Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

Bakalářská práce

(Zdravý životní styl jedince – cesta ke zdraví populace)

Autorka práce: Eva Kučerová

13.5.2008

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Zdravý životní styl jedince – cesta ke zdraví populace vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.
Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 12.5. 2008

podpis studenta

Poděkování
Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce MUDr. Lidmile Hamplové
Za její trpělivost, pomoc a podnětné rady.

Abstrakt:

Bakalářská práce shrnuje základní informace o zdravém životním stylu a věnuje se jeho problematice. Zabývá se kategoriemi, které se týkají zdravého životního stylu a prezentuje současné vědecké poznatky a doporučení v této oblasti.

Teoretická část je zaměřena na oblasti životního stylu. Zabývá se faktory ovlivňujícími zdraví člověka a jejich rozdělením z hlediska jejich důležitosti . Zejména se zaměřuje na čtyři hlavní prvky, jimiž jsou: výživa, kouření, stres, konzumace alkoholu a užívání drog. Tyto faktory jsem zvolila, protože jsou nejvíce spojeny s lidským rozhodnutím a tím pádem jsou tedy více závislé na lidské vůli.

Nejprve se zabývám stravou, zejména jejím optimálním složením a vlivem na zdraví. Dále se zaměřuji na stres a na jeho psychické a fyzické dopady na člověka. V závěru teoretické části se zabývám tím, jaký má vliv kouření, konzumace alkoholu a užívání drog na lidský organismus.

V praktické části jsou pak prezentovány výsledky výzkumu zaměřeného na výše zmíněnou problematiku. Výzkumná část práce, realizovaná formou dotazníku, se věnuje
stravě, kouření, pohybu a celkové péči o zdraví lidí, pracujících v Jihočeském kraji.

Výzkumem jsem zjistila, že ženy se více zajímají o svůj životní styl než muži, avšak investují do něj spíše čas, zatímco muži převážně peníze.

Výzkum dále dokládá, že u lidí se základním vzděláním je vyšší procento kuřáků než u lidí s vyšším vzděláním.

V oblasti stravy jsem se zaměřila na rozdíl mezi stravovacími návyky mužů a žen. Zjistila jsem, že ženy se obecně stravují zdravěji než muži a to zejména proto, že se o kvalitu stravy více zajímají, na rozdíl od mužů kteří se o kvalitu stravy příliš nestarají.

Má práce tedy ukazuje, jak lidé pracující v Jihočeském kraji dbají o své zdraví, a jak řeší nebo neřeší svůj životní styl.

Klíčová slova: zdravý životní styl, výživa, kouření, stres, lidské zdraví, výzkum

Summary:

The bachelor thesis summarizes the basic information about healthy lifestyle and it deals with this issue. It presents categories regarding healthy lifestyle and it presents the current scientific findings and recommendations in the area.

The theoretical part is aimed at areas of lifestyle. It deals with the factors affecting human health and their division with regards to their importance. It aims particularly at the four main elements, which include: nutrition, smoking, stress, alcohol drugs abuse. I selected the factors as they related to human decisions the most and that is why they are more dependent on human will.

First of all I am dealing with nutrition, particularly its optimum composition and effect on health. I further focus on stress and its mental and physical impacts on people. At the end of the theoretical part I am dealing with the question what the impact of smoking and alcohol and drugs abuse is on the human body.

In the practical part, the research results are presented, focused on the issue above. The research part of the thesis realized in form of a questionnaire deals with nutrition, smoking, physical activity and health care in general in people working in the South-Bohemian Region.

During the research I found out that women are more interested in their lifestyle than men, but they rather invest time while men mostly invest money.

The research further documents that in people with elementary education there is higher percentage of smokers than in people with higher education.

In the area of nutrition I focused on the difference between nutritional habits of men and women. I found out that women's diet is usually healthier that that of men, mainly because they are more interested in the nutrition quality, compared to men who do not care for the nutrition quality much.

Therefore my thesis shows how people working in the South-Bohemian Region care fore their health and how they are interested in their lifestyle.

Key words: healthy lifestyle, nutrition, smoking, stress, research, human health

Obsah **6**

Úvod **7**

1. Současný stav ..... **..8**

1.1 Rozbor současného stavu **……..8**

1.2 Faktory ovlivňující životní styl **…… .. 10**

1.3 Popis zásadních faktorů, ovlivňujících zdraví člověka **…… ...14**

1.3.1 Výživa **…….....14**

1.3.2 Stres **…… 19**

1.3.3 Kouření **……..23**

1.3.4 Alkohol a drogy **……27**

2.Cíl práce a hypotézy…… 35

2.1 Cíl práce **……35**

2.2 Hypotézy **……35**

3.Metodika……36

3.1 Použité metody **…….....36**

3.2 Charakteristika výzkumného souboru **……..36**

4.Výsledky……37

5. Diskuse ……..……...59

6. Závěr…… 64

7. Seznam použitých zdrojů……66

8.Klíčová slova…… ……68

9. Přílohy……69

Úvod

Zdravý životní styl je téma, které se mě velmi dotýká. V naší rodině jsme už od útlého dětství byli vedeni k tomu, žít zdravě. Myslím si, že zejména v oblasti stravy, pohybu a dalších aspektů (jako třeba faktu, že v naší rodině nikdo nekouří,atd..) jsem udělala pro své zdraví relativně mnoho. Důvodem, proč jsem si zvolila dané téma, byla snaha porovnat životní styl naší rodiny s obecnými, teoretickými předpoklady a vědeckými poznatky, a také s realitou regionu kde žiji. Snažila jsem se maximálně popsat současnou teoretickou základnu zdravého životního stylu a její části, abych zjistila, jak se s ní můj životní styl shoduje či liší.

Cílem mé práce bylo zmapovat životní styl pracujících lidí v Jihočeském kraji vzhledem k jejich vzdělání a pohlaví. Tento cíl jsem zvolila proto, abych si ujasnila situaci a také rozdíly pohlaví v přístupu ke zdraví a životu celkem. Výzkum byl prováděn formou anonymních dotazníků, které byly rozdány respondentům pracujícím zejména v Písku a Českých Budějovicích.

1.Současný stav

1.1 Rozbor současného stavu

V současné době jsou již lidé více informováni, jak si přizpůsobit svůj životní styl, aby co nejvíce omezili zdravotní rizika. Děje se tak díky široké škále zdrojů vstupujících do našeho povědomí zejména pomocí médií jako je televize, tisk, internet a rozhlas. Ne vždy jsou tyto informace úplné a stoprocentně pravdivé. Stále se zde vynořuje mnoho nepodložených teorií, avšak nejdůležitější prvky zdravého životního stylu jsou zřejmé většině lidí. Jsou to základní pilíře jako je pestrá strava, dostatek pohybu, kvalitní spánek, nezatížené životní prostředí, apod., ale také jsou obecně známy negativní faktory ovlivňující zdraví, jako kouření, alkohol, drogy, nadváha a stres.

V dnešní době stále převládá tendence k řešení problémů pomocí berliček jakými jsou alkohol a cigarety. Přestože je veřejnost široce obeznámena s jejich škodlivostí, stále si značná část populace (téměř 40%) udržuje tuto závislost. Zajímavé je, že v posledních letech se snižuje počet kuřáků – bez ohledu na dosažené vzdělání. Pokles ale začal dříve u mužů s vyšším vzděláním. V případě žen klesá prevalence jen kuřačkám s vyšším vzděláním, u žen s nižším vzděláním naopak prevalence narůstá (1) . Roste i spotřeba cigaret, těch připadá 2338 kusů na hlavu/rok. Vyplývá to z údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ). Podle údajů ČSÚ od roku 2001 vzrostla i konzumace cigaret. Do roku 2006 jich Češi vykouřili o několik stovek kusů více. Přesně 2338 kusů, což odpovídá necelým 117 krabičkám.(18)

Co se týče požívání alkoholu, jednoznačně vede mužská část populace. Je to dáno především oblíbeností konzumace piva, jehož spotřebu máme nejvyšší v Evropě. Toto prvenství je podmíněno hlavně nízkými cenami alkoholu, piva především, u nás oproti většině evropských zemí. Také je zde relativně vysoká míra benevolence vůči konzumaci alkoholu na veřejných prostranstvích a nedůsledná kontrola podávání alkoholu nezletilým.(2) Z údajů ČSÚ vyplývá, že na každého Čecha za rok 2006 připadlo 14,8 litru hroznového vína. Podle odhadů měla za loňský rok obliba vína opět vzrůst. Přibližně by to mělo být 16 litrů na hlavu. Naopak konzumace piva stagnuje.

V letech 2003 až 2005 byla spotřeba přes 160 litrů na hlavu, v roce 2006 klesla na 159 litrů.(18)

Podobně jako v jiných oblastech života i ve výživě se poměry u nás zatím zcela neustálily. Na jedné straně jsme svědky toho, že někteří lidé hledají řešení svých nutričních problémů ve vegetarianismu, veganismu nebo makrobiotice, na druhé straně jiní obdivují "západní životní styl" včetně hamburgerů, hranolků a koly.(viz příloha 2)

Co se týče pohybu, člověk je morfologicky i funkčně adaptován na způsob života, který vedl po tisíce let a ve kterém schopnost vyrovnat se s náročnou tělesnou činností patřila k základním atributům žití a přežití. V současné době však žije v podmínkách přetechnizované společnosti, která potřebu pohybu omezuje na minimum. Tělesná nečinnost nebo sedavý způsob života jsou pak spojeny s množstvím zdravotních poruch včetně kardiovaskulárních nemocí, zvýšeným krevním tlakem, non-inzulin dependentním diabetem, osteoporózou a v neposlední řadě i chronickými poruchami pohybového a opěrného aparátu. (5)

Další problematickou oblastí životního stylu je nadváha. Nadváhou rozumíme nadbytek hmotnosti, obezitou nadměrnou akumulaci tukové tkáně. V obou případech se jedná o poruchu výživy, která s sebou nese významné zdravotní riziko. V současné době je běžně užíváno hodnocení dle indexu hmotnosti (body mass index - BMI = hmotnost v kg / (výška v m)$^{2.}$(viz příloha 3)

Vysoká a stále se zvyšující prevalence obezity ve vyspělých zemích představuje významný zdravotnický problém. Údaje získané v různých populačních studiích prokazují, že přibližně 1/4 -1/3 populace ve věku 20 - 65 let má BMI vyšší než je optimální (>27). Dalším rizikem je zvyšující se výskyt obezity u dětí. V ČR se do roku 1989 prevalence obezity zvyšovala a dosahovala ve věkové skupině 25 - 64 let 24% u mužů a 33,3% u žen. V období mezi roky 1988 a 1992 došlo ke snížení prevalence obezity o cca 5% u obou pohlaví.(5)

1.2 Faktory ovlivňující životní styl

Zdravý životní styl je téma, které si každý člověk vykládá svým vlastním způsobem. Hlavním znakem je, že si určí vlastní hodnoty a vlastní hodnotový systém, který potom podvědomě dodržuje.

Životní styl je projevem lidské osobnosti a závisí na věku, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví a na hodnotové orientaci člověka (3).

Celkově ovlivňuje naše zdraví: **Životní styl** - podílí se na zdraví z 50-60%.

Životní a pracovní prostředí - zodpovídá za zdraví asi z 20%.

Zdravotní péče - ovlivňuje zdraví zhruba z 20%.

Je tedy zřejmé, že **převážná část rizik, která zdraví ohrožují, přichází ze způsobu života,** neboli je v našich rukou je ovlivnit. Obvykle jim také říká **faktory ovlivnitelné**. Jsou to především kuřáctví, nepřiměřená a nevhodná výživa kombinující se s nadváhou a obezitou, nízká pohybová aktivita, nadměrná duševní zátěž a stres, nadužívání alkoholu.

Jsou známy také **rizikové faktory neovlivnitelné**, jako věk (s přibývajícím věkem riziko stoupá), pohlaví (některé nemoci se vyskytují častěji u žen, jiné u mužů), dědičnost (některé nemoci jsou podmíněny vrozenými vlastnostmi).

Opakem rizik je ochrana. Jejím základem je znalost vlastního zdraví včetně vlastních rizik. Taková znalost umožňuje aktivní přístup ke zdraví, ovlivňování rizik a jejich snižování či vylučování ze života. Jinými slovy umožní zařadit do života účelnou **prevenci**.(7)

Životní styl je sice mnohorozměrný, zahrnuje velké množství prvků a v nejširším pohledu je to skutečně souhrn všeho, jak vlastně člověk žije – ale vzhledem ke zdraví jsou některé body podstatné a jiné méně. Nejdůležitější je pouze několik hlavních faktorů ovlivňujících lidské zdraví. Můžeme je rozdělit z hlediska jejich důležitosti na:

- **Zásadní**
- **Významné**
- **Druhotné**

Za **zásadní faktory** ovlivňující životní styl a zdraví člověka (podle současných lékařských znalostí) považujeme:

Výživu – je v našem životním prostředí hlavní složkou, s níž přicházíme do styku každý den. Měla by být pestrá s dostatečným přísunem bílkovin, tuků, cukrů, vitamínů, minerálů, atd.

Stres – v nás může někdy vyvolat úzkost, avšak dokáže nás i motivovat k dosažení určitého
cíle. Negativními projevy jsou například: deprese, úzkost, strach, frustrace atd. Tyto psychické projevy stresu však mohou v některých případech vyústit i ve fyzické onemocnění člověka. Zejména pokud jde o dlouhodobý stres.

Kouření – výrazně zvyšuje riziko všech srdečně-cévních onemocnění. Cigaretový kouř obsahuje celou řadu látek, z nichž většina stahuje tepny, a tak způsobuje zvyšování krevního tlaku. Výrazným rizikem u kouření je návykovost způsobená nikotinem.

Konzumaci alkoholu a jiných drog – může způsobit mnoho zdravotních komplikací a ještě k tomu nenávratně ničí mozkové buňky, alkohol narušuje vědomí a výrazně snižuje sebeovládání a narušuje schopnost našich nervů správně a pohotově reagovat. Dalším vážným rizikem je stejně jako u kouření návykovost.

Za významné faktory ovlivňující životní styl a zdraví člověka považujeme:

Spánek – je období sníženého vědomí, z něhož může být člověk správným podnětem probuzen, délka spánku se mění s věkem.

Pitný režim – 50 až 65 někdy i více procent naší tělesné váhy tvoří voda – např. naše svalstvo obsahuje zhruba 75% vody, mozek 70-80% vody a krev je tvořena z 93% vodou. Dehydratace (nedostatek vody) má za následek chybnou funkci buněk a tkání**.(4)**

Pohybovou aktivitu – vyvážený a dobře naplánovaný program cvičení může dopomoci k dobré fyzické zdatnosti a celkově ovlivnit psychickou kondici člověka. Pohyb je základní součástí a znakem života. Dostatek tělesného pohybu je tedy pro život naprostou přirozeností. Podporuje a chrání zdraví a je tedy dobrou prevencí před nadváhou, obezitou a kardiovaskulárními onemocněními.

Za druhotné faktory ovlivňující životní styl a zdraví člověka považujeme např. kvalitu ovzduší, přístup k životu, typ zaměstnání (sedavé/aktivní),atd.

Tyto vlivy se také mohou lokálně lišit (např. v Jihočeském kraji je lepší ovzduší než na Ostravsku). Dále do nich můžeme zahrnout řadu menších psychických faktorů jako například vztahy v rodině či s partnerem (i když tyto mohou být někdy příčinou velmi nebezpečného stresového zatížení).V této kategorii nemůžeme přesně určit významnost faktoru, neboť se individuálně liší (co je pro někoho podřadný problém, může u jiného člověka vyústit v nezvladatelný stres či nemoc).

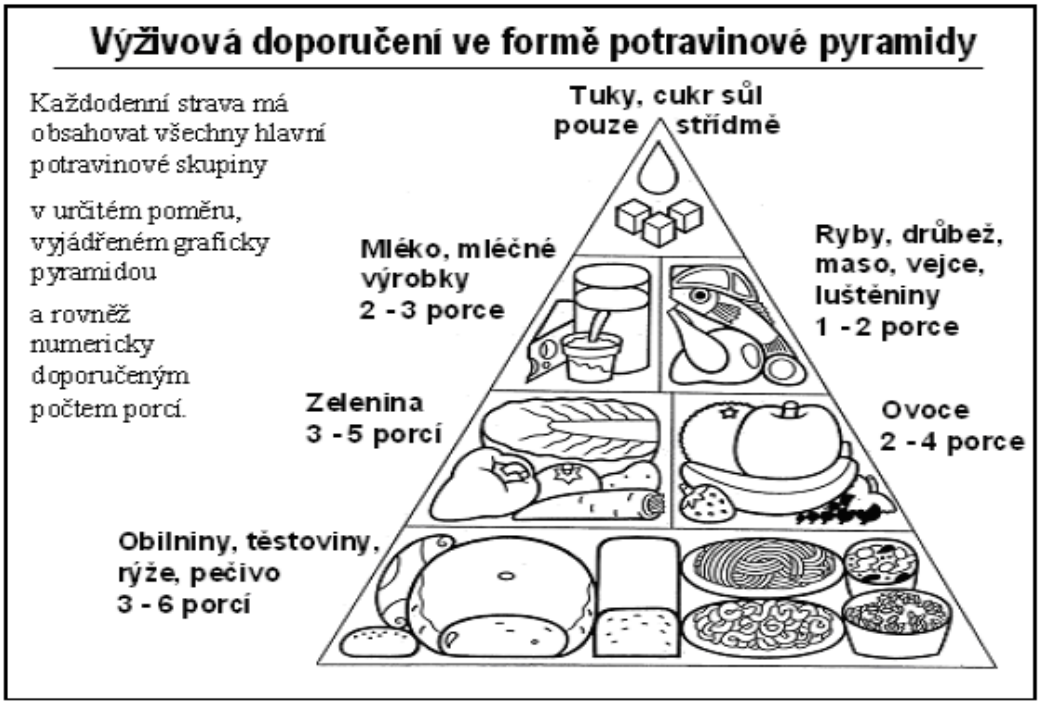
1.3 Popis zásadních faktorů, ovlivňujících lidské zdraví.

1.3.1 Výživa

Žádná potravina, 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 **(5).**

Potravinová pyramida výživy ukazuje, co všechno by naše strava měla obsahovat a zároveň v jakých poměrech – čeho by mělo nejvíce, čeho naopak méně. Pokud si člověk zařazuje do stravy jednotlivé potravinové skupiny podle tohoto jednoduchého vodítka, má v podstatě zaručeno, že jeho strava obsahuje v dostatečném množství vše, co je pro zdraví žádoucí, a zároveň neobsahuje příliš mnoho těch složek, které při nadměrném přísunu zdraví neprospívají **(5).**

Obrázek 1.



Komponenty výživy

Výživová hodnota stravy je dána obsahem základních živin – proteinů, lipidů a sacharidů (bílkovin, tuků a cukrů), vitamínů, minerálů, vody a dalších látek nutných pro zajištění správné funkce lidského organismu.(**6)**

Proteiny

Bílkoviny patří společně s tuky a sacharidy k hlavním živinám. Jsou součástí všech buněk organismu a musí být neustále doplňovány. Obsahují uhlík, vodík, kyslík a dusík, mnohé i síru a fosfor, případně kovově prvky. Bílkoviny jsou jediným zdrojem dusíku a síry, které nejsou obsaženy v ostatních živinách. Zatímco tuky se mohou v těle tvořit ze sacharidů a sacharidy z bílkovin, tvorba vlastních bílkovin je závislá výhradně na jejich příjmu potravou. Bílkoviny se skládají z 24 aminokyselin, z toho je 9 esenciálních. Aminokyseliny rozdělujeme na esenciální, které si tělo nedovede vytvořit samo 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. Jako zdroj energie jsou bílkoviny méně důležité než ostatní živiny, neboť v dobře sestavené stravě hradí obvykle jen 10 až 15 % energie. Za patologických stavů při nedostatečném energetickém příjmu dochází k odbourávání proteinů a využívání vzácných aminokyselin k tvorbě energie (glukoneogeneze). Bílkoviny jsou hlavní stavební složkou podpůrných orgánů a svalstva. Plní rovněž řadu fyziologických funkcí (ve formě hormonů, enzymů a protilátek). V současné výživě je obvykle více než dostatečné množství bílkovin. Bílkoviny získáváme zejména z živočišné potravy (maso, mléko a mléčné výrobky), mající větší zastoupení všech esenciálních aminokyselin na rozdíl od bílkovin rostlinného původu, jsou však často provázeny vysokým obsahem nasycených tuků. Zdrojem rostlinných bílkovin jsou hlavně luštěniny a obiloviny. **(7)**

Lipidy

Tuky jsou nejbohatším zdrojem energie – z 1 g tuku získá organismus 37,7 kJ (9 kcal) energie, umožňují vstřebávání vitamínů A, D, E, K, tyto vitamíny se podílejí na tvorbě hormonů, na správné funkci mozku, kůže a (nevíme) mnoha dalších nepostradatelných činnostech. Nelze je tedy ze stravy zcela vyloučit. Denní energetickou potřebu organismu by neměly tuky krýt z více než 30 %. 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 směsicí 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.(**6)**

Sacharidy

Sacharidy jsou nejrychlejším zdrojem energie, zejména jednodušší cukry (1 g sacharidů = 16,7 kJ energie – 4 kcal), pomáhají udržet tělesnou teplotu, jsou významnou stavební složkou pro buňky. Dělí se na jednoduché (např. sacharóza) a složené – polysacharidy (např. škrob). Sacharidy, zejména jednoduché, jsou POUZE zdrojem energie, (nevíme) neobsahují žádné potřebné látky. Sacharidy by se na denním energetickém příjmu měly(nevíme) podílet 55 – 60%. Z toho by energetický příjem z cukrů měl být nejvýše 10%. Nejznámějším polysacharidem je škrob. Jeho hlavním zdrojem jsou obiloviny a výrobky z nich (pečivo, těstoviny, rýže, brambory). (**6**)

Nestravitelé sacharidy – vláknina

Patří do skupiny sacharidů, pochází z rostlinných potravin, které organismus nedokáže strávit. Mechanickým působením povzbuzuje správnou funkci střev a podporuje tak zažívání. Pokrývá sliznici střev a chrání ji tak před působením škodlivých látek, snižuje(nevíme) její schopnost vstřebávat škodlivé látky (např. cholesterol). Její denní příjem je zpravidla nedostatečný. Vláknina je v zelenině, ovoci, celozrnném pečivu, ovesných vločkách a luštěninách. Doporučený denní příjem u dospělého člověka je 25 – 30 g.**(6)**

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 (**7**). Téměř všechny potraviny obsahují některé z vitamínů. Vitamíny jsou rozpustné ve vodě (C, skupina B) a rozpustné v tucích (A,D,E,K,). To 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.

Vitamínové doplňky mají smysl u osob, které z nějakého důvodu nepřijímají dostatek zeleniny a ovoce, pijí pravidelně alkohol, kouří,…(**8**).

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 spotřeba je uváděna v mikrogramech **(9).**

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 střádá v těle v průběhu dětství a dospívání,vytváří se tak jeho zásoba. Postupem času dochází k jeho přirozenému úbytku z kostí. Ubývání vápníku může vést v pozdní dospělosti k osteoporóze, zejména u žen, osteomalacii. Nadbytek vápníku z potravy nehrozí (**9)**.

Voda

Voda je v každé tělesné buňce, zajišťuje správnou látkovou výměnu. Její obsah v různých tkáních je rozdílný. Množství vody v těle závisí na věku a skladbě těla. U většiny dospělých osob zabírá voda asi 60 % tělesné hmotnosti a 70 % aktivní tělesné hmoty. S postupujícím věkem obsah vody v těle klesá, zatímco po narození je její podíl 75 %, ve stáří už jen 50 %. 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 (7). Vhodné zdroje tekutin jsou voda, ovocný neslazený čaj, přírodní ovocné šťávy, zdrojem vody jsou i potraviny (cca 0,5 l/den). Doporučený denní příjem tekutin je minimálně 2-2,5 l.(**6**)

1.3.2 Stres

Stres (angl. stress = zátěž) je stav živého organismu, kdy je tento organismus vystaven nepříznivým životním podmínkám (stresorům), a jeho následné obranné reakce, které mají za cíl zachování homeostázy a zabránit poškození nebo smrti organismu.

Stres v medicíně

Stres můžeme definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepřijatelný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními. Podle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Jinými slovy, stres je stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž – fyzickou nebo psychickou. Při stresu se uplatňují obranné mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí.

Druhy stresu:

Eustres – pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům.

Distres – nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění.

Psychické reakce na stres

Psychické reakce zahrnují přizpůsobení, úzkost a depresi. Pokud stres vede k vyšším psychickým nebo fyzickým výkonům, jedná se o eustres. Tento druh stresu patří k hlavním motivačním prvkům lidského konání. Pokud ovšem působení stresu trvá příliš dlouho nebo přesáhne určitou mez (distres), může vést k rozhodnutím, jejichž důsledkem je úzkostné (únik) nebo depresivní (ústup) chování.

Fyzické reakce na stres

Mozek, který vyhodnocuje zátěž, řídí nejen chování, které má za cíl tuto zátěž překonat, ale zároveň vyvolává v těle fyziologické reakce umožňující krátkodobě aktivovat rezervy pro útěk nebo boj.

Stresová reakce organismu je řízena dvěma mechanismy*:*

Nervové řízení - stimuluje se činnost sympatiku, tj. jedné ze složek vegetativního nervstva, které neovládáme svojí vůlí. Neuromediátorem, tedy látkou, která přenáší nervové impulsy sympatiku na výkonné orgány, je noradrenalin (norepinefrin). Druhá složka vegetativního nervstva, parasympatikus, má převládající vliv v organismu, neboť řídí životně důležité funkce. Poměr vlivu sympatiku a parasympatiku na vnitřní orgány závisí na tom, zda je organismus v klidu, nebo podává nějaký výkon.

Hormonální řízení - mozek aktivuje osu hypothalamus – hypofýza – nadledviny. Hypothalamus je část mozku, kde se nacházejí různá řídící centra, mj. kontroluje i hladinu různých hormonů v krvi. Je-li to potřeba, vysílá chemické signály do podvěsku mozkového (hypofýzy), který reaguje vyplavením hormonů přímo ovlivňujících činnost jiných žláz s vnitřní sekrecí. V případě stresové reakce je stimulována činnost nadledvin. Dřeň nadledvin uvolní do krve adrenalin (epinefrin), který je strukturálně podobný noradrenalinu a má i podobné (i když ne úplně stejné) účinky. Kůra (cortex) nadledvin produkuje steroidní hormony, tzv. glukokortikoidy – kortizol a kortizon, které hrají důležitou roli v regulaci metabolismu. Adrenalin a glukokortikoidy se řadí mezi tzv. stresové hormony (obvykle se mezi nimi uvádí i noradrenalin, který však není hormon, ale přenašeč nervových vzruchů – neuromediátor). Zvýšená činnost sympatiku a stresové hormony ovlivní činnost většiny orgánů v těle. V případě reakce typu „útěk nebo boj“ je tedy potřeba dodat živiny a energii do svalů a dalších orgánů, které mají podat zvýšený výkon. Proto se zvyšuje jejich prokrvení, a naopak se odvádí krev např. z trávicího ústrojí a omezuje se jeho činnost. Stres stimuluje i srdeční činnost a zvyšuje krevní tlak, a to právě kvůli zabezpečení dostatečné distribuce živin krevním oběhem. Dochází k uvolnění energetických zásob organismu, v prvé řadě odbouráváním zásobního polysacharidu glykogenu („rychlý zdroj“ energie), z něhož se do krve uvolňuje glukóza – hlavní zdroj energie. Později se pak využívají tukové zásoby („na horší časy“).

Popsaná obranná reakce je náročná na energii a vyčerpává rezervy organismu. Může tedy být pro organismus užitečná, je-li krátkodobá. Vyžaduje následný odpočinek pro regeneraci a pro doplnění energetických zásob.

Psychosomatická onemocnění

Výše uvedené změny nejsou samozřejmě úplným výčtem toho, co se děje v organismu při stresu. Z výše popsaného však vyplývá, že stresová reakce vede k aktivaci mechanismů, které umožňují krátkodobě podávat vysoké výkony v případě nebezpečí, což je dáno využitím rezerv organismu. Tato účelná reakce umožňuje přežití jedince v přírodě. Stejná reakce se však spouští i v případě, že moderní člověk je vystaven psychickým tlakům, které nejsou skutečnou hrozbou pro fyzickou existenci. Způsob života často vede k tomu, že člověk nemůže na stres reagovat bojem nebo útěkem. Pokud není schopen psychický tlak z různých důvodů zvládnout, přechází do stadia distresu, kdy původně užitečné obranné mechanismy začnou tělu škodit. Dlouhodobé psychické problémy právě tímto mechanismem vyvolávají různé zdravotní obtíže, které nejprve přispívají ke snížené kvalitě života. Později se podílejí na rozvoji onemocnění, která představují reálné nebezpečí ohrožení života.

Onemocnění, na jejichž vzniku se podílí psychická nepohoda, se souhrnně nazývají psychosomatická, což vystihuje fakt, že stav duše (psyché) a těla (soma) se vzájemně ovlivňují.

Obvyklé stresové faktory (stresory)

Následující výčet faktorů vyvolávajících stres není ani nemůže být úplný. Běžnými stresory v životě jsou:

- **fyzikální faktory:** prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota atd.;
- **události:** narození dítěte, úmrtí, únos, znásilnění, válka, setkání, sňatek, rozvod, stěhování, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání, ztráta životní role aj.;
- **zodpovědnost:** nezaplacené účty, nedostatek peněz aj.;
- **práce nebo škola:** zkoušky, dopravní špička, termíny úkolů (deadlines) aj.;

- **osobní vztahy:** konflikt, nevěra, zklamání, týrání;
- **životní styl:** přejídání, nezdravé složení stravy, kouření, nadměrné pití alkoholu, nedostatek spánku aj.;
- **věk:** Přestože se to nezdá, věk je významným stresovým prvkem. Někteří lidé se obtížně vyrovnávají s faktem, že stárnou. Zajímavé je, že ženy trpí stresem ze stárnutí (a hlavně jeho negativními dopady na zevnějšek) obvykle ve věku mezi 30-40 lety, zatímco u mužů přichází tato frustrace v pozdějším věku a je spojena s méně viditelnými projevy stárnutí (například již nedokážou dělat to, co dříve).

Vystavení stresu v raném věku může trvale zvýšit odpověď na stres, např. u týraných a zneužívaných dětí;

Důsledky dlouhodobého působení stresu:

V dnešní době vlastně podstupujeme simulované stresové situace, které nevedou k ohrožení života, ale naše psychika je tak chápe, a právě proto spouští celou řadu těchto život zachraňujících mechanismů. Ale pokud se tyto situace neustále opakují a přetrvávají, dochází z krátkodobějšího hlediska ke „ztuhnutí svalů“. Častý psychický stres je jednou z příčin vysokého tlaku (hypertenze). Tím se dostáváme k dnešní nejrozšířenější civilizační nemoci a tou je ICHS (ischemická choroba srdeční), jejímž asi nejobávanějším projevem je infarkt myokardu. Stres také působí sníženou odolnost žaludeční sliznice k vnějším vlivům, snížením prokrvení sliznice, a to může vyústit v tzv. stresový vřed žaludku.

Zvládání stresu:

Stres jako takový se dá řešit jedině snahou o odstranění jeho příčin. Léky nebo potravní doplňky mohou pomoci zvládnout některé průvodní obtíže (depresivní nebo úzkostné stavy apod.). Za určitých okolností mohou být užitečnými pomocníky při překonávání těžké životní situace.

Každodenní stres se lidé snaží zvládat různými způsoby, které mj. zahrnují fyzické cvičení, různé relaxační techniky, meditace atd**.(10)**

1.3.3 Kouření

Kouření - vdechování tabákového kouře, jímž se do organismu dostává mnoho různých chemických látek schopných dalších reakcí, které mají negativní účinky na lidský organismus**.(13)**

Složení tabákového kouře

Je mezi nimi kolem stovky kancerogenů, tedy látek způsobujících rakovinu (63 prokázaných kancerogenů, dalších cca 40 látek nějakým způsobem ke vzniku rakoviny přispívajících). Dnešní cigarety obsahují kolem 700 aditiv, tedy látek přidaných z různých důvodů - kvůli lepšímu vstřebávání nikotinu, ladnému vinutí kouře nebo udržení popela na nedopalku. Tabákový kouř je dynamickým komplexem více než 4000 plynných (92%) i hmotných (8%) látek. Obsahuje 64 karcenogenů, z nichž IARC (International Agency for Research on Cancer) určila 11 jako prokázaných lidských karcenogenů, 6 pravděpodobných a 46 možných lidských karcenogenů (IARC, 1988-1996), např. dibenzantracen, benz-a-pyren, dimetylnitrosamin, dietylnitrosamin, NNK (metylnitrosamino-butanon), NNN (nitrosonornikotin), vinylchlorid, hydrazin, arzén). Další jsou mutageny, alergeny, toxické látky. Důležitý je i vysoký obsah oxidu uhelnatého (běžně 5-10% COHb u kuřáků), zejména v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními: cigarety s nižším obsahem dehtů mohou sice nepatrně snížit riziko např. epidermoidní rakoviny plic, ale riziko kardiovaskulárních onemocnění zůstává stejné**.(11)** V tabákovém kouři je i cca 700 aditiv, tedy látek přidaných z různých důvodů - kvůli lepšímu vstřebávání nikotinu, ladnému vinutí kouře nebo udržení popela na nedopalku. **(12)**

Nikotin - návykový jed, zrychlující srdeční puls a způsobující dočasné zvýšení krevního tlaku. Zvyšuje rovněž riziko krevních sraženin. Pří spalování tabáku vzniká jedovatý oxid uhelnatý. Vdechování kysličníku uhelnatého výrazně snižuje množství kyslíku, které je krev schopna dodávat srdci a celému tělu. Pokud tedy člověk kouří, musí se jeho srdce daleko víc namáhat a zároveň se méně okysličuje.

Princip závislosti na tabáku

Kouření je naučené chování, které si kuřák pravidelně několikrát denně po mnoho let procvičuje, tedy je "dobře umí". Začíná závislostí psychosociální, po určité době (dané geneticky) se přidává závislost fyzická (drogová).

Psychosociální závislost na tabáku nesouvisí s chemickým složením cigaret. Je to potřeba v určité situaci nebo společnosti mít v ruce cigaretu a manipulovat s ní. Jedná se o závislost na cigaretě jako takové (předmět).

Fyzická (drogová) závislost na nikotinu se objeví u většiny kuřáků (60 - 80 %), snadnost jejího vzniku je dána stavbou receptorů v mozku, je asi z 50 % dědičná. Nikotin je klasická droga podobná heroinu, amfetaminu, kokainu či jiným drogám. Proto je obtížné se jí zbavit.

Abstinenční příznaky z nedostatku nikotinu se objevují řádově po hodinách a jsou to především:

- touha po droze (bažení, lačnění)
- nervozita
- neschopnost soustředění
- neschopnost odpočívat
- podrážděnost, frustrace, zlost
- špatná nálada, deprese
- zvýšená chuť k jídlu, zácpa

Pasivní kouření

Hořící cigareta vydává dva druhy kouře. Hlavní část kouře, který kuřák vdechuje, je filtrována cigaretovým filtrem, avšak část kouře vycházející z konce hořící cigarety uniká přímo do vzduchu. Jelikož však tento kouř není filtrován, a obsahuje proto vyšší koncentrace škodlivin než kouř vdechovaný kuřákem, představuje potenciální nebezpečí i pro nekuřáky, zejména je-li člověk jeho působení vystaven delší dobu.

Děti, které jejich rodiče kuřáci vystavují působení cigaretového kouře, jsou daleko náchylnější k chorobám horních cest dýchacích, zápalu plic, rakovině plic a bronchitidě. Děti kuřáků mají rovněž tendenci začít také kouřit. **(12)**

Rizika kouření:

Hrozí rakovina plic (20-25×vyšší pravděpodobnost), rtu, jazyka, hrtanu, hltanu, jícnu, močového měchýře (papilokarcinom), krve (leukémie), žaludku a střev, slinivky**,** prsů **,** atd.

Další nemoci

- nedokrvenost srdce (ischemická choroba srdeční), častější výskyt infarktu myokardu, ateroskleróza obecně, Buergerova choroba
- emfyzém plic (vymizení mezisklípkových sept). V některé literatuře se uvádí i vyšší četnost aortálního aneurysmatu (výduť, rozšíření srdečnice, (nevíme) které může v nejhorším případě vést k protržení aorty(nevíme) a vykrvácení "dovnitř" u kterého nelze člověka absolutně zachránit)
- relativní pravděpodobnost získání plicní rakoviny u mužů kuřáků je při 11-20 cigaretách za den 19%, při 21-34 cigaretách za den pak už celých 31,2% a při 35 cigaretách za den a více je to celých 43%
- snížená fertilita (plodnost) a neschopnost erekce u kouřících mužů ve vyšším věku
- vznik v medicínských kruzích nyní značně studovaných a stále více obávaných kyslíkových radikálů (ty vyvolávají poškození metabolismu cukrů, tuků, bílkovin a genetické informace v těle)
- choroby trávicího ústrojí (např. vředy - pravděpodobně v důsledku nedokrvení žaludeční sliznice)
- zhoršený sluch (zhoršená oprava sluchových vláskových buněk - potvrzeno z několika zdrojů!)
- jen u 1 z 10 kuřáků se vyvine nádor. Avšak 9 z 10 kuřáků umírá na následky kouření

- diabetici a kouření = zvýšená pravděpodobnost vzniku retinopatie (pošk. sítnice oka) a poškození ledvin
- vliv na psychiku - kuřáci jsou častěji v depresi
- dvojnásobná pravděpodobnost vzniku lupénky než u nekuřáka
- uvádí se, že za vznik rakoviny plic, emfyzému a nemocí srdce je spoluodpovědná kyselina křemičitá
- jasně je prokázána souvislost se vznikem rakoviny. Když byla oholená kůže myší stále potírána dehtem, vznikaly na kůži často kožní nádory (Patologie, Bednář)
- Což teprve na bronchu, kde není ani žádná ochranný obal v podobě povrchové vrstvy kůže
- kuřák onemocní roztroušenou sklerózou (sclerosis multiplex) 3× častěji než nekuřák

Kuřáctví je zařazeno jako nemoc a jeho diagnóza je pod číslem F-17 (drogová závislost). Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku.
31. květen je světový den nekouření **(13)**

1.3.4 Alkohol a ostatní drogy

Alkohol je sloučenina vznikající, kvašením cukru. Chemická látka, která je tím intoxikujícím prvkem v pivu, vínu, lihovinách, je ethylalkohol (ethanol**).(15)**

Alkoholické nápoje (zkráceně nazývané alkohol) se vyznačují různě vysokým obsahem ethanolu. Jejich požití způsobuje v menších dávkách (v závislosti na metabolismu jedince) uvolnění a euforické stavy, ve větších dávkách útlum, nevolnost až otravu.

Jejich soustavným požíváním v nadměrné míře se může vyvinout (jak duševní tak i tělesné) onemocnění – alkoholismus. Naopak v přiměřené míře můžou některé alkoholické nápoje (např. víno) organismu prospět. **(14)**

Alkohol se zdá být méně nebezpečnou látkou než ve skutečnosti je, protože je obecně tolerován, jeho užívání je sice omezeno některými zákonnými úpravami, nicméně je v našich zemích pro většinu populace legálně dostupný. Má to mnoho příčin. Ty se týkají jednak historie užívání, kdy dějiny pití alkoholu jsou neodmyslitelně spojeny s dějinami lidstva a je typické spojení užívání alkoholu se společenskými událostmi, v minulosti i současnosti. Alkohol má ve společnosti pevné místo a nelze ho jednoduše vykázat. Také jde o účinky a způsob užívání alkoholu. Stav po užití alkoholu je víceméně neměnný, předvídatelný. Látku v podstatě nelze užívat injekčně, takže tím odpadá nejméně bezpečný způsob aplikace. ***Nicméně co se týče návykového potenciálu a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že jeho užívání je všeobecně tolerováno nebo dokonce podporováno.***

Alkohol v Evropě: Z pohledu veřejného zdraví

V roce 2006 zpracoval britský Institut alkoholových studií pro Evropskou komisi zprávu „Alkohol v Evropě z pohledu veřejného zdraví“ (Alcohol in Europe: A Public Health Perspective). Zpráva shrnuje poznatky o rozsahu užívání alkoholu v evropských zemích, zdravotní, sociální a ekonomické dopady konzumace alkoholu, alkoholovou politiku na evropské úrovni i v jednotlivých zemích a poznatky o efektivní alkoholové politice.

Zpráva *Alkohol v Evropě: Z pohledu veřejného zdraví* je rozdělena do následujících kapitol:

1. Alkohol a Evropa

Kapitola shrnuje historii alkoholu v evropských zemích a dostupné informace o jeho konzumaci v průběhu staletí. Alkohol se v Evropě produkuje a konzumuje již po tisíce let a alkoholické nápoje se často používaly také jako lék. Pojetí „alkoholismu" jako nemoci se postupně začalo vyvíjet v průběhu 19. století, kdy byly v mnoha evropských zemích budovány domy pro léčbu „alkoholiků". V posledních letech při diskusích o problémech spojených s alkoholem získalo dominantní postavení pojetí „veřejného zdraví", které umožňuje širší diskusi místo zaměřování se na úzkou skupinu alkoholiků.

2. Alkohol a evropská ekonomika

Čtvrtina celosvětové produkce alkoholu pochází z Evropy, na obchodech s alkoholem se Evropa podílí 70 %. Ekonomická úloha odvětví výroby alkoholických nápojů je v evropských zemích významná – výroba alkoholu je spojena s velkým množstvím pracovních míst, jeho výroba a prodej přináší významné příjmy do rozpočtů prostřednictvím spotřební daně. Celkové hmotné náklady na alkohol v EU v roce 2003 se odhadovaly ve výši 125 mld. EUR (79-220 mld. EUR), což odpovídá 1,3 % HDP. Kromě toho nehmotné náklady (v souvislosti se zdravotními obtížemi, zraněními a ztracenými životy, a to jako důsledek škod zaviněných alkoholem v oblasti kriminality, zdraví atd.) se v roce 2003 odhadovaly na částku 270 mld. EUR.

3. Konzumace alkoholu v Evropě

EU je regionem s největší spotřebou alkoholu na světě, současná spotřeba odpovídá 11 litrům čistého alkoholu na 1 dospělou osobu za rok. Téměř polovina tohoto množství je konzumována ve formě piva (44 %), na víno připadá 34 % a na destiláty 23 % spotřeby. Zatímco občané severských a středoevropských států konzumují převážně pivo, občané jihoevropských států konzumují ve větší míře víno; přibližně 40 % konzumace alkoholu

se odehrává ve spojení s odpoledním či večerním jídlem. Závislých na alkoholu je přibližně 23 milionů Evropanů (5 % mužů, 1 % žen).

4. Vliv alkoholu na jednotlivce

Alkohol zvyšuje riziko výskytu řady škod, a to v závislosti na jeho dávkách, tj. čím vyšší je konzumace alkoholu, tím vyšší je riziko. Alkohol je příčinou přibližně 60 různých typů onemocnění a zdravotních potíží, včetně úrazů, psychických poruch a poruch chování, gastrointestinálních onemocnění, rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, imunologických poruch, plicních onemocnění, kosterních a svalových onemocnění, poruch plodnosti a ohrožení těhotenství se zvýšeným rizikem předčasného porodu a nízké porodní váhy novorozence.

5. Dopad alkoholu na Evropu

Kromě zdravotních dopadů má konzumace alkoholu dopady i sociální. Téměř tři čtvrtiny dospělých osob uvedlo, že se v minulém roce dostalo při pití alkoholu do rvačky. Ekonomické náklady trestných činů zaviněných alkoholem se odhadují v roce 2003 v EU na 33 mld. EUR. Škody na majetku v důsledku řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu se odhadují na 10 mld. EUR, zatímco nehmotné náklady na fyzické a psychické následky trestné činnosti byly odhadnuty na 9-37 mld. EUR. Alkohol má v EU každý rok za následek 195 000 úmrtí, při hodnocení dopadu alkoholu při použití ukazatele doby trvání života snížené o roky pracovní neschopnosti (tzv. Disability-Adjusted Life Years; DALY) se tento problém zmenšuje a ukazuje se, že alkohol má za následek předčasné úmrtí a invaliditu u 12 % mužů a 2 % žen. Vliv alkoholu na zdraví lidí je viditelný v řadě oblastí, ročně má za následek 17 000 úmrtí v důsledku dopravních nehod (1 ze 3 veškerých silničních dopravních nehod s následkem smrti), 27 000 úmrtí následkem úrazu, 2 000 vražd (4 z 10 veškerých vražd a zabití), 10 000 sebevražd (1 ze 6 veškerých sebevražd), 45 000 úmrtí v důsledku cirhózy jater, 50 000 úmrtí následkem rakoviny, 17 000 úmrtí v důsledku neuropsychiatrických obtíží, a 200 000 záchvatů deprese (které mají za následek 2,5 milionu DALY).

6. Evaluace opatření alkoholové politiky

Účinnost politik, které podporují vzdělávání, komunikaci, výchovu a veřejnou informovanost, je malý. Ačkoli pokrytí vzdělávacích programů ve školách je vysoké, dopad těchto programů na celkovou populaci má omezenou nebo nulovou efektivitu. Existují doporučení, jak lze účinnost těchto školních programů zvýšit. Na druhé straně programy ve sdělovacích prostředcích a dalších médiích hrají nezanedbatelnou roli ve zvýšení informovanosti veřejnosti o problémech způsobovaných konzumací alkoholu. Vysoce efektivní jsou opatření regulující řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu. Existují vědecky ověřené informace o vysoké efektivitě politik zaměřených na regulaci trhu s cílem snížit rizika působená alkoholem – pozitivní dopady se ukázaly v případě zvyšování daní, omezování prodejní doby, regulace reklamy na alkoholické nápoje, zvyšování minimální věkové hranice pro legální nákup alkoholu a krátké intervence v primární péči.

7. Evropská a světová alkoholová politika

Aktivním orgánem v oblasti regulace spotřeby alkoholu je Světová zdravotnická organizace
(WHO), jejíž evropská kancelář zodpovídá za několik iniciativ zaměřených na snížení škod spojených s alkoholem v 52 členských státech. Tyto iniciativy zahrnují Rámec politiky omezování spotřeby alkoholu v evropském regionu, Evropskou chartu o alkoholu a dvě konference ministrů, které potvrdily potřebu vytvoření politiky omezování spotřeby alkoholu (a všeobecně ochrany veřejného zdraví) bez jakéhokoli vměšování ze strany zástupců obchodní nebo výrobní sféry.

8. Alkoholová politika v jednotlivých evropských státech

Každý stát EU má implementováno množství zákonů a dalších nástrojů vyčleňujících alkohol z ostatního zboží obchodovaného na jejich území, často v zájmu veřejného zdraví. Navzdory tomu nemá téměř polovina států EU dosud vypracován akční plán nebo koordinační orgán pro tuto oblast, a pokud takový plán existuje, jedná se o programy zaměřené jen na jeden z aspektů politiky. Z nich jsou v Evropě nejobvyklejší

školní vzdělávací programy. Všechny státy mají také určitou formu omezení řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu, většina států má zavedený systém licencování prodejen s alkoholickými nápoji, omezení prodejní doby a zákaz prodeje alkoholu mladistvým. Prozatím nejméně je regulován marketing alkoholických nápojů a sponzorství sportovních a kulturních akcí. Daňové zatížení alkoholu se mezi jednotlivými zeměmi významně liší. **(16)**

Drogy

I. Tvrdé a měkké drogy

Asi nejznámější dělení na drogy *tvrdé* a *měkké* se vztahuje k riziku, které se pojí s jejich užíváním. Někdy se také mluví o *drogách s akceptovatelným rizikem* a *drogách, u kterých je riziko spojené s jejich užíváním příliš velké, tedy neakceptovatelné.* Zjednodušeně lze říci, že čím je droga „tvrdší", tím větší poškození je schopna vyvolat.

Nejvážnější a nejčastěji popisované je *poškození v oblasti zdravotní* - míněno je tělesné i duševní zdraví.

Některé drogy jsou velmi rizikové již při jednorázovém užití. Jako příklad je možné jmenovat LSD nebo psylocibin (lysohlávky), u kterých i jednorázové užití může vyvolat vážnou duševní poruchu.

U heroinu, morfinu, durmanu, toluenu a některých dalších látek může snadno dojít k smrtelnému předávkování již při prvním užití drogy. Na předávkování v případě prvouživatelů se podílí jejich nezkušenost a špatný odhad dávky, kterou mohou užít. Tímto rizikem je zatížen i alkohol, i když pravděpodobnost je mnohem menší, protože vysoká dávka alkoholu vyvolá silnou nevolnost a intoxikovaný alkohol vyzvrátí.

U heroinu a ostatních látek ze skupiny opioidů dochází relativně rychle k rozvoji tělesné závislosti (relativně rychle znamená řádově několik měsíců od prvního užití).

U alkoholu je rizikový jeho mechanismus účinku; ten s sebou nese vážné poškození nervového systému, které se naštěstí vyvíjí relativně pomalu. Abstinenční syndrom (nebo lépe syndrom z odnětí) u závislosti na alkoholu může být smrtelný. Alkohol je také nejčastější iniciační droga.

Rizika a škody spojené s užíváním drog je třeba vidět nejen ve zdravotní oblasti, ale i *v oblasti sociální*. Uživatelé drog totiž velmi často nejsou schopni se vyrovnat se sociálními nároky života a selhávají ve škole, v práci, hroutí se jim rodinné vztahy, ztrácejí přátele … Nakonec se uzavírají do komunity jedinců, kteří jsou stejně postiženi, a návrat do „normální" společnosti je velmi obtížný, v některých případech téměř

nemožný. Sociální poškození tak uzavírá bludný kruh, ve kterém se uživatel pohybuje; pocit vyděděnosti a odmítavé chování okolí ztěžuje kontakt se zdravotnickými službami, což s sebou nese výraznější zdravotní rizika a škody. Výše uvedený popis se týká dlouhodobých uživatelů, u kterých je možné diagnostikovat alespoň počínající závislost; neplatí tedy pro jednorázové užití nebo krátkodobé experimenty.

II. Dělení podle převládajícího účinku

Drogy se podle převládajícího účinku dělí do několika skupin:

1. **Tlumivé (narkotické) látky vyvolávají útlum nervového systému.**

Menší a středně silné dávky navozují pocit euforie a často mizí nepříjemné emoce jako je strach a pocit psychického napětí.

Pokud je dávka příliš vysoká, může dojít k potlačení aktivity dechového centra a k zástavě dýchání.

Nejznámějšími zástupci této skupiny jsou látky odvozené od morfia, tj. opioidy (morfium je hlavní alkaloid opia – zaschlé šťávy z nezralých makovic). Mají silný analgetický (protibolestivý) a euforizující účinek. Do skupiny opioidů patří heroin, metadon, kodein, buprenorfin (Subutex®).

Druhou velkou skupinou jsou benzodiazepiny – léky, které jsou v lékařství užívány jako léky proti strachu, a léky se sedativním (zklidňujícím) a hypnotickým (spánek navozujícím) účinkem. Nejznámějšími zástupci jsou diazepam (Valium®, Seduxen®, Apaurin®), flunitrazepam (Rohypnol®), alprazolam (Neurol®, Xanax®).

Mezi narkotika patří mnohé další látky, např. barbituráty a alkohol.

2. **Stimulační látky zvyšují aktivitu duševní i tělesnou.**

Menší a středně silné dávky vyvolávají pocity síly a energie, intoxikovaný je na první pohled plný energie, neposedí, často je hovorný.

Vysoké dávky mohou navodit halucinace a ztrátu kontaktu s realitou (tzv. toxická psychosa), mohou vést také k srdečnímu selhání nebo jiným tělesným komplikacím.

Nejznámějšími zástupci jsou pervitin a kokain, do této skupiny patří i některé léky - metylfenidát (Ritalin®), phenmetrazin (Fennmetrazin®), …

3. **Halucinogeny, nebo psychedelika** mohou vyvolat asi nejvýraznější změnu vnímání reality. Velmi záleží na okolnostech užití. V přátelském prostředí a v dobrém duševním stavu bývá intoxikace velmi příjemná, pokud je droga užita za nevhodných okolností, přichází děsivá noční můra (tzv. špatný trip), která může vést k trvalému duševnímu poškození.

Po nižších dávkách dochází ke zostřenému vnímání – barvy se jeví obzvlášť krásné a mnohem barevnější, hudba rozeznívá celé tělo, apod. Střední dávky mohou vyvolat halucinatorní prožitky, linie předmětů v okolí se mění, neživé předměty ožívají a promlouvají k uživateli naléhavým hlasem. Mnozí mají pocit, že chápou samotnou podstatu bytí. Při vysokých dávkách dochází k úplné ztrátě kontaktu s realitou. Osobnost intoxikovaného se rozkládá.

Látky této skupiny můžeme rozdělit na relativně slabé, kdy pravděpodobnost náročné intoxikace s dlouhodobými následky je malá. Typickými zástupci jsou kanabinoidy (produkty z konopí – hašiš a marihuana).

Látky s razantním efektem mohou i při opatrném dávkování navodit těžkou duševní poruchu – sem patří LSD, psylocibin (lysohlávky), ibogain. (**17)**

2. Cíl práce a hypotézy

V dotazníkovém šetření jsem se pokusila zjistit, jak jsou na tom lidé a jejich životní styl. Zajímala jsem se o to, jak jedí, jestli kouří, jak jsou na tom s pohybovou aktivitou a ptala jsem se na jejich handicapy a pozitiva v oblasti zdravého životního stylu. V teoretické části jsem se zabývala oblastmi zdravého životního stylu a doporučení v tomto směru.

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zmapovat životní styl lidí v Jihočeském kraji a vzájemně porovnat dvě skupiny obyvatel a to sice skupinu obyvatel s vyšším(maturita a vyšší) vzděláním a skupinu obyvatel se základním vzděláním(lidé se základním vzděláním či lidé bez maturity).

2.2. Hypotézy:

a) Ženy se obecně stravují lépe než muži.
b) Mezi lidmi se základním vzděláním je vyšší procento kuřáků než mezi lidmi s vyšším vzděláním.
c) Ženy se obecně více zajímají o svůj životní styl a investují do něj více prostředků(finance, čas věnovaný zdraví prospěšným aktivitám-fyzické cvičení, sporty, léčebné kůry, atp.) než muži.

3. Metodika

Pro bakalářskou práci jsem vybrala kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat byl mnou vytvořený dotazník (příloha 1). Respondenti byli vybráni na základě účelového výběru – Caravan testu, byli to muži a ženy pracující v Jihočeském kraji. Vzorek reprezentuje mou rodinu, známé a členy jejich rodiny, spolupracovníky a jejich rodiny, zaměstnance firmy Polari s.r.o. a zaměstnanci v DOC Merkury.

3.1 Metodika práce

Metody, kterých jsem použila k vypracování této práce:

1. prostudování odborné literatury
2. práce s internetem
3. dotazníkové šetření a následné vyhodnocení.

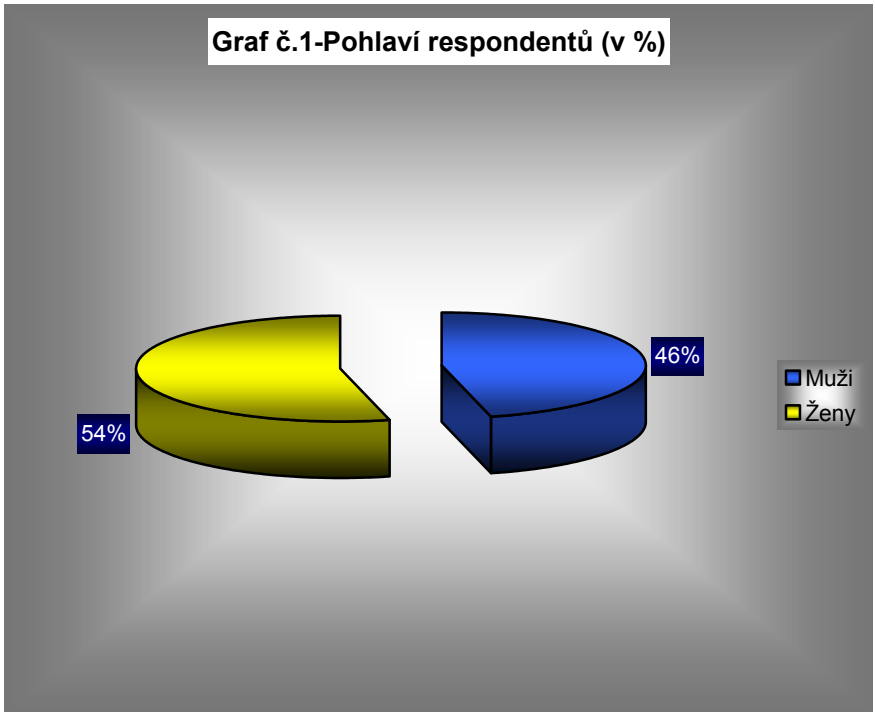
V dotazníku byly použity tyto typy otázek – uzavřené, otevřené a filtrační. Dotazník obsahoval 25 otázek. První 3 otázky sloužily k identifikaci zkoumaného vzorku. Otázky 4 – 8 byly zaměřeny na stravu. Otázky 9 – 14 se věnovaly kouření. Otázky 15-17 se vztahovaly k pohybu a otázky 18-25 se zabývaly časem a penězi věnované zdraví.

Pro vyhodnocení práce byly použity koláčové a sloupcové grafy, které jsou zpracovány v programu Microsoft Excel, výsledky koláčových grafů jsou udávány v procentech a výsledky sloupcových grafů v absolutních číslech.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

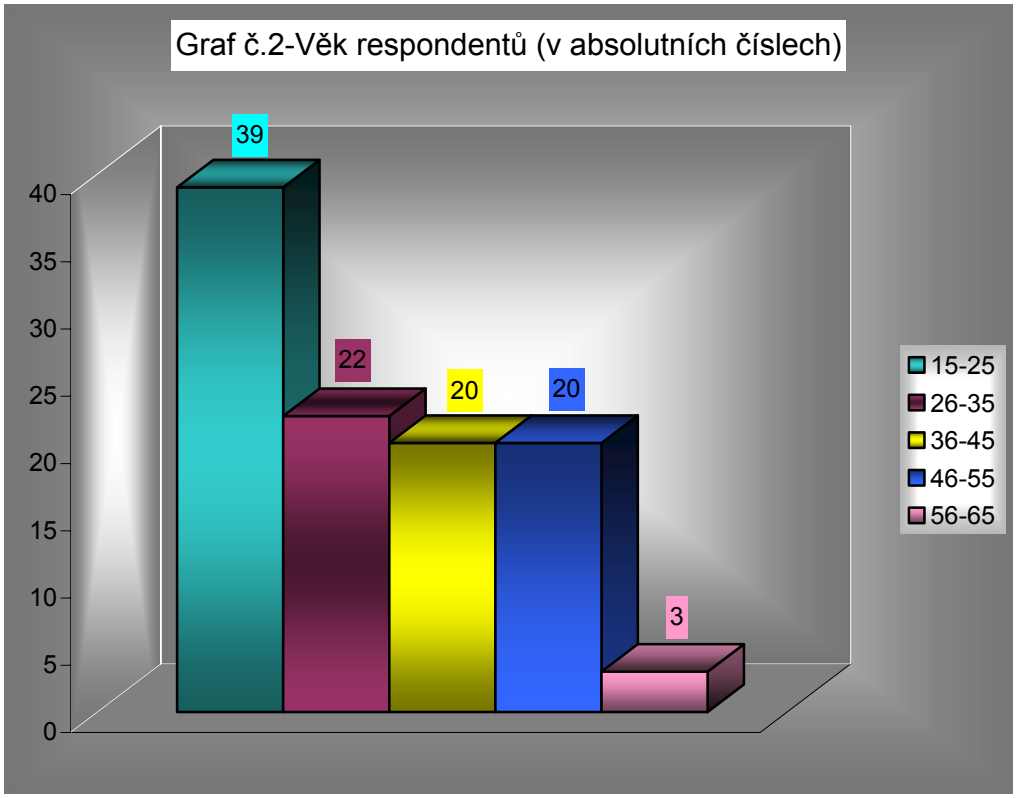
Soubory byly členěny podle hypotéz a to dvojím způsobem: za prvé-podle pohlaví, za druhé podle vzdělání. Celkem bylo rozdáno, po dohodě s garantem mé práce, 110 dotazníků. Vrátilo se mi jich 107 a z nich byly 3 nevyhovující, a to z důvodu nedostatečného vyplnění. Tyto 3 dotazníky byly z dalšího procesu vyřazeny. 104 dotazníků bylo vyplněno řádně a použito ke zpracování. Dotazník vyplnilo 48 mužů a 56 žen pracujících v Jihočeském kraji. Co se týče vzdělání, základní vzdělání mělo 50 lidí a vyšší vzdělání mělo 54 lidí. Výzkum probíhal od 1.2 do 1.4 2008.

4.Výsledky



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvoří 104 jedinců (100 %). V tomto vzorku se nachází 48 mužů (46%) a 56 žen (54 %).



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku věku odpovědělo 104 (100%) respondentů, kteří byli zařazeni do věkových kategorií takto:

15-25 let - celkem 39 (38%) respondentů

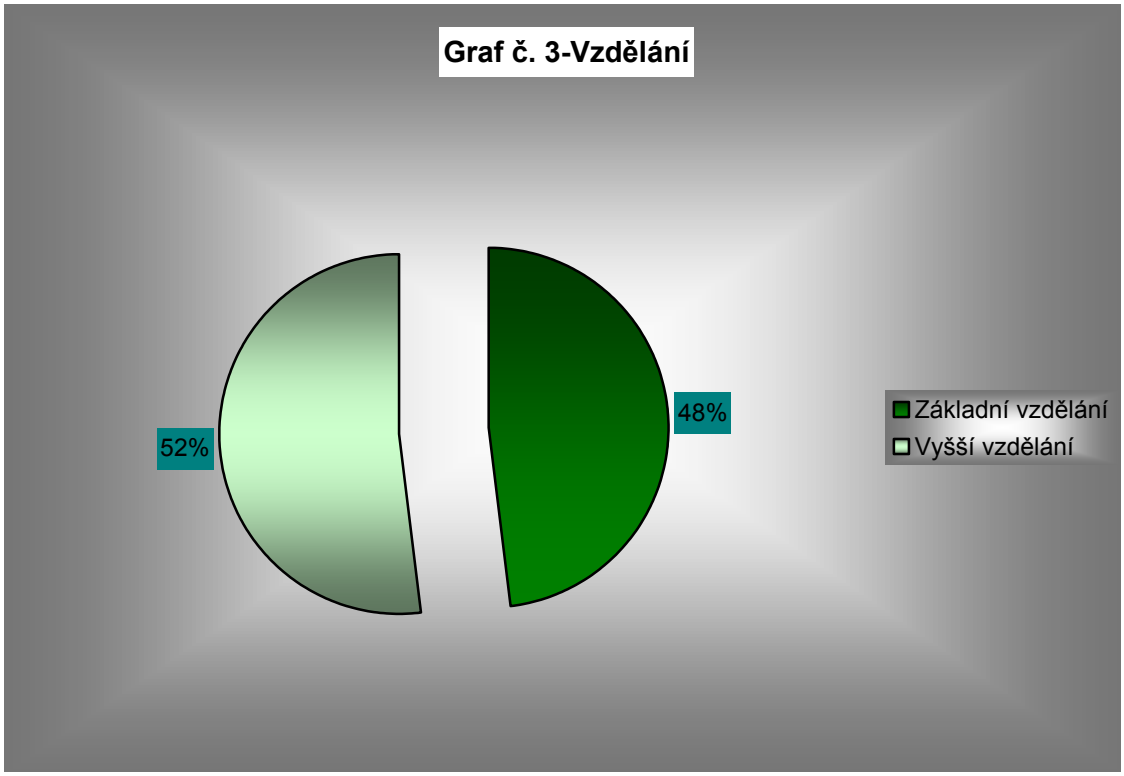
26-35 let – celkem 22 (21%) respondentů

36-45 let – celkem 20 (19%) respondentů

46-55 let – celkem 20 (19%) respondentů

56-65 let – celkem 3 (3%) respondenti

Z grafu je patrné, že nejvyšší počet respondentů výzkumu bylo zařazeno ve věkové kategorii 15-25 let.



Zdroj: Vlastní výzkum

Základní vzdělání (ZV) = základní vzdělání, vyučení v oboru

Vyšší vzdělání (VŠ) = střední škola s maturitou, vyšší odborná škola , vysoká škola

Základní vzdělání - celkem 50 (48%) respondentů - **7 (14%)základní vzdělání**

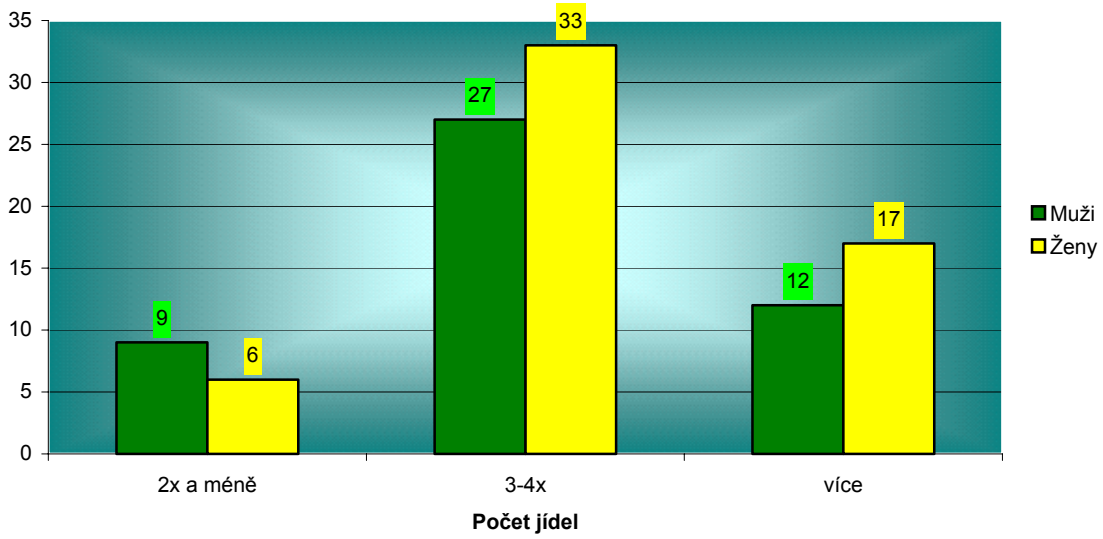
-43 (86%) vyučení v oboru bez maturity

Vyšší vzdělání – celkem 54 (52%) respondentů -34 (63%) střední s maturitou

-20 (37%) vysokoškolské

Rozdělení souboru respondentů dle vzdělání – základní : vyšší bylo poměrně vyrovnané - 48% : 52%.

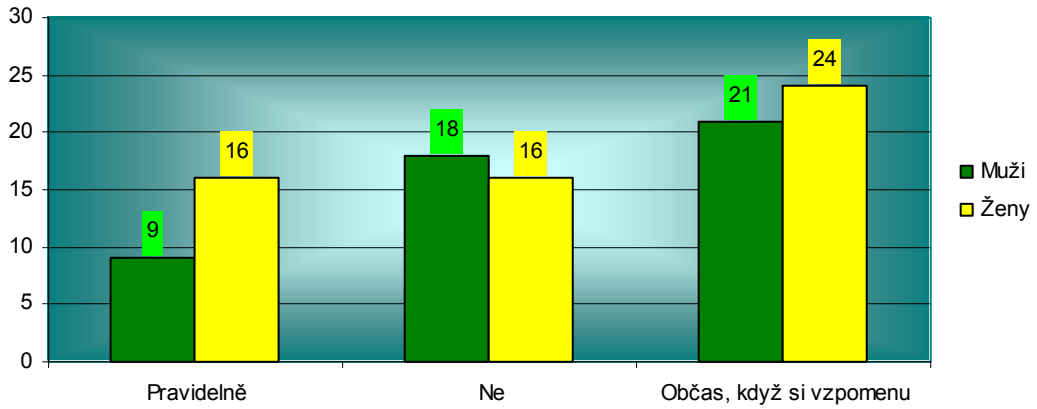
Graf č.4 - Kolikrát denně jíte?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu jasně vyplývá, že ženy (59%) i muži (56%) jedí denně nejčastěji 3-4 jídla. 2x a méně se stravuje 19% mužů a 11% žen. Více jak 3-4x za den jí 28% respondentů z toho 25% mužů a 30% žen.

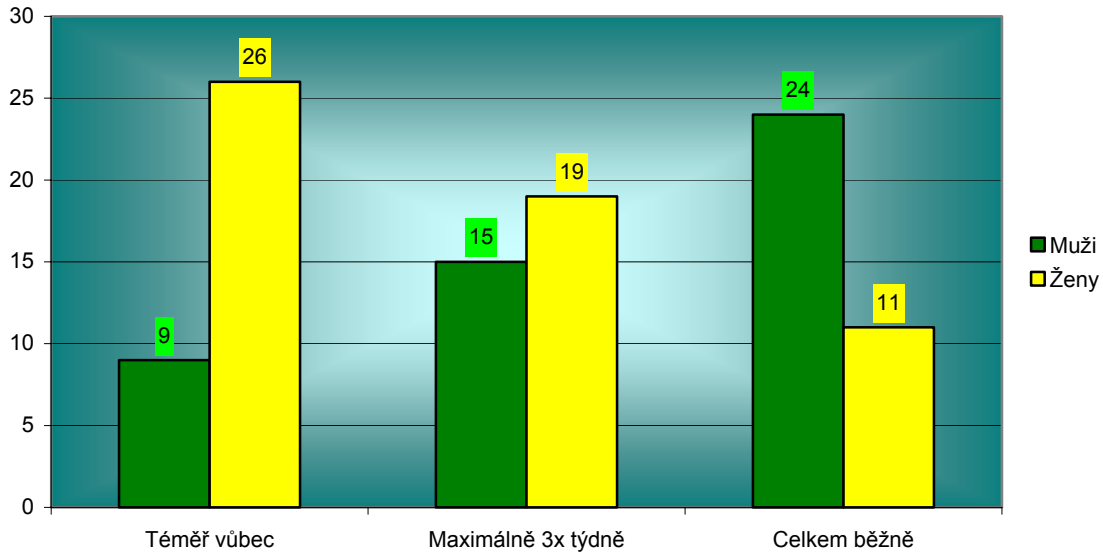
Graf č.5 - Užíváte doplňky ve stravě?



Zdroj: Vlastní výzkum

Pravidelné nebo občasné užívání doplňků ve stravě (multivitaminy,minerální látky, vláknina,..) udává 67% respondentů z toho 62,5% mužů a 71,5% žen.

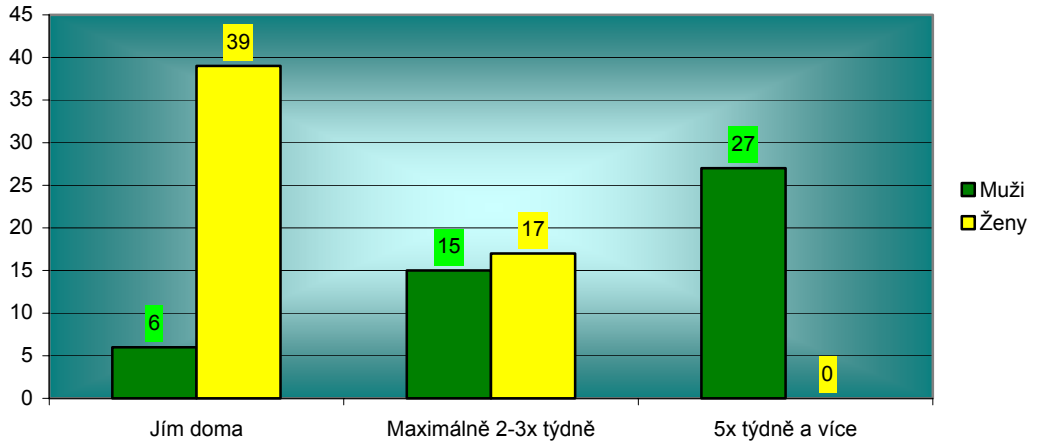
Graf č.6 - Jíte často kalorické přílohy k hlavním jídlům?



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 104 respondentů nejí kalorické přílohy téměř vůbec 35 respondentů (33,5%) z toho 46,5% žen a 19% mužů. Maximálně 3x do týdne si dá kalorickou přílohu 34 respondentů (32,5%), tady je poměr mužů a žen relativně stejný 31%:34%. Celkem běžně si dají kalorickou přílohu muži(50%) a ženy jí kalorické přílohy jen z 19,5%.

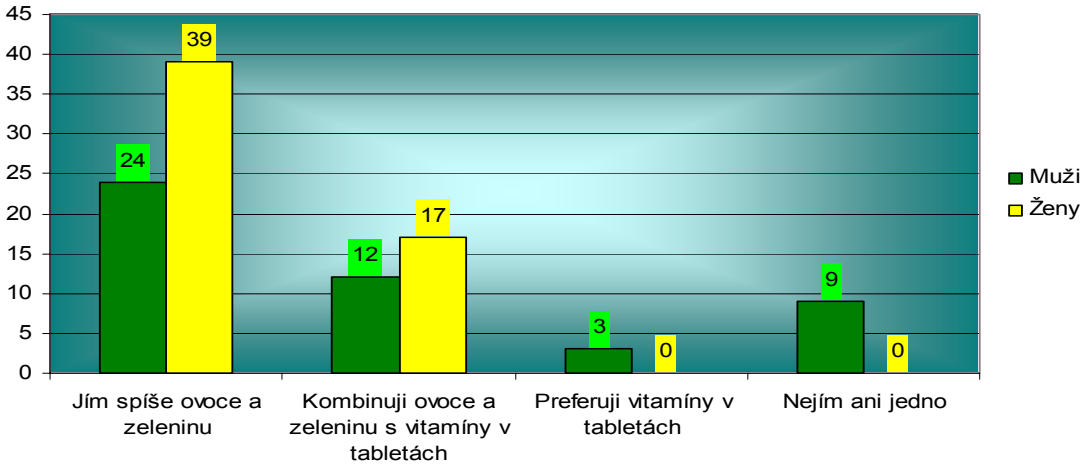
Graf č. 7 - Stravujete se často mimo domov?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je jasně vidět, že nejčastěji se doma stravují ženy (70%), muži (87,5%) si spíš zajdou na oběd někam do restaurace či zaměstnanecké jídelny. Jen 30% žen obědvá mimo domov.

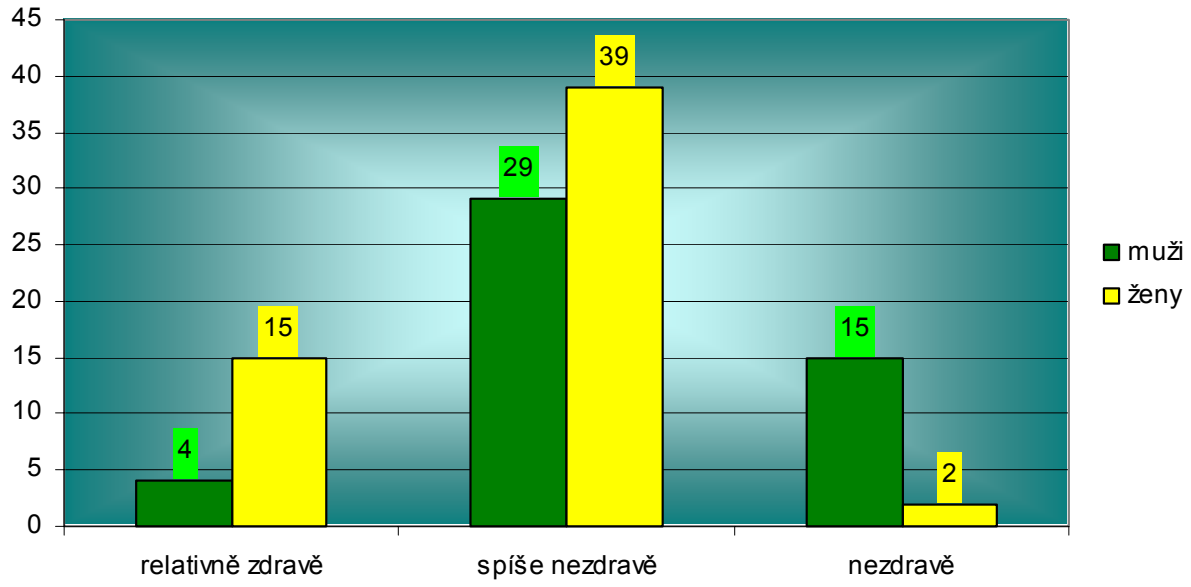
Graf č. 8 - Preferujete vitamíny v ovoci a zelenině před vitamíny v tabletách?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že většina respondentů, ať mužů či žen, jí převážně ovoce a zeleninu, popřípadě jí kombinují s vitamíny v tabletách, jen velmi malé množství respondentů (9 mužů=19%) nekonzumuje vitamíny v žádné podobě.

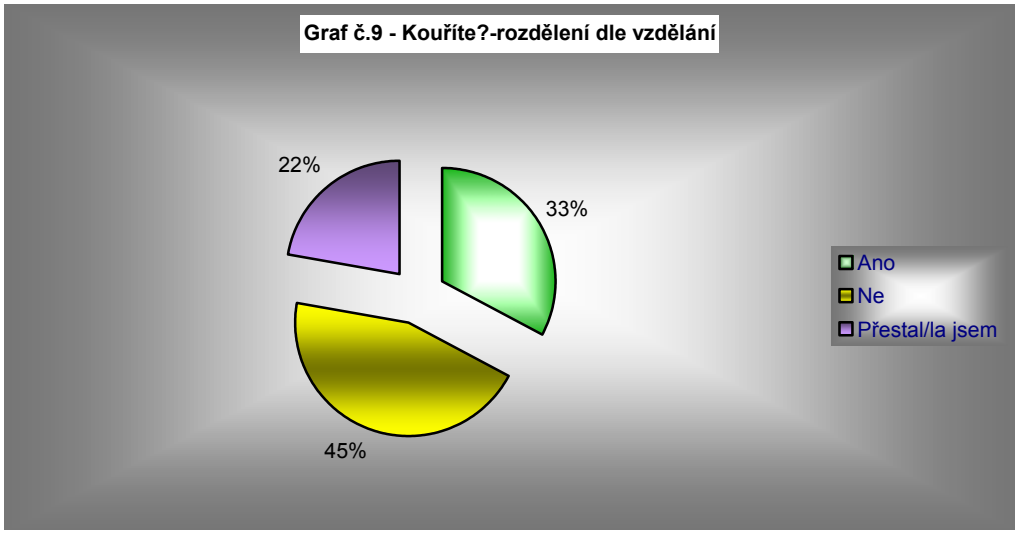
Graf k hypotéze č. 1 - Ženy se obecně stravují zdravěji než muži.



Zdroj: Vlastní výzkum

Jak vyplývá z hodnocení stravovacích zvyklostí, ženy mají větší zájem o problematiku zdravé výživy než muži. Relativně zdravě se stravuje 27% žen a jen 8,5% mužů! Spíše nezdravě jí 60,5% mužů a 70%žen. Nezdravě se stravují zejména muži a to z 31%.

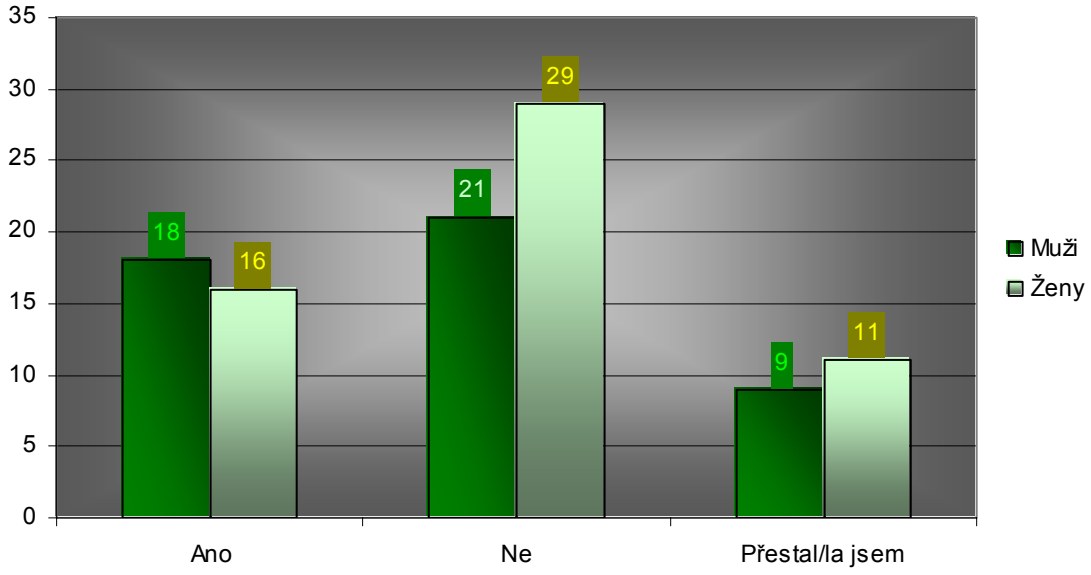
1. Ženy více než muži pravidelně nebo občasně užívají doplňky ve stravě (graf č.5)
2. Nejí tak často kalorické přílohy jako muži (graf č.6)
3. Ženy upřednostňují doma připravenou stravu (graf č.7)
4. Ženy dávají přednost vitamínům v ovoci a zelenině nebo vitamínům v tabletách častěji než muži (graf č.8)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 104 respondentů kouří 33%(34 lidí), v nedávné době přestalo 22%(23 lidí) a dlouhodobě nekouří 45% (47 lidí).

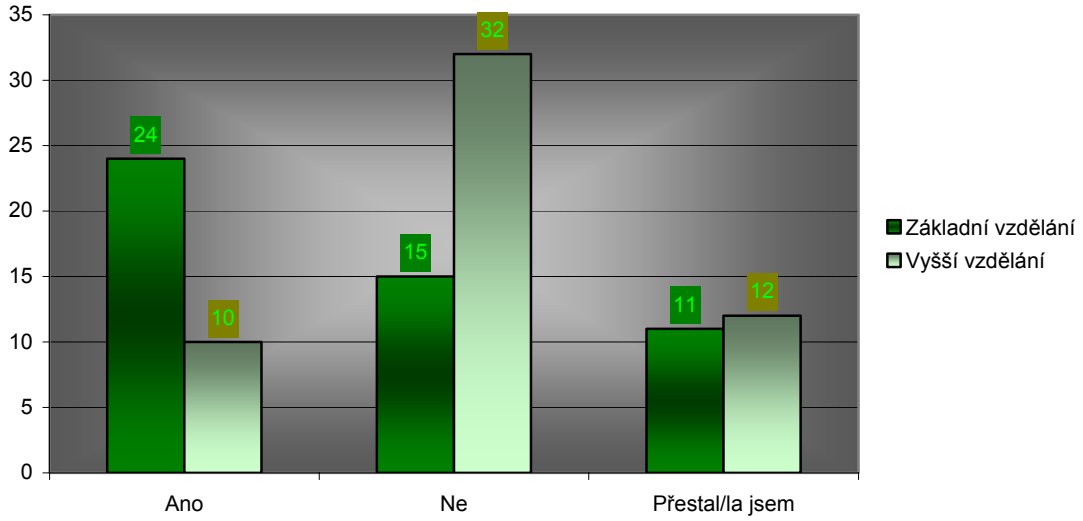
Graf č.9 - Kouříte?-rozdělení dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výsledků grafu vyplývá, že poměr kuřáků a kuřaček je v % 37,5 : 28,5. Z čehož se dá vyvodit, že muži mají větší sklony k návyku na kouření. Také mnoho žen přestává kouřit v těhotenství a z dalších, zejména zdravotních, důvodů.

Graf č.9a - Rozdělení kuřáků a nekuřáků podle vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 104 respondentů (100%) má ZV 50 dotazovaných (48%) a VZ 54 dotazovaných (52%).

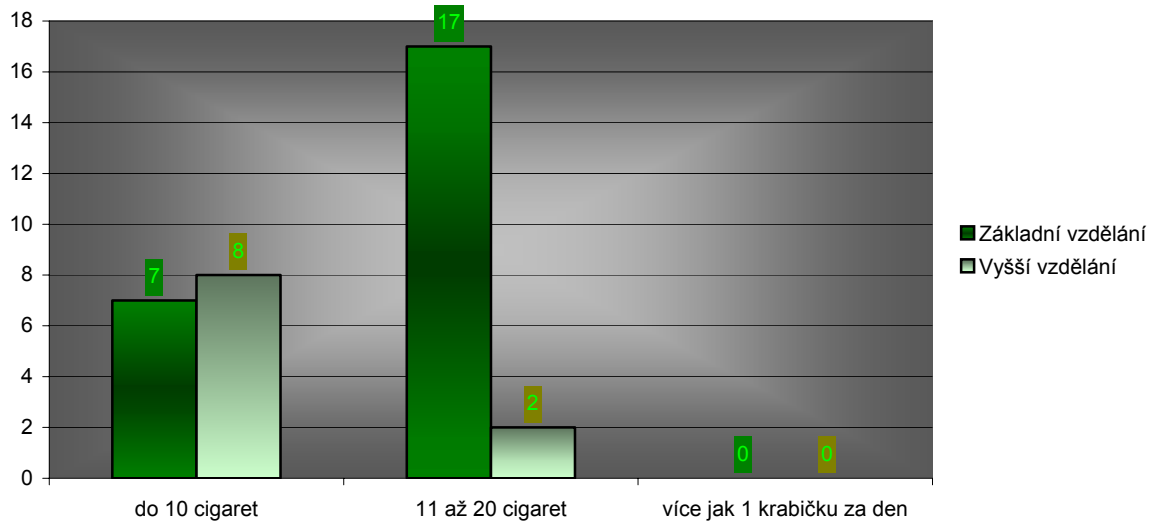
Z 50 (100%) respondentů se ZV kouří (48%), 30% kouřit nikdy nezačalo a 22% v nedávné době přestalo.

U respondentů s VZ (54=100%) je procento kuřáků o několik desítek nižší činí necelých 19%, nekuřáků je v této skupině 59% a respondentů, kteří přestali v nedávné době kouřit je 22%.

Poměr respondentů-kuřáků se ZV a VZ činí 48%:19%

Poměr dotazovaných nekuřáků se ZV a VZ činí 30%:59%

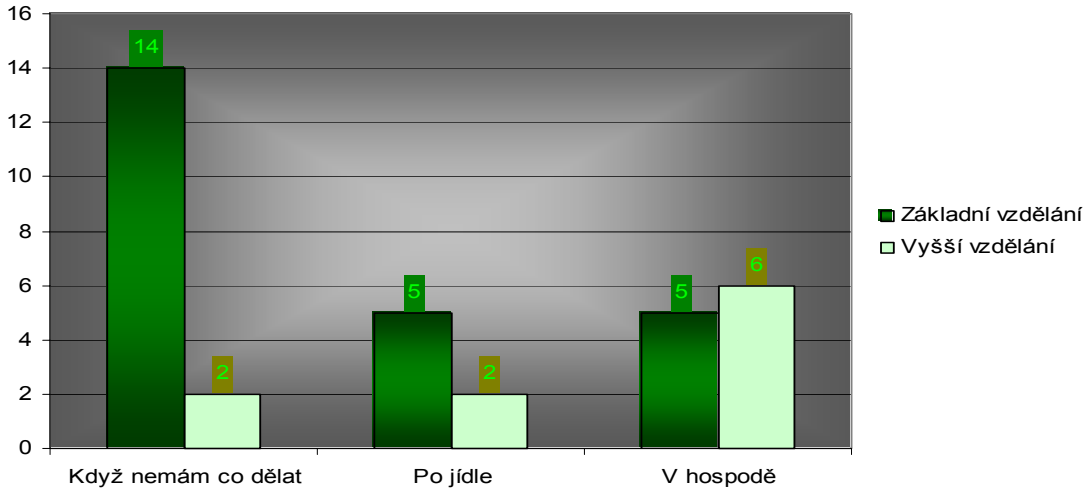
Graf č.9b - Kolik vykouříte cigaret za den?



Zdroj: Vlastní výzkum

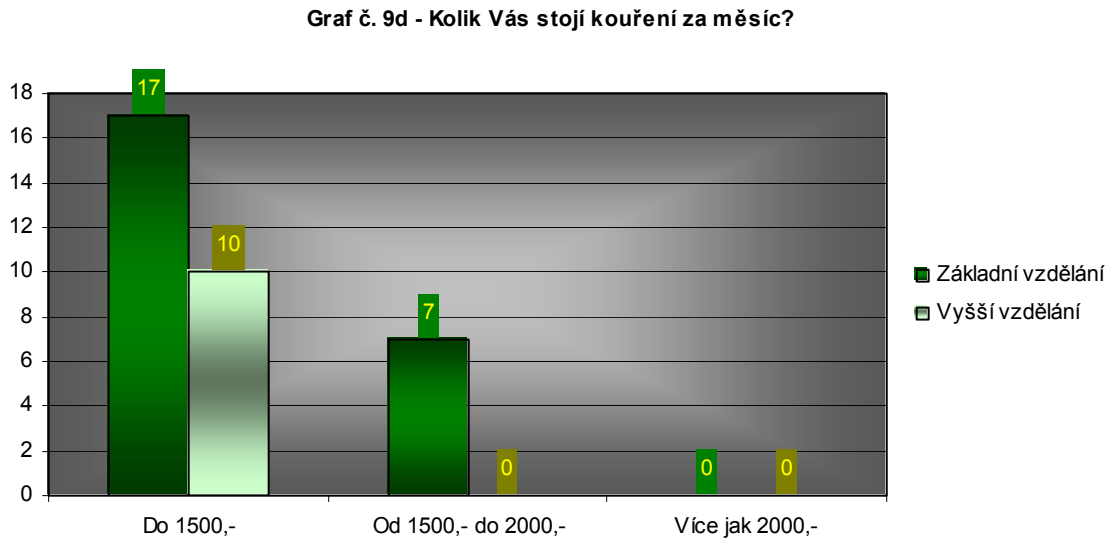
Z celkového počtu respondentů – kuřáků 34 (100%) nejvíce cigaret za den vykouří respondenti se ZV (50%), do 10 cigaret vykouří zhruba stejný počet lidí se základním(20,5%) i VZ (23,5%).

Graf č. 9c - Kdy nejčastěji kouříte?



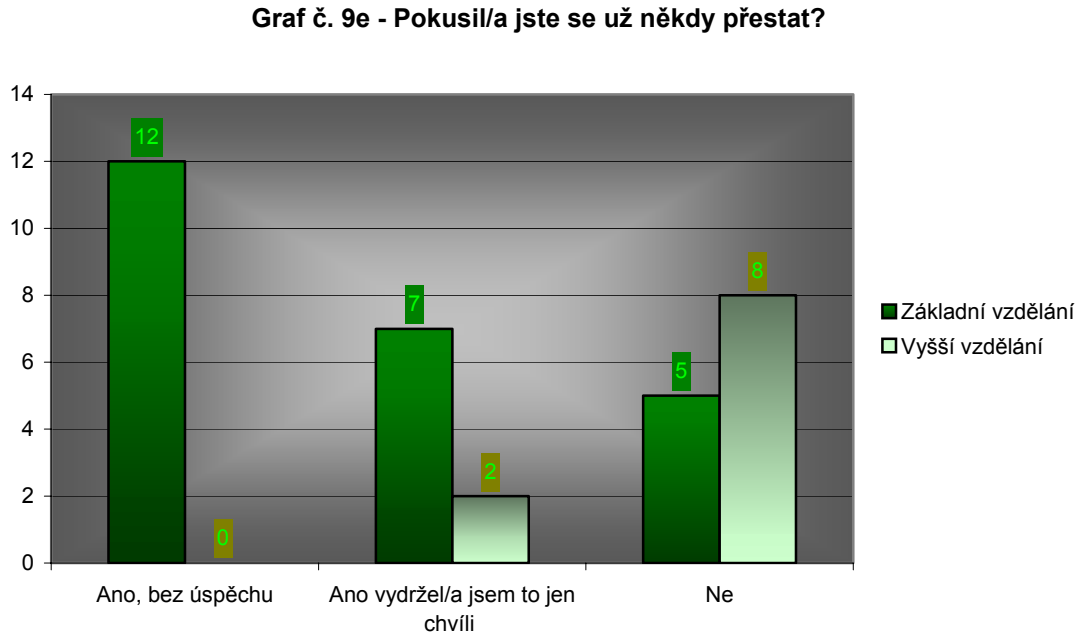
Zdroj: Vlastní výzkum

Lidé se ZV nejčastěji kouří, když nemají co dělat (58%). Naopak lidé s VZ kouří nejčastěji v hospodě (60%). Patrně se jedná se o behaviorální závislost na prostředí.



Zdroj: Vlastní výzkum

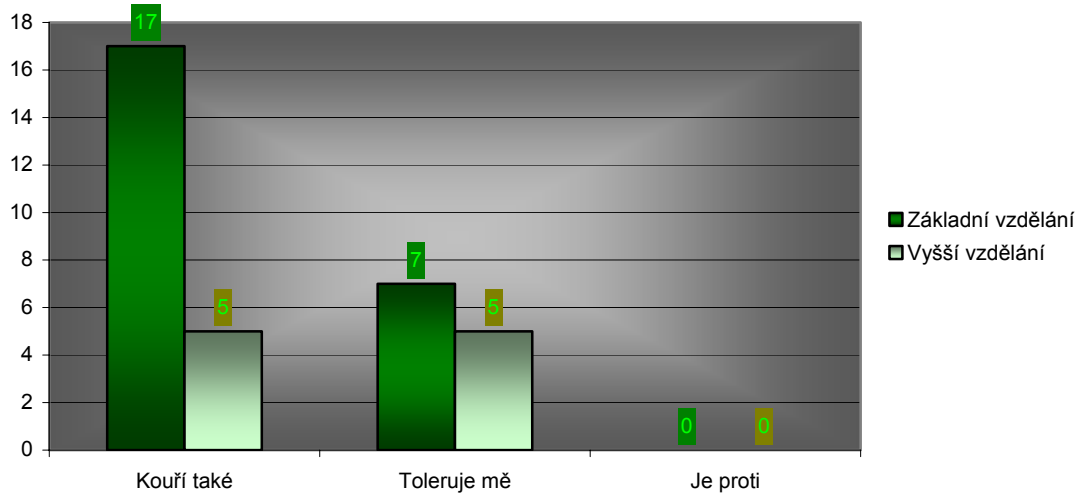
Co se týče peněz, investují do kuřiva kuřáci se ZV více peněz nežli lidé s VZ.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je vidět, že když se lidé se ZV zkoušeli s kouřením přestat, vydrželi to jen chvíli a pak se ke kouření vrátili (80%). Lidé s VZ většinou ještě ani nezkoušeli přestat (80%)

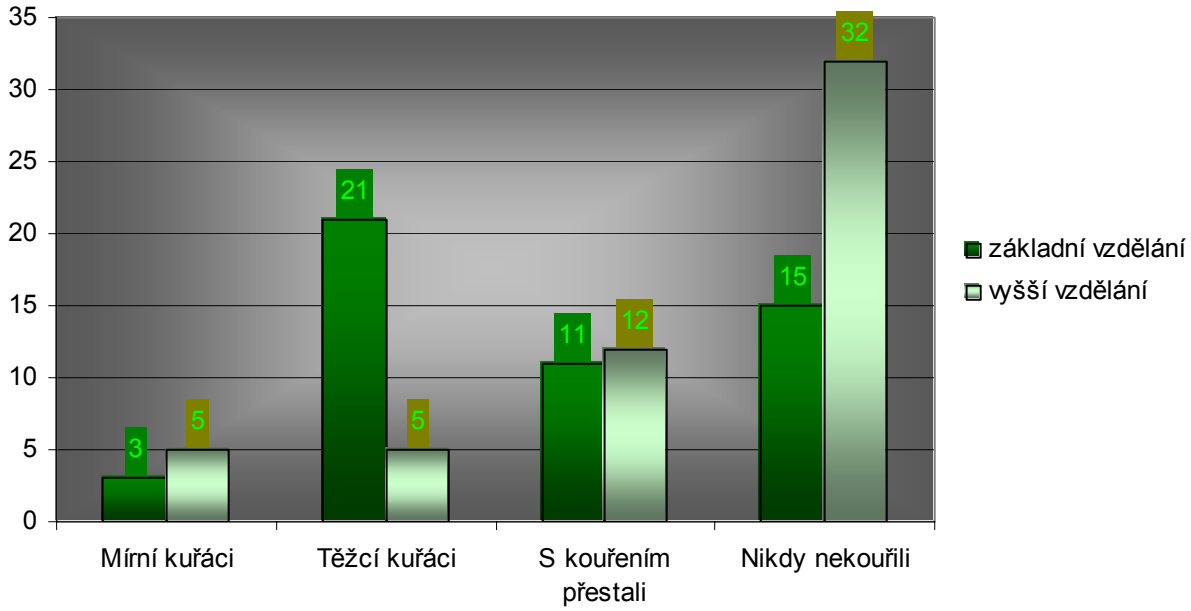
Graf č.9f - Jak je na tom s kouřením Váš/e partner/ka?



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti – kuřáci si podle své záliby našli i partnery. Nikdo v dotazníku neuvedl, že by jeho partner/partnerka byl/a proti kouření. U respondentů se ZV je jasně vidět, že jejich partner je nejčastěji kuřák/kuřačka.

Graf k hypotéze č. 2-Podíl kuřáků a nekuřáků u lidí se základním a vyšším vzděláním.



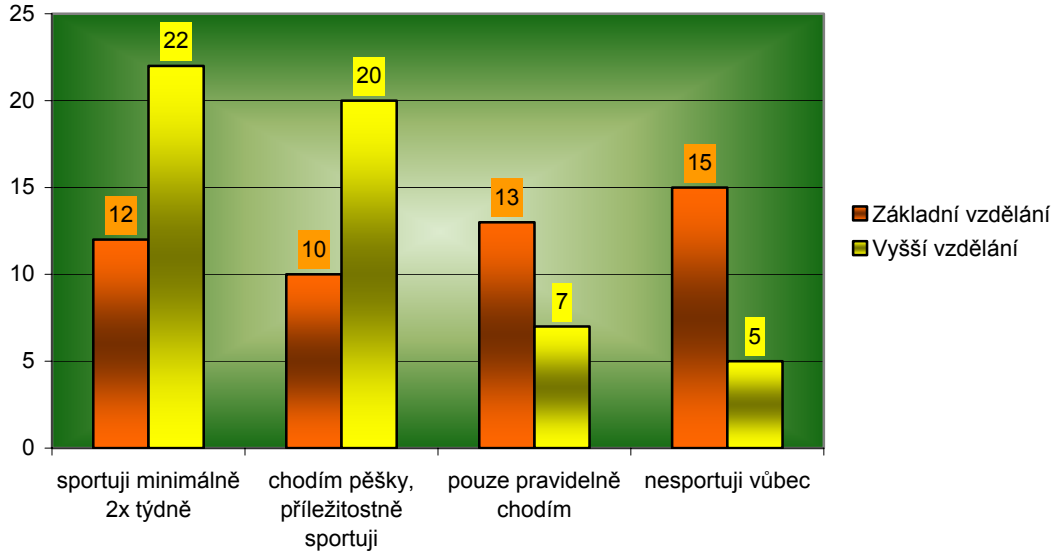
Zdroj: Vlastní výzkum

Jak vyplývá z celkového hodnocení průzkumu, nejvíce kuřáků je mezi pracujícími lidmi se základním vzděláním (48%). Co se týče respondentů s VZ vzdělání, kouří necelých 19%. Je to dáno tím, že respondenti s vyšším vzděláním berou informace o negativních dopadech kouření vážněji. Poměr Kuřáků : nekuřáků : u lidí co s kouřením přestali

u respondentů se ZV 48% : 30% : 22%

u respondentů se VZ 19% : 22% : 59%.

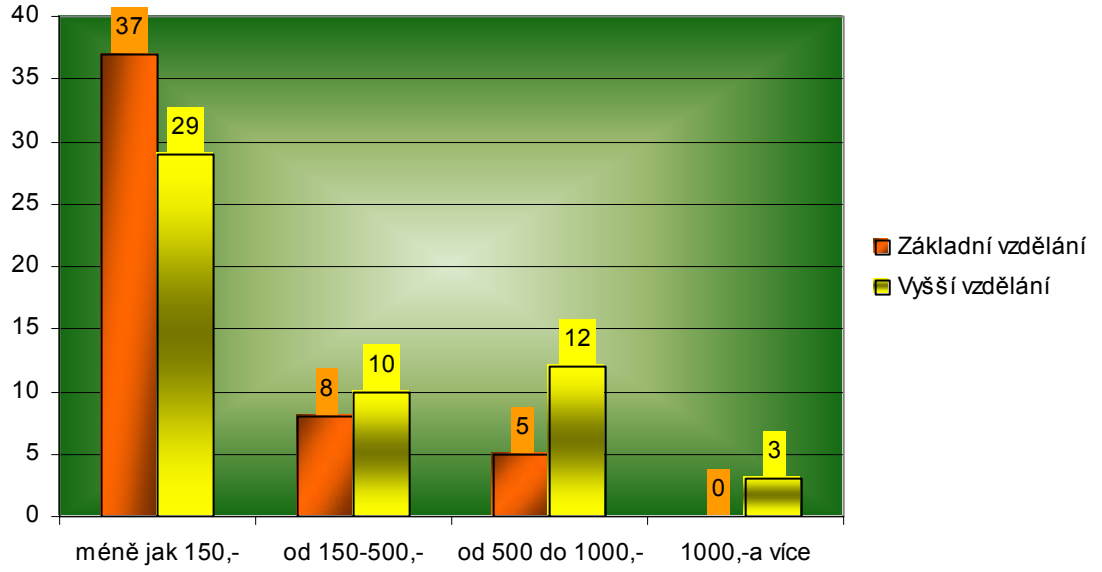
Graf č.10 - Máte dostatek pohybu?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že lidé s VZ se častěji věnují pohybu, než lidé se ZV. Pravidelně sportuje (alespoň 2x týdně) 24% respondentů se ZV a 41% lidí s VZ, příležitostně sportuje a aktivně se věnuje chůzi 20% lidí se ZV a 37% lidí s VZ. 26% lidí se ZV a 13% lidí s VZ pouze chodí pravidelně pěšky. Vůbec nesportuje (pouze výjimečně) 30% lidí se ZV a 9% lidí s VZ.

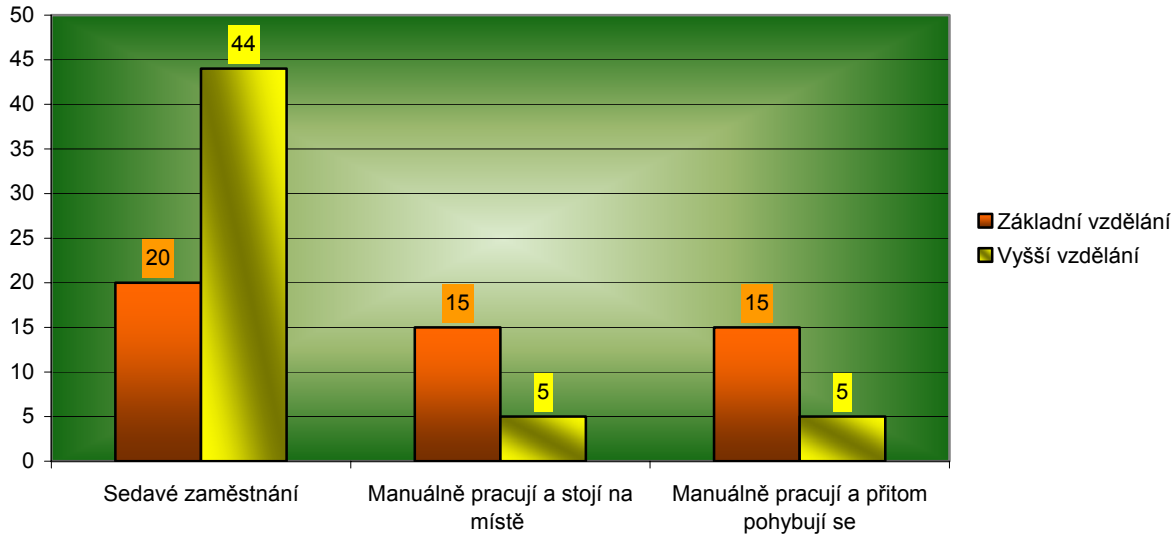
Graf č. 11 - Kolik investujete do pohybu?



Zdroj: Vlastní výzkum

Do sportu investují respondenti s VZ více peněz než lidé se ZV. Méně jak 150,- Kč/měsíc investuje do pohybu 74% lidí se ZV a 54% lidí s VZ. Od 150-500,- Kč/měsíc investuje do sportu zhruba stejný poměr lidí se ZV : VZ 16% : 18,5%, od 500 – 1000,- Kč /měsíc investuje 22% lidi s VZ a 10% lidí se ZV a nad 1000,- Kč/měsíc investují pouze 3 (5,5%)respondenti s VZ.

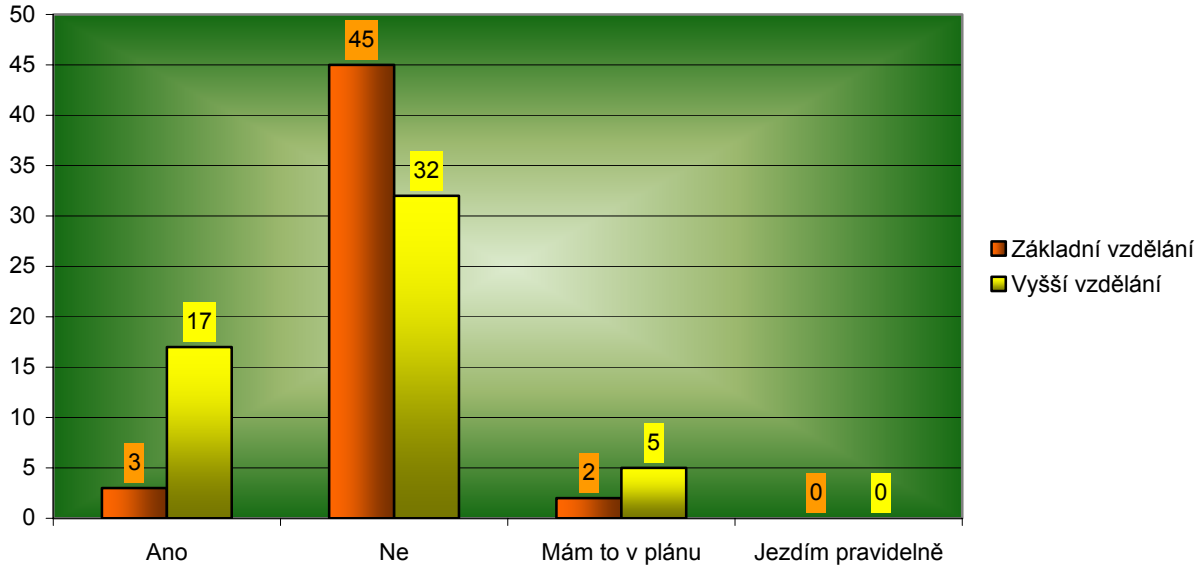
Graf č.12 - Máte sedavé zaměstnání?



Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je vidět z grafu, sedavé zaměstnání mají více jak tři čtvrtiny (81%) dotazovaných lidí s VZ vzděláním, ale jen 40% lidí se ZV. Naopak je tomu u prací, kde lidé manuálně pracují a skoro celý den stojí na jednom místě, zde je poměr ZV : VZ 30% : 9%. Stejný poměr je i u lidí, kteří mají fyzicky náročnou práci a přitom jsou v pohybu.

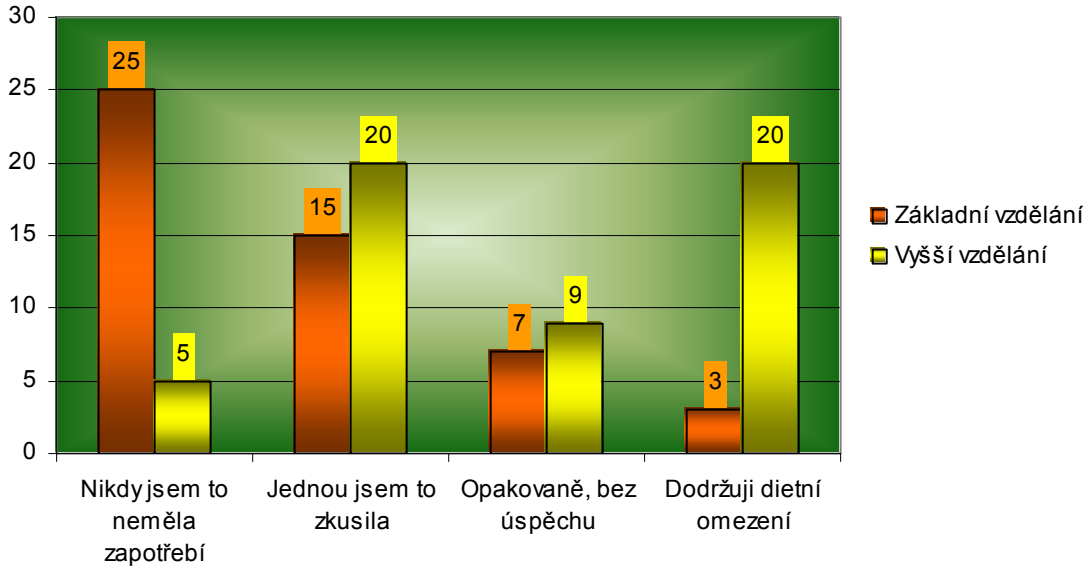
Graf č.13 - Byl/a jste někdy na léčebné kůře?



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina dotazovaných respondentů (90% se ZV a 59% s VZ) na žádné léčebné kůře ani v lázních nebyla. 31,5% lidí s VZ a jen 6% lidí se ZV již ozdravný pobyt absolvovali.Jet na ozdravný pobyt má v plánu 9,5% lidí s VZ a 4%lidí se ZV. Lidé se ZV příliš nevyužívají rekreační pobyt v lázních, je to dáno zejména jejich finanční situací a nedostatkem času. Během dovolených dávají lidé přednost zahraničním výletům a pobytům u moře před rekreací v ozdravných zařízeních.

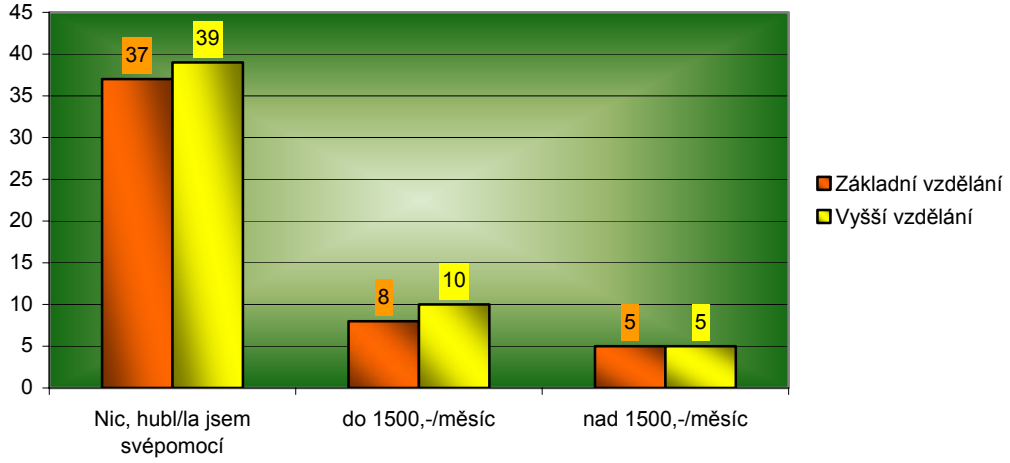
Graf č.14 - Zkoušel/a jste někdy zhubnout?



Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče hubnutí, lidé se ZV (50%) to většinou nikdy neměli zapotřebí, a nebo to zkusili jednou (30%). Naopak lidé s VZ zkoušeli zhubnout buď jen jednou (37%) nebo dodržují většinou dietní omezení (37%), ale jen 9,5% lidí s VZ nemělo hubnutí zapotřebí. A jen 14% lidí se ZV a 16% lidí s VZ to zkoušelo opakovaně bez úspěchu.

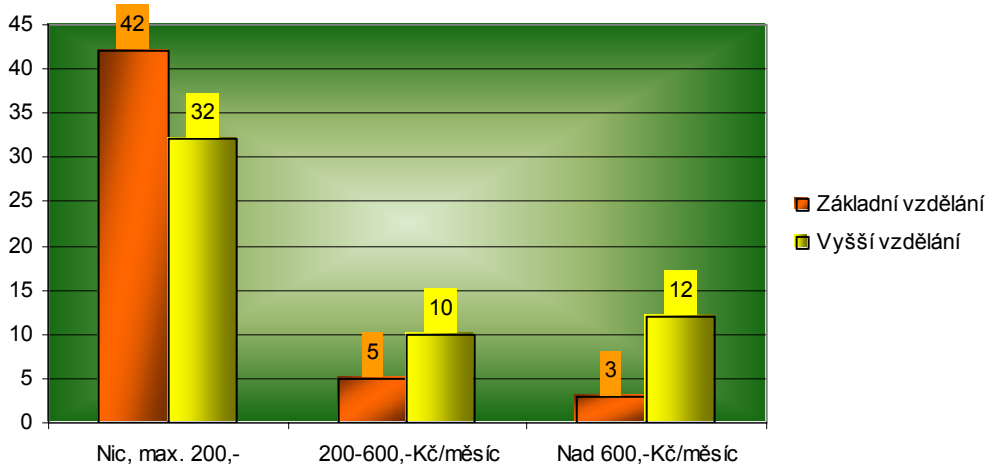
Graf č.15 - Kolik Vás stálo hubnutí?



Zdroj: Vlastní výzkum

Peněz do hubnutí investovaly obě dvě vzdělanostní skupiny zhruba stejně (ZV 26% a VZ 27,5%) a zhruba stejný počet lidí se ZV a VZ hublo bez cizí pomoci.

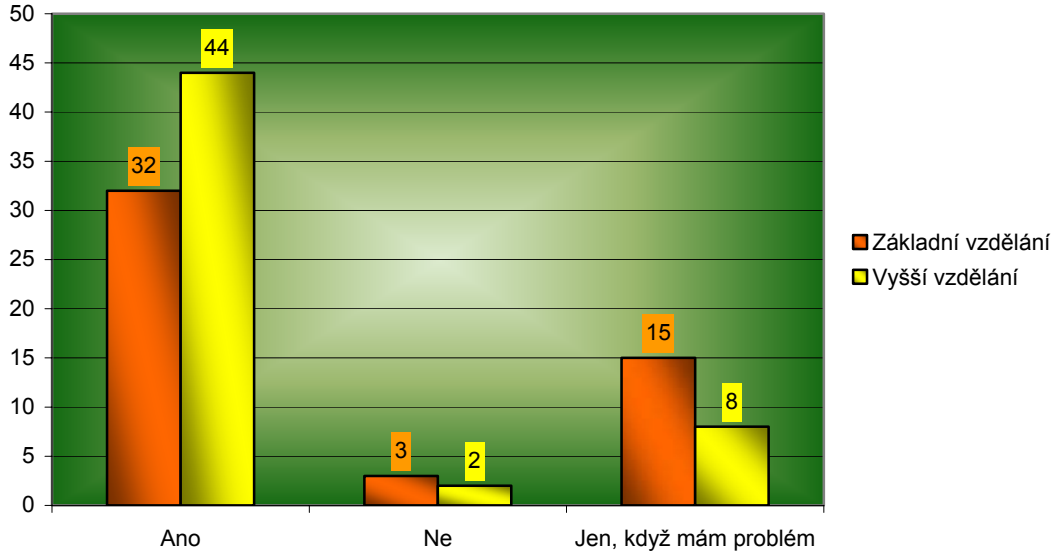
Graf č.16 - Kolik utratíte za potravinové doplňky?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že do potravinových doplňků investují spíše lidé s VZ, a to ve 40% případů oproti lidem se ZV (16%), kteří investují méně. 84% respondentů se ZV a 60% respondentů s VZ neinvestuje do potravinových doplňků nic nebo minimální sumy do 200,- Kč.

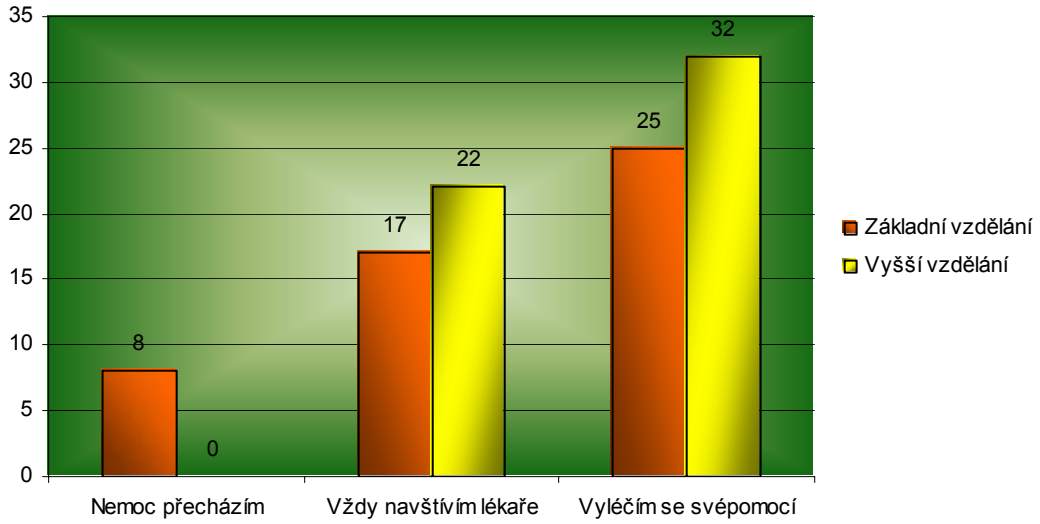
Graf č.17 - Chodíte na pravidelné preventivní lékařské prohlídky?



Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče přístupu k preventivním prohlídkám dle úrovně vzdělání respondentů, lze říci, že na pravidelné preventivní prohlídky chodí většina dotazovaných respondentů bez rozdílu vzdělání(ZV : VZ 64% : 81,5%).Lékaře navštíví jen v případě problému 30% respondentů se ZV a 15% respondentů s VZ. K lékaři na preventivní prohlídky nechodí jen malé procento lidí v obou skupinách (ZV : VZ 6% : 3,5%).

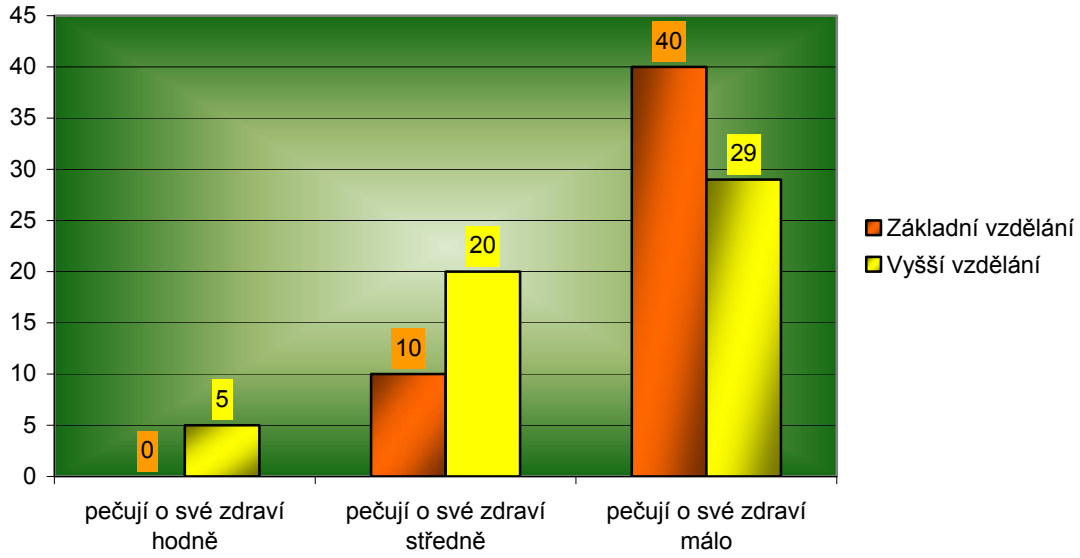
Graf č.18 - Jak řešíte případné infekční onemocnění?



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina lidí v obou vzdělanostních skupinách se léčí převážně svépomocí (prostřednictvím volně dostupných léků, potravinových doplňků a vitamínů,..). Lékaře vždy vyhledá 34% respondentů se ZV a 41% dotazovaných s VZ. Ve skupině lidí s VZ se nenašel nikdo, kdo by nemoc přecházel, zatímco ve skupině se ZV se takových lidí našlo 8(16%).

Graf k hypotéze č.3 -Lidé s vyšším vzděláním mají celkově zdravější životní styl a více pečují o své zdraví než lidé se základním vzděláním.



Zdroj: Vlastní výzkum

Jak vyplývá z výzkumu celkového hodnocení péče o zdraví, lidé s VZ mají obecně zdravější životní styl a více pečují o své zdraví než lidé se ZV.

O své zdraví pečují hodně lidé s VZ (9%), středně o své zdraví pečuje 20% lidí se ZV a 37% s VZ a nejméně o své zdraví pečuje 80% lidí se ZV a 54% s VZ.

1. Lidé s VZ se častěji věnují pohybu, než lidé se ZV. (graf č.10)
2. Do sportu investují respondenti s VZ více peněz než lidé se ZV.((graf č.11)
3. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí většina lidí v obou skupinách, avšak lidé s VZ ve více než 80 procentech případů. (graf č.17)
4. V případě infekčních onemocnění se u respondentů VZ nenašel nikdo, kdo by nemoc přecházel, zatímco u lidí se ZV je to 16%. Lidé s VZ také častěji řeší onemocnění s pomocí lékaře. (graf č.18)

5. Diskuze

V diskuzi jsou hodnoceny výsledky výzkumu získané prostřednictvím dotazníku, který byl určen lidem pracujícím v Jihočeském kraji. Tyto výsledky jsou dále porovnávány s literaturou a informacemi, které jsou dostupné na Internetu.

Cílem této práce bylo zmapovat životní styl lidí žijících v Jihočeském kraji a vzájemně porovnat dvě skupiny obyvatel. Jednalo se o skupinu obyvatel s vyšším vzděláním a skupinu obyvatel se základním vzděláním. Tyto skupiny byly zkoumány ve vztahu ke kouření, stravě a pohybu. Bylo zde zohledněno i to, zda se jedná o muže či ženu.

Otázky v dotazníku byly rozděleny do čtyř okruhů podle tématického zaměření hypotéz. Na začátku dotazníku uvedli respondenti své osobní údaje (pohlaví, věk, vzdělání). Druhá skupina otázek byla zaměřena na výživu a způsob stravování respondentů. Třetí okruh otázek měl odhalit, zda respondent kouří a v jaké míře. A konečně čtvrtá skupina otázek zjišťovala, kolik času a peněz respondenti věnují pohybu a jak pečují o své zdraví.

Výzkumu se zúčastnilo 104 osob, z toho 54 % žen a 46 % mužů, nejvíce respondentů (39) bylo ve věku mezi 15-25 lety, další tři významné skupiny byly v rozmezí let 26-35, 36-45 a 46-55 let, malá část respondentů spadala do věkové kategorie 56-65 let. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů bylo rozděleno na základní (48 %) a vyšší (52 %).

Co se týče stravovacího režimu, 14 % respondentů odpovědělo, že jí 2x denně a méně (9 mužů a 6 žen), 58 % respondentů uvedlo, že v průběhu dne zkonzumuje 3 až 4 denní jídla. Jak uvádí Manuál prevence v lékařské praxi(5), ideální je stravu rovnoměrně rozdělit do 5 – 6 denních dávek. Tuto frekvenci uvedlo pouze 28 % respondentů (z toho 12 mužů a 17 žen).

V otázce číslo 5, týkající se vitamínových doplňků bylo zjištěno, že respondenti je užívají z 57 % (pravidelně, občas nebo když si vzpomenou), což považuji za vysoký počet, protože při normální pestré stravě nedochází k takovému nedostatku přísunu denní dávky vitamínů. S touto otázkou souvisí i otázka číslo 8, kde byli respondenti tázáni, zda preferují spíše vitamíny v ovoci a zelenině nebo vitamíny v tabletách. Zde 60 % respondentů odpovědělo, že jí ovoce a zeleninu, což je lepší, než kdyby tuto stravu nahrazovali vitamíny v tabletách. Vitamínové doplňky mají smysl u osob, které z nějakého důvodu nepřijímají dostatek zeleniny a ovoce (pijí pravidelně alkohol, kouří, atd.)(8).

V otázce číslo 6 je zjišťováno, zda a jak často jedí respondenti kalorické přílohy. Celkem běžně je jí polovina (50 %) mužů. Naopak ženy jsou spíše zaměřeny na rýži, brambory a luštěniny. Spotřeba tuků v současné stravě je minimálně o třetinu vyšší, než je vhodné, převládá vysoké zastoupení živočišných tuků na úkor rostlinných (6).

V otázce číslo 7 respondenti odpovídali na to, jak často se stravují mimo domov. Ženy se ze 70% stravují doma, naopak je tomu u mužů. Mužů, kteří se stravují mimo domov, je 56 %. Lidé, jenž se stravují mimo domov, zpravidla v závodních jídelnách, tak činí hlavně z časových a finančních důvodů. Avšak strava v těchto zařízeních je většinou méně kvalitní něž ta, kterou by si sami připravili doma.

Další okruh otázek v dotazníku se vztahoval ke kouření. Ve výzkumu bylo zjištěno, že ze 104 dotazovaných respondentů jich kouří 34 (33 %). To znamená, že ze všech dotazovaných kouří téměř třetina a ti většinou vykouří většinou jednu krabičku za den. Podle EU (Evropské unie) ročně dojde ve Společenství k 650 000 úmrtím souvisejícím s kouřením. U téměř poloviny těchto úmrtí jde o osoby ve věku mezi 35 a 69 lety. To je věk značně nižší než střední délka života. Kouření rovněž ovlivňuje zdraví nekuřáků, zejména u citlivých skupin, které stále více vyžadují ochranu.(19)

Co se týče kouření a vzdělání bylo zjištěno, že u respondentů – kuřáků se základním vzděláním kouří necelá polovina a u respondentů s vyšším vzděláním kouří necelá pětina. Je to dáno nejspíše tím, že lidé s vyšším vzděláním si více uvědomují rizikovost kouření a snaží se s kouřením přestat.

V otázce číslo 9d byli respondenti - kuřáci tázáni, kolik jsou schopni utratit za cigarety za měsíc. Více jak polovina respondentů odpověděla, že do kouření investují do 1500,- za měsíc (18 000,-Kč/rok!).

Na otázku, zda respondenti někdy zkoušeli s kouřením přestat, víc jak polovina odpověděla, že s kouřením sice přestali, ale jen na chvíli. Statistiky ukazují, že 80 % kuřáků si přeje přestat kouřit. Rovněž je prokázáno, že z kuřáků, kteří se pokusili přestat bez cizí pomoci, „jen tak“, byla úspěšná pouze 2 %. Do roka se 98 % z nich ke kouření opět vrátilo.(20)

Další oblast výzkumu byla zaměřena na pohyb a čas, který respondenti věnují svému zdraví. Na otázku číslo 9 třetina dotazovaných uvedla, že se sportovní aktivitě věnuje 2x týdně, další zhruba tak polovina respondentů pravidelně chodí a jen třetina dotazovaných nesportovala vůbec. Z hlediska vzdělání se pohybu věnují více jak tři čtvrtiny respondentů s vyšším vzděláním, naopak respondenti se základním vzděláním se pohybu věnují jen z poloviny. To se odráží i v investování peněz do pohybu, kdy lidé s vyšším vzděláním investují více. Avšak dostatek tělesného pohybu je pro život naprostou přirozeností. Podporuje a chrání zdraví a je tedy dobrou prevencí před nadváhou, obezitou a kardiovaskulárními onemocněními.(4)

Na otázku týkající se sedavého zaměstnání (otázka číslo 12) téměř všichni respondenti s vyšším vzděláním odpověděli, že mají sedavé zaměstnání, opačně tomu bylo u lidí se základním vzděláním, kde 60 % pracuje manuálně.

Otázkou číslo 13 bylo zjišťováno, zda respondenti již někdy byli na léčebné kůře. Většina odpovědí (74 %) byla negativní, z kladných odpovědí vyšlo, že na léčebné

kůře bylo 31 % lidí s vyšším vzděláním, ale jen 6 % lidí se základním vzděláním. Lidé se základním vzděláním příliš nevyužívají rekreační pobyty v lázních. Je to dáno zejména jejich finanční situací a nedostatkem času. Během dovolených dávají lidé přednost zahraničním výletům a pobytům u moře před rekreací v ozdravných zařízeních.

Další otázka se zabývala hubnutím. Méně jak polovina dotazovaných se základním vzděláním hubnutí neměla nikdy zapotřebí, ostatní respondenti s vyšším vzděláním hubnutí zkoušeli i několikrát nebo dodržují dietní omezení. Je to dáno tím, že se svojí váhou nejsou spokojeni. Dalším důvodem může být vliv nadváhy na zdraví. Údaje získané v různých populačních studiích prokazují, že přibližně 1/4 -1/3 populace ve věku 20 - 65 let má BMI vyšší než je optimální (>27).(5)

Co se týče peněz, investovaných do potravinových doplňků bylo zjištěno, že lidé s vyšším vzděláním do potravinových doplňků investují více peněz než lidé se základním vzděláním. To opět potvrzuje fakt, že lidé s vyšším vzděláním pečují více o své zdraví.

V otázce 17 byli respondenti dotazováni, jak často chodí na pravidelné preventivní lékařské prohlídky. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí většina dotazovaných respondentů bez rozdílu vzdělání, 30 % lidí se základním vzděláním navštíví lékaře jen v případě zdravotního problému a jen malé procento respondentů na pravidelné preventivní prohlídky nechodí vůbec. Preventivní lékařské prohlídky jsou určeny hlavně k prevenci rizikových onemocnění.

Na otázku číslo 18, týkající se návštěv lékaře v případě infekčních onemocnění respondenti odpověděli, že lidé jak s vyšším, tak se základním vzděláním se léčí převážně svépomocí (doma, prostřednictvím volně dostupných léků, potravinových doplňků, vitamínů, atd.) nebo navštíví lékaře. Na druhou stranu nikdo s vyšším vzděláním neuvedl, že by nemoc přecházel, naopak lidé se základním vzděláním nemoc přechází v 16% případů.

V otázce číslo 19 (otevřená otázka) byli respondenti tázáni, zda je v jejich životním stylu nějaký handicap. Téměř polovina (45 %) respondentů odpověděla, že v jejich životním stylu se žádný handicap nevyskytuje. Ti, co ve svém životním stylu nějaký handicap měli za něj považovali převážně stres (24 %), kouření (15 %), obezitu (10 %) a zdravotní komplikace (6 %).

Na poslední otázku v dotazníku: „Co považujete za největší pozitivum – jak se nejvíce staráte o své zdraví?“(otevřená otázka), drtivá většina respondentů se shodla na tom, že za největší pozitivum pokládají to, že sportují a přestali nebo vůbec nezačali kouřit.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit životní styl lidí, pracujících v Jihočeském kraji a vzájemně porovnat dvě skupiny obyvatel, a to sice skupinu obyvatel s vyšším vzděláním a skupinu obyvatel se základním vzděláním . Cíl práce byl splněn.

V práci byly stanoveny tyto hypotézy:

a) "Ženy se obecně stravují lépe než muži" – **hypotéza potvrzena** (graf k hypotéze č.1, str. 43).

Je to dáno zejména tím, že ženy se více starají o svůj vzhled a postavu, a to i v produktivním středním věku (30-50let). Muži ve stejném věku svému životnímu stylu nevěnují takovou pozornost. Ve stravování dávají spíše přednost tomu, co jim chutná než před tím, co je zdravé.

b) "Mezi lidmi se základním vzděláním je vyšší procento kuřáků než mezi lidmi s vyšším vzděláním. " - **hypotéza potvrzena** (graf k hypotéze č.2, str. 49).

To je pravděpodobně dáno tím, že lidé s vyšším vzděláním věnují větší pozornost různým studiím, které dokazují škodlivost kouření. Naopak lidé se základním vzděláním nemají k takovým informacím přístup nebo spíše se o takové věci nezajímají, protože nechtějí.

c) "Lidé s vyšším vzděláním mají celkově zdravější životní styl a více pečují o své zdraví než lidé se základním vzděláním" - **hypotéza potvrzena** (graf k hypotéze č.3, str. 58).

Zde bychom toto tvrzení mohli ztotožnit s tvrzením předcházejícím. I tady můžeme pozorovat značný rozdíl v životním stylu mezi lidmi se základním a vyšším vzděláním. Je to dané tím, že více vzdělaní lidé jsou lépe informováni, protože se chtějí vyhýbat rizikům, které přináší špatný životní styl. Dalším důvodem je i to, že tito lidé mají většinou lepší možnosti v oblasti času a financí. Právě proto, že jsou finančně nezávislí, mohou tyto prostředky využít ve prospěch svého zdraví a zdravého životního

stylu a investují tak do kvalitních surovin a potravin. A díky časové flexibilitě mohou svůj čas trávit pohybem a sportem, který je pro zdravý životní styl nezbytný.

Zdraví člověka ovlivňuje z 80 % životní styl, jen zbývajících 20 % ovlivňuje dědičnost a zdravotnická péče. Životní styl je souhrnem toho, jak člověk žije. Důležité je, jakým způsobem se stravuje, zda sportuje a má – li některé zlozvyky jako je kouření nebo nadměrné požívání alkoholu. Jsem si vědoma toho, že můj výzkum nemohl obsáhnout veškerá témata, související s výživou, prevencí a zdravým životním stylem, ale jsem si jistá, že jsem přispěla k celkovému hodnocení životního stylu lidí v Jihočeském kraji.

7. Seznam použitých zdrojů:

1. ŽEJGLICOVÁ, Kristýna. *Http://www.szu.cz/ : chzp/indikatory/konzult07/SEdeterminanty_zejglicova.pdf* [online]. 2005 [cit. 2008-01-06]. Dostupný z WWW: <www.szu.cz>.
2. MLČOCH, Zbyněk. *Http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/ : zeny_a_alkohol-ismus.htm* [online]. 2003 [cit. 2008-01-06]. Text v češtině. Dostupný z WWW: <http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/>.
3. MACHOVÁ,J. Biologie člověka.1. vyd.Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2002, 169s. ISBN 80-7184-867-0.
4. FOSTER, Vernon W. *New start : Kniha o zdravém životním stylu*. Peter Polaško; Agentura LOPA; Jiří Bašta. Praha : Advent - Orion, 1993. 227 s. ISBN 80-7172-000-3.
5. PROVAZNÍK, Kamil. Manuál prevence v lékařské praxi : Souborné vydání. Praha : Fortuna, 2003-2004. 730 s. ISBN 807168942.
6. RÁŽOVÁ, Jarmila, ŠOLTYSOVÁ, Taťjana. Výživa : doplněk pro výuku předmětu Výchova ke zdraví na základních školách. 2000. vyd. Praha : [s.n.], 2000. 11 s.
7. Poznejte rizika svého životního stylu [online]. 2003 [cit. 2008-04-07]. Dostupný z WWW: <http://www1.szu.cz/czzp/riziko/index.html>.
8. 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
9. 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
10. Wikipedie : otevřená encyklopedie [online]. 2008 [cit. 2008-04-07]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>.
11. Česká koalice proti tabáku [online]. 2002 [cit. 2008-05-01]. Dostupný z WWW:

<http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony>.

12. Škola zdraví [online]. 2004 [cit. 2008-03-29]. Dostupný z WWW: <http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=6>.
13. Rizika kouření [online]. 2003 [cit. 2008-05-01]. Dostupný z WWW: <http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=rizikakoureni>.
14. Wikipedie : otevřená encyklopedie [online]. 2008 [cit. 2008-04-07]. Dostupný z WWW: < http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholick%C3%BD_n%C3%A1poj >.
15. Drogová poradna [online]. 2002 [cit. 2008-03-08]. Dostupný z WWW: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>.
16. Alkohol v Evropě : Z pohledu veřejného zdraví [online]. 2007 , 10.01. 2007 [cit. 2008-05-01]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/alkohol/alkohol_v_evrope_z_pohledu_verejneho_zdravi>.
17. MINAŘÍK, Jakub. Rozdělení drog [online]. 2007 [cit. 2008-04-07]. Dostupný z WWW: www.odrogach.cz/upl/texty/100005s_Rozdelenidrog.doc>.
18. HOLÝ, Tomáš. Novinky.cz [online]. 2008 [cit. 2008-05-06]. Dostupný z WWW: <http://www.novinky.cz/clanek/138113-cesi-rocne-v-prumeru-vykouri-pres-110-krabicek-cigaret-a-vypiji-15-litru-vina.html>.
19. *Zdraví EU : Portál EU o veřejném zdraví* [online]. 2008 , 30.04.2008 [cit. 2008-05-05]. Dostupný z WWW: <http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/tobacco/index_cs.htm>.
20. *Netrapte se sami : Kouření je nemoc* [online]. 2008 [cit. 2008-05-04]. Dostupný z WWW: <http://www.odvykanikoureni.cz/koureni_nemoc.php>.

8. Klíčová slova

zdraví životní styl

výživa

kouření

stres

výzkum

zdraví člověka

9. Přílohy

Příloha 1 - -Dotazník

Příloha 2 – Poválečné spotřební trendy

Příloha 3 – Hmotnostní index BMI

Příloha č.1

Tento dotazník byl vytvořen pro praktickou část bakalářské práce. Jeho cílem je zmapovat současný životní styl pracujících lidí v Jihočeském kraji. Poskytnuté informace slouží pouze pro potřeby bakalářské práce a nebudou nikde zneužity.

Osobní údaje:

1.Pohlaví:

a)Muž b)Žena

2.Věk:

a)15-25 b)26-35 c)36-45 d)46-55 e)56-65

3.Doposud nejvyšší dosažené vzdělání:

a)Základní b)Střední bez maturity c)Střední s maturitou d)Vysokoškolské

Strava:

4.Kolikrát denně jíte?

a)2x a méně

b)3-4x

c)Více

5.Užíváte doplňky ve stravě (minerální látky, zinek, multivitaminy, vlákninu, výtažky z aloe, apod.)?

a) Pravidelně

b) Ne

c) Občas, když si vzpomenu

6.Jíte často kalorické přílohy (knedlíky, hranolky, krokety, americké brambory, bramboráky, atd…) k hlavním jídlům?

a)Téměř vůbec, preferuji rýži, luštěniny, nebo vařené brambory

b)Maximálně 3x do týdne

c)Celkem běžně

7.Stravujete se často v restauracích, rychlých občerstveních a zaměstnaneckých jídelnách?

a) Pouze výjimečně, jím převážně doma

b) Maximálně 2-3x týdně

c) 5x týdně a více

8.Preferujete vitamíny v ovoci a zelenině před vitamíny v tabletách?

a)Jím spíše ovoce a zeleninu

b)Kombinuji ovoce a zeleninu s vitamíny v tabletách

c)Ovoce a zeleninu skoro nejím, preferuji vitamíny v tabletách

d)Nejím ani jedno

Kouření:

9a.Kouříte?

a) Ano

b) Ne (nanejvýš pár měsíců v pubertě)

c) Už jsem přestal/a

9b.Pokud ano, kolik vykouříte cigaret za den?

a)Do 10

b)11- 20 (krabička)

c)Více jak 1 krabičku za den

9c.Kdy nejčastěji kouříte?

a) Když nemám, co dělat

b) Po jídle

b) V hospodě

9d.Kolik Vás stojí kouření za měsíc?

a)Do 1500Kč

b)Od 1500 do 2000Kč

c)Více jak 2000Kč

9e.Pokusil jste se už někdy přestat?

a) Ano - bez úspěchu

b) Ano - vydržel/a jsem to jen chvíli

b) Ne

9f.Jak je na tom s kouřením Váš partner/Vaše partnerka?

a)Kouří také

b)Toleruje mě

c)Je proti

Pohyb:

10.Máte dostatek pohybu?

a) sportuji minimálně 2x týdně

b)Chodím pěšky a příležitostně sportuji

c) Pouze pravidelně chodím

d)nesportuji vůbec

11.Kolik investujete v tomto směru peněz za měsíc?

(posilovna,bazén,sauna,nějaký sport)

a)Méně jak 150Kč

b)Od 150,- do 500

c)Od 500 do 1000Kč

d)1000Kč a více

12.Máte sedavé zaměstnání?

a)Ano ,většinu času sedím nebo řídím či jezdím autem

b)Pracuji manuálně, ale většinu pracovní doby stojím na místě

c)Mám fyzicky náročnou práci, zahrnující velké množství pohybu

Ostatní:

13.Byl/a jste někdy na léčebné kůře(lázně, ozdravný pobyt,…)?

a) Ano

b) Ne

c) Mám to v plánu

d) Jezdím pravidelně

14.Zkoušel/a jste někdy zhubnout?

a)Nikdy jsem to neměl/a zapotřebí

b)Jednou jsem to zkusil/a

c)Opakovaně, bez úspěchu

d)Stále dodržuji dietní omezení , abych si udržel(la) žádoucí váhu

15.Pokud jste zkoušel/a zhubnout, kolik Vás stál nejdražší program na měsíc?

a)Nic, hubl/a jsem svépomocí (podle knížky, internetu, rady známého, atd.).

b)Do 1500 Kč/měsíc

c)Nad 1500 Kč/měsíc

16.Kolik utratíte měsíčně za potravinové doplňky?

a)Nic nebo minimální sumy cca do 200Kč

b)200-600Kč měsíčně

c)Nad 600Kč

17.Chodíte na pravidelné preventivní lékařské prohlídky (zubní, gynekologické,…)?

a)Ano

b)Ne

c)Jen když mám problém

18.Jak řešíte případné infekční onemocnění?

a)Nemoc přecházím

b)Vždy navštívím lékaře

c)Vyléčím se svépomocí

Myslíte si, že je ve Vašem životním stylu nějaký handicap (obezita, kouření, sportovní inaktivita, nedostatečná péče o vlastní zdraví….) a proč?

Co považujete za největší pozitivum – jak se nejvíce staráte o své zdraví?

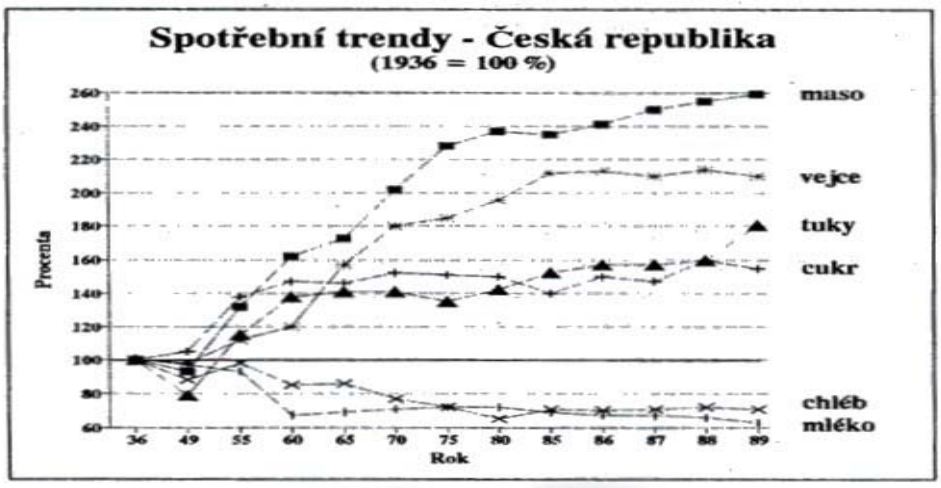
Příloha č.2

Poválečné spotřební trendy

Podobně jako v jiných zemích došlo i u nás v poválečných letech, jakmile to poměry dovolily,**k vzestupu spotřeby živočišných produktů, zejména masa,** na úkor obilovin a brambor,stoupla **spotřeba cukru,** zatímco spotřeba zeleniny a ovoce se změnila jen málo.

Tento trend je patrný i ve srovnání příjmu energie a živin v letech 1936 a 1989 (graf č.1, tabulka č.1).

Graf 1



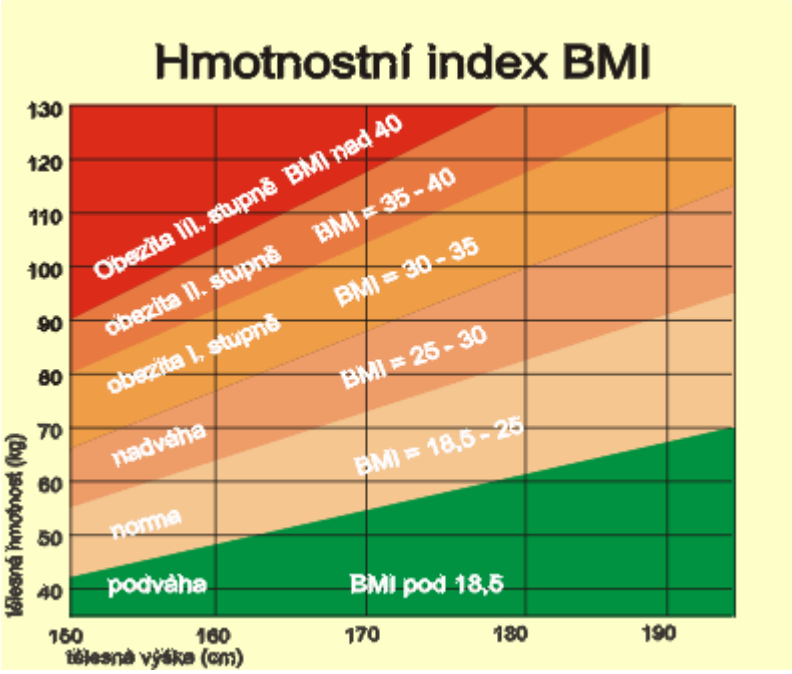
Tabulka 1: Spotřeba energie a živin ČSR v roce 1936 a 1989

		1936	1989	% změna
energie	kcal	2545	3234	127
celkové bílkoviny	g	72,6	104,8	144
živočišné bílkoviny	g	32,2	62,5	194*
živočišné tuky	g	79,0	132,5	167*
vápník	mg	763	960	125
železo	mg	11,3	15,4	136
vitamin A	i.u	3371	5966	174
vitamin B1	mg	1,42	1,65	117
vitamin B2	mg	1,4	1,66	118
vitamin C	mg	85,0	81,6	96

- bez ztrát během skladování a přípravy

Zdroj: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1673.htm

Příloha č.3



Zdroj: http://www.sweb.cz/hubnemesrozumem/bmi.htm

V současné době je běžně užíváno **hodnocení dle indexu hmotnosti** (body mass index BMI = hmotnost v kg / (výška v m)^2 kdy znamená:

hodnota **BMI**< 20 nižší hmotnost;

20 - 25 normální hmotnost;

25 - 30 nadváha - obezita 1. stupně (lehká otylost);

30 - 40 obezita 2. stupně (výrazná otylost);

> 40 obezita 3. stupně (maligní - morbidní otylost). (5)