

Péče o vlastní zdraví u osob v období pozdní dospělosti

Jana Vašendová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

IPROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU

Jméno a příjmení: **Jana VAŠENDOVÁ**
Osobní číslo: **H08238**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Péče o vlastní zdraví u osob v období pozdní dospělosti**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část :

- 1. Definice zdraví**
- 2. Obecné zásady péče člověka o své zdraví**
- 3. Péče státu o zdraví člověka v České Republice**
- 4. Charakteristika období pozdní dospělosti - zaměřené na období 50 - 60let**

Praktická část :

- 1. Stanovení cílů**
- 2. Vymezení vzorku respondentů - ženy ve věku 50 - 60let; se zdravotnickým vzděláním a bez zdravotnického vzdělání**
- 3. Výběr vhodných metod pro získání potřebných dat ke srovnávací studii**
- 4. Zpracování a analýza dat**
- 5. Vyhodnocení stanovených cílů**
- 6. Praxeologická opatření; článek do tisku**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FARKOVÁ, Marie. Vybrané kapitoly z psychologie. Vyd. 2. Praha 3 : Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 336 s. ISBN 978-80-86723-64-8.

II. **VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.**

III. **VURM, Vladimír, et al. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Vyd. 1. Praha : Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9.**

IV. **WEIL, Andrew. Zdravé stárnutí : životní průvodce pro vaši tělesnou a duševní pohodu. Praha : Pragma, 2007. 280 s. ISBN 978-80-7349-030-0.**

V. **Zdraví 21. Praha : Světová zdravotnická organizace, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-19-5.**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Vlasta Martinková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 3.6.2011.....

.....Karišková Jana.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Diplomová, bakalářské a rigorózní práce uvolněné publikováním v obhajobě musí být též seřazené při zpracování dat před konáním obhajoby veřejně přístupné a nedělitelné veřejnosti v místě uvolnění uvolněním předloženými úvodní částí nebo není-li tak určeno, v místě zpracování úvodní částí, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce poznamenat na své náklady výpis, výjez nebo rozmnožování.

(3) Platí se odměňování práce autorovi/autorům ze zveřejnění své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3.

(3) Do práva autorského také nepatří: škola nebo školství či vzdělávací zařízení, aťže-li náleží na úroveň střední nebo vyššího hospodářského nebo odborného vyučování a výuce nebo k vlastnímu podání díla vynořená zákone nebo zákonem ze zřízení školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školství či vzdělávacího zařízení (školské dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 40 Školské dílo

(1) Škola nebo školství či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odporčí-li autor školního díla učebnímu textu, učebnímu materiálu, nebo se jeho osoby domáhají nahrazení obvyklého práva jeho užitím smloudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává neúčinné.

(2) Nemá-li školní dílo, může autor školního díla své dílo učebního materiálu jinému licenční, není-li to v rozporu s pravidelným užitím školního nebo školství či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školství či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z vyjádřila jinou smlouvu v souvislosti s užitím díla či poskytl jinou licenční smlouvu podle odstavce 2 písměna b) přední na stránkách učebního materiálu, které na uvolnění díla vznikaly, a to podle okolností až do jejich skončení výše, pokud se příkladem k výše vyjádřila domácnost školou nebo školství či vzdělávacího zařízení z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Obsahem této bakalářské práce je průzkum péče o své zdraví a to u dvou skupin respondentek – u žen se zdravotnickým vzděláním a bez zdravotnického vzdělání. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část se zabývá definováním zdraví, péči o zdraví jedincem a státem, charakteristikou pozdní dospělosti. V praktické části jsou analyzována získaná data z dotazníkového šetření a výsledky zpracovány do diskuze a závěru. S výsledky průzkumu seznámím veřejnost prostřednictvím článku v odborném tisku.

Klíčová slova: péče o zdraví, pozdní dospělost, prevence, zdraví,

ABSTRACT

The content of this bachelor thesis is a survey of two groups of respondents in the care of their health – women with health education and without health education. The bachelor thesis consists of two parts. The theoretical part deals with the definition of health, taking care of health by individual and the state, characteristics of late adulthood. The practical part analyzes the data obtained from a questionnaire survey and results are processed in the discussion and conclusion. The results of the survey will be presented in professional journal.

Keywords: care of health, late adulthood, prevention, health

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Vlastě Martinkové, za její ochotu, trpělivost, cenné rady a připomínky při zpracovávání této práce.

Motto

„ Lékař, moderní léky a medicína vůbec jsou až tou poslední alternativou péče o zdraví. Pokud ty sám nedospěješ k poznání, že nejdůležitějším lékařem tvého těla jsi ty sám, a pokud z toho nevyvodíš patřičné důsledky, jsi špatným ochráncem svého těla a svého zdraví.“

VINCENZ PRIESSNITZ

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZDRAVÍ A NEMOC	11
1.1 POJETÍ ZDRAVÍ	12
1.1.1 Čtyři různé pohledy na pojem zdraví	12
1.2 DEFINICE ZDRAVÍ	13
1.3 PODPORA ZDRAVÍ	13
1.4 PREVENCE	15
1.5 DETERMINANTY ZDRAVÍ	15
2 PÉČE O ZDRAVÍ	18
2.1 ZÁSADY PÉČE ČLOVĚKA O SVÉ ZDRAVÍ	18
2.1.1 Zdravý životní styl	18
2.1.1.1 Zdravá výživa	19
2.1.1.2 Tělesná aktivita	21
2.1.1.3 Duševní zdraví	22
2.1.1.4 Zdravotní gramotnost.....	22
2.2 PÉČE NAŠEHO STÁTU O ZDRAVÍ ČLOVĚKA	23
2.2.1 Programy zdraví a akce	23
2.2.2 Nadace a sdružení	24
3 POZDNÍ DOSPĚLOST	26
3.1 CHARAKTERISTIKA POZDNÍ DOSPĚLOSTI: 50-60 LET.....	26
3.1.1 Biologické změny.....	26
3.1.2 Kognitivní změny.....	29
3.1.3 Emoční změny.....	30
3.1.4 Sociální změny	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 METODIKA PRÁCE	34
4.1 CÍLE PRÁCE	34
4.2 METODA A TECHNIKA PRŮZKUMU	34
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	34
4.4 ORGANIZACE PRŮZKUMU	35
4.5 ANALÝZA PRŮZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	35
DISKUZE	62
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM GRAFŮ	72
SEZNAM TABULEK	73
SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Zdraví bývá většinou u každého člověka na prvním místě v jeho žebříčku hodnot. Proto by se mohlo zdát, že se lidé o své zdraví opravdu zajímají. Skutečnost je ale bohužel jiná. Lidé si mnohdy neuvědomují, jak je jejich zdraví vzácné a pomíjivé. Z velké části u nich v životě převažují jiné důležitější hodnoty než je zdraví, které se tímto přesouvá někam do pozadí. Často si lidé začnou svého zdraví skutečně vážit, až když začnou mít nějaké zdravotní problémy.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě zkušenosti z praxe. Kde jsem si všimla, jak jsou všeobecné sestry mnohdy vytížené svou náplní práce. Na základě tohoto, mě zajímalo, jak právě všeobecné sestry se starají o své zdraví. Zda se péče o jejich tělesné a duševní zdraví odvíjí v souvislosti se znalostmi daného oboru anebo to na péči vliv nemá.

Moje práce se člení na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji vymezení základních pojmů týkajících se oblasti péče o zdraví. V první části se zabývám pojetím zdraví a jeho definicí, podporou a determinanty zdraví. Následně popisuji obecné zásady člověka v péči o své zdraví a aktivity státu České republiky v této oblasti. Závěr teoretické části je ukončen charakteristikou pozdní dospělosti vymezené na věkovou kategorii 50- 60 let.

Obsahem mé bakalářské práce bylo stanovení cílů a vymezení si skupiny respondentů na ženy ve věkové kategorii 50 – 60let se zdravotnickým vzděláním a bez něho. Na základě tohoto vymezení jsem si zvolila vhodnou metodu pro získání potřebných dat ke srovnávací studii. Hlavním cílem je zjistit, zda ženy se zdravotnickým vzděláním pečují o své zdraví více, než ženy bez zdravotnického vzdělání. Pro získání potřebných dat byla využita metoda kvantitativního výzkumu a jako technika dotazník. Na základě dotazníkového šetření jsem provedla analýzu získaných dat od uvedených skupin respondentek a následně jejich vyhodnocení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Zdraví je velmi cenná a mnohdy neobnovitelná hodnota, která ovlivňuje kvalitu života. Ve všech dobách bylo zdraví považováno za jedinečné a vzácné. Dotýkalo se jak jednotlivce, tak i skupiny. Zdravý člověk byl v každé společnosti vnímán jako symbol vitality a síly. V primitivních společnostech byl nemocný člověk pokládán za oběť démonů a ponechán svému osudu nebo náboženským rituálům šamanů. V antickém Řecku bylo zdraví považováno helénským ideálem krásy a dobra mezi nejvyšší hodnoty. Nemoc se mohla v této době léčit, ale když se zdálo, že už není žádná naděje na její vyléčení, byl nemocný zavržen a utracen. Teprve v křesťanství se změnilo chování společnosti k nemocnému. Nemoc a utrpení byly pokládány za ctnost, vykoupení se z hříchů a spásu. Význačným přínosem pro péči o nemocné byl morální příkaz křesťanské charity, který se zakládal na soucitu a pomoci trpícím lidem. Církev pro ně vybudovala při kláštorech špitály a útulky. Ve špitálech provozovali medicínu především vzdělaní mniši a kněží. Kláštery, jako centra péče o nemocné, byly až do 14. století významnější než univerzity. Renesance oživila zájem o lidské tělo a nemoci. Rozvojem manufaktur, světových obchodů a obranou rozvíjejícího se státu před nepřítelem ještě více posílily zájem vládní moci na udržování dobrého stavu. Na základě tohoto se osvícenský absolutismus snažil bránit karanténou před různými epidemiemi (Holčík, 2010). Tato historická zkušenost ukazuje, jak se tehdejší společnost stavěla k nemoci a zdraví.

Jak poznamenal bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace Dr. Halfdan Mahler: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic*“.

Zdraví by nemělo být bráno jako cíl života, ale jako jedna z podmínek smysluplného života člověka (Čeledová, 2010).

Vstupem do 21. století začali lidé toužit po změně, po hlubším smyslu a naplnění svých životů a po větší společenské odpovědnosti. Volba mezi rozvojem hospodářství, ochranou i zlepšováním zdraví se bez kompromisu neobejde. (SZO, 2001).

„*Zdraví je duší i tělem rozvoje lidstva*“ (SZO, 2001, s. 125). Je považováno za důležitou podmínku k uspokojování lidských potřeb. Dotýká se každého jednotlivce a jeho význam je zřejmý všem občanům. Každý člověk se má zajímat o zdraví, a proto by se každý člověk měl podílet na jeho zlepšování (SZO, 2001).

1.1 Pojetí zdraví

Pojetí zdraví se u lidí vyvíjí v průběhu života a je podmíněno prožitky a postupně získanými zkušenostmi. Ke změnám může docházet v důsledku nároku života na jedince. Tady je stručný přehled, jak někteří lidé vnímají zdraví:

1. **Zdraví jako stav bez nemoci** – toto pojetí výrazně odlišuje zdraví od nemoci. Výrok „Jsem zdravý, až na ty moje bolavý záda“, svědčí o tom, že zdraví nemusí být bráno jako celistvost, ale může se zaměřit na oblast, kde nejsou vnímány podstatné zdravotní problémy.
2. **Zdraví jako stav zdatnosti a vitality** - starší lidé vnímají zdraví jinak než mládež a děti. Všimají si nejčastěji pohyblivosti, kvality svého zraku a sluchu, rozvíjí mezilidské vztahy. Zato pro mládež a děti znamená slovo zdraví, jak rychle běhají či jak daleko doskočí a spojují ho se zdatností.
3. **Zdraví jako bohaté sociální vztahy** – takové pojetí vidíme spíše u žen. Mladé ženy dobře vychází se svými dětmi a blízkými lidmi, ale ve starším věku se zabývají spíše sebou a aktivní rolí ve společenském životě.
4. **Zdraví jako činnost** - tato kategorie se týká spíše starších lidí. Ti kladou důraz na schopnost udělat činnost, kterou chtějí i přes obtíže, které tento věk přináší. To znamená být soběstačný a v rámci možnosti i užitečný druhým lidem.
5. **Zdraví jako psychosociální pohoda** – tělesná stránka zdraví je tady podceňena. Jedná se hlavně o individuální spokojenost a celkovou životní pohodu.

(Holčík, 2010)

1.1.1 Čtyři různé pohledy na pojem zdraví

Lékař – si pod pojmem „zdraví“ představí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.

Sociolog – chápe zdravého člověka jako takového, který je schopný fungovat ve všech příslušných sociálních rolích.

Humanista – rozumí pojmem „zdravý člověk“ člověka, který se pozitivně vyrovnává s udělenými životními úkoly.

Idealista – zdravý člověk pro něj představuje toho, který se cítí dobře po tělesné, duševní, duchovní a sociální stránce

(David Seedhouse, 1995 in Křivohlavý, 2009).

1.2 Definice zdraví

V odborné literatuře můžeme najít různé definice pojmu zdraví. Nejrozšířenější definicí zdraví Světové zdravotnické organizace (**WHO** - World Health Organization) je tato: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1974 in Zacharová, 2007, s. 15). Tato definice byla několikrát komentována, chválena i kritizována. Největší předností je, že připomíná tři základní aspekty zdraví – duševní, tělesnou a sociální stránku. Definice si také všímá jak „negativního zdraví“ tedy nemoci a vady, tak i „pozitivního zdraví“ tzn. stavu pohody (well-being). Slabinou je její orientace na optimální stav, což znamená, že pomíjí celou škálu stupňů zdraví od úplného zdraví až k úmrtí (Holčík, 2010).

Křivohlavý se ve své publikaci Psychologie zdraví pokusil o vlastní definici: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý, 2009, s. 40)

Další rozšířenou definicí zdraví, kde zdraví je pojato jako schopnost dobrého fungování (fitness) nejlépe vyjádřil T. Parsons „Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individu), vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“ (Čeledová, 2010, s. 16).

Podle Čeledové (2010, s. 19) lze zdraví chápat jako „optimální stav tělesné, psychické, sociální a duchovní pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti lidského organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.“

1.3 Podpora zdraví

Zdraví člověka se neustále mění, takže se může kdykoliv poškodit a to buď náhodou anebo vlivem okolností či vlastní volbou. Zdraví je předpoklad, umožňující jedinci se aktivně rozvíjet, kontrolovat svůj život, naplňovat životní cíle a radovat se ze života. „Zdraví člověka jde po celý život ruku v ruce s kvalitou života, kterou významně ovlivňuje“ (Janečková, 2009, s. 17).

Principy a východiska podpory zdraví

Moderní filozofie podpory zdraví je obsažena:

- v zásadních mezinárodních dokumentech:
Ottawská charta podpory zdraví z roku 1986
Program WHO Zdraví pro všechny v 21. století přijatý v Ženevě v roce 1999
- v celé řadě odborných učebnic, zabývajících se podporou zdraví

Podpora zdraví vychází z těchto předpokladů:

- Zdraví je nejen nepřítomnost nemoci, ale také subjektivní pocit životní pohody, který je diferencovaný a ovlivněn vnitřními a zevními okolnostmi a předpoklady.
- Zdraví jako zdroj a podmínka pro dosažení životních cílů a hodnot, a to jak v životě jednotlivce, tak i celé společnosti.
- Zdraví je výslednicí vzájemného vztahu člověka s jeho prostředím a týká se vztahů mezi organismem, psychikou, sociálním začleněním a spiritualitou.
- Lidé ovlivňují zdraví svým chováním, to znamená, že ho mohou podporovat, rozvíjet anebo také poškozovat.
- Lidé své chování mění na základě znalostí, sociálního tlaku, zkušeností s nemocí, osobním zráním a zevními příležitostmi. K změně chování předchází změna postoje a motivace. Příjmy, vzdělání, sociální začlenění, životní události většinou hrají důležitou úlohu.
- Podpora zdraví je nejúčinnější tam, kde lidé žijí, pracují a setkávají se, to znamená v rodině, v místní komunitě, ve škole, na pracovišti, při volno-časových aktivitách.
- Mezi nástroje podpory zdraví můžeme zařadit spoluúčast, zájem o druhé, kontrola nad životními podmínkami, zplnomocňování.
- Kvalitně prováděná prevence a podpora zdraví je levnější než léčba nemocí
- Zdravé stárnutí bývá nejvíce ohroženo nakupením zdravotních rizik v průběhu celého života.

(Janečková, 2009)

Hodnotu zdraví můžeme rozdělit na hodnotu individuální a sociální. **Individuální hodnota** je pro většinu lidí významná. Tato hodnota je podmíněna pudem sebezáchovy. **Sociální hodnota** vychází z poznání, že chce-li populace přežít, musí se věnovat zdraví lidí (Holčík, 2010). Důležitá je jistota, materiální zabezpečení, sociální integrita a uspokojující práce.

1.4 Prevence

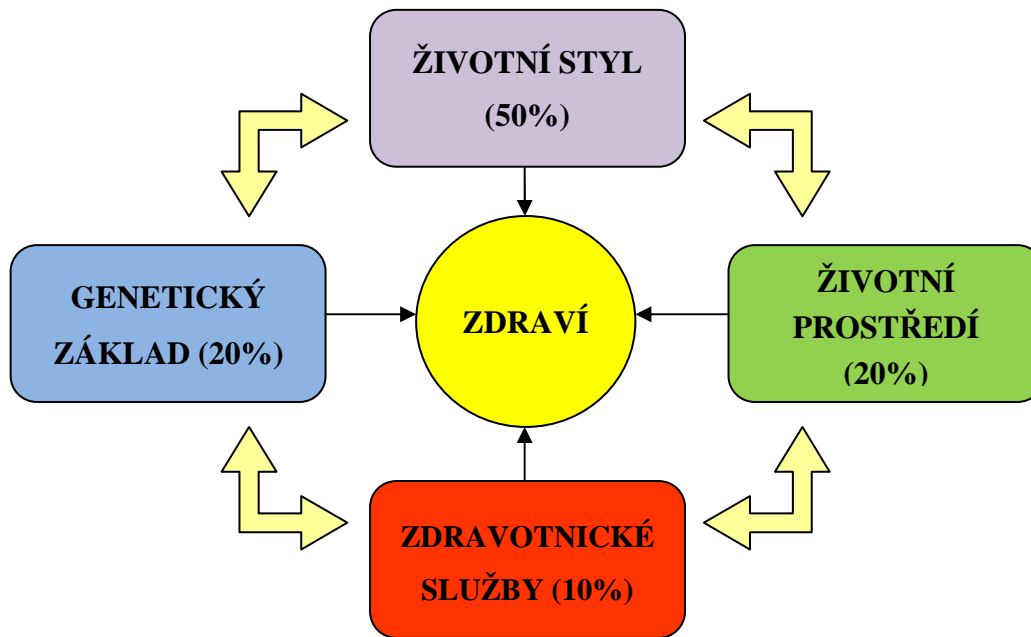
Pojmem prevence rozumíme soubor opatření, který má předcházet nějakému nežádoucímu jevu. Je to činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a k prodloužení aktivní délky života. Provádí se u jedince nebo na úrovni celé společnosti.

Prevenici můžeme rozdělit z hlediska času na:

- **primární** – zkoumá příčiny vzniku nemocí a hledá způsoby, jak jim zabránit. Má ochránit a posílit zdraví. Jedná se například o očkování.
- **sekundární** – snaží se nemoci včas zachytit a bránit jejich šíření a prohlubování. Patří sem preventivní prohlídky (viz příloha P I)
- **terciární** – zaměřuje se na odstranění či zmírnění následků nemocí. Patří sem rehabilitace.

1.5 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí integrovaně na zdraví člověka. Tyto faktory ho mohou ovlivnit buď pozitivně (zvýšením odolnosti vůči nemoci) anebo negativně (příspěvat ke vzniku nemoci a její průběh zhoršovat). Z hlediska zdroje můžeme rozdělit determinanty na vnitřní a zevní. Mezi vnitřní faktory, které nelze ve většině případu ovlivnit, řadíme věk, genetický základ a vrozené dispozice. Výjimkou ovlivnění může být cílena psychoterapie. Do zevních faktorů působících na zdraví člověka patří životní styl, zdravotnické služby (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče), kvalita zdravotního a pracovního prostředí. Při určitém zjednodušení lze vymezit 4 základní determinanty zdraví, které jsou schematicky znázorněné na obr. 1. Uváděná procenta jsou jen velmi přibližná, protože se mohou měnit v závislosti na situaci u jednotlivých lidí. Podstatné na schématu je to, že zdraví záleží více na determinantách z oblasti životního stylu a prostředí a přitom je zřejmé, že se k zmíněným oblastem nevěnuje odpovídající pozornost (Machová et al., 2009; Gladkij, Strnad, 2002; Holčík, 2010).



Obr. 1 Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví
[vlastní zpracování dle Machové, 2009]

Determinanty zdraví vytvářejí složitou síť, jejíž vazby a důsledky můžeme ovlivnit. Nejvýraznější determinantou zdraví je chování lidí, kteří své zdraví ohrožují, až poškozují, avšak dokážou své zdraví i účinně chránit a obnovovat. Mezi hlavní determinanty zdraví patří obezita, výživa, aktivní tělesný pohyb, kouření, alkohol, stav životního prostředí, psychické potíže a drogy.

Obezita způsobuje vznik některých nemocí jako je například cukrovka, rakovina, neplodnost, psychosociální poruchy a nemoci srdce a cév. Na vznik obezity má do jisté míry vliv i skutečnost, že nezdravé potraviny jsou mnohdy levnější než ty zdravé. Lidé většinou dávají přednost levnějším potravinám, které bývají pro jejich zdraví méně vhodné. Ke zmírnění obezity je třeba omezit spotřebu živočišných tuků, soli a cukru. Naopak je důležité zvýšit konzumaci zeleniny a ovoce, dodržovat zásady zdravé výživy a snažit se o větší tělesnou aktivitu.

Kouření patří v České republice k nejrizikovějším faktorům. Příčinou, která vyvolává u lidí potřebu kouřit, je skutečnost, že nikotin způsobuje závislost. Kouření má negativní vliv téměř na všechny orgány a tkáně lidského těla. Může vést ke vzniku kardiovaskulárního onemocnění, cévní mozkové příhodě, rakoviny plic a dalších orgánů, chronického zánětu průdušek a rozedmy plic, vývojových poruch plodu a má také nepříznivý vliv na pokožku – způsobuje předčasné vrásky, a poranění se hůře hojí. Mezi nejčastější abstinenční přízna-

ky patří nervozita, deprese, neschopnost soustředit se, podrážděnost a nutkavá touha po cigaretě. Tabákový kouř neohrožuje pouze kuřáky, ale i nekuřáky. „*Nekuřák, který stráví 1 hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivin, jako kdyby vykouřil 15 cigaret*“ (Wasserbauer, 2003, s. 30). K prevencím a opatřením pro omezení kuřáctví patří úplný zákaz reklamy na tabákové výrobky, zvýšení daní z tabákových výrobků, ochrana práv nekuřáků, informovanost veřejnosti a výchova ke zdravému způsobu života.

Alkohol se řadí mezi návykové látky s tlumivým působením na centrální nervový systém. Alkohol má vliv na emoce, náladu a myšlení, také zpomaluje psychické a sociální vývojové procesy. Jeho účinek závisí na mnoha faktorech, mezi nejdůležitější patří množství vypitého alkoholu, fyzický a psychický stav konzumenta, jeho nálada a další. Dlouhodobé pití alkoholu vede k řadě závažných chronických onemocnění, jako cirhózy jater, onemocnění krevního oběhu, rakoviny prsu u žen a poškození funkcí centrálního nervového systému.

Drogy jsou závažným zdravotním i sociálním problémem, které ohrožují základní hodnoty jedince, rodiny i společnosti. Tyto látky zpomalují dýchání a činnost srdce, prodlužují reakční čas, uvolňují svalové napětí, tlumí bolest, navozují určitý stupeň euforie. Mohou vyvolat fyzickou závislost, depresi a abstinenční příznaky.

Dalším významným determinantem je stav životního prostředí. Lidské zdraví úzce souvisí s kvalitou životního prostředí. Zhoršování životního prostředí se podílí na zvýšeném počtu chronických onemocnění a vzrůstajícím počtu alergií. Především se jedná o znečištění vzduchu, vody, půdy, hluku, nehod a úrazů. Nepříznivý vliv má i oteplování klimatu, které vede k extrémním výkyvům počasí a k růstu počtu onemocnění lidí i zvířat.

Mezi další důležitý faktor patří duševní pohoda, která může být velmi ohrožena v důsledku psychických nesnází. Duševní poruchy mohou způsobovat pracovní neschopnost a invalidní důchody. Psychické potíže se mohou projevovat jako úzkost, deprese, sklony k zneužívání alkoholu či drog, nebo závislost na nich, tendence k sebepoškozování, pokusy o sebevraždu, psychosomatické potíže i přechodné psychotické stavy.

(Holčík, 2010; Wasserbauer, 2003).

2 PÉČE O ZDRAVÍ

Péče o zdraví zahrnuje všechny aktivity, jejichž cílem je přispět ke zdraví lidí. Její snahou je umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu. Lidé by měli o své zdraví pečovat a snažit se dodržovat zásady zdravého životního stylu.

2.1 Zásady péče člověka o své zdraví

2.1.1 Zdravý životní styl

„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 16). Můžeme si vybrat z různé nabídky zdravých alternativ a odmítnout ty, které naše zdraví poškozují. Existují důkazy svědčící o tom, že na rozhodnutí žít zdravě mají vliv přírodní, sociální, ekonomické a kulturní podmínky. Tyto podmínky ovlivňují chování jednotlivce, skupiny a celého místního společenství. Právě u nejchudších sociálních skupin se setkáváme s nevhodným chováním, které ovlivňuje kvalitu zdraví. Nejčastěji své zdraví ohrožují vyšší spotřebou alkoholu, tabáku a drog. Na tyto skupiny doléhá stres, který je způsoben nedostatkem peněz, nedostatečným vzděláním, nezaměstnaností či nejistotou pracovního místa. Naopak finančně zvýhodněné a vzdělané skupiny obyvatelstva jsou mnohem vnímavější k informacím o zdraví. Vzhledem k zásadnímu významu zdravého životního stylu je nutné poskytovat odpovídající znalosti, dovednosti, návyky a postoje již v útlém věku dítěte a to výchovou v rodině i ve škole. Důležité je provádět vzdělávací a informační programy o zdraví pro různé cílové skupiny a výchovy, které povedou k odpovědnosti za vlastní zdraví. (Machová, Kubátová, 2009; SZO, 2001).

V současné době se objevují civilizační choroby, které život předčasně zkracují nebo zhoršují jeho kvalitu. Mezi ně patří kardiovaskulární nemoci, nádorová onemocnění, metabolické nemoci jako jsou obezita a cukrovka. Vznikají v důsledku změny životního stylu zahrnující sedavý způsob života, přejídání a zhoršující se mezilidské vztahy. Řešením je si uvědomit svou biologickou podstatu, která vyplývá z potřeby tělesné aktivity, vyváženosti energetického příjmu v potravě s energetickým výdejem a budováním si dobrých mezilidských vztahů (Čeledová, Rostislav, 2010; Machová, Kubátová, 2009).

2.1.1.1 Zdravá výživa

Výživa je složitá činnost, kterou organismus z okolního prostředí přijímá, zpracovává a využívá látky potřebné k udržení stálosti vnitřního prostředí tzv. homeostáza. Zdravá výživa je důležitá pro tělesný růst, obnovu tkání, svalovou práci, pohyb, pro reprodukci, udržování tělesné teploty a vitality. Správná racionální výživa musí být vyvážená jak po stránce kvalitativní, tak i kvantitativní. **Z kvalitativního hlediska** má vyvážená a rozmanitá strava zajišťovat dostatečný a vyvážený přísun živin, vitamínů a minerálů. Důležitý je hlavně příjem tekutin. Pokud je strava nevyvážená a jednostranná může při nesprávném stravování být příčinnou nedostatku některých živin, oslabení imunitního systému a zvýšeného rizika kardiovaskulárních nebo nádorových onemocnění. **Z kvantitativního hlediska** musí výživa zajistit, aby energetický příjem odpovídal jeho výdeji. Vyšší příjem energie je potřebný u fyzicky pracujících lidí, a naopak menší energetické nároky jsou u lidí vykonávající lehkou práci. V případě příjmu energeticky bohatší potraviny, která neodpovídá energetickému výdeji, může docházet k ukládání zásobního tuku v těle a ke vzniku nadváhy až obezity (Bašková, 2009; Machová, Kubátová, 2009).

Mezi základní složky výživy potřebné pro organismus patří:

- **Bílkoviny** (proteiny) jsou součástí buněk, hormonů, protilátek, enzymů a krve. Mezi funkce této stavební složky patří funkce podpurná, ochranná, detoxikační, transportní (živin a vody), apod. Doporučená denní dávka má uhradit 10-15 % energetické potřeby organismu. Minimální denní příjem bílkovin při malé fyzické zátěži je 0,5 g/kg/den. U sportování, namáhavé práce, v dospívání, v těhotenství při kojení, nemoci a rekonvalescenci se nároky zvyšují až na 1,5-2g/kg/den. Jelikož organismus není schopen si je vytvořit přeměnou tuků a sacharidů, musí je získávat z potravy. Obsaženy jsou v mase, v mléčných výrobcích, vejcích, luštěninách, mouce, chlebu a bramborách. Organismus musí mít i při omezeném příjmu potravy minimální množství bílkovin. Pokud není možné tuto živinu získat z potravy, začnou se odbourávat bílkoviny ze svalů, jater, srdce, sleziny a z jiných orgánů, které pak slouží k úhradě energie. V průběhu procesu trávení dochází k rozkladu bílkovin na základní prvky tzv. aminokyseliny. Vstřebávají se do krve, odtud do jater, kde část se využije k přestavbě na sacharidy a tuky. Část jich projde játry, a krevním oběhem jsou zanesena do tkání, kde vytvářejí tkáňové bílkoviny. Konečnou zplodi-

nou je dusíkatá látka močovina, kterou vylučují ledviny (Bašková, 2009; Martiník, 2008, Machová, Kubátová, 2009).

- **Tuky** (lipidy) jsou hlavním zdrojem energie. Plní funkci energetických zásob a zasahují do termoregulace velkou tvorbou tepla. Tuky jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin umožňující vstřebávání vitamínu rozpustných v tucích (A, D, E, K). V potravě se nacházejí neutrální tuky, cholesterol, estery cholesterolu a fosfolipidy. Denní příjem tuku je 30 % energetické potřeby a neměl by převyšovat 300-400mg za den. Cholesterol je steroidní látka pomáhající v těle zpracovávat tuky. Při zvýšené konzumaci cholesterolu se připojí k proteinům a vytvoří tak lipoprotein. Mezi lipoproteiny řadíme HDL (high-density lipoprotein) tzv. hodný cholesterol, LDL (low-density lipoprotein) tzv. zlý cholesterol. HDL odnáší cholesterol z periferie do jater k odbourávání a vyloučení z organismu. LDL je nebezpečný, z důvodu, že velká část cholesterolu v krvi se usazuje na stěnu cév.
- **Sacharidy** (cukry) zabezpečují 50-60% energetického příjmu. Na základě útlumu žaludeční šťávy dochází k pocitu sytosti. Sacharidy ovlivňují peristaltiku a složení střevní mikroflóry. Sacharidy dělíme na využitelné (monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy, polysacharidy) a nevyužitelné (vláknina). V organismu představují rychlou metabolickou rezervu glykogen a glukóza. Glykogen neboli živočišný škrob je základním sacharidem živočišné buňky. Koncentrace glukózy na lačno je 3,3-5,6mmol/l . „*Glykémie je výslednicí mezi příjmem glukózy a glukoneogenezou na jedné straně a mezi její neustálou konzumací buňkami na druhé straně*“ (Martiník, 2008, s. 51). Hladinu glykémie regulují hyperglykémizující hormony jako jsou glukagon, glukokortikoidy, adrenalin, tyroxin a somatotropní hormon a hypoglykémizující kam řadíme inzulín.
- **Vláknina** způsobuje, že potrava zůstává delší dobu v žaludku a tím prodlužuje pocit sytosti. Velmi pozitivně ovlivňuje glykémii a koncentraci tuků v krvi. Přiměřený obsah vlákniny v potravě má být 20-30g. Nejčastěji se uplatňuje v prevenci civilizačních nemocí. Vláknina se dělí na rozpustné a nerozpustné. Rozpustné se vážou s vodou na gel (usnadňují vylučování a změkčují stolici) a nerozpustné zvětšující objem stolice.
- **Minerální látky** jsou doplňující živiny, které jsou označovány pro svou širokou funkci jako ochranné faktory. Vyskytují se v lidském těle ve formě elektrolytu v tělesných tekutinách, vázané na organické látky a v podobě nerozpustných solí.

Mezi prvky, které jsou potřebné v denní dávce, se řadí sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík a síra.

- **Vitamíny** jsou esenciální biokatalyzátory, které organismus potřebuje jen v menších dávkách. Zdrojem je převážně rostlinná strava. Dělí se na vitamíny rozpustné v tucích a ve vodě.

(Bašková, 2009; Čeledová, Rostislav, 2010; Machová, Kubátová, 2009; Martiník, 2008)

Pitný režim je základem zdraví a fyzického výkonu. Člověk vydrží bez jídla i několik týdnů, ale bez vody pouze 2-3dny. Množství příjmu tekutin závisí na úniku tekutin kůží, dýcháním, močí, stolicí, potem, dále na tělesné hmotnosti, věku, tělesném složení, pohlaví a působení dalších faktorů (teplo, fyzická aktivita,...). Podle obecného pravidla příjem tekutin odpovídá množství cca 20-40ml na 1kg tělesné hmotnosti za 24hodin. Takže dospělý člověk by měl vypít kolem 2-3litrů tekutin za den. Tekutiny by se měly pít v průběhu dne. Mezi nejvhodnější tekutiny patří pitná voda, pramenitá voda, stolní voda, ovocné hořké čaje, minerální vody. (Čeledová, Rostislav, 2010; Martiník, 2008).

2.1.1.2 Tělesná aktivita

V současné době dochází k výraznému poklesu pohybové aktivity z důvodu snížení fyzicky namáhavých prací. V České republice je pouze 11% ekonomicky činného obyvatelstva, vykonávajícího fyzicky namáhavou práci. Základním předpokladem pevného zdraví, životní pohody a pracovní výkonnosti je získat a udržet dobrou tělesnou zdatnost. Složky tělesné zdatnosti se skládají z vytrvalostní složky a svalové složky. **Vytrvalostní složku** lze posílit činnostmi lokomočního charakteru jako je chůze, aerobik, tanec, apod. Aby cvičení bylo účinné, doporučují se dělat tyto aktivity 20minut 3-4xdenně. **Svalovou složku** můžeme rozvíjet formou posilování, kulturistikou, atletickými disciplínami. Dochází ke zlepšení prokrvení svalstva a zvyšuje se odolnost proti zranění (Machová, Kubátová, 2009).

„Cíleně prováděný aktivní pohyb by se proto měl stát nezbytnou součástí životního stylu dnešního člověka“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 58).

2.1.1.3 Duševní zdraví

Duševní zdraví je dle WHO charakterizováno jako „stav pohody (*well-being*), kde jedinec realizuje vlastní schopnosti, zvládá normální zátěž, pracuje produktivně, úspěšně a je schopný být prospěšný společnosti“ (Bašková, 2009, s. 172). Duševní zdraví ovlivňují protektivní (ochranné) faktory a rizikové. Protektivní faktory snižují riziko rozvoje duševní nemoci a dělí se na interní a externí. Mezi interní faktory patří flexibilita, odolnost vůči stresu, schopnost adaptace, pozitivní vnímání událostí. Mezi externí faktory řadíme podporu rodiny, přátel, zdravotnických pracovníků. Rizikové faktory jsou biologické (věk, pohlaví, nedostatečný pohyb, genetika), psychické (týká se postojů, naděje, autonomie, apod.), sociokulturní (absence rodiny, chudoba, narušené interpersonální vztahy), environmentální (např. nadměrná hlučnost, pracovní prostředí, toxické látky). Podpora a prevence duševního zdraví úzce souvisí s duševní hygienou. Duševní hygiena je souborem propracovaných pravidel a rad, které mají za úkol udržet, prohloubit nebo znovu získat duševní rovnováhu zdraví. Mezi předpoklady podpory duševního zdraví patří dodržení zásad správné životosprávy, úprava prostředí, jednání s lidmi, řešení konfliktů, zvládání emocionálních napětí a stresových situací. Zásady správné životosprávy zahrnující pravidelné střídání práce a odpočinku, dostatečně dlouhý spánek, pravidelný tělesný pohyb, dobře zorganizovaný volný čas, vhodná výživa. Důležité je, aby odpočinek byl dlouhý, dostatečný a hlavně posilující. Během spánku dochází k znovunabytí spotřebované energie a k vylučování škodlivých látek z organismu. Průměrná doba u dospělých jedinců se pohybuje kolem 8 hodin, ale může se měnit v závislosti na věku, zátěži organismu po stránce fyzické, psychické, apod. (Bašková, 2009, Čeledová, Rostislav, 2010).

2.1.1.4 Zdravotní gramotnost

Důležitá hodnota pro člověka a společnost je zdravotní gramotnost. Týká se základních informací o lidském organismu. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví. Posiluje jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést díl odpovědnosti. Zdravotní gramotnost je důležité dále rozvíjet, protože se považuje za jeden z nepostradatelných aspektů péče o zdraví. Zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva je realizováno prostřednictvím výchovy ke zdraví, která musí být systematická, komplexní, dlouhodobá a postavená na aktuálních vědeckých poznatcích (Holčík, 2010).

2.2 Péče našeho státu o zdraví člověka

Česká republika je zapojena do zdravotnických programů EU a WHO. Podpora zdraví je zakomponována do strategických dokumentů na všech úrovních. Na základě analýz zdravotního stavu obyvatelstva a zjištěných trendů byly stanoveny Ministerstvem zdravotnictví priority v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví – zdravá výživa, zvýšení úrovně pohybové aktivity a boj s obezitou, snižování konzumace tabáku, alkoholu a ilegálních drog, prevence kardiovaskulárních, nádorových a metabolických onemocnění, prevence úrazů, prevence HIV/AIDS. Lidé by měli mít možnost získat informace, znalosti a dovednosti umožňující rozvoj a podporu zdraví. Nezbytnou součástí výchovy ke zdraví jsou kampaně, projekty podpory zdraví, dny zdraví, podpora zdraví ve městech, školách a podnicích.

2.2.1 Programy zdraví a akce

Přehled programů v České republice:

- Jedním z finančních zdrojů pro podporu veřejného zdraví v ČR je dotační program MZ „**Národní program zdraví – projekty podpory zdraví**“. Cílem tohoto programu je podporovat zájem o vlastní zdraví a zvyšovat odpovědnost ve vztahu ke zdraví v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných společenstvích prostřednictvím projektů podpory zdraví. „**Zdraví 21**“ neboli „**Zdraví pro všechny v 21. století**“ je dlouhodobým programem pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Je národní variantou programu Světové zdravotnické organizace. Tento program byl v ČR schválen usnesením vlády dne 30. října 2002.
- **Program CINDI** (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention Programme) je integrovaný program, který byl založen v roce 1983 Světovou zdravotnickou organizací ke snížení důsledků a zabránění šíření epidemie neinfekčních onemocnění. Cílem programu je snížit rizikové faktory kardiovaskulárních chorob, nádorových onemocnění, duševních poruch, metabolických a respiračních onemocnění populace.
- **Program „Zdravá města“** (Healthy Cities) je zaměřen na pozitivní motivaci politického vedení měst a veřejného mínění občanů.

(Vurm, 2007)

- **Národní program boje proti AIDS**

Projekt „Hrou proti AIDS“ je realizován za podpory Národního programu podpory zdraví. Jeho smyslem je dát mládeži možností jiným způsobem než přednáškami zažít si základní znalosti o možnostech přenosu viru HIV a přemýšlet o vlastních postojích v možných rizikových situacích a to formou hry (Národní program boje proti AIDS, cit. 2011).

Přehled vybraných dnů WHO a OSN:

- **Světový den zdraví** se na celém světě slaví 7. dubna. V roce 2011 byl tento den zaměřen na celosvětové rozšíření antimikrobiální rezistence.
- 24. duben je vyhlášen jako **Světový den tuberkulózy**. Cílem je upozornit na přetrvávající celosvětovou závažnost problému TB.
- **Světový den bez tabáku** je slaven 31. května. Další dny dle WHO a OSN jsou uvedeny v příloze P IV (World Health Organization v ČR, cit. 2011).

Český den proti rakovině připadl v roce 2011 na 11. května. Cílem sbírky je preventivně působit na širokou veřejnost prostřednictvím letáků s informacemi a za nabízené kvítky měsíčku lékařského získat prostředky na boj proti rakovině – na nádorovou prevenci, zlepšení kvality života onkologických pacientů, podporu onkologické výchovy, výzkumu a vybavení onkologických center (Český den proti rakovině, cit. 2011).

2.2.2 Nadace a sdružení

V České republice existuje mnoho nadací a sdružení. Pro svoji práci jsem vybrala jen některé z nich.

- **Nadace Terezy Maxové dětem**

Základním posláním této nadace je umožnit každému dítěti vyrůst v rodině. Účelem je všestranná podpora a pomoc znevýhodněným a opuštěným dětem s cílem umožnit jim zdravý a bezpečný život v rodinném prostředí. Mezi pořádané charitativní akce této nadace patří „Koncert splněných přání“ a „Fashion for kids“ (Nadace Terezy Maxové, cit. 2011).

- **Mamma HELP** je sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu, které vzniklo v roce 1999. Jeho cílem je zlepšit kvalitu života onkologicky nemocných žen, prosadit zlepšení následné péče o onkologicky nemocné a přispět ke zlepšení informovanosti veřejnosti o výskytu, prevenci a možnostech léčby rakoviny prsu (Mamma HELP, cit. 2011).
- **Kapka naděje** je nadační fond pro pomoc nemocným dětem, zvláště s poruchou krvetvorby, nádorovým onemocněním a pro děti, jejichž onemocnění vyžaduje transplantaci kostní dřeně. Byla založena v roce 2000 (Kapka naděje, cit. 2011).
- **Liga proti rakovině** je občanským sdružením, které bylo založeno v roce 1990. Hlavním cílem je trvalá snaha o snížení úmrtnosti na zhoubné novotvary v ČR. K uskutečnění tohoto cíle byly přijaty tři dlouhodobé programy, a to:
 - 1) Soustavná výchovná činnost populace k nádorové prevenci
 - 2) Zlepšení kvality života onkologických pacientů
 - 3) Podpora onkologického výzkumu a výuky a investičního zabezpečení onkologických center
- **Nadace charity 77** – cílem této nadace je pomoci lidem se zdravotním postižením vrátit se zpátky do života. Stěžejním projektem je „Konto BARIÉRY“, které je první a dosud jedinou kontinuální sbírkou. Hlavním cílem je zlepšení života handicapovaných spoluobčanů a jejich plnohodnotné zapojení do společnosti. Přispívá na vozíky, na odstranění architektonických bariér, na počítače a vzdělávání (Konto BARIÉRY 77, cit. 2011).
- **Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové**

Tuto nadaci založila Olga Havlová, první manželka bývalého prezidenta Václava Havla v roce 1990. Jejím základním posláním je podpora nestátních neziskových organizací v oblasti zdravotní, sociální, humanitární a vzdělávací (Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové, cit. 2011).
- **Nadace zdraví pro Moravu** propaguje zdravý životní styl a organizuje klimatické léčebné pobyty chronicky nemocných alergiků, astmatiků a tělesně postižených.

3 POZDNÍ DOSPĚLOST

Pozdní dospělost je období v rozmezí od 40-45 let do zhruba 65 let, kdy involuce získává nad evolucí konečnou převahu. Tato životní etapa bývá označována jako „období bilančování“. Podle Ch. Bühlerové jsou hodnoceny výsledky dosavadního života, zda vývoj životních cílů byl správný nebo ne. Člověk hodnotí své omyly i správná rozhodnutí při výběru životního partnera, zaměstnání, při výchově dětí. Různé pokusy napravit zásadní omyly jsou časté, ale ne vždy úspěšné. Člověk si naléhavěji uvědomuje vlastní smrtelnost. Sociálně bývá mezník 50 let označován jako konec „prvního poločasu života“ (Jobánková et al., 2003; Langmeier, Krejčířová, 2006).

3.1 Charakteristika pozdní dospělosti: 50-60 let

Stárnutí začíná již v momentě narození, ale konečným mezníkem, který potvrzuje počátek stárnutí je věk 50 let. V tomto věkovém rozmezí naštěstí biologické nebo psychické změny nijak neomezují životní komfort stárnoucího člověka. Období pozdní dospělosti je fází, v níž člověk ztrácí možnosti seberealizace a je nutné tak změnit postoj k vlastnímu životu. Kolem 60. roku života se ukončuje profesní kariéra, jejíž naplnění je definitivně dáno a nelze ji změnit. Dochází ke změnám postoje jak ke světu tak i k sobě samému. Z hlediska změn postoje ke světu klesá zvědavost k novým zkušenostem. Jedinec dává přednost stereotypu, protože se dá lépe zvládnout. Změna postoje k jiným lidem se projevuje změnou jejich hodnocení, což znamená, že stárnoucí člověk má jiné důležité kritéria než mladí lidé. Stárnutí mění postoj k sobě samému i k vlastnímu jednání z hlediska snížené výkonnosti a fyzické atraktivnosti (Vágnerová, 2007).

„Stárnutí začíná v momentě, kdy člověk dává v životě přednost událostem spojeným s jeho vnitřním světem před společenskými událostmi a osobní angažovaností v nich“ (Dienstbier, 2009, s. 33).

Rychlost stárnutí můžeme ovlivnit již v mládí, a to životním stylem, správnou životosprávou a péčí o vlastní zdraví (Dienstbier, 2009, s. 33)

3.1.1 Biologické změny

Stárnutí je spojeno s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí. Začátek se projevuje malými obtížemi, avšak tělesné změny nejsou zatím veliké. Některé mohou být tak malé, že si jich člověk nemusí ani všimnout. Uvědomění si proměny vlastního těla a jeho funkcí

přichází většinou náhle, jako reakce na nějakou zátěž. Člověk si uvědomí, že tato změna je už nevratná a nemůže ji nadále ignorovat (Vágnerová, 2007).

Dochází ke zhoršování základních smyslových funkcí, zraku a sluchu. Zhoršuje se akomodační schopnost oka, tzv. presbyopie. Oční čočka už není tak pružná, aby se přizpůsobovala vidění na různou vzdálenost. Člověk má v tomto věku čím dál tím větší problémy s viděním do blízka. Takové zhoršení zraku se může kompenzovat brýlemi. Pokles vidění daný presbyopií se za určitou dobu zastaví, v případě opaku jde o projev chorobného procesu. Dále se mění kvalita sluchového vnímání člověka, tzv. presbyakuze. To znamená, že člověk přestává slyšet vysoké tóny a může vnímat jinak řečový projev různých lidí, zvuků, apod. Z těchto důvodů se zvyšuje pozornost a naslouchání se stává obtížnější (Vágnerová, 2007).

S přibývajícím věkem se v orgánech a tkáních hromadí tělesný tuk. Tuková vrstva se objevuje nejčastěji na břichu a bocích, ale na dolních končetinách a v obličeji dochází k úbytku této hmoty. V průběhu let se uvnitř cév hromadí nánosy tuku, které postupně tvrdnou a vytváří aterosklerotické pláty tzv. ateromy. Výsledkem je, že se cévy zužují a zpomalují průtok krve. Vzhledem k ateroskleróze se mění složení cévní stěny. Cévy ztrácí svoji pružnost a zmenšuje se jejich průsvit. Dochází ke vzniku křečových žil, u kterých hrozí ucpání žíly či cévy sraženinou tzv. trombem. Nutné je pravidelně sledovat krevní tlak, který se s věkem zvyšuje. Ke změnám dochází i u srdce, které se postupem času zmenšuje a snižuje tak svou výkonnost. Tuto změnu se snaží srdeční sval kompenzovat zbytněním. Srdce se roztahuje a potřebuje větší energii. Reaguje vnímavěji na stresové situace a námahu, které mohou způsobit infarkt myokardu (Amerenová, 2002; Dienstbier, 2009).

V tomto věku svaly atrofují, vazy ztrácejí pružnost, kosti postupně řídnu a stávají se křehčí. Dochází ke zlomeninám, zkracování páteře a ke snížení obratlů a meziobratlových plotének. Klouby začínají být náchylné k osteoartritidě. U kloubních chrupavek může vzniknout na základě nadměrného tření konců kostí výrůstky tzv. osteofyty. Projevují se bolestivostí kloubů, která se zvyšuje při pohybu, a ranní ztuhlostí (Amerenová, 2002; Dienstbier, 2009).

Pokles tělesné síly a pohybové koordinace bývá poměrně pomalý a plynulý. Člověku v běžném životě příliš nevadí a akceptuje je jako součást svého procesu stárnutí. Výjimkou mohou být profesní role, pro které jsou tyto kompetence důležité (Vágnerová, 2007).

Čím dál tím častěji se objevují různé zdravotní potíže. Lidé po padesátce trpí nějakou chronickou chorobou (např. Diabetes Mellitus, hypertenze, artritida, osteoporóza,...). Stárnoucí člověk si uvědomuje svoji zranitelnost. Definitivní ztrátu zdraví akceptuje jako nepříjemnost, která je obvyklá v tomto věku a se kterou se nedá nic dělat. V důsledku tohoto se mění postoj k různým zdravotním problémům. Člověk se s tímto naučí žít a ví, že pocit tělesné pohody už není samozřejmostí (Vágnerová, 2007).

Na vnějším vzhledu člověka se projevují typické známky stárnutí jako je ztráta pružnosti kůže, první vrásky, šedivění a řídnutí vlasů, změny pigmentace a proporcí těla. Změna zevnějšku je brána jako ztráta určité hodnoty a ze sociálního hlediska je spojena s úbytkem prestiže. Stárnutí činí člověka v naší kultuře sexuálně neatraktivním, protože se zdůrazňuje spíše ideál mládí, fyzické krásy a tělesné zdatnosti. Říčan (2004) upozorňuje, že z biologického hlediska je ztráta atraktivnosti spojována s částečnou anebo úplnou ztrátou reprodukční schopnosti. To znamená, že sexuální přitažlivost má biologicky sloužit k reprodukci (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Tempo stárnutí je individuální. Často se mluví o tzv. **biologickém věku**, který vyjadřuje aktuální úroveň tělesných a psychických funkcí. Tento věk je dán genetickým programem. Často jej ovlivňují různá onemocnění a nepříznivé vlivy jako je špatný životní styl zahrnující alkohol, kouření, stres, atd. (Vágnerová, 2007).

Z psychologického hlediska jsou důležité v tomto období hormonální proměny. U žen mezi 45. - 55. rokem se dostavuje ukončení reprodukčního období ženy, tzv. **menopauza**. Dochází k úbytku pohlavního ženského hormonu estrogeneru a následkem toho k poklesu ovulace a hladiny hormonu progesteronu (Vágnerová, 2007). Tento proces, tzv. **perimenopauza**, někdy nazývána jako klimakterium, může trvat 3-5 let. V důsledku hormonálních výkyvů může být doprovázena nepříjemnými příznaky. „Mezi nejběžnější symptomy patří návaly horka, noční pocení, bušení srdce, změny prsou, kolísání nálad, únava, nespavost, deprese, špatná paměť, ztráta zájmu o sex, špatná soustředěnost, poševní suchost, problémy s močovým měchýřem, zadržování vody v těle, přibývání na váze a změny tvaru postavy“ (Amerenová, 2002, s. 86). V tomto období začíná být menstruace nepředvídatelná a příznaky se zhoršují. I když je menopauza očekávanou změnou stárnutí, tak někdy může být chápána jako ztráta či znehodnocení ženské role (Vágnerová, 2007).

3.1.2 Kognitivní změny

Kognitivní funkce se během života vyvíjí a mění. V oblasti intelektových schopností jsou první známky stárnutí nepatrné. Myšlení už je méně pružné, spolehnutí je na nabyté zkušenosti a znalosti. Problémy může činit až získávání nových informací, poznatků. Zhoršení kognitivních funkcí závisí na genetických dispozicích, na dosažené úrovni schopností a dovedností, osobních vlastnostech, ale i mnoha aktuálních zevních vlivů (Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2007). Tyto faktory Schaie (1994) dává do několika bodů:

- a) *„celkové zdraví*
- b) *dosažené vzdělání, tvořivá, nerutinní pracovní činnost a životní styl spojený se zájmovou intelektuální aktivitou*
- c) *dobré rodinné zázemí a intelektuálně stimulující manželský partner*
- d) *flexibilní životní styl a ochota akceptovat změnu*
- e) *osobní spokojenost, vyrovnanost a stabilita“* (Vágnerová, 2007, s. 248)

Intelligence obsahuje dvě složky a to inteligenci fluidní a krystalickou. Tyto složky se vývojově postupně diferencují a při řešení problému fungují ve vzájemné interakci (Vágnerová, 2007).

Fluidní inteligence je biologická, vrozená a nezávisí na kultuře. Bývá častěji zranitelnější a v pozdní dospělosti dochází k postupnému poklesu. Tato schopnost není tak důležitá jak v mládí.

I když starší lidé ztrácejí flexibilitu v řešení nových situací, tak ve většině případů se takovýchto situací vyskytuje méně než dřív. Úbytek přesnosti a rychlosti zpracování informací se projeví hlavně v komplikovaných situacích. Tyto funkce lze udržovat na přijatelné úrovni tréninkem (Vágnerová, 2007).

Krystalická inteligence je souhrnem znalostí, zkušeností, dovedností, které se získávají učením a schopností je využívat (Říčan, 2007). Tato složka je trvanlivější a udržuje se na vyšší úrovni než složka fluidní. V pozdní dospělosti se ještě moc nemění, ale je tu možnost ji nadále rozvíjet. Starší člověk využívá zaběhlých strategií i v nových situacích. Tato kategorie obsahuje dovednosti získané v rámci vzdělávání a profesní kvalifikace (Vágnerová, 2007).

Hlavním problémem dospělých osob ve vyšším věku je zpomalení tempa při zpracování informací, které jsou důležité k porozumění. Výkon mohou ovlivnit odchylky krátkodobé paměti a pozornosti, či zhoršená efektivnost učení. Starší lidé tyto nedostatky kompenzují na základě svých zkušeností získávaných vzděláváním, pečlivostí a důsledností (Vágnerová, 2007).

3.1.3 Emoční změny

Starší lidé jsou citově zranitelnější než dřív. Někteří jedinci mohou špatně snášet stres, konflikty na pracovišti i v rodině. Objevuje se snížená frustrační tolerance, deficit spánku a porucha metabolismu. Lidé se špatným prokrvením mozku jsou náladoví, zapomnětliví, přestávají o sebe pečovat. V tomto období najdeme i lidí, kteří jsou po duševní stránce pevně odolní a bývají často oporou pro druhé (Farková, 2008; Jobánková et al., 2003). Změna emočního prožívání je podmíněna i biologicky. Objevují se pocity vyhaslosti, ztráty životního elánu, podrážděnost a neschopnost ovládat své emoce. Psychická proměna se projevuje stahováním se do soukromí a s nárůstem významu citových vztahů. Stárnutím se lidé snaží vyhýbat hádkám, konfliktům, a se schopností udržet si pocit klidu a pohody dosahují jejího vrcholu. Lidé někdy dosahují emoční moudrosti, která představuje schopnost náhledu nad každodenními nepříjemnostmi, zmírňuje emoční dopad různých stresorů, zklamání a redukuje nepřiměřené očekávání. Jejich emoční zralost se projevuje ovládnutím emocí a udržení si tak přijatelného ladění. Na konci pozdní dospělosti se může bazální emoční ladění zhoršit v souvislosti s novými požadavky, ztrátami a specifickými zátěžemi. Události zasahující do intimní oblasti (rozvod, úmrtí partnera) nebo některé složky sebepojetí mohou mít větší vliv na bazální ladění, citové postoje a i na osobnost. To znamená, že se může jednat o natolik zásadní změny, které nelze v krátkém intervalu zvládnout. Závažné ztráty nelze jen tak kompenzovat, protože dostupná náhrada nemá rovnocennou hodnotu. Podobným dopadem mohou být nadměrné požadavky (např. péče o bezmocné rodiče či závažně nemocného partnera), při nichž stárnoucí člověk není schopen vyřešit problém racionálně kvůli velkému tlaku z emočního i morálního hlediska. Tuto zátěž člověk přijímá jako povinnost i přesto, že má ničivý vliv na jeho životní pohodu, citové ladění a i zdravotní stav (Vágnerová, 2007).

Emoční prožívání můžeme chápat jako funkční systém sloužící k účelné orientaci a adaptaci. Situačně navozené pocity poskytují člověku zpětnou vazbu a upozorňují ho na situaci, která je pro něj nevládnutelná či nepřiměřená. Emoční exprese slouží jako informace pro

druhé lidi, která může vyjadřovat potřebu podpory a pomoci. V této oblasti mohou lidé ve starším věku vysílat méně srozumitelné signály, protože své pocity dovedou velmi dobře ovládat (Vágnerová, 2007).

3.1.4 Sociální změny

Někteří lidé mohou být v období tzv. „**krize středního věku**“ nespokojení s tím, co doposud vykonávali či naopak co zmeškali. Nespokojenost se vyskytuje v zaměstnání, v partnerských vztazích, nesplnění očekávaných ambicí, výchovné potíže s dospívajícími dětmi, náročná ekonomická situace. Důležité je se zastavit a zamyslet se nad vlastním životem, hledat nový směr, zájmy, plánovat život v nejbližších obdobích (Čechová, Mellanová, Kučerová, 2004).

Rodičům v tomto období často odcházejí děti z domova a zakládají si vlastní rodiny. Odchodem posledního dítěte mohou mít rodiče **pocit prázdného hnízda**. Většinou toto období chápou matky ve smyslu, že už je nikdo nepotřebuje. Mnoho dospělých přebírá péči o svoje stárnoucí rodiče, kteří potřebují pomoc v základních všedních činnostech (hygiena, úklid, nakupování, domácnost). Střední generace musí poskytnout oporu pro obě generace, jak svým dětem při přechodu do samostatného nezávislého života, tak současně péči svých rodičů (Čechová, Mellanová, Kučerová, 2004; Langmeier, Krejčířová, 2006).

Manželství prochází často zatěžkávací zkouškou v souvislosti s odchodem dětí z domova. Pocit prázdného hnízda způsobí, že jsou oba manželští partneři na sobě vzájemně závislí. Z tohoto důvodu se může stát, že se vztah zevšední. Vzniká emočně prázdné soužití obou partnerů, vztah je založen pouze na zvyku, pohodlnosti a neochotě něco v zažitém stereotypu měnit. Dalším faktorem může být i vzdor proti blížícímu se stáří a snahou zastavit čas tím, že člověk vyhledává sexuální dobrodružství, nové sexuální i citové vztahy s mladšími osobami (Jobánková et al., 2003). Jednou z hlavních hodnot dlouholetého manželství je společně strávený život a vázanost na další generaci dětí a vnuků. Současný stav manželství zaleží na oboustranném kompromisu a někdy i rezignací. Spokojenost s manželským partnerem souvisí se schopností nalézat hranici mezi závažným selháním (nevěra) a občasnými výkyvy (Vágnerová, 2007).

Profesní role je důležitou součástí identity. Lidé si tuto hodnotu uvědomují ve větší míře než dříve, protože dochází k postupnému uzavírání profesní kariéry. Část lidí je právě na vrcholu své kariéry, mají vysoké postavení, respekt druhých lidí a práce jim přináší radost ze života. Člověk má v tomto období tendenci předávat své dosud nabyté zkušenosti násle-

dující generaci. Tímto si člověk zhodnotí dosavadní život. Další část lidí může vnímat svoji práci jako rutinu, na kterou jsou již navyklí a dobře ji zvládají. Práce jim nepřináší žádné větší uspokojení. Větší skupina lidí přehodnocuje své původní cíle, aktuální možnosti a rozhoduje se pro změnu zaměstnání. Častou příčinou změn zaměstnání mohou být špatné sociální vztahy na pracovišti, emoční vyhoření u lidí v tzv. pomáhajících profesích (lékaři, sociální pracovníci, všeobecné sestry, učitelé, pedagogové), na které jsou kladeny vysoké nároky a odpovědnost. Syndrom vyhoření se projevuje emočními náladami, podrážděností, zhoršením mezilidských vztahů a ztrátou zájmu o svoji práci. Změnou kariéry může jedinec přispět k osobnostnímu růstu a k podpoře sebehodnocení (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Na konci tohoto období odchází většina lidí do důchodu. Vhodné je se na tuto skutečnost připravit již několik let dopředu a hledat si zájmové činnosti, které by byly vhodné v realizaci ve vyšším věku (Čechová, Mellanová, Kučerová, 2004).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíle práce

Cíl č. 1 Zjistit, jak ženy v období pozdní dospělosti pečují o své tělesné a duševní zdraví a to u dvou skupin respondentek:

- a) u žen se zdravotnickým vzděláním - věk 50 - 60 let
- b) u žen bez zdravotnického vzdělání - věk 50 - 60 let

Cíl č. 2 Zjistit, zda tyto respondentky využívají preventivních vyšetření a doporučeného očkování jako možnosti prevence některých onemocnění

Cíl č. 3 Zjistit, zda ženy se zdravotnickým vzděláním pečují o své zdraví více než ženy bez zdravotnického vzdělání

4.2 Metoda a technika průzkumu

Pro šetření průzkumu jsem použila kvantitativní výzkum, který pracuje s větším souborem respondentů. Na základě tohoto jsem si zvolila techniku dotazník.

Dotazník je metoda získávání empirických informací. Podstatou je použití formulovaných otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Struktura dotazníku by měla zahrnovat název, kontaktní-motivační úvod, instrukce, pokyny jak dotazník vyplnit, věcné otázky tzv. položky, které tvoří jádro této techniky a kategorizační položky (demografické údaje). Tato technika má zahrnovat všechny podstatné problémy, na které hledáme odpověď. Formulace položek musí být jednoznačná, stručná, srozumitelná. Konstrukce dotazníku by měla respondenta přitahovat (Kutnohorská, 2009; Bašková, 2009).

Dotazník „ péče o vlastní zdraví“, uveden v příloze P III, je anonymní a obsahuje 27 otázek. V úvodu je popsáno, k čemu tento dotazník slouží. Dále obsahuje pokyny ke správnému vyplnění, výběrová kritéria jako je věk, vzdělání a na závěr otázky. V dotazníku byly použity otázky polytomické, filtrační a polouzavřené.

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Tento průzkum byl proveden u dvou skupin respondentů, a to u žen se zdravotnickým vzděláním a bez zdravotnického vzdělání. Podmínkami pro splnění tohoto průzkumu byly, že respondentky budou mít středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou a budou ve věkové kategorii 50 – 60 let.

4.4 Organizace průzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo začátkem března 2011 a bylo ukončeno koncem dubna 2011. Celkem bylo rozdáno 250 dotazníků, z nichž 125 dotazníků bylo pro ženy se zdravotnickým vzděláním a 125 pro ženy bez zdravotnického vzdělání. Návratnost od žen se zdravotnickým vzděláním byla 110 dotazníků, z nichž 4 dotazníky byly vyřazeny z důvodu špatně vyplněných údajů. U žen bez zdravotnického vzdělání se vrátilo 118 dotazníků, z nichž 6 nebylo vhodné použít. Pro lepší vyhodnocení obou skupin jsem náhodně vybrala 6 dotazníků od žen bez zdravotnického vzdělání, které jsem nepoužila při vyhodnocení tohoto průzkumu. Celkový počet dotázaných žen činí 212. Dotazník byl vytvořen ve dvou formách, a to ve formě elektronické a tištěné. Dotazníky byly rozdány ženám se zdravotnickým vzděláním a bez zdravotnického vzdělání v domovech pro seniory; ve zdravotnických zařízeních např. oční, interní, chirurgické, neurologické, dětské oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných, ambulance praktického lékaře; v nezdravotnických zařízeních a na sociálních sítích. Sběr dat jsem si zajišťovala jak sama, tak i s pomocí vrchních sester, nadřízených daného zařízení, rodinných příslušníků a přátel.

4.5 Analýza průzkumu a jeho grafické zpracování

Data z dotazníkového šetření byly zpracovány v programu Microsoft office Excel. Výsledky průzkumu jsou zobrazeny u daných otázek v tabulkách a grafech. Ke každé otázce je napsán krátký komentář. Data se vyhodnocovala pomocí relativní četnosti, absolutní četnosti, průměru a byl využit medián a modus. Následuje stručné vysvětlení daných pojmů:

Absolutní četnost udává počet výskytu odpovědi v dané otázce.

Relativní četnost je procentuální vyjádření výskytu odpovědi v dané otázce.

Modus znázorňuje hodnotu, která se v dané otázce vyskytuje nejčastěji.

Medián je číslo, které leží uprostřed podle velikosti uspořádaného souboru čísel.

Průměr je součet všech hodnot, který se následně vydělí celkovým počtem.

Otázka č. 1: Pracujete ve zdravotnictví jako všeobecná sestra?*Tab. 1 Rozdělení dle vzdělání*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	106	50 %
Ne	106	50 %
Celkem	212	100 %

Podle odpovědi na otázku č. 1 se dotazníkového šetření zúčastnilo celkem 212 respondentek, z toho 106 (50 %) tvořily ženy se zdravotnickým vzděláním a 106 (50 %) žen bez zdravotnického vzdělání.

Otázka č. 2: Uveďte hmotnost a výšku:*Tab. 2 Výpočet koeficientu BMI*

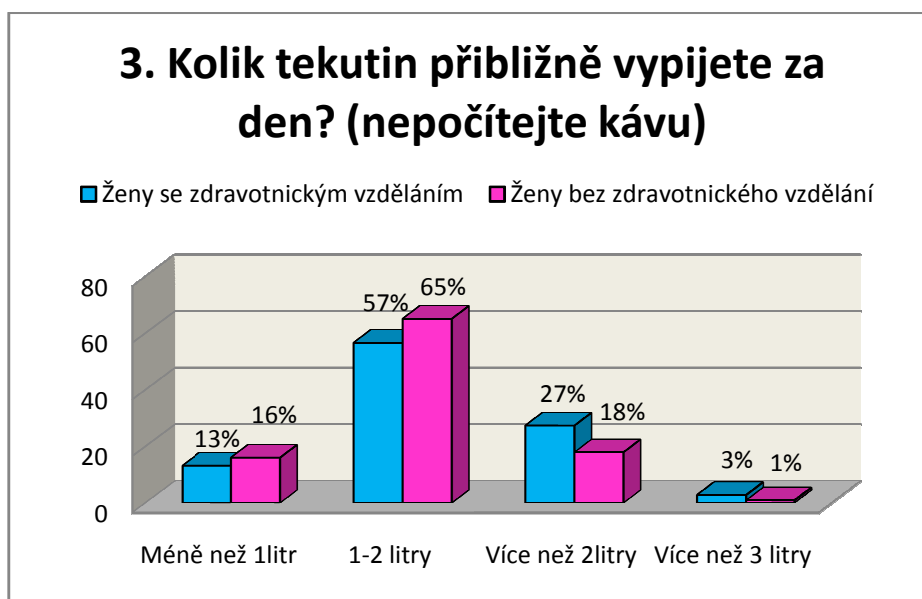
Ženy se zdravotnickým vzděláním			
Odpověď	Průměr	Modus	Medián
Výška (cm)	166	170	167
Hmotnost (kg)	72	70	72
BMI	26	24	25
Ženy bez zdravotnického vzdělání			
Odpověď	Průměr	Modus	Medián
Výška (cm)	166	168	167
Hmotnost (kg)	74	68	72
BMI	27	28	27

Průměrná výška respondentek u obou skupin činí 166 cm. BMI u žen se zdravotnickým vzděláním se v průměru pohybuje kolem 26 a u žen bez zdravotnického vzdělání je průměr 27. Nejčastější vyskytovaná hodnota BMI byla u žen se zdravotnickým vzděláním 24, která ještě patří do kategorie normální váhy. Naopak u žen bez zdravotnického vzdělání bylo nejčastější BMI ve výši 28, který už patří do kategorie nadváhy. Z výše uvedeného plyne, že ženy se zdravotnickým vzděláním jsou na tom se svou váhou lépe.

Otázka č. 3: Kolik tekutin přibližně vypijete za den? (nepočítejte kávu)

Tab. 3 Denní příjem tekutin

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. Vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 litr	14	13 %	17	16 %
1-2 litry	60	57 %	69	65 %
Více než 2litry	29	27 %	19	18 %
Více než 3 litry	3	3 %	1	1 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



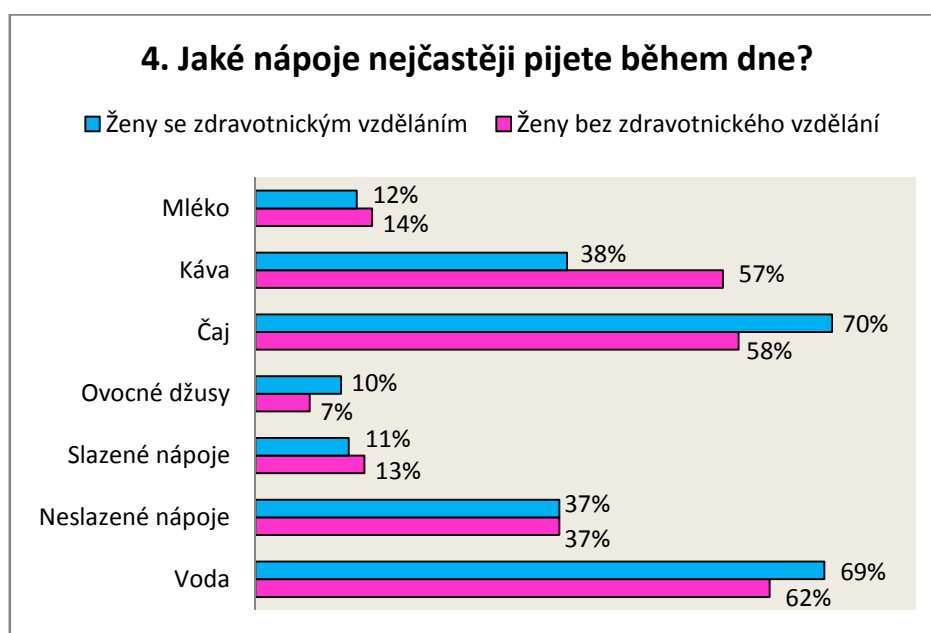
Graf 1 Denní příjem tekutin

Z tohoto grafu je zřejmé, že obě skupiny respondentek se snaží dodržovat pitný režim. Pouze 13 % žen se zdravotnickým vzděláním a 16 % žen bez zdravotnického vzdělání vypijí za den méně než 1 litr tekutin.

Otázka č. 4: Jaké nápoje nejčastěji pijete během dne?

Tab. 4 Druhy nápojů

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. Vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní Četnost
Voda	73	69 %	66	62 %
Neslazené nápoje	39	37 %	39	37 %
Slazené nápoje	12	11 %	14	13 %
Ovocné džusy	11	10 %	7	7 %
Čaj	74	70 %	62	58 %
Káva	40	38 %	60	57 %
Mléko	13	12 %	15	14 %
Celkem respondentek	106	100 %	106	100 %



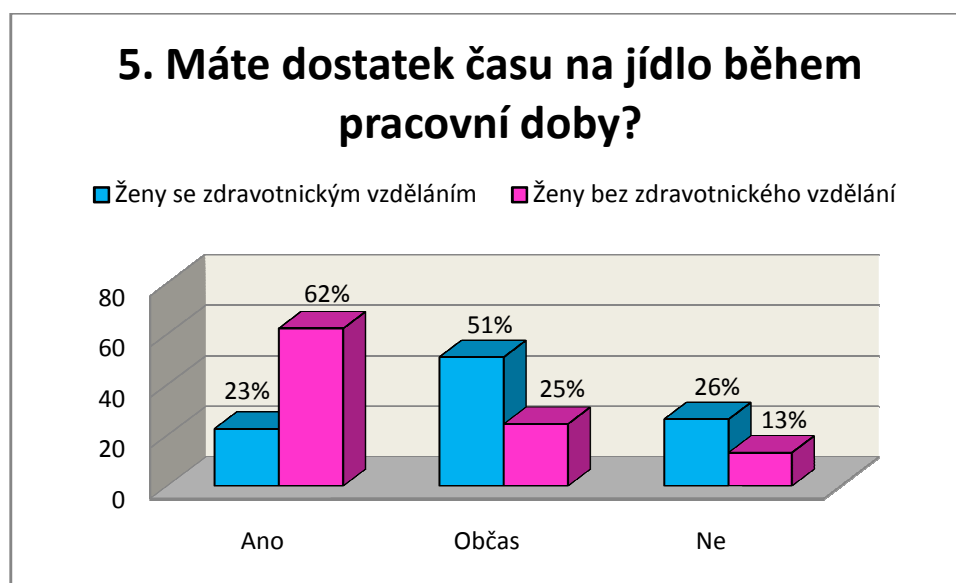
Graf 2 Druh nápojů

Na tuto otázku mohly respondentky vybrat více než jednu odpověď, a proto se celkový počet odpovědí neshoduje s počtem respondentek. Obě skupiny respondentek nejčastěji pijí čaj, vodu a nejméně ovocné džusy. Ženy bez zdravotnického vzdělání pijí více kávy než ženy se zdravotnickým vzděláním.

Otázka č. 5: Máte dostatek času na jídlo během pracovní doby?

Tab. 5 Dostatek času na jídlo během pracovní doby

Odpověď	Ženy se zdravotnickým vzděláním		Ženy bez zdravotnického vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	23 %	66	62 %
Občas	54	51 %	26	25 %
Ne	28	26 %	14	13 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



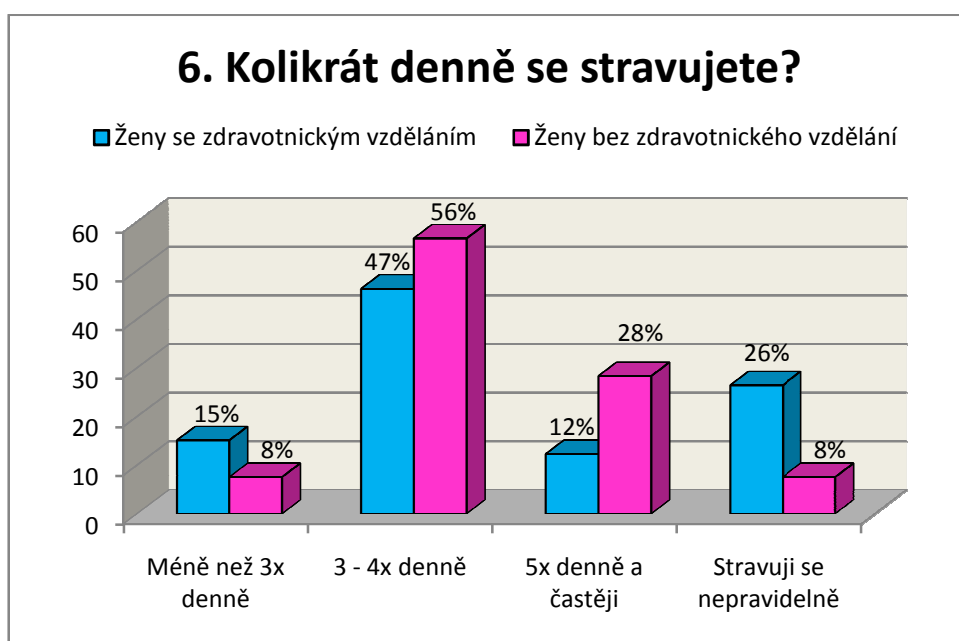
Graf 3 Dostatek času na jídlo během pracovní doby

Z výše uvedené tabulky a grafu můžeme vidět, že ženy se zdravotnickým vzděláním mají méně času na jídlo během pracovní doby, než ženy bez zdravotnického vzdělání. Z celkového počtu respondentek odpovědělo 23 % žen se zdravotnickým vzděláním, že má dostatek času na jídlo během pracovní doby. 51 % žen má čas jen občas a 26 % nemá čas vůbec. Naproti tomu 62 % žen bez zdravotnického vzdělání odpovědělo, že má dostatek času na jídlo během pracovní doby.

Otázka č. 6: Kolikrát denně se stravujete?

Tab. 6 Stravování

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. Vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 3x denně	16	15 %	8	8 %
3 - 4x denně	49	47 %	60	56 %
5x denně a častěji	13	12 %	30	28 %
Stravuji se nepravidelně	28	26 %	8	8 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



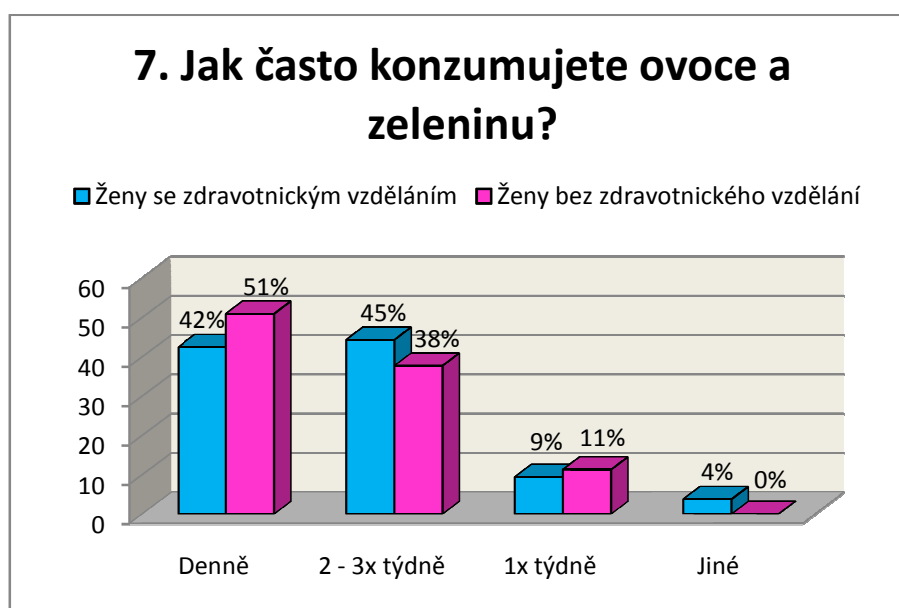
Graf 4 Stravování

46 % žen se zdravotnickým vzděláním se stravují 3-4x denně, 15 % dotázaných žen konzumují jídlo méně než 3x denně a 12 % žen se stravuje 5x denně a častěji. 57 % žen bez zdravotnického vzdělání se stravuje 3-4x denně, 28 % žen se stravuje 5x denně a častěji a 8 % dotázaných žen konzumuje jídlo méně než 3x denně. 26 % žen se zdravotnickým vzděláním a pouze 8 % žen bez zdravotnického vzdělání se stravuje nepravidelně.

Otázka č. 7: Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

Tab. 7 Konzumace ovoce a zeleniny

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	45	42 %	54	51 %
2 - 3x týdně	47	45 %	40	38 %
1x týdně	10	9 %	12	11 %
Jiné	4	4 %	0	0 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



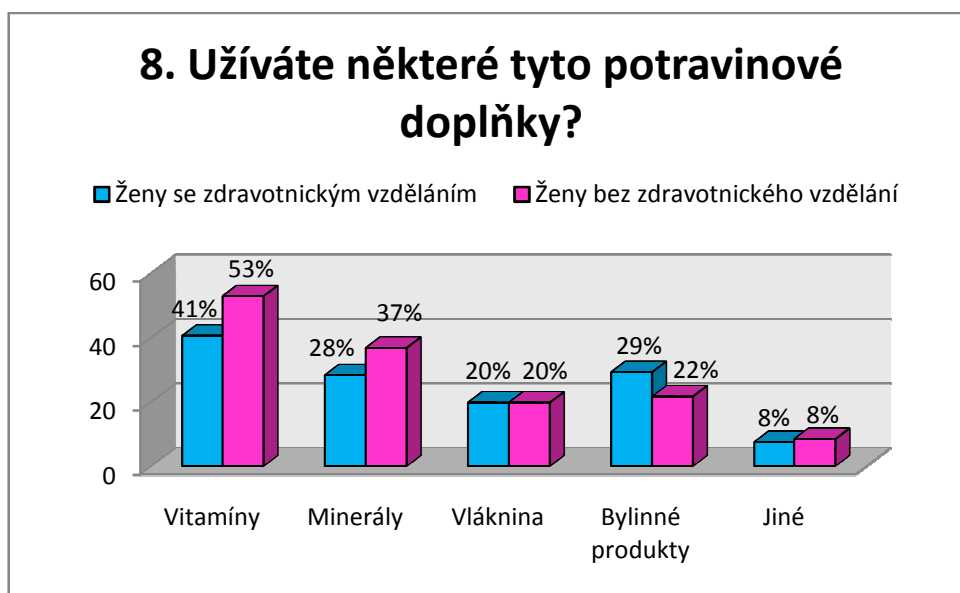
Graf 5 Konzumace ovoce a zeleniny

44 % žen se zdravotnickým vzděláním konzumuje ovoce a zeleninu 2 - 3 krát týdně, 42 % je konzumuje denně, 9 % jednou týdně a zbylé 4 % odpověděly, že konzumují ovoce a zeleninu dle chuti. Naproti tomu 51 % žen bez zdravotnického vzdělání konzumuje ovoce a zeleninu denně, 38 % žen 2-3x denně a 12 % dotázaných žen konzumuje ovoce a zeleninu jednou týdně.

Otázka č. 8: Užíváte některé tyto potravinové doplňky?

Tab. 8 Potravinové doplňky

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vitamíny	43	41 %	56	53 %
Minerály	30	28 %	39	37 %
Vláknina	21	20 %	21	20 %
Bylinné produkty	31	29 %	23	22 %
Jiné	8	8 %	9	8 %
Celkem respondentek	133	100 %	148	100 %



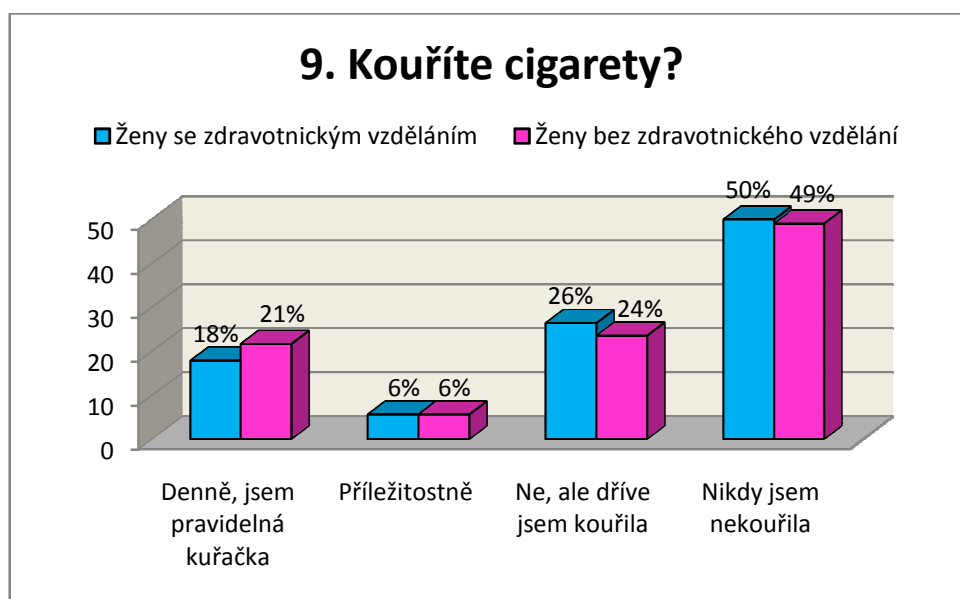
Graf 6 Potravinové doplňky

Ženy se zdravotnickým vzděláním užívají nejčastěji vitamíny, poté bylinné produkty, minerály a nejméně užívají vlákninu. U žen bez zdravotnického vzdělání se užívání jednotlivých potravinových doplňků shoduje z výše uvedeným užíváním u žen se zdravotnickým vzděláním. Liší se pouze v tom, že ženy bez zdravotnického vzdělání užívají více minerály a méně bylinné produkty. V odpovědi jiné uváděla část respondentek, že užívají omega 3 mastné kyseliny, kolafit, koenzym Q10, aloe vera, proenzi anebo, že neuvádějí nic, protože nevěří jejich účinku na zdraví.

Otázka č. 9: Kouříte cigarety?

Tab. 9 Kouření cigaret

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně, jsem pravidelná kuřačka	19	18 %	23	21 %
Příležitostně	6	6 %	6	6 %
Ne, ale dříve jsem kouřila	28	26 %	25	24 %
Nikdy jsem nekouřila	53	50 %	52	49 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



Graf 7 Kouření cigaret

Na grafu je zřejmé, že pouze polovina dotázaných respondentek nekouří. 18 % dotázaných žen se zdravotnickým vzděláním kouří denně, 6 % kouří příležitostně a 26 % žen uvádí, že kouřilo cigarety dříve. 22 % žen bez zdravotnického vzdělání kouří pravidelně a 6 % kouří příležitostně.

Otázka č. 10: Jak často pijete alkoholické nápoje?

Tab. 10 Konzumace alkoholických nápojů

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	1	1 %	3	3 %
1 - 2x za týden	11	10 %	11	10 %
Příležitostně	80	76 %	75	71 %
Nikdy, jsem abstinent	14	13 %	17	16 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



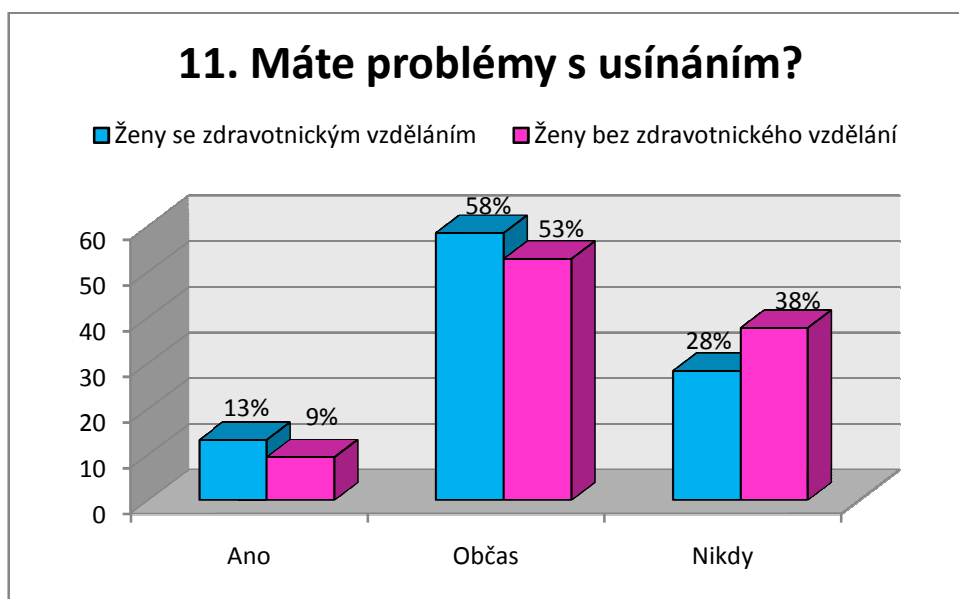
Graf 8 Konzumace alkoholických nápojů

Na otázku, jak často pijí alkoholické nápoje, odpovědělo 75 % žen se zdravotnickým vzděláním a 71 % žen bez zdravotnického vzdělání, že alkoholické nápoje pijí příležitostně při oslavách. 13 % dotázaných žen se zdravotnickým vzděláním a 16 % žen bez zdravotnického vzdělání jsou abstinentky.

Otázka č. 11: Máte problémy s usínáním?

Tab. 11 Problémy s usínáním

Odpověď	Ženy se zdravotnickým vzděláním		Ženy bez zdravotnického vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	13 %	10	9 %
Občas	62	59 %	56	53 %
Nikdy	30	28 %	40	38 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



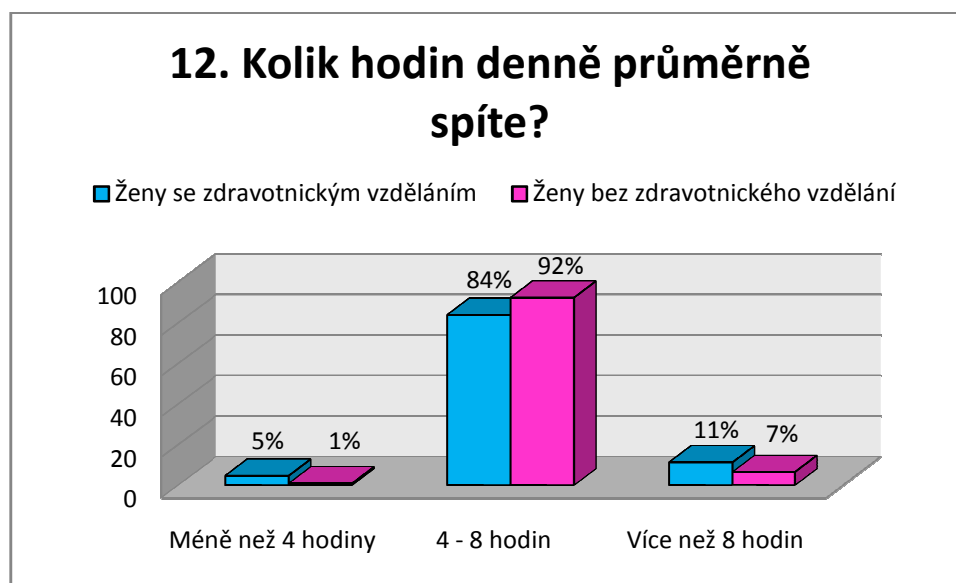
Graf 9 Problémy s usínáním

Problémy s usínáním má 71 % respondentek se zdravotnickým vzděláním. Z toho 13 % žen má stále problémy s usínáním a 58 % žen jen občas. U žen bez zdravotnického vzdělání má 9 % žen stále problémy s usínáním a 53 % žen má občas problémy. 28 % žen se zdravotnickým vzděláním a 38 % žen bez zdravotnického vzdělání nemá nikdy problémy s usínáním.

Otázka č. 12: Kolik hodin denně průměrně spíte?

Tab. 12 Průměrná doba spánku

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 4 hodiny	5	5 %	1	1 %
4 - 8 hodin	89	84 %	98	92 %
Více než 8 hodin	12	11 %	7	7 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



Graf 10 Průměrná doba spánku

84 % žen se zdravotnickým vzděláním spí 4 až 8 hodin denně, 11 % spí více než 8 hodin denně a 5 % spí méně než 4 hodiny. 92 % žen bez zdravotnického vzdělání spí 4 až 8 hodin denně, 7 % spí více než 8 hodin a 1 % žen spí méně než 4 hodiny.

Otázka č. 13: Jak byste ohodnotila kvalitu vašeho spánku na stupnici od 1-5?

Tab. 13 Hodnocení kvality spánku na stupnici od 1 do 5

Stupnice	Ženy se zdravotnickým vzděláním		Ženy bez zdravotnického vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní Četnost	Relativní četnost
1	11	10 %	18	17 %
2	33	31 %	29	27 %
3	42	40 %	42	40 %
4	13	12 %	12	11 %
5	7	7 %	5	5 %
Celkem	106	100 %	106	100 %

Pozn.: 1= velmi kvalitní; 2= kvalitní; 3= průměrný; 4= méně kvalitní; 5= nekvalitní



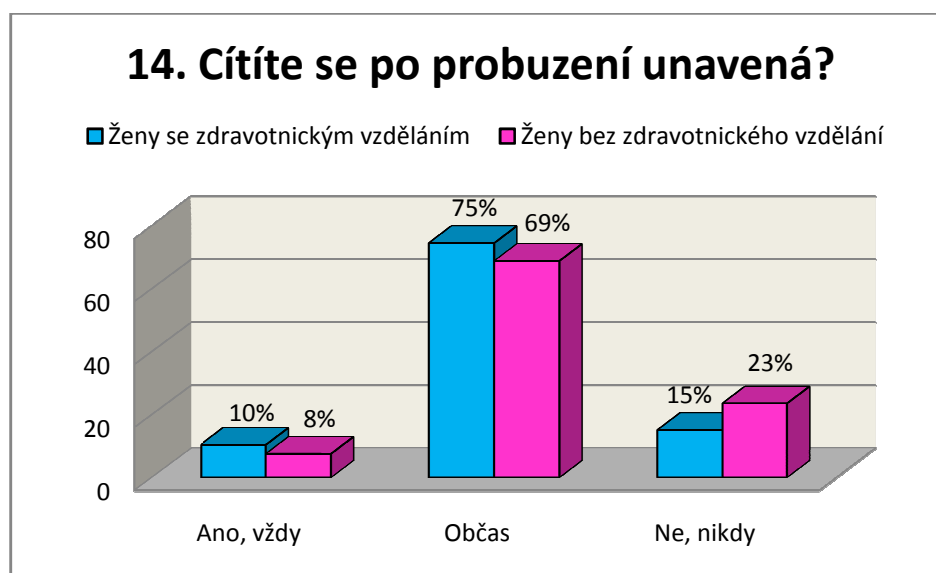
Graf 11 Hodnocení kvality spánku na stupnici od 1 do 5

U obou skupin respondentek je hodnocení kvality spánku na stupnici od 1 (velmi kvalitní) po 5 (nekvalitní) průměrné. 10 % žen se zdravotnickým vzděláním má velmi kvalitní spánek a 7 % má nekvalitní spánek. U žen bez zdravotnického vzdělání má velmi kvalitní spánek 17 % dotázaných žen a nekvalitní 5 % žen.

Otázka č. 14: Cítíte se po probuzení unavená?

Tab. 14 Výskyt únavy po probuzení

Odpověď	Ženy se zdravotnickým vzděláním		Ženy bez zdravotnického vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	11	10 %	8	8 %
Občas	79	75 %	73	69 %
Ne, nikdy	16	15 %	25	23 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



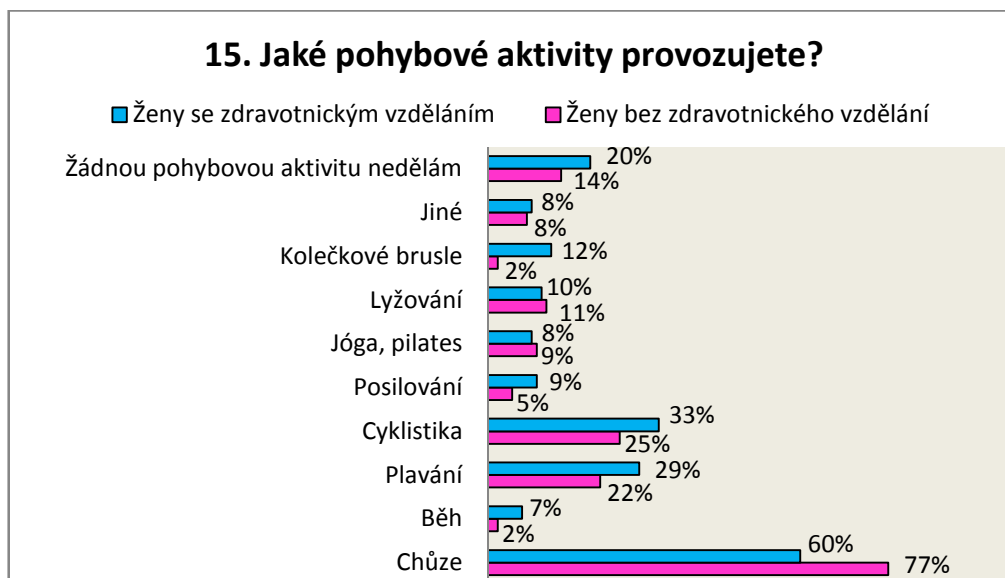
Graf 12 Výskyt únavy po probuzení

Nejčastější odpovědí na otázku, zda se respondentky cítí po probuzení unavené, byla odpověď občas. 10 % žen se zdravotnickým vzděláním a 8 % žen bez zdravotnického vzdělání se po probuzení cítí vždy unavené. 15 % žen se zdravotnickým vzděláním a 23 % žen bez zdravotnického vzdělání uvedly, že se necítí nikdy unavené.

Otázka č. 15: Jaké pohybové aktivity provozujete?

Tab. 15 Pohybové aktivity

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chůze	64	60 %	82	77 %
Běh	7	7 %	2	2 %
Plavání	31	29 %	23	22 %
Cyklistika	35	33 %	27	25 %
Posilování	10	9 %	5	5 %
Jóga, pilates	9	8 %	10	9 %
Lyžování	11	10 %	12	11 %
Kolečkové brusle	13	12 %	2	2 %
Jiné	9	8 %	8	8 %
Žádnou pohybovou aktivitu nedělám	21	20 %	15	14 %
Celkem respondentek	106	100 %	106	100 %



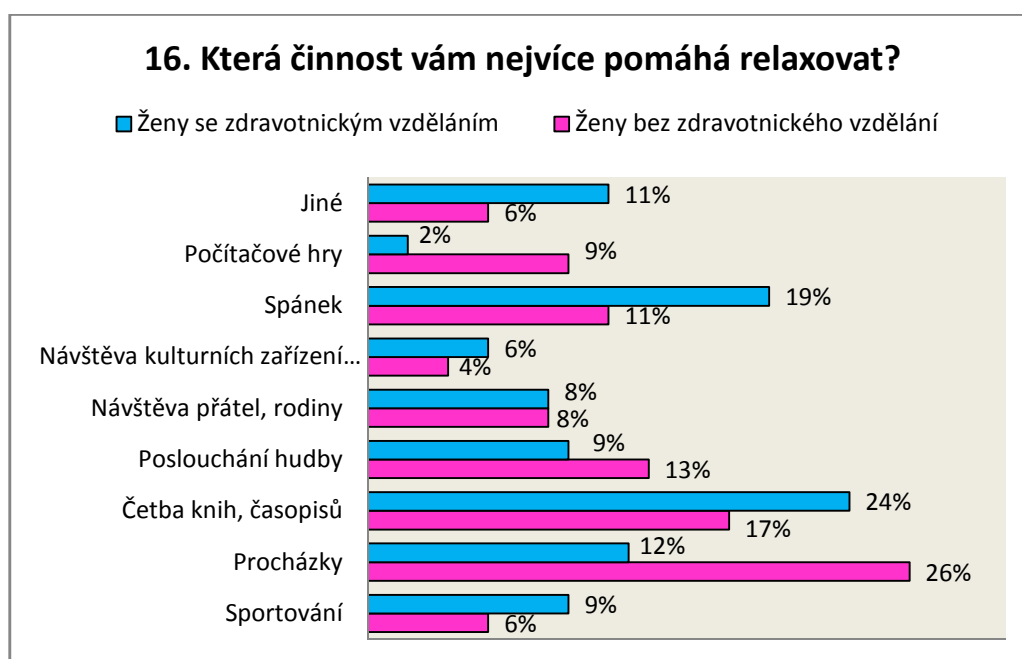
Graf 13 Pohybové aktivity

Obě skupiny respondentek nejvíce provozují chůzi, cyklistiku, plavání a nejméně provozují jógu, posilování a běh. V možnosti jiné respondentky uvedly, že dělají aerobic, tanec, cvičení, spinning, míčové hry nebo tenis. 20 % žen se zdravotnickým vzděláním a 14 % žen bez zdravotnického vzdělání neprovozuje žádný sport.

Otázka č. 16: Která činnost vám nejvíce pomáhá relaxovat?

Tab. 16 Činnosti pomáhající k relaxaci

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sportování	10	9 %	6	6 %
Procházky	13	12 %	27	26 %
Četba knih, časopisů	24	24 %	18	17 %
Poslouchání hudby	10	9 %	14	13 %
Návštěva přátel, rodiny	9	8 %	9	8 %
Návštěva kulturních zařízení	6	6 %	4	4 %
Spánek	20	19 %	12	11 %
Počítačové hry	2	2 %	10	9 %
Jiné	12	11 %	6	6 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



Graf 14 Činnosti pomáhající k relaxaci

Nejčastějšími odpověďmi u žen se zdravotnickým vzděláním byly četba knih a časopisů, spánek a procházky. Naopak nejméně relaxují při návštěvě kulturních zařízení a při hrách na počítači. Ženy bez zdravotnického vzdělání nejvíce relaxují u procházek, pak u četby

knih, časopisů a u poslechu hudby. Nejméně si odpočinou u sportování a při návštěvě kulturních zařízení. 11 % dotázaných žen se zdravotnickým vzděláním a 6 % žen bez zdravotnického vzdělání nejčastěji relaxuje při práci na zahradě, u luštění sudoku, křížovek, v sauně či vířivce, při masáži, při nakupování nebo při domácích pracích.

Otázka č. 17: Chodíte pravidelně na některou z těchto preventivních prohlídek?

Tab. 17 Využití preventivních prohlídek

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prohlídka u praktického lékaře	71	67 %	69	65 %
Gynekologická prohlídka	90	85 %	81	76 %
Oční prohlídka	43	41 %	45	42 %
Zubní prohlídka	84	79 %	82	77 %
Celkem respondentek	106	100 %	106	100 %



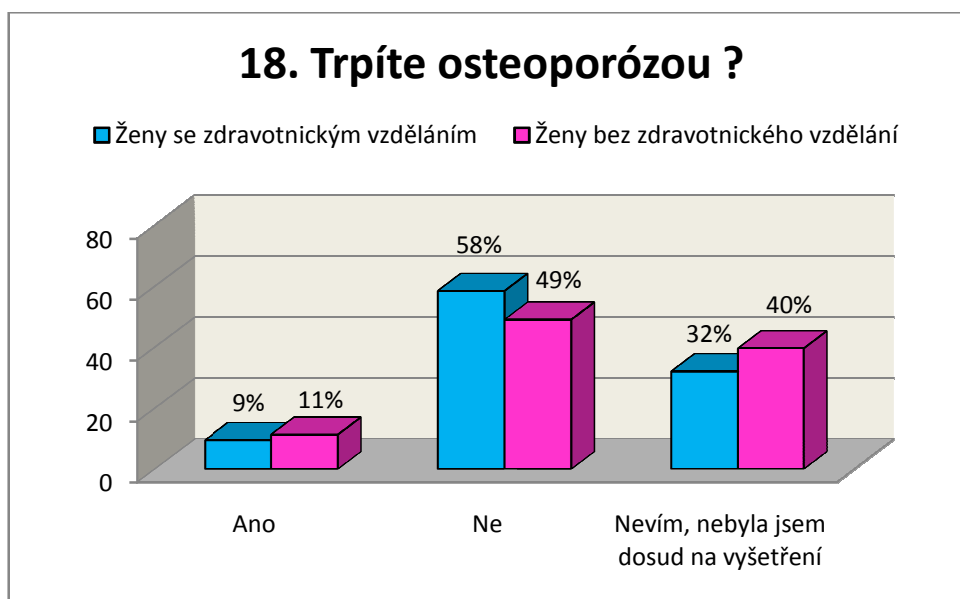
Graf 15 Využití preventivních prohlídek

Nejčastější prohlídka u žen se zdravotnickým vzděláním je gynekologická prohlídka, poté následuje prohlídka u zubního lékaře, prohlídka u praktického lékaře a nejméně častá je prohlídka u očního lékaře. U žen bez zdravotnického vzdělání je nejčastější prohlídkou zubní prohlídka, poté gynekologická prohlídka, prohlídka u praktického lékaře a nejméně častá je oční prohlídka, stejně jako u žen se zdravotnickým vzděláním.

Otázka č. 18: Trpíte osteoporózou (řídnutí kostí)?

Tab. 18 Výskyt osteoporózy

	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	9 %	12	11 %
Ne	62	59 %	52	49 %
Nevím, nebyla jsem dosud na vyšetření	34	32 %	42	40 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



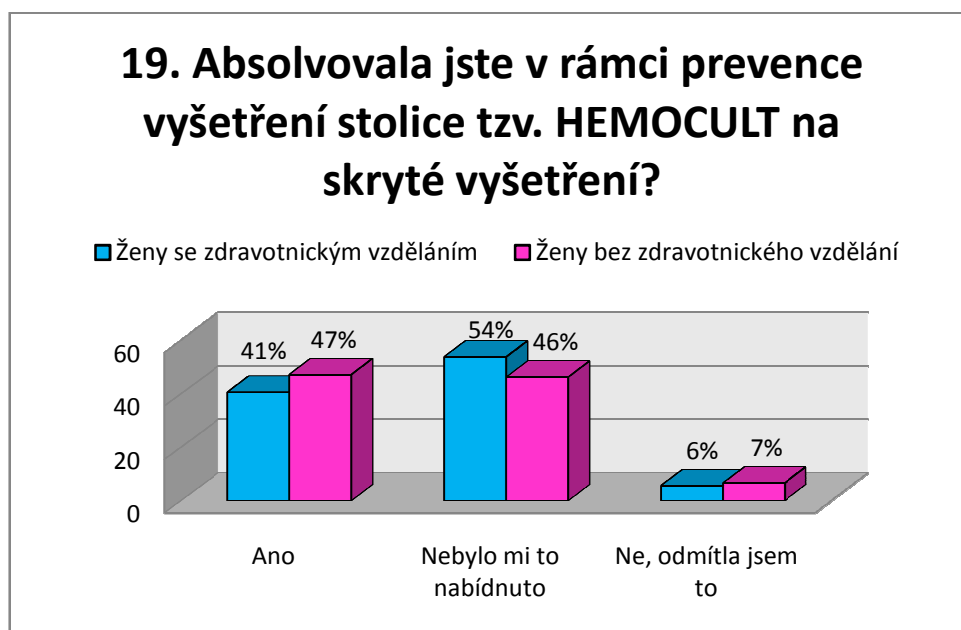
Graf 16 Výskyt osteoporózy

Na tuto otázku uvedlo 58 % dotázaných žen se zdravotnickým vzděláním, že netrpí osteoporózou, 9 % má osteoporózu a 32 % dosud nebylo na vyšetření. U žen bez zdravotnického vzdělání trpí osteoporózou 11 % dotázaných žen, 49 % nemá toto onemocnění a 40 % neví, protože dosud nebyly na vyšetření.

Otázka č. 19: Absolvovala jste v rámci prevence vyšetření stolice tzv. HEMOCULT na skryté krvácení?

Tab. 19 Vyšetření stolice tzv. HEMOCULT na skryté krvácení

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	43	41 %	50	47 %
Nebylo mi to nabídnuto	57	53 %	49	46 %
Ne, odmítla jsem to	6	6 %	7	7 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



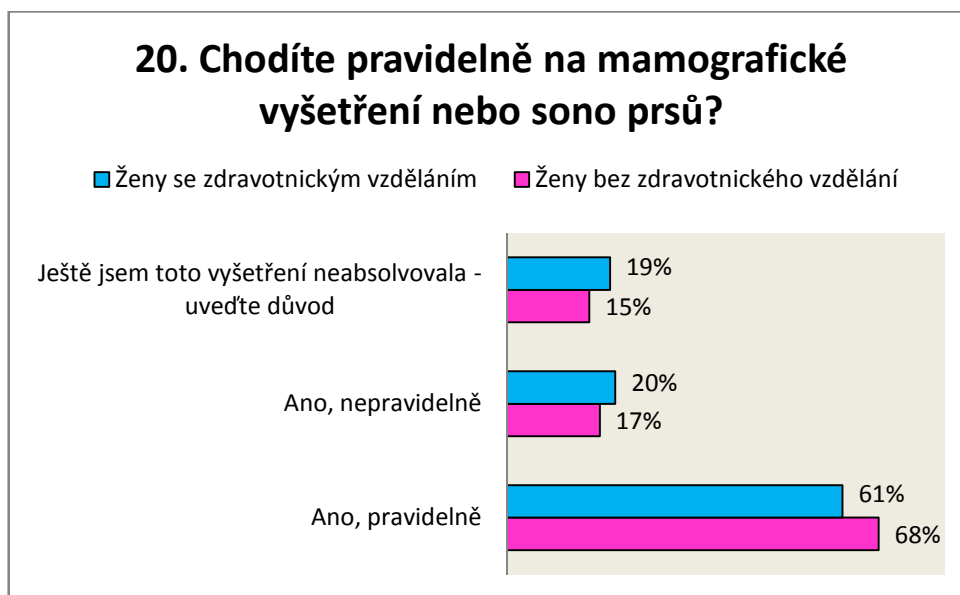
Graf 17 Vyšetření stolice tzv. HEMOCULT na skryté krvácení

Z výše uvedené tabulky a grafu je zarážející skutečnost, že 54 % žen se zdravotnickým vzděláním a 46 % žen bez zdravotnického vzdělání nebylo nabídnuto vyšetření stolice na skryté krvácení. Jen malá část dotázaných respondentek odmítla toto vyšetření.

Otázka č. 20: Chodíte pravidelně na mamografické vyšetření nebo sono prsů?

Tab. 20 Absolvování mamografického vyšetření nebo sono prsů

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pravidelně	65	61 %	72	68 %
Ano, nepravidelně	21	20 %	18	17 %
Ještě jsem toto vyšetření neabsolvovala - důvod	20	19 %	16	15 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



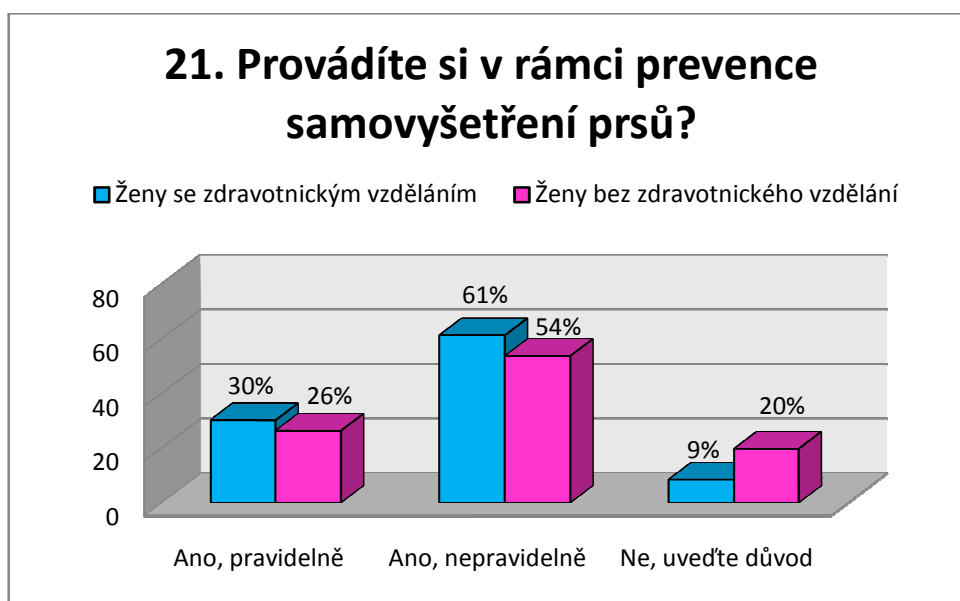
Graf 18 Absolvování mamografického vyšetření nebo sono prsů

61 % dotázaných žen se zdravotnickým vzděláním a 68 % žen bez zdravotnického vzdělání chodí pravidelně na mamografické vyšetření nebo sono prsů. 20 % žen se zdravotnickým vzděláním a 17 % žen bez zdravotnického vzdělání chodí na toto vyšetření nepravidelně. Obě skupiny respondentek toto vyšetření ještě neabsolvovalo z těchto důvodů – mají strach, nemají zdravotní problémy, provádí si samovyšetření prsů či jim toto vyšetření nebylo vůbec nabídnuto. U žen se zdravotnickým vzděláním bylo nejčastějším důvodem neabsolvování tohoto vyšetření nedostatek času.

Otázka č. 21: Provádíte si v rámci prevence samovyšetření prsů?

Tab. 21 Samovyšetření prsů

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pravidelně	32	30 %	28	26 %
Ano, nepravidelně	65	61 %	57	54 %
Ne, uveďte důvod	9	9 %	21	20 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



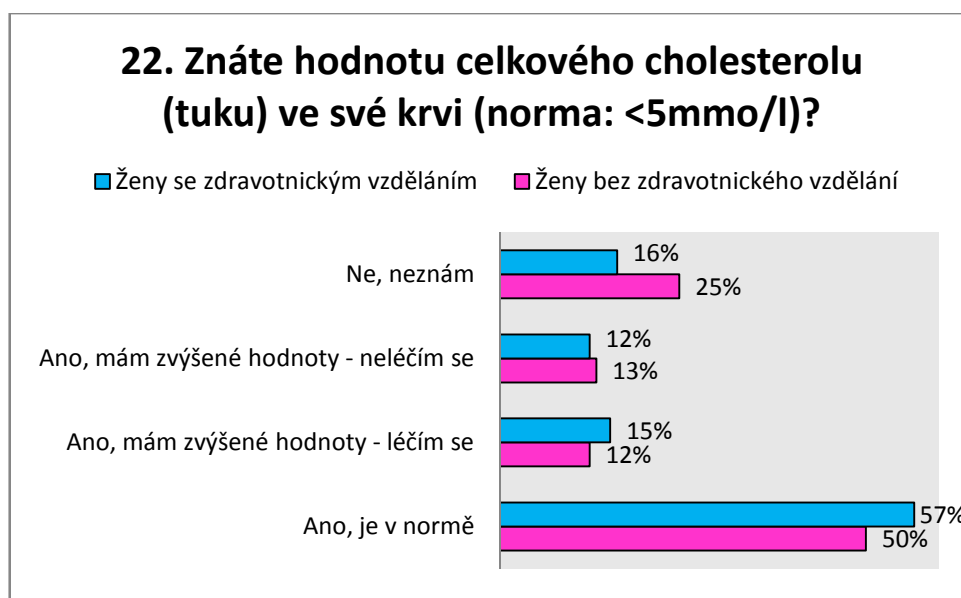
Graf 19 Samovyšetření prsů

Většina dotázaných žen si provádějí samovyšetření prsů, ale spíše nepravidelně. Ženy, které si neprovádí samovyšetření prsů, uvedly, že spoléhají na vyšetření od lékaře, neznají správný postup samovyšetření, anebo mají strach z nalezení bulky.

Otázka č. 22: Znáte hodnotu celkového cholesterolu ve své krvi (norma: <5mmo/l)?

Tab. 22 Znalost o hodnotě celkového cholesterolu ve své krvi

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, je v normě	60	57 %	53	50 %
Ano, mám zvýšené hodnoty - léčím se	16	15 %	13	12 %
Ano, mám zvýšené hodnoty - neléčím se	13	12 %	14	13 %
Ne, neznám	17	16 %	26	25 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



Graf 20 Znalost o hodnotě celkového cholesterolu ve své krvi

Tady můžeme vidět, že většina dotázaných žen zná svoji hodnotu cholesterolu v krvi. Polovina žen u obou skupin má cholesterol v normě. 15 % žen se zdravotnickým vzděláním a 12 % žen bez zdravotnického vzdělání mají zvýšené hodnoty a léčí se. 12 % dotázaných žen se zdravotnickým vzděláním a 13 % žen bez zdravotnického vzdělání má zvýšené hodnoty, ale neléčí se. 16 % žen se zdravotnickým vzděláním nezná svou hodnotu cholesterolu a zarážející je skutečnost, že čtvrtina, což je 25 % žen, nezná svou hodnotu cholesterolu v krvi.

Otázka č. 23: Znáte hodnotu svého krevního tlaku?*Tab. 23 Znalost hodnoty svého krevního tlaku*

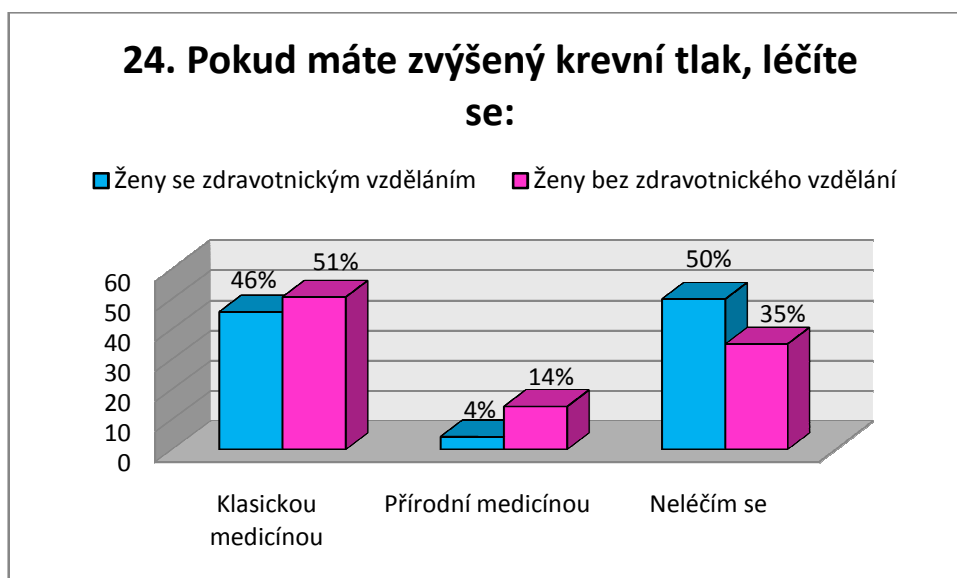
	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	104	98 %	99	93 %
Ne	2	2 %	7	7 %
Celkem	106	100 %	106	100 %

Většina respondentek uvádí, že znají svou hodnotu krevního tlaku. Pouze 2 % žen se zdravotnickým vzděláním a 7 % dotázaných bez zdravotnického vzdělání neznají svou hodnotu.

Otázka č. 24: Pokud máte zvýšený krevní tlak, léčíte se:

Tab. 24 Léčba zvýšeného krevního tlaku

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klasickou medicínou	32	46 %	39	51 %
Přírodní medicínou	3	4 %	11	14 %
Neléčím se	35	50 %	27	35 %
Celkem	70	100 %	77	100 %



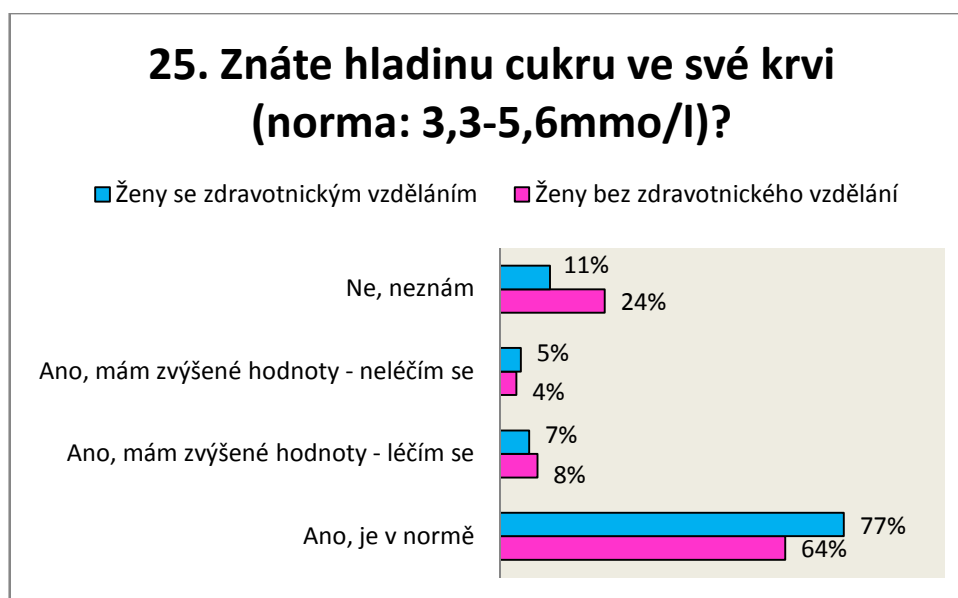
Graf 21 Léčba zvýšeného krevního tlaku

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100 %) žen se zdravotnickým vzděláním a 77 (100 %) žen bez zdravotnického vzdělání. Polovina dotázaných žen z obou skupin se léčí klasickou medicínou. 4 % žen se zdravotnickým vzděláním a 14 % žen bez zdravotnického vzdělání se léčí přírodní medicínou. Polovina žen se zdravotnickým vzděláním a 35 % žen bez zdravotnického vzdělání se se svým zvýšeným tlakem neléčí.

Otázka č. 25: Znáte hladinu cukru ve své krvi (norma: 3,3-5,6mmo/l)?

Tab. 25 Znalost o hladině cukru ve své krvi

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, je v normě	82	77 %	68	64 %
Ano, mám zvýšené hodnoty - léčím se	7	7 %	9	8 %
Ano, mám zvýšené hodnoty - neléčím se	5	5 %	4	4 %
Ne, neznám	12	11 %	25	24 %
Celkem	106	100 %	106	100 %



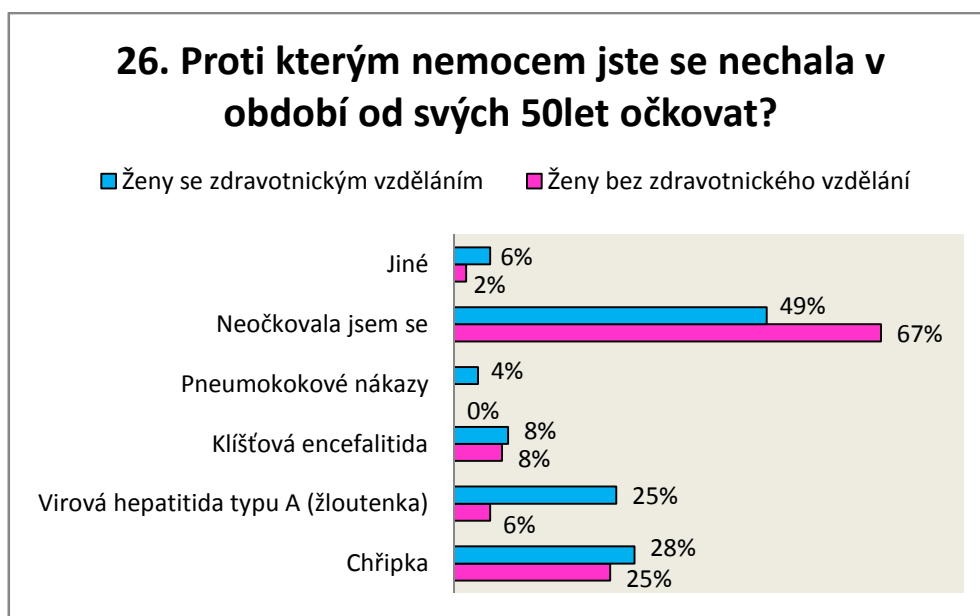
Graf 22 Znalost o hladině cukru ve své krvi

Většina dotázaných žen zná svoji hladinu cukru v krvi. 77 % žen se zdravotnickým vzděláním a 64 % žen bez zdravotnického vzdělání má hladinu cukru v krvi v normě. 7 % žen se zdravotnickým vzděláním a 8 % žen bez zdravotnického vzdělání má zvýšenou hodnotu cukru v krvi a léčí se. 5 % žen se zdravotnickým vzděláním a 4 % žen bez zdravotnického vzdělání má zvýšenou hodnotu cukru v krvi, ale neléčí se. Zbýlých 11 % žen se zdravotnickým vzděláním, ale 24 % žen bez zdravotnického vzdělání nezná svou hladinu cukru v krvi.

Otázka č. 26: Proti kterým nemocem jste se nechala v období od svých 50ti let očkovat?

Tab. 26 Využití očkování od svých 50let proti některým nemocem

Odpověď	Ženy se zdravot. vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chřipka	30	28 %	26	25 %
Virová hepatitida typu A	27	25 %	6	6 %
Klíšťová encefalitida	9	8 %	8	8 %
Pneumokokové nákazy	4	4 %	0	0 %
Neočkovala jsem se	52	49 %	71	67 %
Jiné	6	6 %	2	2 %
Celkem respondentek	106	100 %	106	100 %



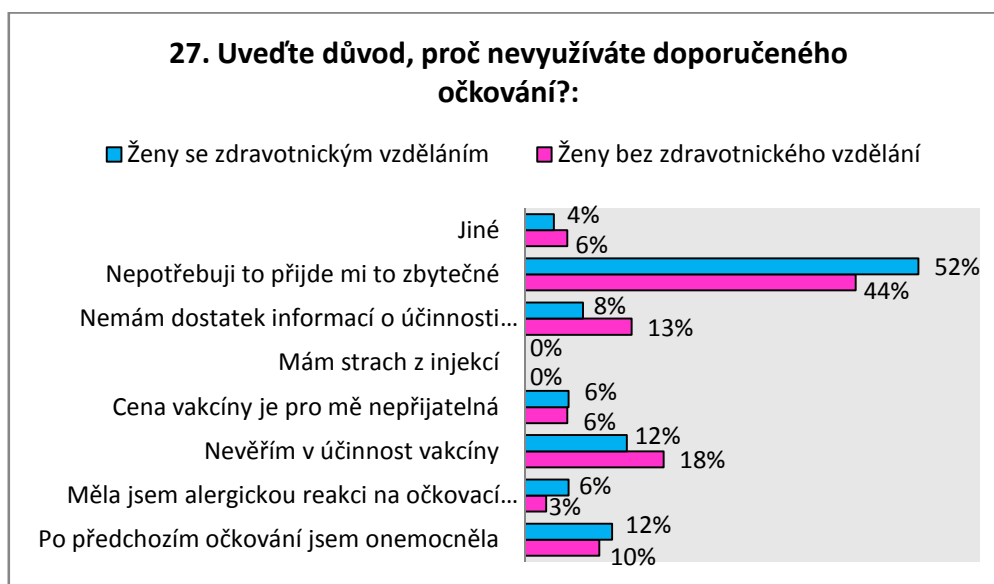
Graf 23 Využití očkování od svých 50let proti některým nemocem

Na tuto otázku mohly respondentky vybrat více než jednu odpověď. Čtvrtina respondentek z obou dvou skupin se očkovaly proti chřipce. 25 % se zdravotnickým vzděláním a 6 % bez zdravotnického vzdělání se očkovaly proti virové hepatitidě typu A. 49 % žen se zdravotnickým vzděláním a 67 % bez zdravotnického vzdělání nevyužily doporučeného očkování. Jako jinou možnost respondentky uvedly, že se nechaly očkovat proti tetanu a virové hepatitidě typu B.

Otázka č. 27: Uveďte důvod, proč nevyužíváte doporučeného očkování:

Tab. 27 Důvody - nevyužívání doporučeného očkování

Odpověď	Ženy se zdravot. Vzděláním		Ženy bez zdravot. vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po předchozím očkování jsem onemocněla	6	12 %	7	10 %
Měla jsem alergickou reakci na očkovací látku	3	6 %	2	3 %
Nevěřím v účinnost vakcíny	7	12 %	13	18 %
Cena vakcíny je pro mě nepřijatelná	3	6 %	4	6 %
Mám strach z injekcí	0	0 %	0	0 %
Nemám dostatek informací o účinnosti těchto očkování	4	8 %	10	13 %
Nepotřebuji to, přijde mi to zbytečné	27	52 %	31	44 %
Jiné	2	4 %	4	6 %
Celkem	52	100 %	71	100 %



Graf 24 Důvody - nevyužívání doporučeného očkování

52 % respondentek se zdravotnickým vzděláním a 44 % bez zdravotnického vzdělání se neočkují, protože jim to přijde zbytečné. Jinými důvody, proč se neočkují byly, že jsou alergičky, ze špatných zkušeností z okolí, nebo si myslí, že to je nebezpečné.

DISKUZE

Do této diskuze jsem vybrala výsledky, které se mi zdály zajímavé a důležité, a proto bych je tady chtěla více rozvést.

Otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8 se týkají stravování a dostatku času na jídlo během pracovní doby. Z těchto otázek vyplývá, že většina žen se zdravotnickým vzděláním nemá dostatek času na jídlo, na rozdíl od žen bez zdravotnického vzdělání. U těchto otázek se dalo trochu předpokládat, že výsledky takto dopadnou. Jelikož všeobecné sestry mají namáhavé a stresové povolání, které ve většině případů zasahuje do jejich přestávky na jídlo. Dochází tak k tomu, že všeobecné sestry omezují příjem potravy nebo se snaží během volné chvíle do sebe něco naházet. Pozitivním zjištěním je, že obě skupiny respondentek konzumují dostatek zeleniny a ovoce, užívají potravinové doplňky, jako jsou např. vitamíny a minerály a pijí nejčastěji vodu, neslazené nápoje, čaje. Překvapivé je, že ženy bez zdravotnického vzdělání vypijí víc kávy než ženy se zdravotnickým vzděláním. Pitný režim obou skupin respondentek se pohybuje u čtvrtiny žen kolem 2-3 litrů za den a u více jak poloviny žen 1-2 litry za den.

Otázka č. 9 se zabývá kouřením cigaret. Je zajímavé, že jen polovina dotázaných žen obou skupin nikdy nekouřila. Čtvrtina žen z obou skupin kouřily dříve. To znamená, že druhá čtvrtina žen kouří cigarety. U žen se zdravotnickým vzděláním je udivující skutečnost, že kouří i přesto, že vědí, jaké problémy mohou vznikat v důsledku kouření. Ale z určitého pohledu se dá jejich chování pochopit vzhledem ke každodennímu náporu stresu v zaměstnání. Stejně procento kuřáček se objevuje i u žen bez zdravotnického vzdělání.

Otázka č. 11 a 14 analyzuje spánek. Většina respondentek z obou skupin má buď stálé, nebo občasné problémy s usínáním. Jejich kvalita spánku je průměrná. Tyto výsledky se objektivně musely projevit i v další otázce č. 14., kde se potvrdilo, že většina žen z obou skupin se cítí po probuzení unavené. Problémy s usínáním a únavou mají více ženy se zdravotnickým vzděláním. Tyto problémy mohou souviset s problémy osobními, zdravotními či s problémy v zaměstnání.

Dalším zjištěním bylo, že více než čtvrtina žen se zdravotnickým vzděláním a skoro polovina žen bez zdravotnického vzdělání nebyly ještě na vyšetření osteoporózy. Udivující je ale také fakt, že polovina z obou skupin respondentek nepodstoupily vyšetření stolice tzv. Hemocult na skryté krvácení z důvodu, že jim to nebylo nabídnuto. Toto vyšetření se provádí 1x za 2 roky u osob od 50 let věku a je plně hrazené zdravotní pojišťovnou při preven-

tivní prohlídce u praktického lékaře. Na základě zjištěných výsledku o Hemocultu je velmi důležité, aby se více mluvilo o tomto vyšetření a doporučovalo se. Hemocult může včas odhalit počáteční stadium rakoviny tlustého střeva a konečníku, které je u nás druhým nejčastějším nádorovým onemocněním. Dalším negativním zjištěním je, že polovina respondentek z obou skupin provádí samovyšetření prsů nepravidelně. A skoro čtvrtina žen bez zdravotnického vzdělání si samovyšetření prsů neprovádí, protože se spoléhají na vyšetření lékařem nebo mají strach z nalezení bulky v prsu. Dokonce se v dotazníku našla i odpověď, že neznají postup. Tady bude taky důležité upozornit ženy na rizika a důsledky, které mohou vzniknout, když neprovádějí samovyšetření prsů.

U otázek, zda znají svou hodnotu celkového cholesterolu a hladinu cukru v krvi, uvedla čtvrtina žen bez zdravotnického vzdělání, že neznají. To znamená, že každá čtvrtá žena nezná svou hodnotu celkového cholesterolu a cukru v krvi. Necelá polovina žen s vysokým krevním tlakem se neléčí. Souvislost můžeme najít objektivně při výpočtu Body Mass Indexu, kdy se tyto ženy řadí do kategorie nadváhy. Polovina dotázaných žen se zdravotnickým vzděláním se se zvýšeným krevním tlakem také neléčí. Cholesterol je plně hrazen zdravotní pojišťovnou v letech 18, 40, 50, 60 a od 45let se provádí 1x za 2 roky kontrola hladiny cukru v krvi.

Polovina dotázaných žen z obou skupin nevyužívají doporučeného očkování z důvodu, že jim to přijde zbytečné.

Cíl č. 1 Zjistit, jak ženy v období pozdní dospělosti pečují o své tělesné a duševní zdraví, a to u dvou skupin respondentek:

- a) u žen se zdravotnickým vzděláním - věk 50 - 60 let
- b) u žen bez zdravotnického vzdělání - věk 50 - 60 let.

K zjišťování péče o své tělesné zdraví byly vytvořeny otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15 a k péči o duševní zdraví jsou otázky č. 11, 12, 13, 14, 16.

ad a) Ženy se zdravotnickým vzděláním se pohybují se svou váhou v BMI indexu v kategorii norma, z čehož vyplývá, že mají malá zdravotní rizika. Snaží se dodržovat pitný režim a většina pije alkohol jen příležitostně. Kvůli nedostatku času na jídlo během pracovní doby konzumují jídlo 3-4x denně nebo nepravidelně. Více jak čtvrtina žen užívá vitamíny a bylinné produkty. Většina žen provádí nějakou pohybovou aktivitu. Polovina dotázaných žen kouří cigarety, a více jak polovina má problémy s usínáním a s únavou po probuzení. K relaxaci jim pomáhá četba knih, časopisů, spánek a procházky.

ad b) Ženy bez zdravotnického vzdělání se pohybují se svou váhou v BMI indexu v kategorii nadváha, kde hrozí nízká až lehce vyšší zdravotní rizika. Jejich denní příjem tekutin se pohybuje kolem 1-2 litrů a alkohol pijí příležitostně. Více jak polovina žen má dostatek času na jídlo během pracovní doby a stravují se tak 3-4x denně i častěji. Čtvrtina žen užívá vitamíny a minerály. Polovina respondentek jsou kuřačky a polovina má problémy s usínáním. Po probuzení se cítí většinou unavené. Ženy dělají různé pohybové aktivity a relaxují procházkami, četbou knih a dalšími činnostmi.

Cíl č. 2 Zjistit, zda tyto respondentky využívají preventivních vyšetření a doporučeného očkování jako možnosti prevence některých onemocnění.

Na tento cíl byly vytvořeny otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

Preventivní prohlídky gynekologické, oční, zubní a u praktického lékaře navštěvují obě skupiny žen. Bohužel na tyto prohlídky nechodí velké procento respondentek. Na preventivní prohlídku k praktickému lékaři chodí z obou skupin respondentek víc jak polovina, ale i tak je to stále velmi malá část. Udivující je ale fakt, že více jak polovina dotázaných žen z obou skupin nenavštěvuje očního lékaře. A právě tato prohlídka je důležitá z hlediska toho, že v tomto období dochází ke zhoršování zraku a může hrozit vznik šedého nebo zeleného zákalu. Preventivní vyšetření by právě takovým onemocněním mohlo zabránit, anebo je včas zachytit.

Více jak polovina dotázaných žen neabsolvovala vyšetření na okultní krvácení tzv. Hemocult z důvodu, že jim to nebylo nabídnuto nebo jej odmítly. Více jak čtvrtina žen nebyla na vyšetření osteoporózy. Více jak polovina chodí pravidelně na mamografické vyšetření nebo sono prsů, ale samovyšetření prsů si provádí vůbec nepravidelně a skoro čtvrtina žen bez zdravotnického vzdělání si toto vyšetření neprovádí vůbec. Méně než polovina žen se zdravotnickým vzděláním a více jak polovina žen bez zdravotnického vzdělání nevyužívají doporučeného očkování.

Cíl č. 3 Zjistit, zda ženy se zdravotnickým vzděláním pečují o své zdraví více než ženy bez zdravotnického vzdělání

Dotazníkovým šetřením jsem zjistila, že péče o své zdraví se u obou skupin respondentek příliš neliší. Rozdíly v některých oblastech jsou malé. U žen se zdravotnickým vzděláním by se dalo čekat, že výsledky průzkumu budou někde lepší vzhledem k jejich odbornému vzdělání, např. kouření, využívání preventivních prohlídek, sledování cholesterolu.

Na základě mého průzkumu navrhuji tato praxeologická opatření:

- zajistit větší osvětu široké veřejnosti o pravidelných preventivních prohlídkách u lékařů - od lékařů, z médií, z časopisů, tisku, posteru
- informovat ženy o správné technice samovyšetření prsů lékařem, popřípadě informovat, kde mohou získat dané informace a vidět názornou ukázkou např. letáčky, brožurky, kvalitní internetové stránky
- zvýšit informovanost veřejnosti o důležitosti vyšetření stolice na okultní krvácení
- rozšířit akce s měřením krevního tlaku, cholesterolu ve své krvi s pomocí názorné ukázky cévy, kde by si veřejnost formou bludiště nebo malým tunelem postupně seznamovala s různými typy zanesení aterosklerotických plátů, dozvěděli by se důležité informace o různých onemocněních, příčinách ukládání tuků, rad a doporučeních, jak tomuto předejít
- informovat klienty o novinkách ohledně nových poznatků ke zdravému životnímu stylu
- zajistit kvalitní profesionální přístup ošetřujícího personálu ke klientům
- zvýšit kvalitu a dostupnost edukačních brožurek a letáčku pro klienty v různých typech zařízení
- zajistit aktuálnost a obnovování již vzniklých edukačních letáčků, brožurek, které se týkají zdraví
- s výsledky průzkumu bych chtěla seznámit veřejnost formou článku v odborném tisku

ZÁVĚR

Téma mé bakalářské práce je péče o vlastní zdraví u žen v období pozdní dospělosti. Téma jsem si vybrala proto, že mě zajímalo, jak pečují o své zdraví ženy se zdravotnickým vzděláním a bez zdravotnického vzdělání. Tato práce byla pro mě velkým přínosem. Získala jsem nové poznatky o dané problematice.

Na začátku jsem si stanovila cíle, kterých jsem chtěla dosáhnout. První cíl měl za úkol zjistit, jak obě skupiny respondentek se zdravotnickým vzděláním a bez zdravotnického vzdělání pečují o své tělesné a duševní zdraví. Z dotazníkového průzkumu je zarážející skutečnost, že více jak polovina dotázaných žen z obou skupin jsou kuřačky. Dalším zjištěním je, že více jak polovina žen si samovyšetření prsů provádí nepravidelně a některé vůbec. Více jak polovina dotázaných žen neabsolvovala vyšetření stolice na okultní krvácení z důvodu, že jim to nebylo nabídnuto nebo jej odmítly.

Druhý cíl měl zjistit využití doporučeného očkování od 50ti let věku. Méně než polovina žen se zdravotnickým vzděláním a více jak polovina žen bez zdravotnického vzdělání nevyužívají doporučeného očkování.

Třetím cílem bylo zjistit, zda pečují o své zdraví více ženy se zdravotnickým vzděláním. Dotazníkovým šetřením jsem zjistila, že v péči o své zdraví se obě skupiny respondentek shodují. To znamená, že v některých oblastech pečují o své zdraví lépe ženy se zdravotnickým vzděláním než ženy bez zdravotnického vzdělání a v jiných je to zase naopak nebo jsou podobné.

Cíle se mi podařilo splnit. Na základě poznatků a získaných dat z průzkumného šetření bych chtěla seznámit veřejnost o těchto výsledcích v odborném tisku.

Na závěr bych chtěla zdůraznit, jak je důležité, aby si člověk vážil svého zdraví a snažil si jej co nejvíce udržet. Přece jen zdraví máme jedno. Proto je potřeba nadále informovat širokou veřejnost o nových možnostech, technikách, vyšetřeních, které moderní medicína nabízí. Snažit se pořádat různé akce s tematikou zdraví a prevence. Nabádat lidi, aby využívali doporučení lékařů a hlavně pravidelně absolvovali preventivní prohlídky. A to nejen, když se u nich vyskytne nějaký zdravotní problém. Protože tato prevence stojí méně než následné léčení nemoci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY*Monografie*

1. AMERENOVÁ, Jennifer. *Nebojte se let : šarm a vitalita i po čtyřicítce*. Vyd. 1. Bratislava : Perfekt, 2002. 96 s. ISBN 80-8046-209-7.
2. BAŠKOVÁ, Martina, et al. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Martin : Osveta, 2009. 227 s. ISBN 978-80-8063-320-2.
3. ČECHOVÁ, Věra; MELLANOVÁ, Alena; KUČEROVÁ, Hana. *Psychologie a pedagogika II : pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha : Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
4. ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví : Vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8
5. DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Vyd. 1. Praha : Radix, 2009. 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
6. GLADKIJ, Ivan; STRNAD, Ladislav. 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
7. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost : k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0
8. ANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
9. JOBÁNKOVÁ, Marta, et al. *Kapitoly z psychologie : pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. Brno : NCO NZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
10. KLUGEROVÁ, Jarmila; PRÁZOVÁ, Irena; VACÍNOVÁ, Tereza. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. 2. přeprac. vydání. Praha : Univerzita Jana Ámose Komenského, 2009. 52 s. ISBN 978-80-86723-72-3.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha : Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
13. LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

14. LIŠKA, Václav. *Zpracování a obhajoba bakalářské a diplomové práce*. Vyd. 1. Praha : Professional Publishing, 2008. 93 s. ISBN 978-80-86946-64-1.
15. MARTINÍK, Karel, et al. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu : Civilizační nemoci – vznik, zásadní způsoby jejich ovlivnění a cíle prevence*. Vyd. 1. Hradec Králové : GAUDEAMUS, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7041-646-4.
16. MACHOVÁ, Jitka; KUBÁTOVÁ, Dagmar, et al. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
17. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti : obor v pohybu*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2007. 464(461) s. ISBN 978-80-246-1318-5.
19. VURM, Vladimír, et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
20. ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
21. *Zdraví 21 : osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha : Světová zdravotnická organizace, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-19-5.

Elektronické zdroje

1. *Mamma HELP* [online]. 2009 [cit. 2011-05-30]. Mamma HELP - sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu. Dostupné z WWW: <<http://www.mammahelp.cz/mammahelp-o-nas.php>>.
2. *Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové* [online]. 2005 [cit. 2011-05-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.vdv.cz/o-nadaci/olga-havlova/>>.
3. *Kapka naděje* [online]. 2005 [cit. 2011-05-31]. Hlavní cíle. Dostupné z WWW: <<http://www.kapkanadeje.cz/cz/o-kapce-nadeje/hlavni-cile/>>.
4. *Nadace Terezy Maxové* [online]. 2009 [cit. 2011-05-30]. Naše poslání. Dostupné z WWW: <<http://www.terezamaxovadetem.cz/o-nadaci/nase-poslani/>>.
5. *World Health Organization v ČR* [online]. 2007 [cit. 2011-05-31]. Světový den zdraví. Dostupné z WWW: <http://www.who.cz/media_zdravi.htm>.

6. *World Health Organization v ČR* [online]. 2007 [cit. 2011-05-31]. Světový den tuberkulózy. Dostupné z WWW: <http://www.who.cz/media_tbc.htm>.
7. *Konto BARIÉRY 77* [online]. 2004 [cit. 2011-05-30]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.kontobariery.cz/nadace.aspx>>.
8. *Český den proti rakovině* [online]. 2006 [cit. 2011-05-31]. Český den proti rakovině. Dostupné z WWW: <<http://www.denprotirakovine.cz/index.html>>.
9. *Národní program boje proti AIDS* [online]. 2008 [cit. 2011-05-31]. Hrou proti AIDS. Dostupné z WWW: <<http://www.aids-hiv.cz/hrouprotiaids.html>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BMI	Body Mass Index
č.	číslo
ČR	Česká republika
Dr.	Doctor
kg	kilogram
např.	například
OSN	Organizace spojených národů
s.	strana
SZO	Světová zdravotnická organizace
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně
Vyd.	Vydání
zdravot.	zdravotnické

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1</i> <i>Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví</i>	16
---	----

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Denní příjem tekutin</i>	37
<i>Graf 2 Druh nápojů</i>	38
<i>Graf 3 Dostatek času na jídlo během pracovní doby</i>	39
<i>Graf 4 Stravování</i>	40
<i>Graf 5 Konzumace ovoce a zeleniny</i>	41
<i>Graf 6 Potravinové doplňky</i>	42
<i>Graf 7 Kouření cigaret</i>	43
<i>Graf 8 Konzumace alkoholických nápojů</i>	44
<i>Graf 9 Problémy s usínáním</i>	45
<i>Graf 10 Průměrná doba spánku</i>	46
<i>Graf 11 Hodnocení kvality spánku na stupnici od 1 do 5</i>	47
<i>Graf 12 Výskyt únavy po probuzení</i>	48
<i>Graf 13 Pohybové aktivity</i>	49
<i>Graf 14 Činnosti pomáhající k relaxaci</i>	50
<i>Graf 15 Využití preventivních prohlídek</i>	51
<i>Graf 16 Výskyt osteoporózy</i>	52
<i>Graf 17 Vyšetření stolice tzv. HEMOCULT na skryté krvácení</i>	53
<i>Graf 18 Absolvování mamografického vyšetření nebo sono prsů</i>	54
<i>Graf 19 Samovyšetření prsů</i>	55
<i>Graf 20 Znalost o hodnotě celkového cholesterolu ve své krvi</i>	56
<i>Graf 21 Léčba zvýšeného krevního tlaku</i>	58
<i>Graf 22 Znalost o hladině cukru ve své krvi</i>	59
<i>Graf 23 Využití očkování od svých 50let proti některým nemocem</i>	60
<i>Graf 24 Důvody - nevyužívání doporučeného očkování</i>	61

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 Rozdělení dle vzdělání</i>	36
<i>Tab. 2 Výpočet koeficientu BMI.....</i>	36
<i>Tab. 3 Denní příjem tekutin</i>	37
<i>Tab. 4 Druhy nápojů</i>	38
<i>Tab. 5 Dostatek času na jídlo během pracovní doby.....</i>	39
<i>Tab. 6 Stravování</i>	40
<i>Tab. 7 Konzumace ovoce a zeleniny</i>	41
<i>Tab. 8 Potravinové doplňky</i>	42
<i>Tab. 9 Kouření cigaret.....</i>	43
<i>Tab. 10 Konzumace alkoholických nápojů</i>	44
<i>Tab. 11 Problémy s usínáním</i>	45
<i>Tab. 12 Průměrná doba spánku.....</i>	46
<i>Tab. 13 Hodnocení kvality spánku na stupnici od 1 do 5</i>	47
<i>Tab. 14 Výskyt únavy po probuzení</i>	48
<i>Tab. 15 Pohybové aktivity.....</i>	49
<i>Tab. 16 Činnosti pomáhající k relaxaci.....</i>	50
<i>Tab. 17 Využití preventivních prohlídek</i>	51
<i>Tab. 18 Výskyt osteoporózy</i>	52
<i>Tab. 19 Vyšetření stolice tzv. HEMOCULT na skryté krvácení</i>	53
<i>Tab. 20 Absolvování mamografického vyšetření nebo sono prsů.....</i>	54
<i>Tab. 21 Samovyšetření prsů.....</i>	55
<i>Tab. 22 Znalost o hodnotě celkového cholesterolu ve své krvi.....</i>	56
<i>Tab. 23 Znalost hodnoty svého krevního tlaku</i>	57
<i>Tab. 24 Léčba zvýšeného krevního tlaku</i>	58
<i>Tab. 25 Znalost o hladině cukru ve své krvi</i>	59
<i>Tab. 26 Využití očkování od svých 50let proti některým nemocem</i>	60
<i>Tab. 27 Důvody - nevyužívání doporučeného očkování</i>	61

SEZNAM PŘÍLOH

P I – Preventivní prohlídky v ČR

P II – Hrazené preventivní prohlídky VZP ČR

P III – Dotazník - péče o vlastní zdraví

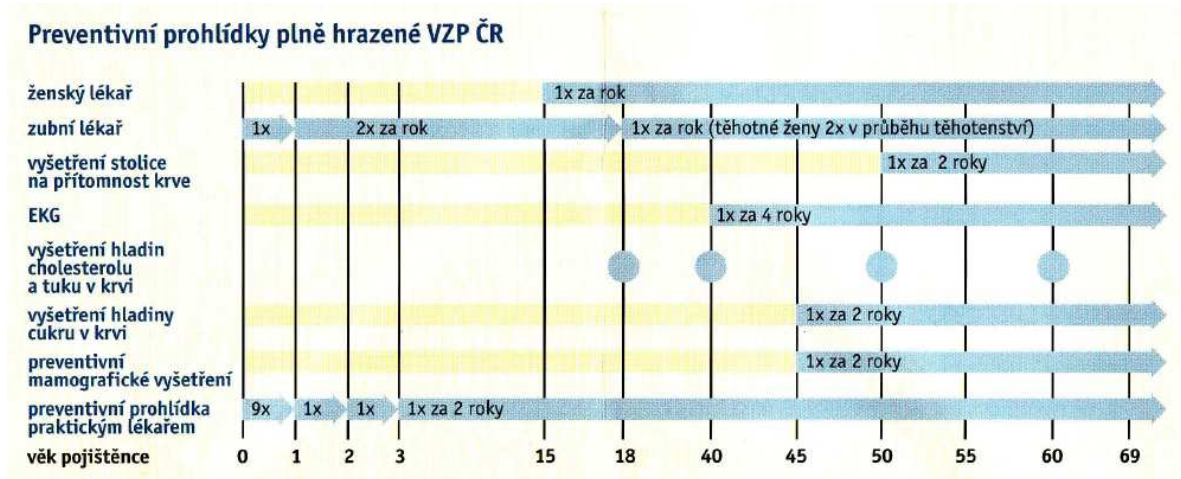
P IV – Přehled vybraných dnů WHO a OSN

PŘÍLOHA P I: PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY V ČR

Preventivní prohlídka u praktického lékaře pro dospělé	
Časové rozmezí	1x za 2 roky, po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky
Obsah prohlídky	<ul style="list-style-type: none">• doplnění anamnézy, včetně sociální, se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardio-vaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus (cukrovky), poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, a na výskyt závislosti• kontrola očkování proti tetanu• kompletní fyzikální vyšetření včetně změřením krevního tlaku, zjištění výškově-hmotnostního poměru a orientačního vyšetření zraku a sluchu, součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum (konečnicku) a zhodnocení onkologických rizik; klinické vyšetření varlat; u žen od 25 let věku vyšetření prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování;• vyšetření EKG u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech• laboratorní vyšetření:<ul style="list-style-type: none">a) orientační chemické vyšetření močeb) vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů, včetně triacylglycerolů (LDL+HDL) v 18 letech a dále ve 40, 50 a 60 let věku,c) vyšetření glykemie v 18 letech a od 40 let věku ve dvouletých intervalech• stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku ve dvouletých intervalech; od 55 let možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10let• u žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici screeningového mamografického vyšetření z posledních 2let. Ne-li takový výsledek k dispozici, předá lékař doporučení k provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření

Preventivní prohlídka u stomatologa	
Časové rozmezí	1x ročně v prvním roce života mezi 6. a 12. měsícem, poté 2x ročně
Obsah prohlídky	<ul style="list-style-type: none"> • založení zdravotnické dokumentace, • anamnéza se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální (obličejové) soustavy ve věku 3, 6, 12 a 15 let, kdy se i tato anamnéza doplňuje • vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, anomálií v postavení zubů a čelistí • onkologická prevence zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu parodontu, čelistech i kolem čelistních měkkých tkání • poučení o významu prevence stomatologických onemocnění a krátká instruktáž o udržování správné hygieny dutiny ústní.
Preventivní prohlídka v gynekologii a porodnictví	
Časové rozmezí	<ul style="list-style-type: none"> • rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory, • vyšetření prsů v 15 letech a dále od 25 let věku (aspexe, palpační vyšetření prsů a regionálních mízních uzlin) • vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření (neprovádí se u virgo žen), • odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému a bakteriologickému vyšetření, event. i virologickému vyšetření (neprovádí se u virgo žen), • palpační bimanuální vyšetření, • vyšetření per rectum, • poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky • nácvik samovyšetřování prsů • vyplnění průvodky k cytologickému vyšetření a průvodky k bakteriologickému, event. i virologickému vyšetření • stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku ve dvouletých intervalech; od 55 let možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10let • u žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici screeningového mamografického vyšetření z posledních 2let. Není-li takový výsledek k dispozici, předá lékař doporučení k provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření

PŘÍLOHA P II: HRAZENÉ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY V ČR



PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK - PÉČE O VLASTNÍ ZDRAVÍ

Vážená paní,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Cílem této práce je zjistit, jak o své zdraví pečují ženy se zdravotnickým vzděláním a ženy bez zdravotnického vzdělání. **Dotazník** je zcela **anonymní**. U každé odpovědi, není-li uvedeno jinak, **zakroužkujte pouze jednu** vámi zvolenou odpověď. Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas při vyplňování dotazníku.

Jana Vašendová

Tento dotazník je určen ženám ve věku 50 – 60 let se středoškolským vzděláním, ukončeným maturitní zkouškou.

1. Pracujete ve zdravotnictví jako všeobecná sestra?

A) Ano

B) Ne

2. Uveďte:

Hmotnost: Kg

Výška: cm

3. Kolik tekutin přibližně vypijete za den? (nepočítejte kávu)

A) Méně než 1litr

C) Více než 2litry

B) 1-2litry

D) Více než 3litry

4. Jaké nápoje nejčastěji pijete během dne? (možnost zakroužkování i více odpovědí)

A) Voda

D) Ovocné džusy

B) Neslazené nápoje (Minerálky,...)

E) Čaj

C) Slazené nápoje (Coca cola, limonády,...)

F) Káva

G) Mléko

5. Máte dostatek času na jídlo během pracovní doby?

A) Ano

B) Občas

C) Ne

6. Kolikrát denně se stravujete?

- A) Méně než 3x denně
- B) 3 - 4x denně
- C) 5x denně a častěji
- D) Stravuji se nepravidelně

7. Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

- A) Denně
- B) 2-3x týdně
- C) 1x týdně
- D) Jiné:.....

8. Užíváte některé tyto potravinové doplňky? (možnost zakroužkování i více odpovědí)

- A) Vitamíny
- B) Minerály (sodík, draslík, vápník, hořčík, jód,...)
- C) Vlákna
- D) Bylinné produkty
- E) Jiné:.....

9. Kouříte cigarety?

- A) Denně, jsem pravidelná kuřačka
- B) Příležitostně
- C) Ne, ale dříve jsem kouřila
- D) Nikdy jsem nekouřila

10. Jak často pijete alkoholické nápoje?

- A) Denně
- B) 1-2x za týden
- C) Příležitostně při nějakých oslavách
- D) Nikdy, jsem abstinent

11. Máte problémy s usínáním?

- A) Ano
- B) Občas
- C) Nikdy

12. Kolik hodin denně průměrně spíte?

- A) Méně než 4 hodiny
- B) 4-8 hodin
- C) Více než 8 hodin

13. Jak byste ohodnotila kvalitu vašeho spánku na této stupnici?

(1- velmi kvalitní, 5- nekvalitní)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

14. Cítíte se po probuzení unavená?

- A) Ano, vždy
- B) Občas
- C) Ne, nikdy

15. Jaké pohybové aktivity provozujete? (možnost zakroužkování i více odpovědí)

- A) Chůze
- B) Běh
- C) Plavání
- D) Cyklistika
- E) Posilování
- F) Jóga, pilates
- G) Lyžování
- H) Kolečkové brusle
- I) Jiné (uveďte).....
- J) Žádnou pohybovou aktivitu nedělám

16. Která činnost vám nejvíce pomáhá relaxovat?

- A) Sportování
- B) Procházky
- C) Četba knih, časopisů
- D) Poslouchání hudby
- E) Návštěva přátel, rodiny
- F) Návštěva kulturních zařízení (divadla, kina,...)
- G) Spánek
- H) Počítačové hry
- I) Jiné (uveďte).....
.....

17. Chodíte pravidelně na některou z těchto preventivních prohlídek?

(možnost zakroužkování i více odpovědí)

- A) Prohlídka u praktického lékaře
- B) Gynekologická prohlídka
- C) Oční prohlídka
- D) Zubní prohlídka

18. Trpíte osteoporózou (řidnutí kosti)?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím, nebyla jsem dosud na vyšetření

19. Absolvovala jste v rámci prevence vyšetření stolice tzv. HEMOCULT na skryté krvácení - které může odhalit počáteční stádium rakoviny tlustého střeva a konečníku?

- A) Ano
- B) Nebylo mi to nabídnuto
- C) Ne, odmítla jsem to

20. Chodíte pravidelně na mamografické vyšetření nebo sono prsu?

- A) Ano, pravidelně
- B) Ano, nepravidelně
- C) Ještě jsem toto vyšetření neabsolvovala – uveďte důvod.....

21. Provádíte si v rámci prevence samovyšetření prsů?

- A) Ano, pravidelně
- B) Ano, nepravidelně
- C) Ne, uveďte důvod.....

22. Znáte hodnotu celkového cholesterolu (tuku) ve své krvi (norma: <5mmol/l)?

- A) Ano je v normě
- B) Ano, mám zvýšené hodnoty - léčím se
- C) Ano, mám zvýšené hodnoty - neléčím se
- D) Ne, neznám

23. Znáte hodnotu svého krevního tlaku?

- A) Ano
- B) Ne

24. Pokud máte zvýšený krevní tlak, léčíte se:

- A) Klasickou medicínou
- B) Přírodní medicínou
- C) Neléčím se

25. Znáte hladinu cukru ve své krvi? (norma: 3,3-5,6mmol/l)

- A) Ano je v normě
- B) Ano, mám zvýšené hodnoty - léčím se
- C) Ano, mám zvýšené hodnoty - neléčím se
- D) Ne, neznám

26. Proti kterým nemocem jste se nechala v období od svých 50let očkovat?

(možnost zakroužkování i více odpovědí)

- | | |
|---|------------------------|
| A) Chřipka | D) Pneumokokové nákazy |
| B) Virová hepatitida typu A (žloutenka) | E) Neočkovala jsem se |
| C) Klíšťová encefalitida | F) Jiné:
..... |

Následující otázka je jen pro ty, kteří odpověděli možnost E- neočkovala jsem se.

27. Uveďte důvod, proč nevyužíváte doporučeného očkování?:

- A) Po předchozím očkování jsem onemocněla
- B) Měla jsem alergickou reakci na očkovací látku
- C) Nevěřím v účinnost vakcín
- D) Cena vakcín je pro mě nepřijatelná
- E) Mám strach z injekcí
- F) Nemám dostatek informací o účinnosti těchto očkování
- G) Nepotřebuji to, přijde mi to zbytečné
- H) Jiné:.....

PŘÍLOHA P IV: PŘEHLED VYBRANÝCH DNŮ WHO A OSN

PŘEHLED VYBRANÝCH DNŮ WHO A OSN	
4. únor	Světový den boje proti rakovině
22. březen	Světový den vody
24. březen	Světový den tuberkulózy
7. duben	Světový den zdraví
5. květen	Den hygieny rukou
15. květen	Mezinárodní den rodiny
31. květen	Světový den bez tabáku
5. červen	Světový den životního prostředí
14. červen	Světový den dárcovství krve
26. červen	Mezinárodní den proti užívání drog a nezákonnému obchodování
12. srpen	Mezinárodní den mládeže
10. září	Světový den prevence sebevražd
21. září	Mezinárodní den míru
25. září	Světový den srdce
1. říjen	Mezinárodní den seniorů Světový den připravenosti na hepatitidu
První pondělí v říjnu	Světový den bydlení
Druhá středa v říjnu	Mezinárodní den snížení přírodních neštěstí
10. říjen	Světový den duševního zdraví
14. říjen	Světový den zraku
16. říjen	Světový den potravy
17. říjen	Mezinárodní den vymícení chudoby
24. říjen	Den OSN
14. listopad	Světový den diabetu
1. prosinec	Světový den AIDS
3. prosinec	Mezinárodní den postižených lidí
10. prosinec	Den lidských práv