

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

HODNOCENÍ EFEKTIVITY DOPORUČENÍ ZMĚN ŽIVOTNÍHO STYLU SKRZE
AMBULANCE DIABETOLOGŮ, KARDIOLOGŮ

Diplomová práce
(Bakalářská)

Autor: David Baštan, Rekreologie

Vedoucí práce: Mgr. Radim Šlachta, Ph.D.

Olomouc 2010

Jméno a příjmení autora: David Baštan

Název diplomové práce: Hodnocení efektivity doporučení změn životního stylu skrze ambulance diabetologů, kardiologů

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Radim Šlachta, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2010

Abstrakt: Práce sleduje pomocí empirického šetření postoje kardiologů a diabetologů k problematice vztahu mezi pohybovou aktivitou a zdravím. Zároveň se snaží nalézt nejefektivnější cestu komunikace a spolupráce se zdravotnickým personálem.

Klíčová slova: Zdraví, pohybová aktivita, podpora zdraví, kardiologové, diabetologové

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: David Bařtan

Title of the bachelor thesis: Evaluation of effectiveness of lifestyle change recommendations through the ambulance of diabetologists, cardiologists

Department: Leisure time studies Department

Supervisor: Mgr. Radim řlachta, Ph.D.

The year of presentation: 2010

Abstract: This bachelor thesis pursues the attitude of cardiologists and diabetologists to issue of the relationship between physical activity and health by means of empirical investigation. It tries to find the most effective way for communication and cooperation with medical staff.

Keywords: Health, physical activity, health promotion, cardiologists, diabetologists

I agree this thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Radima Šlachty, Ph.D., uvedl všechny použité literární i odborné zdroje a dodržel všechny zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji mému vedoucímu diplomové práce Mgr. Radimu Šlachtovi, Ph.D. za cenné rady a za pomoc při psaní mé závěrečné práce. Jeho zkušenosti a rady pro mne byly přínosem a jsem mu za to vděčný. Zároveň děkuji za vyplnění dotazníku 28 lékařům, kterým není práce studentů a podpora pohybové aktivity lhostejná.

OBSAH

1 ÚVOD	9
2 PŘEHLED POZNATKŮ	10
2.1 Zdraví	10
2.2 Příklad pohybové aktivity	10
2.3 Pohybová aktivita a sport	12
2.4 Podpora pohybové aktivity v dopravě	14
2.5 Pohybová aktivita a prostředí	14
2.6 Podpora pohybové aktivity ve školách	15
2.7 Podpora pohybové aktivity na pracovišti	16
2.8 Podpora pohybové aktivity u lékaře	16
2.8.1 Kardiologie	18
2.8.2 Diabetologie	20
2.9 Zahraniční systémy podpory pohybové aktivity u lékaře	21
2.9.1 Národní strategie podpory pohybové aktivity ve zdravotnictví: Anglie	21
2.9.2 Národní strategie podpory pohybové aktivity ve zdravotnictví: Nový Zéland	23
2.9.3 Národní strategie podpory pohybové aktivity ve zdravotnictví: Finsko	23
3 CÍLE A ÚKOLY	25
4 METODIKA	26
4.1 Ostatní použité metody	27
5 VÝSLEDKY	28
5.1 Dotazníková metoda	28
5.1.1 Kardiologové a diabetologové	28
5.2 Rozhovor	35
5.2.1 První rozhovor	35

5.2.2 Druhý rozhovor	37
5.2.3 Shrnutí rozhovoru.....	38
6 DISKUSE.....	39
7 ZÁVĚRY.....	42
8 SOUHRN	43
9 SUMMARY	44
10 REFERENČNÍ SEZNAM.....	45
11 PŘÍLOHY.....	49

1 ÚVOD

Mnoho lidí má strach z létání, dopravních nehod, rakoviny, prasečí chřipky či globálního oteplování. Ano, tyto hrozby jsou reálné. Některých se dotýkají více, jiných méně. To, že dle World Health Organization (2005) nejvíce lidí na světě (60%) zemře na neinfekční onemocnění, už ale ví málokdo a málokoho taky tento fakt šokuje tolik jako hromadná nehoda na dálnici D1, či pád letadla BOEING 737. Je zde ale mnohem větší hrozba, která se dotýká každého z nás, ať už je nám 30, 40, 50 nebo X let. Před velikým problémem nestojí jen vzdálené státy, ale i Česká republika. Jedná se o ohromný nárůst neinfekčních onemocnění, jako např. kardiovaskulární onemocnění, rakovina, diabetes mellitus 2. typu a další. Tato, dnes už pandemie, souvisí se změnou životního stylu obyvatel, především s nízkou úrovní vykonávané pohybové aktivity, vysokým příjmem potravy, užíváním tabákových výrobků.

Pohybová aktivita je nezbytná pro naše zdraví. Mnoho studií a vědeckých důkazů potvrzuje, že adekvátní pravidelná pohybová aktivita přináší lidem, a to jak mužům, tak ženám všech věkových skupin, v různých zdravotních stavech, lidem s psychickým či fyzickým postižením, širokou škálu fyzického, sociálního a mentálního užítku podle World Health Organization (in Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009).

Lidem na svém zdraví jistě záleží, ale málokdo udělá krok navíc, díky kterému nemoci předejde, ještě než si bude mít na co stěžovat. Ne mnoho lidí je ochotných dodržovat zdravý životní styl, který neznamena pouze zdravé jídlo nebo pravidelný pohyb, ale i odepřít si cigarety, alkohol, vyhýbat se stresovým situacím. Říká se, že člověk je od přírody tvor líný. Proto musí být dostatečně motivován, aby malými krůčky vytvářel životní cestu, kterou bude procházet celým životem a prožije kvalitnější život. Kdo má být ale v našem životě tím, kdo za námi bude stát s pomyslným bičem? Věřím, že obrovské slovo má ve společnosti od pradávna lékař. Člověk, který by měl naší tělesné schránce rozumět nejvíce. Co řekne, to má váhu pro každého z nás. Umí ale tento specialista na fyzickou stránku jedince řešit i příčiny nemoci nebo se vesměs zabývá pouze důsledkem, který se snaží odstranit? Má vůbec znalosti o příznivých vlivech pohybové aktivity na zdraví? Jaké problémy by pomocí ní řešil? Odpovědi na tyto otázky hledá tato práce, jejíž výsledky snad přispějí k hledání cest spolupráce s lékaři kardiologie a diabetologie ve společném úsilí s dalšími prostředky podpory pohybové aktivity (ve školách, na pracovišti, v dopravě), jejíž výsledky budou mít příznivý vliv jak na veřejné zdraví, všeobecně spokojenou společnost, tak i na ekonomické úspory ve zdravotnictví dané léčbou neaktivních obyvatel.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Zdraví

Když se nás někdo zeptá, zda jsme zdraví, tak většinou odpovíme, podle toho, jestli nás něco bolí fyzicky či nikoliv. Máme-li problémy například s pohybovým aparátem, pak odpovíme kladně. To je ovšem pouze povrchní náhled. Co ale tento pojem obsahuje v důsledku? Dodnes nebyla vytvořena žádná komplexní definice.

Podle Velkého sociologického slovníku (1996) největšího rozšíření doznala definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948, která vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody (well-being), nejen jako nepřítomnost nemoci. Zdraví je ale zároveň výsledkem a procesem vzájemné interakce organismu a prostředí. Zdravotní stav populace je stále více spojován s tzv. kvalitou života, charakterizovanou především komplexem společenských, ekonomických, kulturních a psychologických podmínek. Zdraví je považováno za určující společenskou hodnotu. Má rostoucí význam pro sociální život a ekonomický rozvoj. Je jednou ze základních složek lidského potenciálu společnosti, složkou mnohostranného rozvoje osobnosti.

2.2 Přínos pohybové aktivity

Dnes už zcela neoddiskutovatelným faktem: Optimální pohybová aktivita má kladný vliv na vývoj člověka, což potvrdilo mnoho výzkumů, s čímž se ztotožňuje mnoho akademických odborníků (Stejskal, 2004), (Vondruška, & Barták, 1999) i spousta národních i nadnárodních institucí (World Health Organization, 2007). Jaké výhody nám tedy přináší pohybová aktivita z hlediska preventivního působení?

- Podporuje krevní oběh, zvyšuje vytrvalost, lepší látková výměna na periférii končetin, lepší práce vnitřních orgánů (ledvin, jater, ...), preventivní vliv na vznik křečových žil, zvýšenou srážlivost krve, poruchu lymfatické cirkulace,
- zlepšuje schopnost krve přenášet kyslík,
- snižuje klidovou srdeční frekvenci, normalizuje krevní tlak, celkově zlepšuje činnost srdce,
- stimuluje produkci endorfinů v mozku → dobrá nálada, pocit uvolnění, štěstí,

- zvyšuje duševní potenciál → schopnost více a déle přemýšlet, zlepšuje paměť,
- harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému → cítíte se klidnější, vyrovnanější, vyšší odolnost vůči stresu, zvyšuje se sexuální aktivita,
- uvolňuje svalové napětí, záporné emoce → zvyšuje sebevědomí, snižuje rozčílení, zvyšuje vyrovnanost,
- upravuje hodnoty tuků v krvi, zvyšuje HDL cholesterol, mění metabolismus tuků (ztráta nadbytečných kilogramů, oddalování procesu kornatění tepen srdce a mozku),
- usnadňuje vstup glukózy do buněk → u diabetiků lze snižovat dávky inzulínu,
- má preventivní vliv na úbytek vápníku z kostí → prevence osteoporózy,
- zvyšuje pevnost a pružnost vazů a úponů, ohebnost kloubů, svalovou sílu,
- zpomaluje stárnutí, prodlužuje délku života a aktivní délku života ve stáří,
- stimuluje hluboké břišní svaly,
- pomáhá přestat kouřit, potlačuje abstinenční příznaky,
- snižuje riziko potratu, usnadňuje porod, zdravějším matkám se rodí zdravější děti.

Zde máme dostatek argumentů pro jedince každého věku, aby s pohybovou aktivitou začal. Připomínám, že se nebavíme o vrcholovém sportu, který nese jistá rizika (kardiovaskulární, musculo-skeletální poškození a další), ani o vycházkách s domácími mazlíčky jednou týdně, kde je efekt na zdraví minimální. Doporučení nebývají dodnes jednotná, ale spousta odborníků se víceméně ztotožňuje s ustanovením vydaným American College of Sports Medicine a American Heart Association pro Američany ve věku 18-65 let, které radí dospělým vykonávat pohybovou aktivitu aerobního (vytrvalostního) charakteru střední intenzity minimálně 30 minut alespoň 5 dní v týdnu nebo vyšší intenzity minimálně 20 minut 3 dny v týdnu (Haskell et al., 2007).

2.3 Pohybová aktivita a sport

Pro naše potřeby není zásadní rozlišovat pojmy tělocvičná rekreace, pohybová rekreace nebo tělesná kultura. Budeme se zabývat pohybovou aktivitou, ta je podstatou všech tří výše zmíněných forem. Sektor, který je zahrnuje, můžeme v širším pojetí chápat jako sport. Ten definuje Rada Evropy ve stěžejním dokumentu Evropská charta sportu (1994, 2) jako „všechny formy tělesné činnosti, které, ať již prostřednictvím organizované účasti či nikoli, si kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné i psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních.“ Z definice je patrné, že nejde pouze o činnosti výkonnostního charakteru, ale zohledňuje pohybovou aktivitu všech jedinců a všech forem. Z toho vyplývá, že sport je důležitým intervenčním prostředím pro podporu pohybové aktivity. Také je zásadní z přímého ekonomického hlediska, protože se dle Dohnala (2002) odhaduje, že díky sportu, utratí evropské domácnosti ročně asi 40 miliard dolarů. A navíc poskytuje kulturní, sociální a zdravotní prospěch. Rada Evropy si je vědoma příznivých vlivů pohybové aktivity na zdraví, a proto je jedním z jejich cílů zajistit každému možnost účastnit se rekreační tělovýchovné činnosti ve spolupráci s příslušnými sportovními orgány. Dalším cílem je např. podpora rozvoje vzdělávání profesionálních pracovníků (trenéři, lékaři, inženýři apod.).

Bylo by krátkozraké podporovat pouze výkonnostní sport a sportovní kluby, což by v účasti na pohybové aktivitě zasáhlo pouze malou část populace, ale je potřeba mít mnohem větší oblast působení. Zasáhnout do školní výuky, podpořit tzv. „sport pro všechny“ (ze státního rozpočtu raději rekonstruovat dětská hřiště, než-li elitní sportovní komplexy), aby měl každý občan možnost sportovního vyžití bez ohledu na věk, rasu, národnost, sociální třídu nebo pohlaví a prosazovat myšlenku, že sport je lidské právo všech (Andersen, Anderssen, Bachl, Banzer, Goethe, Brage et al., 2008).

Na řízení sportu se mohou podílet 4 význačné skupiny dle Andersen et al. (2008):

1. vláda - měla by utvářet národní sportovní plán pohybové aktivity s celkovým cílem zvýšit pohybovou aktivitu celé populace,
 - podporovat spolupráci mezi ministerstvy, především dopravy, zdravotnictví, sportu a vzdělávání,
 - finančně podporovat obce a sportovní organizace ve výstavbě sportovních zařízení a infrastruktury,

- spolupracovat s obcemi, soukromými investory a medií v plánu podpory „sportu pro všechny“,
 - hledat sportovní organizace, jejichž programy jsou zaměřené na zvyšování účasti ve sportu národnostních menšin (imigranti, senioři, invalidi),
 - organizovat pohybové programy v komunitě,
 - rozvíjet a finančně podporovat monitorovací a hodnotící systémy zaměřené na zhodnocení vlivů sportovní politiky.
2. obce - mají zodpovědnost za obrovskou většinu veřejného sportu a mají velkou schopnost utvářet příznivé podmínky pro dostupný sport celé komunity,
- mohou vypracovat soupis všech sportovních a rekreačních zařízení a rozšířit je tam, kde jsou potřeba,
 - zaručit, aby obyvatelé měst i venkovských oblastí měli snadný přístup na sportoviště,
 - zajistit otevřený přístup do sportovních zařízení pro všechny občany, s ohledem na rovnost pohlaví a stejné příležitosti pro všechny,
 - podporovat účast na pohybové aktivitě prostřednictvím lokálních kampaní, jako jsou určité sportovní události,
 - rozvíjet atraktivní akce a aktivity pro celou společnost s cílem vytvářet návyky pravidelné fyzické aktivity,
 - rozvíjet partnerství s univerzitami a odborníky z oblasti zdravotnictví k vytvoření kanceláře pro podporu, poradenství a předepisování fyzické aktivity.
3. organizovaný sportovní sektor - v mnoha členských státech Evropské unie mají sportovní organizace tendenci soustředit se poněkud úzce na soutěže. Tyto organizace by měly být stimulovány k utvoření strategie pro podporu sportů pro všechny.
- např. v Maďarsku byl zahájen program zaměřený na zlepšení fyzické aktivity seniorů, nyní je vládou podporováno 215 projektů. Vláda

rovněž podporuje 110 organizací účastnících se projektu s krokoměry nazvaný „10 000 kroků“

4. neorganizovaný sportovní sektor - neorganizované volnočasové aktivity jsou stále více rozšířeny v mnoha zemích: návštěva fitness a wellness center, plavání, veslování a plachtění na moři, chůze, turistika, in-line, jízda na koni, jízda na kole v horách a další. Takové neorganizované pohybové aktivity jsou velmi zajímavé, protože pomáhají lidem objevovat, že pohybová aktivita může být prospěšná pro mysl i tělo.

2.4 Podpora pohybové aktivity v dopravě

Existuje spousta oblastí, kde je možno pracovat na nezdravém životním stylu obyvatel. Jednou s velkým potenciálem je doprava. Lidé ve všech státech se potřebují přemísťovat, ať už v rámci uspokojování fyziologických potřeb nebo v rámci práce. Pořád je zde boj v překonávání vzdáleností. Ve vyspělých i rozvojových státech se lidé snaží přepravovat co nejpasivnějším způsobem, který není vždy nejlevnější, nejrychlejší ani nejkratší, ale stojí jedince nejnižší energetický výdej. Přitom chůze je přirozená aktivita, dostupná pro každého člověka, ať už dítě či seniora, vytrvalostního sportovce či jedince s menšími zdravotními omezeními. Proto i WHO (2002) považuje podporu aktivního transportu (chůze, jízda na kole) za jeden z nejdůležitějších článků strategií zaměřených na podporu pohybové aktivity. Se vzrůstající automobilizací se ovšem neřeší podmínky pro pěší a cyklisty, je tedy často problémem prodírat se centry měst v hustém silničním provozu. Přitom jedním z cílů dopravní politiky do roku 2013 je zvýšení ochrany zranitelných účastníků provozu (Kalman et al., 2009).

2.5 Pohybová aktivita a prostředí

Neoddiskutovatelnou zásluhu na úrovni pohybové aktivity má prostředí a podmínky pro realizaci volnočasových aktivit. Podmínky k jejich realizaci vytváří dle Dohnala, Kopřivy a Mičana (2008) rámec přírodního prostředí, sportovní a rekreační stavby a zařízení s ostatní občanskou vybaveností. K životnímu prostředí člověka patří podle Dohnala, Kopřivy a Mičana krajina (reliéf, klima), populace (stáří, pohlaví, zdravotní stav, hustotu osídlení, národnostní diferencovanost), infrastruktura, sociální, ekonomické a politické vztahy, stav

příjmů (chudoba a bohatství společnosti), názory, náboženství, typ kultury. Tyto a další elementy utváří prostředí.

Podmínky lze rozdělit podle dokumentu *Physical activity and health in Europe* (2006) do 3 částí:

1. Přírodní prostředí - počasí, ovzduší, voda. Extrémní teploty nebo znečištěné ovzduší stěžují podmínky pro venkovní aktivity, naopak přístup k vodním plochám otevírá nové možnosti ve výkonu aktivit. Reliéf může utvářet dobré podmínky pro lyžování, snowboarding, skialpinismus a další.
2. Fyzické prostředí - infrastruktura, zelená prostranství. Jedná se o podmínky, které jsou ovlivněny člověkem např. vystavěné domy, školy, rekreační zařízení, zelené plochy a dopravní systémy.
3. Sociální prostředí - kultura, příjmy, sociální podpora. Lidé s nižšími příjmy mají většinou méně volného času a také horší přístup k rekreačním zařízením či zeleným prostranstvím.

Je jednoznačné, že čím příznivější mají lidé podmínky a prostředí, tím je pro ně snazší pohybovou aktivitu vykonávat. Bude platit přímá úměra: čím příznivější prostředí, tím aktivnější lidé a tím zdravější společnost. Proto je při výstavbě a rekonstrukci potřeba brát v úvahu i toto hledisko.

2.6 Podpora pohybové aktivity ve školách

Velmi důležitou oblastí je výchova dětí. Těch, na kterých bude stát za několik let zodpovědnost a to, zda se bude mít nastupující generace dobře či ještě lépe. Proto je nezbytné na tuto skupinu, která je ve školním období velice senzitivní, působit co nejkladněji v co nejvíce směrech. Veliký vliv na ně jistě má prostředí školy. Zájmy dětí se v průběhu pár let, které jsou charakteristické boomem a zpřístupněním počítačových technologií, radikálně změnil. Děti nevykonávají ve volném čase pohybovou aktivitu, rodiče nemají čas se svým potomkům věnovat, a tak je nechávají vlastnímu osudu. Proto jejich roli musí co nejvíce nahradit prostředí školy. Dalším argumentem je povinná školní docházka u dětí v České republice, čili ideální prostředí, kde můžeme ovlivnit kladný přístup k pohybové aktivitě, zdravému životnímu stylu, postoje, chování nejen žáků, učitelů, rodičů, ale i celé komunity dle Světové zdravotnické organizace, Regionální úřadovny pro Evropu (2000). Nepostačí

přizpůsobit náplň hodin tělesné výchovy. Důraz je podle Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen (2002) kladen na výkon, soutěživost, soupeřivost. V hodinách neustále přetrvávají zastaralé sporty a cvičení, o které dnes už zájem není. Problém vyžaduje zaměřit se na aktivity nevykonnostního charakteru, které zaujmou i neaktivní studenty a celou záležitost řešit koncepčně: např. o velkých přestávkách možnost vyžití se na víceúčelových hřištích v prostorách školy, dle Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen klást menší důraz na teoretické předměty jako matematika a jazyky, zaměřit se více na podporu zdraví, nenabízet dětem vysokoenergetické potraviny ve školních kantýnách a další.

2.7 Podpora pohybové aktivity na pracovišti

Z ekonomického hlediska produktivity práce je trochu nelogické, aby firmy podporovaly své zaměstnance ve výkonu pohybové aktivity v pracovní době na úkor svých povinností. Tento názor je ovšem dosti krátkozraký. Myšlenka podpory pohybové aktivity na pracovišti se vyvinula v USA, kdy se snažili majitelé a akcionáři velkých firem předejít kardiovaskulárním onemocněním top managementu, kteří pro firmu byli nepostradatelní (Kalman et al., 2009). Později se tato praktika zakořenila i v jiných vyspělých zemích světa, kde si majitelé a management firem uvědomovali také fakt, že odpočatý člověk je více produktivní, proto jim na pracoviště instalovali různé prostředky k aktivnímu odpočinku. Dnes se postoupilo ještě o něco dále. Firmy pořádají pro zaměstnance workshopy o zdravém životním stylu, snaží se je motivovat k pohybové aktivitě, směřovat je k dojíždění do práce na kole či hromadnou dopravou nebo pěšky, motivovat k nekuřáctví, oceňovat formou permanentek do sportovních center a další. Ani Česká republika nezůstává pozadu. I zde je snaha podporovat pohybovou aktivitu na pracovišti ve všech odděleních, ale prozatím je tomu tak především jen u zahraničních firem působících u nás.

2.8 Podpora pohybové aktivity u lékařů

Předchozí tři podkapitoly sloužily jako náhled, abychom si utvořili ucelenější představu, v jakých sektorech se dá celosvětově zapracovat na podpoře pohybové aktivity a změně usedavého životního stylu jedinců. Tato práce se specializuje na lékařský personál, jehož prvořadým úkolem je léčit lidi, starat se o prevenci a všeobecné zdraví. Proto má tato skupina velký potenciál při řešení problémů spojených s nezdravým životním stylem obyvatel.

Život každého jedince je propleten mnoha situacemi, při kterých je nucen vyhledat lékařskou pomoc, jsou způsobené mnoha důvody, ale jedním z nich může být právě nízká úroveň vykonávané pohybové aktivity a jednou z léčebných procedur může být také preskripce pohybové aktivity (viz. 2.2. Přínos pohybové aktivity). Implementace pohybové aktivity do prevence a léčby onemocnění lze uplatnit u těchto lékařských specializací: praktický lékař, kardiologie, diabetologie, obezitologie, preventivní lékařství, gynekologie, ortopedie (také mnoho lékařských zákroků se od nízké úrovně pohybové aktivity odvíjí). Vysoký potenciál vidím především v kardiologii, obezitologii a diabetologii, ovšem zde už se ve velké míře řeší odstranění daného problému. První kontakt s pacientem je často u praktického lékaře, který může problém odstranit v zárodečném stádiu nebo mu přímo předcházet. Praktického lékaře např. většina dospělých Australanů navštíví minimálně jednou do roka (Bauman, Belew, Vita, Brown & Owen, 2002). Proto se jako první v zahraničí zaměřili na tuto skupinu.

Proběhlo několik výzkumů, např. v roce 1999 v městě Bradford ve Velké Británii ve spolupráci několika institutů a odborníků (University of Leeds, Division of Public Health, Nuffield Institute for Health, Keen, Neal a další), kde se snažili zjistit, zda mají praktičtí lékaři vůbec znalosti o příznivém vlivu pohybové aktivity na zdraví, na které nemoci by indikovali pohybovou aktivitu, a jaké jsou jejich postoje k pohybové aktivitě. Bylo osloveno 235 praktických lékařů, získáno 174 odpovědí. Výsledky tohoto výzkumu budu interpretovat krátce, protože se týkají jiné cílové skupiny (praktických lékařů) a nejsou tedy obsahem této práce. Bylo zjištěno, že povědomí o příznivém vlivu pravidelné aktivity praktických lékařů je dobré, postoje týkající se podpory pohybové aktivity také kladné. Ovšem celkově studie vykazuje, že potenciál praktických lékařů ovlivnit zdraví populace není v praxi dosažen, a tak by měl nově vznikající národní program ve Velké Británii nabídnout jiné šance v roli základní péče ve veřejném zdraví (Lawlor, Keen, & Neal, 1999). Doposud byly ve světě realizovány dle Kalmana et al. (2009) tyto intervence:

- screening pacienta (vyplnění formuláře pacientem v ordinaci),
- stručné doporučení či konzultaci o pohybové aktivitě,
- podpora informačními materiály,
- písemná preskripce pohybové aktivity.

Jsou zde i další strategie, které jsou využívány praktickými lékaři k podpoře pohybové aktivity dle Kalmana et al. (2009):

- předání pacienta do rukou zdravotního specialisty podpory pohybové aktivity , který na základě anamnézy vytvoří preskripci přímo „na tělo“ pacienta,
- přeposílání do zdravotních, sportovních či rekreačních zařízení,
- pedometry zdarma - tato forma byla uplatněna např. v Kanadě, kde jsou mimochodem velice úspěšní při propagaci pohybové aktivity a podpory zdraví. Zde bylo rozdáno 800 000 pedometrů pacientům s vysokým tlakem nebo vysokou hladinou triglyceridů. Pedometry mohou fungovat velice motivačně, člověk se snaží denně dosáhnout minimálního počtu kroků. Dosažené výsledky může zadávat na webový server, kde se lze vše srovnávat s ostatními registrovanými uživateli. Podobný systém funguje i na webových stránkách založených ve spolupráci s Centrem kinantropologického výzkumu na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci na adrese: <http://www.indares.com/public/>,
- využití informačních technologií (speciálních softwarů, webových aplikací), v dnešní době počítačů dle mého názoru možnost hojného užívání.

Průzkumy ovšem ukázaly, že efektivnost intervencí u praktických lékařů je nízká. Není vytvořena koncepce, která by zaručovala jejich udržitelnost a dlouhodobost. Kupříkladu v Západní Austrálii byla realizována studie, při které proběhla konzultace mezi praktickým lékařem a pacientem. Po šesti měsících po provedení intervence byla zvýšená úroveň pohybové aktivity ještě zaznamenána, po 12 měsících ale žádná změna registrována nebyla (Kalman et al., 2009).

2.8.1 Kardiologie

„Kardiologie [z řec. *kardia* - srdce, *logos* - slovo, nauka], odvětví vnitřního lékařství zabývající se srdcem a krevním oběhem a jejich nemocemi.“ (Jůzlová, & Kočí, 2000, 513).

V České republice obor, který usiluje z medicínských, ekonomických a organizačních důvodů o zařazení mezi obory základní. A má pro to pádné argumenty. Na nemoci srdce a cév u nás v roce 1998 zemřelo 55,1% lidí (Národní kardiovaskulární program, 2001), což znamená, že na všechny ostatní nemoci dohromady zemřela méně než polovina lidí, a přesto paradoxně kardiologie nepatří mezi obory základní. Nemoci srdce a cév jsou často z důvodu absence specializovaného kardiologického centra léčeny praktickými lékaři a internisty, přitom bylo zjištěno, že úspěšnost léčby kardiologie je o 22% vyšší podle Národního kardiovaskulárního programu. Dalším faktem je, že „srdeční infarkt je nejčastější příčinou

smrti a invalidity mužů v produktivním věku“ (Národní kardiovaskulární program, 2001, 1). Dnešní trend je takový, že veřejné nemocnice jsou prodávány soukromým firmám, které si často udržují jen výtěžná oddělení. Vyškolení kvalifikovaných pracovníků a provoz kardiologického oddělení je finančně velmi náročné. Důležitost oboru si ale uvědomuje ministerstvo zdravotnictví, které rozvoj kardiologického oddělení podporuje. Sdružení kardiologů registruje 32 500 členů, z čehož lze logicky vyvodit, že je zde prostor pro soukromé kliniky. Těch lze na webových stránkách nalézt poměrně velké množství.

Jak se ale kardiologové staví k pohybové aktivitě při prevenci a léčbě kardiovaskulárních onemocnění? (viz. kapitola 5). Je vůbec pohybová aktivita příznivým prostředkem prevence a léčby, pokud ano, tak pro koho, jak moc a za jakých předpokladů a podmínek? Těmto otázkám se věnovali v zahraničí výzkumné týmy mnoho let a jejich zájem přetrvává. Příznivých vlivů je prokázána spousta, několik z nich dokládám níže:

Výsledky z analýzy dokazují, že fyzicky neaktivní lidé mají o 45% vyšší riziko rozvoje infarktu myokardu, než fyzicky aktivní dle Katzmarzyka and Janssena (in Haskell, Brair, & Bouchard, 2007, 162). Dle Leeho (in Haskell, Brair, & Bouchard, 163) mají jedinci se střední aktivitou o 17% nižší riziko vzniku cévní mozkové příhody oproti neaktivním jedincům, kdežto velmi aktivní jedinci mají nižší riziko prodělání mozkové příhody o 25% nižší ve srovnání s neaktivními jedinci. Podle Katzmarzyka a Janssena (in Haskell, Brair, & Bouchard, 163) mají fyzicky neaktivní jedinci o 30% vyšší riziko rozvoje vysokého tlaku oproti fyzicky aktivním. Dle Kellyho a Kellyho (in Haskell, Brair, & Bouchard, 165) snižuje odporové cvičení (od 6 do 30 týdnů) systolický a diastolický tlak v průměru o 3 mmHg. Ve studii, které se zúčastnilo 40 000 mužů ve Spojených státech, věnujících se alespoň jednou týdně 30 minut a více silovému tréninku, bylo prokázáno nižší riziko infarktu myokardu o 23% dle Tanasescu et al. (in Haskell, Brair, & Bouchard, 165). Další výzkum se zabýval obézními dětmi, které po dobu 3 měsíců byli 24 hodin pod dohledem a vykonávaly pohybovou aktivitu. Po dané době jejich vysoký tlak klesl v průměru o 12% dle Farpour-Lambert et al. (2009). Dle dalšího vědeckého výzkumu provedeného v Japonsku v letech 1988 - 1990 na 73 265 probandech ve věku 40 - 79 let se ukázalo, že účastníci, kteří měli fyzickou aktivitu (procházkou minimálně 1 hodinu denně), měli o 20% - 60% nižší riziko úmrtí na kardiovaskulární nemoci. (Noda et al., 2005).

2.8.2 Diabetologie

„Diabetologie je obor zabývající se prevencí a léčbou cukrovky (diabetes mellitus).“ (Jůzlová, & Kočí, 2000, 376). Diabetologem je lékař, který získá odbornou způsobilost k výkonu (atestaci) v oboru po 5 letech praxe. Úzce spolupracuje s praktickými lékaři a internisty. Česká diabetologická společnost sdružuje 850 členů, což je o poznání méně, než Česká kardiologická společnost. Specialistů, kteří se zabývají výhradně diabetem mellitus je málo a jejich roli musí velice často zastupovat praktičtí lékaři a internisté. Ti bývají zpravidla prvním článkem ve snaze včasné diagnostiky onemocnění. Při správné intervenci lze diabetu 2. typu velice úspěšně předcházet, např. při obezitě se riziko vzniku navýší až 4× (11. Kongres České lékařské společnosti J. E. Purkyně, 2005). Diabetes mellitus je onemocnění s charakterem epidemie. Její prevalence narůstá po celém světě. V roce 2000 byl celkový výskyt 171 milionů nemocných, v roce 2030 se už odhaduje na 366 milionů dle WHO (2004), nejinak tomu je i v České republice, kde byl výskyt tohoto onemocnění v roce 1998 na 609 000 dle Národního diabetologického programu (2000), v roce 2007 se počet navýšil na 755 000 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010). Na vzrůstající tendenci výskytu diabetu reagovala Česká diabetologická společnost vytvořením Národního diabetologického programu, jehož cíle jsou:

1. vytvoření strukturované péče o diabetiky na celorepublikové úrovni,
2. realizaci primární, sekundární a terciární prevence v systému péče,
3. zlepšení kvality života diabetiků,
4. soustavné vzdělávání zdravotnických pracovníků pečujících o diabetiky,
5. podporu vědecko - výzkumné činnosti.

V cílech programu tedy nenalezneme slova o pohybové aktivitě. Vůbec v celém Národním diabetologickém programu se tento pojem objevuje pouze ve spojení: „...je zřejmé, že "západní způsob" života podmíněný nesprávnými dietními návyky (především hyperkalorická strava), snižující se *fyzická aktivita* a narůstající stresové vlivy se promítají do trendu vývoje diabetu 2. typu.“ Vypovídá snad toto zjištění o nevědomosti či neochotě se tématem zabývat? Moderní studie ukazují, že pohybová aktivita je ve většině případů kauzálním lékem diabetu 2. typu, podle Vondrušky, & Bartáka (1999). I Stejskal (2004) uvádí, že pohybová aktivita patří mezi tři sloupy, o které se léčba diabetu opírá - inzulín, dieta a cvičení, neboť zvyšuje citlivost periferních buněk na inzulín, tím snižuje nároky na jeho produkci a zároveň slouží k léčbě obezity, která diabetes 2. typu ruku v ruce provází.

Dle Vondrušky, & Bartáka je ordinace pohybové aktivity jednoznačně přísně individuální a patří do rukou odborného lékaře. „Jenom roční výdaje vynaložené za farmakologickou léčbu diabetu přesáhly v České republice v roce 1999 1 miliardu korun“ (Národní diabetologický program, 2000), přitom pohybová aktivita může být z ekonomického hlediska zadarmo.

2.9 Zahraniční systémy podpory pohybové aktivity u lékaře

Na světě je několik zemí (především ty vyspělé), které systematicky řeší problémy s nedostatečnou úrovní pohybové aktivity. Snaží se vytvářet nejrůznější strategie, ve kterých jsou více či méně úspěšné (není zde moc údajů, které by vypovídaly o dlouhodobější udržitelnosti intervencí). Nyní bych chtěl předložit tři systémy podpory pohybové aktivity u lékaře, které fungují v zahraničí, a tak by mohly sloužit pro Českou republiku jako námět pro řešení problematiky. Při snaze o pochopení systémů v kontextu celonárodních strategií odkazují na práci Kalmana et al. (2008).

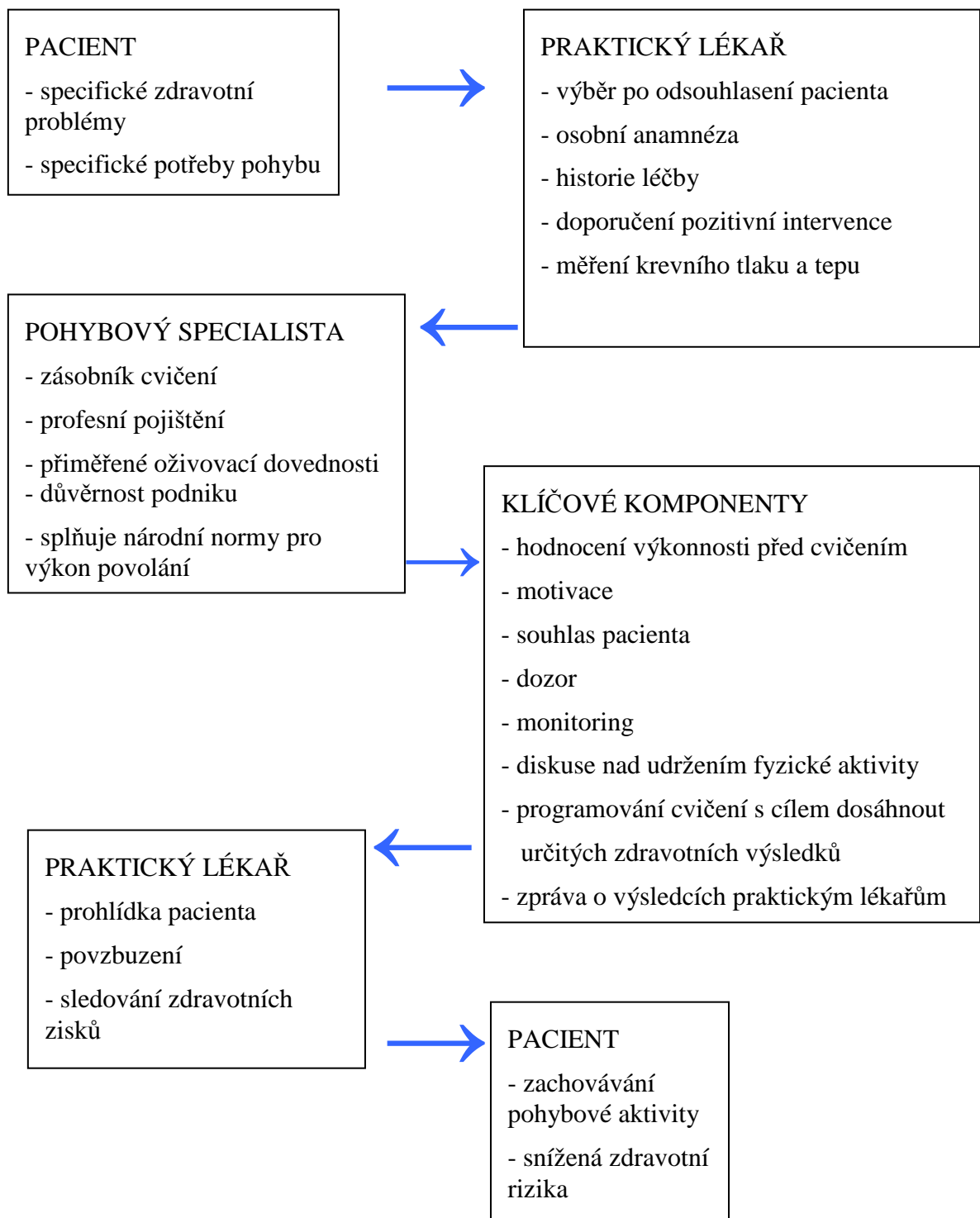
2.9.1 Národní strategie podpory pohybové aktivity ve zdravotnictví: Anglie

V Anglii byl v roce 2001 vytvořen stěžejní dokument, který se problematikou zabývá: Exercise Referral System. Poskytuje pokyny pro „cvičební systémy“ s cílem zlepšit stávající a pomáhat v rozvoji nových systémů. Práce se primárně zaměřuje na model, který nabádá praktické lékaře a jejich sestry, aby odkazovali své pacienty do rekreačních středisek či tělocvičen, kde mohou odborníci přes pohybovou aktivitu dohlížet na cvičení pacientů. Z 95% obyvatel, kteří vidí minimálně jednou za 3 roky svého praktického lékaře, je pouze u ¼ pravděpodobné, že budou fyzicky aktivní. U této skupiny je tedy ideální příležitost, aby odborný zdravotní pracovník povzbudil lidi k vyšší pohybové aktivitě a ukázal, jakým způsobem mají cvičit. To může být provedeno různými formami: vydávání rutinních poradenství všem pacientům, nabízet specifické poradenské služby, doporučovat sportovní zařízení či služby, jako mohou být místní pěší programy.

Dokument obsahuje kompetence hlavních pracovníků, zabývajících se podporou pohybové aktivity: zdravotních sester, terapeutů, pohybových specialistů, koordinátorů EXS, a především praktických lékařů. Ti mají rozhodnout, které pacienty do systému zařadit, hodnotit jejich výkonnost, podporovat aktivní životní styl, být příkladem v dodržování zdravého životního stylu, poskytnout pacientovi nejvhodnější zařízení či službu, prohlédnout pacienta na konci programu.

Na schématu 1 můžeme vidět základní podstatu systému Exercise Refferal a specifikaci jednotlivých článků v procesu.

Schéma 1: Pokrok pacienta pomocí Exercise Refferal System



Zdroj: (Craig et al., 2001), upraveno

Studie, které se zúčastnilo téměř 1000 probandů, kteří byli sledováni po dobu 6 měsíců prokázala, že systém Exercise Referral poskytuje efektivní řešení podpory pohybové aktivity. Po sledovanou dobu se participace účastníků na pohybové aktivitě navýšila o 13,8% (Isaacs, Critchley, Tai, Buckingham, Westley, Harridge et al., 2007).

2.9.2 Národní strategie podpory pohybové aktivity ve zdravotnictví: Nový Zéland

V roce 1998 byl na Novém Zélandu zaveden projekt s názvem Zelený předpis (Green Prescription Scheme). Program nabádá praktické lékaře a zdravotní sestry, aby motivovali k pohybové aktivitě skrze „zelený předpis“, který předávají svým pacientům psanou formou či přes e-mailové schránky. Lékař spolupracuje s volnočasovými centry a odborníky, kteří pacienty motivují prostřednictvím telefonních hovorů, osobních setkáních nebo skupinových sezení. Po 6 měsících je pacientův pokrok předkládán lékaři. Pokud má pacient zájem o nadálou podporu ze strany zdravotního specialisty, může v programu pokračovat. Je to velice cenově nenákladná cesta, jak pomoci lidem být fyzicky aktivní.

Pfeiffer, Clay a Conatser (2001) zkoumali, zda má Zelený předpis nějakou účinnost. Byly zkoumány dvě skupiny probandů a jejich adherence na pohybové aktivitě. První skupina dostávala pouze verbální rady od lékařů. Celková fyzická aktivita vzorku vzrostla o 4%. Kdežto u vzorku, kde byl aplikován Zelený předpis se pohybová aktivita navýšila u 16%, což jednoznačně dokazuje, že projekt Zelený předpis je úspěšný.

2.9.3 Národní strategie podpory pohybové aktivity ve zdravotnictví: Finsko

Zde se uplatňuje forma podpory pohybové aktivity, která je založena na lékařském předpisu, který pacient obdrží od svého praktického lékaře (viz. Příloha č.6). Účastníci obvykle zdarma nebo za malou částku obdrží tělocvičné programy na dobu 3 měsíců. Dostává se jim vyššího dohledu, kvůli jejich zdraví, než normálním členům, odborník je pohybovou aktivitou provází, dostávají individuální instrukce a speciální lekce. Takováto forma má 5 hlavních kroků:

1. pokud lékař shledá, že je člověk vhodný adept pro pohybový režim, tak mu sjedná schůzku u pohybového specialisty,
2. specialista probere zdravotní stav, úroveň fyzické aktivity a stanoví cvičební plán,

3. na následujícím sezení jsou provedena měření, díky kterým je možno sledovat zlepšení,
4. většinou po dobu 3 měsíců pacient plní cvičební plán,
5. po dané době je provedeno výstupní hodnocení a zpráva je poslána lékaři

Výzkum Aittasalo et al. (2006) provedený na finské populaci sleduje, jaký dopad má pohybová aktivita na lékařský předpis na zvýšení její úrovně obyvatel. U jedinců, kteří podstoupili program, se navýšila pohybová aktivita během 2 měsíců v průměru o 217 minut. Problém je ale v udržitelnosti, ta postupem času klesá, a to u všech intervencí. Je tedy potřeba zaměřit se na to, aby pacienti, kteří jakoukoliv intervenci podstoupí, u účasti na pohybové aktivitě zůstali i po absolvovaném programu. To bude podle mého názoru předmětem hlavního úsilí výzkumných pracovníků v následujících letech. Systém je ale úspěšně realizován jak ve Finsku, Dánsku, Holandsku, Velké Británii, tak je i snahou ho prosadit v České republice.

3 CÍLE A ÚKOLY

Hlavním cílem bakalářské práce je sledovat postoje kardiologů a diabetologů k problematice vztahu mezi pohybovou aktivitou a zdravím, zároveň sledovat jakého efektu dosahují při snaze o změnu životního stylu svých pacientů.

Dílčí cíle:

- Nashromáždit potřebné publikace k seznámení se s tématikou,
- nalézt efektivní způsob dotazování,
- sestavit dotazník,
- vyhledat co nejvíce kontaktů na lékaře specialisty,
- komunikace s lékaři,
- motivovat lékaře k vyplnění dotazníku,
- vyhodnotit odpovědi, vytvořit tabulky,
- vyhodnotit úspěšnost zvolené formy dotazování,
- zrealizovat jinou formu dotazování.

4 METODIKA

Práce je založena na dotazníkovém šetření, využíváme tedy principu kvantitativního výzkumu, kterým snadno zasáhneme velký vzorek respondentů. Pro tyto účely jsme vytvořili na univerzitních stránkách dotazníkový systém Q-Easy, s jehož pomocí může student po krátkém seznámení vytvořit systém otázek, jejichž typů má na výběr několik. My využíváme pouze otázky s jednou možnou odpovědí a zároveň otázky otevřené. Následně jsme vše zpracovali do uživatelské podoby, což pro respondenta znamenalo pouze odkaz na webovou stránku, kde se mu zobrazily veškeré otázky, na které následně odpovídal.

Tento webový odkaz (viz Příloha č.5) byl společně s průvodním motivačním textem odeslán ze soukromého univerzitního e-mailu na 274 e-mailových adres kardiologů a diabetologů z různých regionů České republiky na začátku června roku 2010. Na konci téhož měsíce bylo obesláno druhé kolo dotazníků (v angličtině follow-ups), opět s využitím internetu. Na základě nízké návratnosti odpovědí následovalo třetí kolo dotazníků na začátku července. U otázek byla možná vždy pouze jedna odpověď, vyjma otázek otevřených, která byla ovšem pouze jedna. První typ otázek ověřoval znalosti lékařů ve vztahu pohybové aktivity a zdraví. Zda lékaři vůbec vědí, na jaké nemoci má optimální pohybová aktivita kladný vliv, přičemž jednou z možností odpovědi bylo i „Nevím“. Druhou větší skupinou otázek bylo hledání bariér, které stojí za nízkou podporou pohybové aktivity ze strany lékařů. Třetí skupina otázek souvisela se znalostmi lékařů z podpory zdraví a to pro jakou indikaci by aplikovali pohybovou aktivitu. Na závěr jsme chtěli zjistit, zda za lékařskými postoji a metodami stojí i úroveň jimi vykonávané PA a jejich věk, což nám může vypovídat i o důkazu důležitosti, která je přikládána tomuto problému na lékařských fakultách v průběhu desetiletí.

I když byly otázky z velké části převzaty z výzkumu provedeného ve Velké Británii v roce 1997, jeho konečnou podobu jsem se snažil postavit na základě pravidel: Formulace otázek musí umožňovat odpověď, otázky musí být srozumitelné, jednoznačné, umožňující upřímnost odpovědí, nesmí být sugestivní, musí motivovat, nesmí otrávit, musí na sebe logicky navazovat, musí být gramaticky správné, neměly by začínat slovem proč?, nelze se ptát zdvojenými otázkami, dotazník by neměl být rozsáhlý a časově náročný, jak uvádí Skalková et al. (1983).

Dotazník je sice velice efektivní technikou, která umožňuje postihnout velký počet jedinců s téměř nulovými náklady, v krátkém čase, bez spolupracovníků v terénu, pod anonymitou, ale klade vysoké nároky na ochotu respondentů, je snadné vůbec neodpovídat, návratnost je velice nízká, často tak nízká, že jakákoliv reprezentativnost vzorku je ztracena

jak uvádí Disman (2006). Zejména z posledního zmiňovaného důvodu jsme se k dotazníkové metodě rozhodli využít i techniky polostrukturovaného rozhovoru. Lékařům byly kladeny otázky z dotazníku, některými z nich jsme se zabývali více do hloubky. Tato technika byla pracnější, časově náročnější, ale nezodpovězení otázek bylo vyloučeno, ke standardním otázkám jsme získali navíc i cenné názory a úspěšnost dokončení byla 100%.

4.1 Ostatní použité metody

Byly použity metody definované Čihovským (2006, 11) takto:

- *Introspektivní metoda* - opírá se o osobní znalosti, zkušenosti výzkumníka na základě účasti v prostředí či nějakém společenském procesu.
- *Analýza* - představuje postup při zkoumání jevů, při němž je celek rozložen na jednotlivé (prvky) části.
- *Syntéza* - je postup navazující na analýzu, který vyhodnotí jedinečné na stupeň obecně platného. Nezbytně musí navazovat na analýzu.
- *Dedukce* - od obecného k jednotlivému.
- *Metoda terénního šetření* - spočívá v získávání informací v terénu od skupiny respondentů tazatelem (anketiérem).
- *Metoda statistická* - vychází z předpokladu hromadného výskytu jevů a procesů, které lze kvantifikovat pomocí matematické statistiky.

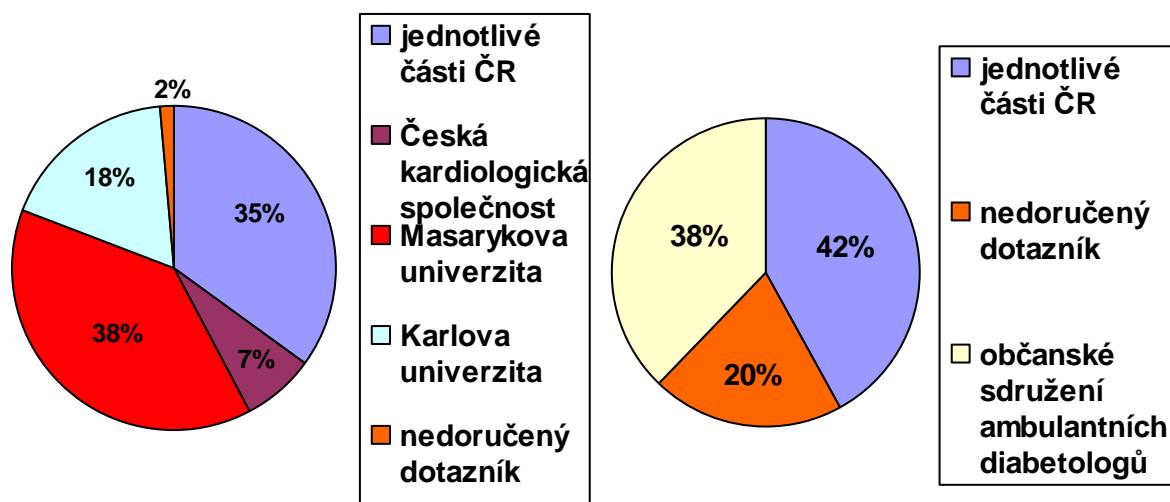
5 VÝSLEDKY

5.1 Dotazníková metoda

V první části práce jsem vytvořil dva dotazníky pro dvě specializované skupiny lékařského personálu. Tato vybraná forma mi má zajistit snadnou komunikaci s respondenty, a jak už bylo provedeno u obdobného empirického šetření s praktickými lékaři, také poměrně vysokou návratnost odpovědí.

5.1.1 Kardiologové a diabetologové

Počet vyplněných on-line dotazníků (viz. Příloha č.5) přes systém Q-EASY byl u skupiny kardiologů 14 ze 197 oslovených. Návratnost odpovědí tedy činí 7%. Oslovených diabetologů bylo 79, z toho dotazník vyplnilo 12 respondentů, vrátilo se mi tedy 15,2%, což je číslo příznivější. V následujícím grafu můžeme vidět původ vzorku kontaktů, na které byly rozeslány dotazníky:



Obrázek 1. Vzorek kardiologů z různých zdrojů Obrázek 2. Vzorek diabetologů z různých zdrojů

Na obrázku 1. můžeme vidět, že většina oslovených kardiologů byla z Masarykovy univerzity, kde působí jako vyučující na plný nebo částečný úvazek nebo jako doktorandi, ale všichni mají atestaci z kardiologie. Pouze 35% respondentů bylo vyhledáno individuálně z jednotlivých oblastí České republiky, čili pracují na soukromých klinikách a z části v nemocnicích, kde veřejně poskytují svou e-mailovou adresu. 2% respondentů nebyl

dotazník vůbec doručen, a to z důvodu neaktivní e-mailové schránky. Dobrým zdrojem kontaktů se ukázaly dvě největší a nejprestižnější české univerzity, které mi poskytly více jak polovinu kontaktů.

Obrázek 2. vykazuje vysoké procento (20%) neaktivních e-mailových schránek, čili 16 diabetologů vůbec nemělo možnost do dotazníku nahlédnout. Dobrým zdrojem informací bylo také Občanské sdružení ambulantních diabetologů, které má 153 členů, ale svou adresu jich poskytuje jen 30 (38%). Zbylých 33 (42%) kontaktů jsem získal při vyhledání po jednotlivých krajích České republiky, což byl postup sice nejnáročnější, ale doznal největšího efektu. U diabetologů můžeme vidět menší různorodost informačních zdrojů, než-li u vzorku kardiologů.

Dotazník byl řešen tak, že má 4 větší oblasti dle charakteru otázek. Výsledky obou dotazníků jsou zařazeny v té samé tabulce kvůli téměř totožným otázkám, jednotlivé údaje lze také přehledně sledovat a porovnávat.

Tabulka 1. Znalosti kardiologů o příznivých vlivech fyzické aktivity na různé zdravotní obtíže

<i>Postoje k tvrzení</i>		<i>Počet (%) respondentů, kteří odpověděli</i>			
		Je přesvědčivě prokázáno	Je prokázáno	Není prokázáno	Nevím
Optimální PA pomáhá při kontrole hmotnosti	K	10 (71,4)	4 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	7 (58,3)	5 (41,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Optimální PA snižuje riziko úmrtí způsobené ICHS	K	7 (50,0)	7 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	-	-	-	-
Optimální PA snižuje krevní tlak u Hypertoniků	K	9 (64,3)	5 (35,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	-	-	-	-
Optimální PA snižuje pravděpodobnost pádů u starých lidí	K	4 (28,6)	10 (71,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	2 (16,7)	8 (66,7)	2 (16,7)	0 (0,0)
Optimální PA snižuje riziko předčasného úmrtí	K	5 (35,7)	4 (28,6)	3 (21,4)	2 (14,3)
	D	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Optimální PA snižuje riziko Diabetu 2. typu	K	-	-	-	-
	D	7 (58,3)	5 (41,7)	0 (0,0)	0 (0,0)

Vysvětlivky: PA - pohybová aktivita, ICHS - ischemická choroba srdeční, K - kardiologové, D - diabetologové

Tabulka 1. nám ilustruje, jaké mají kardiologové a diabetologové znalosti o stavech, kde je prokázán příznivý efekt pravidelné pohybové aktivity, přičemž je dotazník specializovaný na konkrétní obor. Obecně můžeme říci, že znalosti mají dobré, což se dalo předpokládat vzhledem k úzké specializaci zkoumané skupiny. Avšak mne překvapilo, že 35,7% kardiologů nevědělo nebo nebylo toho názoru, že pohybová aktivita snižuje riziko předčasného úmrtí, což vychází z kladných efektů pohybové aktivity na zdraví a je podloženo mnoha zahraničními studiemi i akademickými odborníky, podle Stejskala (2004), World Health Organization (2007), naopak diabetologové o tomto faktu vědí ve 100%. Stejskal ve své práci zmiňuje výzkum, který dokumentuje, že jestliže člověk středního věku začne být aktivní, průměrně si prodlouží život o 2 roky. Ověřování znalostí je pouze povrchní, zaměřeno na oblast kardiologické a diabetologické léčby, přesto jsem si je vědom mnoha dalších příznivých vlivů (snižuje riziko rakoviny prsu, snižuje riziko Alzheimerovy choroby, zlepšuje psychický stav jedince, atd.).

Následující otázka (viz tabulka 2.) má charakter otázek z tabulky 1., protože ověřuje znalosti lékařů o kladném vlivu pohybové aktivity na zdraví, možnosti odpovědí jsou ale odlišné, a proto je uváděna samostatně.

Přesto, že je obecně v podvědomí, že pohybová aktivita je pro zdraví přínosná, klíčovým faktorem je její intenzita ve spojitosti se zdravím. To si ale všichni lékaři (dle tabulky 2.) plně neuvědomují. Přitom neúměrně nízká intenzita může výrazným způsobem snížit efekt pohybové aktivity, neúměrně vysoká intenzita zase může mít vliv na zdravotní poškození dle Šlachty (2009). Většina respondentů (71,4% a 91,7%) ale označila odpověď: PA střední intenzity.

Tabulka 2. Intenzita zatížení při pohybové aktivitě

Otázka	Počet (%) respondentů, kteří odpověděli		
	PA nízké intenzity	PA střední intenzity	PA vysoké intenzity
Na zdraví má K nejpozitivnější vliv D	3 (21,4)	10 (71,4)	1 (7,1)
	1 (8,3)	11 (91,7)	0 (0,0)

Vysvětlivky: PA - pohybová aktivita, K - kardiologové, D - diabetologové

Cílem druhé oblasti otázek bylo zjistit, jak se vůbec kardiologové a diabetologové staví k pohybové aktivitě jako prostředku prevence či léčby.

Tabulka 3. Postoje kardiologů týkající se podpory pohybové aktivity

Postoje		Počet (%) respondentů, kteří			
		Silně souhlasí	Souhlasí	Nesouhlasí	Silně nesouhlasí
Podpora realizace optimální PA v rámci prevence vybraných onemocnění je důležitá	K	8 (57,1)	6 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Propagace významu zdravého ŽS v rámci prevence onemocnění je důležitá	K	9 (64,3)	5 (35,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Doporučení směřující k navýšení PA je více efektivní, když je přímo spojené s konkrétním problémem jedince	K	5 (35,7)	8 (57,1)	1 (7,1)	0 (0,0)
	D	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Moje doporučení týkající se oblasti podpory zdravého ŽS může přinést pacientům pozitivní efekt	K	5 (35,7)	7 (50,0)	2 (14,3)	0 (0,0)
	D	5 (41,7)	7 (58,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mohu být efektivní v přesvědčování pacientů vykonávat více PA	K	2 (14,3)	8 (57,1)	4 (28,6)	0 (0,0)
	D	1 (8,3)	10 (83,3)	1 (8,3)	0 (0,0)
Snažím se motivovat tolik pacientů k vyšší PA, kolik je jen možné	K	3 (21,4)	11 (78,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
S pacientem vedu diskusi o PA, jen když se pacient sám zmíní	K	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (71,4)	4 (28,6)
	D	0 (0,0)	1 (8,3)	9 (75,0)	2 (16,7)
Pouze usilovná PA je pro zdraví přínosná	K	1 (7,1)	4 (28,6)	8 (58,2)	1 (7,1)
	D	0 (0,0)	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0,0)
Optimální PA a zdravý ŽS vedou ke kvalitnějšímu životu	K	6 (42,9)	7 (50,0)	1 (7,1)	0 (0,0)
	D	4 (33,3)	8 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)

Vysvětlivky: PA - pohybová aktivita, ŽS - životní styl, K - kardiologové, D - diabetologové

Druhá oblast otázek je totožná pro obě dvě zkoumané skupiny. Zde je pro mne překvapující zjištění, že celých 100% respondentů odpovědělo, že se snaží motivovat tolik pacientů k vyšší pohybové aktivitě, kolik je jen možné, přesto si 28,6% kardiologů nemyslí, že by jejich přesvědčování mohlo být efektivní a 14,3% si nemyslí, že by jejich doporučení, týkající se podpory zdravého životního stylu, mělo pozitivní efekt na pacienty.

Tabulka 4. nám předkládá, při jakých zdravotních obtížích by respondenti doporučili pohybovou aktivitu. Zajímavostí je, že kardiologové by ji doporučili více pacientům s indikovaným kardiovaskulárním oslabením, než všem svým pacientům, dle Bartáka (1999) by ale rekreační pohybová aktivita měla být součástí denního režimu téměř každého nemocného.

Tabulka 4. Stav, při kterém by kardiologové dali radu týkající se pohybové aktivity

<i>Stav, kdy bych indikoval/a</i>		<i>Počet (%) respondentů, kteří by podali radu</i>			
		Vždy	Někdy	Příležitostně	Nikdy
Rizikový faktor ICHS	K	13 (92,9)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	-	-	-	-
Hypertenze	K	13 (92,9)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	-	-	-	-
Po infarktu myokardu	K	6 (42,9)	8 (57,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
	D	-	-	-	-
Diabetes	K	-	-	-	-
	D	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nadváha	K	-	-	-	-
	D	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Všem pacientům	K	4 (28,6)	9 (64,3)	1 (7,1)	0 (0,0)
	D	3 (25,0)	8 (66,7)	1 (8,3)	0 (0,0)

Vysvětlivky: ICHS - ischemická choroba srdeční, K - kardiologové, D - diabetologové

Následující tabulka 5. nalézá překážky, které stojí proti podpoře pohybové aktivity ze strany lékaře. To, že 14,3% kardiologů a 9,1% diabetologů nemá dostatečné znalosti k odborným radám v oblasti pohybové aktivity značí buď problém nedůrazu v edukačním procesu na lékařských fakultách nebo neochoty se postgraduálně v této oblasti sebevzdělávat. Ovšem tvrzení, že stejné procento kardiologů (14,3%) a 8,3% diabetologů se domnívá, že tato problematika se jejich praxe netýká, je dosti alibistické. Pohybová aktivita má totiž nesporné a zásadní vlivy na zdraví jedinců (viz. kapitola 2.2 Přínos pohybové aktivity). 28,6% kardiologů a 33,3% diabetologů je skeptická v podávání intervencí svým pacientům, což je problém, vzhledem k nízké adherenci jedinců na pohybové aktivitě. Pochopitelně nelze počítat s tím, že si každý člověk vezme doporučení lékaře k srdci a začne pravidelně cvičit, ale i pár jedinců, které případná rada přivede na „správnou cestu“ (správný životní styl) je obrovsky kladným počinem a profesním úspěchem. Celkově stejně velký problém vidí specialisti v čase, který dle jejich názoru na doporučení a osvětu v oblasti pohybové aktivity v klasických ordinačních hodinách nemají.

Tabulka 5. Problémy, které kardiologové sledávají v prosazování pohybové aktivity v ordinacích

<i>Bariéra</i>	<i>Počet (%) respondentů, kteří</i>				
	<i>Silně souhlasí</i>	<i>Souhlasí</i>	<i>Nesouhlasí</i>	<i>Silně nesouhlasí</i>	
Nemám dostatek informací k tomu, abych mohl pacientům v této oblasti kvalifikovaně poradit	K	0 (0,0)	2 (14,3)	10 (71,4)	2 (14,3)
	D	0 (0,0)	1 (9,1)	8 (72,7)	2 (18,2)
Problematika není pro mou praxi důležitá	K	0 (0,0)	2 (14,3)	8 (57,1)	4 (28,6)
	D	0 (0,0)	1 (8,3)	7 (58,3)	4 (33,3)
Pacienti by má doporučení stejně nedodržovali	K	0 (0,0)	4 (28,6)	10 (71,4)	0 (0,0)
	D	0 (0,0)	4 (33,3)	8 (66,7)	0 (0,0)
Nemám na to dostatek času	K	0 (0,0)	3 (21,4)	8 (57,1)	3 (21,4)
	D	0 (0,0)	5 (41,7)	6 (50,0)	1 (8,3)

Vysvětlivky: K - kardiologové, D - diabetologové

V další otázce mne zajímal názor respondentů, jaké intervence by v České republice napomohly ke zvýšení pohybové aktivity obyvatel. Pouze jediný kardiolog, ale už 2 diabetologové byli kritičtí vůči zkoumanému vzorku a vidí jisté rezervy na straně lékařů. Ti by podle nich mohli být důraznější při prevenci. Celkově nejvíce příznivců 9 (42,9% a 25%, díky názoru kardiologů) získala národní koncepce podpory pohybové aktivity. Kardiologové tedy vsázejí na komplexní přístup, který by se týkal více resortů, a tak by mohl dosáhnout většího efektu. Zato diabetologové vidí potenciál v systematičtějším hrazení prevence zdravotními pojišťovny. Preventivními opatřeními se zabývají strategie pojišťoven i dnes, ale je pravdou, že nedosahují kýžených očekávání. Z důvodu nízkého povědomí (pojištěnci o nabídkách nevědí nebo nemají zájem o jejich čerpání) také neexistuje žádná koncepce, která by zaručovala větší efekt. Otázka nenabízela prostor pro více odpovědí, což vidím jako záporný fakt, vzhledem ke komplexnosti problému. Ovšem nutno podotknout, že možnost „vytvoření národní strategie“ je dosti obecná a zahrnuje spoustu jiných možných řešení.

Tabulka 6. Efektivní podpora pohybové aktivity

Otázka	Počet (%) respondentů, kteří by upřednostnili			
	Vytvoření národní strategie podpory PA	Prezentace významu optimální PA v masmédiích	Systematičtější hrazení prevence zdravotními pojišťovnami	Větší důraz na prevenci ze strany lékařů
Jaké intervence by podle Vás pomohly pro zvýšení PA obyvatel	K 6 (42,9)	5 (35,7)	2 (14,3)	1 (7,1)
	D 3 (25,0)	2 (16,7)	5 (41,7)	2 (16,7)

Vysvětlivky: PA - pohybová aktivita, K - kardiologové, D - diabetologové

Další dvě otázky sloužily k charakteristice sledovaného vzorku. Odpovědi nám mohou vypovídat o vztahu mezi závislostmi věku, vlastní participace na pohybové aktivitě a postoji k podpoře pohybové aktivity. Z tabulky 7. jasně vyplývá, že zájem na vyplnění dotazníku měli převážně pohybově aktivní jedinci. Ti neaktivní nejspíše nemají vztah k pohybové aktivitě a na její podporu nekladou důraz. Dále mne zajímalo, zda lze nalézt přímou korelaci mezi zájmem o podporu pohybové aktivity a věkem respondentů. Bohužel nemám informaci o věku respondentů z celého zkoumaného vzorku, ani ze které skupiny odpovídali na konkrétní otázky. Odpověď od skupiny provozující profesi méně než 10 let byla pouze jediná. Není se čemu divit, vzhledem k tomu, že po 6 letech vysokoškolského studia musí lékař ještě podstoupit atestační zkoušku po 5 letech praxe. Celkově nejvíce respondentů odpovědělo s 20 - 30letou lékařskou praxí a nejvíce diabetologů (41,7%) pracuje v oboru 10 – 20 let.

Tabulka 7. Identifikace

Otázka	Počet (%) respondentů, kteří				
	Jsem velmi pohybově aktivní	Jsem mírně pohybově aktivní	Nejsem pohybově aktivní		
Charakterizujte Vaši vykonávanou PA	K 7 (50,0)	6 (42,9)	1 (7,1)		
	D 2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0,0)		
Jako lékař působím již	< než 10 let	10 – 20 let	20 – 30 let	30-40 let	> než 40 let
	K 1 (7,1)	2 (14,3)	8 (57,3)	1 (7,1)	2 (14,3)
	D 0 (0,0)	5 (41,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	0 (0,0)

Vysvětlivky: PA - pohybová aktivita, K - kardiologové, D - diabetologové

Dotazník obsahuje ještě dvě otevřené otázky, možnost odpovědi nevyužil jediný respondent:

- Uveďte další Vámi vnímané bariéry, bránící k efektivní realizaci podpory pohybové aktivity

Druhá otázka byla pouze praktická. Na závěr jsem prosil respondenty o e-mailové adresy, aby při druhé a třetí obsílce nebyli zbytečně oslovováni.

5.2 Rozhovor

Po nízké návratnosti internetového dotazníku jsem se rozhodl využít jedné z metod kvalitativního výzkumu (rozhovoru), ten mi sice nepřinese ani tolik odpovědí, kolik jsem získal formou dotazníků, ale „navázání osobního kontaktu usnadňuje hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů...slouží k hlubšímu objasnění kontextu a důvodů odpovědí.“ (Skalková, 1983, 92). V původním plánu jsem chtěl mluvit s 2 kardiology a 2 diabetology, domluvit si s nimi schůzku, podrobněji probrat formou polostrukturovaného rozhovoru dotazník a případně zjistit názor na příčinu nízkého procenta vyplněných dotazníků.

5.2.1 První rozhovor

V Teplicích nad Bečvou, v areálu lázní, které se zabývají léčbou a prevencí kardiovaskulárních onemocnění, obezitou a diabetem (Lázně Teplice nad Bečvou, 2009), jehož součástí je nemocniční zařízení, ve kterém působí kardioložka s 25 letu praxí, která byla ochotná se mnou tuto problematiku osobně probrat, jsem si dohodl schůzku. Prvotní zainteresovanost do problematiky byla ovlivněna nabitými ordinačními hodinami, proto měl rozhovor rychlý spád a má očekávání nebyla naplněna. Probrali jsme otázky z dotazníku (viz. příloha 4), který byl předložen i zbytku skupiny kardiologů. Celkové znalosti k problematice měla lékařka na dobré úrovni, i postoj k podpoře pohybové aktivity kladný. Zastavím se tedy pouze u několika bodů:

Otázka 11: Na zdraví má nejpozitivnější vliv

- PA nízké intenzity
- PA střední intenzity
- PA vysoké intenzity

Paní doktorka se k otázce vyjádřila: „*To je hodně sporné, každý člověk to má jinak.*“
Tazatel: Validní parametr je ale VO₂max (maximální spotřeba kyslíku), ten je pro každého individuální.

„*Ale vy to na škole počítáte jinak než doktoři, i pro nemocného je zdravé se hýbat pod anaerobním prahem.*“

Nakonec tedy označila možnost – PA vysoké intenzity. Takováto intenzita by ale mohla člověka se zdravotními komplikacemi spíše poškodit. V doporučeních dospělým od American College of Sports Medicine (2007) se objevuje jak pohybová aktivita střední intenzity (minimálně 30 minut aspoň 5 dní v týdnu), tak vyšší (např. jogging, minimálně 20 minut aspoň 3 dny v týdnu), ale doplňovaná i aktivitou o nízké intenzitě a silovým tréninkem. Dle WHO (in Kalman et al., 2009, 30) největších zdravotních benefitů a preventivních účinků na vznik neinfekčních onemocnění má středně intenzivní aktivita.

Jako jediná využila otevřené otázky týkající se dalších bariér bránících k efektivní realizaci podpory optimální pohybové aktivity, za což považuje negativní postoje pacientů. To jí ale neodrazuje k preskripci pohybové aktivity. „*Dokud pacient sám nechce, tak mu můžu říkat co chci a stejně má doporučení dodržovat nebude.*“

Dále se vyjádřila k otázce: Jaké intervence by podle Vás pomohly pro zvýšení PA obyvatel? „*Vytvoření národní strategie podpory PA je k ničemu, ale systematictější hrazení prevence pojišťovny v souvislosti s větším důrazem na prevenci ze strany lékařů by mohlo fungovat, když by za to dostali lékaři zapláceno.*“

Mimo standardní dotazník, který obdrželi všichni kardiologové, jsem měl připraveným pár doplňujících otázek:

- Přišel vám dotazník příliš dlouhý a nesrozumitelný? „*Počet otázek i čas na vyplnění byl adekvátní, ale některé otázky byly složitě formulované. Až budete dělat jiný dotazník, tak si ho nechejte přečíst od 4 nezaujatých osob.*“
- Jak vypadá konkrétně Vaše práce s pacienty? Slouží PA jako prostředek léčby? „*To je v podstatě můj denní chleba, tohle já řeším s každým pacientem.*“

5.2.2 Druhý rozhovor

Druhý respondent je ze druhé sledované skupiny, tedy diabetoložka, která provozuje soukromou ordinaci v Hranicích. Je to specialistka s téměř 40letou praxí, která neměla na internetu žádné kontaktní informace, ale vzhledem k tomu, že ordinuje v místě mého bydliště, nebyl problém dohodnout si s ní schůzku osobně. V čekárně bylo málo pacientů, a tak jsem byl přijat do ordinace. Po krátkém obeznámení s cíly mé práce a předmětem studia Rekreeologie, jsme společně prošli dotazník. Celkové znalosti a postoje k podpoře pohybové aktivity má paní doktorka příznivé, a tak vypíchnu jen několik bodů:

Otázka 11: Na zdraví má nejpozitivnější vliv

- PA nízké intenzity
- PA střední intenzity
- PA vysoké intenzity

Ani v tomto případě jsme se nedobrali stejného závěru. *„Ono záleží na věku a spoustě dalších faktorů, ale když mám něco označit, bude to PA nízké intenzity.“*

Otázka 17: Stav, při kterém bych indikovala doporučení týkající se optimalizace PA. Všem pacientům

- Někdy – *„Ono záleží na okolnostech.“*

Otázka 18: Nemám dostatek informací, abych mohla pacientům v této oblasti kvalifikovaně poradit

- Silně nesouhlasím – *„V dnešní době internetu je přístup k informacím velice snadný. Je známo, jak je PA přínosná.“*

Opět byla u několika odpovědí cítit skepse dána nezájmem pacientů, kteří si doporučení lékařů k srdci neberou. I v tomto případě respondent PA doporučuje, předkládá zásobníky cvičení, ale s vědomím, že málokdo se jimi řídí.

Co se týká intervencí, které by pomohly k navýšení PA obyvatel, zde byla diabetoložka zastáncem lékařů, kteří podle ní kladou velký důraz na prevenci, nejspíše ovlivněno vlastními metodami. A velmi upřednostňovala prezentaci významu PA v masmédiích. *„Masmédia mají velkou moc. Lidi dají hodně na televizi a reklamy. Hrazení prevence pojišťovny není cesta. Kdyby to měli lidi zadarmo, tak toho nevyužívají, dokud sami nebudou chtít. Mají vžitě, že vše co je zadarmo, stojí za Začnou něco dělat, až když je něco bolí a je už často pozdě. Vy*

máte ještě elán, ale realita je jiná. Myslím, že za to může minulý režim. Starší generace byla zvyklá, že se o ně někdo staral, ale vy co si neuděláte, to nemáte, tak snad budete v té prevenci jiní.“

5.2.3 Shrnutí rozhovoru

Při osobním rozhovoru s lékařkami jsem měl možnost hlubšího vniknutí do problematiky z pohledu zdravotních pracovníků, kteří mi umožnili realistický pohled na podporu pohybové aktivity v současnosti v České republice v praxi. Znalosti obou lékařek byly na dobré úrovni, ale pouze povrchní. Když jsme „zabrousili“ do preskripce PA (intenzity zatížení, frekvence, typu, množství), znalosti už poněkud „pokulhávaly“, přitom rozhodujícím pro příznivý vliv na zdraví je teprve dávkování pohybové aktivity. I postoje k podpoře PA potvrdily výsledky z dotazníků, které vykazují kladné přístupy. Obě respondentky se ale shodují v bariéře, která je ze strany pacientů a jejich nezájmu.

6 DISKUSE

- Vzrůstající nárůst neinfekčních onemocnění.
- Pohybová aktivita má příznivý vliv na zdraví člověka.
- Lékař jako odborník usilující o zdraví lidí.

Počty jedinců, trpících onemocněními, které si svým životním stylem způsobili sami, rapidně roste, což jim nejen snižuje kvalitu života, ale i zatěžuje státní rozpočet. Náklady na léčbu nemocí způsobené pohybovou inaktivitou v roce 2000 byly např. v USA vyčísleny na 75 miliard dolarů dle World Health Organization (2003). Proto je zde snaha o ustálení tohoto trendu a hledají se veškeré možné cesty. Výzkumy potvrdily, že by při léčbě a prevenci pomohla optimální pohybová aktivita, která má kladné vlivy na zdraví. Kdo bude ale lidem poskytovat osvětu o životním stylu a pohybu? Ideálním článkem bude zdravotnictví a lékaři. Vysoký potenciál mají praktičtí lékaři, vzhledem k faktu, že je navštěvuje většina populace a v globálu i nejčastěji. Ale i v jiných ordinacích se léčí zdravotní komplikace způsobené pasivním způsobem života, často v kardiologických, diabetologických atd. Když chce ale lékař aplikovat nějakou léčbu, musí přesně vědět kdy, v jakých dávkách, po jakou dobu. Nejinak tomu je i u pohybové aktivity. Proto jsem zkoumal, zda tento specializovaný zdravotnický personál ví kdy, na co a jak moc tohoto prostředku využívat, aby dosáhl co největšího efektu.

Cílem bylo získat co nejvíce dat od co nejvíce respondentů. Pro tento účel byla jediná možná volba formou dotazování, tedy kvantitativní metodou. V dnešní době sejevila jako nejrychlejší a nejschůdnější komunikace prostřednictvím internetu a e-mailových adres. Česká kardiologická společnost má 32 500 členů, Česká diabetologická jich má 850, tolik respondentů může přinést nedocenitelné informace. E-mailová adresa je ale osobní údaj a ne každý ho zveřejňuje, proto se toto číslo snížilo na 197 kardiologů a 79 diabetologů. Vyplněných dotazníků se mi vrátilo 14 (kardiologové) a 12 (diabetologové). Takto nízkou návratnost vidím v neaktivnosti kontaktů (19 neaktivních schránek), v rozeslání dotazníků ze soukromého e-mailu (nedůvěra potencionálních respondentů v cizí osobu), dále v problémech s dotazníkovým systémem, který umožňoval snadné a rychlé vyplnění otázek. Tuto chybu se bohužel nepodařilo odstranit, proto několik respondentů, kteří měli zájem svými odpověďmi přispět k řešení problému, nemohli systém otevřít. Pro příští komunikaci bych zvolil podání žádosti na Českou kardiologickou společnost, která má kontakty na své členy a mohla by zmiňovaný dotazník hromadně rozeslat. Česká diabetologická společnost bohužel kontakty na

své členy nemá, proto bych využil jednoho z jejich členů, který by byl spolupráci nakloněn a dotazníky by rozšířil mezi ostatními diabetology (formou elektronickou nebo písemnou – rozdělením dotazníků na kongresech, které se pravidelně konají). Tuto formu mi nabídl MUDr. RNDr. Tomáš Brychta, Ph.D., bohužel příliš pozdě, a tak jsem jeho nabídky nemohl využít.

Po nízkém počtu navrácených dotazníků mne zajímalo, jakou vidí příčinu tohoto faktu samotní lékaři, k tomu jsem využil osobní schůzky s kardioložkou a diabetoložkou, se kterými jsem zároveň probral tento dotazník formou rozhovoru, jehož data jsem také mohl využít. Obě respondentky se shodly, že problémem nebude časová náročnost, ani vysoký počet otázek. Jedno negativum bylo dle kardioložky formulace některých otázek, ale ty byly určeny specializovaným pracovníkům, kteří by s odborností neměli mít problémy. Druhá lékařka viděla problém v tom, že lékařům chodí spousta e-mailů od farmaceutických firem, kterým často nevěnují pozornost, proto vidím východisko v komunikaci s takovou skupinou pod záštitou lékařských společností.

V celku studie (dotazník i rozhovor) tedy ukazuje, že povědomí o příznivých vlivech pohybové aktivity mají všichni respondenti dobrý, při bližším zkoumání vyšlo ale najevo, že 6 z 26 specialistů není schopno kvalifikovaně poradit v dávkování zatížení (intenzitě). Přitom jak už jsem zmiňoval: neúměrně nízká intenzita může výrazným způsobem snížit efekt pohybové aktivity, neúměrně vysoká intenzita zase může mít vliv na zdravotní poškození dle Šlachty, & Klimešové (2009).

U lékařů se sice neočekávají 100% znalosti týkající se sportovní medicíny či pohybových programů, proto si myslím, že mnohem efektivnější by bylo po konzultaci s lékařem a zjištění diagnózy přeposílat pacienty k zdravotnímu specialistovi podpory pohybové aktivity, jak je tomu např. v Anglii, který by měl podrobné znalosti v oblasti zátěžové fyziologie, schopnosti motivace pacientů a dostatek času se pacientovi věnovat. Dobrý námět poskytuje také Health Care Providers' Action Guide vytvořený v USA (za podpory např. firmy Coca Cola). Dokument slouží jako průvodce pro zdravotnický personál, jak jednoduše, rychle a efektivně užívat fyzickou aktivitu ve správných dávkách jako nejefektivnějšího předpisu pro prevenci, léčbu a vedení více než 40 nejběžnějších chronických zdravotních stavů od American College of Sports Medicine a American Heart Association.

Dalším faktem je, že 25 z 26 respondentů, kteří odpověděli, je ve svém volném čase pohybově aktivních. Jednoduše řečeno, pokud se já pohybové aktivitě věnuji a mám k ní kladný vztah, odráží se to i v mých doporučeních pacientům. Samotní pacienti sami vnímají,

když jim jejich lékař doporučuje něco, co sám nectí a nedodrží. Proto je nutné, aby nejen pacienti, ale celá společnost přijala pohybovou aktivitu za součást svého životního stylu.

To z čeho dle výsledků mají respondenti největší obavy a ubírá jim na elánu, je nezájem samotných pacientů. V České republice panuje jakýsi přežitok související s mnoha faktory, že dokud není opravdu pozdě, tak nás nikdo nepřesvědčí. Tomu by mohla předcházet celková koncepce a osvěta o pohybové aktivitě. Doposud u nás nejsou v podvědomí podrobná fakta, čísla o příznivých vlivech pohybové aktivity na zdraví. Myslím, že by se o tomto problému mělo mluvit v masmédiích (pořady, reklamy, ...), ve školách, na pracovištích, pojišťovny by měly více motivovat, stát by měl poskytovat výhody a celkově utvářet podmínky pro zdravý životní styl, měly by probíhat kampaně (podobně jako BESIP). Pohybová aktivita by měla být prestižní záležitostí, vizitkou dobrého člověka a lékařský personál by měl člověku (který má zájem) ukázat cestu, jak toho dosáhne. Stejnou častou překážkou je pro lékaře nedostatek času se podpoře pohybové aktivity věnovat v klasických ordinačních hodinách. To by se z části dalo řešit premii od lékařské komory či zdravotních pojišťoven, které by na větším zdraví občanů a zároveň léčbě některých onemocnění pohybem ušetřili nemalé peníze (např. informace v Národním diabetologickém programu z roku 2000 uvádí, že v roce 1999 léčba diabetu farmaky stála 1miliardu korun).

Z důvodu nízké návratnosti dotazníků se nelze zcela v globále o tyto výsledky opřít, přesto je jistým ukazatelem potvrzujícím všeobecnou hypotézu, že lékaři nejsou v této fázi ideálním intervenčním prostředím, vzhledem k nedostatku času a málo přesnými informacemi o aplikaci pohybové aktivity jedincům. Domnívám se, že práce poskytla cenné informace, z nichž se může vycházet při dalších šetřeních a snaze o spolupráci se skupinami nejen kardiologů a diabetologů, ale celkově se zdravotním personálem. Vždyť 6 z 10 mužů a 7 z 10 žen nejsou aktivní tak, aby jejich fyzická aktivita byla přínosná pro jejich zdraví (Crain, Dinan, Smith, Webborn, 2001). Bez vyřešení problematiky intervence pohybové aktivity u lékaře nebude možné tuto skutečnost efektivně řešit.

7 ZÁVĚRY

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají kardiologové a diabetologové postoje ke vztahu pohybové aktivity a zdraví, což bylo zkoumáno na vzorku 28 respondentů. Výsledky vykazují o kladném postoji těchto specializovaných zdravotních pracovníků k podpoře pohybové aktivity i jejich ucházejících znalostech o příznivém vlivu pohybové aktivity. Co se týče konkrétních odborných doporučení spjatých s intenzitou zatížení, zde by kvalifikovaně neporadilo 28,5% kardiologů a 8,3% diabetologů. Překážky byly shledány v nedostatku času, který lékaři pro podporu pohybové aktivity mají v klasických ordinačních hodinách a v odmítavém postoji pacientů k jejich doporučením. S ohledem na výše zmíněné překážky nemohou být lékaři za stávajícího stavu plně efektivní při snaze o změnu životního stylu svých pacientů.

Přesto vidím veliký potenciál v práci s lékařským personálem, jejich dalším vzděláváním a následnou spoluprací se zdravotními specialisty podpory pohybové aktivity. Současně je nutné přistupovat k jedinci samotnému prostřednictvím školy, rodiny, společnosti a masmedií tak, aby se pro člověka stala pohybová aktivita součástí životního stylu.

8 SOUHRN

V rukou držíte práci, která se snaží zmapovat situaci v intervenčním prostředí podpory pohybové aktivity v ambulancích kardiologů a diabetologů. Stojí na základech kvalitativních principů navýšených o dva rozhovory, které mají za cíl bližší procitnutí do lékařské praxe. Práce se snaží najít slabiny této skupiny, které by jí mohly bránit v podpoře pohybové aktivity u pacientů. Výsledky shledávají bariéry především v nedostatku času lékařů dostatečně se podpoře pohybové aktivity věnovat, dále nedostatečně odborné znalosti v tematice a v obavě, že by pacienti jejich doporučení nedodržovali. Jednou z možných řešení by mohla být spolupráce lékařů se specialisty na pohybovou aktivitu, kteří by pacientům aplikovali pohybový plán a dlouhodobě se jim mohli v tomto ohledu věnovat. Prostřednictvím práce můžeme také nalézt cestu komunikace se zdravotnickým personálem. Tu vidím schůdnější skrze lékařské organizace či sdružení (Česká lékařská komora, Česká kardiologická společnost, Česká diabetologická společnost a další), které by byly součástí celonárodní koncepce a podpora pohybové aktivity by tedy měla jistý řád.

9 SUMMARY

You are holding thesis, which aims to map a situation in interventional background of physical activity promotion at ambulances of cardiologists and diabetologists. It stands on basics of qualitative principles and two interviews, which has an object to get in more to medical practices. This thesis studies weaknesses of this group, because they can protect against physical activity promotion of patients. The results show us barriers mainly in doctors' time absence – they don't have enough time to pay attention to promotion of physical activity, insufficient expertises in theme and doubts if patients keep their recommendations. One of many solutions could be cooperation of doctors with specialists for physical activity, who would apply physical activity plan to patients and pay attention to them in the long term. We can find the way of communication with medical staff through this thesis. I consider the communication with medical staff to be more practicalable through medical organisation or associations (Česká lékařská komora, Česká kardiologická společnost, Česká diabetologická společnost and many others), which could be part of nationwide conception and therefore promotion of physical activity would have certain rules.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

Aittasalo, M., Miilunpalo, S., Harjula, K. K., & Pasanen, M. (2006). A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Medicine*, 42, 40-46.

Andersen, L. B., Anderssen, S., Bachl, N., Banzer, W., Goethe, J. W., Brage, S., et al. EU *Physical Activity Guidelines. Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*. (2008). Brussel: Author.

American College of Sports Medicine, *Physical Activity & Public Health Guidelines*. (2007). Retrieved 26.7. 2010 from World Wide Web: http://www.acsm.org/AM/Template.cfm?Section=Home_Page&TEMPLATE=CM/HTMLDisplay.cfm&CONTENTID=7764#Under_65

Bauman, A., Bellew, B., Vita, P., Brown, W., & Owen, N. (2002). *Getting Australia Active: Towards better practice for the promotion of physical activity*. Retrieved 17.7. 2010 from World Wide Web: <http://www.dlg.nsw.gov.au/Files/Information/Getting%20Australia%20Active.pdf>

Bouchard, C., Blair, S. N., & Haskell W. L. (2007). *Physical Activity and Health*. Champaign. Human Kinetic.

Craig, A., Dinan, S., Smith, A., & Webborn, N. (2001). Department of Health. *Exercise Referral Systems: A National Quality Assurance Framework*. Retrieved 28.7. 2010 from World Wide Web: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4079009.pdf

Česká diabetologická společnost, *Národní diabetologický program*. (2000). Retrieved 21.7. 2010 from World Wide Web: <http://www.diab.cz/modules.php?name=NDP>

Česká kardiologická společnost, o.s., *Národní kardiologický program*. (2001). Retrieved 13.7. 2010 from the World Wide Web: <http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>

Česká obezitologická společnost, 11. Kongres České lékařské společnosti J. E. Purkyně, *Obézní pacient v ordinaci praktického lékaře*. (2005). Retrieved 21.7. 2010 from World Wide Web: www.obesitas.cz/download/tiskova_zprava_o_11_kongresu_CLS_JEP.doc

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

Dohnal, T. (2002). *Koncepce a metodika systému komunální rekreace na úrovni obce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dohnal, T., Kopřiva, M., & Mičan, O. (2008). Rekreace ve vztahu k prostředí. In B. Hodaň, & T. Dohnal (Eds.), *Rekreologie* (pp. 110-132). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dosmán, M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova.

Farpour-Lambert, N. J., Aggoun, Y., Marchand L. M., Martin, X. E., Herrmann, F. R., & Beghetti, M. (2009). Journal of the American College of Cardiology, *Physical Activity Reduces Systemic Blood Pressure and Improves Early Markers of Atherosclerosis in Pre-Pubertal Obese Children*. Retrieved 13.7. 2010 from the World Wide Web: <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/abstract/54/25/2396?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=benefits+of+physical+activity&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourceType=HWCIT>

Isaacs, A. J., Critchley, J. A., Tai, S. S., Buckingham, K., Westley, D., Harridge, S., Smith, C., & Gottlieb, J. M. (2007). Exercise Evaluation Randomised Trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only. *Health Technology Assessment, 11* (10), 1-6.

Jůzlová, J., & Kočí, A. (2000). *Universum: všeobecná encyklopedie. II, C-E*. Praha: Odeon.

Jůzlová, J., & Kočí, A. (2000). *Universum: všeobecná encyklopedie. IV, CH-Kn*. Praha: Odeon.

Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE - institut.

Lawlor, D. A., Keen, S., & Neal R. D. (1999). Increasing population levels of physical activity through primary care: GP's knowledge, attitudes and self – reported practice. *Family Practice, 16*, 250-254.

Lázně Teplice nad Bečvou, *O lázních*. (2009). Retrieved 26.7. 2010 from World Wide Web: <http://www.ltnb.cz/stranky/o-laznich/soucasnost.htm>

Noda, H., Iso, H., Toyoshima, H., Date, CH., Yamamoto, A., Kikuchi, S., Koizumi, A., Kondo, T., Watanabe, Y., Wada, Y., Inaba, Y., Tamakoshi, A., & JACC study group. (2005).

Journal of the American College of Cardiology. *Walking and Sports Participation and Mortality From Coronary Heart Disease and Stroke*. Retrieved 27.7. 2010 from World Wide Web: <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/abstract/46/9/1761>

Pfeiffer, B. A., Clay, S. W., & Conatser, R. R. (2001). A Green Prescription Study: Does Written Exercise Prescribed by a Physician Result in Increased Physical Activity Among Older Adults? *Journal of Aging and Health*, 13 (4), 527-538.

Physical activity and health in Europe: evidence for action. (2006). Copenhagen: World Health Organization.

Skalková, J. et al.(1983). *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

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

Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu. (2000). *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Retrieved 12.7.2010 from the World Wide Web: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>

Šlachta, R., & Klimešová, I. (2009). Životní styl a zdraví (Podpora zdraví). In Dohnal, T. et al., *Tři dimenze pojmu rekreologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, *Statistický ukazatel*. (2010). Retrieved 21.7. 2010 from World Wide Web: <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Vondruška, V., & Barták, K. *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*. (1999). Hradec Králové: Klinika tělovýchovného lékařství. Retrieved 21.7. 2010 from World Wide Web: <http://www.lfhk.cuni.cz/bartak/pohyb.pdf>

Maříková, H. et al. (1996). *Velký sociologický slovník. II, P-Ž*. Praha: Karolinum.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Evropská charta sportu*. (1992). Retrieved 11.7. 2010 from World Wide Web: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/ECHS.PDF>

World Health Organization. (2002). *A physically Active Life through Everyday transport: with special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen. Retrieved 20.6. 2010 from World Wide Web: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87572/E75662.pdf

World Health Organization. (2003). *Health and Development Through Physical Activity and Sport*. Retrieved 16.7. 2010 from World Wide Web: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf

World Health Organization. (2004). *Global Prevalence of Diabetes*. Retrieved 27.7. 2010 from World Wide Web: www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf

World Health Organization. (2005). *Chronic diseases*. Retrieved 7.7. 2010 from World Wide Web: <http://www.who.int/chp/en/>

World Health Organization. (2007). *Steps to Health: A European Framework to Promote Physical Activity for Health*. Retrieved 10.7. 2010 from World Wide Web: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf

11 PŘÍLOHY

Příloha č.1) Průvodní e-mail lékařům s prosbou o vyplnění dotazníku

Od: [David Baštan <david.bastan01@upol.cz>](mailto:david.bastan01@upol.cz)
Komu: [redacted]
Datum: 15.6.2010 18:53:03 GMT+02:00
Předmět: podpora pohybové aktivity - dotazník

Dobrý den,
jsem studentem Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který přispěje k vytvoření národní koncepce podpory pohybové aktivity.

<http://dotaznikftk.upol.cz/dotaznik17/>

Vážíme si Vašeho času a děkujeme za spolupráci.
Příjemný den,

David Baštan

Příloha č.2) Přepracovaná verze průvodního e-mailu 2. kola dotazování

Od: [David Baštan <david.bastan01@upol.cz>](mailto:david.bastan01@upol.cz)
Komu: [redacted]
Datum: 29.6.2010 13:05:33 GMT+02:00
Předmět: podpora pohybové aktivity - 2. kolo dotazníku

Dobrý den,

jsem studentem Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěl bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce, která sleduje postoje skupin zdravotnického personálu k problematice vztahu mezi pohybovou aktivitou a zdravím. Zjištění povede k zefektivnění systému, který by tomuto globálnímu problému měl pomoci v naší zemi.

Dotazník je navržen tak, aby se vyplňoval co nejpohodlněji a po časové stránce Vás zaneprázdnil co nejméně. Nejdete ho na webových stránkách:
<http://dotaznikftk.upol.cz/dotaznik16/>

Předem děkuji za Vaši trpělivost a čas věnovaný zodpovědnému vyplnění.

David Baštan

Postoj ke vztahu mezi optimální pohybovou aktivitou (PA) a zdravím

- kardiologové-

1. Tvrzení: optimální pohybová aktivita pomáhá při kontrole hmotnosti

Je přesvědčivě prokázáno

Je prokázáno

Není prokázáno

Nevím

2. Tvrzení: optimální pohybová aktivita snižuje riziko úmrtí způsobené ischemickou chorobou srdeční

Je přesvědčivě prokázáno

Je prokázáno

Není prokázáno

Nevím

3. Tvrzení: optimální pohybová aktivita snižuje krevní tlak u hypertoniků

Je přesvědčivě prokázáno

Je prokázáno

Není prokázáno

Nevím

4. Tvrzení: optimální pohybová aktivita snižuje riziko předčasného úmrtí

Je přesvědčivě prokázáno

Je prokázáno

Není prokázáno

Nevím

5. Tvrzení: optimální pohybová aktivita snižuje pravděpodobnost pádů u starých lidí

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

6. Podpora realizace optimální PA v rámci prevence vybraných onemocnění je důležitá

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

7. Propagace významu zdravého životního stylu v rámci prevence onemocnění je důležitá

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

8. Doporučení směřující k navýšení PA je více efektivní, když je přímo spojené s konkrétním problémem jedince

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

9. Moje doporučení týkající se oblasti podpory zdravého životního stylu může přinést pacientům pozitivní efekt

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

10. Mohu být efektivní v přesvědčování pacientů vykonávat více PA

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

11. Na zdraví má nejpozitivnější vliv

PA nízké intenzity

PA střední intenzity

PA vysoké intenzity

12. Snažím se motivovat tolik pacientů k vyšší PA, kolik je jen možné

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

13. S pacientem vedu diskuzi o PA, jen když se pacient sám zmíní

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

14. Pouze usilovná PA je pro zdraví přínosná

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

15. Optimální PA a zdravý životní styl vedou ke kvalitnějšímu životu

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

16. Stav, při kterém bych indikoval/a doporučení týkající se optimalizace PA. Rizikový faktor ischemické choroby srdeční

Vždy

Někdy

Příležitostně

Nikdy

17. Stav, při kterém bych indikoval/a doporučení týkající se optimalizace PA. Hypertenze

Vždy

Někdy

Příležitostně

Nikdy

18. Stav, při kterém bych indikoval/a doporučení týkající se optimalizace PA. Po infarktu myokardu

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

19. Stav, při kterém bych indikoval/a doporučení týkající se optimalizace PA. Všem pacientům

Vždy

Někdy

Příležitostně

Nikdy

20. Bariéra: nemám dostatek informací k tomu, abych mohl pacientům v této oblasti kvalifikovaně poradit

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

21. Bariéra: problematika není pro mou praxi důležitá

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

22. Bariéra: pacienti by má doporučení stejně nedodržovali

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

23. Bariéra: nemám na to dostatek času

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

24. Uveďte další Vámi vnímané bariéry, bránící k efektivní realizaci podpory optimální PA

25. Jaké intervence by podle Vás pomohly pro zvýšení PA obyvatel

Vytvoření národní strategie podpory PA

Prezentace významu optimální PA v masmédiích

Systematičtější hrazení prevence zdravotními pojišťovnami

Větší důraz na prevenci ze strany lékařů

26. Charakterizujte Vaši vykonávanou pohybovou aktivitu

Jsem velmi pohybově aktivní (Alespoň obden -běhám - jezdím na kole - plavu - navštěvuji fitness - apod.)

Jsem mírně pohybově aktivní (Chodím pěšky, nebo jezdím na kole do práce. Příležitostně běhám - navštěvuji fitness centrum - jezdím na výlety - apod.)

Nejsem pohybově aktivní (Nevykonávám téměř žádnou významnou PA)

27. Identifikace: Jako lékař působím již

méně než 10 let

10 - 20 let

20 - 30 let

30 - 40 let

více než 40 let

Příloha č.4) Dotazník pro diabetology

Postoj ke vztahu mezi optimální pohybovou aktivitou (PA) a zdravím

- diabetologové-

1. Tvrzení: optimální pohybová aktivita pomáhá při kontrole hmotnosti

Je přesvědčivě prokázáno

Je prokázáno

Není prokázáno

Nevím

2. Tvrzení: optimální pohybová aktivita snižuje riziko Diabetu II. typu

Je přesvědčivě prokázáno

Je prokázáno

Není prokázáno

Nevím

3. Tvrzení: optimální pohybová aktivita snižuje pravděpodobnost pádů u starých lidí

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

4. Tvrzení: optimální pohybová aktivita snižuje riziko předčasného úmrtí

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

5. Podpora realizace optimální PA v rámci prevence vybraných onemocnění je důležitá

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

6. Propagace významu zdravého životního stylu v rámci prevence onemocnění je důležitá

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

7. Doporučení směřující k navýšení PA je více efektivní, když je přímo spojené s konkrétním problémem jedince

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

8. Moje doporučení týkající se oblasti podpory zdravého životního stylu může přinést pacientům pozitivní efekt

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

9. Mohu být efektivní v přesvědčování pacientů vykonávat více PA

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

10. Na zdraví má nejpozitivnější vliv

PA nízké intenzity

PA střední intenzity

PA vysoké intenzity

11. Optimální PA a zdravý životní styl vedou ke kvalitnějšímu životu

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

12. Snažím se motivovat tolik pacientů k vyšší PA, kolik je jen možné

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

13. Pouze usilovná PA je pro zdraví přínosná

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

14. S pacientem vedu diskuzi o PA, jen když se pacient sám zmíní

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

15. Stav, při kterém bych indikoval/a doporučení týkající se optimalizace PA. Diabetes

Vždy

Někdy

Příležitostně

Nikdy

16. Stav, při kterém bych indikoval/a doporučení týkající se optimalizace PA. Nadváha

Vždy

Někdy

Příležitostně

Nikdy

17. Stav, při kterém bych indikoval/a doporučení týkající se optimalizace PA. Všem pacientům

Vždy

Někdy

Příležitostně

Nikdy

18. Bariéra: nemám dostatek informací k tomu, abych mohl pacientům v této oblasti kvalifikovaně poradit

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

19. Bariéra: pacienti by má doporučení stejně nedodržovali

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

20. Bariéra: nemám na to dostatek času

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

21. Bariéra: problematika není pro mou praxi důležitá

Silně souhlasím

Souhlasím

Nesouhlasím

Silně nesouhlasím

22. Uved'te další Vámi vnímané bariéry, bránící k efektivní realizaci podpory optimální PA

23. Jaké intervence by podle Vás pomohly pro zvýšení PA obyvatel

- Vytvoření národní strategie podpory PA
- Prezentace významu optimální PA v masmédiích
- Systematičtější hrazení prevence zdravotními pojišťovny
- Větší důraz na prevenci ze strany lékařů

24. Charakterizujte Vaši vykonávanou pohybovou aktivitu

- Jsem velmi pohybově aktivní (Alespoň obden -běhám - jezdím na kole - plavu - navštěvuji fitness - apod.)
- Jsem mírně pohybově aktivní (Chodím pěšky, nebo jezdím na kole do práce. Příležitostně - běhám - navštěvuji fitness centrum - jezdím na výlety - apod.)
- Nejsem pohybově aktivní (Nevykonávám téměř žádnou významnou PA)

25. Identifikace: Jako lékař působím již

- méně než 10 let
- 10 - 20 let
- 20 - 30 let
- 30 - 40 let
- více než 40 let

Příloha č.5) Internetové odkazy na jednotlivé dotazníky

<http://dotaznikftk.upol.cz/dotaznik16/>

<http://dotaznikftk.upol.cz/dotaznik17/>

Příloha č.6) Pohybová aktivita na předpis
 Dokument, který lékař vyplní podle anamnézy pacienta, ten se podle něj následně řídí.

PHYSICAL ACTIVITY PRESCRIPTION

Name: _____ Identity code: _____

Current regular physical activity of at least 30 minutes per day:

Hardly any

Light-intensity physical activity _____ days a week

Moderate-intensity physical activity _____ days a week

Vigorous-intensity physical activity _____ days a week

} From a health point of view Adequate
 Inadequate

Health basis or goal of physical activity: _____

INSTRUCTIONS:

Form of physical activity and/or sport	Days per week	Duration per day	Intensity	
E.g. walking to place of work or hobby, mowing the lawn, shovelling snow, cycling to work, walking for fitness, home gymnastics, exercise classes, ball games, dancing, gym training		minutes	light • hardly out of breath moderate • somewhat out of breath hard • very out of breath	heart rate range

Additional advice:

Leaflet _____

Appointment with _____ Tel. _____

Other _____

Assessment and monitoring:

At next appointment _____

After _____ months at _____ Tel. _____

Other _____

Date: _____

 Physician's signature

Finnish Rheumatism Association • Fit for Life Programme • Finnish Medical Association • Finnish Heart Association • Research Centre for Health Promotion/University of Jyväskylä • UKK Institute for Health Promotion Research

Zdroj: (Aittasalo et al., 2006)