

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Zhodnocení životního stylu osob pracujících ve směnném provozu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

Autor práce:
Vladimíra Pechová

2011

Abstract

The topic of the bachelor thesis is “Evaluation of lifestyle of people working in multishift operations”. The aim of the thesis was to assess the lifestyle, actually its risks, of people working on shifts in terms of their gender and age.

The thesis consists of a research and a theoretical part. The research part focuses on the sphere of rational nutrition, smoking habits, alcohol consumption, physical activities and awareness of healthy lifestyle. Quantitative method in the form of questionnaire was used for the research. The target group was formed by people working on shifts at worker positions. The research sample consisted of 98 respondents. The goal was not only to compare the monitored risks between men and women, but also to compare these risks between the age groups under and over 40 years of age.

The theoretical part deals with health care in the Czech Republic, labour prevention care, the role of a nurse in labour prevention care and the individual lifestyle components.

We set 3 hypotheses in the thesis.

Hypothesis 1 “People working on shifts at worker positions are aware of the healthy lifestyle principles” was not confirmed.

Hypothesis 2 “The healthy lifestyle principles, i.e. non-smoking, rational nutrition and physical activities will more often be adhered to by women than men” was confirmed.

Hypothesis 3 “The lifestyle, actually its risks, will differ in the compared groups (under and over 40), was also confirmed.

The respondents showed obvious unawareness of the values of blood pressure and total blood cholesterol, eating habits mostly did not reflect the food pyramid, there was a high portion of smokers and passive smokers in the research sample, regular alcohol consumption and lack of physical activities were also confirmed, high portion of respondents with BMI over 25 also proved in some of the monitored groups.

The results of the thesis may be used as a guide for labour prevention care doctors and nurses in talks to employers, defining the concrete aims of intervention in the lifestyle sphere. The thesis may also be used by nurses within education of workers.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Zhodnocení životního stylu osob pracujících ve směnném provozu jsem 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16. 8. 2011

.....

Pechová Vladimíra

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Lence Šedové, PhD. za trpělivost, konzultace, cenné rady a podnětné připomínky při vedení této práce.

Obsah:

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1. 1 Zdravotní péče v ČR.....	4
1. 1. 1 <i>Prevence</i>	5
1. 2 Závodní preventivní péče	5
1. 2. 1 <i>Historie pracovněpreventivní péče- Tomáš Baťa</i>	6
1. 2. 2 <i>Role sester v pracovněpreventivní péči</i>	7
1. 3 Životní styl.....	8
1. 3. 1 <i>Výživa</i>	9
1. 3. 1. 1 <i>Bílkoviny (proteiny)</i>	11
1. 3. 1. 2 <i>Cukry (sacharidy)</i>	12
1. 3. 1. 3 <i>Tuky (lipidy)</i>	13
1. 3. 1. 4 <i>Vitamíny a minerály</i>	13
1. 3. 2 <i>Návykové látky</i>	15
1. 3. 2. 1 <i>Alkohol</i>	15
1. 3. 2. 2 <i>Tabákové výrobky</i>	17
1. 3. 3 <i>Pohyb</i>	17
1. 3. 4 <i>Spánek</i>	18
1. 3. 5 <i>Stres</i>	20
1. 3. 6 <i>Relaxace</i>	21
1. 4 Civilizační onemocnění.....	21
1. 4. 1 <i>Kardiovaskulární onemocnění</i>	22

1. 4. 1.1 Obezita.....	23
1. 5 Nutrifia.....	24
2. Cíl práce a hypotézy.....	25
2. 1 Cíl práce.....	25
2. 2 Hypotézy.....	25
3. Metodika.....	26
3. 1 Metodika práce.....	26
3. 2 Výzkumný soubor.....	26
4. Výsledky kvantitativního šetření.....	27
4. 1 Grafy.....	27
4. 2 Tabulky.....	44
5. Diskuze.....	50
6. Závěr.....	58
7. Seznam použitých zdrojů.....	59
8. Klíčová slova.....	63
9. Přílohy.....	64

Úvod

V současnosti nejen lékaři ve svých ordinacích, ale zároveň i všechna média upozorňují na rizika spojená s nevhodným způsobem života. Bohužel i přes dostatek informací stoupá výskyt tzv. civilizačních onemocnění, jež prokazatelně souvisejí s nevhodným životním stylem.

Cílem této práce je zhodnocení životního stylu resp. jeho rizik u pracující populace pracující ve směnném provozu vzhledem k jejich pohlaví a věku. Ve výzkumné části se zaměřujeme na oblast racionálního stravování, kuřáckých návyků, spotřeby alkoholu, fyzických aktivit a informovanosti o zdravém životním stylu. Teoretická část řeší zdravotní péči v České republice, pracovněpreventivní péči, role sester v pracovněpreventivní péči a jednotlivé složky životního stylu.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že přes veškerou osvětu se nejeví informovanost mezi pracující populací jako dostatečná. Obecně má naše společnost špatné stravovací návyky, jíme málo čerstvé zeleniny a ovoce, stravujeme se nepravidelně, energetický příjem přesahuje výdej, stoupá spotřeba alkoholu. Riziko vzniku onemocnění také zvyšuje nedostatečná pohybová aktivita, často v kombinaci se sedavým zaměstnáním a neschopností aktivně odpočívat, kdy volnočasové aktivity nahrazujeme pasivním sledováním televize či počítačem. Zvláště škodlivé je také kouření a to jak aktivní tak i pasivní, což ne zcela účinně sděluje nápis na každé krabičce cigaret. Nelze opomenout ani stres, který je přítomný takřka ve všech oblastech naší činnosti.

Úkolem sester a lékařů je proto neustávat ve svém snažení a aktivně vyhledávat rizika a pokusit se do péče o zdraví zapojit každého z nás, protože jde o naše největší bohatství. Dalším úkolem je zapojit do této péče také zaměstnavatele v rámci pracovněpreventivní péče, kteří mohou svým přístupem významně ovlivnit zdraví svých zaměstnanců.

1. Současný stav

1. 1 Zdravotní péče v České republice

Poskytování zdravotní péče v České republice (dále jen ČR) upravuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Definuje poskytování zdravotní péče ve státních a nestátních zdravotnických zařízeních, ambulantně nebo ústavně, formou primární, sekundární a terciální zdravotní péče (14, 43).

Primární zdravotní péče zahrnuje služby, které se týkají podpory zdraví, prevence nemocí, jejich včasného odhalování a léčby. Je poskytována praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, gynekology, stomatology a zdravotníky nelékařských profesí. Na primární péči navazuje sekundární péče, poskytovaná prostřednictvím zdravotnických institucí (nemocnice, specializované ambulance) a terciální vysoce specializovaná a komplexní zdravotní péče poskytovaná ve fakultních nemocnicích (14, 15, 17).

V primární zdravotní péči je ošetrovatelství samostatnou profesí s vlastním odborným vzděláním, jež úzce spolupracuje s ostatními profesemi. Je zaměřeno především na podporu a zachování tělesného, duševního a sociálního zdraví jednotlivců, rodin a komunit, prevenci onemocnění a snížení dopadů onemocnění, zapojení člověka do péče o vlastní zdraví, životní prostředí a na pomoc při hledání správného životního stylu. Zaměřuje se také na zajištění dostupnosti a kvality péče, vhodné využití technologií a zajištění dostatečného odborného vzdělávání sester (14, 28).

Prevence chorob a podpora zdraví v primární péči jsou cestou ke zlepšení zdravotního stavu celé populace. Podpora zdraví směřuje k posílení zdraví jedinců, komunit a celých společenství. Dosažení tohoto cíle ovlivňují: zdravotní a sociální politika státu, lokální a regionální zdravotní politika, zdravotní politika obcí, výchova ke zdraví, komunitními programy se zaměřením na zdraví způsob života a motivaci občanů k němu, vyhledávání lidí se zvýšenými riziky, lidí v asymptomatickém stádiu onemocnění, a péče o ně. Konkrétní preventivní strategie jsou poté určeny pro jednotlivce, komunity nebo celou populaci. Ideálními zprostředkovateli preventivních služeb jsou praktičtí lékaři a zdravotní sestry (28, 42).

1. 1. 1 Prevence

Cílem prevence (předcházení nemoci) je udržení zdraví ohroženého jedince. V širším smyslu jde o předcházení vzniku, rozvoji, komplikacím, nepříznivým následkům nemoci a předčasnému úmrtí. Podle času, kdy dochází k preventivnímu zákroku, rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciální. Primární prevence se zaměřuje na snížení výskytu onemocnění, řadíme sem především očkování, dále jodizaci kuchyňské soli, fluoridaci pitné vody a potravin, vitaminizování potravin a další. Sekundární prevence je zaměřena na včasnou detekci, správnou diagnostiku a účinnou léčbu onemocnění, metodami jsou preventivní prohlídky, depistážní akce, screeningové metody a jiné. Cílem terciální prevence je odstranění nebo alespoň zmírnění následků chorob nebo úrazů a tím zlepšení kvality života, řadíme sem doléčování, rehabilitaci a psychosociální reintegraci. Pro úplnost lze uvést další dělení prevence a to podle toho, kdo je subjektem (prevence osobní, společenská a zdravotní), kdo je objektem (prevence hromadná, selektivní, indikativní) nebo podle použitých metod (prevence na úrovni jedince nebo zaměřená na kolektivy) (15, 27, 42).

1. 2 Závodní preventivní péče

Součástí primární zdravotní péče je také závodní preventivní péče, jež ve spolupráci se zaměstnavateli zajišťuje prevenci a ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání, poškozením zdraví z práce a prevenci úrazů (15, 17). V České republice je zákonnou povinností každého zaměstnavatele zajistit pro své zaměstnance závodní preventivní péči (pracovnílékařskou péči). Tato péče je poskytována na základě smlouvy mezi zaměstnavatelem a státním nebo nestátním zdravotnickým zařízením či soukromým lékařem, která přesně vymezuje podmínky a rozsah poskytovaných služeb.

Cílem pracovního lékařství je prevence poškození zdraví pracovníků vlivem práce, zlepšení jejich zdravotního stavu, podpora zdravého životního stylu, zlepšování, případně udržení zdravotní způsobilosti k práci a dlouhodobé udržení pracovní schopnosti. Pracovnílékařskou péči lze rozdělit na základní a specializovanou. Základní zajišťují pracovní lékaři bez specializace v oboru (obvykle praktičtí lékaři),

specializovaná je poskytována zdravotnickými zařízeními, jež vykonávají specializované činnosti v oboru a tvoří odborné zázemí pracovištím základní pracovně lékařské péče.

Pracovní lékař může mít plnou kvalifikaci v oboru, nebo pokud jde o lékaře bez specializace, absolvuje kurz pracovního lékařství a na základě jeho absolvování získá osvědčení (2, 39). Důležitou součástí pracovnělékařského týmu jsou také sestry, kdy požadavky na jejich kvalifikaci se řídí Zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláškou č. 424/2004 Sb., upravující jejich kompetence (10, 39).

1. 2. 1 Historie pracovněpreventivní péče- Tomáš Baťa

Z historie můžeme připomenout systém péče o zdraví zaměstnanců ve firmě Baťa a. s. do roku 1945. Tomáš Baťa již od počátků založení firmy kladl velký důraz na kulturu prostředí, zvláště na jeho čistotu a kvalitu. Pracovní prostředí zaměstnanců bylo pravidelně kontrolováno a muselo splňovat například tyto podmínky: dobré osvětlení, minimum škodlivých výparů, nahrazování těžké fyzické práce stroji. Pro zaměstnance vytvořil nové moderní zahradní město, jehož menší část tvořily továrny, větší část domy, ubytovací zařízení, školy, nemocnice, jesle, jídelny, kulturní a společenská zařízení. Podařilo se mu dosáhnout vyšší životní úrovně obyvatel a zajistit dostatečné zásobení potravinami. Důraz kladl na stravování, jídlo v jídelnách a restauracích muselo být kvalitní, za dostupnou cenu a v dostatečném množství, což opět podroboval kontrolám.

Velký význam přikládal také péči o zdraví, boji proti alkoholizmu, prevenci a léčbě tuberkulózy, ortopedické prevenci. V roce 1927 byla založena Baťova nemocnice, kde byla na svou dobu značně rozvinuta preventivní péče, prováděly se zde hromadné proudové prohlídky obyvatel, vyšetřování a evidence nosičů tyfových zárodků, hromadné očkování proti spále, a proudové vyšetřování učňů, žáků a sportovců, byly tam i poradny pro nemocné. Povinností ošetřovatelek a lékařů bylo vést přesné záznamy. Šlo o komplexní zdravotní systém, který zahrnoval péči o občany od narození po stáří. V souvislosti se založením matriky roku 1933 se datují počátky pracovně

preventivní péče. Každý zaměstnanec před nástupem musel absolvovat důkladnou vstupní prohlídku a další prohlídky následně v pravidelných intervalech. Prohlídky byly prováděny také se zaměřením na srdeční choroby a jejich součástí již byl také dotazník týkající se životního stylu (pití, kouření a stravování), důraz je kladen na tělesnou konstituci, aby se předešlo zařazení na nevhodnou práci a tím poškození zdraví (3, 9, 13, 40).

1. 2. 2 Role sester v pracovněpreventivní péči

Základní cíle činností sester v pracovněpreventivní péči se týkají oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví pracovníků při práci, podpory bezpečného a zdravého pracovního prostředí, pomoci při uspokojení zdravotních potřeb pracujících a jejich rodin, podpory edukace a výzkumu v oboru. Činnosti sester v pracovnělékařské péči vychází z plnění profesních rolí (klinik, specialista, manažer, koordinátor, poradce, zdravotní pedagog, výzkumník) a z nich vychází jednotlivé kompetence (10, 14, 35).

Sestra klinik identifikuje aktuální a potencionální rizika související s pracovním prostředím zaměstnanců. Poskytuje první pomoc při případných nehodách nebo úrazech na pracovišti. Dále shromažďuje potřebné údaje o klientovi a vede jeho ošetrovatelskou dokumentaci. Při práci využívá ošetrovatelský proces jako standartní metodu ošetrovatelské praxe. Je spolupracovnící lékaře, plní jeho ordinace a vykonává poradenství pracujícím a další preventivní činnosti.

Sestra v roli specialistky spolupracuje s vedením podniku. Pomáhá organizovat preventivní prohlídky zaměstnanců a podílí se na posuzování zdravotního stavu pracovníků ve vztahu k rizikovým faktorům životního stylu. Ve spolupráci s dalšími členy týmu se podílí na udržení bezpečného pracovního prostředí.

Sestra manažerka může být odpovědná za celý multidisciplinární tým nebo ošetřující personál, může být odpovědná za řízení konkrétních preventivních programů na pracovišti, vede lékařské a ošetrovatelské záznamy, sleduje výdaje, počty zaměstnanců a další data.

Sestra koordinátorka může koordinovat práci odborníků podílejících se na péči o zdraví zaměstnanců. Podílí se na vzdělávání zaměstnanců, může vhodným způsobem

informovat, vzdělávat a školit zaměstnance v oblasti předcházení nemocem a ochrany před nemocemi z povolání.

Sestra v roli zdravotního vychovatele zajišťuje pracujícím informace vedoucí ke zlepšení chování s cílem upevnění zdraví. Zdravotní výchova je základním předpokladem podpory zdraví, sestra hodnotí individuální potřeby informací pro pracující, společně s nimi a s vedením plánuje a realizuje vhodné intervence, koordinuje poskytované programy podpory zdraví.

Sestra jako poradce poskytuje individuální nebo skupinové poradenství zaměstnancům a zároveň může být zdrojem důležitých informací pro zaměstnavatele. Při plnění této profesní role je důležitá schopnost naslouchat a vystupovat jako profesionál.

Sestra výzkumnice aktivně vyhledává problémy, které by byly řešitelné pomocí výzkumného šetření. Zúčastňuje se provádění výzkumu na pracovišti a poté zpracovává, hodnotí a prezentuje jeho výsledky.

Sestra při své práci nevykonává pouze jednu z výše jmenovaných rolí, ale vždy několik zároveň, kdy jednotlivé role se vzájemně prolínají. Při výkonu svého povolání je plnohodnotnou členkou multidisciplinárního týmu, jež zajišťuje podporu a ochranu zdraví zaměstnanců (10, 14, 35).

Cílem činnosti tohoto týmu je zabránění vzniku poškození zdraví z práce v důsledku vlivu práce, pracovních podmínek a pracovního prostředí u všech zaměstnanců. V souvislosti s tím rozlišuje pracovní lékařství tyto typy poškození zdraví, a to pracovní úraz, nemoc z povolání, ohrožení nemocí z povolání, poškození zdraví následkem porušení právní odpovědnosti zaměstnavatele a onemocnění ovlivněná prací (2, 39).

1.3 Životní styl

„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež

zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrnem dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)“ (27, s. 16).

Cílem zdravého životního stylu je dosažení dobré úrovně zdraví. Úroveň lidského zdraví však závisí na množství zevních a vnitřních faktorů, tak zvaných determinant zdraví, které svým působením ovlivňují zdravotní stav člověka a určují kvalitu a délku jeho života. Za základní determinanty zdraví označujeme: způsob života, životní a pracovní prostředí, zdravotnickou péči a genetický základ. Dle výsledků epidemiologických studií se na zdravotním stavu obyvatel podílí nesprávný způsob života 50 %, nevhodné životní a pracovní prostředí 20 %, nesprávná nebo nedostupná zdravotní péče 10 % a dědičnost 20 % (5, 6, 15, 16, 27, 42). Měřítkem zdravotního stavu obyvatel je statistické hodnocení na základě nemocnosti (morbidity) a úmrtnosti (mortality). Světová zdravotnická organizace na základě dlouhodobých studií označila za nejvíce poškozující zdraví tyto rizikové faktory: nesprávná výživa, nadměrná konzumace alkoholu, kouření, závislost na drogách, pohybová inaktivita, psychická zátěž, rizikové sexuální chování, neopatrnost a rizikové chování s následkem úrazu (4, 5, 42).

1.3.1 Výživa

Způsob a styl výživy je plně v rukou jednotlivce, máme pod kontrolou jak příjem jednotlivých potravin, tak i jejich množství a kvalitu. Strava je tvořena bílkovinami, cukry, tuky, minerálními látkami, vitamíny a vodou. Vzhledem k tomu, že žádná potravina neobsahuje všechny látky potřebné pro náš organismus, je důležité jíst směs potravin a zvolit takový styl výživy, který je v souladu s fyziologickými a genetickými dispozicemi každého jedince a podporuje naše zdraví (5, 24, 25). Existují značné rozdíly ve stravování jednotlivců, kde základní roli hraje rodina a její zvyklosti, vliv má také vzdělání, ekonomické možnosti, společenské tradice a náboženství (5, 25).

V současnosti se prosazují různé způsoby tak zvané alternativní výživy. Řadíme k nim stoupence organické neboli přírodní stravy, spočívající v konzumaci biopotravin. Tato alternativa je vhodná pro celou populaci, problém je však v její ekonomické náročnosti. Další skupinu tvoří příznivci lakto- ovo- vegetariánské stravy konzumující

potraviny rostlinného původu, mléčné výrobky a vejce. Tento styl výživy neohrožuje zdraví dospělých a je únosný i pro děti. Totéž však nelze říci o veganské stravě, která vylučuje veškeré potraviny živočišného původu, a proto je nevhodná pro děti, těhotné a kojící ženy. Výčet lze pro úplnost doplnit o stravu makrobiotickou, stravu podle metabolických typů, stravu podle krevních skupin, dělenou stravu a jiné (5, 24, 25).

Vhodné složení stravy znázorňuje model výživové pyramidy. Základnu tvoří obiloviny, těstoviny, rýže, pečivo, luštěniny, ořechy, jež by měli tvořit 40 % denního příjmu potravin. Druhé patro patří ovoci a zelenině, které tvoří 35 % příjmu v 3- 5 porcích (300- 500 g). Třetí patro obsahuje mléko, mléčné výrobky, vejce, libové maso a ryby, jde o 25 % denního příjmu ve 2- 3 porcích. Na vrcholu pyramidy jsou potraviny nejméně vhodné jako živočišné tuky, sladkosti a alkohol, jejichž množství by nemělo přesáhnout 5 % denního příjmu potravin. Potraviny jsou také řazeny zleva doprava, kdy potraviny na levé straně jsou považovány za vhodnější (Příloha 1).

Výživová doporučení pro obyvatele lze shrnout do následujících bodů: jíst pestrou stravu v přiměřeném množství, rozloženou do celého dne, omezit příjem tuků, preferovat rostlinné tuky před živočišnými, omezit solení, zvýšit příjem ovoce a zeleniny na 500 g denně, na minimum snížit konzumaci smažených pokrmů, uzenin, sladkostí a alkoholu, udržovat si optimální hmotnost a v neposlední řadě pravidelně sportovat (5, 25, 27).

Po roce 1989 dochází v ČR k výrazným změnám ve výběru a konzumaci potravin. Díky dovozu potravinářských výrobků a surovin se zvětšuje nabídka zboží a zásobování ovocem a zeleninou. Nárůst cen potravin přináší pokles spotřeby masa (zejména hovězího), živočišných tuků, mléka a mléčných výrobků, naopak se zvyšuje spotřeba ovoce asi o 4 kg a zeleniny o 13 kg na osobu a rok a roste spotřeba rostlinných tuků.

Koncem 20. století pronikají do naší republiky velké potravinové řetězce, což přináší snižování cen potravin, avšak zvyšuje se spotřeba technologicky upravených potravin a konzumace smažených pokrmů. V tomto období zároveň dochází k prudkému rozmachu restaurací s rychlým občerstvením tak zvaných fast foodů (5, 25). Pro názornost lze uvést, že v roce 1992 byla v Praze otevřena první restaurace Mc

Donald's a k roku 2010 měla na našem území již 84 restaurací s téměř 59 milióny obslužených zákazníků za rok (29, Příloha 2). Výsledkem tohoto procesu změn je prodloužení průměrné délky života o 4 roky, ale také prudký nárůst obézních v naší populaci (5, 18).

1.3.1.1 Bílkoviny (proteiny)

Jde o základní stavební látky všech organismů, nejvýznamnější v procesu látkové výměny, potřebné při vývoji a růstu tkání, obnově a regeneraci organismu. Jejich přítomnost je prokázána ve všech tkáních, nejvíce ve svalové soustavě. Nadbytečné bílkoviny tělo neukládá, pouze malé množství nevázaných proteinů a aminokyselin se nachází v krevní plazmě, v trávicí soustavě a ve svalstvu. Základní stavební složku bílkovin tvoří aminokyseliny provázané peptidovými vazbami. Dnes je jich známo více než 200, z nichž přibližně 20 jich je obsaženo ve stravě, z toho 12 si organismus vytvoří sám (alanin, arginin, asparagin, cystein, glycin, histidin, glutamin, kyselina asparagová, kyselina glutamová, prolin, serin, tyroxin) a 8 je nutné přijmout potravou, jde o tak zvané esenciální aminokyseliny (izoleucin, leucin, lysin, metionin, fenyلالanin, treonin, tryptofan, valin) (5, 24).

Z hlediska příjmu potravy, rozlišujeme živočišné zdroje bílkovin (vejce, maso, tvrdé sýry, ryby, mléko), které se lépe vstřebávají, jejichž podíl je 65 % a rostlinné zdroje (luštěniny, zelené řasy, rýže, brambory, ořechy), tyto neobsahují všechny aminokyseliny a k zajištění dostatečného příjmu bílkovin je nutná vzájemná kombinace a kompenzace větším příjmem, což je problémové u dětí, těhotných a kojících žen, a proto se u nich nedoporučuje. Trávení bílkovin začíná v žaludku, vstřebávají se v tenkém střevě, odkud pokračují portálním oběhem do jater k dalšímu zpracování (5, 25). Kunová uvádí, že denní příjem potravin je tvořen z 10- 20 % bílkovinami, což je asi 1- 1,5 g/kg tělesné hmotnosti na den, jiné zdroje uvádí hodnoty mezi 0,75- 1 g/kg, kdy k zvýšení až na dvojnásobek lze přistoupit u sportovců, těžce fyzicky pracujících, u pacientů v rekonvalescenci a u akutních pacientů, kde je nutné sledovat klinické a biochemické ukazatele příjmu bílkovin. Minimální množství přijatých bílkovin je 0, 45- 0,5 g/kg. Důležité je zachování rovnováhy dusíkaté bilance, což je rozdíl mezi přijatým

a vyloučeným dusíkem, pouze u dětí se snažíme o pozitivní bilanci příjmu nutnou k růstu (5, 24, 25). Jako onemocnění související s příjmem bílkovin lze zmínit celiakii (nesnášenlivost lepku) a fenylketonurii (neschopnost odbourávat fenylalanin) (25).

1.3.1.2 Cukry (sacharidy)

Jde o sloučeniny uhlíku, vodíku a kyslíku. Slouží jako zdroj akutní potřeby energie, jde o stavební a zásobní látky, vytvářené zelenými rostlinami při fotosyntéze. Při zvýšeném příjmu se nadměrný cukr ukládá v těle v podobě tuku, při jeho nedostatku se tukové zásoby odbourávají. Zásobní cukr nazýváme glykogen. Cukry dělíme na monosacharidy, disacharidy a polysacharidy. Monosacharidy jsou jednoduché cukry, které tvoří základní stavební jednotky cukrů, řadíme sem glukózu (hroznový cukr), fruktózu (ovocný cukr) a galaktózu (mléčný cukr). Disacharidy vznikají spojením 2 jednoduchých cukrů, známe sacharózu (třtinový cukr), laktózu (mléčný cukr) a maltózu (sladový cukr), jsou obsažené ve slazených nápojích a sladkostech. Polysacharidy, jsou komplexní cukry. Rozdělujeme je na zásobní- amyloza, amylopektin (rostlinný škrob), glykogen (živočišný škrob) a stavební- celulóza a chitin. Mají nezastupitelné místo ve výživě, zdrojem jsou obiloviny, luštěniny, zelenina a ovoce.

Směs polysacharidů a dalších látek se nazývá vláknina, má rozpustnou složku (pektiny) a nerozpustnou složku (celulóza a lignin). Pro člověka je nestravitelná, ovlivňuje činnost střev, zvětšuje objem střevního obsahu, zpomaluje vyprázdnění žaludku, urychluje průchod natrávené potravy a absorbuje toxické látky. Doporučená denní dávka je 30 g.

Trávení cukrů začíná v ústech a pokračuje v duodenu, po rozštěpení na jednoduché cukry se vstřebávají v tenkém střevě. Podíl sacharidů ve stravě je 50- 65 %, minimální denní příjem je 50 g, maximální 500 g. Doporučená roční spotřeba je 22,8- 28 kg, v České republice je spotřeba 40 kg na osobu. Jako náhrada cukrů se užívají tak zvaná umělá sladidla, u nichž jsou stanoveny maximální denní dávky, jejichž překračování způsobuje nežádoucí účinky. Rychlost zvyšování hladiny cukru v krvi v závislosti na druhu potravy se nazývá glykemický index (vysoký, střední a nízký).

V souvislosti s nadměrným příjmem cukrů mohou vznikat kvasinková

onemocnění a dochází k ukládání tuků v těle (celulitida, nadváha až obezita, degenerativní onemocnění oběhové soustavy) (5, 24, 25).

1.3.1.3 Tuky (lipidy)

Jde o sloučeniny glycerolu a mastných kyselin. Mastné kyseliny se dále dělí na nasycené a nenasycené. Nasycené mastné kyseliny zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, najdeme je například v másle, sádle a hovězím tuku. Nenasycené mastné kyseliny ještě dále členíme na mononenasycené a polynenasycené. Mononenasycené příznivě působí na zdraví člověka a jejich zdrojem jsou například olivy, olivový olej nebo ořechy. Polynenasycené jsou mastné kyseliny, které si tělo nedokáže samo vytvořit, většina z nich snižuje hladinu cholesterolu v krvi a zabraňuje vzniku trombů v krvi. Jejich zdrojem jsou rostlinné oleje, kvalitní margaríny a mořské ryby. Patří sem kyselina linolová, linoleová a olejová. Ideální poměr nenasycených a nasycených mastných kyselin je 3: 1. Podle původu tuky rozdělujeme na rostlinné a živočišné. Rostlinné tuky obsahují větší množství nenasycených mastných kyselin a živočišné naopak více nasycených mastných kyselin (5, 24, 25). Součástí tuků živočišného původu je cholesterol, jehož denní příjem by neměl přesahovat 300 mg. Nejbohatší na cholesterol jsou vnitřnosti, játra, uzeniny, vejce a máslo. Zvýšená hladina cholesterolu v krvi urychluje proces aterosklerózy (24, 25).

Tuky tvoří energetickou rezervu organismu, jsou součástí buněk a tkání, vytváří ochranný materiál v podkožních tkáních a obalový materiál důležitých orgánů těla. Do těla se dostávají s potravou nebo se v organismu vytváří z cukrů. Zvyšují chutnost potravy a ovlivňují její konzistenci (5, 32). Jsou nerozpustné ve vodě, a proto jsou v krvi přenášeny tak zvanými lipoproteiny.

K jejich trávení a vstřebávání dochází až v tenkém střevě, kde také usnadňují vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K). Podíl tuku ve stravě by měl dosahovat 25- 30 %, což je 80- 100 g, Čermák uvádí hodnotu 70-140 g (5, 24, 25, 32).

1.3.1.4. Vitamíny a minerály

Nedílnou součástí výživy jsou minerální látky, které do těla přijímáme prostřednictvím potravy, nápojů, vody, ale i vdechovaným vzduchem a kůží. Minerální látky jsou pro organismus životně důležité, tvoří stavební součásti kostí a tkání, podílí se na tvorbě enzymů, hormonů, vitamínů a jejich přítomnost je podmínkou udržování acidobazické rovnováhy a stálosti vnitřního prostředí. Denní potřeba minerálů v organismu se pohybuje od desítek gramů po pouhé desítky miligramů. Dle potřeby lze minerály dělit sestupně na makroprvky (Ca, P, Na, K, Cl, Mg, S)- denní dávky více než 100mg, mikroprvky (Fe, Cu, Zn, Mn, Si a další)- dávky 1- 100mg denně a ultramikroprvky- stopové prvky (Co, Mo, I, F, Se, Cr a další)- denní dávky pouze v mikrogramech. Pro zachování zdraví organismu je důležitý jejich pravidelný a přiměřený příjem. V organismu je nejrozšířenějším prvkem vápník, tvořící 1- 2% tělesné hmotnosti. Potravinovým zdrojem vápníku jsou mléko, sýry, kvasnice, luštěniny, ořechy, mák a syrová zelenina. Jeho nedostatek se projevuje osteoporózou a osteomalácií a u dětí vede ke vzniku křivice (rachitidy).

Vitamíny umožňují v těle průběh důležitých chemických reakcí a jsou naprosto nezbytné. Do těla se dostávají potravou přímo nebo ve formě tak zvaných provitaminů. Je důležitý jejich pravidelný a vyvážený příjem. Dle fyzikálně- chemických vlastností je dělíme na vitamíny rozpustné v tucích (vitamíny A, D, E, K) a vitamíny rozpustné ve vodě (vitamíny B₁, B₂, B₆, B₁₂, C, PP, kyselina listová, biotin, kyselina pantotenová). Vitamíny rozpustné v tucích je tělo schopno skladovat v játrech, fungují jako aditivní látky a antioxidanty a je možné se jimi předávkovat. Vitamíny A, D, K působí ve velkých dávkách toxicky. Vitamíny rozpustné ve vodě se v organismu neskladují, tělo je vylučuje močí, ničí se varem a fungují jako koenzymy.

Chorobný proces způsobený nadbytkem vitamínů (hypervitaminóza) vzniká výjimečně z příjmu potravy častěji však předávkováním vitamínovými přípravky. Opačným případem je hypovitaminóza, vznikající z nedostatečného příjmu, poruchy vstřebávání nebo zvýšené spotřeby vitamínů organismem, například v těhotenství nebo při některých onemocněních. Vzácně se může objevit úplné chybění určitého vitamínu (avitaminóza), známý je nedostatek vitamínu C nazývaný kurděje (skorbut), v minulosti nemoc námořníků při dlouhých plavbách způsobená nedostatkem čerstvého ovoce a

zeleniny. Vitamín C je významně obsažen také v játrech. Kurděje se projevují krvácením, vypadáváním zubů, sníženou odolností proti infekcím a chudokrevností (5, 24, 25, 32).

1.3.2 Návykové látky

Návykové látky lze rozdělit dle míry rizika na lehké a těžké drogy. Mezi tak zvané lehké drogy řadíme látky prakticky bez rizika (káva, čaj) a s relativně malou mírou rizika (marihuana, hašiš, kokový čaj). Mezi těžké patří drogy se střední mírou rizika (alkohol, extasy, efedrin, kodein), s střední až vysokou (lysohlávky, kokain, pervitin) a s vysokou mírou rizika (toluen, heroin, morfin, durman, crack, LSD) (30). Možností je také dělení na drogy legální, kam řadíme alkohol, tabák, těkavé látky, léky a ilegální látky, což jsou halucinogeny, konopné drogy, opiáty, stimulantia a taneční drogy (24). Rozdělení lze také provést dle účinku na psychiku jedince, a to na tlumivé (opioidy, psychofarmaka a rozpouštědla včetně alkoholu) a stimulační drogy (kokain, pervitin, amfetamin, crack, extazy) (30).

Užívání návykových látek nelze specifikovat jako problém současnosti. Historie drog je pravděpodobně stará jako lidstvo samo. Zmínky o jejich užívání najdeme většinou ve spojitosti s náboženskými rituály, ale i medicínou (7, 30). Již v písemných památkách Egypta, Asýrie a Řecka existují záznamy o užívání opia k léčbě bolesti ve starověku (7).

Protidrogová politika v České republice se významněji rozvíjí až po r. 1993, kdy byla vládou zřízena Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) (7, 42). „RVKPP soustřeďuje, projednává a předkládá vládě informace, podklady a návrhy na tvorbu a uplatňování protidrogové politiky ČR na mezinárodní, centrální, krajské a místní úrovni“ (42, s. 80).

1.3.2.1 Alkohol

Alkohol je z chemického hlediska etanol nebo etylalkohol. Alkoholické nápoje, jejichž je podstatou, vznikají kvašením cukrů obsažených v ovoci, obilných zrnech nebo bramborech jejich koncentrace dosahuje maximálně 14%. Výrazně vyšší koncentrace

alkoholu lze dosáhnout procesem destilace používaným v Evropě již od 16. století (8, 24, 26, 27, 41).

Alkohol se po požití rychle vstřebává. Faktory, jež ovlivňují vstřebávání, jsou množství a koncentrace, vstřebávání urychluje oxid uhličitý v šumivých nápojích, naopak pomaleji se alkohol vstřebává po tučném jídle. Dnešní medicína připouští pozitivní vliv mírného používání na vznik srdečně cévních chorob. Například víno obsahuje důležité antioxidanty a látku resveratrol, která brání vzniku krevních sraženin a zvyšuje pružnost cév (24, 25). V této souvislosti lze připomenout tak zvaný francouzský paradox. Přestože Francouzi hojně konzumují tučná jídla, sýry a masné výrobky, je zde výrazně nižší výskyt kardiovaskulárních chorob než v ostatních evropských zemích, pravděpodobně díky pravidelné konzumaci červeného vína (24). Dalším hojně používaným nápojem je pivo. Pivo se vařilo již před 7 tisíci lety v Mezopotámii. V ČR má dlouhou tradici a je velmi oblíbeným nápojem, roční konzumace piva v ČR na osobu je 160 litrů (37). Obsah alkoholu se pohybuje mezi 30-50g v litru. Obsahuje některé minerály a vitamíny skupiny B, nejvíce těchto látek obsahují piva nefiltrovaná, zvyšuje chuť k jídlu, pozitivně ovlivňuje krevní oběh (24, 25).

U pravidelného pití alkoholu je nutné mluvit o množství, kde se za relativně bezpečné množství považují dávky 30-40 g alkoholu na den, někteří autoři uvádí 20 g u žen a 40 g u mužů (5, 24).

Po požití alkoholu nastává příjemný stav opojení (euforie), projevující se nejen změnami nálady, ale i fyziologickými změnami (zrychlený pulz, zvýšený tlak, zvýšená tvorba moči). Zvyšováním dávky se zpomalují reakce, zhoršuje koordinace a rovnováha, euforii nahrazuje deprese a plačtivá nálada, objevují se nevolnost a zvracení. Vysoká koncentrace alkoholu v krvi může vést k bezvědomí až smrti. Při pravidelném užívání alkoholu dochází k rozvoji závislosti (8, 27).

Jde o nejrozšířenější drogu na světě, jejíž nadužívání je známo od pradávna a represivní pokusy o omezení její spotřeby se většinou minula účinkem (24). Připomeňme si Spojené státy americké, jež ve snaze bojovat s neúměrnou spotřebou alkoholu zavedly, formou dodatku k ústavě, v r. 1920 národní prohibici alkoholu. Toto

restriktivní opatření vedlo na jedné straně k významnému poklesu spotřeby alkoholu omezením jeho dostupnosti, avšak na straně druhé docházelo k obcházení opatření (několikanásobný nárůst spotřeby mešního vína nebo nárůst předpisů na medicínskou whisky) a rozkvětu ilegálního obchodu s alkoholem a tím vysoké zisky a rozkvět organizovanému zločinu. Pod vlivem hospodářské krize, veřejného a politického tlaku byla prohibice v r. 1933 zrušena (8).

1.3.2.2 Tabákové výrobky

Požívají se ústy ve formě žvýkacího tabáku, nosní sliznicí jako šňupavý tabák nebo vdechováním tabákového kouře do dýchacích cest neboli kouřením ve formě doutníků, cigaret nebo dýmky. Vdechováním tabákového kouře se do těla dostává více než 4000 látek, z nichž nejznámější je nikotin, oxid uhelnatý, dehet, ale i další látky kancerogenní povahy. Pravidelné kouření vede k závislosti na nikotinu, která má zpočátku charakter psychosociální, později fyzické závislosti. Při odvykání se objevují tyto abstinenci příznaky: nervozita, poruchy soustředění, podrážděnost, smutek až deprese, nespavost, zácpa, zvýšená chuť k jídlu, někdy zvyšování tělesné hmotnosti. Je prokázáno, že kouření vede k rozvoji chorob srdce a cév, dýchacích cest a plic a onkologických onemocnění. Riziko vzniku těchto onemocnění se zvyšuje s množstvím cigaret vykouřených denně, počtu kuřáckých let, s hloubkou inhalace a s věkem kuřáka (čím dříve začne kouřit, tím je riziko větší). Zvlášť rizikové je kouření v těhotenství a tak zvané pasivní kouření (5, 24,26, 41).

Tabák je v současnosti rozšířen po celém světě. Do Evropy ho přivezli 2 námořníci na lodích Kryštofa Kolumba v r. 1492. V českých zemích se objevuje na konci 16. století v době vlády Rudolfa II. Do 19. století lidé kouřili pouze malé dávky tabáku. Za zlomový lze považovat r. 1891, kdy byl zkonstruován automat na výrobu cigaret schopný vyrobiť 120 000 kusů cigaret za den. Významný nárůst spotřeby přináší také 1. světová válka (26, 44).

1. 3. 3 Pohyb

Jde o základní projev života živých tvorů. Moderní technika však vytlačuje přirozený pohyb, který byl v minulosti základní podmínkou přežití našich předků, protože sloužil k zajištění obživy. Pravidelné cvičení se považuje za preventivní, ale zároveň i léčebný prostředek většiny civilizačních onemocnění. Pozitivní vliv je prokázán u kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění dýchacího a pohybového aparátu, osteoporózy, celulitidy nebo psychických onemocnění. Pravidelný fyzický trénink pozitivně ovlivňuje kardiovaskulární funkce (zapříčiňuje snížení krevního tlaku a srdeční tepové frekvence), způsobuje posílení svalstva a tím zlepšení kondice, má příznivý vliv na fibrinolytický systém, zlepšuje funkci endotelu. Dochází k redukci hmotnosti, snížení hladiny cholesterolu v krvi, odbourává napětí a stres. Během cvičení se uvolňuje endorfin a serotonin, jež navozují dobrou náladu a duševní pohodu (23, 24, 36, 38).

Tělesná inaktivita způsobuje ztrátu tělesné a duševní vytrvalosti, selhávání oběhové regulace, nárůst hmotnosti, zácpu, snížení svalové síly a obratnosti, zhoršení dechových funkcí, snížení pevnosti kostí, kloubů a pojivové tkáně, snížení obranyschopnosti, má za následek užší rozsah působnosti endokrinních žláz (24, 38).

Důležitý je výběr vhodné pohybové aktivity každého jednotlivce. Vhodný je dlouhodobý vytrvalostní pohyb zlepšující fyzickou kondici (svižná chůze, běh, jízda na kole, plavání) nebo pomalejší aktivní činnosti například jóga, tai- či, pilatek. Dalším vhodným pohybem jsou tanec a aerobic, jež mají mnoho forem a podob, oblíbené jsou také kolektivní sporty a bojová umění. Druh, frekvenci a intenzitu pohybové zátěže je nutné vždy přizpůsobit aktuálnímu zdravotnímu stavu, věku, pohlaví, trénovanosti a prostředí (23, 24). U zdravého člověka se za optimální považuje chůze provozovaná 5-6 x týdně po dobu delší než 10 minut a u náročnějších sportovně-relaxačních aktivit se pokládá za ideální frekvence 3 x týdně po dobu 40 minut při střední intenzitě námahy (12).

1.3.4 Spánek

Spánek je základní fyziologická potřeba lidského organismu. Jde o funkční stav organismu, při němž dochází k fyzické a psychické regeneraci (zvláště centrálního

nervového systému), reguluje imunitní funkce, pomáhá ukládat naučené do paměti a probíhá třídění informací. Potřeba spánku je individuální, průměrně trvá spánek 7- 8,5 hodiny, asi 2 % lidí spí méně než 5 hodin a zhruba stejné množství více než 9 hodin. U jednotlivců se liší také doba usínání a probouzení. Délka a kvalita spánku je ovlivněna mnoha faktory, mezi něž patří pravidelnost denního režimu, denní aktivity jedince, zdravotní stav, věk, prostředí nebo emoce. Nedostatek spánku (spánková deprivace) vyvolává změny v oblasti centrálního nervového systému, například změny chování, sníženou pozornost, zhoršené myšlení, únavnost, inadekvátní reakce a může vést až k vzniku závažných duševních onemocnění, v oblasti somatické se objevují žaludeční a trávicí poruchy, vegetativní poruchy, diskutuje se také přímý vztah s rozvojem obezity. Ve spánku dochází k cyklickému opakování spánkových fází a stádií. Během spánku proběhne 5- 6 spánkových cyklů (některé zdroje uvádí 6- 8), každý tvoří fáze non- REM a REM. REM (desynchronizovaný, paradoxní, rychlý) spánek, pro nějž jsou typické rychlé pohyby očních bulv, pokles svalového tonu, nepravidelná srdeční a dechová činnost a objevují se sny. Non-REM (pomalý, synchronizovaný) spánek se skládá ze 4 fází (usínání, lehký spánek, středně hluboký spánek a hluboký spánek) při nichž se snižuje svalový tonus, klesá krevní tlak a srdeční a dechová frekvence, sny nejsou typické (24, 31, 38).

Nedostatek spánku výrazně ovlivňuje naši výkonnost, náladu a zdraví. Poruchy spánku patří k velmi častým problémům dnešních lidí, udává se, že jimi trpí asi každý 4. dospělý. Poruchy spánku známe primární (insomnie- hyposomnie, hypersomnie, narkolepsie, spánkové apnoe) a sekundární, jejichž příčinou je jiné klinické onemocnění. Spánek mohou také narušovat hluk, stimulační drogy, tělesná bolest, obtěžující myšlenky, nepříjemné zprávy, ale i dlouhodobé užívání sedativ. Při léčbě nespavosti je důležité vyloučení případného onemocnění, poté doporučíme vhodnou spánkovou hygienu, dietní opatření a zvýšení fyzické aktivity, dále lze v léčbě využít psychoterapii, fyzikální léčbu, akupunkturu a akupresuru, fototerapii, léčbu melatoninem a farmakoterapii. Při diagnostice příčin nespavosti lze využít spánkové laboratoře (24, 38).

1. 3. 5 Stres

Jde o výraz pocházející z angličtiny, jež znamená zátěž, tlak, napětí nebo také stlačení, zmáčknutí. Vyjadřuje stav organismu, který se rozvíjí v důsledku tělesné nebo duševní zátěže, při níž dojde k aktivaci sympatického nervového systému a nadledvin, čímž dochází k produkci hormonů (kortizol, aldosteron, adrenalin, noradrenalin) a k mobilizaci veškerých sil organismu.

Podněty, které mohou vyvolat stres, nazýváme stresory. Rozlišujeme stresory psychické (pracovní a výkonové), sociální stresory (vztahové), fyzické stresory (hluk, chlad, vibrace, špatné osvětlení, práce na směny) a stresory biologické (nemoci, závislosti, handicap) (21, 22, 24).

Okamžitá reakce lidského organismu na stres je individuální. Somatické projevy stresu, jež se mohou, ale nemusí objevit, jsou rozšíření zornic, zlepšení zrakového vnímání, pocení, zrychlení činnosti srdce a tím zrychlení pulzu, blednutí kůže na periférii, zrychlené a prohloubené dýchání, stoupá krevní tlak, klesá vylučování moče, objevuje se sucho v ústech, zpomaluje střevní peristaltika, zvyšuje se mentální bdělost, napětí ve svalech a hladina krevního cukru, objevuje se letargie, inaktivita a mentální únava, může nastat pokles fyziologických funkcí a napětí kosterních svalů. Psychické projevy stresu jsou úzkost, hněv, verbální a motorické projevy, zdolávání a nevědomé obranné mechanismy (21).

Naše tělo je připraveno na krátkodobý stres, který má pozitivní efekt pro organismus a zvyšuje jeho obranyschopnost. Naopak častý, opakovaný a trvajících stres negativně ovlivňuje celý organismus a jeho důsledky najdeme v srdečním a cévním systému (změny tlaku krve, píchání u srdce, dušnost až infarkt myokardu), trávicím systému (zvracení, zácpa, průjmy, bolesti žaludku, pálení žáhy, nechutenství, zvýšená chuť k jídlu, peptické vředy), dýchacím systémem (zhoršené dýchání až astmatické obtíže), zhoršují se kožní onemocnění, objevují se bolesti, poruchy spánku, chronická únava, návaly slabosti, psychické problémy (úzkost, depresivní rozlady až depresivní poruchy), až o 60 % se snižuje funkce imunitního systému (nachlazení, virová i bakteriální onemocnění) (22, 24).

Ke snižování psychického napětí a stresu lze využít různé prostředky a techniky například psychoterapii, relaxační metody (meditace, imaginace, autosugesce), aktivní tělesné cvičení (jóga, intenzivní sportovní aktivity), pasivní relaxační metody (poslech hudby, návštěvy divadla, sauna, koupele). Neméně důležitou roli hraje také vhodné složení výživy (1, 22, 24).

1. 3. 6 Relaxace

Cílem relaxace je uvolnění svalového a psychického napětí, neznamená totéž co inaktivita ani spánek, naučit se odpočívat je umění. Můžeme ji rozdělit na fyzickou relaxaci, jejímž cílem je uvolnění těla (uvolnění napětí) a psychickou, která má za cíl uvolnění psychiky od zaměstnávání a přetěžování našeho myšlení. Významným typem fyzické relaxace je smích, který působí proti stresu, vyplavují se při něm endorfiny a tím podporuje tělesné i duševní zdraví. Pomáhá při léčbě astmatu, migrény, chronických bolestí, posiluje imunitní systém a činnost krevního oběhu (22, 24).

Další dělení je podle aktivity na aktivní relaxaci spojenou s aktivním pohybem (běh, jízda na kole, chůze) a pasivní, jejímž cílem je navození příjemné nálady a vytvoření příjemných prožitků (návštěva kina, divadla, sportovního utkání, poslech hudby)

Metodami aktivní tělesné relaxace jsou jóga, tai- či, či- kung, kum- nye a další. Pasivní tělesná relaxace vylučuje aktivní tělesný pohyb a řadíme sem masáže popřípadě automasáže, akupunkturu, reflexologii a akupresuru, aromaterapie, saunování, balneologii. Mentální (duševní) relaxace má za cíl duševní i tělesné uvolnění. U pasivní formy jde například o poslouchání hudby, u aktivní vědomě odstraňujeme z těla napětí. Metodami jsou Jacobsonova progresivní relaxace, autogenní trénink, meditace, dechová cvičení, mentální trénink, imaginace, terapie zvukem, rezonanční terapie a terapie barvami (1, 22, 24).

1. 4 Civilizační onemocnění

Vzhledem k úrovni životního způsobu naší současné společnosti nejsme ohrožováni infekčními nemocemi a hladem, ale takzvanými civilizačními nemocemi-

kardiovaskulárními chorobami (dále jen KVCH), onkologickými chorobami či metabolickými nemocemi jako je obezita a cukrovka. Dle statistik jsou za 3 nejčastější příčiny úmrtí v ČR považovány: kardiovaskulární choroby (více než 50 %), onkologická onemocnění (25 %), úrazy a zevní příčiny smrti (7 %) (4, 6).

1. 4. 1 Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární choroby (dále jen KVCH) jsou onemocnění postihující srdce a cévy a mající mnoho podob. Ve většině civilizovaných zemí jsou nejčastější příčinou invalidizace a úmrtí. V ČR došlo k významnému snížení mortality na choroby srdce a cév po roce 1990. Za příčinu této změny se považuje zlepšení kvality životního prostředí, zlepšení životního stylu, zvláště výživy a pohybových aktivit včetně jejich zázemí. Změny přinesla také transformace zdravotnictví, přinášející nové příležitosti, výměnné pobyty lékařů a nové přístrojové vybavení. Přestože od 90 let dochází k významnému poklesu úmrtnosti na KVCH, zůstávají choroby srdce a cév příčinou 50 % všech úmrtí v ČR (5, 6, 36).

Mezi tato onemocnění řadíme také ischemickou chorobu srdeční (dále jen ICHS), jde o označení skupiny chorob, které vznikají v důsledku ischemie myokardu, jejíž příčinou jsou změny v koronárních tepnách. V 95 % případů je příčinou ateroskleróza věnčitých tepen, dalšími příčinami způsobujícími nedokrevnost mohou být spazmy, tromby či emboly. ICHS se vyskytuje v různých formách, jež se liší podle velikosti uzávěru a rychlosti vzniku. Mezi akutní formy ICHS řadíme akutní infarkt myokardu, nestabilní anginu pectoris a náhlou smrt. Chronické formy jsou stabilní angina pectoris, variantní angina pectoris, srdeční selhání, arytmiická forma ICHS a němá ischemie myokardu (19, 33).

Neznáme přesné příčiny vzniku onemocnění, ale pouze rizikové faktory. Dělíme je na neovlivnitelné (věk, pohlaví, dědičná dispozice) a ovlivnitelné (arteriální hypertenze, hyperlipoproteinemie, kouření, obezita centrálního typu, diabetes mellitus, tělesná inaktivita, stres). Za nejvýznamnější rizikový faktor ICHS je považováno kouření. Tyto rizikové faktory se podílí na rozvoji všech kardiovaskulárních onemocnění (5, 19, 33, 36).

Proto je důležité důsledné uplatňování zásad prevence, jež lze rozdělit na režimová opatření (zanechání kouření, úprava stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti, pravidelná fyzická aktivita, aktivní odstraňování stresu) a opatření sloužící k redukci rizikových faktorů jejich léčbou (dietní či medikamentózní léčba hypertenze a hyperlipoproteinemie) (5, 6, 19, 36).

1. 4. 1. 1 Obezita

Obezita je pokládána za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů mnoha onemocnění, zvláště KVCH, hypertenze, diabetes mellitus a kloubních onemocnění. V České republice trpí obezitou více než 25 % dospělých.

Jde o nahromadění tukové tkáně v organismu způsobené pozitivní energetickou bilancí. Rozlišujeme obezitu primární a sekundární. Sekundární je způsobena endokrinním onemocněním, primární je vyvolána kombinací dědičných a zevních faktorů, kdy typické je přejídání (kvantitativní i kvalitativní), působení stresu a nedostatek pohybu. Dle morfologického hlediska rozeznáváme mužský typ obezity (androidní, typ jablko), u kterého se podkožní tuk hromadí na břiše a ženský typ obezity (gynoidní, typ hruška), u něhož se tuk hromadí v podbřišku, na stehnech a hýždích (5, 18, 20, 24, 34).

V různém časovém odstupu se začínají u obézních projevovat somatické a metabolické komplikace. Somatické komplikace obezity lze rozdělit na mechanické: bolesti v zádech, artrózy, syndrom spánkové apnoe, vyšší výskyt úrazů, varixy, otoky, pocení, dušnost a respirační insuficience. Metabolické komplikace, takzvaný metabolický syndrom, spojené s androidním typem obezity, zahrnující tyto poruchy: inzulinovou rezistenci, diabetes mellitus 2. typu a poruchy glykoregulace, dyslipoproteinémie, ischemická choroba srdeční, hypertenze, poruchy menstruačního cyklu, neplodnost, hirsutismus, cholelitiáza a výskyt některých typů nádorů (5, 18, 20, 24).

K diagnostice obezity lze využít několika metod například měření tloušťky kožní řasy kaliperem nebo antropometrie (poměr obvodu pasu a boků). Pro svou jednoduchost a dostupnost i v ordinacích praktických lékařů se prosadilo stanovení tělesné hmotnosti

vážením vztaženým k výšce. K určení vhodné tělesné hmotnosti se nejčastěji užívá body mass index (dále jen BMI), což je poměr mezi tělesnou hmotností a druhou mocninou tělesné výšky v metrech. Normální hodnota BMI je 18,5- 24,9, nadváhu značí hodnota 25- 30 a u hodnot vyšších než 30 mluvíme o obezitě. Jako negativa lze uvést, že BMI nerozlišuje pohlaví, věk, tělesnou stavbu a není možné ho použít u dospívajících, ke zkrácení dochází u nemocných s deformitami páteře, po amputacích končetin a podobně. Pro úplnost lze uvést dříve hojně užívaný Brockův index, kde výpočet vhodné hmotnosti provedeme odečtením čísla 100 od tělesné výšky v centimetrech (5, 18, 20, 24, 34).

K léčbě obezity se v současnosti používá pět postupů, jež se vzájemně kombinují s ohledem na věk, stupeň a typ obezity a přítomné či hrozící komplikace, jde o dietoterapii, psychoterapii, zvýšení fyzické aktivity, farmakoterapii a chirurgickou léčbu (18, 20, 24, 34).

1. 5 Nutrifia

V současnosti existuje řada metod, které lze využít k hodnocení životního stylu obyvatel. Mají různou výpovědní hodnotou, liší se přesností, časovou náročností, zaměřením na laiky nebo odborníky, skupiny či jednotlivce.

Program Nutrifia je určen k rychlému hodnocení skladby stravy v uplynulém týdnu, zaměřuje se také na parametry zdravého životního stylu a zdraví například pohybovou aktivitu a kouření nebo na znalost hodnot krevního tlaku a cholesterolu. Je určen pro laiky i odborníky. Lze jej využít také pro odborné poradenství. Hodnocení je prováděno individuálně, ale výsledky je možné zpracovávat i skupinově.

Autorem tohoto programu je doc. MUDr. Jindřich Fiala, CSc., působící v Ústavu preventivního lékařství na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Tento software byl vytvořen v roce 2006 za finanční podpory dotačního programu Ministerstva zdravotnictví České republiky „Národní program zdraví- Projekty podpory zdraví“. Jde o jednoduchý program, jehož výhodou je rychlé vyhodnocení s jasně znázorněnými výsledky (Příloha 3) (11, 12).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zmapovat rizika životního stylu osob pracujících v dělnických profesích ve směnném provozu vzhledem k jejich pohlaví a věku, v rozsahu výzkumu bude mapována oblast racionálního stravování, kuřáckých návyků, spotřeby alkoholu, fyzických aktivit a informovanosti o zdravém životním stylu.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Osoby pracující v dělnických profesích ve směnném provozu znají zásady zdravého životního stylu.

Hypotéza 2: Zásady zdravého životního stylu tj. nekouření, racionální stravování a fyzická aktivita budou častěji dodržovat ženy než muži.

Hypotéza 3: Životní styl respektive jeho rizika se budou lišit v porovnávaných skupinách (do 40 let a nad 40 let).

3. Metodika

3.1 Metodika práce

K výzkumnému šetření na téma „Zhodnocení životního stylu osob pracujících ve směnném provozu“ byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Technika sběru dat byla dotazovací a byla vedena pomocí dotazníku. Dotazník byl anonymní a byl zaměřen na osoby pracující v dělnických profesích strojírenského průmyslu. Skládal se z 19 otázek, kdy otázka č. 3 ještě obsahovala 18 podotázek. Otázky bylo možné rozdělit na otázky identifikační, otázky zaměřené na životní styl a otázky týkající se poskytování informací o zdravém životním stylu. K vytvoření první části dotazníku (otázka č. 1, č. 3- 16) byl jako předloha použit program Nutrifia, jehož autorem je doc. MUDr. Jindřich Fiala. Druhá část dotazníku (otázky č. 2, č. 17- 19) se vztahují k daným hypotézám.

3.2 Výzkumný soubor

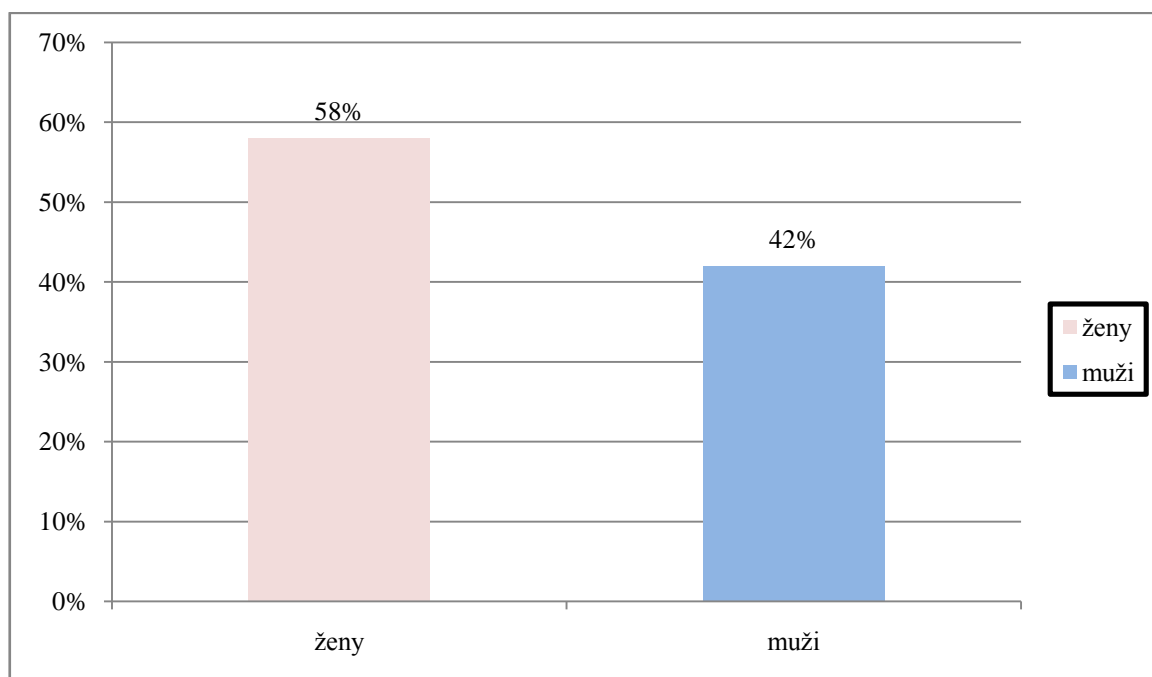
Výzkumný soubor byl tvořen 98 respondenty. Výzkumného šetření se zúčastnili zaměstnanci firem strojírenského průmyslu působící na území měst Vimperk, Prachatice a Volary. Distribuce dotazníku byla zajištěna formou „sněhové koule“.

Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, z nichž bylo vyplněno a vráceno 109, návratnost byla tedy 84 %. Při kontrole dat bylo vyřazeno 11 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění respondenty. K dalšímu zpracování bylo použito 98 dotazníků. Výzkumné šetření proběhlo během měsíce dubna a v první polovině května 2011. Zpracování výsledků probíhalo pomocí programu Nutrifia a k zaznamenání a dalšímu statistickému vyhodnocování byl použit tabulkový procesor Microsoft Office Excel.

4 Výsledky kvantitativního šetření

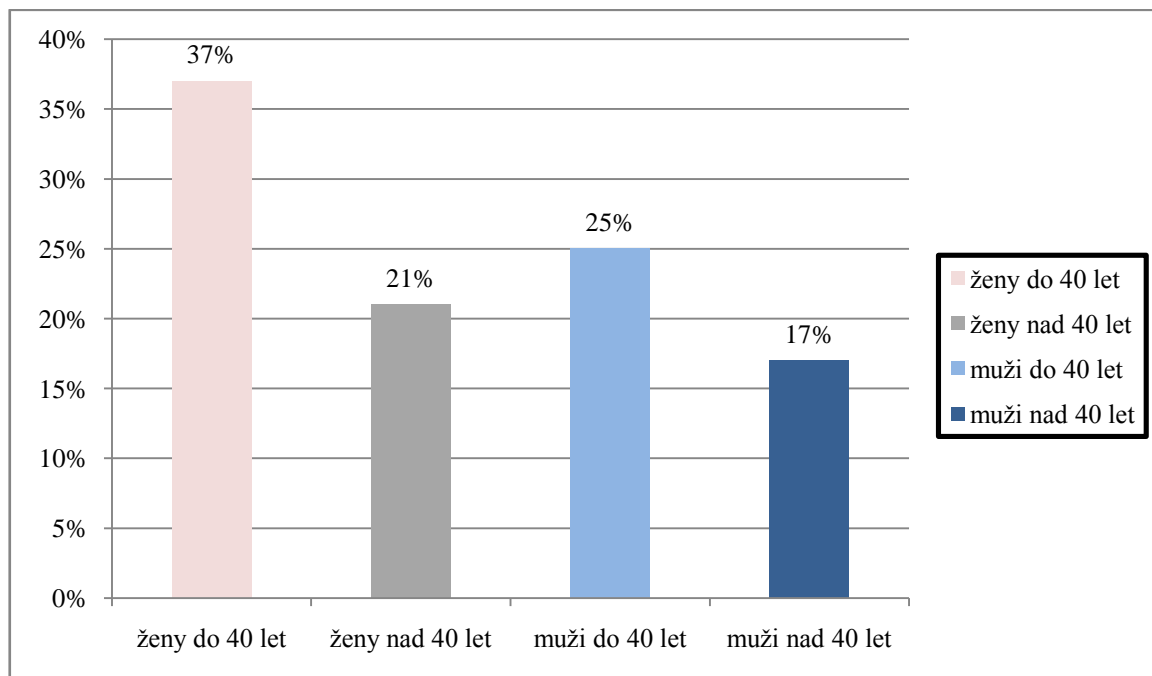
4.1 Grafy

Graf 1 Pohlaví respondentů (k otázce č. 1)



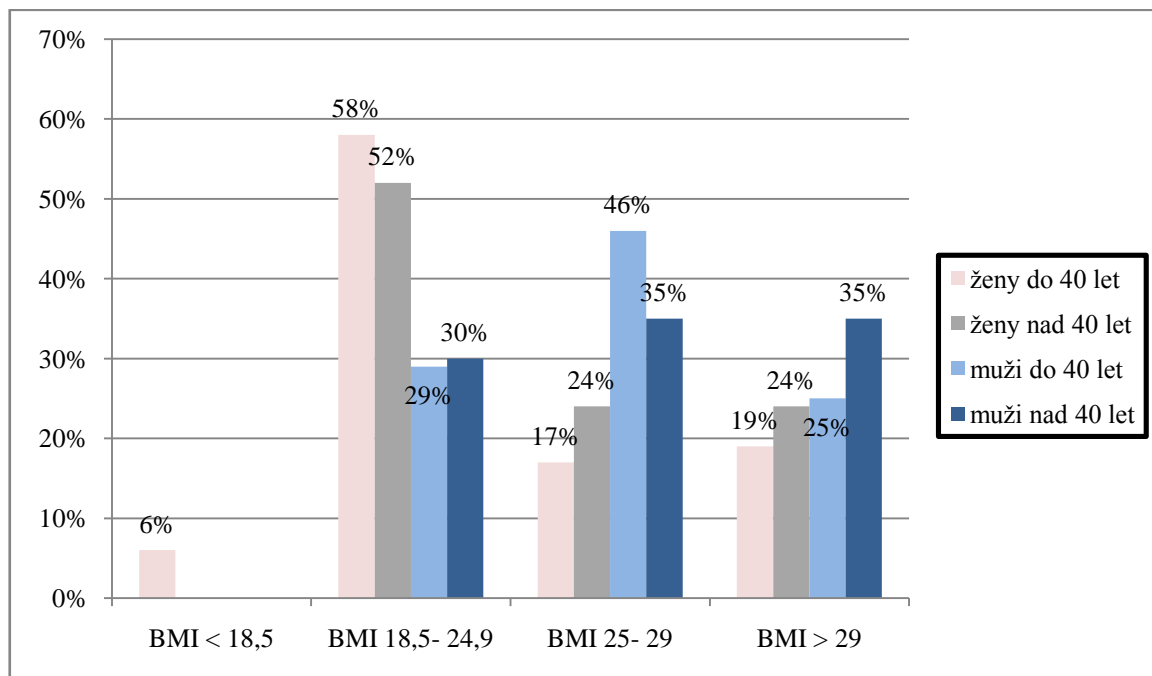
Z 98 (100%) dotazovaných respondentů bylo 57 (58 %) žen a 41 (42 %) mužů.

Graf 2 Věk respondentů (k otázce č. 1)



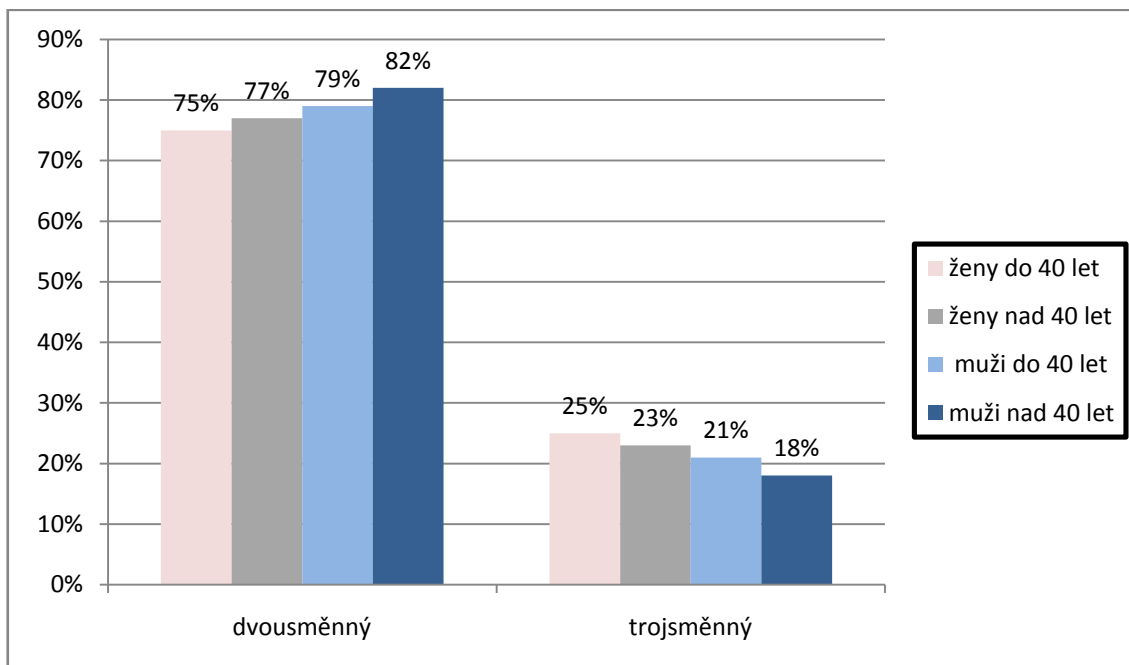
Z 98 (100 %) respondentů bylo 36 (37 %) žen ve věku do 40 let, 21 (21 %) žen ve věku nad 40 let, 24 (25 %) mužů bylo ve věku do 40 let a 17 (17 %) mužů ve věku nad 40 let.

Graf 3 Hodnoty BMI respondentů (k otázce č. 1)



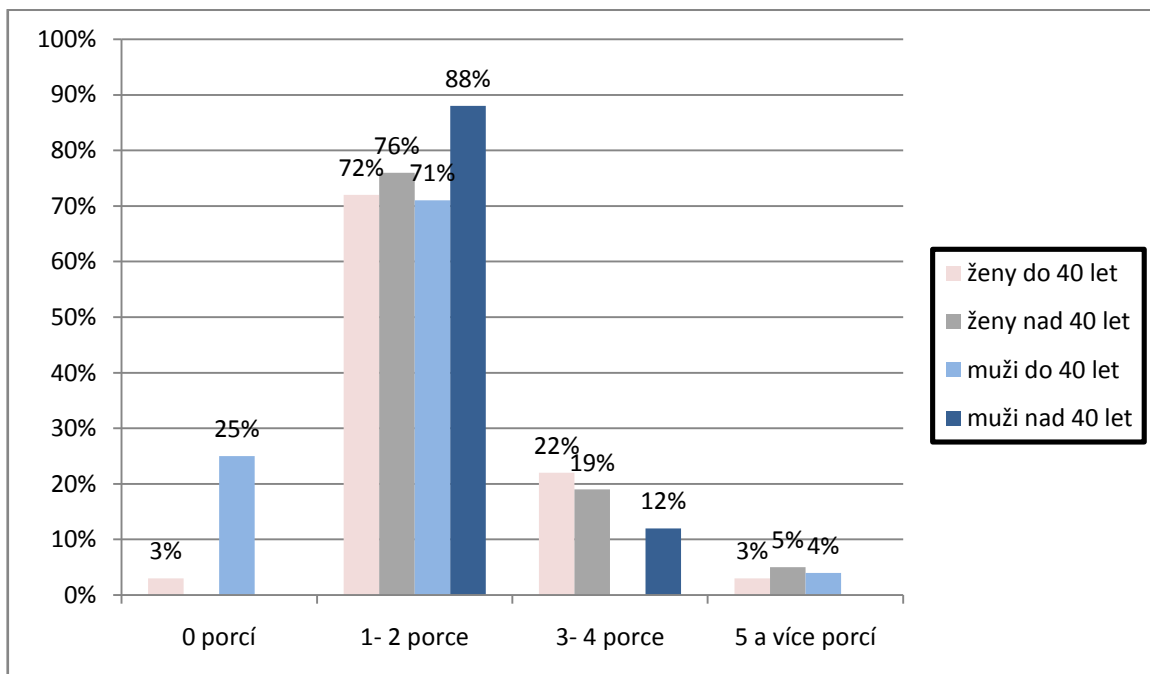
Z 36 (100 %) oslovených žen do 40 let označily hodnotu BMI < 18,5 (podváhu) 2 (6 %) ženy, BMI 18,5- 24,9 (přiměřenou hmotnost) mělo 21 (58 %) žen, BMI 25- 29 (nadváhu) udalo 6 (17 %) žen a BMI > 29 (obezitu) uvedlo 7 (19 %) žen. Z 21 (100 %) žen nad 40 let zaškrtno BMI 18,5- 24,9 (přiměřenou váhu) 11 (52 %) žen, BMI 25- 29 (nadváhu) označilo 5 (24 %) žen a BMI > 29 (obezitu) mělo 5 (24 %) žen. Z 24 (100 %) mužů do 40 let uvedlo BMI 18,5- 24,9 (přiměřenou hmotnost) 7 (29 %) mužů, BMI 25- 29 (nadváhu) 11 (46 %) mužů a BMI > 29 (obezitu) udalo 6 (25 %) mužů. Ze 17 (100 %) mužů nad 40 let mělo BMI 18,5- 24,9 (přiměřenou hmotnost) 5 (30 %) mužů, BMI 25- 29 (nadváhu) 6 (35 %) mužů a BMI > 29 (obezitu) bylo u 6 (35 %) mužů.

Graf 4 Pracovní režim (typ směnného provozu) respondentů (k otázce č. 2)



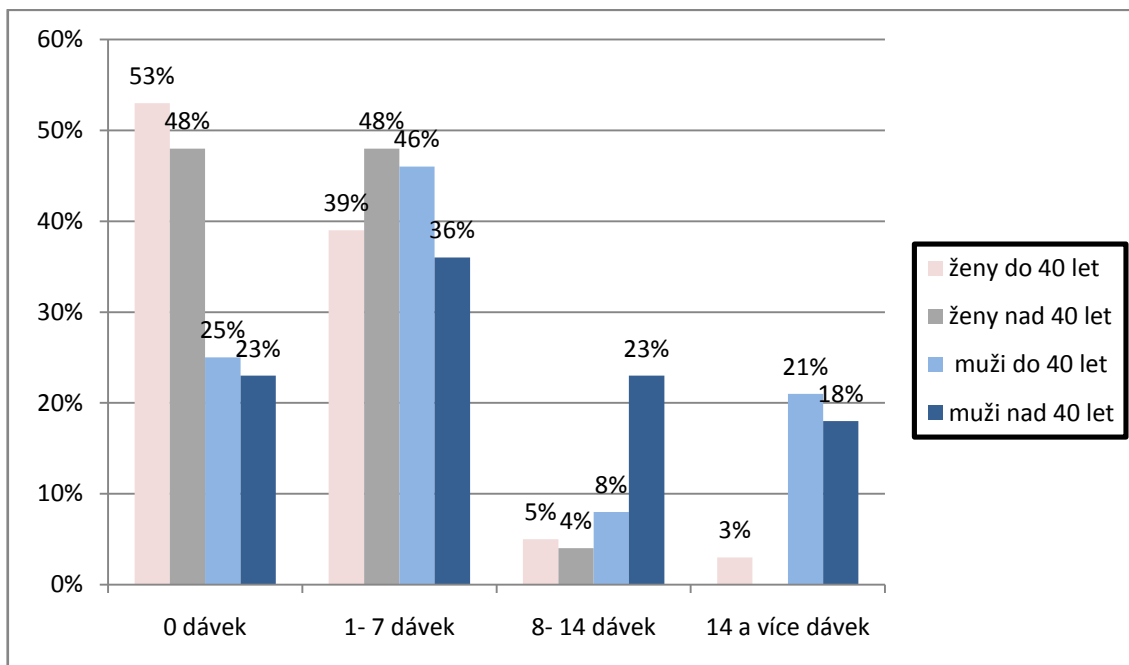
Z 36 (100 %) dotazovaných žen do 40 let pracuje v dvojsměnném provozu 27 (75 %) žen a v trojsměnném provozu 9 (25 %) žen. Z 21 (100 %) žen nad 40 let bylo v dvojsměnném pracovním režimu 17 (77 %) žen a 5 (23 %) v trojsměnném. Mezi 24 (100 %) muži do 40 let pracuje v dvojsměnném provozu 19 (79 %) mužů a v trojsměnném 5 (21 %) mužů. Ze 17 (100 %) mužů nad 40 let vykonává práci v dvojsměnném pracovním režimu 14 (82 %) mužů a v trojsměnném 3 (18 %) muži.

Graf 5 Počet porcí ovoce a zeleniny za 1 den (k otázce č. 4)



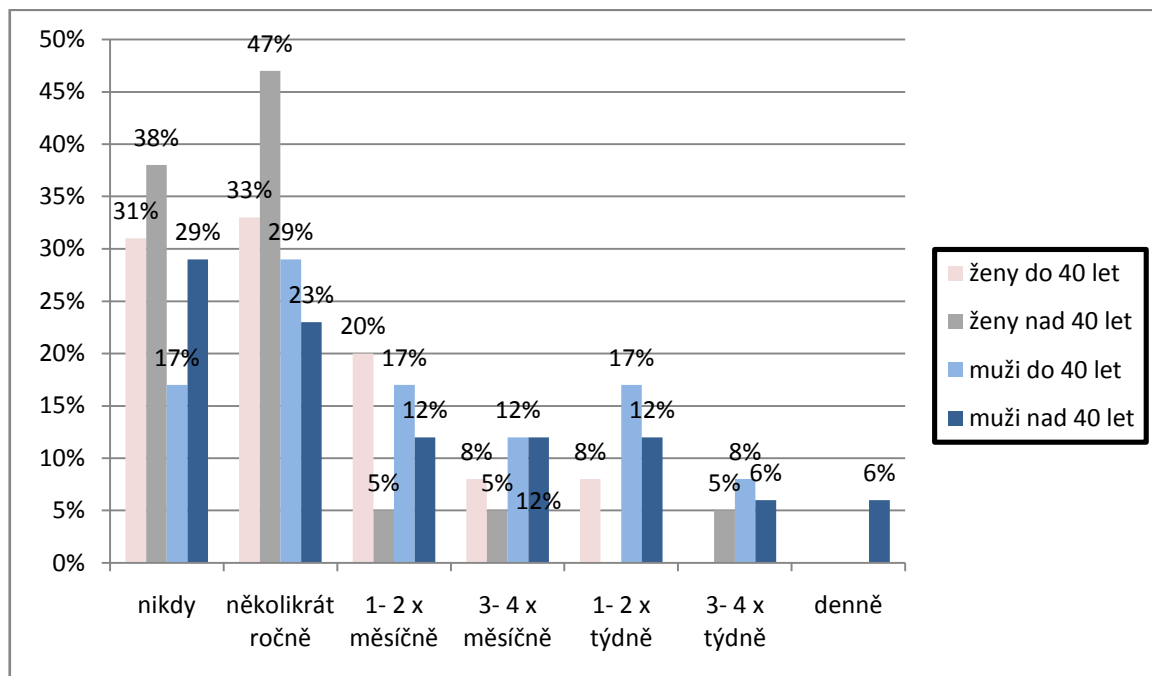
Graf se zaměřuje na počet porcí ovoce a zeleniny, kdy doporučená denní dávka je 5 a více. Z 36 (100 %) žen do 40 let nesní žádnou porci 1 (3 %) žena, 1- 2 porce zaškrtnulo 26 (72 %) žen, 3- 4 porce označilo 8 (22 %) a 5 a více porcí udala 1 (3 %) žena. Mezi 21 (100 %) ženami nad 40 let vyznačilo 1- 2 porce 16 (76 %) žen, 3- 4 porce přijímají 4 (19 %) ženy, 5 a více porcí uvádí 1 (5 %) žena. Z 24 (100 %) mužů do 40 let nemá žádnou porci 6 (25 %) mužů, 3- 4 porce udalo 17 (71 %) mužů a 1 (4 %) zvolil možnost 5 a více porcí. Mezi 17 (100 %) muži nad 40 let 15 (88 %) mužů jí 1- 2 porce a 2 (12 %) muži zadali odpověď 3- 4 porce.

Graf 6 Počet dávek alkoholu v posledním týdnu (k otázce č. 5)



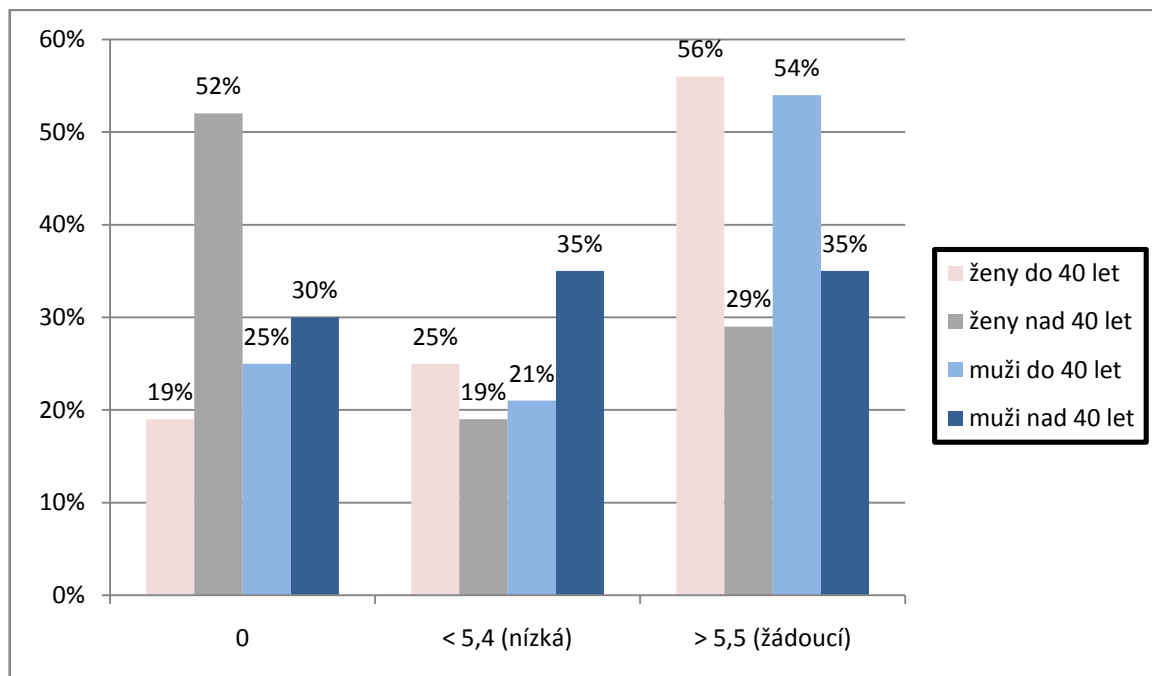
Graf zobrazuje počet dávek alkoholu spotřebovaných respondenty v posledním týdnu, kdy doporučená maximální denní konzumace jsou 2 dávky pro muže a 1 pro ženy (tj. 14 za týden pro muže a 7 pro ženy). Z 36 (100 %) žen do 40 let 19 (53 %) přijalo 0 dávek, 14 (39 %) žen udalo 1- 7 dávek, 2 (5 %) ženy uvedly 8- 14 dávek a 1 (3 %) zkonsumovala více než 14 dávek. Z 21 (100 %) žen nad 40 let označilo možnost 0 dávek 10 (48 %) žen, dalších 10 (48 %) žen vybralo možnost 1- 7 dávek a 1 (4 %) žena zvolila možnost 8- 14 dávek. Mezi 24 (100 %) muži do 40 let 6 (25 %) nepřijalo žádný alkohol, 11 (46 %) vybralo možnost 1- 7 dávek, 2 (8 %) zvolili možnost 8- 14 dávek a 5 (21 %) zaškrtno možnost 14 a více. Ze 17 (100 %) mužů nad 40 let 4 (23 %) označili příjem 0 dávek, 6 (36 %) udalo 1- 7 dávek, 4 (23 %) zvolili možnost 8- 14 a 3 (18 %) zaškrtno 14 a více dávek.

Graf 7 Konzumace 4 a více dávek alkoholu v průběhu 1 dne (k otázce č. 6)



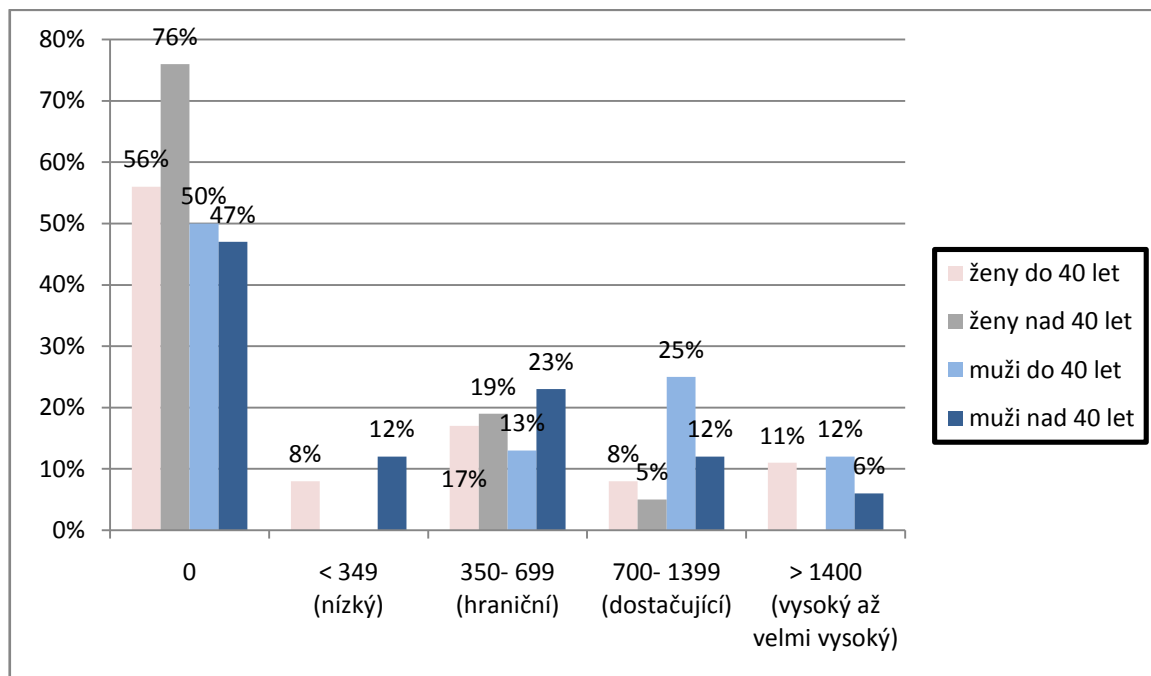
Z 36 (100 %) žen do 40 let 11 (31 %) nepřijme nikdy více než 4 dávky alkoholu v průběhu 1 dne, 12 (33 %) je přijme několikrát ročně, 7 (20 %) žen 1- 2 x měsíčně, 3 (8 %) zaškrtnulo možnost 3- 4 x měsíčně a 3 (8 %) zvolily odpověď 1- 2 x týdně. Z 21 (100 %) žen nad 40 let nikdy označilo 8 (38 %) žen, 10 (47 %) zaškrtnulo několikrát ročně, 1 (5 %) vybrala 1- 2 x měsíčně, 1 (5 %) zvolila 3- 4 x měsíčně a 1 (5 %) vybrala 3- 4 x týdně. Mezi 24 (100 %) muži do 40 let 4 (17 %) odpověděli nikdy, 7 (29 %) udalo možnost několikrát ročně, 4 (17 %) vyznačili 1- 2 x měsíčně, 3 (12 %) zvolili možnost 3- 4 x měsíčně, 4 (17 %) označili 1- 2 x týdně a 2 (8 %) zaškrtnuli 3- 4 x týdně. Mezi 17 (100 %) muži nad 40 let označilo možnost nikdy 5 (29 %) mužů, 4 (23 %) zvolili odpověď několikrát ročně, 2 (12 %) 1- 2 x měsíčně, 2 (12 %) 3- 4 x měsíčně, 2 (12 %) 1- 2 x týdně, 1 (6 %) udal odpověď 3- 4 x týdně a 1 (6 %) odpověď denně.

Graf 8 Frekvence intenzivní chůze respondentů (k otázkám č. 7 a č. 8)



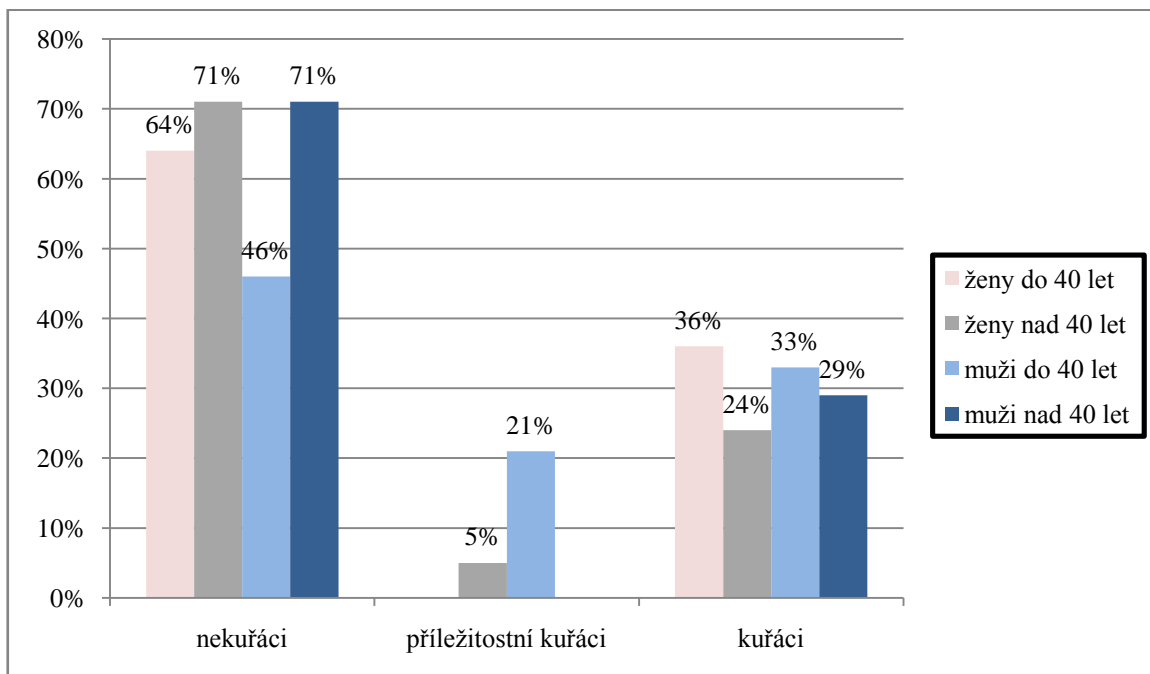
Graf zobrazuje hodnocení chůze jako důležité sportovní aktivity, kdy žádoucí jsou hodnoty větší než 5,5. Z 36 (100 %) žen do 40 let se nevěnuje chůzi 7 (19 %), 9 (25 %) žen dosáhlo nízké frekvence chůze a 20 (56 %) dosáhlo žádoucí hodnoty. Mezi 21 (100 %) ženami nad 40 let 11 (52 %) udalo nulové hodnoty frekvence chůze, 4 (19 %) byly mezi nízkými hodnotami a 6 (29 %) vykazovalo žádoucí frekvenci chůze. Z 24 (100 %) mužů do 40 let se 6 (25 %) nevěnuje chůzi, 5 (21 %) uvedlo hodnoty nízké a 13 (54 %) bylo mezi žádoucími hodnotami. Mezi 17 (100 %) muži nad 40 let se nevěnuje chůzi 5 (30 %) mužů, nízkou frekvenci chůze prokázalo 6 (35 %) mužů a 6 (35 %) mužů označilo hodnoty žádoucí.

Graf 9 Sportindex respondentů (k otázkám č. 9, č. 10, č. 11 a č. 12)



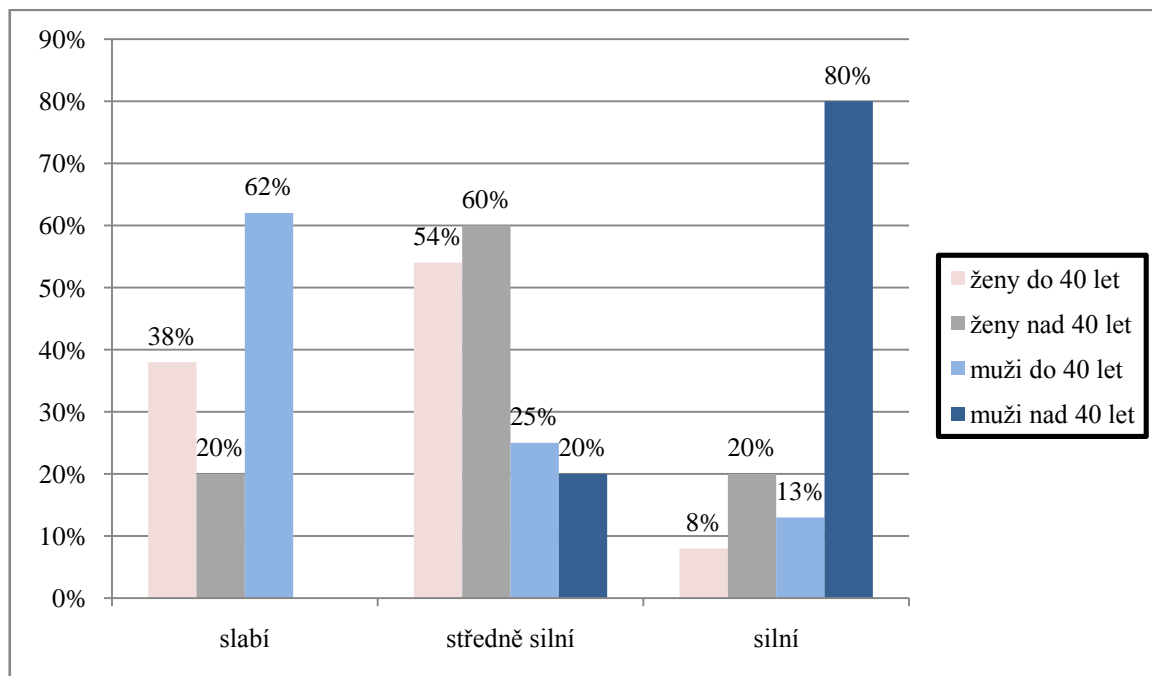
Graf ukazuje hodnocení náročnějších sportovních aktivit pomocí sportindexu (násobek týdenní frekvence, délky jednoho cvičení a jeho intenzity). Z 36 (100 %) žen do 40 let neprovozuje žádnou sportovně- relaxační pohybovou aktivitu 20 (56 %) žen, 3 (8 %) ženy měly nízký sportindex, 6 (17 %) žen vykazuje hodnoty hraniční, 3 (8 %) ženy dosáhly dostačujícího sportindexu a 4 (11 %) ženy měly vysoký až velmi vysoký sportindex. Mezi 21 (100 %) ženami do 40 let bylo 16 (76 %), které se nevěnují žádné sportovně- relaxační aktivitě, 4 (19 %) ženy se zařadily do skupiny s hraničním sportindexem a 1 (5 %) žena dosáhla dostačujícího sportindexu. Z 24 (100 %) mužů do 40 let udalo neprovozování sportovně- relaxační pohybové aktivity 12 (50 %) z nich, 3 (13 %) měli hodnoty hraniční, 6 (25 %) mužů dosáhlo dostačujícího sportindexu a 3 (12 %) muži vykázali vysoký až velmi vysoký sportindex. Mezi 17 (100 %) muži nad 40 let se nevěnuje žádné sportovně- relaxační aktivitě 8 (47 %) mužů, další 2 (12 %) muži měli sportindex nízký, 4 (23 %) muži měli hraniční a 2 (12 %) muži dostačující sportindex, 1 (6 %) muž uvedl hodnoty vysokého až velmi vysokého sportindexu.

Graf 10 Kuřáctví (k otázce č. 13)



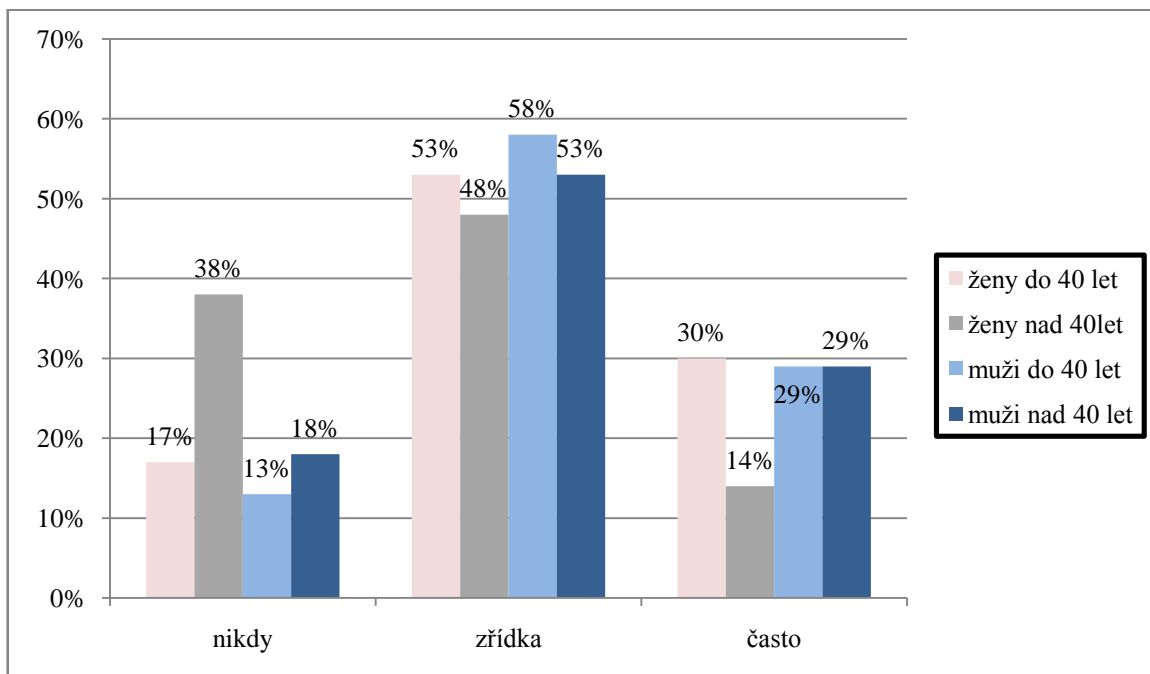
Z 36 (100 %) oslovených žen do 40 let udalo 23 (64 %) žen odpověď nekuřák a 13 (36 %) žen kuřák. Ve skupině 21 (100 %) žen nad 40 let je 15 (71 %) nekuřáček, 1 (5 %) příležitostná kuřáčka a 5 (24 %) žen kuřáček. Mezi 24 (100 %) muži do 40 let bylo 11 (46 %) nekuřáků, 5 (21 %) příležitostných kuřáků a 8 (33 %) kuřáků. Ze 17 (100 %) mužů nad 40 let označilo 12 (71 %) mužů odpověď nekuřák a 5 (29 %) kuřák.

Graf 11 Rozdělení kuřáků (k otázce č. 13)



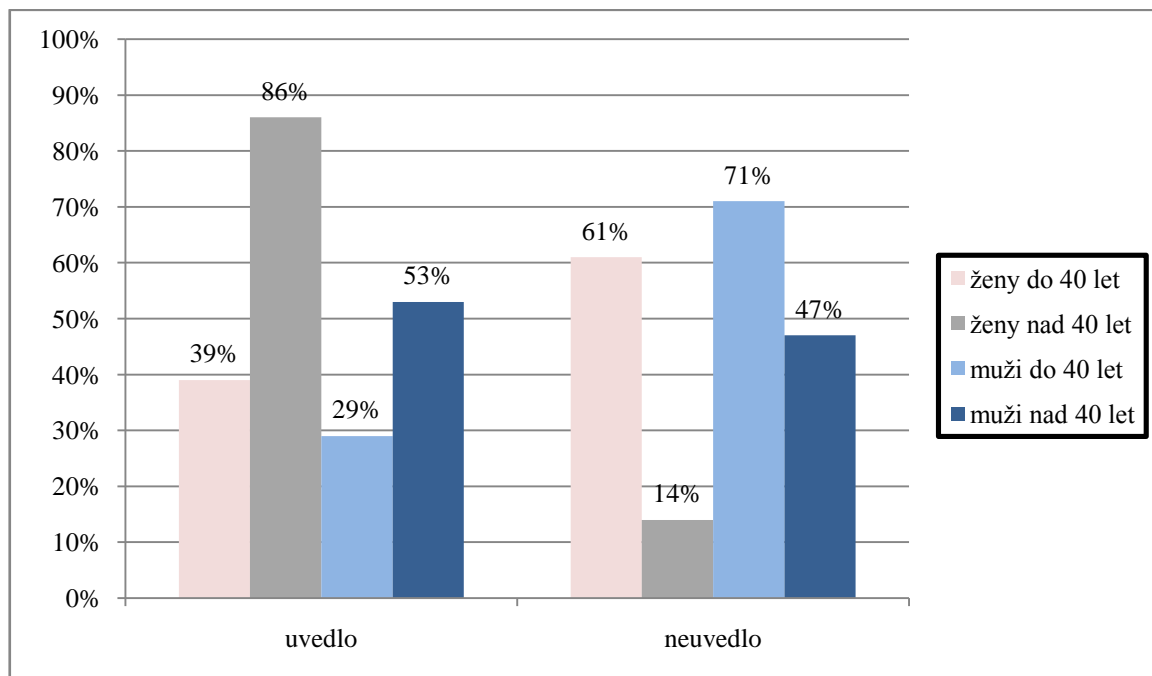
Jde o soubor respondentů, jež označili v otázce č. 13 možnost kuřák. Mezi 13 (100 %) kuřačkami do 40 let je 5 (38 %) slabých kuřaček, 7 (54 %) středně silných kuřaček a 1 (8 %) silná kuřačka. Mezi 5 (100 %) ženami kuřačkami nad 40 let je 1 (20 %) slabá kuřačka, 3 (60 %) středně silné kuřačky a 1 (20 %) silná. Mezi 8 (100 %) muži do 40 let je 5 (62 %) slabých kuřáků, 2 (25 %) středně silní kuřáci a 1 (13 %) silný kuřák. Skupina 5 (100 %) mužů nad 40 let je tvořena 1 (20 %) středně silným kuřákem a 4 (80 %) silnými kuřáky.

Graf 12 Pasivní kouření- pobyt v prostředí, kde je cigaretový kouř (k otázce č. 14)



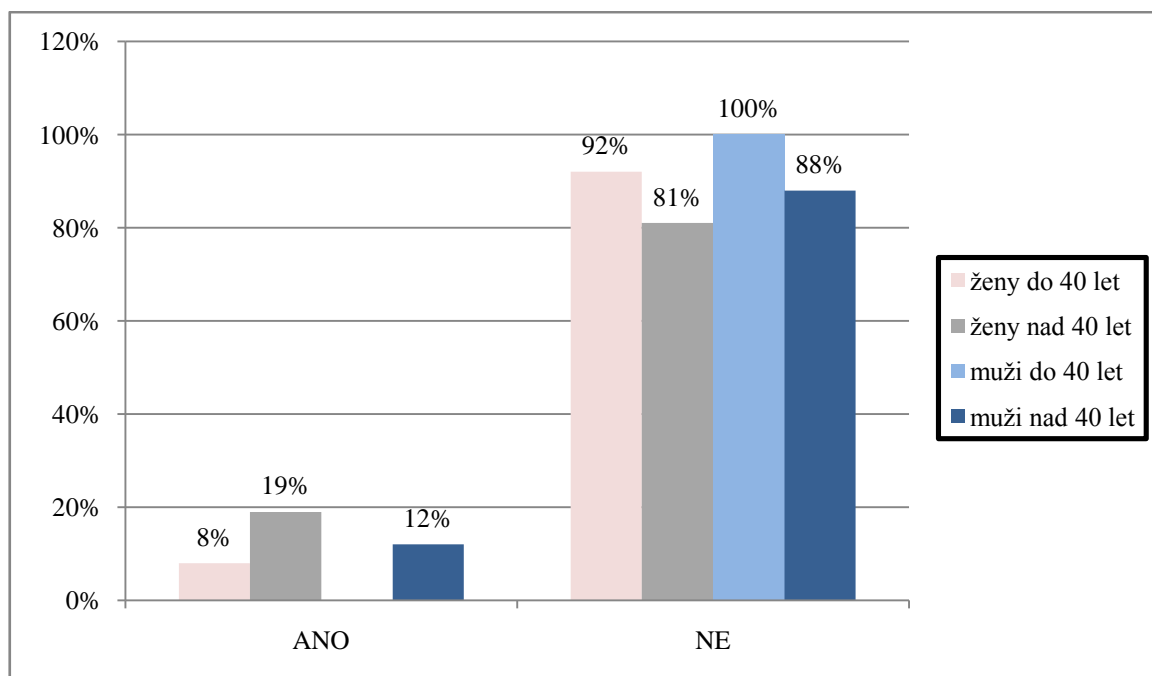
Z 36 (100 %) žen ve věku do 40 let udává 6 (17 %) žen, že nepobývá v prostředí, kde je cigaretový kouř, 19 (53 %) žen pobývá zřídka a 11 (30 %) žen často. Z 24 (100 %) žen nad 40 let nepobývá v zakouřeném prostředí 8 (38 %) žen, zřídka pobývá 10 (48 %) žen a často 3 (14 %) ženy. Z 24 (100 %) mužů do 40 let udali, že nikdy nepobývají 3 (13 %) muži, zřídka 14 (58 %) mužů a často pobývá 7 (29 %) mužů. Ve skupině 17 (100 %) mužů nad 40 let zaškrtnuli odpověď nikdy 3 (18 %) muži, odpověď zřídka 9 (53 %) mužů a možnost často zvolilo 5 (29 %) mužů.

Graf 13 Znalost hodnoty krevního tlaku respondenty (k otázce č. 15)



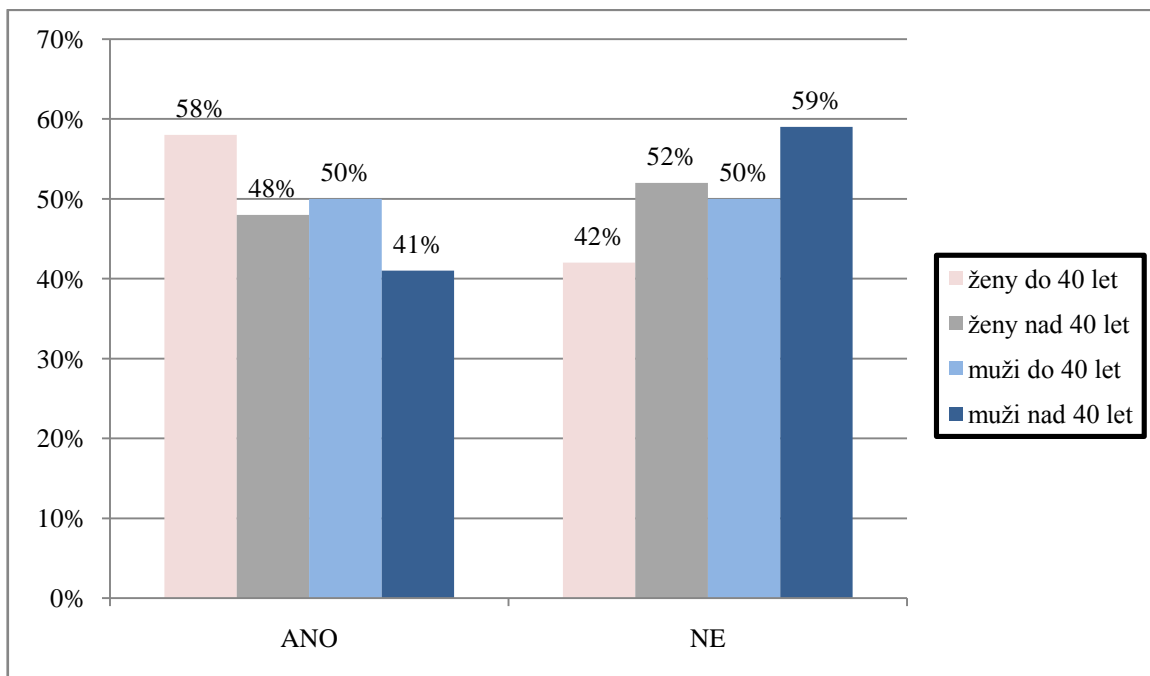
Z 36 (100 %) oslovených žen do 40 let zná hodnotu svého krevního tlaku 14 (39 %) žen a nezná 22 (61 %) žen. Mezi 21 (100 %) ženami nad 40 let odpovědělo kladně 18 (86 %) žen a záporně 3 (14 %) ženy. Z 24 (100 %) mužů do 40 let uvedlo hodnotu krevního tlaku 7 (29 %) mužů a neuevedlo 17 (71 %) mužů. Mezi 17 (100 %) muži nad 40 let udalo hodnotu 9 (53 %) mužů a neudalo 8 (47 %) mužů.

Graf 14 Znalost hodnoty celkového krevního cholesterolu respondenty (k otázce č. 16)



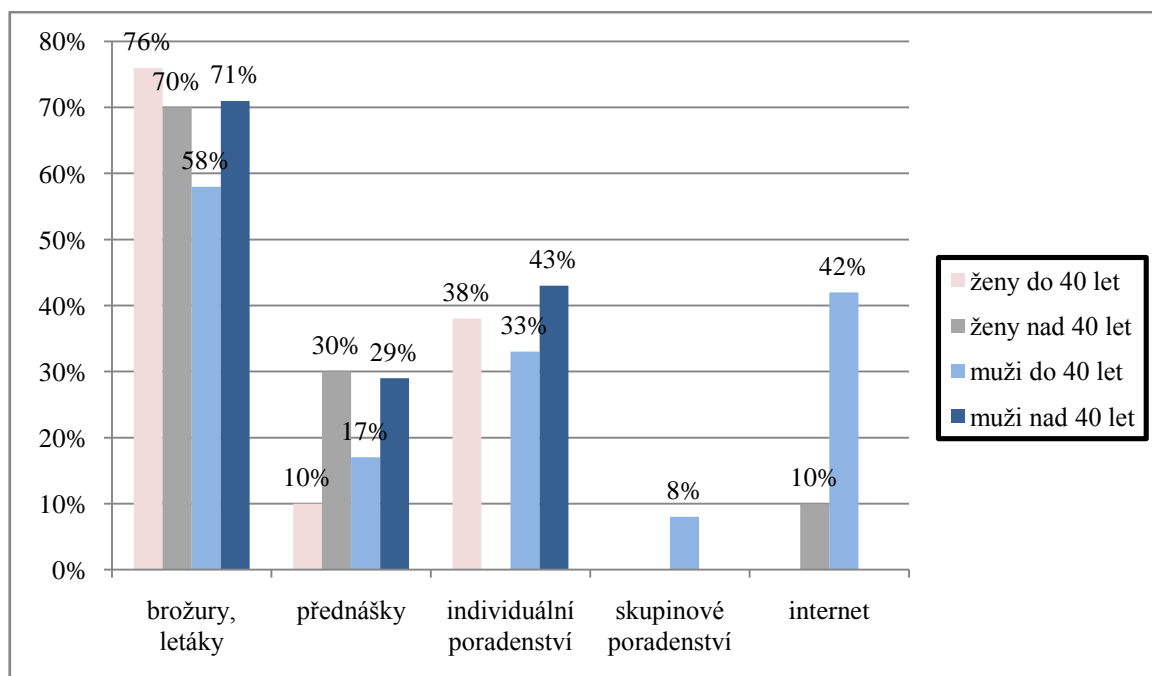
Z 36 (100 %) žen do 40 let označily odpověď ano 3 (8 %) ženy a odpověď ne 33 (92 %) žen. Z 21 (100 %) žen nad 40 let znají hodnotu svého krevního cholesterolu 4 (19 %) ženy a nezná 17 (81 %) žen. Mezi 24 (100 %) muži do 40 let nezná hodnotu krevního cholesterolu žádný respondent. Mezi 17 (100 %) muži nad 40 let jsou 2 (12 %) muži, jež znají hodnotu svého krevního cholesterolu a 15 (88 %) mužů, kteří tuto hodnotu neznají.

Graf 15 Zájem o poskytování informací o zdravém životním stylu (k otázce č. 17)



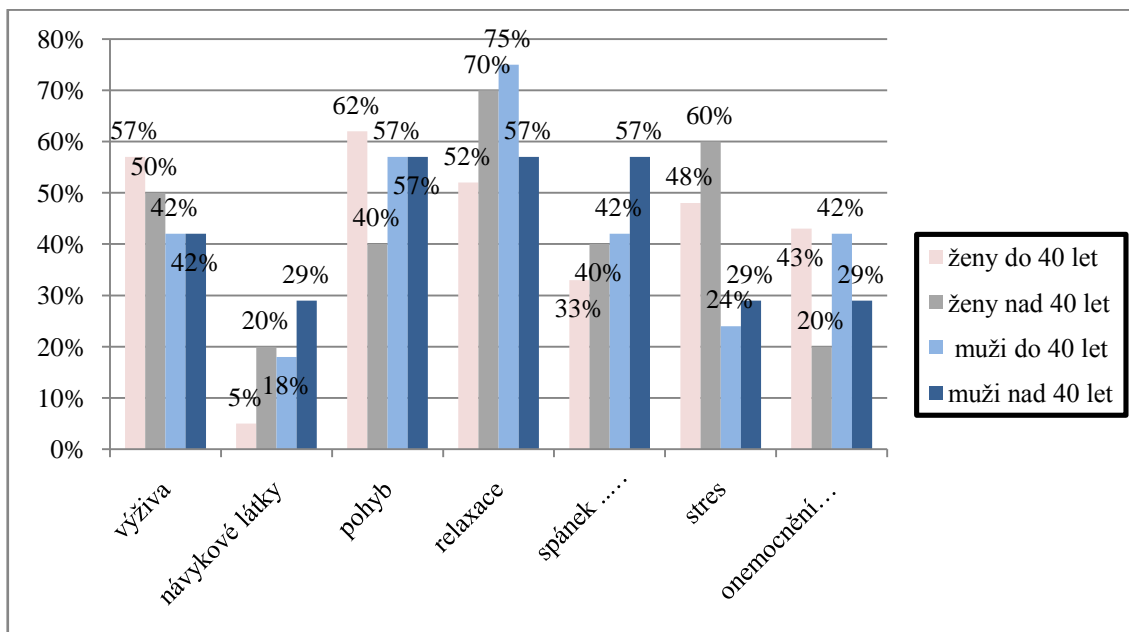
Z 36 (100 %) oslovených žen do 40 let mělo o podání informací zájem 21 (58 %) žen, zájem o informace nemělo 15 (42 %) žen. Z 21 (100 %) žen nad 40 let udávalo 10 (48 %) žen zájem o informace a 11 (52 %) žen zájem neudalo. Ze skupiny 24 (100 %) mužů do 40 let projevilo zájem o podání informací 12 (50 %) a nezájem také 12 (50 %) mužů. Ze 17 (100 %) mužů ve věku do 40 let uvedlo 7 (41 %) mužů zájem o podání informací a 10 (59 %) mužů zájem nevedlo.

Graf 16 Způsob informování sestrou závodněpreventivní péče o zdravém životním stylu (k otázce č. 18)



Graf obsahuje odpovědi respondentů, jež v otázce č. 17, projeví zájem o poskytování informací o zdravém životním stylu. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Z 21 (100 %) žen do 40 let 16 (76 %) žen dává přednost brožurám a letákům, 2 (10 %) ženy zvolily přednášky a 8 (38 %) žen označilo informování formou individuálního poradenství, skupinové poradenství a internet nezmohla žádná. Z 10 (100 %) žen nad 40 let uvedlo možnost brožury a letáky 7 (70 %) žen, 3 (30 %) vybraly odpověď přednášky a 1 (10 %) udala možnost internet, ostatní odpovědi nezmohla žádná z žen. Mezi 12 (100 %) muži do 40 let zaškrtnulo možnost brožury a letáky 7 (58 %) mužů, 2 (17 %) vybrali přednášky, 4 (33 %) muži upřednostnili individuální poradenství, 1 (8 %) zvolil skupinové poradenství a 5 (42 %) mužů vyznačilo internet. Ze 7 (100 %) mužů nad 40 let zaškrtnulo 5 (71 %) mužů brožury a letáky, 2 (29 %) muži by uvítali přednášky a 3 (43 %) označili informování formou individuálního poradenství, další možnosti nezmohli žádní z mužů.

Graf 17 Oblasti podávání informací o zdravém životním stylu (k otázce č. 19)



Graf ukazuje odpovědi respondentů, kteří v otázce č. 17 měli zájem o poskytování informací o zdravém životním stylu. Respondenti volili 3 pro ně nejzajímavější možnosti. Z 21 (100 %) žen do 40 let označilo 12 (57 %) výživu, 1 (5 %) návykové látky, 13 (62 %) zvolilo pohyb, 11 (52 %) relaxaci, 7 (33 %) spánek a poruchy spánku, 10 (48 %) zaškrtnulo stres a 9 (43 %) onemocnění způsobená nesprávným životním stylem. Z 10 (100 %) žen nad 40 let uvedlo 5 (50 %) výživu, 2 (20 %) návykové látky, 4 (40 %) pohyb, 7 (70 %) vyznačilo relaxaci, 4 (40 %) spánek a poruchy spánku, 6 (60 %) by uvítalo informace o stresu a 2 (20 %) o onemocněních způsobených nesprávným životním stylem. Mezi 12 (100 %) muži do 40 let mělo 5 (42 %) zájem o výživu, 2 (18 %) o návykové látky, 7 (57 %) o pohyb, 9 (75 %) označilo relaxaci, 5 (42 %) spánek a relaxaci, 3 (24 %) zadali stres a 5 (42 %) onemocnění způsobená nesprávným životním stylem. Mezi 7 (100 %) muži nad 40 let zvýraznili 3 (42 %) výživu, 2 (29 %) návykové látky, 4 (57 %) pohyb, 4 (57 %) uvedli relaxaci, 4 (57 %) spánek a poruchy spánku, 2 (29 %) zvolili stres a 2 (29 %) onemocnění způsobená nesprávným životním stylem.

4. 2 Tabulky

Tabulka 1 Konzumace obilovin (k otázce č. 3- součet položek 1, 2, 3, 5, 6, 7)

Konzumace obilovin (doporučená denní dávka- 5 porcí/ den)				
	Průměr	Medián	Minimální hodnota	Maximální hodnota
Ženy do 40 let	1,92	1,65	0,9	4,1
Ženy nad 40 let	1,68	1,6	1,07	2,5
Muži do 40 let	2,07	1,73	0	7,928
Muži nad 40 let	1,79	1,71	0,928	2,928

Tabulka se zaměřuje na konzumaci obilovin, jejichž doporučená denní dávka je 5 porcí. V průměru přijmou ženy do 40 let 1,92 porce, ženy nad 40 let 1,68 porce, muži do 40 let 2,07 porce a muži nad 40 let 1,79 porce. Hodnota medián je u žen do 40 let 1,65 porce, u žen nad 40 let 1,6 porce, u mužů do 40 let 1,73 a u mužů nad 40 let 1,71 porce. Minimální hodnota byla u žen do 40 let 0,9 porce, u žen nad 40 let 1,07 porce, u mužů do 40 let 0 a u mužů nad 40 let 0,928. Maximální hodnota zjištěná u žen do 40 let byla 4,1 porce, u žen nad 40 let 2,5 porce, u mužů do 40 let 7,928 a u mužů nad 40 let 2,928 porce.

Tabulka 2 Konzumace zeleniny (k otázce č. 3- součet položek 8, 9)

Konzumace zeleniny (doporučená denní dávka- 4 porce/ den)				
	Průměr	Medián	Minimální hodnota	Maximální hodnota
Ženy do 40 let	1,1	1	0,4	3
Ženy nad 40 let	1,16	1	0,2	5
Muži do 40 let	0,98	1,47	0	4
Muži nad 40 let	0,94	0,71	0,214	2,714

Tabulka popisuje konzumaci zeleniny respondenty, doporučená denní dávka jsou 4 porce. Průměrně sní ženy do 40 let 1,1 porce, ženy nad 40 let 1,16 porce, muži do 40 let 0,98 porce a muži nad 40 let 0,94 porce. Medián byl u žen do 40 let 1 porce, u žen nad 40 let také 1, u mužů do 40 let 1,47 a u mužů nad 40 let 0,71 porce. Minimální hodnota u žen do 40 let udávala 0,4 porce, u žen nad 40 let 0,2 porce, u mužů do 40 let 0 a u mužů nad 40 let 0,214 porce. Maximální hodnoty byly u žen do 40 let 3 porce, u žen nad 40 let 5 porcí, u mužů do 40 let 4 porce a u mužů nad 40 let 2,714 porce.

Tabulka 3 Konzumace ovoce (k otázce č. 3- položka 10)

Konzumace ovoce (doporučená denní dávka- 3 porce/ den)				
	Průměr	Medián	Minimální hodnota	Maximální hodnota
Ženy do 40 let	0,69	0,8	0	2,5
Ženy nad 40 let	0,78	0,8	0	2,5
Muži do 40 let	0,68	0,5	0	3,5
Muži nad 40 let	0,41	0,21	0,214	0,8

Tabulka ukazuje konzumaci ovoce respondenty, doporučená denní dávka jsou 3 porce. Průměrný příjem u žen do 40 let byl 0,69 porce, u žen nad 40 let 0,78 porce, u mužů do 40 let 0,68 a u mužů nad 40 let 0,41 porce. Medián udával hodnoty 0,8 porce u žen do 40 let, 0,8 u žen nad 40 let, 0,5 u mužů do 40 let a 0,21 u mužů nad 40 let. Minimální hodnoty byly u žen do 40 let, u žen nad 40 let a mužů do 40 let 0 porcí, u mužů nad 40 let 0,214 porce. Maximální hodnoty udané respondenty byly u žen do 40 let 2,5 porce, u žen nad 40 let také 2,5, u mužů do 40 let 3,5 a u mužů nad 40 let 0,8 porce.

Tabulka 4 Konzumace mléka a mléčných výrobků (k otázce č. 3- položka 11))

Konzumace mléka a mléčných výrobků (doporučená denní dávka- 2 porce/ den)				
	Průměr	Medián	Minimální hodnota	Maximální hodnota
Ženy do 40 let	0,72	0,8	0	2,5
Ženy nad 40 let	0,82	0,5	0,2	3,5
Muži do 40 let	0,82	0,5	0	3,5
Muži nad 40 let	0,49	0,5	0	1

Tabulka sleduje konzumaci mléka a mléčných výrobků respondenty, doporučená dávka jsou 2 porce denně. Průměrná spotřeba u žen do 40 let byla 0,72 porce, u žen nad 40 let 0,82, u mužů do 40 let 0,82 a u mužů nad 40 let 0,49 porce. Hodnota medián u žen do 40 let byla 0,8, u žen nad 40 let 0,5 porce, u mužů do 40 let 0,5 porce a u mužů nad 40 let také 0,5 porce. Minimální hodnota u žen do 40 let udávala 0 porcí, u žen nad 40 let 0,2 porce, u mužů do 40 let 0 porcí a u mužů nad 40 let také 0. Maximální hodnota u žen do 40 let uvedla 2,5 porce, u žen nad 40 let 3,5 porce, mužů do 40 let 3,5 porce a u mužů nad 40 let 1 porce.

Tabulka 5 Konzumace masa, ryb, vajec a luštěnin (k otázce č. 3- součet položek 12, 13, 14, 15, 16, 17)

Konzumace masa, ryb, vajec a luštěnin (doporučená denní dávka- 1,5 porce/ den)				
	Průměr	Medián	Minimální hodnota	Maximální hodnota
Ženy do 40 let	1,63	1,4	0	3,4
Ženy nad 40 let	1,63	1,57	0,6	3
Muži do 40 let	1,92	1,94	0	3,428
Muži nad 40 let	1,76	1,87	0,642	3,114

Tabulka zobrazuje konzumaci masa, ryb, vajec a luštěnin, doporučená denní dávka je 1,5 porce. Průměrně zkonsumovaly ženy do 40 let 1,63 porce, ženy nad 40 let také 1,63 porce, muži do 40 let 1,92 porce a muži nad 40 let 1,76 porce. Medián byl u žen do 40 let 1,4 porce, u žen nad 40 let 1,57 porce, u mužů do 40 let 1,94 porce a u mužů nad 40 let 1,87 porce. Minimální hodnota spotřeby u žen do 40 let byla 0, u žen nad 40 let 0,6, u mužů do 40 let 0 a u mužů nad 40 let 0,642 porce. Maximální udávaná hodnota u žen do 40 let byla 3,4 porce, u žen nad 40 let 3 porce, u mužů do 40 let 3,428 a u mužů nad 40 let 3,114 porce.

Tabulka 6 Konzumace ostatních potravin- sladkostí (k otázce č. 3- součet položek 4, 18)

Konzumace ostatních potravin- sladkostí (doporučená denní dávka- 1 porce/ den)				
	Průměr	Medián	Minimální hodnota	Maximální hodnota
Ženy do 40 let	0,64	0,4	0	2,7
Ženy nad 40 let	0,62	0,4	0	0,8
Muži do 40 let	0,78	0,6	0	2
Muži nad 40 let	0,6	0,5	0	1,3

Tabulka informuje o konzumaci ostatních potravin- sladkostí, u nichž je doporučená denní dávka 1 porce. Průměrná spotřeba u žen do 40 let byla 0,64 porce, u žen nad 40 let 0,62 porce, u mužů do 40 let 0,78 porce a u mužů nad 40 let 0,6 porce. Medián byl 0,4 porce u žen do 40 let i u žen nad 40 let, 0,6 porce zkonsumovali muži do 40 let a 0,5 porce muži nad 40let. Minimální hodnota byla u všech věkových kategorií 0 porcí. Maximální hodnota u žen do 40 let byla udána 2,7 porce, u žen nad 40 let 0,8 porce, u mužů do 40 let 2 porce a muži nad 40 let uvedli 1,3 porce.

5. Diskuze

Cílem práce bylo zmapování rizik životního stylu u produktivní populace. K naplnění tohoto cíle byla využita kvantitativní metoda formou dotazníku. Výzkumná část práce byla zaměřena především na kouření, pohybové aktivity, stravovací návyky, optimální hmotnost, spotřebu alkoholu a znalost hodnot krevního tlaku a cholesterolu respondenty, součástí bylo zhodnocení zájmu o informace o životním stylu a jejich specifikace. K potvrzení nebo vyvrácení hypotéz došlo vzájemným porovnáním výsledků výzkumného šetření v těchto 7 oblastech.

Cílovou skupinu tvořily osoby pracující v dělnických profesích ve směnném provozu. Záměrem bylo nejen porovnání sledovaných rizik mezi muži a ženami, ale také porovnání těchto rizik mezi věkovými skupinami do 40 let a nad 40 let. Sledovaný soubor tvořilo 98 respondentů, z nichž bylo 58 % žen a 42 % mužů (Graf 1). Mezi oslovenými pracujícími bylo nejvíce žen ve věku do 40 let a to 37 %, dále se výzkumu zúčastnilo 21 % žen ve věku nad 40 let, 25 % mužů ve věku do 40 let a 17 % mužů ve věku nad 40 let (Graf 2).

K hypotéze číslo 2 „*Zásady zdravého životního stylu tj. nekouření, racionální stravování a fyzická aktivita budou častěji dodržovat ženy než muži*“ a zároveň k hypotéze číslo 3 „*Životní styl respektive jeho rizika se budou lišit v porovnávaných skupinách (do 40 let a nad 40 let)*“, se vázaly otázky s čísly 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

První námi sledovanou oblastí bylo kouření. V naší společnosti je zhruba 30 % kuřáků a díky kouření se dožívají asi o 10 let méně ve srovnání s nekuřáky (26). Výsledky našeho šetření v počtech kuřáků ukazují značné rozdíly v jednotlivých porovnávaných skupinách. Ve skupině žen do 40 let bylo 36 % kuřáček, mezi ženami nad 40 let jich bylo 29 %, mužů kuřáků do 40 let bylo 54 % a mezi muži nad 40 let bylo 29 % kuřáků (Graf 10). Při následném rozdělení kuřáků dle počtu vykouřených cigaret za den se dále ukázalo, že největší 80 % podíl silných kuřáků a tím i největší riziko onemocnění bylo u mužů nad 40 let (Graf 11). Z vzájemného porovnání mezi pohlavími

vyplývá, že prokazatelně více kuřáků bylo mezi muži a v porovnání věkových skupin mezi ženami a muži do 40 let.

Významné zdravotní riziko představuje nejen samotné kouření, ale také pobyt v prostředí, kde je přítomen cigaretový kouř takzvané pasivní kouření. Z našeho šetření vyplývá, že v takovém prostředí často pobývá 30 % žen do 40 let, 14 % žen nad 40 let, 29 % mužů do 40 let a 29 % mužů nad 40 let (Graf 12). Machová (27) uvádí, že pobyt nekuřáka v takovém prostředí po dobu 1 hodiny znamená totéž, jako vykouření 15 cigaret. Proto se Kukačka (24) i Machová (27) shodují v názoru, že pobývání v takovém prostředí je stejně jako kouření samotné považováno za významný rizikový faktor KVCH, onemocnění plic a nádorových onemocnění. Šafránková (33) označuje kouření za nejvýznamnější rizikový faktor ICHS.

Druhou námi sledovanou oblastí byly pohybové aktivity respondentů rozdělené na chůzi a náročnější sportovně- relaxační aktivity. Nejprve byla v oblasti fyzických aktivit hodnocena častost a trvání chůze, u které za dostačující pro náš organismus označuje Fiala (12) tu, kterou provozujeme alespoň 5- 6x týdně po dobu delší než 10 minut. Za žádoucí byly označeny hodnoty nad 5,5, kterých dosáhlo 56 % žen do 40 let, 29 % žen nad 40 let, 54 % mužů do 40 let a 35 % mužů nad 40 let (Graf 8). Srovnání ukazuje minimální převahu mužů nad ženami, naopak převaha žen a mužů do 40 let nad ženami a muži nad 40 let je výrazná. Čermák (5) i Kukačka (24) shodně zdůrazňují pozitivní vliv dlouhodobé pohybové aktivity na náš organismus, zvláště na snížení rizika KVCH. Dále Kukačka (24) uvádí, že úmrtnost lidí s dobrou tělesnou kondicí na KVCH je o třetinu menší v porovnání s těmi, jež ji nemají.

Mimo chůze byly vyhodnoceny i náročnější sportovně- relaxační aktivity. V hodnocení rozhoduje takzvaný sportindex, což je násobek týdenní frekvence, délky 1 cvičení a jeho intenzity na stupnici 1- 10. Za dostačující sportindex považuje Fiala (12) hodnotu 700 a více. Graf 9 nám ukázal, že této hodnoty dosáhlo pouze 19 % žen do 40 let, 5 % žen nad 40 let, 37 % mužů do 40 let a 18 % mužů nad 40 let, ostatní respondenti měli sportindex hraniční, nízký nebo neprovozovali žádné sportovní aktivity. Vzájemným porovnáním dosáhli lepších výsledků muži, vyšších hodnot sportindexu dosáhli ženy a muži do 40 let. Mezi důvody nízkých výsledků sportindexu

mohou patřit případná zdravotní omezení ve vyšším věku, malá nabídka volnočasových aktivit nebo malý zájem o tento typ relaxace.

Třetí sledovanou oblastí je zjišťování stravovacích návyků, které proběhlo formou týdenního frekvenčního jídelníčku. Při vyhodnocení jsme se zaměřili na porovnání doporučených a skutečně zkonsumovaných porcí jednotlivých potravin v přepočtu na jeden den, doporučené dávky potravin vychází z doporučených dávek výživové pyramidy (Příloha 1).

Základnu pyramidy tvoří konzumace obilovin a obilninových výrobků, které lze pokládat za základ zdravé výživy. Doporučená denní dávka je 5 porcí, což by mělo představovat 40 % denního příjmu potravin. Frekvenční jídelníček sledoval spotřebu tmavého chleba, celozrnného pečiva, cereálií, bílého pečiva, rýže, těstovin a knedlíků. Pokud uvedeme konkrétní hodnoty, tak ženy do 40 let snědly v průměru 1,92 porce, ženy nad 40 let 1,68 porce, muži do 40 let 2,07 porce a muži nad 40 let 1,79 porce (Tabulka 1). Více se doporučeným hodnotám přiblížili muži, v porovnání dle věku dosáhli lepších hodnot ženy a muži do 40 let. Ani jedna z porovnávaných skupin však nedosáhla doporučovaných denních dávek.

Druhé patro pyramidy náleží příjmu zeleniny a ovoce. Zelenina by měla tvořit asi 18 % a ovoce 17 % denního příjmu potravin. Doporučená dávka zeleniny jsou 4 porce a doporučená dávka ovoce jsou 3 porce denně. Graf 5 nám ukázal, že nejčastější příjem ovoce a zeleniny se pohybuje mezi 1- 2 porcemi, kdy tuto možnost v jednotlivých skupinách označilo 71- 88 % respondentů. Proto nás nepřekvapili údaje o průměrných dávkách z frekvenčního jídelníčku, kde ženy do 40 let snědly v průměru 1,1 porce zeleniny a 0,69 porce ovoce, ženy nad 40 let 1,16 porce zeleniny a 0,78 porce ovoce a ještě horších výsledků dosáhli muži, kdy muži do 40 let přijali v průměru 0,98 porce zeleniny a 0,68 porce ovoce, muži nad 40 let pouze 0,94 porce zeleniny a 0,41 porce ovoce (Tabulka 2, 3). Opět musíme konstatovat, že ani jedna z porovnávaných skupin nedodržela doporučené denní dávky, přesto lepších výsledků dosáhly ženy a mezi věkovými skupinami ženy a muži do 40 let.

Třetí patro potravinové pyramidy tvoří příjem mléka a mléčných výrobků společně s masem, rybami, drůbeží, vejci a luštěninami, jde přibližně o 20 % denního

příjmu potravy. Tabulka 4 zobrazila spotřebu mléka a mléčných výrobků, kde se za doporučené považují 2 porce. Hodnoty respondentů byli v průměru mezi 0,49 až 0,82 porce. Tyto hodnoty nedosahují v žádné z porovnávaných skupin výživových doporučení. Přesto lze říci, že lepších výsledků dosáhly ženy a v porovnání skupin ženy a muži do 40 let. Tabulka 5 porovnávala spotřebu masa, ryb, drůbeže a vajec, jejichž denní spotřeba by se měla pohybovat okolo 1,5 porce. Zjištěné hodnoty ukazují spotřebu u všech skupin spíše vyšší, pohybující se od 1,63 do 1,92 porce. Více se denním doporučeným dávkám přiblížily ženy, v porovnání skupin ženy a muži nad 40 let. Zarážející byla maximální uvedená hodnota 3,428 mezi muži do 40 let.

Vrchol pyramidy tvoří konzumace potravin, které považujeme za nejméně vhodné a řadíme mezi ně tuky a sladkosti. Tyto potraviny by měli tvořit maximálně 5 % denního příjmu potravin, což odpovídá 1 porci za den. Porovnáním hodnot v tabulce 6 jsme zjistili, že průměrné hodnoty se pohybují od 0,6 do 0,78 porce a tím všechny skupiny dodržely doporučený denní příjem. V konkrétním porovnání měli větší spotřebu těchto potravin muži a mezi věkovými skupinami ženy a muži do 40 let.

Vyhodnocením získaných údajů se hypotéza číslo 2 potvrdila. Ženy skutečně dosáhly vzájemným porovnáním lepších výsledků než muži. V oblasti kouření byla převaha žen nekuřáček významná, ve sportovních aktivitách byly v oblasti chůze výsledky srovnatelné, kdežto v ostatních pohybových aktivitách dosáhli lepších výsledků muži. Hodnocení stravovacích návyků ukázalo, že ženy konzumovaly porce více se přibližující doporučeným dávkám u ovoce, zeleniny, mléka a mléčných výrobků, masa, ryb, drůbeže, vajec a v neposlední řadě u tuků a sladkostí, kdežto muži dosáhli vyššího přiblížení k doporučeným dávkám pouze u obilovin. Přesto musíme dodat, že výsledky v oblasti stravovacích návyků nebyly nijak uspokojivé.

Hypotéza číslo 3 byla také potvrzena, porovnáním rizik v porovnávaných skupinách žen a mužů do 40 let a nad 40 let se výsledky respektive rizika životního stylu prokazatelně lišily. Nejvýznamnější rozdíly byly dosaženy v oblasti pohybových aktivit, kde v hodnocení chůze i sportindexu jednoznačně horších hodnot dosáhli věkové skupiny nad 40 let, v počtech kuřáků v jednotlivých skupinách byl také prokazatelný rozdíl s převahou kuřáků ve věku do 40 let. Analýza potravin spotřebního

koše ukázala, že pracující nedodrží u většiny potravin doporučené denní dávky, rozdíly mezi věkovými skupinami jsou v řádu desítek gramů, nejvýznamnější byl rozdíl ve spotřebě mléka, mléčných výrobků a ovoce.

K hypotéze číslo 1 „*Osoby pracující v dělnických profesích ve směnném provozu znají zásady zdravého životního stylu*“ patřily všechny výše jmenované údaje a dále otázky z dotazníku číslo 1, 5, 6, 15, 16, 17, 18 a 19.

Dalšími identifikačními údaji kromě již dříve zmiňovaných pohlaví a věku byly výška a váha, které byly využity k výpočtu BMI a vyhodnocení optimální hmotnosti jednotlivých účastníků, což byl čtvrtý z námi sledovaných parametrů. Klener (18), Kukačka (24), Čermák (5) i Šafránková (34) shodně udávají, že za nadváhu považujeme hodnoty BMI 25- 30 a u hodnot vyšších než 30 mluvíme o obezitě. Dle jmenovaných zdrojů je obezita považována za významný rizikový faktor KVCH, hypertenze, diabetu melitu a kloubních onemocnění. Klener (18) uvádí, že v ČR trpí obezitou každý čtvrtý dospělý a 60 % dospělé populace má BMI vyšší než 25. Šafránková (34) udává u výskytu obezity hodnoty 21- 30 % žen a 32- 40 % mužů. Porovnáním získaných údajů v grafu č. 3 bylo zjištěno, že hodnoty BMI vyšší než 25 byly u 36 % žen do 40 let, 48 % žen nad 40 let, 71 % mužů do 40 let a 70 % mužů nad 40 let, což ukazuje jednoznačně vyšší výskyt BMI nad 25 mezi muži a ve skupině žen a mužů nad 40 let. Hodnoty BMI nad 30 byly prokázány u 19 % žen do 40 let, 24 % žen nad 40 let, 25 % mužů do 40 let a 35 % mužů nad 40 let. Z vzájemného porovnání vyplývá, že vyšší výskyt obezity je u mužů a mezi věkovými skupinami u skupiny žen a mužů nad 40 let. Zjištěné údaje korelují s dostupnými zdroji v údajích o obezitě u žen i mužů. Ženy zvláště do 40 let dosáhly hodnoty spíše nižší, než udává literatura, avšak tyto údaje si nedovolíme zobecnit vzhledem k velikosti sledovaného souboru.

Pátou sledovanou oblastí byla spotřeba alkoholu. Kukačka (24) udává, že asi 33 % mužů a 10 % žen konzumuje alkohol v dávkách, které jsou považovány za zdravotně rizikové, jde o dávky 40 g alkoholu u mužů a 20g u žen. Porovnání údajů o spotřebě alkoholu v posledním týdnu ukázalo rizikové dávky alkoholu u 8 % žen do 40 let a 4 % žen nad 40 let, mezi muži do 40 let to bylo 21 % mužů a nad 40 let 18 % mužů (Graf 6). V tomto porovnání prokázali naši respondenti menší spotřebu alkoholu ve srovnání

s dostupnými zdroji. Z vyhodnocení je jasné, že vyšší spotřebu alkoholu uvedli muži a v porovnání dle věkových skupin ženy a muži do 40 let.

Fiala (12) uvádí, že jednorázová spotřeba alkoholu by nikdy neměla přesáhnout 4 dávky za den (1 dávka= 10 g etanolu), protože vyšší množství představuje významnou zátěž pro organismus. Graf 7 nám ukazuje, že nikdy tuto dávku nepřekročí pouze 31 % žen do 40 let, 38 % žen nad 40 let, 17 % mužů do 40 let a 29 % mužů nad 40 let. Pokud nebudeme natolik striktní a odpovědi „nikdy a několikrát ročně“ přijmeme za možné, tak této podmínce vyhovělo 64 % žen do 40 let, 85 % žen nad 40 let, 46 % mužů do 40 let a 52 % mužů nad 40 let. Porovnáním jsme dospěli k závěru, že jednorázovou spotřebu alkoholu větší než 4 jednotky častěji překračují muži než ženy a ve věkových skupinách častěji skupina mužů a žen do 40 let.

Šestou sledovanou oblastí je znalost hodnot krevního tlaku a celkového krevního cholesterolu. Sousedloví „neznalost neomlouvá“ je platné i v přístupu k vlastnímu zdraví. Klener (19) udává, že asi třetina lidí s hypertenzí o své chorobě neví, což nic nemění na tom, že jde o nejčastější KVCH, jež postihuje 20- 30 % populace. Pokud se zaměříme na naše respondenty, zjistíme, že ženy do 40 let neznají hodnoty krevního tlaku v 61 %, ženy nad 40 let ve 14 %, muži do 40 let v 71 % a muži nad 40 let v 47 % (Graf 13). Ženy prokázaly lepší znalost než muži, při porovnání dle věku dosáhli lepších výsledků ženy a muži nad 40 let. Domníváme se však, že tato nepřilíš lichotivá čísla neznamenaají zodpovědnější přístup k vlastnímu zdraví u lidí nad 40 let, ale pouze důkaz již vzniklých zdravotních obtíží nebo změření krevního tlaku v rámci nějaké ze zdravotních prohlídek v průběhu života. Měření krevního tlaku je považováno za jedno z nejdostupnějších vyšetření a v dnešní době je mnoho možností, jak jej absolvovat například v rámci preventivní prohlídky u praktického lékaře, vstupní či periodické prohlídky u lékaře pracovně preventivní péče, domácím měřením či měřením zprostředkovaným Českým červeným křížem a proto nelze tyto výsledky považovat za uspokojivé.

Neméně sledovanou hodnotou byla hodnota celkového krevního cholesterolu. Špinar (36) považuje hypertenzi, hyperlipoproteinemii, diabetes, obezitu a kouření za nejvýznamnější rizikové faktory ICHS. Šafránková (33) zdůrazňuje, že vysoká hladina cholesterolu (hypercholesterolemie) významně urychluje proces aterosklerózy a ten poté

postihuje tepny celého těla. Naším výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 92 % žen do 40 let, 81 % žen nad 40 let, 100 % mužů do 40 let a 88 % mužů nad 40 let však hodnotu cholesterolu neznají (Graf 14). Výsledky respondentů jsou alarmující a ukazují velkou neznalost těchto hodnot a tím vysoké zdravotní riziko pro respondenty. Přesto nutno dodat, že větší znalost prokázaly ženy a v porovnání dle věkových skupin měly větší znalost ženy a muži nad 40 let.

Informovanost lze považovat za sedmou oblast zdravého životního stylu. Pokud máme o své zdraví správně pečovat, musíme zvolit správnou cestu a dostatek vhodných a dobře reprodukováných informací je jistě správnou volbou. Zájem o poskytování informací o zdravém životním stylu mělo 58 % žen do 40 let, 48 % žen nad 40 let, 50 % mužů do 40 let a 41 % mužů nad 40 let (Graf 15). Větší zájem o rozšiřování znalostí projevíly ženy a v porovnávaných skupinách do a nad 40 let skupina žen a mužů do 40 let.

V dalších bodech šetření jsme se zaměřili na způsob podávání informací sestrou závodně preventivní péče, protože edukace je v kompetencích sestry. Specifikace typu informací není z našeho pohledu pravděpodobně až natolik důležitá, protože je zcela určena individuálními potřebami konkrétních respondentů, přesto posloužila k uvědomění si, že požadavky žen a mužů se liší. Ženy projevíly největší zájem o brožury a letáky, dále o přednášky a individuální poradenství. Mezi muži bylo pořadí následovně brožury a letáky, individuální poradenství a do možnosti jiné opakovaně uvedli internet. Zajímavostí bylo, že možnost internet vepsalo 42 % mužů a všichni ve věku do 40 let, prokazatelně je, zvláště pro mladé, internet významným zdrojem informací (Graf 16).

Zaměřením na konkrétní oblasti podávání informací o zdravém životním stylu jsme zjistili, že ženy preferovaly informace o relaxaci, stresu a výživě, naproti tomu muži upřednostňovali relaxaci, pohyb a spánek (Graf 17). Vycházíme-li z úvahy, že tyto oblasti zrcadlí to, čeho se nám v běžném životě nedostává, pak vidíme, že mezi muži i ženami byla na prvním místě relaxace, která je jak Kukačka (24) uvádí uměním a je předpokladem k udržení dobrého zdravotního stavu.

Hypotéza 1 se na základě zjištěných údajů nepotvrdila. Respondenti projevili viditelnou neznalost hodnot krevního tlaku a celkového krevního cholesterolu, stravovací návyky ve většině bodů neodpovídaly potravinové pyramidě, ve výzkumném vzorku bylo také vysoké procento kuřáků a pasivních kuřáků, prokázána byla také pravidelná riziková konzumace alkoholu a nedostatek pohybových aktivit, v některých sledovaných skupinách byl prokázán vysoký podíl respondentů s BMI nad 25.

Faktorem, který může nevhodně ovlivnit životní styl je bezesporu pracovní režim. Jestliže pracovník pracuje v dvojsměnném či třisměnném provozu, lze předpokládat, jak uvádí Brhel (2), že jeho stravování, spánek a možnost relaxace mohou být pracovním režimem negativně ovlivněny. Brhel (2) také zmiňuje studie zaměřené na zvýšené riziko poruch srdečně- oběhového systému v souvislosti s pracovním režimem. Z námi oslovených osob pracuje v dvojsměnném provozu průměrně 78 % osob a v trojsměnném provozu průměrně 22 % osob. Mezi oslovenými převažovali zaměstnanci pracující v dvojsměnném provozu, kde mezi věkovými skupinami již nebyli významnější rozdíly v zastoupení (Graf 4). Toto hodnocení však nebylo předmětem naší práce, přestože by mohlo být přínosné. V našem šetření byla tato otázka vnímána pouze jako kontrolní.

6. Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na zhodnocení životního stylu resp. jeho rizik u pracujících ve směnném provozu vzhledem k jejich pohlaví a věku. Výzkumná část práce byla provedena kvantitativní metodou formou dotazníku, kdy většina otázek vycházela z programu Nutrifia a ostatní z námi stanovených hypotéz.

Cílem práce bylo zmapování oblasti racionálního stravování, kuřáckých návyků, spotřeby alkoholu, fyzických aktivit a informovanosti o zdravém životním stylu.

V práci jsme stanovili 3 hypotézy.

Hypotéza 1 *„Osoby pracující v dělnických profesích ve směnném provozu znají zásady zdravého životního stylu“*, se nepotvrdila.

Hypotéza 2 *„Zásady zdravého životního stylu tj. nekouření, racionální stravování a fyzická aktivita budou častěji dodržovat ženy než muži“*, se potvrdila.

Hypotéza 3 *„Životní styl respektive jeho rizika se budou lišit v porovnávaných skupinách (do 40 let a nad 40 let)“*, byla také potvrzena.

Výzkumná část naší práce ukázala, že ač je životní styl a jeho rizika dnes více než často zmiňován snad všemi médii, naše populace tyto informace nepřijímá za své a neřídí se jimi. Dalším zjištěním byl také přístup zaměstnavatelů, které jsme oslovili, protože ač na svých internetových stránkách informují o péči o zaměstnance a podpoře studentů, tak zájem o spolupráci, krom jedné z firem, neprojevili a k získání respondentů musela být využita již zmiňovaná metoda sněhové koule.

Výsledky této práce mohou být použity jako vodítko pro jednání lékařů a sester pracovněpreventivní péče se zaměstnavateli, určující konkrétní cíle zásahů v oblasti životního stylu. Práce může být také využita sestrami při edukaci pracujících.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BANKHOFER, H., HUBER, J., HEWSON, E. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Přel. J. Bílková. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 120 s. Přel. z: 30 Wege aus dem Stress. ISBN 978-80-247-2486-7.
2. BRHEL, P. a kol. *Pracovní lékařství. Základy primární pracovnělékařské péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 338 s. ISBN 80- 7013- 414- 3.
3. CEKOTA, A. *Geniální podnikatel Tomáš Baťa*. 1. vyd. Zlín: Universita Tomáše Bati, 2004. 272 s. ISBN 80- 7318- 220- 3.
4. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978- 80- 247- 3213- 8.
5. ČERMÁK, B. et al. *Výživa člověka*. 1.vyd. České Budějovice: JCU v Českých Budějovicích Zemědělská fakulta, 2002. 224 s. ISBN 80-7040-576-7.
6. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.
7. *Drogy- celosvětový problém* [online]. [cit. 2010- 11- 28]. Dostupný z WWW: <http://www.policie.cz/clanek/narodni-protidrogova-centrala-skpvhistorie.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3d>.
8. EDWARDS, G. *Záhadná molekula*. Přel. K. Bodnárová. 1. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2004. 209 s. Přel. z: Alkohol, the ambiguos molekule. ISBN 80-7106-696-6.
9. ERDÉLY, E. *Baťa- švec, který dobyl světa*. 1 vyd. Zlín: Archa, 1990. 192 s. ISBN 59- 078- 90.
10. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80- 8063- 227- 8.
11. FIALA, J. *Nutriční software pro rychlé hodnocení Nutrifia* [program na CD- ROM]. Brno: Ústav preventivního lékařství. LF Masarykovy univerzity, 2006.

12. FIALA, J. *Nutriční software pro rychlé hodnocení Nutrifia- manuál*. Brno: Ústav preventivního lékařství. LF Masarykovy univerzity, 2006. 28 s.
13. GRÓŠCHLOVÁ, O. *Systém péče o zdraví ve firmě Baťa a. s. Zlín do roku 1945* [online]. 1999. [cit. 2010- 11- 15]. Dostupný z WWW: <http://www.verejnezdravi.cz/download/Groschlova-atestacni-prace-Bata.pdf>.
14. HANZALÍKOVÁ, A. et al. *Komunitní ošetrovatelství*. Přeložila J. Uhrová. J. Novotná. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978- 80- 8063- 257- 1.
15. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnickví- východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80- 7013- 417- 8.
16. JAROŠOVÁ, D. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská universita. Zdravotně sociální fakulta, 2007. 108 s. ISBN 978- 80- 7368- 338- 2.
17. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978- 80- 247- 2150- 7.
18. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80- 7262- 430- X.
19. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2001. 196 s. ISBN 80- 86073- 76- 9.
20. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství III*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 196 s. ISBN 80- 86073- 98- X.
21. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax I*. Přel. T. Baška. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. ISBN 80- 217- 0528- 0.
22. KRASKA- LÜDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. Přel. D. Břejlová. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 116 s. Přel. z: *Entspannt mehr leisten Die besten Techniken gegen Stress*. ISBN 978- 80- 247- 1833- 0.
23. KREJČÍK, V., ALTNEROVÁ, J. *Cvičení pro zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978- 80- 247- 2031- 9.

24. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice: JCU v Českých Budějovicích Zemědělská fakulta, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
25. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 136 s. ISBN 80- 247- 0736- 5.
26. *Legální drogy* [online]. [cit. 2010- 11- 11].
Dostupný z WWW: http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drog.
27. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 291 s. ISBN 978- 80- 247- 2715- 8.
28. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80- 246- 0429- 9.
29. *McDonalds v ČR* [online]. [cit. 2011- 5- 2].
Dostupný z WWW: http://www.mcdonalds.cz/cs/onas/spolecnost/historie_v_cr.shtml.
30. MINAŘÍK, J. *O drogách obecně* [online]. 2009. [cit. 2010- 12- 16].
Dostupný z WWW: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>.
31. MOUREK, J. *Fyziologie-učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
32. MULLEROVÁ, E. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
33. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80- 247- 1148- 6.
34. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 211 s. ISBN 80-247- 1777- 8.
35. ŠEDO VÁ, L., B ÁRTLO V Á, S. Uplatnění komunitní sestry při poskytování pracovněprimární péče. *Pracovní lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. s. 179 – 183. roč. 62. č. 4. 2010. ISSN 0032-6291.
36. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. et al. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 364 s. ISBN 80- 247- 0500- 1.
37. ŠTIKOVÁ, O. Vývoj spotřeby nápojů v ČR. *Výživa a potraviny*. Praha: Výživaservis s.r.o., 2010, roč. 65, č. 2, str. 51- 55. ISSN 1211- 846X.

- 38.** TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80- 7013- 324- 4.
- 39.** TUČEK, M., CIKRT, M., PELCOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 328 s. ISBN 80- 247- 0927- 9.
- 40.** VALACH, F. *Fenomén Baťa*. 1. vyd. Praha: Práce, 1990. 77 s. ISBN 80- 208- 0025.
- 41.** VOKURKA, H., HUGO, J. et al. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80- 7345- 009- 7.
- 42.** VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- 43.** *Zákon 20/ 1966 Sb. o péči o zdraví lidu* [online]. [cit. 2010- 12- 16].
Dostupný z WWW: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=20/1966.
- 44.** *Z historie tabáku aneb buďme rádi, že máme nos na svém místě a nekuřme* [online]. 2009. [cit. 2010- 12- 20].
Dostupný z WWW: <http://www.onko.cz/lekar-historie-tabaku/>.

8. Klíčová slova

Nutrifia

Pracovněpreventivní péče

Pracující

Sestra

Životní styl

9. Přílohy

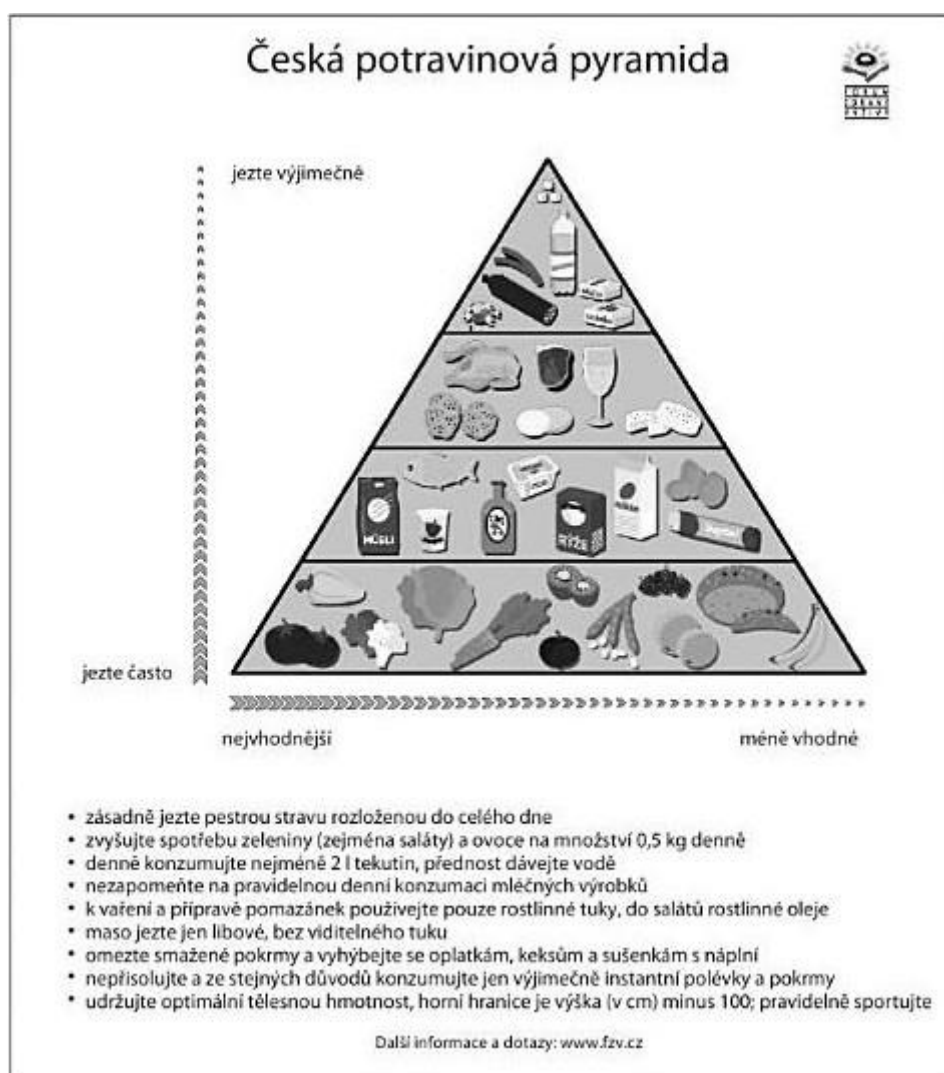
Příloha 1- Výživová pyramida

Příloha 2- Výsledky McDonald's ČR v letech 1992 – 2010

Příloha 3- Program Nutrifia

Příloha 4- Dotazník

Příloha 1



Zdroj: KUNOVÁ (25)

Příloha 2

Výsledky McDonald's ČR v letech 1992 - 2010:

Rok	Tržby	Počet zaměstnanců	Počet restaurací	Počet zákazníků	Investice (Kč)
1992	121 000 000	230	3	3 318 000	180 000 000
1993	255 000 000	465	8	7 182 000	250 000 000
1994	419 000 000	695	15	11 310 000	320 000 000
1995	482 000 000	1 420	22	15 999 000	280 000 000
1996	899 000 000	2 145	33	20 556 000	380 000 000
1997	1 202 000 000	2 635	43	25 800 000	330 000 000
1998	1 356 000 000	2 700	48	25 950 000	260 000 000
1999	1 485 000 000	2 760	53	27 489 000	180 000 000
2000	1 617 000 000	3 156	60	31 492 000	160 000 000
2001	1 770 000 000	3 480	62	33 600 000	155 000 000
2002	1 961 000 000	3 550	68	36 500 000	195 000 000
2003	2 073 402 000	3 600	70	38 113 780	87 800 000
2004	2 140 667 000	3 600	70	36 123 000	60 490 000
2005	2 282 022 000	3 600	72	37 000 000	145 003 000
2006	2 576 112 000	3 700	72	44 505 674	128 000 000
2007	3 202 690 000	3 800	74	53 516 243	180 000 000
2008	3 776 947 000	4 065	78	59 938 175	240 000 000
2009	3 871 090 000	4 894	81	60 676 794	268 000 000
2010	3 799 726 872	5 096	84	58 938 039	308 891 000
TOTAL	35 289 656 872			628 007 705	4 108 184 000

Zdroj: *McDonald's v ČR (29)*

Příloha 3

NUTRIFIA - vstupní údaje

0 programu | Výživové zvyklosti | Výživové zvyklosti + konzumace alkoholu | Pohybová aktivita | Kouření | Ostatní tělesné parametry

NUTRIFIA - Nutriční software pro rychlé hodnocení individuální skladby stravy


Program umožňuje rychlé vyhodnocení individuální skladby stravy na základě zadaných údajů o konzumaci potravin v uplynulém týdnu. Výsledky jsou porovnány s doporučenou skladbou stravy (výživovými doporučeními) dle principů potravinové pyramidy.
Program umožňuje rovněž hodnocení dalších faktorů životního stylu i klinických parametrů, které s výživou úzce souvisejí.

Tento program byl vytvořen za finanční podpory dotačního programu MZ ČR "Národní program zdraví - Projekty podpory zdraví" 2006, projekt č. 9551
"Nutriční software pro rychlé hodnocení - intervence ke zdravé výživě současnými informačními technologiemi".


Program podléhá ochraně dle autorských práv. Je volně a bezplatně šiřitelný pro nekomerční využití. Jsou zakázány jakékoliv úpravy programu, či tvorba podobného software s využitím zde použité metodiky. Při publikaci výsledků získaných programem je nutno uvést citaci.

Autoři:
Metodika odborné části: *Doc. Jindřich Fiala, CSc., Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta MU, Brno*
Tvorba software a grafický design: *Institut biostatistiky a analýz*

Kontakty:



**Ústav preventivního lékařství
Lékařská fakulta MU v Brně**
doc. MUDr. Jindřich Fiala, CSc.



Institut biostatistiky a analýz
Institut biostatistiky a analýz

N

Zdroj: FIALA (11)

Příloha 4

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je určen osobám pracujícím v dělnických profesích. Dotazník je zcela anonymní a bude podkladem k výzkumné části mé bakalářské práce na téma „Zhodnocení životního stylu osob pracujících ve směnném provozu“. Prosím o vyplnění všech otázek, protože vyhodnocení bude prováděno pomocí programu Nutrifia, což nelze bez zadání všech údajů.

Předem děkuji za vyplnění a za Váš čas.

Vladimíra Pechová

1. Ostatní tělesné parametry

Pohlaví

- žena
- muž

Výškacm

Hmotnostkg

Věk let

2. V jakém pracovním režimu (směnném provozu) pracujete?

- dvojsměnný
- trojsměnný

3. Jak často jste v posledním týdnu konzumoval/a následující potraviny?

	Vůbec ne	1- 2x týdně	3- 4x týdně	5- 6x týdně	7x (tj. 1x denně)	Každý den 2- 3x	Více něž 3x denně
Chléb tmavý, celozrnné pečivo							
Rohlíky, housky apod. bílé pečivo nesladké							
Cereálie (musli, cornflakes, ovesná kaše)							
Tzv. jemné sladké pečivo (koblíhy, linecké, vánočka, croissant apod.)							
Rýže							
Těstoviny							
Knedlíky							
Vařené brambory							
Čerstvá zelenina							
Čerstvé ovoce							
Maso (červené, tj. vepřové, hovězí, skopové, zvěřina)							

Masné výrobky							
Drůbež							
Ryby							
Vejce							
Luštěniny							
Cukrovinky (čokoláda, zákusky)							

4. Kolik porcí zeleniny a ovoce (dohromady) obvykle sníte za 1 den?

.....porcí

5. Kolik tzv. dávek alkoholu jste konzumoval/a v posledním týdnu (7 dní) ?

	1 jednotka (cca. 10 g čistého alkoholu)	Dávek týdně:
Pivo	1 sklenice <i>Pivo 12° : 1 dávka= 250 ml (0,5 l = 2 dávky)</i>	
	<i>Pivo 10° : 1 dávka= 330 ml (0,5 l= 1,5 dávky)</i>	
Víno	1 sklenice <i>100ml</i>	
Lihoviny	1 malá sklenička <i>Malé štamprle 25 ml = 1 dávka</i>	
	<i>Velké štamprle 50 ml= 2 dávky</i>	

6. Jak často vypijete 4 nebo více dávek alkoholu najednou (v průběhu 1 dne)?

- nikdy
- několikrát ročně
- 1-2x měsíčně
- 3- 4x měsíčně
- 1- 2x týdně
- 3- 4x týdně
- 5- 6x týdně
- denně nebo téměř denně

7. Věnujete se chůzi nejméně 30 minut za den po většinu dní v týdnu, nebo alespoň 3 hodiny za celý týden?

- ano
- ne

8. Kolikrát týdně se tedy takové intenzivnější chůzi (v kuse nejméně 10 minut) věnujete?

- méně než 1x
- 1- 2x
- 3- 4x
- 5- 6x
- 7x (tj. 1x denně)
- více než 7x (tj. více než 1x denně)

9. Věnujete se pravidelně i nějakým pohybově náročnějším sportovní- relaxačním pohybovým aktivitám, kromě chůze?

- ano
- ne (pokud je Vaše odpověď ne, přejděte na otázku č. 13)

10. Kolikrát týdně?

- méně než 1x
- 1- 2x
- 3- 4x
- 5- 6x
- 7x (tj. 1x denně)
- více než 7x (tj. více než 1x denně)

11. Kolik minut obvykle trvá jedno takové cvičení?

.....

12. Jaká je obvykle intenzita (namáhavost)?

..... Odhadněte číslem v rozmezí 2- 10 (1= klid) pomocí níže uvedené tabulky.

Intenzita aktivity (namáhavost)	Klid	Velmi mírná		Mírná		Střední		Vysoká		Velmi vysoká
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Kouříte?

- ne (alespoň 3 měsíce)
- příležitostně (méně než 1 cigaretu denně)
- ano (pravidelně)

Pokud ano kolik cigaret denně?

.....

14. Pobýváte často v prostředí, kde je cigaretový kouř?

- ne vůbec
- jen velmi zřídka
- často

15. Znáte hodnotu svého krevního tlaku?

- ano
- ne

Pokud ano uveďte jej (2 čísla oddělená zlomkem, první je vyšší)

.....mmHg

16. Znáte hodnotu svého celkového krevního cholesterolu?

- ano
- ne

Pokud ano uveďte ji

..... mmol/l

17. Máte zájem o poskytování nových informací týkajících se zdravého životního stylu?

- ano
- ne (pokud je Vaše odpověď ne, další otázky již nevyplňujte)

18. Jakému způsobu informování sestrou závodněpreventivní péče dáváte přednost? Lze zaškrtnout více možností.

- brožury, letáky
- přednášky
- individuální poradenství
- skupinové poradenství
- jiné

19. Jaké složky životního stylu by Vás nejvíce zajímaly? Zvolte 3 pro Vás nejzajímavější možnosti.

- výživa
- návykové látky (alkohol, tabák)
- pohyb
- relaxace
- spánek a poruchy spánku
- stres
- onemocnění způsobená nesprávným životním stylem

Zdroj: vlastní