Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Prevence civilizačních onemocnění očima generace 50+

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Anna Nováková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Prevence civilizačních onemocnění očima generace 50+ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2019 ……

Bc. Anna Nováková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D. za odborné vedení práce, ochotu, trpělivost a za poskytování cenných rad a konzultací při vypracovávání diplomové práce. Dále děkuji všem informantům, kteří mi poskytli potřebné informace k výzkumné části práce. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým, za podporu, pomoc a trpělivost po celou dobu studia.

Prevence civilizačních onemocnění očima generace 50+

Abstrakt

Úvod: Diplomová práce se zabývá tématem prevence civilizačních onemocnění očima generace 50+. Výskyt civilizačních chorob v České republice je stále na vzestupu. Včasná a důsledná prevence je proto nezbytná zejména v oblastech zdravého stravování, vhodné pohybové aktivity, prevence stresu či rizikového chování.

Cíl: Práce si klade za cíl poukázat na znalosti generace 50+ v Královéhradeckém kraji o rizicích a prevenci vzniku civilizačních onemocnění, na postoj této generace k prevenci, na to, jak hodnotí své zdraví a popisují svůj životní styl.

Metodika: K realizaci výzkumného šetření byl využit kvalitativní přístup pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 24 informantů ve věku 51 až 79 let. Z toho bylo 16 žen a 8 mužů.

Výsledky: Výsledky ukázaly, že generace 50+ v Královéhradeckém kraji má určité znalosti v oblasti prevence. Většina informantů si pod civilizačními chorobami představí již konkrétní onemocnění, a to především kardiovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění či diabetes mellitus. V oblasti rizikových faktorů informanti převážně správně zařadili rizikové faktory vzniku civilizačních onemocnění. Nejčastěji uváděnými byly rizikové faktory životního stylu, a to především stravování, pohybová aktivita a rizikové chování, jako jsou kouření či alkohol. Co se týká prevence, tak ji většina informantů považuje za důležitou, ale i přesto ne všichni informanti chodí na pravidelné preventivní prohlídky či preventivní screeningová vyšetření. Změna názoru na prevenci se u informantů mění s postupem věku a po diagnostikování nemoci. Informace týkající se prevence informanti nejčastěji získávají od lékaře, z médií nebo tisku, od všeobecných sester pak v menší míře. V oblasti zdraví většina informantů klade důraz na to, aby byli bez bolesti, soběstační a pohybliví. V oblasti životního stylu z výzkumného šetření vyplývá, že většina informantů se výrazněji o zdravý životní styl nezajímá. Ale i přesto se snaží dodržovat určité zásady zdravého životního stylu, a to především v oblasti vhodného stravování a pohybové aktivity.

Závěr: Výsledky poukazují na oblasti prevence, o kterých by lidé měli být opakovaně informováni a upozorňováni na jejich důležitost a na případné následky při jejich nedodržování. Důležité je klást především větší důraz na primární prevenci, a to

zejména na oblast životního stylu v podobě vhodného stravování, pohybové aktivity, prevence stresu a rizikového chování. Neméně důležitá je i prevence sekundární a oblast preventivních prohlídek a preventivních screeningových vyšetření, a terciární prevence, se zaměřením na odstranění nebo zmírnění následků onemocnění a zlepšení kvality života.

Klíčová slova

Prevence; civilizační onemocnění; generace 50+; rizikové faktory; životní styl; sestra

Prevention of civilization diseases by the eyes of generation 50+

Abstract

Introduction: The diploma thesis deals with the topic of prevention of civilization diseases by the eyes of the generation 50+. The incidence of civilization diseases in the Czech Republic is still on the rise. Therefore, the timely and consistent prevention is essential, especially in the areas of healthy eating, appropriate physical activity, and prevention of stress or risky behaviour.

Aim: The aim of this work is to point out the knowledge of generation 50+ in the Hradec Králové Region on the risks and prevention of civilization diseases, the generation's attitude to prevention, how they assess their health condition and how they describe their own lifestyle.

Methodology: A qualitative approach using a semi-structured interview was used in the research. The research sample consisted of 24 informants at the age of 51 to 79 years. Of these, 16 were women and 8 men.

Results: The results showed that the generation 50+ in the Hradec Králové Region has certain knowledge in the area of prevention. Most informants think that the civilization diseases are specific diseases, especially cardiovascular diseases, oncological diseases or diabetes mellitus. In the area of risk factors, the informants predominantly correctly included risk factors for the development of civilization diseases. The most frequently mentioned factors were the lifestyle risk factors, especially diet, physical activity and risky behaviour such as smoking or alcohol. Regarding the area of prevention, most informants think it is important, but not all informants go to regular preventive examinations or preventive screening examinations. The change of opinion on prevention in informants changes with age and after the diagnosis of a disease. Among the informants, the information concerning prevention is most often obtained from doctors, the media or the press and to a lesser extent from general nurses. In the area of health, most informants emphasize the condition of being painless, self-sufficient and mobile. In the area of lifestyle, the research shows that most informants are not interested in a healthy lifestyle very much. However, they try to observe certain principles of a healthy lifestyle, especially in the area of appropriate eating and physical activity.

Conclusion: The results indicate areas of prevention about which people should be repeatedly informed and alerted to their importance and possible consequences if they do not observe them. In particular, it is important to place greater emphasis on primary prevention, especially on lifestyle in the form of appropriate diet, physical activity, stress prevention and risky behaviour. Equally important is secondary prevention and preventive examinations and preventive screening examinations, and tertiary prevention, with a focus on eliminating or mitigating the consequences of diseases and improving the quality of life.

Keywords:

Prevention; civilization diseases; generation 50+; risk factors; lifestyle; nurse

Obsah

Úvod **10**

1 TEORETICKÁ ČÁST **11**

1.1 Generace 50+ 11

1.2 Prevence civilizačních chorob 13

1.3 Civilizační choroby 16

1.3.1. Kardiovaskulární onemocnění 18

1.3.2 Diabetes mellitus 19

1.3.3 Nádorová onemocnění 20

1.3.4 Nadváha a obezita 21

1.4 Rizikové faktory vzniku civilizačních chorob 23

1.4.1 Neovlivnitelné rizikové faktory 23

1.4.2 Ovlivnitelné rizikové faktory 25

1.5 Oblasti prevence u generace 50+ 28

1.5.1 Prevence v oblasti životního stylu 28

1.5.2 Očkování 32

1.5.3 Preventivní prohlídky a screeningové programy 34

1.6 Role sestry v prevenci 37

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY **43**

2.1 Cíle práce 43

2.2 Výzkumné otázky 43

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ **44**

4 METODIKA **45**

4.1 Použitá metoda 45

4.2 Charakteristika výzkumného souboru 46

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ **47**

6 DISKUZE **79**

7 ZÁVĚR **87**

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 90

9 SEZNAM PŘÍLOH 100

10 SEZNAM ZKRATEK 117

Úvod

Téma prevence civilizačních onemocnění jsem si vybrala, protože si myslím, že je to aktuální téma a nikdy není nazbyt o prevenci více mluvit. Výskyt civilizačních chorob v České republice (ČR) je stále na vzestupu. Jelikož se prodlužuje střední délka života a lidé se dožívají vyššího věku, stává se kvalita života ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu palčivou otázkou. Mnohdy se setkáváme s lidmi, kteří trpí civilizačními chorobami již v mladším věku, ve starším věku se setkáváme s komorbiditami, které nejen kvalitu života významně ovlivňují, ale i snižují. Dnešní společnost žije v nadměrném blahobytu, jehož důsledkem je právě nárůst civilizačních onemocnění. Svou roli na vzniku onemocnění hraje také nezdravý životní styl dnešního obyvatelstva. Proto považujeme prevenci onemocnění, tedy předcházení vzniku onemocnění nebo zmírňování obtíží již vzniklého onemocnění za důležité.

Nejčastějšími civilizačními chorobami, které řadu občanů imobilizují a často vedou i k vysoké mortalitě, jsou kardiovaskulární choroby, onkologické nemoci či diabetes mellitus (DM).

Je třeba poukázat na fakt, že nezdravý životní styl, ať už ve smyslu kouření, nadměrného požívání alkoholu, nevhodného stravování, sedavého způsobu života a v neposlední řadě dlouhodobého stresu, postihuje většinu obyvatelstva v ČR. Právě tomuto způsobu života je důležité předcházet adekvátní prevencí. Prevence onemocnění je jednak v rukou jedince samotného, ale také především lékařů a sester, které s pacienty tráví nejvíce času a mohou je adekvátně edukovat, a vést ke změně. Však právě včasnou a účelnou edukací se může předejít řadě onemocnění. Proto je důležité, aby populace v ČR byla srozumitelně informována, a hlavně motivována k prevenci vzniku onemocnění. Podstatné je, aby získané informace pacienti uměli přenést do svého běžného života.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na popis jednotlivých typů civilizačních chorob a jejich prevenci, a to jak primární, sekundární, tak i terciární. Dále se bude zabývat rizikovými faktory a režimovými opatřeními, kterými lze civilizační nemoci ovlivnit. Závěr teoretické části se bude věnovat rolím sestry a edukaci pacientů. Poznatky z teoretické části budou vycházet z odborné literatury a elektronických databází a zdrojů, týkajících se této problematiky.

1.1 Generace 50+

V diplomové práci se budeme zabývat populací ve věkové kategorii 50+, proto bychom se měli zaměřit na to, co je pro tuto věkovou kategorii typické.

Věková kategorie 50+ již spadá do skupiny pozdní dospělosti a následuje období stáří (Thorová, 2015). U různých autorů se může rozdělení věku mírně lišit. Popis jednotlivých kategorií věku se však vzájemně prolíná a doplňuje. Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí vyšší věk na následující kategorie: 45-59 let střední nebo též zralý věk, 60-74 let vyšší věk neboli rané stáří, následuje kategorie vlastního stáří od 75 do 89 let a poslední kategorií je věk 90 a více let neboli dlouhověkost (Dvořáčková, 2012).

Pro období pozdní dospělosti je charakteristické, že člověk reflektuje svůj vlastní život. Lidé si v tomto období začínají uvědomovat strereotypnost svého života a opět se začínají zajímat o sebe, o svoje zájmy, potřeby či osobní rozvoj (Zormanová, 2017). Zároveň toto období Čeledová a Čevela (2010) považují za kritické pro zdraví. Jedná se především o období, kdy se člověk připravuje na zdravé stárnutí. Právě v této životní etapě se rozhoduje, jak dlouho a v jaké pohodě budeme žít. Závisí to především na našem způsobu života (Čeledová, Čevela, 2010). V tomto období se již začínají objevovat první involuční změny, dochází především ke slábnutí svalstva, snižuje se pohyblivost, zvyšuje se ukládání podkožního tuku, dochází k vzestupu hmotnosti (Helus, 2018). První známky stárnutí se již projevují i na fyzickém vzhledu. Kůže ztrácí svoji elasticitu, lze pozorovat první vrásky a šedivění vlasů (Langmeier, Krejčířová, 2006). U žen dochází k ukončení reprodukční schopnosti, k tzv. klimakteriu, které je doprovázeno řadou fyzických, ale i psychických symptomů. Žena může pociťovat návaly horka, pocení, bušení srdce či nespavost. Z psychologického hlediska se často

objevují výkyvy nálad, úzkost až deprese. U mužů reprodukční schopnost sice zůstává zachována, ale i u nich lze pozorovat subjektivní a objektivní příznaky hormonálních změn (Helus, 2018). Podobně jako ve fyzické oblasti dochází ke změnám i v oblasti kognitivní. Myšlení se stává méně pružné a učení novým věcem může být obtížnější. Co se týče sociálních změn, rodičům v této době často odcházejí děti z domova a mohou mít pocit prázdného hnízda. Na konci tohoto období většina žen i mužů odchází do důchodu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Se stoupajícím věkem se zvyšuje i riziko výskytu nemocí, a proto je v tomto období prováděna řada preventivních opatření. Preventivní opatření se týkají především onkologických onemocnění prsu, děložního čípku a karcinomu tlustého střeva. Ve věku 50 let a výše by ženy a muži měli docházet ve dvouletých intervalech na preventivní prohlídku k praktickému lékaři pro dospělé a dvakrát ročně absolvovat vyšetření u stomatologického lékaře (Vyhláška MZ ČR č. 70/2012 Sb.). Konkrétní průběh preventivních prohlídek a screeningových programů bude popsán v kapitole *Oblasti prevence u generace 50+* (viz str. 28).

Na období pozdní dospělosti navazuje období stáří. V období stáří se prolínají aspekty biologicko-medicínské se sociologickými (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Ve stáří lze pozorovat výrazné biologické změny, kdy je větší náchylnost k infekcím či onkologickým onemocněním, proto je důležité věnovat pozornost především preventivním opatřením (Langmeier, Krejčířová, 2006). Prevence v období stáří hraje důležitou roli. Stárnutí sebou přirozeně nese zdravotní problémy, ať už se jedná o zhoršení zraku, sluchu či jiné přirozené zdravotní problémy doprovázející stáří (Špatenková, Smékalová, 2015). Dochází k prohlubování fyzických změn, jako jsou řídnutí a šedivění vlasů, potíže se zuby či „zvadlá“ ňadra, to vše se může odrazit na psychické stránce člověka (Helus, 2018). Z psychických změn můžeme pozorovat zpomalení duševní činnosti, pokles motivace, ztrátu zájmu o okolí či lhostejnost (Benešová, 2014). Nastávají také změny v oblasti sociální, kdy senior může mít pocit osamělosti a izolace z důvodu řídnutí sociálních kontaktů. Dále se musí vyrovnat se změnou či ztrátou některé role, např. profesní role, naopak některé role může nově získávat, např. role babičky či dědečka, které seniora většinou naplňují (Špatenková, Smékalová, 2015).

V moci každého člověka je alespoň částečně rozhodnout, zda bude žít zdravý a aktivní život nebo chronicky nemocný. Na změnu životního stylu není nikdy pozdě, můžeme začít vždy (Čeledová, Čevela, 2010). Současný fenomén stárnoucí společnosti není pouze dočasný výkyv, ale jedná se o trvalou proměnu společnosti (Sak, Kolesárová, 2012). Odhady naznačují, že by v letech 2015 až 2050 měl vzrůst počet lidí ve věku 60 let a starších z 900 milionů na 2 miliardy. Z toho je patrné, že ke stárnutí populace dochází mnohem rychleji než v minulosti (WHO, 2018a).

1.2 Prevence civilizačních chorob

V této kapitole se zaměříme na vysvětlení toho, co vlastně prevence je a jak se dělí, a následně si popíšeme, jak se prevence měnila v průběhu času.

Prevencí se rozumí předcházení či zabránění vzniku nemoci. Patří mezi základní pracovní metody ve všech oblastech preventivní medicíny (Kastnerová, 2016). Dolák (2016) prevenci dělí podle několika hledisek. První dělení prevence je *dle objektu,* na který se prevence zaměřuje. Dělíme ji na prevenci *hromadnou*, zahrnující celou populaci, *selektivní* zaměřenou na konkrétní cílovou skupinu a na *indikativní*, která je zaměřena na osoby, které jsou zařazeny do rizikové skupiny až po odborném vyšetření. Další dělení prevence je *dle subjektu*, který prevenci poskytuje, patří sem prevence *společenská, osobní* a *zdravotnická*. Prevenci společenskou zajišťují různé společenské organizace. Prevence osobní je v rukou jednotlivce a je zaměřena především na zdravý životní styl. Prevenci zdravotnickou vykonávají zdravotnická a odborná zařízení a spadá sem např. očkování (Dolák, 2016).

Nejčastější dělení prevence je však *dle časového hlediska* na prevenci *primární, sekundární* a *terciární*. *Primární prevence* je realizována v období, kdy onemocnění ještě nevzniklo. Cílem primární prevence je omezení incidence onemocnění odstraněním již vzniklých rizikových faktorů (Machová et al., 2015). Tento typ prevence se týká celé populace nebo skupiny lidí vystavených zvýšenému riziku. Cílem prevence je odstranění rizikových faktorů a zároveň zvýšení protektivních faktorů. Důležitým prvkem je aktivní účast jedince. Tento typ prevence zahrnuje především životní styl jedince (Kastnerová, 2016). Primární prevenci lze dělit na *specifickou* a *nespecifickou*. *Specifická primární prevence* je zaměřena proti určitým nemocem. Lze sem zařadit například očkování nebo zdravotně-výchovná opatření. *Nespecifická primární prevence* vyplývá z činností vedoucích k posilování a rozvíjení zdraví. Řadíme

sem hygienická opatření související s životním stylem jedince (Dolák, 2016). Primární prevence se účastní jak zdravotníci, tak i jednotliví občané, komunity či stát (Kastnerová, 2016). V *sekundární prevenci* se jedná o řadu postupů a opatření, které snižují prevalenci onemocnění. Cílem je co nejdříve detekovat a správně diagnostikovat chorobu, a to nejlépe v její presymptomatologické fázi (Müllerová et al., 2014). Mezi metody sekundární prevence patří preventivní prohlídky, depistážní akce, monitoring či screeningové metody (Machová et al., 2015). Sekundární prevence je zajišťována především praktickými lékaři, stomatologickými lékaři a gynekology (Dolák, 2016). *Terciární prevence* se zaměřuje na odstranění nebo zmírnění následků již vzniklé nemoci. Jejím cílem je zabránit vzniku vady či dysfunkce. Řadíme sem především účelnou rehabilitaci a reintegraci (Müllerová et al., 2014). Dolák (2016), Machová et al. (2015) i Müllerová et al. (2014) se shodují, že hlavním cílem je především zlepšení kvality života. *Kvartérní prevencí* se rozumí optimalizace funkcí a kvality života u nevyléčitelně nemocných. Dále sem také spadá zmírnění dopadů a vyhnutí se následkům nadměrných a nepotřebných léčebných intervencí (Müllerová et al., 2014).

Samotná prevence se s postupem času v mnoha oblastech změnila. Dříve nebyly takové možnosti, jako nám nabízí dnešní doba. V minulém století se stonalo hlavně doma a péče o pacienty byla soustředěna do jejich domácího prostředí. Péče jako taková se zaměřovala především na nemoc. Dnes tomu již tak není. Všeobecnou snahou je péči směřovat spíše do domácího prostředí, zkracovat délku pobytu v lůžkových zařízeních, a zejména onemocněním vyžadujícím hospitalizaci předcházet. Proto jsou aktivity cíleny i na podporu zdraví a zabránění rozvoji nemocí. Pacient je informován a poučen o důležitosti prevence a stává se aktivním účastníkem na péči o svoje zdraví (Zdravotnictví a medicína, 2012). Dále dochází k rozvoji komunitního ošetřovatelství, které je zaměřeno jak na nemocné, tak i zdravé jedince, rodiny i skupiny a je zajišťováno multidisciplinárním týmem. Cílem komunitního ošetřovatelství je zlepšit zdraví celé populace v rámci komunity (Bártlová, 2009). Významný pokrok v prevenci můžeme vidět také v rozvoji řady screeningových programů, které vyhledávají včasná stadia nádorových nemocí. S těmito programy bychom se ještě před dvaceti lety nesetkali. V České republice máme nyní 3 screeningové programy. Jako první vznikl v ČR screeningový program proti karcinomu tlustého střeva, který je u nás od roku 2000. Tento program spočívá v testování stolice na okultní krvácení nebo v kolonoskopickém vyšetření. I tento program prošel během let určitými změnami. Od

roku 2009 jsou k testování používány tzv. imunochemické testy. V roce 2002 vznikl preventivní screeningový program proti karcinomu prsu a o 5 let později proti karcinomu děložního čípku (Šachlová et al., 2015). I přesto, že dnes máme takové možnosti, pomocí kterých by se dalo předcházet řadě onemocnění, tak stále řada občanů těchto možností nevyužívá (Tomášek et al., 2015). V roce 2017 se zúčastnilo preventivního screeningového programu proti karcinomu tlustého střeva pouhých 29 % populace, což je o 3,2 % méně než v roce 2015 (Májek et al., 2018a). Preventivního screeningového programu proti karcinomu prsu se v roce 2017 zúčastnilo 61,3 % žen ve věku 45-69 let. Pokrytí cílové populace dlouhodobě mírně přesahuje 60 % (Májek et al., 2018b). Preventivního screeningového programu proti karcinomu děložního čípku se v roce 2017 zúčastnilo 56,3 % žen ve věkové skupině 25-59 let. Od 50 let věku využití preventivního screeningového programu proti karcinomu děložního čípku začíná výrazně klesat (Májek et al., 2018c). I očkování dosáhlo významného posunu. K většímu rozvoji v oblasti očkování došlo ve 20. století. Dnes máme mnohem více možností očkovat se proti rizikovým nemocem a občan má s výjimkou povinných očkování svobodnou volbu se rozhodnout, zda se nechá proti některým typům nemocí očkovat (Chlíbek, 2018).

Důležitý rozvoj zaznamenala také primární prevence, a to především v oblasti životního stylu. První program zahrnující myšlenku podpory zdraví byl program *„Zdraví pro všechny do roku 2000“,* který obsahoval čtyři hlavní cíle, a to zajištění rovnosti ve zdraví, prodloužení střední délky života, zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a zvýšení kvality života. Na program Zdraví pro všechny do roku 2000 navazuje program *„Zdraví 21“*, jehož hlavními cíli jsou ochrana a rozvoj zdraví, snížení výskytu nemocí a úrazů a zmírnit omezení, která jim přinášejí. Důležitým cílem je zlepšení ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a snižování rozdílů v ukazatelích zdravotního stavu jednak uvnitř státu, ale i mezi státy Evropy (MZČR, © 2010a). Na dlouhodobý Program Zdraví 21 navazuje program *„Zdraví 2020“* vycházející z programu Světové zdravotnické organizace. Národní strategie Zdraví 2020 je zaměřená na stabilizaci systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a zajištění dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Tato strategie se zaměřila např. na problematiku životního prostředí a zdraví, na ochranu zdraví při práci, problematiku infekčních nemocí, problematiku podpory zdraví a problematiku bezpečnosti potravin a výživy. V rámci akčního plánu *„Správná výživa a stravovací*

návyky" národní strategie podpořila řadu projektů, které jsou zaměřeny na edukaci obyvatelstva v oblasti výživy. Cílem je zabezpečení správné výživy a pestré stravy a zabránění tak předčasnému úmrtí a rozvoji chronických neinfekčních onemocnění. Národní strategie podpořila např. projekt „*Putování za zdravým jídlem*". Tento projekt patří mezi jeden z nejúspěšnějších programů a jeho cílem je zlepšit znalosti školních dětí o zdravé výživě. Úspěšným projektem je také projekt *„Informační kampaň na téma WHO 5 klíčů k bezpečnému stravování, hygiena při manipulaci s potravinami a zdravá výživa"*. Cílem programu je seznámit děti a mládež se základními stravovacími a hygienickými pravidly dle Světové zdravotnické organizace a se zásadami zdravé výživy (MZČR, 2014). Národní strategie se dále zabývá podporou pohybové aktivity. Zde můžeme jmenovat projekt „*Zdravá města"*. Dále podporou duševního zdraví nebo projekty na omezení alkoholu a tabákových výrobků. Přehled dalších akčních plánů uvádíme v příloze č. 1. (MZČR, 2018).

1.3 Civilizační choroby

V této kapitole si vysvětlíme, co jsou civilizační choroby a následně si charakterizujeme nejčastěji se vyskytující onemocnění.

To, že výskyt civilizačních chorob nejen v České republice, ale i ve světě, tak rapidně stoupá, je zapříčiněno jednak naším životním stylem, ale také stárnutím naší populace a zároveň tedy větší nemocností obyvatelstva (Sak, Kolesárová, 2012). Dříve se lidé dožívali nízkého věku a často umírali především na akutní infekční choroby, jako jsou tuberkulóza či cholera. Dnes mají infekční choroby pouze malý podíl na celkové úmrtnosti a některé již zcela vymizely. Do popředí se dostávají právě jmenované civilizační choroby, dnes nazývané také jako chronické neinfekční nemoci, které jsou nejen v České republice, ale i ve světě stále na vzestupu (Čeledová, Holčík et al., 2017). Lichnovský (2018) popisuje civilizační choroby jako nemoci, jejichž vznik je podmíněn nebo výrazně ovlivněn civilizací, způsobem života, stresem, znečištěním ovzduší apod. Řadíme sem především nemoci kardiovaskulárního systému, nádorová onemocnění a metabolické nemoci (Müllerová et al., 2014).

První příčku civilizačních chorob nejen v České republice, ale i ve světě zaujímají kardiovaskulární choroby. Kardiovaskulární onemocnění jsou trvale nejčastější příčinou úmrtí, ale také nejčastějším důvodem hospitalizace. V roce 2016 zemřelo na kardiovaskulární choroby 17,9 milionu lidí, což představuje 31 % všech úmrtí na celém

světě. Téměř 85 % úmrtí bylo způsobeno infarktem myokardu a cévním onemocněním mozku (WHO, 2017). V ČR bylo pro kardiovaskulární onemocnění v roce 2017 hospitalizováno 291 900 lidí (ÚZIS, 2017). Tyto choroby jsou i nejčastější příčinou úmrtí v ČR. V roce 2017 na nemoci oběhové soustavy zemřelo více jak 49 000 lidí. Kardiovaskulární choroby se podílely na celkovém počtu úmrtí u 40 % mužů a 48 % žen (ÚZIS, 2017).

Dalším rozšířeným onemocněním je diabetes mellitus. Celosvětově trpí diabetem mellitem 427 milionů osob z dospělé populace. Z toho 58 milionů zaujímají pacienti v evropském regionu. Očekává se, že do roku 2045 bude trpět diabetem mellitem 629 milionů lidí (European Commission, 2018). V České republice DM postihuje téměř 9 % naší populace a výskyt stále roste. V roce 2017 bylo v ČR s diagnózou diabetes mellitus léčeno 863 400 pacientů. Z toho bylo téměř 91 % pacientů léčeno pro diabetes mellitus 2. typu. Zbylých 9 % tvořili nemocní s diabetem mellitem 1. typu či sekundárním diabetem mellitem (ÚZIS, 2017).

V ČR je nyní také na vzestupu incidence zhoubných novotvarů. V roce 2016 bylo do Národního onkologického registru ČR nově nahlášeno 96 500 případů se zhoubným novotvarem. I přes mírný pokles některých závažných diagnóz (karcinom plic či karcinom kolorekta) dochází naopak k nárůstu karcinomu prsu nebo kůže. Zhoubné novotvary jsou nyní druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR hned po kardiovaskulárních nemocech (ÚZIS, 2016).

Dalšími civilizačními chorobami, jejichž výskyt je v ČR stále na vzestupu, jsou nadváha a obezita. Obezitu Světová zdravotnická organizace prohlásila za globální epidemii a jeden z největších zdravotních problémů současnosti. Také v Evropě představuje nebývalou a stále podceňovanou hrozbu pro zdraví společnosti. Dle Světové zdravotnické organizace trpí nadváhou 39 % světové populace starších 18 let a 13 % dospělé populace má obezitu. Z toho vyplývá, že celosvětově trpí obezitou více jak 650 milionů osob z dospělé populace a téměř 2 miliardy mají nadváhu (WHO, 2018b). V ČR se s nadváhou potýká až 47 % mužů a 33 % žen a s obezitou téměř 20 % mužů a 18 % žen (ČSÚ, 2018a). Předpokládá se, že prevalence obezity v ČR do roku 2025 stoupne na více jak 30 %. Prevalence obezity se však zvyšuje po celém světě, přičemž se předpokládá, že do roku 2030 postihne více než jednu miliardu lidí (WHO, 2018b).

1.3.1. Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární nemoci jsou skupinou onemocnění srdce a cév, z nichž jsou nejčastější akutní koronární syndromy (AKS) a hypertenze (WHO, 2017). Mezi akutní koronární syndromy řadíme nestabilní anginu pectoris (NAP) a akutní infarkt myokardu (AIM) (Bulava, 2017). Na vzniku nemoci se uplatňují především rizikové faktory, které lze dělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Neovlivnitelnými rizikovými faktory jsou věk, pohlaví a genetika, kdy mužské pohlaví je pokládáno za rizikovější faktor (Rosolová et al., 2013). Nejrizikovějšími ovlivnitelnými faktory podílejícími se na vzniku nemoci jsou stravovací návyky, alkohol, kouření a nedostatečná pohybová aktivita. Účinky těchto faktorů se mohou projevit jako hypertenze, hyperglykémie, dyslipidémie, nadváha a obezita. Tyto faktory dále mohou progredovat až v srdeční záchvaty, cévní onemocnění mozku či srdeční selhání (WHO, 2017).

Světová zdravotnická organizace (2017) definovala dva hlavní typy intervencí: celostátní a individuální s cílem snížit zátěž kardiovaskulárních onemocnění. Z celoplošných intervencí lze jmenovat strategie ke snížení škodlivého užívání alkoholu či budování cyklostezek ke zvýšení fyzické aktivity. Individuální zdravotní intervence je zaměřena na prevenci prvních infarktů a cévních mozkových příhod u osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Sekundární prevence již spočívá v podávání farmakoterapie či v chirurgickém řešení se současným dodržováním režimových opatření (WHO, 2017). Léčba se liší dle typu kardiovaskulárního onemocnění. Bulava (2017) dělí léčbu AKS na předhospitalizační fázi a hospitalizační fázi. V předhospitalizační péči dominuje léčba symptomatická. Symptomatická léčba spočívá především v léčbě bolesti a oxygenoterapii. Není-li přítomna hypotenze, podávají se nitráty a při srdeční slabosti lze podat diuretika. Dále se zahajuje léčba antiagregancii a antikoagulancii. Důležitou úlohu v předhospitalizační fázi má především zabezpečení základních životních funkcí. Cílem hospitalizační péče je co nejdříve zprůchodnit uzavřené či zúžené koronární tepny, a proto jsou pacienti transportováni do kardiocenter, kde je následně provedena revaskularizace (Bulava, 2017). Léčba arteriální hypertenze, tedy trvalého zvýšení krevního tlaku (TK) nad normu, spočívá především v režimových opatřeních a farmakoterapii (Nadar, Lip, 2015). Bulava (2017) uvádí normu systolického krevního tlaku hodnotami $\leq$ 140 mm Hg a diastolického krevního tlaku hodnotami $\leq$ 90 mm Hg, s těmito hodnotami se shoduje i Haluzík (2014). Arteriální hypertenze je zároveň jedním z rizikových faktorů vzniku ischemické

choroby srdeční (ICHS) a cévních onemocnění mozku (Bakris, Baliga, 2012). Klinický obraz bývá často asymptomatický, až do objevení orgánových komplikací. Zlatým standardem v diagnostice je stanovení TK v ordinaci lékaře. Léčba hypertenze spočívá především v normalizaci krevního tlaku. Hlavní roli hraje úprava životní stylu. Pokud jsou režimová opatření nedostačující, přistupuje se k léčbě farmakologické. Pouze pokud je TK $\geq$ 180/110 mm Hg, je farmakoterapie zahájena ihned. Léčba je zahájena monoterapií některou z uvedených skupin léků (diuretika, betablokátory, antagonisté kalcia, ACE inhibitory, inhibitory AT_1 receptorů pro angiotenzin II), nejsou-li kontraindikace. Je-li monoterapie antihypertenziv neúčinná, přistupuje se k léčbě kombinační, kdy se kombinují dva různé léky ze skupiny antihypertenziv. Za velmi účinnou kombinaci léčiv se považují např. diuretika s ACE inhibitory, jejich použití je podepřeno několika klinickými studiemi (Kociánová et al., 2013; Bulava, 2017).

1.3.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je chronické metabolické onemocnění charakterizované hyperglykémií, tedy zvýšenou hladinou cukru v krvi, a to buď v důsledku absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu (Karen et al., 2018). Dle současných kritérií se DM klasifikuje na čtyři hlavní typy: DM 1. typu, DM 2. typu, ostatní specifické typy DM neboli sekundární DM a gestační DM (Janíčková Žďárská, Kvapil, 2017). Typickým příznakem DM je hyperglykémie, která se však u DM 2. typu rozvíjí pozvolna, a proto může dojít k tomu, že je diagnóza často stanovena pozdě, kdy už mohou být přítomny některé chronické komplikace diabetu (Janíčková Žďárská, Kvapil, 2017).

Svačina (2016) uvádí, že léčba diabetu spočívá především v dodržování dietních a režimových opatření včetně pravidelné fyzické aktivity. Podle Janíčkové Žďárské a Kvapila (2017) je cílem léčby umožnit nemocnému plnohodnotný aktivní život, a to jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní. Psottová (2012) konstatuje, že je důležité zajistit, aby pacient netrpěl příznaky, které doprovázejí toto onemocnění a zhoršují tak kvalitu života nemocného. Janíčková Žďárská a Kvapil (2017) uvádějí, že je důležité zabránit rozvoji dlouhodobých komplikací, jako jsou postižení očí, ledvin, nervů apod.

Léčba DM se však liší podle jeho typu. U DM 1. typu je základním pilířem léčby inzulinoterapie. Indikace inzulínu je u tohoto typu DM absolutní, z důvodu netvoření se vlastního inzulínu. Léčba je doplněna o dietoterapii a další režimová opatření (Svačina,

2016). Základem léčby DM 2. typu jsou dietoterapie a fyzická aktivita. Dle Haluzíka (2013) fyzická aktivita hraje zásadní roli jak v prevenci, tak i v komplexní léčbě diabetu. Janíčková Žďárská a Kvapil (2017) uvádějí, že pravidelná pohybová aktivita má řadu pozitivních účinků vedoucích ke snížení tělesné hmotnosti, zlepšení lipidového spektra, snížení krevního tlaku, a především zlepšení kompenzace diabetu. American Diabetes Association (2018) dále doplňuje, že pohybová aktivita také výrazně snižuje riziko kardiovaskulárních komplikací. Pozitivní vliv má hlavně na snižování glykémie, a to nejen nalačno, ale i postprandiálně (Janíčková Žďárská, Kvapil, 2017). Fyzická aktivita musí být přizpůsobena každému pacientovi individuálně. Nejvhodnější aktivity jsou rychlá chůze, běh, plavání či jízda na kole (Olšovský, 2018). Nedílnou součástí léčby diabetu jsou dietní a režimová opatření. Dietoterapií napomáháme udržovat fyziologickou hladinu glykémie, snižovat koncentraci tuků v krvi, dosáhnout přiměřené tělesné hmotnosti a snižovat výskyt hypoglykémie (Olšovský, 2018). Dieta je však odlišná u pacientů s diabetem mellitem 1. typu a 2. typu (Jirkovská, 2014).

Další možností léčby DM 2. typu je podávání perorálních antidiabetik (PAD). Jedná se o léky, které mají schopnost snižovat hladinu krevního cukru při dodržování ostatních součástí léčby (Psottová, 2012). Dělíme je do mnoha skupin podle toho, jak v organismu účinkují a podle chemické struktury. Lékem první volby v léčbě diabetu 2. typu je Metformin, který patří do lékové skupiny biguanidy (Svačina, 2016). Lze ho kombinovat se všemi ostatními PAD. Je vhodný jak pro pacienty s fyziologickou hmotností, tak i pro pacienty s nadváhou či obezitou. Kontraindikací podávání Metforminu jsou závažné poruchy funkce jater či ledvin, kardiální či respirační insuficience a abúzus alkoholu. Výhodou tohoto léku je, že snižuje glykémii nalačno i postprandiálně a nezpůsobuje hypoglykémii (Janíčková Žďárská, Kvapil, 2017). Pokud selžou veškeré možnosti léčby (dieta, fyzická aktivita, PAD), přistupuje se k léčbě inzulínem (Olšovský, 2018). Pokud se však přistoupí k tomuto typu léčby, je důležité trvalé dodržování diety, režimových opatření a přiměřené fyzické aktivity (Janíčková Žďárská, Kvapil, 2017).

1.3.3 Nádorová onemocnění

Mezi nejčastější nádorové onemocnění patří nádory tlustého střeva a konečníku, nádory prsu a reprodukčních orgánů ženy, nádory plic, prostaty a ledvin (Dušek, Mužík, 2012). Příčiny maligního onemocnění můžeme rozdělit na zevní a vnitřní. Zevní faktory

mohou být chemické, fyzikální či infekční, kde se uplatňuje přímé kancerogenní působení některých škodlivých látek, ale z velké části se podílí špatný životní styl (Žaloudík, 2008; Adam et al., 2012). Žaloudík (2008) uvádí, že i přes nesporný vliv dědičnosti je většina rizik vzniku nádorového onemocnění spojená s naším životním stylem. Světové přehledy uvádějí, že na vznik nádorového onemocnění mají největší vliv potravinová rizika a na stejné úrovni jako jsou špatné stravovací návyky, je i kouření (Žaloudík, 2008). Z vnitřních neovlivnitelných faktorů Vorlíček et al. (2012) uvádějí genetické vlivy, které mohou být způsobeny zevními faktory nebo se mohou vyskytovat jako tzv. vrozená mutace. Jedná se o familiární výskyt nádoru v rodině.

Vorlíček a Vorlíčková (2012) poukazují na důležitost včasné a správné diagnostiky onemocnění, která hraje v léčbě nádorových onemocnění klíčovou roli. Základem diagnostiky je odebrání anamnézy, která může mít velký význam pro včasné zjištění nádorů. Na anamnézu navazuje celkové vyšetření pacienta, laboratorní vyšetření hematologické, biochemické a mikroskopické. U některých typů nádorů lze využít endoskopické vyšetření. V neposlední řadě je také potřeba zmínit zobrazovací vyšetřovací metody typu ultrazvukového, rentgenového či radionuklidového vyšetření (Vorlíček, Vorlíčková, 2012). Vorlíček et al. (2012) uvádějí, že onkologická léčba je postavena na čtyřech základních pilířích, a to na léčbě operační, radiační, medikamentózní a podpůrné. Léčba onkologického onemocnění je interdisciplinární, a tudíž jsou u většiny nádorů využity všechny dostupné léčebné možnosti. Vorlíček et al. (2012) dělí onkologickou léčbu na léčbu protinádorovou, podpůrnou a paliativní. Do léčby protinádorové řadíme všechny dostupné léčebné modality, jako jsou chirurgie, radioterapie a medikamentózní léčba. Cílem podpůrné léčby je mírnění symptomů, které doprovází nádorové onemocnění. Součástí podpůrné léčby je rovněž léčba psychosociálních a duševních obtíží. V posledních fázích života se přistupuje na léčbu paliativní, která je zaměřena na zmírňování obtíží onkologicky nemocného (Vorlíček et al., 2012).

1.3.4 Nadváha a obezita

Obezita je multifaktoriální onemocnění zahrnující interakci environmentálních a genetických faktorů, které vedou k poruše energetické bilance (Rippe, Angelopoulus, 2012). Lze ji považovat za jednu z nejrozšířenějších metabolických onemocnění (Hainer, 2011). Velice významně je spojená se zvýšeným rizikem komorbidit a s tím

souvisejícím vznikem metabolického syndromu (Phillips, 2013). Vítek (2008) popisuje obezitu jako zmnožení tukové tkáně nad normu. Norma tukové tkáně u mužů činí 15-20 % a u ženy 25-30 %. Owen (2012) uvádí, že na vznik obezity má vliv nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie, ale také stravovací návyky či genetická predispozice. Svačina a Bretšnajdrová (2008) popisují, že k hodnocení nadváhy a obezity se nejčastěji používá tzv. Body Mass index (BMI). Za fyziologické rozmezí považujeme BMI 18,5-24,9 kg/m^2, za nadváhu BMI 25-29,9 kg/m^2. BMI 30 kg/m^2 a výše již spadá do kategorie obezity, kterou dále dělíme do několika stupňů (WHO, © 2019).

Obezitu lze dělit podle charakteru distribuce tuku na androidní (mužského typu), často označována jako typ centrální, abdominální či viscerální (Müllerová et al., 2014). Pro tento typ obezity je charakteristické zmnožení viscerálního tuku. Androidní typ obezity je často spojen s vyšším výskytem metabolických a kardiovaskulárních komplikací (Adámková, 2016). Druhým typem je gynoidní typ obezity (ženského typu), tato obezita je z hlediska vzniku metabolických komplikací méně riziková (Málková, Málková, 2014). Z globálního hlediska je obezita jedním z nejzávažnějších zdravotních problémů. Nejzávažnějšími dopady obezity jsou kardiovaskulární morbidita a mortalita. Kardiovaskulární nemoci mají řadu rizikových faktorů, z nichž většina doprovází i nadváhu a obezitu. Prostředníkem mezi obezitou a kardiovaskulárními chorobami je tzv. intraabdominální ukládání tuku (Kunešová et al., 2016). Také Labarthe (2011) uvádí, že s rostoucím BMI se zvyšuje riziko vzniku chorob, jako jsou DM 2. typu, hypertenze a řada dalších kardiovaskulárních chorob. Bagchi a Preuss (2013) doplňují, že obezita se významně podílí i na riziku vzniku onkologických chorob. Diagnostika obezity se opírá o anamnestické údaje, klinické vyšetření, antropometrické sledování, eventuálně o biochemické vyšetření a o měření tělesného tuku metodou biopendence. Tento algoritmus je základem včasné diagnostiky a následné vhodné léčby (Hlúbik, 2009). Zlatohlávek (2016) uvádí, že základem léčby obezity je dietoterapie, jejímž cílem je redukce hmotnosti, a proto je ordinovaná tzv. redukční dieta. Kromě redukce hmotnosti je cílem také zlepšení metabolického stavu a zlepšení symptomů, které mohou obezitu doprovázet. V dietě je důležitá především pravidelnost. Energetický příjem se doporučuje snížit o 5-15 %. Z celkového energetického příjmu by mělo být při redukční dietě jednotlivé rozložení živin následující: 25-30 % tuky, 50 % sacharidy, 20 % bílkoviny. Z tekutin jsou doporučovány především minerální vody, neperlivá nebo

kohoutková voda (Zlatohlávek, 2016; Kunešová et al., 2016). Podstatnou roli má jak v prevenci, tak i v léčbě přiměřená pohybová aktivita (Zlatohlávek, 2016). U obézních pacientů lze využít i léčbu farmakologickou či chirurgickou. Farmakologická terapie je využita u pacientů s BMI ≥ 30 kg/m^2, pokud selhala nefarmakologická léčba, nebo u pacientů s BMI 25-30 kg/m^{2,} jsou-li přítomny kardiovaskulární nebo metabolická rizika (Hainer, 2011). Z chirurgické terapie se využívají tzv. bariatrické výkony. Fried (2011) klade důraz na to, že pokud se přistoupí k chirurgickému řešení obezity, tak pacient musí být dostatečně motivován k pooperační spolupráci při dodržování dietních omezení.

Seznam dalších civilizačních chorob se stručnou charakteristikou uvádíme v příloze č. 2.

1.4 Rizikové faktory vzniku civilizačních chorob

V této kapitole si uvedeme rozdělení a výčet rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku těchto onemocnění.

Za rizikové faktory považujeme takové faktory, které významně zvyšují pravděpodobnost vzniku onemocnění u osob, na něž působí (Veselý, 2012). Rizikové faktory civilizačních chorob lze rozdělit na vnitřní (neovlivnitelné) a na vnější (ovlivnitelné) (Kastnerová, 2016).

1.4.1 Neovlivnitelné rizikové faktory

Neovlivnitelné rizikové faktory jsou ty faktory, za které nemůžeme. Řadíme sem věk, pohlaví a genetickou dispozici. Se stoupajícím věkem stoupá riziko vzniku řady onemocnění. U kardiovaskulárních chorob je rizikovým věkem u mužů věk nad 45 let a u žen nad 55 let či věk nižší v případě časné menopauzy. Co se týče pohlaví, rizikovější skupinou pro vznik kardiovaskulárních chorob je pohlaví mužské. Genetické faktory lze posuzovat pomocí rodinné anamnézy. Za pozitivní rodinou anamnézu považujeme, pokud se vyskytl infarkt myokardu nebo náhlá srdeční smrt u otce či mužského příbuzného první linie před 55. rokem věku nebo u matky či ženské příbuzné první line před 65. rokem věku (Müllerová et al., 2014).

Z vnitřních neovlivnitelných rizikových faktorů týkajících se vzniku onkologického onemocnění Vorlíček et al. (2012) uvádějí genetické vlivy, které mohou být způsobeny zevními faktory nebo se mohou vyskytovat jako tzv. vrozená mutace. Jedná se

o familiární výskyt nádoru v rodině. Dědičné nádory s familiárním výskytem mají jednu vlastnost společnou, a to, že postihují osoby především v mladším věku, než je průměrný věk výskytu nefamiliárních nádorů, proto je důležité se vždy zajímat o výskyt nádorového onemocnění v rodině (Vorlíček et al., 2012).

Co se týče dalších civilizačních chorob, jako jsou například nadváha a obezita, tak dle klinických studií je prokázáno, že hodnota BMI se zvyšuje s věkem, z toho vyplývá, že s narůstajícím věkem narůstá i výskyt nadváhy a obezity. Bylo prokázáno, že lidé nad 50 let mnohem častěji trpí nadváhou a obezitou oproti věkové kategorii 18-30 let. Lidé ve věku 50+ dosahují optimální hmotnosti pouze ve 26 %, oproti tomu ve věku 18-30 let má normální hmotnost téměř 64 % lidí (Müllerová et al., 2014). Data z Českého statistického úřadu ukazují, že obezitou trpí více muži (ČSÚ, 2018a). Určitou roli na vzniku nadváhy či obezity hraje i genetická predispozice (Machová et al., 2015). Machová et al. (2015) uvádějí, že podíl dědičnosti na rozvoji obezity činí až 50 %. Nadváha a obezita je sama o sobě významným rizikovým faktorem dalších onemocnění (Machová et al., 2015).

V neposlední řadě bychom zmínili působení neovlivnitelných rizikových faktorů na vznik diabetu mellitu. Nárůst diabetu mellitu 2. typu stoupá ve věku 45 let a výše a ve věku 65 let je již nárůst onemocnění exponenciální. DM I. typu i DM 2. typu jsou dědičné choroby, ale samotná genetická predispozice, bez působení faktorů zevního prostředí k manifestaci onemocnění nepostačuje. Pokud je DM 1. typu přítomen u matky, je riziko vzniku DM u potomka cca 1-4 %. Je-li postižen otec, pravděpodobnost onemocnění potomka je mírně vyšší, cca 3-8 %. Riziko se výrazně zvyšuje v případě, jsou-li nemocní oba rodiče, možnost výskytu DM 1. typu u potomka v tomto případě dosahuje až 30 % (Saudek, 2018). U DM 2. typu je riziko vniku onemocnění u potomka následující. Je-li postižen diabetem mellitem 2. typu jeden z rodičů, je riziko pro potomka až kolem 50 %, že onemocní také. Pokud se však vyskytuje DM 2. typu u obou rodičů, riziko vzniku výskytu choroby se zvyšuje. Výhodou DM 2. typu oproti DM 1. typu je možnost ovlivnění choroby svým vlastním chováním. Pokud budeme dodržovat určitá opatření, jako jsou ideální hmotnost, přiměřená fyzická aktivita či dodržování racionální stravy, lze chorobě předejít, nebo ji významně oddálit (Svačina, 2011).

1.4.2 Ovlivnitelné rizikové faktory

Ovlivnitelnými rizikovými faktory rozumíme ty faktory, kterým lze předcházet. Jedná se především o faktory životního stylu (Kastnerová, 2016). Jedním z ovlivnitelných rizikových faktorů je výživa (Machová et al., 2015). Müllerová et al. (2014) uvádějí, že se na vzniku nemoci podílí až ve 41 %. Nevyvážená strava může vést k oslabení imunitního systému či k riziku kardiovaskulárních nebo nádorových onemocnění (Machová et al., 2015). Müllerová et al. (2014) doplňují, že výživa může být u většiny populace i zdrojem nákazy, proto je důležité kontrolovat nejen její nutriční hodnotu, ale také bezpečnost. Ke vzniku civilizačních onemocnění přispívá především nadměrný energetický příjem, velké množství živočišných tuků, cholesterolu, sacharidů a kuchyňské soli v potravě. Nadměrné množství živočišných tuků zvyšuje hladinu cholesterolu v krvi a vede k předčasnému vzniku aterosklerózy (Machová et al., 2015). Vysoký energetický příjem vede k obezitě a kombinace vysokého energetického příjmu, nadměrného množství živočišných tuků a nedostatečného množství vlákniny může vést i k různým typům onkologických nemocí (Machová et al., 2015). I přesto, že se v ČR snížila spotřeba živočišných tuků, vepřového a hovězího masa, tak stále první příčku v úpravě jídla zaujímá smažení. Dochází ke snížení spotřeby mléčných výrobků, ovoce a zeleniny, naopak do popředí se dostává konzumace slazených nápojů a smažených produktů typu brambůrky apod. (Olišarová et al., 2016). V konzumaci ovoce a zeleniny se ČR dostává na poslední příčky v celé Evropě. Spotřeba ovoce a zeleniny v ČR v roce 2017 se pohybovala kolem 80 kg ovoce a 80 kg zeleniny na jednoho občana za rok (ČSÚ, 2018b). Dle výzkumů bylo zjištěno, že ženy dodržují zásady zdravé výživy více než muži. Nevhodná skladba výživy v ČR může být zapříčiněna jednak tradičními zvyklostmi, tak i nedostatkem finančních prostředků. Velkou roli zde hraje i nadměrné stravování ve fastfoodech apod. (Plevová et al., 2011, Machová et al., 2015).

Dalším významným rizikovým faktorem je alkohol. Dle Světové zdravotnické organizace je alkohol jedním z hlavních rizikových faktorů pro zdraví obyvatelstva na celém světě (WHO, 2018c). Konzumace alkoholu se v roce 2017 pohybovala kolem 165 litru na osobu za rok (ČSÚ, 2018b). Alkohol je čirá tekutina, která se rychle vstřebává v žaludku a v tenkém střevě, odkud proniká do mozku, plic, jater a ledvin. V játrech se alkohol odbourává, a tím jsou játra velice zatěžována. Dochází k narušení základní jaterní funkce, k poruše metabolismu cukrů a dočasnému tlumení tvorby glukózy. Narušen je také metabolismus tuků. Účinek alkoholu závisí na množství

vypitého alkoholu a na konstituci člověka (Machová et al., 2015). Při koncentraci v krvi kolem 0,5 ‰ alkohol zmírňuje napětí, strach a úzkost. Pokud je však koncentrace alkoholu v krvi mezi 3-4 ‰, dochází k poruše vědomí, při koncentraci 4-5 ‰ může dojít k zástavě dechu a k oběhovému a srdečnímu selhání s následkem smrti (Machová et al., 2015). Dlouhodobé užívání alkoholu zvyšuje riziko kardiovaskulární mortality z důvodu hypertenze a tachykardie. Může poškozovat centrální i periferní nervový systém a negativní dopad má i na reprodukční schopnost organismu. Kromě somatického poškození se alkoholismus významně projevuje i na psychické a sociální stránce člověka. Z psychického hlediska se u člověka objevují různé druhy deprese. Ze sociální oblasti můžeme pozorovat např. rozvrat rodiny, ztrátu zaměstnání apod. (Müllerová, 2014).

Jedním z dominantních rizikových faktorů životního stylu je kouření. V roce 2015 téměř 1/4 české populace zaujímali kuřáci (Bártlová et al., 2018). Kouření tabáku je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu (Kastnerová, 2016). Nejvyšší prevalence kouření z hlediska věku je ve věkové kategorii 15-24 let, v této kategorii je výskyt kouření až u 44,7 % populace. Ve věkové kategorii 45-64 let činí prevalence kouření 28,9 %. U osob nad 65 let věku se kouření vyskytuje ve 20,8 %. Z toho vyplývá, že prevalence kouření s narůstajícím věkem klesá. Z hlediska pohlaví v ČR kouří přibližně 32 % mužů a 24 % žen. Dnešní trend v kouření nemine ani řadu zdravotníků, kteří by měli jít občanům příkladem. Z hlediska zdravotnického povolání v ČR kouří zhruba 25 % lékařů a až 40 % sester (Müllerová et al., 2014). Kouření tabákových výrobků často vede ke vzniku řady onemocnění, na kterých se podílí nejen samotné kouření, ale i mnoho látek obsažených v cigaretě. Součástí tabákového kouře je především nikotin, ale i další látky, jako jsou např. dehet, oxid uhelnatý a mnoho dalších. Většina těchto látek je však prudce jedovatých a kancerogenních. Nikotin je návyková látka, na kterou velmi rychle vzniká závislost. Dojde-li u kuřáků k poklesu nikotinu v krvi, objevují se u nich abstinenční příznaky, k nimž řadíme nutkavou touhu na cigaretu, podrážděnost, nervozitu či poruchy spánku. Nikotin je rizikovým faktorem vzniku především kardiovaskulárních chorob, jelikož vede k hypertenzi, tachykardii a vazokonstrikci srdečních cév. Příčinou vzniku karcinomu plic je dehet z tabákového kouře, který se usazuje v plicích (Machová et al., 2015). Cigaretový kouř se však podílí i na vzniku rakoviny jiných orgánů, a to hrtanu, ústní dutiny, jícnu a dalších orgánů (Müllerová et al., 2014). Neexistuje snad žádný jiný rizikový faktor životního stylu,

jehož omezením by bylo možné dosáhnout tak významného zlepšení zdraví. Omezením kouření by se snížila nemocnost a úmrtnost na srdeční a cévní choroby, nádorová onemocnění a chronické nemoci dýchacích cest (Machová et al., 2015). Z výzkumu britského lékaře Sira Richarda Dolla, který téměř 50 let zkoumal na 40 000 britských lékařích kauzalitu mezi kouřením a zdravotními problémy kuřáků, vyplývá, že věku 70 let se dožívá téměř 80 % lidí, kteří nekouří, zatímco lidé, kteří kouří, se této věkové hranice dožívají pouze v 50 % (Doll, 2005). Délka života je tedy přímo úměrná kouření (Müllerová et al., 2014). Cílem prevence je snížení výskytu kuřáctví a předcházení tak vzniku civilizačních chorob (Machová et al., 2015).

Dalším ovlivnitelným rizikovým faktorem je pohybová aktivita. Nedostatečná pohybová aktivita vede ke vzniku obezity, kardiovaskulárních nemocí, diabetu mellitu a dalším nemocem. Proto bychom měli mít na mysli, že na určitý příjem energie musíme mít i dostatečný výdej energie (Machová et al., 2015). Podle Světové zdravotnické organizace vede pohybová inaktivita ve vyspělých zemích ke vzniku 16 % případů rakoviny tlustého střeva, 15 % diabetu 2. typu, 10 % případů rakoviny prsu a k 21 % případů ischemické choroby srdeční. Ministerstvo zdravotnictví ČR zařadilo problematiku pohybové aktivity pod deset oblastí, které zásadně ovlivňují zdraví české populace (MZČR, 2014).

Závažným rizikovým faktorem, který se často u lidí vyskytuje a má negativní dopad na zdraví člověka, je stres (Kastnerová, 2016). Plamínek (2013) definuje stres jako stav napětí organismu, kdy může dojít buď k uspokojení potřeb organismu, to nazýváme jako eustres, nebo k neuspokojení potřeb organismu, nazývaný jako distres. Eustres vede k vyššímu a lepšímu výkonu, naproti tomu distres jedince nadměrně zatěžuje a může u něj vyvolat až onemocnění (Nováková, 2011). Hans Seley rozdělil stres do tří stadií. Prvním stadiem je stadium poplachu, následuje stadium rezistence a posledním stadiem je stadium exhausce vyznačující se vyčerpáním organismu. Pro přežití organismu je důležitá schopnost adaptace. Stres může vyvolat řadu somatických, ale i emočních projevů. Ze somatického hlediska lze jmenovat bolesti hlavy, únavu, poruchy spánku, zvýšení krevního tlaku či poruchu trávení a nechutenství. Emoční reakce na stres se mohou projevit jako frustrace, deprese, pocity bezmocnosti či různými druhy fobií. Stres je považován za rizikový faktor řady onemocnění, od žaludečních vředů, žaludeční dyspepsie přes různé typy bolestí až po kardiovaskulární nemoci a mnoho dalších zdravotních potíží (Kastnerová, 2016).

Mohli bychom jmenovat řadu dalších rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku nemoci, např. záření, znečištěné ovzduší a mnoho dalších, ale zde jsou popsány pouze nejčastěji se vyskytující rizikové faktory, které jsou společné pro většinu onemocnění.

1.5 Oblasti prevence u generace 50+

V této kapitole se zaměříme na preventivní opatření, která jsou typická pro generaci 50+, a to na prevenci v oblasti životního stylu, na důležitost očkování, na preventivní prohlídky a screeningové programy, které jsou pro populaci ve věku 50+ aktuální.

Z výčtu rizikových faktorů a charakteristiky onemocnění je patrný stále se zvyšující význam prevence, protože naše populace se čím dál více dožívá vyššího věku, a s tím souvisí i vyšší výskyt onemocnění. Dále se v naší populaci žije ve velkém blahobytu, lidé se málo hýbou, stravují se nezdravě, a to vše vede ke vzniku nemocí. Významnou roli na vzniku onemocnění hraje i nadměrný stres, kterým dnešní populace trpí a nedostatek odpočinku. Proto je důležité zajímat se o prevenci, sledovat rizikové faktory, chodit na pravidelné prohlídky a snažit se žít zdravým životním stylem a předejít tak závažným onemocněním.

1.5.1 Prevence v oblasti životního stylu

Největší vliv na vznik nemoci má způsob života. Životní styl lze definovat jako dobrovolné chování jedince, které má vliv na jeho zdraví. I když z definice vyplývá, že je to dobrovolné chování jedince, tak je často ovlivněno rodinnými zvyklostmi, tradicemi, ekonomicko-sociálním statusem a dalšími determinanty. Zdraví bývá poškozováno řadou rizikových faktorů. Čím dál více se ve vyspělých zemích mění styl života. Lidé převážně vedou sedavý způsob života, do práce se přemisťují autem, využívají výtahy či eskalátory, a i běžný pohyb v domácnosti nahrazuje více a více dnešní moderní technika (Machová et al., 2015).

Prevence v oblasti výživy

Za správnou racionální výživu považujeme takovou výživu, která je vyvážená jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní a zároveň zajišťuje organismu pravidelný a dostatečný přísun energie se všemi hlavními živinami, minerály, vitaminy a vodou (Machová et al., 2015). Z kvantitativního hlediska musí výživa zajišťovat dostatečný příjem energie, který musí být roven jejímu výdeji (Kastnerová, 2016). Z kvalitativního hlediska má být strava vyvážená a různorodá (Machová et al., 2015).

Nyní se zaměříme na charakteristiku základních živin organismu nazývané také jako nutrienty. Nutrienty dělíme do následujících kategorií, a to na makronutrienty, mikronutrienty a seminutrienty. Mezi makronutrienty patří bílkoviny, tuky a sacharidy. Celkový energetický příjem by měl obsahovat tzv. energetický trojpoměr základních živin, který odpovídá 1 gramu (g) bílkovin, 1 g tuků a 1 g sacharidů. Tento poměr u zdravého jedince s přiměřenou pohybovou aktivitou odpovídá 12-15 % bílkovin, do 30 % tuků a 55-65 % sacharidů (Olišarová et al., 2016). Základní stavební jednotkou organismu jsou bílkoviny a jsou součástí všech buněk v těle. Jako zdroj energie jsou pro náš organismus však důležitější sacharidy a tuky (Čeledová, Čevela, 2010). Bílkoviny činí pouze 12-15 % celkového denního příjmu energie (Olišarová et al., 2016). Tuky neboli lipidy jsou v těle součástí buněk jako stavební materiál nebo jsou uloženy v buňkách podkožního tukového vaziva a v tukové tkáni kolem některých orgánů jako zásobní látka. Dojde-li k nedostatku sacharidů v potravě, tak se stává zásobní tuk zdrojem energie (Machová et al., 2015). Denní energetický příjem lipidů činí 25-30 %. Sacharidy slouží jako pohotový zdroj energie. Denní energetický příjem sacharidů činí více jak 50 % (Olišarová et al., 2016). Množství sacharidů je závislé na fyzické aktivitě a věku jedince (Čeledová, Čevela, 2010). Sacharidy lze rozdělit na jednoduché a složité a na využitelné a nevyužitelné. Sacharidy jednoduché i složité řadíme mezi tzv. sacharidy využitelné (Machová et al., 2015). Nevyužitelným sacharidem je vláknina (Sharma et al., 2018). Ale i vláknina, i když patří mezi nevyužitelné sacharidy, je pro organismus nezbytná, a měla by v denní dávce potravy obsahovat alespoň 30 g. Je prokázáno, že vláknina hraje významnou roli v prevenci řady onemocnění, a to např. zácpy, kolorektálního karcinomu či nadváhy a obezity (Olišarová et al., 2016).

Dalšími nutrienty jsou tzv. mikronutrienty, kam řadíme minerály a vitamíny. Vitamíny jsou látky, které si tělo nedokáže vytvořit, a tudíž je musí získávat z potravy (Olišarová et al., 2016). Vitamíny lze dělit na rozpustné v tucích a ve vodě. Mezi vitamíny rozpustné v tucích patří vitamíny A, D, E, K. Ostatní vitamíny jsou rozpustné ve vodě. Většina vitamínů se nachází ve stravě rostlinného původu, pouze malá část se pak vyskytuje ve stravě živočišného původu (Machová et al., 2015). Minerální látky se v těle vyskytují jako elektrolyty v tělesných tekutinách, vázané na organické látky nebo v podobě nerozpustných solí. Podle potřeby organismu můžeme minerální látky v těle dělit na ty, které náš organismus potřebuje ve větším množství, což jsou sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík a síra, a na ty, které náš organismus potřebuje v menším

množství, což jsou stopové prvky, kam řadíme železo, zinek, jód a další prvky. Mezi seminutrienty zařazujeme vlákninu a fytochemické látky. Fytochemické látky se vyskytují především v rostlinné stravě, a to v zelenině, ovoci, obilninách či luštěninách (Chrpová, 2010). Významnou úlohu v lidském organismu hraje také voda. I přesto, že vodu neřadíme mezi živiny, tak pro náš organismus je nezbytná. Napomáhá regulovat tělesnou teplotu, je rozpouštědlem většiny živin a umožňuje trávicí procesy. Příjem tekutin je ovlivněn věkem, pohybovou aktivitou, hmotností, způsobem stravování a prostředím (Čeledová, Čevela, 2010). Příjem tekutin u dospělého člověka by měl činit aspoň 1,5-2 litry za 24 hodin (SPV, 2012). Doporučovanými tekutinami jsou nesycená pramenitá voda, ovocné a zeleninové šťávy a čaje. Omezit či úplně vynechat bychom měli alkohol, kávu a silné čaje (Čeledová, Čevela, 2010).

Zásady stravování a výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky

Důležité je stravovat se pravidelně a konzumovat stravu pestrou a vyváženou v přiměřeném množství. Podstatné je upravit celkový energetický příjem v závislosti na pohybové aktivitě. Omezit bychom měli především spotřebu jednoduchých cukrů, živočišných tuků, cholesterolu, soli a alkoholu. Naopak navýšit bychom měli příjem bílkovin, vitamínu C, rostlinných tuků, zeleniny a ovoce, luštěnin a ryb, včetně mořských. Co se týče příjmu tekutin, denně bychom měli vypít aspoň 1,5-2 litry tekutin, při zvýšené aktivitě nebo zvýšené teplotě více, především neslazené cukrem, nejlépe s přirozenou ovocnou složkou. Podrobněji zásady stravování a výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky vydané Společností pro výživu uvádíme v příloze č. 3 (SPV, 2012).

Prevence v oblasti pohybové aktivity

Pohybová aktivita je jedna ze základních biologických potřeb člověka, je nezbytným předpokladem pro zachování normálních fyziologických funkcí organismu a zároveň patří mezi základní preventivní opatření civilizačních chorob. Pohybová aktivita je považována za jeden ze základních pilířů zdraví (Mauritzová, Nováková, 2016). Jelikož je pohybová inaktivita jeden z rizikových faktorů vzniku nemocí, tak je určitá fyzická aktivita pro naše zdraví nezbytně nutná. Pohybovou aktivitou zvyšujeme tělesnou zdatnost a snižujeme hladinu cholesterolu. Zároveň dobře působí i na psychickou stránku organismu, zvyšuje pocit duševní pohody a odolnost vůči stresu (Machová et al., 2015). Významně také ovlivňuje další rizikové faktory. Snižuje riziko

kardiovaskulárních chorob tím, že zlepšuje prokrvení srdečního svalu a zlepšuje jeho odolnost. Dále snižuje krevní tlak, zlepšuje DM a samozřejmě vede k poklesu hmotnosti (ČSAT, © 2016). Doporučována je jakákoliv aktivita trvající aspoň 30 minut denně pět dní v týdnu (Mauritzová, Nováková, 2016). Důležité je pohybovou aktivitu nepřerušovat. Mezi doporučené aktivity patří rychlá chůze, jízda na kole či plavání (ČSAT, © 2016). Pohybová aktivita by měla být vždy vybírána s ohledem na neuromuskulární zdatnost a složení těla. Např. u osob s nadváhou či obezitou je nutné volit takovou pohybovou aktivitu, která by ještě více nezatěžovala pohybový aparát, který je již tak zatěžován nadměrnou hmotností. Důležité je také do pohybové aktivity začlenit tzv. kompenzační cvičení sloužící k uvolnění, protažení a posílení oslabených svalů apod. (Müllerová et al., 2014). Pohybová aktivita souběžně se zdravým stravováním má významný zdravotně preventivní účinek (Mauritzová, Nováková, 2016).

Prevence v oblasti rizikového chování

Do oblasti rizikového chování řadíme především požívání alkoholu ve zvýšené míře a kouření. V současnosti je kouření a alkohol jedním z nejvíce preventabilních rizikových faktorů. Prevence v této oblasti hraje významnou roli (Müllerová, 2014). Kouření je jeden z mála rizikových faktorů, který při jeho zanechání významně vede ke zlepšení zdravotního stavu (Müllerová et al., 2014). Důležité je zavést celospolečenskou prevenci vhodnými legislativními opatřeními. Informovat veřejnost o škodlivosti kouření a zdravotních důsledcích, které mohou nastat. Chránit nekuřáky před pasivním kouřením. Zavést preventivní programy proti kouření a mnoho dalších opatření. Důležité je, aby si společnost uvědomila, že moderní je nekouřit a změnili tak svůj postoj ke kouření (Machová et al., 2015). Co se týče užívání alkoholu, tak mnoho studií prokázalo, že alkohol v přiměřené míře může mít kardioprotektivní účinek, významně ovlivňuje lipidový profil v krvi, kde způsobuje zvýšení hladiny HDL cholesterolu (Kastnerová, 2016). Spotřeba alkoholu se uvádí v tzv. „jednotkách“, kdy se jednotky můžou v různých zemích mírně lišit (Sharma et al., 2018). V České republice jedna jednotka odpovídá 10 g alkoholu (Müllerová et al., 2014). Za přiměřené množství alkoholu se považuje u muže méně jak 3-4 jednotky za den a u ženy méně jak 2-3 jednotky. Týdenní limit by u muže neměl překročit 21 jednotek a u ženy 14 jednotek (Sharma et al., 2018). Důležitou součástí prevence je ochrana lidského zdraví před nadměrným užíváním alkoholu. Světová zdravotnická organizace vypracovala strategii,

jejímž cílem je poukázat na škodlivost alkoholu a na konzumaci alkoholu ve společnosti. Cílem této strategie by mělo být především zmírnění alkoholismu a snížení dopadů nadměrné konzumace alkoholu ve společnosti. Důležitou roli hraje také zdravotnický sektor, jehož úkolem je dostatečně informovat společnost o zdravotních dopadech alkoholismu a zajistit tak adekvátní prevenci (Müllerová et al., 2014).

Prevence v oblasti duševního zdraví

Významnou oblastí, o kterou je důležité pečovat, je duševní zdraví. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat informace a adekvátně s nimi nakládat, je emočně vyrovnaný, ale zároveň se dokáže i uvolnit (ÚVN, 2017). Důležitou součástí péče o duševní zdraví je tzv. *psychohygiena*, což je soubor metod, které mají za cíl udržovat a znovu získávat ztracené duševní zdraví. Psychohygiena hraje významnou roli v prevenci vzniku psychických nebo psychosomatických onemocnění. Na základě dodržování správné psychohygieny se člověk stává odolnějším i vůči somatickým onemocněním. Mezi metody psychohygieny patří dostatek spánku, zdravá a vyvážená strava, dostatečná pohybová aktivita, správné hospodaření s časem a různé relaxační cvičení, např. jóga (Nextclinics, 2018).

U generace 50+ je potřeba pečovat o duševní zdraví nejen v rámci prevence vzniku nemoci, ale také při situacích, které jsou běžnou součástí života. K psychickým potížím často dochází při náročných životních situacích, které v průběhu života nastávají, ať už se jedná např. o syndrom prázdného hnízda, kdy děti odcházejí z domova a člověk tak zůstává osamocen, nebo o úmrtí v rodině. Právě v těchto situacích je potřeba těmto lidem poskytnout psychickou podporu, naslouchat jim a být jim nápomocni (Helus, 2018).

1.5.2 Očkování

Očkováním rozumíme umělé vpravení antigenu do organismu za cílem aktivní imunizace organismu (Kastnerová, 2016). Podle vyhlášky č. 355/2017 Sb. dělíme očkování proti infekčním nemocem na pravidelné, zvláštní, mimořádné, očkování při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony a na očkování provedené na žádost fyzické osoby (Vyhláška MZ ČR č. 355/2017 Sb.). *Pravidelné očkování* je celoplošné očkování podle očkovacího kalendáře. *Zvláštní očkování* je využito u osob, které jsou vystaveny určitému riziku, např. zdravotníci.

V mimořádných situacích je pro prevenci infekčních chorob provedeno tzv. *mimořádné očkování*. *Při úrazu nebo jiném poranění* se preventivně očkuje proti tetanu, při poranění zvířetem se očkuje proti vzteklině. *Očkování, provedené na žádost fyzické osoby*, se provádí u osob, které chtějí být očkováním chráněny proti určitým nemocem (Vyhláška MZ ČR č. 355/2017 Sb.). Dále dělíme očkování na povinná a nepovinná. *Povinná očkování* jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění budˇ plošně nebo u rizikových skupin. Povinná očkování stanovuje vyhláška č. 355/2017 Sb. o očkování proti infekčním nemocem. Řadíme sem základní očkování a přeočkování. *Nepovinná očkování* jsou v určitých případech hrazená z veřejného zdravotního pojištění a některá jsou nehrazená. Mezi nepovinná očkování, která jsou za splnění určitých podmínek hrazena z veřejného zdravotního pojištění, patří očkování proti chřipce, pneumokokové nákaze a rakovině děložního čípku (VZP ČR, © 2019).

Věkové populace 50+ se týká především očkování proti chřipce a pneumokokové nákaze (VZP ČR, © 2019). Na bezplatné očkování proti chřipce mají nárok osoby umístěné v léčebnách dlouhodobě nemocných či v domovech pro seniory, osoby se zdravotním postižením umístěny do speciálních domovů pro lidi takto handicapované či osoby v domovech se zvláštním režimem, osoby, které trpí chronickým onemocněním dýchacích cest, srdce, cév, ledvin nebo DM léčeným inzulínem a osoby pracující na pracovištích s vyšším rizikem vzniku chřipky. Dále je vakcína hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění pacientům nad 65 let věku, pacientům po splenektomii, po transplantaci krvetvorných buněk a pacientům, kteří trpí závažným chronickým onemocněním srdce a cév, dýchacích cest, ledvin nebo diabetem, které je řešitelné farmakologicky (Vyhláška MZ ČR č. 355/2017 Sb.). Nad 65 let věku je také pacientům hrazené očkování proti pneumokokové infekci. Nově od roku 2018 je z veřejného zdravotního pojištění také hrazeno očkování proti invazivním meningokokovým infekcím, pneumokokovým infekcím, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem Haemophilus influenzae typ b a proti chřipce**,** pokud pojištěnec splňuje určité podmínky. Očkování je hrazeno u pacientů s porušenou nebo nefunkční slezinou, po transplantaci kmenových buněk, se závažnými imunodeficity, které vyžadují dispenzarizaci na specializovaném pracovišti a u pacientů po prodělané invazivní meningokokové nebo invazivní pneumokokové infekci (VZP ČR, © 2019).

Mezi nepovinná očkování hrazená klientem patří očkování proti chřipce, klíšťové encefalitidě, žloutence, pneumokokové infekci, invazivním meningokokovým infekcím,

rakovině děložního hrdla, pásovému oparu, planým neštovicím a dalším nemocem (VZP ČR, © 2019).

1.5.3 Preventivní prohlídky a screeningové programy

Preventivní prohlídky zajišťuje všeobecný praktický lékař, dále lékař pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog. Každý občan od 18 let má právo na preventivní prohlídku u praktického lékaře v intervalech 1x za 2 roky, preventivní prohlídky u dětí se řídí podle jiného schématu, ale to není předmětem této diplomové práce. Preventivní prohlídku by měl podstoupit každý člověk, bez ohledu na to, jestli má, či nemá nějaké zdravotní problémy (VZP ČR, © 2019). Možnost využití preventivní prohlídky však využije pouze 50 % těch, jež na ni mají nárok (Košta, 2013). Dále se zaměříme na preventivní prohlídky a programy pro dospělé. Součástí preventivní prohlídky je vždy doplnění anamnézy pacienta. U rodinné anamnézy je kladen důraz především na výskyt kardiovaskulárních, plicních a onkologických onemocnění. Dále zjišťujeme, zda se v rodině vyskytuje diabetes mellitus či hypertenze. Důležitou součástí je i kontrola očkování především proti tetanu. Následuje kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění BMI a orientačního vyšetření zraku a sluchu. V rámci prohlídky by také měla být vyšetřena moč pomocí diagnostických proužků. Součástí všeobecné preventivní prohlídky je i prevence onkologická, kde hodnotíme rizika z hlediska rodinné, osobní a pracovní anamnézy. Při zjištěném riziku se v rámci prohlídky provádí vyšetření per rectum. Dále je vyšetřována i kůže. V případě pozitivní rodinné anamnézy či přítomnosti jiného rizikového faktoru se u mužů provádí vyšetření varlat a u žen od 25 let věku vyšetření prsů. Zároveň jsou poučeny o samovyšetření v intervalech 1x za měsíc. Jsou-li k dispozici výsledky dalších preventivních vyšetření, následuje jejich kontrola a zhodnocení. Pokud však nebyla vyšetření provedena, je důležité tato vyšetření zajistit. Preventivně se vyšetřuje laboratorně krev, kde zjišťujeme hladinu celkového cholesterolu, HDL-cholesterolu, LDL cholesterolu a triglyceridů. Cholesterol se vyšetřuje při první preventivní prohlídce u praktického lékaře pro dospělé a následně ve 30, 40, 50 a 60 letech věku. Dalším vyšetřovaným parametrem je vyšetření glykémie opět při první preventivní prohlídce u praktického lékaře pro dospělé a následně od 40 let věku ve dvouletých intervalech. Součástí preventivní prohlídky je také vyšetření EKG, a to od 40 let věku a následně ve čtyřletých intervalech. U mužů a žen starších 50 let se preventivně vyšetřuje stolice na okultní krvácení nebo je provedena screeningová kolonoskopie. U žen od 45 let věku se

zjišťuje, zda bylo provedeno screeningové mamografické vyšetření a zda je k dispozici výsledek z posledních dvou let, není-li výsledek k dispozici, lékař doporučí provedení tohoto vyšetření (Vyhláška MZ ČR č. 70/2012 Sb.).

Další preventivní prohlídkou je prohlídka u stomatologa, která je pojišťovnou hrazena 2x ročně**.** Preventivní prohlídka se koná 1x ročně, ale po 5 měsících od preventivní prohlídky lze přijít ještě na tzv. pravidelnou prohlídku, aniž bychom měli jakékoli problémy. Při preventivní prohlídce lékař vyšetřuje stav chrupu a parodontu, pátrá po přednádorových či nádorových změnách a zaměřuje se na zjišťování změn v dutině ústní, které by mohly signalizovat onemocnění. Součástí prohlídky je také odstranění zubního kamene a poučení o ústní a zubní hygieně. V době těhotenství mají ženy nárok na dvě preventivní prohlídky, v rámci kterých je žena poučena o významu prevence zubních onemocnění, o důležitosti hygieny dutiny ústní, o fluoridové prevenci a nutnosti sanace před porodem. Dále je poučena o nutnosti stomatologické preventivní prohlídky dítěte ve věku 6-12 měsíců (VZP ČR, © 2019).

Žen se týká také preventivní gynekologická prohlídka. Gynekologické prohlídky se ženy účastní od 15 let věku v jednoročních intervalech. Prohlídka je přizpůsobena k věku ženy a k tomu, zda je již sexuálně aktivní. V rámci preventivní prohlídky lékař doplní osobní a rodinnou anamnézu, provede vyšetření pohlavních orgánů, prohlédne kůži a pohmatem vyšetří mízní uzliny v oblasti pohlavních orgánů. V rámci první preventivní prohlídky by žena měla být poučena o důležitosti samovyšetření prsou. Samovyšetření prsou by mělo být součástí prevence každé ženy. Žena by si prsy měla vyšetřovat v intervalu jednou za měsíc. Pokud je v rodině ženy výskyt nádorového onemocnění nebo jsou zde jiné rizikové faktory, měl by lékař u žen od 25 let věku provést klinické vyšetření prsou. V rámci preventivní prohlídky se dále provádí screening karcinomu děložního hrdla. Gynekolog se v rámci prevence stará i o další screeningové vyšetření ženy, a to mamografické vyšetření a vyšetření stolice na okultní krvácení či kolonoskopické vyšetření. Tato vyšetření však může zajišťovat i praktický lékař, a proto je gynekolog nezajišťuje, ale pouze si vyžádá výsledky (VZP ČR, © 2019).

Součástí sekundární prevence jsou i *preventivní screeningové programy*. Šachlová et al. (2015) popisují screening jako pravidelné preventivní vyšetření populace z dané cílové skupiny, u nichž nejsou pozorovány žádné příznaky onemocnění a není u nich ani

zvýšené riziko vzniku onemocnění. V ČR máme tři screeningové programy zabývající se včasným vyhledáváním onkologických nemocí. Podmínkou pro snížení incidence a mortality onemocnění je především účast populace na těchto vyšetřeních, proto je od roku 2014 zahájeno adresné zvaní občanů. Zvaní jsou především lidé, kteří se dlouhodobě těchto programů neúčastní a riskují tak závažné onkologické onemocnění. Program působí pod Ministerstvem zdravotnictví ČR, ale vlastní zvaní provádějí zdravotní pojišťovny (ÚZIS ČR, © 2010-2019).

Jedním ze screeningových programů je preventivní screening nádorů tlustého střeva, který je v ČR od roku 2000. Screening spočíval v testování stolice na okultní krvácení a při pozitivním záchytu byla indikována kolonoskopie. Ke změně došlo v roce 2009, kdy byly zavedeny imunochemické testy a primární screeningová kolonoskopie (Šachlová et al., 2015). Tento screening je určen ženám i mužům ve věku 50 let a více. V rámci tohoto screeningu je odebrán vzorek stolice na tzv. okultní krvácení (ÚZIS ČR, © 2010-2019). U lidí ve věku 50-54 let je test proveden v jednoletých intervalech, pokud je pozitivní záchyt, je indikována kolonoskopie (Šachlová et al., 2015). Od 55 let věku je test indikován ve dvouletých intervalech nebo je provedena kontrolní kolonoskopie v desetiletých intervalech. Ke kolonoskopickému vyšetření tlustého střeva je potřeba žádanka k vyšetření od praktického lékaře či gynekologa. Test na okultní krvácení do stolice pacient obdrží u svého praktického lékaře nebo gynekologa (ÚZIS ČR, © 2010-2019).

Dalším screeningovým programem je preventivní screening nádorů prsu, který je v ČR od roku 2002 (Šachlová et al., 2015). Screening formou mamografického vyšetření je určen ženám od 45 let věku v intervalech 1x za dva roky (ÚZIS ČR, © 2010-2019). Šachlová et al. (2015) uvádějí, že screeningová mamografie je jedinou ověřenou metodou, která významně snižuje úmrtnost na zhoubné onemocnění. Cílem mamografického screeningu je zachytit rozvíjející se zhoubný nádor prsu v co nejčasnějším stadiu. K vyšetření si žena přináší žádanku od svého praktického lékaře či gynekologa. Mamografické vyšetření probíhá na radiodiagnostickém pracovišti, kde jsou ženě snímkovány prsy ve dvou na sebe téměř kolmých projekcích. Ženy často negativně vnímají kompresy prsní žlázy, proto musí být přiměřená, ale zároveň dostačující (Šachlová et al., 2015). Laborantka konající vyšetření vždy ženě vysvětlí průběh vyšetření (VZP ČR, © 2019).

Posledním screeningovým programem v ČR je screening karcinomu děložního čípku, který je platný od roku 2007. Cervikální screening spočívá v pravidelných gynekologických prohlídkách, jejichž cílem je odhalení přednádorových změn či zjištění časných stadií onkologického onemocnění (Šachlová et al., 2015). V rámci cervikálního screeningu je provedeno pravidelné gynekologické vyšetření v zrcadlech, kolposkopie a stěr z děložního čípku s následným cytologickým vyšetřením (Müllerová, 2014). Toto vyšetření se provádí u žen od 15 let věku, pokud jsou již sexuálně aktivní, v intervalu 1x za rok (VZP ČR, © 2019).

1.6 Role sestry v prevenci

V následující kapitole se budeme zabývat rolemi sestry, kompetencemi sestry a edukací sestry v jednotlivých oblastech.

Role sestry prošla během krátké doby mnoha změnami. Od charitativní činnosti až po profesionální činnost ošetřování nemocných. Významnou roli na rozvoji ošetřovatelství hrála Florence Nigtingalová. K významným změnám v ošetřovatelství však došlo až ve 20. století. Virginia Henderson poukazuje na roli sestry jako tzv. pomocnice (asistentky). Sestra pomáhá zdravému či nemocnému člověku k dosahování uzdravení či klidné smrti svými činnostmi, které by jinak pacient vykonával sám, kdyby toho byl schopen. Ošetřovatelství se s postupem času začalo více zabývat zdravím než nemocemi a svou činnost soustřeďovalo především na primární péči, podporu zdraví a prevenci nemocí. Tento přístup je i nadále podporován v 21. století prostřednictvím mnoha technologií a výzkumů soustředěných na ošetřovatelskou činnost (Plevová et al., 2018).

Sestra hraje v ošetřovatelské péči významnou roli. Role, které zastává, lze dělit do několika oblastí, které se však vzájemně prolínají. První rolí je *sestra pečovatelka,* kdy sestra zajišťuje základní ošetřovatelskou péči nemocnému, jak v nemocniční, tak i v terénní péči. Vyhledává problémy nemocného a zajišťuje jejich řešení. Následuje role *sestry edukátorky nemocného a jeho rodiny,* v rámci, které sestra podporuje zdraví pacienta a zajišťuje prevenci. Rozvíjí soběstačnost a zajišťuje nácvik potřebných praktických dovedností pacienta. Další rolí sestry je *sestra obhájkyně nemocného,* tato role vstupuje do ošetřovatelského procesu v době, kdy nemocný není schopen sdělit své potřeby a sestra se stává tzv. jeho „mluvčí“. Role sestry *koordinátorky* spočívá ve spolupráci s ostatními členy týmu na plánování a realizaci ošetřovatelské péče. Spočívá v získání nemocného a jeho rodiny k aktivní spolupráci. Rolí *sestry asistentky*

rozumíme spoluúčast na diagnosticko-terapeutické lékařské péči. Poslední rolí sestry je role *sestry výzkumnice*, která spočívá především ve využívání nových poznatků z ošetřovatelství (Plevová et al., 2018).

Důležité je také zmínit, jaké má sestra kompetence. Kompetencí sestry rozumíme souhrn vědomostí, dovedností, postojů a schopností vykonávat nějakou činnost či profesi. Kompetence tedy znamená způsobilost zvládat určitou pracovní pozici a být v příslušné oblasti kvalifikovaný (Veteška, Tureckiová, 2008). V rámci svých kompetencí sestra zejména může působit na vědomosti a chování lidí, a to takovým způsobem, který povede ke zdravému způsobu života, dodržování preventivních opatření a eliminaci rizikových faktorů (Zdravotnictví a medicína, 2010). Kompetence sestry dle vyhlášky č. 391/2017 Sb. uvádíme v příloze č. 4.

S rolemi a kompetencemi sestry úzce souvisí i edukační činnost sestry. *„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“* (Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukační činnost sestry je dnes součástí ošetřovatelského procesu, ale i tato činnost se s postupem let nějak vyvíjela. V období mezi první a druhou světovou válkou sestry působily v tzv. systému poraden, kde poskytovaly rady a poučení. V té době zatím neexistovaly termíny osvěta nebo edukace. Po 2. světové válce v roce 1952, kdy došlo ke sjednocení zdravotní péče, začaly fungovat obvody pro zdravotní péči, pediatrické ordinace, gynekologické ordinace i stomatologické ordinace. Zde se již setkáváme s pojmem osvěta. Osvětovou činnost řídili lékaři a sestry. Zdravotnická osvěta se zaměřovala především na oblast hygieny a epidemiologie, oblast správné výživy, na boj proti tuberkulóze, na péči o ženu a dítě, na školy, města a venkovy (Šulistová, Trešlová, 2012). V 80. letech 20. století se začíná prosazovat význam edukace pacientů. Vzdělávání pacientů se ukázalo jako velmi důležité. V tomto období bylo zaznamenáno především vzdělávání diabetiků (Svěráková, 2012). Po roce 1989, kdy došlo vlivem politicko-ekonomické situace ke změně zdravotnického systému, začínají pronikat informace o moderním ošetřovatelství. Ke každému člověku se přistupuje jako k holistické bytosti, jsou respektována jeho práva a saturovány jeho potřeby. Došlo ke změnám v mnoha oblastech. Do ošetřovatelství jako takového se více začlenil etický

přístup k člověku, zkvalitnila se komunikace sester a rozšířily se náplně práce a role sestry (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukace v ošetřovatelství hraje významnou roli. Významně se podílí na primární, sekundární i terciární prevenci. V primární prevenci je edukace zaměřená na zdravé jedince, cílem je především předcházet nemocem. V rámci sekundární prevence se již edukace zaměřuje na nemocné jedince (Juřeníková, 2010). Cílem sekundární prevence je vyléčit onemocnění a zabránit komplikacím (Svěráková, 2012). Důležité je ovlivnit pacientovy vědomosti, dovednosti a postoje tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho zdraví. Edukace je zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a zabránění recidivy onemocnění (Juřeníková, 2010). Často v rámci sekundární prevence je potřeba pacienta edukovat o změně stravovacích návyků a o potřebě pravidelné pohybové aktivity. Dále o zanechání kouření a omezení alkoholických nápojů. Součástí edukace bývá i nácvik určitého ošetřovatelského výkonu, např. aplikace inzulínu apod. (Svěráková, 2012). Edukace v rámci terciární prevence je zaměřená na zlepšení kvality života (Juřeníková, 2010).

Na edukační činnost úzce navazuje i *role sestry edukátorky.* Aby sestra mohla edukovat pacienta, je zapotřebí mít dostatečné znalosti a dovednosti nejen z oblasti medicíny a ošetřovatelství, ale také z psychologie, pedagogiky a didaktiky. Kromě znalostí a dovedností by měla být sestra empatická, trpělivá a ochotná pacientovi pomoci. Důležité je také, aby měla dostatečné komunikační schopnosti. Při realizaci edukace je zapotřebí k člověku přistupovat jako k holistické bytosti a respektovat jeho etnicko-kulturní odlišnosti, intelektuální předpoklady a sociální postavení. Sestra musí vytvářet příjemné, motivující a podporující prostředí, protože i prostředí, ve kterém edukace probíhá, výrazně ovlivňuje učení pacienta. Sestra v rámci role sestry edukátorky zjišťuje znalosti a dovednosti pacienta, poskytuje pacientovi informace, rozvíjí pacientovy dovednosti, pomáhá pacientovi udržovat zdraví a snaží se ho motivovat ke změně chování a postojů ke zdraví (Svěráková, 2012).

V rámci edukace pacientů ve věkové kategorii 50+ je důležité brát zřetel na již se objevující involuční změny. Ať už se jedná o smyslové poruchy, jako jsou porucha zraku či sluchu, nebo tělesné či mentální změny. Je důležité, aby si sestra vždy tyto informace zjistila ještě před zahájením edukační činnosti, a přizpůsobila tak edukaci ke zdravotnímu a psychickému stavu pacienta.

Role sestry v oblasti změn životního stylu

Úlohou sestry v oblasti změn životního stylu je především pacienty motivovat ke změně. Je-li pacient dostatečně motivován, zahájí účelnou edukaci (Svěráková, 2012). Sestra pacienta edukuje v oblasti výživy, poučí ho o správných zásadách stravování a výživových doporučeních a vysvětlí mu důležitost dodržování racionální stravy. Informuje ho o tom, že vhodná strava má blahodárný účinek na jeho zdraví, a že je důležité, aby příjem a výdej energie byly v rovnováze (Svěráková, 2012, Machová et al., 2015). Sestra dále pacienta edukuje v oblasti pohybové aktivity, kdy pacientovi doporučí, jaké aktivity jsou pro něj vhodné a v jaké míře. Důležité je, aby lékař zohlednil celkový zdravotní stav pacienta a podle toho pohybovou aktivitu indikoval. Důležitou roli hraje i edukace v oblasti rizikového chování, kam řadíme především kouření a pití alkoholu. Sestra pacienty edukuje o škodlivých účincích a možných rizicích spojených s kouřením a nadměrným pitím alkoholu (Machová et al., 2015). Vede pacienta ke změně postojů ke svému zdraví a dostatečně ho motivuje. Pro efektivní edukaci pacienta je potřeba redukovat pacientovi negativní pocity, jako jsou úzkost, nejistota a strach. Je nutné pacientovi poskytnout tzv. „návod“ na změnu životního stylu, který by odpovídal jeho zdravotnímu stavu (Svěráková, 2012).

Role sestry v oblasti aplikace očkování

Sestra v oblasti očkování zaujímá roli edukační, organizační a administrativní a zajišťuje materiální a technické zabezpečení. V rámci edukační role sestra společně s lékařem informuje pacienta o daném očkování, o možných nežádoucích účincích a o případných kontraindikacích očkování (Zdravotnictví a medicína, 2013a). Měla by mít tedy dobrou orientaci v dané problematice. Erudovanost sestry je potřebná, jak ke správné edukaci pacienta, tak i k zodpovězení všech pacientových dotazů týkajících se dané problematiky. Tudíž by měla mít dostatek znalostí v oblasti zásad správného očkování a v aplikaci očkovací látky. Dále by měla být seznámena s legislativou v oblasti očkování (Machová, Suchanová, 2013). V rámci organizační a administrativní činnosti sestra zajišťuje objednání pacientů, sběr dat neboli anamnézu pacienta, zjišťuje přítomnost předchozích nežádoucích reakcí. Dále připraví dokumentaci a obeznámí pacienta o druhu a důležitosti očkování. Materiálním vybavením je myšleno zajištění dostatečného množství pomůcek (dezinfekce, rukavice, stříkačky apod.). Dále provede kontrolu exspirace léčiv a vakcín, a případně zajistí jejich objednání. Náplní práce

sestry je také zajistit technické zabezpečení, kam spadá skladování vakcín. Převážná většina vakcín by měla být skladována v lednici při teplotě 2-8 °C a neměla by být vystavená přímému slunečnímu záření. Sestra pravidelně sleduje použitelnost vakcín a teplotu v lednici s následným zápisem, aby nedošlo k poškození vakcín (Zdravotnictví a medicína, 2013a).

V rámci samotné aplikace očkovací látky sestra vybere vhodné místo vpichu. Nejčastěji se podává injekčně do svalu, proto je důležité správné místo na polohování, aby došlo k uvolnění svalů. Před vpichem sestra odezinfikuje místo vpichu a pomalu aplikuje očkovací látku pod úhlem 60° či 90°. U dětí a kachektických pacientů volíme menší úhel. S injekční stříkačkou nějak nehýbeme, aby nedošlo k poškození svalu či zvýšení bolesti. Po aplikaci očkovací látky sestra vyjme jehlu a překryje místo vpichu, lehce masíruje a přelepí (Machová, Suchanová, 2013). Dále informuje pacienta o setrvání v čekárně po dobu aspoň 30 minut, z důvodu možných nežádoucích reakcí a doporučí pacientovi klidový režim (Zdravotnictví a medicína, 2013a). Následně provede řádný záznam do dokumentace. V některých případech se volí aplikace očkovací látky formou subkutánní injekce, tedy do podkoží na zevní straně paže. Při aplikaci subkutánní injekce sestra vytvoří kožní řasu a aplikuje pod úhlem 45 °, ostatní zásady aplikace jsou stejné jako u aplikace intramuskulární injekce. Poslední formou podání očkovací látky je podání per os. Role sestry i v oblasti očkování je velmi důležitá a významná (Machová, Suchanová, 2013).

Role sestry v oblasti preventivních prohlídek

V ordinaci praktického či odborného lékaře sestra zajišťuje hlavně bezchybný a plynulý chod ordinace a vhodné podmínky pro poskytování kvalitní péče. Pacientům zajišťuje dostatečnou podporu. Působí v oblasti organizační, administrativní a odborné. Aby sestra mohla vykonávat tuto funkci, musí mít nejen příslušnou kvalifikaci a praxi, ale také potřebné morálně volní vlastnosti, kam řadíme např. odpovědnost, spolehlivost, samostatnost apod. (Tručková, 2016).

V rámci edukace sestra informuje pacienty o prevenci a prvních rizikových faktorech a o důležitosti preventivních prohlídek. Motivuje pacienty, aby pravidelně docházeli na preventivní prohlídky, a vysvětluje jim, že v rámci preventivních prohlídek lze zachytit řadu onemocnění včas, a zahájit tak včasnou a účinnou léčbu. Cílem preventivních prohlídek je zajistit především potřebnou péči, informace a instruktáž. Úkolem sestry je

pacienty zvát na pravidelné prohlídky, aby se včas zabránilo vzniku onemocnění. Během preventivních prohlídek sestra zajišťuje pacientovi psychickou podporu a je mu po celou dobu oporou (Zdravotnictví a medicína, 2013b).

Z výše popsaného vyplývá, že prevence hraje velmi významnou roli jak v předcházení onemocnění, tak i v případě již vzniklého onemocnění, a proto bychom se měli co nejvíce zaměřit na to, aby lidé byli dostatečně informováni o možnostech prevence a dostatečně motivováni ke změně postoje v péči o vlastní zdraví.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole jsou definovány cíle a výzkumné otázky, které jsme si pro danou problematiku stanovili.

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zmapovat informovanost generace 50+ o rizicích a prevenci civilizačních onemocnění v Královéhradeckém kraji.

Cíl 2. Zmapovat postoj generace 50+ k prevenci civilizačních onemocnění v Královéhradeckém kraji.

Cíl 3. Zmapovat životní styl generace 50+ v Královéhradeckém kraji.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1. Jaká je informovanost generace 50+ o rizicích a prevenci civilizačních onemocnění?

Výzkumná otázka 2. Jaký je postoj generace 50+ k prevenci civilizačních onemocnění?

Výzkumná otázka 3. Jak vnímá generace 50+ realizovanou prevenci civilizačních onemocnění?

Výzkumná otázka 4. Jaký je životní styl generace 50+?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

V kapitole operacionalizace pojmů si definujeme pojmy, které jsou použity pro výzkumné šetření naší práce.

Prvním pojmem, který si definujeme, je generace 50+. Generaci 50+ lze definovat jako osoby v období pozdní dospělosti a následně v období stáří (Thorová, 2015).

Civilizační choroby Lichnovský (2018) popisuje jako nemoci, jejichž vznik je podmíněn nebo výrazně ovlivněn civilizací, způsobem života, stresem, znečištěním ovzduší apod. Řadíme sem především nemoci kardiovaskulárního systému, nádorová onemocnění a metabolické nemoci (Müllerová, 2014).

Prevencí rozumíme předcházení či zabránění vzniku nemoci. Patří mezi základní pracovní metody ve všech oblastech preventivní medicíny (Kastnerová, 2016).

Za rizikové faktory považujeme takové faktory, které významně zvyšují pravděpodobnost vzniku onemocnění u osob, na něž působí (Veselý, 2012). Řadíme sem neovlivnitelné rizikové faktory (věk, pohlaví, genetika) a ovlivnitelné rizikové faktory (životní styl) (Machová et al., 2015).

Životní styl lze definovat jako způsob života, který odráží postoje a hodnoty osoby nebo skupiny (Machová et al., 2015).

4 METODIKA

V této kapitole si popíšeme metodu, kterou jsme použili pro realizaci výzkumného šetření, charakteristiku polostrukturovaného rozhovoru a výzkumného vzorku.

4.1 Použitá metoda

Pro zpracování výzkumné části byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Výběrovým kritériem byl věk nad 50 let a bydliště v Královéhradeckém kraji. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen pro možnost prohlubování dotazů tak, aby byla zajištěna co možná nejvyšší výtěžnost. Informanti byli vybíráni metodou Sněhové koule. Tato metoda je založena na využívání sociálních kontaktů oslovených osob (Miovský, 2006). Pro realizaci rozhovorů jsme měli předem připravené otázky, které byly rozděleny do několika oblastí, a to do oblastí osobní údaje, civilizační choroby, prevence, zdraví a životní styl. V rozhovoru byly použity otevřené a polouzavřené otázky. V případě nejasností bylo v průběhu rozhovoru možné doplnit další otázky či změnit pořadí otázek dle individuálního vývoje rozhovoru. Pilotní studie se uskutečnila v lednu 2019 u dvou informantů. Na základě pilotní studie byly některé otázky pro jejich nesrozumitelnost přeformulovány a bylo pozměněno jejich pořadí. Rozhovor obsahoval celkem 64 otázek, z toho byly 3 demografické a ostatní zjišťovací (viz příloha č. 6). Pořadí otázek se dle individuálního vývoje rozhovoru měnilo, případně otázky byly přidány.

Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2019. V samotném výzkumném šetření bylo osloveno 25 informantů, realizováno však bylo jen 24 rozhovorů. Jeden informant účast na výzkumném šetření odmítl. K výzkumnému šetření bylo tedy použito 24 rozhovorů. Rozhovory byly realizovány v domácím prostředí informantů a zaznamenávány na zvukové zařízení. Rozhovor obvykle trval 20-30 minut. Všichni informanti byli informováni o zaznamenávání rozhovoru, jeho účelu a zachování anonymity. Rozhovory byly následně přepsány do programu Microsoft Word a zpracovány metodou otevřeného kódování. Metodou otevřené kódování rozumíme přiřazování tzv. kódu kvalitativním údajům, které jsme získali během empirického výzkumu (Miovský, 2006).

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběrovým kritériem pro volbu informantů bylo bydliště v Královéhradeckém kraji a věk nad 50 let. Výzkumný vzorek se skládal z 24 informantů ve věku 51 až 79 let. Výzkumného šetření se zúčastnilo 16 žen a 8 mužů. Ve věkové kategorii 50-59 let byl rozhovor realizován u 7 žen a 1 muže. Ve věkové kategorii 60-69 let byl rozhovor realizován u 5 žen a 4 mužů a ve věkové kategorii 70 + byl rozhovor realizován u 4 žen a 3 mužů. Nejmladším informantem byla žena ve věku 51 let, nejstarším informantem byla žena ve věku 79 let. Zkoumaný vzorek z hlediska vzdělání tvořili 4 informanti se základním vzděláním, 16 informantů se středním vzděláním s výučním listem, 3 informanti se středním vzděláním s maturitní zkouškou a 1 informant s vysokoškolským vzděláním.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro přehlednost přikládáme tabulku, ve které je označení informantů, rozdílnost pohlaví, věk, vzdělání informantů a onemocnění, které se u informantů vyskytuje (tab. 1).

Tabulka 1 – Identifikační tabulka informantů

Identifikační tabulka informantů					
Informant	**Kód**	**Pohlaví**	**Věk**	**Vzdělání**	**Onemocnění**
Informant 1	I 1	Žena	51 let	Vysokoškolské	Deprese
Informant 2	I 2	Žena	54 let	Střední s maturitou	Hypertenze, zvýšený cholesterol
Informant 3	I 3	Žena	55 let	Základní	Chronické bolesti zad
Informant 4	I 4	Žena	57 let	Střední s výučním listem	Nadváha
Informant 5	I 5	Žena	58 let	Střední s výučním listem	Onemocnění štítné žlázy
Informant 6	I 6	Žena	59 let	Střední s výučním listem	Hypertenze
Informant 7	I 7	Žena	59 let	Střední s výučním listem	Onemocnění štítné žlázy
Informant 8	I 8	Muž	57 let	Střední s výučním listem	Bez onemocnění
Informant 9	I 9	Žena	61 let	Střední s maturitou	Bez onemocnění
Informant 10	I 10	Žena	61 let	Základní	Deprese a hypertenze
Informant 11	I 11	Žena	64 let	Základní	Diabetes mellitus 2. typu a obezita
Informant 12	I 12	Žena	65 let	Střední s maturitou	Diabetes mellitus 2. typu
Informant 13	I 13	Žena	66 let	Střední s výučním listem	Diabetes mellitus 2. typu, hypertenze a chronický zánět slinivky

					břišní
Informant 14	I 14	Muž	61 let	Střední s výučním listem	Deprese a alergie
Informant 15	I 15	Muž	63 let	Střední s výučním listem	Onkologické onemocnění a hypertenze
Informant 16	I 16	Muž	67 let	Střední s výučním listem	Zvýšený cholesterol
Informant 17	I 17	Muž	68 let	Střední s výučním listem	Astma
Informant 18	I 18	Žena	70 let	Základní	Bez onemocnění
Informant 19	I 19	Žena	72 let	Střední s výučním listem	Bez onemocnění
Informant 20	I 20	Žena	74 let	Střední s výučním listem	Bez onemocnění
Informant 21	I 21	Žena	79 let	Střední s výučním listem	Bez onemocnění
Informant 22	I 22	Muž	70 let	Střední s výučním listem	Nadváha a lupenka
Informant 23	I 23	Muž	77 let	Střední s výučním listem	Bez onemocnění
Informant 24	I 24	Muž	78 let	Střední s výučním listem	Hypertenze

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Osobní údaje

Výzkumu se zúčastnilo celkem 24 informantů, z toho bylo 16 informantů ženského pohlaví a 8 informantů mužského pohlaví. Ve věkové kategorii 50-59 let se výzkumu zúčastnilo 7 žen a 1 muž, zde z hlediska pohlaví mají převahu ženy. Ve věkové kategorii 60-69 let bylo 5 žen a 4 muži, ve věkové kategorii 70+ se výzkumu zúčastnili 4 ženy a 3 muži. V těchto kategoriích je z hlediska pohlaví mírná převaha žen. Ženy v našem výzkumu dosahují jednak vysokoškolského vzdělání, středního s maturitou, středního s výučním listem nebo základního. Oproti tomu muži ve všech případech mají střední vzdělaní s výučním listem. Základní vzdělání a vzdělání střední s maturitou se nejčastěji vyskytuje ve věkové kategorii 60-69 let.

Výsledky rozhovorů byly následně pomocí otevřeného kódování rozděleny do kategorií a subkategorií (tab. 2) a následně popsány.

Tabulka 2 - Přehled kategorií a subkategorií

KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Civilizační choroby	Vnímání civilizačních chorob Výskyt civilizačních chorob u informantů Výskyt civilizačních chorob u rodinných příslušníků Rizikové faktory Ovlivnění výskytu civilizačních chorob Ovlivnění života informantů civilizační chorobou
Prevence civilizačních chorob	Význam prevence civilizačních chorob Změny v prevenci civilizačních chorob v průběhu času Prevence v časné dospělosti informantů Hodnocení efektivnosti prevence civilizačních chorob Preventivní opatření Odpovědné osoby/orgány za realizaci prevence Informovanost o prevenci civilizačních chorob Informace podávané médii Preventivní prohlídky Změna názoru na prevenci po diagnostikování nemoci Prevence v rámci vlastního onemocnění Účast/neúčast na screeningových programech
Zdraví	Zdraví očima informantů Hodnocení zdraví Změny ve zdraví s postupem času Aktivity pro zdraví Obavy z budoucnosti
Životní styl	Zdravý životní styl Aktivity pro zdravý životní styl Informovanost o zdravém životním stylu

	Zdravý životní styl jako prevence civilizačních onemocnění Životní prostředí Denní jídelníček Výskyt rizikového chování Pohybová aktivita Spánek Stres

Zdroj: Vlastní, 2019.

Kategorie civilizační choroby

Kategorie civilizační choroby zahrnuje následujících 6 subkategorií: vnímání civilizačních chorob, výskyt civilizačních chorob u informantů, výskyt civilizačních chorob u rodinných příslušníků, rizikové faktory, ovlivnění výskytu civilizačních chorob a ovlivnění života informantů civilizační chorobou. Poskytuje přehled o tom, co si informanti představí pod pojmem „civilizační choroby", a zda se u nich nebo rodinných příslušníků vyskytují. Dále obsahuje výsledky spojené se znalostí a přítomností rizikových faktorů, s uvědoměním si možnosti prostřednictvím svého přičinění onemocnění ovlivnit a s uvědoměním si dopadu přítomných onemocnění na život informantů.

Subkategorie vnímání civilizačních chorob

Tato subkategorie obsahuje informace spojené s tím, zda jsou informanti schopni vysvětlit pojem civilizační choroby, zařadit mezi ně příslušná onemocnění a zda vědí, co tyto choroby spojuje. Z výzkumného šetření vyplývá, že jedenáct informantů si pod civilizačními chorobami představí již konkrétní nemoci, nejčastěji kardiovaskulární choroby, onkologické onemocnění nebo diabetes mellitus: *„Tak si představím srdeční choroby, infarkty, mrtvice, cukrovka"* (I 12), *„V prvé řadě rakovina, to je jedna z věcí, a srdeční onemocnění"* (I 15), *„Civilizační choroba, to jsou nemoci jako třeba cukrovka"* (I 19). Z výzkumu dále vyplývá, že pět informantů neví, co si pod civilizačními chorobami představit: „*To vůbec nevím*" (I 10), *„Nevím, neumím to takhle vysvětlit"* (I 24).

Na otázku, jaké konkrétní nemoci mezi civilizační choroby lze zařadit, však někteří informanti, kteří odpovídali na předešlou otázku, co to jsou civilizační choroby, „nevím“, již odpovídali správně: *„Třeba rakovina“* (I 18), *„Infarkt, mozková mrtvice“* (I 24). Zbylí tři informanti odpovídali: *„Hm, tak to taky nevím“* (I 10), *„Vůbec mě nic nenapadá, co by tam mohlo patřit“* (I 21), *„Nevím, co by tam mohlo patřit“* (I 23). Odlišné odpovědi měli informanti: *„Je to něco, co ovlivňuje člověka“* (I 2), *„Já si myslím, že je to unavený organismus z práce a z toho dění okolo sebe, a pak vznikají nemoci“* (I 5), *„Představím si nějaké nemoci“* (I 8), *„Tak si představím ty nemoci, které pramení z toho dnešního blahobytu“* (I 9), *„Tak si představím všeobecné choroby, které přináší dnešní civilizace, ať to jsou stresy třeba“* (I 14), *„Nějaké nemoci“* (I 22). Dále se informanti shodovali v tvrzení, že se na vzniku civilizačních onemocnění podílí i styl života: *„Civilizační choroba, já si představuji cukrovku, špatnou životosprávu, špatný styl života“* (I 3), *„Nemoci, které jsou způsobeny tím, že se málo hýbeme, s rozvojem strojů a techniky, ovzduším, co dýcháme, všechno, co nás obklopuje, celým životním prostředím, kam patří potraviny, voda, způsob života lidí“* (I 6), *„Nemoci způsobené stylem života a tím, co jíme“* (I 7).

Z výzkumu vyplývá, že neznalost civilizačních chorob je především ve věkové kategorii 70+ let, kde čtyři informanti ze sedmi odpovídali, že neví, co to jsou civilizační choroby, naopak znalost civilizačních chorob měli především informanti ve věkové kategorii 50-59 a 60-69 let. Dále většina informantů vidí souvislost mezi vznikem onemocnění a životním stylem. Na otázku, co tyto choroby mají společného, co je spojuje, odpovídali: *„Nezdravý životní styl, nezdravá strava, právě ten stres tohle všechno okolo“* (I 2), *„Společného některé mají životní styl, podle toho, jak se chováme a tak“* (I 4). Zbylí dva informanti odpovídali: *„To nevím“* (I 18, I 21)

Subkategorie výskyt civilizačních chorob u informantů

Tato subkategorie přináší informace o tom, zda informanti trpí či trpěli nějakým civilizačním onemocněním. Výskyt onemocnění je u sedmnácti informantů. Nejčastěji vyskytujícím se onemocněním je hypertenze. V našem výzkumu trpí hypertenzí šest informantů: *„Vysoký krevní tlak“* (I 24). Dalším často vyskytujícím onemocněním je diabetes mellitus 2. typu a deprese. Diabetes mellitus 2. typu se vyskytuje u tří informantů, a to u informantů 11, 12 a 13: *„Já mám cukrovku 2. typu“* (I 12). Psychickými problémy, především depresí trpí tři informanti a to informanti 1, 10 a 14:

„Deprese a vysoký krevní tlak“ (I 10). Dalšími onemocněními vyskytujícími se u informantů jsou onkologické nemoci, nadváha a obezita, zvýšený cholesterol, onemocnění štítné žlázy, astma, chronické bolesti zad či lupenka: *„Chronické bolesti zad“* (I 3), *„Ano, nadváha“* (I 4), *„U mě pouze onemocnění štítné žlázy, jinak zatím nic“* (I 5), *„Tak ta rakovina a zvýšený tlak mám, takže se s tím léčím“* (I 15), *„Astma“* (I 17), *„Akorát vyšší cholesterol, na to mám prášky“* (I 16), *„Lupenka, nadváha“* (I 22). U zbylých sedmi informantů se žádné civilizační onemocnění nevyskytovalo: *„U mě naštěstí zatím ne“* (I 9).

Z výzkumného šetření vyplývá, že onemocnění se častěji vyskytuje ve věkové kategorii 50-59 let a 60-69 let, oproti tomu ve věkové kategorii 70+, u které bychom čekali vyšší výskyt onemocnění, je přítomnost nemoci pouze u dvou informantů ze sedmi.

Výskyt civilizačních chorob u rodinných příslušníků

Přítomnost onemocnění u rodinných příslušníků informantů je téměř u všech *„Ano, vyskytuje, taťka měl infarkt, jinak mě nic nenapadá“ (*I 1), *„Rodiče měli vysoký tlak“* (I 7), *„Tak táta ten měl několik infarktů a máma má angínu pectoris, jinak snad nic“* (I 15). Pouze dva informanti uvedli, že se v jejich rodině nevyskytuje žádné civilizační onemocnění: *„Ani nevím, asi ne“* (I 19), *„Nevím o ničem“* (I 23). Zároveň v šesti případech trpí informant stejným civilizačním onemocněním jako rodinný příslušník. Např. informant 13 uvedl výskyt diabetu v rodině a zároveň i u sebe nebo informant 2 uvedl přítomnost vysokého krevního tlaku jak u sebe, tak u rodinného příslušníka.

Subkategorie rizikové faktory

V dané subkategorii popisujeme, co informanti považují za rizikový faktor vzniku civilizačních chorob a zda se u nich některý ze jmenovaných rizikových faktorů vyskytuje. Případně jakou roli u nich hrály rizikové faktory na vzniku nemoci a který z rizikových faktorů byl u nich aktuální z pohledu vzniku nemoci. Informanti se shodují, že na vzniku nemoci se podílí především špatný životní styl, ať už ve smyslu špatného stravování, nedostatečného pohybu či rizikového chování: *„Určitě stravování, celkově životní styl, vzduch, přírodní – klimatické podmínky*“ (I 1), *„Kouření, pití alkoholu, málo pohybu a stres“* (I 3), *„Špatné stravování, špatný životní styl“* (I 8), *„Určitě kouření, pití alkoholu a špatný životní styl“* (I 20). Pouze informant 19 uvedl, že nezná rizikový faktor vzniku nemoci: *„To nevím“* (I 19).

Někteří informanti vidí souvislost vzniku nemoci i v oblasti genetické stránky*: „No hlavně to bude trošku i tím ovzduším u nás, pak jak se člověk stravuje, nedostatek pohybu, takže to je hodně tímhle ovlivněný a někdy i dědičné faktory“* (I 4), *„Asi to je genetika, s jakým vybavením člověk přijde na svět, a pak, co člověk může ovlivnit, a co nemůže ovlivnit, třeba strava, ovzduší“ (*I 6).

U osmnácti informantů je přítomnost rizikového faktoru. Nejčastěji informanti uváděli přítomnost stresu. Stres se u informantů objevuje až v jedenácti případech: *„Kouření a stres“* (I 3), *„Určitě stres byl a veliký“* (I 13). Dalším často se vyskytujícím rizikovým faktorem byla životospráva*: „Ano, vyskytují, špatná životospráva, stres jako hrom a ten pohyb je poslední dobou čím dál míň, ještě že mám teď teda pejska, tak že s ním musím chodit“* (I 2), *„Nepiju, nekouřím, ale horší je to s tím životním stylem – se stravováním“* (I 20). Dále informanti uváděli nedostatečnou pohybovou aktivitu, kouření, nadváhu, pracovní vytížení či dědičnost: *„Ano, nedostatečná pohybová aktivita, občas stres, občas nezdravá strava“* (I 4), *„Dědičnost, stres“* (I 6), *„Asi ano, už mám trochu nadváhu“* (I 7), *„Ano ten stres a kouřím“* (I 10), *„Pracovní vytíženost, stres“* (I 15). Informanti I 8, 9, 16, 17, 18 a 23 odpovídali, že se u nich žádný rizikový faktor nevyskytuje.

Výskyt rizikových faktorů se ve všech třech věkových kategoriích téměř shoduje, z každé věkové kategorie dva informanti uvedli, že se u nich žádné rizikové faktory nevyskytují.

U informantů, kteří trpí některým z civilizačních onemocnění, jsme dále zjišťovali, jakou roli u nich hrály rizikové faktory na vzniku nemoci a který z daných rizikových faktorů byl aktuální z pohledu vzniku nemoci. Informanti se převážně shodli, že na vzniku jejich nemoci hrál určitou roli stres: *„Částečně ten stres“* (I 1), *„Asi hlavně ten stres, jsem typ, který ten stres špatně odbourává“* (I 6). Dále informanti uvedli špatnou životosprávu, nedostatek pohybu, fyzicky náročnou práci či vliv dědičných faktorů*: „Špatná životospráva, stres, dědičnost“* (I 2), *„Fyzicky náročná práce“* (I 3), *„Nedostatek pohybu, stravování, stres“* (I 4).

Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji se vyskytujícím rizikovým faktorem u našich informantů je stres. Ti se převážně shodli i na tom, že stres měl určitý vliv i na vznik jejich aktuálního onemocnění.

Subkategorie ovlivnění výskytu civilizačních chorob

V této subkategorii uvádíme zjištění spojená s tím, zda informanti nějakým způsobem ovlivňují výskyt chorob u sebe a do jaké míry si myslí, že se dá výskyt civilizačních chorob ovlivnit. Z výzkumného šetření vyplývá, že se informanti snaží pro své zdraví něco dělat. Uváděli, že se snaží jíst zdravě, hýbat se, nestresovat se či omezit pití alkoholu: *„Snažím se nenervovat, nekouřím, alkohol příležitostně, občas na tom jídle, tam bych to mohla zlepšit“* (I 4), *„Snažím se, třeba jízda na kole a chůze, občas plavání“* (I 7), *„Jo to bych řekl, že ano. Ta fyzická aktivita u mě je jak doma, tak v práci, trošku horší to je s tou životosprávou, ale jinak si myslím, že jsem na tom dobře“* (I 8), *„Snažím se, jelikož jsem absolutní abstinent a nekuřák, tak to jsou pro mě dva plusy a jinak se snažím nějakým způsobem dodržovat životosprávu, i když to taky není vždycky stoprocentní, ale určitě nedělám to, co vím, že mi škodí“ (I 13), „Snažím se hlídat si stravu, jíst zeleninu, vypustit tuky a pokud možno zdravé a kvalitní potraviny“* (I 17). Informanti I 16 a I 21 uváděli, že u sebe výskyt chorob neovlivňují.

Na otázku, do jaké míry si myslí, že se dá výskyt civilizačních onemocnění ovlivnit na stupnici od 1 do 10, kdy číslo 1 znamenalo „vůbec se nedají ovlivnit“ a číslo 10 znamenalo „dají se ovlivnit“, informanti nejčastěji uváděli číslo 5 = částečně se dají ovlivnit, ale něco se ovlivnit nedá. S tímto tvrzením se shodovalo sedm informantů. K tvrzení, že se civilizační choroby spíše dají ovlivnit a uváděli číslo 6-10, se přiklánělo čtrnáct informantů. K opačnému tvrzení, že se výskyt civilizačních onemocnění spíše nedá ovlivnit a uváděli číslo 1-4, se přikláněli tři informanti.

Pro přehlednost zde přikládáme tabulku s počtem zastoupení jednotlivých odpovědí (tab. 3).

Tabulka 3 - Míra ovlivnění výskytu civilizačních onemocnění

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**6-7**	**7**	**8**	**8-9**	**9**	**10**
0x	0x	2x	1x	**7x**	2x	1x	3x	5x	1x	1x	1x

Z výzkumného šetření vyplývá, že informanti se přiklánějí k tvrzení, že se výskyt civilizačních onemocnění dá ovlivnit a většina informantů se snaží výskyt civilizačních onemocnění u sebe ovlivňovat, a to především zdravou a vyváženou stravou, dostatečným pohybem a omezováním rizikového chování.

Subkategorie ovlivnění života informantů civilizační chorobou

Subkategorie je zaměřena na to, jak onemocnění ovlivňuje život informantů. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že výskyt onemocnění je u sedmnácti informantů. U těch jsme dále zjišťovali, jestli z důvodu nemoci mají nějaké omezení či jestli má nemoc nějaký dopad na jejich život. Dopady na život informantů se liší dle druhu onemocnění. Jiné omezení pociťují informanti např. s vysokým tlakem: *„Podle toho, jak se cítím, někdy se motám, i počasí působí, dá se říct, že každý den je jiný“* (I 6), a jiné dopady na život mají informanti s depresí: *„omezení vyloženě nemám, ale občas mám špatnou náladu“* (I 1), *„Ano, třeba už jsem v pracovní neschopnosti“* (I 14), či s cukrovkou: *„Beru léky a musím dodržovat dietu, jinak vyloženě omezení nemám*“ (I 11), *„Mám omezení, jsem na dietě, snažím se nesladit, jíst zeleninu, pohyb“* (I 12), *„Určitě ne nějak moc negativně, pochopitelně to zaskočilo trošku můj zrak, tak mám po operaci očí, ale jinak nemám pocit nějakého omezení“* (I 13), Informantka 3, která trpí chronickými bolestmi zad, uváděla: *„Mám, jsem na druhém stupni invalidity a opravdu mě to hodně omezuje, při domácích pracích, ani nemůžu do práce“* (I 3). Informantka 4 trpící nadváhou uváděla toto omezení: *„Má, bolí mě kyčle a špatně se pak hýbu“* (I 4). Informant 15 trpící onkologickým onemocněním a zvýšeným tlakem uváděl: *„Teď už ne, ty první roky po tom ozařování, to byla teda únava a takhle, ale teď se to tak nějak srovnalo, tak že je to lepší“* (I 15). Informant 17, který má astma, má následující omezení: *„Ovlivňuje, hlavně poslední dobou, nemohu třeba pracovat v ohnuté pozici, hodně se zadýchávám, takže musím užívat ty svoje léky – foukadla*“ (I 17). Informant 22 trpící lupenkou a nadváhou, jako své omezení pociťuje: *„Ano, člověk se s tou lupenkou stydí jít do společnosti, někde se odhalit apod.“* (I 22). Někteří však uváděli, že nemají žádná omezení a jejich život není nějak výrazně ovlivněn, než bylo doposud: *„Snad ne“* (I 10), *„Omezení vyloženě nemám“* (I 16), *„Nemám žádné omezení, beru akorát léky, nějakou trojkombinaci, že beru jenom jednu tabletu denně, dřív jsem jich bral asi 5, takže teď je to lepší“* (I 24).

Kategorie prevence civilizačních chorob

Kategorie prevence civilizačních chorob zahrnuje následujících 12 subkategorií: význam prevence civilizačních chorob, změny v prevenci civilizačních chorob v průběhu času, prevence v časné dospělosti informantů, hodnocení efektivnosti prevence civilizačních chorob, preventivní opatření, odpovědné osoby/orgány za realizaci prevence, informovanost o prevenci civilizačních chorob, informace podávané médii, preventivní prohlídky, změna názoru na prevenci po diagnostikování nemoci, prevence v rámci vlastního onemocnění a účast/neúčast na screeningových programech.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký názor a postoj mají informanti k prevenci civilizačních chorob, jestli se prevence nějak změnila v průběhu času a zda se měnil jejich názor na prevenci po diagnostikování nemoci. Dále nás zajímalo, jaká preventivní opatření považují za nejdůležitější. Pozornost byla věnována i tomu, zda informanti chodí na preventivní prohlídky, a jestli se účastní preventivních screeningových programů, případně proč se neúčastní.

Subkategorie význam prevence civilizačních chorob

Tato subkategorie obsahuje informace o tom, jaký význam informanti přikládají prevenci civilizačních chorob, zda ji považují za důležitou, či nikoli.

Informanti se téměř shodli, že prevence civilizačních chorob je důležitá a že bychom ji neměli podceňovat: *„Určitě je důležitá, dobrá“* (I 1), *„Určitě je důležitá prevence, jak prevence, aby dobře lidi žili, tak i aby chodili na prevence k lékařům“* (I 6), *„Myslím si, že je důležitá, ty informace tady jsou, na preventivní prohlídky chodím“* (I 19). Pouze informant 15 jednoznačně neřekl, že je důležitá, ale odpovídal takto: *„Asi by se mělo chodit, ale myslím si, že všechno se asi taky nepodchytí“* (I 15). Svou odpovědí se také lišil informant 22, který odpověděl: *Myslím si, že lidi moc nechodí na prevence, z důvodu, že by přišli o práci, kdyby marodili apod.“* (I 22).

Z výzkumného šetření vyplývá, že většina informantů považuje prevenci za velmi důležitou. Důležité je jednak preventivní chování k sobě samému, tak i docházení na pravidelné preventivní prohlídky.

Subkategorie změny v prevenci civilizačních chorob v průběhu času

Subkategorie obsahuje zjištění spojená s tím, jak se mění názor informantů na prevenci s postupem věku a dále, jak se měnila prevence civilizačních chorob s postupem času, zda pociťují výrazné rozdíly v prevenci dříve a teď.

Z výzkumného šetření vyplývá, že názor na prevenci se s postupem věku mění u osmnácti informantů: *„Mění, mění, do 40 roků mě to vůbec nezajímalo, vůbec, po čtyřicítce jsem začala být trošku nemocná, takže od té doby jedu“* (I 2), *„Myslím si, že jo, čím je člověk starší, tak na to kouká úplně z jiného hlediska, než když mi bylo 20, když jsem řekla to nějak dopadne, teď už ne, takže určitě se teď o ni více zajímám“* (I 5), *„Určitě ano, protože čím víc člověk stárne, tak si více uvědomuje, že to není na věky, dokud je člověk mladý, tak si myslí, že je to hrozně daleko, nebo že se ho to netýká“* (I 6), *„Určitě ano, když je člověk mladý, tak to nepovažuje za tak důležité“* (I 20). Zbylí informanti uváděli, že se u nich názor na prevenci s postupem věku nemění: *„S postupem věku se názor na prevenci nějak nemění. Určitě ji považuji pořád za důležitou, akorát, že s tím věkem na to více kašlu“* (I 1), *„Ne, nemění* (I 19).

Dále jsem zjišťovali, zda se prevence civilizačních chorob s postupem času nějak měnila, jestli informanti pociťují rozdíly v prevenci dříve a teď. V odpovědích informantů na otázku, zda v prevenci v posledních letech došlo ke změnám, můžeme vidět značné rozdíly. Někteří informanti změny v prevenci v posledních letech nezaznamenali. Naopak někteří informanti rozdíly pociťují. Z výzkumu můžeme vidět, že patnáct informantů odpovědělo, že rozdíly v prevenci v posledních letech zaznamenali. Jednalo se především o větší informovanost: *„Asi jo, asi jo, daleko více to propagují, větší propagace v televizi, v médiích, na internetu, letáky i u toho doktora si myslím“* (I 2), *„Myslím si, že je větší informovanost, protože těch chorob přibývá“* (I 8), nebo došlo k rozšíření možností prevence: *„Já si myslím, že jo, že se to zlepšilo k lepšímu, protože teď je vlastně to vyšetření stolice, mamograf a tyhle ty věci na rakovinu, jako to vyšetření“* (I 5). *„Asi jo, asi se ty možnosti prevence rozšířily“* (I 18). Dále informanti uváděli: *„Myslím, že se změnila, teď se na to více dbá“* (I 12), *„Myslím si, že asi jo, že to lékařství je vyspělejší určitě, a vzhledem k tomu, že se tolik hroznýchnemocí objevuje, tak si myslím, že jo*“ (I 13). Pouze informantka 3 uvedla jako jediná, že došlo ke změně, ale spíše k horšímu: *„Já bych řekla, že někde je to i nedostupný, protože je málo lékařů, aby Vám tu preventivní prohlídku udělali, řekla bych, že se to*

spíš horší, nebo lidi nemají čas, jsou v pracovním presu, prostě nemají čas si zajít na tu preventivní prohlídku, i z těchto důvodů někdy lidi nechodí“ (I 3). Informanti 4, 16, 21, 22 a 23 uvedli, že neví, jestli došlo k nějakým změnám v prevenci v posledních letech. Zbylí čtyři informanti uvedli, že žádné změny v prevenci v posledních letech nepociťují: *„Myslím si, že v posledních letech snad ani ne“* (I 9).

Ale ve chvíli, kdy jsme se dotázali, zda informanti vnímají nějaké rozdíly v přímé realizaci prevence dříve a teď, již informanti popisují značné rozdíly. Sedmnáct informantů uvedlo, že je více informací a více možností, co se týká preventivních prohlídek nebo např. techniky apod.: *„To ano, určitě je teď více možností, dříve toho spoustu nebylo, dnes je např. mamograf apod.“* (I 2), *„Určitě ano, je to dnes všechno vyspělejší a je více možností, než bylo dříve“* (I 13), *„Určitě ano, dnes máme více možností, jako třeba kolonoskopie“* (I 16), *„Já si myslím, že teď to je všechno intenzivnější, dávají lidem vědět, dříve to ani nebylo tolik v těch médiích“* (I 17), *„Určitě, dříve nebyly povinné tyhle prohlídky, třeba jako prsu, a nebyly žádné preventivní prohlídky na gynekologii, to si tam každý chodil, jak chtěl, pokud já vím teda a na to EKG se nechodilo a na vyšetření střev to se taky nechodilo*“ (I 18), *„Ano, dříve nebyla taková informovanost, jako je teď*“ (I 24). Naopak někteří informanti uvedli změny spíše negativní: *„Z mého pohledu ano, ještě si vybavuji, když mi bylo asi kolem 20, že se ještě chodilo na preventivní vyšetření plic na rentgen, chodili jsme na rentgen plic, a to opravdu dostala celá vesnice tu pozvánku a všichni se dostavili, a to bych řekla, že dneska teda už neexistuje“* (I 9). Informant 23 uvedl: *„Asi ano, dnes jsou jiné možnosti, dříve toho tolik nebylo, ale jak jsem říkal, tak teď zase třeba nechodí na rentgen plic nebo se školou k zubaři apod.“* (I 23). Informantka 19 uvedla: *„Dříve se chodilo docela pravidelně na ty prohlídky, vždycky si zvali, ale já jsem k doktorovi moc nechodila, pouze když jsem musela“* (I 19). Informanti 21 a 22 odpovídali: *„Nevím“*. Jen informantka 1 uvedla, že žádné rozdíly v prevenci nepociťuje.

Z výzkumného šetření vyplývá, že v odpovědích informantů můžeme vidět značné rozdíly, kdy například informantka 7 uvedla, že dříve se na preventivní prohlídky nechodilo pravidelně jako dnes a informantka 19 naopak uváděla, že se na preventivní prohlídky zvalo a chodilo se docela pravidelně.

Subkategorie prevence v časné dospělosti informantů

Tato subkategorie popisuje, jak probíhala prevence u informantů v jejich časné dospělosti. Několik informantů odpovědělo, že dříve byli zváni na rentgen plic, a že se chodilo se školou k zubaři. Dále se shodli, že nebyly preventivní programy, jako je dnes např. kolonoskopie: *Tak tolik vyšetření, jako je teď, nebylo, tam byla gynekologie a jinak snad nic, to vyšetření střev v tu dobu nebylo"* (I 10), *„To už si moc nepamatuji, ale na preventivní prohlídky se chodilo, a pak se ještě chodilo na snímkování plic a k zubaři se chodilo od školy"* (I 11). Jestli se chodilo na preventivní prohlídky, informanti odpovídali různě: *„Preventivní prohlídky asi byly jako teď každé 2 roky"* (I 1), *„Určitě ne takhle, maximálně, když jsem šla na preventivní prohlídku, jako by k tomu prvnímu závodnímu doktorovi, tak mě poslal na rentgen plic, a přinesla jsem možná moč. Preventivní prohlídky taky předtím byly, jako předtím úplně ne, do revoluce vůbec ne a preventivní prohlídky myslím nejdřív byly po 3 letech, teď je po 2 letech, když jsme nad 50 roků, a já si myslím, že se do takového roku 99-2000 vůbec nechodilo"* (I 2), *„Pravidelně nás zvali na gynekologickou prohlídku, to bylo tak všechno, a k zubaři jsme chodili"* (I 4). Někteří informanti odpovídali, že v tomto věku to tak neřešili a nevědí přesně, jestli se povinně chodilo na preventivní prohlídky: *„Myslím si, že žádná taková prevence nebyla, preventivní prohlídky asi byly, ale moc jsem je neabsolvovala"* (I 5), *„Tak to jsem pomalu ani nevěděla, co to je, nebo se o to člověk nezajímal, a bylo to zase ovlivněný tím věkem. Třeba na tu gynekologii to se chodívalo, k praktickému se šlo jenom, když měl člověk nějaký problém"* (I 6), *„Já si myslím, že se dřív nechodilo takhle pravidelně, já jsem šla k lékaři, jenom když mi něco bylo"* (I 7). Informant 8 uvedl, že v době jeho časné dospělosti to s prevencí bylo špatné: *„Vůbec ne, tam to bylo špatné, tam prevence nebyla skoro žádná*" (I 8).

Z výzkumného šetření vyplývá, že dříve se povinně chodilo na rentgen plic a od školy k zubaři, některé informantky uvedly i gynekologické prohlídky. Povinnost preventivních prohlídek se v odpovědích informantů liší, někteří uváděli, že se na preventivní prohlídky chodilo pravidelně, jiní naopak, že povinné nebyly, že se k lékaři chodilo pouze, když byli nemocní. Několik informantů se ale shodlo, že dříve nebyly screeningové programy, jako jsou dnes.

Subkategorie hodnocení efektivnosti prevence civilizačních chorob

Následující subkategorie popisuje, jak informanti hodnotí realizovanou prevenci, případně co by na realizované prevenci změnili. Více jak polovina informantů hodnotí realizovanou prevenci kladně, vidí ji na dobré úrovni: *„Myslím si, že je dostačující, když přijdu k panu doktorovi, tak mi řekne, co bych měla a co bych neměla, dovím se to i z televize nebo z internetu, tam si to můžu najít, tak si myslím, že nějaká informovanost tady je“* (I 5), *„Já si myslím, že to tady není tak špatný, že je to dostačující, to záleží pak hlavně na těch lidech, jestli na ty prohlídky chodí“* (I 10), *„Myslím si, že informace a možnosti jsou, ale lidi to nedodržují“* (I 22). Naopak čtyři informanti hodnotí realizovanou prevenci negativně: *„Málo, málo, myslím si, že by mohlo být více informací, to, že jsou letáky, a to, že když přijdete k doktorovi a že Vám pak už vynadá, to už je pozdě, myslím, že by mohlo být toho více. Já bych třeba osobně udělala víc takových přednášek, přednášek s nějakou ukázkou a tak dále k tomu“* (I 2), *„Myslím si, že u nás by to mohlo být lepší, protože v dnešní době to lidi dost zanedbávají a doktoři už nedávají vědět těm lidem, že by si taky tohle člověk měl zařídit. Dříve bych řekla, že přece jen posílali ty pozvánky a tak, to už bych řekla, že dnes tak nefunguje, to si musí každý hlídat sám, dost lidí na to kašle“* (I 4). Informanti 8 a 12 hodnotí realizovanou prevenci průměrně: *„Tak asi půl na půl, ta prevence tady je a není. Já si myslím, že informovanost je, ale někdy lidi na to nekladou až takovou důležitost, někdo to bere vážně, někdo ne*“ (I 8).

Čtrnáct informantů uvedlo, že by na realizované prevenci nic neměnili, že je to takto dostačující: *„Ne, já jsem spokojený“ (*I 8), *„Asi nic, myslím si, že je to takhle dobrý*“ (I 23). Zbylých deset informantů by změny v prevenci uvítalo. Na prevenci by informanti především chtěli změnit: *„Já bych změnila, tak jak to bylo dřív, že chodili ti doktoři do školy, protože když se někteří rodiče s těma dětma nedostaví, tak do té školy prostě vždycky přišli zubaři nebo nějaký lékaři a prohlídli to kompletně všechno*“ (I 1), *„Co bych asi změnila, když je ta preventivní prohlídka, tak že by byly stanoveny přesně body, a přesně podle těch bodů by si měl i ten doktor třeba udělat tu preventivní prohlídku, já nevím poslat tam, tam, tam, vyšetření to a to*“ (I 2), *„Asi bych to nechala jako povinný, nebo já nevím, ne takový dobrovolný, že tam člověk jde. Ale jo, asi by to mělo být povinný“* (I 3), *„Měli by asi ještě víc nabízet to EKG, to třeba člověk ani neví, že na to má jednou za čtyři roky nárok. Myslím si, že v tomhle směru by to měli ještě trochu zlepšit“* (I 4), *„Myslím si, že by měla pojišťovna více proplatit tu prevenci než po*

tom následnou péči, protože si myslím, že ta následná péče pak přijde dráž než ta prevence. A mělo by se více na ta preventivní vyšetření dbát, a ne, aby si o to člověk musel říkat, u některých vyšetření bych i snížila tu věkovou hranici, protože dnes řada nemocí postihuje i mladé lidi. A hlavně, pokud je výskyt onemocnění v rodině, třeba rakovina prsu, tak by to vyšetření prsou mělo být třeba u dcer a vnuček bez rozdílu věku" (I 6), *„Mohli by dělat více vyšetření v tomto věku, aby se zabránilo nemocem"* (I 7), *„Já si myslím, že i když teď už se to asi děje, třeba ten, kdo zanedbává ty prevence, že by jim měli posílat ty pozvánky, co se týče té gynekologie, tak vím, že to snad už i existuje, ale možná by se zase mohlo obnovit to snímkování plic, třeba u té rakoviny plic, tam je důležité taky, jak je to brzo odhalený, tak tohle by mohlo pomoci, když si vezmeme, co dneska dýcháme, aniž bychom kouřili"* (I 9), *„Myslím si, že by se měli více zaměřit na to, když třeba někdo v rodině trpí mozkovou příhodou nebo onkologickým onemocněním, oni se na to třeba ani nezeptají, pokud už teda nemáš zrovna ten problém"* (I 14), *„Každopádně bych ty preventivní věci pořád aktualizoval i v těch médiích, pořád bych to těm lidem připomínal, eventuálně aby těm lidem posílali ty dopisy, že se mají dostavit na ty preventivní prohlídky*" (I 17), *„Mohlo by se zajistit, aby u toho praktického lékaře bylo více přístrojů, aby se nemuselo jezdit všude daleko, aby to mohli udělat u toho praktického lékaře, protože pro nás starší už je to horší"* (I 18).

Subkategorie preventivní opatření

V následující subkategorii se zaměřujeme na to, jaký význam informanti přikládají preventivním opatřením, a které považují za nejdůležitější. Třináct informantů uvedlo, že důležitost přikládají především preventivním prohlídkám: *„Určitě ty preventivní prohlídky, chodit na ně, dodržovat je. Určitě i to očkování, a pak asi to jídlo"* (I 1), *„Chodit na preventivní prohlídky"* (I 23). Dalším často se opakujícím opatřením bylo stravování, to ve svých odpovědích uvedlo devět informantů: *„Snažit se přiměřeně a rozumně stravovat, to znamená od každého něco a nezaměřovat se pouze na jedno ve velkém množství, jíst rozumně, ale střídmě"* (I 6). Informanti 18 a 19 uvedli: *„Nevím"*. Dalšími odpověďmi, které informanti uváděli, byly očkování, celkový životní styl, pohyb, nekouřit a nepít alkohol, psychická pohoda, čisté ovzduší, přiměřená váha a přednášky: *„Nejdůležitější v prevenci? Asi, já nevím, já bych třeba dala ty přednášky"* (I 2). *„Myslím si, že by tam měl být určitě nějaký pohyb na čerstvém vzduchu, nekouřit a nepít alkohol"* (I 5), *„Určitě pohyb, výživa, ale i psychická pohoda"* (I 10), *„Asi*

očkování" (I 13), *„Abychom dýchali čistý vzduch, omezit kouření"* (I 16), *„Mít normální váhu, nepřejídat se, hlavně na noc" (*I 22).

Subkategorie odpovědné osoby/orgány za realizaci prevence

V následující subkategorii popisujeme, kdo podle informantů zajišťuje prevenci, případně, kdo by ji měl zajišťovat. Většina informantů uvedla, že prevenci by měl zajišťovat lékař, ať už lékař praktický či lékař specialista: *„Podle mě by to měl dělat obvodní lékař a u nás ještě gynekolog"* (I 4), *„Praktický lékař"* (21). Informanti také uváděli, že za prevenci by měl být zodpovědný i člověk sám: *„Já si myslím, že tohle by si měl zajišťovat každý sám a pravidelně na ty prevence chodit, a zároveň by ji měl zajišťovat i lékař"* (I 9). Dále informanti ve svých odpovědích zmiňovali pojišťovny, zdravotnictví či stát: *„Lékař, zdravotní pojišťovny"* (I2), *„Určitě zdravotnictví, že by mělo ty lidi více motivovat a povinně lidi předvolávat na nějaké prohlídky, nenechávat to jen na lidech"* (I 20), *„Každý by měl začít u sebe, pak stát a zdravotnictví"* (I 24). Informantka 1 uvedla, že je to nařízení seshora: *„Kdo ji zajišťuje? To si myslím, že to jde nějak seshora, podle nějakých statistických výzkumů, co zjistí, tak pak, když je s něčím problém, že jako v tom začnou dělat nějakou prevenci, někde seshora. A určitě doktoři by ji měli taky zajišťovat nějakým způsobem*" (I 1). Informant 19 uvedl: *„To nevím"* (I 19).

Subkategorie informovanost o prevenci civilizačních chorob

V této subkategorii popisujeme, jak jsou informanti informováni o prevenci civilizačních onemocnění, kde získávají informace a zda se informují u lékaře či u všeobecné sestry o rizicích a prevenci civilizačních onemocnění. Následně jsme zjišťovali, jestli vědí, jak by prevence měla vypadat a zda někdy slyšeli o preventivních screeningových programech.

Z výzkumného šetření vyplývá, že informace týkající se prevence informanti nejčastěji získávají od lékaře a pak z médií nebo tisku. Lékaře ve svých odpovědích uvedlo třináct informantů, zároveň někteří odpovídali i média, tisk nebo internet: *„Od obvodního lékaře"* (I 10), *„Z televize, od lékaře"* (I 12), *„Trochu z internetu, nebo se zeptám přímo doktora"* (I 15), *„Z časopisů, když jdu k doktorovi, tak si vezmu ty letáčky, co tam mají, co mě zajímá a pak si to doma přečtu"* (I 24). Svojí odpovědí se lišil informant 19, který uvedl pojišťovny: *„To přijde vždycky od pojišťovny, že se mám dostavit k různým*

vyšetřením, ale dříve to bylo lepší, když si zvali, tak se chodilo, to se tenkrát chodilo každý rok na plicní na rentgen, teď mi pošlou a dostavte se a objednejte se tam a tam" (I 19). Informantka 5, kromě internetu a médií, také uvedla, že získává informace od ostatních lidí: *„Nějaké naučné pořady v televizi, nebo internet, tam si něco můžu najít nebo rádio anebo i od lidí kolem sebe"* (I 5).

Zda si informanti zjišťují informace od lékaře nebo od všeobecné sestry, jsme zjišťovali v následujících otázkách. Z výzkumného šetření vyplývá, že většina informantů se informuje u lékaře, ale u všeobecné sestry již tolik ne. Akorát informanti 11, 12, 14, 16 a 17 uvedli, že se informují i u všeobecné sestry: *„Ano, informuji"* (I 14). Informanti uváděli, že se informují především u praktického lékaře, to uvedlo patnáct informantů: *„Ano, u praktického lékaře"* (I 23). Šest informantů dále uvedlo, že se informují i u lékaře specialisty, ke kterému chodí*: „Ano, určitě jo, u oční, u diabetoložky a u obvodní lékařky"* (I 13), *„Ano, u svého obvodního, u psychiatra a u neurologa, u každého, u kterého se léčím"* (I 14). Informant 8 uvedl, že ho informuje lékařka sama: *„Dá se říct, že mě praktická doktorka sama informuje*" (I 8). U lékaře se neinformuje sedm informantů: *„Abych řekla pravdu, tak ne"* (I 4). Informant 22 uvedl, že dříve se informoval, jak u lékaře, tak u všeobecné sestry, ale nyní již nikam nechodí, takže se neinformuje: *„Dříve jo, u praktického lékaře, i u sestry, teď ne, protože nikam nechodím"* (I 22).

Zda informanty informuje ještě někdo jiný, většinou odpovídali, že ne, pouze praktický lékař nebo specialisté, ke kterým docházejí např. gynekolog, oftalmolog, diabetolog, kardiolog, neurolog či psychiatr.

Dále jsme zjišťovali, jaká je informovanost informantů o průběhu prevence, zda vědí, co všechno by měla obnášet. Většina informantů si pod prevencí představí preventivní prohlídku, ať už u obvodního lékaře nebo lékaře specialisty a s tím spojená vyšetření. Přesně polovina informantů má nějakou představu, co by prevence měla obnášet: *„Co by to mělo obnášet, tak například, když jdu na preventivní prohlídku, tak si myslím, že tam by se měla odebrat krev, moč, změřit tlak, někdo prohlíží i záda a všechno, poslechne, to by asi u tohohle všechno mělo být. Když jdu na gynekologii, tak tam je i ten vnitřní ultrazvuk, udělají stěry. A zubař, tam jdu na tu preventivní prohlídku, tam Vám projedou zuby a pusu kompletně*" (I 4), *„Tak odběry krve a měření tlaku, to si myslím, že je základ, z toho se potom ledacos zjistí"* (I 15). Informanti 6 a 20 se svou

odpovědí od ostatních odlišují, uvedli: *„Snažit se o ten životní styl a věnovat se příznakům, nepřecházet je“* (I 6), *„To je takové všeobecné, střídmě jíst, pohyb, dostatečný spánek“* (I 20). Zbylých dvanáct informantů uvedlo, že neví, jak by prevence měla probíhat: *„To nevím, přesně“* (I 23).

Následně jsme zjišťovali, zda jsou informanti informováni o preventivních screeningových programech. Osmnáct informantů neslyšelo o preventivních screeningových programech nebo uváděli, že slyšeli, ale neví, co to je: *„To asi ne, nevím“* (I 3), *„Slyšela, ale už nevím, co to je“* (I 7). Správně odpovídali pouze čtyři informanti, ale jediná informantka 12 uvedla všechny tři screeningové programy: *„Ano, slyšela, patří tam mamograf, gynekologické vyšetření a vyšetření tlustého střeva“* (I 12), další dvě uvedli buď jeden, nebo dva screeningové programy*: „Asi bych měla o tom slyšet. To bude ten mamograf, no a na další si nemůžu vzpomenout“* (I 4), *„Slyšela jsem o tom, to ano. Screening je vlastně to vyšetření stolice, a ještě mamograf tam patří“* (I 5). Informant 15, jako jediný muž uvedl správnou odpověď, že mezi screeningová vyšetření patří vyšetření tlustého střeva: *„Ano, slyšel jsem. To je zase ten odběr krve, vyšetření na to tlusté střevo, jak dělají ty testy*“ (I 15). Informanti 2 a 20 uvedli ve svých odpovědích „ano“, ale jejich odpověď byla chybná: *„Ano, třeba chodím na screening na pihy“ (*I 2), *„Ano, to jsem slyšela, a dokonce jsem byla na screeningu kostí, jestli je to ono“* (I 20).

Subkategorie informace podávané médii

Následující subkategorie obsahuje informace o tom, jak informanti vnímají informace podávané médii, na kolik je považují za seriózní. Za seriózní je považuje osm informantů: *„Já si myslím, že jsou hodně seriózní“* (I 8), naopak devět informantů je za seriózní nepovažuje: *„Moc tomu nevěřím“* (I 10). Tři informanti jednoznačně neřekli, že by je považovali za seriózní, ale přiklánějí se spíše k odpovědi „Ano“: *„Jak který, ale řekl bych, že jo, akorát třeba jako jsou ta média, Blesk apod. tak těm moc nevěřím, protože tam to přehánějí, bych řekl“* (I 14). Další tři informanti uvedli, tak půl na půl, něčemu věří a považují to za seriózní, ale něčemu nevěří: *„No myslím si, že, na kolik? Na 50 %, protože si myslím, že něco zkreslují, něco je zase nadnesený, aby vydělaly pojišťovny“* (I 2). Jediná informantka 21 uvedla: *„Nevím, co bych k tomu řekla“* (I 21).

Subkategorie preventivní prohlídky

Subkategorie popisuje, jestli informanti chodí na preventivní prohlídky, jak probíhá preventivní prohlídka u jejich praktického lékaře a jestli si někdy hledali informace, jak by taková preventivní prohlídka měla vypadat. Z výzkumu jsme zjistili, že většina informantů se pravidelných preventivních prohlídek účastní: *„Ano, na tu preventivní prohlídku, každé dva roky, na gynekologii chodím jednou za rok, a k zubaři jednou za rok, a ještě na oční chodím jednou za rok“* (I 4), *„Ano, každý rok za mnou jezdí doktor, možná i dvakrát do roka“* (I 21). Informantka 3 uvedla, že chodí jenom někam: *„Chodím na štítnou žlázu, a jak říkám, jsem tam prakticky věčně, takže opravdu, každou chvíli mi berou krev, ale kam nechodím, to je teda gynekologie“* (I 3). Informanti 10, 19 a 20 uvedli, že chodí nepravidelně: *„No, pravidelně ne. Chodím k obvodnímu lékaři, na vyšetření tlustého střeva a na mamografii“* (I 10), *„Pravidelně ne, teď jsem byla někde po 5 letech. Chodím k praktickému lékaři, na oční, byla jsem na mamografii, akorát na gynekologii jsem dlouho nebyla“* (I 19). Zbylí dva informanti uvedli, že na pravidelné prohlídky ke svému praktickému lékaři či specialistovi nechodí. Informantka 1 uvedla: *„No nechodím“* Proč? *„Asi jsem líná, nejsou příjemný, není mi to příjemný“* (I 1). Informant 22 uvedl: *„Nechodím“* Proč nechodíte? *„Protože vím, že mi nic nepomůže, léčím se sám. Chodím akorát na oční, kvůli šedému zákalu“* (I 22).

Následně jsme zjišťovali, jak probíhá preventivní prohlídka u praktického lékaře. Informanti se shodují, že jim lékař odebere krev a moč, změří tlak, poslechne a prohlídne: *„Tak v základu, tak nějak poslech, změření tlaku, podívá se na otoky, prohmatá břicho, poklepání zad, ledvin a základní rozbor krve“* (I 6), *„Tak udělá základní vyšetření, odběry, moč, změří tlak, prohlídne, a to je asi všechno“* (I 7). Informantka 4 doplnila, že se jí lékařka také zeptá, zda byla na gynekologickém vyšetření a mamografii: *„Konkrétně u mě, dám tam moč, odebere mi krev, změří tlak a zeptá se mě teda, jestli mám gynekologické vyšetření, jestli jsem byla na mamografu a kdy, na to se mě zeptá“* (I 4). Informantka 10 dále doplnila, že ji pošle na mamograf a na vyšetření tlustého střeva: *„Odebere krev, změří tlak, celkově vyšetří, pošle mě na mamograf nebo na to vyšetření rakoviny tlustého střeva“* (I 10). Informantka 5 uvedla, že jí praktický lékař dokonce natočí i EKG, to uvedla i informantka 12, která ale ještě doplnila, že ji praktický lékař provede i vyšetření očí: *„To jsem byla vloni, a to mi udělali veškerá vyšetření, prostě kardiograf, oční vyšetření, z krve veškeré vyšetření, cholesterol apod. je vždycky jednou za 2 roky, tady u praktického“* (I 12). S vyšetřením

EKG se u svého praktického lékaře setkalo šest informantů. S vyšetřením očí se setkává u svého praktického lékaře sedm informantů. Informanti 13 a 23 uvedli, že jim praktický lékař vyšetřuje i sluch: *„Změří mi oči, změří mi sluch, pochopitelně tlak, odebere krev, moč a potom pochopitelně celková prohlídka, poslechne mě stetoskopem a tak.“* (I 13). Dále informanti uváděli, že se jich praktický lékař zeptá, zda mají nějaké potíže, případně je pošle ke specialistovi: *„Já bych řekla, že dobře, změří mi tlak, moč, odběry a když se jí něco nezdá, tak mě pošle někam jinam, jo a prohlídne mě a poslechne“* (I 18). Naopak informantka 9 má zkušenosti s preventivní prohlídkou spíše negativní: *„Já mám zkušenost, že naše paní doktorka změří tlak, udělá odběry, ale s celkovým vyšetřením jsem se nikdy nesetkala, naše paní doktorka se spíš drží jenom toho papíru, který má před sebou, ale že by se nějak více angažovala, to ne. Třeba někde ještě poslechnou, páteř prohlídnou, ale s tím jsem se teda nesetkala“* (I 9).

Jak by měla preventivní prohlídka vypadat, si hledala pouze jedna informantka: *„Ano, hledala, na internetu nebo v časopise“* (I 7). Jedna informantka uvedla, že si informace cíleně nehledala, ale dočetla se to na internetu: *„Cíleně jsem nehledala, spíše jsem se to dočetla na internetu“* (I 3). Zbylí informanti uvedli, že si informace o preventivní prohlídce nehledali: *„Ne, to ne“* (I 19).

Subkategorie změna názoru na prevenci po diagnostikování nemoci

U informantů, kteří trpí onemocněním, jsme dále zjišťovali, zda se u nich změnil názor na prevenci, po tom, co jim diagnostikovali onemocnění. U osmi informantů se názor na prevenci po diagnostikování nemoci změnil, většinou odpovídali, že ji považují za důležitější a více na to dbají: *„Považuji ji teď za důležitější, více se o to s věkem a těmi nemocemi zajímám“* (I 6), akorát informant 22 uvedl: *„Jo změnil, že nejím tolik*“ (I 22). Ostatní informanti uvedli, že se jejich názor na prevenci nějak nezměnil: *„Nezměnil se“* (I 12).

Subkategorie prevence v rámci vlastního onemocnění

V následující subkategorii popisujeme, jak probíhá prevence v rámci jejich onemocnění. Prevence v rámci onemocnění probíhá u každého informanta jinak, záleží především na typu onemocnění, jiná prevence bude u pacienta s psychiatrickým onemocněním a jiná u pacienta s interním onemocněním. V rámci interních onemocnění informanti

nejčastěji uváděli, že se snaží upravit celkový životní styl - životosprávu a více se hýbat. Dále pravidelně užívat léky a chodit na preventivní prohlídky a kontroly k lékaři: *„Pravidelné kontroly u kardiologa, pravidelné užívání tablet, trochu úprava toho životního stylu“* (I 6). V rámci psychiatrického onemocnění informanti uváděli, že se snaží méně stresovat: *„Snažím se méně stresovat, což úplně nejde“ (*I 1).

Subkategorie účast/neúčast na screeningových programech

Následující subkategorie obsahuje informace o tom, zda se informanti účastní preventivních screeningových programů a pokud ne, tak proč. Téměř většina informantů uvedla, že se preventivních screeningových vyšetření účastní. Pouze informantky 3, 11, 18 a 19 uvedly, že se neúčastní preventivního screeningového programu proti karcinomu děložního čípku, zároveň informantka 18 doplnila, že se neúčastní ani preventivního mamografického vyšetření proti karcinomu prsu, účastní se pouze vyšetření tlustého střeva, důvodem neúčasti na dalších dvou programech jsou obavy, že by jí něco našli a věk: *„Protože se bojím, že by mi něco našli, a už mi je 70 roků, tak už na tohle nechodím“* (I 18). Zbylí čtyři informanti uvedli, že se těchto programů neúčastní, důvody jejich neúčasti jsou, že nemají potíže, jsou zdraví nebo nechtějí: *„Nemám problémy“* (I 1), *„Nic mi není, tak nechodím a teď bych tam už ani nedošla a dřív jsem taky nechodila“ (I 21), „Protože nechodím už ani k praktickému lékaři, tak tam nechodím“* (I 22), *„Protože jsem zdravý“* (I 23).

<u>Kategorie zdraví</u>

Kategorie zdraví je zaměřená na to, co si informanti představují pod pojmem „být zdravý“ a jak svoje zdraví hodnotí, jestli mají nějaké obavy z budoucnosti a jestli něco pro své zdraví dělají.

Subkategorie zdraví očima informantů

Tato subkategorie sděluje, co pro informanty znamená být zdravý. Informanti nejčastěji uvedli, aby je nic nebolelo, soběstačnost a být bez nemocí, to uvedlo sedm informantů: *„Být zdravý, že neberu žádné léky, nemám žádné problémy, můžu se hezky pohybovat a nic mě nebolí“* (I 4), *„Být bez nemocí, být soběstačný“* (I 22), *„Abych se dobře pohyboval, aby člověk byl nezávislý“* (I 24). Dále informanti odpovídali pohyblivost: *„Aby člověk mohl chodit, aby se obsloužil, aby si došel, kam chtěl, aby se mohl pohybovat, aby byl odkázán sám na sebe a nemusel být závislý na někom jiným“*

(I 18), nemít problémy: *„Nemít problémy“* (I 1), být bez jakéhokoli omezení: *„Co to znamená? No, že ráno vstanu a nic mě nebolí, a tak nějak, že mě nic neomezuje, můžu všechno dělat, jít do práce“* (I 9), cítit se celkově dobře: *„Cítit se dobře“ (*I 10) a neužívat tolik léků: *„To by pro mě znamenalo, abych nemusela brát tolik léků, jako beru teď, aby mi celkově bylo dobře“* (I 11).

Subkategorie hodnocení zdraví

Následující subkategorie popisuje, jak informanti hodnotí své fyzické, psychické a celkové zdraví na stupnici od 1 do 5, kdy 1 je velmi dobře, 2 spíše dobře, 3 ani dobře, ani špatně, 4 spíše špatně, 5 velmi špatně.

Fyzické zdraví jako velmi dobré hodnotí pouze jeden informant. Nejčastěji informanti hodnotili fyzické zdraví jako ani dobré, ani špatné, to uvedlo jedenáct informantů. Sedm informantů hodnotí fyzické zdraví jako spíše dobré a tři informanti jako spíše špatné. Zbylí dva informanti uváděli mezi 2-3 a 3-4.

Psychické zdraví informanti nejčastěji hodnotili jako spíše dobré, to uvedlo deset informantů. Další častou odpovědí bylo ani dobře, ani špatně, to uvedlo devět informantů. Za velmi dobré své psychické zdraví považují dva informanti. Jeden informant dokonce uvedl, že své psychické zdraví hodnotí spíše špatně. Zbylí dva informanti uváděli 1-2 a 2-3.

Celkové zdraví informanti nejčastěji hodnotili číslem 3 ani dobře, ani špatně, tuto odpověď uvedlo jedenáct informantů. Dalších deset informantů hodnotí své celkové zdraví spíše dobře. Jeden informant uvedl číslo 4, tedy spíše špatně. Zbylí dva informanti uvedli mezi 2-3. Jako velmi dobré své celkové zdraví nehodnotí žádný z informantů, ale pozitivní je, že ani žádný z informantů nehodnotí své zdraví jako velmi špatné.

Subkategorie změny ve zdraví s postupem času

V následující subkategorii se zaměříme na to, jaké změny informanti pozorují na svém zdraví od časné dospělosti doteď. Nejčastěji informanti uváděli pohybové problémy, související s bolestmi, to uvedlo patnáct informantů: *„Tak poté 55, už Vás občas bolí záda, kyčle, spíš tyhle pohybové problémy“* (I 12). Další častou odpovědí bylo, že je člověk více unavený, to uvedlo deset informantů: *„Větší únava, horší pohyblivost,*

všechno bolí“ (I 22). Dále informanti uváděli nemoc, duševní příznaky a zadýchávání: *„Vzhledem k věku to zdraví se trochu zhoršilo, jsou ty nemoci apod., ale nestěžuji si“* (I 13), *„Už člověk nesnese tak velkou fyzickou zátěž, možná i někdy ta psychická zátěž, takže se snažím více odpočívat, relaxovat na vzduchu“* (I 5), *„Tak teď už člověk nemůže ledacos dělat, protože se zadýchává a už ty síly ubývají a je člověk unavenější a ledacos Vás přestane bavit“* (I 18). Jedna informantka uvedla i potíže se spánkem: *„Určitě ty změny jsou, protože jak přibývají roky, tak člověk je více unavený po fyzické práci, trochu hůř se mi spí, ten spánek taky už není tak tvrdý, ale jinak dobrý*“ (I 9).

Subkategorie aktivity pro zdraví

V další subkategorii popisujeme, co informanti dělají, aby si udrželi zdraví. Nejčastěji uváděnými odpověďmi byly stravování a pohyb: *„Snažím se dodržovat životosprávu, jíst zeleninu, ovoce, pohybovat se na čerstvém vzduchu, věnuju se dětem, vnoučatům, s nimi sportovat, v rámci možností, pokud to jde, jezdit na kole a tak, tady na vesnici, to je myslím v pohodě“* (I 12). Dále informanti uváděli omezení rizikového chování (alkohol, kouření), dostatek spánku a odpočinku: *„Chodím včas spát, nekouřím, nepiju, snažím se pohybovat v rámci možností, dělám, na co mám chuť a na co mám síly v rámci možností, nepřejídám se, nekonzumuji velké porce“* (I 13). Informant 20 doplnil, že se snaží nestresovat: *„Snažím se žít zdravě, upravit životosprávu, trochu se hýbat, moc se nestresovat“* (I 20). „Zbylí tři informanti uváděli, že aktuálně pro své zdraví nic moc nedělají: *„Upřímně nic moc“* (I 10).

Subkategorie obavy z budoucnosti

V poslední subkategorii popisujeme, zda informanti mají nějaké obavy z budoucnosti. Více jak polovina informantů uvedla, že nějaké obavy z budoucnosti má, nejčastěji uváděli, že mají obavy z toho, že budou mít nějakou nemoc, nebo že dojde ke zhoršení jejich aktuální nemoci a budou odkázány na pomoc druhých: *„To mám, aby se to ještě nezhoršilo, a abych nezůstala ležící“* (I 3), *„Obávám se nemocí“* (I 9). Akorát informantka 18 uvedla, že má obavy o dnešní mladou populaci, jak všechno v dnešní chaotické a náročné době zvládnou: *„Mám obavy z toho, ne teď jako o sebe, ale jak to tihle mladí lidé v tomhle shonu vůbec zvládnou“* (I 18). Zbylí informanti uvedli, že žádné obavy z budoucnosti nemají: *„Ani ne“ (*I 1).

Kategorie životní styl

Poslední kategorie sděluje, jaký životní styl mají informanti. Zaměřili jsme se především na informovanost o zdravém životním stylu, a co dělají proto, aby žili zdravým životním stylem. Dále jsme zmapovali denní režim informantů, a to se zaměřením na denní jídelníček, pohybovou aktivitu, rizikové chování, spánek a výskyt stresu.

Subkategorie zdravý životní styl

Subkategorie zdravý životní styl popisuje, co si informanti představí pod zdravým životním stylem a zda se o zdravý životní styl zajímají.

Informanti se především shodují, že zdravý životní styl jsou vhodné stravování a dostatečná pohybová aktivita: *„Pod tím si představím jíst zdravě a více se pohybovat* (I 7). Informanti 5, 9 a 13 dále doplňují, že je důležitý i odpočinek a dostatečný spánek: *„Dostatečný spánek, vyvážená strava, nějaká ta fyzická zátěž – cvičení, fyzická práce, a pak hlavně ten odpočinek a tak dále, vědět, kdy to tělo má dost“* (I 5). Čtyři informanti také uváděli psychickou pohodu a nestresovat se: *„Žít zdravě, ať ve smyslu výživy, pohybu, duševního zdraví“*. Informanti dále uvádějí, že mezi zdravý životní styl patří i nekouřit a nepít alkohol, to uvedli dva informanti: *„Nekouřit, nepít alkohol, hodně spát, chodit na procházky a ruku v ruce k tomu jde mít dobré rodinné zázemí, nemít tam žádné problémy, aby člověk byl i po té duševní stránce v pořádku“* (I 9). Informantky 1 a 20 mezi zdravý životní styl zařadily i kulturu *„Sportování, nějaká kultura, vhodná životospráva“ (*I 20). Akorát informantka 21 uvedla, že neví, co je zdravý životní styl: *„To nevím“* (I 21). Svou odpovědí se od ostatních lišil informant 15, který kromě zdravé stravy a dostatečného pohybu uvedl také čisté ovzduší: *„Čisté ovzduší, zdravou stravu a pohyb, všechno nemůžeme na něco svádět, musíme se taky trošku snažit“* (I 15). Také informantka 13 se ve své odpovědi lišila od ostatních, která mezi zdravý životní styl řadí i docházení na lékařské prohlídky: *„V prvé řadě životospráva jako strava, pak lékařské prohlídky, spánek, sport, pohyb“* (I 13).

Následně jsme zjišťovali, zda se informanti zajímají o zdravý životní styl. Většina informantů uvedla, že se o zdravý životní styl nezajímá, to uvedlo osmnáct informantů: *„To ne“* (I 21). Dva informanti uvedli, že se o zdravý životní styl zajímají: *„Ano, snažím se“* (I 14). Zbylí informanti uvedli částečně: *„Trochu“* (I 3).

Subkategorie aktivity pro zdravý životní styl

Následující subkategorie sděluje, jestli se informanti snaží žít zdravým životním stylem, a co dělají pro to, aby žili zdravým životním stylem.

Většina informantů uvedla, že se zdravým životním stylem snaží žít, to uvedlo osmnáct informantů: *„Snažím se, ale moc to nejde, ale člověk se snaží, ne, že ne“* (I 11). Pouze informantka 1 uvedla, že se nesnaží žít zdravým životním stylem: *„Ani ne“* (I 1). Zbylí informanti uváděli, že se částečně snaží: *„Částečně“* (I 22).

Dále jsme zjišťovali, jaké aktivity informanti vykonávají pro to, aby žili zdravým životním stylem. Téměř většina informantů uvedla, že se snaží zdravě stravovat a jíst střídmě: *„Nekouřím, alkohol skoro nepiju, procházky, snažím se dobře stravovat“* (I 7). Akorát informantka 18 ve své odpovědi neuvedla stravování, ale pouze pohyb: *„Akorát ten pohyb, jinak snad asi nic“* (I 18). Dále více jak polovina informantů uváděla pohybovou aktivitu, že nekouří a že nepijí alkohol, nebo pouze příležitostně: *„Nekouřím, nepiju, snažím se dodržovat životosprávu, pohyb na čerstvém vzduchu“* (I 12).

Subkategorie informovanost o zdravém životním stylu

Následující subkategorie sděluje, kde informanti hledají informace o zdravém životním stylu. Nejčastěji informanti odpovídali, že informace získávají z médií, a to především z televize nebo z rádia: *„Především ze sdělovacích prostředků – z internetu a hodně z rádia, a občas u lékaře“* (I 14). Dalšími častými odpověďmi byly tisk a internet: *„Časopisy, internet“* (I 7). Překvapivě lékaře uvedlo pouze pět informantů: *„Něco u lékaře, něco z televize“* (I 16). Informantky 5 a 10 uvedly, že informace o zdravém životním stylu získávají z okolí: *„Asi jenom z okolí a od lékaře“* (I 5). Informanti 8, 18 a 21 uvedli, že se o to nezajímají, a tudíž si nikde informace o zdravém životním stylu nevyhledávají: *„Asi nikde, moc se o to nezajímám“* (I 8).

Subkategorie zdravý životní styl jako prevence civilizačních onemocnění

Tato subkategorie obsahuje informace o tom, jak moc může životní styl ovlivnit civilizační onemocnění a zda životní styl může přispět k prevenci vzniku civilizačních chorob. Jak moc může ovlivnit životní styl civilizační onemocnění, jsme zjišťovali na škále od 1-5, kdy 1 znamená, že vůbec neovlivňuje, 2 spíše ne, 3 částečně, 4 spíše ano,

5 významně ano. Informanti nejčastěji uváděli číslo 3, tedy že se dají částečně ovlivnit, to uvedlo dvanáct informantů. Dále informanti uváděli číslo 4 spíše ano a číslo 5 významně ano. Číslo 1 vůbec neovlivňuje a číslo 2 spíše ne nikdo z informantů neuvedl. Zda může životní styl přispět k prevenci civilizačních onemocnění, uvedli téměř všichni informanti, akorát informantka 18 odpověděla, že neví: *„Možná jo, možná ne, nevím“* (I 18).

Subkategorie životní prostředí

V této subkategorii popisujeme, jak jsou informanti spokojeni s životním prostředím, ve kterém žijí. Jedenáct informantů uvedlo, že jsou s životním prostředím, ve kterém žijí, spokojeni: *„Jsem velmi spokojen, tady si myslím, že je ovzduší velice dobrý, protože široko daleko není jediná fabrika, byl jsem v horším prostředí, kde bylo strašného smogu a z toho mě vždycky strašně bolela hlava a je to i z toho smogu“* (I 17). Čtyři informanti odpovídali, že s něčím jsou spokojeni, ale s něčím ne, většinou uváděli, že oproti městu je na vesnici lepší životní prostředí: *„Mohlo by to být lepší, mně vadí, když jiní lidé ničí a znečišťují přírodu, ale oproti městu je tady na vesnici takový větší duševní klid“* (I 7). Zbylí informanti se přikláněli spíše k tomu, že s životním prostředím nejsou spokojeni, a to především z důvodu nadměrného smogu, letadel, automobilů či znečištěné vody apod.: *„Nejsem spokojená, protože čím dál více je to ovzduší znečišťovaný, ať to jsou automobily nebo jiné věci“* (I 5), *„Moc ne, všechno se zamořuje, ovzduší, voda, všude jsou skládky apod.“* (I 19).

Subkategorie denní jídelníček

V této subkategorii popisujeme, jaký je denní jídelníček informantů. Konkrétně se věnujeme tomu, kolikrát denně se informanti stravují, jak často konzumují ovoce a zeleninu, jakou úpravu stravy preferují, jaký je jejich denní příjem tekutin a jaké nápoje preferují. Informanti nejčastěji uváděli, že se stravují 3x denně, to uvedlo jedenáct informantů: *„3x denně, což je málo, mělo by být 5x, já vím“* (I 5), *„3x denně“* (I 24). Druhou nejčastější odpovědí bylo 5x denně: *„Snídaně, svačina, oběd, odpoledne něco zobnu, večeře, takže 5x denně“* (I 15). Tři informanti uvedli, že se stravují 4x denně: *„4 x denně“ (*I 19). Informant 8 uváděl, že se stravuje 3x až 5x denně, někdy i vícekrát: *„Různě 3x až 5x denně, někdy i vícekrát, u mě je to horší s tím jídelníčkem, tak tam vyloženě ty zásady nedodržuji, že by se mělo jíst 5x denně apod.“* (I 8). Informantka 13 uvedla 3x až 4x denně: *„Začnu snídaní, pak je oběd, pak nějaké ovoce*

nebo jogurt ke svačině a večeře. Někdy se stravuji 3x denně a někdy se svačinou 4x denně" (I 13). Pouze informantka 2 jednoznačně neřekla, kolikrát denně se stravuje, ale uvedla: *„Tak to je horší, podle toho, jestli mám ranní nebo odpolední, když mám ranní, tak jdu do práce, vstávám v 5 hodin, jedu nenasnídaná, v práci si uvařím v půl sedmé kávu, k tomu si něco vezmu, snažím se jíst celozrnné pečivo s nějakým sýrem nebo něco, napiju se čaje, zapiju léky aspoň čajem, to je vše. Pak si dám svačinu, kousek chlebu s něčím. Obědvám jak kdy, někdy ano, někdy ne, někdy to nestíhám, takže nic. Pak ve 3 hodiny opět mám kávu. V sobotu a v neděli si dám nějaký zákusek teda, to musím říct. Pak přijdu domů a jím několikrát do večera, špatně, špatně, špatně"* (I 2).

Dále jsme zjišťovali, kolikrát denně informanti konzumují ovoce a zeleninu. Více jak polovina informantů uvedla, že konzumuje ovoce a zeleninu denně, to uvedlo šestnáct informantů: *„Jo, to můžu, tak jednou denně určitě"* (I 10). Informantka 20 uvedla, že v letních měsících konzumuje ovoce a zeleninu denně, ale v zimě pak zeleninu pouze obden: *„V létě denně, v zimě ovoce denně, aspoň to jablko, zeleninu asi obden"* (I 20). Někteří informanti uváděli, že konzumují ovoce denně, ale zeleninu pouze několikrát do týdne: *„Ovoce každý den a zeleninu syrovou nemůžu, takže já jenom dušenou a tu nemám každý den, to tak 1x až 2x do týdne"* (I 4), *„Ovoce každý den a zeleninu taky dost často, tak 5x do týdne*" (I 16), *„Ovoce denně, buď jablko, pomeranč, víno nebo banán a zeleninu, když to mám v obědě, jinak ne, ale mám ráda třeba mrkev s jablky"* (I 21). Dále informanti uváděli konzumaci ovoce a zeleniny 3x až 4x do týdne: *„Teďka se snažím, ale spíš jablka, zeleninu jo, ale v tom zimním období se to bojím kupovat, protože to je taky všechno modifikovaný, tak člověk neví, jestli je to k dobru, nebo jestli je to spíš ještě k horšímu, protože jak se říká, dneska se to nepěstuje, ale vyrábí, takže jedině ta domácí zahrádka*" A když byste měla říct kolikrát do týdne? *„Tak 3x až 4x týdně, mohlo by to být lepší, jsem si toho vědoma.* (I 6), *„Snažím se, ale určitě jsou dny, kdy to nemám, tak asi 4x týdně* (I 9).

Následně jsme zjišťovali, jakou úpravu stravy informanti preferují, jestli pečení, smažení, vaření či dušení. Informanti nejčastěji uváděli, že nepreferují pouze jeden typ úpravy stravy, ale že se snaží to střídat, to uvedlo deset informantů: *„Tak střídám, ale to pečení a smažení se snažím omezit*" (I 6), *„Tak je to asi vyrovnaný"* (I 22). Další preferovanou úpravou stravy je vaření a následně dušení: *„Vaření a dušení"* (I 11), *„Mně je to jedno, dám si všechno, ale spíš vaření a dušení"* (I 23). Pečení uvedli pouze

tři informanti: *„Já bych se přikláněl k tomu pečení“* (I 8). Akorát informantka 1 uvedla, že preferuje smažení: *„Smažení“* (I 1).

Následně jsme zjišťovali, jaký je denní příjem tekutin u informantů a jaké tekutiny preferují. Informanti nejčastěji uváděli, že vypijí pouze 1 l tekutin: *„Spíš menší, tak 1 l“* (I 14). Šest informantů uvedlo, že jejich denní příjem tekutin činí 1,5 l, to uvedlo šest informantů: *„1,5 litru vypiji“* (I 10). Rozmezí 1 až 1,5 litru uvedli tři informanti: *„To se snažím pít ten 1-1,5 litru“* (I 20). Dále informanti uváděli, že vypijí 2 litry: *„Snažím se ty 2 litry denně vypít“* (I 4). Akorát informant 8 uvedl, že během dne vypije 3 l tekutin: *„Tak ty 3 litry“* (I 8). Nejčastěji preferované tekutiny uváděné informanty jsou čistá voda a následně čaj: *„Vodu, občas čaj s citrónem bez cukru“* (I 7), *„Vodu a čaje většinou bylinkové nebo zelený čaj“* (I 24). Dále informanti uváděli minerální vodu, vodu s citrónem či se šťávou nebo kávu: *„Preferuji vodu se šťávou a Poděbradku prolinii a čaj a jednou denně kávu“* (I 9). Informanti 6 a 22 uvedli mléko: *„Čaj, mléko“* (I 22) a informanti 8 a 23 uvedli mezi preferované tekutiny nápoje typu Cola a Kofola či sladké limonády: *„Já jsem spíš na ty sladší, jako je Cola, tu vodu moc ne“* (I 8), *„Čaj, limonáda, kofola“* (I 23). Z výzkumného šetření vyplývá, že u některých informantů je denní příjem tekutin velmi malý, a to pouze kolem 1 l. Naopak u informanta 8, kdy je sice denní příjem tekutin dostatečný až 3 litry, tak však preferuje nevyhovující nápoje typu Cola apod.

Subkategorie výskyt rizikového chování

Následující subkategorie obsahuje informace o výskytu rizikového chování u informantů se zaměřením na oblast kouření a pití alkoholu. Z výzkumu vyplývá, že kuřáctví se vyskytuje pouze u čtyř informantů. Informant 17 uvedl, že je odnaučený kuřák: *„Už nekouřím 6 týdnů naštěstí, měl jsem i ty elektronické cigarety, které mi byly eventuálně doporučeny plicním lékařem, abych přestal kouřit normální cigarety, ale koupil jsem si nějaké silnější náplně a dostal jsem z toho takové záchvaty kašle, že jsem s tím skončil a jsem rád“* (I 17). Zbylých dvacet informantů uvedlo, že nekouří. Informanti, kteří kouří, vykouří za den v rozmezí 10-20 cigaret, akorát informant 24 uvedl, že dvacet let nekouřil, ale nyní si jednu cigaretu denně dá: *„20 let jsem nekouřil, ale teď si tu jednu cigaretku dám“* (I 24).

Následně jsme zjišťovali, jak často informanti konzumují alkohol. Nejčastěji informanti uváděli, že alkohol vůbec nekonzumují, to uvedlo osm informantů: *„Vůbec“* (I 3).

Dalších sedm informantů uvedlo, že alkohol konzumují pouze příležitostně: *„Sem tam trochu červeného vína, pivo to už musí být a panáka pouze, když je nějaká oslava, takže příležitostně“* (I 16). Dva informanti uvedli jednou do měsíce a dva jednou do týdne: *„Příležitostně víno, pivo, ale to tak jednou za měsíc 2 dcl“* (I 6), *„Jednoho panáka za týden, když takhle řeknu třeba průměr“* (I 2). Informanti 15 a 22 uvedli 2x až 3x do týdne: *„Málo, tak 2-3 piva do týdne“* (I 15). A zbylí informanti uvedli 1x denně: *„Jedno až dvě piva večer“* (I 23).

Subkategorie pohybová aktivita

V této subkategorii jsme se zaměřili na to, jak informanti tráví den, a zda se věnují aspoň 30 minut denně chůzi. Chůzi se věnují denně pouze tři informanti: *„Snažím se chodit každý den do toho města, tak 2-3 km a o víkendu na procházky těch 5-6 km“* (I 6). Devět informantů dokonce uvedlo, že cíleně se chůzi vůbec nevěnují, pouze co nachodí v práci nebo kolem domu: *„Tak kolem baráku a na zahradě, jinak ne“* (I 23). 1x až 2x týdně chodí na procházky šest informantů: *„Tak chodit musím pořád, co se týká procházek, tak 2x týdně“* (I 17). Ostatní informanti se věnují chůzi 3x až 5x do týdne: *„Ve všední dny obden a o víkendech, to není problém třeba 5-6 km ujít, takže 4x až 5x týdně“* (I 15).

Čemu se během dne věnují, informanti odpovídali různě, jelikož část informantů ještě chodí do práce, tak jejich den je převážně pracovní, jiný den naopak budou mít informanti, kteří jsou již ve starobním důchodu. Informanti především uváděli, že se věnují svým koníčkům, jako je např. zahrádka apod.

Subkategorie spánek

Tato subkategorie informuje o tom, kolik hodin denně informanti spí a zda trpí nespavostí, případně, jestli užívají léky na podporu spánku. Spánek v rozmezí 6-8 hodin uvádělo šestnáct informantů: *„To spím teď míň, takových těch 7 hodin*“ (I 12). Nad 8 hodin spí čtyři informanti: *„Těch 8 hodin určitě, možná i 9“* (I 16). Informant 14 dokonce uvedl, že spí 10 hodin: *„10“* (I 14). Naopak méně jak 6 hodin spí také čtyři informanti: *„No chodím spát tak kolem 10. až 11. hodiny a do 3 hodin spím, takže 4 až 5 hodin“* (I 2). Nespavostí v našem výzkumu trpí třináct informantů, však léky na podporu spánku užívá pouze jeden informant a to informant 24: *„Mám ½ tabletky a tu už beru asi 20 let“* A s tou tabletkou Vám to pomáhá? *„Jo, to jo, to usnu, ale*

maximálně na 3 až 4 hodiny, kolikrát jsem to zkoušel bez tabletky, ale nemůžu usnout, tak si ji vezmu později“ (I 24). Ostatní informanti, trpící nespavostí, žádné léky na podporu spánku neužívají, akorát informant 14 uvedl, že užívá léky na deprese a ty ho pravděpodobně více uspávají: *„Ne, ale beru na deprese, a to mě asi víc uspává, i když já jsem nikdy neměl problémy se spaním“* (I 14). Zbylých jedenáct informantů uvedlo, že nespavostí netrpí: *„To ani ne“* (I 18).

Subkategorie stres

V poslední subkategorii tohoto výzkumu popisujeme, jaký je výskyt stresu u informantů, kde jsme se zabývali četností stresu, mírou stresu, důvodem stresu, ovlivněním stresu a způsobem předcházení stresu. Četnost stresu jsme vyhodnocovali na stupnici od 1 do 5, kde 1 je nikdy se nestresuji, 2 téměř nikdy se nestresuji, 3 někdy se stresuji, 4 docela často se stresuji a 5 velmi často se stresuji. Informanti na stupnici od 1 do 5 nejčastěji uváděli číslo 3, někdy se stresují, to uvedlo devět informantů. Další častou odpovědí bylo, docela často se stresuji, tedy číslo 4, to uvedlo dalších šest informantů. Dva informanti dokonce uvedli číslo 5, velmi často se stresuji. Z výzkumného šetření vyplývá, že většina informantů se stresuje hodně, pouze 2 informanti uvedli, že se vůbec nestresují. Tři informanti uvedli číslo 2, téměř nikdy se nestresuji a zbylí dva informanti uváděli v rozmezí 2-3 a 4-5.

Dále jsme zjišťovali, jak by informanti u sebe hodnotili míru stresu, na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejsem vůbec odolný/á vůči stresu a 10 jsem velice odolný/á vůči stresu. Z výzkumného šetření vyplývá, že osm informantů uvedlo, že spíše nejsou odolní vůči stresu, uváděli tedy číslo 1-4, dalších osm informantů uvedlo číslo 5, částečně jsou odolní vůči stresu, ale někdy odolní nejsou a zbylých osm informantů se přiklání k tomu, že spíše jsou odolní vůči stresu a uváděli číslo 6 až 10. Informantka 13 dokonce uvedla, že je velice odolná vůči stresu: *„Jsem velice odolná – 10“* (I 13). Číslo 1, nejsem vůbec odolný vůči stresu, neuvedl žádný z informantů.

Následně jsme se zabývali tím, co je důvodem stresu. Zde můžeme vidět značné rozdíly, protože pro každého informanta může být důvodem stresu něco jiného. Informanti nejčastěji uváděli problémy v rodině, to uvedlo jedenáct informantů: *„Starost o druhé, o rodinu“* (I 20). Následovala nemoc a práce: *„No pro jiný lidi to je třeba prkotina, ale na mě to hodně působí. Ať už se jedná o zdraví, nemoci, rodinu, všechno souvisí se vším“* (I 6¨), *„Všechno možný, rodina, práce“* (I 7). Dalšími

odpověďmi, které se odlišují od většiny, jsou fobie, politika, bolest, všeobecně problémy, křivda, cestování, něco nečekaného, problémy kolem domu a negativní zprávy: *„U mě fobie“* (I 1), *„Politika, a jak se stát staví ke zdravotnictví, jak ho málo podporuje, ale také třeba nemoc, bolest“* (I 3), *„Problémy, které se naskytnou, ať už je to v práci, nebo, když se mi něco nevede“* (I 15), *„Když mi někdo ublíží, ukřivdí“* (I 13), *„Něco nečekaného, nepředvídatelného, ale jako nepanikařím, není to tak hrozné*“ (I 16), *„Maličkosti, třeba cestování, když mám někam jet, tak mě to stresuje“* (I 19), *„Rodina, problémy kolem domu“* (I 22), *„Negativní věci v novinách, v tisku, v politice. Dříve to byly problémy v rodině, ale teď už je to dobré“* (I 24). Akorát informantka 21 uvedla, že se nestresuje: *„Nic, nestresuji se“* (I 21).

Dále jsme u informantů zjišťovali, jak je stres ovlivňuje. Nejčastěji informanti uváděli, že se to projeví na jejich chování, buď bývají uzavření, plačtiví, nervózní, nebo naopak výbušní: *„No projeví se třeba na chování, já se spíš stáhnu, a pak třeba brečím, a co se týká zdraví, tak mi začne bušit srdce a klepu se“* (I 4). Ovlivnění chování z důvodu stresu uvedlo sedmnáct informantů. Dále informanti uváděli, že stres ovlivňuje jejich zdraví, a že se stres podílel i na vzniku onemocnění *„Špatně spím, jsem nespokojená, ovlivňuje moje zdraví, mám větší bolesti zad“* (I 3), *„Tak asi mě ovlivňuje, určitě se zvýší ten tlak, jsem nervózní, úzkostlivá“* (I 6). Pět informantů dokonce uvedlo i problémy se spánkem: *„Tak na zdraví se snad nějak neprojevuje, ale třeba se objeví občas ta nespavost“* (I 12). Informantky 5 a 21 uvedly, že je stres neovlivňuje: *„Myslím si, že to dokáži ukočírovat, že mě to nějak neovlivňuje“* (I 5), *„Asi vůbec“* (I 21).

Nakonec jsme zjišťovali, jakým způsobem se snaží stresu předcházet. Většina informantů uvedla, že se snaží stresu předcházet především nějakou fyzickou aktivitou, ať už procházkou, jízdou na kole či prací, to uvedlo čtrnáct informantů: *„Dělat něco na čerstvém vzduchu, myslet pozitivně, snažím se nenervovat“* (I 16). Další častou odpovědí bylo předcházet stresovým situacím, snažit se jím vyhýbat *„Snažím se, aby stresové situace nenastaly, ale málo, co se nechá ovlivnit, tak se většinou snažím jít třeba ven do té přírody, se trochu odreagovat“* (I 6). Dále informanti uváděli pozitivní myšlení *„Tím, že myslím pozitivně, tím vlastně, když bych se měla do něčeho dostat, tak řeknu ne, tudy cesta nevede a přemýšlím nad něčím pozitivním“* (I 5). Informantky 1 a 18 kromě fyzické aktivity uvedly i užití tabletky *„Prášky a fyzickou aktivitou“* (I 1), *„To je těžký předcházet, když jsem hodně vystresovaná, tak si vezmu tabletku na nervy a tím se zklidním, anebo si jdu pročistit hlavu, na procházky, tam se odreaguju, jdu*

třeba do lesa“ (I 18). Dalšími odpověďmi byly muzika, spánek, snažit se na to nemyslet či si s někým popovídat: *„Nemyslet na to, mít věci vždycky v pořádku, ale prostě to nejde. Nebo se jít třeba projít, ale stejně mám myšlenky stále u toho, povídám si sama se sebou“* (I 2), *„Tak snažím se o tom s někým mluvit, nebo se jedu projet na kole“* (I 10), *„To je otázka, čím je člověk starší, tak si všechno bere jinak. Většinou mi pomůže, když se dojdu projít nebo dobrou muzikou“* (I 11), *„Být v klidu, dostatek spánku, jít do přírody, ke psovi“* (I 21). Informantka 9 uvedla, že stresu nelze předcházet: *„Myslím si, že stresu se nedá úplně předcházet“* (I 9) a informantka 21 uvedla, že se stresu nesnaží nějak předcházet: *„Vůbec ne“* (I 21).

6 DISKUZE

Prevence civilizačních onemocnění vzhledem ke zvyšujícímu se výskytu onemocnění je stále aktuálním tématem. Z výzkumného šetření vyplývá, že část informantů je o prevenci civilizačních onemocnění informována, ale část informantů je částečně neinformována, i přes dnešní možnosti, kdy jsou informace o prevenci snadno dostupné. Na neinformovanosti informantů má značný podíl jak zdravotnický personál, tak i neznalost či nezájem informantů. Pro naši práci jsme stanovili tři výzkumné cíle a čtyři výzkumné otázky (viz str. 43).

První cíl směřoval ke zjištění informovanosti informantů o rizicích a prevenci vzniku civilizačních chorob u generace 50+ v Královéhradeckém kraji. Na základě tohoto cíle byla definována výzkumná otázka. Jaká je informovanost generace 50+ o rizicích a prevenci civilizačních onemocnění? Dle Světové zdravotnické organizace první příčku civilizačních chorob zaujímají kardiovaskulární onemocnění, které jsou na vzestupu nejen v ČR, ale i ve světě (WHO, 2017). Dalšími často se vyskytujícími onemocněními jsou metabolické choroby a onkologická onemocnění (ÚZIS, 2017). Hanzlíková et al. (2007) uvádějí, že k nárůstu onemocnění dochází s věkem, a u většiny lidí se po 60. roce věku objeví chronické onemocnění. Helus (2018) doplňuje, že po 60. roce věku se až u 90 % osob objeví výrazné zhoršení zrakové percepce a u 30 % osob je výrazné zhoršení sluchu. Podle světových zdravotnických ukazatelů se lze domnívat, že v roce 2030 bude každý čtvrtý člověk na světě spadat do seniorské kategorie, z důvodu prodlužování délky života (Mladosievičová et al., 2014). S tím je jednoznačně spojený i nárůst onemocnění, kde ovšem svoji roli hraje i životní styl jedince. Dle mého názoru, pokud nedojde u každého člověka ke změně postoje k vlastnímu zdraví, tak se lze domnívat, že bude nadále docházet k výraznému nárůstu morbidity. Na základě našeho výzkumu můžeme vidět, že civilizačním onemocněním trpí sedmnáct informantů a u dvaceti dvou informantů je výskyt civilizačního onemocnění i v rodině. Překvapivé však je, že častěji se onemocnění vyskytuje ve věkové kategorii 50-59 let a 60-69 let, oproti tomu ve věkové kategorii 70+, u které bychom čekali vyšší výskyt onemocnění, je přítomnost nemoci pouze u dvou informantů ze sedmi. Většina informantů z důvodu svého onemocnění pociťuje i určitá omezení, jejichž omezení se však liší dle typu onemocnění. Nejčastěji uváděnými byly únava, bolest či zhoršení mobility. To, že si informanti svá omezení uvědomují, můžeme v rámci prevence a zvýšení její efektivnosti využít jako motivační prvek. Protože pokud na jednotlivých úrovních

prevence bude člověk s ohledem na svůj zdravotní stav dodržovat určitá doporučení, tak to určitou míru zlepšení přinese.

V oblasti rizikových faktorů vzniku civilizačního onemocnění většina informantů určité znalosti prokazuje. Kastnerová (2016) dělí rizikové faktory na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Machová et al. (2015) mezi ovlivnitelné rizikové faktory řadí faktory životního stylu, a to především výživu a pohybovou aktivitu. I informanti v našem výzkumu mezi rizikové faktory řadili především faktory životního stylu. Nejčastěji uváděli stravování, pohybovou aktivitu a rizikové chování. Zajímavé je, že téměř většina informantů řadí mezi rizikové faktory vzniku civilizačních onemocnění pouze ovlivnitelné rizikové faktory. Neovlivnitelné rizikové faktory zařadili pouze dva informanti. Však Čeledová a Čevela (2010) uvádějí, že na vzniku onemocnění se jednak kromě životního stylu částečně podílí právě i jmenovaná genetická stránka. S tímto souhlasí i Machová et al. (2015) nebo Kastnerová (2016). Rodinný výskyt byl zachycen i u našich informantů a lze se domnívat, že některá onemocnění mohou mít genetickou souvislost. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji vyskytujícím se rizikovým faktorem u našich informantů je stres, ti se převážně shodli i na tom, že stres měl určitý vliv i na vznik jejich aktuálního onemocnění. Stres, který se vyskytuje u informantů, pramení především z rodinných či pracovních problémů nebo nemoci. Aby stres eliminovali, tak se věnují pohybové aktivitě, snaží se stresovým situacím předcházet a pozitivně myslet. Plamínek et al. (2013) uvádějí, že odolnost vůči stresu se mění v čase a že záleží na řadě dalších faktorů. Podle toho, v jakém rozpoložení se člověk nyní nachází, tak se mění i jeho odolnost vůči stresu. Čím větší zátěž na člověka působí, tím větší je stres, a tím menší je odolnost vůči stresu (Plamínek et al., 2013).

Co se týče informovanosti informantů o prevenci civilizačních onemocnění, tak na základě zjištěného můžeme říci, že informace o prevenci civilizačních onemocnění informanti získávají především od lékaře a pak z médií nebo tisku. Informace od všeobecné sestry informanti ve svých odpovědích již tak často neuváděli. Informovanost o prevenci vzniku civilizačních chorob pokládá za důležitou i Ministerstvo zdravotnictví, kdy pod jeho záštitou působí řada preventivních programů a opatření. Lze jmenovat například projekt adresného zvaní na preventivní screeningová vyšetření, které zahájilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami v roce 2014 (MZČR, © 2010b). Mohli bychom jmenovat řadu dalších

preventivních programů, působící pod záštitou Ministerstva zdravotnictví, ale to přesahuje rámec naší diplomové práce.

Z výzkumného šetření vyplývá, že většina informantů určité znalosti v oblasti prevence civilizačních onemocnění a rizikových faktorů má, ale jsou zde i někteří, kteří výrazné znalosti neprokazují, a proto je opakovaná edukace důležitá.

Důležitou oblastí našeho výzkumu je právě jmenovaná prevence. Dolák (2016) dělí prevenci dle časového hlediska na primární, sekundární a terciární. Cílem primární prevence je předcházet vzniku onemocnění. Sekundární prevence si již klade za cíl časnou diagnostiku nemocí a účinnou léčbu a terciární prevence je zaměřena na prevenci následků nemocí (Machová et al., 2015). Dolák (2016), Machová et al. (2015) i Müllerová et al. (2014) se shodují, že hlavním cílem terciární prevence je především zlepšení kvality života. Gurková (2011) uvádí, že kvalitu života je těžké definovat, protože zahrnuje širokou škálu různorodých zkušeností člověka. Hodnocení, zda náš život je, či není kvalitní, je založeno na porovnávání našeho života s očekáváním (Gurková, 2011). Z daného vyplývá, že kvalita života je individuální záležitost a každý kvalitu života pociťuje jinak.

Prevence byla i naším druhým výzkumným cílem. Naším cílem bylo zmapovat postoj generace 50+ k prevenci civilizačních onemocnění v Královéhradeckém kraji. Na základě tohoto cíle byly definovány následující výzkumné otázky. Jaký je postoj generace 50+ k prevenci civilizačních onemocnění? Jak vnímá generace 50+ realizovanou prevenci civilizačních onemocnění?

Účelná prevence neboli předcházení nemocem je důležitou součástí zdravého životního stylu, a právě díky ní můžeme předejít řadě onemocnění, proto ji považujeme za velmi důležitou. Lidé by si především měli uvědomit, že je mnohem jednodušší nemocem předcházet včasnou a účelnou prevencí, než potom absolvovat náročnou a nákladnou léčbu. Každý z nás rozhoduje o svém vlastním životě. Jak uvádějí Čeledová a Čevela (2010), tak na změnu životního stylu není nikdy pozdě a lze začít kdykoli. Každý člověk je svéprávná bytost, a tudíž on sám si rozhoduje o tom, jak kvalitní život bude žít. Machová et al. (2015) doplňují, že i přesto, že většina lidí uznává prevenci za důležitou, a chápe, že je nemocem lepší předcházet, než jimi potom trpět, tak lidé na některá preventivní opatření nedbají, ale pak se ochotně podrobují léčbě již vzniklého onemocnění. Tento přístup může souviset i s tím, že většina lidí, pokud jsou zdraví,

nepociťují potřebu navštěvovat lékaře či se domnívají, že se jich onemocnění netýká (Machová et al., 2015). Toto tvrzení lze potvrdit i naším výzkumem. I přesto, že většina informantů považuje prevenci za velmi důležitou, tak se někteří informanti preventivních prohlídek či preventivních screeningových vyšetření neúčastní. Lidé jako důvod nenavštěvování lékaře a preventivních prohlídek často uváděli, že jim jsou nepříjemné, nechce se jim, jsou zdraví nebo nemají žádné problémy, a tudíž nemají potřebu lékaře navštěvovat. Důležitou součástí prevence je uvědomění si možnosti výskytu onemocnění, a změnit tak svůj postoj k vlastnímu zdraví, s tímto tvrzením se shodují i Machová et al. (2015). Z výzkumného šetření vyplývá, že změna názoru na prevenci se mění s věkem a po diagnostikování nemoci. V době své časné dospělosti informanti uváděli, že se o prevenci v takové míře nezajímali, nebo ani nevěděli, že něco takového je. Opět zde můžeme vidět nutnost opakované edukace a zde svou roli hraje i motivace pacienta. V praxi lze využít aspoň krátkých intervencí, které mají za cíl během krátkého rozhovoru rozpoznat rizikové faktory, zjistit míru rizika, informovat pacienta o možných dopadech na jeho zdraví, motivovat pacienta ke změně chování a posílit zodpovědnost pacienta za vlastní zdraví (Hamplová et al., 2018). Člověk se nad tím aspoň částečně zamyslí a možná si řekne, že dělá něco, co mu neprospívá, a mohl by něco změnit. Informanti často uváděli, že by bylo dobré vrátit zdravotníky do škol, více nabízet EKG a různá vyšetření a zajištění především jejich dostupnosti. Dále poukázali i na možnost většího proplácení prevence od pojišťoven či na adresné zvaní na různá vyšetření. Výsledky z výzkumného šetření poukazují na nedostatky v prevenci. Je důležité tyto nedostatky eliminovat, a zajistit tak efektivnější prevenci. A to především zajištěním dostupnosti vyšetření všem občanům, či zasíláním tzv. pozvánek jednak na preventivní prohlídky a jednak na preventivní screeningová vyšetření. Bylo by dobré zajistit rozesílání pozvánek s předstihem všem občanům, a ne až poté, když se lidé dlouhodobě nedostaví. Za zvážení určitě stojí i zmínka o znovuzavedení zdravotníků do škol, nebo hromadného docházení škol např. k zubaři.

Prevenci v ČR většina informantů hodnotí na dobré úrovni, to lze potvrdit i dnešními možnostmi především v oblasti preventivních screeningových programů, které se snaží předcházet vybraným nádorovým onemocněním. Díky preventivním screeningovým vyšetřením je možnost včas detekovat onemocnění a zahájit včasnou léčbu. Důležité je, aby lidé pravidelně na tato vyšetření docházeli a dalo se tak včas předejít případnému onemocnění. Bohužel ale ani v našem výzkumu jsme se nesetkali se 100% účastí na

těchto screeningových programech. Čtyři informanti uvedli, že se preventivních screeningových vyšetření neúčastní, důvodem je především, že nemají žádné problémy či jsou zdraví. Některé informantky uvedly, že se účastní pouze některých screeningových vyšetření. Průzkum z roku 2017 ukazuje, že preventivního screeningového programu proti karcinomu tlustého střeva se zúčastnilo pouhých 29 % populace (Májek et al., 2018a). Preventivního screeningového programu proti karcinomu prsu se zúčastnilo 61,3 % žen ve věku 45-69 let a preventivního screeningového programu proti karcinomu děložního čípku se zúčastnilo 56,3 % žen ve věkové skupině 25-59 let. Od 50 let věku využití preventivního screeningového programu proti karcinomu děložního čípku výrazně klesá (Májek et al., 2018b, Májek et al., 2018c), což můžeme potvrdit i našim výzkumem. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji se informanti účastní preventivního screeningového vyšetření proti karcinomu tlustého střeva. Vyšší zastoupení tohoto vyšetření je však ovlivněno i tím, že v našem výzkumu máme jednak zastoupení mužů i žen. Ale i přesto lze říci, i z odpovědí informantek, že další dvě screeningová vyšetření jsou jimi více podceňovaná. Proto je důležité čím dál více klást důraz na prevenci, protože prevence jako jedna z mála pomáhá předcházet vzniku onemocnění. Proto by jak lékaři, tak i další zdravotnický personál měli pacienty řádně edukovat o důležitosti prevence. Nemůžeme stoprocentně tvrdit, že když pacient bude dodržovat veškerá preventivní opatření a bude chodit na pravidelné preventivní prohlídky, že se onemocnění nevyskytne, ale právě díky prevenci lze včas diagnostikovat onemocnění a zahájit včasnou léčbu, a to bychom měli mít vždy na paměti. Např. pohybovou aktivitou můžeme snížit riziko výskytu nádoru tlustého střeva o 40-50 %, zhoubného nádoru prsu o 30-40 %, a stejně tak i riziko výskytu zhoubného nádoru plic či dělohy. Přidáme-li k tomu i vhodné stravování a celkově zdravý životní styl, tak se riziko výskytu onemocnění nadále snižuje (ČOS ČLS JEP, © 2019a). Své uplatnění samozřejmě mají i preventivní prohlídky a preventivní screeningová vyšetření.

Oblast zdraví byla další kategorie, kterou jsme u informantů zjišťovali. Světová zdravotnická organizace v roce 1948 definovala zdraví jako: *„stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“*, tato definice je užívána dodnes. Machová et al. (2015) uvádějí, že zdraví je nejvýznamnější hodnota lidského života. Informanti nejčastěji uváděli, že pro ně být zdravý znamená, aby je nic nebolelo, být soběstačný a být bez nemocí. Celkové zdraví informanti

nejčastěji hodnotili jako ani dobré ani špatné, to uvedlo jedenáct informantů, ostatní informanti se přikláněli k hodnocení zdraví jako spíše dobré, pouze jeden informant uvedl, že své zdraví hodnotí spíše špatně. Machová et al. (2015) uvádějí, že vliv na zdraví má jednak životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby. Z neovlivnitelných determinant je to především genetika (Machová et al., 2015). Nováková (2011) uvádí, že s věkem přibývá i onemocnění, a to především kardiovaskulárních chorob, metabolických onemocnění, onemocnění plic, nervového systému a degenerativního onemocnění kloubů a kostí. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji informanti uváděli právě pohybové problémy, související s bolestmi, to uvedlo patnáct informantů. V rámci výzkumu jsme také zjišťovali, zda informanti mají nějaké obavy z budoucnosti. Mandincová (2011) popisuje, že nemocný člověk má často strach a obavy z diagnózy, následků, komplikací onemocnění a z bolesti. Informanti v našem výzkumu nejčastěji uváděli, že mají obavy z toho, že budou mít nějakou nemoc, nebo že dojde ke zhoršení jejich aktuální nemoci a budou odkázány na pomoc druhých.

Třetím a zároveň posledním cílem bylo zmapovat životní styl generace 50+ v Královéhradeckém kraji. Na základě tohoto cíle byla definována následující výzkumná otázka. Jaký je životní styl generace 50+? Machová et al. (2015) definují životní styl jako dobrovolné chování jedince, které má vliv na jeho zdraví. Informanti si pod zdravým životním stylem nejčastěji představí vhodné stravování a pohybovou aktivitu. Na základě zjištěného můžeme říci, že i přesto, že se většina informantů nějak výrazněji o životní styl nezajímá, tak se snaží určité zásady zdravého životního stylu dodržovat. Čeledová a Čevela (2010) definují zdravý životní styl jako styl života, kdy nedochází ke kouření, pití alkoholu, užívání drog, nedostatečné pohybové aktivitě či špatným mezilidským vztahům. Informanti nejčastěji uváděli, že se snaží vhodně stravovat a zařadit do svého životního stylu pohybovou aktivitu. Na tyto oblasti jsme se v našem výzkumu zaměřili více, kdy jsme stravování a pohybovou aktivitu informantů zkoumali hlouběji. V oblasti stravování jsme se zaměřili na to, kolikrát denně se informanti stravují, jak často konzumují ovoce a zeleninu, jakou úpravu stravy preferují, jaký mají denní příjem tekutin a jaké nápoje preferují. Dle Společnosti pro výživu, která stanovila výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky, by se člověk měl stravovat pravidelně 5x denně, menší porce, s rozložením energetického příjmu na 20 % snídaně, 35 % oběd, 25-30 % večeře a svačiny 5-10 % s přibližně 3hodinovými

pauzami mezi jednotlivými denními jídly (SPV, 2012). Z našeho výzkumu však vyplývá, že informanti se nejčastěji stravují 3x denně. 5x denně se stravuje pouze sedm informantů. V oblasti ovoce a zeleniny výživová doporučení stanovují denní příjem ovoce a zeleniny včetně ořechů na 600 g denně (SPV, 2012). Denně však konzumuje ovoce a zeleninu pouze šestnáct informantů. Denní příjem tekutin by u dospělé osoby měl činit 1,5-2 l tekutin, při zvýšené aktivitě samozřejmě více, a to především tekutiny neslazené cukrem, nejlépe s přirozenou ovocnou složkou (SPV, 2012). Z výzkumu vyplývá, že pitný režim u informantů je velmi nedostačující, a i zde můžeme vidět, že edukace pacientů je velmi důležitá. Na oblast prevence, i když si to možná neuvědomujeme, ve svém životě narážíme často. Proto bychom se vždy měli pozastavit a popřemýšlet, jestli něco neděláme špatně a zda by se něco dalo změnit, co by vedlo k pozitivní změně v rámci našeho zdraví.

Důležitou součástí životního stylu, a tedy i prevence, je již zmiňovaná pohybová aktivita. Bylo by dobré, kdyby lidé brali pohybovou aktivitu jako součást života, nikoli jako povinnost. Protože, když člověk bude brát pohybovou aktivitu jako povinnost, a ne jako zábavu, nebo že dělá něco pro své zdraví s pocitem radosti, tak se pohybové aktivitě bude spíše vyhýbat. I Machová et al. (2105) uvádějí, že dnešní doba je charakteristická převážně sedavým způsobem života, a i běžného pohybu ubývá. Lidé se pohybují především auty, a i po práci stráví volný čas raději u počítače než nějakou pohybovou aktivitou (Machová et al., 2015). Doporučována je jakákoliv aktivita trvající aspoň 30 minut denně pět dní v týdnu (Mauritzová, Nováková, 2016). I přirozenou chůzí lze docílit významného preventivního účinku pro svoje zdraví.

Výskyt rizikového chování, jako je kouření, se v našem výzkumu vyskytuje pouze u čtyř informantů, což je v průměru méně, než uvádějí Müllerová et al. (2014), kteří uvádějí, že prevalence kuřáctví ve věku nad 45 let se vyskytuje v rozmezí 20,8 % až 28,9 %. Pití alkoholu se však v našem výzkumu objevuje již častěji, a to u šestnácti informantů, někteří informanti dokonce uvedli, že konzumují alkohol denně. Müllerová et al. (2014) uvádějí, že rizikové chování, jako jsou kouření či pití alkoholu, může výrazně přispět ke vzniku onemocnění. Machová et al. (2015) však doplňují, že alkohol může mít i pozitivní účinky na organismus, a to v případě, že je užíván pouze v malém množství. Dlouhodobé užívání alkoholu však výrazně zvyšuje riziko kardiovaskulární mortality z důvodu hypertenze a tachykardie (Müllerová et al., 2014).

V oblasti spánku je překvapující, že lék na podporu spánku užívá pouze jeden informant. Dnes se často v nemocnicích setkáváme s tím, že pacienti užívají léky na podporu spánku a mnohokrát na nich bývají i závislí. Poruchy spánku, hlavně nespavost, se u informantů objevuje často. Jak uvádějí Borzová et al. (2009), tak s věkem se spánek přirozeně mění. Dochází k celkovému zkrácení spánku, s posunutím usínání do dřívějších večerních hodin a s probuzením v dřívějších ranních hodinách. Kvalitu spánku může narušovat i přidružené onemocnění a s tím související užívání léků. Svou roli tam však hraje i věk pacienta (Borzová et al., 2009).

Stres se u informantů vyskytuje velmi často. Někteří informanti uvádějí, že stres hrál určitou roli i na vzniku onemocnění. Machová et al. (2015) považují stres za jeden z rizikových faktorů vzniku onemocnění. Stres má vliv především na chování informantů, ti uváděli, že jsou buď výbušní, nebo naopak plačtiví a stáhnou se do sebe. Důvody stresu jsou různé, ať už jsou to onemocnění či problémy v rodině. Dlouhodobý stres však může vést ke vzniku onemocnění či psychickým problémům. A opět se dostáváme námi na několikrát jmenovanou prevenci. Prevence je důležitá ve všech oblastech, jak v oblastech životního stylu v podobě stravování, pohybové aktivity nebo rizikového chování, tak i v oblasti duševní pohody.

S názory výše uvedených autorů se až na drobné rozdíly v empirické části ztotožňujeme. Souhlasíme s tím, že je důležité zaměřit se na motivaci pacienta, a to především se zaměřením na aktivní přístup ke svému zdraví a na opakovanou edukaci. I přesto, že z výzkumného šetření vyplývá, že nějaké informace z oblasti prevence informanti prokazují, tak nelze říci, že by dosahovali takové informovanosti, kdyby již edukace nebyla potřeba. Výsledky také u některých informantů ukazují na nepravidelnost docházení na pravidelné preventivní prohlídky a screeningová vyšetření. I zde opět můžeme poukázat na důležitost opakované edukace. V edukaci je podstatné ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Důležité je také poukázat na fakt, že každý člověk pro své zdraví může něco udělat v kterémkoliv věku.

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnovala tématu prevence civilizačních onemocnění. Protože je to stále aktuální téma a jak vyplývá i z výzkumného šetření, tak nikdy není nazbyt o prevenci více mluvit.

O tom, jak je prevence důležitá, jsme již několikrát v naší práci mluvili. Podstatné však je, aby si lidé uvědomovali, že i přesto, že nyní jsou zdraví a nemají žádné potíže, se i u nich může jednou onemocnění objevit. I v rámci našeho výzkumu informanti často uváděli, že v mládí na prevenci tolik nemysleli, právě proto, že byli zdraví. Ale s postupujícím věkem si začali uvědomovat, že to nemusí být napořád. Proto je podstatné poukázat na důležitost prevence, a to jak v oblasti primární prevence, tak i sekundární a terciární, a opakovaně pacienty edukovat.

Můžeme říci, že naše cíle byly splněny. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že nějaké znalosti v oblasti prevence informanti v Královéhradeckém kraji mají. Výsledky ukazují, že většina informantů se snaží chodit na pravidelné preventivní prohlídky a dodržovat zásady zdravého životního stylu, především v oblasti stravování, pohybové aktivity či rizikového chování. Zároveň ale také ukazují u některých informantů na nepravidelnost docházení na preventivní prohlídky či screeningová vyšetření, a také na neznalost těchto screeningových programů.

Postoj k prevenci je na jedné straně u informantů kladný, považují prevenci za důležitou, snaží se docházet na preventivní prohlídky a dodržovat zásady zdravého životního stylu. Na druhou stranu však u některých informantů můžeme vidět podceňování preventivních prohlídek, i přesto, že odpovídali, že prevence je podle nich důležitá.

Realizovanou prevenci však informanti hodnotí převážně kladně. Jako přínos zde vidí již námi zmiňované preventivní screeningové programy, se kterými se dříve nesetkávali. Od roku 2014 je v ČR zavedeno tzv. adresné zvaní, pro občany, kteří se dlouhodobě těchto vyšetření neúčastní. Cílem adresného zvaní je jednak posílit stávající programy prevence a zároveň zvýšit dosud nedostatečnou účast v nich (ČOS ČLS JEP, © 2019b). Naopak se ale dříve setkávali s tzv. snímkováním plic neboli rentgenovým vyšetřením plic, s tím se již dnes nesetkáme, a proto někteří informanti uváděli, že by bylo dobré to obnovit. Zde je však otázkou, jestli by časté snímkování nebylo velkou

radiační zátěží pro organismus. Dále se setkávali se zdravotníky ve školách nebo naopak s docházením škol např. k zubaři, ani s tímto se dnes již nesetkáme.

Na základě zjištěného můžeme říci, že jsou v prevenci oblasti, o kterých by lidé měli být opakovaně informováni a upozorňováni na jejich důležitost a na případné následky při jejich nedodržování. Naše výsledky poukazují na nedostatky v oblasti prevence, a tím i tedy na nutnost opakované edukce.

Výstupem naší práce je doporučení pro praxi. Je to především výzva, podnět pro zdravotnické pracovníky, co by mohli na realizované prevenci změnit, aby se docílilo její vyšší efektivnosti a zvýšila se tak účast pacientů na jednotlivých preventivních prohlídkách a preventivních screeningových vyšetřeních. A tím došlo i ke snížení výskytu onemocnění.

Doporučení pro praxi:

1. V rámci edukace je důležité ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Je podstatné vytvořit si s pacientem přátelský vztah, protože ten je v rámci komunikace velmi důležitý.

2. Zpočátku bychom se měli zaměřit na to, zda pacient již nějakým onemocněním trpí, či nikoliv, a podle toho následnou edukaci přizpůsobit.

3. Dále je podstatné zjistit informace o životním stylu jedince, zda se u něho vyskytují nějaké rizikové faktory. V případě pozitivního záchytu rizikových faktorů bychom se měli zaměřit na jejich eliminaci.

4. Lze využít i krátkých intervencí, jejichž cílem je tyto rizikové faktory včas rozpoznat a zjistit míru rizika na zdraví člověka. Zároveň je důležité pacienta motivovat ke změně chování k vlastnímu zdraví.

5. V rámci prevence je také důležitá pravidelnost, ať už ve jmenovaném životním stylu v podobě stravování či pohybové aktivitě, tak i v docházení na preventivní prohlídky. Proto je podstatné, aby zdravotníci kladli důraz na jejich důležitost a opakovanou edukaci.

6. Důležité je i posílit důraz na primární prevenci, a to zejména u mladších generací.

7. Ke zvážení stojí i adresné zvaní u všech prevencí, znovuzavedení zdravotníků do škol, či naopak docházení škol k lékaři (např. k zubaři).

8. Podstatné je také zvýšení aktivity sester v této oblasti, protože informanti je moc jako zdroj informací neuváděli.

Na závěr bych chtěla poukázat, že prevence je jednak v rukou lékaře a zdravotnických pracovníků, ale především je v rukou člověka samého. A právě on rozhoduje o tom, jaký život bude žít.

„Je zhola zbytečné se ptát, má-li život smysl, či ne.

Má takový smysl, jaký mu dáme“

(Lucius Annaeus Seneca)

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAM, Z., et al., 2012. Příčiny vzniku (etiologie) nádorů. In VORLÍČEK, J., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 33-52. ISBN 978-80-247-3742-3.

2. ADÁMKOVÁ V., 2016. Obezita a nadváha jako celospolečenský problém. In TÓTHOVÁ, V., et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetřovatelství.* Praha: NLN. 157 s. ISBN 978-80-7422-467-6.

3. *Adresné zvaní do programu screeningu,* © 2019b. [online]. ČOS ČLS JEP. [cit. 2019-07-31]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/screening/adresne-zvani-do-programu-screeningu/

4. *Ageing,* 2018a. [online]. WHO. [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/ageing

5. *Alcohol,* 2018c. [online]. WHO. [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

6. American Diabetes Association., 2018. *Lifestyle management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018.* Diabetes Care. 41(1), 38–50, doi: 0.2337/dc18-S004

7. BAGCHI, D., PREUSS, H., G., 2013. *Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Prevention.* 2. issue. UK: CRC Press. 982 p. ISBN 978-1-4398-5425-9.

8. BAKRIS, G., BALIGA, R. R., 2012. *Hypertension*. New York: Oxford University Press. 192 p. ISBN 978-0-19-975490-8.

9. BÁRTLOVÁ, S., 2009. Ošetřovatelství v systému komunitní zdravotní péče. *Kontakt.* 11(1), 109-114. ISSN 1212-4117.

10. BÁRTLOVÁ, S., et al., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje.* Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.

11. BENEŠOVÁ, D., 2014. *Gerontagogika.* Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 136 s. ISBN 978-80-7452-039-6.

12. *Body Mass Index,* © 2019. [online]. WHO. [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

13. BORZOVÁ et al., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2978.7.

14. BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.

15. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví; vybrané kapitoly.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

16. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., et al., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví.* Praha: Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-246-3809-6.

17. DOLÁK, F., 2016. Prevence jako součást moderního ošetřovatelství. In TÓTHOVÁ, V., et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetřovatelství.* Praha: NLN, s 78-85. ISBN 978-80-7422-467-6.

18. DOLL, R., 2005. *Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors.* British Journal of Cancer. 92(3), 426-429, doi: 10.1038/sj.bjc.6602359

19. DUŠEK, L., MUŽÍK, J., 2012. Epidemiologie nádorů. In VORLÍČEK, J., et al. *Klinická onkologie pro sestry.* 2. vydání. Praha: Grada. s. 25-32. ISBN 978-80-247-3742-3.

20. *Duševní zdraví,* 2017. [online]. ÚVN. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: https://www.uvn.cz/cs/podpora-zdravi-pacientu/dusevni-zdravi

21. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

22. FRIED, M., 2011. Chirurgická léčba obezity. In HAINER, V. *Základy klinické obezitologie.* Praha: Grada, s. 325-340. ISBN 978-80-247-3252-7.

23. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

24. HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie.* Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

25. HALUZÍK, M., et al., 2013. *Praktická léčba diabetu.* Praha: Mladá fronta. 365 s. ISBN 978-80-204-2880-6.

26. HALUZÍK, M., 2014. *Léčba arteriální hypertenze u pacienta s metabolickým syndromem.* Medicína pro praxi. 11(4), 143-146. ISSN 1214-8687.

27. HAMPLOVÁ, L., et al., 2018. *Aplikace metody krátkých intervencí v praxi.* [online]. Praha. [cit. 2019-07-31]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/seminare/2018/10_hamplova_aplikace_metody.pdf

28. HANZLÍKOVÁ, A., et al., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

29. HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4675-3.

30. HLÚBIK, P., et al., 2009. *Obezita.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 12 s. ISBN 978-80-86998-31-2.

31. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory.* Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

32. CHLÍBEK, R., et al., 2018. *Očkování dospělých.* Praha: Mladá fronta. 455 s. ISBN 978-80-204-4624-4.

33. CHRPOVÁ, D., 2010. *S výživou zdravě po celý rok.* Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2512-3.

34. *Informace o stavu realizace zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 - září 2018,* 2018. [online]. MZČR. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory zd_16291_3016_5.html

35. JANÍČKOVÁ ŽĎÁRSKÁ, D., KVAPIL, M., 2017. *Moderní diabetologie: teorie v kasuistikách léčby diabetes mellitus 2. typu.* Praha: Current Media. 206 s. ISBN 978-80-88129-19-6.

36. JIRKOVSKÁ, A., et al., 2014. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes: manuál pro edukaci diabetiků.* Praha: Mladá fronta. 400 s. ISBN 978-80-204-3246-9.

37. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

38. *Kardiovaskulární nemoci (CVD),* 2017. [online]. WHO. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

39. KAREN, I., et al., 2018. *Diabetes mellitus.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 25 s. ISBN 978-80-86998-99-2.

40. KASTNEROVÁ, M., 2016. *Etiopatogeneze civilizačních onemocnění.* České Budějovice: JU ZSF. 162 s. ISBN 978-80-7394-621-0.

41. KOCIÁNOVÁ, E., et al., 2013. *Fixní kombinace v léčbě hypertenze-přehled současných možností.* Medicína pro praxi. 10(1), 8-11. ISSN 1214-8687.

42. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře.* Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4422-3.

43. KUNEŠOVÁ. M., et al., 2016. *Základy obezitologie.* Praha: Galén. 172 s. ISBN 978-80-7492-217-6.

44. LABARTHE, D., 2011. *Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases: a global challenge*. 2. issue. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. 709 p. ISBN 978-0-7637-4689-6.

45. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie.* 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-9.

46. LICHNOVSKÝ, J., © 2018. *Civilizační choroby*. [online]. Ostrava. [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: http://www.lich.cz/uvod/

47. MACHOVÁ, A., SUCHANOVÁ, M., 2013. *Povinné očkování – úloha sestry v ordinaci PLDD.* Pediatrie pro praxi. 14(2), 130-136. ISSN: 1213-0494

48. MACHOVÁ, J., et al., 2015. *Výchova ke zdraví.* 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

49. MÁJEK, O., et al., 2018a. *Program screeningu kolorektálního karcinomu v datech.* [online]. Praha, [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: https://prevon.uzis.cz/res/file/prezentace/2018/04-01-majek.pdf

50. MÁJEK, O., et al., 2018b. *Program screeningu karcinomu prsu v datech.* [online]. Praha, [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: https://prevon.uzis.cz/res/file/prezentace/2018/03-01-ngo.pdf

51. MÁJEK, O., et al., 2018c. *Program screeningu karcinomu děložního hrdla v datech.* [online]. Praha. [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: https://prevon.uzis.cz/res/file/prezentace/2018/05-01-majek.pdf

52. MÁLKOVÁ, I., MÁLKOVÁ, H., 2014. *Obezita - Malými krůčky k velké změně.* Praha: Forsapi. 191 s. ISBN 978-80-87250-24-2.

53. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

54. MAURITZOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, D., 2016. Místo pohybové aktivity v preventivních činnostech. In TÓTHOVÁ, V., et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetřovatelství.* Praha: NLN, s 102-110. ISBN 978-80-7422-467-6.

55. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

56. MLADOSIEVIČOVÁ, B., et al., 2014. *Kardionkologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4838-2.

57. MÜLLEROVÁ, D., et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví.* Univerzita Karlova: Karolinum Press. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.

58. NADAR, S., LIP, G., 2015. *Hypertension.* 2. issue. United Kingdom: Oxford University Press. 208 p. ISBN 978-0-19-870197-2.

59. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl.* Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

60. *Obesity and overweight,* 2018b. [online]. WHO. [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

61. OLIŠAROVÁ et al., 2016. Jídelní zvyklosti romské minority. In TÓTHOVÁ, V., et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetřovatelství.* Praha: NLN, s. 53-71. ISBN 978-80-7422-467-6.

62. OLŠOVSKÝ, J., 2018. *Diabetes mellitus 2. typu.* 2. vydání. Praha: Maxdorf. 118 s. ISBN 978-80-7345-558-3.

63. OWEN, K., 2012. *Moderní terapie obezity.* Praha: Maxdorf. 64 s. ISBN 978-80-7345-301-5.

64. PHILLIPS, C. M., 2013. *Metabolically healthy obesity: Definitions, determinants and clinical implications*. Rev Endocr Metab Disord. 14(3), 219-227. doi: 10.1007/s11154-013-9252-x.

65. PLAMÍNEK., J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres.* 3 vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.

66. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

67. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2 vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

68. *Pohyb,* © 2019a. [online]. ČOS ČLS JEP. [cit. 2019-07-31]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/zasady-zdraveho-zivotniho-stylu/pohyb/

69. *Pohybová aktivita,* © 2016. [online]. ČSAT. [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: http://www.athero.cz/projekt-medped/pro-pacienty/l%C3%A9%C4%8Dba-fh/pohybov%C3%A1-aktivita/

70. *Preventivní péče a role sestry,* 2013b. [online]. Zdravotnictví a medicína. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/preventivni-pece-a-role-sestry-470118

71. *Preventivní prohlídky*, © 2019. [online]. VZP ČR. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky

72. *Projekt adresného zvaní na preventivní screeningová vyšetření,* © 2010b. [online]. MZČR. [cit. 2019-07-19]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/.../projekt-adresneho-zvani-na-preventivni-screeningova -vysetreni_3024_1.html

73. *Průměrný Čech trpí mírnou nadváhou,* 2018a. [online]. ČSÚ. [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/prumerny-cech-trpi-mirnou-nadvahou

74. PSOTTOVÁ, J., 2012. *Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu.* Praha: Maxdorf. 126 s. ISBN 978-80-7345-279-7.

75. *Psychohygiena,* 2018. [online]. Nextclinics. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: https://www.next-clinics.cz/clanky/psychohygiena

76. RIPPE, J., M., ANGELOPOULUS, T., J., 2012. *Obesity: Prevention and Treatment.* US: CRC Press. 435 p. ISBN 978-1-4398-3671-2.

77. *Role sestry v očkování proti chřipce,* 2013a. [online]. Medicína a zdravotnictví. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/role-sestry-v-ockovani-proti-chripce-472268

78. ROSOLOVÁ, H., et al., 2013. *Preventivní kardiologie v kostce.* Praha: Axonite. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.

79. SAK, P., KOLESÁROVÁ, R., 2012. *Sociologie stáří a seniorů.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978.80-247-3850.5.

80. SAUDEK, F., 2018. *Dědičnost diabetu.* [online]. Praha. [cit. 2018-06-13]. Dostupné z: https://www.cukrovka.cz/dedicnost-2

81. *Screeningové programy onkologických onemocnění a program adresného zvaní,* © 2010-2019. [online]. ÚZIS. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z http://www.uzis.cz/screeningove-programy-onkologickych-onemocneni

82. SHARMA, S., 2018. *Klinická výživa a dietologie v kostce.* Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-0228-0.

83. *Spotřeba potravin – 2017,* 2018b. [online]. ČSÚ [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/spotreba-potravin-2017

84. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008. *Jak na obezitu a její komplikace.* Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2395-2.

85. SVAČINA, Š., 2011. Obezita, metabolický syndrom a diabetes 2. typu. In HAINER, V., et al. *Základy klinické obezitologie.* 2 vydání. Praha: Grada, s. 35-56. ISBN 978-80-247-3252-7.

86. SVAČINA, Š., 2016. *Antidiabetika historie, současnost a perspektivy.* Praha: Axonite CZ. 198 s. ISBN 978-80-88046-09-7.

87. SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky.* Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

88. ŠACHLOVÁ, M., et al., 2015. Screeningová vyšetření. In TOMÁŠEK, J., et al. *Onkologie minimum pro praxi.* Praha: Axonite, s. 65-72. ISBN 978-80-88046-01-1.

89. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů.* Praga: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

90. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

91. *Teorie a praxe komunitního ošetřovatelství,* 2012. [online]. Zdravotnictví a Medicína. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/teorie-a-praxe-komunitniho-osetrovatelstvi-463437

92. THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie.* Praha: Portál. 424 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

93. TOMÁŠEK, J., et al., 2015. *Onkologie minimum pro praxi.* Praha: Axonite. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.

94. TRUČKOVÁ, Z., 2016. *Role sestry v rámci preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

95. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., 2008. *Kompetence ve vzdělávání.* Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1770-8.

96. VESELÝ, J., 2012. *Rizikové faktory a komplexní (civilizační) nemoci.* [online]. Ústav patologické fyziologie LF UP. [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: http://pfyziolklin.upol.cz/?p=3212

97. VÍTEK, L., 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu.* Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.

98. VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. Diagnostika nádorových chorob. In VORLÍČEK, et al. *Klinická onkologie pro sestry.* 2. vydání. Praha: Grada. s. 62-69. ISBN 978-80-247-3742-3.

99. VORLÍČEK, J., et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry.* 2. vydání. Praha: Grada. s. 448. ISBN 978-80-247-3742-3.

100. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. 2012. [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html

101. Vyhláška č. 355/2017 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. 2017. [online]. [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=355/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

102. Vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. 2017. [online]. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=391&r=2017

103. *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*, 2012. [online]. Společnost pro výživu. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: http://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky/

104. *Vzdělávání studentů: ošetřovatelství v prevenci nemocí,* 2010. [online]. Zdravotnictví a Medicína. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vzdelavani-studentu-osetrovatelstvi-v-prevenci-nemoci-454999

105. *Zdraví pro všechny v 21. století,* © 2010a. [online]. MZČR. [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

106. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí,* 2014. [online]. MZČR. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

107. *Zdravotnická ročenka České republiky,* 2016. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016

108. *Zdravotnická ročenka České republiky,* 2017. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2017

109. *Zemřelí,* 2017. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2017

110. ZLATOHLÁVEK, L., et al., 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. 422 s. ISBN 978-80-88129-03-5.

111. ZORMANOVÁ, L., 2017. *Didaktika dospělých.* Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0051-4.

112. ŽALOUDÍK, J., 2008. *Vyhněte se rakovině, aneb Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Přehled akčních plánů

Příloha č. 2 - Výčet civilizačních chorob

Příloha č. 3 - Zásady stravování a výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky

Příloha č. 4 - Kompetence všeobecné sestry dle vyhlášky č. 391/2017 Sb.

Příloha č. 5 - Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha č. 6 - Otázky k rozhovorům

Příloha č. 7 - Scan zpracovaného rozhovoru

Příloha 1 - Přehled akčních plánů

Akční plán č.	**Název akčního plánu**
1	Podpora pohybové aktivity
2a	Správná výživa a stravovací návyky
2b	Prevence obezity
2c	Bezpečnost potravin
3	Duševní zdraví
4a	Vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice
4b	Oblast kontroly tabáku v České republice
4c	Omezení škod působených alkoholem v České republice
5	Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí
6a	Provakcinační AP
6b	Zvládání infekčních onemocnění, zejména nové a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci
7	Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR
8a	Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče
8b	Zvýšení dostupnosti návazné péče
9	Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
10a	Celoživotní vzdělávání lékařů
10b	Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků
11	Elektronizace zdravotnictví
12	Rozvoj zdravotní gramotnosti
13	Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel

(MZČR, 2018)

Příloha 2 - Výčet civilizačních chorob

Civilizační onemocnění	Charakteristika onemocnění	Preventivní opatření
Únava a únavový syndrom	Snížení schopnosti vykonávat činnost Vzniká v důsledku nahromadění odpadů metabolismu v krvi či ve svalech Projevy: zhoršené vnímání, snížená pozornost, změna nálady	Aktivní nebo pasivní odpočinek
Syndrom vyhoření	Psychické vyčerpání vyskytující se především u profesí pracujících s lidmi Projevy psychické: ztráta nadšení, negativní postoj k práci, k sobě… Projevy fyzické: únavy, vyčerpanost, poruchy spánku…	Sociální opora: rodina, kolegové v práci, přátelé Vhodné trávení volného času: zájmy a koníčky Dobré vztahy s druhými lidmi Duševní hygiena, relaxace
Deprese	Patří mezi poruchy nálady Jde o patologický smutek Projevy: smutek, plačtivost, snížené sebevědomí, pocit beznaděje, ze somatických příznaků, např. nechuť k jídlu, nespavost	Zvládat běžný stres Záliby, koníčky Pohybová aktivita
Poruchy příjmu potravy	Mentální anorexie je charakterizována omezováním potravy až úplným odmítáním potravy Projevy: občasné zvracení, vyhublost, přehnaná sebekontrola, strach z tloustnutí Mentální bulimie je charakterizována záchvaty přejídání s následným zvracením	Kladný postoj ke stravování Zdravé stravovací návyky Pěstování zdravého sebevědomí
Onemocnění kardiovaskulárního systému	Hypertenze: vysoký krevní tlak ICHS – angina pectoris, infarkt myokardu Ischemická choroba dolních	**Zdravý životní styl:** Zdravá výživa Dostatečná pohybová aktivita Optimální váha, případně

	končetin	redukce hmotnosti Zanechat kouření Optimální TK **Chodit pravidelně na preventivní prohlídky**
Nadváha a obezita	Obezita je nadměrné zmnožení tukové tkáně ve vztahu k ostatním tkáním organismu	Příjem energie se musí rovnat výdeji energie Dodržování zásad zdravého stravování Přiměřená pohybová aktivita
Onemocnění pohybového systému	Osteoporóza: progredují systémové onemocnění skeletu charakterizované úbytkem kostní hmoty Osteoartróza: degenerativní onemocnění poškozující kloubní chrupavky Revmatoidní artritida: autoimunitní onemocnění poškozující klouby Bolesti zad	Redukce nadváhy Dodržování zásad zdravého stravování Vhodná pohybová aktivita
Diabetes mellitus	Metabolické onemocnění charakterizované hyperglykémií, a to buď v důsledku absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu	Redukce nadváhy Dodržování zásad zdravého stravování Vhodná pohybová aktivita (aspoň 30 minut denně 5 dní v týdnu) Nekouřit, omezit příjem alkoholu Chodit pravidelně na preventivní prohlídky
Alergie	Alergie je charakterizována jako nepřiměřená odpověď organismu na látky normálně neškodlivé	Podpora pozitivních faktorů: vhodná strava Eliminace negativních faktorů: kouření, nezdravý životní styl, znečištěné ovzduší, kontakt s alergeny
Kožní onemocnění	Psoriáza Atopický ekzém Akné	Zdravý životní styl: zdravá výživa, pohybová aktivita Dostatečná hydratace

	Plísňová onemocnění Kožní nádory	Správná hygiena a péče o pokožku Nestresovat se, nekouřit, omezit příjem alkoholu Vyhýbat se rizikovým faktorům vyvolávajícím onemocnění **Prevence kožních nádorů:** používání ochranných krémů, nedoporučuje se opalování v poledních hodinách a soláriích, všímat si změn na kůži, při svědění, změně velikosti znaménka nebo krvácení vyhledejte lékaře
Onemocnění štítné žlázy	Hypofunkce štítné žlázy Hyperfunkce štítné žlázy	Racionální výživa s dostatkem jódu Pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře
Nádorové onemocnění	Nádor je soubor abnormálních buněk, které rostou nezávisle na organismu, i když příčina vzniku již nepůsobí	Redukce nadváhy Dodržování zásad zdravého stravování Vhodná pohybová aktivita (aspoň 30 minut denně 5 dní v týdnu) Nekouřit, omezit příjem alkoholu Chodit pravidelně na preventivní prohlídky

(Kastnerová, 2016)

Příloha 3 - Zásady stravování a výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky

- Stravujte se v příjemném prostředí.
- Konzumujte stravu pestrou, ale v přiměřeném množství, nehladovějte ani se nepřejídejte.
- Upravte celkový energetický příjem u jednotlivých skupin v závislosti na pohybové aktivitě.
- Jezte alespoň pětkrát denně menší porce, poslední jídlo si dejte nejpozději 3 hodiny před spaním.
- Omezte spotřebu soli na 5-6 g na den.
- Omezte jednoduché cukry, a naopak zvyšte příjem vlákniny na 30 g denně.
- Snižte příjem tuků u dospělé populace tak, aby jejich denní příjem nepřevýšil 30 % energetické hodnoty.
- Snižte příjem cholesterolu na maximální dávku 30 g na den.
- Příjem nenasycených mastných kyselin by měl být nižší než 20 g za den.
- Jezte dostatek kvalitních bílkovin (maso, vejce, mléčné výrobky, luštěniny).
- Zvyšte příjem vitamínu C na 100 mg denně.
- Zvyšte podíl rostlinných tuků v potravě a omezte podíl živočišných tuků v potravě.
- Zvyšte příjem zeleniny a ovoce včetně ořechů, jelikož jsou hlavním zdrojem vitamínu, minerálních látek, karotenoidů a antioxidantů. Denní příjem ovoce a zeleniny by měl dosahovat 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené, přičemž podíl zeleniny a ovoce by měl být 2:1.
- Zvyšte příjem luštěnin, jsou kvalitním zdrojem rostlinných bílkovin s nízkým obsahem tuku, nízkým glykemickým indexem a vysokým obsahem ochranných látek.
- Nahraďte výrobky z bílé mouky za výrobky z tmavé nebo celozrnné mouky.
- Preferujte potraviny s nižším glykemickým indexem (méně než 70) – luštěniny, celozrnné výrobky apod.
- Zvyšte příjem ryb, včetně mořských, na 400 g týdně.
- Snižte příjem živočišných potravin s vysokým podílem tuku (uzeniny, lahůdkářské výrobky apod.).

- Dodržujte pitný režim, denně vypijte aspoň 1,5-2 litry tekutin, při zvýšené aktivitě nebo zvýšené teplotě více, především neslazené cukrem, nejlépe s přirozenou ovocnou složkou.
- Omezit příjem alkoholu, u muže by denní dávka neměla překročit 20 g alkoholu (přibližně 250 ml vína nebo 0,5 l piva nebo 60 ml lihoviny) a u ženy 10 g alkoholu (přibližně 125 ml vína nebo 0,3 l piva nebo 40 ml lihoviny).

(SPV, 2012)

Příloha 4 - Kompetence všeobecné sestry dle vyhlášky č. 391/2017 Sb.

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Přitom zejména může

a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetřovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),

b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků,

c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta,

d) získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu,

e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve,

f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let a zajišťovat jejich průchodnost,

g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie,

h) hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti,

i) pečovat o zavedené močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře,

j) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem ve zdravotnictví rehabilitační ošetřování, zejména polohování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemisťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace

a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch imobility,

k) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály,

l) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,

m) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemisťováním a propuštěním pacientů,

n) poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajících a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

o) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

p) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,

q) analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetřovatelské péče,

r) zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků,

s) doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci,

t) doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí,

(2) Při poskytování vysoce specializované ošetřovatelské péče může všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. a) až k), o) a p).

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetřovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,

b) podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,

c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,

d) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly,

e) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,

f) odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy,

g) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let,

h) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,

i) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,

j) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,

k) provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,

l) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo zubního lékaře může

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty,

b) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,

c) vykonávat činnost zubní instrumentářky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(Vyhláška MZ ČR č. 391/2017 Sb.)

Příloha 5 - Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je získat informace o tom, jak je generace 50+ informována o rizicích a prevenci civilizačních onemocnění, jaký má postoj k prevenci a jaký je jejich životní styl. Výzkum bude uskutečněn pomocí rozhovoru, kdy respondent bude odpovídat na předem připravené otázky a výzkumník i respondent má možnost položit doplňující otázky. Rozhovor bude zaznamenáván na zvukové zařízení, případně do záznamového archu. Délka testování činí cca 30 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: účast ve výzkumu pro Vás nenese žádné výhody ani rizika. Výzkum je anonymní, tudíž nikde nebude Vaše jméno. Nahrávky rozhovorů ani informované souhlasy nejsou součástí závěrečné práce. Nahrávky rozhovorů slouží pouze ke zpracování mé závěrečné práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce)_____

_____

V_____dne:_____

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky:_____

_____

Příloha 6 - Otázky k rozhovorům

Osobní údaje:

1. Pohlaví: a) Žena b) Muž
2. Jaký je Váš věk?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Civilizační choroby:

4. Co si představíte, když se řekne civilizační choroba? Co o nich víte?
5. Můžete jmenovat některé nemoci, patřící mezi civilizační choroby?
6. Co mají civilizační choroby společného? Co je spojuje?
7. Vyskytuje se u někoho ve Vaší rodině civilizační choroba? Jaká?
8. Vyskytují se u Vás některé z jmenovaných civilizačních chorob? Jaké?
   Jak ovlivňují Váš život, jaký mají dopad na Váš život – omezení?
9. Co považujete za rizikové faktory vzniku civilizačních chorob?
10. Vyskytují se u Vás některé jmenované rizikové faktory?
    Jakou roli u Vás hrály rizikové faktory na vzniku nemoci?
    Které z rizikových faktorů u Vás byly aktuální z pohledu vzniku choroby?
11. Do jaké míry si myslíte, že se dá ovlivnit výskyt civilizačních chorob na stupnici 1-10 (1 vůbec se nedají ovlivnit, 10 dají se ovlivnit)
12. Ovlivňoval/a jste / ovlivňujete nějakým způsobem výskyt chorob u sebe? Jak?

Prevence:

13. Co si myslíte o prevenci civilizačních chorob? Jaký je Váš názor?
14. Jak byste hodnotil/a prevenci civilizačních chorob v ČR? Můžete to třeba s něčím porovnat? Např. zkušenosti ze zahraničí?
15. Jak vnímáte Vy realizovanou prevenci civilizačních chorob?
16. Mění se Váš názor na prevenci s postupem věku? Jak?
17. Které z preventivních opatření považujete za nejdůležitější?
18. Jakým způsobem získáváte informace, týkající se prevence civilizačních chorob?
19. Kdo podle Vašeho názoru zajišťuje prevenci, případně, kdo by ji měl zajišťovat?
20. Informujete se u lékaře o rizicích a prevenci vzniku civilizačních chorob? U jakého lékaře?
21. Informujete se u všeobecné sestry o rizicích a prevenci vzniku civilizačních chorob?

22. Kdo další Vás dále informuje o rizicích a prevenci civilizačních onemocnění?
23. Víte, jak by prevence měla vypadat? Můžete mi to popsat?
    S čím jste se setkal/a vy osobně? Jak probíhala?
24. Jak probíhá preventivní prohlídka u Vašeho praktického lékaře?
25. Hledal/a jste si někdy, jak by měla preventivní prohlídka probíhat?
    Kde jste informace získala?
26. Jak vnímáte informace podávané médii (televize, tisk, internet), nakolik je považujete za seriózní?
27. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?
    Na jaké chodíte?
    Jak probíhají?
28. Jak vypadá prevence v rámci Vaší choroby?
29. Jak se změnil Váš názor na prevenci po diagnostikování nemoci?
30. Slyšel/a jste někdy o preventivních screeningových programech? Co si pod tím představíte?
31. Můžete mi nějaké preventivní screeningové programy vyjmenovat?
32. Účastníte se preventivních screeningových programů?
    Proč se neúčastníte preventivních screeningových programů?
33. Jak tento preventivní screening probíhá?
34. Změnil/a se nějak prevence civilizačních chorob v posledních letech?
35. Jak probíhala prevence civilizačních chorob v době Vaší časné dospělosti, tedy ve věku 20 až 30 let?
36. Pociťujete rozdíly v prevenci dříve a teď? Jaké?
37. Co byste chtěl/a změnit na realizované prevenci?

Zdraví:

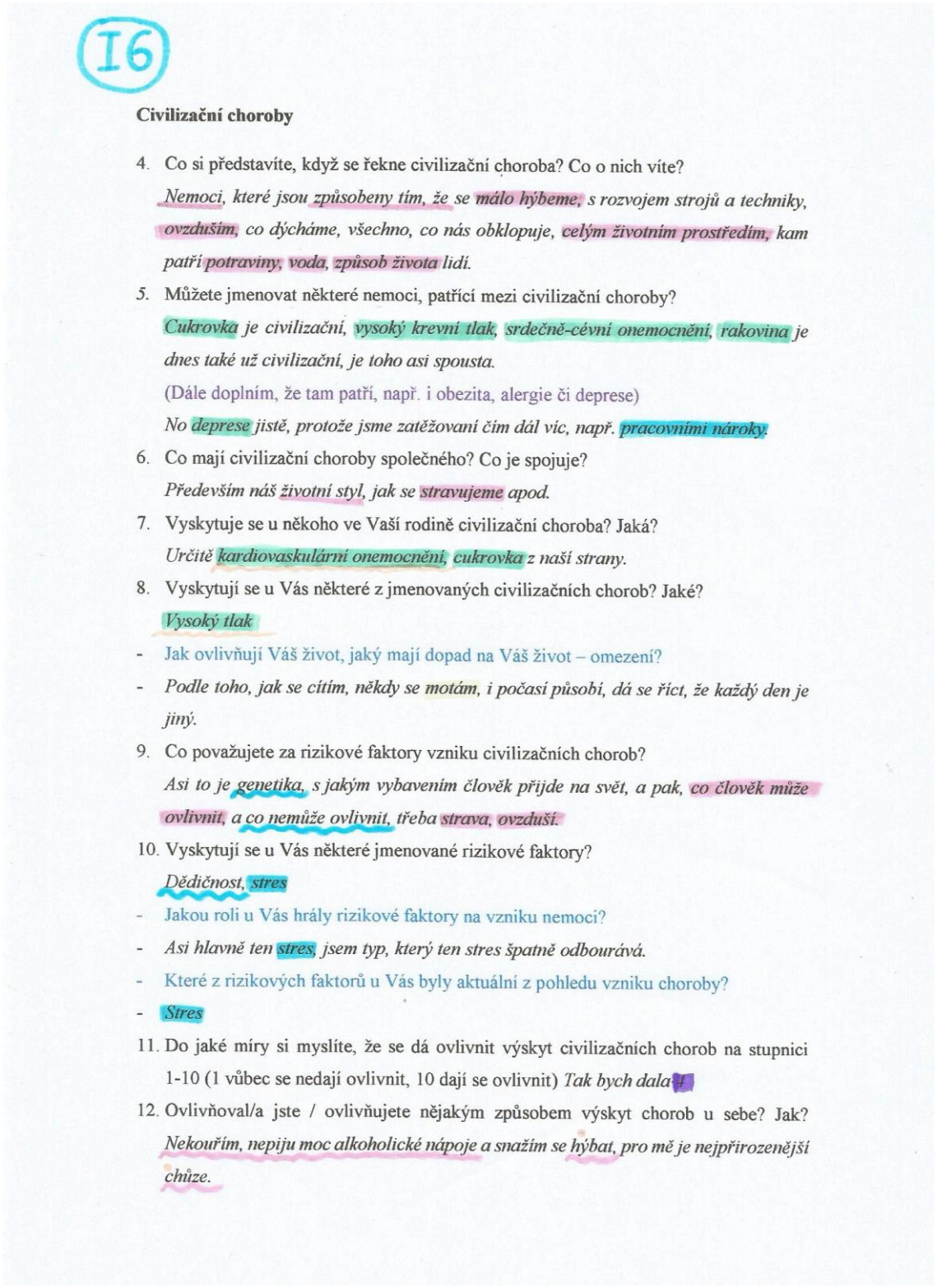
38. Jak hodnotíte své fyzické zdraví na škále od 1 do 5? (1 velmi dobře, 2 spíše dobře, 3 ani dobře, ani špatně, 4 spíše špatně, 5 velmi špatně)
39. Jak hodnotíte své duševní zdraví na škále od 1 do 5? (1 velmi dobře, 2 spíše dobře, 3 ani dobře, ani špatně, 4 spíše špatně, 5 velmi špatně)
40. Jak hodnotíte svůj celkový zdravotní stav na škále od 1 do 5? (1 velmi dobře, 2 spíše dobře, 3 ani dobře, ani špatně, 4 spíše špatně, 5 velmi špatně)
41. Co si představíte pod tím být zdravý, co to pro Vás znamená?
42. Co děláte pro své zdraví?

43. Jaké změny na svém zdraví pozorujete od časné dospělosti (od 20 do 30 let)? Máte nějaké obavy z budoucnosti? Jaké?

Životní styl:

44. Co je zdravý životní styl?
45. Zajímáte se o zdravý životní styl?
46. Snažíte se žít zdravým životním stylem?
47. Co děláte pro to, abyste žil/a zdravým životním stylem? Jaké dodržujete zásady zdravého životního stylu?
48. Kde získáváte informace týkající se zdravého životního stylu?
49. Jak moc může ovlivnit životní styl civilizační onemocnění na škále od 1 do 5? (1 vůbec neovlivňuje, 2 spíše ne, 3 částečně, 4 spíše ano, 5 významně ano)
50. Myslíte, že zdravý životní styl může přispět k prevenci civilizačních chorob?
51. Jak jste spokojen/a s životním prostředím, ve kterém žijete?
52. Jak vypadá Váš denní jídelníček? (Doplňující otázky: Kolikrát denně se stravujete? Jak často konzumujete ovoce a zeleninu? Jakou úpravu stravy preferujete? Jaký je Váš denní příjem tekutin? Jaké nápoje preferujete?)
53. Jak často pijete alkohol?
54. Kouříte? Kolik cigaret za den vykouříte?
55. Jak byste popsal/a svůj den? (Doplňující otázky: Pracujete? Jaká je Vaše denní aktivita? Sportujete? Jak často? Jaké sporty či aktivitu preferujete?)
56. Jak často se věnujete chůzi 30 minut denně? Kolik dní v týdnu?
57. Kolik hodin denně spíte?
58. Trpíte nespavostí?
59. Užíváte nějaké léky na podporu spánku?
60. Jak často se stresujete? Vyhodnoťte na stupnici od 1 do 5 (1 nikdy se nestresuji, 2 téměř nikdy se nestresuji, 3 někdy se stresuji, 4 docela často se stresuji, 5 velmi často se stresuji)
61. Jak byste vyhodnotil/a míru stresu na škále od 1 do 10? (1 nejsem vůbec odolný/á vůči stresu, 10 jsem velice odolný/á vůči stresu)
62. Co bývá důvodem Vašeho stresu?
63. Jak Vás stres ovlivňuje?
64. Jakým způsobem se snažíte stresu předcházet?

Příloha 7 - scan zpracovaného rozhovoru



I6

Civilizační choroby

4. Co si představíte, když se řekne civilizační choroba? Co o nich víte?

Nemoci, které jsou způsobeny tím, že se málo hýbeme, s rozvojem strojů a techniky, ovzdušim, co dýcháme, všechno, co nás obklopuje, celým životním prostředím, kam patří potraviny, voda, způsob života lidí.

5. Můžete jmenovat některé nemoci, patřící mezi civilizační choroby?

Cukrovka je civilizační, vysoký krevní tlak, srdečně-cévní onemocnění, rakovina je dnes také už civilizační, je toho asi spousta.

(Dále doplním, že tam patří, např. i obezita, alergie či deprese)

No deprese jistě, protože jsme zatěžovaní čím dál víc, např. pracovními nároky.

6. Co mají civilizační choroby společného? Co je spojuje?

Především náš životní styl, jak se stravujeme apod.

7. Vyskytuje se u někoho ve Vaší rodině civilizační choroba? Jaká?

Určitě kardiovaskulární onemocnění, cukrovka z naší strany.

8. Vyskytují se u Vás některé z jmenovaných civilizačních chorob? Jaké?

Vysoký tlak

- Jak ovlivňují Váš život, jaký mají dopad na Váš život – omezení?
- *Podle toho, jak se cítím, někdy se motám, i počasí působí, dá se říct, že každý den je jiný.*

9. Co považujete za rizikové faktory vzniku civilizačních chorob?

Asi to je genetika, s jakým vybavením člověk přijde na svět, a pak, co člověk může ovlivnit, a co nemůže ovlivnit, třeba strava, ovzduší.

10. Vyskytují se u Vás některé jmenované rizikové faktory?

Dědičnost, stres

- Jakou roli u Vás hrály rizikové faktory na vzniku nemoci?
- *Asi hlavně ten stres, jsem typ, který ten stres špatně odbourává.*
- Které z rizikových faktorů u Vás byly aktuální z pohledu vzniku choroby?
- *Stres*

11. Do jaké míry si myslíte, že se dá ovlivnit výskyt civilizačních chorob na stupnici 1-10 (1 vůbec se nedají ovlivnit, 10 dají se ovlivnit) *Tak bych dala 4*

12. Ovlivňoval/a jste / ovlivňujete nějakým způsobem výskyt chorob u sebe? Jak?

Nekouřím, nepiju moc alkoholické nápoje a snažím se hýbat, pro mě je nejpřirozenější chůze.

10 SEZNAM ZKRATEK

ACE-I	inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu
AIM	akutní infarkt myokardu
AKS	akutní koronární syndrom
apod.	a podobně
BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
č.	číslo
ČOS ČLS JEP	Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně
ČR	Česká republika
ČSAT	Česká společnost pro aterosklerózu
ČSÚ	Český statistický úřad
DM	Diabetes mellitus
EKG	elektrokardiografie
g	gram
HDL	high density lipoprotein – lipoprotein s vysokou hustotou
ICHS	ischemická choroba srdeční
kg/m^2	kilogram na metr čtverečný
km	kilometr
l	litr
LDL	low density lipoprotein – lipoprotein s nízkou hustotou
mm Hg	milimetrů rtuti
mmol/l	milimolů na litr
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAP	nestabilní angina pectoris
Např.	například
PAD	perorální antidiabetika
SPV	Společnost pro výživu
TK	krevní tlak
tzv.	takzvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)