

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra biologie a environmentálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Civilizační choroby

Civilization diseases

Denisa Burešová

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Hlaváčová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na
vzdělávání – Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

2018

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Civilizační choroby potvrzuji, že jsem ji vypracoval/a pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Mé poděkování patří PhDr. Lucii Hlaváčové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

ANOTACE

Uvedená bakalářská práce se zabývá civilizačními chorobami a jejich charakteristikou. Práce je rozdělena na teoretickou část, ve které jsou popsány a rozlišeny civilizační choroby somatické a psychické. Druhá, výzkumná část zjišťuje jaké civilizační choroby se mezi širokou veřejností nejčastěji vyskytují a jsou dle jejich názoru nejzávažnější.

KLÍČOVÁ SLOVA

civilizační choroby, kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus, osteoporóza, obezita, nádorová onemocnění, alergické choroby, chronický únavový syndrom, poruchy příjmu potravy, deprese, syndrom CAN

ANNOTATION

The following final thesis talks about civilization diseases and their characteristics. The thesis is divided into two parts. In the first one, which is theoretical, there are described the mentioned diseases and they are divided into somatic and psychological. The second, practical part, serves to find out, which of the civilization diseases are the most common among the wide public and which ones are the most serious according to public meaning.

KEYWORDS

civilization diseases, cardiovascular diseases, osteoporosis, obesity, cancer, chronic fatigue syndrome, eating disorders, depression, syndrome CAN

Obsah

1	ÚVOD	5
2	VZNIK A VÝVOJ CIVILIZAČNÍCH CHOROB	6
3	KARDIOVASKULÁRNÍ CHOROBY	8
3.1	HYPERTENZE	8
3.2	INFARKT MYOKARDU	10
3.3	NÁHLÁ MOZKOVÁ PŘÍHODA	11
3.4	METABOLICKÝ SYNDROM	13
4	OBEZITA	14
5	OSTEOPORÓZA	17
6	NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	19
7	ALERGIE	24
8	CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM	26
9	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	29
9.1	MENTÁLNÍ ANOREXIE	29
9.2	BULIMIE.....	30
10	DEPRESE	34
11	ZNEUŽÍVÁNÍ DĚTI A ADOLESCENTŮ – SYNDROM CAN	37
12	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	40
12.1	CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
12.2	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
13	DISKUZE	44
14	ZÁVĚR	46
15	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	47
17	SEZNAM PŘÍLOH	50

1 Úvod

Pojem civilizační choroby nás provází již řadu let. Jedná se o choroby, které jakkoli souvisí zpravidla s naším životním stylem. V počátcích bývá náš životní styl jejich hlavní příčinou. Ať už jde o uspěchané životní tempo, stres a s tím související nedostatek odpočinku. Také nevyvážená strava, nedostatek pohybu a mnoho dalšího mohou být důležitými spouštěči různých chorob. Nejprve tedy náš životní styl ovlivní to, že se u nás může určitá choroba objevit, později ovlivňuje právě ona nás. Je tedy nezbytné myslet na to, že zdraví je to nejdůležitější, co máme. Jak uvádí Šťastný (2005) životní styl se na zdraví podepisuje až z 60 %. Neopomenutelnou složkou jsou také genetické dispozice, které se na zdraví podílejí až 25 %. (Šťastný, 2005)

Cílem uvedené bakalářské práce je představit a charakterizovat základní civilizační choroby. Ve výzkumné části se pak zaměřuji na to, zda a jaké choroby lidé prodělávají nejčastěji. Téma své bakalářské práce jsem si vybrala, jelikož se domnívám, že je nezbytné, aby se tato problematika dostala více do povědomí lidí.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou, realizovanou literární rešerší a výzkumnou část. V Teoretické části pro lepší orientaci dále rozdělují choroby na somatické a psychické. U obou typů je uvedeno několik vybraných chorob, které považuji za nejběžnější nebo nejdůležitější. Zaměřuji se na jejich charakteristiku, příčiny, rizikové faktory, ale i prevenci. Část výzkumná je založena na krátkém dotazníkovém šetření. Výzkum byl prováděn v Nymburce u respondentů ve věku 20-60 let. Poznatky získané výzkumným šetřením jsou uvedeny ve výsledcích šetření a zhodnoceny v diskuzi této práce. V závěru práce pak shrnuji práci jako celek.

2 Vznik a vývoj civilizačních chorob

Choroby, jenž v určitém čase provází každou civilizaci, jsou označovány jako civilizační. Každá civilizace má určité typy a druhy takových chorob. Důležitými faktory pro výčet těchto chorob je prostředí, ve kterém daná civilizace žije, také životní styl a mnoho dalšího. Existují však i choroby, na jejichž vzniku se z velké části podílí pouze člověk nebo civilizace. Postupem času civilizační choroby prošly určitým vývojem a etiologické poznatky o jednotlivých chorobách se mění a jsou přizpůsobovány stylu života a možnostmi dané společnosti. (Adámková, 2010)

Civilizační choroby představují skupiny chorob, které spolu zdánlivě nesouvisí. Jejich společným ukazatelem je však porucha látkové výměny aminokyselin. Odborně nazývána jako hyperhomocysteinémie, tedy zvýšená koncentrace homocysteinu. Homocystein je látka, který se podílí na vzniku civilizačních chorob. Takový stav vyvolá určitá nutriční porucha. Tou může být nedostatek některých vitamínů řady B nebo nedostatečná funkce enzymů, s nimiž vitamíny spolupracují. Všechny reakce probíhají uvnitř buněk, které se logicky zvýšené hladině homocysteinu brání a uvolňují jej do krevního řečiště. Tímto způsobem se homocystein může dostat i do okolních tkání organismu. (Zakuťanská, 2012)

V následující tabulce (viz tabulka 1) rozdělují civilizační choroby na psychické a somatické. Stejným způsobem je pojata i má bakalářská práce. V tabulce nejsou uvedeny všechny doposud známé civilizační choroby, ale především ty, kterým se ve své práci věnuji a považuji je za nejběžnější.

První část je věnována somatickým chorobám (viz kapitola 3–7). Somatické choroby postihují především tělo a mohou narušovat funkce některých orgánů. Není však výjimkou, že se určité somatické choroby s psychickými navzájem prolínají.

Druhá část je věnována civilizačním chorobám především psychické povahy (viz kapitola 8–11). Psychické civilizační choroby bývají mnohdy opomíjené vzhledem k nižšímu výskytu somatických příznaků. Většina psychických a somatických chorob se navzájem prolíná. Jako příklad lze uvést anorexii nebo bulimii. Přestože se v primárním pohledu může zdát, že jde o somatické onemocnění, základem je psychika. Dalšími psychickými chorobami je například deprese nebo chronický únavový syndrom. Psychika

dokáže ovlivnit naše zdraví ve velké míře, je proto nezbytné se snažit udržovat určitou psychickou rovnováhu.

Tabulka 1: Rozdělení civilizačních chorob.

<i>Somatické choroby</i>	<i>Psychické choroby</i>	
Kardiovaskulární choroby	Chronický únavový syndrom	
Obezita	Poruchy příjmu potravy	Anorexie
Diabetes mellitus		Bulimie
Osteoporóza	Deprese	
Nádorová onemocnění	Syndrom CAN	
Alergické choroby		

3 Kardiovaskulární choroby

Kardiovaskulární choroby jsou choroby srdce a cév, které jsou zpravidla způsobeny určitými degenerativními změnami v kardiovaskulárním systému. Pojem kardiovaskulární systém lze přeložit jako systém srdečně-cévní, z čehož vyplývá, že je tvořen ze srdce a soustavy krevních cév. Krevní cévy lze rozdělit na tepny, žíly a vlásečnice. Srdce jako takové zajišťuje stálou cirkulaci krve po celém těle, čímž dále zajišťuje transport kyslíku a živin do jednotlivých orgánů lidského těla. Tuto funkci srdce řádíme mezi hlavní, další neméně důležitou funkcí je funkce detoxikační. Tato funkce spočívá v odstraňování oxidu uhličitého a ostatních odpadových látek. Hlavní příčinou úmrtí v mnoha rozvinutých zemích včetně České Republiky jsou právě kardiovaskulární choroby. V posledních letech se ovšem ukazuje, že nejen rozvinutých, ale i rozvojových zemí. V důsledku nových poznatků v etiopatogenezi jsou chápány komplexně i děje, které se dříve ke kardiovaskulárním chorobám neřadily. Jedním z nich je například metabolický syndrom. (Adámková, 2010)

3.1 Hypertenze

Vysoký krevní tlak neboli hypertenze se často nazývá jako „tichý zabiják“. V mnoha případech nemoc postupuje bez jakýchkoli zjevných varovných příznaků. Krevní tlak je totiž síla, kterou krev působí proti cévním stěnám při průtoku tělem. Během určitých změn se tlak zvyšuje nebo klesá v závislosti na činnosti či náladě. Je-li však většinu času vysoký, dochází k přetížení srdce. Hypertenze je nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním, je hlavním příčinou infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. (Adámková, 2010) Hodnoty optimálního krevního tlaku shrnuje tabulka 2.

Tabulka 2: Klasifikace krevního tlaku. (upraveno od Renáta Flecknová, 2010)

Krevní tlak	Rozmezí hodnot (v mm Hg)
Optimální	Pod 120/80
Normální	120-129/80-84
Vysoký normální	130-139/85-89
Hypertenze mírná	140-159/90-99
Hypertenze středně závažná	160-179/100-109
Hypertenze závažná	180/110 a vyšší

Rizikové faktory hypertenze

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří věk, kdy je hypertenze častější u starších lidí. Dále pohlaví, kdy je častější u žen a samozřejmě genetická predispozice. U genetické predispozice, lze předpovídat, že děti hypertoniků mají vyšší riziko postižení v dospělosti. Naopak mezi faktory, jenž můžeme ovlivnit řadíme kouření, obezitu, alkohol, nedostatek vápníku nebo hořčiku. Velký vliv na rozvoj hypertenze má také stres. (Adámková, 2010)

Léčba hypertenze

Při mírných formách hypertenze se začíná léčbou nefarmakologickou, která spočívá v zanechání kouření, snížení příjmu alkoholu. Dále úpravě tělesné hmotnosti s čímž souvisí zvýšení tělesné aktivity. Samozřejmě nedílnou součástí nefarmakologické léčby je i jídelníček, kde by mělo dojít k úbytku mastných, smažených pokrmů, ale naopak zvýšit příjem ovoce a zeleniny. Léčba farmakologická spočívající v podávání léků snižujících krevní tlak, je zahajována tehdy, pokud úprava životosprávy nevede k dostatečnému poklesu krevního tlaku. V současné době existuje velice široká škála léků, snižujících úspěšně krevní tlak. (Adámková, 2010)

3.2 Infarkt myokardu

Definice

Infarkt myokardu je náhlé přerušení zásobování srdce. Zjednodušeně řečeno dochází k ucpání cévy krevní sraženinou neboli trombem. Trombus se může vyskytnout na různých místech, v plicích, mozku, srdci i končetinách. V každé lokaci tak způsobuje určité poškození. Jedná-li se o infarkt myokardu dojde právě k ucpání či zúžení cévy zásobující srdce. Dochází tak k nedostatečnému okysličení a je nezbytná lékařská pomoc. (Adámková, 2010)

Klinické příznaky

Charakteristickým příznakem infarktu myokardu je náhlá, svíravá, palčivá či tlaková bolest lokalizovaná za hrudní kostí, k níž může dojít v klidu i při námaze. Od anginy pectoris, která vzniká zpravidla při námaze ji odlišíme především tím, že po skončení námahy neustává. Bolest může dále vystřelovat do končetin, zad, krku, mezi lopatky, nebo do podbříšku. Mezi další známky infarktu myokardu řadíme nauzeu, která může přejít až ke zvracení. Dušnost, silné pocení, pocit strachu a neklidnost se vyskytují téměř vždy. (Adámková, 2010)

Léčba

Jedná-li se o akutní infarkt myokardu je nezbytné neodkladně zavolat lékařskou pomoc, jak již bylo uvedeno výše. Do příjezdu záchranné služby je nutné postiženého hlídat, zda dýchá a neupadá do šokového stavu. Další postup závisí na rozvoji postižení, v těžších případech je nutná chirurgická léčba. Ta spočívá v koronární angioplastice, kdy se do stehenní tepny zavede katetr, který má na konci balónek. Potom, co se balónek v daném místě nafoukne a nechá působit, zůstává céva opět roztažená. Jde-li o lehčí formu infarktu myokardu pacient také dále zůstává na jednotce intenzivní péče z důvodu stálého monitorování základních životních funkcí. Léčba pokračuje vhodnou farmakoterapií, kyslíkovou terapií a po určitou dobu musí být dodržován klid na lůžku. Po odeznění bolesti na hrudi se začíná s rehabilitacemi.

3.3 Náhlá mozková příhoda

Definice

Náhlá mozková příhoda neboli mrtvice je akutní stav, kdy dochází k poškození mozku. Příčinou je porucha krevního oběhu v mozku. Dochází k zablokování přítoku krve do určité části mozku a je nutná okamžitá léčba. (Spence, 2008)

Rizikové faktory

Riziko této nemoci se jednoznačně zvyšuje věkem. Ovšem není vyloučeno, že cévní mozkovou příhodou může stejně tak onemocnět i dítě. V dětském věku často dochází k trvalému ochrnutí (plegiím). V každém případě je důležité brát v úvahu i rodinné dispozice a pohlaví jedince. U muže je vyšší riziko onemocnění a to v poměru – muži : ženy = 1,5 : 1.¹

Dělení podle vzniku

Cévní mozkové příhody (dále CMP) lze rozdělit podle jejich vzniku. A to na ischemické a krvácivé. Krvácivé představují pouhou třetinu všech CMP, oproti ischemickým, které výrazně převažují.

- a) Ischemické cévní mozkové příhody představují většinu všech CMP. Vznikají ucpáním mozkové cévy krevní sraženinou. Zastaví se tak přívod krve a do mozku není transportován dostatek kyslíku a živin. Bez kyslíku začnou buňky v určité části mozku odumírat. V těžších případech může dojít i ke ztrátě funkcí, které daná část mozku kontroluje. (J. David Spence, 2008)
- b) Krvácivé cévní mozkové příhody, které tvoří zhruba jednu třetinu vznikají v důsledku porušení stěny mozkové cévy. Takové porušení vede ke krvácení do mozku nebo mozkových obalů. (J. David Spence, 2008)

¹ Dostupné online: <https://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/> [cit. 2018-2-17]

Klinické příznaky

Mezi hlavní příznaky patří náhlá slabost, náhlé ochrnutí obličeje, paže nebo nohy. Častou pouze na jedné straně těla. Dále může dojít k poruše nebo ztrátě vidění, také často pouze na jednom oku. Ve většině případech mají pacienti potíže s mluvením a pochopením smyslu toho, co říká druhá osoba. Často si pacienti stěžují na náhlé a silné bolesti hlavy, v těžších případech dochází k závratím která mohou vygradovat až ke ztrátě vědomí. (J. David Spence, 2008)

První pomoc a následná terapie

Zpozorujeme-li některé z výše uvedených příznaků, neprodleně zavoláme rychlou záchrannou službu. Následně provedeme protišoková opatření neboli 5T (teplo, ticho, transport, tlumení bolesti, tekutiny). Pokud je postižený při vědomí, ukládáme jej do polosedu, není-li při vědomí ukládáme ho stabilizované polohy. V žádném případě nepodáváme žádné léky. (Jungwirthová, Novotná a kol., 2005)

Léčba a terapie CMP je velmi dlouhá, tvoří ji jak léčba farmakologická, tak nefarmakologická, kam se řadí například rehabilitace. Je důležité, aby ochablé svalstvo dále neztrácelo na svalové hmotě. Většina pacientů se musí vše učit od začátku. Chodit, psát, mluvit, dbát na osobní hygienu. Výjimkou nejsou ani pacienti, jenž jsou i při rehabilitacích odkázáni na pomoc druhých. U takových pacientů došlo zpravidla k již nenávratnému poškození či ochrnutí končetin nebo nedošlo k jejich úplné mobilitě. Velmi důležitou složkou terapie je i aktivní, optimistický přístup pacienta, jimž lze změnit i zdánlivě neměnný těžký stav. ²

² Dostupné online: <https://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/> [cit. 2017-11-27]

3.4 Metabolický syndrom

Metabolický neboli Reavenův syndrom představuje spojení nemocí a rizikových faktorů, jejichž výskyt zpravidla vede k řadě zdravotních komplikací. Soubor těchto klinických projevů a biochemických odchylek zvyšuje riziko aterosklerózy a jejích přidružených komplikací. Do přidružených komplikací v rámci rizika aterosklerózy řadíme ischemickou chorobu srdeční, ischemickou chorobu dolních končetin nebo cévní mozkovou příhodu. (Adámková, 2010)

Reaven metabolický syndrom popsal jako spojení porušené glukózové tolerance, hyperinzulinémie (zvýšená koncentrace inzulínu v krvi), inzulinorezistence (nevnímavost tkání na hormon inzulín), arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak), hypertriacylglycerolémie (zvýšení obsahu tuků v krvi) a snížené hladiny HDL cholesterolu. Ačkoli přesná definice metabolického syndromu doposud stanovena není, v každé jsou obsaženy následující kritéria. Hypertenze, obezita, hyperglykémie, dyslipidémie. (Santos & Fonseca, 2009; Gupta, 2010)

Klinické příznaky

Krevní tlak bývá vyšší, než 130/80 mmHg, obezita je abdominálního typu, u mužů znamená obvod pasu nad 94 cm, u žen nad 80 cm. Hladina cukru v krvi nalačno je vyšší, než 5,6 mmol/l a snížená hladina HDL-cholesterolu, nižší, než 1,29 mmol/l. (Adámková, 2010)

Léčba

Dovolí-li to stav pacienta, v prvních krocích se přistupuje k léčbě nefarmakologické. Ta spočívá především ve zdravém životním stylu. Pokud nefarmakologická léčba nedosáhne požadovaného efektu přechází se k léčbě farmakologické, což ovšem neznamena, že nadále nemusí být dodržovány zásady léčby nefarmakologické. V celkové prevenci a podpoře nefarmakologické léčby nejen kardiovaskulárních chorob, AHA (The American Heart Association) doporučuje omega 3 mastných kyselin. U nichž je vědecky prokázáno, že mají vysoce pozitivní vliv na lidský organismus. (Adámková, 2010)

4 Obezita

Obezitu nelze vnímat jako pouhé zmnožení tuku v těle, ale především jako chronické onemocnění s řadou dalších jiných poruch. Také se jedná o významný rizikový faktor, který se může podílet na vzniku nebo rozvoji různých somatických nemocí. (Mlejnková, 2007)

Typy obezity

Abdominální typ

Jedná se o mužský typ obezity, typ jablko. Dochází k ukládání tuku nejenom na trupu, ale především do dutiny břišní. Větší převahu má tedy zmnožení viscerálního neboli útrobního tuku. To představuje vážné riziko pro vznik civilizačních onemocnění. Tímto typem obezity trpí ženy i muži s vysokým krevním tlakem, vysokými hladinami cholesterolu nebo s diabetem.³

Gynoidní typ

V tomto případě jde o ženský typ, tedy typ hruška. Tuk se ukládá především v oblasti stehen a hýždí. Přibližně třetina žen má právě tento typ postavy, který je dán především genetickou dispozicí. Tento typ obezity však nebývá doprovázen častým výskytem zdravotních komplikací.⁴

Příčiny vzniku obezity

Obezita vzniká vzájemným propojením genetických a vnějších faktorů. Uvádím tedy ty, které jsou pro vznik obezity nejzávažnější.

- Nepoměr mezi příjmem a výdejem energie

³ Dostupné online: <https://www.svet-zdravi.cz/clanky/gynoidni-versus-androidni-obezita> [cit. 2018-4-15]

⁴ Dostupné online: <https://www.svet-zdravi.cz/clanky/gynoidni-versus-androidni-obezita> [cit. 2018-4-15]

Nadměrný příjem energie a naopak nedostatečný výdej energie. (Mlejnková, 2007)

- **Hormonální vlivy**

Snížená funkce štítné žlázy nebo zvýšená hladina kůry nadledvin. (Mlejnková, 2007)

- **Leptin**

Je produktem tukový hormonu a jedná se o přirozený chuťový stimulant. (Váhový přírůstek dokáže vyvolat zvýšené vylučování leptinu do tukové tkáně a mozek zpracuje informaci v pokyn ke zpomalení konzumace potravy, pokles váhy naopak zmírní vstřebávání leptinu a vyvolá pocit hladu.) (Čermák, 2002)

- **Metabolické vlivy**

Jaké má organismus energetické nároky určuje tělesná hmotnost, pohlaví a stupeň fyzické aktivity. Nesmíme však opomenout na různé individuální geneticky kódované faktory, které energetickou rovnováhu ovlivňují. (Mlejnková, 2007)

- **Léky**

Antidepresiva, neuroleptika, glukokortikoidy nebo gestageny – všechny tyto léky zvyšují chuť k jídlu a přispívají tak k rozvoji nadváhy. (Mlejnková, 2007)

- **Psychogenní faktory a jídelní zvyklosti**

U obézních osob je příjem potravy zvýšen závislosti na zevních signálech a emočních situacích. Dále je rovněž tělesná hmotnost závislá na stravovacích zvyklosti, ty se liší v jednotlivých zemích a částečně jsou ovlivňovány od dětství. (Mlejnková, 2007)

Léčba a terapie

Správná terapie obezity vyžaduje vždy komplexní přístup. V první řadě je nutné zahrnout dietní a pohybovou léčbu. Dále je důležité dodržovat pravidelnost stravy a

samozřejmě pitného režimu. Není-li žádná odezva na výše uvedou nefarmakologickou terapii, přistupuje se k moderní farmakologické terapii, která zahrnuje určité léky a dlouhodobé sledování odborným lékařem. (Zeman, 2004)

5 Osteoporóza

Světová zdravotnická organizace definuje osteoporózu následovně: *“Progredující systémové onemocnění skeletu, které se vykazuje známkami jako je úbytek kostní hmoty nebo poruchami mikroarchitektury kostní tkáně“*. Poruchy mikroarchitektury jsou důsledkem zvýšené náchylnosti ke zlomeninám. (Němcová, 2008)

Stupně osteoporózy

Stupně úbytku kostní hmoty lze hodnotit podle obsahu kostního minerálu. Jako hodnota v normálních mezích je považován úbytek kostní hmoty až o 1 směrodatnou odchylku pod průměrnou hodnotu. Následuje osteopenie, kde již je úbytek kostní hmoty o 1 až 2.5 směrodatné odchylky. Posledním stupněm je osteoporóza, kde se již bavím o úbytku kostní hmoty větším, než 2.5 směrodatné odchylky. (Vašátko, 2009)

Rizikové faktory

Za predispoziční faktory se považuje věk nad 65 let, období po menopauze či pozdní menarche. Silnými rizikovými faktory pro vznik osteoporózy jsou různé zlomeniny po nepřiměřeném úrazu, projevy osteoporózy v rodinné anamnéze související s vlastními zlomeninami. Dále BMI pod 19, podváha a dlouhodobá léčba kortikoidy, diuretiky nebo antikoagulancii. Mezi rizikové choroby řadíme například zánětlivá střevní onemocnění, mentální anorexii, celiakii, laktázovou nedostatečnost, onemocnění ledvin a jater. (Blahoš, Starý, 1997)

Také životní styl velmi ovlivňuje vznik osteoporózy, k jejímu vzniku a rozvoji může vést příliš silné kouření, nadměrné užívání alkoholu. Sedavý způsob života a malá tělesná zátěž mohou být rovněž vyvolavateli osteoporózy. (Blahoš, Starý, 1997)

Léčba

Léčbu osteoporózy je možné rozdělit do 3 skupin. První skupinou je základní léčba a prevence pádů. Základní léčba spočívá odborně vedeném cvičení a přiměřené zátěži. Důležitou součástí základní léčby je také dostatečný přívod vápníku a vitamínu D. Přívod vápníku je ideální z přirozených zdrojů, jako je mléko či mléčné výrobky. Také

omezení škodlivých vlivů a prevence pádů jsou složkou základní léčby osteoporózy. (Blahoš, Kmoch, 2002)

Druhou skupinou je léčba osteoporózy algického syndromu, který vzniká při fraktuře obratle. Přesněji se jedná o bolesti páteře, kde se často vyskytují změny i v okolních anatomických strukturách. Léčba v této skupině spočívá v klidovém režimu, farmakoterapii, akupunktuře, léčebné tělesné výchově. V těžších případech se přechází k neurochirurgickým operacím a následným lázeňským léčbám. (Mlčoch, 2008)

Poslední, třetí skupina je označována jako léčba specifická. Specifická proto, že nelze přesně odpovědět koho a jakou z dále uvedených metod léčit. Tato léčba se totiž dělí na léčbu vedoucí ke snížení resorpce kostní hmoty a na léčbu podporující její novotvorbu. Jde tedy o individuální postup závisející na stavu pacienta. (Blahoš, Kmoch, 2002)

6 Nádorová onemocnění

Vznik a vývoj

Vznik a vývoj nádoru je individuální a zpravidla dlouhodobý proces. Tento proces je ovlivňován mnoha faktory, kterým se budu věnovat v další kapitole. Neplatí však, že vznik nádorového onemocnění je nevyhnutelný či neléčitelný proces, naopak se mu dá ve většině případů efektivně předcházet. Nádorová onemocnění mají několik fází. Fáze iniciální probíhá na molekulární úrovni a jedná se o poruchu genetické informace jádra určité buňky. Buňky v zdravém lidském těle mají regulovaný růst, dělení a omezenou životnost. Oproti tomu u rakovinných buněk jsou tyto procesy poškozeny. Rakovinná buňka se jednoduše stává „nesmrtelnou“. Neomezeně se dělí a je schopna měnit svou strukturu. (Staňová, 2008)

V lidském těle ovšem může dojít k této poruše a následnému bujení i několikrát za život, konkrétně až 7x. Avšak ani po sedmém bujení nemusí dojít k plnému propuknutí choroby. Imunitní systém má v tomto případě nejdůležitější roli, pomocí určitých účinných mechanismů, jenž jsou jeho součástí. Nepřekročí-li rakovinné buňky určitou hranici dokáže se s nimi imunitní systém vypořádat. Hranice bývá asi 100000 buněk. Naopak, oslabený imunitní systém je k propuknutí onemocnění mnohem náchylnější. Imunitní systém může být ovlivněn výraznými nedostatky ve výživě, dlouhodobém vystavení se stresu nebo infekcí. Následně imunitní systém může ztratit regulační mechanismy a dojde k rozsáhlému množení rakovinných buněk. Poté nastává latentní fáze, ta trvá od několika měsíců až po několik let. Nádor není ještě natolik velký, aby mohl být zachycen současnými diagnostickými přístroji a dochází k dalšímu opakujícímu se množení rakovinných buněčných klonů. (Staňová, 2008)

Rizikové faktory

Faktory, jenž mají vliv na vznik nádoru lze rozdělit na ty, co působí z vnějšího okolí a na ty, které z vnitřního. Dle Adama a Vorlíčka (2004) rozlišujeme faktory na:

- Vnější
- Vnitřní

Vnitřní faktory jsou zpravidla neovlivnitelné. Hlavním vnitřním faktorem je dědičnost. V dalších řádcích se zaměřuji pouze na vnější faktory, které jsou z části ovlivnitelné.

Vnější faktory

Zevní vlivy způsobují podle různých zdrojů přibližně 75 - 90 % všech nádorových onemocnění. Do těchto vlivů řadíme kouření, úroveň stravování, obezitu, již se věnuji v samostatné kapitole. Zpravidla tyto faktory mají nejvyšší podíl na mortalitě při onkologickém onemocnění. Dále také nadměrný příjem alkoholu, ionizující záření, UV záření, znečištění životního prostředí, chemické a fyzikální vlivy či prodělané infekce. Nízká pohybová aktivita je dalším faktorem vedoucím ke zvýšení rizika vzniku nádorových onemocnění. V následujících řádcích stručně popíši riziko každého z vyjmenovaných faktorů. (Adam, Vorlíček, 2004)

Kouření

Kouření a další způsoby užívání tabáku působí negativně v každém směru. Je příčinou většina nádorů jícnu, hrtanu a úst. Také pasivním kouřením dochází ke zvyšování rizika. Vyšší procento vlivu kouření na nádorové onemocnění je přikládáno mužům. Avšak ani u žen není procento nízké, uvádí se přibližně 80 %. U mužů je to 90 %. (Adam, Vorlíček, 2004)

Výživa

Správná výživa má na zdravotní stav člověka nepochybně velký vliv. Měla by být vyvážená, pestrá. Je však nezbytné si říci, že strava může obsahovat i složky škodlivé či karcinogenní, kterým bychom se měli snažit vyhýbat. Naopak určité složky stravy jsou pro lidské tělo nezbytné. Na vývoj nádoru může mít vliv i vyšší přísun energie buňkám. Vliv určitých složek v potravě je velmi obtížné stanovit, vzhledem k tomu, že jsou téměř vždy přítomny všechny složky. Obecně lze říci, že každá ze složek (sacharidy, bílkoviny, tuky, minerální látky a stopové prvky) má důležitý vliv na správný vývoj a funkce organismu. (Adam, Vorlíček, 2004)

Pohybová aktivita

Pohyb je důležitý nejen pro správné trávení, ale také vede k správné funkci imunitního systému. Lze tedy říci, že úměrná nebo zvýšená pohybová aktivita má preventivní vliv proti vzniku různých nádorových onemocnění. Obezita je rovněž důležitým rizikovým faktorem a právě pohybem lze docílit k jejímu snížení. (Adam, Vorlíček, 2004)

Infekce

Určité viry mohou vyvolávat nádorové bujení. Jak jsem ale uvedla výše, lidský organismus je v určité hranici schopen se s viry a jimi napadenými buňkami vypořádat. Virus HIV je pro vznik nádorového onemocnění velmi rizikovým faktorem, vzhledem k tomu, že při infekci tímto virem dochází k destrukci imunitního systému. (Adam, Vorlíček, 2004)

Ionizující záření

Každý z nás je ionizujícímu záření vystaven, ať chceme nebo ne. UV záření ze slunce má vliv na vznik nádorů kůže, je tedy důležité používat ochranné prostředky a omezovat pohyb na přímém slunci. Velmi nebezpečné je však RTG záření, a to především v prenatální období vývoje člověka a také v dětském věku. Nicméně, vliv tohoto faktoru je oproti jiným velmi malý. (Adam, Vorlíček, 2004)

Chemické látky

Karcinogenní vliv má velké množství chemických látek. Jejich konkrétní seznam je možné najít na internetových stránkách organizace IARC. Nejznámějšími jsou dioxiny, dusičnany nebo dusitany. (Adam, Vorlíček, 2004)

Dělení nádorů

Každý nádor je specifický, vykazuje rozdílné vlastnosti, je pro nás méně či více nebezpečný. Dle toho dělíme nádory na:

- Nezhoubné
- Zhoubné
- Polozhoubné

Nezhoubné (benigní) nádory nejsou schopny metastázy, avšak mohou utlačovat okolní tkáň. To, že je nádor nezhoubný neznamena, že není nebezpečný. Benigní nádory nás ohrožují především svým růstem a jak jsem již uvedla, následným útlakem okolním tkání.

Zhoubné nádory (maligní) jsou ty, jež běžně označovány jako rakovina. Zhoubné jsou zpravidla díky jejich schopnosti metastázovat. Po určité době vývoje se postupně začínou odlamovat nádorové buňky, které se krví a mizou šíří dál po těle. Usazují se v různých orgánech a vznikají tak druhotná nádorová ložiska. K takovým nádorům patří například rakovina tlustého střeva, rakovina slinivky břišní, rakovina jícnu, prostaty, prsu a další.

Nádory polozhoubné (semimaligní) jsou nádory, které se jeví agresivně, vzhledem k jejich vysoké aktivitě a škodlivosti vůči okolním tkáním. Nejsou ale schopny metastáze. Tudíž onemocní-li člověk tímto druhem nádoru a při léčbě dojde k jeho úplnému odstranění, nehrozí pacientovi žádné další riziko.⁵

Léčba

Rakovina je jistým celoživotním rizikem nás všech. U někoho menším, u jiného větším. Spoustu lidí naivně věří představě, že moderní diagnostika či nové léky nás ochrání, nejdůležitější je ovšem pouze včasná diagnostika. Může jít jen o pouhou vnímavost vůči určitým příznakům nebo o vlastní zájem podstoupit preventivní vyšetření. (Žaloudík, 2008) Léčba je samozřejmě pro každého pacienta individuální. Důležitou roli hraje typ nádoru, rozsah nádorového procesu a samozřejmě zdravotní stav pacienta. Léčbu lze rozdělit do šesti skupin.

⁵ Dostupné online: <http://www.stefajir.cz/?q=rakovina> [cit. 2018-2-18]

1. Chirurgická (chirurgické výkony vedoucí k odstranění nádoru)
2. Chemoterapie (toxické sloučeniny, které zabíjí jednak nádorové buňky, ale zároveň i buňky našeho těla)
3. Radioterapie (ozařování, podobný účel jako chemoterapie)
4. Biologická léčba (podávání látky, za účelem poškození nádoru)
5. Hormonální léčba (změnou koncentrace hormonů v těle lze nádorový proces zpomalit, nebo dokonce zastavit)
6. Paliativní léčba (cílem není vyléčit, ale zlepšení kvality života, tlumení bolesti)

Poslední skupinou, kterou řadíme mimo ostatní je léčba alternativní. Tato léčba bývá lékaři nepřilíš doporučována. Jedná se totiž většinou o vědecky neověřenou léčbu a její využití bez léčby standardní je tedy na vlastní nebezpečí.⁶ Řadí se sem různé diety, podpůrná léčiva, výtažky z bylin apod. Také sem spadá například i léčba duše pomocí autosugesce nebo hypnózy. (Zemek, 2016)

⁶ Dostupné online: <http://www.stefajir.cz/?q=rakovina> [cit. 2018-2-18]

7 Alergie

Definice a podstata alergie

Termínem alergie je často označována nepříjemná reakce organismu na potraviny, štípnutí hmyzem, chemikálie a další látky, které se mohou dostat do těla nebo do kontaktu s pokožkou. Pokud však organismus nevytváří protilátku IgE (imunoglobulin E) nejedná se o alergii, ale zřejmě pouze o nesnášenlivost nebo citlivost vůči dané látce. (Konrád, 2008)

Obranné látky v organismu jsou zaměřeny proti virům, bakteriím a jejich jedům. Tyto škodliviny usmrcují či je jiným způsobem zneškodňují. Spoustu obranných látek existuje již od narození, dalo by se říci, že jsou „základní výbavou“ živého organismu. Další vznikají až poté, co se tělo setká s určitým virem nebo bakterií. Jestliže choroboplodný činitel napadne organismus znovu protilátky začnou okamžitě pracovat. Tyto protilátky nemají široké spektrum působivosti, každá je vždy zaměřená proti určité škodlivině. (Leibold, 1993)

Podstata alergií spočívá ve styku těla s antigenem, jimž je zpravidla choroboplodný činitel. Následně po prodělané chorobě krouží protilátky v těle jako obranné látky. Jestliže se tělo s antigenem znovu setká, reagují rychleji a ve větším množství. Antigen a protilátku bychom si mohli vysvětlit jako klíč a zámek. Potká-li se protilátka s jiným antigenem pro který není určena, k reakci nedojde. V okamžiku, kdy dojde k reakci protilátky s antigenem dochází k uvolňování tkáňového hormonu histaminu a tak se může vyvinout až život ohrožující alergická reakce. Přecitlivělost vůči látkám může být vrozená i získána během života. (Leibold, 1993)

Klinické příznaky

Klinických příznaků pro různé typy alergií je nespočet. U některých alergií se může vyskytovat i několik z nich. Uvedu tedy jen krátký výčet těch nejběžnějších.

Mezi nejběžnější klinické příznaky alergií patří afty, bolest a otok kloubů, bolest břicha a nadýmání, bolesti hlavy, bušení srdce, ekzém, kašel, kopřivka, kýčání, otok

obličej nebo jazyka, průjem, plynatost, svědění, váhový úbytek nebo přírůstek, zácpa, únava, pocit na zvracení, senná rýma, svalová bolest, spánkové potíže a další.

Typy alergií a jejich příznaky

Alergie můžeme dělit podle toho, jakým způsobem se alergen do těla dostává.

- Inhalační alergen
- Potravinové alergen
- Hmyzí bodnutí
- Léky

Do inhalačních alergenů řadíme pyly, roztoče, zvířecí alergen či plísně. Do těla se dostávají vdechnutím. Potravinové alergen způsobují nepříznivé reakce vůči určitému typu potravin. Typy potravin, po kterých může vzniknout alergická reakce je široká škála. K nejnámějším patří například vejce, mléko, ořechy, sója, určité druhy ovoce, kořenová zelenina nebo rajčata. Alergická reakce může vzniknout i po bodnutí hmyzem, kterým je nejčastěji včela nebo vosy. Také různé skupiny léků mohou způsobit alergii.⁷

Způsoby léčby

V první řadě je důležitá prevence. Ta spočívá ve vyhýbání se alergenům, což bohužel není zcela možné, vzhledem k tomu, že alergen jsou téměř všude kolem nás. Kontaktům s alergenem se lze spolehlivě vyhnout pouze v případě, je-li přecitlivělost způsobena látkou, která se ve vnějším prostředí za normální okolností nevyskytuje. Nicméně i tak je nutné, aby se člověk látkám vyvolávající alergii co nejvíce vyhýbal. (Leibold, 1993)

Prevence v podobě úpravy ložního prádla, omezení prašnosti, vlhkosti a roztočů pak může společně s farmakologickou léčbou dopomoci alergikovi k běžnému životu, bez určitých omezení. Nejčastěji podávanými léky jsou antihistamika, imunosupresiva, kortikosteroidy, adrenalin a další. (Konrád, 2008)

⁷ Dostupné online: <http://www.alergie.cz/typy-alergii-a-jejich-priznaky> [cit. 2018-2-18]

8 Chronický únavový syndrom

Jedná se o chorobný stav multidisciplinární povahy, která zahrnuje klinickou imunologii, neurologii, revmatologii, endokrinologii, gynekologii, psychologii a psychiatrii. (Nouza, 2000) Chronický únavový syndrom je choroba, která se projevuje symptomy jako jsou bolesti hlavy, svalů, kloubů, extrémní, přetrvávající únava, silné vyčerpání, zvýšená teplota, oslabená schopnost koncentrace atd. (Železný, 1996)

Lidé postižení chronickým únavovým syndromem se cítí neúměrně unaveni, vyčerpáni, nic do nich není a velkou část svého času chodí od doktora k doktorovi, aniž by jim to přineslo úlevu. (Železný, 1996)

Kritéria pro diagnózu

Pro chronický únavový syndrom je vždy přítomna výrazná únava nebo silná vyčerpání. Tento příznak je také příčinou názvu choroby. Únava je bezmezná a nelze ji srovnávat s žádnými předchozími stavy slabosti nebo vyčerpání. Nabourává běžný denní režim nemocného, dokonce i ty nejjednodušší úkony se stávají nepřekonatelnou překážkou. Pro lepší představu této choroby uvádím příklad Petra H.: „*Od svých osmnácti let se cítím neustále unavený a malátný. Lékaři mi tvrdili, že jde o běžnou únavu. Často večer usínám u televize a někdy i na mejdanu. Potom jsem zase docela fit. Přátelé si ze mě kvůli tomu utahují. Ve dne ustavičně bojuji se spánkem. V čekárně, u holiče nebo za psacím stolem bych mohl klimbat pořád. Po delší jízdě autem mívám pocit, že jsem vyspalý, protože jsem řídil zjevně v jakémsi transu. Pravidelně potřebuji deset až dvanáct hodin spánku. Pokud spím méně, bývám potom celé dny unavený. Snažil jsem se proti únavě bojovat různými způsoby, ale většinou jsem byl vyčerpáný ještě víc. Nedávno jsem dokonce málem usnul, když jsem hrál tenis.*“ (Železný, 1996)

Nemocní často udávají širokou škálu příznaků, jejichž intenzita se může velmi lišit. Jak jsem už uvedla výše, postižen bývá ale zpravidla pohybový aparát, trávení, oběhový systém, dýchání, imunita, nervová soustava a psychika. Příznaky onemocnění se dají řadit do určitých skupin dle jejich intenzity a povahy. Rozlišujeme tak osm skupin

podle různých příznaků, které uvedu níže. Každá skupina obsahuje mnohem více variant různých příznaků, uvádím tedy ty nejobvyklejší.⁸

1. Hluboká mentální a fyzická vyčerpanost, svalová slabost.
2. Bolest svalů, celková nepohoda, bolesti kloubů, ranní ztuhlost, bolestivý zrychlený tep, bolestivé mízní uzliny, syndrom dráždivého tračníku.
3. Zapomnětlivost, zmatenost, poruchy soustředění, poruchy řeči, ztížené chápání.
4. Přecitlivělost na světlo, chemická přecitlivělost na složky léků, potravin.
5. Porušené vnímání teploty, zimnice, pocení.
6. Narušený spánek, živé sny, vyčerpávající nespavost.
7. Psychické problémy, citová nevyrovnanost, citové vyhasnutí, podrážděnost, deprese.
8. Poruchy autonomního nervstva, závratě, snížená funkce štítné žlázy, nízká hladina testosteronu.

Léčba

S léčbou lze začít tehdy, jestliže četnými speciálními vyšetřeními zjistíme existenci chronického únavového syndromu nebo již následné nemoci. Poté se na základě nálezů a zdravotního stavu sestaví vhodná terapeutická koncepce, jenž co nejpříměji směřuje na příčinu poruchy. Studie týkající se imunitního systému jsou neustále obnovovány a inovovány, díky čemuž máme možnost využití co nejefektivnější léčby. Je tedy potvrzena diagnóza chronického únavového syndromu, mělo by u nemocného dojít k okamžitému přechodu k celkové terapeutické koncepci. V níž rozlišujeme tři hlavní terapie. (Železný, 1996)

⁸ Dostupné online: <https://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/chronicky-unavovy-syndrom-448328> [cit. 2018-2-18]

1. Imunoterapie (imunoglobuliny, interferony, thymuspeptidy)
2. Terapie zaměřená na původce (virostatika, antibiotika, antimykotika)
3. Adjuvatní terapie (minerály, vitaminy, stopové prvky)

Imunoterapie je zaměřená na výstavbu imunitního systému, jejím cílem je stimulace obranyschopnosti organismu. Setká-li se organismus s určitým původce, vůči němuž není organismus schopen odolávat přichází na řadu terapie zaměřená na původce. Adjuvantní neboli podporná terapie je zaměřená na přísun či doplnění chybějících minerálů, stopových prvků a vitaminů. Často se setkáváme s nedostatkem selenu, mědi, zinku, hořčíku výjimečně vápníku. (Železný, 1996)

9 Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexii a bulimii řadíme do takzvaných poruch příjmu potravy. Obě poruchy jsou si velmi podobné. Jejich hlavním společným znakem je intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti, které je spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje. Také strach z tloušťky a nadměrné zaměření je typické pro obě z těchto poruch. Hlavní znak, který je odlišuje je především průběh choroby. V následujících řádcích uvedu odlišnosti mezi těmito chorobami. (Krch, 2002)

9.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je dle Krcha (2002) charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky tedy neodmítají jídlo, jen proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je následně důsledkem hladovění. (Krch, 2002) Stručněji se tedy jedná se tedy o omezování příjmu potravy až po úplné odmítání jídla, kde je motivem abnormální snaha zhubnout. (Leibold, 1995)

Rizikové faktory

Rizikových faktorů podporujících rozvoj anorexie je v dnešním světě mnoho. Jedním z nejrozsáhlejších faktorů je především tlak médií, která nám podbízí ideál krásy. A tím je přehnaná štíhlost, která je často povrchně spojována se zdravím. Také poměrně hlasitá skandalizace obezity, která je naopak spojována s leností, ošklivostí a zdravotními problémy. Zároveň vysoký důraz na konformitu, kdy společnost uznává podobné až stejné hodnoty a nechce se lišit. Tudíž tolerance k různorodosti je velmi nízká. Přehnaná orientace na vnější vzhled, na to, jak kdo vypadá. Dále velmi často hraje důležitou roli rodina, kde se může vyskytnout soutěživost mezi sourozenci. Nebo obezita v rodině, nevhodné jídelní návyky mohou být jedním z důležitých rizikových faktorů. (Leibold, 1995)

Typy a průběh anorexie

Garner (1993) rozlišuje dle průběhu epizod dva různé typy anorexie. Prvním z nich je nebulimistický (restriktivní), při němž během epizody mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Druhým je bulimistický (purgativní) typ, pro který jsou naopak charakteristické opakované záchvaty přejídání. (Garner, 1993)

Léčba

Léčba anorexie závisí především na tom, jak dlouho chorobná závislost trvala, než se pacient dostal k lékaři. Všechny těžké následky je nezbytné léčit v nemocnici. Samozřejmě správná výživa je základem pro započetí léčby, avšak mnoho lidí si jí představuje jako „výkrmnou kúru“, kdy pacient musí dohnat to, co za poslední dobu ztratil. Při takovém postupu by zlehka mohlo dojít k vážným tělesným i psychickým problémům. Všechny léčebné postupy předepisuje odborník, který zároveň neustále sleduje průběh onemocnění. (Leibold, 1995)

9.2 Bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“ (Krch, 2003)

Klinické příznaky

Příznaky mentální bulimie jsou mnohem více skryté, než u mentální anorexie. Osoby trpící mentální anorexií jsou na první pohled výrazně vyhublé, naopak u bulimie není štíhlost vždy podmínkou. I proto se osobám s mentální bulimií daří svou nemoc dlouho dobu tajit. (Benešová a kol., 2003) U obou nemocí však v žebříčku hodnot převažuje touha po štíhlé postavě nad vlastním zdravím. (Papežová, 2003)

Pro mentální bulimii jsou typické pravidelné záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování. I toto chování lze zpozorovat rovněž u mentální anorexie. Zásadní rozdíl mezi anorexií a bulimií, až na vyhublost u anorexie, nelze přesně definovat, vzhledem k tomu, že obě formy onemocnění mohou navzájem přecházet jedna v druhou. Není tedy výjimkou, kdy pacienta trpící anorexií postupně přejde k bulimii, a naopak. (Papežová, 2003)

Diagnostická kritéria

Krch (2003) uvádí následující tři kritéria vedoucí k určení diagnózy mentální bulimie:

1. Opakující se epizody přejídání.
2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti.
3. Přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Není však podmínkou, splnění všech kritérií pro určení diagnózy mentální bulimie, vzhledem k tomu, že s rostoucím výskytem poruch příjmu potravy roste počet netypických pacientů. A právě tyto nevyhraněné nebo atypické případy mohou mít rovněž závažné psychické a zdravotní obtíže. Následně může dojít i k jejich plnému rozvoji. (Krch, 2003)

Další diagnostickou pomůckou může být výpočet BMI neboli Body Mass Index. Jedná se o číslo používané jako indikátor podváhy, normální tělesné hmotnosti nebo obezity. Umožňuje statistické porovnávání tělesné hmotnosti u lidí s různou výškou. Vydělíme-li svou váhu v kilogramech výškou v metrech na druhou odmocninu, získáme hodnotu, kterou je naše tzv. BMI.⁹ Také lze vypočítat tzv. BMI Prime, což je poměr osobního BMI k horní hranici BMI normální váhy (Gadzík, 2006).

Následující tabulka 3 znázorňuje hodnoty BMI v porovnání s riziky. Lze pozorovat kolísající zdravotní riziko v závislosti na hodnotě BMI.

⁹ Dostupné online:

https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html [cit. 2018-04-04].

Tabulka 3: Hodnoty BMI. (převzato od Pavla Šulcová, 2012)

klasifikace	BMI (kg/m ²)	zdravotní riziko
podvýživa	< 18,5	zvýšené
normální hodnoty	18,5–24,9	minimální
nadváha < 27	< 27	nízké
nadváha > 27	> 27	lehce zvýšené
obezita 1. stupně	30,0–34,9	vysoké
obezita 2. stupně	35,0–39,9	vysoké
obezita 3. stupně	≥ 40,0	velmi vysoké

Léčba

V současné době je poskytování široká škála léčebných metod. Různorodost pacientů si vyžaduje i různé metody léčby. Od běžné hospitalizace, přes skupinové terapie až po různé svépomocné příručky. Každému pacientovi tak vyhovuje jiný přístup, proto může i nějakou dobu trvat, než je zvolen správný postup. U všech případů je však nejdůležitější ochota pacienta spolupracovat a chtít se vyléčit. (Krch, 2003)

Hlavní prioritou při hospitalizaci, která probíhá na specializovaném oddělení je tělesné zdraví pacientů. Je tedy nezbytné zvýšit jejich tělesnou hmotnost. Následně můžeme pokračovat s další léčbou. (Claude-Pierre, 2001). Dalšími typy léčebných metod jsou skupinové terapie nebo svépomocné příručky. Skupinová psychoterapie, je forma psychoterapie při níž terapeut léčí malou skupinu pacientů společně. Otevřeně je uplatňován skupinový mechanismus vývoje, vysvětlování a zkoušení vnitřních mezilidských vztahů v terapeutické skupině. (Montgomery, 2002) Takové skupiny jsou poskytují důležitou a nezbytnou podporu nemocným i jejich rodinách. Uplatňují se v primární i sekundární prevenci tohoto onemocnění. (Benešová a kol., 2003)

Svépomocné příručky jsou vhodné zpravidla pro pacienty, kteří nemají závažné příznaky poruch příjmu potravy, ale může u nich různými příčinami dojít k jejich rozvoji. (Benešová a kol., 2003)

10 Deprese

Deprese je velmi závažná psychická porucha, která postihuje až 10 % obyvatelstva, častěji však ženy. Může být provázena dlouhým trváním epizody, vysokou chronicitou a častými návraty onemocnění, také psychosociálním a tělesným narušením. (Raboch a kol., 2001)

Příčiny a rizikové faktory

V antickém Řecku byla deprese nazývána melancholií. Podle Hippokrata ji způsoboval nadbytek černé žluči v organismu. Ve středověku pak byla hledána příčina v posedlosti démony nebo d'áblem. Sigmund Freud naopak tvrdil, že deprese je výsledek potlačení vzteku a zlosti. Další psychiatři naopak vedou teorii, že za depresemi stojí biochemické změny v mozku. Dnešní představa o příčinách deprese je tedy taková, že nejde pouze o působení jedné příčiny, ale společným působením řady různých příčin. (Praško a kol., 2010) V následujících řádcích uvedu nejběžnější příčiny vedoucí k depresím.

Dědičné faktory mohou být jednou z příčin vzniku depresí. Nicméně je důležité vědět, že se dědí pouze určitá vlohla k onemocnění, není možné zdědit nemoc jako takovou. Vzhledem k tomu, že určité typy depresí se objevují v určitých typech rodin, je zde možnost přítomnosti vrozené biologické zranitelnosti. Tato pravděpodobnost je nejvíce u maniodepresivní poruchy. Dalšími důležitými faktory jsou stresující prostředí a s ní související stresující zážitky. Také vliv výchovy může v dospělosti vést k rozvoji deprese. Předčasné oddělení od matky, nadměrně kritický výchova či nedostatečná péče a týraní dítěte, nebo naopak i přílišné rozmazlování může být příčinou. (Praško a kol., 2010)

Také příliš mnoho změn, které se vymykají běžné rutině v krátkém časovém období mohou být spouštěčem. Různé zátěžové situace jako je ztráta partnera, ztráta důležité role, příchod dítěte do rodiny, nemoci ve stáří atd. Dokonce i drobné situace se kterými se setkáváme dennodenně, mohou v průběhu měsíců či let dojít k první epizodě nemoci. Jak lze vidět, příčin vedoucích ke vzniku depresí je nespočet. Nikdy však nejde

o pouhou jednu příčinu, ale jedná se o působení několika příčin najednou. (Praško a kol., 2010)

Příznaky

Charakteristickými příznaky deprese je opakování smutných nálad. Intenzita takových nálad může být různorodá. Od lehkých, pouze subjektivních pocitů, po těžké, depresivní epizody, které jsou patrné i objektivně. Také nízké sebevědomí, beznaděj, pocity viny, pesimismus a úzkost, to je vše spadá do příznaků deprese. Často lidé trpící depresemi vykazují sníženou pracovní výkonnost, ztrátu energie a zájmu. Nedokáží prožívat radost. Mají zpomalené mentální pochody. Postupně dochází k poruchám spánku, typické je i ranní nedospávání. Snížená chuť k jídlu, která vede k redukci hmotnosti. V neposlední řadě také tzv. ranní pesima. Ranní pesima znamenají, že deprese je nejhorší právě ráno. (Anders, 2006)

Léčba

Léčba a její způsob je ovlivňován především intenzitou depresivní poruchy a počtem epizod, které pacient prodělal. Léčbu lze rozdělit na biologickou a nebiologickou. Biologickou dále dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou. Nebiologickou léčbu pak na psychoterapii a psychoedukaci. (Anders, 2006)

Léčba deprese je zpravidla „běh na dlouhou trať“. Bývá dlouhodobá, často velmi obtížná, na druhou stranu neléčená deprese může vést ke snížení kvality života. (Anders, 2006) Pro farmakologickou léčbu jsou nejtýpější antidepresiva. Ty kromě depresivních stavů účinkují i na panickou úzkost, poruchy spánku a další stresové poruchy. Antidepresiva bývají řešením pro lidi, kteří trpí hlubokou depresí, u lehkých stavů by se měli nasadit až poté, co selžou ostatní metody. Těmi je například psychoterapie, úprava životních podmínek a samotná práce na sobě.¹⁰ K úpravě narušené rovnováhy na postižených místech dochází po 3–6 týdnech. (Praško a kol. 2010)

¹⁰ Dostupné online: <http://www.deprese.psychoweb.cz/deprese-uvod/lecba-deprese-antidepresiva> [cit. 2018-4-4]

Nefarmakologická léčba obsahuje široké spektrum různých metod, které mají vést k léčbě deprese. Jako jednu z nich bych uvedla fototerapii, která spočívá v léčbě ostrým světlem. *„Člověk v depresi se často cítí velice špatně ráno. Přišlo se na to, že je to mimo jiné kvůli melatoninu, který je jinak fajn a dělá pro nás spoustu užitečné práce. Jenže když ho je moc přes den, cítíme se pod psa. Silným světlem se melatonin zažene z nervových spojů do spíže, kde čeká zase na večer, a povzbudí se také tvorba serotoninu, který nám pomáhá s pocitem klidu a pohody.“* (Praško a kol., 2011)

Vymětal (2003) uvádí, že psychoterapie je nejen léčbou, tedy sekundární prevencí, ale zároveň i primární a terciární prevencí poruch zdraví. Je uskutečňována výhradně prostřednictvím psychologických prostředků, a to prostředky komunikační a vztahové povahy. Informace o podstatě a vlivu depresivní poruchy pak podává pacientům psychoedukace. Ta se snaží vybudovat spolupráci a důvěru nejen mezi terapeutem a pacientem, ale i v rámci rodiny. Také může pomoci ve zlepšení komunikace mezi členy rodiny. (Vymětal, 2003)

11 Zneužívání dětí a adolescentů – syndrom CAN

Syndrom syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (dále jako CAN-Child Abuse and Neglect) je přesně definován jako „*poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné.*“ Jedná se tedy o soubor negativních důsledků, které pramení z nedostatečné péče či špatného zacházení. (Dunovský a kol., 1995).

Hartl (2004) definuje syndrom CAN označení pro vědomé nebo nevědomé zneužívání, týraní nebo zanedbávání dítěte, jehož se dopouští dospělý, vychovatel, rodič nebo jiná osoba. Následkem takového jednání dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte. (Hartl, 2004)

Rizikové faktory

Rizikovými faktory, které mohou vést k rozvoji syndromu jsou lidé s patologickým vývojem osobnosti, lidé závislí na alkoholu či drogách, lidé, kteří byli sami v dětství zanedbáváni nebo týráni. Lidé nedostatečně motivováni pro rodičovství, lidé s neobvyklým životním stylem atd. Ovšem nic z toho není podmínkou, k rozvoji může dojít i ve funkční rodině, kde vlivem určité události došlo k narušení rovnováhy. Rozvoj syndromu CAN záleží na mnoha faktorech. Často probíhá zpočátku pasivní formou a postupně se přenáší do formy aktivní. Není však výjimkou, že může být hned v začátku přenesen do formy aktivní. Co se týče rozvoje dítěte, dochází k útlaku. Dítě se často nechce svěřit, stydí se, má strach. Může se začít vyhýbat okolí, přičemž dochází ke zpomalení i socializačního procesu. Nerozvíjí se po všech stránkách tak, jak by mělo, stimulační ani podněty ze strany rodičů nepřichází.¹¹

¹¹ Dostupné online:

<https://www.zkola.cz/rodice/socpatologjevvy/tyraniazneuzivani/Stranky/Syndrom-CAN--Definice-a-rizikové-faktory.aspx> [cit. 2018-3-31]

Aktivní a pasivní forma syndromu CAN

Syndrom CAN se může projevit aktivní i pasivní formou. Pasivní formy bývají mnohdy přehlížené, na rozdíl od forem aktivních, které lze snáze rozpoznat. Projevy obou forem se pokusím nastínit pomocí následující tabulky 4. (Dunovský a kol., 1995)

Tabulka č.4 – Aktivní a pasivní forma syndromu CAN (převzato od Dunovský a kol., 1995)

	<i>Aktivní</i>	<i>Pasivní</i>
<i>Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	Tržné rány, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	Neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
<i>Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	Nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	Nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
<i>Sexuální zneužívání</i>	Sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	Exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
<i>Zvláštní formy:</i> systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání		

Následky syndromu CAN

Dítě poznamenané syndromem CAN bude s největší pravděpodobností v budoucnu velmi citlivé na jakýkoliv nátlak, stres. Zafixovaná zkušenost s ponižujícím statutem týraného dítěte, nízké sebehodnocení, slabší sebedůvěra a nedostatek sebeúcty mohou přetrvávat i v pozdní dospělosti. Oběti týraní mají i v tomto věku pocit vlastní bezvýznamnosti, spojený s ochotou akceptovat horší sociální pozici i nespravedlivé nízké ocenění. Zvykli si na ně a přijali je jako definitivní. Zkušenost s týráním vedla ke ztrátě schopnosti přiměřené sociální orientace, často mívají potíže v mezilidských vztazích. Ztráta důvěry k lidem se projeví negativním očekáváním, které může vést k potřebě izolace nebo k submisivnímu chování, kterého můžou druzí využívat. Naopak se zkušenost s týráním může projevit i opačnou reakcí. Ta se projeví zvýšenou bezohledností a agresivitou k světu, jemuž nelze důvěřovat. Zde vzniká riziko, že jedinec se může naučit používat stejné strategie, jaké zažil sám na sobě. Sklon k agresivnímu chování může přetrvávat až do dospělosti. (Dunovský a kol., 1995)

12 Výzkumné šetření

Tato kapitola popisuje cíl výzkumného šetření a metodiku realizovaného výzkumu.

12.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem mého výzkumného šetření je zjistit, zda a jaké civilizační choroby nejčastěji respondenti prodělali a jaké civilizační choroby považují za nejzávažnější.

Cíl je specifikován pomocí dvou výzkumných otázek (VO1 a VO2):

VO1: Jaké civilizační choroby nejčastěji prodělali/prodělávají respondenti?

VO2: Jaké civilizační choroby jsou z hlediska zdraví nejzávažnější respondentů?

12.2 Metodika výzkumného šetření

Výzkum probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření v Nymburce. Jednalo se o anonymní vyplnění dotazníku a respondenti byli předem informováni, jak bude se získanými daty dále naloženo. Dotazník jsem rozdávala osobně.

Charakteristika respondentů

Jak již bylo zmíněno výzkum probíhal v Nymburce mezi respondenty ve věku 20 až 60 let. Dotazník vyplnilo celkem 28 žen a 32 mužů v různých věkových kategoriích viz graf č.1.

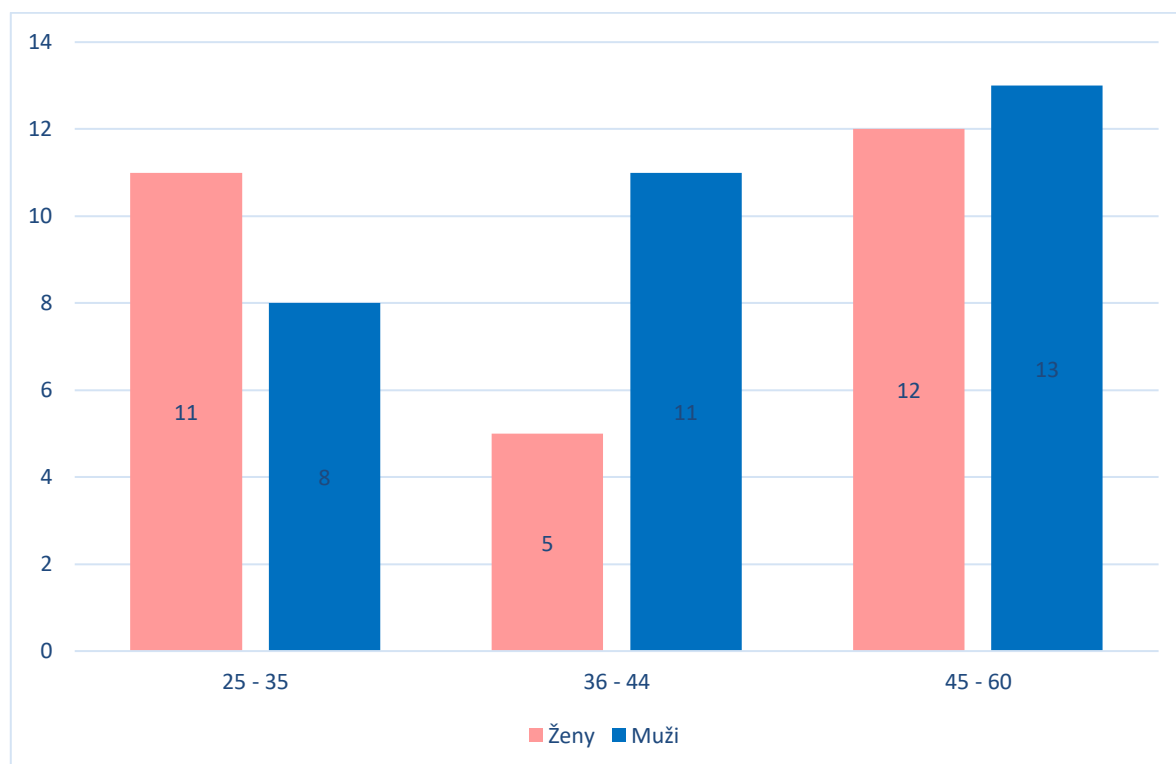
Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byl dotazník obsahující celkem čtyři otázky, z toho tři otázky uzavřené a jednu otevřenou. (viz. příloha č.1)

V úvodu dotazníku bylo zjišťováno pohlaví a věk respondentů. Poté následovaly další dvě otázky, které odpovídají na výše uvedené cíle.

Vyhodnocení dat

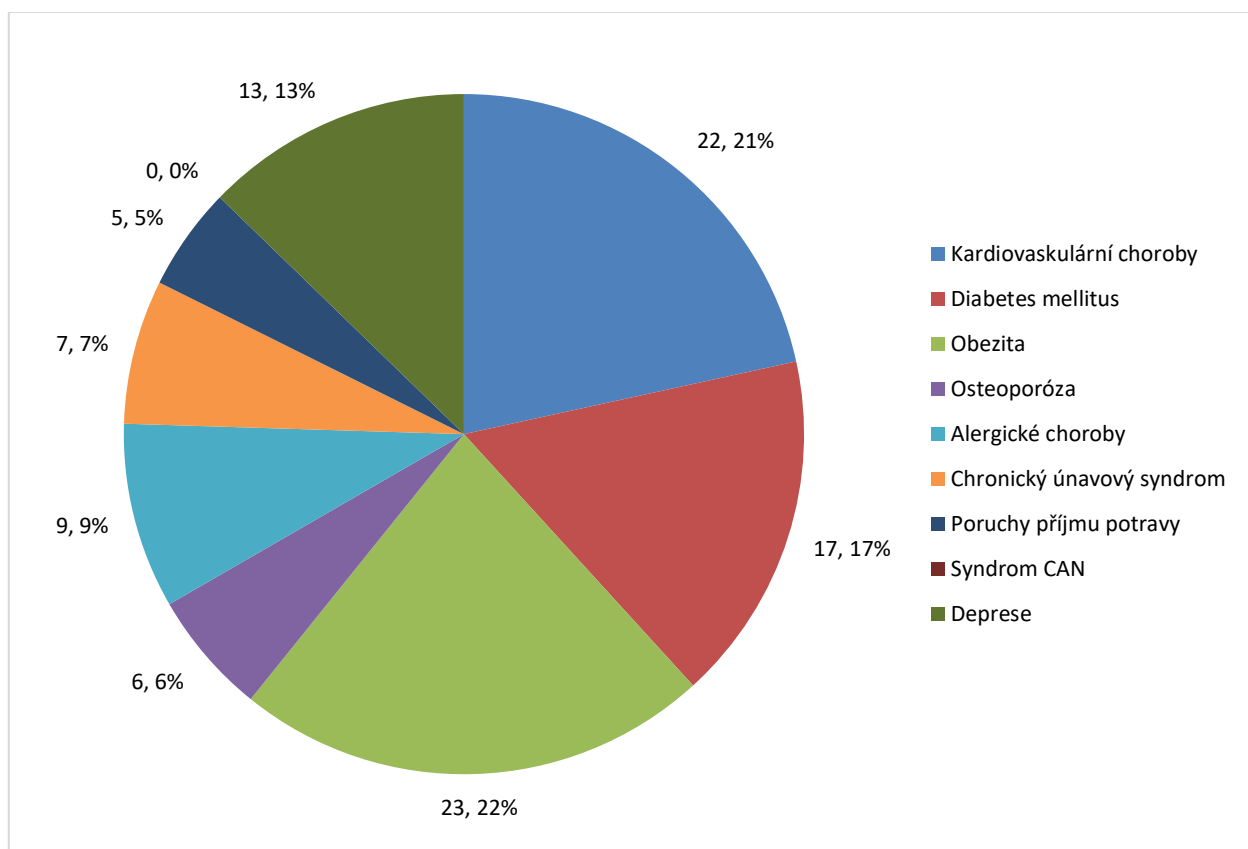
Data jsem vyhodnocovala pomocí aplikace excel. Grafy jsem vytvářela ve stejné aplikaci. Všichni respondenti uvedli, že prodělali nebo prodělávají některé z vybraných civilizačních chorob.



Graf č. 1: Poměr žen a mužů v souvislosti s věkovými kategoriemi v reálných číslech.

Z grafu č.1 vyplývá, že rozložení respondentů na muže a ženy bylo poměrně vyrovnané. Nejvíce dotazovanou věkovou kategorií byla v rozmezí let 45-60, poté nejmladší věková kategorie (25-35 let). Nejméně respondentů bylo ve věku 36-44 let.

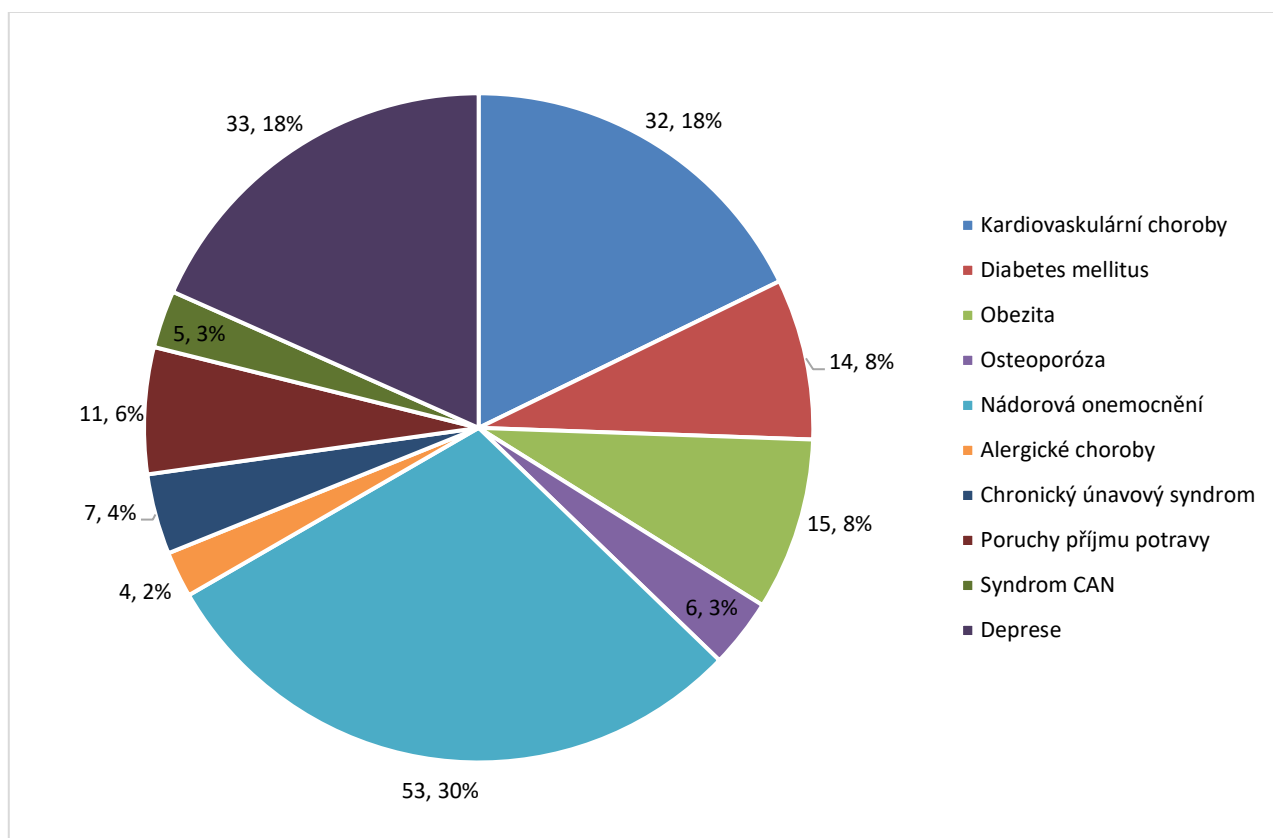
VO1: Jaké civilizační choroby nejčastěji prodělali/prodělávají respondenti?



Graf č. 2: Prodělané/prodělávané civilizační choroby respondentů v %.

Výzkumná otázka č.1 byla zaměřena na choroby, které respondenti nejčastěji prodělali nebo prodělávají. Z grafu vyplývá (viz graf č. 2), že mezi nejčastější civilizační choroby se řadí obezita a kardiovaskulární choroby. Dále s obezitou související diabetes mellitus, který uvedlo až 17 % respondentů. Následně další velmi často uváděnou nemocí je deprese. Celkem 23 % respondentů uvedla, že již toto onemocnění prodělali nebo jej prodělávají. Zbylé uvedené civilizační choroby (osteoporóza, nádorová onemocnění, alergické choroby a poruchy příjmu potravy) byly uvedeny přibližně stejným počtem respondentů, jak vyplývá z grafu 2 a řadí se tedy mezi méně časté.

VO2: Jaké civilizační choroby jsou z hlediska zdraví nejzávažnější dle respondentů?



Graf č. 3: Nejzávažnější choroby dle respondentů v %.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou podle respondentů nejzávažnější civilizační choroby. Téměř 100 % dotazovaných uvedlo nádorová onemocnění. Kardiovaskulární choroby a deprese byly druhou nejčastěji uváděnou chorobou. Obezitu a diabetes mellitus uvedlo zhruba 14 % respondentů. Chronický únavový syndrom, poruchy příjmu potravy, syndrom CAN a osteoporózu uváděli respondenti méně, oproti zmíněným ostatním chorobám. Zároveň nejméně uváděnou nemocí jsou alergické choroby.

13 Diskuze

Pod pojmem civilizační choroby se spouště lidem vybaví typická, poměrně častá onemocnění typu diabetes mellitus, hypertenze, obezita. Málokdo si však tento pojem dokáže spojit například s nádorovým onemocněním. I taková onemocnění lze již bohužel zařadit mezi civilizační choroby. Ve výzkumném šetření, při zjišťování, jaká choroba je dle respondentů nejzávažnější, vyšlo jasně najevo, že jsou jimi právě nádorová onemocnění. Tento výsledek byl dle mého názoru očekávaný. Ztotožňuji se s názorem Žaloudíka, že rakovina je po celý život rizikem nás všech. Také subjektivně zastávám názor, že je velmi obtížné posuzovat hranici mezi psychickým onemocněním a fyzickým. Oboje se může navzájem prolínat a nelze říci, že jedno je pro člověka snesitelnější. Dalo by se dlouze polemizovat nad tím, zdali je pro člověka horší právě nádorové onemocnění nebo například deprese. Respondenti se však přikláněli více kardiovaskulárním chorobám, které skončili hned na druhém místě daleko od mnou zmíněných depresí. Tento výsledek přikládám tomu, že lidé si pod kardiovaskulárními chorobami představí především infarkt nebo třeba mozkovou příhodu, jejíž objektivní příznaky jsou mnohem odstrašující, než typické příznaky deprese. Problematice nejen příčin deprese se blíže věnuje Praško, který zároveň uvádí, že příčina deprese nikdy není pouze jedna, ale vždy se jedná o působení několika příčin najednou. Avšak pro respondenta, který se s psychickým onemocněním nikdy v životě nesetkal, je těžké posoudit která z chorob je závažnější, proto zvolí spíše chorobu, kde člověk trpí fyzicky a příznaky jsou jasně objektivní.

Diabetes mellitus – další choroba, jenž byla uvedena několikrát. Příčinou mohlo být to, že nejvíce dotazovanou kategorií byli lidé nad 45 let, a jak je známo, diabetem, konkrétně 2. typu dnes trpí mnoho lidí. Při krátkém rozhovoru s několika respondenty jsem dospěla k názoru, že spousta lidí ví, že existují určité dva typy diabetu, bohužel málokdo dokázal vysvětlit podstatu nebo rozdíly obou typů. Proto si myslím, že je důležité, aby byli lidé informováni a dostatečně edukováni nejen o rizicích všech civilizačních nemocí, ale zároveň byl kladen důraz na prevenci. Také všichni respondenti odpověděli, že během svého života již prodělali nebo prodělávají nějakou z vybraných civilizačních chorob. Nejvíce se jednalo o obezitu, diabetes a kardiovaskulární choroby,

což byl také očekávaný výsledek. Syndrom CAN nebyl zmíněn ani jednou. Do nejzávažnějších chorob jej přiřadilo pouze několik respondentů, přisuzuji to tomu, že málokdo se s tímto pojmem vůbec setkal.

Cílem mé bakalářské práce bylo představit a charakterizovat základní civilizační choroby. Dále pomocí výzkumné části jsem měla možnost zjistit, jaké choroby lidé nejčastěji prodělávají a také jaké choroby jsou podle nich nejzávažnějšími. Mé výzkumné šetření potvrdilo mou domněnku, že lidé dokáží odhadnout jaká onemocnění patří mezi nejzávažnější. Je však otázkou, zda si uvědomují i všechna rizika a především to, že se to může týkat i jich. Proto je důležité a nezbytné klást důraz na primární prevenci, zejména pak u nádorových onemocnění. Myslím si, že cíle, které jsem uvedla v úvodu byli splněny.

14 Závěr

Bakalářská práce byla zpracována na téma civilizační choroby. Tento okruh nemocí je nejen v poslední době velmi aktuálním tématem. Za důležitý faktor v mé práci považuji rozdělení na somatické a psychické civilizační choroby. Je důležité seznámit veřejnost o povahové rozdílnosti obou typů chorob, přestože se mohou navzájem prolínat. Cílem mé práce bylo tedy širší obeznámení veřejnosti s pojmem civilizační choroby, jejich charakteristika a zároveň vysvětlení rozdílů mezi psychickými a somatickými chorobami.

Teoretická část je rozdělena do dvou částí. V první V první části se věnuji somatickým civilizačním chorobám. Uvádím zde nejčastější choroby, které pod somatický typ spadají (Kardiovaskulární choroby, Obezita, Diabetes mellitus, Osteoporóza, Nádorová onemocnění, Alergické choroby). Druhá část patří tedy psychickým civilizačním chorobám (Chronický únavový syndrom, Poruchy příjmu potravy, Deprese, Syndrom CAN). V každé části popisuji vybrané choroby z hlediska jejich definice, rozdělení, příznaků, příčin a prevence.

Výzkumnou částí jsem zjistila, jaké choroby jsou mezi lidmi nejčastěji prodávány a jaké řadí mezi nejzávažnější, čemuž jsem se dále věnovala a rozebrala v diskuzi. Věřím, že práce bude přínosnou nejen pro mě, ale i pro čtenáře, kteří budou mít možnost obohatit své vědomosti v oblasti civilizačních chorob.

15 Seznam použitých informačních zdrojů

ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a spolupracovníci. (2004). *Obecná onkologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-210-3574-9.

ADÁMKOVÁ, Věra. (2010). *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Triton Praha. ISBN 978-80-7387-413.

ANDERS, Martin. (2006). *Deprese z různých úhlů pohledu*. Galén Praha. 1. Vydání., ISBN 80-7261-421-0.

BLAHOŠ, J., & KMOCH, D. M. J. (2002). *Léčba osteoporózy*. Postgraduální medicína, 2, 211-215.

BLAHOŠ, J., & Starý, P. (1997). *Osteoporóza*. Makropulos.

BROULÍK, P. (2009). *Osteoporóza a její léčba*. Praha: Maxdorf, 21.

CLAUDE-PIERRE, (2001). *Peggy*. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit. Praha: Pragma, ISBN: 80-7205-818-5

CORRAZA, V., DAIMLER, R., a kolektiv. (1992) *Kniha o zdraví*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing a. s., ISBN: 80-85605-07-4.

ČERMÁK, P. *Zdravé hubnutí bez rizika*. 1. vyd. Praha: COPYRIGHT MOBIL MEDIA a.s., 2002, ISBN: 80-86593-09-6

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. (1995) *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing

GANZIK, J. (2006): "*How much should I weigh? Quetelet's equation, upper weight limits, and BMI prime*". *Connecticut Medicine* **70** (2): 81–8. PMID 16768059

GARNER, D.M. (2005). *Přehled léčby poruch příjmu potravy*. In: Krch, F.D. (Ed.): Poruchy příjmu potravy. Vydání 2. Praha, Grada, 256 s.

HARTL, Pavel. (2004). *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-803-1.

- JUNGWIRTHOVÁ, Z., PhDr. NOVOTNÁ, a kolektiv. (2005) *Domácí lékař*. 2.vyd. Praha: Práh, 2005. ISBN 80-7252-057-1.
- KRCH, František D. (2003). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, František D. (2003). *Mentální anorexie*. Praha: Portál, SBN 80-7178-598-9.
- MLČOCH, Z. (2008). *Vertebrogenní algický syndrom*. *Medicína pro praxi*, 5(11), 437-439.
- Montgomery, C. (2002). *Role of dynamic group therapy in psychiatry* *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(1): 34–41
- MLEJNKOVÁ, V. (2007). *Obezita a nadváha* (Bakalářská práce. Brno: AF MZLU
- NĚMCOVÁ, J., & KORSÁ, J. (2008). *Komplexní léčba a prevence osteoporózy–postavení a význam pohybové aktivity a léčebné rehabilitace*. *Medicína pro praxi*, 5(4), 165-168.
- PAPEŽOVÁ, Hana. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, ISBN 80-85121-81-6.
- PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén.
- RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr a kol. (2001). *Psychiatrie*. Galén, ISBN 80-7262-140-8.
- SANTOS, M.; FONSECA, J. J. E. (2009). *Metabolic syndrome, inflammation and atherosclerosis-the role of adipokines in health and in systemic inflammatory rheumatic diseases*. *Acta Reumatol Port*, 34, (4), s. 590-598
- STAŇOVÁ, K. (2008). *Alternativní výživové směry a onkologická onemocnění* (Bakalářská práce). Brno: MU FSS
- ŠTROBLÍKOVÁ, P. (2010). *Kvalita života osob s diabetes mellitus závislých na inzulinoterapii* (Diplomová práce). Olomouc: PdF UP.

VAŠÁTKO, T. (2009). *Změny kostní hmoty u vybraných endokrinních chorob* (Disertační práce). Praha: LF Hradec Králové

VYMĚTAL, J. (2003). *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, Psychoterapie, s. 301. ISBN 80-7178-740-X.

ZEMAN, D. (2004). Obezita. *Praktická gynekologie*, 2. s. 30-33.

ŽALOUDÍK, J. (2008). *Vyhňte se rakovině*. Grada Publishing as., s.13-14

17 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Dobrý den, obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro výzkumné šetření mé bakalářské práce na téma „Civilizační choroby“. Tento dotazník je anonymní, prosím o jeho vyplnění a předem děkuji.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk

- a) 20–35
- b) 36–44
- c) 45–60

3. Označte, zda jste osobně prodělali nebo proděláváte nějaké z níže uvedených civilizačních chorob.

- a) Kardiovaskulární choroba (*hypertenze, infarkt myokardu, náhlá mozková příhoda, metabolický syndrom*)
- b) Diabetes mellitus (*I. nebo II. typu*)
- c) Obezita
- d) Osteoporóza
- e) Nádorová onemocnění
- f) Alergické choroby
- g) Chronický únavový syndrom
- h) Poruchy příjmu potravy (*anorexie, bulimie*)
- i) Syndrom CAN (*syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*)
- j) Deprese

4. Vypište z výše uvedených civilizačních chorob 3, které jsou dle Vašeho názoru z hlediska zdraví nejzávažnější.

- a) _____
- b) _____
- c) _____