

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Životní styl a životní spokojenost u pacientů indikovaných k operaci totální náhrady  
kyčelního a kolenního kloubu a u pacientů po operaci totální náhrady

Diplomová práce

(Magisterská)

Autor: Bc. Lukáš Bilík, DiS., Rekreatologie

Vedoucí práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D

Olomouc 2015

**Jméno a příjmení autora:** Bc. Lukáš Bilík, DiS.

**Název diplomové práce:** Životní styl a životní spokojenost u pacientů indikovaných k operaci totální náhrady kyčelního a kolenního kloubu a u pacientů po operaci totální náhrady

**Pracoviště:** Katedra rekreologie

**Vedoucí diplomové práce:** PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2015

**Abstrakt:**

Spokojenost s životním stylem se přímo odráží na zdravotním stavu člověka a jeho sociálních podmínkách. Stejně je to i v případě pacientů, kteří jsou zapsáni na čekací listiny na ortopedických pracovištích na operaci na výměnu kloubů. Mají potíže chodit, trpí dlouhodobě bolestmi, v noci špatně spí a nemohou se dočkat doby, kdy se jim poškozený kloub vymění.

**Klíčová slova:** zdraví, kvalita života, životní styl, ortopedie, operace, náhrada kloubu

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

**Author's first name and Surname:** Bc. Lukáš Bilík, DiS.

**Title of the bachelor thesis:** Lifestyle and life satisfaction about patients scheduled for surgery in total hip and knee arthroplasty and patients after total replacement surgery

**Department:**Leisure time studies Department

**Supervisor:** PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

**The year of presentation:** 2015

**Abstract:**

Lifestyle satisfaction is directly reflected on the health of humans and their social conditions. It is the same in the case of patients who are enrolled on waiting lists for orthopedic surgery departments on the replacement of joints. They have difficulty walking, suffering from long-term pain, trouble sleeping at night and cannot wait for the time when they replace the damaged joint.

**Keywords:** health, quality of life, lifestyle, orthopedics, surgery, joint replacement

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně s odbornou pomocí PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph. D., uvedl jsem všechny použité literární a odborné zdroje a řídil se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne 17. 4. 2015

.....

Lukáš Bilík

Děkuji PhDr. Dr. Martinu Sigmundovi, Ph.D., kolektivu ortopedů z České republiky a ze Slovenské republiky za pomoc a cenné rady, které mi poskytli při zpracování závěrečné písemné práce.

## OBSAH

1 ÚVOD.....	9
2 PŘEHLED POZNATKŮ.....	11
2.1 Historické souvislosti v kontextu životního stylu.....	11
2.2 Životní způsob.....	14
2.3 Životní styl.....	16
2.4 Faktory ovlivňující životní styl.....	19
2.5 Životní styl a zdraví.....	21
2.5.1 Determinanty zdraví.....	23
2.6 Hromadné neinfekční choroby.....	41
2.7 Ortopedie a životní styl.....	46
3 CÍLE PRÁCE.....	53
3.1 Hlavní cíl.....	53
3.2 Dílčí cíle.....	53
4 METODIKA.....	54
4.1 Použité metody a techniky.....	54
4.2 Sběr dat.....	55
5 VÝSLEDKY.....	56
5.1 Pacienti před operací.....	56
5.2 Pacienti po operaci.....	61

6 DISKUZE.....	68
7 ZÁVĚR.....	75
8 SOUHRN.....	76
9 SUMMARY.....	77
10 REFERENČNÍ SEZNAM.....	78
11 SEZNAM TABULEK.....	83
12 SEZNAM OBRÁZKŮ.....	84

## 1 ÚVOD

Životní spokojenost je výsledkem souhry mnoha faktorů. Pokud hovoříme o životní spokojenosti, měli bychom být fyzicky i psychicky vyrovnaní. Mám na mysli hlavně ono dnes často zmiňované zdraví, lásku a pracovní úspěchy. Bez těchto tří složek nemůže být člověk spokojený. A to je důvod proč se životní spokojenost dá ovlivnit jen částečně. Na druhou stranu se životní styl ovlivnit dá, ale často nám chybí pevná vůle a proto je nutné uvědomit si důvody, proč to děláme. Většina z nás si ani nedokáže rozumně vysvětlit, že jakoukoliv životní změnu podstoupí hlavně kvůli sobě a v době, kdy se projeví následky našeho jednání, je už většinou pozdě.

Dnešní doba je specifická, originální a dovedu si představit, že už se něco podobného nebude opakovat. Během několika málo let se velmi rozmohl výzkum v oblasti vědy a výzkumu, a společnost se stává výrazně sociálnější než kdykoliv před tím. Dnes je možné si vše nakoupit za pár minut v nějakém supermarketu, u kterého pohodlně zaparkujeme svým automobilem. Tento zcela nový fenomén se začal rychle projevovat na naší společnosti. Restaurace s rychlým občerstvením jsou stále více populární, a abychom byli naprosto přesvědčeni, že návštěvou jejich restaurace děláme to nejlepší pro sebe a své nejbližší, neustále nás bombardují svým velmi dobře promyšleným marketingem. Výsledkem marketingových aktivit je, že řetězce rychlého občerstvení považují naše děti za zcela normální způsob stravování. Řekněme si na rovinu, že řada rodičů tomu na druhou stranu i vydatně pomáhá svými restrikcemi, omezeními a výsledkem výchovy dítěte je, že náš potomek bere návštěvu ve fast foodu jako dárek za vysvědčení nebo při příležitosti dne svých narozenin, případně svátku.

Každý z nás se musí nad sebou zamyslet a řada odborníků neustále poukazuje na všechny nešvary našeho chování. Je dobře, že se najdou i lidé, kterým záleží i na obyčejných lidech a ne jen na některých vyvolených. Ve všech dostupných médiích se hovoří o nutnosti změnit svůj životní styl, zvýšit naši pohybovou aktivitu, změnit stravovací návyky, přestat kouřit, užívat drogy a pít alkoholické nápoje. Všechny prohřešky našeho životního stylu se sčítají a následně jsou spojeny se zkrácením délky života a nárůstem tzv. „civilizačních chorob“. Civilizační choroby jsou nejčastěji spojovány s nadváhou a dalšími přidruženými chorobami jako je cukrovka a onemocnění kardiovaskulárního systému.



Farmaceutický průmysl dnes již zcela běžně umožňuje léčbu onemocnění, na které se ještě před několika desítkami let zcela běžně umíralo. Lékaři umí dodat tělu uměle komplexní výživu, vitamíny, minerální látky a třeba i některé druhy hormonů jako je inzulín. Ve vnitřním lékařství pomocí medikamentů umíme upravit srdeční rytmus, v kardiologii nahradit srdeční chlopu a v ortopedii dnes již zcela běžně nahrazujeme poškozený kloub za umělý, který je plně funkční. Výsledkem moderní lékařské péče je zkvalitnění lidského života a nárůst dlouhověkosti.

## 2 PŘEHLED POZNATKŮ

### 2.1 Historické souvislosti v kontextu životního stylu

Pohledem do minulosti je důležité uvědomit si, že mnoho základních myšlenek, se kterými se dnes každodenně setkáváme, má za sebou někdy i tisíciletou tradici. Neznamená to ale, že by tyto dnes již tradiční materiály musely být, na základě své dlouhé tradice, tím nejlepším. Na opačné straně je potřeba si uvědomit, že pokud budeme přehlížet dnes již známá fakta, která jsou známa již z historických pramenů, vystavuje se společnost riziku, že budeme absolvovat stejně dlouhý a bolestný výzkumný proces, který povede ke stejným závěrům.

Stejný výzkumný proces lze aplikovat i na příkladu životního stylu, protože všude, kde se pohybuje člověk, lze hovořit o životním stylu. A to je důvod, proč musíme respektovat chronologický vývoj lidského myšlení. Proto si dovoluji tvrdit, že životní styl se vyvíjel od prvních kroků lidstva.

Tělesná cvičení postupně vznikala již od počátků lidstva a může být dnes chápána jako nezbytná příprava na lov a boj. Pokud bychom hovořili o komplexnosti pojmu, můžeme říci, že šlo o základní lidský pud – přežití jednotlivce a skupiny. „Při zrodu tělesných aktivit předcházejících sportovní činnosti stály tři vzájemně propojené biopsychosociální zdroje: přirozené instinkty, práce a intelekt“ (Grexa & Strachová, 2011, 21). Vývoj lidstva je považován za hlavní motor změn v chování člověka, který byl z počátku omezen pouze na sběr potravy a následně lov zvěře. Lovecká činnost se stala hlavním prostředkem tělesného rozvoje člověka již od dětství. Při těchto činnostech se spontánně rozvíjel pohybový fond člověka jako chůze, běh, skoky, plavání, lezení, šplhání, hody apod.

Předpokladem vzniku tělesných cvičení, jak jsem již uvedl, bylo přežít a druhým předpokladem bylo abstrahování těchto pohybů, třetím předpokladem byla kultivace pohybů v nepracovní, volnočasové rovině. Hry a herní rituály plnily socializační funkci, upevňovaly organizačně a mentálně formování konkrétní společnosti. Pro hry jako rituální, lovecké, bojové, míčové nebo se zvířaty se postupně vyčlenily speciální předměty (Grexa & Strachová, 2011).

S rozvojem činností člověk docházel k poznání, že při opakovaných činnostech nejen získával praxi, ale i zdokonaloval svou sílu, rychlost a vytrvalost a pravidelná pohybová aktivita má přímý vliv na zdravotní a estetické aspekty.

Již v roce 2689 př. n. l. císař Chuang – ti vytvořil první koncept léčebné a zdravotní gymnastiky, zvaný Kung – fu. Základem byla jednoduchá cvičení, jako byly stoje, úklony, pohyby paží a nohou, sed, pohyby v sedu, leh a cvičení v lehu a dýchací cviky. Cvičení praktikovali především kněží v kláštorech, kteří se dnes mohou považovat za první lékaře. Ve staré Číně se později rozvinuly i další systémy cvičení jako byly cvičení Šenga, určený především starším lidem, dalšími byly dnes velmi oblíbené cvičení Wu – šu a tanec Ra – vo, který měl léčebnou a výchovnou funkci.

Dalším důležitým milníkem byl vývoj zdravotních tělesných cvičení v Indii. V 2 tisíciletí př. n. l. se plně rozvinul systém jógy, který usiloval o dokonalost těla i ducha a zároveň byla vyžadována vysoká úroveň v péči o hygienu těla a o masáže (Kossl, Štumbauer & Waic, 2006).

V období starověku měli největší podíl na rozvoji sportu a zdravého životního stylu Řekové. Řekové navázali na poznatky ostatních národů, rozmnožili je a zpracovali. Na rozdíl od ostatních národů, kde většinou byly jednotlivé sportovní disciplíny izolované, Řekové je zařadili do celku a vymysleli systém ideálu kalokagathie. Kalokagathia, z řeckého kalos – krásný a agathos – šlechetný, byl pro mnohé Řeky symbolem harmonického souladu tělesné a duševní krásy. Kalokagathii jako takovou podporovali i významné osobnosti tehdejší doby jako byl Aristotelés, Sokratés, Platón a lékaři Hippokratés a Galénos. Pohyb se v průběhu let stal v Řecku masovou záležitostí, zejména svobodní občané se po celodenní práci bavili fyzickými cvičeními a nejrůznějšími hrami. Soutěživost a zvyšování výkonnosti byly pro Řeky důležitým projevem životního stylu a občanské vyspělosti (Grexa & Strachová, 2011).

Ve středověku měla hlavní slovo církev, a proto jsou tělesná cvičení, sport a hlavně zdravý životní styl jako takový jejími názory velmi negativně ovlivňována. V období humanismu bylo průlomové o poznání, že zdravý životní styl je důležitý pro zdravý rozvoj jedince. Důležitou postavou období byl J. A. Komenský, který obnovil Juvenalovo heslo. Sám došel k poznání, že tělesné zdraví je hlavní podmínkou úspěšné školní výchovy. Sám doporučoval jako nejlepší způsob péče o zdraví konzumovat vydatnou stravu, mít dostatečný

pohyb v přírodě a dostatek tělesného cvičení. Komenského názor, o potřebě tělesných cvičení, je součástí všech jeho prací a jsou zde zmíněna pravidla a zásady, které můžeme dodnes uplatnit (Grexa & Strachová, 2011).

Kapitalismus se opět vrátil k myšlence zdraví a životní styl. Důraz byl kladen na potřebu tělesných cvičení a pohybu na čerstvém vzduchu. Následně na tento názor navázal filantropismus, který zavedl tělesnou výchovu do soukromých škol jako rovnocenný předmět. Už na přelomu 19. století se vlivem společenských změn vyvinuly v Evropě různé, na sobě nezávislé tělovýchovné systémy. V Anglii vznikl moderní sport na podkladě ekonomicko – sociálních změn, který je rozdělen na amatérský (gentlemanský) a profesionální (patronátní), kde je sport postaven na výkonu a soutěživosti při podání maximálního výkonu. Během vývoje vznikli během několika let řízené soutěže, vytváří se nové sportovní disciplíny a hry jako – dostihy, lukostřelba, atletika, kopaná, kriket, golf a tenis. Vznikají sportovní hnutí, jehož organizační jednotkou je sportovní klub (Mužik & Krejčí, 1997).

Současně s rozvojem kapitalismu se významně formoval i severský tělocvičný systém, vytvořený ve Švédsku. P. H. Ling, považovaný za jeho autora, přišel k poznání, že na prvním místě je mít tělesná cvičení zaměřená na zdravotní stránku člověka. Zařazoval pouze taková cvičení, u nichž bylo možné bezprostředně zjistit účinek na organismus. Současně se Švédským tělovýchovným systémem se vyvíjel i tělovýchovný systém Francie, který preferoval směr přirozené tělesné výchovy na úkor nářadových cvičení. Francouzi kladli důraz na respektování anatomie, fyziologie a jako první zavedli lékařské kontroly a evidence (Grexa & Strachová, 2011).

Během 20. století se poprvé uskutečňují pokusy o zdravý životní styl návratem k přírodě. Mezi nejvýznamnější patřil americký znalec přírody E. T. Seton se svou organizací Woodcraft Indians, jehož následoval britský důstojník R. B. Powel, který v roce 1908 založil skauting. Myšlenky R. B. Powela zaujaly natolik českého profesora A. B. Svojsíka, který se v roce 1914 rozhodl založit novou a samostatnou organizaci Junák – Český skaut.

Během války byla zakázána činnost všech spolků a po jejím ukončení byl osud tělesných cvičení a zdravého životního stylu spjat s politickými změnami ve společnosti. Po roce 1948 došlo k násilnému spojení všech tělovýchovných organizací do jednoho centrálního. Roku 1956 je ustanoven – Československý svaz tělesné výchovy (ČSTV), který byl s drobnými úpravami fungoval až do roku 1989. Po sametové revoluci jsme se

z centrálního řízení tělesné kultury dostali do doby před rokem 1956 a opět vznikly spolky a kluby, které byly násilnou formou donuceny ukončit činnost jako Československá obec sokolská, Orel, Junák, Asociace tělovýchovných klubů a jednot a mnoho dalších (Mužík & Krejčí, 1997).

## 2.2 Životní způsob

Životní způsob je pojem, který může být chápán mnohem obecněji než pojem životní styl. Životnímu stylu je v dnešní době věnována velká pozornost a je na první pohled jasné, že se problematikou životního stylu lze zabývat z mnoha pohledů vědních disciplín. Pojmu životní způsob se jako první začali věnovat B. a J. Filipcovi. Během svého výzkumu došli k závěru, že životní způsob tvoří činnosti, kterými člověk uspokojuje své potřeby, komplex vztahů, které při těchto činnostech vznikají a hodnoty, normy a ideje, které jsou spojovány s těmito činnostmi (Filipcová & Filipec, 1972). Další sociolog Duffková (2005, 80) charakterizuje životní způsob jako: „systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý subjekt (jedince či skupinu, eventuálně i společenství či společnost coby konkrétní nositele životního způsobu“.

Sociologické práce zabývající se životem lidí, jejich projevem a do kterých skupin patří a jaké jsou jejich životní možnosti, nepoužívají vždy stejného pojmenování. Používání pojmů životní styl a životní způsob se především setkáváme v českém prostředí (Slepičková, 2008). Při srovnávání pojmů životní způsob a životní styl je nutné se pozastavit nad tím, že spousta autorů používá oba pojmy jako synonymum. Přičemž je zcela zjevné, že si mnoho sociologů uvědomuje, že pojem životní způsob je nadřazen pojmu životní styl (Duffková, 2005). Naproti tomu Kubátová (2010, 13) udává, že: „je – li životní způsob vymezen jako „systém činností a vztahů, životních projevů ... typických pro určitý subjekt“, pak to předpokládá, že prvky životního způsobu jsou vnitřně uspořádané a konzistentní, což jsou vlastnosti, kterými je vymezen životní styl. To, že pojmy životní způsob a životní styl lze považovat za synonyma, naznačuje i užití lomítka mezi pojmy životní způsob/ styl“.

Pokud chvíli opomeneme pojmy životní způsob a životní styl, je nutné se zaměřit na pojem životní sloh. Životní sloh byl původně spojován s užitným uměním a architekturou. Tento pojem zavedl a používal architekt K. Honzík od 40. let 20. století. Životní sloh se nejprve objevil ve spojitosti s architekturou měst a obcí, později se objevil v souvislosti

s předměty denní potřeby. Pojetí životního slohu bylo dále rozvíjeno a doplňováno o další formy, které se netýkaly pouze věcného prostředí. Životní formou je každý vztah, jednání, vědomí a prostředí, kterými se život společnosti projevuje, a ty určují povahu životního stylu. Zde je na první pohled patrné, že životní formy mohou být současně projevem životního slohu ale i jeho určujícími determinantami (Kubátová, 2010).

Při identifikaci odlišností mezi pojmy životní způsob, životní styl a životní sloh u autorů není zcela jasně definován. Jelikož se jedná o oblast společenských věd, je terminologie velmi často ovlivňována historickou dobou, s níž obsah pojmu koresponduje.

Slepičková (2008) se domnívá, že triáda sloh - způsob - styl je v dnešní době již překonána a v současné době neadekvátní, jelikož vznikla před druhou světovou válkou.

Kubátová (2010,19) udává, že: „Identifikované odlišnosti mezi obsahy pojmů životní způsob, životní styl a životní sloh plynou s odlišností paradigmatických, tedy teoreticko - východiskových. Pohlédneme - li na způsob života pozitivisticky, nebo pohlédneme - li na něj antipozitivisticky, pak uvidíme odlišné předměty svého bádání. A jenom v tomto teoretickém východiskovém smyslu je relevantní odlišovat pojmy životní způsob, životní styl nebo životní sloh. Pojem životní způsob by byl spojen s pozitivistickým, systémovým a kvantitativním pojetím, zatímco pojem životní styl by byl spojen s antipozitivistickým, interpretativním a kvalitativním pojetím. Pojem životní sloh je založen na marxistických východiscích, přičemž už zmíněný P. Bourdieu v této souvislosti používá pojem životní styl“.

Stejně tak i Hodaň & Dohnal (2008) poukazují na fakt, že se jedná o kategorii nesmírně složitou a širokou. Situaci nám neulehčuje ani fakt, že dochází k záměnám u termínů životní způsob a životní styl. Životní styl se výhradně týká jednotlivce, může být individualizovaný a konkrétní. Se životním stylem bývají velmi často aplikovány alternativy přidávající našemu životnímu stylu atributy, které mohou mít velkou výpovědní hodnotu – zdravý, nezdravý, městský, venkovský, konzumní, parazitní, americký a kapitalistický.

## 2.3 Životní styl

Životní styl ovlivňuje v mnoha směrech naše zdraví a způsob, jakým žijeme je zcela zásadní pro délku našich životů. Dalšími, neméně důležitými faktory ovlivňující délku života jsou životní prostředí a kvalita zdravotní péče. Ale je nutné podotknout, že tyto dvě složky nás ovlivňují jen ve velmi malém procentu. Pojem životní styl je dnes velmi oblíbeným fenoménem a je možné ho zkoumat z několika hledisek. Skládá se z mnoha prvků, složek a aspektů.

Životní styl se vytváří u jedince v průběhu života, kdy se člověk dostává do interakce s okolím. Střetávají a kombinují se výchovné vlivy, vliv sociálního prostředí, ekonomických podmínek a kulturních zvyklostí. Proto je možné hovořit o životním stylu jako o projevu lidské osobnosti v nejširším smyslu (Slepičková, 2005).

Poprvé se pojem životní styl objevil v literatuře ve 40. letech minulého století. Za autora pojmu životní styl je považován Karel Honzík, který jej publikoval v malém sociologickém slovníku z roku 1970 (Duffková, Urban & Dubský, 2007).

Existuje celá řada pohledů na definici životního stylu. Buriánek (1996) tvrdí ve své knize, že životní styl formuje u člověka všechno, co si osvojí z kultury a prakticky pak v životě uplatní. To si samozřejmě individualizujeme a dotváříme řadou specifických detailů.

Jandourek (2007, 243) má svou definici a ten říká, že jde o: „komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorů, souhrn životních podmínek, na které lidé berou ohled ve vzájemných vztazích a chování. Podoba životního stylu je ovlivněna životním cyklem, společenskými rolami, tradicí. Výrazný životní styl může přejít v subkulturu“.

Socioložky Machová, Kubátová et al. (2009, 16) říkají, že: „životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)“.

Hodaň (2000, 155) dodává, že životní styl je: „ve své základní podobě určen požadavky člověkem přijatých a realizovaných rolí a náhodným vlivem prostředí“.

Slepičková (2005, 41) tvrdí, že: „životní styl lze charakterizovat jako paletu prakticky všech lidských aktivit od myšlení, přes chování až po jednání a to takových, které zaujmají v životě trvalejší místo, většinou se opakují, jsou typické a předvídatelné. Nejčastěji se posuzuje podle názorů, postojů a chování“.

Hodaň & Dohnal, (2008, 93) tvrdí, že: „životní styl má zcela individuální charakter, je proměnlivý, má svoji dynamiku. Dá se říci, že každý člověk žije svým vlastním životním stylem, který je více či méně podobný nebo odlišný od ostatních členů dané skupiny. Aniž si to člověk uvědomuje, jeho životní styl se postupně, dlouhodobě, neuvědoměle a spontánně vytváří a ve své základní podobě je výsledkem vztahu realizovaných sociálních rolí a prostředí, ve kterém člověk žije“.

### *Aktivní životní styl*

Aktivní životní styl je formou životního stylu, který můžeme charakterizovat jako interakci mezi jedincem a okolím se složkou biologickou a sociální. Aktivní životní styl také může být chápán jako takový, v němž je významnou složkou pravidelná pohybová aktivita. Přitom ale pohybová aktivita není chápána jenom biologicky, ale respektuje i bio – psycho – sociální složky existence a fungování lidského organismu. (Flemer et al., 2009).

Kraus et al. (2001) upozorňuje, že optimální doba pro uplatňování zdravého životního stylu je volný čas. Aktivní životní styl souvisí bezprostředně s hlavními funkcemi volného času a to je funkce regenerační, vzdělávací, socializační a kompenzační.

Ve společnosti existuje celá řada typologií životního stylu, z nichž každá má jak pozitivní, tak negativní stránky – žádného jednotlivce nelze zcela přesně zařadit, každý je umístěn v průsečíku mnoha dimenzí. Pokud hovoříme o kombinaci zdravého životního stylu a tělesného pohybu populace zcela jednoznačně chápe takový vztah jako pozitivní. Dále si jednotlivci uvědomují problematiku upevňování zdraví, prospěšnost zdravého tělesného vývoje u mládeže a význam zvyšování tělesné kondice, ale není také zapomínáno na důležitost relaxace a způsob využívání volného času (Hodaň & Dohnal, 2008).



## *Životní styl dnešní populace*

V dnešní, přemodernizované a uspěchané době, tolik typické pro 20. století je až s podivem jak moc se nám všem změnil životní styl. Současný člověk začal vést především sedavý způsob života. Velkou část pracovní doby sedíme v kanceláři u počítačů nebo ji prosedíme celou jako řidiči dodávek a kamiónů. Po skončení pracovní doby se svým automobilem nebo městskou dopravou dopravíme do našich domovů, kde se pohodlně posadíme u počítače nebo se zabavíme sledováním televize. I v našich domovech došlo k zásadní změně. Dnes je naprosto normální, že místo aktivního pohybu při údržbě a úklidu domácností používáme moderní techniku jako automatické vysavače, myčky na nádobí, pračka a sušičky na prádlo.

Sedavý způsob života se nedotýká pouze našeho zaměstnání ale i našeho volného času. Takto významná redukce pohybové aktivity v zaměstnání se následně přímo projeví na trávení volného času. Psychické napětí a nedostatek pohybu sníží pracovní aktivitu natolik, že jedinec začne upřednostňovat pasivní relaxaci před aktivní (Stejskal, 2004).

Člověk na začátku nového tisíciletí zvládá let do kosmu, využívá plně nových poznatků vědy jako je chemie, biologie a fyziky a na straně druhé si neumí poradit s novými problémy, které významně přispívají ke zkrácení délky života a zhoršují kvalitu života. Dnes je nazýváme civilizačními chorobami. Mezi civilizační choroby řadíme kardiovaskulární choroby, diabetes, obezitu a nádorová onemocnění. Všechny tyto onemocnění jsou výsledkem změny životního stylu populace, z něhož se vytratil pohyb, extrémní nárůst příjmu kalorií a zhoršující se mezilidské vztahy (Machová, Kubátová et al., 2009).

## *Optimalizace životního stylu*

Změna životního stylu je náročný proces. Je velmi často spojován s objektivními problémy souvisejícími se samotným procesem změny, ale i se subjektivními problémy souvisejícími se změnou chování a návyků, které jsou nedílnou součástí změny životního stylu. Celý proces vedoucí ke změně životního stylu má charakter intervence a vede k optimalizaci životního stylu. Za optimální životní styl je možno považovat ten, který umožňuje uspokojení všech našich potřeb (Hodaň & Dohnal, 2008).



Obrázek 1. Optimalizace životního stylu ve smyslu vnějšího zásahu (Hodaň & Dohnal, 2008, 101).

#### 2.4 Faktory ovlivňující životní styl

Životní styl je možné rozdělit podle nejrůznějších hledisek, ale podstatná je vazba na danou společnost a potřeby daného jedince. Mohli bychom začít tím nejjednodušším dělením na faktory ovlivňující životní styl. Jedná se zejména o faktory vnitřní (jedinec a jeho genetická výbava, jeho hodnoty, zájmy a dovednosti). A vnější faktory (rodinné nebo skupinové životní podmínky).

Vnitřní faktory ovlivňující životní styl se dělí na přírodní podmínky (ekologické, geografické, demografické a biologické), ekonomické, politické, ideové (orientace, normy, hodnoty) a kulturní. Podmínky pro život jsou předpokladem pro samotnou existenci společnosti, ale není možné je srovnávat se životním stylem. Pokud hovoříme o životních podmínkách, během nichž se společnost ve své etapě rozvíjí, můžeme říci, že mají aktivní roli v rámci určitých mantinelů usměrňující životní styl. Skupina či jednotlivec na nové životní podmínky reaguje a zaujímá postoj podle toho, co odpovídá jeho potřebám a zájmům. Na základě postojů určí a vyspecifikuje svůj individuální životní styl (Duffková, 2005).

Mezi nejvýznamnější biologické podmínky patří pohlaví jedince, věk a zdraví. U těchto kategorií je ovšem nutné si uvědomovat dvojí rovinu. Organismus člověka jednak

podléhá biologickým zákonitostem a také oblast sociální - a to ve dvou základních podobách. Je nutné počítat se zásahy populace do biologických podmínek (léčba nemocí) a také je nutné si uvědomovat nové postoje ve společnosti - postoj k nemocným a starým lidem. V této souvislosti je za nutnou považovat i problematiku zdravého životního stylu (Duffková, Urban & Dubský, 2008).

Zdraví, jak jsem již napsal, je významným faktorem ovlivňující náš životní styl. Pokud jedinec není zdravý, je možné, že nebude moci mít takový životní styl, který by si přál. Příklad pro společnost mohou být handicapovaní, u kterých je životní styl ovlivněn typem, mírou postižení a sociálním prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje (Vágnerová & Hadj – Moussová, 2003).

Kultura patří k nejvýznamnějším kontextům našich životů. Je tvořena hodnotami a normami, ke kterým se lidé hlásí a dodržují, je ale také mezi ně patří hmotné statky, které vytváříme. Protože jsou hodnoty abstraktními ideály a normy řadíme do konkrétních zásad tak je zcela logické očekávání od společnosti, že se jimi budeme také řídit. Kultura a společnost se také někdy považují za synonyma. Ačkoliv jsou na první pohled patrně velmi úzké vazby, musíme je rozlišovat. Společnost se dá také definovat a to na systém vzájemně propojených vztahů, spojující společnost. Kultura nemůže fungovat bez společnosti, a to nemůže fungovat ani naopak (Giddens, 1999).

Sociálně - ekonomické aspekty životního stylu jsou neméně důležitým ovlivňujícím faktorem. Z něj je nejdůležitější životní úroveň a kvalita života. Životní úroveň je vymezen kvantitativně, ekonomicky. Dále je možné ji dělit na životní úroveň společnosti a jednotlivce. Životní úroveň společnosti je chápána jako blahobyt a měří se pomocí hrubého domácího produktu (HDP). Životní úroveň jednotlivce charakterizuje materiální blahobyt, který je spojován s domácnostmi a obecně věcmi, které lze koupit. Kvalita života je chápána jako kulturnost životního stylu a týká se kulturnosti trávení volného času, vybavenosti domácností kulturními předměty (knihy) a výše vzdělání. Kvalita života společnosti postupně nahrazuje pojem životní úroveň společnosti. Obsah pojmu kvalita života je širší než obsah pojmu životní úroveň. Měření úrovně kvality života se nazývá - index lidského rozvoje (HDI) a je indikátorem stupně modernizace společnosti. Tento index je složen z HDP na hlavu, z indexu očekávané délky života a z indexu vzdělanosti (Kubátová, 2010).

Některé z těchto, výše uvedených podmínek, nelze měnit pouze našim subjektivním rozhodnutím (místo narození, pohlaví a věk), ale máme možnost adaptace na nový životní styl. Změna životního stylu ale velmi úzce souvisí se změnou životních podmínek a není podmínkou, že změna životních podmínek musí nastat ihned. Rychlost změny je přímo závislá na setrvačnosti v našem životním stylu a neochota náš životní styl změnit, kde nejvýznamnějším faktorem je chování a věk.

Společnost nabízí jedinci celou řadu životních stylů a jedinec si podvědomě vybírá ten, který v probíhajícím životním cyklu odpovídá jeho hodnotám a představám. Samozřejmě, že nelze obecně říci, že se jedná pouze o tento, jakožto jediný faktor ovlivňující výběr životního stylu. Je potřeba si uvědomit množství podnětů atakující jedince během jeho vývoje a života. Jedince ovlivňuje při výběru životního stylu například i zdravotní stav.

V dnešní, moderní a uspěchané době, je důležitým faktorem výběru životního stylu rozvoj techniky, sdělovacích prostředků (internet) a reklamy. Naposledy zmíněné faktory nejvíc atakují dnešní mládež, která je schopna na velmi rychlé změny poměrně bleskově reagovat a přizpůsobit se a následně mu přizpůsobit svůj životní styl. Silným faktorem ovlivňujícím životní styl je výchovné působení rodičů na své potomky a dosažená úroveň vzdělání. Dnešní doba je specifická v tom, že existuje celá řada společností nabízející různé způsoby trávení volného času. Je na každém z nás a na naší vůli, jakou cestou se v průběhu svého života vydáme, můžeme si zvolit třeba i kombinaci životních stylů a to i v závislosti na svých životních podmínkách.

## 2.5 Životní styl a zdraví

Pokud se zamyslíme nad pojmem zdraví, každý ho považuje za samozřejmost a používá jej každý den, aniž by si uvědomoval, co vlastně znamená. Zdraví je abstraktní pojem, který se významně odlišuje od nemoci. Kubátová (2010,12) říká, že: „zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka“.

Definice zdraví byla přijata v Preambuli k Ústavě WHO (WHO Constitution) na Mezinárodní konferenci ke zdraví, která se konala v New Yorku ve dnech 19.- 22. 6. 1946, podepsána byla zástupci 61 zemí dne 22. 7. 1946 a uvedena v platnost byla oficiálně 7. 4. 1948. Anglická verze zní takto: „Health is a state of complete physical, mental and social

well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Její český překlad zní: „zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (wellbeing), a ne jako pouhou nepřítomnost nemoci nebo slabosti (Kernová, 2010).

Naproti tomu Šťastný (2005,1) udává svou definici zdraví jako: „zdraví je dynamický proces vzájemného působení potenciálu zdraví a determinant zdraví, jehož důsledkem je:

- a) vznik nebo vymizení poruchy zdraví,
- b) funkčně měřitelná aktivita a
- c) subjektivně vnímaný důsledek“

Definice zdraví pro období dospívání nezahrnuje rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti.

Zdraví jakožto pojem má tři dimenze, které jsou navzájem velmi těsně spojené. Jedná se o dimenzi tělesného zdraví, tak i zdraví duševního a sociálního. Definice nám při hlubším zkoumání dostatečně nevysvětlí, co se myslí onou pohodou. Pocit pohody ve vztahu ke zdraví prožívá každý člověk jinak, a proto můžeme zdraví chápat jako velmi subjektivní a na základě těchto poznání můžeme říci, že zdraví je u každého jedince relativní a jedinečné (Kubátová, 2010).

Zdraví a péče o zdraví patří k základním lidským právům. Zdraví je základní lidskou potřebou, je cennou hodnotou individuální i sociální, výrazně ovlivňující kvalitu života, a důležitou hodnotou zasluhující si celospolečenskou ochranu. I přesto, že k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, včasná diagnostika, léčba a rehabilitace nemocného nelze je chápat pouze jako kategorii výlučně medicínskou, ale jako široce humánní. Zdraví a nemoc jsou specifickými kvalitami živých organismů a stanovit jejich vhodnou definici je velmi obtížné. Základní podmínkou zdraví je optimální a vyvážené fungování organismu. Má vícerozměrný charakter - biologickou, psychickou a sociální stránku (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009).

Nemoc může být chápána jako protiklad zdraví s určitou mírou narušení nebo poškození, případně poškozením tělesných či duševních funkcí důležitých pro život. Při detailnějším pohledu na problematiku nemoci je možno rozlišit mezi nemocí a chorobou, což přijala jak psychologie, tak medicína. Charakter nemocí i chorob je do značné míry ovlivněn kulturními a sociálními podmínkami. Co je považováno za nemoc v jedněch podmínkách,

v jiných podmínkách nemoc znamenat nemusí. Specifickou kategorií jsou nemoci chronické a nemoci, které současná medicína neumí léčit. Těchto onemocnění je celá řada a s rozvojem civilizace přibývají nové (Paulík, 2010).

Pokud bychom se zamysleli nad definicí nemoci, musíme vycházet z pojetí jednoty organismu a prostředí. Kubátová (2010,12) tvrdí, že: „Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí“.

Paulík (2010, 62) popisuje svou definici nemoci a to, že: „nemoc je stav založený na subjektivním pocitu narušení nebo absence tělesného či duševního zdraví“. A sociolog Jandourek (2007, 169) přišel se svou definicí nemoci: „nemoc je přítomnost takových symptomů v organismu nebo chování osoby, které jsou považovány za odchylku od žádoucího fyzického stavu nebo norem chování“.

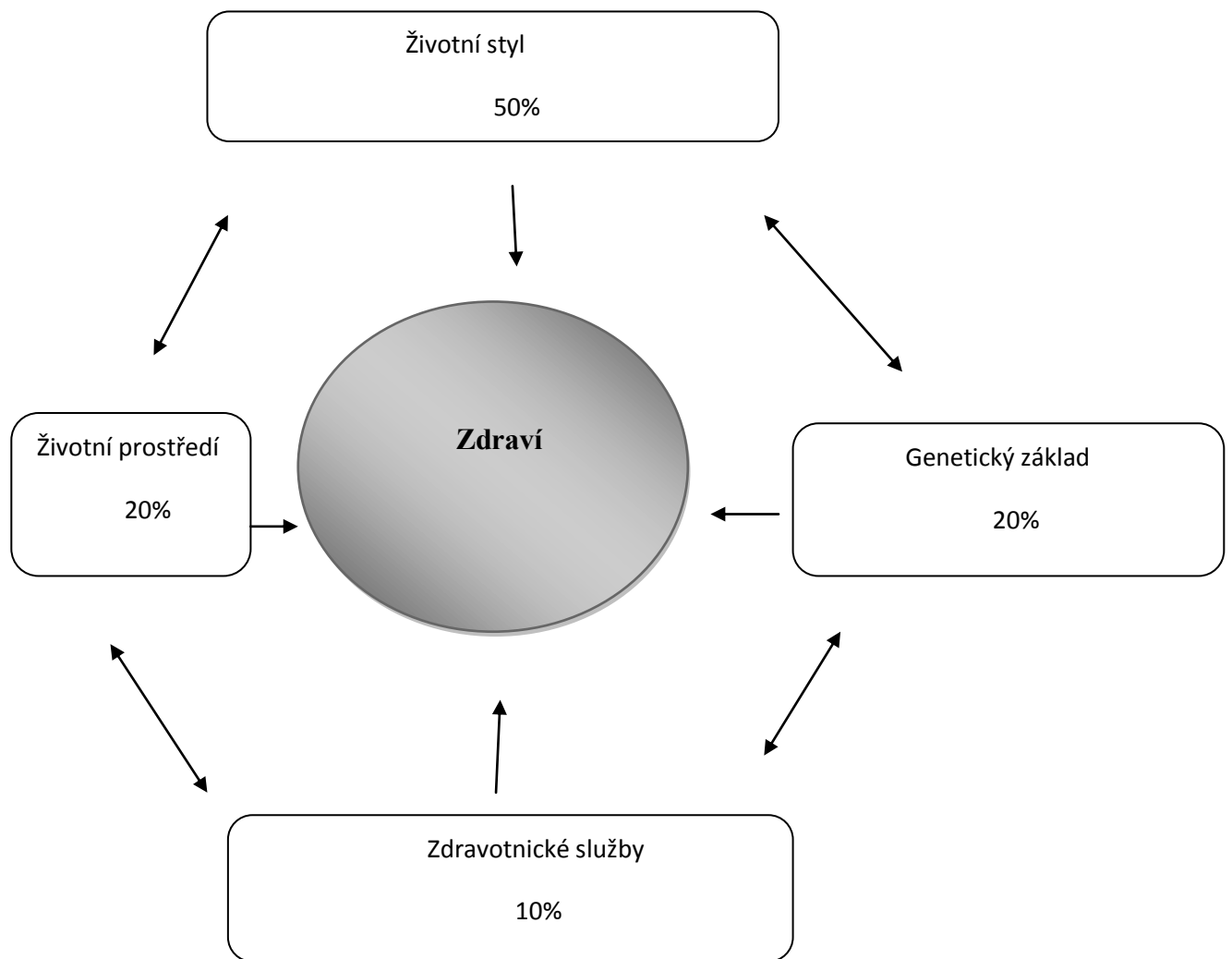
### 2.5.1 Determinanty zdraví

Zdraví každého jedince je přímo závislé na působení nejrůznějších faktorů. Tyto faktory se nazývají determinanty zdraví. Na jednu stranu jsou získané dědičně nebo výchovou, na straně druhé jsou součástí jeho životního prostředí (přírodního a společenského) (Machová, Kubátová et al., 2009). Jednotlivé faktory působí na zdraví jedince přímo, nebo zprostředkovaně, ale vždy se navzájem ovlivňují. Faktory můžeme na zdraví jedince působit buď biopozitivně (chrání a posilují zdraví), nebo bionegativně (oslabují zdraví, vyvolávají nemoc nebo poruchu zdraví) (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009). Šťastný (2005) doplňuje, že pozitivní faktory ovlivňující determinanty zdraví zvyšují odolnost vůči nemoci a negativní snižují odolnost nebo vznik onemocnění při překročení adaptačních mechanismů.

Determinanty zdraví dělí Machová, Kubátová et al. (2009) na:

- a) zevní faktory – životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby (úroveň a kvalita zdravotní péče),

b) Vnitřní faktory – dědičné faktory, které získává jedinec již na začátku svého ontogenetického vývoje (do tohoto genetického základu se započítávají i vlivy přírodního a společenského prostředí i určitý způsob života).



Obrázek 2. Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví (Machová, Kubátová et al., 2009, 13)

Šťastný (2005) doplňuje determinanty zdraví působící na organismus negativně o stresory a faktory ovlivňující účinek stresoru dělí na:

- Kvalita stresoru (chemické, fyzikální a biologické),
- Kvantita dávky stresoru (koncentrace, síla, množství stresoru),

- Rozložení dávky stresoru v čase,
- Souběh stresorů (působení více stresorů),
- Stav organismu (momentální potenciál zdraví),
- Zkušenost organismu (návyk na stresor, imunologická připravenost).

Čevela, Čeledová & Dolanský (2009,15) říká, že: „z hlediska možnosti ovlivnění faktorů se používá následujících dělení na základní skupiny:

- 1) Životní styl, způsob života, osobní chování – individuální faktory,
- 2) Socioekonomické prostředí, vnější prostředí,
- 3) Zdravotní péče.

Podobně udává své dělení determinantů zdraví i Šťastný ale s tím rozdílem, že nazval shodné determinanty zdraví jako přímé a doplnil je ještě o nepřímé determinanty. Jsou to determinanty nepřímo působící na organismus, ale i přesto mají významný vliv na zdravotní stav, zejména celé populace. Jako příklady uvádí: kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko – ekonomický systém, demografická situace, sociální stratifikace, role jednotlivce a sociální prostředí (Šťastný, 2005).

#### AD 1) Životní styl, způsob života, osobní chování

Ať už hovoříme o životním stylu aktivním nebo pasivním, máme na mysli vždy pouze jedno jediné, náš osobitý životní styl. Výhradně se jedná o výživu a její složení, množství pohybové aktivity, užívání návykových látek jako kouření, užívání drog a nadměrná konzumace alkoholu, návykové chování, působení alternativních náboženských skupin, šikanu, psychickou zátěž a rizikové sexuální chování (Machová, Kubátová et al., 2009). Čevela, Čeledová & Dolanský (2009) doplňuje informace o znečišťování ovzduší, vody a půdy chemickými látkami, pevnými odpady, nadměrný hluk, vysoké životní tempo a stresy chronického rázu. Na jejich vzniku se podílí i psychická sféra, tzv. psychosomatické nemoci. Mezi tyto onemocnění řadíme ischemickou chorobu srdeční, diabetes mellitus, alergie, záněty průdušek, obezita, choroby pohybového ústrojí, psychické poruchy, zlovolné novotvary atd.



## Výživa

Organismus potřebuje k zajištění správných funkcí organismu energii, kterou získává potravou. Správná (racionální) výživa by měla být vyvážená po stránce kvalitativní i kvantitativní. Z kvantitativního hlediska by měla zajišťovat příjem energie odpovídající jejímu výdeji. Jinak je to ovšem v životních etapách jako je dětství, dospívání, těhotenství a kojení. Z kvalitativního hlediska by měla být strava vyvážená a bohatá, aby byl dosažen dostatečný přísun cukrů, tuků, bílkovin, minerálů a vitamínů. Nevyvážená strava a příjem některých živin vedou k oslabení imunitního systému, zvýšeného rizika kardiovaskulárních a nádorových onemocnění (Machová, Kubátová et al., 2009).

Základními složkami potravy jsou sacharidy, tuky a bílkoviny. Sacharidy jsou sloučeniny tvořené v poměru jeden atom uhlíku a dva atomy vodíku na každý atom kyslíku. Podíl sacharidů na celkovém denním příjmu by se měl pohybovat mezi 50 - 70 % a konzumovány by měly být převážně ve formě škrobovin.

Bílkoviny jsou základní složkou živé hmoty a tvoří přibližně 17 % tělesné hmotnosti člověka. Základním stavebním kamenem bílkovin jsou aminokyseliny a zdroje bílkovin lze dělit na bílkoviny živočišného a rostlinného původu. Jako optimální poměr lze považovat 1 díl živočišných bílkovin a 2 díly rostlinných bílkovin. Zdroj bílkovin bychom si měli vybírat s ohledem na složení a množství tuku (Klimešová & Stelzer, 2013).

Doporučená denní dávka je 10 – 15 % energetické potřeby organismu. Pokud člověk vykonává malou fyzickou aktivitu, musí tělu dodat 0,5 g/ kg/ den na krytí bazálních ztrát vznikajících při základních metabolických činnostech. Pro normální činnost je zapotřebí funkční minimum, což je 0,8 - 1 g/ kg/ den a pro osoby s nadměrnou fyzickou aktivitou, dospívající, těhotné, kojící, v nemoci a při rekonvalescenci se nároky na bílkoviny zvyšují na 1,5 - 2,0 g/ kg/ den (Machová, Kubátová et al., 2009).

Tuky neboli oleje, jsou nejkoncentrovanějšími zdroji energie. Vzhledem ke své dvojnásobné energetické denzitě v porovnání se sacharidy či proteiny přispívají k podstatnému zvyšování celkově přijaté energie. Díky tukům nám jídlo chutná ale jsou však nejhůře stravitelnou složkou potravy. Příjem tuků by neměl přesáhnout 30 % z celkového denního energetického příjmu a zároveň by neměl klesnout pod 20 %. Tuky jsou totiž součástí buněk jako jejich stavební materiál nebo jsou uloženy ve formě kapének jako zásobní látka (Klimešová & Stelzer 2013).

Minerální látky, stopové prvky, vitamíny a voda jsou látky, bez kterých se žádný organismus neobejde. Minerální látky se v těle vyskytují ve třech formách a to jako elektrolyty v tělesných tekutinách, vázané na organické látky (v bílkovinách, tucích, hormonech, enzimech a vitamínech) a v podobě nerozpustných solí (kosti, zuby). Podle denní spotřeby je dělíme na prvky, kterých potřebujeme více (sodík, draslík, vápník, fosfor a další) a na stopové prvky, jejichž denní potřeba je nižší (železo, zinek, jod, selen a mnoho dalších).

Vitamíny jsou látky organické, důležité k zajištění mnoha metabolických pochodů. Nejsou zdrojem energie a neslouží ani jako stavební látky. Jejich hlavní funkcí je usměrňování biochemických přeměn v buňkách, kde působí jako katalyzátory. Vitamíny označujeme velkými písmeny abecedy a rozdělujeme je na vitamíny rozpustné v tucích (A, E, D, K) a ve vodě (ostatní vitamíny).

Voda má v organismu mnoho funkcí třeba jako rozpouštědlo, jako transportní prostředek a k udržování tělesné teploty. Naprostý nedostatek vody vede už za 2 – 3 dny k těžkým poruchám, už za týden ke smrti. Voda se podílí z 60 % na celkové tělesné hmotnosti, u novorozenců dokonce ze 75 %. S rostoucím věkem její podíl klesá na 50 %. Denní spotřeba vody je závislá na věku, na tělesné činnosti a na teplotě prostředí. Optimálně se doporučuje u dospělého 2 – 3 litry vody denně (Kunová, 2004).

K poškození zdraví dochází při nesprávné výživě. Mezi nesprávnou výživu řadíme nedostatečnou, nevyváženou výživu nebo při psychogenně podmíněné poruše příjmu potravy. Nevhodná výživa je rizikem, které se podílí na vzniku neinfekčních onemocnění tzv. civilizačních chorob a za nejčastější výživovou chybu je považováno nadměrný energetický příjem, velké množství živočišných tuků, cholesterolu a cukrů v potravě.

Živočišné tuky zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, a proto se podílí na vzniku aterosklerózy a na jejích orgánových projevech jako je ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda). Vysoký energetický příjem způsobuje obezitu. Člověk s nadváhou a obezitou nadměrně přetěžuje nosné klouby (kyčel, koleno a hlezno) a současně je rizikovým faktorem pro vznik srdečně – cévních onemocnění, cévní mozkové příhody a cukrovky. Vysoký příjem energie a vysoký obsah živočišných tuků ve stravě má za následek vznik rakoviny prsu, tlustého střeva, konečníku a žaludku (Machová, Kubátová et al., 2009).

## *Pohybová aktivita*

Pohyb u člověka je významným faktorem života každého z nás. Pohybovou aktivitou pomáháme udržovat lidský organismus v přiměřené tělesné i duševní kondici. Lidské tělo, skládající nejen z kostí, svalů a šlach, je uzpůsobeno k pohybu. Pokud se podíváme do minulosti, tak zjistíme, že pohyb měl zásadní vliv na vývoj všech živočichů. Jako například u člověka, kde měl pohyb zásadní podíl na přežití populace, a to zejména v zajišťování základních lidských potřeb (potrava a přístřeší).

Fyzická aktivita však neznamená v našich odborných kruzích jen spojení běhání a nepříjemného pocení. Zahrnuje veškerou pohybovou denní aktivitu, včetně dýchání, cirkulace krve, srdeční aktivitu až k pohybům střeva. Pohyb je zajišťován činností pohybového aparátu a ve srovnání s ostatními živočichy vykazuje významné rozdíly. Rozdíly jsou patrné zejména ve smyslu vzpřímeného držení těla a ve smyslu motorických schopností spjatými s komunikací řečí a prací (Machová, Kubátová et al., 2009).

Za nejvážnější hrozbu pro dnešní civilizaci z hlediska zdravého životního stylu je považována hypokineze. Ještě na začátku na 20. století byli lidé zvyklí na pravidelnou pohybovou aktivitu (nebyl k dispozici městská hromadná doprava a automobily) a těžkou fyzickou aktivitu (práce zemědělství). V důsledku rozvoje moderních technologií začal pohyb z našich životů pomalu mizet a dnešní populaci trpí výraznou hypokinezí a ten se stává významným prvkem dnešního životního stylu s velmi výrazně negativními dopady na zdraví populace.

Nárůst hypokineze je pozorována již už na základních školách a s tím je spojen výrazný pokles fyzické kondice u mládeže. Aby mohlo dojít k zásadní změně, je potřebné si vytvořit pohybové návyky, pohybový režim, který by byl pro každého jedince akceptovatelný a bylo možné ho uskutečnit od narození. Machová, Kubátová et al. (2009, 55) definuje pohybový režim takto: „souhrn všech motorických aktivit, které jsou vykonávány víceméně pravidelně a jsou začleněny do způsobu života v určitém, cyklicky se opakujícím časovém úseku“.

Základní kámen pohybové aktivitě formují rodiče. Většinou se jedná pohybové aktivity vytvořené spontánně, na základě vnějších okolností a jsou pro dnešní mládež nedostačující pro potřeby normálního rozvoje fyziologických funkcí a k udržení dobré fyzické

zdatnosti. Dnešní pohybová aktivita je nejčastěji podmiňována chutí se hýbat, čili na naši vlastní vnitřní motivaci. Pokud jde o motivaci, nejčastěji sportujeme, abychom byli štíhlí a zlepšili si kondici. Z hlediska prevence podpory zdraví a chronických neinfekčních chorob je naprosto zásadní, vrátit aktivní pohyb do životního stylu dnešní populace tak, aby se stal součástí denního režimu (Machová, Kubátová et al., 2009).

### *Užívání návykových látek*

Nejrizikovějšími faktory našeho životního stylu jsou i látky, se kterými se denně běžně setkáváme, a v naší společnosti mají trvalé místo. Jsou to látky, které jsou pro náš organismus značně škodlivé, významně ovlivňují délku lidského života a jsou to – drogy, nikotin a alkohol.

V minulosti se pojem droga používal pro surovinu rostlinného nebo živočišného původu užívanou jako léčivo. Mezi drogy řadíme látky, které ovlivňují nervovou soustavu a její funkce a jsou od roku 1971 označovány jako omamné a psychotropní látky. Postupem let docházelo k významovému posunu v chápání a interpretaci pojmu droga. Běžný člověk chápe dnes pojem droga jako látky omamné, které jsou zákonem zapovězeny a jsou souhrnně označovány jako nelegální. Užívání drogy vyvolává u člověka závislost a to buď psychickou (marihuana) nebo fyzickou (heroin). Přerušeni přísunu drogy se u člověka projeví nepříjemnými abstinenčními příznaky (pocení, stres, nechutenství, průjem, zácpa a touha po droze). Soubor abstinenčních příznaků, které se u dané drogy typicky vyskytují pohromadě, označujeme jako syndrom z odnětí drogy či abstinenční syndrom, který může být jiný u každé drogy.

Kouření je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu a řadí se do skupiny nejčastějších příčin předčasného úmrtí. Látky obsažené v tabákovém kouři jsou nikotin, dehet, formaldehyd, dehet, arzenik a mnoho dalších. Nejrizikovější období pro vznik závislosti na kouření je mezi 11. – 15. rokem života. Machová, Kubátová et al. (2009, 61) udává, že: „neexistuje žádný jiný faktor životního stylu, jehož ovlivněním by bylo možno dosáhnout tak pronikavého zlepšení zdraví, jako je kuřáctví“. Přestat kouřit znamená výrazně snížit riziko úmrtnosti na srdečně – cévní choroby, zhoubné nádory a chronické nemoci dýchacího ústrojí.

Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití se alkohol považuje za životabudič. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Tlumí vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti. Obzvláště nebezpečné jsou proto kombinace s jinými tlumivými látkami. V psychické sféře alkohol odstraňuje zábrany, což přispívá k všeobecně rozšířené domněnce, že podporuje sexuální funkce. Nicméně opak je pravdou, potence je při užití většího množství alkoholu snížena. Nicméně stejně tak může uvolnění zábran vést ke vzrušeným emocionálním projevům, agresivitě, která se může projevit až v surových a krutých násilných činech. Následkem nadměrné konzumace alkoholu je stav označovaný jako kocovina, což je spojeno s narušením minerálního a vodního hospodářství a metabolismu, nevyspáním a účinky alkoholu na mozek. Chronické užívání alkoholu se projevuje ve fyzické i psychické oblasti a vede až k závislosti na alkoholu, která je svou závažností srovnatelná se závislostí na opiátech a projevuje se fyzickými abstinenciálními příznaky (Machová, Kubátová et al., 2009).

### *Návykové chování*

Závislost v užším slova smyslu i další návykové nemoci, které označujeme jako závislosti v uvozovkách, mají řadu příčin. Proto můžeme být skeptičtí, když někdo nalezne příčinu závislosti nebo zázračný lék, který všechny závislé léčí (Nešpor, 2011). Syndrom závislosti a její definici říká Nešpor (2011, 9) že: „je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“.

Závislost je dnes uznávanou nemocí s předpokladem, že příčina závislosti spočívá ve vlastnostech chemických substancí nebo objektů. Závislost na procesech se dnes spíše považuje za návykovou a impulsivní poruchu, nicméně praxe léčby těchto poruch se léčí společně či velmi podobným způsobem jako na objekt (drogy) specifikovaná závislost. To a další teorie podporují širší konceptualizaci závislosti, která dokonce již ani nepřipisuje ústřední roli specifickým objektům a hledá přiléhavější filosofii závislosti. Mechanismus vzniku závislosti na procesech (patologické hráčství) je v řadě aspektů podobný jako u drogových závislostí, i když zpravidla primárně nepoškozují tělo člověka, jak se děje v důsledku intoxikace. Závislost na procesu a drogová závislost mají společné charakteristiky,

zejména pozvolný, plíživý a neuvědomělý vznik, neostrou hranici mezi využíváním, používáním, problémovým užíváním a závislostí (Kalina et al., 2008).

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek. Z uvedeného jednoznačně vyplývá, že závislost na práci, internetu, patologické hráčství ani nestřídmé požívání projímadel není závislostí v pravém slova smyslu. Nelze však popřít, že uvedené druhy návykového chování mají se závislostí určité společné rysy (Nešpor, 2011).

Machová, Kubátová et al. (2009) udává tyto nejznámější typy návykového chování:

- A) Patologické hráčství,
- B) Návykové chování ke vztahu k počítačům,
- C) Návykové chování ke vztahu k médiím,
- D) Závislost na práci.

#### AD A) Patologické hráčství

Patologické hráčství, také někdy označované jako gamblerství, je zařazeno mezi návykové a impulzivní poruchy. Čadilová (2010) dodává, že jde o zúžení zájmu a činnosti na hazardní hru, při níž je poškozován samotný jedinec nebo jiní lidé, nejčastěji jeho blízcí, a jedinec není schopen odolat myšlenkám a touze po hře. Jedinec cítí, že mu samotné hraní poskytuje útěk od problémů a umožňuje mu úpravu jeho psychických stavů. Pokud se jedná o mládež, mluvíme výhradně o patologickou hru na automatech. Automaty se dělí na zábavní (zaměřeny na počítačové hry a videohry) a výherní (poskytují možnost výhry).

Závislost na hře se samozřejmě vyvíjí, nevzniká okamžitě, a má tři hlavní fáze (Čadilová, 2010):

- Fáze výher – fáze je charakteristická občasnou hrou, častějšími výhrami, vzrušením před hrou a během ní, zvyšováním sázek a častější hrou,
- Fáze prohrávání – jedinec neustále myslí na hraní, fáze je typická tím, že jedinec nedokáže přestat se hrou, půjčuje si legálně peníze a skrývá svou touhu po hře a svému okolí lže,
- Fáze zoufalství – fáze je typická naprostou destrukcí osobního života, jedinec panikaří, fáze je typická vysokými prohrami a dluhy a má výčitky

svědomí, je to období beznaděje, rozvratu rodiny a typické jsou myšlenky na ukončení života.

#### AD B) Návykové chování ke vztahu k počítačům

Pedagogičtí pracovníci dnes velmi často poukazují na problém, který vzniká plíživě, a je typický pro dnešní internetovou dobu. Kritická je zejména doba, kterou tráví dospívající děti sezením doma u svých počítačů a významně roste počet hodin strávených na různých sociálních sítích. Je to zcela nový fenomén, kterému je potřeba se začít velmi intenzivně věnovat. Existují dvě lákadla, která nás nutí trávit dlouhé hodiny před monitory našich počítačů a to jsou počítačové hry a internet.

Podstatným momentem pro úspěšnou intervenci je včasná detekce příznaků svědčících pro rozvíjející se psychickou závislost na počítačích. Jedná se zejména o: stavy podobné transu při hraní her, vzpírání se rodičům zákazům her, nedodržování časového limitu určeného pro hraní her a zanedbávání povinností ve škole a domácnosti. Jedná se samozřejmě jen velmi stručný výpis varovných signálů, který by měl každý rodič možnost odhalit ve spolupráci s pedagogickými pracovníky. Důležitá je proto prevence závislosti dětí a předcházet u dětí, kdy nemají žádnou smysluplnou činnost, posilovat zdravé sebevědomí dítěte, rodiče musí mít přehled o aktivitách dětí na počítačích a stanovit si striktní limity pro práci s počítačem (Machová, Kubátová et al., 2009).

Nešpor (2000) doplňuje informace o změnách chování dítěte a v prevenci návykového chování. Jedná se o sledování varovných známek chování dítěte jako je zhoršení prospěchu, zvýšená únava dítěte a ztráta zájmů. Pokud rodič pojme podezření o nestandardním chování svého potomka, je důležité komunikovat s dalšími členy rodiny, umístit počítač na viditelné místo pro rodiče jako kontrola dodržování stanoveného času a rozvíjet jiné zájmy dítěte a způsob trávení volného času dítěte.

#### AD C) Návykové chování ke vztahu k médiím

Jak jsem již napsal v předcházejícím bodu, a zabývali jsme se návykovému chování v oblasti počítačů, je nutné se také zmínit o návykovém chování ve vztahu k médiím. Jsou to

pro jedince spousta hodin zbytečně stráveného času a jedná se zejména o televizi, satelit, kabelová televize a nejrůznější záznamová zařízení. V tomto případě se ale nejedná o závislost jako takovou ale zejména o nevhodné trávení volného času jednotlivce.

Média jako je televize, kabelová televize a DVD přehrávače nám znemožňují zdravý fyzický a psychický vývoj. Z fyzické stránky jde o vývoj pohybového aparátu, zvyšuje se riziko poškození zraku, různá nervová onemocnění, poruch spánku a zvyšuje se významně riziko nadváhy a obezity.

V psychosociální oblasti mluvíme o zanedbání rozvoje sociálních dovedností (rozvoj komunikace s vrstevníky a výměna informací). Filmy a televizní seriály jsou plné násilí, zobrazované se značnou měrou realistické drastičnosti (Machová, Kubátová et al., 2009).

#### AD D) Závislost na práci

Novinkou naší doby je závislost na práci (workoholismus). Závislost na práci vychází z původně vysoce hodnocených společenských vlastností a těmi jsou především extrémní pracovitost a oddanost práci.

Velké množství času stráveného prací ještě nemusí vždy znamenat, že člověk je workoholikem. Silné pracovní vypětí, které workoholici prožívají, totiž nedokážou adekvátně kompenzovat odpočinkem. Slovo odpočinek je jim cizí a tato skupina populace obsahuje lidi, kteří nadužívají alkoholické nápoje nebo patologické hráče, často s prokázanou závislostí.

Vývoj závislosti probíhá v několika krocích a mimo toho, že si člověk nedopřeje dovolenou, myslí neustále na práci a pravidelně pracuje přes čas. Dalším krokem je narušení osobních vztahů, rozpadá se mu osobní život, prohlubuje se tělesné vyčerpání a dostávají se poruchy spánku, které mohou být doprovázeny poruchami paměti. Poslední fází je, že se všechny problémy prohlubují, přidávají se i zdravotní problémy jako vysoký krevní tlak, infarkt, žaludeční vředy a deprese (Machová, Kubátová et al., 2009).

Společně s workoholismem je syndrom vyhoření, syndrom vyčerpání a rozvoj posttraumatické stresové poruchy velmi úzce napojen na profesní život jedince. Syndrom vyhoření a syndrom vyčerpání - pojmy velmi obtížně difenciovatelné, a proto jsou v dnešní



praxi klienti hojně diagnostikováni jako syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je spojován s určitou osobností člověka a projevuje se ve fyzické, psychické a sociální sféře. Mezi psychické projevy patří apatie, skepse a beznaděj. K fyzickým následkům patří oslabení imunitního systému a zvýšená nemocnost jedince. Pro člověka trpícího syndromem vyhoření je naprosto nepředstavitelné odejít ze svého zaměstnání a hledat nové pracovní výzvy. Syndrom většinou končí u člověka s pocity zoufalství až kolapsem.

Syndrom vyčerpání je stav vyčerpání jak fyzického, tak psychického v důsledku neustálého přetěžování. Na rozdíl od syndromu vyhoření, si jedinec svou situaci uvědomuje a rozumí situaci, v níž se nachází. Jedinec je z psychického hlediska popudlivý, podrážděný a agresivní (Vašina, 2008).

### *Působení alternativních náboženských skupin*

V současné době je považováno za velké nebezpečí, ohrožující nejen děti a mládež, vznik některých náboženských skupin. Média nás dnes a denně zahrnují zaručenými informacemi o nebezpečí pro jednotlivce i celou společnost ze strany nejrůznějších náboženských hnutí, mnohdy označované jako sekty. Pro účinnou prevenci je tak třeba znát nejen elementární vymezení terminologie a legislativní rámec problematiky naší země, ale především jasné znaky patologického vlivu náboženské skupiny na jedince a možná negativa působení těchto skupin. Na základě znalosti informací můžeme formulovat zásady prevence (Machová, Kubátová et al., 2009).

Náboženství představuje specifický způsob lidského přístupu ke světu a k životu vůbec. Jedná se o přístup, který se zakládá na víře v neosobní nebo osobní síly a mocnosti, na vztahu k takovým skutečnostem, k nimž lidé chovají a jimž prokazují posvátnou úctu. Třebaže náboženství zahrnuje mnoho rozličných jevů a existuje v rozmanitých podobách, jsou pro něj charakteristické lidské aktivity zaměřené na něco posvátného. Ta je z hlediska věřících lidí vyšší, dokonalejší, mocnější nebo jedinou pravou realitou. Takto ji přijímají, vnímají a prožívají, ve vztahu k ní vyjadřují svá očekávání, získávají v ní životní jistoty, bezpečí, oporu nebo ochranu, skrze ni nacházejí určitou hodnotovou orientaci a své životní zacílení (Joukl & Vlášková, 2013).

Je zcela z výše uvedeného patrné, že náboženské skupiny mohou mít na životní styl jedince a populace zcela zásadní vliv. Mezi negativní vlivy lze zařadit závislost členů na

náboženské skupině, která může vést k poškození zdraví, případně ke ztrátě života. Naproti tomu jsou i takové skupiny, které chtějí mít hospodářský a politický vliv. Náboženské skupiny velmi často své příznivce izolují z běžné společnosti, velmi často bývají vůdci nebo vyvolenými dané náboženské skupiny sexuálně zneužívány děti a ženy, a s tím často spojujeme „dobrovolné“ odevzdání veškerého majetku náboženské skupině. Jedinec, který podlehe masivnímu psychologickému nátlaku, svůj nově vzniklý problém nevnímá a komplikace nastávají až při návratu jedince do běžného života.

### *Šikana*

Machová, Kubátová et al. (2009, 117) udává, že: „psychosociální poruchy jsou v podstatě narušenou interakcí mezi individuálním chováním dítěte a jeho užším rodinným či širším kolektivním společenským prostředím“. Významný nárůst psychosociální poruch je patrný zejména v posledních třiceti letech a to zejména u dětí a mladistvých. Tyto poruchy vznikají již v předškolním věku, rozvíjí se a vrcholu dosahují v adolescenci. Tato porucha se může už v dětském věku projevovat jako hyperaktivita s poruchami pozornosti. Pro správnou prevenci je důležité, aby se tyto problémy řešily hned na jejím začátku a byly usměrňovány. Jednou z forem psychosociálních poruch je forma agresivní, která se projevuje spíše v pozdějším dětství.

Mezi závažné psychosociální poruchy patří šikana. Šikana pochází z francouzského slova *chicane*, které označuje fyzické nebo psychické omezování či týrání slabšího jedince v kolektivu. Šikanu nalezneme ve všech věkových i sociálních skupinách. S jednotlivými variantami šikany je možné se setkat ve vzdělávacích zařízeních, v armádě, sportovním klubu, v rodině či v zaměstnání (mobbing, bossing) (Kolář, 2011).

Šikanu můžeme označit také jako těžkou poruchu vztahů ve skupině, která může zasáhnout všechny její členy. Nepoškozují jen oběti, ale také agresory a členy celé skupiny. Machová, Kubátová et al. (2009, 120) označuje šikanu jako: „jako něco podobného jako epidemie – přehlédnou – li se první stádia, přestává to být nemoc jedinců“.

Šikana má pět stupňů vývoje a to od mírné formy (ostrakizování) přes fyzickou agresi, vytvoření jádra, skupina přijímá normy agresora až po totalitu (dokonalou šikanu). První tři stádia šikany jsou typická pro dlouhodobý emoční tlak agresora na oběť. Projevuje se izolací,

zesměšňováním, ponižováním, nadáváním a je pozvolna narušován osobnostní vývoj postiženého. Mohou se objevit poruchy jako somatické potíže, neuróza a následky mohou být trvalého charakteru. Až do třetího stádia dochází k systematickému týrání oběti a do tohoto momentu je možné situaci řešit. Pak nastane zlom pro celou skupinu, která se změní na krutou společnost. Následky čtvrtého a pátého stupně jsou velmi závažné a mohou mít následky pro oběť až do konce jeho života. Neustálý psychický a fyzický nátlak na oběť má za následek výrazné psychosomatické potíže a poruchy vývoje osobnosti. Mezi takové projevy patří nevolnost, bolesti břicha, bolesti hlavy, deprese a poruchy spánku. A není dnes již výjimkou, že oběť ukončí svůj život sebevraždou (Kolář, 2011).

### *Psychická zátěž*

Životní události, situace, nároky a činnosti, na které člověk musí v průběhu svého života reagovat a aktivně je řešit, netvoří homogenní skupinu. Existuje celá řada událostí jako je událost určující atmosféru doby, událost intenzivně prožívanou jednotlivcem a událost spojenou s vnitřním růstem. Zvýšené riziko je často spojováno s událostmi, které jsou nežádoucí, neovlivnitelné a přicházejí nečekaně. Tyto události mají negativní dopad na naše zdraví. Ztráta zdraví může být spouštěcím mechanismem rozvoje afektivních poruch. Naopak přítomnost životních událostí můžeme považovat za indikátor již existující psychické poruchy, jež ovlivňuje subjektivní hodnocení i proces zvládnání životních situací.

Působením různých druhů zátěží vyvolává psychickou nerovnováhu, která může mít částečný či dočasný charakter. Nerovnováha se může projevit změnami v prožívání, uvažování a chování. Zátěžové situace lze posuzovat z hlediska závažnosti a možného přínosu pro rozvoj dalších kompetencí, případně celé osobnosti (Pelcák, 2012).

Machová, Kubátová et al. (2009) uvádí nejběžnější rozlišení jejich významu na:

- Konflikt (střet) – je psychický stav, kdy se jedinec ocitá ve střetu dvou nebo více protichůdných sil,
- Frustraci (zmaření, zklamání, bezvýslednost úsilí) - je psychický stav vyvolaný překážkou, která stojí na cestě k cíli nebo brání uspokojení určité potřeby,

- Deprivaci (zbavení, odejmutí, nedostatek něčeho) – je psychický stav, který vzniká, když není dlouhodobě uspokojována potřeba,
- Přesycení (opak deprivace),
- Stres – stav organismu, který je odezvou na nadměrnou tělesnou či psychickou zátěž.

### *Stres*

U stresu jako u řady jiných zdravotních problémů se na počátku setkáváme s určitou nejistotou. Něco cítíme, na něco máme podezření, avšak nejsme si tím jisti. Takových příznaků stresu je mnoho a jsou různého druhu. Mnoho autorů se snažilo vytvořit jejich seznamy, až na konec se Světová zdravotnická organizace dohodla na tom, co je pro stres příznačné. Seznam příznaků stresového stavu obsahuje tři druhy příznaků a to (Křivohlavý, 2010):

- Behaviorální – nerozhodnost, změněný denní rytmus, nářky, bědování, nepozornost, zvýšený příjem alkoholu a vykouřených cigaret,
- Psychologické – výrazné změny nálad, podrážděnost, nadměrný pocit únavy, snění a omezování kontaktu s lidmi,
- Fyziologické – bušení srdce, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí v oblasti krční páteře, nechutenství, plynatost a časté nucení na močení.

Pelcák (2012, 14) tvrdí, že: „stres představuje z fyziologického hlediska nespecifickou, stereotypně nastávající reakci organismu na vlivy narušující relativní rovnováhu organismu (fyzikální, psychické, sociální). Stresová reakce zajišťuje udržení homeostázy za mimořádných podmínek a směřuje k přežití organismu“.

Stresová situace je členěna do tří fází:

- Poplachová fáze – mobilizace energetických zdrojů organismu pro zajištění svalové práce,
- Adaptační fáze – spojena s relativním zklidněním, zajišťuje další zdroje pro mobilizaci energie a v této fázi je schopnost odolávat stresu největší,

- Fáze vyčerpání – rezistence je nedostačující, případně klesá. Pokud je stres příliš velký nebo trvá příliš dlouho, organismus stresu podléhá.

Podle toho, jak stres na člověka působí, rozlišujeme dva kvalitativně odlišné záporně působící stres spojený s negativními pocity. Nazývají se distres a eustres (Kubátová, 2009).

O distresu se hovoří v případě, když přetížení člověka v dané situaci výrazně převyšuje jeho možnosti. O eustresu hovoříme tam, kde k přetížení člověka dochází, ovšem jeho celková situace je pro něho vítána (příjemná a žádoucí), že si jedinec takového přetížení ani nevšimne, případně ho rád podstoupí (Křivohlavý, 2001).

### *Rizikové sexuální chování*

V současné době je možné pozorovat u dnešních dospívajících, že podleli společenskému tlaku konzumního přístupu k sexualitě bez přítomnosti emocionálního vztahu k sexuálnímu partnerovi.

Rizikové chování je takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Tento pojem nahrazuje dříve používaný termín sociálně patologické jevy (Miovský et al., 2010).

Typické je velmi časně zahájení pohlavního života s častým střídáním sexuálních partnerů bez použití ochranných pomůcek, jako je antikoncepce (zabránění početí) a kondomu. Takovým životním stylem se významně zvyšuje riziko nákazy pohlavně přenosnými chorobami a virem HIV, a také možnost otěhotnění v době, kdy není dívka zralá na mateřství (Machová, Kubátová et al., 2009).

### AD 2) Socioekonomické prostředí

Vnější přírodní a sociální prostředí ovlivňuje zdravotní stav méně než životní styl, ale samozřejmě také patří k významným faktorům působících na zdraví člověka. V životním prostředí působí na lidský organismus škodliviny různého charakteru a za nejvýznamnější je možno považovat stav ovzduší, půdy a stupeň znečištění vod.

Dalšími faktory rozhodujícího sociálního prostředí patří kulturní, hmotná a technická úroveň obyvatelstva, úroveň vzdělání, pracovní a rodinné prostředí a mezilidské vztahy. Vzhledem k těmto skutečnostem je možné konstatovat, že zdraví je více ohroženo u skupiny obyvatelstva s nižší sociální úrovní a s nižší úrovní životního stylu (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009).

### AD 3) Zdravotní péče

Důležitým prvkem v moderní péči o zdraví je podpora zdraví a prevence nemocí. Jedná se především o snahy pozvednout celkovou úroveň zdraví a posilování tělesné, duševní a sociální pohody, tak i zvyšování odolnosti vůči nemocem. Z hlediska zdraví populace lze obecně říci, že léčebná a preventivní péče významným způsobem ovlivňuje nejen zdraví, ale i kvalitu života.

Důležitými zdroji péče o zdraví jsou samozřejmě jednak finanční prostředky, ale také technické a materiální vybavení zdravotnických zařízení. Do skupiny péče o zdraví patří, jak lidé žijí, jak jsou sami ochotni se na péči podílet a jak společnost vytváří ekonomické a sociální podmínky pro život lidí. V péči o zdraví je důležitá aktivní účast jednotlivých občanů, skupin, komunit, organizací, ale i společnosti jako celku (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009).

Nedílnou součástí zdravotní péče je prevence. Prevence se provádí na úrovni jednotlivce nebo celé společnosti. Prevenci dělí Machová, Kubátová et al., (2009) na:

- Primární – týká se období, kdy nemoc ještě nevznikla a jejím cílem je zabránit vzniku nemoci,
- Sekundární – základem je časná diagnostika nemoci a účinná léčba (řadíme sem preventivní prohlídky)
- Terciální – tato péče je zaměřena na prevenci následků nemocí, vad, dysfunkcí a handicapů,
- Kvartérní – zabývá se aktivitami zdravotní péče zaměřené na zmírnění dopadů či vyhnutí se následkům nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí.

## 2.6 Hromadné neinfekční choroby

Vznik a rozvoj onemocnění, souhrnně označovaných jako neinfekční choroby, je velmi úzce spjat s naším životním způsobem. Někdy je také můžeme označit jako choroby hromadného výskytu. Typické pro tuto skupinu onemocnění je, že se rozvíjejí pomalu. Výskyt onemocnění je typický pro poslední dekády a je velmi úzce spojen s technickým pokrokem a urbanizací. Pokrok umožnil lidem zbavit se námahy, pohybu a činnost civilizace přináší blahobyt. Mezi tyto nemoci patří:

### *Kardiovaskulární onemocnění*

Na kardiovaskulární onemocnění umírá ročně jen v České republice 50 000 osob, což představuje více než 50 % všech zemřelých. Proto onemocnění srdce a cév řadíme k nejzávažnějším problémům současnosti. Nebezpečný je i posun výskytu onemocnění do stále mladšího věku a dnes není výjimkou akutní infarkt myokardu u mladého člověka. Na straně druhé nalezneme i pozitiva, protože se celosvětově podařilo snížit úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění, což je způsobeno identifikací rizikových faktorů. Jedná se především o nejčastěji vyskytující se onemocnění a to je hypertenze a ischemická choroba srdeční. Podmínkou pro úspěšné odstraňování rizikových faktorů je celospolečenský tlak na jednotlivce (Kordač et al., 1991).

Příčinou kardiovaskulárních onemocnění je proces aterosklerózy, který mění široké a pružné cévy v úzké a tuhé, které jsou náchylné k prasknutí, případně ucpání krevní sraženinou. Ateroskleróza je způsobena tvorbou ateromů ve vnitřní stěně tepny a do kterého se ukládají látky tukové povahy. Ateromy ucpávají tepny, průtok krve tepnou klesá a snižuje se zásobení postižené oblasti kyslíkem a živinami. V tomto případě hovoříme o onemocněních, jako je angina pectoris, infarkt myokardu, ischemická choroba dolních končetin a cévní mozková příhoda (Machová, Kubátová et al., 2009).

WHO (2014) udává, že každoročně zemře na následky kardiovaskulárních onemocnění 17 milionů lidí na celém světě, a to zejména na srdeční a mozkové příhody. WHO tvrdí, že až v 80 % případů onemocnění srdce a mozkové mrtvici je možné předejít.

### *Nádorová onemocnění*

Zhoubné novotvary představují skupinu onemocnění, kde i přes značné pokroky v léčbě, zůstává jejich prognóza nepříznivá a frekvence výskytu nádorových onemocnění stoupá. Nádorová onemocnění se tedy logicky dostala do popředí odborného zájmu. Programy zahrnují především širokou oblast výzkumu, diagnostiky, prevence, léčby a odborné výchovy (Kordač et al., 1991).

Machová, Kubátová et al. (2009) dodává, že nádorová onemocnění jsou druhým nejčastějším onemocněním v populaci. Ze statistik WHO vyplývá, že v roce 2000 zemřelo celosvětově na nádorová onemocnění 6,2 milionu osob. Nutno podotknout, že v témže roce bylo nově diagnostikováno deset miliónů nových případů onkologicky nemocných. V České republice v roce 2004 byla nádorová onemocnění na druhém místě ihned po kardiovaskulárních onemocněních, a byla z 27,1 % příčinou všech úmrtí. V České republice se nejčastěji vyskytují tyto typy nádorových onemocnění: nádor prsu, nádor děložního čípku, nádory tlustého střeva a konečníku a nádory kůže.

Statistiky WHO (2014) udávají, že v roce 2012 celosvětově zemřelo na následky nádorových onemocnění 8,2 miliónů obyvatel, 14,1 milionů obyvatel přibýlo s nádorovým onemocněním a 32,6 milionů lidí žije s nějakým nádorovým onemocněním.

### *Diabetes mellitus*

Jedná se o chronické endokrinní a metabolické onemocnění. Vzniká v důsledku nedostatečného inzulínového působení, které bývá velmi často doprovázené chronickou hyperglykemií a glykosurií. Hyperglykémie je způsobena inzulínovou nedostatečností. Cukrovka je onemocnění, které bývá velmi často doprovázeno symptomy jako je hyperglykémie, acetonurií až ketoacidózou a tyto stavy mohou vyústit velmi jednoduše v komatózní stav a v nejhorším případě i smrt (Kordač et al., 1991).

WHO (2014) udává, že výskyt onemocnění diabetes mellitus v Evropě je cca 60 miliónů obyvatel, z toho je 10,3 % mužů a 9,6 % žen nad 25 let věku, celosvětově pak 347 miliónů obyvatel mezi 20 – 79 lety. 3,4 milionů obyvatel této planety zemře na následky onemocnění a více než 80 % těchto úmrtí je z nízko a středně příjmových skupin. Světová zdravotnická organizace předpokládá zdvojnásobení úmrtí na diabetes mezi lety 2005 – 2030.



## Obezita

Obezita je onemocnění charakteristické množením tukové tkáně nad určitou mez. Pokud je v těle tukové tkáně přebytek, dochází k přetěžování jak statického tak dynamického aparátu člověka a zhoršuje fyziologické funkce organismu. Tělo přestává plnit své metabolické a endokrinní role a tělo začíná produkovat látky, které zhoršují stabilitu organismu. Horní hranicí zastoupení tukové tkáně v organismu je 20 % z celkové tělesné hmotnosti u dospělého. U dětí je množství tukové tkáně závislé na věku (Mullerová et al., 2009).

Nadváha a obezita je způsobena, jak jsem již napsal, nadměrným nahromaděním tuku v organismu, a to buď v podkoží nebo kolem vnitřních orgánů. Projevuje se vyšší tělesnou hmotností, než jedinci v podobném věku, pohlaví a při stejné výšce. Nejtěsnější je vztah hmotnosti k výšce. Machová, Kubátová et al. (2009) udává dva typy pravidel měření nadváhy a obezity:

- Brocovo pravidlo – normální hmotnost je tolik kilogramů, o kolik centimetrů převyšuje výška osoby jeden metr,
- Body Mass Index – výpočet se provádí podle jednoduchého vzorce a to, hmotnost v kilogramech děleno výška v metrech na druhou. Normální rozmezí je mezi 18,5 – 24,9.

Tabulka 1. Kategorie BMI a zdravotní riziko (Mullerová et al., 2009, 126)

<b>BMI</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Zdravotní riziko</b>
<b>&lt; 18</b>	podváha	zvýšené
<b>18,5 – 24,9</b>	normální rozmezí	minimální
<b>25,0 – 29,9</b>	nadváha	zvýšené
<b>30,0 – 34,9</b>	obezita 1. stupně	vysoké
<b>35,0 – 39,9</b>	obezita 2. stupně	vysoké
<b>&gt;40</b>	obezita 3. stupně	velmi vysoké

Statistiky WHO (2014) udávají, že v roce 2008 mělo více jak 1, 4 miliardy dospělých starších 20 let nadváhu. Z tohoto čísla mělo 200 milionů mužů a 300 milionů žen obezitu. Dále WHO udává, že 65 % populace žije v zemích, kde nadváha a obezita usmrtí více lidí než podvýživa a více jak 40 milionů dětí mladších 5 let má nadváhu nebo obezitu.

### *Alergická onemocnění*

Alergickou reakci je možné označit jako přecitlivělou reakci organismu na určitou látku, kdy imunologické reakce organismu, jež mají sloužit k jeho ochraně, byly použity nevhodně nebo přehnanou intenzitou a místo, aby organismus chránily, tak ho poškozují. Podstatou je primárně porucha řízení imunitního systému vedoucí k nadměrným reakcím, často spojených s vyplavováním některých látek, jako je histamin nebo serotonin, které vyvolávají nejrůznější otoky, zúžení průdušek, poruchy cév nebo zvýšené tvorby hlenu. Reakce organismu na nějakou látku přichází neprodleně, opožděně nebo s odstupem času (Machová, Kubátová et al., 2009).

### *Osteoporóza*

Osteoporóza je metabolické onemocnění, které se v dnešní době zařadilo mezi nejčastější choroby civilizovaného světa. Osteoporózou, označovanou taky někdy jako „tichý zloděj kostí“, je postiženo skoro jeden milion pacientů a to jen v České republice. Osteoporóza je onemocnění, při kterém dochází k úbytku kostní tkáně. Nemoc je charakteristická nízkou hustotou kosti a mezi její nejčastější následky jsou zlomeniny.

Kordač et al. (1991, 190) definuje osteoporózu jako: „úbytek kostní tkáně na jednotku objemu kosti, přičemž redukce kostní hmoty není spojena se změnami poměru minerální a organické složky ani abnormalitou ve struktuře minerální a organické matrix“. Naproti tomu Dungl (2005, 394) udává svou definici jako: „osteoporóza je metabolické kostní onemocnění, charakterizované snížením kostní hmoty a deteriorací mikroarchitektury kostní tkáně, která má za následek zvýšenou fragilitu kosti a z toho plynoucí zvýšené riziko zlomeniny. Je to patologická ztráta kostní substance, která rovnoměrně postihuje jak organickou matrix, tak i obsah anorganických látek“.

Moderní medicína říká, že příčin vzniku osteoporózy je mnoho. Ve většině případů se nejedná pouze o jeden faktor, ale vždy se na vzniku onemocnění podílí více faktorů. V určité míře je proces osteoporózy normální a je způsobený reakcí organismu na zátěž. Jako jednou možností příčin vzniku onemocnění může být i nedostatečný vývoj kostní hmoty v období puberty, životní styl jedince, vlivy genetické a hormonální. Maximální kostní hmoty je dosaženo kole 35. roku života (Machová, Kubátová et al., 2009).

## 2.7 Ortopedie a životní styl

Ortopedie vyšla jako i jiné obory jako je gynekologie, oftalmologie a další z chirurgie. Chirurgická léčba je považována za jednu z hlavních metod léčby, nikoliv však jedinou. Ortopedie jako samostatný obor není jen chirurgií pohybového ústrojí, ale její rozsah i obsah je podstatně širší. Slovo ortopedie vzniklo složením dvou řeckých slov ORTHOS – rovný a PAIDON, což znamená dítě. Složením vzniklo slovo ORTHOPAEDIE. Původní názvy pro ortopedii jako takovou vznikaly během vývoje oboru a neujaly se. Mezi prvními průkopníky byl Andry, který nazýval ortopedii jako pédotrophie, Delpech 1828 nazval ortopedii jako orthomorphie, Bricheteau 1833 orthosomatie, Bigg 1862 orthopraxy, Bauer 1864 Orthopedic Surgery, St. Germain a roku 1883 Chirurgie Orthopédique (Kubát, 1982).

Ortopedická chirurgie neboli ortopedie se zabývá vadami, nemocemi a úrazy pohybového ústrojí. Tato oblast medicíny musí zajímat nejen odborníka ortopéda, ale i každého praktického lékaře a pediatra, tím spíše, že ortopedie se nezabývá jen vadami a nemocemi kostí a kloubů ale také nemocemi svalů, šlach, cév a nervů (Kubát, 1975).

Vojtaššák (2000) říká, že ortopedie se zabývá nemocemi, vrozenými a získanými deformitami, funkčními nemocemi a poranění podpůrného a pohybového aparátu, jejich léčbou, prevencí a rehabilitací.

Koudela (2003, 13) definuje ortopedii jako: „obor zabývající se prevencí, profylaxí, léčbou a výzkumem onemocnění pohybového aparátu“.

Sosna, Vavřík, Krbec & Pokorný et al (2001, 8) definují ortopedii jako: „ samostatný lékařský obor, který se zabývá prevencí a léčbou vrozených a získaných vad, úrazů, jejich následků a různých akutních i chronických onemocnění pohybového aparátu“.

Gallo et al. (2011) doplňuje dnes již známé definice o fakt, že ortopedie je dnes samostatnou medicínskou disciplínou, která se dělí na řadu podoborů, z nichž každý má své vlastní diagnostické a terapeutické postupy.

## *Historie ortopedie*

Ortopedické nemoci jsou známy již z doby kamenné, ale první dnes známé metody léčby zaznamenal Hippokrates. Mezi lety 460 – 377 př. n. l. léčil onemocnění, které dnes známe jako skolióza a onemocnění vrozeného ekvinovaru.

Od samého začátku je ortopedie zaměřena k dětské praxi. Již roku 1780 založil první ortopedický ústav ve Švýcarsku ortopédem Jeanem Andrém Venelem, který je považován za otce dětské ortopedie (Kubát, 1982).

Významným milníkem pro ortopedii je rok 1741, kdy pařížský pediater Nicolas Andry vydal knihu s názvem *L'Orthopédie*. Původně byli lékaři na univerzitě vzdělání internisté, kteří nepraktikovali žádné chirurgické výkony. Za chirurgy, lidově nazývaní ranhojiči, byli považováni lidé vzdělání u svého mistra, kteří měli oprávnění k léčbě infekcí, ran a zlomenin, luxace léčili vyučení léčitelé a deformity léčili bandážisté. Ortopedie jako plnohodnotný obor se rozvinul v 19. století po objevu anestezie (1846), asepse (1867) a RTG paprsků (1895) (Rang, 2000).

Rozvoj celé medicíny byl závislý na vědecko – technickém pokroku celé společnosti, a proto rozvoj samostatné ortopedie nebyl ve všech zemích stejný. Ve Spojených státech byla v roce 1887 založena Americká společnost ortopedická, která vedle ortopedie konzervativní vybojovala i obor operační a traumatologii pohybového ústrojí. V roce 1900 byla založena samostatná ortopedická společnost, DGOT, která sdružovala všechny německy hovořící ortopedy a mezi zakládající členy patřili pánové Lorenz, Hoffa a Chlumský. Roku 1932 byla založena celosvětově uznávaná společnost pro ortopedii, jejíž název je *Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie* (Kubát, 1982)

Ortopedie jako samostatný obor u nás vznikla až po založení Československa, první ortopedická klinika byla založena na Komenského univerzitě v Bratislavě roku 1921. Přednostou kliniky byl jmenován prof. Vítězslav Chlumský. Dne 2. února 1925 bylo, z iniciativy prof. Chlumského, na půdě univerzity založena Československá společnost ortopedická. Předsedou společnosti byl zvolen prof. Chlumský, místopředsedy byli prof. Kostlivý, doc. Tobiášek, doc. Zahradníček a jednatelem dr. Frejka. Cílem společnosti bylo sjednotit všechny pracovníky z oboru, pořádat valné hromady, kongresy a vydávat odborný časopis.

Na II. valné hromadě ze dne 25. Zář 1925 byly stanoveny cíle, zřítit ortopedické primariáty při všech větších nemocnicích. Následně roku 1928 vznikla ortopedická klinika v Praze pod vedením doc. Tobiáška, roku 1933 vznikla ortopedická klinika pod vedením doc. Frejky. V roce 1939 vzniklo v Olomouci ortopedické oddělení a roku 1947 se stala klinikou pod vedením prof. Pavlíka. Ortopedická klinika v Hradci Králové vznikla roku 1945 pod vedením prof. Vavrdu. Téhož roku vznikla v Praze II. ortopedická klinika pod vedením prof. Hněvkovského, která v dalších letech se přestěhovala z původních prostor Karlova náměstí do zcela nových prostor v Praze – Motole. Dalším nově vzniklým ortopedickým oddělením byla roku 1945 Plzeň a v roce 1967 se ortopedické oddělení stalo klinikou pod vedením prof. Polívky. Další kliniky vznikly v Brně a to roku 1947 klinika dětské ortopedie pod vedením prof. Faita a roku 1978 ortopedická klinika v Brně – Bohunicích pod vedením prof. Vlacha. Roku 1970 v Praze získalo statut kliniky ortopedické oddělení Na Bulovce jako institut doškolení pro lékaře a farmaceuty, později Institutu pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (Dungl et al, 2005).

### *Změna životního stylu v ortopedické ambulanci*

Každý jednotlivec již alespoň jednou v životě navštívil lékaře – ortopeda. Ať už to bylo jako čerstvě narozené miminko na kontrole kyčlí nebo jako člověk – klient, kterého bolí nějaký kloub, kost nebo šlacha v těle. Potíže s pohybovým aparátem velmi často souvisí s životním stylem jedince. U jedince, který intenzivně sportuje, zaznamenáme celou řadu zranění, která mají přímou souvislost s dlouhodobým přetěžováním organismu. Na druhou stranu se ve společnosti najdou jedinci, kteří nejenže nesportují, ale i sebemenší pohyb je pro ně nežádoucí.

Je už na první pohled jasné, že lékaře - ortopeda budeme potřebovat všichni. Někdo dříve, někdo později, někomu bude stačit léčba konzervativní, někdo bude muset podstoupit zákrok operační, aby se jeho zdravotní komplikace vyřešili. Ale když se budeme bavit o všech pacientech – klientech navštěvující ortopedické ambulance a oddělení je nám všem jasné, jak moc nám tento chirurgický obor pomáhá. Ortopedie nás totiž dokáže zbavit bolesti a obnovit pohyb. A to je důvod, proč náš životní styl je velmi závislý na plném zdraví člověka. Mezi dnešní nejčastější ortopedické témata patří léčba osteoartrózy (konzervativní a operační léčba) a operační léčba miniinvasivní, tzv. artroskopie. Vzhledem ke skutečnosti, že léčba

osteoartrózy se dlouhodobě zanedbávala nebo neřešila vůbec, není se čemu divit, že dnes se nejčastěji léčí jedno onemocnění, které jsem již zmínil - osteoartróza. Léčba osteoartrózy se velmi často dostane až do stádia, kdy musí ošetřující lékař přistoupit k tzv. totální náhradě kloubu, nejčastěji se jedná o onemocnění kyčelního a kolenního kloubu. Jde o zcela unikátní výkon, kde dochází k úplné náhradě zcela nefunkčního kloubu za nový, funkční.

### *Osteoartróza*

Osteoartróza je degenerativní kloubní onemocnění, pro které je charakteristické degradací chrupavky a tvorbou osteofytů. Jedná se o onemocnění, jehož četnost s přibývajícím věkem velmi rychle narůstá a častěji jsou postiženy ženy. Typické pro onemocnění je postižení velkých nosných kloubů a páteře.

Busija, Bridgett & Williams (2010) udávají, že u osob mezi 60 -70 lety je prevalence symptomů kolenní osteoartrózy 10 % u mužů a ve 20 % u žen. Ve skupině starších 80 let je prevalence osteoartrózy u mužů a žen srovnatelná. Dále udávají, že prevalence u osteoartrózy kyčelního kloubu je pouze 5 % u žen ve věku mezi 60 – 70 lety, ve skupině 80 let a starší je prevalence až 18 %. Z těchto čísel je patrné, že osteoartróza výrazně častěji postihuje ženské pohlaví než mužské. Alam, Das & Hashan (2014) doplňují fakta o informaci, že v Evropě a USA je nejčastější příčinou osteoartrózy přetížení kloubu.

Patologické změny u osteoartrózy jsou dobře známy, zejména u pokročilejších forem. Klinické vymezení je ovšem mnohem složitější, neboť patologické změny, zjistitelné zobrazovacími metodami, nejsou v korelaci s klinickými příznaky. Osteoartróza může být celou skupinou vzájemně se překrývajících onemocnění, pravděpodobně různé etiologie, které postupně konvergují ke stejnému závěru s podobnou morfologií a klinikou. Týká se to celé řady faktorů, které kontrolují závažnost a lokalizaci osteoartrózy, jako mohou být systémové, genetické a lokální vlivy (Dungl et al., 2005).

Prvotní příznaky vznikající osteoartrózy jsou poměrně přehlednutelné. Člověk pociťuje bolestivost v oblasti kloubu, která je vázána na pohybovou složku po delším klidu. Takové bolesti kloubu se říká „startovací“. Nejčastěji se bolesti kloubu projeví ve večerních hodinách, což je způsobeno celodenní námahou. Bolest není nesnesitelná, ale obtěžuje svou vytrvalostí. Bolest se může také projevit při změnách počasí. Pokud je bolest trvalá, v klidu i

po zátěži, ve dne i noci, hovoříme o dekompenzaci artrózy, což je stav, kdy se k degenerativním změnám připojí i změny zánětlivé (Kordač et al., 1991).

Léčbu osteoartrózy vždy volíme v závislosti na lokalizaci a stupni choroby. Jako základ léčby onemocnění je prevence, léčba konzervativní (farmakologická, nefarmakologická) a chirurgická.

Konzervativní léčba nefarmakologická spočívá v úpravě denního pohybového režimu, snížení hmotnosti pacienta, rehabilitace a lázeňské léčby. DeClaire, Savich, Montgomery & Warritay (2014) prokázali fakt, že i mírný úbytek hmotnosti u pacienta, může snížit bolestivost, zlepšit mobilitu pacienta a oddálit operaci.

Konzervativní léčba farmakologická spočívá v podávání analgetik, nesteroidní antirevmatik, aplikace nitrokloubních kortikosteroidů, kyseliny hyaluronové a léčiv ze skupiny systematicky pomalu působících léků jako je glukosaminsulfát a chondroitin sulfát.

Pokud není konzervativní léčba dostačující, provádí se různé chirurgické výkony na poškozeném kloubu. Jednou z možností je osteotomie, jejímž cílem je vrátit kloubu správný tvar. Tato operace se provádí proto, aby nedocházelo k nerovnoměrnému zatěžování kloubních struktur. Následuje artrodéza kloubu, což je jeho úplné znehybnění, ale tato operace se neprovádí často. Pokud je to nezbytné, přistupuje lékař k totální náhradě původního kloubu za umělý kloub (Kačinetzová, 2003).

Kurtz, Ong, Lau, Mowat & Halpern (2007) považují totální náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu za jeden z nejběžnějších chirurgických zákroků v civilizovaném světě s relativně nízkým výskytem nežádoucích vlivů. Ritter, Albohm, Keating, Faris & Meding (1995) prokázali, že totální náhrada kloubu je jedna z nejefektivnějších metod léčby osteoartrózy.

Manhomed, Barrett, Katz et al. (2003) upozorňují na fakt, že s přibývajícím množstvím pacientů existuje stále více důkazů, kdy starší pacienti mohou být vystaveni vyššímu riziku pooperačních komplikací. Mantilla, Horlocker, Schroeder, Berry & Brown (2002) tyto argumenty upřesňují a tvrdí, že se jedná zejména o faktor mužského pohlaví a přítomnost obezity.

Luo & Dai (2005) tvrdí, že totální endoprotézy mají vzhledem k délce lidského života poměrně krátkou životnost a za důležitý faktor považují tvar protézy a použitý materiál. Dan,



Germann, Burki, Hausner, Kappeler, Meyer et al. (2006) tvrdí, že za velmi častý faktor stojícím za selháním protézy je úbytek kostní hmoty způsobený implantací.

### *Totální náhrada kyčelního kloubu*

Endoprotéza kyčelního kloubu se poprvé začala používat na konci 60. Let minulého století a jejich základní princip a technika prodělaly značné změny. Základem zůstává jamka, femorální dřík a hlavička nasedající na femorální komponentu.

Endoprotézy dělíme na cementované (mající hladký povrch a fixací obou komponent kostním cementem), hybridní (kombinace cementované a necementované komponenty) a necementované (komponenty jsou fixované do kosti bez cementové mezivrstvy).

Femorální a acetabulární komponenty dělíme podle způsobu ukotvení v kosti, podle povrchové úpravy, podle designu, konstrukce a podle použitého materiálu. Historicky prvním typem cementovaného dříku uvedeného do praxe byl implantát od sira Charnleyem roku 1961, který je s drobnými úpravami používán dodnes. Cementované implantáty mají výhodu, že umožňují okamžitou primární stabilitu a pacient může začít okamžitě s pooperační rehabilitací. Vývojově starší jsou necementované dříky a jamky, nazývané press – fitové, které mají lepší sekundární stabilitu a jsou vhodnější pro pacienty mladšího věku (Dungl et al, 2005).

### *Totální náhrada kolenního kloubu*

První pokusy o operační léčbu bolestivého kolenního kloubu sahají již do začátku 19. století. Mezi resekované kloubní plochy se vkládal lalok z kloubního pouzdra, kůže a svalová tkáň.

První opravdovou totální náhradou kolenního kloubu byl kolenní implantát vyvinutý Waldiusem a Shiersem. Významným milníkem byl rok 1973, kdy pan Insallem vytvořil téměř dokonalý implantát, na který dnes navazují přední výrobci totálních náhrad po celém světě. Rozvoj technologií a medicínský výzkum umožňují, že si operatér dnes má možnost vybrat implantát, který je adekvátní pro daný typ onemocnění u pacienta (Dungl et al, 2005).

### 3 CÍLE PRÁCE

#### 3.1 Hlavní cíl

Cílem mé diplomové práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit, jestli se pacientům po implantaci totální náhrady kyčelního nebo kolenního kloubu na ortopedickém pracovišti změnil životní styl.

#### 3.2 Dílčí cíle

- Zjistit životní spokojenost pacientů před operací totální náhrady kyčelního nebo kolenního kloubu,
- Zjistit životní spokojenost pacientů 6 měsíců po operaci totální náhrady kyčelního nebo kolenního kloubu, po ukončení rehabilitačního programu.

## 4 METODIKA

### 4.1 Použité metody, techniky

Sběr dat probíhal pomocí standartizovaného dotazníkového šetření od Fahrenberga, Myrteka, Schumachera & Brahlera. Dotazník je nejpoužívanější výzkumnou technikou pro jeho nesporné výhody a tou je rychlost a ekonomická nenáročnost získat informace od velkého počtu respondentů. Určitý problém může nastat, když kvalita odpovědí je neprávem nahrazována vysokou kvantitou zkoumaného vzorku (Čihovský, 2006).

Výzkumnou skupinou byli pacienti na ortopedických pracovištích v České a Slovenské republice. Jednu skupinu tvořili pacienti, kteří byli zapsáni na čekací listinu na totální náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Druhou skupinou byli pacienti, kteří již absolvovali operační výkon a byli 6 měsíců po operačním zákroku a již absolvovali rehabilitační program.

Pacientům byl před vyplněním dotazníku Fahnberg, Myrtek, Schumacher & Brahler vysvětlen jeho obsah a jakým způsobem označit nebo vyplnit odpověď. Všechna dotazníková šetření probíhala se souhlasem vedoucích lékařů (přednostů, primářů) na ortopedických pracovištích.

Dotazník umožňuje zhodnotit životní spokojenost respondentů a je rozdělen do několika skupin otázek (zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé a příbuzní, bydlení, pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, práce, tělesná výška a hmotnost a pohybová aktivita). Dotazník je určen pro okruh respondentů ve věku od 14 let až po dospělé a zaručuje respondentům anonymitu. Dotazník, jak jsem již napsal, je rozdělen celkem na 10 skupin otázek, z čehož je ještě každá skupina rozčleněna na 7 podotázek. Respondenti měli k dispozici sedmistupňovou hodnotící škálu od velmi spokojen(a), spokojen (a), spíše spokojen(a), ani spokojen(a) ani nespokojen(a), spíše nespokojen(a), nespokojen(a) až po velmi nespokojen(a). Pro vyhodnocení dotazníku bylo použito excelovské tabulky, kde jsem postupně zanesl všechny odpovědi jednotlivých respondentů. Následně jsem spočítal minima, maxima, aritmetický průměr a směrodatnou odchylku.

## 4.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal na ortopedických pracovištích, kam jsem přivezl dotazníky po předchozí domluvě. Souhlas jsem získal od vedoucích lékařů jednotlivých pracovišť, kteří mě většinou zavedli za vedoucí sestrou ambulanti části, kde jsem po vzájemné domluvě zanechal dotazníky k vyplnění. Celkem jsem rozvezl 200 dotazníků, 100 kusů určených pro pacienty před operací a 100 kusů určených pro pacienty po 6 měsících od operace. Sběr dat probíhal v termínu červen až listopad 2014.

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Pacienti před operací

Dotazník životní spokojenosti byl vyplněn  $n = 15$  pacienty, kteří byli zařazeni na čekací listinu pro totální náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu, a z celkového počtu bylo 7 mužů a 8 žen. Nejmladším respondentem byl muž ve věku 49 let, nejstarším byla žena ve věku 73 let. Průměrný věk respondentů byl 63, 46 let. V tabulce 2. jsou zaznamenány všechny výsledky výzkumu. Nejvyšších průměrných hodnot dosahovala skupina otázek vztah k vlastním dětem (41,66), dále skupina otázek práce a zaměstnání (41,64) a bydlení (41,13). Nejnižších hodnot dosahovaly tyto skupiny otázek – zdraví (34,8), sexualita (34,81) a finance (36,3) (Obrázek 3).



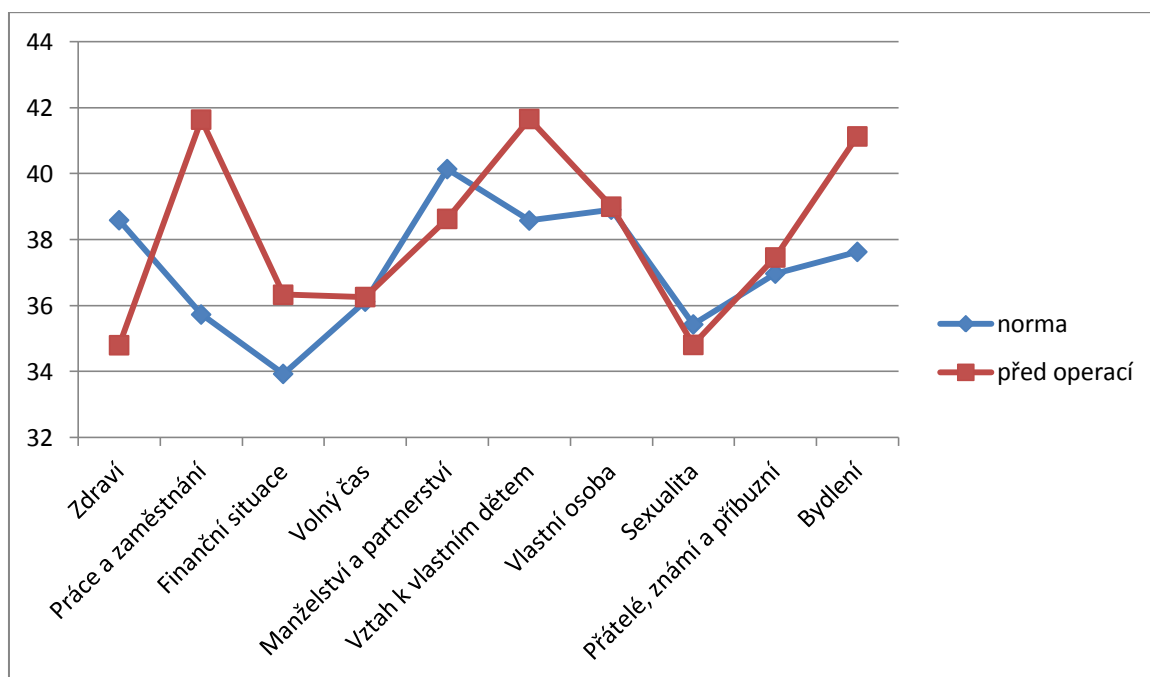
Obrázek 3. Zastoupení mužů a žen ve výzkumu před operací

Tabulka 2. Souhrnné výsledky dotazníku životní spokojenosti před operací

	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Zdraví</b>	34,8	4,9	25	43
<b>Práce a zaměstnání</b>	41,64	3,71	34	49
<b>Finanční situace</b>	36,33	5,85	26	43
<b>Volný čas</b>	36,26	7,34	20	49
<b>Manželství a partnerství</b>	38,63	7,95	25	49
<b>Vztah k vlastním dětem</b>	41,66	4,82	34	49
<b>Vlastní osoba</b>	39	4,31	29	43
<b>Sexualita</b>	34,81	8,12	25	46
<b>Přátelé, známí a příbuzní</b>	37,46	4	31	45
<b>Bydlení</b>	41,13	4,16	33	48
<b>Suma</b>	<b>250,53</b>	<b>29,45</b>	<b>204</b>	<b>313</b>

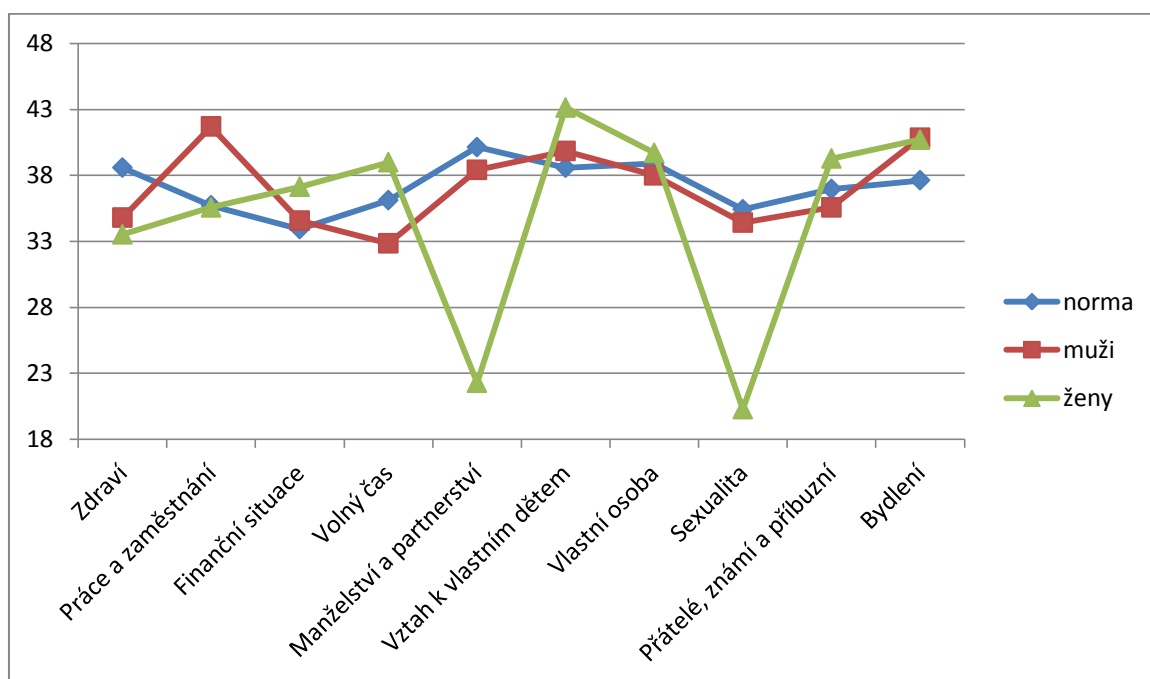
Vysvětlivky: M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Pokud bychom porovnali normu testu s naměřenými hodnotami, vyšlo nám, že nejvíce se k normě přiblížíme v oblasti volný čas, vlastní osoba, sexualita a přátele, známí a příbuzní. Nadprůměrně byly hodnoceny oblasti práce a zaměstnání, finanční situace, vtaž k vlastním dětem a bydlení. Podprůměrně byla hodnocena oblast otázek zdraví (Obrázek 4).



Obrázek 4. Životní spokojenost u pacientů před operací ve srovnání s normou

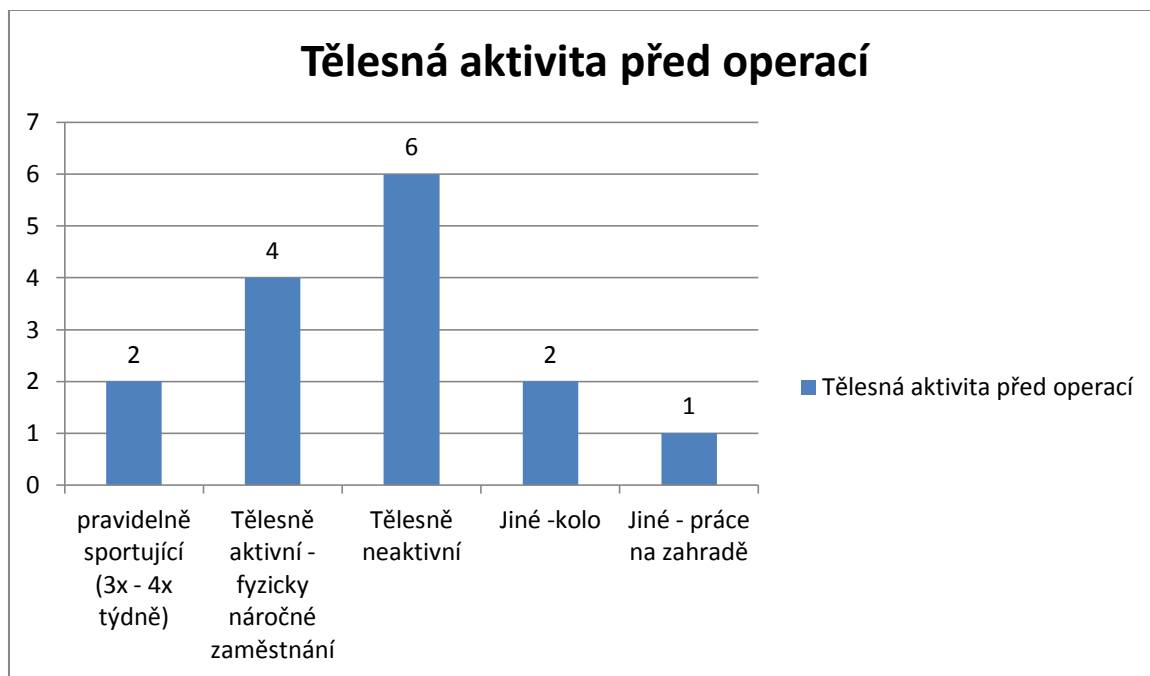
Při rozdělení výsledků testu na muže a ženy ve srovnání s normou nám z výsledků testu vychází, že ženy se nejvíce přiblížili k normě v oblasti práce a zaměstnání a v oblasti vlastní osoby. Nadprůměrně hodnotí ženy oblasti volný čas, finance, přátele a vztah k vlastním dětem. Naopak, hluboko pod průměrem jsou výsledky u pacientek v oblasti manželství a partnerství a v oblasti sexuality. U mužů sledujeme podobné výsledky jako u normy v oblasti financí, vztah k vlastním dětem, sexualita a v oblasti přátel, známí a příbuzní (Obrázek 5).



Obrázek 5. Životní spokojenost u mužů a žen před operací ve srovnání s normou



Tělesnou aktivitu před operací uvedli pacienti v dotazníku životní spokojenosti takto: 2 pacienti pravidelně sportují, 4 jsou tělesně aktivní, 6 pacientů je tělesně inaktivních, 2 jezdí na kole a jeden uvádí, že pravidelně pracuje na zahradě (Obrázek 6).



Obrázek 6. Pohybová aktivita u pacientů před operací

## 5.2 Pacienti po operaci

Dotazník životní spokojenosti byl vyplněn  $n = 17$  pacienty, kteří byli zařazeni na čekací listinu pro totální náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu, a z celkového počtu bylo 5 mužů a 12 žen. Nejmladším respondentem byla žena ve věku 58 let, nejstarším byl muž ve věku 80 let. Průměrný věk respondentů byl 67, 41 let. V tabulce 3. jsou zaznamenány všechny výsledky výzkumu. Nejvyšších průměrných hodnot dosahovala skupina otázek vztah k vlastním dětem (42,93), dále skupina otázek manželství a partnerství (41,25) a bydlení (41,23). Nejnižších hodnot dosahovaly tyto skupiny otázek – práce a zaměstnání (34,77), sexualita (32,83) a finance (34,43) (Obrázek 7).



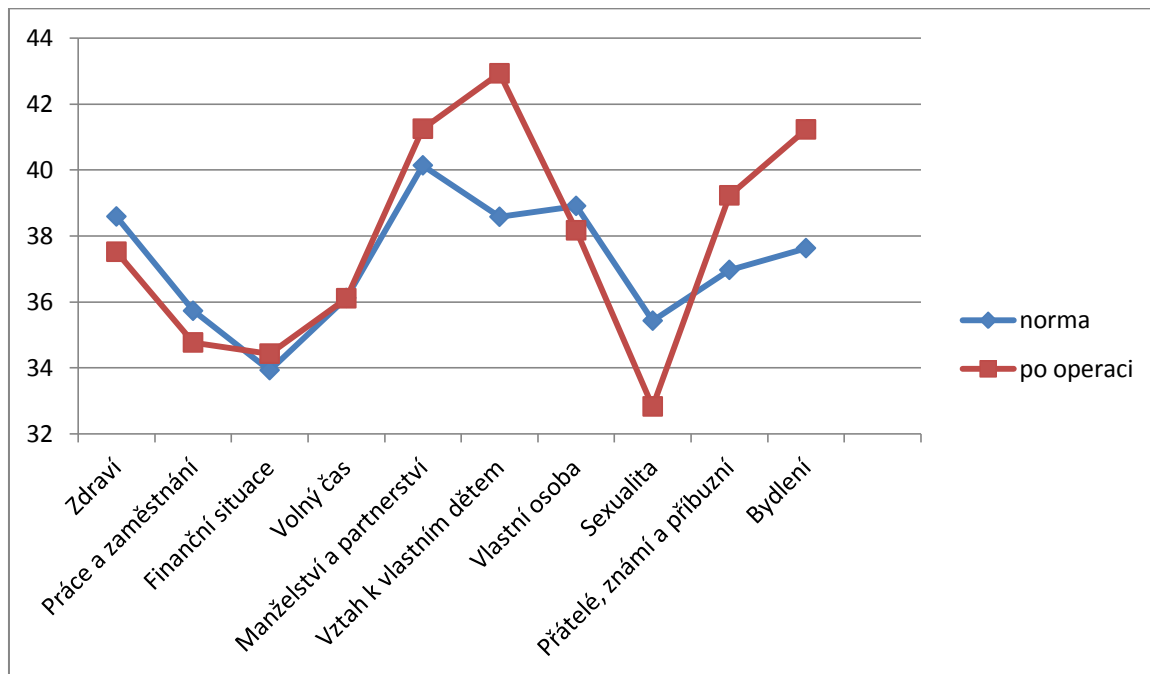
Obrázek 7. Zastoupení mužů a žen ve výzkumu po operaci

Tabulka 3. Souhrnné výsledky dotazníku životní spokojenosti po operaci

	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Zdraví</b>	37,52	7,05	22	49
<b>Práce a zaměstnání</b>	34,77	11,95	6	45
<b>Finanční situace</b>	34,43	6,12	24	44
<b>Volný čas</b>	36,11	8,28	19	49
<b>Manželství a partnerství</b>	41,25	5,63	32	49
<b>Vztah k vlastním dětem</b>	42,93	3,17	38	49
<b>Vlastní osoba</b>	38,17	4,57	32	47
<b>Sexualita</b>	32,83	11,41	14	47
<b>Přátelé, známí a příbuzní</b>	39,23	7,71	24	49
<b>Bydlení</b>	41,23	5,07	31	49
<b>Suma</b>	<b>236,29</b>	<b>39,58</b>	<b>178</b>	<b>312</b>

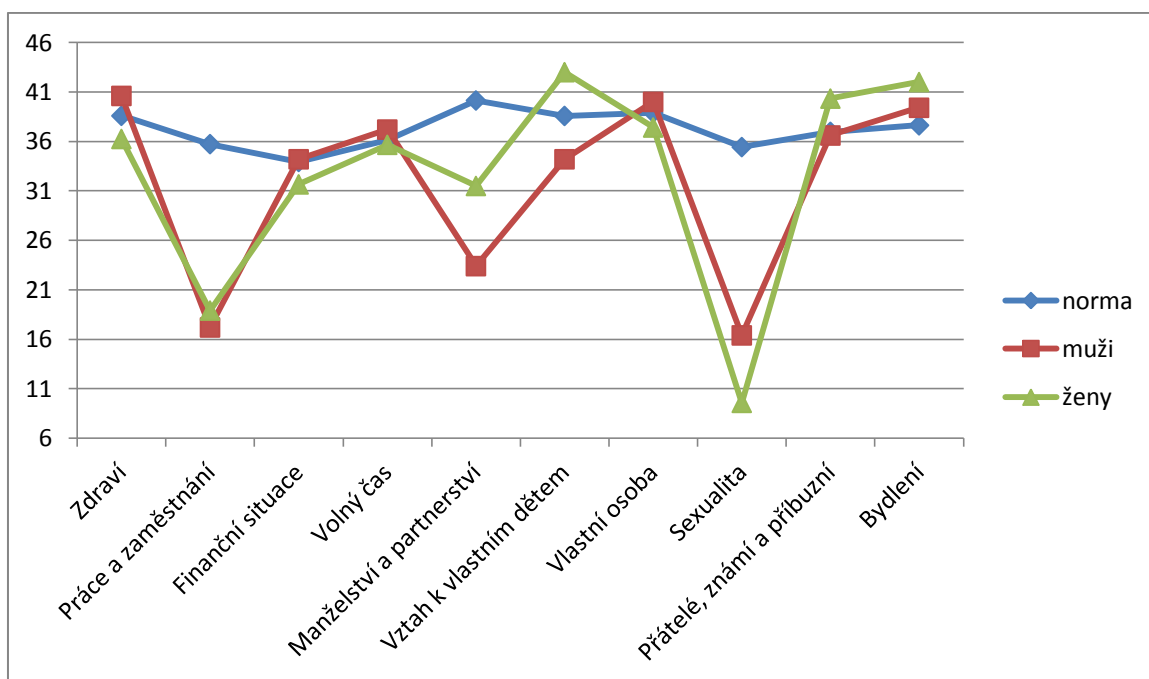
Vysvětlivky: M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Pokud bychom porovnali normu testu s naměřenými hodnotami, vyšlo nám, že nejvíce se k normě přiblížíme v oblasti zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství a vlastní osoba. Nadprůměrně jsou hodnoceny oblasti vztah k vlastním dětem, známí a příbuzní a bydlení. Podprůměrně hodnocena byla oblast sexuality (Obrázek 8).



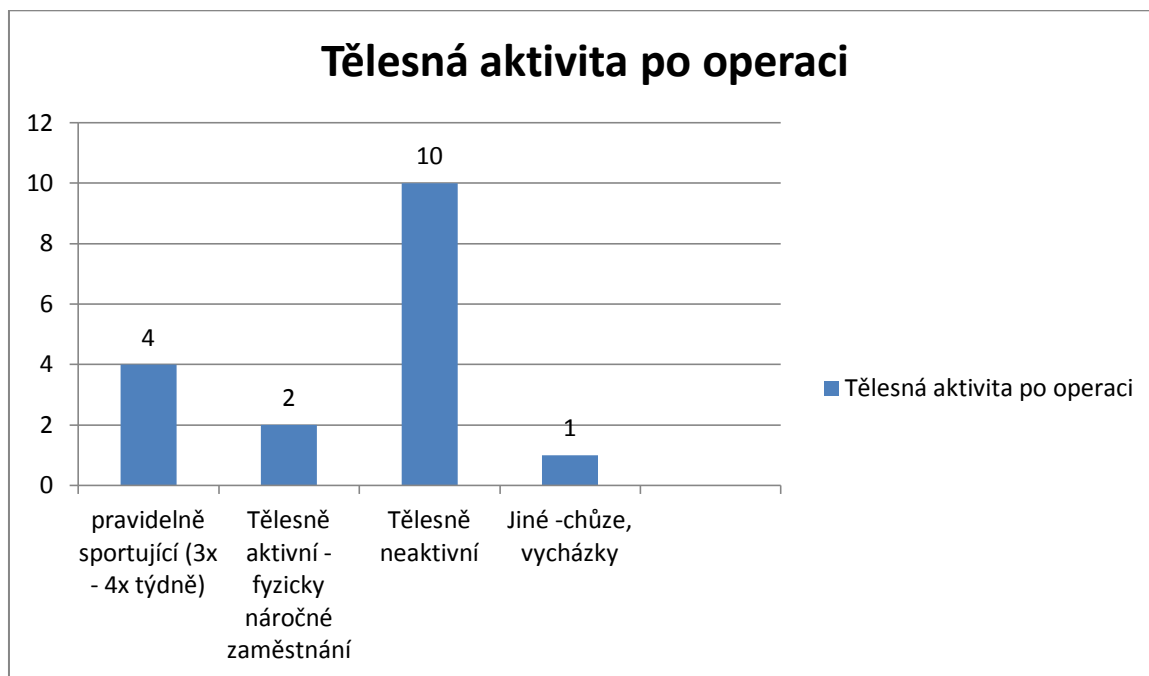
Obrázek 8. Životní spokojenost u pacientů po operaci ve srovnání s normou

Při rozdělení výsledků testu na muže a ženy ve srovnání s normou nám z výsledků testu vychází, že jak muži, tak ženy se nejvíce oddálili od normy v oblasti práce a zaměstnání, manželství a partnerství a v oblasti sexuality. Nejvíce se ženy přiblížili k normě v oblasti zdraví a vztah k vlastním dětem. Nad normu hodnotily ženy oblast přátel a známí a bydlení, pod normou jsou jak muži, tak ženy v oblasti práce a zaměstnání, manželství a partnerství a sexualita. Muži se nejvíce přiblížili k normě v oblasti finanční situace a volný čas. Nad normu hodnotili muži oblasti zdraví, vlastní osobu a bydlení (Obrázek 9).



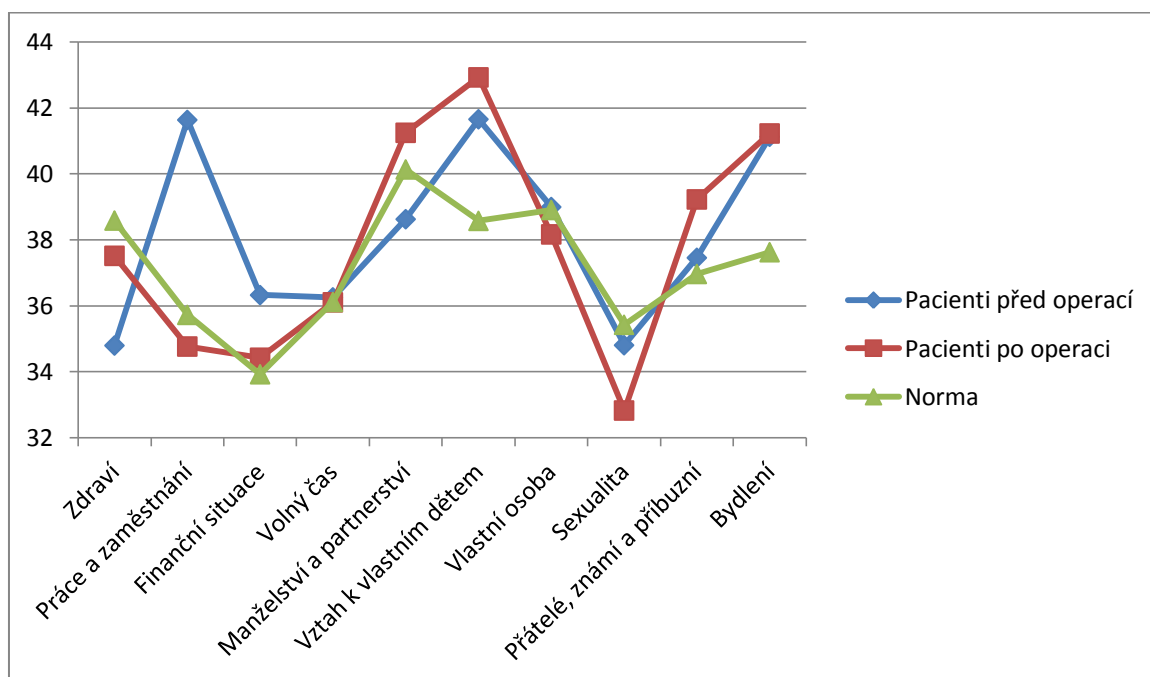
Obrázek 9. Životní spokojenost u mužů a žen po operaci ve srovnání s normou

U tělesné aktivity po operaci jsme v našem dotazníkovém šetření zjistili, že pouze 4 pacienti mají pravidelnou pohybovou aktivitu a 2 pacienti jsou tělesně aktivní a mají náročné zaměstnání. 10 pacientů nemá tělesnou aktivitu vůbec a 1 respondent uvedl, že se rád prochází (Obrázek 10).



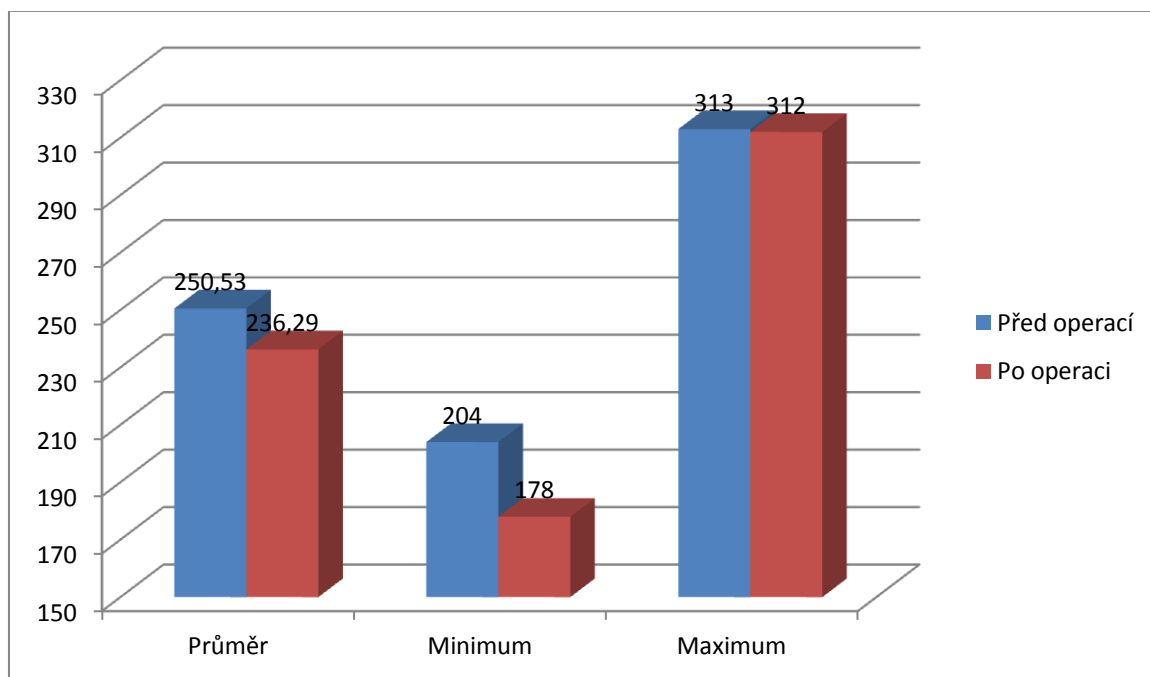
Obrázek 10. Pohybová aktivita u pacientů po operaci

Obrázek 11. nám znázorňuje, jak se moc se liší data u pacientů před a po operaci s normou v jednotlivých skupinách otázek. U skupiny pacientů před operací jsme nad normou u skupiny otázek týkajících se práce a zaměstnání, finanční situace, vztah k dětem, sexualita a bydlení. U pacientů po operaci jsme nad normou v oblasti otázek manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, přátele a bydlení.



Obrázek 11. Životní spokojenost u pacientů před a po operaci v porovnání s normou

Pokud bychom se zaměřili na součet průměrných hodnot, vyjde nám, že pacienti před operací vnímají vyšší životní spokojenost než skupina pacientů po operaci (Obrázek 12).



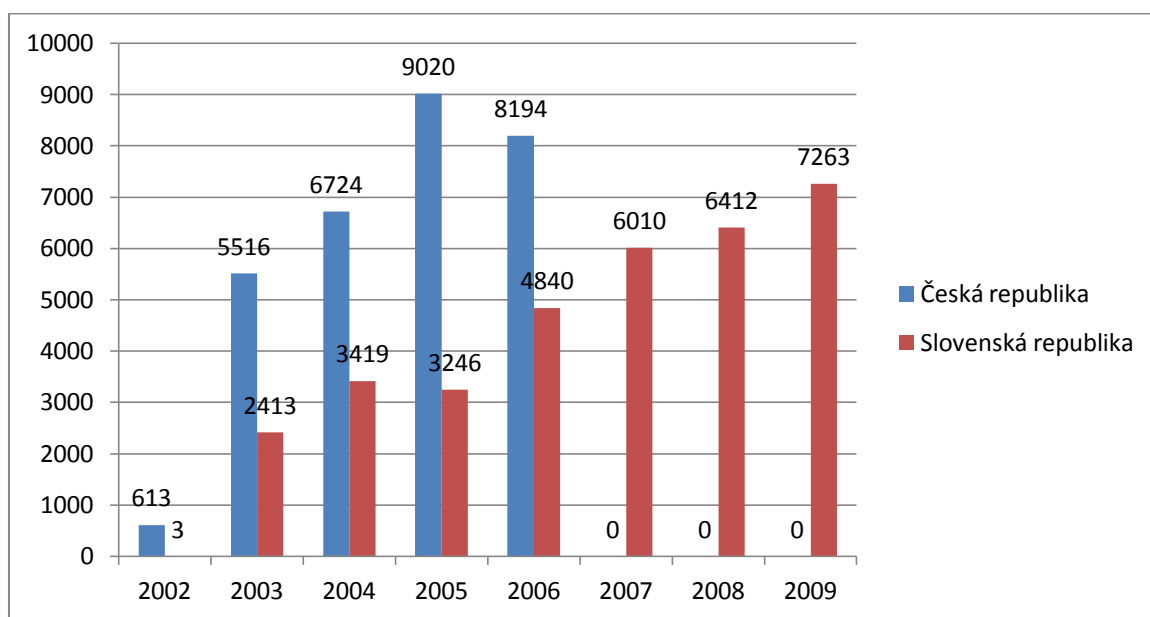
Obrázek 12. Porovnání spokojenosti před operací a po operaci, minima, maxima



## 6 DISKUZE

Léčba dlouhodobé bolestivosti kloubů byla odborníky – ortopedy byla dlouhá léta opomíjena. Bylo to způsobeno zejména faktem, že lékaři neměli dostatečnou možnost léčit. V období komunismu byly analgetika a antirevmatika, typu brufen, jen podpultovým zbožím a léky běžně dostupné byly za pár měsíců pro pacienta již neúčinné. Pád totalitního režimu, příchod farmaceutických firem do České republiky, znamenal nebývalý nárůst možností, jak léčit pacienty s osteoartrózou. Zejména se jednalo o zkvalitnění analgetické léčby a příchod nových technologií pro lékařskou společnost.

Dostupnost technologií umožňuje lékaři - ortopedovi dnes nabídnout pacientovi, který trpí silnými bolestmi kloubů, jako je zejména kyčelní a kolenní kloub, po vyčerpání všech možností konzervativní léčby operativní řešení jeho potíží. Jak jsem již zmínil, nejčastěji trpí lidská populace silnými bolestmi a omezením pohybu v oblasti kyčelního a kolenního kloubu. Dnes již zcela běžně lékaři nahrazují i kloub ramenní, kloub hlezenní, dále může lékař - ortoped nahradit kloubu palce, zápěstí ale i hlavičku rádia. Počty operací náhrad kloubů roste již od roku 2002, kdy se odoperovalo v České republice pouhých 613 totálních náhrad a v roce 2006 to bylo již 8194 kusů náhrad (NRKN, 2015). Tento jev je možno sledovat i na území Slovenské republiky, kde počty operací každoročně rostou již od roku 2003 (Obrázek 13).



Obrázek 13. Počty operací náhrad kloubů v České a Slovenské republice

Výsledkem operativního řešení osteoartrózy je kloub zcela nový, funkční. Pacientům se dostává nejvyšší možné kvalitní pooperační rehabilitace, aby se mohl vrátit co nejrychleji do běžného života. Nejdůležitějším faktorem je snížení množství analgetik a antirevmatik – eliminace bolestivých stavů a navrácení rozsahu pohybu v operovaném kloubu.

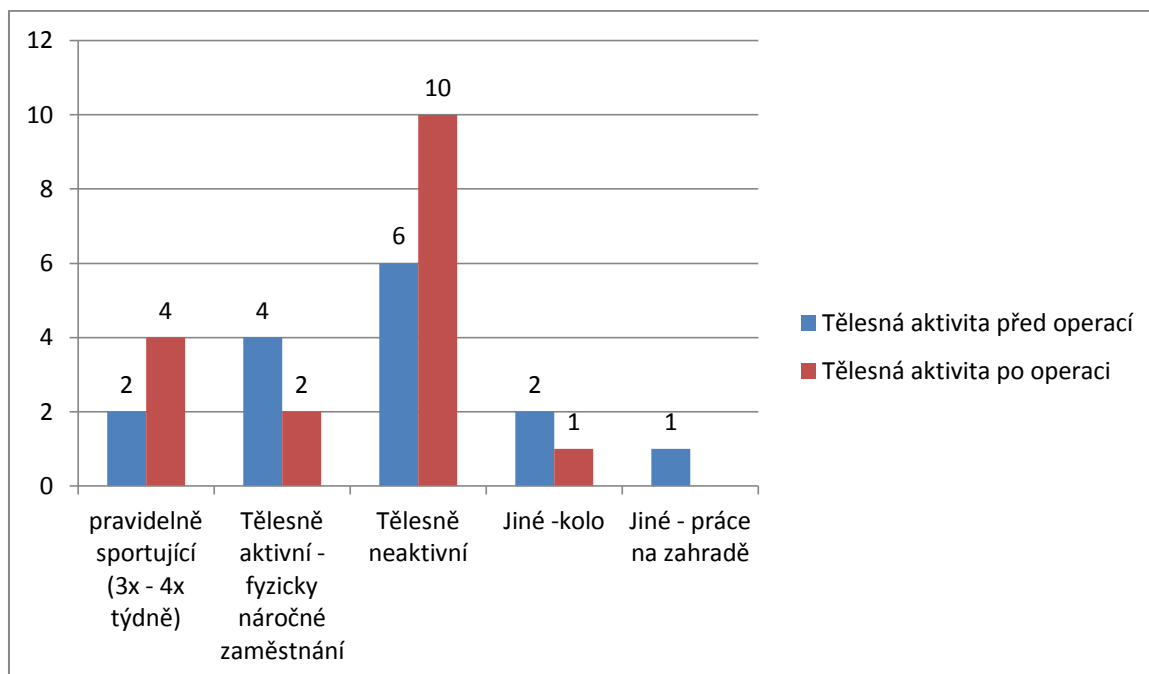
Pro sběr dat jsme záměrně zvolili dvě skupiny pacientů. Jedna skupina respondentů byla zvolena při indikaci k operaci, pacient trpí bolestmi a omezením pohybu v kloubu. V dnešní době je průměrná čekací doba v řádu měsíců. Druhá skupina respondentů byla zvolena až šest měsíců od operace a to proto, aby naše data nebyly ovlivněny stále probíhající rehabilitační léčbou. Pacienti jsou již zcela bez bolestí a mají plný rozsah pohybu v operovaném kloubu.

Pokud bychom porovnali průměrné výsledky pacientů před a po operaci s normou, vychází mi, že nejvíce normě se přiblížili paradoxně pacienti před operací. Tento fakt může být způsoben jednak tím, že pacient je plný očekávání a těší se, jak bude po operaci mít život bez analgetik a jak se bude moci zase vrátit do běžného života bez bolesti. Druhým argumentem, proč paradoxně klesla životní spokojenost u pacientů po totální náhradě kloubu je krátkým časovým odstup od operace. Pacient není schopen realisticky zhodnotit svou životní spokojenost. Na druhou stranu je výsledek ovlivněn malým počtem respondentů ( $n = 17$ ), což je způsobeno malou ochotou ortopedických pracovišť spolupracovat na výzkumu. Pouze FN Olomouc - ortopedická klinika, vedená prof. Jiřím Gallem, projevila zájem se na výzkumu podílet, za což bych jim chtěl tímto velmi poděkovat.

Pokud se zaměříme na data z obrázku 8. je na první pohled zřejmé, že u pacientů po operaci ve srovnání s normou moc rozdílů nenalezneme. Jen v oblasti vztah k vlastním dětem, přátelé a známí a bydlení jsme pod normou. Při detailnějším rozboru dat na muže a ženy (obrázek 9.) nám vychází, že nejvíce se obě skupiny přiblížili normě v oblastech zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, přátelé a bydlení. Dovolím si proto tvrdit, že pacienti po operaci náhrady kloubu vnímají tyto oblasti jako nezměněné pro svůj momentální život, jsou s těmito oblastmi svého života spokojeni a nemají pocit ohrožení. Naproti tomu velmi nadprůměrně a citlivě vnímají ženy období po operaci oblast vztah k vlastním dětem, což může být způsobeno určitou závislostí na rodinných příslušnících v pooperační rehabilitaci.

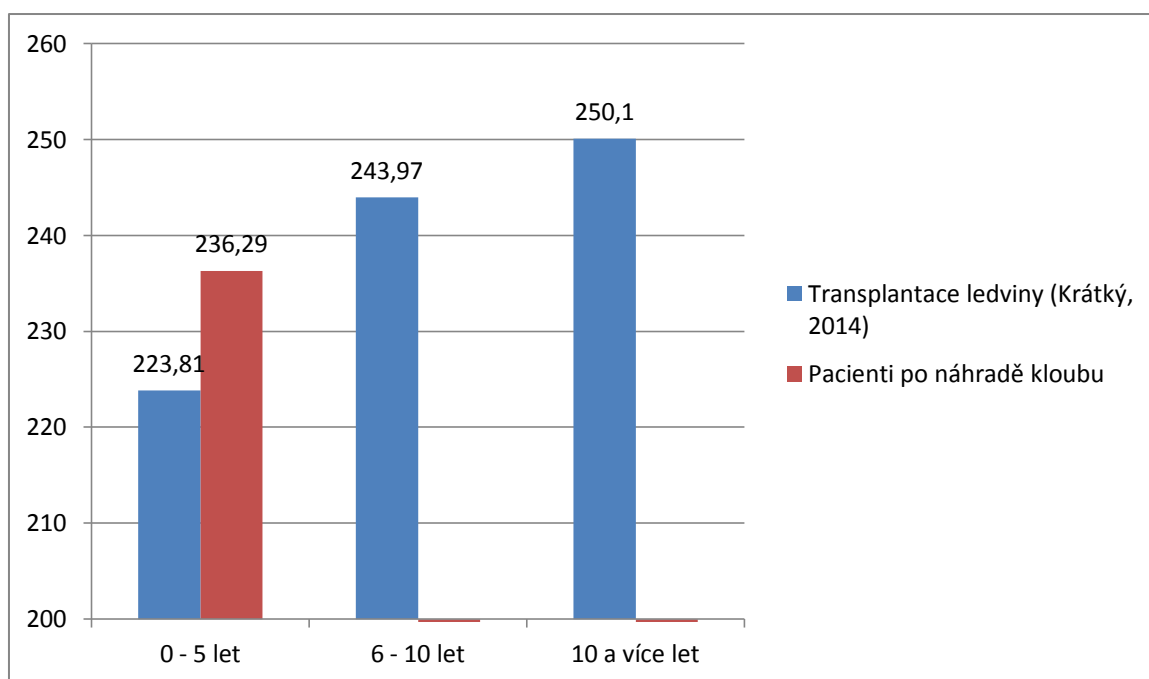
Podprůměrně jsou hodnoceny v pooperační rekonvalescenci u obou pohlaví oblast práce a zaměstnání, manželství a partnerství a sexualita. Tento fakt může být způsoben jednak tím, že pacienti v tomto souboru mají průměrný věk 67,41 let, nejmladšímu bylo 58 let, nejstaršímu respondentovi bylo 80 let. Většina respondentů (n = 9) byla již v důchodu a žili sami. Dalším faktorem je, že pokud měl pacient zaměstnání před operací, mohou se mu honit v hlavě nejrůznější myšlenky - bude ji mít i po operaci? Budu schopen pracovat?. Třetí negativně vnímanou oblastí pacienty je ta, že se po operaci necítí být připraven na intimitu se svým partnerem. Za vším může být stydlivost nebo nepřítomnost partnera, jelikož velké procento respondentů uvádělo v dotazníku životní spokojenosti, že jsou vdovy nebo vdovci.

Srovnáme – li pohybovou aktivitu u pacientů před a po operaci, byť na malém vzorku respondentů, zjistíme jeden nepříjemný fakt, že pacienti po operaci snížili svou pohybovou aktivitu. Výsledek může je zkreslen o fakt, že se nejedná o stejné respondenty, tutíž není možné zcela jednoznačně se vyjádřit, že respondenti přestali být po operaci pohybově aktivní. Pohyb je v pooperační léčbě totiž velmi důležitý. Jedná se především o udržení svalové síly, rozsahu pohybu v kloubech a také jde o udržení správné tělesné hmotnosti. Každá protéza je vyráběna a zkoušena na určitou tělesnou hmotnost. Pokud by došlo ke skokovému nárůstu hmotnosti u pacienta, je zcela jednoznačně prokázáno, že protéza se dříve opotřebuje a zničí. Pacient by musel následně absolvovat výměnu protézy, označované jako revizní, která je samozřejmě výrazně dražší a opět by absolvoval celou rekonvalescenci (Obrázek 14).



Obrázek 14. Srovnání pohybové aktivity u pacientů před operací a po operaci

Srovnáme - li výzkum můj a výzkum Krátkého (2014), který provedl dotazníkové šetření u pacientů po transplantaci ledviny, dospěl jsem k dvěma faktům. Soubory se zcela lišily v počtu respondentů (můj soubor  $n = 17$ , Krátký  $n = 102$ ). V diplomové práci Krátký (2014) dále uvádí data po transplantaci ledviny ve třech obdobích po operaci, rozmezí 0 – 5 let, 6 – 10 let a 10 a více let. Skupina pacientů po transplantaci ledviny ve srovnatelném pooperačním období, v rozmezí let 0 - 5 let, vykazuje ještě nižší spokojenost (223,81) než soubor můj (236,29). Celková suma životní spokojenosti v dotazníku Krátkého (2014) se u pacientů zvyšuje s rostoucím počtem let od operace. Je docela možné, že kdybych provedl dotazníkové šetření v několika intervalech od operace, docházelo by k růstu spokojenosti pacientů s jejich životním stylem (Obrázek 15).



Obrázek 15. Srovnání životní spokojenosti v pooperačním období

Tyto rozdílné výsledky mohou a jsou způsobeny rozdílným typem onemocnění. Myslím si, že pacienti po transplantaci mohou mít zcela jiné starosti, než pacient po totální náhradě kloubu. Jedná se zejména o fakt, že pacient před transplantací čeká několik měsíců někdy i let na vhodného dárce, následně ho čeká poměrně složitá operace a v neposlední řadě i poslední článek této poměrně složité mozaiky a to ten, jestli se transplantovaná ledvina v těle pacienta uchytí. U mého souboru se pacient soustředí jen na pooperační bolest a rehabilitaci v operovaném kloubu. Umělý kloub se jistě uchytí, není důvod selhání implantovaného kloubu, a bolestivost při kontinuální aplikaci analgetik pacient vnímá jen velmi částečně.

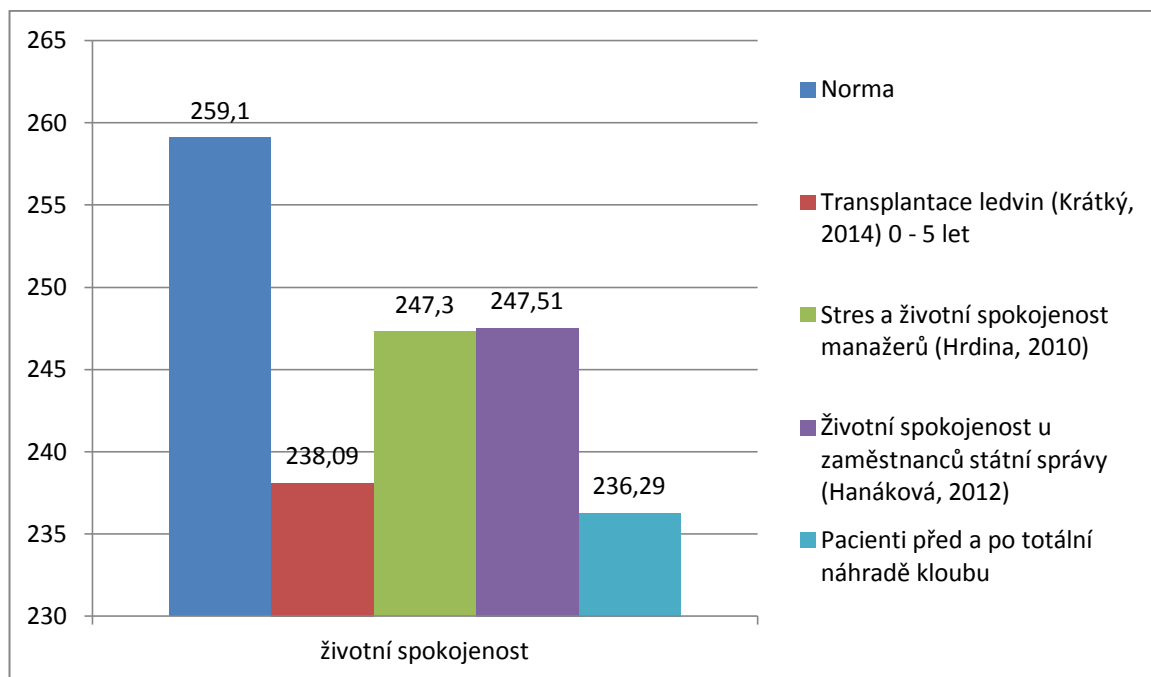
Skupina pacientů po transplantaci ledviny vykazuje nejvyšší životní spokojenost v oblasti partnerství a nejnižší v oblasti financí. Pacienti po totální náhradě kloubu vykazují nejvyšší spokojenost v oblasti zdraví, naopak nejnižší spokojenost je v oblasti sexuality. Proč se takto pacienti vyjádřili k těmto oblastem? Pacienti po transplantaci ledviny jsou dlouhé měsíce odkázáni na pomoc druhých, často navštěvují dialyzační střediska a nejhorší je ten nekonečný čas, kdy čekají na vhodného dárce. Důležitá je pomoc a podpora nejbližších, protože nemocný se bez ní neobejde. Z dotazníku jasně vyplývá, jak si nemocný váží této pomoci.

Naproti tomu pacient, po totální náhradě kloubu, se již několik dní po odeznění pooperační bolestivosti je schopen hýbat a může začít rehabilitační proces, který vede k návratu do běžného života. Z odpovědí nám vyplývá, že pacienti jsou spokojeni a většinou, i vzhledem k věku pacientů, je netrápí jiné vážné onemocnění.

Obavy, co s námi bude po operaci má každý, kdo již absolvoval nějaký operační zákrok. Nejde o nic, co by se nějakým způsobem vybočovalo z oné pomyslné linie. Jen ty obavy má každý trochu jiné. Kolega Krátký (2014) udává ve své studii, že nejnižší spokojenost u pacientů po transplantaci má v oblasti financí. Abych byl upřímný, tak se jim ani nedivím. Onemocnění ledvin je takové, že může postihnout téměř kohokoliv. Autor studie udává, že nejmladšímu člověku, co absolvoval transplantaci ledviny, bylo teprve 22 let. V mé studii bylo nejmladšímu účastníkovi šetření 58 let. Je tedy jasné, že životní priority má každá věková skupina posunuty trochu jiným směrem. Jde mi zejména o to, že takto mladý člověk si určitě uvědomuje a sám sebe se ptá, jestli bude moci žít normální produktivní život. Odpovědi na všechny otázky, které má každý účastník jakékoliv studie, se samozřejmě objasní v průběhu další rehabilitace a začleňování člověka do běžného života.

Oblast sexuality v dotazníku životní spokojenosti je vnímána pacienty velmi podprůměrně, navíc ženy vykazovaly ve studii ještě nižší spokojenost (9, 58), než byla spokojenost udávána ve skupině mužů (16, 4). Tyto čísla bych žádným způsobem nepřeceňoval a to zejména proto, že většina probandů ve studii vykazovala informaci, že jsou v důchodu a žijí sami. Celkem jsem zaznamenal těchto odpovědí devět.

Porovnáme – li výsledky s jinými studii, které se zaměřují na jinou cílovou skupinu, než jsou pacienti po různorodém operačním zákroku. Hrdina (2010) se zaměřil na stres, kterému jsou vystaveni zejména manažeři velký firem. Naproti tomu Hanáková (2012) se zaměřila na stres u zaměstnanců státní správy. Při pohledu na obrázek 16. je nám jasné, že k normě se v dotazníku životní spokojenosti nepřiblížila ani jedna studie. Navíc výsledky u Hrdiny (2010) a Hanákové (2012) jsou téměř shodné. Nicméně i tak tyto studie vykazují vyšší míru spokojenosti, než studie po operaci totální náhrady kloubu nebo pacienti po transplantaci ledviny. U Hrdiny (2010) vykazovali nejvyšší spokojenost v dotazníku životní spokojenosti s prací a zaměstnáním (40, 35), nejnižší vztah k vlastním dětem (24, 1). Hanáková (2012) uvádí nejvyšších hodnoty v oblasti vztahy k vlastním dětem (40, 37) a nejnižší spokojenost vyjádřili státní zaměstnanci se svou finanční situací (30, 59) (Obrázek 16).



Obrázek 16. Porovnání životní spokojenosti s jiných studiemi

## 7 ZÁVĚR

Otázkou životního stylu se dnes zabývá stále více odborníků. Kladou si otázky, na které není lehké zcela jasně a spolehlivě odpovědět. Mezi nejčastější patří jak zdravěji žít, kolik sníst denně cukrů, tuků a bílkovin, kolik je přiměřená pohybová aktivita, o jaké intenzitě a jak dlouho. Žijeme bohužel v době, kdy se řada názorů prezentuje na světových fórech a za několik let se tyto teorie ukazují jako zcela milné a přijde se s novou teorií, což se velmi často týká i životního stylu populace.

Životní styl populace, pokud bych ho shrnul do několika vět, je zcela nevyhovující. Mám na mysli pro dnešní dobu typické nešvary společnosti jako je kouření, nadměrná konzumace alkoholu, drogy, přejídání se a absolutní nedostatek pohybu. Všechny tyto zlozvyky způsobují zkrácení doby života a vyšší náklady společnosti na léčbu, což se projeví už během několika let, kdy nebude dostatek peněz na léčbu nejrůznějších onemocnění a celý zdravotní a sociální systém se zhroutí, bez ohledu na to, že zdravotnictví je v naší zemi uzákoněno jako bezplatné.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit životní spokojenost u pacientů před operací totální náhrady kyčelního nebo kolenního kloubu. Druhá skupina respondentů byla 6 měsíců po operaci totální náhrady kyčelního nebo kolenního kloubu. Celkem se mi podařilo získat odpovědi od 32 respondentů, z toho bylo 15 před operací (8 mužů a 7 žen) a 17 respondentů po operaci (5 mužů a 12 žen). Před operací byl věkový průměr 63, 46 let a po náhradě kloubu byl průměrný věk 67, 41 let.

Z výsledků šetření vyplývá, že vyšší životní spokojenost vykazují pacienti indikovaní k náhradě kloubu než pacienti po náhradě kloubu. Aby byl výzkum přínosnější pro ortopedickou společnost, bylo by potřeba zvýšit počet vyplněných dotazníků před a po náhradě kloubu, v ideálním případě sledovat pacienta už od indikace k operaci až po úplnou rehabilitaci a třeba i s odstupem několika let.



S rozvojem cestovního ruchu, dostupností dopravy i na vzdálená místa a neúnavným aktivitám Světové zdravotnické organizace se o životním stylu mluví jak na odborných fórech, tak píše na internetu a v novinách a je předmětem zájmu podnikatelských subjektů na celém světě. Během několika let se stane pojem zdravý životní styl oním pomyslným synonymem pro člověka, který se chová zodpovědně vůči společnosti a bude dán za příklad, jak se má správně žít.

Je důležité, aby se každý z nás nad sebou zamyslel, jakou cestou se vydá. Jednou z možností je kouřit, nadměrně konzumovat alkoholické nápoje, stravovat se ve fast foodu, navštěvovat ve volném čase nákupní centra a zbytek času trávit u počítače na sociálních sítích. Druhou možností je začít se zdravě stravovat, mít dostatečné množství pohybových aktivit a tyto návyky přenést na své potomky. Každý rodič má několik důležitých posláních ve svém životě a jedna z nich je, že relaxace v přírodě a pohyb jsou radostí. Není důležité mít každý víkend plný pohybových aktivit, ale je potřeba našim potomkům dát najevo, jak je důležité mít pravidelnou pohybovou aktivitu. Jít se někam odreagovat, zabavit nebo jen tak projít do přírody, jako kompenzace negativních vlivů ze školy a zaměstnání.

Jak vnímáme život nebo jeho kvality je podle mého šetření zcela individuální a bude rozdílné jak u pacientů před operací, tak po operaci. Z výsledků výzkumu vyplývá, že obě skupiny nevnímají kvalitu života stejně, jako jsou normativní výsledky. Anomálií je i fakt, že skupina pacientů před operací vnímá svoji životní spokojenost jako vyšší než pacienti po operaci. Vysvětlením může být i fakt, jestli se dotazníkové šetření neprovádělo příliš brzo po operaci.

Nicméně i tak je možné na obou soborech pacientů sledovat některá zajímavá fakta. Pokud není člověk zcela zdravý, klesají hodnoty v dotazníku životní spokojenosti pod normu a to zejména v oblastech, které nejsou v danou dobu pro člověka zcela zásadní, jako je sexualita. Pouze některé oblasti lidského života si udržují i v období nemoci podobné výsledky s normou, nebo je převyšují. Jedná se o oblasti práce a zaměstnání, vztah k dětem a bydlení. Myslím, že jsou to ony pomyslné opěrné body, tedy důležité oblasti našich životů. Je ale faktem, že tuto skutečnost si každý uvědomí až v okamžiku, kdy je nemocný a potřebuje pomoc.

## 9 SUMMARY

Due to the development of tourism, transport and access to remote locations and the tireless activities of the World Health Organization on lifestyle, professional forums, the internet and newspaper speak and write more about this topic. It also has become a focus of business around the world. Within a few years, the concept of a healthy lifestyle will be an imaginary synonym for a person who acts responsibly towards society and give us an example of how one should live.

It is important that each of us thought of him which path to take. One option is to smoke, drink alcohol excessively, and eat fast food, in our free time visit shopping centres and the rest of the time to spend at the computer on social networks. The second option is to start having a healthy lifestyle, have an adequate amount of physical activities and to pass these habits on to their offspring. Every parent has several important roles in life and one of them is to spend time relaxing in the nature and enjoying movement. It is not important to have every weekend full of physical activity, but it is necessary for our descendants to show how important it is to have regular physical activity. Go somewhere to relax, have fun or just go for a walk into the countryside, as compensation for the negative effects of school and work.

How we perceive life and its quality according to my research will vary in patients preoperatively and postoperatively. My research results show that both groups perceive the quality of life in a different way than the expected norms. The anomalies lie even in the fact that the group of patients before the surgery perceive their life satisfaction as higher than patients after the surgery. This may be explained by the fact that maybe the survey was carried out too soon after the surgery.

Nevertheless, it is possible to see some interesting facts in both groups of patients. If a person is not completely healthy, we can see a lower than normal value in the life satisfaction section of the questionnaire, especially in areas that are not in a given period essential for people, such as sexuality. Only some of these areas of human life are maintained during the period of illness with similar results with the standard or even higher. These are in the areas of work, employment, relationship with children and housing. I think that they are imaginary concepts and therefore important areas of our lives and that everyone only realizes it only when they are ill and need help.

Alam, MM., Das, BP. & Hashan, A. (2014). Bilateral total hip replacement in steroid induced avn in a young patient. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 13(2), 205–208.

Buriánek, J. (1996). *Sociologie*. Praha: Fortuna.

Busija, L., Bridgett, L. & Williams, S. R. (2010). Osteoarthritis. *Best practice and research*, 24(6), 757–768.

Čadilová, O. (2010). Patologické hráčství. Retrieved 20. 9. 2014 from World Wide Web: [http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Patologick%C3%A9\\_hr%C3%A1%C4%8Dstv%C3%AD.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Patologick%C3%A9_hr%C3%A1%C4%8Dstv%C3%AD.pdf)

Čevela, R., Čeledová, L. & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.

Čihovský, J. (2006). *Sociologický výzkum [učební texty]*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury.

Dan, D., Germann, D., Burki, H., Hausner, P., Kappeler, U., Meyer, RP. et al. (2006). Bone loss after total hip arthroplasty. *Rheumatol Int.*, 26, 792–798.

DeClaire, JH., Savich, TT., Montgomery, BSAL. & Warritay, OK. (2014). Significant weight loss may delay or eliminace the need for total knee replacement. *International journal of preventive medicine*, 5(5), 648–652.

Duffková, J. (2005). “Životní způsob/styl a jeho variantnost”. In.: *Aktuální problémy životního stylu*. Sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce sociologie kultury a volného času. Praha: Masarykova česká sociologická společnost při AV ČR - Univerzita Karlova v Praze.

Duffková, J., Urban, L. & Dubský, J. (2007). *Sociologie životního stylu*. Praha: Policejní akademie České republiky.

Duffková, J., Urban, L. & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství A. Čeněk.

Dungl et al. (2005). *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing.

- Filipcová, B & Filipec, J. (1972). *Různoběžky života*. Praha: Svoboda.
- Flemer, L. et al. (2009). *Prostorové podmínky pro podporu aktivního životního stylu současné populace*. Praha. Karolinum.
- Gallo, J. et al. (2011). *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult. Olomouc*. Univerzita Palackého.
- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Grexa, J. & Strachová, M. (2011). *Dějiny sportu*. Brno: Masarykova univerzita.
- Hanáková, A. (2012). *Analýza faktorů životní spokojenosti a strategie zvládnání stresu u zaměstnanců státní správy*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Olomouc.
- Hodaň, B. (2000). *Tělesná kultura – socio - kulturní fenomén: východiska a vztahy*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hodaň, B. & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie (2nd ed.)*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hrdina, I. (2010). *Stres a životní spokojenost manažerů*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Olomouc.
- Jandourek, J. (2007). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Joukl, M. & Vlášková, L. (2013). *Škola za oponou (2nd ed.)* Retrieved 23. 9. 2014 from World Wide Web: [http://www.benepal.cz/files/project\\_3\\_file/Sekty-aktualizovana-publikace.pdf](http://www.benepal.cz/files/project_3_file/Sekty-aktualizovana-publikace.pdf)
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kačinetzová, A. (2003). *Bolesti kyčelních kloubů I*. Praha. Triton.
- Kernová, V. (2010). *Co je podpora a ochrana zdraví*. Retrieved 13. 9. 2014 from World Wide Web: [http://search.seznam.cz/?sourceid=quicksearch\\_22668&q=zdrav%C3%AD+definice+WHO&ei=UTF-8&clid=22668&sourceid=quicksearch\\_22668](http://search.seznam.cz/?sourceid=quicksearch_22668&q=zdrav%C3%AD+definice+WHO&ei=UTF-8&clid=22668&sourceid=quicksearch_22668)

- Klimesšová, I. & Stelzer, J. (2013). *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kolář, M. (2011). *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha. Portál.
- Kordač, V. et al. (1991). *Vnitřní lékařství I., II., III*. Praha: Avicenum.
- Kossl, J., Štumbauer, J. & Waic, M. (2006). *Vybrané kapitoly z dějin tělesné kultury*. Praha. Karolinum.
- Koudela, K. (2004). *Ortopedie. Praha*. Karolinum.
- Kubát, R. (1975). *Ortopedie (2nd ed)*. Praha. Avicenum.
- Kubát, R. (1982). *Ortopedie dětského věku*. Praha. Avicenum.
- Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
- Kunová, V. (2004). *Zdravá výživa*. Praha: Grada.
- Kurtz, S., Ong, K., Lau, E., Mowat, F., Halpern, M. (2007). Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J. Bone Joint Surg. Am.*, 89, 780–785.
- Kraus, B. et al (2001). *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: PAIDO.
- Krátký, K. (2014). *Kvalita života a pohybová aktivita v rámci sekundární prevence u pacientů po transplantaci ledviny*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
- Luo, ZP. & Dai, M. (2005) The research on the influence of total hip prosthesis design and installation on joint movement. *Orthop J China*, 13, 778–781.
- Mahomed, NN., Barrett, JA., Katz, JN. et al. (2003). Rates and outcomes of primary and revision total hip replacement in the United States medicare population. *J. Bone Joint Surg. Am.*, 85, 27–32.

- Machová, J., Kubátová, D. et al. (2009). *Výchova ke zdraví*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
- Mantilla, CB., Horlocker, TT., Schroeder, DR., Berry, DJ., Brown, DL. (2002). Frequency of myocardial infarction, pulmonary embolism, deep venous thrombosis, and death following primary hip or knee arthroplasty. *Anesthesiology*, 96, 1140–1146.
- Miovský, M. et al. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Mullerová, D. et al. (2009). *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta.
- Mužik, V. & Krejčí, M. (1997). *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc: Hanex.
- NRKN (2015). *NRKN\_2006\_ verejne\_vystupy2*. Retrieved 22. 2. 2015 from World Wide Web: [http://www.ksrzis.cz/dokumenty/nrkn-narodni-registr-kloubnich-nahrad\\_27\\_113\\_1.html](http://www.ksrzis.cz/dokumenty/nrkn-narodni-registr-kloubnich-nahrad_27_113_1.html)
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
- Pelcák, S. (2012). Duševní hygiena. Retrieved 22. 9. 2014 from World Wide Web: [http://www.benepal.cz/files/project\\_2\\_file/DUSEVNI-HYGIENA.PDF](http://www.benepal.cz/files/project_2_file/DUSEVNI-HYGIENA.PDF)
- Rang, M. (2000). *The story of orthopaedics*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Ritter, MA., Albohm, MJ., Keating, EM. Faris, PM. & Meding, JB. (1995). Comparative outcomes of total joint arthroplasty. *J Arthroplasty*, 10, 737–741.
- Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas*. Praha: Karolinum.
- Slepičková, I. (2008). *Sociology of lifestyle*. Praha: Karolinum.
- SAR (2015). *Pracoviská SAR*. Retrieved 13. 2. 2015 from World Wide Web: <http://sar.mfn.sk/pracoviska>
- Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M. & Pokorný, D. (2001). *Základy ortopedie*. Praha. Triton.

Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.

Štastný, J. (2005). *Zdravotnictví a determinanty zdraví*. Retrieved 13. 9. 2014 from World Wide Web: [http://www.recepis.cz/ke\\_stazeni/determinanty.recepis.pdf](http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.recepis.pdf)

Vágnerová, M. & Hadj- Moussová (2003). *Psychologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita.

Vašina, L. (2008). *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno.

Vojtaššák, J. (2000). *Ortopédia (2nd ed)*. Bratislava. Litera Medica.

World Health Organization. (2014). *Cancer*. Retrieved 20. 10. 2014 from World Wide Web: <http://www.who.int/cancer/en/>

World Health Organization. (2014). *Cardiovascular diseases*. Retrieved 20. 10. 2014 from World Wide Web: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases>

World Health Organization. (2014). *Diabetes*. Retrieved 20. 10. 2014 from World Wide Web: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/data-and-statistics>

World Health Organization. (2014). *Obesity and overweight*. Retrieved 20. 10. 2014 from World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Zbiral, D. (2001). *Stručný úvod do problematiky nových náboženských hnutí*. Retrieved 22. 9. 2014 from World Wide Web: <http://www.david-zbiral.cz/NNHuvod.htm>

11 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Kategorie BMI a zdravotní riziko (Mullerová et al., 2009, 126).....	43
Tabulka 2. Souhrnné výsledky dotazníku životní spokojenosti před operací.....	57
Tabulka 3. Souhrnné výsledky dotazníku životní spokojenosti po operaci.....	62



## 12 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Optimalizace životního stylu ve smyslu vnějšího zásahu (Hodaň & Dohnal,2008,101).....	19
Obrázek 2. Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví (Machová, Kubátová et al., 2009, 13).....	24
Obrázek 3. Zastoupení mužů a žen ve výzkumu před operací.....	56
Obrázek 4. Životní spokojenost u pacientů před operací ve srovnání s normou.....	58
Obrázek 5. Životní spokojenost u mužů a žen před operací ve srovnání s normou.....	59
Obrázek 6. Pohybová aktivita u pacientů před operací.....	60
Obrázek 7. Zastoupení mužů a žen ve výzkumu po operaci.....	61
Obrázek 8. Životní spokojenost u pacientů po operaci ve srovnání s normou.....	63
Obrázek 9. Životní spokojenost u mužů a žen po operaci ve srovnání s normou.....	64
Obrázek 10. Pohybová aktivita u pacientů po operaci.....	65
Obrázek 11. Životní spokojenost u pacientů před a po operaci ve srovnání s normou.....	66
Obrázek 12. Porovnání spokojenosti před a po operaci, minima, maxima.....	67
Obrázek 13. Počty operací náhrad kloubů v České a Slovenské republice.....	68
Obrázek 14. Srovnání pohybové aktivity u pacientů před a po operaci.....	71
Obrázek 15. Srovnání životní spokojenosti v pooperačním období.....	72
Obrázek 16. Porovnání životní spokojenosti s jinými studii.....	74