

UNIVERZITA KARLOVA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA OBČANSKÉ VÝCHOVY A FILOSOFIE

**ZMĚNY ŽIVOTNÍHO STYLU VE VTAHU KE
ZDRAVÍ A ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU
DOSPĚLÉ POPULACE ČESKÉ REPUBLIKY PO
ROCE 1989**

Autor: Dagmar Passingerová

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Radomír Havlík, CSc.

Praha 15. 11. 2006

PRAHA 2006

OBSAH:

1. ÚVOD	1
2. PROBLÉM ZDRAVÍ A NEMOCI V ČR	2
2.1 ZMĚNA POSTAVENÍ ZDRAVÍ A NEMOCI V ČR	2
2.2 SOCIOLOGIE MEDICÍNY	3
2.3 CHARAKTERISTIKA NEMOCI A JEJÍ PŘÍČINY	3
2.4 DETERMINÁNTY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ	3
2.5 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍCH ÚLOH	3
2.5.1 Pacient	3
2.5.2 Sastra	3
2.5.3 Lékař	3
2.6 SOCIOEKONOMICKÝ STATUS A NEMOCI	3
2.7 Vliv prostředí na pacienta	3
2.7.1 Rodina	3
2.7.2 Svépomocné skupiny	3
2.7.3 Nemocnice	3
2.8 KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM	3
3. VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA ČR 1989-2004	4
3.1 ÚMRTNOST	4
3.1.1 Hrubá míra úmrtnosti	4
3.1.2 Novorozenecká úmrtnost	4
3.1.3 Kojenecká úmrtnost	4
3.1.4 Naděje dožití narozených 1989-2004	4
3.1.5 Příčiny úmrtí	4
3.2 VYBRANÁ ONEMOCNĚNÍ A JEJICH ÚLOHA	4
3.2.1 Novotvary	4
3.2.2 Diabetes	4
4. POPULACE ČR PO ROCE 1989	5
4.1 IMPULSY KE ZMĚNĚ ŽIVOTNÍHO STYLU	5
4.1.1 OBLASTI ZMĚNY ŽIVOTNÍHO STYLU	5
4.2.1 Kouření	5
4.2.2 Nadměrné požívání alkoholu	5
4.2.3 Stravovací návyky	5
4.2.4 Obezita	5
4.2.5 Fyzická aktivita	5
4.3 ZÁVĚR	5
5. ROLE ŠKOLY VE VEDENÍ DĚTÍ KE ZMĚNĚ ŽIVOTNÍHO STYLU	6
5.1 JAK MŮŽE ŠKOLA OVLIVNIT ŽIVOTNÍ STYL	6
5.2 ZPRÁVY ŽIVOTNÍ STYL A RVP	6
6. ŽIVOTNÍ SITUACE A VÝHLEDY DO BUDOUCNOSTI	7

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Doc. PhDr. Radomíra Havlíka, CSc. V práci jsem použila zdroje uvedené v seznamu literatury.

Praha 15. 11. 2006



OBSAH:

1. ÚVOD	5
2. PROBLÉM ZDRAVÍ A NEMOCI V SOCIOLOGII.....	7
2.1 ZMĚNA POSTAVENÍ ZDRAVÍ A NEMOCI V DĚJINÁCH LIDSTVA	7
2.2 SOCIOLOGIE MEDICÍNY	9
2.3 CHARAKTERISTIKA NEMOCI A ZDRAVÍ.....	9
2.4 DETERMINANTY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	10
2.5 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍCH ROLÍ PACIENT, SESTRA, LÉKAŘ	11
2.5.1 <i>Pacient</i>	11
2.5.2 <i>Sestra</i>	13
2.5.3 <i>Lékař</i>	14
2.6 SOCIOEKONOMICKÝ STATUS A NEMOCNOST.....	15
2.7 VLIV PROSTŘEDÍ NA PACIENTA	16
2.7.1 <i>Rodina</i>	17
2.7.2 <i>Svépomocné skupiny</i>	18
2.7.3 <i>Nemocnice</i>	19
2.8 KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM	20
3. VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA ČR V LETECH 1989-2004.....	22
3.1 ÚMRTNOST	22
3.1.1 <i>Hrubá míra úmrtnosti</i>	24
3.1.2 <i>Novorozenecká úmrtnost</i>	24
3.1.3 <i>Kojenecká úmrtnost</i>	25
3.1.4 <i>Naděje dožití narozených 1989 - 2000</i>	26
3.1.5 <i>Příčiny úmrtí</i>	27
3.2 VYBRANÁ ONEMOCNĚNÍ A JEJICH VÝSKYT V POPULACI 1989-2004	30
3.2.1 <i>Novotvary</i>	30
3.2.3 <i>Diabetes</i>	34
3.3 ZÁVĚR	36
4. ZMĚNY ŽIVOTNÍHO STYLU VE VZTAHU KE ZDRAVÍ U DOSPĚLÉ POPULACE ČR PO ROCE 1989	37
4.1 IMPULSY KE ZMĚNĚ ŽIVOTNÍHO STYLU	37
4.2 ZKOUMANÉ OBLASTI ZMĚNY ŽIVOTNÍHO STYLU	38
4.2.3 <i>Kouření</i>	38
4.2.4 <i>Nadměrné požívání alkoholu</i>	48
4.2.5 <i>Stravovací návyky</i>	58
4.2.6 <i>Obezita</i>	65
4.2.7 <i>Fyzická aktivita</i>	75
4.3 ZÁVĚR	83
5. ROLE ŠKOLY VE VEDENÍ DĚTÍ KE ZDRAVÉMU ŽIVOTNÍMU STYLU	85
5.1 JAK MŮŽE ŠKOLA OVLIVNIT ŽIVOTNÍ STYL ŽÁKŮ	85
5.2 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A RVP.....	87
6. ZHODNOCENÍ SITUACE A VÝHLEDY DO BUDOUCNOSTI.....	89

1. Úvod

Je mnoho důvodů proč se věnovat tématu zdraví a zdravý životní styl ze sociologického hlediska a tak pro přehlednost uvedu jen ty, které považuji za stěžejní.

Každý z nás byl aspoň jednou v životě nemocný, toto téma se tedy týká celé lidské populace a náš zdravotní stav má vliv na veškeré složky našeho života.

Vzhledem k demografickému stárnutí populace v naší zemi se stále více jejich obyvatel dožívá stále vyššího věku. Pro každý stát je ale důležité nejen pouze to, aby se jeho občané dožívali vysokého věku, ale aby tento dlouhý život byl po zdravotní stránce kvalitní. Stáří sebou ovšem nese zdravotní problémy, jejichž léčba nevyhnutelně zvyšuje ekonomickou zátěž státu.

Po roce 1989 se zcela změnila situace v naší zemi, a to po stránce ekonomické, sociální i kulturní. Objevily se nové nemoci, ale zároveň i nové postupy léčby. Rozšířila se nabídka potravin i sportovního vyžití. Zároveň vyvstala potřeba změnit financování zdravotnictví a ačkoliv vlády přicházely s různými řešeními, k zásadní změně se dosud neodhodlala žádná. Jaký vliv měly tyto změny na vývoj zdravotního stavu občanů našeho státu? Jak se změnilo zdraví občanů po roce 1989 a jaké důsledky měla přeměna společnosti na jejich životní styl?

Vývoj zdravotního stavu a životního stylu občanů České republiky po roce 1989 bude tedy obsahem mé práce.

V první části se nejdříve věnuji problematice zdraví ze sociologického hlediska.

Změny zdravotního zdravotní stavu a životního stylu občanů České republiky sleduji u dospělé populace v období od roku 1989, kdy došlo k významným proměnám na všech úrovních naší společnosti, až do současnosti. Tyto parametry jsou ovšem velmi ovlivněny uskutečněnými průzkumy. Proto v zájmu lepšího přehledu u některých kapitol sahám až do začátku osmdesátých let. Jinde se mi podařilo získat údaje pouze za léta devadesátá nebo začátek nového století.

V některých kapitolách používám pro lepší ilustraci mezinárodní srovnání. Za tímto účelem jsem vybrala skupinku posttotalitních zemí středoevropského regionu, které jsou České republice v mnohém blízké. Jde o Slovensko, Polsko,

Maďarsko a Německo (i když z něj je posttotalitní pouze menší část). Vybírám záměrně tyto země, neboť na tom v roce 1989 byly podobně jako my, musely se vyrovnávat se stejnými problémy, které ovšem často řešily jinak.

2.1 Změny zdravotního stavu zkoumám především z údajů Zdravotnické ročenky, která vychází pravidelně každý rok. Změny životního stylu sleduji podle různých průzkumů, jichž na toto téma proběhlo od roku 1989 velké množství. Pro přehlednost uvádím před každou podkapitolou týkající se jedné ze složek životního stylu přehled použitých studií k danému tématu nazvaný Zdroje.

Změny životního stylu cíleně sleduji pouze u dospělé populace. Protože však životní styl dětí formuje jejich návyky pro období dospělosti, věnuji závěrečnou kapitolu právě jim. V krátkém přehledu se zabývám oblastmi zdravého životního stylu, které jsou a měly by být ovlivňovány školní výchovou. Krátce se pak věnuji i zpracování tohoto problému v RVP pro základní školy. Těžištěm mé práce jsou ale kapitoly 3. a 4., kde se věnuji právě změnám zdravotního stavu a životním stylu dospělé populace České republiky po roce 1989.

2. Problém zdraví a nemoci v sociologii

2.1 Změna postavení zdraví a nemoci v dějinách lidstva

Nemoc a smrt měla v lidské historii vždy své místo. Přístup společnosti k nemoci byl až do 18. století ovlivněn především následujícími dvěma fakty.

V první řadě byla nemoc vnímána až do osvícenství jako boží trest nebo případně jako zkouška víry. Léčba nemocného spočívala především v modlitbách za uzdravení, dále pak v provádění léčebných rituálů, které mnohdy opět využívaly boží pomoci jako např. podávání svěcené hostie, nebo opatření svěceného amuletu). A když ani ten nepomohl, tak se někdy léčitelé dovolávali i pomoci d'ábla (v každé větší vsi se našla žena, která uměla díky spojení s ním nemocnému ulevit pomocí různých zaručených lektvarů).

Druhý fakt, který ovlivnil výrazně přístup k nemocným, byla malá znalost lidské anatomie. Už v roce 1348 sice byla v Praze založena univerzita, která se skládala ze všech v té době tradičních fakult (tedy včetně lékařské), ale jejich absolventů bylo tak málo, že si jejich služby mohli dovolit jen ti nejbohatší. Studium navíc spočívalo především ve čtení lékařských autorit, i když se studenti nevyhnuli ani praxi (12, s. 66). Většina obyvatelstva se léčila buď sama nebo využívala potulných ranhojičů a lazebníků, jejichž znalosti naopak vycházely z praxe, dále pak z osvědčených metod předávaných po generace a z velké části z jejich vlastní představivosti.

Osvícenství přineslo nový pohled na přírodu a svět, který člověk svým rozumem dokáže pochopit a ovládnout. A stejně tak dokáže ovládnout a zkrotit nemoc. V 19. a 20. století byl především zaznamenán obrovský posun v lékařských znalostech a schopnostech léčit. Jedním ze zásadních objevů se stalo objevení možnosti očkování Edwardem Jennerem na konci 18. století a objev penicilinu Alexandrem Flemmingem v roce 1929. Očkování a penicilin přeradili smrtelné nemoci (jako byly neštovice či angína) mezi dětské choroby.

Další a další objevy nových léků a lékařských postupů učinily z lékařů téměř bohy. Je přirozenou touhou člověka být zdravý, vyléčit se. A kdo jiný mu pomůže než lékař. Vzhledem k možnostem medicíny léčit choroby, na něž dříve bylo možno

aplikovat maximálně modlitbu, bylo nutné změnit i způsob kontaktu a komunikace s lékařem.

První nemocnice vznikaly už u klášterů ve středověku, po nich následovaly ve 13. století nemocnice vládní a obecní (13, s. 61). Opravdu masovou záležitostí se ale staly až po druhé světové válce. Mění se tak zcela charakter vztahu pacient-lékař. Léčba se stala masovou záležitostí. Zmizel zcela pojem rodinný lékař. Takový lékař znal anamnézu rodiny po několika generacích. Dnes změním svého lékaře i několikrát za život. Zatímco dříve docházel lékař za pacientem a pomáhal mu při léčbě všech nemocí, dnes dochází pacient k lékaři a na každý neduh má svého specialistu. Dochází tak k paradoxu v tomto vztahu. Informace o nemoci, které pacient lékaři poskytuje, jsou velmi intimní a osobní. Tyto informace ale poskytuje osobě, kterou vůbec nezná. Tento fakt nutně ovlivňuje komunikaci pacient-lékař a proto o ní budu pojednávat samostatně níže.

Některé nemoci postiženého dříve stigmatizovaly (jakýkoliv fyzický handicap či duševní choroba byl považován za znamení ďábla) a jeho život ve společnosti tak značně znesnadňovaly. Zavírání handicapovaných do ústavů ukončila dokonce až sametová revoluce. Od té doby ale uplynula jen krátká doba a většina lidí stále neví, jak by se k těmto osobám měla chovat. Až do roku 1989 nebylo běžné potkávat postižené spoluobčany na ulici, a tak vznikl ve společnosti dojem, že tito lidé neexistují, potažmo to ani lidé nejsou. Krátká doba, která od revoluce uplynula, stačila tak možná k tomu, že jsme se naučili na ně při setkání necivět, ale stále ještě se teprve učíme s nimi normálně komunikovat. Celospolečenský trend ale zcela jasně spěje k jejich plnému a pokud možno kvalitnímu zapojení do chodu společnosti.

Také přístup ke smrti se za posledních dvě stě let výrazně změnil. Ještě na konci 18. století se dá říci, že většina lidí umírala doma (nebo na bojišti). Jiná možnost zde nebyla, neboť neexistovala široká síť nemocnic a domovů důchodců. Ale už na konci 17. století, které je poznamenáno mnoha válkami, vznikají první větší invalidovny pro raněné vojáky. Vzorem je jim Invalidovna postavená Ludvíkem XIV. Během dvou set let se situace zcela obrátila. Téměř nikdo dnes neumírá doma ale v nemocnici či domově důchodců. Smrt se stala něčím zcela neznámým, co se děje pokud možno za zavřenými dveřmi.

2.2 Sociologie medicíny

Jedná se o jedno z nejmladších odvětví sociologie. Někdy se používají i označení medicínská sociologie, sociologie zdravotnictví, sociologie zdraví a nemoci nebo lékařská sociologie. Termín lékařská sociologie použil poprvé pravděpodobně Charles Mc Intire v roce 1895 ve USA, který prohlásil, že „Všechno v medicíně má svůj společenský aspekt.“ (5, s. 168) Významným impulsem pro rozvoj tohoto vědního oboru byl krok amerického sociologa Roberta Strause, který jej rozdělil v roce 1957 na dvě oblasti:

a) sociologii v medicíně, která zkoumá sociální podmínky vzniku nemoci. Říhová oblast jejího působení dále rozděluje takto:

- sociologické problémy civilizačních chorob
- sociologická problematika tzv. návykových onemocnění
- sociologické otázky psychických onemocnění
- sociologické problémy úrazů a chorob z povolání (?)

b) sociologii medicíny, která se zabývá medicínou jako společenskou institucí. V. Tlustý ji v roce 1968 dále rozdělil takto:

- sociologie zdravotnictví jako společenská instituce
- sociologie zdravotnického zařízení
- sociologie vnitřní struktury zdravotnických zařízení
- sociologie výchovy zdravotnického personálu (3, s. 16-19)

Bártlová ji definuje jako „vědeckou disciplínu, jež užívá teorie a metody empirické sociologie za účelem rozboru fenoménů „zdraví“ a „nemoc“, stejně jako k analýze vztahů „zdravotnické zařízení“ a „zdravotnické povolání“ v interakci s pacientem“ (3, s. 14-15).

2.3 Charakteristika nemoci a zdraví

Zdraví

Existuje mnoho definic zdraví, ale ve všech se objevuje názor, že zdraví je ovlivněno nejen biologickými, ale i společenskými faktory.

„Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“ R. Bureš

„Zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobit se měnícím podmínkám prostředí“ A. Žáček

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady.“ Definice zdraví WHO obsažená v její ústavě. (7, s. 13)

Nemoc

Stejně jako zdraví i nemoc je v sociologii chápána neoddělitelně od prostředí, v němž člověk žije.

„Je to potenciál vlastností organismu, které zmenšují, respektive omezují možnosti organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž žije. Nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský.“ S.

Bártlová

„Nemoc je porucha schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role.“ T. Parsons (3, s. 43)

2.4 Determinanty ovlivňující zdravotní stav

Zdraví jedince je ovlivňováno z mnoha stran. V roce 1976 přišel Kanadán Laponce s teorií „zdravotního pole“, v níž největší vliv na zdravotní stav přiřkl těmto čtyřem zdravotním faktorům:

- životní styl
- životní prostředí
- genetika

- systém zdravotnictví (Zdravj!)

Podle Světové zdravotnické organizace nejsilnějším determinantem je právě životní styl, který ovlivňuje náš zdravotní stav z 50-60 %. Nejzávažněji jej ovlivňuje kuřáctví, nevhodná strava, alkoholismus, nízká pohybová aktivita, stres, užívání návykových látek a nevhodné sexuální chování. (Zdravj!)

Životní prostředí (včetně sociálních podmínek) se podílí z 15-20 % (Bártlová uvádí 20-25 %). Zatímco špatný životní styl nedokáže pozměnit náš genofond, znečištěné ovzduší a chemicky kontaminované potraviny to umí.

Genetické dispozice byly až donedávna zcela neovlivnitelnou složkou našeho zdraví. Dnes už je možné - při umělém oplodnění či při závažných onemocněních rodičů - vybrat embryo touto nemocí nepostižené. Přesto genetické faktory ovlivňují stále z 10-15 % naše zdraví.

Systém zdravotnictví se v jednotlivých zemích velmi liší. Zdravotní stav obyvatel je jím ovlivněn z 10-20 % (Bártlová uvádí 10-15 %). Náš zdravotní systém před rokem 1989 byl poznamenán centralizací a izolací od světového technologického vývoje a medicínského výzkumu (5, s. 27).

Všechny tyto faktory nepůsobí izolovaně, nýbrž jsou v interakci a navzájem se ovlivňují.

2.5 Charakteristika sociálních rolí pacient, sestra, lékař

2.5.1 Pacient

Každý člověk se dříve či později dostane do role pacienta. Většina z nás dokonce opakovaně. Tato role je v mnohém specifická. Talcott Parsons stanovil čtyři základní rysy, které tuto roli charakterizují:

- a) nemocný je považován za neodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí,
- b) je zproštěn svých povinností,
- c) je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti,

d) je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě (3, s. 79).

Parsonsova charakteristika pacienta byla podrobena náležitě kritice:

ad a) především se dá celkové charakteristice vytknout, že tyto rysy neplatí absolutně, výjimku mají především děti a duševně nemocní; existují i nemoci, které si svým chováním člověk způsobil sám (pohlavní nemoci, alkoholismus),

ad b) specifická situace je také u chronických onemocnění či nevyléčitelných chorob, kdy jsou pacienti vedeni k akceptaci stavu a učí se normálně fungovat ve společnosti; významnou roli zde hraje i míra vážnosti choroby – čím těžší nemoc, tím více povinností je pacient zproštěn,

ad c) chronické nemoci či trvalá postižení nelze chápat jako přechodný nýbrž trvalý stav,

ad d) některé stigmatizující nemoci vedou člověka spíše ke snaze nemoc utajit (AIDS).

Role pacienta je tak významná, že překrývá všechny ostatní, které dosud nemocný měl (role matky, úřednice). A to jak pro něj samotného, tak pro okolí. Jiná je role pacienta ve vztahu k rodině a jiná ve vztahu k lékaři. V rodině nemocný nabývá nových práv (např. ležet v posteli během dne) a zároveň mu ubývá povinností (např. chodit do práce nebo podílet se na domácím úklidu). Okolí je povinno se o nemocného postarat, jinak bude společností odsouzeno. Role nemocného je tak lákavá, že se objevují případy, kdy se lidé utíkají do nemoci, aby si na chvíli odpočinuli od tempa moderní doby. Zatímco pro dnešní dobu je charakteristické vysoké tempo, nemocnému musí být ponechána určitá doba na uzdravení.

Jiná je ale situace ve vztahu k lékaři. Pacient má určitá práva (např. být léčen), ale zároveň se mu objevují i nové povinnosti (např. užívat léky, chodit na kontroly). Zatímco v rodině je mu věnována pozornost, neboť je pravděpodobně jediným nemocným, pro lékaře je jen jedním z mnoha. Lékař není na rozdíl od rodiny na uzdravení pacienta emočně zainteresován. Pacient se zároveň dostává do prostředí, které nezná a v němž se neorientuje, což u něj vyvolává nejistotu.

Role pacienta zároveň není statická, vyvíjí se.

2.5.2 Sestra

Talcott Parsons charakterizoval i základní rysy role sestry, které jsou stejné jako u lékaře. Jsou to:

- a) funkční specifita – znamená formální i faktickou odbornost; pochopitelně se liší odbornost sálové sestry od sestry v soukromé ordinaci,
- b) emocionální neutralita – neznamená bezcitnost, ale znamená, že se sestra nerozpláče, když pacientovi sděluje nepříjemnou zprávu; množství pacientů ošetřených za den bohužel nezřídka vede k tomu, že sestry otupí a stanou se skutečně bezcitnými,
- c) univerzalizmus – znamená, že do oblasti její péče se může dostat každý člověk,
- d) kolektivní orientace - znamená, že sestra při své práci nevychází ze svých zájmů ale ze zájmů pacientů, jejichž blaho by jí mělo být nade vše (3, s. 109-111).

Stejná charakteristika pak platí i pro lékaře. Rozdíl mezi sestrou a lékařem pak tkví v odborném obsahu činnosti.

Profese zdravotní sestry má své kořeny v ošetrovatelské práci jeptišek. Ty se už ve středověku věnovaly charitativní péči o chudé bez přístřeší. Existovaly dokonce řády, které měli péči o nemocné přímo v popisu práce. Z jejich špitálů pak vznikaly první nemocnice. Prvotní impuls vzniku tohoto povolání je tedy podle Bártlové nábožensko-charitativní (Sestry a pečovatelky zprostředkovávaly nemocnému kontakt se světem, utěšovaly ho a naslouchaly mu.

Poznatky moderní medicíny pak ale přeměnily pozici sestry na vysoce kvalifikovanou činnost. Sestra musí dnes nejen umět ovládat různé přístroje k ošetření pacienta, ale zároveň by měla být i schopnou administrativní pracovnící. Na osobní kontakt s pacientem jí už nezbyvá čas.

Sestra je přitom v daleko častějším kontaktu s pacientem než lékař. U ní tak pacient hledá pomoc v nouzi. V nemocnici sestra pomáhá plnit pacientovi biologické potřeby. Na ni se pacient obrací, když má jakékoliv potíže a ona je případně tlumočí lékaři. Když přichází pacient k lékaři, nejdříve se setkává se sestrou, která mu provede i základní vyšetření (např. zápis rodinné anamnézy do karty, aplikaci pravidelných injekcí, měření teploty). Jak již bylo uvedeno výše,

pacienti se často potýkají s emočním odstupem sester, který vyplývá z jejich přehlcení problémy pacientů. Neboť každý pacient je nemocný, což pro něj představuje problém. Náplní sestry je tedy stále komunikovat s lidmi, kteří mají problém a ona je součástí řetězce osob, které jej mají řešit. Přičemž je v první linii a schytává to tedy tzv. hned mezi dveřmi. Po čase dochází nevyhnutelně k otupění vůči problémům druhých.

Už svým označením je povolání sestry typicky ženské. Přesto se můžeme dnes setkat v nemocnicích i se zdravotními bratry (označují se však spíše jako ošetřovatelé). Jsou vítanou silou především v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v domovech důchodců, kde je nutná častá manipulace s nepohyblivými pacienty. Podle Zdravotnické ročenky ČR 2004 v té době studovalo na středních zdravotnických školách 18 017 osob, z toho 16 625 žen. Když už zde studují muži, vybírají si spíše prakticko-technicky zaměřené obory (jako je ortopedicko-protetický technik, ze 34 studujících je 21 mužů). Stejná situace je i na vyšších zdravotnických školách (z 5339 studujících bylo 4671 žen). I zde se ale najdou obory vysloveně mužské. Je to např. zubní technik (179 mužů z celkového počtu 239 studujících) (27).

2.5.3 Lékař

Základní charakteristika role podle Parsonse je stejná jako u sestry (viz výše).

Postavení lékaře ve společnosti je zcela specifické. Začněme tím, že z hlediska prestiže povolání se tradičně umísťuje v průzkumech veřejného mínění na špici. Například při průzkumu CVVM v roce 2004, kdy měli jeho účastníci seřadit 26 různých povolání právě podle prestiže, 41 % účastníků umístilo profesi lékaře na první místo (29).

Po genderové stránce jde o povolání s téměř vyrovnaným zastoupením mužů a žen. Podle Zdravotnické ročenky z roku 2004 u nás působilo v té době 17 094 lékařů a 19 317 lékařek. Patrná je feminizace některých lékařských oborů. Typicky ženskou oblastí je pediatrie (2004 - 356 mužů x 748 žen). Naproti tomu jsou i obory vyloženě mužské. Jsou to především ty, které kladou na lékaře vysoké nároky fyzické, psychické, ale i časové - tedy různá odvětví chirurgie. Vzhledem ke

stále tradičnímu rozdělení rolí v rodině, je pro ženu náročné budovat si chirurgickou kariéru, být od rána do večera na operačním sále, stále prohlubovat své znalosti, publikovat a zároveň udržovat teplo rodinného krbu, jak to od ní společnost očekává. Nízké zastoupení žen v chirurgických oborech je dokladem nerovných možností mužů a žen při budování kariéry v České republice. K podložení této skutečnosti uvádím zastoupení mužů a žen ve vybraných lékařských oborech v roce 2004:

- chirurgie: 2233 mužů x 347 ženám
- plastická chirurgie: 100 mužů x 43 ženám
- kardiochirurgie: 151 mužů x 15 ženám
- úrazová chirurgie: 104 mužů x 4 ženám ()

Lékař čeká na svého pacienta ve své ordinaci, je tedy v domovském prostředí. Jeho postavení se dá přirovnat k postavení šamana u přírodních národů. Pacient k němu přichází s problémem, kterému sám nerozumí, lékař provede několik záhadných úkonů, napíše čarovnou formuli a pacient je za nějakou dobu zdrav. Přirovnání lékaře k šamanovi se může zdát absurdní, ale je zde skutečně několik podobných rysů. Vyjadřování v odborných termínech a psaní nečitelným písmem připomínají magické formulky. Častá neochota lékařů sdělit pacientovi informace o jeho diagnóze zavání strachem z odhalení jejich diagnostických a léčebných postupů, stejně jako se šaman bojí o odhalení svých čar. A v neposlední řadě prestiž jejich povolání ve společnosti je srovnatelná.

Role lékaře sebou nese obrovskou psychickou zátěž. Lékař drží v rukou život člověka a každá chyba při jeho práci má fatální důsledky. V případě lékařů společnost neakceptuje tezi, že každý člověk je omylný, zvláště když omyl lékaře má za následek smrt či trvalé poškození.

2.6 Socioekonomický status a nemocnost

Na jedné straně nemoc mění socioekonomický status člověka, ale zároveň jeho socioekonomický status ovlivňuje jeho nemocnost (to jakou nemocí ohoří a jak se bude léčit). Je tedy výraznou determinantou ovlivňující zdraví.

Např. s hladomorem se jen těžko setkáte v západní Evropě, ale naopak naprosto běžně ve velké části subsaharských afrických států. Tuberkulóza je zase typickou nemocí chudáků žijících na periferiích velkoměst.

Galdkij uvádí výraznou souvislost mezi HDP na hlavu a střední délkou života při narození. Dokladem toho může být situace v bývalém východním bloku. Krátce po válce se jeho obyvatelé dožívali vyššího věku než např. v Rakousku. V šedesátých letech se jejich zdravotní stav zhoršoval a v roce 1989 byl už výrazně horší než u obyvatel zemí západní Evropy. Mezi lety 1965-1989 došlo k propastnému rozdílu ve vývoji úmrtnosti zejména u mužů ve věku mezi 45.-49 rokem života. Zatímco ve východním Německu vzrostla o 7 a v Maďarsku dokonce o 131 %, v zemích OECD poklesla (5, s. 19).

V Bratislav Schreiber v knize *Medicína na přelomu tisíciletí* naopak uvádí, že zdravotní stav populace nemusí zcela záviset na bohatství daného státu. Jako příklad udává stát ^{indických} Kérala, kde se lidé dožívají o 20 let vyššího věku než v Gabunu, který má HDP na hlavu dvacetkrát vyšší než Kérala. Hlavní rozdíl tkví v tom, že se Kérala více stará o zdraví svých chudých obyvatel (13, s. 58).

Ještě lepším indikátorem jsou pak příjmové rozdíly. Čím rovnoměrněji je rozděleno ve státě bohatství, tím delší je střední délka života (5, s. 18). Gladkij dále uvádí, že kojenecká úmrtnost je tím vyšší, čím menší je HDP na hlavu a čím více je negramotných v populaci (5, s. 88). Vliv chudoby na zdraví je možno sledovat překvapivě velice dobře v USA, kde má dlouhou tradici přímá platba při ošetření a najdeme zde velký podíl nepojištěných osob. Jejich počet se v letech 1989-1995 zvýšil u dospělých o 5,3, u dětí dokonce o 9,6 % a v roce 2000 se pohyboval kolem 45 milionů (13, s. 131). Právě u těchto nepojištěných je zřetelně nižší podíl na preventivní péči jako jsou preventivní návštěvy gynekologa, očkování či zubní péče. Je známo, že chudého Američana poznáte na první pohled právě podle špatných zubů.

2.7 Vliv prostředí na pacienta

Nemoc dnes už není vnímána pouze z biologického hlediska, ale je obecně přijímáno, že má i svou psychickou a sociální dimenzi. Nemoc se u pacienta nikdy

neprojevuje pouze tělesně, ale poznamenává i duševní a sociální stránku. Pacient se trápí, má strach z neznámého, někdy se i zlobí. Mění se jeho postavení ve společnosti a v průběhu nemoci se dostává do různého prostředí, na nějž různě reaguje a dostává se mu zpětné odezvy. Proto bych zde chtěla charakterizovat tři základní okruhy prostředí, v němž se pacient pohybuje.

2.7.1 Rodina

Rodina (coby primární skupina) má na průběh nemoci pacienta zásadní vliv. Je-li pacient v domácím léčení, stává se z něj pasivní konzument toho, co ostatní její členové pro něj připraví. Míra závislosti je pochopitelně různá. Jedinec upoutaný v horečkách na lůžko si ani sám neuvaří čaj, zatímco jiný s banální virózou zvládne ještě v jejich nepřítomnosti upéct dort a vyleštit kliky.

Pro průběh nemoci může mít význam i to, jak je obecně nemoc v rodině přijímána. Postoje mohou oscilovat od „Nemoci jsou jen pro bábovky, u nás jsou všichni zdraví.“ po okamžitou přípravu lůžka při prvním ukápnutí z nosu. Nemocný se tak pod tlakem rodiny buď snaží nemoc ignorovat nebo jí zbytečně rychle podlehne. Oba extrémů mohou být pro zdraví pacienta nebezpečné.

Na fungování rodiny má zase obrovský vliv vážnost choroby zasaženého člena a její délka. Platí zde přímá úměra. Čím vážnější nemoc a čím delší průběh, tím více nemoc ovlivňuje chod rodiny. Trvá určitou dobu, než si její členové zvyknou na přítomnost nemoci. Někdy je nutné udělat trvalé změny pravidel, podle nichž se domácnost řídí (např. změna jídelníčku při diabetu, přestavba bytu při upoutání člena na invalidní vozík). Pro nemocného pak může být silně frustrující, když mu ostatní tyto změny vyčtou.

Dlouhodobé domácí ošetřování by nemělo být záležitostí jediného člena rodiny ale všech. Bártlová uvádí, že na základě empirických šetření je možné dokázat, že se u lidí pečujících o své blízké dlouhodobě projevuje negativní efekt pečování, který může přerůst až v syndrom vyhoření (3, s. 97).

Rodinou chápeme v současnosti nukleární jednotku zahrnující rodiče a děti. Prarodiče – i když jsou svými dětmi stále vnímáni jako blízcí příbuzní – většinou nesdílí se svými dětmi společnou bytovou jednotku. Tato fyzická vzdálenost je limitujícím faktorem v případě nutnosti péče o ně ve stáří. V minulosti éře navíc stál

občany naučil, že se on sám v nouzi o ně postará. Jen málokdo je tak dnes ochoten nastěhovat si nemocného či nemohoucího rodiče k sobě s perspektivou, že se o něj bude následujících několik let starat. Běžnou praxí se stalo odkládat je do domovů důchodců. Lidé v nich si velmi dobře uvědomují, že je to jejich poslední šance a jediné, co je čeká, je smrt. Jsou vytrženi z místa, kde často strávili celý svůj předchozí život a kde mají své známé. Toto vytržení z kořenů má na ně velmi tíživý psychický dopad.

To, co stát své občany naučil, se jen velmi těžko mění. A současná legislativní situace této změně ani nepřeje. Přestože je prokázáno, že je ekonomicky výhodnější, když se o nemocného stará rodina, než když tak činí stát, příspěvky na péči o nemocné jsou velmi nízké. Stát tak podporuje odkládání nemocných či handicapovaných do různých ústavů, protože se stávají pro rodinu velkou finanční přítěží.

2.7.2 Svépomocné skupiny

Výrazná specializace medicíny, její masovost a dehumanizace v poslední době vedly ke vzniku svépomocných skupin. Tyto skupiny sdružují lidi s podobným problémem, působí poradensky, podpůrně a jejich hlavní součástí je především lidský rozměr. Lidé si zde mohou vyměňovat zkušenosti a poskytovat vzájemnou podporu. Mezi nejstarší svépomocné skupiny patří Anonymní alkoholici.

Bártlová dělí tyto skupiny do čtyř kategorií:

- a) skupiny pomáhající lidem s duševním nebo tělesným handicapem či onemocněním,
- b) skupiny pro oběti alkoholu a drog,
- c) skupiny pomáhající ve zlomových životních obdobích (jako je rozvod, ovdovění),
- d) skupiny pro příbuzné a blízké těch lidí, kteří mají vážný problém (např. pro rodiče těžce nemocných dětí, rodiče fetujících adolescentů, manželské partnery schizofreniků) (3, s. 104).

Je zřejmé, že jde o dělení orientační, neboť tyto typy se mohou prolínat. Především typ d) může být sdružen s jiným typem v organizaci, která zároveň pomáhá jak nemocným tak jejich příbuzným.

Svépomocné skupiny hrají důležitou roli v dnešní přetechizované medicíně. Pacienti a jejich rodiny zde mohou získat informace o své chorobě přímo z úst těch, kteří jí sami prošli (tato zkušenost samotným lékařům chybí) a následně získat i praktické rady, jak se s jejími následky vypořádat. Důležitá je především psychická podpora. Ne nadarmo se říká, že sdílená starost je poloviční starost.

2.7.3 Nemocnice

Ještě nedávno znamenala hospitalizace pacienta naprostou izolaci od jeho normálního okolí. Návštěvní hodiny byly přesně vyměřené s cílem udržet pacienta naprosto v klidu bez jakýchkoliv vnějších vzruchů. Zároveň se tak mělo docílit maximální hygieny. Zvláště patrné to bylo v porodnicích, kdy ještě moje matka vzpomíná na to, jak mě hrdě ukazovala z okna ve druhém patře mému otci.

Dnes se již situace obrací a lékaři si uvědomují, že kontakt pacienta s rodinou prospívá jeho duševní pohodě. Otec u porodu se stal běžnou záležitostí a řada nemocnic nabízí i pobyt rodičů v nemocnici se svým nemocným dítětem. Stejně tak se uvolňuje i návštěvní doba dospělých nemocných. Pacient tak neztrácí zcela kontakt se svým přirozeným prostředím a o to snadněji se pak do něj vrací.

Stále ale platí, že nemocniční prostředí je pro pacienta prostředím cizím. Nemocniční pokoj je sterilní, chladný a neposkytuje pacientovi soukromí. Zároveň jej sdílí s lidmi, které nezná a v běžném životě by se s nimi třeba nikdy nebavil. Pacient se zde dostává do podřízené role vůči lékaři. Publikace *Pacient: revoluce v poskytování péče* označuje nemocnici za zvláštní mikrosvět se zvláštními zákonitostmi fungování, specifickou komunikační sítí a vlastním hodnotovým systémem (10, s. 45). Každá nemocnice má svůj řád, který on musí poslouchat bez ohledu na své předchozí zvyklosti. V každé nemocnici je zaběhnutý určitý denní cyklus, který stanovuje, kdy bude pacient vstávat, kdy jíst, kdy spát.

V lednu 2006 provedla společnost GfK Praha šetření mezi 1000 pacienty starších 14 let (zvolených na základě náhodného výběru) na téma *Jak jsou spokojeni s péčí v nemocnicích*. Pacienti hodnotili jednotlivé parametry známkami jako ve škole (1 znamená, že byli maximálně spokojeni, 5 zcela nespokojeni). Předkládané parametry se dají rozdělit do tří okruhů:

- a) chování personálu nemocnice k pacientovi,

- b) organizace léčebného procesu,
- c) informovanost o okolnostech nemoci.

Celkově lze říci, že spokojenost s péčí je poměrně vysoká. Nejhůře dopadla právě organizace léčebného procesu s průměrnou známkou 2,26. Sem spadá právě ranní buzení a vůbec celý harmonogram dne. Ve většině českých nemocnic je obvyklý budíček v šest ráno. To souvisí s výměnou směn, která probíhá právě v šest. Personál se pak snaží provést kontrolu pacientů co nejdříve. Naopak velmi spokojeni jsou pacienti s chováním personálu, kdy nejlepší hodnocení získali lékaři (1,59), těsně za nimi jsou sestry (1,77) a s minimálním odstupem ostatní pomocný personál (1,80) (39).

2.8 Komunikace mezi lékařem a pacientem

Komunikace mezi lékařem a pacientem má svá specifika. Specifické je prostředí, vzájemný vztah lékaře a pacienta a obsah sdělovaného, který se stává lékařským tajemstvím.

V prvé řadě je specifické prostředí, v němž ke komunikaci dochází. Jak již bylo řečeno, nachází se lékař v domácím prostředí, zatímco pacient je tu hostem. Neznalost prostředí pacienta ještě více zneklidňuje. Již samotným prostředím ordinace mu podává lékař základní informace o sobě. Jednak tím, jak je vybavená (zastaralé/moderní vybavení), jak je uklizená (hromady papírů na stole/šanonky seřazeny na polici, čistý stůl), případně pachem (zápach odpadků v koši). Zároveň na pacienta působí i její barvy, velikost, množství světla, ale i zvuky, které se z ní ozývají (kdo z nás by se hrnul do ordinace, z níž se posledních deset minut ozýval zoufalý křik jejího posledního návštěvníka). Neboť to vše vypovídá i o osobě lékaře, kterému ordinace patří.

Průběh komunikace v každé ordinaci má svá pravidla, jejichž dodržování se vyžaduje. Jsou to především ordinační hodiny, postup vyvolávání pacientů (je nutné se objednat, volí si pořadí pacientů lékař nebo přechází z čekárny do ordinace podle pořadí, v němž do ní přišli?) či postup informování lékaře o pacientově přítomnosti (a s tím spojený věčný problém – klepat na sestru, když se neobjeví v čekárně ani dvacet minut po našem příchodu nebo ne?).

Pacient tedy přichází ve stavu nouze do jemu neznámého prostředí, které na něj působí a on se snaží v něm zorientovat a seznámit se s pravidly hry. Po této rychlé orientaci a kratším či delším čekání se setkává přímo s lékařem. Dostáváme se tedy k bodu přímé interakce mezi lékařem a pacientem.

Jak známo informace podáváme jak verbální, tak především neverbální cestou, přičemž tou neverbální jich předáváme většinu. Neverbálně komunikuje lékař s pacientem už tím jak sedí, jak se tváří, když mu naslouchá, ale i tónem hlasu, když mu odpovídá. Jen jednou v životě se mi stalo, že mi při příchodu do ordinace lékařka podala ruku a představila se mi (z čehož jsem měla takový šok, že si tento úkon, který by měl být běžný, budu pamatovat nadosmrti). Lékař dává pacientovi najevo, jak se k jeho nemoci staví a jak je pro něj důležitý. Žádný pacient nechce mít pocit, že je jen jedním z mnoha, a že si na něj doktor za hodinu ani nevzpomene.

Úskalím verbální komunikace mezi lékařem a pacientem je specifický medicínský jazyk, tedy odborná terminologie. Může se stát, že když se příbuzní pacienta po příchodu od lékaře zeptají, co se dozvěděl, ten řekne nic. A přitom mu lékař mohl něco vysvětlit klidně i půl hodiny, ale nepoužil přiměřený jazyk. Lékař je z hlediska znalostí v převaze. Je nutné, aby si toho byl vědom a přizpůsobil svoji mluvu možnostem pacienta. Jen dobře informovaný pacient, který rozumí své nemoci, a ví, jak má užívat léky a jakým činnostem či stravě se vyvarovat, může účinně spolupracovat na svém vyléčení.

3. Vývoj zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 1989-2004

Vývoj zdravotního stavu obyvatelstva ČR po roce 1989 byl ovlivněn mnoha faktory. Mezi jeden z mála kladných aspektů důkladné izolace země od okolních států během předlistopadové éry patří i omezená možnost přenosu infekčních chorob (jako je např. AIDS) nebo těžší přístup k různým drogám.

S příchodem kapitalismu, který klade větší nároky na výkon než státem řízená ekonomika, došlo také k nárůstu výskytu civilizačních chorob. S tím, jak se zlepšují ekonomické možnosti obyvatel a roste počet automobilů se výrazně snižuje množství času, které věnují Češi pohybu. Nedostatek pohybu a sedavý způsob zaměstnání se také velmi negativně projevují na jejich zdravotním stavu.

Na druhou stranu se po otevření hranic dostaly do naší republiky nejen nové léčebné postupy, ale i nejnovější léky a přístroje, v důsledku čehož se zvyšuje pravděpodobnost vyléčení některých chorob, které byly dříve smrtelné a nebo je přežívala jen malá část nemocných. Vysokou úspěšnost mají naši lékaři při transplantacích.

3.1 Úmrtnost

Úmrtnost - společně s porodností - jsou klíčovými demografickými údaji. Statistiky o úmrtnosti společně s informacemi o nemocnosti podávají základní informace o zdravotním stavu populace. Mezi faktory zásadně ovlivňující úmrtnost patří:

- životní styl
 - genetické predispozice
 - životní prostředí
 - dostupnost a kvalita zdravotní péče
- One key is! str. 70*

Údaje o úmrtnosti jsou tedy velmi důležité především pro tvůrce zdravotní politiky státu, jelikož míra úmrtnosti ukazuje v jakém zdravotním stavu se celkově populace daného státu nachází. Pro ekonomiku státu je podstatný především vztah porodnosti a úmrtnosti, zvláště když úmrtnost převyšuje porodnost a dochází tak

k přirozenému úbytku obyvatel namísto přírůstku. Cílem vládní politiky by tak měla být co nejnižší úmrtnost a co nejvyšší porodnost. Aby bylo možné porovnávat míru úmrtnosti v různých zemích, přepočítává se počet zemřelých na 1000 obyvatel té které země.

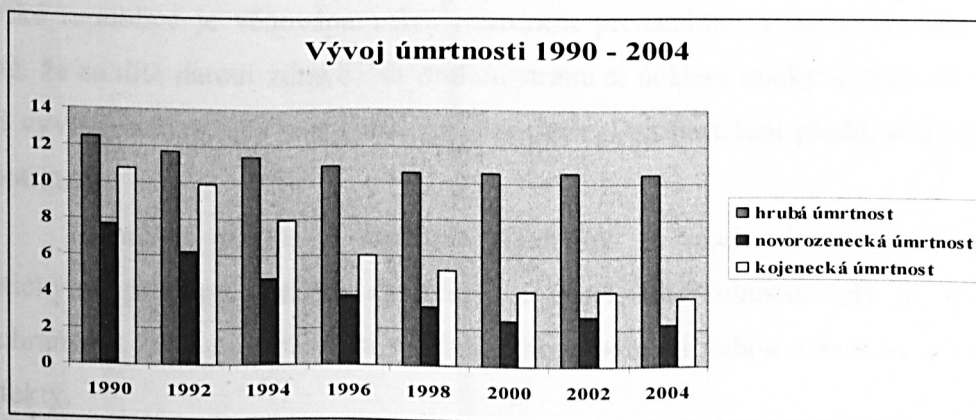
Novorozenecká a kojenecká úmrtnost zase ukazují, na jak vysoké úrovni se zdravotnictví nachází. Je zřejmá souvislost mezi ekonomickou vyspělostí země a mírou její novorozenecké a kojenecké úmrtnosti.

Významným údajem pro zdravotní politiku každé země jsou pak příčiny úmrtí, které udávají procentuelní podíl zemřelých podle příčin. Mezi každoročně sledované údaje patří počet zemřelých na:

- nemoci oběhové soustavy
- novotvary
- poranění a otravy
- nemoci dýchací soustavy
- nemoci trávicí soustavy
- nemoci močové a pohlavní soustavy

Stejně tak došlo k výraznému posunu v naději na dožití se určitého věku. Naděje dožití při narození vyjadřuje počet roků, který v průměru prožije osoba právě narozená za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné uvedené období. To znamená, že pokud se změní životní podmínky jedince (ať už k lepšímu nebo k horšímu), změní se i naděje na dožití určitého věku, kterou měl při svém narození.

Zdrojem informací pro celou tuto kapitolu – pokud není uvedeno jinak - mi byla především Zdravotnická ročenka vydávaná každoročně v letech 1991 – 2004.



Poznámka: Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka a) a Slovník

3.1.1 Hrubá míra úmrtnosti

Hrubá míra úmrtnosti udává počet zemřelých na 1000 obyvatel. Mezi lety 1989 a 2004 docházelo k postupnému snižování hrubé míry úmrtnosti u nás a to z 12,3 zemřelých na 1000 obyvatel v roce 1989 až na 10,5 zemřelých v roce 2004. Šlo o pokles velmi pozvolný a s několika výkyvy směrem nahoru v letech 1990, 1999, 2002 a 2003.

Údaj o hrubé míře úmrtnosti ale nepodává zcela přesné informace o úmrtnosti obyvatel, protože je ovlivněn věkovou strukturou populace. Vzhledem k tomu, že úmrtnost se výrazně zvyšuje s věkem, zkresluje vyšší zastoupení starších osob v populaci celkový výsledek. Proto se také někdy používá tzv. standardizovaný ukazatel úmrtnosti, kde se vztahují počty zemřelých v určitém věku k celkovému počtu osob v této věkové kategorii. Nejčastěji se používá tzv. evropský standard.

3.1.2 Novorozenecká úmrtnost

Mezi lety 1990 a 2004 došlo v ČR k poklesu novorozenecké úmrtnosti ze 7,7 na 2,3 zemřelých na 1000 živě narozených dětí. K malému výkyvu směrem nahoru v míře úmrtnosti došlo v letech 1991 a 1995, jinak můžeme hovořit o soustavném postupném snižování. Jak je vidno, šlo o pokles poměrně výrazný.

Nízkou novorozeneckou úmrtnost můžeme dát do spojitosti s technickými možnostmi dnešní medicíny, ale také s lepší předporodní péčí o budoucí matky. V České republice je věnována velká pozornost prenatalním vyšetřením, aby bylo jisté, že se dítě narodí zdravé. Na druhou stranu si některé matky stěžují, že na ně byl vyvíjen nátlak, aby v případě, že je podezření na postižení plodu, daly souhlas s potratem.

Technické možnosti současné medicíny se navíc dostávají do střetu s etickými principy. Dnešní medicína si musí klást otázku, zda je morální zachraňovat život novorozence s velmi nízkou porodní váhou a mnoha tělesnými defekty.

3.1.3 Kojenecká úmrtnost

Tabulka č. 1 - Kojenecká úmrtnost v ČR v porovnání s vybranými státy

	1980	1990	1995	2000
EU 15	12,4	7,8	X	4,8
EU 25	14,4	9,5	X	5,9
ČR	16,6	10,8	7,7	4,1
Maďarsko	23	14,9	10,6	9,3
Polsko	25,5	19,3	13,4	8,1
Slovensko	20,8	12	10,9	8,6
Německo	12,5	7,1	5,3	4,4

Poznámka: X – údaj nezjištěn

Ze statistiky jednoznačně vyplývá, že míra kojenecké úmrtnosti v ČR poklesla mezi lety 1989 a 2004 z 10 zemřelých do jednoho roku na 1000 živě narozených dětí v roce 1989 na 3,7 zemřelých v roce 2004.^(33, 34) Přičemž průměrná kojenecká úmrtnost EU-25 (dvaceti pěti současných států EU) byla v roce 2000 5,9. Dokonce i průměr původní EU-15 byl v roce 2000 vyšší než náš a to o 0,7. Jedná se tedy přímo o vynikající hodnoty v porovnání s okolními státy.

Pokud bychom provedli srovnání současné pětadvacítky EU mezi léty 1980 a 2000, pak se ČR v roce 1980 nacházela na devatenáctém místě, v roce 1990 na osmnáctém místě, v roce 2000 je to ale už místo třetí. Pokud budeme porovnávat pouze 10 nově přistoupivších členů, pak v roce 1980 jsme byli z těchto na šestém místě, v roce 1990 už na čtvrtém a v roce 2000 na prvním (33).

Porovnáme-li vývoj kojenecké úmrtnosti během širšího časového horizontu dvaceti čtyř let mezi roky 1980 a 2004, pak je zřejmé, že došlo skutečně k jejímu výraznému snížení, a to z 16,6 zemřelých v roce 1980 na 3,7 v roce 2004. Z toho zároveň vyplývá, že proces snižování kojenecké úmrtnosti začal již před rokem 1989, kdy se snížila mezi lety 1980 a 1990 z 16,6 na 10,8.

Pokud bychom hledali hlavní příčiny kojenecké úmrtnosti, pak jsou to z padesáti procent především stavy vzniklé v perinatálním období (33, 34).

proces snižování koj. úmrtnosti začal po roce 1990!

3.1.4 Naděje dožití narozených 1989 - 2000

Ke zpřesnění údajů o hrubé míře úmrtnosti se používá nejen údaj o standardizované úmrtnosti, ale také údaj o „střední délce života“ označovaný také jako „naděje dožití“

Stejně jako úmrtnost i statisticky vypočtená naděje na dožití se určitého věku má spojitost s ekonomickou situací dané země. Z údajů ČSU o naději dožití při narození jsem proto k údajům o České republice přidala nejen údaje o okolních státech, ale také údaje jedné ekonomicky velmi vyspělé země (Švédsko) a jedné země s transformující se ekonomikou (záměrně jsem vybrala Rumunsko, vzhledem k jeho předpokládanému vstupu do EU v příštím roce).

Tabulka č. 2 - Naděje dožití při narození v letech 1989 – 2000, muži

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ČR	68,1	67,6	68,2	68,5	69,3	69,5	69,7	70,4	70,5	71,2	71,4	71,7
Maďarsko	65,3	65,2	65,1	64,4	64,4	64,9	65,3	66,1	66,4	66,2	66,4	67,2
Polsko	66,8	66,5	66,1	66,7	67,4	67,5	67,6	68,1	68,4	68,8	68,2	69,7
Slovensko	67	66,7	66,8	67,1	67,8	68,3	68,4	68,8	68,9	68,6	69	69,2
Německo	72,1	72	72,1	72,6	72,7	73	73,2	73,6	74	74,5	74,7	X
Rumunsko	66,6	66,6	66,8	66	65,8	65,5	65,4	65,1	65,2	66,3	67,1	67,7
Švédsko	74,8	74,8	74,9	75,4	75,5	76,1	76,2	76,5	76,7	76,9	77,1	77,4

Tabulka č. 3 - Naděje dožití při narození v letech 1989 – 2000, ženy

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ČR	75,4	75,4	75,7	76,1	76,4	76,6	76,6	77,3	77,5	78	78,2	78,4
Maďarsko	73,7	73,7	73,9	73,6	73,7	74,3	74,5	74,7	75,2	75,2	75,2	75,7
Polsko	75,5	75,5	75,3	75,7	76	76,1	76,3	76,5	76,9	77,3	77,2	77,9
Slovensko	75,4	75,5	75,3	76	76,2	76,5	76,4	76,9	76,8	76,7	77,2	77,4
Německo	78,4	78,4	78,6	79,1	79,2	79,5	79,7	79,9	80,3	80,5	80,7	X
Rumunsko	72,7	73	73,4	73,1	73,7	73	73,2	72,7	73,2	73,7	74,2	74,6
Švédsko	80,5	80,4	80,5	80,8	80,8	81,3	81,4	81,5	81,8	81,9	81,9	81,7

Z tabulky č. 2 vyplývá, že až na drobný propad v roce 1990, naděje na dožití se určitého věku u mužů u nás od roku 1989 soustavně stoupala. Rozdíl mezi rokem 1989 a 2000 činí 3,6 roku. Pokud by tedy nedošlo ve společnosti k žádným zásadním změnám, mají muži narození v roce 2000 statistickou pravděpodobnost, že budou žít o 3,6 let déle než muži narození v roce 1989.

Porovnáme-li tento vývoj s vývojem v okolních státech, pak na tom Česká republika byla stejně v roce 1989 i 2000, nacházela se na druhém místě hned za Německem. Z okolních států je na tom nejhůře Maďarsko. Vývoj naděje dožití je zde navíc velmi nerovnovážený. Pokles zde byl na rozdíl od ČR zaznamenán vícekrát, a to v letech 1990-1992 a znovu v roce 1998. V porovnání s námi je na tom také velmi špatně Rumunsko, kde došlo - stejně jako v Maďarsku - k poklesu, a to v letech 1992 – 1998. Mezi lety 1989 a 2000 zde pak došlo k celkovému nárůstu naděje dožití u mužů jen o 1,1 roku. Oproti tomu Švédsko na tom bylo a je daleko lépe než my. Muži narození zde v roce 2000 budou žít o 5,7 let déle než muži narození u nás. Naděje dožití si tu navíc stále uchovává dynamiku. Mezi lety 1989 a 2000 se ve Švédsku prodloužila o 2,6 roku (35, 36).

3.1.5 Příčiny úmrtí

Mezi nejčastější příčiny úmrtí patří:

- nemoci oběhové soustavy
- novotvary
- poranění a otravy
- nemoci dýchací soustavy
- nemoci trávicí soustavy
- nemoci močové a pohlavní soustavy

Tabulka č. 4 - Úmrtnost podle příčin smrti – muži/ženy (průměrná úmrtnost na 100 000 mužů / 100 000 žen)

	1989	1995	2000	2004
nemoci oběhové soustavy	661,6 / 723	605,2 / 669,8	529,4 / 601,6	501,2 / 575,4
novotvary	311,7 / 231	313 / 243,3	319 / 241,9	327,5 / 248,8
poranění a otravy	94,3 / 68,4	102,2 / 63,5	93,9 / 45,1	92,1 / 46,1
nemoci dýchací soustavy	69,1 / 47,8	53,3 / 45,2	52,7 / 44	55,4 / 39,5
nemoci trávicí soustavy	54,7 / 39	49,7 / 34,5	48,2 / 34,7	52 / 37,3
nemoci močové a pohl. soustavy	27,8 / 22,6	14,9 / 15,7	12,9 / 15,6	13,8 / 15,3

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Mezi nejčastější příčiny úmrtí bez ohledu na pohlaví patří bezesporu nemoci oběhové soustavy, na druhém místě jsou novotvary a na třetím poranění a otravy.

Přestože to na první pohled vypadá, že počet zemřelých na nemoci oběhové soustavy v posledním desetiletí významně poklesl, není tomu tak. Pokud bychom to vyjádřili procentuálně, zatímco v roce 1992 tvořily 55,7 % úmrtí, v roce 2001 to bylo 53,3 % (tedy pokles jen o 2,4 %). Trend je tedy sice příznivý, ale pokles je velmi pomalý. Přitom právě nemoci oběhové soustavy mají významnou spojitost se zdravým životním stylem a je tak možné je výrazně ovlivnit. Mezi faktory vedoucí k nemoci oběhové soustavy patří především: kouření, stravovací návyky, nízká pohybová aktivita, zvýšená konzumace alkoholu. Změnám v životním stylu populace ČR ve sledovaném období se věnuji v samostatné kapitole níže.

K nárůstu podílu na příčinách úmrtí došlo naopak v případě novotvarů, a to z 23,3 % v roce 1992 na 26,4 % v roce 2001. Zvýšenému výskytu novotvarů v populaci se věnuji také v samostatné kapitole.

K poklesu podílu naopak došlo u poranění a otrav z původních 7,2 % v roce 1992 na 6,4 % v roce 2001. Svou roli v tom hrál i pokles sebevraždnosti.

Aby bylo možné mezinárodní srovnání úmrtnosti podle příčin, používá se přepočtu na evropský standard (tzn. počet nemocných se přepočítává na 100000 obyvatel standardní evropské populace). Výsledná čísla jsou proto odlišná.

Tabulka č. 5 - Standardizovaná úmrtnost na 100000 obyvatel evropské populace podle příčin úmrtí – muži/ženy

	1989	1996	1999	2003
nemoci oběhové soustavy	815,6 / 523,4	666,2 / 430,7	603 / 402	568,5 / 384,4
novotvary	356,4 / 190,2	337,2 / 178,8	320 / 179	319 / 176,2
nemoci dýchací soustavy	86,1 / 36,5	56,6 / 29,1	55 / 28	59,7 / 30,9
nemoci trávicí soustavy	62,7 / 30,4	51,4 / 24,9	51 / 25	50,8 / 27,5
vnější příčiny	104,4 / 54,1	99,4 / 42,3	91 / 34	96,3 / 35,4

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Tabulka č. 5 opakuje tytéž údaje jako tabulka č. 4 pouze převedené v jiném poměru. Ta první uvádí počty zemřelých podle příčin smrti vždy v přepočtu na 100 000 mužů respektive žen žijících v ČR. Ta druhá už ale převádí počet zemřelých na 100 000 obyvatel standardní evropské populace. Tím získáváme

údaje, jež je možno porovnat s údaji z jiných států, které byly přepočteny stejným způsobem.

Tabulka č. 6 - Srovnání standardizované úmrtnosti v ČR podle příčin za rok 2003 s vybranými státy – muži/ženy

	ČR	Maďarsko	Polsko	Slovensko (02)	Německo (01)	Rusko	Island (02)
n. oběhové soust.	568,5 / 384,4	647,5 / 409,5	535,9 / 330,9	660,1 / 432,1	354,6 / 234,4	1183,7 / 673,5	282,7 / 165,9
novotvary	319,6 / 176,2	370,8 / 191,4	301,1 / 157,7	309,3 / 148,3	231,1 / 140,5	278,8 / 135,3	190,1 / 151,6
n. dýchací soust.	59,7 / 30,9	64,6 / 27,2	66,8 / 26,6	80,4 / 39	56,1 / 25	130,1 / 29,9	49,2 / 35,6
n. trávicí soust.	50,8 / 27,5	116,7 / 49,5	49,9 / 25,3	77,2 / 33,3	45,3 / 26,1	77,6 / 37,6	12,7 / 16,3
vnější příčiny	96,3 / 35,4	121,4 / 44,4	101,7 / 26,5	95,1 / 20,4	50,1 / 19,6	405,2 / 90,4	51 / 27,1
celk. úmrtnost	1164,9 / 703,6	1410,6 / 784,6	1218 / 659,7	1302,6 / 729,4	845,9 / 518,5	2306,1 / 1082	669,5 / 471,2

Zde je:
Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Výběr států pro srovnání nebyl náhodný. Záměrně jsem zařadila postkomunistické země střední Evropy a k tomu jako ~~bonus~~ evropský stát s nejvyšší (Rusko) a nejnižší (Island) celkovou úmrtností v daném roce. Údaje pro Slovensko a Island jsou z roku 2002, pro Německo z roku 2001. *pro srovnání!*

Porovnávat údaje budu u mužů a žen zvlášť, nejdříve u mužů. Začnu trochu obráceně, a to celkovou úmrtností, která je až na posledním řádku. Zde je na tom Česká republika poměrně dobře v porovnání s okolními postkomunistickými zeměmi. Ale ve srovnání se západní Evropou má ještě co dohánět.

Německo a Island jsou na tom ve všech položkách lépe než my. Pokud se budeme srovnávat pouze s vybranými zeměmi bývalého východního bloku, pak z tohoto srovnání už nevycházíme tak špatně. U nemocí oběhové soustavy je na tom lépe než my jen Polsko (které nás o několik setin předhání i v případě nemocí trávicí soustavy). Nemoci dýchací soustavy si u nás v porovnání s těmito státy vybírají nejméně obětí ze všech a méně úmrtí na vnější příčiny mělo už jen Slovensko. Naprosto *neusmrtivých* tragických výsledků ale dosahujeme v případě léčby novotvarů. Více mužů v přepočtu na 100 000 obyvatel evropské populace v porovnání s okolními postkomunistickými zeměmi umírá už jen v Maďarsku.

Při srovnávání počtu zemřelých žen nedosahujeme zdaleka tak oslnivých výsledků. V žádné z uvedených oblastí nedosahujeme mezi vybranými zeměmi nejnižší úmrtnosti. Nejlepší umístění je druhé místo hned za Polskem v případě

celkové úmrtnosti, nemocí oběhové a trávicí soustavy. Na vnější příčiny umírá méně žen v Polsku a Slovensku. V případě úmrtí žen na nemoci dýchací soustavy a novotvary se dostáváme dokonce až na čtvrté místo, kdy méně zemřelých má i Rusko.

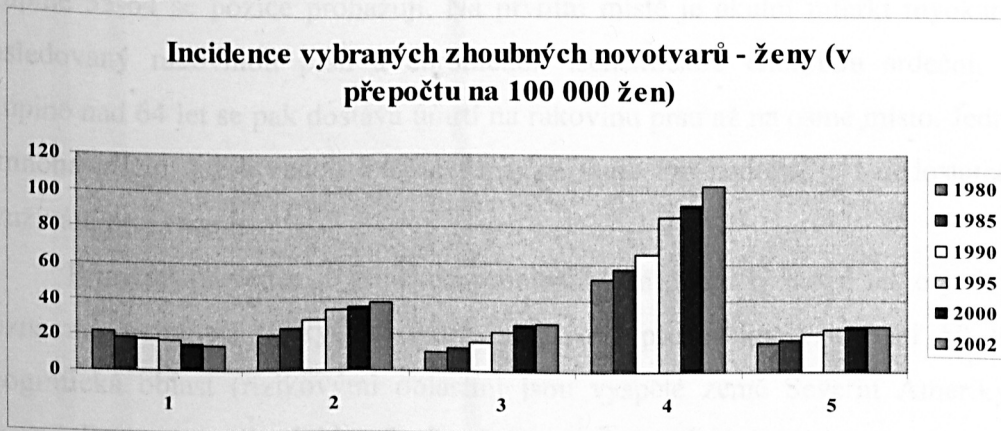
3.2 Vybraná onemocnění a jejich výskyt v populaci 1989-2004

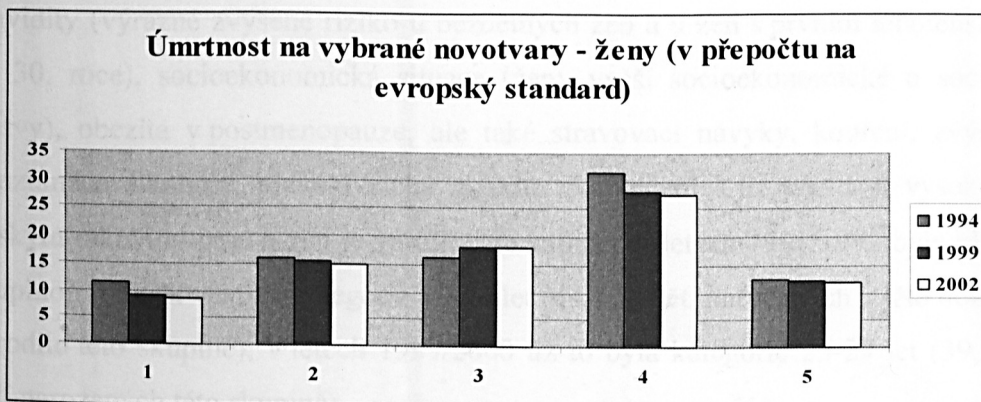
3.2.1 Novotvary

Počet nemocných rakovinou v naší populaci stále stoupá. Zhoubné nádory jsou druhou nejčastější příčinou smrti hned po nemocech oběhové soustavy. Nejčastějšími nádory jsou nádory kůže, ale jen málokdy se na ně umírá. Naopak největším zabijákem je rakovina plic. FW!

Výskyt rakoviny má svá specifika podle pohlaví. Zcela logicky muži nemohou onemocnět rakovinou vaječníku, i když málokdo ví, že se u nich může zcela výjimečně vyskytnout rakovina prsu. Každopádně je výskyt různých typů rakoviny u mužů a u žen tak odlišný, že se budu zabývat každým pohlavím zvlášť.

Rakovina u žen





Poznámka: 1 – žaludek, 2 – tlusté střevo, 3 – průdušnice a průdušky, 4 – prsu, 5 – vaječník a jiné pohlavní orgány; Podrobné údaje ke grafům viz Příloha – tabulky b), c)

Nejčastějším nádorem, kterým ženy trpí, je rakovina prsu. Počet nemocných se navíc od roku 1980 zdvojnásobil. Při srovnání se světovým průměrem na tom ženy v České republice nejsou moc dobře. V roce 2000 bylo hlášeno 87,47 nových nemocných na 100 000 obyvatel, zatímco světový průměr byl 34,94 nově hlášených pacientek (4, s. 26).

Pokud bychom porovnávali počet zemřelých žen v různých věkových skupinách podle příčin úmrtí na jednotlivé konkrétní choroby, tak v letech 1994-1999 rakovina prsu byla pro věkovou kategorii 20-44 let jednoznačně na prvním místě jako příčina smrti, za ní pak následovala rakovina děložního hrdla a nitrolebeční poranění. Stejně tak ve věkové skupině 45-54 je stále nejčastější příčinou smrti rakovina prsu s velkým odstupem od druhého místa, na němž je akutní infarkt myokardu, na třetím pak zhoubný nádor průdušky. Teprve ve věkové skupině 55-64 se pozice prohazují. Na prvním místě je akutní infarkt myokardu, následovaný rakovinou prsu a chronickou ischemickou chorobou srdeční. Ve skupině nad 64 let se pak dostává úmrtí na rakovinu prsu až na osmé místo. Jednou z mnoha příčin, které vedou k časté smrti na tento typ nádoru, je i nedostatečné využívání prevence.

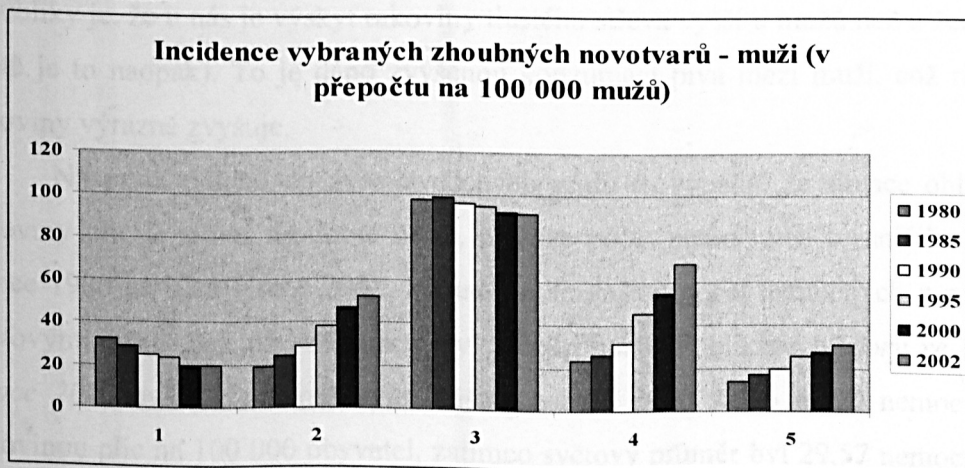
Primární prevence je poněkud problematická. Mezi rizikové faktory, které významně ovlivňují výskyt rakoviny prsu patří především: věk (nad 50 let), geografická oblast (rizikovými oblastmi jsou vyspělé země Severní Ameriky a severní Evropy), rodinná historie karcinomu prsu (ženy s karcinomem prsu v 1. příbuzenské linii). Tyto faktory v podstatě nelze ovlivnit. Mezi další faktory zvyšující riziko výskytu rakoviny prsu patří: věk první menstruace, věk první

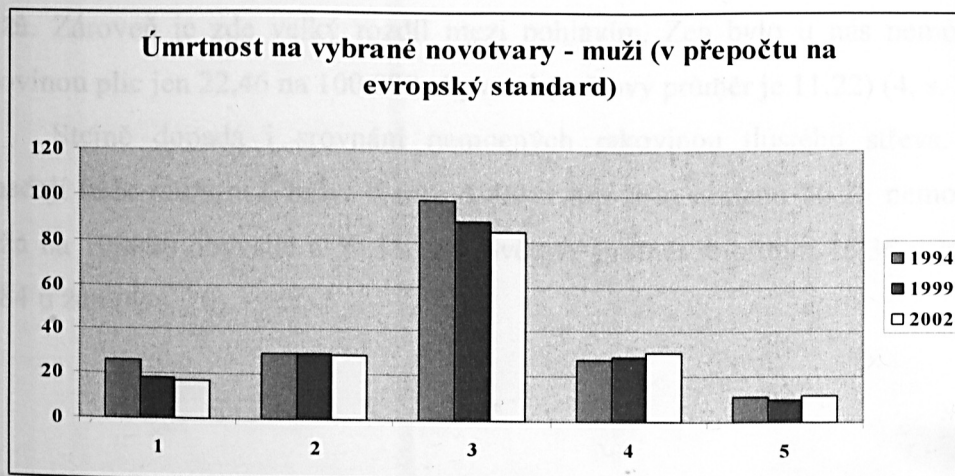
gravidity (výrazně zvýšené riziko u bezdětných žen a u žen s prvním těhotenstvím po 30. roce), socioekonomická situace (ženy vyšší socioekonomické a sociální vrstvy), obezita v postmenopauze, ale také stravovací návyky, kouření, zvýšená konzumace alkoholu, nízká fyzická aktivita. Vzhledem k již tak dost vysokému výskytu rakoviny prsu u žen je varující, že zatímco v letech 1991/1992 byla hlavní skupinou rodiček věková kategorie 20-24 let (44,4 % dětí narozených v této době se narodilo této skupině), v letech 1999/2000 už to byla kategorie 25-29 let (39,5 % dětí narozených této skupině).

Ze socioekonomických faktorů, které způsobují růst počtu nemocných žen rakovinou prsu, můžeme tedy uvést: stárnutí populace, zvyšování věku prvorodiček, změna životního stylu. Všechny tyto změny souvisí se socioekonomickými změnami celé naší společnosti po roce 1989.

Sekundární prevence zahrnuje především samovyšetření prsu a pravidelné návštěvy mamografu (1, s. 227). Podle doporučení American Cancer Society z roku 2001 by si měly ženy provádět samovyšetření každý měsíc od 20 let, mezi 20.-39. rokem života v intervalu 3 let si nechat vyšetřit prs lékařem, od 40 let pak každoročně si nechat vyšetřit prs lékařem a zároveň podstoupit vyšetření na mamografu (2, s. 207). Realita je taková, že ženy mají u nás nárok na mamografické vyšetření jednou za dva roky ve věku 45-69 let. Je přitom prokázáno, že mamografické vyšetření významně snižuje riziko úmrtí na rakovinu prsu. Americká studie *Health Insurance Plan of New York* zahrnující 62 000 žen ve věku 40-64 let zjistila, že u skupiny, která absolvovala klinická vyšetření a mamografické snímky, klesla úmrtnost na karcinom prsu o 30 % (2, s. 208).

Rakovina u mužů





Poznámka: 1 – žaludek, 2 – tlusté střevo, 3 – průdušnice a průdušky, 4 – prostata, 5 – močový měchýř; Podrobné údaje ke grafům viz Příloha – tabulky d), e)

Přestože u mužů v počtu hlášených nemocných jednoznačně vede rakovina průdušnice a průdušky, chtěla bych se kromě ní věnovat i rakovině tlustého střeva.

Zaměřím se nejdříve na příčiny těchto onemocnění. V obou případech samozřejmě svoji roli hraje dědičnost a případný výskyt tohoto typu rakoviny mezi blízkými příbuznými. Dalším rizikovým faktorem je opět kouření. Zatímco u rakoviny plic je tento vliv nesporný, u rakoviny tlustého střeva mají kuřáci podle některých studií nižší pravděpodobnost výskytu rakoviny konečníku. V případě tlustého střeva mají jednoznačný vliv stravovací návyky. Jedná se především o konzumaci dostatečného množství vlákniny, ovoce a zeleniny a malého množství tučných masných výrobků (především živočišných tuků) a sladkostí. Vyhýbat bychom se měli pokrmům smaženým a uzeným. Mezi rizikové faktory rakoviny tlustého střeva patří i nadměrná konzumace alkoholu a nedostatek fyzické aktivity. U rakoviny plic hraje roli také čistota životního prostředí. Zvláštností České republiky je, že u nás je výskyt rakoviny tlustého střeva vyšší u mužů než u žen (ve světě je to naopak). To je dáno zvýšenou konzumací piva mezi muži, což riziko rakoviny výrazně zvyšuje.

Na první pohled do výše uvedených grafů to vypadá, že situace ohledně rakoviny plic je u nás na dobré cestě, protože počet nemocných se snížil z 97,6 v roce 1980 na 91,5 v roce 2002. Pokud ale srovnáme počet nemocných u nás se světovými údaji, pak už se situace jeví daleko horší. Publikace *Nádory ve světě v roce 2000* uvádí, že u nás bylo hlášeno v roce 2000 98,36 mužů nemocných rakovinou plic na 100 000 obyvatel, zatímco světový průměr byl 29,57 nemocných

mužů. Zároveň je zde velký rozdíl mezi pohlavím. Žen bylo u nás nemocných rakovinou plic jen 22,46 na 100 000 obyvatel (světový průměr je 11,22) (4, s. 23).

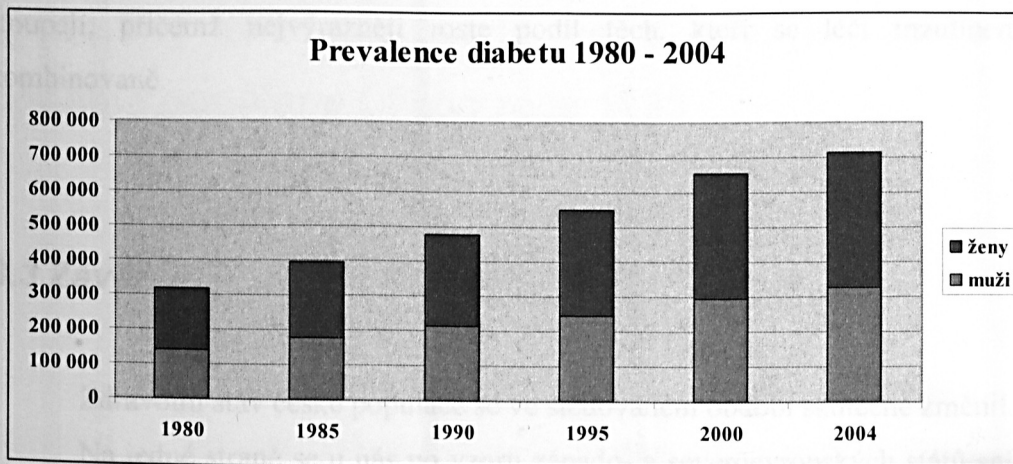
Stejně dopadá i srovnání nemocných rakovinou tlustého střeva. Opět dopadají hůře muži než ženy. V roce 2000 u nás bylo hlášeno 86,73 nemocných mužů na 100000 obyvatel a 59,53 žen. Světový průměr je přitom 16,36 u mužů a 14,84 u žen (4, s. 20).

3.2.3 Diabetes

Diabetes mellitus nebo-li laicky cukrovka je závažným onemocněním, jehož prevalence v naší populaci se nebezpečně zvyšuje. Jedná se o chronické onemocnění metabolismu glukosy způsobené poruchou tvorby inzulínu ve slinivce břišní. Projevuje se zvýšenou hladinou glukosy v krvi (tzv. hyperglykemií). Mezi hlavní příznaky diabetu patří: žízeň, noční močení, hubnutí při normální chuti k jídlu, únava a malátnost, přechodné poruchy zrakové ostrosti, poruchy vědomí až kóma, dech páchnoucí po acetonu.

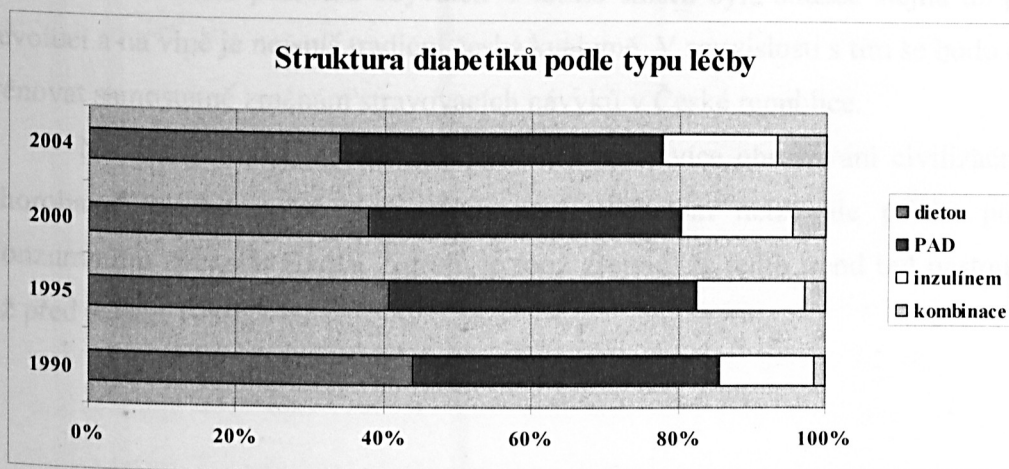
Zároveň sebou ale toto onemocnění nese možné další zdravotní komplikace, jako je např. selhávání ledvin, slepota či dokonce odumírání tkání především na dolních končetinách (zvláště starší pacienti jsou ohroženi tzv. bércovými vředy), které se označuje jako diabetická noha. V roce 2001 bylo nutno v důsledku diabetes amputovat dolní končetinu 6118 lidem, u 36 725 byla diagnostikována diabetická noha a 2135 bylo postiženo slepotou.

Rozeznáváme diabetes dvojího typu. Zatímco diabetes 1. typu je vrozený a objevuje se u postiženého už v dětství, ten 2. typu je ovlivňován v první řadě životním stylem (nadmíra cukrů a tuků ve stravě, obezita a málo pohybu) a může se objevit v kterékoliv fázi života. Varující je právě nárůst pacientů s diabetem 2. typu, kterých je dnes většina (různé publikace uvádí rozptyl 90 – 95 % všech lidí nemocných diabetem).



Poznámka: Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka f)

Mezi lety 1980 a 2004 došlo k nárůstu celkového počtu nemocných o 125 %. Ženy jsou touto nemocí ohroženy o něco více než muži. V roce 2004 tvořily ženy 54 % nemocných diabetem.



Poznámka: PAD znamená léčbu pomocí perorálních antidiabetik (tedy léků v podobě tablet). Kombinovaná léčba znamená, že pacient užívá zároveň PAD i inzulin, jde tedy o nejzávažnější stupeň choroby; Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka g)

Z předchozích grafů vyplývá, že nemocných diabetem přibývá, ale zároveň se mění i struktura nemocných. Zatímco ještě v roce 1990 téměř 44 % nemocných stačilo dodržovat dietu a pouze 1,4 % muselo zároveň užívat léky a píchat si inzulin, v roce 2004 si s dietou vystačí jen 34 % nemocných a zbytek musí podstoupit medikamentózní léčbu, z toho 6,6 % kombinovanou (tedy léky + inzulin). Pouze podíl nemocných, kteří se léčí dietou klesá, všechny ostatní podíly

stoupají, přičemž nejvýrazněji roste podíl těch, kteří se léčí inzulinem a kombinovaně.

3.3 Závěr

Zdravotní stav české populace se ve sledovaném období skutečně změnil.

Na jedné straně se u nás po vzoru západ- a severoevropských států snížila úmrtnost a prodloužil se věk, kterého se naši občané dožívají. Mezi okolními postkomunistickými zeměmi dosahujeme v tomto směru výborných výsledků. Na naprosto špičkové úrovni je u nás péče o novorozence a kojence, která je jedna z nejlepších na světě.

Mezi příčinami úmrtí u nás zcela převažují nemoci oběhového systému, na něž umírá více než polovina obyvatel. V tomto směru byla situace stejná už před revolucí a na vině je nespíš tradiční česká kuchyně. V souvislosti s tím se budu níže věnovat samostatně změnám stravovacích návyků v České republice.

Na druhé straně je vidět, že jsou Češi stále více ohrožováni civilizačními chorobami. Nárůst počtu nemocných např. diabetem nelze ale přičíst pouze konzumnímu způsobu života. Z grafů je totiž zřejmé, že tento trend byl nastoupen už před rokem 1989.

4. Změny životního stylu ve vztahu ke zdraví u dospělé populace ČR po roce 1989

4.1 Impulsy ke změně životního stylu

Životní styl obyvatel ČR se po roce 1989 změnil od základů, stejně jako se změnila jejich možnosti. Tyto možnosti ovšem vedou dvojím směrem.

Na jedné straně se českému občanovi otevřela široká paleta sportovních aktivit. Snad každý rok se objevují nové druhy sportů. Zatímco ještě v devadesátých letech každá druhá (ne-li první) sportující dívka hlásila, že cvičí aerobik, dnes už se může stát, že poté, co vám oznámí, jaký sport pěstuje, nebudete vědět, co si pod ním představit. Jóga, Tai-či, Tae-bo, Kick-box, aerobik a mnoho dalších. Ve městech se rozšiřují cyklistické trasy, na horách zase lyžařské areály. Nejenže se zpestřila nabídka sportů, ale rozšířila se i nabídka míst, kde je můžete provozovat. Aerobik můžete jet cvičit do Chorvatska, lyžovat zase v létě na ledovci v Alpách.

Stejně tak se zpestřila nabídka jídel v supermarketech. Pomeranče a banány koupíte běžně i jindy než o Vánocích, vybírat můžete ze široké nabídky sýrů a celozrnného pečiva.

Na druhou stranu díky rychle rostoucí ekonomice roste i počet aut a zároveň těch, co nimi jezdí. Při průchodu supermarketem nelze odolat regálům plným chipsů, čokolád, bonbónů a málokdo klidně projde mezi chladícími boxy s různými druhy zmrzlin. Tři televizní stanice se rvou jako o život, která z nich déle udrží diváka v sedě před obrazovkou a mezi pořady ho upozorňuje, kterými pochutinami se má na druhý den k jejímu sledování vybavit.

Jak jsme se nechali ovlivnit těmito změnami? Jak se změnilo pod vlivem těchto změn naše chování a náš životní styl po roce 1989? Na to se budu pokoušet odpovědět v následující kapitole.

4.2 Zkoumané oblasti změny životního stylu

Činností, které ovlivňují naše zdraví je mnoho. Ke svému sledování vybírám jen ty, které považuji za skutečně zásadní. Je to.

- kouření
- nadměrné požívání alkoholu
- stravovací návyky
- obezita
- fyzická aktivita

Z toho co vidíme kolem sebe, je zřejmé, že nevhodné způsoby chování mají tendenci se kumulovat a navzájem ovlivňovat.

Obézní lidé se málokdy věnují aktivně sportu a jejich nadváha je způsobena špatnými stravovacími návyky. I když je důležité zmínit, že ne u všech je obezita způsobena nevhodným stravováním a nedostatkem pohybu, ale může jít i o důsledek nějakého onemocnění.

Kouření cigaret se zase často pojí s různými rituály, jako je např. pití kávy či piva. Dle studie ESPAD z roku 1999 jsou denní kuřáci zároveň častějšími konzumenty alkoholu. Opakovanou opilost uvedlo 31 % denních kuřáků, ale jen 5 % ostatních respondentů tohoto průzkumu. Podobná souvislost byla sledována i u užívání marihuany (71,8 % mezi denními kuřáky, 18,2 % mezi ostatními) a heroinu (10,6 % mezi denními kuřáky, 1,4 % mezi ostatními) (41, s. 17).

V následujících podkapitolách se porovnáním výsledků různých studií pokusím vysledovat, jak se změnil životní styl českých občanů po roce 1989 ve jmenovaných oblastech.

4.2.3 Kouření

Kouření tabáku je nejzávažnějším známým preventabilním rizikovým faktorem, který ovlivňuje vznik a průběh mnoha onemocnění. Situace je o to závažnější, že podle zprávy světové banky kouřila v roce 1999 1,1 miliardy lidí (8, s. 2).

Dopady kouření na lidský organismus

Dopad kouření na člověka je dvojího druhu. Zaprvé se člověk stává na tabáku velmi rychle závislým (a to tím rychleji, čím je jeho věk nižší). Do mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize – je zařazen také syndrom závislosti na tabáku (kód F17.2). V posledních desetiletích přibývá v ekonomicky vyspělých zemích lidí, kterým se podařilo s kouřením přestat. Jsou to především lidé s vyšším vzděláním. Naopak snaha přestat kouřit je velmi nízká v zemích zaostalých a rozvojových. To souvisí s tím, že právě v zemích se zaostalou ekonomikou je zároveň i špatná informovanost o důsledcích kouření (např. v roce 1996 se při dotazování kuřáků v Číně na možné důsledky kouření 61 % domnívalo, že jim tabák neškodí vůbec nebo jen trochu (8, s. 3).

Zadruhé pak kouření destruuje zdravotní stav kuřáka. Zdravotních důsledků kouření je mnoho, přesto alespoň pro přehled uvádím ty základní: rakovina plic a dalších orgánů, oběhová onemocnění či onemocnění dýchacích cest. Důležité je, že negativní důsledky kouření se projevují i u pasivních kuřáků, kteří vdechují cigaretový dým nedobrovolně.

Proč začínáme kouřit

Začátky kouření mají často souvislost se sociální skupinou, do níž člověk patří. Ta má v tomto ohledu velmi silný vliv.

A to jak příklad v rodině a vysoká tolerance rodičů ke kouření, tak i tlak vrstevníků a strach jedince, že pokud nezačne kouřit, o své kamarády přijde. Podle studie HBSC sledující kuřáctví mezi mladistvými v letech 1994, 1998 a 2002 je velká souvislost mezi tím, zda jeden z rodičů kouří a tím, zda začne kouřit i jejich potomek. Z rodin, kde otec nekouřil, vzešlo 21,3 % kuřáků, kde kouřil, vzešlo 46,1 % kuřáků. Podobná situace byla i v případě kuřáctví či nekuřáctví matky. Ještě silnější vliv byl sledován v případě vrstevníků. V případě, že má nekouřícího kamaráda, nekouří 90 % respondentů, pokud naopak kamarád denně kouří, kouří téměř 60 % mladistvých, kteří se průzkumu zúčastnili. (citace)

Špatná
formul

U mladých lidí navíc hraje významnou roli touha zkusit něco zakázaného, co souvisí s dospělostí. Experimentování s kouřením začíná v dětství a v dospívání, nejčastěji ve věku 10-14 let.

Postupně se pak mění motiv proč kouří. Po utvoření závislosti člověk sahá po cigaretě, aby se uvolnil, zbavil se napětí, které v něm vyvolává abstinence od cigarety. Někdy se tento zvyk spojí s jinou sociální situací (např. káva a cigareta, pivo a cigareta, čekání na autobus a cigareta). Pak hovoříme o psychosociální závislosti.

vliv reklamy!

Zdroje

Nejstarší studie, kterou chci použít je studie CINDI 1985, jejíž závěry zveřejnil Zdeněk Novák v publikaci *K problematice kouření v české populaci*.

ÚZIS pak zkoumal životní styl ve studii HIS CR, která probíhala v letech 1993, 1996, 1999, 2002, kde se věnuje i tématu kouření.

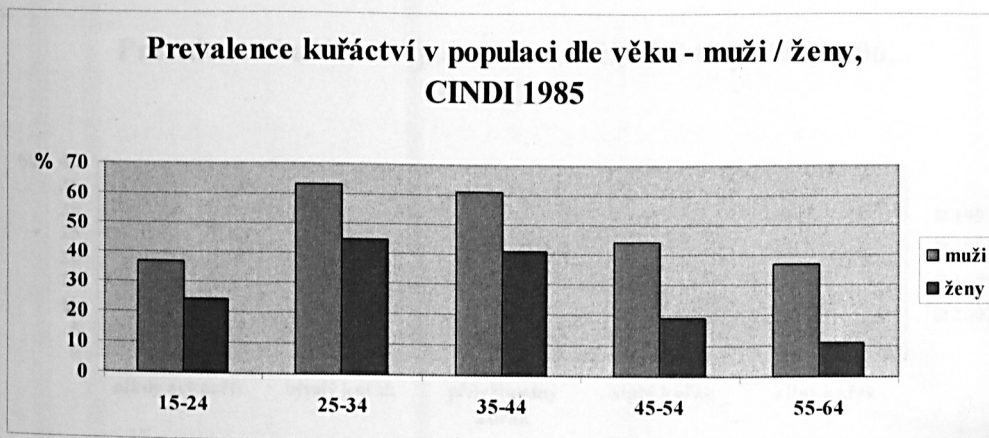
SZÚ provádí pravidelné šetření v populaci od roku 1996 do současnosti pod názvem *Zdraví a škodlivé návyky*. V roce 1996 byly otázky pokládány jiným způsobem než v následujících letech, proto studii z tohoto roku uvádím zvlášť. Od roku 1999 probíhalo zkoumání každoročně až do roku 2005.

V roce 2002 pak proběhlo v České republice šetření Světové zdravotnické organizace pod názvem CINDI monitorující životní styl v různých státech Evropy.

Srovnáním údajů chci získat obraz vývoje kuřáctví v České republice za posledních 20 let, v letech 1985-2005.

Populační studie CINDI 1985

Výsledky této studie publikoval Zdeněk Novák pod názvem *K problematice kouření v české populaci* v roce 1989.



Poznámka: Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka h)

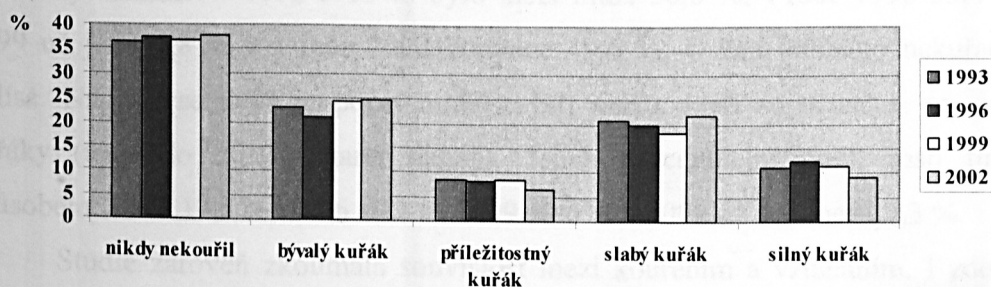
Velice podobné údaje jako v grafu vzešly i ze studie Monika 1986. Ukazuje se, že počet kuřáků byl v roce 1985 skutečně vysoký. V průměru kouřilo přes 48 % mužů a 28 % žen, rozdíl mezi muži a ženami je tedy markantní.

Nejslabší kuřáckou skupinou jsou krajní věkové kategorie. Široce pojatá věková skupina adolescentů 15-24 let znemožňuje sledovat vývoj kuřácké kariéry v jejích počátcích, proto byla dále rozčleněna na podskupinu 15-19 a 20-24 let. Zatímco v té první bylo kuřáků pouze 20 %, v té druhé už 42 %, jejich počet se tedy zdvojnásobil. Nejsilnější kuřáckou věkovou skupinou je u mužů i žen skupina 25-34 let.

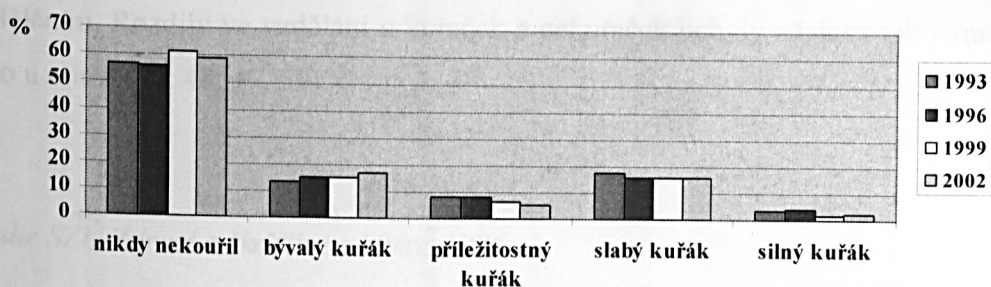
Studie ÚZIS HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

Cílem šetření HIS CR bylo získání záznamu subjektivně vnímaného fyzického, duševního a sociálního zdraví respondenta. Byla použita metoda přímých rozhovorů. Účastníci byli vybíráni náhodně, výsledný segment byl pak zkoumán z hlediska reprezentativnosti a byl shledán reprezentativním. V jednotlivých letech se zúčastnilo 1600 (1993), 3396 (1996), 3456 (1999) respektive 2476 (2002) respondentů, kteří byli vždy starší 15 let.

Prevalence kuřáctví v populaci - muži, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002



Prevalence kuřáctví v populaci - ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002



Poznámka: Podrobné údaje ke grafům viz Příloha – tabulky i, j)

Žen, které nikdy nekouřily, je významně více než nekuřáků mužů. Naopak mezi muži najdeme víc silných kuřáků, než mezi ženami. Silným kuřákem byl míněn ten, který denně vykouří více než 20 cigaret. Podíl silných kuřáků má navíc tendenci u obojího pohlaví kolísat.

Podle odpovědí respondentů nejenže mírně roste podíl těch, kteří nikdy nekouřili (muži ze 36,4 na 37,8; ženy z 56,7 na 59,1), ale i těch, kteří kouření zanechali (muži z 23,1 na 24,7; ženy ze 13,8 na 17,3). Tento nárůst je však skutečně velmi nepatrný a nemusí být tedy statisticky významný.

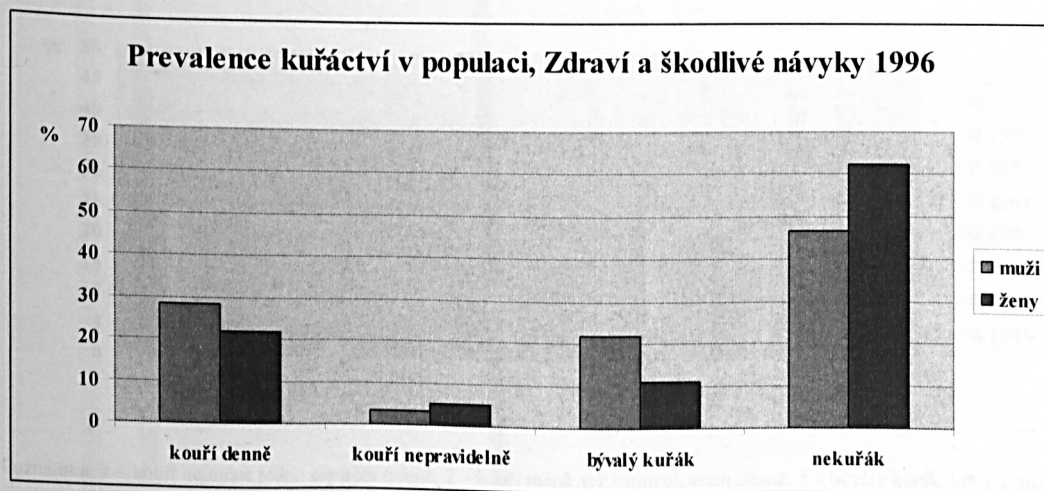
Pokud bychom souvislost mezi kuřáctvím a věkem, pak nejvíce silných kuřáků se vždy nacházelo ve dvou věkově si blízkých skupinách, a to 35 – 44 a 45 – 54 let. Nejvíce příležitostných kuřáků se většinou objevovalo ve skupině mladistvých (15 – 24 let) a to mezi muži v rozptýlu 9,5 – 13,5 %, mezi ženami 8,3 – 15 %. Dá se předpokládat, že velká část z nich - vzhledem ke svému věku – teprve kouřit začíná. Buď se brzy stanou pravidelnými kuřáky nebo s kouřením přestanou,

každopádně se přesunou do jiné skupiny, což i z tabulky vyplývá. Varující je informace, že se pravidelně snižuje procento mladistvých mužů, kteří nikdy nekouřili. Zatímco v roce 1993 to bylo mezi muži 56,6 %, v roce 1996 53,4 %, 1999 už jen 51,8 % a v roce 2002 dokonce 49,6 %. U žen procento nekuřáček kolísá. Naopak se zvyšuje počet mladistvých mužů, kteří se označují za slabé kuřáky (tedy do 20!!! cigaret denně). Jejich procentuelní podíl rostl tímto způsobem: 1993 17,5 %, 1996 19,1 % 1999 19,6 % a 2002 už dokonce 27,3 %.

Studie zároveň zkoumala souvislost mezi kouřením a vzděláním. I zde se potvrdilo pravidlo, že více kuřáků je u nás mezi osobami s nižším vzděláním. Mezi muži se pravidelně nejvíce kuřáků objevovalo u osob s učňovským, respektive základním vzděláním a nejvíce nekuřáků mezi vysokoškoly. U žen se v roce 1993, 1996 a 1999 naopak nejvíce nekuřáček objevilo mezi těmi se základním vzděláním. Rozdíly ve vzdělání u kuřáček a nekuřáček nebyly zdaleka tak výrazné jako u mužů (47, 48, 49, 50).

Studie SZÚ Zdraví a škodlivé návyky, 1996

V roce 1996 SZÚ poprvé provedl šetření s názvem Zdraví a škodlivé návyky. Znovu ho zopakoval v roce 1997, kdy přidal některé otázky. Pravidelně pak probíhalo každoročně od roku 1999-2005. Vzhledem k tomu, že v roce 1996 byly pokládány otázky jinak, uvádím výsledky studie z tohoto roku zvlášť.



Poznámka: Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka k)

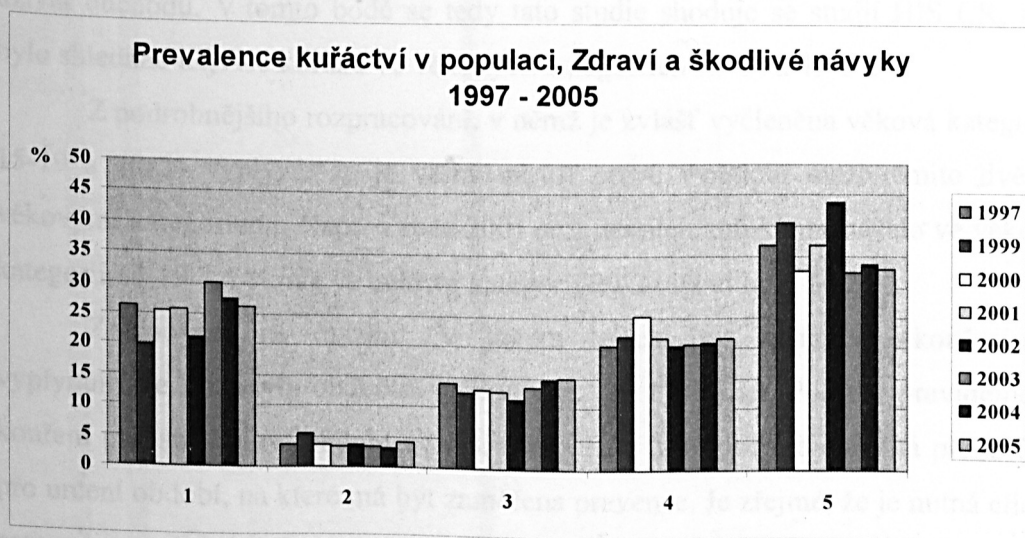
Opět se zde potvrzuje, že muži jsou silnějšími kuřáky než ženy, mezi nimiž naopak najdeme více nekuřáček. Zatímco z mužů denně kouří necelých 29 %, z žen pouze 22 %. Opět se zde čísla u mužů blíží 30 a u žen spíše 20 %. Podíl nekuřáček byl v této studii skutečně vysoký – přes 62 %.

Byl také sledován vztah mezi kouřením a vzděláním. Markantní rozdíly byly především u mužů. 52 % denních kuřáků mělo základní vzdělání, zatímco vysokoškoláků mezi nimi bylo 20,3 %. I žen, které denně kouří bylo nejvíce se základním vzděláním, a to 28,3 %. Nebyl zde ale takový rozdíl mezi těmito a vysokoškolačkami, kterých bylo mezi nimi 19,7 %.

Muži jsou nejen častěji kuřáky než ženy, ale také v průměru vykouří více cigaret. Zatímco ženy jich vykouří v průměru necelých 12 denně, tak muži o tři více, tedy 15 (41).

Studie SZÚ Zdraví a škodlivé návyky, 1997-2005

Cílem této studie bylo zjišťování prevalence kuřáctví v populaci ČR, dále analýza kuřáckých zvyklostí a názorů na kouření. Prováděla se opakovaně v letech 1997-2005 (s výjimkou roku 1998), přičemž byly pokládány stejné nebo obdobné otázky, aby bylo možné konstruovat vývoj sledovaných skutečností.



Poznámka: 1 – kouří nejméně jednu cigaretu denně, 2 – kouří méně než jednu cigaretu denně, 3 – bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než sto cigaret, ale v současnosti nekouří, 4 – nekuřák, který kdysi zkusil kouřit (vykouřil však méně než sto cigaret), 5 – nekuřák, který nikdy nekouřil; Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka I)

Podle této studie počet denních kuřáků kolísá. V roce 2005 tak denně kouřil téměř stejný počet respondentů jako v roce 1997, přičemž nejvíce jich bylo v roce 2003. Stejně tak kolísá podíl těch, kteří nikdy nekouřili. Nejvíce jich bylo v roce 2002 a nejméně právě v roce 2005, kdy bylo o 3,8 % nekuřáků míň než v roce 1997. Nejvíce respondentů se k absolutnímu nekuřáctví přihlásilo v roce 2002 a to 43,7 %.

V této studii byli zároveň zkoumáni ti, kteří kouří denně, podle věku.

Tabulka č. 7 - Podíl věkových skupin na kouření populace (ti, kteří kouří více než 1 cigaretu denně), Zdraví a škodlivé návyky 1997-2005 – v %

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
1999	24,1	21,1	20	24,6	10,2
2000	22,1	14,9	20,8	29,8	12,4
2001	21,6	19,1	21,5	25,5	12,3
2002	18,3	22,9	21,5	23,7	13,6
2003	23	20,8	17,6	23,2	15,4
2004	21,5	21,2	20,1	24,9	12,3
2005	19,7	23,5	19	24,1	13,7

Nejvíce denních kuřáků je po celou dobu ve věkové skupině 45-54 let, přičemž hned v následující dekádě jejich podíl významně klesá. Důvodem mohou být nastupující zdravotní potíže nebo i snaha změnit životní styl, aby si mohli plně užívat důchodu. V tomto bodě se tedy tato studie shoduje se studií HIS CR, kde bylo shledáno nejvíce kuřáků ve věkových kategoriích 35-44 a 45-54.

Z podrobnějšího rozpracování, v němž je zvláště vyčleněna věková kategorie 15-19 a 20-24 vyplývá, že je velký nárůst právě v období mezi těmito dvěma věkovými kategoriemi. Např. v roce 2001 se z denních kuřáků nacházelo ve věkové kategorii 15-19 7,4 %, ale ve věkové kategorii 20-24 už to bylo 14,2 %.

Z odpovědí na otázku „V kolika letech jste začínal/a s kouřením?“ vyplynulo, že krizovým obdobím je skutečně věk 14, 15 let. Počátky pravidelného kouření pak spadají do období 17.,18. roku. Tato informace je důležitá především pro určení období, na které má být zaměřena prevence. Je zřejmé, že je nutná cílená prevence na základní škole, neboť na střední už může být pozdě.

V roce 2001 byla do souboru přidána otázka „Kdy chcete přestat kouřit“. Počet respondentů, kteří dopověděli, že o tom neuvažují, postupně klesal ze 43,3 % (2001) na 30,5 % (2004). V roce 2004 jejich počet bohužel opět vzrostl na 35,2 %.

Je možné, že jde pouze o jednorázové vychýlení, ale každopádně jím byl příznivý trend narušen (46).

Program CINDI Světové zdravotnické organizace 2002

Program CINDI je šetření Světové zdravotnické organizace monitorující zdravotní chování a rizikové faktory životního stylu v různých státech Evropy. V letech 1999-2002 proběhl výzkum ve 26 státech včetně ČR (zde v roce 2002).

U nás tato studie proběhla na vzorku 2003 osob ve věkovém rozmezí 25-64 let, které byly vybrány na základě demografických ukazatelů k 31.12.2000 tak, aby šlo o vzorek reprezentativní.

Na základě dotazníku bylo zjištěno, že denně kouří 26 % mužů a 16 % žen, občas potom dalších 7 % mužů a 4 % žen. Celkem tedy mezi muži bylo 33 % kuřáků, mezi ženami 20 %.

Nejsilnější kuřáckou skupinou podle věku byla u mužů skupina 35-44 let (36 % reprezentantů této věkové skupiny kouřilo, z toho 6 % občas), těsně následovaná kategorií 45-54 let (33 % kuřáků, z toho 4 % občas). U žen byla situace obrácená. Nejvíce kuřáček bylo ve skupině 45-54 (24 %, z toho 4 % občas), na druhém místě pak kategorie 35-44 (23 %, z toho 6 % občas). Zatímco u mužů není v nejvyšší věkové kategorii 55-64 pokles počtu kuřáků příliš výrazný (stále kouří 29 %, z toho 7 % občas), u žen ano (kouří jich již jen 12 %, z toho 3 % občas).

V dotazníku byla zároveň položena otázka: „Dělají vám starosti škodlivé následky kouření pro vaše zdraví?“. Respondenti si mohli vybírat z odpovědí:

- velké starosti
- trochu starosti
- ne moc starosti
- žádné starosti

Alarmující je, že jak mezi muži tak mezi ženami si velké starosti dělalo pouze 7 % respondentů. Nejčastěji odpovídali, že si dělají trochu starosti, přičemž nejvíce se tato odpověď objevovala právě ve věkových kategoriích, které kouří nejčastěji (tedy 35-44 a 45-54 u mužů i u žen). Žádné starosti si nedělalo 15 % a 8 % žen.

15% mužů a 10 % žen by chtělo přestat kouřit. A pokud jim někdo v posledním roce radil, aby s kouřením skončili, byl to ve většině případů někdo z rodiny (19 %) (43).

Závěr

Na to, jaké škodlivý efekt má kouření na naše zdraví, je u nás kuřáků stále moc a mladá generace zatím nedává naději, že by se měla situace zlepšovat.

Porovnáme-li vývoj počtu kuřáků v roce 1985-2005, pak můžeme konstatovat, že celkový počet kuřáků se hned po revoluci snížil. Studie HIS CR 1993 uvádí počet pravidelných mužů kuřáků necelých 32 % a žen kuřaček 21 %. Oproti tomu CINDI 1985 uvádí 48 % kuřáků a 24 % kuřaček. Všechny následující studie HIS CR udávají podobná čísla s malými výkyvy různým směrem, ale stále se počet denních kuřáků pohybuje kolem 30 % a kuřaček kolem 20 %. Šetření Zdraví a škodlivé návyky neudává čísla separátně pro muže a pro ženy, proto je srovnání těžko možné. Ale i zde se počet denních kuřáků pohybuje mezi 20 – 30 % z celkového počtu dotazovaných.

Pokud sledujeme denní kuřáky dle věku, pak je zřejmé, že silná kategorie kuřáků ve věku 25-34 let ze studie CINDI 1985 postupně stárne, a tak se v devadesátých letech stává nejsilnější skupina 35-44 let, po roce 2000 se nejsilnější skupinou stává kategorie 45-54 let. Po 54. roce procento kuřáků prudce klesá, patrně ze zdravotních důvodů. Procento kuřáků v nejmladší skupině je bohužel stále velmi vysoké, a tak nemůžeme předpokládat, že by v blízké době kuřácká epidemie pominula. Krizovým obdobím je konec 2. stupně základní školy, kdy velká část kuřáků startuje svoji závislost. Sem je pak nutné nasměrovat prevenci.

Byla vysledována i souvislost mezi kouřením a vzděláním, která je více markantní u mužů. Čím nižší vzdělání, tím více kuřáků a čím vyšší vzdělání, tím více nekuřáků.

4.2.4 Nadměrné požívání alkoholu

Česká republika je zemí piva a český národ je na to hrdý. Díky vysoké oblibě tohoto národního moku se ale udržujeme na čele žebříčku jeho největších konzumentů. Podle alkoholové databáze Světové zdravotnické organizace u nás každý obyvatel spotřeboval v roce 2000 14,9 litrů čistého alkoholu. Pro srovnání můžu uvést, že hůře než my na tom z evropských států bylo např. Lucembursko (17,1), Portugalsko (16,6) či Irsko (15,8). Nižší spotřebu mělo např. Finsko (9,7), Švédsko (6,8), Norsko (5). Dokonce i Slovenská republika měla spotřebu o 2,8 litru nižší (12,1) než my.

(zdroj)

Dopad nadměrné konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu má - stejně jako kouření - významný vliv na zdraví člověka. V poslední době se často objevují studie, které prezentují kladný vliv malých dávek alkoholu na lidský organismus. Pozitivní účinky jsou shledávány u červeného vína na krevní oběh, případně u piva na trávicí trakt nebo močové cesty. Bohužel se právě za argument, že „alkohol v malých dávkách neškodí v libovolném množství“ ukrývají ti, kteří ho konzumují v nebezpečných objemech.

Podle Světové zdravotnické organizace zdravotně rizikovou dávkou je průměrná denní spotřeba 40 gramů alkoholu pro muže a 20 gramů pro ženy (28, s. 38). Hampl uvádí tyto zdravotní následky:

- somatické – infekční nemoci, zhoubné nádory, nemoci žláz s vnitřní sekrecí, poruchy výživy a přeměny látek, nemoci krve a krevtovorných orgánů, nemoci nervové, nemoci oběhové soustavy, nemoci trávicí soustavy, nemoci kůže a svalů, úrazy a otravy, fetální alkoholový syndrom
- psychické – psychická závislost na alkoholu, postižení intelektu, poruchy osobnosti, syndrom odnětí, delirium tremens, alkoholická halucinóza, Korzakovova alkoholická psychóza, paranoidní alkoholická psychóza, patická opilost (28, s. 48)

Česká společnost je tradičně tolerantní vůči pravidelnému pití alkoholu, dokonce i k nalévání alkoholu mladistvým. Tím je nepřímo povzbuzují, aby alkohol konzumovali. Konzumace alkoholu má vysokou vazbu na společenský život. Kdo

nepije, je z pijící společnosti vyřazen a je považován za divného. Na druhou stranu nadměrné pití alkoholu bortí mezilidské vztahy. Pravidelná konzumace alkoholu má za následek též některé sociálně patologické jevy jako je kriminalita.

Zdroje

Informace o spotřebě alkoholu v České republice podává především Světová zdravotnická organizace, která eviduje spotřebu v přepočtu na hlavu občanů starších 15 let. Pro lepší přehled vývoje situace začínám se sledováním údajů už v roce 1980.

Opět používám šetření HIS CR, které mapuje životní styl našich občanů v letech 1993, 1996, 1999 a 2002.

Ve dvou etapách rovněž probíhal průzkum Helen 1998-2002 a Helen 2004-2005, který zjišťoval údaje o pití alkoholu u městské populace ve věku 45-54 let.

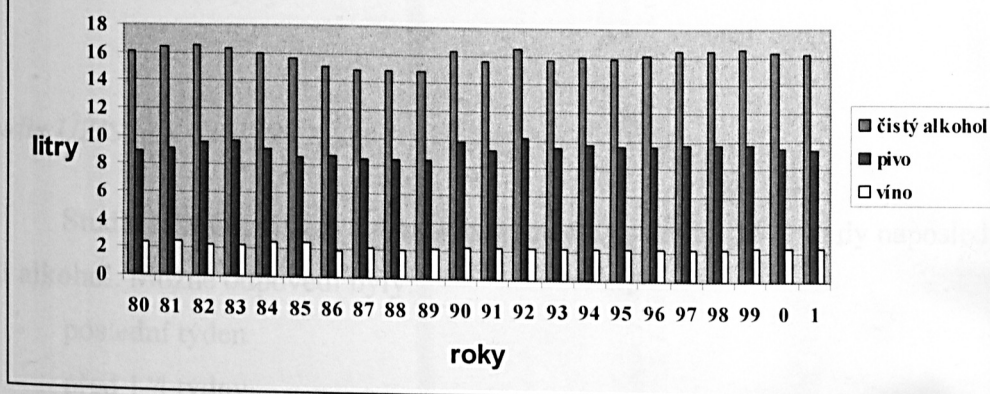
Další studie se už uskutečnily v novém tisíciletí. V roce 2002 je to mezinárodní studie GENACIS.

Ve stejném roce proběhlo šetření Světové zdravotnické populace CINDI 2002.

Spotřeba alkoholu v ČR dle Světové zdravotnické organizace 1980-2001

Jedním z ukazatelů, který můžeme použít pro vykreslení situace okolo konzumace alkoholu v České republice, je již mnoho let vedená statistika Světové zdravotnické organizace, která eviduje množství alkoholu zkonsumovaného v České republice v přepočtu na hlavu (občanů starších 15 let). Dále spotřebu piva a vína spočítanou stejným způsobem.

Spotřeba alkoholu v přepočtu na občany starší 15 let, SZO 1980 - 2001



Poznámka: Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka m)

Podle grafu se spotřeba alkoholu u nás v letech 1984-1989 snižovala. V roce 1990 se prudce zvýšila, znovu pak v roce 1992. Od roku 1996 už pak neklesla pod 16 litrů.

Je nutné si uvědomit, že se jedná o údaje, které mohou být zkresleny. Navýšeny mohou být především turistickým ruchem, započtena zde naopak není nelegální výroba alkoholu, pašování, ale také alkoholová spotřeba českých občanů v zahraničí (např. na dovolené).

Porovnejme tedy výše uvedené údaje s údaji o spotřebě alkoholu v okolních zemích, kde je také velmi čilý turistický ruch. V Německu byla v roce 1980 spotřeba alkoholu velmi vysoká (16,45 litru), ale stále se snižovala, i když se objevovaly i výkyvy ve spotřebě směrem nahoru. Od roku 1992 se spotřeba alkoholu pravidelně snižovala až na 12,89 litru na hlavu občanů starších 15 let v roce 2001. V Maďarsku byla spotřeba v roce 1980 ještě vyšší – 17,04 litru. Také zde ale postupně klesala, v roce 1991 už byla jen na 15,43, v roce 2001 se dostala až na 11,92 litru. V Polsku byla spotřeba alkoholu výrazně nižší než u nás už před rokem 1989. V roce 1980 byla 11,53 litru a hned v následujícím roce prudce klesla na 8,78 litru. Zatímco v druhé polovině osmdesátých let se pohybovala mezi devíti a desíti litry, po celá devadesátá léta je spotřeba mezi osmi a devíti. V roce 2001 činila spotřeba čistého alkoholu 8,68 litru na hlavu. Na Slovensku činila spotřeba alkoholu v roce 1980 15,17 litrů. Do roku 1989 rovnoměrně klesala až na 12,90 litrů. Od té doby jeho spotřeba kolísá mezi 12 a 13 litry. V roce 2001 klesla na 12,41 litrů.

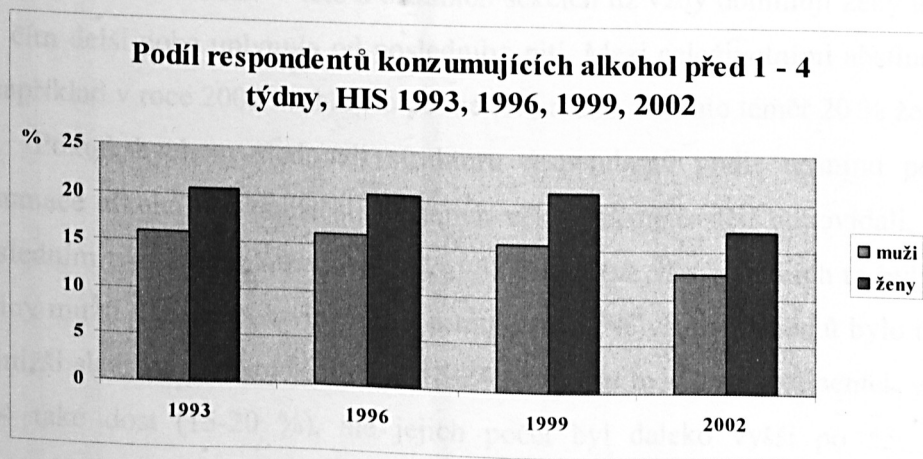
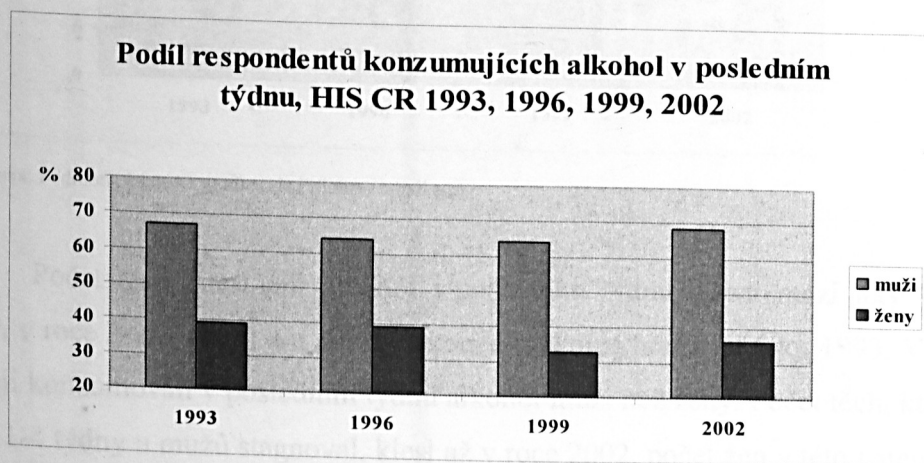
Můžeme tedy jednoznačně prohlásit, že ve všech okolních zemích se spotřeba alkoholu v posledních 20 letech výrazně snížila, což je zcela opačný vývoj situace než u nás (51).

Studie ÚZIS HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

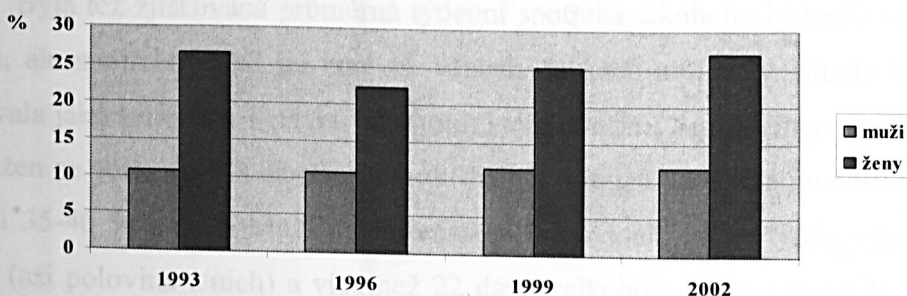
Studie HIS CR zjišťovala mezi respondenty staršími 15 let, kdy naposledy pili alkohol. Možné odpovědi byly:

- poslední týden
- před 1-4 týdny
- před více než 4 týdny
- jsem celoživotní abstinent

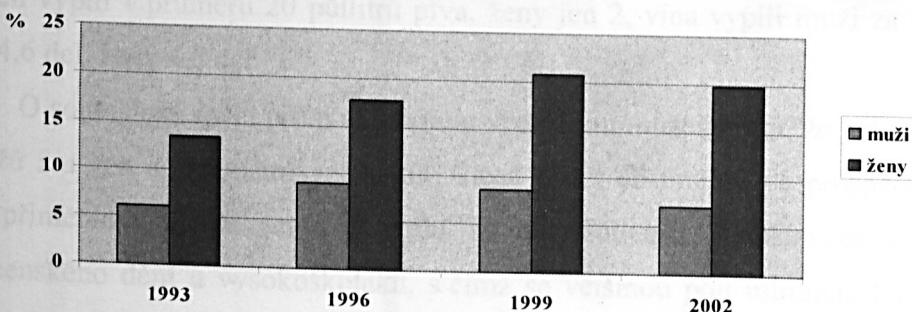
Následující grafy ukazují, jak se měnila struktura odpovědí v jednotlivých letech, kdy bylo šetření prováděno.



Podíl respondentů konzumujících alkohol před více než 4 týdny, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002



Podíl respondentů, kteří jsou celoživotními abstinenty, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002



Poznámka: Podrobné údaje ke grafům viz Příloha – tabulka n)

Počet těch, kteří pili alkohol v posledním týdnu klesal mezi lety 1993 a 1999, v roce 2002 stoupl a u mužů dokonce překonal hranici z roku 1993. Výrazně častěji konzumovali v posledním týdnu alkohol muži než ženy. Počet těch, kteří pili před 1-4 týdny u mužů stagnoval, klesl až v roce 2002, počet žen v této kategorii ve sledovaných letech klesl. V této a ostatních sekcích už vždy dominují ženy a to tím více, čím delší doba uplynula od posledního pití. Mezi celoživotními abstinenty se tak například v roce 2002 nacházelo pouze 7 % mužů, ale zato téměř 20 % žen.

Pokud bychom sledovali strukturu respondentů podle termínu poslední konzumace alkoholu v závislosti na jejich věku, tak nejčastěji odpovídali, že pili v posledním týdnu muži a ženy ve věku 35-54 let (ve všech studiích to byly až tři čtvrtiny mužů a téměř polovina žen v tomto věku). Nejvíce abstinentů bylo u mužů v nejnižší sledované věkové skupině 15-24 let, u žen bylo sice abstinencek ve věku 15-24 také dost (15-20 %), ale jejich počet byl daleko vyšší po 55. roce a s narůstajícím věkem jich ještě přibývalo. Po 75. roce života jich už bylo mezi 40-

50 %. Tuto skutečnost můžeme opět připsat na vrub jejich zvýšené péči o svůj zdravotní stav.

Byla též zjišťována průměrná týdenní spotřeba alkoholu. Nejenže muži pili častěji, ale spotřebovávali jej také ve větších dávkách než ženy. Studie HIS CR používala jako kritérium 1 dávku alkoholu, která obnáší 12 g. Zatímco spotřeba 73-80 % žen se vešla do 0-2 dávek alkoholu týdně, u mužů tak nízké množství vypilo jen asi 35-40 % z nich. Muži naopak častěji odpovídali, že za týden vypijí 2-22 dávek (asi polovina z nich) a více než 22 dávek alkoholu týdně (10-16 % z nich). Velké dávky alkoholu (více než 22 týdně) pili nejčastěji muži ve věku 35-44 let.

V roce 2002 se rovněž zjišťovalo, jakým alkoholickým nápojům dávají muži a ženy přednost. U mužů jednoznačně vedlo pivo, u žen víno. Muži v posledních 4 týdnech vypili v průměru 20 půllitrů piva, ženy jen 2, vína vypili muži za stejnou dobu 4,6 dcl, ženy 4,5 dcl.

O souvislosti mezi pitím alkoholu a vzděláním můžeme říct, že jednoznačně u mužů i u žen s rostoucím vzděláním klesá počet abstinentů ve prospěch růstu počtu přiměřených konzumentů alkoholu. To může souviset i s větším zapojením do společenského dění u vysokoškoláků, s čímž se většinou pojí minimálně občasná konzumace. Stejně tak s rostoucím vzděláním klesá mezi muži podíl těch, kteří pijí alkohol nadměrně. U žen tento podíl kolísá, ale například v roce 1996 a 2002 bylo nejvíce nadměrných konzumentek alkoholu mezi osobami s vyšším vzděláním (47, 48, 49, 50).

Studie HELEN 1998-2002

Studie Helen – Health, Life Style and Environment měla za cíl doplnit údaje demografické a zdravotní statistiky a zmapovat výskyt rizikových faktorů životního stylu městské populace středního věku ČR. Zkoumání proběhlo ve 27 městech. Zkoumaným vzorkem byli muži a ženy ve věku 45-54 let. V této studii byla tedy zkoumána poměrně úzká věková kategorie. Respondenti byli mimo jiné dotazováni i na konzumaci alkoholu.

Jako hranici nebezpečnou zdraví stanovili autoři studie denní konzumaci 30 g alkoholu u mužů a 20 g u žen. U mužů je tedy tato hranice o 10 g nižší než doporučuje Světová zdravotnická organizace. Tuto hranici překročilo ze

sledovaného vzorku 18,7 % osob. Opět se ukázalo, že muži konzumují alkohol ve větší míře než ženy. Z mužů překročilo stanovenou míru 31,5 %, z žen pouze 7,4 %.

Muži v průměru konzumovali 4,2 litrů piva, 2 dcl vína a 0,7 dcl destilátů na osobu a týden, ženy 0,5 litrů piva, 1,7 dcl vína a 0,3 dcl destilátů na osobu a týden. Největší rozdíl je tedy v konzumaci piva (muži hodně, ženy málo), naopak vína vypijí obě pohlaví téměř stejně (44).

Studie HELEN 2004-2005

V letech 2004-2005 proběhla 2. etapa studie Helen, tentokrát ve 27 městech ČR. Věkové složení účastníků bylo stejné jako v etapě první.

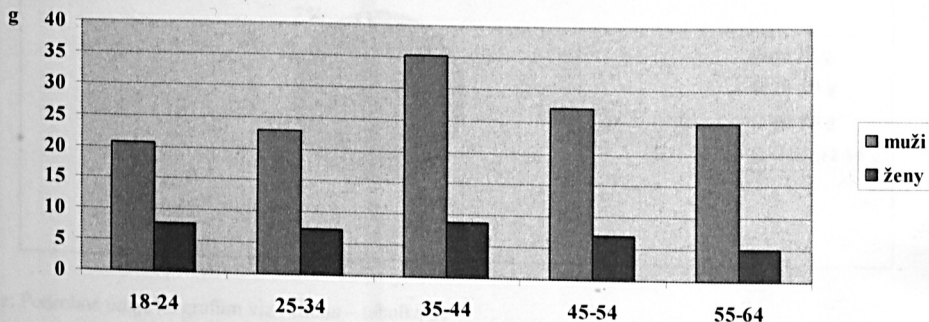
Nebezpečná hranice denního množství konzumovaného alkoholu byla opět stanovena stejně – 30 g pro muže a 20 g pro ženy. Ze zkoumaného vzorku překročilo stanovený limit 26,1 % mužů a 7,5 % žen. Oproti první etapě se počet silných pijáků snížil o 5,4 %, počet žen konzumujících denně zdraví nebezpečnou dávku alkoholu zůstal stejný.

Muži v průměru konzumovali 3,6 litrů piva, 2,4 dcl vína a 0,6 dcl destilátů na osobu a týden. Ženy si vystačily s menším množstvím, a to 0,5 litru piva, 2,0 dcl vína a 0,2 dcl destilátu na osobu a týden. V porovnání s předchozí etapou se u mužů snížilo průměrné týdenní množství zkonsumovaného piva, a to o 0,6 litru. Spotřeba destilátů zůstala téměř beze změny (snížení o 0,1 dcl), spotřeba vína naopak vzrostla o 0,4 dcl. Ženy zařazené do druhé etapy konzumovaly stejné množství piva jako ty v té první, ale o 3 dcl více vína a o 0,1 dcl destilátu méně (45).

Studie GENACIS 2002

V rámci mezinárodní studie GENACIS (Gender, Alcohol and Culture) bylo v ČR dotazováno 2551 osob ve věku 18-64 let.

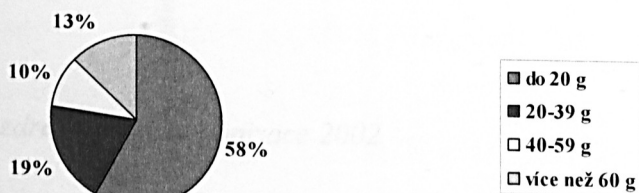
Průměrná denní spotřeba alkoholu v gramech dle věkové kategorie - muži /ženy, GENACIS 2002

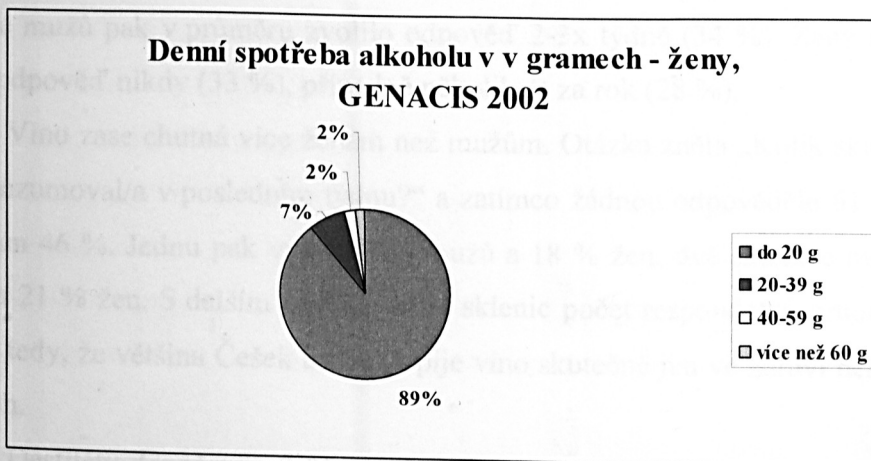


Poznámka: Podrobné údaje ke grafu viz Příloha – tabulka o)

Na první pohled je zřejmé, že průměrná spotřeba alkoholu je opět výrazně vyšší u mužů než u žen. Nejvíce alkoholu spotřebují muži ve věkové skupině 35-44 let, nejméně ve skupině 18-24 let. Zatímco rozdíly v konzumaci alkoholu u mužů podle toho k jaké věkové kohortě patří jsou značné, u žen jsou nepatrné. U obou skupin spotřeba alkoholu klesá s věkem, což může mít spojitost se zdravotními problémy.

Denní spotřeba alkoholu v gramech - muži, GENACIS 2002





Poznámka: Podrobné údaje ke grafům viz Příloha – tabulka p)

Velmi důležitá je odpověď na otázku, kolik mužů a žen překračuje onu stanovenou míru 40 respektive 20 g průměrné denní spotřeby alkoholu. U mužů to bylo 22,6 % a u žen 11 % odpovídajících. Více než jedna pětina mužů a jedna desetina žen tedy konzumuje takové množství alkoholu, které ohrožuje jejich zdraví.

Pokud bychom hodnotili pouze ty muže, kteří konzumují více než 40 g alkoholu denně podle věku, pak nejvíce jich najdeme ve věkové skupině 35-44 let (32,8 %) a 45-54 let (21,3 %).

U mužů byla shledána souvislost mezi vzděláním a průměrným množstvím zkonsumovaného alkoholu. Vysokoškoláci ho denně vypili o 10 g méně než muži se základním vzděláním. U žen byla průměrná denní spotřeba ve všech vzdělanostních skupinách téměř vyrovnaná, u vysokoškolaček byla dokonce o něco vyšší než u středoškolaček (42).

Program CINDI Světové zdravotnické organizace 2002

Šetření CINDI 2002 – použité už v části o kouření – sledovalo také konzumaci alkoholu v České republice.

Otázky se zaměřily na frekvenci pití piva, vína, destilátů a koktejlů. Bezezbytku se zde potvrdilo, že Čechům koluje pivo v krvi.

Na otázku „Jak často pijete pivo?“ odpovědělo 29 % mužů, že denně (z žen pouze 3 %). Nejvíce denních konzumentů je ve věkové kategorii 35-44 (34 %).

Nejvíce mužů pak v průměru zvolilo odpověď 2-3x týdně (34 %). Ženy nejčastěji volily odpověď nikdy (33 %), případně několikrát za rok (28 %).

Víno zase chutná více ženám než mužům. Otázka zněla „Kolik sklenic vína jste konzumoval/a v posledním týdnu?“ a zatímco žádnou odpovědělo 61 % mužů, z žen jen 46 %. Jednu pak vypilo 8 % mužů a 18 % žen, dvě sklenice mělo 14 % mužů a 21 % žen. S dalším navyšováním sklenic počet respondentů prudce klesal. Zdá se tedy, že většina Češek a Čechů pije víno skutečně jen ve zdraví neškodných dávkách.

Destiláty denně pije 3 % mužů a žádná žena. 10 % mužů a 3 % žen si je dopřávají 2-3x týdně a jednou týdně 10 % mužů a 4 % žen. Bohužel pouze 14 % mužů a 33 % žen odpovědělo, že destiláty nepije vůbec.

Koktejly jsou oblíbeným alkoholovým nápojem spíše mladších a šetření zahrnovalo osoby starší 25ti let. 88 % všech respondentů a 85 % respondentek nepilo v posledním týdnu žádný. Dle věkových kategorií jich nejvíce zkonsumovali ti ve věku 25-34, což potvrzuje tvrzení, že koktejly jsou spíše nápojem mladých.

Dále bylo zjišťováno, jak často účastníci šetření vypijí šest a více dávek alkoholu naráz. Opět je zde markantní rozdíl mezi muži a ženami. Zatímco nikdy odpovědělo 60 % žen, z mužů jen 23 %. Naopak 9 % mužů a 1 % žen je konzumuje denně a 21 % mužů a 3 % žen jednou týdně (43).

Závěr

Porovnávat množství zkonsumovaného alkoholu včera a dnes je velmi těžké, jelikož každá studie si stanovila jiná kritéria a i věkové rozložení respondentů bylo často jiné.

Každopádně ani z šetření, které probíhaly po delší čas nevyplývalo, že by v posledních letech občané České republiky pili méně než dřív. Souvislá statistika Světové zdravotnické organizace ukazuje, že zatímco v okolních postkomunistických zemích spotřeba alkoholu v devadesátých letech klesla, u nás vzrostla a to především od jejich druhé poloviny a růst pokračoval i na začátku století. To potvrzuje i šetření HIS CR, kde počet respondentů konzumujících alkohol v posledním týdnu byl ze všech sledovaných let nejvyšší v roce 2002. Studie GENACIS z roku 2002 ukázala, že významné procento mužů překračuje

nebezpečnou denní míru alkoholu. V případě GENACIS to bylo 23 % mužů, tedy téměř čtvrtina (z žen to bylo 11 %).

Vztah mužů a žen k alkoholu byl a je rozdílný. Ve všech studiích pili muži alkohol častěji a ve větších dávkách než ženy. Mezi ženami bylo zase více abstinetek než mezi muži.

Vztah k alkoholu se také mění s věkem. Muži jsou největšími pijáky mezi 35. a 54. rokem života, nejméně pijí v 15-24 letech. U žen roste počet abstinetek po 55. roce.

4.2.5 Stravovací návyky

Zdravotní stránka Česká kuchyně

Podkapitoly Stravovací návyky a Obezita mají velkou souvislost. Naše tělesná váha může být sice z určité míry ovlivněna genetickou dispozicí či nemocemi, ale největší vliv na ni mají naše stravovací zvyklosti. Každý národ je pyšný na svoji tradiční kuchyni, ale některé tyto „kuchyně“ svým strávníkům neprospívají. To je právě případ tradiční české kuchyně, která je bohatá na tuky (vepřo, knedlo, zelo, svičková, vepřová pečeně, vepřové koleno, vepřový bůček, guláš, bramborák) a sacharidy (bábovka, buchtý, štrůdl).

Optimální denní energetický příjem je velmi individuální záležitostí a závisí především na pohlaví, rychlosti metabolismu a fyzické aktivitě člověka. Pro běžné jedince, kteří nepodávají větší fyzický výkon se uvádí vhodný denní energetický příjem pro muže (75 kg) 2200 kcal (8650 kJ), pro ženy (60 kg) 1800 kcal (7560 kJ).

Pro ilustraci jsem si vyhledala na různých webových stránkách kalorické hodnoty některých potravin, které jsou buď u nás velmi oblíbené nebo jsou obecně považovány za typicky české. V prvních dvou sloupcích jsou údaje vždy pro 100 g dané potraviny, v posledním nejkratším sloupci je údaj uveden pro 1 porci.

Tabulka č. 8 - Energetická hodnota vybraných potravin v kJ¹

jítmice	1160	uzená krkovice	1830	bramborák se zelím	779
tlačenka	1300	mleté maso	1390	slepice na paprice	2340
hranolky	1139	husa	1470	svíčková na smetaně	3778
smažený sýr	968	kachna	1610	vaječná tlačenka	9269
smažený řízek	2109	morav. uzené	1200		
tatarská omáčka	1823	špekáčky	1360		

Oblíbená kombinace řízek + hranolky + tatarská omáčka tak obnáší energetický příjem přes 5000 kJ, což je více než polovina doporučeného denního příjmu energie. Když se pozorně zadíváme do výše uvedené tabulky, pak nás nemohou překvapit údaje v kapitole o výskytu obezity v České republice.

Zdroje

Pro sledování stravovacích návyků máme k dispozici méně statistických informací než při zkoumání jiných oblastí životního stylu.

Opět použijí studii HIS CR, která sleduje vždy s odstupem tří let dodržování určitých stravovacích zásad, které si sama předem stanovila.

Další informace nám pak přináší studie Helen 1998-2002 a 2004-2005, která ovšem provádí šetření jen mezi respondenty ve věku 45-54 let.

Na závěr je to průzkum CVVM sledující stravovací zvyklosti Čechů v roce 2003, za nímž následují statistické údaje o spotřebě biopotravin.

Studie ÚZIS HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

V šetření HIS CR byly stravovací zásady zkoumány prostřednictvím osmi otázek, na něž měli respondenti odpovědět kladně nebo záporně podle toho, zda je dodržují. Otázky se týkaly konzumace celozrnného pečiva, tuků, ovoce a zeleniny, smažených pokrmů a pochutin.

¹ Údaje o energetické hodnotě potravin jsem čerpala z následujících webových stránek: gastrostranky.cz, www.zena-in.cz a www.vareni.cz

Tabulka č. 9 - Dodržování vybraných stravovacích zásad – muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 - kladné odpovědi v %

	1993	1996	1999	2002
dávám přednost celozrnnému chlebu	26,3 / 41,1	29,4 / 46,4	27,1 / 42,6	32 / 52,9
dávám přednost rostlinným tukům, sýrům a pomazánkám s nízkým obsahem tuku	53 / 69,5	57,8 / 78,1	60 / 78,2	55,2 / 74,3
v létě jím čerstvé ovoce nejméně 1x denně	77,6 / 90,6	79,5 / 92,3	85,6 / 93,1	82,2 / 92,7
v zimě jím syrovou zeleninu a saláty nejméně 1x týdně	65,6 / 77	71,9 / 82,4	82,5 / 89,2	83,6 / 86,7
smažené brambůrky jím maximálně 2x týdně	49,7 / 49,8	59,7 / 62	61,1 / 60,6	63,1 / 65,2
jiná smažená jídla jím maximálně 2x týdně	56,3 / 60,6	64,7 / 67,6	68,2 / 69,6	66,4 / 70,7
sladkosti nebo sušenky nejím denně	62,7 / 62,8	62,3 / 62,6	69,9 / 68,1	65,8 / 68,1
jím maximálně 2 vejce týdně	x	57,1 / 66,7	62,7 / 67,2	58,6 / 62,8

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Jednoznačně můžeme říct, že u všech sledovaných tvrzení došlo mezi léty 1993 a 2002 u mužů ke zvýšení počtu kladných odpovědí. U žen pak došlo ke zhoršení situace v jediném případě, a tím je konzumace vajec. Na tvrzení „Jím maximálně 2 vejce týdně“ odpovědělo v roce 1996 kladně 66,7 %, v roce 2002 už ale jen 62,8 %. Tendence je tedy jednoznačná a směřuje ke zlepšení stravovacích návyků.

Nejmarkantnější zlepšení nastalo v konzumaci zeleniny a brambůrek. Zatímco v roce 1993 konzumovalo v zimě syrovou zeleninu nejméně 1x týdně 65,6 % mužů a 77 % žen, v roce 2002 už to bylo 83,6 % mužů a 86,7 % žen. Brambůrky si v roce 1993 doprávalo maximálně 2x týdně 49,7 % mužů a 49,8 % žen, v roce 2002 už to bylo 63,1 % mužů a 65,2 % žen.

Nejméně problémů ve všech sledovaných letech činila respondentům konzumace ovoce. Počet kladných odpovědí na toto tvrzení se navíc u mužů i u žen ve sledovaných letech ještě zvýšil.

Nejméně dodržovanou zásadou byla po celou dobu u obou pohlaví konzumace celozrnného chleba. Zatímco z žen dodržovalo v roce 2002 tuto zásadu 52,9 %, mezi muži to bylo jen 32 % tedy pouhá třetina.

Rozdíly mezi pohlavími v dodržování zásad jsou zřejmé. Všechny uvedené zásady ve všech sledovaných letech dodržuje více žen než mužů. Největší rozdíly jsou u konzumace celozrnného chleba a rostlinných tuků.

Na základě počtu dodržovaných dietních zásad byl zkonstruován tzv. dietní index (DI). Respondenti pak byli rozděleni do skupin podle toho, zda mají DI dobrý (tzn. dodržují 5-8 zásad), střední (3-4 zásady) nebo špatný (2 a méně zásad). U mužů vzrostl ve sledovaných letech počet těch, kteří mají DI dobrý (ze 42,5 na 51,5 %) a střední (ze 38,1 na 40,2 %) na úkor poklesu počtu těch, kteří mají špatný DI (z 19,4 na 8,3 %). U žen naproti tomu vzrostl pouze počet těch, které mají dobrý DI (z 55,2 na 70 %) a snížilo se množství žen se středním DI (ze 34,8 na 25,7 %) a špatným DI (z 10,1 na 4,3 %). Mezi osobami s dobrým DI tedy po celou dobu převažovaly ženy a v roce 2002 už jich spadaly do této kategorie téměř tři čtvrtiny.

Počet osob s dobrým DI se ve všech sledovaných letech zvyšoval se vzděláním, přičemž větší souvislost se vzděláním měl u žen (47, 48, 49, 50).

Studie Helen 1998-2002

Studie zjišťovala údaje o zdravotním stylu městské populace ve věkové kategorii 45-54 let.

Ze stravovacích návyků se v první etapě zkoumal pouze denní příjem tekutin, konzumace alkoholu (tomuto tématu se věnuji v samostatné podkapitole), konzumace živočišných tuků a užívání vitamínových preparátů a minerálů. Z těchto údajů je pro nás zajímavý příjem tekutin a konzumace živočišných tuků.

Za dostatečný denní příjem tekutin jsou považovány 2 litry denně. Opět je ovšem důležité, jaký fyzický výkon přes den člověk podává (jiný příjem tekutin by měl mít stavební dělník a jiný bankovní úředník). Důležitá je i teplota počasí. V létě by měl být příjem rozhodně vyšší než v zimě. Ze zkoumaného vzorku doporučenou hranici 2 litrů nesplnilo pouze 8,3 % mužů a 24 % žen. Průměrný denní příjem byl u mužů 3 a u žen 2,3 litry. Muži tedy vypijí více tekutin než ženy a častěji splňují předepsaný limit. Obecně je příjem tekutin u tohoto vzorku dostatečný.

Respondenti byli dále dotazováni, zda konzumují živočišné tuky maximálně 2x týdně. Kladně odpovědělo 42,7 % mužů a 48,6 % žen. Na otázku zda dávají přednost mléčným výrobkům s nižším obsahem tuku pak odpovědělo kladně 45,1 % mužů a 62,9 % žen. V případě konzumace živočišných tuků jsou na tom tedy opět lépe ženy (44).

V druhé etapě došlo k rozšíření spektra otázek vážících se ke stravování. Kromě denního příjmu tekutin a konzumace tuků se zde objevily otázky na spotřebu ovoce a zeleniny a častost konzumace vybraných druhů potravin z různých pater výživové pyramidy.

Nedostatečný denní příjem tekutin mělo 11,4 % mužů a 24,2 % žen. Došlo tedy k nepatrnému zvýšení počtu respondentů, kteří nesplnili limit 2 litrů denně. Průměrný příjem se tak snížil na 2,5 litru u mužů a 2 litry u žen.

Otázka týkající se tuků byla tentokrát položena jiným způsobem. Tazatelé se ptali, jaký typ tuku je používán při tepelné úpravě a za studena. Při tepelné úpravě jde nejčastěji o rostlinný olej (78,3 %), dále pak o rostlinný tuk (11,8 %) a pouze 4,8 % respondentů odpovědělo, že používá sádlo. Na pečivo si maže rostlinné tuky 54,6 % osob (více žen než mužů), máslo používá 36,6 % odpovídajících a 6,7 % osob nekonzumuje tuk za studena vůbec.

Dále byly pokládány otázky na frekvenci konzumace vybraných potravin.

Tabulka č. 10 - Struktura respondentů podle frekvence konzumace vybraných potravin, Helen 2004-2005 - v %

	4x týdně a více	1-3x týdně	1-3x měsíčně	méně často nebo vůbec
mléčné výrobky	61	33,2	4,1	1,6
drůbeží maso	6,8	59,6	31,6	2,1
ryby	1,5	19,6	58,6	20,2
zelenina	40,6	44,8	11,6	3
ovoce	58,3	32,3	7,2	2,1
celozrnné pečivo	27	31	17,9	24,1
smažené potraviny	1,7	29,1	51,8	17,4
dorty, cukrovinky	10,6	31,2	35,4	22,8

Sledujme nejdříve zdravé potraviny. Reklamní masáž výrobců mléčných potravin asi působí tak silně, že 4x týdně a více je konzumuje 61 % dotázaných. Horší je už situace ohledně drůbežního masa a naprosto katastrofální je v případě ryb. Pětina dotázaných jí ryby méně často než jednou měsíčně nebo je dokonce nejlíbil vůbec. Ryby jsou přitom velmi kvalitním zdrojem bílkovin, vitamínů A, B a D a z minerálních látek nám dodávají zinek a jód. Mořské ryby jsou zároveň kromě ořechů v podstatě jediným zdrojem Omega – 3 nenasycených mastných kyselin,

kteře fungují právě jako prevence srdečně – cévních chorob a proto je důležité, aby se objevovaly v našem jídelníčku. Poměrně dobře na tom byli respondenti s konzumací ovoce a zeleniny. 58,3 % z nich si dopřává několikrát týdně ovoce a zeleninu má na talíři nejméně 4x týdně 40,6 %. Celozrnnému pečivu se jich naopak velmi mnoho vyhýbá. Čtvrtina ho nejí vůbec nebo maximálně několikrát do roka.

Nezdravé potraviny, kterým bychom se měli raději vyhýbat najdeme na posledních dvou řádcích. Jedná se o smažené potraviny a cukrovinky. Téměř 30 % odpovídajících si dopřává něco smaženého 1-3x týdně, 17,4 % se jim zato vyhýbá. Horší je to s požíváním cukrovinek, které si 10,6 % respondentů dopřává 4x týdně a více, dalších 31,2 % mlsá 1-3x týdně, což je stále příliš často.

V následující kapitole sleduji frekvenci nadváhy a obezity u respondentů této studie a není se co divit, že je opravdu vysoká (45).

Stravovací zvyklosti Čechů dle průzkumů CVVM, 2003

V květnu 2003 provedlo CVVM šetření pod názvem „Regionální jídla a hodnocení české kuchyně“, v němž odpovídalo 1048 respondentů starších 15 let mimo jiné i na otázku, která česká regionální jídla doma vaří. Mohli uvést až tři jídla (součet odpovědí tedy dával 300 %), nejvíce procent získal bramborák (18,4), za ním následovaly bramborové placky (6,4), kyselo (6,4), kulajda (6,2) a guláš (6,2). Ostatní tradiční jídla získala mezi dvěma a šesti procentními body – ovocné knedlíky 5,6, vepřo-knedlo-zelo a svíčková shodně 4, řízek 3,4 a zabijačka 2,2. Kolonka nevím nebo neuvedení žádného pokrmu získala 152 %. Zdá se, že tradiční česká kuchyně tedy není již u dnešních kuchařů a kuchařek příliš oblíbená. To může být způsobeno vlivem módních trendů. Na pultech knihkupectví nalezneme nepřeberné množství exotických kuchařek, kde se naučíme jak vařit čínskou, japonskou, italskou, francouzskou nebo řeckou kuchyni. Vliv může mít i nastupující módní trend 21. století stravovat se zdravě. Nebo naopak působí široká nabídka lákavých pokrmů, které dostaneme rovnou do ruky v různých typech rychlého občerstvení. Odklon od vaření českých pokrmů tedy může být způsoben i časovou náročností při jejich přípravě v dnešní rychlé době.

Lidé při tomto průzkumu měli zároveň charakterizovat českou kuchyni. Nepřekvapí, že ji za chutnou považovalo 97 % respondentů, za zdravou ji však označilo už jen 45 %.

V průzkumu CVVM „Stravovací zvyky Čechů“, který proběhl ve stejnou dobu a u stejného počtu respondentů shodné věkové kategorie jako předchozí průzkum (předpokládám tedy, že šlo o stejný vzorek obyvatel), byli respondenti dotazováni na místa, kde snídají, obědvají a večeří. Nejvíce se jich stravuje doma ráno (91 %) a večer (94 %), v poledne jen 39 %. Polední jídlo spadá nejčastěji na vrub závodním jídelnám (39 %). Varující je, že se 8 % respondentů v poledne stravuje ve fast foodech (pro snídani a večeře je využívá shodně jen 1 %). Snídani a oběd úplně vynechává 5 %, večeří 2 % z dotazovaných (30, 31).

Biopotraviny v roce 2005

V České republice pomalu roste obliba biopotravin. To ukazuje, že se lidé začínají zajímat o to, co jedí. Podle zprávy agentury Green marketing v roce 2005 dosáhl obrat v obchodu s biopotravinami u nás 350 milionů korun. To je oproti roku 2004 30 % nárůst. Stejný nárůst předpovídá agentura i v následujících pěti letech, v roce 2011 by tak obrat měl činit 1,3 miliardy korun.

Přesto se biopotraviny na celkové spotřebě potravin podílely jen 0,18 %, takže se zde nachází opravdu velký prostor pro nárůst. Jejich spotřeba u nás dosahuje pouze 3-4 % spotřeby biopotravin v EU15. V průměru za ně každý Čech utratí za rok 35 Kč.

Hlavním důvodem proč lidé biopotraviny nenakupují je neznalost jejich výhod (vyplývá z průzkumu agentury GfK v roce 2005). Tento důvod uvedlo 32 % těch, kteří je nenakupují. Stejně množství lidí uvedlo jako důvod, že nakupuje své oblíbené značky potravin, dalších 31 % uvedlo jako důvod cenu (37).

Závěr

Nejlépe je možné vývoj stravovacích zvyklostí sledovat podle studie HIS CR, která pokládala tytéž otázky čtyřikrát v rozmezí devíti let. Zde je verdikt jednoznačný.

Ve všech sledovaných bodech (s drobnou výjimkou u konzumace vajec) se stravovací návyky české populace zlepšily. Ze zdravých potravin Češi nejraději sáhnou po ovoci a zelenině, málo z nich si naopak našlo cestu k celozrnnému pečivu. Tuto skutečnost bych připsala na vrub nepřehledné situaci v supermarketech, které matou potenciální konzumenty zdravých pokrmů zavádějícími názvy pečiva jako sedmizrnné či vícezrnné, čímž chtějí vyvolat zdání zdravotní. Barva pečiva není rozhodující. Co je tmavé nemusí být zdravé nýbrž pouze obarvené karamellem. Až jednou budou muset pekaři přiznat barvu, dojde jistě i v tomto bodě ke zlepšení.

Z průzkumu CVVM v roce 2003 navíc vyšlo najevo, že nezdravá česká jídla pomalu mizí z českých kuchyní. Otázkou ale zůstává jakými potravinami je lidé nahrazují.

Pomalou ale jistě také roste prodej biopotravin a lidé se začínají více zajímat nejen o to, kolik jídla mají na talíři, ale i z jakého je zdroje. K tomu přispěly i dvě negativní mediální kampaně týkající se zdravotní závadnosti masa - šílení kolem nemoci šílených krav a panika kolem ptačí chřipky.

4.2.6 Obezita

Obezita je dle Světové zdravotnické organizace definována jako BMI > 30.

BMI, Body Mass Index (někdy též označovaný jako Queteletův index) se definuje jako podíl hmotnosti (kg) a druhé mocniny výšky (m), tedy váha/výška na druhou. Pokud je tedy moje váha 60 kilo a měřím 1,74 metru, pak můj BMI se spočítá $60/1,74 \times 1,74 = 19,80$. Jednotlivé rozptyly pak udávají, zda váha jedince v poměru k jeho výšce je přiměřená.

Údaj BMI je v poslední době kritizován jako nespolehlivý. Nerozlišuje totiž kolik procent váhy tvoří tuky a kolik svaly (kulturista může mít vysoký BMI a přitom není obézní). Protože ale zatím nikdo nevymyslel lepší způsob jak rychle vypočítat zdraví nebezpečnou váhu, stále se používá (a to i při mezinárodních srovnáních). Pro získání přesnějších informací je ale vždy lepší nechat si odborně změřit procento tuku v těle.

Tabulka č. 11 - Hodnocení BMI

podváha	<18,5
normální váha	18,5-25
nadváha	25-30
obezita	>30

Pokud bychom tedy žili v ideální zemi, pak BMI všech obyvatel by se muselo pohybovat mezi 18,5 – 25. Nižší hodnoty signalizují podvýživu a jsou typické pro topmodelky a nemocné hladomorem. Vyšší hodnoty signalizují nadváhu (25-30) nebo dokonce obezitu (BMI více než 30), které jsou zdraví nebezpečné.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace na světě dnes žije 1 miliarda lidí s nadváhou a asi 350 milionů lidí obézních. Obezita se tak stala skutečnou hrozbou lidstvu.

Důsledky nadváhy a obezity pro lidský organismus

Nadváha (či dokonce obezita) mají zásadní vliv na zdraví člověka. Zde jsou jejich nejčastější negativní důsledky:

- diabetes
- cholesterol a tuk
- pohybové obtíže
- sociální a psychické obtíže

Diabetu jsem věnovala samostatnou kapitolu, z níž je nejen zřejmé, že jde o vážnou nemoc, ale i že jde o nemoc expandující, která se přirovnává k epidemii.

Cholesterol je látka tukové povahy, která způsobuje vznik aterosklerózy (kornatění tepen) a ischemické choroby srdeční. Pro obézní osoby je také typický vysoký tlak. Zde je třeba znovu připomenout, že nemoci oběhové soustavy jsou nejčastější příčinou smrti v České republice.

Lidské tělo není stavěné na to, aby nosilo trvale vysokou zátěž. Při nadváze dostávají zabrat všechny klouby a celá páteř. Obézní lidé mají zároveň větší problémy při fyzických aktivitách, protože musí při nich rozpohybovat daleko větší hmotu. Proto se jakémukoliv pohybu raději vyhýbají, využívají cestování autem,

jezdí zásadně jen výtahem. Dostávají se tak do začarovaného kruhu, z něž bez zásadní změny v životním stylu nevede cesta ven.

Nemalý dopad má nadváha a obezita i na psychiku člověka. Zvláště velmi obézní lidé mohou být diskriminováni na trhu práce. Dnešní společnost vyznává kult mladého, zdravého a štíhlého člověka, což pro ně může být frustrující. Obézní lidé mohou mít i potíže ve zcela běžných situacích. Nevejdou se do sedadla v kině, letadle nebo neprojdou úzkými prostory.

Zdroje

Ke sledování vývoje hodnoty BMI budu používat především údajů Světové zdravotnické organizace a dále pak několik českých projektů.

Pro osmdesátá a začátek devadesátých let (přesněji v letech 1985, 1988 a 1992) je to mezinárodní studie MONICA, organizovaná Světovou zdravotnickou organizací ve 21 zemích za účelem zkoumání souvislostí mezi životním stylem a kardiovaskulárními nemocemi.

V devadesátých letech (1993, 1996, 1999 a 2002) je to již zmiňovaná studie HIS CR.

Projekty Helen 1998-2002 a 2004-2005 pak sledovali BMI pouze u věkové kategorie 45-54 let.

Pro nejnovější dobu použiji odhadů SZO na roky 2002, 2005 a výhled do roku 2010.

Projekt MONICA 1985, 1988, 1992

Tento projekt (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease Project) vznikl v rámci SZO v roce 1983. Měl přinést odpověď na otázku, jaký je vzájemný vztah mezi rizikovými faktory jako je např. kouření či obezita a kardiovaskulárními chorobami. V souvislosti s tím byla pak respondentům počítán mimo jiné i BMI. V České republice projekt probíhal ve třech etapách v letech 1985, 1988 a 1992 a jeho respondenti byli ve věku 25-64 let.

Tabulka č. 12 - Průměrný BMI v letech 1985, 1988 a 1992 v různých věkových kategoriích, Monica 1985, 1988, 1992

	25-34			35-44			45-54			55-64		
	1985	1988	1992	1985	1988	1992	1985	1988	1992	1985	1988	1992
Muži	25,5	26,2	25,3	26,8	27,1	26,9	27,7	28,1	27,8	28,1	29,1	28,6
ženy	23,8	24,3	23,5	26,5	26,9	25,8	28,6	29	28,3	30,4	30,6	29,9

Z výsledků výzkumu lze vysledovat obecné pravidlo vývoje průměrného BMI. Ve všech sledovaných věkových kohortách u obou pohlaví BMI v roce 1988 vzrostl a v roce 1992 naopak poklesl.

Druhým důležitým zjištěním je, že do kategorie normální váhy se vešly pouze ženy ve věku 25-34 let a to ještě těsně. Všechny ostatní sledované skupiny se během celého období nacházely v pásmu BMI>25, ženy ve věku 55-64 let dokonce v pásmu BMI>30 (s výjimkou roku 1992, kdy se dostali o 0,1 pod tuto hranici, což není možné považovat za velký úspěch.

Zatímco v prvních dvou věkových skupinách je průměrné BMI mužů vyšší než BMI žen, po 45. roce je to naopak.

Tabulka č. 13 - Souhrnné procento těch, jejichž BMI<25, Monica 1985, 1988, 1992

	25-34			35-44			45-54			55-64		
	1985	1988	1992	1985	1988	1992	1985	1988	1992	1985	1988	1992
muži	48,3	40,1	49,6	33,4	29,4	31,9	22,6	18,8	20,9	22,9	14,3	19,2
ženy	71,7	68	72,7	44,7	40,8	52,9	26,7	21,4	29,3	13,9	12	16,7

V této tabulce je procentuelně vyjádřeno množství respondentů v jednotlivých věkových kategoriích, kteří splňovali normu BMI<25, jejich váha tedy spadala do kategorie normální váhy či podváhy. Situace v zemi byla tedy ve sledovaném roce vždy o to lepší, o co je číslo v tabulce vyšší.

Opět je na tom nejlépe skupina 25-34 a nejhůře skupina 55-64 let. Obecně se dá říci, že podíl těch, jejichž BMI je nižší než 25, pravidelně klesá s věkem.

Pokud bychom hledali rozdíly mezi pohlavími, pak až do 54 let jsou na tom lépe ženy (nachází se jich v pásmu BMI<25 víc), přičemž nejmarkantnější rozdíl je

v nejmladší sledované skupině (v roce 1992 72,7 % žen x 49,6 % mužů). Po 54. roce se situace obrací a mužů s normální váhou je tak více než žen.

Tabulka č. 14 - Souhrnné procento těch, jejichž BMI<30, Monica 1985, 1988, 1992

	25-34			35-44			45-54			55-64		
	1985	1988	1992	1985	1988	1992	1985	1988	1992	1985	1988	1992
muži	89,3	87,9	92,7	83,4	80,5	83,2	76,5	72,3	75,2	72,6	61,1	68,6
ženy	90,8	89,7	92,4	81,2	76,9	82,9	65	65,5	67,5	50,3	49	53,5

Situace je stejná i pokud srovnáme počty těch, jejichž BMI<30. Pokud si od 100 % odečteme číslo uvedené v tabulce, dostaneme údaj, kolik obézních se v daném roce v té které kategorii nacházelo.

Je zřejmé, že s obezitou se potýkají více ženy než muži. Pouze v kategorii 25-34 let bylo obézních mužů více než obézních žen (tento rozdíl se postupně srovnal a v roce 1992 už to bylo jen o 0,3 %). V následující skupině už je obézních žen více než mužů a procentuelní rozdíl se navíc se stoupajícím věkem zvyšuje. V roce 1992 bylo věku 55-64 let už obézních 46,5 % žen, ale jen 31,4 % mužů (38).

Studie ÚZIS HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

V této studii sledující změny životního stylu je použito jiného členění škály BMI. To znemožňuje přesnější porovnání s údaji předcházejících průzkumů.

Tabulka č. 15 - Hodnocení BMI ve studii HIS CR

velká podváha	<18
podváha	18-20
normální váha	20-27
nadváha	27-30
obezita	>30

Přestože se studie odvolává na škálování dle doporučení SZO, přímo na jejích webových stránkách je škálování, které jsem uvedla na začátku této kapitoly

(tedy nadváha = BMI 25-30 a obezita = BMI>30). Použití odlišné stupnice znesnadňuje možnost srovnání údajů. Respondenti HIS CR navíc hlásili hodnotu své výšky a váhy sami, pravdivost údajů nebyla ověřena měřením. Dá se tedy předpokládat, že své údaje spíše podhodnocovali.

Tabulka č. 16 - Procento respondentů s BMI 27-30, BMI>30 – muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

	BMI 27-30				BMI>30			
	1993	1996	1999	2002	1993	1996	1999	2002
15-24	6,4 / 1,6	5,0 / 3,0	5,3 / 2,2	6,3 / 4,9	2,8 / 0,8	2,8 / 1,7	3,7 / 2,2	3,3 / 2
25-34	12 / 7,5	13,3 / 8,1	20,6 / 10	21,1 / 7,4	4,5 / 2,7	7 / 3,4	6,9 / 4,5	6,7 / 5,3
35-44	21 / 11,7	20,7 / 13,9	24,6 / 12	25,1 / 8	9,3 / 9,8	9 / 9,3	16,2 / 10,3	13,8 / 12,3
45-54	25,6 / 19,6	25,3 / 20,2	23,4 / 23,2	32,5 / 20,5	21,5 / 19,6	19,2 / 16,8	28,2 / 16,6	19,1 / 17,5
55-64	34,2 / 32,4	24,1 / 26,5	38,2 / 22,8	31,6 / 23,2	15,9 / 17,7	15,1 / 20,9	18,5 / 29,6	24,6 / 32,8
65-74	26,6 / 22,4	24,7 / 24,8	24,6 / 20	25,9 / 24,2	13,9 / 22,4	13,3 / 27,7	26,2 / 26,2	21,3 / 28,9
75+	20,8 / 30,3	14,5 / 18	24,1 / 26,8	25 / 21,1	8,3 / 30,3	12,9 / 12,6	8,6 / 13,4	10,7 / 21,1
celkem	19,4 / 17,4	17,6 / 15,3	24,1 / 26,8	22,8 / 14,9	10,4 / 11,3	10,5 / 12,1	15 / 13,5	13,4 / 16,1

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Nejprve se podíváme na situaci kolem nadváhy. V jednotlivých letech se celkový podíl mužů trpících nadváhou pohyboval mezi 17 a 24 %, u žen to bylo 15 až 27 %. Opět se nám zde potvrzuje fakt, že procento osob s nadváhou roste s věkem, nejvíce zasahuje osoby mezi 45. a 64. rokem. Po 75. roce života procento naopak prudce klesá. To může být způsobeno právě zdravotními komplikacemi, které sebou vyšší váha nese (lidé s nadváhou se nedožívají tak vysokého věku). Celkový počet osob s nadváhou ve sledovaných letech kolísal, svého maxima dosáhl v roce 1999 (téměř čtvrtina mužů a více než čtvrtina žen), v roce 2002 to bylo už jen 23 % mužů a 15 % žen.

I obezita zde vykazuje velkou souvislost s věkem, opět je nejproblematičtější etapou 45-64 let a po 75. roce je zde ještě výraznější pokles než v případě lidí s nadváhou (v roce 1999 bylo ve věkové skupině 65-74 26 % obézních mužů, po 75. roce už jen 8,6 %). Celkový počet obézních mužů stoupal až do roku 1999, kdy činil 15 %, v následující etapě studie pak klesl na 13,4 %. Počet obézních žen oproti tomu rovnoměrně pozvolna stoupal z 11,3 % (1993) na 16,1 % (2002).

Z výsledků této studie tedy vyplynulo, že zatímco počet osob s nadváhou obojího pohlaví v devadesátých letech kolísal, obézních lidí rovnoměrně přibývalo. Pomyslnou hranici nezdravé váhy, která zde ale byla stanovena odlišně, překročilo 36 % mužů a 31 % žen. Vzhledem k tomu, že osoby s BMI 25-27 byly již považovány za zdravé, ve skutečnosti bylo osob mimo rámec zdravé váhy víc.

Tabulka č. 17 - Průměrná hodnota BMI - muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

	průměrný BMI			
	1993	1996	1999	2002
15-24	22,9 / 21,1	23,1 / 21,4	22,7 / 21,2	23,1 / 21,5
25-34	24,5 / 22,7	24,3 / 22,7	25,4 / 23,1	25,4 / 22,9
35-44	25,9 / 24,3	25,6 / 24,8	26,6 / 24,6	26,2 / 24,3
45-54	27 / 26,5	27,1 / 26	27,8 / 26,3	27,4 / 26,3
55-64	27,2 / 27,2	26,6 / 26,9	27,5 / 28	27,8 / 28,3
65-74	26,9 / 27,3	26,7 / 27,9	27,5 / 27,3	27,4 / 27,7
75+	25,6 / 25,8	26,4 / 25,6	26,1 / 25,5	25,9 / 26,8
celkem	25,5 / 24,8	25,4 / 24,7	25,9 / 24,8	26 / 25,2

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Tato tabulka už jen doplňuje předchozí údaje. Ukazuje se, že průměrný BMI mezi lety 1993 a 2002 mírně vzrostl.

Zde můžeme srovnat údaje s údaji studie Monica. Nejmladší věková skupina splňovala po celou dobu stanovená kritéria zdravé váhy (v tomto bodě mám na mysli opět hranici BMI 25) celkem bez potíží (údaje pro ni Monica nesledovala). Splňuje je i kategorie 25-34, BMI je zde zhruba o 1 bod nižší než ve studii Monica. V dalších věkových skupinách je pak situace obdobná – pohybují se v pásmu nadváhy, ale v nižších číslech než která byla zjištěna při šetření Monica. Zde je ale na místě otázka, zda došlo v 90. letech skutečně ke snížení průměrného BMI nebo zda nižší hodnoty vyplynuly z toho, že údaje o váze a výšce při HIS CR nebyly u respondentů a respondentek ověřovány měřeními (47, 48, 49, 50).

Studie Helen se zabývala i zjišťováním prevalence obezity v české populaci, zvláště u mužů a u žen. Přestože jsem o této studii již psala, upomínám, že se týkala pouze mužů a žen ve věku 45-54 let.

Podle ní není podváha v této věkové kategorii velkým problémem. U mužů se nevyskytla, u žen byl její výskyt nižší než 1 %.

Normální váhu, která je pro zdraví člověka optimální, mělo 41,9 % žen, ale pouze 25,4 % mužů. Nejvíce mužů (50,4 %) se dostalo do kategorie nadváha, z žen pouze 36,1 %. Téměř stejně špatně na tom byla obě pohlaví v případě obezity. Ze sledovaného vzorku bylo obézních 21,2 % žen a 24,1 % mužů. Průměrný BMI u sledovaného vzorku byl rovněž velmi vysoký. Nacházel se u mužů i u žen v pásmu nadváhy, u mužů byl 27,7 a u žen 26,8. Z uvedeného vyplývá, že ženy v kategorii 45-54 let jsou na tom s váhou lépe než muži stejného věku. Výrazně více se jich nachází v pásmu normální váhy a naopak výrazně méně v kategorii nadváhy. S obezitou jsou na tom obě pohlaví velmi podobně.

U žen byla shledána i jasná souvislost mezi obezitou a dosaženým vzděláním. Mezi těmi, které získaly pouze základní vzdělání bylo 31,2 % s normální váhou a 31,5 % obézních. Vysokoškolačky byly naopak obézní jen v 10,2 % a 53,5 % jich mělo normální váhu. U mužů nebyla nalezena žádná souvislost mezi vzděláním a obezitou (44).

Studie HELEN 2004-2005

V letech 2004-2005 byla zopakována studie Helen mezi městskou populací ve věku 45-54 let.

Počet žen s podváhou se opět vešel do jednoho procenta. V porovnání s předchozí etapou se nacházelo více žen i mužů v kategorii normální váhy. Z žen to bylo 48,9 %, z mužů 27,3 %. V kategorii nadváhy se počet žen snížil na 33,9 % ale již tak dost vysoký počet mužů vzrostl dokonce až na 53,5 %. K poklesu u obou pohlaví došlo v kategorii obezity. Obézních žen bylo v souboru shledáno 16,3 %, mužů 19 %. Porovnání výsledků obou etap uvádím v následující tabulce.

Tabulka č. 18 - Srovnání BMI dle Studie Helen 1998-2002 a Helen 2004-2005, muži/ženy

	Helen 1998-2002	Helen 2004-2005
podváha	<1	<1
normální váha	25,4 / 41,9	27,3 / 48,9
nadváha	50,4 / 36,1	53,5 / 33,9
obezita	24,1 / 21,2	19 / 16,3

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

V porovnání s předchozí etapou výzkumu došlo ke snížení počtu žen s nadváhou a obézních ve prospěch žen s normální váhou. Těch byla ve druhé etapě ze sledovaného vzorku již téměř polovina. U mužů se snížil počet obézních, aby se mohl zvýšit počet těch, kteří trpí nadváhou a o 1,9 % se zvýšil i počet mužů s normální váhou.

Podle této studie si ženy ve věkové kategorii 45-54 let hlídají svoji váhu více než muži (44, 45).

BMI dle odhadů Světové zdravotnické organizace pro roky 2002, 2005 a 2010

Dalšími daty, která můžeme použít ke sledování výskytu nadváhy a obezity v české populaci jsou odhady Světové zdravotnické organizace pro léta 2002 a 2005. Sledují prevalenci nadváhy a obezity u osob ve věku 15-100 let, zvlášť u mužů a u žen. Pro srovnání opět uvádím vedle sebe údaje pro Českou republiku i pro okolní postkomunistické státy.

Tabulka č. 19 - Odhad průměrného BMI v letech 2002, 2005 a 2010, muži/ženy, SZO

	průměrný BMI		
	2002	2005	2010
ČR	26 / 25,2	26,1 / 25,3	26,4 / 25,6
Německo	26,6 / 25,8	26,7 / 26	27 / 26,2
Maďarsko	25,8 / 25,1	25,8 / 25,1	25,8 / 25,1
Polsko	25,3 / 24,8	25,3 / 24,8	25,3 / 24,8
Slovensko	25,2 / 26,2	25,3 / 26,4	25,5 / 26,8

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Podle odhadu SZO je (a v dalších letech zřejmě i bude) průměrný BMI mužů a žen v České republice v pásmu nadváhy. Vyšší průměr u obou pohlaví má z okolních zemí pouze Německo, ovšem rozdíl mezi ním a Českou republikou není příliš velký. Z žen ve sledovaných zemích ale dosahují nejvyššího BMI ženy na Slovensku. Do roku 2010 předpokládá SZO nárůst BMI u nás, v Německu a na Slovensku. Polsko a Maďarsko zůstanou podle odhadu na současných číslech.

Tabulka č. 20 - Prevalence nadváhy a obezity v ČR a okolních státech, muži/ženy, odhad SZO na 2002, 2005, 2010 - v %

	nadváha, BMI>25			obezita, BMI>30		
	2002	2005	2010	2002	2005	2010
ČR	56,7 / 47	58,1 / 47,8	60,1 / 49,3	17,4 / 20	18,5 / 20,7	20,2 / 22,1
Německo	63,7 / 53,6	65,1 / 55,1	67,2 / 57,1	19,7 / 19,2	20,9 / 20,4	22,9 / 22,1
Maďarsko	55,9 / 47,4	55,9 / 47,4	55,9 / 47,4	15,8 / 16,1	15,8 / 16,1	15,8 / 16,1
Polsko	50,7 / 44,3	50,7 / 44,3	50,7 / 44,3	12,9 / 18	12,9 / 18	12,9 / 18
Slovensko	50,7 / 59,1	52 / 60,6	54 / 62,9	10,1 / 21,3	10,8 / 22,8	12 / 25,3

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Podle Světové zdravotnické organizace tedy v České republice mezi lety 2002 a 2005 mírně přibýlo jak osob s nadváhou, tak osob trpících obezitou. Podle těchto údajů trpí u nás nadváhou více než polovina mužů a téměř polovina žen, obézních je pak téměř pětina mužů a pětina žen. V roce 2005 tak tři čtvrtiny českých mužů a téměř stejný počet žen spadali do váhové kategorie ohrožující zdraví.

Z okolních států je na tom hůře než my pouze Německo, kde mělo v roce 2005 nadváhu 65 % mužů a 55 % žen. Hodnotami BMI se nám nejvíce blíží Maďarsko, které má ale o něco nižší podíl obézních občanů. Slovenští muži sice mají problémy s váhou v méně případech než ti čeští, naopak 82 % slovenských žen se ocitlo nad limitem BMI 25.

Výhled do budoucna do roku 2010 nepřináší naději na vylepšení současného stavu. SZO předpokládá, že zůstaneme na druhém místě co se týče nadváhy a obezity hned za Německem. Zároveň předpokládá, že se u nás počet osob s nadváhou a obezitou ještě zvýší (52).

Závěr

Nadváha či obezita jsou pro zdravotní stav jedince skutečnou pohromou a začínají být pohromou i pro české občany.

Šetření HIS CR v devadesátých letech sice zjistilo o něco málo nižší průměrný BMI než studie Monica v osmdesátých letech, ale tato skutečnost může být způsobena tím, že zatímco při průzkumu Monica byly údaje získávány objektivním měřením, při HIS CR respondenti podávali informace o své výšce a váze sami a mohli je záměrně zkreslit. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace naše váha do roku 2010 bude i nadále růst. Průměrný BMI u mužů se navíc ve všech studiích pohyboval v pásmu nadváhy. Ženy při HIS CR sklouzly sice těsně pod BMI 25, ale musíme zde opravdu počítat s určitým zkreslením údajů.

Z okolních postkomunistických zemí je na tom hůře než my pouze Německo a slovenské ženy.

Podle SZO překročilo v roce 2005 72 % našich občanů limit BMI 25, v roce 2010 předpokládá, že BMI vyšší než 25 bude mít dokonce 76 % z nich. Váha je tedy v současnosti v České republice velkým zdravotním problémem, který je třeba řešit.

4.2.7 Fyzická aktivita

Pohyb ve 21. století

Sportování ve volném čase je novinka, kterou přinesla moderní doba. Dříve lidé neměli potřebu sportovat. Chudí na to neměli čas a zároveň podávali denně náročné fyzické výkony a bohatí se honosili svojí tloušťkou jako symbolem své majetnosti. 20. století sebou přineslo nové typy zaměstnání, při nichž se většinou celý den sedí a zároveň požadavek vypadat stále mladě a krásně (tedy nikoliv tlustě). Vystala tedy nutnost (pokud chceme splnit tyto požadavky) vyrazit po celodenním sezení v práci někam za pohybem.

20. a 21. století na nás ale připravilo taková lákadla, kterým nelze odolat, a která nám naopak ulevují od pohybu. Podle statistik Akademie věd ČR, které

uveřejnila Mladá fronta Dnes 25.9 2006 stráví ženy denně domácími pracemi 4 hodiny. Ještě v roce 1972 to ale bylo 5 hodin 20 minut. Za toto zkrácení mohou ženy poděkovat nejruznějším technickým vynálezům jako je například mikrovlnná trouba, výkonnější vysavače, velkokapacitní mrazničky, napařovací žehličky apod. V souvislosti s uvedením energetických příjmů konzumací určitých potravin v podkapitole Stravovací návyky musím uvést i energetický výdej při provozování určitých domácích činností:

- spotřeba energie za hodinu činnosti nepřesahuje 400 kJ: šití, pletení, příprava a vaření jídla
- spotřeba energie za hodinu činnosti činí 400-800 kJ: umývání a utírání nádobí, utírání prachu, žehlení, ruční přepírání malých kousků prádla
- spotřeba energie za hodinu činnosti činí 800-1000 kJ: stlaní postelí, zametání nebo vytírání podlahy, věšení prádla
- spotřeba energie za hodinu činnosti činí 1000-1500 kJ: drhnutí podlahy, praní velkých kusů prádla v ruce, luxování, mytí oken, zahradničení²

Velmi kladně na náš organismus působí už jen samotná prostá chůze. K udržení tělesného zdraví by měl člověk ujit denně asi 10 000 kroků, což odpovídá u muže 8,5 kilometrů a u žen 6,5 kilometrům. Přestože to na první pohled není moc, jen málokdo dnes denně takovou vzdálenost ujde. I na kratší vzdálenosti raději použijeme automobil. Podle SOS Praha (volné společenství pražských občanských sdružení), které sleduje nárůst automobilové dopravy v Praze, vzrostl počet osobních aut jen v hlavním městě ze 336 000 v roce 1990 na 628 000 v roce 2001. Za jedenáct let se tak téměř zdvojnásobil. A nejenže aut přibylo, také se nimi najezdí více kilometrů.

Každý dům o více než čtyřech patrech musí být povinně vybaven výtahem a v případě jeho poruchy lidé raději přestávají vycházet z domu. V nákupních domech jsou hned u vstupů eskalátory, zatímco pevná schodiště (označená jako nouzový východ) jsou většinou dobře ukrytá.

Naproti tomu začaly v devadesátých letech vyrůstat posilovny a fitness centra jako houby po dešti. Z obrazovky na nás útočí reklamy nabízející ten jediný správný cvičicí přístroj, se kterým rozhýbeme všechny svaly v těle. Cestovní kanceláře zase nabízí zájezdy do ciziny zaměřené přímo na cvičení.

² Údaje pochází ze stránky www.stob.cz, která bojuje proti obezitě.

Poté, co jsme se naučili vyhýbat přirozenému pohybu, nám nezbývá nic jiného, než se mučit na různých přístrojích či v tělocvičnách při umělém osvětlení.

Význam fyzické aktivity pro lidský organismus

Obecně se považuje za optimální věnovat se nějaké fyzické aktivitě alespoň třikrát až čtyřikrát v týdnu po 30-40 minutách. Musí jít ale o takovou formu pohybu, při němž dojde až ke zpocení.

Fyzická aktivita prospívá celému organismu. Působí především preventivně proti srdečně-cévním chorobám, posiluje imunitu, podporuje trávení. Pohybem si člověk pěstuje svalový aparát, který udržuje jeho tělo ve funkčním stavu. Nečinností naopak svaly ochabují. Sport nám pomáhá nejen udržet si dobrou kondici, ale také formuje postavu, což se opět pozitivně odráží na psychice člověka.

Nemalý vliv má tedy fyzická aktivita také na psychiku. Při sportu dochází k odreagování, vyplavení stresů. Zvláště v moderní době je sport vhodným způsobem uvolnění fyzického napětí.

Zdroje

V tomto případě je stěžejní již několikrát zmiňovaná studie HIS CR, z níž jsem čerpala již v předchozích kapitolách.

K doplnění údajů pak používám průzkumy veřejného mínění CVVM z let 2003 a 2004.

Studie ÚZIS HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

Součástí průzkumu zdravotního stavu obyvatelstva byly i dotazy na pohybovou aktivitu respondentů.

Otázka týkající se fyzické aktivity byla při šetření HIS CR položena takto: „Zakroužkujte jedinou odpověď, která nejlépe vystihuje vaši aktivitu ve volném čase v posledním roce:

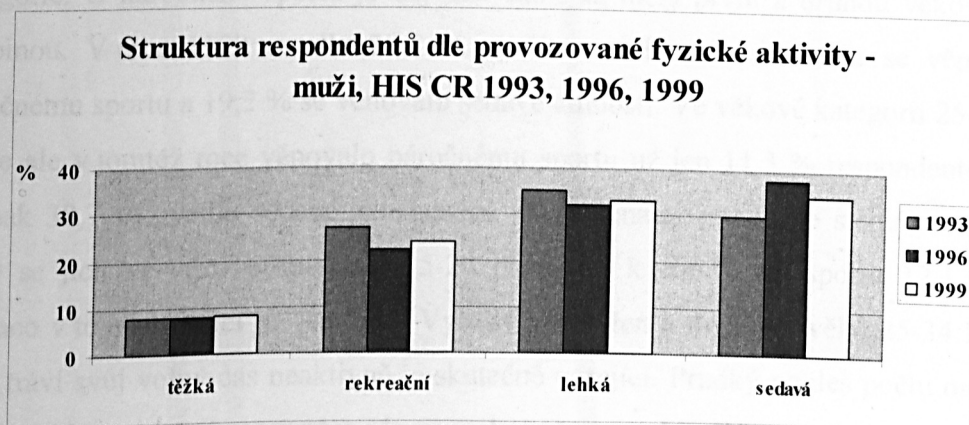
- těžký trénink a soutěživý sport častěji než 1x týdně
- jogging a jiný rekreační sport nebo těžká práce na zahradě alespoň 4 hodiny týdně
- chůze, cyklistika nebo jiné lehké aktivity, alespoň 4 hodiny týdně
- čtení, sledování TV nebo jiné sedavé aktivity“

Na základě odpovědí pak byli respondenti přiřazeni k jednomu z následujících typů převažující fyzické aktivity:

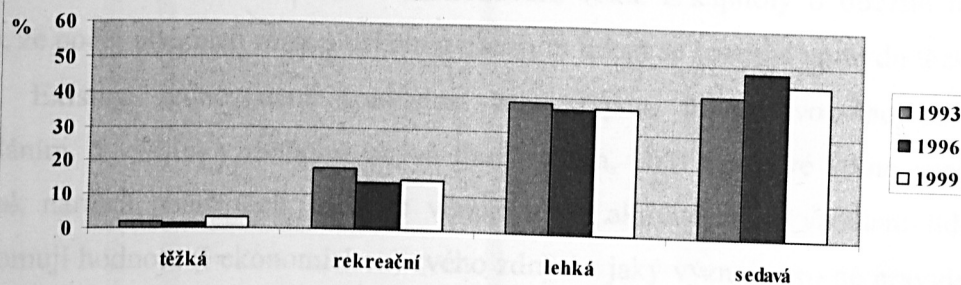
- těžká
- rekreační
- lehká
- sedavá

Důležité je uvědomit si, že otázky se týkaly aktivit ve volném čase, v odpovědích tedy není zahrnut tělesný výkon podávaný v zaměstnání. Ve skutečnosti tedy člověk, jehož práce je tak fyzicky namáhavá, že se ve svém volném čase věnuje raději sedavým koníčkům, je zařazen mezi občany s nízkou fyzickou aktivitou. Studie tedy pojednává o náplni volného času, nikoliv o skutečné celkové fyzické aktivitě, kterou za den člověk podá.

Takto byli respondenti dotazováni pouze v letech 1993-1999, v roce 2002 se změnila struktura otázek a proto srovnání údajů s šetřením provedeným v tomto roce není možné.



Struktura respondentů dle provozované fyzické aktivity - ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999



Poznámka: Podrobné údaje ke grafům viz Příloha – tabulka q)

Ve sledovaných letech se poměr odpovědí nijak výrazně nezměnil. K nejvýraznějšímu výkyvu došlo v roce 1996, kdy vzrostl počet mužů a žen provozujících ve volném čase sedavou aktivitu, aby v roce 1996 opět o něco poklesl.

Trend v typu trávení volného času není pro zdraví české populace příznivý. Nepřekvapí, že ve všech letech se nejčastější odpovědi staly předposlední a poslední možnost. Jen v roce 1993 se nejčastěji provozovanou aktivitou stala mezi muži aktivita lehká, v následujících dvou letech už vedla sedavá činnost, u žen vedla sedavá činnost po celou dobu. Procento žen, které preferovaly ve svém volném čase sedavé zaměstnání se pohybovalo mezi 40-50 %, u mužů mezi 30-40 %. O něco více žen než mužů se věnovalo lehké fyzické aktivitě. Naproti tomu těžkému a rekreačnímu sportu se věnovalo ve všech letech výrazně více mužů.

Při srovnání typů aktivity dle věku logicky vychází lépe mladší věkové kategorie. U náročného sportu je největší skok už mezi první a druhou věkovou skupinou. V roce 1999 uvedlo 20,8 % mužů ve věku 15-24 let, že se věnuje náročnému sportu a 19,2 % se věnovalo sedavé činnosti. Ve věkové kategorii 25-34 let se ale v tomtéž roce věnovalo náročnému sportu už jen 11,3 % respondentů a naopak 38,7 % uvedlo sedavé zaměstnání. Mezi ženami je situace stejná, v roce 1999 se jich ve věkové kategorii 15-24 přihlásilo k náročnému sportu 12,1 %, zatímco v té následující již jen 2 %. Vysoký počet žen a mužů ve věku 25-34 let, kteří tráví svůj volný čas neaktivně je skutečně varující. Prudký pokles počtu osob věnujících se náročným sportům jde nepochybně na vrub nedostatku volného času po začátku pracovní kariéry a založení rodiny. Procentuelní nárůst respondentů

věnujících se s rostoucím věkem více sedavému zaměstnání je zase spojen se zdravotními problémy. Lidé, kteří navíc celý život nesportovali, těžko dokážou díky ochablému svalstvu začít cvičit v důchodovém věku. Z kapitoly o obezitě navíc víme, že počet obézních roste s věkem a obézním lidem se sportuje opravdu těžko.

Existuje jednoznačná souvislost mezi typem trávení volného času a vzděláním. S vyšším vzděláním ubývá mužů a žen, kteří tráví své volno vsedě a naopak narůstá počet těch, kteří se věnují lehké aktivitě. Více vzdělaní lidé si uvědomují hodnotu (i ekonomickou) svého zdraví a jaký význam pro ně pravidelný pohyb má. Nejvíce mužů věnujících se těžkému sportu najdeme naopak mezi těmi se základním vzděláním. Náročný sport jednak vyžaduje množství volného času a jednak může znamenat i jakousi kompenzaci pro méně profesně úspěšné jedince. U žen procento těžkých sportovkyň se vzděláním spíše kolísá.

V roce 2002 byly otázky pozměněny. Zatímco v předchozích letech měli respondenti vybrat jednu z nabízených variant trávení volného času, která u nich převažuje, v šetření HIS CR 2002 měli u těchto typů aktivit uvést, kolik času jim věnovali v posledním týdnu. Obraz způsobu trávení volného času se tím stal daleko plastičtější. Zároveň byli dotazováni na typ fyzického zatížení v zaměstnání.

Nejčastěji a nejdéle se respondenti věnovali opět sedavému zaměstnání. 93 % mužů a 95 % žen mu věnovalo 169 respektive 176 minut denně. Naopak aktivnímu sportu (tedy těžkému a náročnému) se věnovalo v posledním týdnu jen 14,5 % mužů a 5 % žen. Rekreačnímu sportu se věnovalo méně mužů a žen než lehkým aktivitám. Potvrdily se výsledky z minulých let, že muži a ženy tráví svůj volný čas neaktivně, přičemž častěji sportují muži než ženy.

Ze studie též vyplynulo, že muži mají častěji fyzicky namáhavé zaměstnání než ženy. K těžké (fyzicky namáhavé) práci se jich přihlásilo 32,8 %, z žen jen 16,9 %. Naopak sedavé (fyzicky nenamáhavé) zaměstnání má 24,4 % mužů a 41,7 % žen.

Následně došlo ke kombinaci fyzické námahy ve volném čase a v zaměstnání a výsledné údaje byly zařazeny do tří možných kategorií celkové fyzické aktivity – nízké, střední a vysoké. Bylo zjištěno, že celková fyzická aktivita mužů je nejčastěji buď nízká (u 41,3 %) nebo vysoká (u 42,5 %). U žen naproti tomu je nejčastější celková fyzická aktivita nízká (u 56 % z nich).

Z hlediska vzdělání vykazovaly nejvyšší celkovou fyzickou aktivitu osoby s učňovským vzděláním. To zřejmě souvisí s tím, že učni nejčastěji provádí manuální práci, která je také nejvíce namáhavá (47, 48, 49, 50).

Průzkum CVVM „Co děláme ve svém volném čase?“ 1994 - 2004

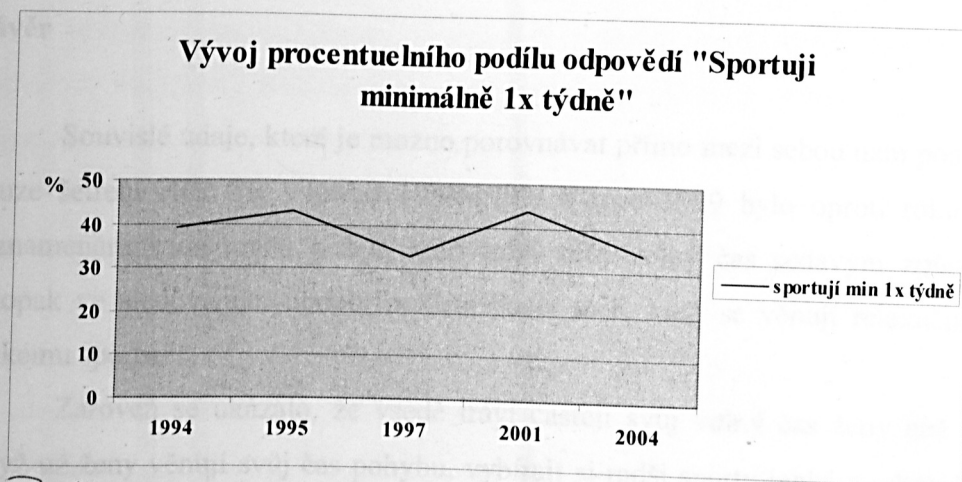
V březnu 2004 položilo CVVM 1056 lidem starším 15 let otázku, jakým způsobem tráví svůj volný čas. Měli na výběr z 15 možností, u nichž měli uvést, zda se jim věnují aspoň jednou za: týden, měsíc, čtvrt roku, rok nebo vůbec ne. Všechny možnosti, z nichž bylo vybíráno uvádím pro přehlednost v Příloze v tabulce r). Mezi nimi byly i dvě, které se nějak týkaly pohybové aktivity a to:

- cvičení, sport
- chození na výlety do přírody, pěstování turistiky

Na první otázku odpověděl téměř stejný počet lidí, že sportují alespoň jednou týdně (34 %) jako byl počet těch, kteří nesportují vůbec (32 %). Dalších 20 % jich uvedlo, že sportují alespoň jednou za měsíc, 9 % jednou za čtvrt roku a 5 % dokonce jen jednou za rok.

Na výlety chodí alespoň jednou týdně 23 %, jednou za měsíc 41 %, 18 % jednou za čtvrt roku. Zbytek už se věnuje turistice spíše výjimečně a jsou to ti, kteří vyrazí někam jednou za rok (7 %) nebo vůbec turistice neholdují (11 %). Vysoký podíl týdenní frekvence měli jednak činnosti sedavé – čtení časopisů (70 %), knih (43 %), jednak činnosti u nichž nelze nějakou pohybovou aktivitu předem vyloučit – poslech hudby (49 %), setkávání s přáteli (45 %) či věnování se jiným koníčkům (47 %).

Průzkum týkající se trávení volného času provedlo CVVM již pošesté od roku 1991, kdy se ale neptal na frekvenci sportování. V následujícím grafu je vidět, jak se měnila frekvence odpovědí „sportuji minimálně 1x týdně“.



Zdroj

Je zřejmé, že množství osob sportujících alespoň jednou týdně kolísalo. Největší propad byl zaznamenán v roce 1997 (33 %) a právě v roce 2004 (34 %).

Vzhledem k tomu, že pro naše zdraví je nezbytná fyzická aktivita minimálně několikrát v týdnu, k tomuto kritériu se přiblížila v roce 2004 pouhá třetina respondentů. A to ještě nevíme, kolikrát v týdnu se sportem zabývají. To potvrzuje výsledky průzkumu HIS CR, že občané České republiky sportovali a sportují nedostatečně (28).

Průzkum CVVM „Trávení volného času“, listopad 2004

V roce 2004 provedlo CVVM ještě jeden průzkum týkající se způsobu trávení volného času. 1071 obyvatel ČR starších 15 let odpovídalo na otázku jakým způsobem tráví svůj volný čas. Každý mohl uvést až tři možnosti, součet všech odpovědí tedy činí 300 %.

Nejoblíbenějším způsobem relaxace je sledování televize, kterou uvedlo 37 % respondentů. Hned na druhém místě se objevuje sport, který získal necelých 33 %. Za ním následuje čtení (27 %), rodina (24 %), zahrádka (17 %) atd. Z aktivit, u nichž vyvíjí člověk fyzický pohyb se zde objevily ještě např. domácí práce (14 %), procházky (12 %), kutilství (6 %), zájezdy, výlety (6 %).

Aktivní sport sice účastníci průzkumu zařadili hned na druhé místo v oblíbených volnočasových aktivitách, bohužel se už nedozvíme jak často a jak intenzivně se sportu věnují. Sport jako oblíbenou aktivitu mohl uvést závodní plavec ale stejně tak i člověk, který si jednou za měsíc rád zahraje fotbal (32).

Závěr

Souvislé údaje, které je možno porovnávat přímo mezi sebou nám poskytuje pouze šetření HIS CR v letech 1993-1999. V roce 1999 bylo oproti roku 1993 zaznamenáno více mužů a žen, kteří tráví svůj volný čas sedavým způsobem. Naopak ve sledovaném období poklesl počet těch, kteří se věnují relaxačnímu a lehkému sportu.

Zároveň se ukázalo, že vsedě tráví častěji svůj volný čas ženy než muži. Když už ženy věnují svůj čas pohybu, vybírají si radši sporty lehké a rekreační, ty těžké přenechávají mužům.

Ani průzkumy CVVM neukázaly, že by lidé trávili pravidelně svůj čas sportováním. V letech 1994 – 2004 počet respondentů, kteří odpověděli, že sportují minimálně jedenkrát týdně, kolísal mezi 33 a 44 %, což je stále málo, když víme, že optimální čas věnovaný sportu je 3 – 4x týdně. Mezi lety 2001 a 2004 navíc došlo k propadu o 10 procentních bodů.

Ačkoliv si Češi v současnosti nemohou stěžovat na nedostatek příležitostí či malý výběr v možnostech fyzického vybití, tráví raději svůj čas před televizní obrazovkou. Důsledkem toho jsou pak zdravotní potíže způsobené obezitou, jejichž symptomy jsou velmi nepříjemné a léčení pak velmi náročné a nákladné.

4.3 Závěr

Jak jsem uvedla již na začátku, životní styl ovlivňuje zdraví člověka z 50 – 60 %. Je tedy jeho nejsilnějším determinantem. Jaký životní styl je vlastní české populaci po roce 1989 a co tedy můžeme očekávat od jejího zdravotního stavu?

Začínat se má tím pozitivním a ze sledovaných oblastí životního stylu nejlépe dopadly stravovací zvyklosti. V tomto směru se chování našich občanů stále zlepšuje. Příčinu můžeme vidět nejen v módnosti (žít zdravě je in), protože kdyby ta byla jedinou příčinou, tak by se jistě zlepšily i ostatní sledované oblasti. Velmi silná je reklamní masáž velkých výrobců některých zdravých potravin. Jejich reklamy útočí právě na strach z nemoci a snaží se vsugerovat spotřebiteli, že konzumace jejich výrobku = absolutní zdraví (klasickým příkladem jsou jogurty a

upozorňování na obsah vlákniny, vitamínů či minerálů ve výrobcích, byť by šlo jen o stopové množství). Každopádně reklamní masáž přinutila občany více sledovat nejen cenu, ale i složení nakupovaného zboží.

Hned po revoluci došlo také ke snížení počtu pravidelných kuřáků, jak to vidíme při srovnání výsledných čísel studií CINDI 1985, 1988, 1992 a HIS CR 1993. Jejich počet je ale i přesto stále příliš vysoký vzhledem ke zdravotním komplikacím, které sebou kouření nese. Žádná ze studií neukazuje, že by jich mělo v budoucnu ubývat. A zde vyvstává otázka, zda je vůbec v lidských silách tolika jedinců bez vnějšího tlaku kouření zanechat. Inspirací by nám mohly být mnohé evropské státy, které zákonem upravují možnost kouření na veřejných místech, především v restauracích. Legislativní úpravou tak občané dostávají impuls, jaké chování je a není společensky přijatelné.

Zbylé oblasti životního stylu nedopadly v hodnoceném období dobře.

Alkohol je nedílnou součástí naší kultury a české pivo je ve světě zárukou kvality. Zvýšenou spotřebu alkoholu jak ji udává databáze SZO není možné přičíst na vrub jen turistickému ruchu. Ve všech šetřeních ostatně především muži přiznávali, že se rozhodně alkoholu nevyhýbají. Rozdílné parametry, které studie používaly znemožňují lepší možnost srovnání, ale v dlouhodobé studii HIS CR odpovědělo nejvíce mužů, že pili alkohol v posledním týdnu v roce 2002. Studie GENACIS z téhož roku ukázala, že významné procento mužů překračuje nebezpečnou denní míru alkoholu. V případě GENACIS to bylo 23 % mužů, tedy téměř čtvrtina. Muži konzumují alkohol častěji než ženy a ve větších dávkách. Mezi ženami najdeme zase více abstinetek.

Poslední dvě oblasti mezi sebou úzce souvisí. Obezita je strašákem číslo jedna a pro české občany je skutečným problémem. V poslední době dochází k nárůstu průměrného BMI u mužů i u žen a SZO předpokládá stejnou tendenci i do budoucna. Naše stravovací návyky se sice za poslední léta zlepšily, ale to nestačí. Absence pravidelného pohybu u velké části populace způsobuje, že český národ tloustne. A čím více bude tloustnout, tím více se bude sportu vyhýbat.

5. Role školy ve vedení dětí ke zdravému životnímu stylu

Po roce 1989 (ale i krátce před ním) proběhlo mnoho šetření a výzkumů, které se týkaly životního stylu obyvatel České republiky. Výsledky těchto průzkumů by neměly být samoúčelné, ale měly by být impulzem pro zdravotní politiku naší vlády, ale také pro zdravotní výchovu ve školách.

Děti tráví ve škole stále více času a naopak stále méně času jim věnují jejich rodiče. Škola by tedy měla posilovat určité návyky, které jsou součástí zdravého životního stylu. Základy těchto návyků by si ovšem děti měly přinést z domova. Může se ale stát, že rodina svoji výchovnou funkci plní nedostatečně. Škola pak musí nejen poskytovat svým žákům podporu v jejich snaze žít zdravě (tedy upevňovat návyky přinesené z domova), ale i budovat tyto návyky u těch žáků, u nichž i základy chybí.

5.1 Jak může škola ovlivnit životní styl žáků

Především je nezbytně nutné, aby škola byla pro žáky zdravým prostředím. Už tuto základní nutnost mnohé školy porušují.

Nejvíce je to vidět v oblasti stravování. Na základních školách není žádnou výjimkou existence automatů na sycené, silně slazené nápoje nebo automatů na různé pochutiny, které si žáci kupují místo svačiny. Ve školních bufetech si zase žáci mohou na svačinu koupit různé koblíhy, koláče, sušenky nebo oplatky.

V současnosti běží na českých školách již několikátým rokem projekt *Mléko do škol*, ale ne v každé škole se setkal s úspěchem. V roce 2006 začala Mlékárna Kunín zřizovat na školách na Moravě mléčné automaty obsahující dotované mléko. Média pak přinesla v říjnu téhož roku zprávu, že se před těmito automaty tvoří fronty a dokonce se před jedním z nich strhla bitka o mléko, která skončila ředitelskou důtkou (informovali o tom Mladá fronta Dnes 5.10.2006 a Právo 7.10.2006). Firma, která tyto automaty dodává nyní čelí velkému zájmu škol a na automaty musely vzniknout pořadníky. Otázka je, zda šlo pouze o mediální humbuk nebo zda je pro žáky skutečně přijatelnější, když si mohou koupit mléčný výrobek

přímo ve škole a vybrat si přitom jaký. Je možné, že zde působí i způsob získání potravin. Rozdávání mléka dříve řešily školy různým způsobem. Někde si dokonce museli žáci každý měsíc odnést svoji porci domů, protože škola neměla dostatečné kapacity chladících zařízení. Žáci si pak nosili darované mléko vlastně jako klasickou svačinu. V tomto případě je jim k dispozici denně přímo ve škole tehdy, když dostanou na ně chuť a navíc si jej kupují na kartu z automatů, které se ničím neliší od automatů na oblíbené leč nezdravé potraviny.

Nesmírně důležitá je také kvalita pokrmů ve školních jídelnách. Právě odsud si žáci nejčastěji odnáší odpor k některým jídlům, především k zelenině. Školní jídelny se sice musí řídit tzv. spotřebním košíkem, který nařizuje, kolik jakých potravin by měly děti každý den dostat, bohužel se často zaměřují více na splnění obsahu košíku a méně na chutnost a pestrost pokrmů. Děti jsou navíc často z domova zvyklé na nezdravé potraviny jako je pizza nebo hranolky a normální jídlo jim pak nechutná.

Mezi povinné školní předměty patří tělesná výchova. I zde mají školy velkou příležitost přilákat žáky k různým pohybovým aktivitám. Opět je důležité nevypěstovat u nich k pohybu odpor. Bohužel se tak často stává. Děti mají přirozenou radost z pohybu, když jej vnímají jako hru. Zde by také mělo být těžiště tělesné výchovy. Tělesná výchova by měla být více hrou a méně závodem. Žáci jsou hodnoceni podle toho, jak daleko doskočí, jak rychle uběhnou nějaký úsek nebo jak rychle vyšplhají do určité výšky. Ti méně zdatní, kteří nepodávají předepsané výkony pak získají odpor k tělocviku, což se posléze přenáší na obecný odpor ke sportu.

A konečně celkové klima školy působí na žáky jako vzor. Není možné od nich očekávat, že se budou vyhýbat alkoholu, když je o učitelském sboru veřejně známo, že jeho polovinu tvoří jeho pravidelní konzumenti. A nelze trestat žáky za kouření před školou, když se o přestávkách učitelé sdružují v kuřárně a do hodin pak přichází provonění kouřem, aby vzápětí žákům vysvětlovali, že cigareta je jed a kouřit je špatné. Takové pokrytectví se zcela míjí účinkem.

5.2 Zdravý životní styl a RVP

Jakým způsobem upravuje RVP pro základní školy oblast zdravého životního stylu? Touto tematikou se zabývá především v samostatné vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, dále pak v průřezových tématech Osobnostní a sociální výchova a Mediální výchova.

Vzdělávací oblast Člověk a zdraví má žáky seznámit s významem zdraví pro kvalitu jejich dalšího života. Žáci si mají osvojit postupy, které povedou k jeho zachování a posílení a naučit se cítit za své zdraví odpovědnost. V charakteristice této vzdělávací oblasti se doslova píše, že „...je velmi důležité, aby celý život školy byl ve shodě s tím, co se žáci o zdraví učí a co z pohledu zdraví potřebují. Zpočátku musí být vzdělávání silně ovlivněno kladným osobním příkladem učitele, jeho všestrannou pomocí a celkovou příznivou atmosférou ve škole...“ (40) Je zde tedy skutečně kladen důraz na osobnostní kvality učitele, zvláště u mladších dětí.

Tato oblast se dále dělí na obory Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. Výchova ke zdraví má za cíl naučit žáka nejrozličnějším zdravotně preventivním návykům jako je např. stravování či hygienické zvyklosti. Zároveň se zde má žák seznámit s praktickými radami jak odmítat návykové látky a jak si udržet celkové fyzické, duševní i sociální zdraví. V Tělesné výchově se tyto teoretické znalosti mají podpořit přiměřenou fyzickou aktivitou.

Tyto dva předměty existovaly už v době před vznikem RVP jako rodinná a tělesná výchova. Na školách nebyly nikdy považovány (ostatně stejně jako všechny ostatní výchovy) za plnoprávné předměty. Pevně věřím tomu, že program, podle kterého učitel učí, má daleko menší dopad na výsledek než to, jak a co učí. Dva různí učitelé řídicí se tímtož programem budou vždy dosahovat rozdílných výsledků.

RVP dále dosavadní výuku rozvíjí o průřezová témata, která mohou být vyučována buď jako samostatné předměty nebo jako projekty či jiným způsobem.

Téma Osobnostní a sociální výchova má souvislost se zdravým životním stylem v oblasti duševní hygieny, sebepoznání, seberegulace a sebepojetí. Žáci se zde mají naučit mít pozitivní vztah nejen k sobě samému ale také k okolnímu společenství. Zároveň si mají osvojit dovednost zvládání stresových situací, které v moderní době významně ovlivňují nejen duševní ale i tělesný stav člověka.

8. Z Druhým průřezovým tématem, které má (ač se to na první pohled nezdá) vazbu na životní styl je Mediální výchova. Právě média dnes ovlivňují náš životní styl nejvíce. Mladí lidé navíc si navíc ještě teprve tvoří soustavu hodnot a tak pro ně zatím nejvíce stabilním ukazatelem toho, co je a není důležité, je to, co je tzv. in. A tuto informaci jim podávají média. V Mediální výchově se mají žáci naučit, jak odolávat jejich tlaku a jak rozlišit pravdivé od vymyšleného. Kritické myšlení potom mohou uplatnit i v jiných oblastech života, kdy se jim bude někdo snažit vnutit nějaký stereotyp jako jediný platný názor.

Vazby na zdravý životní styl najdeme i v dalších vzdělávacích oblastech jako je Člověk a příroda nebo Člověk a společnost, ale v těch, které jsem uvedla výše, je tato souvislost nejzřetelnější.

Jak jsem již ale zmínila, pro výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu je velmi podstatné, aby se stala součástí celého vzdělávacího procesu. Jinak budeme mít v budoucnosti obyvatele vzdělané, leč obézní a nemocné (40).

6. Zhodnocení situace a výhledy do budoucnosti

V této kapitole se pokusím shrnout, které skutečnosti vyplynuly z mé práce. To znamená posoudit, jakým způsobem se od roku 1989 změnil zdravotní stav obyvatel České republiky a jak se ve stejné době změnil jejich životní styl.

Zdravotní stav jsem zkoumala jednak z hlediska příčin úmrtnosti, dále pak z hlediska výskytu novotvarů a diabetu.

Ve sledovaném období došlo k významnému snížení novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Česká republika v současnosti patří ke státům, které dosahují v této oblasti nejlepších výsledků na světě. Stejně tak se snížila i hrubá úmrtnost.

Zároveň se prodloužil věk, kterého se mohou naši občané dožít. U žen došlo mezi léty 1989 a 2000 k prodloužení o 3, u mužů dokonce o 3,6 roku. Z vybraných postkomunistických zemí v případě naděje na dožití se Česká republika drží na druhém místě hned za Německem. Ve srovnání se severskými zeměmi ale stále zaostává.

V roce 1992 i v roce 2004 byly nejčastější příčinou úmrtí v České republice nemoci oběhové soustavy. Poměr občanů, kteří kvůli nim zemřeli se téměř nezměnil. Tento údaj můžeme dát do souvislosti s nárůstem nadváhy a obezity u našich občanů. Vysoká úmrtnost na nemoci oběhové soustavy trápí i ostatní východoevropské země, a to dokonce víc než nás. Východoevropané tak platí daň za to, že je v období komunismu nikdo neučil jíst zdravě. Ostatně často ani neměli příležitost se ke zdravým potravinám dostat, jelikož byly nedostatkovým zbožím. V porovnání s okolními státy u nás také umírá velmi mnoho osob na novotvary různého typu. Horší výsledky mělo v roce 2003 jen Maďarsko, dokonce i v Rusku umírá v poměru k počtu obyvatel méně osob na rakovinu než u nás.

Životní styl české populace se v některých ohledech od revoluce změnil.

Hned po revoluci klesl počet pravidelných kuřáků. Bohužel jejich podíl se zastavil kolem 30 % u mužů a 20 % pravidelných kuřaček u žen, což je vzhledem ke zdravotním důsledkům pravidelného kouření příliš vysoké číslo. Alarmující je i skutečnost, že podle průzkumu SZO CINDI 2002 má pouze malé procento kuřáků obavu o své zdraví. Pouze 7 % kouřících mužů a žen uvedlo, že mají velké starosti o své zdraví, zatímco 15 % mužů a 8 % žen prohlásilo, že v tomto směru žádnou obavu nepocítuje. Zatímco některé evropské země přijímají v posledních letech

(Zdroj)

tvrdé protikuřácké zákony, naše vláda se zatím k tak razantním krokům neodvažuje přikročit. Kuřáctví má přitom velmi silný dopad i na ekonomiku státu (ve smyslu většího zatížení zdravotnictví díky nemocem z kouření a vyšší nemocnosti, která snižuje produktivitu práce).

Spotřeba alkoholu podle SZO u nás naopak v devadesátých letech vzrostla, i když zde může být určitá souvislost s turistickým ruchem, který množství vypitého alkoholu zvyšuje. Podle všech studií, které jsem v této podkapitole použila, významné procento občanů překračuje zdraví nebezpečnou denní dávku alkoholu. Podle studie GENACIS 2002 průměrná denní spotřeba alkoholu u mužů neklesá pod 20 g. Ve věkové kategorii 35 – 44 let je to dokonce přes 35 g za den. Hranici nebezpečného množství alkoholu (která je pro muže stanovena na 40 g alkoholu denně a pro ženy na 20 g alkoholu denně) překračuje téměř čtvrtina mužů a desetina žen. Na vině vysoké spotřeby alkoholu v České republice je i určitý tradiční vztah celé společnosti k alkoholovým nápojům, především k pivu. Není přece možné zatracovat něco, na co jsme zároveň hrdí a čím se ve světě chlubíme, tedy české pivo. Průzkumy také prokázaly, že mezi muži je právě pivo stále zdaleka nejoblíbenějším nápojem.

Přestože podle studie HIS CR 1993, 1996, 1999 a 2002 došlo u naší populace ke změně stravovacích návyků směrem k lepšímu, nedostatečná fyzická aktivita vede k tomu, že český národ tloustne. Obezita se u nás stává velkým problémem. Podle odhadů SZO se průměrný BMI u mužů a žen v České republice v roce 2005 pohyboval v pásmu nadváhy. Z jejího odhadu na rok 2010 pak vyplývá, že i v budoucnu bude váha našich občanů růst. Určitou souvislost zde vidím se stále se prodlužující dobou, kterou Češi tráví u televizních obrazovek, což je jeden z nejpasivnějších způsobů trávení volného času. Během sledování televize se navíc často konzumuje množství tučných a sladkých pochutin, které ve spojitosti se sezením způsobují tloustnutí.

Zdá se tedy, že Češi se učí teprve vybírat si zdravé a kvalitní potraviny, i když jsou teprve na začátku dlouhé cesty (což potvrzuje i nízký podíl biopotravín na celkovém nákupu potravin v České republice). Zároveň se ale stále více poddávají konzumnímu stylu života, který zahrnuje sezení u televizi a počítačových her. Možnost široké volby, kterou sebou nese život v demokracii zároveň znamená i možnost volit si pohodlný způsob života, který má ovšem za následek špatný zdravotní stav naší populace. A tak v důsledku kouření, nadměrného pití alkoholu a

nedostatku pohybu velká část naší populace umírá na nemoci oběhové soustavy a prudce narůstá počet nemocných diabetem.

Jakým způsobem se bude situace nadále vyvíjet můžeme jen odhadovat. Podle SZO budeme dále tloustnout a tudíž dále umírat na infarkty. Tvrdý protikuřácký zákon se v budoucnosti naší země zatím ani nerýsuje. Prohibice alkoholu (jak ukázala americká zkušenost) nevede k tomu, že by jej lidé přestali pít. Jedinou možností je vychovávat ty další generace tak, aby si uvědomovaly, že zdravý životní styl udržuje jejich fyzickou i psychickou stránku. Je tak devízou, která se jim v životě mnohonásobně vrátí.

Na závěr bych chtěla vybídnout k napsání diplomové práci na podobné téma, která by se zabývala sledováním změn životního stylu dětí a mládeže v České republice po roce 1989. Ta by teprve dala definitivní odpověď na otázku, jak se bude zdravotní stav a životní styl vyvíjet v budoucnosti a zda můžeme očekávat zlepšení v některých oblastech.

7. Slovník grafů a tabulek

Incidence - vyjadřuje počet onemocnění (tj. nově se vyskytnutých případů) v určitém období ke střednímu stavu obyvatelstva, nejčastěji na 100 000 osob.

Naděje dožití - vyjadřuje počet roků, který v průměru prožije osoba právě narozená za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné uvedené období

Prevalence - (ukazatel nemocnosti) vyjadřuje počet nemocných osob (buď celkem nebo s určitou nemocí) vztahený k celkovému počtu osob v populaci (středního stavu), nejčastěji na 100 000 osob.

Úmrtnost hrubá – počet zemřelých na 1000 obyvatel

Úmrtnost standardizovaná – úmrtnost teoretické evropské populace („evropského standardu“) vypočtená z jednotlivých specifických úmrtností konkrétní populace)

Úmrtnost novorozenecká – počet zemřelých do 28 dnů věku na 1000 živě narozených

Úmrtnost kojenecká – počet zemřelých do 1 roku věku na 1000 živě narozených

8. Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů v textu:

1. Vývoj úmrtnosti 1990-2004
2. Incidence vybraných zhoubných novotvarů – ženy (v přepočtu na 100 000 žen)
3. Úmrtnost na vybrané novotvary – ženy (v přepočtu na evropský standard)
4. Incidence vybraných zhoubných novotvarů – muži (v přepočtu na 100 000 mužů)
5. Úmrtnost na vybrané novotvary – muži (v přepočtu na evropský standard)
6. Prevalence diabetu 1980-2004
7. Struktura diabetiků podle typu léčby
8. Prevalence kuřáctví v populaci dle věku – muži/ženy, CINDI 1985
9. Prevalence kuřáctví v populaci – muži, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
10. Prevalence kuřáctví v populaci – ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
11. Prevalence kuřáctví v populaci, Zdraví a škodlivé návyky 1996
12. Prevalence kuřáctví v populaci, Zdraví a škodlivé návyky 1997-2005
13. Spotřeba alkoholu v přepočtu na občany starší 15 let, SZO 1980-2001
14. Podíl respondentů konzumujících alkohol v posledním týdnu, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
15. Podíl respondentů konzumujících alkohol před 1-4 týdny, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
16. Podíl respondentů konzumujících alkohol před více než 4 týdny, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
17. Podíl respondentů, kteří jsou celoživotními abstinenty, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
18. Průměrná denní spotřeba alkoholu v gramech dle věkové kategorie – muži/ženy, GENACIS 2002
19. Denní spotřeba alkoholu v gramech – muži, GENACIS 2002
20. Denní spotřeba alkoholu v gramech – ženy, GENACIS 2002
21. Struktura respondentů dle provozované fyzické aktivity – muži, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

22. Struktura respondentů dle provozované fyzické aktivity – ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
23. Vývoj procentuelního podílu odpovědí „Sportuji minimálně 1x týdně“, CVVM „Co děláme ve svém volném čase?“ 1994-2004

Grafy jsou seřazeny v pořadí, ve kterém se objevují v textu. Přesné faktografické údaje ke všem výše uvedeným grafům jsou seřazeny v tabulkách v Příloze ve shodném pořadí jako v „Seznamu grafů v textu“.

Seznam tabulek v textu:

24. Kojenecká úmrtnost v ČR v porovnání s vybranými státy, 1980, 1990, 1995, 2000
25. Naděje dožití při narození v letech 1989-2000, muži
26. Naděje dožití při narození v letech 1989-2000, ženy
27. Úmrtnost podle příčin smrti – muži/ženy (průměrná úmrtnost na 100 000 mužů/žen)
28. Standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel evropské populace podle příčin úmrtí – muži/ženy
29. Srovnání standardizované úmrtnosti v ČR podle příčin za rok 2003 s vybranými státy – muži/ženy
30. Podíl věkových skupin na kouření populace (ti, kteří kouří více než 1 cigaretu denně), Zdraví a škodlivé návyky 1997-2005 – v %
31. Energetická hodnota vybraných potravin v kJ
32. Dodržování vybraných stravovacích zásad – muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 - kladné odpovědi v %
33. Struktura respondentů podle frekvence konzumace vybraných potravin, Helen 2004-2005 - v %
34. Hodnocení BMI
35. Průměrný BMI v letech 1985, 1988 a 1992 v různých věkových kategoriích, Monica 1985, 1988, 1992
36. Souhrnné procento těch, jejichž BMI<25, Monica 1985, 1988, 1992
37. Souhrnné procento těch, jejichž BMI<30, Monica 1985, 1988, 1992
38. Hodnocení BMI ve studii HIS CR

39. Procento respondentů s BMI 27-30, BMI>30 – muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
40. Průměrná hodnota BMI – muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
41. Srovnání BMI dle Studie Helen 1998-2002 a Helen 2004-2005, muži/ženy
42. Odhad průměrného BMI v letech 2002, 2005, 2010, muži/ženy, SZO
43. Prevalence nadváhy a obezity v ČR a okolních státech, muži/ženy, odhad SZO na 2002, 2005, 2010 – v %

Tabulky jsou seřazeny v pořadí, ve kterém se objevují v textu.

1. Bárňová, S.: Radiokapita medicíny a zdravotnictví 6. vyd. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-0677-4
2. Bárňová, S.: Radiokapita medicíny a zdravotnictví 7. vyd. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-1021-3
3. Bárňová, S.: Radiokapita medicíny a zdravotnictví 8. vyd. Praha: Grada 2009. ISBN 978-80-247-1417-2
4. Černý, E. a kol.: Nádory ve zvěř v roce 2000. Praha: Masarykův onkologický ústav v Brně, 2004. ISBN 80-903253-0-5
5. Gladiš, L.: Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0176-2
6. Haškovcová, H.: Práva pacientů komentované vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. Praha: Alery Kufelová, 1996. ISBN 80-902163-0-7
7. Holčík, J.-Kaňová, P.-Práhl, L.: Systém péče o péči o zdravotní výchoviska, základní pojmy a perspektivy. Brno: Národní ústav ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-247-417-8
8. Jha, P.-Chaloupka, F. J.: Jak zvládnout kouření a alkohol: ekonomika kontroly tabáku. SZO, Praha, 2004. ISBN 80-7071-224-7
9. Kapr, J. a kol.: Sociální destrukce, sociologie nemocí a medicíny. 2. vyd. Praha: Slov, 1997. ISBN 80-85330-03-6
10. Kapr, J.-Koucká, B.: Paliativní péče v poskytování péče. Praha: Slov, 1998. ISBN 80-85850-20-4
11. Mášková, H.-Křížová, E.-Svoboda, P.: Česká zdravotnictví: vývoj a skutečnost. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-1021-3
12. Růžová, M. a kol.: Kapsle z děje lékařství. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1021-3
13. Schreiber, V.: Medicína se přelomá hranicemi: historie medicíny v české současný stav a kam dále. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0821-3
14. Zdravotnická statistika ČR 1998. ÚZIS, Praha, 1999
15. Zdravotnická statistika České republiky 1992. ÚZIS, Praha, 1993

9. Seznam literatury

1. Abrahámová, J. – Dušek, L. a kol.: Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu. Praha: Avicenum, 2003. ISBN 80-247-0499- 4
2. Adam, Z.-Vorlíček, J.-Koptíková, J.: Obecná onkologie a podpůrná léčba. Praha: Avicenum, 2003. ISBN 80-247-0677-6
3. Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4
4. Geryk, E. a kol.: Nádory ve světě v roce 2000. Brno: Masarykův onkologický ústav v Brně, 2004 ISBN 80-903255-0-5
5. Gladkij, I.: Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0176-2
6. Haškovcová, H.: Práva pacientů: komentované vydání. Havířov: Nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7
7. Holčík, J.-Káňová, P.-Prudil, L.: Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-417-8
8. Jha, P.-Chaloupka, F. J.: Jak zvládnout kuřáckou epidemii: vlády a ekonomika kontroly tabáku. SZÚ. Praha. 2004. ISBN 80-7071-234-1
9. Kapr, J. a kol.: Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. 2. vyd. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-03-6
10. Kapr, J.-Koukola, B.: Pacient: revoluce v poskytování péče. Praha: Slon, 1998. ISBN 80-85850-49-4
11. Mášová, H-Křížová, E.-Svobodný, P.: České zdravotnictví: vize a skutečnost. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0944-4
12. Říhová, M. a kol.: Kapitoly z dějin lékařství. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1021-3
13. Schreiber, V.: Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0822-5
14. Zdravotnická ročenka ČSFR 1991. ÚZIS. Praha. 1991
15. Zdravotnická ročenka České republiky 1992. ÚZIS . Praha. 1993

16. Zdravotnická ročenka České republiky 1993. ÚZIS. Praha. 1994
17. Zdravotnická ročenka České republiky 1994. ÚZIS. Praha. 1995. ISSN 1210-9991
18. Zdravotnická ročenka České republiky 1995. ÚZIS. Praha. 1996. ISSN 1210-9991
19. Zdravotnická ročenka České republiky 1996. ÚZIS. Praha. 1997. ISSN 1210-9991
20. Zdravotnická ročenka České republiky 1997. ÚZIS. Praha. 1998. ISSN 1210-9991
21. Zdravotnická ročenka České republiky 1998. ÚZIS. Praha. 1999. ISSN 1210-9991
22. Zdravotnická ročenka České republiky 1999. ÚZIS. Praha. 2000. ISSN 1210-9991
23. Zdravotnická ročenka České republiky 2000. ÚZIS. Praha. 2001. ISSN 1210-9991
24. Zdravotnická ročenka České republiky 2001. ÚZIS. Praha. 2002. ISSN 1210-9991
25. Zdravotnická ročenka České republiky 2002, ÚZIS. Praha. 2003. ISSN 1210-9991
26. Zdravotnická ročenka České republiky 2003. ÚZIS. Praha. 2004. ISSN 1210-9991
27. Zdravotnická ročenka České republiky 2004. ÚZIS. Praha. 2005. ISSN 1210-9991

Seznam použitých výzkumů:

28. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR: Co děláme ve svém volném čase: 15.-23.3.2004 [online]. [cit. 3.11.2006]. Dostupné na www:
<http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100351s_oz40426.pdf>
29. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR: Prestiž povolání: 8.-15.11.2006 [online]. [cit 12.10.2006]. Dostupné na www:
<http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100431s_eu50103.pdf>

30. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR: Regionální jídla a hodnocení tradiční české kuchyně: 19.-26.5.2003 [online]. [cit. 2.11.2006]. Dostupné na www:
<http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100257s_or30820.pdf>
31. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR: Stravovací zvyky Čechů: 19.-26.5.2003 [online]. [cit. 2.11.2006]. Dostupné na www:
<http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100258s_or30825.pdf>
32. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR: Trávení volného času: 29.11.-6.12.2004 [online]. [cit. 3.11.2006]. Dostupné na www:
<http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100351s_oz40426.pdf>
33. Český statistický úřad: Kojenecká úmrtnost [online]. [cit. 14.9.2006]. Dostupné na www:
<http://notes2.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/kojenecka_umrtnost>
34. Český statistický úřad: Kojenecká úmrtnost [online]. [cit. 14.9.2006]. Dostupné na www:
<[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/860034F6C6/\\$File/1604rr23.pdf](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/860034F6C6/$File/1604rr23.pdf)>
35. Český statistický úřad: Obyvatelstvo [online]. [cit. 14.9.2006]. Dostupné na www:
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu>
36. Český statistický úřad: Střední délka života [online]. [cit. 15.9.2006]. Dostupné na www:
<[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/860034FB91/\\$File/1604rr24.xls](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/860034FB91/$File/1604rr24.xls)>
37. Enviweb: Podpora značky bio by měla následovat Klasu [online]. [cit. 2.11.2006]. Dostupné na www:
<http://www.enviweb.cz/?env=puda_archiv_gadhi/Podpora_znacky_bio_by_mela_nasledovat_Klasu.html>
38. Finnish National Public Health Institute: MONICA population survey data book [online]. [cit. 3.11.2006]. Dostupné na www:
<<http://www.ktl.fi/publications/monica/surveydb/title.htm>>
39. Gfk: Jak jsou Češi spokojeni s péčí v nemocnicích: 20.-30.1.2006 [online]. [cit. 12.10.2006]. Dostupné na www:

- <<http://www.gfk.cz/cz/default.aspx>>
40. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. [cit. 20.11.2006]. Dostupné na [www](http://www.rvp.cz/soubor/rvpzv.pdf):
<<http://www.rvp.cz/soubor/rvpzv.pdf>>
41. Sovinová, H.-Csémy, L.-Sadílek, P.: Zdraví a škodlivé návyky: tematický sborník věnovaný problematice kouření, spotřeby alkoholických nápojů a užívání drog u dospělých a mládeže. SZÚ. 1999. ISBN 80-7071-141-8
42. Sovinová, H.-Csémy, L.: Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice [online]. [cit. 15.10.2006]. Dostupné na [www](http://www.szu.cz/Menu1/publikace/Koureni%20a%20Alkohol.pdf):
<<http://www.szu.cz/Menu1/publikace/Koureni%20a%20Alkohol.pdf>>
43. Státní zdravotní ústav: CINDI health monitor 2002 – Česká republika [online]. [cit. 12.9.2006]. Dostupné na [www](http://www.szu.cz/czsp/cindi/cindi2003.pdf):
<<http://www.szu.cz/czsp/cindi/cindi2003.pdf>>
44. Státní zdravotní ústav: Helen 1998-2002 [online]. [cit. 15.10.2006]. Dostupné na [www](http://www.szu.cz/chzp/zprava03/zdravstav/obsah.htm):
<<http://www.szu.cz/chzp/zprava03/zdravstav/obsah.htm>>
45. Státní zdravotní ústav. Hodnocení zdravotního stavu. Studie Helen II. Etapa 2004-2005 [online]. [cit. 15.10.2006]. Dostupné na [www](http://www.szu.cz/chzp/indikatory/Helen_05.pdf):
<http://www.szu.cz/chzp/indikatory/Helen_05.pdf>
46. Státní zdravotní ústav: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů k problematice kouření (období 1997-2005) [online]. [cit. 1.11.2006]. Dostupné na [www](http://www.szu.cz/dokumenty_soubory/ZPR2A.pdf):
<http://www.szu.cz/dokumenty_soubory/ZPR2A.pdf>
47. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 93. ÚZIS. Praha. 1995. ISBN 80-901856-1-4
48. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 96. ÚZIS. Praha. 1998. ISBN 80-86100-66-9
49. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 99. ÚZIS. Praha. 2001. ISBN 80-7280-033-9
50. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 2002. ÚZIS. Praha. 2003. ISBN 80-7280-296-8
51. World health organization: Alcohol database [online]. [cit. 24.10.2006]. Dostupné na [www](http://www.who.int):

<http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data_process.cfm?path=whosis,topics,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english>

52. World health organization: Global infobase: Overweight [online]. [cit. 25.10.2006]. Dostupné na [www](http://www.who.int):

<http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/CountryProfiles/QuickCompare.aspx?DM=5&Countries=203%2c276%2c348%2c616%2c703&Year=2005&sf1=cd.0701&Sex=all&AgeGroup=15-100>

	2002	2003	2004
† na 1000 obyvatel	10,6	10,9	10,1
smrtelnost†	2,3	2,4	2,3
kapacita†	4,1	3,9	3,7

Tabulka b) - Incidence vybraných zhubutých onemocnění - ženy (přepočteno na 100 000 žen)

	1990	1995	1998	2000	2002	2004
kolorektální	14,2	18	17,8	17,1	16,2	15,3
tlustého střeva	10,1	12,1	12,1	11,8	11,2	10,6
průčelního střeva	3,6	3,9	3,9	3,8	3,7	3,6
průčelního střeva	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
průčelního střeva	1,4	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4

Tabulka c) - Úmrtnost na vybraná onemocnění - ženy (přepočteno na světový standard)

	1994	1998	2002
kolorektální	11,3	12	11
tlustého střeva	7,7	8,2	7,7
průčelního střeva	2,3	2,4	2,3
průčelního střeva	0,7	0,7	0,7
průčelního střeva	1,0	1,0	1,0

10. Přílohy

Tabulka a) - Vývoj úmrtnosti 1989 – 2004

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
† na 1000 obyvatel	12,3	12,5	12,5	11,7	11,4	11,4	11,4	10,9	10,9	10,6	10,7	10,6	10,5
novorozenecská †	X	7,7	7,8	6,2	5,7	4,7	4,9	3,8	3,6	3,2	2,9	2,5	2,3
kojenecká †	10,0	10,8	10,9	9,9	8,5	7,9	7,7	6	5,9	5,2	4,6	4,1	4

	2002	2003	2004
† na 1000 obyvatel	10,6	10,9	10,5
novorozenecská †	2,7	2,4	2,3
kojenecká †	4,1	3,9	3,7

Tabulka b) – Incidence vybraných zhoubných novotvarů – ženy (přepočtu na 100 000 žen)

	1980	1985	1990	1995	2000	2002
žaludku	21,5	19	17,8	17,4	14,3	13,7
tlustého střeva	19,1	23,4	28,1	33,9	35,9	38
průdušnice+průdušky	10,6	12,9	16	21,5	26,2	26,9
prsu	51,5	57,5	65,5	85,8	92,4	102,7
vaječníku+jiných pohl. orgánů	16,4	18,2	21	23,7	24,9	25,3

Tabulka c) - Úmrtnost na vybrané novotvary – ženy (v přepočtu na evropský standard)

	1994	1999	2002
žaludku	11,5	9,2	8,6
tlustého střeva	15,9	15,6	14,9
průdušnice+průdušky	16,3	18,3	18,2
prsu	31,4	28,1	27,5
vaječníku+jiných pohl. orgánů	12,5	12,2	12

Tabulka d) – Incidence vybraných zhoubných novotvarů – muži (v přepočtu na 100000 mužů)

	1980	1985	1990	1995	2000	2002
žaludku	32,4	28,7	24,8	24	20,1	19,6
tlustého střeva	18,8	24,2	29,1	38,1	46,5	52,4
průdušnice a průdušky	97,6	99,1	96	95,2	92,2	91,5
prostаты	23,6	26,3	31,8	45,3	54,4	68,3
močového měchýře	14	17,1	20,1	25,8	28	30,9

Tabulka e) - Úmrtnost na vybrané novotvary – muži (v přepočtu na evropský standard)

	1994	1999	2002
žaludku	25,9	18,1	17
tlustého střeva	29,1	29,3	28,7
průdušnice a průdušky	98,2	89,1	84,2
prostаты	27,4	28,8	30,6
močového měchýře	11,1	9,9	11,5

Tabulka f) - Prevalence diabetu 1980 – 2004, absolutní čísla

	1980	1985	1990	1995	2000	2004
celkem	317 144	396 007	479 125	552 236	654 164	712 079
muži	140 902	177 131	214 181	243 481	296 419	328 767
ženy	176 242	218 876	264 944	308 755	357 745	383 312

Tabulka g) - Struktura diabetiků podle typu léčby, absolutní čísla (%)

	dietou	PAD	inzulínem	kombinovaně
1990	209805 (43,8 %)	200962 (41,9 %)	61791 (12,9 %)	6567 (1,4 %)
1995	224566 (40,7 %)	230948 (41,8 %)	81947 (14,8 %)	14775 (2,7 %)
2000	248660 (38 %)	277303 (42,4 %)	98966 (15,1 %)	29235 (4,5 %)
2004	242668 (34,1 %)	310659 (43,6 %)	111937 (15,7 %)	46815 (6,6 %)

Poznámka: V tabulce jsou rozdělení nemocní diabetem podle typu léčby bez ohledu na pohlaví. PAD znamená léčbu pomocí perorálních antidiabetik (tedy léků v podobě tablet). Kombinovaná léčba znamená, že pacient užívá zároveň PAD i inzulín, jde tedy o nejzávažnější stupeň choroby. Číslo před závorkou udává absolutní počet nemocných léčených se daným způsobem, číslo v závorce znamená procentuelní podíl takto léčených na celkovém počtu všech nemocných diabetem.

Tabulka h) – Prevalence kuřáctví v populaci dle věku – muži/ženy, CINDI 1985 – v %

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
muži	37	63	61	44	37
ženy	24	45	41	19	11

Tabulka i) – Prevalence kuřáctví v populaci – muži, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 – v %

	1993	1996	1999	2002
nikdy nekouřil	36,4	37,4	36,9	37,8
bývalý kuřák	23,1	21,3	24,3	24,7
příležitostný kuřák	8,6	8,1	8,6	6,6
slabý kuřák	20,7	19,8	18,3	21,7
silný kuřák	11,2	12,5	11,4	9,2

Tabulka j) – Prevalence kuřáctví v populaci – ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 – v %

	1993	1996	1999	2002
nikdy nekouřil	56,7	55,9	61,1	59,1
bývalý kuřák	13,8	15,3	15,1	17,3
příležitostný kuřák	8,5	8,5	6,5	5,5
slabý kuřák	17,7	16,1	15,7	15,8
silný kuřák	3,3	4,1	1,6	2,3

Tabulka k) - Prevalence kuřáctví v populaci, Zdraví a škodlivé návyky 1996 – v %

	muži	ženy
kouří denně	28,6	21,7
kouří nepravidelně	3,1	5
bývalý kuřák	21,8	11,1
nekuřák	46,5	62,2

Tabulka l) - Prevalence kuřáctví v populaci, Zdraví a škodlivé návyky 1997 - 2005 - v %

	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
kouří nejméně 1 cigaretu denně	26,2	19,9	25,6	25,7	21,2	30,2	27,5	26,3
kouří méně než 1 cigaretu denně	3,7	5,4	3,5	3,3	3,5	3,4	3,2	4,1
bývalý kuřák	13,9	12,3	12,9	12,6	11,3	13,5	14,7	15
nekuřák, kdysi zkoušel kouřit	20,4	21,8	25,2	21,6	20,3	20,5	20,8	21,6
nekuřák, nikdy nekouřil	36,8	40,4	32,8	36,8	43,7	32,4	33,8	33

Poznámka: bývalý kuřák - v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současnosti nekouří; nekuřák, kdysi zkoušel kouřit - kdysi zkoušel kouřit, ale bylo to méně než 100 cigaret

Tabulka m) - Spotřeba alkoholu v přepočtu na občany starší 15 let, SZO 1980 - 2001, v litrech

	čistý alkohol	pivo	víno
1980	16,03	9	2,43
1981	16,4	9,17	2,51
1982	16,55	9,59	2,3
1983	16,35	9,69	2,3
1984	15,92	9,18	2,44
1985	15,67	8,56	2,51
1986	15,05	8,7	1,92
1987	14,88	8,44	2,13
1988	14,79	8,5	2,01
1989	14,88	8,45	2,12
1990	16,34	9,88	2,26
1991	15,57	9,28	2,24
1992	16,52	10,24	2,26
1993	15,71	9,56	2,29
1994	15,93	9,69	2,28
1995	15,83	9,63	2,27
1996	16,06	9,59	2,31
1997	16,47	9,79	2,31
1998	16,37	9,71	2,32
1999	16,48	9,7	2,35
2000	16,33	9,56	2,35
2001	16,21	9,43	2,36

Tabulka n) – Struktura konzumentů alkoholu – muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002 – v %

	1993	1996	1999	2002
konzumovali alkohol v posledním týdnu	67,1 / 39,4	64 / 39,4	64 / 32,7	68,6 / 36,1
konzumovali alkohol před 1-4 týdny	16 / 20,6	16,1 / 20,4	15,7 / 21,1	12,7 / 17,1
konzumovali alkohol před více než 4 týdny	10,7 / 26,5	10,7 / 22,2	11,5 / 25,1	11,7 / 27
jsou celoživotními abstinenty	6,2 / 13,5	8,9 / 17,7	8,6 / 20,8	7 / 19,8

Poznámka: Údaje jsou v tabulce uvedeny zvlášť pro muže (tučně před lomítkem) a pro ženy (normálním písmem za lomítkem).

Tabulka o) - Průměrná denní spotřeba alkoholu dle věkové kategorie – muži/ženy, GENACIS 2002 - v gramech

	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
muži	20,7	23	35,2	27,1	24,8
ženy	7,8	7,2	8,9	7,1	5

Tabulka p) - Denní spotřeba alkoholu – muži/ženy – v gramech

	do 20	20-39	40-59	60 a více
muži	58,7	18,7	9,6	13
ženy	90	6,6	1,8	1,6

Tabulka q) – Struktura respondentů dle provozované fyzické aktivity – muži/ženy, HIS CR 1993, 1996, 1999 – v %

	1993	1996	1999
těžká	7,8 / 1,9	7,7 / 1,3	8,3 / 3,1
rekreační	26,9 / 18	22,1 / 13,7	23,9 / 14,5
lehká	35,3 / 38,7	32,3 / 36,7	33,1 / 37,3
sedavá	30 / 41,4	37,8 / 48,1	34,4 / 44,4

Tabulka r) - Průzkum CVVM, březen 2004, „Co děláme ve svém volném čase?“

„Jak často:

aspoň jednou za...	týden	měsíc	čtvrt roku	Rok	vůbec ne
posloucháte nahrávky, např. na kazetě CD	49	19	8	4	20
si zvyšujete své odborné a jazykové znalosti	27	14	8	8	43
čtete časopisy	70	22	4	1	3
čtete knížky	43	25	15	8	9
chodíte do kina	6	15	23	19	37
chodíte do divadla	2	8	21	27	42
navštěvujete galerie, výstavy výtvarného umění	1	4	13	26	56
cvičíte, sportujete	34	20	9	5	32
navštěvujete veřejnou knihovnu	6	19	12	9	54
chodíte na výlety do přírody, pěstujete turistiku	23	41	18	7	11
chodíte na koncerty vážné hudby	1	4	7	18	70
navštěvujete vinárny, kavárny, restaurace	21	32	20	9	18
chodíte na koncerty populární hudby	2	8	14	21	55
se scházíte s přáteli, známými, sousedy	45	41	8	3	3
se věnujete dalším koníčkům	47	30	8	4	11