



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra veřejného asociálního zdravotnictví

Diplomová práce

Životní styl a péče o vlastní zdraví zdravotnických pracovníků

Vypracovala: Bc. Štěpánka Průchová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Hana Podstatová DrSc.

České Budějovice 2014

Abstrakt

V současné době je životní styl populace velice problémové a diskutované téma. Životní styl je vlastní způsob života, který si každý jedinec sám zvolí. Je to systém významných životních zvyků a určité hodnotové orientace člověka, které se vyznačují v chování a v možnostech, jakých jedinec využívá a to v materiálních i v životních podmínkách. Právě naše chování, způsob života, který preferujeme a kterým žijeme, ovlivňuje naše zdraví a samozřejmě vznik některých civilizačních chorob. Kvalita životního stylu ovlivňuje naše zdraví až z 50 %, zbylou část zastupují genetická výbava jedince, životní podmínky a prostředí a zdravotní péče. Konzumní styl života spojený s nesprávnou životosprávou, komercializací společnosti, narůstajícím psychickým vypětím, škodlivým životním prostředím a s vyššími nároky na kvalitu lidského života vytvářejí psychosociální tlak na jedince. Stále se zvyšuje podíl duševní práce, který u velké části populace vede ke snižování přirozeného tělesného zatížení organismu a následně pak i ke snížení fyzické kondice. Negativní vlivy zvyšují nedostatek vhodné pohybové aktivity, která pomáhá relaxovat a regenerovat fyzické i duševní síly organismu.

Tato diplomová práce je na téma „Životní styl a péče o vlastní zdraví zdravotnických pracovníků“.

Teoretická část v první řadě definuje pojmy jako je zdraví, nemoc, determinanty zdraví a jeho jednotlivé složky. Popisuje prevenci, podporu zdraví a formuluje některé programy podpory zdraví, jako jsou Zdraví 21, Zdraví pro všechny, program CINDI, programy „Zdravá města“, „Škola podporující zdraví“ a lokální projekty rozvoje zdravotních služeb. Teoretická část je především věnována zdravému životnímu stylu a jeho jednotlivým složkám, které mají přímý vliv na zdraví populace a také na vznik některých onemocnění. Zabývá se stravovacími zvyklostmi a zásadami zdravé výživy i pitného režimu. Dále popisuje důležitost potřeby pohybové aktivity a jejími jednotlivými druhy. Formuluje duševní zdraví a k jeho udržení potřebný spánek a relaxaci. V neposlední řadě je zde zmiňováno užívání návykových látek, jako je alkohol, kouření a kofein. Poslední část je věnována onemocněním, která vznikají v souvislosti s nedodržováním zásad zdravého životního stylu.

Výzkumná část této diplomové práce byla vypracována na základě kvantitativního výzkumu v podobě anonymních dotazníků. Dotazníkové šetření bylo rozděleno na dvě části. První část tvořil krátký vědomostní test, který obsahoval 10 uzavřených otázek. Cílem tohoto testu bylo zjistit, jaké jsou vědomosti zdravotnických pracovníků na interním oddělení v nemocnici Písek a to v oblasti zdravého životního stylu. Poté je srovnat s kontrolní skupinou. Jako kontrolní skupina byli zvoleni prodavači též v okrese Písek. Druhá část byl samotný dotazník, který měl za úkol zjistit, zda dotazovaní dodržují zásady zdravého životního stylu a následně porovnat výsledky obou skupin tj. prodavačů a zdravotníků. Dotazník obsahoval 23 otázek, z toho 20 otázek bylo uzavřených a 3 otázky byly polouzavřené.

Výsledky byly graficky zpracovány v programu Microsoft Excel, jak v procentuálním zastoupení, tak i v celých číslech.

Pro statistické vyhodnocení bylo použito programového balíku STATISTICA pro Windows, v. 7.0, modulu Basic Statistics and Tables (kontingenční tabulky a párový t-test).

V této diplomové práci byly stanoveny dva cíle, hlavní a dílčí cíl. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké jsou vědomosti zdravotnických pracovníků na oddělení interny v nemocnici Písek. Dílčím cílem bylo porovnání životního stylu zdravotnických pracovníků s prodavači ve městě Písek. Na základě těchto cílů byly stanoveny dvě hypotézy:

H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve znalostech vlivu zdravého životního stylu na zdraví mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v dodržování zdravého životního stylu mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači.

U hypotézy č. 1 se podařilo prokázat, že zdravotničtí pracovníci jsou celkově úspěšnější v odpovědích na otázky vědomostního testu. Hypotéza č. 2 se potvrdila pouze z části. Rozdíl v dodržování zásad zdravého životního stylu existuje, i když se netýká všech aspektů životního stylu. V pravidelnosti a četnosti stravování vedou zdravotníci, stejně jako v konzumaci tekutin, ovoce a zeleniny. Zdravotníci však častěji kvůli povolání trpí stresem, jejich povolání více ovlivňuje jejich životní styl a mají

méně volného času. Také častěji konzumují kávu. Kouření a konzumace alkoholických nápojů se mezi skupinami neliší, stejně jako kvalita spánku a frekvence pohybových aktivit (která je u obou skupin velice nízká). I svůj zdravotní stav hodnotí obě skupiny stejně – převážně jako dobrý.

Tato diplomová práce může být považována jako shrnutí současné problematiky životního stylu nejen u zdravotnických pracovníků, ale také u nemedicínských pracovníků, jako jsou prodavači. Dále může být vodítkem pro zlepšení podmínek a zaměření cílené prevence nad zásadami zdravého životního stylu.

Abstract

Currently, the debate over what constitutes a healthy lifestyle is very much debated in the media. Generally speaking, most people have a choice about what type of lifestyle they choose to lead. The characteristics of a healthy lifestyle include certain life habits – including one’s attitude toward diet and exercise. The type of lifestyle that we choose to live can influence our health and also the possibility of contracting certain diseases. Up to 50% of good health is dependent on a healthy lifestyle, whilst the other 50% is influenced by genetics, life conditions, and the environment one lives in. The commercialisation of society, growth in social execution, and unhealthy work and living environments can all contribute to a poor standard of living, and lifestyle.

This thesis will first discuss concepts such as health (including determinants of good health and the individual issues), and well as illness. This thesis will explain what preventative steps one can take to ensure continued good health, as well as what health support programmes are available to ensure good health, including “ZDRAVI 21”. This thesis will then go on to explain what eating habits and exercise need to be in place to ensure good health, and how psychological health can be affected through lack of sleep and relaxation. Addictive substances such as alcohol, drugs, and caffeine will then be discussed, finishing with a discussion on disease and its connection with an unhealthy lifestyle.

The practical section of this thesis is based on the quantitative research gathered from anonymous questionnaires, completed by healthcare professionals at Pisek Hospital. The questionnaire was divided into two sections. The first section was a learning test, which consisted of ten closed questions. The second half of the questionnaire asked respondents whether or not they believed they lived by the rules of a healthy lifestyle. The questionnaire contained 20 closed questions and 3 open-ended questions. The aim of this questionnaire was to find out what Pisek hospital employees believed to constitute a healthy lifestyle. Once this group had completed the questionnaire, a controlled group of chosen shop assistants in the Pisek district were also then assigned to complete the questionnaire.

The results of the healthcare professionals and the shop assistants were then compared against each other. These results are shown graphically, with the help of Microsoft Excel.

For the creation of statistical evidence, the STATISTICA for Windows 7.0 in Module Basic Statics and Tables programme was used.

This thesis had two aims – one main and one minor. The main aim was to discover what lifestyle knowledge health care professionals from the internal unit of the Pisek Hospital had. The minor aim was to then compare this knowledge with that of the shop assistants knowledge.

Two hypotheses were then created from the results of this research:

Hypothesis 1- Statistical difference exists regarding knowledge between that of the health care employees and that of the shop assistants.

Hypothesis 2- Statistical difference exists in what constitutes a healthy lifestyle between that of the health care employees and that of the shop assistants.

The results for the first hypothesis show that health care professionals were more successful in their answers on the questionnaire than the shop assistants.

The second hypothesis was proven in only half of the respondent's cases. Maintaining a healthy lifestyle is not only about eating fruits and vegetables regularly and exercising, but also maintaining a healthier work-life balance. Health care employees generally suffer from higher levels of stress, lack of sleep, and tend to consume coffee more often than other professions. Levels of smoking and the consumption of alcoholic beverages also differed between the two groups surveyed. However, both groups surveyed believed that they lived healthy lifestyles.

This thesis has explored the various lifestyle problems that many health care employees (and shop assistants) face. It is hoped that this thesis will encourage others to lead a healthier lifestyle.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Životní styl a péče o vlastní zdraví zdravotnických pracovníků“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným stanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu práce a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích dne

.....
Bc. Štěpánka Průchová

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. MUDr. Haně Podstatové, DrSc. za odborné vedení mé diplomové práce. Dále děkuji zdravotnickému personálu z oddělení interny v nemocnici Písek a prodavačům, v okrese Písek, kteří vyplnili dotazníky k této práci a umožnili provedení tohoto výzkumu.

Největší dík však patří mé rodině za psychickou podporu a dobré zázemí nejen při studiu.

Obsah

Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Zdraví.....	13
1.1.1 Definice zdraví	13
1.1.2 Nemoc.....	14
1.1.3 Determinanty zdraví	14
1.1.4 Prevence a podpora zdraví.....	16
1.1.5 Programy podpory zdraví.....	19
1.1.5.1 Zdraví 21	19
1.1.5.2 Zdraví pro všechny.....	19
1.1.5.3 Zdraví 2020	20
1.1.5.4 Program CINDI.....	20
1.1.5.5 Program „Zdravá města“	21
1.1.5.6 Program „Škola podporující zdraví“	21
1.1.5.7 Lokální projekty rozvoje zdravotnických služeb	21
1.2 Životní styl.....	22
1.2.1 Zdravý životní styl.....	22
1.2.2 Aktivní životní styl	23
1.2.3 Životní styl zdravotnických pracovníků	25
1.2.4 Faktory ovlivňující životní styl	25
1.2.4.1 Výživa	25
1.2.4.2 Pohybová aktivita.....	41

1.2.4.3	Stres.....	48
1.2.4.4	Duševní zdraví	49
1.2.4.5	Návykové látky	51
1.3	Civilizační choroby.....	55
1.3.1	Kardiovaskulární onemocnění.....	56
1.3.2	Nádorová onemocnění.....	56
1.3.3	Obezita.....	57
2	Cíl práce a hypotézy.....	59
2.1	Cíl práce.....	59
2.2	Hypotézy.....	59
3	Metodika	60
3.1	Použité metody a techniky sběru dat	60
3.1.1	Statistické vyhodnocení.....	61
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	62
4	Výsledky	63
4.1	Výzkum č. 1: Test.....	63
4.2	Dotazník.....	76
4.3	Výsledky statistického hodnocení	105

5	Diskuze.....	108
6	Závěr	119
7	Seznam použitých zdrojů	121
8	Klíčová slova.....	133
9	Přílohy	134

Úvod

Téma životní styl je velice obsáhlé a v dnešní době velmi diskutované. Díky technickému pokroku se podstatně změnil životní styl populace ve vyspělých zemích. Pro současného člověka je charakteristický sedavý způsob života, nedostatek tělesného pohybu nejen v zaměstnání, ale i ve volném čase. Lidé bydlí ve výškových budovách, které jsou opatřeny výtahy, z místa na místo se nepřemisťují pěšky, ale především automobily nebo hromadnými prostředky. Tento technický pokrok nám usnadnil život zmechanizováním většinou lidských činností, vynalezením řadou přístrojů a spotřebičů, tím nás ovšem zbavil přirozeného pohybu. Do nedávné doby se tato problematika týkala především dospělých, ovšem dnes se zvyšuje výskyt sedavého způsobu života i u dětské populace. Dochází ke zhoršení mezilidských vztahů, zvýšení pracovní vytíženosti a s tím související neustálý spěch a hon za něčím novým. Tyto faktory poznamenávají nejen samotného jedince, ale i jeho okolí, následkem může být rozpad celé rodiny. Každý z nás je odpovědný sám za sebe, tudíž i za své vlastní zdraví, záleží na našem přesvědčení a postoji k životnímu stylu. Odpovědnost člověka za své zdraví a s tím související životní styl je ovlivněn rodinnými zvyklostmi, společenskou tradicí, je limitován ekonomickou situací a sociálním postavením jedince. Záleží především na věku, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, finančnímu příjmu, temperamentu, postojích a zkušenostech každého člověka. Důležitou roli hraje dostatečná informovanost o tom, co zdraví lidí podporuje nebo naopak poškozuje. Zdravý životní styl by měl člověka vést k aktivnímu zdraví tj. rovnováze mezi fyzickým a duševním zdravím.

Zdraví máme pouze jedno, a proto bychom měli dělat vše proto, abychom si ho co nejdéle udrželi v co nejvyšší kondici a nešli některým nemocem naproti.

Cílem mé diplomové práce byl zhodnotit způsob životního stylu a výši vědomostí v zásadách zdravého životního stylu u zdravotnického personálu na interním oddělení v nemocnici Písek. Výsledky z provedeného výzkumu byly porovnány s výsledky kontrolní skupiny. Jako kontrolní skupinu jsem zvolila odlišné povolání a to prodavače.

Získané výsledky by měly poukázat nejen na celkovou znalost způsobu zdravého životního stylu, ale také na způsob žití a dodržování těchto zásad.

1 Současný stav

1.1 Zdraví

Zdraví je jedna z nejvýznamnějších hodnot v životě člověka a je řazeno na přední místa žebříčků zastávaných hodnot, neboť nám umožňuje nejenom naplnění životních a pracovních cílů, ale také udržení stavu spokojenosti, štěstí a plnohodnotného uplatnění ve společnosti. (69). Pojem zdraví vychází z latinského slova salus nebo valetudo, které je překládáno jako blaho, štěstí či zdravotní stav. Halfdan Mahler, bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace, prohlásil, že zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím. K dosažení co nejvyššího stupně zdraví je důležitá prevence, ale také včasná diagnostika, cílená terapie a v neposlední řadě rehabilitace, kterou zdravotnické služby samy o sobě nezajistí. Proto zdraví nelze chápat pouze jako kategorii medicínskou, ale široce humánní. (14)

1.1.1 Definice zdraví

Definovat zdraví není vůbec jednoduché, vývoj této definice trval několik let. (99) Poprvé bylo zdraví definováno v roce 1948 Světovou zdravotnickou organizací a to, že zdraví je úplný stav tělesné, duševní a sociální pohody. (37) V této definici je zdraví vymezeno třemi složkami, tělesnou, duševní a sociální, proto je považována za nedostatečnou, protože vychází především ze subjektivního pocitu člověka, který nemusí odpovídat objektivnímu zdravotnímu stavu. V roce 1957 byla původní definice doplněna a důraz byl kladen zejména na zdraví jako kvalitní stav organismu a adekvátní fungování za daných genetických podmínek a podmínek okolního prostředí. (14) Roku 1960 vznikla další definice, která je považována za definici dynamickou, kde je zdraví považováno jako potenciál vlastností člověka s nároky vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí. V rámci programu organizace v roce 1977 „Zdraví pro všechny do roku 2000“, byl přijat dodatek doplňující původní definici z roku 1948, který charakterizuje zdraví jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. (37)

I dnes, ve 21. století se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví. Může být vnímáno jako dobrý fyzický stav člověka, jako zboží komerčního pojetí nebo také jako genetický předpoklad, který se během života může několika vlivy měnit. S ohledem na vztah a zdraví vytvořil definici Křivohlavý, který zdraví definoval jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. (99)

Další zajímavé pojetí zdraví definoval David Seedhouse, který na čtyřech příkladech podává různé náhledy na pojem zdraví. Lékař pod pojmem „zdraví“ předpokládá nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu. Sociolog slovy „zdravý člověk“ označuje člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích. Humanista si pod pojmem „zdravý člověk“ představuje takovou osobu, která je schopna se pozitivně vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytnou. Idealista pojmem „zdravý člověk“ rozumí člověka, kterému je dobře a to tělesně, duchovně i sociálně. (43)

1.1.2 Nemoc

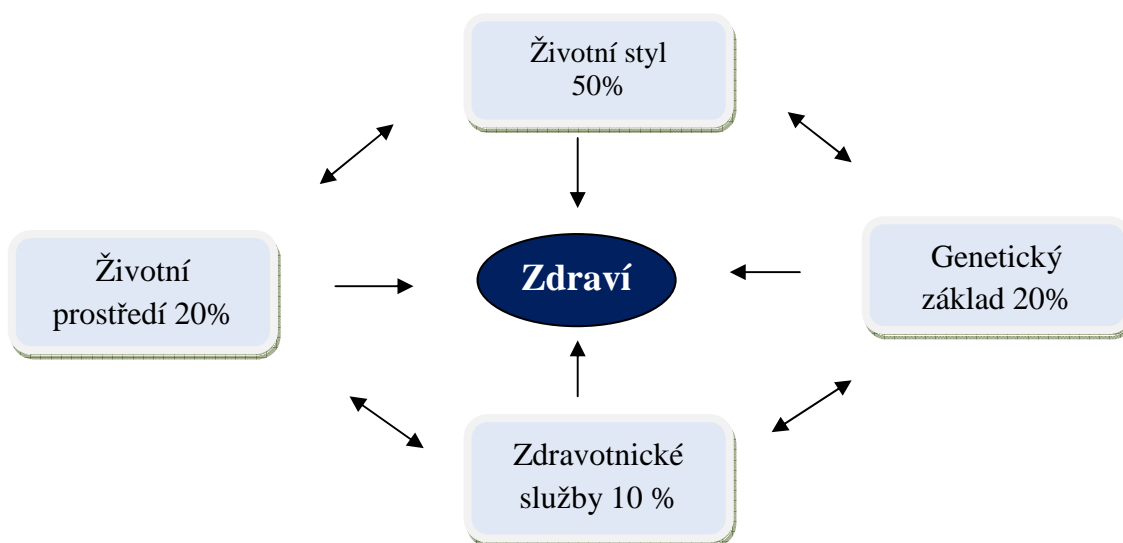
Pojem nemoc prošel dlouhodobým vývojem, odrážející nové poznatky několika vědeckých oborů, především biologických. Pokud chceme správně definovat nemoc, je vhodné vycházet z pojetí jednoty, celistvosti organismu a prostředí. (99) Stejně jako zdraví, tak i nemoc má několik definic. Praktický slovník medicíny uvádí, že nemoc je stav organismu vznikající působením zevních nebo vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. (95) Naopak Staňková ve své knize uvádí, že nemoc je osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdravá a může či nemusí být ve vztahu k chorobě. Nemoc i zdraví jsou procesy, které se stále mění v závislosti vzájemného působení mezi měnícími se nároky prostředí s vlastnostmi organismu. (81)

1.1.3 Determinanty zdraví

Zdraví každého člověka ovlivňuje řada vnějších a vnitřních faktorů, které nazýváme determinanty zdraví. Tyto determinanty mohou působit přímo nebo zprostředkovaně, ale vždy dochází k vzájemnému ovlivňování. Působením těchto

faktorů, může docházet ke dvěma změnám organismu a to k biopozitivní, která chrání a posiluje zdraví nebo k bionegativní, kdy dochází k oslabení zdraví, vzniku nemoci nebo poruchy zdraví. (100) Tyto rizikové faktory rozdělujeme na vnitřní a zevní. Za vnitřní, neovlivnitelné faktory považujeme genetickou výbavu, kterou jedinec získá při prenatálním vývoji, dále osobní anamnézu, rodinou a také věk, pohlaví, imunologický status, výživový status determinovaný metabolickými pochody, konstituční typ. Zevní, ovlivnitelné faktory dále rozdělujeme do 3 základních skupin:

1. Životní styl, způsob života, osobní chování
2. Socioekonomické prostředí, kvalita životního a pracovního prostředí
3. Zdravotnické služby, úroveň a kvalita poskytování zdravotní péče (14)



Obrázek č. 1: Procentuální zastoupení faktorů životního prostředí (48)

Rozdíly ve zdravotním stavu je možné sledovat u různých sociálních skupin, které jsou charakterizovány např. vyšším příjmem, životním standardem, povahou zaměstnání, úrovní bydlení a stupněm vzdělání. (18)

Úroveň zdravotnické péče prodlužuje délku života obyvatelstva České Republiky, ale nejedná se o roky prožité ve zdraví. V současné době se stále zvyšuje výskyt závažných onemocnění jako je nadváha a obezita spojená s diabetem 2. typu, dále roste procento pacientů s vysokým krevním tlakem a v neposlední řadě výskyt nádorů. Významnou roli hrají i nové problémy, jako je antibiotická rezistence, nárůst výskytu černého kašle či HIV pozitivita. V souvislosti s tím neúměrně rostou náklady na zdravotní a sociální péči. Tyto problémy má za cíl řešit Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Národní strategie je souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR. Jejím účelem je především stabilizace systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví. Národní strategie také obsahuje 11 prioritních témat, která budou zpracována do akčních plánů. Jedná se o dostatečnou pohybovou aktivitu, správnou výživu a stravovací návyky populace, bezpečnost potravin, zvládnutí stresu a duševní zdraví, omezování zdravotně rizikového chování, snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí, zvládnutí infekčních onemocnění, zejména nových a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci a vakcinační programy, screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity, identifikace nových možností, zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče včetně následné a dlouhodobé, zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb, celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a elektronizace zdravotnictví. (56)

Co se týká ochrany veřejného zdraví, nesmíme opomínat zákon o ochraně veřejného zdraví 258/2000 Sb. Zákon upravuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví a soustavu orgánů ochrany veřejného zdraví, jejich působnost a pravomoc. (12)

1.1.4 Prevence a podpora zdraví

Prevence a podpora zdraví mají velice úzkou souvislost, ovšem tyto dva pojmy nelze ztotožňovat. Jedná se nejen o aktivity, ale také o právní normy. Jejímž cílem je zabránit vzniku onemocnění, úrazů a také zvýšit zdravotní úroveň populace.

Prevenci můžeme označit jako pracovní metodu, kterou aplikujeme ve všech oblastech preventivní medicíny. Preventivní činnost je možné rozdělit na dva typy. Jedním typem je prevence obecná, která se zabývá podporou zdravého životního stylu a snaží se o vytvoření zdravého životního prostředí. Druhým typem je prevence specifická, která se zaměřuje na prevenci určité choroby a jejími možnými následky.(14) Rozlišujeme tři základní druhy prevence:

- Primární prevence- opatření vedoucí k podpoře zdraví obyvatelstva a snížení incidence nemocí. (např. očkování, kontrola pracovních podmínek, zákaz kouření atd.). Primární prevence je zařazována do podpory zdraví.
- Sekundární prevence- postupy a opatření, jejímž cílem je snížit prevalenci chorob. Snaha o brzké odhalení onemocnění a zabránění nežádoucích účinků dané choroby (např. preventivní prohlídky a screeningové vyšetření, monitoring, atd.).
- Terciární prevence- Činnosti zaměřující se na odstranění nebo alespoň zmírnění vzniklých důsledků dané nemoci. Snaha o zlepšení kvality života postiženého. Tento typ prevence je zařazován do oblasti medicíny. (48)

Prevenci v péči o zdraví je nutno chápat komplexně. Na prevenci chorob se podílejí taková opatření, která zařazujeme do prevence zdravotnické a sociální. Důležitá je ochrana a tvorba životních i pracovních podmínek, prosazování zdravých životních stylů, zkvalitňování preventivní medicíny, ochrany veřejného zdraví a výchovy ke zdraví. Ovšem důležitá je preventivní účast občanů, kteří chrání a posilují své zdraví a zdraví celé rodiny.

Podpora zdraví je samostatný vědní obor, který využívá poznatky nejen z medicíny, ale také z jiných vědních oborů jako jsou sociologie, právo, ekonomie, psychologie atd. (35) Světová zdravotnická organizace definovala podporu zdraví jako proces, který umožňuje nejen jedincům, ale celé společnosti, zvýšit kontrolu nad determinanty svého zdraví a tím zlepšovat svůj zdravotní stav. (60) Jedním z důležitých aspektů jsou politická a národně-hospodářská rozhodnutí, jejichž pozitivní působení by měla vést k aktivnímu zdraví obyvatelstva. Záleží i na ekonomické aktivitě státu. (14) V roce 1986 v Ottawě Světová zdravotnická organizace uspořádala mezinárodní

konferenci na téma podpory zdraví. Výsledkem tohoto zasedání bylo zařazení podpory zdraví do sociálně medicínských, politických a občanských aktivit a přijetí tzv. Ottawské charty podpory zdraví. (98) Tento dokument formuluje zásady moderní péče o zdraví jako je podpora, prevence, dostupnost zdravotnické péče, veřejná politika, účast obyvatel, obcí, celé společnosti a mezinárodní spolupráce v péči o zdraví. (48)

Podpora zdraví vychází z pěti základních principů:

1. Zaměření na celou populaci než na vymezené skupiny, které jsou vystavené vyššímu riziku určité choroby
2. Opatření zaměřená na determinanty zdraví a nemoci
3. Využití i doplňkových metod a postupů vedoucích ke spolupráci
4. Účast a konkrétní podíl obyvatelstva
5. Podpora zdravotnických pracovníků

Důležitou součástí podpory zdraví je výchova ke zdraví. Je to interdisciplinární obor, který zahrnuje veškeré aktivity, které poskytují lidem dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést obyvatelstvo k pozitivnímu zájmu o své zdraví a změně chování vedoucí k posílení zdraví. (14) V poslední době se ukázalo, že zdravotní výchova založená na pedagogickém principu není natolik účinná. Jako slibný způsob se nabízí tzv. sociální marketing, který je definován jako souhrn metod, které umožňují cíleně působit na určité skupiny obyvatel a to propagací, ovlivněním a změnou postoje obyvatel k sociálním hodnotám, především ke správnému chování v případě svého zdraví, který využívá komunikační prostředky v hromadných sdělovacích systémech.(35) Za výchovu ke zdraví převážně zodpovídá resort zdravotnictví, ovšem výchova ke zdraví by neměla být jen záležitostí zdravotnických pracovníků, ale všech, kteří nějakým způsobem ovlivňují chování lidí (lékaři, učitelé, rodiče, známé osobnosti). Aby byla výchova ke zdraví, co nejvíce efektivní, musí splňovat několik zásad. Musí být soustavná, systematická, důkladně promyšlená a cílená vzhledem k věku, pohlaví nebo konkrétním problémům jedince, jak v oblasti zdravotní, psychické, sociální i společenské a musí být stále aktualizována nejnovějšími poznatky vědních oborů. Výchova ke zdraví může být zaměřena na jednotlivce, jak už zdravé, nemocné

nebo zdraví ohrožující, ale také na skupiny obyvatel např. děti, mládež, senioři. Významnou složku ve výchově ke zdraví tvoří rodina, škola, protože určité postoje a návyky se utvářejí právě v tomto věku. Se stoupajícím věkem je ovlivnění jedince obtížnější. (14)

1.1.5 Programy podpory zdraví

1.1.5.1 Zdraví 21

Světová zdravotnická organizace přijala na svém 51. zasedání v roce 1998, dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva Health for all in the 21st century. V ČR byl schválen 30. října 2002 známý jako Zdraví pro všechny v 21. století. Jedná se o doporučení nebo návod, jak prostřednictvím 21. cílů vytvořit fungující model komplexní péče a podpory zdraví celé společnosti. Hlavním cílem je dosažení plného zdravotního stavu pro všechny. Na tento cíl navazují další dva cíle a to posilování a ochrana zdraví lidí během jejich celého života a snížení incidence určitých nemocí a omezení strádání, které obyvatelstvu přispívají. (11)

1.1.5.2 Zdraví pro všechny

Tento program Zdraví pro všechny do roku 2000 je považován za předchůdce Zdraví 21 a byl schválen v roce 1980 na 33. světovém zdravotnickém zasedání a to na vypracovaný návrh Evropské strategie programu Zdraví pro všechny do roku 2000. V ČR byl schválen až v roce 1999 jako Národní program zdraví ČR. Na rozdíl od zdraví 21 má tento program 38 cílů. Jako základní cíl byl stanoven, že všichni lidé na světě by do roku 2000, měli dosáhnout takové úrovně zdraví, která by jim měla umožnit vést společensky a ekonomicky produktivní život. Realizační formou jsou tzv. projekty zdraví. Cílem těchto projektů je zdravá výživa, omezit kouření, nadměrný stres, zvýšit pohybovou aktivitu, prevence zneužívání drog a snížení vzniku úrazů. (57)

1.1.5.3 Zdraví 2020

Regionální výbor Světové zdravotnické organizace pro Evropu v roce 2012 na svém 62. zasedání schválil dokument Zdraví 2020. Tento spis poskytuje strategický rámec pro přístupy ke zlepšování zdraví a navazuje na předchozí program „Zdraví pro všechny v 21. století“. V České republice byl dokument rozpracován do Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – „Zdraví 2020“, který byl 8. 1. 2014 schválen vládou a 20. 3. 2014 Poslaneckou sněmovnou. Cílem tohoto programu je především nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Národní strategie považuje jako základ pro konkrétní opatření ke zlepšení zdraví znalost současného stavu veřejného zdraví. (54)

Programy Zdraví pro všechny a Zdraví 21 jsou považovány za základní a lze konstatovat, že jsou inspirací a ukazují základní směr pro vznik dalších projektů a programů usilujících o co nejvyšší stupeň zdravotní úrovně populace. Mezi čtyři základní projekty patří program CINDI, Zdravá města, Zdraví podporující škola a lokální projekty rozvoje zdravotnických služeb. (57)

1.1.5.4 Program CINDI

Contrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme, vznikl v roce 1983 na půdě Světové zdravotnické organizace, na základě potřeby snížení vznikající neinfekčních onemocnění. Program si klade za cíl snížení rizikových faktorů onemocnění srdce a cév, nádorových onemocnění, duševních poruch, úrazů, respiračních a metabolických onemocnění v populaci. K aktivní realizaci přispívají především pracovníci v ochraně veřejného zdraví a lékaři primární péče. Koordinací CINDI programu v ČR je pověřen Státní zdravotní ústav. (85)

1.1.5.5 Program „Zdravá města“

Healthy cities je zaměřen na pozitivní motivaci nejen politického vedení měst, ale také veřejného mínění občanů. Jedná se o proces zapojování široké veřejnosti do rozhodování o věcech obecních, jako forma komunitního plánování, šíření hodnot zdravého životního stylu. Jedná se o komunitní projekt, který si klade za cíl zavádět hodnoty zdraví, kvality života a udržitelného rozvoje na místní úrovni pomocí procesu místní Agendy 21. (59)

1.1.5.6 Program „Škola podporující zdraví“

Health Promoting School podporuje a pomáhá zúčastněným školám při stanovení strategie a metod řízení, jak úspěšně proměnit školu v „dílno“ zdravého způsobu života a vzdělání. Cílem programu Škola podporující zdraví je aplikovat strategii podpory zdraví na podmínky školy a přispět k její účasti na vlastní proměně a rozvoji. Působí na rozvoj životních kompetencí žáků s důrazem na úctu ke zdraví, odpovědného chování k vlastnímu zdraví, ale i zdraví druhých. (86)

1.1.5.7 Lokální projekty rozvoje zdravotnických služeb

Jedná se o projekty, které jsou nástrojem řízení a pomocí při realizaci pozitivních změn ve zdravotnické soustavě. Vycházejí z analýzy a především se věnují problémům, zdrojům, dostupným metodám a výsledkům. Vytvářejí i další projekty např. Zdravý podnik, Zdravá rodina atd. (86)

1.2 Životní styl

Pojem životní styl se začal v československé literatuře objevovat ve 40. letech 20. století, ovšem jako autor tohoto pojmu je uváděn Karel Honzík, který jej v roce 1970 formuloval v sociologickém slovníku. (63) Jak už bylo uvedeno, životní styl je jedna z vnějších determinant, která ovlivňuje naše zdraví (60%). Životní styl lze definovat jako soubor určitých životních zvyků a hodnotové orientace člověka, které se projevují v chování a ve způsobu jakým využívá materiální a životní podmínky. (101)

Kukačka ve své publikaci rozděluje životní styl do několika oblastí:

- Oblast fyzická- výživa, péče o tělo, podpora imunitního systému, bezpečný sex
- Oblast psychická- pozitivní myšlení, vypořádání se stresem, dostatek relaxace
- Oblast kulturně pracovní oblast- kladný vztah k práci, zájem o kulturní dění
- Oblast sociálně ekologická- pozitivní rodinné a mezilidské vztahy, kladný vztah k přírodě
- Oblast etnicko-duchovní- úcta, upřímnost, duchovní cesta (45)

1.2.1 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl lze formulovat jako určitý styl života, jehož součástí je vhodná výživa, vhodný pitný režim, dostatečná pohybová aktivita, kvalitní a dostatečný spánek, pravidelná relaxace, vyrovnanost mezi povinnostmi a zábavou a samozřejmě i péče o zdraví např. vyvarovat se rizikovým faktorům. (46)

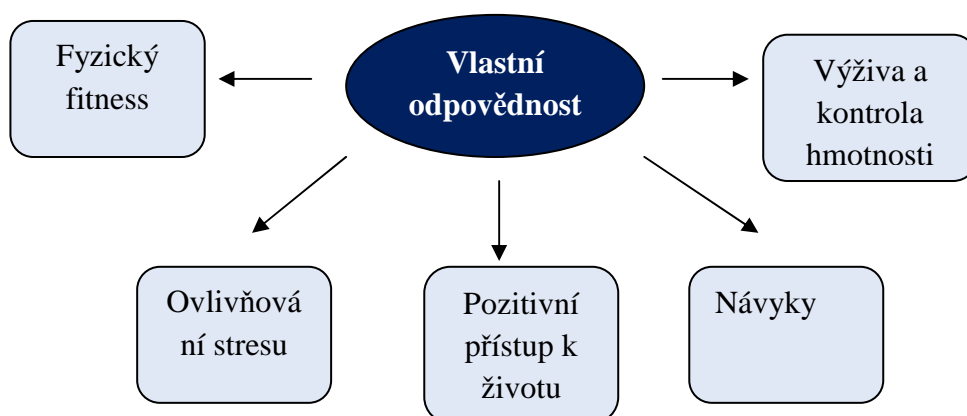
1.2.2 Aktivní životní styl

Aktivní životní styl je určitá forma životního stylu, která je chápána jako interakce mezi jedincem a okolím. Tuto interakci představují dvě složky, složka biologická a sociální. Pro aktivní životní styl je především charakteristická pravidelná pohybová aktivita, která není chápána jen z biologického hlediska, ale také respektuje bio-psycho-sociální složky existence lidského organismu. (92)

Se zdravým životním stylem souvisí také pojem wellness. Jedná se o zkratku původního výrazu „well-bein“, který byl formulován dr. Cooperem. Cathala definuje wellness jako stálé a uvážené úsilí k udržení zdraví a dosažení nejvyšší životní pohody. Cílem wellness je dosažení stavu, kdy se člověk cítí dobře, díky dobré i fyzické kondici a celkovému zdraví. Pozitivní vliv wellness:

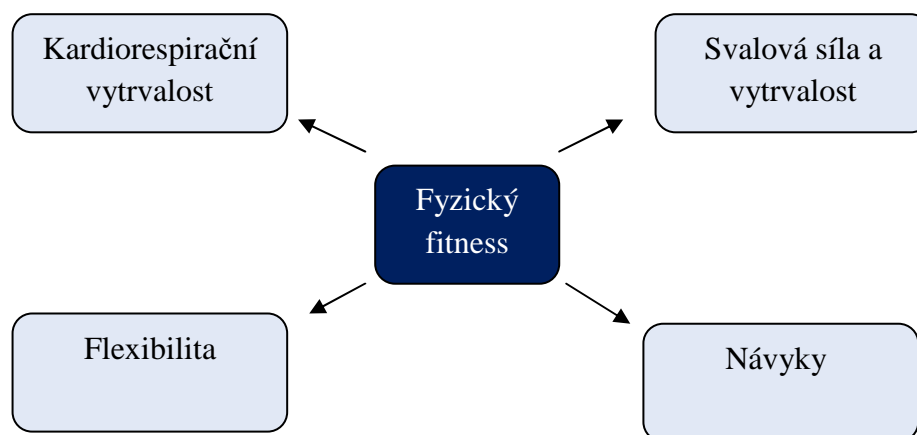
- kvalitní spánek
- kvalitní výživa
 - snížené riziko vzniku nadváhy
 - optimální složení těla (svalová hmota)
 - vyšší hustota kostí a tím menší riziko osteoporózy
 - vysoká imunita- nižší riziko rozvoje chronických civilizačních onemocnění
- velmi dobrá oběhová zdatnost- nízké riziko oběhových onemocnění
- vyšší odolnost proti stresu- nízké riziko vzniku úzkosti a deprese
- uspokojení z vlastní image- vyšší sebedůvěra
- pravděpodobnost dosažení vyššího věku
- lepší kvality života ve středním a vyšším věku (20)

Obrázek č. 2 zobrazuje pět důležitých součástí životního stylu, které ovlivňují a zvyšují úroveň wellness.



Obrázek č. 2 : Schéma procesu rozvoje wellness (4)

Dalším pojmem souvisejícím s životním stylem je fitness. Fitness neboli fyzická zdatnost je nejdůležitější složka wellness životního stylu. Blahušová popisuje fitness jako schopnost provádět každodenní úkoly svižně a bez přílišné námahy, s dostatkem energie a s dostatečnou rezervou pro spokojené prožívání volného času a zvládání nepředvídatelných situací. (4) Především se jedná o cvičení s vysokou intenzitou, které zvyšuje svalovou sílu a vede ke zvýšení svalové hmoty, rozvíjí oběhovou zdatnost napomáhá zvládat nárazovou krátkou maximální zátěž, ne však zátěž vytrvalostní. (20)



Obrázek č.3: Součásti fitness ovlivňující zdraví (20)

1.2.3 Životní styl zdravotnických pracovníků

V současné době jsou na povolání vykonávající ve zdravotnictví kladeny čím dál tím vyšší nároky, nejen na kvalifikaci, ale také jsou vystaveni intenzivnímu tlaku ze strany pacientů a jejich rodiny. Zdravotník je vystaven určitým změnám, co se životního stylu týká. Vykonává práci na směny včetně víkendů a státních svátků, pracují na noční směny. Dále jsou vystaveni riziku vzniku alergií a infekcí, Mezi další změny patří pracovní vytížení, časová tíseň, nevyhovující pracovní podmínky, nepravidelné stravování. Tyto změny, kterým je zdravotník vystaven mohou při neadaptaci vést k poškození zdraví, jako jsou poruchy spánku, trávicí obtíže, onemocnění srdečního systému, vznik depresí v důsledku nadměrného vystavení stresu, také mohou vést ke zvyšujícímu se počtu chyb při práci a zvýšené konzumaci alkoholu , či kouření. (18)

1.2.4 Faktory ovlivňující životní styl

Jednotlivé složky, které ovlivňují náš životní styl, mají přímý vliv na naše zdraví. Některé z nich je možné ovlivnit a tím snížit možnost vzniku některých onemocnění, vznikajících na základě špatného zdravotního stylu. Ty nejdůležitější a nejvíce ovlivnitelné jsou výživa, pohybová aktivita, stres, spánek, pracovní zátěž, také kouření, alkohol, drogy a rizikové sexuální chování. (48)

1.2.4.1 Výživa

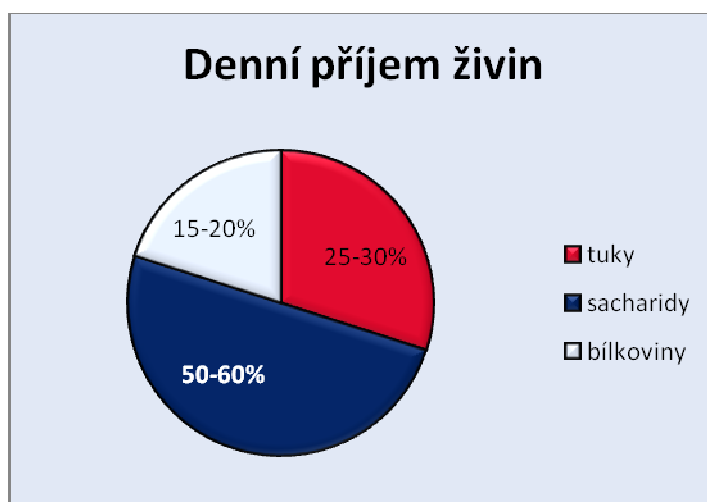
Výživa a způsob stravování je jeden z nejdůležitějších atributů správného životního stylu. Správné stravování se vyznačuje nejen kvantitou, ale především složením stravy, to je rozhodující pro zdraví a tělesnou a duševní pohodu. (83) Celoživotní nevhodné stravování a nízká kvalita výživy má vliv na vznik několika patologických jevů a také může být příčinou předčasného úmrtí. (20) Může docházet k poruchám zažívání a onemocnění zažívacího traktu, nadváze, špatné funkci ledvin, jater, zhoršené toleranci k

psychickému i fyzickému stresu, chronické únavě, diabetu mellitu II.typu, ateroskleróze, a rakovině. (23)

1.2.4.1.1 Základní složky výživy

Naše tělo potřebuje dostatek energie, aby bylo schopno zajistit svou činnost a stavební látky k výstavbě tkání a orgánů. Z kvantitativního hlediska je nutné, aby byl zajištěn příjem energie odpovídající jejímu výdeji. Zvýšené energetické nároky jsou v dětství, v období dospívání, v těhotenství a v době kojení. Naopak snížený energetický příjem by měli mít lidé, kteří vykonávají lehkou svalovou činnost např. sedavé zaměstnání. Pokud je příjem potravy výrazně vyšší než výdej, dochází k ukládání zásobního tuku a vzniku nadváhy až obezity. Kvalitativní hledisko je charakteristické vyvážeností a rozmanitostí jednotlivých potravin. Samozřejmě nesmíme zapomínat na vyvážený přísun celé řady vitaminů a minerálů. Při příjmu nevyvážené nebo jednostranné stravy může docházet k nedostatku určitých živin, k oslabení imunitního systému až ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních či nádorových onemocnění. (74) Jakákoliv činnost a to i duševní, zvyšuje energetickou spotřebu. Ta se liší podle věku, pohlaví, velikosti a konstituce organismu. (65) Hodnoty, které vyjadřují výši energetického příjmu, byly dříve udávány v kilokaloriích (kcal), dnes se používají kilojouly. Následující tabulka udává průměrný energetický přísun u osob s normální tělesnou hmotností v kcal/kg tělesné hmotnosti. (83)

Mezi základní složky výživy patří proteiny, lipidy, sacharidy, minerální a stopové prvky, voda a vitaminy. (14) Následující graf znázorňuje, jaký je optimální denní příjem jednotlivých živin.(21)



Graf. č.1: Denní příjem živi (21)

1.2.4.1.1 Bílkoviny

Bílkoviny neboli proteiny jsou součástí lidského organismu, kde zastávají především funkci stavební. Jsou důležité pro stavbu a obnovu tělesných tkání, udržují chemickou rovnováhu, regulují tvorbu hormonů, obranných látek v krvi a enzymů. (48) Bílkoviny je též možné považovat za zdroj energie, ale často jen v případě, když tělo nemá dostatek tuků nebo karbohydrátů a nejsou schopné vytvořit energii do zásoby. Jeden gram bílkoviny dodá 17 kJ (4 kcal). (4) Bílkoviny tvoří peptidické řetězce obsahující více než 100 aminokyselin, ale pro člověka je významných pouze 20. Aminokyseliny vznikají rozložením bílkoviny v zažívacím traktu za pomoci enzymu proteázy. (26) Aminokyseliny ve své molekule obsahují dusík. Jsou vstřebávány do krve a odtud putují do jater, kde je jejich část využita k přestavbě na sacharidy a tuky. Další část projde játry a krevním oběhem a je zanesena do tkání, kde jsou tvořeny tkáňové bílkoviny. Některé jsou využity jako zdroj energie. Malá část vstřebaných aminokyselin koluje v krvi ve stálém množství, které se nemění ani po požití většího množství bílkovin. Konečnou zplodinou metabolismu bílkovin je dusíkatá látka, močovina, která je tvořena v játrech a vylučována ledvinami. (48) Některé aminokyseliny si lidské tělo neumí samo vytvořit, to jsou tzv. nezbytné neboli esenciální aminokyseliny a proto je potřeba dodat je v potravě. Esenciální skupinu tvoří 9 aminokyselin (histidin, esoleucin, leucin, lysin, metionin, fenylalanin, treonin,

tryptophan a valin). (83) Druhou skupinou jsou aminokyseliny neesenciální, ty si tělo samo vytvoří z přebytku jiných aminokyselin. (66) Bílkoviny, které obsahují celou řadu esenciálních aminokyselin, nazýváme plnohodnotné zdroje (mléko, maso, vejce), zatím co neplnohodnotné bílkoviny některé postrádají (luštěniny, obiloviny, zelenina, brambory). Dále je možné bílkoviny rozdělit dle původu a to na živočišné a rostlinné. Poměr živočišných a rostlinných bílkovin v potravě by měl být v poměru 1:1. (48)

Výživová hodnota bílkovin je určována tzv. aminokyselinovým skóre, to je hodnota esenciálních aminokyselin v jednotlivé bílkovině. (10) Aminokyseliny obsahují dusík, který tvoří až 16% jejich hmotnosti. Přijaté množství dusíku z potravy je možné vypočítat vydělením celkového množství přijatých bílkovin konstantou 6,28. Dusíková bilance představuje rozdíl mezi přijatým a vyloučeným dusíkem. U dospělého organismu by tato bilance měla být vyvážená a u dětí by měla převažovat pozitivní bilance, to znamená vyšší příjem k potřebě růstu, k tvorbě nových buněk a tkání. (84) Potřebný příjem bílkovin je závislý na kvalitě bílkovin, energetické spotřebě organismu a fyzické aktivitě. (68) V rekonvalescenci, při pravidelné fyzické zátěži a v období sníženého příjmu potravy je doporučeno denní příjem bílkovin zvýšit až o 20%. (21) U těhotných žen je doporučován zvýšený příjem bílkovin až o 10 gramů na den a u kojících až o 15g na den, kde se předpokládá snížení hladiny bílkovin v důsledku kojení. (4) Průměrná potřeba bílkovin plnohodnotné kvality pro dospělé je 0,8-0,9 bílkovin na jeden kilogram hmotnosti (tj. 25-30g), z toho vyplývá, že množství bílkovin je také závislé na hmotnosti jedince. (83)

Věková skupina	Hodnota g/kg/den
Děti	0,9- 2,7
Dospělí	0,8
Senioři	1,0- 1,2
Kojící matky	1,5
Sportovci	1,3

Tabulka č. 1: Denní příjem bílkovin (20)

Pokud dojde ke snížení denního příjmu bílkovin až o 10%, než je doporučeno, může docházet ke snížení obranyschopnosti organismu, zvýšenému vnímání stresových situací, onemocnění zažívacího traktu, jater a ledvin. Při vysokém a dlouhodobém nedostatku může docházet ke změnám na kůži, ve vlasech, ubývání tělesné hmotnosti a u malých dětí je nedostatek příčinou poruchy růstu a vývoje duševního i tělesného. (26)

Zvýšený příjem bílkovin má také negativní dopady na lidský organismus. U zvýšeného příjmu bílkovin se také zvyšuje vylučování metabolitů močí a tím i ke zvýšení glomerulární filtrace ledvin. Z tohoto důvodu může docházet k odvápnění kostí nebo vzniku močových kamenů. (83)

1.2.4.1.1.2 Sacharidy

Cukry neboli sacharidy se vyznačují jako nejvýznamnější a nejrychlejší zdroj energie pro lidský organismus, potřebný nejen k udržování buněk a tvorbě tepla, ale také napomáhají k trávení, regulování tuků a metabolismu bílkovin. (38) Sacharidy je možné rozdělit podle chemické struktury do několika skupin:

- Monosacharidy, často označované jako jednoduché cukry obsahující jednu cukernou složku. Hlavními představiteli této skupiny jsou glukóza (hroznový cukr) a fruktóza (ovocný cukr), které mají hlavní zastoupení v ovoci, medu, zelenině, v luštěninách a ve vaječném bílku. Glukóza je důležitá jako zdroj energie pro červené krvinky, ledviny, kosterní svaly a především pro nervový systém a mozek. (68) Glukóza je částečně uložena jako glykogen v játrech a svalecth a později dochází k uvolňování dle potřeby. Nadbytečné množství glukózy je uloženo jako zásobní tuk. Monosacharidy se v trávicím ústrojí neštěpí, ale vstřebávají se v tenkém střevě přímo do krve. (48)
- Oligosacharidy se skládají ze dvou až deseti stejných nebo odlišných monosacharidů. Do této skupiny také patří disacharidy, které obsahují pouze dvě cukerné jednotky. Hlavními zástupci jsou sacharóza (řepný cukr, třtinový cukr), laktóza (mléčný cukr) a maltóza (sladový cukr). (68)
- Polysacharidy se skládají z více než 10 monosacharidů. Mezi hlavní zástupce řadíme škrob a celulózu. Polysacharidy se společně se mohou

vstřebávat, až když se v trávicím traktu rozštěpí na své základní stavební jednotky, glukózu, fruktózu a galaktózu. Tuto skupinu můžeme rozdělit podle využitelnosti a to na využitelné, částečně využitelné a nevyužitelné. (26)

Škroby jsou vytvořené z dlouhých řetězců glukózových jednotek, které se během trávení postupně uvolňují a vstřebávají. Tento polysacharid najdeme především v obilovinách, luštěninách a v bramborách. (4)

Vláknina, neškrobový polysacharid, je látka, která nemá schopnost se dále rozložit. Existují dvě skupiny vlákniny, rozpustná a nerozpustná vláknina. Rozpustná vláknina, pektin, v trávicím ústrojí nabobtná a vytvoří tzv. gel, který změkčuje stolicí a tím usnadňuje vylučování. Rozpustná vláknina snižuje hladinu cholesterolu v krvi, zpomaluje vstup glukózy do krevního oběhu a tím snižuje riziko vzniku diabetu. Nerozpustná vláknina zvětšuje objem stolice a urychluje její průchod trávicím traktem a podporuje jeho vyprazdňování. Nerozpustná vláknina zmírňuje některé trávicí obtíže a snižuje riziko vzniku rakoviny. (50) Zdrojem vlákniny je zelenina, ovoce, ovesné a pšeničné otruby, fazole, hrách, ječmen a celá zrna. (29)

Potraviny obsahující cukr se dostávají do krevního řečiště a tím dochází ke zvýšení hladiny krevní glukózy a popud pro vyplavení inzulínu (regulační hormon). Rychlost vzestupu krevního cukru po požití určité potraviny charakterizuje glykemický index. Potraviny, které velmi rychle zvyšují hladinu krevního cukru, mají vysoký glykemický index, naopak potraviny s nízkým glykemickým indexem obsahují pomalu se štěpící sacharidy (škroby). Konzumace potravin s nízkým glykemickým indexem všeobecně snižuje riziko vzniku zubního kazu, snižuje hladinu cholesterolu a tím omezuje vznik infarktu a mozkové mrtvice, také pomáhá hubnout. Naopak s konzumací pokrmů s vysokým glykemickým indexem se zvyšuje riziko vzniku obezity. (4) Z výše uvedeného grafu č. 1 je viditelné, že sacharidy by se měli na celkovém denním příjmu podílet až z 60%. Stejně jako u bílkovin příjem sacharidů je závislý na věku a fyzické aktivitě a měly by být upřednostňovány především polysacharidy a jednoduché cukry by neměly přesahovat pouze 10% energetického příjmu. Za nejvýznamnější zdroje

sacharidů jsou považovány obiloviny, zelenina, ovoce, mléko a samozřejmě sladkosti. (68)

1.2.4.1.1.3 Tuky

Tuky neboli lipidy jsou považovány za nejvýznamnější zdroj energie. Jejich energetická hodnota je až dvojnásobně vyšší než u bílkovin nebo sacharidů, 37kJ (9kcal) na jeden gram váhy. (66) Tuky jsou v lidském organismu důležitou součástí buněk jako stavební materiál nebo jsou uloženy ve formě kapének jako zásobní látka v buňkách podkožního tukového vaziva a tukové tkáně okolo vnitřních orgánů, sloužící jako tepelná izolace a chrání orgány před mechanickým poškozením. Dále hrají důležitou roli při tvorbě kůže a při transportu vitamínů rozpustných v tucích a při tvorbě hormonů. (48) Pokud jsou tuky odbourávány pro získání energie v důsledku nedostatku karbohydrátů, dochází k produkci toxických zbytků tzv. ketonů, které jsou rizikovým faktorem pro vznik únavy, žaludečních nevolností a jsou vysokou zátěží pro funkci ledvin. (4)

Většina tuků je z 98-99 % tvořena triacylglyceroly neboli triglyceridy s mastnými kyselinami s dlouhými řetězci. Hlavní složkou a stavební jednotkou tuků jsou mastné kyseliny, které jsou tvořeny řetězci obsahující atomy uhlíku. Mastné kyseliny rozdělujeme na nasycené (SFA- Saturated Fatty Acids- žádná dvojná vazba), mononenasycené (MUFA- Mono Unsaturated Fatty Acids- jedna dvojná vazba) a polynenasycené (PUFA- Poly Unsaturated Fatty Acids- dvě a více dvojných vazeb).

Nasycené mastné kyseliny se v lidském organismu vyskytují ve formě lipoproteinů. Největší zastoupení mají v kokosovém a palmojádrovém tuku, palmovém oleji a v živočišných tucích. Nasycené mastné kyseliny se středně dlouhým řetězcem (kyselina laurová, kristová, palmitová) zvyšují sérový cholesterol naopak kyselina s krátkým řetězcem a kyselina stearová na cholesterol nemají žádný vliv. Nasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem zvyšují cholesterol dvakrát silněji, než jej polynenasycené mastné kyseliny snižují. (83) Tyto kyseliny jsou rizikovým faktorem pro vznik srdečně-cévních onemocnění. Monoenové nenasycené mastné kyseliny (MUFA) se nacházejí

především v kyselině olejové, v olivovém, řepkovém a sójovém oleji. Mají pozitivní účinky na snižování cholesterolu v krvi a na cévní funkce, krevní tlak a na srážení krve. Polyenové nenasycené mastné kyseliny (PUFA) ještě rozlišujeme na mastné kyseliny řady n-6 např. kyselina linolová a mastné kyseliny řady n-3 např. kyselina linoleová. (68) Kyselina linolová (n-6) je v organismu přeměněna na kyselinu arachidonovou a kyselina linoleová (n-3) na kyseliny eikosapentaenovou (EPA) a dokosahexaenovou (DHA), které jsou považovány za výchozí látky plnicí mnoho různých funkcí. PUFA typu n-3 mají kladný vliv na kardiovaskulární systém a také mají významný vliv na prevenci nebo již průběhu některých onemocnění např. revmatoidní artritida, rakovina, Alzheimerova choroba, Crohnova choroba, diabetes mellitus II. typu a u stařecké demence. Zdrojem kyseliny linolové (n-6) jsou především oleje rostlinného původu např. slunečnicový, kukuřičný, klíčkový, makový a sezamový olej a také velká část pomazánkových margarínů. Za zdroj kyseliny linoleové (n-3) jsou považovány oleje rostlinného původu a to olej řepkový, sojový a lněný. Kyseliny EPA a DHA jsou v poslední době často přidávány do některých potravin např. mléko a některé rostlinné oleje. (83) Lze konstatovat, že nenasycené mastné kyseliny mají spíše kladný vliv, ovšem existuje výjimka, trans-nenasycené mastné kyseliny, které se vyskytují v tucích živočišného původu (mléčný a zásobní tuk) a v některých ztužených tucích. Mají negativní vliv na kardiovaskulární systém a mohou být rizikem vzniku diabetu mellitu II. typu a obezity. (39)

Cholesterol není pravý tuk, ale naše tělo jej potřebuje k udržení správně fungujících nervových funkcí a zdravých buněk, je důležitý pro tvorbu a regulaci hormonů, hlavně estrogeneru. (5) Cholesterol se do těla dostává s potravinami živočišného původu, především z červeného masa. Pokud tělo přijímá více cholesterolu, než dokáže využít, připojí se k proteinům a tukům v krevním řečišti, kde vzniká lipoprotein. Ten se rozděluje na dva základní druhy, HDL cholesterol (High Density Lipoprotein), a LDL cholesterol (Low Density Lipoprotein). LDL cholesterol stále cirkuluje v krvi, kde je oxidován a dochází k postupnému přilepení na stěnu tepny. Pokud je hladina cholesterolu v krvi zvýšená, může dojít ke vzniku aterosklerózy. LDL cholesterol může být částečně odstraněn z krevního oběhu HDL cholesterolem a transportován do jater,

které ho mohou z těla vyloučit. Závěrem několika výzkumů je, že není tak důležitý celkové množství cholesterolu v krvi, ale poměr celkového množství cholesterolu k HDL cholesterolu. (4)

Energetická spotřeba tuků by neměla být více než 30% z celkového denního příjmu, to je 60-80g na den, ale na druhou stranu by neměla být nižší než 20%, aby byly zachovány důležité funkce. Nutriční složení tuků ve výživě vysoce ovlivňuje rizika srdečně- cévních onemocnění. Nasycené mastné kyseliny by měly být nahrazeny více nenasycenými mastnými kyselinami (kyselina linolová), právě jako preventivní opatření před kardiovaskulárními nemocemi. Více nenasycené mastné kyseliny by měly obsahovat 6-10 % celkového denního energetického příjmu, přičemž by měly mít optimální zastoupení i kyseliny n-6 (5-8 %) a n-3 (1-2%). (68). Konzumovaný tuk nevyvolává pocit nasycení a vysoký obsah energie koncentrované do malého objemu, vede ke snadnému předávkování a zvyšuje riziko vzniku nadváhy a obezity. (21)

1.2.4.1.1.4 Minerální látky

Lidské tělo je složeno z biogenních prvků (uhlík, vodík, dusík, kyslík) a dále obsahuje prvky minerální. Minerální látky jsou důležitou součástí organismu, bez které se nelze obejít. Nemají žádnou energetickou hodnotu a tvoří 4% z celkové hmotnosti organismu. (8) Minerální látky jsou v těle tvořeny v několika podobách a to ve formě elektrolytů vázané na anorganické látky (bílkoviny, tuky, hormony, enzymy, vitaminy) a v podobě nerozpustných solí (kosti, zuby). (48) Tyto látky jsou důležité pro růst a tvorbu tkání, aktivují, regulují a kontrolují látkovou výměnu v těle a podílejí se na vedení nervových vzruchů. (66) Rozdělujeme je do tří skupin, podle množství, které je pro člověka nezbytné, na mikroelementy, makroelementy a stopové prvky. Za makroelementy považujeme prvky, které tvoří více než 0,0005 % tělesné hmotnosti a jejich denní potřeba je vyšší než 100mg. Mezi nejdůležitější patří kalcium, fosfor, síra, sodík, draslík, chlor a magnesium. Prvky, které mají nižší podíl na tělesné hmotnosti, jsou mikroelementy, sem řadíme železo, jód, zinek, měď, mangan, chróm, selen atd.

Stopové prvky jsou látky, které tvoří méně než 0,0005 % tělesné hmotnosti a jejich denní příjem je jen několik mikrogramů. Nejvýznamnější je železo, jód, fluorid, zinek, selen, mangan, chróm, měď, molybden, kobalt a nikl. (84)

V současné době se nejčastěji setkáváme s nedostatkem vápníku, železa, zinku jódu, selenu a chrómu. Vápník je pro náš organismus potřebný pro stavbu a obnovu kostní tkáně. Železo je nezbytné pro správnou funkci krvetvorby. Jód je přidáván do kuchyňské soli, ovšem spotřeba kuchyňské soli v naší populaci stále stoupá a tím se zvyšuje hladina sodíku v těle. (68)

1.2.4.1.1.5 Vitaminy

Vitaminy jsou neenergetické organické látky, které katalizují specifické pochody vstřebávání a látkové výměny. Organismus si tyto látky nedovede sám vytvořit, a proto je musíme přijímat především z potravy. Vitaminy dělíme do dvou skupin na rozpustné v tucích (A, D, E, K) a na rozpustné ve vodě (B1, B2, B6, B12, PP, kyselina listová, biotin, kyselina pantotenová, C). Některé vitaminy chrání organismus před nežádoucími účinky vznikajících látek tzv. radikálů. Antioxidanty neutralizují účinek škodlivých volných radikálů a přispívají k ochraně nejen buněk, ale celého imunitního systému. Vitaminy se nachází především v potravinách rostlinného původu, v samotných rostlinách, v mléce, mase, vnitřnostech a ve vejcích. (53)

1.2.4.1.1.6 Voda

Voda nepatří mezi základní živiny, ale pro tělo je to nepostradatelný prvek. Voda vytváří prostředí pro základní životní děje, je potřebná jako rozpouštědlo pro většinu živin v našem těle, podílí se na regulaci tělesné teploty, umožňuje trávicí procesy, funguje jako ochranná látka pro některé důležité orgány a napomáhá z těla vyloučit odpadní látky. (8) Přesné procento podílu vody ve vztahu k hmotnosti těla kolísá v závislosti na složení organismu. V průměru voda tvoří přibližně 2/3 tělesné hmotnosti. Např. tuková tkáň tvoří více vody než tkáň svalová. (4) Vodu přijímáme především v nápojích, ale také v potravě, ovšem i při metabolismu některých živin vzniká malé

množství vody. Voda je vstřebávána ve střevech, pokračuje do vrátnicové žíly, do jater a odtud putuje do celého krevního oběhu. Nadbytečná voda se vylučuje ledvinami (močí), kůží (pocením), plícemi (dýcháním) a také stolicí. Lidský organismus je schopen bez potravy přežít až několik týdnů, ovšem bez vody jen několik málo dní. (48) V případě, že tělo nemá dostatečný příjem vody, snaží se vodou šetřit. Dochází k postupnému zahušťování krve a ledviny jsou zatěžovány v důsledku očištění od metabolických zplodin z metabolických pochodů. Člověk začne méně močit a to tmavě žlutou moč až přestane močit úplně. Pokud tělo trpí nedostatkem tekutin, mluvíme o tzv. dehydrataci. Lehká dehydratace se vyznačuje malátností, unaveností, sníženou soustředěností a bolestí hlavy. Při dlouhodobém nedostatku dochází ke střední až těžké dehydrataci, ta se projevuje zapadlými očima, vysycháním v ústech, zvýšeným tepem. (32)

Přísun tekutin by měl být tak vysoký, aby nedocházelo k pocitu žízně. Ovšem doporučený denní příjem je cca 1,5 až 2,5 litry, pokud dochází ke zvýšeným ztrátám, pak až 3 litry vhodných tekutin. Příjem tekutin je potřeba zvýšit při zvýšené energetické přeměně, v horku, suchém a chladném vzduchu, zvýšeném přísunu kuchyňské soli, vysokém příjmu bílkovin a při některých chorobných stavech jako je horečka, průjem, zvracení atd. (83) Příjem vody je také závislý na věku, obzvláště u dětí a u seniorů. U dětí je zvýšený příjem doporučován, protože mají relativně větší tělesný povrch a tím i vyšší ztráty odpařováním, více se pohybují, tudíž i potí. (21) U seniorů je snížený příjem tekutin spojený se sníženým pocitem žízně, sníženou pohyblivostí a patologickými změnami při močení (inkontinence). U starých lidí je nedostatek tekutin obzvláště nebezpečný, protože může zhoršovat již přítomné onemocnění.

Nejvhodnější tekutinou je kvalitní pitná voda teplá 8- 10 °C. Minerální vody a sody jsou zdrojem vysokého množství minerálních látek a proto je vhodné je často obměňovat, příjem by měl být vyrovnaný. (68) Tekutiny s vysokým množstvím oxidu uhličitého není vhodné konzumovat ve vysokém množství, nejen že způsobují nadměrné nadýmání, ale také rychleji hasí pocit žízně a proto vypijeme méně tekutin, než potřebujeme. Do pitného režimu by měly být, co nejméně zařazovány, tekutiny kolového typu, různé přeslazené limonády, černý čaj, černá káva a mléko. Černý čaj,

černá káva a kolový nápoj jsou zdrojem kofeinu, který se při vysokém příjmu, může stát drogou pro lidský organismus. Dále tyto nápoje snižují zavodnění a také mohou vést k nepozornosti, neklidu a hyperaktivitě. Mléko je považováno spíše za potravinu, proto se k nahrazení tekutin příliš nehodí. (47)

1.2.4.1.2 Výživová doporučení

Cílem výživových doporučení je snaha zabránit zdravotním problémům obyvatel, které vznikají v důsledku nesprávných stravovacích zvyklostí a konzumací nevhodných potravin. Výživová doporučení jsou často tvrzením mezinárodních vědeckých institucí a společností. Často bývají definována pro různé skupiny populace a často podle věku, pohlaví a pracovní zátěže. WHO vydala doporučení a cíle, které je třeba dosáhnout v Evropě a také v Americe. Dokument s názvem Globální strategie výživy, fyzické aktivity a zdraví (global Strategy on Diet, Physical Activity and Health). Tento dokument uvádí, že je možné 80% případům kardiovaskulárních nemocí a diabetu mellitu II. typu a 40% případům rakoviny, by bylo možné předejít, pokud by ze životního stylu obyvatel byly vyloučeny veškeré rizikové faktory. Světová zdravotnická organizace předpokládá, že většina faktorů, které negativně působí na zdraví člověka, z velké míry souvisí s jeho výživovými zvyklostmi. Především to jsou: nadbytečný příjem soli, vysoký příjem alkoholu, nevhodné složení tuku, vysoký příjem energie a nedostatečný příjem ovoce a zeleniny. (17)

Tato strategie shrnuje výživová doporučení do 5 cílů:

- dosáhnoutí energetické rovnováhy a zdravé hmotnosti
- omezení příjmu energie z tuků a posunutí spotřebu nasycených mastných kyselin směrem k nenasyceným, vyloučení trans nenasycených mastných kyselin
- zvýšení příjmu ovoce, zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin a ořechů
- snížit příjem cukrů

- snížit příjem soli (sodíku), jodizovat sůl

V dokumentu Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases, vydaná WHO, jsou uvedena stěžejní doporučení. (84)

Živina	Celkový energetický příjem (%) / denní potřeba
Sacharidy	55-75 %
Mono- a disacharidy	< 10 %
Protein	10-15 %
Cholesterol	< 300 mg/den
NaCl	5 g/den (<2 gden)
Vláknina	> 25 g/den
Neškrobové polysacharidy	20 g/ den
Ovoce a zelenina	400 g/den
Tuky celkem	15- 30 %
Saturované MK	< 10%
Polynenasycené MK (celkem)	6-10%
n-6 PMK	5-8 %
n-3 PMK	1-2 %
Trans MK	< 1%
Mononenasycené MK	zbytek do tuků celkem

Tabulka č.2 : Doporučované nutriční složení dle WHO (84)

1.2.4.1.2.1 Výživová doporučení v České republice

V roce 2005 Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo oficiální doporučení pod názvem „Výživová doporučení MZ ČR pro návrhy postupů k implementaci Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví“, který shrnuje Globální strategii. Společnost pro výživu jej shrnula do jednotlivých bodů pod titulkem „Zdravá třináctka“

- udržení přiměřené tělesné hmotnosti (BMI 18,5- 24,9, obvod pasu u mužů- do 94 cm, u žen do 80 cm)
- minimálně 30 minut pohybové aktivity za den

- konzumace pestré stravy, rozdělené do 4-5 jídel
- minimálně 500g zeleniny a ovoce za den (zeleniny 2x více než ovoce)
- konzumace potravin vyrobených z obilovin (nejlépe celozrnné), brambory nejvýše 4x za den, luštěniny nejméně 1x do týdne
- ryby a rybí výrobky alespoň 2x do týdne
- denně konzumovat mléko a mléčné výrobky, především zakysané, polotučné či nízkotučné
- omezit příjem tuků nejen ve skryté formě, ale i tuky používané k přípravě pokrmů
- snížit příjem cukru
- omezit příjem soli
- správně zacházet s potravinami a tím předcházet nákazám a otravám
- denně vypít minimálně 1,5l tekutin
- maximální příjem alkoholu u mužů 20g a u žen 10g (83)

Výše uvedené body lze charakterizovat jako obecná výživová doporučení a tvrzení, určené široké populaci. Tento dokument definuje obecně nejdůležitější změny a cíle, které vedou k podpoře zdraví a prevenci vzniku chorob a následného úmrtí. (84)

1.2.4.1.2.2 Doporučení založená na skupinách potravin

Doporučení založená na skupinách potravin (Food Based Dietary Guidelines) lze charakterizovat jako vyjádření nutričních standardů a obecné výživové doporučení ve formě jednotlivých potravinových skupin. Mohou být znázorněna i v grafické podobě jako výživová pyramida.

Výživová, neboli potravinová pyramida je grafické zobrazení, které objasňuje, jaké potraviny jsou pro náš organismus vhodné a které spíše nevhodné. (40) Potraviny jsou rozděleny podle druhu do skupin a ty jsou dále rozděleny do čtyř pater, čím je skupina výše, tím méně je vhodná pro zařazení do našeho jídelníčku. Další pravidlo, které platí pro všechna poschodí pyramidy je, že potraviny, které jsou více vpravo, jsou méně vhodné, než potraviny, které jsou vlevo. Základna pyramidy je tvořena potravinami,

které náš organismus zásobují složenými sacharidy, tudíž snadno získatelnou energii. Na druhém poschodí se nachází ovoce a zelenina. Tyto potraviny jsou bohaté na celou řadu vitamínů, minerálních látek, ale také na vlákninu. Třetí poschodí je tvořeno potravinami živočišného původu tj. mléko, mléčné výrobky, maso a masné potraviny. Výjimkou jsou ryby, které by měly být v jídelníčku zařazeny častěji než např. maso drůbeží nebo červené. Maso je velkým zdrojem kvalitních bílkovin a minerálních látek, proto není vhodné tento druh potravin zcela vyřadit z jídelníčku. Mléčné výrobky jsou zdrojem nejen vápníku a fosforu, které hrají důležitou roli ve správném růstu kostí a zubů, také jsou zdrojem probiotických bakterií. Na vrcholu pyramidy jsou jednoduché cukry, sladké i slané výrobky a další jídla, které by se v naší stravě měly objevovat minimálně. (22)

1.2.4.1.2.3 Výživová doporučení ve formě nutričních standardů

Nutriční standardy neboli Výživové doporučené dávky (VDD) definujeme jako denní množství, které hradí potřebu základních živin, některých vitamínů a esenciálních minerálních látek u zdravých osob. Jsou určeny především odborné populaci jako pracovní pomůcka pro hodnocení spotřeby potravin, pro dlouhodobé sledování a hodnocení spotřeby potravin, při sestavování stravovacích dávek a jídelníčků a pro účely zdravotní výchovy. Hlavní živiny jsou ve VDD uvedeny v konkrétních dávkách pro jednotlivé skupiny podle věku a fyziologických stavů. Pro tyto skupiny se předpokládá rozdílné zastoupení hlavních živin v celkovém průměrném denním energetickém příjmu. Tento tradiční způsob se v poslední době zdá být rizikovým, protože může docházet k nežádoucímu navyšování energetického příjmu ve snaze pokrytí všech definovaných hodnot u jednotlivých živin. (93)

Výživný faktor	19-59				Dospělí			
	Lehká zátěž		Střední zátěž		60 -		Těhotné	Kojící
	muži	Ženy	Muži	ženy	muži	ženy		
Energie MJ	10	9,2	10,9	10	8,4	8	10	10
Energie Kcal	2400	2200	2600	2400	2000	1900	2400	2400
Bílkoviny g	68	63	70	65	65	65	80	80
Tuky g	70	65	75	70	55	55	75	75
Kyselina linolová	8	7	9	8	8	8	9	9
Vápník mg	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1500	2000
Hořčík mg	400	400	400	400	350	350	400	450
Železo mg	10	15	15	16	12	12	20	20
Jód g	200	200	200	200	180	180	230	260
Zinek mg	14	12	14	12	12	12	14	14
Fosfor mg	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1500	1800
Selen g	55	55	55	55	55	55,5	55	70
Vitamin A mg	1	0,9	1	1	1	1	0,8	1,2
Vitamín D g	5	5	5	5	5	5	10	10
Vitamín E mg	14	12	14	12	12	12	14	18
Vitamín K g	75	65	75	65	80	65	75	65
Vitamín B ₁ mg	1,1	1	1,3	1,1	1,2	1,1	1,5	1,4
Vitamín B ₂ mg	1,6	1,4	1,4	1,8	1,4	1,6	1,6	1,8
Niacín mg	18	16	20	18	15	15	18	20
Vitamín B ₆ mg	1,9	1,8	2	1,9	1,8	1,8	2,5	2,2

Kyselina listová g	400	400	400	400	400	400	600	600
Vitámín B₁₂ mg	3	3	3	3	3	3	3,5	4
Vitámín C mg	100	100	100	100	100	100	110	120

Tabulka č.3 : Výživová doporučení EU pro dospělé (93)

Česká republika se výživovými doporučeními neboli výživovými doporučovanými dávkami zabývá již od roku 1954, kdy byly vydány první VDD. Poslední verze byla vydána v roce 1993 Statním zdravotním ústavem v Praze. Jedná se jen o jednu tzv. optimální hodnotu jednotlivých živin, které jsou charakterizovány podle věku, pohlaví a fyzické aktivity. Společnost pro výživu vydala Referenční hodnoty pro příjem živin vycházející ze společného doporučení pro výživu z Německa, Rakouska a Švýcarska (tzv. referenční dávky DACH). (84)

1.2.4.2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je další z důležitých pilířů zdravého životního stylu. Machová popisuje, že lidské tělo je vyvinuto k pohybu. Naše tělo se neustále pohybuje. Dochází k dechovým pohybům, k cirkulaci krve, k srdečním stahům, pohybům střev i k jednotlivým pohybům buněk a krvinek atd. Aktivním pohybem (vlastní pohybovou aktivitou) nebo pasivním pohybem (s využitím zvířat nebo technických prostředků) můžeme přemísťovat tělo v prostoru. Pro udržování dobrého zdravotního stavu je nejpřirozenější vykonávat aktivní pohyb. (48)

Pokud zavítáme do historie, zjistíme, že pohyb byl vždy základní součástí lidského života. Naši předkové chodili na lov, překonávali několika kilometrové vzdálenosti a často museli i utíkat o život. S vývojem se lidé přesunuli na pole, kde trávili celé dny a začali se živit zemědělstvím. Pokud si po takové namáhavé práci večer lehli a odpočívali, bylo to z fyziologického hlediska naprosto v pořádku. Potřeba pohybu je v dnešní době velice odlišná a je dána moderním-pohodlným způsobem, života. (15)

Pohybová aktivita je definována jako tělesný pohyb spojený se svalovou kontrakcí, která zvyšuje výdej energie nad klidovou úroveň. Tato definice zahrnuje veškeré pohybové aktivity a to nejen pohyb ve volném čase, ale také související s pracovním výkonem, s prací v domácnosti i s pohybem spojeným s dopravou. (54)

Pohyb je pro člověka nezbytný, zaručuje funkčnost organismu, vyrovnává energii, zajišťuje tělesnou zdatnost, fyzické, psychické i duševní zdraví a napomáhá k dobré náladě. Při výkonu pohybové aktivity začne tělo vylučovat endorfiny a serotonin, tzv. hormony štěstí. K příjemné svalové únavě, pocitu vylučování toxinů a zážitku z průběhu aktivity se připojuje i jejich účinek a doplňuje se pocit spokojenosti. (52)

Organismus potřebuje pravidelnou fyzickou aktivitu, jak už k optimálnímu fungování, tak ke zvýšení funkce imunitního systému. Pravidelná a přiměřená aktivita, působí pozitivně na zdraví člověka a přináší několik zdravotních přínosů, včetně:

- snížení vzniku kardiovaskulárních chorob, vysokého krevního tlaku,
- stabilní úroveň metabolických funkcí a vzniku DM II. typu
- zvýšené využití tuků, udržení tělesné hmotnosti, snížené riziko vzniku obezity
- snížené riziko vzniku některých typů rakoviny
- zvýšená mineralizace kostí v mládí, prevence osteoporózy a zlomenin ve starším věku
- zlepšení zažívání a regulace střevního rytmu
- udržení a zlepšení svalové síly a vytrvalosti
- udržování motorických vlastností
- udržování kognitivních funkcí, snížení rizika deprese a demence
- nižší úroveň stresu, zlepšení úrovně spánku
- zlepšení sebehodnocení, sebeúcty, zvýšení elánu a optimismu
- nižší riziko pádu u dospělých v pokročilém věku (52)

Nedostatek pohybu je rizikovým faktorem pro vznik několika chronických nemocí, včetně kardiovaskulárních onemocnění, které jsou hlavní příčinou smrti ve vyspělých zemích. Pokud se lidský organismus dostatečně nehýbe, nemá tendenci obnovovat a vyživovat svalové buňky a dochází k jejich úbytku. Další nežádoucí změnou mohou být

některé metabolické pochody např. poruchy štítné žlázy. V důsledku nedostatečného transportu a následné hromadění určitých hormonů. Neměli bychom zapomenout na vznik obezity související s nevyváženým příjmem a výdejem energie. Dochází k přebytku složek potravy, především tuků a cukrů, které se v těle začnou hromadit. Tuk je ukládán nejen pod kůží, ale také kolem vnitřních orgánů a na žilních stěnách. To se může projevit vznikem vysokého krevního tlaku, aterosklerózy, infarktu myokardu, diabetu mellitu II. typu a již zmiňované obezité. (64)

1.2.4.2.1 Druhy pohybové aktivity

Rozeznáváme několik typů pohybových aktivit. Za nejvýznamnější považujeme pohyb vytrvalostní, rychlostní a silový. Vytrvalostní neboli aerobní pohybová aktivita je charakteristická cyklickým opakováním pohybu po delší dobu. U tohoto typu je kladen vysoký požadavek na přísun kyslíku, především na kardiopulmonální systém. Energetická náročnost je závislá na době trvání aktivity, potřebná energie je při dostatečné době hrazena hlavně tuky. Rychlostní pohybové aktivity jsou vysoce intenzivní a probíhají pod anaerobním pásmem, bez přísunu kyslíku. Energetické krytí je z lokálních energetických zdrojů a z cukru za vzniku kyseliny mléčné. Do této skupiny jsou zařazovány vyloženě sportovní aktivity. Silová pohybová aktivita je významná krátkodobou intenzivní aktivitou s převažující silovou složkou- zvedání břemen. Zde je vysoce zatížen kardiovaskulární systém. Energetické potřeby jsou kryty z lokálních zdrojů. Při opakovaném provádění – tréninku - je efekt hlavně na pohybový aparát, ale i na metabolismus – zlepšuje se například využívání cukrů svalovou buňkou. (34)

Při výběru vhodné pohybové aktivity by měl být zohledněn aktuální zdravotní stav jedince. V případě, že člověk nemá žádné zdravotní potíže, může vybírat ve velkém množství pohybové aktivity. Naopak lidé, kteří trpí některými chorobami například nadváhou, hypertenzí, kloubními potížemi nebo nemocemi kardiovaskulárního systému, by se měli o vhodném výběru pohybové aktivity poradit s odborníkem. (46) Vzhledem k riziku poškození nosných kloubů dolních končetin v důsledku přetížení, jsou vhodné především aktivity s odlehčením těžiště, především aerobní aktivity. Jsou to činnosti,

které zvýší dechovou a tepovou frekvenci a tím je tělo dostatečně zásobeno kyslíkem a odčerpává energii z tuků. (49)

1.2.4.2.1.1 Outdoorové pohybové aktivity

Pro outdoorové pohybové aktivity je charakteristické venkovní prostředí na čerstvém vzduchu.(77)

- **Chůze**

Chůze je pro člověka nejpřirozenějším pohybem, který vždy vykonával. Nedochozí k poškození kloubů, vazů a v případě intenzivní chůze, lze dosáhnout zvýšeného energetického výdeje. Tento typ pohybu je nejvhodnější, pro ty, kteří se pohybové aktivitě jako takové příliš nevěnovali nebo jim zdravotní stav nedovolil věnovat se jiné aktivitě. Pravidelná chůze zvýšené intenzity zlepšuje fyzickou kondici, kladně působí na kardiovaskulární systém, snižuje hladinu tuků a stabilizuje krevní tlak. (49)

- **Nordic Walking**

Nordic Walking v posledních letech získává na stále větší popularitě a to u všech věkových skupin. Jedná se o chůzi s holemi, která není náročná pro zvládnutí správné techniky, ovšem správná technika je důležitá pro správné působení a také v ohledu bezpečnosti. Na rozdíl od chůze, je v tomto případě více zatížen kardiovaskulární a pohybový systém a zvyšuje energetický výdej přibližně o 25-35%. Navíc jsou zapojeny i svaly horní poloviny těla (ramenní, zádové, prsní). Hole jsou vyrobeny z lehkého a pružného materiálu a proto tlumí nárazy na zem při chůzi a tím omezuje zátěž kloubů dolních končetin. (49)

- **Běh**

Běh je stejně jako chůze nejdostupnější aktivitou. Pravidelné běhání, vhodné intenzity, má kladný vliv na kardiovaskulární systém a dokonce snižuje riziko vzniku infarktu myokardu. V podstatě se jedná o vytrvalostní trénink, během kterého dochází k posílení srdečních stěn a rozšíření srdečních dutin.. Často se setkáváme s tvrzením, že

běhání má negativní vliv na pohybový aparát, ovšem opak je pravdou. Běh posiluje svalstvo, šlachy a vazy a tím dochází k lepší stabilizaci kloubu. Běhání je významné pro vysoký výdej energie, proto je tento druh pohybu vhodný při snižování tělesné váhy. (46)

- **Plavání**

Plavání a také aquagymnastika je považována za nejefektivnější pohybovou aktivitu. Střídá se pravidelné svalové napětí s relaxací a pozitivně působí na pohybový aparát, na srdce, cévy, a dýchací soustavu. Dochází k minimálnímu zatěžování nosných kloubů a využívá cvičení proti odporu vody. Proto je tento pohyb vhodný pro každou věkovou skupinu a pro ty, kteří trpí určitými zdravotními problémy např. obezita. Důležité je zvolení vhodného plaveckého stylu, aby nedocházelo ke vzniku bolestí a některých úrazů. (49)

- **Cyklistika**

Jízda na kole působí na rychlost, vytrvalost, sílu, koordinaci a na psychickou sféru jedince. Díky poloze na sedle dochází k relativnímu snížení hmotnosti a tím k odlehčení kloubů a šlach dolních končetin. Jízda na kole působí na výdej energie a ovlivňuje i svalovou konfiguraci. Naopak je zatížen čtyřhlavý zádový sval, břišní orgány a to v důsledku ohnutého trupu a je drážděna sedací oblast vlivem tlaku sedadla. Neměli bychom zapomínat na správné zvolení jízdního kola, terénu a samozřejmě na dodržování pravidel silničního provozu. (44)

- **Bruslení**

Bruslení se dá provozovat ve dvou formách, na ledě a na kolečkových bruslích. Dostupnost ledové plochy je sice omezena, ale in-line bruslení se v poslední době stává čím dál tím více oblíbenou sportovní aktivitou. Jedná se o zábavnou aktivitu a navíc o energeticky náročnou, šetrnou ke kloubům dolních končetin, zvyšuje silové, rychlostní schopnosti, vytrvalost a koordinaci. (49)

1.2.4.2.1.2 Indoorové pohybové aktivity

Indoorové aktivity jsou takové druhy pohybu, které lze provozovat mimo venkovní prostředí, např. ve sportovních halách. (77)

- **Fitness**

Fitness je souhrn aktivit, které přinášejí cvičícímu formu být „fit“, ať už z pohledu plastičnosti těla nebo jeho funkčnosti a zdraví. Jedná se o posilování částí těla, bodybuilding a cvičení nejrůznějších forem. (7)

- **Aerobic**

Aerobic je aktivita, která se dnes běžně vyskytuje ve většině fitness center v různých podobách. Je to série rytmického cvičení, které je doprovázeno hudbou. Cílem je zlepšit oběhové funkce, posílit pohybový systém, zvýšit odolnost a vytrvalost a systematicky spalovat kalorie. (7)

- **Zumba**

Zumba se v poslední době stala oblíbenou aktivitou především u dámské populace. Atraktivním způsobem kombinuje prvky z latinskoamerických tanců a s prvky aerobního cvičení. Je založena na principu přerušovaného kardio tréninku. Díky kombinaci svižné a pomalé rychlosti, dochází k efektivnímu spalování tuků a formování celého těla. (49)

- **Pilates**

Lze konstatovat, že pilates je poměrně novou aktivitou. V České republice se začala objevovat v devadesátých letech minulého století. Pilates představuje soubor přesně určených pomalých cvičení s koordinovaným dýcháním, popřípadě se speciálními pomůckami. Zvyšuje pružnost, posiluje a zpevňuje svalstvo a také působí na psychiku člověka. (7)

- **Strečink**

Pojem strečink pochází z anglického slova stretch, v překladu to znamená protahovat, vytahovat. Forma jemné gymnastiky, která nepodléhá, udávanému rytmu, ale je důležité pozorování a poslech vlastního těla. Cílem je protažení, uvolnění a zlepšení ohebnosti jedince. (7)

- **Spinning**

Spinning, často nazýván jako indoor cycling. Jedná se o sportovní aktivitu na rotopedu, doprovázenou rytmickou hudbou a to vše v silně motivující skupině. Zlepšuje srdeční a dechovou kapacitu a posiluje svalstvo především dolní poloviny těla. Během této aktivity cvičící ztrácí až 800kcal za jednu hodinu, proto je tento pohyb oblíbený u lidí, kteří se snaží snížit svou tělesnou hmotnost.(7)

- **Fitbox**

Fitbox je novinkou v oblasti fitness. Je to skupinové, zábavné a navíc energeticky vysoce účinné cvičení na speciálně upravených boxovacích totemech při hudbě a motivaci trenéra. Program obsahuje několik základních úderů s kombinací vysokého množství cviků. Pravidelné cvičení pomůže účinně tvarovat a zpevňovat postavu, vylepší osobní kondici a psychickou pohodu. (7)

- **Jóga**

Jóga je tradiční cvičení pocházející z hinduistického prostředí, které dává důraz na dýchací cvičení, protahování prostřednictvím jednotlivých pozic. Hlavním cílem je dosáhnout plného, tělesného, mentálního a duchovního potenciálu. (7)

1.2.4.3 Stres

Stres je mentální, emocionální a fyziologická odpověď lidského organismu, na mimořádně silný podnět, tzv. stresor. (4) Stresory můžeme rozdělit na zátěžové životní události (úmrtí v rodině, nemoc, ztráta zaměstnání, rozchod či rozvod s partnerem), chronické stresory (pracovní nespokojenost, podmínky bydlení, dlouhodobá péče o nemocného člena rodiny, invalidní potomek) a na drobné denní nepříjemnosti (cestování dopravními prostředky, výchovné problémy s dětmi, konflikty s rodiči). (96)

Rozlišujeme dva základní typy stresu, eustres a distres. V případě eustresu se jedná o optimální hladinu stresu, který může mít pozitivní vliv na organismus a to v podobě tvůrčího nebo motivačního faktoru. Distres- negativní stres je spíše chronického a traumatického rázu. Pro organismus je nebezpečný a může jej poškodit jak z fyzické, tak z psychické stránky. (16) Zdravotní důsledky stresu mohou být různého charakteru. Mezi nejčastější poškození patří poruchy spánku, bolesti hlavy, zvýšení krevního tlaku, sexuální poruchy, bolesti zad, chronická únava a trávicí obtíže. Co se týká emocionálního vnímání, může vznikat podrážděnost, poruchy koncentrace pozornosti, deprese, motorický neklid, tiky zlost, nevraživost a různé druhy fobií. (96)

Jedním ze způsobů, jak čelit stresovým situacím, je naučit se pozitivně reagovat na změny a minimalizovat negativní reakce. Důležitou součástí je rovnováha mezi prostředky a požadavky. Ovšem nejučinnější jsou lidé kolem nás. Je důležité nebýt sám, ale být obklopeni rodinou, přáteli, a lidmi, kteří nám pomohou s nepříjemnostmi nebo alespoň vyslechnou naši duši. Některé výzkumy dokazují, že jedinci, kteří mají dobré sociální zázemí, jsou méně oslabeni stresem a věří více svým schopnostem při řešení nepříjemných situací. (4) Existují jednoduchá doporučená pro obyvatelstvo, jak lépe zvládat stres:

- plánujte své činnosti a úkoly tak, aby se vám nehromadily
- složité problémy řešte postupně, ne„jedno přes druhé“
- střídejte druhy činností, od duševní práce si odpočiňte pohybem
- starosti je třeba řešit, ale také si od nich odpočinout a věnovat se relaxaci
- pracovní dobu věnujte výhradně práci a volný čas odpočinku
- nebraňte se novinkám a změnám, přijímejte vývoj techniky

- pohybová aktivita a různé, třeba zdánlivě nezvládnutelné sporty, jsou nejúčinnější formou zvládnání stresu
- rozvíjejte přátelské vztahy s lidmi, neizolujte se od společenských aktivit
- neostýchejte se požádat o pomoc, když vám něco nejde
- vyhýbejte se zvládnání stresu „podpurnými“ návykovými látkami (alkohol, utišující léky aj.)
- radujte se z každého prožitého dne, z každé drobnosti a nehledejte kolem sebe jen chyby (9)

1.2.4.4 Duševní zdraví

Stejně jako správná výživa a dostatečná pohybová aktivita je pro zdravý životní styl důležitá i duševní rovnováha. V rámci nevyrovnané a přetížené psychiky člověka může docházet k oslabení imunitního systému a možnému vzniku některých nemocí, ale i k psychickým a somatickým obtížím. Duševní nerovnováha může být rizikovým faktorem pro vznik nejen trávicích obtíží, kardiovaskulárních, nádorových a kožních onemocnění, ale také různých alergií, poruch osobnosti, nálad a neurotických poruch. K udržení duševní rovnováhy docílíme především díky dostatečnému, kvalitnímu spánku, odpočinku a regeneraci samozřejmě s vhodnou výživou a pohybovou aktivitou. (46)

1.2.4.4.1 Spánek

Spánek spolu s vhodnou výživou, dostatečnou pohybovou aktivitou a schopností zvládat stres, patří k významným podmínkám dobrého zdraví. (9) Blahušová definuje spánek jako stav vědomí, ve kterém tělo může odpovídat na vnější podněty, ale mnohem méně pohotově a s mnohem menším účinkem než ve stavu bdělém. (4) Je důležitý z hlediska regenerace organismu, zajišťuje fyzickou a psychickou obnovu, zvyšuje odolnost vůči nemocem a pomáhá zlepšovat paměťové schopnosti. (16)

Ronald ve své knize definuje jednotlivá stadia spánku. První fáze odpovídá době usínání, kdy je velmi důležité vědomí, které často naplňují asociace na příjemné zážitky. U druhého stadia ustupuje stav vědomí do pozadí a spánek se prohlubuje. Ve třetím stadiu neboli hlubokého spánku dochází k fyzickému odpočinku. Pokud došlo k fyzicky namáhavé práci, tak se tato fáze prodlužuje. Po té nastupuje REM spánek, to je spánek s rychlými pohyby očí, který nastupuje asi 90-120 minut po usnutí. Pro tento spánek je charakteristické zdání snů. Dochází k určité paralýze svalů mimo bránice a svalů očí, i když svaly dolních končetin sebou mohou cukat, nejsou schopné provádět delší či složité pohyby. Zvyšuje se přísun krve do mozku a mužů se objevuje spontánní erekce, u žen zvýšený přísun krve do klitorisu, srdeční rytmus i hloubka a rytmus dýchání klesá a schopnost ovládat tělesnou teplotu je přechodně potlačena. Poslední fáze tzv. paradoxní spánek, je charakteristická vysokou mírou mozkové činnosti. Je významný v procesech učení, zapamatování a zpracování informací. (42)

Je všeobecně známo, že s věkem se snižuje potřeba spánku. Dalšími faktory, které mohou ovlivnit kvalitu spánku, jsou stravovací návyky před spaním, pohybová aktivita, špatná nálada a deprese. Spánek také ovlivňují sezónní změny, různá onemocnění, ale také součásti každodenního života jako je práce na směny, kofein, kouření, alkohol a tzv. pásmová nemoc, vyskytující se u cestujících, kteří často překračují časová pásma. (4)

U dospělých je denní potřeba spánku uváděna mezi 7-8 hodinami. Nespavost patří mezi nejčastější poruchy spánku a lze konstatovat, že její výskyt se zvyšuje s věkem. Často se projevuje špatným usínáním, častým buzením v průběhu spánku a předčasné probouzení. (9) S nedostatkem spánku se zvyšuje riziko špatného výkonu v pracovním prostředí, zranění při práci nebo za volantem. Dále může docházet k poruchám nálad včetně depresí a podrážděnosti. Navíc se zvyšuje riziko vzniku obezity, diabetu mellitu 2. typu a také může být příčinou předčasného úmrtí. (42)

1.2.4.4.2 Relaxace

Relaxace je charakterizována jako hluboké uvolnění, odstraňující zbytečné svalové a nervové napětí. Je to metoda podporující fyzický, duševní klid a optimální hladinu klidu nebo napětí z hlediska efektivnosti. Cílem relaxačních technik je celková somatická relaxace a snížení emočního napětí, navození odlehčení a uvolnění napětí, které pomáhá obnovit rovnováhu a pohodu. (9) V relaxovaném stavu dochází k celé řadě tělesných změn, aktivuje se parasympatický vegetativní nervový systém, zpomaluje a prohlubuje se dýchání, snižuje se spotřeba kyslíku a výdej oxidu uhličitého, snižuje se krevní tlak a tep a dochází ke zpomalení celkového metabolismu. Dochází i k biochemickým změnám, zvyšuje se produkce některých hormonů, např. serotoninu, který má pozitivní účinky na zlepšení nálady a pocitu klidu.

Rozlišujeme několik druhů relaxace, ovšem za nejzákladnější je považována relaxace fyzická, psychická, aktivní a pasivní. Při fyzické relaxaci dochází k uvolnění svalového napětí. Do aktivní relaxace je součástí pohybové aktivity, kam řadíme různá fyziologická cvičení např. jóga a jiná dechová posilování. V pasivní složce relaxace se nachází různé masáže, sauny, akupunktura a akupresura. Psychická relaxace navozuje pocit osvobození a uvolnění mysli od neustálého přemýšlení. (48) V současné době existuje velké množství relaxačních technik např. relaxace na bázi svalového uvolnění, na bázi dechového cvičení, relaxačně- koncentrační metody, relaxačně imaginativní metody a také aromaterapie a muzikoterapie. (36)

1.2.4.5 Návykové látky

Dle Světové zdravotnické organizace je závislost patologický vztah k určitému zážitku, měnící náladu, ale současně má negativní vliv na zdraví člověka. Zle konstatovat, že chemikálie vytváří silnější závislost, nejen že způsobují změnu nálad, ale také přeměňují buňky, které vyžadují přísun této chemikálie ke svému dalšímu fungování. Mezi návykové chování můžeme zařadit patologické hráčství, přejídání se a také sex a workoholismus. Závislost je proces, který vzniká po určitou dobu a tato doba

je popisována pěti stádii: bezproblémové užívání, experimentální užívání, časté užívání, škodlivé užívání, chronické užívání. (4)

1.2.4.5.1 Kouření

Kouření tabáku je považováno za nejčastější příčinu některých nemocí až předčasně smrti. Na následky kouření zemře ročně 5 miliónů lidí na celém světě a předpokládá se, že do roku 2025 se počet obětí zvýší až o dvojnásobek. (54)

Zapálená cigareta produkující kouř obsahuje více než 4000 složek, z nichž minimálně 200 je vysoce jedovatých a 50 z nich se zařazuje do skupiny karcinogenů. Základní škodlivé složky cigaretového kouře jsou nikotin, dehet, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik, a spousta dalších. Nikotin je vysoce návyková, psychoaktivní látka, která se velmi rychle dostává do krve a již 7 vteřin po vdechnutí se přesouvá do mozku. Nejprve působí stimulačně, ale postupně se jeho účinek mění do fáze mírného útlumu. (96) Vlivem působení nikotinu dochází ke zvýšení krevního tlaku, zrychlení srdeční činnosti a ke stažení srdečních cév. Tyto účinky zvyšují riziko vzniku infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a onemocnění periferních cév. (48) Právě nikotin vyvolává závislost a nutí kuřáka udržovat jeho hladinu na potřebné úrovni. Při poklesu této hladiny vznikají abstinenční příznaky, jako je nutkavá touha po cigaretě, špatná nálada a podrážděnost, neschopnost soustředění, nervozita, úzkost, poruchy spánku a zvýšená chuť k jídlu. Dehet je nejnebezpečnější složka tabákového kouře. Po jeho vdechnutí se dostávají hluboko do plic, kde se hromadí a zabraňují samočisticí schopnosti dýchacích cest. Jsou příčinou vzniku rakoviny a chronických onemocnění plic. (96)

Tabák neohrožuje, jen samotné kuřáky, ale i ty, kteří cigaretový kouř pouze dýchají. Nedobrovolnému vystavení osoby cigaretovému kouři nazýváme pasivním kouřením. Hořící cigareta, neprodukuje pouze tzv. hlavní proud kouře, ale také vedlejší proud, který obsahuje mnohonásobně více škodlivin. Nekuřák, který stráví v zakouřeném prostředí jednu hodinu, vdechne stejné množství škodlivin jako by vykouřil 15 cigaret. Pasivním kouřením je nejvíce ohrožena dětská populace. (48)

1.2.4.5.2 Alkohol

Alkohol je považován za nejrozšířenější „rekreační“ drogu. Je to bezbarvá tekutina vznikající kvašením sacharidů. Chemickým složením je etanol. Alkoholické nápoje se poměrně rychle vstřebávají do žaludku a tenkého střeva, odtud alkohol putuje do významně prokrvených tkání jako je mozek, plíce, játra a ledviny. (48) Rychlost vstřebávání je závislá na koncentraci nápoje a množství jídla v žaludku. Pokud je alkoholický nápoj zředěný, jinou tekutinou, vstřebává se pomaleji. Plný žaludek brání vstřebávání alkoholu do žaludečních stěn a do tenkého střeva. Alkoholické nápoje obsahující oxid uhličitý jsou také rychleji vstřebávány než nápoje „bez bublinek“. (4) Alkohol se vyznačuje svou vysokou energetickou hodnotou, 95% organismus využívá jako zdroj energie a 5% je vyloučeno potem, močí a dechem. (83)

Alkoholický nápoj	Obsah energie (MJ/l)	Obsah energie (kcal/l)	Podíl alkoholu (g/l)	Podíl alkoholu na energetické hodnotě (%)
výčepní pivo světlé	1,6	390	35	63
červené víno lehké	2,7	650	80	86
červené víno těžké	3,2	775	95	86
bílé víno	2,9	700	85	85
Sekt	3,5	835	90	75
Destilát	9,9	2 400	330	96

Tabulka č. 4: Obsah alkoholu a energie v alkoholických nápojích (83)

Alkohol působí na cévní nervovou soustavu člověka. Zpočátku potlačuje zábrany, dále zpomaluje základní reflexy, poruchy vnímání, snížení pozornosti a soudnosti. Vyšší dávka zhoršuje celkovou koordinaci a vyvolává příznaky opilosti, jako jsou přehnané emoce, vratká chůze, až intoxikace celého organismu, bezvědomí a následná smrt v důsledku selhání oběhového a dýchacího systému. Při dlouhodobé konzumaci

mohou vznikat různá chronická onemocnění, cirhóza jater, onemocnění krevního oběhu, vznik rakoviny a poškození cévní nervové soustavy. (96) Podle Stránského má alkohol řadu projektivních, ale i negativních účinků na kardiovaskulární systém, např. snižuje celkový cholesterol, zvyšuje krevní tlak. (83) Zpráva o alkoholu a zdraví ve světě vydaná Světovou zdravotnickou organizací v roce 2011, přinesla řadu vědecky dokumentovaných poznatků o zdravotních dopadech rizikového a škodlivého pití. Alkohol podle zprávy odpovídá za 4 % celkové roční úmrtnosti ve světě, přičemž nejčastěji jde o úmrtí v důsledku úrazů, nádorových onemocnění, kardiovaskulárních chorob a onemocnění jater. V rostoucí míře nepříznivě zasahuje zdraví dospívajících a mladých dospělých ve věku 15 až 29 let. V této věkové skupině bylo v roce 2005 evidováno 320 tisíc úmrtí, na nichž se podílel alkohol, tj. 9 % roční mortality (1)

V České Republice není žádná národní strategie, týkající se alkoholu. Politické cíle v této oblasti byly formulovány v dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví pro všechny v 21. století“ vycházejícím ze strategie WHO a také EU (Evropská charta o alkoholu, Protidrogová politika v ČR [19], Anderson & Baumberg (55)

Legislativně je v ČR alkohol regulován zákonem 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. (13) Zdravotní a sociální dopady škodlivého pití lze na celospolečenské úrovni snižovat pouze vhodnou alkoholovou politikou. Doporučená globální strategie zahrnuje regulační opatření v oblasti dostupnosti (např. omezení prodejních míst prostřednictvím licencí, důsledné dodržování zákazu prodeje a podávání nezletilým), cenové politiky (vyšší zdanění alkoholu) a marketingu (výrazné omezení reklamy), zlepšení zdravotních služeb, zavádění screeningu a krátké intervence v primární zdravotní péči. Důrazně se doporučuje zlepšit informace týkající se spotřeby a konzumních zvyklostí populace s tím, že tyto poznatky přispívají k posouzení rozsahu rizik. (54)

1.2.4.5.3 Kofein

Kofein je nejpopulárnější světová droga, kterou využívá převážná část populace už od dětství. (28) Je zařazován do kategorie lehkých drog. Z chemického hlediska je to alkaloid vyskytující se v kávě, čaji, čokoládě, kakau, nápojích kolového typu, guaraně a také v řadě léků, především v přípravcích na redukci váhy, v lécích proti bolesti, s močopudným účinkem, proti nachlazení a alergii. (4) K toleranci kofeinu a vytvoření závislosti netrvá dlouho, někdy se závislost vytvoří během několika dní. Dle výzkumu vypracovaného na Johns Hopkins University, dokáže vytvořit závislost pouze jeden šálek kávy, který je dostatečný na vyvolání abstinenčních příznaků. (78)

Působením kofeinu dochází ke stimulaci cévní nervové soustavy, zlepšuje pozornost, snižuje pocit únavy. 15- 45 minut po požití kofeinového výrobku dochází k účinkům souvisejícím se zvětšením kontrakce srdečního svalu, vyšší spotřebou kyslíku, rychlejším metabolismem a vylučováním moče. (4) Dlouhodobými účinky opakované stimulace kofeinem je únava, deprese, podrážděnost, nejasné myšlení a snížení kvality spánku. Zvýšenou spotřebou kávy, čaje a kofeinových limonád se zvyšují ztráty vitaminů a minerálních látek a především vede ke vzniku dehydratace. (28) Dlouhodobé pozorování a nedávné studie uvedly, že konzumace úměrného množství kávy nemá přímou souvislost se zvyšováním krevního tlaku. (58) Množství kofeinu, které lze považovat pro organismus za neškodné, odpovídá hodnotě kolem 400 mg/den. To jsou pro představu 2 – 3 šálky kávy. (61)

1.3 Civilizační choroby

V České Republice je stále nízká úroveň péče o vlastní zdraví jedinců. Vysoké procento české populace neustále podceňuje výskyt a působení rizikových faktorů. Nemoci označované jako civilizační, jsou onemocnění, která jsou způsobena nedostatečným dodržováním zásad zdravého životního stylu. Hlavní příčinou jsou průmyslová výroba, příjem potravin bohatých na kalorie, především tučných jídel, slaných ne naopak přeslazených potravin. (78) Nejen špatné stravovací zvyklosti mohou zvyšovat nebezpečí vzniku těchto chorob, ale také málo fyzického pohybu, nadměrné

konzumace alkoholu, koření a v neposlední řadě zvyšující se nároky na vypořádání se, se stresovými situacemi. Mezi tato onemocnění jsou zařazovány především choroby kardiovaskulárního systému, nádorová onemocnění a onemocnění metabolického charakteru. Až z 80% předčasných úmrtí, by se dalo zabránit v případě vhodného dodržování faktorů životního stylu. (72)

1.3.1 Kardiovaskulární onemocnění

Onemocnění srdečního systému jsou dle provedených výzkumů nejčastějšími příčinami předčasných úmrtí současné populace. V České Republice dlouhodobě představují více než 50 % všech úmrtí. Jejich výskyt se zejména u mužů, posouvá do stále mladších věkových skupin. (75) V posledních letech se podařilo snížit úmrtnost o 20% a to v důsledku účinnějších diagnostických a terapeutických postupů včetně postupného snižování průměrné hladiny cholesterolu v krvi a zlepšující se péče o nemocné s hypertenzí, i když správně podchycena a léčena byla jen u 15 % nemocných. Ve srovnání s vyspělými zeměmi EU 15 je úmrtnost na srdečně cévní onemocnění v ČR 2x vyšší. (54) Onemocnění srdce a cév mohou mít několik podob, ovšem nejvýznamnější je ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin a centrální mozková příhoda. Všechna tato onemocnění mají stejnou příčinu a to vznik aterosklerózy. Ateroskleróza je onemocnění, kdy se do vnitřní části cév ukládají látky, které se ve zdravých cévách nevyskytují, např. tukové částice, cholesterol, vápník a další. Může dojít až k ucpání cév a jejich následným prasknutím. Dalšími příčinami způsobujícími nedokrevnost mohou být spazmy, tromby či emboly. V případě infarktu myokardu se jedná o odumření části srdečního svalu nebo srdeční mrtvice, která je způsobena nedostatečným zásobením kyslíku. Příčina je ucpání koronární (věnčité) tepny nebo její prasknutí v důsledku ucpání cév. (78)

1.3.2 Nádorová onemocnění

Onemocnění vznikající nádorovým bujením v České Republice představují druhou nejčastější příčinu úmrtí. Ročně na ně umírá více než 27 tisíc osob, což odpovídá

přibližně 23 % z celkové úmrtnosti. Nádorová onemocnění dělíme do dvou skupin, na benigní a maligní nádory. (88) V současné době je největším problémem výskyt kolorektálního karcinomu, karcinomu prsu, prostaty a stále se zvyšující výskyt kožního nádoru- melanomu. Výskyt nádorů plic mírně klesá u mužů, ale stoupá u žen. Pro úspěšnou léčbu je žádoucí, co nejčasnější podchycení nově vzniklého onemocnění. K tomu slouží aktivní vyhledávání nádorů v počátečních fázích zhoubného bujení.

Bronchogenní karcinom neboli karcinom plic se vyznačují několika typy, které se liší prognózou, vlastnostmi a způsobem léčby. Příznaky se ve většině případů vyskytují stejně jako u kterýchkoliv jiných onemocnění plic, proto v začátcích není jednoduché rozpoznat, že se jedná o tento druh rakoviny. Zvýšené riziko vzniku je u kuřáků. (54)

Kolorektálnímu karcinomu neboli karcinomu konečníku a tlustého střeva, se vysoké procento vzniku připisuje nevhodné stravě, zvýšenému příjmu tuků a naopak sníženému příjmu vlákniny. U tohoto onemocnění je z důvodu velmi vysokého výskytu zavedeno screeningové vyšetření. To probíhá v rámci preventivních prohlídek u lidí nad 50 let.

Ze stejného důvodu je v České Republice zavedeno screeningové vyšetření na odhalení karcinomu prsu tzv. mamografické vyšetření. Provádí se u žen, které dosáhly 45 věku a to ve 2 letých intervalech. (71)

1.3.3 Obezita

Obezita je charakterizována jako onemocnění, při kterém dochází k nahromadění tukových zásob v těle. Jedná se o individuální poruchu řízení energetiky organismu. Obezita vzniká jako následek energetické nerovnováhy, tedy nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie. Obezita je rizikovým faktorem pro rozvoj mnoha onemocnění např. poruchy metabolismu lipidů, kardiovaskulárních potíží, diabetu, nemocí skeletu a artrózy. Výrazně může ovlivnit kvalitu života a působí složité sociální potíže. (94)

Více než polovina dospělé populace v České republice (57 %) má vyšší než normální hmotnost a tento podíl se nedaří snížit. Nejvíce se obezita vyskytuje u mužů a z hlediska věku u starší populace. Závažný je stále se zvyšující výskyt obezity u dětí,

čímž se zvyšuje riziko vzniku nadváhy v dospělosti se všemi negativními následky. Nárůst osob s nadváhou naznačuje zhoršující se trend špatné úrovně stravování a současné nízké fyzické aktivity, který přispívá významně k rozvoji řady chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární nemoci, hypertenze, diabetes 2. typu, cévní mozkové příhody, některé druhy rakoviny, poškození svalové a kosterní soustavy a také řada duševních nemocí. Jejich léčba pak klade zvýšené nároky na rozpočet resortu zdravotnictví. Chybou stravování není jen nevhodná skladba potravin, ale ještě více jejich množství a nerovnoměrné stravování během dne. (54)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaké jsou vědomosti zdravotnických pracovníků na oddělení interny v nemocnici Písek.

Dílčím cílem je porovnání životního stylu zdravotnických pracovníků s prodavači ve městě Písek

2.2 Hypotézy

H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve znalostech vlivu zdravého životního stylu na zdraví mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v dodržování zdravého životního stylu mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Výzkumná část této diplomové práce byla vypracována na základě kvantitativního výzkumu v podobě anonymních dotazníků. Před samotným provedením výzkumu byl proveden tzv. předvýzkum u 7mi lidí, za účelem ověření proveditelnosti výzkumu, či odstranění nedostatků a upravení srozumitelnosti některých otázek.

Dotazníkové šetření bylo rozděleno na dvě části. První část tvořil krátký vědomostní test, který obsahoval 10 uzavřených otázek. Cílem tohoto testu bylo zjistit, jaké jsou vědomosti respondentů v oblasti zdravého životního stylu., po té je srovnat s kontrolní skupinou. Jako kontrolní skupina byli zvoleni prodavači. První otázka zjišťovala, zda respondenti mají zájem o informace z této oblasti. Otázky 2- 7 se týkaly zdravého stravování. Pohybovou aktivitou se zabývala otázka č. 8. Otázka č. 9 zjišťovala vědomosti o konzumaci alkoholu. Poslední otázka č. 10 byla zaměřena na potřebu spánku.

Druhá část byl samotný dotazník, který měl za úkol zjistit, zda dotazovaní dodržují zásady zdravého životního stylu a následně porovnat výsledky obou skupin tj. prodavačů a zdravotníků. Dotazník obsahoval 23 otázek. 20 otázek bylo uzavřených a 3 otázky byly polootevřené, kde byla respondentům kromě zadaných možností přidána i varianta „jiné“, umožňující vyjádření respondentova vlastního názoru. První tři otázky byly identifikačního charakteru. Otázky č. 4-10 se týkaly stravovacích návyků respondentů. Otázky č. 11 a 12 byly zaměřeny na pravidelnost pohybové aktivity. Návykovými látkami se zabývaly otázky č. 15-17. Pocit stresu v rámci zaměstnání byl zjišťován v otázce č. 18. Otázky č. 19 a 20 zjišťují, zda pracovní prostředí ovlivňuje způsob, jakým respondenti žijí. Otázky č. 21-23 byly zaměřeny na informovanost a získávání informací v oblasti zdravého životního stylu.

Výzkum probíhal v období leden- únor 2014. Výsledky byly graficky zpracovány v programu Microsoft Excel jak v procentuálním zastoupení, tak i v celých číslech.

3.1.1 Statistické vyhodnocení

Pro statistické vyhodnocení bylo použito programového balíku STATISTICA pro Windows, v. 7.0, modulu Basic Statistics and Tables (kontingenční tabulky a párový t-test).

Kontingenční tabulky byly použity k porovnání struktury odpovědí mezi prodavači a pracovníky ve zdravotnictví, a to pro všechny otázky dotazníku i vědomostního testu. U otázek vědomostního testu byla navíc porovnána struktura odpovědí na základě příslušnosti k věkové skupině (20-35 let, 35-50 let, více než 50 let) a na základě (vyučení, maturita, vyšší odborné nebo vysokoškolské). Skupiny vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání byly pro účely statistického testování sloučeny, neboť počet příslušníků k těmto skupinám byl nižší než u předchozích skupin). Kontingenční tabulky byly vyhodnoceny pomocí M-L testu (χ^2 kritérium).

Nulové hypotézy: Struktura odpovědí v dotazníku ani ve vědomostním testu není závislá na tom, zda odpovědi poskytl prodavač nebo zdravotník. Struktura odpovědí ve vědomostním testu není závislá na věku ani na vzdělání (tedy respondenti bez ohledu na věk či vzdělání odpovídají stejně).

Párový t-test byl použita k vyhodnocení celkové úspěšnosti obou sledovaných skupin (zdravotníci, prodavači) ve vědomostním testu. Byla porovnána procentuální úspěšnost při odpovědích na otázky. Data byla upravena pomocí transformace funkcí arcsin (používá se pro porovnání procentových dat), aby bylo možné užít parametrický test. Párový test byl zvolen proto, že prodavači i zdravotníci odpovídali na stejné otázky.

Nulové hypotézy: Celková úspěšnost v odpovědích na vědomostní test je u obou sledovaných skupin (zdravotníci, prodavači) shodná.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl složen ze dvou skupin respondentů a to dle vykonávacího povolání. První skupinu tvořil veškerý zdravotnický personál (lékaři, zdravotní asistentky, sanitáři) z interního oddělení v Písecké nemocnici. Druhou, kontrolní skupinu tvořili prodavači též v okrese Písek. Před provedeným výzkumem byl osloven primář interního oddělení a po jeho souhlasu byl výzkum proveden. Celkem bylo rozdáno 135 dotazníků. Zdravotnickému personálu bylo rozdáno 65 dotazníků. Vyplněno bylo 54 dotazníků (návratnost 83%), ovšem 5 dotazníků muselo být vyřazeno z důvodů neúplného vyplnění. Prodavačům byly dotazníky rozdány osobně. Zde bylo rozdáno 70 dotazníků a jejich návratnost činila 100%. Z důvodů neúplného, či nejasného vyplnění muselo být vyřazeno 7 dotazníků. Do samotného výzkumu bylo zařazeno celkem 112 respondentů, tj. 49 zdravotníků a 63 prodavačů.

4 Výsledky

4.1 Výzkum č. 1: Test

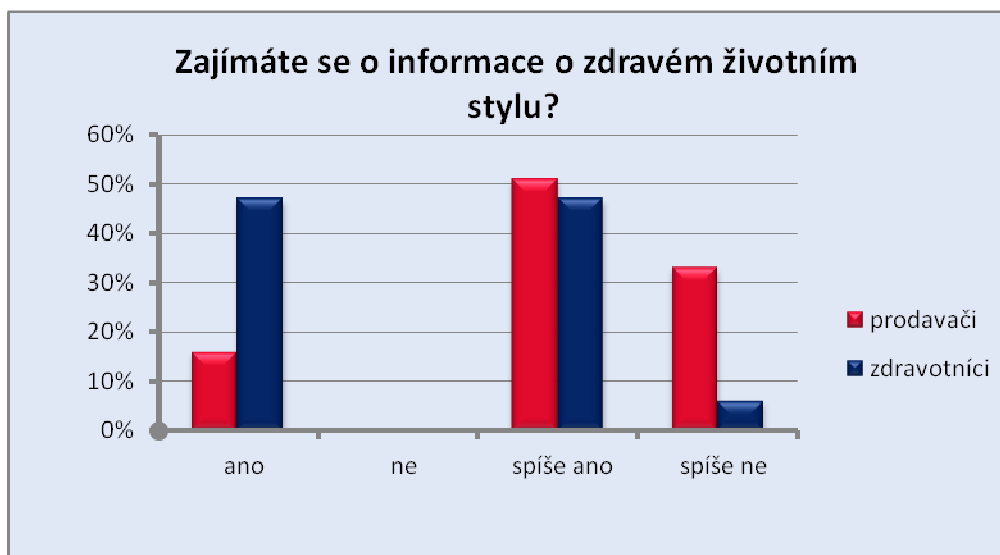
Otázka č. 1: Zajímáte se o informace o zdravém životním stylu?

Tabulka č. 5 Zájem o informace o zdravém životním stylu

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Ano	33	10	23
Ne	0	0	0
spíše ano	55	32	23
spíše ne	24	21	3
ano [%]	29%	16%	47%
ne [%]	0%	0%	0%
spíše ano [%]	49%	51%	47%
spíše ne [%]	21%	33%	6%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2 Zájem o informace o zdravém životním stylu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5 a graf č. 2 zobrazují, zda se respondenti zajímají o informace v oblasti zdravého životního stylu. V oblasti zdravého životního stylu se vzdělává 10 (16%) prodavačů a 23 (47%) zdravotníků. Odpověď „ne“ nezvolil ani jeden respondent z obou skupin dotazovaných. „Spíše ano“ odpovědělo 32 (51%) prodavačů a 23 (47%) zdravotníků a 21 (33%) prodavačů a 3 (6%) zdravotníci zvolili variantu „spíše ne“.

Otázka č. 2 K čemu slouží potravinová pyramida?

Tabulka č. 6 Potravinová pyramida

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
doporučuje pro zdraví vhodnou zeleninu a ovoce	30	21	9
Ize ji použít jako „tahák" k sestavení každodenního jídelníčku	64	28	36
zabývá se energetickým příjmem a výdejem	18	14	4
doporučuje pro zdraví vhodnou zeleninu a ovoce [%]	27%	33%	18%
Ize ji použít jako „tahák" k sestavení každodenního jídelníčku [%]	57%	44%	73%
zabývá se energetickým příjmem a výdejem [%]	16%	22%	8%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 Potravinová pyramida



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 6 a graf č. 3 vyhodnocují funkci potravinové pyramidy. Správnou odpověď zvolilo 28 (44%) prodavačů a 36 (78%) zdravotníků a to, že potravinová pyramida se dá použít jako „tahák“ k sestavení každodenního jídelníčku. 21 (33%) prodavačů a 9 (18%) zdravotníků si myslí, že potravinová pyramida doporučuje pro zdraví vhodnou zeleninu a ovoce. 14 (22%) prodavačů a 4 (8%) zdravotníci se domnívají, že se potravinová pyramida zabývá energetickým příjmem a výdejem.

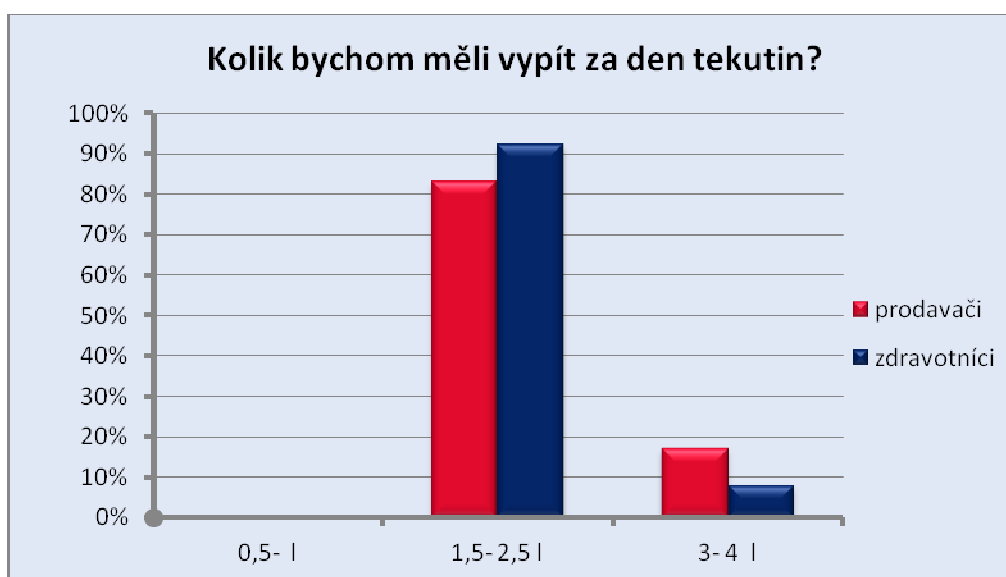
Otázka č. 3 Kolik bychom měli vypít za den tekutin?

Tabulka č. 7 Doporučené množství tekutin na den

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
0,5- 1 l	0	0	0
1,5- 2,5 l	97	52	45
3- 4 l	15	11	4
0,5- 1 [%]	0%	0%	0%
1,5- 2,5 l [%]	87%	83%	92%
3- 4 l [%]	13%	17%	8%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 Doporučené množství tekutin na den



Zdroj: Vlastní výzkum

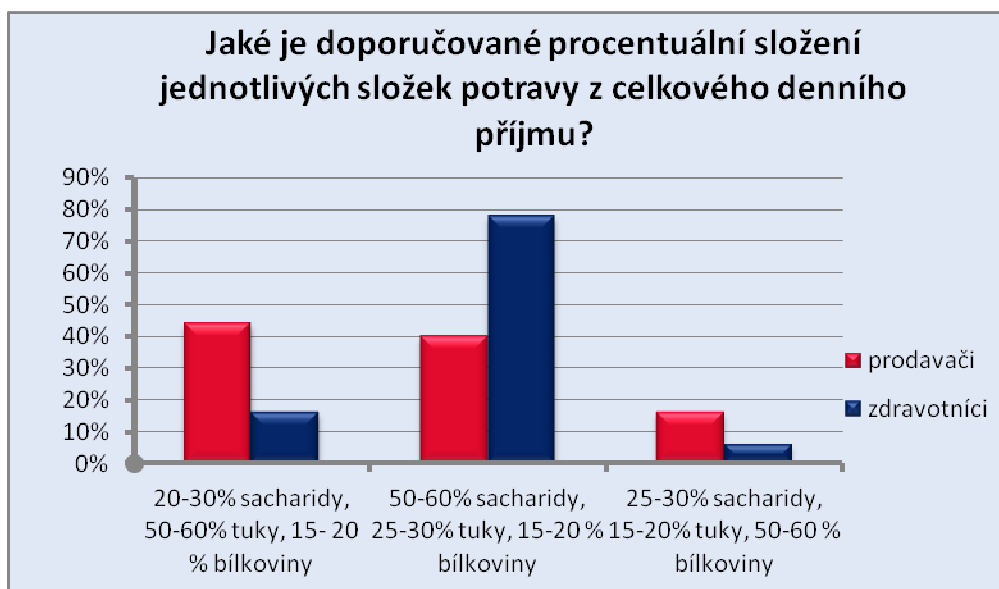
Tabulka č. 7 a graf č. 4 hodnotí názor respondentů v oblasti doporučeného denního příjmu tekutin. Možnost 0,5-1 l nezvolil ani jeden respondent. Správnou odpověď, že bychom za den měli vypít 1,5- 2,5 l tekutin zvolila převážná část respondentů, celkem 52 (83%) prodavačů a 45 (92%) zdravotníků. 11 (17%) prodavačů a 4 (8%) zdravotníků se domnívá, že doporučené denní množství tekutin se pohybuje mezi 3-4l.

Otázka č. 4 Jaké by mělo být procentuální složení jednotlivých složek potravy?

Tabulka č. 8 Složení potravy

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
20-30% sacharidy, 50-60% tuky, 15- 20 % bílkoviny	36	28	8
50-60% sacharidy, 25-30% tuky, 15-20 % bílkoviny	63	25	38
25-30% sacharidy, 15-20% tuky, 50-60 % bílkoviny	13	10	3
0-30% sacharidy, 50-60% tuky, 15- 20 % bílkoviny [%]	32%	44%	16%
50-60% sacharidy, 25-30% tuky, 15-20 % bílkoviny [%]	56%	40%	78%
25-30% sacharidy, 15-20% tuky, 50-60 % bílkoviny [%]	12%	16%	6%

Graf č. 5 Složení potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 8 a graf č. 5 zobrazují názory respondentů ohledně procentuálního složení jednotlivých složek potravy z celkového denního příjmu. 28 (44%) prodavačů a 8 (16%) zdravotníků vybralo možnost 20-30% sacharidy, 50-60% tuky, 15- 20 % bílkoviny. Správně odpovědělo (50-60% sacharidy, 25-30% tuky, 15-20 % bílkoviny) 25 (40%) prodavačů a 38 (78%) zdravotníků. Poslední odpověď (25-30% sacharidy, 15-20% tuky, 50-60 % bílkoviny) zvolilo 10 (16%) prodavačů a 3 (6%) zdravotníci.

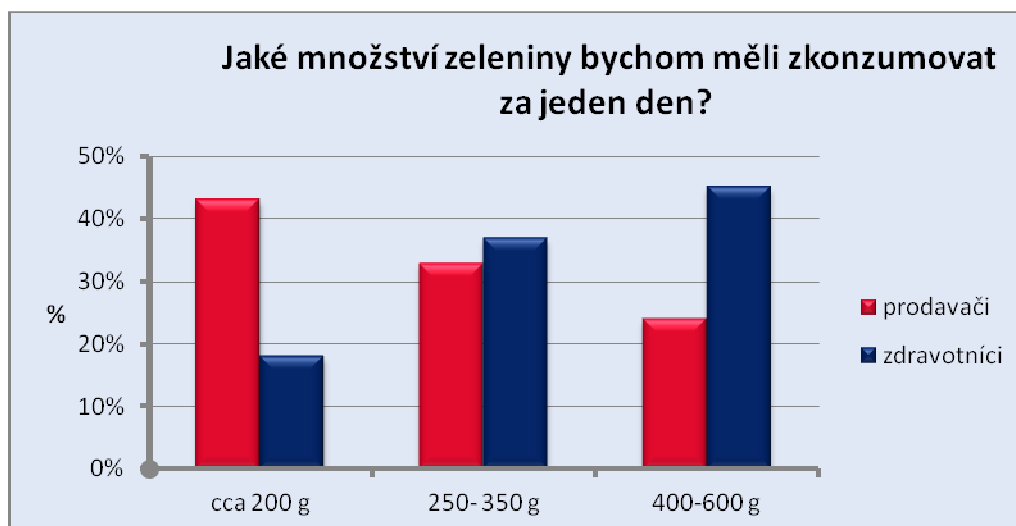
Otázka č. 5 Jaké množství zeleniny bychom měli zkonsumovat za jeden den?

Tabulka č. 9 Množství ovoce/ zeleniny na den

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
cca 200g	36	27	9
250- 350 g	39	21	18
400- 600 g	37	15	22
cca 200 g [%]	32%	43%	18%
250- 350 g [%]	35%	33%	37%
400-600 g [%]	33%	24%	45%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 Množství ovoce/ zeleniny na den



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 9 a graf č. 6 vyhodnocují, jaké je mínění dotazovaných ohledně denního množství ovoce a zeleniny, které bychom měli za den zkonsumovat. První variantu (cca 200g) zvolilo 27 (43%) prodavačů a 9 (18%) zdravotníků. 21 (33%) prodavačů a 18 (37%) zdravotníků si myslí, že denní doporučené množství zeleniny a ovoce se pohybuje v rozmezí 250- 350g. Poslední, správnou odpověď (400- 600g) celkem uvedlo 15 (24%) prodavačů a 22 (43%) zdravotníků.

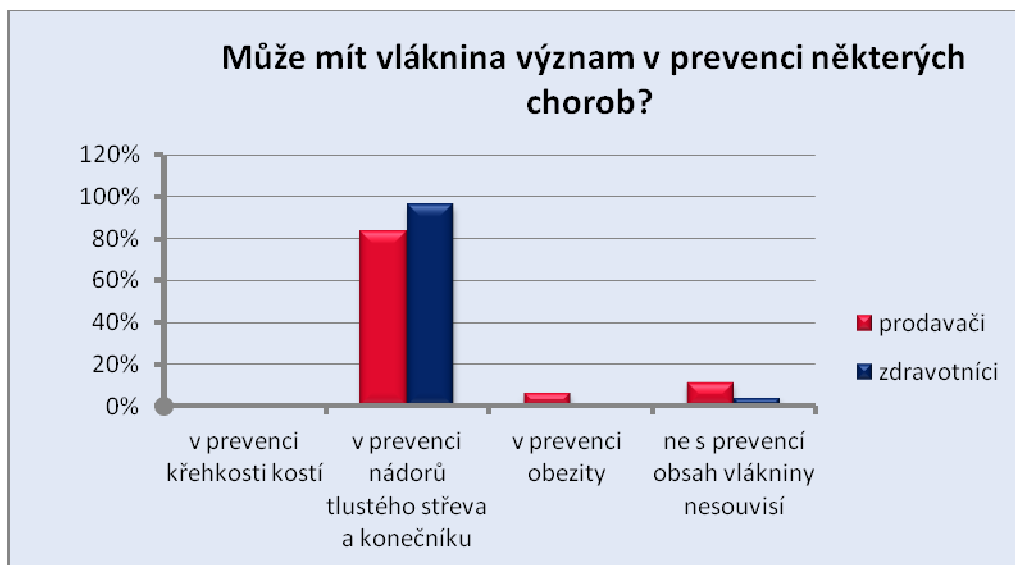
Otázka č. 6 Může mít vláknina význam v prevenci některých chorob?

Tabulka č. 10 Funkce vlákniny

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano, v prevenci křehkosti kostí	0	0	0
ano, v prevenci nádorů tlustého střeva a konečníku	99	52	47
ano, v prevenci obezity	4	4	0
ne s prevencí obsah vlákniny nesouvisí	9	7	2
ano, v prevenci křehkosti kostí [%]	0%	0%	0%
ano, v prevenci nádorů tlustého střeva a konečníku [%]	88%	83%	96%
ano, v prevenci obezity [%]	4%	6%	0%
ne s prevencí obsah vlákniny nesouvisí [%]	8%	11%	4%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.7 Funkce vlákniny



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 10 a graf č. 7 zobrazují, co si respondenti myslí o významu vlákniny v prevenci některých onemocnění. Možnost „v prevenci křehkosti kostí“ nezvolil žádný respondent. Naopak další a to správnou variantu (v prevenci nádorů tlustého střeva a konečníku) uvedla převážná část dotazovaných, 52 (83%) prodavačů a 47 (96%) zdravotníků. 4 (6%) prodavači a žádný zdravotník se domnívají, že vláknina má význam v prevenci vzniku obezity. 7 (11%) prodavačů a 2 (4%) zdravotníci mají dojem, že vláknina nemá význam v prevenci žádné choroby.

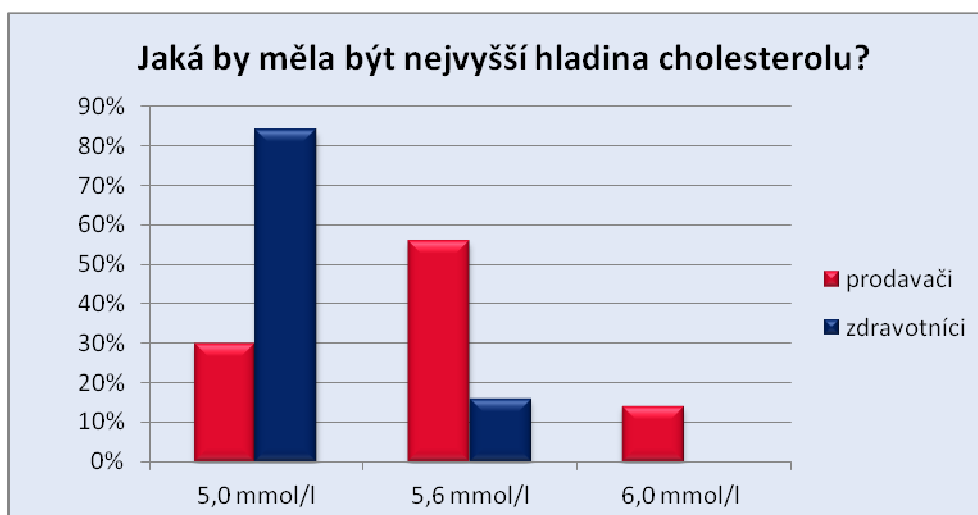
Otázka č. 7 Jaká by měla být nejvyšší hladina cholesterolu?

Tabulka č. 11 Hladina cholesterolu

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
5,0 mmol/l	60	19	41
5,6 mmol/l	43	35	8
6,0 mmol/l	9	9	0
5,0 mmol/l [%]	54%	30%	84%
5,6 mmol/l [%]	38%	56%	16%
6,0 mmol/l [%]	8%	14%	0%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.8 Hladina cholesterolu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 11 a graf č. 8 hodnotí, jaká je podle respondentů nejvyšší hranice hladiny cholesterolu v krvi. Správná odpověď je 5 mmol/l, tuto odpověď zvolilo 19 (30%) prodavačů a 41 (84%) zdravotníků. 35 (56%) prodavačů a 8 (16%) zdravotníků má za to, že hladina cholesterolu je 5,6 mmol/l. Poslední možnost (6 mmol/l) zvolilo 9 (14%) prodavačů a ani jeden zdravotník.

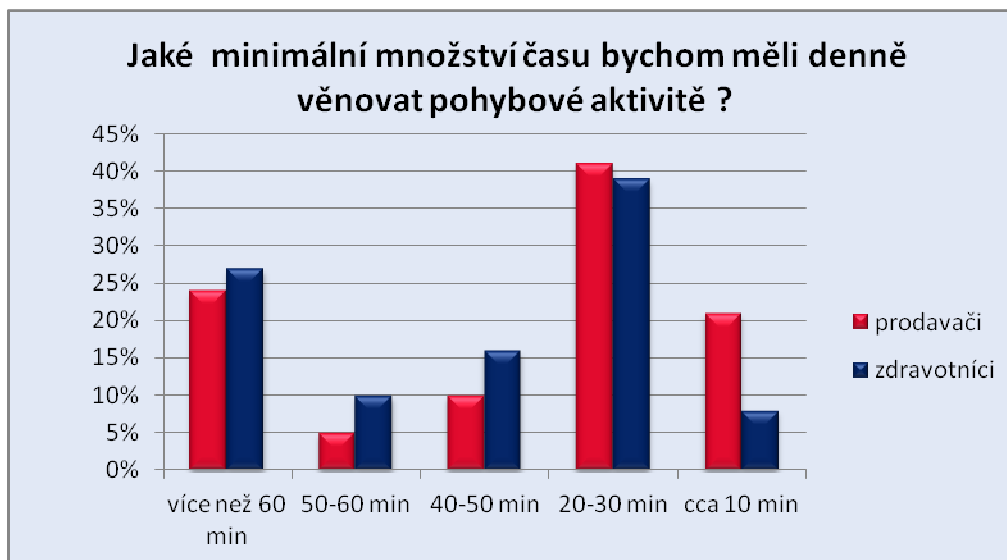
Otázka č. 8 Jaké minimální množství času bychom měli denně věnovat pohybové aktivitě ?

Tabulka č 12. Čas věnovaný pohybové aktivitě

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
více než 60 min	28	15	13
50- 60 min	8	3	5
40- 50 min	14	6	8
20-30 min	45	26	19
cca 10 min	17	13	4
více než 60 min [%]	25%	24%	27%
50- 60 min [%]	7%	5%	10%
40- 50 min [%]	13%	10%	16%
20-30 min [%]	40%	41%	39%
cca 10 min [%]	15%	21%	8%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9 Čas věnovaný pohybové aktivitě



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 12 a graf č. 9 ukají, jak respondenti odpovídali na otázku ohledně množství času, který bychom měli denně věnovat pohybové aktivitě. 15 (24%) prodavačů a 13 (27%) zdravotníků předpokládá, že zdraví prospěšné je věnovat se pohybové aktivitě, více jak 60 min denně. 50-60 minut zvolilo 3 (5%) prodavačů a 5

(10%) zdravotníků. 6 (10%) prodavačů a 8 (16%) zdravotníků se domnívá, že denní doporučené množství času se pohybuje mezi 40-50min. Správnou variantu (20-30 min) zvolilo 26 (41%) prodavačů a 19 (39%) zdravotníků. Poslední možnost (cca 10 min) uvedlo 13 (21%) prodavačů a 4 (8%) zdravotníci.

Otázka č. 9 Může být alkohol zdraví prospěšný?

Tabulka č. 13 Alkohol

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano, v tolerované míře může mít pozitivní vliv na srdeční systém	53	19	34
ne, je škodlivý i v malém množství	53	39	14
Nevím	6	5	1
ano, v tolerované míře může mít pozitivní vliv na srdeční systému [%]	5%	30%	69%
ne, je škodlivý i v malém množství [%]	47%	62%	29%
nevím [%]	47%	8%	2%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.10 Alkohol



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 13 a graf č. 10 vyhodnocují, zda respondenti vědí o pozitivním vlivu alkoholu na kardiovaskulární systém. Správnou odpověď (ano, v tolerované míře může mít pozitivní vliv na srdeční systém) uvedlo 19 (30%) prodavačů a 34 (62 %) zdravotníků. 39 (62 %) prodavačů a 14 (29%) zdravotníků si myslí, že alkohol organismu škodí i v malém množství. Zbýlých 5 (8%) prodavačů a 1 (2%) zdravotník neví.

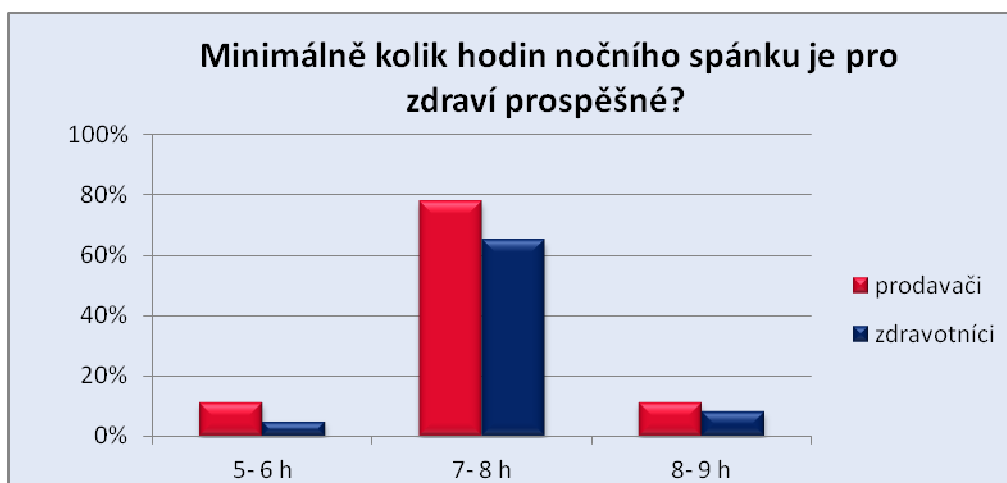
Otázka č. 10 Minimálně kolik hodin nočního spánku je pro zdraví prospěšné?

Tabulka č. 14 Doba spánku

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
5- 6 h	10	7	3
7- 8 h	90	49	41
8- 9 h	12	7	5
5- 6 h [%]	9%	11%	6%
7- 8 h [%]	80%	78%	84%
8- 9 h [%]	11%	11%	10%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.11 Doba spánku



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 14 a graf č. 11 ukazují, zda dotazovaní vědí, kolik hodin bychom měli věnovat nočnímu spánku. 5-6h zvolilo 7 (11%) prodavačů a 3 (6%) zdravotníků. Většina respondentů odpověděla správně a to, že zdraví prospěšný je 7- 8 h spánek. 7 (11%) prodavačů a 5 (10%) zdravotníků se domnívá, že spánku bychom měli věnovat 8-9h denně.

4.2 Dotazník

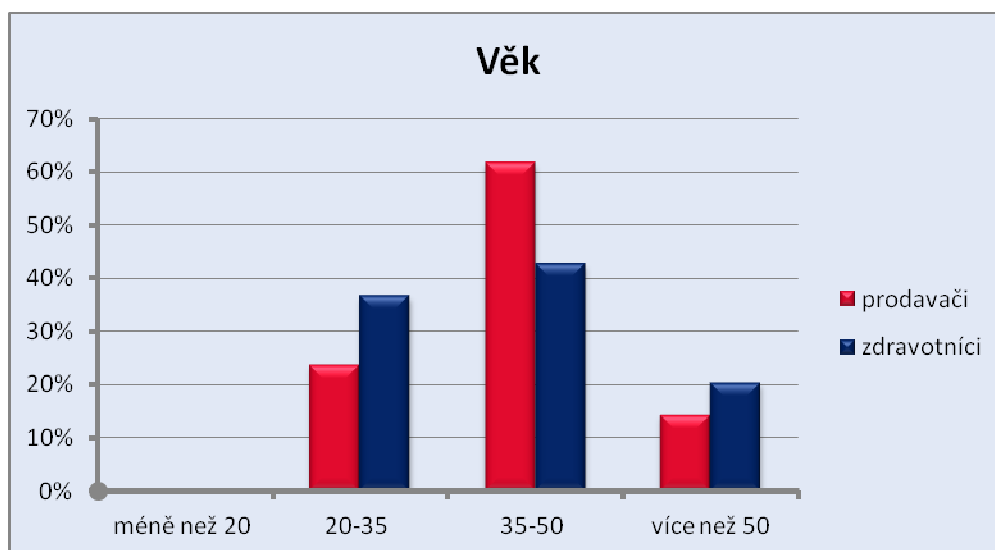
Otázka č. 1. Věk

Tabulka č. 15 Věkové zastoupení respondentů

Věk respondentů	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
méně než 20	0	0	0
20-35	33	15	18
35-50	60	39	21
více než 50	19	9	10
méně než 20 [%]	0%	0%	0%
20-35 [%]	29%	24%	37%
35-50 [%]	54%	62%	43%
více než 50 [%]	17%	14%	20%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 Věkové zastoupení respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 15 a graf č. 12 zobrazují věkové zastoupení respondentů. Nejvíce je zastoupena skupina v rozmezí 35- 50 let a to 39 (62%) prodavačů a 21 (43%) zdravotníků. Skupina 20- 35 let tvoří 15 (24%) prodavačů a 18 (37 %) zdravotníků. Další kategorii jsou respondenti nad 50 let, 9 (14%) prodavačů a 10 (21 %) zdravotníků.

Poslední možnost, méně než 20 let, nezastupuje ani jeden z dotazujících.

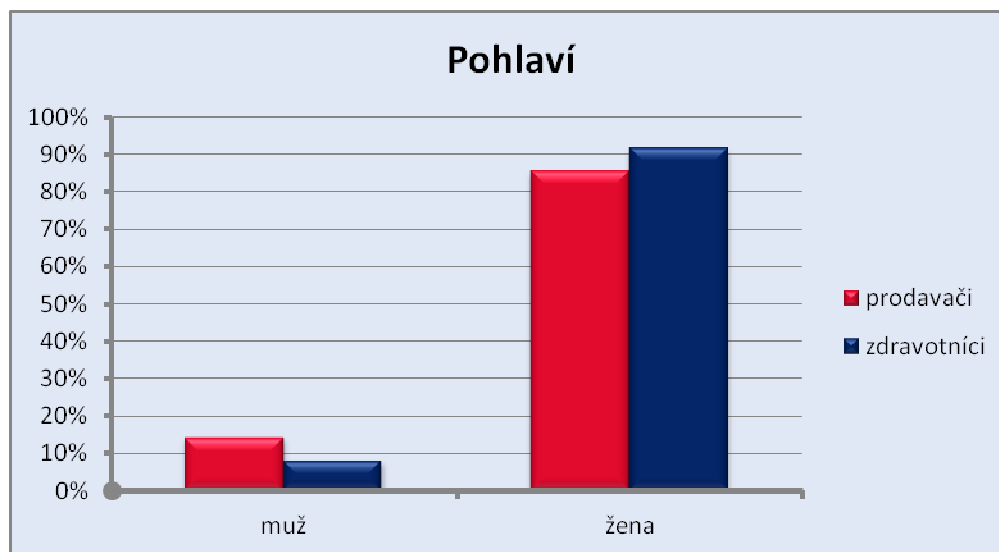
Otázka č. 2. Pohlaví

Tabulka č. 16 Pohlaví respondentů

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Muži	13	9	4
Ženy	99	54	45
muži [%]	12%	14%	8%
ženy [%]	88%	86%	92%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

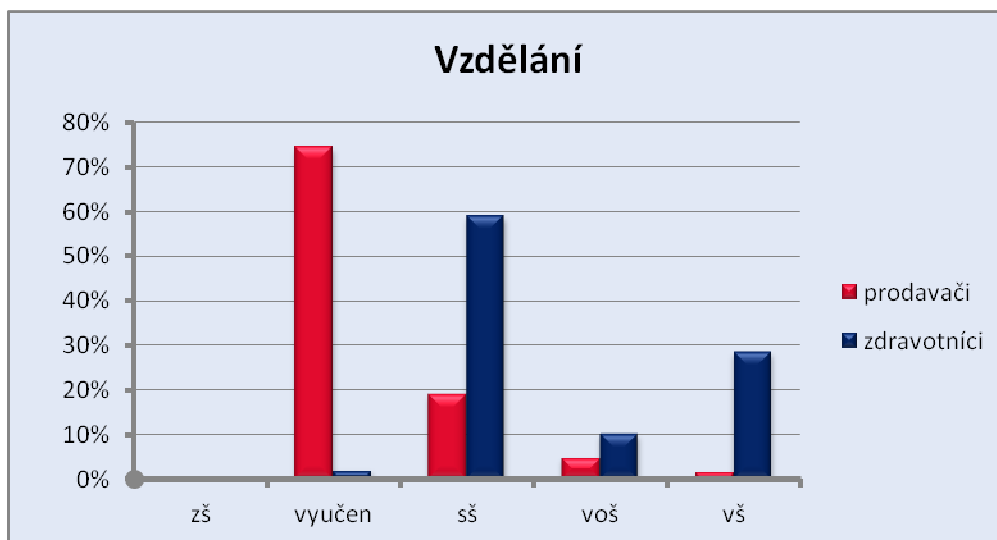
Z tabulky č. 16 a grafu č. 13 je patrné, že výzkumný soubor tvoří 9 (14%) mužů prodavačů a 54 (86%) žen prodavaček. Z řady zdravotnických pracovníků to jsou 4 (8%) muži a 45 (92%) ženy.

Otázka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 17. Vzdělání respondentů

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Základní	0	0	0
vyučen v oboru	48	47	1
středoškolské s maturitou	41	12	29
vyšší odborné	8	3	5
vysokoškolské	15	1	14
základní [%]	0%	0%	0%
vyučen v oboru [%]	43%	75%	2%
středoškolské s maturitou [%]	37%	19%	59%
vyšší odborné [%]	7%	5%	10%
vysokoškolské [%]	13%	2%	29%

Graf č.14 Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 17 a graf č. 14. zobrazují nejvyšší vzdělání respondentů. Všichni dotazovaní mají vyšší vzdělání než je základní škola, tuto odpověď ne zvolil ani jeden respondent. Vyučení v oboru jsou především prodavači a to 47 (75%) a pouze 1 (2%) zdravotník. Naopak středoškolské vzdělání s maturitou zastupují spíše zdravotníci 29 (59%) a 12 (19%) prodavačů. Vyšší odborné vzdělání mají 3 (5%) prodavači a 5 (10%) zdravotníků. Vysokoškolským vzděláním disponuje 1 (2%) prodavač a 14 (29%)

zdravotníků.

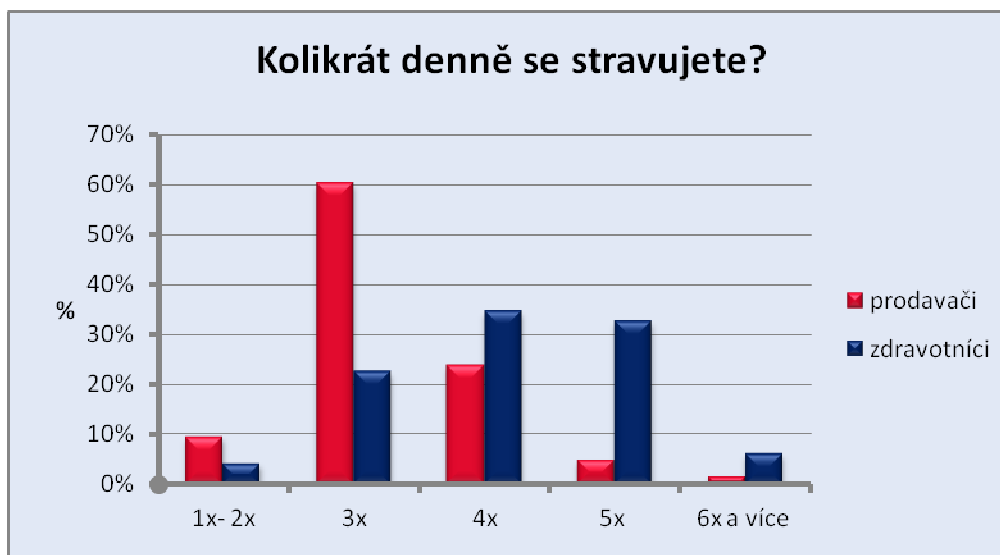
Otázka č. 4 Kolikrát denně se stravujete?

Tabulka č. 18 Množství denních porcí

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
1x- 2x	8	6	2
3x	49	38	11
4x	32	15	17
5x	19	3	16
6x a více	4	1	3
1x- 2x [%]	7%	10%	4%
3x [%]	44%	60%	22%
4x [%]	29%	24%	35%
5x [%]	17%	5%	33%
6x a více [%]	4%	2%	6%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15 Množství denních porcí



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 18 a graf č. 15 poukazují na pravidelnost a počet zkonsumovaných porcí

během dne. 1-2x denně se stravuje 6 (10%) prodavačů a 2 (4%) zdravotníci. Největší zastoupení měla odpověď „3x denně“ a to 38 (60%) prodavačů a 11 (22%) zdravotníků. 4x za den se stravuje 15 (24%) prodavačů a 17 (35%) zdravotníků. 5x za den se stravují 3 (5%) prodavači a 16 (33%) zdravotníků. Poslední odpověď „6x a více“ zvolil 1 (2%) prodavač a 3 (6%) zdravotníci.

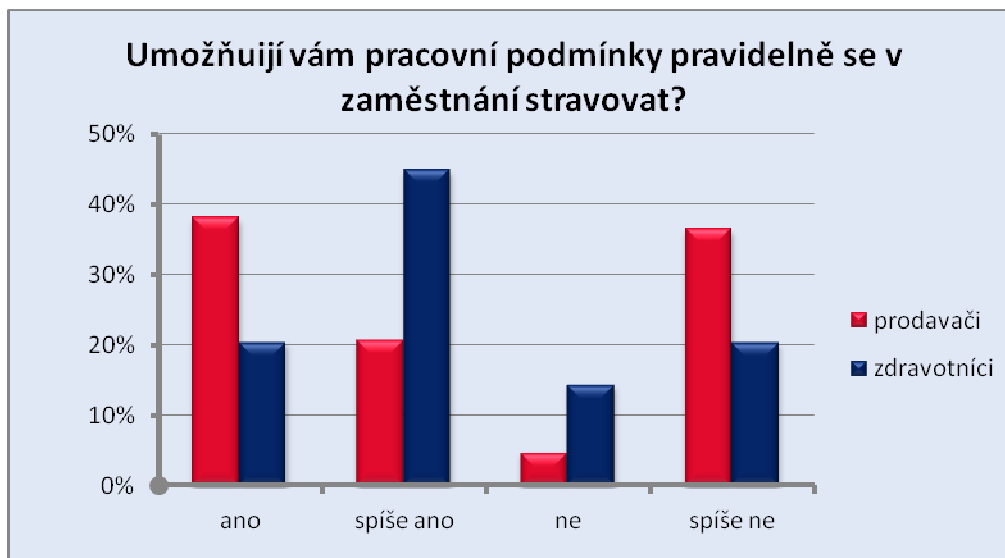
Otázka č. 5 Umožňují Vám pracovní podmínky pravidelně se v zaměstnání stravovat?

Tabulka č. 19 Možnost pravidelného stravování

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano	34	24	10
spíše ano	35	13	22
ne	10	3	7
spíše ne	33	23	10
ano [%]	30%	38%	20%
spíše ano [%]	31%	21%	45%
ne [%]	9%	5%	14%
spíše ne [%]	29%	37%	20%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 Možnost pravidelného stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

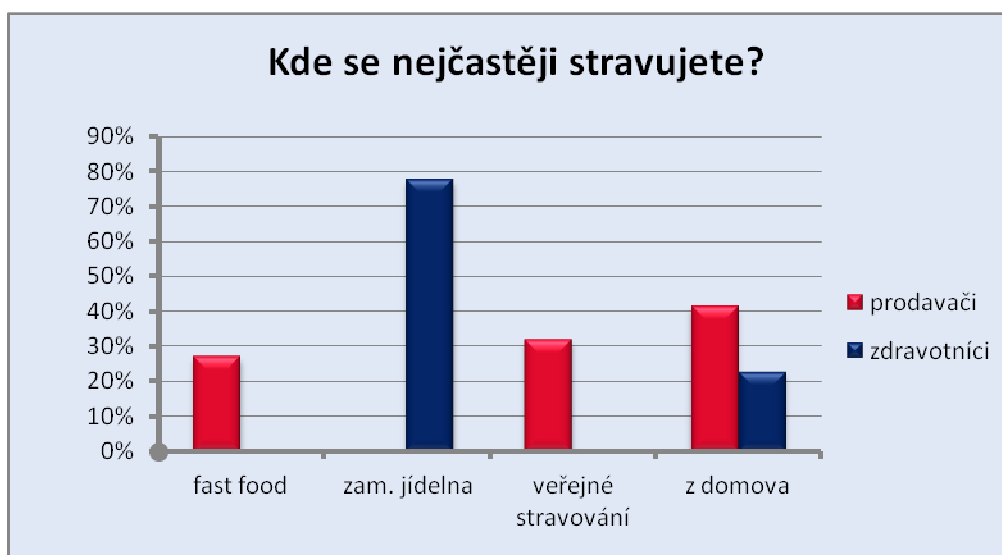
V tabulce č. 19 a grafu č. 16 je zobrazeno, zda mají dotazovaní možnost se během výkonu svého povolání pravidelně stravovat. 24 (38%) prodavačů a 10 (20%) zdravotníků má možnost se stravovat pravidelně- zvolili odpověď ano. Spíše ano odpovědělo 13 (21%) a 22 (45%) zdravotníků. 3 (5%) prodavači a 7 (15%) nemá možnost se pravidelně stravovat. Spíše ne zvolilo (23) 37% prodavačů a 10 (20%) zdravotníků.

Otázka č. 6 Kde se nejčastěji stravujete v průběhu zaměstnání?

Tabulka č. 20 Místo stravování

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
fast food- rychle občerstvení	17	17	0
zaměstnanecká jídelna, menza apod.	38	0	38
veřejné stravování- restaurace	20	20	0
nosím si jídlo z domova	37	26	11
fast food- rychle občerstvení [%]	15%	27%	0%
zaměstnanecká jídelna, menza apod. [%]	34%	0%	78%
veřejné stravování- restaurace [%]	18%	32%	0%
nosím si jídlo z domova [%]	33%	41%	22%

Graf č. 17 Místo stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 20 a graf č. 17 ukazují na místo, kde se respondenti nejčastěji stravují během pracovní doby. Rychlé občerstvení- fast foody navštěvuje 17 (27%) prodavačů a žádný zdravotník. Naopak 38 (78%) zdravotníků využívá možnosti stravovat se v zaměstnanecké jídelně a ani jeden dotazovaných prodavačů. 20 (32%) prodavačů se stravuje v restauracích. Poslední variantu „nosím si jídlo z domova“ zvolilo 26 (41%) prodavačů a 11 (22%) zdravotníků.

Otázka č. 7 Konzumujete každý den čerstvou zeleninu nebo ovoce?

Tabulka č. 21 Konzumace ovoce a zeleniny

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano, každý den	54	19	35
ano, nepravidelně	45	33	12
spíše nekonzumují	13	11	2
ano, každý den [%]	48%	30%	71%
ano, nepravidelně [%]	40%	52%	24%
spíše nekonzumují [%]	12%	17%	4%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 18 Konzumace ovoce a zeleniny



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 21 a graf č. 18 zobrazují, zda dotazující pravidelně konzumují ovoce a zeleninu. Pravidelně, každý den si ovoce a zeleninu dopřává 19 (30%) prodavačů a 35 (71%) zdravotníků. Nepravidelně konzumuje ovoce a zeleninu 33 (52%) prodavačů a 12 (24%). 11 (18%) prodavačů a 2 (5%) zdravotníci ovoce a zeleninu spíše nekonzumují.

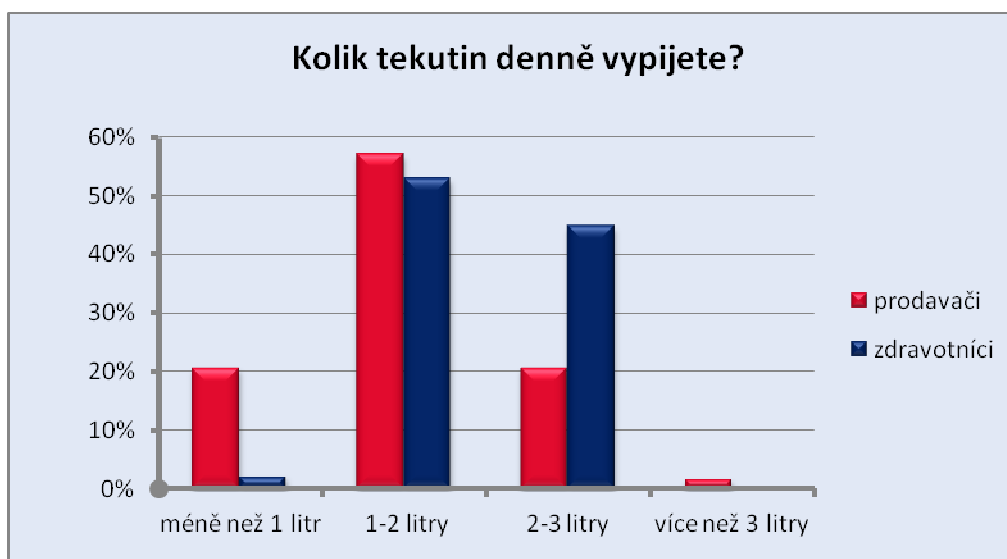
Otázka č. 8 Kolik tekutin denně vypijete?

Tabulka č. 22 Denní množství tekutin

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
méně než 1 litr	14	13	1
1-2 litry	62	36	26
2-3 litry	35	13	22
více než 3 litry	1	1	0
méně než 1 litr [%]	13%	21%	2%
1-2 litry [%]	55%	57%	53%
2-3 litry [%]	31%	21%	45%
více než 3 litry [%]	1%	2%	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 19 Denní množství tekutin



Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 22 a grafu č. 19 je patrné kolik tekutin denně dotazovaní vypijí. Méně než jeden litr vypije 13 (21%) prodavačů a 1 (2%) zdravotníků. 1-2 litry denně vypije 36 (57%) prodavačů a 26 (53%) zdravotníků. 13 (21%) prodavačů a 22 (45%) zdravotníků uvedlo, že za den vypije 2-3 litry. Více než 3 litry denně vypije 1 (2%) prodavač a žádný z dotazovaných zdravotníků.

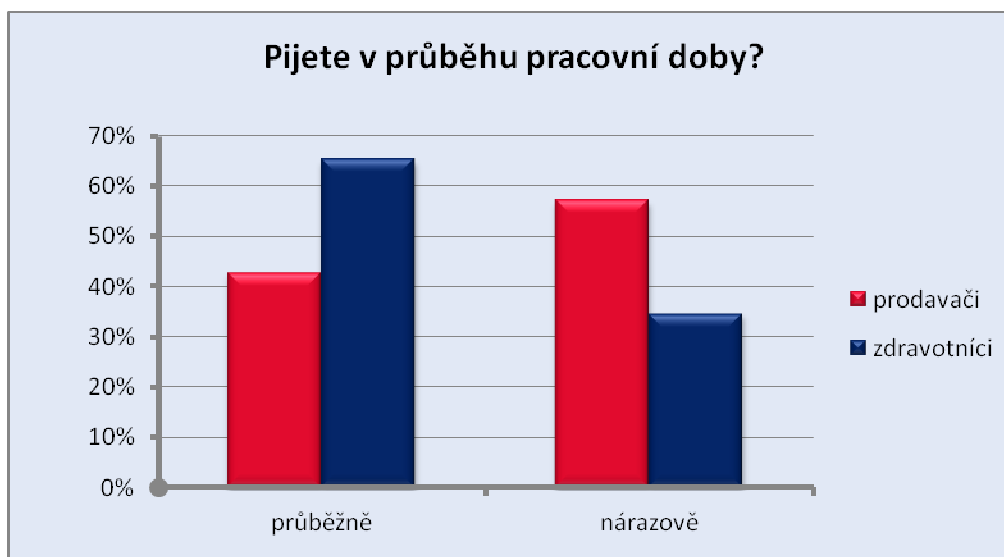
Otázka č. 9 Pijete v průběhu pracovní doby?

Tabulka č. 23 Pravidelnost pitného režimu

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Průběžně	59	27	32
Nárazově	53	36	17
průběžně [%]	53%	43%	65%
nárazově [%]	47%	57%	35%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 20 Pravidelnost pitného režimu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 23 a graf č. 20 poukazují, zda respondenti pijí průběžně během celého dne. V průběhu pracovní doby pije průběžně 27 (43%) prodavačů a 32 (65 %) zdravotníků. Nárazově pije 36 (57 %) prodavačů a 17 (35%) zdravotníků.

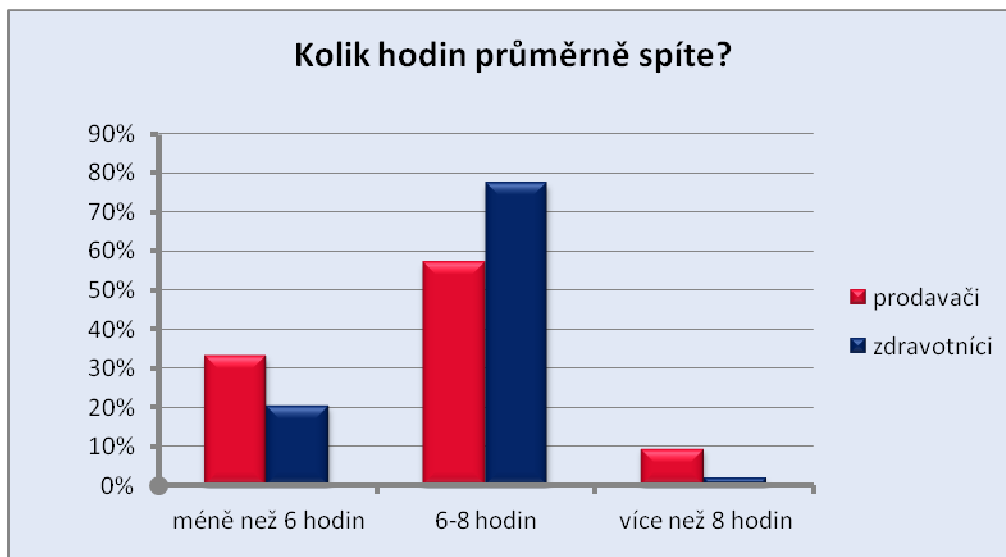
Otázka č. 10 Kolik hodin průměrně spíte?

Tabulka č. 24 Doba spánku

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
méně než 6 hodin	31	21	10
6-8 hodin	74	36	38
více než 8 hodin	7	6	1
méně než 6 hodin [%]	28%	33%	20%
6-8 hodin [%]	66%	57%	78%
více než 8 hodin [%]	6%	10%	2%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 21 Doba spánku



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 24 a graf č. 21 hodnotí dobu, kterou dotazovaní věnují spánku. 21 (33%) prodavačů a 10 (20%) zdravotníků spí denně méně než 6 h. Více než polovina dotazovaných spí 6-8 h denně a to 36 (57 %) prodavačů a 38 (78 %) zdravotníků. Více než 8h spánku si dopřává 6 (10 %) prodavačů a 1 (2%) zdravotník.

Otázka č. 11 Jaká je kvalita Vašeho spánku?

Tabulka č. 25 Kvalita spánku

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano spím dobře	62	38	24
v průběhu spánku se často budím	22	10	12
špatně usínám	11	5	6
probouzím se předčasně	17	10	7
ano spím dobře [%]	55%	60%	49%
v průběhu spánku se často budím [%]	20%	16%	25%
špatně usínám [%]	10%	8%	12%
probouzím se předčasně [%]	15%	16%	14%

Graf č. 22 Kvalita spánku



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 25 a graf č. 22 hodnotí názory respondentů na kvalitu jejich spánku. 38 (60%) prodavačů a 24 (49%) zdravotníků uvedlo, že spí dobře. 10 (16%) prodavačů a 12 (25%) zdravotníků se v průběhu spánku často budí. Špatně usíná 5 (8%) prodavačů a 6 (12%) zdravotníků. Poslední variantu „předčasně se probouzím“ zvolilo 10 (16%) prodavačů a 7 (14%) zdravotníků.

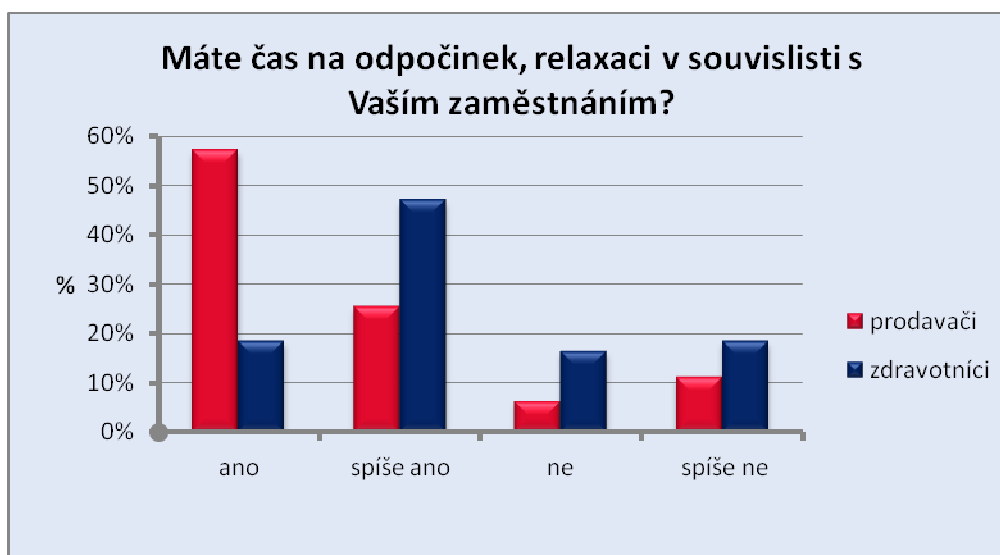
Otázka č. 12 Máte čas na odpočinek, relaxaci v souvislosti s Vaším zaměstnáním?

Tabulka č. 26 Možnost odpočinku v souvislosti se zaměstnáním

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano	45	36	9
spíše ano	39	16	23
ne	12	4	8
spíše ne	16	7	9
ano [%]	40%	58%	18%
spíše ano [%]	35%	25%	47%
ne [%]	11%	6%	16%
spíše ne [%]	14%	11%	18%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 23 Možnost odpočinku v souvislosti se zaměstnáním



Zdroj: Vlastní výzkum

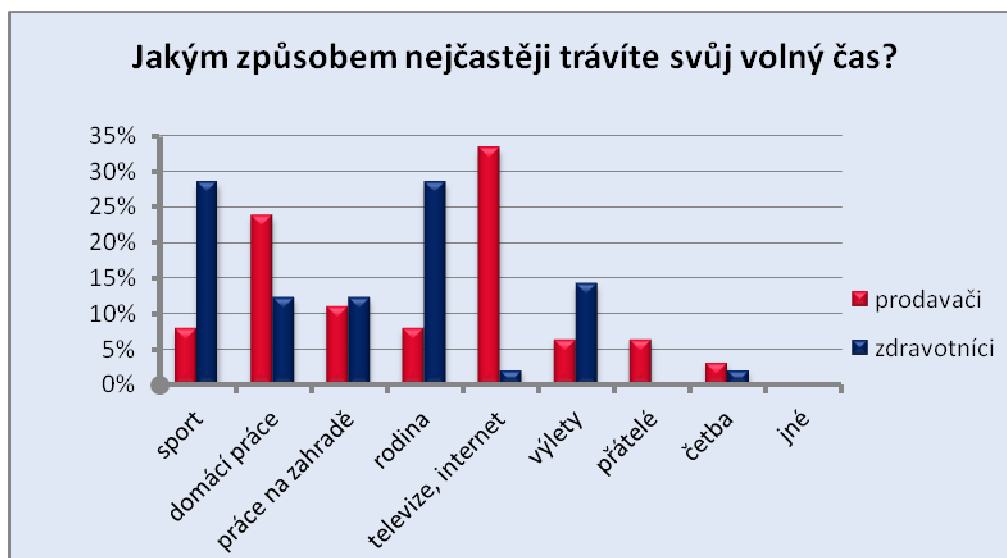
Tabulka č. 26 a graf č. 23 zobrazují, zda respondenti mají dostatek času na odpočinek vzhledem k vykonávanému povolání. 36 (58%) prodavačů a 9 (18%) zdravotníků nepocítuje, že by je zaměstnání časově omezovalo v odpočinku. 26 (25%) prodavačů a 23 (47%) zdravotníků odpovědělo spíše ano. Negativně tuto otázku hodnotili 4 (6%) prodavači a 8 (16%) zdravotníků, kteří odpověděli, že čas na relaxaci nemají. 7 (11 %) prodavačů a 9 (18%) zdravotníků spíše čas nemá.

Otázka č. 13 Jakým způsobem nejčastěji trávíte svůj volný čas?*Tabulka č. 27* Aktivity ve volném čase

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Sport	19	5	14
domácí práce	21	15	6
práce na zahradě	13	7	6
Rodina	19	5	14
televize, internet	22	21	1
výlety, procházky v přírodě	11	4	7
Přátelé	4	4	0
Četba	3	2	1
Jiné	0	0	0
sport [%]	17%	8%	29%
domácí práce [%]	19%	24%	12%
práce na zahradě [%]	12%	11%	12%
rodina [%]	17%	8%	29%
televize, internet [%]	20%	33%	2%
výlety, procházky v přírodě [%]	10%	6%	14%
přátelé [%]	4%	6%	0%
četba [%]	3%	3%	2%
jiné [%]	0%	0%	0%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.24 *Aktivity ve volném čase*



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 27 a graf č. 24 poukazují na způsob, jakým dotazovaní tráví svůj volný čas. 5 (8 %) prodavačů a 14 (29 %) zdravotníků svůj volný čas nejčastěji tráví sportováním, 15 (24%) prodavačů a 6 (12%) zdravotníků se věnuje domácím pracím, práci na zahradě provádí 7 (11 %) prodavačů a 6 (12 %) zdravotníků, rodině se věnuje 5 (8 %) prodavačů a 14 (29 %) zdravotníků, televizi a internet využívá 21 (33 %) prodavačů a 1 (2 %) zdravotník, výlety a procházky v přírodě vykonávají 4 (6%) prodavači a 7 (14%) zdravotníků, 4 (6%) prodavači a žádný zdravotník, tráví svůj čas s přáteli, četbě se věnují 2 (3%) prodavači a 1 (2%) zdravotník.

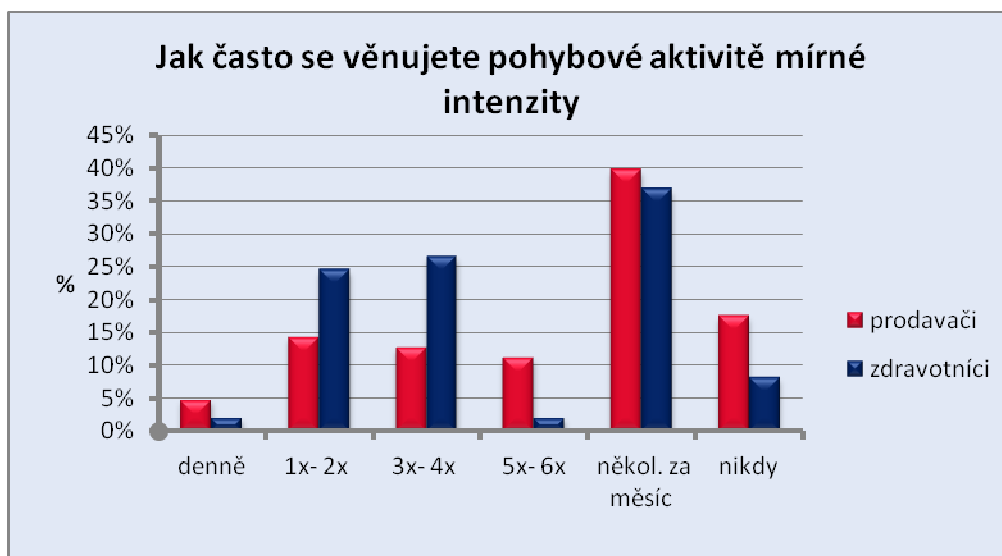
Otázka č. 14 Jak často se věnujete pohybové aktivitě mírné intenzity (např. jízda na kole, běh, plavání, rekreační sport,..) v rozsahu nejméně 30 min.?

Tabulka č. 28 frekvence pohybové aktivity

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Denně	4	3	1
1x- 2x týdně	21	9	12
3x- 4x týdně	21	8	13
5x- 6x týdně	8	7	1
několikrát za měsíc	43	25	18
Nikdy	15	11	4
denně [%]	4%	5%	2%
1x- 2x týdně [%]	19%	14%	24%
3x- 4x týdně [%]	19%	13%	27%
5x- 6x týdně [%]	7%	11%	2%
několikrát za měsíc [%]	38%	40%	37%
nikdy [%]	13%	17%	8%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 25 Frekvence pohybové aktivity



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 28 a graf č. 25 zobrazují, jak často se dotazovaní věnují pohybové aktivitě. Denně se pohybu věnují 3 (5 %) prodavači a 1 (2 %) zdravotník. 1-2x týdně sportuje 9 (14%) prodavačů a 12 (24 %) zdravotníků. 3-4x týdně se pohybové aktivitě věnuje 8 (13%) prodavačů a 13 (27 %) zdravotníků. 5-6 x týdně vykonává pohybovou aktivitu 7 (11%) prodavačů a 1 (2 %) zdravotník. Několikrát za měsíc sportuje 25 (41%) prodavačů a 18 (14%) zdravotníků. Nikdy se pohybové aktivitě nevěnuje 11 (17 %) prodavačů a 4 (8%) zdravotníci. Jako důvod u obou skupin byla uváděna lenost a jeden zdravotnický pracovník uvedl, že raději vykonává užitečnější práce jako je práce v lese nebo na zahradě.

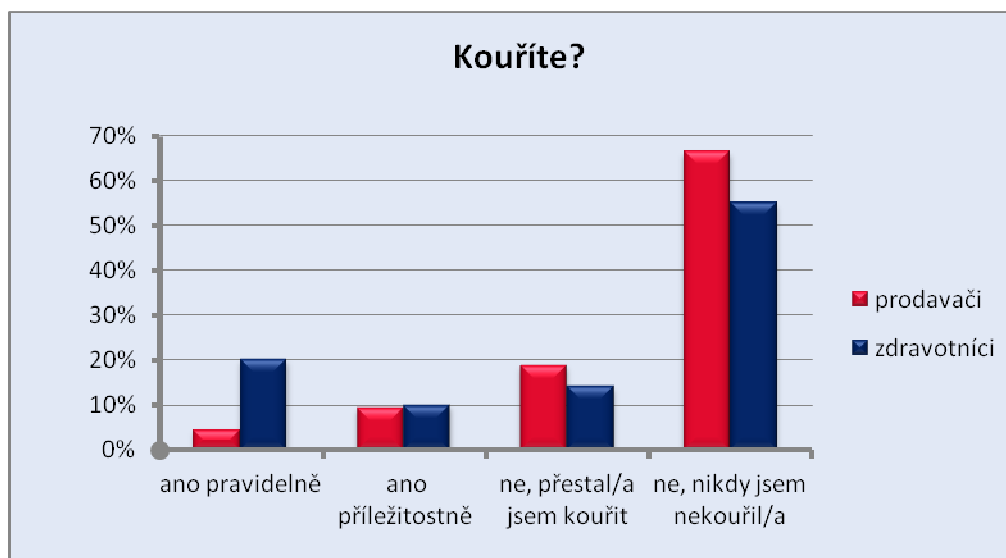
Otázka č. 15 Kouříte?

Tabulka č. 29 Kouření

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano pravidelně	13	3	10
ano příležitostně	11	6	5
ne, přestal/a jsem kouřit	19	12	7
ne, nikdy jsem nekouřil/a	69	42	27
ano pravidelně	12%	5%	20%
ano příležitostně	10%	10%	10%
ne, přestal/a jsem kouřit	17%	19%	14%
ne, nikdy jsem nekouřil/a	62%	67%	55%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 26 Kouření



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 29 a graf č. 26 popisují chování respondentů v oblasti kouření. Pravidelně kouří 3 (5%) prodavači a 10 (20%) zdravotníků. Tito respondenti na otázku kolik denně vykouří cigaret, odpověděli 10 a jeden zdravotník uvedl 20 cigaret za den. Příležitostně si cigaretu zapálí 6 (10%) prodavačů a 5 (10%) zdravotníků. 12 (19%) prodavačů a 7 (14%) zdravotníků kouření přestalo a nikdy nekouřilo 42 (67%) prodavačů a 27 (55%) zdravotníků.

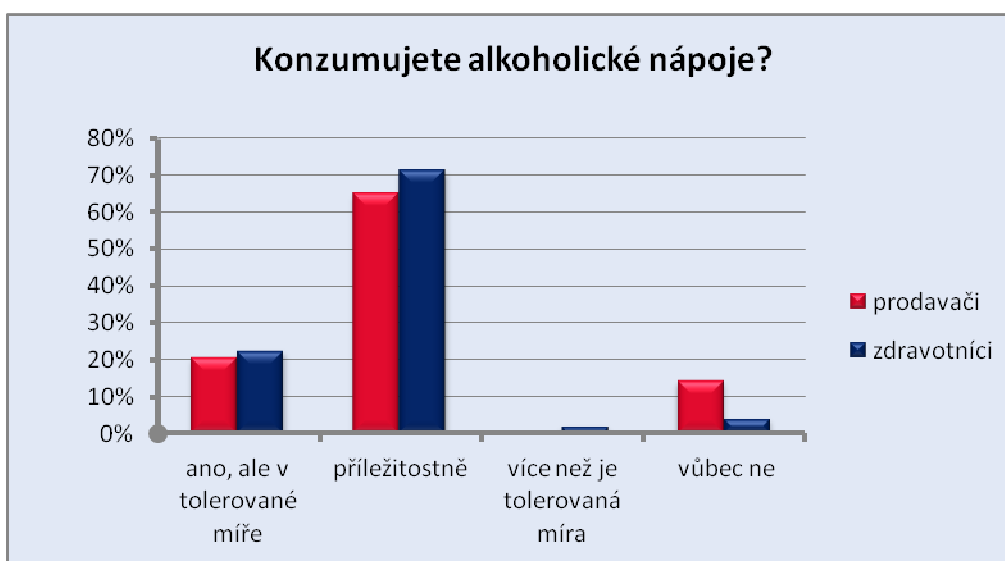
Otázka č. 16 Konzumujete alkoholické nápoje?

Tabulka č. 30 Konzumace alkoholických nápojů

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano, ale v tolerované míře	24	13	11
příležitostně	76	41	35
více než je tolerovaná míra	1	0	1
vůbec ne	11	9	2
ano, ale v tolerované míře [%]	21%	21%	22%
příležitostně [%]	68%	65%	71%
více než je tolerovaná míra [%]	1%	0%	2%
vůbec ne [%]	10%	14%	4%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 27 Konzumace alkoholických nápojů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 30 a graf č. 27 hodnotí míru konzumace alkoholu. 13 (21%) prodavačů a 11 (22%) zdravotníků pije alkohol v „tolerované míře“, to je: 0,5l piva nebo 0,2l vína nebo 0,05l destilátu za den. Příležitostně se alkoholu napije 41 (65%) prodavačů a 35 (71%) zdravotníků. Vyšší konzumaci alkoholických nápojů, než je tolerovaná míra,

uvedl 1 (2%) zdravotníků a žádný prodavač. 9 (14 %) prodavačů a 2 (4%) zdravotníci abstinují.

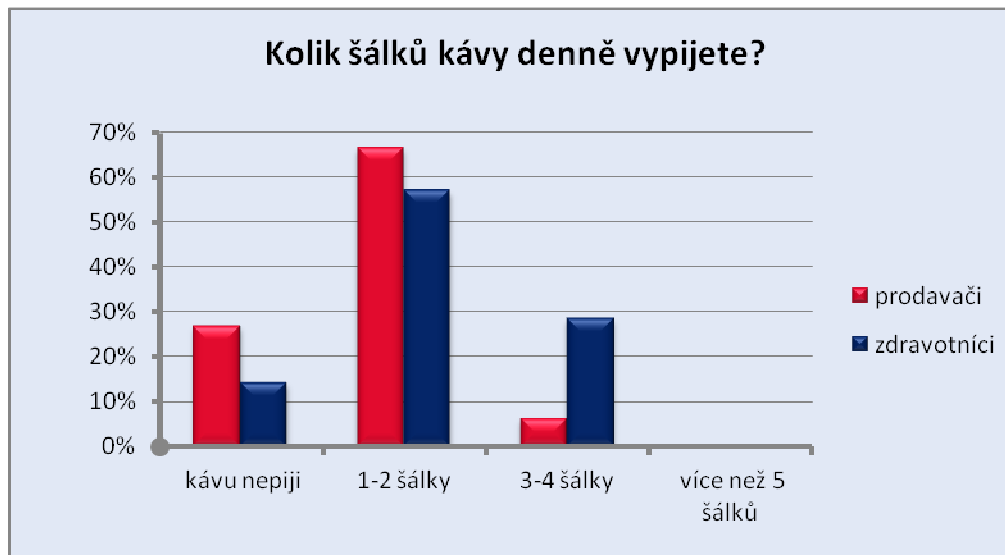
Otázka č. 17 Kolik šálek kávy denně vypijete?

Tabulka č 31. Konzumace kávy

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
kávu nepiji	24	17	7
1-2 šálky	70	42	28
3-4 šálky	18	4	14
více než 5 šáleků	0	0	0
kávu nepiji [%]	21%	27%	14%
1-2 šálky [%]	63%	67%	57%
3-4 šálky [%]	16%	6%	29%
více než 5 šáleků [%]	0%	0%	0%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 28 Konzumace kávy



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 31 a graf č. 28 ukazují kolik šálek kávy respondenti vypijí během dne.

17 (27%) prodavačů a 7 (14%) zdravotníků uvedlo, že kávu vůbec nepije. 42 (67%) prodavačů a 28 (57%) zdravotníků denně vypije 1-2 šálky kávy. 4 (6%) prodavači a 14 (29%) zdravotníků pije 3-4 šálky za den. Více než 5 šálků nepije ani jeden z dotazovaných respondentů.

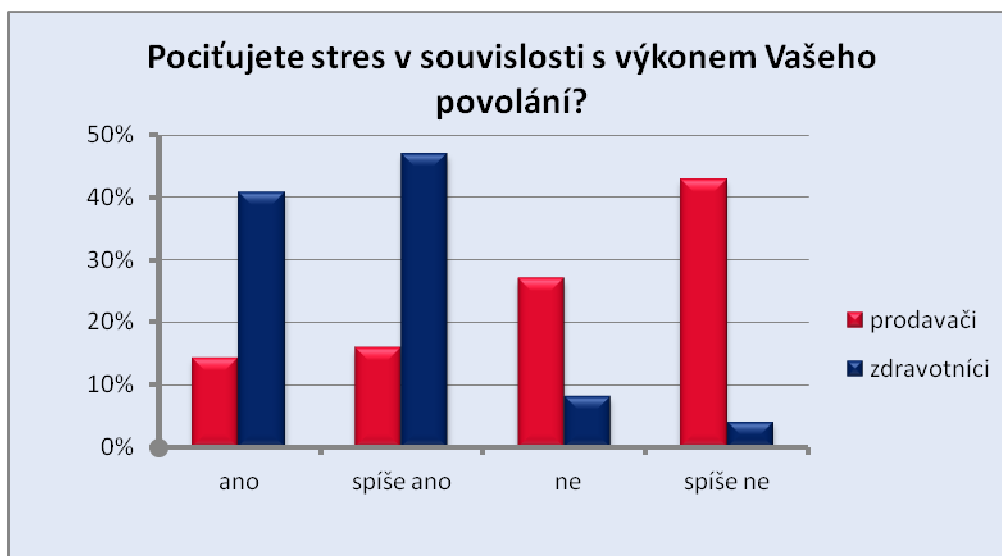
Otázka č. 18 Pociťujete stres v souvislosti s výkonem Vašeho povolání?

Tabulka č. 32 Stres v souvislosti s povoláním

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano	29	9	20
spíše ano	33	10	23
ne	21	17	4
spíše ne	29	27	2
ano [%]	26%	14%	41%
spíše ano [%]	29%	16%	47%
ne [%]	19%	27%	8%
spíše ne [%]	26%	43%	4%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 29. *Stres v souvislosti s povoláním*



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 32 a graf č. 29 se zabývají, zda dotazovaní pocítují stres v rámci svého povolání. Stres pocítuje 9 (14%) prodavačů a 20 (41%) zdravotníků. Spíše ano odpovědělo 10 (16%) prodavačů a 23 (47%) zdravotníků. Stres v souvislosti se zaměstnáním nepocítuje 17 (27 %) prodavačů a 4 (8%) zdravotníci. Variantu „spíše ne“ zvolilo 27 (43%) prodavačů a 2 (4%) zdravotníci.

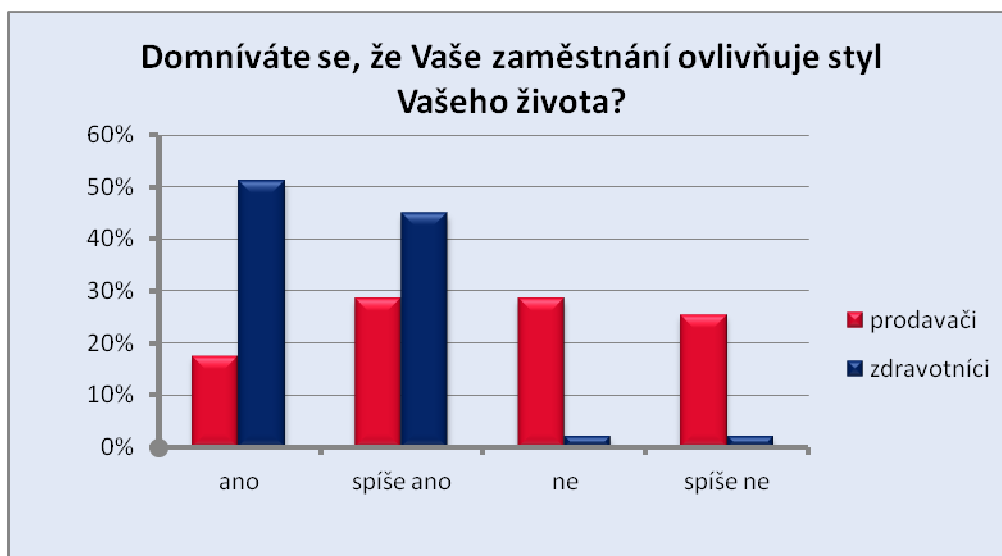
Otázka č. 19 Domníváte se, že Vaše zaměstnání ovlivňuje styl Vašeho života?

Tabulka č. 33 *Vliv zaměstnání na životní styl*

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Sno	36	11	25
spíše ano	40	18	22
Ne	19	18	1
spíše ne	17	16	1
ano [%]	32%	17%	51%
spíše ano [%]	36%	29%	45%
ne [%]	17%	29%	2%
spíše ne [%]	15%	25%	2%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 30 Vliv zaměstnání na životní styl



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 33 a graf č. 30 zobrazují, zda respondenti mají pocit, že jejich zaměstnání ovlivňuje způsob, jakým žijí. 11 (17%) prodavačů a 25 (51%) zdravotníků označilo odpověď „ano“ a 18 (29%) prodavačů a 22 (45%) zdravotníků si myslí, že povolání jaké vykonávají, spíše ovlivňuje jejich životní styl. Naopak 18 (29%) prodavačů a 1 (2%) zdravotník nemají pocit, že je zaměstnání nějakým způsobem ovlivňovalo. 16 (25%) prodavačů a 1 (2%) zdravotník označili odpověď „spíše ne“.

Otázka č. 20 Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Tabulka č. 34 Zdravotní stav

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
velmi dobrý	14	9	5
Dobrý	79	46	33
Uspokojivý	12	5	7
Špatný	5	2	3
velmi špatný	2	1	1
velmi dobrý [%]	13%	14%	10%
dobrý [%]	71%	73%	67%
uspokojivý [%]	11%	8%	14%
špatný [%]	4%	3%	6%
velmi špatný [%]	2%	2%	2%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 31 Zdravotní stav



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 34 a graf č. 31 hodnotí, jakým pocitem respondenti disponují v rámci zdravotního stavu. Velmi dobrý zdravotní stav pociťuje 9 (14%) prodavačů a 5 (10%)

zdravotníků. Dobrým zdravotním stavem disponuje 46 (73%) prodavačů a 33 (67%) zdravotníků. Uspokojivě se cítí 5 (8%) prodavačů a 7 (14%) zdravotníků. Špatný zdravotní stav uvedli 2 (3%) prodavači a 3 (6%) zdravotníci. Velmi špatný zdravotní stav zvolil 1 (2%) prodavač a 1 (2%) zdravotník.

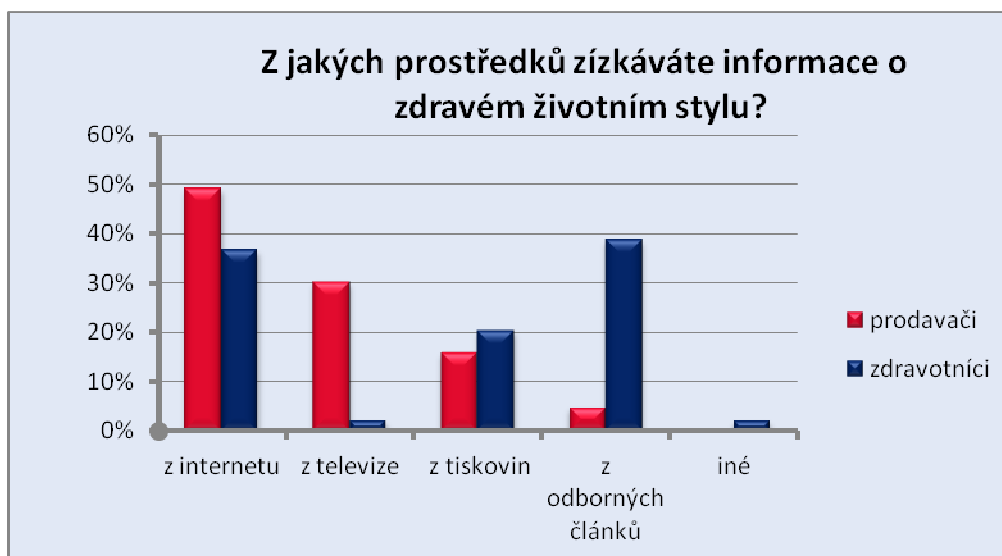
Otázka č. 21 Z jakých prostředků získáváte informace o zdravém životním stylu?

Tabulka č 35 Informace o životním stylu

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
z internetu	49	31	18
z televize	20	19	1
z tiskovin	20	10	10
z odborných článků	22	3	19
jiné	1	0	1
z internetu [%]	44%	49%	37%
z televize [%]	18%	30%	2%
z tiskovin [%]	18%	16%	20%
z odborných článků [%]	20%	5%	39%
jiné [%]	1%	0%	2%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 32 Informace o životním stylu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 35 a graf č. 32 se zabývají, jakým způsobem dotazovaní získávají informace o životním stylu. Internet uvedlo 31 (49%) prodavačů a 18 (37%) zdravotníků. Z televizních pořadů získává informace 19 (30%) prodavačů a 1 (2%) zdravotník. Tiskoviny jako zdroj informací zvolilo 10 (16%) prodavačů a 10 (20%) zdravotníků. 3 (5%) prodavači a 19 (39%) zdravotníků volí jako zdroj odbornou literaturu. Jiný zdroj uvedl 1 (2%) zdravotník a to, že informace o životním stylu získává z různých reklam.

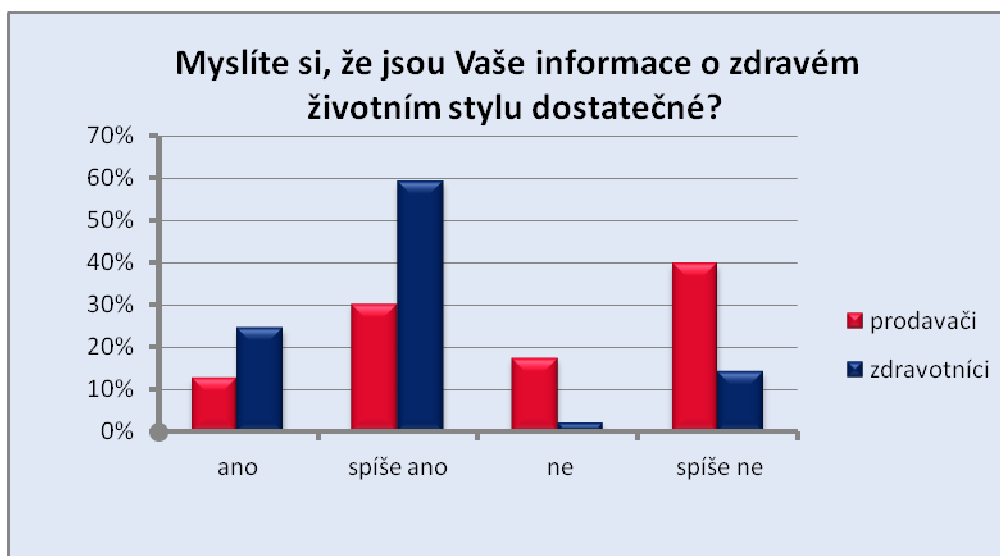
Otázka č. 22 Myslíte si, že jsou Vaše informace o zdravém životním stylu dostatečné?

Tabulka č.36 Spokojenost s informacemi o životním stylu

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
ano	20	8	12
spíše ano	48	19	29
ne	12	11	1
spíše ne	32	25	7
ano [%]	18%	13%	24%
spíše ano [%]	43%	30%	59%
ne [%]	11%	17%	2%
spíše ne [%]	29%	40%	14%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 33 Spokojenost s informacemi o životním stylu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 36 a graf č. 33 ukazují, zda se respondenti domnívají, že mají dostatek informací o zdravém životním stylu. 8 (13%) prodavačů a 12 (24%) zdravotníků se domnívá, že má dostatečné informace, co se životního stylu týká. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 19 (30%) prodavačů a 29 (59%) zdravotníků. Naopak 11 (17%) prodavačů a 1

(2%) zdravotník považují své informace o životním stylu za nedostatečné. 25 (40%) prodavačů a 7 (14%) zdravotníků zvolilo variantu „spíše ne“.

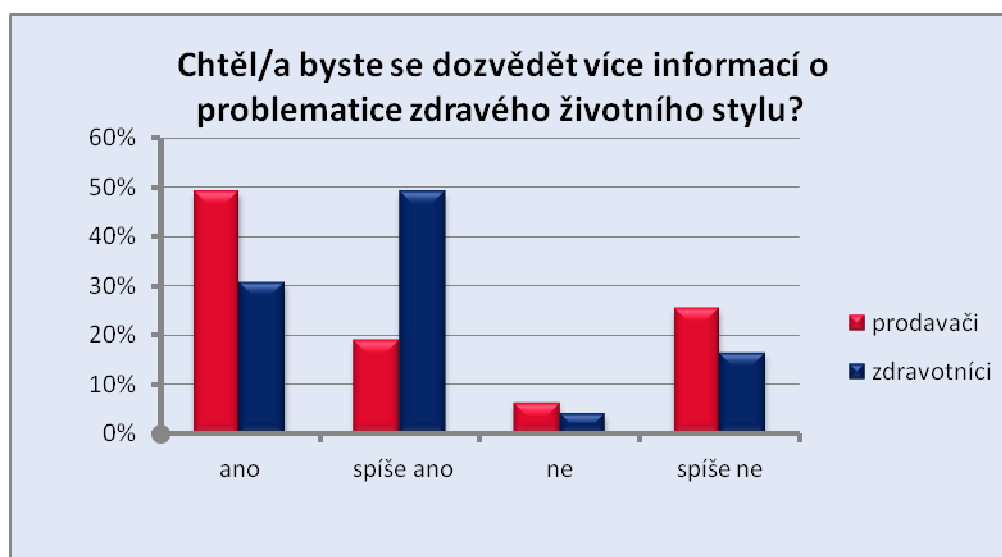
Otázka č. 23 Chtěl/a byste se dozvědět více informací o problematice zdravého životního stylu?

Tabulka č. 37 Informace o životním stylu

Skupina	CELKEM	Prodavači	Zdravotníci
Počet odpovědí	112	63	49
Ano	46	31	15
spíše ano	36	12	24
Ne	6	4	2
spíše ne	24	16	8
ano [%]	41%	49%	31%
spíše ano [%]	32%	19%	49%
ne [%]	5%	6%	4%
spíše ne [%]	21%	25%	16%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 34 Informace o životním stylu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 37 a graf č. 34 hodnotí, zda by se respondenti chtěli dozvědět více

informací o zdravém životním stylu. 31 (49%) prodavačů a 15 (31%) zdravotníků by rádi doplnili své vědomosti v oblasti životního stylu. 12 (19%) prodavačů a 24 (49%) zdravotníků zvolilo variantu „spíše ano“. 4 (6%) prodavačů a 2 (4%) nemá zájem o nové informace v souvislosti se zdravým životním stylem. Odpověď „spíše ne“ zvolilo 16 (25%) prodavačů a 8 (16%) zdravotníků.

4.3 Výsledky statistického hodnocení

V následující tabulce jsou všechny hodnoty dosažených hladin významnosti (sloupec „p“) a hodnoty testovacího kritéria (sloupec χ^2) u kontingenčních tabulek sloužících k porovnání odpovědí prodavačů a zdravotníků. Modře podbarvené jsou ty buňky, které odpovídají průkaznému výsledku testu (tedy dosažená hladina významnosti je nižší než 0,05). V těchto testech je tedy možné zamítnout příslušnou nulovou hypotézu.

Otázky dotazníku jsou označeny 1 až 23, otázky vědomostního testu V1 až V10.

otázka	hodnota χ^2	hodnota p
1	4,1	0,13
2	1,04	0,31
3	76,3	0,00001
4	27	0,00002
5	13,4	0,004
6	108	0,00001
7	20,1	0,00004
8	15,8	0,001
9	5,6	0,02
10	6,3	0,04
11	2,2	0,52
12	18,4	0,0004
13	40	0,00001
14	10,6	0,06
15	6,8	0,08
16	5,1	0,17
17	11,2	0,004
18	42,1	0,00001
19	38,7	0,00001

20	2,1	0,72
21	35,9	0,00001
22	21,6	0,0001
23	11	0,01
V1	20,2	0,00004
V2	10,1	0,007
V3	2,1	0,14
V4	16,7	0,0002
V5	9,2	0,01
V6	6,9	0,03
V7	37,3	0,00001
V8	5,3	0,26
V9	17,7	0,0001
V10	0,94	0,63

V následující tabulce jsou pak výsledky hodnocení vědomostního testu v závislosti na věku a vzdělání. Jsou opět uvedeny všechny hodnoty dosažených hladin významnosti (sloupec „p - věk“ a „p - vzdělání“) a hodnoty testovacího kritéria (analogické sloupce χ^2) u použitých kontingenčních tabulek. Modře podbarvené jsou ty buňky, které odpovídají průkaznému výsledku testu (tedy dosažená hladina významnosti je nižší než 0,05). V těchto testech je tedy možné zamítnout příslušnou nulovou hypotézu.

otázka	hodnota χ^2 - věk	hodnota p- věk	hodnota χ^2 -vzdělání	hodnota p- vzdělání
V1	6,85	0,14	18	0,001
V2	11,3	0,02	19,5	0,001
V3	11,6	0,003	8,7	0,01

V4	6,63	0,16	30,4	0,00001
V5	18,2	0,001	25	0,0001
V6	5,3	0,26	14,4	0,01
V7	4,9	0,09	6,1	0,19
V8	16,2	0,04	15,2	0,05
V9	8,3	0,08	17,6	0,002
V10	3,3	0,51	4,3	0,37

T-test (celkové porovnání úspěšnosti obou skupin respondentů):

Výsledky t-testu jsou následující:

$t = -4,21$; počet stupňů volnosti $df = 9$; dosažená hladina významnosti $p = 0,002$.

Je tedy zřejmé, že skupina zdravotníků je v odpovědích na vědomostní test celkově úspěšnější.

5 Diskuze

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou životního stylu, především zdravým životním stylem. Právě naše chování, způsob života, který preferujeme a kterým žijeme, ovlivňuje naše zdraví. Kvalita životního stylu ovlivňuje naše zdraví až z 50 %, zbylou část zastupují genetická výbava jedince, životní podmínky a prostředí a zdravotní péče. V současnosti nejen lékaři ve svých ordinacích, ale zároveň i všechna média upozorňují na rizika spojená s nevhodným způsobem života. Lze konstatovat, že by veřejnost měla být dostatečně informována o rizicích spojených s nevhodným životním stylem. Nabízí se několik otázek „Proč stále narůstá počet civilizačních chorob?“, „Je veřejnost opravdu dostatečně informována nebo jen nedodržují zásady zdravého životního stylu a dobrovolně vystavují své zdraví některým chorobám?“ Ve výzkumné části této práce jsem se zabývala otázkou, zda je veřejnost opravdu informována o rizicích, které může způsobit nekvalitní životní styl. Zaměřila jsem se na zdravotnický personál. Šamánek ve své knize zmiňuje, že zdravotníci jsou vystaveni pestré směsici faktorů dosahující často významné úrovně. (90) Zdravotničtí pracovníci by vzhledem ke studiu, kterým prošli a vzhledem k povolání, které vykonávají, měli mít vědomosti ohledně zásad zdravého životního stylu. V další části jsem se věnovala, zda tyto vědomosti využívají a aplikují na sebe, na ochranu svého zdraví. Výsledky z provedeného výzkumu jsem porovnávala s kontrolní skupinou, které jsem rozdala ty samé dotazníky, jako zdravotnickému personálu. Jako kontrolní skupinu jsem si vybrala odlišné povolání a to prodavače. Výzkum byl proveden na základě kvantitativního výzkumu v podobě anonymních dotazníků. Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí, používaný především u většího počtu respondentů. (27) Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum u 7mi lidí, z důvodu ověření proveditelnosti šetření či odstranění nedostatků a upravení srozumitelnosti některých otázek. Dotazník obsahoval dvě části. První částí byl vědomostní test, který měl za úkol poměřit znalosti mezi zvolenými povoláními. Tento test byl složen z 10 otázek vědomostního charakteru. Samotný dotazník zjišťoval chování respondentů v otázkách dodržování zásad zdravého životního stylu.

Celkem bylo rozdáno 135 dotazníků. Vyplněno bylo 124 dotazníků, ale 12 jich muselo být vyřazeno pro neúplné vyplnění. Do samotného výzkumu bylo tedy zařazeno 112 respondentů tj. 49 zdravotníků a 63 prodavačů. Návratnost činila 82%.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou vědomosti zdravotnických pracovníků na oddělení interny v nemocnici Písek. Dílčím cílem bylo porovnání životního stylu zdravotnických pracovníků s prodavači ve městě Písek. Na základě těchto cílů byly stanoveny dvě hypotézy : **H1:** Existuje statisticky významný rozdíl ve znalostech vlivu zdravého životního stylu na zdraví mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači. **H2:** Existuje statisticky významný rozdíl v dodržování zdravého životního stylu mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači.

Vědomostní test:

V první řadě jsem respondentům položila otázku, zda se zajímají o problematiku zdravého životního stylu. Z celkového počtu 112 (100%) se o životní styl zajímá 88 respondentů. Naopak zájem nemá 21 respondentů. Tuto otázku kladně hodnotili spíše zdravotníci, kteří se častěji zajímají o zdravý životní styl než prodavači. Zájem o zdravý životní styl roste se vzděláním, nikoliv však s věkem.

Otázka č. 2 zkoumala vědomosti dotazovaných ohledně funkce potravinové pyramidy. Výživová, neboli potravinová pyramida je grafické zobrazení, které objasňuje, jaké potraviny jsou pro náš organismus vhodné a které spíše nevhodné. Lze ji použít jako „tahák“ k sestavení každodenního jídelníčku (40) Správnou odpověď zvolilo 64 (57%) dotazovaných z toho 28 (44%) prodavačů a 36 (73%) zdravotníků. Zbýlých 30 (27%) respondentů se domnívá, že potravinová pyramida doporučuje pro zdraví vhodnou zeleninu a ovoce a 18(16%) zdravotníků si myslí, že se zabývá energetickým příjmem a výdejem. Lze konstatovat, že nejen zdravotníci, ale i vzdělanější respondenti častěji vědí, k čemu slouží potravinová pyramida. Správná odpověď je také častější u věkové skupiny 20-35 let a 35-50 let, střední věková skupina statisticky výrazně častěji chybuje.

V pořadí třetí otázka se respondentů dotazovala, kolik bychom měli za den vypít tekutin. Na tuto otázku správně odpověděla převážná část dotazovaných 97%, kteří

vědí, že denní doporučené množství tekutin se pohybuje v rozmezí mezi 1,5-2 l. Jak uvádí Stránský denní příjem je cca 1,5 až 2,5 litry, pokud dochází ke zvýšeným ztrátám, pak až 3 litry vhodných tekutin. Příjem tekutin je potřeba zvýšit při zvýšené energetické přeměně, v horku, v suchém a v chladném vzduchu, při zvýšeném přísunu kuchyňské soli, při vysokém příjmu bílkovin a při některých chorobných stavech jako je horečka, průjem, zvracení atd. (83) Pouze nepatrná část respondentů se domnívá, že denní doporučené množství tekutin se pohybuje okolo 3- 4 l. Obě skupiny respondentů znají správné rozmezí množství tekutin pro denní konzumaci. Vzdělanější respondenti znají správné rozmezí množství tekutin pro denní konzumaci, méně vzdělanější někdy chybují. Stejně tak znají správné rozmezí tekutin všichni respondenti ve věkové skupině 20-35 let.

Otázkou č. 4 jsem zjišťovala, zda respondenti vědí, jaké je doporučené procentuální složení jednotlivých složek potravy z celkového denního příjmu. Správně na tuto otázku častěji odpovídali zdravotníci 38 (78%) na rozdíl od prodavačů 25 (40%). Správné procentuální složení jednotlivých složek potravy je 50-60% sacharidy, 25-30% tuky, 15-20 % bílkoviny, jak uvádí Fořt ve své publikaci. (21) 28 (44%) prodavačů a 8 (16%) zdravotníků vybralo možnost 20-30% sacharidy, 50-60% tuky, 15-20 % bílkoviny. Poslední odpověď (25-30% sacharidy, 15-20% tuky, 50-60 % bílkoviny) zvolilo 10 (16%) prodavačů a 3 (6%) zdravotníci. Vzdělanější respondenti odpovídají na otázku procentuálního složení jednotlivých složek potravy výrazně častěji správně. Věk odpovědi neovlivňuje. Při srovnání spotřeby potravin a příjmu nutrientů s výživovými cíli WHO bylo zjištěno, že pouze u bílkovin a polynenasycených mastných kyselin odpovídal reálný příjem doporučení. V případě tuků a sacharidů nebyl výživový cíl dosažen v žádné ze sledovaných populačních skupin. U tuků byl zjištěný příjem (36–40 % z celkového energetického příjmu E) vyšší než doporučení, u sacharidů (44–54 E %) naopak nižší. Příjem nasycených mastných kyselin byl ve všech sledovaných skupinách populace vyšší (14–16 E %), stejně tomu bylo také v případě jednoduchých cukrů (11–18 E %). (97) Při srovnání s výživovými cíli WHO byl u všech populačních skupin v ČR zjištěn zvýšený příjem tuků a jednoduchých cukrů, u mužů navíc i více cholesterolu a sodíku. (54) Výsledky Studie individuální spotřeby potravin (SISP), která

byla realizovaná v letech 2003–2006 na reprezentativním vzorku populace ČR, podporují výše uvedená fakta navíc poukazují na příjem většiny sledovaných minerálních látek a stopových prvků - vápníku, hořčíku, draslíku a selenu byl naopak nižší, než doporučuje WHO. Při hodnocení množství jódu byl zaznamenán možný nedostatek u 30 % žen. Zejména v zimním období lze očekávat také nedostatek vitamínu D. (76)

Otázka č. 5 se týkala konzumace ovoce a zeleniny, konkrétně doporučeného denního množství. Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR uvádí, že denní příjem zeleniny a ovoce by měl dosahovat 600 g včetně zeleniny tepelně upravené, přičemž poměr zeleniny a ovoce by měl být cca 2:1. (17) Z celkového množství 112 (100%) respondentů bylo v této otázce úspěšných pouhých 37 (33%) dotazovaných a to 15 (24%) prodavačů a 22 (45%) zdravotníků. V této otázce byli úspěšnější zdravotníci. Úspěšnost v odpovědi na otázku týkající se množství zeleniny doporučeného k denní konzumaci je vyšší u vzdělanějších a mladších respondentů.

Další otázka vědomostního testu zkoumala znalosti dotazovaných ohledně významu vlákniny v těle. Většina respondentů 99 (88%) znala správnou odpověď a to, že konzumace vlákniny je důležitá v prevenci nádorů tlustého střeva a konečníku, jak uvádí Merkurová a Orel ve své knize Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory. (50) Zdravotníci téměř jednomyslně odpověděli správně 47 (96%) na význam vlákniny, u prodavačů také převládá správná odpověď 52 (83%), ale procento chybných odpovědí je statisticky významně vyšší. Co se věku týká, tak všichni vzdělanější respondenti odpověděli správně na význam vlákniny. Věk frekvencí správných odpovědí neovlivňuje.

Otázka č. 7 se týkala hladiny cholesterolu v krvi. Z celkového počtu správnou odpověď 5,0 mmol/l uvedlo 60 (54%) dotazovaných. Pokud porovnáme zvolené skupiny povolání, tak úspěšnější byli zdravotníci 41(84%), na rozdíl od prodavačů 19 (30%). Častěji zvolená odpověď ze strany prodavačů byla 5,6 mmol/l a to 45 (56%) a zdravotníků 8 (16%). 6,0 mmol/l uvedlo pouze 9 (14%). Ve srovnání s výživovými cíli WHO, které doporučují snížit denní příjem cholesterolu na 300mg, byl výživový cíl naplněn u dětí a žen, zatímco u mužů byl přívod vyšší (380–500 mg/d). (97)

Otázka č. 8 zjišťovala, zda veřejnost ví, kolik bychom měli minimálně denně věnovat pohybové aktivitě. Jak uvádí několik autorů, např. Měkota a Cuburek, minimálně doporučená doba, která by měla být věnována pohybové aktivitě, se pohybuje mezi 20-30 minutami za den. (52) Z výzkumu je patrné, že dotazovaní převážně ví, správnou odpověď a to 45 (40%) respondentů. V pořadí druhá nejvíce volená možnost u obou skupin byla více než 60 min (28, 25%), další odpověď byla, že minimální doba, věnovaná pohybové aktivitě je přibližně 10 minut za den, tu volilo 17 (15%) dotazovaných. 14 (13%) respondentů se domnívá, že denně bychom měli pohybové aktivitě věnovat 40-50 minut. Nejméně volená možnost bylo rozmezí mezi 50-60 minutami za den, kterou uvedlo 8 (7%) respondentů. Odpovědi obou skupin se výrazně neliší. Správná odpověď je mírně častější u mladších respondentů, u vzdělanějších je také určité zvýšení její frekvence, ale je to již těsně za obvyklou hranicí statistické průkaznosti ($p = 0,052$).

Otázka č. 9 zjišťovala vědomosti respondentů ohledně prospěšnosti alkoholu na lidský organismus. Stránský ve své publikaci uvádí, že alkohol, konzumovaný v tolerované míře může mít pozitivní vliv na srdeční systém. (83) Z celkového počtu 112 (100%) správně volilo 53 (47%) respondentů. Zdravotníci v této otázce odpovídají úspěšněji 34 (69%) naopak prodavači 39 (62%) nejvíce volili chybnou variantu a to, že alkohol je škodlivý v jakémkoliv množství. Frekvence správné odpovědi se zvyšuje se vzděláním respondentů, u věku jsou rozdíly statisticky neprůkazné.

Poslední, desátá otázka vědomostního charakteru se týkala minimální doby nočního spánku, která je zdraví prospěšná. Nejvíce dotazovaných 90 (80%) volilo 7-8 hodin nočního spánku, tuto dobu označuje Diehl za dobu důležitou z hlediska regenerace organismu, zajišťuje fyzickou a psychickou obnovu, zvyšuje odolnost vůči nemocem a pomáhá zlepšovat paměťové schopnosti. (16) Tudíž obě skupiny respondentů ví, jaká je minimální doba spánku prospěšná pro zdraví. Odpověď na minimální dobu spánku prospěšnou pro zdraví se neliší ani dle vzdělání, ani dle věku.

Dotazník:

První tři otázky samotného dotazníku byly identifikačního charakteru, ptala jsem se na věk, pohlaví a vzdělání respondentů. Tyto otázky jsem zvolila, abych dále mohla porovnávat výsledky vědomostního testu u jednotlivých věkových skupin a podle vzdělanosti. Z celkového počtu 112 (100%) respondentů bylo 33 (29%) v rozmezí mezi 20-35 rokem, nejvíce bylo zastoupeno věkové rozmezí mezi 35-50 lety, 60 (54%). Více než 50 let bylo 19 (17%) respondentům. Co se týká pohlaví, větší zastoupení měly ženy, 99 (88%). Mužů bylo 13 (12%). Všichni dotazovaní mají vyšší vzdělání než je základní škola, tuto odpověď nezvolil ani jeden respondent. Vyučení v oboru jsou především prodavači a to 47 (75%) a pouze 1 (2%) zdravotník. Naopak středoškolské vzdělání s maturitou zastupují spíše zdravotníci 29 (59%) a 12 (19 %) prodavačů. Vyšší odborné vzdělání mají 3 (5%) prodavači a 5 (10%) zdravotníků. U nejvyššího dosaženého vzdělání je výrazný rozdíl, mezi prodavači, převládají vyučení v oboru, u zdravotníků pak „maturita“, poměrně velká je i skupina vysokoškolsky vzdělaných.

Otázky č. 4- č. 7 byly zaměřeny na chování respondentů ohledně stravovacích zvyklostí. Zajímala jsem se, kolikrát denně a kde se respondenti stravují, jak často do svého jídelníčku zařazují ovoce a zeleninu. Z provedeného výzkumu je patřičné, že necelá polovina 49 (44%) dotazovaných se stravuje 3x denně, dále pak 32 (29%) 4x za den a 19 (17%) dotazovaných se stravuje 5x denně. Ostatní možnosti lze zanedbat. V této otázce je možné zaznamenat určitý rozdíl v odpovědích jednotlivých skupin. U prodavačů byla nejčastější odpověď 3x denně 38 (60%) dále pak malá část se stravuje 4x denně 15 (24%). Zdravotníci preferují především 4-5 jídel během dne. Tento fakt potvrzují i výsledky následující otázky, kde jsem se respondentů ptala, zda mají možnost se v zaměstnání pravidelně stravovat. Kladně tuto otázku hodnotili spíše zdravotníci. (32, 65%), kteří pocítují dobré podmínky pro možnost pravidelného stravování. Prodavači uvedli, že nemají čas se ve svém zaměstnání pravidelně stravovat.

Nejčastější místo pro stravování během pracovní doby se v obou skupinách lišilo. Zdravotníci 38 (78%) nejčastěji využívají možnost stravovat se v zaměstnanecké jídelně a 11 (22%) si nosí jídlo z domova, zatímco u prodavačů byly odpovědi vyrovnané. 26 (41%) prodavačů je závislých na jídlo, které si přinesou z domova, 20 (32%) navštěvuje

veřejné stravování, jako jsou restaurace a 17 (27%) se stravuje na základě fast foodu. Tento rozdíl mezi jednotlivými skupinami sledávám především v tom, že zdravotníci mají možnost využívat nemocniční jídelnu, kde by strava měla být především pestrá a vyvážená. Alarmující je mírně vyšší procento prodavačů, kteří se stravují na základě rychlého občerstvení. Poslední otázka týkající se stravování respondentů byla založena na konzumaci zeleniny a ovoce. 35 (71%) zdravotníků uvedlo, že zeleninu/ovoce konzumují každý den, tudíž pravidelně a 12 (24%) konzumuje ovoce a zeleninu nepravidelně. Určitou souvislost v pravidelnosti konzumace zeleniny a ovoce, může být v rámci využití zaměstnanecké jídelny, v které se stravuje většina zdravotníků. Prodavači 33 (52%) konzumují čerstvé ovoce a zeleninu spíše nepravidelně a statisticky významně častější odpověď u této skupiny respondentů je, že ovoce a zeleninu nekonzumují vůbec 11 (17%). Výsledky z mého výzkumu jsou téměř totožné s výsledky Zprávy o zdraví obyvatel České republiky (54) a výživovými cíli WHO, kdy tyto ukazatele spotřeby ovoce a zeleniny byly v české populaci nižší než doporučené množství 400- 600g na den. (97)

Otázky č. 8 a 9 se věnovaly pitnému režimu respondentů. Více než polovina prodavačů vypije denně mezi 1-2 litry tekutin. Častá je odpověď do jednoho litru, 13 (21%) prodavačů, to je nedostatečné množství tekutin na jeden den. U zdravotníků jsou odpovědi 1-2 litry (26, 53%) a 2-3 litry 22 (45%) přibližně stejně časté. Zdravotníci tedy konzumují statisticky významně více tekutin než prodavači. Tento výsledek potvrzuje i následující otázka, kde jsem zjišťovala pravidelnost pitného režimu během pracovní doby. Zdravotníci pijí během pracovní doby spíše průběžně 32 (65%), u prodavačů mírně převládá odpověď „nárazově“ 36 (57%).

Otázky č. 10 a 11 byly zaměřeny na spánek respondentů. Otázkou č. 10 jsem zjišťovala, zda si respondenti pravidelně dopřávají alespoň 6-8 hodin nočního spánku. Jak je uvedeno výše, tato doba je potřebná pro regeneraci organismu. (16) Na základě provedeného výzkumu lze konstatovat, že převaha dotazovaných 74 (66%) netrpí nedostatkem spánku. Z celkového počtu 112 (100%) méně než 6 hodin spí 31 (28%) a více než 8 hodin nočního spánku si dopřává pouze 7 (6%) dotazovaných. U prodavačů je o něco více zastoupena odpověď pod 6 hodin a to 21 (33%). Rozdíl ale

není příliš velký (dosažená hladina p se blíží kritické hladině 0,05). V diplomové práci Lenky Schovánkové na téma Hodnocení životního stylu studentů oboru ochrany veřejného zdraví spí 6-8 hodin 73% studentů OVZ. (79) Otázka č. 11 byla zaměřena na subjektivní pocit ohledně kvality spánku respondentů. Se spánkem nemá žádný problém 62 (55%) dotazovaných. Časté buzení uvedlo 22 (20%) respondentů. Problémy s usínáním uvedlo 11 (10%) respondentů a na předčasné probouzení si stěžuje 17 (15%) dotazovaných. Kvalita spánku se mezi sledovanými skupinami respondentů neliší, obě mají přibližně stejně kvalitní spánek.

Otázka č. 12 se zabývala souvislostmi mezi zaměstnáním a možností relaxace. Kladně tuto otázku hodnotila většina dotazovaných 89 (75%). Pracovně je vytíženo 28 (25%) respondentů, ti na odpočinek čas nemají. V porovnání mezi zvolenými skupinami mají prodavači 52 (83%) více času na odpočinek a relaxaci na rozdíl od zdravotníků 32(65%).

Cílem otázky č. 13 a 14 bylo zhodnotit, jaký vztah mají respondenti ohledně pohybové aktivity a jaké aktivity ve svém volném čase preferují. V této otázce se podařilo identifikovat určitý rozdíl mezi zdravotníky a prodavači. Prodavači nejčastěji tráví domácí čas u televize (resp. internetem) nebo domácími pracemi. U zdravotníků převládá rodina a sport. Frekvence méně zastoupených odpovědí se statisticky příliš neliší. Stejně jako výživa, představuje pravidelný pohyb významnou a nepostradatelnou součástí zdravého životního stylu. . K posouzení dostatečné fyzické aktivity byla použita kritéria AHA 2000 (American Heart Association), která za dostatečnou považuje fyzickou aktivitu trvající alespoň půl hodiny denně, tedy 3,5 hodiny týdně. (87) Denně se pohybové aktivitě věnují pouze 4 respondenti , 5-6x týdně se pohybuje 8 (7%) respondentů. Frekventovanější odpověď byla 3-4 dny věnované pohybové aktivitě a 1-2 dny, tu zvolilo 21(19%) respondentů. Ovšem nejvíce dotazovaných 40 (38%) se pohybové aktivitě věnuje pouze několikrát za měsíc. Poněkud zarážející byl počet respondentů 15 (10%) , kteří se pohybové aktivitě nevěnují nikdy. Jako důvody, proč se dotazovaní nevěnují žádné aktivitě byla uváděna pouze lenost a v jednom případě, respondent uvedl, že se raději věnuje důležitějším aktivitám jako je práce v lese. Není statisticky průkazný rozdíl mezi frekvencí pohybových aktivit mezi prodavači a

zdravotníky, obě skupiny se věnují těmto aktivitám nejčastěji jen několikrát za měsíc. Podle výsledků studie GPAQ z roku 2011 pohybové aktivity dospělých v ČR má 32 % dospělých nízkou, 21 % střední a 46 % vysokou fyzickou aktivitu, muži měli 1,4 krát vyšší pravděpodobnost být vysoce fyzicky aktivní v porovnání se ženami. Největší rozdíly v pohybové aktivitě mezi muži a ženami byly ve věkové kategorii 18–39 let, nejmenší byly u starších 65 let. (31) Česká republika patří k zemím s nižším podílem osob s nízkou pohybovou aktivitou. Nejen v České republice, ale i ve světě dochází k poklesu pohybové aktivity. (70)

Otázky č. 15-17 byly zaměřeny na konzumaci návykových látek, jako je kouření, konzumace alkoholu a kávy. Legislativa České republiky zakazuje prodej tabákových výrobků osobám mladším 18-ti let. Všichni dotazovaní jsou starší 18ti let a tabákové výrobky jim jsou běžně dostupné. Kouření je závažným rizikovým faktorem neinfekčních chronických onemocnění, ovlivňuje rozvoj aterosklerózy, podílí se na vzniku nádorových onemocnění a chronické obstrukční choroby bronchopulmonální. Na zdraví člověka působí nejen aktivní kouření, ale také pobyt v zakouřeném prostředí (pasivní kuřáctví). (87) Z grafu č. je patrné, že z celkového počtu 112 (100%) dotazovaných je pouze malá část kuřáků a to 24 (22%) respondentů. Z tohoto počtu 13 (12%) respondentů kouří pravidelně a 11(10%) pouze příležitostně. Přestalo kouřit 19 (17%) respondentů a dotazovaných, kteří nikdy nekouřili, bylo více než polovina, 69 (62%). Tyto výsledky pro mne byly překvapující. Ve frekvenci kouření není mezi oběma sledovanými skupinami statisticky průkazný rozdíl, převládají respondenti, kteří nekouří (a nikdy nekouřili), případně kouřit přestali. Výsledky mého výzkumu se patrně liší od výsledků šetření HELEN z roku 2003, provedeného Státním zdravotním ústavem, na téma „Hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva“, kde aktivních kuřáků bylo 38,8%, bývalých kuřáků 23,6% a respondentů, kteří nikdy nekouřilo pouhých 37,7%. Na základě srovnání s výsledky „Zprávy o zdraví obyvatel České republiky“ lze konstatovat, že dochází k mírnému poklesu kuřáků v České Republice. Z tohoto výzkumu je patrné, že v posledních letech kouří v ČR 30 % populace. Kuřáctví je nejvyšší ve věkové skupině 15–24letých (44,7 %). V celé populaci je více kuřáků mužů, ale mezi dětmi 13–15 let kouří častěji dívky. Od roku 2002 se zdvojnásobil počet

kuřáků vodní dýmky. Podle vzdělání kouří nejméně lidé s ukončeným vysokoškolským vzděláním (24,8 %). (54) Otázka věnovaná konzumaci alkoholu nebyla nějak překvapující. Vysoká míra konzumentů alkoholu se nepotvrdila ani u jedné skupiny. Zde převahovala skupina příležitostných konzumentů 76 (68%), či konzumentů, kteří alkohol pijí, ale v tolerované míře. V tomto případě se výsledky liší od výsledků Zprávy o zdraví obyvatel v České Republice, kde pětina dotázaných udává průměrnou denní spotřebu nad limitem 40 g pro muže a 20 g pro ženy. Mezi muži je v tomto smyslu rizikových konzumentů 26 % a mezi ženami 13 %. Alespoň 5 sklenek alkoholu na posezení vypije každý týden anebo častěji 11 % dotázaných (18 % mužů a 5 % žen). Alkohol nepožilo jen 5 % souboru, přičemž míra abstinence je výrazně závislá na pohlaví – u žen je oproti mužům dvojnásobná. (54) Podle Světové zdravotnické organizace a Evropské komise je konzumace čistého alkoholu na jednoho dospělého obyvatele ČR 16,6 litru, tedy nejvíce v EU, kde je průměr 12,5 litru na osobu. (54) Konzumace kofeinu v podobě černé kávy nebyly výsledky nijak závažné, převaha dotazovaných pije maximálně 1-2 šálky kávy za den. Toto množství je vyhovující, protože množství kofeinu, které lze považovat pro organismus za neškodné, odpovídá hodnotě kolem 400 mg/den. To jsou pro představu 2 – 3 šálky kávy. (61) V porovnání mezi zvolenými povoláními zdravotníci konzumují kávu v průměru častěji.

V otázce č. 18 byl posuzován stres v souvislosti s vykonávajícím povoláním. Zde byly odpovědi vyrovnané. Stres pociťuje 64 (55%) dotazovaných s převahou zdravotníků, ti považují své povolání za stresové. Stres nepociťuje 50 (45%). Jak uvádí Ministerstvo zdravotnictví, systematická data o expozici stresorů u české populace nejsou k dispozici. Lze je však částečně nahradit některými výběrovými šetřeními. Výsledky těchto šetření vypovídají o zhoršování duševního zdraví a vitality s věkem. Ženy vykazují horší duševní zdraví i vitalitu ve srovnání s muži. Orientační srovnání výsledků vybraných otázek z roku 2010 s rokem 2002 a 1999 ukazuje na trend zlepšování hodnocení duševního zdraví a vitality. (54)

Otázka č. 19 měla za cíl zjistit, subjektivní pocit respondentů, zda mají pocit, že by je povolání, které vykonávají, ovlivňovalo ve způsobu životního stylu. Více než polovina dotazovaných 76 (68%) uvedla, že v rámci vytíženosti v pracovním prostředí

nema čas na dodržování zásad zdravého životního stylu. Naopak žádnou souvislost nepocítuje 36 (32%) respondentů. U zdravotníků dochází k výraznějším změnám v životním stylu v souvislosti s jejich povoláním. Zdravotníci výrazně častěji v souvislosti se svým povoláním pocítují stres.

V pořadí 20. otázka hodnotila zdravotní stav obyvatelstva. Z provedeného výzkumu lze konstatovat, že více jak polovina respondentů z obou skupin se cítí v dobrém fyzickém stavu. Pouze malá část respondentů svůj zdravotní stav hodnotila jako uspokojivý, či špatný.

Poslední tři otázky se týkaly informací, kterými respondenti disponují. V první řadě jsem se ptala, z jakých zdrojů informace získávají. Jak je všeobecně známo, všechny zdroje informací nejsou věrohodnými a obyvatelstvo může být špatně informováno. V této otázce je patrný rozdíl mezi zkoumanými skupinami. Zdroje informací o zdravém životním stylu se u obou skupin liší – u prodavačů převládá internet 31 (49%), u zdravotníků jsou výrazně zastoupeny i odborné články 19 (39%). Otázku, která zjišťovala zda si dotazovaní myslí, že mají dostatečné informace v souvislosti se zdravotním stylem, hodnotili převážně kladně. 68 (61%) dotazovaných si myslí, že je v oblasti zdravého životního stylu informováno dostatečně. Opačně tuto otázku hodnotilo 44 (40%) respondentů. V souvislosti s touto otázkou byla hodnocena i poslední otázka a to, zda mají respondenti potřebu dozvědět se nové informace o této problematice. Hodnocení této otázky mírně vyvrací předchozí otázku, kdy respondenti hodnotili informace o životním stylu za dostačující, zde uvedlo 82 (73%) respondentů, že by se rádi dozvěděli více o zásadách zdravého životního stylu. Co se týká porovnání dvou vybraných skupin povolání, výsledky ve skupině prodavačů pro mne byli poněkud zarážející. Na rozdíl od zdravotníků většina prodavačů se domnívá, že jejich informace o zdravém životním stylu jsou nedostatečné, ale na otázku, zda chtějí další informace o zdravém životním stylu, odpovídají častěji „ne“, zatímco u zdravotníků je nejvýraznější skupina „spíše ano“.

6 Závěr

Pro sepsání své diplomové práce jsem si vybrala téma „Životní styl a péče o vlastní zdraví zdravotnických pracovníků“. Teoretická část je věnována zdravému životnímu stylu a jeho jednotlivým složkám, které mají přímý vliv na zdraví populace a také na vznik některých onemocnění. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaké jsou vědomosti zdravotnických pracovníků na oddělení interny v nemocnici Písek.

Ke splnění tohoto cíle jsem vytvořila vědomostní test s otázkami, které se týkaly oblasti zdravého životního stylu.

Dílčím cílem je porovnání životního stylu zdravotnických pracovníků s prodavači ve městě Písek. Na základě dílčího cíle jsem vytvořila dotazník jehož cílem bylo zjistit, jakým způsobem života žijí zdravotničtí pracovníci a následně tyto výsledky porovnat s kontrolní skupinou a to s prodavači.

Na základě těchto cílů byly stanoveny dvě hypotézy:

H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve znalostech vlivu zdravého životního stylu na zdraví mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v dodržování zdravého životního stylu mezi zdravotnickými pracovníky a prodavači.

U hypotézy č. 1 se podařilo prokázat, že zdravotničtí pracovníci jsou celkově úspěšnější v odpovědích na otázky vědomostního testu. Hypotéza č. 2 se potvrdila pouze z části. Rozdíl dodržování zásad zdravého životního stylu, i když se netýká všech aspektů životního stylu. V pravidelnosti a četnosti stravování vedou zdravotníci, stejně jako v konzumaci tekutin, ovoce a zeleniny. Zdravotníci však častěji kvůli povolání trpí stresem, jejich povolání více ovlivňuje jejich životní styl a mají méně volného času. Také častěji konzumují kávu. Kouření a konzumace alkoholických nápojů se mezi skupinami neliší, stejně jako kvalita spánku a frekvence pohybových aktivit (která je u obou skupin velice nízká). I svůj zdravotní stav hodnotí obě skupiny stejně – převážně jako dobrý.

Tato diplomová práce může být považována jako shrnutí současné problematiky životního stylu nejen u zdravotnických pracovníků, ale také u nemedicínských

pracovníků, jako jsou prodavači. Dále může být vodítkem pro zlepšení podmínek a zaměření cílené prevence nad zásadami zdravého životního stylu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANDERSON, P., MOLLER, L., et al., *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. ISBN 978-92-890-0264-6
2. AMEN, G., *Myšlení k dlouhověkosti*. 1.vyd. Praha: Práh, 2013. ISBN 978-80-7252-443-3
3. BARSKY, A., DEANS, E., *Jak lépe žít se zdravotními problémy*. 1.vyd. Praha: Portal, 2007. 189s. ISBN 978-80-7367-298-0
4. BLAHUŠOVÁ, E., *Wellness, jak si udržet zdraví a pohodu*. 1.vyd. Brno: TeMi, 2009. 152s. ISBN 978-80-87156-33-9
5. BOHLMANN, F., *Vaříme zdravě při zvýšeném cholesterolu*. 1.vyd. Praha: JAN VAŠUT, 2007. 116s. ISBN 80-7236-426-X
6. BUNC, V. Tělesné složení u adolescentů jako indikátor aktivního životního stylu. *Česká kinantropologie*, 2009. Roč.13. č.3c ISSN 1211-9261 Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc10007151>
7. CATHALA, H., *Wellness od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168s. ISBN 978-80-247-2323-5
8. CLARKOVÁ, N., *Sportovní výživa*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 272s. ISBN 80-247-9047-5
9. CUNGI, Ch., LIMOUSIN, S., *Relaxace v každodenním životě*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 159s. ISBN 80-7178-948-8

10. ČERMÁK, B. et al., *Výživa člověka*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v ČB, 2002, 224 s. ISBN 80-7040-576-7.
11. ČESKO. Usnesení vlády České Republiky č. 1046 ze dne 30. října 2002, k dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. Století. 2002. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
12. ČESKO. Zákon č. 258 ze dne 14. července 2000 o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=49577&nr=258~2F2000&rpp=15#local-content>.
13. ČESKO. Zákon 379/2005 Sb. ze dne 19. srpna 2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=60445&nr=379~2F2005&rpp=15#local-content>
14. ČEVELA, R., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 108s. ISBN 978-80-247-2860-5
15. DESPEGHEL, M., *Ploché břicho za šest týdnů*. 1.vyd. Praha: JAN VAŠUT, 2008. 143s. ISBN 978-80-7236-643-9

16. DIEHL, H., LUDIGTONOVÁ, A., *Dynamický život*. 1 vyd. Praha: Advent-Orion, 1999. 287s. ISBN80-7172-312-6
17. DOSTÁLOVA, J. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. In: *Společnost pro výživu*. [online]. Praha: výživa a spol,6.4 2012 [cit. 23. 6. 2014].
Dostupné z:
<http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>
18. DRBAL, C., Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví. *Zdravotnictví v České republice*. 2001, roč. 4, č. 1-2, s. 17-21. Dostupný z:
<http://www.zcr.cz/Archiv/2001/1-2/04.pdf>
19. FOŘT, P., *Co (ještě) nevíte o výživě (i ve sportu)*. 1. vyd. Pardubice: Východočeská tiskárna. 2001. 190s. ISBN 80-86462-02-1
20. FOŘT, P., *Co jíme a pijeme- Výživa pro 3. tisíciletí*. 1.vyd. Praha: OLYMPIA, 2003. 246s. ISBN80-7033-814-8
21. FOŘT, P., *Moderní výživa pro děti*. 1.vyd. Praha: METRAMEDIA, 2000. 229s. ISBN 80-238-5498-4
22. FOŘT, P., *Stop dětské obezitě*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2004. ISBN 80-249-0418-7.
23. FOŘT, P., *Výživa hlavně pro kulturistiku a fitness*. 1.vyd. Pardubice: Východočeská tiskárna, 1998. 151s. ISBN 978-80-902589-1-4
24. FOŘT, P., *Výživa pro dokonalou kondici*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 181s. ISBN 80-247-1057-9

25. FOSTER, V., *New start*. 1.vyd. Praha: Advent- Orion, 1993. ISBN 80-7172-000-3
26. FREJ, D., *Dietní sestra-diety ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2006. 309s. ISBN 80-7254-537-X
27. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
28. GRIFFINOVÁ, V., MUSSON, P., *Cesta ke svobodě*. 1.vyd. Praha: Advent- Orion, 2011. 182s. ISBN 978-80-7172-916-7
29. GROFOVÁ, Z., *Dieta pro vyšší věk*. 1.vyd. Praha: FORSAPI, 2011. 167s. ISBN 978-80-87250-11-2
30. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. In: *Strategie.cz*. [online] 8.6.2007. [cit. 2008-28-03]. Dostupné z: <http://www.strategie.cz/scripts/detail.php?id=309039>
31. HAMŘÍK, Z., SIGMUNDOVÁ, D., ET LA., Physical activity and sedentary behaviour in Czech adults: results from the GPAQ study. In: *European Journal of Sport Science* [online]. 2014, roč.14. č. 2. [cit. 20.6.2014]. ISSN1536-7290. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2013.822565>.
32. HANREICH, I., *Jídlo a pití malých dětí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001, 108s. ISBN 80-247-0100-6.
33. HAUKE, M., *Pečovatelská služba a individuální plánování*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 135s. ISBN 978-80-247-3849-9

34. HEJNOVÁ, J. Pohybová aktivita. In: SZÚ. [online]. Praha: 3. lékařská fakulta, odd. tělovýchovného lékařství. [cit. 14. 6. 2014]. Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/seminare/pohybova_20aktivita.pdf
35. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. str. 62. ISBN 80-86625-14-1.
36. JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2008. 99s. ISBN 978-80-7387-179-6
37. JANEČKOVÁ, J., HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9 .
38. JELÍNEK, M., *Mámo, táto, nezabijte mě!*. 1.vyd. Havířov: INFO PRESS. 2010. 108s. ISBN 80-903746-1-1
39. KALAČ, P., *Funkční potraviny, kroky ke zdraví*. 1.vyd. České Budějovice: Dona, 2003. 130s. ISBN 80-7322-029-6
40. KEJVALOVÁ, L., *Výživa dětí od A do Z 2*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2010. 148s. ISBN 978-80-7021-993-5.
41. KOLOREKTUM. *Program kolorektálního screeningu v České republice*. In: *Kolorektum.cz* [online]. [cit. 15. 6. 2014]. Dostupné z:
<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening--ceska-republika>>.

42. KOTLER, R., KARINCHOVÁ, M., *Tajemství dobrého spánku*. 1.vyd. Brno: JOTA, 2013. 200s. ISBN 978-80-7462-302-8
43. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál,2003. 279s. ISBN 80-7178-774-4
44. KUČERA, M., *Pohybový systém a zátěž*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 20s. ISBN 80-7169-258-1
45. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
46. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
47. KUNOVÁ, V., *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 128s. ISBN 80-247-1050-1
48. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 291s. ISBN 978-80-247-2715-8
49. MARINOV, Z., BARČÁKOVÁ, U., *S dětmi proti obezitě*. 1.vyd. Praha: IFP Publishing, 2011. 99s. ISBN 978-80-87383-07-0
50. MERKUNOVÁ, S., OREL, M., *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 304s. ISBN 978-80-247-1524-6
51. MELGOSA, J., *Žít naplno*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 1999. 191s. ISBN 80-7172-300-2

52. MĚKOTA, K., CUBUREK, R., *Pohybové dovednosti, činnosti, výkony*. Olomouc. 2007. 163s. ISBN 978-80-244-1728-8
53. MINDELL, E., MUNDISOVÁ, E., *Nová vitaminová bible*. 3. vyd. Praha: Euromedia Group, 2010. 576s. ISBN 978-80-249-1419-0
54. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky 2014*. In: Mzcr.cz [online]. [cit. 20. 6. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-_9420_5.html
55. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví pro všechny v 21. století* In: Mzcr.cz. [online]. Praha: MZČR, 2010 [cit. 10. 7.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.
56. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Češi žijí déle, trápí je ale civilizační nemoci. Změnit to může Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. In: Mzcr.cz. [online]. Praha: MZČR, 2006. [cit. 10. 7.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/cesi-ziji-deletrapi-je-ale-civilizacni-nemocizmenit-to-muze-narodni-strategi_9418_3030_1.html
57. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ Č. *Zdraví pro všechny v 21. Století*. In: Mzcr.cz. [online]. Praha: MZČR, © 2010. [cit. 19. 7.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
58. MURIN, F., *Pověry o zdraví mají tuhý život*. 1.vyd. Praha: MAYDAY, 2009. 185 s. ISBN 978-80-86986-11-1

59. MŽP. Agenda 21. In: *Ministerstvo životního prostředí*. [online]. © 2005 [cit. 12. 3. 2014]. Dostupné z:
<http://www.mzp.cz/osv/edice.nsf/e26dd68a7c931e61c1256fbe0033a4ee/b56f757c1507c286c12570500034ba62?OpenDocument>
60. NÁRODNÍ PROGRAM ZDRAVÍ. Výchova ke zdraví. In: *Národní program zdraví*. [online] ©2009 [cit. 3.5.2014]. Dostupné z:
<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>
61. NEHLIG, A., *Coffee, Tea, Chocolate, and the Brain*. London: CRC Press, 2004. ISBN 02-036-1885-8.
62. NEŠPOR, K., *Zústat strážlivý*. 1. Vyd. Brno: Host, 2006. 240s. ISBN 80-794-206-9
63. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
64. NUTRISPORT. Nedostatek pohybu přináší mnohem více problémů než mnozí tuší. In: *Nutrisport.cz*. [online]. Praha, 23.7. 2012 [cit. 17. 6. 2014]. Dostupné z: <http://www.nutrisport.cz/novinky/nedostatek-pohybu-prinasi-mnohem-vice-problemu-nez-mnozi-tusi->
65. OSTERTÁGOVÁ, Daša. *Receptář zdravé výživy pro kojence a děti*. 2. vyd. Bratislava: Motýl, 2002. 190s. ISBN 80-88775-96-5
66. OŠANCOVÁ, K., *O výživě aktuálně a se zárukou*. 1.vyd. Praha: Společnost pro výživu, 1998. 69s.

67. PETRÁSEK, R., *Co dělat, abychom žili zdravě*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2004. 128s. ISBN 80-7021-711-1
68. PÍŤHA, J., POLEDNE, R., *Zdravá výživa pro každý den*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 144s. ISBN 978-80-247-2488-1
69. PODSTATOVÁ, H., *Základy epidemiologie a hygieny*. 1.vyd. Praha: Galén: Karolinum, 2009. 158s. ISBN978-80-7262-597-0
70. POPOKIN. ,B.M., Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *In: Obesity Reviews*. 2012, roč.13. č. 8. s.659-680. ISSN 1467-7881.
71. PROVAZNÍK, Kamil. *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha, Univerzita Karlova: Fortuna, 2004, 736 s. ISBN 80-7168-942-4.
72. RÁŽOVÁ, J. et al. *Metody a postupy v poradnách podpory zdraví*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. str. 74. ISBN 80-7071-182-5.
73. ROSCHINSKY, J., *Hubneme cvičením a správnou životosprávou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 136s. ISBN 80-247-1747-6
74. ROSINA, J. et al., *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 232s. ISBN 80-247-13-83-7
75. RUCKI, Š., STOŽICKÝ, F., *Prevence nemocí oběhové soustavy v pediatrii*. 1.vyd Praha: TRITON, 2003. 195 s. ISBN 80-7254-388-1.

76. RUPRICH,J., DOFKOVA,M., et al., Individual food consumption - the national study. In: *SISP04. CHFCH NIPH*. [online]. Státní zdravotní ústav: Praha, 2006, Dostupné z: <http://czvp.szu.cz/spotrebapotravin.htm>.
77. . SEKOT, A. *Sport a společnost*. 1.vyd. Brno : Paido, 2003. 191 s. ISBN 80-7315-047-6.
78. SHELL. E. *The hungry Gene*, New York: NY Atlantic Monthly Press, 2002 170s.
79. SCHOVÁNKOVÁ, L., *Hodnocení životního stylu studentů oboru Ochrana veřejného zdraví*. 2010. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v ČB. Zdravotně sociální fakulta
80. SOVOVÁ, E., *100+1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152s. ISBN 978-80-247-0952-9
81. STAŇKOVÁ, M. *Lemon č. 4*. Praha: Mikada 1997. ISBN 80-7013-248-5
82. STEJSKAL, P. *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav : Presstempus, 2004. 125s. ISBN 8090335020.
83. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. 182s. ISBN 978-80-7394-241-0
84. SVACHINA, Štěpán et al. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2.vyd. Praha: TRITON, 2013. 341s. ISBN 978-80-7387-699-9
85. SZÚ. Cindi. In: *Státní zdravotní ústav*. [online]. Praha: SZÚ. © 2010 [cit. 10.3. 2014]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/cindi>

86. SZÚ. Co je program podporující zdraví?. In: Škola podporující zdraví. [online]. © 2010 [cit. 27.3. 2012]. Dostupné z: <http://www.program-spz.cz/co-je-program-skola-podporujici-zdravi>
87. SZÚ. *Hodnocení zdravotního stavu (Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky)*. Praha: SZÚ, 2004. 95s.
88. SZÚ. Nádorová onemocnění. In: SZÚ. [online]. 2009 [cit. 5.6 2014]. Dostupný z <http://www.szu.cz/tema/prevence/nadorova-onemocneni>
89. SZÚ. Výživové doporučené dávky pro ČR. In: *Centrum zdraví, výživy a potravin*. [online]. Praha: SZÚ. 9.9. 2003 [cit. 20.3 2014]. Dostupné z: http://czvp.szu.cz/vedvybor/vvp_heslo/pracovni.htm
90. ŠAMÁNEK, J, BEČVÁŘOVÁ, L. *Kategorizace prací u vybraných zdravotnických profesí*. In: SZÚ. [online]. Státní zdravotní ústav: Praha, 2012 [cit. 5.6 2014]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/Samanek.pdf>
91. TUČEK, M., SLÁMOVÁ, A., *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2012. 214s. ISBN 978-80-246-2136-4
92. VAJLENT, Z. Vymezení pojmu „aktivní životní styl“. In: *Ústav tělesné výchovy a sportu*. [online]. Praha: ČVUT, [cit. 1. 6. 2014]. Dostupné z: http://www.utvs.cvut.cz/lectors/zv_zivotni_styl.pdf
93. VĚDĚCKÝ VÝBOR PRO POTRAVINY. Pracovní materiály VVP. In: SZÚ. [online]. Praha: SZÚ, 29. 10. 2003 [cit. 28. 6. 2014]. Dostupné z: http://czvp.szu.cz/vedvybor/vvp_heslo/pracovni.htm
94. VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. Praha : Grada, 2008. 148 s. ISBN 978-80-247-2247-4.

95. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 10. rozš. vyd.. Praha: Maxdorf, 2011. 519s. ISBN 80-85800-22-5
96. WASSEBAUER, S., *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. 3.vyd. Ptaha: SZÚ, 2001. 41s. ISBN80-7071-172-8
97. WHO. *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases*. Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2003. WHO Technical Report Series, no. 916. ISBN 92 4 120916 X
98. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. In: *WHO*. [online]. © 2010 [cit.12.3.2012]. Dostupné z:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
99. ZACHAROVÁ, E., *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1vyd. Praha: Grada Publishing., 2007. 229s. ISBN 978-80-247-2068-5
100. ZAVAZALOVÁ, H., *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 80s. ISBN 978-80-246-1569-1
101. Zdraví 21: Výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie. *In: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně*, [online]. 2005 [cit 25.3. 2014]. Dostupné z:
http://www.ped.muni.cz/z21/texty/vyklad_zakladnich_pojmu_21/pdf/001-kap_1-6.pdf

8 Klíčová slova

Životní styl

Výživa

Pohybová aktivita

Stres

Návykové látky

Duševní zdraví

Civilizační onemocnění

Zdravotnický pracovník

9 Přílohy

Příloha č. 1

Jmenuji se Štěpánka Průchová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia, Zdravotně- sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor- Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví. V současné době pracuji na diplomové práci zabývající se zdravým životním stylem zdravotnických pracovníků ve srovnání s prodavači. Ráda bych Vás požádala o spolupráci a pomoc při vyplňování tohoto dotazníku. Součástí dotazníku je krátký vědomostní test s cílem porovnání informovanosti. Dotazník je zcela anonymní a proto Vás prosím o pravdivé odpovědi. Veškeré údaje zjišťované a zapsané v tomto dotazníku budou použity pouze v mé diplomové práci.

Pro každou otázku vyberte vždy jen jednu odpověď.

Za spolupráci Vám předem děkuji.

Test- Zdravý životní styl

1. Zajímáte se o informace o zdravém životním stylu?
 ano spíše ano
 ne spíše ne
2. K čemu slouží potravinová pyramida?
 doporučuje pro zdraví vhodnou zeleninu a ovoce
 lze ji použít jako „tahák“ k sestavení každodenního jídelníčku
 zabývá se energetickým příjmem a výdejem
3. Kolik bychom měli vypít za den tekutin?
 0,5- 1 litr
 1,5 – 2,5 litry
 3 – 4 litry
4. Jaké by mělo být procentuální složení jednotlivých složek potravy?
 20-30% sacharidy, 50-60% tuky, 15- 20 % bílkoviny
 50-60% sacharidy, 25-30% tuky, 15-20 % bílkoviny
 25-30% sacharidy, 15-20% tuky, 50-60 % bílkoviny
5. Jaké množství zeleniny bychom měli zkonsumovat za jeden den?
 cca 200g
 250- 350 g
 400- 600 g

6. Může mít vláknina význam v prevenci některých chorob?
- ano, v prevenci křehkosti kostí
 - ano, v prevenci nádorů tlustého střeva a konečníku

 - ano, v prevenci obezity
 - ne s prevencí obsah vlákniny nesouvisí
7. Jaká by měla být nejvyšší hladina cholesterolu?
- 5,0 mmol/l
 - 5,6 mmol/l
 - 6,0 mmol/l
8. Jaké minimální množství času bychom měli denně věnovat pohybové aktivitě?
- více než 60 min
 - 50- 60 min
 - 40- 50 min
 - 20-30 min
 - cca 10 min
9. Co znamená termín „pohybová aktivita za aerobních podmínek? “
- ano, v tolerované míře může mít pozitivní vliv na srdeční systém
 - ne, je škodlivý i v malém množství
 - nevím
10. Minimálně kolik hodin nočního spánku je pro zdraví prospěšné?
- 5-6 hodin
 - 7-8 hodin
 - 8-9 hodin

Dotazník- Zdravý životní styl

1. Věk

- méně než 20 let
- 20- 35 let
- 35- 50 let
- více 50 let

2. Pohlaví

- žena
- muž

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučen v oboru
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Kolikrát denně se stravujete?

- 1x- 2x
- 3x
- 4x
- 5x
- 6x a více

5. Umožňují Vám pracovní podmínky pravidelně se v zaměstnání stravovat?

- ano
- ne
- spíše ano
- spíše ne

6. Kde se nejčastěji stravujete v průběhu zaměstnání?

- fast food – rychlé občerstvení
- veřejné stravování – restaurace
- apod.
- zaměstnanecká jídelna, menza apod.
- nosím si jídlo z domova

7. Konzumujete každý den čerstvou zeleninu nebo ovoce?

- ano, každý den
- spíše nekonzumuji
- ano, nepravidelně

8. Kolik tekutin denně vypijete?

- méně než 1 litr
- 1 – 2 litry
- 2 – 3 litry
- více než 3 litry

9. Pijete v průběhu pracovní doby?

- průběžně
- nárazově

10. Kolik hodin průměrně spíte?

- méně než 6 hodin
- 6 – 8 hodin
- více než 8

11. Jaká je kvalita Vašeho spánku?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ano spím dobře | <input type="checkbox"/> špatně usínám |
| <input type="checkbox"/> v průběhu spánku se často budím | <input type="checkbox"/> probouzím se předčasně |
12. Máte čas na odpočinek, relaxaci v souvislosti s Vaším zaměstnáním?
- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano |
| <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> spíše ne |
13. Jakým způsobem nejčastěji trávíte svůj volný čas?
- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sport | <input type="checkbox"/> rodina | <input type="checkbox"/> přátel |
| <input type="checkbox"/> domácí práce | <input type="checkbox"/> televize, internet | <input type="checkbox"/> četba |
| <input type="checkbox"/> práce na zahradě | <input type="checkbox"/> výlety, procházky v přírodě | <input type="checkbox"/> jiné: |
14. Jak často se věnujete pohybové aktivitě mírné intenzity (např. jízda na kole, běh, plavání, rekreační sport,..) v rozsahu nejméně 30 min.?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> denně | <input type="checkbox"/> 5x – 6x týdně |
| <input type="checkbox"/> 1x – 2x týdně | <input type="checkbox"/> několikrát za měsíc |
| <input type="checkbox"/> 3x – 4x týdně | <input type="checkbox"/> nikdy |
15. Kouříte?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ano, pravidelně | <input type="checkbox"/> ano, příležitostně |
| <input type="checkbox"/> ne, přestal/a jsem kouřit | <input type="checkbox"/> ne, nikdy jsem nekouřil/a |
16. Konzumujete alkoholické nápoje?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ano, ale v tolerované míře | <input type="checkbox"/> příležitostně |
| <input type="checkbox"/> více než je tolerovaná míra | <input type="checkbox"/> vůbec ne |
17. Kolik šálků kávy denně vypijete?
- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kávu nepiji | <input type="checkbox"/> 1 - 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 - 4 | <input type="checkbox"/> více než 5 |
18. Pociťujete stres v souvislosti s výkonem Vašeho povolání?
- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano |
| <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> spíše ne |
19. Domníváte se, že Vaše zaměstnání ovlivňuje styl Vašeho života?
- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano |
| <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> spíše ne |
20. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?
- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> velmi dobrý | <input type="checkbox"/> dobrý |
| <input type="checkbox"/> špatný | <input type="checkbox"/> velmi špatný |
| <input type="checkbox"/> uspokojivý | |

21. Z jakých prostředků získáváte informace o zdravém životním stylu?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> z internetu | <input type="checkbox"/> z televize |
| <input type="checkbox"/> z odborných článků | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> z tiskovin | |

22. Myslíte si, že jsou Vaše informace o zdravém životním stylu dostatečné?

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano |
| <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> spíše ne |

23. Chtěl/a byste se dozvědět více informací o problematice zdravého životního stylu?

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano |
| <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> spíše ne |