

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

Koncepce poradny zdravého životního stylu

Bakalářská práce

Autor: Jiří Galdia

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

České Budějovice, duben 2010

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Conception of healthy lifestyle advisory centre

Bachelor Thesis

Author: Jiří Galdia

Study of Programme: Health Education

Supervisor: Mgr. Jan Schuster, PhD.

České Budějovice, April 2010

Jméno a příjmení autora: Jiří Galdia

Název bakalářské práce: Koncepce poradny zdravého životního stylu

Pracoviště: Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2010

Abstrakt: Úkolem mé bakalářské práce bylo zjistit nabídku odborných služeb poraden zdravého životního stylu na internetové síti. V teoretické části jsem se zabýval problematikou zdravého životního stylu, problematikou podpory zdraví a rozбором metodiky poraden zdravého životního stylu. V praktické části jsem provedl rozbor nabídky poraden zdravého životního stylu na internetové síti a míry odbornosti jejich garantů. V závěru jsem se pokusil navrhnout koncepci poradny zdravého životního stylu se zaměřením na výživové poradenství.

Klíčová slova: Poradna zdravého životního stylu, Zdravý životní styl, Podpora zdraví, Pohyb, Strava,

Name and surname: Jiří Galdia

Title of Bachelor Thesis: Conception of healthy lifestyle advisory centre

Department: Health Education, Pedagogical Faculty, University of South Bohemia
in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Year of Presentaton: 2010

Abstract: The aim of my thesis is to map the offer of internet life style advisory services. In theoretical part I deal with the issue of healthy life style, the issue of health support and with the analysis of the methodology of the life style advisory centres. In practical part I analyse the concrete offer of internet lifestyle advisory centres and the level of expert skills of its guarantors. In the conclusion I try to suggest the conception of the life style advisory centre specialized on nutrition consulting.

Keywords: Healthy lifestyle advisory centre, Healthy life style, Health promotion,
Exercise, Food

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Koncepce poradny zdravého životního stylu“ vypracoval samostatně pod odborným vedením Mgr. Jana Shustera, Ph.D., 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne

Jiří Galdia

Poděkování:

Děkuji Mgr. Janu Schusterovi Ph.D. za jeho odborné vedení, ochotu a cenné rady při psaní této bakalářské práce.

Obsah

1	ÚVOD	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1	ZDRAVÍ	8
2.1.1	Pojem „zdraví“ v historickém kontextu	10
2.1.2	Definice zdraví	11
2.1.3	Podpora zdraví	12
2.2	ŽIVOTNÍ STYL	15
2.2.1	Životní styl v ČR po roce 1989	15
2.3	ETIOPATOGENEZE NEMOCI A ŽIVOTNÍ STYL	16
2.3.1	Kardiovaskulární onemocnění a rizikové faktory	17
2.3.2	Metabolická onemocnění a jejich komplikace	21
2.3.3	Nádorová onemocnění a rizikové faktory	25
2.4	METODY A POSTUPY V PORADNÁCH PODPORY ZDRAVÍ	28
2.4.1	Metodika práce poradny	29
3	PRAKTICKÁ ČÁST	33
3.1	CÍLE PRÁCE	33
3.2	ÚKOLY PRÁCE	33
3.3	ODBORNÉ OTÁZKY	33
3.4	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	34
3.5	PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
4	VÝSLEDKY A DISKUZE	35
5	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	45
	Seznam použité literatury	47
	Přílohy	48

1 ÚVOD

Životní styl představuje významný faktor ovlivňující naše zdraví. Mnozí z nás však vnímáme zdraví jako něco samozřejmého a jeho cenu si často uvědomíme až po jeho ztrátě, či poškození. Přitom zachování zdraví je nutnou podmínkou budoucího udržitelného rozvoje lidské populace. Je potřeba zařazovat podporu zdraví do agendy tvůrců politiky ve všech resortech a na všech úrovních. Trvalé úsilí o podporu zdraví by se mělo stát nejen prioritou pro politiky, ale hlavně pro nás samotné.

Některé nepříznivé determinanty současného životního stylu (kouření, nesprávná výživa, nedostatek pohybu, stres, nadměrná spotřeba alkoholu) se negativně podílí na vývoji zdravotního stavu populace. Cílem poraden zdravého životního stylu by se mělo stát působení na jednotlivce tak, aby si osvojil zásady zdravého chování, jakožto prostředku ke zlepšení zdraví a přijal za zdraví svou zodpovědnost. Prostředkem by mělo být zpřístupňování informací, poznatků a rozvoj potřebných dovedností, které mu umožní přijímat informovaná rozhodnutí o svém chování vůči zdraví.

Podpora zdraví se v posledních letech stala samostatným multidisciplinárním vědním oborem. Kromě medicíny zasahuje do celé řady dalších společenských disciplín a koresponduje s rozvojem poznání.

Zdraví vytváříme a prožíváme v prostředí každodenního života. Zdraví vzniká ze starosti o sebe a o druhé, z možnosti rozhodovat a mít pod kontrolou okolnosti svého života. Zdraví nám umožňuje uskutečňovat naše aspirace, uspokojovat naše potřeby a vyrovnávat se změnami prostředí, které nás obklopuje.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 ZDRAVÍ

Zdraví je pojem, k němuž je ve všech lidských kulturách vztahována celá řada významů a obsahů, od zcela abstraktních („hlavní je zdraví“) až po zcela konkrétní, vztahující se ke zdravotnímu stavu člověka v dané chvíli. Zdraví bylo a je kladeno na přední místo hierarchie zastávaných hodnot, neboť nám umožňuje nejenom naplnění životních cílů, ale také dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí. Umožňuje nám

také plnohodnotné uplatnění ve společnosti. Samotné vnímání a hodnocení zdraví se však v různých populačních skupinách odlišuje. Závisí na řadě okolností, mj. též na věku, pohlaví, úrovni vzdělání a dosaženého socioekonomického statusu jednotlivých posuzovatelů. Řada literárních zdrojů uvádí, že např. pro mladé zdravé osoby je zdraví sice též pozitivní hodnotou, ale spíše obecnou a abstraktní a je vnímáno jako samozřejmost. Podobný přístup můžeme také pozorovat u zdravých lidí s nižším vzděláním, případně u zdravých lidí s nižší úrovní socioekonomického statusu (KEBZA, 2005).

Ke zdraví však nelze přistupovat jako k jednotlivému, izolovanému jevu. Jeho stav je vždy výsledkem interakce člověka s prostředím (přírodním, ale i civilizačním, charakterizovaným postupem civilizace obecně, rozvojem vědy, techniky a jeho důsledků, infrastruktury, průmyslu, ekonomiky a s nimi souvisejícího životního stylu, a konečně i prostředím společenským), v němž člověk žije. Významnou roli v této interakci sehrává právě životní styl, řazený mezi klíčové determinanty zdraví (viz dále), jehož hlavní dimenze (výživa, fyzická aktivita, vykonávaná práce a vše, co s ní souvisí, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda, vztahy k okolí, způsob a kvalita zvládnání zátěže a stresu a absence či naopak rozvoj závislostí) zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu. Údaje publikované v odborné literatuře naznačují, že rozhodující vliv na zdravotní stav člověka má v současné době právě životní styl, který tento člověk uplatňuje (odhady, publikované v tradiční literatuře, uvádějí, že ovlivňuje zdravotní stav pravděpodobně z cca 50-60 %), dále úroveň a dostupnost poskytované zdravotní péče (odhadovaný vliv na zdraví je cca 15 %), vnější vlivy, jako je životní prostředí, sociální vlivy (cca 15-20 %) a vnitřní, genetická predispozice organismu (cca 10-15 %). Tyto odhady jsou ovšem skutečně pouze přibližné, obecně je totiž velmi obtížné až nemožné vyjádřit procentuálním podílem vliv jednotlivých skupin faktorů, neboť ve zdraví se jednak uplatňují významné interindividuální i intraindividuální rozdíly, jednak vliv jednotlivých uváděných faktorů se liší z etiopatogenetického hlediska u různých skupin nemocí (nozologických jednotek), ale i v různých místech na Zemi podle odlišných geografických, klimatických, ekonomických, politických a kulturních

(společensko-historických) podmínek, a liší se také u různých populačních skupin (KEBZA, 2005, s. 9-10).

2.1.1 Pojem „zdraví“ v historickém kontextu

Chceme-li se vážně zabývat otázkami zdraví, je třeba si nejdříve ujasnit, co tímto termínem rozumíme. V etymologických slovnících, které sledují vývoj slov a jejich význam v průběhu staletí, se o slovu „zdraví“ dočteme, že původně znamenalo „celek“. Pojem zdraví jako celku dnes opět nabývá významu, a to v chápání zdraví a péče o něj v tom nejširším hledisku. Jde o tzv. holismus (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

V rozboru předního odborníka na zdravý životní styl MUDr. Karla Daňka se uvádí, že dnes běžně používaný slovanský výraz „zdraví“ má patrně společný kořen s indoevropským výrazem „dru“, což znamenalo „dřevo“ a to včetně všech jeho vlastností (pevnost, pružnost, odolnost), a předpony „su“, značící „dobrý“. „Su-dru“ tedy „dobré-dřevo“, řečeno o člověku vyjadřovalo cosi ve smyslu dnešního „máš tuhý kořínek“. Postupně se výslovnost změnila na „zdru“, a to se stalo základem slovanského „zdraví“. Další výrazy pro zdraví vznikaly z jiného indoevropského slovního kmene „qail“. Ve slovanských jazycích se hláska „q“ změnila na „c“, což vedlo ke vzniku výrazů jako „celý“, „celistvost“ a „celiti“, myšleno uzdravovat. V řadě jazyků vznikaly obdobně další výrazy a to z uvědomění si nezbytnosti správné životosprávy pro zdraví.

Jednou z nejstarších kultur v péči o zdraví je již více než 4000 let indická jóga. Dokládají to existující písemné prameny, které nás učí, jak uskutečnit „jógu“. Učí nás, co v józe představuje „sjednocení“, nebo také „spojení“ tj. ajk umět žít v harmonii těla a ducha a v souladu s přírodou. Jóga, jež prošla zkouškou času, nabízí dnešnímu člověku jedinečně propracovanou psycho-fyzickou metodu, která je s úspěchem využívána pro zkvalitnění tělesného, mentálního a sociálního zdraví.

Starověké Řecko vytvořilo ideál „kalokagathického“ tady „harmonického“ člověka. „Kalokagathia“ podobně jako jóga vyjadřuje harmonii těla a duše a hlavním úkolem kalokagathického člověka je nikdy nekončící snaha o dosažení bodu mezi tělesnem a duševnem a balancování na něm.

Na starověký ideál kalokagathie ideově navazoval humanismus a jeho významným propagátorem byl v té době Jan Ámos Komenský. Jeho návody, jak pečovat o zdraví, překvapují dodnes svou aktuálností (KREJČÍ, BÄUMELTOVÁ, 2001).

2.1.2 Definice zdraví

Nejrozšířenější definici zdraví nabízí Světová zdravotnická organizace (World Health Organization). Tato definice v originálu (Constitution of WHO z roku 1946) říká : „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity“, což znamená „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“.

„Dnes, ve 21. století, se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou až příliš zužována na zdraví těla (fyzický stav člověka), jiní chápou zdraví jen jako zboží (viz. např. komerční pojetí farmakoterapie). Další chápou zdraví jako tajemnou sílu, kterou člověk dostává při narození a s níž musí v životě hospodařit (KŘIVOHLAVÝ, 2003, s. 31).“

Křivohlavý (2003) rozděluje nahlížení na zdraví do sedmi skupin :

- 1) zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly
- 2) zdraví jako metafyzická síla
- 3) salutogeneze – individuální zdroje zdraví
- 4) zdraví jako schopnost adaptace
- 5) zdraví jako schopnost dobrého fungování
- 6) zdraví jako zboží
- 7) zdraví jako ideál.

S ohledem na vztah zdraví a kvality zdraví se Křivohlavý (2003) pokusil vytvořit vlastní definici zdraví: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“.

Všechny pokusy o definování zdraví se snaží zdraví chápat jako důležitý moment pro uskutečnění životních cílů. Vidí zdraví jako dynamický jev, který ovlivňuje nejen fyzické fungování lidského těla, ale i psychické, sociální a duchovní dimenze člověka. Klade se důraz na vztah mezi kvalitou života a zdravím, jakož i na osobní odpovědnost jednotlivce za jeho vlastní zdravotní stav (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

2.1.3 Podpora zdraví

„Podpora zdraví (health promotion) se stala v posledních 20 letech samostatným multidisciplinárním vědním oborem. Kromě medicíny využívá poznatky z celé řady dalších společenských disciplín (sociologie, právo, ekonomie, psychologie, atd.) v praxi se soustřeďuje na oblast prevence, vzdělávání ke zdraví a zdravotní aspekty veřejných politik. Aktivity zaměřené na podporu zdraví korespondují s rozvojem poznání v posledních 50 letech v oblasti determinant zdraví, což rozšířilo naše znalosti o příčinách nemocí“ (IZPE, 2004, s. 5).

Základy podpory zdraví populace

Právo občanů na zdraví je obsaženo v Listině základních práv a svobod, na kterou odkazuje Ústava ČR ve svém článku 3. Listina zařazuje zdraví mezi hodnoty chráněné různými právními a soudními prostředky. Pokud jde o podporu zdraví, článek 29 (ponechávaje konkrétní úpravu na zvláštních zákonech) pro ni vytváří základ tím, že zaručuje zvláštní ochranu dvou skupin:

- (1) Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.
- (2) Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě na povolání.

Článek 31 Listiny základních práv a svobod zakládá právo na ochranu zdraví: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě

veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

Zákon č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví (přijatý 14. července 2000 a poté několikrát novelizovaný) se zabývá otázkou zdraví obyvatelstva podrobněji. Předmětem zákonné úpravy je „stanovit práva a povinnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví a soustavu orgánů ochrany veřejného zdraví, jejich působnost a pravomoc“.... Dále zákon říká, že „hodnocení zdravotních rizik je odhad míry závažnosti zátěže populace vystavené rizikovým faktorům životních a pracovních podmínek a způsobu života. Výsledek hodnocení zdravotního rizika je podkladem pro řízení zdravotních rizik, čímž se rozumí rozhodovací proces s cílem snížit zdravotní rizika“.... stojí za povšimnutí, že v ČR není prevence nepříznivého zdravotního stavu přímo občanským právem a není ani konkrétně zmíněna v zákoně o ochraně veřejného zdraví. Listina základních práv Evropské unie (2000/C 346/01) v článku 35 stanoví, že „Každý má právo na přístup k preventivní zdravotní péči a právo na léčení za podmínek stanovených národními zákony a národní praxí. Při definování a realizaci všech unijních politických koncepcí a aktivit bude zajišťována vysoká míra ochrany lidského zdraví (IZPE, 2004, s. 23).

Hlavní rysy vývoje podpory zdraví v ČR od roku 1989

Prvním dokumentem, ve kterém se explicitně hovoří o budoucí úloze podpory zdraví a výchovy ke zdraví je Návrh nového systému zdravotní péče, schválený Vládou v roce 1990. Poté následuje období, jehož výrazným rysem byly časté změny organizační struktury. Toto zakládání a rušení různých klíčových institucí nezůstalo bez následků. Velké množství změn v relativně krátkém období způsobilo podkopání snah o tvorbu silného a konzistentního přístupu k podpoře zdraví populace. To se projevilo jako obecný nedostatek konsenzu a soudržnosti mezi subjekty podílejících se na přípravě a realizaci podpory zdraví.

Klíčový dokument dlouhodobé strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví 21- Zdraví pro všechny v 21. století byl připraven MZ

ČR a schválen Vládou ČR v roce 2002. Byly tak formulovány hlavní cíle národní strategie podpory zdraví s uvedením parametrů žádoucího cílového stavu, jakož i dílčí cíle na této cestě (IZPE, 2004).

Klíčová data a události ve vývoji podpory zdraví v České republice

1989	Změna politické situace
1990	Návrh nového systému zdravotní péče (říjen)
1990	Přejmenování Institutu hygieny a epidemiologie na Státní zdravotní ústav (původní název)
1991	Založení Národního centra podpory zdraví (transformace bývalého Ústavu zdravotní výchovy)
1992	Národní program obnovy a podpory zdraví (střednědobá strategie, přijato vládní usnesení)
1992	Zrušení Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví
1994	Národní rada zdraví
1995	Národní program zdraví (dlouhodobá strategie, projednána vládou bez usnesení)
1995	Zrušeno Národní centrum podpory zdraví (aktivity převedeny rozhodnutím ministra na Státní zdravotní ústav)
1998	NEHAP
1998	Rada vlády pro zdraví a životní podmínky
2000	Zákon č. 258/2002Sb., o ochraně veřejného zdraví (výsledek 10 let práce)
2000	Založení Institutu zdravotní politiky a ekonomiky
2002	Zdraví 21 – česká varianta Health 21
2003	Oddělení hygieny dětí a dorostu a podpory zdraví na MZ v Úseku Hlavního hygienika MZ ČR (IZPE, 2004, s. 16)

2.2 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života – v rodině, ve škole, na pracovišti, ve volnočasových aktivitách atd. Na neuspokojivém zdravotním stavu se významně podílela a dosud podílí nevhodná skladba výživy (nadměrný energetický přívod, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů, soli, stále ještě nedostatečná konzumace vlákniny, zeleniny a ovoce), i když v posledních letech došlo ke změnám ve spotřebě potravin, které je možno pokládat za pozitivní (zvýšená spotřeba zeleniny, ovoce, drůbežního masa, pokles spotřeby vepřového masa, trvanlivých salámů, másla, vajec, cukru). Přesto se vyskytuje příliš často nadváha až obezita u mužů i žen. Souvisí to i s nízkou pohybovou aktivitou populace (MZ ČR, 2003, s. 63).

2.2.1 Životní styl v ČR po roce 1989

„Po roce 1989 byl v ČR rychle opouštěn dosavadní „socialistický“ životní styl a přijímán životní styl charakteristický pro demokratické země Západu. Přijímání vzorů, chování, postupů, technologií a zboží ze Západní Evropy, USA i z dalších zemí bylo a je enormní. Tato receptce se podílela na změnách sociálních a ekonomických ukazatelů a struktury, stravovacích zvyklostí, ovlivnila hlavní rizikové faktory, měnila některé demografické ukazatele. Její součástí byly i zásadní změny ve zdravotní péči. Změna sociální a ekonomické struktury společnosti naopak podporovala přijetí nového životního stylu“ (BRUTHANS, 2000, s. 82).

V posledním desetiletí bylo v ČR vykonáno mnoho pro změnu životního stylu populace, jehož pozitivní ovlivňování je jednou z priorit Národního programu zdraví. Většina aktivit byla směřována do edukace veřejnosti, zdravotnických i jiných profesionálů a díky široce koncipovaným projektům podpory zdraví v rámci Národního programu zdraví bylo dosaženo výsledků, které se začínají odrážet v jednání a chování lidí. Důležitými předpoklady zdravého způsobu života jsou nadále změny ve výživě a zvýšení pohybové

aktivity. Současný stav výživy populace v ČR není, přes některá zlepšení, uspokojivý. Pro zlepšení vlivu výživy na zdraví je nutno dosáhnout dalších změn ve spotřebě i úpravě potravin. Více než polovina české populace nespĺňuje doporučovanou úroveň pohybové aktivity. Nedostatek středně intenzivní pohybové zátěže způsobuje časté vady držení těla, podílí se na vzniku mnoha chronických neinfekčních onemocněních (obezity, kardiovaskulárních nemocí, diabetu, osteoporózy a jiné), které postihují značný počet lidí produktivního věku a jsou častou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti (MZ ČR, 2003, s. 63).

2.3 ETIOPATOGENEZE NEMOCI A ŽIVOTNÍ STYL

Mezi tato onemocnění řadíme v první řadě kardiovaskulární (dále jen KVO), nádorová a metabolická onemocnění. Z praktického hlediska je výhodné, že nejvýznamnější rizikové a ochranné faktory jsou u těchto onemocnění velmi podobné. Poměrně snadná ovlivnitelnost těchto faktorů společně se značnou silou přepokládaného vlivu může vytvořit základ prevence a omezení zdravotních rizik životního stylu a to zejména v oblasti výživy, kuřáctví, tělesné aktivity a stresu (Rážová, a další, 2001). V metodické příručce pro poradny zdravého životního stylu se uvádí, že „Vhodným uplatněním faktorů životního stylu bylo možno zabránit až 80 % předčasných úmrtí na KVO a nádorová onemocnění“ (RÁŽOVÁ, a kol., 2001, s.4).

Často se domníváme, že nemoc vzniká náhodou. Když však pochopíme příčiny nemoci, můžeme náš stav zlepšit, případně zabránit tomu, aby se nemoc opakovala. Přestože některá onemocnění se stávají následkem krajně nepříznivých okolností (např. nehody a úrazy), drtivá většina nemocí nepřichází v důsledku jediné přesně časově ohraničené události, ale vyvíjí se v delším časovém úseku za vzájemného působení více faktorů. (TEMPLEMORE, 1998).

2.3.1 Kardiovaskulární onemocnění a rizikové faktory

Od 50-tých let, kdy se uskutečnily první studie, se snažíme objasnit příčiny moderní pandemie kardiovaskulárních chorob. Postupem času bylo popsáno více než 200 takovýchto faktorů. Po složitém stanovování významu a vztahů mezi jednotlivými faktory, byly jako nejrizikovější definovány tyto :

Cholesterol a kalorický příjem, nikotinismus, strava bohatá na nesyčené živočišné tuky, nízká pohybová aktivita, zvýšený plasmatický LDL – cholesterol, hypertenze, poruchy metabolismu glycidů, androindní typ obezity a dále faktory neovlivnitelné – věk, mužské pohlaví a rodinná zátěž. Jednotlivé rizikové faktory spolu vzájemně souvisí a vzájemně se ovlivňují – ve výsledném efektu se sčítají či spíše násobí (BRUTHANS, 2000).

Významný jednotlící pohled na tuto problematiku přináší recentní práce nestora kardiovaskulární epidemiologie, profesora Stamlera, zdůrazňující klíčovou úlohu výživy. Stamler postuluje čtyři základní rizikové faktory: nevhodnou výživu, kouření, hypercholesterolemii a vysoký krevní tlak. Prvé dva faktory definuje jako faktory životního stylu, další dva jako faktory sice endogenní, ale výrazně ovlivněné životním stylem, zejména právě výživou. Na základě epidemiologických dat subpopulací bez rizikových faktorů Stamler předpovídá, že pokud by se celá populace dokázala vyvarovat nevhodné výživě, skončila by i pandemie kardiovaskulárních chorob (BRUTHANS, 2000, s. 84).

Hypercholesterolemie

Na snížení hladiny cholesterolu a dalších lipidů u populace ČR po roce 1989 se výrazně podepsala změna ve skladbě spotřeby potravin. Příznivé důsledky nutričních změn bylo možno očekávat i díky zvýšenému příjmu antioxidantů, vlákniny a řady dalších látek. V rámci prováděných populačních šetření bylo prokázáno výrazné snížení průměrné hladiny cholesterolu poté, co zásadní nutriční změny působily po období něco málo delší než jeden rok (BRUTHANS, 2000).

Hypertenze

„Epidemiologické studie dokumentující stav léčby hypertenze v naší populaci po roce 1989 nacházely zprvu zhoršenou kontrolu hypertenze a interpretovaly ji jako důsledek odeznění programu kontroly hypertenze. Tato data korelovala se sníženou spotřebou antihypertenziv“ (BRUTHANS, 2000, s. 88).

Výrazné snížení mortality na cerebrovaskulární příhody po roce 1989 lze vysvětlit vzrůstající spotřebou antiagregačních léků, ale hlavně zlepšenou kontrolou hypertenze (BRUTHANS, 2000).

„Lepší dostupnost zdravotní péče, aktivnější kontrola, léčba a liberalizace lékové politiky zřejmě vedly ke konci sledovaného období ke zlepšení kontroly arteriální hypertenze, i když naše studie tento závěr nepodpořila“ (BRUTHANS, 2000, s. 92).

Kouření

Vývoj kouření v naší populaci po roce 1989 se hodnotí obtížně. Publikované studie uvádí mírně odlišné výsledky a to především v zastoupení příležitostných a trvalých kuřáků. Uváděná data o spotřebě tabákových výrobků nejsou jednotná, hlavně v důsledku měnících se cen, pašováním výrobků do tuzemska i do ciziny, nelegální výroby. Spotřeba cigaret měla v roce 1990 výrazný vzestup. Po tomto vzestupu nastal do roku 1993 mírný pokles, ale v následujících letech spotřeba opět stoupala. Pro producenty tabáků je komerčně nejvýhodnější vytvoření celoživotní závislosti a tomu odpovídá i agresivní vedení reklamní kampaně, cíleně oslovující hlavně mladší ročníky potencionálních klientů. Většina tabákových firem v ČR je kontrolována převážně americkým kapitálem. To se na domácím trhu negativně projevilo poté, kdy v USA byly protikuřácké aktivity podloženy legislativními akty a soudními výroky, výrazně omezující distributory a výrobce tabákových produktů. Přesto, že Evropská unie i drtivá většina okolních států postupuje podobně jako v USA, v České republice převládá nevěle zákonodárců přijmout principy ochrany nekuřáků. Přes srovnatelný počet konzumovaných cigaret jedním kuřákem v ČR oproti průměru v Evropské unii, mohou být zdravotní dopady odlišné, a to je v důsledku nižšího příjmu antioxidantních látek v potravě, tak v důsledku odlišné kvality konzumovaných cigaret (BRUTHANS, 2000).

Alkohol

„Statistické údaje svědčí pro mírný vzestup celkové konzumace alkoholu. Spotřeba piva mírně kolísala, v dlouhodobějším trendu, ke změně nedošlo. Je prokázáno, že konzumace alkoholu zvyšuje krevní tlak. Naproti tomu je předkládán projektivní efekt malých dávek alkoholu, zejména červeného vína, na kardiovaskulární mortalitu (francouzský paradox). Spotřeba vína v ČR je nízká, je preferována vyššími sociálními skupinami a ve známých regionech. Nelze očekávat, že změny kardiovaskulární mortality v ČR byly ovlivněny změnami v konzumaci alkoholu“ (BRUTHANS, 2000, s. 89).

Pohybové aktivity

Sociologické průzkumy i průzkumy veřejného mínění staví zdraví na první místo hodnotové škály dotazovaných osob. Ve změněném společenském klimatu eventuální nemoc a neschopnost plného pracovního výkonu znevýhodňuje zejména některé sociální skupiny (podnikatele apod.) daleko výrazněji, než tomu bylo dříve u běžné zaměstnanecké populace. Lze očekávat, že zejména tito lidé se chtějí, s přihlédnutím ke svým časovým možnostem, o své zdraví aktivně starat. Služby volného času se nebývale rozšiřují. Dále se zpestřuje a komercializuje i poskytování možností pro sportovní a pohybové aktivity. Na druhé straně byly organizovaná tělesná výchova a sport po roce 1989 výrazně redukovány a dotace sníženy. Pro posouzení změn v počtu osob věnujících se sportu a dalším pohybových aktivitám chybí kvalifikované podklady (BRUTHANS, 2000, s. 90).

Životní prostředí

Vliv znečištěného prostředí na kardiovaskulární mortalitu je zřejmě méně výrazný než na např. respirační choroby a nádorová onemocnění. Celé regiony České republiky patřily do tzv. černého trojúhelníku sousedících oblastí NDR a Polska. Tyto oblasti patřily v Evropě mezi nejznečištěnější, s výrazným spadem popílku a atmosférickými koncentracemi kyslíčnicku siřičitého. Po roce 1989 se znečištění prostředí v ČR výrazně snížilo, zejména se zlepšila kvalita ovzduší a vodních toků.

Výjimkou jsou velké městské aglomerace, kde dochází k nadlimitní koncentraci výfukových plynů (resp. oxidu dusíku) (BRUTHANS, 2000).

Rozbor mortality v dříve znečištěním nejvíce postižených okresech svědčí pro rychlejší pokles celkové mortality i mortality na jednotlivé třídy onemocnění než byl celostátní trend. Také pokles standardizované kardiovaskulární mortality byl v těchto okresech rychlejší než v celostátním průměru, i nadále však zůstal vyšší. Naopak v Praze, která se stal regionem s nejhorším životním prostředím, byla trvale nejnižší kardiovaskulární mortalita. Podíl zlepšení životního prostředí na nepříznivém vývoji KV mortality je pravděpodobný, byl však, v porovnání s vlivem změny jiných faktorů, včetně sociálních, výrazně omezený“ (BRUTHANS, 2000, s. 90-91).

Další faktory

Na poklesu kardiovaskulární mortality v České republice se po roce 1989 podílel také reálný pokles příjmů v letech 1990–1991. Tento ekonomický tlak, kterému byla vystavena většina domácností, se projevil ve změně výživy, a to ve všech sociálních skupinách. Výsledkem byla snížena spotřeba živočišných tuků a červeného masa a navýšení spotřeby tuků rostlinných. U osob s vyšším vzděláním a u osob s vyššími příjmy se promítl tento trend spotřeby do zájmu o zdravější životní styl. Zatímco se zvyšovala spotřeba ovoce a zeleniny, prokazatelně klesala hladina cholesterolu v populaci. Trendy ve výživě po roce 1989 lze minimálně v letech 1990–1993 považovat za rozhodující pro pokles kardiovaskulární mortality.

Za další soubory faktorů ovlivňujících pokles kardiovaskulární mortality lze považovat psychosociální změny ve společnosti jako např. přechod od frustrace a apatie totality k aktivitám a potencionálním možnostem svobodné společnosti. Přestože chybí jednoznačný průkaz této hypotézy, vnímáme měnící se životní styl s rychlým přebíráním sociálních, ekonomických, kulturních a spotřebních vzorů z demokratických zemí. Na pozadí těchto sociálních a ekonomických změn došlo i k výraznému posunu v systému zdravotnictví, jako např. navýšení finančních zdrojů nové indikace a nové generace kardiovaskulárních léků, stoupající počet diagnostických a léčebných, zejména invazivních výkonů, které se na poklesu kardiovaskulární mortality výrazně podepisují od roku 1993 (BRUTHANS, 2000).

2.3.2 Metabolická onemocnění a jejich komplikace

Obezita je po zubním kazu a paradontóze určitě třetím nejrozšířenějším chronickým onemocněním ve vyspělých zemích. Patří také k nejčastějším onemocněním v České republice, kde postihuje 60% žen a 45% mužů v aktivním věku (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008).

„Obezita je definována jako stav způsobený dlouhodobou převahou příjmu energie nad jeho výdejem, tzn., že množství energie získané jídlem je vyšší než množství energie, kterou spotřebuje obézní člověk tělesnou prací, námahou či cvičením. Větší výskyt obezity ve druhé polovině dvacátého století je způsoben civilizačními jevy, především snížením nutnosti fyzické práce a pohybu obecně a zvýšením přívodu energeticky hodnotných potravin“ (KOHOUT, 2001, s. 12).

„Pokud jde o příčiny obezity, původně se mělo za to, že poměr váhy faktorů genetických (vnitřních, resp. zděděných) a vnějších (daných okolím, např. psychologickými vlivy, stresem, přepracovaností, ztrátou zaměstnání, partnerskými problémy, přejídáním, omezením pohybu a dalšími vlivy) je 2 : 1, později se dlouho uvádělo, že je to přibližně 1 : 1. V dnešním pojetí evidentně převažují faktory prostředí. Přejídáme se všichni a průměrný občan skoro vůbec nesportuje a málo se pohybuje. Genetický základ zůstává přitom prakticky stejný, geny v naší populaci se nemění“ (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008, s. 18).

„Stravovací návyky a životní styl, které vedou ke vzniku obezity, mohou vést ke vzniku dalších nemocí, které průběh obezity komplikují – patří k nim zvýšená hladina krevních tuků, ateroskleróza tepen, vysoký krevní tlak, cukrovka, zvýšená hladina kyseliny močové s možností vzniku dny, žlučnickové kameny s nebezpečím žlučnickového záchvatu, zánět slinivky břišní (pankreatidita), zácpa. S aterosklerózou tepen souvisí vznik ischemické nemoci srdeční s angínou pectoris nebo srdečním infarktem či riziko mozkové mrtvice. Se zvýšenou hladinou kyseliny močové stoupá riziko vzniku ledvinových kamenů, případně možnost selhání ledvin“ (KOHOUT, 2001, s. 16).

Výskyt obezity

Výskyt obezity v celosvětovém měřítku je ovlivňován několika faktory. Je prokázáno, že obezita přibývá se stoupajícím věkem a že výskyt obezity kulminuje ve věku kolem 50-ti až 60-ti let. Výskyt obezity v nejvyšším věku ubývá. Tento jev je způsoben tím, že obezita a její komplikace zkracují život a obezní tedy zemřou dříve (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2001).

Základy náchylnosti k obezitě v pozdějším věku si podle Kohouta (2008) můžeme přivodit v dětství, kdy si přejídáním vytvoříme větší množství tukových buněk.

Dalším faktorem ovlivňujícím výskyt obezity je pohlaví, prakticky ve všech populacích jsou ženy více obezní než muži.

Jako další faktory jsou uváděny vzdělání a výše příjmů, mateřství, dietní zvyklosti, kouření, alkohol, fyzická aktivita a genetické vlivy (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2001).

Komplikace obezity

„Hovoříme-li o komplikacích nějaké nemoci, obvykle máme na mysli, že tato nemoc komplikace působí. U obezity je to však složitější. Říkávalo se, že obezita má dva typy komplikací – mechanické a metabolické. Mechanické komplikace jsou skutečnými komplikacemi obezity a jsou vázány na velkou tělesnou hmotnost. Takzvané metabolické komplikace, jako je např. zvýšení krevního tlaku (hypertenze) či cukrovka, nejsou pravými komplikacemi obezity – obvykle mají s obezitou společný původ a nemá smysl klást si otázku, co je příčina a co následek. Vznikají totiž souběžně ze společné příčiny (genetika, přejídání a nedostatek pohybu)“ (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008, s. 27).

Mezi mechanické komplikace obezity řadíme bolesti v zádech, nemoci kloubů, dušnost či komplikace chirurgické a porodnické. Je třeba si uvědomit, že organizmus mladého člověka, tak jako je schopen podat extrémní sportovní výkon, dokáže se i lépe vyrovnat s oběhovým aparátem těžce obezním. Problémy nastávají buď v pozdějším věku, nebo jako následek extrémních situací, jako je např. těžká dopravní nehoda či zápal plic po operaci. Při onemocnění pohybového aparátu je

důležitá velká redukce hmotnosti. Nemocní však často znovu přiberou, což ukazuje, že obezita je nemoc nejen těla, ale i duše (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008).

Metabolické komplikace obezity jsou od konce 80-tých let minulého století označovány jako „metabolický syndrom“. Přestože je toto nově definované onemocnění i nadále předmětem sporů, převažuje názor, že „metabolický syndrom“ existuje a je jedním z nejčastějších onemocněních ve světě (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008).

Nejnovější definice metabolického syndromu podle Světové diabetologické organizace z roku 2005 považuje obezitu za základní složku metabolického syndromu. U nemocných s takzvaným metabolickým syndromem se dále častěji vyskytuje deprese, některé nádory, sklon ke krevním sraženinám, neplodnost, a hlavní a nezávažnější komplikací je ateroskleróza. Všechny tyto nemoci jsou tedy vázané i na androidní obezitu se zvětšeným obvodem pasu. Metabolické komplikace obezity, respektive metabolický syndrom, jsou hlavní příčinou rozvoje aterosklerózy u nás, příčinou ještě závažnější než zvýšený cholesterol či kouření. Pokud se podaří snížit hmotnost alespoň o několik kilogramů, ustupují obvykle všechny složky metabolického syndromu současně. Nemocný s příznaky metabolického syndromu má obvykle tato onemocnění i v rodině u rodičů, sourozenců či prarodičů. Onemocnění je však výrazně modifikováno vnějšími faktory (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008, s. 30).

Obezita a nemoci srdce a cév

„Nejčastějším onemocněním, které provází obezitu, je hypertenze – zvýšení krevního tlaku. Hypertenze je důležitou složkou metabolického syndromu. Skoro každý diabetik má vyšší krevní tlak a skoro každý pacient s vyšším tlakem dostane jednoho dne cukrovku 2. typu. Proč tomu tak je, není zatím úplně zodpovězeno“ (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008, s. 35).

S obezitou souvisí i porucha metabolismu krevních cukrů, zvýšení hladiny tzv. triglyceridů, nižší hladina ochranného HDL cholesterolu a další poruchy napomáhající rozvoji aterosklerózy či zvyšující riziko infarktu myokardu a mozkové příhody (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008).

Obezita a nádory

„S obezitou se typicky sdružuje i výskyt některých zhoubných nádorů. Jejich výskyt u diabetiků byl v minulosti pokládán spíše za nižší. Podle studií z poslední doby je dnes naopak jisté, že některé zhoubné nádory se vyskytují u diabetiků i u obézních častěji. U obézních mužů se podle řady studií častěji vyskytuje karcinom tlustého střeva a prostaty. U obézních žen je zvýšené riziko většiny gynekologických nádorů a tumorů u žlučníku. Stoupající riziko nádorového onemocnění závisí na hmotnosti. Z intervenčních studií je zřejmé, že již mírný váhový úbytek riziko vzniku nádorů výrazně snižuje. Tento efekt je srovnatelný s redukcí rizika diabetu a je větší než redukce jiných rizik. Pro redukcí rizika nádorového onemocnění stačí menší úbytek hmotnosti o 5 až 10 procent. Další redukce již riziko nemění“ (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008, s. 37).

Obezita a plodnost

Ve vztahu k obezitě a cukrovce 2. typu existuje další častá nemoc, a to tzv. syndrom polycystických ovarií. Jednou z hlavních složek tohoto onemocnění, které postihuje celé tělo, je necitlivost na inzulín. Není to onemocnění jen gynekologické, jde o poruchu látkové výměny s řadou dalších komplikací. V anamnéze pacientek obezitologických ambulancí se až u jedné třetiny setkáváme s léčbou neplodnosti. Je třeba zdůraznit i to, že u obézních v graviditě je až šestkrát častější hypertenze, šestkrát častější těhotenská cukrovka, až čtyřikrát častější záněty žil a dvakrát častější císařský řez. Vstup do gravidity s rozumnou hmotností je i z těchto důvodů velice důležitý (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008).

Další komplikace obezity

„U obezity je riziko výrazně zvýšeno nad trojnásobek také pro žlučnickové kameny, dušnost a poruchy dechu ve spánku (syndrom spánkové apnoe). Méně výrazné riziko, dvakrát až třikrát vyšší má ischemická choroba srdeční, vyšší tlak,

poškození kloubů artrózou, vyšší hladina kyselina močové. Lehce zvýšené až dvojnásobné riziko mají dále výskyt deprese, bolesti v zádech a vrozené vady“ (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008, s. 39).

2.3.3 Nádorová onemocnění a rizikové faktory

„Zhoubné nádory jsou systémovým onemocněním, trvale postihujícím jednotlivce, rodinné prostředí i celou společnost. Jsou negativním celosvětovým důsledkem vývoje civilizace“ (GERYK, a kol., 1995, s. 4).

- Nádor žaludku:

„Za významný příčinný faktor se považuje působení nitrosaminů, které vznikají v organismu z dusičnanů, přijímaných stravou. Jejich množství se v organismu zvyšuje nízkou konzumací čerstvého ovoce, zeleniny a vitamínů, zejména vitamínu C, A, E. Tvorbu nitrosaminů podporují potraviny konzervované solí, uzením, sušením. Významný je podíl kouření“ (GERYK, a kol., 1995, s. 9).

- Nádor tlustého střeva:

„Prokázaným rizikovým faktorem je nadměrný příjem tuků a alkoholu a zpracování masných výrobků smažením, pečením a uzením. Vysoký obsah tuků a nedostatek vápníku podporuje nadměrnou exkreci žlučových kyselin a tvorbu fekapentenů, které jsou podezřelými karcinogeny, vznikajícími účinkem střevní mikroflóry. Zvažované je riziko kouření a vysoké spotřeby piva. Ochranný vliv se připisuje hrubé vláknině, ovoci, zelenině, celozrnným obilninovým výrobkům a selénu“ (GERYK, a kol., 1995, s. 9).

- Nádory jater:

„Příčinou je zvýšená spotřeba alkoholu, kouření a účinek plísňovým mikotoxinů. Riziko zvyšuje profesní expozice průmyslovým barvivům, rozpouštědlům, vinylchloridu, arzenovým herbicidům, pesticidům. Také zvýšená spotřeba léků, androgenních hormonů a anabolik je nebezpečná“ (GERYK, a kol., 1995, s. 9).

- Nádory slinivky břišní:

„Etiologie zahrnuje kouření a vysokou spotřebu tuků. Zvažuje se riziko v chemickém průmyslu a konzumace alkoholu. Za rizikovou skupinu se uvádějí diabetici s expozicí karcinogenů“ (GERYK, a kol., 1995, s. 9).

- Nádory plic a průdušnice:

„Prokázanou příčinou asi 85% nádoru plic je kouření. Kromě vykouřeného množství je rizikový začátek kouření (před 15 rokem věku je riziko trojnásobné proti kuřákům od 30 let a ti mají riziko dvojnásobné proti kuřákům od 25 let). Zanechání kouření sníží riziko na úroveň nekuřáků asi během 15 let. U nekuřáků je 25 % nádorů plic spojené s pasivním kouřením. Riziková je expozice niklu, asbestu, chromu, radonu, ionizujícímu záření a nedostatek vitamínu A, C a selenu“ (GERYK, a kol., 1995, s. 10).

- Zhoubný melanom kůže:

„Etiologie je spojena s účinkem krátkovlnného spektra UV záření. Rizikové je intenzivní a náhlé ozařování neopálené kůže reagující na oslunění nedostatečnou pigmentací. Nebezpečné je nadměrné slunění v dětství a opakované používání zdrojů umělého světla s podílem UV záření“ (GERYK, a kol., 1995, s. 10).

- Nádory kůže:

„K rizikovým faktorům se řadí UV záření, práce s dehtem, asfaltem, minerálními oleji, arzenem a RTG zářením. Dispozicí je xeroderma pigmentosum, aktinické keratózy, radiační dermatózy, lupus vulgarit, jizvy a popáleniny“ (GERYK, a kol., 1995, s. 10).

- Nádory prsu:

„Vyšší výskyt je u žen bezdětných a prvorodiček s vyšším věkem, u žen s časným věkem menarche a pozdním věkem menopauzi. Příčinou je kolísání hladiny estrogenů v organizmu. Riziková je strava bohatá na tuky a alkohol, působení ionizujícího záření a léčba estrogeny. Zkoumaný je vliv hormonálních antikoncepčních prostředků. Významná je dědičná dispozice pro nádor prsu mezi příbuznými ženami“ (GERYK, a kol., 1995, s. 10).

- Nádory děložního čípku:

„Vznik je spojovaný s promiskuitou, podporující účinky hereptického viru a lidského papiloma viru, šířeného sexuálně. Riziko zvyšuje kouření, nedostatečná osobní hygiena, chronické infekce genitálu, trichomoniáza nedostatek vitamínu A. Zvažuje se nebezpečí antikoncepčních prostředků“ (GERYK, a kol., 1995, s. 10).

- Nádory děložního hrdla:

„Výskyt je spojovaný podáváním estrogenů, otylostí, vysokým krevním tlakem a cukrovkou. Riziko je u opožděné menopauzy, policystických ovárií, u bezdětných a sterilních žen“ (GERYK, a kol., 1995, s. 10).

- Nádory vaječníků:

„Vyšší je výskyt u žen neplodných a bezdětných. Riziko roste s počtem ovulací, estrogení léčbou v postmenopauze nebo u předchozího karcinomu prsu. Nebezpečí představuje obezita a výskyt familiárního cystadenokarcinomu. Zvažuje se ochranný vliv perorální antikoncepce“ (GERYK, a kol., 1995, s. 11).

- Nádory prostaty:

„Předpokládaná je souvislost s mužskými pohlavními hormony podílejícími se na zvětšení prostaty s následným pětkrát vyšším rizikem nádoru. Významná je vysoká spotřeba tuku a expozice kadmium v pracovním prostředí. Výskyt nádoru roste s věkem a je početnější v zemi, kde se muži dožívají vysokého věku (Skandinávie)“ (GERYK, a kol., 1995, s. 11).

- Nádory močového měchýře:

„Moč kuřáků trvale obsahuje karcinogeny způsobující asi 55% nádorů měchýře. Rizikové je nadměrné užívání analgetik na bázi fenacitinu, expozice cytostatikům a nedostatek vitamínů A“ (GERYK, a kol., 1995, s. 11).

- Nádory ledvin:

„Etiologie je podobná nádorům měchýře a zahrnuje kouření, analgetika, expozici kadmium, azbestu, anilínovým barvivům“ (GERYK, a kol., 1995, s. 11).

- Leukémie:

„Použití atomových zbraní potvrdilo vliv ionizujícího záření. Z dalších příčin je riziková expozice benzénu a organickým rozpuštědlům, opakovaná radioterapie, účinky kouření a retroviru“ (GERYK, a kol., 1995, s. 11).

2.4 METODY A POSTUPY V PORADNÁCH PODPORY ZDRAVÍ

Metody a postupy uváděné Rážovou a kol. (2001) by měly přispět ke standardizaci práce jednotlivých poraden poskytujících služby v oblasti zdravého životního stylu. Metody a postupy jsou v souladu s § 82, odst. 3, písm. p zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Poradny podpory zdravého životního stylu se zaměřují na individuální poradenství osobám a klientům, kteří jsou ohroženi nemocemi, jejichž etiopatogeneze se životním stylem úzce souvisí. Základem prevence, ale i léčby nemocí vzniklých v souvislosti s životním stylem je intervence v oblasti zdravotních rizik životního stylu. Předpokladem je snadná ovlivnitelnost takovýchto rizik a zároveň předpokládaný značný vliv našich intervencí. Úspěšná intervence vyžaduje změnu chování klienta a pro to je potřeba komplexního působení ve všech aspektech zdravého životního stylu. Není potřeba, aby odborný pracovník poradny, dále jen OPP, zvládal odborně všechny okruhy poradenství, měl by však tato rizika sledovat a umět se rozhodnout, kdy je za potřebí další odborná spolupráce. Poradenství by mělo být poskytováno ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Poradny podpory zdraví umožňují na základě analýzy individuálních rizik klienta navrhnout a doporučit optimální změny ve sledovaných oblastech (výživa, tělesná aktivita, spotřeba alkoholu, kuřácké návyky a zvládání stresu).

Poradenství zdravého životního stylu by se mělo opírat o empatii a mezilidskou vstřícnost, komunikaci s klientem musí provázet chápání a porozumění, stejně jako schopnost stanovení míry odhodlání ke změně chování (RÁŽOVÁ, a kol., 2001).

2.4.1 Metodika práce poradny

Doporučení z oblasti životního stylu by měla být podávána podle zájmu a individuálních možností klienta. Měla by být srozumitelná, pozitivní, bez striktních příkazů a zákazů, doplněna vhodnými tiskovými, audiovizuálními, nebo jinými názornými podklady s možností zaznamenávání změn a jejich následným vyhodnocováním (RÁŽOVÁ, a kol., 2001).

I. Diagnostická část

- Zjištění rizikového profilu klienta: na základě údajů ošetřujícího lékaře nebo vlastního vyšetření.
- Zjištění stravovacích zvyklostí a chyb: na základě záznamu spotřeby potravin, dotazníku zaměřeného stravovací zvyklosti a rozhovoru s klientem.
- Zjištění pohybového režimu klienta: na základě dotazníku a rozhovoru.
- Zjištění stupně kuřácké závislosti: na základě dotazníku (dle Fagerströma pro závislost na nikotinu), rozhovoru, stanovení vydechovaného CO.
- Zjištění typu chování: na základě Bortnerovy sebepoškozující škály k doporučení způsobu zvládnání stresu.

II. Analytická část

- Zjištěné údaje by měli být zpracovány pomocí komplexního počítačového programu, který umožňuje průběžnou aktualizaci databází, import a export informací. Objektívni údaje jsou zpracovány srovnáním s optimálními ukazateli ve vztahu k individuálním vlastnostem klienta (věk, pohlaví, zdravotní stav, profese, způsob života) a umožní tak navrhnout změny podle potřeb každého klienta (RÁŽOVÁ, a kol., 2001).

III. Intervenční část

- Na základě zjištěných údajů, získá klient přesné informace a doporučení podle jeho individuálních potřeb.

Nezbytná vyšetření

1) ANTROPOMETRICKÁ VYŠETŘENÍ

- a) Body Mass Index (BMI) = index tělesné hmotnosti

$$\text{BMI} = \text{hmotnost v kg} / \text{výška v m}^2$$

Výšku měříme s přesností na 1 cm a hmotnost na 0,1 kg.

Posouzení váhy dle kategorií BMI (kg/m^2)				
	Podváha	Přiměřená váha	Nadváha	Obezita
Muži	< 20	20 - 25	25 - 30	> 30
Ženy	< 19	19 - 24	24 - 29	> 29

Tabulka č. 1, Zdroj: RÁŽOVÁ, a kol., 2001

- b) Waist Hip Ratio (WHR) = index centrální obezity

$$\text{WHR} = \text{obvod pasu v cm} / \text{obvod boků v cm}$$

Měříme krejčovským metrem s přesností na 0,5 cm.

Hodnocení typu distribuce tuku dle indexu WHR				
	Spíše periferní	Vyrovnaná	Spíše centrální	Centrální risk
Muži	< 0,75	0,75 - 0,80	0,80 - 0,85	> 0,85
Ženy	< 0,85	0,85 - 0,90	0,90 - 0,95	> 0,95

Tabulka č. 2, Zdroj: RÁŽOVÁ, a kol., 2001

- c) Hodnocení obvodu pasu (cm) ve vztahu k riziku kardiovaskulárních a metabolických komplikací obezity (podle klasifikace IOTF).

Měříme krejčovským metrem s přesností na 0,5 cm.

	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
Muži	> 94 cm	> 102 cm
Ženy	> 80 cm	> 88 cm

Tabulka č. 3, Zdroj: RÁŽOVÁ, a kol., 2001

2) SOMATICKÉ VYŠETŘENÍ

Tlak Krevní (TK)

Měří se rtuťovým tonometrem standardním způsobem podle jednotné metodiky WHO (CINDI)/ISH (Mezinárodní společnost pro hypertenzi).

Hodnocení TK (mmHg)			
STK		DTK	Hodnocení
<100	nebo	< 60	hypotenze
<120	a	< 80	optimální krevní tlak
120 - 129	a	80 - 84	normální
130 - 139	nebo	85 - 89	zvýšený normální
140 - 159	nebo	90 - 99	stadium 1 (mírná) hypertenze
>140	a	<90	izolovaná systolická hypertenze
140 - 149	a	<90	podskupina hraniční izolované systolické hypertenze
160 - 179	nebo	100 - 109	stadium 1 (mírná) hypertenze
140 - 159	nebo	90 - 99	stadium 2 (střední) hypertenze
>180	nebo	>110	stadium 3 (závažná) hypertenze

Tabulka č. 4, Zdroj: RÁŽOVÁ, a kol., 2001

3) BIOCHEMICKÁ VYŠETŘENÍ

Zjišťování hodnot jednotlivých sledovaných biochemických parametrů vychází zejména z údajů získaných od ošetřujícího lékaře klienta.

Hodnocení jednotlivých parametrů		
Celkový cholesterol (mmol/l)	< 5,00	normální hodnota
	5,01 - 6,49	zvýšená hodnota
	> 6,50	riziková hodnota
HDL (mmol/l)	<1,00	riziková hodnota
Triacyglyceroly (mmol/l)	<2,00	normální hodnota
	>2,00	rizikové hodnoty
Glukóza (mmol/l)	< 5,19	normální hodnota
	5,20 - 6,09	hraniční hodnoty
	> 6,10	vysoké riziko
LDL (mmol/l)	< 3,40	normální hodnota pro běžnou populaci
Kyselina močová (umol/l)		riziko
	Muži >416 Ženy >339	riziko

Tabulka č. 5, Zdroj: RÁŽOVÁ, a kol., 2001

4) HODNOCENÍ PSYCHOSOCIÁLNÍCH FAKTORŮ

„K hodnocení psychosociální zátěže se využívá Bortnerova sebesuzující škála, škála sociální readaptace a škála zátěž a stres. K urychlení zpracování Bortnerovy sebesuzující škály se využívá počítačový program. K hodnocení úrovně sociální opory klienta se využívá krátká škála“ (RÁŽOVÁ, a kol., 2001, s. 17).

5) HODNOCENÍ NUTRIČNÍ SPOTŘEBY

„Nutriční spotřeba včetně spotřeby alkoholu je hodnocena na základě záznamu o spotřebě potravin za minimálně 3 dny v týdnu (z toho 1 víkendový). Údaje ze záznamu o spotřebě potravin se dále zpracují s použitím počítačového programu. Důležitou podmínkou je možnost určení individuální výživové dávky, která je pro individuální poradenství nezbytná.

Pro přesnější intervenci je výhodné upravovat doporučené dávky i podle dalších kritérií, jako jsou BMI, fyzická zdatnost, nemoci, režim práce a odpočinku a jiné. Výhodné je i zjištění stravovacích zvyklostí formou dotazníku“ (RÁŽOVÁ, a kol., 2001, s. 17-18).

6) HODNOCENÍ POHYBOVÉ AKTIVITY

„Formou rozhovoru zaznamenat do dotazníku frekvenci, dobu trvání tělesné aktivity a orientačně zjistit její intenzitu. Stanovení vhodného pohybového režimu je vždy limitováno zdravotním stavem klienta a je zároveň nedílnou součástí nutriční intervence“ (RÁŽOVÁ, a kol., 2001, s. 18).

7) HODNOCENÍ TABAKISMU

Závislost na nikotinu je u kuřáků hodnocena Fagerströmovým dotazníkem (FTQ). Hodnoceny jsou dotazníkem kuřácké návyky (HSBI - Heavy Smokers Baseline Inventory) a odolnost vůči nutkání kouřit (CQ)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍLE PRÁCE

- 1) Zjistit nabídku odborných služeb poraden zdravého životního stylu na internetové síti.
- 2) Ověřit míru odbornosti garantů poraden zdravého životního stylu na internetové síti.
- 3) Navrhnout koncepci poradny zdravého životního stylu se zaměřením na výživové poradenství.

3.2 ÚKOLY PRÁCE

- analýza a syntéza odborných zdrojů
- vymezení konceptu této práce a vymezení jejího obsahu a cílů
- sestavení obsahu práce na základě konzultací s vedoucím práce
- charakteristika problematiky zdravého životního stylu
- screening poraden zdravého životního stylu na internetové síti
- výběr poraden vhodných pro zpracování
- rozbor poskytovaných služeb
- zpracování a vyhodnocení zjištěných údajů
- sestavení optimálního modelu poskytovaných služeb v oblasti výživového poradenství
- diskuze a závěry

3.3 ODBORNÉ OTÁZKY

- 1) Předpokládáme, že většina poraden nabízí poradenskou činnost v oblasti snižování nadváhy.
- 2) Předpokládáme, že většina poraden se zabývá nutričním terapeutstvím.
- 3) Předpokládáme, že poradenská činnost je doplněna o distribuci potravinových doplňků.

3.4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Do výzkumného šetření byly zařazeny poradny zdravého životního stylu na základě výsledků internetového vyhledávače společnosti Google, po zadání klíčových slov „poradna zdravého životního stylu“. Vybrané poradny ve svém názvu obsahují odkaz na „zdravý životní styl“. Do šetření bylo vybráno prvních 60 poraden, které splnili zadané parametry.

3.5 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Po analýze a syntéze odborných zdrojů jsem vytvořil koncept práce a vymezil cíle. Na základě konzultací s vedoucím práce jsem sestavil obsah práce, úkoly práce a formuloval odborné otázky. Následovalo studium problematiky zdravého životního stylu, podpory zdraví v ČR, vývoj životního stylu v ČR po roce 1989, etiopatogeneze nemoci v souvislosti s životním stylem a seznámení se s metodikou práce poraden zdravého životního stylu.

Po zpracování teoretické části práce jsem pokračoval v realizaci výzkumného šetření. Do internetového vyhledávače společnosti Google jsem zadal klíčové slova „poradna zdravého životního stylu“. Zobrazilo se 93 300 výsledků. Procházel jsem postupně výsledky a hledal poradny, které ve svém názvu odkazovaly na „zdravý životní styl“. Do zkoumaného souboru jsem takto vybral prvních 60 poraden, které vyhověly zadání. Dále následovalo šetření vybraného vzorku pomocí škálování na zjištění nabídky odborných služeb. Zjišťovány byly tyto kategorie:

- antropometrická měření tělesné stavby a kondice
- vyšetření pomocí přístrojů Bodystat®, InBody
- BMI kalkulátor
- výživové poradenství
- prodej výživových doplňků
- intervence-jídelníček
- zdravé recepty
- intervence-pohybový plán
- nabídka cvičebních aktivit
- jóga a jógové cvičení
- relaxace, regenerace, masáže, fyzioterapie

- on-line poradna
- články o zdraví
- pozitivní myšlení, spiritualismus
- odvykání

Dalším zkoumaným atributem byla míra odbornosti garantů vyšetřovaných poraden.

Získané údaje jsem zpracoval pomocí tabulek a grafů, provedl diskuzi a vypracoval závěr a doporučení pro praxi poradny zdravého životního stylu se zaměřením na výživové poradenství.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

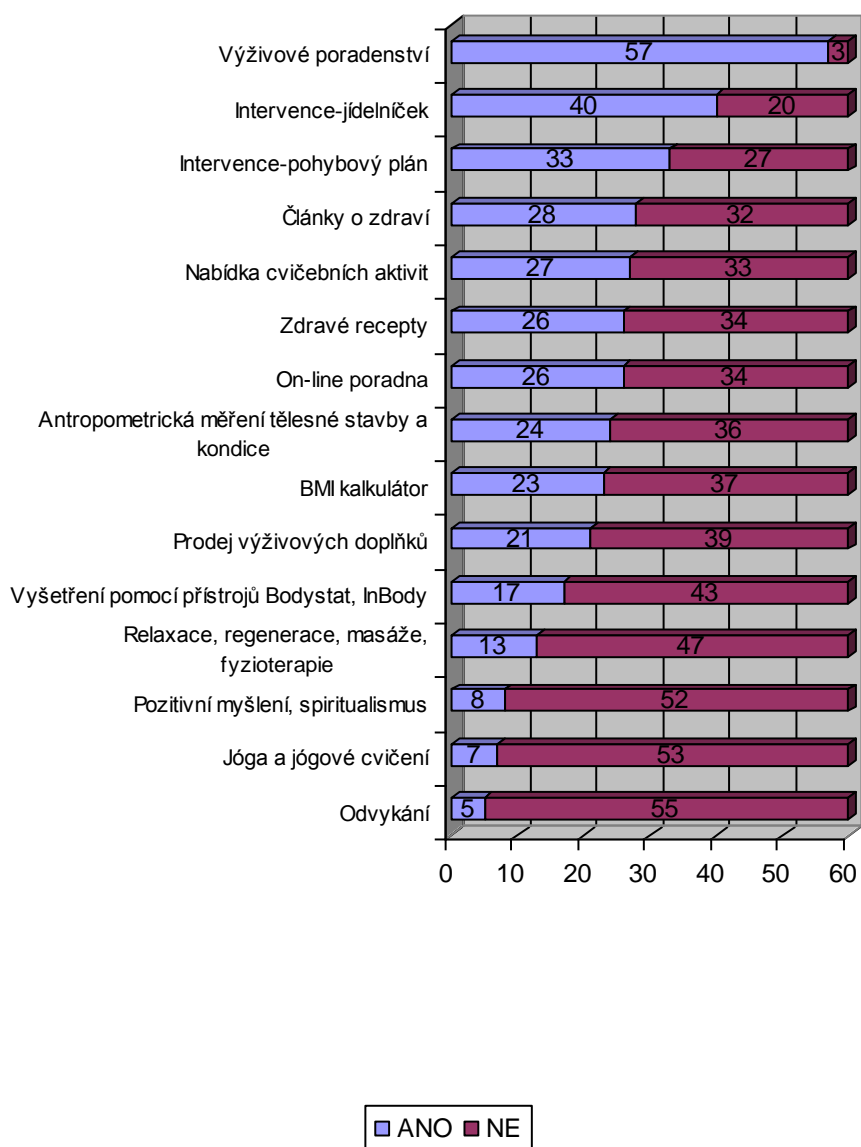
Tabulka č. 1 obsahuje data získaná škálováním zkoumaného souboru 60-ti poraden zdravého životního stylu. Tabulka je také prezentována v grafu č. 1, kde jsou data pro přehlednost seřazeny podle nejčastěji poskytovaných služeb.

Nabídka služeb	ANO	NE
Antropometrická měření tělesné stavby a kondice	24	36
Vyšetření pomocí přístrojů Bodystat, InBody	17	43
BMI kalkulátor	23	37
Výživové poradenství	57	3
Prodej výživových doplňků	21	39
Intervence-jídelníček	40	20
Zdravé recepty	26	34
Intervence-pohybový plán	33	27
Nabídka cvičebních aktivit	27	33
Jóga a jógové cvičení	7	53
Relaxace, regenerace, masáže, fyzioterapie	13	47
On-line poradna	26	34
Články o zdraví	28	32
Pozitivní myšlení, spiritualismus	8	52
Odvykání	5	55

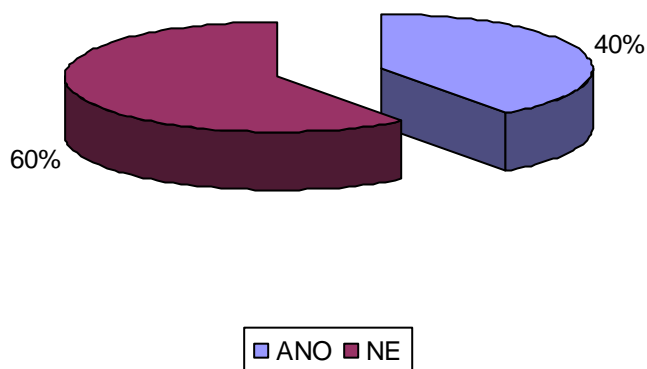
Tabulka č. 6: Nabídka služeb. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 1: Nabídka služeb. Zdroj: vlastní tvorba

Nabídka služeb



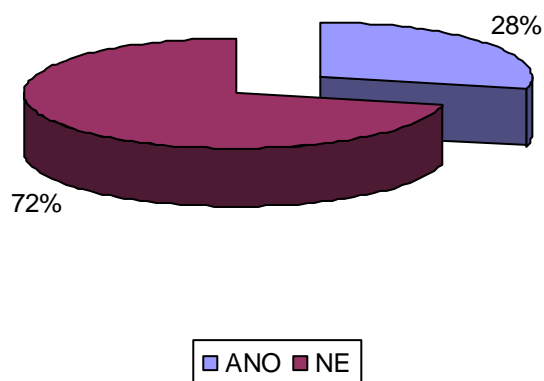
Antropometrická měření tělesné stavby a kondice



Graf č. 2: Antropometrická měření tělesné stavby a kondice. Zdroj: vlastní tvorba

Antropometrická vyšetření nenabízí ani polovina zkoumaného souboru. Já se domnívám, že tato vyšetření by měla patřit mezi ty základní, u některých problémů (obezita, výběr vhodné pohybové aktivity) dokonce mezi nezbytné.

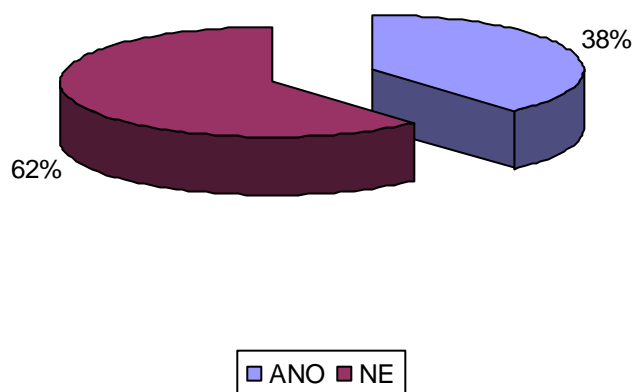
Vyšetření pomocí přístrojů Bodystat, InBody



Graf č. 3: Vyšetření pomocí přístrojů Bodystat, InBody. Zdroj: vlastní tvorba

Skoro 30-ti procentní nabídku vyšetření pomocí přístrojů typu Bodystat považuji vzhledem k pořizovací ceně přístroje za poměrně vysokou.

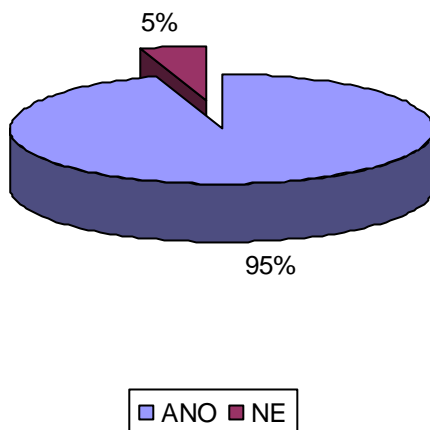
BMI kalkulátor



Graf č. 4: BMI kalkulátor. Zdroj: vlastní tvorba

I když BMI index není zcela objektivní a nezohledňuje podíl tukové a svalové tkáně, myslím že jednoduchý BMI kalkulátor by měl být součástí každých webových stránek poradny zdravého životního stylu.

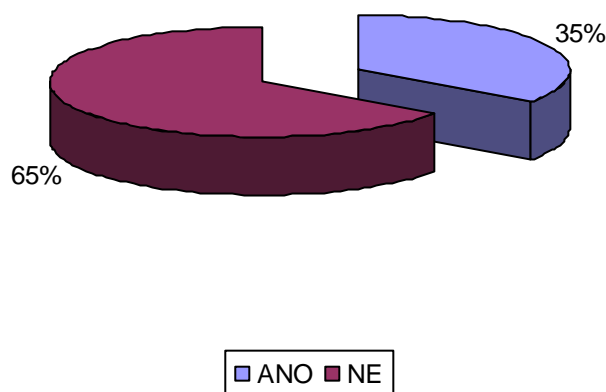
Výživové poradenství



Graf č. 5: Výživové poradenství. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 5 potvrzuje naši odbornou otázku (1) a (2). Výživové, neboli nutriční poradenství bylo vůbec nejčastěji nabízenou službou. Úkolem nutričního terapeuta je optimalizovat tělesnou váhu a zajistit příjem pestré, nutričně hodnotné, zdravotně nezávadné stravy.

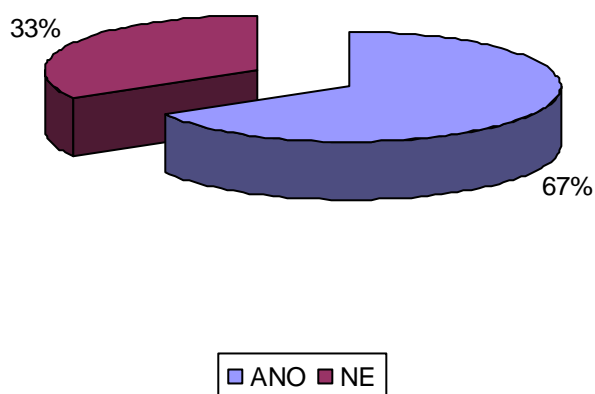
Prodej výživových doplňků



Graf č. 6: Prodej výživových doplňků. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 6 nepotvrzuje naši odbornou otázku (3). Prodej výživových doplňků nekoreluje s nabídkou výživového poradenství a nabízí ho jen zhruba třetina zkoumaného souboru. Větší podíl prodeje je pravděpodobně v poradnách úzce zaměřených na nutriční terapeutství a redukci váhy.

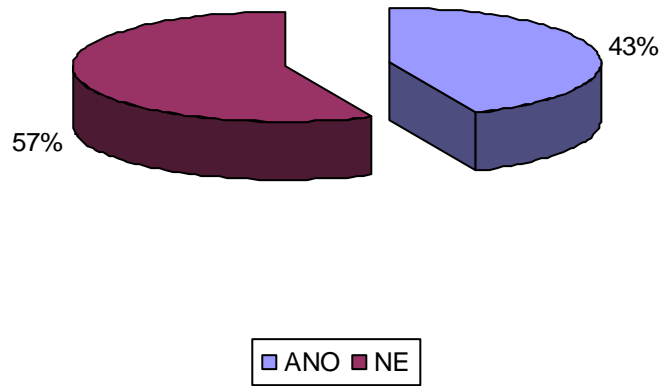
Intervence-jídelníček



Graf č. 7: Intervence-jídelníček. Zdroj: vlastní tvorba

Sestavení jídelníčku, případně rady ohledně sestavení jídelníčku nabízí 2/3 souboru. To považuji vzhledem k rozšířené nabídce výživového poradenství za adekvátní. Tento výsledek také potvrzuje odborné otázky (1) a (2).

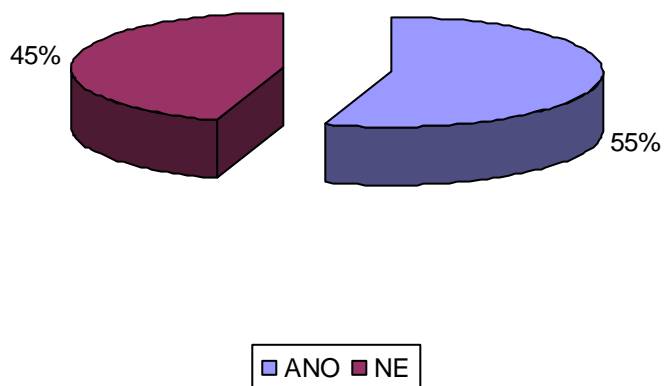
Zdravé recepty



Graf č. 8: Zdravé recepty. Zdroj: vlastní tvorba

Vzhledem k široké nabídce výživového poradenství je nabídka zdravých receptů sotva poloviční.

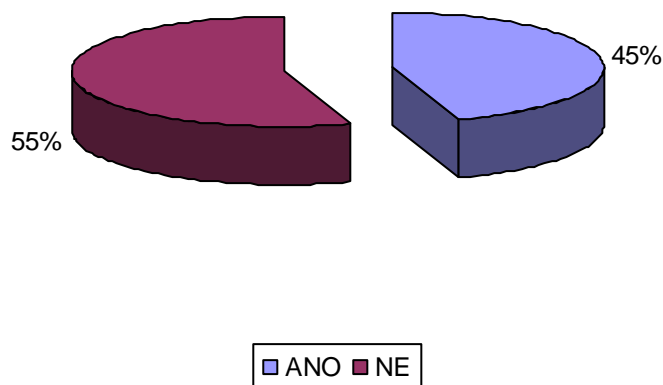
Intervence-pohybový plán



Graf č. 9: Intervence-pohybový plán. Zdroj: vlastní tvorba

Mírně nadpoloviční nabídka zpracování pohybového plánu poukazuje na nekomplexnost poskytovaných služeb. Pohybová intervence by měla být nedílnou součástí výživového poradenství.

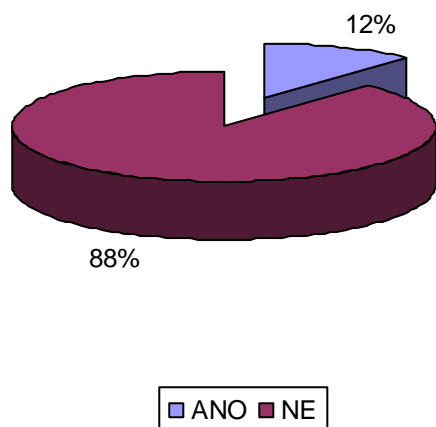
Nabídka cvičebních aktivit



Graf č. 10: Nabídka cvičebních aktivit. Zdroj: vlastní tvorba

Nabídku cvičebních aktivit ve zkoumaném souboru považují za velmi dobrou, vzhledem k tomu, že jsme zkoumali internetové poradny a ke cvičení jsou potřeba vhodné prostory.

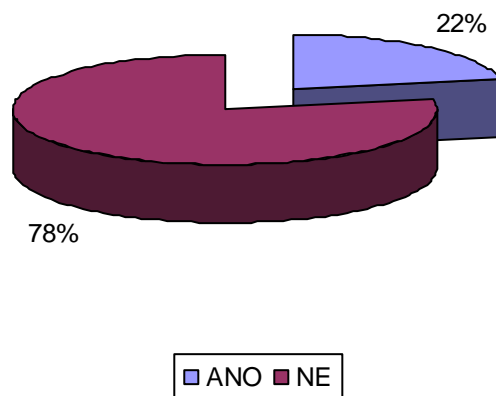
Jóga a jógové cvičení



Graf č. 11: Jóga a jógové cvičení. Zdroj: vlastní tvorba

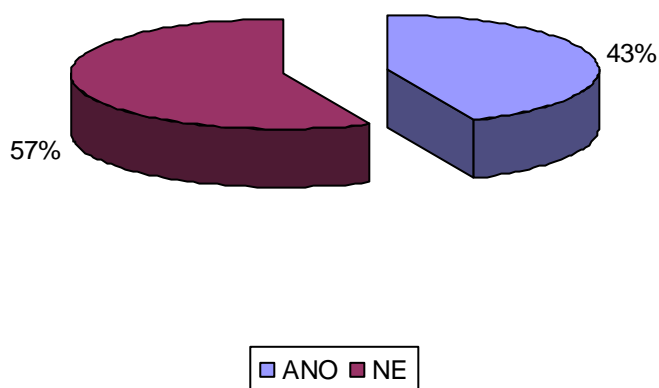
Jak je vidět z grafu, jógové cvičení a samotné jógové principy nejsou zatím v naší západně orientované společnosti dostatečně nabízeny.

Relaxace, regenerace, masáže, fyzioterapie



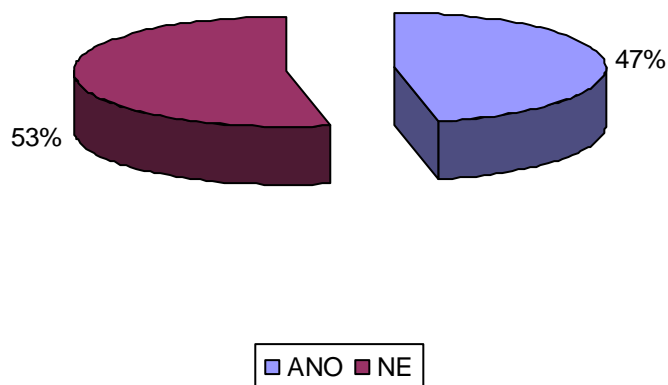
Graf č. 12: Relaxace, regenerace, masáže, fyzioterapie. Zdroj: vlastní tvorba
22% je poměrně vysoké číslo, vzhledem k tomu, že jsme zkoumali internetové poradny a uváděné techniky vyžadují zvláštní prostory.

On-line poradna



Graf č. 13: On-line poradna. Zdroj: vlastní tvorba
On-line poradna by měla patřit mezi stavební kameny internetové poradny, a proto považují nabídku za nedostatečnou.

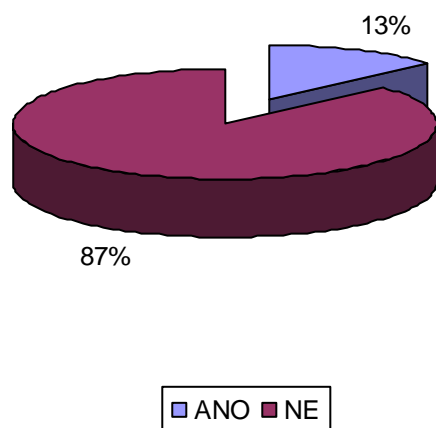
Články o zdraví



Graf č. 14: Články o zdraví. Zdroj: vlastní tvorba

Odborné články o zdraví a zdravém životním stylu by měli být součástí každé internetové poradny zdravého životního stylu.

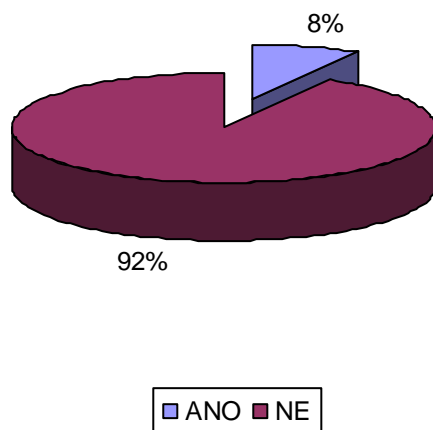
Pozitivní myšlení, spiritualismus



Graf č. 15: Pozitivní myšlení, spiritualismus. Zdroj: vlastní tvorba

Zde se ukázalo, že duševní zdraví člověka je pořád poněkud přehlížená složka a že většina poraden je zaměřena na fyzické tělo, redukci hmotnosti, intervence v jídelníčku a v pohybovém plánu. Nejnovější výzkumy však poukazují na somatické projevy duševního strádání a proto je potřeba holistického přístupu i v poradenství.

Odvykání



Graf č. 16: Odvykání. Zdroj: vlastní tvorba

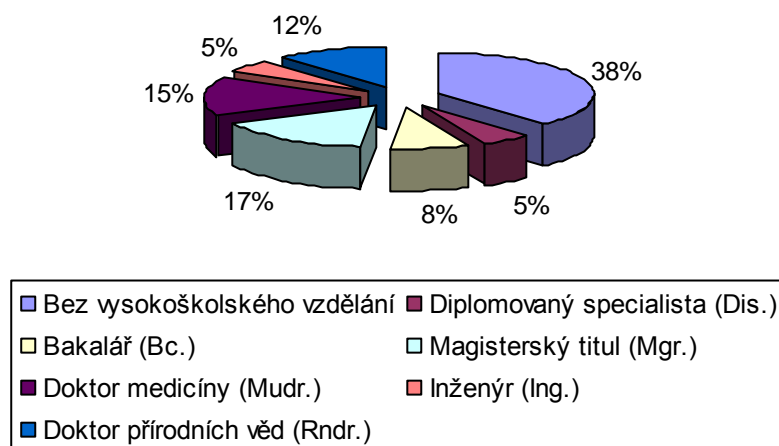
Poradenství ohledně odvykání je úzce specializované a odborný pracovník poradny by měl umět vyhodnotit případná rizika a navázat multidisciplinární spolupráci.

Tabulka č. 2 a graf č. 17 obsahují výsledky šetření ohledně míry odbornosti garantů souboru zkoumaných poraden.

Vzdělání	počet
bez vysokoškolského vzdělání	23
Diplomovaný specialista (Dis.)	3
Bakalář (Bc.)	5
Magistr (Mgr.)	10
Inženýr (Ing.)	7
Doktor medicíny (Mudr.)	9
Doktor přírodních věd (Rndr.)	3

Tabulka č. 7: Míra odbornosti garantů vyšetřovaných poraden. Zdroj: vlastní tvorba

Míra odbornosti garantů vyšetřovaných poraden



Graf č. 17: Míra odbornosti garantů vyšetřovaných poraden. Zdroj: vlastní tvorba

5 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika podpory zdraví se ukázala jako složitý fenomén, zasahující do celé řady společenskovedních disciplín. Pro budoucnost je pozitivním faktorem nástup výukových programů Výchova ke zdraví a zařazování této problematiky do školních osnov. Rozbor nabídky odborných služeb poraden zdravého životního stylu na internetové síti poukázal, na jejich časté zaměření do oblastí nutriční terapie a výživového poradenství, a odhalil absenci širšího zázemí pro duchovno a východní relaxační techniky.

Odborné otázky číslo (1) a (2) se potvrdily, poradny se skutečně převážně orientují do oblasti výživy a redukce hmotnosti. Předpoklad číslo (3), prodej potravních doplňků, naopak tak častý jak jsme předpokládali nebyl.

Výživové poradenství je nejčastější a nejefektivnější formou intervence vzhledem k tomu, že výživa ovlivňuje mnoho rizikových faktorů životního stylu a je poměrně snadno ovlivnitelná. Doporučení pro oblast nutričního poradenství musí být klientem akceptována, a proto by se odborný pracovník poradny měl držet několika zásad. Aby klient přijal doporučení, je potřeba, aby byl dobře motivovaný a dostalo se mu potřebných informací a vysvětlení. K zásadním změnám stravovacích

zvyklostí musíme přistupovat postupně a systematicky. Je potřeba se vyvarovat kategorických příkazů a zákazů, ale přesto musejí být naše rady důsledné. Je potřeba vybírat reálné cíle a pracovat s pozitivní motivací. Nedílnou součástí nutriční terapie musí být analýza pohybových zvyklostí a nabídka vhodné pohybové aktivity. Nejsilnější formou motivace je pozitivní hodnocení efektu změn.

Seznam použité literatury

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví 21*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. str. 124. ISBN 80-85047-99-3.

BRUTHANS, J. *Zpráva o vývoji kardiovaskulárních onemocnění v České republice po roce 1989*. Praha : Galén, 2000. str. 180. ISBN 80-7262-055-X.

GERYK, E. a kol. *Atlas zhoubných nádorů v České republice*. Brno : Kartuziánské nakladatelství, 1995. str. 85. ISBN 80-901943-0-3.

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. str. 62. ISBN 80-86625-14-1.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academica, 2005. str. 263. ISBN 80-200-1307-5.

KOHOUT, P. *Obezita*. Pardubice : Filip Trend, 2001. str. 114. ISBN 80-86282-14-7.

KREJČÍ, M., BÄUMELTOVÁ, M. *Týdny zdraví ve škole*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2001. str. 135. ISBN 80-7040-507-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2003. str. 279. ISBN 80-7178-774-4.

RÁŽOVÁ, J. a kol. *Metody a postupy v poradnách podpory zdraví*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2001. str. 74. ISBN 80-7071-182-5.

SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha : Grada, 2008. str. 139. ISBN 978-80-247-2395-2.

TEMPLEMORE, V. *Nemoc jako cesta ke zdraví*. [překl.] Marie Poláková. Ostrava : Oldag, 1998. str. 156. ISBN 80-85954-48-6.

Přílohy

PODKLADY O KLIENTOVI

Příjmení Jméno.....

Datum narození..... Věk..... Adresa.....

Zaměstnání..... Telefon.....

Vzdělání.....

Ošetřující lékař.....

Odborný lékař.....

Doporučení od:..... Důvod návštěvy:

Datum návštěvy						
----------------	--	--	--	--	--	--

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Hlavní diagnóza

Pracovní anamnéza

Pracovní riziko

RODINNÁ ANAMNÉZA

	Kdo	Věk		Kdo	Věk
Hypertenze			DM		
KVO			Obezita		
Nádory			Hypercholesterolémie		
Jiné					

Terapie.....

Děti.....

ANTROPOMETRICKÁ VYŠETŘENÍ

Hmotnost (kg)						
Výška (cm)						
BMI						
WHR nebo obvod pasu						
Stanovení množství tukové hmoty v těle						

KREVNÍ TLAK

TK systolický						
TK diastolický						

KOUŘENÍ

Délka kouření:	Počet/den:	Kouření v rodině:
Výsledky hodnocení:		

STRES

Riziková skóre dle Bortnerovy škály						
Celkové skóre Z.A.S.						
Škála sociální readaptace (skóre >150 bodů)						
Sociální opora (skóre >18 bodů)						
Doporučení a závěry:						

DIETA NEBO POTRAVNÍ DOPLŇKY

Typ:	Délka:	Věk:
------	--------	------

TUKOVÝ METABOLISMUS

TC						
HDL						
LDL						
TG						

SACHARIDOVÝ METABOLISMUS

Glykémie náhodná						
Glykémie nalačno						

JATERNÍ TESTY

ALT						
AST						
GMT						

DALŠÍ VYŠETŘENÍ

Metabolismus purinů						
Kyselina močová						
Urea						
Kreatinin						

POZNÁMKY

Tabulka č. 8, Zdroj: RÁŽOVÁ, a kol., 2001