

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zdravý životní styl a prevence jako nedílná součást péče o vlastní
zdraví u seniorů**

Diplomová práce

Abstract

The objective of my diploma thesis is to identify the seniors' concern about their own health in relation to their lifestyle and approach to prevention.

Health is the most precious value we have, and therefore, it should be paid sufficient attention. One of crucial ways how to care for our health is to respect the principles of a healthy lifestyle.

Healthy lifestyle is a crucial determinant of health. We may influence our health condition by our own behavior in certain life situations and so by more than 50% we can positively affect our health. Other determinants, such as sex, age, genetic predisposition, our environment and working environment or the level of health care do not have such an influence, and most of them cannot be changed.

Healthy lifestyle may be characterized as a way of life, which includes a proper and balanced diet with an adequate drinking regime, physical activity, a quality and sufficiently long sleep and a balance between duties and leisure time, a regular relaxation and also elimination of risk factors such as smoking, alcohol or stress.

In addition to abiding by principles of a healthy lifestyle, prevention is supposed to be also of great importance in the care of our own health. The aim of preventive measures is to build up health, to prevent illnesses, and especially to prolong active life expectancy.

The empirical part, a survey of public attitudes to their own health in relation to lifestyle and access to prevention, was conducted through interviews, using a questionnaire. The target group consisted of adults aged over 60 years, and a group of individuals aged 40-59 years was formed to compare the indicators monitored. The investigation was carried out in the town of Sedlčany located in the Central Bohemia region.

The aim of the research was to confirm or refute the following hypotheses:

1. Seniors try to improve their health by leading a healthy lifestyle. 2. Seniors

themselves do not require preventive examinations by their general practitioners'.

3. Seniors are aware of their health status. This objective of the thesis was met.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Zdravý životní styl a prevence jako nedílná součást péče o vlastní zdraví u seniorů vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 17. 5. 2010

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala MUDr. Bc. Libuši Čeledové, Ph. D. za odborné vedení práce, věnovaný čas a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	9
1. Současný stav.....	10
1. 1 Zdraví a jeho determinanty.....	10
1. 2 Životní styl.....	11
1. 2. 1 Charakteristika pojmu životní styl.....	11
1. 2. 2 Zdravý životní styl.....	11
1. 2. 3 Současný životní styl.....	11
1. 2. 4 Snaha o změnu životního stylu.....	12
1. 3 Výživa.....	12
1. 3. 1 Základní složky výživy.....	12
1. 3. 1. 1 Sacharidy.....	12
1. 3. 1. 2 Lipidy.....	14
1. 3. 1. 3 Proteiny.....	15
1. 3. 1. 4 Vitamíny.....	17
1. 3. 1. 5 Minerální látky.....	17
1. 3. 2 Zásady správné výživy.....	18
1. 3. 3 Alternativní výživa.....	19
1. 3. 4 Pitný režim.....	21
1. 4 Pohybová aktivita.....	22
1. 4. 1 Význam pohybu.....	22
1. 4. 2 Druhy pohybových aktivit.....	23
1. 4. 3 Stupeň fyzické zátěže.....	24
1. 4. 4 Výběr odpovídající tělesné aktivity.....	25

1. 4. 5 Testy tělesné zdatnosti.....	25
1. 4. 5. 1 Chodecký test.....	25
1. 4. 5. 2 Harvardský step test.....	26
1. 4. 5. 3 Kaschův step test.....	27
1. 4. 5. 4 Další testy fyzické zdatnosti.....	28
1. 5 Duševní rovnováha.....	28
1. 5. 1 Spánek.....	29
1. 5. 1. 1 Fyziologie spánku.....	29
1. 5. 1. 2 Potřeba spánku.....	30
1. 5. 1. 3 Poruchy spánku.....	31
1. 5. 1. 4 Spánková hygiena.....	32
1. 5. 2 Relaxace a volný čas.....	32
1. 6 Rizikové faktory životního stylu.....	33
1. 6. 1 Alkohol.....	33
1. 6. 2 Kouření.....	34
1. 6. 3 Stres.....	35
1. 7 Prevence chorob a podpora zdraví.....	37
1. 7. 1 Preventivní prohlídky.....	39
1. 7. 1. 1 Preventivní prohlídky u praktického lékaře.....	39
1. 7. 1. 2 Stomatologické preventivní prohlídky.....	40
1. 7. 1. 3 Preventivní prohlídky u gynekologa.....	40
1. 7. 2 Screening.....	41
1. 7. 3 Dispenzární péče.....	42
1. 7. 4 Zdraví 21.....	43

1. 8 Stáří.....	44
1. 8. 1 Vymezení stáří.....	45
1. 8. 2 Změny ve stáří.....	45
1. 8. 3 Zdravým životním stylem proti stárnutí.....	46
2. Cíl práce a hypotézy.....	48
2. 1 Cíl práce.....	48
2. 2 Hypotézy.....	48
2. 3 Statistické testování hypotéz.....	48
3. Metodika.....	55
3. 1. Charakteristika výzkumného souboru.....	55
4. Výsledky.....	56
5. Diskuse.....	86
6. Závěr.....	94
7. Seznam použitých zdrojů.....	95
8. Klíčová slova.....	101
9. Přílohy.....	102

Úvod

Ve své práci jsem se zaměřila na zdravý životní styl ve spojení s prevencí. K výběru tématu mě vedl zejména fakt, že ačkoliv se význam zdravého životního stylu i prevence skloňuje ve všech pádech a jednotlivá doporučení jistě všichni dobře známe, stále se jimi mnohdy neřídíme a naši společnost charakterizují spíše znaky opačné, tedy nedostatek pohybu, nesprávná výživa, nadměrný přísun živin, mnoho stresu, chybějící relaxace. Přitom zdravý životní styl a prevenci lze označit za základ zdraví – ovlivňují ho více jak z poloviny.

Zdravým životním stylem můžeme předcházet mnohým zdravotním obtížím a onemocněním. Patří mezi ně zejména ty, které v naší společnosti představují nejčastější příčiny úmrtí, což by si právem zasloužilo pozornost. Mám ale trochu rozpačitý pocit. Ačkoliv se na jedné straně obáváme nevyléčitelných onemocnění, na něž nemáme prostředky, tak ty, s nimiž bojovat dokážeme, neustále podceňujeme. Přitom „zbraně“ držíme ve svých rukách. Je pouze zapotřebí uvědomit si, že za vlastní zdraví neseme odpovědnost především my sami.

Zda si společnost tuto odpovědnost připouští nebo ji odmítá a staví se k ní negativně, bylo předmětem mého zájmu.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila konkrétně na populaci starší 60ti let. Myslím si, že vzhledem k demografické situaci, která se vyznačuje zvyšováním podílu seniorů, nesmí zůstat tato věková kategorie opomíjena. K cílovému souboru byla vytvořena i kontrolní skupina ve věku 40 – 59 let, a to z důvodu, abychom mohli porovnat, zda se přístup k vlastnímu zdraví s přibývajícím věkem mění či nikoliv.

1. Současný stav

1.1 Zdraví a jeho determinanty

Zdraví – dle Světové zdravotnické organizace definované jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady, představuje tu nejcennější hodnotu, kterou máme. Ačkoliv to možná zní jako otřepaná fráze, nelze ji popírat. Potvrzují to mimo jiné i slova dr. Halfdana Mahlera, bývalého ředitele Světové zdravotnické organizace, který řekl: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“ Lze tedy konstatovat, že zdraví je jednou ze základních podmínek smysluplného života. Bez dobrého zdraví bychom nemohli naplňovat své pracovní ani životní cíle a přání. Jeho uchování a rozvíjení je tedy v zájmu jak samotného jedince, tak celé společnosti. (7, 58, 69).

To, jaké kvality bude naše zdraví dosahovat, ovlivňuje celá řada faktorů – tzv. determinantů. Můžeme je rozdělit do dvou základních skupin – vnitřní a vnější. Vnitřní faktory zastupují genetické dispozice, pohlaví, věk a mezi vnější řadíme životní styl, kvalitu životního a pracovního prostředí a také úroveň zdravotnictví a kvalitu zdravotnické péče. Míra jednotlivých vlivů je různá. Obecně se uvádí tento poměr – genetické dispozice představují 20 %, životní prostředí rovněž 20 %, zdravotní péče 10 % a celých 50 % (v některých zdrojích je uváděno i více) připadá na náš životní styl (52, 57, 58).

Působení těchto faktorů na člověka může být přímé nebo zprostředkované. Vždy ale dochází k jejich vzájemnému ovlivňování. Konečný důsledek vlivu na naše zdraví je dvojitý, a to sice biopozitivní (znamená ochranu a posílení zdraví), nebo naopak bionegativní (představuje oslabení zdraví, popř. vyvolání nemoci nebo poruchy zdraví). Naší snahou (snahou společnosti i jedince) by mělo být potlačení bionegativních účinků na co nejmenší možnou míru současně s maximálním posílením vlivů biopozitivních (7).

1. 2 Životní styl

1. 2. 1 Charakteristika pojmu životní styl

Termínem životní styl označujeme formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založeny na individuálním výběru z různých možností. Nejedná se však pouze o bezprostřední reakce, ale máme na mysli určitý druh aktivit a stereotypů v delším časovém úseku.

Jak již bylo výše řečeno, právě naše chování, náš životní styl má značný vliv na naše zdraví. Je to prostředek, který máme pevně ve svých rukách a je jen na nás, jak s ním naložíme. Stylem svého života projevujeme rovněž své myšlení a jednání. To je ovlivněno zvyklostmi, žebříčkem životních hodnot, zájmy, vzděláním, ale také věkem, pohlavím, příslušností k rase, ekonomickou situací apod. (58).

1. 2. 2 Zdravý životní styl

Ve stručnosti lze zdravý životní styl charakterizovat jako způsob života, jehož součástí je vhodná výživa, správný pitný režim, dostatek pohybu, kvalitní a dostatečně dlouhý spánek, rovnováha mezi povinnostmi a zábavou, pravidelná relaxace a rovněž i péče o zdraví, kterou rozumíme např. eliminaci rizikových faktorů, návštěvu preventivních prohlídek apod. Jednotlivým složkám životního stylu se podrobněji věnují následující kapitoly (27).

1. 2. 3 Současný životní styl

Nyní ještě několik slov k životnímu stylu společnosti na počátku 21. století.

Do našich životů zasahuje čím dál tím více moderní technika, která velmi významně omezuje manuální a fyzickou práci a většinu populace pohlcuje sedavý způsob života. K tomu se připojuje nadměrný příjem živin a nesprávná skladba jídelníčku, každodenní stres a nedostatečná relaxace. Výsledek je alarmující. Velká část naší populace žije v rozporu se zásadami zdravého životního stylu (27, 67).

1. 2. 4 Snaha o změnu životního stylu

Část populace si svůj nezdravý způsob života dokáže uvědomit a snaží se o nápravu. Impulsem k takovému rozhodnutí bývají nejčastěji zdravotní problémy, snaha o odstranění špatných návyků, v některých případech i negativní společenské hodnocení z našeho okolí. Ať již je důvod pro změnu jakýkoliv, je to pozitivní krok (27).

Ne vždy je ale jednoduché u nového životního stylu vydržet. Vyžaduje to silnou motivaci a pevné rozhodnutí. Zda byla naše snaha úspěšná lze hodnotit nejdříve tak za půl roku od začátku fáze rozhodnutí. Ani poté nemáme však vyhráno. Statistiky uvádí, že osm až devět osob z deseti se po čase opět vrátí k původnímu způsobu života. A právě neochota nebo neschopnost dlouhodobého udržení zdravého stylu patří mezi hlavní příčiny nekontrolovatelného šíření civilizačních chorob (51).

1. 3 Výživa

Výživou rozumíme přijímání a využívání potravy v organismu. Jedná se tedy o všechny procesy a změny, kterými potrava v našem organismu prochází (52).

1. 3. 1 Základní složky výživy

Pojmem základní složky výživy označujeme látky, které se podílí na stavbě a funkci našeho organismu. Každá z nich má svoji nenahraditelnou funkci a jsou pro naši existenci nezbytné. Řadíme mezi ně sacharidy, lipidy, proteiny, vitamíny a minerální látky (33).

1. 3. 1. 1 Sacharidy

Sacharidy představují pro náš organismus zdroj energie. Z jednoho gramu získáme 17 kJ. Jejich podíl v přijímané stravě by měl podle výživových doporučení představovat 55 - 60 %, ta nejmodernější udávají dokonce až 80 % z celkového denního energetického příjmu. Naše tělo je použije k výrobě energie pro práci, k udržování buněk a k tvorbě tepla, k trávení a regulování tuků a k metabolismu bílkovin. Zásoby

tohoto zdroje energie si náš organismus uchovává ve svalech a játrech ve formě glykogenu (43).

Chemicky jsou sacharidy sloučeniny uhlíku, vodíku a kyslíku. Vytváří je zelené rostliny z oxidu uhličitého a vody za pomoci slunečního záření v procesu zvaném fotosyntéza. Pojem sacharidy ukrývá celou řadu rozmanitých látek, pro něž je společné, že se skládají z cukerných jednotek. Podle jejich počtu pak rozlišujeme skupiny monosacharidů, oligosacharidů a polysacharidů (27, 33).

Pro **monosacharidy** je charakteristické, jak již vyplývá z názvu, že jsou tvořeny jednou molekulou (jednou sacharidovou jednotkou). Organismus je dokáže rychle asimilovat a vstřebat. Jako nejznámější zástupce této skupiny můžeme jmenovat např. glukózu (někdy nazývanou též hroznový cukr) nebo fruktózu (ovocný cukr). Je pro ně typická sladká chuť a najít je můžeme ve všech druzích ovoce a v medu.

Oligosacharidy se skládají z 2 - 10 sacharidových jednotek. Řadíme sem např. sacharózu (třtinový cukr), laktózu (mléčný cukr), maltózu (sladový cukr) a jiné.

Poslední skupinu tvoří **polysacharidy**. Označujeme tak sacharidy, které jsou složeny z více než 10 sacharidových jednotek. Je to např. škrob, glykogen a celulóza. Najít je můžeme v obilovinách, rýži, bramborách, luštěninách, zelenině, ovoci apod. Platí zde pravidlo, že s délkou řetězce se vytrácí sladká chuť (33, 43).

Měli bychom se snažit, aby právě polysacharidy tvořily více než 80 % z celkového energetického příjmu sacharidů. Působí totiž ochranně proti civilizačním chorobám, mají vysokou výživovou hodnotu, představují zdroj vitamínů a minerálů a rovněž zásobují tělo vlákninami. Naopak vysoký příjem jednoduchých sacharidů má nepříznivé účinky – jedním z nejdůležitějších je zvyšování rizika zubního kazu a vzniku obezity. Bohužel ČR vykazuje již několik desítek let téměř dvojnásobně vyšší spotřebu sacharózy než je její doporučené množství. Znamená to, že každý z nás přijme průměrně 40 kg/rok (43).

Po příjmu sacharidů do organismu dochází k jejich štěpení. Všechny jsou přeměněny na glukózu. Rychlost tohoto procesu závisí na velikosti molekuly sacharidu. S tím koresponduje i rychlost následného vstřebávání glukózy do krve. U jednoduchých sacharidů dochází k rychlému vzestupu hladiny glukózy v krvi, ale zároveň se projeví i rychlým poklesem, kdežto u polysacharidů je tento nárůst pozvolný, a tudíž trvá déle. Rychlost zvyšování krevního cukru v závislosti na potravině nám vyjadřuje tzv. glykemický index (GI). Za optimální se považuje konzumace potravin, jejichž GI nabývá hodnot 55 – 70. Na udržení správné hladiny cukru v krvi se podílí řada mechanismů, kde hlavní roli hraje hormon inzulín (27, 33).

1. 3. 1. 2 Lipidy

Lipidy, též nazývané tuky, představují pro náš organismus nejvydatnější zdroj energie. Z jednoho gramu tuku získá tělo 37 kJ. Z celkového denního energetického příjmu by měl podíl tuků tvořit asi 30 %. U nás bohužel velmi často dochází k překročení této hranice, a to dost podstatně. Na druhou stranu, bez tuků také nelze být. Pro náš organismus jsou naprosto nezbytné, protože plní celou řadu důležitých funkcí. Jsou rozpouštědlem pro některé vitamíny, působí jako ochrana pro vnitřní orgány, podílí se na termoregulaci, jsou základem pro tvorbu mnoha důležitých látek (např. pohlavních hormonů, žlučových kyselin...) a jak již bylo řečeno v úvodu, pro naše tělo představují nejvydatnější zdroj energie (33, 38).

Po chemické stránce se jedná o estery mastných kyselin a glycerolu. Podle charakteru vazeb mezi uhlíky v mastných kyselinách rozlišujeme nasycené a nenasycené mastné kyseliny. U nasycených mastných kyselin se vyskytují pouze jednoduché vazby, kdežto u nenasycených je přítomna jedna, či více vazeb dvojných. Ideálně bychom měli přijímat nenasycené a nasycené mastné kyseliny v poměru 3:1 ve prospěch nenasycených. V opačném případě dochází v organismu k řadě negativních změn, které směřují ke vzniku závažných onemocnění.

Ze zdravotního hlediska patří k nejdůležitějším skupině esenciálních mastných kyselin, tedy těch, které si naše tělo neumí vytvořit a je závislé na jejich příjmu pomocí

potravy. Dělíme je na omega-6 mastné kyseliny (zdrojem je např. olivový a slunečnicový olej, slunečnicová a dýňová semínka, vlašské ořechy apod.) a omega-3 mastné kyseliny, kde hlavní zdroj představují např. sójové boby, řepkový, konopný a lněný olej, lněné semínko a ryby. Každá z těchto skupin má své specifické funkce, a tudíž je zapotřebí jejich rovnovážného příjmu. Omega-6 mastné kyseliny se účastní regulace krevního oběhu a zánětů, chrání před srdečními chorobami a omega-3 mastné kyseliny jsou nezbytné pro správný vývoj mozku, oční sítnice, dále zmírňují záněty a napomáhají při léčbě srdečních chorob a lupénky (27, 43).

Další hledisko, dle kterého můžeme tuky rozdělit, je podle jejich původu, a to na živočišné a rostlinné. Svým složením se vzájemně odlišují. Zatímco rostlinné tuky obsahují více nenasycených mastných kyselin, v těch živočišných najdeme naopak větší podíl nasycených mastných kyselin a navíc obsahují i větší množství cizorodých látek, které mohou být toxické a kancerogenní (27).

1. 3. 1. 3 Proteiny

Proteiny neboli bílkoviny mají na rozdíl od sacharidů a lipidů funkci především stavební. Můžeme je nalézt všude v lidském těle, jsou totiž součástí všech buněk našeho organismu, které se neustále obnovují a rostou. Zastávají ale i řadu dalších funkcí. Setkat se s nimi můžeme jako s enzymy, hormony, transportéry řady látek, rovněž se podílejí na obraně organismu v podobě protilátek a jsou také nejdůležitějším zdrojem dusíku a síry. V krajní nouzi se mohou stát i zdrojem energie (33).

Z chemického hlediska se bílkoviny skládají z aminokyselin. V současné době jich lidstvo zná asi 200, ale ve stravě, kterou přijímáme, je nejčastěji zastoupeno 20 hlavních aminokyselin. Dvanáct z nich si umí organismus vytvořit i sám. Zbylých 8 aminokyselin, které musíme tělu dodávat pomocí potravy, označujeme jako esenciální.

Další rozdělení může být podle počtu aminokyselin v řetězci. Rozlišujeme tak oligopeptidy (obsahují maximálně deset aminokyselin), peptidy a polypeptidy (obsahují více než deset a méně než sto aminokyselin) a proteiny (obsahují více než sto aminokyselin) (27).

I přes veškerou důležitost bílkovin by měl jejich denní příjem tvořit zhruba jen 15 % z celkového energetického příjmu. Nadměrná spotřeba proteinů by mohla mít negativní účinky. Dochází totiž k přetěžování jater a ledvin, mohou se objevit zažívací obtíže, zvyšuje se tvorba tuku, hrozí nebezpečí osteoporózy (důsledek ztráty vápníku, který je potřebný pro neutralizaci aminokyselin) nebo vzniku dny. Riziko ale hrozí i při nedostatečném přívodu této základní živiny. Pokud trpí náš organismus nedostatkem bílkovin ve stravě, dochází k spotřebování vlastních tělesných bílkovin, tudíž ubývá svalové hmoty, dochází k poruchám imunity, špatně se hojí nejrůznější oděrky a rány, vyskytují se otoky (27, 33).

Pro správnou výživu je důležité nejen optimální množství, ale zejména pak biologická hodnota bílkovin. Ta se stanovuje podle obsahu kvalitních proteinů s ohledem zejména na esenciální aminokyseliny. Pomocí této hodnoty získáme představu o tom, kolik gramů tělesných bílkovin může být vytvořeno ze 100 gramů proteinů ve stravě. Platí zásada, že čím vyšší je biologická hodnota bílkovin, které přijímáme, tím méně jich tělo pro udržení bílkovinného optima potřebuje. Jako bílkovinné optimum označujeme takové množství bílkovin, které zaručí dostatek bílkovin při zátěži (1 g plnohodnotných bílkovin/kg tělesné hmotnosti/ den). Dále pak můžeme stanovit i tzv. bilanční minimum, které udává denní minimální množství přijatých bílkovin, při němž je jejich spotřeba a příjem v rovnováze (0,5 g/kg tělesné hmotnosti/den). Horní hranice příjmu bílkovin se neurčuje, protože nadbytečné množství přijatých bílkovin je převedeno na cukry a tuky.

Bílkoviny může naše tělo přijímat jednak z rostlinných zdrojů a jednak z živočišných. Mezi rostlinné zdroje patří např. luštěniny, rýže, zelené řasy, brambory, ořechy. K těm živočišným řadíme zejména vejce, maso, ryby, mléko, tvrdé sýry. Obecně lze říci, že právě tyto živočišné zdroje jsou oproti rostlinné nejen vyrovnanější z hlediska obsahu aminokyselin, ale dosahují i vyšších hodnot. Pokud bychom tedy chtěli pokrýt dostatečný příjem bílkovin pouze z rostlinných zdrojů, je zapotřebí přijímat relativně velké množství rostlinných potravin (27, 38).

1. 3. 1. 4 Vitamíny

Pojmem vitamíny rozumíme organické složky potravy, které hrají důležitou roli v mnohých biochemických reakcích organismu. Ve většině případů působí jako katalyzátory a podílejí se na oxidačně-redukčních procesech. Je důležité, abychom je přijímali pomocí potravy, jelikož si je organismus většinou neumí vytvořit. Výjimku tvoří vitamíny B1 a B12, které si naše tělo dokáže pomocí střevní mikroflóry vytvářet samo (27).

Z hlediska rozpustnosti dělíme vitamíny na dvě skupiny – vitamíny rozpustné v tucích (lipofilní) a vitamíny rozpustné ve vodě (hydrofilní). Do první skupiny řadíme vitamíny A, D, E a K a mezi ty, které se rozpouští ve vodě, patří vitamín C a vitamíny skupiny B (2).

Vitamíny rozpustné v tucích si naše tělo umí ukládat do zásoby, na rozdíl od druhé skupiny, vitamínů rozpustných ve vodě, kde je zapotřebí přijímat denně čerstvou dávku. Organismus si je totiž neukládá, nýbrž případné přebytky vylučuje močí (33).

Bez vitamínu by naše tělo nemohlo správně fungovat. Je tedy důležité přijímat dostatečné množství těchto látek, nejlépe pomocí pestré stravy. V případě, že trpí organismus nedostatkem vitamínů, mluvíme o tzv. hypovitaminóze (popř. avitaminóze). Může ale nastat i opačná situace, tedy předávkování neboli hypervitaminóza. Ta přichází v úvahu zejména u vitamínů rozpustných v tucích, které dokáže naše tělo ukládat. Je proto zapotřebí jisté rozvážnosti při konzumaci nejrůznějších vitamínových doplňků (27, 33).

1. 3. 1. 5 Minerální látky

Představují základní anorganickou součást tělesných tekutin našeho těla, kde plní řadu úkolů. Jednak udržují osmotický tlak, dále se podílí na udržování acidobazické rovnováhy, jsou součástí podpůrných orgánů (kostry), působí při nervosvalové dráždivosti, při srážení krve, jsou rovněž součástí hormonů a enzymů a také působí jako

antioxidanty. Pro správné fungování organismu je důležitý nejen jejich příjem v dostatečném množství, ale zároveň zachování příslušného poměru mezi minerály (16).

Některé minerální látky je zapotřebí dodávat tělu v relativně vysokých dávkách (řádově v gramech). V této souvislosti mluvíme o tzv. makroprvcích, mezi něž řadíme např. vápník, hořčík, sodík a draslík. U některých, tzv. stopových prvků, postačí příjem v množství několika miligramů či mikrogramů. Jedná se např. o zinek, železo, křemík, mangan, jod, selen, nikl, chróm... Minerální látky můžeme tělu dodávat především pomocí rostlinné stravy, v masité je jich spíše nedostatek (43).

1. 3. 2. Zásady správné výživy

Názory na správnou výživu (někdy též nazývanou racionální) se neustále vyvíjí a jdou ruku v ruce s nejnovějšími vědeckými poznatky. Co ale bude platit vždy, je skutečnost, že správné stravování by mělo respektovat individuální potřeby každého z nás v závislosti na pohlaví, věku, fyzické aktivitě, genetických dispozicích a také aktuálním zdravotním stavu (27).

A jak vypadá všeobecný názor na správnou výživu v současné době? Velký význam se kromě přiměřené kvantity přiřazuje především kvalitě stravy. Náš jídelníček bychom si měli sestavit takovým způsobem, abychom přijímali z hlediska obsahu základních živin pestrou a vyváženou stravu. Měli bychom dbát na pravidelný příjem ovoce a zeleniny, a to zhruba 500 g za den s upřednostněním zeleniny a ovoce s nižším obsahem cukru. Mezi pečivem vybírat přednostně to celozrnné, především kvůli vyššímu obsahu vlákniny, vitamínů a minerálních látek. Plnotučné mléčné výrobky nahradit výrobky polotučnými a nízkotučnými. Při výběru masa dát přednost bílému netučnému a rybám (měli bychom je přijímat 2x týdně). Do svého jídelníčku bychom rovněž měli pravidelně zařazovat luštěniny, a to alespoň 1x za týden. Představují totiž pro náš organismus zdroj kvalitních bílkovin. Naopak významně omezit nebo zcela vyloučit bychom měli sladkosti typu moučníků, sušenek, rafinovaného cukru apod. Rovněž je zapotřebí omezit solení a příjem potravin se skrytým obsahem nadbytečného množství soli, jako jsou např. uzeniny, sýry a instantní výrobky.

Kromě množství, kvality a pestrého složení potravy, je nesmírně důležitá i pravidelnost příjmu – je vhodné jíst 4-6 x denně menší porce. To nám pomáhá udržet rovnoměrnou výkonnost a pozornost v průběhu celého dne. Na jídlo bychom si měli vyčlenit vždy dostatek času, abychom mohli jíst v klidu a pomalu. Zapomínat nesmíme ani na správný pitný režim (43).

1. 3. 3 Alternativní výživa

Kromě racionální výživy existuje i celá řada dalších alternativních výživových směrů. Jedná se o dietní systémy, které nejsou založeny na vědeckých poznatcích o výživě člověka, ale jsou tvořeny spíše na základě tradic, emocí, filozofie, náboženského vyznání apod. Nutno ale podotknout, že ačkoliv se nejedná o výživu na vědeckém podkladě, nelze ji paušálně odmítat, protože každý z těchto způsobů stravování může mít i některé přednosti.

Mezi základní alternativní způsoby výživy řadíme např. organickou přírodní stravu, lakto-ovo – vegetariánskou, veganskou a makrobiotickou.

Organická přírodní strava se vyznačuje konzumací potravin, které jsou produkty tradičních zemědělských postupů bez použití agrochemikálií, tzv. biopotravin. Při výrobě těchto potravin se dává přednost nerafinovaným a syrovým surovinám, výsledné výrobky jsou bez chemických přísad a obsahují jen minimum kontaminantů. Není však v dostatečné míře zjištěno, zda je zajištěn optimální přísun všech potřebných živin, míra mikrobiologické kontaminace a přirozených toxických složek potravin. Můžeme tedy říci, že informace o výživové hodnotě bioproduktů nedosahují takového rozsahu, jako je tomu u konvenčních potravin. Navíc výroba potravin biologického hospodářství je ekonomicky náročnější, což zvedá i výslednou cenu produktu. Zdá se tedy i nemožné, aby biopotraviny pokryly celonárodní spotřebu, a v současné době jsou předurčeny k tomu, že budou doplňkem stravy určité skupiny obyvatelstva (6).

Další způsob alternativní výživy představuje **lakto-ovo – vegetariánské stravování**. Jak již napovídá název, tento směr se vyznačuje konzumací především potravin rostlinného původu, ale je zde zastoupena i část živočišné složky, a to

v podobě mléčných výrobků a vajec. Vegetariánství v této podobě se nedá považovat za nedostatkové, můžeme naopak mluvit o některých výhodách. Pomocí této stravy totiž doplňujeme do našeho organismu více vlákniny, vitamínů a minerálních látek, jedná se o výživu, která obsahuje méně tuků, lépe napomáhá udržovat optimální hmotnost, pozitivně ovlivňuje hladinu lipidů v krvi a podporuje střevní peristaltiku. Chceme-li však dosáhnout kladného vlivu na naše zdraví díky takové stravě, je důležité, aby byl jídelníček správně sestaven. Musí totiž zůstat zachován dostatečný přísun všech živin (6, 35).

Mnohem radikálnější výživovou skupinu představují **vegani**. Ti konzumují zcela výhradně stravu rostlinného původu. Dochází tedy k absolutnímu vyloučení veškerých potravin živočišného původu, a to i včetně mléčných produktů, vajec, a dokonce i včelího medu. Ačkoliv má tento směr i výhody (stejně jako u vegetariánů), je dosti problematické zajistit pomocí rostlinné stravy dostatečný přísun všech potřebných živin. U veganů je prokazatelný nízký příjem jódu, železa, vápníku, vitamínu B₂ a B₁₂. Z těchto důvodů je veganský způsob stravování zcela nevhodný pro děti (6).

Dále byla v úvodu, jako jeden z alternativních směrů, zmíněna **makrobiotická strava**. V tomto případě se ale nejedná pouze o styl výživy, ale makrobiotika v sobě ukrývá celou životní filozofii, jejíž kořeny bychom našli v Číně a Tibetu. Zastánci tohoto směru rozlišují potraviny podle toho, zda obsahují energii jing (např. sacharidy, ovoce, zelenina...) nebo jang (maso, vejce...). Hlavní složkou makrobiotických jídel jsou obiloviny (představují 50 – 60 % přijímané stravy) a dalších 20 – 25 % tvoří některé druhy zeleniny. Nezbytnou součástí jsou i mořské řasy. V omezeném množství se konzumují různé ryby, luštěniny, ovoce, ořechy, semena apod. Pro makrobiotiky je rovněž specifické, že rozdělují potraviny podle ročního období. Názory na přínos tohoto způsobu stravování jsou v literatuře různé. Jednoznačně jsou ale uváděna negativa u dětí živěných makrobiotickou stravou, jež dosahují menšího vzrůstu než děti se smíšenou stravou, navíc hrozí nebezpečí křivice, anémie a je zhoršený tělesný a mentální vývoj (6, 27).

Kromě těchto výše popsaných základních způsobů alternativní výživy existuje i řada dalších. Můžeme zmínit např. dělenou stravu, výživu podle krevních skupin apod. (27).

1. 3. 4 Pitný režim

Stejně jako dostatečný příjem všech potřebných živin je pro naše tělo nezbytný i příjem tekutin - vody. Ta zastává v organismu řadu funkcí. Kromě toho, že je nejdůležitějším rozpouštědlem, umožňuje i průběh biochemických reakcí, rozvádí teplo, živiny a kyslík. Její podíl v lidském těle tvoří u mužů 54-64 % a u žen 46-53 %. Najít ji můžeme jednak v podobě intracelulární tekutiny (tekutina obsažena v buňkách), a jednak jako extracelulární tekutinu, která tvoří krev a lymfu. Řízení rozložení tekutin probíhá na základě osmotického tlaku. Pokud je obsah vody v těle konstantní, hovoříme o vyrovnané vodní bilanci (27).

V našem těle však dochází k neustálým vodním ztrátám – prostřednictvím pocení, dýchání, vyloučení močí a stolicí. Proto je nezbytné pokrýt tyto ztráty dostatečným příjmem. Vodu můžeme získat jednak z nápojů, ale i z potravin a malé množství (asi 0,5 l) se vytvoří při metabolických procesech (27, 35).

Vyrovnaní ztrát je opravdu důležité. Protože i přesto, že náš organismus obsahuje velké množství vody, reaguje i na malé ztráty, a to již od úbytku tekutin v objemu 2 % hmotnosti organismu. V takovém případě se objeví první ukazatel nedostatku tekutin – pocit žízně. Pokud by se ztráty vody prohlubovaly, vede to k poklesu fyzické i psychické výkonnosti, pocitu slabosti, nevolnosti a mohou se vyskytovat i křeče. V případě dlouhodobého nedostatku se kromě výše zmíněných obtíží zvyšuje i riziko vzniku ledvinových kamenů (29).

Jaké je ale to správné množství tekutin, které bychom měli přijmout? Všeobecně se uvádí jako optimální dodávat tělu 2 l tekutin za den. Tento údaj však musíme považovat za orientační. Pro přesnější určení je třeba zohlednit hned několik faktorů, jakými jsou pohlaví, věk, stupeň fyzické zátěže, klimatické podmínky apod. Kdybychom brali jako hledisko pro spotřebu vody právě věk, pak u kojenců se udává

hodnota 120-150 ml na kg hmotnosti, u dětí o hmotnosti 10-20 kg vypočteme příslušnou hodnotu dle vzorce 1000 ml + 50 ml na každý kg nad 10 kg hmotnosti. U větších dětí a dospělých se používá výpočet 1500 ml + 20 ml na každý kg nad 20 kg hmotnosti. Výsledné hodnoty v těchto případech udávají celkovou spotřebu vody, kterou získáváme nejen pomocí přijímaných tekutin, ale i z ostatních složek stravy (hl. ovoce a zeleniny, polévek...) (55).

Kromě množství přijímaných tekutin dbáme však i na to, co a jak pijeme. Základem by měla být nesyčená čistá voda, doplněná ředěnými ovocnými šťávami, „lehkou“ minerálkou, ovocnými a bylinnými čaji. Naopak radikálním způsobem bychom měli omezit konzumaci veškerých limonád a slazených nápojů, nápojů v prášku apod. Velmi důležité je rovněž, aby příjem tekutin zůstal po celý den rovnoměrný (11, 27).

1. 4 Pohybová aktivita

Pohybovou aktivitou člověka nemáme na mysli pouze cíleně provozovaný sport, ale i pohyb, který je běžnou součástí každodenního života – tzv. habituální pohyb. Problém je ale v tom, že právě tohoto pohybu z našich životů významně ubývá. Díky technice a vyspělosti společnosti dochází k jeho vytěsňování a většina současné populace trpí výraznou hypokinezi, tedy nedostatkem pohybu. Hypokinezi můžeme pozorovat již u dětí. Přispívá k tomu nejen využívání dopravních prostředků, výtahů, eskalátorů apod. namísto pěší chůze, ale i způsob trávení volného času, který je rovněž výrazně pasivní – např. televize, počítač atd. Měli bychom si tento fakt co nejdříve uvědomit a učinit nápravu. Pohyb (jednak habituální, ale i přiměřená sportovní aktivita) by se měl znovu stát běžnou součástí našeho života (28, 51).

1. 4. 1 Význam pohybu

Jak již bylo výše řečeno, pohyb je pro člověka důležitou složkou. Prokázalo se, že dlouhodobá pohybová aktivita přispívá k prodloužení lidského života a ke snížení

úmrtnosti na onemocnění spojená se sedavým způsobem života. Na náš organismus má totiž celou řadu pozitivních vlivů. Velký význam vykazuje např. z hlediska psychiky člověka. Přispívá k zlepšení nálady, zvyšuje odolnost vůči stresu, dodává nám pocit důvěry ve své schopnosti atd. Dále příznivě ovlivňuje náš pohybový aparát. Díky pravidelnému cvičení zvyšujeme pružnost a pevnost kloubních vazů a úponových svalových šlach, ohebnost kloubů, svalovou sílu, vytrvalost a klidové napětí svalu. Nenahraditelný je vliv pohybu na kardiovaskulární systém. Napomáhá snížení krevního tlaku a fyzicky aktivní lidé jsou vystaveni menšímu riziku vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Významným způsobem se pohyb podílí i na udržení optimální tělesné hmotnosti (10, 51, 68).

Kromě výše zmíněných příznivých účinků v rámci předcházení vzniku nejruznějších onemocnění, může být pohyb nápomocný i při léčbě. V tomto případě je však nutností, aby velikost a druh zátěže stanovil ošetřující lékař (51).

1. 4. 2 Druhy pohybových aktivit

Konkrétních druhů a možností pohybových (sportovních) aktivit je opravdu velké množství a každý z nás mezi nimi určitě najde tu, která by mu po všech stránkách vyhovovala. Dle charakteru pohybové aktivity rozeznáváme obecně tři základní typy, a to sice pohybové činnosti s převahou složky aerobní, dále ty, které mají silové zaměření a poslední skupinu tvoří pohyb vhodný pro rozvoj koordinace a rovnováhy.

Aerobním cvičením rozumíme takové cvičení, které vyžaduje zvýšený příjem kyslíku po delší dobu (tzn. má vytrvalostní charakter). Jedná se o přirozený projev lidské lokomoce, na který se dokážeme poměrně dobře adaptovat. Energie je získávána rozkladem zásobních tuků a cukrů uvnitř pracující buňky. Pravidelnost aerobního zatížení s sebou přináší pozitivní vliv na naše zdraví. Důležité ale je, aby dosahovalo správné frekvence, trvání a intenzity. Projevem aerobní aktivity může být např. turistika, jízda na kole, plavání, běžecké lyžování, různé typy rytmického cvičení při hudbě apod. (51, 54).

Dalším typem sportovního tréninku je silové cvičení. To zařazujeme do programu pohybové aktivity ve srovnání s aerobním tréninkem méně často – uvádí se poměr 1:3. Při silovém stylu cvičení je nejvhodnější použít metodu tzv. kruhového tréninku, tedy postupného procvičování jednotlivých svalových skupin v opakovacích sériích. Důraz se rovněž klade na následné krátké protažení namáhané svalové skupiny (51).

Vhodné je i provádění cviků pro zlepšení koordinace. S přibývajícím věkem totiž stoupá vliv různých chorob a oslabení, které zhoršují taktilní citlivost, svalovou sílu, zrakovou kontrolu, rozsah pohybu, což má za následek pokles koordinace a stability. Pravidelným cvičením lze tento proces pozitivně ovlivnit. Při výběru druhu a charakteru pohybu je opět zapotřebí zohlednit věk a schopnosti jedince (54).

1. 4. 3 Stupeň fyzické zátěže

Pohybovou aktivitu může provozovat s různou intenzitou a stupněm zátěže, a to podle toho, za jakým účelem ji provádíme. Rozlišujeme pět základních pásem – pohyb pro zdraví, regulace hmotnosti, rozvoj kondice, zvyšování výkonnosti a vrcholem je pásmo závodní. V každém z nich dochází k ovlivnění odlišných orgánů a tělesných funkcí organismu. To v jakém pásmu se právě nacházíme, posoudíme jednoduše podle tepové frekvence (53).

A jak můžeme jednotlivé stupně charakterizovat?

První pásmo se vyznačuje nízkou intenzitou, tudíž ho lze doporučit pro začátečníky, starší osoby a osoby s vysokou nadváhou. Tepová frekvence se pohybuje v rozmezí 50-60 % TFmax a zdravotním projevem je zrychlený metabolismus spalování tuků. Při zátěži v druhém pásmu dochází k zvyšování zdatnosti srdce a plic, vysokému výdeji energie a spalování tuků. Tepová frekvence nabývá hodnot 60-70 % TFmax. Doporučit lze jedincům, kteří jsou již několik týdnů pohybově aktivní, nemají přílišnou nadváhu a nekladou si za cíl výrazné zvýšení svojí výkonnosti. Pokud se při sportu pohybuje naše tepová frekvence v rozmezí 70-80 % TFmax, pak zlepšujeme svoji kondici a ovlivňujeme aerobní výkonnost. Rovněž pozitivně působíme na činnost srdce

a plic. Pro dosažení vyšší aerobní výkonnosti je zapotřebí, aby tepová frekvence dosahovala hodnot 80-90 % TFmax. Jedná se ale o pásmo určené pouze zkušeným osobám, které cvičí již řadu let. Nejnáročnější je z hlediska zátěže poslední pásmo – závodní. Tepová frekvence v hodnotách 90-100 % TFmax je ale přípustná jen u zdatných a dobře trénovaných jedinců. Kladný vliv na zdraví se u této míry zátěže vyskytuje jen sporadicky (49).

1. 4. 4 Výběr odpovídající tělesné aktivity

O tom, že pohyb příznivě ovlivňuje naše zdraví, není pochyb. Dokonce není nikdy pozdě s ním začít. Je ale velmi důležité zvolit adekvátní formu, aby jeho působení mělo na naše tělo pozitivní vliv. Při výběru bychom měli zohlednit zejména svůj věk, pohlaví, zdravotní stav, trénovanost a také časové možnosti. U člověka ve středním a starším věku, který navíc trpěl nedostatkem pohybu nelze zvolit formu cvičení s příliš vysokou intenzitou. To by mohlo mít naopak negativní účinek, a dokonce by mohlo dojít až k poškození zdraví. V těchto případech se doporučuje konzultace s lékařem.

O výběru vhodné aktivity bychom se měli poradit s lékařem i v případě, že trpíme nějakým chronickým onemocněním. Podceňovat ale nemůžeme ani akutní onemocnění. Pokud k nějakému dojde (třeba i banálnímu nachlazení), je zapotřebí cvičení přerušit do té doby, než se zcela uzdravíme (51).

1. 4. 5 Testy tělesné zdatnosti

Při výběru správného druhu a intenzity pohybu nám mohou být nápomocné testy tělesné zdatnosti. Patří mezi ně např. chodecký test, Harvardský step test, Kaschův step test, dále pak můžeme otestovat svalovou sílu a vytrvalost nebo pružnost těla.

Pojďme si nyní jednotlivé testy přiblížit podrobněji (51).

1. 4. 5. 1 Chodecký test

Vychází z hodnocení výkonu při chůzi a hodnot tepové frekvence. Je vhodný pro testování osob ve věku 20 – 70 let, jejichž zdravotní stav umožňuje rychlou chůzi.

K jeho provedení nám postačí stopky a rovný úsek s pevným povrchem (např. cesta, atletický ovál...). Test by se neměl provádět při teplotě vyšší než 25 °C a nižší než 0 °C, při silném větru nebo za deště. Testovaná osoba by měla mít vhodný oděv a správnou sportovní obuv.

Délka měřeného úseku je 2 km a pro její překonání plátí zásada ujít ji rovnoměrným, co možná nejrychlejším tempem. Musí se ale jednat o chůzi, ne běh. V cíli kromě výsledného času s přesností na sekundy (přepočteného na minuty), změříme ihned i počet tepů za minutu. Ze získaných hodnot vypočteme index zdatnosti (IZ).

$IZ \text{ pro muže} = 420 - (\text{dosažený čas} \times 11,6) - (\text{TF} \times 0,56) - (\text{BMI} \times 2,6) + (\text{věk v rocích} \times 0,2)$

$IZ \text{ pro ženy} = 304 - (\text{dosažený čas} \times 8,5) - (\text{TF} \times 0,32) - (\text{BMI} \times 1,1) + (\text{věk v rocích} \times 0,4)$.

Pokud výsledná hodnota překročí 130, pak je naše zdatnost vysoce nadprůměrná, hodnoty v rozmezí 111-130 vyjadřují nadprůměrnou zdatnost, 90-110 průměrnou, 70-89 podprůměrnou zdatnost a vysoce podprůměrný je jedinec, jehož výsledná hodnota nepřekročí hranici 70 (51, 59).

1. 4. 5. 2 Harvardský step test

Jedná se v podstatě o alternativu chodeckého testu. K zatížení sledované osoby se v tomto případě používá vystupování na schod, jehož výška je 50 cm (pro muže) a 40 cm (pro ženy). Testovaná osoba na něj vystupuje rychlostí 30 výstupů za minutu do té doby, dokud vydrží, nejdéle však po dobu pěti minut. Správná technika provedení udává tato pravidla: pravidelné střídání končetin, jedna noha zůstává stále na stupni, propínat končetiny, na zem došlapovat celým chodidlem těsně vedle bedny, ničeho se nepřidržovat a neopírat ruce o kolena. Po ukončení zátěže se v průběhu čtyřminutového zklidňování měří tepová frekvence, a to vždy po dobu třiceti sekund od začátku druhé,

třetí a čtvrté minuty. Výsledný počet bodů indexu zdatnosti pomocí Harvardského step testu vypočítáme pomocí vzorce:

$IZH = (t \times 100) : [(TFz1 + TFz2 + TFz3) \times 2]$, kde t je doba vystupování v sekundách, TFz1-3 naměřené tepové frekvence v jednotlivých minutách. Vyhodnocení odpovídá bodovému hodnocení chodeckého testu (51).

1. 4. 5. 3 Kaschův step test

Princip testování se shoduje s Harvardským step testem, pouze se liší jednotlivými parametry. Výška stupínku je 30 cm, rychlost vystupování je 24 výstupů za minutu (tzn. je zapotřebí použít metronom) a délka trvání je pevně stanovena na 3 minuty. Tepovou frekvenci zjišťujeme v tomto případě pouze jedenkrát, a to po jedné minutě odpočinku. Měříme po dobu patnácti vteřin a přepočteme na tepovou frekvenci za minutu. Výsledné hodnocení zohledňuje pohlaví a věk testované osoby.

Hodnocení tělesné zdatnosti podle dosažených výsledků v Kaschově step testu znázorňuje tabulka:

Kategorie zdatnosti	Pohlaví a věk			
	18 – 26 let		27 – 60 let	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vysoce nadprůměrný	68 a méně	73 a méně	69 a méně	74 a méně
Nadprůměrný	69 – 83	74 – 90	70 – 87	75 – 92
Průměrný	84 – 92	91 – 100	88 – 99	93 – 103
Podprůměrný	93 – 106	101 – 114	100 – 115	104 – 121
Vysoce podprůměrný	107 a více	115 a více	116 a více	122 a více

Pro všechny výše zmíněné testy platí zásada, že se musí okamžitě přerušit, pokud vyšetřovaná osoba pocítí bolest na hrudi, v šíji, v paži nebo čelisti, je dušná, pociťuje závratě nebo nauzeu, její tep je nepravidelný nebo se dostavila značná slabost svalů (23).

1. 4. 5. 4 Další testy fyzické zdatnosti

Dále si můžeme otestovat např. svalovou sílu, vytrvalost nebo pružnost těla. Tyto testy již nejsou pro stanovení optimální pohybové aktivity a zatížení zcela potřebné, ale umožní nám sledovat výsledky našeho cvičení.

Pro otestování svalové zdatnosti nám mohou posloužit např. kliky (určujeme jejich počet, který zvládneme do únavy). Pružnost nám umožní posoudit jednoduchý test, kdy měříme vzdálenost, kam dosáhneme, když sedíme s napnutými končetinami a patami ve vzdálenosti asi 10 centimetrů od sebe. Hodnotu odečítáme za pomoci metru (popř. pravítka) o délce alespoň 60 centimetrů nastaveného tak, že v rovině proložené patami prochází hodnota 25 centimetrů a nula směřuje k trupu (51).

1. 5 Duševní rovnováha

Problematikou duševního zdraví se zabývá vědní obor, který nazýváme mentální hygiena. Jde o obor s interdisciplinární povahou, jehož součástí jsou i poznatky z psychologie, psychiatrie, sociologie a hygieny (26).

Péče o duševní rovnováhu je stejně jako správná výživa a dostatek pohybu nedílnou součástí zdravého životního stylu. Její narušení má rovněž negativní vliv na naše zdraví. V důsledku nevyrovnané a přetížené psychiky totiž dochází k oslabení imunitního systému, a tudíž vzniká předpoklad pro vznik nemocí. Následkem mohou být jak somatické, tak i psychické poruchy. Duševní nerovnováha se může spolupodílet např. na vzniku trávicích obtíží, kardiovaskulárních, nádorových a kožních onemocnění, alergií, poruch osobnosti, nálad, neurotických poruch apod. Aby k těmto ohrožením nedocházelo, je zapotřebí udržení duševní rovnováhy. Dosáhneme jí především díky

dostatečnému a kvalitnímu spánku, odpočinku a regeneraci sil, ale také s pomocí správné výživy a pohybu (12, 27).

Pojďme si nyní dva základní faktory péče o duševní zdraví, a to sice spánek a relaxaci, přiblížit podrobněji.

1. 5. 1 Spánek

1. 5. 1. 1 Fyziologie spánku

Spánek řadíme mezi základní biologické potřeby člověka. Ačkoliv je opakem bdění a mohlo by se zdát, že jde o pasivní děj, není tomu tak. Subjektivně ho sice vnímáme jako dobu klidu a odpočinku, ale z hlediska nervové soustavy se jedná o vysoce aktivní činnost. Mezi další charakteristiky spánku patří minimální výskyt pohybů těla, snížená reaktivita na zevní podněty, reverzibilita (tzn. přecházení k bdění) a střídání spánkových epizod (37).

Spánkovými epizodami máme na mysli fáze NREM (= no rapid eye movements) a REM (= rapid eye movements), kterými je spánek tvořen. Obě dohromady vytváří jeden přibližně 90ti minutový cyklus (doba trvání se mění spolu s biologickým druhem). Z bdění přecházíme do spánku typu NREM. Pro tento přechod je typická postupně se zpomalující frekvence a vyšší voltáž aktivity EEG. NREM spánek dělíme do čtyř stádií. První trvá pouze několik minut, během nichž můžeme zaznamenat pomalé valivé pohyby očních bulbů, v EEG vlny s nízkou voltáží a smíšenou frekvencí. Během druhého stádia je EEG s nízkou voltáží s občasnými výboji sinusových vln a vysokovoltážními bifázickými vlnami. Ve třetím stádiu můžeme pozorovat pomalé vlny s vysokou amplitudou (tzv. vlny delta). Jejich aktivita v průběhu čtvrtého stádia dále vzrůstá. Třetí a čtvrté stádium bývá někdy také označováno jako hluboký NREM (popř. delta) spánek. Během celé fáze NREM je patrný určitý tonus kosterního svalstva (ne však rychlé oční pohyby). Aktivita neuronů je nízká, což vede i k nízké úrovni metabolismu a nízké teplotě mozku. Současně se zpomaluje srdeční aktivita, klesá krevní tlak a zužují se zornice (37, 48).

Druhý typ spánku – REM, označujeme jako aktivní formu spánku. EEG se opět vrací k nízké voltáži, čímž se podobá bdění. Proto se můžeme někdy setkat též s označením paradoxní spánek. V důsledku nárůstu neuronální aktivity dochází k zvýšení teploty mozku a metabolické aktivity, současně můžeme ale pozorovat ztrátu napětí téměř veškerého kosterního svalstva. Zornice jsou zcela zúžené (48).

K regulaci veškerých spánkových dějů dochází za pomoci několika mechanismů. Jednak homeostaticky (odvíjí se od předchozího spánku a aktivity), dále cirkadiánním rytmem, který organizuje střídání spánku a bdění v průběhu denního cyklu a ultradiánním rytmem, jenž je zodpovědný za střídání NREM a REM fáze (37).

1. 5. 1. 2 Potřeba spánku

Spánek plní řadu funkcí – např. během fáze REM dochází k přemítání nových událostí a nově naučených dovedností, což zlepšuje následné provázení paměťových úloh. V dětství se význam spánku uplatňuje také při vývoji mozku a je rovněž důležitý pro uvolňování růstového hormonu. Zcela nezbytný je spánek při regeneraci, kdy lze říci, že během fáze NREM dochází k regeneraci těla a při fázi REM k regeneraci mozku. V průběhu spánku se také vytváří hormon melatonin, který zabraňuje hromadění volných radikálů (čímž se zpomaluje proces stárnutí) a působí protinádorově. Pro jeho tvorbu je kromě spánku zapotřebí i tma (37).

K tomu, aby spánek plnil svou funkci, hraje důležitou roli i další hledisko, a to sice doba, po kterou spíme. Ta se během našeho života přirozeně vyvíjí. Zatímco po narození vyžaduje naše tělo 17-18 hodin spánku, ve věku 4 let postačí již 10-12 hodin. U dospělého člověka se za optimální považuje okolo 8 hodin spánku denně. S přibývajícím věkem tato potřeba pozvolna klesá a mnohým seniorům postačí doba kratší než 7 hodin. Ve skutečnosti se ale můžeme setkat se značnými interindividuálními rozdíly. Výjimkou není rozmezí 4-11 hodin (37, 48, 71).

1. 5. 1. 3 Poruchy spánku

Poruchami spánku trpí stále více lidí. Výzkumy uvádí, že alespoň občas nebo v lehčí formě se vyskytují u 50 % lidí a přibližně 13 % má závažný problém. Typů poruch může být celá řada (v současnosti jich známe více jak 90). Základní dělení je na parasomnie, což jsou stavy porušeného vědomí s kombinací jevů spánku a bdění (řadíme sem např. náměsíčnost, noční můry nebo noční děsy) a dále dyssomnie, které se vyznačují dlouhodobými poruchami spánku (týká se kvality nebo nedostatečného množství). Mezi dyssomnie patří např. insomnie, hypersomnie, porucha rytmu spánek-bdění, narkolepsie nebo poruchy spojené s dýcháním, které se vyznačují množstvím apnoických epizod (37).

Jedním z nejčastějších problémů je nespavost. U každého z nás se kdykoliv může vyskytnout její akutní podoba. Ta se většinou ale sama upraví a nepůsobí další obtíže. Problém nastává v případě, že se jedná o chronickou nespavost (42).

Pro chronickou nespavost je typická délka trvání od 30 dní do 6 měsíců. Často se vyskytují i poruchy nálady, potíže s koncentrací a pamětí nebo některé z kardiovaskulárních, plicních, popř. gastrointestinálních onemocnění. Může se vyskytovat v různých formách. V některých případech se jedná o obtížné usínání, jindy o opakované noční probouzení nebo také spánek, který je sice dostatečně dlouhý, ale nekvalitní, tudíž neplní svoji funkci. Za hlavní příčinu, která vede k nespavosti, lze považovat nezdravý životní styl (42, 71).

Nedostatečný nebo nekvalitní spánek se bohužel negativně podepisuje na kvalitě našeho života. Zapříčiňuje ospalost během dne, nepozornost, působí problémy s pamětí, zpomaluje reakce, zvyšuje vnímání bolesti, rovněž ovlivňuje i srdeční systém a imunitní činnost, zvyšuje riziko vzniku deprese a úzkosti atd. Vše může mít samozřejmě i celospolečenský dopad.

S narůstajícím počtem lidí trpících nespavostí se zvyšuje i spotřeba léků na spaní. Jejich dlouhodobé užívání způsobuje další problémy. Může totiž dojít až k vytvoření závislosti (71).

1. 5. 1. 4 Spánková hygiena

Ke kvalitnímu spánku nám může pomoci dodržování základních pravidel spánkové hygieny. Doporučuje se např. pravidelnost (tzn. chodit spát a vstávat vždy ve stejnou dobu), dále je vhodné zbytečně se před spaním nepřejídat, nekonzumovat kávu, černý a zelený čaj, kolové či energetické nápoje, nekouřit a nepít alkohol. Do postele bychom měli jít přiměřeně fyzicky a psychicky unavení. Pohybovou aktivitu ale vykonáváme v průběhu dne a ne těsně před spaním. Ložnice by měla být klidným a nehlukným místem, určeným pouze ke spaní a nedoporučuje se umístit zde televizi apod. Pozornost bychom měli věnovat výběru postele a matrace. Samozřejmostí je dobré větrání a udržování přiměřené teploty vzduchu v místnosti, zhruba mezi 17-21 °C (32, 42, 44).

1. 5. 2 Relaxace a volný čas

Dalším způsobem, jak pečovat o své duševní zdraví je i relaxace. Schopnost umět relaxovat, uvolnit se, zbavit se napětí, odpočinout si a získat tak nové síly, patří mezi základní prvky zvládnutí stresu. Každý z nás by si měl vyčlenit 2 hodiny volného času denně, během nichž může odpočívat. Pokud se nám dlouhodobě (více než 10 dní) volnočasové aktivity do svého každodenního programu nedaří začlenit, dochází k emoční a sociogenní únavě, narušuje se tvůrčí duševní činnost a děláme více chyb (20, 26).

Možností, jak trávit volný čas, je mnoho. Můžeme volit z celé škály aktivních či pasivních činností. Při jejich výběru bychom měli vždy zohlednit především náš zájem tak, aby nám příslušná aktivita přinášela radost a zábavu a dělali ji s vědomím, že nás k tomu nic nenutí. Vhodné by také bylo, kdyby kompenzovala pracovní činnost. Tedy pokud je naše každodenní zaměstnání fyzicky náročné, měli bychom volit spíše relaxaci psychogenní, popř. pohybovou aktivitu lehčího typu a naopak, je-li naše práce spojena téměř s absencí fyzické činnosti, volný čas by měl tuto skutečnost vyvážit např. v podobě nějakého sportu. Pokud si svůj volný čas dokážeme dobře uspořádat, posílíme tím jednotu mezi fyzickým a duševním zdravím (26).

1. 6 Rizikové faktory životního stylu

Součástí zdravého životního stylu je kromě dodržování výše zmíněných pravidel správné výživy, začlenění pohybu a péče o duševní rovnováhu i omezení nebo odstranění rizikových faktorů, které poškozují naše zdraví. Mezi ty nejzákladnější a nejčastější patří zejména alkohol, kouření a stres.

1. 6. 1 Alkohol

Alkohol – z chemického hlediska etanol (C_2H_5OH), je bezbarvá tekutina, která vzniká kvašením cukru. Jedná se o hlavní aktivní složku alkoholických nápojů, v nichž může být obsažena v různých koncentracích (udává se v objemových procentech). U piva se můžeme setkat s koncentrací 3 - 8 %, u vína 8 - 14 %, u likérů 20 – 50 % a u destilátů se tyto hodnoty pohybují v rozmezí 40 – 60 % (7, 36).

Při jeho požití dochází k účinkům na centrální nervovou soustavu, přičemž první příznaky těchto změn lze pozorovat poměrně brzy (již po několika minutách) – záleží na koncentraci alkoholu. Rychlost vstřebávání se, a tím i rychlost objevení se účinků mohou ovlivnit i další faktory, jako je např. přítomnost oxidu uhličitého, který proces zrychluje nebo konzumace tučného jídla, které ho naopak zpomaluje (27).

To, k jakým účinkům dochází, závisí na množství alkoholu v krvi (vyjadřuje se v promilách). Ačkoliv je alkohol všeobecně považován za látku s tlumivým účinkem, v prvních fázích dochází ke stimulaci a útlum přichází až později. K typickým projevům účinku alkoholu patří rovněž zvýšené sebevědomí, snížení pozornosti, zpomalení reakcí, výřečnost, poruchy koordinace pohybů či ztráta zábran. Postupně může dojít až k poruchám řeči, rovnováhy i vědomí (36).

Častá a nadměrná konzumace alkoholu vede ke vzniku psychické a rovněž i fyzické závislosti. A právě v možnosti vzniku návyku spočívá nebezpečnost této látky. Následky alkoholismu jsou totiž značné. Jednak dochází k somatickým obtížím, ale dopady jsou i společenské a morální. Mezi ta hlavní somatická rizika řadíme zejména jaterní cirhózu, vznik hypertenze, iktu, gastritidy, pankreatitidy nebo vyšší

pravděpodobnost vzniku karcinomu dutiny ústní, hltanu, jícnu, žaludku, tlustého střeva a prsu. Nadměrná konzumace alkoholu vede rovněž k poruchám nervového a reprodukčního systému. Ze sociálního hlediska jde především o rozvraty rodin, ztrátu nebo problémy v zaměstnání, náchylnost k páchání násilí a trestné činnosti atd. Prokazatelný vztah mezi alkoholismem a zvýšenou nehodovostí a kriminalitou dokazují mnohé výzkumy. (21, 36, 40).

Ačkoliv se jedná o návykovou látku, která může mít takovéto negativní dopady, společnost ji všeobecně toleruje – patří mezi tzv. legální drogy. V České republice představuje dokonce nejvíce zneužívanou látku a podobná situace je i jinde v Evropě. V rámci Evropské unie se řadí na třetí místo v žebříčku nejrizikovějších faktorů způsobujících vznik onemocnění a předčasná úmrtí (13, 52).

Abychom ale ukázali i lepší tvář alkoholu, je nutno podotknout, že v přiměřeném množství může mít naopak i protektivní účinky. Mnohé studie uvádí, že např. při konzumaci 2 dcl červeného vína denně dochází ke snížení rizika vzniku koronárního onemocnění. Další vědci poukazují na prospěšný vliv piva. Nicméně názory na pozitivní vliv alkoholu nejsou zcela jednotné. Maximální doporučené množství přijímaného alkoholu je stanoveno na 20 g čistého alkoholu za den. To odpovídá zhruba 0, 5 l piva, 2 dcl vína nebo 0, 05 l destilátu (40, 50).

1. 6. 2 Kouření

Kouření představuje jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů životního stylu. Přispívá ke vzniku více než 20 druhů nemocí a k předčasnému úmrtí na ně. Následkem kouření vzniká čtvrtina všech nádorových onemocnění, přibližně pětina kardiovaskulárních obtíží a až 90 % chronických plicních onemocnění. Nebezpečné jsou přitom všechny formy užívání tabáku – kouření cigaret, dýmky, doutníků, žvýkání tabáku, šňupání, ale i „pasivní kouření“ (24, 40).

V České republice má kouření za následek přibližně každé šesté úmrtí, což znamená asi 18 000 úmrtí ročně. Celosvětově je to více než 5 milionů úmrtí, přičemž

vlivem zvyšujícího se počtu kuřáků v rozvojových zemích dochází k neustálému nárůstu (24).

Negativní dopady kouření jsou celospolečenské. A to jednak přímé – poškození zdraví (sobě i svému okolí) a jednak nepřímé – ekonomická zátěž pro společnost vlivem nemalých výdajů na léčbu. Kouření tedy znamená problém jak pro zdravotnictví, tak pro společnost (60).

Závislost na tabáku ovlivňuje snad všechny orgánové soustavy. Mezi ty hlavní zdravotní obtíže způsobené nebo zhoršené díky kouření patří zejména poruchy dýchacího ústrojí, kardiovaskulární onemocnění, nádory, alergie, poruchy imunitního systému, nižší plodnost, nebezpečí potratu během těhotenství, poškození genetického materiálu... Míra rizika ohrožení závisí na výšce dávky a také na době trvání pravidelného kouření (40, 60).

Mezi základní složky tabákového kouře, které tyto problémy způsobují, patří např. nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arsenik, ale i mnoho dalších. Tabákový kouř totiž obsahuje více než 4000 různých látek. 64 z nich dokonce řadíme mezi karcinogeny (7, 45).

A jak tedy se škodlivostí kouření účinně bojovat? Nejlepším způsobem je jednoznačně vůbec nezačínat. Samozřejmě, že existují i prostředky, které napomáhají se závislostí přestat, ale odvykání je mnohdy velmi těžké. Preventivně lze působit pomocí osvěty - neustále připomínat veřejnosti negativní vliv kouření, poukazovat na jeho následky a jako vzor ustanovit nekuřácké chování (7, 47).

1. 6. 3 Stres

Pojem stres vychází z latinského výrazu „stratus“ (= napnutý), který byl dále převzat do angličtiny, kde se překládá jako „napětí“ (tlak). Označujeme jím souhrn fyzických a duševních reakcí organismu na nadměrnou zátěž. V praxi rozlišujeme dva základní typy stresu, a to sice eustres a distres. Jako eustres označujeme pozitivní formu

zátěže, která podporuje jedince k lepším a vyšším výkonům. Opakem je distres, kdy se jedná o míru negativní zátěže, která může vyvolat poškození zdraví (1, 7, 17).

Na počátku každé stresové reakce stojí stresor, tedy podnět, který vyvolá stres. Tímto pojmem lze označit prakticky cokoliv. Může se jednat jak o podněty z vnějšího okolí, tak i z vnitřního prostředí našeho těla. Stres tedy mohou vyvolat např. fyzikální podněty (nevyhovující teplota nebo tlak vzduchu, nadměrné či nedostatečné osvětlení, hluk...), chemické faktory (znečištění vzduchu, toxické látky...), ale zejména pak podněty společenské a psychosociální povahy (např. nadměrné požadavky na výkonnost, přílišná zodpovědnost, nefungující mezilidské vztahy, životní událost, vnitřní prožitek apod.) (20, 56).

Psychosociální a společenské stresory můžeme dále rozdělit do třech skupin: 1. zátěžové životní události (úmrť nebo závažné onemocnění blízké osoby, rozvod, ztráta zaměstnání...), 2. chronické stresory (problémy, které dlouhodobě ovlivňují životní styl a spokojenost člověka – např. neuspokojivé bydlení, nespokojenost v zaměstnání, péče o nemocného člena rodiny atd.) a 3. drobné denní nepříjemnosti (fronty, přeplněná MHD, ztráta předmětu) (20).

Každá ze stresových reakcí prochází třemi fázemi – f. přípravná, hlavní f. a f. odpočinku. Během první fáze se připravuje energie pro vlastní poplachové reakce. Dominantní je parasymptikus a délka trvání závisí na intenzitě a nečekanosti stresoru. Následuje hlavní fáze, ve které převládá vliv sympatiku, způsobujícího rychlý vzestup aktivit (zrychlení srdeční frekvence, zúžení cév, ochabnutí trávicího traktu, menší prokrvení sliznic a kůže, stimulace metabolismu). Celý proces zakončuje fáze odpočinku (někdy též nazývaná f. vyčerpání), kdy odeznívá vzrušení sympatiku a žláz, stimulované recyklační a metabolické funkce se vrací zpět do klidového stavu (17).

Důvod takovýchto reakcí organismu má své opodstatnění. Schopnost aktivovat mechanismy, díky nimž může člověk podávat krátkodobé vysoké výkony v případě nebezpečí, umožňovalo jeho přežití v přírodě. V dnešní době sice přírodou ohrožení již nejsme, ale reakce organismu zůstaly zachovány, a tak dochází i nadále k spouštění

dějů, které umožňují záchranu života pomocí boje nebo útěku. Pokud k těmto situacím dochází častěji a přetrvávají, mohou vyvolat zdravotní obtíže. Z krátkodobého hlediska jde o ztuhnutí svalů, z dlouhodobého časového horizontu může dojít např. ke vzniku diabetu mellitu 2. typu, hypertenze, ischemické choroby srdeční, snížení odolnosti žaludeční sliznice...(7).

Nadměrný stres našemu organismu zkrátka neprospívá a chceme-li své zdraví chránit, měli bychom se snažit o minimalizaci stresových situací. Nejúčinnější metodou je odstranění příčin. Prospěšná jsou pro zvládnání každodenního stresu i nejrůznější psychická a fyzická cvičení, relaxační techniky a optimalizace životního stylu. V těžkých životních situacích nám mohou pomoci případně i léky a potravinové doplňky. Pokud nám stres působí závažnější obtíže a my je nedokážeme sami řešit, je zapotřebí včasného vyhledání psychoterapeuta nebo psychiatra (7, 9).

1. 7 Prevence chorob a podpora zdraví

Tyto dvě aktivity mají mnoho společného, v některých bodech se prolínají a vznikly na stejném podkladě, ale ani tak je nemůžeme zcela ztotožňovat (61).

Podporou zdraví rozumíme soubor činností politických, ekonomických, technologických, výchovných, které mají za cíl chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací. Výchozím bodem je těchto pět základních principů:

1. Zaměření se na celou populaci a na podmínky její existence více než na vymezené populační skupiny, které jsou vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění.
2. Věnovat se především opatřením postihující determinanty zdraví i nemocí.
3. Využití různých, ale především doplňkových metod a postupů vedoucích ke spolupráci.
4. Usilování o účast veřejnosti.

5. Podpora nenahraditelné role zdravotnických pracovníků v dalším rozvoji a plném uplatnění podpory zdraví (7).

Důležitým článkem celého procesu je sám občan. Protože právě on má povinnost starat se o své zdraví, uskutečnit potřebná opatření a vést zdravý život. Bez takto smýšlejícího jedince jsou jakákoliv opatření společnosti, státu, obcí atd. zcela bezvýznamná (61).

Podpora zdraví má i svou celosvětovou podporu. Získala ji na mezinárodní konferenci, která se konala v roce 1986 v kanadské Ottawě. Zde byla přijata tzv. Ottawská charta, díky níž došlo k začlenění podpory zdraví do sociálně medicínských, politických a občanských aktivit jako nástroje změn systému péče o zdraví. Tento dokument dále vymezuje základní zásady moderní péče o zdraví, jakými jsou: podpora zdraví, prevence, dostupnost zdravotní péče, zdravá veřejná politika, účast obyvatel, obcí a celé společnosti v péči o zdraví a mezinárodní spolupráce v péči o zdraví.

Jak již bylo v úvodu naznačeno, na proces podpory zdraví úzce navazuje prevence. Tímto pojmem rozumíme činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a také k prodloužení aktivní délky života. Můžeme rozlišit tři základní typy prevence, a to primární, sekundární a terciární (7).

Cílem primární prevence je snížení incidence onemocnění. K naplnění tohoto cíle vedou různá opatření. Jedním z nejdůležitějších je očkování, dále pak např. jodizace kuchyňské soli, fluoridace pitné vody a potravin, vitaminizování potravin apod.

Jako sekundární prevenci označujeme postupy a opatření, která snižují prevalenci onemocnění. Hlavním úkolem těchto opatření je tedy včasná a správná diagnostika choroby, pokud možno ještě v presymptomatologické fázi. Patří sem např. vyhledávání prekanceróz, vyhledávání iniciálních stádií vývojových poruch apod. Využít můžeme různé pracovní metody, jakými jsou např. preventivní prohlídky, depistážní akce, screeningové metody, monitoring a další.

Třetí typ – terciární prevence, se zabývá odstraněním nebo alespoň zmírněním následků chorob. Usiluje také o to, aby chorobný stav byl co nejvíce zkrácen. Jejím cílem je tedy zlepšení kvality života postiženého. Toho můžeme dosáhnout zejména pomocí účelné rehabilitace a psychosociální reintegrace (61).

Prevenci lze rozdělit i dle dalších hledisek. Podle objektu rozlišujeme prevenci hromadnou, selektivní a indikativní, ve vztahu k subjektu ji rozdělujeme na společenskou, osobní a zdravotnickou a vzhledem k metodám mluvíme o prevenci na úrovni jedince a prevenci zaměřené na kolektivy (14).

1. 7. 1 Preventivní prohlídky

Význam preventivních prohlídek je zřejmý – provádí se za účelem včasného zjištění ohrožení a poruch zdraví. Všem pojištěncům zdravotních pojišťoven jsou plně hrazeny z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění a v zájmu každého z nás by mělo být tyto prohlídky pravidelně podstupovat. Jejich náplň a frekvenci stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb. (7).

1. 7. 1. 1 Preventivní prohlídky u praktického lékaře

Tyto prohlídky se provádí v dvouletých intervalech a jejich obsah se skládá z doplnění anamnézy, kontroly očkování proti tetanu, kompletního fyzikálního vyšetření včetně zjištění hodnoty krevního tlaku, stanovení výškově-hmotnostního poměru a orientačního vyšetření zraku a sluchu. Součástí prohlídky je i onkologická prevence (vyšetření kůže, vyšetření per rectum, zhodnocení onkologických rizik...). U osob starších 40 let se dále provádí vyšetření EKG, a to ve čtyřletých intervalech. Každá prohlídka je doplněna i o laboratorní vyšetření, které vždy obnáší orientační chemickou kontrolu moči, dále pak vyšetření plasmatického cholesterolu a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů (provádí se v 18, 30, 40, 50 a 60 letech). V 18 letech a od 40 let ve dvouletých intervalech se vyšetřuje rovněž i glykémie. Osoby starší 50 let mají v rámci preventivní prohlídky nárok na test okultního krvácení (od 55 let možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let)

a u žen nad 45 let se ověřuje, zda je k dispozici výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let (pokud chybí, lékař ho doporučí).

Preventivní prohlídky se provádí rovněž i v dětském věku. Vykonává je praktický lékař pro děti a dorost, jejich obsah a časové intervaly upravuje také vyhláška č. 3/2010 Sb.

1. 7. 1. 2 Stomatologické preventivní prohlídky

Na preventivní prohlídku u svého stomatologa má dospělý člověk nárok jedenkrát ročně. Její součástí je vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, dále se provádí onkologická prevence a lékař poučí pacienta o správné hygieně dutiny ústní.

Intenzivnější stomatologické kontroly se provádí v dětském věku (poprvé mezi 6-12 měsícem a od jednoho roku života dvakrát ročně) a u těhotných žen (dvakrát v průběhu těhotenství).

1. 7. 1. 3 Preventivní prohlídky u gynekologa

Gynekologickou preventivní prohlídku by měla každá žena podstupovat pravidelně jedenkrát ročně (od věku 15 let). Tato prohlídka zahrnuje odebrání anamnézy (popř. její aktualizaci), klinické vyšetření prsů (v 15 letech a dále od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze, či při přítomnosti jiných rizikových faktorů), prohlídku kůže a palpační vyšetření regionálních mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů, vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, odběr materiálu z děložního čípku, palpační bimanuální vyšetření. Při první prohlídce by měl gynekolog ženu poučit o samovyšetřování prsů a o významu preventivní protirakovinné prohlídky. U žen nad 45 let se navíc vydává doporučení na screeningové mamografické vyšetření a od 50 roku se stanovuje okultní krvácení ve stolici (tato vyšetření se provádí jen v případě, že nebyla provedena na doporučení praktického lékaře) (62).

1. 7. 2 Screening

Jedním z prostředků prevence je i screening. Rozumíme jím včasnou diagnostiku presymptomatického období nemoci u zdravých jedinců v populaci (tzv. screening), nebo u pacientů, kteří přišli sami k lékaři, ale s jiným problémem (v tomto případě mluvíme o tzv. case finding). Jinými slovy můžeme říci, že se jedná o vyšetření zatím asymptomatických osob, které ale samo o sobě nedignostikuje nemoc. Při pozitivním výsledku je tedy zapotřebí provést další přesnější laboratorní nebo klinické testy. Cílem screeningu je dosáhnout snížení mortality i morbidity daného onemocnění (7, 40, 65).

Aby byl přínos screeningu pozitivní a efektivní, měla by být dodržena tato základní kritéria: zajištění včasného zachytu onemocnění ještě před projevením se klinických příznaků, dostupnost efektivní léčby časného stádia onemocnění, použití této léčby přináší příznivější prognózu onemocnění. Všeobecně lze říci, že k provedení screeningu jsou vhodná buď závažná onemocnění, u kterých se díky časné terapii zlepšuje prognóza nebo onemocnění častá, kde provedení screeningu může dosáhnout velké výtěžnosti.

Specifické požadavky jsou kladeny i na samotnou screeningovou metodu. Mělo by se jednat o test, který je levný, snadno proveditelný, minimálně zatěžující pacienta a jeho výsledky by měly být validní, spolehlivé a opakovatelné (40).

Příklady některých screeningových testů prováděných v ČR

Mamografický screening – jeho cílem je zachytit zhoubný nádor prsu v co nejčasnějším stádiu. V České republice byl plošně oficiálně zahájen v září roku 2002, legislativně ho upravuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek.

Screening provádí akreditovaná pracoviště, kterých je v ČR v současnosti několik desítek. Spočívá v mamografickém vyšetření prsu a provádí se u žen ve věku 45-69 let (vždy v dvouletých intervalech). Pokud se při tomto vyšetření zachytí podezřelý nález, provádí se další vyšetření specialistou (7, 30).

Cervikální sreening – má za úkol odhalit přednádorové změny nebo časná stádia zhoubného nádoru děložního čípku. Provádí se pomocí stěru z povrchu děložního čípku s následným cytologickým vyšetřením. Toto testování je indikováno ženám ve věku 25-60 let, s frekvencí 1x ročně. Celorepublikový screeningový program byl Ministerstvem zdravotnictví zahájen na začátku roku 2008 (3, 4, 7).

Sreening kolorektálního karcinomu – provádí se buď pomocí testů okultního krvácení do stolice, nebo primární screeningovou kolonoskopií. Je určen pro lidi starší 50ti let, kdy lidem ve věku 50-54 let se doporučuje provádět test okultního krvácení 1x ročně, s tím, že po 55. roce věku mohou v těchto testech pokračovat (postačí 1x za dva roky) nebo je mohou nahradit primární screeningovou kolonoskopií (provádí se 1x za deset let). Celorepublikově se tento screeningový program začal provádět na počátku roku 2009 (5, 39).

1. 7. 3 Dispenzární péče

Mezi preventivní metody zdravotní péče řadíme rovněž dispenzární péči. Jedná se o důležitou metodu, jejímž úkolem je upevnit a rozvíjet zdraví, předcházet negativním důsledkům poruch zdraví, prodloužit aktivní věk, oddálit či zabránit vzniku nesoběstačnosti, invalidity nebo předčasné smrti (7).

Dispenzární péče se opírá o legislativu. Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 386/2007 Sb. (63).

V rámci zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, je dispenzarizace poskytována dětem do jednoho roku, vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí, dále vybraným mladistvým, těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství, ženám, které užívají hormonální nebo nitroděložní antikoncepci a také pojištěncům ohroženým nebo trpícím závažnými onemocněními (66).

Do dispenzární péče jsou pojištěnci zařazováni podle odborných kritérií svým registrujícím lékařem, který odpovídá za účelnost a koordinaci této péče. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře, který provádí péči v takovém časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav pacienta, nejméně však jedenkrát ročně (63, 66).

1. 7. 4 Zdraví 21

Důležitým dokumentem v rámci zdravotní prevence je program „Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století“. Jedná se o národní verzi projektu Světové zdravotnické organizace, jehož hlavní cíle spočívají v ochraně a rozvoji zdraví lidí po celý jejich život a ve snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. Základní odpovědnost za plnění programu nese vláda a její Rada pro zdraví a životní prostředí, ale předpokladem úspěchu je spolupráce a účast všech složek společnosti a společná odpovědnost všech resortů.

Program se skládá z 21 hlavních cílů, které se dále člení na dílčí úkoly. Jejich realizací by mělo být dosaženo výrazného snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy, nádory a úrazy a snížení výskytu závažných onemocnění a faktorů, které je ovlivňují.

Hlavní cíle programu „Zdraví 21“:

1. Solidarita ve zdraví v evropském regionu
2. Spravedlnost ve zdraví
3. Zdravý start do života
4. Zdraví mladých
5. Zdravé stárnutí
6. Zlepšení duševního zdraví
7. Prevence infekčních onemocnění

8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí
9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10. Zdravé a bezpečné životní prostředí
11. Zdravější životní styl
12. Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem
13. Zdravé místní životní podmínky
14. Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů
15. Integrovaný zdravotnický sektor
16. Řízení v zájmu kvality péče
17. Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
18. Příprava zdravotnických pracovníků
19. Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
20. Mobilizace partnerů pro zdraví
21. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny (70).

1. 8 Stáří

Jelikož výzkumná část práce je zaměřena na dospělou populaci zejména seniorského věku, pojďme si nyní přiblížit některá specifika stáří. Vědní obor, který se touto problematikou zabývá, je gerontologie. Rozdělit ji můžeme do 3 základních oblastí – teoretická, klinická a sociální. Teoretická shromažďuje poznatky, jež tvoří základ pro praktickou aplikaci, klinická zkoumá zvláštnosti chorob ve stáří a způsoby jejich ovlivnění a sociální se zaměřuje na analýzu vztahů starého člověka a společnosti (64).

1. 8. 1 Vymezení stáří

Pojmem stáří označujeme poslední fázi ontogeneze. Jde o završení celoživotního procesu stárnutí, ke kterému dochází na základě geneticky podmíněných involučních změn, ovlivněných dalšími faktory, jako např. životní styl a prostředí, choroby... Stáří se rovněž pojí s řadou významných změn v sociální oblasti (18).

Přesné vymezení stáří je obtížné, jelikož se setkáváme se značnými interindividuálními rozdíly. V praxi se proto běžně stanovují tři typy stáří, a to kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří nastupuje dosažením stanoveného věku. Jeho hodnota je volena tak, aby označovala období, kdy se obvykle objevují projevy stáří. V úvahu se rovněž bere očekávaná doba dožití a zdravotní stav populace. Jde o ukazatel, který je sice jednoznačně vymezen, ale nezohledňuje jednotlivé odlišnosti. V současné době se za počátek stáří považuje většinou věk 65 let (dříve to bylo 60 let). Sociálním stářím máme na mysli dobu, kdy dochází k proměně sociálních rolí a potřeb, životního stylu a také ekonomického zajištění (nastává proces tzv. penzionování). Poslední hledisko – biologické stáří zohledňuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Názory na jeho vymezení nejsou však zcela jednotné (19).

1. 8. 2 Změny ve stáří

Jak již bylo nastíněno, stáří je věk, který s sebou přináší celou řadu změn, a to jak v oblasti anatomické a fyziologické, tak i na poli psychickém a sociálním.

Anatomické a funkční změny postihují veškeré orgány a orgánové soustavy našeho těla. Dochází např. k atrofii svalové hmoty a přibývání tělesného tuku, řídnutí kostí, opotřebení kloubů, ztrátě pružnosti vazů, snížení výkonnosti srdce, ztrátě pružnosti cév vlivem aterosklerózy, poklesu výkonnosti plic – mění se jejich struktura i funkce atd. Změnami je zasažen i gastrointestinální trakt (snížení produkce kyseliny chlorovodíkové, produkce žlučových kyselin, střevní peristaltiky...), často se také setkáváme se ztrátou chrupu. Vylučovací systém je postižen zmenšováním ledvin, čímž dochází ke snížení jejich výkonu, močový měchýř ztrácí schopnost zadržovat moč. Ve

své funkci ochabují i pohlaví orgány. Procesů stárnutí není ušetřena ani nervová soustava. Stárnou nervová vlákna i mozek. Projevuje se to sníženou schopností přenosu informací, pomalejšími reflexy, zapomnětlivostí, výpadky paměti atd. Degenerují rovněž všechny smyslové orgány (8, 31).

Z psychických změn můžeme jmenovat např. změny myšlení, paměti, názorovou ulpínavost, vztahovou rigiditu, podezřívavost a nedůvěru, často se vyskytuje i naivita a negativismus. Rovněž se mění životní hodnoty (46).

Z okruhu sociální sféry je nejdůležitějším faktorem stáří penzionování. To s sebou přináší odlišnosti ve způsobu trávení dne. Převažuje v něm volný čas, který mnohdy neumíme najednou vyplnit. S příchodem penze také dochází ke ztrátě profesní prestiže a rovněž i k poklesu životní úrovně. Narušeny jsou i sociální vazby, a tak se u seniorů často setkáváme s pocitem osamělosti. Další významnou zátěž, s níž se musí lidé v tomto věku potýkat, představuje ztráta partnera. Nesnadné je rovněž smíření se s faktem, že na mnoho věcí již sami nestačíme a jsme odkázáni na pomoc druhých (34).

1. 8. 3 Zdravým životním stylem proti stárnutí

Veškeré změny typické pro tento věk byly dříve považovány za přirozený projev stárnutí, což nelze zcela jistě zpochybňovat. Dnes ale můžeme zároveň konstatovat, že proces stárnutí významně ovlivňuje náš životní styl, chování a prostředí, ve kterém žijeme (64).

Právě zdravý životní styl představuje jednu z nejúčinnějších prevencí předčasného stárnutí. Díky dostatečnému pohybu, vyvážené a střídme stravě, udržování přiměřené a stále hmotnosti po většinu dospělého věku, vyvarování se stresovým situacím můžeme proces stárnutí významným způsobem zpomalit. Naopak všechny negativní složky životního stylu, jakými jsou např. nadměrná konzumace alkoholu, kouření, pasivní způsob života, nadváha a obezita, stres apod., tento proces urychlují (22).

Budeme-li se tedy řídit zásadami zdravého životního stylu, zvýšíme tím pravděpodobnost, že náš život bude nejen dlouhý, ale především kvalitní a budeme ho moci prožít aktivně až do pozdního věku. Kolik z nás ale tato pravidla dodržuje? Stále poměrně často se v dnešní společnosti setkáváme s nezájmem o zdravý způsob života nebo se snahou zpomalit proces stárnutí pomocí pasivních metod (8, 22).

2. Cíl práce a hypotézy

2. 1 Cíl práce

Cílem práce je monitoring zájmu seniorů o svůj zdravotní stav v souvislosti s jejich životním stylem a přístupem k prevenci.

2. 2 Hypotézy

1. Senioři se snaží zlepšit svůj zdravotní stav zdravým životním stylem.
2. Senioři sami aktivně nežadají provedení preventivní prohlídky u svého praktického lékaře.
3. Senioři mají znalosti o svém zdravotním stavu.

2. 3 Statistické testování hypotéz

Pro účely statistického testování hypotéz byl zvolen test o parametru p rozdělení $A(p)$. Vycházíme při něm z náhodného výběru (x_1, x_2, \dots, x_n) s alternativním rozdělením $A(p)$, přičemž náhodné veličiny x_i jsou zakódované výsledky n nezávislých pokusů. „Úspěch“ v i -tém pokusu zaznamenáváme jako $x_i = 1$ a „neúspěch“ jako $x_i = 0$. Výběrový průměr \bar{x} se rovná relativní četnosti „úspěchu“ v sérii n pokusů.

Jako testové kritérium používáme statistiku
$$U_1 = \frac{\bar{x} - p_0}{\sqrt{(1 - p_0)p_0}} \sqrt{n}$$
, která má asymptoticky normální rozdělení (25).

Pro provedení testu bylo zapotřebí původní tři tvrzení - 1. senioři se snaží zlepšit svůj zdravotní stav zdravým životním stylem, 2. senioři sami aktivně nežadají provedení

preventivní prohlídky u svého praktického lékaře a 3. senioři mají znalosti o svém zdravotním stavu, převést vždy na nulovou a alternativní hypotézu.

Tabulka 2. 1: Nulová hypotéza, alternativní hypotéza a kritický obor pro tento typ testu:

H_0	H_1	Kritický obor W_α
$p \leq p_0$	$p > p_0$	$\{ u_1 = \frac{\bar{x} - p_0}{\sqrt{(1-p_0)p_0}} \sqrt{n} ; u_1 \geq u_{1-\alpha} \}$

Realizace testů:

1. Senioři se snaží zlepšit svůj zdravotní stav zdravým životním stylem

H_0 : Méně než 54% seniorů se snaží zlepšit svůj zdravotní stav zdravým životním stylem.

H_1 : Ostře více než 54% seniorů se snaží zlepšit svůj zdravotní stav zdravým životním stylem.

Pro výpočet byly použity následující hodnoty:

$\bar{x} = 65/102$ (vypočteno na základě získaných dat)

$p_0 = 0,54$ (hodnota byla zvolena)

$\sqrt{n} = \sqrt{102}$

Po dosazení těchto hodnot do vzorce
$$U_1 = \frac{\bar{x} - p_0}{\sqrt{(1-p_0)p_0}} \sqrt{n}$$
 byla získána výsledná hodnota $U_1 = 1,97076931$.

Tabulka 2. 2: Uplatnění hodnoty U_1 při různé pravděpodobnosti:

Pravděpodobnost ($1-\alpha$)	Hodnota kvantilu normovaného normálního rozdělení	Výrok o nulové hypotéze	Závěr
0,9	1,28	zamítáme	více než 54% seniorů se snaží
0,95	1,65	zamítáme	více než 54% seniorů se snaží
0,975	1,96	zamítáme	více než 54% seniorů se snaží
0,99	2,33	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)
0,995	2,58	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)
0,999	3,09	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)

Výsledný závěr pro tvrzení č. 1:

Více než 54% seniorů se snaží zlepšit svůj zdravotní stav zdravým životním stylem na hladině spolehlivosti 2,5%.

2. Seniori sami aktivně nežadají provedení preventivní prohlídky u svého praktického lékaře

H_0 : Méně než 62% seniorů žádá provedení preventivní prohlídky u svého praktického lékaře.

H_1 : Ostrě více než 62% seniorů žádá provedení preventivní prohlídky u svého praktického lékaře.

Pro výpočet byly použity následující hodnoty:

$\bar{x} = 73/102$ (vypočteno na základě získaných dat)

$p_0 = 0,62$ (hodnota byla zvolena)

$$\sqrt{n} = \sqrt{102}$$

Po dosazení těchto hodnot do vzorce
$$U_1 = \frac{\bar{x} - p_0}{\sqrt{(1 - p_0)p_0}} \sqrt{n}$$
 byla získána výsledná hodnota $U_1 = \mathbf{1,990958}$.

Tabulka 2. 3: Uplatnění hodnoty U_1 při různé pravděpodobnosti:

Pravděpodobnost ($1-\alpha$)	Hodnota kvantilu normovaného normálního rozdělení	Výrok o nulové hypotéze	Závěr
0,9	1,28	zamítáme	více než 62% seniorů žádá
0,95	1,65	zamítáme	více než 62% seniorů žádá
0,975	1,96	zamítáme	více než 62% seniorů žádá
0,99	2,33	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu, (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)
0,995	2,58	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu, (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)
0,999	3,09	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu, (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)

Výsledný závěr pro tvrzení č. 2:

Více než 62% seniorů žádá provedení preventivní prohlídky u svého praktického lékaře na hladině spolehlivosti 2,5%.

3. Seniori mají znalosti o svém zdravotním stavu

H_0 : Méně než 79% seniorů má znalosti o svém zdravotním stavu.

H_1 : Ostře více než 79% seniorů má znalosti o svém zdravotním stavu.

Pro výpočet byly použity následující hodnoty:

$$\bar{x} = 89/102 \text{ (vypočteno na základě získaných dat)}$$

$$p_0 = 0,79 \text{ (hodnota byla zvolena)}$$

$$\sqrt{n} = \sqrt{102}$$

Po dosazení těchto hodnot do vzorce
$$U_1 = \frac{\bar{x} - p_0}{\sqrt{(1-p_0)p_0}} \sqrt{n}$$
 byla získána výsledná

hodnota $U_1 = 2,046863$.

Tabulka 2. 4: Uplatnění hodnoty U_1 při různé pravděpodobnosti:

Pravděpodobnost (1- α)	Hodnota kvantilu normovaného normálního rozdělení	Výrok o nulové hypotéze	Závěr
0,9	1,28	zamítáme	více než 79% seniorů má znalosti
0,95	1,65	zamítáme	více než 79% seniorů má znalosti
0,975	1,96	zamítáme	více než 79% seniorů má znalosti
0,99	2,33	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu, (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)
0,995	2,58	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu, (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)
0,999	3,09	nezamítáme	nezamítáme nulovou hypotézu, (ovšem to neznamená, že ji přijímáme!)

Výsledný závěr pro tvrzení č. 3:

Více než 79% seniorů má znalosti o svém zdravotním stavu na hladině spolehlivosti 2,5%.

3. Metodika

Pro výzkumnou část práce byl použit kvantitativní výzkum. Data byla získána metodou dotazování, technikou dotazníku. Dotazník obsahuje 25 otázek, z nichž je 17 uzavřených, 5 otevřených a 3 polootevřené. Celkem bylo rozdáno 250 dotazníků. Návratnost 221, z toho 12 vyřazeno pro jejich neúplnost. Celkový počet bezchybně vyplněných dotazníků, které byly použity pro výzkum, je 209, z nichž 102 tvořilo hlavní soubor (lidé starší 60ti let) a 107 kontrolní skupinu (věková kategorie 40 – 59 let). Výsledná data byla zpracována pomocí tabulkového kalkulátoru MS Excel.

Dotazník byl zaměřen na získání informací o postoji veřejnosti ke zdravému způsobu života a k prevenci.

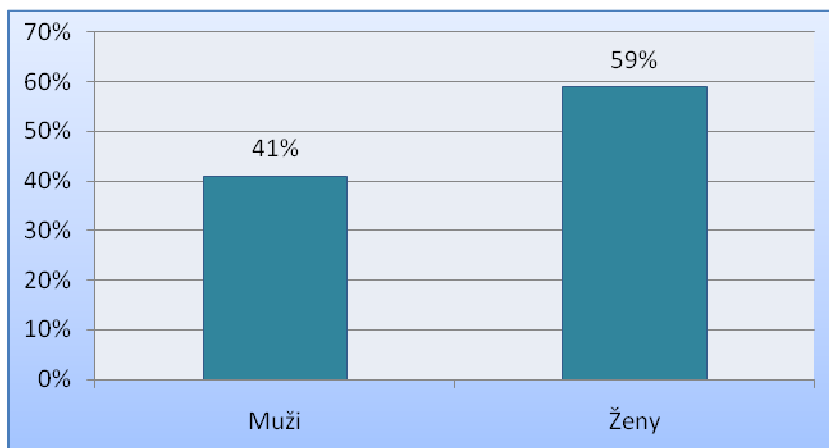
3. 1 Charakteristika výzkumného souboru

Cílovou skupinu pro výzkum tvořila populace ve věkové kategorii 60+. Zároveň byl sledován odpovídající vzorek populace ve věku 40 – 59 let. Získané hodnoty byly navzájem porovnávány.

Dotazování respondentů probíhalo ve městě Sedlčany, které se nachází ve Středočeském kraji. Osloveni byli konkrétně návštěvníci místní knihovny, kteří splňovali věkové kritérium. Další část respondentů byla kontaktována prostřednictvím e-mailu.

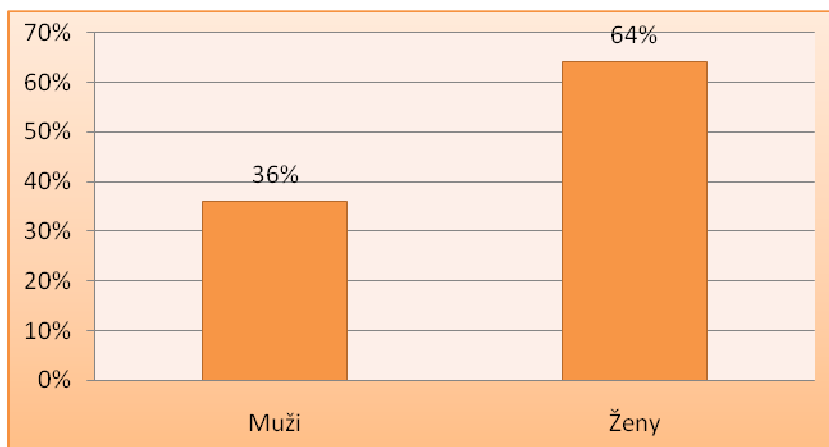
4. Výsledky

Graf 1A Pohlaví – věková kategorie 40 – 59 let



Zdroj: Vlastní výzkum

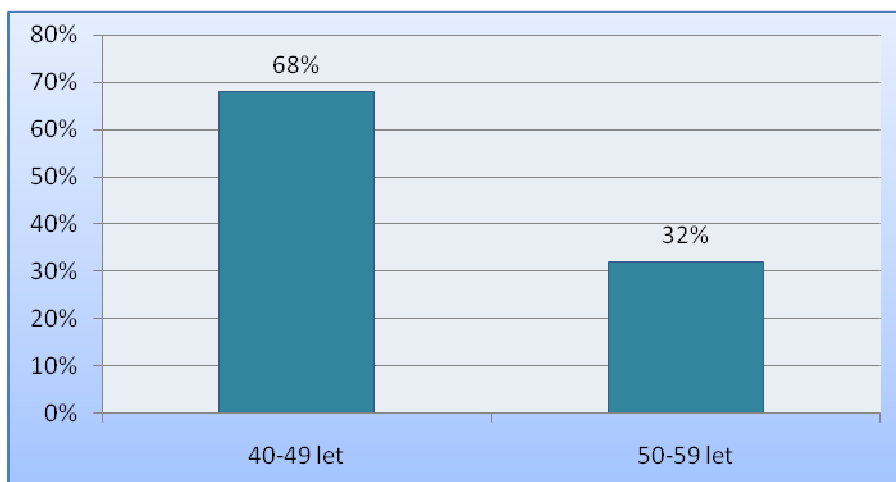
Graf 1B Pohlaví – věková kategorie 60 a více let



Zdroj: Vlastní výzkum

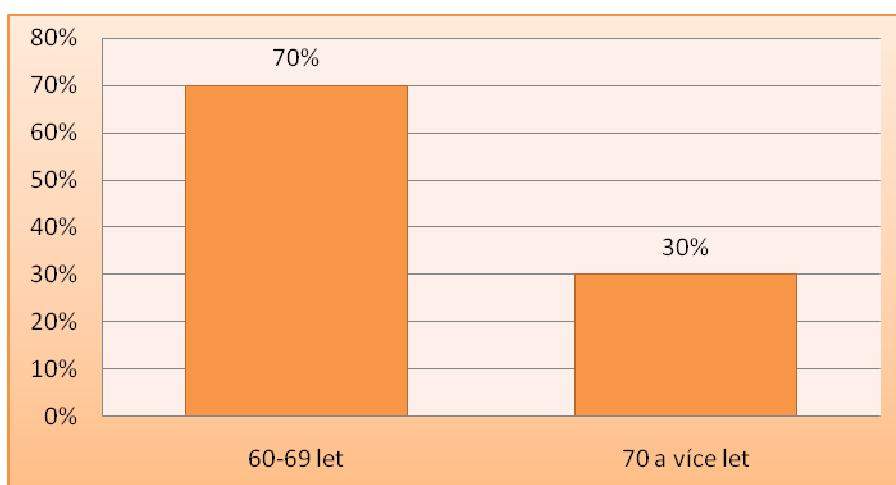
Mezi respondenty bylo ve věkové kategorii 40 – 59 let 41% mužů a 59% žen a ve věkové kategorii 60 a více let bylo zastoupení mužů 36% a zbývajících 64% představovaly ženy.

Graf 2A Věková struktura respondentů – kategorie 40 – 59 let



Zdroj: Vlastní výzkum

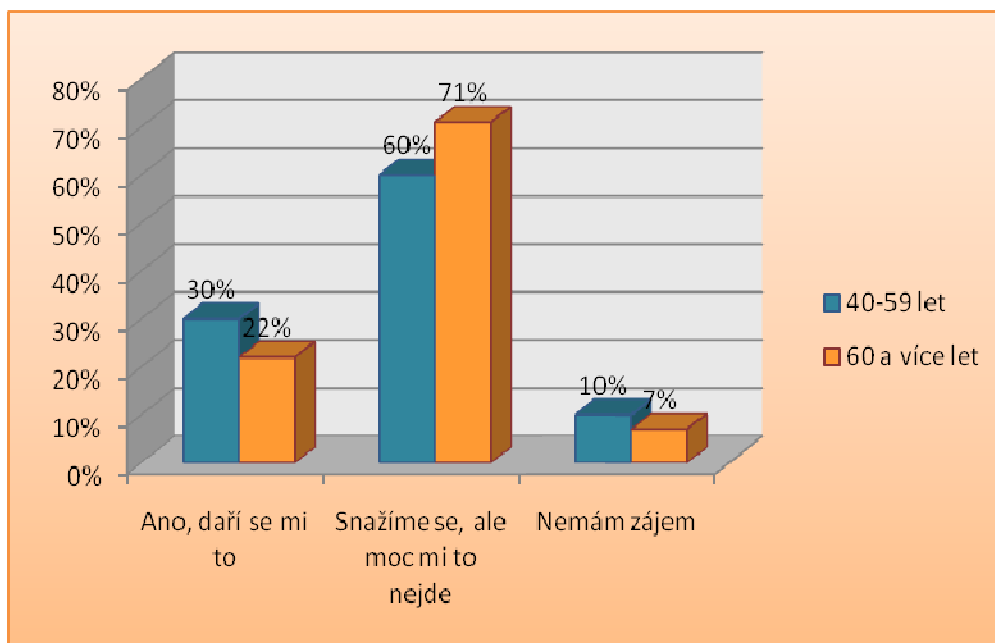
Graf 2B Věková struktura respondentů – kategorie 60 a více let



Zdroj: Vlastní výzkum

V kontrolní skupině bylo věkově rozložení následující: 68% respondentů dosahovalo věku 40 – 49 let a 32% bylo ve věku 50 – 59 let. Cílová skupina seniorů byla ze 70% tvořena respondenty ve věku 60 – 69 let a zbylých 30% respondentů zastupovalo věkovou kategorii nad 70 let.

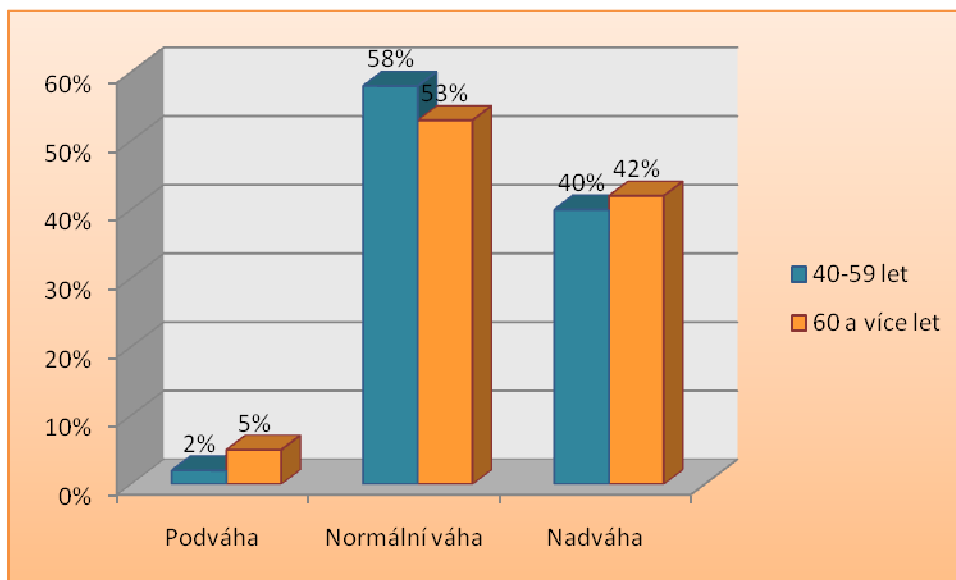
Graf 3 Subjektivní názor respondentů, zda žijí zdravě



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 zjišťovala subjektivní názor respondentů na vlastní životní styl. Přičemž 22% seniorů se domnívá, že žijí zdravě, 71% se o zdravý životní styl alespoň pokouší a zbylých 7% nemá zájem žít zdravě. V kontrolní skupině je zastoupení názorů následující: 30% hodnotí svůj životní styl jako zdravý, 60% se o to pokouší a 10% nejeví zájem.

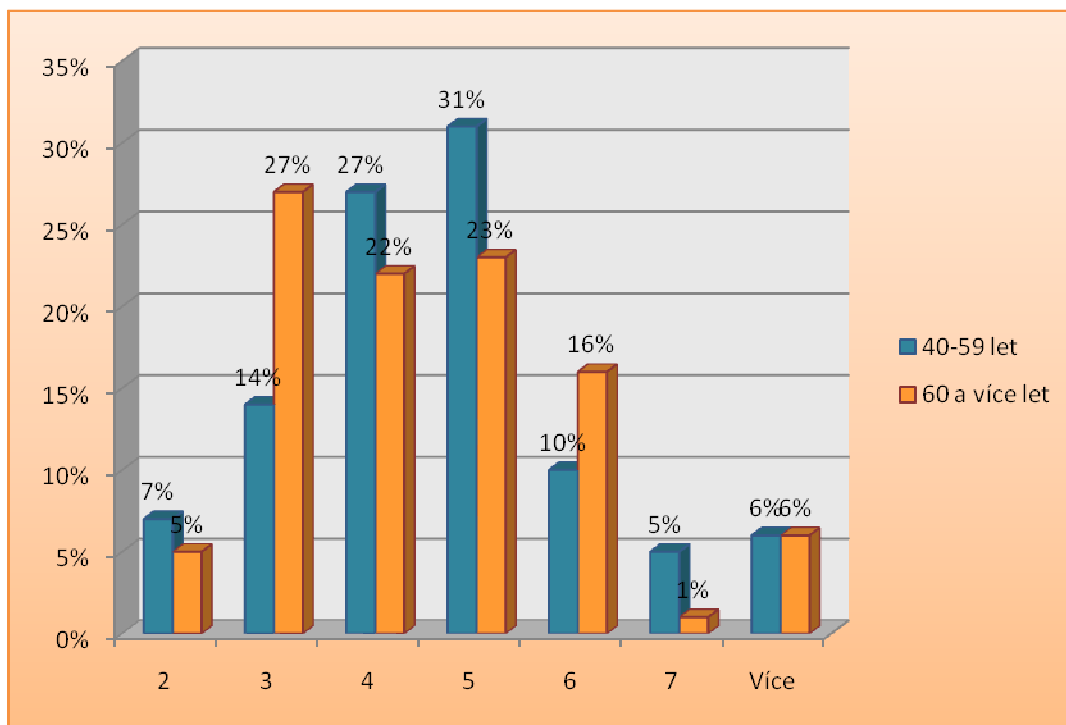
Graf 4 Posouzení vlastní hmotnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Při posuzování vlastní hmotnosti převládal v obou kategoriích názor, že hmotnost je v normě (ve věkové kategorii 40 – 59 let bylo toto hodnocení zastoupeno v 58% a u seniorů v 53%). Početnou skupinu tvořili rovněž respondenti s nadváhou (40% v kontrolní skupině a 42% seniorů). Zbývající 2% věkové kategorie 40 – 59 let a 5% dotázaných ve skupině 60 let a více se domnívají, že mají podváhu.

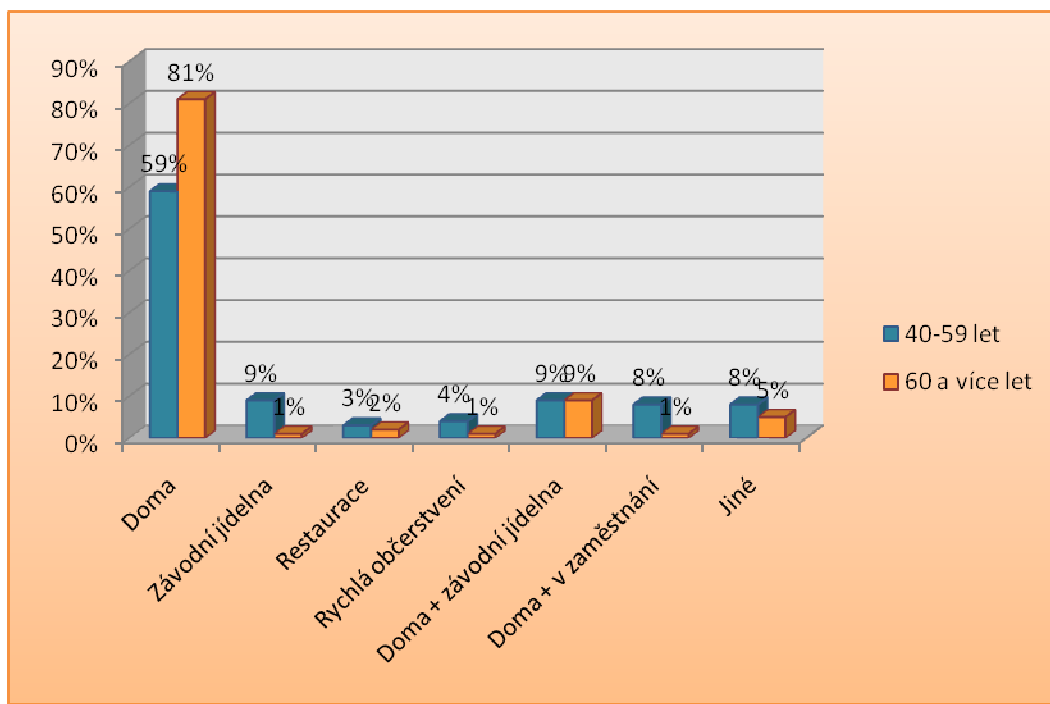
Graf 5 Počet jídel za den



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí na otázku „Kolikrát za den jíte?“ byla mezi seniory odpověď 3 x (27%), dále pak 23% odpovídalo, že zkonsumuje 5 jídel, 22% 4 jídla a 16% 6 jídel za den. V kontrolní skupině převažovala odpověď 5 jídel během dne (31% respondentů), následovala 4 jídla (27%), 3 jídla (14%) a 6 jídel (10%). Ostatní možnosti (2, 7 či více jídel za den) se v obou skupinách vyskytovaly spíše sporadicky.

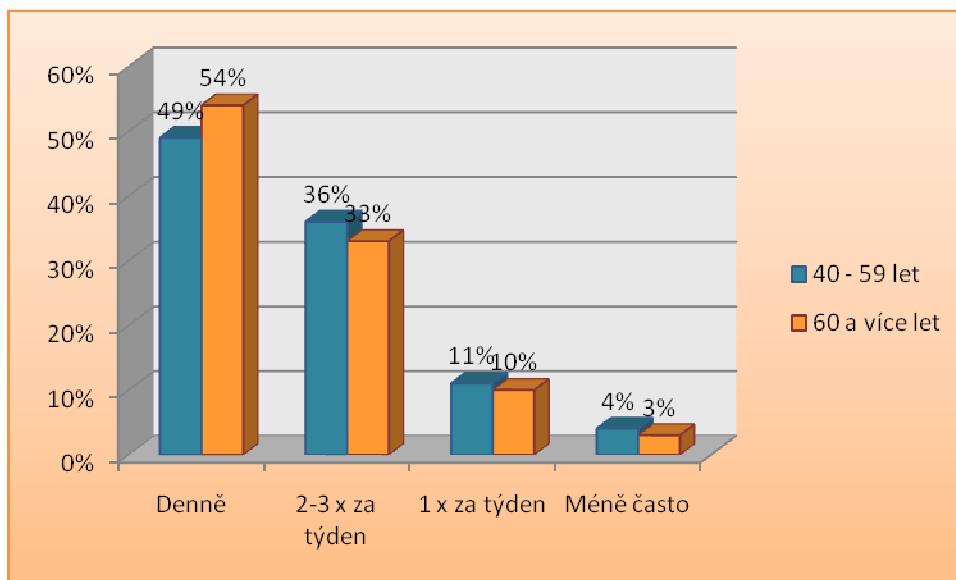
Graf 6 Nejčastější místo pro stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina dotázaných se během dne stravuje nejčastěji doma. U seniorů je tento fakt zastoupen ještě znatelněji (v 81%) než u kontrolní skupiny (v 59%). Četnost ostatních možností, jako např. závodní jídelna, restaurace, rychlá občerstvení...nedosahovala ani 10%.

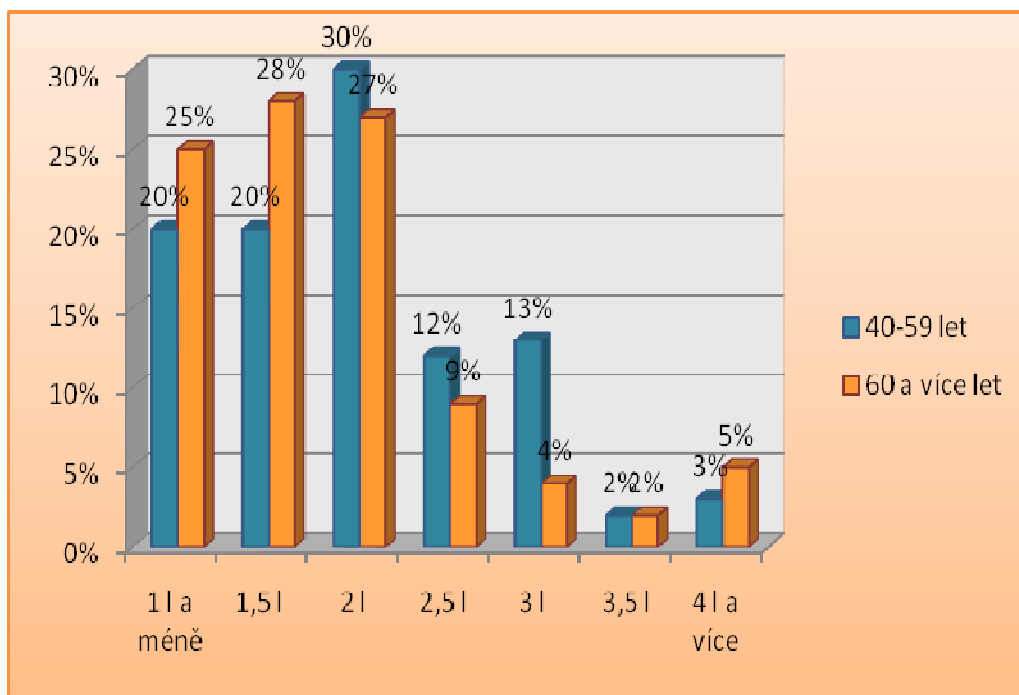
Graf 7 Četnost konzumace ovoce a zeleniny



Zdroj: Vlastní výzkum

V obou kategoriích je poměrné zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku „Jak často konzumujete ovoce a zeleninu“ obdobné. Denně obohacuje jídelníček ovocem a zeleninou 54% seniorů a 49% respondentů ve věku 40 – 59 let. S četností konzumace ovoce a zeleniny 2 – 3 x za týden se setkáme u 33% seniorů a 36% dotazovaných ve věku 40 – 59 let. 1 x týdně jí ovoce a zeleninu 10% zástupců hlavní skupiny a 11% zástupců kontrolní skupiny a méně často 3% seniorů a 4% populace ve věku 40 – 59 let.

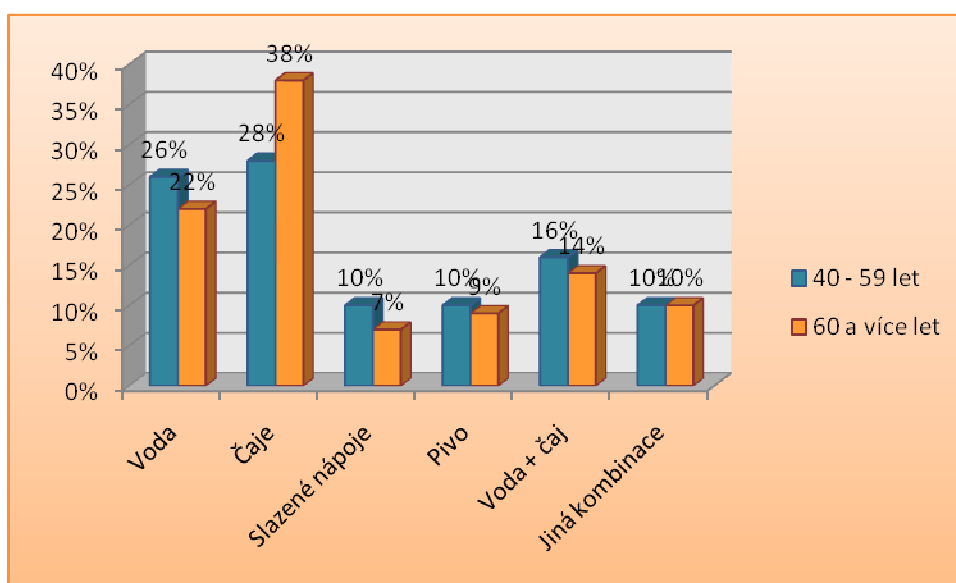
Graf 8 Množství vypitých tekutin/den



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz „Kolik tekutin vypijete za den“ měla mezi seniory nejčastější zastoupení odpověď 1,5 l (28%), těsně následována objemem 2 l (27%) a dále 1 l a méně (25%). Shodné byly i tři nejčastější odpovědi v kontrolní skupině, pouze s odlišným procentuálním zastoupením – 2 l odpovědělo 30% dotázaných, 1,5 l a 1 l a méně uvedlo vždy 20% respondentů.

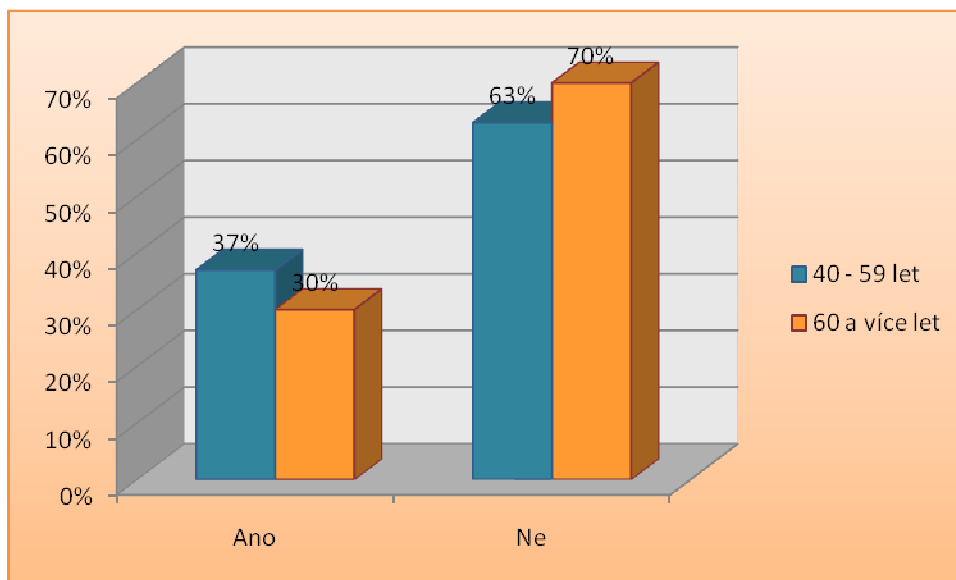
Graf 9 Preferovaný nápoj



Zdroj: Vlastní výzkum

Ohledně pitného režimu byli respondenti dále dotazováni, jaký z nápojů preferují. Mezi nejčastější odpovědi patřili voda a čaj. Ve skupině seniorů se nejoblíbenějším nápojem stal čaj (38%) a v kontrolní skupině to byla s 26% voda. Mezi respondenty věkové kategorie nad 60 let se dále umístila voda (22%), následovala kombinace voda a čaj, poté jiné kombinace, pivo a slazené nápoje. Ve věkové skupině 40 – 59 let bylo pořadí preferovaných nápojů obdobné.

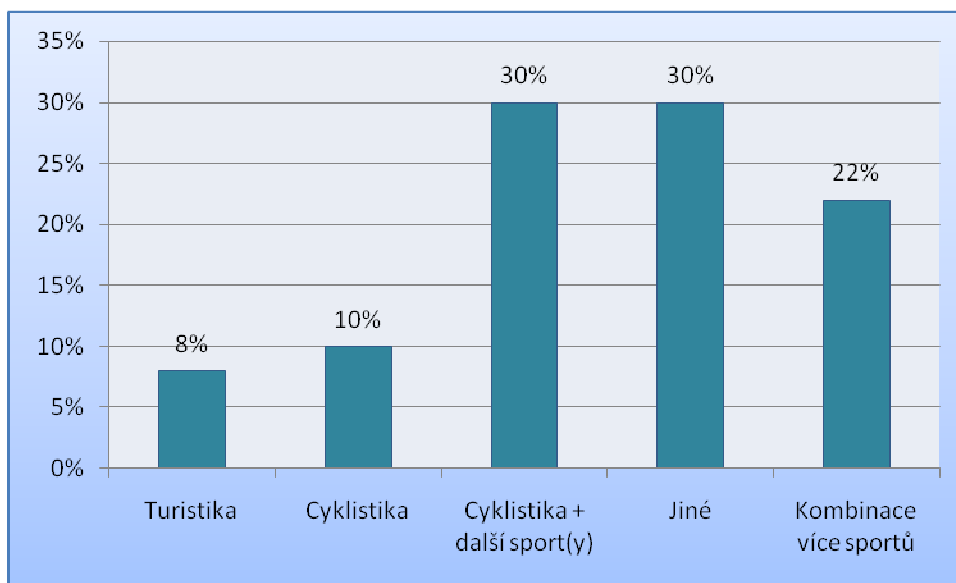
Graf 10a Provozování pohybové aktivity



Zdroj: Vlastní výzkum

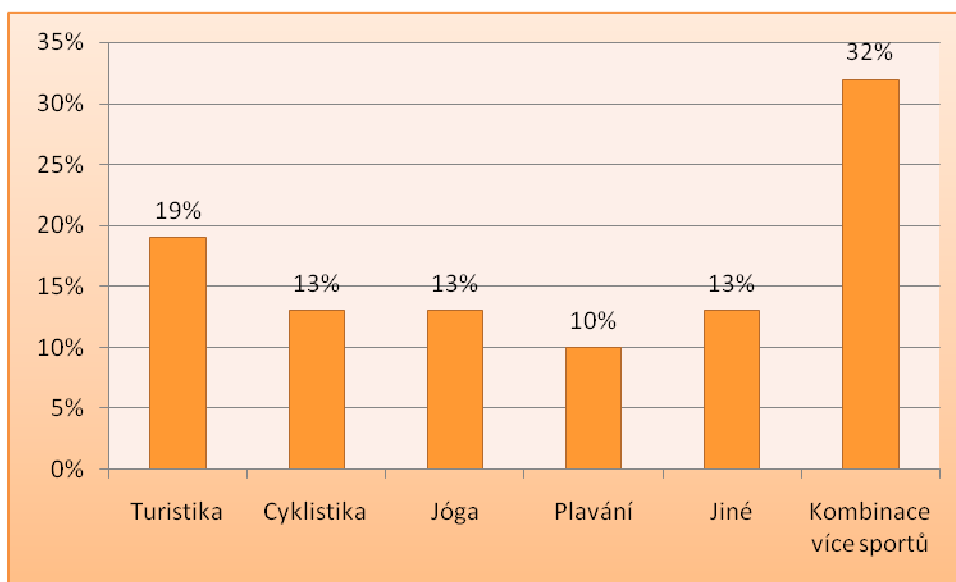
V obou kategoriích shodně převažovali respondenti, kteří se cíleně nevěnují žádné z pohybových aktivit – v kategorii seniorů jich bylo 70% a v kontrolní skupině 63%. Zbýlých 30% dotázaných seniorů a 37% populace ve věku 40 – 59 let sport provozuje.

Graf 10b A Druh provozované pohybové aktivity – věková kategorie 40 – 59 let



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10b B Druh provozované pohybové aktivity – věková kategorie 60 a více let

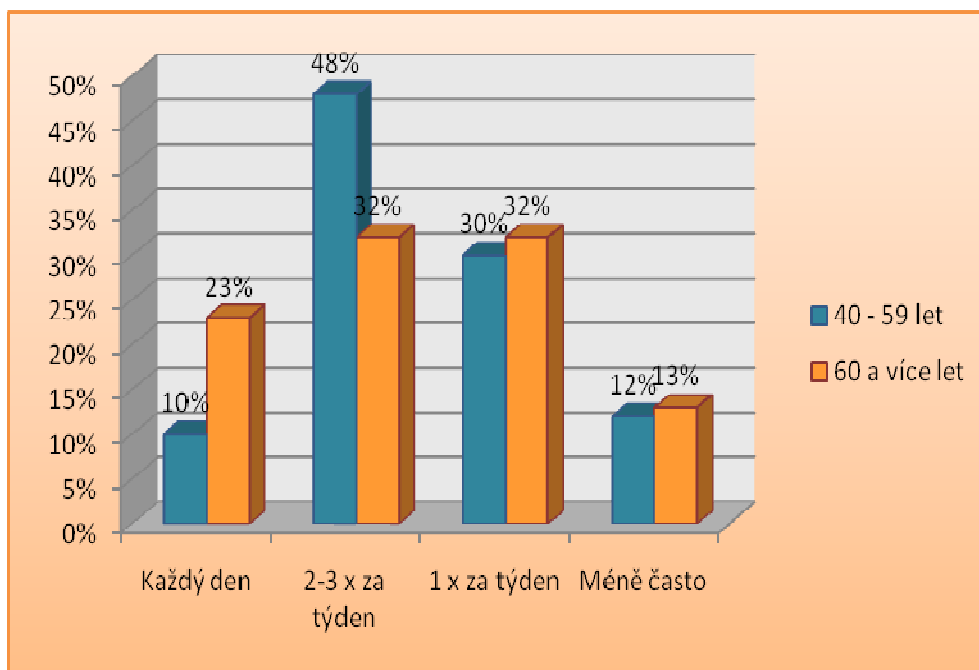


Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi respondenty hlavní cílové skupiny převládala především kombinace více druhů pohybových aktivit (odpovídalo tak 32% dotázaných), přičemž nejčastěji se jednalo o turistiku, cyklistiku, popř. lehké cvičení. Turistika a cyklistika dominovaly (společně s jógou a plaváním) rovněž mezi jednotlivě provozovanými sporty.

U věkové kategorie 40 – 59 let převládala zejména cyklistika, a to v kombinaci s nějakou jinou činností (vyskytovalo ve 30% případů) nebo v 10% samostatně. Paleta dalších sportovních aktivit byla v této skupině již velmi pestrá.

Graf 10c Frekvence pohybové aktivity

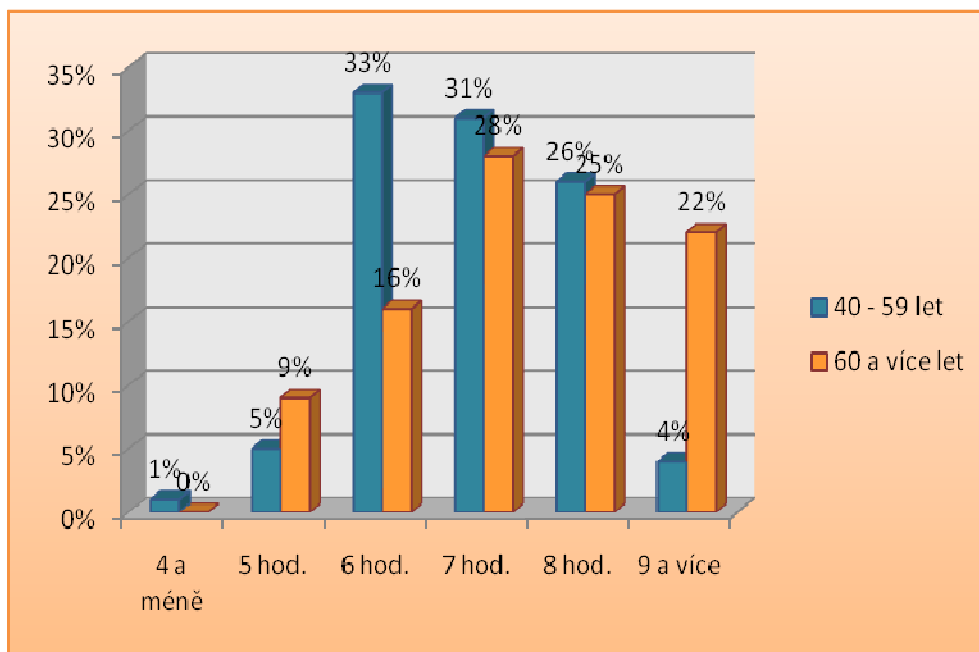


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10c znázorňuje frekvenci, s jakou je pohybová aktivita provozována. Ve skupině seniorů můžeme pozorovat poněkud rovnoměrnější zastoupení všech možných odpovědí. Shodně (ve 32%) byla zastoupena četnost 2 – 3 x za týden a 1 x za týden. Každý den provozuje pohybovou aktivitu 23% seniorů a 13% z nich se jí věnuje méně než 1 x týdně.

V kontrolní skupině představovala nejčastější odpověď provozu pohybové aktivity s četností 2 – 3 za týden (48%). S 30% následovala frekvence 1 x týdně. Méně často se sportu věnuje 12% dotázaných v této věkové kategorii a naopak každý den uvedlo jako odpověď 10%.

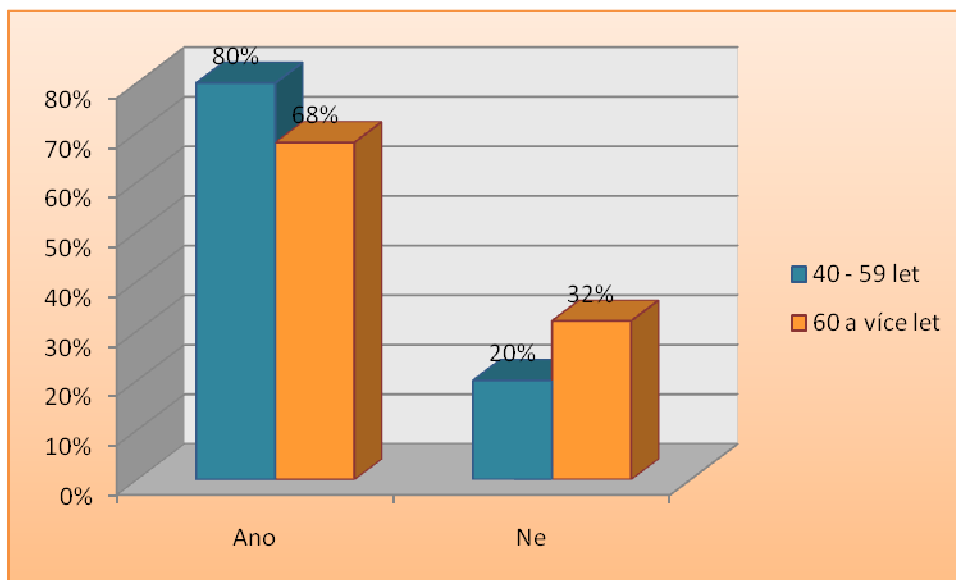
Graf 11 Doba spánku



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji uváděná doba spánku v cílové skupině představovala 7 a 8 hodin. Tyto hodnoty uvedlo 28% a 25% respondentů. Další frekventovanou hodnotu tvořila doba 9 a více hodin (uvedlo ji 22%). V kontrolní skupině byla nejčastěji zaznamenávaná hodnota 6 hodin (ve 33%), dále pak 7 hodin (31% odpovědí) a 8 hodin (26%).

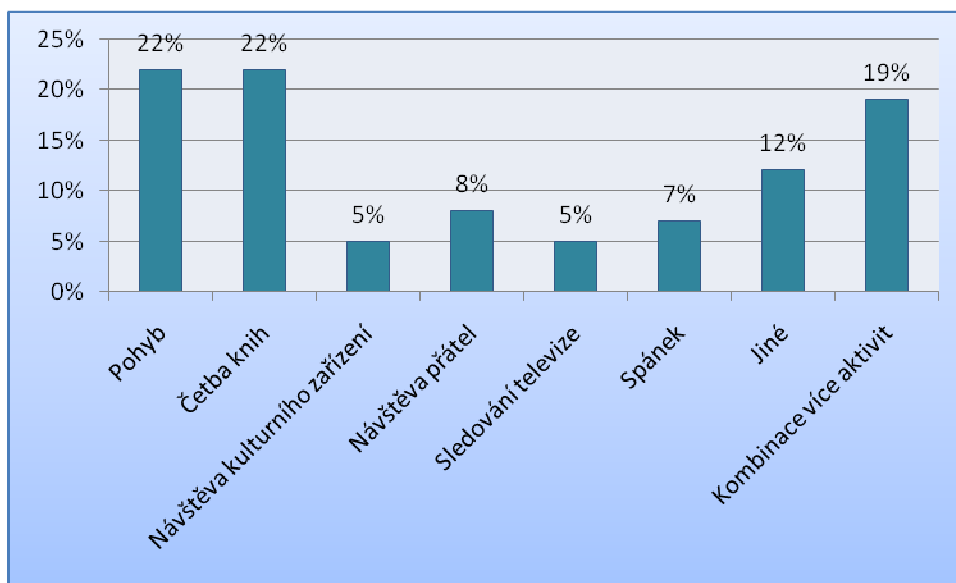
Graf 12 Kvalita spánku



Zdroj: Vlastní výzkum

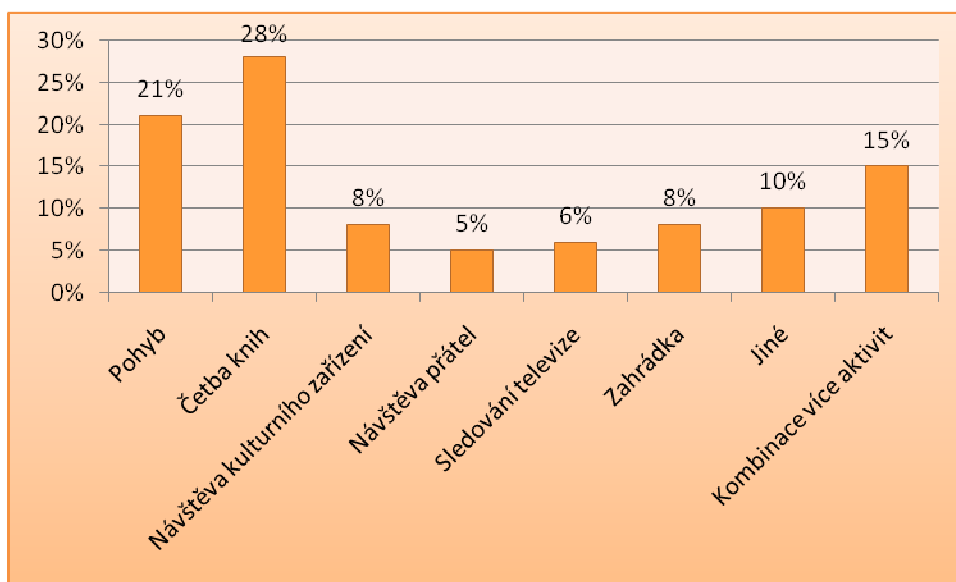
V otázce č. 12 jsem zjišťovala, zda respondenti považují svůj spánek za kvalitní. V obou kategoriích převažovala kladná odpověď (v cílové skupině tvořila 68% a v kontrolní 80% odpovědí). Zbýlých 32% a 20% ohodnotilo svůj spánek jako nekvalitní.

Graf 13A Způsob relaxace – věková kategorie 40 – 59 let



Zdroj: Vlastní výzkum

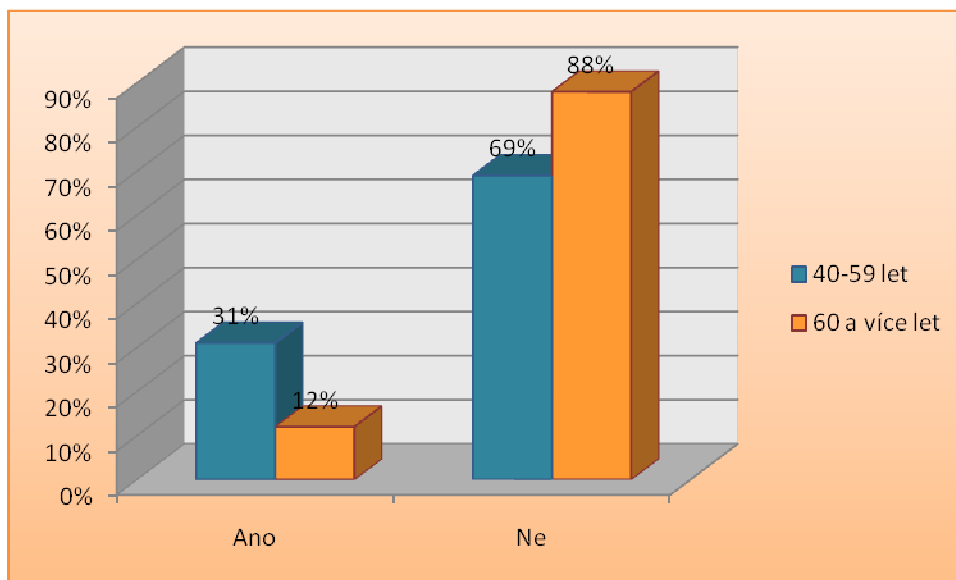
Graf 13B Způsob relaxace – věková kategorie 60 a více let



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi dva nejčastější způsoby relaxace patřil v obou skupinách pohyb a četba knih (vždy podíl více jak 20%). Oblibě se rovněž těšila i kombinace více různých aktivit. Zbývající procenta si rovnoměrným způsobem rozdělili další činnosti, jako např. návštěva kulturního zařízení, návštěva přátel, sledování televize a spánek (v kontrolní skupině) a péče o zahradu (ve skupině seniorů).

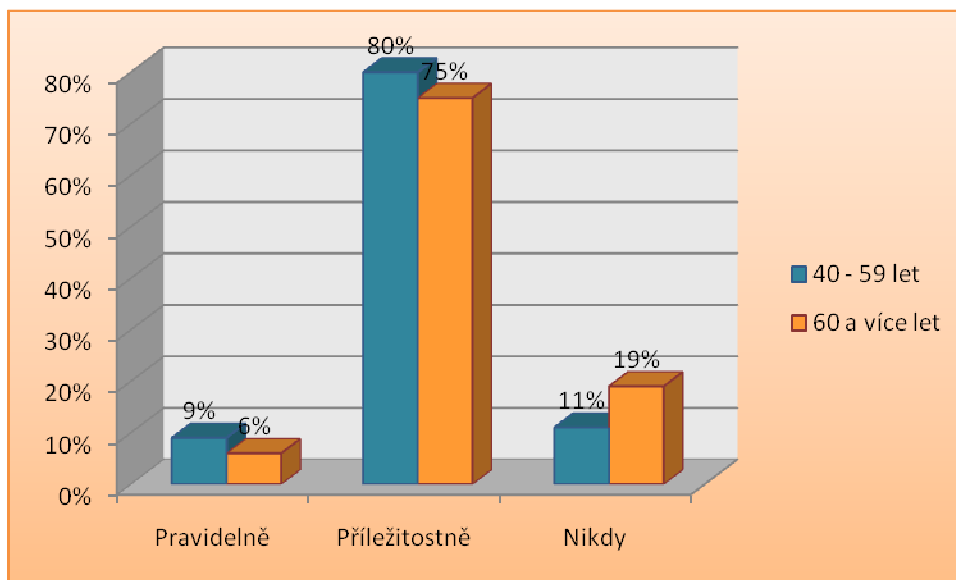
Graf 14 Kouření cigaret



Zdroj: Vlastní výzkum

Přítomnost rizikového faktoru kouření byla častější u věkové kategorie 40 – 59 let, a to v 31% případů. Mezi seniory se kuřáctví vyskytovalo pouze ve 12%. V obou kategoriích tedy jednoznačně převládali nekuřáci.

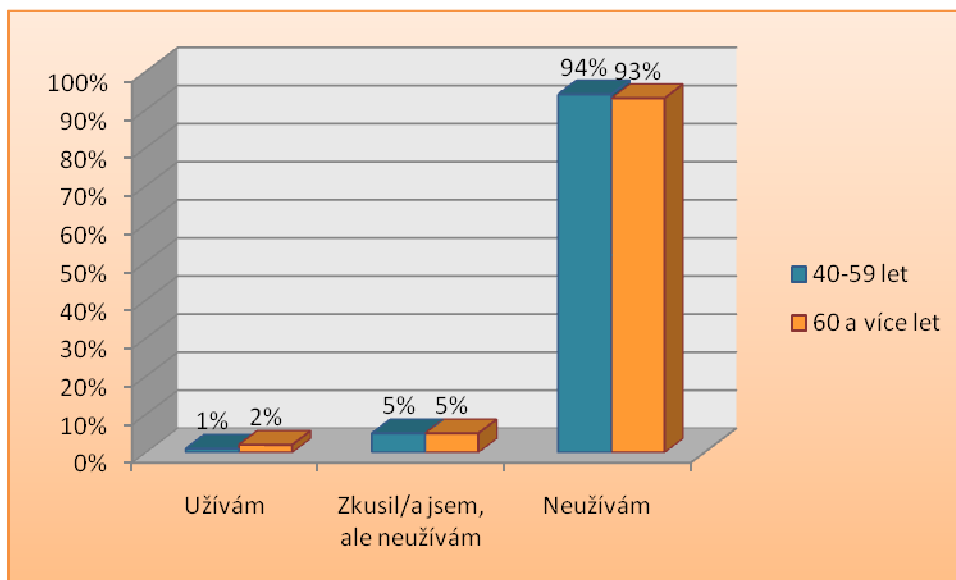
Graf 15 Konzumace alkoholu



Zdroj: Vlastní výzkum

Převážná část respondentů (80% z věkové kategorie 40 – 59 let a 75% seniorů) se označila za příležitostné konzumenty alkoholických nápojů. Podíl abstinentů v kontrolní skupině tvořilo 11% a v cílové skupině 19% dotázaných. Za pravidelné konzumenty alkoholu se považuje pouze 9% zástupců kontrolní skupiny a 6% seniorů.

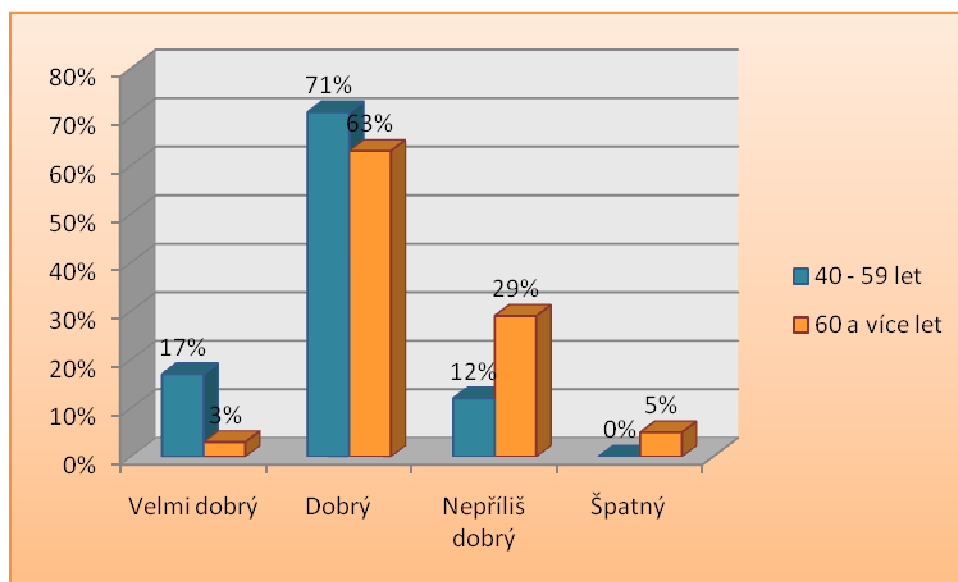
Graf 16 Užívání jiných návykových látek



Zdroj: Vlastní výzkum

Převážná část dotázaných, a to 94% v kontrolní skupině a 93% v cílové skupině, žádné další návykové látky (kromě alkoholu a tabáku) neužívá. 5% v každé kategorii má s těmito látkami alespoň nějakou zkušenost.

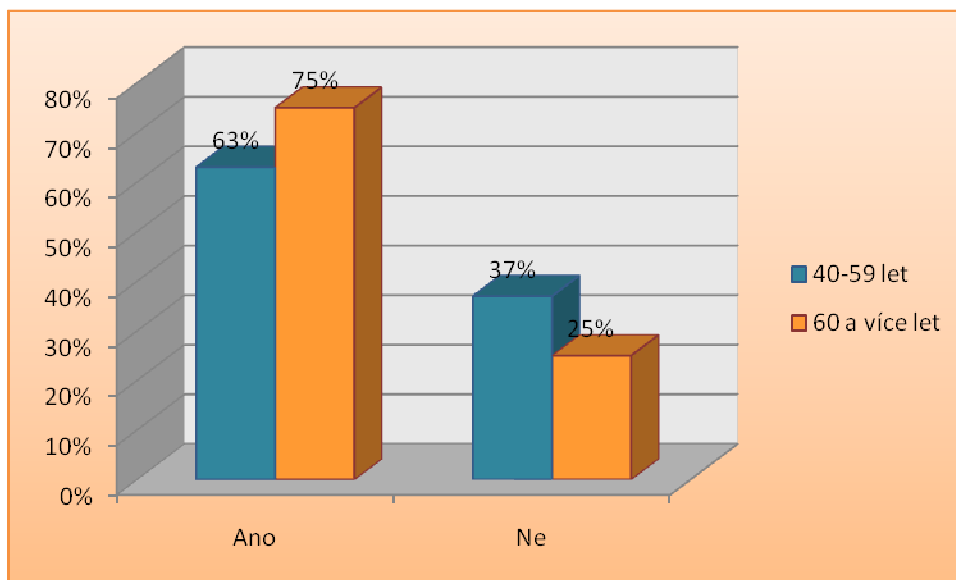
Graf 17 Hodnocení vlastního zdravotního stavu



Zdroj: Vlastní výzkum

V bodě číslo 17 byli respondenti požádáni, aby zhodnotili svůj zdravotní stav. V obou kategoriích shodně převažovalo hodnocení „dobrý“ – ve skupině seniorů uvedlo tuto odpověď 63% a v kontrolním vzorku 71% dotázaných. Ve starší věkové kategorii následovala jako druhá nejčastější varianta hodnocení „nepříliš dobrý“ (29%) a v kategorii mladších respondentů to bylo naopak hodnocení „velmi dobrý“ (17%).

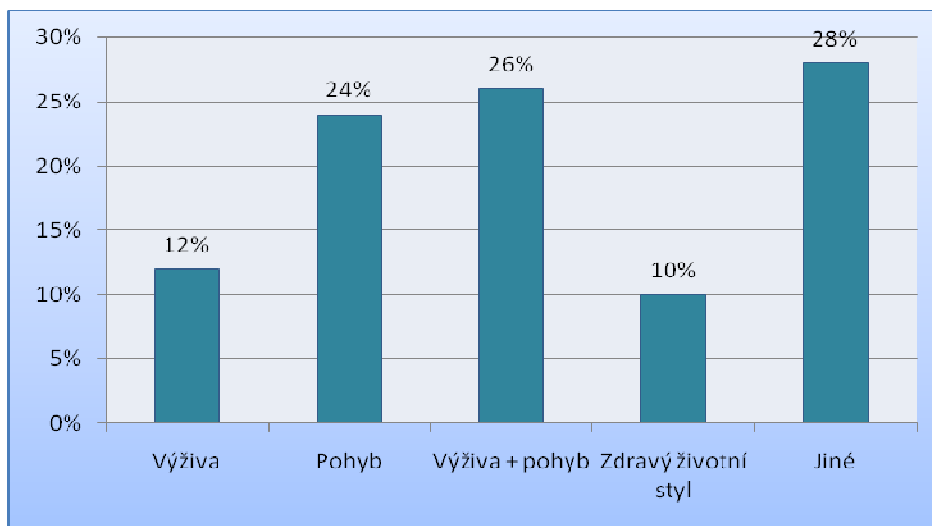
Graf 18a Snaha o zlepšení svého zdravotního stavu



Zdroj: Vlastní výzkum

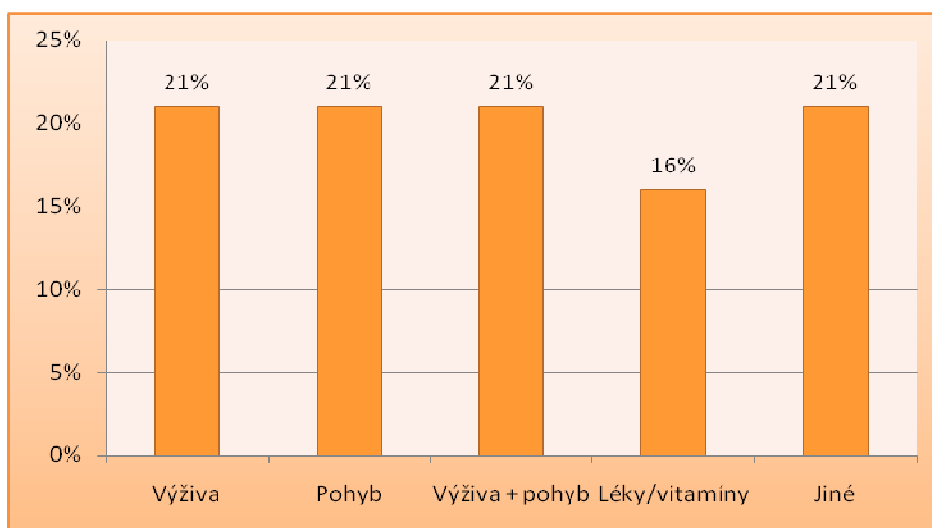
V první části otázky číslo 18 bylo zjišťováno, zda se účastníci výzkumu snaží o zlepšení svého zdravotního stavu. Kladně odpovídalo 75% dotázaných z cílové kategorie seniorů. U věkové skupiny 40 – 59 let byla kladná odpověď zaznamenána v 63%.

Graf 18b A Způsob, jakým se snažím vylepšit svůj zdravotní stav – věková kategorie 40 – 59 let



Zdroj: Vlastní výzkum

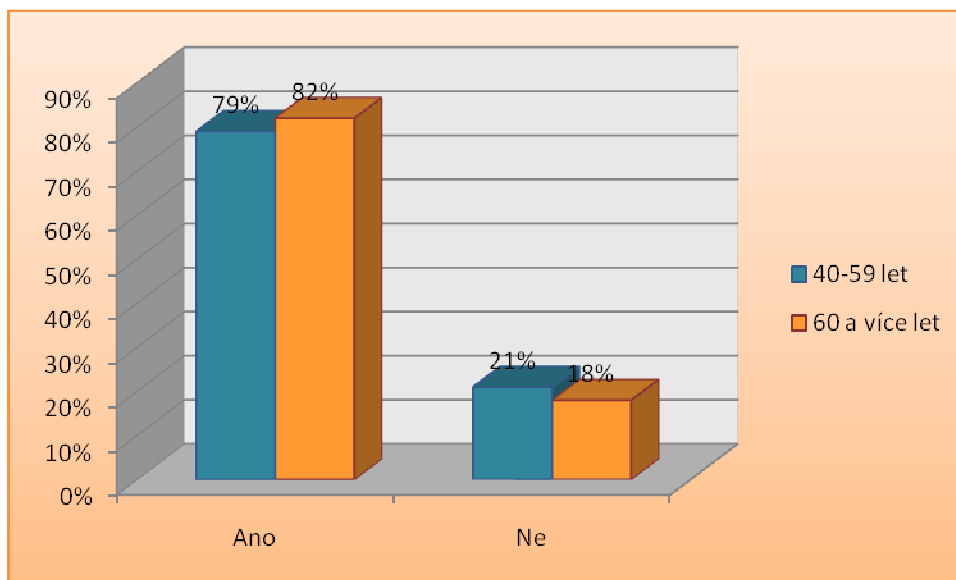
Graf 18b B Způsob, jakým se snažím vylepšit svůj zdravotní stav – věková kategorie 60 a více let



Zdroj: Vlastní výzkum

V druhé části otázky byli požádáni ti respondenti, kteří odpověděli kladně na první část, aby uvedli konkrétní způsob, jak o zlepšení svého zdravotního stavu usilují. Shodně se v obou kategoriích vyskytovaly odpovědi – pohyb, správná výživa, kombinace těchto faktorů a rovněž řada dalších individuálních způsobů. Mezi seniory se jako další prostředek pro zlepšení zdravotního stavu objevilo i užívání léků a vitamínů (16% odpovědí), zatímco věková kategorie 40 – 59 let uplatňuje namísto medikace zdravý životní styl obecně (10%).

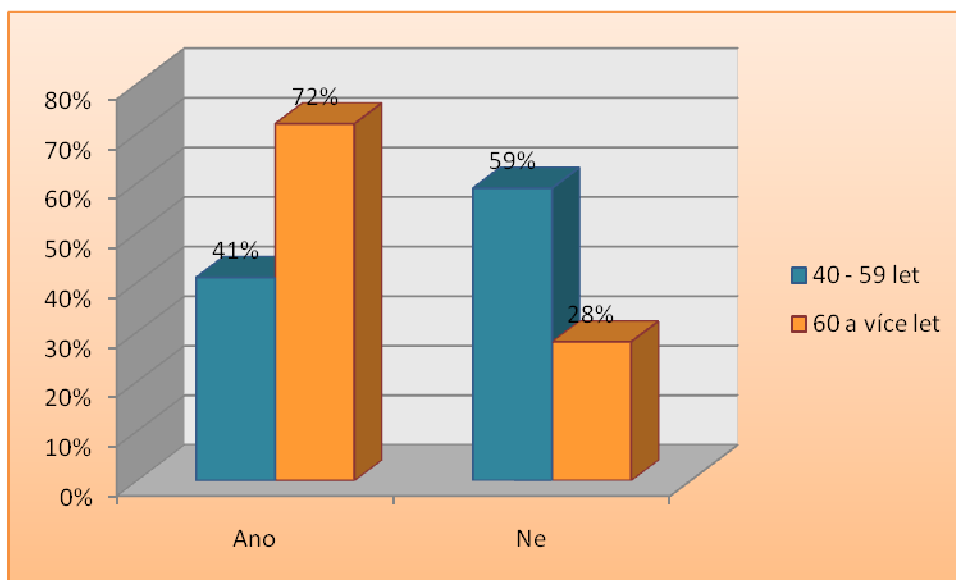
Graf 19a Návštěva preventivních prohlídek



Zdroj: Vlastní výzkum

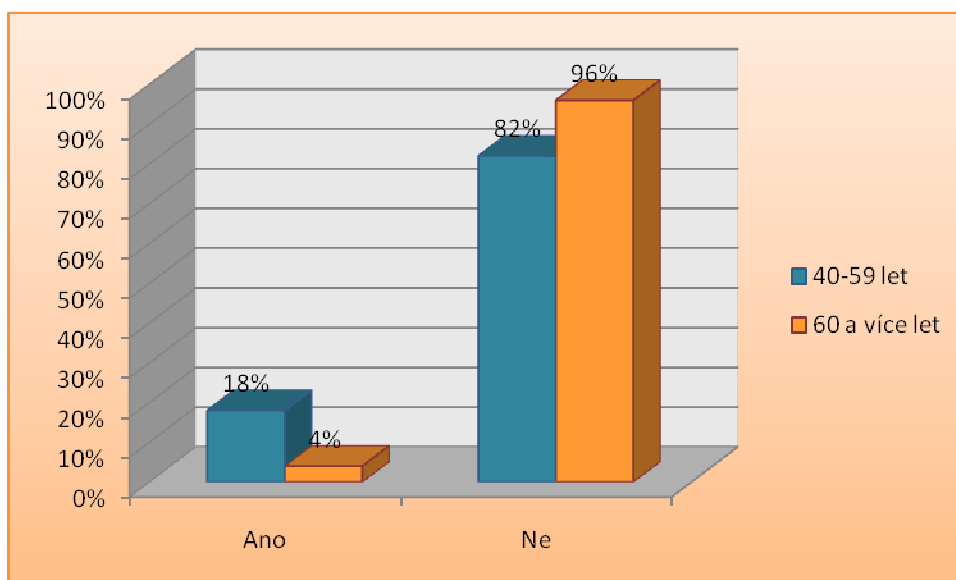
Výzkum prokázal, že 82% seniorů a 79% dotázaných ve věkové kategorii 40 – 59 let se účastní pravidelných preventivních prohlídek. Zbývající část, tedy 18% seniorů a 21% z kontrolní skupiny tyto prohlídky nenavštěvuje.

Graf 19b - 1 Návštěva preventivních prohlídek u praktického lékaře



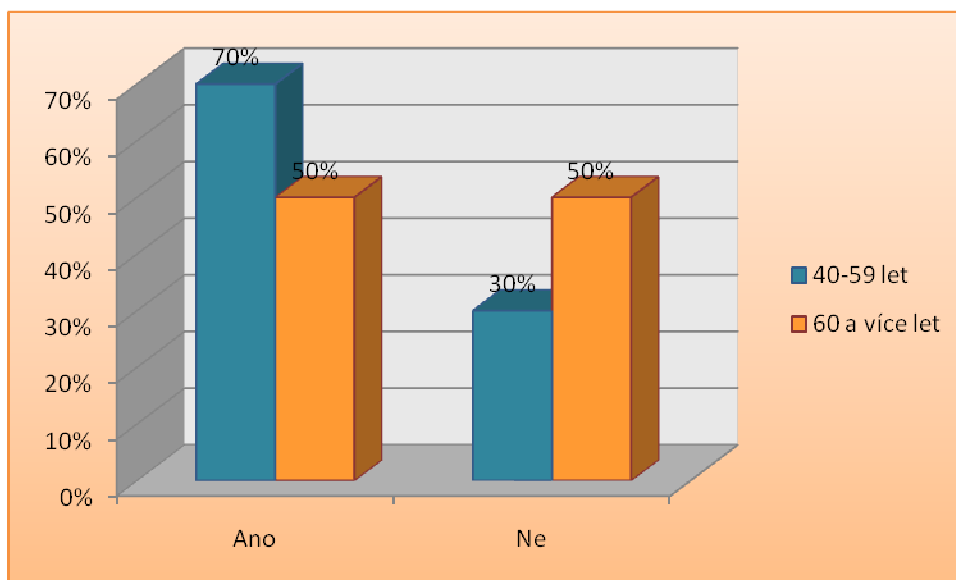
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19b - 2 Návštěva preventivních prohlídek u závodního lékaře



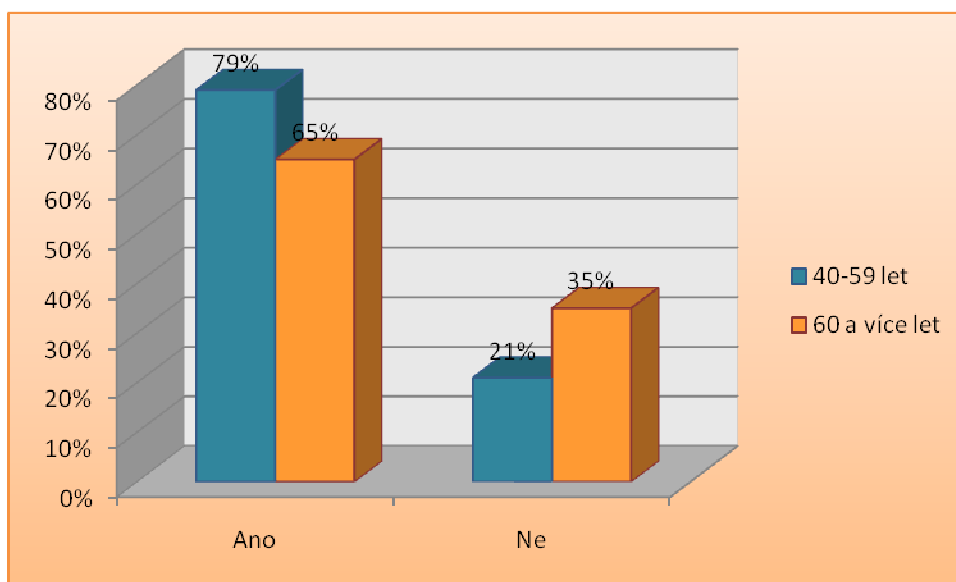
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19b – 3 Návštěva preventivních prohlídek u stomatologa



Zdroj: Vlastní výzkum

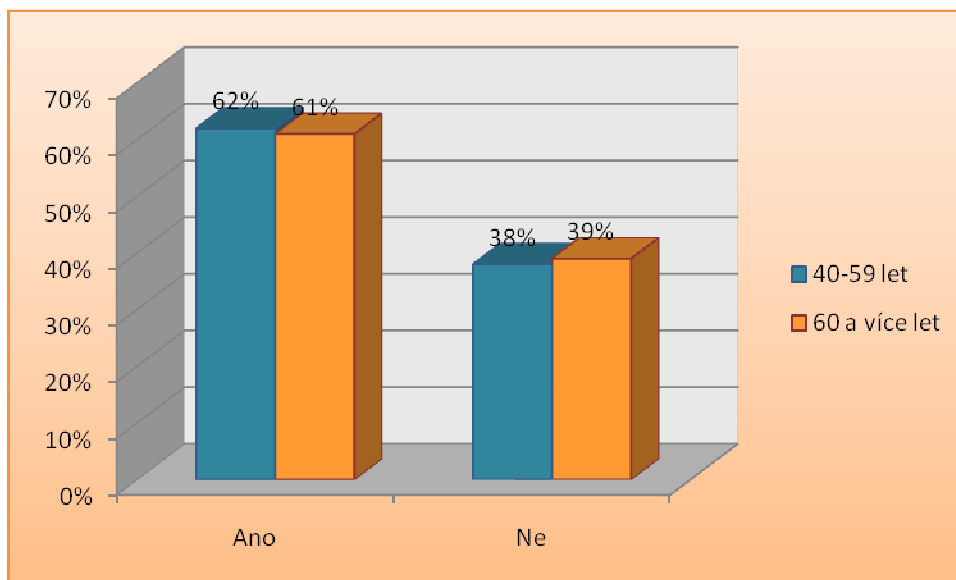
Graf 19b – 4 Návštěva preventivních prohlídek u gynekologa



Zdroj: Vlastní výzkum

V druhé části otázky číslo 19 bylo zjišťováno, kterých preventivních prohlídek se respondenti konkrétně účastní. Výsledky jsou následující - preventivní prohlídky u praktického lékaře navštěvuje 72% dotázaných seniorů a 41% respondentů z kontrolní skupiny, u závodního lékaře je návštěvnost preventivních prohlídek 4% (senioři) a 18% (věková kategorie 40 – 59 let), u stomatologa 50% osob starších 60ti let a 70% osob mladších a gynekologické preventivní prohlídky pravidelně navštěvuje 65% žen z cílové skupiny a 79% žen ze skupiny kontrolní.

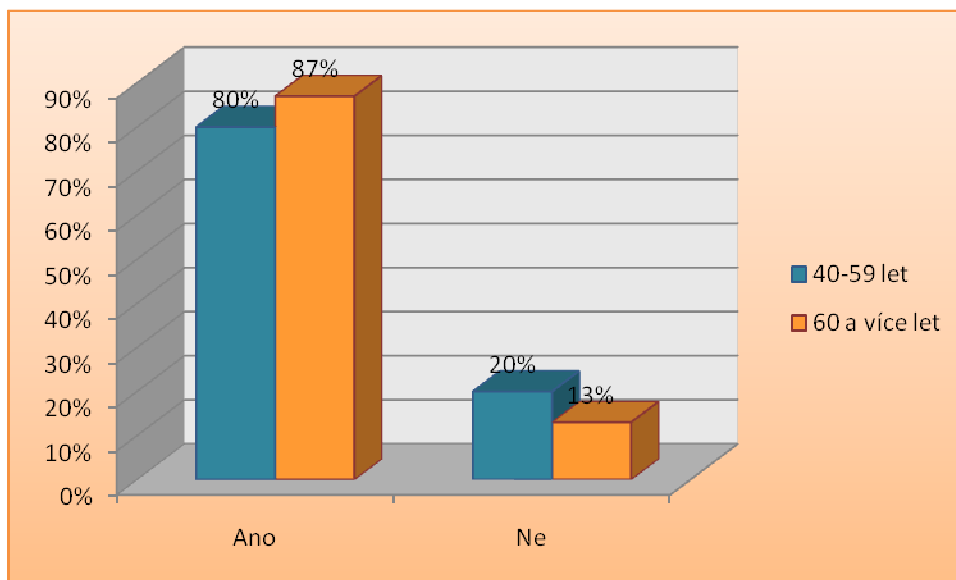
Graf 20 Znalost nároků na preventivní prohlídky



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkum dále prokázal, že více než 60% účastníků dotazování v obou kategoriích zná, na jaké preventivní prohlídky má nárok.

Graf 21 Znalost hodnoty svého krevního tlaku



Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnoty svého krevního tlaku zná 87% dotázaných seniorů a 80% příslušníků ve věkové kategorii 40 – 59 let. Zbývajících 13% a 20% tyto hodnoty neví.

5. Diskuse

Na počátku mé práce stojí tvrzení, že zdravý životní styl a prevence představují nedílnou součást péče o vlastní zdraví. Mým cílem bylo zjistit, jak se k této skutečnosti staví veřejnost – konkrétně skupina seniorů. Ve svém šetření jsem se soustředila na otázku, zda si lidé staršího věku význam zdravého životního stylu a prevence jako prostředku péče o své zdraví uvědomují, zda se jednotlivými doporučeními řídí, nebo zda je odmítají a podceňují.

A proč byli cílovou skupinou zvoleni právě senioři? Hlavní impuls pro tento výběr můžeme hledat v demografickém vývoji společnosti. Není tajemstvím, že naše populace stárne a obdobný trend se očekává i nadále, tudíž je zapotřebí věnovat seniorům zvýšenou pozornost. Lidský život se prodlužuje a v našem zájmu je, aby byl nejen dlouhý, ale především kvalitní. Základní předpoklad pro dosažení tohoto cíle, představuje právě odpovědný přístup k vlastnímu zdraví a nutno dodat, že nikdy není pozdě, abychom se změnou životního stylu začali.

Výzkum, který měl zhodnotit postoje seniorů ke zdravému životnímu stylu a prevenci, jsem prováděla pomocí dotazníků. Dotazována byla jednak cílová skupina osob starších 60ti let, ale zároveň byla ustanovena i kontrolní skupina zahrnující věkovou kategorii 40 – 59 let, za účelem porovnání postojů k vlastnímu zdraví v předdůchodovém a důchodovém věku.

Dotazník obsahoval celkově 25 otázek, přičemž úvodní dvě otázky měly identifikační ráz. Pomocí nich můžeme charakterizovat soubor z hlediska pohlaví a věkové struktury. Jak znázorňují grafy č. 1B a 2B, hlavní výzkumný soubor tvořilo 36% mužů a 64% žen, přičemž 70% respondentů zastupovalo věkovou kategorii 60 – 69 let a zbývajících 30% kategorii nad 70 let. V kontrolní skupině bylo rozložení následující – dle pohlaví: 41% mužů a 59% žen a dle věku: 68% ve skupině 40 – 49 let a 32% ve skupině 50 – 59 let (viz. grafy 1A a 2A).

Další otázky se již vztahovaly přímo k životnímu stylu a hodnocení vlastního zdravotního stavu.

Nejdříve mě zajímalo, zda lidé o zdravý životní styl mají zájem a zda ho také naplňují. Z výzkumu vyplynulo, že velká část (71% seniorů a 60% respondentů středního věku) projevuje alespoň snahu žít zdravěji, ale ne vždy jsou v dodržování jednotlivých zásad úspěšní. 22% seniorů a 30% zástupců kontrolní skupiny již úspěšných je. Našla se ale i část respondentů (konkrétně 7% seniorů a 10% ve věkové kategorii 40-59 let), kteří zdravý životní styl přímo odmítají. Jak je vidět, populace středního věku patří v naplňování hodnot zdravého životního stylu k úspěšnějším, ale významné rozdíly v tomto ohledu mezi jednotlivými věkovými skupinami neshledávám. Pro všechny platí především předpoklad - být ve své snaze důslednější.

V dalším bodu dotazníku se měli respondenti vyjádřit ke své hmotnosti. Jednalo se o subjektivní posouzení, nikoliv o hodnocení na základě objektivních ukazatelů, jako je např. BMI. Výsledky jsou následující – 53% seniorů považuje svoji hmotnost za normální, 42% uvádí, že trpí nadváhou a zbývajících 5% má podváhu. Téměř totožné je rozložení výsledků i v kontrolní skupině (znázorněno na grafu 4). Oproti obdobnému průzkumu, který prováděla Semencová (41), jsou tyto závěry poněkud příznivější. Rozdíly mohou být způsobeny jednak tím, že výzkumný soubor Semencové dosahoval vyššího věkového průměru a zejména proto, že výsledné hodnoty byly stanoveny na základě BMI, tudíž se mohl významným způsobem projevit i fakt, že společnost si mnohdy svoji nadváhu nepřipouští a vidí se lépe, než tomu ve skutečnosti je.

Skupina otázek 5 - 9 směřovala k zjišťování faktů hodnotících stravovací zvyklosti respondentů. Zajímalo mě, kolikrát denně a kde převážně se senioři stravují, jak často do svého jídelníčku zařazují ovoce a zeleninu a jaký je jejich pitný režim.

Na základě odpovědí z průzkumu bylo zjištěno, že nejčastější místo pro stravování představuje domov – uvedlo ho 81% seniorů. Za zmínku ještě stojí 9% seniorů, kteří domácí stravu doplňují stravováním v závodní jídelně. Ostatní možnosti lze zanedbat. Domov byl rovněž nejčastější odpovědí i ve věkové kategorii 40 – 59 let (preferovalo ho 59%). Následovalo stravování v závodní jídelně či v zaměstnání obecně. Podrobněji výsledky znázorňuje a porovnává graf 6. Zjištěný rozdíl mezi

jednotlivými skupinami je opodstatněný především faktem, že lidé starší 60ti let tráví doma více času a do zaměstnání chodí jen malé procento z nich.

Rozdíly byly zaznamenány i v četnosti stravování. U seniorů patřilo k nejčastějším odpovědím 3 jídla během dne (27%), dále pak 5 jídel (23%) a 4 jídla (22%). Stejně odpovědi zaplňují první tři pozice i v kontrolní skupině, liší se však jejich pořadí. V této kategorii se nejčastěji, a to v 31%, setkáváme s 5 jídly za den, následuje stravování 4 x během dne (uvedlo tak 27% dotázaných) a dále 3 x denně (14% odpovědí). Úplné rozvrstvení jednotlivých odpovědí znázorňuje graf 5. Výsledné rozdíly lze přisuzovat spíše náhodě, neshledávám mezi nimi příčinnou souvislost.

Mezi významné prvky správného stravování bezesporu patří dostatečný příjem ovoce a zeleniny. Jak se daří tuto skutečnost naplňovat, zjišťovala otázka č. 7. Výsledky uvádí, že 54% seniorů konzumuje ovoce a zeleninu denně, 33% 2 - 3 x za týden, 10% 1 x týdně a zbývající 3% méně často. Obdobné je rozložení odpovědí i ve věkové kategorii 40 – 59 let (viz. graf 7). Vzhledem k tomu, že doporučené množství pro příjem ovoce a zeleniny se pohybuje okolo 400 – 500 g za den, nelze tento výsledek považovat za vyhovující.

Další dvě otázky se zaměřovaly na pitný režim. Všeobecně lze dle odpovědí konstatovat, že příjem tekutin je spíše podprůměrný, ale z hlediska skladby nápojů poměrně uspokojivý.

28% seniorů vypije v průběhu dne 1, 5 litru tekutin, 27% uvádí 2 litry a 25% 1 litr a méně, tedy nedostačující množství. Dalo by se říci, že na vině je jedna z typických vlastností, kterou lze pozorovat u starších lidí, a to ztráta pocitu žízně. Ale vzhledem k 20% zástupců mladší věkové skupiny, kteří rovněž uvádí jako obvyklé množství vypitých tekutin za den hodnotu 1 litr a méně, jde spíše o všeobecný trend naší společnosti.

Z hlediska preferovaných nápojů převažovala voda a čaj. Jednak samostatně – čaj uvedlo 38% seniorů, vodu 22% a dalších 14% tyto dva nápoje kombinuje. Zbývajících 26% seniorů uvádělo buď jiné kombinace (často se vyskytovala např.

slazená či neslazená minerální voda), pivo nebo slazené nápoje. V podobném duchu se nesla oblíbenost jednotlivých nápojů i v kontrolní skupině. Pouze voda a čaj dosáhly rovnoměrnějšího výsledku.

Ze získaných hodnot lze pozorovat, že ani v jedné skupině nebyla zaznamenána významná převaha slazených nápojů, což je zajisté dobře. Troufám si ale odhadnout, že v dětské věkové kategorii a mezi mladými lidmi by výsledek již tak uspokojivý nebyl, ba naopak, mohlo by se jednat o závažný problém.

Přesné rozložení jednotlivých odpovědí týkajících se pitného režimu znázorňují a obě skupiny porovnávají grafy 8 a 9.

Další součástí výzkumu byly otázky zaměřené na pohybovou aktivitu respondentů. Stejně tak jako výživa, představuje pravidelný pohyb významnou a nepostradatelnou součástí zdravého životního stylu. Přináší s sebou totiž řadu pozitivních účinků na naše zdraví. Nutno ale dodat, že k dosažení příznivého vlivu je zapotřebí, aby druh pohybu a jeho intenzita zohledňovaly věk, fyzické dispozice a zdravotní stav člověka.

Já jsem zjišťovala, zda se respondenti nějaké pohybové aktivitě věnují a pokud ano, tak jak často a které. Musím říci, že výsledky jsou alarmující, ale bohužel ne překvapivé. Pohybovou aktivitu provozuje pouze 30% seniorů (v kontrolním vzorku je výsledek lehce pozitivnější – pohyb je vlastní 37% respondentů). Zbývajících 70% seniorů a 63% zástupců věkové kategorie 40 – 59 let pravidelný pohyb odmítá. Jiného názoru je ale Horňáková a Martínková, které ve svém výzkumu uvádí, že pravidelné pohybové aktivitě se vyhýbá pouze 31% seniorů (15). Tento rozdíl může být způsoben např. odlišným výkladem a chápáním pojmu „pohybová aktivita“.

Pojďme se nyní zaměřit na ty respondenty, kteří odpovídali kladně. Jejich úkolem bylo dále specifikovat, jaký druh pohybové aktivity provozují a s jakou četností se jí věnují. Mezi seniory jsme mohli nejčastěji zaznamenat kombinaci více druhů pohybových aktivit (uvedlo tak 32% dotázaných), přičemž se jednalo převážně o turistiku nebo cyklistiku, jež doplňovalo např. lehké cvičení, plavání apod. Turistika a

cyklistika nechyběly ani mezi jednotlivě uváděnými pohybovými aktivitami, kde se dále vyskytovaly tyto odpovědi: jóga (13%), plavání (10%) a 13% jiných odpovědí. Oproti výsledkům průzkumu v cílové kategorii seniorů byla škála provozovaných pohybových aktivit v kontrolní skupině výrazně pestřejší. Nejvyšší obliby dosáhla cyklistika, ale pozitivní ohlasy zaznamenala i řada dalších sportů. Jmenovat můžeme např. tenis, lyžování, aerobic, posilování, hokej, plavání, tanec atd. S nadsázkou by se dalo říci, co člověk, to jiná záliba.

Zjištěný rozdíl v rozmanitosti provozovaných pohybových aktivit mezi skupinou osob nad 60 let a věkovou kategorií 40 – 59 let je zcela pochopitelný. Demonstruje pouze skutečnost, že vyšší věk s sebou přináší jistá omezení a přizpůsobení charakteru pohybové aktivity je jednoznačně jedinou a správnou možností.

A jak je to s pravidelností provozování sportovní činnosti v jednotlivých kategoriích? I v tomto případě byl zaznamenán rozdíl. Zatímco senioři se zvolené pohybové aktivitě věnují nejčastěji 2 – 3 x týdně a 1 x týdně (každá z možností uvedena shodně ve 32%), mezi zástupci kontrolní skupiny získala jednoznačnou převahu odpověď 2 – 3 x týdně (48%). S 30% následovala rovněž odpověď 1 x týdně. Za zmínku ještě stojí rozdíl, který lze pozorovat u varianty, kdy je pohybová aktivita provozována denně. Pro tuto možnost se vyjádřilo 23% seniorů a pouze 10% respondentů věkové kategorie 40 – 59 let.

Veškeré získané informace, které se vztahují k problematice pohybové aktivity, shrnují grafy 10a – c.

Ke zdravému životnímu stylu patří rovněž i péče o duševní rovnováhu. Svoji roli zde hraje především spánek a relaxace. Ve svém průzkumu jsem hodnotila oba tyto aspekty.

Z hlediska spánku jsem se zajímala o jeho délku a rovněž i kvalitu. Celkově lze konstatovat, že zatímco spánek seniorů dosahuje oproti kontrolní skupině v průměru vyšší časové dotace (nejčastěji uváděny odpovědi 7, 8 a 9 a více hodin), jeho kvalita je

nižší. Za nekvalitní považuje svůj spánek 32% seniorů (oproti 20% mladší věkové kategorie). Znázornění naleznete na grafech 11 a 12.

Dalším bodem mého zájmu byla již zmiňovaná relaxace a způsob odpočinku. Respondenti měli odpovídat na otázku, jakým způsobem relaxují, přičemž mohli vybírat z několika konkrétních možností (pohyb, četba, kultura, přátelé) nebo uvádět vlastní názory. Nejvyšší oblibě se v obou skupinách těšil pohyb (21% seniorů a 22% v kontrolní skupině) a četba knih (28% seniorů a 22% v kontrolní skupině). Paradoxem je, že jsem se poměrně často setkala s dotazníky, kde respondenti uvádí jako způsob relaxace pohyb, ale na otázku, zda provozují nějakou pohybovou aktivitu, odpovídají negativně. Což může vysvětlovat i rozdílný výsledek v otázce pohybové aktivity oproti Horňákové a Martínkové (15).

Další možnosti relaxace byly ve výzkumu zastoupeny poměrně rovnoměrně. Respondenti nejčastěji uváděli např. práci na zahrádce (oblíbené především ve skupině seniorů), sledování televize a v kontrolní skupině se často vyskytoval i spánek. 15% seniorů a 19% zástupců věkové kategorie 40 – 59 let jednotlivé aktivity kombinuje a střídá (viz. grafy 13A a 13B).

Ve výzkumu byla rovněž zjišťována i přítomnost rizikových faktorů prostředí, jakými jsou kouření, alkohol a jiné návykové látky. Výsledky jsou následující.

Přítomnost rizikového faktoru kouření se častěji vyskytovala v kontrolní skupině (31% kuřáků). Mezi seniory kouřilo pouze 12% respondentů, z čehož vyplývá, že v 88% se jednalo o nekuřáky. To je ještě pozitivnější výsledek, než uvádí Semencová (41).

Ohledně konzumace alkoholu se převážná část respondentů obou kategorií (konkrétně 75% seniorů a 80% v kontrolní skupině) označila za příležitostné konzumenty. Dalších 19% seniorů a 11% zástupců věkové kategorie 40 – 59 let patří mezi abstinenty a zbývajících 6 a 9% konzumuje alkohol pravidelně. Troufám si říct, že se jedná o poněkud podhodnocený výsledek, jelikož mnoho lidí nepovažuje pivo (popř. víno) za alkohol.

Z hlediska užívání dalších návykových látek byl závěr zcela jednoznačný. Více jak 90% respondentů v obou kategoriích tyto látky neužívá.

Podrobněji se přítomnosti rizikových faktorů věnují grafy 14 – 16.

Poslední série otázek se týkala zdravotního stavu a preventivních prohlídek. V bodě 17 měli respondenti subjektivně zhodnotit svůj zdravotní stav. Zde se mezi jednotlivými skupinami projevil rozdíl. V obou kategoriích shodně převládal názor „dobrý“ (zaznamenáno v 63% mezi seniory a v 71% v kontrolní skupině). Další hodnocení bylo ale již rozdílné. Zatímco v cílové skupině se jako druhá nejčastější odpověď vyskytovalo hodnocení „nepříliš dobrý“ (29%), v kontrolní skupině to bylo označení „velmi dobrý“ (17%). Příčinu takového výsledku lze jednoznačně shledávat ve vyšším výskytu nejrůznějších zdravotních komplikací ve stáří. Hodnocení znázorňuje graf 17.

V další části se měli respondenti vyjádřit, zda se snaží o zlepšení svého zdravotního stavu a pokud ano, tak jakým způsobem. Kladně odpovídalo 75% seniorů a 63% osob v kontrolní skupině. Tento výsledek může částečně vypovídat o tom, že se o nápravu snažíme více až v okamžiku, kdy je něco v nepořádku.

Nejčastějšími prostředky pro zlepšení zdravotního stavu byly především pohyb, zdravější stravování a vzájemná kombinace těchto faktorů, a to shodně v obou skupinách (viz. graf 18). Ve věkové kategorii nad 60 let jsme se dále oproti kontrolní skupině mohli setkat s užíváním léků a vitamínů (uvedlo tak 16%). Vyskytovala se i řada individuálních způsobů pro dosažení lepšího zdravotního stavu. Jmenovat můžu např. masáže, bylinky, pozitivní myšlení, omezení kouření a konzumace alkoholu, prevence atd.

Výzkum dále zjišťoval návštěvnost preventivních prohlídek. Výsledky se zdají být poměrně pozitivní. Preventivních prohlídek všeobecně se účastní 82% seniorů a 79% zástupců kontrolní skupiny. Je tomu ale opravdu tak?

Ti respondenti, kteří odpovídali na první část otázky kladně, měli dále uvést, které preventivní prohlídky konkrétně podstupují. Výsledky jsou následující.

Prohlídek u praktického lékaře se zúčastňuje 72% seniorů (v kontrolní skupině to bylo jen 41%), závodní preventivní péči jsou podrobena 4% seniorů a 18% zástupců věkové kategorie 40 – 59 let, stomatologa za účelem prevence navštěvuje 50% osob starších 60ti let a 70% respondentů v kontrolní skupině. Gynekologických preventivních prohlídek se pravidelně účastní 65% žen z cílové skupiny seniorů a 79% žen z mladší věkové kategorie.

Výsledné hodnoty týkající se návštěvnosti preventivních prohlídek znázorňují grafy 19a a 19b 1 - 4.

Ohledně preventivních prohlídek mě dále zajímalo, zda lidé alespoň vědí, bez ohledu na to jestli se jich účastní, na jaká vyšetření mají nárok. Informovanost respondentů zaznamenala stejný výsledek v obou kategoriích – své nároky zná lehce přes 60% dotázaných (viz. graf 20).

Poslední otázka byla zaměřena na znalosti o vlastním zdravotním stavu. Za reprezentativní ukazatel byla zvolena hodnota krevního tlaku. Zná ji 87% respondentů cílové skupiny a 80% z kontrolní skupiny.

6. Závěr

Ve své diplomové práci jsem se věnovala problematice zdravého životního stylu a prevence. Konkrétním cílem byl monitoring zájmu seniorské populace o vlastní zdravotní stav v souvislosti s jejím životním stylem a přístupem k prevenci. Zvolený cíl byl naplněn. Navíc bylo provedeno srovnání populace seniorů s kontrolním vzorkem populace ve věku 40 – 59 let. Podklad pro výzkum tvořily údaje získané od respondentů prostřednictvím dotazníků. Průzkum byl proveden ve středočeském městě Sedlčany.

Na počátku byla stanovena tři základní tvrzení: 1. Senioři se snaží zlepšit svůj zdravotní stav zdravým životním stylem. 2. Senioři sami aktivně nežadají provedení preventivní prohlídky u svého praktického lékaře. a 3. Senioři mají znalosti o svém zdravotním stavu. Z nich byly dále vytvořeny hypotézy, které splňují předpoklady pro statistické testování. V tomto případě jsem použila test hypotéz o parametru p rozdělení $A(p)$. Výsledky testování uvádím v části 2 – cíl práce a hypotézy.

Na základě získaných informací od respondentů lze konstatovat, že seniorská populace si význam zdravého životního stylu a prevence uvědomuje, ale ne vždy je schopna jednotlivá doporučení dodržovat. Mezi hlavní problémy bych zařadila zejména absenci pohybové aktivity a nedostatečný pitný režim, naopak příznivých výsledků dosahoval průzkum v oblasti preventivních prohlídek.

A jak může společnost pomoci občanům se změnou životního stylu na úroveň tzv. zdravého životního stylu? Ani nadále bychom neměli podceňovat osvětu a neustálé připomínání zásad zdravého životního stylu a toho, jak s jeho pomocí můžeme kladně ovlivnit své zdraví. Nicméně nejdůležitější prvek, který ve společnosti chybí, je především motivace. Jednu z možností, jak ji získat, bych shledávala např. v podpoře organizovaných aktivit, a to zejména v malých městech a na vesnicích, kde mnohdy chybí. Je sice pravda, že odpovědnost za své zdraví si nese především každý sám, ale v popředí zájmu podpory zdraví by měla stát pomoc lidem správně si zvolit životní styl vedoucí ke zdraví, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí a posilovat sociální vazby.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ANDERS, M. *Stres*. [online] 2007. [cit. 22. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.ordinace.cz/clanek/stres/>>.
2. BURIANOVÁ, T. *Co jsou to vitamíny?* [online] 2007. [cit. 21. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.ordinace.cz/clanek/co-jsou-to-vitaminy/>>.
3. *Cervikální screening v České republice*. [online] 2009. [cit. 12. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening--ceska-republika>>.
4. *Co je cervikální screening?* [online] 2009. [cit. 12. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening>>.
5. *Co je kolorektální screening?* [online] [cit. 12. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening>>.
6. ČERMÁK, B., et al. *Výživa člověka*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2002. 224 s. ISBN 80-7040-576-7.
7. ČEVELA, R. – ČELEDOVÁ, L. – DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
8. DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009. 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
9. DOUBEK, P. *Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře*. [online] 2006. [cit. 23. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931>>.
10. ETTINGER, W. H. – WRIGHT, B. S. – BLAIR, S. N. *Fit po 50. Aktivním životem k dobré kondici a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-2203-0.
11. FOŘT, P. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 184 s. ISBN 80-247-1057-9.
12. GRUBER, J. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2002. 120 s. ISBN 80-213-0944-X.

13. *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. [online] [cit. 21. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/Document/E92820.pdf>>.
14. HOLČÍK, J., et al. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
15. HORŇÁKOVÁ, M. – MARTÍNKOVÁ, V. *Aktivní život seniorů*. [online] 2009. [cit. 29. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/aktivni-zivot-senioru-448176>>.
16. HRSTKOVÁ, H., et al. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 77 s. ISBN 80-7013-385-6.
17. HUBER, J. – BANKHOFER, H. – HEWSON, E. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 120 s. ISBN 978-80-247-2486-7.
18. KALVACH, Z., et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl gerontologie obecná a aplikační*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
19. KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
20. KEBZA, V. *Zvládnutí stresu*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. 30 s. ISBN 80-7071-042-X.
21. KLINGEMANN, H. *Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension*. [online] 2001. [cit. 20. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/document/E76235.pdf>>.
22. KOLOUCH, V. *Nebezpečné zkratky*. [online] 2007. [cit. 25. 4. 2010]. Dostupné z <http://www.fitnet.cz/index.php?&desktop_back=clanky&action_back=&id_back=29&desktop=clanky&action=view&id=144>.
23. KOMÁREK, L. *Hodnocení pohybové aktivity*. [online] 2007. [cit. 15. 3. 2010]. Dostupné z <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/hodnoceni-pohybove-aktivity>>.
24. KRÁLÍKOVÁ, E. *Léčba závislosti na tabáku*. [online] 2007. [cit. 20. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/tabak.html>>.

25. KROPÁČ, J. *Aplikovaná statistika*. 1. vyd. Brno: Vysoké učení technické, 2004. 140 s. ISBN 80-214-2737.
26. KRUŽEJ, E. *Mentální hygiena*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 50 s. ISBN 80-7184-674-0.
27. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
28. MACHOVÁ, J., et al. *Výchova ke zdraví pro učitele*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0.
29. MÁLKOVÁ, I. *Pitný režim*. [online] 2009. [cit. 13. 3. 2010]. Dostupné z <http://www.stob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=156>.
30. *Mamografický screening v České republice*. [online] 2009. [cit. 12. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening--ceska-republika>>.
31. MATOUŠ, M., et al. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
32. MORÁŇ, M. *Spánková hygiena*. [online] [cit. 19. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.nespavost.cz/pro-lekare/spankova-hygiena.html>>.
33. MUŽÍK, V. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole*. 1. vyd. Brno: Paido, edice pedagogické literatury, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-156-0.
34. ONDRUŠOVÁ, J. *Měření kvality života u seniorů*. [online] 2009. [cit. 20. 4. 2010]. Dostupné z <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf>.
35. OŠANCOVÁ, K. *O výživě aktuálně a se zárukou*. 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu, 1998. 69 s.
36. PEŠTÁLOVÁ, M. *Toxikologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 37 s. ISBN 80-7013-382-1.
37. PETERKOVÁ, M. *Spánek z hlediska neurofyzologie*. [online] 2008. [cit. 19. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.psyx.cz/texty/neurofyzologie-spanku.php>>.
38. PETRÁSEK, R. *Co dělat, abychom žili zdravě*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2004. 128 s. ISBN 80-7021-711-1.

39. *Program kolorektálního screeningu v České republice*. [online] [cit. 12. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening--ceska-republika>>.
40. PROVAZNÍK, K. – KOMÁREK, L., et al. *Manuál prevence v lékařské praxi – souborné vydání*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova ve spolupráci se SZU Praha a MŠMT, 2003, 2004. 736 s. ISBN 80-7168-942-4.
41. SEMENCOVÁ, V. *Životní styl stárnoucí populace – diplomová práce*. [online] 2007. [cit. 29. 4. 2010]. Dostupné z <http://is.muni.cz/th/204426/lf_m/>.
42. *Seznamte se – je tu nový recept na dobrou noc, dobré ráno, dobrý den*. [online] 2008. [cit. 21. 4. 2010]. Dostupné z <http://www.dobry-spanek.cz/dokumenty/medical_tribune.jpg>.
43. SCHUSTER, J. *Krok k výchově, krok ke zdraví III. díl*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 24 s. ISBN 978-80-7394-084-3.
44. *Sleep hygiene – Nature of Sleep and its Disorders*. [online] 2007. [cit. 21. 4. 2010]. Dostupné z <<http://sleep.health.am/sleep/more/sleep-hygiene/>>.
45. *Složení tabákového kouře*. [online] [cit. 20. 4. 2010]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony>.
46. SMĚKAL, V. *Kvalita života ve stáří*. [online] [cit. 20. 4. 2010]. Dostupné z <www.litomysl.cz/php...vladimir_smekal_csc_-_kvalita_zivota_ve_stari.ppt>.
47. *Smoking – The Facts. Reference Summary*. [online] 2006. [cit. 21. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/smokingthefacts/hp099203.pdf>>.
48. SMOLÍK, P. *Spánek a sny – neurofyziologie, neuroanatomie, neurochemie, cirkadiánní rytmicita, evoluce*. [online] [cit. 19. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH202/08.htm>>.
49. SOUMAR, L. *Jak si zlepšit kondici pohybem*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997.
50. SOVINOVÁ, H. – CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
51. STEJSKAL, P. *Proč a jak se zdravě hýbat*. 1. vyd. Břeclav: Presstempus, 2004. 125 s. ISBN 80-903350-2-0.

52. STREJČKOVÁ, A., et al. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007. 112 s. ISBN 978-80-7168-943-0.
53. ŠPONAR, D. *Rozvržení aerobní zátěže*. [online] [cit. 15. 3. 2010]. Dostupné z <<http://www.cvicime.cz/cviceni-praha/plan/aerobne/uvod.html>>.
54. ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 92 s. ISBN 80-246-0788-3.
55. TLÁSKAL, P. *Příjem vody je základní podmínkou našeho života*. [online] 2006. [cit. 15. 3. 2010]. Dostupné z <<http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/prijem-vody-je-zakladni-podminkou-naseho-zivota.html>>.
56. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. – HONZÁK, R. *Stres, eustres a distres*. [online] 2008. [cit. 23. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>>.
57. VELIKOVSKÝ, Z., et al. *Vybraná témata z hygieny životního prostředí*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2007. 186 s. ISBN 978-80-7040-945-9.
58. VIGNEROVÁ, J. – BLÁHA, P. *Sledování růstu českých dětí a dospívajících. Norma, vyhublost, obezita*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav a Univerzita Karlova, 2001. 173 s. ISBN 80-7071-173-6.
59. VONDRUŠKA, V. – BARTÁK, K. *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*. 1. vyd. Hradec Králové: Klinika tělovýchovného lékařství FN a LFUK, 1999. 28 s. ISBN 80-238-4536-5.
60. VOŽEH, F. *Kouření očima patofyziologa*. [online] 2005. [cit. 20. 4. 2010]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=nemoci_zpusobene_kourenim&typ=clanky&vypsat=1306>.
61. VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
62. *Vyhláška č. 3/2010*, o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek.
63. *Vyhláška č. 386/2007*, kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispensární péče, časové rozmezí dispensárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře.

64. WEBER, P., et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
65. *What is screening?* [online] [cit. 22. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.nsu.govt.nz/about/What-is-Screening.asp>>.
66. *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění*.
67. *Zdravější životní styl*. [online] [cit. 14. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zdravejsi-zivotni-styl>>.
68. *Zdravé stárnutí. Výzva Evropě*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008. 34 s. ISBN: 978-80-7071-302-0.
69. *Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. [online] [cit. 14. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>.
70. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online] [cit. 25. 4. 2010]. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.
71. *Zdravý spánek = zdravý životní styl*. [online] 4. 10. 2009. [cit. 19. 4. 2010]. Dostupné z <<http://www.hyperbola.cz/index.php/Zdravy-spanek=-zdravy-zivotni-styl?ac=0>>.

8. Klíčová slova

Zdraví

Životní styl

Podpora zdraví

Prevence

Senioři

9. Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Potravinová pyramida

Příloha č. 3 Graf závislosti vhodné tepové frekvence při pohybové aktivitě na věku

Příloha č. 4 Vliv nefarmakologické intervence na zdraví

Příloha č. 1 Dotazník

DOTAZNÍK – ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A PREVENCE

Dobrý den,

jsem studentkou Jihočeské univerzity a touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Týká se zdravého životního stylu a prevence. Je zcela anonymní, tudíž se nemusíte ničeho obávat. Jeho vyplnění Vám zabere jen pár minut.

Předem děkuji za Vaši ochotu.

- 1. Pohlaví:** muž žena
- 2. Věk:** 40-49 let 50-59 let 60-69 let 70 let a více

3. Myslíte si, že žijete zdravě?

- a) ano, snažím se o to a daří se mi to
- b) snažím se, ale moc mi to nejde
- c) nemám zájem žít zdravě

4. Jak hodnotíte svoji hmotnost?

- a) podváha
- b) normální váha
- c) nadváha

5. Kolikrát za den

jíte?.....

6. Kde se během dne nejčastěji stravujete?

- a) doma
- b) závodní jídelna
- c) restaurace
- d) rychlá občerstvení
- e) jiná možnost (uveďte).....

7. Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

- a) denně
- b) 2-3x za týden
- c) 1x za týden
- d) méně často

8. Kolik tekutin denně přibližně vypijete? (nezapočítávejte kávu)

9. Který z nápojů preferujete?

- a) vodu
- b) čaje
- c) slazené nápoje a limonády
- d) jiné (uveďte jaké).....

10 a. Provozujete nějaký sport?

- a) ano
- b) ne

10 b. Pokud ano, uveďte který?.....

10 c. Pokud ano, uveďte jak často?

- a) každý den
- b) 2-3x v týdne
- c) 1x týdně
- d) méně často

11. Kolik hodin denně v průměru spíte?

12. Je Váš spánek obvykle kvalitní?

- a) ano
- b) ne

13. Jakým způsobem relaxujete?

- a) pohybem
- b) četbou knih
- c) návštěvou kulturního zařízení
- d) návštěvou přátel
- e) jiná možnost (uveďte).....

14. Kouříte cigarety?

- a) ano
- b) ne

15. Jak často konzumujete alkoholické nápoje?

- a) pravidelně
- b) příležitostně
- c) nikdy

16. Užíváte jiné návykové látky (kromě alkoholu a tabáku)?

- a) ano
- b) zkusil/a jsem je, ale neužívám
- c) neužívám

17. Svůj zdravotní stav hodnotíte jako:

- a) velmi dobrý
- b) dobrý
- c) nepříliš dobrý
- d) špatný

18a. Snažíte se o zlepšení svého zdravotního stavu?

- a) ano
- b) ne

18b. Pokud ano, uveďte jakým způsobem?.....

19a. Navštěvujete pravidelně preventivní prohlídky?

- a) ano
- b) ne

19b. Pokud ano, uveďte které (možno označit více odpovědí):

- a) u praktického lékaře
- b) u závodního lékaře
- c) zubní
- d) gynekologické

20. Víte, na jaké preventivní prohlídky máte nárok?

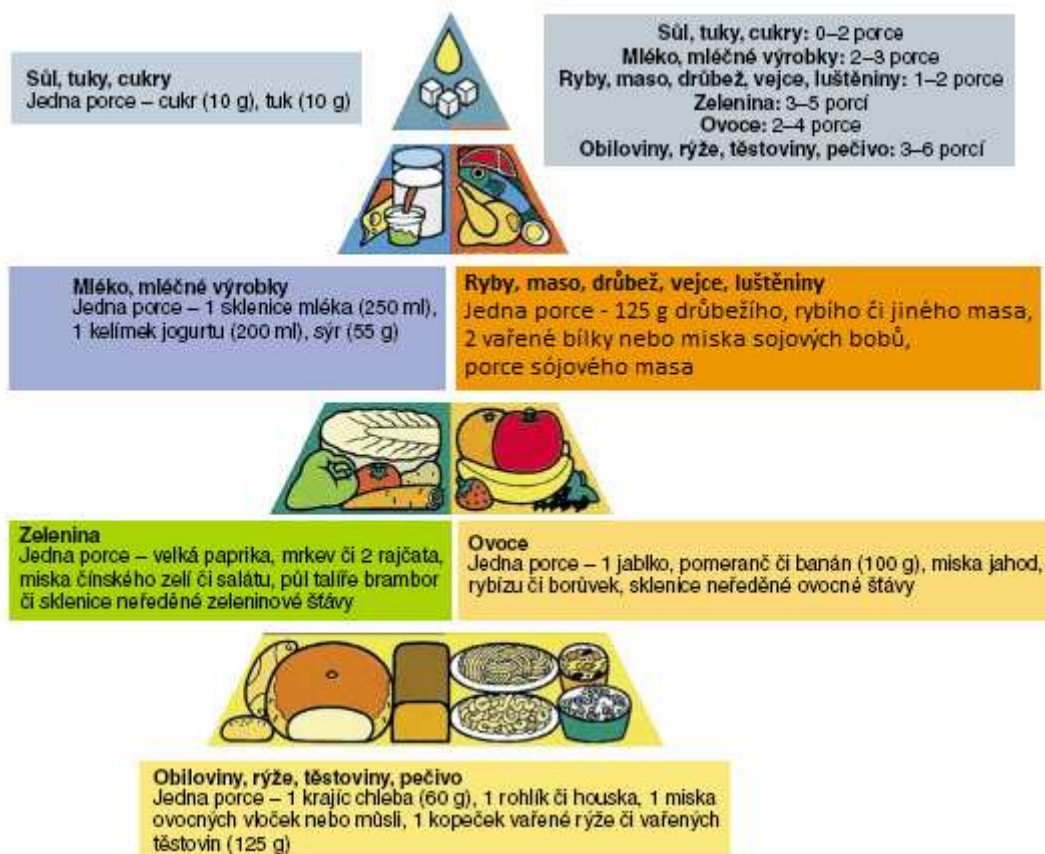
- a) ano
- b) ne

21. Znáte hodnoty svého krevního tlaku?

a) ano

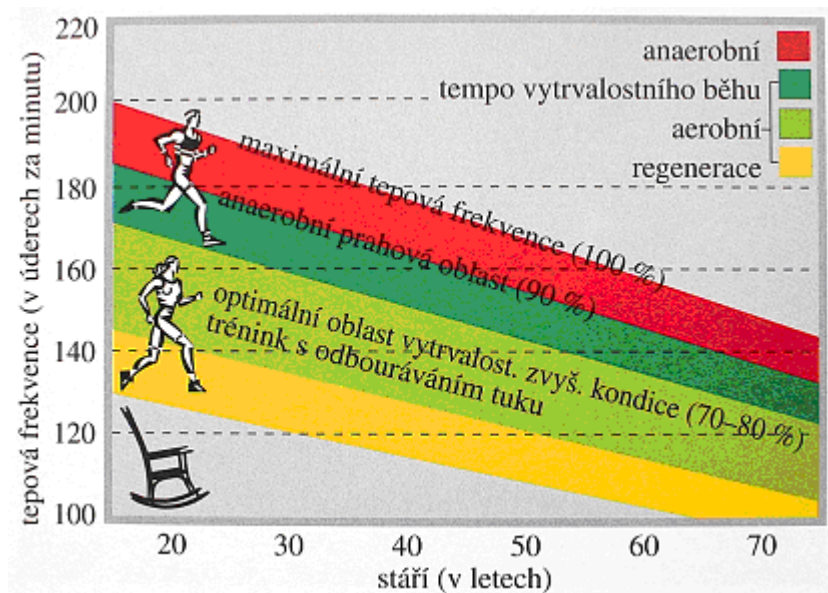
b) ne

Příloha č. 2 Potravinová pyramida



Zdroj: Potravinářská komora ČR

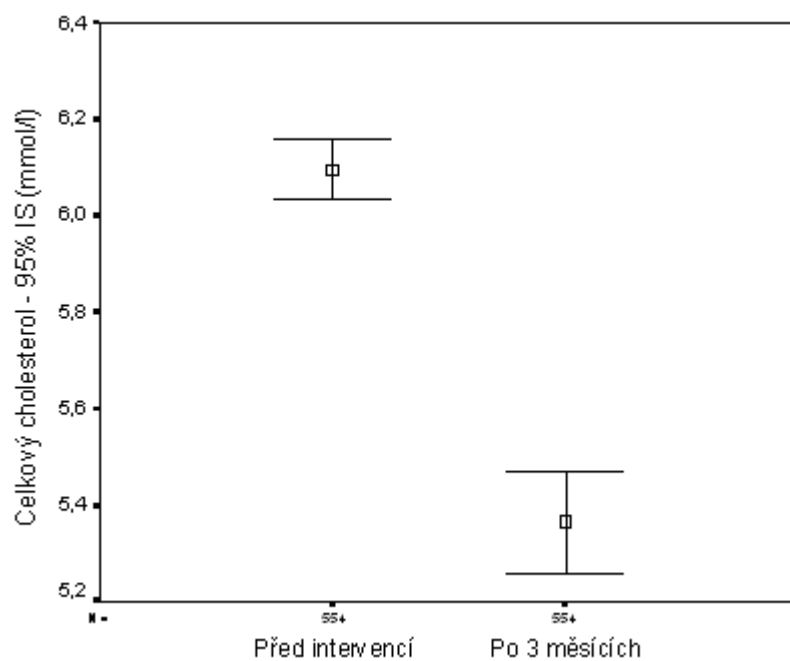
Příloha č. 3 Graf závislosti vhodné tepové frekvence při pohybové aktivitě na věku



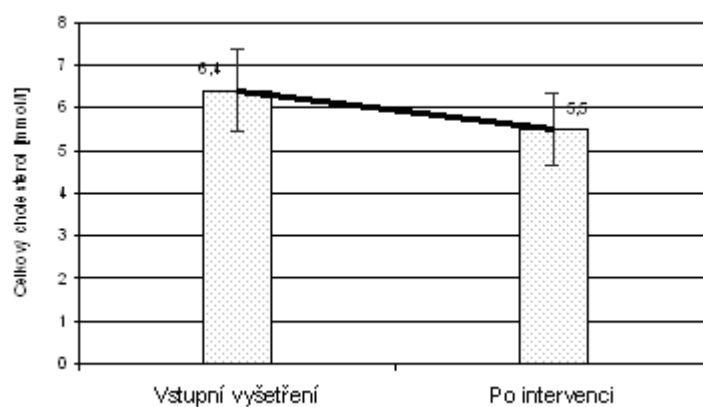
Zdroj: Ústav preventivního lékařství v Brně

Příloha č. 4 Vliv nefarmakologické intervence na zdraví

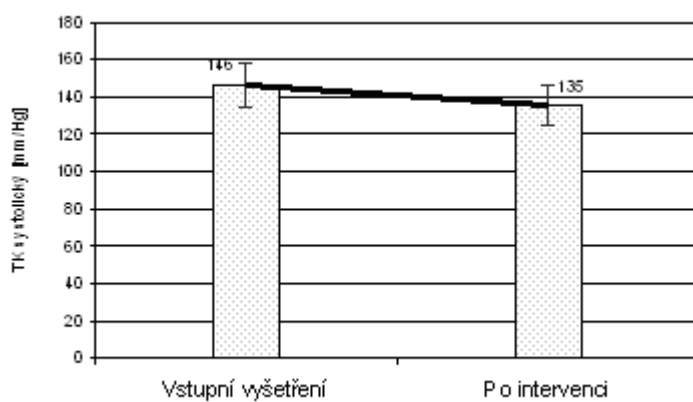
Dosažené snížení celkového cholesterolu v krvi zvýšením pohybové aktivity a úpravou výživy u 554 osob
(publikováno v časopisu „Vnitřní lékařství“)



Dosažená změna celkového cholesterolu u seniorské populace (n = 683, p < 0,01)



Dosažená změna systolického krevního tlaku u seniorské populace (n = 683, p < 0,01)



Zdroj: Ústav preventivního lékařství v Brně