**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**
**Zdravotně sociální fakulta**

# ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL JAKO PREVENCE CIVILIZAČNÍCH CHOROB

**Diplomová práce**

**Autor práce: Bc. Jana Tichá**

**Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Josef Havlík**

**17.8.2009**

**ABSTRACT**

This thesis deals with problems of healthy life style in connection with prevention of civilization diseases. In the theoretical part of this work there are briefly described the most significant aspects of lifestyle which have an influence on human health. Then there is here mentioned prevention and some of the most common civilization diseases.

Healthy lifestyle presents set of routines and behavior that according to contemporary scientific knowledge supports our health. We can imagine it for example like a style where most of components, which it is consisted of, have positive orientation and where physical activity, rational nutrition, no-smoking, reasonable drinking of alcohol and good human relations are on the first place.

The aim of this work is detection of a lifestyle and following comparison of the results in a group of women and men and comparison of a lifestyle of people living in a town and in the country. Experimental population was formed by people living in a district of Jindrichuv Hradec aged 41- 55.

First hypothesis - Among men will be more often detected negative factor of smoking – was confirmed. In research I found out that in the surveyed sample of people living in a district of Jindrichuv Hradec there regularly smoke 37,1 % of men and 22,2 % of women, which corresponds with the results of the study of HELEN which was this hypothesis built on.

Second hypothesis - Women will evaluate their health like worse – wasn't confirmed. The question ascertaining a subjective feeling of health was supposed to verify whether the findings of the study of the health condition and lifestyle of the inhabitants in the Czech Republic. 43,6 % of women and 35,4 % of men valued their lifestyle in a positive way, 14,6 % of women and 29,1 % of men in a negative way.

Third hypothesis – People living in a town will more often feel stress in comparison with people living in the country – was confirmed. To a question „Do you suffer from stress?" 90,4 % of people living in a town and 77 % of people living in the country answered positively.

***Prohlášení***

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Zdravý životní styl jako prevence civilizačních chorob“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 15.8.2009

***Poděkování***

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat především svému vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Josefu Havlíkovi za cenné rady, připomínky a odborné vedení diplomové práce.

Další poděkování patří mým rodičům a blízkým za podporu během celého mého vysokoškolského studia.

V neposlední řadě děkuji i všech osloveným respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník.

**OBSAH**


**1. SOUČASNÝ STAV 7**

**1.1 Definice základních pojmů 7**

**1.2 Nejvýznamnější faktory ovlivňující zdravý životní styl 8**

***1.2.1 Výživa* 8**

**1.2.2 *Kouření* 12**

**1.2.3 *Stres* 15**

**1.2.4 *Pohybová aktivita* 17**

**1.3 Prevence 19**

**1.3.1 *Preventivní prohlídky* 20**

**1.3.2 *Screening* 21**

**1.3.3 *Zdraví 21* 23**

**1.4 Civilizační choroby 25**

**1.4.1 *Kardiovaskulární choroby* 25**

**1.4.2 *Nádorová nemocnění* 27**

***1.4.3 Obezita* 31**

**1.4.4 *Diabetes mellitus 2. typu* 33**

**1.4.5 *Osteoporóza* 34**

**2. CÍL PRÁCE 37**

**2.1 Cíl práce 37**

**2.2 Předpokládané hypotézy 37**

**3. METODIKA 38**

**3.1 Použitá metoda 38**

**3.2 Charakteristika zkoumaného souboru 38**

**4. VÝSLEDKY 43**

**5. DISKUSE 77**

**6. ZÁVĚR 87**

**7. KLÍČOVÁ SLOVA 89**

**8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 90**

**9. PŘÍLOHY**

# ÚVOD

***„Budete-li dobře pečovat o své tělo, vydrží Vám po celý život“***

***George Coevoet***

Zdravý životní styl je v poslední době velice moderní a diskutované téma. Neustále přibývá nových nemocí, které úzce souvisí s naším životním stylem. Jedná se o tzv. nemoci civilizační. Již při psaní své bakalářské práce, která se zabývala poruchami příjmu potravy, jsem se okrajově dotkla oblasti nesprávné výživy a pohybové aktivity. Nyní bych se chtěla zcela věnovat problematice životního stylu a jeho vlivu na zdraví.

Téma jsem si zvolila z mnoha důvodů. Jsem si vědoma, že touto problematikou se zabývá mnoho prací. Zároveň se také domnívám, že je velice důležité a žádoucí, aby se stále více lidí aktivně zapojovalo do péče o své zdraví. Mohl by tak klesnou počet nově diagnostikovaných civilizačních chorob, tedy chorob způsobených nesprávnou životosprávou.

Dalo by se tvrdit, že zdraví je to nejcennější co máme. Jeho hodnota však nelze vyčíslit. Kvalita lidského zdraví je dána působením řady faktorů, z nichž některé můžeme sami ovlivnit, jiné nikoliv. Determinanty zdraví můžeme rozdělit i na vnitřní a vnější. Domnívám se, že v péči o zdraví je nejdůležitější primární prevence, tedy předcházení nemocem. Toho lze docílit vyhnutím se rizikovým faktorům životního stylu. Většina lidí se však o své zdraví začne starat až v okamžiku, kdy se u nich objeví nějaký problém. Bohužel, mnohdy už bývá pozdě. Nejčastějšími příčinami úmrtí v České republice jsou kardiovaskulární choroby, na druhém místě nádorová onemocnění. Uvádí se, že životní styl ovlivňuje lidské zdraví asi z 50 %, životní a pracovní prostředí z 20 %, lékařská péče z 10 % a genetické faktory z 20 %.

Ve své práci budu zjišťovat, jaký je životní styl osob žijících v okrese Jindřichův Hradec. Dále mne zajímá, zda existují rozdíly ve stylu života mezi ženami a muži a jak se liší životní styl osob žijících ve městě a na venkově.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Definice základních pojmů

*Zdraví*

Význam pojmu zdraví se zdá být naprosto jasný, ovšem jen těžko se přesně definuje. Vytvořit vyčerpávající definici zdraví je složité. V definicích je možné zdůrazňovat aspekty biologické, psychologické či sociální. **(48)**

Velmi známou je původní definice zdraví Světové zdravotnické organizace z roku 1948: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či vady.“ V roce 1957 byla tato definice ještě doplněna, bylo zdůrazněno, že zdraví je stav nebo kvalita organismu, který vyjadřuje jeho adekvátní fungování za daných genetických podmínek a podmínek prostředí. **(66)**

*Životní styl*

Životní styl je označení pro osobní formy způsobu života. Pojem životní styl má velké množství vysvětlení a je ovlivněn celou řadou faktorů. Zkoumá životní projevy, zvyklosti, formy života, chování, jednání a praktiky. Za jádro životního stylu jsou považovány činnosti a vztahy a s nimi provázané praktiky charakteristické pro určitý subjekt v jeho každodenním životě. Zahrnuje v sobě mnoho složek. Jde například o způsob bydlení, druh práce, rodinné poměry, vzdělání, kulturu, sociální vztahy atd., včetně chování. Mnohé z těchto složek mají vztah ke zdraví. **(8, 34)**

*Zdravý životní styl*

Zdravý životní styl představuje soubor zvyklostí a chování, který podle současných vědeckých poznatků podporuje zdraví. Složky životního stylu, které se týkají zdraví, však poskytují širokou škálu výběru preferencí od pozitivních možností osobního výběru, až po ty zcela negativní. Zdravý životní styl v dospělosti si můžeme představit například jako styl, v němž většina složek, ze kterých se skládá, má pozitivní orientaci a kde fyzická aktivita, racionální výživa, nekuřáctví, střídmé pití alkoholu a dobré mezilidské vztahy jsou na prvním místě.**(34)**

*Civilizační choroby*

Civilizační choroby, o kterých se hovoří také jako o neinfekčních nemocech, zatěžují celý Evropský region nejvyšší mírou nemocnosti i úmrtnosti. Jejich výskyt je vysoký a nadále stoupá. Tyto choroby jsou vázány na životní styl. Současný životní styl je charakteristický nadbytkem energeticky bohatých potravin, nedostatkem pohybu, nadměrným působením psychického stresu a kouřením. Lze prokázat souvislost mezi hlavními rizikovými faktory s výskytem některých chorob u jednotlivců. Mezi civilizační choroby řadíme především kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, diabetes mellitus, osteoporózu a další. **(46)**

## 1.2 Nejvýznamnější faktory životního stylu ovlivňující zdraví

### *1.2.1 Výživa*

Pro udržení životních funkcí potřebuje člověk trvalý přísun energie. Z přijímané potravy obsahující živiny, se složitým způsobem uvolňuje potřebná energie a vytvářejí se různé látky potřebné pro lidský organismus. Výživa patří mezi hlavní faktory vnějšího prostředí, které se uplatňují jak při vzniku, tak v prevenci mnoha onemocnění. Na výživová doporučení je proto kladen značný důraz. Tato doporučení se postupně mění podle vědeckých poznatků, což vyvolává určitou nedůvěru jak u laiků, tak u lékařů. Dnešní stravování má několik nedostatků – nadměrný energetický příjem, vysokou spotřebu tuků, nesprávnou skladbu tukové dávky, nadměrnou spotřebu cukru a soli, nedostatek vitaminu C a vlákniny. **(6, 37)**

Hlavní složky potravy jsou bílkoviny, tuky a sacharidy. Získávání energie z těchto živin probíhá za přítomnosti kyslíku. Při přeměně bílkovin se spotřebuje asi pětkrát více kyslíku než u metabolismu tuků a sacharidů. Energetická hodnota bílkovin a sacharidů je 17 kJ/g, zatímco tuky mají energetickou hodnotu cca 40 kJ/g. **(6)**

*Bílkoviny*

Bílkoviny (proteiny) jsou hlavní složkou všech buněk a tělesných tkání a musí být neustále obnovovány. Obsahují uhlík, vodík, kyslík a dusík, mnohé i síru a fosfor, případně kovové prvky. Výlučné postavení bílkovin je důvodem, proč nelze jednoduše nahrazovat jednotlivé složky výživy navzájem a vedle energetické bilance je nutné brát v úvahu i tzv. dusíkovou bilanci. Jsou jediným zdrojem dusíku a síry, které nejsou obsaženy v ostatních živinách. Proteiny jsou základní stavební složkou podpůrných orgánů a svalstva. Plní rovněž řadu fyziologických funkcí (ve formě hormonů, enzymů a protilátek) a jsou zásadní pro přepis genetické informace obsažené v genové DNA. **(6, 37, 44)**

Bílkoviny se tráví stupňovitě, na konci tohoto řetězce jsou aminokyseliny, které se v zažívacím traktu vstřebávají do krevního oběhu. Vzniká základní zásoba aminokyselin v buňce, která podle aktuální situace poskytuje aminokyseliny pro různé reakce. Tělo si nedovede uskladnit bílkoviny do zásoby – každý den musí získat nezbytné množství potravou, jinak musí strávit část vlastní tkáně. Nadbytečné bílkoviny ztrácejí postupně svůj dusík – vzniká amoniak, který se transformuje na močovinu a ta je vylučována močí. Zbylá uhlíkatá kostra se uloží jako sacharidy nebo tuky. **(6, 60)**

*Tuky*

Příjem tuků (lipidů) v potravě je důležitou součástí energetického příjmu pro organismus. Tuky, kterých je mnoho druhů, jsou energeticky velmi bohaté. Lipidy jsou pro buňku nejen zdrojem energie, ale také významnou látkou pro výstavbu buněčné membrány a pro syntézu řady hormonů. Příjem lipidů by měl odpovídat 30% celkového energetického příjmu, nižší by měl být u vysoce rizikových jedinců s prokázanou předčasnou aterosklerózou. V současné době jsou však zdrojem 40 % energie obyvatel většiny průmyslově rozvinutých zemí. **(6, 37, 60)**

Molekuly tuku jsou tvořeny glycerolem a mastnými kyselinami. Mastné kyseliny se liší chemickou strukturou a tedy i chováním v lidském těle a jsou dvojího druhu - nasycené a nenasycené. Příjem nasycených mastných kyselin by neměl přesáhnout 1/3 z denní dávky tuků. Jejich nadbytek je příčinou vzniku

aterosklerotických změn na cévách a zdrojem cholesterolu. Jsou obsaženy především v potravinách živočišného původu, z rostlin pak v kokosovém a palmovém oleji. Nenasycené mastné kyseliny mají pozitivní dopad na naše zdraví v tom, že snižují nebezpečnou LDL složku cholesterolu a chrání tak před rozvojem ateroskleróz, jsou zdrojem vitamínu E. **(14)**

V tenkém střevě jsou tuky rozkládány enzymem lipázou a žlučovými kyselinami. Poté jsou dopraveny krevním oběhem pomocí lipoproteinů a uloženy ve formě triglyceridů v tukových buňkách. Ty jsou pak uvolňovány jako mastné kyseliny při zvýšené potřebě energie do krevního oběhu a spolu s glukózou spalovány. Nepřiměřené množství sacharidů má za následek nekompletní metabolismus tuků, při kterém vznikají neužitečné lipidy zvané ketony a ty vedou k chemické nerovnováze v krvi - ketóze. Velká část ztráty hmotnosti při stravě chudé na sacharidy je dána ztrátou vody, protože se ledviny snaží zbavit tělo právě ketonů. Kombinace mastných kyselin a glukózy je pro získávání energie nezbytná. **(52)**

*Sacharidy*

Sacharidy jsou důležitou součástí stravy. Jsou využívané jako zdroj okamžité i zásobní energie. Jejich význam vyplývá ze skutečnosti, že kryjí polovinu a často dokonce valnou většinu energetické potřeby člověka. Sacharidy by měly představovat přibližně 60% denního příjmu kalorií. **(37)**

Podle počtu základních pěti či šesti uhlíkatých molekul se dělí na monosacharidy (glukóza, galaktóza, fruktóza), disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza) a polysacharidy (škrob, glykogen). Sacharidy jsou resorbovány ve formě monosacharidů v tenkém střevě. Polysacharidy a disacharidy musí být předtím rozštěpeny amylázami trávicího traktu na monosacharidové jednotky (na glukózu, galaktózu a fruktózu). Přes 80% takto naštěpených monosacharidů tvoří glukóza. Při nadbytku glukózy se část ukládá do jater a do kosterního svalu ve formě glykogenu, část se může převést na lipidy. **(60)**

Jednotlivé typy sacharidů jsou v potravě zastoupeny velmi nerovnoměrně. Z kvantitativního hlediska jsou nejvýznamnější škrob a sacharóza, v menší míře laktóza.

Monosacharidy glukóza a fruktóza jsou obsaženy hlavně v ovoci, medu a v některých druzích zeleniny, například v karotce. Hlavním zdrojem škrobu jsou v našich podmínkách obilniny a brambory, v podstatně menší míře luštěniny. **(37)**

*Vláknina*

Vlákninou nazýváme souhrnně nestravitelné složky rostlinné stravy. Jde hlavně o složité sloučeniny sacharidů (jedná se hlavně o celulózu). Podle účinků dělíme vlákninu na rozpustnou (pektin - hlavní složka vlákniny ovoce, inulin) a nerozpustnou (lignin - obsažen v některých druzích zeleniny, celulóza). Rozpustná vláknina zpomaluje rychlost pasáže trávicím traktem, v tenkém střevě omezuje absorpci některých živin a zpomaluje rychlost resorpce glukózy, čímž snižuje strmost vzestupu glykémie. Má také hypocholesterolemický účinek. Nerozpustná vláknina zvyšuje objem stolice, čímž snižuje koncentraci toxických látek, a zkracuje tranzitní čas stolice tlustým střevem. Tímto způsobem omezuje kontakt a zároveň vstřebávání toxických látek buňkami tlustého střeva. Řada studií potvrdila významný protinádorový účinek vlákniny. Denní příjem vlákniny by měl u dospělého člověka představovat 30 gramů. **(37, 44)**

*Vitamíny*

Vitaminy jsou látky, které živý organismus potřebuje ve velmi malém množství, ale nedovede si je sám vytvořit a musí je tedy přijímat potravou. Některé vitamíny si člověk dokáže ukládat do zásoby na několik týdnů i měsíců (vitamíny A, D, E, K) nebo i na dobu delší než rok (vitamín B12). Nedostatek vitaminů v potravě se projevuje různými defekty, které závisejí na typu nedostatkového vitaminu. Lehčí formy nedostatku se označují jako hypovitaminózy, které se projevují většinou nespecifickými příznaky. Těžké formy mají již příznaky charakteristické a označují se jako avitaminózy. Vitamíny jsou zpravidla důležitou součástí některých enzymů a hormonů.

*Minerální látky*

Lidské tělo se skládá zejména z prvků biogenních, což jsou uhlík, vodík, kyslík a dusík. Bez těchto prvků je život nemyslitelný a jsou pro lidské tělo běžně dostupné. Nezbytnou součástí naší výživy jsou také minerální látky, které se v lidském těle vyskytují v množstvích řádově od tisíce do desítek gramů. Náš organismus je nutně potřebuje, nedokáže si je sám vytvořit. Mezi ně patří vápník, fosfor, hořčík, draslík, sodík, síra, chlor a železo. Minerální látky přijímáme do těla potravou a vodou. Podílejí se na výstavbě tělesných tkání, podmiňují stálý osmotický tlak v tělesných tekutinách, regulují, aktivují a kontrolují metabolické pochody a jsou důležité i pro vedení nervových vzruchů. Uplatňují se jako aktivátory nebo součásti hormonů a enzymů. Mnohé minerální látky hrají důležitou úlohu v prevenci civilizačních onemocnění. **(6, 39)**

*Stopové prvky*

V těle se vyskytují v množství menším než 0,005% tělesné hmotnosti. Úlohou stopových prvků je především aktivace některých důležitých enzymů. Tělo s nimi dovede nesmírně šetřit, zachycuje je, zabraňuje jejich ztrátě močí a stolicí a vrací je zpět k plnění jejich funkce při látkové přeměně. Obvykle se uvádí 14 prvků – jód, zinek, měď, mangan, kobalt, molybden, selen, chrom, fluor, křemík, vanad, nikl, cín a arzen. Význam stopových prvků pro lidské tělo je zatím objasněn jen z malé části. **(6, 37)**

### *1.2.2 Kouření*

Kuřáctví je označováno jako nemoc a jeho diagnózu v mezinárodní klasifikaci nemocí najdeme pod označením F-17 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku). Jedná se o závislost na tabákových výrobcích. Kouření je definováno jako vdechování tabákového kouře, jímž se do organismu dostávají tisíce různých chemických látek schopných dalších reakcí, které mají mnohdy významné účinky na lidský organismus. Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku. Tabák

pochází z usušených listů rostliny rodu Nicotiana, jehož nejpopulárnější a nejčastěji kultivovaný druh je Nicotiana tabacum, která má svou původní vlast v Americe. **(28)**

Látky obsažené v tabákovém kouři se zde vyskytují ve formě plynů, vodních par i pevných částic. 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. Ve hmotné části nacházíme například nikotin, dehtové látky, benzen a benz(a) pyren. V plynné fázi je to oxid uhelnatý, amoniak, dimethylnitrosamin, formaldehyd, kyanovodík a akrolein… Dehet je hnědá, páchnoucí tekutina, která je kondenzátem z tabákového kouře. Obsahuje látky způsobující rakovinné bujení a mnoho dalších toxinů. Oxid uhelnatý je hlavním jedem ve výfukových plynech vozidel a nachází se i v cigaretovém kouři. Váže se na hemoglobin daleko rychleji než kyslík, což má za následek, že krev přenáší méně kyslíku. **(61)**

Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka mající stimulační a uvolňující účinky. Ale hlavně je to vysoce návyková psychoaktivní látka. Závislost na nikotinu je stav, který nutí člověka kouřit i přes částečné znalosti zdravotních následků a úsilí přestat. Nejde o nedostatek vůle nebo o poruchu osobnosti, ale o progresivní, chronické a recidivující onemocnění. Při kouření se nikotin dostane do mozku cca za 10 vteřin, poté se váže na nikotinové receptory a dráždí je. **(59)**

*Zdravotní rizika kouření*

Kouření cigaret způsobuje rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva. Zvyšuje zejména výskyt nemocí srdce a cév, nemocí dýchacího ústrojí, a je hlavní příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů. Je prokázáno, že způsobuje více než 50 onemocnění,, z nichž přes 20 může být smrtelných. **(19, 58)**

*Kouření a kardiovaskulární onemocnění*

Kouření se z 20% podílí na výskytu kardiovaskulárních onemocnění, na která u nás umírá 53% obyvatel. Nejčastěji se jedná o infarkt myokardu, na který lze nahlížet jako na důsledek dlouhodobého procesu aterosklerósy. Ta je kouřením velmi

akcelerovaná, protože složky tabákového kouře přímo poškozují stěny tepen. Mechanismy vedoucí k rozvoji kardiovaskulárních onemocněni jsou však komplexní. Jsou to vasokonstrikce v důsledku aktivace sympatiku, zvýšení viskozity krve a stavu zvýšené srážlivosti krve v důsledku zvýšení hladiny fibrinogenu, zvýšení inhibitoru aktivace plasminogenu, zvýšení leukocytů v důsledku chronických zánětů (kouření totiž snižuje imunitu). Zvýšená glukózová tolerance může vést až k diabetu II. typu, zvýšená hladina homocysteinu, non-HDL cholesterolu, triglyceridů, zvýšená peroxidace LDL (low density lipoproteins), zvýšený tlak spolu s diabetem vedou k progresi aterosklerózy a zvýšená tepová frekvence zbytečně zatěžuje srdce. Srdce a cévy zatěžuje i vysoká hladina Carbonylhemoglobinu (COHb) díky obsahu CO v tabákovém kouři (pobyt v místech s velmi frekventovanou dopravou vede max. ke 2% COHb, ale vykouření jediné cigarety asi k 6%). Důsledkem aterosklerózy vznikají další onemocnění – angina pektoris, cévní mozková příhoda nebo ischemická choroba dolních končetin. Dalšími onemocněními na kterých se kouření podílí je tzv. Buergerova nemoc (u nás dnes již vzácná), aneurysma aorty a částečně sem lze zařadit i impotenci (aterosklerosa pánevních tepen, snížená hladina testosteronu a vasokonstrikce). **(58)**

*Kouření a nádorová onemocnění*

Kouření se podílí na výskytu široké palety nádorových onemocnění. Rakovina plic je v České Republice nejčastějším zhoubným nádorovým bujením. 90% případů tohoto onemocnění má v anamnéze kouření. Plicní karcinom se objeví až u 24% kuřáků. Rakovina plic je záludná tím, že přichází poměrně pozdě - zhruba po 20 až 30 letech kouření. Kuřáci mají oproti lidem kteří nekouří mnohonásobně zvýšené riziko vzniku rakoviny plic. Míra rizika závisí na několika faktorech - například na druhu tabáku, počtu denně vykouřených cigaret, celkové době, po kterou kuřák holduje svému zlozvyku a věk, ve kterém s kouřením začínal. Po zanechání kouření se riziko v průběhu let pozvolna snižuje, ale nikdy nedosáhne tak nízkých hodnot jako u lidí, kteří s kouřením nikdy nezačali. Kouření bohužel nezpůsobuje pouze rakovinu plic, ale i nádory v dutině ústní včetně jazyka, nádory hrtanu, jícnu, žaludku, žlučníku, pankreatu,

ledvin, močového měchýře, leukemie. Současné požívání alkoholu často násobí karcinogenní účinky kouření. **(58, 64)**

*Ostatní onemocnění související s kouřením*

Kouření poškozuje dýchací systém, vyvolává řadu nemocí jako je emfyzém (choroba, při které dochází k úbytku plicních sklípků, čímž se zmenšuje plocha na níž dochází k výměně dýchacích plynů), chronické bronchitidy, zhoršuje astma. Dále zapříčiňuje vředovou chorobu žaludku a dvanácterníku. Co se týče reprodukčního systému, je prokázána nižší plodnost u obou pohlaví, vyšší riziko spontánních potratů, nižší porodní váha u dětí kuřaček, zvýšená perinatální mortalita. **(58, 64)**

### *1.2.3 Stres*

Díky rostoucímu životnímu tempu, narůstajícím požadavkům na výkon a zvyšujícímu se časovému a organizačnímu tlaku se stres v posledních letech stává stále více součástí běžného života všech obyvatel rozvinutých společností. Ke stresové reakci organismu dochází při jeho setkání se stresorem. Stresory můžeme rozdělit do několika kategorií – vztahové stresory (neshody s rodiči, rozvod, odchod dětí z rodiny), pracovní a výkonové stresory (nízký příjem, ztráta zaměstnání, nespokojenost v práci), stresory související s životním stylem (nevyhovující bydlení, nedostatek přátel), nemoci a závislosti (tělesná nebo psychická nemoc, závislost na drogách, alkoholu) ale i různé fyzikální podněty jako horko, chlad, hluk. **(15, 35)**

Stresová reakce přivádí organismus do stádia pohotovosti a připravenosti, je poplachovou reakcí, ve které organismus mobilizuje energii potřebnou pro rychlou akci. Spouští se, kdykoliv rozeznáme, že jsme v ohrožení. Proběhne kaskáda změn, která organismus připraví na boj nebo útěk. **(36)**

Stresová reakce v organismu má dvě fáze. První fáze je označována jako poplachová reakce. Pokud organismus rozezná podnět jako stresový, vyvolá tento podnět neklid. Následuje výlev adrenalinu a noradrenalinu a je aktivován sympatikus. Aktivace sympatiku vede k uvolnění energie, k vyplavení cukru, tuků a škrobu ze zásob do krve. Tato energie je krví zasílána společně s kyslíkem do tkání, které jsou pro útok

nebo útěk nejdůležitější, tedy k mozku, kosterním svalům, srdci a plícím. Ostatní systémy, například trávicí ústrojí, nejsou v tuto chvíli tak důležité a přívod energie a kyslíku je zde omezen. Při vyplavení adrenalinu a noradrenalinu dochází tedy k aktivaci sympatiku, což se projeví zúžením cév v kůži, zrychlením tepu a dechu, zvýšením napětí kosterního svalstva a jeho zvýšeným zásobením krví, snížením napětí hladkého svalstva trávicího traktu, rozšířením zornic, odkrvením prstů ad. **(36)**

Po první poplachové odpovědi dochází k dlouhodobější reakci, nazývané jako všeobecný adaptační syndrom. Přichází ve chvíli, kdy se poplachová reakce vyčerpala. Cílem je zklidnění organismu. K tomu může dojít přesto, že překážku či problém nebylo možné vyřešit. Organismu pak jde zejména o to, aby si vytvořil ochranu pro překonání či přečkání nepříznivé situace. Výrazně je zesílena útlumová složka a jsou zajišťovány přednostně funkce, které organismus zajišťuje v útlumové fázi – jako je trávení. Je aktivován parasympatikus a z hypofýzy je uvolněn adrenokortikotropní hormon, který stimuluje kůru nadledvin k produkci kortizolu a kortizonu. Ten mobilizuje energii. I když organismus funguje v útlumovém režimu, stojí ho to hodně energie. I při adaptační reakci neekonomicky užívá rezerv. **(36)**

Pokud stresové reakce probíhají často, dochází k dlouhodobému přetěžování jak psychiky, tak tělesných systémů. Krev je rychleji dopravována k orgánům, srdce rychleji pracuje a současně jsou tepny zúžené. Po delší době dochází k rozvoji hypertenze a tím i k srdečním poruchám. Svaly jsou neustále ve zvýšeném napětí, dochází k nadměrnému zatěžování kloubů, hlavně v oblastech krční a křížové páteře. Rozvíjejí se bolesti páteře s dalšími následky. Pokud tělo nemá dostatek pohybu, nedochází k odbourávání adrenalinu a noradrenalinu. Tělo je neustále v bojové pohotovosti s mobilizovanou energií, která není odbourávána. Cholesterol a mastné kyseliny se začínají ukládat v cévní stěně. Nadbytek cukru může změnit citlivost inzulin produkujících buněk a tím způsobit rozvoj diabetu mellitu. Kortizol a kortizon silně působí na žaludeční sliznici – objevují se zažívací potíže. Adrenalin a noradrenalin brání dostatečnému prokrvení žaludeční stěny, zvyšuje se riziko vzniku žaludečních vředů. Kromě těchto psychosomatických poruch způsobuje častý průběh stresové

reakce také vztahové problémy (konflikty mezi partnery, spolupracovníky), psychické poruchy (deprese, úzkost, nespavost, sexuální problémy). **(36)**

### *1.2.4 Pohybová aktivita*

V souvislosti s podporou zdraví definujeme tělesnou aktivitu jako tělesný pohyb na podkladě činnosti kosterního svalstva, který vyžaduje příjem energie. Cvičení je druh tělesné aktivity, která je plánovaná, organizovaná ke zlepšení nebo udržení jedné nebo více složek tělesné zdatnosti. Pravidelná tělesná aktivita je základem změny životního stylu a pomáhá tak k udržení dalších změn, zejména nutričních, nekuřáctví a zvládání stresu. **(26)**

Zařazení přiměřené pohybové aktivity do běžného života je základním předpokladem úspěšného působení v primární i sekundární prevenci. Má mnohostranný vliv na zdraví. Její vliv na kardiovaskulární systém se projevuje zlepšenou výkonností srdce a příznivým ovlivněním elasticity cév snižováním hodnot krevního tlaku. Prohlubuje se dýchání, zlepšuje se pružnost hrudníku, zvyšuje se výkonnost dýchacích svalů a plicní ventilace. Hypoaktivita je nezávislým rizikovým faktorem pro kardiovaskulární onemocnění, hypertenzi, diabetes mellitus II. typu a obezitu. Výzkumy také prokázaly vztah k výskytu kolorektálního karcinomu a pravděpodobně i dalších nádorů. Tělesná aktivita má i terapeutickou roli. Pravidelná tělesná aktivita v rozsahu 5 - 6 hodin týdně s energetickým výdejem 2200 kcal vede k regresi aterosklerotických změn v koronárních tepnách. **(26)**

K posouzení aktuální úrovně tělesné aktivity se zjišťuje frekvence, doba a intenzita tělesné aktivity. K vlastnímu vyšetření tělesné zdatnosti je určen jednoduchý chodecký test nebo Kashův step-test. **(26)**

V prevenci nemocí je rozhodující zdravotně orientovaná zdatnost. Ta zahrnuje kardiorespirační zdatnost, svalovou sílu a kloubní pohyblivost a probíhá v intenzitě, která má dostatečný protektivní účinek a přitom nepřináší zbytečná zdravotní rizika. Aerobní pohybovou aktivitou rozumíme rytmicky prováděnou činnost se zapojením velkých svalových skupin střední intenzity. Pro trénink zdravotně orientované zdatnosti je třeba, aby intenzita zatížení přesáhla minimální dolní hranici zatížení (obvykle 50 –

60% maxima srdeční frekvence) a nepřesáhla bezpečnou horní hranici (obvykle 70 – 80%). Maximální srdeční frekvenci vypočteme jednoduchým vzorečkem 220 – věk v letech. Důležité je, aby aerobní trénink nepřekročil anaerobní práh, kdy se ve svalech začne kumulovat kyselina mléčná, což se projeví následnou svalovou bolestí. Nejvhodnější je rychlá chůze, jízda na kole, běh na lyžích, míčové hry nebo například tanec či golf. **(26, 37)**

## 1.3 Prevence

Prevencí se rozumí nejen zabránění vzniku nemocí, ale i předcházení vzniku a rozvoji komplikací i nepříznivých následků. Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci, jejímu rozvoji, šíření, komplikacím a k prodloužení pracovní neschopnosti. V současné době je považována za jeden z principů moderní medicíny. Na realizaci preventivních opatření se podílí 3 subjekty. *Společnost* – společenská opatření jsou záležitostí ministerstev, organizací, podniků, obecních úřadů. Patří sem opatření na ochranu životního prostředí, bydlení, stravování, kulturní, legislativní opatření a další. Individuální prevence se účastní *každý občan* - dodržováním správného životního stylu, rozvojem zdravotního uvědomění, odvykáním škodlivých návyků a podobně. *Zdravotníci* realizují zdravotnickou prevenci – do této oblasti řadíme zdravotní výchovu obyvatelstva, očkování, preventivní akce apod. **(48, 65, 66)**

Rozlišujeme prevenci nespecifickou (zaměřenou na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého životního prostředí) a specifickou, cílenou na prevenci vzniku určité choroby či jejích následků. Podle toho, ve které fázi přirozené historie nemoci se uplatňuje, rozeznáváme tři základní typy prevence – primární, sekundární a terciální. **(48, 65, 66)**

**Primární prevence** představuje nejdůležitější preventivní postupy směřující k zamezení vzniku nemoci. Jde o působení v období prepatogeneze, před vlastním vznikem nemoci. Mezi hlavní aktivity primární prevence patří výchova ke zdraví, dodržování hygienických opatření, správná životospráva, očkování, jodizace kuchyňské soli, fluoridace pitné vody, vitaminizování potravin apod. **(15, 48, 56, 66)**

**Sekundární prevence** znamená včasné vyhledávání nemoci, nejlépe v presymptomatickém stádiu nebo v době, kdy je možný návrat k normě. Cílem je zabránit zhoršování již patologicky změněného zdravotního stavu, zamezit komplikacím a smrti. Patří sem řada opatření, například vyhledávání prekanceróz. Metodami práce jsou zejména preventivní prohlídka, depistážní akce, screeningové metody, monitoring apod. **(15, 48, 56, 66)**

**Terciální prevence** spočívá ve snaze o odstranění nebo alespoň zmírnění důsledků nemocí. Zahrnuje léčbu, rehabilitaci, rekonvalescenci a zabránění recidivám. Cílem je obnovení fyzických, psychických a sociálních funkcí člověka, zabránit handicapu, zlepšit kvalitu života postiženého, naučit ho žít se svojí nemocí. **(15, 56, 66)**

### *1.3.1 Preventivní prohlídky*

Vyhláška číslo 56/1997 Sb. v platném znění stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost, praktického lékaře pro dospělé, stomatologa a gynekologa.

Preventivní prohlídka u praktického lékaře pro dospělé se provádí od doby dovršení věku 18 let vždy jednou za dva roky, nejdříve však po 23 měsících po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je:

a) anamnéza – doplnění se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika. V rodinné anamnéze je kladen důraz na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorová onemocnění
b) kontrola očkování proti tetanu
c) kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru, včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a hmotnosti. Povinnou součástí je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rektum a vyšetření testes a prsou s poučením o nutnosti a významu samovyšetřování. U osob od 40 let se ve čtyřletých intervalech provádí vyšetření EKG
d) laboratorní vyšetření. Součástí je orientační chemické vyšetření moče. V 18, 40, 50 a 60 letech lékař zařídí provedení vyšetření cholesterolu a tukových látek v krvi. Od 45 let se provádí i kontrola hladiny cukru v krvi v dvouletých intervalech. Od 50 let se v dvouletých intervalech provádí vyšetření stolice na přítomnost krve (vyhláška + IZIP)

e) u žen od 45 do 69 let věku ověření, zda bylo v posledních dvou letech provedeno mamografické vyšetření, popřípadě doplnění tohoto vyšetření předáním doporučení k vyšetření.

Preventivní prohlídky v oboru stomatologie se u dospělých osob provádějí jedenkrát ročně. Je jich obsahem je:

a) vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní
b) onkologická prevence zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech i kolemčelistních měkkých tkáních
c) instruktáž o správném dodržování hygieny dutiny ústní

Preventivní prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví se provádějí od 15 let věku v intervalech jedenkrát ročně. Jejich náplní je:

a) anamnéza
b) aspexe kůže
c) vyšetření prsů
d) vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření
e) odběr materiálu z děložního čípku
f) palpační bimanuální vyšetření
g) vyšetření per rectum
h) poučení o významu preventivní protirakovinové prohlídky
i) u žen od 49 do 69 let věku předání doporučení k provedení mamografického vyšetření **(57)**

### *1.3.2 Screening*

Screening je metodou spadající do oblasti sekundární prevence. Jedná se o postupy sloužící k odhalování dosud neznámých variant průběhu nemoci. Aktivní vyhledávání nemocných znamená mnohem větší záchytnost nemoci v ranném stádiu a

tím i vyšší procento úspěšně vyléčených. Screening může být realizován prostřednictvím anamnestického zjišťování přítomnosti rizikových faktorů, formou fyzikálního vyšetření nebo laboratorními či jinými metodami. **(6, 15)**

Screeningové metody by měly splňovat požadavek na dostatečnou senzitivitu, v optimálním případě by měly odhalit všechny případy nemocí, a dále specificitu, která zajistí minimalizaci falešně pozitivních výsledků, které mají negativní psychologické dopady pro pacienty. Dalšími požadavky jsou přijatelnost a bezpečnost postupu pro pacienty. **(15)**

*Mamografický screening*

Mamografie je speciální rentgenová metoda používaná pro vyšetření prsu. V České republice byl plošný mamografický screening oficiálně zahájen v září roku 2002. Legislativní rámec projektu v ČR je dán vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 372/2002 Sb. Screening spočívá v pravidelném preventivním vyšetřování žen od 45 do 69 let věku bez jakýchkoli příznaků onemocnění s cílem zachytit rozvíjející se onemocnění v co nejčasnějším stadiu. Onemocnění zachycené v časné fázi je snáze léčitelné a vede k vyšší kvalitě a vyšší délce života pacientek. V současnosti je program provozován na několika desítkách akreditovaných pracovišť, jejichž činnost je průběžně monitorována a kontrolována podle transparentních pravidel.**(23)**

*Screening karcinomu děložního čípku*

Základním způsobem při zjišťování rakoviny děložního čípku je odběr onkologické cytologie - stěr z čípku. Ženy na něj mají nárok ze zdravotního pojištění. Bývá součástí gynekologického vyšetření a pomáhá zjistit abnormální buňky ve sliznici děložního čípku. Díky screeningu lze rozpoznat změny na děložním čípku v již velmi raném stadiu onemocnění a začít s efektivní léčbou ve chvíli, kdy je naděje na plné uzdravení. **(41, 69)**

*Kolorektální screening*

Jedná se o preventivní vyšetření pacientů nad 50 let věku, kteří nemají žádné příznaky svědčící pro onemocnění tlustého střeva a konečníku. Vyšetření provádí praktičtí lékaři pro dospělé a je pro všechny pacienty starší 50 let jednou za 2 roky bezplatné, hrazené ze zdravotního pojištění. Provádí se testem na stanovení přítomnosti okultního krvácení ve stolici. Při pozitivním nálezu lékař doporučí podrobnější kolonoskopické vyšetření. **(22)**

### *1.3.3 Zdraví 21*

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace WHO usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program WHO Zdraví pro všechny ve 21. století. Důležitým cílem Zdraví 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy. V ČR byl schválen usnesením vlády dne 30.října 2002 jako meziresortní dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky. **(27, 56)**

Konstantním cílem pro evropský region je dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny. Dva hlavní cíle jsou prosadit a chránit lidské zdraví během celého života a snížit incidenci hlavních nemocí a úrazů a zmírnit utrpení, které způsobují. **(65, 66)**

Program Zdraví 21 definuje 21 cílů pro 21.století:

Cíl 1. Solidarita pro zdraví v evropském regionu
Cíl 2. Spravedlnost ve zdraví
Cíl 3. Zdravý začátek života
Cíl 4. Zdraví mládeže do 18 let
Cíl 5. Zdravé stárnutí
Cíl 6. Zlepšení duševního zdraví
Cíl 7. Snížení výskytu přenosných nemocí

Cíl 8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí

Cíl 9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy

Cíl 10. Zdravé a bezpečné životní prostředí

Cíl 11. Zdravější životní styl

Cíl 12. Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem

Cíl 13. Příležitosti pro zdravotní aktivity

Cíl 14. Multisektoriální odpovědnost za zdraví

Cíl 15. Integrovaný zdravotní systém

Cíl 16. Řízení v zájmu kvalitní péče

Cíl 17. Financování zdravotnictví a rozdělování finančních zdrojů

Cíl 18. Rozvoj lidských zdrojů v zájmu o zdraví

Cíl 19. Výzkum a znalosti v zájmu o zdraví

Cíl 20. Mobilizace partnerů pro zdraví

Cíl 21. Politika a strategie v zájmu zdraví pro všechny

## 1.4 Civilizační choroby

### *1.4.1 Kardiovaskulární onemocnění*

Nemoci srdce a cév jsou v České Republice nejčastější příčinou úmrtí. Dlouhodobě představují více než 50 % všech úmrtí. Jejich výskyt se, zejména u mužů, posouvá do stále mladších věkových skupin. Hlavní formy nemocí jsou ischemická choroba srdeční (ICHS), centrální mozková příhoda (CMP) a ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). Příčinou těchto onemocnění je **ateroskleróza**. Ateroskleróza je degenerativní onemocnění cévní stěny. Hlavní podmínkou jejího vzniku je vyšší hladina cholesterolu v krvi. V cévách nejprve dochází k tvorbě lipoidních proužků, posléze fibrolipoidních lézí a konečně fibrózních plátů, které předchází a provází zánětlivý proces cévní stěny. Důsledkem je zúžení cévy a nedostatečné prokrvení orgánu, ke kterému daná céva míří. **(25, 40)**

**Arteriální hypertenze**, tedy krevní tlak vyšší než 140/90, patří mezi nejčastější onemocnění srdce a cévního oběhu, které postihuje okolo 25 procent dospělé populace. Hypertenze svými komplikacemi významně ovlivňuje nemocnost a úmrtnost. Podle odhadů je až 25 procent úmrtí nad 40 let věku přímo nebo nepřímo způsobeno vysokým krevním tlakem. Příčinu vysokého krevního tlaku u většiny nemocných neznáme. Jedná se o tzv. primární neboli esenciální hypertenzi. Aby se hypertenze projevila, je většinou potřeba spolupůsobení genetických dispozic a faktorů zevního prostředí. Je to hlavně nadměrný přísun kuchyňské soli, obezita, nadměrná konzumace alkoholu a stres. U malé skupiny hypertoniků je zvýšený krevní tlak důsledkem jiného onemocnění, tzv. sekundární hypertenze. Příčinou jsou nemoci ledvin nebo jejich cév, onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, některé neurologické nemoci nebo zúžení aorty. Problémem hypertenze je, že nemá žádné charakteristické příznaky. Vysoký krevní tlak bývá zjištěn náhodně nebo až v době komplikací. Někdy se může hypertenze projevovat bolestmi hlavy, bolestmi na hrudi, únavou nebo poruchami spánku. V pokročilých stádiích se pak objevují příznaky vyplývající z poškození jiných orgánů - dušnost, bolesti na hrudníku závislé na námaze, infarkt myokardu, poruchy funkce ledvin a zraku. **(21)**

**Ischemická choroba srdeční** je definována jako nedokrevnost srdečního svalu, která vzniká na podkladě akutního nebo chronického omezení, případně zastavení přítoku krve do určité oblasti srdečního svalu, kde vzniká ischemie až nekróza. **Angina pectoris** je jedním z klinických projevů poruchy srdeční funkce vzniklé při ischemii myokardu na podkladě přechodné změny poměru mezi spotřebou a dodávkou kyslíku do myokardu. Postiženi jsou převážně muži. Projevuje se jako silná, zdrcující nebo omezující bolest na hrudi a výrazný pocit tlaku v oblasti hrudníku a může se šířit do ostatních částí těla. Vyvolávajícím momentem může být námaha, stres, chůze na větru a mrazu, pohlavní styk. Pacient může být ale i bez bolesti, pak hovoříme o němé ischemii. **(11, 42, 49, 51)**

Nejvýznamnějším projevem ICHS je infarkt myokardu. Při něm je nedokrevnost srdečního svalu tak dlouhá (30 minut a více), že dochází k jeho odumření. Akutní infarkt myokardu vzniká uzavřením koronární cévy. Výsledkem je nahrazení části srdečního svalu jizvou a poklesem výkonnosti srdce, která může být tak závažná, že se hovoří o srdečním selhání. Při srdečním selhání není srdce schopné udržet výdej krve na takové výši, aby vyhovělo požadavkům tkání. Základním příznakem infarktu je bolest, která trvá desítky až hodiny, může se projevovat bušením srdce, dušností. Diagnóza se stanovuje pomocí EKG, rozboru krve a použití zobrazovacích metod. Infarkt myokardu je závažný stav, který vyžaduje okamžitou hospitalizaci a léčbu a který je spojen s celou řadou komplikací včetně smrti. **(20, 42)**

**Centrální mozková příhoda** je definována jako rychle se rozvíjející porucha mozkových funkcí. Může se objevit porucha řeči, slabost nebo ochrnutí jedné poloviny těla. Časté jsou problémy s rovnováhou a koordinací, pády nebo dokonce ztráta vědomí. K dalším typickým příznakům patří bolest končetin nebo naopak pocit jejich zmrtvění, problémy s myšlením a zmatenost. V nejtěžších případech dojde k těžké ztrátě vědomí, ochrnutí a náhlému úmrtí. Příčinou je buď nedostatek krve nebo naopak krvácení do mozku či mozkových obalů. V obou případech dojde k poškození mozkové tkáně. **(67)**

Mozek spotřebuje asi 20% z celkové spotřeby kyslíku. Při poklesu dodávky kyslíku dochází nejprve k poruše funkce mozkové buňky při jejím zachování. Dojde-li na ohraničeném okrsku mozkové tkáně k déletrvající nedokrevnosti, postižená tkáň

odumře. Vzniklé mozkové poruchy jsou výsledkem nepoměru mezi potřebou a dodávkou kyslíku mozkovým buňkám. Ischémie je hlavním vyvolavatelem mozkových příhod. Odpovídá za 80 procent všech případů. **(47)**

Další příčinou vzniku cévní mozkové příhody je krvácení. Může se jednat buď o krvácení do mozkové tkáně, které tvoří 15% CMP, nebo o krvácení mezi mozkové pleny (5% CMP). Vyšší pravděpodobnost krvácení do mozkové tkáně mají osoby trpící hypertenzí. Tento druh krvácení je zatížen velmi vysokou úmrtností (až 50% během prvních 30 dnů). Krvácení mezi mozkové pleny je většinou důsledkem prasknutí aneurysmatu na některé mozkové tepně a znamená vždy vážné ohrožení života. **(47)**

Ischemická choroba dolních končetin je společné označení pro zhoršené prokrvení tkání dolních končetin, jehož příčinou je zúžení nebo úplný uzávěr tepen, způsobený nejčastěji aterosklerózou. Výskyt ICHDK roste s věkem. Tímto onemocněním je postiženo 13 % populace ve věku mezi 55 a 75 lety. Pouze čtvrtina pacientů má nějaké příznaky. Degenerativní změny tepen dolních končetin se zpočátku projevují pouze pocitem chladných končetin, ztrátou ochlupení na končetinách. Postupně nastává stadium občasného kulhání, kdy se při chůzi dostaví svalová až křečovitá bolest v lýtku, méně často ve stehně a hýždi. Příčinou bolesti je snížený přítok okysličené krve k pracujícím svalům, který nestačí krýt jejich zvýšenou potřebu kyslíku. **(2)**

### *1.4.2 Nádorová onemocnění*

V České Republice představují nádorová onemocnění druhou nejčastější příčinu úmrtí. Ročně na ně umírá více než 27 tisíc osob, což odpovídá přibližně 23 % z celkové úmrtnosti. Současně jsou i druhou nejzávažnější příčinou nemocnosti ekonomicky aktivní části obyvatelstva. Příčiny vysoké úmrtnosti a ekonomických ztrát spočívají v narůstající incidenci a v pozdějším záchytu příznaků nádorových onemocnění. **(30)**

Lidské tělo tvoří celou řadu různých typů buněk. Normální zdravé buňky rostou a dělí se na nové podle potřeb organismu, a tento proces udržuje tělo zdravé. Pokud se však buňky začínají dělit a vznikají nové, i bez potřeby organismu, vzniká masa nové tkáně, kterou nazýváme nádorem. Nádor může být benigní nebo maligní. **(24)**

Benigní nádory, které rostou většinou pomalu, bývají opouzdřené, většinou nevrůstají do okolích tkání a sousední struktury spíše jen utlačují. Podstatné je, že nepronikají do cév krevního nebo mízního řečiště a nezakládají metastázy. Buňky, ze kterých se skládají, nebývají příliš odlišné od těch, z nichž vznikly. Pokud se tyto nádory podaří odstranit, většinou znovu nenarůstají. Benigní tumory proto většinou nepředstavují ohrožení života. **(24)**

Maligní nádory rostou rychle, některé z nich jsou neopouzdřené, ale i u opouzdřených pronikají dříve či později jejich buňky pouzdrem a vrůstají do okolních tkání, které ničí. Takové šíření se nazývá místní šíření nádoru. Brzy poté však agresivní buňky naruší stěny cév a šíří se do organismu cévní a mízní soustavou. V případě že jsou v daném místě příznivé podmínky pro jejich další dělení, vznikají metastázy. Proces šíření zhoubných buněk krevní nebo mízní cestou se nazývá metastazování. **(24)**

*Bronchogenní karcinom*

Plicní karcinom je dnes na prvním místě v úmrtí mužů na zhoubné nádory a jeho výskyt stoupá i u žen. Má několik typů, které se liší svými vlastnostmi, prognózou a způsobem léčby. Z hlediska biologického chování se dělí na malobuněčný a nemalobuněčný, k němuž patří epidermoidní karcinom, adenokarcinom a velkobuněčný karcinom. Počáteční projevy se typicky vyskytují i u jiných onemocnění plic, a proto je zejména u kuřáků na místě velká opatrnost. Jde o trvalejší kašel, někdy vykašlání malého množství krve - hemoptýza, opakované infekce. Později se mohou přidat bolesti, hubnutí, dušnost a další projevy. Nádor může metastazovat do kostí, jater, ale i jinam. Plíce jsou také nejčastějším orgánem, ve kterém se vyskytují metastázy zhoubných nádorů jiných orgánů. V diagnóze se uplatňuje rentgenologické vyšetření včetně CT, bronchoskopie, cytologické vyšetření vhodné rovněž k vyhledávání u rizikových skupin, eventuálně stanovení nádorových markerů. Léčba zahrnuje operaci, ozařování a podávání cytostatik. **(55)**

*Kolorektální karcinom*

Kolorektální karcinom je zhoubný nádor, který vznikne z buněk vystýlajících tlusté střevo či konečník. Česká republika drží celosvětové prvenství ve výskytu tohoto onemocnění v přepočtu na jednoho obyvatele. Kolorektální karcinom je druhým nejčastějším nádorem, na který Češi umírají. Podle údajů z roku 2005 si vyžádal celkem 2453 úmrtí mužů (15,8 % všech nádorových úmrtí). Ženských obětí si vyžádal přibližně o čtvrtinu méně (1783), ale i zde byl se 14,3 % hned na druhém místě za nádory prsu. Příčina není spolehlivě prokázána, ale předpokládá se vliv výživy - nadměrný příjem tuků a nedostatek vlákniny v potravě. Některé formy mají dědičný podklad. Významným rizikovým faktorem jsou střevní polypy - nezhoubné výrůstky sliznice střeva, které většinou nepůsobí žádné obtíže, ale mohou zvrhnout a dát základ pro růst nádoru. Má různé projevy podle místa postižení a pokročilosti. Typické jsou zejména průjmy či zácpy, pocity neúplného vyprázdnění, přítomnost krve ve stolici, časté bolesti či křeče břicha, pocity plnosti či nadmutí, ztráta na váze bez jasné příčiny, únava, nauzea i zvracení. . Pro vyhledávání časných stadií slouží testy k odhalení okultního krvácení ve stolici. K podrobnějšímu vyšetření se využívají rentgenologické a endoskopické metody. Léčí se operací, popřípadě doplněnou ozařováním či cytostatiky. **(38, 55)**

*Karcinom prostaty*

Karcinom prostaty je nejčastějším zhoubným nádorem a druhou nejčastější příčinou úmrtí na maligní onemocnění u mužů v řadě vyspělých zemích světa. Celosvětové údaje o incidenci karcinomů prostaty nejsou zcela přesné hlavně proto, že mnoho mužů s tímto karcinomem umírá, aniž by se kdy klinicky projevil. Incidence vzrůstá s věkem, před čtyřicátým rokem života se jedná o vzácné případy. Většinu zhoubných nádorů prostaty tvoří karcinom a při histopatologickém vyšetření je nejčastěji zjištěn adenokarcinom. Ten zpravidla vzniká v periferní části žlázy a proto zejména v počátečním stádiu nemusí nemocnému způsobit žádné subjektivní obtíže. Příznaky jsou tedy dlouho nevýrazné a neurčité, obtíže s močením se projevují až při pokročilejším stavu onemocnění Značná část případů je bohužel odhalena až v tomto

pokročilém stádiu onemocnění. Na přítomnost onemocnění nás většinou upozorní zvýšená hladina prostatického specifického antigenu. Žádná účinná prevence karcinomu prostaty zatím neexistuje. V současné době je však možná včasná diagnostika a při zachycení lokalizovaného nádoru možnost radikální chirurgické léčby. V případě zasažení i jiných orgánů přichází v úvahu léčba hormonální nebo chemoterapie. Nádor často metastazuje do kostí. **(9, 18, 53)**

*Karcinom prsu*

Karcinom prsu je v České republice nejčastějším onkologickým onemocněním u žen. Ročně je u nás diagnostikováno více než 4,5 tisíce nových případů. Onemocnění je velmi často objeveno až v pokročilých stadiích. Přitom právě včasné odhalení nádoru a bezprostřední zahájení léčby jsou jedním z faktorů, které výrazně zvyšují vyhlídky pacientek na úplné uzdravení a snižují nutnost radikálního chirurgického řešení. Na následky karcinomu prsu zemře každý rok přibližně 2 000 českých žen a mezi příčinami úmrtí ve věkové kategorii 20 - 54 let tak zaujímá karcinom prsu první místo. Možnosti prevence vzniku onemocnění na individuální úrovni jsou omezené. Na vzniku rakoviny prsu se podílí mnoho faktorů, vnitřních i vnějších. Podstatný vliv mají především ženské hormony a dědičné faktory. Mezi další rizikové faktory patří některé typy nezhoubných onemocnění prsu, nepříznivý vliv má pravděpodobně také obezita, nadměrné množství tuků v potravě, nadužívání alkoholu, první těhotenství po 30. roce či bezdětnost, nedostatek tělesné aktivity. Jedinou možností boje je proto včasná diagnostika a úspěšná léčba. Od roku 2002 Česká republika zahájila celoplošný mamografický screening, umožňující ženám ve věku 45 - 69 let pravidelná preventivní vyšetření. **(23, 62)**

*Gynekologické nádory*

Gynekologické nádory jsou po nádorech prsu a střeva třetím nejčastějším nádorovým onemocněním u žen. Ze zhoubných nádorů je nejčastější nádor těla děložního. Každý rok je v ČR diagnostikováno přes 1400 nových onemocnění. Průměrný věk žen s tímto onemocněním je 66 let. Mezi rizikové faktory patří obezita,

věk, vyšší příjem živočišných tuků a bílkovin, poruchy vaječníků, hormonálně aktivní nádory vaječníků, diabetes. Vyšší riziko mají i ženy, které nerodily. **(31)**

Druhým nejčastějším nádorem je zhoubný nádor děložního čípku. Představuje typ rakoviny, u kterého byla jasně prokázána přímá souvislost mezi virovou nákazou a následným onemocněním. Toto onemocnění se vyvíjí z klinicky dobře zachytitelných a léčitelných prekancerózních stádií. Proto je nevhodnější prevencí před onemocněním rakovinou děložního čípku kombinace pravidelných gynekologických prohlídek a očkování, které chrání proti nejvíce agresivním typům HPV. **(12, 31, 69)**

### *1.4.3 Obezita*

*Definice*

Obezita je definována nadměrným uložením tuku v organismu, a to nad 25% u mužů a nad 30% u žen. Představuje významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických nemocí. O obezitě se často hovoří jako o epidemii 3. tisíciletí. V mnoha rozvinutých zemích postihuje až čtvrtinu dospělé populace. Česká republika zaujímá v počtu obézních přední místo v celé Evropě. 21 % mužů a 31 % žen je obézních. Když přičteme ještě nadváhu, která je považována za předstupeň obezity, vyjde nám u žen alarmující číslo 68 % a u mužů dokonce 72 %. **(10, 45, 68)**

Podíl tuku v organismu je určován pohlavím, věkem a etnickým charakterem. Je vyšší u žen a s věkem také stoupá. Přesné stanovení podílu tělesného tuku není běžně dostupné, proto se k hodnocení stupně nadváhy a obezity využívá jiných metod. Například pomocí indexu tělesné hmotnosti (BMI). Ten se vypočte tak, že hmotnost vyjádřená v kg se vydělí výškou vyjádřenou v metrech umocněnou na druhou. Dle hodnoty BMI klasifikuje Světová zdravotnická organizace 3 stupně obezity a jejich souvislost se zdravotními riziky. Podle charakteru rozložení tuku odlišujeme obezitu viscerální (neboli androidní, mužského typu), při které dochází k hromadění tuku uvnitř břicha a je spojena s větším výskytem metabolických a kardiovaskulárních komplikací. Druhým typem je obezita gynoidní (ženského typu), která je charakteristická zmnožením podkožního tuku hlavně na hýždích a stehnech. Množství útrobního tuku se dá přesně určit pomocí počítačové tomografie či nukleární magnetickou rezonancí, ale

v klinické praxi se osvědčují antropometrické metody – obvod pasu a sagitální rozměr ve výši 4.-5. bederního obratle nebo poměr mezi obvodem pasu a boků. K určení distribuce tuku se někdy užívá i měření tloušťky kožních řas pomocí kaliperu. **(10)**

*Etiopatogeneze*

Obezita vzniká interakcí genetických a zevních faktorů. Hlavní příčinou vzniku je pozitivní energetická bilance - když energetický příjem převyšuje výdej. Příjem energie závisí na zastoupení základních živin, případně alkoholu, v přijímané potravě. Na zvýšeném energetickém příjmu se podílí zejména nadměrná konzumace tuků na úkor nižšího příjmu sacharidů. Ty mají na rozdíl od tuků zároveň i dobrou sytící schopnost. Celkový energetický výdej sestává z klidového energetického výdeje, postprandiální termogeneze a z energetického výdeje při pohybové aktivitě. **(10)**

V souvislosti s psychosociálními faktory bylo zjištěno, že v rozvinutých zemích se obezita vyskytuje častěji u lidí s nižším vzděláním a s nižším finančním příjmem a je častější u venkovské než u městské populace. **(10)**

Přibližně z 50 % je obezita podmíněna geneticky. Pokud jsou oba rodiče obézní, pravděpodobnost výskytu stejného problému u jejich potomka je 80 %. Tato nevýhoda se ale dá změnit zvýšeným úsilím při dodržování správných stravovacích návyků a dostatkem pohybové aktivity. **(68)**

Mezi endokrinopatie, které se mohou manifestovat obezitou patří především snížená funkce štítné žlázy (hypotyreóza) a zvýšená hladina hormonů kůry nadledvin (Cushingův syndrom). K rozvoji nadváhy mohou přispívat i některé léky, které mohou zvyšovat chuť k jídlu. Jsou to například některá antidepresiva, neuroleptika, glukokortikoidy nebo gestageny. **(10, 68)**

*Zdravotní komplikace*

Nadváha a obezita jsou významnými rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku a rozvoji mnoha závažných chorob. Obezita rovněž zvyšuje riziko úmrtnosti. Závislost mezi BMI a úmrtností má charakteristický tvar J. **(10)**

Metabolický syndrom je soubor poruch a onemocnění s velmi častým výskytem. Jedná se o komplex poruch se vzájemnými složitými vztahy. S nárůstem BMI stoupá u obézních proporcionálně inzulinémie jako projev zhoršené citlivosti k inzulinu neboli inzulinorezistence. Ta je u obézních způsobena postreceptorovou poruchou. S porušením sekrece inzulinu vzniká porucha glukózové tolerance a později diabetes mellitus 2. typu. **(10)**

Obezita bývá provázena hypertriacylglycerolémií a hypercholesterolémií. Zmnožením tukové tkáně se zvyšují nároky na metabolismus. Důsledkem pak mohou být kardiovaskulární komplikace (ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, arytmie a další). **(10, 68)**

Byl prokázán vztah mezi zvýšenou tělesnou váhou a zvýšenou náchylností ke vzniku některých typů nádorů, především jde o rakovinu tlustého střeva, prsu, ledvin, prostaty, děložní sliznice a jiných vnitřních orgánů. V rozvinutých zemích je rakovina tlustého střeva spolu s rakovinou plic nejčastějším případem zhoubných nádorů. **(32)**

S obezitou jsou spojeny i některé komplikace endokrinní (poruchy menstruačního cyklu, amenorea, hyperestrinismus), kožní (ekzémy, mykózy, strie, celulitida), respirační (syndrom spánkové apnoe, hypoventilace), ortopedické (degenerativní onemocnění kloubů a páteře), gastrointestinální (gastroezofageální reflux, pankreatitida) a psychosociální (společenské diskriminace, malé sebevědomí, deprese, poruchy příjmu potravy). **(10)**

### *1.4.4 Diabetes mellitus 2. typu*

Diabetes mellitus 2. typu je důsledkem širokého komplexu příčin, dominantní úlohu mají zhoršení první fáze inzulínové sekrece a rezistence na inzulín. Hladiny inzulínu bývají snížené, ale mohou být i normální, tělo však nedokáže inzulín využívat. Cukrovkou 2.typu trpí naprostá většina diabetiků. Vyvíjí se a projevuje v průběhu středního až vyššího věku. Ve věku nad 60 let je v České republice postiženo 15-20 % všech občanů. Naprostá většina pacientů s cukrovkou 2. typu trpí nadváhou či obezitou. Častější výskyt je u lidí sníženou tělesnou aktivitou. **(1, 29)**

U diabetu 2. typu máme celou řadu rizikových faktorů. Mnoha z nich se lze vyhnout účinnou prevencí. Nejzávažnějším rizikem je obezita. Procento obézních se prudce navyšuje nejen mezi dospělými, ale i dětmi. Pasivita často vede k obezitě, ta k diabetu 2. typu. Tělesná aktivita vede k efektivnějšímu vstřebávání inzulínu. Zdravé a hodnotné stravování společně s přiměřených tělesným pohybem může být velmi účinným nástrojem v prevenci diabetu 2. typu. Genetická výbava, vysoký tělesný tlak a vysoký cholesterol jsou dalšími rizikovými faktory. **(4)**

Nástup diabetu 2. typu probíhá postupně a proto se špatně rozpoznává. U některých pacientů se z počátku neobjevují žádné příznaky. U části se objeví únava, malátnost, suchá a svědivá kůže, drobné a opakované infekty na kůži. Mezi dlouhodobé komplikace patří retinopatie nebo jiné oční komplikace, které jsou nejčastější příčinou slepoty v dospělém věku. Diabetes je hlavní příčinou onemocnění ledvin. Postižení nervů postihuje více než polovinu všech diabetiků, mohou vyústit ve ztrátu citlivosti na nohách, případně na rukou, bolesti nohou a problémy se správnou funkcí různých částí těla – jako např. srdce, oči, žaludek, močový měchýř a penis. Zhoršená citlivost v nohách často vede k různým poraněním, zpočátku často bez uvědomění postiženým. Tyto úrazy mohou postupně vyvolávat špatně se hojící rány na dolních končetinách a nakonec vést až k amputaci. **(1, 68)**

### *1.4.5 Osteoporóza*

Pojem osteoporóza pochází z řečtiny a můžeme jej přeložit takto: **osteon** - znamená kost a **porosis** – značí řídnutí, vytváření dutin v orgánech. Jedná se o onemocnění látkové výměny, které postihuje především kosti. Následkem je řídnutí kostní tkáně, ztráta kostní hmoty a snižování mechanické odolnosti kosti proti zlomeninám. Ty při osteoporóze vznikají již malým násilím. V roce 1990 se v Kodani konal světový kongres věnovaný problematice osteoporózy, kde byla vypracována následující definice: Osteoporóza je onemocnění vyznačující se řídnutím kostní tkáně, úbytkem kostní hmoty a zhoršováním její mikroarchitektury, čímž dochází ke zvýšené lomivosti kostí a zvýšenému riziku fraktury. **(13, 16, 33)**

Během života se kostní hmota neustále přestavuje, odbourává se a znovu tvoří. Pokud je úbytek kostní hmoty rychlejší než zmíněná ztráta, hovoříme o osteoporóze. Rozlišujeme formu lokalizovanou (ke ztrátě kostní hmoty dochází v přesně vymezené oblasti) a generalizovanou (značí ztrátu kostní hmoty v celé kostře, vyskytuje se častěji). **(13, 33, 50)**

Podle způsobu vzniku nemoci rozlišujeme primární a sekundární osteoporózu. *Primární osteoporóza* – příčina vzniku tkví v samotné látkové výměně kosti. Jde o poruchy v kosti, jejichž vznik není v detailech přesně znám. Tato forma tvoří asi 95 % onemocnění. Primární osteoporózu ještě rozdělujeme na typ 1 (postmenopauzální) a typ 2 (senilní). Postmenopauzální osteoporóza se objevuje výlučně u žen, během přechodu a po něm, tedy kolem padesátého roku života. Za hlavní příčinu vzniku se považuje nedostatek pohlavních hormonů. Senilní osteoporóza se objevuje až v pozdějším věku – okolo 70 let. Vyskytuje se u obou pohlaví. Příčinou je kromě nedostatku hormonů také nedostatek vápníku, vitaminu D a málo pohybu.
*Sekundární osteoporóza* – jejich příčiny jsou známy, vznikají jako následek jiných nemocí. Často jsou to chronická onemocnění trávicího traktu, ledvin a jater, hyperfunkce štítné žlázy a další. **(13,16, 33)**

*Příčiny a rizikové faktory*

Existuje mnoho geneticky daných i získaných rizikových faktorů, které mohou za vznik osteoporózy. Projevy rizikových faktorů a jejich vzájemná kombinace zvyšují pravděpodobnost vzniku osteoporózy. Jak již bylo řečeno na jedné straně jsou to faktory vrozené, neovlivnitelné. Na straně druhé se vyskytují rizika , za něž odpovídáme my sami. Mezi neovlivnitelné faktory patří *nedostatek hormonů a genetické faktory*. Pohlavní hormony regulují kostní hmotu u obou pohlaví. Estrogen může zabránit nadměrnému odbourávání kostní tkáně a pomocí vitamínu D podpořit příjem vápníku. Významnou měrou jsou ohroženy ženy, u nichž začne menopauza předčasně. V minulosti proběhlo mnoho výzkumů, které potvrdily, že riziko vzniku onemocnění mohou zvýšit dědičné faktory. Zjistilo se, že zvýšené riziko hrozí severoevropankám, ženám se světlou pletí nebo ženám se všeobecným dědičným zatížením. Mezi

ovlivnitelné faktory patří *nedostatečná pohybová aktivita.* Při pohybu přenášejí svaly a šlachy pozitivní vzruchy na kosti a povzbudí je, aby budovaly kostní hmotu a byly schopny odolat zátěži. Absence pravidelného a především dostatečného pohybu sníží látkovou výměnu a urychluje odbourávání kosti. Dalším ovlivnitelným faktorem je *nedostatek* vápníku - vyvážená výživa, obohacená o minerální látky, je pro tvorbu kostní tkáně také důležitá. Hlavní postavení má v tomto ohledu vápník, který je nepostradatelný pro výstavbu, stabilitu a pevnost kosti. Pravidelný příjem vápníku je důležitý hlavně u starších lidí. O škodlivosti *kouření* bylo již mnoho řečeno. Je prokázáno, že kuřačky častěji trpí osteoporózou. Kouření významně ovlivňuje látkovou výměnu kostí. Vlivem kouření dochází k zúžení cév a tím se zhoršuje regenerační schopnost výstavba kostí. Kouření také škodí játrům, což vede ke snížené aktivitě vitaminu D. V kostech se také díky kouření ukládají škodlivé látky kadmium a olovo. *Alkohol* má přímý toxický vliv na osteoblasty. Nepřímým vlivem na vznik osteoporózy je nechutenství (nedostatečný příjem vápníku v potravě), postižení jater (chybná konverze vitaminu D), nízká absorpce a zvýšené vylučování vápníku ze střev. Dalšími rizikovými faktory jsou *černá káva* (v menších dávkách káva neškodí, ale konzumace více jak 4 šálků denně již působí hyperkalciurii a po delší době vede k osteoporóze) *a nápoje typu coca-cola*, které obsahují mnoho fosforu. Ten je dalším významným prvkem pro výstavbu kostí. Na rozdíl od vápníku ho ale v potravě přijímáme příliš mnoho. Optimální poměr vápníku a fosforu je 1:1, přípustný je ještě poměr 1:2. Málo potravin však má tento poměr. Nadbytek fosforu působí negativně na vstřebávání vápníku střevem a může vyvolat zvýšený úbytek kostní hmoty. **(16, 17, 33)**

# 2. CÍL PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY

## 2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je:

1) Zmapovat zdravý životní styl u osob ve věku 41-55 let, s trvalým bydlištěm v okrese Jindřichův Hradec. Zjistit, na jakém místě v žebříčku životních hodnot je u nich zdraví.
2) Porovnat životní styl žen a mužů.
3) Porovnat životní styl osob žijících ve městě a na venkově.

## 2.2 Předpokládané hypotézy

**Hypotéza 1:** V rámci dodržování zdravého životního stylu se u mužů bude častěji objevovat negativní faktor kouření. První hypotéza vychází z výsledků dotazníkového šetření nazvaného Studie HELEN - Health, Life Style and Environment. **(43)**

**Hypotéza 2:** Ženy budou hodnotit svůj zdravotní stav jako horší. Tato hypotéza je postavena na základě zjištění celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - subjektivní pocit zdraví, které provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v roce 2005. **(54)**

**Hypotéza 3:** Lidé žijící ve městě na sobě budou ve srovnání s obyvateli venkova častěji pociťovat stres, který představuje významný rizikový faktor pro vznik civilizačních chorob.

# 3. METODIKA

## 3.1 Použitá metoda

Šetření se uskutečnilo dotazníkovou formou, která byla založena na dobrovolnosti všech respondentů a zároveň je plně anonymní. Respondenti byli informováni o účelu studie i o využití získaných dat a informací. Identifikační část dotazníku zjišťovala pohlaví, věk, bydliště, vzdělání a zaměstnání dotazovaných. Zároveň jsem zjišťovala váhu a výšku respondentů. Ve výzkumné části dotazníku odpovídali respondenti na otázky týkající se jejich zdraví a životního stylu, část otázek byla zaměřena na prevenci civilizačních chorob. Dotazník tvořilo celkem 27 otázek. Náhodně jsem oslovila 140 osob, od nichž jsem získávala údaje do tohoto dotazníku. Výzkum proběhl v březnu 2009.

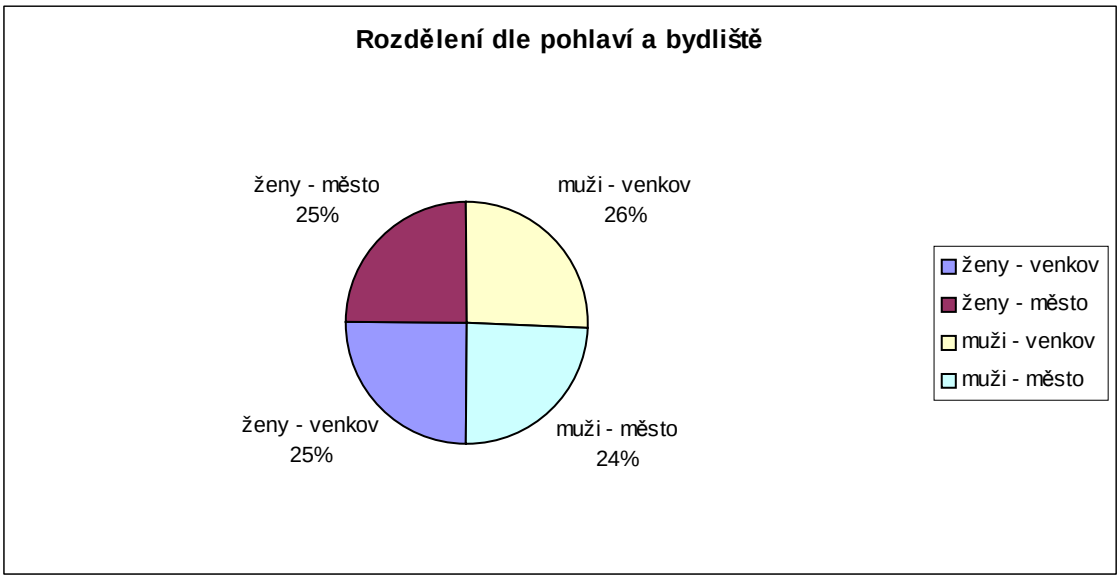
## 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výběr respondentů zahrnoval osoby s trvalým bydlištěm v okrese Jindřichův Hradec ve věku 41-55 let, v době šetření. Tento věkový interval jsem zvolila proto, že právě v něm se nejčastěji a nejhojněji začínají vyskytovat civilizační choroby. Danou geografickou oblast jsem si vybrala proto, že zde žiji již od svého narození a zajímá mne, do jaké míry se zjištěné výsledky budou lišit od závěrů celorepublikových šetření. Generace tvořící zkoumaný soubor prožila období života, ve kterém se formují názory a postoje k životu a životnímu stylu, v době, kdy se životní podmínky obyvatel příhraničních oblastí významně lišily od života ve vnitrostátních oblastech. Zajímá mne tedy, zda i tyto skutečnosti mohou mít vliv na dodržování zdravého životního stylu těchto osob v současné době.

V okrese Jindřichův Hradec bylo k 31.12.2008 celkem 92 693 obyvatele, z toho ve věku 41-55 let 18 943 obyvatele. Celkové množství rozdaných dotazníků činilo 140, z nichž se navrátilo 129, což odpovídá 92 % návratnosti. 5 dotazníků nešlo použít z důvodu nesprávného vyplnění. K výzkumu jsem použila tedy 124 dotazníků.

Následující tabulky grafy znázorňují základní demografické, socioekonomické a geografické struktury výběrového souboru, tj. rozdělení podle pohlaví, věku, bydliště, vzdělání a zaměstnání.

**Graf 1 – Rozdělení dle pohlaví a bydliště**




Zdroj – vlastní výzkum

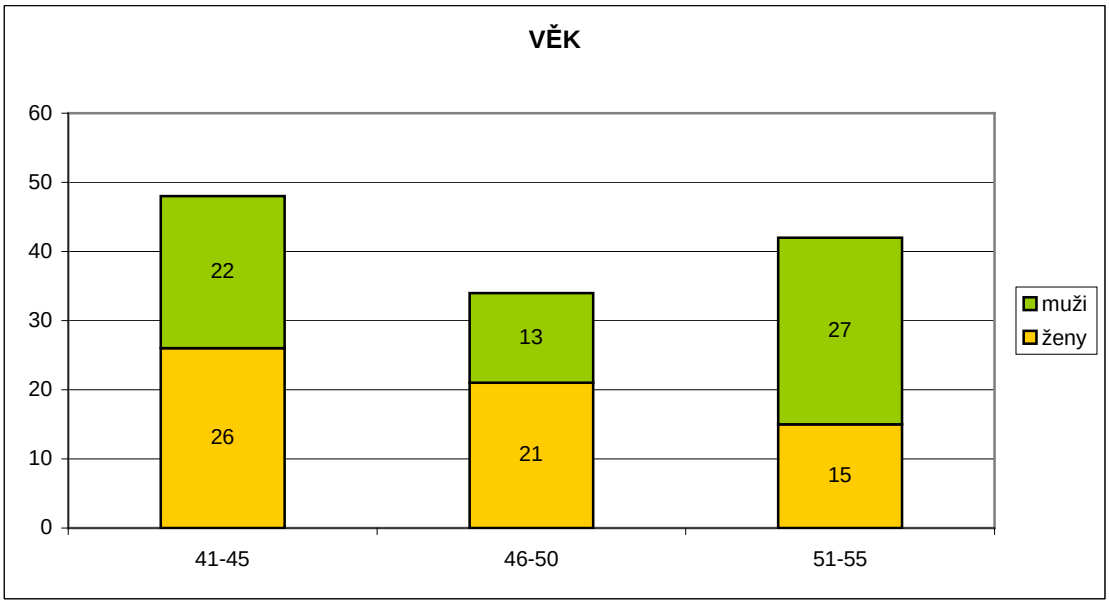
Zkoumaný vzorek populace tvořilo celkem 124 osob. Graf 1 prezentuje procentuální zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích dle pohlaví a bydliště. Výzkumu se účastnilo celkem 62 žen a 62 mužů. 61 dotazovaných osob žilo na venkově a 63 osob ve městě.

Tabulka 1 znázorňuje absolutní počty osob v jednotlivých kategoriích.

**Tabulka 1 – Rozdělení dle pohlaví a bydliště**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži město** |
|---|---|---|---|---|
| **Počet osob** | 31 | 31 | 30 | 32 |

**Graf 2 – Věk**




Zdroj – vlastní výzkum

Zkoumaný vzorek populace tvořily pouze osoby ve věku 41-55 let. Dotazovaní měli blíže specifikovat svůj věk zařazením do jednoho ze tří pětiletých intervalů. Tento graf znázorňuje absolutní počty v zastoupení mužů a žen v jednotlivých věkových skupinách.

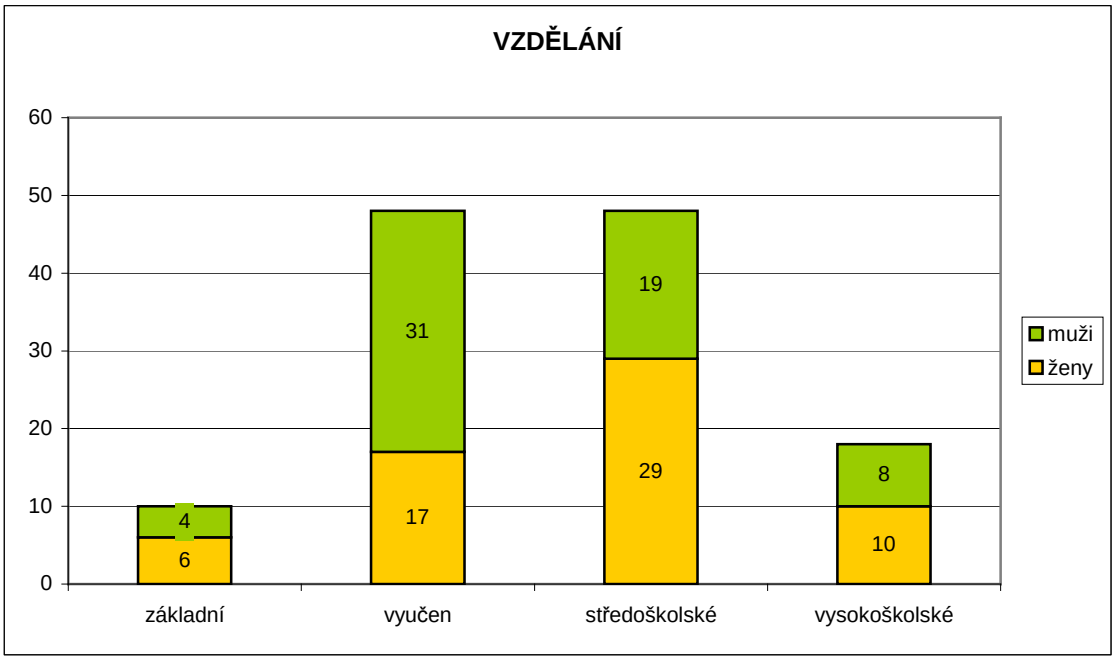
Následující tabulka upřesňuje věkové rozložení mužů a žen s dalším rozdělením dle jejich bydliště.

**Tabulka 2 – Věk**

| | **Ženy – venkov** | **Ženy – město** | **Muži – venkov** | **Muži – město** |
|---|---|---|---|---|
| **41-45** | 12 | 14 | 10 | 12 |
| **46-50** | 12 | 9 | 5 | 8 |
| **51-55** | 7 | 8 | 15 | 12 |

Zdroj – vlastní výzkum

**Graf 3 – Vzdělání**




Zdroj – vlastní výzkum

V identifikační části dotazníku měli respondenti uvést také své vzdělání. Tento graf opět znázorňuje absolutní počty označených možností u mužů a u žen.

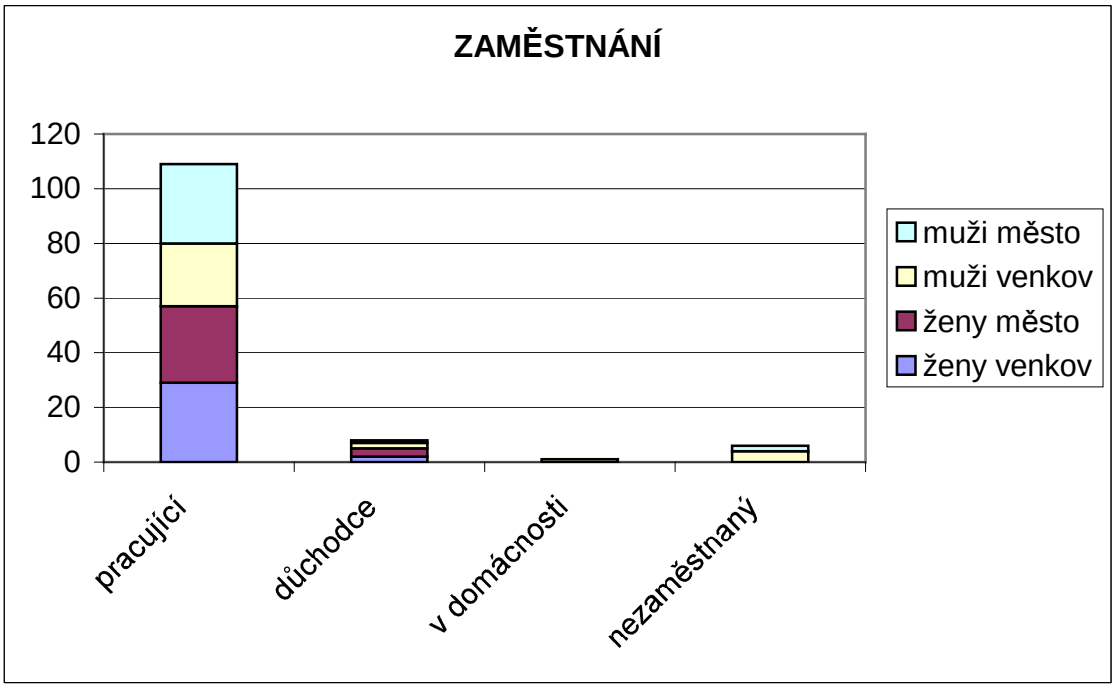
Tabulka 3 doplňuje graf 3 s přihlédnutím na trvalé bydliště dotazovaných osob.

**Tabulka 3 – Vzdělání**

| | Ženy – venkov | Ženy – město | Muži – venkov | Muži – město |
|---|---|---|---|---|
| **Základní** | 2 | 4 | 3 | 1 |
| **Vyučen** | 7 | 10 | 13 | 18 |
| **Středoškolské** | 16 | 13 | 9 | 10 |
| **Vysokoškolské** | 6 | 4 | 5 | 3 |

Zdroj – vlastní výzkum

**Graf 4 – Zaměstnání**




Zdroj – vlastní výzkum

Následující část dotazníku zjišťovala, kolik dotazovaných tvoří osoby pracující, důchodci, osoby v domácnosti a nezaměstnaní. Graf opět operuje s absolutními počty.

Tabulka 4 znázorňuje zaměstnanost osob s přihlédnutím na jejich bydliště.

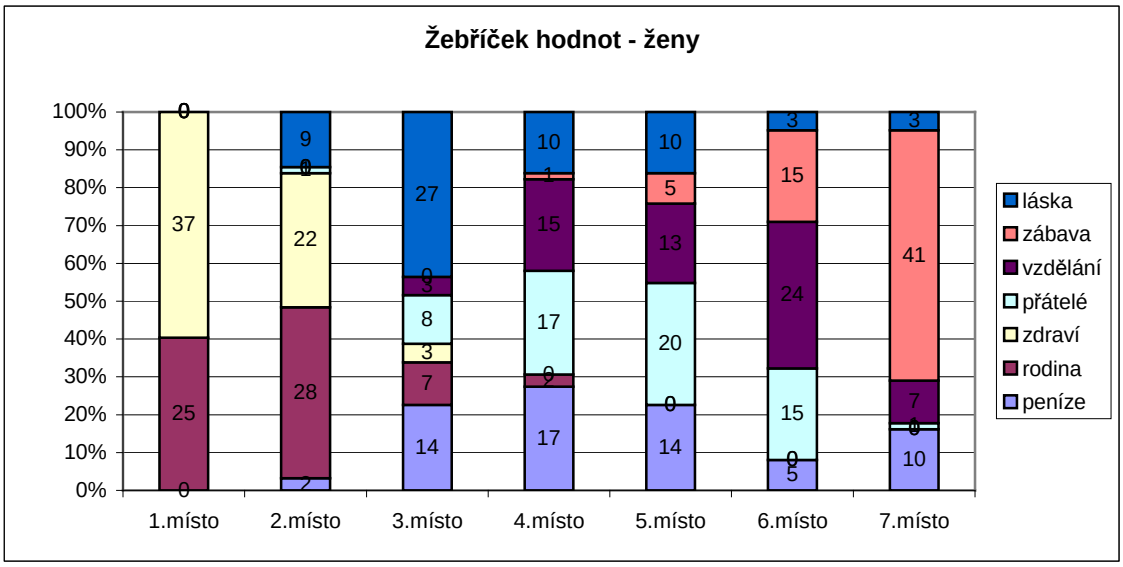
**Tabulka 4 - Zaměstnání**

| | **Ženy – venkov** | **Ženy – město** | **Muži – venkov** | **Muži – město** |
|---|---|---|---|---|
| **Pracující** | 29 | 28 | 23 | 29 |
| **Důchodce** | 2 | 3 | 2 | 1 |
| **V domácnosti** | 0 | 0 | 1 | 0 |
| **Nezaměstnaný** | 0 | 0 | 4 | 2 |

Zdroj – vlastní výzkum

## 4. VÝSLEDKY

### Graf 5



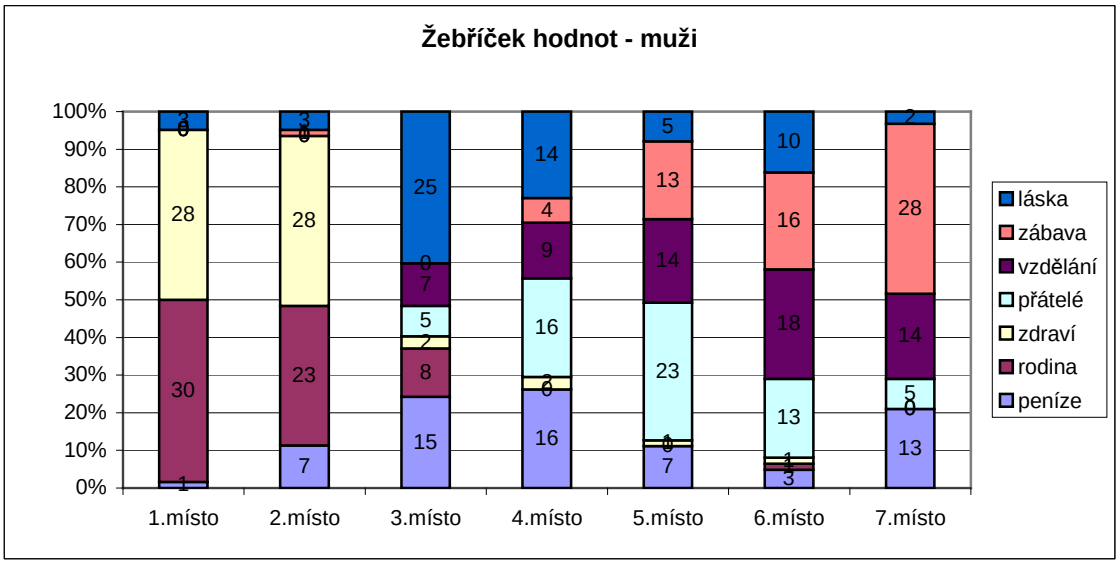

Zdroj – vlastní výzkum

V první položce dotazníku měli respondenti seřadit nabídnuté hodnoty v pořadí tak, jak jsou pro ně důležité. Na výběr zde měli ze sedmi možností – *peníze*, *rodina*, *zdraví*, *přátelé*, *vzdělání*, *zábava* a *láska*. Graf znázorňuje, jakou roli přikládaly jednotlivým hodnotám všechny dotazované ženy. Tabulka ukazuje, kolikrát se na jakém místě objevovaly jednotlivé hodnoty.

**Tabulka 5**

| | 1. místo | 2. místo | 3. místo | 4. místo | 5. místo | 6. místo | 7. místo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Peníze** | 0 | 2 | 14 | 17 | 14 | 5 | 10 |
| **Rodina** | 25 | 28 | 7 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| **Zdraví** | 37 | 22 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Přátelé** | 0 | 1 | 8 | 17 | 20 | 15 | 1 |
| **Vzdělání** | 0 | 0 | 3 | 15 | 13 | 24 | 7 |
| **Zábava** | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 15 | 41 |
| **Láska** | 0 | 9 | 27 | 10 | 10 | 3 | 3 |

**Graf 6**




Zdroj – vlastní výzkum

Tento graf prezentuje, jaký význam přikládali jednotlivým životním hodnotám muži. Tabulka doplňuje graf pro lepší orientaci v něm.

**Tabulka 6**

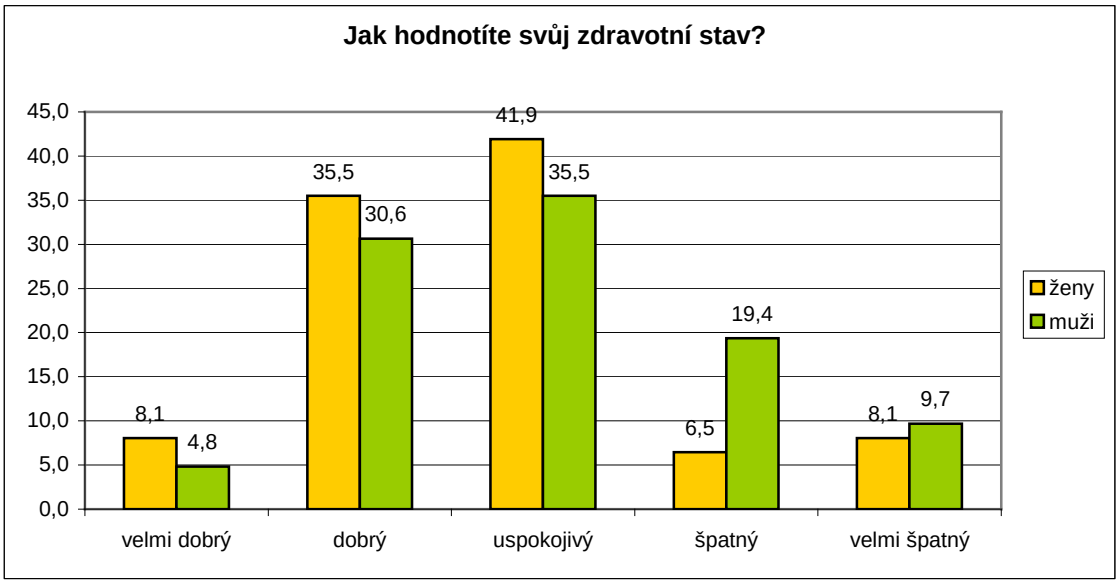
| | 1. místo | 2. místo | 3. místo | 4. místo | 5. místo | 6. místo | 7. místo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Peníze** | 1 | 7 | 15 | 16 | 7 | 3 | 13 |
| **Rodina** | 30 | 23 | 8 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| **Zdraví** | 28 | 28 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| **Přátelé** | 0 | 0 | 5 | 16 | 23 | 13 | 5 |
| **Vzdělání** | 0 | 0 | 7 | 9 | 14 | 18 | 14 |
| **Zábava** | 0 | 1 | 0 | 4 | 13 | 16 | 28 |
| **Láska** | 3 | 3 | 25 | 14 | 5 | 10 | 2 |

**Tabulka 7**

| | Index ženy | Index muži | Index celkem |
|---|---|---|---|
| **Peníze** | 4,58 | 4,32 | 4,45 |
| **Rodina** | 1,77 | 1,71 | 1,74 |
| **Zdraví** | 1,45 | 1,76 | 1,60 |
| **Přátelé** | 4,69 | 4,95 | 4,82 |
| **Vzdělání** | 5,27 | 5,37 | 5,32 |
| **Zábava** | 6,55 | 6,05 | 6,30 |
| **Láska** | 3,68 | 3,85 | 3,77 |

Z nabídnutých sedmi různých životních hodnot a respondenty přiřazených číselných hodnot podle významnosti jsem z výsledků výzkumu vytvořila hodnotové žebříčky, které znázorňuje tato tabulka. Čím nižší je index, tím vyšší význam přikládali dotazovaní k jednotlivým životním hodnotám.

**Graf 7**



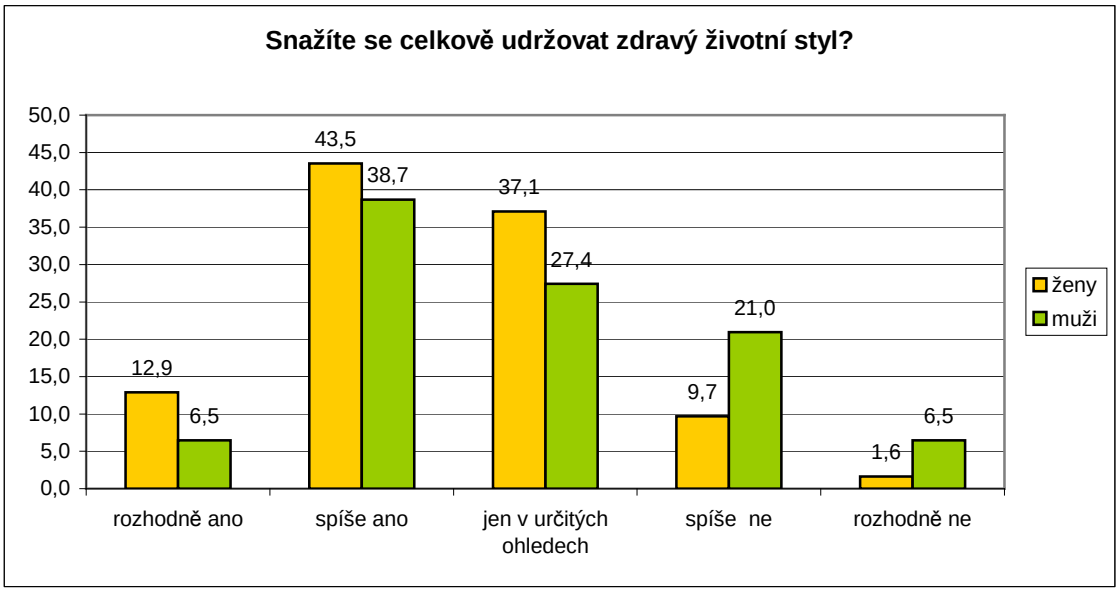

Zdroj – vlastní výzkum

Na otázku jak hodnotíte svůj zdravotní stav odpovědělo 8.1 % žen a 4,8 % mužů velmi dobře, jako dobrý hodnotilo svůj zdravotní stav 35,5 % žen a 30,6 % mužů. Odpověď špatný zvolilo 6,5 % žen a 19,4 % mužů. Možnost velmi špatný označilo 8,1 % žen a 9,7 % mužů. Svůj zdravotní stav hodnotilo kladně celkem 43,6 % žen a 35,4 % mužů, záporně 14,6 % žen a 29,1 % mužů.

**Tabulka 8**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Velmi dobrý** | 2 | 3 | 2 | 1 |
| **Dobrý** | 12 | 10 | 9 | 10 |
| **Uspokojivý** | 14 | 12 | 11 | 11 |
| **Špatný** | 2 | 2 | 5 | 7 |
| **Velmi špatný** | 1 | 4 | 3 | 3 |

**Graf 8**



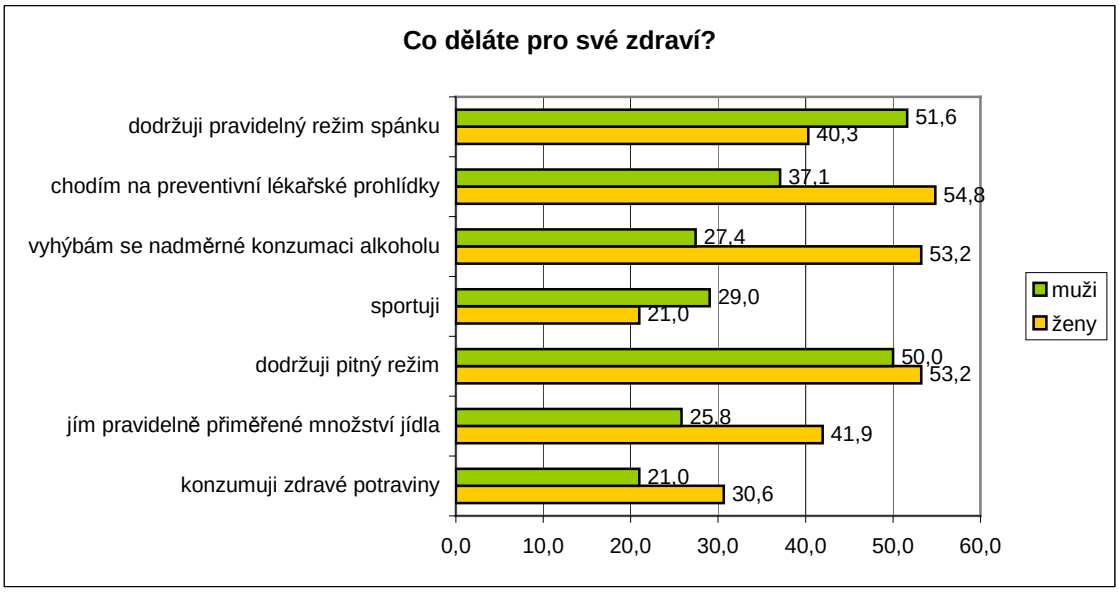

Zdroj – vlastní výzkum

Ve třetí otázce jsem se respondentů ptala, zda se domnívají, že se celkově snaží dodržovat zdravý životní styl. Odpověď rozhodně ano označilo 12,9 % žen a 6,5 % mužů, spíše ano 43,5 % žen a 38,7 % mužů. 37,1 % žen a 27,4 % mužů se snaží udržovat zdravý životní styl jen v určitých ohledech. Možnost spíše ne označilo 9,7 % žen a 21 % mužů. Odpověď spíše ne zvolilo 1,6% žen a 6,5 % mužů.

**Tabulka 9**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Rozhodně ano** | 5 | 3 | 3 | 1 |
| **Spíše ano** | 15 | 12 | 9 | 15 |
| **Jen v určitých ohledech** | 7 | 16 | 9 | 8 |
| **Spíše ne** | 6 | 0 | 8 | 5 |
| **Rozhodně ne** | 0 | 1 | 1 | 3 |

**Graf 9**



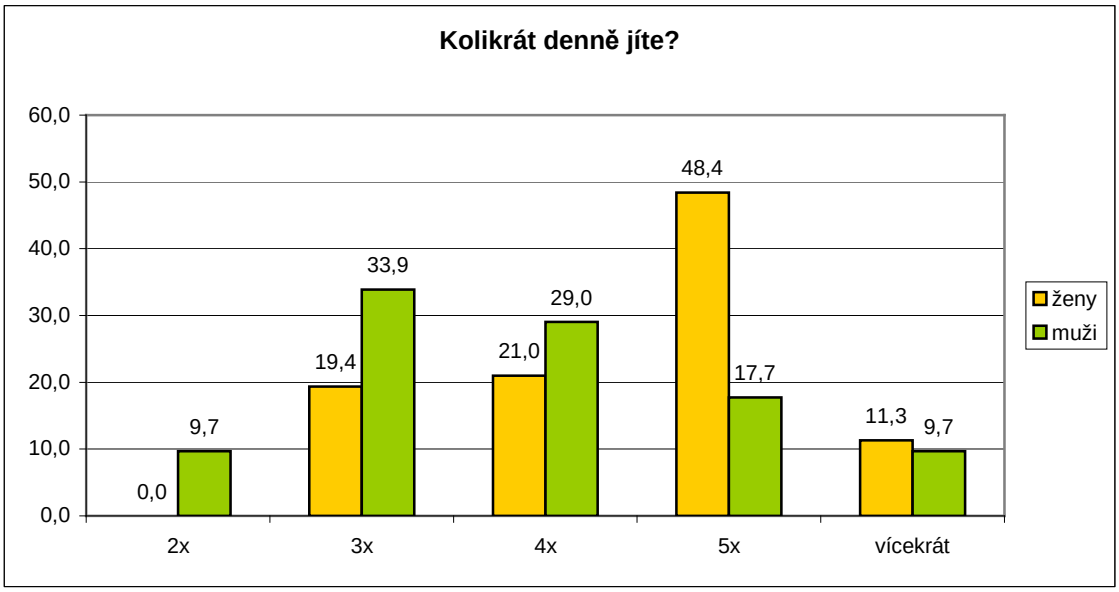

Zdroj – vlastní výzkum

Na otázku co děláte pro své zdraví měli dotazovaní na výběr ze sedmi možností, z nichž mohli zvolit více odpovědí. Pravidelný režim spánku dodržuje 51,6 % mužů a 40,3 % žen. Na preventivní lékařské prohlídky chodí 37,1 % mužů a 54,8 % žen. Nadměrné konzumaci alkoholu se vyhýbá 27,4 % mužů a 53,2 % žen. 29 % mužů a 21 % žen uvedlo, že v rámci svého životního stylu sportuje. Pitný režim dodržuje 50 % mužů a 53,2 % žen. 25,8 % mužů a 41,9 % žen jí pravidelně přiměřené množství jídla a 21 % mužů a 30,6 % žen konzumuje zdravé potraviny.

**Tabulka 10**

| | **Ženy** | **Muži** |
|---|---|---|
| **Konzumuji zdravé potraviny** | 19 | 13 |
| **Jím pravidelně přiměřené množství jídla** | 26 | 16 |
| **Dodržuji pitný režim** | 33 | 31 |
| **Sportuji** | 13 | 18 |
| **Vyhýbám se nadměrné konzumaci alkoholu** | 33 | 17 |
| **Chodím na preventivní lékařské prohlídky** | 34 | 23 |
| **Dodržuji pravidelný režim spánku** | 25 | 32 |

**Graf 10**



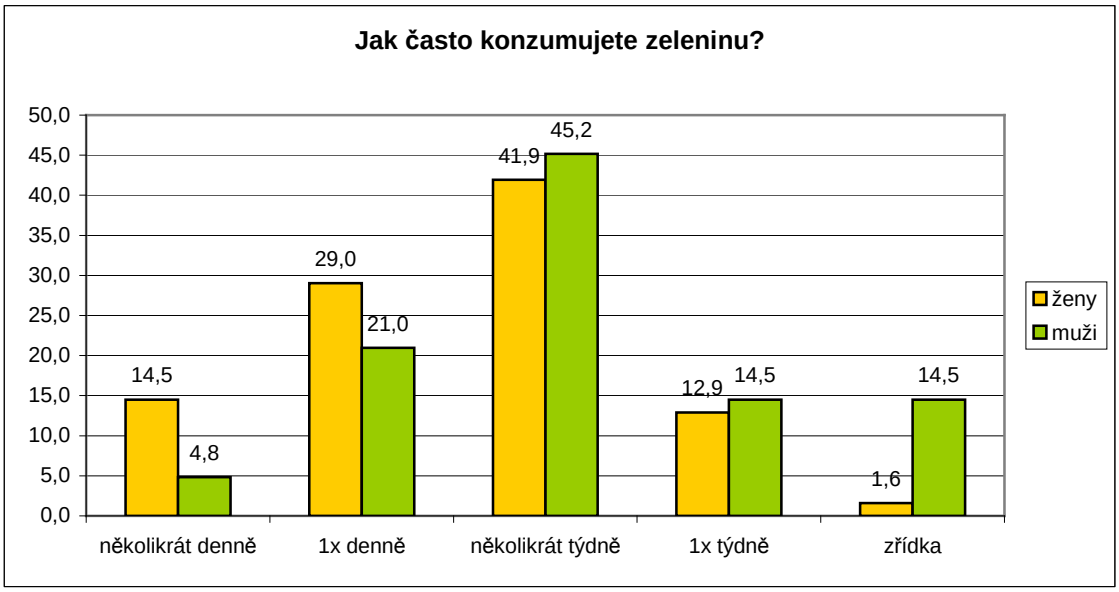

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťovala, kolik jídel denně respondenti konzumují. Pouze 2 jídla denně jí 9,7 % mužů, tuto odpověď nezvolila žádná žena. 19,4 % žen a 33,9 % mužů konzumuje 3 jídla denně. Možnost 4x denně označilo 21 % žen a 29% mužů. U žen se nejčastěji objevovala odpověď 5x denně, v 48,4 %, zatímco u mužů jen v 17,7 %. Více než 5 jídel denně konzumuje 11,3 % žen a 9,7 % mužů.

**Tabulka 11**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **2x** | 0 | 0 | 2 | 4 |
| **3x** | 4 | 8 | 8 | 13 |
| **4x** | 5 | 8 | 12 | 6 |
| **5x** | 17 | 13 | 4 | 7 |
| **vícekrát** | 5 | 2 | 4 | 2 |

**Graf 11**



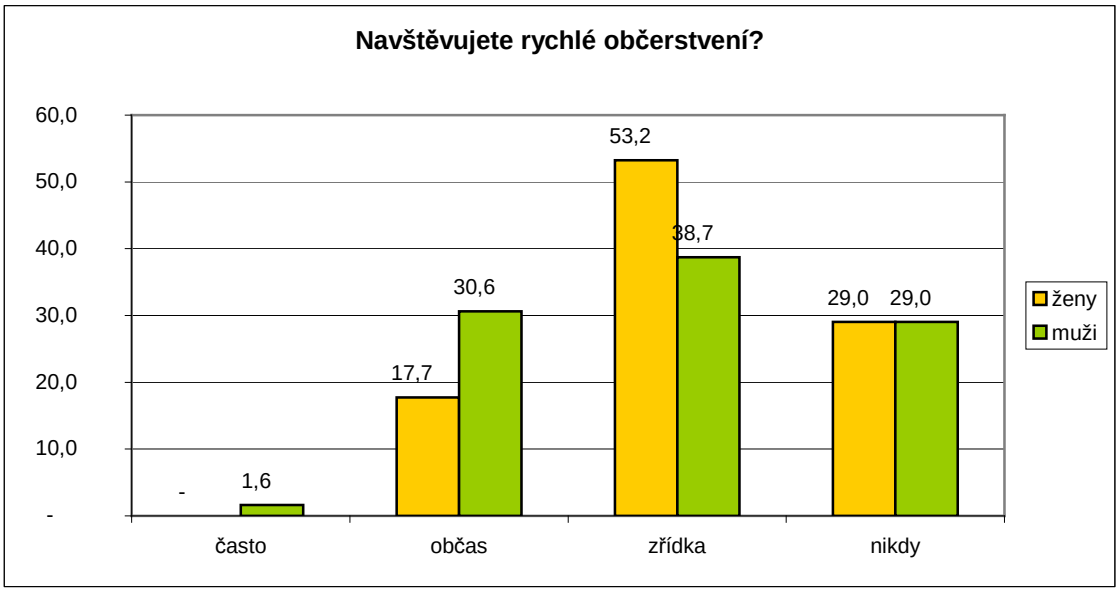

Zdroj – vlastní výzkum

Další otázka týkající se stravovacích zvyklostí zjišťovala, jak často dotazovaní konzumují zeleninu. Několikrát denně do svého jídelníčku zařazuje zeleninu 14,5 % žen a 4,8 % mužů. Alespoň jednou denně konzumuje zeleninu 29 % žen a 21 % mužů. Nejčastější odpovědí u obou pohlaví bylo několikrát týdně – 41,9 % žen a 45,2 % mužů. 1x týdně konzumuje zeleninu 12,9 % žen a 14,5 % mužů. Pouze zřídka konzumuje zeleninu 1,6 % žen a 14,5 % mužů.

**Tabulka 12**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Několikrát denně** | 5 | 4 | 2 | 1 |
| **1x denně** | 8 | 10 | 3 | 10 |
| **Několikrát týdně** | 13 | 13 | 15 | 13 |
| **1x týdně** | 5 | 3 | 5 | 4 |
| **Zřídka** | 0 | 1 | 5 | 4 |

**Graf 12**



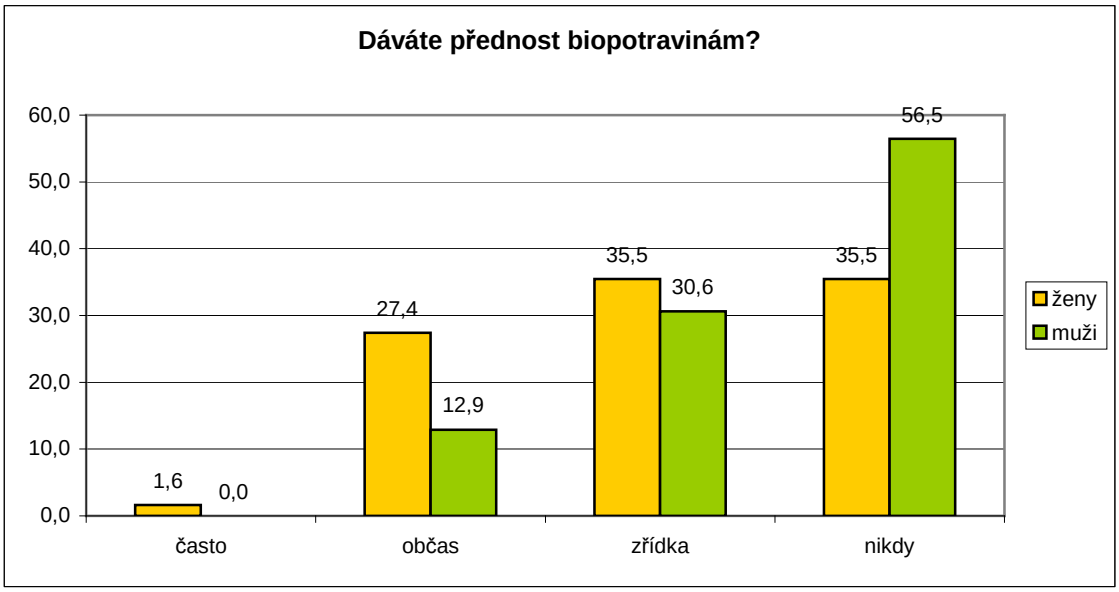

Zdroj – vlastní výzkum

V sedmé otázce jsem zjišťovala, jak často dotazovaní navštěvují rychlé občerstvení. Na výběr měli ze čtyř možností – často, občas, zřídka a nikdy. První odpověď – často, nezvolila žádná žena a pouze 1 muž. Odpověď občas označilo 17,7 % žen a 30,6 % mužů. Zřídka navštěvuje rychlé občerstvení 53,2 % žen a 38,7 % mužů. Poslední možnost, nikdy označilo stejné procentu žen i mužů – 29 %.

**Tabulka 13**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Často** | 0 | 0 | 1 | 0 |
| **Občas** | 6 | 5 | 8 | 11 |
| **Zřídka** | 17 | 16 | 12 | 12 |
| **Nikdy** | 8 | 10 | 9 | 9 |

**Graf 13**



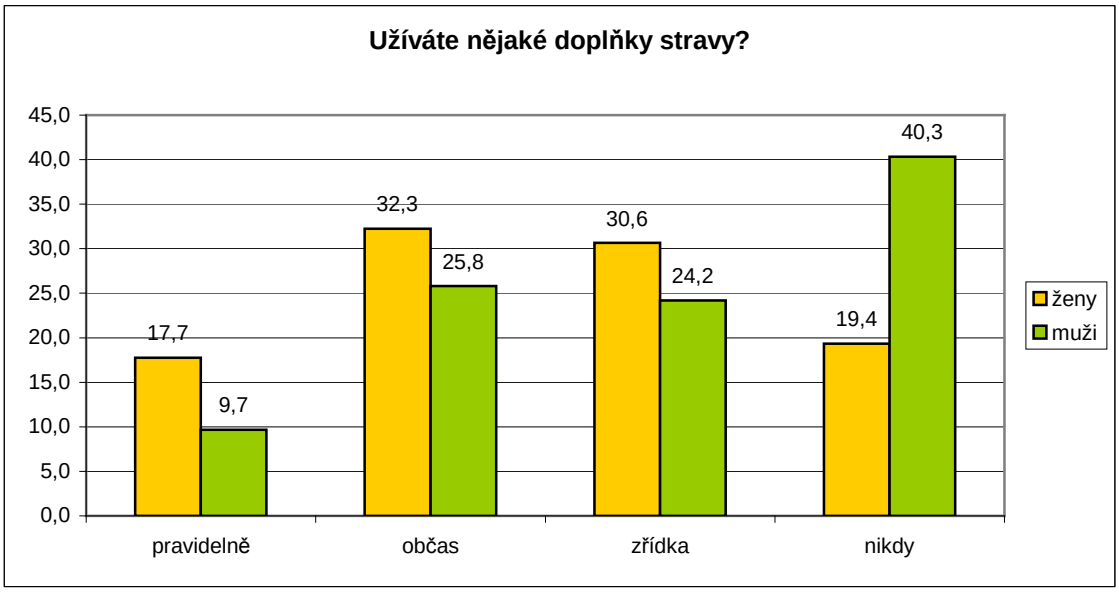

Zdroj – vlastní výzkum

V další otázce zaměřené na stravovací návyky jsem zkoumala, zda dotazovaní dávají při výběru potravin přednost biopotravinám. Na výběr bylo opět ze stejných možností jako v předešlé otázce – často, občas, zřídka a nikdy. Často dává přednost biopotravinám pouze 1,6 % žen a žádný muž. Odpověď občas označilo 27,4 % žen a 12,9 % mužů. 35,5 % žen a 30,6 % mužů dává biopotravinám přednost zřídka. Odpověď nikdy zvolilo 35,5 % žen a 56,5 % mužů.

**Tabulka 14**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Často** | 1 | 0 | 0 | 0 |
| **Občas** | 13 | 4 | 6 | 2 |
| **Zřídka** | 8 | 14 | 8 | 11 |
| **Nikdy** | 9 | 13 | 16 | 19 |

**Graf 14**



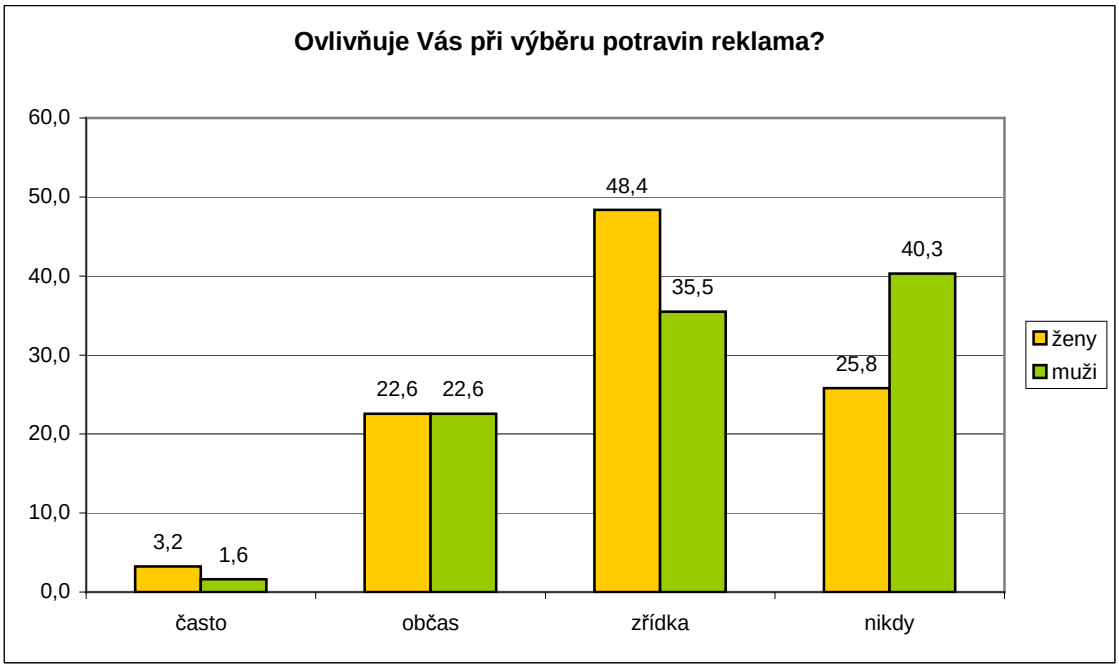

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce jsem se ptala, zda respondenti užívají nějaké doplňky stravy, jako například vitamíny, bylinné kapky, kloubní preparáty atd. Pravidelně užívá doplňky stravy 17,7 % žen a 9,7 % mužů. Možnost občas zvolilo 32,3 % žen a 25,8 % mužů. Zřídka tyto doplňky užívá 30,6 % žen a 24,2 % mužů. 19,4 % žen a 40,3 % mužů neužívá nikdy doplňky stravy.

**Tabulka 15**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Často** | 5 | 6 | 2 | 4 |
| **Občas** | 12 | 8 | 7 | 9 |
| **Zřídka** | 7 | 12 | 8 | 7 |
| **Nikdy** | 7 | 5 | 13 | 12 |

**Graf 15**



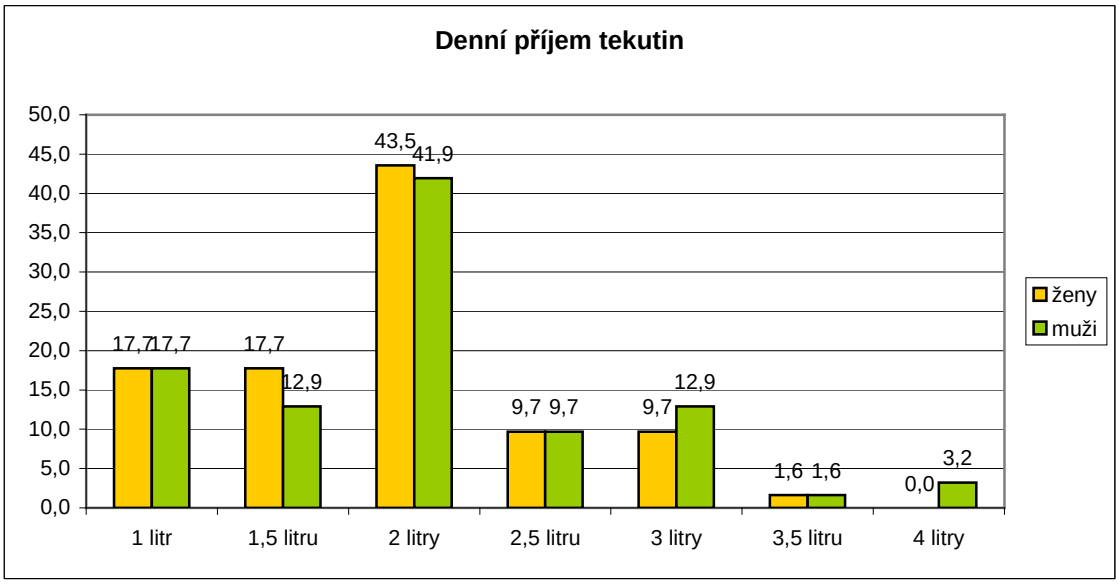

Zdroj – vlastní výzkum

Na otázku ovlivňuje Vás při výběru potravin reklama odpovědělo 3,2 % žen a 1,6 % mužů že často. 22,6 % žen i mužů zvolilo odpověď občas. 48,4 % žen a 35,5 % mužů se domnívá, že je reklama ovlivňuje zřídka a 25,8 % žen a 40,3 % mužů označilo poslední možnost – nikdy.

**Tabulka 16**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Často** | 2 | 0 | 1 | 0 |
| **Občas** | 7 | 7 | 9 | 5 |
| **Zřídka** | 17 | 13 | 10 | 12 |
| **Nikdy** | 5 | 11 | 10 | 15 |

**Graf 16**



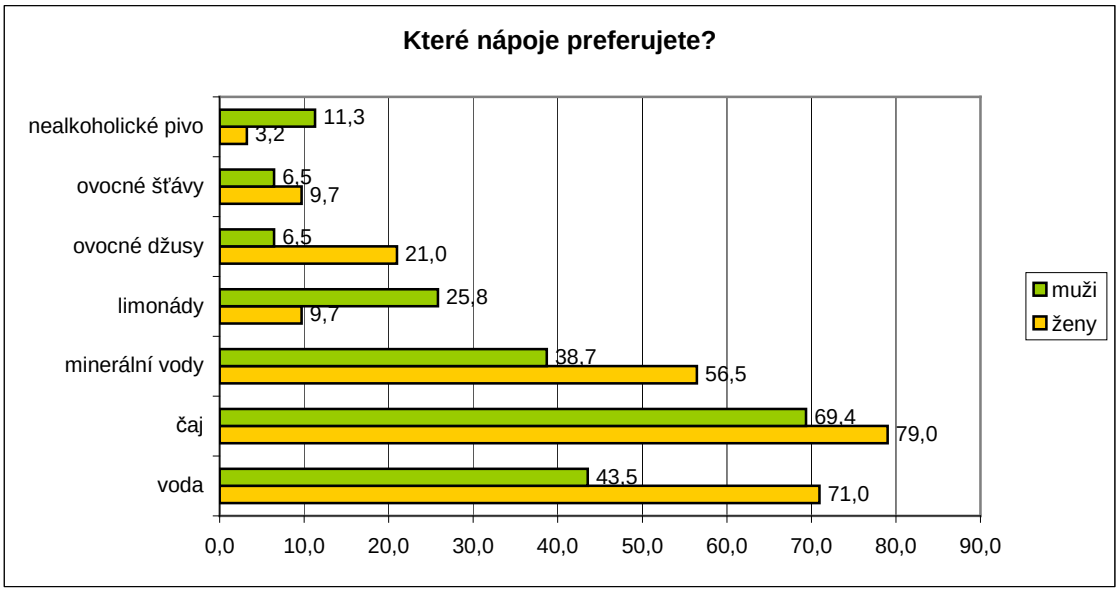

Zdroj – vlastní výzkum

Tento graf prezentuje, jaký je denní příjem tekutin dotazovaných osob. Nejčastější odpovědí bylo 2 litry, odpovědělo tak 43,5 % žen a 41,9 % mužů. 17,7 % respondentu vypije za den pouze 1 litr tekutin, přibližně stejné procento lidí 1,5 litru. Průměrný denní příjem tekutin byl u mužů i u žen srovnatelný, a to kolem 2 litrů. Následující tabulka doplňuje graf.

**Tabulka 17**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **1 litr** | 6 | 5 | 5 | 6 |
| **1,5 litru** | 3 | 8 | 4 | 4 |
| **5 litry** | 18 | 9 | 13 | 13 |
| **2,5 litru** | 1 | 5 | 3 | 3 |
| **3 litry** | 3 | 3 | 2 | 6 |
| **3,5 litru** | 0 | 1 | 1 | 0 |
| **4 litry** | 0 | 0 | 2 | 0 |

**Graf 17**



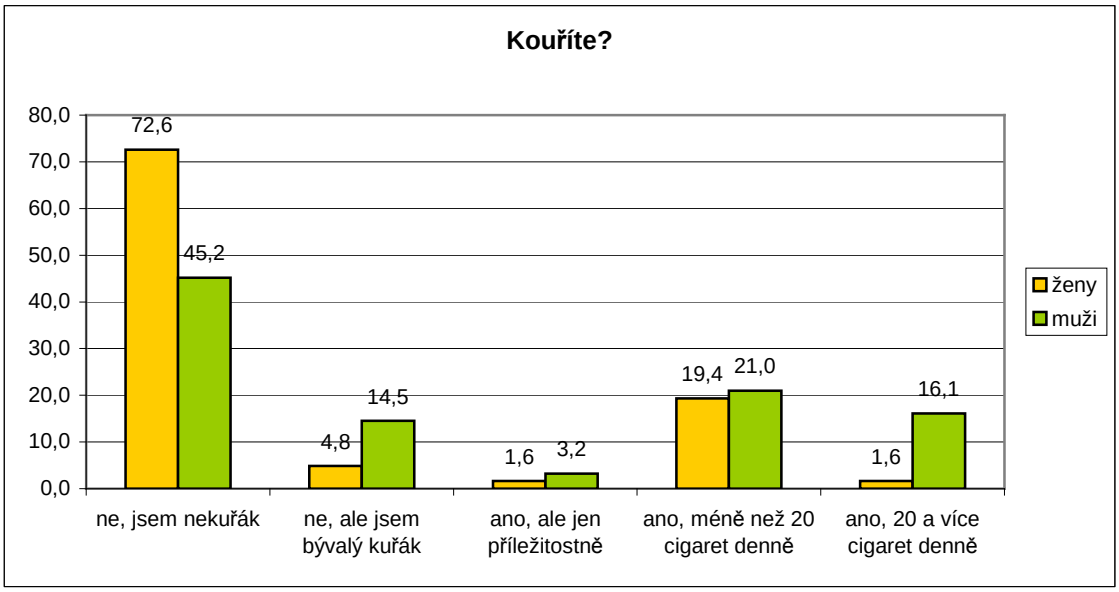

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce měli dotazovaní uvést, které nápoje preferují. Na výběr bylo ze sedmi odpovědí, z nichž mohlo být označeno více možností. 11,3 % mužů a 3,2 % žen označilo odpověď nealkoholické pivo. Ovocné šťávy preferuje 6,5 % mužů a 9,7 % žen. Možnost ovocné džusy zvolilo 6,5 % mužů a 21 % žen. 25,8 % mužů a 9,7 % žen uvedlo, že preferuje limonády. 38,7 % mužů a 56,5 % žen dává přednost minerálním vodám. Nejčastější odpovědí u obou pohlaví byl čaj, který preferuje 69,4 % mužů a 79 % žen. Vodu upřednostňuje 43,5 % mužů a 71 % žen, tato odpověď byla druhou nejčastější.

**Tabulka 18**

| | **Ženy** | **Muži** |
|---|---|---|
| **Voda** | 44 | 27 |
| **Čaj** | 49 | 43 |
| **Minerální vody** | 35 | 24 |
| **Limonády** | 6 | 16 |
| **Ovocné džusy** | 13 | 4 |
| **Ovocné šťávy** | 6 | 4 |
| **Nealkoholické pivo** | 2 | 7 |

**Graf 18**



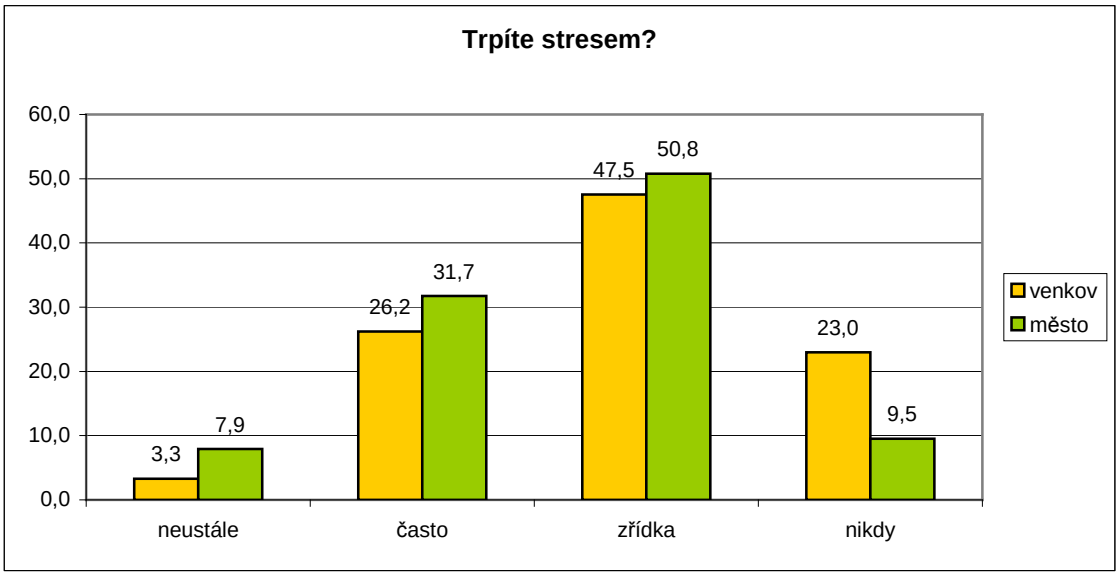

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťovala, jak často se ve zkoumaném vzorku populace vyskytuje kuřáctví. Mezi ženami bylo 72,6 % nekuřaček, u mužů 45,2 %. Bývalých kuřáků se mezi ženami vyskytovalo 4,8 % a u mužů 14,5 %. 1,6 % žen a 3,2 % mužů tvrdí, že kouří jen příležitostně. 19,4 % žen a 21 % mužů kouří pravidelně, ale méně než 20 cigaret denně a 1,6 % žen a 16,1 % mužů vykouří denně více než 20 cigaret. Celkově tedy odpověď ne uvedlo 77,4 % žen a 59,7 % mužů. Kuřáků bylo celkem 22,6 % žen a 40,3 % mužů.

**Tabulka 19**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Ne, jsem nekuřák** | 23 | 22 | 13 | 15 |
| **Ne, ale jsem bývalý kuřák** | 2 | 1 | 5 | 4 |
| **Ano, ale jen příležitostně** | 1 | 0 | 0 | 2 |
| **Ano, méně než 20 cigaret** | 5 | 7 | 7 | 6 |
| **Ano, 20 a více** | 0 | 1 | 5 | 5 |

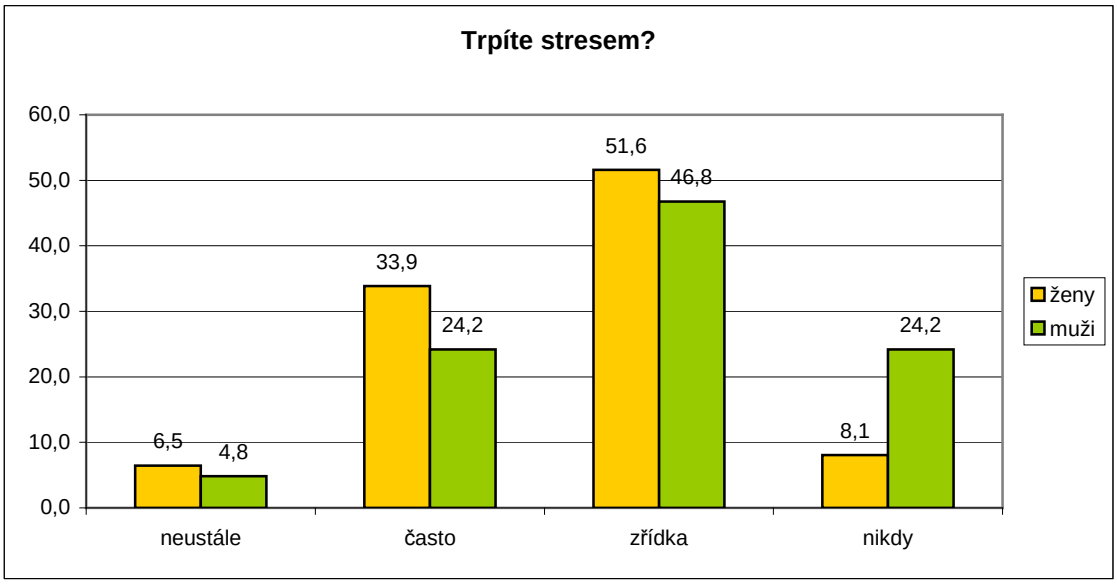
**Graf 19**




Zdroj – vlastní výzkum

Na otázku trpíte stresem zvolilo 3,3 % respondentů žijících na venkově a 7,9 % žijících ve městě odpověď neustále. 26,2 % osob žijících na venkově a 31,7 % žijících ve městě tvrdí, že stresem trpí často. 47,5 % venkovských občanů a 50,8 % městských občanů uvedlo, že trpí stresem zřídka. Odpověď nikdy zvolilo 23 % dotazovaných z venkova a 9,5 % z měst.

**Graf 20**



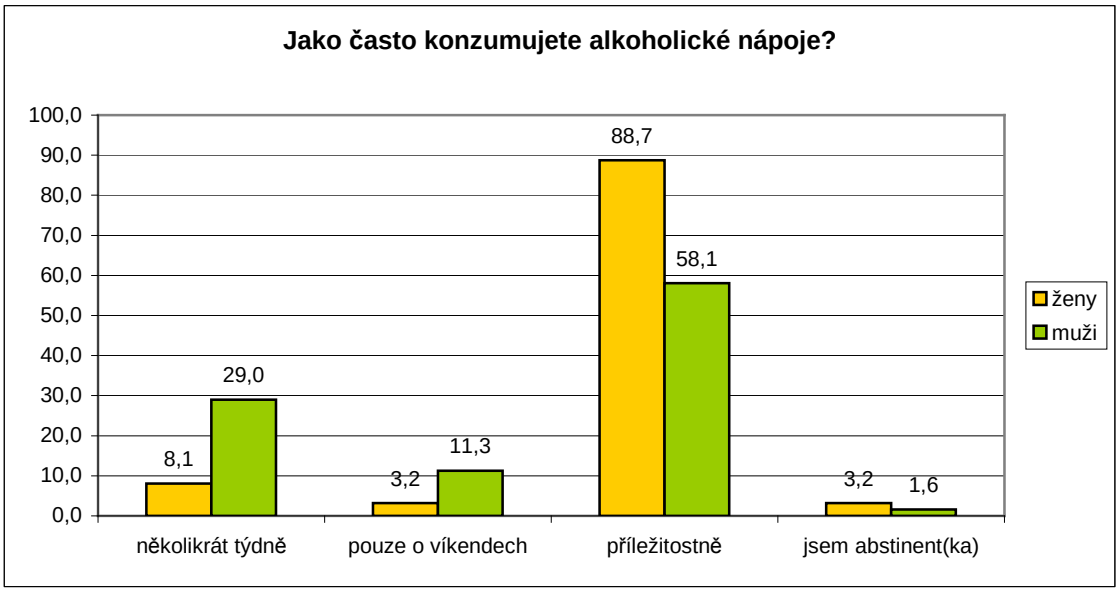

Zdroj – vlastní výzkum

Další graf znázorňuje, jak se na otázku týkající se stresu lišily odpovědi u žen a u mužů. 6,5 % žen a 4,8 % mužů tvrdí, že stresem trpí neustále. Odpověď často uvedlo 33,9 % žen a 24,2 % mužů. Možnost zřídka zvolilo 51,6 % žen a 46,8 % mužů. 8,1 % žen a 24,2 % mužů uvádí, že stresem netrpí nikdy.

**Tabulka 20**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Neustále** | 1 | 3 | 1 | 2 |
| **Často** | 8 | 13 | 8 | 7 |
| **Zřídka** | 18 | 14 | 11 | 18 |
| **Nikdy** | 4 | 1 | 10 | 5 |

**Graf 21**



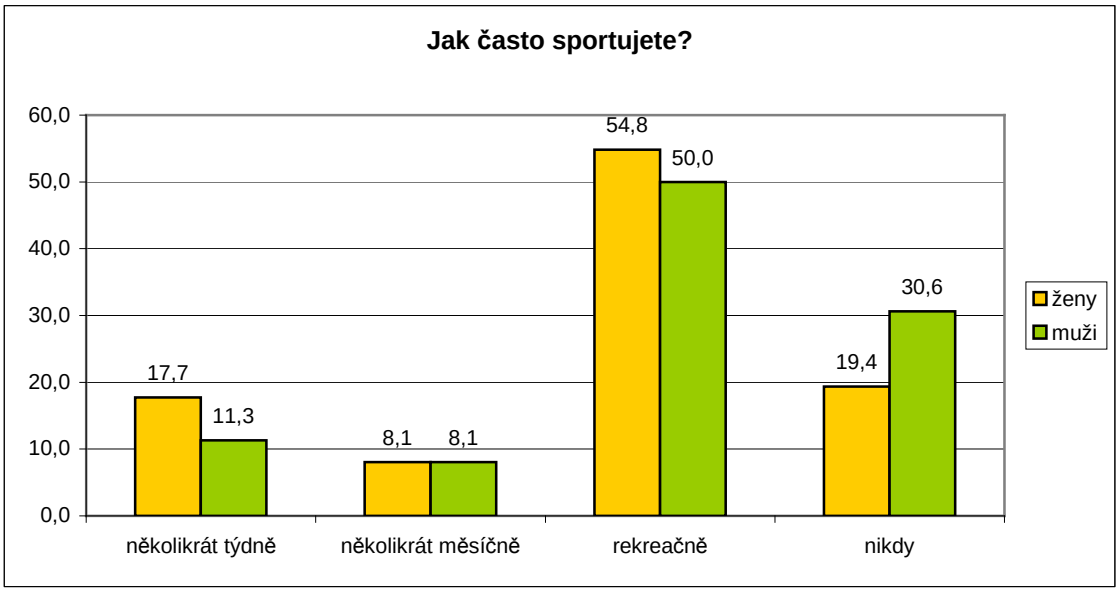

Zdroj – vlastní výzkum

Další otázka byla zaměřena na konzumaci alkoholických nápojů. 8,1 % žen a 29 % mužů konzumuje alkoholické nápoje několikrát týdně. Pouze o víkendech si alkohol dopřává 3,2 % žen a 11,3 % mužů. Příležitostně pije alkoholické nápoje 88,7 % žen a 58,1 % mužů. 3,2 % žen a 1,6 % mužů uvedlo, že jsou abstinenti.

**Tabulka 21**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Několikrát týdně** | 0 | 5 | 10 | 8 |
| **Pouze o víkendech** | 1 | 1 | 3 | 4 |
| **Příležitostně** | 30 | 25 | 17 | 19 |
| **Jsem abstinent(ka)** | 0 | 2 | 0 | 1 |

**Graf 22**



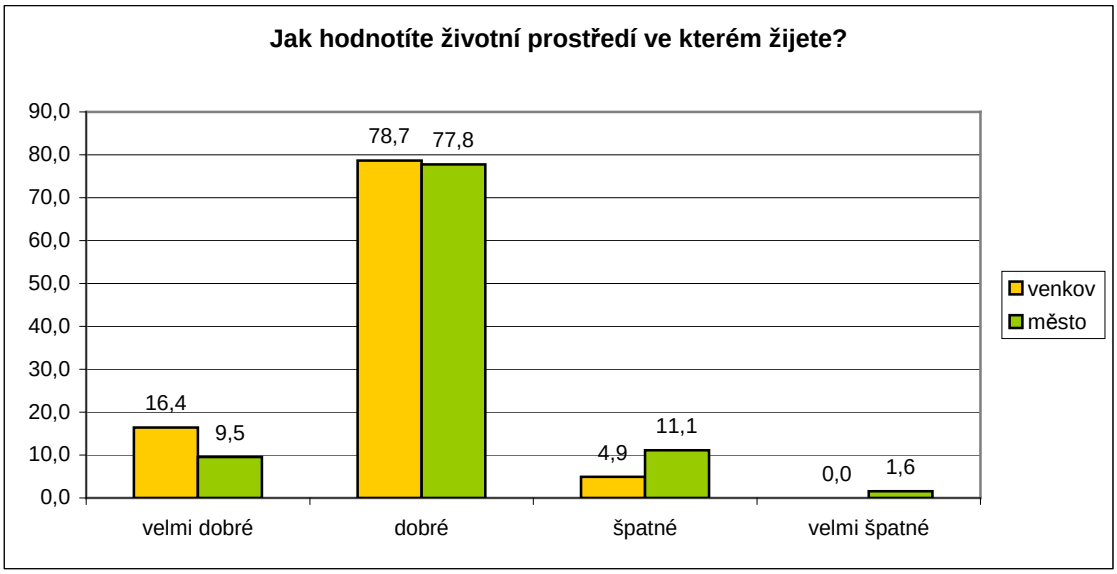

Zdroj – vlastní výzkum

Na otázku jak často sportujete byla nejčastější odpovědí rekreačně, tuto možnost uvedlo 54,8 % žen a 50 % mužů. Druhou nejčastější odpovědí bylo nikdy, tuto možnost zvolilo 19,4 % žen a 30,6 % mužů. Několikrát týdně sportuje 17,7 % žen a 11,3 % mužů. Stejné procento žen i mužů – 8,1 % se sportu věnuje několikrát měsíčně.

**Tabulka 22**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Několikrát týdně** | 5 | 6 | 3 | 4 |
| **Několikrát měsíčně** | 3 | 2 | 2 | 3 |
| **Rekreačně** | 18 | 16 | 15 | 16 |
| **Nikdy** | 5 | 7 | 10 | 9 |

**Graf 23**



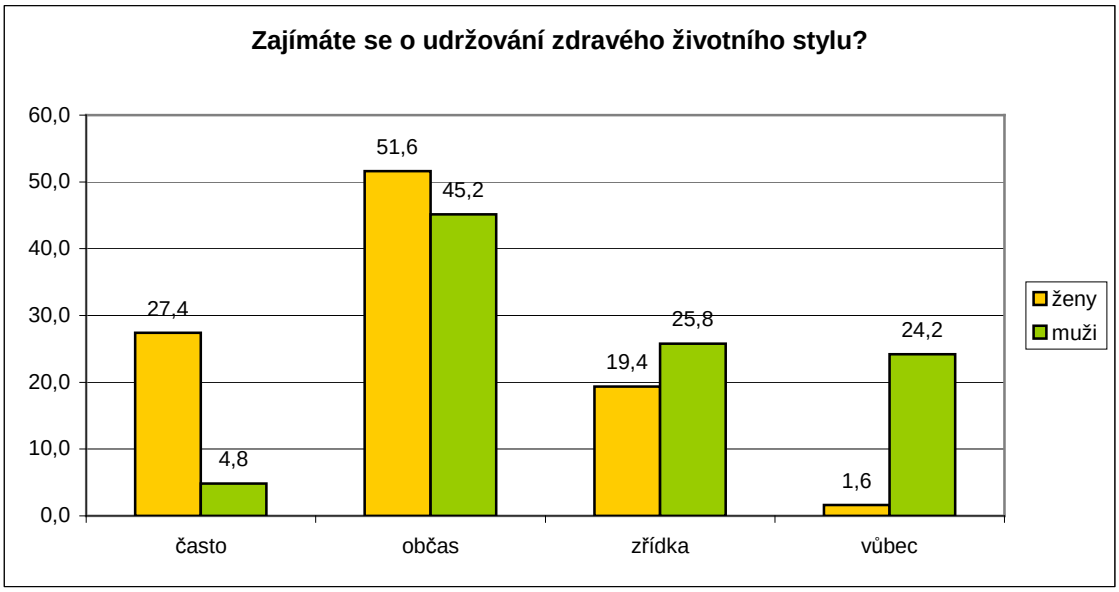

Zdroj – vlastní výzkum

U otázky jak hodnotíte životní prostředí ve kterém žijete jsem opět porovnávala odpovědi osob žijících na venkově a ve městě. Jako velmi dobré hodnotí životní prostředí 16,4 % osob žijících na venkově a 9,5 % osob žijících ve městě. Téměř stejné procento dotazovaných (78,7 % a 77,8 %) hodnotilo své životní prostředí jako dobré. 4,9 % lidí žijících na venkově a 11,1 % žijících ve městě posuzuje životní prostředí ve kterém žijí jako špatné. Odpověď velmi špatné zvolilo pouze 1,6 % osob žijících ve městě.

**Tabulka 23**

| | Ženy - venkov | Ženy - město | Muži - venkov | Muži - město |
|---|---|---|---|---|
| **Velmi dobré** | **5** | **3** | **5** | **3** |
| **Dobré** | **24** | **25** | **24** | **24** |
| **Špatné** | **2** | **3** | **1** | **4** |
| **Velmi špatné** | **0** | **0** | **0** | **1** |

**Graf 24**



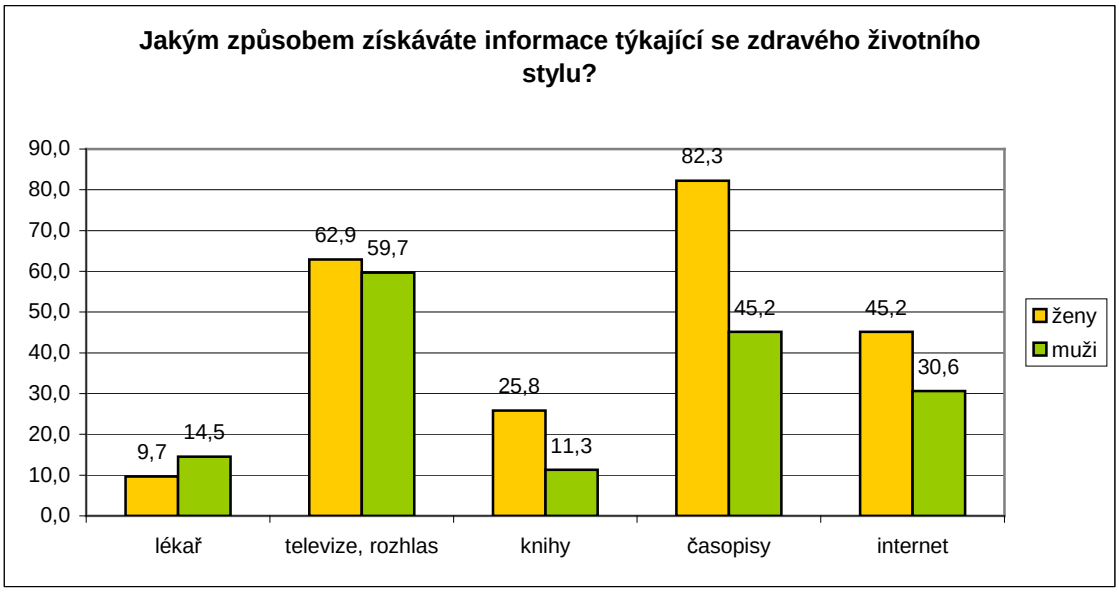

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťovala, jestli se respondenti zajímají o udržování zdravého životního stylu. Na výběr bylo ze čtyř možností. Odpověď často zvolilo 27,4 % žen a 4,8 % mužů. 51,6 % žen a 45,2 % mužů uvádí, že se o udržování zdravého životního stylu zajímají občas. Možnost zřídka označilo 19,4 % žena 25,2 % mužů. 1,6 % žen a 24,2 % mužů tvrdí, že se o udržování zdravého životního stylu nezajímá vůbec.

**Tabulka 24**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Často** | 11 | 6 | 2 | 1 |
| **Občas** | 14 | 18 | 12 | 16 |
| **Zřídka** | 5 | 7 | 9 | 7 |
| **Vůbec** | 1 | 0 | 7 | 8 |

**Graf 25**



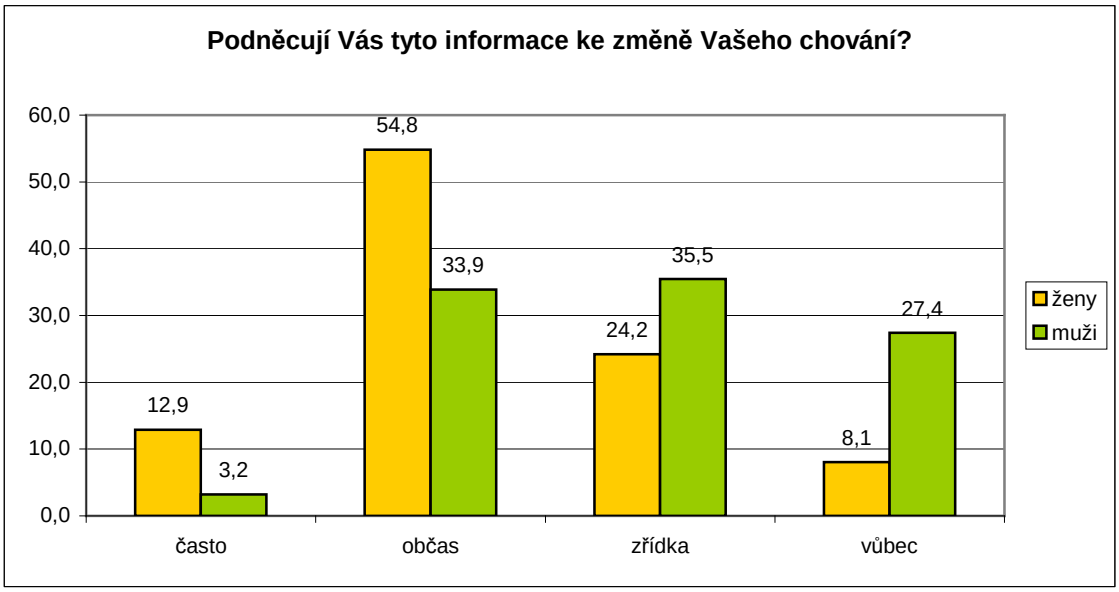

Zdroj – vlastní výzkum

U této otázky bylo možno označit více odpovědí, dotazovaní měli uvést, jakým způsobem získávají informace týkající se zdravého životního stylu. První možnost – lékař, uvedlo 9,7 % žen a 14,5 % mužů. Z televize a rozhlasu získává informace 62,9 % žen a 59,7 % mužů. Z knih čerpá informace 25,8 % žen a 11,3 % mužů. Ženy získávají nejčastěji informace prostřednictvím časopisů – v 82,3 %, u mužů je tato odpověď druhou nejčastější, v 45,2 %. Pomocí internetu získává informace 45,2 % žen a 30,6 % mužů.

**Tabulka 25**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Lékař** | 4 | 2 | 4 | 5 |
| **Televize, rozhlas** | 17 | 22 | 19 | 18 |
| **Knihy** | 7 | 9 | 3 | 4 |
| **Časopisy** | 25 | 26 | 13 | 15 |
| **Internet** | 16 | 12 | 10 | 9 |

**Graf 26**



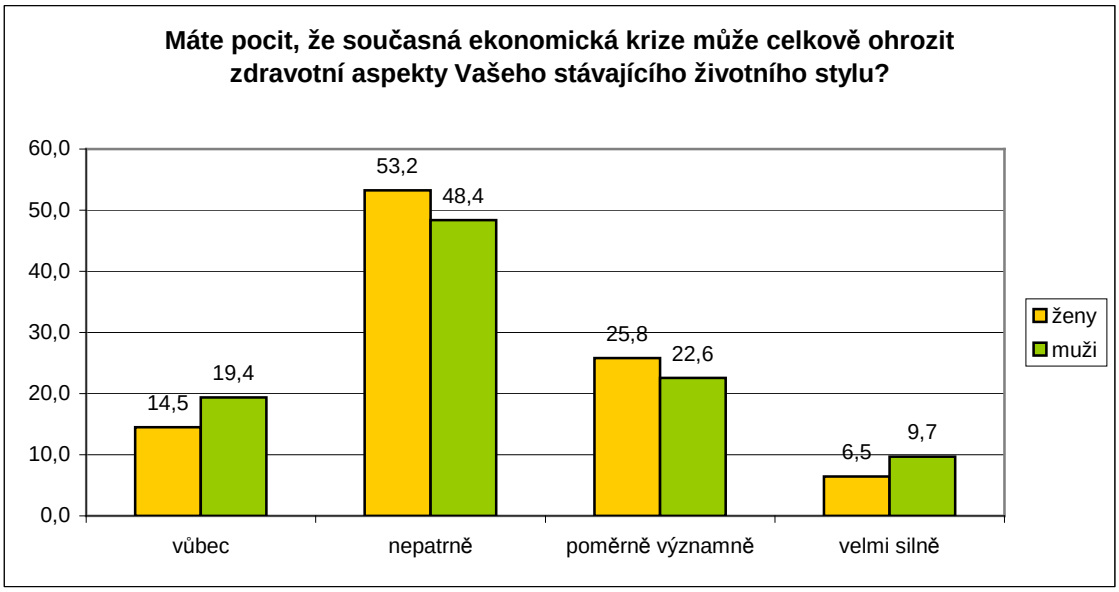

Zdroj – vlastní výzkum

Tato otázka navazuje na předchozí a zjišťuje, zda získané informace týkající se zdravého životního stylu podněcují dotazované ke změně svého chování. 12,9 % žen a 3,2 % mužů uvedlo, že často. Možnost občas zvolilo 54,8 % žen a 33,9 % mužů. Zřídka podněcují získané informace ke změně chování 24,2 % žen a 35,5 % mužů. Zbytek osob tvrdí, že je tyto informace nemotivují ke změně chování vůbec – odpovědělo tak 8,1 % žen a 27,4 % mužů.

**Tabulka 26**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Často** | 5 | 3 | 1 | 1 |
| **Občas** | 15 | 19 | 12 | 9 |
| **Zřídka** | 8 | 7 | 10 | 12 |
| **Vůbec** | 3 | 2 | 7 | 10 |

**Graf 27**



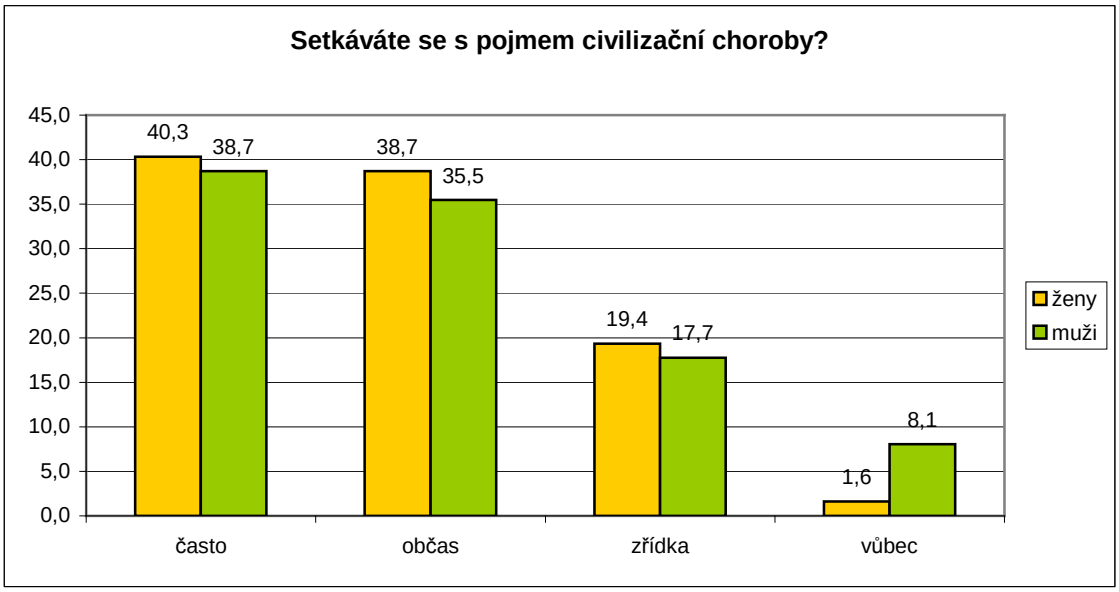

Zdroj – vlastní výzkum

Tato otázka byla zaměřena na právě probíhající ekonomickou krizi. Zjišťovala jsem, zda respondenti mají obavy, že současná ekonomická krize může celkově ohrozit zdravotní aspekty jejich stávajícího životního stylu. 14,5% žen a 19,4 % mužů se domnívá, že vůbec. 53,2 % žen a 48,4 % mužů tvrdí, že nepatrně. 25,8 % žen a 22,6 % mužů se domnívá, že ekonomická krize může jejich životní styl zasáhnout poměrně významně a 6,5 % žen a 9,7 % mužů se obává že tato krize je ohrozí velmi silně.

**Tabulka 27**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Vůbec** | 4 | 5 | 5 | 7 |
| **Nepatrně** | 20 | 13 | 12 | 18 |
| **Poměrně významně** | 5 | 11 | 11 | 3 |
| **Velmi silně** | 2 | 2 | 2 | 4 |

**Graf 28**



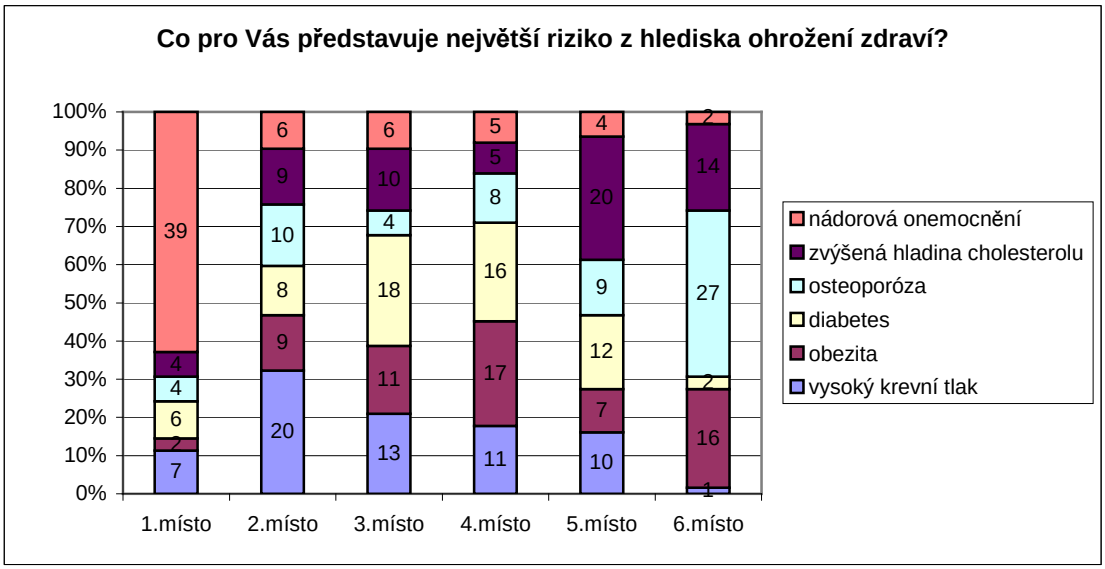

Zdroj – vlastní výzkum

První otázka týkající se civilizačních chorob zjišťovala, jak často se dotazovaní setkávají s tímto pojmem. 40,3 % žen a 38,7 % mužů uvedlo, že často. 38,7 % žen a 35,5 % mužů slýchává tento pojem občas. Odpověď zřídka zvolilo 19,4 % žen a 17,7 % mužů. Vůbec se s tímto pojmem nesetkává 1,6 % žen a 8,1 % mužů.

**Tabulka 28**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Často** | 9 | 16 | 14 | 10 |
| **Občas** | 14 | 10 | 9 | 13 |
| **Zřídka** | 7 | 5 | 4 | 7 |
| **Vůbec** | 1 | 0 | 3 | 2 |

**Graf 29**



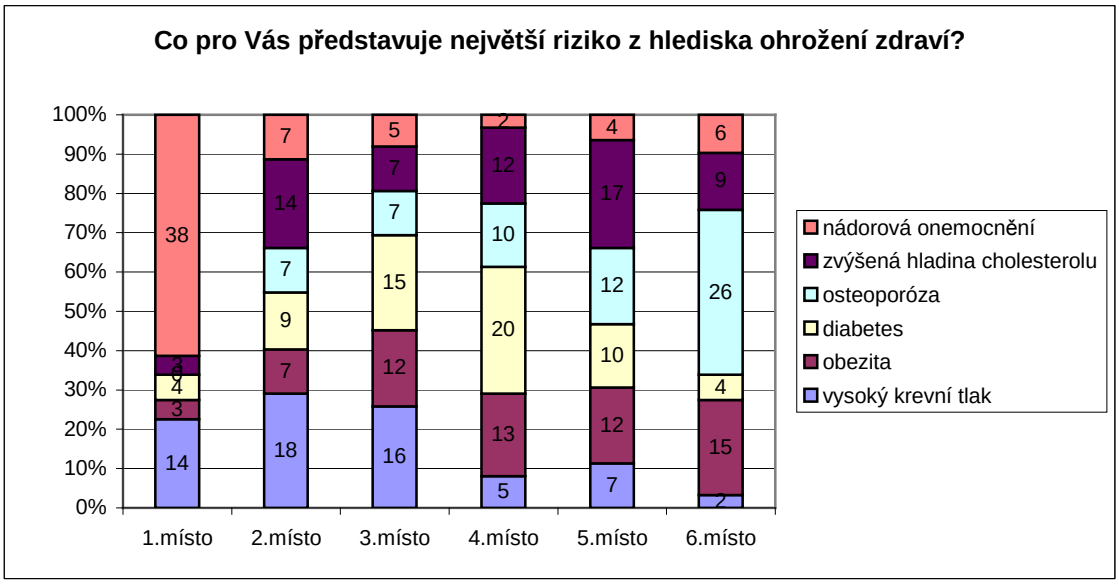

Zdroj – vlastní výzkum

U této otázky měli dotazovaní určit, které z nabízených chorob pro ně představují největší riziko z hlediska poškození zdraví. Tento graf prezentuje, jak jednotlivé možnosti seřazovaly dotazované ženy. Z výsledků je patrné, že největší obavy měly ženy z nádorových onemocnění.

**Tabulka 29**

| | 1. místo | 2. místo | 3. místo | 4. místo | 5. místo | 6. místo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vysoký krevní tlak** | 7 | 20 | 13 | 11 | 10 | 1 |
| **Obezita** | 2 | 9 | 11 | 17 | 7 | 16 |
| **Diabetes** | 6 | 8 | 18 | 16 | 12 | 2 |
| **Osteoporóza** | 4 | 10 | 4 | 8 | 9 | 27 |
| **Zvýšená hladina cholesterolu** | 4 | 9 | 10 | 5 | 20 | 14 |
| **Nádorová onemocnění** | 39 | 6 | 6 | 5 | 4 | 2 |

**Graf 30**



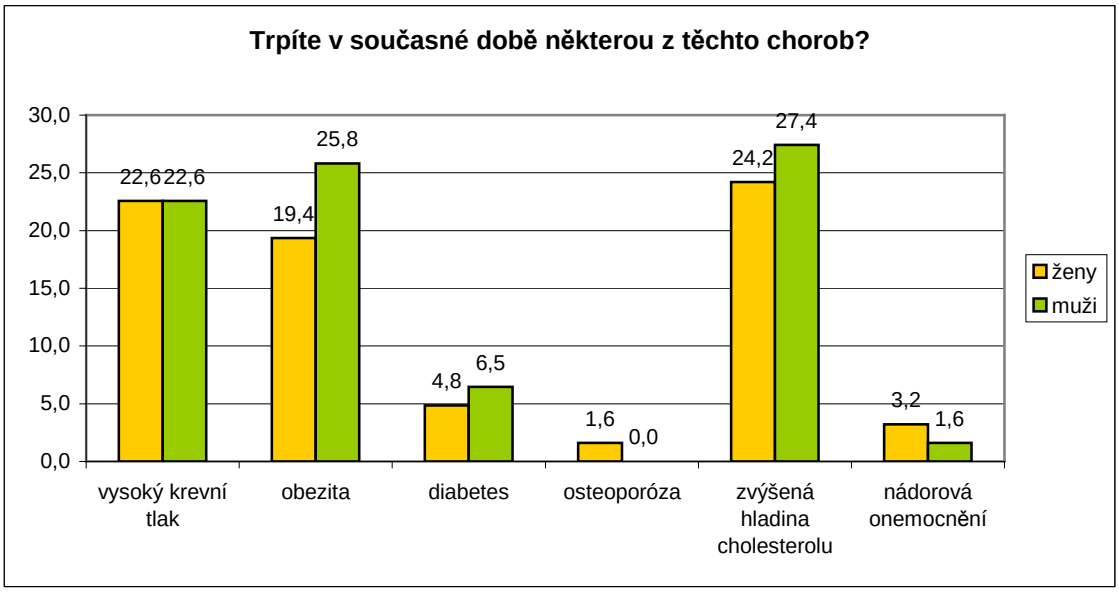

Zdroj – vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, jak vysoké riziko z daných chorob pociťují z hlediska ohrožení svého zdraví dotazovaní muži. Stejně tak jako u žen, na prvním místě se nejčastěji objevovala nádorová onemocnění.

**Tabulka 30**

| | 1. místo | 2. místo | 3. místo | 4. místo | 5. místo | 6. místo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vysoký krevní tlak** | 14 | 18 | 16 | 5 | 7 | 2 |
| **Obezita** | 3 | 7 | 12 | 13 | 12 | 15 |
| **Diabetes** | 4 | 9 | 15 | 20 | 10 | 4 |
| **Osteoporóza** | 0 | 7 | 7 | 10 | 12 | 26 |
| **Zvýšená hladina cholesterolu** | 3 | 14 | 7 | 12 | 17 | 9 |
| **Nádorová onemocnění** | 38 | 7 | 5 | 2 | 4 | 6 |

**Graf 31**



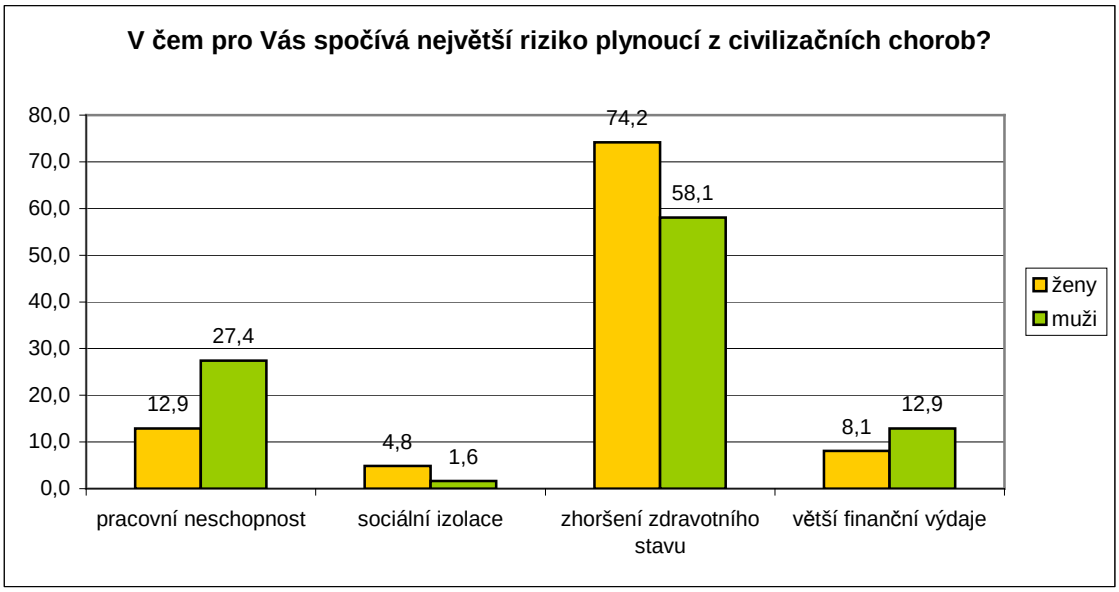

Zdroj – vlastní výzkum

U této otázky mne zajímalo, jak často se vyskytují uvedené choroby ve vzorku zkoumané populace. 22,6 % žen i mužů uvedlo, že trpí vysokým krevním tlakem. Obezitu mělo v anamnéze 19,4 % žen a 25,8 % mužů. Diabetes přiznalo 4,8 % žen a 6,5 % mužů. Osteoporózou trpěla pouze jedna žena. Zvýšená hladina cholesterolu se objevovala u 24,2 % žen a 27,4 % mužů. 3,2 % žen a 1,6 % mužů trpí nádorovým onemocněním.

**Tabulka 31**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Hypertenze** | 5 | 9 | 9 | 5 |
| **Obezita** | 8 | 4 | 11 | 5 |
| **Diabetes** | 2 | 1 | 3 | 1 |
| **Osteoporóza** | 0 | 1 | 0 | 0 |
| **Zvýšený cholesterol** | 8 | 7 | 8 | 9 |
| **Nádorová onemocnění** | 0 | 2 | 1 | 0 |

**Graf 32**



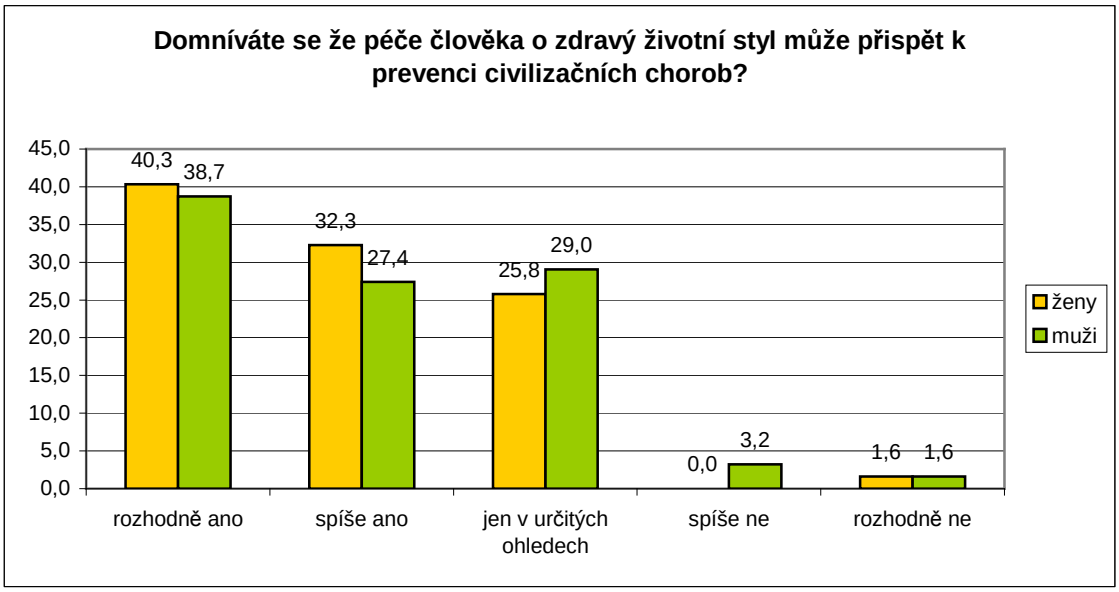

zdroj – vlastní výzkum

Další otázka zněla v čem pro Vás spočívá největší riziko plynoucí z civilizačních chorob. Dotazovaní se nejvíce obávali zhoršení zdravotního stavu – 74,2 % žen a 58,1 % mužů. Druhou nejčastější odpovědí byla pracovní neschopnost, tuto možnost zvolilo 12,9 % žen a 27,4 % mužů. Z větších finančních výdajů má obavy 8,1 % žen a 12,9 % mužů. Pouze 4,8 % žen a 1,6 % mužů uvedlo jako svou odpověď sociální izolaci.

**Tabulka 32**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Pracovní neschopnost** | 4 | 4 | 7 | 10 |
| **Sociální izolace** | 1 | 2 | 1 | 0 |
| **Zhoršení zdrav. stavu** | 24 | 22 | 17 | 19 |
| **Větší fin. výdaje** | 2 | 3 | 5 | 3 |

**Graf 33**



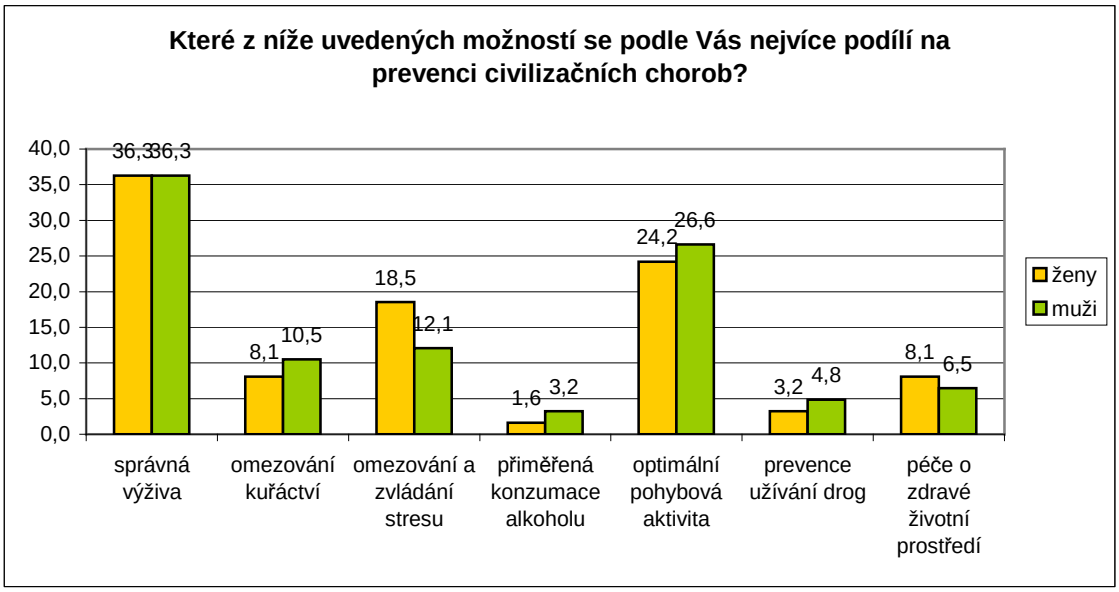

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce mne zajímalo, zda se lidé domnívají, že péče člověka o zdravý životní styl může přispět k prevenci civilizačních chorob. 40,3 % žen a 38,7 % mužů se domnívá, že rozhodně ano. 32,3 % žen a 27,4 % mužů uvedlo, že spíše ano. Jen v určitých ohledech byla odpověď 25,8 % žen a 29 % mužů. 3,2 % mužů si myslí, že spíše ne a 1,6 % žen i mužů je přesvědčeno že péče o zdravý životní styl rozhodně nepřispívá k prevenci civilizačních chorob.

**Tabulka 33**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Rozhodně ano** | 12 | 13 | 10 | 14 |
| **Spíše ano** | 12 | 8 | 10 | 7 |
| **Jen v určitých ohledech** | 7 | 9 | 9 | 9 |
| **Spíše ne** | 0 | 0 | 1 | 1 |
| **Rozhodně ne** | 0 | 1 | 0 | 1 |

**Graf 34**



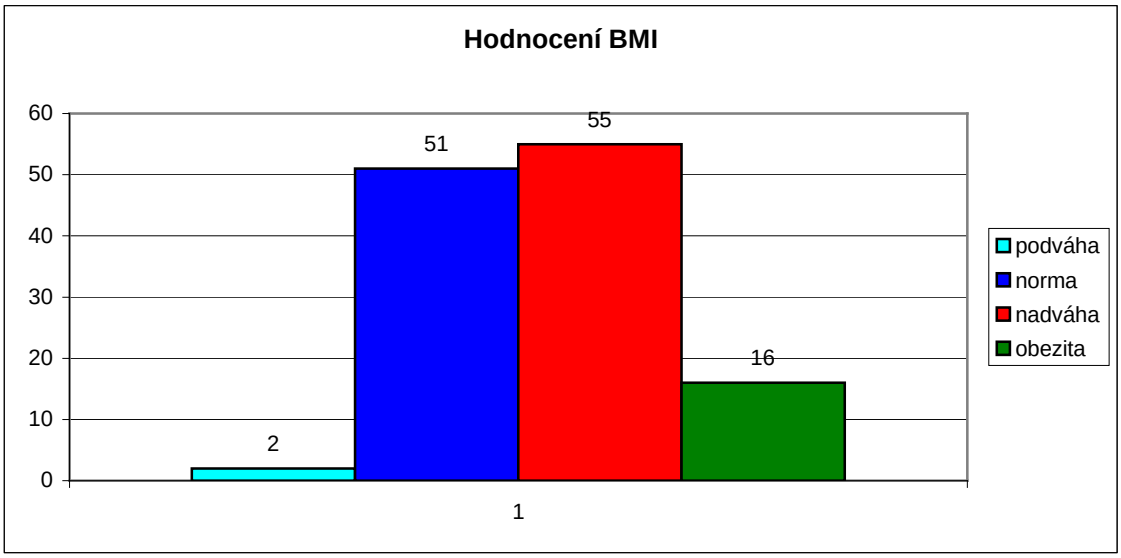

Zdroj – vlastní výzkum

U poslední položky dotazníku měli respondenti zvolit dvě možnosti, které se podle jejich mínění nejvíce podílejí na prevenci civilizačních chorob. Nejčastěji označovanou možností byla správná výživa (36,3 %), na druhém místě optimální pohybová aktivita (kolem 25 %), dále dotazovaní volili odpověď omezování a zvládání stresu (18,5 % žen a 12,1 % mužů). Na dalším místě to bylo omezování kuřáctví (kolem 9 %), péči o zdravé životní prostředí volili dotazovaní průměrně v 7 %. Poslední dvě místa obsadily možnosti prevence užívání drog a přiměřená konzumace alkoholu.

**Tabulka 34**

| | **Ženy - venkov** | **Ženy - město** | **Muži - venkov** | **Muži - město** |
|---|---|---|---|---|
| **Výživa** | 25 | 20 | 25 | 20 |
| **Kouření** | 5 | 5 | 6 | 7 |
| **Stres** | 13 | 10 | 4 | 11 |
| **Alkohol** | 1 | 1 | 1 | 3 |
| **Pohybová aktivita** | 14 | 16 | 20 | 13 |
| **Drogy** | 0 | 4 | 0 | 6 |
| **Zdravé ŽP** | 4 | 6 | 4 | 4 |

**Graf 35**




Zdroj – vlastní výzkum

V identifikační části dotazníku jsem od respondentů mimo jiné zjišťovala i jejich váhu a výšku. Na základě těchto informací jsem poté vypočítala jejich Body Mass Index a z výsledných hodnot sestavila tento graf, který rozděluje respondenty do čtyř kategorií. BMI dvou osob (žen) spadal do oblasti podváhy, 51 osob mělo váhu v normě. Významný byl výskyt nadváhy - 55 dotazovaných osob náleželo do této oblasti. U 16 respondentů byla zjištěna obezita.

Následující tabulka znázorňuje zařazení do jednotlivých kategorií s přihlédnutím na pohlaví dotazovaných osob a jejich bydliště.

**Tabulka 35 – Hodnocení BMI**

| Ženy město | | | Ženy venkov | | | Muži město | | | Muži venkov | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *váha* | *výška* | *BMI* | *váha* | *výška* | *BMI* | *váha* | *výška* | *BMI* | *váha* | *výška* | *BMI* |
| 54 | 1,73 | **18,04** | 50 | 1,75 | **16,33** | 59 | 1,70 | **20,42** | 59 | 1,72 | **19,94** |
| 54 | 1,70 | **18,69** | 53 | 1,65 | **19,47** | 68 | 1,78 | **21,46** | 67 | 1,74 | **22,13** |
| 50 | 1,62 | **19,05** | 54 | 1,64 | **20,08** | 75 | 1,85 | **21,91** | 76 | 1,78 | **23,99** |
| 55 | 1,67 | **19,72** | 59 | 1,68 | **20,90** | 76 | 1,82 | **22,94** | 74 | 1,75 | **24,16** |
| 59 | 1,65 | **21,67** | 60 | 1,67 | **21,51** | 80 | 1,86 | **23,12** | 72 | 1,72 | **24,34** |
| 65 | 1,73 | **21,72** | 57 | 1,62 | **21,72** | 65 | 1,67 | **23,31** | 85 | 1,85 | **24,84** |
| 60 | 1,65 | **22,04** | 57 | 1,62 | **21,72** | 84 | 1,89 | **23,52** | 77 | 1,76 | **24,86** |
| 56 | 1,58 | **22,43** | 65 | 1,72 | **21,97** | 75 | 1,78 | **23,67** | 80 | 1,78 | **25,25** |
| 56 | 1,58 | **22,43** | 65 | 1,70 | **22,49** | 77 | 1,80 | **23,77** | 86 | 1,84 | **25,40** |
| 63 | 1,67 | **22,59** | 58 | 1,6 | **22,66** | 75 | 1,76 | **24,21** | 82 | 1,78 | **25,88** |
| 62 | 1,65 | **22,77** | 62 | 1,65 | **22,77** | 70 | 1,70 | **24,22** | 75 | 1,70 | **25,95** |
| 70 | 1,75 | **22,86** | 65 | 1,68 | **23,03** | 77 | 1,77 | **24,58** | 80 | 1,75 | **26,12** |
| 61 | 1,63 | **22,96** | 67 | 1,70 | **23,18** | 82 | 1,80 | **25,31** | 93 | 1,87 | **26,59** |
| 65 | 1,67 | **23,31** | 73 | 1,75 | **23,84** | 84 | 1,82 | **25,36** | 78 | 1,70 | **26,99** |
| 63 | 1,63 | **23,71** | 66 | 1,65 | **24,24** | 78 | 1,75 | **25,47** | 83 | 1,75 | **27,10** |
| 70 | 1,69 | **24,51** | 76 | 1,76 | **24,54** | 75 | 1,70 | **25,95** | 87 | 1,79 | **27,15** |
| 67 | 1,65 | **24,61** | 63 | 1,58 | **25,24** | 86 | 1,82 | **25,96** | 88 | 1,80 | **27,16** |
| 72 | 1,71 | **24,62** | 76 | 1,72 | **25,69** | 82 | 1,76 | **26,47** | 88 | 1,80 | **27,16** |
| 65 | 1,61 | **25,08** | 70 | 1,65 | **25,71** | 86 | 1,80 | **26,54** | 90 | 1,80 | **27,78** |
| 75 | 1,70 | **25,95** | 70 | 1,64 | **26,03** | 90 | 1,80 | **27,78** | 93 | 1,82 | **28,08** |
| 70 | 1,64 | **26,03** | 65 | 1,58 | **26,04** | 90 | 1,76 | **29,05** | 103 | 1,90 | **28,53** |
| 68 | 1,61 | **26,23** | 80 | 1,74 | **26,42** | 100 | 1,85 | **29,22** | 79 | 1,65 | **29,02** |
| 69 | 1,57 | **27,99** | 78 | 1,68 | **27,64** | 91 | 1,76 | **29,38** | 84 | 1,70 | **29,07** |
| 80 | 1,69 | **28,01** | 77 | 1,65 | **28,28** | 95 | 1,79 | **29,65** | 96 | 1,80 | **29,63** |
| 68 | 1,55 | **28,30** | 80 | 1,68 | **28,34** | 88 | 1,72 | **29,75** | 91 | 1,75 | **29,71** |
| 78 | 1,64 | **29,00** | 72 | 1,58 | **28,84** | 100 | 1,83 | **29,86** | 100 | 1,82 | **30,19** |
| 78 | 1,64 | **29,00** | 70 | 1,53 | **29,90** | 95 | 1,78 | **29,98** | 96 | 1,78 | **30,30** |
| 80 | 1,64 | **29,74** | 92 | 1,75 | **30,04** | 102 | 1,83 | **30,46** | 99 | 1,80 | **30,56** |
| 81 | 1,65 | **29,75** | 81 | 1,55 | **33,71** | 92 | 1,72 | **31,10** | 98 | 1,78 | **30,93** |
| 85 | 1,58 | **34,05** | 98 | 1,65 | **36,00** | 103 | 1,73 | **34,41** | 115 | 1,86 | **33,24** |
| 96 | 1,62 | **36,58** | 110 | 1,64 | **40,09** | 112 | 1,80 | **34,57** | | | |
| | | | | | | 105 | 1,72 | **35,49** | | | |

## 5. DISKUSE

Cílem mé práce bylo zmapovat životní styl u osob ve věku 41-55 let žijících v okrese Jindřichův Hradec. Dále pak zjistit, na jakém místě v žebříčku životních hodnot je u nich zdraví. Ze získaných výsledků pak porovnat, zda se liší životní styl mužů a žen, a životní styl osob žijících ve městech a na venkově. Byly stanoveny celkem 3 hypotézy.

### Otázka číslo 1 - Žebříček životních hodnot

Životní hodnoty jsou pro každého člověka individuální. Jsou dány výchovou, vrozenými indispozicemi a značnou měrou také ovlivněny společností. Jedinec si během života vytváří žebříček hodnot, které jsou mu blízké a snaží se o jejich naplnění. Tento žebříček se během života mění.

Žebříček životních hodnot je v mnoha případech úzce svázán s Maslowovou teorií lidských potřeb. Podle Maslowovy pyramidy má člověk 5 základních potřeb. Obecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Fyziologické potřeby jsou základními potřebami lidského organismu a mají nejvyšší prioritu. Patří mezi ně například dýchání, přijímání potravy, regulace tělesné teploty, spánek a další. Jakmile jsou naplněny fyziologické potřeby, začnou narůstat potřeby jistoty: jistota zdraví, rodiny, příjmu, zaměstnání… Po naplnění fyziologických potřeb a potřeb bezpečí přichází třetí vrstva - sociální potřeby. Ty se ve všeobecnosti skládají z citových vztahů, jako např. přátelství, partnerský vztah i potřeba mít rodinu. Na dalším místě je potřeba uznání a úcty a potřeba seberealizace. **(59)**

U první otázky dotazníku měli respondenti seřadit nabídnuté životní hodnoty tak, jak jsou pro ně důležité. Vybírat mohli ze sedmi možností – peníze, rodina, zdraví, přátelé, vzdělání, zábava a láska. Z těchto sedmi různých životních hodnot a respondenty přiřazených číselných hodnot podle významnosti jsem z výsledků výzkumu vytvořila hodnotové žebříčky, které znázorňují grafy 5 a 6 a tabulky 5,6 a 7. **Na prvním místě se u žen objevovalo nejčastěji zdraví, u mužů to byla rodina**. Druhé místo u

žen zaujímala rodina, u mužů zdraví. Třetí nejdůležitější hodnotou je u obou pohlaví shodně láska, na čtvrtém místě peníze, poté přátelé. Vzdělání obsadilo páté místo a nejméně důležitou hodnotou z nabízených možností byla zábava.

**Otázka číslo 2 – Jak hodnotíte své zdraví?**

Ukazatel subjektivního pocitu zdraví nemusí vždy odpovídat reálnému zdravotnímu stavu, ale vypovídá o tom, jak respondent vnímá a hodnotí svůj zdravotní stav. Hodnocení je často ovlivněno nejen skutečným zdravotním stavem, ale i věkem, aktuální psychickou pohodou i některými sociodemografickými charakteristikami.

V roce 2005 byla provedena Ústavem zdravotnických informací a statistiky Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky. Subjektivní pocit zdraví byl v této studii zjišťován otázkou: „Jak se celkově zdravotně cítíte?“ Respondent mohl volit jednu z pěti nabízených odpovědí: velmi dobře, dobře, uspokojivě, špatně a velmi špatně. Jako velmi dobré nebo dobré hodnotilo své zdraví 64,9 % mužů a 60,6 % žen, naopak špatně nebo velmi špatně se cítilo 7,6 % mužů a 8,8 % žen. Ostatní respondenti považovali svůj stav za uspokojivý. Rozdíl mezi rozdělením mužů a žen do jednotlivých kategorií byl potvrzen jako statisticky významný, ženy hodnotí svůj stav hůře než muži. **(54)**

Na základě výsledků této studie byla sestavena **druhá hypotéza – ženy budou hodnotit svůj zdravotní stav jako horší.** Subjektivní pocit zdraví jsem ve svém výzkumu zjišťovala otázkou „Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?“. Dotazovaní mohli vybírat odpovědi z pěti možností: velmi dobře, dobře, uspokojivě, špatně a velmi špatně. Jako velmi dobré nebo dobré hodnotilo své zdraví 35,4 % mužů a 43,6 % žen, naopak špatně nebo velmi špatně se cítilo 29,1 % mužů a 14,6 % žen. Výsledky výzkumu, který jsem realizovala v okrese Jindřichův Hradec se tedy liší od závěrů celorepublikové studie provedené ÚZIS v roce 2005. **Druhá hypotéza tedy nebyla potvrzena, ženy ve srovnání s muži hodnotily svůj zdravotní stav jako lepší.**

**Otázka číslo 3 – Snažíte se celkově udržovat zdravý životní styl?**

Jak znázorňuje graf 8, z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že ženy se více snaží udržovat zdravý životní styl. Ženy častěji volily možnost rozhodně ano (2x častěji než muži) i možnost spíše ano ( o 3 odpovědi více). I neutrální varianta jen v určitých ohledech byla častěji zastoupena v odpovědích žen.

**Otázka číslo 4 – Co děláte pro své zdraví?**

U této otázky mohli respondenti zvolit více možností, nebo také žádnou, podle toho, co dělají pro své zdraví. Většinu možností častěji volily ženy. U mužů převažovaly pouze odpovědi dodržuji pravidelný režim spánku a sportuji.

Nejčastější odpovědí u žen bylo chodím na preventivní lékařské prohlídky, ale přesto tuto možnost označilo pouze 54,8% dotazovaných žen. V České republice má každý občan nárok na bezplatné preventivní lékařské prohlídky, jejichž obsah a časové rozmezí je upraveno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb. Preventivních lékařských prohlídek využívá pouze 37,1% dotazovaných mužů.

Největší rozdíl v zastoupení odpovědí žen a mužů byl u postojů ke konzumaci alkoholu. Zatímco ženy se nadměrné konzumaci alkoholu vyhýbají v 53,2%, mezi muži je to pouze 27,4%. Nadměrná konzumace alkoholu je kromě jiného příčinou zvýšeného tlaku krve a s tím úzce souvisí vznik a rozvoj kardiovaskulárních chorob. (Manuál prevence)

Rozdíly mezi odpověďmi žen a mužů můžeme pozorovat také u možností týkajících se stravovacích zvyklostí. Ženy častěji uváděly že jí pravidelně přiměřené množství jídla a konzumují zdravé potraviny. U možnosti dodržuji pitný režim bylo procento odpovědí u obou skupin srovnatelné.

**Otázka číslo 5 – Kolikrát denně jíte?**

Obsahem Výživových doporučení pro obyvatelstvo České republiky je mimo jiné dodržovaní správného stravovacího režimu. To znamená jíst pravidelně - tři hlavní denní jídla s maximálním energetickým obsahem pro snídani 20 %, oběd 35 % a večeři

30 % a dopolední a odpolední svačinu s maximálně 5-10 energetickými % a pauzou přibližně 3 hodiny mezi jednotlivými denními jídly. **(7)**

U této otázky volily ženy nejčastěji možnost 5x denně, což odpovídá daným výživovým doporučením. Odpovědělo tak celkem 30 žen. Muži nejčastěji uváděli, že se stravují pouze 3x denně (21 mužů), pak následovala odpověď 4x denně (18 mužů).

Z těchto výsledků je tedy patrné, že ženy oproti mužům přísněji dodržují výživová doporučení týkající se frekvence příjmu potravy.

**Otázka číslo 6 – Jak často konzumujete zeleninu**

Dalším výživovým doporučením je zvýšení spotřeby zeleniny a ovoce (včetně ořechů) se zřetelem k příjmu ochranných látek, významných v prevenci nádorových i kardiovaskulárních onemocnění, ale též ve vztahu ke snižování přívodu energie a zvýšení obsahu vlákniny ve stravě. Denní příjem zeleniny a ovoce by měl dosahovat až 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené, přičemž poměr zeleniny a ovoce by měl být cca 2:1. **(8)**

Ve svém výzkumu jsem se respondentů dotazovala pouze na příjem zeleniny. Měli uvést, jak často ji konzumují. Celkem 9 žen a 3 muži uvedli, že zeleninu konzumují několikrát denně, 18 žen a 13 mužů alespoň 1x denně. 9 mužů jí zeleninu pouze zřídka. Ženy tedy konzumují zeleninu častěji než muži.

**Otázka číslo 7 – Navštěvujete rychlé občerstvení?**

Rychlé občerstvení (fast food) je druh veřejného stravování, založený na rychlém výběru, prodeji a konzumaci stravy. Provozovny rychlého občerstvení dosahují zvýšené rychlosti obsluhy tím, že umožňují zákazníkům získání potravy s minimálním přerušením jiných činností, a zvýšené rychlosti konzumace tím, že úpravou jídla a jeho balením podporují konzumaci vestoje nebo za pohybu. Hamburgery, hranolky, langoše a mnoho dalších produktů restaurací rychlého občerstvení dnes patří ke každodenní stravě mnoha lidí. Tato jídla jsou charakteristická nižším obsahem sacharidů, vysokým obsahem tuků, nedostatkem vitaminů a minerálů a obsahují málo vlákniny.

Přibližně polovina žen využívá tento způsob stravování zřídka. 30% mužů navštěvuje rychlé občerstvení občas. Na základě výsledků, které prezentuje graf 12 lze tvrdit, že muži navštěvují rychlé občerstvení častěji než ženy.

**Otázka číslo 8 – Dáváte přednost biopotravinám?**

Biopotraviny jsou potraviny vyrobené z produktů kontrolovaného ekologického zemědělství, což je velmi pokrokový způsob hospodaření s kladným vztahem k půdě, rostlinám, zvířatům a přírodě bez používání umělých hnojiv, chemických přípravků, postřiků, hormonů a umělých látek. Biopotraviny se vyznačují vysokou kvalitou, výraznou a nefalšovanou chutí, v případě zeleniny a brambor také dobrou trvanlivostí. Jsou navíc potraviny ekologicky, eticky a sociálně akceptovatelné. **(3)**

Při posouzení výsledků je patrné, že ženy oproti mužům častěji preferují biopotraviny. Více než polovina všech mužů uvedla, že biopotravinám nikdy nedává přednost.

**Otázka číslo 9 – Užíváte nějaké doplňky stravy?**

Doplněk stravy je potravina, jejímž účelem je doplňovat běžnou stravu a která je koncentrovaným zdrojem vitaminů a minerálních látek nebo dalších látek s nutričním nebo fyziologickým účinkem, obsažených v potravině samostatně nebo v kombinaci, určená k přímé spotřebě v malých odměřených množstvích. **(63)**

Z odpovědí na tuto otázku je zřetelné, že ženy častěji užívají doplňky stravy. 17,7 % tyto doplňky užívá pravidelně, 32,3 % občas a 30,6 % zřídka. Oproti tomu 40,3 % mužů uvedlo, že doplňky stravy neužívá nikdy.

**Otázka číslo 10 – Ovlivňuje Vás při výběru potravin reklama?**

V další otázce dotazníku měli respondenti uvést, zda se při výběru potravin cítí být ovlivňováni reklamou. Muži nejčastěji volili možnost nikdy, odpovědělo tak 40,3 %. U žen byla nejčastější odpovědí možnost zřídka (48,4 % žen). Ženy tedy o něco častěji připouštěly, že jsou ovlivňovány reklamou.

**Otázka číslo 11 – Jaký je Váš denní příjem tekutin a které nápoje preferujete?**

Podle výsledků studie HELEN činil průměrný denní příjem tekutin u mužů 2,5 litru, u žen 2,0 litry. Nedostatečný denní příjem tekutin (méně než 2 litry tekutin za den) mělo 11,4 % mužů a 24,2 % žen. **(43)**

Ve svém dotazníkovém šetření jsem zjistila, že průměrný denní příjem tekutin byl u mužů i u žen srovnatelný, a to kolem 2 litrů. Méně než 2 litry tekutin denně přijímá 35,4 % žen a 30,6 % mužů. Z nabízených nápojů upřednostňovali obě pohlaví čaje, vodu a minerálky.

**Otázka číslo 12 – Kouříte?**

Tato otázka měla potvrdit či vyvrátit první hypotézu, která byla sestavena na základě výsledku studie HELEN (Health, Life Style and Environment), která byla provedena v letech 2004 – 2005 v celkem 25 městech České republiky. V každém městě bylo vybráno 800 osob ve věku 45-54 let.

Z výsledků studie HELEN vychází, že pravidelně **kouří 35,2 % mužů a 28,4 % žen**. **(43)** Podle jiné studie, která byla provedena v roce 2004 Ústavem zdravotnických a statistických informací České republiky, je prevalence denního kuřáctví (u osob ve věku 45-59 let) 38,3 % u mužů a 24,5 % u žen. **(54)** Ve svém výzkumu jsem zjistila, že ve zkoumaném vzorku populace osob žijících v okrese Jindřichův Hradec pravidelně kouří 37,1 % mužů a 22,2 % žen. Výsledky se tedy od předchozích dvou studií příliš neliší.

**První hypotéza byla tedy potvrzena, kouření se vyskytuje častěji u mužů než u žen.**

Na rozdíl od výsledků studie HELEN však v mém výzkumu bylo méně bývalých kuřáků (průměrně 10 %) a více nekuřáků (45 % mužů a 73 % žen). Kuřácké zvyklosti u mužů a žen prezentuje graf 18.

**Otázka číslo 13 – Trpíte stresem?**

Stres z přetížení pochází z nadměrné stimulace, kdy mozek a nervový systém je nucen pracovat nad své přirozené možnosti zpracovávání informací. Když požadavky na přizpůsobování přesáhnou adaptační schopnost, nastává distres z nadměrné

stimulace, který vede k poruše celého systému a ke zhroucení. Život ve městě je plný situací, které musí náš organizmus zvládat. Neustále se musí přizpůsobovat zrychlujícímu se tempu, narůstajícímu hluku, přelidnění a dalšímu množství podnětů. Nervová soustava je přetížena vším tím děním, spěchem a úzkostí o osobní bezpečnost. Je nutné být neustále ve střehu. To všechno jsou stresory vyvolávající distres.

Na základě těchto skutečností jsem postavila **třetí hypotézu - lidé žijící ve městě na sobě budou ve srovnání s obyvateli venkova častěji pociťovat stres**, který představuje významný rizikový faktor pro vznik civilizačních chorob.

**Na otázku „Trpíte stresem?“ odpovědělo kladně celkem 90,4 % osob žijících ve městě a 77 % osob žijících na venkově.** 7,9 % respondentů žijících ve městě uvedlo, že trpí stresem neustále, 31,7 % často a 50,8 % zřídka. Na venkově se 23 % dotazovaných domnívá, že nežije ve stresu.

**Třetí hypotéza se tedy potvrdila, lidé žijící ve městě na sobě častěji pociťovali stres.**

**Otázka číslo 14 – Jak často konzumujete alkoholické nápoje?**

Spotřeba alkoholických nápojů v České republice prudce roste. Od roku 2000 do roku 2007 vzrostla spotřeba alkoholu po přepočtu na čistý líh v průměru o půl litru na 10,4 litru na osobu za rok. Nejméně jednou týdně pije nějaký alkohol téměř polovina dospělých Čechů (48 %). Denně pije alkohol 7 % občanů Česka, podstatně více muži než ženy (14 % mužů a 1 % žen). Více než jednou týdně konzumuje alkohol 21 % občanů ČR a jednou týdně pětina dospělých. Podíl abstinentů na celkovém počtu obyvatel se pak v České republice (21 %) jeví ve srovnání s evropským průměrem (32 %) jako významně nižší. **(5)**

Ve výzkumu jsem zjistila, že mezi osobami ve věku 41-55 let, žijícími v okrese Jindřichův Hradec si několikrát týdně dopřává alkoholu 29 % mužů a 8,1 % žen. Největší skupinu pak tvořili příležitostní konzumenti alkoholu (88,7 % žen a 58,1 % mužů. Mezi dotazovanými bylo pouze 2,4 % úplných abstinentů.

**Otázka číslo 15 – Jak často sportujete?**

Ženy se o něco častěji věnují sportu než muži. Téměř třetina mužů přiznala, že nesportuje nikdy. Mezi oblíbené pohybové aktivity uváděli respondenti nejčastěji jízdu na kole a pěší turistiku.

**Otázka číslo 16 – Jak hodnotíte životní prostředí, ve kterém žijete?**

U této otázky jsem se pokoušela zjistit, zda existují rozdíly v hodnocení životního prostředí mezi lidmi žijícími na venkově a ve městě. Většina všech respondentů hodnotila své životní prostředí jako dobré. O něco více osob žijících na venkově posuzovala životní prostředí jako velmi dobré (16,1 % oproti 9,7 % lidí bydlících ve městech). Uvádí se, že životní a pracovní prostředí ovlivňuje lidské zdraví asi z 20.

**Otázka číslo 17 – Zajímáte se o udržování zdravého životního stylu?**

Při pohledu na graf prezentující odpovědi na tuto otázku je zřetelné, že ženy se mnohem více zajímají o udržování zdravého životního stylu. 27,4 % žen (a pouze 4,8 % mužů) zvolilo možnost často. Také odpověď občas byla četnější u žen než u mužů. Oproti tomu 24,2 % mužů se o zdravý životní styl nezajímá vůbec.

**Otázka číslo 18 – Jakým způsobem získáváte informace o udržování zdravého životního stylu?**

U této otázky mohli respondenti z nabízených odpovědí vybrat více možností. Předpokládám, že nejdůvěryhodnější informace by měly být přijímány prostřednictvím lékařů, tato odpověď však byla nejméně častá. Kolem 60 % všech respondentů uvádělo za zdroj informací televizi a rozhlas. 25 % žen využívá k získávání informací knihy, což může svědčit o hlubším zájmu o tuto problematiku. 82 % žen čerpá informace z časopisů. Domnívám se však, že informace z časopisů mohou být často nepřesné i zkreslené. Celkově u této otázky ženy označovaly více možností než muži, což potvrzuje výsledky předchozí otázky – ženy se více zajímají o udržování zdravého životního stylu.

**Otázka číslo 19 – Podněcují Vás tyto informace ke změně Vašeho chování?**

Z výsledků odpovědí na tuto otázku lze tvrdit, že ženy jsou na základě získaných informací o zdravém životním stylu více motivovány ke změně svého chování. Oproti mužům se v jejich odpovědích častěji vyskytovala možnost často i občas.

**Otázka číslo 20 – Máte pocit, že současná ekonomická krize může celkově ohrozit zdravotní aspekty Vašeho stávajícího životního stylu?**

U odpovědí na tuto otázku jsem nezaznamenala větší rozdíly mezi odpověďmi žen a mužů ani mezi lidmi žijícími na venkově a ve městech. Většina lidí se domnívá, že současná ekonomická krize může jen nepatrně zasáhnout do jejich stávajícího životního stylu.

**Otázka číslo 21 – Setkáváte se s pojmem civilizační choroby?**

Největší část dotazovaných (kolem 39 %) uváděla, že s pojmem civilizační choroby se setkává často, druhou nejčetnější odpovědí byla varianta občas (kolem 37 %). Rozdíly mezi odpověďmi žen a mužů ani mezi lidmi žijícími na venkově a ve městech u této otázky opět nebyly významné.

**Otázka číslo 23 – Trpíte v současné době některou z těchto chorob?**

U dotazovaných mužů se častěji vyskytovala obezita – v 25 % (ženy pouze 20 %). Více mužů (27 %) také přiznalo, že má zvýšenou hladinou cholesterolu, u žen se tato odpověď vyskytovala v 24 %. Vysokým krevním tlakem trpí 22 % žen i mužů.

**Otázka číslo 24 – V čem pro Vás spočívá největší riziko plynoucí z civilizačních chorob?**

Z odpovědí na tuto otázku plyne, že zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s civilizačními chorobami, se ženy obávají více než muži. Muži se pak na rozdíl od žen více obávají pracovní neschopnosti.

**Otázka číslo 25 – Myslíte si, že civilizačním chorobám lze předcházet? Jak?**

U této otázky mohli dotazovaní vlastními slovy vyjádřit svůj názor zda lze předcházet civilizačním chorobám. Většina lidí se domnívá, že ano. Nejčastěji zde uváděli životní styl a péči o zdraví obecně. Často se u této otázky také objevovaly odpovědi správná výživa, pohyb a zvládání stresu. V menší míře zde respondenti zmiňovali nekuřáctví, střídmé pití alkoholu, preventivní prohlídky a péči o zdravé životní prostředí. Celkem 7 osob je přesvědčeno, že civilizačním chorobám nelze předcházet, 3 lidé uvedli že pouze částečně. Mezi odpověďmi se objevilo i několik názorů, že by se měla zlepšit informovanost v této problematice.

**Otázka číslo 26 – Domníváte se, že péče člověka o zdravý životní styl může přispět k prevenci civilizačních chorob?**

Většina respondentů se domnívá, že péče člověka o zdravý životní styl může přispět k prevenci civilizačních chorob, rozdíly v odpovědích mezi oběmi pohlavími nebyly významné.

**Otázka číslo 27 – Které z uvedených možností se podle Vás nejvíce podílí na prevenci civilizačních chorob?**

U odpovědí na tuto otázku se opět neobjevovaly žádné významné rozdíly mezi ženami a muži. Z hlediska předcházení civilizačním chorobám považovali respondenti za nejdůležitější možnosti správná výživa, pohybová aktivita a předcházení a zvládání stresu.

## 6. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit, zda osoby ve věku 41-55 let, žijící v okrese Jindřichův Hradec, dodržují aspekty zdravého životního stylu. Ze získaných výsledků pak porovnat, zda se liší životní styl mužů a žen, a životní styl osob žijících ve městech a na venkově. V návaznosti na cíl práce byly stanoveny 3 hypotézy.

**První hypotéza -** V rámci dodržování zdravého životního stylu se u mužů bude častěji objevovat negativní faktor kouření – **byla potvrzena.** Ve svém výzkumu jsem zjistila, že ve zkoumaném vzorku populace osob žijících v okrese Jindřichův Hradec pravidelně kouří 37,1 % mužů a 22,2 % žen, což koresponduje s výsledky studie HELEN, na nichž byla tato hypotéza postavena. Výsledky jsou podrobněji diskutovány v předchozí kapitole.

**Druhá hypotéza -** Ženy budou hodnotit svůj zdravotní stav jako horší – **nebyla potvrzena.** Otázka zjišťující subjektivní pocit zdraví měla ověřit, zda platí zjištění Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky. Výsledky jsou opět blíže rozebrány v kapitole Diskuse. Zdravotní stav hodnotilo kladně celkem 43,6 % žen a 35,4 % mužů, záporně 14,6 % žen a 29,1 % mužů.

**Třetí hypotéza –** Lidé žijící ve městě na sobě budou ve srovnání s obyvateli venkova častěji pociťovat stres – **byla potvrzena.** Na otázku „Trpíte stresem?“ odpovědělo kladně celkem 90,4 % osob žijících ve městě a 77 % osob žijících na venkově. 7,9 % respondentů žijících ve městě uvedlo, že trpí stresem neustále, 31,7 % často a 50,8 % zřídka. Na venkově se 23 % dotazovaných domnívá, že nežije ve stresu.

Dále jsem ve své práci prokázala, že ženy se oproti mužům více snaží dodržovat aspekty zdravého životního stylu a současně se o tuto problematiku i více zajímají. Výzkumem bylo také zjištěno, že ženy přísněji dodržují výživová doporučení týkající se frekvence příjmu potravy, konzumace zeleniny, vyhýbají se návštěvám rychlého

občerstvení, dávají přednost biopotravinám a častěji užívají doplňky stravy. Na rozdíl od mužů také méně holdují alkoholu a častěji sportují.

V odpovědích na jednotlivé otázky dotazníku jsem nezaznamenala významnější odlišnosti v dodržování aspektů zdravého životního stylu u osob žijících v dané geografické lokalitě od závěrů celorepublikových výzkumů.

Tato práce se může stát užitečnou pomůckou při výuce předmětů zaměřených na zdravý životní styl na ZSF JU. Výsledky diplomové práce by mohly být využity v praxi odborníků zabývajících se edukací a poradenstvím v oblasti zdravého životního stylu a prevencí civilizačních chorob na Jindřichohradecku.

Myslím si , že zdravý životní styl by měl být vizitkou každého z nás. Mnohem snadnější je rizikovým faktorům předcházet již v nižším věku, než se po několika letech jejich působení snažit o změnu již zažitého chování. Z toho důvodu také považuji jako velmi přínosné projekty typu Zdravá školka, Zdravá škola apod. Výchova ke zdraví se pozvolna dostává do učebních osnov základních škol.

Poradenství ke zdravému způsobu života by dle mého předsvědčení mělo být součástí zdravotnických zařízení a poskytované služby by měly být bezplatné. V současné době tato zařízení však fungují většinou samostatně a málokdo se odhodlá k jejich návštěvě. Také praktický lékař by měl hrát významnou roli při motivaci pacientů ke změně životního stylu. Bohužel, mnohdy tomu tak nebývá a lidé navštěvují lékaře až za účelem léčby již vzniklého onemocnění.

Jsem toho názoru, že problematice civilizačních chorob by se měla věnovat větší pozornost zejména na úseku primární prevence, s cílem prohloubení pozitivní motivace ke změně životního stylu.

Domnívám se, že cíl práce byl splněn.

## 7. KLÍČOVÁ SLOVA

- **civilizační choroby**
- **prevence**
- **zdravý životní styl**

## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ


1) ANDĚL, Michal, et al. Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 210 s. ISBN 80-7262-047-9.

2) BENEŠ, Karel. Ambulance cévní chirurgie [online]. c2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.cechi.cz/ischemicka-choroba-dolnich-koncetin.htm>.

3) BIOPOTRAVINY - základní informace [online]. [2009] [cit. 2009-06-10]. Dostupný z WWW: <http://www.bio-potraviny.cz/>.

4) Cukrovkar.cz - Portál nejen pro diabetiky [online]. c2007 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <http://www.cukrovkar.cz/clanky/rizika-rozvoje-diabetu.html>.

5) DANIEL, Pavel. Spotřeba alkoholu v Česku roste. Kurzy.cz [online]. 2008 [cit. 2009-06-10]. Dostupný z WWW: <http://zpravy.kurzy.cz/159685-spotreba-alkoholu-v-cesku-roste/>. ISSN 1801-8688.

6) DIENSBIER, Zdeněk, SKALA, Evžen. Předcházíme rakovině. Odpovědná redaktorka Ivana Auingerová. 1. vyd. Praha : Computer Press, 2001. 105 s. ISBN 80-7226-375-7.

7) DOSTÁLOVÁ, Jana, HRUBÝ, Stanislav, TUREK, Bohumil. Společnost pro výživu [online]. c2009 [cit. 2009-06-10]. Dostupný z WWW: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>.

8) DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš, DUBSKÝ, Josef. Sociologie životního stylu. Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.

9) DUŠEK, Pavel. Zhoubné nádory prostaty [online]. c2006 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/prostata_clanek.php?t1=1&t2=1&t3=1&t=1> .

10) HAINER, Vojtěch. Obezita : minimum pro praxi. 1. vyd. Praha : TRITON, 2001. 118 s. Levou zadní. ISBN 80-7254-168-4.

11) HOFFMAN, David. Zdravé srdce : posilněte svůj kardiovaskulární systém přirozeným způsobem . Hodkovičky : Pragma, c2006. 132 s. ISBN 80-7205-980-7.

12) HPV.cervix - Karcinom děložního čípku [online]. [2009] [cit. 2009-04-26]. Dostupný z WWW: <http://www.hpv.cervix.cz/karcinom-delozniho-cipku.html>.

13) JESSEL, Christian. Úspěšně proti osteoporóze : preventivní a bolest zmírňující cvičení. 1. vyd. Praha, Plzeň : Beta-Dobrovský & Ševčík, 2006. 95 s. ISBN 80-7306-232-1.

14) JUNEK, Pavel. Tuky ve výživě a zdraví : Zdravotní ústav se sídlem v Pardubicích [online]. c2004-2008 , 17.12.2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.zupu.cz/index.php?pid=178>.

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

16) KOCIÁN, Jiří. Hyperkalciurie. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. 146 s. Levou zadní; sv. 64. ISBN 80-7254-171-4.

17) KOCIÁN, Jiří. Osteoporóza u mužů. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 140 s. Levou zadní; sv. 81. ISBN 80-7254-225-7.

18) KOLOMBO, Ivan. Karcinom prostaty [online]. c2005-2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://arcus-oc.org/sekce-karcinomu-prostaty.php>.

19) Kouření, SZÚ [online]. [2009] [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.szu.cz/tema/prevence/koureni>.

20) KRUPIČKA, Jiří. Kardiologická poradna : Ischemická choroba srdeční [online]. [2009] [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.kardiologickaporadna.cz/choroba.html>.

21) KŘÍŽOVÁ, Jarmila. Hypertenze - vysoký krevní tlak [online]. c2009 , 20.6.2004 [cit. 2009-04-01]. Dostupný z WWW: <http://www.ordinace.cz/clanek/hypertenze-vysoky-krevni-tlak/>. ISSN 1801-8467.

22) MAMMA HELP : Screening kolorektálního karcinomu [online]. c2009 , 21.3.2006 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <http://www.mammahelp.cz/screening-kolorektalniho-karcinomu.php>.

23) Mamo.cz: Prevence [online]. c2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--prevence--rakovina-prsu>.

24) Masarykův onkologický ústav [online]. 2002 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <http://www.mou.cz/mou/section_main.jsp?s=901>.

25) MARADA, Tomáš. Ateroskléróza [online]. 2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.ordinace.cz/clanek/ateroskleroza/>. ISSN 1801-846.

26) Metody a postupy v poradnách podpory zdraví : Národní program zdraví - Projekty podpory zdraví 2001, Prevence nádorových onemocnění ve 21. století . Připravili Jarmila Rážová a kol.. Praha : Státní zdravotní ústav, 2001. 74 s. ISBN 80-7071-182-5.

27) Ministerstvo zdravotnictví české republiky [online]. c2008 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Categories/11-program-zdravi-21.html>.

28) MLČOCH, Zbyněk. Kuřákova plíce [online]. c1997-2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.kurakovaplice.cz/>.

29) MTE - Váš partner pro diabetes [online]. c2007-2009 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <http://www.mte.cz/diabetes-typu-2.htm>.

30) Nádorová onemocnění, SZÚ [online]. 2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.szu.cz/tema/prevence/nadorova-onemocneni>.

31) Nádory v gynekologii [online]. c2009 , 31.10.2005 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/52_1786.html>.

32) Obezita : Rizika obezity [online]. c2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.obezita-info.cz/rizika-obezity/>.

33) PAULOVÁ , Gudrun, SCHUBOVÁ, Violetta. Stop osteoporóze!. 1. vyd. Praha : Ivo Železný, 2003. 121 s. ISBN 80-237-3759-7.

34) Pedagogická Fakulta. Klíčová slova [online]. c2009 [cit. 2009-04-27]. Dostupný z WWW: <http://pf.ujep.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=656&Itemid=581>.

35) PRAŠKO, Ján. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.

36) PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana. Proti stresu krok za krokem. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.

37) PROVAZNÍK, Karel, et al. Zdravcentra.cz : Manuál prevence v lékařské praxi [online]. 1 1998 , 9.6.2008 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1335.html>.

38) Rakovina a její léčba - příznaky, diagnostika, poradna lékaře [online]. c2009 , 24.3.2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.lecba-rakoviny.cz/kolorektalni-karcinom>. ISSN 1803-5450 .

39) ROZHOŇ, Martin. Minerální látky - jejich zdroje a význam pro organismus [online]. c2004 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.celostnimedicina.cz/mineralni-latky-jejich-zdroje-a-vyznam-pro-organismus.htm>.

40) RUCKI, Štěpán, STOŽICKÝ, František. Prevence nemocí oběhové soustavy v pediatrii. Praha : TRITON, 2003. 195 s. ISBN 80-7254-388-1.

41) Silgard - očkování proti rakovině děložního čípku [online]. c2006 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <www.vsecomuzu.cz>.

42) SOVOVÁ, Eliška. 100 + 1 otázek a odpovědí pro kardiaky : vyšetření, rizikové faktory, srdeční onemocnění. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 117 s. ISBN 80-247-1166-4.

43) Studie HELEN (Health, Life Style and Environment), SZÚ [online]. Praha : Státní zdravotní ústav, 2006 [cit. 2009-05-26]. Dostupný z WWW: <http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_05/Helen_05.pdf>. ISBN 80-7071-270-8.

44) SVAČINA, Štěpán, BRETŠNAJDROVÁ, Alena. Dietologický slovník. Odpovědná redaktorka Jana Drdová. 1. vyd. Praha : TRITON, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7387-062-1.

45) SVAČINA, Štěpán, OWEN, Klára. Syndrom inzulínové rezistence. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 182 s. ISBN 80-7254-353-9.

46) Světová zdravotnická organizace v ČR, Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace [on line] c2007 [cit. 2009-03-26]. Dostupné z WWW: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>

47) ŠEBKOVÁ, Sylva. Cévní mozková příhoda [online]. c2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.ordinace.cz/clanek/cevni-mozkova-prihoda/>. ISSN 1801-8467 .

48) ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Problematika zdraví a nemoci : studijní texty pro distanční studium . 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. 121 s. ISBN 80-244-0648-9.

49) ŠPINAR, Jindřich, et al. Ischemické choroba srdeční. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0500-1.

50) ŠTĚPÁN, Jan. Životospráva při osteoporóze : informace pro ženy i muže . 3. dopl. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 15 s. ISBN 80-7071-225-2.

51) TREBEN, Maria. Nemoci srdce a oběhového systému : prevence, poznání, léčení . České Budějovice : Dona, 2001. 98 s. ISBN 80-7322-001-6.

52) Tuky/výživa/aerobics.cz [online]. c2001-2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.aerobics.cz/vyziva.asp?id=4>. ISSN ISSN 1214-242.

53) URBAN, Michael. Onemocnění prostaty není jen výsadou mužů vyššího věku [online]. c2001 , 18.3.2003 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4074>.

54) ÚZIS ČR, Rychlé informace, E-knihovna : Aktuální informace č.16/2005 [online]. 2005 [cit. 2009-05-23]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=celopopulační®ion=100&kind=21&mnu_id=6200>.

55) Velký lékařský slovník On-Line [online]. Maxdorf, c2008 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/>.

56) VURM, Vladimír, et al. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví . 1. vyd. Praha : Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

57) Vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, v platném znění

58) WALD, Jiří. Jaká jsou zdravotní rizika kouření [online]. 26.4.2006 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.anamneza.cz/moduly/stranka.php3?id=177>.

59) Wikipedie. Http://cs.wikipedia.org/ [online]. [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/>.

60) WILHELM, Zdeněk, et al. Výživa v onkologii. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 260 s. ISBN 80-7013-410-0.

61) Www.dokurte.cz - složení tabákového kouře [online]. [2009] [cit. 2009-05-23]. Dostupný z WWW: <http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony> .

62) Www.zdravaprsa.cz [online]. [2008] , 20.2.2009 [cit. 2009-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.zdravaprsa.cz/index.php>.

63) Zákon č. 110/1999 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, v platném znění

64) ZATLOUKAL, Petr, PETRUŽELKA, Luboš. Karcinom plic. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 367 s. ISBN 80-7169-819-9.

65) ZAVÁZALOVÁ, Helena, et al. Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví . 1. vyd. Praha : Karolinum, 2008. 80 s. ISBN 978-80-246-1569-1.

66) ZAVÁZALOVÁ, Helena, et al. Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.

67) Zdravcentra.cz : Portál o zdraví, zdravotnictví a léčivech pro laiky i odborníky [online]. c2009 , 24.3.2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3626_2753.html>.

68) Zdravé hubnutí, nadváha, obezita, diety - Obezita.cz [online]. c2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.obezita.cz/>.

69) Zdraví pro ženy : rakovina děložního čípku [online]. c2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.zdraviprozeny.cz/informace-o-nemoci.html>.

# 9. PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Dotazník

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**
**Zdravotně sociální fakulta**
**Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví**
**březen 2009**

# DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Jana Tichá a jsem studentkou 2.ročníku oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce nesoucí název „Zdravý životní styl jako prevence civilizačních chorob“. Chtěla bych Vás ujistit, že dotazník je anonymní a veškeré získané údaje budou použity výhradně v této práci. Pokud na některou otázku nebudete chtít odpovídat, můžete ji vynechat.

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku**.**

**Pohlaví** ☐ muž ☐ žena

**Věk** ☐ 41-45 ☐ 46-50 ☐ 51-55

**Bydliště** ☐ do 2500 obyvatel ☐ přes 2500 obyvatel

**Vzdělání** ☐ základní ☐ vyučen v oboru ☐ středoškolské ☐ vysokoškolské

**Zaměstnání** ☐ pracující ☐ důchodce ☐ v domácnosti ☐ nezaměstnaný

**Vaše výška ……cm**

**Vaše váha ……kg**

*Není-li u jednotlivých otázek uvedeno jinak, označte vždy pouze jednu z uvedených odpovědí.*

**1) Očíslujte, prosím, uvedené životní hodnoty v pořadí tak, jak jsou pro vás důležité**
**(1 = nejdůležitější, 7 = nejméně důležité)**

a) peníze …..
b) rodina …..
c) zdraví …..
d) přátelé …..
e) vzdělání …..
f) zábava …..
g) láska …..

**2) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav**

a) velmi dobrý
b) dobrý
c) uspokojivý
d) špatný
e) velmi špatný

**3) Řekl(a) byste, že se celkově snažíte udržovat zdravý životní styl?**

a) rozhodně ano
b) spíše ano
c) jen v určitých ohledech
d) spíše ne
e) rozhodně ne

**4) Co děláte pro své zdraví?** *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*

a) konzumuji zdravé potraviny
b) jím pravidelně přiměřené množství jídla
c) dodržuji pitný režim
d) sportuji
e) vyhýbám se nadměrné konzumaci alkoholu
f) chodím na preventivní lékařské prohlídky
g) dodržuji pravidelný režim spánku

**5) Kolikrát denně jíte**

a) 2x
b) 3x
c) 4x
d) 5x
e) vícekrát

**6) Jak často konzumujete zeleninu?**

a) několikrát denně
b) 1x denně
c) několikrát týdně
d) 1x týdně
e) zřídka

**7) Navštěvujete rychlé občerstvení?**

a) často
b) občas
c) zřídka
d) nikdy

**8) Dáváte přednost biopotravinám?**

a) často
b) občas
c) zřídka
d) nikdy

**9) Užíváte nějaké doplňky stravy – např. vitamínové tablety, kloubní preparáty, bylinné kapky ad.?**

a) pravidelně
b) občas
c) zřídka
d) nikdy

**10) Ovlivňuje Vás při výběru potravin reklama?**

a) často
b) občas
c) zřídka
d) nikdy

**11) Napište, prosím, jaký je Váš denní příjem tekutin (alkohol a kávu nezapočítávejte) a zaškrtněte, které nápoje preferujete** *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*

Denní příjem tekutin: ……. litrů

a) voda
b) čaj
c) minerální vody
d) limonády
e) ovocné džusy
f) ovocné šťávy
g) nealkoholické pivo

**12) Kouříte?**

a) ne, jsem nekuřák
b) ne, ale jsem bývalý kuřák
c) ano, ale jen příležitostně
d) ano, méně než 20 cigaret denně
e) ano, 20 a více cigaret denně

**13) Trpíte stresem?**

a) neustále
b) často
c) zřídka
d) nikdy

**14) Jak často konzumujete alkoholické nápoje?**

a) několikrát týdně
b) pouze o víkendech
c) příležitostně
d) jsem abstinent(ka)

**15) Jak často sportujete?**

a) několikrát týdně
b) několikrát měsíčně
c) rekreačně
d) nikdy

Jaký sport preferujete?.....……

**16) Jak hodnotíte životní prostředí, ve kterém žijete?**

a) velmi dobré
b) dobré
c) špatné
d) velmi špatné

**17) Zajímáte se o udržování zdravého životního stylu?**

a) často
b) občas
c) zřídka
d) vůbec

**18) Jakým způsobem získáváte informace týkající se zdravého životního stylu?**
*(můžete zaškrtnout více odpovědí)*

a) lékař
b) televize, rozhlas
c) knihy
d) časopisy
e) internet

**19) Podněcují Vás tyto informace ke změně Vašeho chování?**

a) často
b) občas
c) zřídka
d) nikdy

**20) Máte pocit, že současná ekonomická krize může celkově ohrozit zdravotní aspekty Vašeho stávajícího životního stylu?**

a) vůbec
b) nepatrně
c) poměrně významně
d) velmi silně

**21) Setkáváte se s pojmem civilizační choroby?**

a) často
b) občas
c) zřídka
d) nikdy

**22) Které z následujících možností pro Vás představuje největší riziko z hlediska ohrožení zdraví?** *(seřaďte prosím od 1-nejvýznamnější…6-nejméně významné)*

a) vysoký krevní tlak …..
b) obezita …..
c) diabetes (cukrovka) …..
d) osteoporóza (řídnutí kostí) …..
e) onemocnění srdce a cév …..
f) nádorová onemocnění …..

**23) Trpíte v současné době některou z těchto chorob?** *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*

a) vysoký krevní tlak
b) obezita
c) diabetes (cukrovka)
d) osteoporóza (řídnutí kostí)
e) onemocnění srdce a cév
f) nádorová onemocnění

**24) V čem pro Vás spočívá největší riziko plynoucí z civilizačních chorob?**

a) pracovní neschopnost
b) sociální izolace
c) zhoršení zdravotního stavu
d) větší finanční výdaje (za léky, návštěvy lékařů…)

**25) Myslíte si, že civilizačním chorobám lze předcházet? Jak?**

……
……
……

**26) Může péče člověka o zdravý životní styl přispět k prevenci civilizačních chorob?**

a) rozhodně ano
b) spíše ano
c) jen v určitých ohledech
d) spíše ne
e) rozhodně ne

**27) Které z níže uvedených prvků zdravého životního stylu se podle Vás <u>nejvíce</u> podílí na prevenci civilizačních chorob?** *(označte prosím dvě možnosti)*

a) správná výživa
b) omezování kuřáctví
c) omezování a zvládání stresu
d) přiměřená konzumace alkoholu
e) optimální pohybová aktivita
f) prevence užívání drog
g) péče o zdravé životní prostředí