



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů v praxi metodou
krátké intervence**

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Mgr. Procházková Renata

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji rigorózní práci s názvem „*ZVYŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI PACIENTŮ V PRAXI METODOU KRÁTKÉ INTERVENCE*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání 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 oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby rigorózní práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé rigorózní práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem Vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne:

.....

Podpis

Zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů v praxi metodou krátké intervence

Abstrakt

Rigorózní práce se zabývá problematikou zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů v praxi metodou krátké intervence. Krátké intervence byly aplikovány v praxi s ohledem na eliminaci nikotinizace, omezení nadměrné konzumace alkoholu, zkvalitnění stravovacích návyků, podporu pohybové aktivity a podporu očkování proti chřipce. Jedná se o aktuální metodu, navrženou a podporovanou WHO v rámci primární i sekundární prevence chronických, neinfekčních i vybraných infekčních onemocnění. Cílem krátkých intervencí je prostřednictvím zvýšení zdravotní gramotnosti posílit zodpovědnost za vlastní zdraví a dosáhnout tak v populaci snížení incidence onemocnění, na jejichž vzniku se zásadní měrou podílí nezdravý životní styl. Krátké intervence jsou úzce spojeny s ošetrovatelstvím, neboť spadají do kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí, dle § 3 písmene g) vyhlášky 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., která ukládá motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. Sestra jako edukátorka má k pacientovi nejbližší, neboť s ním tráví nejvíce času. Teoretická část rigorózní práce je vypracována komplexně od historie vývoje podpory zdraví na mezinárodní i národní úrovni k národním programům podpory zdraví až po jednotlivé faktory životního stylu ovlivňující zdraví člověka. Detailně je popsána metoda krátké intervence rizikových faktorů životního stylu a možnosti jejího využití ve zdravotnickém prostředí, které prokazatelně zvyšuje efektivitu této metody. Samotná kapitola je také věnována problematice zvyšování zdravotní gramotnosti v České republice v souladu s naplňováním *Zdraví 2020* a Akčního plánu č. 12 *Rozvoj zdravotní gramotnosti*. Praktická část rigorózní práce se zabývá kvantitativním výzkumem prevalence rizikových faktorů životního stylu pacientů ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení České republiky v rámci dvouletého projektu MZ ČR s názvem *Aplikace metody krátkých intervencí v praxi*. Cílem projektu bylo zmapovat rizikové faktory životního stylu u souboru výše uvedených pacientů a identifikovat pomocí standardizovaných dotazníků WHO a SZÚ míru rizika vybraných faktorů životního stylu. S využitím dotazníku SZÚ vyhodnotit změny v názorech a postojích pacientů

po provedené intervenci. Na základě těchto cílů byly stanoveny hypotézy, konkrétně: Muži a ženy se liší v prevalenci rizikových faktorů životního stylu, úroveň závislosti pacientů na nikotinu se liší s ohledem na stupeň dosaženého vzdělání, úroveň závislosti pacientů na alkoholu souvisí s jejich věkem, stupeň závislosti pacientů na nikotinu souvisí s frekvencí konzumace alkoholu, pohybová aktivita pacientů se liší s ohledem na velikost jejich bydliště, muži a ženy se liší v kvalitě výživy, muži a ženy se liší v názorech a postojích v přínosu intervence očkování proti chřipce. Ke sběru dat byly využity tyto dotazníky: Fagerströmův dotazník – dotazník k vyhodnocení stupně závislosti na nikotinu (WHO), dotazník AUDIT – dotazník k identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (WHO), dotazník na zhodnocení výživy a nutričního skóre (SZÚ), dotazník SZÚ na vyhodnocení úrovně pohybové aktivity a dotazník na vyhodnocení znalostí a postojů k očkování proti chřipce (VŠZ, SZÚ). Dotazníky byly analyzovány s využitím programu MS Excel a prezentovány formou grafů a tabulek s popisem. Míra závislosti vybraných kategoriálních znaků byla stanovena s využitím chí kvadrát testu. Výběrový soubor tvořilo 3905 pacientů, z toho 1665 mužů (42, 64 %) a 2240 žen (57, 36 %) ze 71 zdravotnických zařízení z celé České republiky. Výstupem rigorózní práce je vypracování nové edukační karty podporující očkování proti chřipce a její využití v praxi v rámci našeho výzkumu.

Klíčová slova

Edukace; krátká intervence; sestra; pacient; zdravotní gramotnost; životní styl

Improvement of Patients' Health Literacy by Means of Short Intervention Method

Abstract

This rigorous thesis deals with the topic of increasing health literacy of patients in practice using the method of brief interventions. Brief interventions have been practically applied for the purposes of nicotine withdrawal, limitation of alcohol consumption, improvement of dietary habits, support of physical activity and influenza vaccination. It is a current method developed and supported by WHO as part of primary and secondary prevention of chronic, non-infectious as well as some infectious diseases. The goal of brief interventions is to increase the health literacy with the purpose of motivating the patients to be accountable for their own health, and thus reduce the incidence of diseases associated with an unhealthy lifestyle in population. Brief interventions are closely connected with nursing, because they fall within the competence of qualified paramedical professionals as per Sect. 3 (g) of the Regulation No. 391/2017 Coll., that supersedes the Regulation No. 55/2011 Coll. on the activities of health care professionals and other professionals, as amended by the Regulation No. 2/2016 Coll. that recommends motivating and educating individuals, families and groups of people to adopt a healthy lifestyle and care for themselves. The nurse as an educator is the nearest person for the patient, because she spends the most time with him/her. The theoretical part of the rigorous thesis is a complex summary of the history of health support development on the national as well as international level, from the national health support programs to the individual lifestyle factors that affects the health of an individual. The method of brief intervention with regard to the lifestyle risk factors and the possibilities of using this method in a health care environment that provably increase its efficiency are described in detail. There is also a standalone chapter focused on the increasing of health literacy in the Czech Republic in compliance with *Health 2020* (the European health policy framework) and the Action Plan No. 12, *Improving the Health Literacy*. The practical part of the thesis includes a quantitative research on prevalence of the lifestyle risk factors at the inpatients and outpatients of the health facilities in Czech Republic within the framework of a 2 - year program of Czech Ministry of Health named „*Practical implementation of the brief interventions*

method". The purpose of this program was to map the lifestyle risk factors at the above mentioned patients and to identify the exposure to selected lifestyle factors using the standardized questionnaires of WHO and NIPH. Using the NIPH questionnaire, changes in opinions and attitudes of patients after a brief intervention were evaluated. Based on these findings, a couple of hypotheses were formed: Male and female patients are different in terms of prevalence of the individual lifestyle risk factors. The level of nicotine dependence varies according to the level of education. The level of alcohol dependence is related to the frequency of alcohol consumption. The physical activity of patients differs according to the size of the place of residence. Male and female patients differ in terms of nutrition quality as well as the opinions on the benefits of the influenza vaccination. The following questionnaires were used to collect the data: Fagerström questionnaire for evaluation of the degree of nicotine dependence (WHO), the AUDIT questionnaire for identification of disorders caused by alcohol abuse (WHO), a questionnaire for assessment of nutrition and nutritional score (NIPH), a questionnaire for evaluation of the physical activity level and a questionnaire for assessment of knowledge and opinions on the influenza vaccination (Medical College, NIPH). The questionnaires were analyzed using the MS Excel application and the results were presented in the form of charts and tables with a description. The level of interdependence of selected categorical attributes was determined using a chi-squared test. The sample included 3905 patients, from which 1665 were males (42,64 %) and 2240 females (57,36 %) from 71 health facilities in the Czech Republic. The output of this rigorosum thesis is a new educational card supporting the influenza vaccination and its practical usage in our research.

Keywords

Education; Brief Intervention; Nurse; Patient; Health Literacy; Lifestyle

OBSAH

ÚVOD.....	9
1. HISTORIE VÝVOJE PODPORY ZDRAVÍ NA MEZINÁRODNÍ ÚROVNI	12
2. HISTORIE VÝVOJE PODPORY ZDRAVÍ NA NÁRODNÍ ÚROVNI.....	14
2.1 „Národní program obnovy a podpory zdraví“	15
2.2 „Národní akční plán zdraví a životního prostředí“	15
2.3 Zákon č. 258/2000 Sb., „o ochraně veřejného zdraví	15
2.4 „Dlouhodobá strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století“	16
2.5 „Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“	16
2.6 „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“	16
3. ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	17
3.1 Definice zdravotní gramotnosti.....	17
3.2 Zahraniční studie zdravotní gramotnosti.....	17
3.3 Studie zdravotní gramotnosti v České republice.....	18
3.4 Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020.....	19
3.5 Hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti.....	20
4. FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ ČLOVĚKA	21
4.1 Tabakismus	22
4.2 Alkoholismus	26
4.3 Nesprávná výživa	27
4.4 Nedostatečná pohybová aktivita	28
4.5 Chřipka a očkování	29
5. METODA KRÁTKÝCH INTERVENČÍ V PRAXI	32
5.1 Cíle práce, hypotézy.....	33
5.2 Hypotézy	33
5.3 Metodika	34
5.4 Metodika výzkumu.....	34
5.5 Výzkumný soubor	36
5.6 Sběr, analýza a vyhodnocení dat.....	36
5.7 Výsledky analýzy dat	38
5.7.1 Vyhodnocení dotazníku - závislost na alkoholu.....	45
5.7.2 Vyhodnocení dotazníku - závislost na nikotinu	58

5.7.3 Vyhodnocení dotazníku - správná výživa	66
5.7.4 Vyhodnocení dotazníku - pohybová aktivita	71
5.7.5 Vyhodnocení dotazníku - očkování proti chřipce	75
5.8 Testování závislostí pomocí testu chí kvadrát	86
6. DISKUZE A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	92
ZÁVĚR	113
SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ	117
SEZNAM TABULEK	129
SEZNAM GRAFŮ	131
SEZNAM PŘÍLOH.....	133

ÚVOD

Evropská unie sdružuje v současné době 27 států s bezmála půl miliardou obyvatel, a proto koordinované reakce a činnost v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví mají rozhodující význam. EU podniká řadu kroků a poskytuje doporučení v klíčových oblastech jako je výživa obyvatel, prevence a boj s obezitou, omezování kouření a jeho vedlejších vlivů, spolupráce v oblasti zdravotních hrozeb a dohled nad závažnými nemocemi. EU doplňuje politiku jednotlivých členských států zaměřenou na zlepšování úrovně veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení tělesného a duševního zdraví a podněcuje spolupráci mezi členskými státy ve všech oblastech podpory veřejného zdraví. EU přísluší důležitá úloha spočívající ve zlepšování veřejného zdraví, předcházení nemocem a jejich zvládnutí, zmírňování rizik pro lidské zdraví a v harmonizaci strategií zdravotní péče jednotlivých členských států. Organizace zdravotní péče a zajištění jejího poskytování jsou úkoly vlád členských států. Úlohou EU je pak vnitrostátní politiku zdravotnictví doplňovat. Jejím cílem je přitom zejména usnadnit vládám jednotlivých zemí EU plnění společných cílů a pomáhat členským státům řešit společné výzvy – pandemie, chronické nemoci či dopad zvýšení průměrné délky života na systémy zdravotní péče. EU si plně uvědomuje význam zdraví i pro ekonomiku EU a úzce při koncepci a naplňování zdravotní politiky spolupracuje se strategickými partnery v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví, zejména s WHO. WHO připravila a na svém 62. zasedání Regionálního výboru SZO pro Evropu v září 2012 schválilo 53 zemí evropského regionu nový regionální program Zdraví 2020, který se opírá o základní hodnoty a je podložen věrohodnými důkazy a zkušenostmi. Program Zdraví 2020 se zaměřuje na zlepšení zdraví pro všechny a na překonávání nerovností ve zdraví cestou lepšího vedení a řízení v oblasti péče o zdraví. Dokument se soustřeďuje na hlavní problémy současnosti. Vymezuje čtyři prioritní oblasti politických opatření a je inovativní v hledání odpovědí napříč všemi úrovněmi a rezorty vlády a napříč společnostmi, s důrazem na posilování a rozvoj schopností a odolnosti komunit a na vytváření podpůrného prostředí. Podrobně se zabývá posílením role zdravotnických služeb a zdravotnického systému. Realizace programu Zdraví 2020 v jednotlivých zemích evropského regionu nyní představuje základní úkol nejvyšší důležitosti. Dokument ZDRAVÍ 2020 je rámcovým souhrnem opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu (Zdraví 2020..., 2014b).

Zdravotní stav populace členských států EU včetně České republiky je zásadní měrou ovlivněn faktory nezdravého životního stylu, které jsou příčinou vysoké nemocnosti a úmrtnosti zejména na kardiovaskulární choroby a na nádorová onemocnění, přestože jsou tato onemocnění dle American Cancer Society až z 80 % preventabilní. Roky života, ztracené předčasným úmrtím nebo prožité v nemoci, mají za následek sníženou kvalitu života jedince, vzrůstající náklady na zdravotní péči, nezdravotní ztráty v důsledku pracovní neschopnosti, nižší ekonomické aktivity obyvatel a sníženého odvodu daní.

Rozšiřování EU vedlo k prohloubení zdravotních rozdílů mezi členskými zeměmi. Lidé západních a severních států se dlouhodobě těší lepšímu zdraví než lidé států střední a zejména východní Evropy. Mnoha studiemi je prokázáno, že zdravotní stav každého jedince je podmíněn až z 50 % jeho životním stylem. Zdravý životní styl je trendem současné doby a vyspělé společnosti musí soustavně a cíleně pracovat na jeho podpoře. Poptávka po informacích týkajících se zdraví a možnostech a způsobech jeho zachování a podpory je u obyvatel vyspělých států EU včetně České republiky velmi vysoká. Pro celou Evropskou unii je cenným nástrojem k řešení mnohých současných zdravotních problémů vysoká úroveň zdravotní gramotnosti jejích občanů. Význam zdravotní gramotnosti proto v Evropě setrvale narůstá a její vysoká úroveň se tak stává důležitým prostředkem a cestou k dosažení tzv. „zdravé společnosti“. Tato společnost je charakterizována prodlužující se střední délkou života, zvyšujícím se počtem let prožitých ve zdraví a bez nemoci a vysoce rozvinutými zdravotnickými systémy. Zdraví a zdravotní péče je v této společnosti důležitým tématem diskuze veřejnosti a politiků a veřejné zdraví je zde důležitým cílem národní zdravotní politiky a nezpochybnitelným právem každého občana.

Zdravotní gramotnost je v současné společnosti významnou hodnotou pro jedince i pro celou společnost, má úzký vztah k základním informacím o lidském organizmu, ke zdraví a ke všem okolnostem, které se zdravím a s péčí o něj souvisejí. Zdravotní gramotnost je definována jako schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života (Global action plan..., 2013). Vysoká úroveň zdravotní gramotnosti populace státu posiluje zodpovědnost lidí za jejich vlastní zdraví. Zdravotní gramotnost je tedy nezbytnou součástí základní vědomostní výbavy pro život člověka, je důležitým nástrojem rozvoje osobnosti a je i cennou součástí obecné kultury. Snaha o její trvalé zvyšování je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví a musí být jednou z priorit národní zdravotní politiky každé vlády i regionálních zdravotních

politik. Naplňování zdravotní politiky je pak úlohou všech rezortů pod odborným vedením rezortu zdravotnictví (Kickbusch et al., 2008).

Významnou roli při zvyšování zdravotní gramotnosti sehrávají nejen praktičtí lékaři pro děti a dorost a praktičtí lékaři pro dospělé, ale též ostatní zdravotničtí pracovníci ve všech oborech a na všech úrovních poskytované péče. Zcela nezastupitelná je při zvyšování zdravotní gramotnosti role všeobecných sester, které svými radami, doporučením a instruktáží mohou zásadně ovlivnit pacientovy názory, postoje i vlastní chování ve prospěch jeho zdraví a zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti pacientů se tak stává součástí léčebného režimu, což vede k pozitivnímu ovlivnění jejich zdraví.

WHO doporučuje jako jednu z cest ke zvyšování zdravotní gramotnosti populace aplikaci metody krátké intervence do praxe zdravotnických pracovníků, zejména všeobecných sester. Krátké intervence jsou definované praktické postupy, které vedou k časně identifikaci rizikového chování, rozpoznání míry problému a motivaci k aktivní nápravě. Splňují požadavek na nízké náklady, snadnou dostupnost a efektivitu. Vycházejí z obecného principu motivace, při které je cílem, aby intervenovaná osoba zaujala nový postoj k řešení problému dobrovolně, na základě vlastního přesvědčení. Krátké intervence v oblasti rizikových faktorů životního stylu si kladou za cíl rozpoznat reálný či potenciální problém s rizikovým faktorem životního stylu, informovat pacienta o výsledku a motivovat ho ke změně chování. Metoda je v praxi využitelná nejen zdravotníky, ale je vhodnou formou i v případě prevence sociálně patologických i zdravotně rizikových jevů. Analýza výsledků aplikace metody krátké intervence rizikových faktorů životního stylu u souboru pacientů ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení studentkami oboru Všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické o. p. s. byla zvolena jako téma naší rigorózní práce.

1. HISTORIE VÝVOJE PODPORY ZDRAVÍ NA MEZINÁRODNÍ ÚROVNI

Geneze podpory zdraví a zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti populace se odehrávala v průběhu uplynulých více než sedmi dekad. Mezi nejvýznamnější v této oblasti lze zařadit níže uvedené aktivity:

- 1946 – Mezinárodní konference ke zdraví, New York, USA
(přijetí *Constitution of the World Health Organization - Ústavy WHO*)
- 1948 – definice zdraví WHO v preambuli Ústavy WHO
- 1974 – prezentace LaLondeovy zprávy:
(*Analýza vývoje zdravotního stavu v Kanadě, Kanada*)
- 1977 – 30. světové zdravotní shromáždění, Ženeva, Švýcarsko
(vznik filozofie strategie „*Zdraví pro všechny do roku 2000*“)
- 1978 -WHO/UNICEF konference o primární zdravotnické péči, Alma-Ata, Kazachstán, (přijetí *The Declaration of Alma-Ata, Alma-Atské deklarace*)
- 1980 – Evropská strategie na dosažení zdraví pro všechny
- 1984 – oficiální přijetí strategie „*Zdraví pro všechny do roku 2000*“
- 1986 – První mezinárodní konference podpory zdraví, Ottawa, Kanada
(přijetí *Ottawa Charter for Health Promotion - Ottawské charty na podporu zdraví*)
- 1988 – Druhá mezinárodní konference podpory zdraví, Adelaide, Jižní Austrálie
(přijetí *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy – Doporučení pro zdravé veřejné politiky*)
- 1991 – Třetí mezinárodní konference podpory zdraví, Sundsvall, Švédsko
(přijetí *Sundsvall Statement on supportive Environments for Health- Sundsvallského prohlášení o podpurném prostředí pro zdraví*)
- 1997 – Čtvrtá mezinárodní konference podpory zdraví, Jakarta, Indonésie
(přijetí *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century - Jakartské deklarace na podporu zdraví v 21. století*)
- 2000 – Pátá globální konference o podpoře zdraví v Mexico City, Mexiko
(*Conference Report - Health Promotion: Bridging the Equity Gap- Zpráva – Podpora zdraví: překlenutí mezer ve spravedlnosti*)
- 2000 – seminář WHO ve Veroně, Itálie -Veronská iniciativa – *Investice do zdraví*
- 2005 – Šestá globální konference o podpoře zdraví v Bangkoku, Thajsko

*(přijetí Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World
Bangkokské charty na podporu zdraví v globalizovaném světě)*

- 2008 – Evropská ministerská konference WHO o zdravotních systémech, zdraví a bohatství, Tallin, Estonsko, *(přijetí Tallin Charter-Health Systems for Health and Wealth- Tallinské charty o zdraví a bohatství)*
- 2009 – Sedmá globální konference podpory zdraví
„Podpora zdraví a vývoj: překonání nedostatků v realizaci“, Nairobi, Kenya
- 2013 – Osmá globální konference podpory zdraví “Zdraví ve všech politikách“,
Helsinky, Finsko,
- 2016 – Devátá globální konference podpory zdraví, „Podpora zdraví, podpora udržitelného rozvoje: zdraví pro všechny, vše pro zdraví“, Shanghai,

2. HISTORIE VÝVOJE PODPORY ZDRAVÍ NA NÁRODNÍ ÚROVNI

Podpora zdraví usnadňuje lidem správnou volbu zdravého životního stylu, pomáhá politikům a organizátorům přijmout taková rozhodnutí, která vedou ke zlepšení veřejného zdraví. Usiluje o růst zájmu lidí o vlastní zdraví, o posílení odpovědnosti za zvládnání zdravotních problémů a také o rozšíření podílu veřejnosti na zdravotní péči (Holčík, 2009).

Podpora zdraví je základní funkcí veřejného zdraví a přispívá k řešení infekčních i neinfekčních onemocnění a jiných forem ohrožení zdraví a k omezení nerovného přístupu z hlediska zdraví i z hlediska pohlaví. Podpora zdraví v globalizovaném světě musí využívat všech možností a účinných strategií, které jsou známy. Nezbytností je cílené prosazování zdraví založeného na lidských právech a solidaritě, dlouhodobé investice do politik trvale udržitelného rozvoje, vytváření kapacit pro rozvoj zdravotní politiky, tvorba postupů podpory zdraví, zvyšování informovanosti o problematice podpory zdraví a systematické a setrvalé zvyšování zdravotní gramotnosti všech vrstev populace.

V bývalém Československu byla většina kroků, podnikaných za účelem péče o zdravou populaci, zaměřena převážně na již vzniklé zdravotní problémy. Lze říci, že až od poloviny 20. století začalo docházet díky zdravotní výchově k systematickému zlepšování péče o veřejné zdraví, zejména o zdraví dětské populace v rodinách, přičemž šlo ve většině případů o snížení incidence infekčních onemocnění. Od 2. poloviny 20. století docházelo k velkému rozvoji medicínských poznatků a tím i k posunu úrovně a obsahu zdravotní výchovy. Uplatňování plánovaných a cílených programů v rámci podpory veřejného zdraví v Československu bylo zahájeno již v 50. letech 20. století. V 60. a 70. letech začala být zdravotní výchova zaměřena na chronická neinfekční onemocnění, která byla spjata s nezdravým životním stylem obyvatel (Holčík, 2009). K zintenzivnění výchovy ke zdravému životnímu stylu začalo docházet od poloviny 80. let minulého století jako reakce na setrvalý vzestup výskytu chronických neinfekčních onemocnění, jejichž etiologie je podstatně ovlivněna životním stylem. Dále jako reakce na stále vyšší náklady na úhradu zdravotní péče, na nedostatečnou efektivitu tradičních postupů zdravotní výchovy a na možnost aplikace nových poznatků v medicíně (Kebza, 2005), (Čeled'ová et al., 2018). ČR se již na počátku 80. let 20. století

zavázala k implementaci programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000, avšak až do roku 1990 nebyla zpracována česká strategie tohoto programu. V návrhu systému zdravotní péče, který vláda ČR schválila v roce 1990, se začíná poprvé hovořit o úloze podpory zdraví a výchovy ke zdravému životnímu stylu.

Pro podporu veřejného zdraví v Česku mají zásadní význam níže uvedené strategické dokumenty a právní normy.

2.1 „Národní program obnovy a podpory zdraví“

V roce 1991 byl schválen první strategický dokument pod názvem „Národní program obnovy a podpory zdraví“ (usnesení vlády č. 247/1991).

V roce 1992 byla schválena „Střednědobá strategie Národního programu obnovy a podpory zdraví“ (usnesení vlády č. 273/1992) s cíli na 3-5 leté období.

V roce 1995 byla ve vládě projednána „Dlouhodobá strategie Národního programu zdraví“. V dokumentu byly stanoveny hlavní zdravotní problémy, a to kardiovaskulární a nádorová onemocnění, narušování přirozené obměny obyvatelstva, duševní nemoci, drogové závislosti, HIV/AIDS a jako priorita byla stanovena změna životního stylu. K implementaci a naplňování aktivit k řešení jednotlivých problémů v praxi slouží od roku 1993 dotační programy MZ ČR sekce ochrany a podpory veřejného zdraví s názvem „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“, „Národní program řešení problematiky HIV/AIDS“ a další dotační řízení ostatních sekcí MZ ČR.

2.2 „Národní akční plán zdraví a životního prostředí“

V roce 1998 vláda ČR schválila svým usnesením č. 810/1998 Sb. „Národní akční plán zdraví a životního prostředí“ (NEHAP - National Environmental Health Action Plan), který se kromě problematiky životního prostředí částečně věnuje aktivitám v oblasti životního stylu.

2.3 Zákon č. 258/2000 Sb., „o ochraně veřejného zdraví“

V roce 2000 byl přijat zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, který definuje ochranu a podporu zdraví jako: „Souhrn činností a opatření ve vytváření zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch

zdraví a dozoru nad jejich chováním“ (Zákon č. 258/2008). V zákoně jsou stanoveny povinnosti a úloha všech zainteresovaných subjektů na poli podpory veřejného zdraví.

2.4 „Dlouhodobá strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století“

V roce 2002 byla schválena „Dlouhodobá strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století“ (usnesení vlády č. 046/2002) jako národní varianta programu WHO HFA 21. Program ZDRAVÍ 21 je rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Na plnění programu se dosud podílejí všechny složky společnosti, některé aktivity programu již byly ukončeny, realizace některých je plánována až do roku 2020.

2.5 „Koncepte hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“

„Koncepte hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“ byla usnesením Senátu Parlamentu ČR č. 50/2013 vzata na vědomí a vláda vyjádřila souhlas se zpracováním implementace programu WHO „Zdraví 2020“ v ČR.

2.6 „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“

V roce 2014 vláda schválila svým usnesením č. 23/2014 dokument „Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ jako stěžejní nástroj pro implementaci programu WHO „Zdraví 2020“ v Česku. V dokumentu Zdraví 2020 WHO jde o zásadní změnu strategie péče o zdraví, která směřuje ke dvěma strategickým cílům: zlepšit zdraví lidí a snížit narůstající zdravotní rozdíly mezi sociálními skupinami, posílit a rozšířit roli veřejné správy, organizací, institucí, rodin i jednotlivců v péči o zdraví. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí navazuje na dosud platný „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví 21“. Národní strategie je dále rozpracovávána do implementačních dokumentů podle stanovených priorit zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Účelem národní strategie je především stabilizace systému prevence a podpory veřejného zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace ČR (Zdraví 2020..., 2014a).

3. ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

3.1 Definice zdravotní gramotnosti

WHO popisuje zdravotní gramotnost jako kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví. (Bendl, 2015). Dle Orra, Kuknera a Timmonse *gramotnost zahrnuje znalosti, dovednosti, schopnosti a kompetence, které umožňují jednotlivcům kriticky myslet, efektivně komunikovat, řešit změny a problémy v řadě kontextů k tomu, aby dosáhli svých osobních cílů, rozvíjeli znalosti a plně se tak zapojili do společnosti* (Orr, Kukner, Timmons, 2014, s. 92). Zdraví je, či by mělo být pro každého z nás prioritní záležitostí. Je proto nezbytně nutné zvýšit podíl občanů v péči a odpovědnosti za své zdraví. H. Osborne (2006, s. 30) ve svém článku zdravotní gramotnost definuje jako „... sdílenou zodpovědnost mezi pacienty (nebo kýmkoli, kdo získává zdravotní informace) a lékaři (nebo kýmkoli, kdo zdravotní informace předává).“ K plnému využití a rozvoji zdravotní gramotnosti dochází vždy, pokud si obě strany rozumějí. Toto tvrzení se shoduje s tvrzením Parnella, který uvádí: „jde o vztah mezi dovednostmi osob přijímajících péči nebo léčbu a profesionály nebo systémy, které tuto péči popřípadě léčbu poskytují“ (Parnell, 2015, s. 3).

3.2 Zahraniční studie zdravotní gramotnosti

Publikace WHO Health Literacy The Solid Facts (Kickbush, 2013) a výsledky studie autorů Sørensen et al., s názvem Health Literacy - Solid Facts a Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States poukázaly na výrazné rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti mezi 8 státy EU, které se do studie zapojily. Jednalo se o Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Irsko, Holandsko, Polsko a Španělsko a z každé země se studie zúčastnilo šetření více než 1000 respondentů ve věku nad 15 let. Nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti byla zjištěna u respondentů z Holandska., nejnižší u populace z Bulharska. Mezi závěry této zahraniční studie dále patří tvrzení, že vysoká úroveň zdravotní gramotnosti je přínosem pro společnost, naopak nízká gramotnost obyvatel je závažným zdravotně rizikovým faktorem. Jde o celoživotní proces, který souvisí s kulturní úrovní a ekonomickou a sociální situací. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti vede k vysokým nákladům na zdravotní péči a prohlubuje nežádoucí zdravotní nerovnosti. Závažným faktem je malý zájem o zdraví zejména u mládeže a také

nízká osobní odpovědnost za své zdraví. Izolovaná opatření a následně nedostatečně navazující programy byly dosud málo účinné (Sørensen, et al., 2015.)

3.3 Studie zdravotní gramotnosti v České republice

Důležitou součástí programu v rámci rozvoje zdravotní gramotnosti představuje výzkum zdravotní gramotnosti, a proto se ČR se zapojila do výše uvedeného reprezentativního šetření zemí EU v roce 2014-2015. ČR získala potřebná vstupní data, která následně umožňují pravidelná hodnocení. Z prvního reprezentativního šetření zdravotní gramotnosti české populace, kdy byla zkoumána zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče, v oblasti prevence nemocí, v oblasti podpory zdraví a zdravotní gramotnost celková vyplynulo, že celkově vykazuje téměř 60 % (59,4 %) české dospělé populace neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost, oproti 47,6 % respondentů v 8 evropských zemích zkoumaných dříve. Česká republika ve všech složkách zdravotní gramotnosti zaostává za nejlepšími zeměmi EU, především Holandskem a v mezinárodním srovnání skončila Česká republika na předposledním místě před Bulharskem s celkově nejnižší úrovní zdravotní gramotnosti oslovené populace. Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací (Zdraví 2020..., 2015). Kompletní výsledky této studie byly publikovány v roce 2016 (Kučera, Pelikán, Šteflová, 2016).

Model zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

Zdroj: Kučera, Pelikán, Šteflová, 2016

3.4 Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020

Toto zhodnocení dosavadní úrovně zdravotní gramotnosti v České republice a studium efektivních metod zlepšování zdravotní gramotnosti vedlo k vymezení šesti základních oblastí, které se staly motivem pro přípravu jak dílčích projektů, tak i souhrnného akčního plánu zdravotní gramotnosti. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020 (AP 12) je jedním z 13 akčních plánů, které blíže specifikují konkrétní cíle, odpovědnost, ukazatele, termíny plnění pro klíčová prioritní témata Národní strategie Zdraví 2020 a rámcové rozpočty. Akční plány byly dne 20. srpna 2015 předloženy vládě, která je vzala na vědomí usnesením č. 671. Podporu akčním plánům vyslovil i Výbor pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR na svém 23. jednání dne 2. září 2015 a v souvisejícím unesení č. 99.

Navrhovaná opatření v AP byla projednána s věcně příslušnými ministerstvy, institucemi a ostatními zástupci z řad odborné veřejnosti, neziskového a soukromého sektoru, odborných společností, vzdělávacích a dalších institucí tak, že byly stanoveny priority a rozpracovány jednotlivé projekty, včetně identifikace konkrétních zdrojů financování pro vybrané aktivity. *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* vymezuje šest základních oblastí, na něž je třeba se zaměřit, a to:

1. Strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti

příprava strategického dokumentu Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti

2. Informace

kvalita a dostupnost, portál zdravotní gramotnosti

3. Výchova a vzdělávání

školy, školská zařízení, celoživotní vzdělávání, pedagogičtí pracovníci

4. Výzkum a hodnocení

mezinárodně srovnatelná metodika, HIA, EIA, SIA

5. Média

věrohodnost a kvalita informací, vzdělávání novinářů

6. Komunitní projekty

např. Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví, příklady dobré praxe

Zdravotní gramotnost je podmíněna některými socioekonomickými a demografickými proměnnými, především věkem, vzděláním a sociálním statutem, a na druhé straně se jeví jako faktor podmiňující faktické zdravotní chování, jako je zdravá výživa a udržování přiměřené tělesné hmotnosti. V návaznosti na výše uvedené zahraniční i domácí zkušenosti a na základě poznání stávající situace dospěli odborníci k závěrům, že je nezbytné trvale zlepšovat zdravotní gramotnost v České republice v celku i ve vymezených cílových skupinách a doložit její zvýšení v měřitelných jednotkách. Pro jednotlivé oblasti byly navrženy konkrétní rozvojové projekty umožňující reagovat na stávající nedostatky (Zdraví 2020..., 2015).

3.5 Hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti

Sørensen uvádí, že zdravotní gramotnost získává stále větší pozornost ve výzkumném šetření a spolu s rostoucím zájmem o empirické práce, je i větší poptávka po nástrojích určených k měření zdravotní gramotnosti (Sørensen, Brand, 2013, s. 1). Měření zdravotní gramotnosti v populaci má význam na celém světě. Mezi nejznámější hodnocení patří nástroje: REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně). Jedná se o přečtení a vyslovení 66 zdravotnických pojmů (Maat et al., 2014). Další je nástroj TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults - Test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých). Test obsahuje 50 položek čteného textu a 17 položek numerických dovedností (Smith et al., 2015). Tyto testy umožňují hodnocení zdravotní gramotnosti oslovených lidí, hodnotí interpretaci zdravotnických a medicínských textů. Ve Spojených státech amerických byl vyvinut další nástroj na měření zdravotní gramotnosti NVS (Newest Vital Sign). Test ověřuje také čtenářské a matematické dovednosti. Obsahuje pouze 6 otázek a respondent je ho schopen vyplnit do 3 minut. Test přesně určuje úroveň zdravotní gramotnosti osloveného člověka. Existuje také Evropský dotazník zdravotní gramotnosti s názvem HLS – EU - Q (The European Health Literacy Survey Questionnaire). Dotazník je určen pro vybrané země Evropy, neposuzuje pouze jedince, ale celou populaci. Obsahuje 47 položek, které souvisí se zdravotní gramotností (Heide, et al., 2013).

4. FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ ČLOVĚKA

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Zdravý životní styl dle mnoha autorů zahrnuje zejména pravidelný životní rytmus, dostatečný pohybový režim, psychickou aktivitu, duševní hygienu, absenci užívání návykových látek, správnou výživu a slouží k uchování si zdraví a tělesné kondice.

Dle Tučka je životní styl systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý živý subjekt nebo i objekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování. Životní styl je spolu s příjmem významným atributem sociálního statusu a lze jej vztahovat jak k individu, tak i k sociálním skupinám. Konkrétní podoba životního stylu je ovlivněna dvěma faktory – životními podmínkami (faktor vnější) a jedincem samotným (faktor vnitřní). Vnější faktor – životní podmínky tvoří tzv. mantinely, v nichž se jedinec pohybuje, jedná se o bezprostřední vazbu životních podmínek a životního stylu. Změna životního stylu vyvolaná změnou životních podmínek nemusí mít tutéž míru a kvalitu jako změna životních podmínek a nemusí se projevovat v okamžité časové návaznosti. Příčinou této skutečnosti je např. setrvačnost navyklého dosavadního způsobu života, neochota či snížená schopnost změnit své chování (Tuček, 2003).

Machová a Kubátová uvádějí, že na zdraví člověka působí velké množství vnitřních i vnějších faktorů, které nazýváme determinanty. Mezi vnitřní determinanty se řadí dědičné a genetické faktory a také osobnost jedince získaná výchovou.

Vnější determinanty lze rozdělit do tří skupin:

- Životní styl
- Kvalita životního a pracovního prostředí
- Úroveň a kvalita zdravotnických služeb

Vnitřní a vnější determinanty jsou ve velmi úzkém vztahu, avšak vnější determinanty jako je životní styl a kvalita životního prostředí mají na člověka větší vliv (Machová, Kubátová, 2015).

Nárůst multifaktoriálně podmíněných onemocnění, převážně chronických neinfekčních onemocnění, úzce souvisí s organizací a stylem života moderní společnosti. Na jejich vzniku a rozvoji se podílí nejvíce nezdravý životní styl. V této kapitole uvedeme nejrizikovější faktory životního stylu, které se podílejí na vzniku mnohých chronických neinfekčních onemocnění.

4.1 Tabakismus

Kouření tabáku je nemoc, má své číslo diagnózy v Mezinárodní klasifikaci nemocí – F17.2 – syndrom závislosti. Jde o silnou závislost na tabáku, která znemožňuje jedinci přestat tabák užívat. Většina kuřáků se pokouší přestat se závislostí opakovaně, avšak odvykání je bez odborné pomoci velice těžké. Náklady na poskytování zdravotnické péče spojené s kouřením jsou velmi vysoké. Léčba tohoto onemocnění však není v ČR dostatečná. Jediné pracoviště, které se plnou pracovní dobu věnuje této problematice, je Centrum pro závislé na tabáku III. Interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze s kapacitou cca 500 pacientů ročně. Ostatních 40 center, která v ČR fungují, mají dohromady přibližně stejnou kapacitu pacientů. V Centru pro závislé na tabáku je péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Je označována Centrem excellence, od roku 2010 spolupracuje s Mezinárodní společností sester v onkologické péči. Jedním z cílů Centra excellence je motivace a vzdělávání sester ke krátké intervenci právě u pacientů, kteří kouří. Sestra je nejpočetnější zdravotnickou profesí. V ČR pracuje v současné době cca 90 000 sester. Pokud by každá vyškolená sestra pro krátkou intervenci pomohla jednomu pacientovi ročně přestat kouřit, bylo by kuřáků o 90 000 méně. Existují však také poradenská centra, kterých je zhruba stovka v ČR. Jedná se například o centra v některých lékárnách, kde vyškolení odborníci poskytnou odbornou pomoc. Další z možností je telefonická konzultace na Národní lince pro odvykání kouření (800 350 000), nebo mohou pacienti využít mobilní aplikaci v českém jazyce a zdarma, jako je například „Quitnow“. Je nutné říci, že ani intenzivní léčba nepomůže všem závislým na tabáku. Snížení rizika (harm reduction) je v tuto chvíli na místě a cílem je, aby měl závislý kuřák možnost doplnit pouze nikotin méně rizikovou formou užití než z hořícího tabáku. Méně rizikové je tzv. vapování elektronické cigarety, které by mohlo být řešením pro ty kuřáky, kteří nedokázali přestat za pomoci jiných prostředků (Králíková, 2013).

Dle Miovského z kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze je nutné, aby prevence užívání tabáku tvořila součást systému prevence rizikového chování dětí a dospívajících. V posledních 15 letech je tento systém prevence intenzivně budován. Představuje konkrétní metody a intervence, které již byly otestovány na tuzemských školách a vykazují u českých dětí dobré výsledky (Miovský, 2017). Jednou z priorit efektivní strategie doporučené WHO je monitorování užívání tabáku a politika prevence. Ve spolupráci WHO a Střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (CDC) byl vytvořen Globální systém surveillance tabáku (GTSS). Je určen k realizaci studií po celém světě, zaměřených na různé věkové a profesní skupiny, a to na pedagogy, na budoucí zdravotníky – studenty medicíny, ošetřovatelství a farmacie, na školní děti ve věku od 13-15 let a dospělou populaci od 15 let výše (Warren et al., 2009). Dle potřeby zemí byly vypracovány jednotné dotazníky s klíčovými otázkami a návody na jejich vyhodnocení. V ČR byly poprvé použity v rámci dvouleté dohody o spolupráci mezi MZ ČR a WHO – EURO pro roky 2012-2014. Studie proběhla za podpory MZ ČR v roce 2015. Cílem bylo získat validní poznatky o užívání tabáku u dospělé populace v ČR. Výsledky studie ukázaly, že kuřáků v roce 2015 bylo celkem 24,1 %, což je významný pokles o 6,2 % oproti roku 2014. Mezi denními kuřáky je méně kuřáček než kuřáků. V ČR se převážně kouří cigarety. Elektronickou cigaretu kouří 2,3 % oslovených. V porovnání s rokem 2014 došlo k výraznému poklesu v užívání elektronické cigarety o 1,6 %. Nejvyšší prevalence kuřáctví je ve věkové kategorii 15-24 let (35,3 %). Kuřáctví je nižší u vysokoškolsky vzdělaných lidí. Muži kouří více než ženy a přibližně 15 % respondentů je doma vystaveno kouři, přičemž došlo k poklesu pasivního kouření oproti roku 2014 o 7,8 %, což je pozitivní zjištění. Pohlaví, věková skupina a místo bydliště nevykázaly statisticky významné rozdíly. Na základě těchto výsledků přijala vláda ČR v srpnu 2015 Akční plán pro kontrolu tabáku na období 2015-2018 (Sovinová, Csémy, Kernová, 2015) a stěžejním opatřením v boji proti kouření bylo přijetí zákona č. 65 /2017 o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2017). Důsledkem užívání tabáku může být vznik nespavosti a obstrukční spánková apnoe. Kvalita spánku kuřáků je zhoršena zejména na jeho počátku. Šonka uvádí, že kouření způsobuje méně kvalitní spánek kratšího trvání. Kvalita spánku bývalých kuřáků se velmi pomalu upravuje, přechodně se může i zhoršit, ale s odstupem času je u nich spánek stejně kvalitní jako u nekuřáků (Šonka, 2017). Ve velké míře jsou lidé závislí na tabáku ohroženi vznikem diabetu mellitu 2. typu. U kuřáků, kteří trpí diabetem 1. nebo 2. typu zhoršuje kouření mikrovaskulární a makrovaskulární

komplikace tohoto onemocnění a tím zvyšuje riziko úmrtí. Kouření poškozuje velkou měrou kardiovaskulární systém, zvyšuje kardiovaskulární komplikace dvojnásobně až čtyřnásobně ve srovnání s nekuřáky, zvyšuje aktivitu sympatického nervového systému a vede ke zhoršení arteriální hypertenze, vyšší tepové frekvenci a zhoršuje řadu metabolických rizik. Je spojeno také s rizikem vzniku infarktu myokardu. Jediným doporučením pro každého je úplné zanechání kouření. Vrablík za zcela zásadní pro motivaci kuřáků k zanechání kouření považuje fakt, že *kardiovaskulární riziko po zanechání kouření rychle klesá, do pěti let se sníží na polovinu a po 10 letech klesne na úroveň nekuřáka, Z hlediska preventivní kardiologie je nekuřáctví základem modifikace rizika u všech kuřáků s důrazem na primární prevenci – tedy snížení počtu těch, kteří kouřit vůbec začnou*“ (Vrablík, 2017, str. 28).

V neposlední řadě lze říci, že kuřáci mají nižší hmotnost než nekuřáci. Mají však větší obvod pasu. Právě obavy o zvýšení hmotnosti představují určitou bariéru při odvykání zejména u adolescentů – dívek (Králíková, 2013).

Kouření výrazně zvyšuje nárůst nádorových onemocnění, jako je karcinom plic, prsu, rekta, močového měchýře i dalších druhů nádorových nemocnění. Pafko uvádí, že v naprosté většině případů zjišťuje, že odesílající lékař, který zasílá pacienta k zákroku, nepátrá po tom, zda je pacient kuřák a nedoporučí mu abstinenci před operací, optimálně 6-8 týdnů předem. U kuřáků je dokázáno pomalé hojení ran, časté operační infekce a orgánová selhání, čímž dochází k ohrožení pacienta na životě a prodlužování hospitalizace. Většina pacientů kouří i po operaci, a to i například po transplantaci plic. Standardem u těchto pacientů by měla být odvykací léčba (Pafko, 2017).

Vlivem inhalace tabákových výrobků je velké riziko vzniku onemocnění dýchacích cest. Tabákový kouř obsahuje více než 4000 chemikálií, které poškozují dýchací cesty. Většinu kuřáků během života doprovázejí chronická onemocnění jako je chronická bronchitida a záněty plic. Chronická obstrukční plicní nemoc patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění u kuřáků. Klíčovou roli dle WHO v boji proti užívání tabáku mají zastávat zdravotničtí pracovníci. Právě pro zdravotnický personál zveřejnila WHO na svých stránkách podklady pro workshopy. Zdravotníci zde naleznou návody, jak efektivně pomáhat uživatelům tabáku s odvykáním a jakým způsobem mohou provádět preventivní intervence před možným začátkem užívání tabákových výrobků. Získané znalosti

a dovednosti by se následně měly promítnout do jejich standardní péče v praxi (Noncommunicable diseases..., 2015).

Malá a kol., uvádí, že sestra může být nápomocna také v motivaci pacienta, přičemž může využít tyto atributy: relevance (při intervenci zohlednit věk, vzdělání, osobní situaci), rizika (mluvit s pacientem o dopadech na zdraví, zvláště těch, jež jsou pacientem podceňovány), odměny (vyzdvihnout pozitiva z rozhodnutí přestat kouřit), bariéry (pomoci pacientovi odhalit příčiny bránící v započetí léčby), opakování (při každé návštěvě pacienta), (Malá et al., 2015).

Jednou z doporučených strategií, které formulovala WHO v dokumentu ve zprávě o globální tabákové epidemii z roku 2008, je zavádění programů screeningu a krátké intervence pro rizikové a škodlivé užívání tabáku do praxe, zejména jako součást primární péče. Touto metodou se zabývá praktická část naší rigorózní práce. Mezi další opatření v boji proti tabakizmu patří regulace marketingu tabákových výrobků zejména ve vztahu k mládeži, dále poskytování dostupné a účinné léčby pro lidi závislé na tabáku, omezování dostupnosti tabákových výrobků a v neposlední řadě také snižování poptávky prostřednictvím daňových a cenových mechanismů (WHO report..., 2008).

Kvalitní ošetrovatelská péče klade důraz na cílené dotazy sester v oblasti kouření a expozici tabákovému kouři, u kuřáků je důraz kladen na krátkou intervenci. Síť nemocnic podporujících zdraví (Health Promoting Hospitals) – Evropská síť nekuřáckých nemocnic (European Network of Smoke-Free Hospitals, www.ensh.org) zahrnuje 40 kroků na cestě nemocnice k tomu být skutečně nekuřáckou. Jedním z těchto kroků je vyškolení zdravotnického personálu v krátké intervenci u kuřáků, pochopitelně s cílem co nejširší aplikace. Tento program využila Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Od října 2015 do června 2016 zde probíhalo hodinové školení sester na 23 klinikách VFN. Organizátorkami byly vrchní sestry jednotlivých klinik, které své sestry motivovaly a podporovaly. Semináře probíhaly podle mezinárodních standardů a metodiky a byly zaměřeny na fakta v oblasti užívání tabáku v ČR, na vliv kouření na zdraví a dále na specifické souvislosti s kouřením v rámci daného klinického oboru. Sestry nabývaly informace o tom, jak profesionálně hodnotit kuřáckou anamnézu, jakým způsobem provádět intervenci a jak zapsat daný postup do ošetrovatelské dokumentace. Předpokladem úspěšné intervence je nejen sestra - nekuřačka, ale hlavně znalost hlavních zásad odvykání kouření. Zarážející je tvrzení Králíkové, která uvádí, že právě jednou

z bariér při provádění intervencí zdravotníky jsou právě sami zdravotníci – kuřáci. Ze studií prevalence kuřáctví v ČR vyplývá, že kouří 32,2 % posluchačů 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra, 19,7 % mediků 3. ročníku, 40 % sester a 16 % lékařů v praxi (Králíková, 2013). Krátká intervence zahrnuje pět bodů: **PTEJTE SE** na kouření, **PORAĎTE** kuřákům, jak přestat kouřit empatickým přístupem, ale jasně, **POSUĎTE** připravenost pacienta přestat, případně motivovat, **POMOZTE** přestat – vytvoření plánu nekuřáckých řešení obvyklých kuřáckých situací, případně doporučení volně prodejné náhradní terapie nikotinem, **PLÁNUJTE** další postupy – letáky, případně doporučení do Centra pro závislé na tabáku. *Celkem bylo proškoleno 459 sester a zpětnou vazbu na konci semináře poskytlo 378 respondentek. Mezi nimi bylo 27 procent kuřáček, z nichž má 19 procent zájem o léčbu své vlastní závislosti na tabáku* (Felbrová, Kulovaná, 2016).

4.2 Alkoholizmus

Česká republika patří mezi státy s nejvyšší konzumací alkoholu v Evropě. V roce 2016 činila spotřeba celkového užitého alkoholu na jednoho obyvatele v České republice 173,5 litru, odpovídá 9,9 litru spotřeby čistého lihu. Nejvíce se v Česku za rok 2016 spotřebovalo piva, a to 146,9 litru na jednoho obyvatele (Česká republika..., 2016).

Zatímco u nás spotřeba alkoholu téměř nepřetržitě roste od roku 1921, kdy se spotřeba alkoholu začala statisticky zjišťovat, ve státech s výraznou tradicí konzumace alkoholu, jako je Francie, Španělsko, Itálie nebo Řecko, spotřeba alkoholu od roku 1990 výrazně klesla. Drobný nárůst byl zapříčiněn zvýšenou spotřebou vína a piva, neboť u lihovin došlo meziročně k poklesu. Kohoutová uvádí, že za posledních 15 let v zemích Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj spotřeba alkoholu celkově klesla, v Česku však nepatrně stoupla. Problémem Česka dle Kohoutové je také snadná dostupnost alkoholu (Kohoutová, 2016).

Pravidelné užívání alkoholu působí negativně na zdraví člověka. Účinky alkoholu závisí dle Kaliny nejen na množství požitého alkoholu, ale též na faktorech jako je dispozice jedince a vliv prostředí. Podle stupnice hladiny etanolu v krvi, je kolem 0,5 promile normální klidné chování, při 1,5 promile dochází ke vzrušenosti. Klasická opilost, jinak ebrieta, se vytvoří při hladině mezi 1,6 až 2 promile a poruchy vědomí nastávají při hladině okolo 3 až 4 promile etanolu v krvi. V poslední jmenované fázi už hrozí vážné nebezpečí smrti, jelikož dochází k útlumu důležitých center v mozku a selhává oběhový

system (Kalina, 2008). Typickým onemocněním alkoholiků je steatóza jater a cirhóza. U pacientů dochází k úbytku na váze, únavě a celkové sešlosti. Pacienti jsou upozorněni na nutnost absolutní abstinence. Velkým rizikem z hlediska poškození zdraví, ale také léčby, je užívání alkoholu u osob s psychiatrickými diagnózami. Užívání alkoholu či vzniklá závislost na alkoholu přináší mnohé problémy při naordinování terapie. Nešpor uvádí: „ je třeba volit psychofarmaka, která nevstupují s alkoholem do interakcí... Psychiatr by u duševně nemocného, který škodlivě užívá alkohol či je závislý, měl provést krátkou intervenci, případně zprostředkovat souběžnou léčbu závislosti na alkoholu“ (Nešpor, 2012, s. 7). S metodami krátké intervence mají právě v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích velké zkušenosti a hojně ji využívají. Podle Nešpora lze efektivitu krátké intervence pro problémy s alkoholem doložit. Dle Nešpora: „Poměrováno efektivitou versus čas je to jedna z nejefektivnějších intervencí v medicíně, kterou může lékař udělat“ (Nešpor, 2012, s. 8). Mezi další rizika užívání alkoholu patří u skupiny mladistvých osob otravy, poškození vývoje mozku, rizikové sexuální chování, úrazy a rychlý rozvoj závislosti. Těmto skupinám je nutné co nejdříve poskytnout pomoc v podobě posílení motivace či podpory práce s celou rodinou jako je například behaviorální terapie, která využívá odhalování rizikových spouštěčů a nesprávných vzorců chování mladé populace (Zucker, Donovan, Master, 2009).

Významná může být i účast mladistvých při setkání anonymních alkoholiků na jejich léčebné terapii. Závěrem lze říci, že primárním cílem celé společnosti by mělo být vytvářet nezletilým bezpečné prostředí bez alkoholu.

4.3 Nesprávná výživa

V oblasti individuální zodpovědnosti za své vlastní zdraví existují intervenční programy, které jsou založeny na aktivní mobilizaci obyvatelstva ke zdravému životnímu stylu, tj. i k praktikování zdravé výživy. Obezita je chronickým onemocněním, které přináší řadu komorbidit, které zhoršují kvalitu života a zkracují jeho délku. V souvislosti s obezitou se zvyšují náklady na zdravotní péči. Systém prevence proti obezitě by měl být komplexní a měl by být zaměřen cíleně na různé populační skupiny. Průcha, Walterová, Mareš definují prevenci jako: „ Soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění, poškození, sociálně-patologickým jevům“ (2013, s. 178). V primární prevenci obezity u dětské populace hraje hlavní roli rodina a po té škola. Právě z rodiny si dítě odnáší první vzory týkající se životního stylu. Pokud jsou tyto vzory

nesprávné, vzniká problém naučit děti vzorům novým a hlavně správným. Škola je jedním z nástrojů, jak tuto situaci zvrátit. Závěry 20. celostátní konference „Výživa a zdraví 2016“, konané 20. - 22. září 2016 v Teplicích vyzdvihují důležitost školního stravování s důrazem na nutriční hodnoty podávané stravy a preferenci zeleniny a ovoce, které jsou zdrojem vlákniny, přičemž je důležité využití lokálních zdrojů těchto potravin (Turek et al., 2016). Je proto velmi důležité seznamovat děti se správnými stravovacími návyky již od mateřské školy. Edukačními, osvětovými i odbornými aktivitami je pověřen Státní zdravotní ústav pod vedením Ministerstva zdravotnictví. Dětská obezita představuje velká rizika v oblasti vzniku vážných zdravotních a psychosociálních problémů. V Evropě se prevalence obezity ztrojnásobila. SZÚ uvádí, že v současné době v ČR trpí obezitou asi 25 procent žen, 22 procent mužů a nadváha obecně představuje potíže pro více než 50 procent populace středního věku. Vzestup výskytu obezity byl zejména v poslední dekádě minulého století velmi výrazný. Je prokázán ve většině vyspělých zemí. Chronická onemocnění, u nichž je základní příčinou právě obezita, způsobila ve světě 60 % z 56,5 miliónů hlášených úmrtí (Systém monitorování..., 2016). Mezi chronická onemocnění způsobená obezitou patří hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, kardiovaskulární choroby a onemocnění pohybového aparátu. Léčba těchto chronických onemocnění je velmi nákladná a dotýká se celé společnosti. Správnými stravovacími návyky a pohybovou aktivitou lze výše uvedeným komplikacím čelit. Primární prevence v oblasti správné výživy a následná intervence by měla být také doprovázena nutriční výchovou široké veřejnosti a zejména cílových skupin obyvatel. Mezi hlavní zásady zdravé výživy patří její vyváženost a pestrost, dostatečná konzumace ovoce a zeleniny, luštěnin a celozrnných produktů, ryb, dále je třeba kontrolovat si energetickou hodnotu stravy, čehož lze dosáhnout sníženou konzumací živočišných tuků a cukrů. Při snížení cukrů se samotným obsahem fruktózy či kombinovaně užíváním společně s glukózovým cukrem se sníží dle Maarmana, et al., šance na vznik ischemického reperfučního poškození myokardu. *„Kardiovaskulární onemocnění bývá značnou zátěží pro zdraví, obzvláště pokud se vyskytuje společně s obezitou, metabolickým syndromem a II. typem diabetu mellitu. Tyto choroby lze indukovat či zmírnit jejich projev stylem stravování“* (Maarman et al., 2017, s. 42).

4.4 Nedostatečná pohybová aktivita

Nízká pohybová aktivita společně s nadměrným sezením a nevhodným stravováním vede dle Apfelbachera k celosvětově registrovanému nárůstu nadváhy a obezity nejen

u dospělých, ale i u dětí (Apfelbacher et al., 2008). Dle Machové a Kubátové je aktivní pohyb nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem pro zachování a upevnování zdraví člověka (Machová, Kubátová, 2015). Dá se říci, že dostatečný pohyb je prostředkem také pro odstraňování psychické únavy a posléze i psychických onemocnění. Současný životní způsob, který je odlišný od způsobu života našich předků, se projevuje výraznými negativními následky v oblasti tělesných funkcí a celkového zdravotního stavu obyvatel. Pravidelná pohybová aktivita má vliv na celý pohybový aparát. Konkrétně na opěrný a nosný systém (kosti, klouby, šlachy a vazy), dále na systém výkonný (kosterní, příčně pruhované svaly – zdroj síly) a v poslední řadě i na centrální nervový systém (zlepšená koordinace pohybů – nervosvalová souhra). Nepostradatelné jsou také socializační funkce pohybové činnosti, které jsou prostředkem proti nežádoucím sociálním vlivům, ke kterým patří například patologické hráčství či užívání drog. Kromě těchto uvedených socializačních funkcí má pohyb také funkce komunikační (řeč těla), psychoregulační a psychorelaxační, pozitivně působící jako prevence stresu a negativních emocí (Machová, Kubátová, 2015). Velká pozornost je v poslední době věnována „podpoře pohybových aktivit“ jak laickou tak i odbornou veřejností. Důraz je kladen na participaci například školství, zdravotnictví na úrovni nadnárodní, národní a regionální. Důležitým aspektem je také preventivní charakter pohybových aktivit. Jedná se o možné aktivity, které jsou přínosem v oblasti aktivního životního stylu a ke kterým lze dojít správnou edukační činností celé společnosti. WHO definuje podporu zdraví jako „proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinanty svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav“ (Health Promotion..., 1998).

4.5 Chřipka a očkování

Chřipka patří mezi nejčastější infekční virová onemocnění, na jehož následky umíraly milióny a stále umírají ve světě statisíce lidí. Virus chřipky A v roce 1939 objevili W. Smith, P. Laidlaw a C. H. Anders. Virus chřipky B objevil T. Jr. Francis. O 11 let později byl objeven virus chřipky typu C R. Taylorem. Díky těmto objevům byla brzy poté zahájena výroba očkovací látky proti tomuto onemocnění. Očkovací látka je v současné době účinnou prevencí a lze tak chránit nejen lidi, kteří jsou nejvíce ohroženi z důvodu komplikovaného základního onemocnění, ale i zdravou populaci, což má pozitivní vliv na snížení přenosu nákazy v populaci a na ekonomiku státu. Nejvíce ohroženi dle Vlčka a Vytřísalové jsou osoby vyššího věku či osoby s chronickými

vleklými onemocněními (Vlček, Vytřísalová, 2014). Dne 10. srpna 2011 schválila vláda ČR usnesením vlády č. 600 materiál s názvem „Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce v České republice“. Národní akční plán definuje jednotlivé aktivity k dosažení strategických cílů, způsob monitorování a hodnocení efektivity Národního akčního plánu. Mimo jiné je zde uvedena nutnost vzdělávání studentů zdravotnických škol, kteří se připravují pro práci v sociálních službách a ve zdravotnictví, zejména pro přímou práci s klienty těchto zařízení. Úloha vzdělávání je též zdůrazněna v oblasti výkonu odborné praxe, kde studenti uplatní nabyté znalosti při předání informací o významu očkování proti sezónní chřipce pacientům a o možných závažných zdravotních důsledcích onemocnění sezónní chřipkou jako komplikace jejich základního onemocnění (Národní akční plán..., 2011).

Dle aktuálních informací Státního zdravotního ústavu z 9/2017 k očkování proti chřipce pro sezónu 2017/2018 se vakcinace zvláště doporučuje u osob starších 65 let a více, dále u osob s chronickým farmakologicky řešeným stavem. Příkladem jsou:

- chronická onemocnění dýchacího systému
- chronická onemocnění srdce a cév
- chronická onemocnění ledvin a jater
- chronická metabolická onemocnění včetně diabetu
- osoby s nedostatečností imunitního systému (vrozenou nebo získanou)
- osoby s poruchou funkce průdušek a plic (tj. včetně poruch respiračních funkcí po poranění mozku, míchy, v důsledku křečových stavů nebo dalších neurologických či svalových poruch).

V těchto případech je vakcinace hrazena z prostředků zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Vakcinace je doporučována těhotným ženám i ženám, které mateřství teprve plánují, dále pak osobám, které žijí nebo jsou v kontaktu s rizikovými osobami či o ně pečují. Indikací očkování je prevence chřipky u dospělých, dětí ve věku od 6 měsíců a mladistvých. Kynčl a kol., popisuje, že laicky by bylo možné říci, že po očkování proti chřipce mohou lidé chřipkou onemocnět, ale větší pravděpodobností je, že onemocnění bude mít mírnější průběh a případné komplikace nebudou mít fatální důsledky (Kynčl et al., 2013). Významné je očkování zdravotníků z důvodu snížení rizika nákazy chřipkou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a zajištění bezpečnosti pacientů. Očkování je kontraindikováno u osob přecitlivělých na některou ze složek vakcíny, osobám

po předešlé alergické reakci na podanou vakcínu proti chřipce. Očkování se také nedoporučuje při akutním horečnatém onemocnění. Každý rok je složení vakcín proti chřipce upravováno dle doporučení WHO. Pro období 2017/2018 obsahovala trivalentní vakcína následující typy a subtypy kmenů: A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09 – varianta, A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2) – varianta, B/Brisbane/60/2008 – varianta. Tetravalentní vakcína však poskytuje širší ochranu vůči cirkulujícím virům chřipky (Kynčl, 2017).

Pro sezónu 2018/2019 obsahuje tetravalentní vakcína virus chřipky (inaktivovaný, štěpený) obsahující kmeny A/Michigan/45/2015 (H1N1), A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2) B/Colorado/06/2017, B/Phuket/3073/2013 v dávce 0,5ml. Tato vakcína splňuje doporučení Světové zdravotnické organizace pro severní polokouli) a doporučení EU pro sezónu 2018/2019. Očkování provádějí zejména praktičtí lékaři, vakcinační centra a zdravotní ústavy (Databáze léků, 2018).

5. METODA KRÁTKÝCH INTERVENČÍ V PRAXI

Metoda krátkých intervencí je mezinárodně ověřená a finančně nenáročná metoda prevence, která má definované praktické postupy, umožňuje časnou identifikaci rizikového chování, ovlivňuje postoje a chování populace ve prospěch zdravého životního stylu. Podstatou jsou edukační a motivační rozhovory s pacientem, které realizuje vyškolený pracovník (ideálně všeobecná sestra), (Hamplová, 2017a).

„Nejdůležitějším prostředníkem mezi primární prevencí a klientem je sestra. Aby sestra správně a efektivně plnila úlohu podporovatelky zdraví, nesmí postrádat přirozené schopnosti v edukaci a především odpovídající vzdělání“ (Martinek et al., 2016, str. 175).

Cílem metody krátkých intervencí je s využitím standardizovaných dotazníků WHO či dotazníků vytvořených Státním zdravotním ústavem rozpoznání rizikových faktorů v oblasti životního stylu, s využitím strukturovaného dotazníku zjistit míru rizika v dané oblasti a profesionálně edukovat pacienta o možných dopadech jeho rizikového chování na jeho zdraví. Klíčová je motivace pacienta s důrazem na změnu jeho postoje ke svému vlastnímu zdraví, kterou je nutno podpořit zvýšením zdravotní gramotnosti pacienta. Postup krátké intervence probíhá ve 3 fázích:

1. odhalení reálného či potenciálního problému (rizikový faktor z oblasti zdravého životního stylu),
2. vyhodnocení dotazníku a informování pacienta o jeho výsledku,
3. motivace a edukační intervence vedoucí ke změně chování pacienta ve prospěch jeho zdraví.

Výstupem krátké intervence je zvýšení zdravotní gramotnosti a snížení incidence preventabilních onemocnění, snížení zdravotních i nezdravotních národohospodářských ztrát, které vznikají z důvodu chronických neinfekčních onemocnění. *Průměrná úspěšnost intervence, tedy rozhodnutí pacienta ke změně životního stylu, se pohybuje v rozmezí 12-40 % v závislosti na komunikovaném rizikovém faktoru a osobním přístupu intervenující osoby.* (Hamplová, 2017a). Dle Tóthové a Velemínského je nutné si uvědomit, že z důvodu velké migrace lidí má každá kultura své pojetí zdraví a nemoci, což znamená také jiné pojetí rizikového chování. Existuje několik příruček, které vzdělávají zdravotníky v oblasti pojetí zdraví a nemoci u některých v Česku žijících etnik. Z těchto informací vyplývá, že nutnost individuálního přístupu v provádění intervencí je velmi důležitá. Příkladem dle Tóthové a Velemínského jsou Vietnamci

a Čiňané, kteří u nás žijí. Jde o etnikum, které neodmítá žádnou odbornou zdravotnickou péči, s dětmi absolvují všechny preventivní prohlídky a o své zdraví se pečlivě starají, neboť v jejich žebříčku hodnot je zdraví na předním místě (Tóthová, Velemínská, 2006). V Česku odborně zastřešuje a metodicky řídí aplikaci metody krátké intervence ve zdravotnických zařízeních Centrum podpory veřejného zdraví SZÚ.

5.1 Cíle práce, hypotézy

Výzkum prevalence rizikových faktorů životního stylu pacientů ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení České republiky měl charakter kvantitativního výzkumného šetření. Jeho zaměření z hlediska cílů bylo následující.

- a) Zmapovat rizikové faktory životního stylu u souboru pacientů v lůžkových a ambulantních zdravotnických zařízeních v rámci České republiky.
- b) Identifikovat pomocí standardizovaných dotazníků WHO a SZÚ míru rizika vybraných faktorů životního stylu u pacientů.
- c) Vyhodnotit změny v názorech a postojích pacientů k zjištěnému rizikovému faktoru po provedené intervenci.

5.2 Hypotézy

- H1: Úroveň závislosti na alkoholu souvisí s pohlavím a vyšší vzdělání pacientů.
- H2: Úroveň závislosti pacientů na alkoholu souvisí s jejich věkem.
- H3 Stupeň závislosti pacientů na nikotinu se liší s ohledem na výši dosaženého vzdělání
- H4 Stupeň závislosti pacientů na nikotinu souvisí s frekvencí konzumace alkoholu.
- H5 Muži a ženy se liší v úrovni kvality výživy.
- H6 Pohybová aktivita pacientů se liší s ohledem na velikost jejich bydliště.
- H7 Muži a ženy se liší v provozování pohybové aktivity
- H8 Muži a ženy se liší ve znalostech a postojích v očkování proti chřipce.

5.3 Metodika

Operacionalizace pojmů

Metoda krátké intervence – metoda navržená WHO k zvýšení zdravotní gramotnosti populace o rizikových faktorech životního stylu, vyhodnocení míry rizika a možnosti řešení.

Zdravotní gramotnost - soubor kognitivních a sociálních schopností určující motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozuměli jim a využívali je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví (WHO).

Edukace – výchova pacientů umožňující zvýšení péče pacienta o vlastní zdravotní stav (VOKURKA, HUGO).

Fagerströmův dotazník – dotazník k vyhodnocení stupně závislosti na nikotinu (WHO).

Dotazník AUDIT – dotazník k identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (WHO).

Dotazník na zhodnocení výživy a nutričního skóre (SZÚ).

Dotazník SZÚ na vyhodnocení úrovně pohybové aktivity (SZÚ).

Dotazník na vyhodnocení znalostí o chřipce (VŠZ, SZÚ).

5.4 Metodika výzkumu

Podstatou projektu MZ ČR realizovaného Vysokou školou zdravotnickou o.p.s. v letech 2016-2017 s názvem *Aplikace metody krátkých intervencí v praxi* byla identifikace rizikových faktorů životního stylu, vyhodnocení míry rizika, následná realizace krátkých intervencí zjištěných rizikových faktorů za účelem zvýšení zdravotní gramotnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních a jejich motivace ke změně životního stylu a posílení zodpovědnosti za vlastní zdraví. Projekt byl realizován proškolenými studentkami oboru Všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické o. p. s. (dále jen VŠZ) denní i kombinované formy studia. Metoda krátkých intervencí byla cíleně zařazena do výuky budoucích bakalářek v rámci vybraných předmětů *Zdravý životní styl, Komunikace a Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*, čímž bylo pokryto

teoretické předání informací a byl proveden i praktický nácvik intervence v praxi dle manuálu SZÚ ve všech třech ročnících studijního oboru Všeobecná sestra. Následně byla metoda aplikována v praxi studentkami denního studia v průběhu výkonu jejich odborné praxe ve smluvních zdravotnických zařízeních a studentkami kombinované formy studia průběžně během výkonu jejich zaměstnání. Dvouletý projekt MZ ČR probíhal v období 1. 1. 2016 – 31. 12. 2017. Proškolené studentky (cca 250 studentek) obdržely kompletní sadu 21 edukačních karet vytvořených odbornými pracovníky SZÚ (copyright SZÚ). Na návrhu obsahu některých edukačních karet se podílely řešitelky projektu z VŠZ o.p.s. (copyright SZÚ a VŠZ). Současně s edukačními kartami obdržely studentky barevně nakopírované obsahy edukačních karet pro případ, že by intervenovaný pacient projevil zájem o edukační materiál a rozhodl se zvýšit zdravotní gramotnost svých blízkých. Intervence byly realizovány pod odborným dozorem hlavní řešitelky a spoluřešitelky projektu – koordinátorky odborných praxí ve zdravotnických zařízeních (autorka rigorózní práce) za souhlasu středního a vyššího managementu těchto zdravotnických zařízení. Management byl předem informován koordinátorkou odborné praxe o realizaci projektu. Spolupracujícím zdravotnickým pracovištím byla také poskytnuta 1 sada kompletního edukačního materiálu k dalšímu využití při zkvalitnění péče o pacienty. Intervence probíhaly pod supervizí hlavní řešitelky projektu a koordinátorky odborné praxe, které v pražských a mimopražských zdravotnických zařízeních osobně prováděly kontrolu kvality realizace projektu na místě.

K dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz byla ve výzkumné části práce provedena s využitím standardizovaných dotazníků WHO (Fagerströmův dotazník, dotazník AUDIT) a dotazníků zpracovaných SZÚ identifikace rizikových faktorů životního stylu a vyhodnocení míry rizika. K vyhodnocení míry rizikového faktoru kuřáctví byl použit Fagerströmův dotazník mapující stupeň závislosti pacienta na nikotinu. K vyhodnocení míry rizikového faktoru nadměrná konzumace alkoholu byl použit dotazník AUDIT mapující stupeň závislosti pacienta na alkoholu. Jedná se o první adaptovaný nástroj, který specificky a citlivě diagnostikuje užívání alkoholu u dospělých a dospívajících jedinců. K zmapování rizikových faktorů nedostatečná úroveň pohybové aktivity a nesprávná výživa byly použity dotazníky zpracované odbornými pracovníky Centra podpory veřejného zdraví SZÚ. K zmapování úrovně znalostí a postojů pacientů k očkování proti chřipce byl použit dotazník zpracovaný řešitelkami projektu z Vysoké školy zdravotnické ve spolupráci s odbornými pracovníky SZÚ. K vyhodnocení efektu

provedené krátké intervence byl použit dotazník SZU. Všechny použité dotazníky jsou obsaženy v přílohách rigorózní práce. U pacientů se zjištěným rizikovým faktorem byla provedena krátká intervence s využitím názorných edukačních karet a dle manuálu vytvořeného SZÚ. Po provedené intervenci byli pacienti požádáni o vyplnění krátkého dotazníku vyhodnocujícího efektivitu krátké intervence, tedy úmysl či rozhodnutí pacienta řešit zjištěný problém. Následně bylo provedeno vyhodnocení získaných dat a výsledky analýzy jsou prezentovány v podobě níže uvedených grafů a tabulek. Každé intervenci předcházela individuální motivační rozhovor s vybraným pacientem, který byl veden nedirektivním přístupem. Výzkum sledoval účinnost provedených krátkých intervencí u vybraných pacientů s různými rizikovými faktory životního stylu.

5.5 Výzkumný soubor

Výzkum probíhal ve zdravotnických zařízeních v rámci celé České republiky. Výzkumný soubor tvořili pacienti ambulantních a lůžkových zařízení, kteří byli hospitalizováni nebo navštívili ambulantní zařízení v době realizace projektu (období 1. 1. 2016 – 31. 12. 2017) a byly u nich identifikovány rizikové faktory životního stylu. Pacienti vhodní k intervenci byli vybráni na základě odebrané anamnézy, zjištění rizikového faktoru, doporučení ošetřujícího lékaře a osobního souhlasu s intervencí. Všichni pacienti se do projektu zapojili dobrovolně a souhlasili s identifikací míry rizika pomocí dotazníků, s provedením krátké intervence a poté s vyhodnocením motivace ke změně životního stylu krátkým dotazníkem. Výzkumný soubor tvořilo 3905 pacientů, z toho 1665 mužů (42, 64 %) a 2240 žen (57, 36 %) ze 71 zdravotnických zařízení z celé České republiky.

5.6 Sběr, analýza a vyhodnocení dat

V každém zdravotnickém zařízení byl telefonicky či osobně osloven koordinátorkou odborné praxe (autorka rigorózní práce) management smluvních zdravotnických zařízení (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, staniční a vrchní sestry) a byla projednána možnost realizace projektu v daném zařízení. Sběr dat probíhal formou standardizovaných dotazníků WHO a dotazníků zpracovaných SZU a VŠZ k identifikaci rizikových faktorů životního stylu a vyhodnocení míry rizika. K vyhodnocení míry rizikového faktoru kuřáctví byl použit Fagerströmův dotazník (WHO) mapující stupeň

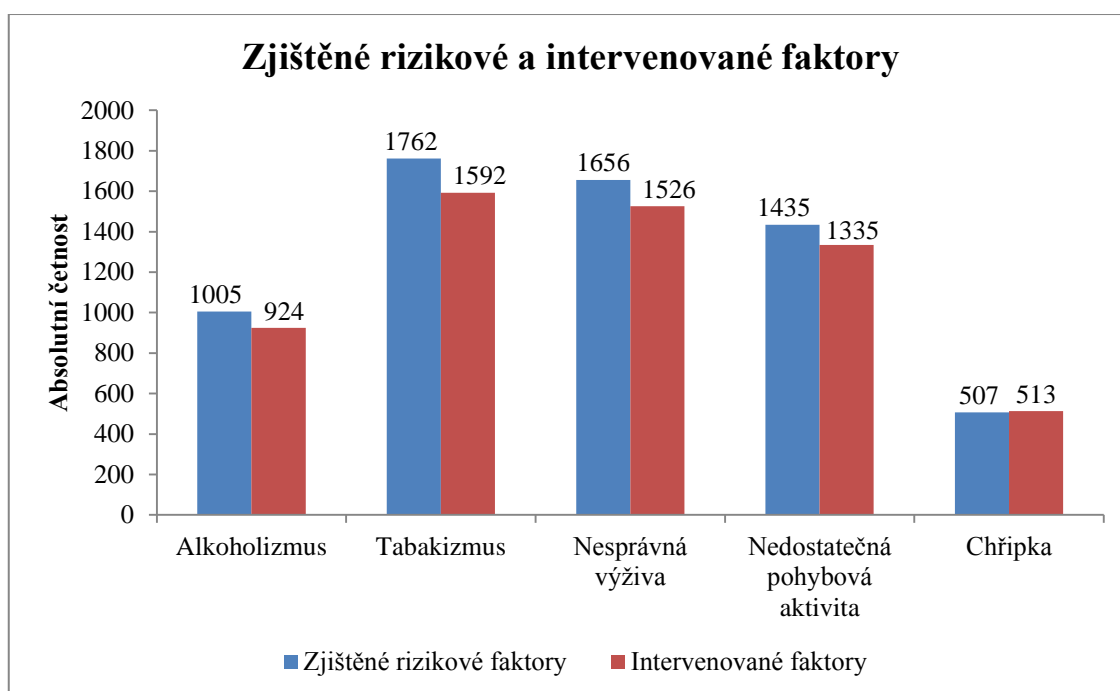
závislosti pacienta na nikotinu. K vyhodnocení míry rizikového faktoru nadměrná konzumace alkoholu byl použit dotazník AUDIT (WHO) mapující stupeň závislosti pacienta na alkoholu. K zmapování rizikových faktorů nedostatečná úroveň pohybové aktivity a nesprávná výživa byly použity dotazníky zpracované odbornými pracovníky Centra podpory veřejného zdraví SZÚ. K zmapování úrovně znalostí a postojů pacientů k očkování proti chřipce byl použit dotazník zpracovaný řešitelkami projektu z Vysoké školy zdravotnické ve spolupráci s odbornými pracovníky SZÚ. K vyhodnocení efektu provedené krátké intervence byl použit dotazník SZU vyhodnocující dopad intervence na pacientovy názory, postoje a chování. Na základě souhlasu managementu zařízení a doporučení ošetřujícího lékaře byl proveden sběr dat v době realizace projektu 1. 1. 2013 – 31. 12. 2017 u intervenovaných pacientů. Kritériem k zařazení do výzkumu byla zjištěná existence alespoň 1 rizikového faktoru životního stylu a souhlas pacienta se zařazením do výzkumu. Každý dotazník vyplněný pacientem a předaný řešitelkám projektu studentkami prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolována byla úplnost a věrohodnost vyplnění. V rámci provedené kontroly bylo vyřazeno 59 dotazníků. Následně bylo provedeno zadání dat do PC.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem MS Excel 2010. Zpracovány byly popisné charakteristiky, stupeň třídění a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů. Míra závislosti vybraných kategoriálních znaků byla stanovena na základě chí kvadrát testu.

Na základě těchto analýz byla provedena interpretace dat a zpracovány příslušné tabulky a grafy. U všech testů byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Pomocí chí kvadrát testu byla hodnocena závislost sledovaných rizikových faktorů na pohlaví, věku, vzdělání, velikosti bydliště intervenovaných osob a předem stanovené nosné hypotézy byly dle výsledku statistického testu přijaty nebo zamítnuty.

5.7 Výsledky analýzy dat



Graf 1 Zjištěné rizikové a intervenované faktory u souboru pacientů

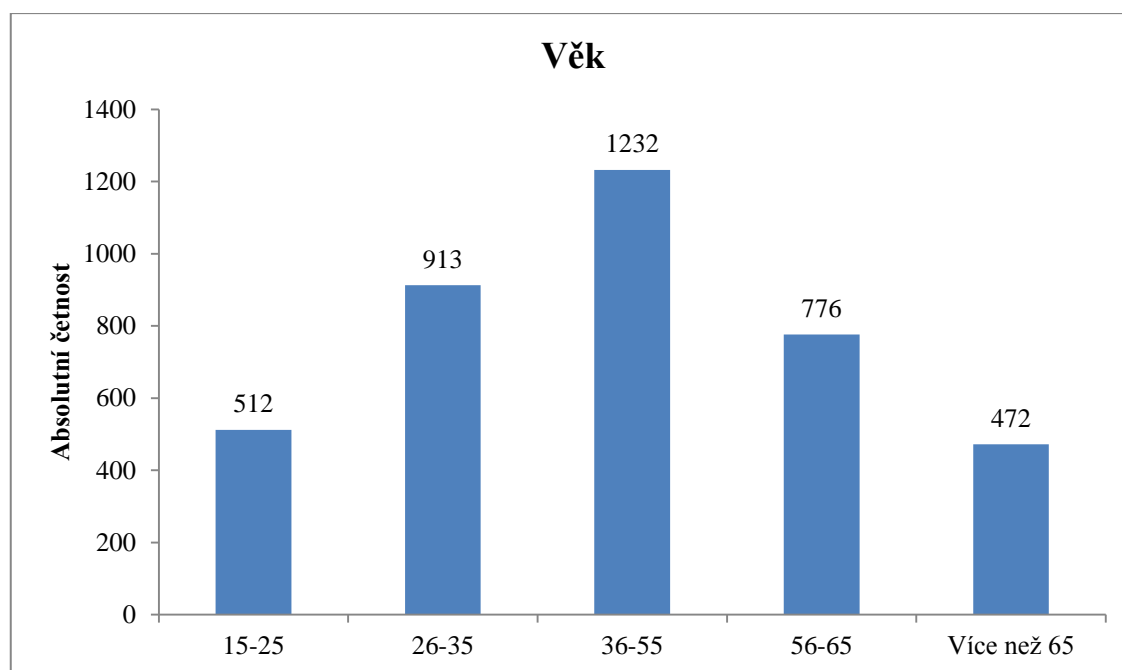
Tabulka 1 Zjištěné rizikové a intervenované faktory u souboru pacientů

	Zjištěné rizikové faktory		Intervenované faktory	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Alkoholizmus	1005	15,79	924	15,69
Tabakizmus	1762	27,68	1592	27,03
Nesprávná výživa	1656	26,02	1526	25,91
Nedostatečná pohybová aktivita	1435	22,55	1335	22,67
Chřipka	507	7,97	513	8,71
Celkem	6365	100,00	5890	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

U intervenovaných pacientů bylo zjištěno celkem 6365 (100 %) rizikových faktorů, Z celkového počtu všech identifikovaných rizikových faktorů byl zjištěn rizikový faktor alkoholizmus u 1005 (15,79 %) osob, tabakizmus u 1762 (27,68 %) pacientů, nesprávná výživa u 1652 (26,02 %) pacientů, u 1435 (22,55 %) pacientů byla zjištěna nedostatečná pohybová aktivita a u 507 (7,97 %) pacientů byla zjištěna absence znalostí o závažnosti onemocnění chřipkou a nesprávný postoj k očkování.

S ohledem na celkový počet zjištěných rizikových faktorů bylo provedeno celkem 5890 intervencí, z nich 924 (15,69 %) v oblasti alkoholismu, 1592 (27,03 %) v oblasti nikotinizmu, 1526 (25,91 %) intervencí v oblasti nesprávné výživy, 1335 (22,67 %) intervencí v oblasti nedostatečné pohybové aktivity a 513 (8,71 %) intervencí bylo zaměřeno na oblast absence znalostí o závažnosti onemocnění chřipkou a zjištěný nesprávný postoj k očkování.



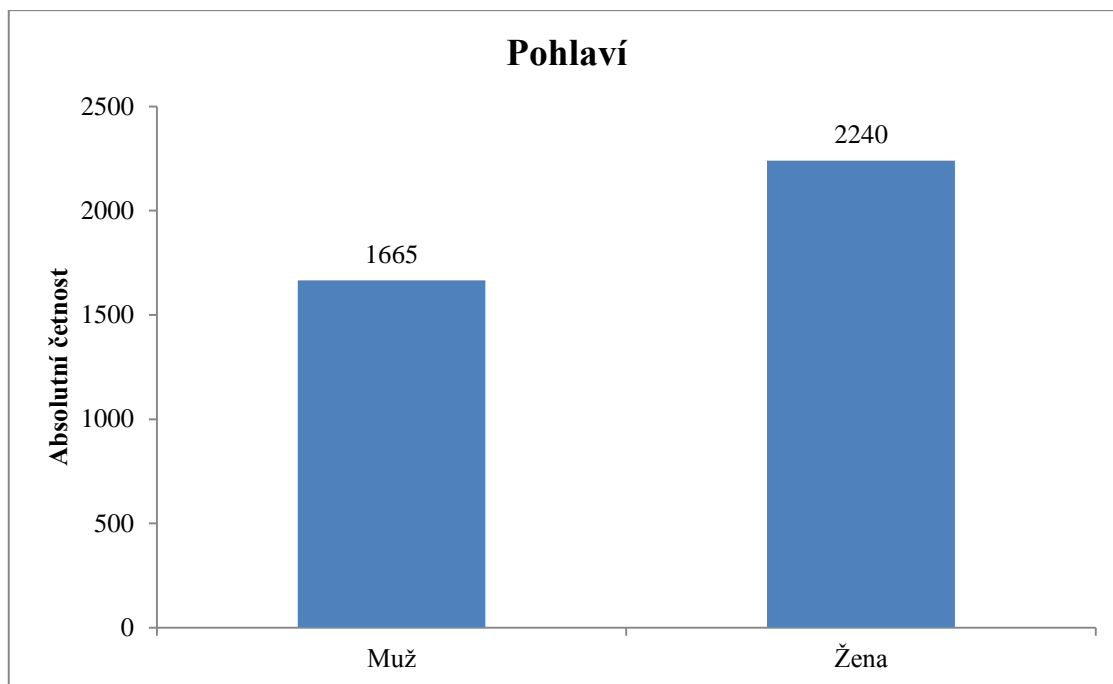
Graf 2 Věk souboru intervenovaných pacientů

Tabulka 2 Věková kategorie respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
15-25	512	13,11
26-35	913	23,38
36-55	1232	31,55
56-65	776	19,87
Více než 65	472	12,09
Celkem	3905	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Ze souboru 3905 intervenovaných pacientů se jich 512 (13,11 %) nacházelo ve věkové kategorii 15-25 let, celkem 913 (23,38 %) pacientů bylo zařazeno do kategorie 26-35 let, 1232 (31,55 %) do kategorie 36-55 let, do kategorie 56-65 let patřilo 776 (19,87 %) pacientů a 472 (12,09 %) pacientů spadalo do věkové kategorie více než 65 let.



Graf 3 Pohlaví

Tabulka 3 Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	1665	42,64
Žena	2240	57,36
Celkem	3905	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

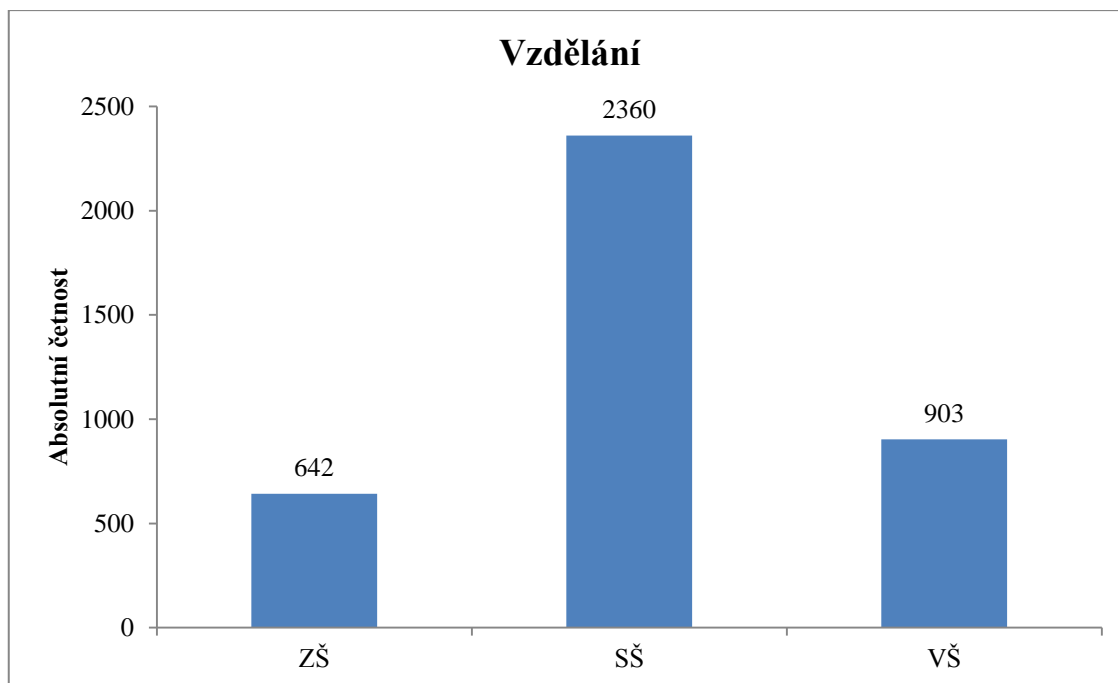
Výzkumný soubor tvořilo 3905 intervenovaných pacientů, z nichž 2240 (57,36 %) tvořily ženy a 1665 (42,64 %) muži.

Tabulka 4 BMI v závislosti na pohlaví

BMI	Pohlaví	
	Muž	Žena
Průměrná hodnota	25,8	27,1
Směrodatná odchylka	5,9	4,9
Modus	20,8	27,8
Medián	24,7	26,4
Minimum	13,0	16,7
Maximum	72,9	64,4

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z tabulky je zřejmé, že průměrná hodnota BMI souboru pacientek (27,1) převyšuje průměrnou hodnotu BMI souboru pacientů mužů (25,8).



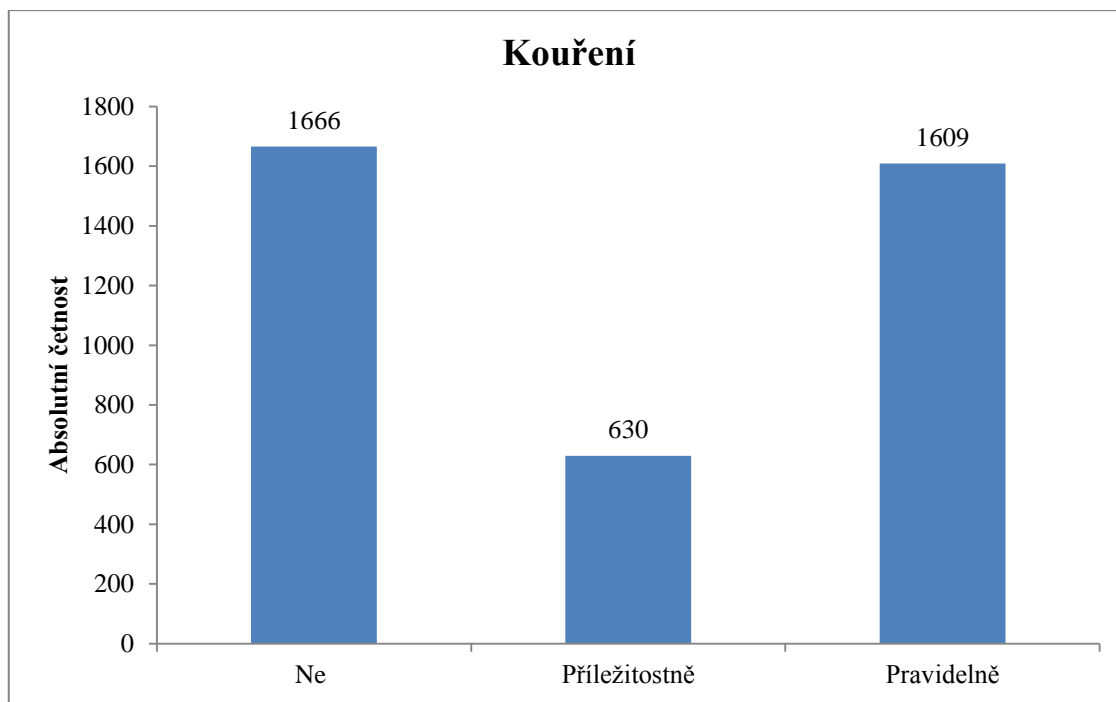
Graf 4 Vzdělání respondentů

Tabulka 5 Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ZŠ	642	16,44
SŠ	2360	60,44
VŠ	903	23,12
Celkem	3905	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu respondentů 3905 osob tvořili 642 (16,44 %) respondenti se základním vzděláním, 2360 (60,44 %) respondenti se středoškolským vzděláním a 903 (23,12 %) pacientů bylo vysokoškolsky vzdělaných. Výrazně nejpočetněji zastoupenou skupinu tvořili pacienti se středoškolským vzděláním.



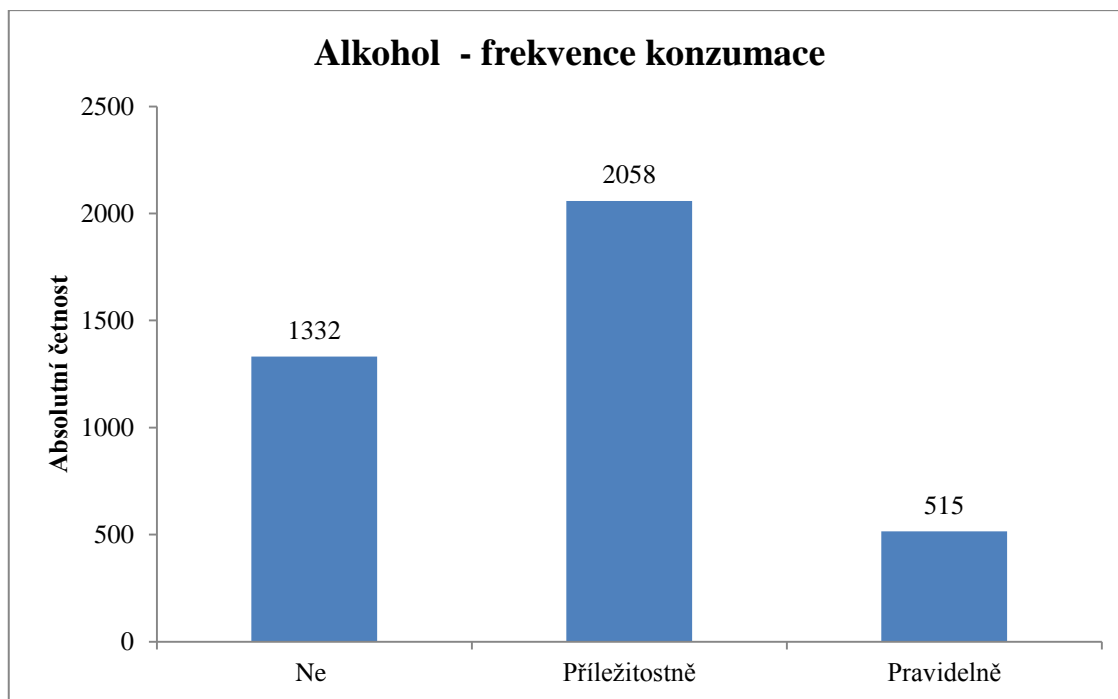
Graf 5 Kouření

Tabulka 6 Kouření

Kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	1666	42,66
Příležitostně	630	16,13
Pravidelně	1609	41,20
Celkem	3905	100,00

Zdroj: Autor 2016, 2017

Při odhalování rizikového faktoru kouření bylo zjištěno z celkového počtu 3905 respondentů, že 1609 (41,20 %) patřilo do kategorie pravidelných kuřáků, 630 (16,13 %) respondentů bylo zařazeno do kategorie příležitostných kuřáků a nekuřáci tvořili 42,66 %, což odpovídalo počtu 1666 respondentů. V námi sledovaném souboru pacientů byla zjištěna vysoká prevalence rizikového faktoru kuřáctví.



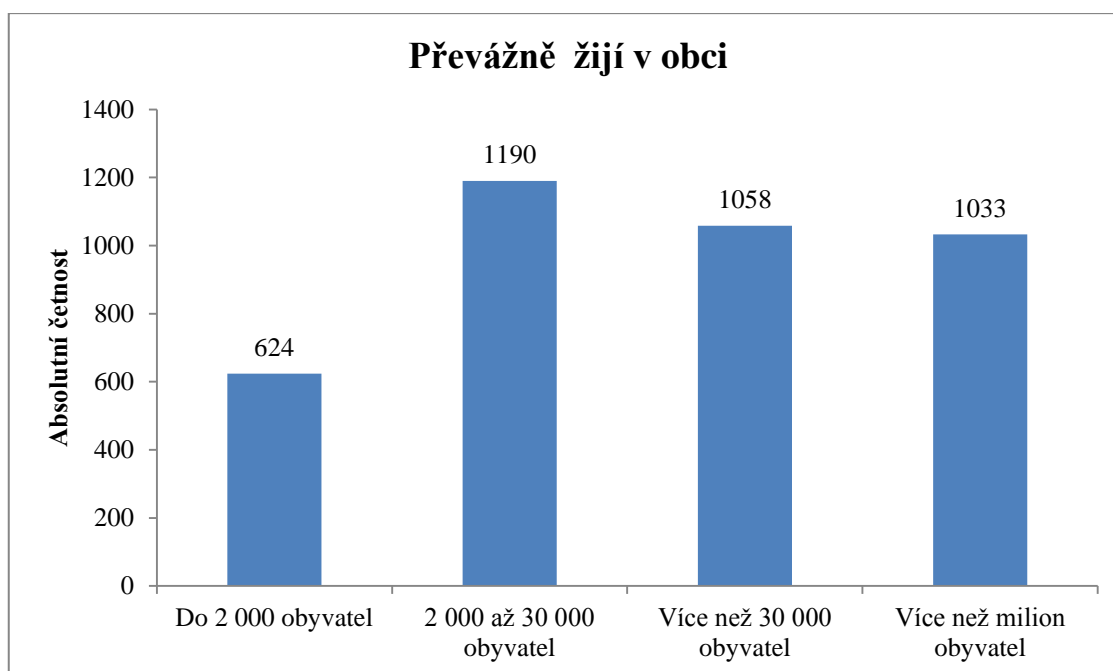
Graf 6 Alkohol - frekvence konzumace

Tabulka 7 Alkohol - frekvence konzumace

Alkohol	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	1332	34,11
Příležitostně	2058	52,70
Pravidelně	515	13,19
Celkem	3905	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu 3905 osob konzumuje alkohol pravidelně 515 (13,19 %) respondentů, příležitostně 2058 (52,70 %) respondentů a celkem 1332 osob (34,11 %) uvedlo, že alkoholické nápoje nekonzumuje vůbec.



Graf 7 Převážně žijí v obci

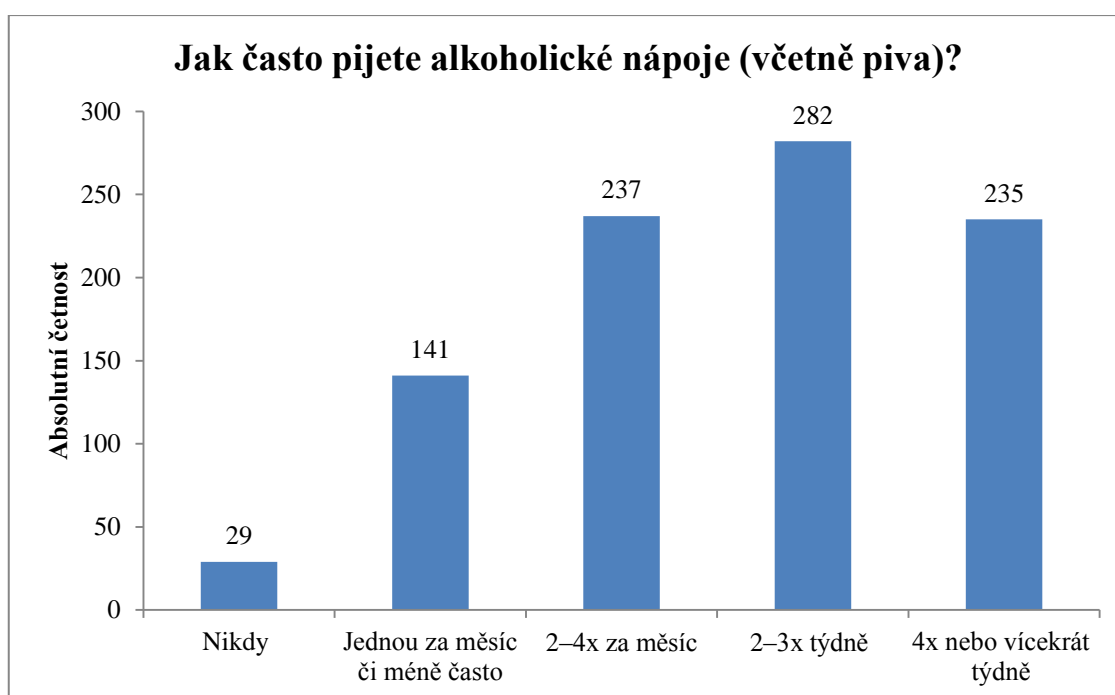
Tabulka 8 Převážně žijí v obci

Převážně žijí v obci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 2 000 obyvatel	624	15,98
2 000 až 30 000 obyvatel	1190	30,47
Více než 30 000 obyvatel	1058	27,09
Více než milion obyvatel	1033	26,45
Celkem	3905	100,00

Zdroj: autor

Graf č. 9 znázorňuje velikost bydliště respondentů. Nejvíce respondentů pocházelo z obce o velikosti 2000 – 30 000 obyvatel, a to 1190 (30,47 %) osob, v obci větší jak 30 000 obyvatel žije 1058 (27,9 %) pacientů, 1033 (26,45 %) respondentů uvedlo bydliště v městě s více než 1 milionem obyvatel, tedy v metropoli. Nejméně početnou skupinu výzkumného vzorku tvořilo 624 (15,98 %) respondentů, kteří žijí v obci do 2000 obyvatel.

5.7.1 Vyhodnocení dotazníku - závislost na alkoholu



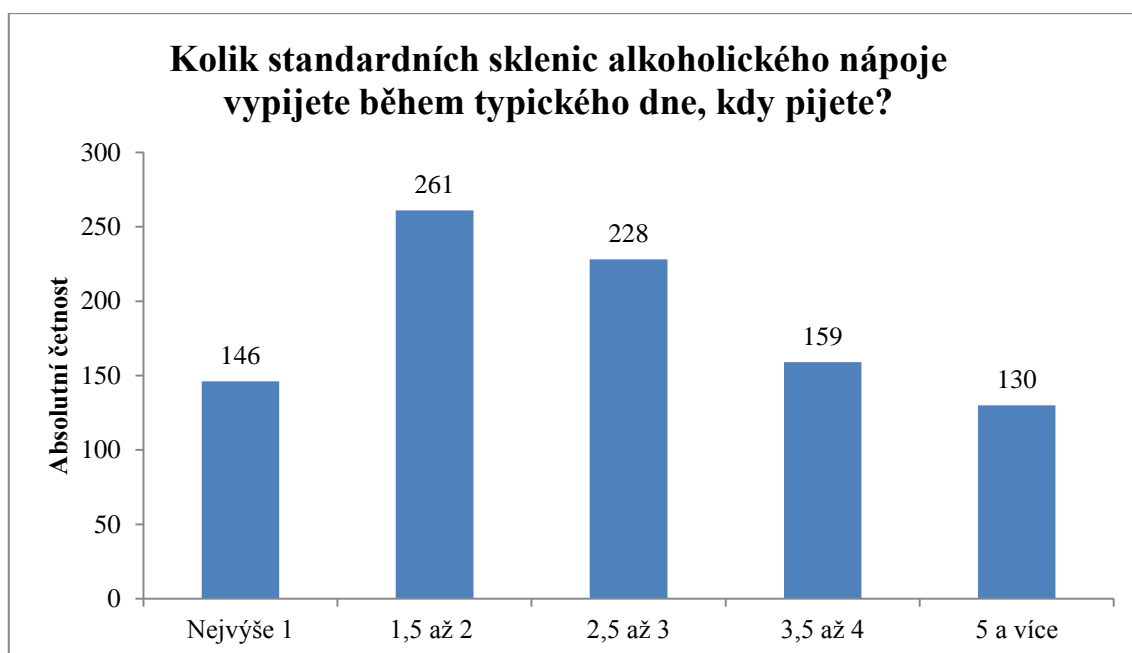
Graf 8 Dotazník AUDIT – otázka 1

Tabulka 9 Dotazník AUDIT – otázka 1

Jak často pijete alkoholické nápoje (včetně piva)?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	29	3,14
Jednou za měsíc či méně často	141	15,26
2-4x za měsíc	237	25,65
2-3x týdně	282	30,52
4x nebo vícekrát týdně	235	25,43
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Dotazník AUDIT byl vyplněn celkem 924 respondenty, kteří byli na základě odebraných anamnestických údajů, výsledků biochemického vyšetření či doporučení ošetřujícím lékařem indikováni k vyplnění dotazníku AUDIT. Z odpovědí na otázku: „*Jak často pijete alkohol*“?, bylo zjištěno, že 141 (15,26 %) respondentů uvádí konzumaci alkoholu jednou za měsíc či méně často, 237 (25,65 %) respondentů 2-4x za měsíc. Přibližně 2-3x týdně konzumuje alkohol 282 (30,52 %) respondentů. Celkem 235 (25,43 %) osob uvedlo konzumaci alkoholických nápojů 4x nebo vícekrát týdně. Pouze 29 (3,14 %) respondentů, kteří byli lékařem indikováni k zmapování konzumace alkoholických nápojů, uvedlo, že alkohol nekonzumují.



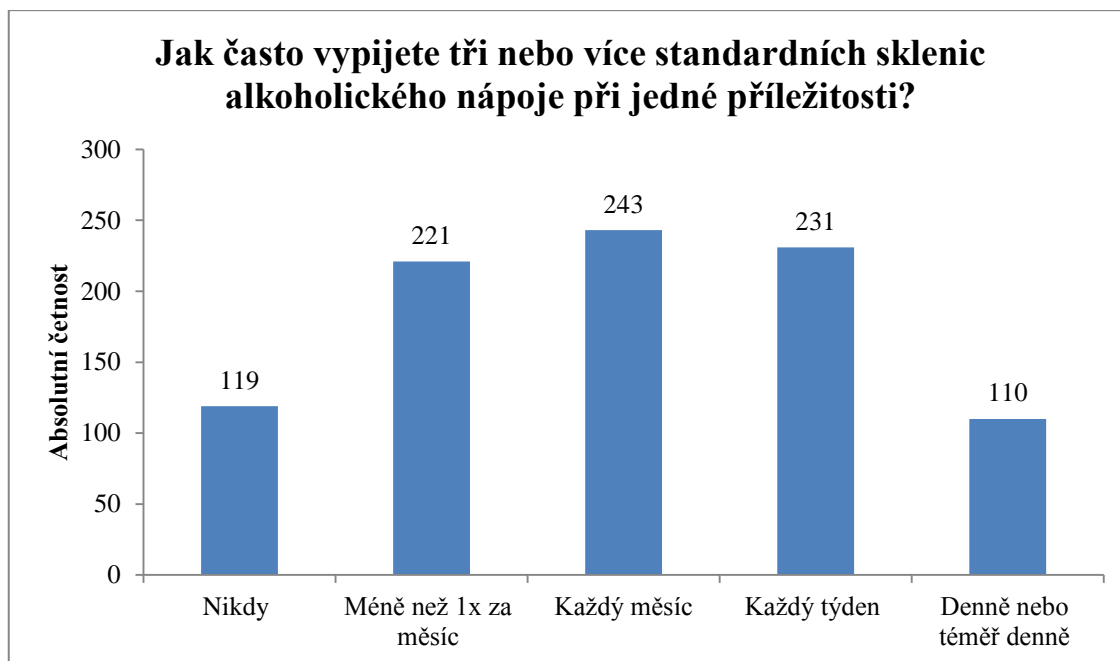
Graf 9 Dotazník AUDIT – otázka 2

Tabulka 10 Dotazník AUDIT – otázka 2

Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nejvýše 1	146	15,80
1,5 až 2	261	28,25
2,5 až 3	228	24,68
3,5 až 4	159	17,21
5 a více	130	14,07
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 2: „Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete“?, odpovědělo 146 (15,80 %) respondentů, že nejvýše jednu sklenici, 1,5 až 2 sklenice vypije 261 (28,25 %) respondentů, konzumaci 2,5 až 3 sklenic uvedlo 228 (24,68 %) respondentů. Celkem 159 (17,21 %) pacientů přiznalo, že vypije 3,5 až 4 sklenice během dne a variantu 5 a více sklenic přiznalo 130 (14,07 %) osob. Z grafu je patrné, že nejčastěji respondenti vypijí 1,5 až 2 sklenice alkoholu během typického dne, kdy konzumují alkoholické nápoje.



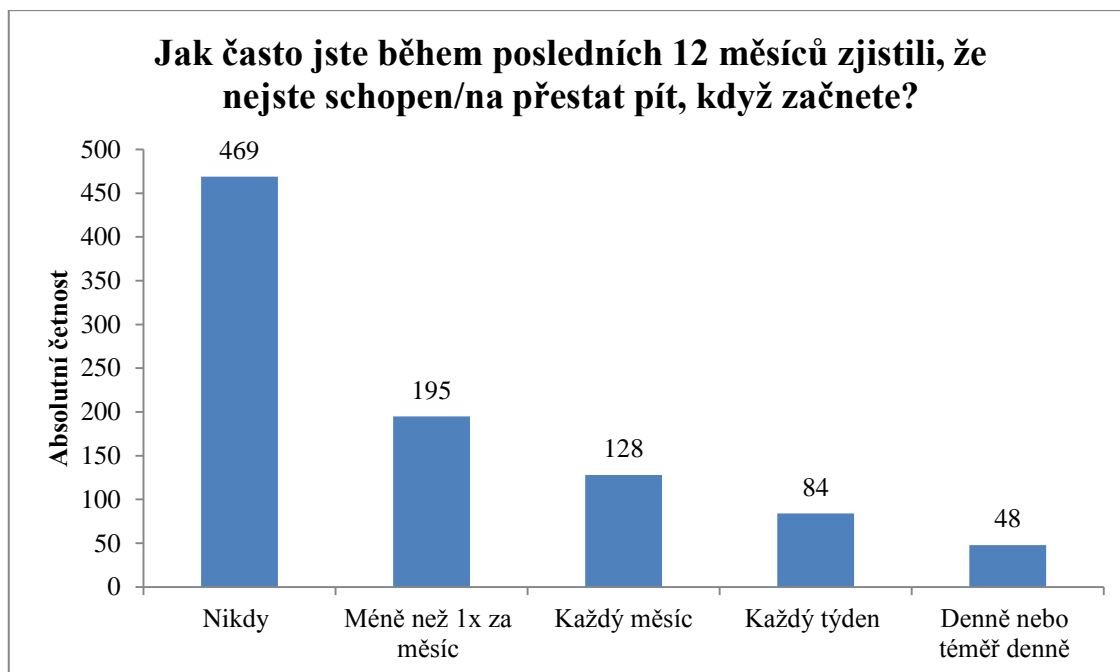
Graf 10 Dotazník AUDIT – otázka 3

Tabulka 11 Dotazník AUDIT – otázka 3

Jak často vypijete tři nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	119	12,88
Méně než 1x za měsíc	221	23,92
Každý měsíc	243	26,30
Každý týden	231	25,00
Denně nebo téměř denně	110	11,90
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 3: „*Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti*“?, odpovědělo 119 (12,88 %) respondentů, že nikdy, 221 (23,92 %) respondentů uvedlo, že 3 a více sklenic alkoholu vypijí méně často než jednou za měsíc. Celkem 243 (26,30 %) pacientů uvedlo, že 3 či více sklenic alkoholu vypijí každý měsíc a 231 (25,00 %) respondentů uvedlo, že uvedené množství alkoholu vypijí každý týden. Ze sledovaného souboru 110 (11,90 %) osob přiznalo, že 3 a více sklenic alkoholu vypijí denně nebo téměř denně. Z grafu je patrné, že nejčastěji konzumují respondenti 3 a více sklenic alkoholu každý měsíc.



Graf 11 Dotazník AUDIT – otázka 4

Tabulka 12 Dotazník AUDIT – otázka 4

Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopen/na přestat pít, když začnete?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	469	50,76
Méně než 1x za měsíc	195	21,10
Každý měsíc	128	13,85
Každý týden	84	9,09
Denně nebo téměř denně	48	5,19
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 4: „*Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopen/na přestat pít, když začnete*“? variantu „nikdy“ uvedlo 469 (50,76 %) respondentů a méně než 1x za měsíc“ 195 (21,10 %) respondentů. Odpověď „každý měsíc“ uvedlo 128 (13,85 %) osob a odpověď „každý týden“ udalo 84 (9,09 %) pacientů. Variantu „denně nebo téměř denně“ přiznalo 48 (5,19 %) respondentů.



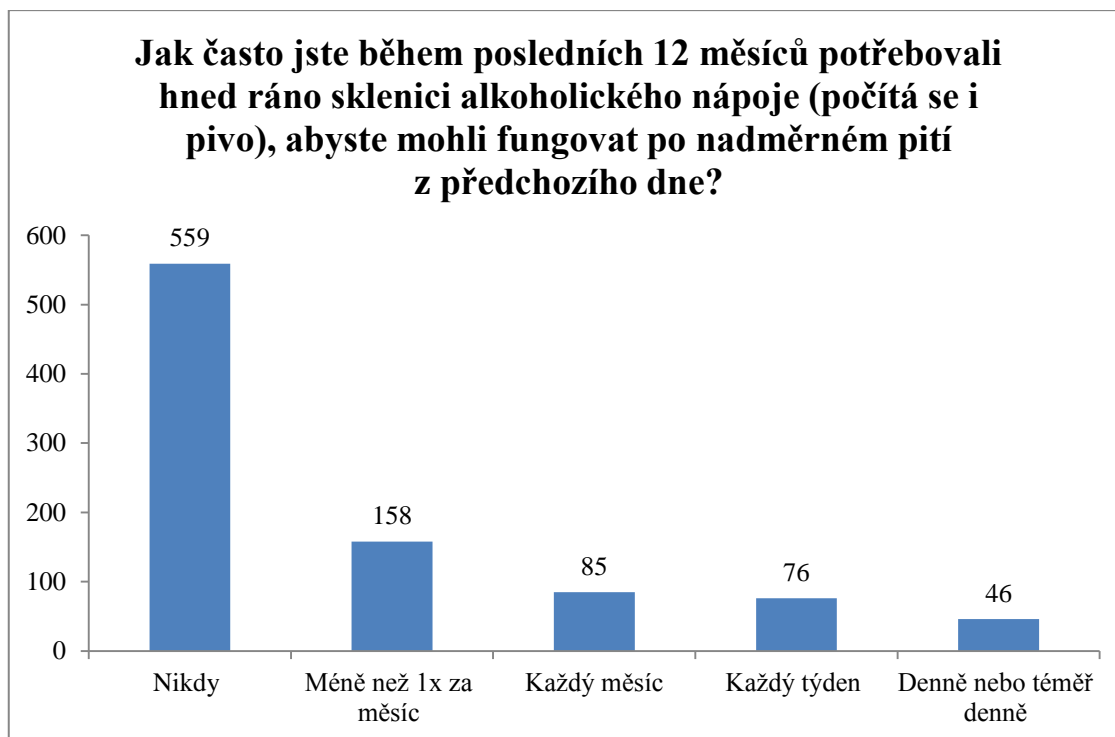
Graf 12 Dotazník AUDIT – otázka 5

Tabulka 13 Dotazník AUDIT – otázka 5

Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců nebyl schopen/nebyla schopna udělat to, co se od Vás běžně očekává?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	491	53,14
Méně než 1x za měsíc	233	25,22
Každý měsíc	107	11,58
Každý týden	61	6,60
Denně nebo téměř denně	32	3,46
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 5: *Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců nebyl schopen/nebyla schopna udělat to, co se od vás běžně očekává?* variantu „nikdy“ uvedlo 491 (53,14 %) respondentů, méně než 1x za měsíc“ udalo 233 (25,22 %) respondentů, odpověď „každý měsíc“ přiznalo 107 (11,58 %) respondentů. Odpověď „každý týden“, označilo 61 (6,60 %) respondentů a denně nebo téměř denně“ přiznalo 32 (3,46 %) respondentů.



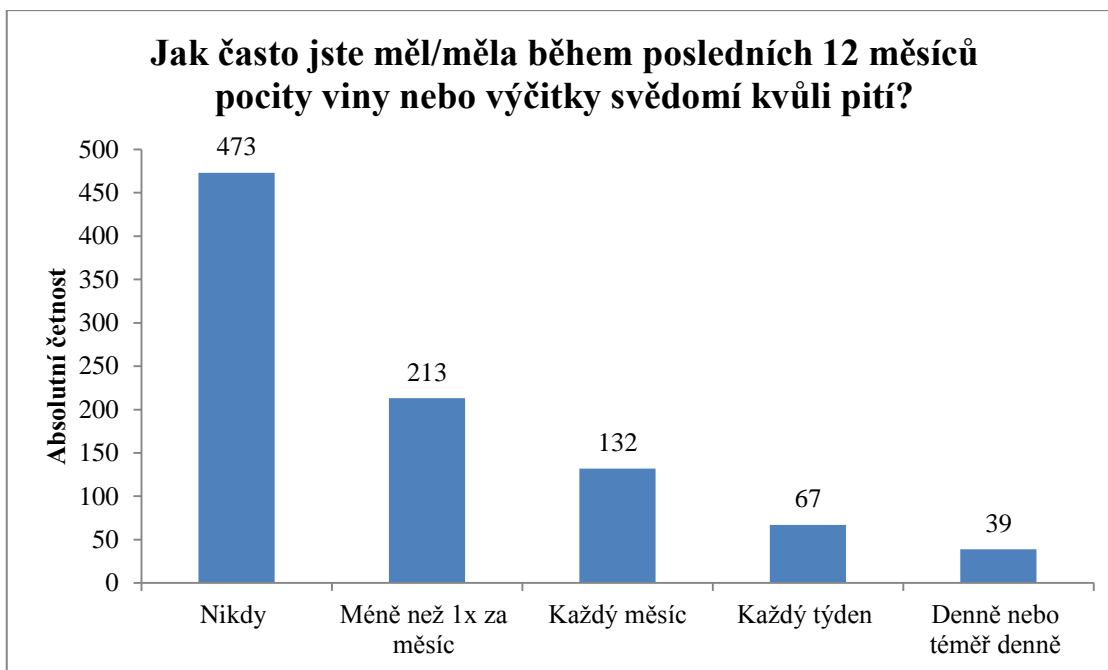
Graf 13 Dotazník AUDIT – otázka 6

Tabulka 14 Dotazník AUDIT – otázka 6

Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po nadměrném pití z předchozího dne?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	559	60,50
Méně než 1x za měsíc	158	17,10
Každý měsíc	85	9,20
Každý týden	76	8,23
Denně nebo téměř denně	46	4,98
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 6: „*Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po nadměrném pití z předchozího dne?*“ variantu „nikdy“ uvedlo 559 (60,50 %) respondentů, méně než 1x za měsíc“ 158 (17,10 %) pacientů, „každý měsíc“ sdělilo 85 (9,20 %) osob a odpověď „každý týden“, uvedlo 76 (8,23 %) pacientů. Odpověď „denně nebo téměř denně“ přiznalo 46 (4,98 %) osob.



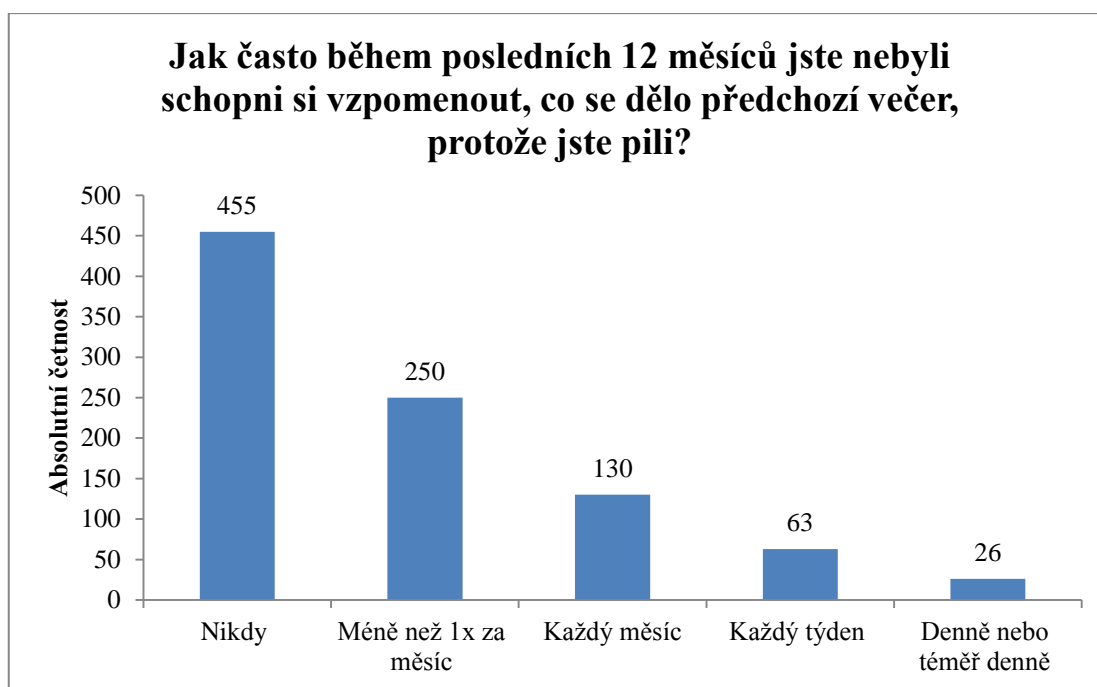
Graf 14 Dotazník AUDIT – otázka 7

Tabulka 15 Dotazník AUDIT – otázka 7

Jak často jste měl/měla během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	473	51,19
Méně než 1x za měsíc	213	23,05
Každý měsíc	132	14,29
Každý týden	67	7,25
Denně nebo téměř denně	39	4,22
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 7: „*Jak často jste měl/měla během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?*“ Odpověď - „nikdy“ uvedlo 473 (51,19 %) osob, méně než 1x za měsíc“ uvedlo 213 (23,05 %) pacientů, „každý měsíc“, sdělilo 132 (14,29 %) oslovených a variantu každý týden“ přiznalo 67 (7,25 %) osob. Nejméně častou odpovědí bylo „denně nebo téměř denně“, kterou udalo 39 (4,22 %) pacientů.



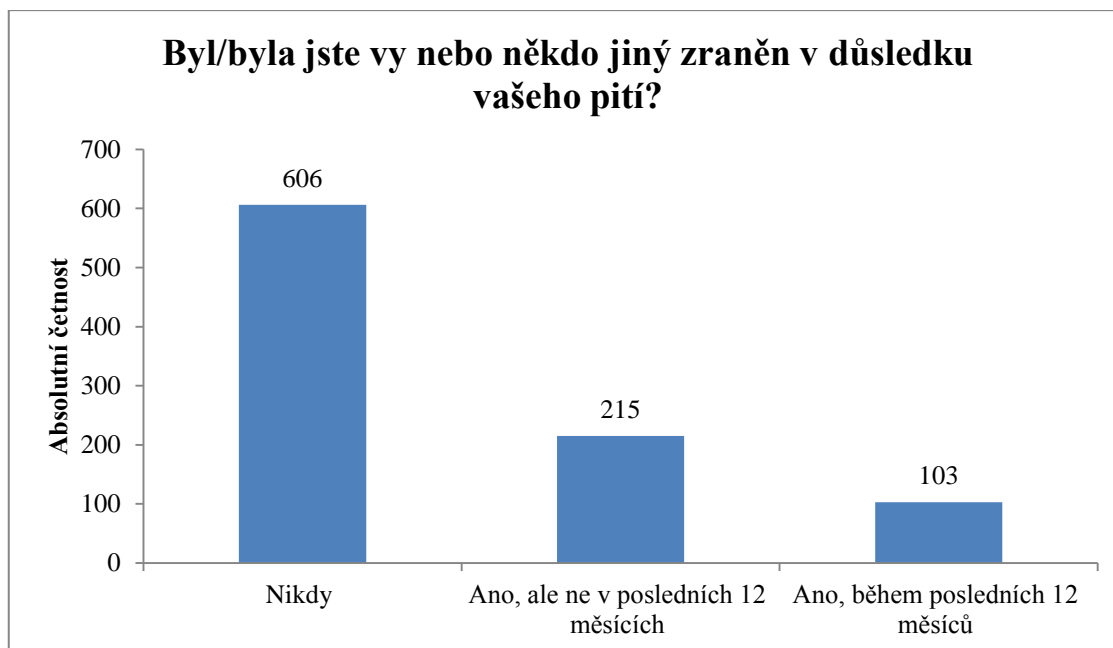
Graf 15 Dotazník AUDIT – otázka 8

Tabulka 16 Dotazník AUDIT – otázka 8

Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	455	49,24
Méně než 1x za měsíc	250	27,06
Každý měsíc	130	14,07
Každý týden	63	6,82
Denně nebo téměř denně	26	2,81
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 8: „*Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?*“, kategorii „nikdy“ uvedlo 455 (49,24 %) respondentů, odpověď „méně než 1x za měsíc“, uvedlo 250 (27,06 %) pacientů, „každý měsíc“ udalo 130 (14,07 %) respondentů. Odpověď „každý týden“, zvolilo 63 (6,82 %) respondentů a poslední možnost „denně nebo téměř denně“ přiznalo 26 (2,81 %) respondentů.



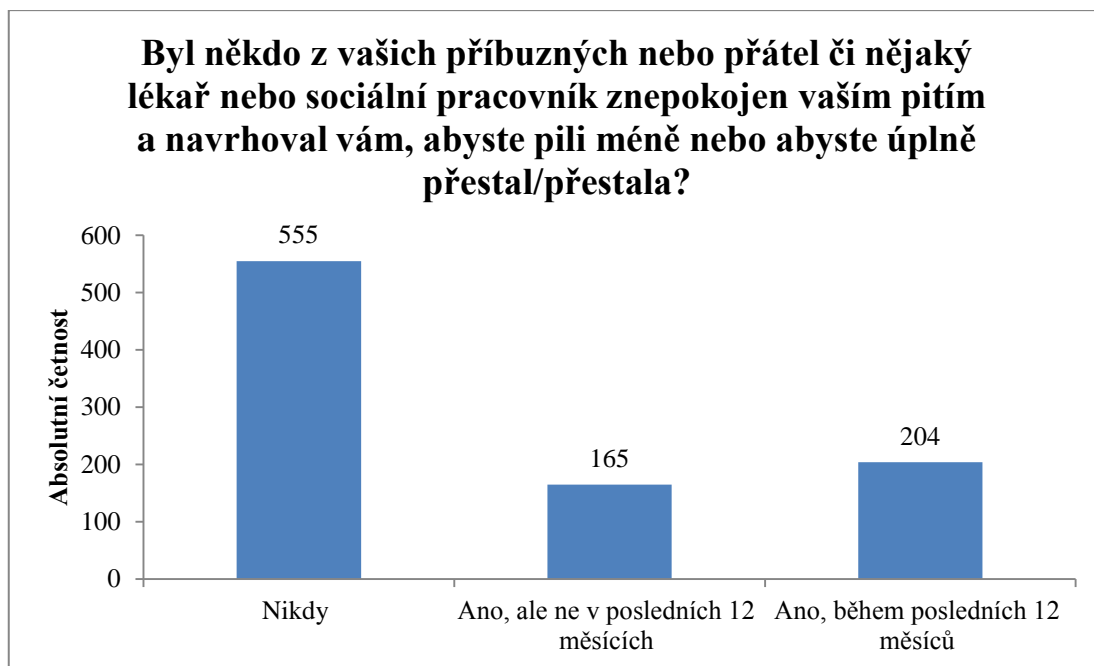
Graf 16 Dotazník AUDIT – otázka 9

Tabulka 17 Dotazník AUDIT – otázka 9

Byl/byla jste vy nebo někdo jiný zraněn v důsledku Vašeho pití?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	606	65,58
Ano, ale ne v posledních 12 měsících	215	23,27
Ano, během posledních 12 měsíců	103	11,15
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 9: „Byl/byla jste Vy nebo někdo jiný zraněn v důsledku Vašeho pití?“ „odpověď“ „nikdy“ uvedlo 606 (65,58 %) respondentů, variantu „ano ale ne v posledních 12 měsících“, zvolilo 215 (23,27 %) pacientů, variantu „ano, během posledních 12 měsíců“ přiznalo 103 (11,15 %) respondentů.



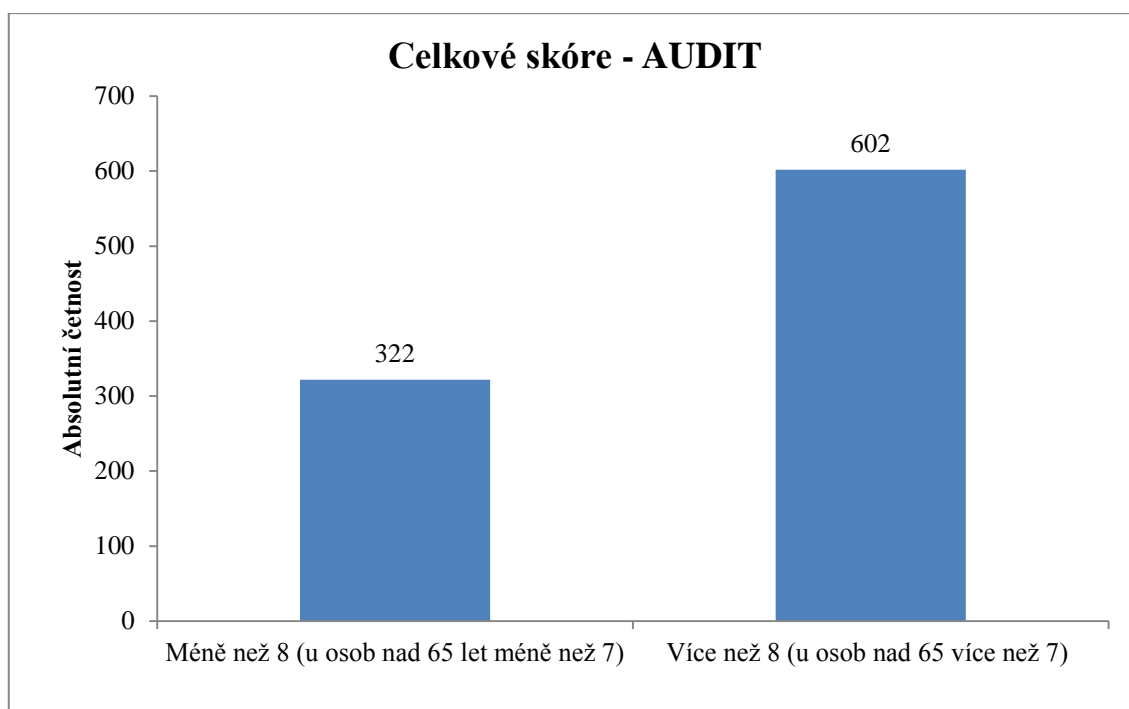
Graf 17 Dotazník AUDIT – otázka 10

Tabulka 18 Dotazník AUDIT – otázka 10

Byl někdo z Vašich příbuzných nebo přátel či nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen Vaším pitím a navrhoval vám, abyste pili méně nebo abyste úplně přestal/přestala?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	555	60,06
Ano, ale ne v posledních 12 měsících	165	17,86
Ano, během posledních 12 měsíců	204	22,08
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku č. 10: „Byl někdo z vašich příbuzných nebo přátel či nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen vaším pitím a navrhoval vám, abyste pili méně nebo abyste úplně přestal/přestala? Odpověď - „nikdy“ uvedlo 555 (60,06 %) respondentů. Odpověď „ano, ale ne v posledních 12 měsících“, uvedlo 165 (17,86 %) respondentů. Odpověď „ano, během posledních 12 měsíců“, uvedlo 204 (22,08 %) respondentů.



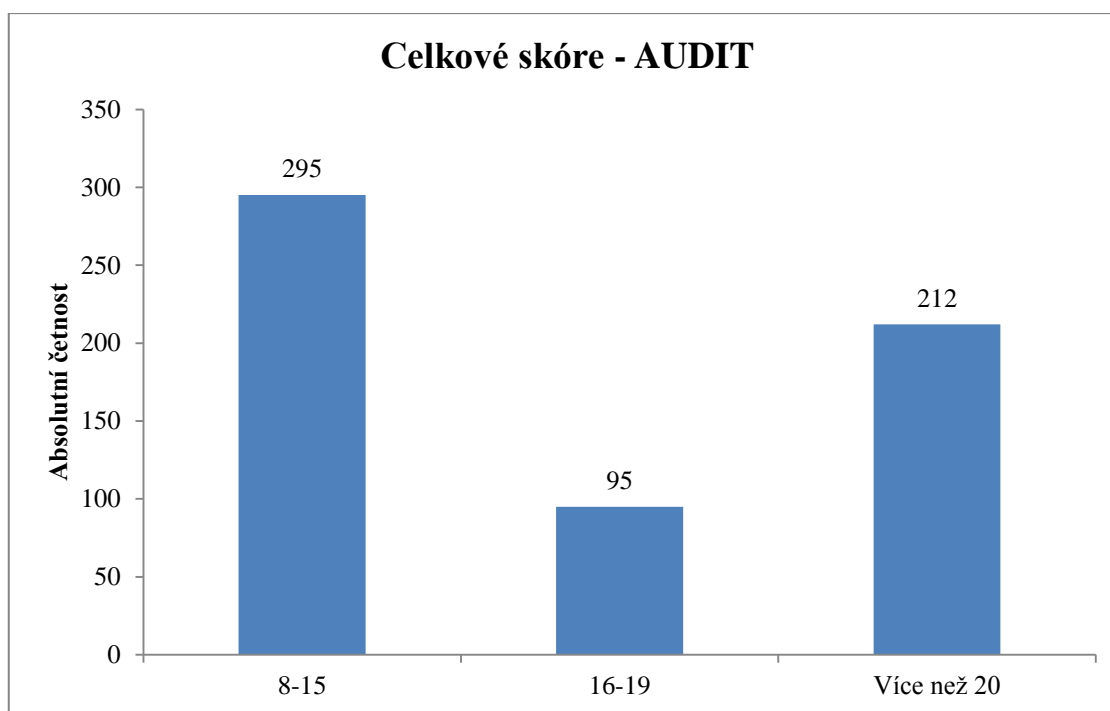
Graf 18 Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT

Tabulka 19 Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT

Celkové skóre - audit	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 8 (u osob nad 65 let méně než 7)	322	34,85
Více než 8 (u osob nad 65 více než 7)	602	65,15
Celkem	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu 924 vyhodnocených dotazníků AUDIT bylo vyhodnoceno méně než 8 bodů u 322 osob, tedy u 34,85 % z celkového počtu všech respondentů a více než 8 bodů bylo identifikováno u 602 osob (65,15 %). Pokud součet dosahuje 8 bodů a více, pacient má problém s konzumací alkoholu. V našem souboru tedy 65,15 % pacientů konzumuje alkohol s negativními dopady na zdraví.



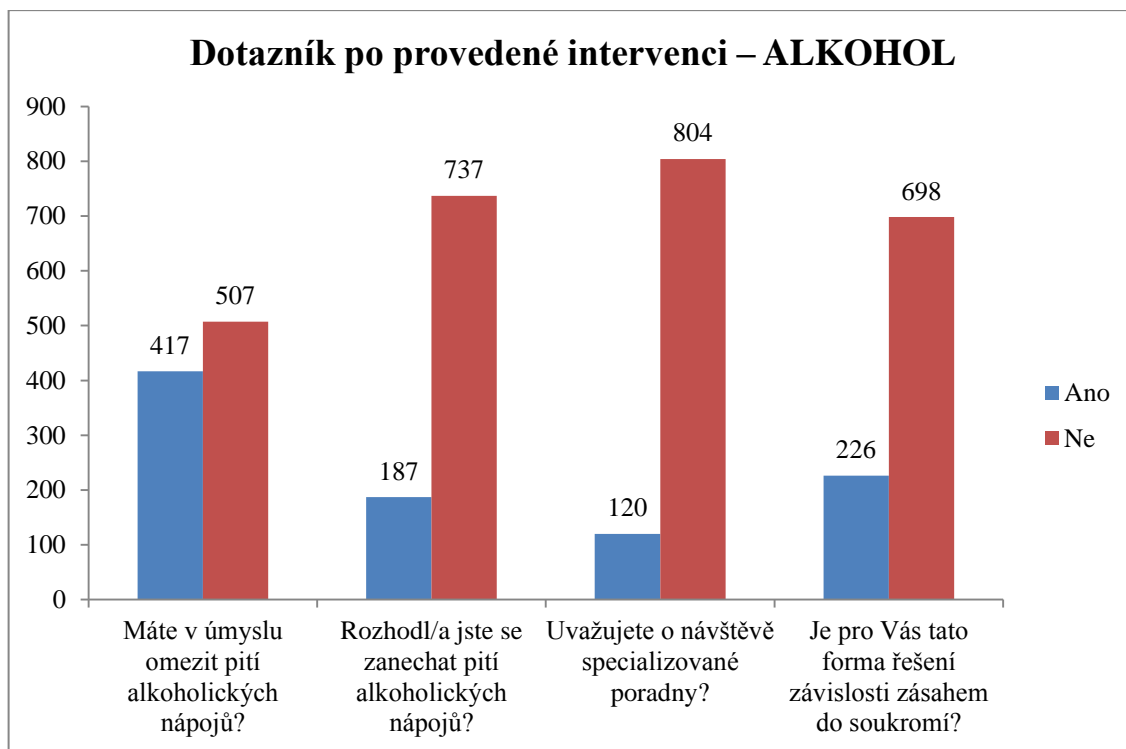
Graf 19 Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT - skóre

Tabulka 20 Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT - skóre

Celkové skóre - AUDIT	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
8-15	295	49,00
16-19	95	15,78
Více než 20	212	35,22
Celkem	602	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

V celkovém orientačním hodnocení dotazníku AUDIT bylo zjištěno, že skóre 8- 15 bodů, rizikové pití, bylo zjištěno u 295 (49,00 %) pacientů, 16 – 19 bodů, zdraví škodlivé pití bylo zjištěno u 95 (15,78 %) osob a více než 20 bodů, tedy závislost na alkoholu, byla prokázáno u 212 (35,22 %) respondentů, kteří byli indikováni a vyplnili otazník AUDIT.



Graf 19 Dotazník po provedené intervenci – ALKOHOL

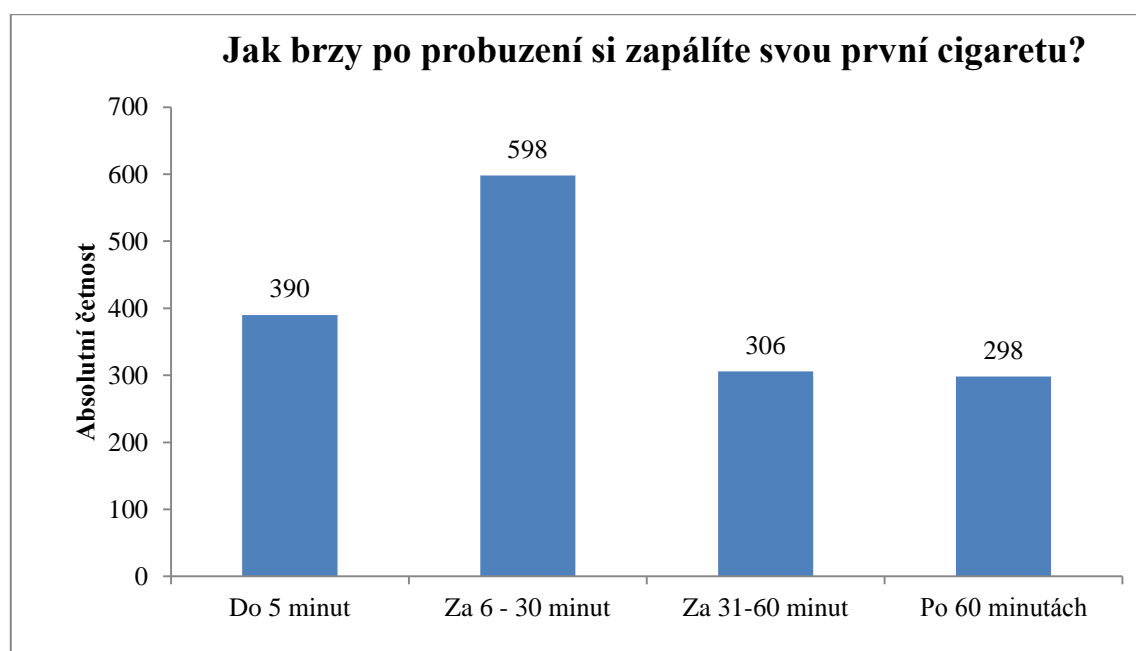
Tabulka 21 Dotazník po provedené intervenci – ALKOHOL

	Ano		Ne		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Máte v úmyslu omezit pití alkoholických nápojů?	417	45,13	507	54,87	924	100,00
Rozhodl/a jste se zanechat pití alkoholických nápojů?	187	20,23	737	79,77	924	100,00
Uvažujete o návštěvě specializované poradny?	120	12,99	804	87,01	924	100,00
Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí?	226	24,46	698	75,54	924	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Dotazník po provedené intervenci obsahoval 4 otázky, na které oslovené osoby odpovídaly. Z odpovědí pacientů vyplývá, že úmysl omezit konzumaci alkoholických nápojů po sdělení výsledku AUDIT testu a provedené intervenci uvedlo 45,13 % intervenovaných, k rozhodnutí zanechat konzumace alkoholických nápojů dospělo 20,23 % pacientů. O návštěvě specializované poradny uvažuje na základě edukace 12,99 % osob. Přibližně čtvrtina intervenovaných považuje edukaci v oblasti nadměrné konzumace alkoholu za zásah do svého soukromí.

5.7.2 Vyhodnocení dotazníku - závislost na nikotinu



Graf 21 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 1

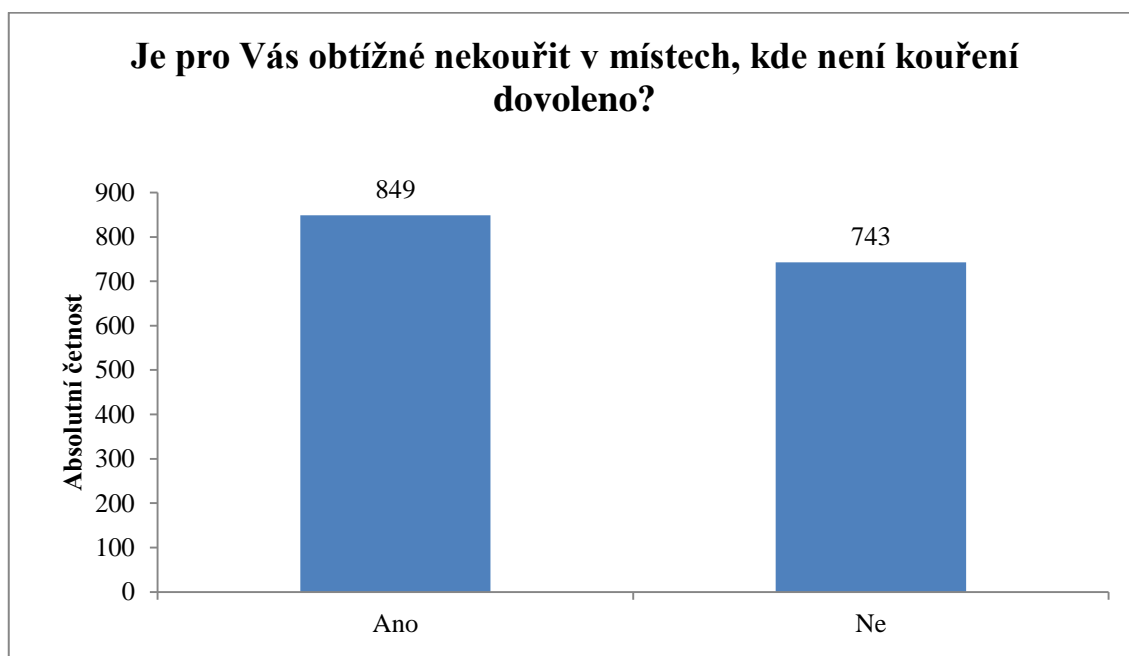
Tabulka 22 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 1

Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 5 minut	390	24,50
Za 6 - 30 minut	598	37,56
Za 31-60 minut	306	19,22
Po 60 minutách	298	18,72
Celkem	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu pacientů, kteří uvedli pravidelné či příležitostné kouření, si respondenti nejčastěji zapálí první cigaretu za 6 – 30 minut po probuzení. Tuto odpověď

uvedlo 598 (37,56 %) dotazovaných. Přibližně čtvrtina, a to 24,50 % dotazovaných uvedlo zapálení první cigarety již do 5 minut od probuzení. První cigaretu zapálenou za 31 – 60 minut uvedla přibližně jedna pětina pacientů (19,22 %) a za více než hodinu si svou první cigaretu zapálí 298 (18,72 %) dotazovaných osob z našeho souboru.



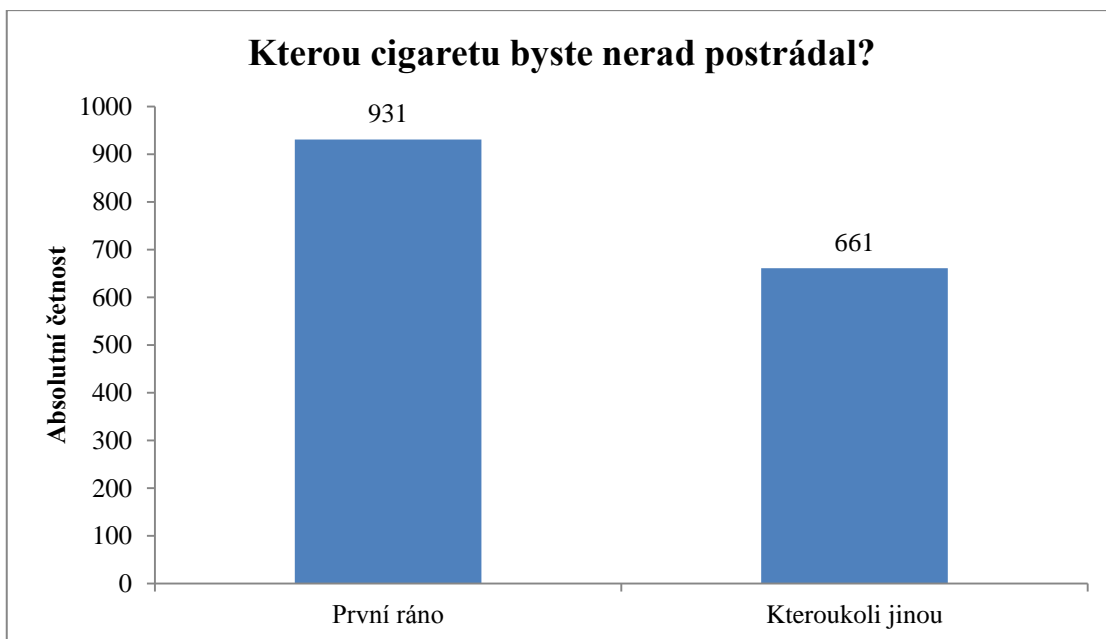
Graf 22 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 2

Tabulka 23 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 2

Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	849	53,33
Ne	743	46,67
Celkem	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku: „ *Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno*“, odpovědělo 849 (53,33 %) osob, že má problém s kouřením v prostorách, kde je kouření zakázáno. Ostatních 743 pacientů tento problém údajně nemá (46,67 %) osob.



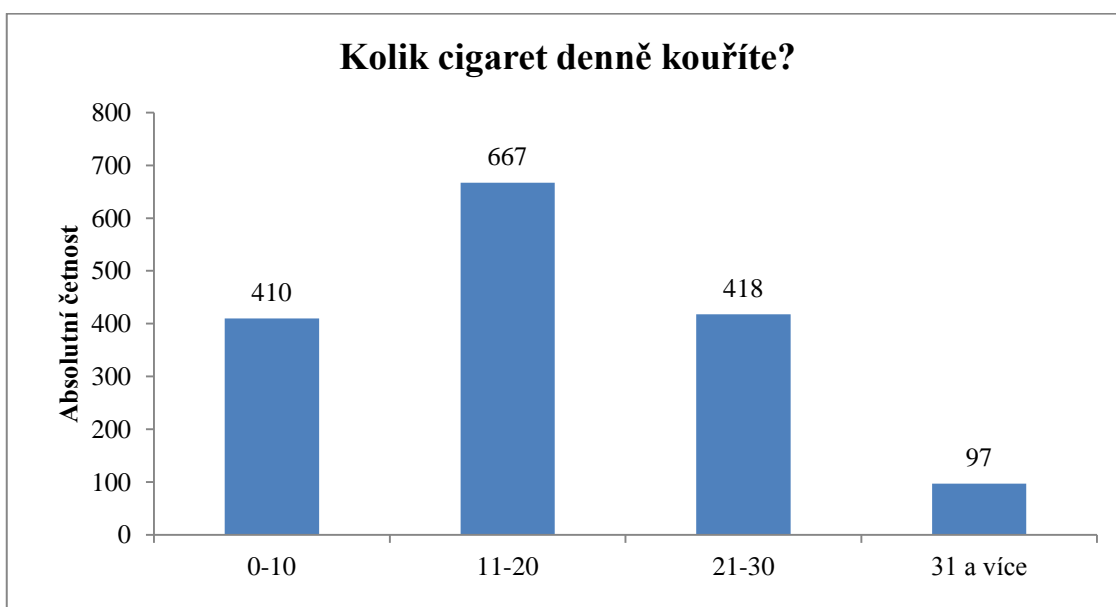
Graf 23 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 3

Tabulka 24 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 3

Kterou cigaretu byste nerad postrádal?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
První ráno	931	58,48
Kteroukoli jinou	661	41,52
Celkem	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku: *Kterou cigaretu byste nerad postrádal*“, odpovědělo nejvíce dotazovaných, a to 931 (58,48 %) pacientů, ti nejvíce postrádali právě první ranní cigaretu.



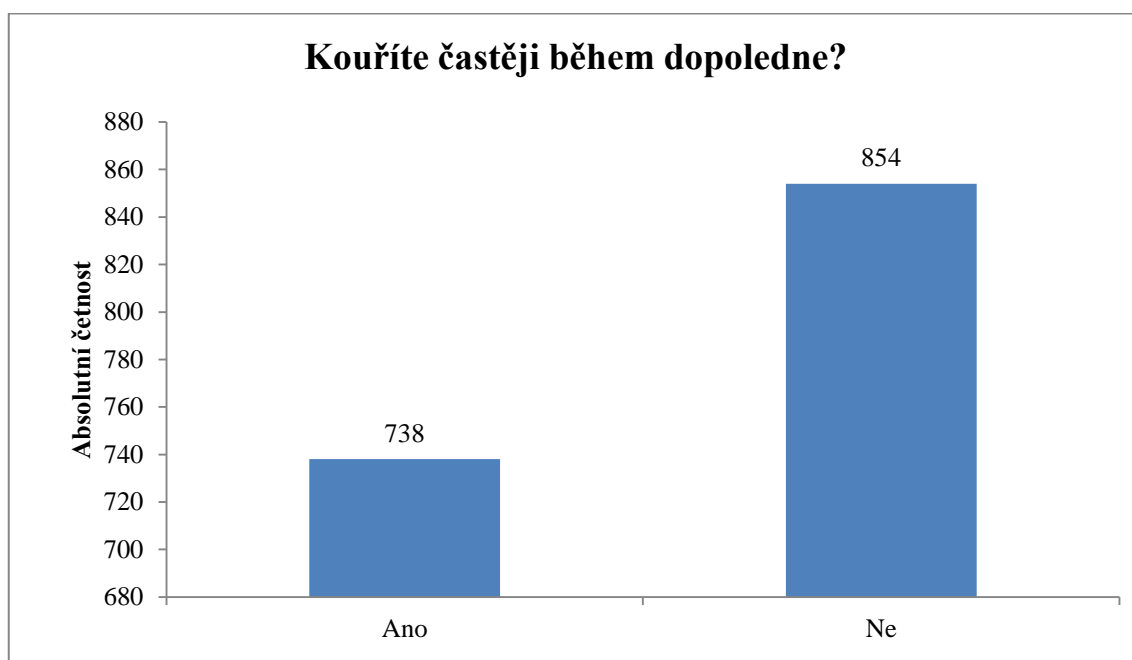
Graf 24 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 4

Tabulka 25 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 4

Kolik cigaret denně kouříte?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0-10	410	25,75
11-20	667	41,90
21-30	418	26,26
31 a více	97	6,09
Celkem	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

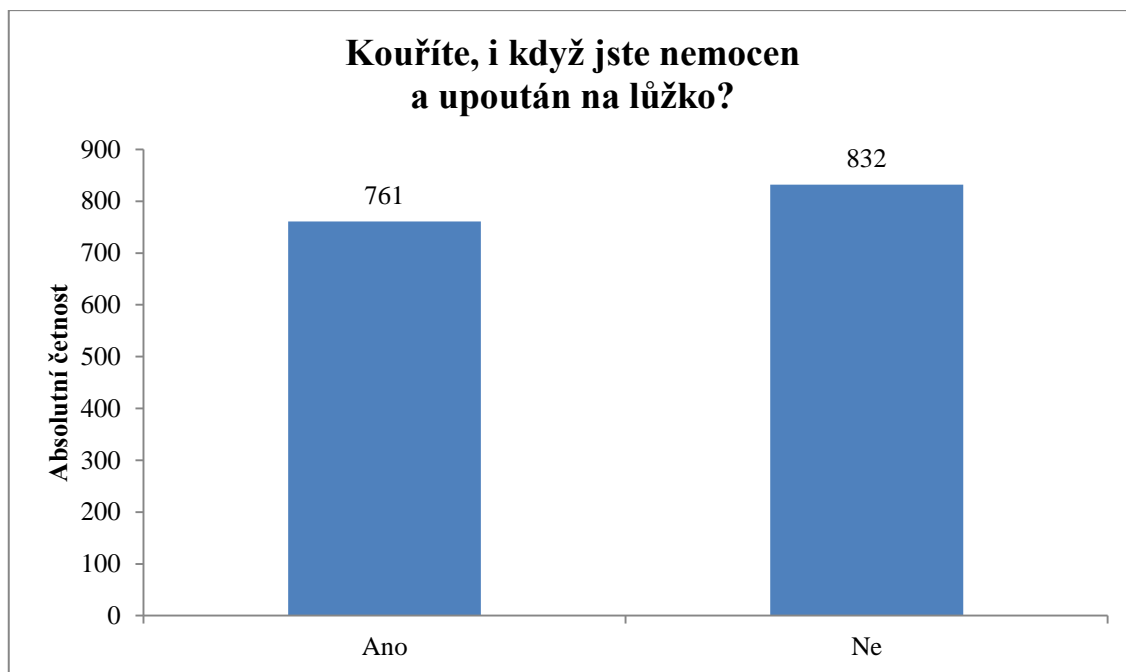
Na otázku: „*Kolik cigaret denně kouříte*“, odpovědělo 410 (25,75 %) pacientů, že vykouří 0 – 10 cigaret denně, 667 (41,90 %) vykouří 11 – 20 cigaret denně, dalších 418 (26,60 %) dotazovaných uvedlo vykouření 21 – 30 cigaret denně a nejvyšší počet, tedy 31 a více cigaret vykouří 97 (6,09 %) námi dotazovaných osob.

**Graf 25** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 5**Tabulka 26** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 5

Kouříte častěji během dopoledne?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	738	46,36
Ne	854	53,64
Celkem	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Většina dotazovaných, a to 53,64 % pacientů, uvedli, že kouří častěji v odpoledních a večerních hodinách než během dopoledne.



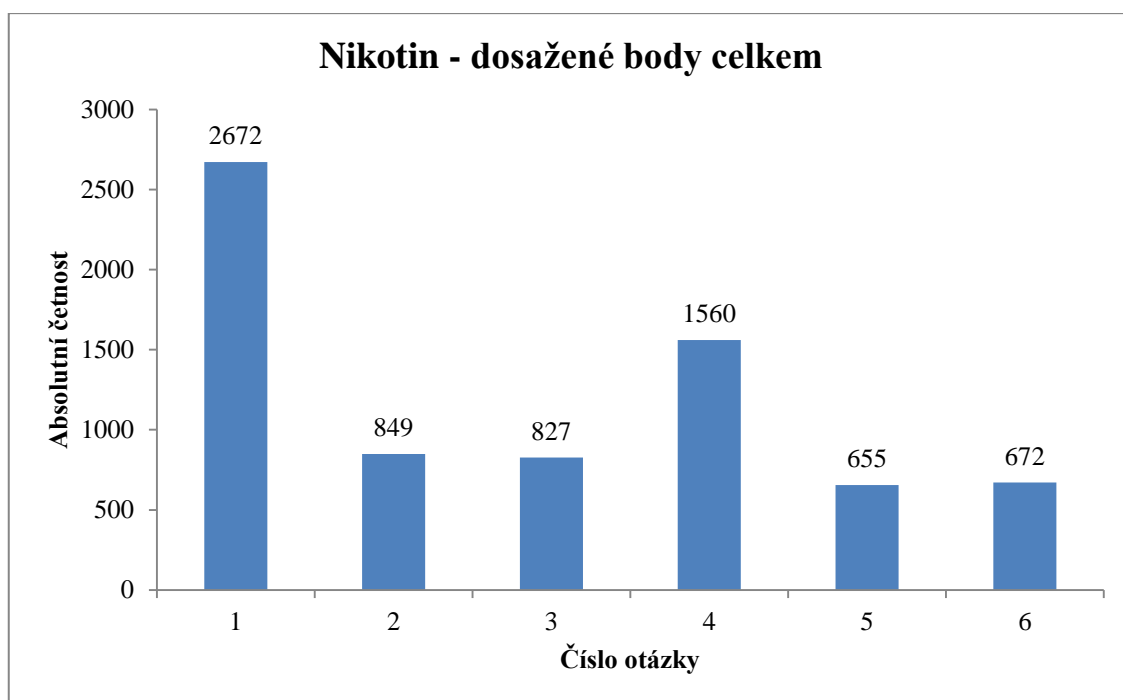
Graf 26 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 6

Tabulka 27 Dotazník závislost na nikotinu – otázka 6

Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	761	47,80
Ne	831	52,20
Celkem	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku, zda pacient kouří i v případě nemoci a upoutání na lůžko, odpověděl překvapivě vysoký počet dotazovaných, a to 761 (47,80 %), že ano.



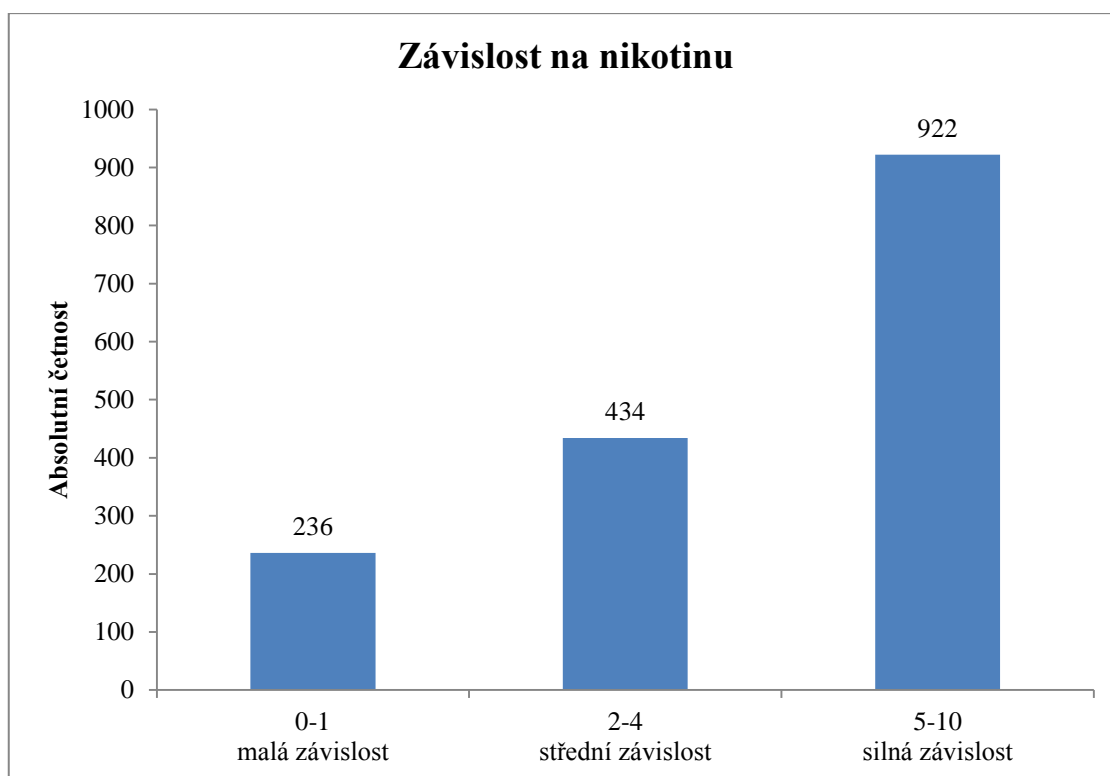
Graf 27 Dotazník závislost na nikotinu – dosažené body v jednotlivých otázkách

Tabulka 28 Dotazník závislost na nikotinu – dosažené body v jednotlivých otázkách

Číslo otázky	Dosažené body - absolutní četnost	Dosažené body - relativní četnost (%)
1	2672	36,93
2	849	11,73
3	827	11,43
4	1560	21,56
5	655	9,05
6	672	9,29
Celkem	7235	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Celkem bylo v souboru pacientů intervenovaných v oblasti závislosti na nikotinu dosaženo 7235 bodů. Nejvíce bodů pacienti dosáhli u otázky 1, a to 2672 (36,93 %) bodů, na druhém místě byla otázka 4, kde bylo dosaženo 1560 (21,56 %) bodů. Jako třetí se umístila otázka 2, kde pacienti dosáhli 849 (11,73 %) bodů a v těsném závěsu skončila otázka 3 s 827 (11,43 %) bodů. Nejméně bodů pacienti získali u otázky 5, a to 655 (9,05 %) bodů a otázky 6, 672 (9,29 %) bodů.



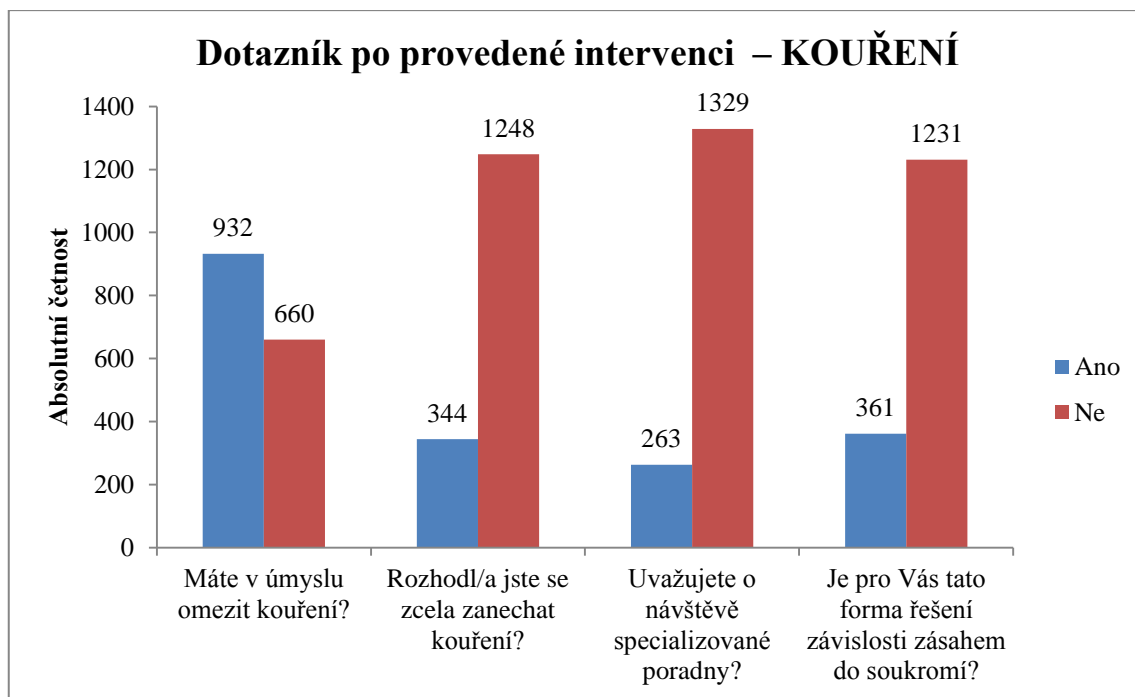
Graf 28 Stupeň závislosti na nikotinu

Tabulka 29 Stupeň závislosti na nikotinu

Dotazník nikotin	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0-1 malá závislost	236	14,82
2-4 střední závislost	434	27,26
5-10 silná závislost	922	57,91
Celkem	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Graf 30 znázorňuje stupeň závislosti pacientů – kuřáků na nikotinu. Celkem 922 (57,91 %) osob, u kterých byl hodnocen stupeň závislosti na nikotinu, bylo zařazeno do kategorie silná závislost na nikotinu, 434 (27,26 %) do kategorie střední závislost na nikotinu a malá závislost na nikotinu byla zjištěna u 236 (14,82 %) dotazovaných osob.



Graf 29 Dotazník po provedené intervenci – KOUŘENÍ

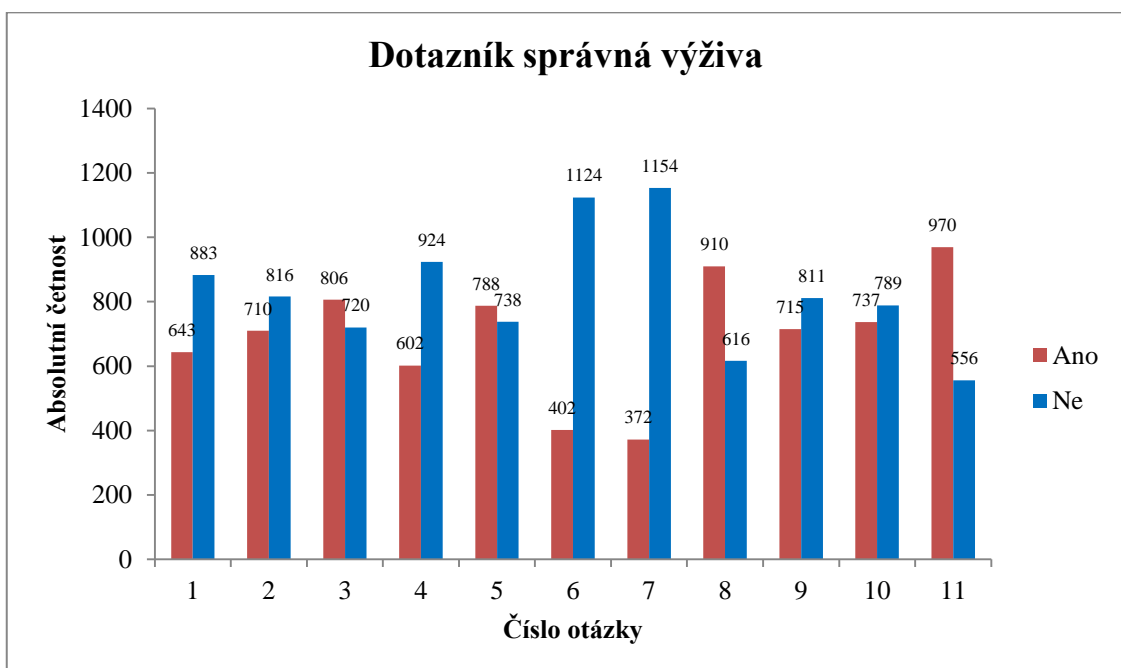
Tabulka 6 Dotazník po provedené intervenci – KOUŘENÍ

	Ano		Ne		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Máte v úmyslu omezit kouření?	932	58,54	660	41,46	1592	100,00
Rozhodl/a jste se zcela zanechat kouření?	344	21,60	1248	78,39	1592	100,00
Uvažujete o návštěvě specializované poradny?	263	16,52	1329	83,48	1592	100,00
Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí?	361	22,80	1231	77,32	1592	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Dotazník po provedené intervenci obsahoval 4 otázky, na které pacienti odpovídali po provedené intervenci. Z výsledků dotazníku vyplývá, že 932 (58,54 %) osob má v úmyslu omezit kouření, 344 (21,60 %) je rozhodnuto kouření zanechat. O návštěvě specializované poradny pro odvykání kouření uvažuje 263 (16,52 %) intervenovaných. Krátkou intervencí jako zásah do soukromí uvedlo 361 (22,80 %) intervenovaných pacientů.

5.7.3 Vyhodnocení dotazníku - správná výživa



Graf 30 Dotazník správná výživa

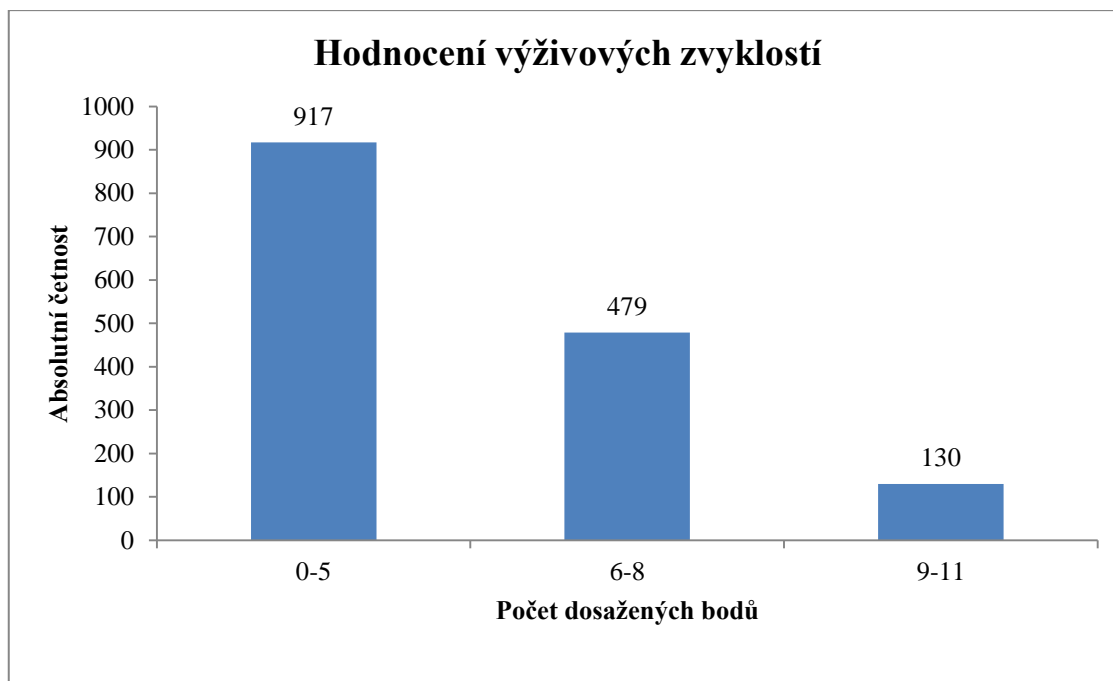
Tabulka 7 Dotazník správná výživa

Číslo otázky	Dotazník správná výživa	Ano		Ne	
		Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	Dáváte přednost celozrnnému pečivu?	643	42,13	883	57,87
2	Sníte za den alespoň 3 kusy zeleniny?	710	46,53	816	53,47
3	Sníte za den alespoň 2 kusy čerstvého ovoce?	806	52,81	720	47,19
4	Jíte pravidelně? (tzn. každé 2,5 – 3 hodiny nebo 3-5 denních jídel)	602	39,45	924	60,55
5	Pijete denně mléko nebo jíte mléčné výrobky?	788	51,64	738	48,36
6	Vyhýbáte se uzeninám (salámy, šunky, párky)?	402	26,34	1124	73,66
7	Jíte 1-2x týdně ryby (sladkovodní i mořské)?	372	24,38	1154	76,62
8	Dáváte přednost libovým druhům masa? / Pro vegetariány: Jíte pravidelně, tj. 2-3x týdně, luštěniny?	910	59,63	616	40,37
9	Dáváte přednost rostlinným tukům (řepkový, olivový olej) místo sádla a másla?	715	46,85	811	53,15
10	Sladkosti a pochutiny (brambůrky) jím maximálně 1-2x týdně.	737	48,30	789	51,70
11	Denně vypiju alespoň 1,5 litru nealkoholického neslazeného nápoje.	970	63,56	556	36,44

Zdroj: autor, 2016, 2017

Dotazník pro vyhodnocení úrovně stravovacích zvyklostí vyplnilo celkem 1526 pacientů. Na otázku č. 1 „Dáváte přednost celozrnnému pečivu?“ necelá polovina souboru, celkem 643 (42,14 %) dotázaných odpovědělo, že toto pečivo upřednostňují. Z odpovědí na otázku č. 2 „Sníte za den alespoň 3 kusy zeleniny?“ je zřejmé, že více jak polovina

pacientů z našeho souboru, a to 816 (53,47 %) osob konzumuje nedostatečné množství zeleniny denně, tedy méně než 3 kusy. Otázka č. 3 ve znění „*Sníte za den alespoň 2 kusy čerstvého ovoce?*“ ozřejmila, že 806 (52,81 %) respondentů našeho souboru konzumuje dva a více kusů ovoce denně. Co se týče pravidelnosti stravování, každé 2,5 – 3 hodiny nebo 3-5 denních jídel konzumuje pouze 602 (39,45 %) respondentů. Značná část pacientů se tedy stravuje naprosto nepravidelně 924 (60,55 %) osob. Co se týče denní konzumace mléka a mléčných výrobků, celkem 788 (51,64 %) respondentů konzumuje mléko a mléčné výrobky pravidelně. Otázka č. 6 *Vyhýbáte se uzeninám (salámy, šunky, párky)?* - odhalila vysokou konzumaci uzenin u pacientů, neboť 1124 (73,66 %) respondentů uvedlo, že se se uzeninám nevyhýbá, přestože WHO zařadila uzeniny na seznam poživatin, které by měly být konzumovány v omezeném množství. Otázka č. 7 zaměřená na konzumaci sladkovodních a mořských ryb odhalila, že pouze 372 (24,38 %) respondentů konzumuje ryby v doporučeném množství 1x – 2x týdně Otázka č. 8 hodnotila užívání luštěnin 2 – 3x týdně či dávání přednosti libovolným druhům masa. Libovolným druhů masa dává dle analýzy odpovědí na otázku 8 „*Dáváte přednost libovým druhům masa?*“ 910 (59,63 %) respondentů. Otázka č. 9 hodnotila konzumaci rostlinných a živočišných tuků. Méně než polovina pacientů našeho souboru, a to 715 (46,85 %) uvedla, že dává přednost tukům rostlinným před živočišnými. Otázka č. 10 zkoumala konzumaci sladkostí a pochutin. Konzumaci sladkostí 1-2 x týdně přiznalo 737 (48,30 %) pacientů. Otázkou č. 11 byli pacienti dotazováni, zda denně vypijí alespoň 1,5 litru nealkoholického neslazeného nápoje, čímž byl vyhodnocen jejich pitný režim. Pitný režim údajně dodržuje 970 (63,56 %) respondentů, 556 (36,44 %) respondentů vypije denně méně než 1,5 l neslazených nealkoholických tekutin. Mezi nejčastější nedostatky stravovacích zvyklostí patří zejména vysoká konzumace uzenin, a mimořádně nízká spotřeba mořských i sladkovodních ryb.



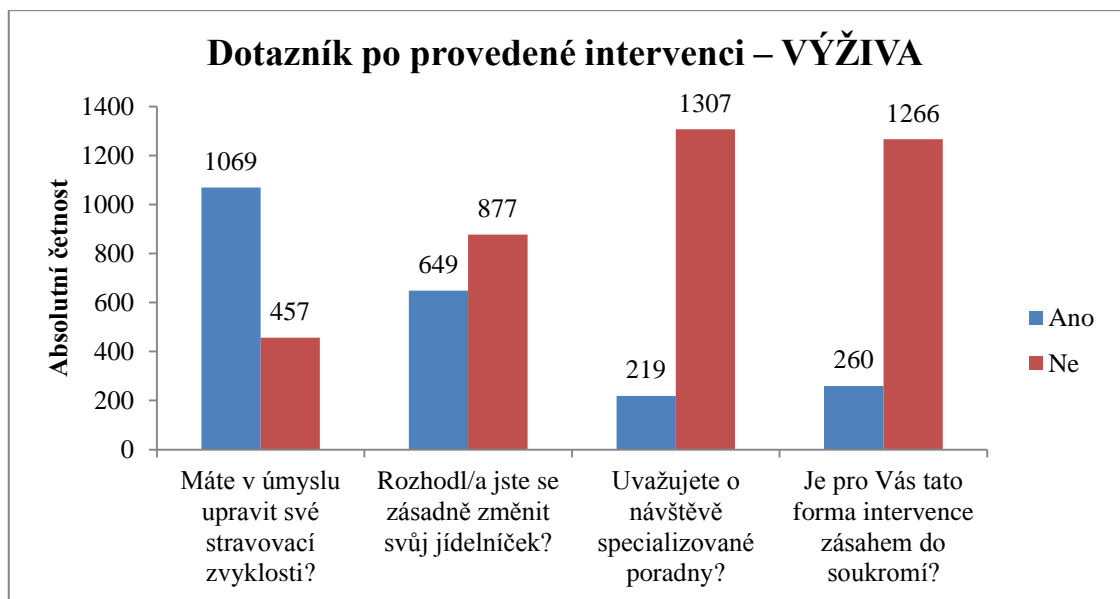
Graf 31 Hodnocení výživových zvyklostí

Tabulka 8 Hodnocení výživových zvyklostí

Hodnocení výživových zvyklostí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0-5 bodů výživa nedostatečné kvality	917	60,09
6-8 bodů výživa uspokojující kvality	479	31,39
9-11 bodů výživa optimální kvality	130	8,52
Celkem	1526	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu 1526 pacientů, kteří vyplnili dotazník věnovaný zmapování úrovně jejich stravovacích zvyklostí jich 60,9 % (917 osob) dosáhlo bodového hodnocení v rozmezí 0-5 bodů, což signalizuje výživu nedostatečné kvality s nutnými úpravami jídelníčku na základě provedené intervence. Přibližně třetina osob ze souboru (31,39 %), tedy 479 pacientů, dosáhla hodnocení stravovacích zvyklostí v rozsahu 6-8 bodů což značí výživu uspokojivé kvality, pouze s návrhem na drobné úpravy. Jako výživa optimální kvality byla vyhodnocena úroveň stravovacích zvyklostí u pouhých 8,52 % osob, tedy 130 pacientů, kteří byli ošetřujícím lékařem indikováni k vyplnění dotazníku a zmapování úrovně stravování.



Graf 32 Dotazník po provedené intervenci – VÝŽIVA

Tabulka 9 Dotazník po provedené intervenci – VÝŽIVA

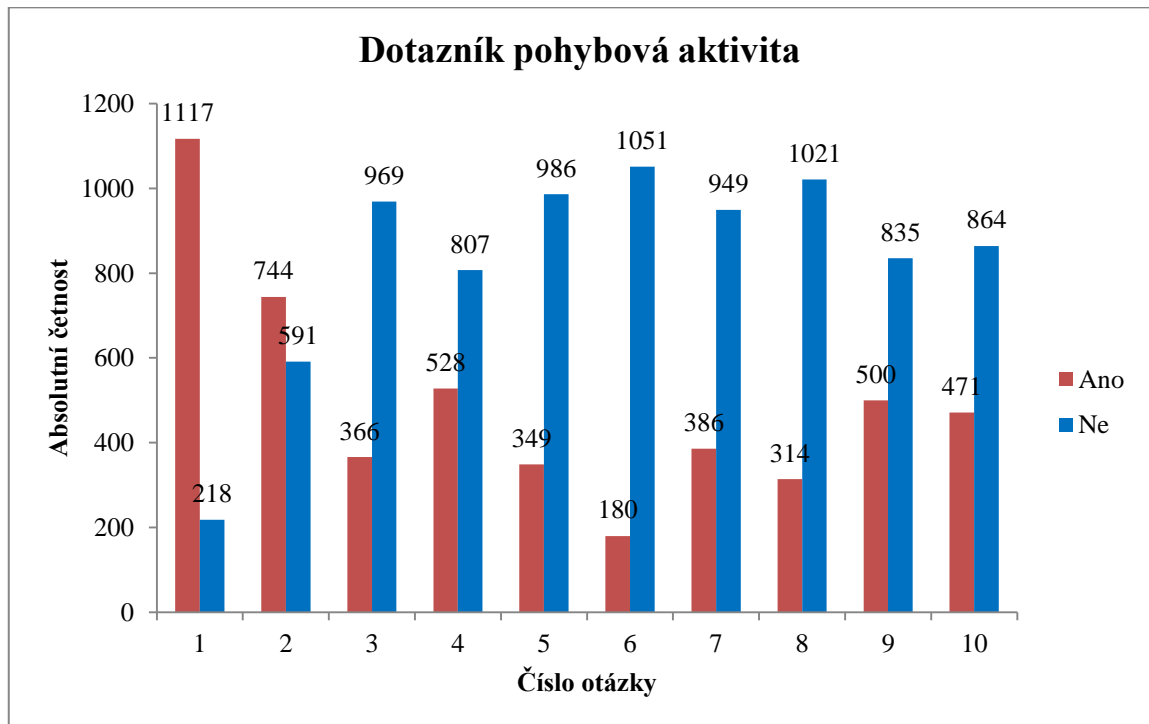
	Ano		Ne		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Máte v úmyslu upravit své stravovací zvyklosti?	1069	70,05	457	29,95	1526	100,00
Rozhodl/a jste se zásadně změnit svůj jídelníček?	649	42,53	877	57,47	1526	100,00
Uvažujete o návštěvě specializované poradny?	219	14,36	1307	85,64	1526	100,00
Je pro Vás tato forma intervence zásahem do soukromí?	260	17,04	1266	82,96	1526	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Vyhodnocením dotazníku po provedené intervenci v oblasti stravovacích zvyklostí bylo zjištěno, že 70, 05 %, tedy 1069 pacientů má v úmyslu upravit své stravovací zvyklosti,

649 pacientů (42,53 %) se rozhodlo zásadně změnit svůj jídelníček. O návštěvě specializované poradny zdravé výživy uvažuje na základě intervence 14,36 % (219) pacientů.

5.7.4 Vyhodnocení dotazníku - pohybová aktivita

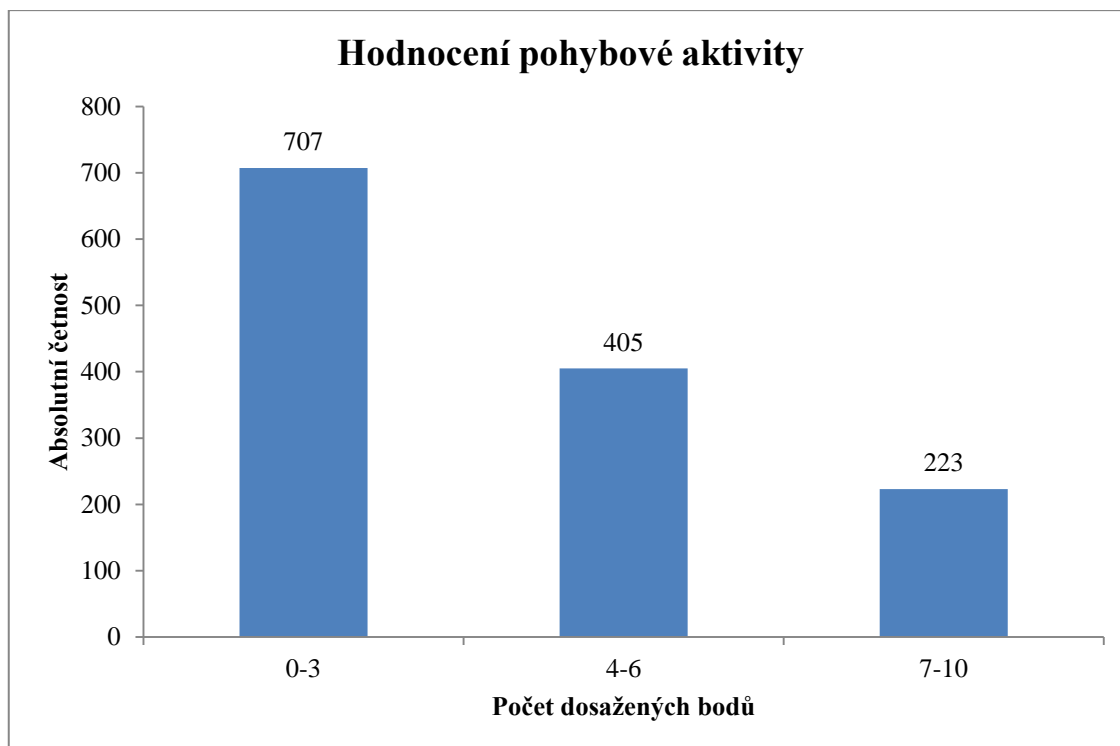


Graf 33 Dotazník pohybová aktivita

Tabulka 10 Dotazník pohybová aktivita

Ot.	Dotazník pohybová aktivita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	Každý den mám alespoň 30 minut pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce).	1117	83,67	218	16,33
2	Každý den mám alespoň 1 hodinu pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce).	744	55,73	591	44,27
3	Pokud možno, vždy používám schody místo výtahu/eskalátoru.	366	27,42	969	72,58
4	Pohybová aktivita mě baví a těším se na ni.	528	39,55	807	60,45
5	Přes den nikdy neseďm víc než hodinu v kuse.	349	26,14	986	73,86
6	Pravidelně praktikuji nějaký druh posilování svalů (se závažím nebo vlastní vahou).	284	21,27	1051	78,73
7	Aktivně vyhledávám každou možnost zvýšit přirozenou pohybovou aktivitu v každodenních činnostech.	386	28,91	949	71,09
8	Dlouhodobě se věnuji nějakému druhu sportu (ve skupině nebo individuálně).	314	23,52	1021	76,48
9	Pravidelná pohybová aktivita je nevyhnutelnou součástí mé práce/způsobu života.	500	37,45	835	69,55
10	Svůj volný čas trávím převážně aktivně.	471	35,28	864	64,72

Zdroj: autor, 2016, 2017



Graf 34 Hodnocení pohybové aktivity

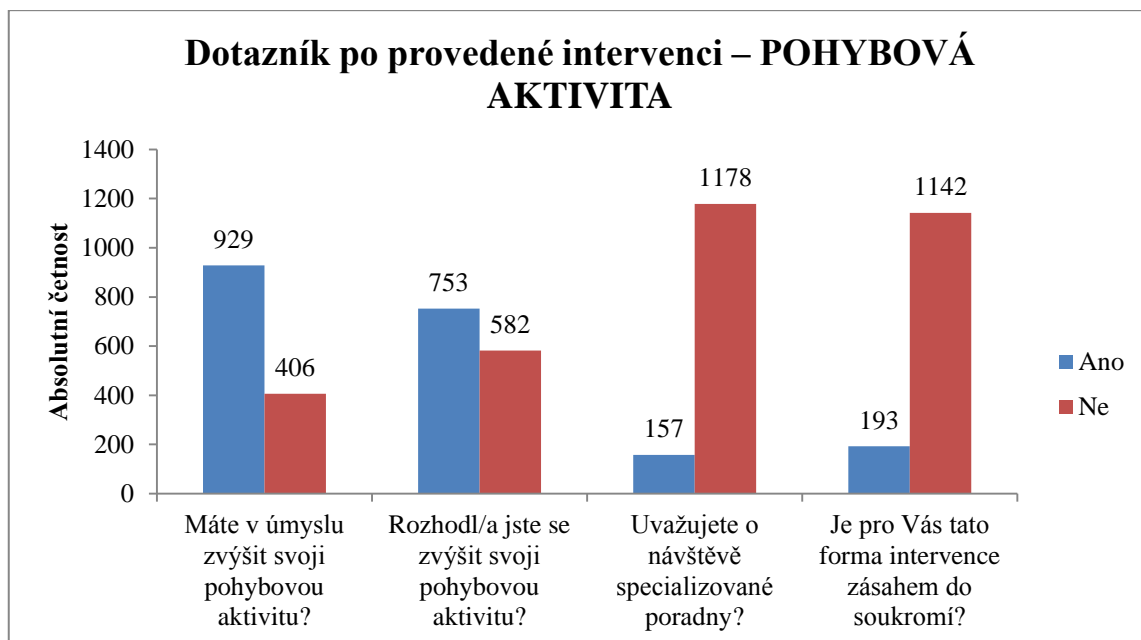
Tabulka 11 Hodnocení pohybové aktivity

Hodnocení pohybové aktivity	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0-3 body nedostatečná úroveň	707	52,96
4-6 bodů uspokojující úroveň	405	30,34
7-10 bodů optimální úroveň	223	16,70
Celkem	1335	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu 1335 pacientů, kteří vyplnili dotazník věnovaný zmapování úrovně jejich pohybové aktivity jich 83,67 % (1117 osob) odpovědělo, že denně má alespoň 30 minut pohybové aktivity. Na otázku č. 2, která mapovala, zda respondenti mají alespoň 1 hodinu pohybové aktivity denně, odpovědělo kladně již pouze 744 pacientů, tedy 55,73 % osob. Používání schodů místo eskalátorů upřednostnilo pouze 366 (27,42 %) pacientů. Na otázku č. 4 ve znění *Pohybová aktivita mě baví a těším se na ni*“ odpovědělo souhlasně pouze 528 (39,55 %) pacientů z námi sledovaného souboru. Otázka 5 hodnotila, zda pacienti přes den sedí více než 1 hodinu v kuse. Naprostá většina pacientů odpověděla, že ano, a to 986 (73,86 %) osob. K S pravidelnému posilování svalů se závaším se přiznalo pouhých 284 (21,27 %) pacientů. Aktivnímu vyhledávání pohybové aktivity v každodenních činnostech odmítá 949 (71,09 %) pacientů. Na otázku 8, která mapovala zapojení pacientů do individuálního či skupinového sportu odpovědělo 314 pacientů, tedy

23, 52 %, že se aktivně zapojují do sportovních aktivit. Za nevyhnutelnou součást svého způsobu života považuje pohybovou aktivitu pouze 500, tedy 37,45 % námi oslovených pacientů. S posledním sdělením, které znělo „*Svůj volný čas trávím převážně aktivně*“ souhlasilo pouze 471 (35,28 %) pacientů z našeho souboru.



Graf 35 Dotazník po provedené intervenci – POHYBOVÁ AKTIVITA

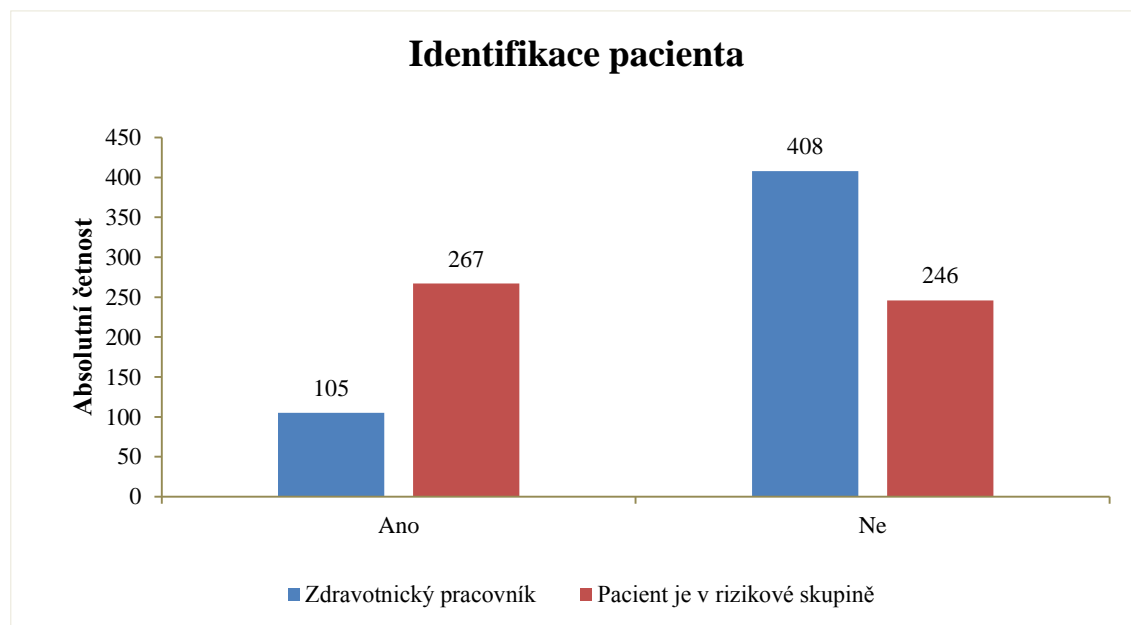
Tabulka 36 Dotazník po provedené intervenci – POHYBOVÁ AKTIVITA

	Ano		Ne		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Máte v úmyslu zvýšit svoji pohybovou aktivitu?	929	69,59	406	30,41	1335	100
Rozhodl/a jste se zvýšit svoji pohybovou aktivitu?	753	56,41	582	43,59	1335	100
Uvažujete o návštěvě specializované poradny?	157	11,76	1178	88,24	1335	100
Je pro Vás tato forma intervence zásahem do soukromí?	193	14,46	1142	85,54	1335	100

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu 1335 pacientů, kteří vyplnili dotazník po provedené intervenci, odpovědělo 929 (69,59 %) osob, že má v úmyslu zvýšit svoji pohybovou aktivitu. 753 (56,41 %) pacientů se po provedené intervenci rozhodlo zvýšit svoji pohybovou aktivitu a 157 (11,76 %) pacientů uvedlo, že uvažuje o návštěvě specializované poradny. Pro 193 (14,46 %) pacientů byla tato forma intervence zásahem do soukromí.

5.7.5 Vyhodnocení dotazníku - očkování proti chřipce



Graf 36 Identifikace pacienta

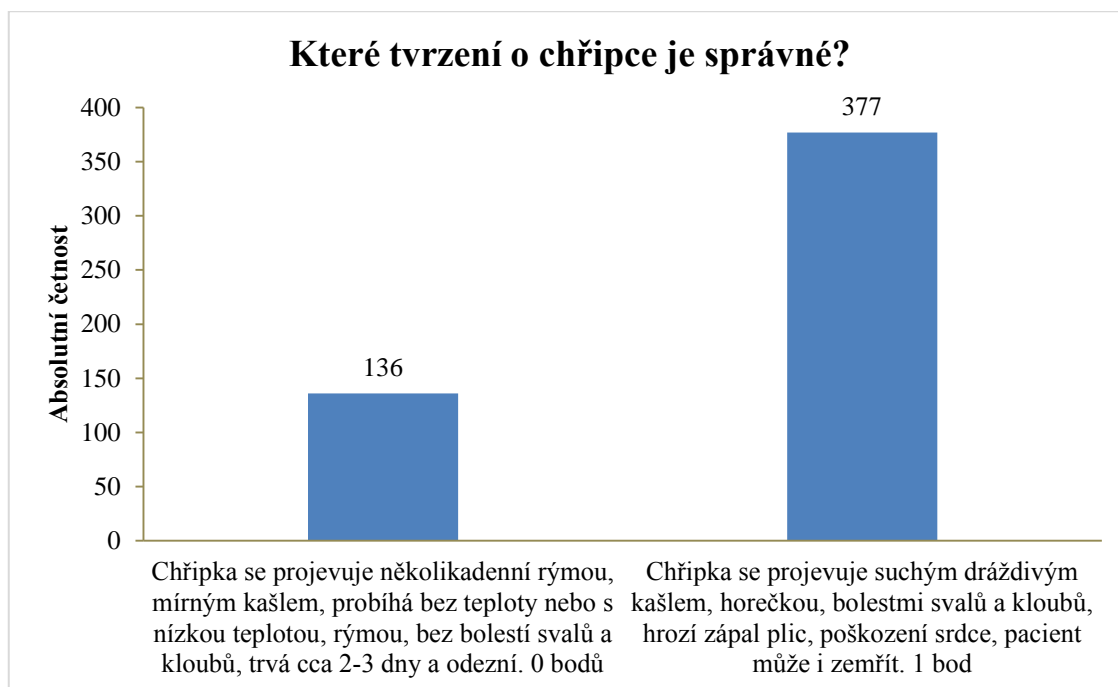
Tabulka 37 Chřipka – Identifikace pacienta

	Ano		Ne		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zdravotnický pracovník	105	20,47	408	79,53	513	100,00
Pacient je v rizikové skupině	267	52,05	246	47,95	513	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z grafu vyplývá, že výzkumný vzorek pro aplikaci metody krátké intervence v oblasti mapování znalostí a postojů k očkování proti chřipce tvořilo celkem 513 pacientů. Z tohoto celku 105 (20,47 %) pacientů patřilo dle odpovědi na otázku: *Jste zdravotnický*

pracovník?“ do kategorie zdravotníků. Při identifikaci zdravotního statusu vzorku respondentů bylo dále zjištěno, že 267 pacientů (52,05 %) patří do rizikové skupiny.



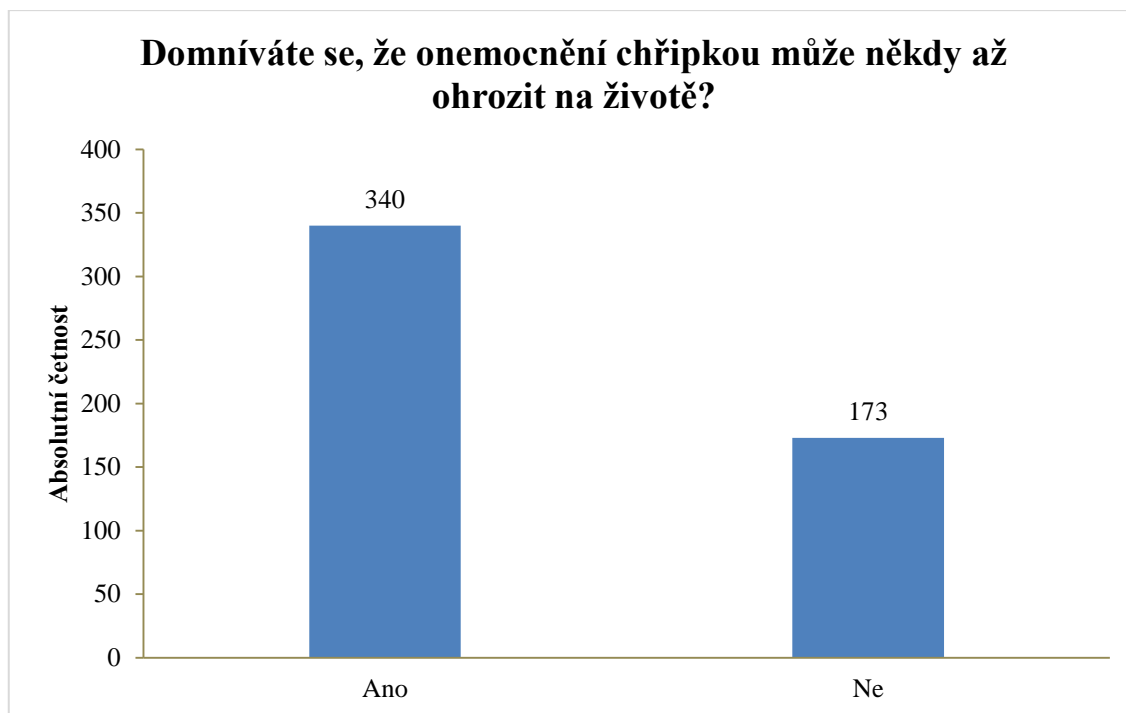
Graf 37 Dotazník hodnocení znalostí a postojů - otázka 1

Tabulka 38 Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 1

Které tvrzení o chřipce je správné?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Chřipka se projevuje několikadenní rýmou, mírným kašlem, probíhá bez teploty nebo s nízkou teplotou, rýmou, bez bolestí svalů a kloubů, trvá cca 2-3 dny a odezní. 0 bodů	136	26,51
Chřipka se projevuje suchým dráždivým kašlem, horečkou, bolestmi svalů a kloubů, hrozí zápal plic, poškození srdce, pacient může i zemřít. 1 bod	377	73,49
Celkem	513	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na otázku 1 : „Které tvrzení o chřipce je správné?“, odpovědělo z celkového počtu 513 osob správně 377 (73,49 %) pacientů, zbylých 136 (26,51 %) pacientů odpovědělo nesprávně.



Graf 38 Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 2

Tabulka 39 Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 2

Domníváte se, že onemocnění chřipkou může někdy až ohrozit na životě?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	340	66,28
Ne	173	33,72
Celkem	513	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Otázkou 2 jsme zkoumali, zda se pacienti domnívají, že onemocnění chřipkou může někdy až ohrozit na životě. Celkem 340 (66,28 %) pacientů odpovědělo, že ano, že chřipka může být život ohrožující onemocnění, 173 (33,72 %) pacientů se domnívá, že chřipka není závažnou chorobou.



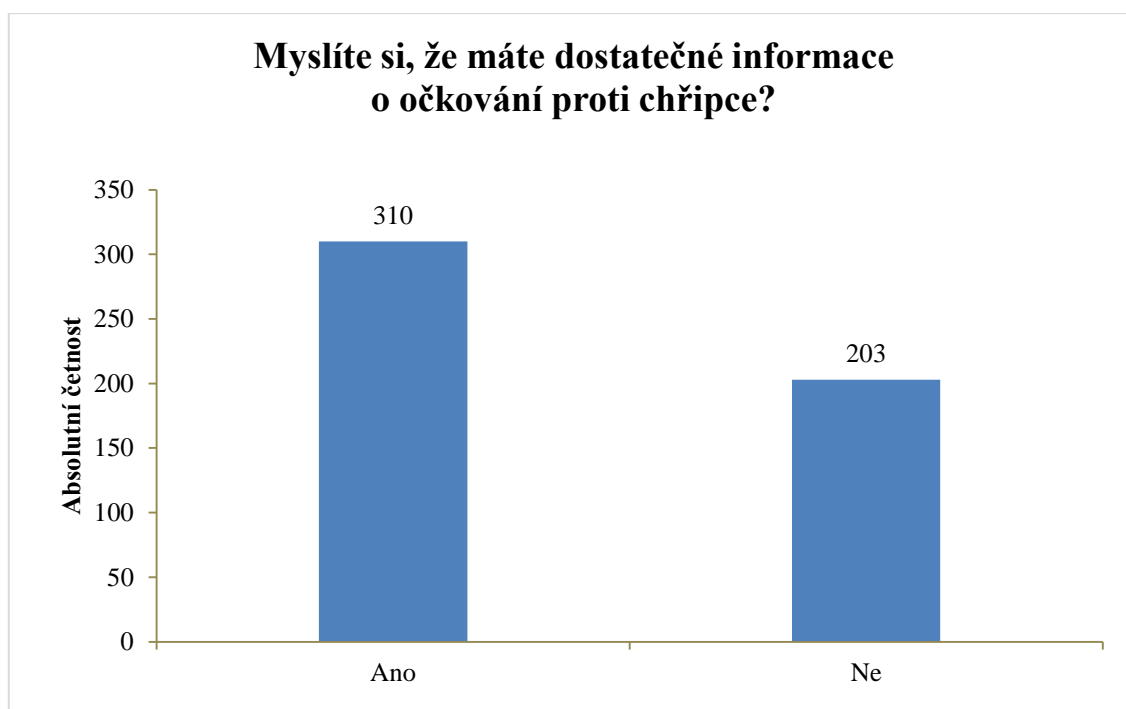
Graf 39 Dotazník hodnocení znalostí a postojů - otázka 3

Tabulka 40 Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 3

Využíváte možnost očkování proti chřipce?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pravidelně každý rok	63	12,28
Ano, nepravidelně	42	8,19
Ne, ale uvažuji o tom	147	28,65
Ne, nevím o této možnosti	61	11,89
Ne, nemám o toto očkování zájem	200	38,99
Celkem	513	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z celkového počtu 513 oslovených osob využívá možnost očkování proti chřipce pravidelně každý rok jen 63 (12,28 %) pacientů. Nepravidelně využívá očkování proti chřipce 42 (8,19 %) pacientů. Očkování zvažuje 147 (28,65 %) osob. Překvapivě vysoký počet pacientů, a to 61 (11,89 %) uvedlo, že o možnosti očkování proti chřipce vůbec neví a 200 (38,99 %) pacientů sdělilo, že o toto očkování nemá zájem.



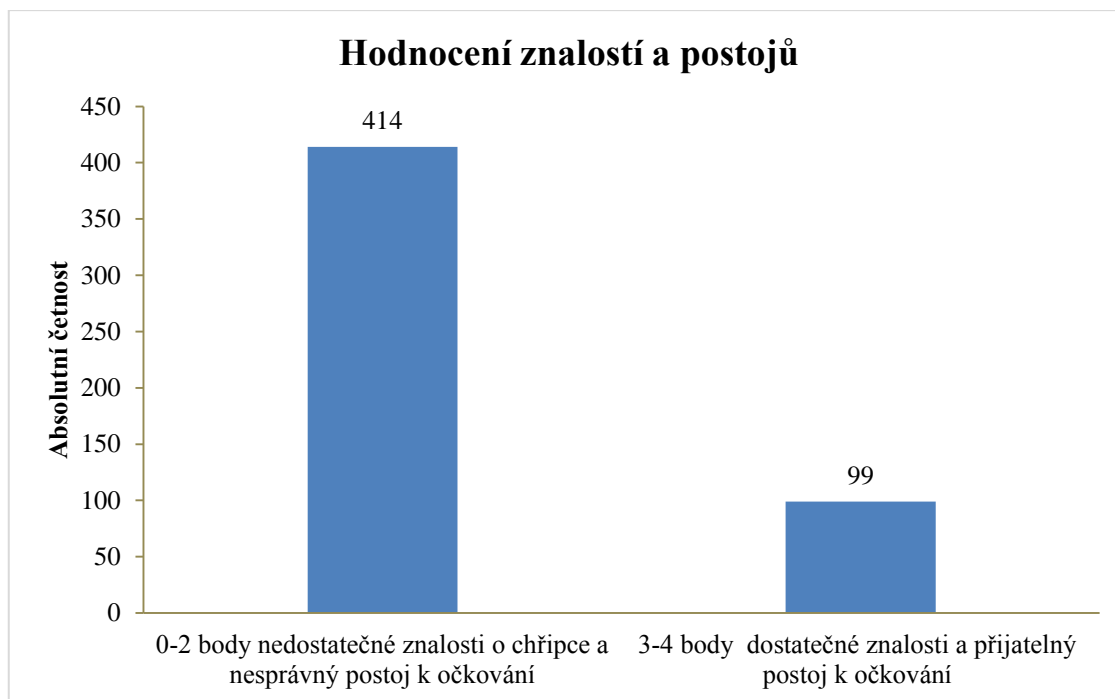
Graf 40 Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 4

Tabulka 41 Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 4

Myslíte si, že máte dostatečné informace o očkování proti chřipce?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	310	60,43
Ne	203	39,57
Celkem	513	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

V otázce 3 jsme se pacientů dotazovali, zda si myslí, že mají dostatečné informace o očkování proti chřipce. Většina pacientů, a to 310 (60,43 %) osob si myslí, že má dostatečné informace o očkování proti chřipce a 203 (39,57 %) pacientů uvedlo, že se domnívají, že dostatek informací nemají.



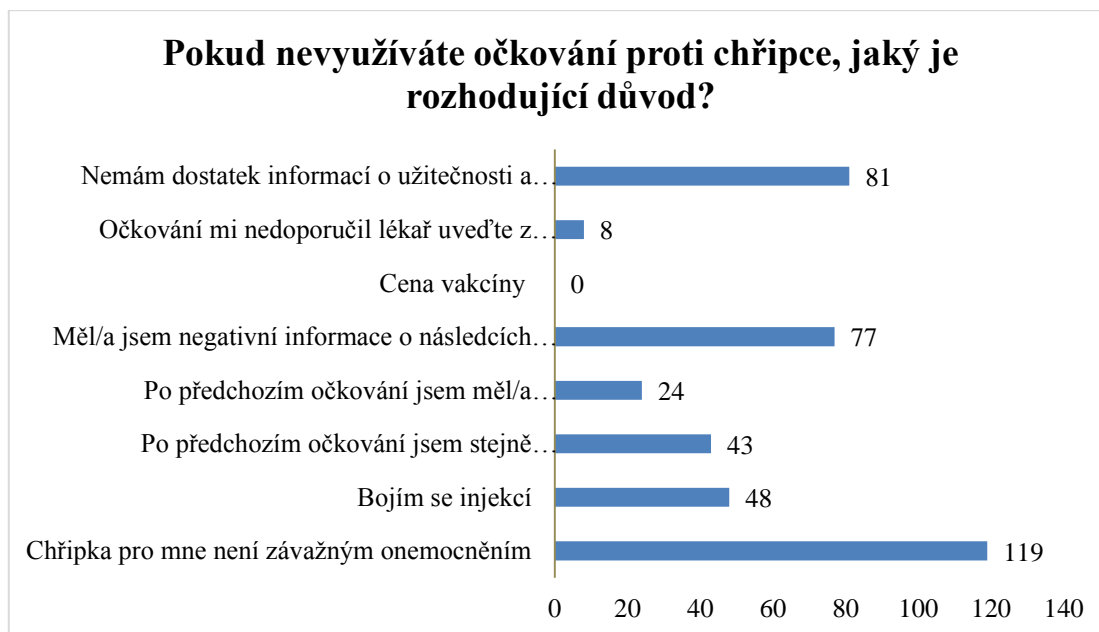
Graf 41 Hodnocení znalostí a postojů – výsledky

Tabulka 42 Hodnocení znalostí a postojů – výsledky

Hodnocení znalostí a postojů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0-2 body nedostatečné znalosti o chřipce a nesprávný postoj k očkování	414	80,71
3-4 body dostatečné znalosti a přijatelný postoj k očkování	99	19,29
Celkem	513	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Z hodnocení znalostí a postojů v oblasti očkování proti chřipce vyplynulo, že 414 (80,71 %) dotazovaných osob má nedostatečné znalosti a nesprávný postoj k očkování. Zbývajících pouze 99 (19,31 %) pacientů mělo dostatečné znalosti a přijatelný postoj k očkování proti chřipce.



Graf 42 Dotazník před provedenou intervencí - otázka 1

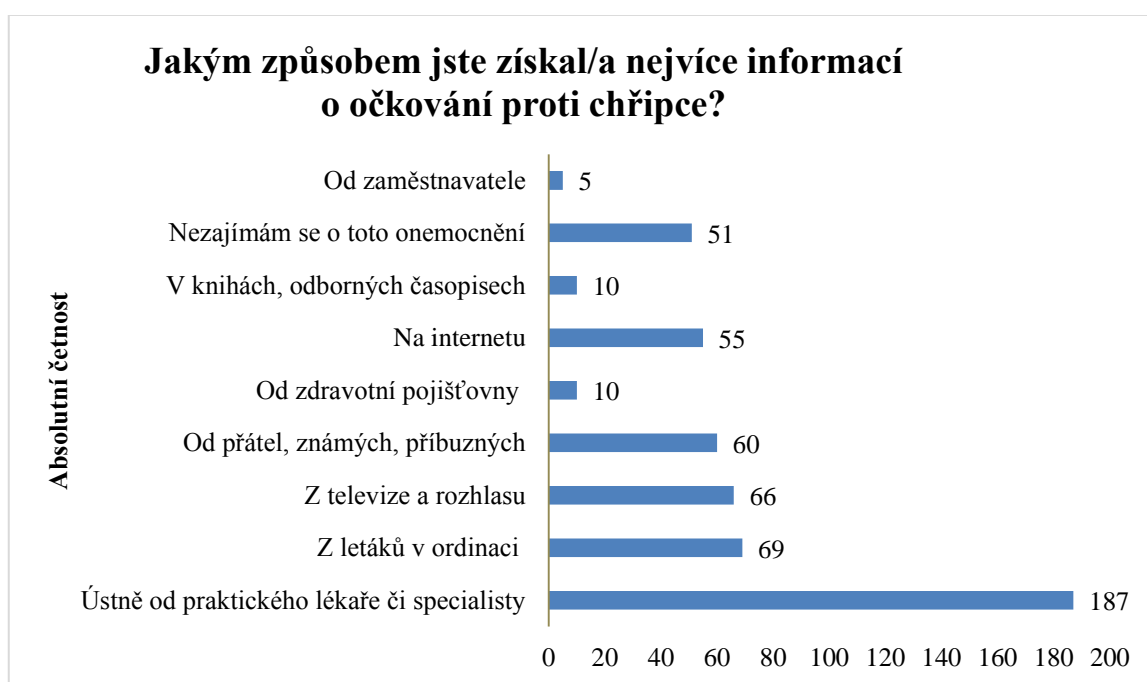
Tabulka 43 Dotazník před provedenou intervencí - otázka 1

Pokud nevyžíváte očkování proti chřipce, jaký je rozhodující důvod?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Chřipka pro mne není závažným onemocněním	127	31,12
Bojím se injekcí	48	11,76
Po předchozím očkování jsem stejně onemocněl/a chřipkou	43	10,54
Po předchozím očkování jsem měl/a nežádoucí reakce	24	5,88
Měl/a jsem negativní informace o následcích očkování od svých známých	77	18,87
Cena vakcíny	0	0,00
Očkování mi nedoporučil lékař <i>uveďte z jakého důvodu</i>	8	1,97
Nemám dostatek informací o užitečnosti a účinnosti tohoto očkování	81	19,86
Celkem	408	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Na tuto otázku před provedenou intervencí odpovídali pouze pacienti, kteří uvedli v předchozí otázce, že nevyžívají očkování proti chřipce pravidelně ani občas, což bylo 408 respondentů. Jako rozhodující důvod, proč nevyžívají očkování proti chřipce,

uvedlo celkem 127 (31,12 %) pacientů, že pro ně není chřipka závažným onemocněním. Strach z injekcí jako důvod odmítání očkování uvedlo 48 (11,76 %) pacientů. Celkem 43 (10,54 %) pacientů jako důvod pro nevyužívání očkování uvedlo, že po předchozím očkování stejně onemocněli chřipkou. Nežádoucí reakce po očkování jako důvod jeho odmítání uvedlo 24 (5,88 %) pacientů a 77 (18,87 %) pacientů uvedlo, že měli negativní informace o následcích očkování od svých známých. Odpověď: „*Očkování mi nedoporučil lékař*“, uvedlo 8 (1,97 %) pacientů. Překvapivě vysoký počet, a to 81 (19,86 %) pacientů uvedlo, že nemají dostatek informací o užitečnosti, účinnosti a prospěšnosti tohoto očkování. Pro žádného pacienta nebyla důvodem nevyužití očkování cena vakcíny.



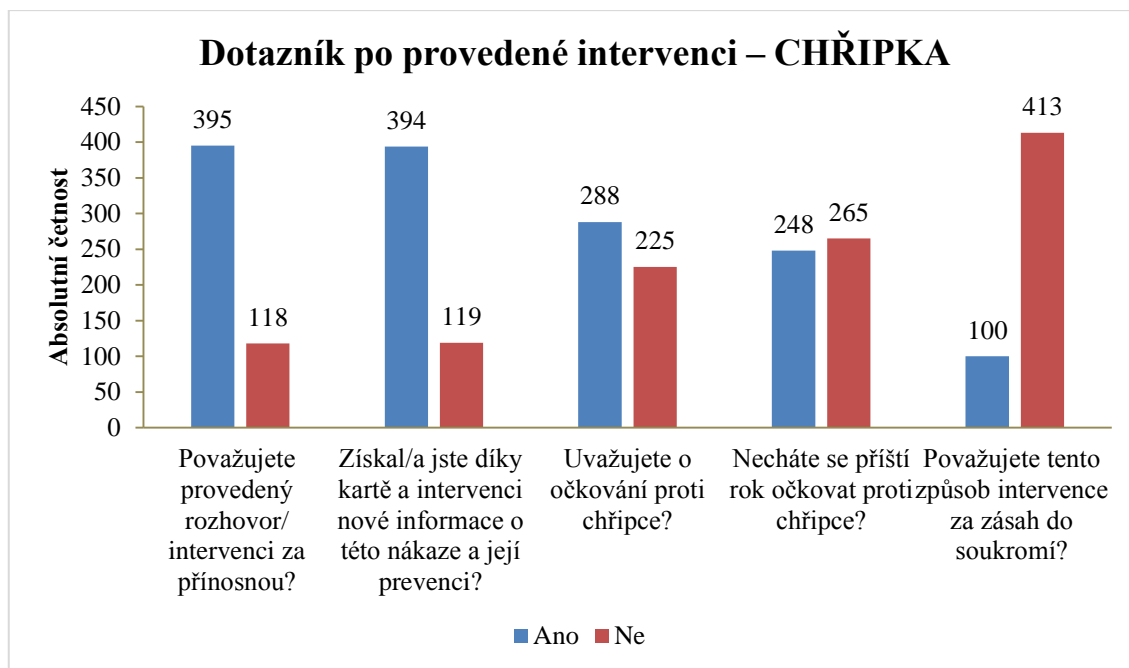
Graf 43 Dotazník před provedenou intervencí – otázka 2

Tabulka 44 Dotazník před provedenou intervencí – otázka 2

Jakým způsobem jste získal/a nejvíce informací o očkování proti chřipce?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ústně od praktického lékaře či specialisty	187	36,45
Z letáků v ordinaci	69	13,45
Z televize a rozhlasu	66	12,87
Od přátel, známých, příbuzných	60	11,70
Od zdravotní pojišťovny	10	1,95
Na internetu	55	10,72
V knihách, odborných časopisech	10	1,95
Nezajímám se o toto onemocnění	51	9,94
Od zaměstnavatele	5	0,97
Celkem	513	100,00

Zdroj: autor, 2016, 2017

Otázkou 2 před provedením intervence jsme zjišťovali, jakým způsobem získali dotazovaní pacienti nejvíce informací o očkování proti chřipce. Nejvíce informací sdělili dotazovaní, že získali od praktického lékaře či specialisty, což uvedlo 187 (36,45 %) dotazovaných. Z letáků v ordinaci získalo informace 69 (13,45 %) pacientů. Jako další zdroje byly uvedeny rozhlas a televize, což označilo 66 (12,87 %) dotazovaných, 60 (11,70 %) osob získalo informace od známých a přátel, 10 (1,95 %) od zdravotní pojišťovny a pouhých 5 (0,97 %) od svého zaměstnavatele. Překvapivě vysoký počet odpovídajících uvedl, že se o toto onemocnění vůbec nezajímá. Tuto odpověď označilo 51 (9,94 %) osob.



Graf 44 Dotazník po provedené intervenci – CHŘIPKA

Tabulka 45 Dotazník po provedené intervenci – CHŘIPKA

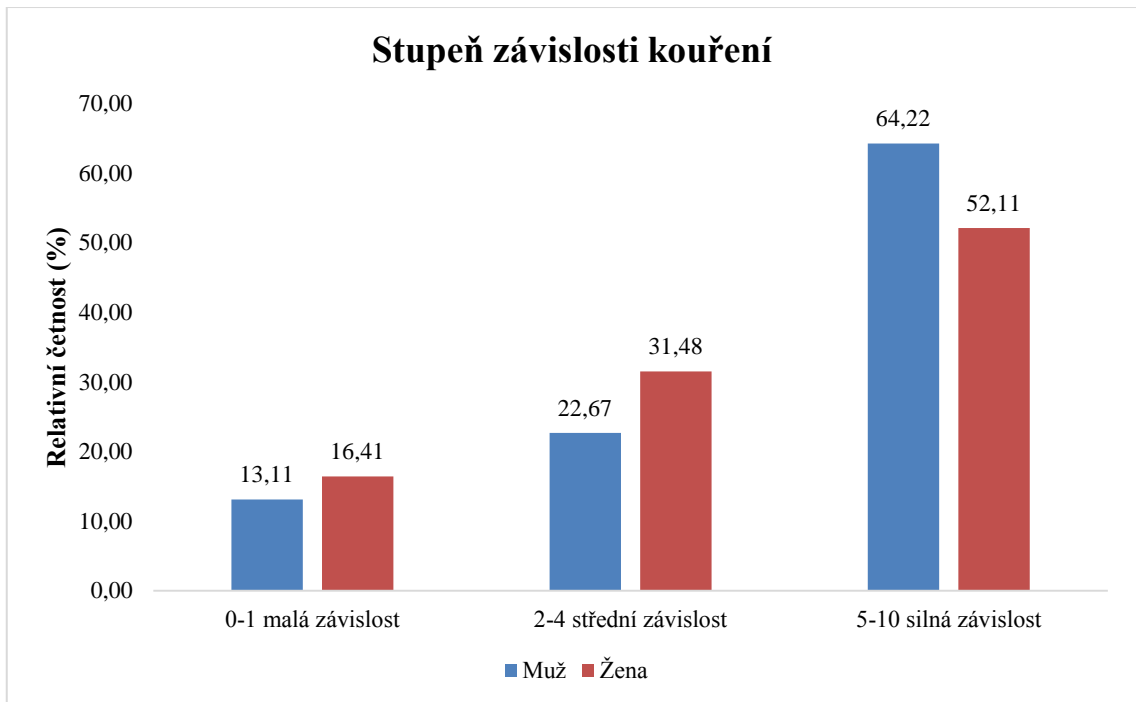
	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Považujete provedený rozhovor/ intervenci za přínosnou?	395	77,00	118	23,00
Získal/a jste díky kartě a intervenci nové informace o této nákaze a její prevenci?	394	76,81	119	23,19
Uvažujete o očkování proti chřipce?	288	56,14	225	43,86
Necháte se příští rok očkovat proti chřipce?	248	48,34	265	51,66
Považujete tento způsob intervence za zásah do soukromí?	100	19,49	413	80,51

Zdroj: autor, 2016, 2017

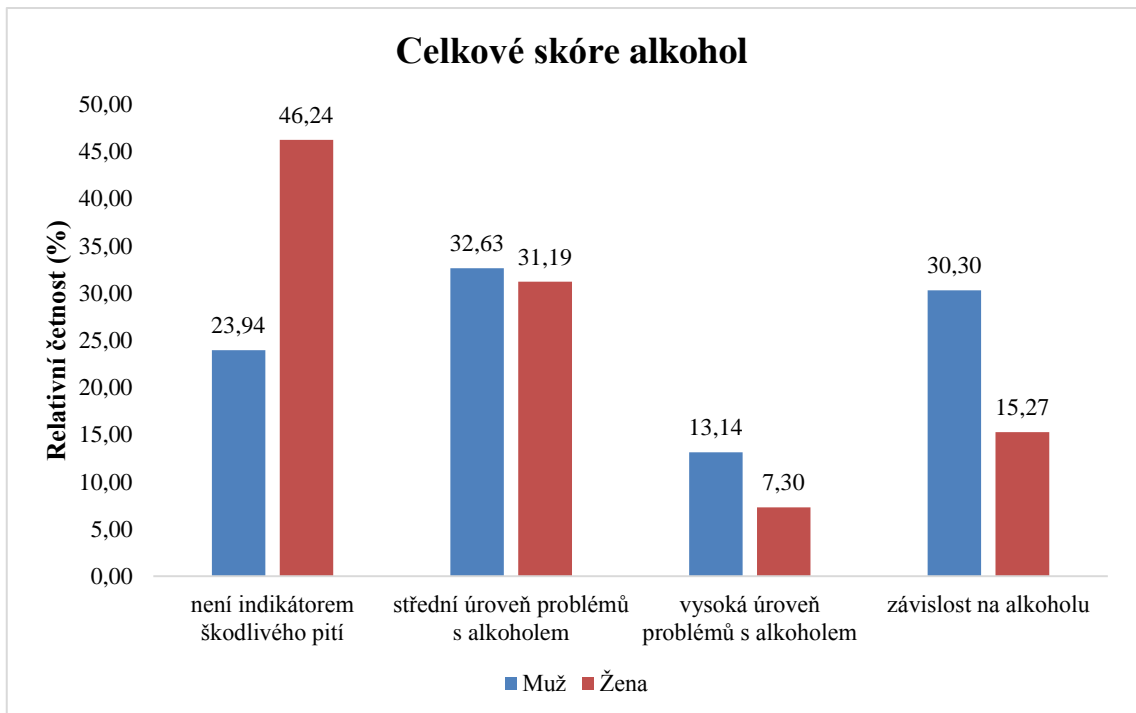
Po provedené intervenci jsme zjišťovali čtyřmi otázkami změny v postojích dotazovaných pacientů k očkování proti chřipce. Téměř tři čtvrtiny intervenovaných, tedy 395 (77,00 %) pacientů uvedlo, že považuje intervenci za užitečnou, 394 (76,8 %) pacientů uvedlo, že získal/a nové informace o této nákaze a její prevenci.

pacientů uvedlo, že díky edukační kartě a intervenci získali nové informace o problematice onemocnění chřipkou a její prevenci. O očkování proti chřipce díky provedené intervenci začala uvažovat více než polovina intervenovaných, a to 288 (56,14 %) osob. Celkem 248 (48,34 %) dotazovaných uvedlo, že jsou díky provedené intervenci a získaným vědomostem rozhodnutí, že se nechají v nadcházejícím roce očkovat proti onemocnění chřipkou. Pouhých 100 (19,49 %) osob uvedlo, že tento způsob intervence je pro ně zásahem do soukromí.

5.8 Testování závislosti pomocí testu chí kvadrát

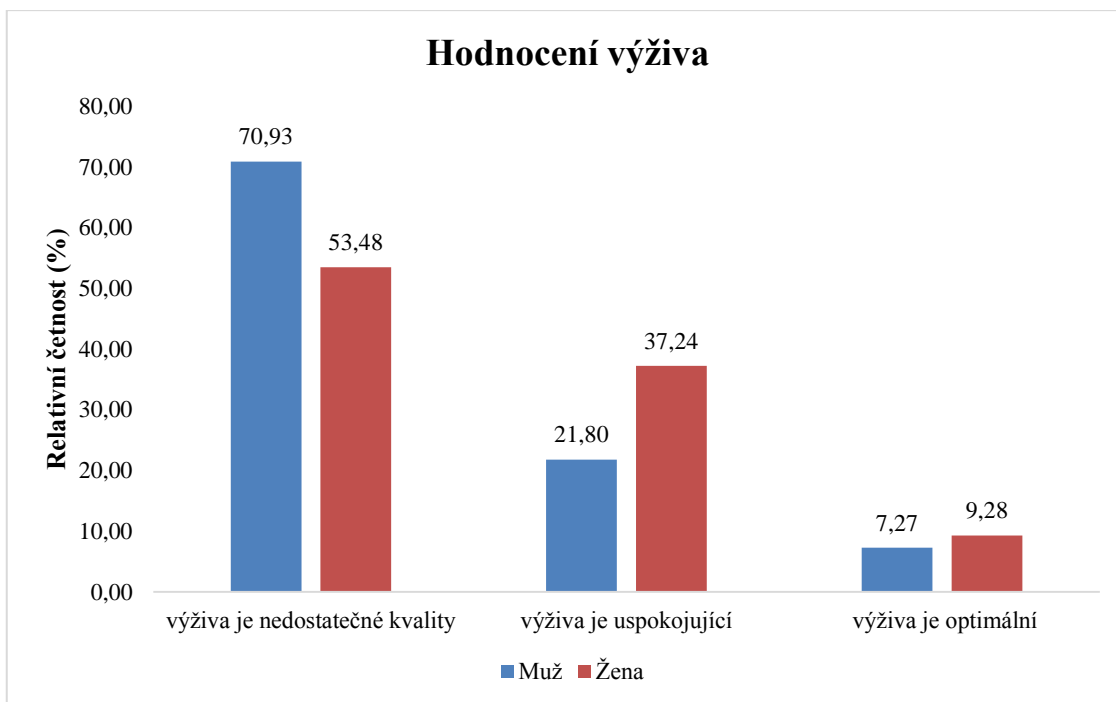


Graf 45 Stupeň závislosti kouření, pohlaví

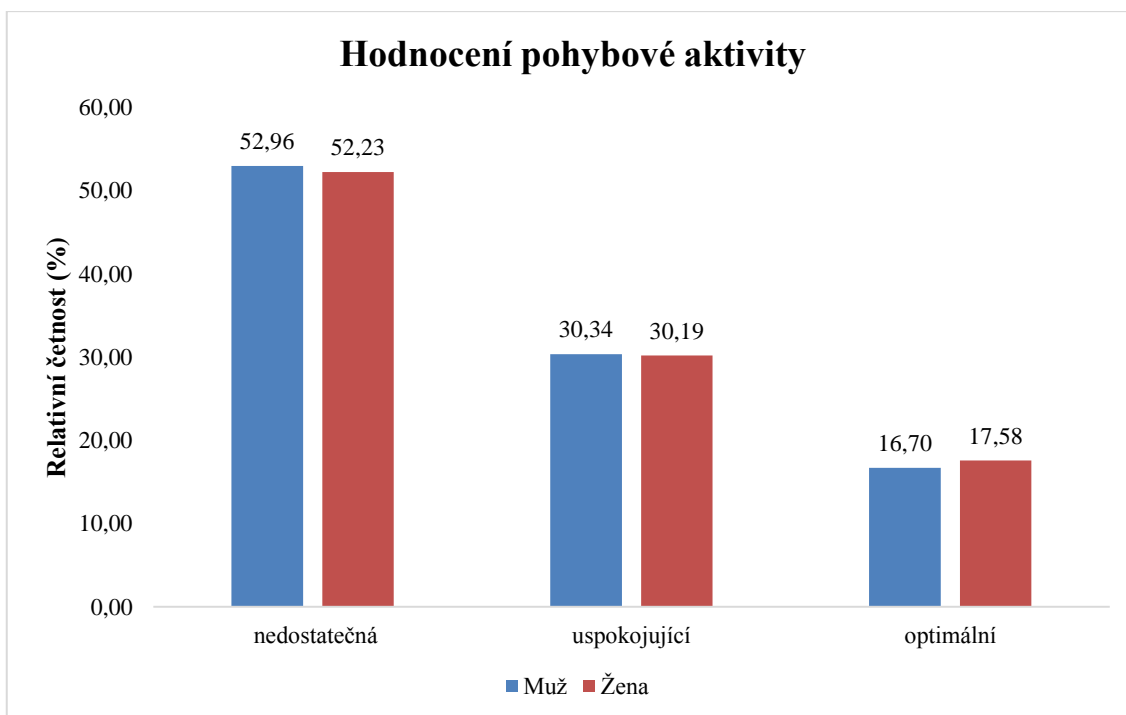


Graf 46 Celkové skóre alkohol, pohlaví

Zdroj: autor, 2016, 2017

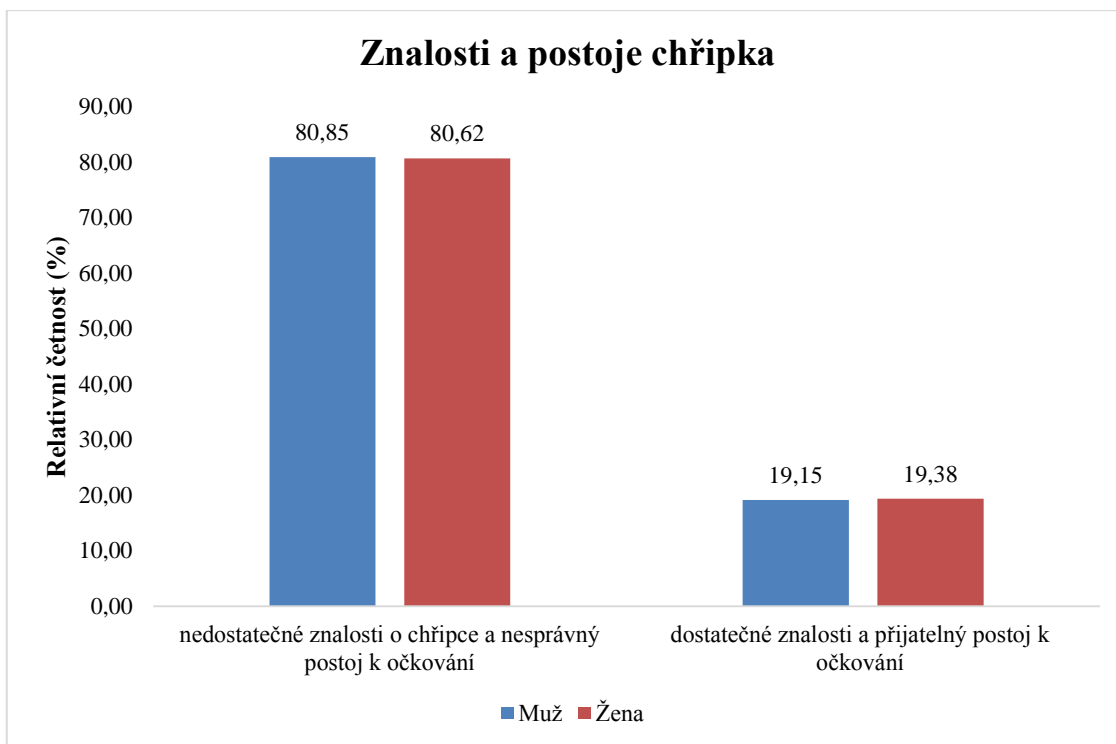


Graf 47 Hodnocení výživa, pohlaví

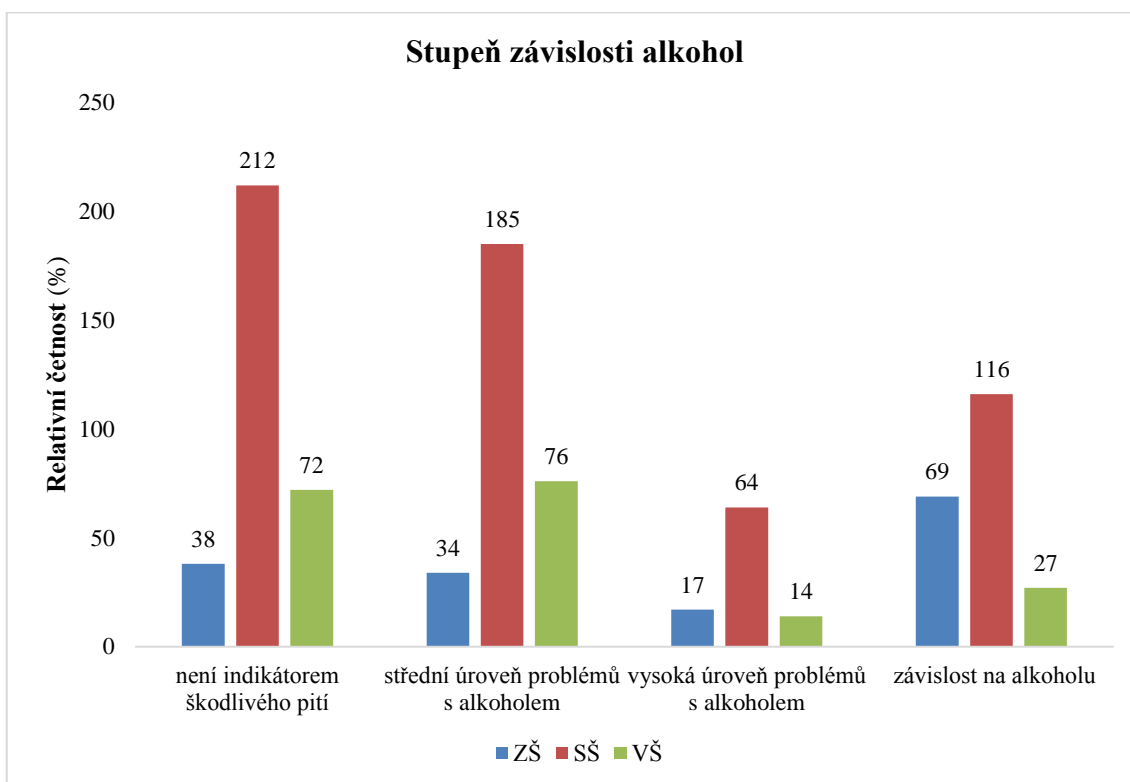


Graf 48 Hodnocení pohybové aktivity, pohlaví

Zdroj: autor, 2016, 2017

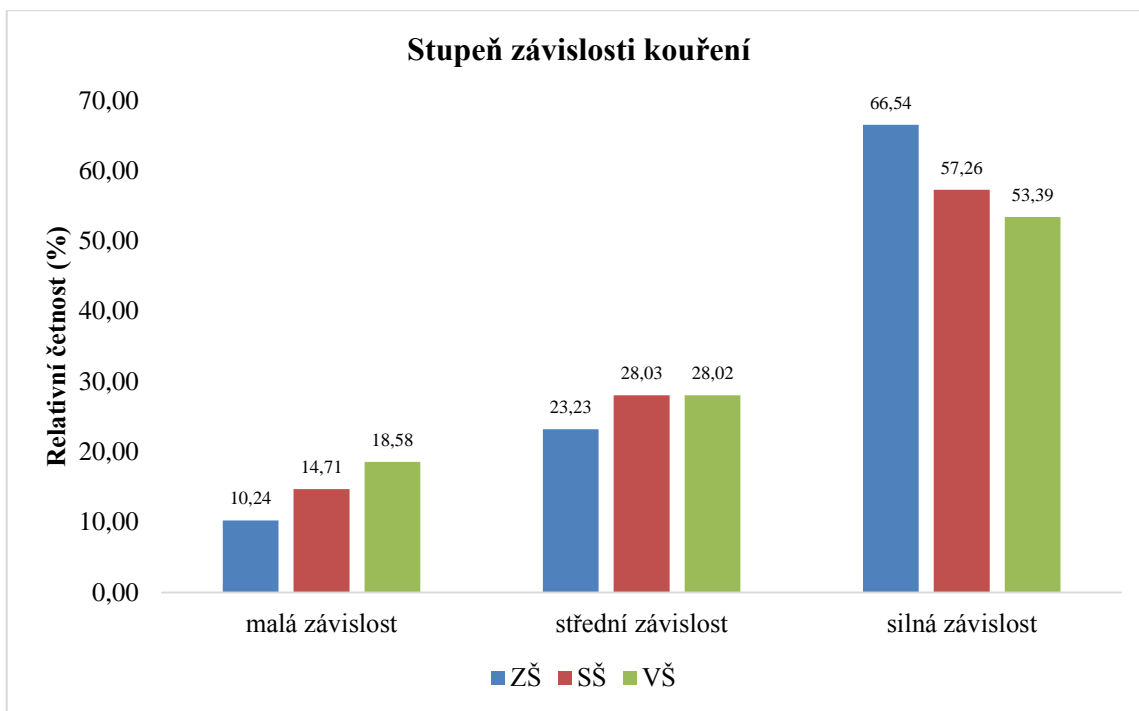


Graf 49 Hodnocení znalostí o chřipce, pohlaví

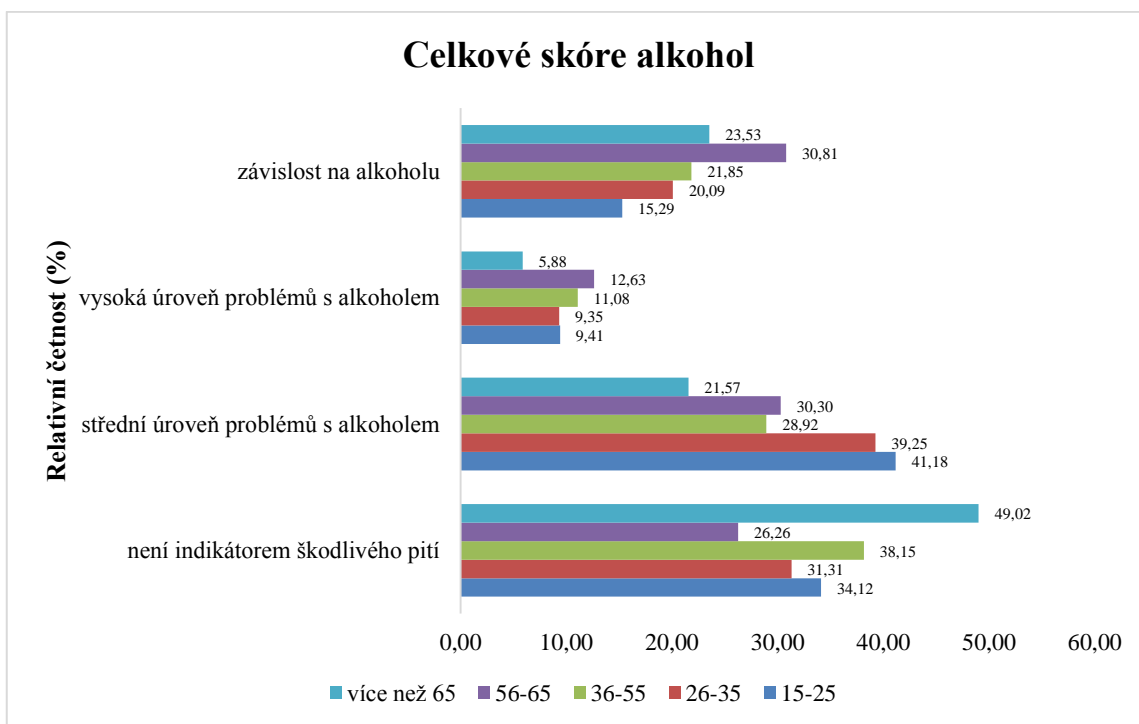


Graf 50 Stupeň závislosti alkohol, vzdělání

Zdroj: autor, 2016, 2017

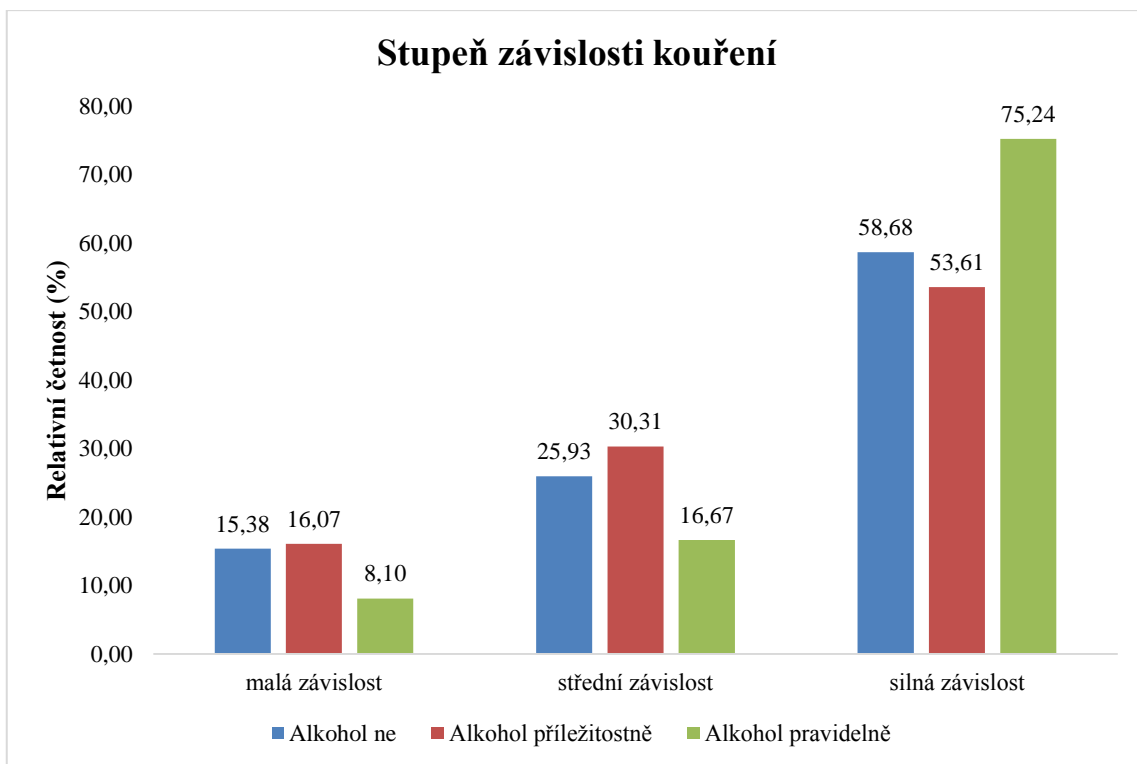


Graf 20 Stupeň závislosti kouření, vzdělání

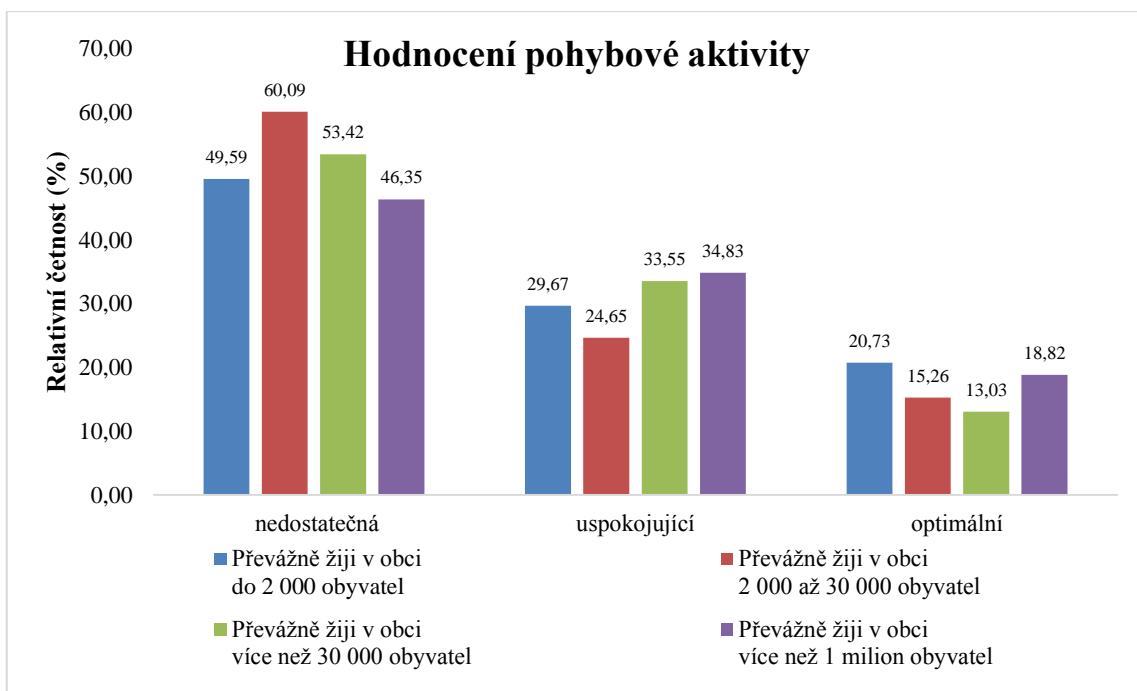


Graf 52 Celkové skóre alkohol, věk

Zdroj: autor, 2016, 2017



Graf 53 Stupeň závislosti kouření, alkohol



Graf 54 Hodnocení pohybové aktivity, bydliště

Zdroj: autor, 2016, 2017

Tabulka 46 Testování nezávislosti pomocí chí kvadrátu

	Testové kritérium	Kritická hodnota	Pearsonův koeficient	Výsledek testu
Stupeň závislosti alkohol, vzdělání	55,589	12,592	0,28	závislost
Stupeň závislosti kouření, vzdělání	24,287	5,991	0,150	závislost
Celkové skóre alkohol, pohlaví	63,471	7,815	0,293	závislost
Hodnocení výživa, pohlaví	10,773	5,991	0,103	závislost
Hodnocení pohybové aktivity, pohlaví	0,276	5,991	0,014	nezávislost
Hodnocení znalostí o chřipce, pohlaví	0,004	3,841	0,002	nezávislost
Stupeň závislosti kouření, pohlaví, vzdělání	13,182	9,488	0,111	závislost
Celkové skóre alkohol, věk	34,116	21,026	0,211	závislost
Stupeň závislosti kouření, alkohol	33,484	9,488	0,176	závislost
Hodnocení pohybové aktivity, bydliště	21,928	12,592	0,147	závislost

Zdroj: autor, 2016, 2017

V tabulce 46 jsou uvedeny vybrané výsledky testování pomocí chí kvadrátu. V prvním sloupci jsou sledované faktory, u kterých je testována závislost (např. alkohol, vzdělání). Ve sloupci testové kritérium je vypočtená hodnota testového kritéria pomocí testovací statistiky. Kritická hodnota je tabulková hodnota, která je kritickou hodnotou pro danou hladinu významnosti a pro daný počet stupňů volnosti. Hladina významnosti byla zvolena 0,05. Počet stupňů volnosti jsme vypočítali pomocí vzorce: počet stupňů volnosti = (počet řádků – 1) * (počet sloupců – 1). Pearsonův koeficient je vypočtená hodnota z testovací statistiky a určuje nám stupeň závislosti. Její hodnota se pohybuje mezi 1 a 0. Hodnota 1 znamená silnou závislost, hodnota 0 nezávislost. V našem případě, pokud byla zjištěna závislost, nebyla příliš silná. V posledním sloupci je zaznamenán výsledek testu. Výsledek testu se získal srovnáním testového kritéria (vypočtená hodnota) a kritické hodnoty (tabulková hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a daný počet stupňů volnosti). Pokud je hodnota testového kritérium menší než kritická hodnota, na hladině významnosti 5 % nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků. Pokud je hodnota testového kritéria větší než kritická hodnota, na hladině významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků a přijímáme alternativní hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

6. DISKUZE A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Rizikové faktory chronických neinfekčních chorob mají behaviorální a environmentální komponentu. Jak uvádí Mendis, zásadní význam faktorů životního stylu pro zdraví byl poprvé jednoznačně potvrzen ve Framinghamské studii hodnotící kardiovaskulární riziko (Mendis, 2010). WHO uvádí, že kognitivní teorie a modely chování ozřejmují psychologické faktory participující na behaviorální změně a umožňují vytváření efektivních preventivních strategií, které jsou v souladu s bio-psycho-sociálním pojetím zdraví a nemoci. Behaviorální intervence se uplatňují v primární i sekundární prevenci, mají efekt na individuální i populační úrovni, zvyšují kvalitu života a snižují náklady na zdravotní péči (Health Promotion..., 1998).

Preventivní přístupy byly nejprve orientovány samostatně na jednotlivé rizikové faktory, avšak v souladu s doporučeními WHO (Health Promotion..., 1998) musí být těžiště prevence spatřováno v komplexním přístupu a ovlivnění chování formujícího životní styl má velký preventivní potenciál.

Dle autorů Konese et al., *jedinci, kteří vstupují do středního věku bez rizikových faktorů, mají z hlediska kardiovaskulárního zdraví perspektivu o 10 let delšího života* (Kones et al., 2011, p. 332). Nejedlá uvádí, že dlouhodobě největší škody na zdraví obyvatel Evropské unie způsobuje kouření a alkohol, velký negativní vliv na zdraví má rovněž obezita, nízká pohybová aktivita a nesprávná výživa obyvatel. Zdravotními dopady těchto rizik jsou pak vysoká prevalence hypertenze, hypercholesterolemie a hyperglykémie, přičemž tyto medicínsky zjišťované rizikové faktory jsou do značné míry až sekundárními projevy existence výše uvedených rizikových faktorů. Podle trvale stoupající incidence obezity, nejvyšší spotřeby čistého alkoholu na osobu v České republice v Evropě, 18 let téměř nezměněného trendu ve spotřebě tabákových výrobků, nízké spotřebě zeleniny a s těmito riziky souvisejícím nárůstem chronických neinfekčních onemocnění je zřejmé, že se nebude ve zdravotním systému stále více dostávat finančních prostředků na léčbu těchto nemocí. Pokud se nepodaří negativní trend vývoje zvrátit, bude třeba zvyšovat odvody do zdravotního pojištění všech občanů, více přidávat ze státního rozpočtu na zdravotní péči a více se budou nuceni podílet na léčbě i sami pacienti. Za nemocné, kteří budou čerpat tuto péči v důsledku svého nezdravého životního stylu, budou o to déle a více pracovat ti, kteří si zdraví dobrovolně nepoškožují. Je tudíž nezbytné řešit ucelený přístup k této problematice s cílem snížit incidenci rizikových

faktorů životního stylu zvyšováním zdravotní gramotnosti populace a zvýšit zodpovědnost každého jednotlivce za vlastní zdraví zapojením všech aktérů na poli prevence a léčby. Mezi tyto hlavní aktéry patří zejména poskytovatelé zdravotní péče (praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí lékaři pro dospělé a jejich všeobecné sestry, odborní zdravotničtí pracovníci ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení na všech úrovních a hlavně samotní pacienti (Metodika krátkých intervencí, c2015).

Metoda krátké intervence rizikových faktorů životního stylu je mezinárodně ověřená a finančně nenáročná metoda prevence, která má jasně definované praktické postupy, umožňuje časnou identifikaci rizikového chování a ovlivňuje postoje a chování populace ve prospěch zdravého životního stylu. Podstatou jsou edukační a motivační rozhovory s pacientem, které realizuje vyškolený pracovník, ideálně všeobecná sestra, na základě identifikace rizikových faktorů životního stylu pacienta a vyhodnocení míry rizika pomocí standardizovaných dotazníků (Metodika krátkých intervencí, c2015).

Autorky projektu, odborné pracovnice Vysoké školy zdravotnické, se rozhodly využít kapacitu a potenciál studentek této školy a v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 391/2012 Sb., která ukládá v § 3 písmeni g) zdravotnickým pracovníkům s odbornou způsobilostí motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe, aplikovat metodu krátké intervence do praxe.

Kunzová et al. (2014) uvádějí, že individuálně orientované intervence cílené na modifikaci chování ve vztahu ke zdraví mohou mít charakter primárně preventivní (u zdravých osob), sekundárně preventivní či terapeutický (u osob s klinickou manifestací komplexního onemocnění).

Dle Shumakera má přístup cílený na jedince se zvýšeným rizikem řadu pozitiv, jako je opodstatněnost, cenová efektivita a významné snížením rizika pozdějšího onemocnění (Shumaker et al., 2009). Každý zdravotnický pracovník by měl využít své znalosti, kompetence a autoritu pro celkové posouzení životního stylu pacienta, který navštíví ambulantní zdravotnické zařízení či je hospitalizován pro somatické onemocnění. Právě klinické diagnózy vyplývající z kumulace rizikových faktorů životního stylu bývají velmi častým důvodem k vyhledání odborné zdravotnické pomoci. Všeobecná sestra je pracovník, který má k pacientovi nejbližší a tudíž může snadno navázat hovor zaměřený na životní styl pacienta a vzniká tak prostor pro intervenci s velmi vysokým potenciálem. Vztah všeobecná sestra/pacient je navíc umocněn jednak autoritou všeobecné sestry,

od níž jsou zdravotní doporučení snáze přijímána než například od jiných osob z pacientova okolí a jednak zdravotnickým prostředím.

„Nejdůležitějším prostředníkem mezi primární prevencí a klientem je sestra. Aby sestra správně a efektivně plnila úlohu podporovatelky zdraví, nesmí postrádat přirozené schopnosti v edukaci a především odpovídající vzdělání“ (Martinek et al., 2016, str. 175).

Kunzová a kol. (2014) dále uvádějí, že realizace krátkých intervencí životního stylu využívá přirozené autority zdravotnických pracovníků. Je zřejmé, že úprava životního stylu se velkou měrou podílí na snížení morbidit a mortality na chronická neinfekční onemocnění a jsou hledány stále účinnější způsoby ovlivnění chování ve vztahu ke zdraví.

Již v roce 2001 Babor a Higgins-Biddle doporučili využít metodu krátké intervence u osob s rizikovou a zdraví škodlivou konzumací alkoholických nápojů a publikovali tuto metodu s využitím dotazníku AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) jako velmi vhodnou k aplikaci pro praxi v manuálu pro primární péči. O efektivitě krátké intervence v oblasti nadměrné konzumace alkoholu v ordinaci praktického lékaře podala důkaz meta-analýza Bertholeta a spol. Publikovaná již v roce 2005 a ve stejném roce Gentilello et al. na základě studie z oboru traumatologie uvedli, že *„Skrining a krátká intervence pro problémy působené alkoholem u pacientů s traumatem jsou ekonomicky efektivní a měly by se provádět rutinně.“* (Gentilello et al., 2005, p. 547)

Ve stejném roce 2005 Nešpor a Csémy publikovali v Časopise lékařů českých, že tuto metodu je vhodné využívat i u populace České republiky a doporučili prostředí, kde by mohla být metoda s úspěchem realizována. Jedná se o psychiatrická zdravotnická zařízení, kde dochází k většímu soustředění osob, které pijí alkohol problémově s ohledem na jejich vyšší nemocnost. Dalšími vhodnými místy jsou ambulantní specialisté a lůžková zdravotnická zařízení, neboť zdravotnické prostředí významně zvyšuje účinnost této metody (Nešpor, Csémy, 2005).

Solberg et al. v roce 2008 a Rubio et al. v roce 2010 shodně upozornili na efektivitu intervencí a zejména na pozitivní dopad na zdraví osob intervenovaných v oblasti nadměrného a rizikového pití alkoholu. Nutnost realizovat krátké intervence v oblasti zdraví škodlivé konzumace alkoholu v české republice dokazuje skutečnost, že spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele je v Česku podle materiálů OECD v porovnání s USA

téměř o třetinu vyšší (Nešpor, Csémy, 2005). S metodou krátké intervence mají zejména v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích velké zkušenosti a hojně ji využívají a podle Nešpora lze efektivitu krátké intervence pro problémy s alkoholem doložit. Nešpor současně uvádí, že „*Poměřováno efektivitou versus čas je to jedna z nejefektivnějších intervencí v medicíně, kterou může lékař udělat*“ (Nešpor, 2012, s. 8).

Pro porovnání výsledků našeho projektu s výsledky jiných autorů jsou velmi významné a přínosné mezinárodní studie zaměřené na konzumaci alkoholických nápojů, zejména Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS), které je důležitou součástí zdravotnické statistiky v mezinárodním měřítku. V pořadí 2. vlna šetření EHIS proběhla v rozmezí let 2013–2015 ve všech zemích EU28 a přinesla zajímavé informace o prevalenci rizikových faktorů populace Evropské unie. Výběrové šetření EHIS v České republice bylo provedeno na vzorku 6737 respondentů a sledovány byly vybrané determinanty zdraví, které se shodovaly s námi sledovanými rizikovými faktory (Vybrané výsledky..., 2015). V souboru respondentů EHIS byla sledována prevalence nadváhy a obezity dle BMI, prevalence pravidelného denního kuřáctví, úroveň fyzické aktivity, úroveň stravovacích zvyklostí a míra konzumace alkoholických nápojů. Z výsledků studie EHIS vyplývá, že trvalou celoživotní abstinencí udává 4,3 % osob ze sledovaného souboru, z toho 5,5 % žen a pouze 2,9 % mužů. Naopak pravidelnou denní konzumaci alkoholických nápojů udává 9,5 % populace ze sledovaného souboru, z toho 16,4 % mužů ze sledovaného souboru a 3,2 % žen, přičemž nejvyšší prevalence pravidelné denní konzumace alkoholických nápojů byla zjištěna u mužů i žen ve věkové kategorii 65 - 74 let. U mužů v této věkové kategorii udalo pravidelnou denní konzumaci alkoholických nápojů 28,7 %, a u žen 5,8 %. Nárazové pití alkoholu, tedy požití alespoň 60 g čistého alkoholu při jedné příležitosti alespoň jednou měsíčně v posledních 12 měsících udalo 22,8 % mužů a 7,5 % žen, přičemž nejvyšší prevalence nárazového pití byla zjištěna u mužů ve věkové kategorii 15-24 let, a to 31,5 % a u žen ve věkové kategorii 25-34 let, a to 14,0 % (Vybrané výsledky..., 2015).

Další studie zaměřená na konzumaci alkoholických nápojů v České republice byla realizována MZ ČR v roce 2016. Jednalo se o národní výzkum a studii prováděli odborní pracovníci SZÚ. Z výsledků tohoto *Národního výzkumu o spotřebě tabáku a alkoholu v dospělé populaci České republiky* vyplývá, že alkohol konzumuje pravidelně denně nebo obden 13,8 % dospělých Čechů, z toho 3,1 % žen a 9,2 % mužů. Výsledky této studie jsou tedy pro českou populaci v oblasti celkové konzumace alkoholických nápojů

oběma pohlavími mírně nepříznivější než výsledky studie EHIS, konzumace alkoholu u žen je v obou studiích téměř identická a konzumace alkoholu českými muži je nižší než ve studii zahrnují EU28. Nejvyšší prevalenci konzumace alkoholických nápojů 1- 2x týdně udává 25,6 % oslovených českých mužů a nárazové pití nadměrných dávek alkoholu (Heavy episodic drinking) 20,4 % mužů a 5,2 % žen. Trvale (celoživotně) abstínuje jen 3,8 % dospělých, což je méně, než je uvedeno ve studii EHIS. Dalších 14 % udává abstinenci v posledním roce. V celoživotní abstinenci nejsou zásadní rozdíly podle pohlaví, mezi abstinujícími v posledním roce převládají výrazně ženy. Časté pití nadměrných dávek alkoholu (binge drinking) tj. 1x týdně nebo častěji udává 20 % mužů a 5 % žen. Celkem 41 % respondentů této studie uvedlo, že u nich lékař zjišťoval jejich alkoholické konzumní zvyklosti a 8 % doporučil omezit pití alkoholu, z toho u 11,3 % mužů a 5 % žen ze souboru. V závěru autoři studie uvádějí, že na základě výsledků lze 33,6 % populace zařadit do kategorie abstinujících a umírněných konzumentů, 46,6 % do kategorie konzumentů s nižším rizikem, 12,8 % do kategorie konzumentů s vysokým rizikem poškození zdraví a 7,1 % osob tvoří problémoví konzumenti a osoby na alkoholu závislé (Spotřeba alkoholu..., 2016).

V námi sledovaném základním souboru 3905 (100 %) respondentů přiznalo pravidelnou denní konzumaci alkoholu 13,2 % osob, příležitostnou 52,7 % respondentů a 34,11 % pacientů konzumaci alkoholu negovalo.

Anderson et al v dokumentu *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines for Identification and Brief Intervention* uvádějí, že zejména zvýšené hladiny aminotransferáz, které jsou součástí základního biochemického vyšetření, upozorní na pacienta vhodného k provedení testu AUDIT a k případné intervenci. V souladu s tímto doporučením byl dotazník AUDIT nabídnut v rámci našeho projektu k vyplnění pacientům, u nichž na základě laboratorního vyšetření byly zjištěny vyšší hodnoty aminotranferáz či jiné somatické markery signalizující nadměrnou konzumaci alkoholu a ošetřujícím lékařem byla doporučena krátká intervence v oblasti závislosti na alkoholu. Z pacientů, kteří vyplnili dotazník AUDIT a projevíli zájem o zmapování úrovně konzumace alkoholických nápojů a rizikovosti pití s ohledem na jejich zdraví, což bylo 924 osob, jich na otázku „*Jak často pijete alkohol*“?, 15,3 % uvedlo, že konzumuje alkohol jednou za měsíc či méně, (25,7 %) respondentů 2-4x za měsíc, 2-3x týdně konzumuje alkohol 30,5 % respondentů a pravidelné pití 4x nebo vícekrát týdně uvedlo 25,4 % osob. Minimální počet, 3,14 % pacientů, kteří sami zájem identifikovat svoji

konzumaci alkoholu s ohledem na zdraví uvedlo, že alkohol téměř nekonzumují. Nejvyšší počet respondentů z našeho souboru, a to 28,3 % uvedli, že během typického dne, kdy konzumují alkoholické nápoje, vypijí 1,5 až 2 sklenice standardního alkoholu, avšak 5 a více sklenic vypitých během dne udalo celých 14,1 % respondentů.

Dle Andersona et al skóre 20 a více dosažené v AUDIT testu jasně ukazuje na závislost na alkoholu a tyto osoby mají být odeslány na specializované pracoviště pro léčbu závislosti (Anderson et al., 2005). Při celkovém hodnocení AUDIT skóre na základě vyplněného dotazníku respondenty v našem souboru bylo zjištěno, že více než 20 bodů bylo dosaženo u 35,2 % pacientů z našeho souboru, přičemž muži se základním vzděláním statisticky významně častěji vykazovali závislost na alkoholu dle výsledků dotazníkového hodnocení AUDIT. Všem těmto pacientům byla doporučena návštěva specializovaného zařízení na problematiku léčby závislostí.

Ke stejnému závěru jako my v našem souboru dospěli též autoři studie *Národní výzkum o spotřebě tabáku a alkoholu v dospělé populaci České republiky* MZ ČR a SZÚ, kteří shodně uvedli, že mezi vysokoškolsky vzdělanými respondenty bylo více umírněných konzumentů a méně problémových pijanů ve srovnání s respondenty s nižším vzděláním (Spotřeba tabáku..., 2016). **Ke stejnému závěru jsme dospěli i my v námi realizovaném projektu, neboť stanovená hypotéza H1, která předpokládala existující závislost mezi pohlavím, vyšší vzděláním a závislostí na alkoholu se nám potvrdila.** V našem souboru jsme zjistili významně vyšší konzumaci alkoholických nápojů muži než ženami a nejvyšší míru konzumace alkoholických nápojů, vyhodnocenou již jako závislost na alkoholu, vykazovali muži se základním vzděláním. **Námi stanovená hypotéza H2 předpokládající existující závislost mezi věkem respondentů a jejich závislostí na alkoholu se nám také potvrdila. V našem souboru nejvyšší závislost na alkoholu vykazují pacienti ve věku 55-65 let,** přestože z výsledků studie EHIS vyplynulo, že nejvyšší prevalence pravidelné denní konzumace alkoholických nápojů byla zjištěna u mužů i žen v rámci EU28 ve věkové kategorii 65 - 74 let (Vybrané výsledky..., 2015).

Závěry studií uváděné MZ ČR, SZÚ i námi zjištěné skutečnosti týkající se konzumace alkoholických nápojů dospělými respondenty jsou armující, avšak plně korespondují se zjištěním vyplývajícím z největší evropské výzkumné studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), která mapuje životní styl mladé generace ze 42 zemí světa. Výzkum je realizován pod záštitou Světové zdravotnické organizace a Česká

republika je do studie zapojena již od roku 1994. Studie HBSC je klíčovým zdrojem dat o životě dospívajících jedenácti-, třinácti- a patnáctiletých dětí a adolescentů. Ze závěrů studie realizované v roce 2014 vyplývá, že pravidelně pije alkohol 20 % patnáctiletých chlapců a 14 % dívek a opakovanou opilost uvedlo přibližně 30 % patnáctiletých, což je výrazně více, než je mezinárodní průměr zemí HSBC (Health Behaviour..., 2016). Miovský uvádí, že závislost na alkoholu ohrožuje nejvíc mladistvé, a to mimo jiné i proto, že se jejich ještě zrající mozek vypořádává s účinky drog mnohem obtížněji než mozek dospělých. Navíc některé dopady na vyvíjející se mozek mohou být i nevratné nebo obtížně rehabilitovatelné (např. poruchy pozornosti, paměti atd.). Přitom se věková hranice, při níž děti a mládež s užíváním těchto návykových látek začínají, posunula velmi nízko (Miovský, 2017). Důsledkem takto vysoké konzumace alkoholických nápojů v adolescenci je logicky vysoká prevalence dospělých osob, které konzumují alkohol s negativními dopady na jejich zdraví a osob na alkoholu zcela závislých.

MZ ČR a SZÚ dále uvádějí, že doporučení omezit pití dávali lékaři nejčastěji osobám, které splňují kritéria škodlivého pití, což naznačuje, že praktičtí lékaři jsou dobře schopni identifikovat rizikové konzumenty (Zdraví 2020..., 2015).

Anderson et al uvádějí, že škodlivá a riziková konzumace alkoholických nápojů a závislost na nich s sebou přináší zvýšené riziko úrazovosti (Anderson et al., 2005). V námi sledovaném souboru osob, které byly intervenovány kvůli alkoholizmu, přiznalo 34,5 % pacient, že byli oni sami nebo někdo jiný někdy zraněn z důvodu opilosti.

K doporučení vyplývajícím ze závěrů studie MZ ČR a SZÚ patří nutnost zavádět programy časné intervence v oblasti prevence závislosti na alkoholu do oblasti primární zdravotné péče, zvýšit ochranu dětí a mládeže před alkoholem a věnovat větší prostředky na programy podpory zdraví a na prevenci (Zdraví 2020..., 2015). Ke stejnému závěru již jsme dospěli i my v naší studii, neboť na základě výsledků dotazníkového šetření provedeného po intervenci 43,9 % intervenovaných pacientů přiznalo úmysl omezit konzumaci alkoholických nápojů, 19,7 % osob přiznalo rozhodnutí zanechat konzumace alkoholických nápojů a 12,6 % uvažuje na základě provedené intervence o návštěvě specializované poradny pro odvykání závislosti na alkoholu. Ovšem na rozdíl od autorů projektu PHEPA, tedy Andersona et al., kteří ve své publikaci s názvem *Alcohol and Primary Health Care* uvádějí, že zjišťování rizikové a škodlivé konzumace alkoholu nevyvolává u pacientů v ambulancích praktických lékařů nepříjemný pocit zásahu

do jejich soukromí, v námi realizovaném projektu jsme dotazníkovým šetřením zjistili, že problematika závislosti na alkoholu je pro pacienty citlivé téma a 24,5 % intervenovaných pacientů považuje intervenci zásah do svého soukromí.

Anderson et al., uvádějí, že kouření je nejvýznamnějším rizikovým faktorem poškození zdraví a nejčastější příčinou předčasných úmrtí obyvatel v Evropské unii (Anderson et al., 2005). Epidemiologické studie dokládají, že v České republice se kouření podílí na celkové roční úmrtnosti 17 – 19 procenty. Váňová a kol., ve studii SZÚ z roku 2017 mapující prevalenci kuřáctví u populace ve věku 15-65 let a více uvádějí, že prevalence kouření v roce 2016 činila 28,6 % populace (Váňová, Skývová, Malý, 2017). Zde je mírná odlišnost výsledků oproti výsledku Mravčíka a kol., z reprezentativní dotazníkové studie Národního monitorovacího střediska realizované v České republice mezi dospělou populací také v roce 2016, z níž vyplývá, že denně kouří 26,6 % osob (35,6 % mužů a 18,3 % žen). Nejsilnějšími kuřáky (více než 30 cigaret denně) byli respondenti ve věku 35–54 let (Mravčík et al., 2017). Snaha omezovat zdravotní a s nimi i ekonomické škody, které kouření působí, je proto logicky prioritou veřejného zdravotnictví. WHO publikovala v roce 2014 zprávu s názvem *Global status report on noncommunicable diseases*, která poskytuje základ pro monitorování implementace Globálního akčního plánu pro neinfekční nemoci v letech 2013 - 2020, jehož cílem je snížení počtu předčasných úmrtí na neinfekční onemocnění o 25 % do roku 2025. Akční plán vymezuje 9 dobrovolných globálních cílů, které se týkají klíčových rizikových faktorů spojených s neinfekčními nemocemi – užívání tabáku, příjmu soli, tělesné inaktivity, vysokého krevního tlaku a škodlivého užívání alkoholu. Cíl 9 požaduje snížení prevalence užívání tabáku u osob starších 15 let o 30 % (Global action plan..., 2013). WHO současně doporučuje poskytování krátkých intervencí a léčby závislosti na tabáku jako součást komplexních služeb zaměřených na prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění v primární zdravotní péči (Strengthening health systems..., 2013). V námi sledovaném souboru pacientů byla zjištěna výrazně vyšší prevalence kuřáctví u pacientů, než uvádějí Mravčík a kol., i Váňová a kol., ve svých závěrech. V našem souboru kuřáctví jako rizikový faktor bylo zjištěno u 48,6 % mužů a dokonce u 51,4 % žen ze souboru. Největší počet kouřících pacientů, a to 41,9 % uvedl, že vykouří mezi 11-20 cigaretami denně. Co se týče stupně závislosti na nikotinu z celkového počtu 1592 pravidelných či příležitostných kuřáků jich 57,9 % bylo zařazeno na základě vyhodnocení Fagerströмова dotazníku do kategorie silné závislosti na nikotinu, 27,3 % dotazovaných osob patřilo do

kategorie střední závislosti na nikotinu a malá závislost byla zjištěna u 14,8 % dotazovaných osob. Váňová a kol., ve své studii realizované v roce 2017 uvádějí, že z hlediska věku je nejvyšší prevalence kuřáctví tabákových výrobků ve skupině 15 – 24 letých (35,6 %), poté prevalence klesá na 27,4 % ve skupině 25 – 44 letých, 26,2 % ve skupině 45 – 64 letých až na 14,9 % u osob ve věku 65 let a více. Prevalence kuřáctví u osob ve věku 65 let a více je v porovnání s mladšími věkovými skupinami statisticky významně nižší. Autoři studie dále uvádějí, že podle vzdělání je procento kuřáctví tabákových výrobků nižší u skupiny vysokoškolsky vzdělaných respondentů v porovnání s respondenty se vzděláním základním a středním (Váňová, Skývová, Malý, 2017). Také nás v námi realizovaném projektu zajímala souvislost mezi pohlavím kuřáků, úrovní jejich vzdělání a stupněm závislosti na nikotinu. V námi sledovaném souboru byla silná závislost na nikotinu zjištěna častěji u mužů (64,2 %) než u žen (52,1 %), nejvíce u pacientů se základním vzděláním, a to u 66,5 %, méně u středoškolsky vzdělaných osob (57,3 %) a nejméně u vysokoškolsky vzdělaných, a to u 53,4 % intervenovaných. V námi realizovaném projektu jsme tedy dospěli k obdobným závěrům jako Váňová a kol, tedy že procento kuřáctví tabákových výrobků je nižší u skupiny vysokoškolsky vzdělaných respondentů v porovnání s respondenty se vzděláním základním a středním a **námi stanovená hypotéza H3, která předpokládala, že stupeň závislosti pacientů na nikotinu se liší s ohledem na úroveň jejich dosaženého vzdělání, se nám potvrdila. Se stoupající úrovní vzdělání pacientů se podíl osob s vysokou závislostí na nikotinu snižoval.**

Drobes uvádí, že prevalence kouření u osob závislých na alkoholu se uvádí až 90 % a kuřáci silně závislí na nikotinu mají až 2,7x vyšší riziko vzniku závislosti na alkoholu než nekuřáci (Drobes, 2002). Váňová a kol., ve zprávě s názvem *Užívání tabáku v České republice 2018* uvádějí, že z celkového počtu respondentů (n=1806) zařazených do studie jich nejvyšší prevalence kuřáctví byla zjištěna ve věkové kategorii 15-24 let, a to 35,6 %. Daskalopoulou et al ve svém článku s názvem *Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies* uvádějí, že analyzovali výsledky 27 studií s účastí 184 543 respondentů věnovaných vztahu kouření a konzumace alkoholu ke zdravému stárnutí a jasně prokázali souvislost mezi konzumací alkoholu a kuřáctvím, tedy že osoby s rizikovým a škodlivým pitím alkoholických nápojů významně častěji vykazují i závislost na nikotinu naopak. My jsme v námi realizovaném projektu dospěli ke stejnému závěru a naše **hypotéza H4**

, která předpokládala souvislost mezi kouřením a konzumací alkoholických nápojů se nám potvrdila, neboť 75,2 % pacientů se silnou závislostí na nikotinu přiznalo též pravidelnou konzumaci alkoholických nápojů. Dále prokázali negativní vliv kouření na „zdravé stárnutí“ (Daskalopolou, et al., 2018), tedy že osoby závislé na obou návykových látkách vykazují významně kratší délku života prožitých ve zdraví a bez nemoci (HLY). Tento závěr je velice alarmující s ohledem na stávající demografickou situaci v České republice a stále stoupající počty osob seniorského věku. Ve své prognóze Český statistický úřad uvádí, že do roku 2050 obyvatelstvo České republiky výrazně zestárne, podíl osob ve věku nad 65 let by se mohl v roce 2050 přiblížit k jedné třetině, což by znamenalo zdvojnásobení současného podílu. Nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku – počet obyvatel starších 85 let by se měl do roku 2050 zpětinásobit (Projekce obyvatelstva..., 2003). Stárnutí populace je tak třeba brát jako neodvratitelný proces a je nezbytné, aby se co nejvíce snížila prevalence osob závislých na návykových látkách, neboť toto stárnutí populace bude mít výrazně negativní celospolečenské zdravotní a ekonomické dopady.

Dle SZÚ se na neuspokojivém zdravotním stavu populace České republiky významně podílí nesprávná skladba výživy. Převažuje konzumace živočišných tuků, jednoduchých cukrů a soli. Stále je ještě nízká konzumace vlákniny a také zeleniny a ovoce. Vzniká nepoměr mezi energetickým přívodem a výdejem. Konzumace zeleniny je pouze asi na 60 % doporučení, spotřeba ovoce asi na 65 % doporučení a mléka asi na 60 % doporučení. Proti tomu je například konzumace masa asi o 20 % vyšší, než je doporučeno odborníky, přestože v cíli 11 programu Zdraví 21 se uvádí, že vhodné potraviny dokáží snížit riziko mnoha chorob (Správná výživa, 2018).

Více jak polovina pacientů z našeho souboru, a to 816 (53,47 %) osob konzumuje nedostatečné množství zeleniny denně, tedy méně než 3 kusy. Celkem 806 (52,81 %) respondentů našeho souboru konzumuje dva a více kusů ovoce denně. Co se týče pravidelnosti stravování, každé 2,5 – 3 hodiny nebo 3-5 denních jídel konzumuje pouze 602 (39,45 %) respondentů. Značná část pacientů se tedy stravuje naprosto nepravidelně 924 (60,55 %) osob. Dle ÚZIS konzumovalo v roce 2014 ovoce alespoň jednou denně pouze 37 % mužů a 56 % žen. Mezi pohlavími byl tedy rozdíl téměř 20 procentních bodů. O něco nižší podíl osob konzumoval alespoň jednou denně zeleninu, v případě žen to bylo 48 % a v případě mužů 34 % (Klapková, Sykáčková, 2017).

Z vyhodnocení dotazníku vyplývají i další nedostatky ve stravování našich pacientů, zejména častá konzumace uzenin, nízká konzumace mléka a mléčných výrobků, upřednostňování živočišných tuků a nízká konzumace sladkovodních a mořských ryb a nedodržování pitného režimu. Naše zjištění tedy nekorrespondují s tvrzením Hrbka, ředitele odboru statistiky ministerstva zemědělství, který uvádí: „*Masa jíme o polovinu víc než dřív. Vloni se ho zkonsumovalo 80,3 kilogramu, v roce 1950 48,6 kilogramu a například v roce 1936 jen 38,1 kilogramu. Meziročně se zvýšila zejména spotřeba hovězího a drůbežího,*“ (Mase jíme o polovinu více..., 2017). Dále také vysvětluje, že konzumujeme i více mléka a mléčných výrobků a to o 2,1 % na 247,5 kilogramu. Ke zvýšené konzumaci dle Hrbka došlo i u zeleniny o 2,9 % na 87,3 kilogramu na obyvatele za rok. Ohledně konzumace ovoce uvádí: „*Jíme i více ovoce. Vloni byla jeho průměrná spotřeba na obyvatele 84 kilogramů, což je o 2 % více než v předcházejícím roce. Je to dáno tím, že jíme více ovoce nejen mírného pásma, ale i tropického,*“ (Masa jíme o polovinu více..., 2017). Z celkového počtu 1526 pacientů, kteří vyplnili dotazník věnovaný zmapování úrovně jejich stravovacích zvyklostí jich 60,9 % (917 osob) dosáhlo bodového hodnocení v rozmezí 0-5 bodů, což signalizuje výživu nedostatečné kvality s nutnými úpravami jídelníčku na základě provedené intervence. Přibližně třetina osob ze souboru (31,39 %), tedy 479 pacientů, dosáhla hodnocení stravovacích zvyklostí v rozsahu 6-8 bodů což značí výživu uspokojivé kvality, pouze s návrhem na drobné úpravy. Jako výživa optimální kvality byla vyhodnocena úroveň stravovacích zvyklostí u pouhých 8,52 % osob, tedy 130 pacientů, kteří byli ošetřujícím lékařem indikováni k vyplnění dotazníku a zmapování úrovně stravování. Tato tvrzení odborníků SZÚ se shodují s našimi zjištěními v oblasti stravování pacientů našeho souboru. Vyhodnocením výsledků jsme zjistili, že nedostatečná kvalita výživy byla zejména u mužů, a to až u 70,93 % dotazovaných. U vzorku žen se nedostatečná kvalita výživy potvrdila u 53,48 % dotazovaných. Rozdíly jsme zjistili i v úrovni hodnocení výživy jako uspokojivé, kde pouze 21, 8 % mužů a výrazně více, 37,24 % žen bylo zařazeno do této kategorie. Optimální kvalitu výživy mělo 7,27 % mužů a 9,28 % žen z našeho souboru pacientů. Těmito závěry se nám potvrdila stanovená **hypotéza H5, která předpokládala, že muži a ženy se liší v úrovni kvality výživy.**

U každého respondenta byla provedena krátká intervence pro oblast správné výživy za pomoci edukační karty SZÚ. Vyhodnocením dotazníku po provedené intervenci v oblasti výživy jsme došli k závěru, že (48,66 %) respondentů má v úmyslu upravit své

stravovací zvyklosti. Iva Ritschelová, předsedkyně ČSÚ uvedla v tiskové zprávě v roce 2015, že stravovací zvyklosti Čechů se mění. Aktuální široká nabídka druhů potravin a potravinových výrobků stlačila spotřebu základních potravin surovinového charakteru z poválečné maximální spotřeby do spotřeby minimální. Došlo tak k výraznému poklesu spotřeby chleba, kravského mléka a brambor. „*Je zřejmé, že po roce 1989 se spotřeba některých potravin rozkolísala. Příčinou byly např. ceny potravin, kupní síla obyvatelstva, větší dostupnost a rozmanitost potravin na trhu, ale i změna stravovacích návyků,*“ (Češi jedí pestřeji, 2015). Dle Kubínové je prioritou ke zlepšení zdraví efektivní strategie zaměřena zejména na mladistvé a děti, neboť očekávaným cílem je snížení prevalence chronických neinfekčních chorob v dospělosti. Více je nyní přikládán význam obezitě a stravovacím návykům. Kubínová mimo jiné také uvádí ve svém článku o zdravotním stavu a vybraných ukazatelích demografické statistiky v ČR, že nejčastějšími zdravotními problémy u osob středního věku jsou kardiovaskulární onemocnění a onemocnění pohybového aparátu, na kterých se významně podílejí rizikové faktory související s nadváhou a špatnými výživovými zvyklostmi, neopomíná uvádět také nedostatek pohybové aktivity a vliv kouření (Kubínová, 2017).

Vliv způsobu výživy na riziko vzniku chronických onemocnění objasňovala studie HAPPIE. Nejedná se o nejnovější poznatky, ale umožňuje nám porovnání se současným zdravotním stavem populace. Jednalo se o mezinárodní kohortovou studii, která se zaměřila na obyvatele východní a střední Evropy (ČR, Polsko, Rusko, Litva). Zkoumala výživové zvyklosti lidí v dané věkové skupině a odvozovala vztah mezi výživou a srdečně cévními onemocněními. Analyzovala konzumaci ovoce a zeleniny a hodnotila u vybraného vzorku hladinu celkového cholesterolu, hodnoty krevního tlaku, vitamínu B, C. Ke své studii využívala i strukturovaný dotazník, který obsahoval zdravotní indikátory včetně osobní i rodinné anamnézy, informace o životním stylu a také o psychosociálních faktorech a socioekonomických podmínkách respondenta. Hodnocení respondentů studie HAPPIE zaznamenalo, že respondenti ve věku 45 – 49 let vykazovali v 53, 54 % dobrý zdravotní stav, v 37, 98 % průměrný zdravotní stav a v 8, 48 % špatný až velmi špatný stav. Jen pro představu bylo v Česku osloveno náhodným výběrem 16 800 osob ve věkové kategorii 45 – 69 let. Studií bylo například zjištěno, že 80 % účastníků studie mělo celkový cholesterol vyšší, než je jeho doporučená hodnota (5 mmol/l). Navíc 62 % osob nevědělo, že mají zvýšenou hladinu cholesterolu a jen 17 % osob se již léčilo. Rozdíly hladin cholesterolu v jednotlivých zemích nebyly nikterak rozdílné, ale byly

nalezeny významné rozdíly ve znalostech ohledně výše hladiny cholesterolu a léčbě jeho zvýšené hodnoty. Jedním z důležitých faktorů ovlivňujících zdraví byla ve studii hodnocena tělesná hmotnost, jejíž kontrolou je zajištěna efektivní cesta ke snížení rizika mnoha onemocnění, včetně srdečně cévních, vysokého krevního tlaku a cukrovky. Studie ukázala, že zhruba 30 % mužů a žen v české populaci je obézních. Rozdíly mezi českými sledovanými městy nebyly příliš významné. Situace v Polsku byla podobná jako v ČR, avšak v Rusku byl výrazně vyšší podíl žen s nadváhou, zatímco podíl obézních mužů byl nižší než u nás a v Polsku (Studie „Zdravý životní styl“, 2006).

Dle Müllerové je obezita příčinou každého třináctého úmrtí v Evropě. Uvádí, že Česká republika vykazuje v posledních dvou desetiletích nárůst incidence a prevalence obezity, což je podobné i v ostatních státech Evropy. Označuje obezitu jako celosvětovou pandemii, přičemž k jejímu vzniku přispělo zásadně změněné životní prostředí a životní styl člověka. Tyto faktory označuje za obezitogenní, tj. vzniku obezity napomáhající. Ve své přehledové studii také uvádí, že mezi obezitogenní faktory patří nedostatek fyzické aktivity, energetická nadměrnost a nutriční nevhodnost skladby stravy a psychosociální stres. Müllerová dále vyhodnocuje primární intervence v individuálním poradenství jako nejeftektivnější z hlediska prevence obezity. Metoda krátké intervence spadá do individuálního poradenství a její výsledky jsou v účinnosti na postoj populace nejen ke správné výživě efektivní. Podle inovovaných priorit programu Zdraví 21 byly definovány nové dílčí úkoly i aktivity, mezi nimiž je nově zakotvena i prevence a léčba obezity, související zejména s nesprávnou výživou a nedostatečnou pohybovou aktivitou. V oblasti zdravější výživy je dle Müllerové nutné zlepšit stravovací návyky, konzumovat více ovoce a zeleniny, neboť jejich příjem je v populaci stále nedostatečný, což potvrdily i výsledky našeho výzkumu (Müllerová, 2012).

Sdělením v *British Journal of Sports Medicine* byla potvrzena pozitivní nákladová efektivita krátké intervence v oblasti pohybové aktivity. Autoři prohlédli všechny dostupné články publikované do října 2014 o krátkých intervencích ke zvýšení fyzické aktivity prostřednictvím odborných databází a konstatují, že krátké intervence k podpoře fyzické aktivity v primární péči nebo komunitě jsou levné a nákladově efektivní, ve srovnání s běžnou zdravotní péčí, třebaže existují znatelné rozdíly mezi studiiemi (Kříž, 2016). Toto tvrzení potvrzují i výsledky modelové studie National Institute for Public Health and the Environment, Department of Prevention and Health Services, které

uvádějí, že intervence v oblasti životního stylu jsou nákladově efektivní u osob s různými úrovněmi rizika diabetu mellitu 2. typu, dále také intervence v oblasti zdravotní péče pro vysoce rizikové skupiny a intervence v oblasti životního stylu zaměřené na obecnou populaci (nízké riziko) představují nákladově efektivní způsoby, jak omezit narůstající zátěž diabetem (Bruggen et al., 2007).

Pohybová aktivita patří neodlučitelně k životnímu stylu každého jedince. Řada výzkumných šetření potvrdila významnou úlohu pohybové aktivity již od ontogeneze jedince. Je součástí boje proti neinfekčním onemocněním, jakými jsou například hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, ICHS, CMP, nadváha a obezita. Problematikou determinant zdraví se již dlouhou dobu zabývá WHO. Pohybovou aktivitu posuzuje jako součást zdravého životního stylu. Dle výzkumu z roku 2014 WHO odhaduje, že neinfekční choroby se podílejí z 85 % na úmrtnosti populace vyspělých zemí ve věku mezi 30 až 70 lety (Physical activity, 2018).

Ošetřovatelství v oblasti podpory pohybové aktivity hraje důležitou roli. Sestra jako edukátorka vstupuje zásadním způsobem jak do oblasti primární prevence, tak do prevence sekundární. Ztotožňujeme se s tvrzením Martínka: „*sestry jsou šířitelkami osvěty v oblasti podpory pohybové aktivity jak u zdravých, tak nemocných jedinců*“ (Martinek, 2015, s. 142)

Kaas a spol. uvádí: „*sestry se mohou díky svému početnímu zastoupení v populaci zdravotníků výrazně podílet na zvyšování zdravotní gramotnosti laické veřejnosti a efektivně ovlivňovat systém péče o zdraví*“. „*Nezbytným krokem pro maximální využití zdravotní gramotnosti v profesi sestry je intenzivnější začlenění zmíněné problematiky do vzdělávacích plánů*“ (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016).

Nejedlá cituje zajímavé informace o fyzické aktivitě ve státech EU z publikace „*Factsheets on health-enhancing physical activity in the 28 European Union member states of the European Region*“ „*Nejčastější způsoby transportu u lidí v evropských státech jsou automobil a veřejná doprava, chůze je na třetím místě, na čtvrtém používání bicyklů a na posledním motocykly. Povinná tělesná výchova na základních školách méně než 2 hod./týden je v 5 z 28 zemí, 2 hod./týden v 15 zemích a více než 2 hod./týden v 8 zemích. Na středních školách méně než 2 hod./týden ve 4 zemích, 2 hod./týden v 18 zemích a více než 2 hod./týden v 6 zemích. Fyzická aktivita jako součást vzdělávání profesionálů je u lékařů a fyzioterapeutů ve 14 zemích, u sester ve 12 zemích, u ostatních profesí v 8*

zemích. Propagace tělesné aktivity se v 18 zemích zaměřuje na změny chování, v 16 zemích na motivaci, v 11 na kulturní přijatelnost být fyzicky aktivní, ve 4 zemích na další stránky. Cílovou skupinou jsou ve 23 zemích lidé s nízkým socioekonomickým statutem, ve 21 zemích lidé s nízkou tělesnou aktivitou a starší populace, v 17 zemích etnické minority a v 9 zemích ženy před těhotenstvím a v jeho průběhu. Podstatnou část zmíněné publikace tvoří data z jednotlivých zemí EU, kde jsou mj. údaje o podílu lidí, kteří splňují doporučení WHO pro úroveň fyzické aktivity. V ČR to je např. 28 % 11letých chlapců a 23 % 11letých dívek, 30 % 13letých chlapců a 19 % 13letých dívek, 25 % 15letých chlapců a 14 % 15letých dívek“ (Nejedlá, 2016).

Zvýšit pohybovou aktivitu populace je možné různými způsoby. Nejlépe hodnocenými aktivitami dle Kunzové a spol. byly: „zvýšená dostupnost a vybavenost školních sportovišť a herních prostor; zařazení PA do výuky; pravidelné přestávky s možností PA ve školách; metoda krátké intervence ve školním prostředí zaměřená na nekouření, pohyb a výživu, s využitím zapojení rodičů; podpora využívání schodů“ (Kunzová et al., 2014, s. 125).

Z výzkumu publikovaného v časopise „Česká kinantropologie“ například vyplynulo, že celkový objem pohybové aktivity se snižuje s věkem zejména u mužů, celkově jsou však muži aktivnější než ženy. Pouze 45,58 % mužů a 26,93 % žen splňují požadavky pro intenzivní pohybovou aktivitu (tj. nejméně 3x v týdnu a nejméně 20 minut) stanovenou v „Healthy people 2010“. Publikace Baumana (2009) porovnává úroveň pohybové aktivity v ČR s ostatními zeměmi. Studie analyzovala data z 20 různých zemí. Výzkumný soubor tvořilo 52 745 respondentů ve věkovém rozmezí 18 – 65 let. Zajímavé jsou například výsledky Austrálie, která zkoumala 2642 respondentů, z nichž dle vyhodnocení dat 58,6 % respondentů věkové kategorie 57 – 60 let bylo vysoce pohybově aktivní. USA zkoumala 4587 respondentů, z nichž vysokou pohybovou aktivitu udávalo 62 % respondentů ve věkové kategorii 61 – 63 let (Bauman et al., 2009). Oproti tomu Česká republika pracovala s výzkumným souborem s počtem 7468 respondentů. Dle vyhodnocení dat bylo zjištěno, že 62,9 % respondentů ve věku 62 – 64 let je vysoce aktivní, 27,2 % respondentů ve věku 26 – 28 let vykazovalo dle vyhodnocení dat aktivitu střední (Současná situace v ČR, 2011).

Tato data se neshodují s popisem pilotní studie dle Kisvetrové a Valáškové z roku 2014, kdy bylo cílem zjistit za pomoci kvantitativní metody základní informace o pravidelné

pohybové aktivitě českých a slovenských seniorů. Zúčastnilo se 112 respondentů ve věku 60 let a více; 42,90 % seniorů uvedlo, že vykonává pravidelnou pohybovou aktivitu. Limitující faktor pro vykonávání pravidelné pohybové aktivity uvedlo 28,10 % seniorů „zdravotní stav“. Potvrdila se závislost mezi subjektivním pocitem spokojenosti seniorů s vlastní kondicí a jejich pravidelnou pohybovou aktivitou ($p < 0,0001$). Za rizikový faktor nedostatku pohybu považovalo 36,60 % seniorů obezitu, ale závislost mezi hodnotou BMI seniorů a jejich zapojením do pravidelné pohybové aktivity nebyla prokázána ($p = 0,684$). Pilotní studie naznačuje, že čeští a slovenští senioři mají deficity v oblasti pravidelné pohybové aktivity. Také nemají dostatek informací o vhodných aktivitách a programech, které podporují pravidelnou pohybovou aktivitu seniorů v lokalitě jejich bydliště (Kisvertová, Valášková, 2014).

Náš výzkumný soubor pro pohybovou aktivitu tvořilo celkem 1335 respondentů. Bodovým hodnocením dotazníku pro pohybovou aktivitu bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných osob 1335 má 707 (52,96 %) osob nedostatečnou pohybovou aktivitu. Nedostatečná pohybová aktivita je dle Kalmana a kol., problém, který je možné analyzovat a pomocí veřejně politických nástrojů řešit (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2009).

Uspokojivá úroveň pohybové aktivity vykazovalo 405 (30,34 %) a 223 (16,70 %) osob našeho výzkumného souboru vykazovalo optimální úroveň pohybové aktivity. Hendl a kol., upozorňují na problém v hospodářsky vyspělých zemích, kde 70 % dospělé populace vede sedavý způsob života, čímž se zvyšuje riziko zdravotních problémů (Hendl, Dobrý, 2011).

Dle Doležílka byla ve Velké Británii v roce 2011 vydána doporučení „UK Physical Activity Guidelines“ (Department of Health, 2011), která uváděla: *Dospělá populace (19-64 let) by měla vykonávat PA každý den. V rámci jednoho týdne by měl být součet aktivit alespoň 150 minut u středně zatěžující PA vykonávané v nejméně 10 minutových intervalech. Jednou z možností, jak toho docílit, je vykonávat PA 30 minut v nejméně pěti dnech. Případně může být srovnatelných zdravotních efektů dosaženo i vykonáváním 75 minut intenzivní PA během jednoho týdne nebo kombinací obou pohybových aktivit. Dospělí by také měli provádět PA, která zvyšuje svalovou sílu minimálně 2x týdně. Všichni dospělí by měli minimalizovat množství času stráveného sezením v rámci delších časových úseků* (Doležilek, 2018, s. 62)

V rámci našeho výzkumného šetření jsme si stanovili hypotézu H6 která předpokládala souvislost mezi úrovní pohybové aktivity a velikostí bydliště pacienta. V tomto případě se nám **H6 potvrdila, neboť nedostatečnou pohybovou aktivitu vykazují zejména pacienti žijící v malých obcích s 2000 až 30 000 obyvateli.** Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že obě pohlaví provozují pohybovou aktivitu přibližně na stejné úrovni. Nedostatečná pohybová aktivita byla zjištěna u 59,96 % mužů a 52, 23 % žen, uspokojující u 30,34 % mužů a 30,19 % žen a neuspokojující u 16,70 % mužů a 17,58 % žen z našeho patientského souboru. Naše **hypotéza H7, ve znění muži a ženy se liší v provozování pohybové aktivity, se nám tedy nepotvrdila.** Toto zjištění se příliš neshoduje s výsledky výzkumu Vaculíka, který ve své diplomové práci uvádí, že pravidelné pohybové aktivitě se věnovalo v jeho výzkumném souboru 60 % dotázaných žen a 71 % sledovaných mužů, tedy identifikoval rozdíly v úrovni pohybové aktivity mezi pohlavími (Vaculík, 2016).

Dle Evropského centra pro kontrolu infekčních nemocí (ECDC) je chřipka je onemocnění s tendencí k epidemickému a pandemickému výskytu (ECDC, <https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts>). Každoroční epidemie chřipky na severní polokouli jsou spojeny s významnými ekonomickými náklady v důsledku ztráty produktivity pracovní síly, se zvýšenými nároky na ambulantní a ústavní zdravotní péči a během epidemií vznikají častěji závažné komplikace a úmrtí v souvislosti s chřipkou (Vestergaard et al., 2017). Prevencí vážných komplikací a úmrtí je očkování proti chřipce. Jak uvádí Komise Evropských společenství v Doporučení Rady o očkování proti sezónní chřipce, díky očkování by se u 70–90 % zdravých dospělých osob zabránilo laboratorně potvrzenému onemocnění.

Pro rizikové skupiny obyvatel je očkování v České republice hrazeno zdravotními pojišťovnami. Jedná se zejména o osoby nad 65 let věku, chronicky nemocné farmakologicky léčené a osoby umístěné v zařízeních sociální péče dle zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (Zákon č. 48/1997 Sb.). Očkování je však realizováno zcela na dobrovolné bázi. WHO doporučuje očkování proti chřipce z důvodu snížení počtu a závažnosti onemocnění chřipkou nejen u osob starších věkových skupin, u osob se zdravotním postižením a u osob chronicky nemocných, ale též osobám, které žijí ve společné domácnosti s rizikovými osobami a osobám, které jsou při výkonu povolání ve vysokém riziku možného vzniku onemocnění, což jsou zejména zdravotníci a pracovníci

v sociálních službách. Již v roce 2003 WHO vyzvala členské státy, aby zvýšily pokrytí očkováním proti chřipce u všech osob s vysokým rizikem a do roku 2010 dosáhly pokrytí $\geq 75\%$ u starších osob a osob s chronickými nemocemi (Prevention and control..., 2003). Tento návrh byl znovu potvrzen prohlášením Evropského parlamentu z roku 2005, kterým se členské státy Evropské unie (EU) a Evropského hospodářského prostoru (EHP) vyzývají, aby zvýšily očkování proti chřipce a dosáhly 75% proočkovanosti ve starších věkových skupinách nejpozději do roku 2015 (EP, 2005). Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce v České republice je formulován v souladu s Doporučením Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (State of Health..., 2009).

Chřipka je totiž v ČR dlouhodobě podceňována nejen laiky, ale i lékařskou veřejností, přestože jsou k dispozici dostatečná data a pravidelně jsou publikovány informace jak o výskytu onemocnění, tak o riziku jeho komplikací a úmrtí. Dle Vestergaarda et al., došlo v průběhu prosince 2016 - února 2017 v souvislosti s chřipkou typu A H3N2 k zvýšení úmrtnosti v 19 evropských zemí zejména u lidí ve věku nad 65 let (Vestergaard et al., 2017). Kynčl a spol. v téměř dvacet let trvající studii prokázali souvislost mezi epidemií chřipky a nárůstem počtu úmrtí na respirační a kardiální komplikace v tomto období (Kynčl et al., 2005). Podle WHO by mělo být proti chřipce očkováno 75 % populace z rizikových skupin (Prevention and control..., 2003), ale jak uvádí Kynčl, realita je ale taková, že proočkovanost se v České republice u těchto skupin pohybuje jen mezi 19 až 20 %, zatímco v některých jiných evropských zemích, např. v Holandsku, Spojeném království, Španělsku nebo Itálii je to 60 až 75 %. Kynčl dále uvádí, že astmatici mají oproti běžné populaci až 120x větší riziko úmrtí na chřipku a přínosem očkování je to, že u nich snižuje výskyt chřipky až o 89 %. Daleko náchylnější k chřipkové nákaze jsou i diabetici. Během chřipkové sezóny mají až 6x vyšší pravděpodobnost, že onemocní, a až 3x vyšší pravděpodobnost než zdravé osoby, že na následky chřipky a jejich komplikace zemřou. Preventivní očkování u nich dokáže výrazně snížit výskyt chřipkového onemocnění a bylo prokázáno, že např. u pacientů s diabetem mellitem typu 2 ve věku 18-64 let dokáže zabránit případné hospitalizaci až z 58 % (Patříte do rizikové..., 2017).

V souladu s publikovanými zkušenostmi ECDC z vakcinace ve státech EU z uplynulých let (Disease facts..., 2017) Národní imunizační komise a Česká vakcinologická společnost ČLS JEP pro sezónu 2017/2018 doporučily použití tetravalentní vakcíny proti

chřipce z důvodu širší ochrany vůči cirkulujícím virům chřipky (www.vakcinace.eu/doporuceni-a-stanoviska). Zaměstnavatelům se již mnoho let doporučuje, aby nabízeli možnost očkování svým zaměstnancům za zvýhodněných podmínek či bezplatně, neboť je to pro ně výhodné ze zdravotního i ekonomického hlediska (Beran, Moravík, 2003).

Nejnovější důkazy na bázi EBM (Evidence Based Medicine) o efektivitě očkování zdravých osob tetravalentí vakcínou proti chřipce přinesli v přehledovém článku s názvem *A systematic review of the health economic consequences of quadrivalent influenza vaccination* autoři Boer a kol. (De Boer et al., 2017). Havlíčková a kol. v článku *Projekt ke zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce u zdravotníků s cílem omezit výskyt chřipky jako nozokomiální infekce* informuje o edukačním projektu realizovaném ve 4 velkých zdravotnických zařízeních zaměřeném na cílovou skupinu zdravotníků. Na základě edukace realizované formou prezentací aktuálních odborných informací se téměř zdvojnásobil počet zdravotníků, kteří se rozhodli pro preventivní vakcinaci (19,7 % versus 34,1 %) a zároveň se snížil počet těch, kteří očkování odmítali (80,3 % versus 64,4 %). Havlíčková upozorňuje, že tento fakt jasně dokládá potřebu sdělení informací a důkazů odborníky cílové populaci přímo v jejich pracovním prostředí, tedy zaměstnancům v podnicích, pacientům a zaměstnancům ve zdravotnických zařízeních, (Havlíčková et al., 2017). Havlíčková dále uvádí, že klíčovým závěrem, vyplývajícím z dotazníkového šetření je, že velký vliv na očkování má doporučení lékaře. Klíčová role leží na praktických lékařích a specialistech, aby se edukace a provádění očkování ujali. Očkování zaměstnanců je možno řešit prováděním očkování závodními lékaři, očkovacími centry anebo využít zkušeností lékařů hygienické služby (Havlíčková et al., 2017).

V námi realizovaném projektu byly využity zkušenosti a doporučení Havlíčkové. Intervenováni byli pacienti i zdravotničtí pracovníci ve svém přirozeném pracovním prostředí, tedy ve zdravotnických zařízeních. Z celkem 513 námi oslovených osob bylo 20,47 % zdravotnických pracovníků, ostatní oslovení (79,53 %) patřili do rizikové skupiny pacientů uvedených v § 30/2 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Jednalo se tedy o osoby se základním onemocněním, u nichž by onemocnění chřipkou mohlo vážně ohrozit zdravotní stav. Z celého souboru po vyhodnocení znalostí a postojů k očkování proti chřipce pouze 19,29 % osob bylo vyhodnoceno jako osoby dostatečně zdravotně gramotné a se správnými postoji k očkování proti chřipce. Celkově se jednalo o 113 osob z celého souboru, které

prokázaly správné znalosti závažnosti onemocnění chřipkou a které uvedly, že se nechávají pravidelně či nepravidelně očkovat proti chřipce. Nejčastějším důvodem, proč se zdravotničtí pracovníci a pacienti patřící do rizikové populační skupiny z našeho souboru nenechávají očkovat proti chřipce, byl uveden názor, že chřipka pro ně není závažným onemocněním. Tento nesprávný názor zastává 31,12 % respondentů z celkových 408 osob, které uvedly, že se nenechávají očkovat a odpovídaly na otázku, z jakého důvodu očkování odmítají. Ke stejnému závěru jako my dospěla i Havlíčková a kol., která mapovala důvody odmítání očkování v souboru zdravotnických pracovníků (Havlíčková et al., 2017). Na druhém místě byla jako hlavní důvod odmítání očkování proti chřipce uvedena pacienty v riziku i zdravotnickými pracovníky skutečnost, že nemají dostatek informací o prospěšnosti očkování proti chřipce. Tento důvod uvedlo 19,86 % respondentů. Toto naše zjištění jenom potvrzuje sdělení Hamplové, která uvádí, že je neustále třeba zvyšovat zdravotní gramotnost nejen laické veřejnosti cestou individuálních intervencí i komunitních kampaní, ale též edukací odborné zdravotnické veřejnosti, zejména praktických lékařů na seminářích věnovaných prospěšnosti očkování a aktualitám v oblasti vývoje vakcín proti chřipce (Hamplová, 2017b). Zajímavé je zjištění, že pro žádného z pacientů ani ze zdravotnických pracovníků nebyla důvodem k odmítnutí očkování cena vakcíny.

Nezastupitelnou úlohu praktických lékařů a specialistů v propagaci a podpoře očkování proti chřipce potvrzuje naše zjištění, že 187 (36,45 %) osob z námi sledovaného souboru uvedlo jako stěžejní zdroj informací o očkování proti chřipce svého praktického lékaře či lékaře specialisty a toto zjištění je přesně v souladu se zjištěním Havlíčkové o nejdůležitějším vlivu doporučení lékaře na rozhodování pacienta o absolvování či odmítání očkování (Havlíčková et al., 2017). Na dalších místech se objevila média jako zdroj informací pro pacienty a překvapivě pouze 5 osob (0,97 %) uvedlo, že získaly informace od svého zaměstnavatele. Zde tedy spatřují autoři projektu velké pole působnosti pro cílené oslovení a zvýšení zdravotní gramotnosti pracovníků v podnicích. V dotazníku po provedené intervenci 77,00 % intervenovaných uvedlo, že považují provedenou intervenci za přínosnou a téměř identický počet osob (76,81 %) získal díky kartě a intervenci nové informace o této nákaze a její prevenci. O očkování proti chřipce začalo uvažovat 56,14 % intervenovaných a 48,34 % osob z našeho souboru se na základě provedené intervence rozhodlo k očkování proti chřipce před následující sezónou. Za zásah do soukromí považuje provedenou intervenci necelá pětina (19,49 %)

námi intervenovaných osob. Za zajímavé zjištění považují autoři projektu skutečnost, že námi stanovená **hypotéza H8, která předpokládala, že muži a ženy se liší ve znalostech a postojích k očkování proti chřipce, se nepotvrdila.**

ZÁVĚR

Naše rigorózní práce byla zaměřena na zvyšování zdravotní gramotnosti metodou krátké intervence u vybraných pacientů ve zdravotnických zařízeních v rámci celé České republiky. Jsou zde předloženy výsledky dvouletého projektu MZ ČR, který je zaměřen na změnu životního stylu pacientů se zjištěnými rizikovými faktory a nesprávným postojem pacientů v oblasti očkování proti chřipce. Projekt probíhal v období 1. 1. 2016 – 31. 12. 2017. Pro vypracování této práce byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem rigorózní práce bylo zmapovat rizikové faktory životního stylu u souboru pacientů v lůžkových a ambulantních zdravotnických zařízeních v rámci České republiky. Z celkového počtu všech identifikovaných rizikových faktorů byl zjištěn rizikový faktor alkoholismus u 1005 (15,79 %) osob, tabakizmus u 1762 (27,68 %) pacientů, nesprávná výživa u 1652 (26,02 %) pacientů, u 1435 (22,55 %) pacientů byla zjištěna nedostatečná pohybová aktivita a u 507 (7,97 %) pacientů byla zjištěna absence znalostí o závažnosti onemocnění chřipkou a nesprávný postoj k očkování.

Druhým cílem této práce bylo identifikovat pomocí standardizovaných dotazníků WHO a SZÚ míru rizika vybraných faktorů životního stylu u pacientů. K identifikaci míry rizika byly využity standardizované dotazníky WHO (Fagerströmův dotazník, dotazník AUDIT) a dotazníky zpracované SZÚ a VŠZ (výživa, pohybová aktivita, očkování proti chřipce). K vyhodnocení míry rizikového faktoru kuřáctví byl použit Fagerströmův dotazník mapující stupeň závislosti pacienta na nikotinu. K vyhodnocení míry rizikového faktoru nadměrná konzumace alkoholu byl použit dotazník AUDIT mapující stupeň závislosti pacienta na alkoholu. Jedná se o první adaptovaný nástroj, který specificky a citlivě diagnostikuje užívání alkoholu u dospělých a dospívajících jedinců. K zmapování rizikových faktorů nedostatečná úroveň pohybové aktivity a nesprávná výživa byly použity dotazníky zpracované odbornými pracovníky Centra podpory veřejného zdraví SZÚ. K zmapování úrovně znalostí a postojů pacientů k očkování proti chřipce byl použit dotazník zpracovaný řešitelkami projektu z Vysoké školy zdravotnické ve spolupráci s odbornými pracovníky SZÚ. V rámci intervence zaměřené na očkování proti chřipce byla vypracována řešitelkami projektu edukační karta, která byla následně využita při intervencích pacientů. Edukační karta o očkování proti chřipce je současně výstupem předkládané rigorózní práce.

Třetím cílem bylo vyhodnotit změny v názorech a postojích pacientů po provedené intervenci v dané rizikové oblasti. U rizikového faktoru tabakizmus bylo vyhodnoceno celkem 1592 odpovědí v každé ze 4 uvedených otázek. Vyhodnocením otázek po provedené intervenci bylo zjištěno, že 58,54 % osob má v úmyslu omezit kouření, 21,60 % je rozhodnuto kouření zanechat. O návštěvě specializované poradny pro odvykání kouření uvažuje 16,52 % intervenovaných. Krátkou intervenci jako zásah do soukromí považuje 22,80 % intervenovaných pacientů. U rizikového faktoru alkoholizmus bylo vyhodnoceno celkem 924 odpovědí v každé ze 4 uvedených otázek. Z odpovědí pacientů vyplývá, že úmysl omezit konzumaci alkoholických nápojů po sdělení výsledku AUDIT testu a provedené intervenci uvedlo 45,13 % intervenovaných, k rozhodnutí zanechat konzumace alkoholických nápojů dospělo 20,23 % pacientů. O návštěvě specializované poradny uvažuje na základě edukace 12,99 % osob. Přibližně čtvrtina intervenovaných považuje edukaci v oblasti nadměrné konzumace alkoholu za zásah do svého soukromí. Vyhodnocením dotazníku správná výživa po provedené intervenci v oblasti stravovacích zvyklostí bylo zjištěno, že 70,05 % pacientů má v úmyslu upravit své stravovací zvyklosti, 42,53 % se rozhodlo zásadně změnit svůj jídelníček. O návštěvě specializované poradny zdravé výživy uvažuje na základě intervence 14,36 % pacientů. Forma provedené intervence byla dle vyhodnocení výstupního dotazníku zásahem do soukromí pro 260 pacientů. Vyhodnocením dotazníku pohybová aktivita po provedené intervenci bylo analyzováno v každé z otázek 1335 odpovědí. Z vyhodnocení vyplývá, že 45,72 % osob má v úmyslu zvýšit svou pohybovou aktivitu, 37,06 % osob se rozhodlo zvýšit svou pohybovou aktivitu, 7,73 % dotazovaných uvažuje o návštěvě speciální poradny a pro 9,5 % osob byla forma intervence zásahem do soukromí. Vyhodnocením dotazníku očkování proti chřipce po provedené intervenci bylo zaznamenáno celkem na každou z otázek 513 odpovědí. K provedení intervence byla využita v praxi nově vypracovaná edukační karta. Z vyhodnocení vyplývá, že 27,72 % osob považuje intervenci za přínos, 27,65 % dotazovaných osob udalo, že díky edukační kartě a provedené intervenci získaly nové informace o zmíněné nákaze a její prevenci. O očkování proti chřipce začalo uvažovat 20,21 % osob, 17,40 % osob uvedlo, že se v nadcházejícím roce nechá očkovat proti chřipce a pro 7,20 % dotazovaných byla forma intervence zásahem do soukromí. Závěrem lze říci, že s ohledem na výše uvedené výsledky byly intervence úspěšné a pro pacienty přínosné.

Pro náš výzkumný záměr jsme si také stanovili 8 hypotéz, kdy jsme stanovovali míru závislosti vybraných kategoriálních znaků na základě chí kvadrát testu. Stanovená hypotéza H1, která předpokládala *existující závislosti mezi pohlavím, výší vzdělání a konzumací alkoholu* se nám potvrdila. V našem souboru jsme zjistili významně vyšší konzumaci alkoholických nápojů muži než ženami a nejvyšší míru konzumace alkoholických nápojů, vyhodnocenou již jako závislost na alkoholu, vykazovali muži se základním vzděláním. Stanovená hypotéza H2 se nám také potvrdila, neboť procento kuřáctví tabákových výrobků je nižší u skupiny vysokoškolsky vzdělaných respondentů v porovnání s respondenty se vzděláním základním a středním a námi stanovená hypotéza H2, která předpokládala *souvislost mezi pohlavím, stupněm závislosti na nikotinu a úrovni vzdělání*, se tedy potvrdila. Hypotéza H3 předpokládající *existující závislost mezi věkem respondentů a jejich závislostí na alkoholu* se nám také potvrdila, neboť nejvyšší závislost na alkoholu vykazují v našem souboru pacienti ve věku 55-65 let. Hypotéza H4, která předpokládala *souvislost mezi kouřením a konzumací alkoholických nápojů* se nám také potvrdila, neboť 75,2 % pacientů se silnou závislostí na nikotinu přiznalo též pravidelnou konzumaci alkoholických nápojů. Hypotéza H5 *předpokládala souvislost mezi pohybovou aktivitou a bydlištěm pacienta*. Tato hypotéza se nám také potvrdila, neboť optimální pohybovou aktivitu provozuje dle našeho vyhodnocení 20,73 % respondentů, kteří převážně žijí v obci s více než 2000 - 30 000 obyvatel. Hypotéza H6 předpokládala *souvislost mezi realizovanou pohybovou aktivitou a pohlavím*. Tato hypotéza se nám nepotvrdila, neboť jsme neprokázali významný rozdíl v úrovni pohybové aktivity mezi muži a ženami z našeho souboru pacientů. Hypotéza H7 předpokládala *rozdíl v úrovni stravování a kvalitě výživy mezi muži a ženami* z našeho patientského souboru. Analýzou výsledků jsme zjistili, že nedostatečná kvalita výživy byla zejména u mužů a to až v 70,93 % dotazovaných. Tímto vyhodnocením byla také tato hypotéza potvrzena. H8 předpokládala *souvislost mezi znalostmi a postoji k očkování proti chřipce s pohlavím respondenta*. Tato hypotéza se nám nepotvrdila, neboť obě skupiny pohlaví vykazovaly téměř stejnou, zcela nedostatečnou úroveň znalostí a nesprávné postoje k očkování proti chřipce, a to 80,85 % mužů a 80,62 % žen z našeho patientského souboru.

Dle zprávy OECD o profilu zdravotního stavu obyvatel České republiky z března 2018 je nutné říci i přes výše uvedené informace, že celkový zdravotní profil obyvatel České republiky se v posledních letech zlepšil, zejména pokud jde o střední délku života. K úmrtí obyvatel i nadále nejvíce přispívají kardiovaskulární onemocnění a nádorová

onemocnění plic, tlustého střeva a konečníku, což však velmi úzce souvisí s nezdravým životním stylem, který byl předmětem našeho výzkumu. Zdravotní stav obyvatel ČR je spojen s řadou rizikových faktorů, které jsme odhalovali a lze je řadit mezi faktory behaviorální, které dle OECD tvoří až 35% podíl ovlivňující samotné zdraví obyvatel. Patří mezi ně již zmíněné rizikové stravovací návyky (18 %), kouření (13 %), konzumace alkoholu (4 %), a nedostatek fyzické aktivity (3 %). Rychle rostoucí míra obezity je hrozbou nejen pro děti, ale i dospělé jedince. V současné době je obézní téměř každý pátý dospělý, což představuje celých 19 % procent české populace, což je více než ve většině zemí EU. Rizikové chování v oblasti životního stylu je dle OECD spojené s nižším sociálně ekonomickým postavením nebo vzděláním obyvatel. Příkladem je vznik obezity u osob s nejnižší úrovní vzdělání, který je dvakrát vyšší než u osob s nejvyšším vzděláním. (Česká republika: Zdravotní..., 2017)

Z výše uvedeného vyplývá, že metoda krátké intervence je aktuálním tématem v rámci primární péče. S pomocí komplexní legislativy, lze míru rizika neustále snižovat. Dle Aerse je nutné poskytovat lidem ucelené a správné informace, zejména však správnou a nenásilnou formou, což bylo naším záměrem. Lidé jsou více spokojeni s takto podanou konzultací, edukací a dodržují léčbu s pozitivními výsledky (Ayers, Visser, 2015). Je nutné si uvědomit, že nejdůležitějším předpokladem kvalitního života je zdraví. Citát Halfdana T. Mahlera, dřívějšího ředitele WHO, zdůrazňuje myšlenku, že člověk pochopí hodnotu zdraví, až když onemocní.

„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic“ (Zdraví 2020..., 2015)

SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ

1. ANDERSON et al., 2005. *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines for Identification and Brief Intervention*. Project PFEPA. Catalonia.
2. APFELBACHER, C. J. et al., 2008. Prevalence of overweight and obesity in East and West German children in the decade after reunification: population-based series of cross-sectional studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(2), 125-130, doi: 10.1136/jech.2007.062117.
3. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5230-3.
4. BAUMAN, A. et al., 2009. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(21), doi: 10.1186/1479-5868-6-21.
5. BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4248-9.
6. BERAN, J., MORAVÍK, J., 2003. Effectiveness of vaccination against influenza in Skoda Auto Company employees during the influenza season 2000-2001. *Cent. Eur. J. Public Health*, 11(4), 209-212. ISSN 1210-7778.
7. BRUGGEN, J. et al., 2007. Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. *Diabetes Care*, 30(1), 128-134, doi:10.2337/dc06-0690.
8. ČELEDOVÁ, L. et al., 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3809-6.

9. *Česká republika od roku 1989 v číslech od roku* [online]. Praha: ČSÚ, publ. 2017-05-17. [cit. 2018-09-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-w0i9dxmghn>.
10. *Česká republika: Zdravotní profil země 2017* [on-line]. Brusel: OECD Publishing [cit. 2018-07-09]. ISBN 978 926-428-5125. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ceska-republika-zdravotni-profil-zeme-2017_9789264285125-cs
11. *Češi jedí pestřeji*, 2015 [online]. Praha: Český statistický úřad. [cit. 2018-07-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cesi-jedi-pestreji>
12. DASKALOPOULOU, CH. et al., 2018. Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMJ Open*; 8(e019540), doi: 10.1136/bmjopen-2017-019540.
13. DE BOER, P.T. et al., 2017. A systematic review of the health economic consequences of quadrivalent influenza vaccination. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.*, 17(3), 249-265, doi: 10.1080/14737167.2017.1343145.
14. *Disease facts about seasonal influenza*, 2017 [online]. ECDC [cit. 2018-10-18] Dostupné z: https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts_
15. DOLEŽÍLEK, J., 2018. *Monitoring pohybové aktivity vybrané populační skupiny* [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/dcvb3/>.
16. DROBES, D. J., 2002. Concurrent alcohol and tobacco dependence: mechanisms and treatment. *Alcohol Res & Health*, 26(2), 139-142. ISSN 1535-7414. Dostupné z: <https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=googlescholar&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA95148616&sid=classroomWidget&asid=fd4ad308>.
17. *Databáze léků*, 2018 [online databáze]. Praha: SÚKL, 2010- [cit. 2018-10-18]. Souhrny údajů o přípravcích v pdf. Dostupná z [www: http://www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

18. FELBROVÁ, V., KULOVANÁ, S., 2016. Krátká intervence sester u kuřáků ve VFN v Praze. *Medical tribune*, 12(14), C6. ISSN 1214-8911.
19. GENTILELLO, L. M. et al., 2005. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. *Ann Surg*, 241(5), 541-50, doi: 10.1097/01.sla.0000157133.80396.1c.
20. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, 2013. [online]. Geneva: WHO. p. 103. [cit. 2018-08-25]. ISBN 978-92-4-150623-6. Dostupné z: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
21. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, 2016 [online]. Copenhagen: WHO, Regional Officer for Europe [cit. 2018-05-20]. ISBN 978-92-890-5136-1. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1.
22. HAMPLOVÁ, L., 2017a. Aplikace metody krátkých intervencí v praxi - výsledky realizace 1. roku 2 letého projektu [online]. In: *12. mezinárodní vědecká konference: Preventivní programy v ošetrovatelské péči*. Praha: Vysoká škola zdravotnická [cit. 2018-08-10]. Dostupné z: http://www.vszdrav.cz/userdata/files/2017_VSZ_kratke_intervence.pdf
23. HAMPLOVÁ, L., 2017b. Prevence chřipkových onemocnění očkováním. In: *Seminář pro praktické lékaře ČLS JEP. 13. 9. 2017*. České Budějovice.
24. HAVLÍČKOVÁ, M. et al., 2017. Projekt ke zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce u zdravotníků s cílem omezit výskyt chřipky jako nozokomiální infekce. *Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie*, 26(3), 106-108. ISSN 1804-8668.
25. HEIDE, I. et al., 2013. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13(179), doi: 10.1186/1471-2458-13-179.

26. *Health Promotion evaluation: Recommendations to Policy*, 1998. [online].
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [cit. 2018-08-25]. Dostupné z:
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/108116>.
27. HENDL, J., DOBRÝ, L. 2011. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2000-8.
28. HOLČÍK, J., 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-089-0.
29. KAAS, J., STASKOVÁ, V., ŠULISTOVÁ, R., 2016. The concept of health literacy in contemporary nursing. *Kontakt*; 18(4), e219–e223. ISSN 1212-4117.
30. KALINA, K. et al., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
31. KALMAN, M., HAMŘÍK, Z., PAVELKA, J., 2009. *Podpora pohybové aktivity: pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut. ISBN 978-80-254-5965-2.
32. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 264 s. ISBN 9879-80-200-137-5.
33. KICKBUSCH, I. et al., 2013. *Health literacy: the solid facts* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Solid facts (Series). p. 77. [cit. 2018-08-25]. ISBN 978-928-9000-15-4. Dostupné z:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1.
34. KISVETROVÁ, H., VALÁŠKOVÁ P., 2014. Regular physical activity amongst Czech and Slovak older adults – A pilot study. *Kontakt*; 16(4), e209–e214, doi: 10.1016/j.kontakt.2014.10.002.
35. KLAPKOVÁ, M, SYKÁČKOVÁ, P. 2017. Životní styl a spotřeba potravin v Česku. *Geografické rozhledy*, 26(5), 20-21. ISSN 1210-3004.

36. KOHOUTOVÁ, J., 2016. Nejvíce pijí Rakušané, hned po nich Češi. Spotřeba alkoholu celosvětově klesá, v Česku je to naopak [on-line]. *Hospodářské noviny*, 20. října 2016. [cit. 2017-09-20]. Dostupné z: <https://domaci.ihned.cz/c1-65484840-nejvic-piji-rakusane-hned-po-nich-cesi-spotreba-alkoholu-celosvetove-klesa-v-cesku-je-to-naopak>.
37. KONES, R. et al., 2011. Primary prevention of coronary heart disease: integration of new data, evolving views, revised goals, and role of rosuvastatin in management. A comprehensive survey. *Drug Des Devel Ther*, Jun 2011 (5), 325-380, doi: 10.2147/DDDT.S14934.
38. KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira. 503 s. ISBN 978-809-0421-745.
39. KRŮŽ, J., 2016. Nákladová efektivita krátkých intervencí. *Hygiena*, 61(1), 41. ISSN 1802-6281.
40. KUBÍNOVÁ, R., 2017 [online prezentace]. Praha: SZÚ, Odbor hygieny životního prostředí [cit. 2018-10-08]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/15707520-Zdravotni-stav-a-vybrane-ukazatele-demograficke-statistiky.html>.
41. KUČERA, Z., PELIKAN, J., ŠTEFLOVÁ, A., 2016. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR. Výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*, 155(5), 233-241. ISSN 0008-7335.
42. KUNZOVÁ, Š. et al., 2014. Chování a zdraví IV. možnosti ovlivnění chování ve vztahu ke zdraví. *Hygiena*, 59(3), 123-130. ISSN 1802-6281.
43. KYNČL, J., 2017. *Očkování proti chřipce* [online]. Praha: SZÚ [cit. 2018-10-08]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/ockovani-proti-chripce-flu-vaccination>.

44. KYNČL, J. et al., 2013. Early and unexpectedly severe start of influenza epidemic in the Czech Republic during influenza season 2012-13. *Euro Surveil*, 18(6), 203-96. ISSN 1025-496X.
45. KYNČL J., et al. 2005. A study of excess mortality during influenza epidemics in the Czech Republic, 1982–2000. *Eur J Epidemiol*, 20(4), 365–371.
46. MAARMAN, J. et al., 2017. Review of a causal role of fructose-containing sugars in myocardial susceptibility to ischemia/reperfusion injury. *Nutrition Research*, 42, 11-19, doi: 10.1016/j.nutres.2017.03.003.
47. MAAT, H. et al., 2014. A short assessment of health literacy (SAHL) in the Netherlands. *BMC Public Health*, 14(1-8), 990, doi: 10.1186/1471-2458-14-990.
48. MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. akt. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
49. MALÁ, K. et al., 2016. *Užívání tabáku – informace a pracovní postup pro intervenci sestry* [on-line]. Praha: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. [cit. 2018-08-10]. Dostupné z: http://www.slzt.cz/dokumenty/pokyny_pro_sestry_2016.pdf.
50. MARTINEK, L. et al., 2016. Podpora pohybové aktivity – role sestry. *Kontakt*, 18(3), 174-179. ISSN 1212-4117.
51. MARTINEK, L., 2015. *Pohybové aktivity jako primární prevence* [online]. České Budějovice. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2018-10-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/b7tker/>.
52. *Masa jíme o polovinu více než dříve*, 2017 [on-line]. Praha: Český statistický úřad, pub. 2017-11-30. [cit. 2018-08-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/masa-jime-o-polovinu-vic-nez-drive>.

53. MENDIS, S., 2010. The contribution of the Framingham Heart Study to the prevention of cardiovascular disease: a global perspective. *Prog Cardiovasc Dis*, 53(1), 10-14, doi: 10.1016/j.pcad.2010.01.001.
54. MIOVSKÝ, M., 2017. Nové přístupy a možnosti prevence užívání tabáku v adiktologické praxi v ČR. *Tempus Medicorum*, 26(7-8), 30-33. ISSN 1214-7524.
55. MÜLLEROVÁ, D., 2012. Obezita v České republice a preventivní aktivity. *Hygiena*, 57(4), 154-156. ISSN 1210-7840.
56. MRAVČÍK, V. et al., 2017. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016: Annual Report on Drug Situation 2016 - Czech Republic*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-200-5.
57. *Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce v České republice*, 2011. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, pub. 2011-10-17. [cit. 2018-09-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/narodni-akcni-plan-na-zvyseni-proockovanosti-proti-sezonni-chripce-v-ceske-republice_5511_2073_5.html.
58. NEJEDLÁ, M, 2016. Evropa na cestě ke zvýšení pohybové aktivity lidí. *Hygiena*, 61(2), 69. ISSN 1210-7840.
59. NEŠPOR, K., 2012. Škodlivé užívání alkoholu a závislost na něm u duševně nemocných: krátká intervence a další možnosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(1), 7-9. ISSN 1213 – 0508.
60. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 2005. Krátká intervence pro problémy působené alkoholem může probíhat v různých prostředích. *Časopis lékařů českých*, 144(12), 840-843. ISSN 0008-7335.
61. *Noncommunicable diseases prematurely take 16 million lives annually, WHO urges more action*, 2015 [online]. Geneva: WHO, pub 2015-01-19. [cit. 2018-09-05].

Dostupné na:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>.

62. ORR, A. M., KUKNER, J. M., TIMMONS, D. J., 2014. Fostering Literacy Practices in Secondary Science and Mathematics Courses: Pre-service Teachers' Pedagogical Content Knowledge. *Language and Literacy*, 16(1), 91-110, doi: 10.20360/G2CS3Z.
63. OSBORNE, H., 2006. Health Literacy: How Visuals Can Help Tell the Healthcare Story [online]. *Journal of visual communication in Medicine*, 29(1), 29-32 [cit. 2018-10-08]. Dostupné z:
<https://pdfs.semanticscholar.org/b640/96b2f8e8f5613611e025fd87d928b527653b.pdf>
64. PAFKO, P., 2017. Kouření a chirurgie. *Tempus Medicorum*, 26(7-8), 52-53. ISSN 1214-7524.
65. PARNELL, T. A., 2015. *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. New York: Springer Publishing. ISBN 978-0-8261-6173-4.
66. Patříte do rizikové skupiny? Nepodceňujte chřipku, hrozí vám vážné komplikace, 2017 [online]. *Ordinace.cz*, pub. 2017-09-17. [cit. 2018-10-29]. <http://ordinace.cz/clanek/patrite-do-rizikove-skupiny-nepodcenujte-chripku-hrozi-vam-vazne-komplikace/>.
67. *Physical activity. Fact sheet N°385*, 2018 [online]. WHO, pub. 2018-02-23. [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
68. *Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics*, 2003 [online]. WHO, pub. 2003-05-28. [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: http://www.who.int/immunization/sage/1_WHA56_19_Prevention_and_control_of_influenza_pandemics.pdf.

69. *Projekce obyvatelstva České republiky*, 2003 [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2018-09-20]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/20538390/4025rra.pdf/9142790b-9517-463c-860b-8fc78897f30d?version=1.0>.
70. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J., 2013. *Pedagogický slovník*. 7. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
71. SHUMAKER, S. et al., 2009. *The Handbook of Health Behavior Change*. 3rd ed. New York: Springer Publishing. ISBN 978-0-8261-1545-4.
72. SMITH, S. G. et al., 2015. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 69(5), 474-480, doi: 10.1136/jech-2014-204915.
73. SØRENSEN, K., BRAND H., 2013. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International*, 29(4), 634-644, doi:10.1093/heapro/dat013.
74. SØRENSEN, K. et al., 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058, doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
75. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., KERNOVÁ, V., 2015. *Užívání tabáku alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let* [online] Praha: SZÚ. [cit. 2018-09-25]. ISBN 978-80-7071-335-8. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/zavislosti/TabakAlko2004_2013.pdf
76. *Spotřeba alkoholu a tabáku je stále vysoká*, 2017. [on-line]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tisková zpráva, pub. 2018-09-18. [cit. 2018-09-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/spotreba-alkoholu-a-tabaku-v%C2%A0ceske-republice-je-stale-vysoka_14228_3692_1.html.

77. *Správná výživa*, 2018. [online] Praha: SZÚ. [cit. 2018-09-25]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/spravna-vyziva>.
78. *State of Health in the EU: more protection and prevention for longer and healthier lives*, 2018. [online]. Brussels: European Commission, pub. 2018-11-22 [cit. 2018-09-25]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf
79. *Studie „Zdravý životní styl“*, 2006 [online]. Ostrava: Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje, pub. 2006-04. [cit. 2018-09-25]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/odbornacinnost/studie-happie_
80. *Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Building capacity for tobacco control: training package*, 2013 [online]. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-150541-3. [cit. 2018-09-05]. Dostupné na: http://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treating_tobacco_dependence/en/
81. *Systém monitorování stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí. Výsledky studie „Zdraví dětí 2016“*, 2016. [on-line]. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_16/OZ_BMI_VDT.pdf
82. ŠONKA, K., 2017. Kouření a spánek. *Tempus Medicorum*, 26(7-8), 27. ISSN 1214-7524.
83. TÓTHOVÁ, V., M. VELEMÍNSKÝ, 2006. K problematice poskytování kulturní diferencované ošetrovatelské péče ve vietnamské a čínské minoritě. In: *Nové trendy v ošetrovatelství: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. s. 432-439. ISBN 80-7040-884-7.

84. TUČEK, M., 2003. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. Praha: SLON. 428 s. ISBN 80-86429-22-9.
85. TUREK, B. et al., 2016. Závěry 20. Celostátní konference „Výživa a zdraví 2016“. *Hygiena*, 61(4), 177-179. ISSN 1802-6281.
86. VACULÍK, M., 2016. *Pohybové aktivity jako nedílná součást aktivního způsobu života* [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/nxfwpg/>>.
87. VÁŇOVÁ, A., SKÝVOVÁ M., MALÝ, M., 2017. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016 [online]. Praha: SZÚ [cit. 2018-09-20]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2017.pdf
88. VESTERGAARD, L. S. et al., 2017. Excess all-cause and influenza-attributable mortality in Europe, December 2016 to February 2017 [online]. *Euro Surveill*, 22(14), 22 [cit. 2018-09-11]. Dostupné z: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.14.30506>
89. VLČEK, J., VYTRÍŠALOVÁ, M., 2014.: *Klinická farmacie II*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4532-1.
90. VRABLÍK, M, 2017. Kouření a kardiovaskulární riziko. *Tempus Medicorum*, 26(7-8), 27. ISSN 1214-7524.
91. *Vybrané výsledky studie EHES 2014, 2015*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 2018-05-20]. Dostupné z : <http://www.szu.cz/ehes-vysledky?highlightWords=ehis>.
92. WARREN, C. W. et al., 2009. *Global Tobacco Surveillance System: The GTSS Atlas*. Atlanta: CDC Foundation.

93. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.
94. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74, s. 3622-3661. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>.
95. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 21, s. 671-698. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>.
96. *ZDRAVÍ 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*, 2015. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2018-08-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf.
97. *Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, 2014a [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ; Státní zdravotní ústav. [cit. 2018-05-20]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ_aktualne/Narodni_strategie_podpory_a_ochrany_zdravi_a_prevence_nemoci_Zdravi_2020_web.pdf.
98. *Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*, 2014b. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ; Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-85047-48-6.
99. ZUCKER, R. A., DONOVAN, J. E., MASTEN, A. S., 2009. Developmental Processes and Mechanisms. Ages 0–10. *Alcohol Research & Health*, 32(1), 16-29. ISSN 0090-838X.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 12** Zjištěné rizikové a intervenované faktory u souboru pacientů
- Tabulka 13** Věková kategorie respondentů
- Tabulka 14** Pohlaví
- Tabulka 15** BMI v závislosti na pohlaví
- Tabulka 16** Vzdělání
- Tabulka 6** Kouření
- Tabulka 7** Alkohol - frekvence konzumace
- Tabulka 8** Převážně žiji v obci
- Tabulka 9** Dotazník AUDIT – otázka 1
- Tabulka 10** Dotazník AUDIT – otázka 2
- Tabulka 11** Dotazník AUDIT – otázka 3
- Tabulka 12** Dotazník AUDIT – otázka 4
- Tabulka 13** Dotazník AUDIT – otázka 5
- Tabulka 14** Dotazník AUDIT – otázka 6
- Tabulka 15** Dotazník AUDIT – otázka 7
- Tabulka 16** Dotazník AUDIT otázka 8
- Tabulka 17** Dotazník AUDIT – otázka 9
- Tabulka 18** Dotazník AUDIT – otázka 10
- Tabulka 19** Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT
- Tabulka 20** Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT - skóre
- Tabulka 21** Dotazník po provedené intervenci – ALKOHOL
- Tabulka 22** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 1
- Tabulka 23** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 2
- Tabulka 24** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 3
- Tabulka 25** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 4
- Tabulka 26** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 5
- Tabulka 27** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 6
- Tabulka 28** Dotazník závislost na nikotinu – dosažené body v jednotlivých otázkách
- Tabulka 29** Stupeň závislosti na nikotinu
- Tabulka 17** Dotazník po provedené intervenci – KOUŘENÍ
- Tabulka 18** Dotazník správná výživa

- Tabulka 19** Hodnocení výživových zvyklostí
- Tabulka 20** Dotazník po provedené intervenci – VÝŽIVA
- Tabulka 21** Dotazník pohybová aktivita
- Tabulka 22** Hodnocení pohybové aktivity
- Tabulka 36** Dotazník po provedené intervenci – POHYBOVÁ AKTIVITA
- Tabulka 37** Chřipka – Identifikace pacienta
- Tabulka 38** Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 1
- Tabulka 39** Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 2
- Tabulka 40** Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 3
- Tabulka 41** Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 4
- Tabulka 42** Hodnocení znalostí a postojů – výsledky
- Tabulka 43** Dotazník před provedenou intervencí - otázka 1
- Tabulka 44** Dotazník před provedenou intervencí – otázka 2
- Tabulka 45** Dotazník po provedené intervenci – CHŘIPKA
- Tabulka 46** Testování nezávislosti pomocí chí kvadrátu

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 21** Zjištěné rizikové a intervenované faktory u souboru pacientů
- Graf 22** Věk soboru intervenovaných pacientů
- Graf 23** Pohlaví
- Graf 24** Vzdělání respondentů
- Graf 25** Kouření
- Graf 26** Alkohol - frekvence konzumace
- Graf 27** Převážně žiji v obci
- Graf 28** Dotazník AUDIT – otázka 1
- Graf 29** Dotazník AUDIT – otázka 2
- Graf 30** Dotazník AUDIT – otázka 3
- Graf 31** Dotazník AUDIT – otázka 4
- Graf 32** Dotazník AUDIT – otázka 5
- Graf 33** Dotazník AUDIT – otázka 6
- Graf 34** Dotazník AUDIT – otázka 7
- Graf 35** Dotazník AUDIT – otázka 8
- Graf 36** Dotazník AUDIT – otázka 9
- Graf 37** Dotazník AUDIT – otázka 10
- Graf 38** Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT
- Graf 19** Celkové orientační hodnocení – dotazník AUDIT - skóre
- Graf 39** Dotazník po provedené intervenci – ALKOHOL
- Graf 21** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 1
- Graf 22** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 2
- Graf 23** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 3
- Graf 24** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 4
- Graf 25** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 5
- Graf 26** Dotazník závislost na nikotinu – otázka 6
- Graf 27** Dotazník závislost na nikotinu – dosažené body v jednotlivých otázkách
- Graf 28** Stupeň závislosti na nikotinu
- Graf 29** Dotazník po provedené intervenci – KOUŘENÍ
- Graf 30** Dotazník správná výživa
- Graf 31** Hodnocení výživových zvyklostí
- Graf 32** Dotazník po provedené intervenci – VÝŽIVA

- Graf 33** Dotazník pohybová aktivita
- Graf 34** Hodnocení pohybové aktivity
- Graf 35** Dotazník po provedené intervenci – POHYBOVÁ AKTIVITA
- Graf 36** Identifikace pacienta
- Graf 37** Dotazník hodnocení znalostí a postojů - otázka 1
- Graf 38** Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 2
- Graf 39** Dotazník hodnocení znalostí a postojů - otázka 3
- Graf 40** Dotazník hodnocení znalostí a postojů – otázka 4
- Graf 41** Hodnocení znalostí a postojů – výsledky
- Graf 42** Dotazník před provedenou intervencí - otázka 1
- Graf 43** Dotazník před provedenou intervencí – otázka 2
- Graf 44** Dotazník po provedené intervenci – CHŘIPKA
- Graf 45** Stupeň závislosti kouření, pohlaví
- Graf 46** Celkové skóre alkohol, pohlaví
- Graf 47** Hodnocení výživa, pohlaví
- Graf 48** Hodnocení pohybové aktivity, pohlaví
- Graf 49** Hodnocení znalostí o chřipce, pohlaví
- Graf 50** Stupeň závislosti alkohol, vzdělání
- Graf 40** Stupeň závislosti kouření, vzdělání
- Graf 52** Celkové skóre alkohol, věk
- Graf 53** Stupeň závislosti kouření, alkohol
- Graf 54** Hodnocení pohybové aktivity, bydliště

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Seznam zkratk

Příloha 2: Edukační karty Alkohol

Příloha 3: Dotazník Alkohol

Příloha 4: Edukační karty Kouření

Příloha 5: Dotazník Kouření

Příloha 6: Edukační karty Výživa

Příloha 7: Dotazník Výživa

Příloha 8: Edukační karty Pohybová aktivita

Příloha 9: Dotazník Pohybová aktivita

Příloha 10: Edukační karta Chřipka

Příloha 11: Dotazník Chřipka

Příloha 1: Seznam zkratk

AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test, screeningový dotazník zaměřený na včasnou detekci osob s rizikovou konzumací alkoholu

BMI – Body mass index

CMP – Cévní mozková příhoda

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ECDC – Evropské centrum pro kontrolu infekčních nemocí

EHIS – Evropské výběrové šetření o zdraví

EHP – Evropský hospodářský prostor

EHIS – Evropské výběrové šetření o zdraví

EU – Evropská unie

HLS – EU - Q The European Health Literacy Survey Questionnaire – Evropský dotazník zdravotní gramotnosti

ICHS – Ischemická choroba srdeční

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NEHAP – National Environmental Health Action Plan, Národní akční plán

NVS Newest Vital Sign – nástroj na měření zdravotní gramotnosti v USA

OECD – Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD)

PA – pohybová aktivita

REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně

SZÚ – Státní zdravotní ústav

TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults- Test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

2A



NAJDETE SE?



Děti u nás
začínají pít alkohol již
VE 12 LETECH.

Téměř **17 LITRŮ** čistého alkoholu,
tak vysoká je průměrná spotřeba
jednoho člověka (15+)
za rok v ČR.

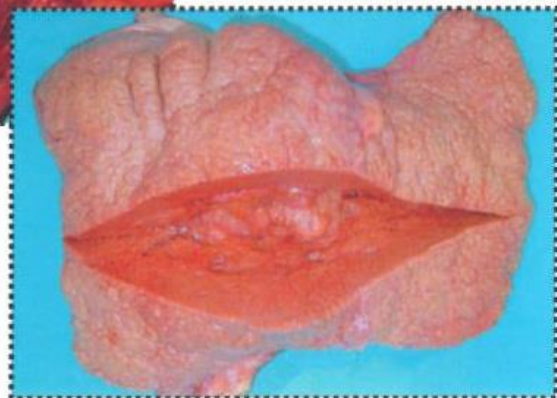


2B

JÁTRA ALKOHOLIKA



*Cirhózou postižená
játra alkoholika.*



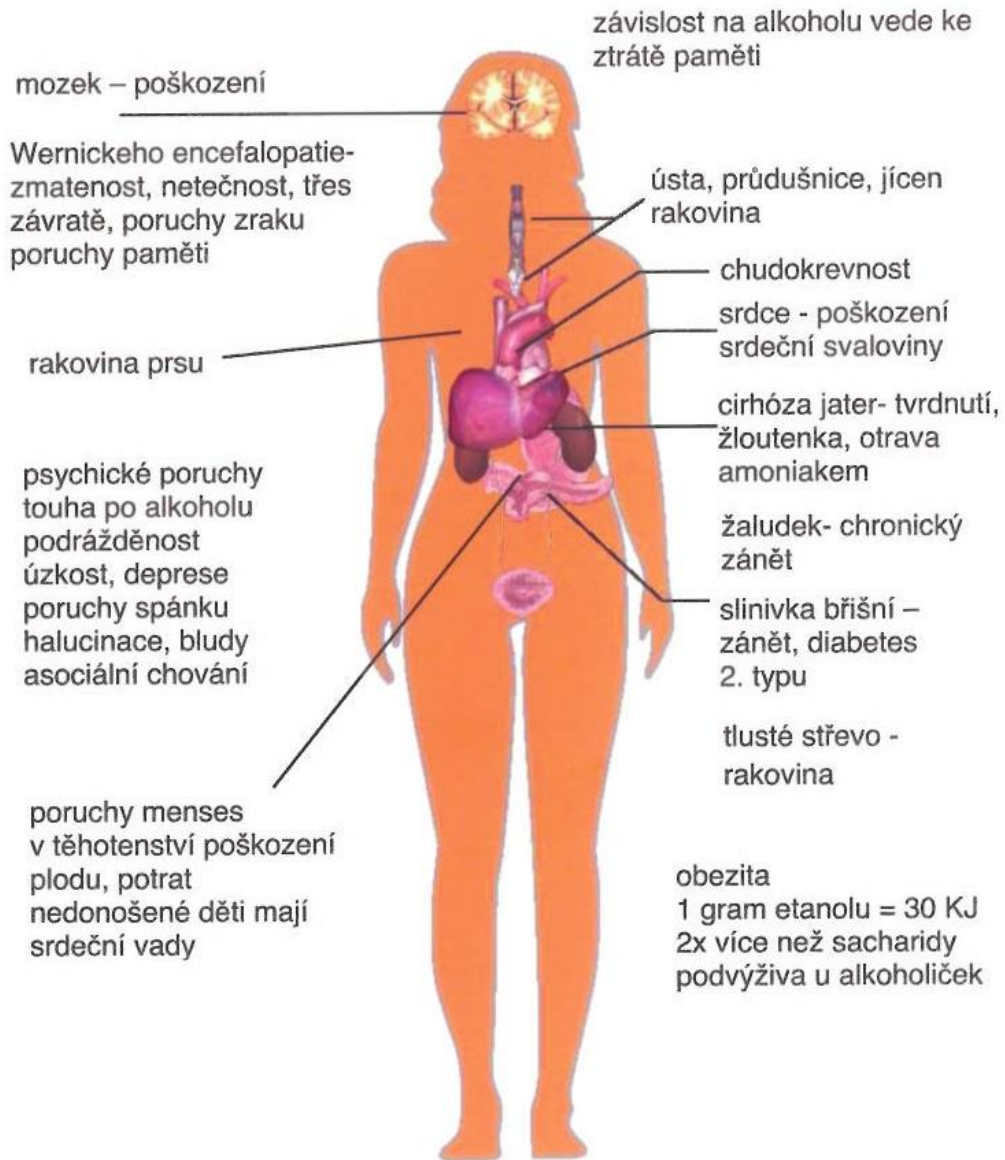
*Rakovina jater
vyrůstající
v cirhotických
játrech.*

© SZÚ 2015

Vydáno za finanční podpory dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ na rok 2016, č. projektu 10678.

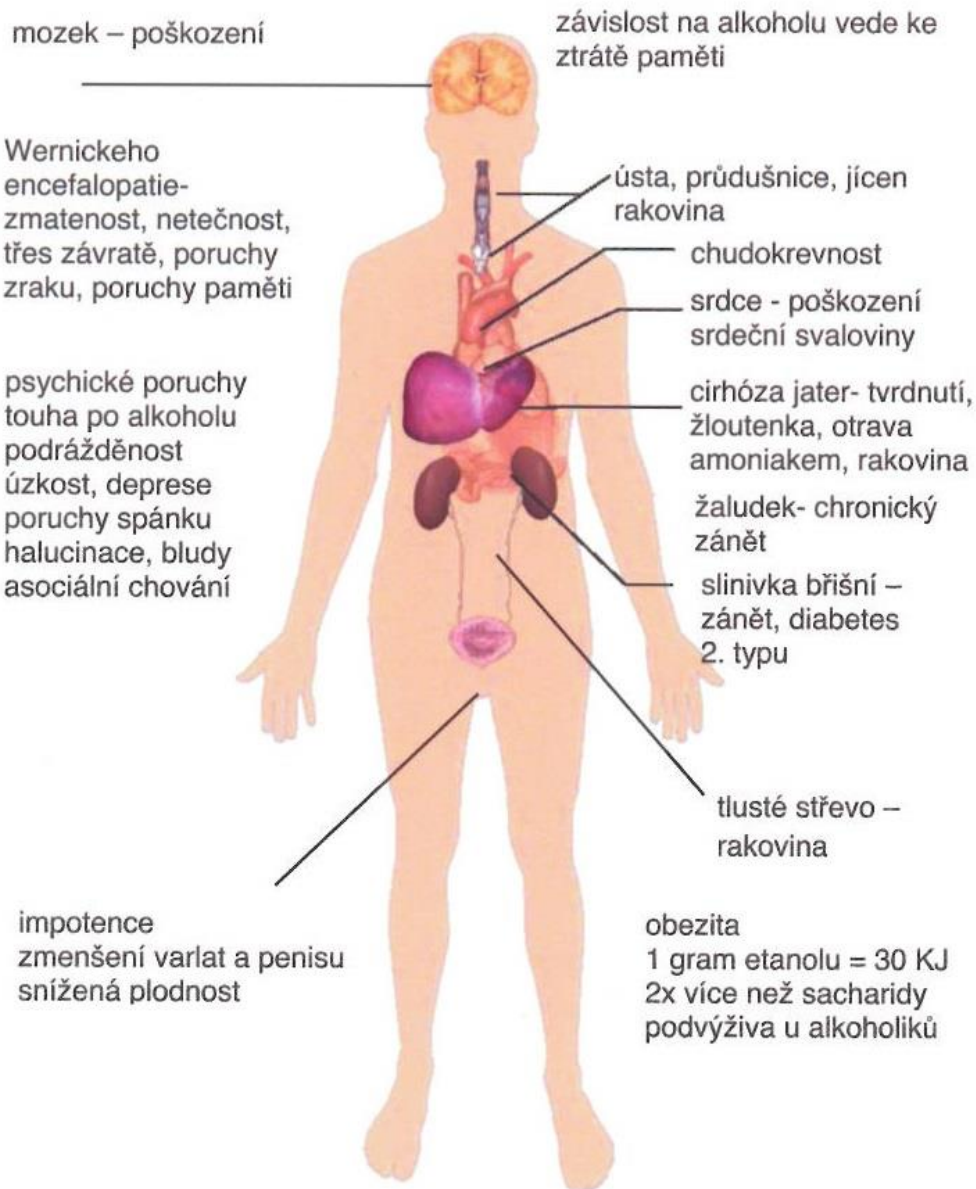
Poškození orgánů užíváním alkoholu

Alkohol je droga



Poškození orgánů užíváním alkoholu

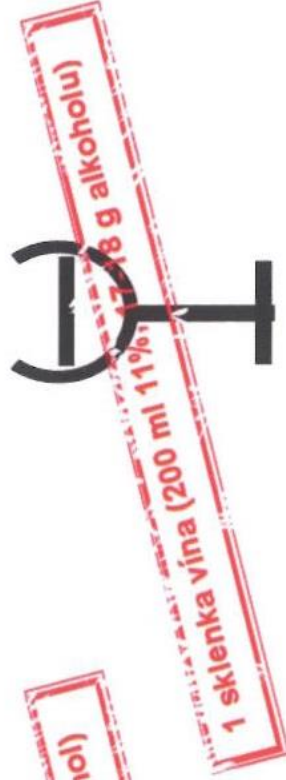
Alkohol je droga



Co je standardní nápoj?



Pivo



Víno



Likér



Tvrdý alkohol

Příloha 3: Dotazník Alkohol

Identifikační kód pacienta.....	Hlavní diagnóza slovně
Věk	<input type="checkbox"/> 15 – 25 <input type="checkbox"/> 26 – 35 <input type="checkbox"/> 36 – 55 <input type="checkbox"/> 56 – 65 <input type="checkbox"/> >65
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	váha: výška: BMI : Vzdělání: <input type="checkbox"/> ZŠ <input type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ
kouření <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně	alkohol <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně
převážně žiji v obci	<input type="checkbox"/> do 2 000 obyvatel <input type="checkbox"/> 2 000 – 30 000 obyvatel <input type="checkbox"/> > 30 000 obyvatel
<input type="checkbox"/> > 1 milion obyvatel	

Dotazník AUDIT

Až zaškrtnete odpovědi u jednotlivých otázek, sečtete čísla, uvedená před těmito odpověďmi. Hodnocení je uvedeno v závěru testu.

1. Jak často pijete alkoholické nápoje (včetně piva)?

- 0 – Nikdy
- 1 – Jednou za měsíc či méně často
- 2 – 2–4x za měsíc
- 3 – 2–3x týdně
- 4 – 4x nebo vícekrát týdně

2. Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru dvanáctistupňového piva, dvěma decilitrům přírodního vína nebo 0,05 litru destilátu)

- 0 – Nejvýše 1
- 1 – 1,5 až 2
- 2 – 2,5 až 3
- 3 – 3,5 až 3
- 4 – 5 a více

3. Jak často vypijete tři nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než jednou za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopeni/přestat pít, když začnete?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

5. Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců nebyl schopen / nebyla schopna udělat to, co se od vás běžně očekává?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

6. Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po nadměrném pití z předchozího dne?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

7. Jak často jste měl/měla během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – 1x za měsíc
- 3 – 1x za týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

8. Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

9. Byl/byla jste vy nebo někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?

- 0 – Nikdy
- 2 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících
- 4 – Ano, během posledních 12 měsíců

10. Byl někdo z vašich příbuzných nebo přátel či nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen vaším pitím a navrhoval vám, abyste pili méně nebo abyste úplně přestal/přestala?

0 – Nikdy

2 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících

4 – Ano v posledních 12 měsících

Hodnocení dotazník AUDIT

vyplňte dotazník a sečtete body za jednotlivé otázky. Body jsou uvedeny nahoře nad každým sloupcem. Sečtením všech bodů získáte celkový skór.

Celkové orientační hodnocení

- Celkové skóre < 8 (u osob nad 65 let <7) - není indikátorem škodlivého pití. Pokračujte podrobným hodnocením.

- Celkové skóre > 8 (u osob nad 65 let >7) - existuje riziko škodlivého pití.
- Celkové skóre 8-15 - představuje střední úroveň problémů s alkoholem.
- Celkové skóre 16 -19 - představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem.
- Celkové skóre >20 - indikuje závislost na alkoholu.

Podrobné hodnocení

- Otázky 2 a 3: u každé z těchto otázek více jak 1 bod indikuje rizikové pití
- Otázky 4, 5 a 6: u každé z těchto otázek skór více jak 1 bod indikuje riziko závislosti.
- Otázky 7,8,9,10: u každé z těchto otázek získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu. Jste na alkoholu závislí. Poradte se s odborníkem na specializovaných pracovištích.

Dotazník po provedené intervenci – ALKOHOL

Máte v úmyslu omezit pití alkoholických nápojů? ano-ne

Rozhodl/a jste se zanechat pití alkoholických nápojů? ano-ne

Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ano-ne

Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí? ano-ne

Datum provedené intervence, podpis zodpovědného zdravotnického pracovníka, razítka zařízení.

1A

UKRYTO V CIGARETĚ



složení tabákového kouře

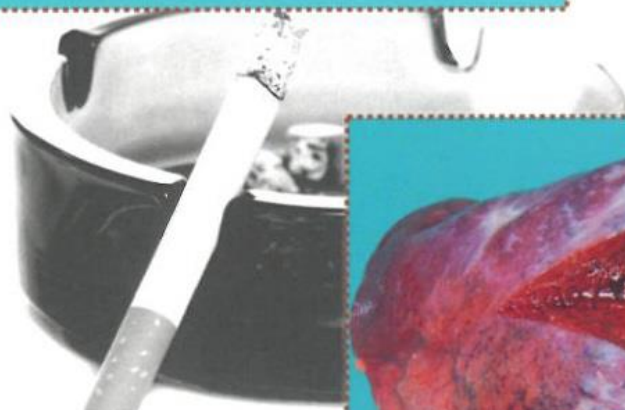


1B

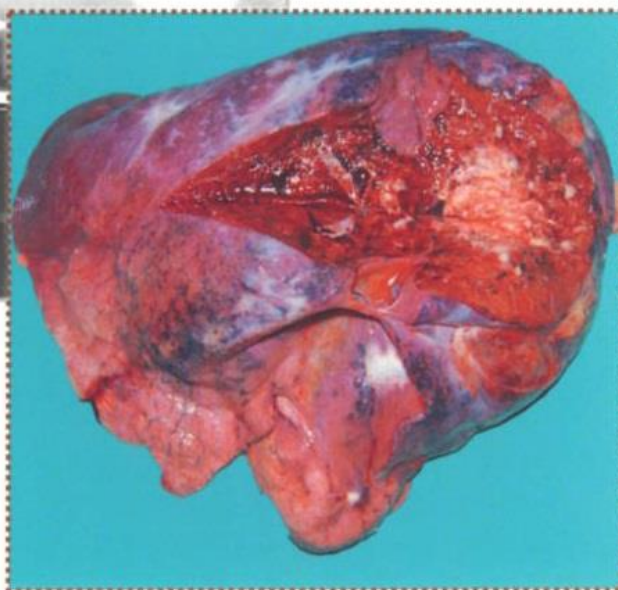
PLÍCE KUŘÁKA



Plíce zasažená karcinomem (nádorem) v její centrální části. Nádor má bělavou barvu.



Plíce zasažená karcinomem (bělavé ložisko uvnitř naříznuté plíce).

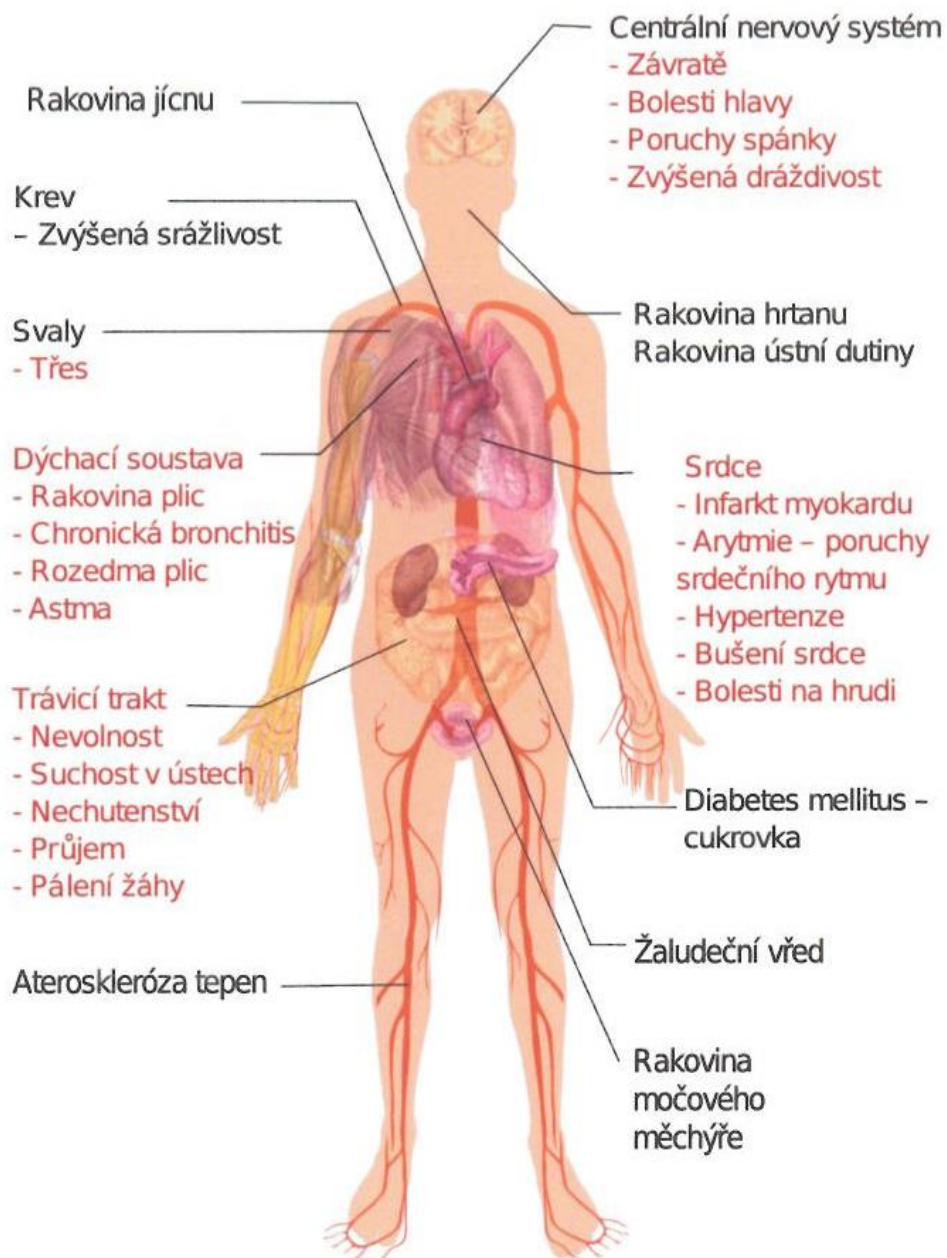


© SZÚ 2015

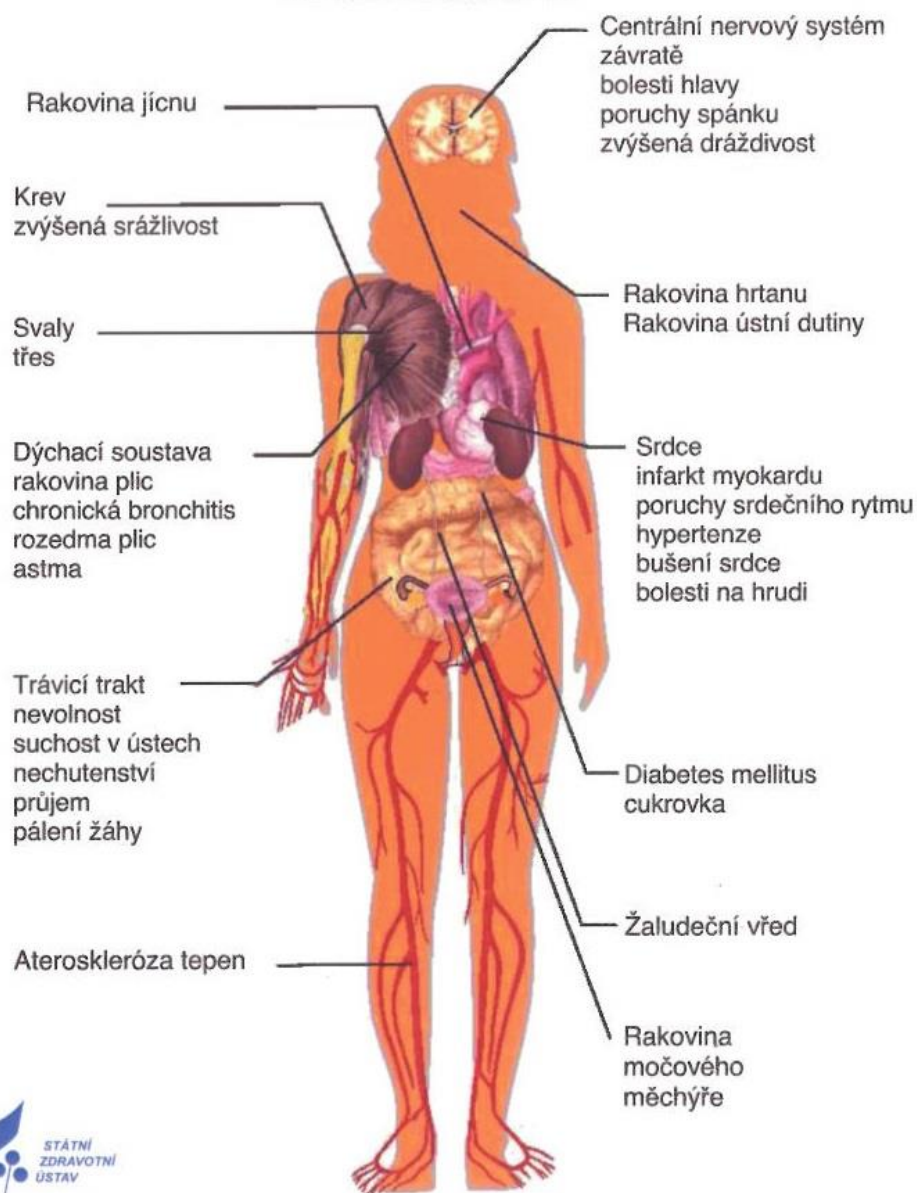
Vydáno za finanční podpory dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ na rok 2016, č. projektu 10678.

1C

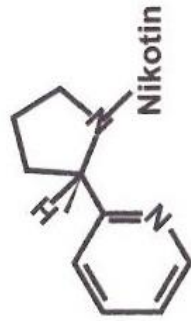
Poškození orgánů tabákovým kouřem a nikotinem



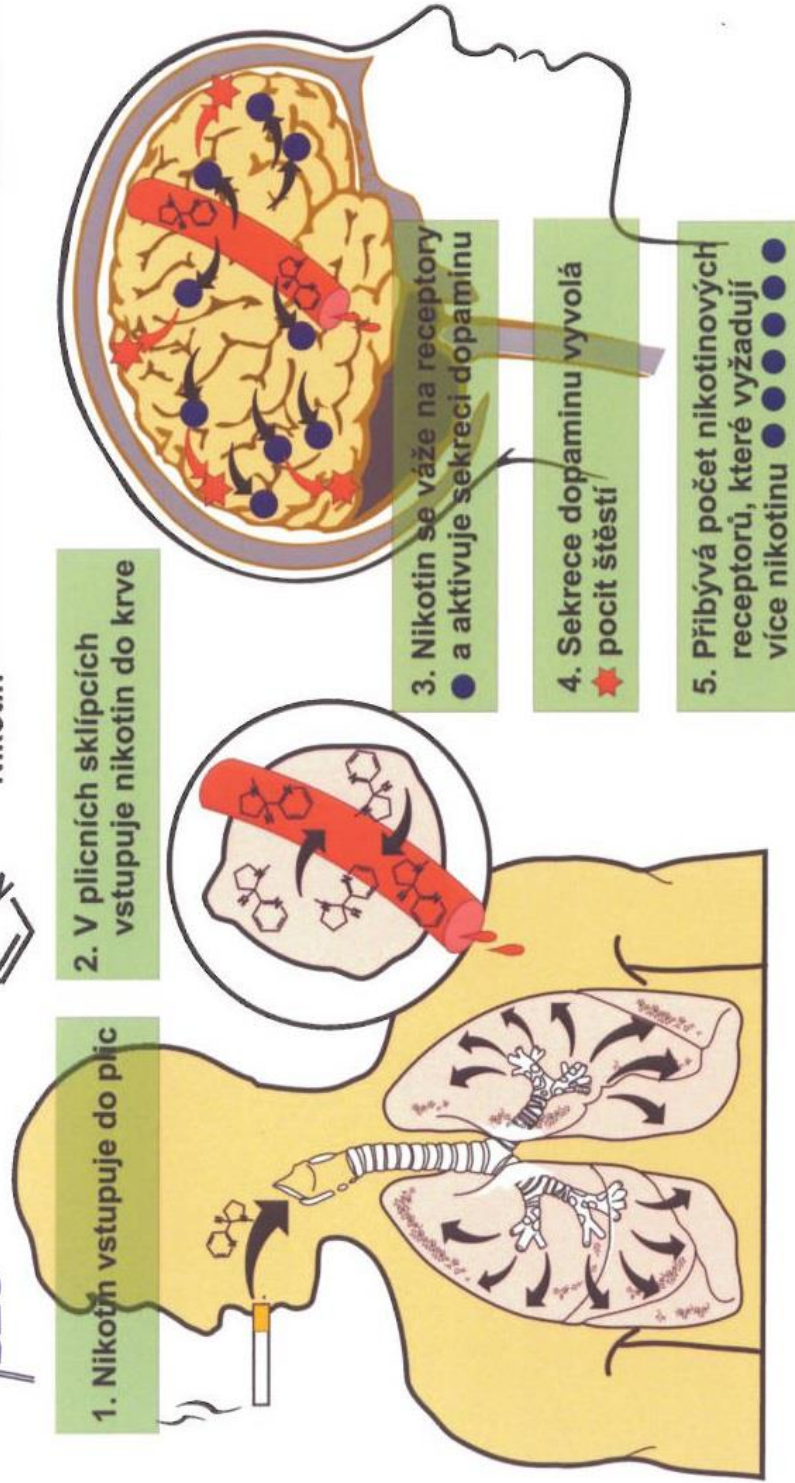
Poškození orgánů tabákovým kouřem a nikotinem



1D



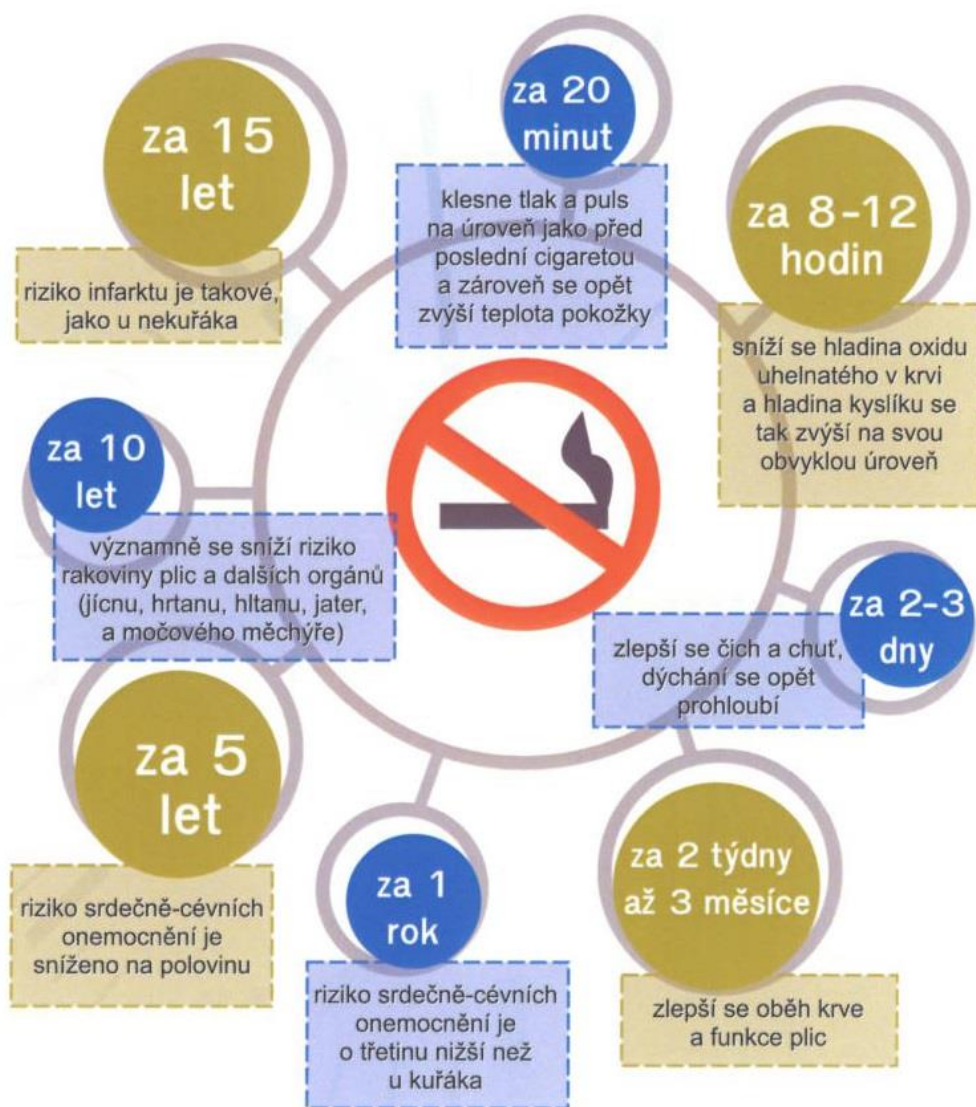
Nikotinová závislost



© SZÚ 2015

Vydáno za finanční podpory dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví“ na rok 2016, č. projektu 10678.

CO SE DĚJE V TĚLE, POKUD PŘESTANETE KOUŘIT...



Příloha 5: Dotazník Kouření

Identifikační kód pacienta.....	Hlavní diagnóza slovně
Věk	<input type="checkbox"/> 15 – 25 <input type="checkbox"/> 26 – 35 <input type="checkbox"/> 36 – 55 <input type="checkbox"/> 56 – 65 <input type="checkbox"/> >65
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	váha: výška: BMI : Vzdělání: <input type="checkbox"/> ZŠ <input type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ
kouření	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně alkohol <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně
převážně žiji v obci	<input type="checkbox"/> do 2 000 obyvatel <input type="checkbox"/> 2 000 – 30 000 obyvatel <input type="checkbox"/> > 30 000 obyvatel
	<input type="checkbox"/> > 1 000 000 obyvatel

Fagerströmův test nikotinové závislosti

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- a) Do 5 minut b) Za 6 - 30 minut c) Za 31 - 60 minut d) Po 60 minutách

2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- a) Ano b) Ne

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a) První ráno b) Kteroukoli jinou

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- a) 0 - 10 b) 11 - 20 c) 21 - 30 d) 31 a více

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano b) Ne

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- a) Ano b) Ne

Vyhodnocení testu nikotinové závislosti

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu

- a) Do 5 minut 3 body

- b) Za 6 - 30 minut 2 body
c) Za 31 - 60 minut 1 bod
d) Po 60 minutách 0 bodů

2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- a) Ano 1 bod
b) Ne 0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a) První ráno 1 bod
b) Kteroukoli jinou 0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- a) 0 - 10 0 bodů
b) 11 - 20 1 bod
c) 21 - 30 2 body
d) 31 a více 3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano 1 bod
b) Ne 0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- a) Ano 1 bod
b) Ne 0 bodů

Součet bodů

- 0 - 1 žádná nebo velmi malá závislost
2 - 4 střední závislost
5 - 10 silná závislost na nikotinu

Dotazník po provedené intervenci – KOUŘENÍ

- Máte v úmyslu omezit kouření? ano-ne
Rozhodl/a jste se zcela zanechat kouření? ano-ne
Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ano-ne
Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí? ano-ne

Datum provedené intervence, razítko dozorcujícího zdravotnického pracovníka, razítko pracoviště

3A

OSTEOPORÓZA



3A

Vápník jako prevence osteoporózy



příklad jídelníčku bohatého na vápník

snídaně

bílý jogurt, müsli s oříšky, lněné semínko, jablko, slazený čaj

svačina

celozrnná houska, margarín, tvrdý sýr, rajče, voda

oběd

brokolicová polévka, pstruh a bylinkové brambory, salát z čínského zelí, voda

svačina

jogurtový nápoj, banán, mandle

večeře

vaječná omeleta se zeleninou a sýrem, posypaná řeřichou, pečivo, čaj

© SZÚ 2015

Vydáno za finanční podpory dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ na rok 2016, č. projektu 10678.

PŘÍJEM TEKUTIN BĚHEM DNE

3B



nevhodné tekutiny

dětské slazené a barvené nápoje
 slazené a granulované čaje
 silně mineralizované vody
 káva ve větším množství
 neředěné džusy
 kolové nápoje
 alkohol
 soft drinky
 iontové nápoje
 energy drinky



vhodné tekutiny

stolní voda nebo voda z kohoutku
 slabě mineralizované vody
 džus ředěný alespoň 1:1
 neslazený čaj
 mléko
 ovoce a zelenina
 polévky



CUKR UKRYTÝ V POTRAVINÁCH

3C



© SZÚ 2015

Vydáno za finanční podpory dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ na rok 2016, č. projektu 10678.

ENERGIE V ROVNOVÁZE

3D

výdej
energie



příjem
energie



- běh rychlostí 8 km/h po rovině 2394 kJ
- chůze rychlostí 5 km/h po rovině 1218 kJ
- aerobik (nízká intenzita) 1134 kJ
- mytí oken 1134 kJ
- cyklistika rychlostí 8 km/h 756 kJ
- běžný úklid 730 kJ
- sledování televize 420 kJ

energie v kJ/hod pro osobu vážící 70 kg



9500 kJ/den



12000 kJ/den

příjem energie
ve středním věku (25 - 50 let)
s optimálním BMI (18,5 - 24,9)

snídaně

20% CDE

do 2 hodin po probuzení

svačina

10% CDE

oběd

30% CDE



Celkový denní
energetický příjem (CDE)
získáme z pěti jídel.

Mezi jednotlivými
jídlý by měl být
odstup tři hodiny.



večeře

25% CDE

2 - 3 hodiny před spánkem

svačina

10% CDE

Přesolené menu

SNÍDANĚ

krajíc chleba s taveným sýrem
a trvanlivým salámem

SVAČINA

kornspitz s Nivou



OBĚD

instantní gulášová polévka
instantní sýrové těstoviny
hlávkový salát s francouzským dresingem
minerálka

SVAČINA

pařížský salát a rohlík
minerálka



VEČEŘE

salámová pizza
minerálka

VEČER U TELEVIZE

chipsy a pivo

5g

5g

5g

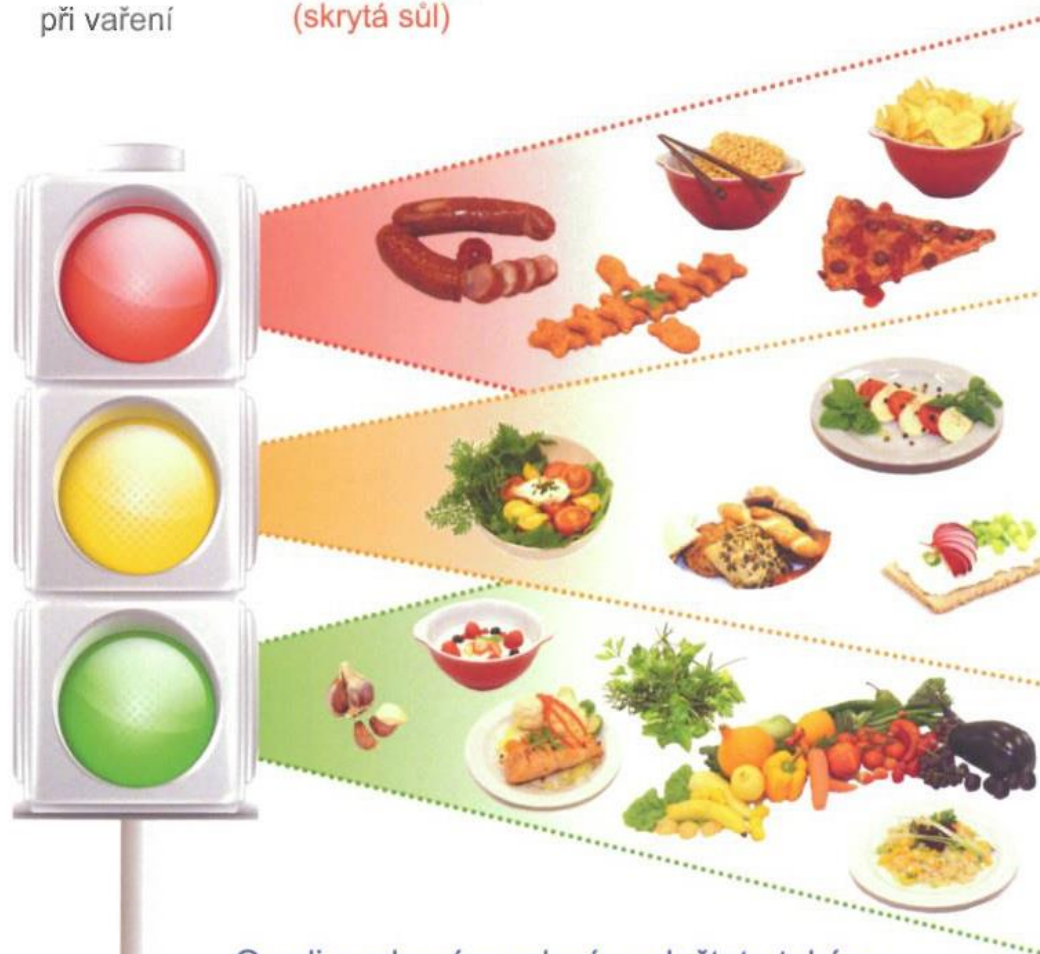
Tento jídelníček **obsahuje více než 15 g soli**,
tedy více než **trojnásobek doporučeného** denního množství.

Doporučené denní množství soli je ^{3E}
5 gramů (plná čajová lžička)



k dosolování
a solení
při vaření

v potravinách
(skrytá sůl)



O soli a zdravém solení se dočtete také na

www.mene-solit.cz

© SZÚ 2015

Vydáno za finanční podpory dotačního programu MZ ČR
„Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ na rok 2016, č. projektu 10678.

Příloha 7: Dotazník Výživa

Identifikační kód pacienta	Hlavní diagnóza slovně
Věk <input type="checkbox"/> 15 – 25 <input type="checkbox"/> 26 – 35 <input type="checkbox"/> 36 – 55 <input type="checkbox"/> 56 – 65 <input type="checkbox"/> >65	
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena váha: výška: BMI : Vzdělání: <input type="checkbox"/> ZŠ <input type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ	
kouření <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně alkohol <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně	
převážně žiji v obci <input type="checkbox"/> do 2 000 obyvatel <input type="checkbox"/> 2 000 – 30 000 obyvatel <input type="checkbox"/> > 30 000 obyvatel	

Dotazník Správná výživa

1. Dáváte přednost celozrnnému pečivu? (pečivo se semínky, žitné pečivo, grahamové pečivo)/ Pro celiaky: Sníte za den alespoň 3 porce obilovin (rýže, jáhly, quinoa, pohanka, bezlepkové pečivo apod.)?. / Pro nemocné ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou: Sníte za den alespoň 3 porce povolených obilovin? Porcí je myšleno: 1 krajíc chleba cca 60g, 1 miska vloček cca 50g, vařená rýže a těstoviny cca 125g.

ANO / NE

2. Sníte za den alespoň 3 kusy zeleniny? (počítáno i se zeleninou tepelně upravenou - špenát, zelí, mrkev)

ANO / NE

3. Sníte za den alespoň 2 kusy čerstvého ovoce?

ANO / NE

4. Jíte pravidelně? (tzn. každé 2,5 – 3 hodiny nebo 3-5 denních jídel)

ANO / NE

5. Pijete denně mléko nebo jíte mléčné výrobky?

ANO / NE

6. Vyhýbáte se uzeninám (salámy, šunky, párky)?

ANO / NE

7. Jíte 1-2x týdně ryby (sladkovodní i mořské)?

ANO / NE

8. Dáváte přednost libovým druhům masa? / Pro vegetariány: Jíte pravidelně, tj. 2-3x týdně, luštěniny?

ANO / NE

9. Dáváte přednost rostlinným tukům (řepkový, olivový olej) místo sádla a másla?

ANO / NE

10. Sladkosti a pochutiny (brambůrky) jím maximálně 1-2x týdně.

ANO / NE

11. Denně vypiju alespoň 1,5 litru nealkoholického neslazeného nápoje

ANO / NE

Součet odpovědí ANO je výsledným počtem bodů:

Hodnocení výživových zvyklostí

0-5 body: Vaše výživa je nedostatečné kvality, doporučujeme nápravu Vašich stravovacích zvyklostí.

6-8 bodů: Vaše výživa je uspokojující. Pro zvýšení kvality by bylo vhodné udělat pár drobných změn.

9-11 bodů: Vaše výživa je optimální.

Dotazník po provedené intervenci – VÝŽIVA




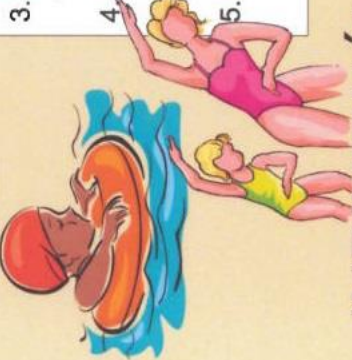
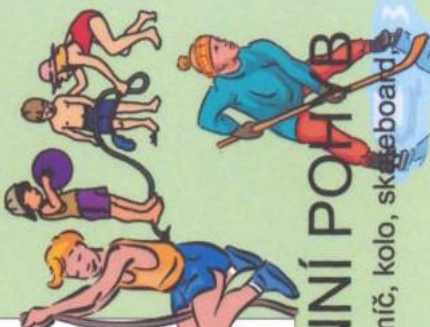
Máte v úmyslu upravit své stravovací zvyklosti? ano-ne

Rozhodl/a jste se zásadně změnit svůj jídelníček? ano-ne

Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ano-ne

Je pro Vás tato forma intervence zásahem do soukromí? ano-ne

Datum provedené intervence, podpis zodpovědného zdravotnického pracovníka a razítko zdravotnického zařízení

<p>ORGANIZOVANÉ HRY 4A</p> <p>Tenis, fotbal, hokej, florbal, volejbal, basketbal a další</p> 	<p>TRANSPORT</p> <p>Kolo, kolečkové brusle a další</p> 
<p>POHYBOVÁ AKTIVITA</p> <p></p> <ol style="list-style-type: none"> Co získáš, když se budeš více hýbat a sportovat? Zdraví, sílu, pěknou postavu a větší sebevědomí. & Ovlivňuje pohyb dobrou náladu? Ano, vyplavují se endorfiny, hormony štěstí. J Může ti pohyb pomoci najít nové kamarády? Ano a budeš mít jistotu, že jsi v dobré partě. C Jak často máš sportovat? Nejméně jednu hodinu denně. A každý další pohyb je pro tebe prospěšný. 6 Můžeš začít plně sportovat bez předchozího rozcvičení? Ne. Před sportovním výkonem je vhodné se lehce rozcvičit. G 	
<p>INDIVIDUÁLNÍ SPORTY</p> <p>Plavání, tanec, gymnastika, bojové sporty a další</p> 	<p>SPONTÁNNÍ SPORTY</p> <p>Volné hry, švihadlo, míč, kolo, skateboard, koloběžka a další</p> 

4B

Sportovní kluby

Pravidelná aktivita



Individuální sporty

Posilovna, běh, tanec a další



POHYBOVÁ AKTIVITA



- Může pohyb příznivě ovlivnit emoce?**
Ano, vyplavují se endorfiny, hormony štěstí. **J**
- Kdy lze očekávat zdravotní efekt pohybové aktivity?**
Nejdříve za půl roku pravidelného pohybu. **C**
- Jaké je doporučení pohybové aktivity pro zdravou věkovou věkovou skupinu 18 - 64 let?**
Pohyb střední intenzity 30-60 minut alespoň 5 dní v týdnu. Můžeme načítat po 10 minutách.
- Víte jaká jsou negativa nedostatečného pohybu?**
Snižená kondice, omezená pohyblivost kloubů, obezita, cukrovka, srdečně-cévní poruchy, osteoporóza, snížená imunita, duševní problémy a další.

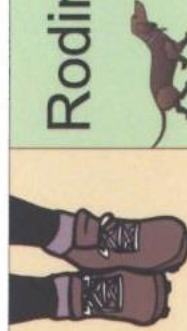
Transport

Chůze, jízda na kole, kolečkové brusle a další



Rodinné aktivity

Hry s dětmi, výlety, vycházky a další



4C

Kluby důchodců

Společné aktivity v kruhu přátel



Hobby

Domácí mazlíček
houbaření
zahrada
a jiné zájmy



POHYBOVÁ AKTIVITA



1. **Může pohyb příznivě ovlivnit emoce?**

Ano, vyplavují se endorfiny, hormony štěstí.

2. **Zlepšuje pohyb zdravotní stav chronicky nemocného člověka?**

Ano a snižuje riziko recidivy.

3. **Jaké je doporučení pohybové aktivity pro věkovou skupinu nad 65 let?**

Pohyb střední intenzity 30-60 minut 3 - 5 dní v týdnu. Můžeme načítat po 10 minutách.

4. **Víte jaká jsou negativa nedostatečného pohybu?**

Snížená kondice, omezená pohyblivost kloubů, obezita, cukrovka, srdečně-cévní poruchy, osteoporóza, snížená imunita, duševní problémy a další.

Sport



Turistika



Kolo, plavání, jóga, pohybová cvičení, tenis, golf aj.

Pěší chůze, Nordic walking, cestování, výlety, fotografování aj.

Příloha 9: Dotazník Pohybová aktivita

Dotazník pohybové aktivity

Identifikační kód pacienta	Hlavní diagnóza slovně
Věk <input type="checkbox"/> 15 – 25 <input type="checkbox"/> 26 – 35 <input type="checkbox"/> 36 – 55 <input type="checkbox"/> 56 – 65 <input type="checkbox"/> >65	
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena váha: výška: BMI : Vzdělání: <input type="checkbox"/> ZŠ <input type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ	
kouření <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně alkohol <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně	
převážně žiji v obci <input type="checkbox"/> do 2 000 obyvatel <input type="checkbox"/> 2 000 – 30 000 obyvatel <input type="checkbox"/> > 30 000 obyvatel	

1. Každý den mám alespoň 30 minut pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce). ANO/NE
2. Každý den mám alespoň 1 hodinu pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce). ANO/NE
3. Pokud možno, vždy používám schody místo výtahu/eskalátoru.
ANO/NE
4. Pohybová aktivita mě baví a těším se na ni.
ANO/NE
5. Přes den nikdy neseďím víc než hodinu v kuse.
ANO/NE
6. Pravidelně praktikuji nějaký druh posilování svalů (se závažím nebo vlastní váhou).
ANO/NE

7. Aktivně vyhledávám každou možnost zvýšit přirozenou pohybovou aktivitu v každodenních činnostech.
ANO/NE

8. Dlouhodobě se věnuji nějakému druhu sportu (ve skupině nebo individuálně).
ANO/NE

9. Pravidelná pohybová aktivita je nevyhnutelnou součástí mé práce/způsobu života.
ANO/NE

10. Svůj volný čas trávím převážně aktivně.
ANO/NE

Součet odpovědí ANO je výsledným počtem bodů:

Hodnocení pohybové aktivity

0-3 body: nedostatečná 4-6 bodů: uspokojující 7-10 bodů: optimální

Dotazník po provedené intervenci – POHYBOVÁ AKTIVITA

Máte v úmyslu zvýšit svoji pohybovou aktivitu ano-ne

Rozhodl/a jste se zvýšit ano-ne

Uvažujete o návštěvě specializované poradny? ano-ne

Je pro Vás tato forma intervence zásahem do soukromí? ano-ne

Datum realizace intervence, razítko zdravotnického zařízení, podpis zodpovědného zdravotnického pracovníka.

7A

Chřipka: chraňte sebe i okolí

Chřipka je vysoce nakažlivé virové onemocnění, které se rychle šíří vzduchem a proniká do těla. Šíření chřipky má obvykle explozivní charakter, zejména při nástupu epidemie, což bývá v chladném období roku. K přenosu dochází především kapénkovou infekcí. Inkubační doba je několik hodin až 5 dní, nejčastěji však 1 - 2 dny.



Při kašláním a kýcháním si přikryvejte nos i ústa jednorázovými kapesníky a ihned je vyhoďte do koše.

Ruce si pravidelně myjte vodou a mýdlem - virus chřipky může přežít na různých předmětech (kliky, telefonní sluchátka, držadla v MHD, madla nákupních vozíků...) i několik dní.



Projeví-li se u vás příznaky chřipky (horečka, bolest hlavy, únava, suchý kašel, bolest hrdla, svalů a kloubů, podrážděné oči, bolesti břicha..), nechoďte do práce, školy a na místa s větší koncentrací lidí a kontaktujte svého lékaře.



Neobjímejte se, nelíbejte se a nepodávejte si ruce při pozdravu. Nedotýkejte se rukama obličeje, nemněte si oči - snížíte tím riziko přenosu viru prostřednictvím rukou z kontaminovaných předmětů.

Bližší informace: http://www.mzcr.cz/dokumenty/chripka_4664_2073_5.html

7A

Pamatujte!

Nejúčinnější obranou
proti chřipce je
včasné očkování!



Nejlepší ochranou proti chřipce je očkování, které vede ve všech věkových skupinách k výraznému snížení výskytu onemocnění a ke snížení počtu návštěv lékaře. U zdravých dospělých v 70 až 90 % zabrání onemocnění.

Chřipkové vakcíny se každý rok připravují nově z posledního známého typu viru. Proto se doporučuje každoroční přeočkování.

Nejvhodnější dobou pro očkování proti chřipce je říjen a listopad.

Virus chřipky představuje závažné zdravotní riziko zejména pro jedince s onemocněním srdce, seniory a jedince s chronickým onemocněním. Očkovat by se měli nechat i rodinní příslušníci.

A proč je očkování důležité?



Chřipka způsobí v Česku každoročně onemocnění statisíců obyvatel a souvisí s ní v průměru téměř dva tisíce úmrtí. Nejvyšší výskyt je u školáků a u dospívajících, maximum počtu úmrtí pak mezi seniory.

Na koho se obrátit?

- >>>> očkování zajišťuje nejčastěji praktický lékař, zdravotní ústavy nebo očkovací centra

- >>>> informujte se u svého praktického lékaře, zdravotní pojišťovny či zaměstnavatele, zda máte nárok na očkování zdarma nebo na příspěvek

- >>>> pokud jste sám zaměstnavatel, přispívejte svým zaměstnancům na očkování, snížíte tím nemocnost na pracovišti

Příloha 11: Dotazník Chřipka

Identifikace pacienta

Identifikační kód pacienta	Hlavní diagnóza slovně
<hr/>	
Věk	<input type="checkbox"/> 15–25 <input type="checkbox"/> 26–35 <input type="checkbox"/> 36–55 <input type="checkbox"/> 56–65 <input type="checkbox"/> >65
<hr/>	
<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	váha: výška: BMI : Vzdělání: <input type="checkbox"/> ZŠ <input type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ
<hr/>	

kouření ne příležitostně pravidelně alkohol ne příležitostně pravidelně

převážně žiji v obci do 2 000 obyvatel 2 000–30 000 obyvatel

více než 30 000 více než 1 milion obyvatel

Zdravotnický pracovník: _____ ANO NE

PACIENT JE V RIZIKOVÉ SKUPINĚ: _____ ANO NE

Dotazník chřipka – znalosti, postoje

A. Které tvrzení o chřipce je dle Vás správné ?

Chřipka se projevuje několikadenní rýmou, mírným kašlem, probíhá bez teploty nebo s nízkou teplotou, rýmou, bez bolestí svalů a kloubů, trvá cca 2-3 dny a odezní. **0 bodů**

Chřipka se projevuje suchým dráždivým kašlem, horečkou, bolestmi svalů a kloubů, hrozí zápal plic, poškození srdce, pacient může i zemřít. **1 bod**

B. Využíváte možnost očkování proti chřipce?

- ANO, pravidelně každý rok ANO, nepravidelně
- NE, ale uvažuji o tom NE, nevím o této možnosti
- NE, nemám o toto očkování zájem

Hodnocení znalostí a postojů

ANO, pravidelně každý rok	3 body	ANO, nepravidelně	2 body
NE, ale uvažuji o tom	1 bod	NE, nemám o toto očkování zájem	0 bodů
NE, nevím o této možnosti	0 bodů		

0-2 body nedostatečné znalosti o chřipce a nesprávný postoj k očkování

3- 4 body dostatečné znalosti a přijatelný postoj k očkování

Dotazník před provedenou intervencí

1. Pokud nevyužíváte očkování proti chřipce, jaký je rozhodující důvod?

- chřipka pro mne není závažným onemocněním
- bojím se injekcí
- po předchozím očkování jsem stejně onemocněl/a chřipkou
- po předchozím očkování jsem měl/a nežádoucí reakce
- měl/a jsem negativní informace o následcích očkování od svých známých
- cena vakcíny
- očkování mi nedoporučil lékař *uvedte z jakého důvodu*
- nemám dostatek informací o užitečnosti a účinnosti tohoto očkování

2. Domníváte se, že onemocnění chřipkou může někdy až ohrozit na životě?

ANO NE

3. Myslíte si, že máte dostatečné informace o očkování proti chřipce?

ANO NE

4. Jakým způsobem jste získal/a nejvíce informací o očkování proti chřipce? (zaškrtněte pouze jednu možnost)

ústně od praktického lékaře či specialisty od zdravotní pojišťovny

z letáků v ordinaci na internetu

z televize a rozhlasu v knihách, odborných časopisech

od přátel, známých, příbuzných nezajímám se o toto onemocnění

od zaměstnavatele

Dotazník po provedené intervenci

1. Považujete provedený rozhovor/ intervenci za přínosnou?

ANO NE

2. Získal/a jste díky kartě a intervenci nové informace o této nákaze a její prevenci?

ANO NE

3. Uvažujete o očkování proti chřipce?

ANO NE

4. Necháte se příští rok očkovat proti chřipce?

ANO NE

5. Považujete tento způsob intervence za zásah do soukromí?

ANO NE

Datum provedené intervence, razítko zdravotnického zařízení, podpis zodpovědného pracovníka.

Jméno a příjmení studentky/ studenta, která/který provedl/provedla intervenci.