středoškolské s maturitou

vyšší odborné

vysokoškolské

**5. Kdybyste si měl/a vybrat, kterému z uvedených pokrmů dáte přednost**

- cukrovinky a čokoláda
- ovoce a zelenina
- maso a uzeniny

**6. Jaký je Váš momentální pracovní stav?**

- zaměstnanec na plný pracovní úvazek
- osoba samostatně výdělečně činná – živnostník, podnikatel
- zaměstnanec na zkrácený pracovní úvazek
- muž/žena v domácnosti
- nezaměstnaný/uchazeč o zaměstnání
- soustavná příprava na budoucí povolání - student
- důchodce/důchodkyně

**7. Konzumujete výrobky označené jako LIGHT = bez cukru nebo NÍZKOTUČNÉ?**

- Ano
- Ne

**8. Slyšel/a jste někdy pojem civilizační nemoci?**

- ano a vím co tento pojem znamená
- ano, ale přesně nevím co tento pojem znamená
- ne, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a a nevím co znamená

**9. Zaškrtněte prosím, které z uvedených možností je podle Vás civilizační onemocnění –je možno zvolit více odpovědí**

- rakovina tlustého střeva
- vysoký krevní tlak
- osteoporóza
- infarkt myokardu
- cukrovka
- všechny uvedené

**10. Kolikrát týdně konzumujete uzeniny?**

- nejméně 5x týdně
- 2 – 4x týdně
- 1x týdně
- výjimečně nebo nikdy

**11. Vyberte jednu z možností , kterou nejčastěji tepelně upravujete potraviny.**

- pečení
- smažení
- vaření
- dušení
- grilování

**12. Kolikrát týdně konzumujete kysané mléčné výrobky (jogurty, kefíry, podmáslí...)?**

- nejméně 5x týdně
- 2 – 4x týdně
- 1x týdně
- výjimečně nebo nikdy

**13. Které nápoje pijete nejčastěji - označte jednu z možností**

- čistou neperlivou vodu
- sycené neslazené vody a minerálky
- slazené limonády
- ovocné čaje
- pivo, alkohol

**14. Domníváte se , že máte problémy se zažíváním trvalejšího rázu? Pokud ano, prosím uveďte jaké.**

- trvalá zácpa
- pálení žáhy
- bolesti žaludku
- plynatost
- jiné
- žádné

**15. Kolik tekutin denně vypijete?**

- 2 a více litrů
- 1 – 2 litry
- méně než 1 litr

**16. Které druhy tuků používáte k mazání na pečivo?**

- rostlinné – Perla, Flora, Rama...
- živočišné – sádlo, máslo

**17. Které druhy tuků používáte na smažení?**

- rostlinné oleje – slunečnicový, řepkový
- olivový olej
- sádlo

**18. Považujete stres za rizikový faktor civilizačních nemocí**

- ANO
- NE

**19. Zúčastnil/a jste se v minulosti některého zdravotního preventivního programu? Například bezplatného měření podkožního tuku, měření hladiny cholesterolu v krvi, měření hladiny cukru v krvi, měření krevního tlaku (ne u lékaře)**

- ANO
- NE

**20. Kouříte?**

- ANO pravidelně
- příležitostně
- vůbec NE

**21. Kdybyste měl/a na stupnici 1 – 5 vyjádřit jak se nyní cítíte po fyzické stránce, označil/a byste svůj zdravotní stav za**

- 1 - velmi špatný
- 2 - ne moc dobrý
- 3 - dobrý
- 4 - zcela bez potíží
- 5 – výborný

**22. Jak často chodíte na stolici?**

- několikrát denně
- 1x denně

- obden
- asi 2x týdně

**23. Díváte se při nákupu potravin na datum spotřeby či datum minimální trvanlivosti ?**

- vždy
- většinou ano
- někdy - pouze u některých potravin
- téměř nikdy se nedívám

**24. Jaký údaj na obalu potravin Vás nejvíce zajímá? Můžete zaškrtnout i více odpovědí**

- energetická hodnota(kalorie)
- gramáž
- cena
- složení
- obsah konzervantů a tzv.“éček“
- podmínky pro skladování
- výrobce

**25. Jaký je zhruba měsíční příjem Vaší domácnosti?**

- méně než 10 tisíc
- do 20 tisíc
- do 30 tisíc
- do 40 tisíc
- více než 40 tisíc

**26. Kupujete zlevněné potraviny s prošlou záruční lhůtou a potraviny II. jakosti?**

- ano
- ne
- někdy

**27. Kolik hodin týdně věnujete aktivnímu pohybu (zvýší se tepová frekvence, zapotíte se)**

- Nejméně 10 hodin
- 7 – 9 hodin
- 4 – 6 hodin
- méně než 3 hodiny
- vůbec nesportuji

**28. Domníváte se že jste schopen/schopna výrazněji ovlivnit své zdraví tím co jíte, pijete a pohybovou aktivitou?**

- ano jsem plně zodpovědný/ná za své zdraví , žiji podle všech preventivních zásad a pravidelně sportuji
- ano z velké části mohu svým životním stylem své zdraví ovlivnit,vše ale ovlivnit nemohu
- nevím, o mém zdraví nepřemýšlím
- ne, dnešní medicína a léky jsou na vysoké úrovni, spoléhám na ně

**29. Které z uvedených pořekadel Vám „mluví z duše“**

- Jez do polosyta, pij do polopita, vyjdou ti nadlouho léta
- Co můžeš sníst dneska neodkládej na zítřek
- Kouřil umřel, nekouřil – umřel taky, na něco se přece umřít musí
- Alkohol je nepřítel lidstva. Nepřátel se nelekejme a na množství nehleďme.
- Nežijeme proto, abychom jedli, ale jíme proto, abychom žili
- Snídej sám, obědvej s přítelem a večeři dej svému nepříteli

## 10. Seznam použitých zkratk

apod. – a podobně

BMI – Body Mass Index

Cit. - citováno

DM – Diabetes Mellitus

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČSÚ – Český statistický úřad

IBA - Institut biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity

ICHS – ischemická choroba srdeční

KHS – Krajská hygienická stanice

KVO – kardiovaskulárních onemocnění

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SZÚ – Státní zdravotní ústav

Tzn. – to znamená

ÚPL LF MU - Ústav preventivního lékařství Lékařské fakulty Masarykovi univerzity

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization