

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2016

Bc. Pavlína Fridrichovská



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra výchovy ke zdraví

Diplomová práce

# **Podpora zdraví pacientů ve zdravotnickém zařízení**

Vypracoval: Bc. Pavlína Fridrichovská  
Vedoucí práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

České Budějovice 2016



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

University of South Bohemia  
Pedagogical faculty  
Department of health education

Diploma thesis

**Promoting the health of patients in the medical  
facility**

Author: Bc. Pavlína Fridrichovská  
Supervisor: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

České Budějovice 2016

**Bibliografická identifikace**

**Název diplomové práce:** Podpora zdraví pacientů ve zdravotnickém zařízení

**Jméno a příjmení autora:** Bc. Pavlína Fridrichovská

**Pracoviště:** Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice

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

**Oponent diplomové práce:**

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2016

**Abstrakt:**

Předložená práce se zabývá výzkumem kvality podpory zdraví a určením hlavních rizikových faktorů ovlivňujících zdraví pacientů. Diplomová práce sestává z teoretické rešerše a praktického výzkumu v Nemocnici Pelhřimov. V teoretické části byly dopodrobna rozebrány determinanty zdraví, doporučena prevence a způsoby podpory zdraví, především s ohledem na zdravý životní styl. Cílem praktické části bylo zjistit informovanost pacientů o podpoře zdraví, zjišťování rizikových faktorů u pacientů, nabízení aktivit podporujících zdraví a následné potvrzení stanovených hypotéz. Výzkum probíhal formou anonymních dotazníků pacientům. Získaná data byla statisticky zpracována standardními metodami a prezentována formou grafů. Na základě získaných výsledků byla vytvořena informačně-edukační brožura zaměřená na rizikové oblasti – kouření, stravování a pohybovou aktivitu.

**Klíčová slova:** podpora zdraví, zdravý životní styl, determinanty zdraví, kouření, pohybová aktivita, zdravá výživa

**Bibliographic identification**

**Title of the thesis:** Promoting the health of patients in the medical facility

**Name of the author:** Bc. Pavlína Fridrichovská

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

**Supervisor:** Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

**Reviewer:**

**Year of the presentation:** 2016

**Annotation:**

The thesis is focused on health promotion quality research and determination of main risk factors affecting the health of patients. The thesis consists of theoretical part and practical research in the Pelhřimov Hospital. In the theoretical part were defined determinants of the health and recommended prevention and health promotion based on healthy lifestyle. The aim of practical part was to determine the awareness of patients about health promotion, identification of risk factors for patients, offering health-promoting activities and subsequent confirmation of established hypotheses. The research was conducted through anonymous questionnaires to the patients. The obtained data were statistically processed by standard methods, and presented in the form of graphs. Information-educational brochure was drawn up according to the results. This brochure is mainly focused on risk areas like smoking, eating and physical activities.

**Keywords:** health promotion, healthy lifestyle, determinants of the health, smoking, physical activity, healthy food

## Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma  
**„Podpora zdraví pacientů ve zdravotnickém zařízení“**

jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne 4. 1. 2016

.....  
Bc. Pavlína Fridrichovská

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Janu Schusterovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracování zadaného tématu.

Chtěla bych také poděkovat managementu Nemocnice Pelhřimov, hlavně Náměstkyni ošetrovatelské péče a manažerce kvality Mgr. Jitce Dejmkové za cenné rady při zpracování tématu a řešení výzkumu v nemocnici Pelhřimov.

## OBSAH

1 ÚVOD .....	9
2 TEORETICKÁ ČÁST .....	10
2.1 Definice zdraví.....	10
2.2 Determinanty zdraví.....	12
2.3 Prevence .....	13
2.4 Podpora zdraví .....	16
2.4.1 Podpora zdraví ve zdravotnickém zařízení .....	18
2.4.2 Národní síť Nemocnic podporujících zdraví.....	20
2.4.3 Mezinárodní síť Nemocnic podporujících zdraví .....	22
2.5 Podpora zdraví - zdravý životní styl .....	24
2.5.1 Zdravá výživa.....	24
2.5.2 Pohybová aktivita.....	31
2.5.3 Kouření.....	37
2.5.4 Nadměrná konzumace alkoholu .....	40
2.5.5 Stres, relaxace, spánek .....	41
3 VÝZKUMNÁ ČÁST .....	46
3.1 Cíle práce .....	46
3.2 Úkoly práce .....	46
3.3 Vědecký předpoklad .....	47
4 METODIKA .....	48
4.1 Charakteristika souboru .....	48
4.2 Organizace výzkumného šetření .....	48
4.3 Použité metody.....	50
5 VÝSLEDKY A DISKUZE .....	52
5.1 Diskuse výsledků .....	81



6 ZÁVĚR .....	84
7 REFERENČNÍ SEZNAM LITERATURY .....	86
8 SEZNAM ZKRATEK.....	91
9 SEZNAM PŘÍLOH.....	92

# 1 ÚVOD

*„Umění léčit dokáže zmírnit mnoho bolesti, o to krásnější je umění, které dokáže zabránit nemoci dříve, než tato propukne.“*

Max von Pettenkofer (1818 – 1901)

Zdraví je to nejcennější co máme. Je to nejvýznamnější hodnota života každého z nás, která je stavěna na přední místo v naší hierarchii hodnot. Bohužel lidé bez projevů nějakého onemocnění se mnohdy nechtějí zabývat svým zdravím. Domnívají se, že žádná nemoc jim nehrozí. Současné pojetí zdraví považuje celkové zdraví jednotlivce za výsledek vzájemných vztahů jeho zdraví tělesného, duševního, sociálního, ale i duchovního. Posunu ve vnímání zdraví je možno dosáhnout prostřednictvím zkvalitnění podpory zdraví a jejím posilováním pomocí preventivních, diagnostických a terapeutických postupů, systémem účinné rehabilitace a resocializace. Důležité je širší společenské přijetí osobní odpovědnosti za vlastní zdraví, kontroly nad vývojem zdravotního stavu, ovlivnitelných faktorů a determinantů zdraví. K zamyšlení jsou determinanty, které nejvíce podmiňují zdraví - způsob života a životní styl. Mezi nejzávažnější rizika životního stylu patří kouření, energeticky nadměrná a nevhodně složená výživa, nízká pohybová aktivita, vysoký výskyt situací vedoucích k psychickým tensím a stresům, nadužívání alkoholu, léčiv a drog, nevhodné sexuální chování, rizikové chování vedoucí k úrazům, nezáměr o informace s návodem na zdravé chování a jednání. Zdraví také podmiňuje životní prostředí a vše okolo nás, včetně pracovního prostředí. Nesmíme zapomínat ani na zdravotní péči. Bohužel zlepšení zdraví populace nepřinese jen kvalitní diagnostika a účelná terapie onemocnění, ale velmi důležitá a nezastupitelná je právě prevence.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Definice zdraví

Slovo zdraví (latinsky salus) v prvopočátku znamenalo celek (od řeckého slova holos = celý, celek). Tento pojem se dnes opět objevuje v názvu směru zaměřeného na širší hledisko pojmu zdraví a péči o něj – holizmus (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 14). „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo jiné vady“. Toto je nejčastěji uváděná definice zdraví vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací. Toto pojetí respektuje biologické parametry, ale zároveň i vyšší rovinu zdraví, subjektivní vnímání dobrého zdraví každým z nás a jeho začlenění do společnosti (KOMÁREK, 2011: 8). Celkové zdraví velmi ovlivňuje životní styl, ke kterému patří výživa, fyzická aktivita, práce, sexuální aktivita, duševní pohoda, sociální vztahy, odolnost vůči stresu a různé závislosti. Definice zdraví je široká, obsahuje vrozenou a získanou podmíněnost, vychází z fyzického zdravotního stavu. Bere v úvahu subjektivní pocity štěstí a blaha i hodnotí chování jedince ve vztahu ke zdraví a nemoci (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 14,15). Zdraví také bývá častěji spojováno se zdravím fyzickým (tělesným), které představuje subjektivní vnímání vlastního těla. Pokud nás nic nebolí a vše nám pracuje v naší tělesné soustavě, vnímáme aktuálně svůj tělesný zdravotní stav jako dobrý - dostačující. Pocit dobrého zdraví můžeme mít i tehdy, když jsme v rozporu s objektivním hodnocením lékaře a jeho diagnózou, nemáme subjektivní problémy. Týká se to hlavně onemocnění, která nebolí, ale představují velké nebezpečí pro zdravotní stav a mohou i vyvolat stavy ohrožující život (KUKAČKA, 2010: 12).

Křivohlavý (2001) rozčlenil stávající teorie zdraví do sedmi skupin, základním kritériem je, zda je zdraví cílem samo o sobě, nebo je prostředkem k dosažení jiného cíle. První teorií je pojetí zdraví jako zdroje duševní a tělesné síly, která pomáhá překonávat těžkosti. Druhé pojetí je jako metafyzická síla, třetí individuální zdroje zdraví (salutogeneze), celkový postoj k životu. Čtvrté pojetí je schopnost adaptace, upravit prostředí okolo nás nebo změnit způsob života. Páté schopnost dobrého fungování organismu (fitness). Šesté představuje zdraví jako zboží „commodity“. Sedmé pojetí chápe zdraví jako ideál s nejznámější definicí zdraví WHO. Křivohlavý (2001) také hovoří o interakci psychických a fyzických složek, které vznikají při působení emocionálních a psychických komponentů na fyzické zdraví. Na základě zkoumání těchto jevů následně formuluje představu vzniku nemoci, kdy více

negativních faktorů, mezi kterými dominují emoce (stres), způsobuje onemocnění. Stáváme se pacientem. Tento proces má svojí fyziologickou, patofyziologickou a psychologickou stránku. Nemoc je porucha zdraví. Stav, kdy je něco v nepořádku (KŘIVOHLAVÝ, 2002: 15). Zdraví a nemoc jsou výsledkem vztahu mezi organizmem a prostředím a mění se v závislosti na změnách jak v organizmu, tak v prostředí ve kterém žijeme (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010: 18). Zdraví je určitý stav organismu, který může být cílem veškerého lidského úsilí, například u lidí trpících vážným onemocněním. Může být podmínkou naší aktivity, protože nemáme-li zdraví, nejsme schopni se dostatečně soustředit na běžnou činnost a už vůbec ne na kreativní a tvůrčí činnosti (KUKAČKA, 2010: 12).

Nejvýhodnější je, pokud si uvědomíme hodnotu zdraví před vznikem zdravotních nesnází a využijeme-li všech svých schopností a možností k jeho ochraně, zachování i posílení. Někdy si vytváříme zdravotně nebezpečné prostředí sami. Patří sem nezdravé vztahy, zbytečný stres a negativní přístup k okolnímu světu. I tyto skutečnosti mohou podstatně zvýšit pravděpodobnost vzniku nejrůznějších onemocnění. Péče o zdraví je velmi rozsáhlý pojem. Lze ho definovat jako široký souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků. Jsou to opatření a aktivity, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Na péči o zdraví se podílí každý jednotlivec, rodina, občanské sdružení, organizace, instituce, veřejná správa, zákonodárny sbory i vláda. Motivace lidí k péči o zdraví je nesnadným a důležitým úkolem, jehož zvládnutí je podmíněno širokou škálou sociálních okolností, jako je kultura, politika, hodnotový systém a zkušenosti (ČEVELA, ČELEDVÁ, KALVACH, HOLČÍK, KUBŮ, 2014: 82). Zdraví také podléhá celé řadě dalších vlivů a podnětů, které na nás působí dlouhodoběji. Především jde o vliv pracovního prostředí a rodinného prostředí (KUKAČKA, 2010: 208).

Zdravé pracoviště je dle Světové zdravotnické organizace z roku 2010 takové, na kterém všichni spolupracují na kontinuálním procesu zlepšování ochrany a podpory zdraví, bezpečnosti, duševní pohody a udržitelnosti pracoviště s ohledem na potřeby. Velmi důležitá je ochrana zdraví a bezpečnosti při práci s ohledem na pracovní prostředí (fyzikální, chemické a biologické faktory), duševní pohoda s ohledem na psychosociální složku pracovního prostředí včetně organizace práce a kultury na pracovišti, zdravý způsob práce, zdravý životní styl jednotlivých pracovníků a dostupnost pracovně-lékařské péče, spoluúčast na životě komunity s cílem zlepšit zdraví pracujících, jejich rodin a dalších členů komunity. V pracovním prostředí, kde se uplatňují opatření

na podporu zdraví, nejde jen o prevenci úrazů a primární prevenci poškození zdraví, ale i o zvyšování zdatnosti pracujících a aktivní prohlubování pozitivních aspektů zdraví. Velký význam má i individuální přístup k vlastnímu zdraví charakterizovaný životním stylem (PROVAZNÍK, 2010: 15). Neméně důležité jsou při posuzování zdraví predisponující faktory jako adaptabilita, schopnost a kapacita vyrovnávat se s různými zátěžemi, nároky a změnami vnitřního i vnějšího prostředí, funkčnost, schopnost a potenciál zachovávat integritu svého prostředí. Společné je zachovávání, obnovování a posilování rovnovážného stabilního stavu v tělesné a sociální rovině (KALVACH, 2004: 115).

## 2.2 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví rozumíme soubor vzájemně provázaných faktorů, které mají dlouhodobý vliv na zdraví nebo na vznik nemoci. Genetický profil, životní podmínky a prostředí nám určuje, zda onemocníme nebo budeme zdraví. Také sem patří vrozené vlastnosti, sociální a ekonomické prostředí, životní a pracovní prostředí, individuální charakteristika člověka, jeho chování, životní styl a zdravotní péče, ekologie. Nepůsobí na jednu stránku zdraví či vznik nemoci, ale působí na víc zdravotních projevů (KOMÁREK, 2011: 17). Z hlediska ovlivnitelnosti rozlišujeme čtyři základní sféry životního prostředí: regionální – klimatické a geografické podmínky, lokální – menší celky, kde bydlíme, pracujeme a trávíme volný čas (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 27-30). Determinanty zdraví se nejčastěji rozdělují na tyto základní skupiny:

**Životní styl (50 %)** – životní styl, způsob života, režim práce a odpočinku, pohybová aktivita, škodlivé návyky, kvalitativní a kvantitativní stránka výživy, vzdělání. Charakter chování a schopnost zvládat problémy. Finance a společenské postavení (KOMÁREK, 2011: 17). Životní styl je určován celou řadou podmínek, které jsou určující pro charakter životního stylu a úroveň života, a jen obtížně lze některé měnit. Tyto faktory můžeme rozdělit na vnější, které působí na jedince prostřednictvím společenských vlivů, a vnitřní, které jsou dány psychofyziologickým stavem organismu. Vnější faktory jsou ekonomické, dostatek finančních prostředků, a sociální (vliv společnosti, náboženství, které ovlivňuje stravovací návyky, i další složky životního stylu, vliv zeměpisného místa včetně etnického původu tradice). Nezanedbatelný je i vliv rodiny, která určuje charakter výživy, využívání volného času (sport, pohyb, relaxace). Významná je také úroveň vědy, která ovlivňuje stav lékařství i dietologie. Mezi vnitřní faktory patří psychologické, například volní vlastnosti, které jsou důležité

pro eliminaci negativních návyků a vlivů. Temperament, který určuje charakter a intenzitu naší aktivity. Důležitým faktorem je přiměřený zdravotní stav a vzdělanost (KUKAČKA, 2010: 203).

**Genetický profil (20 %)** – genetika, pohlaví a věk. Muži a ženy mají rozdílnou predispozici k různým onemocněním, v dětském věku je vyšší nemocnost (KOMÁREK, 2011: 17). Dědičnou výbavu každý jedinec získává už na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů. Dále se do tohoto základu promítají vlivy přírodního a společenského prostředí (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ a kol, 2009: 13).

**Životní a pracovní prostředí (20 %)** – fyzické prostředí, zaměstnání a pracovní podmínky, sociální podpora a sociální síť, kultura (KOMÁREK, 2011: 18). Pracovní prostředí je souhrn faktorů fyzických, pracovní zátěže a psychické zátěže. Individuální je rodinné prostředí, úroveň bydlení. Pro zdravotní stav jsou nejvýznamnější tyto sociální faktory: socioekonomické – životní úroveň, životní jistoty, pracovní podmínky, vzájemné mezilidské vztahy, systémy zdravotní a sociální péče, demografické faktory. Mezi deset nejdůležitějších sociálních determinant patří: sociální gradient – vliv socioekonomických faktorů na zdraví (vzdělání, bydlení, zaměstnání), dětství, stres, práce, nezaměstnanost, sociální vyloučení, výživa, závislosti, sociální opora, doprava (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010: 27-30).

**Zdravotní péče (10 %)** – zdravotnictví, úroveň a kvalita zdravotní péče, dostupnost preventivních a léčebných služeb, screeningové metody (KOMÁREK, 2011: 18). Systémy zdravotní a sociální péče (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010: 29). NS Zdraví 2020 (2014) uvádí preventivní opatření na nádorová onemocnění, kardiovaskulární nemoci, diabetes mellitus, obezitu, alergická onemocnění, sexuálně přenosné nemoci, infekční onemocnění, očkování a úrazy u dětí.

Největší vliv na zdraví má životní styl a životní prostředí, proto je důležité zaměřit se na prostředí, v němž žijeme a jak žijeme. Někdy se dají dělit determinanty zdraví na fyzikální - teplota, záření, hluk, biologické - přítomnost nežádoucích bakterií, chemické - nejrůznější znečištění a sociální - špatná rodinná situace apod. (ČEVELA, ČELEDVÁ, KALVACH, HOLČÍK, KUBŮ, 2014: 72).

### 2.3 Prevence

Prevence úzce navazuje na podporu zdraví. Patří mezi činnosti vedoucí k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a k prodloužení aktivní délky života. Provádíme ji individuálně nebo na úrovni celé společnosti. Je dvojího charakteru. Obecná se

zaměřuje na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého životního prostředí jako součást podpory zdraví. Specifická je cíleně zaměřená na prevenci vzniku určitého onemocnění a jejich následků (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 35).

Významnou součástí prevence je také hygiena, věda o uchování zdraví zabývající se všemi faktory, které ovlivňují tělesné zdraví a duševní pohodu každého z nás. Z hlediska osobního je to kvalita vody, nápojů, potravin, dále způsob stravování, oblékání, pracovní podmínky, tělesná aktivita, spánek, osobní čistota, užívání návykových látek a duševní zdraví. Z hlediska veřejného sem spadají i klimatické podmínky, environmentální vlivy, prevence onemocnění (BENCKO, 1998: 7). Novou etapou pro oblast primární prevence a zdravotní výchovy jsou různé programy na podporu zdraví. V nich je využívána zkušenost z prospektivních epidemiologických studií, které prokazují podíl faktorů způsobu života a práce, zejména psychosociálního stresu a návyků chování, na vzniku a vývoji chronických onemocnění. I na pracovištích lze vyjádřit aktivity ekologické, organizační, zdravotně vzdělávací a programy tak navržené, aby motivovaly nejen zaměstnance, ale i jejich rodinné příslušníky ke zdravému životnímu stylu a aby jej podporovaly. Změna rizikových způsobů chování na zdravý životní styl, regenerace, orientace na zdravou výživu, nekuřáctví, rozvoj duševní a tělesné kondice, eliminace alkoholismu a snižování stresu jsou náplní projektů podporujících zdraví. Zaměřujeme je také na preventivní prohlídky, screeningové metody a snižování rizika civilizačních onemocnění (BRHEL, ŠTEFLOVÁ, 2005: 118).

Prevence zdravotně sociální obsahuje všechny aspekty prevence zdravotní, ale i další faktory patřící do podpory zdraví. Mezi ně patří sociální, ekonomické, kulturní, duchovní a environmentální podmínky života občanů a celé společnosti, všechny vnější faktory působící na zdraví (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 48). Veškeré preventivní činnosti patří do integrované součásti komplexní léčebně-preventivní péče zahrnující podporu zdraví, prevenci onemocnění, léčbu, rehabilitaci a podpůrnou péči o pacienty. Vysvětlíme-li podstatu preventivních opatření a očekávaných výsledků, usměřujeme vlastní názory pacienta a výrazně zvyšujeme compliance a podporujeme zájem o sebekéči. Sebekéče je péče o zdraví a nemoc, která se provádí sama na sobě bez přímé intervence zdravotníka. Zahrnuje ochranu a podporu zdraví, cílenou prevenci, obezřetnost k varovným známkám nemocí, aktivní podíl na včasné diagnostice, léčbě i rehabilitaci (FAIT, VRABLÍK, ČEŠKA, 2008: 13, 20).

## **Primární prevence**

Jejím smyslem je ochránit a posílit zdraví, též zabránit vzniku nemoci. Ochranná opatření jsou komplexní, sociální a zdravotní. Všechna opatření jsou zaměřena na ochranu zdraví, na prospěšné životní a pracovní podmínky, na prosazování zdravého životního stylu, ale i na konkrétní zdravotní opatření. Zdravotnictví se podílí preventivním lékařstvím, činnostmi v oblasti ochrany veřejného zdraví a výchovou ke zdraví. Ochrana veřejného zdraví je specifická činnost uplatňující se v ochraně životního a pracovního prostředí, hygieně komunální, výživě, péči o děti a dorost, práci, epidemiologii. Dodržováním hygienických norem a epidemiologických požadavků se zabývají hygienické stanice. Novějším cílem je zdraví posilovat, rozšiřovat potenciál zdraví, utvářet pozitivní zdraví. Podporuje ho racionální výživa, tělesná aktivita a duševní hygiena v období před vznikem nemoci. Složkou primární prevence je i očkování (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010: 35). Prevence v primární péči zahrnuje systematickou preventivní činnost realizovanou komplexními preventivními prohlídkami, dispenzarizací pacientů s vybranými onemocněními, příležitostné intervence na podporu zdraví a intervence dle zjištěných rizikových faktorů. Vhodné je očkování proti přenosným chorobám (FAIT, VRABLÍK, ČEŠKA, 2008: 13). Cílem je předcházení onemocnění, ovlivňováním životních podmínek nebo odolnosti organismu. Potlačit příčiny nemoci, snížit jejich výskyt a tím prodloužit délku a kvalitu života. Součástí primární prevence je ochrana a podpora zdraví. Ochranou zdraví by se mělo dosáhnout toho, aby ze žádné lidské aktivity nevznikla nepřijatelná zdravotní rizika (BENCKO, 1998: 7).

## **Sekundární prevence**

Zahrnuje včasný záchyt a ovlivňování již vzniklého onemocnění. Výchova pacientů by měla být v tom smyslu, aby věnovali pozornost varovným známkám, které mohou signalizovat onemocnění. Hraje zde roli silná osvěta a mediální podpora (FAIT, VRABLÍK, ČEŠKA, 2008: 21). Znamená to především předcházení nepříznivým následkům, komplikacím, nezvratným změnám, invaliditě. Prostředkem je včasná a správná diagnóza, včasná a účinná preventivně zaměřená terapie. Obsahem jsou preventivní prohlídky, kdy jsou zjišťovány údaje pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik osob. Zajišťují je registrující praktičtí lékaři: všeobecný, pro děti a dorost, zubní a ženský lékař. Obsah a časové rozmezí stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č.3/2010 Sb. (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010: 37).



### **Terciární prevence**

Terciární prevenci představuje rehabilitace, návratná péče. Cílem je obnovit ztracené nebo omezené funkce organismu a následné zapojení se do pracovního procesu nebo soběstačnost. Rehabilitace je komplexní vždy od začátku onemocnění. Dělíme ji na léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální. Zaměřuje se speciálně na zdravotně postižené občany ke zmírnění jejich zdravotního znevýhodnění. Je definována jako proces, jehož cílem je umožnit všem se zdravotním postižením dosáhnout a zachovat si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí. Poskytnout prostředky ke změně jejich života pro dosažení vyšší úrovně nezávislosti (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 47). Zahrnuje opatření po již prodělané atace choroby. Rehabilitační režim slouží především k udržování funkční zdatnosti a soběstačnosti pacienta. Jde o pacienty, pro které existuje omezená nabídka moderní medicíny, a kterým péče lékaře a jeho týmu může významně ovlivnit kvalitu života (FAIT, VRABLÍK, ČEŠKA, 2008: 25).

### **Dispenzární péče**

Tato péče patří mezi důležité preventivní metody. Aktivní, soustavná péče, která spočívá v aktivním vyhledávání osob ohrožených na zdraví, podrobném komplexním vyšetření, stanovení diagnózy a léčby, trvalém sledování zdravotního stavu, úpravě životních a pracovních podmínek, ale i způsobu života (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 47). Péče o pacienty ohrožené nebo již trpící závažným chronickým onemocněním, je to kontinuální léčebná péče včetně příslušných komplementárních vyšetření, v určitých časových intervalech. Důležitá je koordinace léčebné péče s více specialisty při koincidenci více onemocnění. Důkladný je rozbor zjištěných skutečností s pacientem, vyhodnocení rizik, poskytnutí informací, individuální edukace, identifikace rizikových faktorů a následný návrh jejich ovlivnění jsou částí preventivní prohlídky pro pacienta s možností do budoucna zabezpečit dlouhodobou complianc (FAIT, VRABLÍK, ČEŠKA, 2008: 14).

## **2.4 Podpora zdraví**

Je důležitý prvek v péči o zdraví. Mezi činnosti patří posilování a upevňování zdraví, ochrana a rozvoj zdraví. Patří do všech oblastí společnosti, nejen do zdravotnictví. Je soustavnou činností politických, ekonomických, technologických i výchovných institucí s cílem chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zabezpečit zdravý vývoj nových generací. Každý sám může podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu

a péči o své životní prostředí. Společnost pečuje o dobrou životní úroveň, vytváření pracovních příležitostí, dobrých pracovních podmínek a podmínek pro sportovní a rekreační aktivity. Důležitou součástí jsou i vzdělávání a informace o zdraví (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 32). Je důležité systematické výchovné působení v procesu výchovy všech věkových kategorií (KUČERA, KOLÁŘ, DYLEVSKÝ et. al., 2011: 135).

Podpora zdraví (health promotion) se celosvětově rozmohla uspořádáním mezinárodní konference v kanadské Ottawě v roce 1986, na níž byla přijata Ottawská charta. Výsledkem je začlenění podpory zdraví do sociálně medicínských, politických a občanských aktivit se změnou systému péče o zdraví. Není chápána jen změnami ve zdravotnictví, ale jedná se i o posilování, upevňování, podporu, ochranu a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivců, skupin i organizací a společnosti jako celku. Dle Ottawské charty patří do základních zásad péče o zdraví podpora zdraví, prevence, dostupnost zdravotní péče, zdravá veřejná politika, účast obyvatel, obcí a celé společnosti v péči o zdraví a mezinárodní spolupráce. Vyzývá k novému pojetí péče o zdraví - k jeho posilování a rozvoji. Nastává přechod od tradiční zdravotní výchovy k široce pojaté podpoře zdraví - metoda zdravotní politiky. Základní strategií je posílení aktivit na komunitní úrovni, rozvoj osobních dovedností, přeorientování zdravotnických služeb.

Podpora zdraví vychází z pěti základních principů:

- Zaměřuje se na celou populaci více než na vymezené populační skupiny vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění
- Věnuje se opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemocí
- Využívá různé doplňkové metody a postupy vedoucí ke spolupráci
- Usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti
- Podporuje důležitou roli zdravotnických pracovníků v dalším rozvoji a plném uplatnění podpory zdraví

Národní projekty se zaměřují na jednotlivce nebo konkrétní skupiny s cílem změnit postoj k vlastnímu zdraví a změnit chování směrem ke zdravému životnímu stylu. Dochází k tematickému zaměření na zdravé stravování, omezení kouření, prevence

stresu, omezování spotřeby alkoholu, podporu pohybových aktivit. Národní projekty vycházejí z projektů Světové zdravotnické organizace (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010: 34; OTTAWA CHARTER on-line). Jde o aktivity, zahrnující změny životního stylu, ale i a úpravy životního prostředí. Záměrem je ovlivnit politické, ekonomické, sociální, kulturní a biologické faktory a okolnosti spojené s chováním a životním prostředím. Jedním z cílů je dosáhnout co nejvyššího stupně spravedlnosti v péči o zdraví a koordinované aktivity všech, kterých se to týká. I v dalších letech následovaly konference, kde došlo ke zhodnocení dosavadních zkušeností a byly dány podněty pro další rozvoj podpory zdraví (ČEVELA, ČELEDVÁ, KALVACH, HOLČÍK, KUBŮ, 2014: 86).

#### **2.4.1 Podpora zdraví ve zdravotnickém zařízení**

Síť nemocnic a organizací HPH (Health Promoting Hospitals), které poskytují zdravotní služby podporující zdraví, vznikla z podnětu Regionálního úřadu WHO. Cílem bylo zavést do zdravotnického zařízení přístup vedoucí ke zlepšení zdravotní péče, ale i návaznost péče, zlepšení vztahu mezi nemocnicemi poskytujícími zdravotní služby a veřejností, vedoucí ke zvýšení spokojenosti pacientů, příbuzných a zaměstnanců. Tyto organizace usilují o co největší přínos pro zdraví svých pacientů i zaměstnanců prostřednictvím rozvoje svých struktur, kultury, rozhodování a postupů. Primární zaměření je na pacienty a jejich rodinné příslušníky, zdravotnický personál, obecnou populaci, ale i na okolní prostředí. Celý koncept vychází ze strategií WHO zaměřených na zvyšování přínosu zdravotních služeb, jako je Ottawská charta na podporu zdraví, kde jednou ze strategií je změna orientace zdravotních služeb na zvyšování přínosu pro zdraví, nebo strategie pro zdravotnické systémy. Historický vývoj nemocnic vychází z jejich schopnosti léčit onemocnění, vyléčit onemocnění, a pokud léčba není možná, ulevit od bolesti a poskytnout útěchu. Tento přístup však v posledních desetiletích přestává být dostačující, je třeba reagovat na vzrůstající výskyt chronických poruch a civilizačních onemocnění, nejen v souvislosti se stárnutím populace (MZČR 2014, on-line).

Lublaňská charta o reformování zdravotní péče byla vydána v červnu 1996, jejím principem je především upevňovat zdraví a zvyšovat kvalitu života. Následně na 3. workshopu koordinátorů sítě národních/regionálních nemocnic podporujících zdraví byla schválena v dubnu 1997 ve Vídni doporučení pro nemocnice. Základní principy v rámci strategie Zdraví pro všechny, Ottawské Charty na podporu zdraví, Lublaňské

Charty o reformování zdravotní péče a Budapešťské deklarace o Nemocnicích podporující zdraví by měly:

- Podpořit lidskou důstojnost, spravedlnost, solidaritu a profesní etiku
- Zaměřit se na zlepšování kvality, pohodu pacientů, příbuzných a personálu, ochranu prostředí, vzdělávání
- Soustředit se na zdraví dle holistického přístupu, ne pouze léčebné služby
- Účinně a nákladově využívat zdroje a alokovat je na základě přispění ke zlepšení zdraví
- Vytvářet nejtěsnější vazby s ostatními úrovněmi systému zdravotní péče a s komunitou (MZČR Vídeňská doporučení 2014, on-line).

Aby mohl být plně využit potenciál přístupu podporujícího zdraví a dosáhnout skutečného zvýšení zdravotního přínosu z hlediska pacientů, zaměstnanců a společnosti, musí se program HPH implementovat nejen v rámci určitých projektů, ale i jako komplexní systém integrovaný do systému řízení kvality v nemocnicích (MZČR 2014, on-line). Vyhláška č.102/2012 o hodnocení kvality a bezpečnosti lůžkové zdravotní péče zahrnuje podporu zdraví a prevenci nemocí.

Podpora zdraví je v systému zdravotní péče často nesprávně chápána. Klinické zákroky podporují zdraví tím, že omezují projevy nemoci a napomáhají lépe vnímanému zdravotnímu stavu. Síť HPH směřuje k širšímu pohledu na celou problematiku. Důležitý je i přístup s ohledem na prostředí, ve kterém žijeme a pracujeme s využitím různých služeb. Zdravotní problémy určité populační skupiny vznikají následkem vztahů mezi sociálním prostředím a osobními faktory ovlivňujícími danou skupinu. HPH je také sociální entitou, která má větší potřebu orientace na zdraví, spolupracuje i s organizacemi – Zdravá města, Zdravé školy. Podpora zdraví se zaměřuje na individuální i situační faktory, které určují kroky jednotlivců. Cílem je prevence, omezení zhoršeného zdravotního stavu a zvýšení kvality života. Prevence onemocnění je zaměřená na prevenci vzniku onemocnění, omezení rizikových faktorů, zastavení postupu onemocnění a zmírnění následků. Vzdělávání v oblasti zdravotnictví je vytváření příležitostí pro vzdělávání, forma komunikace vedoucí ke zlepšení zdravotní gramotnosti, rozšiřování vědomostí, rozvoje životních dovedností a návyků, prospívající zdraví jednotlivců i veřejnosti. Informace, vzdělání a komunikace

ve zdravotnictví patří mezi základní prvky zajišťování bezpečnosti pacientů. Informovaný pacient může identifikovat rizika a hledat řešení během svého pobytu v nemocnici a následně po propuštění. Informovaný personál přispívá k vytváření zdravého a bezpečného prostředí (GROENE, 2006: 9-16; WHO EUROPE 2005, 2007, on-line).

#### **2.4.2 Národní síť Nemocnic podporujících zdraví**

Nemocniční zařízení na národní úrovni je důležité podporovat v zavádění a hodnocení aktivit podporujících zdraví ve zdravotní péči a začlenění indikátorů a standardů podpory zdraví do systému řízení kvality péče v nemocnicích (ŠTĚPÁNKOVÁ, KALVACHOVÁ, KOŘÍNKOVÁ, 2012: 149, on-line). ČR se zavázala k účasti v tomto programu, tvorbě národní legislativy a činnosti státní správy, organizaci složek působících v oblasti veřejného zdravotnictví, externího hodnocení kvality. Očekává se tlak na implementaci tohoto programu do chodu nemocnic ČR. Každá nemocnice jmenuje odpovědnou osobu za implementaci a koordinaci programu. Je to dlouhodobý proces, v němž je nutné sledovat a vyhodnocovat účinnost programu a na základě zpětné vazby ho upravovat. Tento program je od roku 2014 součástí akreditačních standardů pro nemocnice (MARX, VLČEK, 2013: 111). Jedním z důležitých předpisů je zákaz kouření ve všech prostorách zdravotnického zařízení (MARX, VLČEK, 2013: 129).

Tento program je zaváděn jednak konkrétními projekty, ale i jako komplexní systém integrovaný do řízení kvality v organizaci. Jeho realizace v praxi je umožněna aplikací mezinárodních standardů podpory zdraví a doporučených metodik. V každé nemocnici je důležitá spolupráce týmu HPH s týmem pro kvalitu péče. Hlavní koordinátor HPH spolupracuje s managementem nemocnice a řídí implementaci, koordinuje program v celé nemocnici, reviduje účinnost programu. Sleduje dodržování mezinárodních standardů podpory zdraví, implementuje je do akreditačních standardů pro nemocnici (MZČR 2013, on-line).

#### **Mezinárodní standardy podpory zdraví:**

**Standard č. 1. Zásady řízení podpory zdraví v organizaci** – nemocnice má vypracované zásady řízení podpory zdraví, plán kvality. Má jmenovaného hlavního koordinátora, který zajišťuje činnost a koordinaci podpory zdraví v organizaci, rozpočet a personální zdroje. Má vytvořené provozní postupy a směrnice, informace pro

pacienty. Všechny zásady jsou zaměřeny na pacienty, příbuzné a pracovníky organizace.

**Standard č. 2. Posuzování potřeb pacientů s cílem pomoci léčbě pacientů, podpořit zdraví a celkovou pohodu pacienta** – postupy pro zjišťování dat od pacientů – kouření, konzumace alkoholu, sociální situace. Zajištění systematického posuzování potřeb pacientů a následné zhodnocení. Zajištění péče o skupiny pacientů. Zajištění prevence onemocnění a rehabilitace.

**Standard č. 3. Informování pacientů o opatřeních na podporu zdraví** – plánované činnosti podporující zdraví při příchodu do nemocnice. Aktivní spoluúčast pacienta. Dostupnost informací v tištěné či elektronické podobě a předání kontaktů na specializované pracoviště, sociální službu, následnou péči.

**Standard č. 4. Podpora zdravého pracovního prostředí, zaměřeno na zlepšení a podporu pracovních podmínek personálu** – dodržování předpisů, prevence pracovních úrazů, hodnocení výkonu zaměstnanců, celoživotní vzdělávání, pohovory se zaměstnanci, dostupnost programů zaměřených na problematiku návykových látek a pohybových aktivit. Management je povinný vytvářet podmínky pro zdravé pracovní prostředí v nemocnici.

**Standard č. 5. Kontinuita léčby a spolupráce při poskytování zdravotní péče** – organizace má přístup ke spolupráci s jinými úrovněmi služeb zdravotní péče, návaznost zdravotní a sociální péče, regionální zdravotní plán. Plán péče o pacienta po propuštění (GROENE, 2006: 33-55, on-line).

Od roku 2003 národní koordinaci programu HPH zajišťuje MZČR, spolupracuje s odborníky z fakultních nemocnic. Národním koordinátorem ČR je Mgr. Milena Kalvachová, vedoucí oddělení kvality zdravotních služeb na MZČR. V roce 2008 bylo požadováno na národní úrovni systémové řízení prostřednictvím národních sítí. Etapa let 2004-2010 tvoří pilotní projekt se zapojením pěti nemocnic se zaváděním standardů pro podporu zdraví. V návaznosti byl v roce 2011 realizován základní kurz pro koordinátory přihlášených nemocnic. Podzimní škola WHO v Praze byla realizována v roce 2011 formou celostátního semináře s účastí expertů WHO pod patronací MZČR a kanceláří WHO v ČR s ředitelkou MUDr. Alenou Šteřflovou, Ph.D. Tato škola byla první významnou příležitostí pro seznámení naší zdravotnické veřejnosti s tímto programem. Jako první vstoupila do sítě HPH v roce 2003 FN Motol v Praze, v roce

2004 Nemocnice Šumperk a Masarykův onkologický ústav v Brně, dále v roce 2010 VFN Praha. Od roku 2012 je členem sítě devět českých nemocnic VFN a FN Motol v Praze, FN Olomouc, Nemocnice Jihlava, Nemocnice Pelhřimov, Nemocnice Valašské Meziříčí, Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav, Nemocnice Šumperk (MZČR 2012, 2013, on-line).

Program na národní úrovni spočívá v naplňování cílů WHO/HPH, pravidelných setkávání HPH koordinátorů a realizování aktivit na propagaci programu. Ekonomickým kontextem zavedení programu je sledování rizikových faktorů u pacientů a podpora edukace a prevence. Edukací a spoluprací s pacientem se dá mnohdy předejít následným komplikacím onemocnění nebo operačního zákroku, infekcím. V sedmi českých nemocnicích probíhal výzkumný projekt „Recognition Process“, jehož cílem bylo vyhodnotit, zda proces podpory zdravotní péče a služeb v nemocnicích přispívá ke zlepšení zdraví pacientů i personálu. Na základě mezinárodního auditu z WHO a MZČR tyto nemocnice získaly mezinárodní certifikát s ohodnocením (MZČR 2013, on-line; SVANE, 2014: 30). Preference a pozitivní zážitky pacientů podstupujících poradenství v podpoře zdraví se týkají především dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem, individuálního přístupu, spoluzodpovědnosti za své zdraví, povzbuzení, podpory a viditelných výsledků (ERIKSSON, 2013: 46). Pacienti dobře reagují na skupinovou (rodinnou) podporu zdraví – jsou schopni zamyslet se nad svým zdravím a životním stylem, osvojují si obecně více poznatků týkajících se podpory zdraví a snadněji provádějí změny v životním stylu, než při programu pro jednotlivce (KIKUCHI, 2013: 61).

### **2.4.3 Mezinárodní síť Nemocnic podporujících zdraví**

HPH Bispebjerg University Hospital je pověřeno koordinací programu WHO a je zároveň součástí Mezinárodního sekretariátu HPH v Kodani. Ředitelkou centra a vedoucí sekretariátu je prof. Hanne Tonnesen. Toto centrum vypracovalo program „Nemocnice podporující zdraví“ (HPH), v rámci kterého byla vytvořena mezinárodní síť nemocnic a organizací podporujících zdraví. Centru koordinuje celosvětově síť HPH, která zahrnuje 33 členských států především evropského kontinentu, také mnohé nemocnice z jiných světadílů – Afrika, Austrálie, Kanada, Čína, Tchaj-wan, přes 700 jednotlivých zdravotnických zařízení. Dále pořádá valná shromáždění a řídicí rady, odpovídá za veškeré aktivity, vede tvorbu komunikačních strategií, připravuje

a naplňuje hlavní cíle sítě HPH, zajišťuje výzkum o významu podpory zdraví (MZČR 2014; ŠTĚPÁNKOVÁ, KALVACHOVÁ, KOŘÍNKOVÁ, 2012: 149, on-line).

Ottawská charta v roce 1986 definovala pojem „podpora zdraví“ jako „proces umožňující lidem zvyšovat kontrolu nad svým zdravím a neustále je zlepšovat“. V roce 1988 byly formulovány cíle programu HPH. V letech 1996-1997 byly Lublaňskou chartou a Vídeňským doporučením položeny základy pro vznik a rozvoj mezinárodní sítě HPH (MZČR 2014; OTTAWA CHARTER, on-line).

Síť HPH je celosvětové sdružení nemocnic podporujících zdraví a slouží mimo jiné pro zlepšení podpory zdraví v jednotlivých nemocnicích na základě spolupráce a sdílení zkušeností, vzdělávání jednotlivých členů v tématické, k inspiraci, přenášení úspěšných projektů a mnoho dalšího. Přináší možnost vzájemné výměny zkušeností mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními v různých zemích ve formě tematických projektů, mezinárodních konferencí a seminářů (SVANE, 2014: 31). Řídí se mezinárodně uznávanými principy, zásadami, doporučeními, standardy a na zdraví orientovanými ukazateli pro nemocnice poskytující zdravotní služby. Účelem mezinárodní sítě je prosazovat a podporovat šíření koncepce podpory zdraví v nemocnicích a organizacích a podporovat implementaci v zemích, regionech i mezinárodně prostřednictvím technické podpory poskytované členům a zaváděním nových a národních či regionálních sítí. Cílem WHO HPH je podporovat země při změně kultury nemocniční péče orientací na interdisciplinární práci, transparentní rozhodování a aktivní zapojení pacientů a partnerů (ŠTĚPÁNKOVÁ, KALVACHOVÁ, KOŘÍNKOVÁ, 2012: 149, on-line).

Abychom viděli okamžité benefity podpory zdraví, je nutné klinickou podporu zdraví implementovat do běžného provozu a zaměřovat se individuálně na pacientovy denní potřeby (TONNESEN, 2014: 3). Efektivní nabídka daných programů je založena na identifikaci symptomů a diagnóze. To znamená, že na konkrétní chronická onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus, hypertenze a obezita, není podpora zdraví ještě tolik vyhledávána a není tak dostatečně efektivní. Studie ukázala, že hlavní výzva podpory zdraví je spojena se zaváděním aktivit podporujících zdraví individuálně dle pacienta. Nabídkou podpory zdraví je preventivně předcházet komplikacím a zpětnému návratu onemocnění. Sociální efekt podpory zdraví je především ekonomický, snižuje náklady na péči o pacienta (SVANE, 2014: 15).



## **2.5 Podpora zdraví - zdravý životní styl**

Způsob života má největší vliv na zdraví, jedná se o stěžejní determinantu zdraví. Je charakterizován výběrem chování a životních možností. Chování je v souladu s rodinnými zvyklostmi a tradicemi společnosti limitováno ekonomickou situací společnosti a sociální pozicí člověka. S ohledem na zásadní význam životního stylu je nutné, aby poskytování odpovídajících znalostí, rozvoj dovedností a návyků a formování postojů bylo součástí výchovy. Pozitivní působení se uplatňuje jen při komplexním dodržování správných zásad. Významný vliv mají i sociální determinanty zdraví (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 54).

Zdravotní stav společnosti hodnotíme především na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z rozboru příčin onemocnění vyplývá, které rizikové faktory nejvíce poškozují zdraví naší společnosti. Patří mezi ně kouření, nadměrná konzumace alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, malá pohybová aktivita, psychická zátěž a rizikové sexuální chování (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010: 55). Důležitý je i stav naší imunity, která je ovlivňována stravou, životním prostředím. Má na ní vliv aktivní pohyb jako součást zdravého životního stylu, ve kterém má své postavení také otužování, boj proti stresu, dostatečná relaxace a kvalitní spánek (KUKAČKA, 2010: 16). Změnami životního stylu jsou: nekouřit, zvýšit pohybovou aktivitu, dodržovat doporučené diety a udržet optimální tělesnou hmotnost (ČEŠKA, ŠTOCHLOVÁ, 2001: 7). Změnit životní styl u dospělého člověka znamená pro mnohé neřešitelný problém, zvláště změna zaběhlých stravovacích návyků (ŠTOCHLOVÁ, NIEDERLE, 2000: 9). Nejčastější motivací pro změnu životního stylu bývají zdravotní problémy, snaha o odstranění špatných návyků, někdy i negativní společenské hodnocení našeho okolí (KUKAČKA, 2010: 203).

### **2.5.1 Zdravá výživa**

Kukačka (2010) uvádí jako jednu z možných definic výživy, která je zdrojem energie a všech nutných látek, které potřebujeme k růstu a obnově tkání. Základním úkolem správné výživy je zajištění optimálního přívodu energie a živin ve formě bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů, minerálních látek a vody přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu člověka. Nevhodná skladba stravy a nadbytek živin se uplatňuje při vzniku některých onemocnění. Vyvážená výživa má naopak ochranné účinky (KUKAČKA 2010: 47). Základní účel potravy je uhrazení energetické potřeby organismu, mezi které patří bazální metabolismus, svalová činnost, tepelné ztráty

a zažívací pochody. Předpokladem zdraví je rovnováha mezi příjmem a výdejem energie, tedy vyrovnaná energetická bilance. Její nerovnováha má za následek poruchy zdraví. Doporučený příjem energie je 9500 kJ, individuální potřeba však závisí na věku, pohlaví, fyzické aktivitě, klimatu a zdravotním stavu. (KUDLOVÁ a kol., 2009: 35). Každý den si můžeme rozdělit na dvě části – čas kdy převládá zpracovávání přijaté potravy (anabolismus) a čas kdy převládá spotřeba zásob (katabolismus). Příjem potravy má tedy stěžejní vliv na celkový metabolismus člověka (KITTNAR, 2009: 167). Výživa musí tělu dodávat potřebnou energii, minerální látky, esenciální látky, vitamíny a dostatek vody. Pro dobrou pasáž hlavně tlustým střevem jsou důležité i balastní látky neboli nestravitelné části potravy. Denní spotřeba energie závisí na mnoha faktorech a je velmi různá, i bazální metabolismus může být nastaven na různou intenzitu (SILBERNAGL, 2004: 226). Bazální metabolismus je energie nutná na zajištění základních životních pochodů. Štěpením vazeb organických molekul se uvolňuje energie, která je ze 40 % použita na práci, a zbylých 60 % se uvolňuje v podobě tepla (KITTNAR, 2009: 178).

Mezi hlavní živiny, které nám poskytují energii, patří bílkoviny, tuky, sacharidy. Kudlová (2009) uvádí optimální poměr hlavních živin v celkovém energetickém příjmu 10-15 % bílkovin, 55-60 % sacharidů a 25-30 % tuků. V těle se mohou tuky vytvořit ze sacharidů, sacharidy z bílkovin a tvorba vlastních bílkovin je závislá na jejich příjmu z potravy. Mezi nezbytné živiny patří i minerální látky, stopové prvky, vitamíny, které zaujímají v organismu významné biologické funkce. Důležitou součástí je i voda, jejíž množství a kvalita má výrazný vliv na zdravotní stav (KUDLOVÁ a kol., 2009: 35).

### **Bílkoviny**

Jsou makromolekuly složené z aminokyselin spojených peptidovou vazbou. Jsou základní stavební látkou všech živých struktur. Zaujímají vedoucí místo ve složitých pochodech látkové výměny. Bílkoviny jsou zásadní pro funkci mnoha systémů – hormonální, imunitní, enzymatický systém (KUKAČKA, 2010: 65). Jejich složení a využitelnost aminokyselin rozhoduje o biologické hodnotě. Plnohodnotné jsou takové, které obsahují všechny nezbytné aminokyseliny v dostatečném množství, zpravidla živočišné. Bílkoviny rostlinného původu jsou neplnohodnotné, jejich biologická hodnota je určena limitní esenciální aminokyselinou, které je nejméně, proto je důležité zdroje kombinovat tak, aby docházelo k optimální saturaci organismu všemi aminokyselinami. Zdrojem živočišných bílkovin jsou maso, vejce, mléko a mléčné

výrobky. Zdrojem rostlinných bílkovin jsou luštěniny a výrobky z obilovin. Doporučený denní příjem u dospělého je 0,8 g/kg tělesné hmotnosti, energetická hodnota 16,8 kJ/g (KUDLOVÁ a kol., 2009: 36). Kvalitními bílkovinami jsou: vaječný bílek, libové maso, syrovátková bílkovina (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 123).

Pokud je nedostatečný příjem bílkovin, dochází k porušení řady funkcí v organizmu a následnému zdravotnímu poškození: narušení imunitních procesů, nedostatečný růst a obnova buněk a tkání, ovlivnění hormonální činnosti, narušení spermatogeneze, zvýšení rizika vzniku nádorů. Naopak u zvýšeného příjmu proteinů se zvyšuje množství dusíkatých katabolitů, které je třeba vyloučit, zvýšení glomerulární filtrace v ledvinách a rizika tvorby kamenů z oxalátu vápníku v ledvinách (KUDLOVÁ a kol., 2009: 38). Bílkoviny jsou často nechtěným vektorem živočišných tuků. Nadbytek bílkovin zvyšuje riziko zpomalené regenerace (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 120, 123).

## **Tuky**

Patří mezi nejvydatnější zdroj energie, minimální příjem je 35 g/den, energetická hodnota 37,7 kJ/g. Význam lipidů je ve složce membrán (buněčná membrána je z velké části tvořena fosfolipidy, které jsou tvořeny estery glycerolu a kyseliny fosforečné), zdroj esenciálních mastných kyselin nutných pro rozvoj orgánů, látek ovlivňujících imunitní systém. Podporují absorpci, transport a tvorbu vitamínů rozpustných v tucích. Tuková tkáň funguje jako zásobárna energie, mechanická a termická ochrana, produkce hormonálně a metabolicky aktivních substancí a ochrana před ukládáním tuku v jiných orgánech (BAJER, BURIANOVÁ, FRUHAUF, KYTNAROVÁ, URBANOVÁ, 2005: 5, 11, 13).

Lipidy jsou skupina látek s různou chemickou strukturou. Mezi hlavní patří mastné kyseliny ve formě triglyceridů a fosfolipidů. Uhlíkový řetězec mastné kyseliny může mít všechny vazby nasycené nebo obsahovat jednu dvojnou vazbu (mononenasycené) popřípadě těchto dvojných vazeb může obsahovat více (polynenasycené). Tyto jsou označovány jako esenciální, nedovedeme si je vyrobit. Rozdělujeme je na omega-6, které jsou v rostlinných olejích, a omega-3, obsažené v tuku mořských ryb (KUDLOVÁ a kol., 2009: 39-40). Omega 3 mastné kyseliny mají pozitivní vliv na srdeční sval a cévy, snižují srážlivost krve, blokují tvorbu aterosklerotických plátů, snižují hladinu tuků v krvi, snižují krevní tlak. Mají protizánětlivý účinek tím, že chrání cévy, klouby, kůži a mozek. Posilují imunitní systém a chrání před karcinomy. Proto se doporučuje jako prevence srdečních onemocnění 2–3x v týdnu konzumovat ryby nebo rybí tuk

s obsahem omega-3 mastných kyselin (KUKAČKA, 2010: 73). Cholesterol doprovázející živočišné tuky je nezbytný pro stavbu buněčných membrán a tvorbu steroidních a pohlavních hormonů, žlučových kyselin. Jeho příjem by neměl přesáhnout 300 mg za den. Na vysokém příjmu tuků v naší populaci se podílí jak tučné potraviny, tak úprava pokrmů. Dvě třetiny přijatých tuků jsou skryté tuky v mase, masných a mléčných výrobcích. Nasycené mastné kyseliny jsou obsažené v živočišných tucích a měli bychom jejich příjem omezovat. Rizikové pro vznik kardiovaskulárních onemocnění jsou trans mastné kyseliny, které vznikají při výrobě ztužených tuků pomocí hydrogenace (KUDLOVÁ a kol., 2009: 39-40; DOSTÁLOVÁ, PÁNEK, POKORNÝ, 2002: 98).

Za optimální je považován denní příjem 0,3 g živočišných a 0,4 g rostlinných tuků na kg hmotnosti. V naší populaci často konzumace tuků dosahuje 40 %, ale neměla by přesahovat 30 % celkového příjmu energie a 20 % u vysoce rizikových jedinců s prokázanou aterosklerózou. WHO z hlediska prevence kardiovaskulárních a onkologických onemocnění doporučuje podíl nasycených mastných kyselin menší než 10 %, mononenasycených 10-15 % a polynenasycených méně než 10 % (KUDLOVÁ a kol., 2009: 41). Potraviny s vysokým obsahem živočišných tuků a cholesterolu nahrazujeme za polynenasycené a nenasycené, učíme se racionálnímu způsobu života a omezujeme tak vývoj ostatních faktorů aterosklerózy (BAJER, BURIANOVÁ, FRUHAUF, KYTNAROVÁ, URBANOVÁ, 2005: 38). Nadměrný příjem tuků je zdrojem nevyužité energie a vede ke zvýšenému ukládání tuků a následné obezitě se všemi dalšími zdravotními důsledky. Dvojnásobné vazby nenasycených mastných kyselin jsou náchylné k oxidačním změnám vedoucím k peroxidaci lipidů buněčných membrán a k zátěži oxidačním stresem, důležitý je proto dostatečný přísun ochranných látek a antioxidantů vit. C, E, A, beta-karotenu (KUDLOVÁ a kol., 2009: 41). Tuky jsou zdrojem energie pro vytrvalostní zátěž, vitamínů rozpustných v tucích a esenciálních mastných kyselin. Jejich potřeba stoupá u vytrvalostních sportů v chladu. Preferovat rostlinné tuky s dostatkem polynenasycených mastných kyselin. Na smažení používáme upravené rostlinné tuky. Smažením se však nutriční hodnota potravin zhoršuje (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 120, 123).

### **Sacharidy**

Sacharidy jsou sloučeniny uhlíku, vodíku a kyslíku. Slouží nám jako stavební a zásobní látky (KUKAČKA, 2010: 68). Dělíme je dle počtu molekul na monosacharidy, obsahují

jednu molekulu (glukóza, fruktóza), oligosacharidy, obsahují dvě až deset molekul (sacharóza, laktóza, maltóza), a polysacharidy, mají více než deset molekul a dělíme je na využitelné – škroby a nevyužitelné – vlákninu. Zdrojem polysacharidů jsou obiloviny, luštěniny zelenina, ovoce a brambory. Minimální denní příjem je 50 g a maximální 500 g, energetická hodnota 16,8 kJ/g (KUNOVÁ, 2006: 28). Využitelné sacharidy se štěpí na fragmenty využívané ve tkáních jako zdroj energie nebo stavební jednotky. Po konzumaci sacharidů se zvyšuje hladina krevního cukru (glykémie). Rychlost vzestupu se vyjadřuje glykemickým indexem, jehož referenční hodnotou je glukóza (GI=100). Pro hubnutí a při diabetu je výhodnější, aby glykémie stoupala pomalu, proto jsou doporučovány potraviny s nízkým glykemickým indexem celozrnné pečivo, luštěniny, těstoviny z tvrdé pšenice (KASTNEROVÁ, 2014: 73; RYBKA a kol., 2006: 59).

### **Vláknina**

Skupina látek patřící k sacharidům, vyskytuje se v rostlinných potravinách a organismus ji nedokáže strávit (KUDLOVÁ, MYDLILOVÁ, 2005: 22). Dle rozpustnosti ve vodě jí dělíme na rozpustnou (pektiny, mořské řasy, polysacharidy) a nerozpustnou (celulóza, lignin). Pektin je hlavní složkou v ovoci (KASTNEROVÁ, 2014: 80). Vláknina v množství 30 g denně snižuje glykemický index potravin. U osob s rizikem vzniku diabetu, kardiovaskulárních chorob, karcinomu tlustého střeva je zdůrazňován dostatek vlákniny ve stravě - 14 g na každých 4000 kJ (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 120). Působení vlákniny na trávení je mnohostranné a její přítomnost ve stravě je velice prospěšná pro prevenci a léčbu řady onemocnění. Není lidskými enzymy rozkládána a prochází přirozeným způsobem trávicím traktem, významně ovlivňuje metabolismus tuků a cukrů. V žaludku zvětšuje objem tráveniny a navozuje pocit sytosti, má schopnost vázat vodu a bobtnat. Ve střevě dochází k vazbě cholesterolu a žlučových kyselin na složky vlákniny, které jsou vylučovány stolicí. Vláknina se podílí na dobré peristaltice střev, prevenci rakoviny střev. Největším zdrojem je čerstvá zelenina, ovoce, luštěniny, vločky, obiloviny, celozrnné výrobky (ŠTOCHLOVÁ, NIEDERLE, 2000: 16; KASTNEROVÁ, 2014: 81).

### **Vitamíny**

Patří mezi živiny, které si organismus nedokáže vytvořit vůbec, nebo je tvoří jen ve velmi malém množství nepostačujícím k řádnému růstu a udržení homeostázy. Je nezbytné zajistit jejich příjem dle doporučené denní dávky (BAJER, BURIANOVÁ,

FRÚHAUF, KYTNAROVÁ, URBANOVÁ, 2005: 20). Je třeba přijímat v dostatečném množství i minerály (Ca, Fe, I) a stopové prvky. Vitamíny jsou organické sloučeniny, které potřebujeme pro správnou funkci metabolismu, povětšinou jako koenzymy (SILBERNAGL, 2004: 226; LEDVINA, 2006: 526). Objevem všech vitamínů koncem 40. let 20. století došlo ke vzniku klíčového konceptu nepostradatelnosti celé řady organických látek pro zdraví a růst. Postupně byly objeveny esenciální aminokyseliny, esenciální mastné kyseliny, úloha vlákniny, antioxidantů a dalších mikronutrientů (KUDLOVÁ A Kol., 2009: 23). Máček Radvanský (2011) uvádí, že v rámci prevence u člověka s pestrá strava není nutné podávat dietní doplňky s mikroživinami. Výjimkou je těhotenství, laktace, senioři. Rozumná pestrá a vyvážená strava s dostatkem ovoce, zeleniny a masa stačí i u sportovců (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 120, 124).

### **Pitný režim**

Je neméně důležitý, už při ztrátě 3 % tělesné vody dochází ke snížení tělesného výkonu až kolapsu organismu. Nedostatek tekutin způsobuje dehydrataci, dochází k bolestem hlavy až poruchám psychiky. Zranitelnou skupinou jsou děti a starší lidé, u kterých se pocit žízně vytrácí (KASTNEROVÁ, 2014: 107; KUNOVÁ, 2006: 62). Kastnerová (2014) uvádí denní příjem vody člověka v průměru 400 ml na 10 kg tělesné hmotnosti (KASTNEROVÁ, 2014: 109). Kukačka (2010) upozorňuje, že je důležitý i způsob příjmu tekutin, měli bychom pít pomalými doušky a ne více než 200 až 300 ml najednou (KUKAČKA, 2010: 84). Optimální příjem tekutin je 2-3 litry za den. Pokud sportujeme, jsme v horku nebo těžce pracujeme, musí být příjem tekutin vyšší (KUNOVÁ, 2006: 62). Nejvhodnější nápoj je čistá voda, pramenitá a přírodně mineralizovaná, dále ovocné a zeleninové ředěné šťávy, neslazené slabé čaje. Měli bychom se vyhýbat limonádám, kolovým a energetickým nápojům. Káva a alkoholické nápoje nepatří do pitného režimu (KASTNEROVÁ, 2014: 109-110).

Pokud není příjem energie a bílkovin (dusíková bilance) dostatečný, rozvine se malnutrice. Tento stav je běžný u starší populace. Malnutricí může trpět i člověk obézní (LEDVINA, 2006: 526). Největší zásoby energie představuje tělesný tuk a mají-li být tyto zásoby stálé, musí být sladěn příjem a výdej energie. Stav těchto zásob se nejvíce odráží na změně tělesné hmotnosti jedince. Zda je hmotnost přiměřená, vyjadřuje index BMI (body-mass index) = tělesná hmotnost v kg/(výška v m)<sup>2</sup>. U ženy by tato hodnota měla být mezi 19-24, u muže 20-25. Stav tukových zásob v těle odráží koncentrace

hormonu leptinu, který secernuje tukové buňky. Jedním z jeho účinků je snížení chuti k jídlu. Při rozvoji obezity dochází mimo jiné k desenzitizaci leptinových receptorů (SILBERNAGL, 2004: 230).

V dětském věku jídlo nedodává jen živiny potřebné pro růst a normální fyziologické funkce, je i součástí celé řady sociálních interakcí. Začíná vytvořením vztahu mezi matkou a dítětem až po zvládnání pozdějších společenských příležitostí. Výživové chování je komplexním fenoménem zahrnujícím koordinaci vývoje poznávacího, motorického, sociálního a emocionálního. Jako vlastnosti dítěte je i potenciál výživového chování vymezen geneticky, realizace závisí na životních podmínkách. Výživová hodnota potravy je dána obsahem energie a obsahem bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů, minerálních látek a vody (KUDLOVÁ, MYDLILOVÁ, 2005: 15, 22). Dle WHO je kojení doporučováno od jedné hodiny po porodu výlučně do 6 měsíců při dobrém výživovém stavu matky. Dále je možné kojit při současném podávání příkrmu. Tato výživa je ideální pro fyzický i psychomotorický vývoj kojence a má pozitivní účinek i na matku. Mateřské mléko je tou nejlepší výživou pro dítě a obsahuje vše k jeho správnému vývoji, přináší zdravotní výhody nejen dítěti, ale i matce. Po druhém roce se výživa dítěte stále více podobá tomu, co jí rodina. Dítě postupně přijímá zvyklosti a vytváří si tak základ vlastních stravovacích návyků, vztah k potravinám, jídlu jako takovému pro další dětství a dospělost (KUDLOVÁ, MYDLILOVÁ, 2005: 31, 81, 100).

**Obecné zásady výživy** – snižující riziko vzniku civilizačních onemocnění (dle SZÚ, Fórum zdravé výživy):

- jezte pestrou stravu rozloženou do celého dne
- udržujte si vhodnou tělesnou hmotnost, pravidelně sportujte
- vybírejte stravu obsahující nízké množství tuku, zvláště živočišného a cholesterolu, k vaření a přípravě pomazánek používejte pouze rostlinné tuky, do salátů rostlinné oleje, maso jezte libové, bez viditelného tuku, omezte smažené pokrmy
- konzumujte dostatečné množství ovoce a zeleniny (0,5 kg/den), celozrnných potravin
- omezujte spotřebu cukru, vyhýbejte se oplatkám, keksům, sušenkám s náplní a slazeným limonádám

- omezujte příjem kuchyňské soli, nepřisolujte, výjimečně jezte instantní polévky a jídla
- přijímejte dostatek tekutin – 2-2,5 l/den, rovnoměrně během dne
- alkoholické nápoje pouze umírněně
- pravidelně denně konzumujte mléčné výrobky (KUDLOVÁ, MYDLILOVÁ, 2005: 110).

Naše populace netrpí nedostatkem žádné složky makroživin ani vitamínů, ale jen nedodrží rovnováhu příjmu a výdeje energie. Zvýšený energetický příjem vede ke zvýšenému riziku obezity a možnému rozvoji dalších civilizačních onemocnění. Mírná redukce nadváhy o 5-7 % počáteční hmotnosti snižuje inzulínovou rezistenci, je spojena i s prevencí kardiovaskulárních chorob a diabetu. Snížení hmotnosti je doporučeno všem, kteří jsou ohrožení vznikem civilizačních chorob. Důležitá je změna životního stylu, edukace účastníka, individualizované poradenství, příjem energie a tuku pod 30 % celkové dodávky živin a pravidelná pohybová aktivita (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 120). Preventivní zaměření výživy by mělo zásadním způsobem snížit riziko vzniku některých onemocnění a to u osob, u kterých se předpokládá určitá genetická zátěž. Mezi zdravím, ke kterému směřuje náš životní styl, a kvalitou výživy je velmi úzký vztah. Více než 40 % všech civilizačních onemocnění je způsobeno dlouhodobě nevyhovující a nevhodnou stravou (KUKAČKA, 2010: 45). Možná, že budoucí generace budou schopné identifikovat vztah mezi individuálním genetickým kódem a predispozicí k onemocněním se vztahem k výživě nebo fyziologickým funkcím a na základě toho využívat individuální nutriční intervence (KUDLOVÁ a kol., 2009: 25).

### **2.5.2 Pohybová aktivita**

Dnešní moderní životní styl není pro naše tělo ideální. Mnoho času trávíme vsedě nebo stejnými pracovními činnostmi, málo se pohybujeme a sportujeme minimálně. Naše záda trpí a brzy jsou následkem bolestivé potíže. Pravidelným cvičením lze těmto problémům předcházet, důležité je správné držení těla a posílení zádového svalstva. Dochází i k odbourání napětí a získání nové energie. Moderní stresové situace, dlouhotrvající psychická zátěž a neustále napjaté svaly vedou k celkovému napětí. Bolesti jsou voláním duše o pomoc. Fyzický trénink je optimální ochrana, cílený pohyb



uvolňuje svaly s následným skutečným uvolněním. Důležité je pravidelné cvičení každý den deset minut (GRABBE, 2010: 9, 19).

Pravidelný pohyb nám udržuje optimální hmotnost a hladinu cholesterolu, je balzámem pro tělo i duši (MEIER, 2007: 89). Tělesná zátěž, ať jednorázová nebo opakovaná, má vliv na imunitní pochody. Jednorázová zátěž vyvolá spíše pokles imunity, opakovaná zvyšuje aktivitu imunitních pochodů, výsledek závisí na intenzitě zátěže, jejím trvání, pravidelnosti, zdravotním stavu a výživě (KUČERA, KOLÁŘ, DYLEVSKÝ et. al., 2011: 58; MEIER, 2007: 94). Pravidelné cvičení a přirozená pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním a léčebným prostředkem pro většinu civilizačních onemocnění. Pohybová aktivita má velký význam při léčbě mnoha onemocnění. Jejím cílem je zlepšit zdravotní stav nemocného a předcházet klinickým projevům onemocnění (KUKAČKA, 2010: 24). Pohyb patří mezi základní projev života, umožňující jeho existenci. Je to důležitá primární potřeba, odráží temperament, intelekt. S přibývajícím věkem je pohyb ovlivňován sociálním prostředím, ve kterém je usměřován, podporován, tlumen, nebo nahrazován jinými podněty. Optimálním pohybem podporujeme srdeční činnost, látkovou přeměnu, zvyšujeme dechový objem, vitální kapacitu plic, odstraňujeme toxické látky z těla a stimuluje produkci endorfinů v mozku, korigujeme postavení jednotlivých obratlů páteře a svalovou rovnováhu. Pohyb je prioritním prostředkem preventivní péče o zdraví. Umožňuje příjemné trávení volného času, formuje sociální a psychickou stránku jedince (BURSOVÁ, 2005: 11). Pohybová aktivita má mnohostranný přínos pro všechny věkové kategorie, ale zvyšuje se počet lidí, kteří dávají přednost sedavému způsobu života. Každé zvýšení pohybové aktivity v průběhu dne aerobním tréninkem, odporovým tréninkem i koordinačním cvičením snižuje riziko náhlého úmrtí a zlepšuje funkce orgánů. Inaktivita se stává hrozbou společnosti, alarmující je především u dětí a seniorů. Dostatek pohybové aktivity a správná výživa jsou hlavními vnějšími faktory ovlivňujícími naše zdraví, a zároveň představují možnost, jak udržet dostatečnou pohyblivost a pracovní tempo až do vysokého věku. Pohybová aktivita zaměřená na zvýšení tělesné výkonnosti, fyzické zdatnosti nebo zlepšení zdravotního stavu se označuje jako tělesné cvičení. (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 1). Dobrá tělesná kondice je o vytrvalosti, síle, pohyblivosti a schopnosti koordinace (MEIER, 2007: 95). Sportovní trénink je dlouhodobý a účelně organizovaný proces rozvoje specializované výkonnosti ve vybraném sportovním odvětví. Úkolem je osvojování si sportovních

dovedností, technické a taktické přípravy, potřebných kondičních základů, ovlivňování psychiky, osobnosti a chování sportovce (PERIČ, DOVALIL, 2010: 12).

Doporučení podle American Heart Association 2004 je 30 minut chůze 6 dní v týdnu, dnes se doporučuje pro primární i sekundární prevenci 6300 kJ týdně středně intenzivní zátěže oproti 4200 kJ týdně. Za vytrvalostní zátěž považujeme pohybovou aktivitu trvající 20-30 minut formou cyklických pohybů. Zdrojem energie jsou sacharidy (glykogen ve svalu), ale postupně nabývají většího významu tuky. Využití závisí na schopnosti adaptace organismu na zátěž. Adaptace není jednoduchý fyziologický proces, spíše soubor na sebe navazujících mechanismů. V praxi je nazýváme trénovanost. Při pravidelném tréninku se dostavuje určitý efekt bez ohledu na věk, pohlaví či zdravotní stav. Metabolická adaptace se projeví zvýšením enzymatické aktivity, vzroste zásoba energetických zdrojů ve formě glykogenu a zvyšuje se kapacita pro využití zásob tuků. Dochází k adaptaci zraku a celkovému zvýšení enzymatických reakcí. Vytrvalostní charakter snižuje srdeční činnost při stejné zátěžové intenzitě. Pravidelná aktivita zlepšuje stav kosterního svalstva (podpora venózního návratu, plnění srdce, větší tepový objem), cévní periferie, trénovanost srdečního svalu. Dlouhodobý trénink vede k vývoji sportovního srdce-fyziologická regulační hypertrofie. Srdeční frekvence se po 4-6 týdnech snižuje o 12-15 tepů za minutu. Snížení dechové práce je výsledkem adaptace dýchání, zvyšuje se dechový objem a snižuje se dechová frekvence (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 3-29). Pravidelné cvičení zvyšuje pevnost a pružnost kloubních vazů, ohebnost kloubů, svalovou sílu, vytrvalost a klidové napětí svalu. Také zvyšuje produktivitu práce, pracovní aktivitu, snižuje pracovní neschopnost a náklady na léčení (SOVOVÁ, ZAPLETALOVÁ, CYPRIANOVÁ, 2008: 14).

Důsledkem nedostatečné pohybové aktivity je ortostatická labilita, vyšší srdeční frekvence, převažující vliv sympatiku nad parasympatikem, pokles tepového objemu, zvýšená tendence vzniku trombů, negativní dusíková bilance, úbytek aktivní tělesné hmoty, vyplavování vápníků z kostí, snížení metabolismu, pokles síly, poruchy koordinace pohybů, snížení prokrvení, změny v metabolismu sacharidů, pokles tělesné teploty. Mezi subjektivní potíže patří dušnost, rychlá únava, zvýšená nervozita, poruchy spánku, pocity slabosti, závratě, pocity pracovní neschopnosti, bolesti hlavy, bolesti v zádech, pocity studených končetin a bušení srdce (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 31). Dnes se u velké části populace projevuje hypokineze se současným

nekompenzovaným nadměrným udržováním statických poloh, podílí se na řadě civilizačních onemocnění a dále u poruch držení těla (BURSOVÁ, 2010: 13).

Pohybová aktivita dětí je podkladem pro budoucí dobrý zdravotní stav v dospělosti. Důležitý je optimální vývoj pohybového systému, zvýšení kardiopulmonální výkonnosti a vyšší inzulínové senzitivitě, snížení vzniku rizika obezity, dyslipidémie, inzulínové rezistence. Je potřebné usměrňovat a stimulovat nové pohybové možnosti a chránit před úrazem. V prvních letech života je doba bdění vyplněna ze 70-80 % aktivním pohybem (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 127). Dítě potřebuje nejen řízený, ale i volný pohyb, který vychází z reflexní potřeby kompenzace hypomobility. Sportovní příprava je vhodnou doplňovací aktivitou při zajišťování optimálního režimu školního dítěte (KUČERA, KOLÁŘ, DYLEVSKÝ et. al., 2011: 17). Cvičení ke zvyšování síly u dětí je možné od 6 let. Doporučení pro školní věk od Americké pediatrie akademie je lekce 20-40 minut 2-3x týdně. Snažíme se o všestranné působení více pohybových aspektů - síla, obratnost, vytrvalost, rychlost (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 58). Vhodný je individuální přístup k volbě typu sportovní zátěže a jeho kvalitě ve vztahu k základním a speciálním pohybovým a mentálním požadavkům sportu v relaci se stavem, stupněm vývoje a podmínkami jedince. Limitující je tělesný stav, kardiovaskulární výkonnost a svalová vybavenost. Posturální funkce jsou součástí a předpokladem každého pohybu. Chybná jednostranná zátěž držení těla zhoršuje. Správné držení těla je prevencí chorob páteře (KUČERA, KOLÁŘ, DYLEVSKÝ et. al., 2011: 63, 71). Vhodné je zařazování kompenzačních cviků protahovacích, posilovacích, relaxačních a uvolňovacích, nezapomínáme ani na dechová cvičení (PERIČ, DOVALIL, 2010: 134). Nedostatečná pohybová aktivita ohrožuje další vývoj dítěte i zdravotní stav a výkonnost v dospělosti. Doporučuje se u školních dětí alespoň hodinu denně pro harmonický vývoj (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 127). Riziko poškození dítěte sportem je dnes menší než nebezpečí a defekty při nedostatku pohybové aktivity. Nedostatek tréninku, nárůst obezity a nedostatek podnětů pro optimální rozvoj motorických funkcí dnes hrozí většině dětí. Sport je i optimálním využitím volného času a zasahuje do procesu výchovy, důležitá je radost z pohybu. Odpovídající pohybový režim je podmínkou pro harmonický rozvoj v celém životě. Doporučována je hra s míčem už od předškolního věku, lyžování, bruslení, plavání, procházky. Závažným problémem dnešní doby je úrazovost v dětském věku, důležitá je tedy cílená prevence. Bohužel chování dětí nemůžeme ovlivnit, zde převládá

nezkušenost, neobratnost, zvědavost, podnikavost při dětských akcích (KUČERA, KOLÁŘ, DYLEVSKÝ et. al., 2011: 61, 77, 83, 135).

Pohybová aktivita ve vyšším věku pomáhá udržovat dobře fungující motoriku, schopnost volného pohybu, dlouhodobé udržení svalové síly, flexibilitu a kardiorespirační zdatnost. Pokles pohybové aktivity je příčinou ovlivňující i vlastní průběh stárnutí - klesá síla, snižuje se počet svalových vláken, zmenšuje se objem svalů, nastávají regresivní změny v pohybovém aparátu včetně kostí. S úbytkem svalové hmoty klesá kvalita koordinace pohybů i rychlost svalové kontrakce, chůze do schodů, běh, zvedání břemen. Zhoršení motoriky se projeví ve změně chůze. Pravidelné cvičení umožňuje každodenní pohybovou zátěž bez obtíží a únavy. Vytváří energetickou rezervu pro pohybově náročnější aktivity, zvyšuje odolnost vůči tělesné námaze. Přispívá ke zvyšování svalové síly, roste osobní bezpečnost, klesá riziko pádů, snižuje vznik různých onemocnění. Zvyšuje možnost společenského uplatnění a udržuje psychickou rovnováhu (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 141-142; KALVACH 2004: 155). Seniorům se pro lepší regeneraci doporučuje stejná intenzita cvičení jako u dětí. Od zvýšené aktivity očekáváme zpomalení či zastavení negativních věkových změn a kladný vliv na celkový funkční stav organismu, prevence osteoporózy, méně úrazů a pádů. Snižuje riziko předčasného úmrtí, prodloužení života až o 2 roky v porovnání s neaktivními osobami. Rozhodující je její rozsah, druh a intenzita. Každý sám by měl pečovat o svou pohyblivost, bohužel jen nevýznamná menšina je pohybově aktivní. Do pohybu zahrnujeme i práci na zahradě, fyzicky náročné koníčky, pochůzky a nákupy. Nejlépe 30 minut každý den, možno rozdělit do menších celků. Aktivitu vybíráme dle zdravotního stavu. Vhodná je chůze, jízda na kole, ergometr, běh, cvičení ve vodě, plavání, tenis, golf, cvičení rovnováhy, fitcentra po poradě s lékařem (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 58, 144-147). Zařazení seniora do pohybového programu zlepšuje i jeho psychickou pohodu, kognitivní funkce, omezuje vznik deprese, posiluje sociální kontakty a celkově zvyšuje kvalitu života (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 150; KALVACH 2004: 153). Topinková (2005) doporučuje jako minimum fyzické aktivity 3-5x týdně 30 minut chůze (aerobní efekt, posilování). Pro udržení rozsahu pohybu v kloubech denní procvičování, strečink a cvičení zaměřená na rovnováhu a stabilitu (TOPINKOVÁ, 2005: 21).

Nezastupitelné místo v průběhu života každého z nás má sport, který ovlivňuje fyzické zdraví. Zlepšuje duševní vyrovnanost, sebepojetí člověka zvyšováním

sebedůvěry, dává pocit vlastní hodnoty, sebekázně, sebekontroly, pocitu síly, zdraví, dostatku energie. Kompenzuje nedostatek pohybu v životním stylu a je prevencí civilizačních onemocnění (FIALOVÁ, 2006: 67). Velký význam mají pravidelné procházky rychlou chůzí, plavání, jízda na kole, běh, míčové sporty, tanec, lyžování, aerobik, veslování, in-line bruslení, běh na lyžích, odporové cvičení. Důležité je i vhodné vybavení pro sport (ČEŠKA, ŠTOCHLOVÁ, 2001: 8; MEIER, 2007: 98; MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 46). Vhodná je rychlá chůze 100-120 kroků za minutu, rovinný terén. Chůze nemá bránit komunikaci s okolím nebo vyvolat dušnost. Při hovoru vnímat okolní přírodu. Je vhodné střídat pomalejší i rychlejší chůzi, na závěr nezapomínat na protažení. U nadváhy nedoporučujeme běh, dáváme přednost rychlé chůzi. Přesná doba cvičební jednotky závisí na více faktorech. Především je to celkový objem tréninku, intenzita, frekvence, tělesná zdatnost. Celkový časový souhrn různého typu pohybové aktivity je 60 minut. Frekvence by měla být ovlivněna volným časem, chutí a potřebou aktivního pohybu, záleží, zda má vyvolat hmotnostní úbytek nebo upevnit zdraví. Pro střední a vyšší věk je nejvhodnější chůze rychlostí 5-6 km/hod. Tělesná zdatnost je faktorem ovlivňujícím zdravotní stav. Americká kardiologická společnost doporučuje 30 minut pohybové aktivity denně po dobu několika měsíců. Evropa a USA 16-24 km rychlé chůze týdně. Dle Japonska 10000 kroků denně. Chůze je prevence metabolického syndromu (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 45-48, 58). Optimální je dle lékařů kolem sedmi kilometrů chůze denně, což je asi deset tisíc kroků. Tato vzdálenost vede k dobré fyzické i duševní kondici. Rozdělíme potřebné kroky i do více bloků při dodržení zásady, že pozitivní zdravotní efekt má chůze tehdy, trvá-li vytrvalostní pohyb alespoň třicet až čtyřicet minut (KUKAČKA, 2010: 38).

Do pohybových aktivit lze zahrnout i otužování. Také představuje přirozený prostředek na zvýšení imunity. Základem otužování je pobyt na čerstvém vzduchu i za méně příznivých podmínek, v chladu a zimě (KUKAČKA, 2010: 18). Otužováním rozumíme činnost, jejímž výsledkem je schopnost organismu správně a pohotově reagovat na klimatické výkyvy zevního prostředí. Pojem běžné otužování znamená mytí a sprchování studenou vodou, saunování, nepřetápění obydlí a nenošení příliš teplého oblečení. Je doporučováno i u dětí. Vhodný je trénink v chladném prostředí. Otužování může být vzduchem, vodou (omývání, sprchování), nejlépe je začínat v teplých jarních či letních měsících. Procházkami a sportováním na podzim a v zimě cvičením venku (teplá obuv i rukavice), pobytem na vzduchu. Důležitý je význam prevence akutního zánětu dýchacích cest. Sportovním otužováním je plavání v ledové vodě, jeho

významem je získávání odolnosti před nemocemi z nachlazení, doporučuje se zdravým jedincům. Otužovat se je možné i v sauně - navštěvovat alespoň jednou týdně (MÁČEK, RADVANSKÝ et. al., 2011: 97, 98; KUČERA, KOLÁŘ, DYLEVSKÝ et. al., 2011: 158). Důležitý je i pobyt na slunci, zvláště v zimě. Dává nám pocit pozitivního zdraví, zlepšuje náladu a pohodu. Důležitý je pobyt venku (KUČERA, KOLÁŘ, DYLEVSKÝ et. al., 2011: 158).

### **2.5.3 Kouření**

Patří mezi závažné rizikové faktory. Jeho negativní dopad pocítují nejen kuřáci, ale i pasivní kuřáci, kteří nedobrovolně vdechují zplodiny kouření (ADÁMKOVÁ, 2010: 39). Po vdechnutí kouře se podráždí centrální nikotinové receptory a aktivuje acetylcholinový neurotransmiterový systém. Povzbudí se intelektuální činnost,lepší se vybavování si z paměti alepší se myšlení (KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 284). Vliv kouření na funkce organismu závisí na počtu vykouřených cigaret, chronických změnách vyvolaných kouřením, způsobu kouření, typu tabáku a způsobu jeho zpracování. Na organismus mají také vliv látky, které jsou během zpracování přidávány, doba kouření a věk zahájení kouření (DUŠKOVÁ, HRUŠKOVIČOVÁ, PAŘÍZEK, KRÁLÍKOVÁ, 2010: 129). Látky obsažené v tabáku a produkty vznikající při jeho hoření způsobují poškození organismu (KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 117). Tabákový kouř obsahuje okolo 4000-5000 plynných a pevných látek, nejdůležitější je nikotin (ADÁMKOVÁ, 2010: 39; KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 118). 100 látek je prokazatelných kancerogenů (DUŠKOVÁ, HRUŠKOVIČOVÁ, PAŘÍZEK, KRÁLÍKOVÁ, 2010: 129). Množství nikotinu v jedné cigaretě je kolem 1 mg (KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 29). Nikotin je toxická, bezbarvá látka, rostlinný alkaloid. Kouř obsahuje plyny – oxid uhelnatý, čpavek, formaldehyd a tuhé částice – nikotin, benzen a dehet. Obsah nikotinu je příčina závislosti na tabáku. Oxid uhelnatý vzniká důsledkem nedokonalého spalování během kouření. Snižuje schopnost krve přenášet kyslík, respektive se váže na hemoglobin místo kyslíku, a to s 200x vyšší afinitou (SANANIM, 2007: 144).

Organismus na tabákové zplodiny odpovídá zvýšením tepové frekvence, krevního tlaku, spotřeby kyslíku myokardem, zvýšením srdečního výdeje, projevy koronární vasokonstrikce, zvýšením viskozity krve, adhezivitou trombocytů, akcentací aterosklerotických změn a zvýšenou hladinou fibrinogenu. Má také negativní vliv na mitochondriální funkce a periferní cévní systém, způsobuje zvýšení celkového

cholesterolu. Zvyšuje koncentraci aterogenního LDL-cholesterolu a snižuje hladinu HDL-cholesterolu a triglyceridů v krvi, a tak zvyšuje riziko mozkové trombózy. Je prediktorem rozvoje srdečního selhání, infarktu myokardu, ischemické choroby srdeční. Aktivní kouření je hlavní příčinou chronické obstrukční plicní nemoci. Zvyšuje riziko vzniku řady onemocnění trávicího traktu, zhoršuje jejich průběh a léčbu (ADÁMKOVÁ, 2010: 39; ČEŠKA, ŠTOCHLOVÁ, 2001: 7; DUŠKOVÁ, HRUŠKOVIČOVÁ, PAŘÍZEK, KRÁLÍKOVÁ, 2010: 129; KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 237). S kouřením bývá spojována rakovina průdušek, plic, ale i dutiny ústní, hrtanu, jícnu žaludku, slinivky břišní, ledvin, močového měchýře, ženských reprodukčních orgánů, leukémie (KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 124). Ovlivňuje i endokrinní systém, onemocnění štítné žlázy či inzulínové rezistence. Tabákový kouř má strumigenní účinek - je připisován vlivu rhodanidů, které mají thyreostatické účinky. Tabákový kouř zvyšuje plazmatické hladiny adrenokortikotropního hormonu, růstového hormonu, ovlivňuje i funkci nadledvin (DUŠKOVÁ, HRUŠKOVIČOVÁ, PAŘÍZEK, KRÁLÍKOVÁ, 2010: 130; STÁRKA et al., 2005: 180). U kuřáků může být zvýšený výskyt osteoporózy a fraktur, urychlení resorpce kalcium fosfátu, stimulace diferenciac osteoklastů, tlumení syntézy svalové bílkoviny a stimulace expresi inhibičního myostatinu (ŽOFKOVÁ et al., 2009: 639). Kouření způsobuje také indukci jaterních a střevních enzymů (cytochromy P450), které pak rychleji metabolizují řadu léčiv a tím snižují jejich působení, může ovlivnit dokonce i účinky hormonální antikoncepce (OREL, 2009: 230). Má negativní vliv na pokožku, pleť rychleji stárne, může být ohrožena plodnost, zdárný průběh těhotenství a zdraví novorozence (SANANIM, 2007: 144). Během těhotenství může mít závažné důsledky pro vývoj plodu, nižší porodní hmotnost, předčasný porod, náhlé úmrtí plodu. Je důležité ukončit kouření v době plánovaného těhotenství nejlépe 6 měsíců před těhotenstvím. Ovlivňuje laktaci, která trvá kratší dobu a snižuje hladinu prolaktinu (DUŠKOVÁ, HRUŠKOVIČOVÁ, PAŘÍZEK, KRÁLÍKOVÁ, 2010: 130; STÁRKA et al., 2005: 180).

Dle WHO je kuřákem každý, kdo kouří alespoň jednu cigaretu denně. Nikotinismus je spojen se zvýšeným rizikem nádorů (ADÁMKOVÁ, 2010: 55, 75). Kouření má vliv na rozvoj diabetu mellitu 2. typu, metabolický syndrom a kardiovaskulární onemocnění (DUŠKOVÁ, HRUŠKOVIČOVÁ, PAŘÍZEK, KRÁLÍKOVÁ, 2010: 132).

Závislost na tabáku je nemoc a tato diagnóza je uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Nikotinismus je velmi nesnadno zvládnutelnou chorobou. Možností léčby je komplexní škála od nefarmakologického ovlivnění, tedy edukace, až po nabídku

náhradních programů. Součástí léčby je psychologická pomoc, protože psychobehaviorální intervence a podpora zvyšuje účinnost farmakoterapie při odvykání kouření. Náhradní terapie nikotinem je u nás dostupná ve formě náplastí nebo rychleji se vstřebávajících orálních forem – žvýkaček, inhalátorů, mikrotablet a pastilek. Dávkování se upravuje v průběhu léčby. Alternativou je redukce počtu vykouřených cigaret (KRÁLÍKOVÁ et al., 2007: 64). Postupně se snižují dávky nikotinu, dochází k léčbě závislosti bez projevů syndromu z vysazení, úspěšnost léčby je dvojnásobná. Podávání antidepresiv se způsobí uvolnění dopaminu a zmírní se některé odvykací příznaky, jako je nervozita, podrážděnost, úzkost. Vareniclin (Champix) brání nikotinu ve vazbě na nikotinových receptorech, kuřákovy cigarety nechutnají. U všech druhů farmakoterapie je minimální doba tři měsíce užívání (KALINA a kol., 2008: 152).

Otázka elektronických cigaret je dnes stále více aktuální. Obsahují méně toxických látek než kouř klasických cigaret, mohou pomoci přestat kouřit u kuřáků, u nichž klasické metody selhaly, ale není prokázána bezpečnost dlouhodobého užívání (KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 48).

Pasivní kouření způsobuje stejné nemoci jako aktivní kouření, v menší míře nádorová onemocnění, respirační a kardiovaskulární (KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 142). V organismu při pasivním kouření dochází ke zvýšení spotřeby kyslíku myokardem, zvyšuje se klidová tepová frekvence, krevní tlak a aktivita krevních destiček, zhoršuje se funkce endotelu, snižuje hladina kyseliny askorbové, dochází k destabilizaci aterosklerózy. Pasivní kuřáctví je nebezpečný jev (ADÁMKOVÁ, 2010: 42; KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 233). Mezi nejčastěji postižené patří děti kuřáků, které častěji trpí respiračními onemocněními, ale i pasivní kouření může vést k onkologickému onemocnění (SANANIM, 2007: 145; KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 60).

Pokud chceme přestat kouřit, je důležitá motivace, dále vyhýbání se nebezpečným místům a situacím, podpora druhého člověka, tělesná aktivita, odměna, relaxace, jóga, vhodná životospráva (NEŠPOR, 1999: 106). Široké spektrum podpory odvykání kouření a dostupné léčby závislosti na tabáku je od telefonních linek pro odvykání kouření po intervence v primární péči během hospitalizace či dostupnou farmakoterapii v rámci zdravotního systému. U dětí školní výchova ovlivňuje utváření klíčových kompetencí a chování vedoucí ke zdraví, využití připravených preventivních programů. Aktivní účast rodičů zvyšuje efektivitu programu (KRÁLÍKOVÁ et al., 2013: 153, 155).



#### 2.5.4 Nadměrná konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu provází celé dějiny lidstva. Alkohol se stal součástí naší kultury a je dokonce zapojen i do náboženských rituálů (Kristova krev), ovšem jeho spotřeba na hlavu se v posledních desetiletích zvyšuje a stále více lidí je ohroženo alkoholismem. Alkohol je jediné xenobiotikum, na které máme v těle specifické enzymy a které se přirozeně zapojují do intermediárního metabolismu (KALOUSOVÁ, 2006: 175). Patří mezi chuťová dráždidla a má vysokou energetickou hodnotu, minimální obsah živin a neobsahuje žádnou vlákninu (MICHÁLEK, 2008: 121)

Při nízkých dávkách působí protektivně na incidenci kardiovaskulárních onemocnění, avšak při dávkách větších než 300 g/týden se zvyšuje riziko cévní mozkové příhody 4 krát. Jeho nadměrná jednorázová konzumace způsobuje intoxikaci a přechodné poškození CNS, zvýšení oxidativního stresu, alteraci membrán, podmiňuje vznik toxických a reaktivních sloučenin, váže se na proteiny a DNA, narušuje pochody dýchacího řetězce. Oxidační stres je stav, kdy je narušena rovnováha mezi antioxidanty a oxidanty (především volné radikály) ve prospěch oxidantů, následuje tkáňové poškození. Dochází ke změnám oxidace a k aktivaci hepatocytů, až k metabolické acidóze. Dlouhodobé nadužívání alkoholu vede ke ztrátám energie, indukci syntézy kolagenu a fibróze (především jater), kancerogenezi (především gastrointestinální trakt a játra), deficitu retinolu, zvýšenému oxidačnímu stresu, perivenulární hypoxii, imunologickým změnám a stimulacím. Vyúsťuje jaterní cirhózou, jícnovými varixy a končí smrtí postiženého. Jaterní poškození je zapříčiněno imunitními a zánětlivými změnami, změnou metabolismu železa, toxickými účinky intermediátů metabolismu ethanolu – především acetaldehyd, centrilobulární hypoxií a genetickými faktory. Tyto změny vedou k jaterní fibróze a mitochondriální dysfunkci, nedostatku antioxidantů s následnou lipoperoxidací. Negativně ovlivňuje rozvoj hypertenze (KALOUSOVÁ, 2006: 175).

Hlavním rizikem nadměrného užívání je rozvoj tělesné i psychické závislosti, jež se rozvíjí po dlouhodobém užívání a předchází jí dlouhé období. Toxicita alkoholu vede k vážnému poškození organismu (KALINA a kol., 2008: 343). Mezi společná rizika všech návykových látek patří úrazy, otravy, dopravní nehody. Pod vlivem alkoholu se stáváme oběťmi trestných činů, ale také se častěji trestných činů dopouštíme. Závislost nám bere svobodu. Alkohol v době těhotenství poškozuje plod. I malá množství mají účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybu, úsudek a rozhodování, oslabuje vnímání bolesti a odstraňuje zábrany. Vysoká koncentrace tlumí centra pro dýchání, krevní oběh,

může vést ke smrti. Nebezpečné jsou kombinace s jinými tlumivými látkami (SANANIM, 2007: 138). Vyšší příjem alkoholu je považován za rizikový faktor pro zvýšenou manifestaci nádorů (ADÁMKOVÁ, 2010: 76).

Etylalkohol vzniká kvašením cukrů. Problémy s nadužíváním jsou známy od starověku. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje okolo 10 litrů na obyvatele za rok. Užívá se per os, prochází dobře biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projevuje jako prostá opilost (ebrieta), malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Zpočátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později přichází ztráta zábran a snížení sebevědomí, únava, útlum a spánek. Intoxikace se dělí na čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi od lehké opilosti až po těžkou intoxikaci se ztrátou vědomí s hrozcí zástavou dechu a oběhu. Akutní intoxikace alkoholem může být velmi vážným stavem. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří porucha rovnováhy, nevolnost, zvracení, poruchy chování, agrese, riskantní chování, porucha vědomí až smrt. Dlouhodobé nežádoucí účinky poškození gastrointestinálního traktu, jaterní cirhózy, karcinomy, poškození oběhového systému, poruchy krvetvorby, poruchy spánku, depresivní stavy, poškození nervového a endokrinního systému, poškození mozku, poruchy paměti, demence, poškození plodu u těhotných. Po odnětí alkoholu může nastat život ohrožující odvykací stav (KALINA a kol., 2008: 133-134, 341-342).

Jako farmakoterapie se používá látka naltrexon, která se využívá i u pacientů k udržení abstinence závislých na opioidech. Nejčastěji používaný preparát k senzitivaci je Antabus (KALINA a kol., 2008: 147). Mezi terapeutické přístupy patří pozitivní psychologie, odolnost klienta, motivační rozhovor, krátká terapie a fáze modelu změny (MILLER, 2005: 279).

### **2.5.5 Stres, relaxace, spánek**

#### **Stres**

O přesném mechanismu působení stresu na imunitu toho zatím mnoho nevíme, je však zřejmé, že zvláště dlouhodobý stres působí na organismus nepříznivě a často vede k onemocnění. Rozeznáváme stresory dvou typů. Fyzické, kam patří především bolest, a psychické – strach, utrpení, starosti, deprese apod. Centrální nervový systém je spojen s imunitními buňkami a orgány nejen pomocí hormonů, ale i cestou sympatických zakončení v lymfatických orgánech a uzlinách. Dokonce se zdá, že díky těmto spojením

nejenže může stres přispívat k rozvoji onemocnění, ale i nemoc (imunitní aktivita) může potencovat stres a ovlivňovat chování jedince (FALEIDE, 2010: 51).

Stres je fyziologická, emocionální a poznávací reakce v chování každého z nás. Všichni jsme vystaveni stresorům, mezi které patří nejčastější každodenní životní zkušenosti: práce, mezilidské vztahy, rodina, volný čas. Pokud je tato reakce velká nebo trvalá začíná se v první fázi objevovat napětí, které vede ke zvýšené únavě, funkční potíže spojené se zvýšenou aktivitou jednotlivých orgánů. Druhá fáze je spojena s poškozením jednotlivých orgánů. Mezi nejčastější zdravotní potíže patří kardiovaskulární onemocnění, která jsou spojena s přímým působením stresu na cévy, cholesterol a triglyceridy a s nepřímým působením v podobě poruch příjmu potravy nebo zdraví škodlivých návyků. Nesmíme zapomínat ani na nepřímé působení stresu na zvýšení pracovní absence a snížení produktivity práce. Stresory se vztahují nejčastěji do profesní sféry, vztahové situace a dále obecné, jako hluk, doprava, finanční problémy, bytové podmínky (CUNGY, 2005: 135). To, jak vnímáme určité podněty jako stresující, záleží i na našem aktuálním stavu. Pokud jsme unavení podráždění a jsme již v špatném psychickém stavu, stačí velmi málo k rozvoji vnitřního neklidu, nervozity či stresu. Vnímání stresu je subjektivní (KUKAČKA, 2010: 170). Podle toho jak na nás působí, ho dělíme na eustres, který je stresem přijatelným, kladně působícím. Je spojen s překonáváním překážek, kdy celý proces máme pod kontrolou a je často spojen s příjemným očekáváním. Opakem je stres negativní distres, je spojený s negativními pocity (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ a kol, 2009: 126).

### **Relaxace**

Tvoří součást každého programu zvládnání stresu. Hlavním jejím cílem je zmírnění emocionální zátěže spojené s úzkostí a podrážděností. Emocionalita je pojítko mezi vnějšími stresory a nemocí. Přílišná emocionalita urychluje fyziologické funkce, vyvolává funkční a později organické potíže a napomáhá vzniku úzkostných a depresivních poruch. Zvyšuje únavu, snižuje efektivnost uvažování a jednání. Naopak klid je podmínkou moudrosti a vyrovnanosti, ale také nám umožňuje, abychom poznali sami sebe a byli výkonnější, rozvíjeli lépe své schopnosti. Relaxace se tak stává uměním žít. Jde o životní hygienu – být klidní, abychom viděli, slyšeli a využívali každého okamžiku (CUNGY, 2005: 136, 153). Aktivní relaxace, je spojena s aktivním pohybem. Může probíhat v podobě kolektivního sportu nebo jiné pohybové činnosti. Důležitá je maximální pozornost a zaujetí pro hru nebo aktivitu. Nemáme čas přemýšlet

o problémech a starostech. Pasivní relaxace je spojena s navozením příjemné nálady a vytvořením příjemných zážitků a prožitků. Příkladem může být návštěva kina, divadla, poslech hudby, sledování sportovního utkání (KUKAČKA, 2010: 101). Kukačka (2010) upozorňuje na unikátní vestavěný mechanismus relaxace každého z nás. Člověk je jediný tvor, který se směje, dokáže se srdečně zasmát. Smích, i záměrně navozený, nám přináší emocionální uspokojení, ale i relaxaci, která organizmu výrazně prospívá.

Správně prováděná relaxace nám napomáhá k lepšímu soustředění, k efektivnějšímu úsudku, zlepšuje naši činnost. Relaxace patří mezi metody podporující fyzický a duševní klid a udržuje optimální hladinu klidu nebo napětí, umožňuje nám efektivněji odpočívat. Jak relaxovat? Nejčastější způsoby jsou ovládním dechu, snížením svalového napětí, pomocí smyslového vnímání nebo uvolněním myšlenek, masáž (CUNGY, 2005: 22). Relaxace napomáhá obnově sil, mírní úzkost a depresi, bolestivé stavy, pomáhá při nespavosti, zlepšuje představivost a rozvíjí tvořivost, součást prevence a léčby řady onemocnění, pomáhá lépe zvládat stres, důležité je ovládat některou relaxační techniku (NEŠPOR, PERNICOVÁ, SCÉMY, 1999: 66). Neúmyslnou, bezděčnou a nejúčinnější relaxací je klidný spánek, kdy dochází k hlubokému útlumu CNS, odpočinku a obnovuje se průčeschnost celého organizmu. Během dne je přínosem využívat jednoduchá relaxační cvičení, která napomáhají k odreagování a snižování negativních důsledků dnešního uspěchaného stylu života. Relaxační dovedností je uvědomění si pocitu uvolnění, vyžaduje však nácvik, využíváme vhodné prostředí a oblečení, relaxační hudbu (BURSOVÁ, 2005: 44). Relaxace má mnoho podob, patří mezi ní jóga, tai-či, masáž, akupunktura, akupresura, aromaterapie, saunování. Do psychické relaxace patří autogenní trénink, meditace, dechová cvičení, zpěv, hudba, imaginace (KUKAČKA, 2010: 102, 104).

## **Spánek**

Spánek je nezbytný pro naše zdraví, jeho význam tkví především v regeneraci centrálního nervového systému. V praxi to znamená, že spánková absence nebo jeho špatná kvalita se může projevit zhoršením myšlení, snížením pozornosti a pocitem únavy následující den. Poruchy spánku mimo jiné přinášejí podrážděnost, úzkostné stavy, zvýšený stav bdělosti až závažná somatická onemocnění. Z hlediska fyzického i psychologického slouží spánek k odpočinku (CUNGY, 2005: 14; KUKAČKA, 2010: 125). Spánek už dávné civilizace fascinoval svojí záhadnou podstatou

i významem. Rytmičké střídající se úseky spánku, které jsou provázené rychlými očními pohyby nazývané REM asi 25 % celkového nočního spánku, paradoxní spánek a úseky spánku bez očních pohybů non-REM, synchronní spánek. Současná doba se nejen zaměřuje na klinickou diagnostiku a léčbu poruch spánku, ale i na důsledky těchto poruch na lidské zdraví. Spánek příznivě zasahuje do metabolických pochodů v organizmu, ovlivňuje kognitivní funkce, paměťové schopnosti a působí na imunitní systém. Chronická nespavost, nedostatečný či zkrácený spánek patří do rizikových faktorů vzniku kardiovaskulárních komplikací, metabolického syndromu, duševních poruch a dalších změn. Spánková medicína patří do oblasti preventivní medicíny. Sekrece melatoninu určuje cirkadiální rytmus, vrcholné vylučování nastává v době minimálního osvětlení. Základní vegetativní funkce, krevní oběh, srdeční frekvence, dýchání a tělesná teplota jsou ve spánku řízeny odlišně, během spánku klesají. Probouzecké reakce, která vyvolá okamžitou změnu a opakuje se mnohokrát za noc, může mít nepříznivý dopad na zdraví. Trendem posledního století je zkracování průměrného trvání spánku. Chronická spánková deprivace je jedna z příčin nárůstu hmotnosti a kardiálních příhod. Vzájemné vztahy jsou u poruch spánku, únavy, úbytku energie a poruch koncentrace, ale i depresí a obav z mnoha věcí. Psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie patří mezi volby léčby, ale i prevence. Některé složky si lze osvojit do běžné praxe, zvláště spánkovou hygienu, která ovlivňuje spánkové návyky (NEVŠÍMALOVÁ, ŠONKA et al., 2007: 21, 33, 45, 107). Kvalitní a dostatečný spánek je důležitý nejen pro vykonávání každodenních činností, ale i nezbytnou podmínkou pro absolvování psychické nebo fyzické zátěže a s tím spojené výkonnosti (KUKAČKA, 2010: 129).

#### Základy spánkové hygieny

1. Nepijte kávu, zelený, černý čaj, kolu nebo jiné energetické nápoje od pozdního odpoledne (nejlépe 4-6 hodin před ulehnutím), omezte i jejich požívání přes den. Působí povzbudivě a ruší spánek.
2. Vynechejte těžká jídla večer, poslední jídlo 3-4 hodiny před ulehnutím.
3. Po večeri neřešte důležité věci, které vás rozruší. Naopak se snažte příjemnou činností zbavit se stresu a připravit se na spánek.

4. Lehká procházka po večeři může zlepšit váš spánek. Naopak cvičení před ulehnutím (3-4 hodiny) již může spánek narušit, přesuňte tyto aktivity před večeří.
5. Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli – alkohol zhoršuje kvalitu vašeho spánku.
6. Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení. Nikotin také povzbuzuje.
7. Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku a pohlavnímu životu (odstraňte z ložnice televizi, v posteli nejezte, nečtěte si a ani neodpočívejte).
8. V místnosti na spaní minimalizujte hluk, světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18-20°C).
9. Uléhejte a vstávejte každý den ve stejnou dobu, i o víkendu.
10. Omezte pohyb v posteli na nezbytně nutnou dobu. V posteli se zbytečně nepřevalujte, neslouží k přemýšlení.

Kvalita spánku se podílí na kvalitě našeho života. Fyziologický spánek je důležitý pro regeneraci duševních a fyzických sil a řadu metabolických pochodů. Jeho délka a kvalita je klíčovým faktorem určujícím pocit dobrého zdraví, celkovou pohodu a výkonnost, hodnocení kvality života. Nedostatek kvalitního spánku se podílí na patofyziologii mnoha onemocnění (NEVŠÍMALOVÁ, ŠONKA et al., 2007: 108, 325). U seniorů je důležité dodržovat denní režim – nespát přes den, mít dostatek fyzické aktivity, dostatek denního světla přes den, pravidelně vstávat a uléhat (TOPINKOVÁ, 2005: 164).

## **3 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **3.1 Cíle práce**

1. Zjistit informovanost pacientů zdravotnického zařízení o podpoře zdraví ve zdravotnickém zařízení, zda jsou pacienti informováni o aktivitách v oblasti podpory zdraví.
2. Zjistit rizikové faktory pacientů zdravotnického zařízení a přesvědčit se, zda jsou u nich zjišťovány při hospitalizaci zdravotnickým personálem.
3. Vytvořit informačně edukační brožuru s tématy vztahujícími se do oblasti podpory zdraví pro pacienty, návštěvníky zdravotnického zařízení.

### **3.2 Úkoly práce**

- Vyhledání literárních pramenů. Obsahová analýza české a zahraniční knižní literatury, odborných časopisů a ověřených internetových zdrojů vztahujících se k danému tématu.
- Studium odborné literatury.
- Sestavení obsahu diplomové práce na základě konzultací s vedoucím práce.
- Objasnění tematiky v širších souvislostech – charakterizovat zdraví, prevenci, podporu zdraví, proč implementovat prvky podpory zdraví do péče o pacienta, vznik nemocnic podporujících zdraví, zdravý životní styl.
- Zdravý životní styl - podpora zdraví - výživa, pohybová aktivita, kouření a nadměrná spotřeba alkoholu.
- Sestavení dotazníku, dotazníkové šetření realizované distribucí dotazníků pacientům ve zdravotnickém zařízení.
- Zpracování dat – analýza výsledků, statistické zpracování
- Vytvoření informačně edukační brožury s tématy spadajícími do oblasti podpory zdraví pro využití k edukaci pacientů a širší veřejnosti.
- Závěr a doporučení pro praxi.

### 3.3 Vědecký předpoklad

**Hypotéza 1:** Předpokládám, že více konzumují alkohol pacienti nižší věkové kategorie.

H<sub>0</sub>: Počet dní v týdnu, kdy pacient konzumuje alkohol, nekoreluje s věkem.

H<sub>1</sub>: Počet dní v týdnu, kdy pacient konzumuje alkohol, koreluje s věkem.

**Hypotéza 2:** Předpokládám, že kuřáci konzumují alkohol více dní v týdnu.

H<sub>0</sub>: Kuřáci i nekuřáci konzumují alkohol přibližně stejný počet dní.

H<sub>1</sub>: Kuřáci i nekuřáci konzumují alkohol různý počet dní.

**Hypotéza 3:** Předpokládám, že více pohybové aktivity mají pacienti nižší věkové kategorie.

H<sub>0</sub>: Počet dní v týdnu, kdy pacient vyvíjí fyzickou aktivitu, nekoreluje s věkem.

H<sub>1</sub>: Počet dní v týdnu, kdy pacient vyvíjí fyzickou aktivitu, koreluje s věkem.

**Hypotéza 4:** Předpokládám, že kuřáci cvičí menší počet dnů v týdnu než nekuřáci.

H<sub>0</sub>: Kuřáci i nekuřáci jsou srovnatelně fyzicky aktivní.

H<sub>1</sub>: Kuřáci i nekuřáci jsou rozdílně fyzicky aktivní.

**Hypotéza 5:** Předpokládám, že nižší BMI mají pacienti nižší věkové kategorie.

H<sub>0</sub>: Věk nekoreluje s BMI.

H<sub>1</sub>: Věk koreluje s BMI.

**Hypotéza 6:** Předpokládám, že kuřáci mají nižší BMI než nekuřáci.

H<sub>0</sub>: Kuřáci i nekuřáci mají srovnatelné rozložení BMI. Neexistuje závislost mezi BMI a kouřením.

H<sub>1</sub>: Kuřáci i nekuřáci mají různé rozložení BMI. Existuje závislost mezi BMI a kouřením

.



## **4 METODIKA**

### **4.1 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvoří 200 pacientů hospitalizovaných na lůžkové části chirurgického a ortopedického oddělení Nemocnice Pelhřimov p.o.. Tato oddělení zabývající se převážně operačními výkony byla vybrána záměrně. Dotazník vyplnilo všech 200 pacientů. 120 pacientů bylo hospitalizováno na chirurgickém oddělení a 80 pacientů na ortopedickém oddělení v průběhu měsíce března 2015.

Z 200 pacientů tohoto výzkumného souboru bylo 88 pohlaví ženského a 112 pohlaví mužského.

Věkové rozmezí respondentů je od 18 do 99 let. Ve věkové kategorii od 18 do 29 let je 6 pacientů, v kategorii od 30 do 39 let je 29 pacientů. Od 40 do 49 let je pacientů 22 a od 50 do 59 let 38 pacientů. Nejvíce je zastoupena věková kategorie 60 až 69 let s 61 pacienty. Kategorie od 70 do 79 let má 36 pacientů. Soubor tvořilo i 9 pacientů věkové kategorie 80 až 89 let. V kategorii 90 až 99 let nebyl v tomto měsíci hospitalizován žádný pacient, a proto tato věková kategorie nebude promítnuta v grafovém znázornění.

### **4.2 Organizace výzkumného šetření**

#### **Přípravná fáze**

Nejdříve jsem sestavila časový harmonogram postupových prací a cíle výzkumu. Vše jsem konzultovala s vedoucím práce. Po prvotním prostudování odborných literárních pramenů k danému tématu jsem sestavila dotazník pro pacienty. Vytvořený dotazník byl konzultován s vedoucím práce a následně schválen. Konzultace o obsahu dotazníku proběhla i s Mgr. J. Dejmkovou a týmem pro zvyšování kvality péče v nemocnici. Dotazník obsahuje úvodní slovo, ve kterém jsou pacienti informováni o účelu dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bylo zcela dobrovolné. Informace byly zjišťovány nestandardizovaným dotazníkem vlastní konstrukce v tištěné podobě na základě anonymního dotazníkového šetření. V dotazníku jsou otázky uspořádány pod sebe a formulovány tak, aby byly jasné, stručné a pochopitelné. Dotazník obsahuje uzavřené otázky výběrové, kde je jedna vhodná odpověď, a otevřené otázky k dopsání odpovědi. Dvě otázky obsahují více voleb v odpovědi. Dotazník je koncipován do několika částí. V první části se dotazují pacientů na vnímání jejich zdraví. V druhé části se dotazují na pohlaví a věk. Třetí část je zaměřena na podporu zdraví, informace,

implementace a následná péče. Čtvrtá část dotazníku je zaměřena na rizikové faktory pacientů. Celkem má 20 otázek

Časový harmonogram:

30. 9. - 30. 10. 2014 – cíle výzkumu, vytvoření dotazníku

1. 11. 2014 - 30. 1. 2015 – prostudování odborné literatury, příprava edukační brožury

1. 3. - 31. 3. 2015 – výzkumné šetření lůžková část oddělení

1. 4. - 15. 5. 2015 – vyhodnocení získaných výsledků

16. 5. - 30. 6. 2015 – analýza výsledků

### **Realizační fáze**

Dotazníkové šetření probíhá na lůžkové části chirurgického a ortopedického oddělení Nemocnice Pelhřimov v průběhu měsíce března 2015 u všech pacientů přicházejících k hospitalizaci. Dotazník je osobně předáván zdravotníky pacientům při příjmu k hospitalizaci na oddělení po sepsání ošetřovatelské anamnézy. Všem pacientům je ještě ústně vysvětlen účel výzkumného šetření. U nejstarší věkové kategorie je zdravotníky nabídnuta pomoc při jeho vyplňování. Pro zachování anonymity jsou na každém oddělení připravena sběrná místa pro vyplněné dotazníky nebo je možné vyplněný dotazník předat zdravotnickému personálu. Pacient dotazník odevzdává po ukončení hospitalizace po předání předběžné propouštěcí zprávy a vysvětlení následné péče ošetřujícím lékařem. Je vydáno 200 dotazníků, a jelikož byl distribuován osobně, návratnost je 100 %. Následně provádím kontrolu správného vyplnění dotazníku. K výzkumu je využito všech 200 dotazníků.

V Nemocnici Pelhřimov, příspěvková organizace, pracuji a se souhlasem Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči a manažerkou kvality Mgr. Jitkou Dejmkovou, byl výzkum uskutečněn. Jsem členem týmu pro zvyšování kvality péče v nemocnici a působím na pozici hlavního koordinátora podpory zdraví. Týmem pro kvalitu péče byla záměrně vybrána oddělení zabývající se převážně operačními výkony.

Data získaná z dotazníkového šetření následně třídím a vyhodnocuji s pomocí počítačového programu Microsoft Excel do přehledných tabulek. Výsledky z těchto tabulek promítám do sloupcových grafů. Výsledné hodnoty jsou zaokrouhleny na jednu desetinu procenta. Tato získaná data jsou využita i týmem pro kvalitu péče. Jedním z hlavních důvodů je zlepšení péče o pacienty a úprava intervencí podpory zdraví.

### 4.3 Použité metody

Metoda je návod, cesta, jak něco určitého poznat, docílit. Pomocí metody si určujeme jak postupovat k určenému cíli. Měla by být charakteristická systematičností, přesností, kontrolovatelností, verifikovatelností a opakovatelností. Při výzkumu používáme metody analýzy a syntézy. Analýza je myšlenkový postup, kterým rozčleňujeme zkoumaný celek na jeho základní části, vztahy a souvislosti. Každá analýza se vyznačuje určitým stupněm explorační, což znamená, že při ní provádíme průzkumové a objevující aktivity. Syntéza je myšlenkový postup protikladný k analýze, při kterém analýzou vyčleněné části, vztahy a souvislosti zkoumaného objektu spojujeme a sjednocujeme do určitého celku. Dostáváme se často k tomu, co se v izolovaných částech nevyskytovalo, odhalujeme strukturu, vzájemné procesy a vztahy. Mezi nejrozšířenější techniku sběru dat patří dotazník (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2008: 26-32).

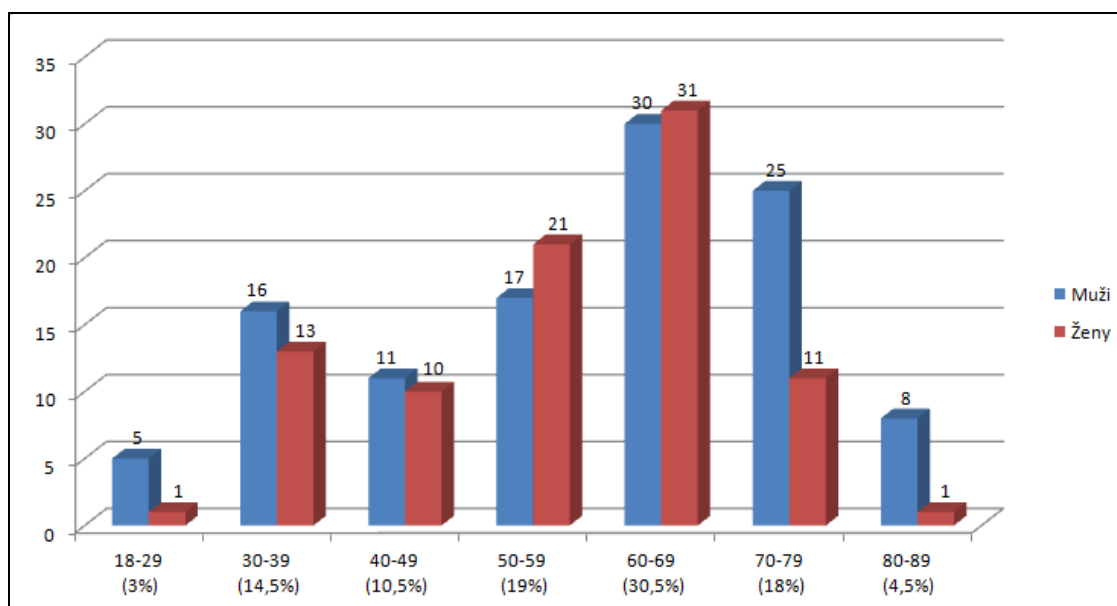
Empirickou část diplomové práce zpracovávám na základě kvantitativního výzkumu se stanovením hypotéz. Mezi nejrozšířenější techniku sběru dat patří dotazník. Dotazník je soubor otázek připravený na formuláři. Získáváme jím empirické informace, které jsou založeny na nepřímém dotazování respondentů prostřednictvím předem připravených otázek (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2008: 26-32). Pomocí dotazníku byla získána data, která jsou následně tříděna, vyhodnocena a zpracována v praktické části. Po shromáždění vyplněných dotazníků je daný materiál zkontrolován. Následně provádím obsahovou analýzu získaných dat. Zjištěná data zpracovávám uspořádáním dat a sestavením tabulek k jednotlivým výzkumným otázkám. Dle sestavených tabulek jsem zjištěná data znázornila v grafech, za typ grafů volím sloupcové grafy.

Statistické zpracování a tvorbu grafů provádím v programu Microsoft Excel. Získaná data převádím do korelačních tabulek a následně testuji statistickým Chi-kvadrát testem. Tento statistický test je vhodný pro jednoduché statistické zpracování a pomocí něj lze velice dobře zjistit rozdíly mezi dvěma porovnávanými skupinami podle určitého parametru. Zaměřila jsem se především na tabakismus, jelikož ho vnímám jako velký problém současné populace. Proto jsem pacienty ve většině případů dělila na kuřáky a nekuřáky, popřípadě podle pohlaví či věku. Výsledkem je p-hodnota a přehledný graf.

Přenesená data v grafech jsou doplněna diskuzí a zamyšlením se nad získanými výsledky. Ze získaných výsledků jsou vyhodnoceny, potvrzeny či nepotvrzeny, jednotlivé hypotézy. Vše je zpracováno za využití programu Microsoft Excel pomocí statistických a matematických funkcí a Microsoft Word.

## 5 VÝSLEDKY A DISKUZE

### • **Otázka: Věkové rozložení a pohlaví pacientů.**



Graf č.1: Věkové rozložení a pohlaví pacientů.

V ČR jsou každý rok hospitalizovány více než dva miliony osob, žen asi o 250 tisíc více než mužů. Mezi nejčastější příčiny hospitalizace patří onemocnění srdce a cév. V mužské populaci novotvary a u žen převažuje onemocnění močové a pohlavní soustavy. Dle věku je nejvíce hospitalizovaná kategorie dětí do 1 roku. Nízké a střední věkové skupiny mají nízký počet hospitalizací, od věkové skupiny 55-59 let počet hospitalizací souvisle stoupá. Ve vyšších věkových kategoriích jsou muži častěji hospitalizováni než ženy, tak uvádí Zpráva o zdraví našich obyvatel (2014).

Získaná data z dotazníkového šetření ukazují věkové rozmezí pacientů 18 až 89 let. Ve věkové kategorii od 18 do 29 let je 6 pacientů (3 %), z toho 5 mužského a 1 ženského pohlaví. Z tohoto počtu lze usuzovat, že mladí lidé jsou zatím plného zdraví a operační výkony podstupují většinou jen při akutním problému. V kategorii od 30 do 39 let je 29 pacientů (14,5 %), z toho 16 mužského a 13 ženského pohlaví. Od 40 do 49 let je 21 pacientů (10,5 %), z toho 11 mužského a 10 ženského pohlaví. V těchto kategoriích je více mužských pacientů.

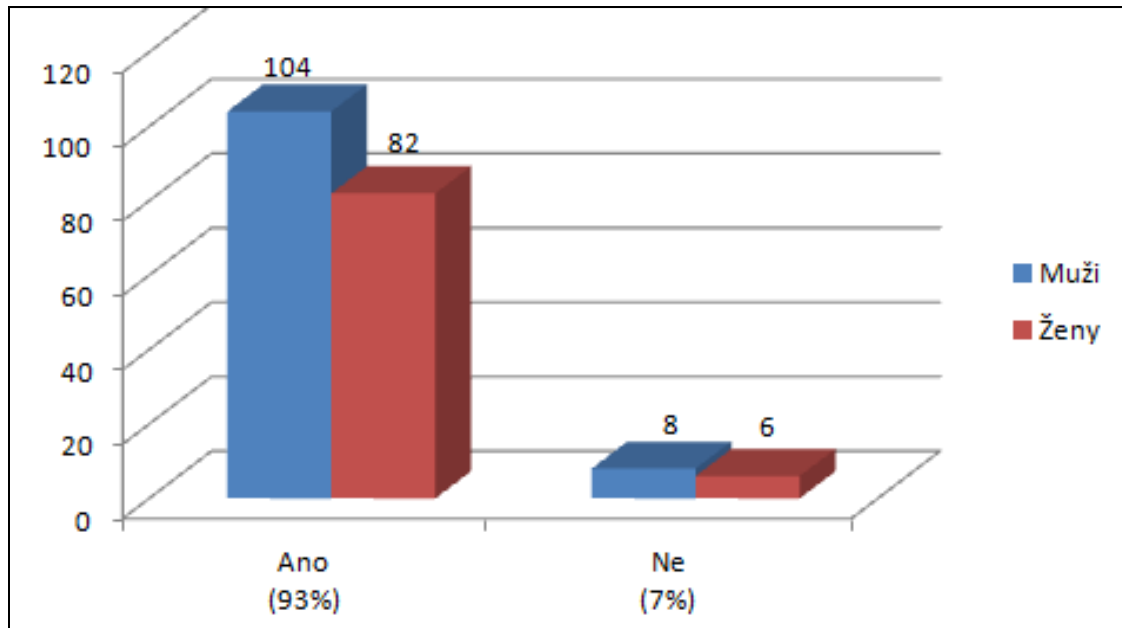
Od 50 do 59 let je v souboru 38 pacientů (19 %). Zde je více hospitalizovaných 21 pacientů ženského pohlaví než 17 pacientů mužského pohlaví. Tato věková kategorie je druhá nejvíce zastoupená (19 %) v počtu hospitalizací z celkového souboru.

Nejvíce s 61 pacienty je zastoupena věková kategorie 60 až 69 let. Tato kategorie (30,5 %) má 31 pacientů ženského pohlaví a 30 pacientů mužského pohlaví. Lze usuzovat, že tato kategorie má nejvíce plánovaných operací ortopedických a chirurgických výkonů, ale i akutních problémů. Bohužel tato věková kategorie je i více ohrožena nádorovými onemocněními. V popředí zájmu stojí problematika zdravého stárnutí a kvality života, soběstačnosti a chronických onemocnění, uvádí NS Zdraví 2020 (2014). Ve Zprávě o zdraví našich obyvatel (2014) je uvedeno, že celkový průměrný počet let prožitých ve zdraví v roce 2010 v ČR byl 62 roků.

Kategorie od 70 do 79 let má 36 pacientů (18 %) z celkového počtu, 11 ženského pohlaví a 25 mužského pohlaví. Tato věková kategorie je třetí nejvíce zastoupená v počtu hospitalizací, zde je vidět velký rozdíl mezi muži a ženami. Dle studie SHARE, kterou uvádí NS Zdraví 2020 (2014), má v tomto věku alespoň jedno omezení 10 % českých seniorů.

Soubor tvořilo i 9 pacientů (4,5 %) věkové kategorie 80 až 89 let, 1 pacient ženského pohlaví a 8 pacientů mužského pohlaví. Tato kategorie je málo zastoupena z důvodu rizikového věku pro operační řešení a vyššího věku vůbec. Převládají zde také muži oproti ženám v počtu hospitalizací a operačního zákroku. Dle studie SHARE, kterou uvádí NS Zdraví 2020 (2014) má nad 80 let věku alespoň jedno omezení 30 % českých seniorů. S vyšším věkem narůstá podíl osob, které nejsou soběstačné.

- **Otázka: Povědomí pacientů o zásadách podpory zdraví v nemocnici a na oddělení.**

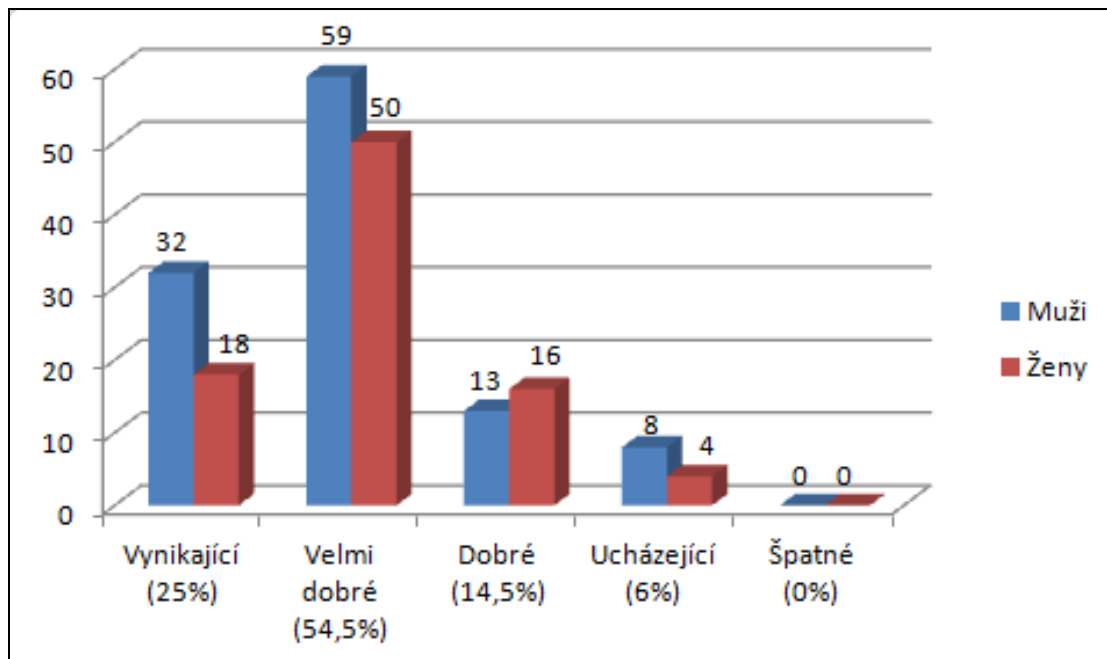


Graf č.2: Povědomí pacientů o zásadách podpory zdraví v nemocnici a na oddělení.

Z celkového počtu 200 pacientů má 93 % povědomí o zásadách podpory zdraví na oddělení a v nemocnici. 104 mužů a 82 žen ví, co je podpora zdraví. Tato čísla nám ukazují, že pacienti tyto informace dostávají. Je velmi dobře, že si pacienti uvědomují, co je podpora zdraví. V době nemoci je každý vnímavější k informacím ohledně zdraví a uvědomuje si, že někdy stačí i změna životního stylu, aby se předešlo komplikacím či jiným onemocněním. Nikdy není pozdě, aby každý sám na sobě začal pracovat a chtěl změnit svůj život a životní styl. V nemocnici v době hospitalizace má každý pacient možnost pomoci od jednotlivých odborníků, pokud má zájem. Je zajímavé zjištění, že 8 mužů a 6 žen, tedy, 7 % pacientů, nemá povědomí o těchto zásadách.

Tóthová (2014) uvádí, že moderní ošetrovatelská péče klade důraz na podporu a udžení zdraví. Lze toho dosáhnout pouze tehdy, pokud každý z nás bude aktivní v rozhodování o své péči a o své zdraví. Z dlouhodobého hlediska má primární prevence a podpora zdraví hlavní úlohu v redukci chronických neinfekčních onemocnění, především pozitivním ovlivňováním faktorů životního stylu, soustavnou a dlouhodobou edukací a motivací v oblasti výživy, pohybové aktivity, zvládnání stresu a kouření, doplňuje NS Zdraví 2020 (2014).

- **Otázka: Jak jste spokojeni s informacemi o podpoře zdraví, které poskytuje nemocniční oddělení ?**



Graf č.3: Jak jste spokojeni s informacemi o podpoře zdraví, které poskytuje nemocniční oddělení.

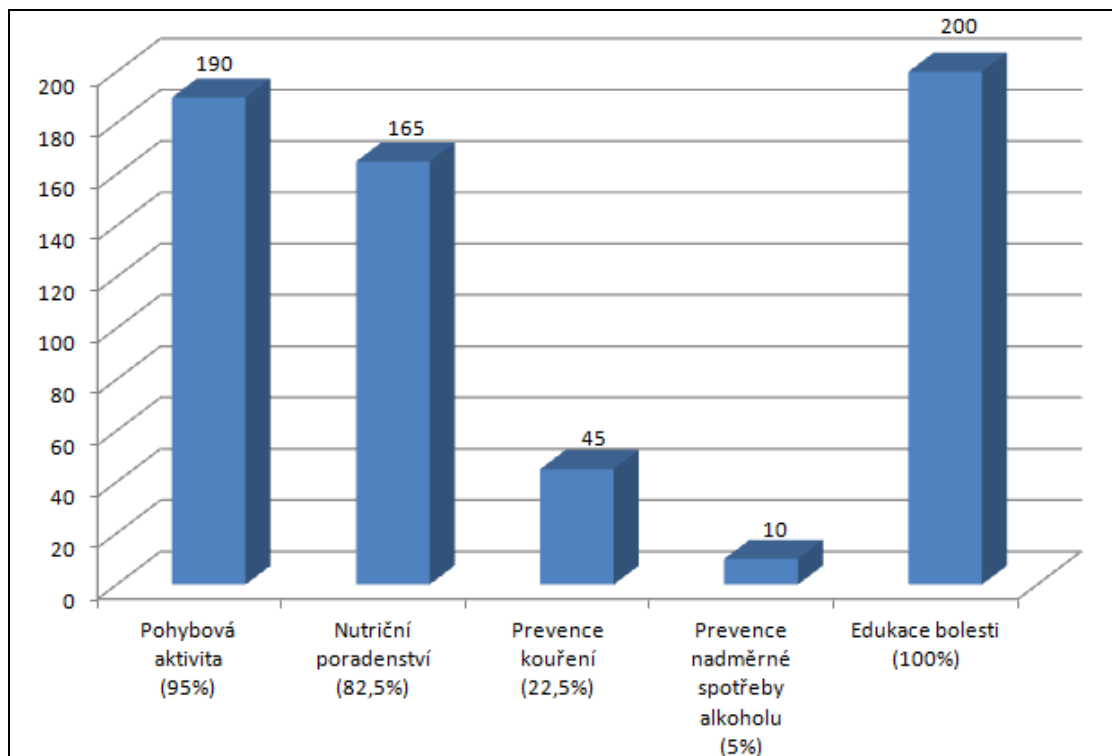
Součástí dotazníku byla otázka, zda jsou pacienti spokojeni s informacemi o podpoře zdraví. Vynikající informace o podpoře zdraví v odpovědi uvedlo 25 % dotázaných, 32 mužů a 18 žen. 54,5 % všech pacientů, 59 mužů a 50 žen, uvedlo informace o podpoře zdraví jako velmi dobré. Celkem 79,5 % uvedlo jako velmi dobré a vynikající. Zde je vidět výborná práce celého týmu zdravotníků na oddělení, kde se průzkum prováděl. Informace o podpoře zdraví uvedlo jako dobré 14,5 % respondentů, 13 mužů a 16 žen. Informace ucházející uvedlo 6 % respondentů, 8 mužů a 4 ženy. Jedním z důvodů může být nezáměr pacienta. Určitě je zde i prostor pro zamyšlení se, jak zlepšit podávání informací pacientům, možná formou bližší pacientovi. Také možnost tyto informace rozšířit dle individuálního zájmu pacienta, nabídka relaxačních technik, komplexní informace o zdravém životním stylu, prevence stresu. Volba odpovědi špatné informace neuvedl žádný pacient.

Kukačka (2010) doplňuje, že má-li zdravý životní styl směřovat k upevnění našeho dobrého zdraví, měli bychom individuálně o toto zdraví pečovat a věnovat se aktuálnímu zdravotnímu stavu. V rámci zdravého životního stylu je dobré střídat práci



s odpočinkem, umět psychicky relaxovat a řídit se žebříčkem hodnot, v němž je zdraví na prvním místě.

- **Otázka: Jaké Vám byly poskytnuty intervence ?**



Graf č.4: Jaké Vám byly poskytnuty intervence.

Tóthová (2014) uvádí, že moderní ošetrovatelství vyžaduje změny v organizaci a poskytování ošetrovatelské péče. Je nutné plánovat ošetrovatelskou péči, která ale vychází z individuálních problémů a potřeb každého pacienta.

Jednotlivé intervence vztahující se k podpoře zdraví jsou poskytovány na základě získaných informací od pacienta. Lékaři při příjmu na oddělení při odebírání anamnézy získávají informace vztahující se k návykovým látkám, BMI. Na základě ošetrovatelské anamnézy, která je součástí zdravotnické dokumentace, nelékaři získávají informace týkající se pohybové aktivity, stravování, kouření, nadměrné konzumace alkoholu a sociálního zázemí pacienta. Na základě získaných informací jsou naplánovány intervence v oblasti podpory zdraví za přispění jednotlivých odborníků. V této otázce pacienti volili možnost více odpovědí.

Pohybová aktivita byla uvedena u 95 % všech pacientů. Tuto intervenci si můžeme vysvětlit přítomností fyzioterapeuta po operacích na ortopedickém oddělení. U ostatních

pacientů může jít o naplánování pohybové aktivity v domácím prostředí ke snížení hmotnosti nebo protahovací cvičení s ohledem na diagnózu pacienta k udržení kondice.

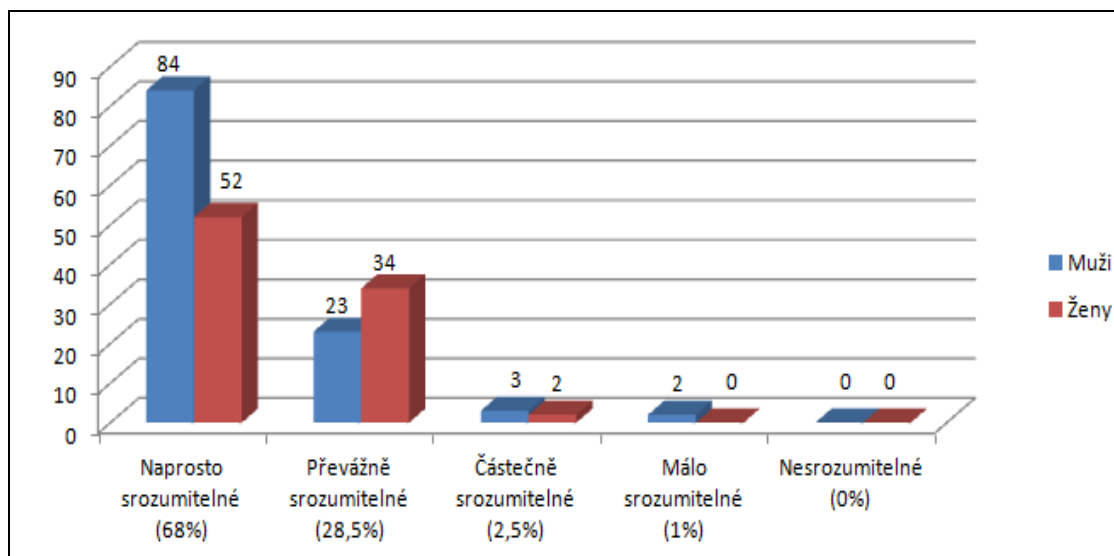
Nutriční poradenství uvedlo 82,5 % všech dotázaných. Na základě povinného nutričního screeningu u každého pacienta v Nemocnici Pelhřimov byla provedena intervence k úpravě stravovacích návyků s doporučením, jak se stravovat. Je nadále na každém pacientovi, zda upraví své stravovací zvyklosti. Každý pacient má možnost navštívit nutriční poradnu z důvodu úpravy jídelníčku i po propuštění. Tato návštěva je vhodná u pacientů s nadváhou a obezitou.

Pacientům, kteří užívají tabák (22,5 %) je provedena krátká intervence a doporučena návštěva ambulance pro odvykání kouření v nemocnici. 5 % pacientů uvedlo intervenci prevence nadměrné spotřeby alkoholu. Téma alkoholu je velmi citlivé osobní téma pro pacienty. Těmto pacientům jsou předány kontakty na specializovaná pracoviště a provedena krátká intervence o škodlivém vlivu alkoholu na lidský organizmus. Myslím si, že krátká intervence o kouření a alkoholu, hlavně ohledně negativních důsledků na zdraví, by měla být jednoduchou formou prováděna u všech pacientů.

Všech 100 % pacientů uvedlo intervenci na bolest. Součástí péče o pacienta je právě edukace o bolesti a její léčba. Výzkum byl prováděn na ortopedickém a chirurgickém oddělení, kde je léčba akutní bolesti po operacích velmi aktuální.

Kalina (2008) doplňuje, že důležitým předpokladem efektivního poradenství je vytyčení společných cílů, které by měly vycházet z potřeb klienta a respektovat jeho možnosti. Důležité je i vzájemné porozumění a důvěra. Dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu má za cíl motivační rozhovor. Metoda je příkladem krátkých kognitivně behaviorálních přístupů v psychoterapii. Cíle by měly být realistické, měřitelné, časově omezené.

- **Otázka: Při propuštění z oddělení byly pokyny následné podpory zdraví srozumitelné.**

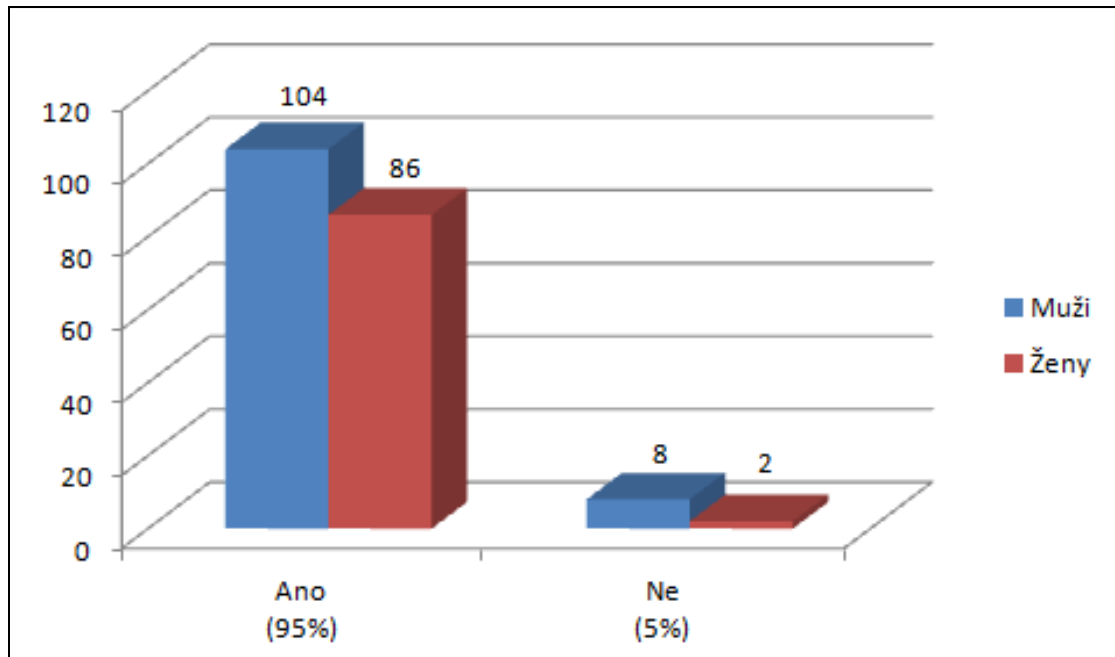


Graf č.5: Při propuštění z oddělení byly pokyny následné podpory zdraví srozumitelné.

Při propuštění z hospitalizace 68 % všech pacientů, 84 mužů a 52 žen, uvedlo, že následné pokyny podpory zdraví jsou naprosto srozumitelné. 28,5 % dotázaných, 23 mužů a 34 žen, uvedlo, že jsou převážně srozumitelné. Můžeme si domýšlet, že dané pokyny jsou jasné. V případě zájmu je zde nabídnuta pacientovi konzultace u specialisty. Následné sledování rizikových faktorů při návštěvě, kontrole po operaci a v ambulanci u lékaře v nemocnici. Tóthová (2014) doplňuje, že cílem ošetrovatelského procesu je nejen pacientovi pomoci odstranit problémy a poskytnout efektivní intervence, ale i nadále spolupracovat s pacientem po propuštění z nemocnice. Důležitá je podpora v sebeděči a motivace. NS Zdraví 2020 (2014) upozorňuje na důležitost zpracování konceptu dlouhodobé péče, hlavně pro potřeby starších a chronicky nemocných seniorů, zajištění preventivních aktivit v oblasti zdravého životního stylu starších lidí. Potřebná je koordinace zdravotních a sociálních služeb.

Částečně srozumitelné pokyny uvedlo 2,5 % pacientů, 3 muži a 2 ženy. Málo srozumitelné pokyny uvedli 2 muži (1 %). Nesrozumitelné pokyny nevedl žádný pacient. Tito pacienti, pokud něčemu nerozumí, by měli být sami aktivní a zeptat se a nechat si vše znovu vysvětlit. Tóthová (2014) upozorňuje, že v moderním ošetrovatelství jsou pacienti chápáni jako aktivní účastníci v interaktivním procesu.

- **Otázka: Ptali se Vás pracovníci nemocničního oddělení na Vaše zdraví a rizika související s životním stylem ?**

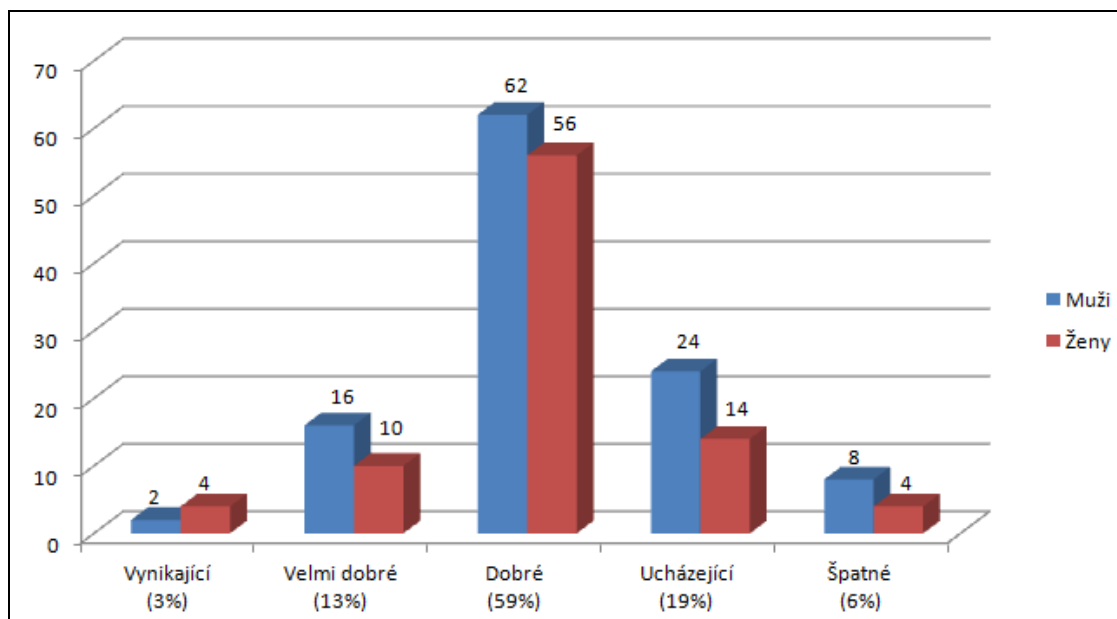


Graf č.6: Ptali se Vás pracovníci nemocničního oddělení na Vaše zdraví a rizika související s životním stylem.

Tóthová (2014) uvádí, že holistická péče, kterou poskytujeme v rámci ošetrovatelského procesu, je zaměřena na jedince jako celek a ne pouze na jeho onemocnění. Kromě popisu problémů pacienta zjišťujeme i faktory, které mohou napomáhat a mít vliv na jeho uzdravování a brzké navrácení do původního prostředí.

Proto otázka, která se týká zdraví pacientů a rizik souvisejících s životním stylem, je velmi důležitá. Z 200 pacientů 95 %, 104 mužů a 86 žen, odpovědělo kladně. Zdravotničtí pracovníci se ptali na zdraví a rizika související se životním stylem. Odpověď „ne „ uvedlo 5 % pacientů, 8 mužů a 2 ženy. NS Zdraví 2020 (2014) uvádí, že zdraví je ovlivněno i sociálně ekonomickými podmínkami života, které jsou dány úrovní vzdělání, sociálním postavením, pracovními podmínkami a jiné. Změna životního stylu není snadnou záležitostí, málokdo má znalosti a dovednosti sám začít žít zdravě a vůli zdravý životní styl dodržet do konce života. Zpráva o zdraví našich obyvatel (2014) uvádí, že Národní strategie musí být mnohostranná a komplexní, aby byla úspěšná. Kukačka (2010) informuje, že změna životního stylu je možná v každém věku, stačí jen odstranit špatné návyky.

- **Otázka: Obecně své zdraví považujete za vynikající, velmi dobré, dobré, ucházející, špatné ?**



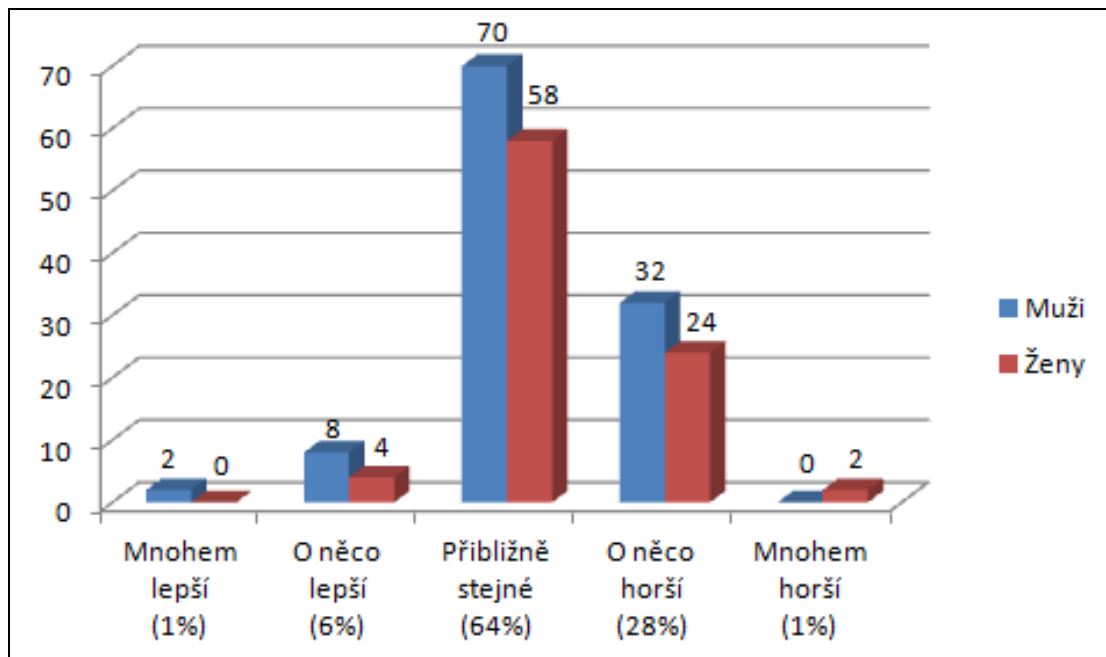
Graf č.7: Obecně své zdraví považujete.

Tato otázka se týká vnímání svého zdraví. 59 % všech pacientů, 62 mužů a 56 žen, uvádí své zdraví jako dobré. 13 % pacientů, 16 mužů a 10 žen, odpovědělo, že své zdraví považuje za velmi dobré. 3 % všech dotázaných, 2 muži a 4 ženy, považují své zdraví za vynikající. Celkem 75 % pacientů vnímá své zdraví jako dobré.

Zbývající pacienti (25 %) vnímají své zdraví jako horší. Svě zdraví za ucházející považuje (19 %) 24 mužů a 14 žen. Svě zdraví jako špatné vnímá 6 % pacientů, 8 mužů a 4 ženy. Zde je nutné se zamyslet, jak bychom těmto pacientům pomohli jejich zdraví zlepšit a jaké intervence jim nabídnout. Dotazník neobsahoval vhodné doplňující otázky proč je jejich zdraví ucházející či špatné. Nesmíme zapomínat, že každá nemoc je zásah do kvality života, může jít o strádání nemocných, ale i jejich blízkých, bolest, omezení soběstačnosti, pracovní neschopnost.

Musíme brát v úvahu i duševní zdraví a vitalitu pacientů při vyplňování dotazníku. Zhoršování duševního zdraví a vitality nastává se zvyšujícím se věkem, ženy jsou na tom hůře než muži. Vitalita vypovídá o životní energii a elánu a je více determinována tělesným stavem. Duševní zdraví se týká psychiky a nálady, jak je uvedeno ve Zprávě o zdraví našich obyvatel (2014).

- **Otázka: Jak byste své zdraví obecně ohodnotili ve srovnání s dobou před jedním rokem ?**



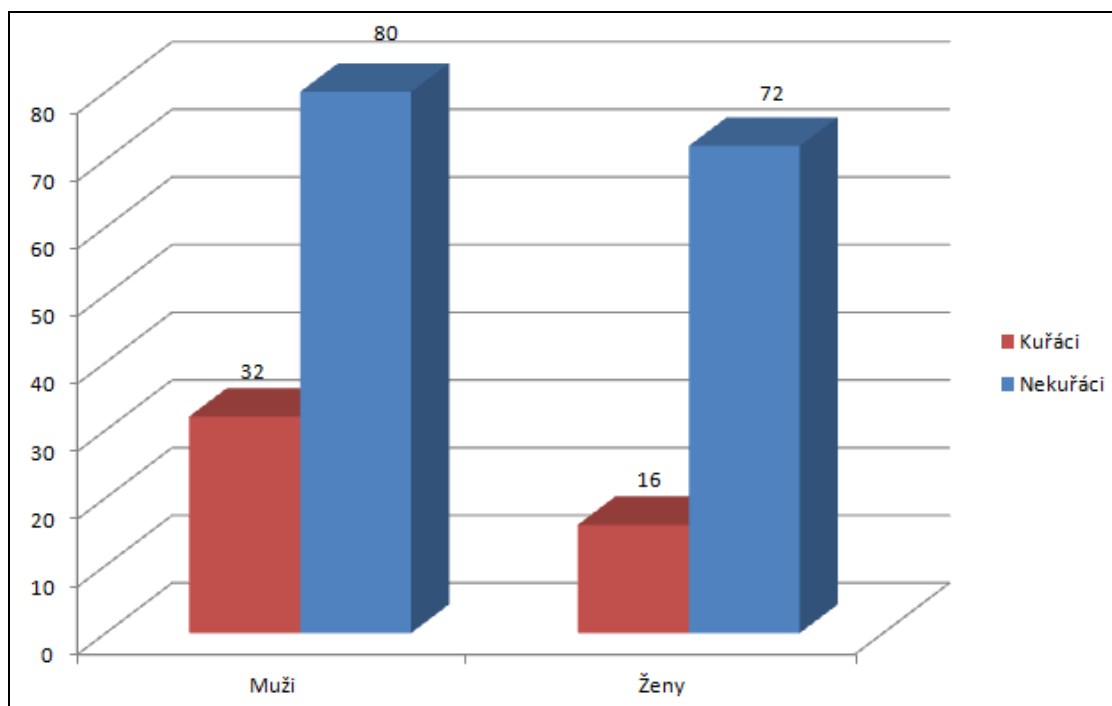
Graf č.8: Jak byste své zdraví obecně ohodnotili ve srovnání s dobou před jedním rokem.

NS Zdraví 2020 (2014) uvádí, že subjektivní vnímání zdraví naší populace se v posledních dvaceti letech výrazně zlepšilo, nejvýraznější zlepšení je u věkové skupiny 65-74 let, naopak věková skupina 75 a více let hodnotí své zdraví jako dobré nebo velmi dobré v menší míře.

Po obecném zhodnocení svého zdraví a jeho porovnání s dobou před jedním rokem označilo 64 % pacientů své zdraví za přibližně stejné, 70 mužů a 58 žen. Kladné hodnocení, tedy o něco lepší, uvedlo 6 %, 8 mužů a 4 ženy. Mnohem lepší je pouze 1 % odpovědí, 2 muži. Celkem 71 % pacientů ohodnotilo své zdraví jako stejné nebo lepší než před rokem.

Záporné hodnocení, o něco horší než před rokem, uvedlo 28 % pacientů, 32 mužů a 24 žen. Mnohem horší uvedlo také 1 %, pouze 2 ženy. Celkem 29 % pacientů hodnotí své zdraví jako horší. Můžeme si to vysvětlit čekáním na operační výkon u pacientů ortopedického oddělení. Sníženou kvalitou života pacientů, kteří trpí bolestí a horší pohyblivostí nebo věkovou skupinou pacientů.

- **Genderové rozložení pacientů užívajících a neužívajících tabák**



Graf č.9: Genderové rozložení pacientů užívajících a neužívajících tabák

Z celkového počtu 200 dotázaných, je 88 pacientů pohlaví ženského a 112 mužského. Mužů nekuřáků máme 80. Mužů, kteří v odpovědi uvedli alespoň 1g vykouřeného tabáku za den je 32 (27 %) z počtu 112. Z počtu 88 žen jich 72 neužívá tabák a 16 jich uvedlo kladnou odpověď v užívání tabáku (18 %). Z celkového počtu 200 pacientů jich 152 (76 %) neužívá tabák, jsou nekuřáci, a 48 (24 %) užívá alespoň 1 g tabáku za den, jsou kuřáci.

Podíl kuřáků se v dospělé populaci České republiky pohybuje v rozmezí 28-32 %. V průběhu let 1997-2010 nedošlo ke snížení prevalence kouření ani nebyl zaznamenán trend ve snaze přestat kouřit. Velkým problémem je i expozice kouře v domácím prostředí, vystavení dětí a nekuřáků tabákovému kouři. Dle odborné studie je odhadováno, že více jak 16 tisíc nekuřáků umírá v důsledku expozice tabákovému kouři v domácím prostředí, uvádí NS Zdraví 2020 (2014).

Králíková (2013) konstatuje, že kolem 20 % kuřáků plánuje přestat kouřit v následujících 6 měsících, dalších 40 % někdy později, celkem tedy plánuje přestat kolem 60 % kuřáků. Věk první cigarety je v 10 letech, nástup pravidelného kouření je v rozmezí věku 14-15 let. Ve věku 15 let již má zkušenosti s užíváním tabáku více než 70 % dětí. Významným faktorem pro vznik užívání tabáku u dětí je i situace v rodině.

Více kouří děti, které mají rodiče kuřáka, děti z rozvedených rodin či rodin se špatnou ekonomickou situací. Vliv na vzniku závislosti a prvnímu kontaktu s cigaretou má i inteligence dětí a také školní prostředí. Mezi dospělými kouří více muži. Přes 90 % plicních nádorů u mužů a 75-80 % u žen je způsobeno kouřením.

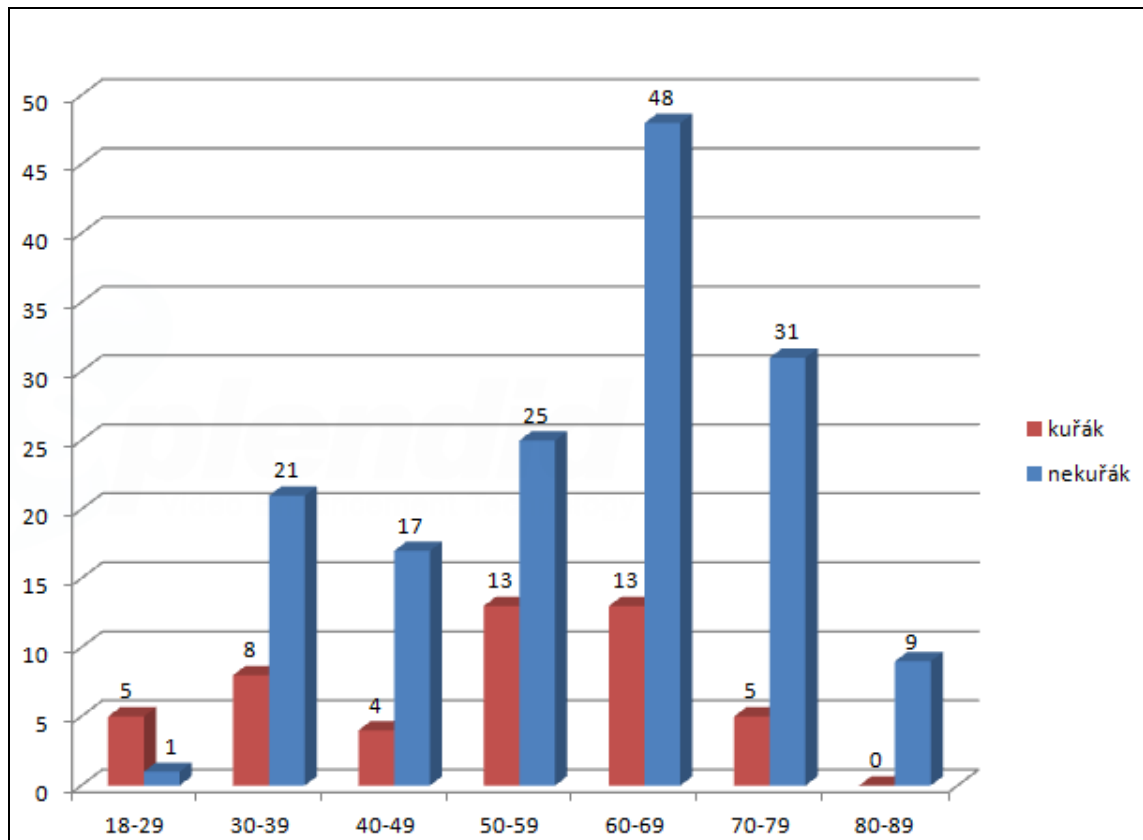
Bohužel tato čísla jsou velmi alarmující. Musíme se více zamyslet nad tím, jak je ovlivnit a zabránit vzniku závislosti na tabáku u dospělých a jak oddálit či zamezit zkušenosti dětí s tabákem či rozvojem závislosti. Je nezbytné více působit v oblasti primární prevence. Je zde i otázka pasivního kouření. V nemocnici, pokud je pacient už nemocný, své návyky snadněji změní za pomoci zdravotníků, ale mnohdy je už pozdě. Je třeba působit tak, aby u pacienta žádné závažné onemocnění nepropuklo.

Králíková (2013) doplňuje, že tabákový kouř zasahuje negativně kardiovaskulární systém na mnoha úrovních. Hypertenze, vzestup tlaku a tepové frekvence po vykouřené cigaretě přetrvává 30 minut, dochází tak k poškození cévní stěny, zvýšení interakce mezi krevními destičkami a cévní stěnou, snížení elasticity aorty. Víc jak 20 cigaret denně je spojeno s rozvojem hypertenze, ateroskleróza se rozvíjí o 10 let dříve než u nekuřáků. Česká kardiologická společnost se chce aktivněji podílet na prevenci a léčbě závislosti na tabáku včetně snižování expozice pasivnímu kouření. Kalina (2008) dodává, že 80 % kuřáků si přeje přestat kouřit a zbavit se závislosti, ale úspěšnost snahy přestat kouřit sám bez pomoci je pouze 2 %.

Od roku 2004 vznikají v ČR Centra léčby pro závislé na tabáku. Pomoc při léčbě mohou nabízet i praktičtí lékaři, kteří podají odborné poradenství a můžou doporučit náhradní nikotinovou léčbu. Odborně vyškolení lékárníci tuto službu mohou provádět od roku 2015. Připravuje se i koncepce adiktologické péče. Důležité je ovlivnit a realizovat aktivity vedoucí ke snižování dopadu užívání tabáku na naší populaci. Zvýšit informovanost populace o rizicích v užívání tabáku, zaměřit se na primární prevenci a podporu zdraví, zlepšit dostupnost léčby. Toto je mimo jiné jeden z cílů HPH nemocnic. V České republice je zakázáno kouření ve zdravotnických zařízeních, výjimečně je pouze uzavřené psychiatrické oddělení a oddělení pro léčbu závislostí. Zavedení nekuřáckých oddělení by mělo být postupné, s aktivním zapojením celého personálu i pacientů, dodává Králíková (2013). Problém všech nemocnic je, že nemají vytvořená místa pro kuřáky. Dále jsou to abstinенční příznaky, možná verbální agrese pacientů, pokud pacient je upoután na lůžko a nemůže kouřit.



- **Věkové rozložení pacientů užívajících a neužívajících tabák.**

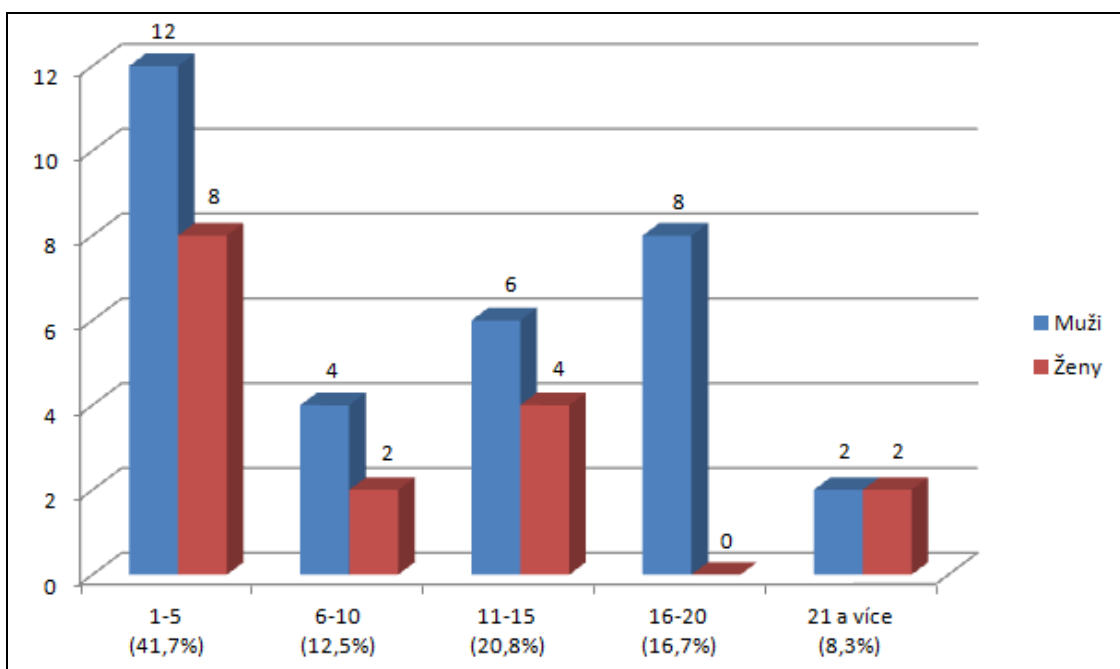


Graf č.10: Věkové rozložení pacientů užívajících a neužívajících tabák.

Ve zprávě o zdraví našich obyvatel (2014) je uvedeno, že v posledních letech kouří v ČR 30 % populace. Nejvyšší počet kuřáků je ve věkové kategorii 15-24 let (44,7 %). V roce 2012 bylo současných kuřáků 31,3 %. Podle pohlaví není patrný významný rozdíl. Z grafu je patrné, že ve věkové kategorii 18-29 let je 5 pacientů užívajících tabák oproti 1 pacientu nekuřákovi. V této věkové kategorii 83 % pacientů užívá tabák. Musíme se více zamyslet nad motivací celé populace, jak snížit užívání tabáku a vést cílenou podporu zdraví a intervence na mladší věkové kategorie, nejlépe už od dětského věku. Zdraví 2020 (2014) uvádí dle studie HBSC z roku 2010 opětovný vzrůstající trend oproti roku 2006 v počtu kouřících dívek nad 15 let (28 %) a chlapců nad 15 let (22 %). Dále byl u této věkové kategorie prokázán vztah i k vyššímu výskytu jiných forem návykového chování. Ve zprávě o zdraví obyvatel ČR (2014) se uvádí, že více jak 40 % dětí žije v domácím prostředí, kde ostatní kouří. Králíková (2013) dodává, že na kouření se nejvíce podílí skupina ve věku 15-34 let. Po 35. roce věku se prevalence snižuje, výrazný je pokles po 55. roce.

Ve věkové kategorii 30-39 let užívá 27 % pacientů tabák. Kategorie 40-49 let má 21 % pacientů, kteří užívají tabák. 38 % pacientů ve věku 50-59 užívá tabák. Nejpočetnější skupina pacientů ve věku 60-69 let má pouze 21 % pacientů užívající tabák. Ve věkové kategorii 70-79 klesá počet pacientů užívajících tabák na 13%. V poslední věkové kategorii 80-89 let žádný pacient neužívá tabák. Můžeme se zamýšlet, zda je to dáno finanční, sociální či zdravotní situací pacientů. Víme, že užívání tabáku je finančně nákladné. Může mít vliv i zhoršený zdravotní stav a snížená kvalita života.

- **Pacienti užívající tabák, gramy užívaného tabáku za den podle pohlaví**



Graf č.11: Gramy užívaného tabáku za den podle pohlaví

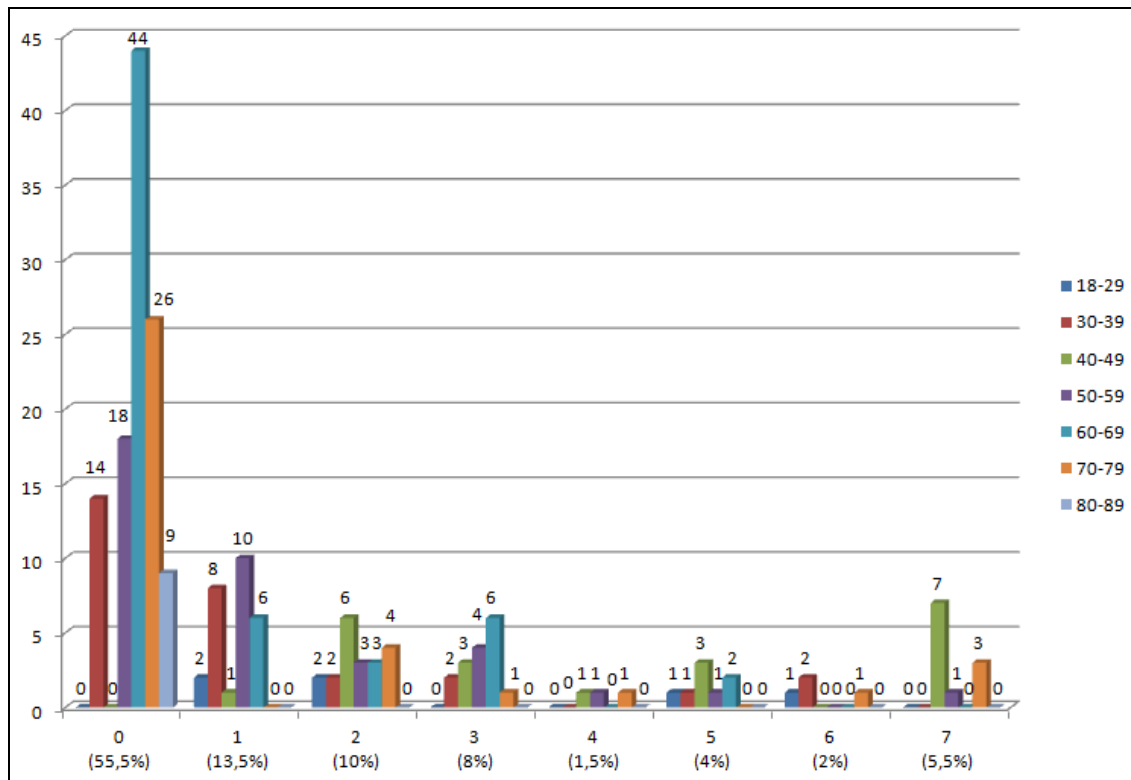
Pacientů jsem se dotazovala i na množství užívaného tabáku za den jako indikátoru intenzity kuřáctví. Zaměřila jsem se na rozdíly mezi muži a ženami, abychom mohli případně lépe zaměřit edukace v rámci podpory zdraví. Výsledky dotazníkového šetření jsem podrobila statistické analýze a zjistila jsem  $p=0,277$ . Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami, co se týče intenzity kouření, tzn. množství užívaného tabáku za den. Toto je poměrně dobře patrné i z grafu, rozložení mužů a žen užívající tabák je relativně podobné. Pouze v kategorii 16-20 g užívaného tabáku za den je zastoupená jen mužská část populace. V kategorii 21 a více g užívaného tabáku je odpověď shodná u mužů a žen, 8,3 % pacientů je vysoce závislých na nikotinu.

Dalším zajímavým údajem je, že téměř polovina všech pacientů (41,7 %) užívajících tabák, neužívá více než 5 g tabáku denně (cca 5 cigaret).

Adámková (2010) uvádí, že v naší populaci muži kouří průměrně 17 cigaret denně a ženy 11 cigaret denně. V roce 1985 kouřilo 49,2 % mužů, v roce 2008 34 % mužů ve věku 24-65 let. Žen, které kouří ve věku nad 45 let, je více, prevalence kouření je 27,6 %. Králíková (2013) doplňuje, že v ČR v roce 2011 24,2 % občanů považujeme za pravidelné kuřáky kouřící nejméně jednu cigaretu denně. Další 4,9 % tvoří příležitostní kuřáci, kteří kouří méně než jednu cigaretu denně. Znamená to, že 29,1 % občanů ČR ve věku 15-64 let v roce 2011 kouřilo, lze je tedy označit za kuřáky. Celá populace včetně kuřáků, kteří vykouří jednu cigaretu denně, činí 21,7 %. Méně než jednu cigaretu za den vykouří 4,1 % a 11 % jsou bývalí kuřáci. Nekouří 22,6 % občanů ČR, ale dříve to zkusili. Nikdy v životě nekouřilo 40,6 % občanů ČR.

Nejvíce kuřáků (téměř dvě pětiny) vykouří v průběhu dne 6-10 cigaret. Podíl kuřáků kouřící 1-5 cigaret denně se zvýšil v posledním roce na více než jednu čtvrtinu. Stagnace je ve skupině kuřáků, kteří vykouří 6-10 cigaret a 16 a více cigaret, uvádí Králíková (2013). Ještě doplňuje, že stres je příčinou toho, proč kuřák, který se snaží o abstinenci, začal znovu kouřit.

- **Konzumace alkoholu podle věkové kategorie**



Graf č.12: Konzumace alkoholu podle věku

V této hypotéze 1 jsem předpokládala, že více konzumují alkohol pacienti nižší věkové kategorie. Součástí dotazníku byla otázka na konzumaci alkoholu u pacienta. Zajímalo mě, která věková skupina nejvíce konzumuje alkohol a kolik dní v týdnu. Proto jsem pro zajímavost výsledky podrobila statistickému testování chí-kvadrát testem. Výsledkem statistického testování, zda frekvence konzumace alkoholu koreluje s věkem, je hodnota  $p=0,00000000078$  a dochází k potvrzení alternativní hypotézy  $H_1$ : Počet dní v týdnu, kdy respondent konzumuje alkohol, koreluje s věkem a nulovou hypotézu zamítáme. Z pohledu na graf je patrné, že většina všech pacientů z celkového počtu 200 (55,5 %) alkohol nekonzumuje ani jeden den v týdnu. Zbývající 44,5 % pacientů konzumuje alkohol různý počet dní. Z tohoto počtu 79 % pacientů konzumuje alkohol maximálně 2x v týdnu.

Je zajímavé, že ve věkové skupině 18-29 jsou všichni pacienti konzumenti alkoholu. Uvádí konzumaci nejčastěji 1-2x týdně, po jednom pacientu 5x a 6x týdně. Tyto údaje mohou být na dnešní dobu reálné. Ve věkové skupině 30-39 let 14 pacientů alkohol nepije a 15 pacientů alkohol konzumuje, nejčastěji 1x týdně, nejvíce 6x týdně (2 pacienti). Ve věkové kategorii 50-59 let 18 pacientů nepije a 20 pacientů konzumuje

alkohol, nejčastěji 1-3x týdně a vždy jeden pacient konzumuje alkohol 4, 5 a 7x týdně. V těchto věkových kategoriích převládají konzumenti alkoholu nad těmi, co alkohol nepijí. Věková kategorie 60-69 let má 44 pacientů co nepijí a 17 pacientů co konzumují alkohol, nejčastější konzumace je 1-3x týdně, 3 pacienti 2x týdně a 2 pacienti 5x týdně. Věková kategorie 80-89 let, která má 9 pacientů, nekonzumuje alkohol nikdo.

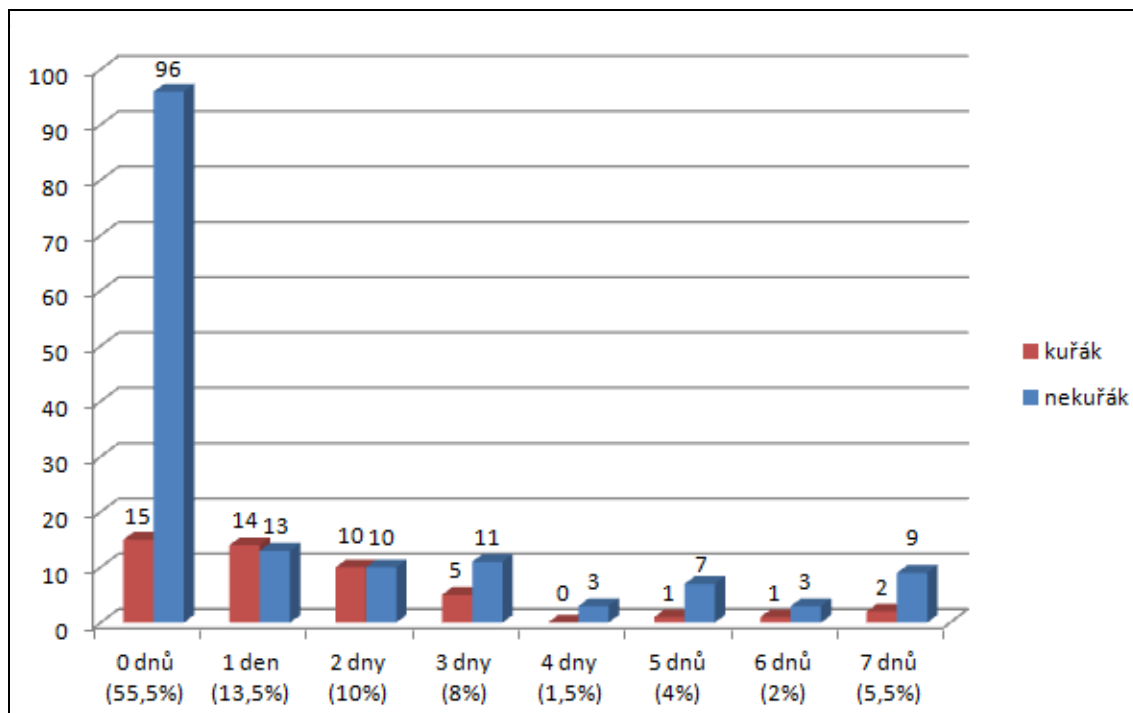
U věkové skupiny 70-79 let, která má 36 pacientů, jich alkohol 26 nepije. 10 pacientů uvádí konzumaci alkoholu, z toho 4 pacienti 2x týdně, po 1 pacientovi 3x, 4x a 5x týdně. Pravidelnou konzumaci 7x týdně uvádí 3 pacienti. Věková skupina 40-49 let, ve které konzumují všichni pacienti alkohol, má 21 pacientů. Jednou týdně konzumuje alkohol 1 pacient, 2x týdně 6 pacientů, 3x týdně 3 pacienti, 4x týdně 1 pacient, 5x týdně 3 pacienti. Každý den konzumuje alkohol 7 pacientů. Tato věková kategorie je jednoznačně nejvíce ohrožená a měla by se u ní provádět intervence o nadužívání alkoholu preventivně.

NS Zdraví 2020 (2014) uvádí, že spotřeba čistého alkoholu v posledních desetiletích, je přibližně 10 litrů na obyvatele včetně dětí. Dle SZÚ (2012) o spotřebním chování dospělé populace vůči alkoholu se 18 % mužů a 11 % žen vystavilo riziku zdravotních problémů způsobených nadměrnou konzumací alkoholu, což jsou dávky alkoholu větší než 40 g pro muže a 20 g pro ženy za jeden den. Od roku 2012 dochází k mírnému zvýšení v počtu úmrtí v souvislosti s alkoholickým onemocněním jater. Bohužel závažná situace je i u dětí, kde je konzumace alkoholu rozšířená. Z výsledků HBSC (2011) vyplynulo, že ve věku od 13 let konzumuje alkohol alespoň 1 týdně 15 % chlapců a 11 % dívek. V 16 letech nadměrné dávky alkoholu v posledních třech měsících konzumuje až 21 % dotázaných žáků. Ve zprávě o zdraví našich obyvatel (2014) je uvedeno, že mezi muži v ČR je 26 % rizikových konzumentů a mezi ženami 13 % rizikových konzumentů. Škodlivé pití, tedy osoby závislé na alkoholu se u mužů vyskytuje v 12,5 % a u žen v 2,7 %. Alarmující je, že mezi dospívajícími konzumuje alkohol přibližně 60 % (66 % chlapců a 50 % dívek) pravidelně. Při mezinárodním srovnávání v rámci kooperace WHO, které vychází z registrované spotřeby, zaujímá ČR první místo mezi všemi zeměmi s evidovanou průměrnou konzumací 16,61 litru čistého alkoholu na dospělého obyvatele na rok.

Toto číslo je velmi vysoké a tento rizikový faktor bývá i u pacientů často opomíjen a zde by měla být zvýšená informovanost o škodlivosti nadužívání alkoholu, ale i intervence pomoci při závislosti pro celou populaci, nejen tedy pro pacienty. Mnohdy stačí krátká intervence, která se provádí u pacientů v HPH nemocnici a je prováděna

zdravotníky. Zdravotní dopady rizikového a škodlivého pití jsou také závažné. Nejčastěji mezi ně patří úrazy, nádorová onemocnění, kardiovaskulární choroby a onemocnění jater, doplňuje Zpráva o zdraví našich obyvatel (2014).

- **Počet dní v týdnu, kdy je konzumován alkohol společně s užíváním tabáku**



Graf č.13: Počet dní v týdnu, kdy je konzumován alkohol

Stanovená hypotéza 2, kdy předpokládám, že kuřáci konzumují alkohol více dní v týdnu, se týká konzumace alkoholu u pacientů závislých na tabáku a pacientů, kteří neužívají tabák. Porovnávám skupinu pacientů kuřáků a nekuřáků v konzumaci alkoholu s ohledem na počet dní v týdnu. Výsledky dotazníkového šetření jsem podrobila statistické analýze Chi-kvadrát testem a zjistila jsem hodnotu  $p=0,000241$ . U hypotézy 2 se potvrdila alternativní hypotéza  $H_1$ : kuřáci i nekuřáci konzumují alkohol různý počet dní a zamítáme nulovou hypotézu. Pacienti užívající tabák (68,75 %) konzumují alkohol celkově více než nekuřáci (36,8 %), avšak ve skupině nejvíce nadávajících alkohol (5-7 dní v týdnu) dominují nekuřáci (19 pacientů), oproti kuřákům (4 pacienti).

Výsledkem statistického šetření počtu dní, kdy je konzumován alkohol, je hodnota  $p=0,000241$ . Statistickou analýzu jsem pro zajímavost provedla i jednotlivě pro muže hodnota je  $p=0,000287$  a ženy  $p=0,9095$ . Z těchto údajů můžeme vyčíst, že je tento parametr skutečně statisticky signifikantní pouze u mužů, zatímco u žen kuřáctví

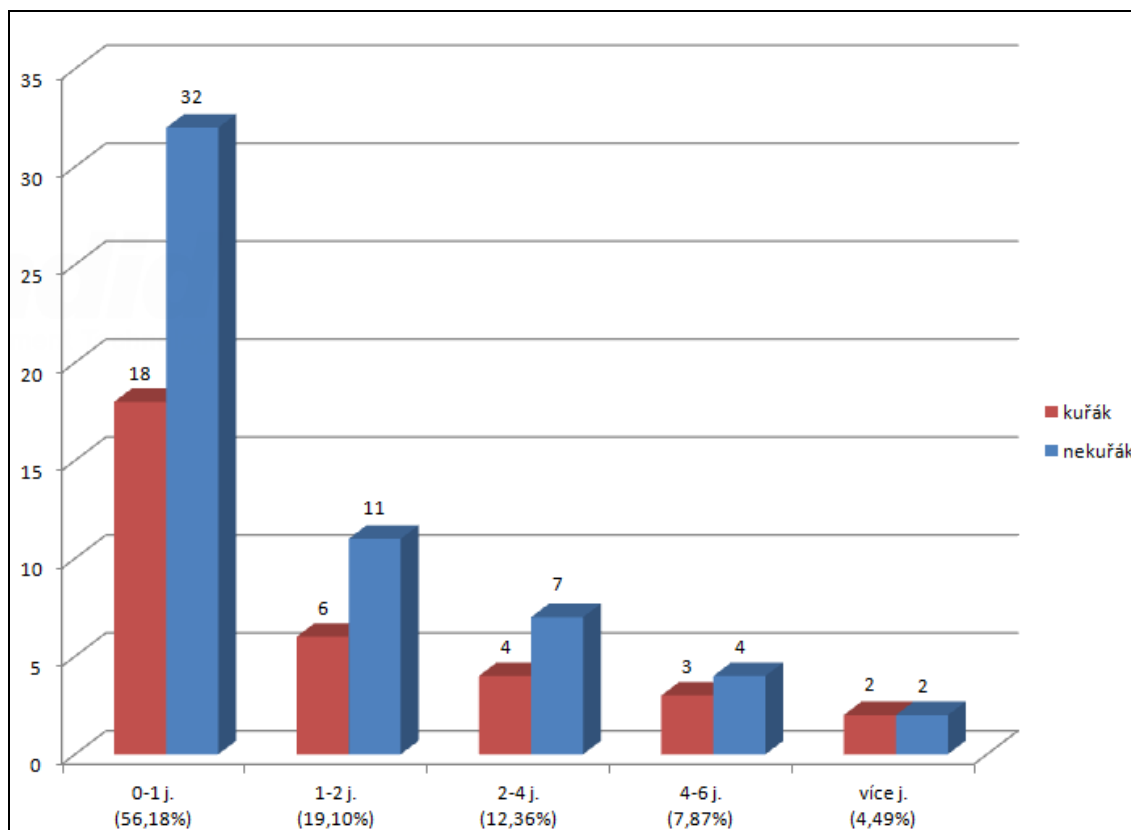
s přemírou alkoholu nekoreluje. Z celkového počtu 200 pacientů alkohol vůbec nekonzumuje 111 pacientů, což je 55,5 % všech pacientů a 44,5 % (89) pacientů konzumuje alkohol alespoň 1 den v týdnu.

Jeden den v týdnu konzumuje 13,5 % pacientů alkohol. Z tohoto počtu 27 pacientů je 14 pacientů užívající tabák a 13 pacientů nekuřáků. 2 dny v týdnu konzumuje alkohol 10 % pacientů, zde je srovnatelné množství kuřáků i nekuřáků. 3 dny v týdnu konzumuje alkohol 8 % všech pacientů. Zde převládá, skupina neužívající tabák (11 pacientů), nad skupinou užívající tabák (5 pacientů). 1,5 % všech pacientů konzumují alkohol 4 dny v týdnu, tuto skupinu zastupují pouze 3 pacienti nekuřáci. 5 dní v týdnu konzumují alkohol 4 % pacientů, z toho 1 pacient užívá i tabák a 7 pacientů nekuřáků. 6 dní v týdnu konzumuje alkohol pouze 2 % všech pacientů, 3 pacienti nekuřáci a 1 pacient kuřák. Alkohol konzumuje 7 dní v týdnu 5,5 % všech pacientů, z toho 9 pacientů jsou pacienti neužívající tabák a 2 pacienti užívající tabák. Intervence v oblasti nadužívání alkoholu byla provedena zdravotníky u 5 % pacientů, týkala se zřejmě pouze této skupiny. Myslím si, že tato intervence by měla význam i u skupin pacientů, kteří udávají konzumaci alkoholu víc jak 1x týdně.

Pacienti užívající tabák a konzumující alkohol jsou velmi riziková pacienty s vysoce pravděpodobným rizikem vzniku civilizačních onemocnění. Zde je na zvážení i léčba ve specializované ambulanci. Bohužel, téma konzumace alkoholu je velmi citlivé a pacient si musí nadměrnou konzumaci nejdříve uvědomit sám, sám se musí chtít začít léčit. Součástí krátké intervence je možnost uvědomění si tohoto problému a předání kontaktů na odborníky v tomto oboru. Důležité je i vytvoření strategie v primární prevenci a podpoře zdraví, aby nedocházelo k nadměrnému konzumování alkoholu. Podstatné je informovat veřejnost o konzumaci alkoholu a jeho dopadu na zdraví.

Králíková (2013) uvádí, že riziko vzniku závislosti na alkoholu je u kuřáků 2-3x větší než u nekuřáků. Mezi pacienty závislými na alkoholu kouří asi 80 %. Tabák, resp. Nikotin jako hlavní psychoaktivní komponenta tabáku, je hodnocen jako látka s velmi vysokým rizikem vzniku fyzické závislosti. Kalina (2008) upozorňuje, že časné intervence kladou důraz na práci s jednotlivcem v začátku užívání nebo v začátku kontaktu s odbornými službami, snaha nabídnout pomoc co nejdříve. Jsou to krátkodobé odborné postupy navazující na časnou detekci, zjištění problémů dříve než dojde k závažnému poškození či vzniku závislosti.

- **Jednotky alkoholu na den u pacientů, kteří konzumují alkohol alespoň jednou týdně podle kouření.**



Graf č.14: Jednotky alkoholu na den u pacientů, kteří konzumují alkohol alespoň jednou týdně podle kouření.

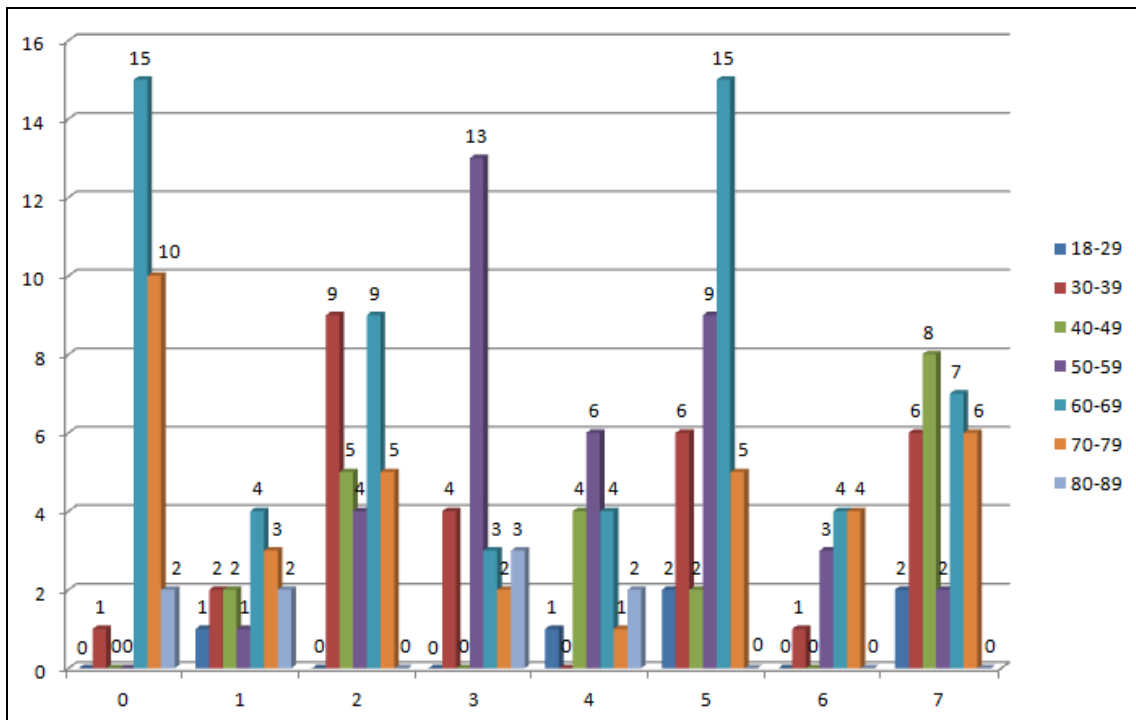
Alespoň jednou týdně konzumuje alkohol 44,5 % z celkového počtu pacientů, to je 89 pacientů. 111 pacientů, 55,5 % z celkového počtu, alkohol nekonzumuje. Z tohoto množství 89 pacientů, kteří konzumují alkohol alespoň jednou týdně, konzumuje denně 0-1 jednotku alkoholu 50 pacientů (56,18 %). 1-2 jednotky alkoholu denně konzumuje 17 (19,10 %) pacientů. 11 pacientů (12,36 %) konzumuje denně 2-4 jednotky alkoholu. 7 pacientů (7,87 %) konzumuje 4-6 jednotek alkoholu za den. Závažnou skupinou jsou 4 pacienti (4,49 %), kteří konzumují více jak 6 jednotek alkoholu za den.

Pokud se ještě zaměříme na konzumaci alkoholu společně s užíváním tabáku, zjistíme, že ve skupině pacientů užívající tabák užívá alkohol 0-1 jednotek týdně 18 pacientů, zatímco v kategorii bez tabáku 32 pacientů. Konzumace 1-2 jednotky alkoholu za den je opět převládající pro 11 pacientů bez užívání tabáku oproti 6 pacientům, kteří užívají současně s alkoholem tabák. Konzumace 2-4 jednotek alkoholu denně je u 7 pacientů bez užívání tabáku oproti 4 pacientům užívajících tabák.



Konzumace 4-6 a více jednotek alkoholu za den je závažná a bohužel vyrovnaná pro skupinu pacientů s užíváním tabáku i bez užívání tabáku. Z tohoto je patrné, že kuřáci celkově konzumují větší množství alkoholu denně a můžeme usuzovat na vyšší rizikovost pacientů kuřáků v této oblasti. Je to patrné především v oblasti 4 a více jednotek alkoholu denně, toto množství je již vysoce rizikové pro zdraví.

- **Fyzická aktivita podle počtu dnů v závislosti na věku**



Graf č.15: Fyzická aktivita podle počtu dnů v týdnu v závislosti na věku

V této hypotéze 3 předpokládám, že více pohybové aktivity mají pacienti nižší věkové kategorie. Pomocí statistické analýzy jsem zjišťovala, zda věk pacientů koreluje s pohybovou aktivitou, konkrétně s její frekvencí, vztaženou na počet dní v týdnu, kdy je pacient fyzicky aktivní. Výsledky dotazníkového šetření jsem podrobila statistické analýze Chi-kvadrát testem a zjistila jsem hodnotu  $p=0,0000092$  (muži  $p=0,0000095$ , ženy  $p=0,016$ ). Toto nám říká, že frekvence pohybové aktivity se silně mění s věkem, a to především u mužů. Potvrdila se tedy alternativní hypotéza  $H_1$ : Počet dní v týdnu, kdy pacient vyvíjí fyzickou aktivitu, koreluje s věkem a nulovou hypotézu zamítáme.

Pohyb patří k základním fyziologickým potřebám, zahrnuje všechny denní tělesné aktivity. Při hlubším pohledu na hodnoty v grafu si můžeme povšimnout několika věcí. Věková skupina 18-29 let má očekávatelné rozložení, toto platí i pro věkové skupiny 30-39 let a 40-49 let. Jsou zde 3 skupiny pacientů cvičící 2x týdně, 5x týdně a 7x týdně,

podle životního stylu, popřípadě typu pracovní činnosti. Pacienti věkové skupiny 50-59 let cvičí ponejvíce 3-5 dní v týdnu. Ve věkové skupině 60-69 let a 70-79 let mnoho pacientů necvičí vůbec. Zde je důležité zamyslet se nad motivací pacientů, aby začali s pohybovou aktivitou, třeba chůzí, protahovacím cvičením. Na tyto pacienty je potřeba se v podpoře zdraví zaměřit, neboť fyzická aktivita v tomto věku výrazně ovlivňuje kvalitu dalšího života. V těchto věkových skupinách se najde i mnoho pacientů cvičících 5x denně a dokonce i nezanedbatelné množství, které cvičí každý den. Pacienti věkové skupiny 80-89 let cvičí mezi 0-4 dny v týdnu. Je nutno poznamenat, že u této otázky, ani jinde v dotazníku, nebylo specifikováno, co se myslí fyzickou aktivitou, proto mohou být velké rozdíly v chápání tohoto pojmu, především u různých věkových kategorií. Nicméně u vyšších věkových kategorií má i relativně nenáročná fyzická aktivita velmi blahodárné účinky na celkový stav pacienta a tyto věkové kategorie jsou taktéž ve větší míře omezovány v pohybu svým zdravotním stavem.

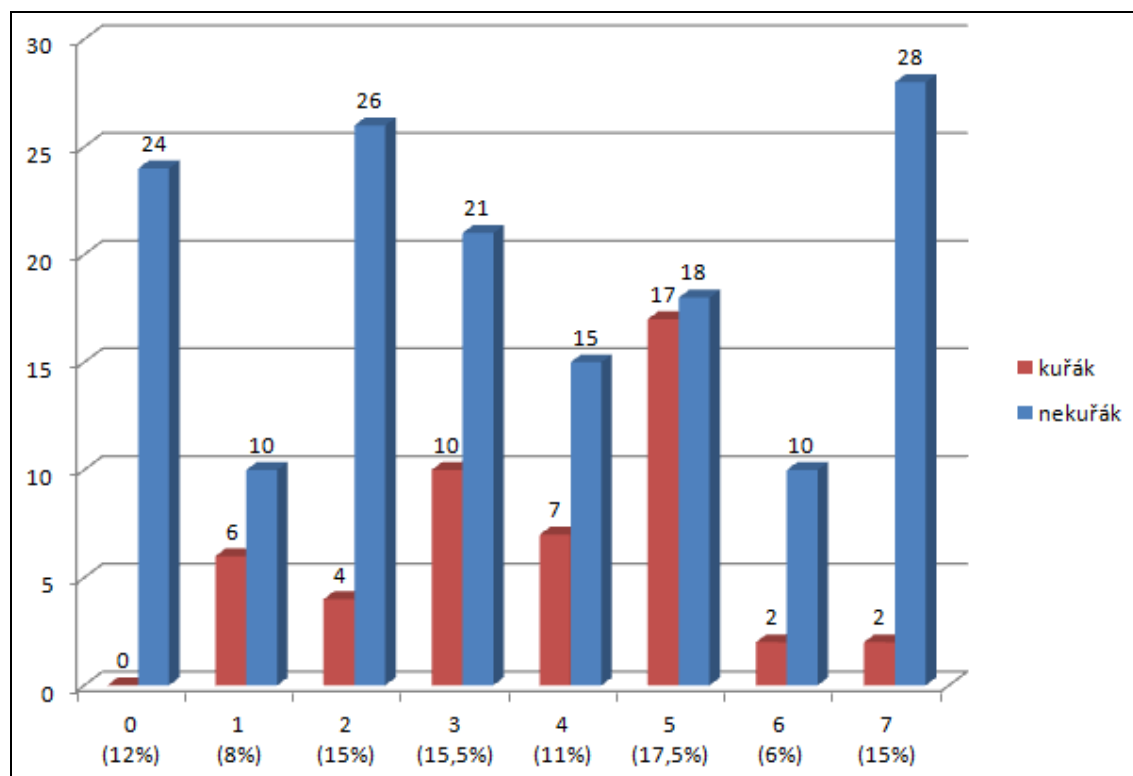
Veřejnost pohybovou aktivitu pokládá za prostředek rekreace, náplň volného času, seberealizaci i osobní a společenské ctižádosti. Toto platí pro muže i ženy. Pravidelná aktivita má řadu blahodárných efektů v oblasti fyziologických regulací a adaptací, svalové síly a flexibility. Zvyšuje mobilitu, samostatnost a tím i kvalitu života. Toto platí pro celý život včetně nejvyšších věkových kategorií, a to ve zdraví i nemoci, uvádí Máček (2011). Zdravotními benefity pohybové aktivity jsou snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu. Pohybová aktivita pomáhá udržovat optimální hmotnost, zlepšuje profil krevních lipidů, funkce trávicího traktu, psychický stav a zvyšuje imunitní odolnost. Svůj význam má i ve vyšším věku, je důležitá pro zachování fyzického, psychického i kognitivního zdraví, prodlužuje průměrnou délku života, tak je uvedeno ve Zprávě o zdraví našich obyvatel (2014).

NS Zdraví 2020 (2014) uvádí, že pravidelná pohybová aktivita patří mezi nejdůležitější způsoby posilování svého zdraví a primární prevenci řady nemocí a některých duševních poruch. Jako příklad je uváděn intervenční program chůze každý den v trvání 60 minut. Studie Helen ukazuje, že dostatečná pohybová aktivita klesla ve středním věku u mužů i žen. Méně než 1 hodinu týdně sportuje 36,2 % žen a 32,7 % mužů. 1-3 hodiny týdně sportuje 33,2 mužů a 38,8 žen. Více jak 3 hodiny týdně sportuje 25,1 % žen a 40,2 % mužů.

Ve Zprávě o zdraví našich obyvatel (2014) je uvedeno, dle výsledků studie pohybových aktivit dospělých v ČR, že jich má 32 % nízkou, 21 % střední a 46 % vysokou fyzickou aktivitu. Muži mají 1,4 krát vyšší pravděpodobnost být vysoce aktivní

v porovnání se ženami. Největší rozdíly byly ve věkové kategorii 18-39 let a nejmenší u starších 65 let. Vzrostl počet osob středního věku (45-54 let), kteří se ve volném čase vůbec nevěnují sportu. Máček a Radvanský (2011) uvádí, že u osob, pokud jsou pasivní a následně zvýší svoji aktivitu, se sníží mortalita o 30 %. Průzkumy nám ukazují, že jen 13 % mužů a o něco méně žen provádí ve věku mezi 60-70 lety pravidelnou pohybovou aktivitu v doporučené intenzitě. Ve věkové kategorii 80 let je stejný počet aktivních mužů, ale jen 4 % žen, doplňuje Kalvach (2004). Kukačka (2010) dodává, že jakákoliv tělesná aktivita a pohyb v různých podobách, sportovní i pracovní, pozitivně ovlivňuje zdravotní stav. Dobrý funkční stav některých orgánových systémů je závislý na pravidelné pohybové aktivitě. Müllerová (2009) připomíná, že aktivní životní styl, hlavně pravidelná pohybová aktivita, není jen prostředek zvýšení tělesné zdatnosti a funkční kapacity, ale také je to účinná cesta ke snížení rizika chorob oběhového systému.

- **Počet dní fyzické aktivity během týdne, rozdělení dle kuřáka/nekuřáka**

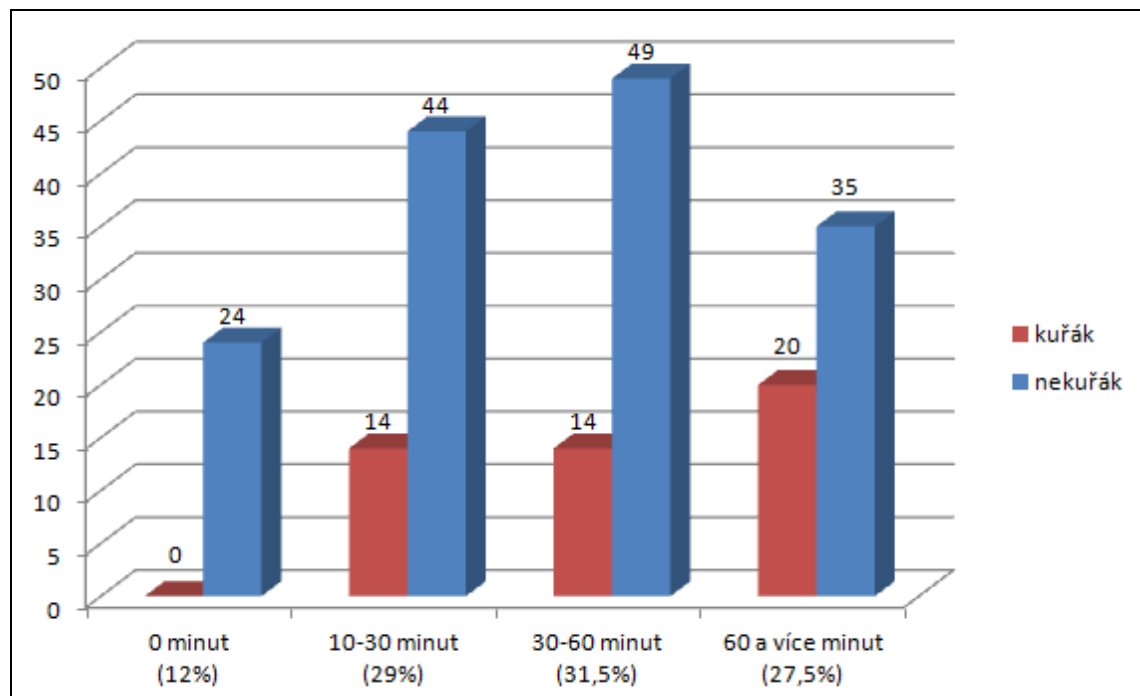


Graf č.16: Fyzická aktivita podle počtu dnů v týdnu v závislosti na užívání tabáku

Zajímala mě otázka, zda je rozdíl ve frekvenci fyzické aktivity mezi kuřáky a nekuřáky. V hypotéze 4 jsem předpokládala, že pacienti kuřáci cvičí menší počet dní v týdnu než nekuřáci. Získané výsledky jsem podrobila statistické analýze Chí-kvadrát testem. Po

provedení statistické analýzy se potvrdila alternativní hypotéza  $H_1$ : Kuřáci i nekuřáci jsou rozdílně fyzicky aktivní, protože hodnota  $p=0,0001$  a nulovou hypotézu zamítáme. Po bližším pohledu na grafické znázornění výsledků, budeme možná překvapeni, že se můj předpoklad, že kuřáci cvičí menší počet dnů v týdnu než nekuřáci, nepotvrdil. Podle dotazníkového šetření cvičí všichni pacienti, kteří užívají tabák, alespoň jednou týdně, největší část 3 dny v týdnu (10) a 5 dní v týdnu (17). Zato 24 nekuřáků nevyvíjí fyzickou aktivitu ani jediný den v týdnu. Ale povzbudivé je, že 80 % pacientů cvičí 2 a více dnů v týdnu, 15 % dokonce každý den. Je zde třeba opět upozornit, že nebylo specifikováno, co se myslí fyzickou aktivitou, proto mohl být tento pojem chápán různě.

- **Počet minut fyzické aktivity za den, rozdělení dle kuřáka/nekuřáka**



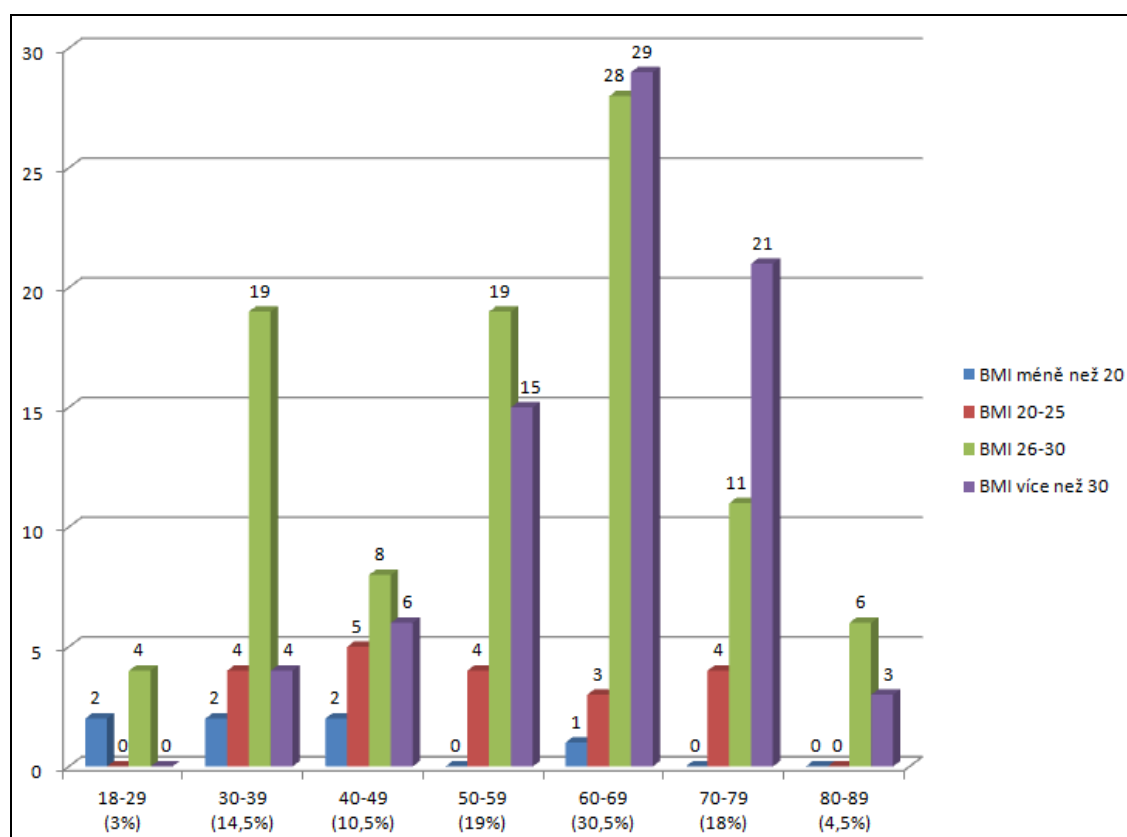
Graf č.17: Fyzická aktivita podle délky cvičení v závislosti na užívání tabáku

Z grafického znázornění je patrné, že sloupec 0 minut denně je shodný s předchozími výsledky týkajícími se frekvence fyzické aktivity, jsou zde pouze nekuřáci (24). Možná jsou to pacienti vyšší věkové kategorie nebo pacienti trvale upoutaní na lůžko. Je významné, že 88 % všech dotázaných se věnuje pohybové aktivitě v trvání více jak 10 minut za den. 29 % pacientů uvedlo jako odpověď pohybovou aktivitu v trvání 10 až 30 minut každý den. Možná jsou to právě ti pacienti, kteří jsou po operačním výkonu na ortopedickém oddělení. U těchto pacientů je bolest a omezení pohybu nejčastější příčinou pro omezení pohybových aktivit. 31,5 % pacientů uvedlo pohybovou aktivitu

každý den v trvání 30 až 60 minut. Toto nízké číslo nás vede k zamyšlení jak motivovat pacienty v zájmu o pohyb obecně. Více jak 60 minut denně se pohybuje pouze 27,5 % pacientů. Je zajímavé, že všichni pacienti, kteří užívají tabák, mají pohybovou aktivitu. 41,6 % dokonce více jak 60 minut každý den. Naopak pouze 23 % pacientů nekuřáků má pohybovou aktivitu více jak 60 minut denně.

Ve zprávě o zdraví našich obyvatel (2014) je uvedeno, že pro zdravé dospělé ve věku 18-65 let WHO doporučuje minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5x týdně nebo alespoň 20-25 minut aktivity vysoké intenzity 3x týdně.

- **Rozložení BMI podle věku**



Graf č.18: Rozložení BMI podle věku

Zabývala jsem se otázkou, zda koreluje hodnota BMI s věkem. Hypotéza 5, kdy předpokládám, že nižší BMI mají respondenti nižší věkové kategorie. Výsledkem tohoto průzkumu je potvrzení alternativní hypotézy  $H_1$ : Věk koreluje s BMI, protože hodnota  $p=0,00018$ , je zde tedy statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Nulovou hypotézu zamítáme. Při pohledu na grafické znázornění výsledků je patrné, že BMI s věkem stoupá, a proto můžeme potvrdit i můj předpoklad, že nižší

BMI mají respondenti nižší věkové kategorie. Zajímavé je, že pacienti s BMI pod 20 jsou převážně v nižších věkových kategoriích a od 70 let věku se nevyskytují vůbec, tedy starší pacienti nemají sklony ke kachexii. Dále je v grafu viditelné, že nadváha postupně s věkem přechází v obezitu. Alarmující jsou počty pacientů obézních a s nadváhou – převažují ve všech věkových kategoriích. Bylo by tedy vhodné v této oblasti edukovat plošně všechny pacienty, především od 50 let věku.

Obezita se dnes stává závažným celospolečenským zdravotnickým problémem. WHO ji od roku 1997 označuje za globální pandemii. S rostoucí obezitou se zvyšuje riziko pozdějších chronických onemocnění, komplikace obezity ovlivňují kvalitu a délku života. V současné době je i boj s obezitou dětí a mladistvých jedním z nejdůležitějších úkolů. Obezita je charakterizována nadbytkem tuku v organizmu. Nadváhu posuzujeme dle hmotnostních indexů, nejčastěji BMI či obvodem pasu. Kytarová uvádí výskyt obezity ve většině evropských zemí i v USA 10-20 %, nadváhou (BMI větší než 25) trpí více jak polovina dospělé populace. V NS Zdraví 2020 (2014) je uvedeno, že v české populaci se zvyšuje počet osob s nadměrnou hmotností. Polovina dospělých (54 %) má vyšší než normální hmotnost. V roce 2008 bylo mužů obézních 17,3 % (BMI více než 30) dospělé populace a s nadváhou 45,2 % (BMI 26 až 29,9). U žen obezita 17,5 % (BMI více než 30) a nadváha 29 % (BMI 26 až 29,9). Onemocnění spojené s obezitou jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí.

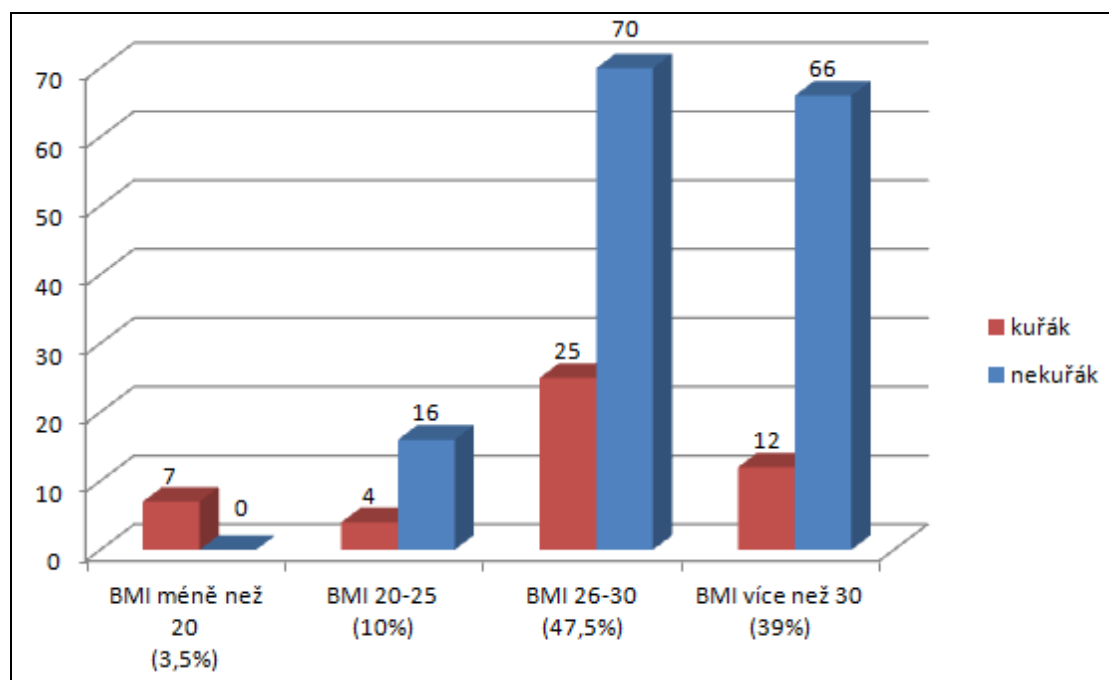
Ze získaných výsledků je viditelné, že všechny věkové kategorie mají pacienty s nadváhou až obezitou. Z celkového počtu 200 pacientů má BMI 26 a vyšší 81,5 % pacientů, BMI 30 a vyšší má 36 % pacientů. Jen pro porovnání uvádím, že intervenci nutričního poradenství uvedlo 82,5 % pacientů. Tato čísla opět vedou k zamyšlení jak motivovat populaci ke změně životního stylu. Je zde důležité provádět intervence zaměřené na úpravu stravovacích návyků a pohybové aktivity. Překvapila mě kategorie 80-89 let, kde bych předpokládala více pacientů s normální hmotností až BMI méně než 20, namísto pacientů s nadváhou a obezitou. V této věkové kategorii se spíše bojíme malnutrice hlavně v nemocničním prostředí. Možná si to můžeme vysvětlit i bolestí pacientů před plánovanými ortopedickými výkony. Pacient trpí bolestí, má problém s pohybem obecně, možností je i upoutání na lůžko. Musíme brát v úvahu i špatný a nevhodný příjem stravy. Problém s chrupem ve vyšší věkové skupině je velmi častý.

Topinková uvádí, že často ve stáří bývá malnutrice nerozpoznána a neléčena, proto vede ke zhoršení fyzické výkonnosti. Až u 20 % seniorů je výživa nedostatečná, už ve věku nad 65 let je to 5-8%. V nemocnicích může být nedostatečná výživa až u 20-40%

seniorů. U starších osob je doporučená normální hodnota BMI 20-24. Nadváha a obezita je častější u populace nad 50 let, jen 26 % má normální hmotnost. Naopak normální váha je u populace pod 30 let, asi 64 %. Kritérium je BMI do 25, nadváha BMI 25-30 a obezita BMI nad 30. Nadváha a obezita zkracuje střední délku života a negativně ovlivňuje kvalitu života. Prevalence obezity u dospělých mužů je 23 % a dospělých žen 21 %, nadváhou pak má dalších 41 % mužů a 28 % žen doplňuje Müllerová (2009).

Ve zprávě o zdraví našich obyvatel (2014) je uvedeno, že více jak polovina dospělé populace (57 %) má vyšší než normální hmotnost. V pásmu nadváhy a obezity přispívají větší měrou muži, z hlediska věku pak starší lidé. Také podíl dětí s vyšší než normální hmotností narůstá. Dle studie společnosti STEM/MARK v roce 2008 se potvrdilo, jak významně nejen obezita (BMI nad 30), ale i nadváha (BMI 25-30) ovlivňuje výskyt zdravotních komplikací.

- **Rozložení BMI podle kouření**



Graf č.19: Rozložení BMI podle kouření

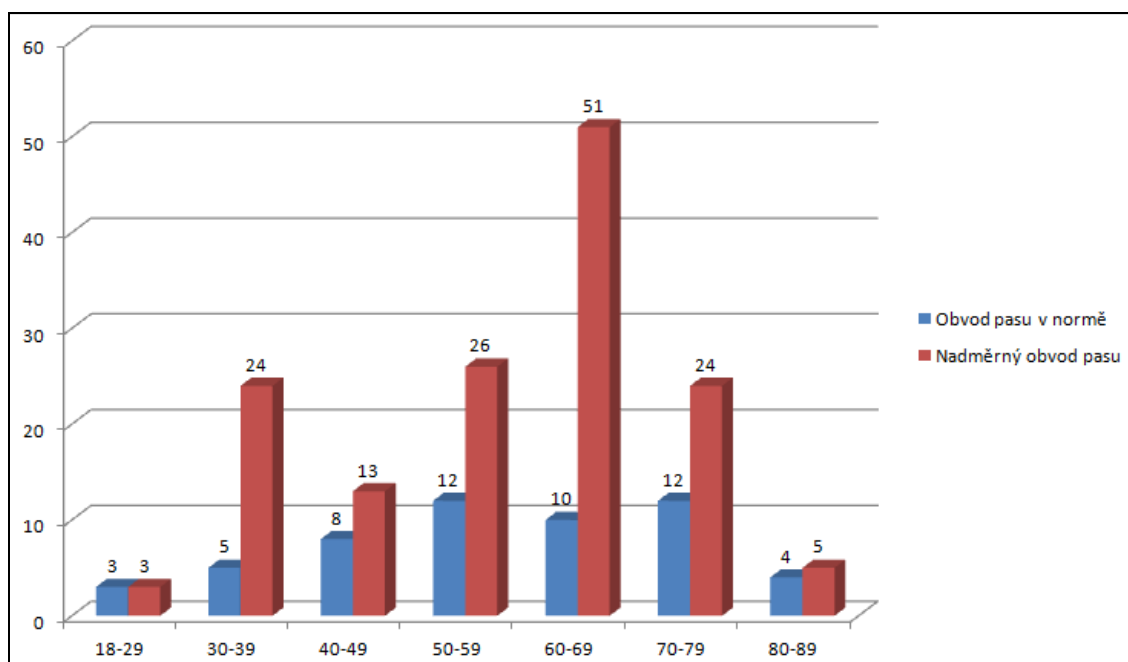
V hypotéze 6 jsem se zabývala rozložením BMI ve vztahu k tabakismu. Předpokládala jsem, že kuřáci mají nižší BMI než nekuřáci. Po statistické analýze chí-kvadrát testem jsem získala hodnotu  $p=0,00001$  a potvrdila se tak alternativní hypotéza  $H_1$ : Kuřáci i nekuřáci mají různé rozložení BMI. Existuje závislost mezi BMI a kouřením, nulovou hypotézu zamítáme. Ovšem při bližším zkoumání odděleně pro muže a ženy se ukázalo,

že toto platí pouze pro ženy,  $p=0,0000008$ , zatímco pro muže ne,  $p=0,37$ . BMI menší než 20 mají pouze kuřáci (7, 1 muž a 6 žen). U mužů kuřáků i nekuřáků je poměrné zastoupení v jednotlivých kategoriích podobné, nejvíce mužů trpí nadváhou, mají BMI 26-30 (63). Mnoho jich trpí i obezitou a v normě je pouze 6 mužů (kuřáků i nekuřáků). Ženy kuřačky jsou z 50 % v normě až podvyživené (BMI do 25) a z 50 % s nadváhou až obézní (BMI nad 25). Nadváhou trpí pouze 3 ženy kuřačky. Oproti tomu u žen nekuřaček můžeme pozorovat zvyšující se trend v souvislosti s BMI – méně než 20 žádná, 20 -25 12 žen, 26 -30 26 žen a BMI nad 30 34 žen nekuřaček. Je zde tedy patrný poměrně velký vliv kouření na BMI. Z tohoto plyne, že je potřeba se zaměřit na prevenci kouření u mužů obecně a u žen nekuřaček. U žen kuřaček je velkým problémem fakt, že odvykání kouření je v mnohých případech spojeno se zvyšováním hmotnosti. Proto i zde by byla vhodná intervence, především v souvislosti s odvykací léčbou.

Hmotnost kuřáků je průměrně asi o 3-4 kg nižší než nekuřáků. To je v kontrastu s méně zdravým životním stylem kuřáků: přijímají více energie, nasycených tuků, cholesterolu, méně vitamínu C, E, betakarotenu, vlákniny. Kuřáci mají v porovnání s nekuřáky nižší procento tělesného tuku, a to i při stejném energetickém příjmu a nižším výdeji. Obava ze zvyšování hmotnosti může být bariérou při odvykání kouření u 50-80 % pacientů, více u žen než mužů. Průměrný váhový přírůstek je 4-5 kg po roce nekouření, u 13 % pacientů však byl přes 11 kg, málo pohybu, větší chuť k jídlu, změny metabolismu tukové tkáně, uvádí (2013) Králíková. Nikotin zvyšuje bazální metabolismus o 5-10 %. Vykouření jedné cigarety způsobí nárůst energetického výdeje o 3 % během 30 minut. Müllerová (2009) doplňuje, čím vyšší je BMI, tím častěji se konzumují tučná jídla, méně ovoce a zeleniny, také méně hodin se tráví pohybovou aktivitou. Musíme si uvědomit, že nejde o problém, který mohou vyřešit jen zdravotníci, ale je nutný celospolečenský přístup a zaktivnění prevence v boji s obezitou. Ochranné faktory v prevenci jsou strava s dostatkem vlákniny a pravidelná fyzická aktivita. Rizikové faktory jsou sedavý styl života a energeticky bohatá, ale nutričně chudá strava.



- **Obvod pasu pacientů dle věku**



Graf č.20: Obvod pasu pacientů dle věku

Müllerová (2009) uvádí, že nejjednodušší a nejběžnější metodou screeningu obezity a nadváhy je měření obvodu pasu. Měříme ho v poloviční vzdálenosti mezi žeberním obloukem a hřebenem kosti kyčelní. U mužů hodnoty 94-102 cm představují zvýšené zdravotní riziko a nad 102 cm vysoké zdravotní riziko. Hodnoty u žen 80-88 cm představují zvýšené riziko a nad 88 cm vysoké zdravotní riziko.

Měření obvodu pasu je velmi jednoduchá a levná metoda, která slouží k diagnostice abdominální obezity. Kritéria abdominálního ukládání tuku, obvod pasu přesahující 80 cm u žen a 94 cm u mužů, jsou tak přísná, že nejsou v normě někdy i u neobézních jedinců. Měření by mělo být součástí každého tělesného vyšetření, bohužel se tak dodnes nestalo. Hraniční hodnoty obvodu pasu odpovídají hraničním hodnotám BMI pro nadváhu a obezitu. Dle studie IDEA prováděné i v ČR mělo abdominální obezitu 71 % žen a 56 % mužů. Pro vysoký výskyt v populaci představuje i ekonomický problém. Dle studie z Dánska každý centimetr obvodu pasu nad normu zvyšuje náklady na zdravotní péči o 1,25 % u žen a 2,08 % u mužů, uvádí Sucharda (2009). Tato obezita představuje jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů jak u kardiovaskulárních chorob, tak pro rozvoj metabolického syndromu, ale i celkové mortality.

Soubor pacientů jsem podrobila statistické analýze a ukázalo se, že je statisticky významný rozdíl mezi věkovými skupinami u mužů ( $p=0,012$ ) i u žen ( $p=0,017$ ),

zatímco u obou pohlaví dohromady statisticky významný rozdíl nenacházíme. To nás navádí na myšlenku, že u obou pohlaví jsou ohroženy obezitou jiné věkové skupiny. Z grafu je patrné, že je nejvíce ohrožena věková skupina pacientů mezi 60-69 lety, toto platí pro obě pohlaví shodně. Dále jsou vysoké hodnoty u věkových skupin 50-59 let, 30-39 let a 70-79 let. Obézní muži převažují ve věkových skupinách 30-39 let (žádný pacient v normě), 40-49 let a 70-79 let, zatímco ve věkové skupině 50-59 let byla převaha mužů neobézních. Naproti tomu ženy jsou převážně neobézní až do věku 49 let (ve věkové skupině 30-39 let lehce vyšší počet obézních žen) a ženy s nadměrným obvodem pasu začínají převažovat až v pozdějším věku (50 let a více), a to výrazně.

Můžeme polemizovat o příčinách. U žen mohou mít výrazný vliv hormony, hodně z nich, zdá se, začne být obézních až v době okolo klimakteria. Proto by podle mého názoru mělo velký význam zaměřit se na tuto věkovou skupinu a předcházet tak dlouhodobým komplikacím vhodnou edukací, popřípadě individuální terapií související s lehčím průchodem tímto bouřlivým obdobím. U mužů bude zřejmě mít vliv spíše změna životního stylu související s počátky soužití v páru, malými dětmi, popřípadě snížením pohybové aktivity.

## 5.1 Diskuse výsledků

Při hodnocení výsledků dotazníkového šetření je zásadní zhodnocení souboru pacientů. Z charakteristiky souboru je jasně patrné, že zdaleka největší procento pacientů spadá do věkové kategorie 60-69 let (30,5 %), popřípadě 50-79 let (67,5 %), což odpovídá věkovému rozložení pacientů na tomto oddělení. Mimo jiné nám to dává limity či možnosti ve snaze podporovat zdraví pacientů. Jako jeden z velkých problémů dnešní populace vnímám fenomén tabakismu. Do tohoto výzkumu se zařadilo pouze 32 kuřáků a 16 kuřaček, což bohužel nemusí odpovídat rozložení kuřáků v populaci. Mnoho pacientů se ke svým rizikovým faktorům nehlásí, i když chápou, že jim tento přístup spíše škodí, než pomáhá. Mezi poznatky, které bych ráda zdůraznila, patří skutečnost, že většina pacientů si připadá velmi dobře až vynikajícím informována o podpoře zdraví v nemocnici a na oddělení (79,5 %) a mají dobré povědomí o těchto zásadách (93 %). Dále je důležité, že všichni pacienti na oddělení jsou edukováni o bolesti (100 %) a ve většině jsou implementovány intervence z oblasti nutričního poradenství (82,5 %) a pohybové aktivity (95 %), což je zvláště na těchto lůžkových odděleních a ve všech věkových kategoriích velice důležité, především kvůli dobré prognóze těchto pacientů. Instrukce zdravotníků byly naprosto (68 %), až převážně (28,5 %) srozumitelné i při

propuštění pacienta. Co ovšem považuji za prostor pro zlepšení je to, že 5 % pacientů se zdravotníci nevyptávali na zdravotní rizika. Také nízké procento pacientů dostalo intervence v oblasti prevence užívání tabáku (22,5 %), ale tabák užívá 24 % pacientů. Zde není tak velký rozdíl, oproti intervenci v prevenci nadužívání alkoholu. Tuto intervenci uvedlo pouze 5 % pacientů, ale alkohol konzumuje 44,5 % pacientů, z toho 30 % 3-7x týdně. V této oblasti by bylo vhodné zvýšení intervencí.

Subjektivní pocit zdraví má mezi pacienty typicky Gaussovské rozložení, jak mezi muži, tak i mezi ženami. Zato subjektivní pocit zdraví se více pacientům ukazuje spíše o něco horší než před rokem, což může úzce souviset se spíše vyšším věkem většiny pacientů. Lze dodat, že většina pacientů se cítí srovnatelně (64 %).

Důležitý je i poznatek, že rozložení kuřáků je srovnatelné mezi muži i ženami, jelikož dříve dominovali spíše muži. Potvrdil se také předpoklad, že více kuřáků je ve vyšší věkové kategorii (50-79 let) a není to pouze díky věkovému rozložení respondentů ( $p=0,0036$ ). Může to být způsobeno dřívější módou spojenou s kouřením cigaret, popřípadě jiného tabáku. Jak již jsem zmínila výše, předpoklad, že více tabáku vykouří muži, se nepotvrdil ( $p=0,277$ ). To je důležité například při hodnocení rizika plicních nádorů. Předpoklad, že kuřáci konzumují alkohol větší počet dnů v týdnu, se potvrdil pouze u mužů ( $p=0,000287$ ), zatímco u žen ne ( $p=0,9095$ ), což je zajímavé. Můžeme spekulovat nad tím, čím je toto způsobeno, podle mého odhadu by se zde mohla podílet skutečnost, že muži chodí „na pivo s kamarády“ poněkud častěji než ženy. Mezi muži a ženami však není signifikantní rozdíl v g tabáku vykouřených denně. Stejně tak vyšlo statisticky signifikantní, že kuřáci konzumují větší množství alkoholu na den ( $p=0,000057$ ). Konzumace alkoholu zřejmě závisí i na věku, z grafu je patrné, že nejvíce konzumuje alkohol věková kategorie 40-49 let, což může být spojeno s vysokým poměrem stresu v tomto věku, či vysokému pracovnímu nasazení, osamělost nebo naopak problém v rodině. Otázkou nadužívání alkoholu bychom se měli zabývat více.

Fyzická aktivita ve vztahu ke kouření se u žen proměňuje především v délce cvičení, zatímco u mužů v počtu dnů v týdnu, kdy pacient cvičí. Celkově bych tuto otázku však zhodnotila jako nedostatečně specifikovanou, nebylo přesně udáno, co se považuje za cvičení. Tím mohou vzniknout v tomto směru nesrovnalosti. K tomuto závěru mě vede rozložení odpovědí v grafu závislosti počtu dnů, kdy je prováděna fyzická aktivita podle věku. BMI je u žen silně ovlivněno kuřáctvím ve smyslu nižších hodnot ( $p=0,0000008$ ), zato u mužů vůbec není ( $p=0,37$ ). Věkem je BMI ovlivněno

u obou pohlaví ( $p=0,00018$ ). Obvod pasu je u mužů ( $p=0,012$ ) i žen ( $p=0,017$ ) věkem ovlivněn, avšak u každého pohlaví jiným směrem.

## 6 ZÁVĚR

Ve Zdraví 2020 (2014) se uvádí, že 80 % všech nemocí jsou nemoci, jimž lze předcházet. Efektivní primární prevencí je možné snížit závažný výskyt chronických onemocnění přinejmenším o 5 %, především prováděním aktivit, které jsou zaměřené na zvládnutí těchto rizikových faktorů: hypertenze, hypercholesterolemie, hyperglykémie, nadměrná tělesná hmotnost, nedostatečná pohybová aktivita, kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Tímto způsobem by bylo možné snížit počet roků ztracených nemocemi a předčasným úmrtím v Evropě o 60 %.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit informovanost o podpoře zdraví mezi pacienty ve zdravotnickém zařízení, a zda jsou pacienti informováni o aktivitách vztahujících se k podpoře zdraví. Třetím cílem bylo vytvořit informačně edukační brožuru pro pacienty v tomto zdravotnickém zařízení. Hodnocení dosavadní aplikace podpory zdraví na oddělení a v nemocnici dopadlo velice dobře. Pacienti se cítí být ve většině případů dobře až výborně edukováni a forma předávání informací jim přijde dobře srozumitelná. Nedostatky, které jsem tímto výzkumem zjistila, jsou v prevenci tabakismu a především prevenci nadužívání alkoholu. Ne proto, že by je zdravotnické zařízení nezjišťovalo, ale je zde velký prostor pro intervence. I v oblasti pohybových aktivit by bylo dobré zjistit, jaké konkrétní aktivity pacienti provádějí. Důležité je předávat informace o podpoře zdraví mezi co největší část populace. Prevence a podpora zdraví patří mezi účinné pozitivní prostředky ovlivňování faktorů životního stylu. Péče o vlastní zdraví by měla být úkolem každého z nás. Každý by se sám měl zamyslet, jak může zlepšit své zdraví, jak si ho uchovat. Důležité je najít cestu k zamýšlení se nad svým zdravotním stavem a rizikovými faktory už dříve, než přijde onemocnění. Proto jsem se na tyto parametry primárně zaměřila při tvorbě informační brožury a doufám, že bude zdravotnickému personálu i pacientům cennou oporou při spolupráci na zlepšování životního stylu a celkového zdraví pacienta.

Dotazník byl zaměřen i na jednotlivé rizikové faktory u pacientů. Po zkušenostech z práce ve zdravotnickém zařízení a každodenním kontaktu s pacientem si myslím, že pacienti často návykové látky neudávají pravdivě. Pacienti rádi tyto skutečnosti poupravují, a tak je u jednotlivých zamlčovaných rizikových faktorů často příjemně nízké číslo. Nicméně jsem zjistila vyšší provázanost některých rizikových faktorů u některých druhů pacientů, jmenovitě, že kuřáci muži i častěji pijí alkohol, popřípadě, že nejvíce konzumují alkohol pacienti spadající do věkové kategorie 40-49 let. Jedná se

o poměrně choulostivé informace a pacient se bojí je přiznat. Proto intervencí v oblasti nadužívání alkoholu je i předání kontaktů na specializované pracoviště. Tyto poznatky budou sloužit k vyšší pozornosti zdravotnického personálu u těchto pacientů s ohledem na podrobnější odebrání anamnézy a budou nabízeny různé programy v těchto oblastech dle závažnosti stavu pacienta.

Idea společné spolupráce pacienta a zdravotníka na utváření pacientova zdraví je nejen krásná, ale i nutná. Pokud se pacient o své tělo nebude dobře starat, ani nejlepší lékař s tím nic neudělá a jeho zdraví nespraví. Proto je tak důležité pacientům vše vysvětlovat, motivovat je a edukovat. Vždy je nejdůležitější najít u každého pacienta motivaci. Existuje mnoho motivů, ale zásadní je vybrat ten, který vede k rozhodnutí začít se změnou. Proto je důležité vštípit zásady podpory zdraví u všech kolem nás. Informační brožura bude sloužit nejen pacientům, ale i široké veřejnosti, možná i samotným zdravotníkům jako návod, nad čím se zamyslet každý sám u sebe. Všechny stěžejní poznatky jsou zainteresovány v edukační brožuře, kterou jsem na podkladě této práce a tohoto výzkumu zpracovala.

## 7 REFERENČNÍ SEZNAM LITERATURY

ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby: žijeme spolu*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2010, 130 s. ISBN 978-80-7387-413-1.

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2008, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BAYER, Milan, BURIANOVÁ, Iva, FRÜHAUF, Pavel, KYTNAROVÁ, Jitka, URBANOVÁ, Zuzana. *Lipidy ve výživě dětí*. 1.vyd. Česko: Copyright NESTLÉ, 2005, 51 s. ISBN 80-903507-2-0.

BRHEL, Petr a kol. *Pracovní lékařství*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2005, 338 s. ISBN 80-7013-414-3.

BURSOVÁ, Marta. *Kompenzační cvičení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 196 s. ISBN 80-247-0948-1.

CUNGI, Charly, LIMOUSIN, Serge. *Relaxace v každodenním životě*. Praha: Portál, s. r. o., 2005, 160 s. ISBN 80-7178-948-8.

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, HOLČÍK, Jan, KUBŮ, P. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2014, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DUŠKOVÁ, Michaela, HRUŠKOVIČOVÁ, Hana, PAŘÍZEK, Antonín, KRÁLÍKOVÁ, Eva. Časné a pozdní vlivy kouření matky na endokrinní funkce plodu. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa. ročník 13*, 2010, č.3, ISSN 1211-9326.

ERIKSSON, Sebastian, TONNESEN, Hanne. Review: Experiences and preferences of counselling about living habits in healthcare: a systematic review of studies on the patient perspective. *Clinical Health Promotion*, 2013, vol.3, is.2, s.46-54, ISSN 2226-5864.

FAIT, Tomáš, VRABLÍK, Michal, ČEŠKA, Richard a kol. *Preventivní medicína*. 1.vyd., Praha MAXDORF s. r. o., 2008, 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8.

FALEIDE, Asbjørn, O., LILLEBA, B., Lian and Eyolf, Klæboe, FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 98 s. ISBN 80-247-1350-0.

FRÖMEL, Karel. *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, 126 s. ISBN 8024405148.

GRABBE, Dieter. *Zdravá záda*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 96 s. ISBN 978-80-247-3032-5.

- KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALOUSOVÁ, Marta. *Patobiochemie ve schématech*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 264 s. ISBN 80-247-1522-8.
- KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, R., ZAMAZALOVÁ, Hana, SUCHARDA, Petr a kol. *Geriatric a gerontologie*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce pro výživu*, 2.vyd. České Budějovice: Nová forma s.r.o., 2014, ISBN 978-80-7453-177-4.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1.vyd. Praha: Academia, 2005, ISBN 80-200-1307-5.
- KELLER, Ulrich, MEIER, Rémy, BERTOLI, Sibylle. *Klinická výživa*. 1.vyd. Praha: Scienta Medica, 1993, 240 s. ISBN 80-85526-08-5.
- KIKUCHI, Zenjirou, SAITOH, Fumihiro, NEGISH, Kyota. Health promotion for all communities through „Health Challenge“. *Clinical Health Promotion*, 2013, vol.3, is.2, 61 s. ISSN 2226-5864.
- KITTNAR, Otomar, MLČEK, Mikuláš. *Atlas fyziologických regulací*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 320 s. ISBN 978-80-247-2722-6.
- KOMÁREK, Lumír, PROVAZNÍK, Kamil. *Ochrana a podpora zdraví*. 1.vyd. Praha: nadace CINDI 3. LF UK, 2011, 100 s. ISBN 978-80-260-1159-0.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva a kol. *Závislost na tabáku. Epidemiologie, prevence a léčba*, 1.vyd., ADAMIRA Břeclav 2013, 503 s., ISBN 978-80-904217-4-5.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva, et al. *Novinky v léčbě závislosti na tabáku*. *Interní medicína*, 2008, vol.10, no 10, s. 444 - 448.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie nemoci*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2.vyd., Praha: Portál,s.r.o., 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KUČERA, Miroslav, KOLÁŘ, Pavel, DYLEVSKÝ, Ivan, et. al. *Dítě, sport a zdraví*, 1. Vydání Praha: Galén, 2011, 190 s. ISBN 978-80-7262-712-7.
- KUDLOVÁ, Eva, MYDLILOVÁ, Anna. *Výživové poradenství pro děti do dvou let*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005, 148 s. ISBN 80-247-1039-0.
- KUDLOVÁ, Eva a kol. *Hygiena výživy a nutriční epidemiologie*. 1.vyd., Praha. Karolinum, 2009, 282 s. ISBN 978-80-246-1735-0.
- KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví*. 1. vyd. JU v Českých Budějovicích, 2010, 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.



KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 3.vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 136 s. ISBN 80-247-0736-5.

LEDVINA, Miroslav, STOKLASOVÁ, Alena, CERMAN, Jaroslav. *Biochemie pro studující medicíny*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2009, 269 s. ISBN 978-80-246-1414-4.

LEDVINA, Miroslav, STOKLASOVÁ, Alena, CERMAN, Jaroslav. *Biochemie pro studující medicíny II. díl*. Praha: Karolinum, 2006, 562 s. ISBN 80-246-0850-2.

MÁČEK, Miloš, RADVANSKÝ, Jiří. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*, 1.vyd. Praha: Galén, 2011, 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.

MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kol. *Výchova ke zdraví*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 296 s., ISBN 978-80-247-2715-8.

MARX, David, VLČEK, František. *Akreditační standardy pro nemocnice*, 3.vyd. Praha: TIGIS s.r.o., 2013, 162 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

MEIER, Ralf. *Cholesterol. Přirozená regulace hodnot krevního tuku*. 1.vyd., Bratislava: NOXI s.r.o., 2007, 160 s., ISBN 978-80-89179-67-1.

MICHÁLEK, Jozef, ŠTEFÁKOVÁ, Mária. *Diagnóza cukrovka*. 2. vydání, Bratislava: KONTAKT, 2008, 184 s. ISBN 80-968985-3-4.

MILLER Geraldine. *Learning the language of addiction counseling*. New Jersey, 2005, John Wiley Sons, Inc., 461 s. ISBN 978-0-471-47946-8.

NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag a.s., 1999, 118 s.

NEŠPOR, Karel, PERNICOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1.vyd. Praha: Portál s.r.o., 1999, 120 s. ISBN 80-7178-299-8.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel. *Poruchy spánku a bdění*, 2. Vydání, Praha: Galén 2007, 345 s., ISBN 978-80-7262-500-0.

MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Obezita-prevence a léčba*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-80-204-2146-3.

OREL, Miroslav. *Člověk, jeho mozek a svět*. Grada Publishing a.s., 2009, 236 s. ISBN 978-80-247-2617-5.

PÁNEK, Jan. *Základy výživy*. 1.vyd. Praha: Svoboda Servis, 2002, 207 s. ISBN 80-863-2023-5.

PERIČ, Tomáš, DOVALIL, Josef. *Sportovní trénink*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-2118-7.

PROVAZNÍK, Kamil, KOMÁREK, Lumír a kol. *Prevence v pracovním lékařství*. 1.vyd. Praha: nadace CINDI 3. LF UK, GEOPRINT Liberec, 2010, ISBN 978-80-7071-315-0.

- RYBKÁ, Jaroslav a kol. *Diabetologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002, 160 s. ISBN 80-247-1612-7.
- SANANIM kolektiv autorů. *Drogy otázky a odpovědi*, 1. Vyd. Praha: Portál s.r.o., 2007, 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
- SILBERNAGL, Stefan. DESPOPOLOUS, Agamemnom, *Atlas fyziologie člověka*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, 448 s. ISBN 978-80-247-0630-6.
- SOVINOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav, KERNOVÁ, Věra. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let*. 1.vyd. Praha: SZÚ, 2014, 80 s. ISBN 978-80-7071-335-8.
- SOVOVÁ, Eliška, ZAPLETALOVÁ, Beata, CYPRIANOVÁ, Hana. *100 + 1 otázek a odpovědí o chůzi, nejen nordické*, 1.vyd. Praha, Grada Publishing a.s., 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2280-1.
- STÁRKA, Luboslav et al. Kouření a endokrinní systém. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*. 2005, vol.4, no 8, s. 180-186. ISSN 1219-9321.
- SUCHARDA, Petr, Abdominální obezita. *Časopis lékařů českých*. 2009, vol.148, no 2, s. 78-82. ISSN 0008-7335.
- SVANE, Jeff, TONNESEN, Hanne et al. Clinical Health Promotion in the Czech Republic: Standart Compliance and Service Provision. *Clinical Health Promotion*, 2014, vol.4., is.1, s. 15-21, ISSN 2226-5864.
- ŠTOCHLOVÁ, Jaroslava, ČEŠKA, Richard. *Jak na zvýšený cholesterol*. 1.vyd. Praha: TRITON s.r.o., 2001, 79 s., ISBN 80-7254-169-2.
- ŠTOCHLOVÁ, Jaroslava, NIEDERLE, Petr, *Zvýšený cholesterol*, 1.vyd. Praha: TRITON s.r.o., 2000, 75 s., ISBN 80-7254-144-7.
- TONNESEN, Hanne. Clinical Treatment + Clinical Health Promotion = Better Treatment Results Immediately. *Clinical Health Promotion*, 2014, vol.4., is.1, s.3, ISSN 2226-5864.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s., ISBN 80-7262-365-6.
- TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2.aktualizované vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s., ISBN 978-80-7387-785-9.
- ZDRAVÍ 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Praha, 2014, ISBN 978-80-85047-47-9.
- ZPRÁVA O ZDRAVÍ OBYVATEL ČESKÉ REPUBLIKY. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Praha, 2014, ISBN 978-80-85047-49-3.
- ZVÍROTSKÝ, Michal. *Zdravý životní styl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2014, 56 s., ISBN 978-80-7290-661-1.
- ŽOFKOVÁ, Ivana et al. Nikotinismus a ženský skelet. *Praktický lékař*, 2009, vol.89, no 11, s. 639-642.

Internetové zdroje:

*International Network HPH: Ottawa Charter for Health Promotion* [online]. 2015 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z:

[http://www.hphnet.org/images/PDF/Ottawa\\_Charter\\_for\\_Health\\_Promotion.pdf.pdf](http://www.hphnet.org/images/PDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf.pdf)

*Ministerstvo zdravotnictví: HPH stanovy* [online]. 2014 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/Soubor.ashx?souborID=14296&typ=application/pdf&nazev=Příloha\\_4\\_Stanovy\\_HPH\\_cz.pdf](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/Soubor.ashx?souborID=14296&typ=application/pdf&nazev=Příloha_4_Stanovy_HPH_cz.pdf)

*WHO EUROPE: Manual and self-assessment forms* [online]. 2006 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99819/E88584.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf)

*Ministerstvo zdravotnictví: Základní kurz pro koordinátory programu podpory zdraví* [online]. 2013 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/Soubor.ashx?souborID=17048&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.word&nazev=Manual\\_základní\\_kurz\\_pro\\_koordinátory\\_programu\\_podpory\\_zdraví.docx](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/Soubor.ashx?souborID=17048&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.word&nazev=Manual_základní_kurz_pro_koordinátory_programu_podpory_zdraví.docx)

WHO EUROPE. *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services: Concept, framework and organization* [online]. 2007 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99801/E90777.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf)

WHO EUROPE. *Health promotion in hospitals: Health promotion in hospitals: Evidence and quality management* [online]. 2005 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/99827/E86220.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf)

*International Network HPH: Standards for Health Promotion in Hospitals* [online]. 2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: [http://www.hphnet.org/images/PDF/Standards\\_for\\_Health\\_Promoting\\_in\\_Hospitals.pdf](http://www.hphnet.org/images/PDF/Standards_for_Health_Promoting_in_Hospitals.pdf)

*Ministerstvo zdravotnictví: Kurz koordinátorů HPH a podzimní škola WHO v Praze* [online]. 2012. vyd. 2013 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/Soubor.ashx?souborID=17050&typ=application/pdf&nazev=Kurz\\_koordinátorů\\_HPH\\_článek\\_2012.pdf](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/Soubor.ashx?souborID=17050&typ=application/pdf&nazev=Kurz_koordinátorů_HPH_článek_2012.pdf)

*Ministerstvo zdravotnictví: Portál kvality a bezpečí* [online]. 2014. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/obsah/who-hph-recognition-project\\_2865\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecei/obsah/who-hph-recognition-project_2865_29.html)

## 8 SEZNAM ZKRATEK

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

HPH Health Promotion Hospitals (Nemocnice podporující zdraví)

ČR Česká republika

VFN Všeobecná fakultní nemocnice

FN fakultní nemocnice

ml mililitr

kg kilogram

g gram

GI Glykemický index

BMI Body mass index (index tělesné hmotnosti)

Kj kilojoule

SZÚ Státní zdravotní ústav

MZČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NS Národní strategie

## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník pro pacienty

Příloha č. 2: Jmenovací listina

## **Příloha č. 1: dotazník pro pacienty**

### **Vážení pacienti**

V tomto průzkumu budete požádáni o názory týkající se vašeho zdraví.

Jsem studentka navazujícího magisterského studia Pedagogické fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích. Výsledky z tohoto průzkumu budou zpracovány zcela anonymně pro diplomovou práci s názvem „**Podpora zdraví pacientů ve zdravotnickém zařízení.**“

Výsledky budou nadále využity týmem pro kvalitu ošetrovatelské a lékařské péče v rámci kontinuálního zvyšování kvality a k následnému zlepšení péče a služeb v Nemocnici Pelhřimov, příspěvková organizace.

U každé z následujících otázek označte prosím odpověď, která nejlépe vyjadřuje vaše stanovisko.

Předem děkuji za Váš čas

Bc. Pavlína Fridrichovská, DiS.

### **1. Obecně své zdraví považujete za:**

Vynikající

Velmi dobré

Dobré

Ucházející

Špatné

### **2. Jak byste své zdraví obecně ohodnotili ve srovnání s dobou před jedním rokem ?**

Mnohem lepší než před rokem

O něco lepší než před rokem

Přibližně stejné jako před rokem

O něco horší než před rokem

Mnohem horší než před rokem

### **3. Pohlaví**

Muž

Žena

#### **4. Věk**

18 – 29

30 – 39

40 – 49

50 – 59

60 – 69

70 – 79

80 – 89

90 – 99

#### **5. Máte povědomí o zásadách podpory zdraví v nemocnici a na oddělení ?**

Ano

Ne

#### **6. Jak jste spokojení s informacemi o podpoře zdraví, které poskytuje nemocniční oddělení ?**

Jsou vynikající.

Jsou velmi dobré.

Jsou dobré.

Jsou ucházející.

Jsou špatné.

#### **7. Jaké intervence Vám byly poskytnuty v průběhu hospitalizace na nemocničním oddělení ? (možnost více odpovědí)**

Pohybová aktivita

Nutriční poradenství

Prevence kouření

Prevence nadměrné spotřeby alkoholu

Edukace bolesti

#### **8. Když jste opouštěli nemocniční oddělení, byly pokyny ohledně následné podpory zdraví srozumitelné ?**

Byly naprosto srozumitelné.

Byly převážně srozumitelné.

Byly částečně srozumitelné.

Byly málo srozumitelné.

Byly nesrozumitelné.

**9. Ptali se vás pracovníci nemocničního oddělení na vaše zdraví a rizika související s životním stylem ?**

Ano

Ne

**10. Pokud kouříte nebo jste v minulosti kouřili, poradili vám pracovníci nemocničního oddělení, jak přestat kouřit ?**

Ano

Ne

**11. Informovali vás pracovníci nemocničního oddělení o podpůrných službách, jako jsou dostupné kurzy odvykání kouření ?**

Ano

Ne

**12. Uveďte prosím svoji**

výšku v cm:

hmotnost v kg:

**13. Uveďte prosím svůj**

obvod pasu v cm:

**14. Došlo u vás během posledních tří měsíců k úbytku hmotnosti ?**

Ano

Ne

**15. Kolik dnů v týdnu jste fyzicky aktivní (střední intenzita se zrychlením tepu, např. chůze, jízda na kole, cvičení) ?**

0

1

2

3

4

5

6

7



**16. Kolik minut jste během výše uvedených dnů v průměru fyzicky aktivní ?**

Počet minut fyzické aktivity (za den):

**17. Kolik dnů v týdnu kouříte / užíváte tabák ?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

**18. Kolik gramů tabáku během výše uvedených dnů v průměru vykouříte/spotřebujete (viz tabulka pro převod gramů níže) ?**

Počet gramů vykouřeného/spotřebovaného tabáku (za den):

Tabulka pro převod gramů tabáku:

1 cigareta = 1 gram

1 doutník = 4 gramy

1 dýmka = 3 gramy

**19. Kolik dnů v týdnu pijete alkohol ?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

**20. Kolik jednotek alkoholu během těchto dnů v průměru vypijete (viz tabulka pro převod jednotek níže) ?**

Počet jednotek vypitého alkoholu (za den):

Tabulka pro převod jednotek :

#### PIVO

1 lehké pivo (33 cl, 1,5 – 2,5 %) = 0,5 jednotky

1 malé lehké pivo (25 cl, 1,5 – 2,5 %) = 0,25 jednotky

1 běžné pivo (33 cl, 3,5 – 4,5 %) = 1 jednotka

1 malé běžné pivo (25 cl, 3,5 – 4,5 %) = 0,75 jednotky

1 silné pivo (33 cl, 4,5 – 6 %) = 1,25 jednotky

1 malé silné pivo (25 cl, 4,5 – 6 %) = 1 jednotka

1 extra silné pivo (33 cl, 7 – 10 %) = 2 jednotky

1 malé extra silné pivo (25 cl, 7 – 10 %) = 1,25 jednotky

#### VÍNO

1 sklenka vína (12,5 cl, 11 – 16 %) = 1 jednotka

0,5 láhve vína (37,5 cl, 11 – 16 %) = 3,25 jednotky

1 láhev vína (75 cl, 11 – 16 %) = 6,5 jednotky

#### LIHOVINY

1 běžná dávka lihoviny (4 cl, 35 – 40 %) = 1 jednotka

1 malá dávka lihoviny (2 cl, 38 %) = 0,5 jednotky

1 láhev lihoviny (75 cl, 35 – 40 %) = 16 jednotek

## Příloha č. 2: jmenovací listina



MUDr. Jan Marounek, MBA  
ředitel odboru zdravotních služeb

V Praze dne 1.11.2015  
Č.j.: MZDR 29208/2013-28/OZS



MZDRX00R418V

# JMENOVACÍ DEKRET

tímto Vás jmenuji

členem

**Pracovní podskupiny**

**Nrodní síť Nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby**

(při Pracovní skupině pro bezpečí pacientů a kvalitu zdravotní péče).

Vážená paní  
**Bc. Pavlína Fridrichovská, Dis.**  
Nemocnice Pelhřimov  
Slovanského bratrství 710  
393 38 Pelhřimov

Ministerstvo zdravotnictví  
Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2  
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: mzcr@mzcr.cz, www.mzcr.cz